

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kajian Pustaka

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Dewi et al., (2019) yang berjudul “*The Response of Physical, Cognitive, Emotional in Patients with Mental Disorders Who Performed The Action Restraint*”. Didapatkan hasil bahwa gambaran respon fisik akibat dilakukannya tindakan restrain pada pasien jiwa pada penelitian ini menunjukkan bahwa tertinggi respon fisik berat yaitu sebanyak 36 responden (70,6%) dengan ditemukannya pasien yang merasa kesakitan pada anggota gerak, merasa kesulitan bergerak, merasa kesulitan makan dan minum, merasa tidak dapat makan dan minum dan tidak dapat BAB/BAK saat terpasang tali.

Berdasarkan hasil penelitian Mustaqin & Luky Dwiantoro (2018) yang berjudul “*Restrain yang efektif untuk mencegah cedera*” yang dilakukan secara *systematic review* ini untuk mengetahui tindakan restrain yang aman dan efektif di rumah sakit jiwa, hasil penelitian Kandar dan Pambudi (2014) tentang efektifitas tindakan restrain pada pasien perilaku kekerasan yang menjalani perawatan di unit perawatan intensif psikiatri menunjukkan bahwa dari 30 kali tindakan restrain, sebanyak 19 kali atau 63,3% tidak menimbulkan efek samping, dan 11 kali atau 36,7% tindakan restrain memberikan efek samping bagi pasien. 11 kali prosedur restrain, sebesar 68,75% pasien mengalami cedera secara fisik dan 31,25% pasien

mengalami cedera secara psikologis. Cedera fisik yang mereka alami berupa ketidaknyamanan fisik, lecet pada area pemasangan restrain, peningkatan inkontinensia, ketidakefektifan sirkulasi, peningkatan risiko kontraktur, dan terjadinya iritasi kulit. 11 pasien, 81,8% atau sebanyak 9 pasien mengalami ketidak-nyamanan fisik akibat pemasangan restrain, 72,7% atau sebanyak 8 pasien mengalami lecet akibat dari pemasangan restrain yang terlalu kencang, 72,7% atau sebanyak 8 pasien mengalami peningkatan inkontinensia yang disebabkan oleh terbatasnya mobilitas fisik klien yang berakibat pada ketidakmampuan klien untuk memenuhi kebutuhan eliminasinya, 54,5% atau sebanyak 6 pasien mengalami ketidakefektifan sirkulasi yang ditandai dengan terjadinya oedema pada area pemasangan restrain, sebanyak 36,6% atau sebanyak 4 pasien mengalami peningkatan terjadinya kontraktur, 27,3% atau sebanyak 3 pasien mengalami iritasi kulit akibat terbatasnya mobilitas fisik karena tindakan restrain.

Berdasarkan hasil penelitian Sujarwo & Livana (2017) yang berjudul “Gambaran Dampak Tindakan Restrain Pasien Gangguan Jiwa”. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dampak tindakan restrain pada pasien gangguan jiwa yang mempunyai dampak fisik positif sebanyak 10 responden (33,3%) sedangkan yang mempunyai dampak fisik negatif sebanyak 20 responden (66,7%). Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden yang mempunyai dampak fisik negatif terjadi karena pasien gangguan jiwa tidak sedikit yang mengalami oedema dan lesi pada

ekstremitasnya, pasien gangguan jiwa juga mengalami inkontenensia dan penampilan pasien gangguan jiwa terlihat kurang rapi.

2.2 Konsep Kesehatan Jiwa

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 18 Pasal 1 tahun 2014, Kesehatan jiwa didefinisikan sebagai kondisi dimana individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial, sehingga individu tersebut menyadari akan kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi dalam komunitasnya. Kesehatan jiwa adalah suatu keadaan sejahtera yang dikaitkan dengan kebahagiaan, kegembiraan, kepuasan, pencapaian, optimisme atau harapan (Keliat & Pasaribu, 2016).

Kesehatan jiwa adalah suatu kondisi sehat secara emosional, psikologis, dan sosial yang terlihat dari hubungan interpersonal yang memuaskan, perilaku dan koping yang efektif, konsep diri yang positif serta stabilnya emosi seseorang (Elvira & Hadisukanto, 2017).

2.3 Konsep Gangguan Jiwa

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 18 Pasal 1 tahun 2014, Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) adalah orang yang mengalami gangguan dalam pikiran, perilaku, dan perasaan yang

termanifestasi dalam bentuk sekumpulan gejala dan/atau perubahan perilaku yang bermakna, serta dapat menimbulkan penderitaan dan hambatan dalam menjalankan fungsi sebagai manusia. Gangguan jiwa adalah pola perilaku atau psikologis yang ditunjukkan oleh individu yang menyebabkan distress, disfungsi, dan menurunkan kualitas kehidupan (Keliat & Pasaribu, 2016).

2.4 Konsep Kegawatdaruratan Psikiatri

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1627/MENKES/SK/XI/2010 Tentang Pedoman Pelayanan Kegawatdaruratan Psikiatri, psikiatri kegawatdaruratan (*psychiatric emergency*) merupakan cabang psikiatri yang mempelajari tindakan segera dalam rangka upaya penyelamatan nyawa maupun upaya pertolongan segera untuk menyelamatkan nyawa, seperti pada kasus percobaan bunuh diri, melukai diri, mengganggu lingkungan dan masyarakat sekitarnya, atau hanya mengalami kegelisahan pribadi (*personal distress*). Tingkah laku yang tidak lazim, atau secara sosial tidak dapat diterima atau tidak pantas muncul, yang timbul dengan tiba-tiba dapat pula dimasukkan kategori kegawatdaruratan psikiatrik.

