



Buku Ajar

KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA DAN PSIKOSOSIAL

(Berdasarkan Kurikulum Pendidikan Ners Indonesia Tahun 2021)

Reni Hertini | Alini | Heni Aguspita Dewi | Stepanus Prihasto Septiawan | Andreas Tena
Diana Arianti | Yustina Kristianingsih | Nana Andriana | Agus Miraj Darajat
Agus Sarwo Prayogi | Agustina | Ade Sity Riyantina | Elly Junalia | Ida Ayu Putri Wulandari
Resti Ikhda Syamsiah | Yunita Astriani Hardayati | Made Dian Shanti Kusuma | Aneng Yuningsih
Amelia Susanti | Eki Pratidina | Habsyah Saparidah Agustina | Ferdinan Sihombing



Buku Ajar KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA DAN PSIKOSOSIAL

(Berdasarkan Kurikulum Pendidikan Ners Indonesia Tahun 2021)

Mata kuliah Keperawatan Kesehatan Jiwa dan Psikososial ini mempelajari tentang konsep-konsep dan prinsip – prinsip serta *trend* dan *issue* kesehatan dan keperawatan jiwa. Dalam mata kuliah ini juga dibahas tentang klien sebagai sistem yang adaptif dalam rentang respon sehat jiwa sampai gangguan jiwa, psikodinamika, terjadinya masalah kesehatan/ keperawatan jiwa yang umum di Indonesia. Di dalam buku ini diuraikan pokok bahasan mata kuliah berdasarkan kurikulum AIPNI (Kurikulum Pendidikan Ners Indonesia Tahun 2021) sesuai judulnya.

Materi yang dibahas dalam buku meliputi: (1). Sejarah keperawatan jiwa, (2). *Trend* serta *issue* dalam keperawatan jiwa global, (3). Proses terjadinya gangguan jiwa dalam perspektif keperawatan jiwa, (4). Konsep stres, rentang sehat sakit jiwa, koping, (5). Konseptual model dalam keperawatan jiwa: *Prevensi primer, sekunder dan tertier*, (6). Peran perawat jiwa, (7). Pelayanan dan kolaborasi interdisiplin dalam kesehatan dan keperawatan jiwa, (8). Proses keperawatan jiwa, (9). *Sosio*kultural dalam konteks asuhan perawatan jiwa, (10). Legal dan etik dalam konteks asuhan perawatan jiwa, (11). Aspek Sehat Jiwa sepanjang rentang kehidupan: ibu hamil, (12). Aspek Sehat Jiwa sepanjang rentang kehidupan: bayi, (13). Aspek Sehat Jiwa sepanjang rentang kehidupan: toddler, (14). Aspek Sehat Jiwa sepanjang rentang kehidupan: prasekolah, (15). Aspek Sehat Jiwa sepanjang rentang kehidupan: usia sekolah, (16). Aspek Sehat Jiwa sepanjang rentang kehidupan: remaja, (17). Aspek Sehat Jiwa sepanjang rentang kehidupan: dewasa, (18). Aspek Sehat Jiwa sepanjang rentang kehidupan: lansia, (19). Asuhan keperawatan klien dengan gangguan kecemasan, (20). Asuhan keperawatan klien dengan ketidakberdayaan dan keputusasaan, (21). Asuhan keperawatan klien dengan distress spiritual, dan (22) Peran Keluarga Bagi Pemulihan Individu.



☎ 0858 5343 1992
✉ eurekamediaaksara@gmail.com
📍 Jl. Banjaran RT.20 RW.10
Bojongsari - Purbalingga 53362



BUKU AJAR
KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA DAN PSIKOSOSIAL
(Berdasarkan Kurikulum Pendidikan Ners Indonesia Tahun 2021)

Reni Hertini
Alini
Heni Aguspita Dewi
Stepanus Prihasto Septiawan
Andreas Tena
Diana Arianti
Yustina Kristianingsih
Nana Andriana
Agus Miraj Darajat
Agus Sarwo Prayogi
Agustina
Ade Sity Riyantina
Elly Junalia
Ida Ayu Putri Wulandari
Resti Ikhda Syamsiah
Yunita Astriani Hardayati
Made Dian Shanti Kusuma
Aneng Yuningsih
Amelia Susanti
Eki Pratidina
Habsyah Saparidah Agustina
Ferdinan Sihombing



eureka
media aksara

PENERBIT CV.EUREKA MEDIA AKSARA

BUKU AJAR
KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA DAN PSIKOSOSIAL
(Berdasarkan Kurikulum Pendidikan Ners Indonesia Tahun 2021)

Penulis : Reni Hertini; Alini; Heni Aguspita Dewi; Stepanus Prihasto Septiawan; Andreas Tena; Diana Arianti; Yustina Kristianingsih; Nana Andriana; Agus Miraj Darajat; Agus Sarwo Prayogi; Agustina; Ade Sity Riyantina; Elly Junalia; Ida Ayu Putri Wulandari; Resti Ikhda Syamsiah; Yunita Astriani Hardayati; Made Dian Shanti Kusuma; Aneng Yuningsih; Amelia Susanti; Eki Pratidina; Habsyah Saparidah Agustina; Ferdinan Sihombing

Editor : Ferdinan Sihombing

Desain Sampul : Eri Setiawan

Tata Letak : Nur Aisah

ISBN : 978-623-151-993-1

No. HKI : EC00202401703

Diterbitkan oleh : **EUREKA MEDIA AKSARA, DESEMBER 2023**
ANGGOTA IKAPI JAWA TENGAH
NO. 225/JTE/2021

Redaksi:

Jalan Banjaran, Desa Banjaran RT 20 RW 10 Kecamatan Bojongsari
Kabupaten Purbalingga Telp. 0858-5343-1992

Surel : eurekamediaaksara@gmail.com

Cetakan Pertama : 2024

All right reserved

Hak Cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak atau memindahkan sebagian atau seluruh isi buku ini dalam bentuk apapun dan dengan cara apapun, termasuk memfotokopi, merekam, atau dengan teknik perekaman lainnya tanpa seizin tertulis dari penerbit.

PRAKATA

Buku ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa dan Psikososial (Berdasarkan Kurikulum AIPNI 2021). Mata kuliah ini mempelajari tentang konsep, prinsip serta trend dan issue kesehatan dan keperawatan jiwa. Dalam mata kuliah ini juga dibahas tentang klien sebagai sistem yang adaptif dalam rentang respons sehat jiwa sampai gangguan jiwa, psikodinamika, terjadinya masalah kesehatan/keperawatan jiwa yang umum di Indonesia. Upaya keperawatan dalam pencegahan primer, sekunder dan tertier terhadap klien dengan masalah psikososial dan spiritual merupakan fokus dalam mata kuliah ini, termasuk hubungan terapeutik secara individu dan dalam konteks keluarga. Mata kuliah ini sangat penting dipelajari karena salah satu kompetensi lulusan S1 keperawatan adalah mampu memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah psikososial dan gangguan jiwa.

Terselesaikannya buku ini, mendapat masukan dari berbagai pihak, untuk itu penulis mengucapkan banyak terimakasih. Semoga kehadiran buku ini bermanfaat bagi peminatnya, dan menjadi bagian dari pengembangan keilmuan dan khasanah literasi pengetahuan yang berguna bagi khalayak pembaca serta memahami tentang keperawatan kesehatan jiwa dan psikososial tersebut.

Ciamis, 10 November 2023

Mewakili para Penulis

Reni Hertini, S.Kep., Ners., M.Kep.

DAFTAR ISI

PRAKATA	iii
DAFTAR ISI	iv
BAB 1 SEJARAH KEPERAWATAN JIWA	1
A. Masa Penjajahan Belanda.....	1
B. Masa Penjajahan Inggris	3
C. Masa Penjajahan Jepang.....	4
D. Zaman Kemerdekaan	5
E. Sejarah Berdirinya Rumah Sakit Jiwa di Indonesia	7
F. Rangkuman	8
G. Daftar Pustaka.....	9
H. Latihan Soal.....	9
I. Profil Penulis.....	11
BAB 2 TREN SERTA ISSUE DALAM KEPERAWATAN JIWA GLOBAL	12
A. Kesehatan Jiwa di Mulai Masa Konsepsi.....	12
B. Peningkatan Masalah Psikososial Akibat Pandemi Covid-19	13
C. Peningkatan Penggunaan NAPZA	13
D. Akses Media Sosial Secara Berlebihan.....	14
E. Berkembang Pelayanan Keperawatan Jiwa Berbasis Komunitas	14
F. Perawatan Tidak Hanya Berfokus pada Kesehatan Mental	15
G. Stigma terhadap Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ)	15
H. Tingkat Kepatuhan Minum Obat	15
I. Kecenderungan Situasi di Era Globalisasi.....	15
J. Globalisasi dan Perubahan Orientasi Sehat	16
K. Meningkatnya <i>Post Traumatic Syndrome Disorder</i>	16
L. Meningkatnya Masalah Psikososial.....	17
M. <i>Trend</i> Bunuh Diri pada Anak dan Remaja.....	18
N. <i>Patern of Parenting</i> dalam Keperawatan Jiwa	19
O. Rangkuman	20
P. Daftar Pustaka.....	20
Q. Latihan Soal.....	20
R. Profil Penulis.....	21

BAB 3	PROSES TERJADINYA GANGGUAN JIWA DALAM PERSPEKTIF KEPERAWATAN JIWA	23
	A. Kesehatan Jiwa	24
	B. Gangguan Jiwa	25
	C. Proses Terjadinya Gangguan Jiwa berdasarkan Model Adaptasi Stress Stuard	29
	D. Rangkuman.....	32
	E. Daftar Pustaka	33
	F. Latihan Soal	34
	G. Profil Penulis.....	36
BAB 4	KONSEP STRESS, RENTANG SEHAT SAKIT JIWA, DAN KOPING	37
	A. Konsep Dasar Stress	37
	B. Rentang Sehat Sakit Jiwa	41
	C. Koping.....	43
	D. Rangkuman.....	43
	E. Daftar Pustaka	44
	F. Latihan Soal	44
	G. Profil Penulis.....	46
BAB 5	KONSEPTUAL MODEL DALAM KEPERAWATAN JIWA: PREVENSI PRIMER, SEKUNDER, DAN TERSIER	47
	A. Pendahuluan.....	47
	B. Definisi	48
	C. Macam-macam Model Konseptual dalam Keperawatan Jiwa	48
	D. Prevensi Gangguan Jiwa pada Pelayanan Kesehatan.....	51
	E. Daftar Pustaka	56
	F. Latihan Soal	56
	G. Profil Penulis.....	58
BAB 6	PERAN PERAWAT JIWA.....	59
	A. Keyakinan Dasar Keperawatan Jiwa	60
	B. Peran Perawat Kesehatan Jiwa.....	61
	C. Fungsi Perawat Kesehatan Jiwa.....	67
	D. Rangkuman.....	68
	E. Daftar Pustaka	69
	F. Latihan Soal	69

	G. Profil Penulis.....	71
BAB 7	PELAYANAN DAN KOLABORASI INTERDISIPLIN DALAM KESEHATAN DAN KEPERAWATAN JIWA.....	72
	A. Pendahuluan	72
	B. Pengertian Kolaborasi Interdisiplin dalam Kesehatan	73
	C. Ciri-ciri Kolaborasi Interdisiplin dalam Kesehatan ...	73
	D. Domain Kolaborasi Interdisiplin dalam Pelayanan Kesehatan	74
	E. Kolaborasi Interdisiplin dalam Kesehatan dan Keperawatan Jiwa.....	75
	F. Daftar Pustaka.....	79
	G. Latihan Soal.....	79
	H. Profil Penulis.....	80
BAB 8	PROSES KEPERAWATAN JIWA.....	81
	A. Proses Keperawatan	81
	B. Pengkajian Keperawatan Jiwa	82
	C. Diagnosis Keperawatan Jiwa	84
	D. Intervensi Keperawatan Jiwa.....	85
	E. Analisa Proses Interaksi	86
	F. Rangkuman	87
	G. Daftar Pustaka.....	87
	H. Latihan Soal.....	88
	I. Profil Penulis.....	89
BAB 9	SOSIOKULTURAL DALAM KONTEKS ASUHAN KEPERAWATAN JIWA	90
	A. Pengertian.....	92
	B. Sosiokultural dalam Konteks Asuhan Keperawatan Jiwa	94
	C. Faktor Risiko Sosiokultural dalam Konteks Asuhan Keperawatan Jiwa.....	94
	D. Stressor Sosiokultural dalam Konteks Asuhan Keperawatan Jiwa.....	96
	E. Pengkajian Sosiokultural dalam Konteks Asuhan Keperawatan Jiwa.....	97
	F. Rangkuman	98
	G. Daftar Pustaka.....	98

	H. Latihan Soal	99
	I. Profil Penulis.....	101
BAB 10	LEGAL DAN ETIK DALAM KONTEKS ASUHAN KEPERAWATAN JIWA.....	102
	A. Pendahuluan.....	102
	B. Aspek Legal dalam Kesehatan Jiwa	103
	C. Prinsip Etik dalam Asuhan Keperawatan Jiwa	106
	D. Rangkuman.....	110
	E. Daftar Pustaka	110
	F. Latihan Soal	111
	G. Profil Penulis.....	113
BAB 11	ASKEP SEHAT JIWA SEPANJANG RENTANG KEHIDUPAN: IBU HAMIL	114
	A. Pendahuluan.....	114
	B. Jenis Gangguan Kesehatan Mental yang dapat Dialami Ibu Hamil.....	117
	C. Dampak Gangguan Kesehatan Mental Ibu Hamil..	118
	D. Asuhan Keperawatan	119
	E. Rangkuman.....	122
	F. Daftar Pustaka	123
	G. Latihan Soal	123
	H. Profil Penulis.....	125
BAB 12	ASKEP SEHAT JIWA SEPANJANG RENTANG KEHIDUPAN : BAYI.....	126
	A. Pengertian Sehat Jiwa	126
	B. Kriteria Sehat Jiwa.....	127
	C. Prinsip dalam Kesehatan Jiwa	128
	D. Sehat Jiwa Sepanjang Rentang Kehidupan : Bayi....	129
	E. Rangkuman.....	130
	F. Daftar Pustaka	131
	G. Latihan Soal	131
	H. Profil Penulis.....	133
BAB 13	ASUHAN KEPERAWATAN SEHAT JIWA SEPANJANG RENTANG KEHIDUPAN : TODDLER.....	134
	A. Konsep Perkembangan pada Masa <i>Toddler</i>	134
	B. Penyimpangan Perkembangan <i>Toddler</i>	137

C. Konsep Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa pada Masa <i>Toddler</i>	138
D. Rangkuman	141
E. Daftar Pustaka.....	141
F. Latihan Soal.....	142
G. Profil Penulis.....	143
BAB 14 ASKEP SEHAT JIWA SEPANJANG RENTANG	
KEHIDUPAN: PRASEKOLAH	144
A. Usia Prasekolah.....	144
B. Tugas Perkembangan Anak Usia Prasekolah	145
C. Asuhan Keperawatan Sehat Jiwa pada Anak Usia Pra Sekolah.....	146
D. Rangkuman	148
E. Daftar Pustaka.....	148
F. Latihan Soal.....	148
G. Profil Penulis.....	149
BAB 15 ASUHAN KEPERAWATAN JIWA SEPANJANG RENTANG KEHIDUPAN: USIA SEKOLAH.....	151
A. Konsep Perkembangan Psikososial Anak Usia Sekolah.....	152
B. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Perkembangan Psikososial Anak Usia Sekolah.....	154
C. Aspek Perkembangan Anak Usia Sekolah	156
D. Stimulasi Aspek perkembangan Anak Usia Sekolah.....	160
E. Rangkuman	165
F. Daftar Pustaka.....	166
G. Latihan Soal.....	168
H. Profil Penulis.....	169
BAB 16 ASKEP SEHAT JIWA SEPANJANG RENTANG KEHIDUPAN: REMAJA	170
A. Konsep Diri Remaja	170
B. Karakteristik Psikologis pada Masa Remaja	171
C. Asuhan Keperawatan Sehat Jiwa pada Remaja	173
D. Rangkuman	175
E. Daftar Pustaka.....	176
F. Latihan Soal.....	178
G. Profil Penulis.....	179

BAB 17 ASKEP SEHAT JIWA SEPANJANG RENTANG	
KEHIDUPAN : DEWASA.....	180
A. Usia Dewasa	180
B. Tugas-tugas Perkembangan Usia Dewasa	182
C. Asuhan Keperawatan Sehat Jiwa pada Dewasa.....	184
D. Rangkuman.....	187
E. Daftar Pustaka	188
F. Latihan Soal	189
G. Profil Penulis.....	190
BAB 18 ASUHAN KEPERAWATAN SEHAT JIWA	
SEPANJANG RENTANG KEHIDUPAN: LANSIA ..	191
A. Pendahuluan.....	191
B. Masalah Kesehatan Jiwa pada Lansia	192
C. Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa pada Lansia	197
D. Rangkuman.....	203
E. Daftar Pustaka	204
F. Latihan Soal	205
G. Profil Penulis.....	207
BAB 19 ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN KLIEN	
GANGGUAN KECEMASAN	208
A. Konsep Kecemasan	208
B. Konsep Asuhan Keperawatan.....	212
C. Rangkuman.....	217
D. Daftar Pustaka	218
E. Latihan Soal	218
F. Profil Penulis.....	220
BAB 20 ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN DENGAN	
KETIDAKBERDAYAAN DAN KEPUTUSASAAN ..	221
A. Konsep Ketidakberdayaan	222
B. Konsep Keputusanasaan.....	226
C. Rangkuman.....	229
D. Daftar Pustaka	230
E. Latihan Soal	231
F. Profil Penulis.....	232
BAB 21 ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN DENGAN	
DISTRESS SPIRITUAL	234
A. Definisi Distress Spiritual	235
B. Penyebab Distress Spiritual.....	236

C. Tanda dan Gejala Distress Spiritual.....	236
D. Kondisi Klinis yang Terkait.....	238
E. Asuhan Keperawatan Distress Spiritual.....	239
F. <i>Discharge Planning</i>	242
G. Evaluasi.....	242
H. Rencana Tindak Lanjut (RTL).....	242
I. Peran Perawat dalam Spiritualitas.....	243
J. Rangkuman.....	243
K. Daftar Pustaka.....	244
L. Latihan Soal.....	246
M. Profil Penulis.....	247
BAB 22 PERAN KELUARGA BAGI PEMULIHAN	
INDIVIDU.....	249
A. Peran Dukungan Keluarga dalam Pemulihan Kesehatan Mental.....	249
B. Pemulihan Kesehatan Mental.....	250
C. Pentingnya Dukungan Keluarga.....	251
D. Jenis Dukungan Keluarga.....	252
E. Tantangan dalam Memberikan Dukungan Keluarga.....	255
F. Membangun Lingkungan Keluarga yang Mendukung.....	256
G. Kesadaran akan Tantangan dan Pengelolaan Stigma.....	257
H. Rangkuman.....	258
I. Daftar Pustaka.....	259
J. Latihan Soal.....	261
K. Profil Penulis.....	262
GLOSARIUM.....	263

BAB 1

SEJARAH KEPERAWATAN JIWA

Reni Hertini

Capaian Pembelajaran

Mahasiswa mengetahui dan memahami sejarah keperawatan jiwa

A. Masa Penjajahan Belanda

Keperawatan jiwa di Indonesia banyak dikembangkan pada abad ke-19 di bawah kekuasaan kolonial Belanda. Asuhan keperawatan jiwa pertama kali diberikan oleh misi-misi Kristen yang mendirikan rumah sakit dan lembaga perawatan jiwa. Perawatan jiwa di Indonesia sangat dipengaruhi oleh pendekatan Belanda terhadap masalah kesehatan mental. Rumah sakit jiwa dibangun dan dikelola oleh pihak kolonial Belanda. Perawat jiwa dan tenaga medis terlatih di Belanda dan kemudian ditempatkan di rumah sakit jiwa di Indonesia (Pols & Wibisono, 2017).

Selama masa penjajahan Belanda, perawatan jiwa umumnya dilakukan di instalasi kolonial seperti rumah sakit jiwa. Pasien yang menderita gangguan jiwa sering kali diisolasi atau dikurung di rumah sakit ini. Meskipun ada upaya untuk memberikan perawatan jiwa, ada keterbatasan dalam pengobatan dan perawatan yang tersedia. Gangguan jiwa masih sering kali disalahartikan dan dikaitkan dengan stigma sosial. Pasien sering kali menghadapi perlakuan yang tidak manusiawi (Hidayat *et al.*, 2023).

Dalam pengembangannya, Belanda mendirikan beberapa rumah sakit jiwa dan lembaga perawatan jiwa di beberapa kota di Indonesia. Reformasi keperawatan jiwa bagi penderita gangguan mental pada masa penjajahan Belanda dimulai pada tahun 1830-an. Tiga dekade kemudian, para psikiater dari Belanda menyarankan untuk melakukan beberapa pengembangan dari rumah sakit jiwa yang ada di Indonesia, beberapa diantaranya adalah melakukan survei sebaran penyakit mental dan memperkirakan jumlah tempat tidur yang diperlukan (Borowy & Harris, 2023).

Dokter yang bertanggung jawab atas rumah sakit jiwa di Hindia yaitu dr. Bauer dan Smit (nama untuk Indonesia pada masa penjajahan). Pada tahun 1868, kedua dokter tersebut melakukan survei di Pulau Jawa. Berdasarkan hasil survei, terdapat 550 individu yang membutuhkan perawatan kejiwaan di pulau Jawa. Bahkan 300 diantaranya berada dalam kondisi yang memprihatinkan di rumah sakit militer, penjara, atau dalam keadaan terisolasi dari masyarakat. Oleh karena itu, kedua dokter tersebut merekomendasikan untuk mulai membangun rumah sakit khusus kejiwaan yang besar untuk dapat menampung pasien dengan fasilitas yang layak dan memadai (Pols & Wibisono, 2017).

Belanda membangun dua jenis rumah sakit jiwa, yaitu klinik perawatan akut dan koloni pertanian. Pada tahun 1920-an, terdapat beberapa klinik (*doorgangshuizen*) untuk perawatan kasus akut yang didirikan di beberapa pusat perkotaan. Apabila perawatan di fasilitas ini tidak berhasil, pasien akan dipindahkan ke rumah sakit jiwa yang lebih besar. Karena rumah sakit jiwa yang ada sangat padat. Sebagian besar institusi perawatan jangka pendek ini berfungsi sebagai rumah sakit jiwa tambahan daripada klinik. Institusi-institusi ini dibuka di Surakarta, Batavia (Jakarta), Palembang, Padang, Medan, Banjarmasin, Bangli (Bali), Makassar, dan Manado. Pada tahun 1930-an, beberapa dokter mengusulkan pendirian koloni pertanian untuk pasien kronis jangka panjang yang kondisinya tidak diharapkan akan membaik. Institusi-institusi ini bisa

dijalankan oleh perawat (mantris) dan dokter pribumi (Murhayanti, 2021).

Koloni pertanian sudah menjadi bagian dari rumah sakit jiwa besar; satu institusi terpisah untuk pasien jangka panjang didirikan pada tahun 1930-an (Lenteng Agung, dekat Jakarta). Fasilitas rumah sakit jiwa di Hindia Belanda selalu tidak memadai, yang menyebabkan kerumunan, perawatan yang buruk, kelalaian, dan penempatan individu dengan gangguan mental di penjara. Sebagian besar individu pribumi dengan gangguan mental ditolerir dalam komunitas mereka; beberapa di antaranya ditempatkan di bangunan kayu di sana (Triyaspo *et al.*, 2019).

Selama seperempat kedua abad ke-20, sejumlah unit psikiatri dalam rumah sakit umum dibuka, terutama untuk pasien Eropa. Setelah kemerdekaan Indonesia pada tahun 1945, sistem perawatan jiwa mengalami beberapa perubahan. Pemerintah Indonesia berusaha untuk mengembangkan sistem perawatan jiwa yang lebih baik dan lebih manusiawi. Upaya dilakukan untuk mengurangi stigma dan meningkatkan perawatan kesehatan mental.

B. Masa Penjajahan Inggris

Indonesia pernah dijajah oleh Inggris selama beberapa tahun, terutama selama periode perang Napoleon di awal abad ke-19. Penjajahan Inggris terjadi setelah Inggris merebut berbagai wilayah kolonial Belanda selama perang melawan Prancis, yang juga melibatkan Belanda. Indonesia hanya dijajah oleh Inggris selama sekitar lima tahun. Penjajahan Inggris di Indonesia terjadi pada periode tahun 1811 hingga 1816. Walaupun masa penjajahan Inggris tidak selama Belanda, Inggris memberikan pengaruh yang cukup signifikan terhadap sejarah dan perkembangan Indonesia.

Selama penjajahan Inggris, terbentuk pemerintahan baru di pulau Jawa yang diperintah oleh Inggris. Gubernur Jenderal Sir Stamford Raffles memegang peran penting dalam membangun pemerintahan kolonial baru. Pada masa

pemerintahannya, Sir Raffles sangat memperhatikan kesejahteraan dan kesehatan masyarakat jajahannya. Sesuai dengan semboyan dibuat oleh Raffles, yaitu “kesehatan ialah milik manusia”, Raffles mengupayakan untuk memperbaiki dan meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat pribumi (Murhayanti, 2021). Beberapa upaya yang dilakukan oleh Raffles adalah dengan melakukan edukasi terhadap masyarakat pribumi terkait perawatan pasien dengan gangguan jiwa.

C. Masa Penjajahan Jepang

Penjajahan Jepang di Indonesia terjadi selama Perang Dunia II. Jepang berhasil menduduki sebagian besar wilayah Indonesia pada awal tahun 1942 dan menjajahnya hingga berakhirnya perang pada tahun 1945, maka dapat dikatakan bahwa Jepang menjajah Indonesia selama kurang lebih 3 tahun. Walaupun dalam waktu yang lebih singkat dibandingkan dengan Belanda dan Inggris, Jepang juga memberikan sedikit banyak dampak dalam perawatan kejiwaan di Indonesia.

Faktanya, pada masa penjajahan Jepang, keperawatan jiwa di Indonesia mengalami kemunduran, hingga dapat dikatakan berada dalam masa kegelapan. Berbeda dengan masa penjajahan Inggris dan Belanda yang peduli akan kesehatan jiwa pribumi, selama penjajahan Jepang, perawatan kesehatan mental di Indonesia tidak selalu mendapat perhatian yang memadai (Borowy & Harris, 2023). Fokus utama Jepang adalah pada kesehatan fisik, dan perawatan kesehatan mental sering diabaikan. Jepang tidak begitu memperhatikan, bahkan menelantarkan pasien-pasien dengan penyakit jiwa.

Jepang membawa dokter dan perawat ke Indonesia selama penjajahan mereka. Beberapa diantaranya mungkin memberikan perawatan kesehatan mental, tetapi perawatan ini mungkin lebih terbatas daripada perawatan medis lainnya. Terlebih lagi, perawat yang bertugas untuk merawat pasien dengan gangguan jiwa bukan berasal dari orang yang terdidik (Borowy & Harris, 2023). Oleh karena itu, setelah penjajahan Jepang berakhir pada tahun 1945, kondisi kesehatan mental di

Indonesia mungkin memburuk akibat pengalaman traumatis selama perang. Pasca penjajahan, upaya mungkin diperlukan untuk memberikan perawatan jiwa kepada individu yang terdampak.

D. Zaman Kemerdekaan

Sejarah keperawatan jiwa di Indonesia pada zaman kemerdekaan merupakan cerminan dari perkembangan perawatan kesehatan mental dan upaya negara dalam memberikan pelayanan kepada individu dengan gangguan mental. Pada awal kemerdekaan pada tahun 1945, perawatan jiwa di Indonesia masih sangat terbatas. Namun, seiring berjalannya waktu, pemerintah Indonesia mulai mendirikan fasilitas kesehatan mental seperti rumah sakit jiwa dan pusat kesehatan jiwa, yang menjadi landasan bagi perawatan jiwa yang lebih komprehensif. Pemerintah Indonesia mulai mendirikan rumah sakit jiwa dan pusat kesehatan jiwa sebagai langkah pertama dalam memberikan perawatan jiwa. Salah satu rumah sakit jiwa pertama yang dibangun oleh pemerintah Indonesia adalah Rumah Sakit Jiwa Surakarta, yang didirikan pada tahun 1951 (Good *et al.*, 2019).

Pada tahun 1975, diwajibkan setiap provinsi mendirikan Dewan Kesehatan Jiwa Masyarakat. Rumah sakit jiwa menduduki posisi sentral dalam penyediaan perawatan kesehatan mental di setiap provinsi. Psikiater yang terhubung dengan rumah sakit jiwa harus tersedia untuk konsultasi dengan pusat kesehatan lokal dan rumah sakit, serta terlibat dalam pendidikan kesehatan masyarakat. Dengan cara ini, diharapkan bahwa psikiatri akan terintegrasi dalam sistem pengiriman perawatan kesehatan utama, yang berpusat di sekitar pusat kesehatan (Pukesmas). Pada tahun 2002, terjadi reorganisasi yang cukup luas dalam administrasi sistem perawatan kesehatan, karena pemerintah pusat menganjurkan kebijakan desentralisasi (Good *et al.*, 2019).

Selain daripada pengembangan fasilitas terkait keperawatan kejiwaan, pendidikan keperawatan jiwa mulai berkembang, dan sekolah keperawatan menawarkan program-program pelatihan dalam bidang ini. Perawat jiwa memiliki peran penting dalam memberikan perawatan, evaluasi kesejahteraan pasien, perencanaan perawatan, serta memberikan perawatan fisik dan psikososial. Faktanya, pemerintah Indonesia telah bekerjasama dengan organisasi internasional seperti WHO (*World Health Organization*) dalam upaya meningkatkan pelayanan kesehatan mental di negara ini (Borowy & Harris, 2023). Pemerintah juga telah mengembangkan kebijakan kesehatan mental untuk mengatur dan mempromosikan perawatan jiwa yang berkualitas. Ini mencakup pengaturan standar perawatan dan perlindungan hak-hak pasien dengan gangguan mental.

Dewasa kini, masyarakat dan beberapa lembaga kesehatan yang berfokus pada kesehatan mental sedang gencar mengupayakan untuk meningkatkan kepedulian dan pengetahuan terkait kesehatan mental. Upaya telah dilakukan untuk meningkatkan pemahaman tentang kesehatan mental di kalangan masyarakat. Penyuluhan dan edukasi mengenai gangguan mental, penanganan pertama, dan pentingnya mencari perawatan telah menjadi fokus. Tujuan lain dari edukasi yang dilakukan adalah untuk menghilangkan prasangka dan kesalahpahaman yang sering terjadi tentang gangguan mental. Ini membantu masyarakat memahami bahwa gangguan mental adalah penyakit medis yang dapat diobati, bukan tanda kelemahan atau kegagalan individu.

Selain itu, zaman sekarang dunia sedang mengalami kemajuan teknologi yang sangat pesat. Kemajuan teknologi telah mengubah lanskap layanan kesehatan di banyak cara, salah satu bentuknya adalah *Telemedicine* atau layanan medis jarak jauh memungkinkan pasien untuk berkonsultasi dengan dokter melalui video konferensi atau telepon. Hal ini memungkinkan akses ke perawatan medis tanpa harus datang ke fasilitas kesehatan fisik.

Dalam konteks kesehatan mental, layanan telekesehatan menjadi semakin penting karena memungkinkan akses yang lebih luas dan lebih mudah kepada perawatan kesehatan mental. Layanan telekesehatan dapat membantu mengatasi stigma terkait kunjungan ke fasilitas perawatan kesehatan mental (Murhayanti, 2021). Banyak penyedia layanan kesehatan mental di Indonesia telah mengembangkan program konseling dan terapi *online*. Ini mencakup sesi konseling dengan seorang profesional kesehatan mental melalui video konferensi atau aplikasi pesan teks. Individu dapat berbicara dengan terapis mereka tanpa harus bertemu secara langsung. Selain itu, individu yang mungkin merasa malu atau takut untuk mencari bantuan secara langsung dapat lebih nyaman berbicara dengan profesional kesehatan mental melalui panggilan video atau pesan teks.

Meskipun perkembangan ini menghadapi tantangan, seperti kurangnya sumber daya dan stigmatisasi terhadap gangguan mental, tetapi juga menandai upaya positif dalam meningkatkan perawatan kesehatan mental dan pemahaman tentang pentingnya perawatan jiwa di Indonesia. Seiring berjalannya waktu, perawatan jiwa terus berkembang dan memainkan peran penting dalam sistem kesehatan nasional.

E. Sejarah Berdirinya Rumah Sakit Jiwa di Indonesia

Sejarah berdirinya rumah sakit jiwa di Indonesia mencerminkan evolusi perawatan kesehatan mental di negara ini. Pada masa kolonial Belanda, rumah sakit jiwa pertama di Indonesia didirikan pada awal abad ke-19, seperti Rumah Sakit Jiwa Bangil di Jawa Timur pada tahun 1816 (Murhayanti, 2021). Pada periode kolonial, perawatan jiwa seringkali bersifat rudimenter dan lebih fokus pada pengasingan individu dengan gangguan mental. Selain itu, pada masa kolonial, diketahui bahwa kebanyakan dari pasien yang diterima di rumah sakit jiwa kebanyakan hanya pasien Eropa. Setelah kemerdekaan Indonesia pada tahun 1945, pemerintah mulai mendirikan lebih banyak fasilitas perawatan jiwa dan pusat kesehatan mental

untuk memberikan perawatan yang lebih komprehensif (Lemelson & Tucker, 2017).

Pendidikan keperawatan jiwa juga mulai berkembang, dan peran perawat jiwa menjadi semakin penting dalam merawat individu dengan gangguan mental. Seiring berjalannya waktu, berbagai rumah sakit jiwa dan fasilitas perawatan jiwa dibangun di seluruh Indonesia, dengan upaya terus dilakukan untuk meningkatkan layanan kesehatan mental dan mengurangi stigma terhadap gangguan mental. Rumah sakit jiwa di Indonesia tetap berperan penting dalam sistem kesehatan nasional dengan fokus pada diagnosis, perawatan, dan rehabilitasi individu dengan gangguan mental.

F. Rangkuman

Sejarah keperawatan jiwa di Indonesia melibatkan perkembangan yang beragam dari masa penjajahan Belanda hingga pasca-Perang Dunia II. Pada masa penjajahan Belanda, pendekatan perawatan kesehatan mental terbatas dan seringkali lebih fokus pada pengasingan individu dengan gangguan mental. Selama masa penjajahan Inggris, perawatan mental masih terbatas, dan individu dengan gangguan mental seringkali hanya diizinkan masuk ke fasilitas perawatan berdasarkan indikasi sosial. Masa penjajahan Jepang menghadirkan tantangan dan perubahan dalam perawatan jiwa.

Pasca-Perang Dunia II, terjadi perkembangan penting dalam perawatan kesehatan mental di Indonesia, dengan pendirian lebih banyak rumah sakit jiwa dan pusat kesehatan mental. Perawatan jiwa mulai terintegrasi dalam sistem perawatan kesehatan utama, dan peran perawat jiwa menjadi semakin penting. Meskipun masih ada tantangan, sejarah keperawatan jiwa di Indonesia mencerminkan perubahan yang signifikan dalam pendekatan dan pelayanan kesehatan mental selama berabad-abad terakhir.

G. Daftar Pustaka

- Borowy, I., & Harris, B. (2023). Health and Development. De Gruyter. <https://doi.org/10.1515/9783111015583>
- Good, B. J., Marchira, C. R., Subandi, M. A., Mediola, F., Tyas, T. H., & Good, M.-J. D. (2019). Early psychosis in Indonesia: reflections on illness and treatment. *International Review of Psychiatry*, 31(5–6), 510–522. <https://doi.org/10.1080/09540261.2019.1604495>
- Hidayat, M. T., Oster, C., Muir-Cochrane, E., & Lawn, S. (2023). Indonesia free from pasung: a policy analysis. *International Journal of Mental Health Systems*, 17(1), 12. <https://doi.org/10.1186/s13033-023-00579-6>
- Lemelson, R., & Tucker, A. (2017). The Lived Experience of Culture and Mental Illness in Indonesia. In *Afflictions* (pp. 49–70). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-59984-7_3
- Murhayanti, A. (2021). Sejarah Keperawatan Jiwa dan Keperawatan Jiwa Global. In *Keperawatan Jiwa Mengenal Kesehatan Mental*.
- Pols, H., & Wibisono, S. (2017). Psychiatry and Mental Health Care in Indonesia from Colonial to Modern Times (pp. 205–221). https://doi.org/10.1007/978-1-4899-7999-5_14
- Triyaspo, K., Daulima, N. H. C., & Wardani, I. Y. (2019). History of violence performed by family on people with mental illness following hospitalization. *Enfermería Clínica*, 29, 346–350. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.04.042>

H. Latihan Soal

1. Rumah Sakit Jiwa didirikan pertama kali pada abad ke berapa?
 - A. Abad 17
 - B. Abad 18

- C. Abad 19
D. Abad 20
2. Bangsa Indonesia mengalami kemunduran keperawatan jiwa pada zaman?
A. Zaman penjajahan Belanda
B. Zaman penjajahan Inggris
C. Zaman penjajahan Jepang
D. Zaman kemerdekaan
3. Pada masa penjajahan bangsa apa Pemerintah Indonesia berusaha untuk mengembangkan sistem perawatan jiwa yang lebih baik dan lebih manusiawi. Upaya dilakukan untuk mengurangi stigma dan meningkatkan perawatan kesehatan mental.
A. Masa penjajahan Belanda
B. Masa penjajahan Inggris
C. Masa penjajahan Jepang
D. Zaman kemerdekaan
4. Salah satu rumah sakit jiwa pertama yang dibangun oleh pemerintah Indonesia adalah Rumah Sakit Jiwa Surakarta, yang didirikan pada tahun?
A. 1951
B. 1962
C. 1975
D. 1881
5. Dokter yang bertanggung jawab atas rumah sakit jiwa di Hindia yaitu dan merekomendasikan untuk mulai membangun rumah sakit khusus kejiwaan yang besar untuk dapat menampung pasien dengan fasilitas yang layak dan memadai yaitu pada saat zaman?
A. Zaman penjajahan Belanda
B. Zaman penjajahan Inggris
C. Zaman penjajahan Jepang
D. Zaman kemerdekaan

Kunci Jawaban

1. C 2. C 3. A 4. A 5. A

I. Profil Penulis



Reni Hertini, S.Kep., Ners., M.Kep.

Lahir di Ciamis Pada Tanggal 25 April 1984. Menyelesaikan Pendidikan S1 Keperawatan (2006) dan Program Profesi Ners (2009) di STIKes Bina Putera Banjar, S2 Keperawatan di Universitas Padjajaran Bandung dengan peminatan Keperawatan Jiwa (2018).

Penulis pernah bekerja di STIKes Bina Putera Banjar dari tahun 2018-2023. Penulis aktif sebagai dosen tetap fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Galuh pada bulan September 2023. Pengalaman organisasi penulis aktif di organisasi Ikatan Perawat Kesehatan Jiwa Indonesia (IPKJI) Provinsi Jawa Barat sebagai anggota di bidang pelayanan, serta aktif di DPD PPNI Kabupaten Ciamis. Motto hidup karena hidup adalah waktu yang dipinjamkan maka berbuat baiklah tanpa perlu alasan

BAB 2

TREN SERTA *ISSUE* DALAM KEPERAWATAN JIWA GLOBAL

Alini

Capaian Pembelajaran

1. Mampu memahami definisi trend serta issue dalam keperawatan jiwa
2. Mampu menyebutkan jenis trend serta issue dalam keperawatan jiwa
3. Mampu memahami masalah psikososial akibat pandemi Covid-19
4. Mampu menjelaskan kecenderungan situasi kesehatan jiwa di era globalisasi
5. Mampu memahami pengaruh globalisasi terhadap perkembangan pelayanan kesehatan termasuk

Trend dan *issue* dalam keperawatan jiwa merupakan masalah-masalah yang sedang hangat dibicarakan dan dianggap penting. Masalah-masalah tersebut dapat dianggap ancaman atau tantangan yang akan berdampak besar pada keperawatan jiwa baik dalam tatanan regional maupun global.

Beberapa tren dan isu yang menjadi fokus perhatian dalam keperawatan jiwa dalam beberapa tahun terakhir:

A. Kesehatan Jiwa di Mulai Masa Konsepsi

Di Indonesia banyak gangguan jiwa terjadi mulai pada usia 19 tahun dan kita jarang sekali melihat fenomena masalah sebelum anak lahir. Perkembangan terkini menyimpulkan bahwa berbicara masalah kesehatan jiwa harus dimulai

dari masa konsepsi atau bahkan harus dimulai dari masa pranikah. Banyak penelitian yang menunjukkan adanya keterkaitan masa dalam kandungan dengan kesehatan fisik dan mental seseorang di masa yang akan datang.

B. Peningkatan Masalah Psikososial Akibat Pandemi Covid-19

Situasi pandemi Covid-19 sangat berdampak pada kehidupan manusia. Masalah kesehatan jiwa diprediksikan akan menjadi masalah kesehatan utama yang perlu mendapat perhatian khusus dari berbagai pihak. Beberapa permasalahan yang timbul akibat pandemi Covid-19, antara lain:

1. Kecemasan dalam menggunakan layanan rumah sakit. Kekhawatiran masyarakat akan tertularnya Covid-19 di rumah sakit membuat berkurangnya akses ke rumah sakit. Sehingga perlunya edukasi yang tepat untuk mengurangi kecemasan masyarakat dalam menggunakan layanan kesehatan.
2. Stress akibat perubahan status ekonomi. Banyak masyarakat yang kehilangan pekerjaan dan kesulitan mengatur keuangan sebagai akibat adanya pembatasan aktivitas yang dilakukan selama pandemi.
3. Stress akibat perubahan aktivitas sosial. Selain masalah ekonomi, pembatasan aktivitas selama pandemi sangat mempengaruhi proses interaksi antar manusia. Manusia yang tidak dapat beradaptasi dengan perubahan kebiasaan baru ini sangat berisiko untuk mengalami stres selama pandemi.

C. Peningkatan Penggunaan NAPZA

Tingginya angka peningkatan penggunaan obat-obatan terlarang merupakan salah satu data penting terhadap besarnya salah satu data penting terhadap besarnya masalah kesehatan jiwa. Hal ini disebabkan timbulnya gangguan kesehatan mental seperti depresi hingga melakukan tindakan agresif baik melukai orang lain atau diri sendiri.

D. Akses Media Sosial Secara Berlebihan

Beberapa dampak yang dapat ditimbulkan sebagai akibat dari penggunaan media sosial secara berlebihan, antara lain:

1. Kondisi *fear of missing out*.

Fear of missing out adalah kondisi dimana seseorang terdorong untuk selalu mengetahui apa yang dilakukan orang lain melalui platform media sosial. Penggunaan media sosial secara berlebihan dapat menciptakan situasi dimana penggunanya mengurangi waktu interaksinya dengan keluarga dan lingkungannya sehingga individu yang bersangkutan berisiko mengalami isolasi sosial dan kesepian.

2. Perubahan standar citra tubuh.

Pengguna media sosial mulai membandingkan bentuk fisiknya dengan fisik orang lain di dalam media sosial dan akan memicu timbulnya citra tubuh yang negatif.

3. Kemudahan dalam mengakses konten negatif.

Pemaparan terhadap perilaku kekerasan dalam media sosial terbukti memiliki korelasi yang signifikan terhadap peningkatan perilaku agresif seperti menyakiti diri sendiri hingga bunuh diri.

E. Berkembang Pelayanan Keperawatan Jiwa Berbasis Komunitas

Perawatan kesehatan mental masyarakat terdiri dari prinsip-prinsip dan praktik-praktik yang diperlukan untuk mempromosikan kesehatan mental bagi populasi lokal dengan beberapa cara, antara lain:

1. Menangani kebutuhan populasi dengan cara yang dapat diakses dan diterima
2. Membangun tujuan dan kekuatan orang yang mengalami penyakit mental
3. Mempromosikan jaringan dukungan yang luas, layanan dan sumber daya dengan kapasitas yang memadai

4. Menekankan layanan yang berbasis bukti dan berorientasi pemulihan

F. Perawatan Tidak Hanya Berfokus pada Kesehatan Mental

Fokus penanganan keperawatan jiwa yang sedang dikembangkan saat ini adalah perawatan secara menyeluruh dengan menggunakan pendekatan biopsikososial dan spiritual. Hal ini bertujuan agar pasien yang datang dengan masalah gangguan mental atau psikologis tidak mengalami gangguan fisik karena banyak teori yang menyatakan kesehatan jiwa sangat berhubungan dengan kesehatan fisik.

G. Stigma terhadap Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ)

Permasalahan isu yang paling sulit diatasi sampai dengan saat ini adalah stigma terhadap orang dengan gangguan jiwa. Beberapa stigma yang terus berkembang sampai dengan saat ini, antara lain:

1. ODGJ adalah orang yang berbahaya
2. ODGJ tidak dapat disembuhkan

H. Tingkat Kepatuhan Minum Obat

Pada banyak penelitian dibuktikan bahwa 50% pasien skizofrenia yang masuk kerumah sakit kemudian dilakukan rawat jalan malah mengalami masalah ketidakpatuhan. Hal ini dapat mengakibatkan masalah baru pada pasien skizofrenia yaitu pasien lebih mudah jatuh ke dalam kondisi relaps dan kekambuhan fase psikosis yang lebih buruk, keluar masuk rumah sakit berulang kali, serta meningkatkan beban sosial dan ekonomi bagi keluarga pasien dan negara.

I. Kecenderungan Situasi di Era Globalisasi

Perkembangan IPTEK yg begitu cepat dan perdagangan bebas sebagai ciri globalisasi, akan berdampak pada semua faktor termasuk kesehatan. Perawat dituntut mampu memberikan asuhan keperawatan yang profesional dan dapat mempertanggung jawabkan secara ilmiah. Perawat dituntut

senantiasa mengembangkan ilmu dan teknologi di bidang keperawatan khususnya keperawatan jiwa. Perawat jiwa dalam era global harus membekali diri dengan bahasa internasional, kemampuan komunikasi dan pemanfaatan teknologi komunikasi, skill yang tinggi dan jiwa *entrepreneurship*.

J. Globalisasi dan Perubahan Orientasi Sehat

Pengaruh globalisasi terhadap perkembangan pelayanan kesehatan termasuk keperawatan adalah tersedianya alternatif pelayanan dan persaingan penyelenggaraan pelayanan (persaingan kualitas). Tenaga kesehatan dalam hal ini perawat jiwa harus mempunyai standar global dalam memberikan pelayanan kesehatan, jika tidak ingin ketinggalan. Fenomena masalah kesehatan jiwa, indikator kesehatan jiwa di masa mendatang bukan lagi masalah klinis seperti prevalensi gangguan jiwa, melainkan berorientasi pada konteks kehidupan sosial. Fokus kesehatan jiwa bukan hanya menangani orang sakit, melainkan pada peningkatan kualitas hidup. Jadi, konsep kesehatan jiwa buka lagi sehat atau sakit, akan tetapi kondisi optimal yang ideal dalam perilaku dan kemampuan fungsi sosial. Paradigma sehat Depkes, lebih menekankan upaya proaktif untuk pencegahan daripada menunggu di RS, orientasi upaya kesehatan jiwa lebih pada pencegahan (preventif) dan promotif. Penangan kesehatan jiwa bergeser dari *hospital base* menjadi *community base*.

K. Meningkatnya *Post Traumatic Syndrome Disorder*

Trauma yang katastrofik, yaitu trauma di luar rentang pengalaman trauma yang umum dialami manusia dalam kejadian sehari-hari. Mengakibatkan keadaan stress berkepanjangan dan berusaha untuk tidak mengalami stress yang demikian. Mereka menjadi manusia yang invalid dalam kondisi kejiwaan dengan akibat akhir menjadi tidak produktif. Trauma bukan semata-mata gejala kejiwaan yang bersifat individual, trauma muncul sebagai akibat saling

keterkaitan antara ingatan sosial dan ingatan pribadi tentang peristiwa yang mengguncang eksistensi kejiwaan.

L. Meningkatnya Masalah Psikososial

Lingkup kesehatan jiwa sangat luas dan kompleks, juga saling berhubungan dengan segala aspek kehidupan manusia. Mengacu pd UU No. 23 1992 tentang Kesehatan dan Ilmu Psikiatri, masalah kesehatan jiwa secara garis besar digolongkan menjadi:

1. Masalah perkembangan manusia yang harmonis dan peningkatan kualitas hidup, yaitu masalah kejiwaan yang berkaitan dengan makna dan nilai-nilai kehidupan manusia, misalnya:
 - a. Masalah kesehatan jiwa yang berkaitan dengan *lifecycle* kehidupan manusia, mulai dari persiapan pranikah, anak dalam kandungan, balita, anak, remaja, dewasa, usia lanjut.
 - b. Dampak dari menderita penyakit menahun yang menimbulkan disabilitas.
 - c. Pemukiman yang sehat
 - d. Pindahan tempat tinggal.
2. Masalah psikososial yaitu masalah psikis atau kejiwaan yang timbul akibat terjadinya perubahan sosial, meliputi :
 - a. Psicotik gelandangan (seseorang yang berkeliaran di tempat umum dan diperkirakan menderita gangguan jiwa psicotik dan dianggap mengganggu ketertiban/keamanan lingkungan)
 - b. Pemasungan penderita gangguan jiwa
 - c. Masalah anak jalanan
 - d. Masalah anak remaja (tawuran, kenakalan)
 - e. Penyalahgunaan narkotik dan psicotropik
 - f. Masalah seksual (penyimpangan seksual, pelecehan seksual dan lain-lain)
 - g. Tindak kekerasan sosial (kemiskinan, penelantaran tidak diberi nafkah, korban kekerasan pada anak, dan lain-lain)

- h. Stress pasca trauma (ansietas, gangguan emosional, berulang kali merasakan kembali suatu pengalaman traumatik, bencana alam, ledakan, kekerasan, penyerangan/penganiayaan fisik/seksual, termasuk pemerkosaan, terorisme, dan lain-lain)
- i. Pengungsi/imigrasi (masalah psikis/kejiwaan yang timbul sebagai terjadinya suatu perubahan sosial, seperti: cemas, depresi, stress pasca trauma, dan lain-lain)
- j. Masalah usia lanjut yang terisolasi (penelataran, penyalahgunaan fisik, gangguan psikologis, gangguan penyesuaian diri terhadap perubahan, perubahan minat, gangguan tidur, kecemasan, depresi, gangguan pada daya ingat, dan lain-lain)
- k. Masalah kesehatan tenaga kerja di tempat kerja (penurunan produktivitas, stress di tempat kerja, dan lain-lain)

M. *Trend Bunuh Diri pada Anak dan Remaja*

Bunuh diri merupakan masalah psikologis dunia yang sangat mengancam. Angka kejadian terus meningkat dan sangat mengancam. Sejak tahun 1958, dari 100.000 penduduk Jepang, 25 orang di antaranya meninggal akibat bunuh diri. Sedangkan untuk negara Austria, Denmark, dan Inggris, rata-rata 25 orang. Urutan pertama diduduki Jerman dengan angka 37 orang per 100.000 penduduk. Di Amerika tiap 24 menit seorang meninggal akibat bunuh diri. Jumlah usaha bunuh diri yang sebenarnya 10 kali lebih besar dari angka tersebut, tetapi cepat tertolong. Kini yang mengkhawatirkan trend bunuh diri mulai tampak meningkat terjadi pada anak-anak dan remaja.

Pada tahun-tahun terakhir angka bunuh diri di Amerika pada remaja yang berusia 12-20 tahun mengalami peningkatan. Di Amerika 12.000 anak-anak dan remaja tiap tahun dirawat di RS akibat upaya bunuh diri. Metode bunuh diri yang paling disukai adalah menggunakan pistol, menggantung diri dan minum racun.

Di Benua Asia, Jepang, dan Korea termasuk negara yang sering diberitakan bahwa warganya melakukan bunuh diri. Di Jepang, harakiri (menikam atau merobek perut sendiri) sering dilakukan bawahan untuk melindungi nama baik atasannya. Sebagai contoh, sekretaris pribadi mantan Perdana Menteri Takeshita melakukan bunuh diri, ketika skandal suap perusahaan Recruits Cosmos terbongkar pada tahun 1984 atau yang paling terkenal kasus bunuh dirinya sopir pribadi mantan Perdana Menteri Tanaka, ketika skandal suap Lockheed terbongkar. Sang sopir menusuk perutnya, demi menjaga kehormatan pimpinannya.

Berdasarkan Data dari badan kesehatan dunia (WHO) pada tahun 2003 mengungkapkan bahwa satu juta orang bunuh diri dalam setiap tahunnya atau terjadi dalam setiap 40 detik. Bunuh diri juga termasuk satu dari tiga penyebab utama kematian pada usia 15-34 tahun, selain faktor kecelakaan.

N. *Patern of Parenting* dalam Keperawatan Jiwa

Dengan banyaknya kasus bunuh diri dan depresi pada anak, maka pola asuh keluarga kembali menjadi sorotan. Pola asuh yang baik adalah pola asuh dimana orang tua menerapkan kehangatan yang tinggi disertai dengan kontrol yang tinggi. Kehangatan adalah bagaimana orang tua menjadi teman curhat, teman bermain, teman yang menyenangkan bagi anak terutama saat rekreasi, belajar dan berkomunikasi. Kehangatan adalah upaya-upaya yang dilakukan orang tua agar anak dekat dan berani bicara pada saat mendapatkan masalah. Orang tua menjadi teman dalam *express feeling* anak sehingga anak menjadi sehat jiwanya.

Kontrol yang tinggi adalah bagaimana anak dilatih mandiri dan mengenal disiplin di rumahnya. Kemandirian menjadi hal yang sangat penting dalam kesehatan jiwa. Anak mandiri terbiasa menyelesaikan masalahnya, ia akan memiliki *self confidence* yang cukup. Orang tua juga melatih anak bertanggung jawab mengerjakan tugas di rumah seperti mencuci, menyiram bunga dan lain-lain.

O. Rangkuman

Beberapa hal yang perlu menjadi perhatian profesi keperawatan jiwa dalam menghadapi tren dan issue pelayanan keperawatan jiwa meliputi:

1. Sehubungan dengan trend masalah kesehatan utama dan pelayanan kesehatan jiwa secara global, maka fokus pelayanan keperawatan jiwa sudah saatnya berbasis pada komunitas (*community based care*) yang memberi penekanan pada preventif dan promotif
2. Dalam rangka menjaga mutu pelayanan yang diberikan dan untuk melindungi konsumen, sudah saatnya ada "licence" bagi perawat yang bekerja di pelayanan
3. Sehubungan dengan adanya perbedaan latar belakang budaya kita dengan narasumber, yang dalam hal ini kita masih mengacu pada negara-negara barat terutama Amerika, maka perlu untuk menyaring konsep-konsep keperawatan mental psikiatri yang didapatkan dari luar

P. Daftar Pustaka

- Beo, Andrian Yosef, D. (2022). *Ilmu Keperawatan Jiwa Dan Komunitas*. Media Sains Indonesia.
- Direja, A. H. S. (2011). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Jiwa*. Nuha Medika.
- Yosep, I. (2010). *Keperawatan Jiwa, Edisi Revisi*. Refika Aditama.

Q. Latihan Soal

1. Permasalahan kesehatan jiwa yang timbul akibat pandemi Covid-19, antara lain, kecuali.....
 - A. Tren bunuh diri pada anak dan remaja
 - B. Kecemasan dalam menggunakan layanan rumah sakit
 - C. Stress akibat perubahan aktivitas sosial
 - D. Stress akibat perubahan status ekonomi
2. Masalah kejiwaan yang berkaitan dengan makna dan nilai-nilai kehidupan manusia adalah.....
 - A. Pemandahan tempat tinggal

- B. Masalah anak jalanan
 - C. Masalah anak remaja (tawuran, kenakalan)
 - D. Penyalahgunaan narkotik dan psikotropik
3. Dampak yang dapat ditimbulkan sebagai akibat dari penggunaan media sosial secara berlebihan adalah.....
 - A. Kondisi fear of missing out
 - B. Perubahan harga diri
 - C. Penyalahgunaan narkotik dan psikotropik
 - D. Tindak kekerasan sosial
 4. Praktik-praktik yang diperlukan untuk mempromosikan kesehatan mental bagi populasi lokal dengan beberapa cara, kecuali.....
 - A. Menangani kebutuhan populasi dengan cara yang dapat diakses dan diterima
 - B. Membangun tujuan dan kekuatan orang yang mengalami penyakit mental
 - C. Mempromosikan jaringan dukungan yang luas, layanan dan sumber daya dengankapasitas yang memadai
 - D. Menekankan layanan berdasarkan data subjektif
 5. Masalah psikososial yaitu masalah psikis atau kejiwaan yang timbul akibat terjadinya perubahan sosial yaitu.....
 - A. Psikotik gelandangan
 - B. Dampak dari menderita penyakit
 - C. Pemukiman yang sehat
 - D. Pemindahan tempat tinggal

R. Profil Penulis



Ns. Alini, M.Kep, lahir di Kuok, 30 Agustus 1980. Pendidikan keperawatan dimulai dari Sekolah Perawat Kesehatan (SPK) Depkes RI Pekanbaru pada tahun 1996, menamatkan pendidikan Sarjana Keperawatan dan Pendidikan Profesi Ners di STKes Dharma Husada Bandung pada tahun 2009, kemudian melanjutkan pendidikan Magister Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa di Universitas Indonesia pada

tahun 2010. Sejak tahun 2009 sampai sekarang aktif sebagai dosen tetap di Program Studi Sarjana Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Pahlawan tuanku Tambusai serta aktif pada organisasi Ikatan Perawat Kesehatan Jiwa (IPKJI) Riau.

BAB 3

PROSES TERJADINYA GANGGUAN JIWA DALAM PERSPEKTIF KEPERAWATAN JIWA

Heni Aguspita Dewi

Capaian Pembelajaran

1. Mampu mengetahui dan memahami definisi kesehatan jiwa
2. Mampu menyebutkan aspek dalam kesehatan jiwa
3. Mampu mengetahui dan memahami definisi gangguan jiwa
4. Mampu menyebutkan faktor penyebab gangguan jiwa
5. Mampu mengetahui dan memahami proses terjadinya gangguan jiwa berdasarkan Model Adaptasi Stress Stuard

Salah satu yang menjadi permasalahan kesehatan di dunia, termasuk di Indonesia adalah kesehatan jiwa. Indonesia merupakan negara berkembang dengan jumlah penderita gangguan jiwa yang cukup besar. Berdasarkan data hasil riset kesehatan dasar 2018 didapatkan prevalensi masalah gangguan jiwa di Indonesia sebesar 1,8 per 1000 penduduk (Idaiani Sri dkk., 2019). Untuk dapat menyelesaikan masalah gangguan jiwa khususnya di Indonesia perawat harus dapat memahami bagaimana proses terjadinya gangguan jiwa pada seorang individu, sehingga dapat melakukan intervensi sebagai langkah preventif dalam mencegah terjadinya gangguan jiwa dan dapat mengambil keputusan dalam melakukan intervensi pada pasien dengan gangguan jiwa.

A. Kesehatan Jiwa

Definisi Kesehatan jiwa

Kesehatan jiwa merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari kesehatan secara umum yang merupakan bagian dari pertumbuhan dan perkembangan manusia (Rinawati & Alimansur, 2016). Sehat jiwa bukan hanya sekedar terbebas dari masalah gangguan jiwa namun, seseorang dikatakan sehat jiwa adalah jika seseorang mengerti dan menyadari kemampuan yang dimilikinya serta dapat mengatasi stres yang ada dalam kehidupannya, mampu bekerja secara produktif dan berkontribusi di lingkungannya (Suryani, 2015). Kesehatan jiwa merupakan suatu keadaan sejahtera yang dihubungkan dengan kebahagiaan, kegembiraan, kepuasan, pencapaian, optimisme, atau harapan seorang individu (Stuart, 2016). Dari beberapa definisi dapat disimpulkan kesehatan jiwa adalah suatu keadaan sejahtera seorang individu bukan hanya bebas dari masalah gangguan jiwa, namun mampu hidup secara produktif dengan memahami dan menyadari kemampuannya dan berkontribusi di lingkungannya.

