

# LAPORAN PENELITIAN

*RESEARCH IN ACTION*



**PENGALAMAN PERAWAT DAN PASIEN TENTANG  
TINDAKAN RESTRAIN PADA PASIEN SKIZOFRENIA  
DI RUMAH SAKIT ERNALDI BAHAR PALEMBANG**

**Disusun oleh:**

<b>Novita Anggraini, S.Kep, Ners, M.Kes</b>	<b>0206118001</b>	<b>Ketua</b>
<b>Venny Mayumi G, S.Kep, Ners</b>	<b>9902702330</b>	<b>Anggota</b>
<b>Bela Purnama Dewi, S.Kep, Ners</b>	<b>9902701745</b>	<b>Anggota</b>

**Program Studi S1 Keperawatan dan Ners  
Fakultas Ilmu Kesehatan  
UNIVERSITAS KATOLIK MUSI CHARITAS  
PALEMBANG  
Agustus 2017**

## HALAMAN PENGESAHAN

### PENELITIAN

Judul FPM	: Pengalaman Perawat dan Pasien tentang Vindikasi Restrain pada Pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Esantri Huhur Palembang
Ketua Tim Pengusul	:
a. Nama	: Novita Angraeni, S.Kep., Ners., M.Kes
b. NIDN/NIP	: 0306118001
c. Jabatan/Celangan	: Asisten Ahli/HC
d. Program Studi/Pakultas	: S1 Keperawatan dan Profesi Ners/ Ilmu Kesehatan
e. Perguruan Tinggi	: Unika Musi Charitas Palembang
f. Bidang Keahlian	: Keperawatan
g. Nomor Hp	: 08127319544
h. Alamat Email	: <a href="mailto:novitaangraeni06@gmail.com">novitaangraeni06@gmail.com</a>
Anggota Peneliti 1	:
a. Nama	: Venny Mayumi Guisua, S.Kep., Ners
b. NIDN/NIP	: 9902702330
c. Perguruan Tinggi	: Unika Musi Charitas Palembang
Anggota Peneliti 2	:
a. Nama	: Baia Purnama Dewi, S.Kep., Ners
b. NIDN/NIP	: 9902701771
c. Perguruan Tinggi	: Unika Musi Charitas Palembang
Biaya Total	: Rp. 2.500.000

Ditengahi,  
Dekan  
  
Mordina Situngkir, M.Kep.  
NIDN. 0212087201

Palembang, 12 Agustus 2017  
Ketua Tim Pengusul,  
  
(Novita Angraeni, S.Kep., Ners., M.Kes)  
NIDN. 0306118001

Menyetujui,  
Kepala Lembaga Penelitian dan Pengabdian  
Komunitas  
  
Pratiwi Soejono, S.E., M.Sc.  
NIDN. 0216117701

## SURAT PERNYATAAN KEABSAHAN KARYA ILMIAH

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Novita Anggraini, S.Kep., Ners., M.Kes  
NIP : 080.2006.1  
NIDN : 0206118001  
Tempat, Tanggal Lahir : Mariana, 06 November 1980  
Pangkat, Golongan, TMT : IIC, 1 April 2014  
Jabatan, TMT : Asisten Ahli, 2 Juli 2012  
Bidang Ilmu/Mata Kuliah :  
Jurusan/Program Studi : Keperawatan/ S1 Keperawatan dan Profesi Ners  
Unit Kerja : Universitas Katolik Misi Charitas

Dengan ini menyatakan bahwa Karya Ilmiah, seperti di bawah ini:

No	Karya Ilmiah	Judul	Identitas Karya Ilmiah (ISBN/TSSN/Edisi/Tahun)	Alamat Unggah Online
1.	Jurnal	Pengalaman Perawat dan Pasien tentang Tindakan Restrain pada Pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Ernaldi Bahar Palembang,	2088-5628/2016	-

1. Adalah benar karya saya sendiri atau bukan plagiat hasil karya orang lain dan saya ajukan sebagai bahan Laporan Beban Kerja Dosen.
2. Apabila di kemudian hari terbukti bahwa karya ilmiah ini bukan karya saya sendiri atau plagiat hasil karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan perundang-undangan yang berlaku.

Demikian surat pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Palembang, Agustus 2017



Pernyataan

Novita Anggraini, S.Kep., Ners., M.Kes

NIDN. 0206118001

## ABSTRAKSI

Keluhan utama yang ditemukan pada sebagian besar pasien skizofrenia yang dibawa ke rumah sakit adalah tindakan perilaku kekerasan baik yang mencederai diri sendiri maupun orang lain. Salah satu tindakan keperawatan yang dilakukan pada fase ini adalah pengikatan dan pengekangan. Tindakan pengikatan ini dikenal dengan tindakan restrain. Skizofrenia adalah suatu gangguan kejiwaan kompleks dimana seseorang mengalami kesulitan dalam proses berpikir sehingga menimbulkan halusinasi, delusi, gangguan berpikir dan bicara (dikenal sebagai psikotik). Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengalaman perawat dan pasien tentang tindakan restrain pada pasien skizoprenia. Penelitian ini merupakan penelitian non eksperimental deskriptif eksploratif dengan pendekatan kualitatif. Sampel yang digunakan diambil menggunakan teknik *purposive sampling* dengan kriteria inklusi dan eksklusi yang ditentukan. Teknik pengumpulan data dilakukan menggunakan pedoman wawancara mendalam tentang pengalaman perawat dan pasien tentang tindakan restrain dan seklusi pada pasien skizoprenia. Hasil penelitian ditemukan bahwa perawat sudah memahami tindakan restrain, alat yang digunakan biasanya adalah tali pengikat dari kain dan baju. Tindakan dilakukan atas faktor kebiasaan, pemantauan dilakukan 1-4 jam. Dampak tindakan restrain dapat berupa dampak negatif seperti trauma fisik dan psikis dan dampak positif yaitu memberi efek jera pada pasien. Hasil penelitian lain yang ditemukan pada pasien yaitu dampak positif dan negative dirasakan oleh pasien, frekuensi pemantauan 1-4 jam namun ada 2 pasien yang mengatakan tidak ada pemantauan dari perawat karena tindakan restrain hanya sebentar dan pasien tidak pernah mandi, tidak diganti baju, dan BAB serta BAK hanya dipakaikan pumpers.

**Kata Kunci :** Pengalaman perawat, Pasien, Skizofrenia, Restrain

## **ABSTRACT**

The main complaint found in most of the schizophrenic patients brought to the hospital is an act of violent behavior that harms both the patient and others. One of the nursing actions done in this phase is binding and restraining. This binding action is known as restrain action. Schizophrenia is a complex psychiatric disorder in which a person experiences difficulties in the thinking process resulting in hallucinations, delusions, thinking and speech disorders (known as psychotics). This study aims to determine the experience of nurses and patients about the action of restrain in patients with schizophrenia. This research is a non experimental descriptive explorative research with qualitative approach. The sample used was taken using purposive sampling technique with inclusion criteria and the specified exclusion. Data collection techniques were conducted using in-depth interview guidelines on nurse and patient experience on restrain and seizure measures in schizophrenic patients. The results found that the nurses already understand the act of restrain, the tool used is usually the straps of cloth and clothes. The action is done on habit factor, monitoring is done 1-4 hours. The impact of restrained actions can be negative impacts such as physical and psychological trauma and the positive effect of a deterrent effect on the patient. The results of other studies found in patients with positive and negative impacts were felt by the patient, the monitoring frequency was 1-4 hours but there were 2 patients who said there was no monitoring from the nurses because the restrain action was only brief and the patient did not bathe, change clothes, and urinate and defecate. They only wore diapers.

**Keywords:** Experience of nurse, Patient, Schizophrenia, Restrain

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
HALAMAN PENGESAHAN .....	ii
SURAT PERNYATAAN KEABSAHAN KARYA ILMIAH.....	iii
ABSTRAKSI.....	iv
ABSTRACT.....	v
KATA PENGANTAR .....	vi
DAFTAR ISI .....	vii
DAFTAR TABEL .....	viii
DAFTAR GAMBAR.....	ix
DAFTAR SKEMA.....	x
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang Masalah .....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	2
<b>BAB 2 LANDASAN TEORI</b>	
2.1 Definisi Restrain dan seklusi .....	3
2.2 Jenis Restrain .....	3
2.3 Pembatasan Mekanis .....	3
2.4 Surveilans Teknologi .....	4
2.5 Pembatasan Kimia .....	4
2.6 Pembatasan Psikologis .....	4
2.7 Indikasi Tindakan Restrain .....	5
2.8 Dampak Negatif Penggunaan Restrain.....	6
2.9 Indikasi Pelepasan Restrain .....	6
2.10 Tatalaksana.....	7
<b>BAB 3 TUJUAN DAN MANFAAT</b>	
3.1 Tujuan Penelitian.....	9
3.2 Manfaat Penelitian.....	9
<b>BAB 4 METODE PENELITIAN</b>	
4.1 Jenis dan Rancangan Penelitian .....	10
4.2 Kerangka Konsep Penelitian.....	10
4.3 Tempat dan Waktu Penelitian .....	10
4.4 Populasi dan Sampel Penelitian .....	10
4.5 Variabel Penelitian .....	11
4.6 Definisi Operasional.....	11
4.7 Instrumen Penelitian.....	12
4.8 Uji Validitas dan Realibilitas .....	12
4.9 Alur Penelitian.....	13
4.10 Teknik Analisa Data.....	13

<b>BAB 5 HASIL DAN PEMBAHASAN</b>	
5.1 Data Penelitian .....	15
5.2 Analisa Penelitian .....	37
<b>BAB 6 RENCANA DAN TAHAPAN BERIKUTNYA</b>	
6.1 Seminar Hasil Penelitian .....	53
6.2 Publikasi Penelitian .....	53
<b>BAB 7 SIMPULAN, KETERBATASAN DAN SARAN</b>	
7.1 Simpulan .....	54
7.2 Keterbatasan dan Saran .....	55

**DAFTAR PUSTAKA**  
**LAMPIRAN**

## DAFTAR TABEL

Tabel 5.1 Karakteristik partisipan perawat .....	15
Tabel 5.2 Karakteristik partisipan pasien.....	15



## DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1 Teori menurut Stuart dan sundeen.....	10
Gambar 5.1 Tali Restrain.....	44
Gambar 5.2 Posisi pasien direstrain.....	45

## **DAFTAR SKEMA**

Skema 1 proses analisis perawat tema 1 .....	17
Skema 1 proses analisis perawat tema 2 .....	19
Skema 1 proses analisis perawat tema 3 .....	21
Skema 1 proses analisis perawat tema 4 .....	24
Skema 1 proses analisis perawat tema 5 .....	27
Skema 1 proses analisis pasien tema 1 .....	29
Skema 1 proses analisis pasien tema 2.....	31
Skema 1 proses analisis pasien tema 3.....	33
Skema 1 proses analisis pasien tema 4.....	35

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Saat ini gangguan jiwa semakin marak diperbincangkan dan didiskusikan di media massa seiring perkembangan dan kemajuan teknologi. Pandangan mengenai orang sakit dengan gangguan jiwa tidak lagi dilihat sebelah mata, walaupun begitu hal ini belum dapat dikatakan bahwa program kesehatan yang sudah direncanakan dapat berjalan dengan baik. Hal ini terbukti dengan laporan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013 bahwa prevalensi gangguan jiwa berat pada penduduk Indonesia 1,7 per mil. Gangguan jiwa berat terbanyak di DI Yogyakarta, Aceh, Sulawesi Selatan, Bali, dan Jawa Tengah. Proporsi rumah tangga yang pernah memasung anggota rumah tangga dengan gangguan jiwa berat sebesar 14,3 persen dan terbanyak pada penduduk yang tinggal di perdesaan (18,2%), serta pada kelompok penduduk dengan kuintil indeks kepemilikan terbawah (19,5%). Prevalensi gangguan mental emosional pada penduduk Indonesia 6,0 persen. Provinsi dengan prevalensi gangguan mental emosional tertinggi adalah Sulawesi Tengah, Sulawesi Selatan, Jawa Barat, DI Yogyakarta, dan Nusa Tenggara Timur (Riskesdas Kemenkes, 2013).

Indikator kesehatan jiwa yang dinilai pada Riskesdas 2013 antara lain gangguan jiwa berat, gangguan mental emosional serta cakupan pengobatannya. Gangguan jiwa berat adalah gangguan jiwa yang ditandai oleh terganggunya kemampuan menilai realitas atau tilikan (*insight*) yang buruk. Gejala yang menyertai gangguan ini antara lain berupa halusinasi, ilusi, waham, gangguan proses laria, kemampuan berpikir, serta tingkah laku aneh, misalnya agresivitas atau katatonik. Gangguan jiwa berat dikenal dengan sebutan psikosis dan salah satu contoh psikosis adalah skizofrenia (Idaiani, S., *et al* dalam Rikesdas, 2013).

Keluhan utama yang ditemukan pada sebagian besar pasien skizofrenia yang dibawa ke rumah sakit adalah tindakan perilaku kekerasan baik yang mencederai diri sendiri maupun orang lain. Perilaku kekerasan adalah keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik baik

terhadap diri sendiri, orang lain maupun lingkungan. Hal tersebut dilakukan untuk mengungkapkan perasaan kesal atau marah yang tidak konstruktif (Stuart dan Sundeen, 2006). Kondisi seperti ini merupakan situasi gawat darurat dimana seorang pasien sedang berada pada fase krisis. Salah satu tindakan keperawatan yang dilakukan pada fase ini adalah pengikatan dan pengekangan. Tindakan pengikatan ini dikenal dengan tindakan restrain. Restrain adalah suatu tindakan gawat darurat untuk menghambat / mencegah seorang pasien melakukan sesuatu yang diinginkannya yang dapat mencederai dirinya sendiri ataupun orang lain, tindakan ini diikuti dengan tindakan seklusi (pengurungan). Tindakan ini pada pasien-pasien gangguan jiwa, umumnya membutuhkan tenaga professional yang lebih dari satu orang, karena kekuatan fisik sangat dibutuhkan dalam fase krisis ini.

Menurut Stuart dan Laraia (2005) dalam Kandar (2014) prinsip-prinsip penanganan perilaku kekerasan terdiri dari tiga strategi yaitu preventif, antisipatif, pengekangan/manajemen krisis. Strategi pencegahan meliputi *self awareness* edukasi, manajemen marah, terapi kognitif, terapi kognitif perilaku, sedangkan strategi perilaku meliputi teknik komunikasi, perubahan lingkungan psikoedukasi keluarga, dan pemberian obat antipsikotik. Strategi yang ketiga yaitu pengekangan meliputi tindakan manajemen krisis, pengikatan dan pembatasan gerak.

Berdasarkan studi pendahuluan di RS Ernaldi Bahar Palembang bahwa pelaksanaan restrain dan seklusi yang dilakukan pada pasien skizofrenia pada fase akut dalam artian pasien tersebut berisiko mencederai dirinya sendiri atau orang lain atau pasien yang mencoba untuk melarikan diri. Data 3 bulan terakhir di RS Ernaldi Bahar Palembang 128 pasien terpasang restrain. Prosedur restrain yang dilakukan di rumah sakit ini masih belum optimal. Tindakan restrain yang dilakukan biasa dilakukan untuk pergelangan kaki dan tangan dengan kain pengikat dan juga dilakukan tindakan seklusi yaitu mengurung pasien dalam suatu ruangan dengan tujuan agar tidak dapat keluar sesuai keinginannya (melarikan diri). Berdasarkan uraian di atas, maka peneliti tertarik untuk meneliti pengalaman perawat dan pasien tentang tindakan restrain pada pasien skizofrenia di RS Ernaldi Bahar Palembang.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang diatas maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah: “Bagaimanakah pengalaman perawat dan pasien tentang tindakan restrain pada pasien skizofrenia di Rumah Sakit Ernaldi Bahar Palembang?” .

## **BAB 2**

### **LANDASAN TEORI**

#### **2.1. Definisi**

##### **2.1.1 Restrain**

Restrain adalah suatu tindakan untuk menghambat / mencegah seseorang melakukan sesuatu yang diinginkan. Definisi *restraint* ini berlaku untuk semua penggunaan restrain di unit dalam rumah sakit. Pada umumnya, jika pasien dapat melepaskan suatu alat yang dengan mudah, maka alat tersebut tidak dianggap sebagai suatu restrain (*Royal College of Nursing, 2008*).

##### **2.1.2 Seclusi/Isolasi/Pengasingan**

Seclusi/isolasi/pengasingan adalah suatu tindakan pengasingan terhadap pasien di dalam suatu ruangan dimana pasien tinggal sendiri dan dicegah secara fisik untuk meninggalkan ruangan tersebut. Isolasi hanya digunakan untuk tujuan penanganan tindakan yang membahayakan diri sendiri dan atau orang lain. Ruang isolasi ini harus dipastikan untuk selalu terkunci (*Royal College of Nursing, 2008*).

#### **2.1 Jenis Restrain**

##### **2.1.1 Pembatasan Fisik**

- 2.1.1.1 Melibatkan satu atau lebih staf untuk memegang pasien, menggerakkan pasien, atau mencegah pergerakan pasien.
- 2.1.1.2 Jika pasien dapat dengan mudah meloloskan diri/melepaskan diri dari pegangan staf, maka hal ini tidak dianggap sebagai suatu *restraint*
- 2.1.1.3 Pemegangan fisik: biasanya staf memegang pasien dengan tujuan untuk melakukan suatu pemeriksaan fisik/tes rutin.

#### **2.2 Pembatasan Mekanis**

Melibatkan penggunaan suatu alat. Misalnya:

- 2.2.1 Penggunaan sarung tangan khusus di ruang rawat intensif (*Intensive Care Unit*)
- 2.2.2 Peralatan sehari-hari: ikat pinggang/sabuk untuk mencegah pasien jatuh dari kursi, penggunaan pembatas di sisi kiri dan kanan tempat tidur (*bedrails*) untuk mencegah pasien jatuh/ turun dari tempat tidur
- 2.2.3 Pengontrolan kebebasan gerak pasien: penggunaan kunci, penyekat, tombol pengatur, dan sebagainya

### **2.3 Surveilans Teknologi**

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

### **2.4 Pembatasan Kimia**

- 2.4.1 Melibatkan penggunaan obat-obatan untuk membatasi pasien.
- 2.4.2 Obat-obatan dianggap sebagai suatu restrain hanya jika penggunaan obat-obatan tersebut tidak sesuai dengan standar terapi pasien dan penggunaan obat-obatan ini hanya ditujukan untuk mengontrol perilaku pasien/membatasi kebebasan bergerak pasien.
- 2.4.3 Kriteria untuk menentukan suatu penggunaan obat dan kombinasinya tidak tergolong restrain adalah : Obat-obatan tersebut diberikan dalam dosis yang sesuai dan telah disetujui oleh *Food and Drug Administration (FDA)* dan sesuai dengan indikasinya, Penggunaan obat mengikuti/sesuai dengan standar praktik kedokteran yang berlaku, Penggunaan obat untuk mengobati kondisi medis tertentu pasien didasarkan pada gejala pasien, keadaan umum pasien, dan pengetahuan klinisi/dokter yang merawat pasien, Penggunaan obat tersebut diharapkan dapat membantu pasien mencapai kondisi fungsionalnya secara efektif dan efisien, Jika secara keseluruhan efek obat tersebut menurunkan kemampuan pasien untuk berinteraksi

dengan lingkungan sekitarnya secara efektif, maka obat tersebut tidak digunakan sebagai terapi standar untuk pasien.

- 2.4.4 Tidak diperbolehkan menggunakan ‘pembatasan kimia’ (obat sebagai restraint) untuk tujuan kenyamanan staf, untuk mendisiplinkan pasien, atau sebagai metode untuk pembalasan dendam.
- 2.4.5 Efek samping penggunaan obat haruslah dipantau secara rutin dan ketat.

## **2.5 Pembatasan Psikologis**

- 2.5.1 Dapat meliputi : pemberitahuan secara konstan/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.
- 2.5.2 Pembatasan ini dapat juga berupa pembatasan pilihan gaya hidup pasien, seperti: memberitahukan kepada pasien mengenai waktu tidur dan waktu bangunnya.
- 2.5.3 Contoh lainnya : pembatasan benda-benda/peralatan milik pasien, seperti: mengambil alat bantu jalan pasien, kacamata, pakaian sehari-hari, atau mewajibkan pasien menggunakan seragam rumah sakit dengan tujuan mencegah pasien untuk kabur/keluar (*Royal College of Nursing*, 2008).

