



KEPERAWATAN JIWA MENGENAL KESEHATAN MENTAL



KEPERAWATAN JIWA MENGENAL KESEHATAN MENTAL

ATIEK MURHARYATI, dkk.



AHLIMEDIA

Penerbit:

AHLIMEDIA PRESS

KEPERAWATAN JIWA MENGENAL KESEHATAN MENTAL

Penulis:

Atiek Murharyati	Abdul Rokhman
Arni Nur Rahmawati	Lindrani
Sri Nyumirah	Hertiana
Wihelmus Nong Baba	Kens Napolion
Adelheid Riswanti Herminsih	Yuldensia Avelina

Editor:

Risnawati
Aurora Hawa Nadana

Penyunting:

Masyrifatul Khairiyyah

Desain Cover:

Aditya Rendy T.

Penerbit:

Ahlimedia Press (Anggota IKAPI: 264/JTI/2020)
Jl. Ki Ageng Gribig, Gang Kaserin MU No. 36
Kota Malang 65138
Telp: +6285232777747
www.ahlimediapress.com

ISBN: 978-623-6351-46-8

Cetakan Pertama, Agustus 2021

Hak cipta oleh Penulis dan Dilindungi Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 19 Tahun 2002 Tentang Hak Cipta, Pasal 72. Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit.

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah Swt., Tuhan Yang Maha Esa, yang telah memberikan rahmat serta karunia-Nya kepada penulis sehingga penulis berhasil menyelesaikan buku yang berjudul *Keperawatan Jiwa-Mengenal Kesehatan Mental*.

Penulisan Buku ini dilakukan secara berkolaborasi yang ditulis selama sebulan lebih, sejak Juli sampai Agustus 2021. Sebagai perwujudan Tri Dharma Perguruan Tinggi beberapa dosen dari berbagai institusi dengan latar belakang Keilmuan Keperawatan. Seperti kita ketahui bahwa penderita gangguan jiwa sering mendapatkan stigma dan diskriminasi yang lebih besar dari masyarakat di sekitarnya dibandingkan individu yang menderita penyakit medis, di antaranya: dikeluarkan dari sekolah, diberhentikan dari pekerjaan, diceraiakan oleh pasangan, hingga ditelantarkan oleh keluarga, atau bahkan dipasung. Keterbatasan pemahaman dan pengetahuan mengenai kesehatan mental di Indonesia tidak dapat lepas dari nilai-nilai tradisi budaya atau kepercayaan masyarakat.

Sebagian masyarakat masih mempercayai penyebab kesehatan mental berasal dari hal-hal supernatural atau takhayul sehingga pengidap gangguan kesehatan mental menganggap gangguan yang terjadi dalam dirinya adalah aib. Pemahaman ini membuat orang yang membutuhkan bantuan tenaga ahli enggan untuk ditangani. Tak jarang, pengidap gangguan kesehatan mental merasa malu untuk berada di masyarakat. Oleh karena itu, buku ini hadir sebagai bacaan atau referensi masyarakat luas dan buku pegangan bagi Mahasiswa Keperawatan serta para Peneliti.

Buku Ini Membahas Tentang:

1. SEJARAH KEPERAWATAN JIWA DAN KEPERAWATAN JIWA GLOBAL
2. PROSES TERJADINYA GANGGUAN JIWA DALAM PERSPEKTIF KEPERAWATAN JIWA
3. KONSEP STRES, RENTANG SEHAT SAKIT JIWA, DAN MEKANISME KOPING
4. KONSEPTUAL MODEL DALAM KEPERAWATAN JIWA TERMASUK PREVENSI PRIMER, SEKUNDER, DAN TERSIER
5. PERAN PERAWAT JIWA DAN KOLABORASI INTERDISIPLIN DALAM KESEHATAN DAN KEPERAWATAN JIWA

6. LEGAL DAN ETIK DALAM KONTEKS ASUHAN PERAWATAN JIWA
7. PROSES KEPERAWATAN JIWA PADA SITUASI BENCANA
8. ASKEP SEHAT JIWA SEPANJANG RENTAN KEHIDUPAN (IBU HAMIL, BAYI, TODLER, PRASEKOLAH, USIA SEKOLAH, REMAJA)
9. ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN DENGAN GANGGUAN KONSEP DIRI, KECEMASAN, DAN KEHILANGAN
10. ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN DENGAN GANGGUAN KETIDAKBERDAYAAN, KEPUTUSAN, DAN DISTRES SPRITUAL

Akhir kata, penulis ucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah berperan serta dalam penyusunan buku ini dari awal sampai akhir. Semoga Allah Swt. senantiasa meridhai segala usaha kita. Amin.

Tim Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	v
BAB 1 SEJARAH KEPERAWATAN JIWA DAN KEPERAWATAN JIWA GLOBAL.....	1
(Atiek Murharyati, S. Kep., Ns., M.Kep.)	
BAB 2 PROSES TERJADINYA GANGGUAN JIWA DALAM PERSPEKTIF KEPERAWATAN JIWA	11
(Abdul Rokhman, S.Kep. Ns., M.Kep.)	
BAB 3 KONSEP STRES, RENTANG SEHAT SAKIT JIWA, DAN MEKANISME KOPING	26
(Ns. Arni Nur Rahmawati, S.Kep., M.Kep.)	
BAB 4 KONSEPTUAL MODEL DALAM KEPERAWATAN JIWA TERMASUK PREVENSI PRIMER, SEKUNDER, DAN TERSIER.....	43
(Lindriani, S. Kep., Ns., M.Kes.)	
BAB 5 PERAN PERAWAT JIWA DAN KOLABORASI INTERDISIPLIN DALAM KESEHATAN DAN KEPERAWATAN JIWA.....	59
(Ns. Sri Nyumirah, M.Kep., Sp.Kep.J.)	
BAB 6 LEGAL DAN ETIK DALAM KONTEKS ASUHAN PERAWATAN JIWA.....	74
(Hertiana, S.Kep., Ns., M.Kep.)	
BAB 7 PROSES KEPERAWATAN JIWA PADA SITUASI BENCANA	108
(Wihelmus Nong Baba, S.Kep., Ns., M.Kes.)	

BAB 8 ASKEP SEHAT JIWA SEPANJANG RENTAN KEHIDUPAN (IBU HAMIL, BAYI, TODLER, PRASEKOLAH, USIA SEKOLAH, REMAJA) 120
(Kens Napolion, SKp., M.Kep., Sp.Kep.J.)

BAB 9 ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN DENGAN GANGGUAN KONSEP DIRI, KECEMASAN, DAN KEHILANGAN 146
(Adelheid Riswanti Herminsih, S.Kep., Ns., M.Kep.)

BAB 10 ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN DENGAN GANGGUAN KETIDAKBERDAYAAN, KEPUTUSAN, DAN DISTRES SPIRITUAL..... 161
(Yuldensia Avelina, S.Kep. Ns., M.Kep.)

PENUTUP 174

BAB I

SEJARAH KEPERAWATAN JiWA DAN KEPERAWATAN JiWA GLOBAL

(Atiek Murharyati, S.Kep., Ns., M.Kep.)

Universitas Kusuma Husada Surakarta;
Jalan Jaya Wijaya Nomor 11 Kadipiro Surakarta, telepon 0271 857724
Email: murharyatiatik@gmail.com

A. SEJARAH GANGGUAN JiWA

Sejarah gangguan jiwa menurut Ah.Yusuf, dkk. (2015):

1. Zaman Mesir Kuno

Pada zaman mesir kuno gangguan jiwa dianggap disebabkan oleh roh jahat yang bersarang di otak. Oleh karena itu, cara menyembuhkannya dengan membuat lubang pada tengkorak kepala untuk mengeluarkan roh jahat yang bersarang di otak tersebut. Hal ini terbukti dengan ditemukannya lubang di kepala pada orang yang pernah mengalami gangguan jiwa. Selain itu, ditemukan pada tulisan Mesir Kuno tentang siapa saja yang pernah kena roh jahat dan telah dilubangi kepalanya. Tahun-tahun berikutnya, pasien yang mengalami gangguan jiwa diobati dengan dibakar, dipukuli, atau dimasukkan dalam air dingin dengan cara diajak jalan melewati sebuah jembatan lalu diceburkan dalam air dingin dengan maksud agar terkejut, yakni semacam syok terapi dengan harapan agar gangguannya menghilang. Hasil pengamatan berikutnya diketahui ternyata

orang yang menderita skizofrenia tidak ada yang mengalami epilepsi (kejang atau hiperplasia). Padahal penderita epilepsi setelah kejangnya hilang dapat pulih kembali. Oleh karenanya, pada orang skizofrenia dicoba dibuat hiperplasia dengan membuat terapi koma insulin dan terapi kejang listrik (elektro convulsif therapy).

2. Zaman Yunani (Hypocrates)

Pada zaman ini, gangguan jiwa sudah dianggap suatu penyakit. Upaya pengobatannya dilakukan oleh dokter dan orang yang berdoa untuk mengeluarkan roh jahat. Pada waktu itu, orang sakit jiwa yang miskin dikumpulkan dan dimasukkan dalam rumah sakit jiwa. Jadi, rumah sakit jiwa lebih banyak digunakan sebagai tempat penampungan orang gangguan jiwa yang miskin, sehingga keadaannya sangat kotor dan jorok. Sementara orang kaya yang mengalami gangguan jiwa dirawat di rumah sendiri. Pada tahun 1841, Dorothea Line Dick melihat keadaan perawatan gangguan jiwa. Ia tersentuh hatinya, sehingga berusaha memperbaiki pelayanan kesehatan jiwa. Bersamaan dengan itu, Herophilus dan Erasistratus memikirkan apa yang sebenarnya ada dalam otak, sehingga ia mempelajari anatomi otak pada binatang. Khale kurang puas hanya mempelajari otak, sehingga ia berusaha mempelajari seluruh sistem tubuh hewan (Notosoedirjo, 2001).

3. Zaman Vesalius

Vesalius tidak yakin hanya dengan mempelajari anatomi hewan saja, sehingga ia ingin mempelajari otak dan sistem tubuh

manusia. Namun, membelah kepala manusia untuk dipelajari merupakan hal yang mustahil, apalagi mempelajari seluruh sistem tubuh manusia. Akhirnya, ia berusaha mencuri mayat manusia untuk dipelajari. Sayangnya kegiatannya tersebut diketahui masyarakat, sehingga ia ditangkap, diadili, dan diancam hukuman mati (pancung). Namun, ia bisa membuktikan bahwa kegiatannya itu untuk kepentingan keilmuan, maka akhirnya ia dibebaskan. Versailus bahkan mendapat penghargaan karena bisa menunjukkan adanya perbedaan antara manusia dan binatang. Sejak saat itu dapat diterima bahwa gangguan jiwa adalah suatu penyakit. Namun kenyatannya, pelayanan di rumah sakit jiwa tidak pernah berubah. Orang yang mengalami gangguan jiwa dirantai, karena petugasnya khawatir dengan keadaan pasien.

4. Revolusi Prancis I

Phillipe Pinel, seorang direktur di RS Bicetri Prancis, berusaha memanfaatkan Revolusi Prancis untuk membebaskan belenggu pada pasien gangguan jiwa. Revolusi Prancis ini dikenal dengan revolusi humanisme dengan semboyan utamanya “Liberty, Equality, Fraternity”. Ia meminta kepada walikota agar melepaskan belenggu untuk pasien gangguan jiwa. Pada awalnya, walikota menolak. Namun, Pinel menggunakan alasan revolusi, yaitu “Jika tidak, kita harus siap diterkam binatang buas yang berwajah manusia”. Perjuangan ini diteruskan oleh murid-murid Pinel sampai Revolusi II.

5. Revolusi Kesehatan Jiwa II

Dengan diterima gangguan jiwa sebagai suatu penyakit, maka terjadilah perubahan orientasi pada organo biologis. Pada saat ini, Qubius menuntut agar gangguan jiwa masuk dalam bidang kedokteran. Oleh karena itu, gangguan jiwa dituntut mengikuti paradigma natural sciences, yaitu ada taksonomi (penggolongan penyakit) dan nosologi (ada tanda/gejala penyakit). Akhirnya, Emil Craepelee mampu membuat penggolongan dari tanda-tanda gangguan jiwa. Sejak saat itu, kesehatan jiwa terus berkembang dengan berbagai tokoh dan spesifikasinya masing-masing.

6. Revolusi Kesehatan Jiwa III

Pola perkembangan pada Revolusi Kesehatan Jiwa II masih berorientasi pada berbasis rumah sakit (hospital base), maka pada perkembangan berikutnya dikembangkanlah basis komunitas (community base) dengan adanya upaya pusat kesehatan mental komunitas (community mental health centre) yang dipelopori oleh J.F. Kennedy. Pada saat inilah disebut revolusi kesehatan jiwa III.