Kriteria Sehat Jiwa

Kesehatan jiwa meliputi berbagai aspek. Menurut Stuart, (2016) terdapat beberapa kriteria sehat jiwa diantaranya:

1. Bersikap positif terhadap diri

Kriteria pertama seseorang dikatakan sehat jiwa jika memiliki sikap yang positif terhadap diri sendiri yaitu adanya penerimaan terhadap diri dan memiliki kesadaran diri.

2. Berkembang, aktualisasi diri dan ketahanan diri

Untuk dapat mengeksplor diri maka seseorang harus memiliki pengalaman baru sehingga dapat berkembang, mengaktualisasikan diri, dan akan melatih ketahanan diri.

3. Integrasi

Integrasi merupakan keseimbangan antara respon emosional dari konflik internal dan eksternal dari individu. Kemampuan seseorang dalam menghadapi stres dan kecemasan yang ada dalam dirinya.

4. Otonomi

Otonomi merupakan kemandirian individu dalam pertanggungjawaban atas pikiran, perasaan, keputusan dan tindakan yang diambil.

5. Persepsi realitas

Persepsi realitas adalah kemampuan seseorang dalam menguji suatu asumsi dan perubahan persepsi dari informasi baru yang didapatkan.

6. Penguasaan lingkungan

Penguasaan lingkungan menjadi salah satu aspek yang harus dimiliki seseorang, dengan penguasaan lingkungan maka seseorang dapat berhasil menyelesaikan masalah yang terjadi dalam kehidupannya dan dapat melakukan perannya di lingkungan atau masyarakat.

B. Gangguan Jiwa

Seorang individu yang mengalami masalah kesehatan jiwa berisiko mengalami gangguan jiwa. Gangguan jiwa menjadi masalah kesehatan yang penting yang mempengaruhi hampir 1% dari populasi, seorang individu yang mengalami gangguan jiwa biasanya tidak memiliki pekerjaan dan rumah, sehingga akan menimbulkan masalah sosial dan ekonomi (Haller *et al*, 2014).

Definisi Gangguan Jiwa

Menurut Videback, (2011) gangguan jiwa merupakan suatu penyakit yang mempengaruhi otak dan menyebabkan timbulnya pikiran, persepsi, emosi, gerakan dan perilaku yang aneh. Menurut Peter *et al*, (2015), Gangguan jiwa merupakan kelainan otak kronis, parah, dan melumpuhkan yang dialami oleh banyak orang sejak dahulu. Sedangkan menurut undang-undang no.18 tahun 2014, Orang dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) adalah seorang individu yang mengalami gangguan pada pikiran, perilaku, dan perasaan yang dimanifestasikan dalam sekumpulan gejala, perubahan pada perilaku yang bermakna, serta dapat berakibat pada penderitaan dan hambatan dalam menjalankan fungsinya sebagai manusia (Kepres RI, 2014).

Dari beberapa definisi dapat disimpulkan bahwa gangguan jiwa adalah suatu gangguan yang ditimbulkan karena adanya perubahan atau kelainan pada otak yang mengakibatkan timbulnya gangguan pada pikiran, perasaan dan perilaku seseorang yang dapat menghambat seseorang dalam menjalankan fungsinya sebagai manusia pada umumnya.

Faktor penyebab terjadinya gangguan jiwa

Penyebab gangguan jiwa belum dapat dipastikan, namun beberapa teori mengungkapkan bahwa gangguan jiwa disebabkan oleh faktor genetik dan lingkungan. Selain itu kelainan pada anatomi otak, neurotransmitter, infeksi, dan trauma menjadi faktor penyebab terjadinya gangguan jiwa (Sadock, 2017). Gangguan jiwa disebabkan oleh faktor penyebab predisposisi dan presipitasi dari aspek biologis, psikologis dan sosial.

Menurut Suryani, (2015), gangguan jiwa tidak hanya disebabkan oleh satu faktor saja, melainkan berbagai faktor yang terakumulasi menjadi satu sehingga membuat seseorang mengalami gangguan jiwa. Banyak faktor yang menyebabkan seseorang mengalami gangguan jiwa diantaranya faktor biologi, pengalaman traumatis sebelumnya, faktor psikoedukasi, faktor koping, stressor psikososial, pemahaman dan keyakinan agama, dimana beberapa faktor ini terakumulasi menjadi satu dan tidak dapat dipastikan penyebab secara spesifiknya (Suryani, 2015).

Beberapa faktor penyebab terjadinya gangguan jiwa diantaranya:

1. Faktor biologis

Faktor biologis diantaranya faktor herediter atau genetik, gangguan struktur dan fungsi otak, neurotransmitter, penyakit fisik atau gangguan fisik, nutrisi, konsumsi narkoba. Beberapa faktor biologis ini menjadi salah satu penyebab terjadinya gangguan jiwa (Suryani, 2015; Yulianti & Ariasti, 2020; Missesa, 2022)

2. Pengalaman traumatis

Pengalaman traumatis yang dialami individu di masa lalu merupakan pengalaman yang tidak menyenangkan yang dialami individu di masa lalu. Pengalaman tidak menyenangkan ini masuk ke dalam aspek psikologis terbanyak yang menjadi salah satu faktor penyebab terjadinya gangguan jiwa. Contoh pengalaman traumatis diantaranya kecelakaan, kehilangan orangtua, menjadi korban bullying, pertengkaran keluarga, kekerasan seksual, kekerasan fisik, pengucilan dan kejadian trauma lainnya (Suryani, 2015; Yulianti & Ariasti, 2020; Missesa, 2022).

3. Faktor Psikoedukasi

Pola asuh orangtua berpengaruh terhadap perkembangan mental seorang anak. Beberapa pebelitian menunjukkan bahwa pola asuh patogenik mempunyai risiko untuk anak mengalami gangguan jiwa (Suryani, 2015), dimana pola asuh otoriter lebih dominan dibandingkan pola asuh permisif (Missesa, 2022). Keluarga khususnya orangtua memiliki peranan yang sangat penting dalam membentuk sikap dan perilaku seorang anak, seorang anak membutuhkan dukungan dan perhatian dari orangtua (Dewi dkk., 2020), anak yang ditelantarkan baik secara fisik maupun mental rentan mengalami gangguan jiwa (Suryani, 2015).

4. Stressor psikososial dan kultural

Stressor yang dialami seseorang sangat berpengaruh terhadap respon dan coping seseorang. Semakin banyak dan seringnya mengalami stresor maka akan berpengaruh terhadap respon dan coping seseorang (Suryani, 2015). Stressor psikososial diantaranya konflik dengan orang terdekat seperti keluarga, pasangan atau teman. Sehingga dapat berpengaruh pada gangguan nilai, tata sosial dan tingkah laku (Yulianti & Ariasti, 2020). (Rinawati & Alimansur, 2016). Faktor lain diantaranya jenis kelamin laki-laki, usia, tidak memiliki pasangan, pendidikan rendah, tidak bekerja, penghasilan kurang atau tidak memiliki penghasilan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa usia

terbanyak yang mengalami gangguan jiwa adalah usia dewasa, karena diusia produktif mereka dituntut untuk mampu menghidupi dirinya sendiri bahkan menghidupi keluarganya. (Suryani, 2015; Rinawati & Alimansur, 2016; Nurul Mawaddah, Ike Prafitasari, 2020; Missesa, 2022).

5. Pemahaman dan keyakinan agama

Berdasarkan beberapa penelitian menunjukkan bahwa pemahaman dan keyakinan agama memiliki kontribusi terhadap kejadian gangguan jiwa pada seorang individu. Terdapat hubungan antara kekuatan iman dengan kejadian gangguan jiwa. Lemahnya iman seseorang dan kurang atau tidak melakukan ibadah dalam kehidupan sehari-hari berhubungan berkontribusi dengan kejadian gangguan jiwa (Suryani, 2015; Missesa, 2022)

6. Koping Individu

Ada dua strategi koping yang biasanya digunakan oleh individu tersebut jika menghadapi masalah yaitu:

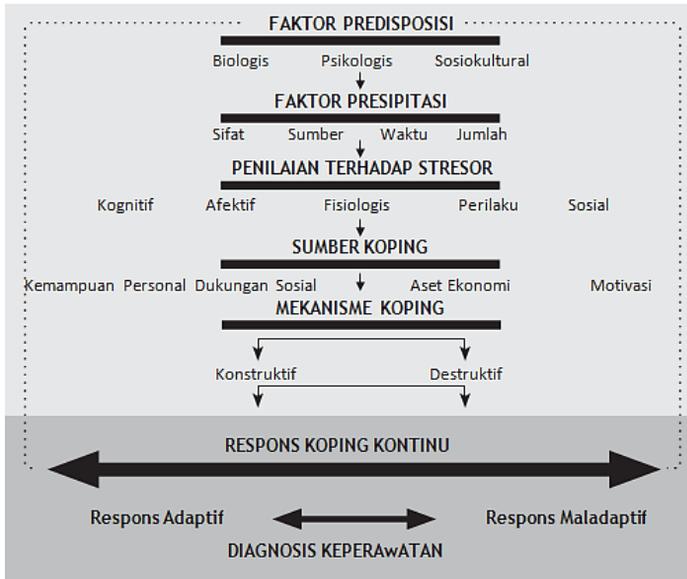
a. *Problem-solving focused coping*

Jika ada masalah maka individu secara aktif akan mencari penyelesaian masalahnya agar dapat bebas dari kondisi atau situasi yang menimbulkan stres. Individu menggunakan mekanisme koping adaptif

b. *Emotion-focused coping*

Pada strategi koping ini seorang individu akan melibatkan ego, dimana emosi lebih dikedepankan untuk beradaptasi dengan dampak stresor yang akan timbul akibat suatu kondisi atau situasi yang penuh tekanan. Individu menggunakan mekanisme koping maladaptif sehingga dapat membuat individu mengalami gangguan jiwa.

C. Proses Terjadinya Gangguan Jiwa berdasarkan Model Adaptasi Stress Stuard



Gambar 3.1. Model Adaptasi Stress Stuard

Menurut Stuard dalam model adaptasi stress memandang perilaku manusia secara keseluruhan atau holistik yang mencakup aspek biopsikososial.

Faktor predisposisi

Faktor predisposisi merupakan faktor pendukung terjadinya gangguan jiwa pada seseorang. Faktor predisposisi meliputi:

1. Faktor biologis

Faktor biologis diantaranya faktor keturunan atau genetik, kepekaan biologi, nutrisi, kesehatan, dan paparan racun.

2. Faktor psikologis

Faktor psikologis diantaranya intelegensi, kemampuan komunikasi, kepribadian, moral, motivasi, konsep diri, pengendalian diri, ketahanan secara psikologis, dan pengalaman masa lalu.

3. Faktor sosial budaya

Faktor sosial budaya diantaranya usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, keyakinan, politik, latar belakang budaya, dan pengalaman sosialisasi.

Faktor presipitasi

Presipitasi merupakan stresor yang menjadi faktor pencetus terjadinya gangguan jiwa pada seseorang. Beberapa aspek yang harus dikaji untuk faktor presipitasi diantaranya:

1. Sifat

Untuk aspek sifat meliputi biologis, psikologis, dan sosial budaya.

2. Sumber

3. Sumber stresor baik yang berasal dari internal maupun eksternal

4. Waktu

Pada aspek ini yang dikaji meliputi stresor, kapan individu terpapar stresor, berapa lama dan berapa sering seseorang terpapar stressor.

5. Jumlah

Pada aspek ini yang dikaji adalah jumlah stresor yang dialami individu, berapa kali individu mengalami stresor dan seberapa sering individu mengalami stresor. Hal ini akan berpengaruh terhadap ketahanan diri seseorang.

Penilaian terhadap Stresor

Penilaian seseorang terhadap stresor akan berpengaruh pada dampak yang akan ditimbulkan dari stresor itu sendiri pada kehidupan seseorang. Penilaian individu terhadap stressor meliputi aspek yaitu kognitif, afektif, fisiologis, perilaku dan sosial (Rahayu & Nurhidayati, 2018).

Menurut stuart (2016), penilaian terhadap stresor mencakup beberapa aspek diantaranya:

1. Respon kognitif

Dalam beradaptasi dengan suatu masalah atau stresor respon kognitif memegang peranan yang sangat penting. pemahaman terkait dengan stresor yang dialami seorang individu akan mempengaruhi sudut pandang seseorang

terkait masalah yang dihadapinya. Penilaian respon kognitif terhadap stres yaitu stres dianggap sebagai bahaya, ancaman, dan tantangan.

2. Respon afektif

Reaksi seorang individu saat stresor timbul akan berbeda, hal ini dipengaruhi dari penilaian seseorang akan stresor yang dihadapinya. Respon afektif dari stresor diantaranya gembira, marah, sedih, penerimaan, dan rasa tidak percaya,

3. Respon fisiologis

Respon fisiologis yang ditimbulkan dari stresor yang berpengaruh pada imun tubuh dan berakibat pada masalah fisik.

4. Respon perilaku

Respon yang ditunjukkan dalam perilaku yang merupakan manifestasi dari respon afektif dan respon fisiologi.

5. Respon sosial

Respon sosial yang ditimbulkan dari stresor yaitu pencarian makna, atribusi sosial, dan perbandingan sosial.

Sumber Koping

Sumber koping merupakan kekuatan yang menjadi pelindung bagi individu dalam menghadapi stresor yang ada. Dengan adanya sumber koping dapat membantu individu dalam menghadapi dan beradaptasi dengan stresor. Untuk itu individu dituntut untuk mengembangkan sumber koping yang ada diantaranya kemampuan individu, dukungan sosial, dukungan ekonomi, dan keyakinan diri (Rahayu & Nurhidayati, 2018)

Mekanisme Koping

Mekanisme koping merupakan semua usaha yang bersifat konstruktif ataupun destruktif yang dilakukan oleh individu saat menghadapi situasi yang dianggap mengancam yang menjadi stresor dalam kehidupannya.

D. Rangkuman

1. Kesehatan jiwa adalah suatu keadaan sejahtera seorang individu bukan hanya bebas dari masalah gangguan jiwa, namun mampu hidup secara produktif dengan memahami dan menyadari kemampuannya dan berkontribusi di lingkungannya.
2. Gangguan jiwa adalah suatu gangguan yang ditimbulkan karena adanya perubahan atau kelainan pada otak yang mengakibatkan timbulnya gangguan pada pikiran, perasaan dan perilaku seseorang yang dapat menghambat seseorang dalam menjalankan fungsinya sebagai manusia pada umumnya.
3. Penyebab gangguan jiwa multikausal artinya gangguan jiwa disebabkan oleh banyak faktor bukan hanya satu faktor penyebab. Tidak ada satu faktor pasti penyebab gangguan jiwa. Faktor-faktor penyebab gangguan jiwa diantaranya faktor biologis, pengalaman traumatis, faktor psikoedukasi, stressor psikososial budaya, pemahaman keyakinan agama, dan faktor koping.
4. Proses terjadinya gangguan jiwa berdasarkan Model Adaptasi Stress Stuard yaitu dimulai dengan pengkajian faktor predisposisi sebagai faktor pendukung terjadinya gangguan jiwa pada individu diantaranya faktor biologis, psikologis, dan sosiaokultural. Selanjutnya mengkaji faktor presipitasi yaitu faktor pencetus terjadinya gangguan jiwa diantaranya jumlah, sumber, waktu, dan jumlah stresor yang dialami oleh individu. Setelah mengkaji faktor predisposisi dan presipitasi, maka perawat melanjutkan mengkaji bagaimana penilaian individu terhadap stresor yang dialaminya yang mencakup beberapa aspek yaitu respon kognitif, respon afektif, respon fisiologis, respon perilaku, dan respon sosial. Kemudian perawat mengidentifikasi sumber koping yang menjadi kekuatan individu diantaranya kemampuan personal, dukungan sosial, modal material, dan keyakinan yang positif. Perawat juga mengkaji mekanisme koping yang digunakan oleh individu saat menghadapi

stresor apakah bersifat konstruktif atau destruktif. Dengan melakukan mengkajian dan analisa terkait dengan proses terjadinya gangguan jiwa pada individu maka perawat dapat melakukan intervensi yang tepat sesuai dengan kebutuhan. Sehingga asuhan keperawatan yang akan diberikan tepat dan akan menjadi lebih maksimal.

E. Daftar Pustaka

- Haller CS, Padmanabhan JL, Lizano P, Torous J, Keshavan M. Recent advances in understanding schizophrenia. 2014; F1000Prime Rep 8 6: 57.
- Idaiani Sri, Yunita, I., & Tjandrarini, D. H. (2019). Prevalensi Psikosis di Indonesia berdasarkan Riset Kesehatan Dasar The Prevalence of Psychosis in Indonesia based on Basic Health Research. *Jurnal Penelitian Dan Pengembangan Pelayanan Kesehatan*, 3(1), 9-16.
- Missesa, M. M. (2022). Faktor Penyebab Gangguan Jiwa pada Klien di Poli Jiwa RSJ Kalawa Atei Provinsi Kalimantan Tengah. *Jurnal Forum Kesehatan : Media Publikasi Kesehatan Ilmiah*, 11(2), 46-57. <https://doi.org/10.52263/jfk.v11i2.227>
- Nurul Mawaddah, Ike Prafitasari, A. P. (2020). *Faktor Predisposisi Dan Presipitasi Terjadinya Gangguan Jiwa Di Desa Sumbertebu Bangsal Mojokerto*. 2507(February), 1-9.
- Patel R, Gonzalez L, Joelson A, Korenis P. Schizophrenia with Somatic Delusions: A Case Report. *J Psychiatry*. 2015;18:290.
- Rahayu, D. A., & Nurhidayati, T. (2018). Penilaian Terhadap Stresor & Sumber Koping Penderita Kanker yang Menjalani Kemoterapi. *Prosiding Seminar Nasional & Internasional*, 1(1), 95-103.
- RI, K. (2014). Undang - Undang Republik Indonesia Tentang Kesehatan Mental No. 18 Tahun 2014. *Undang-Undang Tentang Kesehatan Jiwa*, 1, 2.

- Rinawati, F., & Alimansur, M. (2016). Analisa Faktor-Faktor Penyebab Gangguan Jiwa Menggunakan Pendekatan Model Adaptasi Stres Stuart. *Jurnal Ilmu Kesehatan*, 5(1), 34. <https://doi.org/10.32831/jik.v5i1.112>
- Sadock, Benjamin James; Sadock, Virginia Alcott; Ruiz, Pedro. *Comprehensive textbook of psychiatry 10th Edition*. United States of America: Wolters Kluwer; 2017.
- Suryani, S. (2015). *Makalah Mengenal gejala dan penyebab gangguan jiwa Oleh Suryani SKp ., MHSc ., PhD . Disampaikan pada Seminar Nasional. October 2013.*
- Stuart, G. W. (2016). *Prinsip dan praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Editor Keliat, A.B., Jessica P. SingaporE: Elsevier.
- Videbeck, S.L. (2011). *Psychiatric mental health nursing (5th ed)*. Philandelphia: Lippincot William & Wilkins.
- Yulianti, T. S., & Ariasti, D. (2020). Analisis Faktor- Faktor Yang Mempengaruhi Kesehatan Mental Emosional Masyarakat Di Dukuh Gumuk Sari Dan Gerjen, Pucangan, Kartasura. *KOSALA : Jurnal Ilmu Kesehatan*, 8(2), 53. <https://doi.org/10.37831/kjik.v8i2.189>

F. Latihan Soal

1. Kemampuan yang dimiliki oleh seseorang dalam menguji suatu asumsi dan perubahan persepsi dari informasi baru yang didapatkan merupakan kriteri sehat jiwa dalam kategori.....
 - A. Otonomi
 - B. Integrasi
 - C. Aktualisasi diri
 - D. Persepsi sesuai realita
2. Kemandirian individu dalam pertanggungjawaban atas pikiran, perasaan, keputusan dan tindakan yang diambil merupakan kriteri sehat jiwa dalam kategori.....
 - A. Otonomi

- B. Integrasi
 - C. Aktualisasi diri
 - D. Persepsi sesuai realita
3. Pemahaman seorang terkait dengan stresor yang dialami seorang individu, dimana stresor yang dianggap sebagai ancaman atau tantangan yang harus dihadapi. Hal ini merupakan penilaian terhadap stresor dalam aspek...
- A. Respon Fisiologis
 - B. Respon kognitif
 - C. Respon Afektif
 - D. Respon Sosial
4. Perasaan sedih yang ditunjukkan oleh seseorang disaat mengalami suatu masalah yang menjadi stresor bagi dirinya, merupakan penilaian terhadap stresor dalam aspek...
- A. Respon fisiologis
 - B. Respon Kognitif
 - C. Respon afektif
 - D. Respon sosial
5. Salah satu aspek yang dikaji adalah jumlah stresor yang dialami individu, berapa kali individu mengalami stresor dan seberapa sering individu mengalami stresor yang berpengaruh terhadap ketahanan diri seseorang. Pada tahap ini sesuai dengan model adaptasi stres Stuart masuk dalam kategori....
- A. Penilaian terhadap stresor
 - B. Faktor predisposisi
 - C. Faktor presipitasi
 - D. Sumber koping

Kunci Jawaban

1. D 2. A 3. B 4. C 5. C

G. Profil Penulis



Ns. Heni Agusputa Dewi, S.Kep., M.Kep. Lahir di Palembang, 18 Agustus 1983. Menempuh pendidikan di AKPER KESDAM II/SRIWIJAYA (2001-2004), Sarjana Keperawatan dan profesi ners (2010-2013) di Stikes Mitra Kencana Kota Tasikmalaya, melanjutkan pendidikan Magister Keperawatan Jiwa di Universitas Padjadjaran Bandung (2018-2020). Sebelumnya penulis pernah bekerja di RS dr. Bratanata Jambi (2004-2006), RS dr. Noesmir Baturaja (2006-2010). Saat ini penulis bekerja sebagai Dosen tetap di Program Studi Profesi Ners Universitas Bhakti Kencana PSDKU Tasikmalaya.

BAB 4

KONSEP STRESS, RENTANG SEHAT SAKIT JIWA, DAN KOPING

Stepanus Prihasto Septiawan

Capaian Pembelajaran

1. Mampu memahami Konsep stress
2. Mampu menyebutkan beberapa Macam dan Penyebab Stress
3. Mampu mengetahui dan memahami Rentang Sehat dan Sakit
4. Mampu memahami dan menyebutkan jenis-jenis Koping

A. Konsep Dasar Stress

Stress pada awalnya akan muncul karena terjadinya ketidakseimbangan antara kemampuan atau sumber daya dengan tuntutan, maka apabila tuntutan semakin banyak, maka stress akan semakin tinggi juga. Stress dapat menimbulkan berbagai macam gejala baik secara fisik maupun psikologis.

1. Pengertian Stress

Stress berasal dari bahas latin "*stingere*" yang berarti sesuatu yang keras. Pada abad 17 kata stress diartikan sebagai kesulitan, kesukaran, dan penderitaan. Istilah "*stress*" saat ini lebih diutamakan kepada kekuatan atau kemampuan mental yang dimiliki seseorang. Menurut Selye (1982) stress merupakan "*stress is the nonspecific result of any demand upon the body be the mental or somatic*" tubuh akan berespon tertentu sesuai dengan tantangan ataupun rintangan yang sedang dihadapi sesuai dengan perubahan kimia dan biologi pada tubuh. Hans Selye seorang ahli fisiologi dibidang stress dalam (Iyus & Titin, 2014)

menunjukkan bahwa stress adalah respon tubuh yang bersifat non spesifik terhadap tuntutan yang sedang dihadapi. Keadaan dimana tuntutan yang dirasakan sangat berlebihan, maka dinamakan *distress*. Tubuh akan berusaha menyesuaikan kembali setelah mengalami stress, karena tubuh akan mempunyai fungsi dan sistem untuk beradaptasi.

2. Macam-macam Stress

Stress apabila dilihat secara umum terbagi menjadi 2 yaitu:

a. Stress Akut

Stress yang timbul ditandai dengan respon tertentu dari suatu rangsangan atau tantangan yang biasanya muncul dengan gejala gemeteran

b. Stress Kronis

Stress yang tidak dapat dipisahkan atau susah untuk diatasi dan bersifat jangka lama

3. Tingkat Stress

Klasifikasi stress dibagi menjadi beberapa tingkatan yaitu:

a. Stress ringan

Stress ringan biasanya umum dirasakan setiap individu. Stress ringan biasa dirasakan pada kehidupan sehari-hari misalnya menghadapi kemacetan saat di jalan raya, lupa akan sesuatu, dikomentari atau dikritik orang lain. Kejadian pada stress ringan akan membuat seorang individu akan menjadi lebih waspada pada setiap keadaan ataupun situasi. Keadaan stress ringan tidak akan menimbulkan gejala secara fisik namun akan muncul gejala fisik apabila dihadapi terus menerus.

b. Stress sedang

Stress yang dihadapi seseorang pada tingkatan ini jauh lebih lama dibanding stress ringan. Keadaan yang dapat menimbulkan stress sedang adalah seperti halnya menghadapi pekerjaan baru, berada dilingkungan yang baru, beban pekerjaan yang berlebihan atau banyak, kesepakatan yang belum selesai, merasa kesepian atau sendirian. Keadaan ini ditandai dengan keadaan fisik seperti asam lambung yang meningkat atau maag, sakit

perut, buang air besar tidak teratur, otot yang tegang, kesulitan saat tidur, menstruasi yang tidak teratur dan mudah lupa.

c. Stress berat

Stress berat merupakan stress yang dialami oleh seseorang dalam waktu yang lama, bisa dalam hitungan minggu bahkan sampai beberapa tahun. Stress berat dapat muncul karena beberapa hal seperti keadaan yang tidak harmonis dalam keluarga, penyakit lama yang sudah diderita, keadaan ekonomi atau finansial. Stress berat dapat ditandai dengan gejala fisik yaitu tremor, jantung terus menerus berdebar-debar, gelisah, perasaan cemas dan takut yang terus meningkat, hingga kearah panik dan bingung.

4. Tanda dan Gejala Stress

Stress yang dirasakan setiap individu akan mempengaruhi perilaku dan emosional seseorang saat sedang menghadapi tantangan didalam hidupnya. Tanda gejala yang muncul secara psikologi akibat stress adalah seperti ketegangan, ansietas atau kecemasan, bingung, mudah marah dan tersinggung, menarik diri dari lingkungan, kehilangan minat dan menurunnya rasa percaya diri.

Tanda gejala perilaku akibat stress seperti mondar-mandir, prestasi dan kinerja yang menurun, nafsu makan yang menurun dan bisa meningkat. Menurut Lukaningsih dan Bandiyah (2011) terdapat dua aspek dalam stress, yaitu:

a. Gejala Psikis

Gejala psikis yang dapat ditimbulkan dari stress dapat berupa rasa cemas, sedih, resah, curiga, gelisah, fobia, salah paham, cepat panik, jengkel, labil, dan waspada,

b. Gejala Fisik

Gejala fisik yang dapat ditimbulkan dari gejala stress adalah seperti nafas cepat, jantung berdebar, suara serak, mulut menjadi kering, sakit perut, sakit kepala,

suhu tubuh menjadi meningkat atau panas, banyak berkeringat dan ketegangan pada otot.

Pengalaman stress tergantung dari apa saja yang sudah dialami setiap individu, sehingga gejala stress yang dialami setiap individu akan bersifat dinamis dan tidak akan sama antar individu.

5. Penyebab Stress

American Institute of Stress (2010) menyatakan sumber stress atau penyebab stress dikenali sebagai stressor. Stressor adalah segala situasi atau pemicu yang menyebabkan individu merasa tertekan atau terancam. Penyebab stress dapat disebabkan oleh stressor psikososial. Stressor psikososial adalah keadaan pada kehidupan seseorang yang mengalami perubahan (anak, remaja, dewasa) sehingga perlu melakukan adaptasi untuk menanggulangi stressor tersebut. Stressor psikososial menurut Iyus & Sutini (2014) dapat dikategorikan sebagai berikut:

a. Perkawinan

Permasalahan yang timbul dalam perkawinan setiap pasangan akan selalu berbeda, namun ini bisa menjadi sumber stress seseorang seperti; perceraian, kematian salah satu pasangan, pertikaian, ketidaksetiaan dan sebagainya. Stressor perkawinan ini bisa membuat seseorang mengalami kecemasan dan depresi apabila tidak ditindak lanjuti.

b. Hubungan Interpersonal (Antarpribadi)

Stress yang dihadapi dalam hal ini adalah hubungan yang kurang baik dengan rekan kerja atau atasan kerja, teman dilingkungan dan dengan pasangan. Stressor ini bisa membuat seseorang mengalami kecemasan dan depresi apabila tidak ditindak lanjuti.

c. Pekerjaan

Stress yang dialami karena pekerjaan banyak dialami setelah perkawinan. Hal yang dialami pada pekerjaan seperti halnya pekerjaan terlalu banyak dan menumpuk, pekerjaan tidak cocok, pindah tempat kerja

(mutasi), jabatan pekerjaan, kehilangan pekerjaan atau di PHK.

d. Lingkungan Hidup

Kondisi lingkungan akan mempengaruhi stress seseorang seperti halnya letak tempat tinggal yang kotor dan kumuh, pindah tempat tinggal, penggusuran, hidup ditempat yang kumuh dan rawan kriminal. Keadaan ini dapat membuat seseorang akan merasa tertekan karena mengganggu ketenangan dan ketentraman diri.

e. Keuangan

Keuangan seseorang dapat menjadi stressor seperti halnya pendapatan yang kurang, pengeluaran yang lebih besar daripada pendapatan, bisnis yang bangkrut, permasalahan warisan dan terlilit hutang

f. Penyakit Fisik atau Cidera

Sumber stressor dari penyakit dapat menimbulkan stress berkepanjangan terutama penyakit yang tidak kunjung sembuh, kehilangan anggota tubuh, dan aborsi.

g. Keluarga

Stressor dalam hal ini biasanya muncul pada anak yang kurang perhatian dari kedua orang tua seperti; orang tua yang kurang harmonis, orang tua yang sibuk bekerja, bercerai, komunikasi orang tua yang kurang baik, orang tua yang kurang sabar dan lebih kearah otoriter

h. Lain-Lain

Stressor lain yang bisa membuat seseorang mengalami kecemasan dan depresi apabila tidak ditindak lanjuti seperti perkosaan, bencana alam, kehamilan diluar nikah dan sebagainya.

B. Rentang Sehat Sakit Jiwa

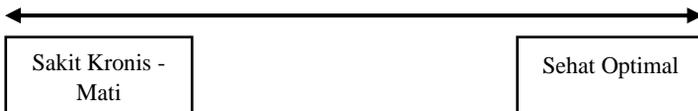
Sehat jiwa menurut Townsend (2009) adalah kondisi dimana individu dapat berinteraksi dan beradaptasi dengan stressor internal maupun eksternal yang ditunjukkan dengan pikiran, perasaan, dan perilaku yang sesuai dengan aturan dan norma disekitarnya. Menurut Undang-Undang RI No. 18 Tahun

2014, orang dengan gangguan jiwa yang disingkat ODGJ adalah orang yang mengalami gangguan dalam pikiran, perilaku, dan perasaan yang termanifestasi dalam bentuk sekumpulan gejala dan perubahan perilaku yang bermakna, serta dapat menimbulkan penderitaan dan hambatan dalam menjalankan fungsi orang sebagai manusia.

Seorang Individu berhasil beradaptasi dengan masalah yang dihadapi maka dia akan dapat menekan kecemasan pada level yang paling rendah sehingga akan dapat terhindar dari masalah gangguan jiwa. Akan tetapi, apabila tidak maka ansietas akan berlanjut ke level yang lebih tinggi dan berujung pada kepanikan yang ditandai dengan adanya psikosis/gangguan jiwa (Townsend, 2009).

1. Rentang Sehat Jiwa menurut Iyus & Sutini (2014):

- a. Dinamis bukan titik statis
- b. Rentang dimulai dari sehat optimal sampai sakit kronis - mati
- c. Mempunyai tahapan
- d. Adanya variasi tiap individu
- e. Menggambarkan kemampuan adaptasi
- f. Berfungsi secara efektif: sehat



2. Ciri-Ciri Sehat Jiwa Menurut WHO (2018):

- a. Sikap positif kepada diri sendiri
Individu menerima secara utuh dirinya sendiri dengan menerima segala kekurangan dan kelebihan
- b. Tumbuh kembang dan beraktualisasi diri
Individu mengalami perkembangan dan meningkatkan bakat dalam diri
- c. Integrasi
Individu menyadari diri secara utuh dan mampu bertahan pada stress dan mengatasi kecemasan

- d. Persepsi sesuai dengan kenyataan
Individu memahami stimulus yang ada secara nyata dan empati pada orang lain
- e. Otonomi
Individu dapat mengambil keputusan dengan bertanggung jawab dan mengatur diri sendiri.

C. Koping

Koping adalah suatu perubahan perilaku dan kognitif untuk mengatasi tuntutan secara internal dan eksternal (Lazarus, 1984). Strategi Koping adalah cara yang dilakukan individu dalam menyelesaikan masalah, menyesuaikan diri dengan perubahan, serta respon terhadap situasi yang mengancam (Keliat, 2016). Menurut Stuart dan Sundeen (2007), secara garis besar strategi koping dibagi menjadi 2 (dua) yaitu:

1. Strategi Koping Adaptif

Strategi yang mendukung kearah lebih baik seperti berdoa, latihan teknik relaksasi dan aktivitas konstruktif. Hal ini akan memperkuat kesehatan fisik dan psikologi.

2. Strategi Koping Maladaptif

Strategi yang dilakukan menghambat integrasi, otonomi dan menghambat pertumbuhan. Hal yang dilakukan seperti makan banyak atau tidak makan, banyak tidur, menangis, dan menghindari aktivitas.

D. Rangkuman

Stress merupakan keadaan dimana seseorang sedang menghadapi suatu tantangan dalam hidupnya yang ditandai dengan perubahan secara fisik dan psikologis. Stress disebabkan oleh faktor internal dan eksternal yang dapat mempengaruhi aktivitas sehari-hari. Stress yang berkepanjangan akan mengakibatkan depresi dan mengarah ke gangguan jiwa sehingga perlu mekanisme koping yang baik dalam menghadapi stress tersebut. Mekanisme koping juga dapat dilakukan seorang individu untuk menghadapi stress dan tantangan dalam hidup.

E. Daftar Pustaka

- American Institute of Stress (2010). *Stress, Definition of Stressor, and What is Stress?* USA: American Institute of Stress.
- Keliat, B.A. (2016) *Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC
- Iyus, Y, Sutini, T. 2014. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa dan Advance mental health Nursing*. Jakarta: Refika Aditama
- Lazarus RS, Folkman S. (1984) *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company
- Lukaningsih, Z. L. dan Bandiyah, S. (2011). *Psikologi Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Narulita, S. (2022). *Ilmu Keperawatan Jiwa*. Bandung: CV Media Sains Indonesia
- Stuart, G. W. & Sundeen, S. J. 2007. *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. (Edisi 5). Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Townsend, M. C. (2009). *Psychiatric Mental Health Nursing*. Edisi 6. Nursing: Robert G. Martone.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Jiwa
- Wulandari, F. E., Hadiati, T., & Sarjana, W. (2017). Hubungan Antara Tingkat Stres Dengan Tingkat Insomnia Mahasiswa/I Angkatan 2012/2013 Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro. *Jurnal Kedokteran Diponegoro (Diponegoro Medical Journal)*, 6(2), 549-557.

F. Latihan Soal

1. Respon tubuh yang bersifat non spesifik terhadap tuntutan yang sedang dihadapi adalah...
 - A. Sakit
 - B. Respon Fisik
 - C. Stress
 - D. Sehat

2. Stress yang tidak dapat dipisahkan atau susah untuk diatasi dan bersifat jangka lama termasuk kedalam stress...
 - A. Stress Akut
 - B. Stress Kronis
 - C. Stress Lama
 - D. Stress Psikis
3. Tn.A sedang mengalami stress dikarenakan adanya permasalahan dengan rekan kerjanya. Penyebab stress Tn.A adalah...
 - A. Perkawinan
 - B. Keuangan
 - C. Keluarga
 - D. Hubungan Interpersonal
4. Kondisi dimana individu dapat berinteraksi dan beradaptasi dengan stressor internal maupun eksternal yang ditunjukkan dengan pikiran, perasaan, dan perilaku yang sesuai dengan aturan dan norma disekitarnya adalah...
 - A. Sehat Jiwa
 - B. Kesehatan
 - C. Kesehatan Psikis
 - D. Sumber Kesehatan
5. Strategi yang mendukung kearah lebih baik seperti berdoa, latihan teknik relaksasi dan aktivitas konstruktif adalah...
 - A. Koping focus pada masalah
 - B. Koping focus pada emosi
 - C. Strategi Koping Adaptif
 - D. Strategi Koping Maladaptif

Kunci Jawaban

1. C 2. B 3. D 4. A 5. C

G. Profil Penulis



**Stepanus Prihasto Septiawan, S.Kep.,
Ns., M.Kep.** Lahir di Sumedang pada tanggal
23 September 1994. Sudah menyelesaikan studi
Sarjana Keperawatan di Universitas Santo
Borromeus tahun 2016 dan Program Profesi
Ners di Universitas Santo Borromeus tahun
2017. Menyelesaikan Program Magister
Keperawatan di Universitas Padjadjaran pada tahun 2022.
Tahun 2017 sampai saat ini bekerja sebagai tenaga pengajar di
Universitas Santo Borromeus dan saat ini menjadi koordinator
mata kuliah Keperawatan Jiwa. Email penulis
stepanusprihastos@gmail.com

BAB 5

KONSEPTUAL MODEL DALAM KEPERAWATAN JIWA: PREVENSI PRIMER, SEKUNDER, DAN TERSIER

Andreas Tena

Capaian Pembelajaran

1. Mampu memahami konseptual model dalam keperawatan jiwa
2. Mampu memahami tujuan dari konseptual model keperawatan jiwa
3. Mampu mengetahui macam-macam konseptual model dalam keperawatan jiwa
4. Mampu memahami peran perawat dalam konseptual model keperawatan jiwa

A. Pendahuluan

Ahli kesehatan jiwa banyak yang memiliki pandangan yang berbeda-beda terkait konsep gangguan jiwa serta proses terjadinya gangguan jiwa. Setiap model konseptual memiliki pandangan yang bermacam-macam mengenai konsep gangguan jiwa. Pandangan model psikoanalisa berbeda dengan model sosial, model perilaku, model eksistensial, model medikal, berbeda pula dengan model stress - adaptasi. Masing-masing model memiliki pendekatan unik dalam terapi gangguan jiwa (Nurhalimah, 2018).

Saat ini telah terjadi pergeseran paradigma dalam gerakan kesehatan mental yang lebih mengedepankan pada aspek pencegahan gangguan mental serta bagaimana peran komunitas dalam membantu optimalisasi fungsi mental individu. Konsep dan pandangan terhadap kesehatan jiwa serta permasalahan

yang mempengaruhi penanganan mulai dari kebijakan hingga tindakan yang dilakukan. Kesehatan mental, seperti aspek kesehatan lainnya, dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor sosio-ekonomi yang perlu ditangani melalui strategi komprehensif untuk promosi, pencegahan, pengobatan, dan pemulihan dalam pendekatan keseluruhan pemerintah (Idaiani & Riyadi, 2018)

Promosi kesehatan mental merupakan upaya meningkatkan kesehatan mental pada individu dalam komunitas termasuk kelompok individu yang belum mengalami gangguan mental maupun individu yang sedang sakit dan disabilitas (Yustinus semiun, 2009).

B. Definisi

Konseptual model adalah suatu cara dalam memandang situasi dan kondisi pekerjaan yang melibatkan perawat di dalamnya. Konseptual model keperawatan merupakan petunjuk bagi perawat untuk mendapatkan informasi agar perawat peka terhadap situasi yang tertentu dan tahu apa yang harus dilakukan (Nurhalimah, 2018).

Konseptual model keperawatan merupakan kumpulan konsep yang umum dan abstrak dalam menempatkan fenomena pada suatu disiplin ilmu. Konsep tersebut digambarkan secara umum dan abstrak berhubungan dengan dua atau lebih konsep. Konseptual model merupakan perspektif atau kerangka kerja atau pola pikir kritis yang merupakan acuan dalam membuat keputusan bagi perawat (Mardiyah, 2018).

Model konseptual keperawatan adalah cara atau petunjuk dari bermacam macam informasi untuk melihat, memandang, menganalisis suatu situasi dan kondisi pekerjaan serta tanggung jawab yang melibatkan interaksi perawat dengan pasien serta keluarga pasien dengan rekan sejawat (Ryan *et al.*, 2013)

C. Macam-macam Model Konseptual dalam Keperawatan Jiwa

Berikut ini akan dijelaskan berbagai macam model konseptual yang dikembangkan beberapa ahli diantaranya:

1. Psikoanalitikal (Freud, Erickson)

Psikoanalisa meyakini bahwa penyimpangan perilaku pada usia dewasa berhubungan dengan perkembangan masa anak-anak.

Peran perawat dalam model psikoanalitikal ini yakni melakukan pengkajian keadaan traumatik atau stresor yang dianggap bermakna pada masa lalu dengan menggunakan komunikasi terapeutik.

2. Interpersonal (Sullivan, Peplau)

Teori interpersonal meyakini bahwa perilaku berkembang dari hubungan interpersonal. Teori ini menekankan besarnya pengaruh perkembangan masa anak-anak terhadap kesehatan jiwa individu. Menurut teori ini kelainan jiwa seseorang disebabkan karena adanya ancaman yang dapat menimbulkan kecemasan.

3. Sosial (Kaplan, Szasz)

Model ini berfokus pada lingkungan fisik dan situasi sosial yang dapat menimbulkan stress dan mencetuskan gangguan jiwa. Menurut teori ini setiap individu bertanggung jawab terhadap perilakunya, mampu mengontrol dan menyesuaikan perilakunya sesuai dengan nilai atau budaya yang diharapkan oleh masyarakat.

4. Eksistensial (Ellis, Rogers)

Model eksistensial menyatakan bahwa gangguan perilaku atau gangguan jiwa terjadi apabila individu gagal menemukan jadi dirinya. Membenci diri sendiri dan mengalami gangguan dalam gambaran dirinya (*body image*). Prinsip terapinya yakni mengupayakan individu memiliki pengalaman berinteraksi dengan orang yang menjadi panutan atau sukses dengan memahami riwayat hidup orang tersebut, memperluas kesadaran diri dengan cara introspeksi diri, bergaul dengan kelompok sosial dan kemanusiaan, serta mendorong untuk menerima dirinya sendiri dan menerima kritik tentang perilakunya.

5. *Supportive therapy* (Wermon, Rockland)

Teori ini meyakini bahwa penyebab gangguan jiwa adalah faktor bio-psiko-sosial dan respon maladaptif saat ini misalnya aspek biologis sering sakit maag, migrain, batuk-batuk. Aspek psikologis mengalami banyak keluhan seperti mudah cemas, kurang percaya diri, ragu-ragu, pemarah. Aspek social seperti susah bergaul, menarik diri, tidak disukai, bermusuhan

6. Medikal (Meyer, Kraeplin)

Menurut konsep ini penyebab gangguan jiwa adalah multi-faktor yang kompleks yakni aspek fisik, genetik, lingkungan dan faktor sisual. Teori ini meyakini bahwa penyimpangan perilaku merupakan manifestasi gangguan sistem syaraf pusat.

Peran perawat dalam model ini adalah melakukan kolaborasi dengan tim medis dalam melakukan prosedur diagnostik dan terapi jangka panjang, terapis berperan dalam pemberian terapi, laporan mengenai dampak terapi, menentukan diagnosis dan menentukan jenis pendekatan terapi yang digunakan.

7. Model komunikasi

Model perilaku mengatakan terjadinya penyimpangan perilaku terjadi jika pesan yang disampaikan tidak jelas. Penyimpangan komunikasi menyangkut verbal dan non verbal, posisi tubuh, kecepatan dan volume suara atau bicara.

8. Model Stres Adaptasi (Roy)

Adaptasi adalah komponen pusat yang didalamnya menggambarkan manusia sebagai sistem adaptasi. Adaptasi menggambarkan proses koping terhadap stresor dan produk akhir dari koping. Proses adaptasi termasuk fungsi holistik yang bertujuan untuk mempengaruhi kesehatan secara positif yang pada akhirnya akan meningkatkan integritas.

9. Model Keperawatan

Pendekatan model keperawatan adalah mmodel konsep yang digunakan dalam memberikan asuhan keperawatan dengan menggunakan pendekatan proses

keperawatan secara holistik. Biopsikososiospiritual. Fokus penanganan pada model keperawatan adalah penyimpangan perilaku, asuhan keperawatan berfokus pada respon individu terhadap masalah kesehatan yang aktual dan potensial dengan fokus rentang sehat sakit berdasarkan teori dasar keperawatan.

D. Pencegahan Gangguan Jiwa pada Pelayanan Kesehatan

Pencegahan berasal dari bahasa Latin *praevenire* yang artinya “datang sebelum,antisipasi, mempersiapkan diri sebelum terjadi sesuatu atau mencegah untuk tidak terjadi sesuatu”.

Pelayanan keperawatan jiwa komprehensif diberikan kepada masyarakat yang beragam dalam rentang sehat sakit yang memerlukan pelayanan keperawatan pada tingkat pencegahan primer, sekunder dan tersier (Ardiansyah *et al.*, 2023):

1. Pencegahan primer

- a. Pelayanan keperawatan jiwa berfokus pada upaya peningkatan kesehatan dan pencegahan terjadinya gangguan jiwa.
- b. Pelayanan yang diberikan bertujuan mencegah terjadinya gangguan jiwa, mempertahankan serta meningkatkan kesehatan jiwa.
- c. Target pelayanan adalah semua masyarakat yang sehat jiwa yang belum mengalami gangguan jiwa sesuai kelompok umur yaitu anak-anak, remaja, dewasa dan lansia
- d. Aktivitas yang dilakukan pada pencegahan primer adalah :
 - 1) Pendidikan kesehatan pada orang tua
 - a) Pendidikan menjadi orang tua.
 - b) Perkembangan anak sesuai dengan usia.
 - c) Memantau dan menstimulasi perkembangan.
 - d) Mensosialisasikan anak dengan lingkungan.
 - 2) Cara mengatasi stress
 - a) Stres pekerjaan.
 - b) Stres perkawinan.
 - c) Stres sekolah.

- d) Stres paskabencana.
- 3) Program dukungan sosial diberikan pada anak yatim piatu, kehilangan pasangan, kehilangan pekerjaan, serta kehilangan rumah/tempat tinggal, yang semuanya ini mungkin terjadi akibat bencana. Beberapa kegiatan yang dilakukan antara lain sebagai berikut:
 - a) Pendidikan kesehatan melatih koping positif untuk mengatasi stres.
 - b) Latihan asertif yaitu mengungkapkan keinginan dan perasaan tanpa menyakiti orang lain.
 - c) Latihan afirmasi dengan menguatkan aspek-aspek positif yang ada pada diri seseorang.
- 4) Program pencegahan bunuh diri. Bunuh diri merupakan salah satu cara penyelesaian masalah oleh individu yang mengalami keputusasaan. Oleh karena itu, perlu dilakukan program sebagai berikut:
 - a) Memberikan informasi untuk meningkatkan kesadaran masyarakat tentang tanda-tanda bunuh diri.
 - b) Menyediakan lingkungan yang aman untuk mencegah bunuh diri.
 - c) Melatih keterampilan koping yang adaptif.

2. Prevensi Sekunder

- a. Pada tingkat prevensi sekunder pelayanan yang diberikan berfokus pada deteksi dini masalah psikososial dan gangguan jiwa serta penanganan segera.
- b. Pelayanan pada prevensi sekunder yakni mencegah dan menurunkan angka kejadian gangguan jiwa.
- c. Target pelayanan adalah anggota masyarakat yang berisiko/gangguan jiwa (sudah memiliki faktor risiko) dan memperlihatkan tanda-tanda masalah psikososial dan gangguan jiwa.
- d. Aktivitas pada prevensi sekunder adalah:
 - 1) Menemukan kasus sedini mungkin dengan cara memperoleh informasi dari berbagai sumber seperti

masyarakat, tim kesehatan lain, dan penemuan langsung.

- 2) Melakukan penjarangan kasus dengan melakukan langkah-langkah sebagai berikut:
 - a) Melakukan pengkajian dua menit untuk memperoleh data fokus.
 - b) Jika ditemukan tanda-tanda berkaitan dengan kecemasan dan depresi, maka lanjutkan pengkajian dengan menggunakan pengkajian keperawatan kesehatan jiwa.
 - c) Mengumumkan kepada masyarakat tentang gejala dini gangguan jiwa (di tempat-tempat umum dan media televisi).
 - d) Memberikan pengobatan cepat terhadap kasus baru yang ditemukan sesuai dengan standar pendelegasian program pengobatan serta memonitor efek samping pemberian obat, gejala, dan kepatuhan pasien minum obat.
 - e) Bekerja sama dengan perawat komunitas dalam pemberian obat lain yang dibutuhkan pasien untuk mengatasi gangguan fisik yang dialami.
 - f) Melibatkan keluarga dalam pemberian obat, mengajarkan keluarga agar melaporkan segera kepada perawat jika ditemukan adanya tanda-tanda yang tidak biasa, dan menginformasikan jadwal tindak lanjut.
 - g) Penanganan kasus bunuh diri dengan menempatkan pasien ditempat yang aman, melakukan pengawasan ketat, menguatkan koping dan melakukan rujukan jika mengancam keselamatan jiwa.
 - h) Menempatkan pasien ditempat yang aman sebelum dirujuk dengan menciptakan lingkungan yang tenang, dan stimulus yang minimal.
 - i) Melakukan terapi modalitas yaitu berbagai terapi keperawatan untuk membantu pemulihan pasien

seperti terapi aktivitas kelompok, terapi keluarga, dan terapi lingkungan.

- j) Memfasilitasi kelompok swadaya – self-help grup (kelompok pasien, kelompok keluarga atau kelompok masyarakat pemerhati) berupa kegiatan kelompok yang membahas masalah-masalah yang terkait dengan kesehatan jiwa dan cara penyelesaiannya.
- k) *Hotline service* untuk intervensi krisis yaitu pelayanan dalam 24 jam melalui telepon berupa pelayanan konseling.
- l) Melakukan tindak lanjut (*follow-up*) dan rujukan kasus.

3. Pencegahan Tersier

- a. Pelayanan berfokus pada peningkatan fungsi dan sosialisasi serta pencegahan kekambuhan pasien gangguan jiwa dan pemulihan optimal.
- b. Target pelayanan yakni anggota masyarakat yang mengalami jiwa pada tahap pemulihan.
- c. Aktivitas pada prevensi tersier :
 - 1) Program dukungan sosial dengan menggerakkan sumber-sumber yang ada dimasyarakat seperti sumber pendidikan, dukungan masyarakat (tetangga, teman dekat, tokoh masyarakat), dan pelayanan terdekat yang terjangkau masyarakat (Marchira, 2011). Beberapa kegiatan yang dilakukan meliputi hal se bagai berikut:
 - a) Pendidikan kesehatan tentang perilaku dan sikap masyarakat terhadap penerimaan pasien gangguan jiwa.
 - b) Pentingnya pemanfaatan pelayanan kesehatan dalam penanganan pasien yang mengalami kekambuhan
 - 2) Program rehabilitasi dengan memberdayakan pasien dan keluarga hingga mandiri dan produktif. Fokus

pada kekuatan dan kemampuan pasien dan keluarga dengan cara:

- a) Meningkatkan kemampuan coping yaitu belajar mengungkapkan dan menyelesaikan masalah dengan cara yang tepat.
 - b) Mengembangkan sistem pendukung dengan memberdayakan keluarga dan masyarakat.
 - c) Menyediakan pelatihan kemampuan dan potensi yang perlu dikembangkan oleh pasien, keluarga, dan masyarakat.
 - d) Membantu pasien dan keluarga merencanakan serta mengambil keputusan untuk dirinya.
 - e) Menyediakan lapangan kerja sesuai dengan kemampuan yang dimiliki.
- 3) Program sosialisasi
- a) Membuat tempat pertemuan untuk sosialisasi.
 - b) Mengembangkan keterampilan hidup, seperti aktivitas sehari-hari, mengelola rumah tangga, dan mengembangkan hobi.
 - c) Program rekreasi seperti nonton bersama, jalan santai, pergi ke tempat rekreasi.
 - d) Kegiatan sosial dan keagamaan, seperti arisan bersama, pengajian, majelis taklim, dan kegiatan adat.
- 4) Program mencegah stigma.

Stigma merupakan anggapan yang keliru dari masyarakat terhadap gangguan jiwa. Oleh karena itu, perlu diberikan program mencegah stigma untuk menghindari isolasi dan diskriminasi terhadap pasien gangguan jiwa. Beberapa kegiatan yang dilakukan yaitu sebagai berikut:

- a) Melakukan pendidikan kesehatan kepada masyarakat tentang kesehatan jiwa dan gangguan jiwa, serta sikap dan tindakan menghargai pasien gangguan jiwa.

- b) Pendekatan kepada tokoh masyarakat atau orang yang berpengaruh dalam rangka mensosialisasikan kesehatan jiwa dan gangguan jiwa.

E. Daftar Pustaka

- Ardiansyah, S., Yunike, Ardiansyah, S., Tribakti, I., Suprpto, Saripah, E., Febriani, I., Zakiyah, Kuntoadi, G. B., Muji, R., Kusumawaty, I., Narulita, S., Juwariah, T., Akhriansyah, M., Putra, E. S., & Kurnia, H. (2023). Buku Ajar Kesehatan Mental.
- Idaiani, S., & Riyadi, E. I. (2018). Sistem Kesehatan Jiwa di Indonesia: Tantangan untuk Memenuhi Kebutuhan. *Jurnal Penelitian Dan Pengembangan Pelayanan Kesehatan*, 2(2), 70-80.
<https://doi.org/10.22435/jpppk.v2i2.134>
- Marchira, C. R. (2011). Integrasi Kesehatan Jiwa Pada Pelayanan Primer Di Indonesia : 14(September), 120-126.
- Mardiyah, S. (2018). Modul Ajar Konsep Dasar Keperawatan. 95.
- Nurhalimah. (2018). Modul Ajar Konsep Keperawatan Jiwa (pertama). AIPVIKI.
- Ryan, Cooper, & Tauer. (2013). Konsep Keperawatan Jiwa. In *Paper Knowledge . Toward a Media History of Documents*.
- Yustinus semiun. (2009). Kesehatan Mental I. <http://eprints.umk.ac.id/13467/>

F. Latihan Soal

1. Model konseptual Interpersonal dikembangkan oleh :
 - A. Sullivan dan Peplau
 - B. Roger
 - C. Linenger
 - D. Roy
2. Peran perawat dalam terapi model konseptual Interpersonal diantaranya adalah:
 - A. *Share anxiaetas*

- B. Melakukan pengkajian traumatik masa lalu
 - C. Melakukan kolaborasi
 - D. Mendorong dan penguatan perilaku positif
3. Tujuan keperawatan adalah membantu klien beradaptasi dan meningkatkan kesehatannya dengan cara?
- A. Mempertahankan perilaku adaptif serta merubah perilaku maladaptif
 - B. Mempertahankan perilaku adaptif dan perilaku maladaptif
 - C. Perawatan diri terhadap pasien yang membutuhkan segala bantuan
 - D. Perawatan diri untuk meningkatkan derajat kesehatan manusia
4. Roy menetapkan empat komponen elemen sentral paradigma keperawatan dalam model adaptasi tersebut yang terdiri dari?
- A. Manusia, lingkungan, kesehatan dan keperawatan
 - B. Manusia, pendidikan, kesehatan dan keperawatan
 - C. Manusia, kesejahteraan, kesehatan dan keperawatan
 - D. Manusia, lingkungan, kesehatan dan kemakmuran
5. Pelayanan berfokus pada peningkatan fungsi dan sosialisasi serta pencegahan kekambuhan pasien gangguan jiwa dan pemulihan optimal termasuk dalam prevensi?
- A. Primer
 - B. Sekunder
 - C. Tersier
 - D. Rehabilitasi

Kunci Jawaban

1. A 2. A 3. A 4. A 5. C

G. Profil Penulis



Ns. Andreas Tena, S.Kep., M.Kes., M.Kep., lahir di Labasa, 01 September 1967. Menyelesaikan pendidikan S1 Keperawatan tahun 2009 dan Profesi Ners tahun 2011 di STIKES Nani Hasanuddin Makassar. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan S2 Kesehatan Masyarakat dengan peminatan AKK di UIT Makassar tahun 2012 - 2014 dan melanjutkan ke S2 Keperawatan di UNHAS Makassar 2020 - 2023. Penulis mengawali karirnya sebagai dosen di AKPER Fatima Parepare sejak 2001. Pada tahun 2013 - 2018 menjadi sekretaris LPPM di AKPER Fatima. Tahun 2023 sampai saat ini menjadi Wakil Ketua I bidang kurikulum dan akademik STIKES Fatima Parepare.

BAB

6

PERAN PERAWAT JIWA

Diana Arianti

Capaian Pembelajaran

1. Mampu memahami keyakinan dasar keperawatan jiwa
2. Mampu mengidentifikasi peran perawat kesehatan jiwa
3. Mampu mengidentifikasi fungsi perawat kesehatan jiwa
4. Mampu mengidentifikasi peran dan fungsi perawat kesehatan jiwa dalam tatanan praktik keperawatan jiwa
5. Menjelaskan pentingnya memahami peran dan fungsi perawat kesehatan jiwa

Peran keperawatan jiwa telah berkembang secara kompleks dari elemen sejarah aslinya. Saat ini, peran tersebut mencakup dimensi kompetensi klinis, advokasi pasien keluarga, tanggung jawab keuangan, kolaborasi antardisiplin, akuntabilitas sosial, dan parameter legal etik. *Center for Mental Health Services* secara resmi mengakui keperawatan kesehatan jiwa sebagai salah satu dari lima inti disiplin kesehatan jiwa. Perawat jiwa menggunakan pengetahuan dari ilmu psikososial, biofisik, teori kepribadian, dan perilaku manusia untuk mendapatkan suatu kerangka berpikir teoritis yang mendasari praktik keperawatan. Dalam praktiknya, perawat jiwa memainkan peran penting dalam membantu pasien dengan gangguan kesehatan mental untuk memperoleh perawatan yang tepat dan efektif. Mereka juga berperan sebagai advokat pasien dan keluarga, memastikan bahwa pasien mendapatkan perawatan yang layak dan memperoleh hak-hak mereka. Selain itu,

perawat jiwa juga berkolaborasi dengan tim medis lainnya untuk memberikan perawatan yang holistik dan terintegrasi

A. Keyakinan Dasar Keperawatan Jiwa

Menurut Mundakir (2019) bahwa profesionalisme suatu tindakan dapat dilihat dari seberapa efektif dan suksesnya mencapai tujuannya. Tindakan akan terlaksana dengan lancar dan benar bila dilakukan oleh orang-orang yang memiliki kompetensi sesuai peran dan fungsinya. Profesionalisme perawat dalam memberikan pelayanan kepada klien dapat tercermin dari apakah perawat menjalankan peran dan fungsinya secara optimal dan sungguh-sungguh.

Menurut Weiss (1947), perawat jiwa memiliki peran yang berbeda dengan perawat umum dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien jiwa. Sementara itu, Bennett dan Eaton (1951) mengidentifikasi tiga masalah perawat jiwa yang terjadi pada saat itu, yaitu: 1) perawat jiwa masih jarang yang memenuhi kualifikasi, 2) kurang menggunakan kemampuan mereka secara optimal, dan 3) kenyataannya sedikit perawat jiwa yang berhasil dengan baik dalam merawat pasien jiwa.