## **2.6 Indikasi**

- 2.6.1 Pasien menunjukkan perilaku yang berisiko membahayakan dirinya sendiri dan atau orang lain
- 2.6.2 Tahanan pemerintah (yang legal/sah secara hukum) yang dirawat di rumah sakit
- 2.6.3 Pasien yang membutuhkan tata laksana emergensi (segera) yang berhubungan dengan kelangsungan hidup pasien
- 2.6.4 Pasien yang memerlukan pengawasan dan penjagaan ketat di ruangan yang aman



2.6.5 Restrain atau isolasi digunakan jika intervensi lainnya yang lebih tidak restriktif tidak berhasil/tidak efektif untuk melindungi pasien, staf, atau orang lain dari ancaman bahaya

Indikasi ini dapat diaplikasikan untuk semua rumah sakit: rumah sakit layanan akut (*acute care*), layanan jangka panjang, rumah sakit jiwa, rumah sakit anak dan bunda, dan rumah sakit kanker, semua lokasi di dalam rumah sakit: semua jenis perawatan, termasuk ruang rawat inap biasa, unit bedah/medis, ICU, IGD, forensik, ruang rawat psikiatri, ruang rawat anak, dan sebagainya, semua pasien di rumah sakit, tanpa melihat usia, yang memenuhi indikasi, rumah perawatan di luar rumah sakit (rumah sendiri atau panti jompo).

Indikasi ini tidak spesifik terhadap prosedur medis tertentu, namun disesuaikan dengan setiap perilaku individu dimana terdapat pertimbangan mengenai perlunya menggunakan *restraint* atau tidak. Keputusan penggunaan *restraint* ini tidak didasarkan pada diagnosis, tetapi melalui asesmen pada setiap individu secara komprehensif. Asesmen ini digunakan untuk menentukan apakah penggunaan metode yang kurang restriktif memiliki risiko yang lebih besar daripada risiko akibat penggunaan *restraint*. Asesmen komprehensif ini harus meliputi pemeriksaan fisik untuk mengidentifikasi masalah medis yang dapat menyebabkan timbulnya perubahan perilaku pada pasien. Misalnya: peningkatan suhu tubuh, hipoksia, hipoglikemia, ketidakseimbangan elektrolit, interaksi obat, dan efek samping obat dapat menimbulkan kondisi delirium, agitasi, dan perilaku yang agresif. Penanganan masalah medis ini dapat mengeliminasi atau meminimalisasi kebutuhan akan *restraint*/isolasi.

Jika pasien tidak dapat memberikan persetujuan (*consent*), perawat seyogianya selalu menjelaskan tindakan yang akan dilakukan, berikut membantu pasien untuk memahami dan menyetujui tindakan tersebut. Suatu studi menyarankan bahwa penggunaan *restraint* pasien yang delirium sekalipun, pasien tersebut akan sangat menghargai dan mengingat penjelasan perawat mengenai kondisi pasien dan alasan pasien dilakukan *restraint*, terutama untuk meyakinkan bahwa tindakan tersebut ditujukan untuk keselamatan pasien.

Salah satu cara untuk membantu tenaga kesehatan menghindari penggunaan *restraint* adalah dengan menyediakan lingkungan perawatan yang berkesan positif. Berikut adalah beberapa cara untuk menyediakan lingkungan yang positif yaitu : Perawatan yang berpusat pada pasien, terutama yang mempunyai kebutuhan dukungan psikologis, Tingkat kebebasan dan risiko perawatan di rumah, Pencegahan kekerasan dan agresi, Pencegahan ide/tindakan bunuh diri dan melukai diri sendiri, Pengalaman pasien di ruang rawat intensif (ICU), Pemenuhan kebutuhan pasien demensia di ruang rawat RS, Pencegahan dan penanganan delirium, Menjaga harga diri dan martabat pasien selama asuhan keperawatan, Pencegahan risiko jatuh.

## **2.7 Dampak Negatif Penggunaan *Restrain***

Irish Nurses Organisation (2003) dampak 7 variable tindakan restrain yaitu :

### **2.7.1 Dampak fisik**

Dampak fisik yang akan diterima yaitu atrofi otot, hilangnya/berkurangnya densitas tulang, ulkus decubitus, infeksi nosocomial, strangulasi, penurunan fungsional tubuh, stress kardiak, inkontinensia.

### **2.7.2 Dampak psikologis**

Dampak psikologis yang akan diterima yaitu depresi, penurunan fungsi kognitif, isolasi emosional, kebingungan (*confusion*) dan agitasi.

## **2.8 Indikasi Pelepasan**

Indikasi pelepasan restrain meliputi pemenuhan ADL, kondisi fisik, dan kondisi psikologis. Pasien menunjukkan perbaikan kondisi fisik seperti tindakan mencakar, meludah, menjambak, menendang, mencengkeram pakaian, mencekik dan mendorong. Kondisi psikologis yang dimaksud adalah mampu mengidentifikasi marah, mampu mengontrol marah (fisik, social, dan spiritual), kooperatif dengan pengobatan, serta tidak memiliki

tanda-tanda perilaku kekerasan seperti agitasi verbal maupun motorik impulsif, serta marah-marah tanpa sebab (Kandar dan Prabawati, 2014).

## 2.9 Tatalaksana

2.9.1 Yang berwenang membuat keputusan mengenai penggunaan restrain adalah DPJP

1. Pengaplikasian restrain dilakukan berdasarkan instruksi dari
2. Jika DPJP tidak hadir saat dibutuhkan instruksi, maka tanggung jawab didelegasikan pada dokter jaga. Dokter yang menerima delegasi nantinya akan mengkonsulkan pasien kepada DPJP via telepon

2.9.2 Pengaplikasian restrain harus berdasarkan penilaian kebutuhan pasien, kondisi medis serta riwayat penyakit dan intervensi yang diberikan haruslah sesuai dengan kebutuhan dan kepentingan

2.9.3 Restrain digunakan sebagai cara/ 8variable8ve terakhir jika metode restriktif lainnya tidak berhasil / tidak efektif untuk memastikan keselamatan pasien, staf, atau orang

2.9.4 Instruksi penggunaan restrain tidak boleh digunakan instruksi pro re nata (jika perlu)

1. Setiap episode penggunaan restrain harus dinilai dan dievaluasi serta berdasarkan instruksi
2. Jika pasien sudah terbebas dari penggunaan restrain dan kemudian menunjukkan perilaku yang membahayakan dan hanya dapat diatasi oleh re-aplikasi restrain, diperlukan instruksi baru untuk melakukan re-aplikasi.
3. Staf tidak boleh memberhentikan penggunaan restrain dan kemudian me- reaplikasikannya kembali di bawah instruksi yang

2.9.5 Pengecualian :

1. Penggunaan side rails yang diindikasikan harus tercatat di rekam medis pasien
2. Pada pasien dengan perilaku yang membahayakan diri sendiri penggunaan restrain untuk mencegah cedera/bahaya pada diri

3. Perilaku yang berbahaya dibuat berdasarkan penilaian oleh

2.9.6 Penggunaan restrain yang bertujuan untuk manajemen perilaku destruktif/ membahayakan harus dievaluasi setiap :

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

2.9.7 Batasan evaluasi di atas tidak berlaku untuk manajemen perilaku non destruktif

2.9.8 Aplikasi restrain pada pasien dengan perilaku destruktif

1. Dievaluasi langsung 1 jam setelah instruksi restrain oleh dokter yang bertugas atau perawat jaga dan dicatat dalam rekam medis
2. Evaluasi meliputi :
  1. Temuan terbaru mengenai kondisi pasien
  2. Respon pasien terhadap restrain
  3. Hasil evaluasi pasien
  4. Perlu tidaknya untuk menghentikan/melanjutkan tindakan

2.9.9 Penggunaan restrain harus dipantau secara berkala dan jika kondisi membahayakan sudah teratasi segera hentikan penggunaan

2.9.10 Batas waktu penggunaan restrain maksimal 24 jam dan jika batas waktu restrain 9ariab berakhir, perawat harus segera melaporkan kondisi klinis pasien berdasarkan asesmen dan evaluasi terkini, serta menanyakan apakah instruksi restrain perlu dilanjutkan atau

2.9.11 Prosedur observasi sebelum dan setelah aplikasi restrain

1. Singkirkan semua benda yang berpotensi membahayakan, sebelum aplikasi restrain
2. Inspeksi keamanan tempat tidur, tempat duduk dan peralatan yang akan digunakan selama proses
3. Jelaskan 9ariabl penggunaan restrain
4. Observasi pasien setelah aplikasi restrain

5. Penuhi kebutuhan pasien seperti : makan, minum, mandi dan toileting
6. Lakukan pemantauan secara berkala meliputi : tanda vital, posisi tubuh pasien, keamanan restrain dan kenyamanan pasien
7. Catat dan laporkan perubahan perilaku pasien pada

#### 2.9.12 Dokumentasi

Dokumentasi meliputi kondisi pasien, perilaku pasien, 10 variabel dan jenis, penggunaan restrain, respon pasien terhadap intervensi, evaluasi perilaku dan kondisi pasien setelah aplikasi rencana strategi pada pasien.

## **BAB 3**

### **TUJUAN DAN MANFAAT**

#### **3.1 Tujuan Penelitian**

##### **3.1.1 Tujuan Umum**

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengalaman seorang perawat dan pasien tentang tindakan restrain pada pasien skizofrenia.

##### **3.1.2 Tujuan Khusus**

3.1.2.1 Mengetahui pengalaman perawat tentang pemberian restrain pada pasien skizofrenia

3.1.2.2 Mengetahui panduan atau SPO tentang restrain pada pasien skizofrenia

3.1.2.3 Mengetahui pengalaman pasien setelah dilakukan restrain

#### **3.2 Manfaat Penelitian**

##### **3.2.1 Peneliti**

Penelitian ini diharapkan dapat menambah pengalaman peneliti dalam melakukan penelitian dan memenuhi kewajiban melakukan tri dharma perguruan tinggi.

##### **3.2.2 Rumah Sakit**

Manfaat praktis bagi institusi rumah sakit adalah dapat memberikan informasi dan evaluasi kemampuan perawat dalam tindakan restrain dan mengevaluasi SOP yang ada.

##### **3.2.3 Perawat**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan kemampuan perawat dalam situasi emergensi yaitu dengan melakukan tindakan restrain yang baik dan benar

##### **3.2.4 Institusi Pendidikan**

Hasil penelitian ini diharapkan untuk menambah kajian dan dapat menjadi sumber dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan

penelitian selanjutnya mengenai pengalaman perawat dan pasien  
tentng tindakan restrain pada pasien skizofrenia di Rumah Sakit  
Ernaldi Bahar Palembang.

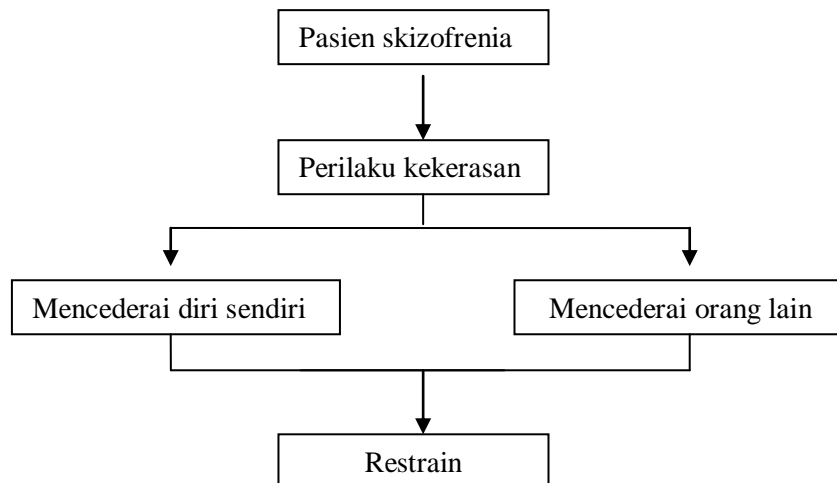
## BAB 4

### METODE PENELITIAN

#### 4.1 Jenis dan Rancangan Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif menggunakan rancangan penelitian deskriptif eksploratif (*exploratory study*) dengan metode *cross sectional* untuk mendeskripsikan sebuah pengalaman perawat dan pasien mengenai tindakan restrain pada pasien gangguan jiwa.

#### 4.2 Kerangka Teori Penelitian



Gambar 3.1 Teori menurut Stuart dan Sundeen, 2006

#### 4.3 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RS Ernaldi Bahar Palembang dilakukan pada 25 Januari-20 Februari 2016.

#### 4.4 Populasi dan Sampel Penelitian

Populasi yang digunakan pada penelitian ini adalah seluruh perawat yaitu sejumlah 120 orang dan seluruh pasien gangguan jiwa yang dirawat inap sesuai dengan waktu dilaksanakan penelitian ini. Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan metode *non probability sampling* dengan



menggunakan teknik *purposive sampling*. Sampel tersebut harus sesuai dengan variabel yang ditentukan.

Kriteria inklusi partisipan pada penelitian ini adalah perawat dan pasien. Perawat yaitu dengan pengalaman kerja minimal 3 tahun dan bersedia menandatangani *informed consent* untuk menjadi subyek penelitian ini, pernah melakukan tindakan restrain dan atau seklusi atau membantu melakukan tindakan ini, selain itu variabel inklusi pasien adalah pasien yang mempunyai alur yang jelas dalam berkomunikasi dan dapat dimengerti (koheren), pasien mempunyai ingatan jangka panjang, pasien pernah dilakukan tindakan restrain dan atau seklusi minimal 2 minggu,

Kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah pasien yang masih dalam fase akut, pasien yang pulang saat dilakukannya/masih dalam tahap penelitian.

#### **4.5 Variabel Penelitian**

Variabel dalam penelitian ini adalah variabel tunggal yaitu pengalaman perawat dan pasien tentang tindakan restrain dan seklusi pada pasien gangguan jiwa.

#### **4.6 Definisi Operasional**

1. Perawat adalah seseorang yang telah menyelesaikan program pendidikan keperawatan yang bertanggung jawab dan berwenang memberikan pelayanan keperawatan secara mandiri dan atau berkolaborasi dengan tenaga kesehatan lain sesuai dengan kewenangannya. Dalam penelitian ini perawat yang digunakan sebagai sampel/partisipan adalah perawat berlatar belakang D III atau S1 keperawatan, Ners yang telah memiliki pengalaman kerja  $\geq 5$  tahun.
2. Pasien Skizoprenia adalah pasien yang memiliki tanda dan gejala seperti adanya delusi atau waham, halusinasi, kekacauan alam baka, gaduh, gelisah, menyimpan rasa permusuhan atau telah diidentifikasi skizofrenia di rekam medis RS Ernaldi Bahar Palembang.

3. Tindakan restrain adalah *restraint* adalah suatu tindakan untuk menghambat/mencegah seseorang melakukan sesuatu yang diinginkan yang berisiko mencederai dirinya sendiri ataupun orang lain.
4. Persepsi adalah daya 12aria perawat yang bekerja di RS Ernaldi Bahar Palembang atau pasien gangguan jiwa yang dirawat di RS Ernaldi Bahar Palembang yang bertujuan untuk menerangkan atau menjelaskan suatu kejadian/tindakan yang telah dialami/dirasakannya.

#### **4.7 Instrumen Penelitian**

Instrumen utama dalam penelitian ini adalah peneliti sendiri dan dibantu oleh beberapa asisten penelitian yang sebelum penelitian dilakukan para asisten penelitian telah diberikan penjelasan yang bertujuan untuk menyamakan persepsi dengan si peneliti sendiri.

Wawancara mendalam yang digunakan merupakan salah satu tehnik pengumpulan data dalam studi kualitatif untuk memperoleh informasi yang mendalam. Alat bantu pengukuran yang digunakan dalam penelitian ini adalah alat perekam suara (*tape recorder*), kamera digital, buku catatan dan alat tulis. Waktu yang dibutuhkan untuk wawancara 30 – 45 menit.

Instrumen tersebut dirancang dan dibuat sendiri oleh peneliti yang didasarkan pada 12variable12v mengenai tindakan restrain dan seklusi pada pasien gangguan jiwa. Dalam pelaksanaannya, pedoman wawancara ini dikembangkan oleh peneliti supaya data yang didapat lebih lengkap. Pedoman wawancara yang dibuat terdiri dari pertanyaan yang ditujukan pada perawat dan pasien, total pertanyaan secara keseluruhan adalah sejumlah 23 buah.

#### **4.8 Uji Validitas dan Reliabilitas**

Penelitian kualitatif menegakkan prinsip validitas (kesahihan) atau kesuaian data, dimana dilakukan untuk menguji pemahaman pedoman wawancara dengan uji *face logical validity* oleh responden dan *pendekatan triangulasi* untuk meningkatkan validitas penelitian yang diperoleh selama

penelitian. Uji *face logical validity* dilakukan untuk menunjukkan bahwa responden mampu memahami dan menjawab seluruh pertanyaan dengan baik, maka pedoman wawancara siap digunakan dalam penelitian.

Pendekatan Triangulasi yang dilakukan yaitu dengan cara mengecek data dengan sumber yang sama dengan teknik yang berbeda, uji validitas ini dilakukan dengan direksi keperawatan dan kepala ruangan masing-masing sehingga narasumber tersebut memiliki karakteristik yang sama dengan narasumber yang diteliti, dengan harapan data yang diberikan oleh narasumber sebagai triangulasi adalah benar-benar valid dan sesuai seperti apa yang dilakukan oleh perawat pelaksana, selain itu hal ini disesuaikan dengan data umum perawat dan pasien, SOP yang ada di rumah sakit, rekam medis tentang jumlah pemasangan tindakan restrain. Kegiatan ini dilakukan pada tanggal 20 Januari 2016 Proses pengambilan data ini menggunakan rekaman buku catatan, *tape recorder* dan atau kamera digital.

#### **4.9 Alur Penelitian**

Penelitian ini akan dilaksanakan dengan rincian alur penelitiannya sebagai berikut :

- 4.9.1 Setelah semua persiapan penelitian selesai, selanjutnya kegiatan yang pertama kali dilakukan adalah penyaringan sampel (*screening sample*). Kegiatan ini dilakukan oleh peneliti, pada saat waktu pelaksanaan penelitian sudah ditentukan. Kriteria inklusi ditentukan oleh peneliti dengan memberikan pertanyaan penelitian kepada perawat dan pasien dengan metode *purposive sampling*.
- 4.9.2 Peneliti menanyakan apakah responden bersedia untuk dilakukan penelitian, bila 'Ya' peneliti memberikan surat pernyataan kesediaan untuk menjadi responden penelitian.
- 4.9.3 Selama pelaksanaannya, peneliti dan responden dapat menggunakan bahasa daerah yang dapat meningkatkan hubungan rasa saling percaya, dan rasa kenyamanan selama wawancara. Instrumen pertanyaan hanya dipakai sebagai pedoman, peneliti dapat menambah

pertanyaan lain yang berkaitan dengan penelitian pada responden untuk menggali informasi secara lebih mendalam.

- 4.9.4 Selama penelitian apabila data dianggap jenuh maka penelitian dihentikan. Bila peneliti masih memperoleh informasi baru, maka peneliti akan menambah jumlah responden penelitian sampai peneliti tidak menemukan lagi informasi baru.
- 4.9.5 Hasil wawancara didokumentasi dengan menggunakan *tape recorder* dan bila mendapatkan izin dari pihak yang terkait peneliti akan melakukan pengambilan gambar antara peneliti dengan responden. Selama berjalannya penelitian, peneliti akan melakukan keabsahan data dari semua hasil yang diperoleh.
- 4.9.6 Peneliti mengumpulkan semua data pasien yang telah diisi, di periksa kembali untuk melihat apakah semua jawaban telah terisi dan data yang dicapai lengkap untuk di analisis.

#### **4.10 Teknik Analisa Data**

Analisa data dalam penelitian ini peneliti mengacu pada model analisis Spradley, analisis data dimulai pada saat pengumpulan data dilaksanakan secara interaktif dan berlangsung secara terus menerus sampai data tuntas hingga datanya sudah jenuh (Sugiyono, 2008). Tahapan pada analisis data penelitian kualitatif ini adalah :

1. *Analysis domain*/analisis domain, dimulai dengan merangkum data yang diperoleh dengan cara mendengarkan rekaman dan menyusun transkrip wawancara, memilih hal-hal yang pokok, memfokuskan pada hal-hal penting, dicari tema dan polanya.
2. *Taxonomi analysis*/analisis taksonomi, melakukan penyajian data dalam bentuk uraian singkat, bagan, hubungan antara 14variable sehingga strukturnya 14ari dipahami, disajikan dalam bentuk naratif.
3. *Componential analysis*/analisis komponensial *14variable14v drawing*/verifikasi, melakukan penarikan kesimpulan dan verifikasi dari data-data yang telah

diperoleh sehingga dapat menjawab rumusan masalah yang telah dirumuskan sejak awal.

4. *Discovering cultural thema*/analisis tema, memasukkan hasil observasi dan wawancara untuk kelengkapan dan memuat penulisan hasil.