Kegawatdaruratan psikiatri merupakan suatu kondisi yang ditandai dengan adanya gangguan pada pikiran, perasaan dan perilaku seseorang yang memerlukan perhatian dan intervensi terapeutik segera. Jenis

kegawatdaruratan psikiatri yang memerlukan intervensi terapeutik segera yaitu gaduh gelisah, percobaan bunuh diri, derilium, intoksikasi, gejala putus obat, skizofrenia atau psikosis akut, perkosaan, NAPZA, halusinasi, dampak tindak kekerasan (Elvira & Hadisukanto, 2017).

2.5 Konsep Gaduh Gelisah

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 54 Tentang Penanggulangan Pemasungan Pada Orang Dengan Gangguan Jiwa (2017) Gaduh gelisah merupakan sekumpulan aktivitas motorik yang tidak terkendali, hiperaktif, bergerak ke segala arah tanpa tujuan. Selain itu, gaduh gelisah juga dapat diartikan sebagai kumpulan gejala agitasi (kegelisahan) yang ditandai dengan perilaku yang tidak biasa, meningkat dan tanpa tujuan. Perilaku gaduh gelisah ini sering menjadi awal dari perilaku agresif (menyerang) maupun perilaku kekerasan. Gaduh gelisah juga diartikan sebagai aktivitas motorik yang berlebihan dan tak bertujuan tanpa sebab yang jelas (Elvira & Hadisukanto, 2017).

2.5.1 Tanda dan Gejala Pasien Dengan Gaduh Gelisah

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 54 Tentang Penanggulangan Pemasungan Pada Orang Dengan Gangguan Jiwa (2017) Perilaku agresif ditandai dengan kata kata (verbal) seperti mengumpat atau kasar, dan juga secara motorik

yang berupa melempar ataupun merusak barang disekitarnya yang ditujukan untuk mencederai dirinya sendiri, orang lain serta lingkungannya.

2.5.2 Jenis-jenis Gaduh Gelisah

2.5.2.1 Gangguan Demensia (Kepikunan Berat)

Demensia merupakan keadaan yang disebabkan karena adanya gangguan pada struktur otak yang mengakibatkan penurunan kognitif sehingga menurunkan fungsi dan mengganggu kegiatan sehari-hari. Klien dengan demensia mempunyai ingatan yang pendek yaitu kesulitan mengingat hal-hal yang baru dipelajari. Semakin bertambah nya waktu dan gangguan semakin berat, klien juga akan mengalami gangguan ingatan jangka Panjang (PERMENKES RI, 2017).

Tabel 2.1
Manifestasi Klinis Gangguan Demensia

Gejala Kognitif	Gejala Psikotik	Gejala Perilaku
1. Mudah lupa terutama untuk daya ingat atau memori baru (jangka pendek)	1. <i>Miss identification</i>	1. Perilaku agitasi yang agresif
2. Sulit dalam berkonsentrasi	2. Waham/delusi	2. Pergi tanpa tujuan (<i>wandering</i>)
3. Kebingungan (disorientasi waktu, tempat dan orang)	3. Halusinasi	3. Gangguan tidur
4. Adanya penurunan daya nilai (identifikasi risiko, memilih strategi, dan menimbang konsekuensi)	4. Depresi	4. Perilaku yang kekanak-kanakan (regresi)
5. Adanya penurunan kemampuan dalam merencanakan	5. Emosi labil	5. Agresivitas verbal seperti berteriak, mengumpat, menyumpah
6. Kesulitan menemukan kata-kata atau afasia (memahami percakapan)	6. Kecemasan (<i>anxietas</i>)	
7. Pikiran yang tersendat (<i>blocking</i>)	7. Perubahan kepribadian	
	8. Keluhan somatik	

2.5.2.2 Gangguan Penyalahgunaan NAPZA

Gangguan penyalahgunaan zat berhubungan dengan dua kondisi utama yaitu intoksikasi (saat menggunakan zat) dan *withdrawal* (putus zat). Intoksikasi merupakan kumpulan gejala yang diakibatkan karena penyalahgunaan zat yang dapat mempengaruhi satu atau lebih fungsi mental seseorang yang dapat berupa memori (daya ingat), orientasi, perasaan (mood), perilaku, sosial dan pekerjaan. Keadaan intoksikasi dapat ditegakkan bila ada bukti nyata penggunaan NAPZA saat ini dalam dosis yang cukup tinggi. Gejala putus obat (*withdrawal*) merupakan kumpulan gejala yang terjadi ketika seseorang telah berhenti atau mengurangi penggunaan zat psikoaktif, sesudah penggunaan berulang kali yang berlangsung lama dan atau dalam jumlah yang banyak. Gejala yang timbul sesuai dengan karakteristik zat psikoaktif yang dipakai. Zat psikoaktif menurut cara kerjanya dibagi menjadi tiga, yaitu depresan (menurunkan aktivitas atau respon), stimulan (meningkatkan aktivitas atau respon) dan halusinogen (mengakibatkan halusinasi) (PERMENKES RI, 2017).

2.5.2.3 Gangguan Afektif Bipolar

Gangguan afektif bipolar adalah gangguan suasana perasaan yang ditandai dengan perasaan yang gembira secara berlebihan (manik), hipomanik, sedih berlebihan (depresi), atau campuran dari perasaan tersebut yang terjadi dalam satu periode. Gangguan ini bersifat periodik yang beresiko kambuh, namun juga mempunyai potensi untuk mencapai kesembuhan dengan cepat apabila mendapatkan tatalaksana yang adekuat dan segera. Namun bila tidak, dapat berdampak besar bahkan sampai menimbulkan kematian. Gejala-gejala tersebut ditetapkan sebagai gangguan apabila gejala manik berlangsung minimal 1 minggu, gejala hipomanik minimal 4 hari, depresi minimal 2 minggu dan mengakibatkan gangguan aktivitas serta fungsi sehari-hari (PERMENKES RI, 2017).