Untuk mampu melaksanakan peran dan fungsi perawat jiwa dengan baik, perlu dipahami falsafah keperawatan jiwa. Falsafah keperawatan jiwa adalah pandangan dasar yang menjadi landasan dalam memberikan asuhan keperawatan jiwa. Menurut Depkes RI (2000), keyakinan dasar yang digunakan dalam keperawatan jiwa antara lain:

1. Manusia adalah makhluk yang kompleks dan holistik, yang terdiri dari dimensi fisik, psikologis, sosial, dan spiritual.
2. Manusia memiliki kemampuan untuk berubah dan berkembang sepanjang hidupnya.
3. Manusia memiliki hak untuk memilih dan bertanggung jawab atas pilihan yang dibuat.
4. Manusia memiliki hak untuk dihargai dan dihormati sebagai individu yang unik.
5. Manusia memiliki hak untuk mendapatkan perawatan yang bermutu dan terjangkau.

6. Perilaku individu meliputi persepsi, pikiran, perasaan dan tindakan.
7. Individu mempunyai kemampuan coping yang berbeda-beda, dipengaruhi oleh kondisi genetik, lingkungan, kondisi stres, dan lain-lain.
8. Setiap orang mempunyai hak atas pelayanan kesehatan yang sama
9. Kesehatan mental merupakan komponen yang vital dari pelayanan kesehatan yang komprehensif
10. Setiap individu mempunyai hak untuk berpartisipasi dalam pengambilan keputusan mengenai kesehatan fisik dan mentalnya
11. Tujuan keperawatan adalah untuk meningkatkan kesejahteraan, memaksimalkan keberfungsian (meminimalkan kecacatan/disabilitas) dan meningkatkan aktualisasi diri

B. Peran Perawat Kesehatan Jiwa

Menurut Stuart dan Sundeen (1995) dalam Ah. Yusuf, dkk (2015) ketika memberikan perawatan dan pelayanan kesehatan jiwa, perawat dapat melakukan aktivitasnya pada tiga bidang utama, yaitu;

1. Kegiatan asuhan langsung.
2. Kegiatan komunikasi.
3. Kegiatan pengelolaan atau pelaksanaan atau manajemen perawat

Tabel 6. 1. Domain Kegiatan Keperawatan Jiwa

Kegiatan asuhan langsung	Kegiatan komunikasi	Kegiatan pengelolaan atau pelaksanaan
<ul style="list-style-type: none"> • Advokasi • Tindak lanjut setelah keperawatan • Penanggulangan perilaku • Konsultasi kasus 	<ul style="list-style-type: none"> • Konferensi kasus klinik • Mengembang rencana penanggulangan • Dokumentasi asuhan 	<ul style="list-style-type: none"> • Alokasi sumber dan anggaran • Penyelia klinik • Kolaborasi • Peran serta komite

Kegiatan asuhan langsung	Kegiatan komunikasi	Kegiatan pengelolaan atau pelaksanaan atau pelaksanaan
<ul style="list-style-type: none"> Pengelolaan kasus • Penanggulangan kognitif • Penyuluhan komunitas • Konseling kepatuhan • Intervensi krisis • Perencanaan pulang • Intervensi keluarga • Kerja kelompok • Peningkatan kesehatan • Penyuluhan kesehatan • Pengkajian risiko tinggi • Kunjungan rumah • Konseling individu • Skrining dan evaluasi masukan • Pemberian pengobatan • Penatalaksanaan pengobatan • Peningkatan kesehatan mental • Pernik-pernik terapi • Konseling nutrisi • <i>Informed consent</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Kesaksian forensik • Hubungan antaragen • Umpan balik sejawat • Menyiapkan laporan • Jaringan kerja perawat profesional • Pertemuan staf • Penulisan order • Pertemuan tim • Laporan verbal tentang asuhan 	<ul style="list-style-type: none"> • Tindakan komunitas • Hubungan konsultasi • Negosiasi kontrak • Koordinasi pelayanan • Delegasi penugasan • Penulisan jaminan • Pemasaran dan humas • Mediasi dan resolusi konflik • Pengkajian dan perkiraan kebutuhan • Penguasaan organisasi • Penatalaksanaan hasil • Evaluasi kinerja • Pengembangan kebijakan dan prosedur • Presentasi professional • Evaluasi program • Perencanaan program • Publikasi • Aktivitas peningkatan kualitas • Aktivitas rekrutmen dan retens

Kegiatan asuhan langsung	Kegiatan komunikasi	Kegiatan pengelolaan atau pelaksanaan
<ul style="list-style-type: none"> • Penyuluhan orang tua • Triase pasien • Pengkajian fisik • Penanganan psikologis • Terapi bermain • Obat-obatan yang diresepkan • Memberikan keamanan lingkungan • Pengkajian psikososial • Psikoterapi • Pencegahan kekambuhan • Implementasi penelitian • Aktivitas perawatan diri • Pelatihan ketrampilan sosial • Penanganan somatik • Penatalaksanaan stres 		

Menurut Stuart dan Sundeen (1998) dalam Mundakir (2019) Dalam hubungan perawat dan pasien, elemen keperawatan jiwa meliputi:

1. Kompetensi klinik.

Suatu peran akan dapat dimainkan dengan baik dan benar oleh perawat, jika mereka memiliki keterampilan yang memadai. Kemampuan praktik klinis merupakan keterampilan yang harus dimiliki perawat memberikan

pelayanan kepada pelanggan. Menurut Stuart dan Sundeen, Perawat harus memiliki minimal enam kompetensi yaitu: memberikan tindakan klinis, yaitu: kemampuan memberikan perawatan langsung, pendidik (mengajar), komunikasi (komunikasi), kerjasama (kolaborasi), otorisasi (delegasi), dan pengelolaannya.

a. Memberikan Tindakan Klinis:

Kemampuan memberikan perawatan langsung kepada pasien. Ini mencakup keterampilan dalam melakukan prosedur medis, pemberian obat, dan perawatan fisik lainnya.

b. Pendidik (Mengajar):

Kemampuan untuk memberikan edukasi kepada pasien dan keluarganya tentang kondisi kesehatan, pengobatan, dan langkah-langkah untuk menjaga kesehatan.

c. Komunikasi:

Kemampuan berkomunikasi dengan efektif dengan pasien, keluarga, dan anggota tim kesehatan. Komunikasi yang baik membantu membangun hubungan yang kuat dan memahami kebutuhan pasien.

d. Kerjasama (Kolaborasi):

Kemampuan untuk bekerja sama dalam tim kesehatan, berkolaborasi dengan dokter, perawat lain, terapis, dan profesional kesehatan lainnya untuk memberikan perawatan holistik.

e. Otorisasi (Delegasi):

Kemampuan untuk mengelola dan memberikan tanggung jawab kepada anggota tim kesehatan lainnya sesuai dengan tingkat keterampilan dan pelatihan mereka.

f. Pengelolaan:

Kemampuan manajemen untuk merencanakan, mengorganisasi, dan mengelola tugas sehari-hari, termasuk manajemen waktu dan sumber daya.

2. Advokasi pasien dan keluarga.

Dalam kapasitasnya sebagai penyedia perawatan kesehatan yang paling dekat dengan pasien, perawat memiliki tanggung jawab penting untuk mendukung klien dan keluarganya. Peran ini melibatkan membantu mereka mengartikan informasi medis, memberikan informasi tambahan yang diperlukan untuk keputusan perawatan, serta menjaga dan melindungi hak-hak klien. Dengan memahami kondisi klien secara mendalam, perawat berperan sebagai advokat yang membela hak-hak pasien, memastikan bahwa mereka diberi informasi yang jelas untuk memberikan persetujuan, dan memberikan dukungan dalam proses pengambilan keputusan.

3. Tanggung Jawab Fiskal

Seberapa besar biaya yang harus ditanggung oleh klien secara tidak langsung menjadi tanggung jawab perawat. Ini terkait dengan lamanya klien menjalani perawatan, dan hal ini merupakan salah satu tugas perawat. Jika perawat memberikan perawatan dengan baik, profesional, dan penuh dedikasi, maka kemungkinan besar dapat memperpendek durasi perawatan di rumah sakit. Meskipun demikian, tanggung jawab ini juga tergantung pada kemampuan profesi lain dalam melaksanakan tugasnya secara optimal.

4. Kolaborasi interdisipliner dalam keperawatan.

Memberikan pelayanan atau perawatan kepada klien tidak boleh bergantung sepenuhnya pada satu disiplin profesi kesehatan saja. Sebaliknya, perlu melibatkan berbagai profesi kesehatan agar pelayanan atau perawatan yang diberikan menjadi komprehensif dan sesuai dengan kebutuhan dengan tepat.

5. Tanggung jawab sosial.

Sebagai seorang profesional kesehatan, perawat menekankan pentingnya nilai-nilai sosial dan kemanusiaan. Perawat diharapkan memiliki kemampuan untuk bertindak ketika masyarakat menghadapi isu kesehatan, termasuk

memberikan pemahaman yang akurat mengenai pasien jiwa untuk mencegah diskriminasi dan menjaga penghormatan terhadap hak-hak klien jiwa dalam lingkungan masyarakat.

6. Sesuai Legal Etik

Menurut etika hukum yang berlaku, profesi perawat adalah suatu bidang yang tunduk pada kode etik dan regulasi hukum. Saat menjalankan tugasnya, klien diharapkan untuk mematuhi norma-norma dan etika yang telah ditetapkan oleh organisasi profesi dan peraturan hukum. Dalam memberikan perawatan keperawatan, aspek-aspek peran perawat keperawatan jiwa mencakup:

- a. Perencanaan dan pemberian asuhan keperawatan dengan membentuk hubungan terapeutik.
- b. Pengelolaan lingkungan perawatan.
- c. Pengelolaan dan pengawasan terhadap proses pengobatan.
- d. Fasilitasi pemenuhan kebutuhan harian klien.
- e. Edukasi kepada klien dan keluarganya.
- f. Fasilitasi kelompok dan dukungan untuk keluarga.
- g. Kerja sama dengan tim interdisipliner.

Menurut Stuart dan Sundeen (12005) dalam Mundakir (2019) peran perawat dapat dibedakan pada masing-masing tingkat pelayanan kesehatan jiwa, yakni:

1. Peran dalam Prevensi Primer:

- a. Menyediakan penyuluhan mengenai prinsip-prinsip kesehatan jiwa.
- b. Mengupayakan perubahan dalam kondisi kehidupan, tingkat kemiskinan, dan pendidikan.
- c. Memberikan edukasi tentang kondisi normal, pertumbuhan, perkembangan, dan pendidikan seks.
- d. Melakukan rujukan yang sesuai sebelum gangguan jiwa muncul, berdasarkan pada stresor dan perubahan kehidupan yang potensial.
- e. Membantu klien di Rumah Sakit Umum untuk menghindari masalah psikiatri di masa mendatang.

- f. Bersama keluarga, memberikan dukungan pada anggota keluarga dan meningkatkan fungsi kelompok.
- g. Aktif terlibat dalam kegiatan masyarakat dan politik yang terkait dengan kesehatan jiwa.

2. Peran perawat dalam Prevensi Sekunder:

- a. Melakukan skrining dan evaluasi kesehatan jiwa.
- b. Melaksanakan kunjungan rumah atau pelayanan penanganan di rumah.
- c. Memberikan pelayanan darurat psikiatri.
- d. Menciptakan lingkungan terapeutik.
- e. Menyupervisi klien yang sedang menjalani pengobatan.
- f. Menyediakan layanan pencegahan bunuh diri.
- g. Memberikan konsultasi.
- h. Melaksanakan intervensi krisis.
- i. Memberikan psikoterapi individu, keluarga, dan kelompok pada berbagai tingkat usia.
- j. Melakukan intervensi pada komunitas dan organisasi yang mengalami masalah yang diidentifikasi.

3. Peran perawat dalam Prevensi Tersier:

- a. Melaksanakan pelatihan vokasional dan rehabilitasi.
- b. Mengorganisir "after care" untuk klien yang telah pulang dari fasilitas kesehatan jiwa, untuk memudahkan transisi dari rumah sakit ke komunitas.
- c. Memberikan opsi "partial hospitalization" (perawatan rawat siang) kepada klien.

C. Fungsi Perawat Kesehatan Jiwa

1. Membuat Kesepakatan dengan Klien:

- a. Berperan dalam membentuk kesepakatan dengan klien terkait masalah sikap, mood, dan interpretasi kenyataan.
- b. Melibatkan klien dalam proses pengambilan keputusan terkait perawatan dan dukungan psikologis.

2. Mengeksplorasi Konflik Pikiran dan Perasaan:

- a. Bertugas untuk mengeksplorasi konflik pikiran dan perasaan yang mengganggu klien.

- b. Mendorong klien untuk secara terbuka mengungkapkan dan memahami konflik tersebut guna mencapai pemecahan atau penyelesaian.

3. Menggunakan Perasaan Positif Pasien:

- a. Membantu klien mengenali dan memanfaatkan perasaan positif sebagai alat keseimbangan psikofisiologi.
- b. Menyediakan dukungan untuk mengoptimalkan pengalaman perasaan positif demi meningkatkan kesejahteraan klien.

4. Konseling Pasien:

- a. Menyediakan konseling psikologis untuk membantu klien mengatasi masalah emosional, mental, dan sosial.
- b. Memberikan ruang bagi klien untuk berbicara tentang pengalaman mereka dan mengeksplorasi solusi yang mungkin.

5. Memperkuat Kondisi Baik Pasien:

- a. Berfokus pada penguatan kondisi baik pasien melalui pendekatan yang positif.
- b. Memberikan dukungan moral dan psikologis guna meningkatkan ketahanan dan kesejahteraan pasien.

D. Rangkuman

Perawat kesehatan jiwa memiliki peran utama dalam memberikan pelayanan kesehatan mental yang holistik. Perannya mencakup evaluasi menyeluruh terhadap kondisi kesehatan mental klien, perencanaan dan pelaksanaan asuhan keperawatan jiwa, serta membantu klien dan keluarganya dalam mengatasi tantangan emosional dan mental.

Fungsi perawat jiwa terbagi dalam tiga tingkatan preventif: primer, sekunder, dan tersier. Pada tingkatan primer, perawat memberikan penyuluhan tentang prinsip-prinsip sehat jiwa dan menciptakan perubahan positif dalam kondisi kehidupan klien. Pada tingkatan sekunder, mereka melakukan skrining, memberikan pelayanan penanganan darurat, dan menciptakan lingkungan terapeutik. Pada tingkatan tersier, perawat terlibat dalam rehabilitasi, melaksanakan latihan

vokasional, dan menyediakan "after care" untuk memfasilitasi transisi pasien dari rumah sakit ke komunitas.

Selain itu, perawat kesehatan jiwa memiliki fungsi penting dalam konseling, memberikan dukungan moral, dan melakukan advokasi untuk hak-hak pasien. Kolaborasi dengan tim kesehatan jiwa juga menjadi bagian integral dari peran mereka, memastikan penyelenggaraan perawatan yang komprehensif.

E. Daftar Pustaka

- Ah. Yusuf, Rizky, F., & Hanik, E. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta Selatan: Penerbit Salemba Medika.
- Mundakir. (2019). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa 1*. Surabaya: UMSurabaya Publishing.
- Prabowo. (2017). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Semarang: Universitas Diponegoro.
- Stuart,G.W. & Laraia, M.T. (2005). *Principles and Practice of psychiatric nursing. (7th edition)*. St Louis: Mosby Stuart & Sunden (2001) *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. EGC. Jakart

F. Latihan Soal

1. Apa yang menjadi fokus utama peran perawat dalam prevensi primer dalam konteks kesehatan jiwa?
 - A. Memberikan konseling individual
 - B. Menyediakan penyuluhan tentang prinsip-prinsip sehat jiwa
 - C. Melakukan skrining kesehatan mental
 - D. Memberikan pelayanan kedaruratan psikiatri
2. Apa yang termasuk dalam tugas perawat pada tingkatan prevensi sekunder?
 - A. Melakukan latihan vokasional dan rehabilitasi
 - B. Mengorganisir "after care" untuk pasien pulang dari rumah sakit
 - C. Memberikan pelayanan pencegahan bunuh diri

- D. Menyediakan penyuluhan tentang prinsip-prinsip kesehatan jiwa
3. Apa yang menjadi peran utama perawat dalam konseling pasien jiwa?
- A. Menyediakan layanan pencegahan bunuh diri
 - B. Mengeksplorasi konflik pikiran dan perasaan klien
 - C. Memberikan dukungan moral dan psikologis
 - D. Melakukan skrining kesehatan mental secara rutin
4. Apa peran utama perawat dalam advokasi pasien dan keluarga?
- A. Menjalankan peran sebagai penyedia perawatan kesehatan.
 - B. Membantu klien mengartikan informasi medis dan memberikan informasi tambahan yang diperlukan.
 - C. Bertindak sebagai pengambil keputusan utama dalam perawatan pasien.
 - D. Menjalankan tugas administratif terkait perawatan.
5. Mengapa tanggung jawab fiskal menjadi tanggung jawab perawat?
- A. Untuk memberikan perawatan di rumah sakit.
 - B. Karena lamanya klien menjalani perawatan berkaitan dengan biaya yang harus ditanggung.
 - C. Hanya tanggung jawab perawat dalam melibatkan profesi lain.
 - D. Biaya tidak berpengaruh pada tanggung jawab perawat.
6. Apa yang menjadi aspek-aspek peran perawat jiwa sesuai legal etik?
- A. Hanya memberikan asuhan keperawatan dengan membentuk hubungan terapeutik.
 - B. Hanya pengelolaan lingkungan perawatan.
 - C. Pengelolaan dan pengawasan terhadap proses pengobatan.
 - D. Semua pilihan jawaban di atas.

Kunci Jawaban

1. B 2. B 3. C 4. B 5. B 6. D

G. Profil Penulis



Diana Arianti lahir di Kota Lhokseumawe (Aceh) 30 Januari 1984. Riwayat Pendidikan : Lulus SDN Inpres (1996), SMPN 1 Lhokseumawe (1999), SMAN 6 Padang (2002), S1 Keperawatan dan Profesi di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Alifah Padang, lanjut Magister S2 Keperawatan di Universitas Andalas (2016). Sambil Menulis buku ini penulis mempunyai kesibukan lain sebagai dosen di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Alifah Padang.

BAB 7

PELAYANAN DAN KOLABORASI INTERDISIPLIN DALAM KESEHATAN DAN KEPERAWATAN JIWA

Yustina Kristianingsih

Capaian Pembelajaran

1. Mampu memahami pengertian kolaborasi interdisiplin
2. Mampu memahami ciri-ciri kolaborasi interdisiplin
3. Mampu memahami domain dalam kolaborasi interdisiplin
4. Mampu memahami kolaborasi interdisiplin dalam pelayanan kesehatan dan keperawatan jiwa

A. Pendahuluan

Perawat sebagai tenaga kesehatan dalam pelayanan kesehatan harus bekerja dengan tim kesehatan lain. Dalam prosesnya bekerja bersama tim kesehatan lain ini banyak sekali hal-hal yang harus selalu dipelajari dan terus menerus diperbaiki agar tercipta pelayanan kesehatan yang berkualitas. Salah satu hal yang harus terus menerus dikembangkan dalam kerja tim ini adalah kemampuan kolaborasi dengan tim kesehatan lain.

Perawat sebagai tenaga kesehatan akan bekerja diberbagai bidang pelayanan kesehatan seperti dipuskesmas, rumah sakit umum, rumah sakit khusus penyakit tertentu juga di rumah sakit jiwa. Perawat yang dinas di rumah sakit jiwa tentunya juga perlu mengembangkan kemampuan dalam bekerja bersama tim kesehatan lain atau kolaborasi interdisiplin. Dengan kolaborasi interdisiplin maka kualitas pelayanan pada Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) akan semakin baik dan bermutu.

B. Pengertian Kolaborasi Interdisiplin dalam Kesehatan

Kolaborasi menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) diartikan bentuk kerja sama (Badan Pengembangan dan Pusat Bahasa, 2016). Dua orang atau lebih yang melakukan kerja sama untuk mencapai tujuan tertentu. Sedangkan interdisiplin dalam KBBI artinya antardisiplin atau bidang studi. Jadi kolaborasi Interdisiplin merupakan bentuk kerja sama antardisiplin dalam mencapai satu tujuan tertentu.

Kolaborasi Interdisiplin juga terjadi dalam pelayanan kesehatan, yang artinya bentuk kerja sama antardisiplin bidang kesehatan dalam pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan meliputi *preventif, kuratif, rehabilitative dan health promotion*. Untuk mencapai pelayanan yang baik kolaborasi interdisipliner ini harus dilakukan dengan baik. Disiplin ilmu yang melaksanakan kolaborasi dalam bidang kesehatan seperti Dokter, Perawat, Apoteker, Analis medis, *Radiographer*, Perkam medis, dll.

C. Ciri-ciri Kolaborasi Interdisiplin dalam Kesehatan

Kerja sama Interdisiplin dalam bidang kesehatan memiliki ciri-ciri sebagai berikut:

1. Terdapat kerja sama
2. Saling berbagi
3. Terdapat koordinasi
4. Ada hubungan saling ketergantungan
5. Kompromi
6. Rekanan
7. Kebersamaan

Hal-hal yang dapat dilakukan dalam Kolaborasi Interdisiplin dalam pelayanan kesehatan agar dapat berjalan dengan baik meliputi:

1. Kebersamaan dalam menyusun, menetapkan perencanaan, tujuan, pemecahan masalah dan pertanggungjawaban
2. Bekerja sama dalam pelayanan
3. Koordinasi dalam pelayanan
4. Komunikasi efektif dan keterbukaan

Kriteria kolaborasi Interdisiplin:

1. Melibatkan tenaga ahli sesuai bidangnya yang mampu saling bekerja sama
2. Anggota kelompok harus memiliki komitmen dan ingin maju
3. Kelompok harus memberikan pelayanan yang unik yang dihasilkan dari kerja sama bidang ilmu yang berbeda-beda (Murharyati *et al.*, 2021)

D. Domain Kolaborasi Interdisiplin dalam Pelayanan Kesehatan

Kolaborasi Interdisiplin telah banyak dilakukan penelitian dan dibahas oleh para ahli. Domain dalam kolaborasi Interdisiplin dalam pelayanan kesehatan menurut para ahli ada empat domain :

1. Nilai/Etik

Bekerja sama dengan orang lain yang memiliki profesi yang berbeda sangat penting untuk saling menjaga situasi, saling menghargai, saling menghormati dan menaati nilai-nilai yang disepakati bersama

2. Peran/tanggung jawab

Dalam kolaborasi Interdisiplin penting untuk menggunakan pengetahuan yang dimiliki dengan bijaksana dan memadukan dengan profesi kesehatan lainnya untuk dipergunakan dengan sebaik-baiknya dalam mengatasi masalah kesehatan yang dibutuhkan oleh klien dan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

3. Komunikasi Interdisiplin

Berkomunikasi dengan klien, keluarga dan profesional kesehatan lain dengan tanggap dan bertanggungjawab untuk memberikan pelayanan kesehatan yang terbaik.

4. *Interdisciplinary team work*

Menerapkan nilai-nilai yang membangun dan prinsip-prinsip dinamika kelompok untuk bekerja secara efektif dan efisien dengan profesi dan perannya masing-masing dalam memberikan pelayanan yang berpusat pada klien yang aman, tepat waktu dan adil.

(Interprofessional Education Collaborative, 2016)

E. Kolaborasi Interdisiplin dalam Kesehatan dan Keperawatan Jiwa

Kolaborasi interdisipiner dalam kesehatan dan keperawatan jiwa menjadi hal yang sangat penting dalam upaya kesembuhan pasien dengan gangguan jiwa, pencegahan terjadinya gangguan jiwa dan juga peningkatan derajat kesehatan mental masyarakat. Kolaborasi antar disiplin dalam kesehatan jiwa telah dimuat dalam peraturan menteri kesehatan Republik Indonesia, di mana dalam peraturan tersebut beberapa disiplin ilmu yang terlibat dalam pelayanan kesehatan jiwa adalah sebagai berikut:

1. Psikiater

Dokter yang telah menyelesaikan pendidikan dokter spesialis kedokteran jiwa dan memperoleh ijazah sebagai spesialis kedokteran jiwa dari institusi yang berwenang.

Tugas psikiater dalam pelayanan kesehatan jiwa : menentukan diagnosis dan penanganan medis, pemberian terapi obat, pemilihan psikoterapi.

2. Psikolog

Tugas psikolog dalam pelayanan kesehatan jiwa: melakukan analisis tahapan perkembangan psikologi, memberikan konseling, psikoterapi dan menilai rehabilitasi sesuai kebutuhan klien.

3. Perawat kesehatan jiwa

Tugas perawat kesehatan jiwa: melakukan asuhan keperawatan kesehatan jiwa pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat di berbagai fasilitas kesehatan serta menjadi manajer kasus dalam pelayanan kesehatan jiwa.

4. Ahli kesehatan masyarakat

Tugas ahli kesehatan masyarakat: mengidentifikasi masalah kesehatan jiwa masyarakat, menyusun rencana dan melaksanakan intervensi kesehatan jiwa masyarakat baik preventif maupun promosi serta menilai keberhasilannya.

5. Pekerja sosial

Tugas pekerja sosial: penghubung pelayanan kesehatan jiwa komunitas dengan bidang lain seperti bidang keuangan, pekerjaan, hukum, penyediaan tempat tinggal, agama dan lainnya sesuai kebutuhan individu.

6. Terapi okupasi

Tugas terapi okupasi: mengarahkan individu agar mampu melakukan pekerjaan sehari-hari mulai yang paling ringan seperti pekerjaan harian (membersihkan rumah, mencuci piring, dll), pekerjaan sedang (membuat kue, membuat kerajinan, dll) dan pekerjaan berat (sebagai pendidik, bidang keuangan, dll) sesuai kebutuhan individu.

Pedoman pelayanan kesehatan jiwa ini dibuat dengan tujuan untuk memberikan pelayanan kesehatan dan keperawatan jiwa yang berkualitas tinggi dan terbaik dengan mengoptimalkan kolaborasi interdisiplin yang handal.

Kolaborasi Interdisiplin dalam kesehatan dan keperawatan jiwa dimulai dari pengkajian, diagnosa, menyusun intervensi, implementasi dan evaluasi pada klien dan keluarganya. Bentuk kolaborasi dan komunikasi dilakukan sesuai peran, tanggung jawab dan wewenang masing-masing profesi dengan tetap memperhatikan nilai-nilai, etika, saling menghormati dan saling menghargai. Kolaborasi antar profesi ini bisa diwujudkan dengan memberikan ide, *sharing* pengetahuan dan pengalaman dalam merawat klien sehingga dapat menghasilkan keputusan tim yang terbaik untuk klien dan keluarganya. Hubungan antardisiplin ilmu yang terlibat dalam pelayanan kesehatan akan terbentuk dengan baik apabila masing-masing profesi terbuka dan berupaya semaksimal mungkin dalam pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan klien dan keluarganya. Terdapat 2 (dua) prinsip utama dalam kolaborasi interdisiplin dalam pelayanan kesehatan dan keperawatan jiwa yaitu kebutuhan untuk:

1. Mempelajari dan menghargai pengalaman hidup klien dan pengasuh/keluarganya

2. Mengenali dan menghargai potensi penyembuhan dalam hubungan klien dengan layanan kesehatan dan pengasuh/keluarga dengan layanan kesehatan

Pendekatan kolaborasi interdisiplin dalam pelayanan kesehatan dan keperawatan jiwa tentunya memiliki banyak tantangan yang dihadapi oleh masing-masing profesi tetapi masih banyak juga peluang yang bisa dikembangkan untuk keberhasilan kerja tim dalam memberikan pelayanan pada klien dan keluarganya. Berikut adalah kelebihan dan kekurangan dari kolaborasi interdisiplin dalam pelayanan kesehatan dan keperawatan jiwa:

Kelebihan	Kekurangan
Tim tidak harus dipimpin oleh dokter. Setiap profesi bekerja sesuai bidang ilmunya	Rapat atau koordinasi tim memerlukan waktu
Laporan kemajuan, pengambilan keputusan dan rencana perawatan diinformasikan dalam Rapat/pertemuan	Anggota tim perlu dilatih untuk memahami proses kolaborasi interdisiplin
Klien menjadi pusat dari kolaborasi interdisiplin yang menentukan fokus dan memegang peranan penting dalam menentukan tujuan perawatan.	Anggota tim harus melimpahkan kendali ke anggota lain sehingga klien dapat mengikuti proses dalam tim kolaborasi interdisiplin
Pertukaran ide mengarah pada perubahan dalam perawatan klien	Dokter perlu memberikan izin pada keputusan yang diambil tim untuk pertanggungjawaban aspek legal medis

Sumber: Schultz, *et al*, 2014

Keuntungan dari kolaborasi interdisiplin dalam pelayanan kesehatan dan keperawatan jiwa dapat dirasakan oleh banyak pihak diantaranya:

1. Klien
 - a. Meningkatnya kualitas pelayanan hasil dari kolaborasi interdisiplin khususnya untuk kasus yang kompleks
 - b. Pelayanan kesehatan untuk berbagai masalah dan kebutuhan terintegrasi
 - c. Klien diberi kesempatan sebagai mitra yang aktif dalam perawatan sehingga meningkatkan keberhasilan pelayanan dan kepuasan klien meningkat
 - d. Dapat memberikan pelayanan kepada klien dengan berbagai macam latar belakang budaya
 - e. Menggunakan waktu lebih efisien
2. Tenaga kesehatan
 - a. Meningkatkan kepuasan kerja
 - b. Memfasilitasi pergeseran dari penekanan perawatan akut ke pencegahan jangka panjang
 - c. Memungkinkan tenaga kesehatan mempelajari keterampilan dan pendekatan yang baru
 - d. Mendorong adanya inovasi
 - e. Memungkinkan untuk mengembangkan fokus keahlian

Hal-hal yang harus diperhatikan agar kolaborasi interdisiplin dalam pelayanan kesehatan dan keperawatan jiwa berjalan dengan efektif:

1. Memiliki tujuan dan nilai yang sama
2. *Sharing team culture*
3. Berkomunikasi secara terbuka
4. Memahami dan menghormati kompetensi anggota tim
5. Menghargai dan menghormati kontribusi tiap anggota tim
6. Bersedia belajar dari disiplin ilmu lain dan menghormati perbedaan pandangan dan persepsi tim kesehatan lain
7. Menjaga kejelasan akuntabilitas legal dan profesional dalam konteks tanggungjawab bersama terhadap klien

F. Daftar Pustaka

- Badan Pengembangan dan Pusat Bahasa. (2016). *KBBI*. <https://kbbi.kemdikbud.go.id/>
- Interprofessional Education Collaborative. (2016). *Core competencies for interprofessional collaborative practice: 2016 update*. <https://ipec.memberclicks.net/assets/2016-Update.pdf>
- Murharyati, A., Rokhman, A., Rahmawati, A. N., Lindriani, Nyumirah, S., Hertiana, Baba, W. N., Napolion, K., & Avelina, A. R. H. Y. (2021). *KEPERAWATAN JIWA MENGENAL KESEHATAN MENTAL*. Ahlimedia Press.

G. Latihan Soal

1. Apakah ciri-ciri kolaborasi interdisiplin?
 - A. Adanya negosiasi
 - B. Adanya kompromi
 - C. Adanya kegiatan rapat
 - D. Adanya dokumentasi
2. Apakah tugas perawat kesehatan jiwa dalam kolaborasi interdisiplin dalam pelayanan kesehatan dan kesehatan jiwa?
 - A. Manajer kasus
 - B. Memberikan terapi obat
 - C. Menyusun rencana preventif dan promosi
 - D. Menghubungkan dengan pihak lain seperti penyedia tempat tinggal
3. Apakah keuntungan dari kolaborasi interdisiplin dalam pelayanan kesehatan dan keperawatan jiwa bagi klien?
 - A. Mempelajari keterampilan dan pendekatan baru
 - B. Mempelajari pergeseran penekanan perawatan
 - C. Menggunakan waktu lebih efisien
 - D. Menemukan inovasi
4. Dalam kolaborasi interdisiplin perlu menggunakan pengetahuan yang dimiliki secara bijaksana. Apakah domain kolaborasi interdisiplin yang dimaksud dalam pernyataan tersebut?

- A. Komunikasi interdisiplin
 - B. *Interdisciplinary Team work*
 - C. Peran/tanggungjawab
 - D. Nilai/etik
5. Dalam kolaborasi interdisiplin anggota harus bekerja efektif dan efisien. Apakah domain kolaborasi interdisiplin yang dimaksud dalam pernyataan tersebut?
- A. Komunikasi interdisiplin
 - B. *Interdisciplinary Team work*
 - C. Peran/tanggungjawab
 - D. Nilai/etik

Kunci Jawaban

1. B 2. A 3. C 4. C 5. B

H. Profil Penulis



Yustina Kristianingsih, M.Kep., Ners, pengajar di STIKES Katolik St Vincentius A Paulo Surabaya yang merupakan alumni dari Program Studi Ilmu Keperawatan dan Profesi Ners Universitas Brawijaya Malang dan Magister Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya. Saat ini masih aktif mengajar di Program Studi Ilmu Keperawatan STIKES Katolik St Vincentius A Paulo Surabaya.

BAB 8

PROSES KEPERAWATAN JIWA

Nana Andriana

Capaian Pembelajaran

Setelah mempelajari buku ini, pembaca diharapkan mampu:

1. Mampu memahami tentang proses keperawatan jiwa
2. Mampu memahami assessment keperawatan jiwa
3. Mampu mendiagnosis keperawatan jiwa
4. Mampu menentukan luaran keperawatan jiwa
5. Mampu menentukan intervensi keperawatan jiwa
6. Mampu membuat analisa proses interaksi

Undang-undang No.23 tahun 1992 pasal (4) menjelaskan terkait kesehatan, yang artinya manusia memiliki hak sama untuk memperoleh status kesehatan dan derajat kesehatan baik. World Health Organization (WHO) menjelaskan tentang konsep sehat yang artinya situasi untuk mencapai derajat kesejahteraan yang meliputi fisiologi, psikologi dan sosial baik masalah penyakit maupun kecacatan. Aspek selalu berfokus pada kinerja dalam melakukan penyusunan aspek proses keperawatan. Proses keperawatan ialah indicator yang dapat diukur pada saat melakukan dokumentasi keperawatan (Xiao, S., Widger, K & Tourangeau, 2017).

A. Proses Keperawatan

Mitra adalah hubungan antara perawat dan klien, mitra harus bisa menjalin *trust* (kepercayaan) sehingga pasien dapat memaksimalkan power, integritas, promosi respon adaptif

terhadap stressor. Perawat menggunakan proses keperawatan untuk melakukan pengkajian lebih mendalam pada pasien, keluarga/kelompok pada aspek sehat- sakit. Kebutuhan pasien berfokus pada aspek pencegahan seperti pencegahan primer, sekunder, tersier.

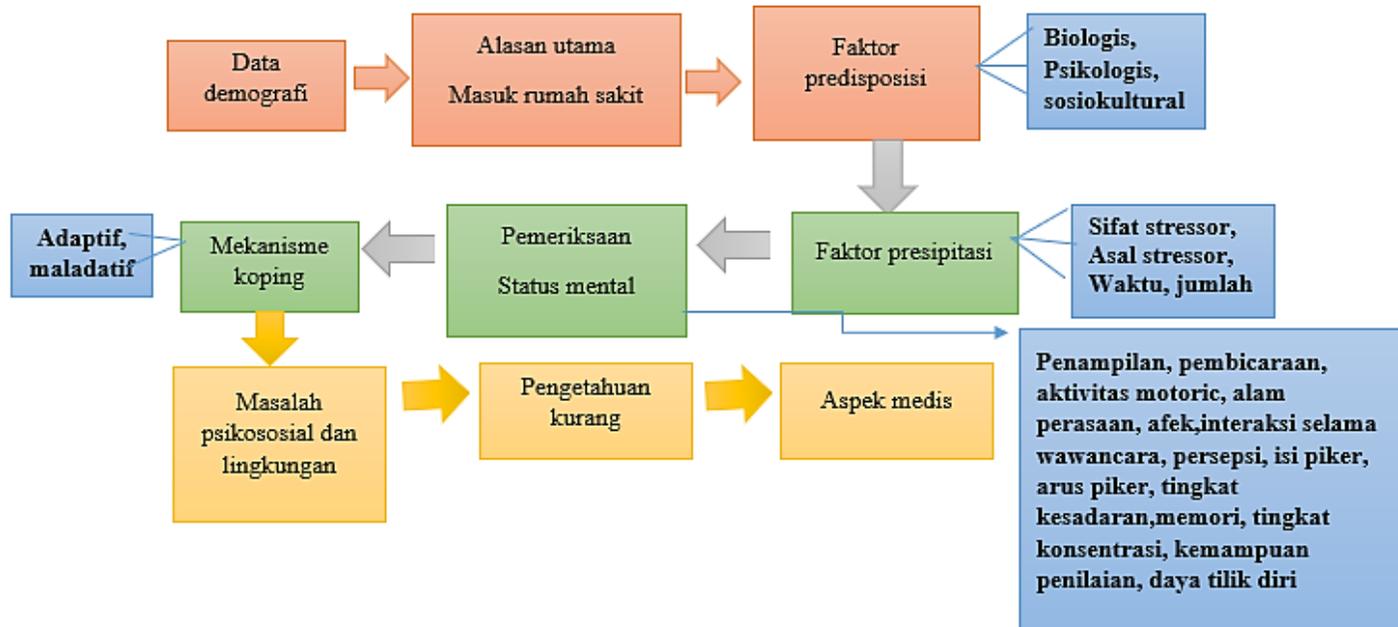
Proses keperawatan merupakan gambaran hubungan mitra, dimulai dari identitas dan peranan profesional ners, pengembangan pengetahuan. Perawat berantusias melakukan pelayanan *telenursing* sehingga akan berdampak positif untuk komunikasi efektif antara perawat- klien (Padila, 2014). Proses interaktif merupakan strategi pemecahan masalah dengan sistematis yang berguna untuk mencapai hasil aspek secara optimal. Proses keperawatan juga berlandaskan pada cara menghormati otonomi dan kebebasan individu untuk membuat keputusan pada saat penyusunan aspek (Stuart, 2013).

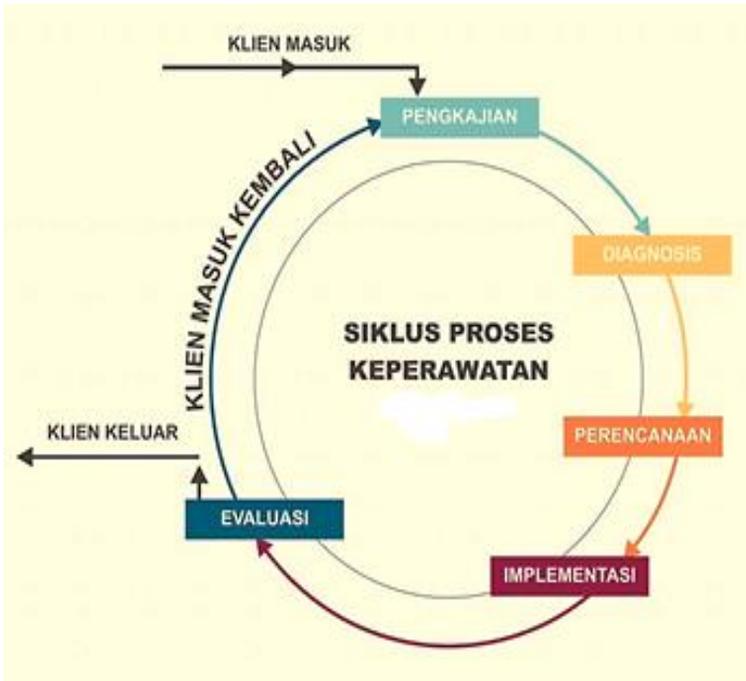
Proses pelaksanaan keperawatan jiwa memiliki sifat keunikan, dimana pasien sering kali memperlihatkan *symptom* yang berbeda walaupun memiliki kemiripan dalam kejadian yang telah dialami. Permasalahan klien tidak dapat dilihat secara kasat mata untuk melihat etiologi yang bervariasi. Perawat jiwa dituntut memiliki ketelitian waktu menyusun aspek. Proses keperawatan jiwa dinilai sebagai *assassment* (analisis data, pembuatan pohon masalah), perumusan diagnosis, pembuatan kriteria hasil, perencanaan, intervensi, dan evaluasi (Fortinash, 1995).

B. Pengkajian Keperawatan Jiwa

Assassment merupakan periode awal dalam menyusun aspek seperti analisa data, pengupulan, rumusan masalah pasien. Data yang dikumpulkan ialah *holistic* seperti *biopsikososial* Perhatikan gambar dibawah ini

ASSESSMENT KEPERAWATAN JIWA





Gambar 8. 1. Proses Keperawatan

C. Diagnosis Keperawatan Jiwa

Sebelum perawat menulis diagnosis, maka melakukan assessment untuk merumuskan diagnosa. Data yang didapatkan pada saat melakukan pengkajian dikelompokkan menjadi 2 yaitu data objektif dan subjektif. Objektif merupakan proses analisa melalui observasi/pemeriksaan secara langsung oleh perawat. Sedangkan subjektif ialah data disampaikan secara lisan oleh pasien, keluarga pada saat wawancara. Jenis data yang diperoleh akan dikelompokkan menjadi data primer yaitu data yang didapatkan langsung dari perawat sedangkan data sekunder yakni data yang didapatkan dengan cara melakukan pengkajian ke pasien. Setelah data kumpul dan didokumentasikan dalam formulir pengkajian langkah seharusnya mampu menganalisis dan menetapkan kesimpulan terhadap masalah yang dialami pasien. Perhatikan simpulan dibawah ini:

1. Tidak terjadi *problem* namun ada kebutuhan
 - a. klien membutuhkan perawatan kesehatan caranya dengan melakukan follow up berkala jika tidak ada masalah, pasien memiliki pengetahuan untuk antisipasi masalah
 - b. pasien membutuhkan upaya menjaga kesehatan sebagai cara prevensi dan promosi kesehatan sebagai program pencegahan terhadap *problem*
2. Ada masalah dengan kemungkinan
 - a. Risiko terjadinya masalah, karena sudah ada faktor yang mungkin dapat menimbulkan masalah
 - b. bersifat aktif ditandainya data pendukung.

Hasil dari simpulan ialah melakukan perumusan masalah. Diagnosis keperawatan ialah penilaian klinis tentang respons actual, potensial dari individu, keluarga, atau masyarakat terhadap masalah kesehatan/proses kehidupan. Rumusan diagnose terdiri dari Permasalahan (P) berhubungan dengan Etiologi (E) dan keduanya ada hubungan sebab akibat secara ilmiah (Muryani, P, E., 2019). Diagnosis rumusan keperawatan menggunakan *typology single diagnosis*, maka rumusan diagnosis menggunakan etiologi (Keliat, 2005).

D. Intervensi Keperawatan Jiwa

Intervensi dan implementasi keperawatan berfokus pada hasil perencanaan yang telah dilakukan oleh seorang perawat, baik dilakukan dalam proses pencatatan/dokumentasi, respon klien terhadap perawat. Hal ini dilakukan sebagai standar penegakan diagnosa. Sebuah diagnosa dikatakan baik jika telah membuat dan melihat isi dari hasil pengkajian yang ditelaah dilakukan, mengidentifikasi penyebab, dan klien mampu memberikan informasi detail terkait penjelasan masalah yang telah dihadapi. Sehingga secara tidak langsung pengkajian perawat lebih komprehensif dan spesifik berorientasi pada masalah dan diagnosis (Cohen michael, 2007).

E. Analisa Proses Interaksi

API juga disebut sebagai analisa interaksi yang dipakai sebagai alat/instrument dalam melakukan pengkajian kepada klien. API juga biasanya digunakan sebagai alat evaluasi pelaksanaan implementasi keperawatan yang telah direncanakan penulisan laporan pendahuluan strategi pelaksanaan (LPSP). isi LPSP meliputi perencanaan pertanyaan untuk melakukan pengkajian dan intervensi. Analisa proses interaksi ditulis pada tahapan evaluasi yang digunakan untuk meningkatkan *softskill* terapeutik (Carpenito, 1998).

Tujuan menulis analisa API:

1. Terjadi peningkatan ketrampilan komunikasi
2. Menumbuhkan kepekaan perawat
3. Menciptakan perkembangan dan perubahan kedekatan antara mitra (pasien- nurse)
4. Melakukan pembelajaran umum API sebagai alat pengkajian kemampuan dalam berinteraksi dengan pasien dan *clinical intrastructure (CI)* atau supervise untuk melakukan pengarahan
5. Melakukan penerapan proses keperawatan. (Koerniawan, Daeli, & Srimiyati, 2020).

Beberapa komponen yang harus ditulis meliputi:

1. Komunikasi verbal dan nonverbal
2. Analisa berpusat pada perawat merupakan identifikasi perasaan serta kemungkinan komunikasi
3. Analisa berpusat pada pasien artinya identifikasi persepsi perawat terhadap emosi dan komunikasi
4. Bersikap rasional, memahami arti komunikasi
5. Evaluasi efektifitas komunikasi yang telah dilakukan merupakan kesan dari perawat

RTL merupakan rencana tindakan keperawatan mendatang (Stuart, G.W, Laraia, 2005).

F. Rangkuman

Untuk membuat asuhan keperawatan jiwa maka kita harus memperhatikan bagaimana proses askep pasien jiwa yang bisa kita lihat dengan membuat kerangka acuan pengkajian, intervensi, implementasi dan evaluasi dari masalah keperawatan yang muncul. Setelah itu baru kita melakukan analisa API. Membuat diagnose keperawatan jiwa harus memperhatikan kaidah dari pohon masalah yang etrdiri dari 3 yaitu *causa, core problem, dan effect*. Pohon masalah ialah rangkai urutan peristiwa untuk menggambarkan kronologis masalah pasien sehingga mencerminkan psikodimika terjadinya gangguan jiwa. Akibat merupakan efek salah satu dari beberapa masalah utama (Koerniawan *et al.*, 2020).

G. Daftar Pustaka

- Carpenito, L. (1998). *Buku saku diagnosis keperawatan* (8th ed.). Jakarta: EGC.
- Cohen michael. (2007). Stuart, Gail. *Educational and Psychological Measurement*, 71(3), 1-3.
<https://doi.org/10.1177/001316446902900124>
- Keliat, B. (2005). *Proses keperawatan kesehatan jiwa* (2nd ed.). Jakarta: EGC.
- Koerniawan, D., Daeli, N. E., & Srimiyati, S. (2020). Aplikasi Standar Proses Keperawatan: Diagnosis, Outcome, dan Intervensi pada Asuhan Keperawatan. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 3(2), 739-751.
<https://doi.org/10.31539/jks.v3i2.1198>
- Muryani, P, E., S. H. (2019). kualitas pendokumentasian keperawatan di ruangan rawat inap: studi di RSUD Kalimantan tengah. *Nerspedia*, 2(1), 27-32.
- Padila. (2014). *Buku ajar Keperawatan Maternitas*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Setyaningrum, E, Nurjanah, R. (2019). effect NANDA-1 and nursing intervensi (NIC), and NOC documentation

system training on quality of nursing care documentation in The Perinatal ward of yogyakarta regional public hospital. *Belitung Nursing Journal*, 5(2), 180–191. <https://doi.org//doi.org/10.33546/bnj.770>

Stuart, G.W, Laraia, M. . (2005). *Principle and practise of Psychiatric Nursing, 8th edision* (8th ed.). Elseiver Mosby Inc.

Xiao, S., Widger, K & Tourangeau, A. (2017). Nursing process health care indicators: A Scoping review of development methods. *Journal Of Nursing Care Quality*, 32(1), 388–391. <https://doi.org//doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000207>

H. Latihan Soal

1. Sebutkan bagaimana cara membuat pohon masalah ?
 - A. Penyebab, masalah utama, akibat
 - B. Sebab akibat, masalah keperawatan
 - C. Masalah keperawatan, penyebab, faktor predisposisi
 - D. Faktor stressor, faktor pencetus
2. Suatu alat kerja yang dipakai oleh perawat untuk memahami interaksi yang terjadi antara perawat dengan pasien, merupakan pengertian dari ?
 - A. Konsep keperawatan jiwa
 - B. Konsep proses keperawatan
 - C. API
 - D. Diagnosis keperawatan
3. Gambaran dari hubungan antara pasien dan perawat, identitas dan peran profesionalitas perawat, dan pengembangan pengetahuan perawat. Antusiasme perawat dalam menerima tantangan baru dalam memberikan pelayanan telenursing sangat tinggi, hal tersebut dapat berdampak pada kemampuan meningkatkan komunikasi yang efektif antara perawat dan pasien
 - A. Arti dari proses keperawatan
 - B. Diagnosis keperawatan
 - C. Konsep jiwa
 - D. Luaran keperawatan

4. Makna dari istilah ini adalah *nursing-sensitive patient outcomes* adalah ?
 - A. Luaran pasien tidak dapat diukur berdasarkan tercapainya
 - B. Luaran yang menjadi tanggung jawab perawat untuk dapat mencapainya.
 - C. Tujuan keperawatan tidak dapat teratasi
 - D. Diagnosis keperawatan tercapai
5. Untuk melakukan penegakan diagnose kita membutuhkan 2 data, data apa yang dimangsutkan dalam proses keperawatan ?
 - A. Data langsung dan tidak langsung
 - B. Data verbal dan non verbal
 - C. Data instriksik
 - D. Data objektif dan subyektif

Kunci Jawaban

1. A 2. C 3. A 4. B 5. D

I. Profil Penulis



Nana Andriana, lahir di Semarang pada tanggal 19 Februari 1994, menyelesaikan pendidikan Terakhir Magister Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro th 2022. Saat ini penulis aktif sebagai dosen pengajar di STIKes Pertamina (Pertamina Bina Medika) pada Program Studi S1 Keperawatannya, serta aktif pada organisasi PPNI dan ikatan perawat maternitas (IPEMI) Jawa Tengah. Menjadi seseorang penulis adalah pilihan saya, dan melakukan riset merupakan kebutuhan bagi saya, terus belajar, **“berjalanlah terus seperti engkau mengejar matahari”** perluas *networking* untuk menambah *knowledge*.

BAB 9

SOSIOKULTURAL DALAM KONTEKS ASUHAN KEPERAWATAN JIWA

Agus Miraj Darajat

Capaian Pembelajaran

1. Mengetahui pengertian konteks sosialkultural asuhan keperawatan jiwa
2. Memahami faktor resiko sosiokultural asuhan keperawatan jiwa

Teori belajar sosiokultur berangkat dari kesadaran tentang betapa pentingnya sebuah pendidikan yang melihat proses kebudayaan dan pendidikan yang tidak bisa dipisahkan. Pendidikan dan kebudayaan memiliki keterkaitan yang sangat erat, di mana pendidikan dan kebudayaan berbicara pada tatanan yang sama, yaitu nilai-nilai. Tylor dalam (Tilaar, 2002) telah menjalin tiga pengertian manusia, masyarakat dan budaya sebagai tiga dimensi dari hal yang bersamaan.

Pada saat ini masalah kesehatan jiwa menjadi masalah yang paling mengancam di dunia. Setiap tahun korban akibat gangguan jiwa selalu meningkat. Hal ini disebabkan oleh beban hidup yang semakin lama semakin berat. Gangguan jiwa ini tidak hanya terjadi pada kalangan bawah tetapi juga kalangan pejabat dan kalangan menengah ke atas.

Pada saat ini penyakit gangguan jiwa tidak hanya dialami oleh orang dewasa dan lansia tetapi juga oleh anak-anak dan remaja. Seseorang yang terkena gangguan jiwa akan melakukan hal yang seharusnya tidak dilakukan seperti menggunakan obat-obatan terlarang dan melakukan bunuh diri. Kasus bunuh diri

sudah menjadi masalah besar di beberapa Negara di dunia seperti Amerika Serikat, Jepang, Korea, Inggris dan lain-lainnya.

Selain faktor di atas penyebab seseorang mengalami gangguan jiwa juga disebabkan oleh perkembangan otak ketika masih janin yang menyebabkan penyakit skizofrenia. Oleh karena itu saat ini seluruh Negara di dunia berusaha meningkatkan kesehatan jiwa warga negaranya. Begitu juga dengan Indonesia yang berusaha meningkatkan pelayanan pada pasiennya dengan meningkatkan pengetahuan tentang kesehatan jiwa yang mengacu pada sosiokultural dalam konteks asuhan keperawatan jiwa.

M Ainul Yakin (2005) berpendapat bahwa “budaya adalah sesuatu yang general dan spesifik sekaligus”. General dalam hal ini berarti setiap manusia di dunia ini mempunyai budaya, sedangkan spesifik berarti setiap budaya pada kelompok masyarakat adalah bervariasi antara satu dan lainnya. Sedangkan Tylor dalam (Tilaar, 2002) berpendapat bahwa “Budaya atau peradaban adalah suatu keseluruhan yang kompleks dari pengetahuan, kepercayaan, seni, moral, hukum, adat istiadat, serta kemampuan kemampuan dan kebiasaan lainnya yang diperoleh manusia sebagai anggota masyarakat”.

Trend dan issue keperawatan jiwa yang terdapat dalam masyarakat sangat kompleks. Trend dalam keperawatan jiwa yang ada dalam masyarakat sangat banyak begitupun juga issue keperawatan jiwa yang ada dalam masyarakat secara global. Sehingga diharapkan melalui penerapan sosiokultural dalam konteks asuhan keperawatan jiwa dapat mempengaruhi atau mempertinggi kemampuan perawat untuk membina kerjasama terapeutik, mengidentifikasi masalah pasien, dan menyusun rencana tindakan keperawatan jiwa yang tepat, akurat, dan relevan secara budaya.

A. Pengertian

Teori Sosiokultural Ada 2 tokoh yang mendasari terbentuknya teori belajar sosio-kultural:

1. Piaget Piaget

Piaget Piaget berpendapat bahwa belajar ditentukan karena adanya karsa individu artinya pengetahuan berasal dari individu. Siswa berinteraksi dengan lingkungan sosial yaitu teman sebayanya dibanding orang-orang yang lebih dewasa. Penentu utama terjadinya belajar adalah individu yang bersangkutan (siswa) sedangkan lingkungan sosial menjadi faktor sekunder. Keaktifan siswa menjadi penentu utama dan jaminan kesuksesan belajar, sedangkan penataan kondisi hanya sekedar memudahkan belajar. Perkembangan kognitif merupakan proses genetik yang diikuti adaptasi biologis dengan lingkungan sehingga terjadi ekuilibrisasi. Untuk mencapai ekuilibrisasi dibutuhkan proses adaptasi (asimilasi dan akomodasi). Pendekatan kognitif dalam belajar dan pembelajaran yang ditokohi oleh Piaget yang kemudian berkembang dalam aliran konstruktivistik juga masih dirasakan kelemahannya. (Paul Suparno, 2001) Teori ini bila dicermati ada beberapa aspek yang dipandang dapat menimbulkan implikasi kotraproduktif dalam kegiatan pembelajaran, karena lebih mencerminkan idiologi individualisme dan gaya belajar sokratik yang lazim dikaitkan dengan budaya barat. pendekatan ini kurang sesuai dengan tuntutan revolusi-sosiokultural yang berkembang akhir-akhir ini.

2. Vygotsky

Jalan pikiran seseorang dapat dimengerti dengan cara menelusuri asal usul tindakan sadarnya dari interaksi sosial (aktivitas dan bahasa yang digunakan) yang dilatari sejarah hidupnya. Peningkatan fungsi-fungsi mental bukan berasal dari individu itu sendiri melainkan berasal dari kehidupan sosial atau kelompoknya. Kondisi sosial sebagai tempat penyebaran dan pertukaran pengetahuan, keterampilan dan nilai-nilai sosial budaya. Anak-anak memperoleh berbagai

pengetahuan dan keterampilan melalui interaksi sehari-hari baik lingkungan sekolah maupun keluarganya secara aktif. Perolehan pengetahuan dan perkembangan kognitif sesuai dengan teori sosiogenesis yaitu kesadaran berinteraksi dengan lingkungan dimensi sosial yang bersifat primer dan dimensi individual bersifat derivatif atau turunan dan sekunder, sehingga teori belajar Vygotsky disebut dengan pendekatan Co-Konstruktivisme artinya perkembangan kognitif seseorang disamping ditentukan oleh individu sendiri secara aktif, juga ditentukan oleh lingkungan sosial yang aktif pula. Menurut Vygotsky perkembangan kognisi seorang anak dapat terjadi melalui kolaborasi antar anggota dari satu generasi keluarga dengan yang lainnya. Perkembangan anak terjadi dalam budaya dan terus berkembang sepanjang hidupnya dengan berkolaborasi dengan yang lain (Hendriati Agustiani, 2009). Dari perspektif ini para penganut aliran sosiokultural berpendapat bahwa sangatlah tidak mungkin menilai seseorang tanpa mempertimbangkan orang-orang penting di lingkungannya. Banyak ahli psikologi perkembangan yang sependapat dengan konsep yang diajukan Vygotsky. Teorinya yang menjelaskan tentang potret perkembangan manusia sebagai sesuatu yang tidak terpisahkan dari kegiatan-kegiatan sosial dan budaya. Ia menekankan bahwa proses-proses perkembangan mental seperti ingatan, perhatian, dan penalaran melibatkan pembelajaran dengan orang-orang yang ada di lingkungan sosialnya. Selain itu ia juga menekankan bagaimana anak-anak dibantu berkembang dengan bimbingan dari orang-orang yang sudah terampil di dalam bidang-bidang tersebut. Teori belajar sosiokultur atau yang juga dikenal sebagai teori belajar konstruktivistik merupakan teori belajar yang titik tekan utamanya adalah pada bagaimana seseorang belajar dengan bantuan orang lain dalam suatu zona keterbatasan dirinya yaitu Zona Proximal Development (ZPD) atau Zona Perkembangan Proximal dan mediasi. Di mana anak dalam perkembangannya membutuhkan orang lain untuk

memahami sesuatu dan memecahkan masalah yang dihadapinya Teori yang juga disebut sebagai teori konstruksi sosial ini menekankan bahwa intelegensi manusia berasal dari masyarakat, lingkungan dan budayanya. Teori ini juga menegaskan bahwa perolehan kognitif individu terjadi pertama kali melalui interpersonal (interaksi dengan lingkungan sosial) intrapersonal (internalisasi yang terjadi dalam diri sendiri)(Hendriati Agustiani, 2009).

B. Sosiokultural dalam Konteks Asuhan Keperawatan Jiwa

Dalam setiap interaksi dengan pasien, perawat jiwa harus menyadari luasnya dunia kehidupan pasien. Perawat harus menyadari bahwa persepsi pasien tentang sehat dan sakit, perilaku mencari bantuan, dan kepatuhan pada pengobatan bergantung pada keyakinan, norma social, dan nilai budaya individu yang unik. Perawat yang peka secara budaya memahami pentingnya kekuatan social dan budaya bagi individu, mengenal keunikan aspek tersebut, mengharagai perbedaan 6 perawat-pasien, dan menggabungkan informasi sosiokultural ke dalam asuhan keperawatan jiwa.

C. Faktor Risiko Sosiokultural dalam Konteks Asuhan Keperawatan Jiwa

Faktor risiko sosiokultural pada gangguan jiwa meliputi:

1. Usia Pertanyaan yang berhubungan dengan faktor risiko sosiokultural:

- a. Apa tahap perkembangan pasien saat ini?
- b. Apa tugas perkembangan pasien?
- c. Apakah tugas tersebut sesuai dengan usia pasien?
- d. Apa sikap dan keyakinan pasien tentang kelompok usia tertentu?
- e. Stressor apa yang berkaitan dengan usia yang sedang dihadapi pasien?
- f. Apa pengaruh usia pasien terhadap kesehatan jiwa dan fisiknya?

2. Suku bangsa **Pertanyaan yang berhubungan dengan faktor risiko sosiokultural:**

- a. Apa latar belakang suku bangsa pasien?
- b. Apa identitas suku bangsa pasien?
- c. Apakah pasien terasing secara kultural, tradisional, bicultural, atau multicultural?
- d. Apa sikap, keyakinan, dan nilai pasien tentang kelompok suku bangsa tertentu?
- e. Stressor apa yang berhubungan dengan kesukuan yang dihadapi pasien?
- g. Apa pengaruh suku bangsa seseorang terhadap kesehatan jiwa dan fisiknya?