**BAB 5**  
**HASIL DAN PEMBAHASAN**

**5.1 Data Penelitian**

**1. Karakteristik Partisipan**

Karakteristik partisipan dalam penelitian ini disajikan dalam bentuk 15aria berikut :

Tabel 5.1.1 Karakteristik Partisipan (Perawat) tentang Tindakan Restrain dan Seklusi Pasien Skizofrenia Di RS Ernaldi Bahar Palembang (n=6)

No	Karakteristik	Subyek	
		n	%
1	Jenis Kelamin		
	Laki-laki	1	16.67
	Perempuan	5	83.33
2	Varians Usia (tahun)		
	21- 30	2	33.33
	31- 40	4	66.67
3	Pendidikan		
	SI Keperawatan	2	33.33
	D III Keperawatan	4	66.67
4	Pengalaman Kerja (waktu)		
	< 5 tahun	1	16.67
	≥ 5 tahun	5	83.33

*Sumber : Data Primer*

Tabel 5.1.2 Karakteristik Partisipan (Pasien) tentang Tindakan Restrain dan Seklusi

Di RS Ernaldi Bahar Palembang (n=6)

No	Karakteristik	Subyek	
		n	%
1	Jenis Kelamin		
	Laki-laki	3	50.00
	Perempuan	3	50.00
2	Varians Usia (tahun)		
	21- 30	4	66.67
	31- 40	2	33.33
3	Pendidikan		
	Tidak sekolah	0	0.00
	SD	0	0.00
	SLTP	1	16.67

	SLTA	4	66.67
	Perguruan tinggi	1	16.67
4	Status Perkawinan		
	Menikah	2	33.33
	Belum Menikah	4	66.67
	Janda/Duda	0	0.00

*Sumber : Data Primer*

Partisipan pada penelitian ini berada di ruang perawatan Asoka, Bangau, Merpati, Kenanga, Nusa Indah, Cempaka terdiri dari enam orang partisipan perawat dan pasien. Para partisipan (perawat) ini selanjutnya disebut P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7 dan singkatan R1, R2, R3, R4, R5 untuk para partisipan (pasien).

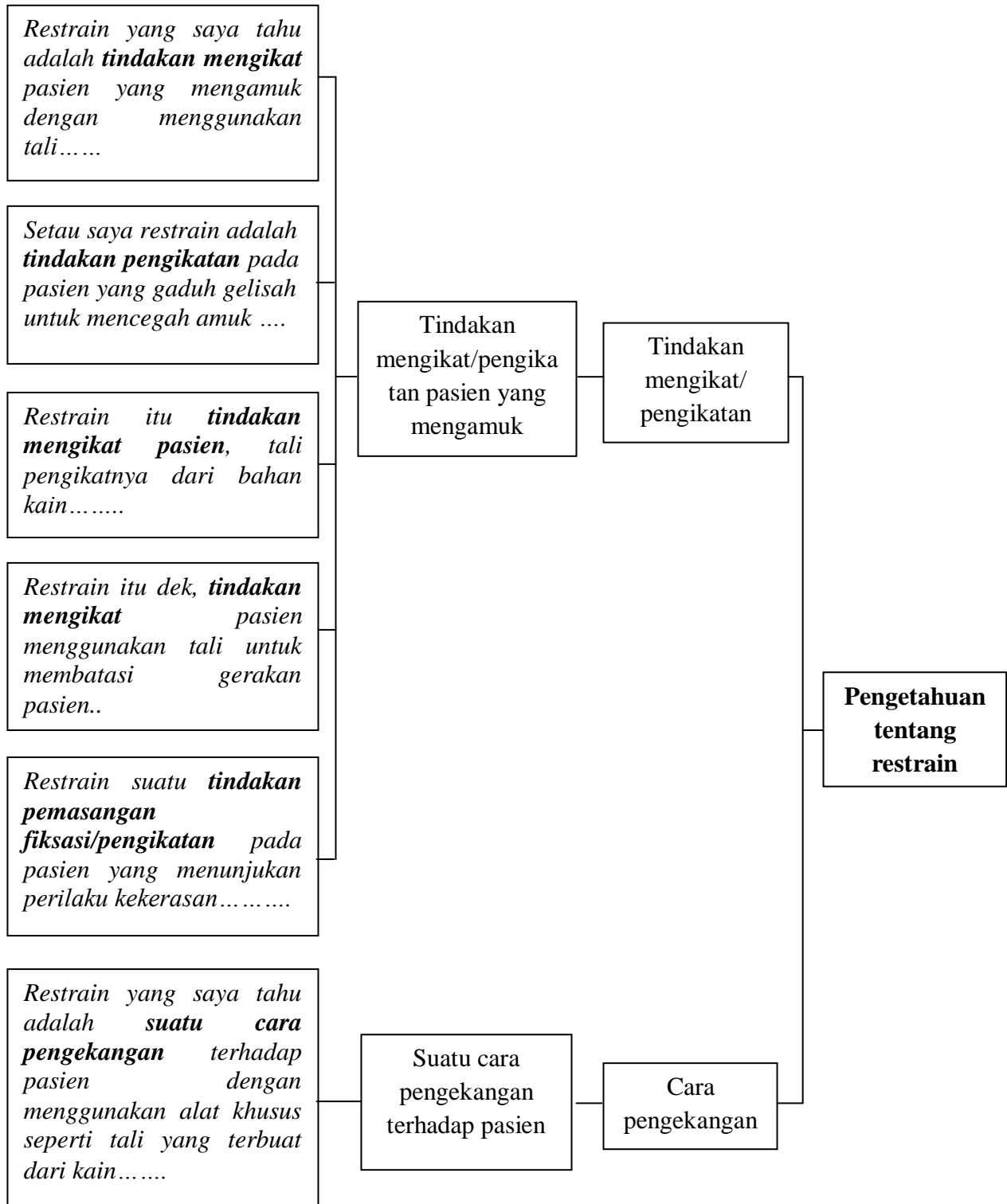
## **2. Proses Analisa Tema**

Proses analisa data disajikan dalam bentuk analisa tematik yang mendeskripsikan pengalaman perawat dan pasien skizofrenia tentang tindakan restrain dan seklusi di RS Ernaldi Bahar Palembang. Hasil proses analisa ini ditentukan pengetahuan tentang restrain, jenis tindakan yang dilakukan, standar tindakan yang ada, pemantauan tindakan, dampak tindakan.

**Hasil Analisa Tematik Enam Partisipan (Perawat) Diperoleh Enam Tema :**

**Skema 1 Proses Analisa Data Tema 1 : Pengetahuan tentang restrain**

Pernyataan	Kata Kunci	Katagori	Tema
------------	------------	----------	------





## 1. Pengetahuan tentang restrain

Berdasarkan wawancara yang telah dilakukan terkait dengan pengetahuan partisipan mengenai tindakan restrain dan seklusi pada pasien skizofrenia. Pada tema ini, semua partisipan mampu memahami tindakan restrain dan seklusi pasien skizofrenia.

### a. Tindakan pengikatan

Lima dari enam partisipan menyatakan bahwa restrain dan seklusi adalah tindakan pengikatan yaitu dinyatakan oleh P2, P3, P4, P5, P6, berikut kutipan wawancaranya:

*“ Restrain yang saya tahu adalah **tindakan mengikat** pasien yang mengamuk dengan menggunakan tali ditempat tidur supaya tidak melukai orang lain.” (P2)*

*“ Setau saya restrain adalah **tindakan pengikatan** pada pasien yang gaduh gelisah untuk mencegah amuk terjadi yang dapat mencederai diri sendiri, orang lain maupun lingkungan sekitar. “ (P3)*

*“ Restrain itu **tindakan mengikat pasien**, tali pengikatnya dari bahan kain, kemudian setiap dua jam harus di lepas tapi kenyataannya tidak begitu...” (P4)*

*“ Restrain itu dek, **tindakan mengikat** pasien menggunakan tali untuk membatasi gerakan pasien yang berperilaku diluar kendali.” (P5)*

*“ Restrain suatu tindakan pemasangan fiksasi/**pengikatan** pada pasien yang menunjukkan perilaku kekerasan, gaduh gelisah/menunjukkan adanya indikasi suisex.” (P6)*

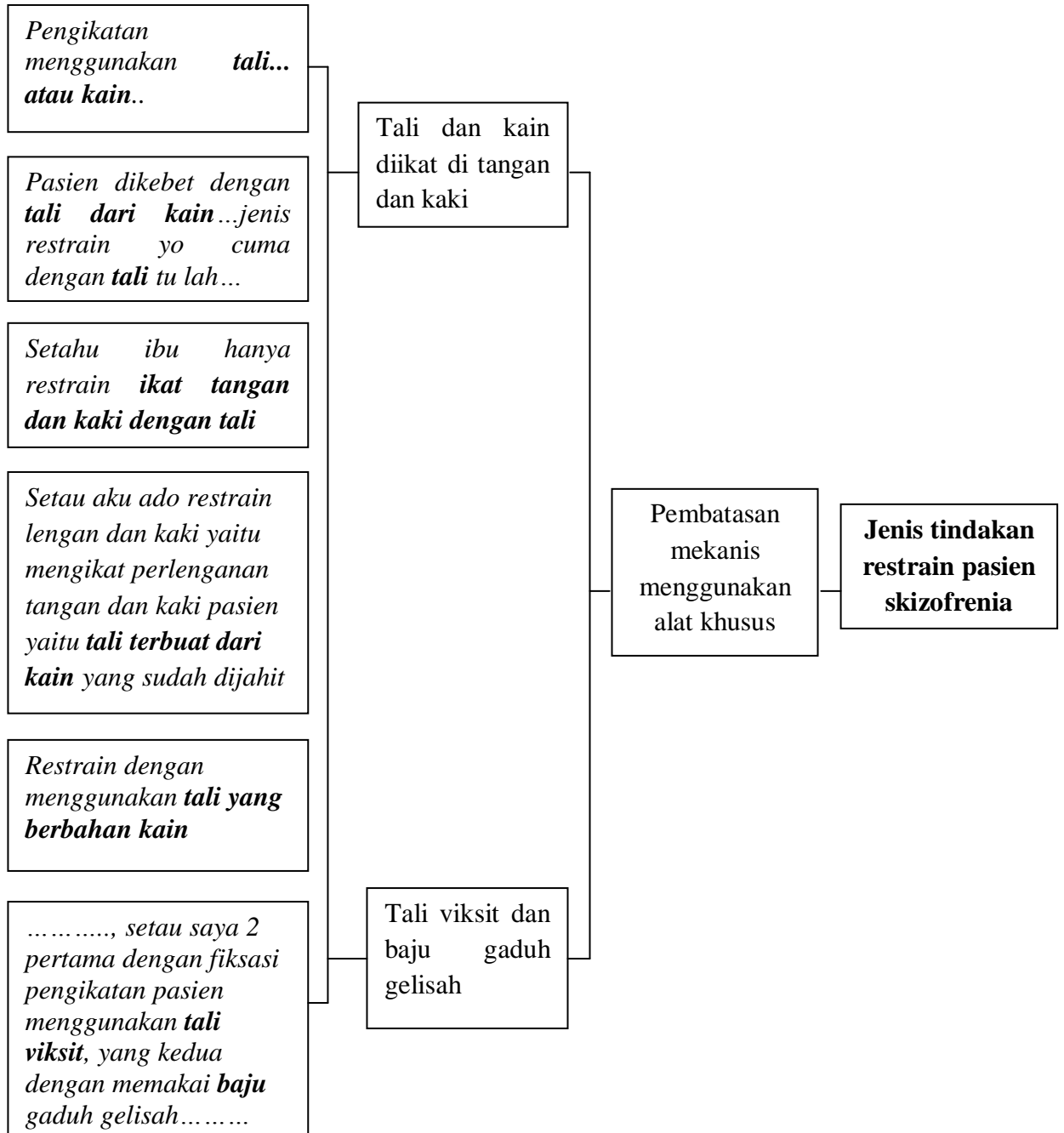
### b. Tindakan pengekangan

Tindakan pengekangan hanya dinyatakan oleh satu orang partisipan, berikut kutipan wawancaranya :

*“ Restrain yang saya tahu adalah suatu cara pengekangan terhadap pasien dengan menggunakan alat khusus seperti tali yang terbuat dari kain yang bertujuan untuk menghindari tindakan menciderai orang lain atau pun diri sendiri oleh pasien. “ (P1)*

**Skema 2 Proses Analisa Data Tema 2 : Jenis tindakan restrain pada pasien skizofrenia**

Pernyataan	Kata Kunci	Katagori	Tema
------------	------------	----------	------



## 2. Jenis tindakan restrain pada pasien skizofrenia

Jenis tindakan restrain pada pasien skizofrenia tergambar dari pernyataan semua partisipan (P1 – P6) yaitu teridentifikasi bahwa jenis tindakan restrain ini yang partisipan ketahui hanya tindakan pengikatan dengan menggunakan alat khusus seperti tali dan baju gaduh gelisah, berikut kutipan wawancaranya:

*“ Pengikatan menggunakan **tali... atau kain..** “ (P1)*

*“ Pasien dikebet dengan **tali dari kain...** jenis restrain yo Cuma dengan **tali tu lah.** “ (P2)*

*“ Setahu ibu hanya restrain **ikat tangan dan kaki dengan tali.** “ (P3)*

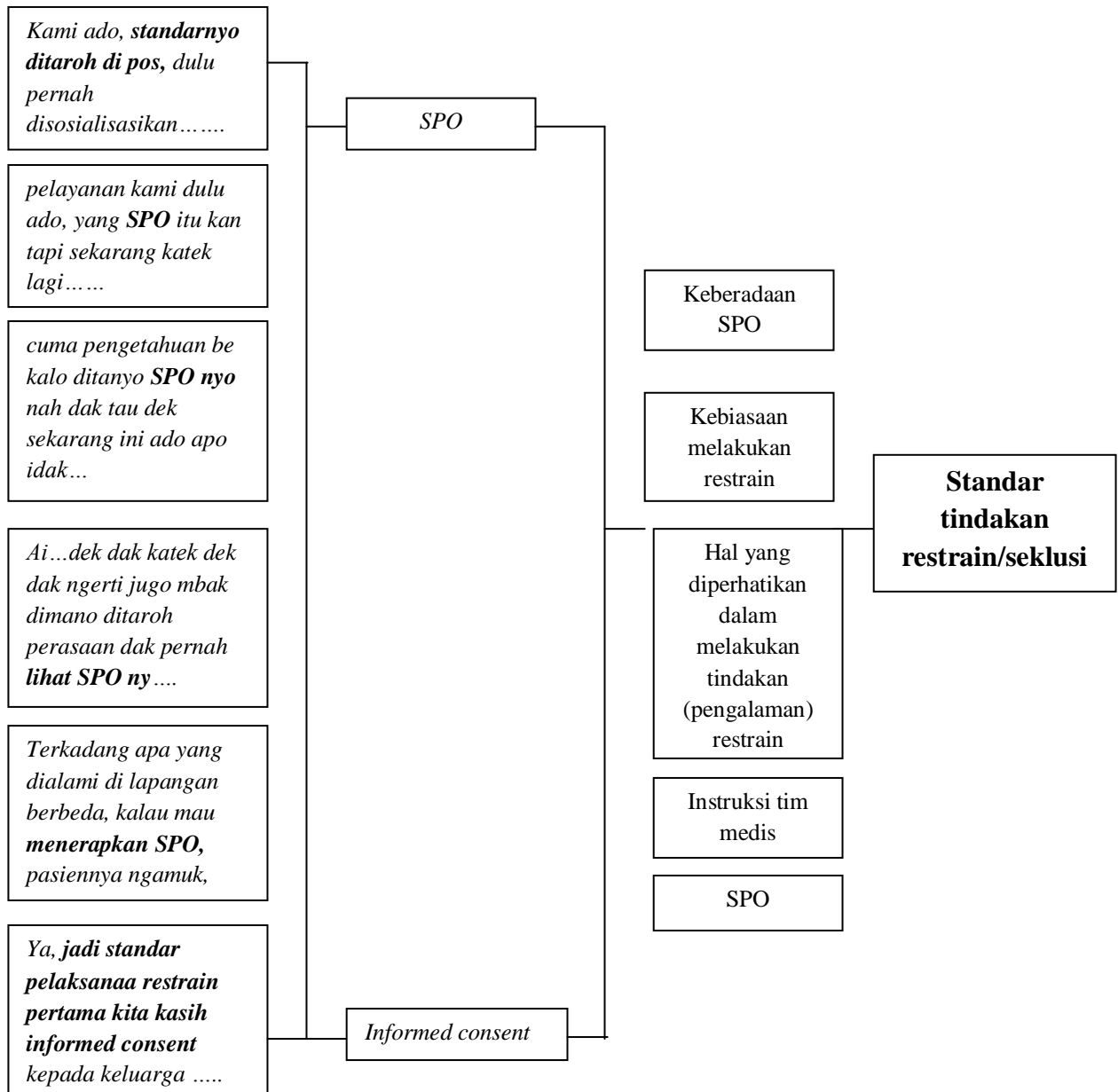
*“ Setau akau ado restrain lengan dan kaki yaitu mengikat perlengkapan tangan dan kaki pasien yaitu **tali terbuat dari kain** yang sudah dijahit panjang. “ (P4)*

*“ Restrain dengan menggunakan **tali yang berbahan kain.** “ (P5)*

*“ Jenis restrain setau saya 21aria ada beberapa macam ya, setau saya 2 pertama dengan fiksasi pengikatan pasien menggunakan **tali viksit**, yang kedua dengan memakai **baju** gaduh gelisah. “ (P6)*

**Skema 3 Proses Analisa Data Tema 3 : Standar tindakan restrain pada pasien skizofrenia**

Pernyataan	Kata Kunci	Katagori	Tema
------------	------------	----------	------



### 3. Standar tindakan restrain pasien skizofrenia

#### Standar tindakan restrain pasien skizofrenia

*“ Kami ado, standarnya ditaroh di pos, dulu pernah disosialisasikan. Kalo dari alat yang digunakan... sepengetahuan saya itu sudah sesuai, tetapi mungkin memang ada alat yang lebih bagus lagi, tapi ya.. kita khan rumah sakit pemerintah.. kita mendapatkan barang berdasarkan yang sudah di sediakan oleh pemerintah...jadi kita pake tali kain yang ada nanti kita dibantu kawan kita biasanya cowok, satpam gitu. “ (P1)*

*“ Standar pelayanan kami dulu ado, yang SPO itu kan tapi sekarang katek lagi udah lamo nian itu mbak dah lupu dek, kebanyakan kami Cuma kebiasaan be...melakukan tindakan itu dengan pasien yang berisiko melakukan kekerasan yoo yang marah marah, ngeri dek dengan pasien tu...pasien agek dibekap dibantu pasien lain yang sudah sehat biso juga satpamnyo atau perawat laki-laki trus kedua tangan dan kaki diikat trus dikurung di kamarnya“ (P2)*

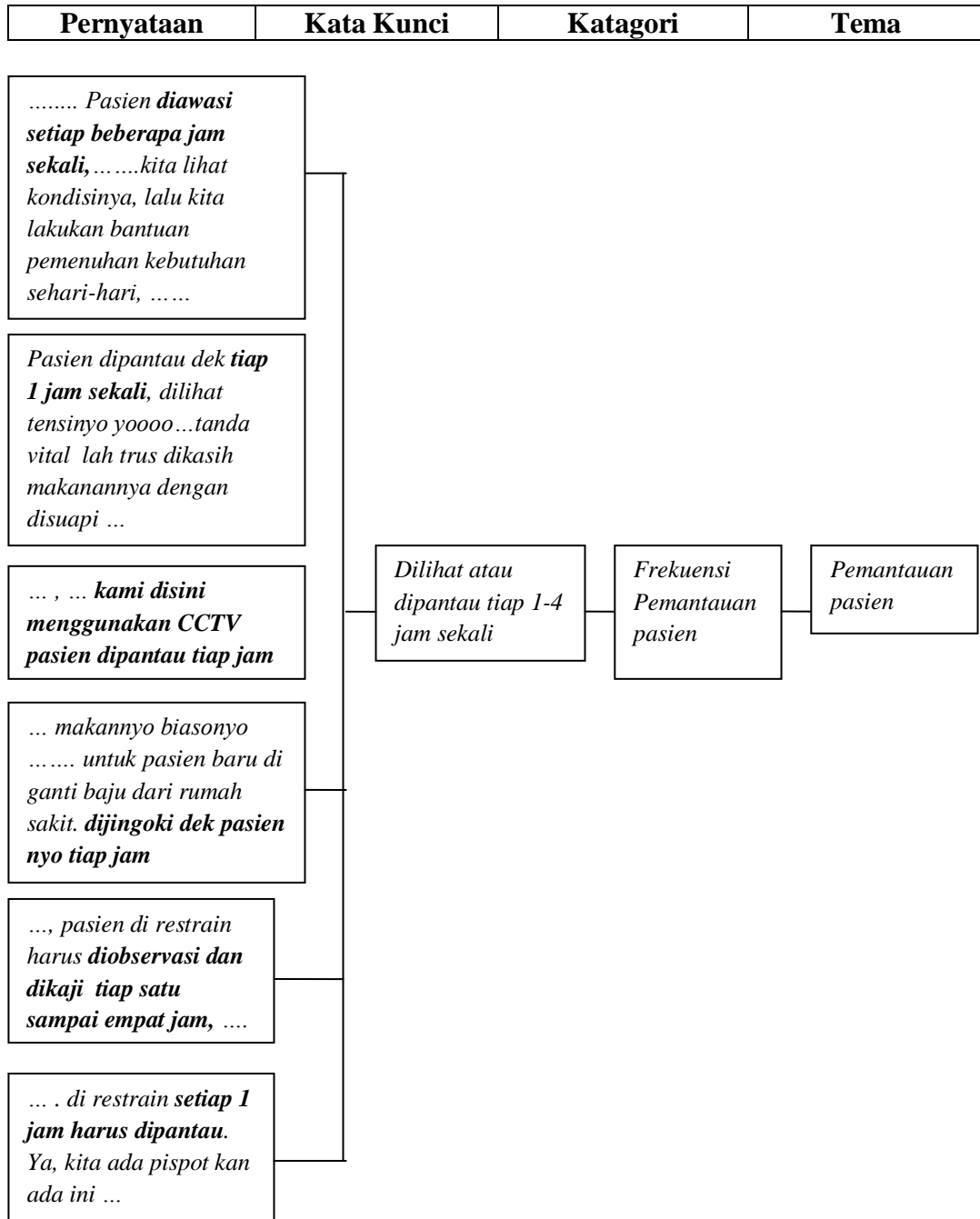
*“... untuk pelaksanaan restrain sendiri harus mengamankan aspek keamanan, kenyamanan kebersihan serta kesehatan pasien untuk menghindarkan pasien dari cedera, 23 variabel personal hygiene serta kesehatan akibat pemasangan restrain itu sendiri kebanyakan itu Cuma pengetahuan be kalo ditanyo SPO nyo nah dak tau dek sekarang ini ado apo idak...pas pelaksanaannyo ayuk pernah melok bantu dulu bantu iket tangannyo bee...takut jugo rasonyo..melok deg..degan..“ (P3)*