Apabila gangguan nya semakin berat, maka bisa disertai dengan gejala psikotik, risiko bunuh diri, risiko melukai orang lain, yang membutuhkan perawatan lebih intensif. Risiko lain yang termasuk dalam kelompok gangguan ini adalah penyalahgunaan obat, zat, dan alkohol (PERMENKES RI, 2017).

2.5.2.4 Retardasi Mental

Retardasi mental ialah keadaan kurangnya kemampuan mental dan keterampilan yang diperlukan seseorang untuk menjalankan fungsi dalam kehidupan sehari-hari yang ditandai dengan adanya gangguan pada beberapa area perkembangan kognitif, bahasa, motorik, dan sosial selama dalam proses perkembangan (PERMENKES RI, 2017).

Secara umum, tanda dan gejala yang sering ditemukan pada seseorang dengan retardasi mental di antaranya:

- 1) Keterlambatan dalam perkembangan keterampilan dan kemampuan untuk berguling, duduk. Merangkak atau berjalan;
- 2) Keterlambatan atau mengalami masalah dalam berbicara atau berbahasa;
- 3) Keterlambatan untuk menguasai keterampilan lain seperti *toilet training*, berpakaian, makan, dan fungsi perawatan diri lainnya;
- 4) Kesulitan untuk mengingat sesuatu serta kesulitan dalam berkonsentrasi;
- 5) Ketidakmampuan untuk menghubungkan antara apa yang akan dilakukan dan konsekuensinya;

- 6) Masalah perilaku seperti emosi yang meledak-ledak, agresif, ketidakmampuan untuk mengontrol atau mengendalikan keinginan/dorongan;
- 7) Kesulitan untuk memecahkan suatu masalah atau berpikir secara logis yang mengakibatkan ketergantungan pada orang lain (tidak mandiri);
- 8) Bersikap pasif dan kurangnya rasa keingin tahuan;
- 9) Adanya penarikan diri dari setiap kegiatan atau lingkungan sosial dan rendah diri;
- 10) Adanya kecenderungan untuk melukai diri, toleransi rendah terhadap frustrasi; dan
- 11) Sulit dinasihati atau diberi masukan (keras kepala).

2.5.2.5 Gangguan Terkait Perilaku Anak dan Remaja

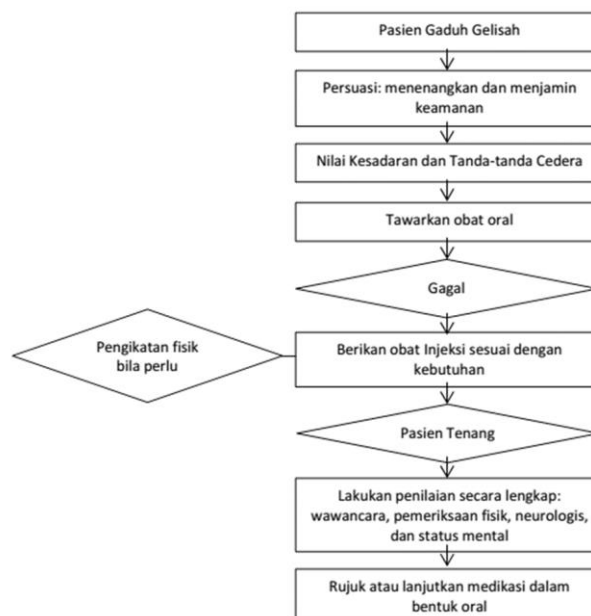
Gangguan yang terjadi pada anak dan remaja dapat mengakibatkan perilaku gaduh gelisah, agresif, dan kekerasan yang diantaranya merupakan gangguan perilaku yang menentang, gangguan atensi yang berat dan hiperaktif, serta gangguan autisme (PERMENKES RI, 2017).

2.5.3 Penatalaksanaan Umum Kegawatdaruratan Pada Pasien Gaduh

Gelisah

Gambar 2.1

Penatalaksanaan Umum Kegawatdaruratan Pada Pasien Gaduh Gelisah



Sumber: (RSJD Dr. Amino Gondohutomo, 2019)

Penatalaksanaan pada pasien dengan gaduh gelisah diawali dengan memberikan intervensi secara verbal (persuasi) dengan cara menenangkan pasien kemudian dilakukan penawaran secara kimia (biologi) dengan memberikan obat. Apabila intervensi verbal dan kimia gagal selanjutnya akan dilakukan intervensi berupa pengikatan fisik atau restrain (RSJD Dr. Amino Gondohutomo, 2019).

2.6 Konsep Restrain

2.6.1 Pengertian Restrain

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1627/MENKES/SK/XI/2010 Tentang Pedoman Pelayanan Kegawatdaruratan Psikiatri, pengkekangan atau restrain adalah pembatasan tingkah laku pasien yang dilakukan apabila pasien tidak dapat dikendalikan dan apabila tingkah laku pasien cenderung keras dan menyerang (Kemenkes RI, 2010).

Pengekangan (restrain) merupakan pembatasan yang disengaja yang didasari atas gerakan dan perilaku seseorang (*Royal College Nursing*, 2008) dimana tindakan ini bertujuan untuk mencegah, membatasi dan menundukkan pergerakan orang lain agar tidak membahayakan dirinya sendiri maupun orang lain (Wilson et al., 2018).

Restrain merupakan intervensi restriktif, yaitu suatu tindakan yang telah direncanakan untuk membatasi gerakan seseorang yang bertujuan untuk mengendalikan situasi berbahaya dengan segera yang mempunyai kemungkinan nyata untuk menyakiti dirinya sendiri atau orang lain (Sethi et al., 2018).

Restrain/pengikatan fisik dalam psikiatri secara umum mengacu pada tindakan dengan menggunakan tali yang terbuat dari kain untuk

mengekang atau membatasi gerakan pada ekstremitas individu yang berperilaku diluar kendali (Suryani & Prastya, 2017).