B. SEJARAH PERKEMBANGAN KESEHATAN JIWA DI INDONESIA

Sejarah perkembangan keperawatan jiwa di Indonesia sangat dipengaruhi oleh faktor sosial ekonomi akibat penjajahan yang dilakukan oleh kolonial belanda, Inggris, dan Jepang. Perkembangan dimulai pada masa penjajahan Belanda sampai pada masa kemerdekaan (Ns Nurhalimah, 2016).

1. Masa Penjajahan Belanda

Pada masa pemerintahan kolonial Belanda, perawat merupakan penduduk pribumi yang disebut *Velpeger* dengan dibantu *Zieken Oppaser* sebagai penjaga orang sakit. Tahun 1799 pemerintah kolonial Belanda mendirikan Rumah Sakit *Binen Hospital* di Jakarta, Dinas Kesehatan Tentara dan Dinas Kesehatan Rakyat yang bertujuan untuk memelihara kesehatan staf dan tentara Belanda. Jenderal *Daendels* juga mendirikan rumah sakit di Jakarta, Surabaya dan Semarang, tetapi tidak diikuti perkembangan profesi keperawatan, karena tujuannya hanya untuk kepentingan tentara Belanda

2. Masa Penjajahan Inggris (1812-1816)

Gubernur Jenderal Inggris ketika itu dijabat oleh *Raffles* sangat memperhatikan kesehatan rakyat. Berangkat dari semboyannya yaitu kesehatan adalah milik setiap manusia, ia melakukan berbagai upaya untuk memperbaiki derajat kesehatan penduduk pribumi antara lain melakukan pencacaran umum, cara perawatan pasien dengan gangguan jiwa dan kesehatan para tahanan. Setelah pemerintahan kolonial kembali ke tangan Belanda, kesehatan penduduk Indonesia menjadi lebih baik. Pada tahun 1819 didirikanlah RS. *Stadverband* di Glodok Jakarta dan pada tahun 1919 dipindahkan ke Salemba yang sekarang bernama RS. *Cipto Mangunkusumo (RSCM)*. Antara tahun 1816 hingga 1942 pemerintah Hindia Belanda banyak mendirikan rumah sakit di Indonesia. Di Jakarta didirikanlah RS. *PGI Cikini* dan RS. *ST Carollus*. Di Bandung didirikan RS.

ST. Boromeus dan RS Elizabeth di Semarang. Bersamaan dengan itu berdiri pula sekolah-sekolah perawat.

3. Zaman Penjajahan Jepang (1942-1945)

Pada masa penjajahan Jepang, perkembangan keperawatan di Indonesia mengalami kemunduran dan merupakan zaman kegelapan. Pada masa itu, tugas keperawatan tidak dilakukan oleh tenaga terdidik dan pemerintah Jepang mengambil alih pimpinan rumah sakit. Hal ini mengakibatkan berjangkitnya wabah penyakit karena ketiadaan persediaan obat.

C. PERKEMBANGAN KEPERAWATAN JIWA DI INDONESIA

1. Zaman dulu kala, gangguan jiwa dianggap sebagai kerasukan roh jahat adapun terapi yang dilakukan pada saat itu adalah dengan mengeluarkan roh jahat.
2. Zaman kolonial sebelum ada Rumah Sakit Jiwa (RSJ) di Indonesia, pasien gangguan jiwa ditampung di Rumah Sakit Sipil atau Rumah Sakit Militer di Jakarta, Semarang dan Surabaya. Pasien yang 9 ditampung yaitu pasien yang mengalami gangguan jiwa berat.
 - a. Pada tanggal 1 Juli (Norma Risnasari, 2020)
 - b. Tahun 1882: RSJ pertama di Indonesia (Bogor)
 - c. Tahun 1902: RSJ Lawang
 - d. Tahun 1923: RSJ Magelang
 - e. Tahun 1927: RSJ Sabang yang jauh dari perkotaan.
Perawatan pasien bersifat isolasi dan penjagaan (custodial

- care). Stigma: keluarga menjauhkan diri dari pasien. Dewasa ini hanya ada satu jenis RSJ yaitu RSJ punya pemerintah
- f. Sejak tahun 1910-mulai dicoba dihindari custodial care (penjagaan ketat) dan restrain (pengikatan)
 - g. Mulai tahun 1930: dimulai terapi kerja seperti menggarap lahan pertanian bagi para penderita gangguan jiwa
 - h. Selama perang dunia II dan pendudukan jepang: upaya kesehatan jiwa tidak berkembang
 - i. Proklamasi: perkembangan baru pada bulan oktober 1947 pemerintah membentuk Jawatan Urusan Penyakit Jiwa (belum bekerja dengan baik)
 - j. Tahun 1950: pemerintah memperingatkan Jawatan Urusan Penyakit Jiwa untuk meningkatkan penyelenggaraan pelayanan.
 - k. Tahun 1966: PUPJ Direktorat Kesehatan Jiwa–UU Kesehatan Jiwa Nomor 3 tahun 1966 ditetapkan oleh pemerintah dibentuk badan Koordinasi Rehabilitasi Penderita Penyakit Jiwa (BKR-PPJ) dengan instansi diluar bidang kesehatan
 - l. Tahun 1973: PPDGJ I yang diterbitkan tahun 1975 ada integrasi dengan Puskesmas
 - m. Sejak tahun 1970-an: pihak swasta pun mulai memikirkan masalah kesehatan jiwa
 - n. Ilmu kedokteran jiwa berkembang adanya subspecialisasi seperti kedokteran jiwa masyarakat, psikiatri klinik, kedokteran jiwa usia dan kedokteran jiwa kehakiman. Setiap subdirektorat dipimpin oleh 4 kepala seksi.

Program kesehatan jiwa nasional dibagi dalam 3 subprogram yang diputuskan pada masyarakat dengan prioritas pada Health Promotion.

- 1) Subprogram Perbaikan Pelayanan
 - a) Fokus psikiatrik
 - b) Medical
 - c) Care
 - d) Penekanan pada curative service (treatment) dan rehabilitasi
- 2) Subprogram Pengembangan Sistem, berfokus pada peningkatan IPTEK, Continuing Education, Research Administrasi dan Manajemen, Mental Health Information
- 3) Subprogram untuk Establishment Community Mental Health
 - a) Diseminasi ilmu
 - b) Fasilitasi RSJ swasta
 - c) Perizinan
 - d) Stimulasi konstruksi RSJ swasta
 - e) Kerjasama dengan luar negeri: ASEAN, ASOD, COD, WHO, AUSAID

REFERENSI

Ah. Yusuf, Rizky Fityasari PK, Hanik Endang Nihayati. (2015).
Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa, Salemba Medika

Ns Nurhalimah. (2016). Modul Bahan Ajar Cetak: Keperawatan
Jiwa. Kemenkes RI Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia
Kesehatan Badan Pengembangan Sumber Daya Manusia
Kesehatan

Notosoedirjo, M. Latipun. (2001). Kesehatan mental: Konsep dan
penerapan, Malang: UMM. Press

Risnasari, Norma. (2020). Bahan Ajar keperawatan Jiwa Prodi D
III Keperawatan Kediri.
<http://repository.unpkediri.ac.id/2251/>

PROFIL PENULIS



Atiek Murharyati, S.Kep., Ns., M.Kep.

Lahir: Sukoharjo 18 April 1981 dan bekerja Universitas Kusuma Husada Surakarta (2006 sampai dengan sekarang).

Tahun 2007-2008: Pembantu direktur III Akper Kusuma Husada Surakarta.

Tahun 2009-2010: Kaprodi Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners STIKes Kusuma Husada Surakarta.

Tahun 2013: lulus pendidikan Magister Keperawatan di Universitas Diponegoro.

Tahun 2013–2015: Kaprodi D3 Keperawatan STIKes Kusuma Husada Surakarta.

Tahun 2015-2020: Kaprodi Sarjana Keperawatan dan profesi Ners STIKes Kusuma Husada Surakarta.

Tahun 2020-sekarang: Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Kusuma Husada Surakarta.

BAB 2
PROSES TERJADINYA GANGGUAN JIWA
DALAM PERSPEKTIF KEPERAWATAN JIWA
(Abdul Rokhman, S.Kep., Ns., M.Kep.)

Universitas Muhammadiyah Lamongan
Jalan Raya Plalangan, Plosowahyu KM.02 Lamongan,
085655090492

Email: ns.abdulrokhman@gmail.com

Istilah gangguan jiwa sering menyebabkan adanya persepsi yang salah pada pikiran dan persepsi yang timbul dari pikiran pasien sebagai realita, dan mencakup waham dan halusinasi. Asumsi yang terjadi pada masyarakat kerap menilai gaya hidup yang tidak lazim dianggap sebagai tanda adanya gangguan jiwa, namun asumsi ini merupakan hal yang berbahaya. Untuk menghindari asumsi tersebut dapat dihindari jika individu bisa berpikir bahwa sehat/ sakit adalah suatu konsep yang terpisah.

Gangguan jiwa dalam proses terjadinya meliputi beberapa teori. Teori tersebut di antaranya yaitu Teori Biologis, Teori Psikologis, Teori Sosial, dan Teori Spiritual.

A. TEORI BIOLOGI

Terjadinya gangguan jiwa tidak terlepas dari pengaruh biologi individu. Pada aspek biologi tersebut, terdapat komponen-komponen dalam menunjang terjadinya gangguan jiwa. Berikut

terjadinya gangguan jiwa berdasarkan teori biologi.

1. Genetik

Menurut Joska dan Stein (2008) bahwa studi pada individu kembar monozigot menunjukkan bahwa gangguan jiwa dapat berulang sekitar 37 persen. Mereka menyatakan, pada individu yang memiliki semua atau hampir semua materi genetik, gen berkontribusi sekitar 37 persen risiko terjadinya gangguan jiwa. Namun pengaruh lingkungan individu yaitu interaksi antara gen dan lingkungan tersebut bisa menjadi penyebab sebagian besar risiko yang tersisa. Masalah emosi dan perilaku manusia diatur oleh berbagai gen dan interaksinya dengan lingkungan, kepribadian, dan pengalaman hidup.

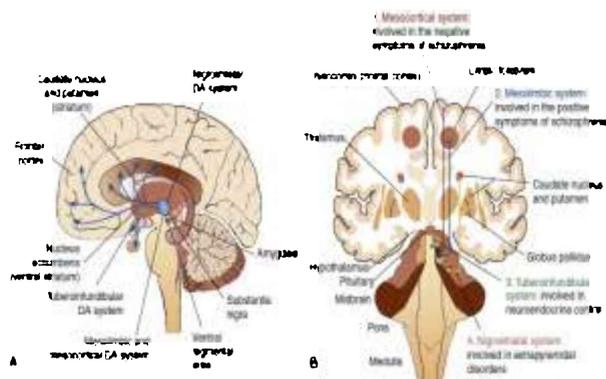
2. Neurobiologi

Ada 2 jenis dari neurotransmitter (Stuart, 2013), yaitu:

- a. Eksitasi (*excitation*) berfungsi meningkatkan impuls syaraf. Yang termasuk senyawa kimia neurotransmitter yang meningkatkan impuls yaitu asetilkolin, adrenalin, dopamin, glutamat, dll.
- b. Inhibisi (*inhibition*) berfungsi menghambat impuls. Yang termasuk kimia neurotransmitter yang menghambat impuls yaitu GABA dan dopamin. Pada kondisi gangguan jiwa terjadi penurunan secara terus menerus pada salah satu atau lebih neurotransmitter sehingga transmisinya tidak stabil. Serotonin mempunyai efek modulasi pada dopamine.

Gambar A Bagian midsagital menunjukkan rute anatomi

perkiraan dari empat saluran dopamine. B. Bagian koronal menunjukkan situs asal dan target dari semua empat saluran.



Sumber: (Stuart, 2013).

B. TEORI PSIKOLOGI

Dalam praktik keperawatan yang memandang individu secara holistic, banyak kajian yang mempelajari hubungan antara pikiran, dan perasaan. Para ahli teori psikodinamik menyampaikan bahwa kebutuhan yang tidak terpenuhi untuk kepuasan dan keamanan menghasilkan ego yang kurang berkembang dan superego yang lemah. Diperkirakan bahwa ketika terjadi rasa frustrasi, agresi dan kekerasan memicu individu pada rasa bangga yang meningkatkan citra diri dan nilai sosial bagi hidupnya yang kurang. Ego yang belum matang tidak dapat mencegah terjadinya perilaku id yang dominan, dan superego yang lemah tidak dapat menghasilkan perasaan bersalah.