*“ Ai...dek dak katek dek dak ngerti jugo mbak dimano ditaroh perasaan dak pernah lihat SPO nyo, yo kami Cuma ikut-ikut be lagi pula dulu jogo pernah belajar waktu masih kuliah adolah ngerti dikit, pasien tu diiket pake tali kain kedua kaki dan tangan dalam posisi terlentang dak pake bantal, tapi kalo idealnya kayak apo dak tau dek...“ (P4)*

*“ Terkadang apa yang dialami di lapangan berbeda, kalau mau menerapkan SPO, pasiennya ngamuk, terus kami harus gimana...pernah dulu ada dokter yang protes karena pasiennya di restrain seharian, setelah restrainnya di lepas ternyata pasien masih ngamuk, dokternya hanya perintah aja, sudah itu pergi beliau tidak melihat kejadian, yah, terpaksa kami ikat lagi minta bantuan pasien-pasien yang sudah mendingan. “ (P5)*

*“ Ya, jadi standar pelaksanaa restrain pertama kita kasih informed consent kepada keluarga sebelum pada saat masuk bahwa jikalau pasien tersebut menunjukkan perilaku kekerasan, gaduh gelisah / ada riwayat tentang tetamenswisat / swisat dengan menunjukkan gejala kearah sana maka akan dilaksanakan restrain, kemudian pada pasien yang gaduh gelisah yang sudah melakukan perilaku kekerasan akan kita kasih tau bahwa dia akan dilakukan restrain, tapi tetap kita memenuhi hak-hak ee.. kebutuhan dasarnya selama kita dilakukan restrain. Tangan dan kaki pasien diikat pake tali kain, diikat disisi tempat tidurnya trus ditidurkan terlentang di kasur dak pake bantal dan dibiarkan sendiri di kamar. Perasaan mbak waktu ngadapin pasien kayak gitu yo ado takut-takutnya ..takut di pukul pastinya karena pasien kayak gitu kuat sekali lo..“ (P6)*

**Skema 4 Proses Analisa Data Tema 4 : Pemantauan tindakan restrain pada pasien skizofrenia**





#### 4. Pemantauan tindakan restrain pasien skizofrenia

*Ya... haruslah... karena khan pasien posisinya terkekang, tentu semua kebutuhan aktivitas hariannya kita bantu... Pasien diawasi setiap beberapa jam sekali, biasanya paling lama satu jam... kita lihat kondisinya, lalu kita lakukan bantuan pemenuhan kebutuhan sehari-hari, pemberian obat-obatan, makan dan lain-lain nya.. (P1)*

*Pasien dipantau dek tiap 1 jam sekali, dilihat tensinyo yoooo...tanda vital lah trus dikasih makanannya dengan disuapi yoo..kebutuhannya lah dari BAB, BAK dll, soalnya kan pasien masih diikat tangan dan kakinyo... (P2)*

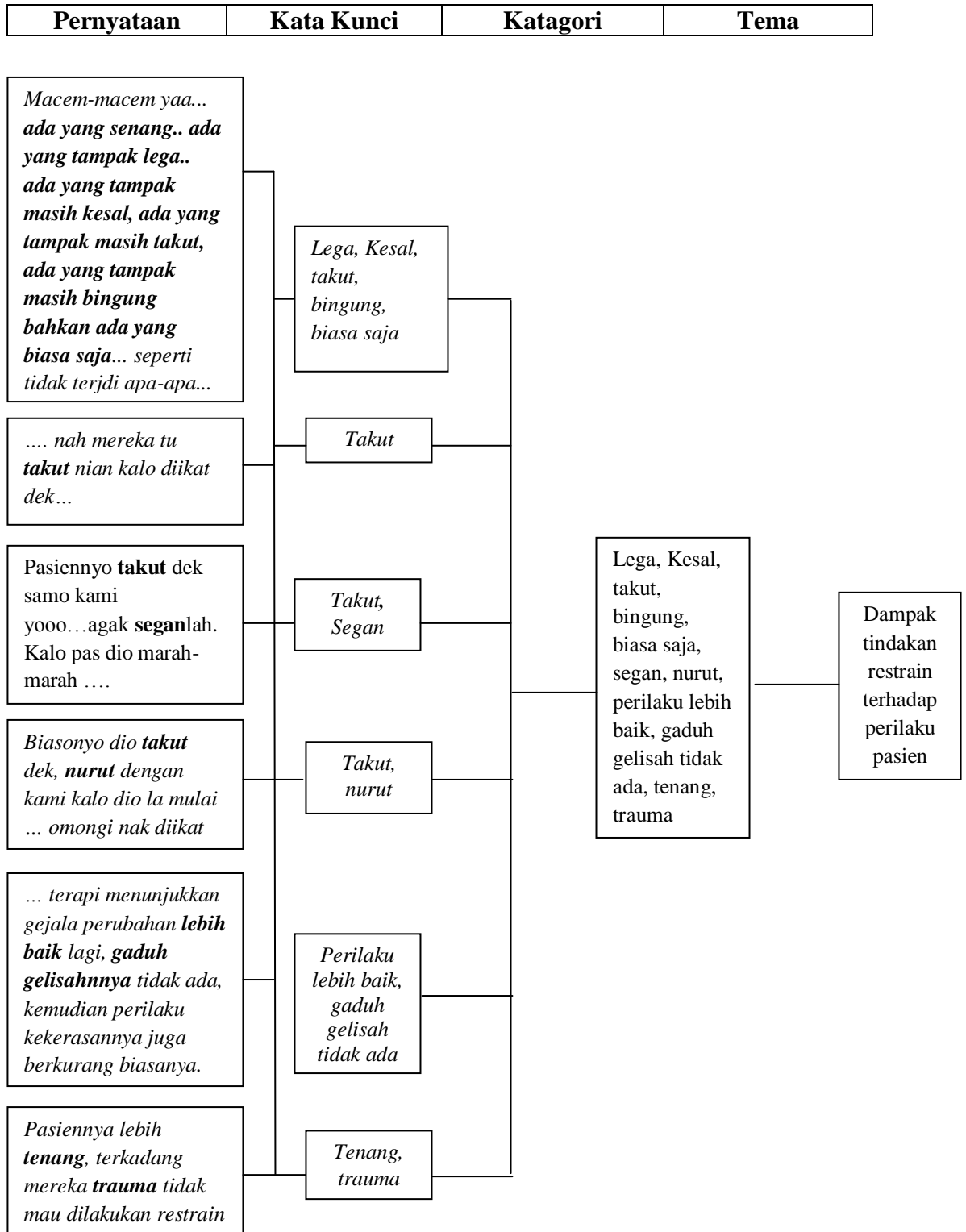
*Ya, saya sendiri merasa kasihan dan tidak tega. Untuk nutrisi ada , bila pasien tidak mau makan/.minum maka ada petugas yang membantu menyiapkannya, pasien yang direstrain akan diberikan popok/pempers, pasien tidak diganti pakaian nya sampai pasien tampak tenang kami disini menggunakan bantuan kamera CCTV yang terpasang ditiap-tiap kamar pasien dan langsung terhubung dilayar yang ada dipos perawat, pasien dijingoki tiap jamnyo...(P3)*

*Kalo untuk makannyo biasonyo disuapi dek sesuai dengan jadwal makan, kalau kencing disitulah biasonyo, tapi selamo ini jarang yang BAB kalau bajunyo untuk pasien baru 26variable baju dari rumah sakit. Dijingoki dek pasien nyo tiap jam, kalau dio cak tenang, didampingi kalau dio galak makan disuapi, kalau dio dak galak ditarok dulu didekat pasien (P4)*

*Yaaa...ngak 26ari memang aturannya begitu, pasien di restrain harus diobservasi dan dikaji tiap satu sampai empat jam, dilihat apakah pasien sudah mulai tenang atau belum, apakah ikatannya terlalu kencang. Kalo mau makan biasanya disuapi (P5)*

*Ya, jadi setiap pasien di restrain kita lakukan ekstra pengawasan terutama untuk kebutuhan-kebutuhan eliminasinya, kebutuhan makannya, kemudian keadaannya sehari-hari, bagaimana tempat restrainnya, jadi ada prosedur bahwa setiap pasien yang di restrain setiap 1 jam harus dipantau. Ya, kita ada pispot 27ariabl ini 27ari kita lakukan pake pispot/ kita adakan komunikassi dulu terhadap pasien restrain dia sudah menunjukkan gejala kooperatif / tidak, gaduh gelisah ada / tidak, kita coba lespada saat dia mau melakukan proses eliminasi, jikalau dia menunjukkan gejala tenang/ kooperatif kita lepas, kita silahkan proses eliminasi kemudian restrain kita lepas, tapi kalau tidak menunjukkan gejala kooperatif / perbaiki proses eliminasi kita bantu di tempat tidur. (P6)*

**Skema 5 Proses Analisa Data Tema 5 : Dampak tindakan restrain pada pasien skizofrenia**



5. Dampak tindakan restrain pada pasien skizofrenia

*Macem-macam yaa... ada yang senang.. ada yang tampak lega.. ada yang tampak masih kesal, ada yang tampak masih takut, ada yang tampak masih bingung bahkan ada yang biasa saja... seperti tidak terjadi apa-apa... (P1)*

*Pasien jadi 29ari dikontrol dek, selesai retrain dilepas dia tau kalo kasar dengan orang lain itu dak bagus lagi pulo biso diikat lagi nah mereka tu takut nian kalo diikat dek... (P2)*

*Pasiennyo takut dek samo kami yooo...agak seganlah. Kalo pas dio marah-marah kita omongi bakal diikat dio jadi baik, nurut dengan apo yang kito bilang (P3)*

*Biasonyo dio takut dek, nurut dengan kami kalo dio la mulai nak marah dak jadi marah kalau kami omongi nak diikat (P4)*

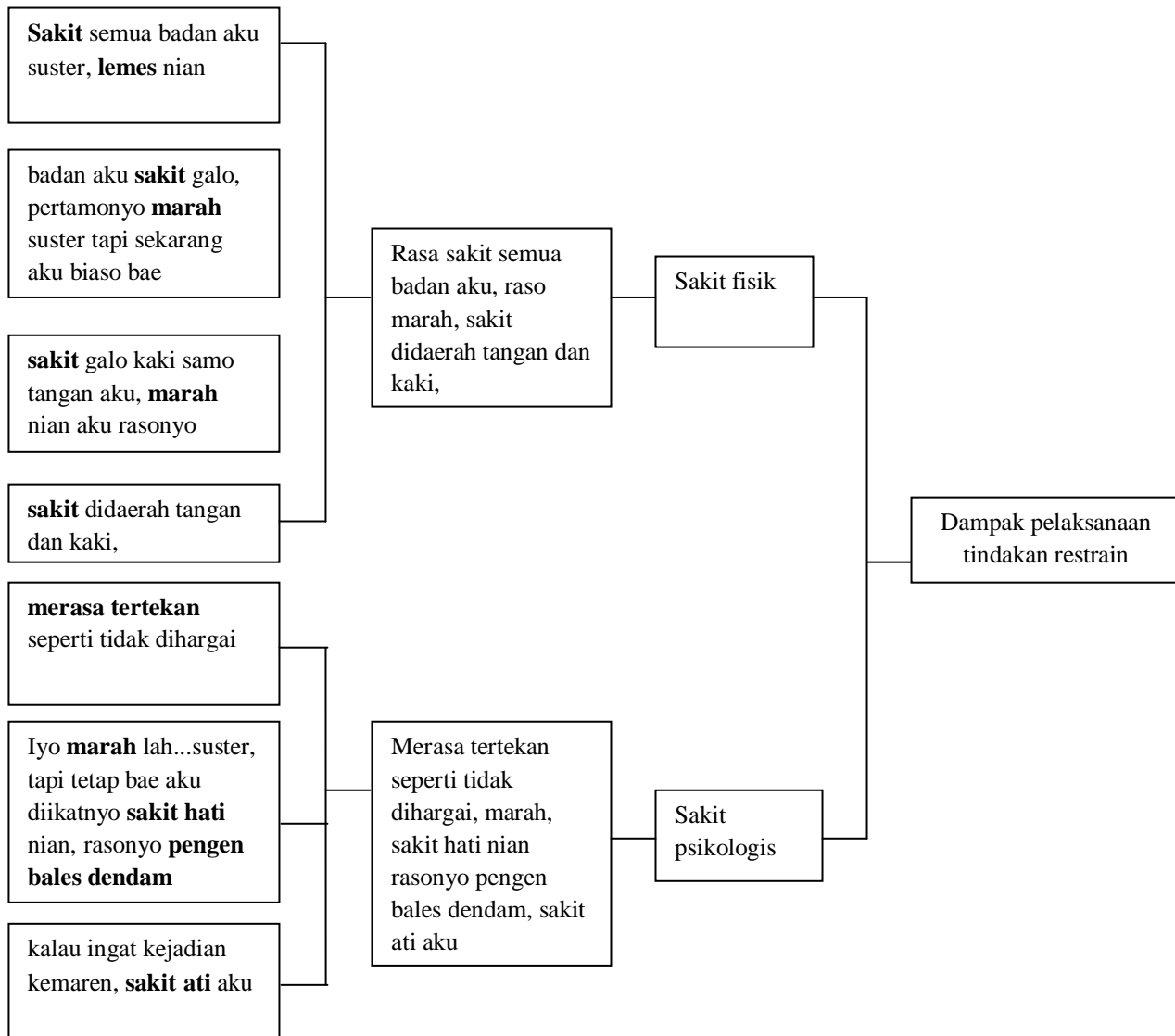
*Ada perubahan berbagai macam tapi rata-rata setelah dilakukan restrain dan dilakukan terapi menunjukkan gejala perubahan lebih baik lagi, gaduh gelisahannya tidak ada, kemudian perilaku kekerasannya juga berkurang biasanya. (P5)*

*Pasiennya lebih tenang, terkadang mereka trauma tidak mau dilakukan restrain. (P6)*

**Hasil Analisa Tematik Enam Partisipan (Pasien) Diperoleh Empat Tema :**

**Skema 1 Proses Analisa Data Tema 1 : Dampak pelaksanaan tindakan restrain**

Pernyataan	Kata Kunci	Katagori	Tema
------------	------------	----------	------



1. Dampak pelaksanaan tindakan restrain

*Sakit semua badan aku suster, lemes nian.... Iya lemes, idak biasa aja tapi bingung campur aduk kapan nak dibukaknya..... Iya bingung kapan ini nak dibuka, kayak biasa telentang seharian Iya sampe tekencing-kencing (P1)*

*Kan waktu aku abis dijemput dari balik...aku duduk dikursi tempat tunggu suster...terus tibo tibo aku dipakso masuk kamar ....nah terus perawat rame rame narek aku ketempat tidur, teros dipakso terlentang tangan kaki aku diikat sampai aku dak biso duduk, aduh suster...kalau ingat kejadian kemaren.....**sakit ati** aku...menurut aku dak etis perawat memperlakuke aku kemaren tu...dak manusiawi dak boleh cak itu suster kito nih nak berobat dak biso main pakso kan biso ngomong baik baik aku dak gilo....(P2)*

*Iyo **marah** lah...suster,tapi kan mereka banyak...aku teriak jugo dak adoguno...jadi aku Cuma biso ngomong jangan cak itu suster emngannyo aku ngapo jangan pakso aku tapi tetap bae aku diikatnyo **sakit hati** nian aku suster benci nian aku liat suster suster disano rasonyo **pengen bales dendam** (P3)*

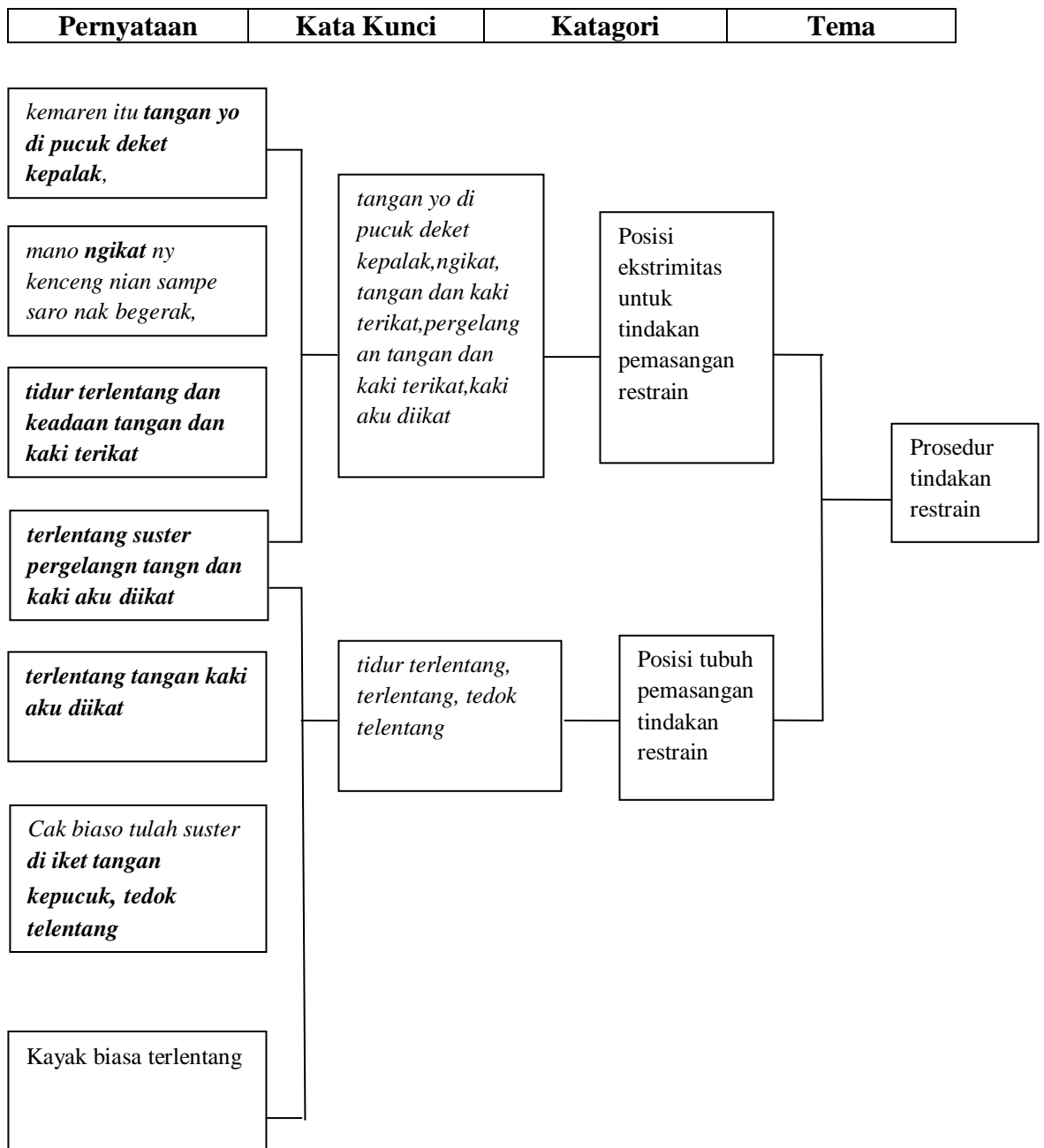
***sakit** didaerah tangan dan kaki, tidur juga tidak nyaman....., **merasa tertekan seperti tidak dihargai** (P4)*