3. Gender

Pertanyaan yang berhubungan dengan faktor risiko sosiokultural:

- a. Apa jenis kelamin pasien?
- b. Apa identitas gender pasien?
- c. Bagaimana pasien mendefinisikan peran spesifik gender?
- d. Apa sikap dan keyakinan pasien tentang pria dan wanita serta maskulinitas dan feminitas?
- e. Stressor apa yang berhubungan dengan gender yang sedang dihadapi pasien?
- f. Apa pengaruh gender seseorang terhadap kesehatan jiwa dan fisiknya?

4. Pendidikan **Pertanyaan yang berhubungan dengan faktor risiko sosiokultural:**

- a. Apa tingkat pendidikan pasien?
- b. Bagaimana pengalaman pendidikan pasien?
- c. Apa sikap dan keyakinan pasien tentang pendidikan pada umumnya dan pendidikan pasien sendiri pada khususnya?
- d. Stressor apa yang berhubungan dengan pendidikan yang sedang dihadapi pasien?
- e. Apa pengaruh pendidikan pasien terhadap kesehatan jiwa dan fisiknya?

5. Penghasilan Pertanyaan yang berhubungan dengan faktor risiko sosiokultural:

- a. Berapa penghasilan pasien?
- b. Apa sumber penghasilan pasien?
- c. Bagaimana pasien menggambarkan tentang kelompok penghasilan tertentu?

6. Sistem keyakinan Pertanyaan yang berhubungan dengan faktor risiko sosiokultural:

- a. Apa keyakinan pasien tentang sehat dan sakit?
- b. Apa agama atau keyakinan spiritual pasien di masa lalu?
- d. Apa agama atau keyakinan spiritual pasien sekarang?
- e. Siapa yang biasanya memberikan perawatan kesehatan pada pasien?
- f. Stressor apa yang berhubungan dengan sistem keyakinan yang sedang dihadapi pasien?
- g. Apa pengaruh sistem keyakinan pasien terhadap kesehatan jiwa dan fisiknya?

Faktor predisposisi ini dapat secara bermakna meningkatkan potensi berkembangnya gangguan jiwa, mengurangi potensi penyembuhan, atau keduanya. Satu atau dua dari faktor ini sendiri tidak dapat menggambarkan secara adekuat konteks sosiokultural asuhan keperawatan jiwa. Walaupun demikian, secara bersama faktor-faktor tersebut memberikan gambaran sosiokultural pasien yang penting untuk praktik keperawatan jiwa yang bermutu.

D. Stressor Sosiokultural dalam Konteks Asuhan Keperawatan Jiwa

Kurangnya kesadaran tentang faktor risiko dan pengaruhnya terhadap individu, sejalan dengan kurangnya penghargaan terhadap perbedaan sosiokultural, dapat mengakibatkan asuhan keperawatan yang tidak adekuat. Stressor Definisi Keadaan yang merugikan Kekurangan sumber sosio ekonomi yang merupakan dasar untuk adaptasi biopsikososial Stereotipe Konsepsi depersonalisasi individu dalam suatu 9 kelompok Intoleransi Ketidaksediaan untuk

menerima perbedaan pendapat atau keyakinan orang lain atau latar belakang yang berbeda Stigma Sikap yang melekat pada lingkungan sosial individu sebagai sesuatu yang berbeda atau rendah. Prasangka Keyakinan yang tidak menyenangkan dan dipertimbangkan sebelumnya tentang individu atau kelompok dengan tidak memperhatikan pengetahuan, pikiran, atau alasan Diskriminasi Perlakuan yang berbeda pada individu atau kelompok yang tidak berdasarkan kebaikan yang sebenarnya Rasisme Keyakinan bahwa perbedaan yang terdapat antara ras menentukan pencapaian individu dan bahwa ras yang satu lebih tinggi.

E. Pengkajian Sosiokultural dalam Konteks Asuhan Keperawatan Jiwa

Pengkajian tentang faktor risiko sosiokultural dan stresor pasien sangat mempertinggi kemampuan perawat untuk membina kerjasama terapeutik, mengidentifikasi masalah pasien, dan menyusun rencana tindakan keperawatan jiwa yang tepat, akurat, dan relevan secara budaya. Juga terdapat kesadaran yang sedang tumbuh bahwa proses pengobatan psikoterapi dipengaruhi oleh konteks etnik dan kultural pasien maupun pemberi layanan kesehatan. Perawat dan pasien bersama-sama harus sepakat tentang sifat dari respons koping pasien, cara penyelesaian masalah-masalah, dan hasil pengobatan yang diharapkan. Data dapat dikelompokkan menjadi data objektif dan data subjektif. data objektif adalah data yang di dapatkan melalui observasi atau pemeriksaan secara langsung oleh perawat. data subjektif adalah data yang di sampaikan oleh pasien dan atau keluarga sebagai hasil wawancara perawat. Jenis data yang di peroleh dapat sebagai data primer bila di dapat langsung oleh perawat, sedangkan data sekunder data didapat dari hasil pengkajian perawat yang lain atau catatan tim kesehatan yang lain. Setelah data terkumpul dan di dokumentasikan dalam format pengkajian kesehatan jiwa, maka seorang perawat harus mampu melakukan analisis

data dan menetapkan suatu kesimpulan terhadap masalah yang dialami pasien.

F. Rangkuman

Ada 2 tokoh yang mendasari terbentuknya teori belajar sosio-kultural: Piaget dan Vygotsky. Teori sosiokultural atau kognitif sosial menekankan bagaimana seorang menyertakan kebudayaan ke dalam penalaran, interaksi sosial, dan pemahaman diri mereka. Sosiokultural dalam konteks asuhan keperawatan jiwa dalam setiap interaksi dengan pasien, perawat jiwa harus menyadari luasnya dunia kehidupan pasien. Perawat harus menyadari bahwa persepsi pasien tentang sehat dan sakit, perilaku mencari bantuan, dan kepatuhan pada pengobatan bergantung pada keyakinan, norma social, dan nilai budaya individu yang unik. Faktor risiko sosiokultural dalam konteks asuhan keperawatan jiwa: usia, suku bangsa, gender, pendidikan, penghasilan, dan sistem keyakinan. Stressor sosiokultural dalam konteks asuhan keperawatan jiwa keadaan yang merugikan, stereoetipe, intoleransi, stigma, prasangka, diskriminasi dan rasisme. Pengkajian tentang faktor risiko sosiokultural dan stresor pasien sangat mempertinggi kemampuan perawat untuk membina kerjasama terapeutik, mengidentifikasi masalah pasien, dan menyusun rencana tindakan keperawatan jiwa yang tepat, akurat, dan relevan secara budaya.

G. Daftar Pustaka

- Ah.Yusuf, Rizky Fitryasari PK, & Hanik Endang Nihayati. (2015). Buku Ajar Kesehatan Jiwa (Faqihani Ganiajri, Ed.; 1st ed.). Salemba Medika.
- Hendriati Agustiani. (2009). Psikologi perkembangan (Dadi Pakar, Ed.; 2nd ed.). Refika Aditama.
- M Ainul Yakim. (2005). Pendidikan multikultural (1st ed.). Pilar Media.

Paul Suparno. (2001). Teorii Perkembangan Kognitif Jean Piaget (1st ed.). Kanisius.

Tilaar. (2002). Membenahi Pendidikan Nasioanal (1st ed.). PT Rineka Cipta.

H. Latihan Soal

1. Apa pengertian dari teori sosiokultural?
 - A. Pengetahuan berasal dari individu.
 - B. Manusia berinteraksi dengan lingkungan sosial dan budaya
 - C. Budaya orang-orang yang lebih dewasa.
 - D. Penentu utama terjadinya Budaya adalah individu yang bersangkutan
2. Bagaimanakah sosiokultural dalam konteks asuhan keperawatan jiwa?
 - A. Dalam setiap interaksi dengan pasien sangat di perlukan.
 - B. Perawat jiwa harus menyadari luasnya dunia kehidupan pasien.
 - C. Perawat harus menyadari bahwa persepsi pasien tentang sehat dan sakit,
 - D. Perilaku mencari bantuan, dan kepatuhan pada pengobatan bergantung pada keyakinan, norma social, dan nilai budaya individu yang unik.
3. Apa sajakah faktor risiko sosiokultural dalam konteks asuhan keperawatan jiwa?
 - A. Apa tingkat pendidikan pasien
 - B. Bagaimana pengalaman pendidikan pasien
 - C. Apa sikap dan keyakinan pasien tentang pendidikan pada umumnya dan pendidikan pasien sendiri pada khususnya
 - D. Stressor apa yang berhubungan dengan pendidikan yang sedang dihadapi pasien?
4. Apa sajakah stresor sosiokultural dalam konteks asuhan keperawatan jiwa?
 - A. Kurangnya kesadaran tentang faktor risiko dan pengaruhnya terhadap individu, sejalan dengan

- B. Kurangnya penghargaan terhadap perbedaan sosiokultural, dapat mengakibatkan asuhan keperawatan yang tidak adekuat. Stressor Definisi Keadaan yang merugikan
 - C. Kekurangan sumber sosio ekonomi yang merupakan dasar untuk adaptasi biopsikososial Stereotipe Konsepsi depersonalisasi individu
 - D. Diskriminasi Perlakuan yang berbeda pada individu atau kelompok yang tidak berdasarkan kebaikan yang sebenarnya Rasisme Keyakinan bahwa perbedaan yang terdapat antara ras menentukan pencapaian individu dan bahwa ras yang satu lebih tinggi.
5. Bagaimana pengkajian sosiokultural dalam konteks asuhan keperawatan jiwa?
- A. Pengkajian tentang faktor risiko sosiokultural dan stresor pasien sangat mempertinggi kemampuan perawat untuk membina kerjasama terapeutik,
 - B. Mengidentifikasi masalah pasien, dan menyusun rencana tindakan keperawatan jiwa yang tepat, akurat, dan relevan secara budaya. Juga terdapat kesadaran yang sedang tumbuh bahwa proses pengobatan psikoterapi dipengaruhi oleh konteks etnik dan kultural pasien maupun pemberi layanan kesehatan.
 - C. Perawat dan pasien bersama-sama harus sepakat tentang sifat dari respons koping pasien, cara penyelesaian masalah-masalah, dan hasil pengobatan yang diharapkan.
 - D. Data dapat dikelompokkan menjadi data objektif dan data subjektif. data objektif adalah data yang di dapatkan melalui observasi atau

Kunci Jawaban

1. B 2. D 3. D 4. D 5. A

I. Profil Penulis



Agus Miraj Darajat, S.Pd., S.Kes., Ners., M.Kes. Penulis lahir di Kota Tasikmalaya 17-08-1975, adalah seorang karyawan Yayasan Adhi Guna Kencana YAGK sejak 1998, berawal karir menjadi Asdos/Asisten Dosen Mata kuliah Psikologi, dulu ABK / Akper Bhakti Kencana 1998-2005 (pindah) menjadi Karyawan SBK / Stikes Bhakti Kencana dari 2005-2018 dan sekarang berubah menjadi UBK/Universitas Bhakti Kencana 2019- sampai sekarang sebagai dosen tetap di Fakultas Keperawatan prodi D3 Keperawatan Memiliki gelar akademik S.Pd., S.Kep Ners., M.Kes. menyelesaikan Pendidikan S1 Keperawatan pada tahun 2005, Profesi Ners pada tahun 2011, dan S2 Fakultas Kedokteran Ilmu Kesehatan Masyarakat Peminatan Manajemen Pelayanan Kesehatan/MPK ditempuh di Universitas Padjadjaran (2015-2017) Penulis juga telah melaksanakan kegiatan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat, juga menulis jurnal di bidang kesehatan dan keperawatan.

BAB 10

LEGAL DAN ETIK DALAM KONTEKS ASUHAN KEPERAWATAN JIWA

Agus Sarwo Prayogi

Capaian Pembelajaran

1. Memahami tentang Aspek Legal dalam Upaya Kesehatan Jiwa
2. Memahami Hak-hak Klien dalam Asuhan Keperawatan Jiwa
3. Memahami Prinsip-prinsip Etik Asuhan Keperawatan Jiwa

A. Pendahuluan

Dewasa ini peraturan perundang-undangan memegang peranan yang penting dalam kehidupan masyarakat karena dengan peraturan perundang-undangan tersebut, diatur kebijakan pemerintah dirumuskan dan kehidupan masyarakat. Salah satu bidang kehidupan manusia yang juga dirumuskan dalam berbagai peraturan perundang-undangan adalah bidang kesehatan yang diatur dalam undang-undang No 17 tahun 2023 tentang Kesehatan.

Aspek legal etik keperawatan adalah aspek aturan keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai lingkup wewenang dan tanggung jawabnya pada berbagai tatanan pelayanan, termasuk hak dan kewajibannya yang diatur dalam undang-undang.

Asuhan keperawatan adalah suatu proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang langsung diberikan kepada pasien pada berbagai tatanan pelayanan kesehatan dalam upaya pemenuhan kebutuhan dasar manusia dengan menggunakan metodologi proses keperawatan, berpedoman

kepada standar keperawatan, dilandasi etik dan etika keperawatan, dalam lingkup wewenang dan tanggung jawab keperawatan.

Salah satunya adalah Asuhan Keperawatan Jiwa, dimana pasien dengan gangguan jiwa juga memiliki hak legal dalam pelayanan kesehatan/asuhan keperawatan. Gangguan jiwa merupakan perubahan sikap dan perilaku seseorang, dimana orang yang terkena gangguan jiwa biasanya tidak menyadari bahwa tingkah lakunya menyimpang, tidak dapat mengendalikan diri dan bilamana pengendalian diri yang kurang tersebut sangat mencolok maka seseorang dapat dikatakan mengalami gangguan jiwa.

Asuhan keperawatan jiwa ditujukan untuk meningkatkan kesejahteraan klien dan kemandirian klien serta membantu dalam menyelesaikan masalah yang dihadapinya baik fisik maupun psikologis, baik pada individu, keluarga maupun kelompok masyarakat (komunitas).

B. Aspek Legal dalam Kesehatan Jiwa

Legal adalah suatu yang dianggap sah oleh hukum dan undang-undang. Istilah ini biasanya digunakan untuk menggambarkan tindakan, keputusan, atau kebijakan yang sah dan tidak melanggar hukum. Berarti bahwa tindakan tersebut diizinkan, diatur, atau diakui oleh hukum dan tidak melanggar aturan yang ditetapkan (Sylvia Estefina, 2023)

Aspek legal keperawatan adalah aturan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai lingkup wewenang dan tanggung jawabnya pada berbagai tatanan pelayanan termasuk hak dan kewajibannya.

Aspek Legal untuk Kesehatan Jiwa diatur dalam:

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2022, Tentang Pedoman Pemeriksaan Kesehatan Jiwa Untuk Kepentingan Pekerjaan Atau Jabatan Tertentu. Meliputi unsur-unsur : Pemeriksaan Kesehatan Jiwa, Tim Pemeriksa, gangguan kepribadian, Potensi Psikopatologi, dilaksanakan

oleh Pemerintah Pusat maupun Pemerintah Daerah. Untuk menjamin kondisi jiwa/mental yang cakap untuk suatu pekerjaan tertentu atau jabatan tertentu diperlukan pemeriksaan/penilaian/pengukuran yang menyeluruh dari aspek-aspek kesehatan jiwa yaitu kecerdasan, kepribadian, potensi psikopatologi dan/atau potensi khusus lainnya (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2022 Tentang Pedoman Pemeriksaan Kesehatan Jiwa Untuk Kepentingan Pekerjaan Atau Jabatan Tertentu, 2022).

Kesuksesan dan keberhasilan pelayanan kesehatan/asuhan keperawatan jiwa saat ini ditunjang oleh tingkat profesionalisme para tenaga kesehatan (perawat). Hubungan pasien dan rumah sakit (perawat) adalah hubungan keperdataan, dimana apabila salah satu pihak merasa dirugikan karena adanya kelalaian maka yang menjadi korban dapat mengajukan tuntutan ganti rugi.

Dalam (Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan, 2023) Bagian Kesebelas diatur tentang kesehatan Jiwa dan Upaya Kesehatan Jiwa. Dalam Pasal 76 diatur tentang hak setiap orang yaitu ayat :

- (1) Setiap Orang berhak mendapatkan:
 - a. Akses Pelayanan Kesehatan jiwa yang aman, bermutu, dan terjangkau; dan
 - b. Informasi dan edukasi tentang Kesehatan jiwa.
- (2) Setiap Orang dilarang melakukan pemasangan, penelantaran, kekerasan, dan/atau menyuruh orang lain untuk melakukan pemasangan, penelantaran, dan/atau kekerasan terhadap orang yang berisiko atau orang dengan gangguan jiwa, atau tindakan lainnya yang melanggar hak asasi orang yang berisiko dan orang dengan gangguan jiwa.
- (3) Orang yang berisiko dan orang dengan gangguan jiwa mempunyai hak yang sama sebagai warga negara.

Dalam (Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Jiwa., 2014) Hak Orang Dengan Masalah Kejiwaan

Pasal 68 ODMK berhak:

1. Mendapatkan informasi yang tepat mengenai kesehatan jiwa;
2. Mendapatkan pelayanan kesehatan jiwa di fasilitas pelayanan kesehatan yang mudah dijangkau;
3. Mendapatkan pelayanan kesehatan jiwa sesuai dengan standar pelayanan kesehatan jiwa;
4. Mendapatkan informasi yang jujur dan lengkap tentang data kesehatan jiwanya termasuk tindakan yang telah maupun yang akan diterimanya dari tenaga kesehatan
5. Dengan kompetensi di bidang kesehatan jiwa;
6. Mendapatkan lingkungan yang kondusif bagi perkembangan jiwa; dan menggunakan sarana dan prasarana yang sesuai dengan pertumbuhan dan perkembangan jiwa.

Upaya kesehatan jiwa dilaksanakan berasaskan keadilan, perikemanusiaan, manfaat, transparansi, akuntabilitas, komprehensif, perlindungan, dan non diskriminasi. Asas perikemanusiaan dalam hal ini, bahwa penyelenggara upaya kesehatan jiwa kepada ODGJ dilaksanakan secara manusiawi dan lain sebagainya (Amalita *et al.*, 2019)

UU No.18 Tahun 2018 Tentang Kesehatan Jiwa, Pasal 70 : Hak Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ)
ODGJ berhak:

1. mendapatkan pelayanan Kesehatan Jiwa di fasilitas pelayanan kesehatan yang mudah dijangkau;
2. mendapatkan pelayanan Kesehatan Jiwa sesuai dengan standar pelayanan Kesehatan Jiwa;
3. mendapatkan jaminan atas ketersediaan obat psikofarmaka sesuai dengan kebutuhannya;
4. memberikan persetujuan atas tindakan medis yang dilakukan terhadapnya;
5. mendapatkan informasi yang jujur dan lengkap tentang data kesehatan jiwanya termasuk tindakan dan pengobatan yang telah maupun yang akan diterimanya dari tenaga kesehatan dengan kompetensi di bidang Kesehatan Jiwa;
6. mendapatkan perlindungan dari setiap bentuk penelantaran, kekerasan, eksploitasi, serta diskriminasi;

7. mendapatkan kebutuhan sosial sesuai dengan tingkat gangguan jiwa; dan
8. mengelola sendiri harta benda miliknya dan/atau yang diserahkan kepadanya.

Pemenuhan hak-hak pasien dengan baik dan pengetahuan tentang aspek legal dan etik (hukum) adanya hubungan dalam praktik pelayanan kesehatan dengan pemenuhan hak-hak pasien. Perawat perlu proaktif memahami dan melaksanakan aturan aspek legal dalam memberikan asuhan keperawatan.

C. Prinsip Etik dalam Asuhan Keperawatan Jiwa

Etik merupakan kumpulan asas atau nilai yang berkenaan dengan akhlak dan juga nilai mengenai benar dan salah yang dianut suatu golongan atau masyarakat. Etika adalah ilmu tentang apa yang baik dan apa yang buruk dan tentang hak dan kewajiban moral (akhlak).

Perawat harus mempunyai kemampuan yang baik untuk pasien maupun dirinya di dalam menghadapi masalah yang menyangkut etika. Seseorang harus berpikir secara rasional, bukan emosional dalam membuat keputusan etis. Keputusan tersebut membutuhkan keterampilan berpikir secara sadar yang diperlukan untuk menyelamatkan keputusan pasien dan memberikan asuhan. Perilaku etik akan dibentuk oleh nilai-nilai dari pasien, perawat dan interaksi sosial dalam lingkungan.

Penerapan prinsip etik penting untuk dilakukan agar tidak menimbulkan kerugian bagi pasien. Kerugian tersebut dapat menyebabkan injury atau bahaya fisik, bahaya emosional seperti perasaan ketidakpuasan, kecacatan bahkan kematian dan akhirnya tujuan pelayanan yang berupa patient safety tidak akan pernah terwujud. Selain itu, akan menyebabkan ketidakpuasan pasien yang akhirnya berdampak buruk pada citra perawat dan pendapatan rumah sakit, pasien merasa tidak puas dengan pelayanan yang diberikan maka tidak akan berobat kembali ke tempat tersebut karena merasa sudah tidak puas

dengan pelayanan yang diberikan (Ni Ketut Mendri & Agus Sarwo Prayogi, 2018).

Prinsip-prinsip etika keperawatan terdiri dari:

1. ***Autonomy (Otonomi)***

Prinsip otonomi didasarkan pada keyakinan bahwa individu mampu berpikir logis dan memutuskan. Orang dewasa dianggap kompeten dan memiliki kekuatan membuat keputusan sendiri, memilih dan memiliki berbagai keputusan atau pilihan yang dihargai. Prinsip otonomi ini adalah bentuk respek terhadap seseorang, juga dipandang sebagai persetujuan tidak memaksa dan bertindak secara rasional. Otonomi merupakan hak kemandirian dan kebebasan individu yang menuntut pembedaan diri. Praktik profesional merefleksikan otonomi saat perawat menghargai hak hak pasien dalam membuat keputusan tentang perawatan dirinya.

2. ***Beneficence (Berbuat Baik)***

Beneficence berarti hanya mengerjakan sesuatu yang baik. Kebaikan juga memerlukan pencegahan dari kesalahan atau kejahatan, penghapusan kesalahan atau kejahatan dan peningkatan kebaikan oleh diri dan orang lain. Kadang-kadang dalam situasi pelayanan kesehatan kebaikan menjadi konflik dengan otonomi.

3. ***Justice (Keadilan)***

Prinsip keadilan dibutuhkan untuk terapi yang sama dan adil terhadap orang lain yang menjunjung prinsip-prinsip moral, legal dan kemanusiaan. Nilai ini direfleksikan dalam praktik profesional ketika perawat bekerja untuk terapi yang benar sesuai hukum, standar praktik dan keyakinan yang benar untuk memperoleh kualitas pelayanan kesehatan.

4. ***Non Maleficence (tidak merugikan)***

Prinsip ini berarti segala tindakan yang dilakukan pada klien tidak menimbulkan bahaya /cedera secara fisik dan psikologis.

5. **Veracity (kejujuran)**

Prinsip *veracity* berarti penuh dengan kebenaran. Nilai ini diperlukan oleh pemberi layanan kesehatan untuk menyampaikan kebenaran pada setiap pasien dan untuk meyakinkan bahwa pasien sangat mengerti. Prinsip *veracity* berhubungan dengan kemampuan seseorang untuk mengatakan kebenaran.

6. **Fidelity (loyalty/ketaatan)**

Prinsip *fidelity* dibutuhkan individu untuk menghargai janji dan komitmennya terhadap orang lain. Perawat setia pada komitmennya dan menepati janji serta menyimpan rahasia pasien. Ketaatan, kesetiaan adalah kewajiban seseorang untuk mempertahankan komitmen yang dibuatnya.

Kesetiaan itu menggambarkan kepatuhan perawat terhadap kode etik yang menyatakan bahwa tanggung jawab dasar dari perawat adalah untuk meningkatkan kesehatan, mencegah penyakit, memulihkan kesehatan dan meminimalkan penderitaan.

7. **Confidentiality (kerahasiaan)**

Aturan dalam prinsip kerahasiaan ini adalah bahwa informasi tentang klien harus dijaga privasinya. Apa yang terdapat dalam dokumen catatan kesehatan klien hanya boleh dibaca dalam rangka pengobatan klien. Tak ada satu orangpun dapat memperoleh informasi tersebut kecuali jika diijinkan oleh klien dengan bukti persetujuannya. Diskusi tentang klien diluar area pelayanan, menyampaikannya pada teman atau keluarga tentang klien dengan tenaga kesehatan lain harus dicegah.

8. **Akuntabilitas (accountability)**

Prinsip ini berhubungan erat dengan *fidelity* yang berarti bahwa tanggung jawab pasti pada setiap tindakan dan dapat digunakan untuk menilai orang lain. Akuntabilitas merupakan standar pasti yang mana tindakan seorang profesional dapat dinilai dalam situasi yang tidak jelas atau tanpa terkecuali.

9. *Moral Right* (Jaya Saputra, 2014)

a. Advokasi

Advokasi adalah memberikan saran dalam upaya melindungi dan mendukung hak - hak pasien. Hal tersebut merupakan suatu kewajiban moral bagi perawat dalam mempraktikkan keperawatan profesional

b. *Responsibility* (tanggung jawab)

Eksekusi terhadap tugas - tugas yang berhubungan dengan peran tertentu dari perawat. Misalnya pada saat memberikan obat, perawat bertanggung jawab untuk mengkaji kebutuhan klien dengan memberikannya dengan aman dan benar.

c. Loyalitas

Suatu konsep yang melewati simpati, peduli, dan hubungan timbal balik terhadap pihak yang secara profesional berhubungan dengan perawat.

10. Nilai (*Value*)

Keyakinan (*beliefs*) mengenai arti dari suatu ide, sikap, objek, perilaku, dan lain-lain yang menjadi standar dan mempengaruhi perilaku seseorang. Nilai menggambarkan cita-cita dan harapan- harapan ideal dalam praktik keperawatan. Nilai adalah sesuatu yang berharga, keyakinan yang dipegang sedemikian rupa oleh seseorang.

Nilai yang sangat diperlukan bagi perawat adalah:

a. Kejujuran

b. Lemah Lembut

c. Ketepatan

d. Menghargai Orang lain

Penerapan prinsip etik penting untuk dilakukan agar tidak menimbulkan kerugian bagi pasien. Kerugian tersebut dapat menyebabkan injury atau bahaya fisik, bahaya emosional seperti perasaan ketidakpuasan, kecacatan bahkan kematian dan akhirnya tujuan pelayanan yang berupa patient safety tidak akan pernah terwujud. Selain itu, akan menyebabkan ketidakpuasan pasien yang akhirnya berdampak buruk pada citra perawat dan pendapatan rumah sakit, pasien merasa tidak

puas dengan pelayanan yang diberikan maka tidak akan berobat kembali ke tempat tersebut karena merasa sudah tidak puas dengan pelayanan yang diberikan (Ilkafah *et al.*, 2021).

Dampak lain yang muncul pada perawat adalah perawat dipandang tidak sopan dan buruknya image perawat oleh pasien, sehingga pasien kurang percaya dan meragukan keahlian perawat. Perawat yang mengetahui tentang prinsip etik dan menerapkannya dalam pelayanan keperawatan kepada pasien akan menimbulkan kepuasan kepada pasien, mempertahankan hubungan antar perawat, pasien dengan petugas kesehatan lainnya, sehingga klien merasa yakin terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan. Pasien merasa lebih aman dan merasa pelayanan kesehatan yang diberikan berkualitas.

D. Rangkuman

Dengan memahami legal dan prinsip etik dalam memberikan asuhan keperawatan, mendorong upaya profesi keperawatan menerima tanggung jawab agar dapat melaksanakan asuhan keperawatan secara etis professional. Agar dapat diterima dan dihargai oleh pasien dan masyarakat atau profesi lain maka perawat harus memanfaatkan nilai-nilai dalam menerapkan etika, nilai dan norma serta moral disertai komitmen yang kuat dalam mengemban peran profesionalnya.

E. Daftar Pustaka

- Amalita, A. R., Alawiya, N., & Utami, N. A. T. (2019). Perlindungan Hukum Terhadap Penderita Gangguan Jiwa Dalam Pelayanan Kesehatan Pada Struktur Peraturan Perundang-Undangan Indonesia. *ISSN 2502-3632 (Online) ISSN 2356-0304 (Paper) Jurnal Online Internasional & Nasional Vol. 7 No.1, Januari – Juni 2019 Universitas 17 Agustus 1945 Jakarta, 53(9), 1689–1699.* www.journal.uta45jakarta.ac.id
- Ilkafah, I., Tyas, A. P. M., & Haryanto, J. (2021). Factors related to implementation of nursing care ethical principles in

- indonesia. *Journal of Public Health Research*, 10(2), 309–312.
<https://doi.org/10.4081/jphr.2021.2211>
- Jaya Saputra. (2014). *Prinsip-Prinsip Etika Keperawatan*.
<https://jayasaputram.WordPress.com/2014/10/10/prinsip-prinsip-etika-keperawatan/>
- Ni Ketut Mendri & Agus Sarwo Prayogi. (2018). *Etika profesi & hukum keperawatan* (1st ed.). Pustaka Baru.
<https://opac.perpusnas.go.id/DetailOpac.aspx?id=1140312>
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2022 Tentang Pedoman Pemeriksaan Kesehatan Jiwa Untuk Kepentingan Pekerjaan Atau Jabatan Tertentu*. (2022). Permenkes No. 29 Tahun 2022 (bpk.go.id)
- Sylvia Estefina. (2023). *Legal Adalah Istilah Hukum, Kenali Perbedaan dan Contoh Perbuatannya*.
<https://www.liputan6.com/hot/read/5256596/>
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan*. (2023). UU No. 17 Tahun 2023 (bpk.go.id)
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Jiwa*. (2014).
<https://peraturan.bpk.go.id/Details/38646/uu-no-18-tahun-2014>

F. Latihan Soal

1. Seorang pasien perempuan usia 20 tahun dirawat di ruang rawat inap. Ners memberikan asuhan keperawatan dengan dilandasi moral berbuat baik, membantu orang lain (pasien) dalam melakukan tindakan yang menguntungkan dan mencegah timbulnya bahaya. Apakah prinsip moral etis yang dimaksud
 - A. *Non maleficence*
 - B. *Beneficence*
 - C. *Otonomy*
 - D. *Veracity*

2. Seorang Perawat memberikan asuhan keperawatan kepada pasien dengan menghargai martabat pasien sebagai manusia dan individu, sehingga pasien sebagai individu dapat memutuskan yang terbaik untuk dirinya. Apakah prinsip moral etik tersebut ?
 - A. *Non maleficence*
 - B. *Beneficence*
 - C. *Otonomy*
 - D. *Justice*
3. Seorang laki-laki usia 45 tahun rawat inap di rumah sakit dengan penyakit kronis. Perawat menerapkan prinsip etis dalam hal merawat serta bertanggung jawab untuk mengkaji kebutuhan klien dengan memberikannya dengan aman dan benar dengan penerapan Prinsip *veracity*. Apakah prinsip yang dimaksud ?
 - A. Kemampuan seseorang untuk mengatakan kebenaran
 - B. Suatu tindakan agar jangan sampai merugikan orang lain
 - C. Bertanggung jawab memberikannya dengan aman dan benar
 - D. Memberikan saran dalam upaya melindungi dan mendukung hak pasien
4. Seorang laki-laki umur 65 tahun dirawat di ruang rawat inap, perawatan yang diberikan dengan menerapkan prinsip, "menghargai pasien". Manakah prinsip yang dimaksud?
 - A. Menjelaskan tindakan yang akan dilakukan
 - B. Menjaga privasi pasien dalam pelayanan keperawatan
 - C. Tidak membedakan pasien baik ras, kebangsaan, agama
 - D. Mendahulukan kepentingan pasien daripada kepentingan sendiri
5. Dalam Undang-Undang No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan Bagian Kesebelas diatur tentang Kesehatan Jiwa dan Upaya Kesehatan Jiwa, dalam Pasal 76 ayat (1) diatur tentang setiap orang berhak mendapatkan ...
 - A. Gangguan jiwa mempunyai hak yang sama sebagai warga negara.

- B. Mendapatkan kebutuhan sosial sesuai dengan tingkat gangguan jiwa
- C. Memberikan persetujuan atas tindakan medis yang dilakukan terhadapnya
- D. Informasi dan edukasi tentang Kesehatan jiwa

Kunci Jawaban

1. B 2. C 3. A 4. C 5. D

G. Profil Penulis



Agus Sarwo Prayogi, lahir di Gianyar, 28 Juli 1970, Menempuh pendidikan SD & SMP di Bali, SPK di Yogyakarta, D-III Keperawatan di Surabaya, D-IV di FK UGM, Sarjana Keperawatan PSIK FK UGM, Profesi Ners FK UGM, S2 Hukum Kesehatan FH UGM, Riwayat pekerjaan dosen tetap Poltekkes

Kemendes Yogyakarta.

BAB 11

ASKEP SEHAT JIWA SEPANJANG RENTANG KEHIDUPAN: IBU HAMIL

Agustina

Capaian Pembelajaran

1. Mengetahui bentuk perubahan pada ibu hamil
2. Mengetahui predisposisi penyebab masalah kesehatan mental ibu hamil
3. Mengetahui dampak gangguan kesehatan mental ibu hamil pada ibu dan janin
4. Menerapkan asuhan keperawatan pada ibu hamil

A. Pendahuluan

1. Latar Belakang

Kehamilan, persalinan, masa nifas dan menyusui merupakan tahapan yang sangat penting dalam kehidupan seorang wanita. Pada tahapan tersebut, mereka akan mengalami, perubahan fisik, mental bahkan sosial. (Deklava *et al.*, 2015) Masalah psikologis merupakan gangguan pikiran perasaan dan perilaku, yang akan menimbulkan penderitaan dan gangguan dalam aktivitas sehari-hari, baik pribadi dan maupun social . Salah satu permasalahan psikososial yang sering dialami pada masa antenatal, intranatal, postnatal dan menyusui adalah: depresi, cemas, gangguan tidur, psikotik.

Sejumlah penelitian juga menemukan bahwa pasca persalinan wanita tidak jarang mengalami kecemasan, takut, bahkan depresi. Berbagai faktor yang dapat mempengaruhi masalah psikologis (stress) pada wanita hamil, ialah tingkat

pengetahuan wanita hamil tentang kehamilan dan persalinan, termasuk dukungan dari orang-orang sekitarnya. Laporan World Health Organization (WHO) tahun 2005 menjelaskan bahwa status kesehatan jiwa secara global memperlihatkan 25% penduduk dunia pernah mengalami gangguan emosional dan perilaku, namun hanya 40% yang terdiagnosis. Proporsi penduduk dunia yang mengalamigangguan emosional dan perilaku. sekitar 10% orang dewasa dan sekitar 20% lainnya teridentifikasi mengalami gangguan jiwa. Gangguan emosional yang sering terjadi adalah kecemasan, stres, atau bahkan depresi.

Depresi dan kecemasan adalah masalah kesejahteraan psikologis yang paling banyak ditemukan selama kehamilan. Hal ini mempengaruhi sejumlah besar wanita hamil. Terutama wanita dengan riwayat penyakit riwayat trauma psikologis dimasa lalu Masalah sosial seperti kemiskinan, kepadatan penduduk, dan kebersihan yang buruk juga dapat berdampak buruk pada kesehatan mental ibu. Sebuah fenomena yang disebut depresi pascapersalinan juga lazim dan dianggap penting.

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa anak yang lahir dari ibu yang menderita penyakit kesehatan mental seperti depresi akan mengalami bayi lahir premature atau berat badan lahir rendah gangguan pemusatan perhatian/hiperaktivitas, gangguan perilaku, dan termasuk dalam spektrum autisme.

2. Penyebab masalah psikososial pada masa kehamilan

Sejumlah faktor yang berperan dalam munculnya persoalan psikologis pada masa perinatal (Nuryati & Amir, 2020) diantaranya adalah:

- a. Faktor biologis (seperti anemia);
- b. Faktor demografis (misalnya, kemiskinan);
- c. Hubungan interpersonal (misalnya, kdrt, kehamilan yang tidakdiharapkan);
- d. Faktor kepribadian yang lemah (seperti, keyakinan diri dan penghargaan diri yang rendah).

- e. Selain itu juga terdapat faktor-faktor yang terkait dengan budaya, terutama pada masyarakat asia.
 - f. Konflik internal
3. Perubahan yang terjadi selama kehamilan

Sebagai respon terhadap sebuah kehamilan, seorang wanita hamil akan menunjukkan respon dalam bentuk adaptasi terhadap hadirnya kehidupan baru dalam tubuh seorang wanita, perubahan paling menonjol yang sering dapat dilihat pada masa kehamilan (Anderson, 2021) adalah

a. Perubahan Fisiologi

Kehamilan terjadi ketika sel telur yang telah dibuahi (ovum) berkembang menjadi janin di dalam rahim wanita. Jika dihitung dari hari pertama siklus haid terakhir yang teratur, kehamilan berlangsung kurang lebih 40 minggu.

Kehidupan seorang wanita berubah secara signifikan selama kehamilan, baik secara psikologis maupun fisik. Saat tubuh wanita beradaptasi dengan perkembangan janin yang sedang tumbuh, volume darah meningkat seiring dengan curah jantung dan detak jantung. Ketika konsumsi oksigen meningkat, laju pernapasan wanita tersebut dapat meningkat dan mungkin terjadi episode sesak napas. Estrogen dan progesteron meningkat. Rahim membesar, menggantikan organ dalam perut. Payudara menjadi lembut dan lebih besar. Ligamen panggul dilonggarkan untuk mempersiapkan persalinan dan kelahiran. Semua perubahan ini adalah normal, akan tetapi membutuhkan pemahaman bagi ibu yang mengalaminya sehingga tidak menimbulkan interpretasi yang dapat menyebabkan kecuatiran yang berlebihan pada ibu hamil tersebut.

b. Perubahan psikososial

Perubahan peran selama kehamilan seiring dengan bertambahnya usia kehamilan, ibu akan mengalami perubahan psikologis dan sosial dan pada saat ini pula wanita akan beradaptasi terhadap peran barunya melalui

melalui tahapan ini seorang wanita akan merasa bahagia, sukacita menyambut kehadiran calon bayi, namun juga akan diliputi rasa cemas dan khawatir terhadap kesehatan dan keselamatan janin serta bagaimana menghadapi proses persalinan akan berlangsung kedepan. Jika pada situsai ini wanita hamil berada dalam kondisi psikologis yang stabil dan mendapat informasi tentang kehamilan yang benar serta dukungan yang tepat dalam keluarga, maka wanita hamil akan melewati masa ini dengan baik. Keragu-raguan atau ketidak tahuan akan suatu hal dapat menimbulkan rasa kuatir , adanya tekanan dalam keluarga menimbulkan kecemasan yang berkepanjangan, maka keadaan tersebut jelas akan sangat berpengaruh terhadap pertumbuhan dan perkembangan janin dikemudian hari, atau bahkan mungkn dapat berpengaruh langsung terhadap kesehatan mental ibu hamil tersebut.

Sebuah penelitian yang dilakukan oleh (Deklava *et al.*, 2015) responden dari 150 responden ditemukan 72,1% ibu hamil menunjukkan sifat kecemasan sedang, 23,1% bentuk kecemasan sifat berat.

B. Jenis Gangguan Kesehatan Mental yang dapat Dialami Ibu Hamil

1. Cemas/Anxiety

Kecemasan diartikan sebagai suatu perasaan subjektif mengenai ketegangan yang menyebabkan kegelisahan sebagai efek dari ketidakmampuan seseorang mengatasi masalah atau tidak memiliki rasa aman.

Cemas (ansietas) merupakan sebuah emosi dan pengalaman subjektif yang dialami seseorang dan berkaitan dengan suasana hati yang tidak pasti dan tidak berdaya. Pikiran yang focus pada kehamilan, persalinan, kehilangan pekerjaan, dan emosi yang tidak stabil dan hubungan relasi internal yang tidak adekuat (Schetter, 2011). Kecemasan yang berkepanjangan dapat berdampak pada :

- a. Ibu : Hyperemesis, abortus, perdarahan ante dan intra partum, resiko infeksi, preeklampsia.
 - b. Janin : Lahir premature, BBLR, cacat
2. Stres

Stres ialah reaksi fisik terhadap permasalahan hidup yang dialaminya dan ketika fungsi organ tubuh terganggu.

Stres merupakan kondisi individu yang dipengaruhi oleh lingkungan. Kondisi stres diakibatkan oleh ketidakseimbangan antara tekanan dan kemampuan seseorang dalam menghadapi tekanan tersebut (Priya Soma Pillay, Catherine Nelson-Piercy, Heli Tolppanen, 2016).

Stres yang terjadi pada ibu hamil dapat mempengaruhi kesehatan ibu dan janin. Janin dapat mengalami keterhambatan perkembangan atau gangguan emosi saat lahir nanti jika stres pada ibu tidak tertangani dengan baik.

3. Depresi

Grasha dan Kirchenbaum, menyebutkan depresi merupakan ketidak berdayaan dan ketakutan dalam rentang waktu yang lama disertai dengan perasaan tidak bermakna sehingga depresi lebih mendominasi perasaan yang tidak aman dan intensitasnya cukup kuat sehingga berlangsung lama.

Depresi adalah gangguan kesehatan mental yang dapat mempengaruhi perasaan, cara berpikir, serta perilaku seseorang. Penyakit ini selalu melanda mereka, tetapi sering tidak disadari dan mereka menganggap kejadian ini merupakan hal yang lumrah.

C. Dampak Gangguan Kesehatan Mental Ibu Hamil

Arinda & Herdayati (2021) dalam penelitiannya terhadap wanita hamil selama masa pandemic Covid-19 mengemukakan : bahwa Wanita hamil cenderung mengalami peningkatan kecemasan yang dapat mengakibatkan pada gangguan psikologis diantaranya kecemasan, stress, insomnia, depresi ataupun post-traumatic stress disorder. ARTinya dibandingkan dengan orang yang tidak hamil, kelompok ibu hamil jauh lebih

berisiko mengalami Gangguan kesehatan psikologis selama kehamilan yang meningkatkan risiko pada janin berupa perkembangan janin yang buruk, kelahiran prematur, ataupun BBLR.

D. Asuhan Keperawatan

Penerapan asuhan keperawatan ibu dan janin penting untuk persalinan yang aman. Perubahan fisiologis dan psikologis harus dipantau terhadap potensi risiko yang mungkin terjadi, Sistem pendukung sangat diperlukan dalam memberikan informasi dan pendampingan terhadap kegelisahan ibu hamil dalam proses adaptasi kehamilannya.

Komponen penting dari perawatan prenatal adalah edukasi masa antenatal. Kehamilan merupakan sebuah peristiwa penting dalam tahap kehidupan yang membawa perubahan besar dalam hidup dan membutuhkan control terhadap pola makan, aktivitas, dan gaya hidup. Semakin banyak informasi yang diberikan kepada ibu, semakin besar potensi terhindar dari komplikasi akibat kehamilan mereka.

Tenaga kesehatan (dokter, perawat, bidan) merupakan sumber dukungan bagi ibu, bayi, dan keluarga terdekat pendukung lainnya yang terlibat. Sejak interaksi pada kunjungan pertama sampai saat persalinan bahkan pasca persalinan pun merupakan masa yang tepat untuk memberikan edukasi, dukungan dan pendampingan, sehingga misinterpretasi, dan komplikasi dapat terkendali, khususnya terhadap kesehatan mental ibu.

Penerapan asuhan keperawatan merupakan sebuah langkah ilmiah dengan mengidentifikasi diagnosis keperawatan selama kehamilan, rencana asuhan keperawatan membantu memprioritaskan pengkajian dan intervensi untuk tujuan perawatan jangka pendek dan jangka panjang.

Diagnosa keperawatan yang berpotensi ditemukan pada ibu hamil adalah Kecemasan, Kecemasan bisa terjadi kapan saja selama kehamilan, terutama pada trimester pertama. Hal ini dapat disebabkan oleh perubahan hormonal atau perasaan ragu

dan khawatir, karena kehamilan dapat menjadi masa perubahan yang tidak terduga (Priya Soma Pillay, Catherine Nelson-Piercy, Heli Tolppanen, 2016).

Diagnosa Keperawatan Utama pada Ibu Hamil

Kecemasan berhubungan dengan :

1. Konflik antar nilai
2. Stresor
3. Konflik antar pribadi
4. Kebutuhan yang belum terpenuhi
5. Situasi yang tidak biasa
6. Kurangnya sistem pendukung
7. Masalah ekonomi

Dapat dibuktikan dengan

1. Menangis
2. Mengekspresikan kecemasan tentang peristiwa dan perubahan kehidupan
3. Mengekspresikan kesusahan
4. Mengekspresikan ketidakamanan
5. Gugup
6. Ketidakberdayaan
7. Kontrol impuls yang buruk
8. Rentang perhatian berkurang

Hasil yang diharapkan

1. Pasien akan mengungkapkan secara verbal rasa damai dan kendali atas kehamilannya.
2. Pasien akan mengidentifikasi dan mendemonstrasikan teknik untuk membantu mengendalikan kecemasan.

Rencana Tindakan

1. Kaji tingkat kecemasan pasien dan reaksi terhadap kecemasan.

Reaksi terhadap kecemasan dalam bentuk takikardia, takipnea, dan ekspresi non-verbal seperti perubahan suasana hati, ketakutan, ketegangan, dan konsentrasi yang buruk.

2. Kaji pengetahuan dan kesiapan pasien untuk melahirkan.
Tingkat kecemasan seputar ketakutan akan melahirkan bisa sangat tinggi pada pasien hamil, terutama jika mereka kurang mendapat edukasi yang tepat dan dukungan.
3. Kaji sistem pendukung pasien.
Dukungan emosional melalui dukungan sosial dan pasangan sangat penting dalam menghilangkan kecemasan dan ketakutan melahirkan. Pasien hamil dengan sistem pendukung yang buruk seringkali mempunyai kecemasan yang tinggi.
4. Dorong pasien untuk mengungkapkan ketakutan dan perasaannya mengenai kehamilan dan persalinan.
Verbalisasi perasaan dan ketakutan mengenai kehamilan dan persalinan membantu menciptakan lingkungan yang mendukung, mengirimkan pesan kepedulian, dan secara signifikan mengurangi perasaan cemas pada pasien hamil.
5. Berikan informasi akurat mengenai perubahan akibat kehamilan dan bagaimana proses persalinan berlangsung.
Informasi yang jelas memperbaiki kesalahpahaman tentang apa yang diharapkan dengan menawarkan edukasi tentang topik tentang kehamilan dan permasalahannya.
6. Jelaskan semua prosedur dan tes dan dapatkan persetujuan.
Banyak tes dan pemeriksaan selama kehamilan bersifat invasif dan memerlukan hubungan saling percaya dan persetujuan. Jelaskan prosedur sebelum penerapan sehingga pasien merasa memegang kendali.
7. Dorong penggunaan teknik pernapasan dalam dan relaksasi.
Teknik pernapasan dalam dan relaksasi dapat membantu mengurangi kecemasan dan mencegah komplikasi seperti kontraksi rahim sebelum melahirkan.
8. Arahkan ke kelompok pendukung jika diperlukan.
Jika pasien tidak mempunyai sistem pendukung, berikan informasi mengenai kelompok dukungan kehamilan dan kelompok kelas parenting jika ada.

E. Rangkuman

1. Kehamilan merupakan suatu peristiwa penting dalam tahap kehidupan seorang perempuan.

Kehamilan terjadi ketika sel telur yang telah dibuahi (ovum) berkembang menjadi janin di dalam rahim wanita yang berlangsung dalam rentang waktu berkisar 38 - 42 minggu agar janin dapat tumbuh dan berkembang secara optimal

2. Kecemasan dan depresi merupakan kondisi yang mudah dialami pada masa adaptasi kehamilan, penyebab yang signifikan bagi masalah kesehatan mental ibu hamil tersebut adalah kurangnya pengetahuan yang memadai terhadap proses kehamilan, adanya konflik, penyakit kronis, tekanan ekonomi, kehilangan dan ketidak siapan mental menghadapi perubahan peran ibu.
3. Dampak gangguan kesehatan akibat kecemasan yang berkepanjangan pada ibu hamil tidak hanya dirasakan oleh ibu akan tetapi terutama janin. Tidak adekuatnya suplai nutrisi melalui placenta ibu akan berdampak terhadap terhambatnya pertumbuhan janin dalam Rahim seperti kelahiran premature dan BBLR
4. Diperlukan informasi yang benar dan akurat untuk dapat membantu ibu hamil memahami dengan baik serta mengambil sikap yang tepat agar kehamilannya dapat berlangsung dengan baik, terhadap ibu maupun janinnya.
5. Pendekatan asuhan keperawatan merupakan suatu upaya ilmiah yang sistematis dalam membantu ibu hamil memahami dengan baik tentang apa yang diperlukan seorang wanita hamil dan bagaimana seharusnya bersikap. Peran tenaga kesehatan dan dukungan keluarga perlu dioptimalkan, sehingga ibu hamil dapat melewati proses adaptasi dengan optimal.

F. Daftar Pustaka

- Anderson, E. L. (2021). Mental health in pregnancy (HSE NATIONAL PROGRAMME SPECIALIST PERINATAL). *Behavioral Emergencies for Healthcare Providers*, 357–370. https://doi.org/10.1007/978-3-030-52520-0_36
- Arinda, Y. D., & Herdayati, M. (2021). Masalah Kesehatan Mental pada Wanita Hamil Selama Pandemi COVID-19. *Jurnal Kesehatan Vokasional*, 6(1), 32. <https://doi.org/10.22146/jkesvo.62784>
- Deklava, L., Lubina, K., Circenis, K., Sudraba, V., & Millere, I. (2015). Causes of Anxiety during Pregnancy. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 205(May), 623–626. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.09.097>
- Nuryati, T., & Amir, Y. (2020). *Analisis Kesehatan Mental Ibu Hamil, Faktor Penyebab, Dan Kebutuhan Dukungan Sosial Di Wilayah Kerja Puskesmas Bojong Menteng, Kecamatan Rawalumbu, Kota Bekasi Tahun 2020*. 11–48. [http://repository.uhamka.ac.id/3936/1/Laporan Penelitian Kesehatan Mental Ibu Hamil.pdf](http://repository.uhamka.ac.id/3936/1/Laporan%20Penelitian%20Kesehatan%20Mental%20Ibu%20Hamil.pdf)
- Priya Soma Pillay, Catherine Nelson-Piercy, Heli Tolppanen, A. M. (2016). Physiological Changes In Pregnancy. *National Library Of Medicine*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27213856/>
- Schetter, C. D. (2011). Psychological science on pregnancy: Stress processes, biopsychosocial models, and emerging research issues. *Annual Review of Psychology*, 62(November 2010), 531–558. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.031809.130727>

G. Latihan Soal

1. Seorang perempuan hamil 24 minggu, G1P0A0, mengeluh mual dan muntah setiap pagi, pusing, nyeri kepala, susah tidur dan jantung sering berdebar-debar, akral dingin. Datang kedokter minta diberi obat penenang karena khawatir

berpengaruh terhadap janin, apakah nasehat yang tepat bagi ibu tersebut :

- A. Tingkatkan nutrisi adekuat
 - B. Anjurkan minum susu sebelum tidur
 - C. Kaji relasi interpersonal dalam keluarga
 - D. Berikan edukasi pentingnya periksa hamil
2. Seorang petugas kesehatan memarahi seorang ibu hamil yang baru datang periksa hamil pertama kali pada usia kehamilan 36 minggu dengan keluhan edema kedua tungkai, TD 134/90 mmhg, saat ini suami ibu tersebut sedang mengalami kelumpuhan dan tidak bisa mengantar. Apakah sikap petugas kesehatan yang tepat ?
- A. Tetap Tegas
 - B. Mendisplinkan ibu
 - C. Memerlihatkan contoh komplikasi yang berpotensi
 - D. Melayani dengan ramah dan mengkaji sistem pendukung keluarga
3. Seorang perempuan hamil 12 minggu setelah menunggu sekian lama (20 tahun) baru bisa hamil, datang ke bidan menanyakan apa yang harus dia perbuat berhubung terlalu banyak larangan dan nasehat keluarga untuk kehamilannya, takut menolak karena keluarga merupakan system pendukung apakah sudah tepat tindakan keluarga. Apakah tindakan yang tepat bagi ibu hamil ?
- A. Kaji pengetahuan dan kesiapan klien menghadapi keluarga
 - B. Kaji keluhan tentang kecemasan ibu hamil
 - C. Sarankan memilih dokter saja demi keselamatan anaknya
 - D. Dukung ibu hamil untuk mengambil keputusan yang tepat dan sesuai kebutuhan
4. Dampak gangguan kesehatan mental yang berkepanjangan masa kehamilan terhadap janin
- A. Perdarahan dibawah kulit
 - B. Kelahiran prematur
 - C. Kelainan genetik
 - D. Makrosomia

5. Kondisi individu yang dipengaruhi oleh lingkungan dan terjadi karena ketidakseimbangan antara tekanan yang dihadapi individu dan kemampuan untuk menghadapi tekanan tersebut disebut
- A. Stres
 - B. Cemas
 - C. Depresi
 - D. Skizofrenia

Kunci Jawaban

1. C 2. D 3. D 4. B 5. A

H. Profil Penulis



Ns. Agustina, S.Kep., M.Kes, lahir di kota Parepare, 25 Agustus 1962. Menyelesaikan pendidikan D3 Keperawatan di AKPER DEPKES KEGURUAN Tidung Makassar, dan bertugas dibagian keperawatan RS Fatima Parepare sambil menjadi tenaga pengajar di SPK Fatima Parepare, Tahun 2009 melanjutkan studi S1 Keperawatan sampai tahun 2002 dan Profesi Ners di di STIK Sint Carolus Jakarta. Penulis kemudian bekerja sebagai tenaga pengajar Pada AKPER Fatima Parepare sebagai dosen keperawatan Maternitas dan beberapa mata kuliah lainnya, Tahun 2004 Penulis Penulis diberi tugas menjadi Direktur AKPER Fatima selama 2 periode sampai tahun 2011 sambil melanjutkan melanjutkan pendidikan S2 Biomedik Fisiologi lulus tahun 2010, kemudian tahun setelah melepas jabatan tahun 2012. Kemudian tahun 2016 - 2019 menjadi kabag akademik dan kurikulum dan juga sebagai tenaga pengajar Biomedik dan keperawatan Maternitas di AKPER FATIMA Parepare

Tahun 2019- 2021 menjadi Ketua LPPM STIKES Fatima Parepare, dan tahun 2021 sampai saat ini menjadi kepala bagian kemahasiswaan di STIKES Fatima Parepare.

BAB 12

ASKEP SEHAT JIWA SEPANJANG RENTANG KEHIDUPAN : BAYI

Ade Sity Riyantina

Capaian Pembelajaran:

1. Mampu mengetahui dan memahami konsep sehat jiwa
2. Mampu mengetahui Kriteria Sehat Jiwa

A. Pengertian Sehat Jiwa

Kesehatan jiwa bagi manusia berarti terwujudnya keharmonisan fungsi jiwa dan sanggup menghadapi problem, merasa bahagia dan mampu diri. Orang yang sehat jiwa berarti mempunyai kemampuan menyesuaikan diri dengan diri sendiri, orang lain, masyarakat, dan lingkungan. Manusia terdiri dari bio, psiko, sosial, dan spiritual yang saling berinteraksi satu dengan yang lain dan saling mempengaruhi. Sehat (health) adalah konsep yang tidak mudah diartikan sekalipun dapat kita rasakan dan diamati keadaannya. Orang 'gemuk' dianggap sehat dan orang yang mempunyai keluhan dianggap tidak sehat. Faktor subjektifitas dan kultural mempengaruhi pemahaman dan pengertian orang terhadap konsep sehat.

World Health Organization (WHO) merumuskan sehat dalam arti kata yang luas, yaitu keadaan yang sempurna baik fisik, mental maupun social, tidak hanya terbebas dari penyakit atau kelemahan/cacat. Kesehatan fisik telah lama menjadi perhatian manusia, tetapi jangan dilupakan bahwa manusia adalah makhluk yang holistic, terdiri tidak hanya fisik tapi juga mental dan social yang tidak dapat dipisahkan. Hubungan

antara kesehatan fisik dengan mental dapat dibuktikan oleh Hall dan Goldberg tahun 1984 (Notosoedirjo, 2005), bahwa pasien yang sakit secara fisik menunjukkan adanya gangguan mental seperti depresi, kecemasan, sindroma otak organik, dan lain-lain. Terdapat tiga kemungkinan hubungan antara sakit secara fisik dan mental, pertama orang yang mengalami sakit mental karena sakit fisiknya. Karena kondisi fisik tidak sehat, sehingga tertekan dan menimbulkan gangguan mental. Kedua, sakit fisik yang diderita itu sebenarnya gejala dari adanya gangguan mental. Ketiga, antara gangguan mental dan fisik

B. Kriteria Sehat Jiwa

Ada berbagai pendapat tentang jiwa yang sehat, yaitu karena tidak sakit, tidak jatuh sakit akibat stressor, sesuai dengan kapasitasnya dan selaras dengan lingkungan, dan mampu tumbuh berkembang secara positif (Notosoedirjo dan Latipun, 2005).

1. Sehat jiwa karena tidak mengalami gangguan jiwa Kalangan klinisi klasik menekankan bahwa orang yang sehat jiwa adalah orang yang tahan terhadap sakit jiwa, dan terbebas dari gangguan jiwa. Orang yang mengalami neurosa atau psikosa dianggap tidak sehat jiwa. Vaillant, 1976 dalam Notosoedirjo, 2005 menyatakan bahwa sehat jiwa itu “ as the presence of successful adjustment or the absence of psychopatology (dysfunction in psychological, emotional, behavioral, and social spheres)”. Pengertian diatas bersifat dikotomis, bahwa orang itu dalam keadaan sehat jika tidak ada sedikitpun gangguan psikis, dan sakit jika ada gangguan. Dengan kata lain, sehat dan sakit itu bersifat nominal.
2. Sehat jiwa jika tidak sakit akibat adanya stressor Clausen memberi batasan yang berbeda dengan klinisi klasik. Orang yang sehat jiwa adalah orang yang dapat menahan diri untuk tidak jatuh akibat stressor. Meskipun mengalami tekanan, orang tetap sehat. Pengertian ini menekankan pada kemampuan individual merespon lingkungannya. Setiap orang mempunyai kerentanan (susceptibility) yang berbeda

terhadap stressor karena factor genetic, proses belajar, dan budaya. Selain itu terdapat perbedaan intensitas stressor yang diterima seseorang, sehingga sangat sulit menilai apakah dia tahan terhadap stressor atau tidak.

3. Sehat jiwa jika sejalan dengan kapasitasnya dan selaras dengan lingkungan Michael dan Kirk Patrick memandang bahwa individu yang sehat jiwa jika terbebas dari gejala psikiatris dan berfungsi optimal dalam lingkungan sosialnya. Seseorang yang sehat jiwanya jika sesuai dengan kapsitas diri sendiri, dan dapat hidup selaras dengan lingkungannya.
4. Sehat jiwa karena tumbuh dan berkembang secara positif Frank LK mengemukakan pengertian kesehatan jiwa lebih komprehensif. Orang yang sehat jiwa mampu tumbuh, berkembang dan matang dalam hidupnya, menerima tanggungjawab, menemukan penyesuaian dalam berpartisipasi memelihara aturan social dan tindakan dalam budayanya.

Seseorang yang sehat mental menurut WHO mempunyai ciri sebagai berikut:

1. Menyesuaikan diri secara konstruktif pada kenyataan
2. Memperoleh kepuasan dari usahanya
3. Merasa lebih puas memberi daripada menerima
4. Saling tolong menolong dan saling memuaskan
5. Menerima kekecewaan untuk pelajaran yang akan datang
6. Mengarahkan rasa bermusuhan pada penyelesaian yang kreatif dan konstruktif
7. Mempunyai kasih sayang.