Berbagai macam pengalaman akan frustasi, kegagalan dan keberhasilan yang dialami akan mewarnai sikap, kebiasaan dan

sifat individu dikemudian hari. Tahapan hidup manusia dapat dibagi menjadi 8 tahap perkembangan menurut Erikson dan pada keadaan tertentu dapat mendukung terjadinya gangguan jiwa di antaranya (Varcarolis, 2014):

1. Trust Vs Mistrust: Bayi -18 bulan. Pada tahap ini, tugas utama bayi adalah mengembangkan kepercayaan dasar pada sosok ibu dan mampu menggeneralisasikannya kepada orang lain. Pencapaian tugas dapat menghasilkan kepercayaan diri, optimisme, keyakinan akan pemenuhan kebutuhan dan keinginan, serta harapan akan masa depan. Bayi belajar untuk percaya ketika kebutuhan dasar terpenuhi secara konsisten. Namun jika mengalami kegagalan dapat mengakibatkan ketidakpuasan emosional dengan diri sendiri dan orang lain, kecurigaan, dan kesulitan dengan hubungan interpersonal. Tugas tetap tidak terselesaikan ketika pengasuh utama gagal merespons sinyal bahaya bayi dengan segera dan konsisten.
2. Otonomi Vs Malu dan ragu-ragu: usia 18 bulan–3 tahun. Tugas utama dalam tahap ini adalah untuk mendapatkan kontrol diri dan kemandirian dalam lingkungan. Pencapaian tugas menghasilkan rasa kontrol diri, kemampuan untuk menunda kepuasan, dan perasaan percaya diri pada kemampuan seseorang. Kemandirian dicapai ketika orang tua mendorong dan memberikan kesempatan untuk kegiatan mandiri. Namun, jika mengalami kegagalan pada tugas mengakibatkan kurangnya kepercayaan diri, kurangnya kebanggaan dalam melakukan suatu kemampuan, perarasaan seolah dikendalikan oleh orang

lain, dan kemarahan terhadap diri sendiri. Tugas tidak akan terselesaikan dengan baik ketika pengasuh atau orang tua membatasi perilaku mandiri, baik secara fisik maupun verbal, atau mengatur anak dengan harapan yang tidak realistis.

3. Inisiatif Vs Rasa bersalah: usia 3–6 tahun. Tugas Perkembangan Utama pada tahap ini adalah untuk mengembangkan rasa inisiatif dan kemampuan untuk memulai dan mengarahkan kegiatan sendiri. Pencapaian hasil tugas dalam kemampuan untuk menahan diri dan pengendalian diri dari perilaku sosial yang tidak sesuai. Ketegasan dan ketergantungan meningkat, dan anak menikmati pembelajaran dan pencapaian pribadi. Hati nurani berkembang, dengan demikian mengendalikan perilaku impulsif id. Inisiatif tercapai ketika kreativitas didorong dan kinerja diakui dan diperkuat secara positif. Kegagalan pada tahap ini dapat menghasilkan perasaan tidak mampu dan rasa kalah. Rasa bersalah dialami sampai tingkat yang berlebihan, bahkan sampai dalam situasi di mana seseorang tidak bertanggung jawab. Anak mungkin menganggap dirinya jahat dan pantas dihukum. Tugas tidak akan dapat terselesaikan ketika kreativitas terhambat dan orang tua terus mengharapakan tingkat pencapaian yang lebih tinggi dari yang dihasilkan anak.
4. Industri Vs Inferioritas: 6 hingga 12 Tahun. Tugas utama dari tahap ini adalah untuk mencapai rasa percaya diri dengan belajar, bersaing, tampil dengan sukses, dan menerima pengakuan dari orang lain yang signifikan dan teman sebaya. Pencapaian tugas menghasilkan rasa puas dan kesenangan dalam

interaksi dan keterlibatan dengan orang lain. Individu menguasai kebiasaan kerja yang dapat diandalkan dan mengembangkan sikap dapat dipercaya. Kegagalan dapat mengakibatkan kesulitan dalam hubungan interpersonal karena perasaan ketidakmampuan pribadi. Individu tidak dapat bekerja sama dan berkompromi dengan orang lain dalam kegiatan kelompok atau memecahkan masalah atau menyelesaikan tugas dengan sukses. Anak mungkin menjadi pasif dan lemah lembut atau terlalu agresif untuk menutupi perasaan tidak mampu. Jika ini terjadi, individu dapat memanipulasi atau melanggar hak orang lain untuk memuaskan kebutuhan atau keinginannya sendiri. Tugas tidak akan terselesaikan ketika orang tua menetapkan harapan yang tidak realistis untuk anak, ketika disiplin keras dan cenderung merusak harga diri, dan ketika prestasi secara konsisten dipenuhi dengan umpan balik negatif.

5. Identitas Vs Kebingungan Peran: 12-20 Tahun. Pada tahap ini, tujuannya adalah untuk mengintegrasikan tugas-tugas yang dikuasai pada tahap sebelumnya ke dalam rasa aman diri. Pencapaian tugas menghasilkan rasa percaya diri, kestabilan emosi, dan pandangan diri sebagai individu yang unik. Identitas tercapai ketika remaja dibiarkan mengalami kemandirian dengan membuat keputusan yang memengaruhi kehidupannya. Orang tua harus ada untuk memberikan dukungan bila diperlukan tetapi harus secara bertahap melepaskan kendali kepada individu yang matang dalam upaya untuk mendorong pengembangan rasa mandiri. Kegagalan akan mengakibatkan keraguan, dan

kebingungan tentang peran seseorang dalam kehidupan. Nilai atau tujuan pribadi untuk seseorang hidup tidak ada. Komitmen jangka panjang untuk hubungan dengan orang lain tidak ada. Kurangnya rasa percaya diri sering diekspresikan dengan perilaku nakal dan memberontak. Memasuki masa dewasa, dengan tanggung jawab yang menyertainya, mungkin menjadi ketakutan yang mendasarinya.

6. Keintiman Vs Isolasi: 20 hingga 30 Tahun. Tugas perkembangan pada tahap ini adalah untuk membentuk hubungan yang intens dan langgeng atau komitmen kepada orang lain, suatu tujuan, institusi, atau upaya kreatif (Murray et al., 2009). Pencapaian tugas menghasilkan kapasitas untuk saling mencintai dan menghormati antara dua orang dan kemampuan seorang individu untuk menjanjikan komitmen total kepada orang lain. Keintiman jauh melampaui kontak seksual antara dua orang. Kegagalan mengakibatkan penarikan diri, isolasi sosial, dan kesendirian. Individu tidak dapat membentuk hubungan intim yang langgeng, sering kali mencari keintiman melalui banyak kontak seksual yang dangkal. Tidak ada karier yang mapan. Tugas dapat tidak terselesaikan ketika cinta di rumah tidak ada atau terdistorsi selama masa muda individu (Murray et al., 2009). Seseorang gagal mencapai kemampuan memberitannya menjadi penerima sejak dini dari orang tua.
7. Generativitas Vs Stagnasi: 30-65 Tahun. Tugas utama dari tahap ini adalah untuk mencapai tujuan hidup yang telah ditetapkan untuk diri sendiri sambil juga mempertimbangkan kesejahteraan

generasi mendatang. Pencapaian tugas menghasilkan rasa kepuasan dari pencapaian pribadi dan profesional dan dari kontribusi yang berarti bagi orang lain. Individu aktif dalam pelayanan kepada masyarakat. Generativitas dicapai ketika individu mengungkapkan kepuasan dengan tahap ini dalam kehidupan dan menunjukkan tanggung jawab untuk meninggalkan dunia tempat yang lebih baik untuk hidup. Kegagalan mengakibatkan kurangnya perhatian terhadap kesejahteraan orang lain dan keasyikan total dengan diri sendiri. Individu menjadi menarik diri, terisolasi, dan sangat memanjakan diri sendiri, tanpa kapasitas untuk memberikan diri kepada orang lain. Tugas dapat tidak terselesaikan ketika tugas perkembangan sebelumnya tidak terpenuhi dan individu tidak mencapai tingkat kedewasaan yang diperlukan untuk memperoleh kepuasan dari perhatian pribadi untuk kesejahteraan orang lain.

8. Integritas Ego Vs Keputusan: 65 Tahun keatas. Selama tahap ini, tujuannya adalah untuk meninjau kehidupan seseorang dan memperoleh makna dari peristiwa positif dan negatif sambil mencapai rasa diri yang positif. Pencapaian tugas menghasilkan rasa harga diri dan penerimaan diri ketika seseorang meninjau tujuan hidup, menerima bahwa ada yang tercapai dan beberapa tidak. Individu memperoleh rasa martabat dari pengalaman hidupnya dan tidak takut mati, melainkan melihatnya sebagai tahap perkembangan lain. Integritas ego tercapai ketika individu telah berhasil menyelesaikan tugas perkembangan dari tahap

lain dan memiliki sedikit keinginan untuk membuat perubahan besar dalam perkembangan kehidupan mereka.

C. TEORI SOSIAL

Tiap individu memiliki kontribusi untuk menjalin hubungan sosial pada berbagai tingkat hubungan yaitu hubungan intim biasa sampai hubungan saling ketergantungan. Individu tidak dapat memenuhi kebutuhannya tanpa adanya hubungan dengan orang lain ataupun lingkungan sosial. Sehingga individu perlu untuk membina hubungan interpersonal.

Jalinan hubungan antar manusianya selalu mengembangkan keseimbangan perilaku dependen dan independen yang ditampilkan sebagai hubungan saling ketergantungan. Setiap orang memiliki tanggung jawab untuk mengontrol perilaku mereka sendiri saat mendapat dukungan dan bantuan dari orang lain yang berarti dalam hidupnya. Dalam rentang respon sosial seorang individu yang disampaikan oleh Stuart (2013) yaitu respona daptif dan respon maladaptive (Pada skema gambar yang tertera di bawah ini).

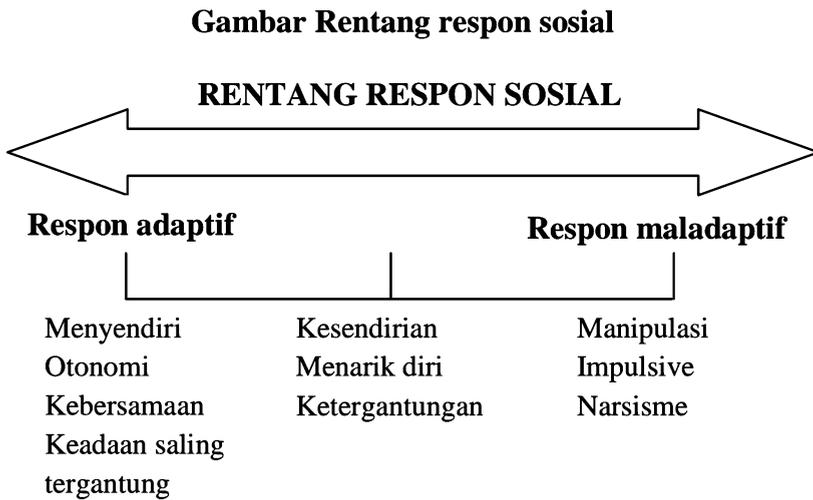
Pada respon sosial adaptif, terdiri dari kemampuan individu untuk mentoleransi kesendirian, otonomi, kebersamaan, dan saling ketergantungan. Pada area tengah kontinum individu mengalami kesendirian, menarikdiri, dan ketergantungan. Kemudian pada area akhirkontinum maladaptive meliputi perilaku manipulasi, impulsive, dan narsisme.

Berikut uraian lengkap dari masing-masing respon sosial tersebut:

1. Menyendiri:

2. Otonomi:
3. Kebersamaan
4. Kesendirian
5. Menarikdiri.
6. Manipulasi
7. Impulsif
8. Narsisme

Individu dengan rentang tersebut sering mempunyai Riwayat masalah hubungan dalam keluarga, teman kerja, dan juga di lingkungan sosial masyarakat. Hubungan yang intim.



Sumber: (Stuart, 2013)

D. TEORI SPIRITUAL

Spiritualitas dapat dipahami dalam berbagai konteks. Spiritual dapat didefinisikan sebagai inti dari siapa seseorang dan mencakup masalah makna dan tujuan, hubungan yang sehat dan keterhubungan dengan orang lain, transendensi diri, dan kepercayaan dalam hubungan dengan Tuhan atau makhluk ilahi (Bigony, 2004). Konsep spiritualitas juga mengacu pada kepercayaan seseorang pada “kekuatan”, tidak harus Pencipta, terlepas dari keberadaannya sendiri.