*dag lemak suster, badan aku **sakit** galo apo lagi bahu aku pagal-pagel pergelangn kaki samo tangan aku sakit suster, aku ngeraso diasingke suster....., pertamonyo **marah** suster tapi sekarang aku biaso bae (P5)*

*iyo, dak lemak lah dek diikat cak itu. Cak apo bae diikat ikat....., kemaren itu tangan yo di pucuk deket kepalak, mano ngikat ny kenceng nian sampe*

saro nak begerak, **sakit** galo kaki samo tangan aku....., **marah** nian aq rasonyo, kesel ado, bingung ado, aku ni dag gilo ngapo nak diikat. Cuma stress dikit bae gara gara denger suaro macan yang di kamar mandi aku tuh. Aku tuh gara gara galak ngelamun. (P6)

### Skema 2 Proses Analisa Data Tema 2 : Proses tindakan restrain



## 2. Proses tindakan restrain

*“kemaren itu **tangan yo di pucuk deket kepalak**, mano **ngikat** ny kenceng nian sampe saro nak begerak, sakit galo kaki samo tangan aku.... Dak katek yang jingok in, kan aku di ikat nyo denget kemaren, sore tuh lah di lepas iketan aku tuh”(P1)*

*“**tidur terlentang dan keadaan tangan dan kaki terikat...** dalam 1 hari kira-kira 4-5 kali dilihat untuk petugas”(P2)*

*“**terlentang suster pergelangan tangn dan kaki aku diikat** terus digembok jugo”(P3)*

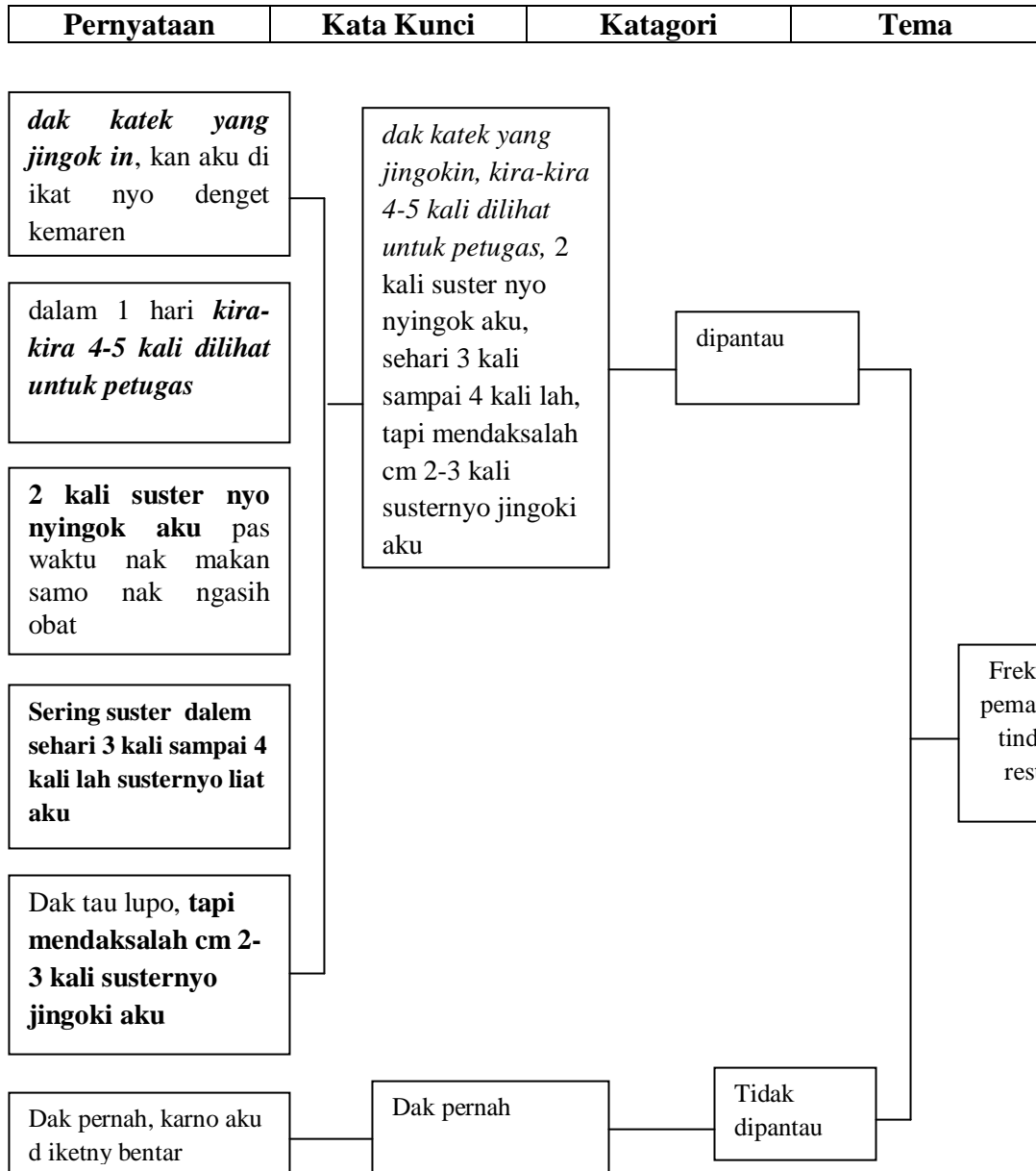
*“Kan waktu aku abis dijemput dari balik...aku duduk dikursi tempat tunggu suster...terus tibo tibo aku dipakso masuk kamar ....nah terus perawat rame rame narek aku ketempat tidur, teros dipakso **terlentang tangan kaki aku diikat** sampai aku dak biso duduk, aduh suster...kalau ingat kejadian kemaren.....sakit ati aku...menurut aku dak etis perawat memperlakuke aku kemaren tu...dak manusiawi dak boleh cak itu suster kito nih nak berobat dak biso main pakso kan biso ngomong baik baik aku dak gilo”(P4)*

*“Iya bingung kapan ini nak dibuka, kayak biasa **telentang**... Iya sampe tekencing-kencing”(P5)*

*“ Cak biaso tulah suster **di iket tangan kepucuk tedok telentang**”(P6)*



**Skema 3 Proses Analisa Data Tema 3 : Frekwensi pemantauan yang dilakukan saat tindakan restrain**



3. Pemantauan yang dilakukan saat tindakan restrain

“ *dak katek yang jingok in*, kan aku di ikat nyo denget kemaren, sore tuh lah di lepas iketan aku tuh “ (p1)

“ dalam 1 hari *kira-kira 4-5 kali dilihat untuk petugas*”(P2)

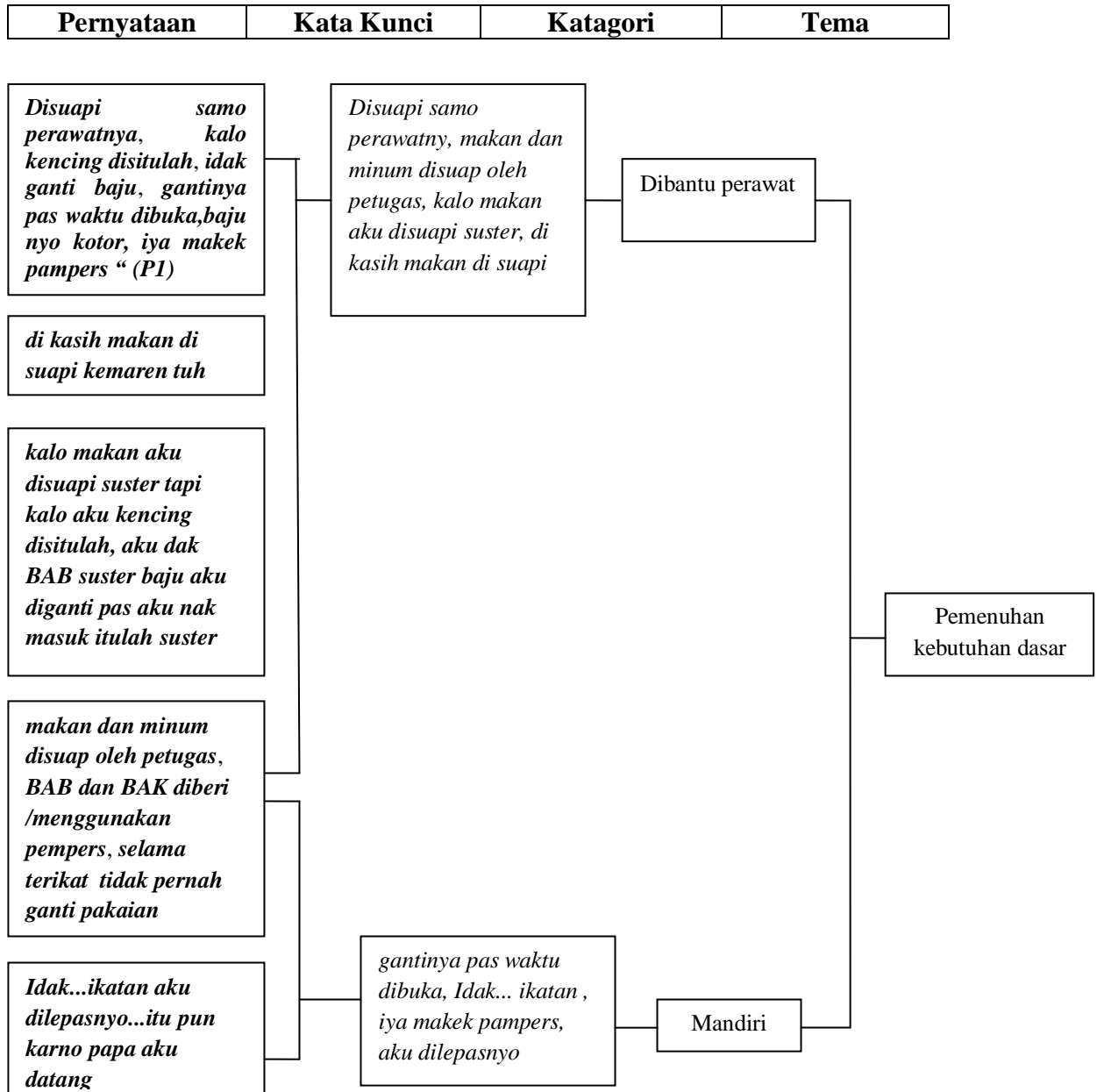
“**2 kali suster nyo nyingok aku pas waktu nak makan samo nak ngasih obat** “(P3)

“ **Sering suster dalem sehari 3 kali sampai 4 kali lah susternyo liat aku, selebihnya aku tidak tau ya, soalnya aku tedok** “ (P4)

“ Dak tau lupo, **tapi mendaksalah cm 2-3 kali susternyo jingoki aku, pas aku teriak teriak nak pipis samo makan** “(P5)

“*Dak pernah* karno aku diiketnyo bentar” (P6)

**Skema 4 Proses Analisa Data Tema 4 : Pemenuhan kebutuhan dasar saat tindakan restrain dilakukan**



4. Pemenuhan kebutuhan dasar saat tindakan restrain

*“ Disuapi samo perawatnya, cumin dua kali sudah itu di buka, kalo kencing disitulah, idak ganti baju, gantinya pas waktu dibuka,baju nyo kotor, iya makek pampers “ (P1)*

*“ bagaimana perawat memberikan kebutuhan mbak, misalnya makan, pipis, terus ganti baju? Idak...ikatan aku dilepasnyo...itu pun karno papa aku 37ariab” (P2)*

*“makan dan minum disuap oleh petugas, BAB dan BAK diberi /menggunakan pempers, selama terikat tidak pernah ganti pakaian sampai saya dalam keadaan tenang” (P3)*

*“kalo makan aku disuapi suster tapi kalo aku kencing disitulah, aku dak BAB suster baju aku diganti pas aku nak masuk itulah suster, kemaren pas diikat dak diganti” (P4)*

*“di kasih makan di suapi kemaren tuh, tapi ku sembur-sembur ke nasi nyo, abis nyo aku kesel nian, di ikat tuh” (P5)*

## 5.2 Analisa Penelitian

### Partisipan (perawat)

#### 1. Pengetahuan tentang restrain

Hasil penelitian terkait pengetahuan perawat tentang restrain dan seklusi berdasarkan wawancara yaitu 83,3 % (5 dari 6 partisipan) menyatakan bahwa restrain adalah tindakan mengikat/pengikatan pasien yang mengamuk sedangkan partisipan lain mengatakan bahwa restrain adalah suatu cara pengekangan terhadap pasien.

Pengetahuan adalah hasil dari tahu yang terjadi melalui proses sensoris khususnya mata dan telinga terhadap objek tertentu. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya perilaku terbuka, karena perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan bersifat langgeng (Sunaryo, 2005). Berdasarkan data yang didapat dari pernyataan yang disampaikan oleh partisipan yang dalam hal ini perawat sebagian besar partisipan perawat sudah memiliki pengetahuan yang sama mengenai restrain itu sendiri. Jika dilihat dari tingkatan pengetahuan yang dimiliki partisipan berada di tingkat *application* (penerapan), di tingkat ini, diketahui perawat telah memiliki kemampuan untuk menerapkan hal yang dimiliki yaitu tentang restrain dan prosedurnya saat menghadapi pasien skizofrenia fase akut ([www.wikipedia.org](http://www.wikipedia.org)).

Tingkat pendidikan dan pengalaman merupakan salah satu variabel yang mempengaruhi pengetahuan perawat. Pada penelitian ini diketahui bahwa empat orang partisipan (66,67 %) berlatar pendidikan diploma keperawatan sedangkan dua orang (33,33%) berlatar pendidikan sarjana keperawatan. Secara teoritis sangat jelas di sampaikan oleh Sukanto (2005) dikatakan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang semakin mudah pula dalam penerimaan informasi yang pada akhirnya ini menjadi berpengaruh terhadap perilaku yang dimiliki. Karena itu semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin baik pula perilaku yang dimilikinya. Begitu pula halnya dengan pengalaman pada penelitian ini lima orang partisipan (83, 33%) memiliki pengalaman bekerja  $\geq 5$  tahun dan satu

orang (16,67 %) memiliki pengalaman kerja < 5 tahun. Masa kerja yang dimiliki para partisipan dalam penelitian ini dapat dikatakan berdampak positif terhadap keterampilan yang dimiliki.

Hasil penelitian diatas sejalan dengan pendapat Ranupandojo (2004) dalam penelitian Muryani dkk (2016) yang menyatakan bahwa pengalaman kerja adalah ukuran tentang lama waktu atau masa kerja yang telah ditempuh seseorang dapat memahami tugas-tugas suatu pekerjaan dan telah melaksanakan dengan baik. Dengan kata lain Muryani (2016) menyatakan bahwa pengalaman kerja merupakan tingkat penguasaan pengetahuan serat keterampilan seseorang dalam pekerjaannya yang dapat diukur dari masa ke masa dan dari tingkat pengetahuan dan tingkat keterampilan yang dimilikinya.

## 2. Jenis tindakan restrain pada pasien skizofrenia

Jenis tindakan restrain yang dilakukan pada penelitian ini adalah pembatasan fisik. Sesuai dengan pernyataan yang disampaikan sebagai berikut :

*“ Pengikatan menggunakan tali... atau kain.. “ (P1)*

*“ Pasien dikebet dengan tali dari kain...jenis restrain yo Cuma dengan tali tu lah. “ (P2)*

*“ Setahu ibu hanya restrain ikat tangan dan kaki dengan tali. “ (P3)*

*“ Setau akau ado restrain lengan dan kaki yaitu mengikat perlenganan tangan dan kaki pasien yaitu tali terbuat dari kain yang sudah dijahit panjang. “ (P4)*

*“ Restrain dengan menggunakan tali yang berbahan kain. “ (P5)*

*“ Jenis restrain setau saya 39aria ada beberapa macam ya, setau saya 2 pertama dengan fiksasi pengikatan pasien menggunakan tali viksit, yang kedua dengan memakai baju gaduh gelisah. “ (P6)*

Tindakan restrain dapat digunakan pada pasien normal dan pasien dengan kelainan jiwa. Restrain yang digunakan pasien jiwa yaitu dalam kondisi amuk atau perilaku kekerasan yang dapat mencederai diri sendiri atau orang lain. Pembatasan fisik yang dilakukan pada penelitian di atas yaitu dengan melibatkan satu atau lebih staf untuk memegang pasien, menggerakkan pasien, atau mencegah pergerakan pasien dengan menggunakan tali yang terbuat dari kain yang digunakan untuk mengikat (P1, P2, P3, P3, P4, P5, P6) dan menggunakan baju gaduh gelisah (P6).

Tujuan tindakan keperawatan restrain adalah memonitor alat restrain mekanik atau restrain manual terhadap pergerakan klien sedangkan, seklusi (pengekangan fisik) merupakan tindakan keperawatan yang terakhir dilakukan. Ada dua macam pengekangan fisik secara mekanik (menggunakan manset, spreng pengekang) atau isolasi (menempatkan klien dalam suatu ruangan dimana klien tidak dapat keluar atas kemauannya sendiri). Jenis pengekangan mekanik dapat berupa *camisoles* (jaket pengekang), manset untuk pergerakan tangan, manset untuk pergerakan kaki, menggunakan spreng (Muhith, Abdul. 2005).

Hal ini didukung oleh Yosep (2007) dalam Katma (2016) yang menyatakan bahwa restrain atau pengekangan fisik adalah salah satu tindakan keperawatan untuk klien dengan perilaku kekerasan. Restrain merupakan aplikasi langsung kekuatan fisik pada individu, tanpa ijin individu tersebut untuk membatasi kebebasan geraknya. Kekuatan fisik ini dapat menggunakan tenaga manusia, alat mekanis atau kombinasi keduanya. Pengekangan fisik termasuk penggunaan pengekangan mekanik seperti manset untuk pergelangan tangan dan kaki, serta spreng pengekangan.

### 3. Standar tindakan restrain pasien skizofrenia

Dalam penelitian ini, pada sub tema standar tindakan restrain, didapatkan kategori keberadaan SPO, tindakan restrain berdasarkan

kebiasaan, hal yang harus diperhatikan saat tindakan restrain dilakukan, instruksi tim medis tentang restrain, SPO pelaksanaan restrain.

a. Keberadaan SPO

Dari keenam partisipan yang peneliti wawancarai ada satu orang yang mengatakan tentang ketidaktahuan mereka tentang keberadaan SPO, berikut kutipan wawancaranya :

*“ Ai...dek dak katek dek dak ngerti jago mbak dimano ditaroh perasaan dak pernah lihat SPO nyo, yo kami Cuma ikut-ikut be lagi pula dulu jago pernah belajar waktu masih kuliah adolah ngerti dikit tapi kalo idealnya kayak apo dak tau dek... “ (P4)*

Upaya untuk menjaga keselamatan pasien jiwa dengan perilaku kekerasan adalah dengan melakukan restrain. Tindakan ini sebaiknya dilakukan sesuai dengan SOP yang ada di rumah sakit tersebut. SPO (*Standard Procedure Operational*) adalah standar yang harus dijadikan acuan dalam memberikan setiap pelayanan. Keberadaan SOP dapat dijadikan sebagai acuan dalam melaksanakan tugas, dapat meningkatkan pelayanan dan menghindari tuntutan malpraktik (Natasia dkk, 2014). Ketidaktahuan partisipan di atas dapat mengarah pada fakta bahwa keberadaan SPO masih sebenarnya tidak diketahui oleh perawat pelaksana. Dimungkinkan karena peletakkan yang tidak familiar untuk dapat sering dibuka untuk dibaca atau bahkan masing-masing ruangan tidak memiliki SPO tindakan restrain dan seklusi.