Pengertian dasar restrain adalah “membatasi gerak” atau “membatasi kebebasan”. Pengertian secara internasional adalah suatu cara/metode/retriksi yang disengaja terhadap gerakan/perilaku seseorang. Perilaku yang dimaksudkan adalah tindakan yang direncanakan, bukan suatu tindakan yang tidak disadari/ tidak disengaja/ sebagai suatu reflek. Pengertian lain adalah suatu tindakan untuk menghambat atau mencegah seseorang melakukan sesuatu yang dia inginkan (PEMPROV Sumatera Barat RSJ Prof. HB. Saanin Padang, 2016).

2.6.2 Peraturan Mengenai Restrain

2.6.2.1 Aspek Etis

Pembatasan restrain hanya boleh diterapkan untuk menjamin keamanan fisik pasien, anggota staf, atau orang lain dan harus diberhentikan sesegera mungkin jika kondisi telah memadai yang didasarkan pada *assessment* per-individu dan re-evaluasi (PEMPROV Sumatera Barat RSJ Prof. HB. Saanin Padang, 2016).

2.6.2.2 Aspek Hukum

Situasi dimana pembatasan diperbolehkan adalah ketika pasien telah menerima informasi yang cukup tentang kondisinya dan kebutuhan pembatasan serta telah menyetujui kegiatan dalam program rencana keperawatan pasien. Kasus lainnya, perawat memiliki kewajiban profesi untuk membatasi pasien dengan tujuan melindungi pasien dari risiko yang lebih berbahaya atau untuk mencegah kemungkinan risiko bahaya bagi orang lain. Kondisi lainnya yaitu di mana perawat atau orang lain diserang atau ada risiko cedera, diperbolehkan menggunakan pengekangan sebagai bentuk pertahanan diri (PEMPROV Sumatera Barat RSJ Prof. HB. Saanin Padang, 2016).

Pelaksanaan restrain telah tertuang secara tersirat dalam Undang-undang kesehatan No 36 tahun 2009 tentang kesehatan mengatur bahwa penderita gangguan jiwa yang mengancam keselamatan dirinya dan atau orang lain wajib mendapatkan pengobatan dan perawatan di fasilitas pelayanan Kesehatan (Kemenkes RI, 2010).

Pelaksanaan restrain yang dilakukan pada pasien dengan gaduh gelisah harus dilakukan dengan memperhatikan prinsip-prinsip dengan menjaga hak asasi manusia (HAM),

baik pada pasien maupun keluarga pasien. Menurut Malfasari (2014) dalam Iskandar (2019) mengemukakan bahwa perlindungan HAM pada pasien ialah menjadikan restrain bukan sebagai hukuman. *International Bill of Human Rights* mengemukakan bahwa setiap orang berhak untuk tidak mendapatkan kekerasan baik itu dalam bentuk kekerasan fisik maupun psikologis. Apabila restrain dilaksanakan karena alasan untuk menghukum pasien, berarti perorangan atau sebuah organisasi tersebut sudah melanggar HAM.

Undang-undang mengenai HAM (1998) menetapkan panduan mengenai hak/kebebasan individu. Penggunaan restrain harus dijustifikasi dengan menggunakan alasan yang rasional dan jelas. Alasan ini harus menjelaskan pertimbangan ini diyakini boleh dalam membatasi hak atau kebebasan individu. Hukum perdata menjelaskan bahwa jika tenaga perawat membatasi pasien tanpa adanya dasar dan alasan yang *professional* dan sah secara hukum, maka individu dapat membuat gugatan kepada pengadilan dan menyatakan permohonan kompensasi terhadap kerugian yang dialami. Hukum pidana menyatakan bahwa membatasi gerakan seseorang tanpa persetujuan merupakan suatu bentuk tindak kriminal. Perawat yang melakukan pembatasan yang tidak beralasan dapat dituntut secara hukum dan dapat

mengarah pada penahanan (PEMPROV Sumatera Barat RSJ Prof. HB. Saanin Padang, 2016).

Mental Capacity Act 2005 ialah undang-undang yang merupakan kerangka hukum untuk memperkuat dan melindungi masyarakat yang tidak dapat membuat keputusan sendiri salah satunya pada orang dengan gangguan jiwa. Bagi seseorang yang mengalami gangguan jiwa, *Mental Capacity Act* 2005 memperbolehkan dilakukannya tata laksana restrain selama tindakan tersebut merupakan tindakan yang terbaik untuk kepentingan pasien (PEMPROV Sumatera Barat RSJ Prof. HB. Saanin Padang, 2016).

2.6.3 Tujuan Pemasangan Restrain

Restrain merupakan bagian dari implementasi keselamatan pasien yang bertujuan untuk memberikan keamanan dari segi fisik dan psikologis bagi individu tersebut dan meningkatkan keamanan pasien (Mustaqin & Luky Dwiantoro, 2018). Selain itu, restrain telah didefinisikan sebagai tindakan secara langsung di mana tujuan dari intervensi adalah untuk mencegah, membatasi, atau mengurangi pergerakan tubuh orang lain (Department of Health (DH), 2014; p. 26 dalam Cusack et al., 2018).

2.6.4 Jenis-jenis Restrain

Menurut *Royal College of Nursing* (2008) dalam Gallagher (2013) dikatakan bahwa terdapat lima jenis restrain yang digunakan, yaitu restrain fisik, kimia, mekanik, teknologi dan psikologi. Restrain jenis fisik dilakukan dengan cara meretensi gerakan pasien dengan melibatkan tubuh atau fisik pasien dengan cara dipegang atau diikat pada bagian lain. Restrain jenis kimia dilakukan dengan memberikan obat-obatan jenis penenang. Restrain jenis mekanik dengan menggunakan rompi “posey” yang diikatkan ke belakang tubuh pasien pada bagian lengan rompi atau dengan cara membatasi gerak pasien dengan menggunakan penghalang tempat tidur, atau menghalangi gerak pasien dengan mendekatkan meja/kursi ke tempat tidur. Restrain jenis teknologi dengan menggunakan alarm pada tempat tidur atau pintu kamar pasien atau penggunaan kamera pengintai, sedangkan restrain jenis psikologi dengan cara memberitahu pasien atau memberikan Batasan kapan harus turun dan bergerak dari tempat tidur (Iskandar, 2019).