Istilah spiritualitas dan agama sering digunakan secara bergantian, tetapi bagi banyak orang, mereka memiliki arti yang berbeda. Spiritualitas dapat mencakup keyakinan, nilai, atau filosofi hidup seseorang. Itu melampaui agama dan afiliasi keagamaan dan merupakan kualitas pribadi yang berjuang untuk inspirasi, penghormatan, kekaguman, makna, dan tujuan hidup. Klien mungkin menganggap spiritualitas menjadi sangat penting atau sama sekali bukan bagian dari hidupnya (Schultz & Videbeck, 2009). Agama, dianggap sebagai komponen integral dari budaya, adalah sistem kepercayaan, ritual, dan praktik yang terorganisir yang dengannya seseorang mengidentifikasi dan bergaul. Agama berfokus pada kekuatan yang lebih tinggi yang mengatur alam semesta. Ini telah digambarkan sebagai manifestasi spesifik dari dorongan spiritual seseorang untuk menciptakan makna di dunia dan untuk mengembangkan hubungan dengan Tuhan.

Beberapa kelompok suku percaya bahwa penyakit mental

terkait dengan masalah spiritual. Misalnya, beberapa budaya di Asia Selatan menafsirkan penyakit mental sebagai peristiwa supernatural yang disebabkan oleh pelanggaran terhadap dewa atau tubuh yang menjadi mangsa roh jahat. Klien dengan keyakinan ini mungkin untuk pertama kali mencari bantuan dari penasihat spiritual, seperti Paranormal atau pemimpin agama lainnya. Bahkan Sebagian beranggapan bahwa sakit yang dialami merupakan sebuah hukuman dari Tuhan.

Nilai-nilai dan sistem kepercayaan yang menaungi ketika seseorang mengalami kehilangan adalah spiritualitas dan respons spiritual terhadap kesedihan. Selama kehilangan, dalam dimensi spiritual pengalaman dari seseorang mungkin akan dapat mengakibatkan seseorang merasa terhibur, tertantang, atau bahkan hancur. Orang yang berduka mungkin menjadi kecewa dan marah kepada Tuhan. Kesedihan karena ditinggalkan, kehilangan harapan, atau kehilangan makna dapat menyebabkan penderitaan spiritual yang mendalam. Akibat dari hal tersebut membuat seseorang menjadi kecewa dan marah kepada Tuhan, kesedihan karena ditinggalkan atau merasa ditinggalkan, keputusasaan, dan ketidakberdayaan (Videbeck, 2011).

Ketika seseorang terjadi perubahan pada aspek spiritual ada dua respon yang terjadi yaitu respon adaptif dan maladaptif. Saat seseorang mengarah pada respon maladaptive saat itulah terjadi masalah distres spiritual. Distres spiritual tersebut dapat dimanifestasikan dengan Verbalisasi distres dan Perubahan perilaku.

REFERENSI

- Baum, A. E., Akula, N., Cabanero, M., Cardona, I., Corona, W., Klemens, B., Schulze, T. G., Cichon, S., Rietschel, M., Nöthen, M. M., Georgi, A., Schumacher, J., Schwarz, M., Abou Jamra, R., Höfels, S., Propping, P., Satagopan, J., Detera-Wadleigh, S. D., Hardy, J., & McMahon, F. J. (2008). A genome-wide association study implicates diacylglycerol kinase eta (DGKH) and several other genes in the etiology of bipolar disorder. *Molecular Psychiatry*, *13*(2), 197–207. <https://doi.org/10.1038/sj.mp.4002012>
- Bigony, L. (2004). Spiritual Care SHOULD I Refer? *Journal of Christian Nursing*, *25*(3), 142–147.
- Hyman, S. E., & Nestler, E. J. (1993). *The molecular foundations of psychiatry*. American Psychiatric.
- Kendler, K. S. (2006). Reflections on the relationship between psychiatric genetics and psychiatric nosology. *American Journal of Psychiatry*, *163*(7), 1138–1146. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.7.1138>
- Murray, R. B., Zentner, J. P., & Yakimo, R. (2009). *Health promotion strategies through the life span* (8th ed.). Prentice Hall.
- Schultz, J. M., & Videbeck, S. L. (2009). *Lippincotts manual of psychiatric nursing care plans* (8th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Stuart, G. W. (2013). *Principles and practice of psychiatric nursing*

(10th ed.). Mosby Elsevier Inc.

- Tsankova, N., Renthal, W., Kumar, A., & Nestler, E. J. (2007). Epigenetic regulation in psychiatric disorders. *Nature Reviews Neuroscience*, 8(5), 355–367. <https://doi.org/10.1038/nrn2132>
- Varcarolis, E. M. (2014). *Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing-Revised Reprint*.
- Videbeck, S. L. (2011). *Psychiatric mental health nursing* (5th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

PROFIL PENULIS



Abdul Rokhman lahir di Lamongan pada 20 Oktober 1988. Menyelesaikan Pendidikan Sarjana Keperawatan (S.Kep.) dan Profesi (Ns.) dari STIKES Muhammadiyah Lamongan tahun 2012. Kemudian menyelesaikan Pendidikan Magister Keperawatan dengan Peminatan Keperawatan

Jiwa di Universitas Brawijaya Malang tahun 2015.

Setelah lulus dari Program Magister Keperawatan (tahun 2015), penulis bekerja sebagai tenaga pengajar di Program Studi Keperawatan dan Profesi Ners di STIKES Muhammadiyah Lamongan yang sekarang telah menjadi Universitas Muhammadiyah Lamongan pada tahun 2018 sampai sekarang. Pada tahun 2019, penulis juga menjabat sebagai Kepala LPPM Universitas Muhammadiyah Lamongan dengan masa periode 2019-2024.

Email Penulis: ns.abdulrokhman@gmail.com

BAB 3
KONSEP STRES, RENTANG SEHAT SAKIT JIWA DAN
MEKANISME KOPING
(Ns. Arni Nur Rahmawati, S.Kep., M.Kep.)

Universitas Harapan Bangsa, Purwokerto, 085291061199

Email: arninr@uhb.ac.id

A. MODEL STRES ADAPTASI KEPERAWATAN JIWA

Praktik keperawatan jiwa merupakan praktik pelayanan keperawatan yang mempelajari penyimpangan perilaku dan proses terapeutik yang dikembangkan untuk menggambarkan sebuah psikodinamika terjadinya agangguan jiwa. Model praktik yang dikembangkan dalam keperawatan kesehatan jiwa antara lain model psikoanalisis, model interpersonal, model sosial, eksistensial, suportif, komunikasi, perilaku, model medik, dan model stresadaptasi. Berikut ini gambaran model stres adaptasi yang sering digunakan dalam praktik keperawatan jiwa (Stuart, G.W., Keliat, B., A., & Pasaribu, 2016; Stuart, 2013):

Tabel 1. Model Stres Adaptasi Keperawatan Jiwa

Model	Pandangan Terhadap Penyimpangan Perilaku	Proses Terapeutik	Peran Terapis dan Pasien
Stres adaptasi (Gail Stuart)	Sehat sakit diidentifikasi sebagai hasil berbagai karakteristik individu yang berinteraksi dengan faktor lingkungan.	Mengidentifikasi faktor predisposisi, presipitasi, penilaian terhadap stresor, sumber coping, dan mekanisme coping yang digunakan pasien.	Membantu pasien lebih adaptif dalam menghadapi stresor.

B. RENTANG SEHAT SAKIT JIWA

1. KESEHATAN JIWA

Kesehatan jiwa bagi manusia berarti terwujudnya keharmonisan fungsi jiwa dan sanggup menghadapi masalah dalam hidup, merasa bahagia, dan mampu melakukan aktivitas secara mandiri. 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 memengaruhi (Stuart, G. W., & Sundeen, 2013; Stuart, G.W., Keliat, B., A., & Pasaribu, 2016).

Kesehatan jiwa menurut WHO adalah suatu kondisi sejahtera secara fisik, sosial dan mental yang lengkap dan tidak hanya terbebas dari penyakit atau kecacatan. Atau dapat dikatakan bahwa individu dikatakan sehat jiwa apabila berada dalam kondisi fisik, mental dan sosial yang terbebas dari gangguan (penyakit) atau tidak dalam kondisi tertekan sehingga dapat mengendalikan stres yang timbul. Sehingga memungkinkan individu untuk hidup produktif, dan mampu melakukan hubungan sosial yang memuaskan (Dwidiyanti, Meidiana; Pamungkas, Yanuar F; Ningsih, 2017; Yusuf, A.H &R & Nihayati, 2015).

Keperawatan kesehatan jiwa adalah proses dimana perawat membantu individu atau kelompok dalam mengembangkan konsep diri yang positif, dan meningkatkan hubungan antar pribadi yang lebih harmonis serta berperan lebih produktif di masyarakat (Yosep, 2011).

2. KRITERIA SEHAT JIWA

Kriteria sehat jiwa menurut WHO adalah sebagai berikut (Nurhalimah, 2016):

- a. Menyesuaikan diri secara konstruktif pada kenyataan
- b. Memperoleh kepuasan dari usahanya
- b. Merasa lebih puas memberI daripada menerima
- c. Saling tolong menolong dan saling memuaskan
- d. Menerima kekecewaan untuk pelajaran yang akan datang
- e. Mengarahkan rasa bermusuhan pada penyelesaian yang kreatif dan konstruktif
- f. Mempunyai kasih sayang.

Kriteria sehat jiwa menurut M. Jahoda (Lilik Ma'rifatul Azizah, Imam Zainuri, 2016):

a. Sikap Positif terhadap Diri

Individu dapat menerima dengan baik dirinya sendiri secara utuh apa adanya, menyadari kelebihan dan kekurangan diri, obyektif, dan merasa berarti.

b. Tumbuh Kembang dan Aktualisasi

Individu yang mengalami perubahan dalam tumbuh kembang dan dapat mengapresiasi potensi atau bakat yang ada dalam dirinya sehingga dapat berfungsi optimal dan adaptif.

c. Integrasi

Individu menyadari bahwa yang ada di dalam dirinya adalah satu kesatuan utuh dan mampu bertahan terhadap stres dan dapat mengatasi kecemasan yang ada. Terdapat keseimbangan antara ekspresi dan represi, ego yang kuat (stres dan coping) dan

mampu menyeimbangkan konflik dan dorongan.

d. Persepsi Sesuai Kenyataan

Individu memahami terhadap stimulus eksternal sesuai dengan kenyataan yang ada, persepsi individu berubah terhadap informasi baru, dan memiliki empati terhadap orang lain.

e. Otonomi

Individu bisa mengambil keputusan dengan bertanggung jawab terhadap dan mampu mengatur kebutuhan diri sendiri, menghargai otonomi orang lain, tanpa bergantung terhadap orang lain.

Berdasarkan beberapa pengertian di atas, dapat disimpulkan bahwa seseorang dikatakan sehat jiwa jika (Nurhalimah, 2016):

a. Nyaman terhadap Diri Sendiri

- 1) Mampu mengatasi berbagai perasaan
- 2) Mampu mengatasi kekecewaan dalam kehidupan
- 3) Mempunyai harga diri yang wajar
- 4) Menilai diri secara nyata, tidak merendahkan dan tidak pula berlebihan
- 5) Merasa puas dengan kehidupan sehari-hari

b. Nyaman dengan Orang Lain

- 1) Mampu mencintai dan menerima cinta dari orang lain
- 2) Mempunyai hubungan pribadi yang tetap
- 3) Mampu mempercayai orang lain
- 4) Dapat menghargai pendapat orang yang berbeda
- 5) Merasa menjadi bagian dari kelompok
- 6) Tidak mengakali orang lain dan tidak memberikan dirinya

untuk diakali orang lain

c. Mampu Memenuhi Kebutuhan Hidup

- 1) Menetapkan tujuan hidup yang nyata untuk dirinya
- 2) Mampu mengambil keputusan
- 3) Menerima tanggung jawab
- 4) Merancang masa depan
- 5) Menerima ide/pengalaman hidup
- 6) Merasa puas dengan pekerjaannya

Seseorang dapat dinilai keadaan sehat atau sakit jiwanya dengan melihat dari keefektifan fungsi perilaku berikut ini (Lilik Ma'rifatul Azizah, Imam Zainuri, 2016; Yusuf, A.H &R & Nihayati, 2015):

- a. Bagaimana prestasi kerja yang ditampilkan, baik prosesnya maupun hasil.
- b. Bagaimana hubungan interpersonal di lingkungan individu berada.
- c. Bagaimana individu menggunakan waktu senggangnya. Individu yang sehat jiwa dapat menggunakan waktunya untuk hal-hal yang produktif dan positif bagi dirinya dan lingkungannya.