Perry dan Potter (2005) dalam Kandar dan Prabawati (2013) menjelaskan bahwa tindakan restrain dalam ranah keperawatan jiwa secara umum mengacu pada suatu bentuk tindakan menggunakan tali untuk mengekang atau membatasi gerakan ekstremitas individu yang berperilaku di luar kendali yang bertujuan untuk memberikan keamanan fisik dan psikologis individu. Setiap rumah sakit harus memiliki standarisasi demi



kode etik dan legal dalam melaksanakan procedure pada pasien yang dikenal dengan istilah *standard operating procedure (SPO)*

Hal yang berbeda terjadi pada partisipan lain yang memberikan pernyataan bahwa SPO sebenarnya sudah ada dan sudah pernah disosialisasikan seperti kutipan wawancara berikut ini :

*“ Kami ado, standarnya ditaroh di pos, dulu pernah disosialisasikan. Kalo dari alat yang digunakan..... “ (P1)*

*“ Standar pelayanan kami dulu ado, yang SPO itu kan tapi sekarang katek lagi udah lamo nian itu mbak dah lupu dek, .... “ (P2)*

*“...akibat pemasangan restrain itu sendiri kebanyakan itu Cuma pengetahuan be kalo ditanyo SPO nyo nah dak tau dek sekarang ini ado apo idak... “ (P3)*

Berdasarkan hasil wawancara di atas ditemukan fakta bahwa sebenarnya SPO sudah ada dan sudah pernah disosialisasikan namun, ini tidak dilakukan secara 42variable dan terkontrol dimana kegiatan ini dimasukkan ke dalam anggaran kegiatan setiap tahunnya. Hal ini dapat mengakibatkan seorang perawat lupa dan tidak hapal dengan SPO restrain tersebut.

Salah satu strategi yang dilakukan oleh pihak rumah sakit untuk meningkatkan pengetahuan perawat terkait tindakan restrain dan seklusi adalah dengan melakukan pelatihan dan sosialisasi. Sebaiknya kegiatan ini dilakukan secara 42variable dan terkontrol. Karena hal ini dapat memberikan dampak yang positif terhadap sikap dan perilaku perawat dalam melakukan tindakan restrain dan seklusi pada pasien dengan perilaku kekerasan. Hal ini didukung oleh Carpenito (2000), yang menyatakan bahwa dalam hal pemahaman tentang instruksi, tentunya tidak seorang pun mematuhi instruksi jika ia salah paham tentang instruksi yang diberikan padanya. Terkadang hal ini disebabkan oleh kurangnya sosialisasi tentang instruksi tersebut, penggunaan istilah-istilah yang tidak

umum dalam instruksi dan memberikan banyak instruksi yang harus diingat oleh penerima instruksi.

b. Pengalaman melakukan tindakan restrain (hal yang harus diperhatikan saat tindakan restrain dilakukan)

1) Indikasi Tindakan Restrain

*“...melakukan tindakan itu dengan pasien yang berisiko melakukan kekerasan yoo yang marah marah, ....” (P2)*

*“ Terkadang apa yang dialami di lapangan berbeda, kalau mau menerapkan SPO, pasiennya ngamuk.... Di restrain seharian, ...” (P5)*

*“ Ya, jadi standar pelaksanaa restrain pertama kita kasih informed consent kepada keluarga sebelum pada saat masuk bahwa jikalau pasien tersebut menunjukkan perilaku kekerasan, gaduh gelisah / ada riwayat tentang tetamenswisat / swisat dengan menunjukkan gejala kearah sana maka akan dilaksanakan restrain.....” (P6)*

Pernyataan partisipan (P2, P5, P6) ini sesuai dengan salah satu indikasi pemasangan restrain yaitu pasien-pasien yang menunjukkan perilaku yang berisiko membahayakan diri sendiri dan atau orang lain. Royal College of Nursing (2008) menjelaskan bahwa indikasi tindakan restrain adalah tahanan pemerintah (yang legal/sah secara hukum) yang dirawat di rumah sakit, pasien yang membutuhkan tata laksana emergensi (segera) yang berhubungan dengan kelangsungan hidup pasien, pasien yang memerlukan pengawasan dan penjagaan ketat di ruangan yang aman, restrain atau isolasi digunakan jika intervensi lainnya yang lebih tidak restriktif tidak berhasil/tidak efektif untuk melindungi pasien, staf, atau orang lain dari ancaman bahaya. Menurut Goethals, Casterle, dan Gastmans (2013) banyak tenaga kesehatan membuat keputusan memberikan tindakan khusus untuk mengatasi bentuk-bentuk perilaku kekerasan seperti

melakukan tindakan restrain secara agar tidak melukai diri sendiri ataupun orang lain. Pasien menunjukkan perilaku yang berisiko membahayakan dirinya sendiri dan atau orang lain.

## 2) Pelaksanaan Tindakan Restrain

Pengalaman partisipan dalam melakukan restrain terhadap pasien dengan perilaku kekerasan sangat beraneka ragam, dimana tindakan ini biasanya partisipan alami dalam waktu yang cepat dan membutuhkan bantuan orang lain. Di bawah ini adalah kutipan wawancara dari salah satu responden dalam penelitian ini :

*“..... nanti kita dibantu kawan kita biasanya cowok, satpam gitu. “ (P1)*

*“....., pasien dibekep dibantu pasien lain yang sudah sehat bisa juga satpamnya atau perawat laki-laki trus kedua tangan dan kaki diikat trus dikurung di kamarnya“ (P2)*

*“...pas pelaksanaannya ayuk pernah melok bantu dulu bantu iket tangannya bee kami ado berempat waktu itu (P3)*

*“ Terkadang apa yang dialami di lapangan berbeda, .....terpaksa kami ikat lagi minta bantuan pasien-pasien yang sudah mendingan, ...“ (P5)*

Secara psikologis beberapa partisipan juga mengungkapkan perasaannya saat melakukan atau membantu melakukan tindakan restrain seperti kutipan ini:

*“ .. ngeri dek dengan pasien tu.....“ (P2)*

*“.....takut jugo rasonyo..melok deg..degan..“ (P3)*

*“..... Perasaan mbak waktu ngadapin pasien kayak gitu yo ado takut-takutnya ..takut di pukul pastinya karena pasien kayak gitu kuat sekali lo..“ (P6)*

Kandar dan Prabawati (2013) dalam penelitiannya menjelaskan bahwa sebagian besar pelaksanaan prosedur tindakan restrain di UPI Semarang melibatkan lebih dari dua orang perawat sebesar (93,3 %) 28 prosedur restrain dari total 30 tindakan restrain. Hal ini didukung oleh Yosep (2007) dalam Katma (2016) yang menyatakan bahwa restrain atau pengekangan fisik adalah salah satu tindakan keperawatan untuk klien dengan perilaku kekerasan yang dapat menggunakan tenaga manusia, alat mekanis atau kombinasi keduanya.

Jika dilihat dari partisipan yang melaksanakan berdasarkan 45aria 5.1.1 sebagian besar partisipan yang melakukan tindakan restrain dalam hal ini perawat mayoritas berjenis kelamin perempuan yaitu sebesar 83,33 %. Sebaiknya saat melaksanakan tindakan restrain ini perawat perempuan yang bertugas didampingi perawat atau tim lain yang berjenis kelamin laki-laki yang sudah mempunyai kompetensi tentang restrain. Kekuatan tenaga atau daya fisik pria jauh lebih banyak daripada tenaga fisik kaum wanita. Tubuh wanita yang besar dan gemuk belum tentu menjamin adanya tenaga dan daya fisik yang lebih dibandingkan dengan seorang pria yang sebaliknya mungkin lebih kurus (Gunarsa, Singgih Ny dan Singgih Gunarsa, 1979). Hal ini didukung oleh Kandar dan Prabawati (2013) dalam penelitiannya yang menyatakan bahwa ada tidaknya tenaga kesehatan perempuan dalam pelaksanaan tindakan restrain erat kaitannya dengan terjadinya *injury* pada tenaga kesehatan. Dari 30 kali tindakan restrain yang dilakukan, terdapat 20 % atau sebanyak 6 kali perawat mengalami *injury*. Kejadian *injury* yang sering dialami perawat antara lain diludahi, dicakar, ditendang dan ditarik bajunya oleh pasien.

Partisipan lain juga mengungkapkan pelaksanaan tindakan restrain yang terjadi seperti yang disampaikan di bawah ini :

*“.... Pasien agak dibekap dibantu pasien lain yang sudah sehat biso juga satpamnyo atau perawat laki-laki trus kedua tangan dan kaki diikat trus dikurung di kamarnya“ (P2)*

*“....nah dak tau dek sekarang ini ado apo idak...pas pelaksanaannyo ayuk pernah melok bantu dulu bantu iket tangannyo bee...(P3)*

*“.....yo kami Cuma ikut-ikut be lagi pula dulu jogo pernah belajar waktu masih kuliah adolah ngerti dikit, pasien tu diiket pake tali kain kedua kaki dan tangan dalam posisi terlentang dak pake bantal, tapi kalo idealnya kayak apo dak tau dek...“ (P4)*

Sebanyak 3 orang partisipan memberikan jawaban yang sederhana terhadap pertanyaan yang diajukan oleh peneliti seperti kutipan wawancara diatas, semua pernyataan 46ariab mirip yaitu berkisar diproses pengikatan saja namun tidak dijelaskan persiapan sampai dokumentasi tindakan tersebut.

Hal yang lebih lengkap lagi diberikan oleh partisipan lain (P6) yaitu sebagai berikut :

*“ Ya, jadi standar pelaksanaa restrain pertama kita kasih informed consent kepada keluarga sebelum pada saat masuk bahwa jikalau pasien tersebut menunjukkan perilaku kekerasan, gaduh gelisah / ada riwayat tentang tetamenswisat / swisat dengan menunjukkan gejala kearah sana maka akan dilaksanakan restrain, kemudian pada pasien yang gaduh gelisah yang sudah melakukan perilaku kekerasan akan kita kasih tau bahwa dia akan dilakukan restrain, tapi tetap kita memenuhi hak-hak ee.. kebutuhan dasarnya selama kita dilakukan restrain. Tangan dan kaki pasien diikat pake tali kain, diikat disisi tempat tidurnya trus ditidurkan terlentang di kasur dak pake bantal dan dibiarkan sendiri di .....“ (P6)*

Semua hasil wawancara peneliti dengan partisipan yang sederhana cukup memberikan gambaran bahwa tindakan restrain yang dilakukan para partisipan lebih dilakukan karena 46ariab kebiasaan dimana pasien yang dilakukan restrain adalah pasien yang mengamuk dan tindakan restrain yang dilakukan dalam

posisi terlentang tanpa menggunakan bantal tangan dan kaki diikat pada sisi tempat tidur. Dari segi posisi hal ini sudah baik namun penggunaan bantal sangat direkomendasikan ketika tempat tidur tidak dapat mendukung posisi pasien 30 derajat, untuk mencegah terjadinya aspirasi.

Prosedur pelaksanaan tindakan restrain menurut the Nursing Council of Hong Kong (2008) salah satunya yaitu melakukan komunikasi dengan pasien atau keluarga sebelum tindakan restrain dilakukan. Hal ini sesuai dengan pernyataan partisipan (P6) dimana partisipan sebelum melakukan tindakan memberikan informasi kemudian pemberian *informed consent* pada pasien dan keluarga terkait tindakan ini. Pemberian *informed consent* ini dilakukan di UGD atau rawat inap saat pasien pertama kali masuk mengingat pasien yang dilakukan restrain adalah pasien dengan gangguan jiwa yang tidak dapat diprediksi fase akutnya hilang dan timbul. Tindakan restrain dilakukan atas intruksi dokter penanggung jawab, dimana jika dokter penanggung jawab tidak ada, maka harus ada pendelegasian yang jelas kepada dokter jaga yang diserahkan tanggung jawab (Royal College of Nursing. 2008).

James Stuart Booth dkk (2015), menjelaskan bahwa pada fase persiapan alat yang digunakan yaitu sarung tangan sekali pakai dan tali pengikat yang lembut dari terbuat dari bahan nilon atau kulit.

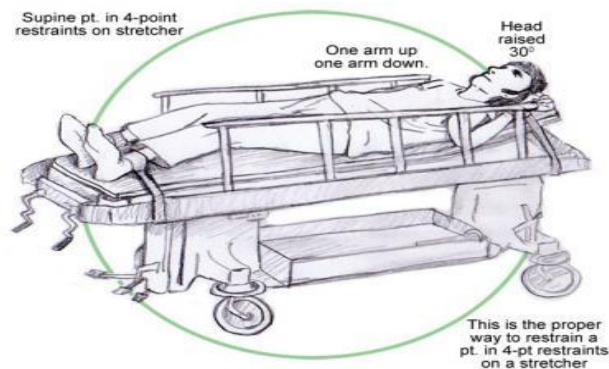


Gambar 5.1

<http://emedicine.medscape.com>

Pada fase persiapan pasien, pasien pemberian anestesi umumnya tidak diperlukan. Penggunaan obat digunakan sebagai bahan pembatasan bahan kimia digunakan sebagai pilihan sebelum menggunakan restrain sebagai pembatasan fisik. Obat haloperidol, lorazepam dan ziprasidone adalah contoh dari obat yang biasa digunakan dalam pengaturan agitasi akut. Namun, beberapa pasien mungkin menjadi lebih ganas dan gelisah setelah pengekangan fisik diterapkan, sehingga penggunaan obat ini dalam hubungannya dengan pengekangan fisik mungkin diperlukan untuk mencapai kontrol yang aman dari situasi.

Posisi pasien saat dilakukan restrain yaitu posisi terlentang dimana kepala tempat tidur harus ditinggikan sekitar 30 derajat untuk mengurangi aspirasi. Memosisikan pasien dalam posisi tengkurap meningkatkan risiko mati lemas dan seharusnya hanya digunakan sebagai pilihan sekunder. Jangan menggunakan bantal di bawah kepala pasien dalam posisi ini.



Gambar 5.2

<http://emedicine.medscape.com>

#### 4. Pemantauan tindakan restrain pasien skizofrenia

Pemantauan tindakan restrain pasien skizofrenia meliputi waktu dan hal-hal yang dipantau saat pasien dilakukan restrain, indikasi pelepasan.

a. Waktu dan Hal-hal yang dipantau saat pasien dilakukan restrain

*Ya... haruslah... karena kan pasien posisinya terkekang, tentu semua kebutuhan aktivitas hariannya kita bantu... .... Kita lihat kondisinya, lalu kita lakukan bantuan pemenuhan kebutuhan sehari-hari, pemberian obat-obatan, makan dan lain-lain nya.. (P1)*

*.. dilihat tensinyo yoooo...tanda vital lah trus dikasih makanannya dengan disuapi yoo..kebutuhannya lah dari BAB, BAK dll, soalnya kan pasien masih diikat tangan dan kakinyo... (P2)*

*...untuk nutrisi ada , bila pasien tidak mau makan/.minum maka ada petugas yang membantu menyiapkannya, pasien yang direstrain akan diberikan popok/pempers, pasien tidak diganti pakaian nya sampai pasien tampak tenang kami disini menggunakan bantuan kamera CCTV yang terpasang di tiap-tiap kamar pasien dan langsung terhubung dilayar yang ada dipos perawat, ...P3)*

*Kalo untuk makannyo biasonyo disuapi dek sesuai dengan jadwal makan, kalau kencing disitulah biasonyo, tapi selamo ini jarang yang BAB kalau bajunyo untuk pasien baru 49variable baju dari rumah sakit. Dijingoki dek pasien nyo tiap jam, kalau dio cak tenang, didampingi kalau dio galak makan disuapi, kalau dio dak galak ditarok dulu didekat pasien (P4)*

*.., dilihat apakah pasien sudah mulai tenang atau belum, apakah ikatannya terlalu kencang. Kalo mau makan biasanya disuapi (P5)*

*Ya, jadi setiap pasien di restrain kita lakukan ekstra pengawasan terutama untuk kebutuhan-kebutuhan eliminasinya, kebutuhan makannya, kemudian keadaannya sehari-hari, bagaimana tempat restrainnya, jadi ada prosedur bahwa setiap pasien yang di restrain setiap 1 jam harus dipantau. Ya, kita ada pispot 49ariabl ini 49ari kita lakukan pake pispot/ kita adakan komunikassi dulu terhadap pasien restrain dia sudah menunjukkan gejala kooperatif / tidak, gaduh gelisah ada / tidak, kita coba lespada saat dia mau melakukan proses eliminasi, jikalau dia menunjukkan gejala tenang/ kooperatif kita lepas, kita silahkan proses eliminasi kemudian restrain kita lepas, tapi kalau tidak menunjukkan gejala kooperatif / perbaiki proses eliminasi kita bantu di tempat tidur. (P6)*

Pada penelitian ini dapat terlihat bahwa sebagian besar pasien usia 21-40 tahun diobservasi setiap 1 jam sekali hal ini tidak sesuai dengan penjelasan Riyadi (2009) dalam Iswanti (2016) pemberian tindakan restrain dibatasi waktu yaitu untuk usia >18 tahun : 4 jam; usia 9-17 tahun : 2 jam; usia 9 tahun : 1 jam, sedangkan evaluasi



dilakukan untuk usia > 18 tahun : 4 jam pertama, 2 jam pertama untuk usia 9-17 tahun, waktu minimal reevaluasi oleh dokter adalah 8 jam untuk usia > 18 tahun dan 4 jam untuk usia < 17 tahun dan selama restrain klien diobeservasi tiap 10-15 menit. Hal yang dipantau pada saat pasien terpasang restrain yaitu dapat berupa tanda-tanda vital pasien, kemampuan untuk melakukan ADL atau kemampuan memenuhi kebutuhan dasar dan kondisi psikologis pasien.

b. Indikasi pelepasan

Di bawah ini adalah kutipan wawancara dari salah satu responden dalam penelitian ini :

*... dilihat apakah pasien sudah mulai tenang atau belum, apakah ikatannya terlalu kencang. Kalo mau makan biasanya disuapi (P5)*

*..kita adakan komunikasi dulu terhadap pasien restrain dia sudah menunjukkan gejala kooperatif / tidak, gaduh gelisah ada / tidak, kita coba lepas pada saat dia mau melakukan proses eliminasi, jikalau dia menunjukkan gejala tenang/ kooperatif kita lepas, kita silahkan proses eliminasi kemudian restrain kita lepas, tapi kalau tidak menunjukkan gejala kooperatif / perbaiki proses eliminasi kita bantu di tempat tidur. (P6)*

Indikasi pelepasan restrain meliputi pemenuhan ADL, kondisi fisik, dan kondisi psikologis. Jika pasien menunjukkan perbaikan kondisi fisik seperti tindakan mencakar, meludah, menjambak, menendang, mencengkeram pakaian, mencekik dan mendorong dan kondisi psikologis yang dimaksud adalah mampu mengidentifikasi marah, mampu mengontrol marah (fisik, social, dan spiritual), kooperatif dengan pengobatan, serta tidak memiliki tanda-tanda perilaku kekerasan seperti agitasi verbal maupun motorik impulsif, serta marah-marah tanpa sebab. Dengan tindakan restrain pasien skizofrenia yang mengalami perilaku kekerasan mengalami perbaikan dalam kondisi fisik sebesar 70%. (Kandar dan Prabawati, 2014). Hal

ini sesuai dengan penelitian ini dimana pasien baru dilepaskan jika pasien sudah menunjukkan kondisi yang kooperatif baik itu dikarenakan pemberian kebutuhan atau hanya mengevaluasi perkembangan kondisi pasien.

#### 5. Dampak tindakan restrain pada pasien skizofrenia

Dampak tindakan restrain pada pasien skizofrenia yang dirasakan partisipan perawat yaitu lebih kearah dampak positif seperti pasien lebih kooperatif yaitu terdapat pada kutipan wawancara berikut ini:

*Macem-macam yaa... ada yang senang.. ada yang tampak lega.. ada yang tampak masih kesal, ada yang tampak masih takut, ada yang tampak masih bingung bahkan ada yang biasa saja... seperti tidak terjadi apa-apa... (P1)*

*Pasien jadi 51ari dikontrol dek, selesai retrain dilepas dia tau kalo kasar dengan orang lain itu dak bagus lagi pulo biso diikat lagi nah mereka tu takut nian kalo diikat dek... (P2)*

*Pasiennyo takut dek samo kami yooo...agak seganlah. Kalo pas dio marah-marah kita omongi bakal diikat dio jadi baik, nurut dengan apo yang kito bilang (P3)*

*Biasonyo dio takut dek, nurut dengan kami kalo dio la mulai nak marah dak jadi marah kalau kami omongi nak diikat (P4)*

*Ada perubahan berbagai macam tapi rata-rata setelah dilakukan restrain dan dilakukan terapi menunjukkan gejala perubahan lebih baik lagi, gaduh gelisahannya tidak ada, kemudian perilaku kekerasannya juga berkurang biasanya. (P5)*

*Pasiennya lebih tenang, terkadang mereka trauma tidak mau dilakukan restrain. (P6)*

Dari hasil wawancara peneliti terhadap partisipan perawat, faktanya bahwa dampak yang diamati para partisipan perawat adalah lebih ke dampak psikologis yaitu berupa perasaan senang lega, kesal, takut, bingung, tidak ada respon, pasien lebih tenang. Hal ini sesuai dengan Irish

Nurses Organisation (2003) yang menyatakan bahwa dampak psikologis yang akan diterima pasien yaitu depresi, penurunan fungsi kognitif, isolasi emosional, kebingungan (*confusion*) dan agitasi.