C. Prinsip dalam Kesehatan Jiwa

Prinsip kesehatan jiwa dalam upaya memelihara dan meningkatkan kesehatan jiwa, serta mencegah terjadinya gangguan jiwa meliputi:

1. Prinsip yang didasarkan atas sifat manusia, seperti:
 - a. Kesehatan dan penyesuaian jiwa tidak terlepas dari kesehatan fisik dan integritas organisme.

- b. Untuk memelihara kesehatan jiwa dan penyesuaian yang baik, perilaku manusia harus sesuai dengan sifat manusia sebagai pribadi yang bermoral, intelektual, religius, emosional dan social.
- c. Kesehatan dan penyesuaian jiwa memerlukan integrasi dan pengendalian diri yang meliputi pemikiran, imajinasi, hasrat, emosi dan perilaku.
- d. Dalam pencapaian pemeliharaan kesehatan dan penyesuaian jiwa, diperlukan perluasan pengetahuan tentang diri sendiri.
- e. Kesehatan jiwa memerlukan konsep diri yang sehat yang meliputi penerimaan diri dan usaha yang realistis terhadap status atau harga dirinya sendiri.
- f. Pemahaman diri dan penerimaan diri harus ditingkatkan untuk mencapai kesehatan dan penyesuaian jiwa.
- g. Stabilitas jiwa dan penyesuaian yang baik memerlukan pengembangan terus menerus dalam diri seseorang mengenai kebijakan moral yang tinggi

D. Sehat Jiwa Sepanjang Rentang Kehidupan : Bayi

Anak dan remaja merupakan individu yang sedang dalam masa perkembangan, baik secara fisik maupun psikis atau mental. Anak-anak dan remaja merupakan generasi penerus masa depan, sehingga setiap masa pertumbuhannya meliputi kesehatan fisik, kognitif, mental, dan sosial yang harus lebih diperhatikan (Panni *et al.*, 2021).

Dari data survei global health exchange tahun 2017, sebanyak 27,3 orang di Indonesia mengalami gangguan jiwa, dengan jumlah tertinggi disebabkan oleh kecemasan (8,4 juta orang), depresi (6,6 juta orang), dan 2,1 orang mengalami gangguan perilaku (Kementerian Kesehatan RI, 2019)(D.F. Sari, 2019). Hasil riset kesehatan dasar tahun 2018 menunjukkan prevalensi gangguan jiwa yang ditandai dengan gejala depresi dan kecemasan pada usia 15 tahun mencapai sekitar 6,1% dari total penduduk Indonesia. Penyebabnya adalah tekanan

akademis, bullying, faktor keluarga, dan masalah ekonomi (Viora, 2018).

Pandemi Covid-19 juga berdampak pada tingginya angka kekerasan terhadap anak dan remaja karena perubahan hidup yang tiba-tiba, stres, dan kepanikan menyebabkan laporan kekerasan emosional terhadap anak dan remaja (Tinambunan *et al.*, 2021).

Penanganan gangguan jiwa menjadi tanggung jawab anak dan remaja, tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan, termasuk masyarakat. Kader kesehatan desa merupakan tenaga yang dipilih dari masyarakat secara sukarela dan bertugas membina masyarakat, dalam hal ini disebut penggerak atau promotor kesehatan desa (Kemenkes, 2011).

Kader kesehatan mempunyai pengaruh penting dalam upaya menggerakkan masyarakat untuk berpartisipasi dalam penyuluhan kelompok sehat, risiko, dan gangguan jiwa (I.R. Sari, 2018)(Jaftoran *et al.*, 2021)Salah satu tugas kader kesehatan jiwa adalah melaksanakan deteksi dini. Deteksi dini merupakan upaya preventif terhadap setiap indikasi kondisi psikis atau kondisi kejiwaan untuk mengatasi timbulnya gangguan pada proses tumbuh kembang anak dan remaja. “Modul Kesehatan Jiwa Anak dan Remaja” merupakan media edukasi berbasis literasi berupa buku yang didukung audiovisual yang diuji kelayakan isinya sehingga memudahkan kader kesehatan dalam mempelajari materi tentang kesehatan jiwa anak dan remaja.

E. Rangkuman

Kesehatan jiwa mencakup keharmonisan fungsi jiwa dan kemampuan menghadapi masalah, merasa bahagia, serta beradaptasi dengan lingkungan. Manusia holistic terdiri dari bio, psiko, sosial, dan spiritual. WHO mendefinisikan kesehatan sebagai keadaan sempurna fisik, mental, dan sosial. Gangguan fisik dapat berdampak pada kesehatan mental, menunjukkan keterkaitan antara kesehatan fisik dan mental.

Kriteria sehat jiwa melibatkan ketahanan terhadap gangguan, kemampuan menanggapi stresor, kesejajaran dengan kapasitas dan lingkungan, serta pertumbuhan positif. WHO menetapkan ciri-ciri orang sehat mental, termasuk adaptasi konstruktif, kepuasan dari usaha, dan kemampuan memberi.

Prinsip kesehatan jiwa mencakup integrasi diri, pemahaman diri, dan penerimaan diri. Kesehatan jiwa sepanjang rentang kehidupan, terutama pada anak dan remaja, penting untuk perkembangan fisik, kognitif, mental, dan sosial. Pandemi Covid-19 meningkatkan angka gangguan jiwa, dan penanganannya melibatkan kader kesehatan desa dengan fokus pada deteksi dini. Selain itu, "Modul Kesehatan Jiwa Anak dan Remaja" sebagai media edukasi mendukung upaya pencegahan dan penanganan gangguan jiwa pada anak dan remaja.

F. Daftar Pustaka

Akhmadi, Sunartini, Haryanti, F., Madyaningrum, E., & Sitaresmi, M. N. (2021). Effect of care for child development training on cadres' knowledge, attitude, and efficacy in Yogyakarta, Indonesia. *Belitung Nursing Journal*, 7(4). /<https://doi.org/10.33546/bnj.1521>

Baroroh, H. N., Utami, E. D., Maharani, L., & Mustikaningtias, I. (2016). Peningkatan Pengetahuan Masyarakat Melalui Edukasi Tentang Penggunaan Antibiotik Bijak dan Rasional The Improving Knowledge of Community Through Education About the Use of Antibiotics Wisely and Rationally 2014) dalam *Antimicrobial Resistance : Global As. Ad-Dawaa Jour.Pharm.Sci.*, 1(1), 8-15.

G. Latihan Soal

1. Dalam mode promosi kesehatan procode yang digunakan untuk meyakinkan bahwa program tersedia, dapat dijangkau, dapat bertanggung jawab merupakan tahap
 - A. Tahap 1
 - B. Tahap 3
 - C. Tahap 5

- D. Tahap 4
2. Menurut Potts Mandlco (2012), karakteristik perkembangan pemikiran pra operasional yang ditandai dengan pemikiran yang berpusat pada diri sendiri, berfikir nyata, memahami alasan berkhayal merupakan perkembangan
 - A. Perkembangan kognitif
 - B. Perkembangan psikososial
 - C. Perkembangan moral
 - D. Perkembangan fisik
 3. Teori yang berfokus pada klien dan mengintegrasikan konsep teori dan interdisiplin seperti teori perkembangan psikososial yaitu
 - A. Teori stuart
 - B. Teori mrm
 - C. Teori toddler
 - D. Teori maslaw
 4. Pencegahan primer berfokus pada pelayanan jiwa yaitu dengan
 - A. Peningkatan kesehatan dan pencegahan terjadinya gangguan jiwa
 - B. Mencegah terjadinya gangguan jiwa, mempertahankan dan meningkatkan kesehatan jiwa,
 - C. Program Pendidikan kesehatan, program stimulasi perkembangan program sosialisasi kesehatan jiwa, manajemen stress
 - D. Perkembangan anak usia bayi menggunakan teori stress adaptasi
 5. Yang termasuk aspek untuk penilaian pada perkembangan bayi adalah
 - A. Perkembangan motoric bayi
 - B. Perkembangan otak bayi
 - C. Perkembangan jasmani bayi
 - D. Perkembangan sifat bayi
 6. Yang termasuk dalam model promosi kesehatan precede/procede menurut Green (1980) adalah
 - A. Predisposing

- B. Actual
 - C. Kompetitif
 - D. Otonom
7. Faktor Predisposisi ada;ah factor yang menjadi sumber stress, yang terdiri dari biologis, psikologis, dan social cultural, contoh dari pengkajian dari factor biologis adalah
- A. Riwayat prenatal
 - B. Stimulasi perkembangan janin (merasakan keterikatan janin)
 - C. Melakukan bonding attachment setelah melahirkan
 - D. Pendidikan ibu dan ayah (SD, SMP, SMA, PT)

Kunci Jawaban

1. C 2. A 3. B 4. A 5. A 6. A 7. A

H. Profil Penulis



Ade Sity Riyantina, S.Kep., Ners., M.Kep. Lahir di Ciamis Pada Tanggal 06 Juli 1996. Menyelesaikan Pendidikan S1 Keperawatan (2018) dan Program Profesi Ners (2019) di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Galuh Ciamis, S2 Keperawatan di Universitas Jenderal Achmad Yani Cimahi dengan peminatan Keperawatan Jiwa (2021).

Penulis bekerja di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Galuh Ciamis Bina Putera Banjar dari tahun 2018-2023. Penulis aktif sebagai tenaga kependidikan tetap fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Galuh pada bulan Juli 2020. Motto hidup selesaikan apa yang sudah kamu mulai.

BAB 13

ASUHAN KEPERAWATAN SEHAT JIWA SEPANJANG RENTANG KEHIDUPAN : *TODDLER*

Elly Junalia

Capaian Pembelajaran:

1. Mampu menjelaskan konsep perkembangan pada masa *toddler*
2. Mampu menjelaskan penyimpangan perkembangan pada masa *toddler*
3. Mampu menjelaskan konsep asuhan keperawatan kesehatan jiwa pada masa *toddler*

A. Konsep Perkembangan pada Masa *Toddler*

1. Definisi dan Ciri *Toddler*

Masa *toddler* adalah masa dimana anak berusia 12 bulan sampai 36 bulan. Masa ini anak mengalami peningkatan kemampuan bahasa, sosial dan intelegensi. Kita perlu mengkaji perkembangan anak guna mendukung intervensi yang efektif dalam mengatasi permasalahan anak (Anggeriyane *et al.*, 2023). *Toddler* merupakan periode usia dari 12 hingga 36 bulan. Masa dimana anak suka mengeksplorasi lingkungan untuk mencoba mencari tahu bagaimana segala sesuatunya bekerja, apa arti kata "tidak", anak menunjukkan sikap *temper tantrum* untuk mendapatkan sesuatu. Berhasilnya tugas perkembangan pada usia tersebut memerlukan bimbingan dan pendampingan dari orang tua (Hockenberry *et al.*, 2022).

Toddler merupakan usia tahun-tahun permulaan kehidupan dan fase kritis yang menjadi dasar penentu perkembangan selanjutnya sekaligus penentu anak dalam menyesuaikan diri dalam kehidupan di masa mendatang. Perkembangan anak yang kompleks, baik aspek kognitif, sosial, emosi maupun aspek lainnya saling berhubungan satu sama lain dan jika terdapat masalah pada aspek-aspek tersebut maka akan berdampak pada perilaku anak (Soetjiningsih, 2018). Usia *toddler* merupakan masa keemasan atau *The Golden Age* pada kehidupan anak dan periode yang paling krusial bagi anak. Perkembangan yang optimal dipengaruhi oleh faktor pengasuhan dan bimbingan orang tua termasuk stimulasi dan sosialisasi nilai moral, sosial maupun budaya, faktor lingkungan maupun nutrisi pada periode tersebut (Uce, 2017).

2. Perkembangan *Toddler*

Toddler mengalami perkembangan yang mencakup perkembangan biologis seperti perubahan fisik ditandai dengan meningkatnya berat badan dan tinggi badan, perkembangan kognitif ditandai dengan bertambahnya kemampuan berpikir dan bahasa, perkembangan sosioemosional ditandai dengan adanya perubahan dalam hubungannya dengan orang lain, perubahan emosi dan kepribadian. Ketiga perkembangan tersebut perlu distimulasi agar berkembang dengan optimal (Soetjiningsih, 2018).

Beberapa perkembangan anak usia *toddler* sebagai berikut :

a. Perkembangan Biologis

1) Perubahan ukuran tubuh

Pertumbuhan fisik saat usia *toddler* melambat dengan rata-rata kenaikan berat badan antara 1,8 hingga 2,7 setiap tahunnya. Pada usia 2 tahun berat badan anak empat kali berat lahir. Pertambahan tinggi badan juga melambat, biasanya hanya bertambah 7,5 cm dalam satu tahun. Pada umumnya tinggi badan saat dewasa adalah dua kali tinggi badan saat usia 2

tahun. Oleh karena itu, diperlukan pengukuran berat badan dan tinggi badan yang akurat pada saat *toddler* sebagai salah satu indikator dari pertumbuhan fisik (Hockenberry *et al.*, 2022).

2) Perubahan sensori dan fisiologi tubuh

Perubahan sensori pada *toddler* ditandai dengan berkembangnya ketajaman penglihatan, pendengaran, kemampuan membau, mencicipi dan menyentuh. Kemampuan membau, dan mencicipi juga digunakan *toddler* untuk memilih-milih makan (Hockenberry *et al.*, 2022).

b. Perkembangan Psikososial

Teori perkembangan Erikson pada *toddler* menyatakan "otonomi vs rasa malu dan keraguan" yang ditandai dengan meningkatnya kemampuan hubungan interpersonal, kemampuan berinteraksi dengan orang lain, kemampuan komunikasi verbal, anak mulai belajar pengendalian diri/emosi dan latihan menjadi lebih mandiri (misal dalam makan, minum, berpakaian, *toileting*). Teori perkembangan Freud tugas perkembangan anak usia 18-36 bulan adalah *toilet training* (Hockenberry *et al.*, 2022; Paris *et al.*, 2019; Videbeck, 2020).

c. Perkembangan Kognitif

Toddler juga mengalami perkembangan otak yang pesat. Pertumbuhan otak sekitar 75% pada akhir usia 2 tahun. Hal ini ditandai dengan meningkatnya kemampuan intelektual dan perilaku. Perkembangan kognitif sama artinya dengan kematangan berfikir. Penerimaan kognitif pada *toddler* ditunjukkan dengan meningkatnya kemampuan berbahasa, bertambahnya kosa kata. Anak memahami benda di sekitarnya dengan sentuhan dan mulai belajar makna simbolis namun belum dapat menggunakan logika secara penuh (Hockenberry *et al.*, 2022).

d. Perkembangan Motorik Kasar dan Halus

Periode *toddler*, anak mempunyai otonomi diri untuk dapat melakukan sesuatu sesuai keinginannya. Kemampuan motorik yang didukung rasa kepercayaan dari ibu dan lingkungan yang mendukung, maka anak dapat melakukan sesuai kemauannya (Yusuf *et al.*, 2015). Keterampilan motorik halus didukung dengan kemampuan visual ditunjukkan dengan keterampilan mencoret menggunakan pensil atau krayon. Keterampilan motorik kasar ditunjukkan dengan meningkatnya aktifitas fisik saat bermain, seperti berlari, memanjat, melempar dan menangkap bola. Perkembangan ini digunakan untuk mengeksplorasi lingkungan, namun koordinasi motorik anak masih kurang sehingga seringkali jatuh. (Hockenberry *et al.*, 2022).

B. Penyimpangan Perkembangan Toddler

Perkembangan *toddler* tidak selamanya mulus. Masalah perkembangan dapat muncul karena faktor pengasuhan, kurangnya stimulasi dan lingkungan yang kurang mendukung (Uce, 2017). Penyimpangan perkembangan usia *toddler*, antara lain;

1. Gangguan Perkembangan Sosial dan Emosional

Gangguan perkembangan sosial ini ditandai dengan anak kurang tertarik dan takut berinteraksi dengan orang lain serta perasaan malu dan tidak percaya diri. Gangguan emosional ditandai dengan anak sulit mengendalikan emosi (Hockenberry *et al.*, 2022).

2. Gangguan Perkembangan (Disabilitas) Intelektual

Disabilitas intelektual adalah suatu kelainan yang timbul pada masa perkembangan yang mencakup defisit fungsi intelektual. Disabilitas intelektual yang terjadi pada *toddler* dapat dilihat dari aktifitas kehidupan sehari-hari, seperti komunikasi, partisipasi sosial dan kemandirian. Hal ini dapat dikonfirmasi melalui uji klinis kecerdasan

terstandar (IQ) untuk menilai kemampuan intelektual (Townsend, 2015).

3. Gangguan Defisit Perhatian/Hiperaktif

Pola perilaku ini sering dikenal dengan istilah *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)*. Gangguan ini ditandai dengan tidak adanya tanggapan dari anak terhadap rangsangan dari lingkungan sekitar. Biasanya anak yang mengalami gangguan ini sangat mudah teralihkan, aktifitas motorik atau gerakannya berlebihan (Townsend, 2015).

C. Konsep Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa pada Masa *Toddler*

1. Pengertian Kesehatan Jiwa pada Masa *Toddler*

Kesehatan jiwa merupakan keadaan seseorang dalam kondisi sehat dan sejahtera baik secara psikologis, emosional, sosial yang dapat berfungsi secara efektif dalam kehidupan sehari-hari dan dibuktikan dengan hubungan interpersonal yang memuaskan, koping dan perilaku efektif, konsep diri positif dan stabilitas emosi yang baik. Kesehatan jiwa pada masa *toddler* terlihat dari bagaimana melakukan hubungan interpersonal dengan orang lain, perilaku efektif yang sesuai dengan usianya, dan kemampuan mengendalikan emosi diri (Videbeck, 2020).

Sehat jiwa merupakan kondisi tidak mengalami adanya gangguan mental atau gangguan jiwa. Gangguan mental dapat muncul karena kondisi sakit fisik atau bersamaan dengan sakit fisik atau dapat juga gangguan mental menyebabkan sakit fisik. Sehat jiwa pada *toddler* ditandai dengan tumbuh dan berkembang dengan optimal (Azizah *et al.*, 2016).

2. Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa pada Masa *Toddler*

Asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat dalam merawat klien dengan masalah kesehatan jiwa melalui proses keperawatan. Proses keperawatan digunakan sebagai pedoman dalam mengambil keputusan dalam

menyelesaikan masalah (Townsend, 2015). Tugas perkembangan *toddler* salah satunya adalah anak belajar mandiri untuk melakukan tindakan dengan sendiri. Anak akan merasa tidak percaya diri, malu, dan ragu-ragu jika tidak mampu dalam mencapai tugas perkembangan tersebut (Keliat *et al.*, 2019). Proses keperawatan kesehatan jiwa pada anak usia 18-36 bulan menurut Keliat *et al.* (2019), meliputi:

- a. Pengkajian Keperawatan
 - 1) Subjektif
 - a) Anak mengenal dan menyebutkan namanya sendiri
 - b) Anak sering menggunakan kata "jangan/tidak/nggak"
 - 2) Objektif
 - a) Anak banyak bertanya tentang hal baru/benda asing
 - b) Anak melakukan kegiatan sendiri
 - c) Anak berkomunikasi dan bermain dengan orang di luar keluarga
 - d) Anak enggan berpisah /mau berpisah hanya sebentar dengan orang tua
- b. Diagnosa Keperawatan :
Kesiapan peningkatan perkembangan kanak-kanak (*toddler*)
- c. Tujuan Asuhan Keperawatan
 - 1) Kognitif
 - a) Anak mampu mengenal dan menyebutkan nama
 - b) Anak mampu mengembangkan kemampuan komunikasi
 - 2) Psikomotorik
 - a) Anak mampu mengembangkan kemampuan motorik kasar dan halus
 - b) Anak mampu melakukan kegiatan sendiri
 - 3) Afektif
 - a) Anak mampu menunjukkan rasa suka dan tidak suka
 - b) Anak mampu melakukan kegiatan bersama keluarga (misal kegiatan keagamaan)

d. Tindakan Keperawatan

Tindakan ini merupakan tindakan yang dapat dilakukan pada level perawat ners, antara lain :

1) Tindakan keperawatan pada anak

Implementasi keperawatan ini ditujukan kepada klien (anak) dengan tindakan sebagai berikut;

- a) Latih anak merawat diri : mandi, makan, berpakaian, *toileting*
- b) Latih anak melakukan kegiatan rumah tangga yang sederhana secara mandiri
- c) Hindari menggunakan kata perintah dan suasana yang membuat anak bersikap negatif
- d) Berikan mainan sesuai usia perkembangannya
- e) Latih anak mengenal tindakan yang boleh dan tidak boleh dilakukan
- f) Latih disiplin dan sopan santun
- g) Libatkan anak dalam kegiatan keagamaan

2) Tindakan pada keluarga

Implementasi keperawatan dapat juga dilakukan kepada keluarga, terutama orang tua sebagai orang terdekat klien (anak) ataupun pengasuh klien melalui tindakan, sebagai berikut ;

- a) Jelaskan perkembangan yang harus dicapai anak
- b) Latih dan fasilitasi kemandirian anak dalam merawat diri (makan, mandi, berpakaian, *toileting*)
- c) Latih dan fasilitasi kemandirian anak dalam kegiatan sederhana rumah tangga
- d) Latih anak dengan berikan penjelasan, contohkan, dampingi, motivasi dan berikan pujian kepada anak
- e) Diskusikan tanda penyimpangan perkembangan dan gunakan pelayanan kesehatan untuk cara mengatasinya

3) Tindakan pada kelompok

Implementasi keperawatan dapat dilakukan dengan melakukan edukasi kepada kelompok

ibu/orang tua/pengasuh anak yang berkaitan dengan perkembangan anak

D. Rangkuman

Toddler merupakan anak pada rentang usia 12 hingga 36 bulan atau dikenal dengan *The Golden Age*. Pertumbuhan dan perkembangan anak pada rentang usia ini berlangsung cepat dalam semua aspek, baik aspek biologis, psikososial, kognitif, maupun motorik kasar dan halus termasuk kemampuan bahasa. Pertumbuhan dan perkembangan *toddler* dipengaruhi oleh faktor pengasuhan dan bimbingan orang tua, stimulasi, lingkungan yang mendukung dan juga nutrisi. Pada kondisi tertentu, penyimpangan perkembangan pada *toddler* dapat terjadi. Sebagai perawat kita perlu melakukan asuhan keperawatan sehat jiwa pada *toddler* untuk meningkatkan perkembangan anak ataupun mendeteksi secara dini adanya kelainan atau penyimpangan perkembangan agar dapat segera dilakukan penanganan dengan tepat.

E. Daftar Pustaka

- Anggeriyane, E., Susanto, W. H. A., Sari, I. N., Handian, F. I., Elviani, Y., Suriya, M., & Iswati, N. (2023). *Tumbuh Kembang Anak*. Global Eksekutif Teknologi. <https://books.google.co.id/books?id=5cilEAAAQBAJ>
- Azizah, L. M., Zainuru, I., & Akbar, A. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa : Teori dan Aplikasi Praktek Klinik*. Indomedia Pustaka. www.indomediapustaka.com
- Hockenberry, M. J., Duffy, E. A., & Gibbs, K. (2022). *Wong's Nursing Care of Infants and Children*. Elsevier Health Sciences. <https://books.google.co.id/books?id=MZOKEAAAQBAJ>
- Keliat, B. A., Hamid, A. Y., Putri, Y. S. E., Daulima, N., Wardani, I. Y., Susanti, H., Hargiana, G., & Panjaitan, R. U. (2019). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. EGC.

- Paris, J., Ricardo, A., & Rymond, D. (2019). *Child Growth and Development* (A. Johnson, Ed.). College of the Canyons.
- Soetjiningsih, C. H. (2018). *Seri Psikologi Perkembangan: Perkembangan Anak Sejak Pembuahan Sampai dengan Kanak-Kanak Akhir* (1st ed.). Kencana.
<https://books.google.co.id/books?id=Afu2DwAAQBAJ>
- Townsend, M. C. (2015). *Psychiatric Mental Health Nursing: Concepts of Care in Evidence-Based Practice* (8th ed.). F.A Davis Company.
- Uce, L. (2017). The Golden Age: Masa Efektif Merancang Kualitas Anak. *Bunayya: Jurnal Pendidikan Anak*, 1(2), 77-92.
- Videbeck, S. L. (2020). *Psychiatric Mental Health Nursing* (8th ed.). Wolters Kluwer.
- Yusuf, A., Fitriyasaki, R., & Nihayani, H. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Salemba Medika.

F. Latihan Soal

1. *Toddler* adalah anak yang memiliki rentang usia...
 - A. 12 sampai 24 bulan
 - B. 12 sampai 36 bulan
 - C. 18 sampai 24 bulan
 - D. 18 sampai 36 bulan
2. *Toddler* cenderung untuk memilih -milih makan. Hal tersebut merupakan salah satu indikator pada perkembangan
 - A. Biologis
 - B. Psikososial
 - C. Kognitif
 - D. Motorik
3. *Toilet training* merupakan salah satu tugas perkembangan anak usia *toddler*. Tugas perkembangan ini adalah perkembangan...
 - A. Biologis
 - B. Psikososial

- C. Kognitif
D. Motorik
4. Anak A usia 30 bulan, jika dipanggil hanya diam saja. Anak ini sangat mudah teralihkan, dan mempunyai aktifitas motorik yang berlebihan. Berdasarkan tanda-tanda tersebut anak A mengalami penyimpangan perkembangan ...
- A. Gangguan perkembangan sosial
B. Gangguan perkembangan emosional
C. Gangguan perkembangan intelektual
D. Gangguan defisit perhatian/hiperaktif
5. Ns. E melakukan pengkajian pada An. S yang berumur 34 bulan. Dengan didampingi ibunya, An. S dapat berkenalan dengan Ns E dan dapat menyebutkan namanya sendiri. An. S sudah mampu berkomunikasi dengan Ns. E, meskipun ketika Ns. E mencoba beberapa kali meminta An. S untuk melakukan sesuatu, An. E selalu bilang "tidak". Rencana tindakan yang paling tepat dilakukan Ns. E kepada An. S adalah...
- A. Latih anak mengenal tindakan yang boleh dan tidak boleh dilakukan
B. Latih disiplin dan sopan santun
C. Hindari menggunakan kata perintah dan suasana yang membuat anak bersikap negatif
D. Latih anak melakukan kegiatan rumah tangga yang sederhana secara mandiri

Kunci Jawaban

1. B 2. A 3. B 4. D 5. C

G. Profil Penulis



Elly Junalia, lahir di Grobogan pada tanggal 29 Juni 1986 dan sekarang menetap di Tangerang. Menyelesaikan pendidikan terakhir di Magister Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Saat ini aktif sebagai dosen Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Pertamedika Jakarta

BAB 14

ASKEP SEHAT JIWA SEPANJANG RENTANG KEHIDUPAN: PRASEKOLAH

Ida Ayu Putri Wulandari

Capaian Pembelajaran:

1. Mampu memahami tentang anak usia prasekolah.
2. Mampu menyebutkan tugas perkembangan anak usia prasekolah.
3. Mampu mengetahui dan memahami aspek sehat jiwa sehat jiwa sepanjang rentang kehidupan : prasekolah.
4. Mampu membuat mengaplikasikan aspek sehat jiwa pada anak prasekolah.

Tahapan usia prasekolah merupakan tahapan dimana anak usia 3-6 tahun memiliki tugas perkembangan **inisiatif vs rasa bersalah**, sehingga diperlukan beberapa stimulus untuk mengoptimalkan tugas perkembangan yang harus dicapai.

A. Usia Prasekolah

Anak usia prasekolah merupakan masa kanak-kanak awal yang berada pada usia 3 sampai 6 tahun. Menurut Erik Erikson, pada tahun usia ini anak memiliki tugas perkembangan psikososial inisiatif vs rasa bersalah, pada usia ini anak akan merasa senang dan bangga atas hal yang sudah dapat dicapai berdasarkan inisiatifnya sendiri (Mansur & Andalas, 2019)

Anak pada usia prasekolah ini juga mulai memiliki kesadaran tentang dirinya sebagai pria atau wanita, dapat mengatur diri dalam buang air (*toilet training*), dan mengenal

beberapa hal yang dianggap berbahaya (mencelakakan dirinya). Pada tahapan ini, anak usia prasekolah memiliki potensial mengembangkan rasa inisiatif, dimana pada usia ini anak akan belajar berinteraksi dengan orang lain, berfantasi dan berinisiatif, pengenalan identitas kelamin dan meniru. Perkembangan psikososial adalah proses perkembangan kemampuan anak dalam berinisiatif menyelesaikan masalahnya sendiri sesuai dengan pengetahuannya (Jahja, 2011).

Kemampuan inisiatif anak akan terbentuk jika konsep diri anak positif karena anak mulai berkhayal dan kreatif serta meniru peran di sekelilingnya. Anak berinisiatif melakukan sesuatu dan memberi hasil. Anak merasa bersalah jika tindakannya berdampak negatif. Sikap lingkungan yang suka melarang dan menyalahkan, membuat anak kehilangan inisiatif. Pada saat dewasa, anak akan mudah mengalami rasa bersalah jika melakukan kesalahan dan tidak kreatif (Stuart, 2016).

B. Tugas Perkembangan Anak Usia Prasekolah

Pada anak usia 3-6 tahun atau yang disebut anak usia prasekolah memiliki tugas perkembangan **inisiatif vs rasa bersalah**, dengan berbagai karakteristik diantaranya (Keliat *et al*, 2019) :

1. Anak memiliki inisiatif, ide, ataupun gagasan.
2. Anak menyampaikan keinginan.
3. Anak mudah bersosialisasi
4. Anak sering bertanya hal yang dianggapnya menarik.
5. Anak mengenal dan mampu membedakan jenis kelamin.
6. Anak mampu menyebutkan nama benda dan fungsinya
7. Anak mampu menggunting mengikuti pola
8. Anak mampu menggambar dan menulis
9. Anak mampu berjalan di atas papan titian
10. Anak mampu bermain lompat tali
11. Anak mampu mengerjakan pekerjaan rumah sederhana, seperti membereskan mainan
12. Anak sudah bisa melakukan kegiatan agama.

C. Asuhan Keperawatan Sehat Jiwa pada Anak Usia Pra Sekolah

1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahapan awal dalam proses keperawatan. Pada tahapan ini, data didapatkan melalui metode wawancara ataupun observasi pada klien anak usia prasekolah dan *care giver*.

2. Diagnosa Keperawatan

KPP Usia Pra Sekolah : Kesiapan Peningkatan Perkembangan Usia Pra Sekolah.

3. Tujuan Asuhan Keperawatan

Tujuan asuhan keperawatan sehat jiwa pada anak usia pra sekolah, diharapkan anak mampu :

a. Kognitif :

- 1) Menciptakan kreativitas
- 2) Senang berkhayal
- 3) Mengenal beberapa warna
- 4) Memiliki inisiatif untuk bermain pada alat-alat rumah tangga
- 5) Mengenal jenis kelamin
- 6) Memahami perbedaan benar dan salah
- 7) Merangkai kata /kalimat

b. Afektif :

- 1) Mampu mengungkapkan perasaan
- 2) Senang bermain dengan teman sebaya

c. Psikomotor :

- 1) Melakukan kegiatan fisik sesuai usia
- 2) Melakukan kegiatan fisik yang sesuai dengan usianya
- 3) Membantu pekerjaan rumah tangga sederhana, seperti membereskan mainan
- 4) Mencoba hal-hal yang baru

4. Tindakan Asuhan Keperawatan Sehat Jiwa Pada Anak Usia Prasekolah

a. Tindakan Keperawatan Ners Pada Anak Pra Sekolah :

- 1) Latih anak untuk merawat kebersihan diri
- 2) Bantu anak mengembangkan keterampilan motorik
- 3) Bantu anak melatih keterampilan bahasa

- 4) Bantu anak mengembangkan keterampilan psikososial
 - 5) Latih anak mengenal identitas diri dan perannya sesuai jenis kelamin
 - 6) Bantu anak mengenal nilai moral : baik buruk, benar salah
 - 7) Beri pujian pada setiap pencapaian anak.
- b. Tindakan Keperawatan Ners pada *Care Giver*/Keluarga :
- 1) Jelaskan tugas perkembangan yang harus dicapai anak usia prasekolah
 - 2) Latih keluarga untuk memfasilitasi inisiatif anak
 - 3) Ajarkan keluarga untuk selalu bertanya ide anak, dan berikan pujian
 - 4) Diskusikan tanda menyimpang pada anak serta cara mengatasinya.
- c. Tindakan Keperawatan Pada Kelompok Anak Usia Prasekolah dan Caregiver :
- 1) Edukasi kelompok pada kelompok anak usia prasekolah dan caregiver.
 - 2) Tindakan keperawatan spesialis : Terapi Kelompok Terapeutik (TKT) Anak Usia Prasekolah. Terapi ini terdiri dari 6 sesi, diantaranya :
 - Sesi 1 : stimulasi perkembangan aspek motorik
 - Sesi 2 : stimulasi perkembangan aspek kognitif dan bahasa
 - Sesi 3 : stimulasi perkembangan aspek emosional dan kepribadian
 - Sesi 4 : stimulasi perkembangan aspek moral dan spiritual
 - Sesi 5 : stimulasi perkembangan aspek psikososial
 - Sesi 6 : evaluasi manfaat latihan.

Hasil penelitian Rahayu dan Marselin (2021), menunjukkan terjadi peningkatan inisiatif pada anak usia prasekolah yang diberikan terapi TKT usia prasekolah. Hal tersebut sejalan dengan hasil penelitian Hasibuan, Keliat, dan Hargiana (2023), dimana terjadi peningkatan tugas dan aspek perkembangan anak usia prasekolah setelah diberikan TKT.

D. Rangkuman

Tahapan usia prasekolah merupakan tahapan dimana anak usia 3-6 tahun memiliki tugas perkembangan **inisiatif vs rasa bersalah**, sehingga diperlukan beberapa stimulus untuk mengoptimalkan tugas perkembangan yang harus dicapai berupa inisiatif, sebaliknya apabila anak tidak distimulasi dengan baik maka tugas perkembangan tidak akan tercapai dan justru menimbulkan perasaan bersalah pada anak.

E. Daftar Pustaka

Hasibuan, S. Y., Keliat, B. A., & Hargiana, G. (2023). Penerapan Terapi Kelompok Terapeutik, Psikoedukasi Keluarga, Peran Kader dan Guru dalam Peningkatan Kesehatan Jiwa Anak Usia Sekolah. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 11(3), 611-628.

Jahja, Y. (2011). *Psikologi Perkembangan*: Kencana.

Keliat, B. A., dkk. (2019). *Asuhan keperawatan jiwa*: EGC.

Mansur, A. R., & Andalas, U. (2019). Tumbuh kembang anak usia prasekolah. *Andalas University Press*, 1(1).

Rahayu, N. W., & Marselin, A. (2021). Terapi Kelompok Terapeutik dalam Peningkatan Kemampuan Inisiatif Anak Usia Prasekolah. *Jurnal Peduli Masyarakat*, 3(2), 149-156.

Stuart, G. W., Keliat, B. A., & Pasaribu, J. (2016). Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart. Singapore: Elsevier Ltd.

F. Latihan Soal

1. Tahap perkembangan usia prasekolah 3-6 tahun memiliki tugas perkembangan
 - A. Percaya vs Tidak Percaya
 - B. Otonomi vs Ragu-ragu
 - C. Inisiatif vs Rasa Bersalah
 - D. Identitas vs Bingung Peran

2. Karakteristik anak usia prasekolah yaitu
 - A. Memiliki gagasan atau ide
 - B. Menangis ingin dipeluk
 - C. Menghasilkan karya
 - D. Mengasah bakat kemampuan
3. Tujuan asuhan keperawatan pada anak usia prasekolah yaitu....
 - A. Anak mampu memiliki inisiatif
 - B. Anak mampu menyebutkan nama
 - C. Anak mampu mengucapkan 1-2 kata
 - D. Anak mampu menyelesaikan tugas sekolah
4. Tindakan keperawatan yang dilakukan pada anak usia prasekolah, **kecuali**....
 - A. Berikan pujian pada setiap pencapaian anak
 - B. Dorong anak untuk menghasilkan suatu karya
 - C. Latih anak mengembangkan keterampilan bahasa
 - D. Latih anak mengembangkan keterampilan motorik
5. Tindakan keperawatan yang dilakukan pada keluarga atau *care giver* dengan anak usia prasekolah, yaitu...
 - A. Sediakan permainan yang modern dan kurang menciptakan gagasan
 - B. Bantu fasilitasi inisiatif anak
 - C. Berikan kebebasan dalam penggunaan smartphone
 - D. Larang hal-hal berbahaya yang mungkin dilakukan anak

Kunci Jawaban

1. C 2. A 3. A 4. B 5. B

G. Profil Penulis



Ns. Ida Ayu Putri Wulandari, M.Kep., Sp.Kep.J. Penulis memiliki ketertarikan dengan ilmu keperawatan Jiwa sejak pendidikan S1 Keperawatan di STIKES BALI (saat ini sudah menjadi ITEKES BALI) penulis melanjutkan pendidikan Magister Keperawatan Jiwa di Universitas Indonesia

pada tahun 2016 dan melanjutkan ke jenjang Ners Spesialis Keperawatan Jiwa di Universitas Inodnesia di tahun 2018. Saat ini penulis aktif sebagai Dosen Keperawatan Jiwa di Institut Teknologi dan Kesehatan (ITEKES) Bali serta berperan aktif sebagai Pengurus Ikatan Perawatan Jiwa Indonesia (IPKJI) Wilayah Bali.

Penulis memiliki ketertarikan dalam masalah kesehatan jiwa, baik yang bersifat ranah sehat, risiko, ataupun gangguan jiwa. Pada beberapa penelitian dan pengabdian kepada masyarakat, penulis juga selalu mengangkat tema tentang kesehatan jiwa. Penulis memiliki harapan buku ini dapat memberikan gambaran tentang penatalaksanaan penanganan masalah kesehatan jiwa..

Email Penulis: pwulandari10@gmail.com

BAB 15

ASUHAN KEPERAWATAN JIWA SEPANJANG RENTANG KEHIDUPAN: USIA SEKOLAH

Yunita Astriani Hardayati

Capaian Pembelajaran:

1. Mampu memahami konsep perkembangan psikososial anak usia sekolah
2. Mampu memahami faktor yang mempengaruhi perkembangan psikososial anak usia sekolah
3. Mampu memahami risiko perkembangan psikososial anak usia sekolah
4. Mampu memahami cara menstimulasi perkembangan anak usia sekolah

Erikson membagi manusia kedalam delapan tahap perkembangan yaitu masa bayi, kanak-kanak, prasekolah, usia sekolah, remaja, dewasa muda, dewasa, dan lanjut usia. Usia sekolah atau yang dikenal juga dengan anak usia pertengahan (*middle childhood*) berada pada rentang usia 6 sampai 12 tahun (Hurlock, 2012), dimana anak memasuki sekolah formal. Anak usia sekolah berada pada tahap perkembangan *industry* (berkarya) vs *inferiority* (rasa rendah diri) sehingga tugas perkembangan utama pada tahap ini adalah menanamkan interaksi dengan orang lain, meningkatkan keterampilan intelektual, motorik halus dan kasar (Hardayati & Mutianingsih, 2023). Pada tahap perkembangan ini, anak yang mendapatkan stimulasi baik akan membentuk perkembangan yang positif (memiliki kemampuan berkarya),

sebaliknya kurangnya stimulus atau paparan stimulus negatif dapat meningkatkan risiko perkembangan negatif (rendah diri).

Tahap perkembangan saling mempengaruhi satu sama lain disepanjang rentang kehidupan, Banyak masalah kesehatan jiwa yang terjadi pada masa remaja dan dewasa muda berakar pada tahap tumbuh kembang sebelumnya (Keliat, Mulia, Hardayati, 2022). Meningkatnya kejadian trauma masa kecil, penganiayaan, serta pengabaian dalam keluarga dilaporkan terkait dengan perkembangan gangguan kepribadian di usia dewasa. Permasalahan perkembangan anak usia sekolah dapat berkembang menjadi masalah kesehatan jiwa diusia selanjutnya. Oleh karenanya penting melakukan upaya-upaya pencegahan masalah kesehatan jiwa dengan melakukan upaya promotif dan preventif dimulai sejak janin dalam kandungan termasuk pada tahap anak usia sekolah. Bab ini akan membahas konsep perkembangan anak usia sekolah, perkembangan psikososial, faktor risiko perkembangan psikososial dan cara menstimulasi anak usia sekolah.

A. Konsep Perkembangan Psikososial Anak Usia Sekolah

Kesiapan peningkatan perkembangan anak usia sekolah berada pada rentang usia 6-12 tahun, dimana perkembangan kemampuan psikososial anak pada usia ini adalah kemampuan menghasilkan karya, berinteraksi, dan berprestasi dalam belajar (Keliat *et al*, 2019). Usia sekolah merupakan periode paling menarik karena dalam rentang 6-12 tahun terjadi perubahan yang cukup signifikan. Usia 6 tahun, pertama kali anak memasuki sekolah formal, mungkin muncul kecemasan karena berpisah dengan orang tuanya, namun pada usia 12 tahun anak biasanya telah tumbuh menjadi perempuan/laki-laki muda dengan ciri-ciri seks sekunder. Pada usia sekolah anak sudah mulai dihadapkan pada berbagai teman sebaya dan orang dewasa serta banyak peluang untuk mempelajari keterampilan baru (Lawrence & Catherine S.T, 2006). Kegiatan sekolah, rekreasi, seni dan lainnya akan memberi anak serangkaian pengalaman hidup baru yang akan mengembangkan kompetensi intelektual, interpersonal dan peran sosial baru

berdasarkan kompetensi dan kinerja. Banyak perubahan yang dapat dilihat (biologis, kognitif, afektif, motorik, bahasa, moral, spiritual, dan psikososial) pada anak yang memasuki periode usia sekolah.

Erikson (1968) melalui teorinya menjelaskan pencapaian "*industry*" dan perkembangan psikososial yang sehat dapat dipenuhi jika anak pada usia sekolah menjalin kerjasama dan mutualitas dalam interaksi sosial dengan teman sebaya dan orang dewasa diluar rumah. Jika anak gagal mengembangkan keterampilan-keterampilan yang diperlukan, anak akan kesulitan memenuhi tantangan adaptasi yang terkait dengan sekolah formal dan kegiatan berbasis keterampilan lainnya. Anak akan berkembang menjadi anak yang "rendah diri" dan memiliki konsekuensi jangka panjang pada intelektual, kesejahteraan emosional, dan interpersonal. Penelitian menunjukkan bahwa perasaan kompeten dan harga diri sangat penting bagi kesejahteraan psikososial anak-anak. Anak yang gagal mengembangkan persepsi diri yang positif terhadap kompetensi dalam bidang akademik atau sosial selama periode sekolah dasar menunjukkan lebih banyak gejala depresi dan isolasi sosial (Lawrence & Catherine S.T, 2006). Anak yang mengalami kesulitan belajar disekolah memiliki risiko lebih tinggi mengalami kesulitan perilaku, akademik, dan kejiwaan yang berdampak pada tertinggal kelas dan kemudian putus sekolah.

Pencapaian *industry* pada anak merupakan dasar bagi anak agar mampu menghasilkan karya dan dihargai oleh lingkungannya agar tidak merasa rendah diri. Anak ingin mengembangkan keterampilan dan berpartisipasi menjadi produsen dan pekerja. Anak ingin terlibat dalam tugas dan aktivitas yang dapat dilaksanakan hingga selesai, membutuhkan dan menginginkan pencapaian yang nyata, belajar bersaing dan bekerjasama dengan orang lain, mempelajari aturan yang ada. Periode ini menentukan hubungan sosial anak dengan orang lain. Jika anak tidak mampu memenuhi standar yang ditetapkan orang lain atau terlalu banyak yang diharapkan dari anak dapat

menumbuhkan perasaan tidak mampu dan rendah diri (Hockenberry *et al.*, 2017). Anak akan tumbuh kepercayaan diri jika mampu mengembangkan keterampilan sesuai standar. Tugas perkembangan normal yang dicapai anak sekolah diantaranya sebagai berikut (Keliat, Mulia, & Fitriani, 2023):

1. Bersosialisasi dengan teman baru
2. Mempunyai teman akrab
3. Senang berkelompok dengan teman sebaya
4. Senang bekerjasama
5. Mempunyai rasa bersaing (berkompetisi)
6. Membaca, menulis dan berhitung
7. Mengerjakan dan menyelesaikan tugas sekolah
8. Mengerjakan dan menyelesaikan tugas dirumah
9. Memiliki rasa tanggung jawab tinggi
10. Senang melakukan olahraga
11. Senang bercerita pengalaman
12. Senang berkhayal dan berfantasi

B. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Perkembangan Psikososial Anak Usia Sekolah

Teori menyebutkan perkembangan anak dipengaruhi oleh faktor biologi seperti genetik, sementara teori lainnya menyebutkan bahwa perkembangan anak banyak dipengaruhi oleh lingkungan (kejadian dan perlakuan yang diterima sebelum dan setelah dilahirkan). Saat ini, para ahli sepakat bahwa faktor biologi dan lingkungan tidak dapat dipisahkan, saling mempengaruhi potensi satu sama lain dalam mengubah sifat dan kapasitas anak. Berikut ini adalah empat faktor umum yang mempengaruhi anak dalam menghadapi peristiwa kehidupan, sehingga menentukan perkembangan anak (Berk, 2013):

1. Karakteristik Pribadi

Karakteristik biologis yang dimiliki seorang anak dapat mengurangi risiko terhadap paparan stresor dimasa awal. Kecerdasan dan bakat yang dihargai secara sosial meningkatkan peluang anak untuk mendapatkan

pengalaman berharga disekolah dan dimasyarakat, serta dapat mengimbangi kegagalannya.

Anak-anak yang memiliki watak yang santai dan mudah bergaul serta mudah menahan emosi dan dorongan hati yang negatif cenderung memiliki pandangan hidup yang optimis dan kemampuan khusus untuk beradaptasi terhadap perubahan sehingga menghasilkan tanggapan positif dari orang lain. Sebaliknya, anak yang reaktif secara emosional, dan mudah tersinggung seringkali membuat orang disekitar mereka

2. Hubungan orang tua yang hangat

Penelitian menunjukkan bahwa hubungan orang tua dan anak berkaitan erat dengan perkembangan anak sehingga peran ayah dan ibu menjadi sangat penting dalam perkembangan kesehatan anak (Cao & Liu, 2023). Hubungan dekat dengan orang tua yang memberikan kehangatan, ekspektasi tinggi yang sesuai dengan anak, pemantauan aktivitas anak, dan lingkungan rumah yang teratur akan menumbuhkan ketahanan. Faktor ini tidak terlepas dengan kepribadian anak. Anak yang santai, responsif secara sosial, dan mampu menghadapi perubahan akan lebih mudah dibesarkan dan menikmati hubungan positif dengan orang tua dan orang lain. Di sisi lain, beberapa anak mungkin mengembangkan sifat yang lebih menarik dibentuk dari kehangatan dan perhatian orang tua.

3. Dukungan sosial di luar Keluarga Dekat

Ikatan yang kuat dengan orang dewasa yang kompeten dan penuh perhatian merupakan asset yang paling konsisten membentuk anak-anak Tangguh. Penelitian menyebutkan bahwa anak yang tidak memiliki ikatan kuat dan kedekatan dengan salah satu orang tuanya namun menjalin hubungan yang kuat atau dekat dengan kakek-nenek, paman-bibi, atau guru dapat meningkatkan ketahanan. Pergaulan dengan teman sebaya yang mentaati aturan, dan menghargai prestasi sekolah juga terkait dengan ketahanan. Anak yang memiliki hubungan positif dengan

orang dewasa jauh lebih mungkin membina hubungan yang suportif dengan teman sebaya.

4. Sumber Daya dan Peluang

Tersedianya fasilitas atau sumber daya seperti suasana sekolah aman dan nyaman, pelayanan kesehatan dan sosial yang terjangkau, tersedianya sarana membaca dan pusat rekreasi mampu menumbuhkan kesejahteraan tidak hanya pada anak tetapi juga untuk orang tua. Kesempatan berpartisipasi dalam kehidupan di komunitas membantu anak mengatasi kesulitan.

Kegiatan ekstrakurikuler disekolah, kelompok keagamaan pemuda, dan organisasi lainnya yang bisa ikuti dapat melatih keterampilan sosial yang penting seperti kerjasama, kepemimpinan, kontribusi terhadap kesejahteraan orang lain. Ketika anak memperoleh kompetensi ini, maka mereka memperoleh kemandirian, harga diri, komitmen masyarakat (Benson, *et al*, 2006).

C. Aspek Perkembangan Anak Usia Sekolah

Perkembangan anak terjadi akibat interaksi terus menerus antara faktor biologis dan lingkungan. Perkembangan merupakan perubahan secara bertahap dari tingkat kompleksitas yang lebih rendah ke tingkat kapasitas yang lebih tinggi melalui pertumbuhan, pendewasaan, dan pembelajaran (Hockenberry *et al.*, 2017). Terdapat aspek-aspek perkembangan yang dapat diprediksi mengembangkan kemampuan karakteristik tertentu yang ditandai dengan pencapaian perkembangan normal yang disebut *milestones* (Salkind, 2002). Perkembangan anak usia sekolah mencakup perkembangan aspek motorik, kognitif, bahasa, emosi, kepribadian, moral, spiritual, dan sosial (Keliat *et al*, 2023). Berikut ini adalah perkembangan anak secara teoritis (Hockenberry *et al.*, 2017):

1. Perkembangan Kognitif

Pada usia anak sekolah, teori kognitif Piaget menggambarkan perkembangan kognitif tahap ini sebagai pemikiran yang konkrit, ketika anak mampu menggunakan

proses berpikir saat mengalami peristiwa dan bertindak. Berikut ini adalah perkembangan kognitif usia anak sekolah: (Hockenberry *et al.*, 2017).

- a. Mampu menghubungkan serangkaian peristiwa yang dapat diungkapkan baik secara verbal maupun simbolis
 - b. Anak melihat sesuatu dari sudut pandang orang lain (berkurangnya egosentris) sehingga membantu anak dapat berpikir logis dan pengembangan moral anak
 - c. Membuat penilaian berdasarkan apa yang mereka pikirkan (pemikiran konseptual)
 - d. Mengembangkan keterampilan klasifikasi dan senang mengatur lingkungannya seperti mengkoleksi benda-benda: stiker, boneka, mobil-mobilan
 - e. Mampu mengurutkan dan mengelompokkan objek berdasarkan atribut yang mereka miliki
2. Perkembangan Biologis dan Motorik

Anak usia sekolah mengalami pertumbuhan tinggi dan berat badan yang cukup stabil. Anak usia sekolah tumbuh tinggi rata-rata 5 cm per tahun dan penambahan berat badan 2 hingga 3 kg pertahun. Perubahan fisik anak usia sekolah memfasilitasi motorik anak dalam mendukung aktivitas dan kegiatan. Kemampuan motorik anak usia sekolah diantaranya menggambar, mencetak, mewarnai, melompat, meloncat, berlari mengejar, berpakaian sendiri, menulis huruf sambung.

3. Perkembangan Bahasa

Perkembangan bahasa melibatkan struktur dan fungsi fisiologis yang utuh termasuk pernapasan, pendengaran, otak serta kecerdasan, kebutuhan untuk berkomunikasi dan stimulasi. Kecepatan kemampuan setiap anak berbicara bervariasi berhubungan langsung dengan neurologis kompetensi dan perkembangan kognitif (Hockenberry *et al.*, 2017).

4. Perkembangan Moral

Perkembangan moral anak terdiri dari 3 tingkat utama (prekonvensional, konvensional, dan postkonvensional), dimana setiap tingkat terdiri dari dua tahapan .

a. Tingkat prekonvensional

Tingkat ini sejajar dengan tingkat perkembangan kognitif praoperasional dan intuitif. Berorientasi pada baik/buruk dan benar salah secara budaya. Pada tahap pertama menentukan baik buruknya tindakan ditinjau dari akibat yang ditimbulkan dan menghindari hukuman serta mematuhi tanpa mempertanyakan aturan tersebut. Pada tahap berikutnya anak mulai mampu menentukan bahwa perilaku yang benar terdiri dari perilaku yang memenuhi kebutuhan mereka sendiri.

b. Tingkat konvensional

Pada tahap konvensional, anak-anak mementingkan kesesuaian dan kesetiaan (*loyalty*). Mereka menghargai harapan keluarga, kelompok, atau nasional tanpa mempedulikan konsekuensinya. Perilaku yang mendapat persetujuan dan menyenangkan atau membantu orang lain dianggap baik. Seseorang mendapat persetujuan dengan bersikap "baik". Menaati aturan, menjalankan tugas, menghormati otoritas, dan menjaga ketertiban sosial adalah perilaku yang benar. Tingkat ini berkorelasi dengan tahap operasi konkrit dalam perkembangan kognitif.

c. Tingkat post konvensional

Pada tingkat post konvensional, individu telah mencapai tahap kognitif operasi formal. Perilaku yang benar cenderung didefinisikan dalam kaitannya dengan hak dan standar individu secara umum yang telah disepakati oleh seluruh masyarakat. Meskipun aturan prosedural untuk mencapai konsensus menjadi penting, kemungkinan untuk mengubah undang-undang di ditinjau dari kebutuhan masyarakat dan pertimbangan rasional.

5. Perkembangan Kepribadian

Periode kanak-kanak adalah periode dimana kepribadian dibentuk (Schutz & Baker 2023). Kesadaran dan neurotisme merupakan bagian dari kepribadian yang berperan penting dalam kesehatan mental anak. Kesadaran mengacu pada kecenderungan individu terhadap ketekunan, disiplin diri, kehati-hatian dan pengendalian diri, sedangkan neurotisme bermanifestasi sebagai ciri-ciri emosional seperti kecemasan, depresi, permusuhan, hambatan, dan kerentanan. Anak dengan tingkat kesadaran tinggi cenderung menunjukkan sifat psikologis yang positif seperti stabilitas emosi, keterampilan manajemen diri, dan strategi koping yang positif. Sebaliknya, neurotisme memiliki efek jangka panjang negatif pada perkembangan anak termasuk penurunan kualitas hidup, kesehatan yang buruk, peningkatan frekuensi mengalami peristiwa yang tidak menyenangkan, dan potensi memperpendek umur (Cao & Liu, 2023).

6. Perkembangan Konsep Diri

Konsep diri adalah bagaimana seseorang menggambarkan dirinya yang mencakup semua gagasan, keyakinan yang membentuk pengetahuan diri individu dan yang mempengaruhi hubungan individu dengan orang lain. Konsep diri berkembang secara bertahap sebagai hasil dari pengalaman unik dalam diri, orang lain, dan realitas dunia. Anak-anak usia sekolah lebih sadar akan perbedaan antar manusia, lebih peka terhadap tekanan sosial, dan lebih sibuk dengan isu-isu kritik diri dan evaluasi diri.

7. Perkembangan Spiritual

Perkembangan spiritual anak sekolah dapat dilakukan melalui peningkatan hubungan dengan Tuhan, diri sendiri, orang lain, dan lingkungan atau semua ciptaan Tuhan (Keliat *et al*, 2023). Anak usia sekolah memiliki keinginan untuk belajar tentang Tuhan atau kepercayaan mereka. Anak mulai memahami konsep surga dan neraka sehingga berkembang kepedulian akan ketaatan terhadap ajaran agama, dan

melakukan doa atau ritual keagamaannya dalam kehidupan sehari-hari. Anak usia sekolah mulai menyadari bahwa tidak semua doa dapat dikabulkan.

8. Perkembangan Sosial

Perkembangan aspek sosial anak usia 6-8 tahun yaitu anak dalam kelompok teman sebaya dapat berbagi, bekerja sama, bersahabat dengan gender yang sama, perhatian terhadap teman, menyelesaikan konflik dengan teman, bersaing untuk menang dalam permainan, dan bersikap adil. Usia 8-10 tahun anak menyukai penghargaan dan kompetisi, mengembangkan kerendahan hati, membandingkan diri sendiri dengan orang lain, menikmati kegiatan kelompok, anak mulai dapat mengatasi tekanan, menolong dan meminta pertolongan teman, serta mulai perhatian dengan isu sosial. Anak usia 10-12 tahun lebih suka berteman, memiliki sahabat yang dipilih, senang bercakap-cakap, mulai muncul ketertarikan pada lawan jenis, lebih diplomatis, dan meminta pendapat dari teman serta menghargainya, menghormati dan ingin membahagiakan orang tua (Wong, 2009; Keliat *et al*, 2023).

D. Stimulasi Aspek perkembangan Anak Usia Sekolah

Perkembangan anak dipengaruhi oleh kedekatannya dengan orang tua termasuk bagaimana pola asuh dan stimulasi dari orang tua. Orang tua diharapkan dapat memberikan stimulasi agar anak dapat mencapai tugas perkembangan yang optimal sesuai tahap usianya, sehingga fase *industry* anak dapat tercapai dan meningkatkan kesiapan anak menghadapi tugas perkembangan selanjutnya. Perkembangan individu berjalan berkesinambungan, kegagalan pencapaian tugas perkembangan pada satu fase akan mempengaruhi perkembangan individu di rentang kehidupan lainnya (Hardayati & Keliat, 2022). Tugas perkembangan utama pada tahap ini adalah menanamkan interaksi yang sesuai dengan teman sebaya dan orang lain, meningkatkan keterampilan motorik halus, meningkatkan ekspansi motorik kasar (Hardayati & Mutianingsih, 2023).

Perawat memiliki peran dalam upaya promotif mempertahankan kesehatan jiwa anak usia sekolah dengan meningkatkan pemahaman orang tua dan guru tentang pentingnya pencapaian tugas perkembangan anak untuk mewujudkan anak yang sehat jiwa. Tumbuh kembang yang baik akan membantu anak dalam menghadapi stresor atau tantangan dalam proses kehidupan.

Delapan aspek perkembangan anak yang distimulasi untuk mencapai tugas perkembangan yang optimal diantaranya aspek motorik, kognitif, bahasa, emosi, kepribadian, moral, spiritual, dan sosial. Berbagai cara dapat dilakukan sebagai upaya menstimulasi perkembangan anak salah satunya dengan bermain. Bermain adalah salah satu media bagi anak untuk dapat mengasah aspek perkembangan mereka. Bermain membuat anak-anak terus mempraktikkan proses hidup yang rumit dan penuh tekanan, berkomunikasi, dan mencapai hubungan yang memuaskan dengan orang lain (Hockenberry *et al.*, 2017). Bermain dapat menstimulasi perkembangan motorik, kognitif /intelektual, sosialisasi, kreatifitas, kesadaran diri, dan nilai terapeutik. Berikut ini adalah kegiatan yang dapat dilakukan untuk menstimulasi perkembangan anak usia sekolah

1. Stimulasi Motorik

Stimulasi motorik dilakukan untuk motorik kasar dan halus anak. Berikut ini adalah contoh kegiatan untuk menstimulasi perkembangan motorik anak usia sekolah:

- a. Menggambar dan mewarnai
- b. Membuat kerajinan tangan menggunakan bahan tak terpakai seperti karton, sedotan, atau meronce manik-manik
- c. Menulis cerita /pengalaman berkesan saat liburan
- d. Permainan menumpuk benda-benda seperti kotak kardus
- e. Permainan diluar ruangan seperti sepak bola agar anak latihan berlari, berlari melewati rintangan, menendang atau melempar bola bersama-sama

2. Stimulasi Kognitif

Stimulasi kognitif yang dapat dikembangkan melalui permainan yaitu kemampuan pemecahan masalah, mendapatkan ide-ide baru, berkomunikasi, mengingat, dan berpikir.

Berikut ini adalah contoh kegiatan untuk menstimulasi perkembangan kognitif anak usia sekolah:

- a. Permainan bersama seperti teka-teki silang, *puzzle*, pencarian kata, permainan kartu
- b. Masak bersama dan motivasi anak untuk membantu mengukur dan menimbang bahan-bahannya dan menjelaskan bahan apa saja yang diperlukan untuk membuat masakan tersebut.
- c. Menulis daftar belanjaan atau merencanakan acara bersama
- d. Kunjungan ke museum, perpustakaan (membaca), atau tempat rekreasi alam (mengetahui lingkungan)
- e. Pemanfaatan teknologi digital dengan membuat animasi, mengerjakan eksperimen sains virtual, mendesain bangunan dengan kotak, lem, dan kertas melalui permainan Minecraft.