3. FAKTOR YANG MEMENGARUHI KESEHATAN JIWA

Faktor-faktor yang dapat memengaruhi kesehatan jiwa seseorang dapat dilihat dari uraian berikut ini (Stuart, G.W., Keliat, B., A., & Pasaribu, 2016):

- a. Faktor Fisik (Biologis)

Faktor fisik cukup dapat memengaruhi kesehatan jiwa seseorang, contohnya saat seseorang mengetahui tubuhnya mengalami kanker maka akan merasa telah kehilangan hidupnya, walaupun secara pemikiran sadar tetapi secara emosional terganggu sehingga mempercepat proses penurunan sistem kekebalan tubuh dan semangat hidupnya juga akan berkurang.

b. Faktor Mental/Emosional (Psikoedukatif)

Kekuatan mental dan emosional yang mendukung dan saran positif diperlukan untuk membangunkan semangat hidup dalam mengembalikan kesehatan secara jasmani dan rohani.

c. Faktor Sosial Budaya (Sosial Kultural)

Lingkungan keluarga dan satu darah sangat diperlukan untuk menyempurnakan konsep kesehatan mental emosional seseorang. Komunikasi dalam keluarga sangat dibutuhkan dalam mengatasi setiap permasalahan yang datang kapan saja dalam hidup. Dalam keluarga, lingkungan, budaya, sangat menentukan kualitas kesehatan mental emosional seseorang dalam menghadapi setiap permasalahan yang ada.

C. STRES

1. STRES

Stres merupakan bentuk respon tubuh terhadap ketegangan atau ancaman yang dialami. Stres dapat berupa sebuah pengalaman terhadap ancaman (nyata atau sesuatu yang dibayangkan) pada mental, fisik, atau kesejahteraan spiritual seseorang yang dihasilkan

dari serangkaian respons psikologis dan adaptasi. Stres juga dapat diartikan sebagai respon tidak spesifik dari tubuh terhadap tuntutan yang diterimanya dalam kehidupan sehari-hari yang tidak dapat dihindari dan setiap orang pasti akan mengalaminya (Dwidiyanti, Meidiana; Pamungkas, Yanuar F; Ningsih, 2017; Rahmawati, AN dan Putri, 2020).

2. FAKTOR PREDISPOSISI

Faktor predisposisi merupakan faktor risiko yang menjadi sumber stres dan akan memengaruhi individu dalam beradaptasi terhadap stres baik secara biologis, psikososial, maupun sosiokultural yang terjadi lebih dari enam bulan yang lalu. Berikut ini merupakan faktor predisposisi yaitu (Stuart, G.W., Keliat, B., A., & Pasaribu, 2016):

- a. Biologi: contohnya adalah latar belakang genetik, status nutrisi, kesehatan umum, dan terpapar racun
- b. Psikologi: contohnya adalah pengalaman masa lalu, kecerdasan, keterampilan verbal, moral, konsep diri, motivasi, pertahanan psikologis
- c. Sosiokultural: contohnya adalah pendidikan, pendapatan, pekerjaan, usia, gender, latar belakang budaya, keyakinan, politik, pengalaman dan tingkatan sosial

3. FAKTOR PRESIPITASI

Faktor presipitasi merupakan stimulus penyebab stres yang mengancam individu. Sama halnya dengan faktor predisposisi, faktor presipitasi ini juga dapat bersifat biologis, psikologik, dan sosiokultural. Berikut ini adalah faktor presipitasi yang sering terjadi antara lain (Stuart, G.W., Keliat, B., A., & Pasaribu, 2016; Yusuf, A.H &R & Nihayati, 2015):

a. Kejadian yang Menekan

Ada 3 kategori yang meliputi aktivitas sosial, lingkungan sosial, dan keinginan sosial. Aktivitas sosial meliputi keluarga, pekerjaan, pendidikan, sosial, kesehatan, keuangan, aspek legal dan krisis komunitas. Lingkungan sosial meliputi kejadian yang dijelaskan sebagai jalan masuk dan jalan keluar, dimana seseorang baru memasuki sebuah lingkungan sosial. Keinginan sosial meliputi keinginan secara umum seperti pernikahan.

b. Ketegangan Hidup

Ketegangan hidup yang menyebabkan stres dapat meningkat karena kondisi kronis tersebut berlangsung lama. Ketegangan hidup meliputi ketegangan keluarga yang terus menerus, ketidakpuasan pekerjaan, kesendirian, perselisihan dalam hubungan pernikahan, perubahan peran hubungan orang tua dan anak, perekonomian keluarga, serta overload peran yang dialami seseorang.

4. PENILAIAN TERHADAP STRESOR

Penilaian terhadap stresor merupakan penentuan arti dan pemahaman seseorang terhadap pengaruh situasi yang penuh stres

terhadap dirinya. Penilaian terhadap stresor ini meliputi respon kognitif, afektif, fisiologis, perilaku, dan respon sosial (Dwidiyanti, Meidiana; Pamungkas, Yanuar F; Ningsih, 2017).

- a. Respon kognitif: respon sentral dalam adaptasi yang mencatat kejadian yang menekan, memilih pola koping yang digunakan, serta emosional, fisiologis, perilaku, dan reaksi sosial seseorang. Terdapat tiga tipe penilaian stresor primer dari stres yaitu kehilangan, ancaman, dan tantangan.
- b. Respon afektif: respon yang berupa membangun perasaan. Respon afektif utama adalah reaksi tidak spesifik, umumnya merupakan reaksi kecemasan. Respon afektif meliputi sedih, takut, marah, menerima, tidak percaya, kaget, bingung, atauantisipasi.
- c. Respon fisiologis: refleksi interaksi beberapa neuroendokrin yang meliputi hormon, prolaktin, hormon adrenokortikotropik (ACTH), oksitosin, epineprin norepineprin, dan neurotransmitter lain di otak.
- d. Respon perilaku: hasil dari respon emosional dan fisiologis.
- e. Respon sosial: didasarkan pada aktivitas mencari arti, atribut sosial, dan perbandingan sosial.

5. GEJALA STRES

Gejala stres yang dapat muncul pada seseorang antara lain (Dwidiyanti, Meidiana; Pamungkas, Yanuar F; Ningsih, 2017; Lyon, 2012):

- a. Gejala fisik: sakit kepala, jantung berdebar, keluar keringat dingin, gangguan pola tidur, lesu, letih, kaku leher belakang

sampai punggung, dada rasa panas/nyeri, nafsu makan menurun, gejala kulit, dan sejumlah gejala fisik lain.

- b. Gejala emosional: sulit berkonsentrasi, mudah lupa, sulit mengambil keputusan, cemas, khawatir, takut, mudah tersinggung dan marah, mudah menangis, pikiran bunuh diri, putus asa, dan gejala lainnya.
- c. Gejala sosial: menarik diri dari pergaulan sosial, cenderung berdiam diri di rumah, mudah bertengkar, bahkan sampai melakukan pembunuhan.

6. TAHAPAN STRES

Stres yang dialami seseorang terjadi melalui beberapa tahapan. Hawari (2016) menjelaskan bahwa tahapan stres terdiri dari enam tahapan yaitu (Hawari, 2016; Lyon, 2012):

- a. Tahapan pertama: tubuh akan menerima rangsangan dari stresor dan akan secara alami memunculkan reaksi bertahan dari ancaman kondisi tubuh yang semakin menurun.
- b. Tahapan kedua: akan timbul keluhan-keluhan seperti rasa lelah walaupun sudah beristirahat, punggung terasa pegal, dan tengkuk mulai terasa tegang. Hal ini karena adanya perlawanan tubuh akibat stresor yang terus menerus dirasakan.
- c. Tahapan ketiga: keluhan akan menjadi lebih berat seperti adanya gangguan sistem pencernaan seperti maag, ketidaktenangan dan meningkatnya emosional, hingga muncul gangguan pola tidur atau insomnia.
- d. Tahapan keempat: gejala stres yang dirasakan sangat lama, akan membuat individu mulai terasa membosankan,

seringnya mimpi buruk, hilangnya semangat serta gairah hingga individu merasa ketakutan bahkan sampai kecemasan yang tidak diketahui penyebabnya dengan jelas.

- e. Tahapan kelima: tahapan stres yang tinggi akan cenderung membuat seseorang melakukan perilaku yang tidak sehat sebesar tiga kali lipat.
- f. Tahapan keenam: akibat dari tingginya tahapan stres akan muncul kelelahan fisik, perasaan kesal, marah, tindakan agresi, sabotase, permusuhan hingga adanya kecenderungan untuk bunuh diri.

D. MEKANISME KOPING

1. SUMBER KOPING

Koping merupakan upaya seseorang untuk mengelola situasi yang membebani, memperluas usaha untuk menyelesaikan masalah yang dialami, dan berusaha untuk mengatasi stres. Sumber koping yang dapat digunakan meliputi aset ekonomi, kemampuan dan keterampilan, teknik pertahanan, dukungan sosial, serta motivasi (Dwidiyanti, Meidiana; Pamungkas, Yanuar F; Ningsih, 2017; Hawari, 2016; Lyon, 2012).

2. JENIS MEKANISME KOPING

Kemampuan seseorang mengatasi stresornya dipengaruhi oleh strategi koping yang digunakan untuk mengatasi masalah tersebut (Lian & Tam, 2017; Santrock, 2012). Lazarus dan Folkman (2010) mengidentifikasi bentuk koping terdiri dari dua jenis, yaitu (Aldao, Amelia; Plate, 2018; Dwidiyanti, Meidiana;

Pamungkas, Yanuar F; Ningsih, 2017):

a. Mekanisme Koping Berfokus pada Masalah (*Problem Focused Coping*)

Mekanisme ini terdiri dari tugas dan usaha langsung untuk mengatasi ancaman diri. Contohnya antara lain negosiasi, konfrontasi, mencari nasihat.

b. Mekanisme Koping Berfokus pada Emosi (*Emotion Focused Coping*)

Mekanisme koping ini berfokus pada kondisi perasaan seseorang dalam menyesuaikan diri terhadap distres emosional secara tidak berlebihan. Contohnya adalah menggunakan mekanisme pertahanan ego seperti denial, supresi, proyeksi.

Mekanisme koping seseorang dapat bersifat konstruktif dan destruktif. Mekanisme koping konstruktif terjadi ketika kecemasan diperlakukan sebagai sinyal peringatan dan individu menerima sebuah tantangan/ancaman sebagai masalah yang harus diselesaikan. Mekanisme koping destruktif berupa upaya menghindari kecemasan/ancaman tanpa menyelesaikan masalah/konflik yang dialami.

3. RENTANG RESPON KOPING

Menurut model adaptasi stres Stuart, respon individu terhadap stres berdasarkan faktor predisposisi, sifat stresor, persepsi terhadap situasi dan analisis sumber koping dan mekanisme koping. Respon koping dievaluasi dalam satu rentang yaitu adaptif dan maladaptive, diuraikan sebagai berikut (Stuart, G.W., Keliat, B., A., & Pasaribu, 2016):

a. Respons Mekanisme Koping Adaptif

Respons yang mendukung integrasi, pertumbuhan, belajar, dan mencapai tujuan seperti berbicara dengan orang lain, dan memecahkan masalah dengan orang lain atau bersifat sosial.

b. Respons Mekanisme Koping Maladaptif

Respons sebaliknya dari respon mekanisme koping adaptif, seperti memecah pertumbuhan yaitu makan berlebihan atau bahkan tidak makan sama sekali.

REFERENSI

- Aldao, Amelia; Plate, A. J. (2018). Coping and Emotion Regulation. In S. G. H. Steven C. Hayes (Ed.), *Process-Based CBT: The Science and Core Clinical Competencies of Cognitive Behavioral Therapy* (p. 480). New Harbinger Publications.
- Dwidiyanti, Meidiana; Pamungkas, Yanuar F; Ningsih, H. E. W. (2017). *Mindfulness Caring pada Stres*. Semarang: UNDIP PRESS.
- Hawari, D. (2016). *Manajemen Stres, Cemas dan Depresi*. Jakarta: Universitas Indonesia.
- Lian, S., & Tam, C. L. (2017). Work Stres, Coping Strategies and Resilience : A Study among Working Females, *10*(12), 41–52. <https://doi.org/10.5539/ass.v10n12p41>
- Lilik Ma'rifatul Azizah, Imam Zainuri, A. A. T. (2016). Kesehatan Jiwa Teori dan Aplikasi Praktik Klinik, 674. Retrieved from http://rsjiwajambi.com/wp-content/uploads/2019/09/Buku_Ajar_Keperawatan_Kesehatan_Jiwa_Teori-dan-Aplikasi-Praktik-Klinik-1.pdf
- Lyon, B. (2012). *Stres, coping, and health*. In Rice, H. V. (Eds.) *Handbook of stres, coping and health: Implications for nursing research, theory, and practice*. USA: Sage Publication, Inc.
- Nurhalimah. (2016). *Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan: Keperawatan Jiwa*. Jakarta: Pusdik SDM Kesehatan.