Menurut Panduan Pengaplikasian Restrain PEMPROV Sumatera Barat RSJ Prof. HB. Saanin Padang (2016) jenis-jenis restrain ialah sebagai berikut:

1. Pembatasan Fisik

Pembatasan fisik melibatkan satu atau lebih staf untuk memegang pasien, menggerakkan pasien, atau mencegah pergerakan pasien.

2. Pembatasan Mekanis

Pembatasan mekanis ini menggunakan bantuan alat, seperti:

- 1) Penggunaan sarung tangan khusus di ruang *Intensive Care Unit* (ICU).
- 2) Penggunaan peralatan sehari-hari seperti ikat pinggang/sabuk untuk mencegah pasien jatuh dari kursi, penggunaan pembatas di sisi kiri dan kanan tempat tidur (*bedrails*) untuk mencegah pasien terjatuh atau turun dari tempat tidur.

3. Surveilans Teknologi

Teknologi yang digunakan dapat berupa balut tekan (*pressure pads*), gelang pengenalan, televisi sirkuit tertutup, atau alarm pada pintu. Hal tersebut sering digunakan oleh staf untuk meningkatkan kewaspadaan terhadap pasien yang mencoba untuk keluar atau kabur untuk memantau pergerakan pasien.

4. Pembatasan Kimia

Melibatkan penggunaan obat-obatan untuk membatasi pasien. Obat-obatan dianggap sebagai suatu restrain jika penggunaan obat tersebut tidak sesuai dengan standar terapi pasien dan penggunaan obat-obatan ini hanya ditujukan untuk mengontrol perilaku pasien atau membatasi kebebasan bergerak pasien.

5. Pembatasan Psikologis

Pembatasan psikologis meliputi pemberitahuan secara terus menerus kepada pasien mengenai hal-hal yang tidak boleh dilakukan atau memberitahukan bahwa pasien tidak diperbolehkan melakukan hal-hal yang mereka inginkan karena tindakan tersebut berbahaya.

2.6.5 Durasi Pemasangan Restrain

Durasi pemasangan restrain menurut Suryani dan Prastya (2017) Pada pasien dengan usia >18 tahun dilakukan tindakan restrain dengan durasi 4 jam dan selama tindakan restrain akan dilakukan observasi setiap 10-15 menit. Fokus observasi meliputi tanda-tanda cedera yang berhubungan dengan restrain, nutrisi dan hidrasi,

sirkulasi dan *range of motion* ekstremitas, *vital sign*, *hygiene* dan eliminasi, status fisik dan psikologis, kesiapan klien untuk dibebaskan dari restrain. Lepaskan ikatan setiap 2-4 jam sekali, observasi kondisi kulit, rawat kulit.

Menurut Dr. dr. Hervita Diatri, (2022) penggunaan restrain harus dievaluasi dalam kurun waktu tertentu, yaitu:

1. 4 jam untuk dewasa >18 tahun ke atas.
2. 2 jam untuk anak dan remaja usia 9-17 tahun.
3. 1 jam untuk anak <9 tahun.

Pemberian Tindakan Restrain disesuaikan dengan mutu pelayanan. Mutu pelayanan kegawatdaruratan di IGD RSJ Provinsi Jawa Barat yaitu maksimal 1 jam. Mutu pelayanan ini sesuai dengan mutu pelayanan kegawatdaruratan RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Malang, RSJ Atma Husada Mahakam yaitu Rata-rata pasien dapat ditenangkan dan siap ditransfer ke ruangan dalam waktu kurang dari 2 jam (Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam, 2023; Rumah Sakit Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat & Kesehatan, 2018).

2.6.6 Indikasi Pemasangan Restrain

Indikasi pemasangan restrain yaitu perilaku gaduh gelisah (amuk) yang membahayakan diri dan orang lain, perilaku agitasi

yang tidak dapat dikendalikan dengan pengobatan, ancaman terhadap integritas fisik yang berhubungan dengan penolakan pasien untuk istirahat, makan, minum, permintaan pasien untuk pengendalian perilaku eksternal. Pastikan bahwa tindakan yang diberikan telah dikaji dan bersifat terapeutik (Kandar & Pambudi, 2014).

2.6.7 Standar Operasional Prosedur (SOP)

Standar Operasional Prosedur (SOP) Pemasangan Restrain di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Jawa Barat terbagi menjadi tahap persiapan dan cara kerja. Tahap persiapan yang dilakukan oleh perawat diantaranya perawat mengkaji keadaan pasien, memastikan tindakan restrain sudah mendapatkan persetujuan keluarga, melakukan kontrak atau kesepakatan untuk mengontrol perilakunya, menyiapkan yang akan melakukan restrain minimal 4 orang, 1 orang menjadi ketua tim yang akan jadi komando pelaksanaan restrain. Selain tahap persiapan perawat, lingkungan dan alat juga perlu disiapkan. Hal yang harus dipersiapkan yaitu ruang isolasi dan alat pengikat (*restraint*) yang aman.