3. Stimulasi Bahasa

Penelitian menunjukkan bahwa orang tua dan sekolah memiliki peran dalam merangsang motivasi intrinsik anak untuk membaca. Kelas yang disiplin dan iklim sekolah yang kompetitif dapat memperbesar motivasi membaca anak (Van Hek & Kraaykamp, 2023). Keterampilan verbal anak berhubungan dengan kemampuan berhitung (Özkan & Baydar, 2021). Keterampilan verbal dapat memfasilitasi pemetaan besaran menjadi kata bilangan dan angka.

Berikut ini adalah contoh kegiatan untuk menstimulasi perkembangan bahasa anak usia sekolah:

- a. Membaca buku /buku cerita sesuai minat anak : buku sains, tokoh animasi, atau sejarah
- b. Menyanyikan lagu

- c. Bermain peran menjadi penjual dan pembeli, atau dokter dengan pasien.
 - d. Permainan menyambung kata atau pencarian kata yang hilang
 - e. Mengajak anak berbicara tentang peristiwa yang baru dialami.
4. Stimulasi Moral

Perkembangan moral adalah perubahan penalaran, perasaan, dan perilaku tentang nilai-nilai benar-salah serta baik-buruk (Santrock, 2007). Berikut ini adalah contoh kegiatan untuk menstimulasi perkembangan moral anak usia sekolah:

- a. Bermain dengan mengedepankan konsep mematuhi peraturan dan adil dalam permainan
 - b. Membaca buku cerita atau menonton film yang memiliki pesan moral dan mendiskusikan karakter perilaku baik seperti jujur, disiplin, suka menolong dan perilaku buruk yang tidak dilakukan seperti berbohong, mencuri, mencontek, berkata kasar dan sebagainya.
5. Stimulasi Emosi dan Konsep Diri

Anak usia sekolah diharapkan dapat mengenali dan mengekspresikan emosi (misalnya senang, sedih, takut, malu, marah) melalui latihan, permainan, atau kegiatan. Berikut ini adalah contoh kegiatan untuk menstimulasi perkembangan emosi dan konsep diri anak usia sekolah:

- a. Menonton film atau membaca buku bersama untuk mendiskusikan emosi yang dialami karakter dalam cerita.
- b. Mendiskusikan emosi yang dirasakan anak saat permintaannya tidak dikabulkan, saat ditegur orang tua atau guru, saat bertemu dengan teman baru, saat mendapatkan hadiah dll. Kegiatan ini bermanfaat untuk membantu anak mengenali emosinya
- c. Permainan boneka, menggambar, melukis, menari atau bermain musik untuk membantu anak mengeksplorasi dan mengekspresikan emosi.

- d. Bermain peran dan tebak-tebakan sederhana. Minta anak memilih *emoticon* emosi, orang tua memerankan dan minta anak menebak emosi tersebut.

6. Stimulasi Kepribadian

Kepribadian anak sekolah yang sehat adalah mampu menyesuaikan diri dengan lingkungan ditandai dengan kemampuan menilai diri dan situasi secara realistis, menerima tanggung jawab, menerima prestasi yang diperoleh secara realistis, mampu mengendalikan emosi, berorientasi keluar dengan terbuka, menerima keadaan sosial, memiliki filsafat hidup dan bahagia dalam situasi kehidupan (Keliat *et al*, 2023). Berikut ini adalah contoh kegiatan untuk menstimulasi perkembangan kepribadian anak usia sekolah:

- a. Memberikan tanggung jawab pada anak untuk menyelesaikan tugas sekolah
- b. Melibatkan anak untuk membantu pekerjaan rumah
- c. Memberikan dukungan dan pujian yang realistis pada anak
- d. Hindari memberikan label negatif kepada anak, ucapkan kalimat-kalimat positif meski anak sedang mengalami kegagalan
- e. Menunjukkan respon verbal dan nonverbal yang positif meski anak melakukan kesalahan. Berikan teguran dengan kalimat-kalimat yang baik.

7. Stimulasi Spiritual

Spiritualitas individu terdiri dari empat komponen yang saling berkaitan yaitu hubungan manusia dengan Tuhan, diri sendiri, orang lain, dan alam (Ghaderi *et al*, 2018). Berikut ini adalah contoh kegiatan untuk menstimulasi perkembangan spiritual anak usia sekolah:

- a. Memotivasi anak untuk beribadah bersama orang tua
- b. Membuat jadwal untuk membaca kitab suci
- c. Menonton film dengan tema religi
- d. Melibatkan anak dalam kegiatan donasi untuk membantu korban bencana

- e. Merawat tanaman dan binatang peliharaan
8. Stimulasi Sosial

Perkembangan sosial pada anak sekolah ditandai dengan meluasnya hubungan dengan lingkungannya, selain keluarga, anak mulai membentuk ikatan baru dengan teman sebaya (*peer group*) sehingga hubungan sosial semakin luas (Keliat *et al*, 2023). Berikut ini adalah contoh kegiatan untuk menstimulasi perkembangan sosial anak usia sekolah:

- a. Berbincang-bincang bersama keluarga tentang pengalaman disekolah
- b. Kerja kelompok untuk menyelesaikan tugas sekolah
- c. Mengikuti perlombaan atau ekstrakurikuler di sekolah
- d. Mengikuti kegiatan gotong royong dimasyarakat
- e. Melibatkan anak untuk terlibat kegiatan difasilitas umum misalnya berbelanja

E. Rangkuman

Erikson membagi perkembangan manusia menjadi delapan tahap, dengan usia sekolah (6-12 tahun) berfokus pada tahap *industry vs inferiority*. Pada tahap ini, anak perlu menanamkan interaksi positif dengan orang lain dan meningkatkan keterampilan intelektual, motorik halus, dan kasar. Keterlibatan stimulasi yang baik pada usia ini dapat membentuk perkembangan positif, sedangkan kurangnya stimulus dapat meningkatkan risiko perkembangan negatif.

Tahap perkembangan anak sekolah mempengaruhi masa remaja dan dewasa muda. Trauma masa kecil, penganiayaan, dan pengabaian dapat berkontribusi pada gangguan kepribadian di usia dewasa. Oleh karena itu, pencegahan masalah kesehatan jiwa harus dimulai sejak usia anak sekolah, dengan fokus pada upaya promotif dan preventif.

Konsep perkembangan anak usia sekolah mencakup kesiapan peningkatan perkembangan, mulai dari sosialisasi dengan teman baru hingga tanggung jawab tinggi. Faktor-faktor seperti karakteristik pribadi, hubungan orang tua, dukungan

sosial, dan sumber daya memengaruhi perkembangan psikososial anak.

Aspek perkembangan anak usia sekolah melibatkan kognitif, motorik, bahasa, moral, kepribadian, spiritual, dan sosial. Erikson menekankan pentingnya anak mengembangkan keterampilan yang diperlukan, karena kegagalan dapat menyebabkan kesulitan adaptasi.

Stimulasi perkembangan anak usia sekolah dapat dilakukan melalui berbagai kegiatan, seperti bermain untuk motorik, teka-teki untuk kognitif, membaca untuk bahasa, dan beribadah untuk spiritual. Orang tua dan perawat memiliki peran penting dalam memastikan anak mendapatkan stimulasi yang optimal untuk perkembangan yang sehat.

F. Daftar Pustaka

- Cao, X., & Liu, X. (2023). Understanding the Role of Parent–Child Relationships in Conscientiousness and Neuroticism Development among Chinese Middle School Students: A Cross-Lagged Model. *Behavioral Sciences*, 13(10). <https://doi.org/10.3390/bs13100876>
- Ghaderi, A., Tabatabaei, S.M., Nedjat, S., Javadi, M., & Larijani, B. (2018). Explanatory definition of the concept of spiritual health: A qualitative study in Iran. *Journal of medical ethics and history of medicine*, 11,3
- Hardayati, Y. A., & Keliat, B. A. (2022). Pengaruh Terapi Kelompok Terapeutik (TKT) Terhadap Peningkatan Aspek dan Tugas Perkembangan Remaja. *Media Publikasi Promosi Kesehatan Indonesia (MPPKI)*, 5(7), 818–822. <https://doi.org/10.56338/mppki.v5i7.2396>
- Hardayati, Y. A., & Mutianingsih. (2023). Studi kasus: pengaruh terapi kelompok terapeutik dan kunjungan rumah terhadap aspek perkembangan anak usia sekolah. *Jurnal Ners NAINAWA*, 1(1), 1–7.

- Hockenberry, M., Wilson, D., & Rodgers, C. C. (2017). *Wong's Essentials of pediatric nursing: Tenth Edition* (Tenth Edit). Elsevier.
- Keliat, B. A. (2019). *Asuhan keperawatan jiwa*. Jakarta: EGC
- Keliat, B.A., Mulia, M., Fitria, N. (2023). *Promosi Kesehatan Jiwa Terapi Kelompok Terapeutik. Buku 2*. Jakarta; EGC
- Keliat, B.A., Mulia, M., Hardayati, Y.A. (2023). *Promosi Kesehatan Jiwa Terapi Kelompok Terapeutik. Buku 1*. Jakarta; EGC
- Lawrence, B., & Catherine S.T, L. (2006). *Child psychology: a handbook of contemporary issues second edition* (B. Lawrence & L. Catherine S.T (eds.); Second). Psychology Press.
- Özkan, D., & Baydar, N. (2021). The roles of stimulating parenting and verbal development throughout early childhood in the development of mathematics skills. *Cognitive Development*, 58(January 2020). <https://doi.org/10.1016/j.cogdev.2021.101012>
- raisingchildren.net.au. (2022). School age development. <https://raisingchildren.net.au/school-age/play-media-technology/play-school-age-development/thinking-play-school-age>
- Salkind, N. (2002). *Child development/edited by Neil J.Salkind* (N. Salkind (ed.)). Macmillan Library
- Santrock, J. (2007). *Life-span development , 9th ed*. New York: McGrawHill
- Schütz, J., & Bäker, N. (2023). Associations between Parenting, Temperament-Related Self-Regulation and the Moral Self in Middle Childhood. *Children*, 10(2), 302. <https://doi.org/10.3390/children10020302>.
- Van Hek, M., & Kraaykamp, G. (2023). Why Jane likes to read and John does not. How parents and schools stimulate girls' and boys' intrinsic reading motivation. *Poetics*,

Wong, D.L., Eaton, Wilson, Wingkelstein, & Schwartz. (2009). *Buku ajar keperawatan pediatrik Wong* (S.K. Andry Hartono, Setiawan, Trans. 6ed.). Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC

G. Latihan Soal

1. Apa yang menjadi tugas perkembangan utama pada tahap perkembangan anak usia sekolah menurut Erikson?
 - A. Menjalin hubungan romantis
 - B. Menanamkan interaksi dengan teman sebaya dan orang lain
 - C. Meningkatkan kemampuan finansial
 - D. Mengejar kepuasan pribadi
2. Faktor apa yang dikaitkan dengan perkembangan gangguan kepribadian di usia dewasa menurut penelitian?
 - A. Faktor genetik
 - B. Trauma masa kecil, penganiayaan, dan pengabaian dalam keluarga
 - C. Kondisi ekonomi keluarga
 - D. Perbedaan suku atau ras
3. Menurut teori Piaget, pada tahap perkembangan kognitif anak usia sekolah, apa yang dapat mereka lakukan?
 - A. Mengerti konsep abstrak
 - B. Mengembangkan keterampilan motorik kasar
 - C. Mampu menghubungkan serangkaian peristiwa secara verbal atau simbolis
 - D. Mengenal konsep moral yang tinggi
4. Apa yang termasuk dalam faktor yang mempengaruhi perkembangan anak usia sekolah menurut teks?
 - A. Karakteristik Pribadi
 - B. Jumlah uang saku
 - C. Warna rambut
 - D. Tingkat kelulusan sekolah orang tua

5. Kegiatan apa yang dapat dilakukan untuk menstimulasi perkembangan moral anak usia sekolah?
- A. Menyaksikan film horor bersama-sama
 - B. Membaca buku dengan pesan moral dan mendiskusikannya
 - C. Bermain permainan video yang kompetitif
 - D. Menyuruh anak untuk tidak membantu teman yang membutuhkan

Kunci Jawaban

1. B 2. B 3. C 4. A 5. B

H. Profil Penulis



Ns. Yunita Astriani Hardayati, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.J lahir di Jakarta pada tanggal 21 Mei 1988. Yunita menyelesaikan pendidikan terakhir Spesialis Keperawatan Jiwa di Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia. Saat ini bekerja sebagai dosen tetap program studi Sarjana Keperawatan di Sekolah

Tinggi Ilmu Kesehatan Sint Carolus. Selain tugas utamanya sebagai dosen, Yunita banyak terlibat sebagai narasumber dan fasilitator berbagai pelatihan yang diselenggarakan di tingkat lokal, Daerah/Regional, hingga Nasional. Yunita juga aktif menulis buku. Buku yang diterbitkan berjudul “Promosi Kesehatan Jiwa Terapi Kelompok Terapeutik Buku 1, Buku Ajar Keperawatan Paliatif, Buku Komunikasi Terapeutik”. Akhir kata penulis berharap topik yang ditulis dalam buku ini dapat bermanfaat bagi pembaca.

BAB 16

ASKEP SEHAT JIWA SEPANJANG RENTANG KEHIDUPAN: REMAJA

Resti Ikhda Syamsiah

Capaian Pembelajaran:

1. Mampu memahami konsep diri remaja
2. Mampu memahami karakteristik psikososial pada masa remaja
3. Mampu memahami aspek sehat jiwa pada remaja

World Health Organization (WHO) menyatakan bahwa masa remaja merupakan periode pertumbuhan dan perkembangan manusia yang dialami setelah masa kanak-kanak dan sebelum masa dewasa, yaitu dari usia 10 sampai 19 tahun (WHO, 2021). Pada masa remajalah seorang manusia mulai membangun jati diri, memiliki kehendak bebas untuk memilih memegang teguh prinsip dan mengembangkan kapasitasnya. Remaja rentan terpengaruh oleh lingkungan sekitarnya atau teman pergaulannya (Syahraeni, 2020).

A. Konsep Diri Remaja

Konsep diri adalah penilaian yang dilakukan individu itu sendiri menyangkut kondisi fisik (tubuh) maupun kondisi psikis (sosial, emosi, moral dan kognitif) terhadap dirinya sendiri sehingga akan menghasilkan sebuah penilaian yang sifatnya subjektif (Syahraeni, 2020). Konsep diri adalah semua persepsi kita terhadap aspek diri yang meliputi aspek fisik, aspek sosial, dan aspek psikologi, yang didasarkan pada

pengalaman dan interaksi kita dengan orang lain (Alex Sobur, 2016).

Konsep diri terbentuk dari persepsi orang terhadap diri individu, orang-orang terdekat dilingkungannya, seperti: saudara kandung, orang tua, teman sebaya, dan guru. Laki-laki pembentukan konsep dirinya bersumber dari agresifitas dan kekuatan dirinya, sedangkan perempuan konsep dirinya terbentuk dari keadaan fisik dan popularitas dirinya (Syahraeni, 2020). Pembentukan konsep diri itu sendiri sangat dipengaruhi oleh lingkungan, pengalaman-pengalaman interaksi dengan orang lain serta nilai-nilai agama yang dianut oleh individu itu sendiri (Saputra & Yuzarion, 2020).

Upaya dalam membentuk konsep diri remaja dapat dilakukan dengan berbagai cara diantaranya Upaya preventif, kuratif, dan responsif. Upaya preventif dapat dilakukan dengan bimbingan yang bersifat pencegahan guna membantu para remaja sebelum mereka menghadapi kesulitan atau persoalan yang serius. Dengan mewujudkan kondisi positif baik di sekolah, dilingkungan tempat tinggal atau lingkungan keluarga maupun dilingkungan pergaulan, demikian juga memaksimalkan penggunaan waktu senggang untuk melakukan kegiatan positif. Upaya kuratif adalah upaya yang dilakukan untuk menanggulangi masalah-masalah konsep diri yang sedang dihadapi oleh remaja. Upaya responsif adalah layanan bimbingan yang bertujuan untuk membantu remaja dalam memenuhi kebutuhan yang dirasakan sangat penting oleh remaja saat ini. (Syahraeni, 2020).

B. Karakteristik Psikologis pada Masa Remaja

The promise of adolescence menyimpulkan lima domain kesehatan optimal pada remaja (MP., 2017), yaitu:

Domain yang pertama adalah kesehatan fisik, pubertas merupakan pendorong perubahan fisik utama yang dialami remaja. Faktor genetik, lingkungan, dan kesehatan, termasuk faktor penentu biologis, stressor kehidupan, status sosial ekonomi, nutrisi dan diet, jumlah lemak tubuh, dan adanya

penyakit kronis, semuanya dapat mempengaruhi permulaan dan perkembangan pubertas (Aylwin *et al.*, 2019).

Domain yang kedua adalah kesehatan emosional, hormon pubertas yang dilepaskan selama masa remaja membuat remaja sangat sensitif terhadap stres (NASEM, 2019). Proses biologis ini, dikombinasikan dengan peningkatan stres interpersonal yang dialami remaja, dikaitkan dengan gangguan pada kemampuan remaja untuk mengatur emosi mereka secara efektif (McLaughlin *et al.*, 2015).

Domain yang ketiga adalah kesehatan sosial. Masa remaja awal cenderung ditandai dengan keterlibatan paling intens dalam kelompok sebaya, dengan kesesuaian dan perhatian tentang penerimaan dalam kelompok (Cowie H., 2019). Remaja mulai menunjukkan kesesuaian yang kurang dan penerimaan yang lebih besar terhadap perbedaan individu dalam periode ini yang ditandai dengan perubahan dramatis dalam berbagai aspek hubungan, termasuk jumlah hubungan, lama hubungan, dan pilihan pasangan (Bowker A, 2018).

Domain yang keempat adalah Kesehatan spiritual. Remaja secara teratur terlibat dengan praktik kespiritualitan di rumah dan di lembaga kespiritualitan yang lain (Barry CM, Nelson LJ, 2018). Sementara beberapa remaja mengembangkan identitas spiritual mereka selaras dengan keluarga mereka, yang lain mungkin mengeksplorasi identitas dan nilai lain dalam upaya mengembangkan identitas diri (SP., 2015)

Domain terakhir adalah kesehatan intelektual, yang mencakup keterampilan yang mengarah pada pencapaian akademis, pencapaian karier, hobi, dan pengejaran budaya. Selama masa remaja dan dewasa, wilayah otak yang mengatur fungsi eksekutif dan mengawasi kemampuan kritis untuk pengambilan keputusan berkembang secara bertahap (JN., 2015). Penelitian menunjukkan bahwa gaya pengasuhan berkontribusi pada hasil kesehatan intelektual (M., 2016).

C. Asuhan Keperawatan Sehat Jiwa pada Remaja

1. Pengkajian

Karakteristik perilaku remaja yang menunjukkan pembentukan identitas diri diantaranya adalah menilai kelebihan dan kekurangan diri secara objektif, bergaul dengan teman, memiliki teman bercerita, mengikuti kegiatan rutin (olah raga, seni, pramuka, pengajian, bela diri), bertanggung jawab mampu mengambil keputusan tanpa tergantung pada orang tua, menemukan identitas diri, memiliki tujuan dan cita-cita masa depan, tidak melakukan tindakan antisosial dan tindak asusila, tidak menuntut orang tua secara paksa untuk memenuhi keinginan yang berlebihan dan negatif, berperilaku santun dan memiliki prestasi yang berarti dalam hidup.

Faktor protektif remaja

Partisipasi remaja dalam mengikuti kegiatan seperti tim olah raga ataupun klub menjadi penting bagi perkembangan positif remaja, termasuk kesehatan yang lebih baik dan menyelesaikan pendidikan dengan baik (Denault & Poulin, 2019). Faktor protektif terdiri dari dua aspek yaitu perilaku dan psikologis. Perilaku pemuda yang aktif mengikuti kegiatan positif adalah modal penting dari perkembangan positif. Ukuran perilaku telah dikaitkan dengan berbagai indikator perkembangan, seperti kesehatan fisik, pendidikan dan gejala depresi (Denault & Poulin, 2019). Keterlibatan psikologis dalam aktivitas telah dipertimbangkan membangun multidimensi, terdiri dari kognitif (misalnya, fokus), afektif (misalnya, kenikmatan), dan faktor relasional/spiritual (misalnya, keterkaitan dengan orang lain) (Ramey *et al.*, 2017).

Faktor risiko remaja

Remaja yang memiliki faktor risiko lebih mungkin melakukan tindakan seperti merokok, pesta minuman keras, keterlibatan dalam perkelahian dan kenakalan. Perilaku berisiko pada remaja dikaitkan dengan tindakan merokok dan adanya tekanan psikologis yang lebih banyak dialami

oleh remaja putri. Pada perilaku konsumsi alkohol berlebihan dan kesehatan diri yang lebih buruk lebih sering dialami oleh remaja putra (Akasaki *et al.*, 2019).

Perilaku remaja berisiko lainnya seperti merokok, aktivitas fisik, konsumsi alkohol, penggunaan narkoba, nutrisi yang tidak sehat dan tidur yang tidak cukup (El Ansari *et al.*, 2018). Keterlibatan remaja dalam perilaku berisiko dikaitkan dengan kesehatan diri yang dinilai lebih buruk, kinerja pendidikan yang lebih rendah, khususnya di kalangan pria dan mengalami kesehatan mental yang lebih buruk di awal masa dewasa (Champion *et al.*, 2018; El Ansari *et al.*, 2018).

2. Diagnosa Keperawatan

Kesiapan peningkatan perkembangan usia remaja

3. Tindakan Keperawatan

Tindakan keperawatan untuk remaja

Tujuan

Menyebutkan karakteristik perkembangan psikologis yang normal dan menyimpang, menjelaskan cara mencapai perkembangan psikologis yang normal, dan melakukan tindakan untuk mencapai perkembangan psikologis yang normal.

Tindakan

Mendiskusikan ciri perkembangan remaja yang normal dan menyimpang., Mendiskusikan cara mencapai perkembangan psikologis yang normal: 1) Anjurkan remaja untuk berinteraksi dengan orang lain yang membuatnya nyaman, mencurahkan perasaan, perhatian dan kekhawatiran, 2) Anjurkan remaja untuk mengikuti kegiatan yang bersifat positif (olah raga, seni, bela diri, pramuka, keagamaan), 3) Anjurkan remaja untuk melakukan kegiatan di rumah sesuai dengan perannya. Terakhir Bimbing dan motivasi remaja dalam membuat rencana kegiatan dan melaksanakan rencana yang telah dibuatnya.

Tindakan Keperawatan untuk Keluarga

Tujuan

Memahami perilaku yang menggambarkan perkembangan remaja yang normal dan menyimpang, memahami cara menstimulasi perkembangan remaja, mendemonstrasikan tindakan untuk menstimulasi perkembangan remaja, dan merencanakan tindakan untuk mengembangkan kemampuan psikologis remaja.

Tindakan

Jelaskan ciri perkembangan remaja yang normal dan menyimpang, jelaskan cara yang dapat dilakukan untuk memfasilitasi perkembangan remaja yang normal, anjurkan remaja untuk berinteraksi dengan orang lain yang membuatnya nyaman mencurahkan perasaan, perhatian dan kekhawatiran, anjurkan remaja untuk mengikuti kelompok yang mempunyai kegiatan positif, berperan sebagai teman bercerita bagi remaja, berperan sebagai contoh bagi remaja dalam melakukan interaksi sosial yang baik, beri lingkungan yang nyaman bagi remaja untuk melakukan aktivitas bersama kelompoknya, ceritakan dan demonstrasikan tindakan untuk membantu remaja memperoleh identitas diri, dan ceritakan rencana tindakan yang akan dilakukan keluarga untuk memfasilitasi remaja memperoleh identitas diri.

D. Rangkuman

Remaja merupakan seseorang yang sedang dalam masa penentuan jati diri dan mudah terpengaruh oleh lingkungan. Penting bagi remaja memiliki konsep diri yang positif. Penilaian terhadap diri sendiri yang positif akan memacu Tindakan remaja yang positif juga. Penilaian tersebut meliputi penilaian terhadap fisik dan psikis. Upaya dalam membentuk konsep diri remaja yang positif dapat dilakukan dengan upaya preventif, kuratif dan upaya responsif. Karakteristik psikologis pada remaja terbagi menjadi lima domain yaitu kesehatan fisik, kesehatan emosional, kesehatan sosial, kesehatan spiritual dan kesehatan

intelektual. Pengkajian pada remaja dilakukan dengan mengkaji faktor protektif dan faktor risiko pada remaja. Faktor protektif pada remaja terdiri dari dua aspek yaitu perilaku dan psikologis. Faktor risiko pada remaja dapat mengakibatkan perilaku merokok, pesta minuman keras, keterlibatan dalam perkelahian dan kenakalan remaja lainnya. Diagnosa yang diambil yaitu kesiapan peningkatan perkembangan usia remaja. Tindakan yang dapat dilakukan tertuju pada remaja dan keluarganya.

E. Daftar Pustaka

- Akasaki, M., Ploubidis, G. B., Dodgeon, B., & Bonell, C. P. (2019). The clustering of risk behaviours in adolescence and health consequences in middle age. *Journal of Adolescence*, 77(June), 188-197. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.11.003>
- Alex Sobur. (2016). *Psikologi Umum*. Pustaka Setia.
- Aylwin, C. F., Toro, C. A., Shirtcliff, E., & Lomniczi, A. (2019). Emerging Genetic and Epigenetic Mechanisms Underlying Pubertal Maturation in Adolescence. *Journal of Research on Adolescence*, 29(1), 54-79. <https://doi.org/10.1111/jora.12385>
- Barry CM, Nelson LJ, A.-Z. M. (2018). *Religiusitas pada masa remaja dan masa dewasa awal*. (pp. 3101-3126). Springer Internasional.
- Bowker A, R. K. (2018). Karakteristik persahabatan. In *Ensiklopedia Remaja*. (pp. 1487-1494). Springer Internasional.
- Champion, K. E., Mather, M., Spring, B., Kay-Lambkin, F., Teesson, M., & Newton, N. C. (2018). Clustering of Multiple Risk Behaviors Among a Sample of 18-Year-Old Australians and Associations With Mental Health Outcomes: A Latent Class Analysis. *Frontiers in Public Health*, 6(May), 1-11. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00135>

- Cowie H. (2019). *Dari Lahir hingga Enam Belas: Kesehatan Anak, Perkembangan Sosial, Emosional dan Linguistik*. (2nd ed.). Routledge.
- Denault, A. S., & Poulin, F. (2019). Trajectories of participation in organized activities and outcomes in young adulthood. *Applied Developmental Science, 23*(1), 74–89. <https://doi.org/10.1080/10888691.2017.1308829>
- El Ansari, W., Ssewanyana, D., & Stock, C. (2018). Behavioral Health Risk Profiles of Undergraduate University Students in England, Wales, and Northern Ireland: A Cluster Analysis. *Frontiers in Public Health, 6*(May), 1–8. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00120>
- JN., G. (2015). The amazing teen brain. *Scientific American, 312*, 32–37.
- Lerner, R. M. (2018). Character development among youth: Linking lives in time and place. *International Journal of Behavioral Development, 42*(2), 267–277. <https://doi.org/10.1177/0165025417711057>
- M., P. (2016). Associations of parenting styles and dimensions with academic achievement in children and adolescents: A meta-analysis. *Educational Psychology Review, 28*(3).
- McLaughlin, K. A., Garrad, M. C., & Somerville, L. H. (2015). What develops during emotional development? A component process approach to identifying sources of psychopathology risk in adolescence. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 17*(4), 403–410. <https://doi.org/10.31887/dcns.2015.17.4/kmclaughlin>
- MP., O. (2017). *Health Promotion in the Workplace*. 5th ed. Art & Science of Health Promotion Institute.
- National Academies of Sciences, Engineering, and M. (NASEM). (2019). *The Promise of Adolescence: Realizing Opportunity for all Youth*. The National Academies Press.

- Ramey, H. L., Lawford, H. L., & Rose-Krasnor, L. (2017). Doing for others: Youth's contributing behaviors and psychological engagement in youth-adult partnerships. *Journal of Adolescence*, 55, 129–138. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2017.01.001>
- Saputra, A., & Yuzarion. (2020). Pembentukan Konsep Diri Remaja Melalui Penanaman Nilai-Nilai Keislaman. *Jurnal Al-Hikmah*, 18(2), 151–156. <https://doi.org/10.35719/alhikmah.v18i2.31>
- SP., H. (2015). *Identity status*. (pp. 1836–1844). Springer International Publishing.
- Syhraeni, A. (2020). Pembentukan Konsep Diri Remaja. *Jurnal Bimbingan Penyuluhan Islam*, 7(1), 61–76.
- World Health Organization. (2021). *Maternal, newborn, child and adolescent health*.

F. Latihan Soal

1. Berapa rentang usia pada remaja?
 - A. 10 – 16 tahun
 - B. 10 – 17 tahun
 - C. 10 – 18 tahun
 - D. 10 – 19 tahun
2. Bimbingan yang bersifat pencegahan guna membantu para remaja sebelum mereka menghadapi kesulitan merupakan upaya pembentukan konsep diri jenis.....
 - A. Preventif
 - B. Kuratif
 - C. Responsif
 - D. Rehabilitatif
3. Keterlibatan yang intens dalam kelompok sebaya, dengan kesesuaian dan perhatian tentang penerimaan dalam kelompok termasuk domain Kesehatan optimal jenis.....
 - A. Kesehatan fisik
 - B. Kesehatan emosional
 - C. Kesehatan sosial

- D. Kesehatan spiritual
4. Berikut ini bukan termasuk perilaku berisiko pada remaja yaitu.....
 - A. Merokok
 - B. Mengikuti olah raga
 - C. Minum-minuman keras
 - D. Perkelahian
 5. Tindakan pada remaja untuk meningkatkan perkembangan usia remaja adalah.....
 - A. Anjurkan remaja untuk mengikuti organisasi
 - B. Berperan sebagai teman curhat bagi remaja
 - C. Demonstrasikan tindakan untuk membantu remaja memperoleh identitas diri
 - D. Diskusikan rencana tindakan yang akan dilakukan keluarga untuk memfasilitasi remaja memperoleh identitas diri.

Kunci Jawaban

1. D 2. A 3. C 4. B 5. A

G. Profil Penulis



Resti Ikhdha Syamsiah adalah penulis kelahiran Banyumas 28 Mei 1994, putri pertama dari Bapak Ketut Sudadiyo dan Ibu Siti Munawaroh. Penulis telah menyelesaikan studi S1 Keperawatan dan profesi Ners di Universitas Sriwijaya di Palembang tahun 2019, studi S2 keperawatan peminatan keperawatan jiwa di Universitas Brawijaya Malang tahun 2021. Penulis mulai menerapkan ilmu keperawatan yang telah didapat dengan menyalurkan kepada mahasiswanya di Universitas Al-Irsyad Cilacap sejak tahun 2022 sampai dengan sekarang. Dengan ketekunan, motivasi tinggi untuk terus belajar dan dengan ridho Allah SWT, penulis telah berhasil menyelesaikan *book chapter* ini. Semoga dengan penulisan *book chapter* ini dapat memberikan banyak manfaat dan kontribusi positif bagi dunia Kesehatan khususnya keperawatan.

BAB 17

ASKEP SEHAT JIWA SEPANJANG RENTANG KEHIDUPAN: DEWASA

Made Dian Shanti Kusuma

Capaian Pembelajaran:

1. Mampu memahami tentang usia dewasa
2. Mampu menyebutkan beberapa tugas-tugas perkembangan usia dewasa
3. Mampu mengetahui dan memahami aspek sehat jiwa sepanjang kehidupan: dewasa
4. Mampu membuat aplikasi sederhana penerapan aspek sehat jiwa pada dewasa

Pada Bab ini akan membahas tentang tahap perkembangan usia dewasa dan aspek sehat jiwa pada rentang usia 18 – 40 tahun (dewasa awal) dan 40 – 65 tahun (dewasa tua).

A. Usia Dewasa

1. Keintiman vs Isolasi (18 – 40 tahun)

Usia dewasa awal merupakan peralihan dari remaja yaitu pada rentang usia 18 – 40 tahun. Masa dewasa ini sangat identik dengan peralihan serta perubahan pada peran dan fungsi seseorang. Pada tahap perkembangan ini individu dengan fokus pencarian serta pengembangan identitas diri. Individu mulai memiliki pandangan terhadap masa depan yang realistis. Perubahan yang terjadi yaitu pada fisik, psikososial, dan kognitif yang mengarah pada kepribadian yang semakin matur atau matang serta bijaksana. Seseorang

yang sudah masuk usia dewasa akan mulai mencari jati diri serta menjalin hubungan yang lebih intim dengan lawan jenis. Hubungan yang diharapkan adalah hubungan yang dapat mengarahkan pada pertemanan yang intim sampai dengan menikah dan terikat dalam sebuah keluarga. Selain itu, pada tahap dewasa awal terdapat perubahan peran yaitu membangun rumah tangga, menjadi suami/istri serta orang tua, memiliki peran baru di rumah, masyarakat, dan tempat kerja. Pada tahap ini individu harus mampu dalam bertanggung jawab dan mengambil keputusan dengan berbagai tugas dalam hidup yang harus dijalani.

Masalah yang mungkin dialami pada masa ini adalah suatu ke gagalannya dalam menjalani peran dan tanggung jawab dimana hal tersebut dapat mengarahkan seseorang mengalami isolasi (Aviva & Jannah, 2023). Gejala yang muncul adalah merasa rendah diri, kehilangan harga diri, kesepian, serta merasa terasingkan oleh orang lain. Sehingga, asuhan keperawatan sehat jiwa pada masa ini perlu ditekankan agar pada usia dewasa individu mampu bertahan dan memiliki mekanisme koping yang baik dalam menghadapi serta memecahkan masalah yang dihadapi. Salah satu tindakan keperawatan yang dapat dilakukan untuk meningkatkan kemampuan intimasi usia dewasa muda adalah terapi kelompok terapeutik (Pulungan & Purnomo, 2019). Terdapat beberapa tugas pada tahap dewasa awal yaitu, menikah dan membangun rumah tangga atau keluarga, bekerja, merawat anak, bertanggung jawab pada keluarga, masyarakat, pekerjaan, serta sebagai warga negara. Tahap perkembangan ini adalah tahapan yang dinamis di sepanjang rentang kehidupan (Aviva & Jannah, 2023; Irasanti, Helpironi, & Pratomo, 2022; Putri, 2018)

2. Generativitas vs Stagnasi (40 - 65 tahun)

Pada tahap perkembangan ini seseorang memiliki peran penting dalam membangun dan mendidik generasi selanjutnya. Pada tahap ini salah satu tugas yang dapat dicapai adalah sebagai orang tua mereka melaluinya dengan

membesarkan anak-anak dengan tujuan masa depan yang indah. Namun, produktivitas dan kreativitas akan mulai menurun pada tahapan ini, hal yang dapat terjadi adalah mereka tidak mampu bertanggungjawab oleh ketidakberdayaan atau ketidakmampuan serta kegagalan oleh karena tidak mampu untuk berkontribusi, hal ini menyebabkan munculnya stagnasi (tidak berbuat apa-apa) dari perkembangan.

Masalah yang mungkin dialami adalah lebih sensitive, menjadi cepat marah, gagal dalam melakukan tugas dengan kelompok, tidak tertarik melakukan kegiatan yang produktif, khawatir akan seseorang lebih baik dari dirinya. Dampak yang terjadi adalah menurunnya kepuasan hidup, kualitas hidup, serta kesehatan yang buruk oleh bertambahnya usia. Oleh karena itu, asuhan keperawatan sehat jiwa diharapkan dapat membantu individu dalam meningkatkan generativitas dan mencegah stagnasi dengan melakukan beberapa kegiatan yang dapat memberikan semangat serta membantu seseorang untuk lebih aktif serta produktif seiring bertambahnya usia (Jahja, 2011; Sari, 2021; Thahir, 2023)

B. Tugas-tugas Perkembangan Usia Dewasa

1. Dewasa Awal

a. Memilih teman dekat (lawan jenis)

Memasuki usia dewasa, individu memiliki kematangan pada sistem reproduksi, sehingga tugas yang harus dilakukan adalah mencari pasangan hidup dan menikah.

b. Belajar hidup bersama pasangan

Setelah menikah individu akan belajar memahami dan menerima pasangan. Belajar saling memahami kelebihan dan kekurangan masing-masing dan membantu dalam membangun rumah tangga

c. Hidup berkeluarga

Pada tahap ini, individu akan dihadapi dengan peran baru di keluarga yaitu belajar mengasuh anak, menafkahi keluarga, dan belajar menjadi orang tua.

d. Mengatur rumah tangga

Dalam sebuah pernikahan, individu akan belajar bagaimana bisa mencapai kebahagiaan hidup dan memiliki dukungan antar pasangan akan berpengaruh terhadap pengelolaan rumah tangga yang baik.

e. Peran dalam bekerja

Seorang yang memasuki usia dewasa hendaknya sudah menyelesaikan pendidikan formal, sehingga dapat memudahkan dalam pencarian pekerjaan.

f. Bertanggungjawab sebagai warga negara

Dewasa sebagai warga negara wajib patuh dan taat pada aturan dan undang-undang yang berlaku baik di masyarakat dan di tempat kerja.

g. Mengikuti kegiatan kelompok sosial

Bergabung dengan kelompok sosial individu dapat bertukar ide, pendapat, berdiskusi dengan kelompok yang memiliki nilai paham yang seirama.

2. Dewasa Tua

a. Penerimaan fisik

Penerimaan serta penyesuaian diri terhadap perubahan fisik yang dialami seiring bertambahnya usia. Memahami bahwa suatu perubahan yang terjadi adalah proses alami atau normal yang memang harus dihadapi.

b. Meningkatkan minat

Penurunan minat akan terjadi oleh karena kejenuhan pada tahap perkembangan ini. Mengembangkan minat sangat penting dilakukan untuk meningkatkan produktivitas sehingga tetap dapat memberikan kontribusi untuk keluarga serta Masyarakat.

c. Penyesuaian dalam pekerjaan

Pada tahap ini, individu sudah relative mapan dengan pengalaman bekerja yang dimiliki. Namun, perlu dipahami bahwa akan ada masa transisi dari memiliki pekerjaan dengan masa pensiun. Seseorang harus mampu beradaptasi dengan masa peralihan, karena akan berdampak pada sosial dan ekonominya.

d. Kehidupan berkeluarga

Seseorang dalam tahap ini hendaknya mampu menyesuaikan diri dengan pasangan, anak-anak, serta orang tua. Sebagai orang tua dapat membantu anak remaja menjadi orang dewasa yang bertanggungjawab, membantu merawat lansia, serta tetap menjalin hubungan yang harmonis dengan pasangan.

(Jahja, 2011; Putri, 2018; Siti Hadrayanti Ananda *et al.*, 2023)

C. Asuhan Keperawatan Sehat Jiwa pada Dewasa

Pengkajian adalah tahap awal dalam proses keperawatan. Pada tahap ini pengumpulan data dapat dilakukan dengan metode wawancara atau dengan observasi. Pengkajian yang difokuskan pada kelompok dewasa dibagi menjadi dua yaitu dewasa muda dan dewasa tua.

1. Dewasa muda

Pada kelompok ini dengan rentang usia 18 – 40 tahun, dimana seseorang ingin mencoba untuk menjadi mandiri, membangun keluarga, dan mencukupi kebutuhannya. Apabila perkembangan tersebut tidak tercapai sesuai yang diharapkan individu beresiko mengalami isolasi.

a. Pengkajian

Pengkajian dilakukan dengan teknik wawancara dan observasi meliputi identitas, riwayat kesehatan pasien, status mental, psikososial, dan fisik.

b. Diagnosa Keperawatan

Kesiapan Peningkatan Perkembangan Dewasa Muda

c. Tanda dan Gejala

Subjektif	Objektif
1) Melakukan hal positif	1) Memiliki pekerjaan
2) Menolong orang lain	2) Mengembangkan bakat
3) Berinteraksi dengan lawan jenis	3) Memiliki keluarga
4) Motivasi yang tinggi	4) Bersosialisasi dalam Masyarakat
	5) Berpartisipasi dalam kegiatan komunitas
	6) Memiliki ide yang kreatif dengan inisiatif

d. Tujuan asuhan keperawatan

Kognitif	Psikomotor	Afektif
1) Mengetahui perkembangan dewasa muda	1) Mempunyai pekerjaan	1) Mengendalikan emosi
2) Mempunyai kemauan untuk bekerja	2) Mempunyai hubungan intim dengan lawan jenis	2) Memiliki rasa percaya diri
3) Memahami pentingnya kelompok sosial	3) Mengikuti kegiatan di Masyarakat	3) Memiliki jiwa dalam menolong
		4) Mencintai pekerjaan dan keluarga

e. Tindakan keperawatan (Intervensi)

1) Tindakan pada dewasa muda

Diskusikan cara mencapai perkembangan psikososial yang normal

- a) Menetapkan tujuan hidup
- b) Menetapkan karier dan pekerjaan
- c) Mempunyai pekerjaan
- d) Berinteraksi dengan banyak orang (lawan jenis)
- e) Memilih calon pasangan
- f) Aktif dalam kegiatan masyarakat

2) Tindakan pada keluarga

- a) Jelaskan perkembangan yang harus dicapai dewasa muda
- b) Diskusikan cara memfasilitasi usia dewasa muda untuk bekerja dan mendapat pasangan hidup

- c) Diskusikan dan motivasi peran serta dalam Masyarakat
- d) Beri dukungan dan pujian atas keberhasilan dalam bekerja dan kehidupan keluarga

2. Dewasa Tua

Pada kelompok ini dengan rentang usia 40 – 65 tahun, dimana seseorang ingin meningkatkan diri dalam berkontribusi dalam keluarga, pekerjaan, serta masyarakat. Apabila perkembangan tersebut tidak tercapai sesuai yang diharapkan individu beresiko mengalami stagnasi pada perkembangan

a. Pengkajian

Pengkajian dilakukan dengan teknik wawancara dan observasi meliputi identitas, riwayat kesehatan pasien, status mental, psikososial, dan fisik.

b. Diagnosa Keperawatan

Peningkatan Perkembangan Dewasa Muda

c. Tanda dan Gejala

Subjektif	Objektif
1) Melakukan kegiatan positif	1) Memiliki pekerjaan
2) Sayang dengan keluarga	2) Memiliki keluarga
3) Membantu orang lain	3) Memiliki kelompok sosial
4) Melakukan ibadah	4) Memiliki bakat
5) Motivasi diri yang tinggi	

d. Tujuan asuhan keperawatan

Kognitif	Psikomotor	Afektif
1) Mengetahui Perkembangan usia dewasa	1) Pekerjaan dilakukan dengan tekun dan kreatif	1) Mengontrol emosi
2) Mempunyai Pekerjaan	2) Memiliki hubungan harmonis dengan keluarga	2) Memiliki percaya diri yang baik
3) Memiliki Berkeluarga		3) Memiliki jiwa membantu orang lain
4) Aktif dalam kegiatan di keluarga dan masyarakat		4) Mempunyai kepuasan hidup

Kognitif	Psikomotor	Afektif
	3) Melakukan Kegiatan di masyarakat	5) Berguna untuk orang lain

e. Tindakan keperawatan (Intervensi)

1) Tindakan pada dewasa tua

Diskusikan cara mencapai perkembangan usia dewasa tua

- a) Menentukan tujuan hidup
- b) Memiliki pekerjaan
- c) Merawat keluarga
- d) Berinteraksi dengan orang lain
- e) Aktif dalam kegiatan di masyarakat

2) Tindakan pada keluarga

- a) Jelaskan tahap perkembangan yang harus dicapai
- b) Diskusikan cara orang dewasa tua untuk mencintai keluarga
- c) Diskusikan cara bekerja yang baik di tempat kerja
- d) Diskusikan peran di Masyarakat

D. Rangkuman

Tahap perkembangan usia dewasa merupakan tahapan dimana individu memiliki tugas perkembangan keintiman vs isolasi (usia 18 - 40 tahun) dan generativitas vs stagnasi (usia 40 - 65 tahun). Pada dewasa awal mereka akan mengalami peralihan dari remaja, sedangkan pada dewasa akhir mereka akan mengalami peralihan menuju lansia. Hal ini dapat berpengaruh terhadap munculnya masalah psikososial terhadap perubahan yang dialami, sehingga diperlukan stimulus yang optimal dalam mencapai tahap perkembangan yang diharapkan.

(Keliat, 2019)

E. Daftar Pustaka

- Aviva, S. P. A., & Jannah, M. (2023). Eksplorasi loneliness pada dewasa awal exploration of loneliness in early adulthood. *Character : Jurnal Penelitian Psikologi*, 10(2), 203-212. doi:10
- Irasanti, S. N., Helpironi, D., & Pratomo, R. M. N. (2022). Hubungan Faktor Usia Perkembangan Ego-sosial Dewasa Muda dengan Kejadian Depresi pada Petugas Kesehatan di Puskesmas Solokanjeruk Kabupaten Bandung. *Jurnal Integrasi Kesehatan dan Sains (JKS)*, 4(1), 167-171. doi:10.29313/jiks.v4i2.10389
- Jahja, Y. (2011). *Psikologi Perkembangan: Kencana*.
- Keliat, B. A., dkk. (2019). *Asuhan keperawatan jiwa: EGC*.
- Pulungan, Z. S. A., & Purnomo, E. (2019). Terapi Kelompok Terapeutik Sebagai Upaya Meningkatkan Perkembangan Intimasi Pada Usia Dewasa Muda. *Journal of Health, Education and Literacy*, 2(1). doi:10.31605/j-healt.v2i1
- Putri, A. F. (2018). Pentingnya Orang Dewasa Awal Menyelesaikan Tugas Perkembangannya. *SCHOULID: Indonesian Journal of School Counseling*, 3(2). doi:10.23916/08430011
- Sari, D. P. (2021). Tingkat Ketercapaian Tugas Perkembangan Dewasa Awal: Studi Deskriptif pada Mahasiswa IAIN Curup. *Islamic Counseling : Jurnal Bimbingan Konseling Islam*, 5(2). doi:10.29240/jbk.v5i2.3330
- Siti Hadrayanti Ananda, S. K. M. M. K., Daniel Robert, S. S. T. M. K., Ns. Ni Luh Jayanthi Desyani, M. K. S. K. M. B., Ns. Angga Arfina, M. K., Ns. Winasari Dewi, M. K., Yusni Ainurrahmah, S. K. N. M. S., . . . Ns. Gita Adelia, M. K. (2023). *Bunga rampai psikologi perkembangan: CV Pena Persada*.
- Thahir, A. (2023). *Psikologi Perkembangan : Memahami Pertumbuhan dan Perkembangan Manusia Dari Fase Prenatal*

F. Latihan Soal

1. Tahap perkembangan dewasa awal usia 40 – 65 tahun memiliki tugas perkembangan
 - A. Identitas vs Kebingungan
 - B. Keintiman vs Isolasi
 - C. Generativitas vs Stagnasi
 - D. Integritas vs Keputusasaan
2. Tugas-tugas Perkembangan Usia Dewasa Awal
 - A. Memilih teman dekat (lawan jenis)
 - B. Penerimaan fisik
 - C. Meningkatkan minat
 - D. Penyesuaian dalam pekerjaan
3. Tujuan asuhan keperawatan pada kognitif di dewasa muda adalah
 - A. Mengendalikan emosi
 - B. Memahami pentingnya kelompok sosial
 - C. Memiliki rasa percaya diri
 - D. Memiliki jiwa dalam menolong
4. Tujuan tindakan keperawatan pada dewasa muda
 - A. Mempunyai pekerjaan
 - B. Berkeluarga
 - C. Memilih calon pasangan
 - D. Aktif dalam kegiatan di masyarakat
5. Gejala yang muncul adalah merasa rendah diri, kehilangan harga diri, kesepian, serta merasa terasingkan oleh orang lain, merupakan gejala dari
 - A. Generativitas
 - B. Stagnasi
 - C. Keintiman
 - D. Isolasi

Kunci Jawaban

1. C 2. A 3. B 4. C 5. D

G. Profil Penulis



Ns. Made Dian Shanti Kusuma, S.Kep., MNS

Penulis memperoleh gelar Sarjana Keperawatan dan Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bali (STIKES Bali) pada Tahun 2015. Selanjutnya penulis bekerja menjadi asisten dosen sejak tahun 2015 hingga tahun 2017 di kampus STIKES Bali. Penulis melanjutkan studi S2 Keperawatan di tahun 2017 dengan peminatan Mental Health and Psychiatric Nursing di Mahidol University, Bangkok Thailand dan lulus pada Tahun 2019. Topik thesis yang diselesaikan oleh penulis pada saat menempuh pendidikan S2 adalah terkait dengan masalah depresi pada lansia di komunitas. Setelah menyelesaikan pendidikan S2 penulis kembali ke Indonesia dan saat ini menjadi dosen tetap pada prodi Sarjana Keperawatan di kampus Institut Teknologi dan Kesehatan Bali (ITEKES Bali).

Penulis memiliki ketertarikan pada masalah kesehatan jiwa. Beberapa penelitian dan pengabdian kepada masyarakat yang pernah dilakukan oleh penulis adalah kesehatan jiwa dengan fokus masalah psikososial. Pada kesempatan ini penulis menyusun naskah buku ajar yang berfokus pada asuhan keperawatan sehat jiwa sepanjang rentang kehidupan: dewasa. Semoga buku ini dapat memberikan gambaran dengan kosnep dan penerapan asuhan keperawatan sehat jiwa.
Email Penulis: dianshantikusuma@gmail.com.

BAB 18

ASUHAN KEPERAWATAN SEHAT JIWA SEPANJANG RENTANG KEHIDUPAN: LANSIA

Aneng Yuningsih

Capaian Pembelajaran:

1. Mampu memahami penyebab terjadinya masalah kesehatan jiwa pada lansia
2. Mampu menyebutkan beberapa masalah kesehatan jiwa pada lansia
3. Mampu mengetahui dan memahami mengatasi masalah kesehatan jiwa pada lansia melalui pendekatan proses asuhan keperawatan

A. Pendahuluan

Salah satu cakupan dari kesehatan jiwa adalah lanjut usia (lansia). Individu dikatakan lansia apabila individu tersebut mencapai usia 60 tahun. Pada pencapaian usia lanjut ini, individu akan mengalami beberapa perubahan, seperti perubahan fisik, psikologis, dan sosial (Maryam,2012). Menurut Kartinah dan agus sudaryanto, (2008) proses menua (aging) adalah proses alami yang disertai adanya penurunan kondisi fisik, psikologis maupun sosial yang saling berinteraksi satu sama lain. Mulyati *et al.*, (2018, dalam Shalahuddin *et al.*, 2021) menjelaskan bahwa proses menua bukanlah suatu proses yang menyenangkan, seringkali lansia tidak memiliki kesiapan mental untuk menghadapinya, sehingga dapat menyebabkan menurunnya kualitas hidup lansia. Tingginya prevalensi penyakit kronik dan disabilitas pada lansia, serta keterbatasan

dalam interaksi sosial, serta kondisi kejiwaan mengarah pada penurunan kualitas hidup lansia. Penurunan kemampuan dalam beradaptasi ini seringkali menyebabkan gangguan psikososial pada lansia (Papalia, *et al* 2001; Purwaningsih, 2014). Masalah kesehatan jiwa pada lansia termasuk juga dalam masalah kesehatan yang dibahas pada pasien-pasien geriatri dan psikogeriatri yang merupakan bagian dari gerontologi, yaitu ilmu yang mempelajari segala aspek dan masalah lansia yang meliputi aspek fisiologis, psikologis, sosial, kultural, ekonomi dan lain-lain (Pradina *et al.*, 2022).

Dalam Undang-Undang No.18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa mengatakan bahwa gangguan jiwa adalah suatu kondisi dimana seseorang mengalami gangguan dalam pikiran, perilaku, dan perasaan yang termanifestasi dalam bentuk sekumpulan gejala atau perubahan perilaku yang bermakna, serta dapat menimbulkan penderitaan dan hambatan dalam menjalankan fungsi orang sebagai manusia (Ayuningtyas & Rayhani, 2018). Lansia secara psikososial yang dinyatakan krisis bila ketergantungan pada orang lain (sangat memerlukan pelayanan orang lain), mengisolasi diri atau menarik diri dari kegiatan kemasyarakatan karena berbagai sebab seperti setelah menjalani masa pensiun, setelah sakit cukup berat dan lama, setelah kematian pasangan hidup dan lain-lain (Keliat, 2018).

B. Masalah Kesehatan Jiwa pada Lansia

Di antara contoh penurunan kualitas kesehatan mental pada lansia adalah gangguan proses kognitif yang ditandai dengan lupa, pikun, bingung, dan curiga; gangguan perasaan diantaranya ditandai dengan kelelahan, acuh tak acuh, mudah tersinggung; gangguan perilaku ditandai dengan enggan berhubungan dengan orang lain, dan ketidakmampuan merawat diri sendiri (Wiarsih, 1999). Selain itu Ciri-ciri masalah psikososial adalah merasa cemas dan takut secara berlebihan, mudah merasa rendah diri, agresif, dan masih banyak lainnya (Keliat *et al.*, 2014).

Berikut penjelasan masalah kesehatan jiwa yang sering dialami oleh lansia:

1. Ansietas/Kecemasan

Kecemasan merupakan suatu keadaan psikologis individu yang dapat menyebabkan perasaan gelisah dan ketakutan akan suatu hal yang buruk akan terjadi (Barseli *et al.*, 2017). Dampak dari kecemasan dapat menimbulkan hambatan dalam pelaksanaan keperawatan, yaitu hambatan dalam pelaksanaan keperawatan pada lansia kurang kooperatif dalam pelaksanaan kegiatan sehari-hari (Hanaz *et al.*, 2021). Menurut Ifdil, (2017) menjelaskan bahwa terdapat dua faktor yang menyebabkan kecemasan, yaitu pengalaman masa lalu yang negatif dan pemikiran yang irasional. pengalaman negatif dimasa lalu seperti munculnya ketidaknyamanan tentang kejadian yang dapat terulang kembali dikemudian hari.

2. Berduka Cita

Berduka adalah kondisi subyektif yang mengikuti proses kehilangan yang merupakan salah satu keadaan emosional yang paling kuat dan mempengaruhi semua aspek kehidupan seseorang. Respon berduka yang paling sering adalah respon terhadap kehilangan orang yang dicintai karena kematian atau perpisahan. Setiap individu mempunyai respon kehilangan (berduka) yang berbeda dengan jangka waktu yang berbeda pula pada tiap individu. Berduka atau berkabung, bukan proses patologis melainkan respon adaptif terhadap stressor yang nyata. Berduka melibatkan stress, kepedihan, penderitaan, dan gangguan fungsi yang berlangsung selama berhari-hari,berminggu-minggu atau berbulan-bulan (Stuart,2013).

Menangis, memanggil nama orang yang sudah meninggal secara terus-menerus marah, sedih dan kecewa merupakan beberapa respon yang tampak saat seseorang mengalami peristiwa kehilangan. Keadaan seperti inilah yang menurut Puri, *et al* (2011) disebut sebagai proses berduka, yang merupakan suatu proses psikologis dan

emosional yang dapat diekspresikan secara internal maupun eksternal setelah kehilangan. Teori perilaku klasik Kubler-Ross (1969) dalam Potter & Perry (2009) menggambarkan lima tahapan berduka yaitu: penyangkalan (*denial*), kemarahan (*anger*), Tawar-menawar (*bargaining*), depresi (*depression*) dan penerimaan (*acceptance*).

3. Depresi

Depresi pada lansia merupakan masalah psikogeriatri yang sering dijumpai dan perlu diperhatikan secara khusus. Depresi yang terjadi pada lansia akan mempunyai dampak yang cukup serius terhadap fisik dan kehidupan sosialnya (Sofia & Gusti, 2017). Depresi adalah perasaan sedih dan pesimis yang berhubungan dengan suatu pengalaman yang tidak menyenangkan, dapat berupa serangan yang ditujukan pada diri sendiri atau perasaan marah yang mendalam. Perasaan tersebut sering diabaikan karena dianggap dapat hilang dengan sendirinya tanpa pengobatan (Sigalingging *et al.*, 2017). Depresi dapat terjadi oleh beberapa faktor diantaranya yaitu, faktor kehilangan, baik kehilangan pekerjaan, kehilangan pasangan hidup, kehilangan keluarga, dan sebagainya (Safriana & Khairani, 2017). Menurut PPDGJ-III (1997, dalam Reni Yuli Aspiani, 2014) tingkat depresi ada 3 berdasarkan gejala yaitu depresi ringan, sedang dan berat.

4. Gangguan Konsep Diri

Konsep diri (*self-concept*) merupakan bagian yang penting dalam kehidupan mengenai kepribadian setiap manusia. Konsep diri merupakan suatu hal yang unik pada manusia, sehingga dapat digunakan untuk membedakan manusia dan makhluk hidup lainnya. Setiap individu memiliki konsep diri yang dinyatakan melalui sikap dirinya yaitu berupa aktualisasi diri dari individu tersebut. Konsep diri adalah cara individu dalam melihat pribadinya secara utuh menyangkut fisik, emosi, intelektual, sosial, dan spiritual. Termasuk di dalamnya adalah persepsi individu tentang sifat dan potensi yang dimilikinya, interaksi individu dengan orang lain maupun lingkungannya, nilai-nilai yang

berkaitan dengan pengalaman dan objek serta tujuan, harapan, dan keinginannya (Sunaryo, 2004). Yusuf, *et al.*, (2015) mengemukakan bahwa terdapat beberapa komponen konsep diri yaitu identitas diri, citra diri, harga diri, ideal diri, dan peran diri.

Konsep diri mulai berkembang sejak masa kanak-kanak sampai lansia. Orang dengan usia yang lebih matang, biasanya cenderung memiliki konsep diri yang lebih kompleks, hal ini dikarenakan konsep diri tersebut terus berkembang pada masing-masing individu. Penurunan konsep diri akan mempengaruhi pola pemikiran lansia terhadap perilakunya. Perubahan konsep diri pada lansia terutama disebabkan oleh kesadaran subyektif yang terjadi yang sejalan dengan bertambahnya usia. Tani (2017) mengatakan bahwa lansia cenderung memiliki konsep diri yang negatif. Konsep diri yang negatif ini dapat disebabkan karena berbagai hal, seperti kehilangan teman, keluarga, kerabat, dan orang-orang terkasih lainnya. Kehilangan orang-orang yang dicintai lansia cenderung menyebabkan lansia akan mengalami penurunan konsep diri. Lansia memandang rendah terhadap dirinya, pesimis terhadap kondisi yang sedang terjadi, dan biasanya cenderung menutup diri. Hal-hal semacam ini akan menyebabkan lansia mengalami harga diri yang rendah.

Priyoto (2015) mengungkapkan bahwa aspek-aspek konsep diri lansia mengalami penurunan, seperti gambaran diri pada lansia ditandai dengan semakin menurunnya kondisi fisiknya misalnya, kulit keriput, rambut memutih, perubahan gaya berjalan, penurunan pendengaran, penglihatan menurun, dan kelaian fungsi organ vital, maka dari itu perubahan-perubahan yang terjadi akan menyebabkan terjadinya citra diri yang menurun. harga diri pada lansia dipengaruhi karena sudah mengalami pensiun, ditinggal oleh orang-orang yang dekat seperti anak cucu mereka, hal ini lah yang membuat lansia cenderung merasa tidak berguna dan beranggapan bahwa harga dirinya rendah.