- Rahmawati, AN dan Putri, N. (2020). *Mindfulness, Stres, dan Kesejahteraan Psikologis pada Pekerja*. (Ika Fatria I dan Rulie Gunadi, Ed.). Yogyakarta: Deepublish.
- Santrock, J. W. (2012). *Life-Span Development: Perkembangan Masa Hidup* (Ketigabelah). Jakarta: Erlangga.
- Stuart, G. W., & Sundeen, S. J. (2013). *Buku Saku Ilmu Keperawatan Jiwa (5th ed.)* (5th ed.). Jakarta: EGC.
- Stuart, G.W., Keliat, B., A., & Pasaribu, J. (2016). *Prinsip dan praktik keperawatan kesehatan jiwa stuart* (Edisi Indo). Singapura: Elsevier.
- Stuart, G. W. (2013). *Principles and practice of psychiatric nursing* (10th Ed). Missouri: Mosby Elsevier.
- Yosep, I. (2011). *Keperawatan Jiwa. Edisi 4*. Jakarta: Refika Aditama.
- Yusuf, A.H, F., &R & Nihayati, H. (2015). Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa. *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*, 1–366. <https://doi.org/ISBN 978-xxx-xxx-xx-x>

PROFIL PENULIS



Ns. Arni Nur Rahmawati, S.Kep., M.Kep.

Penulis adalah staf pengajar di Program Studi Keperawatan Program Diploma Tiga, Fakultas Kesehatan, Universitas Harapan Bangsa, Purwokerto, Kabupaten Banyumas, Jawa Tengah. Beliau lahir di Sukoharjo, 28 Agustus 1988 dan saat ini bertempat tinggal di Kota Purwokerto, Kabupaten Banyumas, Propinsi Jawa Tengah. Penulis menempuh pendidikan S1 Keperawatan dan Ners pada tahun 2011 di Universitas Diponegoro. Menyelesaikan pendidikan S2 Keperawatan di Program Studi Magister Keperawatan Universitas Diponegoro Semarang pada tahun 2018. Beliau merupakan staf pengajar bidang Keperawatan Jiwa dan Komunitas.

Selain sebagai staf pengajar, beliau juga aktif di berbagai kegiatan organisasi, seminar keperawatan, maupun dalam kegiatan sosial lain. Penulis pernah mengemban amanah sebagai Seksi Pelayanan DPK PPNI Universitas Harapan Bangsa masa bakti 2016-2021. Saat ini beliau termasuk dalam kepengurusan AIPViKI Regional V Jawa Tengah sebagai anggota Divisi Hukum dan Kelembagaan periode 2019-2023. Karya ini merupakan karya ilmiah buku kedua beliau selain publikasi ilmiah yang lain. Semoga bisa bermanfaat bagi semua pembaca.

Email Penulis: arninr@uhb.ac.id

BAB 4

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

(Lindriani, S.Kep., Ns., M.Kes.)

Universitas Mega Buana Palopo

Email: lindriani143@gmail.com

A. MODEL KONSEPTUAL KEPERAWATAN JIWA

1. Pengertian

Model adalah suatu cara untuk mengorganisasi kumpulan pengetahuan yang kompleks seperti konsep yang berhubungan dengan perilaku manusia. Penggunaan model ini membantu praktisi memberikan dasar untuk melakukan pengkajian dan intervensi juga cara untuk mengevaluasi keberhasilan penanggulangan (Stuart dan Sundeen, P 32, 1998).

Model konseptual didefinisikan sebagai sekumpulan dari abstrak relatif dan konsep umum yang ditujukan fenomena dari minat sentral dari suatu disiplin, dalil-dalil yang secara luas menggambarkan konsep tersebut, dan dalil-dalil yang dinyatakan secara relatif dan hubungan umum antara dua atau lebih dari konsep. Fungsi setiap model konseptual adalah menyediakan suatu kerangka acuan yang khusus yang dikatakan kepada anggota suatu disiplin bagaimana mengamati dan menginterpretasikan fenomena

dari minat disiplin.

Model konseptual mengacu pada ide-ide global mengenai individu, kelompok, situasi atau kejadian tertentu yang berkaitan dengan disiplin yang spesifik. Teori-teori yang terbentuk dari penggabungan konsep dan pernyataan yang berfokus lebih khusus pada suatu kejadian dan fenomena dari suatu disiplin.

Salah satu model konseptual keperawatan yang dapat diaplikasikan oleh perawat adalah model sistem Betty Neuman yang memberikan warisan baru tentang cara pandang terhadap manusia sebagai makhluk holistik (memandang manusia secara keseluruhan) meliputi aspek (variabel) fisiologis, psikologis, sosiokultural, perkembangan dan spiritual yang berhubungan secara dinamis seiring dengan adanya respon-respon sistem terhadap stresor baik dari lingkungan internal maupun eksternal (Potter and Perry, 2009).

2. Model Konseptual Keperawatan Jiwa

Keperawatan jiwa merupakan proses interpersonal yang berupaya untuk meningkatkan dan mempertahankan fungsi yang terintegrasi. Keperawatan jiwa merupakan bidang spesialisasi praktik keperawatan yang menerapkan teori perilaku manusia sebagai ilmunya dan penggunaan diri sendiri secara terapeutik sebagai kiatnya (ANA).

Perkembangan ilmu keperawatan, model konseptual, dan teori merupakan aktivitas berpikir yang tinggi. Model konseptual mengacu pada ide-ide global mengenai individu, kelompok, situasi

atau kejadian tertentu yang berkaitan dengan disiplin yang spesifik. Teori-teori yang terbentuk dari penggabungan konsep dan pernyataan yang berfokus lebih khusus pada suatu kejadian dan fenomena dari suatu disiplin (Fawcett, 1992). Teori mempunyai kontribusi pada pembentukan dasar praktik keperawatan (Chinn & Jacobs, 1995).

dikelompokkan kedalam enam model yaitu psikoanaliti, interpersonal, sosial, eksistensial, terapi uportif, dan medis.

a. Model Psikoanalisa

Model konseptual yang dikembangkan oleh ilmuwan S. Freud, Erikson Klein. Teori ini berfokus pada proses-proses intrapsikis dan perkembangan psikososial. Dalam teori ini Freud berasumsi bahwa perilaku manusia terutama masalah-masalah emosional terjadi karena konflik bawah sadar dan insting dasar terutama pada masa anak-anak. Pandangan tentang penyimpangan perilaku dalam teori ini didasarkan pada awal perkembangan dan resolusi konflik perkembangan yang tidak adekuat. Pertahanan ego tidak dapat mengontrol ansietas.

Proses terapeutik: menggunakan metode asosiasi bebas dan analisa mimpi, transferen untuk memperbaiki pengalaman traumatik terdahulu.

Peran pasien dan terapis: pasien mengungkapkan semua pikiaran dan mimpi. Terapis menginterpretasi pikiran dan mimpi pasien.

Penerapan dalam keperawatan:

- 1) Perawat mengkaji tingkat ansietas klien
- 2) Perawat menggunakan pendekatan komunikasi terapeutik

setelah terjalin hubungan saling percaya

3) Perawat menggunakan teknik-teknik dalam terapi psikoanalisis.

b. Model Interpersonal

Model konseptual yang dikembangkan oleh ilmuwan Sullivan, Peplau yang mengemukakan bahwa pandangan tentang penyimpangan perilaku berupa ansietas yang timbul dan dialami secara interpersonal. Rasa takut yang mendasar adalah takut terhadap penolakan. Seseorang membutuhkan rasa aman dan kepuasan yang diperoleh melalui hubungan interpersonal yang positif.

Proses terapeutik: Build Feeling Security (berupaya membangun rasa aman pada klien), Trusting Relationship and interpersonal Satisfaction (menjalin hubungan yang saling percaya) dan membina kepuasan dalam bergaul dengan orang lain sehingga klien merasa berharga dan dihormati.

Peran pasien dan terapi: pasien menceritakan kecemasan dan perasaannya kepada terapis. Terapis menjalin hubungan akrab dengan pasien; menggunakan empati untuk merasakan perasaan pasien dan menggunakan hubungan sebagai suatu pengalaman interpersonal korektif

c. Model Sosial

Model ini dikembangkan oleh ilmuwan Szasz dan Caplan yang mengatakan bahwa pandangan tentang penyimpangan perilaku berasal dari faktor sosial dan lingkungan yang menimbulkan stres, yang menyebabkan ansietas, dan mengakibatkan timbulnya gejala. Perilaku yang tidak dapat diterima (menyimpang) diartikan secara

sosial dan memenuhi kebutuhan sistem sosial.

Proses terapeutik: environment manipulation and social support (pentingnya modifikasi lingkungan dan adanya dukungan sosial)

Peran pasien dan Terapis: pasien secara aktif menyampaikan masalahnya kepada terapis untuk menyelesaikan masalahnya.

Menggunakan sumber yang ada dimasyarakat. Terapis mengkaji sistem sosial pasien dan membantu pasien menggunakan sumber yang tersedia atau menciptakan sumber baru.

d. Model Perilaku

Model ini dikembangkan oleh ilmuwan Bandura, Pavlov, Wolpe, dan Skinner yang mengemukakan bahwa pandangan tentang penyimpangan perilaku karena individu telah membentuk kebiasaan perilaku yang tidak diinginkan. Karena perilaku dipelajari, perilaku juga dapat tidak dipelajari. Perilaku menyimpang dapat terus terjadi karena dapat mengurangi ansietas. Jika demikian maka perilaku lain yang mengurangi ansietas dapat menjadi pengganti.

Proses terapeutik: cognitive behavioral therapy. Terapi ini dikenal dengan modifikasi perilaku yaitu metode yang ditujukan pada pikiran dan perasaan yang menyebabkan perilaku yang maladaptif.

e. Model Kognitif

Model ini dikembangkan oleh ilmuwan Piaget yang berfokus pada pola berpikir negatif atau yang mengalami distorsi, yang mengarah pada perasaan dan perilaku maladaptif atau simptomatik. Menurut piaget, setiap individu dilahirkan dengan kecenderungan mengatur dan beradaptasi dengan lingkungan mereka.

Proses terapeutik: terdapat beberapa jenis terapi yang dapat digunakan yaitu:

- 1) Terapi rasional emosi (Albert Ellis) yaitu ahli terapi secara aktif menentang keyakinan klien yang tidak rasional
- 2) Terapi gestalt (fritz perls) yaitu ahli terapi meningkatkan kesadaran dari diri klien dan meningkatkan tanggung jawab klien untuk memenuhi kebutuhannya sendiri.
- 3) Teori kognitif beck (Aaron Beck) yaitu ahli terapi mengajarkan pada klien cara-cara mengidentifikasi dan memperbaiki pemikiran yang tidak fungsional tentang dirinya sendiri, dunia dan masa depan.

f. Model Medik

Model ini dikembangkan oleh ilmuwan Meyer & Kraeplin gangguan perilaku disebabkan oleh penyakit biologis. Gejala-gejala timbul akibat kombinasi faktor-faktor fisiologis, genetik, lingkungan, dan sosial. Perilaku menyimpang berhubungan dengan toleransi pasien terhadap stres.

Proses terapeutik: Terapi yang digunakan yaitu terapi biologis dan terapi psikoterapi.

Peran dalam keperawatan: pasien mengikuti program terapi yang di anjurkan dan melaporkan efek terapi pada terapis. Pasien menjalani terapi jangka panjang jika di perlukan. Terapis menggunakan terapi somatik dan terapi interpersonal. Terapis terapi menegakkan diagnosis penyakit dan menentukan pendekatan terapeutik.

B. PREVENSI GANGGUAN JIWA PADA PELAYANAN KESEHATAN

Prevensi secara etimologi berasal dari bahasa latin *praevenire*, yang artinya “datang sebelum” atau “antisipasi “mempersiapkan diri sebelum terjadi sesuatu” atau “mencegah untuk tidak terjadi sesuatu”. Dalam pengertian yang sangat luas, prevensi dimaknakan sebagai upaya yang secara sengaja dilakukan untuk mencegah terjadinya gangguan, kerusakan, atau kerugian bagi seseorang atau masyarakat.

Prevensi kesehatan mental didasarkan atas cara kerja usaha pencegahan kesehatan masyarakat. Hanya saja, dalam kesehatan masyarakat. Dalam masyarakat, prevensi mengandung arti untuk mengendalikan penyakit. Sementara dalam bidang psikiatri dan kesehatan mental masyarakat, pengendalian penyakit hanyalah salah satu dari berbagai target yang hendak dicapai. Prevensi mencakup pencegahan terhadap kondisi yang lain. Seperti: tidak berfungsinya adaptasi (*adaptive dysfunction*), penyimpangan sosial (*social deviation*), dan hendaya dalam perkembangan (*developmental impairment*) (adler, 1978).