Cara kerja dari pemasangan restrain diawali dengan petugas mencuci tangan, kemudian, petugas mengucapkan salam, petugas menyampaikan akan dilakukan restrain, petugas mengkondisikan

pasien dengan posisi anatomis. Pengikatan dilakukan oleh 4 orang; ketua tim memegang kepala pasien, 2 orang memegang ekstremitas atas dan 1 orang memegang ekstremitas bawah. Petugas memasang alat restrain pada kedua tangan dan kaki dengan menyisakan ruang antar alat restrain dan kulit pasien kurang lebih satu jari masuk ke dalam ikatan. Pengikatan dilakukan di tempat tidur bukan di sisi tempat tidur dengan posisi terlentang, kedua kaki lurus, satu lengan di samping badan, satu lengan ke arah kepala tidak melebihi kepala. Ketua tim memeriksa kembali ikatan restrain dan memperbaiki apabila terlalu kencang atau terlalu longgar, ikatan sebaiknya tidak terlalu kencang, juga tidak longgar untuk mencegah cedera. Petugas memastikan pasien tidak membawa benda-benda yang membahayakan. Perawat memakaikan *diapers*, bantal dan selimut kepada pasien. Perawat mengucapkan salam dan memperkenalkan diri kepada pasien “Assalamualaikum, selamat pagi/siang/sore/malam Bapak/ibu ... saya (sebutkan nama) dan rekan-rekan saya (menyebutkan nama) di ruangan ... Perawat menyampaikan tujuan restrain dan kapan restrain akan dilepas ‘Bapak/ibu untuk sementara kami lakukan pembatasan gerak dengan cara diikat dulu ya. Tindakan ini kami lakukan untuk keselamatan Bapak/ibu, orang lain dan lingkungan karena saat ini Bapak/ibu tidak dapat mengendalikan perilaku. Perlu diketahui juga Tindakan ini bukan karena memberikan hukuman, tetapi untuk keamanan. Selama

Bapak/ibu di ikat kebutuhan makan, minum akan kami bantu. Tindakan pengikatan akan kami buka bila kondisi Bapak/ibu sudah tenang dan dapat mengendalikan diri’.

Setelah pemasangan restrain dilakukan selanjutnya perawat mencuci tangan, melaporkan kepada DPJP/Dokter Jaga, melakukan pendokumentasian Tindakan restrain dan melakukan Observasi pengekangan setiap 30 menit.

2.7 Respon Fisik Pada Pasien Yang Diberikan Tindakan Restrain

Respon fisik adalah tanggapan yang terjadi pada manusia setelah mendapatkan stimulus atau objek yang terdapat di lingkungan. Sedangkan stimulus merupakan rangsangan dari luar atau sesuatu yang dapat memengaruhi manusia (Mawaddah et al., 2022). Sedangkan respon fisik restrain merupakan respon tubuh yang diakibatkan oleh Tindakan restrain.

Tindakan restrain di *design* sebagai salah satu dari intervensi keperawatan yang bertujuan melindungi pasien tidak lepas dari efek yang dapat ditimbulkan. Beberapa dampak negatif yang dapat ditimbulkan dari tindakan restrain yaitu dapat menimbulkan luka secara fisik dan menyebabkan kematian (Sujarwo & Livana, 2017). Dampak secara fisik yang dapat ditimbulkan dari tindakan restrain ini berupa ketidaknyamanan fisik, lecet pada area pemasangan restrain, peningkatan inkontinensia,

ketidakefektifan sirkulasi, peningkatan risiko kontraktur, dan terjadinya iritasi kulit (Kandar & Pambudi, 2014).

Tindakan restrain dapat menyebabkan komplikasi secara fisiologis salah satunya komplikasi neurovaskular, seperti adanya edema, kemerahan, mati rasa, keterbatasan gerak, peningkatan suhu, perubahan warna dan kerusakan saraf. Apabila komplikasi neurovaskular ini tidak segera diatasi dapat menyebabkan iskemia, nekrosis bahkan sampai defisit neurologis (Ertuğrul & Özden, 2020).

2.7.1 Sistem Intergumen

Klien mengalami ketidaknyamanan fisik dan lecet diakibatkan karena pemasangan restrain yang terlalu kencang. Selain itu juga durasi pemasangan restrain yang cukup lama dapat menyebabkan *ulcus decubitus* pada klien yang tidak dilakukan intervensi alih baring. *Ulcus decubitus* disebut juga dengan *ulcus pressure* yang terjadi pada daerah kulit yang menutupi tulang yang menonjol yang dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya karena imobilisasi ditempat tidur, adanya gesekan, perubahan posisi yang kurang dan dapat menyebabkan paraplegia atau menurunnya fungsi sensorik dari tubuh dalam jangka waktu yang lama (Krisnawati et al., 2022).

Ulcus decubitus dapat terjadi karena kulit tertekan dalam waktu yang cukup lama sehingga membuat kulit menjadi iritasi dan akan berkembang menjadi luka tekan akibat dari kematian jaringan yang

tentunya akan menyebabkan rasa nyeri dan ketidaknyamanan pada pasien (Krisnawati et al., 2022).

2.7.2 Sistem Pekemihan

Selain itu, klien juga mengalami inkontinensia yang disebabkan oleh terbatasnya mobilitas fisik yang berakibat pada ketidakmampuan klien untuk memenuhi kebutuhan eliminasinya (Kandar & Pambudi, 2014).

2.7.3 Sistem Sirkulasi

Klien mengalami gangguan ketidakefektifan sirkulasi yang ditandai dengan adanya odem pada ekstremitas yang dipasang restrain yang diakibatkan karena pemasangan restrain yang terlalu kencang (Kandar & Pambudi, 2014).

Perubahan yang dapat terjadi pada kardiovaskuler yang diakibatkan karena immobilisasi pada periode yang lama, akan menyebabkan hipotensi ortostatik yaitu adanya penurunan kemampuan syaraf otonom untuk memenuhi persediaan darah di dalam tubuh dan adanya *thrombus* (bekuan darah) yang dapat menyebabkan kematian. Selain itu, immobilisasi dalam waktu yang

cukup lama juga akan menyebabkan penurunan tonus otot pada tungkai yang menyebabkan kurangnya aliran darah pada pembuluh darah vena besar di bagian ekstremitas bawah tubuh. Selain itu, immobilisasi dalam periode yang lama dapat menyebabkan penurunan yang berarti pada berat dan volume ventrikel kiri dan kanan, serta aksis mayor ventrikel kiri. Hal ini dapat menyebabkan berkurangnya isi sekuncup (*stroke volume* = SV) pada posisi berdiri dan curah jantung (*cardiac output*), peningkatan denyut jantung dan *hypovolemia* (Rohman, 2019).