Pada lansia penilaian atau penerimaan pada diri sendiri, karena adanya suatu nilai dasar, baik lemah ataupun terbatas, seorang individu apabila merasa memiliki harga diri yang tinggi maka mereka menganggap bahwa dirinya dihargai dan dihormati tetapi sebaliknya apabila individu merasa tidak memiliki harga diri maka mereka akan merasa tidak akan dihargai oleh orang lain, pemikiran ini dipengaruhi oleh faktor eksternal dan internal, merupakan suatu evaluasi dari nilai diri atau harga diri seseorang. penampilan dan peran pada lansia dipengaruhi oleh penurunan kondisi fisik lansia disebabkan karena adanya penurunan *Activity Daily Living* (ADL) dan akan berpengaruh pada kondisi psikis lansia. Dengan berubahnya penampilan, menurunnya fungsi panca indera menyebabkan lansia merasa rendah diri, mudah tersinggung dan merasa tidak berguna lagi.

5. Dimensia

Demensia merupakan suatu sindroma klinik meliputi hilangnya fungsi intelektual dan ingatan/memori sedemikian berat sehingga menyebabkan disfungsi hidup sehari-hari (Sulistyarini *et al.*, 2022). Perubahan tingkah laku yang dapat terjadi akibat demensia adalah delusi, halusinasi, depresi, kerusakan fungsi tubuh, cemas, ketidakmampuan melakukan tindakan yang berarti, tidak dapat melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri, marah, melawan, apatis, dan kabur dari rumah. Kondisi ini menyebabkan lansia yang mengalami demensia memerlukan perhatian dan perawatan yang khusus (Mubin *et al.*, 2019). Menurut WHO, (2016) menjelaskan bahwa prevalensi demensia terjadi pada 1 dari 10 lansia yang berumur diatas 65 tahun, insiden demensia mencapai 15% dan meningkat dua kali setiap kenaikan usia lima tahun dan pada usia 85 tahun ke atas diperkirakan 50% lansia akan mengalami demensia.

C. Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa pada Lansia

Salah satu upaya yang dapat dilakukan oleh perawat sebagai dukungan pemenuhan tugas perkembangan lansia khususnya dimasyarakat adalah pelayanan kesehatan jiwa komunitas atau dikenal dengan *Community Mental Health Nursing* (CMHN). Pelayanan kesehatan komunitas, khususnya perawat CMHN memiliki tanggung jawab dalam memberikan asuhan keperawatan jiwa komunitas kepada kelompok keluarga sehat jiwa, kelompok keluarga yang beresiko mengalami gangguan jiwa, dan kelompok keluarga yang memiliki anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa (Keliat, Panjaitan, Riasmini, 2018). Lansia yang terdektesi mengalami masalah psikologis perlu diperhatikan oleh perawat, keluarga maupun petugas kesehatan lainnya. Penanganan masalah secara dini akan membantu lansia dalam melakukan strategi pemecahan masalah.

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Perawat perlu melakukan pengkajian secara lengkap dan menyeluruh dalam memberikan asuhan keperawatan pada lansia (*comprehensive geriatric assessment*). Data yang dikumpulkan mencakup data subyektif dan data obyektif meliputi data bio, psiko, sosial, dan spiritual, data yang berhubungan dengan masalah lansia serta data tentang faktor-faktor yang mempengaruhi atau yang berhubungan dengan masalah kesehatan lansia seperti data tentang keluarga dan lingkungan yang ada.

Pada tahap pengkajian akan didapatkan berbagai informasi yang dapat digunakan sebagai dasar dalam menentukan masalah kesehatan jiwa keperawatan pada lansia. Keberhasilan dalam melakukan pengkajian keperawatan merupakan hal penting untuk tahapan proses keperawatan selanjutnya. Berikut adalah beberapa

pertanyaan pengkajian psikososial awal yang bisa digunakan:

- a. Bagaimana sikap lansia terhadap proses penuaan,
- b. Apakah dirinya merasa di butuhkan atau tidak,
- c. Apakah optimis dalam memandang suatu kehidupan,
- d. Bagaimana mengatasi stres yang di alami,
- e. Apakah mudah dalam menyesuaikan diri,
- f. Apakah lansia sering mengalami kegagalan,
- g. Apakah harapan pada saat ini dan akan datang,

Selanjutnya perawat dapat menggunakan instrument khusus untuk menggali masalah psikososial lansia. Untuk mengetahui status fungsional lansia kita bisa menggunakan Indeks Katz, Barthel indeks, dan Sullivan Indek Katz. Pengkajian status kognitif /afektif merupakan pemeriksaan status mental sehingga dapat memberikan gambaran perilaku dan kemampuan mental dan fungsi intelektual kita bisa menggunakan instrumen *Short Portable Mental Status Questionnaire* (SPMSQ), *Skala Depresi Beck* (IDB), *Skala Depresi Geriatrik Yesavage*. Untuk pengkajian spiritual yang berguna untuk membantu menjelaskan nilai-nilai spiritualitas klien (Elkins dan Cavendish, 2004) kita bisa menggunakan alat pengkajian B-E-L-I-E-F membantu perawat mengevaluasi klien, serta kebutuhan spiritual dan keagamaan keluarga (McEvoy, 2003). *Skala Spiritual Well-Being* (SWB) *The Spirit Perrpective Scale* (SPS) Skala kesejahteraan spiritual JREL. Pengkajian aspek fungsi social dapat dilakukan dengan menggunakan alat skrining singkat untuk mengkaji fungsi social lansia, yaitu APGAR keluarga (*Adaptation, Partnership, Growth, Affection, Resolve*).

2. Penegakan Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah tahap kedua dari proses keperawatan setelah dilakukannya pengakajian keperawatan. Diagnosis keperawatan pada lansia yang mengalami gangguan psikososial, dapat ditinjau dari aspek fisik atau biologis, aspek psikososial, dan aspek spiritual. Diagnosis keperawatan adalah "*Clinical Judgment*" yang

berfokus pada respon manusia terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupan atau kerentanan (*vulnerability*) baik pada individu, keluarga, kelompok atau komunitas. Berikut adalah daftar diagnose keperawatan yang masuk dalam kajian gangguan kesehatan jiwa pada lansia berdasarkan pada buku Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) dari PPNI:

Katagori: Psikologis

Subkatagori: Integritas Ego

- Ansietas
- Berduka
- Distres Spiritual
- Gangguan Citra Tubuh
- Gangguan Identitas Diri
- Gangguan Sensori Persepsi
- Harga Diri Rendah Kronis
- Harga Diri Rendah Situasional
- Keputusan
- Ketidakberdayaan
- Resiko Distres Spiritual
- Resiko Harga Diri Rendah Kronis
- Resiko Harga Diri Rendah Situasional
- Resiko Ketidakberdayaan
- Sindrom Pasca Trauma

Katagori: Perilaku

Subkatagori: Kebersihan Diri

- Defisit Kebersihan Diri

Katagori: Relasional

Subkatagori: Interaksi Sosial

- Gangguan Interaksi Sosial
- Isolasi Sosial

Katagori: Lingkungan

Subkatagori: Keamanan dan Proteksi

- Perilaku Kekerasan
- Resiko Bunuh Diri

- Resiko Perilaku Kekerasan

3. Intervensi & Implementasi

Intervensi keperawatan adalah proses ke tiga dalam proses penyusunan berbagai rencana keperawatan yang berguna untuk untuk mencegah, menurunkan atau mengurangi masalah-masalah kepearawatan lansia. Sementara untuk implementasi merupakan langkah keempat dalam tahap proses keperawatan dengan melaksanakan berbagai strategi keperawatan (tindakan keperawatan), strategi ini terdapat dalam rencana tindakan keperawatan. Tahap ini perawat harus mengetahui berbagai hal, diantaranya bahaya-bahaya fisik dan perlindungan pada lansia, teknik komunikasi, kemampuan dalam prosedur tindakan, pemahaman tentang hak-hak dari lansia dan memahami tingkat perkembangan lansia. pelaksanaan tindakan gerontik diarahkan untuk mengoptimalkan kondisi lansia agar mampu mandiri dan produktif. Berikut ini beberapa contoh intervensi keperawatan pada masalah kesehatan jiwa pada lansia:

No	Diagnosa Keperawatan	Intervensi
1	Ansietas	<p>Intervensi Utama</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Reduksi Ansietas ✓ Terapi Relaksasi <p>Intervensi Pendukung</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Bantuan control marah ✓ Biblioterapi ✓ Dukungan emosional, hypnosis diri, kelompok, keyakinan, memaafkan, pelaksanaan ibadah, pengungkapan kebutuhan, proses berduka ✓ Intervensi krisis ✓ Konseling ✓ Manajemen dimensia ✓ Teknik distraksi, imajinasi terbimbing, menenangkan

No	Diagnosa Keperawatan	Intervensi
		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Terapi hypnosis, biofeedback, diversional, music, penyalahgunaan zat, relaksasi otot progresif, reminisens, seni dan validasi
2	Berduka	<p>Intervensi Utama</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Dukungan proses berduka ✓ Dukungan emosional <p>Intervensi Pendukung</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Dukungan kelompok, keluarga, keyakinan, memaafkan, pelaksanaan ibadah, perasaan bersalah, spiritual ✓ Konseling ✓ Manajemen mood ✓ Manajemen pengendalian marah ✓ Pencegahan penggunaan zat ✓ Promosi koping ✓ Terapi keluarga, reminisense ✓ Terapi sentuhan
3	Resiko Harga Diri Rendah Kronis	<p>Intervensi Utama</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Promosi Harga Diri ✓ Promosi Koping ✓ Promosi Sosialisasi <p>Intervensi Pendukung</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Biblioterapi ✓ Dukungan emosional, kelompok memaafkan, pelaksanaan ibadah, pengungkapan kebutuhan, perasaan bersalah ✓ Fasilitasi penampilan peran ✓ Fasilitasi perasaan bersalah ✓ Fasilitasi proses berduka ✓ Intervensi krisis ✓ Konseling ✓ Manajemen mood ✓ Pencegahan penyalahgunaan zat

No	Diagnosa Keperawatan	Intervensi
		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Promosi harapan, kesadaran diri, ✓ Terapi kelompok, music, rekreasi, reminisens, dan terapi seni
4	Isolasi Sosial	<p>Intervensi Utama</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Promosi Sosialisasi ✓ Terapi aktivitas <p>Intervensi Pendukung</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Dukungan emosional, kelompok, proses berduka ✓ Edukasi manajemen stress ✓ Manajemen mood ✓ Manajemen stress ✓ Modifikasi perilaku keterampilan social ✓ Pemberian obat oral ✓ Penentuan tujuan bersama ✓ Promosi citra tubuh, dukungan keluarga, dukungan social, harapan, harga diri, hubungan positif, kesadaran diri, keutuhan keluarga, latihan fisik ✓ Terapi diversional, kelompok, keluarga, rekreasi, peminisens, seni.

Catatan:

Untuk intervensi masalah keperawatan kesehatan jiwa lainnya bisa melihat buku standar intervensi keperawatan Indonesia (SIKI) definisi dan tindakan keperawatan dari PPNI.

4. Evaluasi

Meskipun proses keperawatan mempunyai tahapan-tahapan, namun evaluasi berlangsung terus menerus sepanjang pelaksanaan proses keperawatan. Tahap evaluasi merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan,

dilakukan berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Menurut Craven dan Hirnle (2000) evaluasi didefinisikan sebagai keputusan dari efektifitas asuhan keperawatan antara dasar keperawatan klien yang telah ditetapkan dengan respon perilaku klien yang tampil. Tujuan dari evaluasi antara lain:

- a. Untuk menentukan perkembangan kesehatan klien.
- b. Untuk menilai efektifitas, efisiensi, dan produktifitas dari tindakan keperawatan yang telah diberikan.
- c. Untuk menilai pelaksanaan asuhan keperawatan.
- d. Mendapatkan umpan balik.
- e. Sebagai tanggungjawab dan tanggunggugat dalam pelaksanaan pelayanan keperawatan.

Untuk mengetahui ketercapaian tindakan, kita bisa membandingkan respon yang digambarkan oleh pasien, baik verbal maupun non verbal (observasi). Sebagai standarisasinya kita bisa melihat luaran pemberian asuhan keperawatan yang tertuang dalam buku Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dari PPNI.

D. Rangkuman

Perawat mempunyai peranan penting untuk mengadakan pendekatan edukatif pada kelompok lansia yang memiliki resiko tinggi mengalami masalah psikososial yang bisa mengakibatkan gangguan kesehatan jiwa. Deteksi status kesehatan jiwa secara dini oleh perawat merupakan langkah yang baik untuk mencegah timbulnya masalah kesehatan jiwa. Kegiatan deteksi dini kesehatan perlu dilakukan berkala untuk memantau kondisi kesehatan secara umum dan kesehatan jiwa lansia. Hal tersebut terkait dengan upaya pemerintah memberikan kesejahteraan bagi rakyatnya, khususnya rakyat yang telah berusia lanjut. Penanganan masalah secara dini akan membantu lansia dalam melakukan strategi pemecahan masalah tersebut dan dalam beradaptasi untuk kegiatan sehari-hari. Perawat dapat berperan sebagai pendukung terhadap segala sesuatu yang asing, penampung rahasia pribadi dan sahabat

yang akrab. Perawat hendaknya memiliki kesabaran dan ketelitian dalam memberi kesempatan dan waktu yang cukup banyak untuk menerima berbagai bentuk keluhan agar lansia merasa puas. Perawat harus selalu memegang prinsip triple S yaitu Sabar, Simpatik Dan Service. Bila ingin mengubah tingkah laku dan pandangan mereka terhadap kesehatan, perawat bisa melakukannya secara perlahan dan bertahap.

E. Daftar Pustaka

- Barseli, M., Ifdil, I., & Nikmarijal, N. (2017). Konsep Stres Akademik Siswa. *Jurnal Konseling Dan Pendidikan*. <https://doi.org/10.29210/119800>
- Keliat, B. A. (2018). Dukungan Kesehatan Jiwa dan Psikososial (Mental Health and Psychosocial Support) Keperawatan Jiwa. In IPKJI
- Maciejewski, C. (2012). Dementia: enriching life with creative expression. *Journal of Dementia and Mental Health Care of Older People*, 16(3), pp 17-20.
- Mubin, M. F., PH, L., & Mahmudah, A. R. (2019). Gambaran Tingkat Stres Keluarga Lansia.
- Potter & Perry. (2010). *Fundamental of Nursing. Fundamental Keperawatan*. Buku 2. Edisi 7. Salemba Medika
- PPNI (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI (2016). *Standar Intevensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI (2016). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI (2021). *Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- Pradina, E. I. V., Marti, E., & Ratnawati, E. (2022). Hubungan antara Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup pada Lansia di Padukuhan Pranan, Sendangsari, Minggir,

- Sleman. *Jurnal Keperawatan Klinis Dan Komunitas*.
<https://doi.org/10.22146/jkkl.7522>
- Safriana, N., & Khairani. (2017). Hubungan Religiusitas Dengan Depresi Pada Lansia di Panti Werdha di Aceh. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Fakultas Keperawatan*
- Sarwono, 2010, *Psikologi kognitif*, edisi ke-8. Jakarta: Erlangga
- Sigalingging, G., Ilmu, F., Universitas, K., & Agung, D. (2017). Determinan Depresi Pada Lansia Di Panti Jompo Guna Harapan Jaya Marelan Medan. *An-Nadaa*.
- Sofia, R., & Gusti, Y. (2017). Hubungan depresi dengan status gizi lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Belai Kasih Bireuen. *Jurnal Ilmiah Sains, Teknologi, Ekonomi, Sosial Dan Budaya*.
- Sulistiyarini, W. D., Mukharomah, S., Anggun, A., Astuti, S., Pratama, L. P., & Ernawati, E. (2022). Peningkatan Fungsi Kognitif Melalui Pendampingan Lansia Dengan Metode Senam Otak Di Panti Sosial Tresna Wredha Nirmala Puri Samarinda. *Abdimas Medika*.
<https://doi.org/10.35728/pengmas.v3i1.1009>
- Wiarsih, W. (1999). Peran Keluarga dalam Meningkatkan Kesehatan Jiwa Lansia dirumah. *Jurnal Keperawatan Indonesia*.2 (7).
- Yunitasari, P., Punjastuti, B., & Maryati, S. (2022). Status Kesehatan Jiwa pada Lansia. *Jurnal Peduli Masyarakat*, 4(2), 257-262. <https://doi.org/10.37287/jpm.v4i2.1114>
- Jurnal Keperawatan Jiwa*.
<https://doi.org/10.26714/jkj.6.2.2018.128-133>

F. Latihan Soal

- Berikut ini instrument pengkajian keperawatan yang digunakan untuk mengetahui masalah mental pada lansia ...
 - Barthel Indeks*
 - The Spirit Perspective Scale (SPS)*

- C. *Short Portable Mental Status Questionnaire* (SPMSQ)
D. *Adaptation, Partnership, Growth, Affection, Resolve* (APGAR)
2. Rencana tindakan masalah cemas pada lansia adalah...
 - A. Dorong aktifitas sosial dan komunitas
 - B. Menyediakan waktu untuk berbincang-bincang pada lansia
 - C. Anjurkan lansia menggunakan alat bantu untuk meningkatkan keselamatan.
 - D. Dampingi lansia untuk meningkatkan kenyamanan diri dan mengurangi ketakutan
 3. Rencana tindakan masalah mekanisme koping pada lansia adalah...
 - A. Dampingi lansia untuk meningkatkan kenyamanan diri dan mengurangi ketakutan
 - B. Anjurkan lansia menggunakan alat bantu untuk meningkatkan keselamatan.
 - C. Menyediakan waktu untuk berbincang-bincang pada lansia
 - D. Dorong aktifitas sosial dan komunitas
 4. Tujuan dari terapi aktifitas kelompok stimulasi persepsi adalah....
 - A. Meningkatkan orientasi waktu, tempat dan orang
 - B. Mengembangkan kesadaran diri
 - C. Mengembangkan sosialisasi
 - D. Mengurangi kecemasan
 5. Terapi aktifitas kelompok orientasi realita pada lansia bermanfaat untuk....
 - A. Mengurangi kecemasan
 - B. Mengembangkan sosialisasi
 - C. Mengembangkan kesadaran diri
 - D. Meningkatkan orientasi waktu, tempat dan orang

Kunci Jawaban

1. C 2. D 3. D 4. B 5. D

G. Profil Penulis



Ns. Aneng Yuningsih, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.K Lahir di Ciamis Jawa Barat Pada Tanggal 29 April 1985. Menyelesaikan pendidikan S1 Keperawatan (2007) dan Program Profesi Ners (2009) di STIKes Bina Putera Banjar, S2 Keperawatan di Universitas Padjajaran dengan Program Peminatan Keperawatan Komunitas lulus tahun 2014 dan menyelesaikan Program Studi Spesialis Keperawatan Komunitas tahun 2023 di Universitas Muhammadiyah Jakarta.

Penulis aktif sebagai dosen tetap Program Studi Ners di STIKes Bina Putera Banjar sejak tahun 2009 sampai dengan sekarang, mengampu mata kuliah Keperawatan Komunitas, Keluarga, Gerontik, Pendidikan dan Promosi Kesehatan serta K3. Pengalaman organisasi, saat ini aktif sebagai pengurus di Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) Ketua DPK PPNI STIKes Bina Putera Banjar (Tahun 2018-sekarang), Pengurus Ikatan Perawat Gerontik Indonesia (IPEGARI) Jawa Barat sebagai anggota di Divisi Riset dan Pengembangan, Jawa Barat. "A well-educated mind will always have more questions than answers." (Pikiran yang sudah tereduksi dengan baik selalu memiliki lebih banyak pertanyaan daripada jawaban.) – Helen Keller

BAB 19

ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN KLIEN GANGGUAN KECEMASAN

Amelia Susanti

Capaian Pembelajaran:

1. Mampu memahami konsep kecemasan.
2. Mampu memahami konsep asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan kecemasan.
3. Mampu mengaplikasikan asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan kecemasan.

A. Konsep Kecemasan

1. Pengertian

Kecemasan merupakan kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap obyek yang tidak jelas dan spesifik akibatantisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman (PPNI, 2017). Kecemasan atau dikenal dengan ansietas merupakan suatu perasaan khawatir, waswas, tidak nyaman, ketakutan yang tidak jelas seakan-akan ada sesuatu yang membahayakan terjadi (Keliat, dkk., 2019). Ansietas adalah perasaan yang tidak nyaman atau khawatir yang samar disertai respons otonom, perasaan takut yang disebabkan oleh antisipasi terhadap bahaya (Nanda, 2018).

Kecemasan merupakan sebuah respons yang bersifat umum yang dialami oleh individu dalam menghadapi stress yang dapat mengganggu kualitas dan fungsi hidupnya. Kecemasan yang bersifat ringan dapat memberikan

semangat kepada individu untuk berkembang dan produktif dalam hidupnya. Individu yang tidak mampu mengatasi kecemasan dalam hidupnya akan memberikan dampak pada kondisi fisik dan psikologis.

2. Penyebab

Individu dapat mengalami kecemasan berdasarkan PPNI (2017) karena disebabkan oleh:

- a. Krisis situasional
- b. Kebutuhan yang tidak terpenuhi
- c. Krisis maturasi
- d. Ancaman terhadap konsep diri
- e. Ancaman terhadap kematian
- f. Kekhawatiran mengalami kegagalan
- g. Disfungsi sistem keluarga
- h. Hubungan orang tua dan anak yang tidak memuaskan
- i. Faktor keturunan
- j. Penyalahgunaan zat
- k. Terpapar bahaya lingkungan
- l. Kurang terpapar informasi

Kecemasan atau ansietas dapat disebabkan oleh: perubahan status kesehatan, hospitalisasi, ancaman terhadap kematian, bencana (Keliat, dkk., 2019).

3. Tanda gejala

Tanda gejala klien dengan kecemasan (PPNI, 2017):

- a. Tanda dan gejala subyektif: klien merasa bingung, klien merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, klien mengatakan sulit berkonsentrasi, mengeluh pusing, mengeluh tidak nafsu makan, merasa tidak berdaya.
- b. Tanda dan gejala objektif : klien tampak gelisah, klien tampak tegang, sulit tidur, frekuensi nafas meningkat, frekuensi nadi meningkat, tekanan darah meningkat, diaphoresis, tremor, muka tampak pucat, suara bergetar, kontak mata buruk, sering berkemih, berorientasi pada masa lalu.

4. Tingkatan Kecemasan

Kecemasan menurut Keliat, dkk.(2016):

a. Kecemasan atau ansietas ringan.

Kecemasan ringan biasanya disebabkan karena adanya ketegangan dalam kehidupan sehari-hari dan membuat individu menjadi waspada. Tanda gejala pada kecemasan ringan diantaranya: hasil pengukuran tanda-tanda vital dalam batas normal, adanya ketegangan otot ringan dan pupil berada pada kondisi normal atau konstriksi, lapang persepsi yang luas, tingkat kesadaran yang adekuat terhadap stimulus internal dan lingkungan, dan pola berpikir yang terkontrol, perasaan yang relatif nyaman dan aman, penampilan dan suara yang rileks, dan kemampuan melakukan perilaku sehari-hari masih normal.

b. Kecemasan atau ansietas sedang

Kecemasan sedang merupakan kondisi yang memungkinkan individu memusatkan pada hal yang dirasa penting dan mengesampingkan hal lain yang menjadikan perhatian individu hanya pada hal yang lebih selektif, tetapi masih mampu melakukan kegiatan dengan terarah. Tanda gejala pada kondisi kecemasan sedang dapat berupa: hasil pengukuran tanda-tanda vital masih dalam kondisi normal dan bisa juga mulai terjadi peningkatan, terjadi ketegangan dan muncul perasaan tidak nyaman, perasaan berjaga-jaga, persepsi mulai menyempit dan terfokus, perasaan siap dan tertantang, menggunakan aktivitas yang kompetitif dan belajar keterampilan baru, suara dan ekspresi wajah penuh perhatian.

c. Kecemasan atau ansietas berat

Kecemasan berat terjadi jika individu mengalami pengurangan lapang persepsi yang menyebabkan individu lebih memusatkan sesuatu secara terperinci dan spesifik, serta membuat individu tidak bisa berpikir tentang hal lain. Tanda gejala pada saat ini ditemukan

hasil pemeriksaan tanda-tanda vital meningkat, diaphoresis meningkat, peningkatan frekuensi BAK, diare, mulut kering, kehilangan nafsu makan, dan dilatasi pupil, kaku otot, penurunan pendengaran, dan penurunan sensasi nyeri. Kondisi ini juga membuat lapang persepsi sangat menyempit, sulit untuk menyelesaikan masalah, perhatian tertentu dan biasanya terfokus pada satu masalah utama, dan distorsi waktu. Selain itu muncul perasaan terancam, terkejut dengan stimulus baru, perasaan overload, aktivitas menurun atau meningkat, menampilkan perasaan depresi, menunjukkan penolakan, agitasi, dan mudah tersinggung.

d. Panik

Kondisi panik merupakan tingkat terberat dari kecemasan. Tanda gejala yang ditemukan berupa: peningkatan tanda-tanda vital yang meluas, gangguan saraf simpatik, pucat, penurunan tekanan darah, hipotensi, koordinasi otot yang buruk, nyeri, dan sensasi pendengaran yang minimal. Kondisi ini juga diperlihatkan persepsi yang sangat menyempit, tidak mampu menerima stimulus, tidak mampu menyelesaikan masalah dan berpikir logis, persepsi yang tidak logis terkait dengan diri, lingkungan dan kejadian serta terjadi disosiasi. Klien menampilkan perilaku merasa sangat perlu bantuan, kehilangan kontrol, mungkin marah, ketakutan, menarik diri, menangis atau melarikan diri dari masalah dan menunjukkan perilaku yang ekstrem biasanya aktif atau sebaliknya

5. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan kecemasan dapat berupa secara farmakologis, yaitu menggunakan obat-obatan dan secara non farmakologis, yaitu dengan pemberian terapi keperawatan. Secara farmakologis yang sering digunakan adalah anti kecemasan berupa benzodiazepine dan anti depresan. Secara non farmakologis berupa distraksi dan

relaksasi terapi (Potter & Perry, 2010). Penatalaksanaan pada kasus kecemasan lainnya dapat berupa: memberikan bantuan kontak marah, biblioterapi, dukungan emosi, dukungan *hypnosis* diri, dukungan kelompok, dukungan keyakinan, dukungan memaafkan, dukungan pelaksanaan ibadah, dukungan pengungkapan kebutuhan, dukungan proses berduka, intervensi krisis, konseling dan manajemen demensia (PPNI, 2017).

B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Proses asuhan keperawatan yang pertama harus dilakukan oleh perawat adalah pengkajian. Proses terjadinya kecemasan pada individu dikenal dengan psikodinamika keperawatan. Psikodinamika keperawatan berdasarkan pendekatan model Stuart (2016) berupa: mengkaji faktor predisposisi, faktor presipitasi, penilaian respons terhadap stressor, sumber koping dan mekanisme koping.

a. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi merupakan faktor risiko yang menjadi sumber terjadinya stress yang mempengaruhi tipe dan sumber dari seseorang untuk menghadapi stress yang berasal dari: biologis, psikologis, dan sosialkultural.

Biologis. Faktor biologis merupakan faktor yang berkaitan dengan kondisi fisiologis dari individu. Faktor biologis yang melatarbelakangi terjadinya kecemasan menurut teori adalah teori biologis dan teori genetik. Berdasarkan pada teori genetik menyatakan terjadinya kecemasan pada individu berkaitan dengan perkembangan peran individu dalam keluarga. Teori biologi menyatakan bahwa terjadinya kecemasan pada individu berdasarkan struktur fisiologis berupa anatomi fisiologi, fungsi saraf, hormon, dan unsur kimia. Penelitian menunjukkan bahwa secara biologis, proses terjadinya kecemasan disebabkan karena gangguan pada sistem neurotransmitter.

Sistem yang berkaitan dengan neurotransmitter meliputi:

- 1) Sistem **GABA**. *Gamma-aminobutyric acid* (GABA) merupakan pengaturan kecemasan yang mengontrol aktivitas dari neuron di bagian otak yang bertanggungjawab untuk menghasilkan keadaan kecemasan. GABA adalah neurotransmitter penghambat paling umum di otak pada individu yang mengalami kecemasan.
- 2) Sistem **Norepinefrin**. Bagian otak yang memproduksi sistem norepinefrin adalah lokus seruleus yang menghubungkan jalur neurotransmitter ke struktur lain otak yang berkaitan dengan kecemasan, berupa: amigdala, hipokampus, dan korteks serebral.
- 3) Sistem **Serotonin**. Klien yang mengalami gangguan regulasi neurotransmisi serotonin akan memiliki hipersensitif reseptor 5-HT yang menyebabkan terjadinya kecemasan.

Gangguan fisik yang berhubungan dengan klien dengan kecemasan adalah: gangguan kardivaskuler, gangguan pernapasan, gangguan neurologis, gangguan endokrinologi, gangguan zat terkait intoksikasi, dan sindrom penarikan (Keliat, dkk.,2016).

Psikologis. Faktor psikologis berkaitan dengan konsep diri, resiliensi atau ketahanan terhadap stress, dan konflik. Individu yang mudah merasa terancam atau memiliki tingkat harga diri yang rendah akan lebih rentan terhadap kecemasan. Resiliensi atau ketahanan berkaitan dengan beberapa factor psikososial, koping diri, pandangan positif, interpersonal yang positif, dukungan social, dan fleksibilitas kognitif individu. Konflik menghasilkan kecemasan, dan kekhawatiran akan meningkatkan persepsi konflik yang memunculkan perasaan tidak berdaya (Keliat, dkk.,2016).

Sosialkultural. Beberapa teori yang berkaitan dengan faktor sosialkultural berupa interpersonal dan sosial budaya. Teori interpersonal menyatakan individu

mengalami kecemasan karena adanya ketakutan akan penolakan interpersonal. Kondisi ini dikaitkan dengan adanya trauma masa pertumbuhan (kehilangan, dan perpisahan) yang membuat individu tidak berdaya. Teori social budaya mengatakan bahwa faktor sosial dan budaya menjadi penyebab kecemasan. Stressor yang berasal dari social dan budaya akan menjadi ancaman bagi individu sehingga mempengaruhi perilaku maladaptif dan menjadi penyebab terjadinya kecemasan. Hubungan interpersonal yang tidak adekuat pada masa bayi akan membuat disfungsi tugas perkembangan individu sesuai dengan usia (Mundakir, 2021).

b. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi merupakan stimulus internal dan eksternal yang mengancam individu. Faktor presipitasi terdiri dari 4 komponen, yaitu sifat, asal, waktu, dan jumlah stressor.

Sifat stressor dapat berupa internal dan eksternal. Sifat Internal berasal dari dalam diri individu diantaranya: perubahan fisiologis, gangguan integritas fisik. Sifat Eksternal berasal dari lingkungan luar individu diantaranya: terpapar infeksi bakteri atau virus, polusi atau pencemaran udara, ancaman keamanan, kehilangan benda. Asal stressor terdiri dari internal dan eksternal. Internal dapat bersifat biologis dan psikologis. Eksternal merupakan sumber kecemasan dari lingkungan eksternal dan pengaruh budaya. Waktu stressor merupakan kapan stressor mulai terjadi dan berapa lama terpapar stressor yang menyebabkan terjadinya kecemasan (Mundakir, 2021).

c. Penilaian Terhadap Stressor

Model Adaptasi Stress Stuart mengintegrasikan data dari penilaian stressor individu yang mengalami kecemasan meliputi: kognitif, afektif, fisiologis, perilaku dan sosial. Respons fisiologis dibangun dari konsep neurobiologis. Respons perilaku dan sosial dibangun dari

konsep pengalaman belajar social pada masa kanak-kanak dan dewasa. Respons afektif dipengaruhi oleh ketidakmampuan jangka panjang terhadap situasi yang membahayakan yang menyebabkan respons terhadap kecemasan. Respons kognitif dipengaruhi oleh intelegensi dan introspeksi. Penilaian terhadap stressor bersifat adaptif dan maladaptif.

d. Sumber Koping

Sumber koping dalam mengatasi kecemasan dapat bersumber dari internal dan eksternal di lingkungan. Sumber daya berupa asset keuangan, kemampuan pemecahan masalah, dukungan social, dan keyakinan budaya dapat membantu individu mengintegrasikan pengalaman stress dalam hidup mereka dan belajar untuk mengadopsi strategi koping yang efektif. Hal ini diharapkan individu dapat mengatasi kecemasan yang dialaminya.

e. Mekanisme Koping

Individu yang mengalami kecemasan akan menggunakan berbagai mekanisme koping untuk menghilangkan kecemasan yang dialami. Ketidakmampuan dalam mengatasi kecemasan secara konstruktif merupakan penyebab utama dari masalah psikologis. Dalam pemberian asuhan keperawatan, perawat harus memberikan penjelasan mengenai mekanisme koping yang bisa digunakan individu ketika mengalami kecemasan. Mekanisme koping yang umum digunakan individu dalam mengatasi kecemasan diantaranya menangis, tidur, makan, menguap, tertawa, memaki, latihan fisik, dan melamun.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang berkaitan dengan respons kecemasan adalah ansietas, ketidakefektifan koping, dan ketakutan.

3. Intervensi Keperawatan

Tindakan keperawatan ners yang bisa dilakukan:

- a. Kaji tanda dan gejala kecemasan dan kemampuan klien dalam mengatasi kecemasan.
- b. Jelaskan proses terjadinya kecemasan.
- c. Latih cara mengatasi kecemasan:
 - 1) Tarik nafas dalam
 - 2) Distraksi/pengalihan:bercakap-cakap hal positif, melakukan hobi, dll.
 - 3) Hipnotis lima jari: ibu jari dan telunjuk (minta klien membayangkan kondisi saat sehat sebelum sakit), ibu jari dan jari tengah (minta klien membayangkan orang berarti atau disayangi), ibu jari dan jari manis (minta klien membayangkan penghargaan yang pernah diperoleh), dan ibu jari dengan kelingking (minta klien membayangkan tempat yang menyenangkan yang paling disukai).
 - 4) Kegiatan spiritual.
- d. Bantu klien untuk melakukan latihan sesuai dengan jadwal kegiatan.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan yang dilakukan perawat dapat menggunakan 4 instrumen yang bisa membantu menerapkan intervensi keperawatan yaitu: mendengarkan, kehadiran perawat, kemampuan menerima apa yang disampaikan perawat, dan penggunaan diri secara bijaksana.

5. Evaluasi Keperawatan

Beberapa pertanyaan yang bisa digunakan dalam evaluasi proses keperawatan yang sudah dilakukan adalah:

- a. Apakah timbal balik perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi?
- b. Apakah tujuan dan tindakan memadai dalam jumlah dan cukup spesifik untuk meminimalkan kecemasan klien?
- c. Apakah respons maladaptif diturunkan?
- d. Apakah belajar respons coping yang baru?

- e. Apakah klien menerima klien dan dapat memantau kecemasan pribadi selama berhubungan?

C. Rangkuman

1. Kecemasan merupakan sebuah respons yang bersifat umum yang dialami oleh individu dalam menghadapi stress yang dapat mengganggu kualitas dan fungsi hidupnya.
2. Penyebab kecemasan diantaranya: perubahan status kesehatan, hospitalisasi, ancaman terhadap kematian, bencana.
3. Tanda dan gejala subyektif kecemasan berupa: klien mengatakan merasa bingung, klien merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, klien mengatakan sulit berkonsentrasi, mengeluh pusing, mengeluh tidak nafsu makan, merasa tidak berdaya.
4. Tanda dan gejala objektif kecemasan berupa : klien tampak gelisah, klien tampak tegang, sulit tidur, frekuensi nafas meningkat, frekuensi nadi meningkat, tekanan darah meningkat, diaphoresis, tremor, muka tampak pucat, suara bergetar, kontak mata buruk, sering berkemih, berorientasi pada masa lalu.
5. Tingkatan kecemasan terdiri dari : kecemasan ringan, kecemasan sedang, kecemasan berat, dan panik.
6. Penatalaksanaan kecemasan dapat dilakukan secara farmakologis dan non farmakologis.
7. Pengkajian dalam asuhan keperawatan meliputi faktor predisposisi, faktor presipitasi, penilaian terhadap respons, sumber coping, dan mekanisme coping
8. Diagnosa keperawatan pada gangguan kecemasan adalah ansietas, ketidakefektifan coping, dan ketakutan.
9. Hasil yang diharapkan dari asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan kecemasan maladaptif adalah klien menunjukkan tanda-tanda adaptif dalam mengatasi stress.

D. Daftar Pustaka

- Keliat, dkk.(2019). Asuhan Keperawatan Jiwa. Jakarta:EGC.
- Keliat, B.A., dkk. (2012). Manajemen Kasus Gangguan Jiwa CMHN (*Intermediate Course*). Jakarta: EGC
- Mundakir. (2021). Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa 1. Surabaya: UMSurabaya Publishing.
- NANDA.(2018). NANDA-1 Diagnosis Keperawatan: Defenisi Dan Klasifikasi 2018-2020. (T.H.Herdman & S. Kamitsuru. Eds.) (11th ed). Jakarta : EGC.
- Persatuan Perawat Nasional Indonesia. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. Jakarta: DPP PPNI.
- Potter & Perry. (2010). *Fundamental Of Nursing* edisi 7. Jakarta : Salemba Medika.
- Stuart, G.W.T., Keliat B.A., Pasaribu J. (2016). *Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart*. Edisi Indonesia 10. Mosby: Elsevier (Singapore) Pte Ltd.

E. Latihan Soal

1. Tn. D usia 45 tahun mengeluhkan sering sakit kepala, merasa lemas, tampak gelisah, tegang, tangan gemetar, mengeluh takut jika terjadi sesuatu pada dirinya karena baru pertama kali dirawat di RS. Berdasarkan kondisi klien tersebut, diagnosa keperawatan yang bisa ditegakkan adalah...
 - A. Ansietas
 - B. Hospitalisasi
 - C. Halusinasi
 - D. Ketakutan
2. Tn. W mengatakan khawatir dengan tindakan yang akan dijalani, perawat A membantu dengan memberikan latihan teknik hipotis 5 jari. saat latihan, klien diminta mendekatkan ibu jari dengan jari tengah. apakah yang harus diingat oleh klien....
 - A. Kondisi sehat
 - B. Orang yang disayangi

- C. Penghargaan yang pernah didapat
 - D. Tempat yang paling menyenangkan
3. Ny. O usia 29 tahun baru pertama kali dirawat di RS, mengeluh sakit kepala, merasa khawatir, tampak tegang. Intervensi keperawatan pertama yang bisa dilakukan perawat adalah?
 - A. Teknik relaksasi nafas dalam
 - B. Teknik distraksi
 - C. Terapi hipnotis lima jari
 - D. Spiritual
 4. Tn. Z usia 46 tahun mengeluh takut operasi yang akan dijalani tidak berhasil, tampak khawatir, tampak gelisah, mengeluh kurang nafsu makan, mampu diajak komunikasi, keadaan klien termasuk dalam kecemasan...
 - A. Kecemasan ringan
 - B. Kecemasan sedang
 - C. Kecemasan berat
 - D. Panik
 5. Pengkajian dalam asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan kecemasan terdiri dari...
 - A. Predisposisi, respons, coping
 - B. Predisposisi, respons, presipitasi, coping
 - C. Predisposisi, presipitasi, respons, sumber coping, mekanisme coping
 - D. Predisposisi, sumber coping, dan mekanisme coping
 6. Faktor predisposisi yang perlu dikaji dalam asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan kecemasan adalah...
 - A. Biologis, sosial, kultural
 - B. Biologis, psikologis, sosialkultural
 - C. Psikologis, kultural, social
 - D. Sosial, kultural, psikologis
 7. Diagnosa keperawatan yang berkaitan dengan masalah kecemasan diantaranya...
 - A. Ansietas, ketidakefektifan coping, dan ketakutan.
 - B. Ansietas, halusinasi, hospitalisasi

- C. Ketakutan, ansietas, hospitalisasi
- D. Hospitalisasi, halusinasi, ketakutan

Kunci Jawaban

1. A 2. B 3. A 4. A 5. C 6. B 7. A

F. Profil Penulis



Ns. Amelia Susanti, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.J. Dosen Program Studi S1 Pendidikan Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) Alifah Padang

Penulis lahir di Padang Panjang, tanggal 29 Oktober 1985. Penulis menyelesaikan pendidikan S1 di STIKes Alifah Padang tahun 2009, Pendidikan Profesi Ners di STIKes Alifah Padang tahun 2010, dan pendidikan S2 Keperawatan di Universitas Indonesia tahun 2015 serta Program Spesialis Keperawatan Jiwa tahun 2016 di Universitas Indonesia. Saat ini penulis merupakan dosen tetap Prodi Keperawatan dan Prodi Pendidikan Profesi Ners STIKes Alifah Padang (2010 - sekarang). Saat ini penulis menjabat sebagai Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners di STIKes Alifah Padang (2021 - sekarang).

BAB 20

ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN DENGAN KETIDAKBERDAYAAN DAN KEPUTUSASAAN

Eki Pratidina

Capaian Pembelajaran:

1. Mampu memahami pengkajian klien dengan ketidakberdayaan dan keputusan
2. Mampu menyebutkan diagnosa keperawatan klien dengan ketidakberdayaan dan keputusan
3. Mampu menjelaskan implementasi asuhan keperawatan klien dengan ketidakberdayaan dan keputusan
4. Mampu menjelaskan evaluasi keperawatan klien dengan ketidakberdayaan dan keputusan
5. Mampu membuat dokumentasi keperawatan klien dengan ketidakberdayaan dan keputusan

Kesehatan mental merupakan bagian penting yang tidak terpisahkan dari setiap individu. Kesehatan mental penting untuk dijaga untuk zaman sekarang ini. Data yang didapatkan dari Indonesia National Adolescent Mental Health Survei tahun 2022 terungkap bahwa 1 dari 3 remaja di Indonesia mengalami masalah kesehatan mental. Indonesia telah dinyatakan darurat kesehatan mental karena sepanjang tahun 2022 didapatkan 826 kasus bunuh diri, kasus ini terus menanjak naik 6,37 % dibanding tahun 2018 kejadian gangguan mental.

A. Konsep Ketidakberdayaan

1. Pengertian

NANDA (2011) mengatakan ketidakberdayaan didefinisikan sebagai persepsi atau tanggapan seseorang bahwa tindakan atau perilaku yang telah mereka lakukan tidak akan menghasilkan hasil yang diharapkan atau tidak akan mengubah hasil seperti yang diharapkan, yang membuatnya sulit untuk mengendalikan situasi saat ini atau mengendalikan situasi yang akan datang. (Pardede, 2018)

Ketidakberdayaan adalah ketika seseorang atau kelompok merasa tidak memiliki kontrol atas kejadian atau situasi tertentu. Di sisi lain, ketidakberdayaan adalah persepsi seseorang bahwa tindakannya tidak akan mempengaruhi hasil secara signifikan (Pardede, 2020).

2. Tanda dan Gejala Ketidakberdayaan

Tanda dan gejala ketidakberdayaan terbagi dalam kategori mayor dan minor, akan diuraikan dalam bentuk tabel di bawah ini (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) :

Tabel 20.1. Tanda dan Gejala Mayor

Subjektif	Objektif
Menyatakan frustrasi atau tidak mampu melaksanakan aktivitas sebelumnya	Bergantung pada orang lain

Sumber: SDKI PPNI, 2017

Tabel 20.2. Tanda dan Gejala Minor

Subjektif	Objektif
1. Merasa diasingkan 2. Menyatakan keraguan tentang kinerja peran 3. Menyatakan kurang control 4. Menyatakan rasa malu 5. Merasakan tertekan (depresi)	1. Tidak berpartisipasi dalam perawatan 2. Pengasingan

Sumber: SDKI PPNI, 2017

3. Penyebab/Alasan Ketidakberdayaan

Menurut Carpenito (2009), ketidakberdayaan dapat disebabkan oleh kurangnya pengetahuan, perasaan yang tidak berharga, koping yang tidak adekuat sebelumnya (seperti depresi), dan kurangnya kesempatan untuk membuat keputusan. Doenges, Townsend, M (2008). Faktor-faktor yang terkait dengan ketidakberdayaan yaitu sebagai berikut:

- a. Kesehatan lingkungan: hilangnya privasi, milik pribadi dan kontrol atas terapi.
- b. Hubungan interpersonal: penyalahgunaan kekuasaan, kekerasan.
- c. Penyakit yang berhubungan dengan rejimen: penyakit yang bertahan lama atau yang melemahkan kondisi.
- d. Gaya hidup yang tidak berdaya mengarah pada ketergantungan dan kegagalan berulang.

Jenis-jenis ketidakberdayaan (Carpenito, 2009) yaitu:

- a. Ketidakberdayaan situasional
Ketidakberdayaan yang terjadi setelah kejadian tertentu dan dapat berlangsung singkat.
- b. Ketidakberdayaan dasar (*trait powerlessness*)
Ketidakberdayaan yang bersifat menyebar, berpengaruh terhadap pandangan, tujuan, gaya hidup, dan hubungan.

4. Pengkajian

Pengkajian yang dilakukan pada klien dengan ketidakberdayaan yaitu biasanya (Data Subyektif) klien akan mengalami perasaan frustrasi atau mengatakan bahwa dia tidak mampu melakukan aktivitas sehari-hari seperti sebelumnya, mengatakan secara verbal bahwa mereka tidak dapat mengendalikan atau mempengaruhi situasi, menghasilkan sesuatu, atau merawat diri sendiri dan (Data Objektif) klien merasa sangat bergantung dengan orang lain, tidak berpartisipasi saat diberikan kesempatan untuk mengambil keputusan, segan mengekspresikan perasaan yang sebenarnya (Syahdi, 2022).

5. Diagnosa

Penulisan atau perumusan diagnosis berbeda-beda tergantung pada jenis diagnosis keperawatan yang diberikan. Dibagi menjadi dua cara, yaitu :

a. Penulisan Tiga Bagian (*Three Part*)

Metode penulisan ini diterapkan pada diagnosis aktual, dalam formulasi berikut ini :

Masalah berhubungan dengan **Penyebab** dibuktikan dengan **Tanda/Gejala**

Frase 'berhubungan dengan' disingkat menjadi b.d dan 'dibuktikan dengan' disingkat menjadi d.d.

Contoh penulisan :

Ketidakberdayaan berhubungan dengan interaksi interpersonal tidak memuaskan dibuktikan dengan menyatakan frustrasi, bergantung pada orang lain.

b. Penulisan Dua Bagian (*Two Part*)

Metode penulisan ini digunakan untuk diagnosis risiko dan diagnosis promosi kesehatan, dengan formulasi sebagai berikut :

1) Diagnosis Risiko

Masalah dibuktikan dengan **Faktor risiko**

Contoh penulisan diagnosis :

Risiko ketidakberdayaan dibuktikan dengan perjalanan penyakit yang berlangsung lama atau tidak dapat diprediksi

2) Diagnosis Promosi Kesehatan

Masalah dibuktikan dengan **Tanda/gejala**

Contoh penulisan diagnosis :

Kesiapan peningkatan manajemen kesehatan ditandai dengan klien mengekspresikan keinginan untuk mengelola masalah kesehatan dan pencegahannya (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

6. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian tindakan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dalam memperbaiki status kesehatan mereka sesuai

dengan tujuan yang telah direncanakan (Manullang, 2020). Implementasi merupakan pengelolaan dan perwujudan rencana keperawatan yang sudah di susun untuk mencapai tujuan spesifik yang telah di tetapkan (Hadinata & Abdillah, 2022).

Implementasi keperawatan adalah salah satu tahap pelaksanaan yang dilakukan setelah intervensi keperawatan dibuat dan tehnik tertentu dengan cermat dan efektif dalam kondisi yang sesuai, dan tentunya memperhatikan keamanan fisik dan psikologis (Syahdi, 2022).

Berdasarkan tiga penjelasan tersebut dapat disimpulkan bahwa implementasi keperawatan adalah suatu tindakan pengelolaan pada serangkaian tindakan intervensi keperawatan yang sudah disusun dengan cermat, efektif dalam situasi yang tepat dan selalu memperhatikan keamanan fisik dan psikologis.

Implementasi pada klien dengan ketidakberdayaan dengan promosi harapan, promosi koping, dukungan memaafkan, manajemen perilaku, dukungan pengambilan keputusan, dukungan perasaan bersalah, manajemen stress, manajemen mood, pencegahan bunuh diri, promosi dukungan keluarga, promosi dukungan spiritual, promosi harga diri (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Implementasi psikoterapi meliputi terapi individu (CT, CBT, Logo terapi, ACT), terapi keluarga (FPE) dan terapi kelompok (*life review, supportive therapy*) (Murharyati *et al.*, 2021).

7. Evaluasi

Evaluasi adalah suatu proses menjelaskan secara sistematis mencapai tujuan yang obyektif, efisien, dan efektif, serta untuk mengetahui dampak dari suatu tindakan dan membantu dalam pengambilan keputusan tentang perbaikan satu atau lebih elemen dari program perencanaan yang akan datang. Selain itu, evaluasi juga membantu pengawasan manajemen untuk mendapatkan hasil yang sebenarnya dibandingkan dengan hasil yang diharapkan (Angeline, 2021).

Evaluasi yang diharapkan pada klien dengan ketidakberdayaan yaitu penurunan tanda dan gejala yang dialami klien, meningkatnya kemampuan klien untuk mengendalikan ketidakberdayaan dan meningkatnya perawatan klien dalam lingkup keluarga (Dr. Mundakir, 2021).

8. Dokumentasi

Dokumentasi keperawatan adalah catatan yang dibuat secara sistematis, sah, dan dapat dipertanggungjawabkan secara hukum yang berisi semua informasi yang diperlukan untuk menentukan diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, tindakan keperawatan, dan penilaian keperawatan (Oktavia, 2020).

B. Konsep Keputusasaan

1. Pengertian

Keputusasaan adalah kondisi di mana seseorang merasa ada hambatan atau tidak ada solusi alternatif untuk masalah yang dihadapi (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Keputusasaan merupakan keyakinan seseorang bahwa dirinya atau orang lain tidak dapat melakukan sesuatu untuk menyelesaikan masalahnya, menganggap alternatif pemecahan masalah tidak ada atau tidak tersedia, dan tidak mampu menggerakkan kekuatan demi kepentingannya sendiri (Dr. Mundakir, 2021).

Menurut NANDA (2018) keputusasaan merupakan suatu kondisi subjektif atau ketika seseorang melihat keterbatasan/pilihan individu serta dapat mengerahkan kekuatan untuk kepentingan individu (Lailatussa'adah, 2021).

2. Tanda dan Gejala Keputusasaan

Tanda dan gejala keputusasaan terbagi dalam kategori mayor dan minor, akan diuraikan dalam bentuk tabel di bawah ini (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) :

Tabel 20.3. Tanda dan Gejala Mayor

Subjektif	Objektif
Mengungkapkan keputusan	1. Kurang terlibat dalam aktivitas perawatan 2. Afek datar

Sumber: SDKI PPNI, 2017

Tabel 20.4. Tanda dan Gejala Minor

Subjektif	Objektif
1. Sulit tidur 2. Selera makan menurun	1. Berperilaku pasif 2. Kurang inisiatif 3. Meninggalkan lawan bicara 4. Mengangkat bahu sebagai respon pada lawan bicara

Sumber: SDKI PPNI, 2017

3. Penyebab/Alasan Keputusan

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (2017) faktor penyebab keputusan, yaitu:

- a. Stres jangka Panjang
- b. Penurunan kondisi fisiologis
- c. Kehilangan kepercayaan pada kekuatan spiritual
- d. Kehilangan kepercayaan pada nilai-nilai penting
- e. Pembatasan aktivitas jangka Panjang
- f. Pengasingan

(Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

4. Pengkajian

Pengkajian yang dilakukan pada klien dengan keputusan yaitu Pasien mengungkapkan keputusan (Data Subyektif) dan pasien kurang terlibat dalam aktivitas yang berkaitan dengan perawatan dan efek datar, berperilaku pasif (Data Obyektif) (Murharyati *et al.*, 2021).

5. Diagnosa

Perumusan atau penulisan diagnosis disesuaikan dengan jenis diagnosis keperawatan. Terbagi menjadi dua metode, yaitu:

a. Penulisan Tiga Bagian (*Three Part*)

Metode penulisan ini dilakukan pada diagnosis aktual dengan formulasi sebagai berikut :

Masalah berhubungan dengan Penyebab dibuktikan dengan Tanda/Gejala frase 'berhubungan dengan' disingkat menjadi b.d dan 'dibuktikan dengan' disingkat menjadi d.d.

Contoh penulisan :

Keputusan berhubungan dengan penurunan kondisi fisiologis dibuktikan dengan mengungkapkan keputusan, berperilaku pasif.

b. Penulisan Dua Bagian (*Two Part*)

Metode penulisan ini dilakukan pada diagnosis risiko dan diagnosis promosi kesehatan, dengan formulasi sebagai berikut :

1) Diagnosis Risiko

Masalah dibuktikan dengan Faktor risiko

Contoh penulisan diagnosis :

Risiko harga diri rendah situasional dibuktikan dengan gangguan gambaran diri

2) Diagnosis Promosi Kesehatan

Masalah dibuktikan dengan Tanda/gejala

Contoh penulisan diagnosis :

Kesiapan peningkatan pengetahuan ditandai dengan klien mengungkapkan minat dalam belajar, menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik, menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik, perilaku sesuai dengan pengetahuan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

6. Implementasi

Implementasi keperawatan yang diberikan pada klien dengan keputusan meliputi dukungan emosional, promosi harapan dan promosi coping (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Implementasi psikoterapi untuk klien keputusan yaitu terapi individu (Terapi nafas dalam, Terapi penghentian pikiran, Terapi latihan relaksasi, Terapi meditasi, *Rational Emotif Therapy*), terapi keluarga (FPE) dan terapi kelompok (*supportive therapy*) (Murharyati *et al.*, 2021).

7. Evaluasi

Evaluasi yang diharapkan untuk diagnosa ini yaitu klien tidak lagi mengatakan berputus asa, klien responsif secara emosional dan kembali ke tingkat pra-penyakit, klien dapat mengubah cara pandang mengenai dirinya dengan berfikir positif dan melakukan kegiatan positif.

8. Dokumentasi

Dokumentasi keperawatan adalah catatan yang berisi semua informasi yang diperlukan untuk menentukan diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, tindakan keperawatan, dan penilaian keperawatan yang disusun secara sistematis, sah, dan dapat dipertanggungjawabkan secara hukum (Oktavia, 2020).

C. Rangkuman

Ketidakterdayaan adalah suatu persepsi seseorang yang memiliki pandangan bahwa segala tindakan tidak akan mendapatkan hasil sesuai harapannya atau suatu keadaan dimana seseorang itu kurang dapat mengendalikan kondisi tertentu atau kegiatan yang baru dirasakannya. Ketidakterdayaan memiliki beberapa jenis yaitu ketidakterdayaan situasional dan ketidakterdayaan dasar (*trait powerlessness*). Ketidakterdayaan dapat disebabkan dari kondisi klinis terkait seperti; diagnose yang tidak terduga/baru, peristiwa traumatis, diagnosis penyakit kronis dan penyakit terminal, dan rawat inap.

Keputusan adalah suatu keyakinan seseorang yang dimiliki yang memandang bahwa dirinya maupun oranglain tidak dapat melakukan sesuatu untuk mengatasi masalah yang dihadapinya. Keputusan dapat disebabkan dari faktor internal dan eksternal seseorang, seperti faktor stress, penurunan kondisi fisik (kondisi klinis terkait seperti penyakit kronis, penyakit terminal, penyakit yang tidak dapat disembuhkan), kehilangan kepercayaan, pembatasan aktivitas jangka panjang dan pengasingan.

D. Daftar Pustaka

- Angeline, E. K. (2021). Komponen dan Jenis-jenis Evaluasi dalam Asuhan Keperawatan. *Jurnal Manajemen: Untuk Ilmu Ekonomi dan Perpustakaan*, 4(1), 141-149.
- Dr. Mundakir. (2021). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. UMSurabaya Publishing.
- Hadinata, D., & Abdillah, A. J. (2022). *Metodologi Keperawatan* (Cetakan Pe). Widina Bhakti Persada Bandung.
- Lailatussa'adah, U. (2021). Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny.R Dengan Keputusan Di Desa Loireng Sayung Demak. *Keperawatan Jiwa*, 1-32.
- Manullang, P. S. (2020). Implementasi Asuhan Keperawatan. *Osf.io*, 2001, 1-7. <https://osf.io/md3qj/download>
- Murharyati, A., Rachmawati, A. N., Nyumirah, S., Baba, W. N., Hermasih, A. R., Rokhman, A., Liandriani, Hertiana, Napolion, K., & Avelina, Y. (2021). *Keperawatan Jiwa Mengenal Masalah Kesehatan* (Risnawati & A. H. Nadana (ed.); Cetakan Pe). Ahlimedia Press.
- Oktavia, L. (2020). Konsep Dokumentasi Proses Keperawatan. *Osfio*, 1-9.
- Pardede, J. A. (2018). Konsep Ketidakberdayaan. *Ners Universitas Sari Mutiara Indonesia*, December. <https://doi.org/10.31219/osf.io/hd3g6>

Syahdi, D. (2022). Studi Kasus Asuhan Keperawatan Psikososial Pada Tn. S Dengan Masalah Ketidakberdayaan. *Osf.io*. <https://osf.io/preprints/vn4qj/%0Ahttps://osf.io/vn4qj/download>

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik* (Edisi I). DPP PPNI.

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi dan Tindakan Keperawatan* (Edisi I). DPP PPNI.

E. Latihan Soal

1. Seseorang dikatakan mengalami hubungan yang kasar dalam kehidupannya dan penyalahgunaan kekuasaan. Termasuk faktor ketidakberdayaan apakah hal tersebut?
 - A. Kesehatan lingkungan
 - B. Hubungan interpersonal
 - C. Penyakit yang berhubungan dengan rejimen
 - D. Gaya hidup
2. Seorang klien didapatkan telah berhasil mengungkapkan keputusasaannya pada perawat, klien mengatakan tidak tahu apa yang penting dalam hidupnya. Apakah penyebab dari keputusasaan klien tersebut?
 - A. Stres jangka Panjang
 - B. Penurunan kondisi fisiologis
 - C. Kehilangan kepercayaan pada nilai-nilai penting
 - D. Pembatasan aktivitas jangka Panjang
3. Saat dilakukan pengkajian pada klien dengan ketidakberdayaan akan diketahui data-data yang mendukung dalam penentuan diagnosa keperawatan. Termasuk yang manakah data Objektif dibawah ini?
 - A. Segan mengekspresikan perasaan yang sebenarnya
 - B. Mengatakan tidak bergantung dengan orang lain
 - C. Mengatakan ketidakmampuan perawatan diri
 - D. Klien tidak merasa sangat bergantung pada orang lain

4. Seorang pasien dirawat di suatu RS dengan penyakit Leukimia menahun, dinyatakan dokter bahwa hidupnya tidak lama lagi. Pasien tersebut mengatakan frustrasi, tidak mampu melaksanakan aktivitas sehari-hari dan sangat bergantung pada orang lain. Apakah diagnosa keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?
 - A. Gangguan citra tubuh
 - B. Gangguan harga diri rendah
 - C. Ketidakberdayaan
 - D. Keputusasaan
5. Dari berbagai implementasi keperawatan yang diberikan pada klien dengan keputusasaan terdapat terapi yang dapat diberikan. Dibawah ini manakah terapi individu yang diberikan pada klien tersebut (pada soal no.4)?
 - A. *Cognitive Therapy*
 - B. *Cognitive Behavior Therapy*
 - C. *Acceptance and Commitment Therapy*
 - D. *Rational Emotif Therapy*

Kunci Jawaban

1. B 2. C 3. A 4. C 5. D

F. Profil Penulis



Eki Pratidina. Penulis merupakan lulusan tahun 2001 dari Program Studi Ilmu Keperawatan (PSIK) Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran Bandung, Angkatan ke-2 Tahun 1995. Selanjutnya penulis lanjut ke jenjang S2 Manajemen di STIMA IMMI Jakarta dengan konsentrasi Manajemen Rumah Sakit. Penulis lahir di Tanjung Balai Asahan, pada 12 September 1977. Saat ini penulis sebagai dosen tetap Yayasan Adhi Guna Kencana Universitas Bhakti Kencana Bandung di Prodi D3 Keperawatan Fakultas Keperawatan. Penulis merupakan dosen dengan homebase

mengajar pada rumpun keilmuan Keperawatan Keluarga, Keperawatan Gerontik, Keperawatan Komunitas dan Keperawatan Jiwa. Sebagai seorang dosen, penulis dituntut untuk dapat menghasilkan karya tulis berupa buku yang nantinya dapat dipergunakan untuk memudahkan proses belajar mengajar pada tingkat perguruan tinggi. Selain itu juga penulis aktif dalam melakukan penelitian sesuai bidangnya keilmuannya.