Pelayanan Keperawatan Jiwa komprehensif diberikan kepada masyarakat yang sangat beragam dalam rentang sehat sakit yang memerlukan pelayanan keperawatan pada tingkat prevensi primer sekunder dan tersier. pelayanan keperawatan kesehatan jiwa yang komprehensif mencakup 3 tingkat prevensi, yaitu:

1. Prevensi Primer

- a. Fokus pelayanan keperawatan jiwa pada peningkatan

kesehatan dan pencegahan terjadinya gangguan jiwa.

- b. Tujuan pelayanan adalah mencegah terjadinya gangguan jiwa, mempertahankan dan meningkatkan kesehatan jiwa.
- c. Target pelayanan yaitu anggota masyarakat yang sehat jiwa dan belum mengalami gangguan jiwa sesuai dengan kelompok umur yaitu anak-anak, remaja, dewasa, dan usia lanjut.
- d. Aktivitas pada prevensi primer adalah:
 - 1) Program pendidikan kesehatan, program stimulasi perkembangan, program sosialisasi, manajemen stres, persiapan orang tua.
Beberapa kegiatan yang dilakukan adalah:
 - a) Pendidikan kesehatan orang tua
 - Pendidikan menjadi orang tua
 - Perkembangan anak usia dini
 - Memantau dan menstimulasi perkembangan
 - Mensosialisasikan anak dengan lingkungan
 - b) Cara mengatasi stres
 - Stres Perkawinan.
 - Stres pekerjaan.
 - Stres sekolah.
 - Stres pascabencana
 - 2) Program dukungan sosial diberikan pada anak yatim, kehilangan pasangan, kehilangan pekerjaan, kehilangan

rumah /tempat tinggal, yang semua ini memungkinkan terjadi akibat bencana.

Beberapa kegiatan yang dilakukan adalah:

- a) Memberikan informasi cara mengatasi kehilangan
 - b) Menggerakkan dukungan masyarakat seperti menjadi orang tua asuh bagi anak yatim piatu
 - c) Melatih ketrampilan sesuai keahlian masing-masing untuk mendapatkan pekerjaan
 - d) Mendapatkan dukungan pemerintah dan LSM untuk memperoleh tempat tinggal
- 3) Program pencegahan penyalahgunaan obat penyalahgunaan obat sering digunakan sebagai koping untuk mengatasi masalah. Kegiatan yang dapat dilakukan:
- 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 menggunakan 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:

- a) Memberikan informasi untuk meningkatkan kesadaran masyarakat tentang tanda-tanda bunuh diri.

- b) Menyediakan lingkungan yang aman untuk mencegah bunuh diri.
- c) Melatih keterampilan coping yang adaptif

2. Prevensi Sekunder

- a. Fokus pelayanan keperawatan jiwa pada tingkat prevensi sekunder adalah deteksi dini masalah psikososial dan gangguan jiwa serta penanganan dengan segera.
- b. Tujuan pelayanan adalah mencegah dan menurunkan kejadian gangguan jiwa.
- c. Target pelayanan yaitu anggota masyarakat yang berisiko/gangguan jiwa (telah 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 2 menit untuk memperoleh data focus pada semua pasien yang berobat (pasien dengan keluhan fisik) di puskesmas.
 - b) Jika ditemukan tanda-tanda berkaitan dengan kecemasan, depresi maka lanjutkan pengkajian dengan menggunakan pengkajian keperawatan kesehatan jiwa.

- c) Mengumumkan kepada masyarakat tentang gejala dini gangguan jiwa (di tempat umum).
- d) Memberikan perawatan dan pengobatan cepat terhadap kasus baru yang di temukan sesuai standar pendelegasian program pengobatan (bekerja sama dengan dokter) serta memonitor efek samping obat, gejala dan kepatuhan pasien minum obat.
- e) Bekerjasama dengan perawat komunitas dalam pemberian perawatan dan pengobatan lain yang dibutuhkan pasien untuk mengatsi gangguan fisik yang di alami (jika ada gangguan fisik yang memerlukan pengobatan bekerjasama dengan dokter).
- f) Melibatkan keluarga dalam pemberian perawatan dan pengobatan, mengajarkan keluarga agar melaporkan segera kepada perawat jika ditemukan adanya tanda-tanda yang tidak biasa, dan melakukan rujukan jika mengancam keselamatan jiwa.
- g) Penanganan kasus bunuh diri dengan menempatkan pasien di tempat aman, melakukan pengawasan ketrampilan menguatkan koping, dan melakukan rujukan jika mengancam keselamatan jiwa.
- h) Menempatkan pasien di tempat aman sebelum di rujuk dengan menciptakan lingkungan yang tenang dan stimulus yang minimal.

- i) Melakukan terapi modalitas yaitu berbagai terapi keperawatan jiwa untuk membantu pemulihan pasien seperti terapi aktivitas kelompok, terapi keluarga, dan terapi lingkungan.
- j) Memfasilitasi self-helpgroup (kelompok swabantu pasien, 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. Prevensi Tersier

- a. Fokus pelayanan jiwa pada peningkatan fungsi dan sosialisasi serta pencegahan kekambuhan pada pasien gangguan jiwa dan pemulihan optimal.
- b. Target pelayanan yaitu anggota masyarakat yang mengalami gangguan jiwa pada tahap pemulihan.
- c. Aktivitas pada prevensi tersier adalah:
 - 1) Program dukungan sosial dengan menggerakkan sumber-sumber di masyarakat (tetangga, teman dekat dan tokoh masyarakat), Pelayanan terdekat yang terjangkau masyarakat. Beberapa kegiatan yang di lakukan adalah:

- a) Pendidikan kesehatan tentang perilaku dan sikap masyarakat terhadap penerimaan pasien gangguan jiwa.
 - b) Pentingnya pemanfaatan pelayanan kesehatan dan 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 system pendukung dengan memberdayakan keluarga dan masyarakat.
 - c) Menyediakan pelatihan kemampuan dan potensi yang perlu dikembangkan.
 - d) Menyediakan lapangan kerja sesuai dengan kemampuan yang di miliki.
 - e) Membantu pasien dan keluarga merencanakan masa depan pasien.
- 3) Program sosialisasi
- a) Membuat tempat pertemuan untuk sosialisasi.
 - b) Mengembangkan ketrampilan hidup: kegiatan sehari-hari (ADL), mengelola rumah tangga, mengembangkan hobi.

- c) Program rekreasi seperti nonton bersama, jalan santai, pergi ke tempat rekreasi.
 - d) Kegiatan sosial dan keagamaan contoh: arisan bersama, pengajian, majelis taklim.
- 4) Program mencegah stigma
- Stigma merupakan anggapan yang keliru dari masyarakat terhadap ganggaun jiwa. Oleh karena itu perlu di berikan program mencegah stigma untuk menghindari isolasi dan deskriminasi terhadap gangguan jiwa.
- 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 berpengaruh dalam rangka mensosialisasikan kesehatan jiwa dan gangguan jiwa.

REFERENSI

- Perry & Potter. 1999. *Fundamental Keperawatan*. Jakarta: EGC
- Kementerian Kesehatan RI. 2012. *Modul Pelatihan Keperawatan Jiwa Masyarakat*. Pusat pendidikan dan Pelatihan Tenaga kesehatan Badan PPSDM Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.
- Prabowo, 2017. *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Semarang: Universitas Diponegoro.
- Saacs, Ann. 2005. *Panduan Belajar Keperawatan Kesehatan Jiwa Dan Psikiatri*. Edisi 3. Jakarta: EGC.
- Stuart, Gail. 2007. *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. Edisi 5. Jakarta: EGC.
- Yosep, Iyus. 2009. *Keperawatan Jiwa*. Bandung: PT. Refika Aditama.
- Yusuf, dkk. 2015. *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: Selemba Medika.

PROFIL PENULIS



Lindriani lahir di Batusitanduk Kabupaten Luwu Sulawesi Selatan, 14 Maret 1982. Setamat lulus dari SPK Toraja Kabupaten Tana Toraja Sulawesi Selatan tahun 2001 kemudian melanjutkan pendidikan Keperawatan di Akademi Keperawatan Toraya Tana Toraja dan mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan (AMK) pada tahun 2004.

Pada tahun 2007 melanjutkan pendidikan Sarjana Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Nani Hasanuddin Makassar dan mendapat gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep.) pada tahun 2009 dan di tahun sama langsung melanjutkan pendidikan Megister Kesehatan di Universitas Indonesia Timur Makassar dan mendapatkan gelar Megister Kesehatan di bidang Ilmu Kesehatan Reproduksi pada tahun 2012. Setelah menempuh pendidikan S2 kemudian melanjutkan pendidikan Profesi Ners di Universitas Islam Makassar pada tahun 2012 dan mendapat gelar Profesi Ners pada tahun 2013. Meniti karier menjadi staf dan dosen pengajar di Akper Yapenas 21 Maros dari tahun 2009 sampai tahun 2013. Pada tahun 2014 bergabung dengan Universitas Mega Buana Palopo sampai sekarang.

Email: lindriani143@gmail.com

BAB 5
PERAN PERAWAT JIWA DAN KOLABORASI
INTERDISIPLIN DALAM KESEHATAN DAN
KEPERAWATAN JIWA
(Ns. Sri Nyumirah, M.Kep., Sp.Kep.J.)

Akademi Keperawatan Pasar Rebo
Jalan Tanah Merdeka Nomor 16-18 Jakarta Timur
srinyumirah@yahoo.co.id
nyumirahsri@gmail.com

A. PERAN PERAWAT JIWA

Menurut Struat G.W. (2013) bahwa peran perawat jiwa yang membantu merubah sikap yaitu

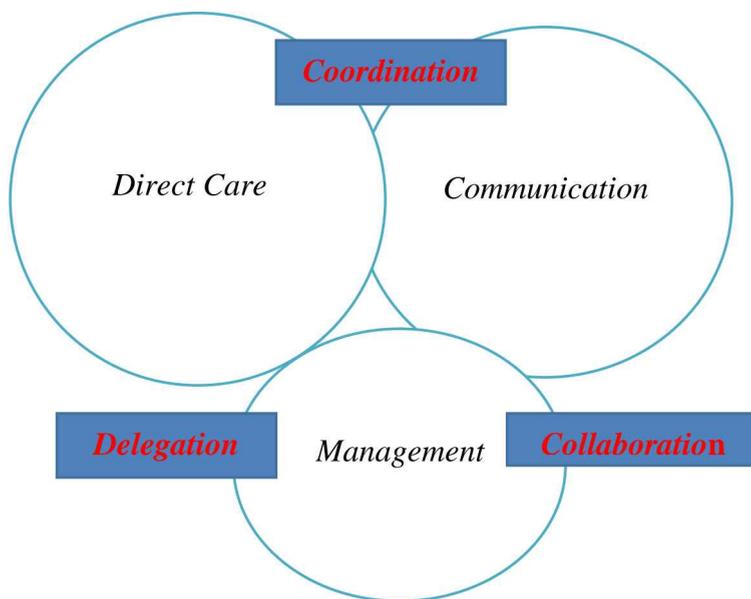
1. Melihat/mengamati perubahan sikap dan perilaku klien
2. Mencontohkan sikap penerimaan terhadap masalah yang dihadapi
3. Memberikan respon yang cepat pada klien jika ingin mengungkapkan masalah yang dialami
4. Mampu memahami kondisi dan keadaan klien yang dirasakan
5. Mampu melibatkan klien dalam berinteraksi dengan lingkungan sekitar
6. Aktif dalam penelitian
7. Memberikan edukasi kepada masyarakat tentang pentingnya kesehatan jiwa
8. Melakukan kolaborasi dengan lembaga kesehatan mental

9. Mampu memberikan pelayanan yang komprehensif baik di klinik maupun di luar
10. Menerima konsultasi yang akan membantu klien
11. Secara skematis peran perawat kesehatan jiwa dapat digambar sebagai berikut:



Skema 1.1 Peran Perawat Kesehatan Jiwa

Sumber: Yosep (2019)



PSYCHIATRIC

Skema 1.2 Peran Perawat Kesehatan Jiwa

Sumber: Yosep (2019)

Hubungan Antara Perawat dan Klien

Perawat mampu melaksanakan komunikasi yang baik sehingga manajemen asuhan keperawatan dapat terlaksana, mampu melakukan kolaborasi pada klien, delegasi antar teman perawat serta koordinasi kepada semua tim kesehatan baik dalam asuhan keperawatan maupun dalam pelayanan kesehatan (Keliat dan Pasaribu, 2016).