Dampak yang diterima pasien menurut partisipan perawat ini (P2, P3, P4, P6) memberikan efek jera sehingga sebagian besar pasien yang pernah direstrain bahwa pengalaman di restrain adalah tidak nyaman sehingga mereka menjadi sadar tidak mau berbuat atau bersikap 52variable52ve lagi tetapi lebih disarankan jika pasien merasa ingin marah atau disuruh untuk melukai orang lain atau hal-hal maladaptive yang lain, pasien sebaiknya mengkomunikasikannya kepada perawat. Hal ini sesuai dengan penelitian Moghadam, Malek Fereidooni, Masoud Fallahi Khoshknab, Mehrnoosh Pazargadi (2013) yang dalam penelitiannya membahas bahwa menurut partisipan perawat, tindakan restrain fisik pada pasien jiwa masih dapat diterima dan memberikan dampak positif juga selain dampak 52variable yang diberikan. Dampak positif yang dirasakan yaitu pasien menjadi lebih kooperatif. Hal ini dikarenakan pasien menjadi belajar dari pengalamannya dilakukan restrain sehingga mereka memiliki control internal atas perilaku mereka (Helin KM (2007) dalam Moghadam, Malek Fereidooni, Masoud Fallahi Khoshknab, Mehrnoosh Pazargadi (2013).

## **5.2.2 Partisipan Pasien**

### **1. Dampak pelaksanaan tindakan restrain**

Hasil penelitian terkait tentang dampak pelaksanaan restrain/ seklusi yaitu 63,3% atau sebanyak 19 kali tindakan restrain yang dilakukan tidak menimbulkan efek samping, 36,7% atau sebanyak 11 kali tindakan restrain yang dilakukan memberikan efek samping kepada pasien. Walaupun sebagian besar tidak memberikan efek samping, namun masih ada prosedur restrain yang memberikan efek samping. Berdasarkan hasil observasi yang dilakukan mengenai prosedur tindakan restrain, sebagian besar efek samping yang ditimbulkan terjadi secara fisik. Data hasil penelitian menunjukkan bahwa

dari 11 kali prosedur restrain, sebesar 68,75% pasien mengalami cedera secara fisik dan 31,5% pasien mengalami cedera secara psikologis. Sesuai dengan teori yang menyebutkan bahwa tindakan restrain yang dilakukan pada pasiendengan gangguan jiwa akan memberikan efek samping yang berupa efek secara fisik dan efek secara psikologis. Cedera fisik yang mereka alami berupa ketidaknyamanan fisik, lecet pada area pemasangan restrain, peningkatan inkontinensia, ketidakefektivan sirkulasi, peningkatan risiko kontraktur, dan terjadinya iritasi kulit. Dari 11 pasien, 81,8% atau sebanyak 9 pasien mengalami ketidaknyamanan 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 odem 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. Cedera psikologis yang mereka alami antara lain kemarahan dan agresif. Dari 5 pasien yang mengalami cedera psikologis, sebanyak 60% atau sebanyak 3 pasien.

Menurut Irish Nurses Organisation (2003) dampak 53variable tindakan restrain yaitu dampak fisik yang akan diterima yaitu atrofi otot, hilangnya/berkurangnya densitas tulang, ulkus decubitus, infeksi nosocomial, strangulasi, penurunan fungsional tubuh, stress kardiak, inkontinensia, sedangkan dampak psikologis yang akan diterima yaitu depresi, penurunan fungsi kognitif, isolasi emosional, kebingungan (*confusion*) dan agitasi.

Hal ini juga sejalan dengan hasil yang dilakukan oleh peneliti lakukan dimana 6 partisipan yang dilakukan wawancara oleh peneliti juga mengalami dampak fisik dan psikologis. Adapun pernyataan yang disampaikan yaitu :

*Sakit semua badan aku suster, lemes nian.... Iya lemes, idak biasa aja tapi bingung campur aduk kapan nak dibukaknya..... Iya bingung kapan ini nak dibuka, kayak biasa telentang seharian Iya sampe tekencing-kencing (P1)*

*Perawat rame rame narek aku ketempat tidur, teros dipakso terlentang tangan kaki aku diikat sampai aku dak biso duduk, aduh suster...kalau ingat kejadian kemaren.....**sakit ati** aku...menurut aku dak etis perawat memperlakuke aku kemaren tu...dak manusiawi dak boleh cak itu suster kito nih nak berobat dak biso main pakso kan biso ngomong baik baik aku dak gilo....(P2)*

*Iyo **marah** lah...suster,tapi kan mereka banyak...aku teriak jugo dak ado guno...jadi aku Cuma biso ngomong jangan cak itu suster emngannyo aku ngapo jangan pakso aku tapi tetap bae aku diikatnyo **sakit hati** nian aku suster benci nian aku liat suster suster disano rasonyo **pengen bales dendam** (P3)*

*sakit didaerah tangan dan kaki, tidur juga tidak nyaman....., **merasa tertekan seperti tidak dihargai** (P4)*

*dag lemak suster, badan aku **sakit** galo apo lagi bahu aku pagal-pagal pergelangan kaki samo tangan aku sakit suster, aku ngeraso diasingke suster....., pertamonyo **marah** suster tapi sekarang aku biaso bae (P5)*

*iyo, dak lemak lah dek diikat cak itu. Cak apo bae diikat ikat....., kemaren itu tangan yo di pucuk deket kepalak, mano ngikat ny kenceng nian sampe saro nak bergerak, **sakit** galo kaki samo tangan aku....., **marah** nian aq rasonyo, kesel ado, bingung ado, aku ni dag gilo ngapo nak diikat (P6)*

Hal ini juga sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Wanda, K. (2003), menyebutkan bahwa tindakan restrain yang dilakukan pada pasien gangguan jiwa dapat menimbulkan trauma emosional atau efek psikologis misalnya takut, marah dan cemas.

## **2. Proses tindakan restrain**

Restrain, dalam psikiatrik, secara umum mengacu pada suatu bentuk tindakan menggunakan tali untuk mengekang atau membatasi gerakan ekstremitas individu yang berperilaku di luar kendali yang bertujuan untuk

memberikan keamanan fisik dan psikologis individu. Didalam pelaksanaan prosedur ini di Rumah Sakit tentunya harus memiliki standarisasi demi kode etik dan legal dalam pelaksanaan prosedur pada pasien. Dalam dunia pelayanan kesehatan standar tatacara atau tahapan yang dibakukan dan yang harus dilalui untuk menyelesaikan suatu proses kerja tertentu dikenal dengan istilah *standard operating procedure (SOP) atau Standar Prosedur Operasional (SPO)* (Perry dan Potter (2005).

Tindakan restrain/seklusi dapat digunakan pada pasien normal dan pasien dengan kelainan jiwa. Restrain yang digunakan pasien jiwa yaitu dalam kondisi amuk atau perilaku kekerasan yang dapat mencederai diri sendiri atau orang lain. Pembatasan fisik yang dilakukan pada penelitian di atas yaitu dengan melibatkan satu atau lebih staf untuk memegangi pasien, menggerakkan pasien, atau mencegah pergerakan pasien dengan menggunakan tali yang terbuat dari kain yang digunakan untuk mengikat (P1, P2, P3, P3, P4, P5, P6) dan menggunakan baju gaduh gelisah (P6).

Hasil penelitian terkait tentang prosedur tindakan restrain/ seklusi yang dilakukan oleh kandar (2013) tindakan restrain sesuai SPO yang ada di Rumah Sakit, terdapat beberapa prosedur yang paling sering untuk tidak dilakukan. Prosedur yang sering tidak dilakukan oleh perawat di ruangan dalam pelaksanaan intervensi restrain adalah 80% pengikatan dilakukan tanpa instruksi dokter, 73,3% perawat melakukan restrain tanpa melakukan pengkajian fisik terlebih,76,6% pengikatan dilakukan di tempat tidur dengan posisi kedua lengan berada di samping badan, belum ada papan nama yang berisi keterangan terkait pelaksanaan prosedur restrain, belum efektifnya pendokumentasian tindakan restrain di status pasien, dan poin terakhir adalah perawat belum menerapkan di ruangan untuk membantu/ meatik anggota gerak untuk mencegah luka dan kekakuan. Tingginya prosentase pelaksanaan restrain yang dilakukan tanpa instruksi dokter dapat diterima mengingat kondisi pasien yang direstain di ruangan memanglah dalam kondisi yang berbahaya baik bagi diri pasien itu sendiri maupun bagi orang lain. Sehingga,

apabila restrain dilakukan tidak saat itu juga justru akan berbahaya bagi pasien dan orang lain.

Hal ini juga sejalan dengan penelitian yang peneliti lakukan terhadap 6 pasien yang diwawancarai yaitu:

*“kemaren itu **tangan yo di pucuk deket kepalak**, mano **ngikat ny kenceng nian sampe saro nak begerak**, sakit galo kaki samo tangan aku.... Dak katek yang jingok in, kan aku di ikat nyo denget kemaren, sore tuh lah di lepas iketan aku tuh”*(P1)

*“tidur **terlentang dan keadaan tangan dan kaki terikat...** dalam 1 hari kira-kira 4-5 kali dilihat untuk petugas”*(P2)

*“**terlentang suster pergelangan tangan dan kaki aku diikat terus digembok jugo**”*(P3)

*“Kan waktu aku abis dijemput dari balik...aku duduk dikursi tempat tunggu suster...terus tibo tibo aku dipakso masuk kamar ....nah terus perawat rame rame narek aku ketempat tidur, terus dipakso **terlentang tangan kaki aku diikat** sampai aku dak biso duduk, aduh suster...kalau ingat kejadian kemaren.....sakit ati aku...menurut aku dak etis perawat memperlakuke aku kemaren tu...dak manusiawi dak boleh cak itu suster kito nih nak berobat dak biso main pakso kan biso ngomong baik baik aku dak gilo”*(P4)

*“Iya bingung kapan ini nak dibuka, kayak biasa **telentang...** Iya sampe tekencing-kencing”*(P5)

*“ Cak biaso tula suster **di iket tangan kepucuk tedok telentang**”*(P6)

Tujuan tindakan keperawatan restrain adalah memonitor alat restrain mekanik atau restrain manual terhadap pergerakan klien.

## **BAB 6**

### **RENCANA TAHAPAN BERIKUTNYA**

#### **6.1. Seminar Hasil Penelitian**

Hasil penelitian dilaksanakan secara internal pada tanggal 9 Juni 2017 di Ruang Audio Visual Fakultas Sains dan Teknologi Kampus Bangau Palembang.

#### **6.2. Publikasi Penelitian**

Penelitian ini akan di publikasikan di Jurnal Kesehatan Pembangunan di STIKes Mitra Adiguna Palembang. Edisi 6 nomor 11 dan 12.



## BAB 7

### SIMPULAN, KETERBATASAN, DAN SARAN

#### 7.1. Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dibahas sebelumnya, maka penelitian pengalaman perawat dan pasien tentang tindakan restrain dan seklusi di RS Ernaldi Bahar Palembang dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

##### 1. Perawat

- a. Perawat mampu menjelaskan tentang tindakan restrain pada pasien skizofrenia di Rs Ernaldi Bahar Palembang
- b. Jenis-jenis tindakan yang diketahui perawat hanya pada jenis pembatasan mekanis dimana tindakan ini menggunakan alat khusus seperti tali pengikat yang terbuat dari kain atau baju.
- c. Sebagian besar standar pelayanan tindakan restrain yang ada di ruang rawat inap ini tidak diketahui keberadaannya, kebanyakan tindakan dilakukan karena kebiasaan.
- d. Pemantauan tindakan restrain dilakukan tiap 1-4 jam untuk pemenuhan kebutuhan dasar dan observasi tanda-tanda vital
- e. Dampak tindakan restrain dapat berupa dampak fisik dan psikis sedangkan dampak positif yaitu efek jera pada pasien.

##### 2. Pasien

1. Dampak pelaksanaan tindakan restrain yang terjadi pada pasien ada dua dampak yaitu efek secara fisik dan efek secara psikologis. Dari keenam pasien semuanya merasakan kedua dampak tersebut.
2. Keamanan restrain mekanik pada pasien sebaiknya dilakukan dengan teknik dan cara yang benar sesuai SPO yang berlaku di Rumah Sakit sehingga pasien merasa nyaman dan tidak tersakiti.
3. Frekwensi pemantauan pasien yang terpasang restrain sudah sesuai prosedur yaitu 1 – 4 jam, akan tetapi ada 2 pasien yang mengatakan

kalau tidak di pantau oleh perawat dikarenakan hanya terpasang restrai hanya sebentar.

4. Untuk pemenuhan kebutuhan dasar pasien yang terpasang restrain dari ke enam pasien semua dibantu dalam kebutuhan makannya, akan tetapi untuk kebutuhan personal hygiene hamper semua partisipan mengatakan bahwa mereka tidak pernah mandi, tidak diganti baju, dan BAB serta BAK hanya dipakaikan pumpers.

## **7.2. Keterbatasan dan Saran**

### **1. Keterbatasan**

- a. Keterbatasan dalam penelitian ini adalah jumlah sampel yang masih kurang dan data yang diperoleh belum jenuh karena terbatasnya waktu penelitian, ada beberapa sampel yang dieksklusikan karena pulang.
- b. Beberapa perawat hanya menjawab seadanya saja, karena mereka takut berdampak pada mereka
- c. Tidak adanya catatan keperawatan pasien yang terpasang restrain secara mendetail, sehingga sulit untuk di validitas antara pasien dan perawat.

### **2. Saran**

Saran yang direkomendasikan peneliti terhadap pihak-pihak terkait dalam peningkatan proses keperawatan jiwa dalam penanganan pasien skizofrenia fase akut yaitu gaduh gelisah/ mengamuk yaitu :

#### **a. Peneliti**

Peneliti menyarankan agar peneliti selanjutnya melakukan penelitian ini secara kuantitatif atau pun kualitatif dengan melihat lebih dalam tentang 59 variabel-faktor yang mempengaruhi perawat dalam melakukan tindakan restrain.

#### **b. Rumah sakit**

Pihak rumah sakit dapat melakukan peningkatan kemampuan perawat baik secara formal maupun non formal dengan melakukan program pelatihan manajemen pasien gaduh gelisah dengan restrain dan seklusi

dan menjadi bahan masukan dalam standar pelayanan operasioanal (SPO).

c. Perawat

Perawat diharapkan mampu meningkatkan pengetahuan dan keterampilan perawat dalam melaksanakan tindakan restrain dan seklusi pasien skizofrenia dengan melihat aspek biopsikospritual dengan memperhatikan SPO yang telah ditetapkan.

d. Institusi pendidikan

Institusi pendidikan diharapkan mampu memberikan pengetahuan dan keterampilan lebih mendalam tentang tindakan restrain yang dikemas dalam metode pembelajaran yang interaktif.

## DAFTAR PUSTAKA

- Carpenito L.J.2000. *Diagnosa Keperawatan;Aplikasi pada Praktik Klinis*, 6<sup>th</sup> edn. Jakarta: EGC
- Eka, M., Budi, A. K., Novy, H. C. D. 2014. *Analisis Legal Aspel dan Kebijakan Restrain, Seklusi dan Pasung pada pasien dengan Gangguan Jiwa*. Jakarta: Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- Goethals, S., Casterle, B. D., &Gastmans, C. (2013). *Nurses' Ethical Reasoning In Cases Of Physical Restraint In Acute Elderly Care: A Qualitative Study*. *Med Health Care and Philos*, 16, 983–991. Doi: 10.1007/s11019-012-9455-z.
- Gunarsa, Singgih Ny dan Singgih Gunarsa, 1979. *Psikologi untuk muda mudi*. Jakarta : PT. BPK Gunung Mulia
- Helin KM. Staff members' intentions to physically restrain adolescent residential clients [Thesis] Keene, New Hampshire: Antioch University New England publications; 2007
- Irish Nurses Organisation. 2003. *Guidelines on the use of restraint in the care of the older person*. Dublin: Irish Nurses Organisation
- Iswanti, Dwi Indah dan Sri Puji Lestari. *Persepsi Klien Perilaku Kekerasan Terhadap Tindakan Restrain Mekanik di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Propinsi Jawa Tengah*. *Jurnal Keperawatan Jiwa* . Volume 4, No. 1, Mei 2016; 45-49
- Kandar dan Prabawati, S. P. 2014. *Efektivitas Tindakan Restrain Pada Pasien Perilaku Kekerasan Yang Menjalani Perawatan Di Unit Pelayanan Intensif Psikiatri (UPIP) RSJ Daerah Dr. Amino Gondohutomo Semarang Tahun 2013*. Prosiding Konferensi Nasional II PPNI Jawa Tengah
- Muhith, Abdul. 2005. *Pendidikan keperawatan jiwa: teori dan aplikasi* Yogyakarta : Andi Offset
- Muryani, Sri dkk. 2016. Pengaruh pengalaman kerja, pengawasan kerja dan spesialisasi kerja terhadap pemahaman beban kerja dengan pemanfaatan teknologi informasi sebagai 61ariable intervening (studi kasus di dinas pasar kota semarang). *Journal Of Management, Volume 2 No.2 Maret*
- Moghadam, Malek F, dkk. 2014. *Psychiatric Nurses' Perceptions about Physical Restraint : A Qualitative Study*. *IJCBNM January* ; Vol 2, No 1

Goethals, S., Casterle, B. D., & Gastmans, C. (2013). *Nurses' Ethical Reasoning In Cases Of Physical Restraint In Acute Elderly Care: A Qualitative Study*. *Med Health Care and Philos*, 16, 983–991. Doi: 10.1007/s11019-012-9455-z.

Natasia, dkk. 2014. Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Pelaksanaan SOP Asuhan Keperawatan di ICU-ICCU RSUD Gambiran Kota Kediri *Jurnal Kedokteran Brawijaya*, Vol. 28, Suplemen No. 1

Royal College of Nursing. 2008. *Let's talk about restraint: rights, risks and responsibility*. London: Royal College of Nursing.

Riskesdas Kemenkes. 2013. Jakarta : Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.



Stuart and Sundeen. 2006. *Keperawatan Jiwa*. Jakarta : EGC.