Mean Arterial Pressure (MAP) adalah tekanan arteri selama satu siklus denyutan jantung dari hasil satu kali pengukuran tekanan darah sistolik dan diastolik. Nilai normal MAP berkisar antara 70-100 mmHg. Tekanan rata-rata arteri adalah tenaga utama yang mendorong darah ke jaringan. Tekanan ini harus terus dijaga karena apabila terlalu lemah maka aliran darah tidak akan adekuat untuk mencapai organ maupun jaringan. Apabila tekanannya berlebih, ini mengindikasikan bahwa jantung berkerja terlalu keras yang akan meningkatkan risiko kerusakan vaskular maupun rupturnya pembuluh darah kecil (Hendrawan & Satria, 2016).

Secara umum, nilai MAP antara 70-100 mmHg dianggap normal. Apabila nilai MAP <60 mmHg dianggap berbahaya karena seperti yang telah dijelaskan diatas bahwa MAP menentukan berapa

banyak darah dapat mencapai organ, ketika nilai MAP lebih dari 100 mmHg biasanya membutuhkan perfusi jaringan yang cukup. Faktor yang mempengaruhi tekanan arteri salah satunya ialah emosi (Hendrawan & Satria, 2016).

Tekanan darah adalah gaya dorong darah ke arteri saat darah dipompa keluar dari jantung ke seluruh tubuh. Pengertian lain dari tekanan darah ialah kekuatan lateral pada dinding arteri oleh darah yang didorong dengan tekanan dari jantung. Pengukuran tekanan darah merupakan proses pengukuran kondisi jantung dalam memompa darah. Hasil yang akan kita temui pada saat pemeriksaan yaitu sistolik dan diastolik. Sistolik merupakan tekanan tertinggi yaitu saat ventrikel berkontraksi dan diastolik merupakan titik terendah yaitu pada saat ventrikel relaksasi. Hasil pengukuran sistolik dan diastolik untuk selanjutnya perlu dicari tekanan arteri yang sebenarnya, yang disebut dengan MAP yaitu tekanan darah arteri rata-rata. Pengukuran MAP dapat dilakukan dengan menggunakan rumus sebagai berikut:

$$MAP = \frac{(S + 2D)}{3}$$

Keterangan:

MAP : *Mean Arterial Pressure*/tekanan arteri rata-rata.

S : Tekanan darah sistolik.

D : Tekanan darah diastolic.

Menurut Melgarejo et al., (2021) MAP dibagi menjadi beberapa kategori, yaitu:

Normotensi : <90 mmHg.

MAP tinggi : 90 hingga <92 mmHg.

Tahap 1 hipertensi : 92 hingga <96 mmHg.

Tahap 2 hipertensi berat : >96 mmHg.

Untuk MAP parameter yang digunakan rendah : <70 mmHg, normal : 70-105 mmHg, tinggi : >105 mmHg, dengan alat ukur spygnomanometer (Haryuni, 2017).

Pemasangan restrain seringkali membuat klien gelisah dan tidak patuh pada saat proses pengobatan seperti memberontak dan ingin melepas alat yang terpasang. Kondisi inilah yang dapat menyebabkan tekanan darah pada pasien meningkat. Ansietas, rasa takut, stress akan merangsang sistem saraf simpatik yang mengakibatkan vasokonstriksi, peningkatan curah jantung, tahanan vascular perifer dan peningkatan produksi renin. Peningkatan renin akan mengaktivasi mekanisme angiotensin dan meningkatkan sekresi aldosterone yang berdampak pada peningkatan tekanan darah. Selain

itu juga kondisi labil pada pasien dapat menstimulasi pelepasan hormon epineprin dari kelenjar adrenal yang dapat menyebabkan peningkatan denyut jantung dan penyempitan pembuluh darah sehingga dapat meningkatkan tekanan darah. Selain terjadinya peningkatan frekuensi nadi dan tekanan darah, pemasangan restrain juga dapat meningkatkan frekuensi nafas klien yang diakibatkan karena klien gaduh gelisah. (Anasulfalah et al., 2020).

2.7.4 Sistem Muskuloskeletal

Kontraktur merupakan kelainan dari otot atau sendi yang terjadi saat jaringan lunak dibawah kulit berkurang kelenturannya dan tidak dapat meregang. Resiko kontraktur pada pasien dengan restrain diakibatkan karena tidak menggerakkan bagian tubuh dalam waktu yang cukup lama (Kandar & Pambudi, 2014).

2.7.5 Instrumen untuk Mengukur Respon Fisik Tindakan Restrain

Instrumen penelitian untuk mengukur dampak fisik dari tindakan restrain ini dibuat oleh Sujarwo dan Livana pada tahun 2017 yang terdiri dari 10 pernyataan tentang dampak fisik dari tindakan restrain. Pernyataan jika jawaban “ya” diberi skor 1 dan jika jawaban “tidak” diberi skor 0. Instrumen ini sudah pernah

digunakan pada penelitian sebelumnya dan mendapatkan hasil uji validitas 0,671-0,984 dan hasil uji realibilitas *Alpha-Cronbach* sebesar 0,768 (Iskandar et al., 2019).

Hasil ukur pada instrumen respon fisik ini terdiri dari respon fisik positif yang artinya tidak terdapat respon dari tindakan restrain dan respon fisik negatif yang artinya terdapat respon dari tindakan restrain (Sujarwo & Livana, 2017).

Instrumen ini dimodifikasi oleh peneliti yang terdiri dari 13 pernyataan dan modifikasi pada instrumen terdapat pada sistem sirkulasi dengan penambahan pemeriksaan tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi pernapasan, *thrombus* dan MAP.