Email penulis: eki.pratidina@bku.ac.id

BAB 21

ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN DENGAN DISTRESS SPIRITUAL

Habsyah Saparidah Agustina

Capaian Pembelajaran:

1. Mampu memahami konsep distress spiritualitas
2. Mampu menyebutkan beberapa tanda dan gejala distress spiritual
4. Mampu mengetahui dan memahami penyebab distress spiritual
5. Mampu membuat aplikasi sederhana asuhan keperawatan klien dengan distress spiritual.

Perawat adalah tenaga medis profesional yang setiap saat berinteraksi dengan pasien untuk memberikan asuhan keperawatan yang menyeluruh. Perawat harus melihat pasien dari perspektif biologis, psikologis, sosiokultural, dan spiritual (Hamid, 2008). Menurut *American Association of Colleges of Nurses (AACN)*, perawat harus memiliki kemampuan untuk menilai kebutuhan spiritual pasien dan memahami betapa pentingnya aspek spiritual dalam pelayanan kesehatan (Yoost & Crawford, 2016).

Spiritualitas adalah keyakinan klien tentang kehidupan, kesehatan, penyakit, kematian, dan hubungan seseorang dengan alam semesta. Hal ini berbeda dengan agama, yang merupakan sistem kepercayaan yang terorganisir tentang satu atau lebih yang maha kuasa, kekuatan maha tahu yang mengatur alam semesta dan menawarkan pedoman untuk hidup selaras dengan alam semesta dan orang lain (Andrews & Boyle, 2008). Spiritual dan keyakinan agama biasanya didukung oleh orang lain yang memiliki keyakinan

yang sama dan mengikuti aturan dan ritual yang sama dalam kehidupan sehari-hari. Spiritualitas dan agama sering kali memberikan kenyamanan dan harapan kepada orang-orang dan dapat sangat mempengaruhi kesehatan seseorang dan praktik perawatan kesehatan.

Menurut (Weber & Pargament, 2014), pasien dengan penyakit jiwa memiliki kebutuhan yang lebih tinggi untuk bantuan spiritual daripada kelompok pasien lainnya. Misalnya, perasaan tidak berdaya, kesepian, dan keputusasaan yang lebih besar dikaitkan dengan depresi, gangguan mental yang paling umum di Amerika Serikat. Semua emosi ini memiliki relevansi spiritual (National Institute of Mental Health, 2019).

Ashuan keperawatan distress spiritual merupakan cara untuk memenuhi kebutuhan spiritual, meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi adalah semua aspek perawatan keperawatan spiritual (Govier, 2000).

A. Definisi Distress Spiritual

Distress spiritual adalah gangguan keyakinan atau sistem nilai yang menyebabkan kesulitan menemukan makna dan tujuan hidup melalui hubungan dengan diri sendiri, orang lain, alam, dan Tuhan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016) Selain itu, menurut (M. C. Townsend & Morgan, 2015) distress spiritual adalah kurangnya kemampuan untuk mengalami dan mengintegrasikan makna dan tujuan hidup melalui hubungan dengan kekuatan yang lebih besar dari diri sendiri, seperti kekuatan alam, seni, musik, sastra, dan diri sendiri.

Suatu keadaan penderitaan yang berkaitan dengan gangguan kemampuan untuk mengalami makna dalam hidup melalui hubungan dengan diri sendiri, orang lain, dunia, atau makhluk yang lebih tinggi (NANDA International, 2018). Maka dapat disimpulkan bahwa distress spiritual adalah gangguan untuk memaknai keyakinan, nilai, tujuan, dan makna hidup melalui hubungan dengan diri sendiri, orang lain, alam, dan Tuhan.

B. Penyebab Distress Spiritual

Berikut ini penyebab yang dapat mengakibatkan terjadinya distress spiritual pada individu, yaitu kehilangan, kematian orang terdekat, menerima berita buruk tentang kesehatan, hubungan sosial, dan perubahan kehidupan dan lingkungan (Keliat *et al.*, 2019b). Selain itu, sakit atau ketidaknyamanan seperti nyeri, kecacatan, atau kehilangan dapat menyebabkan pasien merasa tidak percaya diri, cemas, dan bahkan depresi (K. Novita & Jannah, 2016). Menurut NANDA International (2018) faktor-faktor lainnya yang dapat menyebabkan distress spiritual adalah adanya hambatan untuk mengalami cinta, perubahan dalam ritual keagamaan, perubahan dalam latihan spiritual, konflik budaya, ketidakmampuan untuk memaafkan, meningkatnya ketergantungan pada orang lain, hubungan yang tidak efektif, kesepian, harga diri yang rendah, rasa sakit, persepsi memiliki urusan yang belum selesai, keterasingan diri, terpisah dari sistem pendukung, keterasingan sosial, keterbatasan sosiokultural, stresor, dan penyalahgunaan zat. Sehingga untuk mencapai kesejahteraan spiritual, pasien membutuhkan keyakinan untuk bertahan (K. Novita & Jannah, 2016).

C. Tanda dan Gejala Distress Spiritual

Tanda dan gejala distress spiritual menurut (NANDA International (2018) terdiri dari karakteristik penentu, hubungan dengan diri sendiri, hubungan dengan orang lain, hubungan dengan seni, musik, sastra, dan alam, dan hubungan dengan kekuatan yang lebih besar dari diri sendiri.

1. Karakteristik penentu (*Defining characteristics*)
 - a. Kecemasan
 - b. Menangis
 - c. Kelelahan
 - d. Ketakutan
 - e. Insomnia
 - f. Mempertanyakan identitas
 - g. Mempertanyakan makna hidup

- h. Mempertanyakan makna penderitaan
- 2. Hubungan dengan diri sendiri (*Connections to Self*)
 - a. Kemarahan
 - b. Berkurangnya ketenangan
 - c. Merasa tidak dicintai
 - d. Rasa bersalah
 - e. Penerimaan yang tidak memadai
 - f. Strategi penanganan yang tidak efektif
 - g. Keberanian yang tidak memadai
 - h. Merasa tidak memiliki makna dalam hidup
- 3. Hubungan dengan orang lain (*Connections with Others*)
 - a. Keterasingan
 - b. Menolak untuk berinteraksi dengan pemimpin spiritual
 - c. Menolak untuk berinteraksi dengan orang yang penting
 - d. Pemisahan dari sistem pendukung
- 4. Hubungan dengan seni, musik, sastra, dan alam (*Connections with Art, Music, Literature, and Nature*)
 - a. Penurunan ekspresi dari pola kreativitas sebelumnya
 - b. Ketidaktertarikan pada alam
 - c. Ketidaktertarikan dalam membaca literatur spiritual
- 5. Hubungan dengan kekuatan yang lebih besar dari diri sendiri (*Connections with Power Greater than Self*)
 - a. Kemarahan terhadap kekuatan yang lebih besar dari diri sendiri
 - b. Ketidakmampuan untuk berdoa
 - c. Merasa ditinggalkan
 - d. Keputusasaan
 - e. Ketidakmampuan untuk introspeksi
 - f. Ketidakmampuan untuk mengalami yang transenden
 - g. Ketidakmampuan untuk berpartisipasi dalam kegiatan keagamaan
 - h. Penderitaan yang dirasakan
 - i. Permintaan akan seorang pemimpin spiritual
 - j. Perubahan mendadak dalam latihan spiritual

Menangis dapat dianggap sebagai cara untuk mengekspresikan kebutuhan yang mendesak, sebuah ekspresi untuk kekuatan emosional dalam diri, dan dapat membantu mengurangi ketegangan, terlepas dari menghabiskan energi (Rydé *et al.*, 2007).

Berikut ini tanda dan gejala distress spiritual, yang terdiri dari tanda dan gejala mayor dan minor Keliat *et al.*, (2019)

1. Tanda dan Gejala Mayor

Data Subjektif	Data Objektif
Mengeluh menderita	Insomnia
Mempertanyakan makna hidup	Menangis
Merasa tidak dicintai	Ketakutan
Merasa bersalah	Menolak bertemu dengan pemuka agama dan orang terdekat
Kurang pasrah	Ritual religus berubah

2. Tanda dan Gejala Minor

Data Subjektif	Data Objektif
Perasaan diabaikan	Tidak dapat melakukan kegiatan ibadah
Perasaan asing	Mengisolasi diri

D. Kondisi Klinis yang Terkait

Kondisi klinis yang terkait dengan distress spiritual adalah menjelang ajal, penyakit kronis dan palliatif, kehilangan fungsi bagian tubuh, kehilangan bentuk struktur tubuh, penyakit fisik, dan proses pengobatan yang lama (Keliat *et al.*, 2019).

Terdapat beberapa populasi yang rentan mengalami distress spiritual menurut (NANDA International, 2018), yaitu penuaan, kelahiran anak, kematian orang penting lainnya, paparan terhadap kematian, transisi kehidupan, kehilangan, paparan terhadap bencana alam, konflik rasial, menerima berita buruk, dan peristiwa kehidupan yang tidak terduga.

E. Asuhan Keperawatan Distress Spiritual

1. Tujuan Asuhan Keperawatan

Kognitif	Psikomotor	Afektif
<ul style="list-style-type: none">• Klien mampu menyampaikan penderitaan yang dialami	<ul style="list-style-type: none">• Klien mampu membuat daftar makna hidup	<ul style="list-style-type: none">• Klien merasakan kekuatan yang Mahakuasa
<ul style="list-style-type: none">• Klien mampu mengenali makna hidup dan kekuatan yang Maha tinggi	<ul style="list-style-type: none">• Klien mampu melakukan kegiatan kehidupan yang berguna	<ul style="list-style-type: none">• Klien merasakan diperhatikan dan dicintai oleh orang terdekat
	<ul style="list-style-type: none">• Klien mampu melakukan ritual spiritual dan merasakan maknanya	<ul style="list-style-type: none">• Klien merasakan kebahagiaan hidup

2. Tindakan Keperawatan

Mekanisme koping adalah cara yang digunakan individu dalam menyelesaikan masalah, mengatasi perubahan yang terjadi dari situasi yang mengancam baik secara kognitif maupun secara perilaku (Stuart, 2013). Koping ditemukan sebagai cara untuk mengatasi penderitaan individu yang mengalami distress spiritual yang dapat dicapai dengan beberapa strategi berdasarkan hubungan pasien dengan keluarga, teman, diri sendiri, spiritualitas/agama, hubungan dengan tubuh dan pikiran, harapan, membantu pasien lain, terapi/latihan non spiritual/religius, pemaknaan ulang, praktik spiritual, dukungan dari keluarga/teman, dukungan dari tenaga kesehatan profesional, transendensi, transformasi dan kepercayaan pada Tuhan/keyakinan spiritual (Martins & Caldeira, 2018)

Penting sekali tenaga kesehatan terutama perawat mampu mendukung klien untuk menyesuaikan diri dan mengatasi hal tersebut dengan kopingnya (Nyatanga, 2014). Perawat dapat melakukan tindakan keperawatan kepada klien, keluarga klien, kelompok, dan kolaborasi multi disiplin untuk mengatasi distress spiritual (Keliat *et al.*, 2019b)

a. Tindakan Keperawatan pada Klien

1) Tindakan Keperawatan Ners

- a) Kaji tanda dan gejala distress spiritual
- b) Jelaskan proses terjadinya distress spiritual
- c) Diskusikan dengan klien
 - Penderitaan yang dialami
 - Kekuatan yang Mahatinggi (Tuhan)
 - Makna hidup
- d) Latih kegiatan hidup sehari-hari dan memaknainya
- e) Latih kegiatan ritual spiritual dan memaknainya
- f) Berikan pujian dan motivasi dalam melakukan kegiatan sehari-hari dan ritual spiritual

2) Tindakan Keperawatan Spesialis

a) Terapi Kognitif Perilaku

- Sesi 1: Mengidentifikasi pengalaman yang tidak menyenangkan dan menimbulkan pikiran otomatis negatif dan perilaku negatif
- Sesi 2: Melawan pikiran otomatis negatif
- Sesi 3: Mengubah perilaku negatif
- Sesi 4: Memanfaatkan sistem pendukung

b) Logoterapi: *Medical Ministry*

- Sesi 1: Identifikasi masalah yang dihadapi, perubahan yang terjadi, dan masalah yang dialami
- Sesi 2: Identifikasi respons terhadap masalah psikososial dan cara mengatasinya, tambahkan respons bio dan sosial
- Sesi 3: Logoterapi dengan teknik *medical ministry*
- Sesi 4: Evaluasi

b. Tindakan Keperawatan pada Keluarga

1) Tindakan Keperawatan Ners

- a) Kaji masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien
- b) Jelaskan pengetahuan, tanda dan gejala, serta proses terjadinya distress spiritual serta memutuskan cara merawat
- c) Latih keluarga cara merawat dan membimbing klien meningkatkan ritual spiritual dan manfaatnya sesuai dengan asuhan yang telah diberikan kepada klien
- d) Latih keluarga untuk menciptakan suasana yang mendukung klien melakukan kegiatan bermakna
- e) Diskusikan tanda dan gejala distress spiritual yang memerlukan rujukan segera serta menganjurkan follow up ke fasilitas pelayanan kesehatan secara teratur.

2) Tindakan Keperawatan Spesialis

Psikoedukasi Keluarga (*Family Psycho-education*)

- a) Sesi 1: Mengidentifikasi masalah kesehatan yang dialami klien dan masalah kesehatan keluarga (*care giver*) dalam merawat klien
- b) Sesi 2: Merawat masalah kesehatan klien
- c) Sesi 3: Manajemen stress untuk keluarga
- d) Sesi 4: Manajemen beban untuk keluarga
- e) Sesi 5: Memanfaatkan sistem pendukung
- f) Sesi 6: Mengevaluasi manfaat psikoedukasi keluarga

c. Tindakan pada Kelompok

Tindakan pada kelompok klien dengan distress spiritual dapat dilakukan oleh perawat spesialis. Tindakan yang dapat dilakukan pada kelompok pasien dengan distress spiritual yaitu terapi supportif (Keliat *et al.*, 2019b).

- 1) Sesi 1: Identifikasi masalah dan sumber pendukung di dalam dan di luar keluarga

- 2) Sesi 2: Latihan menggunakan sistem pendukung dalam keluarga
- 3) Sesi 3: Latihan menggunakan sistem pendukung luar keluarga
- 4) Sesi 4: Evaluasi hasil dan hambatan penggunaan sumber pendukung

d. Tindakan Kolaborasi

Apabila masalah kesehatan mengakibatkan distress spiritual atau sebaliknya distress spiritual mengakibatkan masalah kesehatan, maka tindakan kolaboratif diperlukan (Keliat *et al.*, 2019b). Perawat dapat melakukan hal-hal berikut ini saat bekerja sama:

- 1) Melakukan kolaborasi dengan dokter menggunakan ISBAR dan TbaK
- 2) Memberikan terapi dokter (obat): Edukasi 8 benar prinsip pemberian obat menggunakan konsep *safety* pemberian obat
- 3) Mengobservasi manfaat dan efek samping

F. Discharge Planning

1. Menjelaskan rencana persiapan pasca-rawat dirumah untuk memandirikan klien
2. Menjelaskan rencana tindak lanjut perawatan dan pengobatan
3. Melakukan rujukan ke fasilitas kesehatan

G. Evaluasi

1. Penurunan tanda dan gejala distress spiritual
2. Peningkatan kemampuan klien melakukan ritual spiritual
3. Peningkatan kemampuan keluarga dalam merawat klien dengan distress spiritual

H. Rencana Tindak Lanjut (RTL)

1. Rujuk klien ke fasilitas praktik mandiri perawat spesialis keperawatan jiwa

2. Rujuk klien dan keluarga ke *case manager* di fasilitas pelayanan kesehatan primer di puskesmas, pelayanan kesehatan sekunder, dan tersier di rumah sakit
3. Rujuk klien dan keluarga ke kelompok pendukung, kader kesehatan jiwa, kelompok swabantu, dan fasilitas rehabilitasi psikososial yang tersedia di masyarakat.

I. Peran Perawat dalam Spiritualitas

Sangat penting bagi perawat untuk memahami ide-ide dasar kesehatan spiritual. Dalam proses perawatan, spiritualitas sekarang dianggap sebagai konsep yang unik bagi setiap orang. Ini didasarkan pada asumsi bahwa aspek spiritual memengaruhi tingkat kebahagiaan hidup seseorang. Oleh karena itu, jika perawat ingin meningkatkan kualitas hidup pasien, mereka harus memahami bagaimana aspek spiritual, fisik, dan psikologis berkorelasi satu sama lain (Hidayat, 2004).

Perawat harus terlebih dahulu menilai keyakinan spiritual dan agamanya sendiri. Agama dan spiritualitas sangat subjektif dan dapat sangat berbeda di antara orang-orang. Perawat harus tetap objektif dan tidak menghakimi keyakinan klien dan tidak boleh membiarkan keyakinan tersebut mengubah asuhan keperawatan. Perawat harus menilai kebutuhan spiritual dan religius klien dan menjaga agar tidak memaksakan keyakinannya pada klien. Perawat harus memastikan bahwa klien tidak diabaikan atau diejek karena keyakinan dan nilai-nilainya berbeda dengan staf.

J. Rangkuman

Distress spiritual adalah pengalaman yang intim, mendalam, dan penuh penderitaan dalam hidup, yang membutuhkan strategi penanggulangan dan melibatkan nilai-nilai dan keyakinan spiritual. Hal tersebut dikarenakan mengalami gangguan untuk memaknai keyakinan, nilai, tujuan, dan makna hidup melalui hubungan dengan diri sendiri, orang lain, alam, dan Tuhan. Distress spiritual dapat terjadi pada pasien menjelang ajal, penyakit kronis dan palliatif, kehilangan

fungsi bagian tubuh, kehilangan bentuk struktur tubuh, penyakit fisik, dan proses pengobatan yang lama dan tenaga kesehatan seperti perawat harus menyadari pengalaman ini dan mengenali distress spiritual. Oleh karena itu, menilai kebutuhan spiritual dan mengenali distress spiritual pada pasien dianggap penting dalam memberikan perawatan holistik (Bio-psiko-sosial-spiritual). Distress spiritual terdiri dari manifestasi klinis baik gejala minor maupun mayor dan oleh karena itu, perawat memerlukan hubungan yang solid, etis, penuh kasih sayang dan empati dengan pasien dan keluarganya untuk memfasilitasi penilaian kebutuhan spiritual. Selain itu, perawat juga harus menyadari diri dan keterbatasannya dalam memberikan perawatan spiritual. Bila perlu, berkolaborasi meminta dukungan dari anggota tim kesehatan lainnya atau merujuk pasien kepada petugas tim kesehatan lainnya yang dapat memberikan intervensi yang dapat dipertanggungjawabkan.

K. Daftar Pustaka

- Andrews, M. M., & Boyle, J. S. (2008). *Transcultural Concepts in Nursing Care*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Govier, I. (2000). Spiritual care in nursing: a systematic approach. *Nursing Standard*, 14(17), 32-36. <https://doi.org/10.7748/ns2000.01.14.17.32.c2744>
- Hamid, A. Y. S. (2008). *Bunga Rampai Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa*. EGC.
- NANDA International, I. (2018). *Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2018-2020*, 11th ed. (Chichester/Ames, Ed.; 11th ed.). Thieme Publishers New York.
- K. Novita, E., & Jannah, N. (2016). Pelaksanaan asuhan keperawatan spiritual di suatu Rumah Sakit Banda Aceh. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Fakultas Keperawatan*, 1(1), 1-9. <https://jim.usk.ac.id/FKep/article/view/1559>

- Keliat, B. A., Hamid, A. Y. S., Putri, Y. S. E., Daulima, N. H. C., Wardani, I. Y., Susanti, H., Hargiana, G., & Panjaitan, R. U. (2019). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. EGC.
- Martins, H., & Caldeira, S. (2018). Spiritual distress in cancer patients: A synthesis of qualitative studies. *Religions*, 9(10), 285. <https://doi.org/10.3390/rel9100285>
- National Institute of Mental Health. (2019). Major Depression. <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/major-depression.shtml>
- Nyatanga, B. (2014). Supporting patients in coping with cancer. *British Journal of Community Nursing*, 19(5), 255–255. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2014.19.5.255>
- Rydé, K., Friedrichsen, M., & Strang, P. (2007). Crying: A force to balance emotions among cancer patients in palliative home care. *Palliative and Supportive Care*, 5(1), 51–59. <https://doi.org/10.1017/S1478951507070071>
- Stuart, G. W. (2013). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. Elsevier Mosby.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) (1st ed.)*. Persatuan Perawat Indonesia.
- Townsend, M. C. , & Morgan, K. I. (2015). *Psychiatric Mental Health Nursing: Concepts of Care in Evidence-Based Practice*. Davis Company.
- Weber, S. R., & Pargament, K. I. (2014). The role of religion and spirituality in mental health. *Current Opinion in Psychiatry*, 27(5), 358–363. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000080>
- Yoost, B. L., & Crawford, L. R. (2016). *Fundamentals of Nursing: Active Learning for Collaborative Practice*. Elsevier.

L. Latihan Soal

1. Seorang perempuan, 17 tahun riwayat di rawat di Klinik Kesehatan Jiwa karena suka menangis seharian dan mengurung diri. Saat dilakukan pengkajian pasien membenci semua orang, tidak ada yang bisa dimaafkan, jangan ganggu saya, Tuhan tidak sayang saya. Keluarga mengatakan hal ini terjadi semenjak pasien tidak lulus ujian nasional. Apakah masalah yang dialami?
 - A. Gangguan ideal diri
 - B. Ketidakberdayaan
 - C. Distress spiritual
 - D. Keputusasaan
2. Berikut dibawah ini merupakan penyebab individu mengalami distress spiritual, kecuali
 - A. Hubungan yang tidak efektif dengan diri sendiri, orang lain, dan Tuhan
 - B. Beradaptasi dengan lingkungan
 - C. Kematian orang tua
 - D. Kecacatan
3. Seorang perempuan 20 tahun dibawa ke poli psikiatri karena merasakan kemarahan, berkurangnya ketenangan, tidak dicintai, bersalah, dan tidak memiliki makna hidup. Keluarga mengatakan kondisi ini terjadi sejak pasien tidak jadi menikah. Apakah tanda dan gejala spiritual yang dialami klien?
 - A. *Defining characteristics*
 - B. *Connections to Self*
 - C. *Connections with Others*
 - D. *Connections with Power Greater than Self*
4. Seorang laki-laki, 22 tahun datang ke poli psikiatri RSJ karena merasa ketakutan, bersalah, dan mengisolasi diri. Saat dikaji pasien mengatakan telah mengecewakan keluarganya karena tidak lulus ujian ASN dan tidak tahu lagi apa yang harus dilakukan dalam hidupnya. Perawat telah mengkaji tanda dan gejala distress spiritual. Apakah tahapan selanjutnya yang harus dilakukan perawat?

- A. Mendiskusikan dengan klien terkait Penderitaan yang dialami, Kekuatan yang Mahatinggi (Tuhan), Makna hidup
 - B. Melatih kegiatan hidup sehari-hari dan memaknainya
 - C. melatih kegiatan ritual spiritual dan memaknainya
 - D. Menjelaskan proses terjadinya distress spiritual
5. Seorang perawat dengan tim nya sedang melakukan terapi supportif dengan terapi aktifitas kelompok pada pasien dengan distress spiritual di ruangan kenanga. Setelah mengidentifikasi masalah dan sumber pendukung di dalam dan luar keluarga para pasien. Apakah tahapan selanjutnya yang harus dilakukan para perawat?
- A. Melatih manajemen stress keluarga
 - B. Melatih menggunakan sistem pendukung dalam keluarga
 - C. Melatih menggunakan sistem pendukung luar keluarga
 - D. Mengevaluasi hasil dan hambatan penggunaan sumber pendukung

Kunci Jawaban

1. C 2. B 3. B 4. D 5.B

M. Profil Penulis



Habsyah Saparidah Agustina, S.Kep., Ners., M.Kep.

Lulusan Magister Keperawatan Jiwa. Turut berperan dan ikut serta dalam berbagai kegiatan pengajaran, penelitian, dan pengabdian kepada masyarakat yang disertai dengan kolaborasi antar institusi pendidikan dan non-pendidikan. Selain itu, berkontribusi dalam penulisan buku dan artikel serta publikasi ilmiah baik pada tingkat nasional dan internasional.

Riwayat Pendidikan

2016 - 2018, Magister Keperawatan Konsentrasi Keperawatan Jiwa

2013 - 2014, Profesi Ners

2009 - 2013, Sarjana Keperawatan

2006 - 2009, SMAN 1 Cicalengka

2003 - 2006, SMPN 1 Cicalengka

1997 - 2003, SDN 1 Cicalengka

Karir Dosen

2022 - sekarang, Politeknik Negeri Subang

2022, STIKES Dharma Husada Bandung

2015 - 2022, Fakultas Keperawatan - Universitas Padjadjaran

Riwayat Publikasi

Sinta ID : 6783064

Google Scholar [https://bit.ly/GScholarID-](https://bit.ly/GScholarID-HabsyahSAgustina)

HabsyahSAgustina

Scopus ID <https://bit.ly/ScopusID-Habsyah>

Orchid ID <https://bit.ly/OrchidID-Habsyah>

BAB 22

PERAN KELUARGA BAGI PEMULIHAN INDIVIDU

Ferdinan Sihombing

Capaian Pembelajaran

1. Mampu mengetahui peran dukungan keluarga dalam pengambilan keputusan terkait kesehatan mental
2. Mampu memahami jenis dukungan keluarga dalam pemulihan kesehatan mental
3. Mampu mengetahui dukungan emosional dalam pemulihan kesehatan mental
4. Mampu memahami tantangan dalam memberikan dukungan keluarga
5. Mampu mengetahui manfaat dukungan keluarga dalam pemulihan kesehatan mental

A. Peran Dukungan Keluarga dalam Pemulihan Kesehatan Mental

Tidak dapat disangkal bahwa peran dukungan keluarga menjadi elemen krusial dalam pemulihan kesehatan mental. Studi yang dilakukan oleh Harmann dan Heres (2019) secara tegas menyebutkan tentang pentingnya partisipasi keluarga dalam pengambilan keputusan bersama terkait kesehatan mental. Keduanya mengungkapkan bahwa keterlibatan pengasuh dari keluarga memberikan hasil yang lebih baik, termasuk mengurangi tingkat rawat inap dan tingkat kekambuhan (Hamann & Heres, 2019)

Temuan ini menggarisbawahi dampak positif dari dukungan keluarga dalam proses pemulihan. Keterlibatan keluarga bukan hanya memperkuat jaringan sosial pasien, tetapi juga secara konkret mengurangi beban sistem perawatan kesehatan dengan mengurangi tingkat rawat inap (Drakenberg *et al.*, 2023). Partisipasi aktif keluarga dalam pengambilan keputusan tidak hanya meningkatkan keefektifan intervensi, tetapi juga menciptakan lingkungan yang mendukung bagi individu yang menghadapi tantangan kesehatan mental. Oleh karena itu, memahami dan mengintegrasikan peran keluarga dalam proses pengobatan menjadi suatu aspek kritis dalam upaya menyediakan perawatan yang holistik dan berkelanjutan untuk individu dengan gangguan kesehatan mental (Ong *et al.*, 2021).

B. Pemulihan Kesehatan Mental

Pemahaman yang mendalam tentang proses pemulihan kesehatan mental adalah krusial dalam memberikan dukungan efektif kepada individu yang menghadapi masalah kesehatan mental. Pemulihan bukanlah perjalanan linier yang terukur, tetapi melibatkan serangkaian perubahan dan pembelajaran yang kompleks. Ini melibatkan pengelolaan gejala, pengembangan strategi penanggulangan, dan pembangunan sistem pendukung yang kuat (Flynn R., 2006). Meskipun pemulihan dapat mengalami kemunduran, adanya rencana perawatan yang terencana dan perawatan kesehatan mental yang terfokus dapat membimbing individu menuju pencapaian tujuan pemulihannya (Subandi *et al.*, 2023).

Peran anggota keluarga sangat penting dalam mendukung individu selama proses pemulihan ini. Dukungan emosional dan praktis yang diberikan oleh keluarga dapat menjadi kekuatan pendorong utama dalam memfasilitasi pemulihan. Selain itu, anggota keluarga berperan sebagai advokat kebutuhan individu yang mereka cintai, menciptakan lingkungan yang mendukung dan mempromosikan perawatan yang holistik. Dengan pemahaman mendalam tentang

kompleksitas pemulihan kesehatan mental, anggota keluarga memiliki potensi untuk memberikan dukungan yang lebih mendalam dan berkelanjutan kepada orang yang mereka cintai, yang pada gilirannya dapat membantu mencapai pemulihan jangka panjang yang optimal (Piat *et al.*, 2011).

C. Pentingnya Dukungan Keluarga

Pentingnya dukungan keluarga dalam pemulihan kesehatan mental menjadi landasan kuat bagi proses penyembuhan individu. Anggota keluarga bukan hanya sumber kehangatan emosional, tetapi juga pilar-pilar penopang kestabilan dan keamanan. Dalam momen-momen sulit, keluarga berperan penting dalam memberikan dorongan yang konsisten, menciptakan lingkungan yang mendukung, dan merawat individu dengan penuh perhatian.

Ketika individu menghadapi tantangan kesehatan mental, keberadaan keluarga dapat menjadi faktor penentu untuk mempertahankan motivasi. Stabilitas yang diberikan oleh dukungan keluarga menciptakan landasan yang kokoh, memungkinkan individu untuk melangkah maju dalam perjalanan pemulihannya. Dukungan tersebut tidak hanya memengaruhi secara emosional, tetapi juga membantu individu mengembangkan harga diri dan kepercayaan diri yang diperlukan untuk mengatasi tantangan.

Keluarga tidak hanya menjadi penonton, tetapi berpartisipasi aktif dalam perjalanan pemulihan. Mereka mendukung individu dalam mengidentifikasi tujuan pemulihan, mendorong kepatuhan pada perawatan, dan memberikan dorongan positif. Keterlibatan keluarga menjadi katalisator untuk perubahan positif dan keberhasilan pemulihan (Ramon, 2013).

Dukungan keluarga juga memiliki dampak positif dalam mengurangi perasaan terisolasi yang seringkali muncul dalam kasus masalah kesehatan mental. Kebersamaan keluarga memberikan rasa koneksi dan kepentingan, membantu individu merasa lebih diterima dan didukung dalam upayanya untuk

pulih. Peran keluarga sebagai penyedia dukungan emosional, praktis, dan informasional memberikan fondasi yang solid bagi individu untuk mencapai tujuan pemulihannya.

Melalui kerja sama yang erat, keluarga mampu memahami kebutuhan unik individu tersebut, menciptakan lingkungan yang mendukung, dan menjadi mitra yang berharga dalam proses pemulihan kesehatan mental. Dengan demikian, peran keluarga bukan hanya sekadar melengkapi, tetapi juga mendefinisikan kembali kualitas hidup individu secara menyeluruh.

D. Jenis Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga dapat mempunyai banyak bentuk dan dapat dikategorikan menjadi tiga jenis utama: emosional, praktis, dan informasional. Dukungan emosional melibatkan pemberian kenyamanan, empati, dan pengertian kepada individu yang mengalami masalah kesehatan mental. Hal ini dapat mencakup mendengarkan, menawarkan bahu untuk menangis, dan mengakui perasaan dan emosi orang tersebut. Dukungan praktis melibatkan pemberian bantuan dalam aktivitas sehari-hari, seperti memasak, membersihkan, dan transportasi. Jenis dukungan ini dapat membantu meringankan stres dan mengurangi beban tugas sehari-hari, sehingga memungkinkan individu untuk fokus pada pemulihannya. Dukungan informasional melibatkan penyediaan sumber daya pendidikan dan informasi tentang kondisi kesehatan mental dan perawatan yang tersedia. Jenis dukungan ini dapat membantu individu lebih memahami kondisi mereka dan membuat keputusan mengenai pengobatan dan perawatan mereka.

Dukungan keluarga memainkan peran penting dalam perjalanan pengobatan kesehatan mental. Penelitian secara konsisten menyoroti dampak positif lingkungan keluarga yang mendukung dan penuh pengertian terhadap kesejahteraan dan pemulihan seseorang.

Keluarga dapat memberikan dukungan emosional, membantu mengenali tanda-tanda awal penyakit, mendorong pencarian bantuan profesional, dan membantu individu menavigasi kompleksitas sistem perawatan kesehatan. Selain itu, dukungan keluarga dapat berkontribusi dalam mengurangi stigma dan mendorong diskusi terbuka tentang kesehatan mental dalam keluarga dan masyarakat secara luas.

Keluarga dapat mendukung kesehatan mental dengan menciptakan lingkungan empati, kepercayaan, dan komunikasi terbuka. Mendengarkan tanpa menghakimi, mengungkapkan kepedulian dan pengertian, serta memberikan kepastian merupakan komponen penting dari dukungan keluarga yang efektif.

Selain itu, keluarga dapat berperan aktif dalam mendorong orang yang mereka cintai untuk mencari bantuan profesional, menemani dalam menjalani sesi terapi, dan berpartisipasi aktif dalam rencana pengobatan. Mendidik diri sendiri tentang kondisi kesehatan, menghilangkan prasangka mitos dan kesalahpahaman, dan mendorong praktik perawatan diri dalam keluarga juga merupakan elemen penting dari dukungan keluarga dalam pengobatan (Hodge, 2023).

1. Dukungan Emosional

Dukungan emosional dari keluarga menciptakan landasan yang kuat untuk pemulihan. Ini mencakup ekspresi cinta, pengertian, dan penerimaan tanpa syarat. Ketika anggota keluarga membangun hubungan emosional yang mendalam dengan individu yang mengalami masalah kesehatan jiwa, mereka memberikan bukti nyata bahwa individu tersebut tidak sendirian dalam perjuangannya (FasterCapital, 2023).

2. Dukungan Informasional

Informasi perlu didapatkan oleh penderita dan informasi tersebut dapat disampaikan oleh keluarga sehingga keluarga berperan penting dalam memberikan dukungan informasi. Keluarga berfungsi sebagai pihak yang mengumpulkan atau meneruskan berbagai informasi dan

pengetahuan tentang berbagai hal. Diskusi yang menghasilkan nasihat bagi individu menjadi informasi berharga baginya untuk pulih. Berbagai hal mengenai cara mengatasi atau mencari solusi terhadap permasalahan yang muncul merupakan bentuk dukungan informasi keluarga (Kusumawaty *et al.*, 2021) .

3. Dukungan Instrumental

Dukungan instrumental melibatkan tindakan fisik atau praktis yang membantu individu dalam tugas-tugas sehari-hari yang mungkin sulit diatasi sendiri akibat kondisi kesehatan jiwa (Maitri, n.d.). Mulai dari membantu dalam tugas rumah tangga hingga memberikan dukungan dalam kegiatan harian, keluarga berperan sebagai pilar tangibel dalam perjalanan pemulihan.

4. Dukungan Penghargaan

Bentuk dukungan keluarga berupa penghargaan terhadap individu secara tidak langsung berpengaruh terhadap pembentukan identitas diri penderita. Dukungan apresiasi, keluarga dalam berperan sebagai sistem bimbingan untuk memberikan umpan balik, membimbing dan menjadi agen yang membantu memecahkan masalah serta berperan sebagai pihak yang memberikan validasi terhadap kondisi atau identitas anggota keluarga. Dukungan keluarga berupa pemberian penghargaan bertujuan untuk mendorong individu berperilaku positif. Pemberian penghargaan melalui ekspresi positif melibatkan pernyataan persetujuan dan evaluasi positif terhadap ide, perasaan dan kinerja orang lain yang dibandingkan secara positif antara individu dengan orang lain. Penderita yang mendapat pujian, feedback positif akan meningkatkan harga dirinya, sehingga penderita berusaha mempertahankan bahkan memperbaiki perilakunya yang dianggap positif oleh lingkungan sekitarnya (Kusumawaty *et al.*, 2021). Komunikasi terbuka menciptakan lingkungan di mana individu merasa nyaman untuk berbicara tentang pengalaman mereka tanpa takut dihakimi (Gidugu *et al.*, 2021). Keluarga yang berkomunikasi

secara efektif membantu mengurangi isolasi dan membangun rasa keterhubungan, membuka ruang untuk penyembuhan melalui dialog dan pengertian (Smith-Merry *et al.*, 2019).

E. Tantangan dalam Memberikan Dukungan Keluarga

Dalam konteks pentingnya dukungan keluarga dalam pemulihan kesehatan mental, kita juga harus memahami bahwa peran ini tidak datang tanpa tantangan bagi anggota keluarga yang bersangkutan. Memberikan perawatan dan dukungan kepada orang tercinta yang mengalami masalah kesehatan mental seringkali menjadi beban emosional yang signifikan. Proses ini dapat menuntut energi fisik dan mental, meningkatkan tingkat kelelahan, dan menciptakan tekanan emosional yang serius.

Tantangan lain yang dihadapi keluarga adalah perasaan bersalah, ketakutan, dan frustrasi. Mereka mungkin merasa bersalah karena tidak dapat sepenuhnya memahami atau mengatasi permasalahan kesehatan mental yang dihadapi oleh orang tercinta. Selain itu, rasa takut terkait dengan ketidakpastian masa depan dan frustrasi karena mungkin sulit untuk melihat perubahan positif dalam kondisi kesehatan mental dapat menjadi beban tambahan yang signifikan.

Navigasi melalui sistem layanan kesehatan mental juga dapat menjadi hal yang rumit dan memakan waktu. Proses koordinasi layanan kesehatan yang diperlukan sering kali memerlukan pemahaman mendalam terhadap berbagai opsi yang tersedia dan bagaimana mengaksesnya. Selain itu, menyeimbangkan kebutuhan individu dengan masalah kesehatan mental dan kebutuhan keluarga secara keseluruhan dapat menjadi tantangan sendiri.

Agar dapat memberikan dukungan terbaik, keluarga perlu menyadari tantangan-tantangan ini dan mengakui pentingnya merawat diri mereka sendiri. Menerapkan batasan, mencari bantuan ketika diperlukan, dan memprioritaskan kesehatan mental pribadi menjadi langkah-langkah penting

untuk menghindari kelelahan dan memastikan bahwa mereka dapat tetap menjadi sumber dukungan yang efektif bagi orang yang mereka cintai. Kesadaran terhadap dinamika ini penting dalam membangun fondasi dukungan keluarga yang berkelanjutan dalam perjalanan pemulihan kesehatan mental.

F. Membangun Lingkungan Keluarga yang Mendukung

Membangun lingkungan keluarga yang mendukung merupakan pilar utama dalam perjalanan pemulihan individu dengan masalah kesehatan mental. Upaya kolektif keluarga dapat menciptakan fondasi yang kuat untuk kesejahteraan psikologis dan emosional anggota keluarga yang sedang memulihkan diri. Salah satu langkah kunci adalah membina komunikasi terbuka di dalam keluarga. Komunikasi yang jujur dan tanpa penilaian menciptakan ruang di mana individu dapat dengan nyaman berbagi pengalaman, perasaan, dan pemikiran mereka tanpa rasa takut akan stigma atau kritik.

Selanjutnya, anggota keluarga dapat memainkan peran penting dalam mendorong kebiasaan sehat. Dukungan untuk olahraga teratur, pola makan yang seimbang, dan waktu tidur yang cukup adalah komponen vital dalam meningkatkan kesejahteraan secara menyeluruh dan memberikan dampak positif pada proses pemulihan. Ini bukan hanya tentang memahami tantangan kesehatan mental, tetapi juga tentang membangun fondasi fisik yang mendukung stabilitas emosional.

Pentingnya menciptakan ruang aman dan tanpa sikap menghakimi. Lingkungan di mana individu merasa diterima, didengar, dan dipahami menciptakan pondasi yang kuat untuk pemulihan. Ini memerlukan kesadaran dan empati dari anggota keluarga, bersama dengan komitmen untuk mengurangi stigma seputar masalah kesehatan mental.

Terakhir, meningkatkan rasa memiliki dan keterhubungan dapat diperoleh melalui partisipasi dalam aktivitas bersama. Makan bersama keluarga, jalan-jalan, atau mengejar hobi bersama dapat memperkuat ikatan keluarga dan memberikan dukungan sosial yang sangat diperlukan.

Lingkungan keluarga yang mendukung bukan hanya tempat untuk mendapatkan dukungan praktis, tetapi juga sebagai sumber motivasi yang krusial untuk mencapai tujuan dan sasaran pemulihan. Dengan memahami peran penting ini, anggota keluarga dapat menjadi katalisator yang efektif dalam membantu individu mengatasi tantangan kesehatan mental dan membangun kehidupan yang lebih baik. Manfaat Dukungan Keluarga

Penelitian telah menunjukkan bahwa individu dengan keluarga yang mendukung lebih mungkin untuk terlibat dalam pengobatan dan mematuhi rejimen pengobatan sehingga menghasilkan hasil pengobatan yang lebih baik. Dukungan keluarga juga dapat mengurangi risiko kekambuhan dan rawat inap serta meningkatkan kualitas hidup secara keseluruhan. Selain itu, dukungan keluarga dapat membantu mengurangi stigma dan isolasi yang terkait dengan masalah kesehatan mental, sehingga menciptakan rasa kebersamaan dan penerimaan. Dengan memberikan dukungan emosional dan praktis, anggota keluarga dapat membantu individu mendapatkan kembali kendali atas hidup mereka dan meningkatkan harga diri dan kepercayaan diri mereka. Pada akhirnya, manfaat dukungan keluarga tidak hanya dirasakan oleh individu saja, tetapi juga dapat memberikan dampak positif bagi seluruh keluarga.

G. Kesadaran akan Tantangan dan Pengelolaan Stigma

Dalam menjalani perjalanan kesehatan jiwa, keluarga memiliki peran yang tidak hanya terbatas pada dukungan internal, tetapi juga melibatkan keterlibatan aktif dalam mengatasi stigma yang mungkin muncul dari masyarakat sekitar. Mereka bukan hanya sekadar penopang, tetapi menjadi penjaga yang gigih, siap membantu individu yang menghadapi tantangan dan prasangka terkait kesehatan jiwa. Keberadaan keluarga sebagai sekutu yang peduli tidak hanya mengubah dinamika internal keluarga itu sendiri, tetapi juga memiliki

dampak luas pada bagaimana masyarakat memandang isu kesehatan jiwa secara keseluruhan (Ahmedani, 2011).

Kesadaran dan advokasi yang dilakukan oleh keluarga memainkan peran sentral dalam merombak persepsi masyarakat terhadap kesehatan jiwa. Melalui pengetahuan dan pemahaman yang mereka sebarkan, keluarga tidak hanya membantu menyembuhkan individu yang terkena dampak langsung, tetapi juga membuka wawasan masyarakat terhadap realitas kesehatan jiwa. Dengan demikian, peran keluarga tidak hanya menciptakan dukungan internal yang kuat, tetapi juga menjadi agen perubahan yang memimpin transformasi positif dalam pemahaman dan respons masyarakat terhadap isu kesehatan jiwa yang seringkali dihadapi dengan stigma.

H. Rangkuman

Dalam melangkah bersama melalui perjalanan kesehatan jiwa, keluarga bukan hanya sumber dukungan tetapi juga agen perubahan yang kuat. Dukungan mereka menciptakan fondasi yang kokoh, membangun kesejahteraan individu, dan merentangkan jalan menuju masa depan yang penuh harapan. Dengan melibatkan keluarga sebagai mitra aktif, kita dapat membangun masyarakat yang lebih sadar, mendukung, dan inklusif terhadap kesehatan jiwa.

Dukungan keluarga berperan penting dalam pemulihan kesehatan mental. Anggota keluarga dapat memberikan dukungan emosional, praktis, dan informasional yang dapat membantu individu mencapai tujuan pemulihan dan meningkatkan kesejahteraan mereka secara keseluruhan. Namun, memberikan dukungan keluarga juga merupakan suatu tantangan, dan penting bagi anggota keluarga untuk mengetahui kebutuhan mereka sendiri dan mencari dukungan bila diperlukan. Membangun lingkungan keluarga yang mendukung dapat menciptakan ruang yang aman dan tidak menghakimi di mana individu dapat berbagi perasaan dan emosinya tanpa takut akan stigma atau kritik. Manfaat dukungan keluarga dalam pemulihan kesehatan mental sangat

banyak dan dapat berdampak positif pada seluruh unit keluarga . Dengan memahami kompleksitas pemulihan kesehatan mental dan memberikan dukungan yang dibutuhkan individu, anggota keluarga dapat membantu orang yang mereka cintai mencapai pemulihan jangka panjang dan meningkatkan kualitas hidup mereka.

I. Daftar Pustaka

- Ahmedani, B. K. (2011). Mental Health Stigma: Society, Individuals, and the Profession. *Journal of Social Work Values and Ethics*, 8(2).
- Drakenberg, A., Sluys, K. P., Ericsson, E., & Sundqvist, A. S. (2023). The Family Involvement in Care Questionnaire – An instrument measuring family involvement in inpatient care. *PLoS ONE*, 18(8 August). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0285562>
- FasterCapital. (2023, November). *Unconditional Love: The Foundation of Family and Friends*. <https://Fastercapital.Com/>.
- Flynn R., W. (2006). Recovery in Mental Illness: Broadening Our Understanding of Wellness. *American Journal of Psychiatry*, 163(10). <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.10.1847>
- Gidugu, V., Rogers, E. S., Gordon, C., Elwy, A. R., & Drainoni, M. L. (2021). Client, family, and clinician experiences of Open Dialogue-based services. *Psychological Services*, 18(2). <https://doi.org/10.1037/ser0000404>
- Hamann, J., & Heres, S. (2019). Why and how family caregivers should participate in shared decision making in mental health. *Psychiatric Services*, 70(5). <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800362>
- Hodge, K. (2023, June 12). *Family Support In Mental Health Treatment: Understanding Mental Health And The Importance Of Family Support*. <https://Www.Mentalhealthcenter.Org/>.

- Kusumawaty, I., Surahmat, R., Martini, S., & Muliyadi. (2021). Family Support For Members in Taking Care of Mental Disordered Patients. *Proceedings of the First International Conference on Health, Social Sciences and Technology (ICoHSST 2020)*, 521. <https://doi.org/10.2991/assehr.k.210415.026>
- Maitri. (n.d.). *Understanding Mental Health Challenges*. <https://Maitripathrowthelness.Com/>.
- Ong, H. S., Fernandez, P. A., & Lim, H. K. (2021). Family engagement as part of managing patients with mental illness in primary care. In *Singapore Medical Journal* (Vol. 62, Issue 5). <https://doi.org/10.11622/smedj.2021057>
- Piat, M., Sabetti, J., Fleury, M. José, Boyer, R., & Lesage, A. (2011). "Who believes most in me and in my recovery": The importance of families for persons with serious mental illness living in structured community housing. *Journal of Social Work in Disability and Rehabilitation*, 10(1). <https://doi.org/10.1080/1536710X.2011.546310>
- Ramon, S. (2013). The Strengths Model: A Recovery Oriented Approach to Mental Health Services . C. A. Rapp and R. J. Goscha . *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 16(3). <https://doi.org/10.1080/15487768.2013.818884>
- Smith-Merry, J., Goggin, G., Campbell, A., McKenzie, K., Ridout, B., & Bayliss, C. (2019). Social connection and online engagement: Insights from interviews with users of a mental health online forum. In *JMIR Mental Health* (Vol. 6, Issue 3). <https://doi.org/10.2196/11084>
- Subandi, M. A., Nihayah, M., Marchira, C. R., Tyas, T., Marastuti, A., Pratiwi, R., Mediola, F., Herdiyanto, Y. K., Sari, O. K., Good, M. J. D., & Good, B. J. (2023). The principles of recovery-oriented mental health services: A review of the guidelines from five different countries for developing a protocol to be implemented in Yogyakarta, Indonesia.

J. Latihan Soal

1. Apa dampak positif dari keterlibatan keluarga dalam pemulihan kesehatan mental, menurut penelitian Harmann dan Heres (2019)?
 - A. Penurunan tingkat rawat inap dan kekambuhan
 - B. Peningkatan isolasi dan keterasingan
 - C. Kenaikan tingkat ketidakpatuhan
 - D. Tidak ada dampak yang signifikan
2. Jenis dukungan keluarga yang melibatkan memberikan kenyamanan, empati, dan pengertian disebut:
 - A. Dukungan Praktis
 - B. Dukungan Instruksional
 - C. Dukungan Emosional
 - D. Dukungan Instrumental
3. Apa yang menjadi langkah penting menuju destigmatizing kesehatan jiwa melalui pengetahuan, menurut tulisan ini?
 - A. Dukungan Instruksional
 - B. Komunikasi Terbuka
 - C. Dukungan Instrumental
 - D. Kesadaran akan Tantangan
4. Apa manfaat dari dukungan keluarga dalam pemulihan kesehatan mental?
 - A. Peningkatan isolasi dan stigma
 - B. Pengurangan kualitas hidup
 - C. Peningkatan risiko kekambuhan
 - D. Peningkatan keterlibatan dalam pengobatan dan pengurangan risiko kekambuhan
5. Apa yang menjadi elemen penting dalam membangun lingkungan keluarga yang mendukung, seperti yang dijelaskan dalam tulisan?
 - A. Kritik dan penilaian
 - B. Komunikasi tersembunyi
 - C. Ruang aman dan tanpa hakim

D. Isolasi dan keterasingan

Kunci Jawaban

1. A 2. C 3. A 4. D 5. C

K. Profil Penulis



Ferdinan Sihombing, lahir di Belinyu Pulau Bangka pada 17 September 1971 dan sekarang menetap di Kota Bandung. Tahun 1990 - 1993 menempuh pendidikan di Akper Depkes RI Bandung, dilanjutkan pendidikan jenjang sarjana keperawatan dan ners di Universitas Padjadjaran tahun 2000 - 2003 serta S2 keperawatan di universitas yang sama tahun 2012 - 2015. Saat ini menjadi salah satu dosen di Universitas Santo Borromeus sejak 2009, setelah mutasi dari pelayanan di RS Santo Yusup Bandung yang keduanya adalah bagian dari Borromeus Group. Juga tercatat sebagai surveior penilai akreditasi rumah sakit di Lembaga Akreditasi Mutu - Keselamatan Pasien Rumah Sakit (LAM-KPRS). Pengalaman organisasi, saat ini aktif sebagai pengurus organisasi Persatuan Perawat Nasional Indonesia yakni Ketua di DPK PPNI STIKes Santo Borromeus, Wakil Ketua DPD PPNI Kabupaten Bandung Barat, dan anggota Bidang Diklat di DPW PPNI Jawa Barat. Belum lama mengakhiri kepengurusan di Ikatan Perawat Kesehatan Komunitas Indonesia (IPKKI) Jawa Barat dan saat ini masih menjadi Wakil Ketua III di Ikatan Perawat Gerontik Indonesia (IPEGGERI) Jawa Barat. Menjadi penulis di tiga buku antologi dan 11 buku ajar keperawatan. Penulis dapat dihubungi melalui email sihombingferdinan@gmail.com

GLOSARIUM

A

- ACT: *Acceptance and Comitment Therapy* yaitu jenis psikoterapi yang membantu orang menghadapi berbagai tantangan dalam hidup mereka dengan meningkatkan kesadaran dan kemampuan mereka untuk mencapai apa yang mereka inginkan dalam hidup.
- Advokasi Pasien: Peran perawat sebagai pembela hak-hak pasien, memastikan informasi yang jelas, dan memberikan dukungan dalam pengambilan keputusan.
- API: Analisa proses interaksi
- Asuhan Keperawatan: Serangkaian tindakan perawatan yang diberikan oleh perawat untuk memenuhi kebutuhan fisik, emosional, dan sosial pasien.

C

- CBT: *Cognitive Behavior Therapy* yaitu metode untuk mengubah perilaku dan kebiasaan maladaptive.
- CT: *Cognitive Therapy* yaitu suatu bentuk psikoterapi yang memberdayakan pasien untuk mengidentifikasi dan memperbaiki keyakinan salah yang mengarah pada perilaku dan suasana hati negatif.

D

- Destigmatizing: Upaya mengurangi stigmatisasi atau pemakluman terhadap masalah kesehatan mental untuk menciptakan pemahaman yang lebih baik di masyarakat.
- Dukungan Emosional: Memberikan kenyamanan, empati, dan penerimaan tanpa syarat kepada individu yang mengalami masalah kesehatan mental.
- Dukungan Instruksional: Memberikan informasi dan bimbingan praktis terkait kondisi kesehatan jiwa untuk meningkatkan pemahaman individu.

- Dukungan Keluarga: Partisipasi aktif dan pemberian bantuan oleh anggota keluarga untuk membantu individu dalam perjalanan pemulihan kesehatan mental.

E

- Edukasi Kesehatan: Proses memberikan informasi kepada pasien dan keluarganya untuk meningkatkan pemahaman mereka tentang kondisi kesehatan dan perawatan yang diberikan.

F

- FPE: Family Psikoeducation (terapi keluarga) yaitu suatu usaha yang dapat memberikan pemahaman yang mendalam tentang gangguan jiwa yang dialami sehingga mereka merasa lebih terkontrol dan kecemasannya menurun.
- Fungsi Kolaboratif: Kerjasama antara perawat dan anggota tim kesehatan lainnya untuk menyusun dan melaksanakan rencana perawatan yang komprehensif.

I

- Interdisiplin: dua atau lebih disiplin bidan ilmu
- Isolasi dan Keterasingan: Keadaan di mana individu merasa terpisah dan terasing dari lingkungan sosialnya, seringkali dialami oleh mereka dengan masalah kesehatan mental.

K

- Keterlibatan dalam Pengobatan: Tingkat partisipasi dan komitmen individu terhadap rencana pengobatan kesehatan mental yang ditetapkan oleh profesional kesehatan.
- Kolaborasi Interdisipliner: Keterlibatan berbagai profesi kesehatan dalam memberikan pelayanan atau perawatan yang komprehensif dan sesuai dengan kebutuhan.
- Kolonial: sistem politik, ekonomi, dan sosial di mana satu negara atau negara-negara asing mendominasi dan mengendalikan wilayah atau populasi lain

- Komunikasi Terapeutik: Proses komunikasi antara perawat dan pasien yang dirancang untuk menciptakan hubungan saling percaya dan mendukung pemulihan.
- Konseling: Proses membantu pasien mengatasi masalah emosional, mental, atau sosial melalui percakapan terapeutik.
- Kualitas Hidup: Ukuran keseluruhan kebahagiaan dan kepuasan seseorang dalam hidupnya, termasuk dalam konteks pemulihan kesehatan mental.

L

- LPSP: laporan pendahuluan strategi pelaksanaan

P

- Pasien: seseorang yang menerima perawatan medis atau perhatian kesehatan dari profesional kesehatan untuk mengatasi masalah kesehatan tertentu
- Pemulihan Kesehatan Mental: Proses kompleks yang melibatkan pengelolaan gejala, pengembangan strategi penanggulangan, dan pembangunan sistem pendukung untuk mencapai kesejahteraan mental.
- Perawat: Profesional kesehatan yang memberikan asuhan langsung kepada pasien, melibatkan diri dalam perawatan, pemulihan, dan pendidikan kesehatan.
- Psikiater: seorang dokter spesialis yang memiliki pelatihan khusus dalam diagnosis, pengobatan, dan perawatan gangguan mental, emosional, dan perilaku. Mereka mampu meresepkan obat-obatan dan terapi medis untuk membantu individu yang mengalami masalah kesehatan mental

R

- Reformasi: serangkaian perubahan atau perbaikan dalam sistem, kebijakan, atau praktik yang ada, biasanya dilakukan dengan tujuan untuk meningkatkan efisiensi, keadilan, dan kualitas dalam berbagai aspek masyarakat, seperti politik, ekonomi, sosial, atau budaya

S

- Sesuai Legal Etik: Kepatuhan perawat terhadap kode etik dan regulasi hukum yang berlaku dalam memberikan asuhan keperawatan.
- Stigma: stereotip negatif atau pandangan buruk yang masyarakat atau individu punya terhadap kelompok atau individu lain yang dianggap berbeda atau dianggap sebagai pelanggar norma sosial
- Stigma Kesehatan Mental: Label negatif atau diskriminasi yang melekat pada individu dengan masalah kesehatan mental, dapat mengakibatkan isolasi sosial dan ketidaksetaraan.
- Stressor : faktor-faktor dalam kehidupan manusia yang mengakibatkan terjadinya respon stres. Stressor dapat berasal dari berbagai sumber, baik dari kondisi fisik, psikologis, maupun sosial dan juga muncul pada situasi kerja, dirumah, dalam kehidupan sosial, dan lingkungan

T

- Tanggung Jawab Fiskal: Peran perawat dalam mempertimbangkan dan mengelola biaya perawatan pasien, termasuk upaya untuk memperpendek durasi perawatan.
- Tanggung Jawab Sosial: Fokus perawat pada pentingnya nilai-nilai sosial dan kemanusiaan, termasuk pemahaman yang akurat mengenai pasien jiwa untuk mencegah diskriminasi.
- Tantangan Kesehatan Mental: Hambatan atau kesulitan yang dihadapi individu dalam mengatasi masalah kesehatan mental mereka.
- Telemedicine: praktik pemberian layanan medis jarak jauh dengan menggunakan teknologi komunikasi, seperti telepon, video konferensi, atau internet
- Temper tantrum: ledakan emosi, biasanya dikaitkan dengan anak-anak dalam kesulitan emosional, yang biasanya ditandai dengan sikap keras kepala, menangis, menjerit, berteriak marah, dan resistensi terhadap upaya untuk menenangkan.

SURAT PENCATATAN CIPTAAN

Dalam rangka perlindungan ciptaan di bidang ilmu pengetahuan, seni dan sastra berdasarkan Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2014 tentang Hak Cipta, dengan ini menerangkan:

Nomor dan tanggal permohonan : EC00202401703, 5 Januari 2024

Pencipta
Nama : **Reni Hertini, S.Kep., Ners., M.Kep., Ns. Alini, M.Kep dkk**
Alamat : Dsn. Ds. Karangpaningal RT 15 RW 04 Kecamatan Purwadadi Kabupaten Ciamis, Purwadadi, Ciamis, Jawa Barat, 46380
Kewarganegaraan : Indonesia

Pemegang Hak Cipta
Nama : **Reni Hertini, S.Kep., Ners., M.Kep., Ns. Alini, M.Kep dkk**
Alamat : Dsn. Ds. Karangpaningal RT 15 RW 04 Kecamatan Purwadadi Kabupaten Ciamis, Purwadadi, Ciamis, Jawa Barat, 46380
Kewarganegaraan : Indonesia
Jenis Ciptaan : **Buku**
Judul Ciptaan : **Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa Dan Psikososial (Berdasarkan Kurikulum Pendidikan Ners Indonesia Tahun 2021)**
Tanggal dan tempat diumumkan untuk pertama kali di wilayah Indonesia atau di luar wilayah Indonesia : 12 Desember 2023, di Purbalingga
Jangka waktu perlindungan : Berlaku selama hidup Pencipta dan terus berlangsung selama 70 (tujuh puluh) tahun setelah Pencipta meninggal dunia, terhitung mulai tanggal 1 Januari tahun berikutnya.
Nomor pencatatan : 000577072

adalah benar berdasarkan keterangan yang diberikan oleh Pemohon.
Surat Pencatatan Hak Cipta atau produk Hak terkait ini sesuai dengan Pasal 72 Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2014 tentang Hak Cipta.

a.n. MENTERI HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA
Direktur Hak Cipta dan Desain Industri



Anggoro Dasananto
NIP. 196412081991031002

Disclaimer:
Dalam hal pemohon memberikan keterangan tidak sesuai dengan surat pernyataan, Menteri berwenang untuk mencabut surat pencatatan permohonan.