SOP Restrain. Akreditasi Rumah Sakit V.2012 All Rights Reserved. Diakses di <http://akreditasi.my.id/rs/panduan-restrain> pada tanggal 10 Maret 2017

Tingkatan pengetahuan. Diakses di <http://wikipedia.org> pada tanggal 12 april 2017

## Lampiran-lampiran:

### Lampiran 1. Izin Penelitian

	<b>PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA SELATAN</b>	
	<b>RUMAH SAKIT ERALDI BAHAR</b>	
Jl. Tembus Terminal No.02 Alang – Alang Lebar Km.12 Palembang Website : <a href="http://www.rs-ernaldibahar.co.id">www.rs-ernaldibahar.co.id</a> email : <a href="mailto:rs_erba@yahoo.co.id">rs_erba@yahoo.co.id</a>		
Palembang, 19 Januari 2016		
Nomor	: 420/0491 /RS.ERBA/2016	Kepada
Lampiran	: -	Yth. Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan
Hal	: Izin Penelitian	Universitas Katolik Musi Charitas
		Di-
		Palembang
<p>Menindaklanjuti surat Saudara Nomor : 1130/III/F-PN1001/12/15 tanggal 17 Desember 2015 yang kami terima tanggal 18 Januari 2016 hal tersebut di atas pada prinsipnya kami tidak berkeberatan dan mengizinkan Dosen Saudara yaitu:</p>		
<b>Nama</b>	: 1. <b>Ns. Novita Anggraini, S.Kep., M.Kes</b> 2. <b>Ns. Venny Mayumi Gultom, S.Kep</b> 3. <b>Ns. Bela Purnama Dewi, S.Kep</b>	
<b>Judul Penelitian</b>	: <b>Pengalaman Perawat Dan Pasien Tentang Tindakan Restrain Dan Seklusi Pada Pasien Skizofrenia Di RS. Eraldi Bahar Palembang</b>	
<p>Untuk melakukan Penelitian di lingkungan Rumah Sakit Eraldi Bahar Provinsi Sumatera Selatan. Ada beberapa hal yang perlu kami sampaikan :</p>		
1. Untuk teknis pelaksanaan, dapat berkoordinasi dengan Ka. Unit Diklat dan Litbang Rumah Sakit Eraldi Bahar Provinsi Sumatera Selatan.		
2. Biaya Administrasi selama kegiatan pengambilan data / penelitian agar menghubungi bagian Keuangan Rumah Sakit Eraldi Bahar Provinsi Sumatera Selatan.		
3. Setelah menyelesaikan penelitian wajib menyerahkan 1 (satu) eksemplar laporan ke perpustakaan Diklat dan Litbang Rumah Sakit Eraldi Bahar Provinsi Sumatera Selatan.		
4. Data yang diambil hanya untuk keperluan penelitian, dan tidak diizinkan untuk diberikan kepada pihak lain.		
Atas kerjasamanya, kami ucapkan terima kasih.		
 <b>Dr. Yumidiansi. F, M. Kes</b> Pembina Tk. I NIP 196606151996032001		

## Lampiran 2. Surat Tugas



# UNIVERSITAS KATOLIK MUSI CHARITAS

VERITAS ET SCIENTIA NOBIS LUMEN

## SURAT TUGAS

Nomor: 2738/II/A-PN1002/10/15

Rektor Universitas Katolik Musi Charitas memberikan tugas kepada,

1	Nama	: Anastasia Sri Mendari S.E.,M.M. (NIDN.02 2112 6301)
	Program Studi/Fakultas	: Prodi Manajemen/FBA
	Judul Penelitian	<i>Financial Fitness Quiz: Barometer Perilaku Keuangan (Financial Behavior)</i> (Survei Pada Dosen –Dosen Universitas Katolik Musi Charitas)
	Reviewer	: Lina, S.E., M.Si.(NIDN.02 0106 7401)
2	Ketua	: Ir. Billy Suandito, S.Si., M.Pd.
	Anggota	: Lisnani, S.Pd., M.Pd.
	Program Studi/Fakultas	: PGSD/FBA
	Judul Penelitian	Desain Materi Operasi Hitung Menggunakan Papan Permainan Tentara Melalui Media Kartu Hitung Dan <i>Flash Card</i> Di Kelas II SD
	Reviewer	: Suramaya Suci Kewal, S.E., M.Si.(NIDN.02 1505 8403)
3	Ketua	: Lisnani, S.Pd., M.Pd.
	Anggota	: Rm. Ignasius Putera Setiahati, S.Ag., M.Sc.
	Program Studi/Fakultas	: PGSD/FBA
	Judul Penelitian	Pengaruh Model Pembelajaran <i>Group Investigation</i> Menggunakan Metode <i>Discovery</i> Terhadap Keaktifan Dan Hasil Belajar Mahasiswa Pada Mata Kuliah Pendidikan Agama Di Universitas Katolik Musi Charitas
	Reviewer	: M.J. Tyra, S.E., M.M. (NIDN.02 1001 6301)
4	Ketua	: Ns. Novita Anggraini, S.Kep, M.Kes.
	Anggota 1	: Ns. Venny Mayumi G., S.Kep.
	Anggota 2	: Ns. Bela Purnama Dewi, S.Kep.
	Program Studi/Fakultas	: S1 Keperawatan dan Ners/FIKes
	Judul Penelitian	Pengalaman Perawat Dan Pasien Tentang Tindakan Restrain Dan Seklusi Pada Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit Ernaldi Bahar Palembang
	Reviewer	: Tiurma S.Pd.,S.Kep.,M.Kes.
5	Ketua	: Ns. Lilik Pranata, S.Kep.,M.Kes.
	Anggota 1	: Ns. Maria Tarisia Rini S.Kep.M.Kep.
	Anggota 2	: Ns. Vincencius Surani, S.Kep.
	Program Studi/Fakultas	: S1 Keperawatan dan Ners/FIKes
	Judul Penelitian	Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepuasan Kerja Perawat Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Myria Palembang 2015
	Reviewer	: Tiurma S.Pd.,S.Kep.,M.Kes.

### Kampus Bangau ( Rektorat )

Jl. Bangau No. 60 Palembang 30113

Telp. +62 711-378171

Sumatera Selatan - Indonesia

Website : [www.ukmc.ac.id](http://www.ukmc.ac.id) | Email : [rektorat@ukmc.ac.id](mailto:rektorat@ukmc.ac.id)

### Kampus Burlian

Jl. Kol. Burlian Lrg. Suka Senang No. 204 Km.7 Palembang 30152

Telp. +62 711-412806

Sumatera Selatan - Indonesia





# UNIVERSITAS KATOLIK MUSI CHARITAS

VERITAS ET SCIENTIA NOBIS LUMEN

6	Ketua	: Yanti Destriyanti SST., M.Kes.
	Anggota	: Vivi Dwi Putrid SST., M.Kes.
	Program Studi/Fakultas	: D3 Kebidanan/FIKes
	Judul Penelitian	Determinan tindakan ibu melakukan imunisasi Hepatitis b <sub>0</sub> di wilayah kerja puskesmas
	Reviewer	: Tiurma S.Pd., S.Kep., M.Kes.
7	Ketua	Katarina Retno Triwidayati, M.Pd.
	Anggota	Tresiana Sari Diah Utami, M.Pd.
	Program Studi/Fakultas	PGSD/FBA
	Judul Penelitian	Perwujudan Struktur Sintaksis Pada Karangan Deskriptif Siswa Kelas IV SD Palm Kids Palembang
	Reviewer	Ming Chen, S.E., M.Si.
8	Ketua	Agustinus Widyartono, S.E., M.Si. (NIDN.05 3006 7802)
	Anggota	Maria Josephine Tyra, S.E., M.M. (NIDN.02 1001 6301)
	Program Studi/Fakultas	Prodi Manajemen/FBA
	Judul Penelitian	Pengaruh Kepercayaan dan Risiko Terhadap Sikap dan Perilaku dalam Menggunakan Aplikasi Mobile Berbasis Android
	Reviewer	Lina, S.E., M.Si. (NIDN. 02 0106 7401)

Untuk melakukan penelitian dan reviewer internal pada semester gazal Tahun Akademik 2015/2016, bagi dosen Fakultas Sain dan Teknologi, Fakultas Bisnis Dan Akuntansi, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Katolik Misi Charitas.

Surat tugas ini dibuat untuk dilaksanakan dengan penuh tanggung jawab.

1 Oktober 2015

a.n.REKTOR

WAKIL REKTOR I,



Tembusan:

1. Dekan Fakultas Sain dan Teknologi. NIDN.02 1110 7101
2. Dekan Fakultas Bisnis dan Akuntansi.
3. Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan.

#### Kampus Bangau (Rektorat)

Jl. Bangau No. 60 Palembang 30113

Telp. +62 711-378171

Sumatera Selatan - Indonesia

Website : [www.ukmc.ac.id](http://www.ukmc.ac.id) | Email : [rektorat@ukmc.ac.id](mailto:rektorat@ukmc.ac.id)

#### Kampus Burlian

Jl. Kol. Burlian Lrg. Suka Senang No. 204 Km.7 Palembang 30152

Telp. +62 711-412806

Sumatera Selatan - Indonesia



### Lampiran 3. Susunan Organisasi Tim Peneliti Dan Pembagian Tugas

No	Nama / NIDN	Instansi Asal	Bidang Ilmu	Alokasi Waktu (jam/minggu)	Uraian Tugas
1.	Novita Anggraini/0206118001	UKMC	Keperawatan	6	Koodinasi eksternal dan internal
2.	Venny Mayumi G/166092011	UKMC	Keperawatan	6	Pelaksana penelitian
3.	Bela Purnama Dewi/ 9902701745	UKMC	Keperawatan	6	Pelaksana penelitian

## Biodata Ketua Dan Anggota

A. Identitas Diri Ketua				
1	Nama Lengkap (dengan gelar)	Novita Anggraini, S.Kep.,Ners.,M.Kes		
2	Tempat, Tanggal Lahir	Mariana, 06 Nopember 1980		
3	Jenis Kelamin	Perempuan		
4	Status Perkawinan	Kawin		
5	Agama	Islam		
6	Jabatan Fungsional	Dosen		
7	NIDN	0206118001		
8	E-mail	<a href="mailto:novitaanggraini06@gmail.com">novitaanggraini06@gmail.com</a>		
9	Nomor Telepon/HP	08127319544		
10	Alamat Rumah	Jl.Prajurit Kemas Ali No.2777 RT.26 RW10 Kel.2 Ilir Kec.Iilir Timur II Palembang		
11	Alamat Kantor	Jl. Kol H.Burlian Lr.Suka Senang KM.7 Palembang		
12	Nomor Telepon Rumah/Faks	-		
13	Nomor Telepon Kantor/Faks	0711412806		
Pengalaman Penelitian dalam 5 tahun terakhir				
No.	Tahun	Judul Penelitian	Pendanaan	
			Sumber	Jml (Juta Rp)
1	2012	Faktor-faktor yang berhubungan dengan Kejadian Diare pada Balita	Pribadi	-
2	2014	Perilaku Seks Bebas Nahasiswa STIKes "X" Palembang Tahun 2014	Pribadi	-
3	2015	Perbedaan Tingkat Kecemasan antara Ibu Primigravida dan Multigravida pada Trimester III dalam Menghadapi Persalinan	Pribadi	-
dst				
Pengalaman Pengabdian Kepada Masyarakat dalam 5 Tahun Terakhir				
No.	Tahun	Judul Pengabdian Kepada Masyarakat	Pendanaan	
			Sumber	Jml (Juta Rp)
1	2012	Penyuluhan : Kesehatan ibu Hamil; Cara Menyusui yang Baik dan Benar	Pribadi	
2	2014	Penyuluhan Kesehatan dan Kerja Bakti Bersama	Institusi	
3	2016	Senam Sehat pada Lansia Guna Mencegah Kaku Sendi	Institusi	3.000.000
dst				
Publikasi Artikel Ilmiah Dalam Jurnal dalam 5 Tahun Terakhir				
No.	Judul Artikel Ilmiah		Nama Jurnal	Volume/Nomor/Tahun
1	Perilaku Seks Bebas Mahasiswa STIKes "X" Palembang Tahun 2014		Jurnal Masker Medika	04/02/2016
2	Perbedaan Tingkat Kecemasan antara Ibu Primigravida dan Multigravida pada Trimester III dalam Menghadapi Persalinan		Jurnal Harapan Bangsa	03/02/2015
3				
dst				

Semua data yang saya isikan dan tercantum dalam biodata ini adalah benar dan dapat dipertanggungjawabkan secara hukum. Apabila di kemudian hari ternyata dijumpai ketidaksesuaian dengan kenyataan, saya sanggup menerima sanksi.

Demikian biodata ini dibuat dengan sebenarnya.

Palembang, Agustus 2017

Pengusul,



Novita Anggraini, S.Kep.,Ners.,M.Kes

NIDN. 0206118001

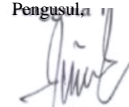
<b>B. Identitas Diri Anggota 1</b>				
1	Nama Lengkap (dengan gelar)	Venny Mayumi G, S.Kep.,Ners		
2	Tempat, Tanggal Lahir	Muara Bulian, 21 Juli 1986		
3	Jenis Kelamin	Perempuan		
4	Status Perkawinan	Kawin		
5	Agama	Katolik		
6	Jabatan Fungsional	-		
7	NIDN	-		
8	E-mail	<a href="mailto:mayumi_gultom@yahoo.com">mayumi_gultom@yahoo.com</a>		
9	Nomor Telepon/HP	082134190632 / 085758152005		
10	Alamat Rumah	Jl. Sejahtera Soak Permai No. 8C Kel. Sukayaja Kec. Sukarame Palembang		
11	Alamat Kantor	Jl. Kol H.Burlian Lr.Suka Senang KM.7 Palembang		
12	Nomor Telepon Rumah/Faks	-		
13	Nomor Telepon Kantor/Faks	0711412806		
<b>Pengalaman Penelitian dalam 5 tahun terakhir</b>				
No.	Tahun	Judul Penelitian	Pendanaan	
			Sumber	Jml (Juta Rp)
1				
2				
3				
dst				
<b>Pengalaman Pengabdian Kepada Masyarakat dalam 5 Tahun Terakhir</b>				
No.	Tahun	Judul Pengabdian Kepada Masyarakat	Pendanaan	
			Sumber	Jml (Juta Rp)
1	2012	Penerapan asuhan keperawatan menggunakan proses keperawatan	Eksternal	-
2	2014	Pelaksanaan senam lansia dalam meningkatkan kualitas tidur dan menurunkan tekanan darah lansia dengan hipertensi	Institusi	-
3	2016	Senam Sehat pada Lansia Guna Mencegah Kaku Sendi	Institusi	3.000.000
dst				
<b>Publikasi Artikel Ilmiah Dalam Jurnal dalam 5 Tahun Terakhir</b>				
No.	Judul Artikel Ilmiah	Nama Jurnal	Volume/Nomor/Tahun	
1				
2				
3				
dst				

Semua data yang saya isikan dan tercantum dalam biodata ini adalah benar dan dapat dipertanggungjawabkan secara hukum. Apabila di kemudian hari ternyata dijumpai ketidaksesuaian dengan kenyataan, saya sanggup menerima sanksi.

Demikian biodata ini dibuat dengan sebenarnya.

Palembang, Agustus 2017

Pengusul



Venny Mayumi G. S.Kep.,Ners

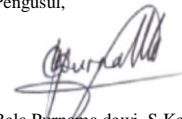
NUPN. 9902702330

C. Identitas Diri Anggota 2				
1	Nama Lengkap (dengan gelar)	Bela Purnama Dewi, S.Kep.,Ners		
2	Tempat, Tanggal Lahir	Lahat/ pagarjati, 6 April 1987		
3	Jenis Kelamin	Perempuan		
4	Status Perkawinan	Kawin		
5	Agama	Islam		
6	Jabatan Fungsional	-		
7	NIDN	-		
8	E-mail	<a href="mailto:Purnama_bela@yahoo.com">Purnama_bela@yahoo.com</a>		
9	Nomor Telepon/HP	085267662006		
10	Alamat Rumah	Jl.tanjung pandan lr.nusantara 3 Rt.07 Rw.06 No.597 Kel.sialang Kec.Sako Palembang		
11	Alamat Kantor	Jl. Kol H.Burlian Lr.Suka Senang KM.7 Palembang		
12	Nomor Telepon Rumah/Faks	-		
13	Nomor Telepon Kantor/Faks	0711412806		
Pengalaman Penelitian dalam 5 tahun terakhir				
No.	Tahun	Judul Penelitian	Pendanaan	
			Sumber	Jml (Juta Rp)
1				
2				
3				
dst				
Pengalaman Pengabdian Kepada Masyarakat dalam 5 Tahun Terakhir				
No.	Tahun	Judul Pengabdian Kepada Masyarakat	Pendanaan	
			Sumber	Jml (Juta Rp)
1				
2				
3				
dst				

Semua data yang saya isikan dan tercantum dalam biodata ini adalah benar dan dapat dipertanggungjawabkan secara hukum. Apabila di kemudian hari ternyata dijumpai ketidaksesuaian dengan kenyataan, saya sanggup menerima sanksi.

Demikian biodata ini dibuat dengan sebenarnya.

Palembang, Agustus 2017  
Pengusul,



Bela Purnama dewi, S.Kep., Ners

NUPN. 9902701745

## Lampiran 4. Berita Acara, Presensi, dan Notulensi Seminar Hasil Penelitian



# UNIVERSITAS KATOLIK MUSI CHARITAS

VERITAS ET SCIENTIA NOBIS LUMEN

## BERITA ACARA

BA. 1.21/II/B1-PN10.01/6/17

Pada hari Jumat, 09 Juni 2017 telah dilaksanakan seminar internal hasil penelitian yaitu:

Nama Pembicara 1 : Novita Anggraini, S.Kep., Ners., M.Kes. (NIDN. 0214087302)  
Pembicara 2 : Venny Mayumi G., S.Kep., Ners (NUPN. 9902702330)  
Pembicara 3 : Bela Purnama Dewi, S.Kep., Ners (NUPN. 9902701745)

Judul Penelitian : Pengalaman Perawat dan Pasien Tentang Tindakan Restrain dan seklusi pada pasien skizofrenia di rumah sakit emaldi bahar Palembang

Peserta : Dosen Tetap Unika Misi Charitas

Tempat : Ruang Audio Visual Fakultas Sains dan Teknologi, Kampus Bangau

Untuk selanjutnya, berita acara seminar internal usul penelitian ini digunakan sebagaimana mestinya.

Pembicara 1,

Novita Anggraini, S.Kep., Ners., M.Kes.  
NIDN. 0206118001

Pembicara 2,

Venny Mayumi G., S.Kep., Ners  
NUPN. 9902702330

Pembicara 3,

Bela Purnama Dewi, S.Kep., Ners  
NUPN. 9902701745



Fransiskus Soejono, S.E., M.Sc.  
NIDN. 031117701

**Kampus Bangau (Rektorat)**  
Jl. Bangau No. 60 Palembang 30113  
Telp. +62 711-378171  
Sumatera Selatan - Indonesia

**Kampus Burlian**  
Jl. Kol. Burlian Lrg. Suka Senang No. 204 Km. 7 Palembang 30152  
Telp. +62 711-412806  
Sumatera Selatan - Indonesia

Website : [www.ukmc.ac.id](http://www.ukmc.ac.id) | Email : [rektorat@ukmc.ac.id](mailto:rektorat@ukmc.ac.id)



# UNIVERSITAS KATOLIK MUSI CHARITAS

VERITAS ET SCIENTIA NOBIS LUMEN

Daftar Hadir Peserta

SEMINAR INTERNAL

Hari/Tanggal: Jumat, 09 Juni 2017

Ruang Audio Visual Fakultas Sains dan Teknologi, Kampus Bangau

No.	NAMA	TANDA TANGAN		
1	Lidwina Septie ch	1	Septie	
2	Mania Nurani		2	Mania
3	Maylinda Mulyati	3	Maylinda	
4	Fransiska Saejono		4	Fransiska
5	Eri Indaryadi	5	Eri	
6	Dominikus B.		6	Dominikus
7	Lilik pranata	7	Lilik	
8	Bea-Rumana Dewi		8	Bea-Rumana
9	Hatika Anggrani	9	Hatika	
10	Venny Meryumi.c		10	Venny
11	M. KALTI	11	M. KALTI	
12	Theresia Sunarmi		12	Theresia

**Kampus Bangau (Rektorat)**  
Jl. Bangau No. 60 Palembang 30113  
Telp. +62 711-378171  
Sumatera Selatan - Indonesia

**Kampus Burlan**  
Jl. Kol. Burlan Lrg. Suka Senang No. 204 Km. 7 Palembang 30152  
Telp. +62 711-412806  
Sumatera Selatan - Indonesia

Website : [www.ukmc.ac.id](http://www.ukmc.ac.id) | Email : [rektorat@ukmc.ac.id](mailto:rektorat@ukmc.ac.id)

NOTULENSI  
KEGIATAN SEMINAR INTERN  
PENGALAMAN PERAWAT DAN PASIEN TENTANG TINDAKAN  
RESTRAIN PADA PASIEN SKIZOFRENIA DI RUMAH SAKIT ERNALDI  
BAHAR PALEMBANG

No	Pertanyaan	Jawaban
1.	Konsistensi topik dan penulisan (restrain dan seklusi) atau (restrain/seklusi) atau (restrain).	Saran diterima. Topik dan pada penulisan menjadi restrain saja.
2.	Abstrak bahasa indonesia dan bahasa inggris belum ada.	Saran diterima, akan ditambahkan abstrak bahasa indonesia dan bahasa inggris.
3.	Bab 1 Tujuan Pada halaman 5, tujuan penelitian masih bahasa proposal dan sesuai dengan judul penelitian.	Saran diterima, bahasa proposal pada proposal akan diperbaiki dan sesuai dengan judul penelitian.
4.	Bab III a. Sebaiknya dicantumkan inklusi dan eksklusi b. Waktu penelitian sebaiknya dituliskan dengan jelas tanggal, bulan dan tahun c. Kalau memang dilakukan uji validitas dan reliabilitas, dijelaskan kapan dilakukan dan dimana dilakukan.	Saran diterima, akan dicantumkan inklusi dan eksklusi, waktu penelitian akan dicantumkan dengan jelas, serta uji validitas dan reabilitas akan ditambahkan.
5.	Bab IV a. Hasil dan pembahasan adalah termasuk BAB IV b. Pada tabel di bab IV, N adalah	Saran diterima, akan diperbaiki.

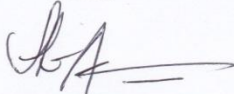


	<p>populasi, tetapi kalau n adalah responden atau sampel</p> <p>c. Restrain dan seklusi tapi bukan restrain/seklusi</p> <p>d. Pada halaman 16, waktu tanggal, bulan, tahun sebaiknya jelas dituliskan</p>	
--	---	--

	<p>e. Sebaiknya pada halaman 20, di jelaskan berapa lama waktu yang peneliti butuhkan setiap harinya</p>	
--	--	--

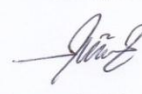
Palembang, 09 Juni 2017

Ketua,



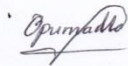
(Novita Anggraini, S.Kep.,Ners.,M.Kes)  
NIDN. 0206118001

Anggota I



(Venny Mayumi Gultom, S.Kep.,Ners)  
NUPN. 9902702330

Anggota II



(Bela Purnama Dewi, S.Kep.,Ners)  
NUPN.9902701745

Mengetahui,  
Reviewer



(Tiurma, S.Pd.,S.Kep.,Ners.,M.Kes)  
NIDN. 0209036001