Tabel 2.2

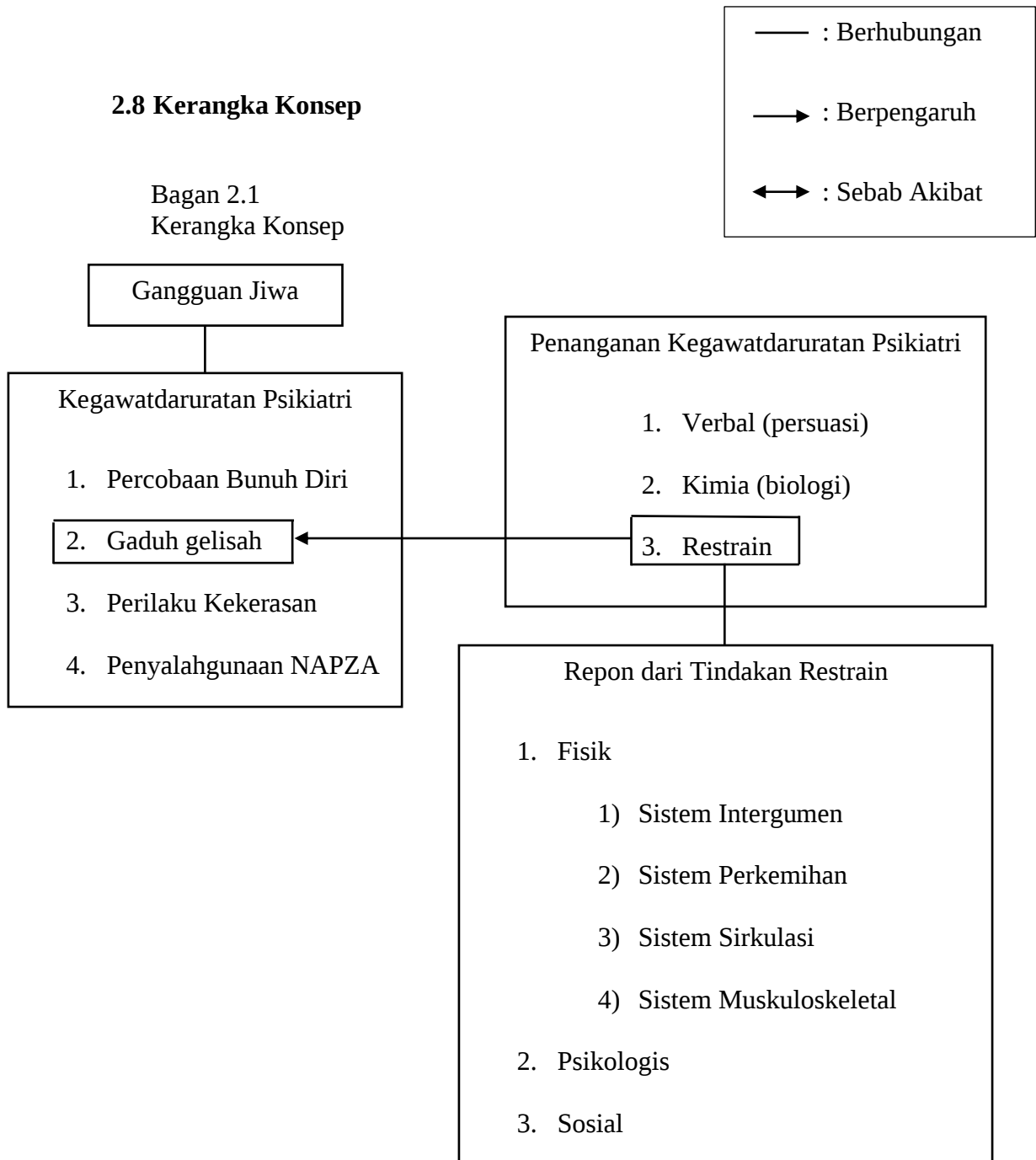
Instrumen Dampak Fisik dari Tindakan Restrain Menurut Sujarwo dan Livana (2017)

No	Pernyataan	Ya	Tidak
1	Nampak terdapat lesi pada ekstremitas klien		
2	Nampak terdapat jejas/sianosis pada ekstremitas klien		
3	Nampak terdapat oedem pada ekstremitas klien		
4	Nampak terdapat tanda: kemerahan/lecet		
5	Klien tampak kesulitan makan dan minum		
6	Penampilan klien terlihat kurang rapi		
7	Klien nampak kurang kooperatif saat terpasang restrain		
8	Tingkah laku klien nampak bicara sendiri, memberontak, gelisah		
9	Istirahat tidur klien tercukupi		
10	Klien mengalami kesulitan BAB/BAK		
11	Nampak terdapat <i>thrombus</i> pada ekstremitas klien		
12	Tanda-Tanda Vital dalam batas tidak normal Frekuensi Nadi: x/menit Frekuensi Pernapasan: x/menit Tekanan Darah Hasil: Sistol: Diastole: MAP:		
13	Terjadi resiko kontraktur dengan tanda adanya kekakuan pada ekstremitas klien		

Instrumen ini menggunakan konsep dari Kandar & Pambudi, 2014 dan instrumen dari Sujarwo & Livana, 2017 ini dipilih oleh peneliti pada penelitian ini karena menurut beberapa penelitian yang dilakukan untuk mengukur respon fisik pada Tindakan restrain menggunakan instrumen serupa. Salah satunya pada penelitian yang dilakukan oleh Iskandar et al., 2019.

2.8 Kerangka Konsep

Bagan 2.1
Kerangka Konsep



Sumber: Keliat & Pasaribu, 2016; PERMENKES RI, 2017; Kandar & Prambudi, 2014; Sujarwo & Livana, 2017; Elvira & Hadisukanto, 2017.