Peran perawat jiwa dalam pemberian obat sangat penting dilakukan baik di Rumah sakit jiwa dan persiapan pulang pasien, di

antaranya sebagai berikut:

1. Melakukan pengkajian masalah secara komprehensif
2. Perawat mempunyai data dasar yang mendukung pasien diberikan pengobatan yang dilihat dari faktor biologis, psikologis, sosial, riwayat pengobatan, diagnosa medis, serta pemeriksaan penunjang lainnya.
3. Melakukan kolaborasi dengan terapi modalitas yang akan dilakukan
4. Perawat mampu memilih dan menstimulasikan pasien terapi modalitas yang tepat diberikan yang sesuai dengan program pengobatan yang dilakukan
5. Memberikan penyuluhan kesehatan
6. Perawat memberikan edukasi kesehatan tentang manfaat minum obat dan dampak yang akan terjadi pada pasien baik selama di perawatan ataupun saat pulang
7. Mengobservasi efek samping pemberian obat
8. Perawat selalu melihat efekl samping pasien setelah minum obat dan memastikan obat dikosumsi dengan tepat sesuai anjuran dokter, sehingga pengobatan yang dilakukan optimal.
9. Melaksanakan pengobatan dengan melihat prinsip-prinsip farmakologis

Perawat memastikan prinsip dalam pemberian obat kepada pasien sudah tepat dan mampu bekerjasama dengan pasien.

- a. Melakukan modifikasi pengobatan

Perawat akan memodifikasi pengobatan yang dilakukan pada pasien dengan melihat karakteristik pasien dan masalah yang

dialami.

- b. Melakukan tindakan keperawatan sesuai rencana tindakan keperawatan

Perawat mampu melakukan tindakan keperawatan sesuai rencana tindakan keperawatan yang dibuat dan melihat kemampuan klien dalam melakukan implementasi tersebut.

- c. Melakukan program kelanjutan pengobatan pasien yang akan dilakukan.

Perawat akan membantu pasien diberikan rujukan ke pelayanan kesehatan ketika obat telah habis dan membantu memotivasi pasien dan keluarga untuk tetap melanjutkan program terapi pengobatan yang telah dilakukan di Rumah Sakit.

- d. Melakukan penelitian yang terkait

Perawat mampu berperan sebagai peneliti utama dalam penelitian.

(Yusuf, Fitryasari dan Nihayati (2015).

B. INTERDISIPLIN KESEHATAN DAN KEPERAWATAN JIWA

Interdisiplin yaitu merupakan suatu bentuk kegiatan atas dasar komitmen yang disepakati, tujuan yang jelas, peran yang disesuaikan profesi masing-masing, sehingga memerlukan kerjasama dan integrasi antara satu dengan yang lain. Ini merupakan salah hal yang penting untuk mendapatkan informasi, meningkatkan komunikasi sehingga koordinasi terjadi dengan baik,

yang dampaknya akan terjadi kualitas tinggi dalam melakukan perawatan pada klien. Informasi dan kompetensi dalam melakukan tindakan asuhan keperawatan jiwa sangat penting. Semakin disiplin ilmu dan informasi yang diberikan kepada individu, keluarga maupun masyarakat lebih baik karena dapat dipertanggungjawabkan secara komprehensif (Struat G.W. 2013).

Menurut Mangkuprawira S (2011) bahwa kerja yang dilakukan secara tim penting dilakukan untuk menyelesaikan suatu hal dalam menghadapi kompleksitas perawatan yang akan dilakukan. Cara yang dapat dilakukan untuk meningkatkan kualitas pasien dengan memperluas kemampuan dalam melakukan tindakan. Manajemen pelayanan yang dapat dilakukan dengan hasil yang terbaik dan efektif yaitu kerjasama yang baik antar profesi, melakukan semua tindakan dengan profesional, diskusi bersama tim, ada kegiatan audit bersama, sehingga menghasilkan suatu inovasi yang akan membantu kemajuan atau peningkatan dalam memberikan suatu pelayanan. Kolaborasi dan model interdisiplin ini merupakan hal yang sangat penting sebagai dasar dalam memberikan asuhan keperawatan akan mencapai mutu yang cukup baik, efisien dan efektif, melalui keahlian masing-masing tim yang akan melakukan kolaborasi dalam bentuk asuhan kesehatan untuk optimal.

C. PERAN PERAWAT JIWA DAN KOLABORASI INTERDISIPLIN DALAM KESEHATAN DAN KEPERAWATAN JIWA

Kolaborasi yaitu suatu bentuk hubungan kerjasama yang terjadi antara dua pihak tertentu, dengan kerjasama harapan yang akan didapatkan akan terbentuk suatu kebersamaan, saling berbagi baik tugas maupun motivasi dalam bekerja, saling memahami tanggung jawab individu, tidak ada perbedaan antar tim dan harus komitmen yang jelas. Kolaborasi dalam kesehatan dan keperawatan jiwa dapat terbentuk melalui suatu kolaborasi, perawat, dokter dan tim kesehatan lain yang akan merencanakan dan praktek bersama sebagai tim. Kerjasama yang dapat dilakukan dalam suatu sublingkup bagaimana tentang etika, nilai, saling menghormati, saling menghargai pada setiap orang yang membantu dalam melakukan pelayanan keperawatan baik terhadap individu, keluarga dan masyarakat (American Medical Assosiation, 1994 dalam Stuart 2013).

Kerjasama tim bagi tenaga kesehatan dalam melakukan pelayanan dan hubungan yang baik dalam kerja di tenaga kesehatan baik melakukan asuhan keperawatan dari pengkajian, diagnosa, melakukan edukasi, baik kepada klien maupun ke keluarga. Bentuk edukasi dan komunikasi dilakukan sesuai pekerjaan yang dilakukan dan tanggung jawab masing-masing tim. Bentuk kolaborasi dapat dilakukan dengan memberikan sebuah ide atau perbedaan suatu pendapat yang akan menjadi suatu bentuk kerjasama yang jelas. Hubungan akan terjadi efektif dan profesional dalam suatu interaksi

yang dilakukan dalam suatu hal yang terbentuk atas persetujuan tim tersebut. Kerjasama tim dalam melakukan kolaborasi dapat berhasil ketika suatu perilaku yang baik yang akan menghasilkan perubahan yang lebih baik bagi klien dalam proses penyembuhan dan meningkatkan kualitas hidup. Kolaborasi salah satu proses yang dilakukan dengan saling berbagi pengalaman, pengetahuan yang sudah direncanakan baik secara terprogram dengan baik maupun secara mendadak yang bertujuan untuk merawat secara tim yang sudah menjadi tanggung jawab bersama. Hubungan yang baik antar profesional kesehatan akan terbentuk dengan baik ketika dua tim saling terbuka dan berupaya secara optimal untuk kebutuhan klien (Nursalam, 2020).

Hubungan perawat dan dokter terutama dalam kesehatan dan keperawatan jiwa merupakan suatu hal yang penting karena menunjukkan kesetaraan dan hubungan yang tepat dalam membentuk konskuensi dalam melaksanakan tanggung jawabnya. Bentuk bagaimana kesetaraan tim tersebut terlihat dari sikap dan perilaku yang tidak membedakan namun saling menghormati dan menghargai baik secara fisik maupun secara intelektual dalam memberikan pelayanan kesehatan.

Observasi dan pengawasan dapat dilakukan sebagai bentuk pengembangan kerjasama dalam pelayanan yang diberikan. Perawat dan dokter akan menjadi suatu kolega yang selalu memperhatikan batas ruang lingkup praktek yang dilakukan dalam pengetahuan yang sesuai etika, nilai dan respon orang lain yang dilakukan baik untuk individu, keluarga dan masyarakat. Hal yang

harus diperhatikan dalam membentuk suatu kolaborasi tersebut yaitu kemampuan kompetensi masing-masing tim, komunikasi yang jelas, memberikan respon yang baik serta kepercayaan, memberikan dan menerima timbal balik yang jelas, membuat keputusan secara bersama dan menyelesaikan masalah dengan baik secara bersama.

Di bawah ini beberapa kriteria dalam melakukan kolaborasi:

1. Saling membina hubungan saling percaya
2. Saling menghormati
3. Mampu menerima semua masing-masing bidang keilmuan
4. Mempunyai citra diri positif,
5. Mempunyai harga diri yang positif
6. Mempunyai kompetensi profesional baik pengetahuan maupun pengalaman
7. Mempunyai teman kerja dan kemampuan untuk bernegosiasi.

(Afnuhaji, 2015).

Hubungan kolaborasi terlaksana karena adanya perasaan saling membutuhkan (interdependensi) pada semua tim kesehatan. Dalam bentuk memfasilitasi suatu hubungan yang baik dalam bentuk kerjasama yang dilakukan tercapai, dan komunikasi antar profesi baik secara formal maupun secara asuhan kesehatan. Pekerjaan dapat berhasil ketika target yang dilakukan sesuai (Nursalam, 2020).

D. HAL PENTING MENCAPAI KOLABORASI INTERDISIPLIN YANG EFEKTIF DAN EFISIEN

1. Komunikasi

Setiap tim selalu melakukan komunikasi yang efektif dalam melakukan perawatan pasien dengan gangguan jiwa untuk menghasilkan hasil dalam membuat keputusan klinis.

2. Kerjasama

Suatu kerjasama yang baik antar tim akan terlaksana ketika saling menghargai, menghormati, ada kepercayaan dan saling mencari solusi, jika ada permasalahan yang terjadi.

3. Tanggung Jawab

Semua tim melaksanakan tugas sesuai ketentuan yang ada secara seksama dan konsisiten, serta mengambil keputusan atas kesepakatan bersama.

4. Ketegasan

Mampu mengungkapkan permasalahan dan keputusan bersama, tindakan yang asertif dan perilaku yang tegas.

5. Koordinasi

Melakukan pelayanan dalam kesehatan jiwa perlu koordinasi yang berkelanjutan untuk semua tim sehingga ada hasil yang tepat.

6. Komitmen

Semua tim mempunyai konsistensi yang sama sesuai kompetensi masing-masing profesional dalam melaksanakan pelayanan kesehatan jiwa.

7. Kewenangan

Memberikan kewenangan atas semua pihak sesuai profesionalisme masing-masing.

Hambatan yang Terjadi dalam Melakukan Kolaborasi Interdisiplin Keperawatan Jiwa

1. Konflik peran dan tugas yang akan dicapai yang tidak terselesaikan
2. Tidak sesuainya jenjang pendidikan yang dimiliki
3. Struktur organisasi yang tidak rasional dan tidak jelas
4. Kemampuan kompetensi yang dimiliki tidak sesuai
5. Status peran dan kekuasaan yang dimiliki lebih dominan pada individu
6. Manfaat Kolaborasi Interdisiplin Pada Keperawatan dan Kesehatan Jiwa
7. Mampu mendapatkan pelayanan kesehatan yang komprehensif dan mempunyai kualitas tinggi
8. Mampu membedakan peran dan tugas masing-masing tim kesehatan
9. Meningkatkan komunikasi, kerjasama dan komitmen yang baik antar tim kesehatan
10. Meningkatnya loyalitas dalam bekerja, bersikap profesional pada klien, keluarga dan masyarakat.
11. Memberikan kepuasan kepada pasien, keluarga dan masyarakat
12. Meningkatnya produktivitas kerja dan sumber daya manusia

13. Memberikan rasa saling keterbukaan, saling menghargai dan menghormati.

(Dermawan D dan Rusli, 2013)

Ada beberapa Komponen Jenjang Pelayanan Kesehatan Jiwa

1. Perawatan dilakukan secara individu dan keluarga

Peran keluarga sangat penting dalam melakukan perawatan pada pasien yang telah pulang ke rumah dengan menggunakan kemampuan keluarga dalam merawat pasien yang sakit. Motivasi individu untuk sembuh lebih penting.

2. Dukungan masyarakat baik secara formal maupun non formal

Harapan tidak ada stigma di masyarakat terkait masalah kesehatan jiwa, maka peran tokoh masyarakat, tokoh agama, PKK, kepala desa, ketua RT dan RW dalam memenuhi target menyelesaikan masalah kesehatan jiwa.

3. Pelayanan kesehatan yang dilakukan secara dasar

Pelayanan kesehatan jiwa yang diberikan kepada perawat (Perawat Jiwa di masyarakat: CMHN) maupun dokter atau tim kesehatan lain yang sudah terlatih dalam memberikan pelayanan kesehatan jiwa baik di puskesmas maupun pelayanan lainnya.

4. Pelayanan kesehatan di masyarakat

Tim kesehatan di masyarakat terdiri dari: perawat: CMHN, psikiater, psikolog.

5. Pelayanan kesehatan jiwa di Rumah Sakit Umum

Diharapkan dalam rumah sakit umum memberikan pelayanan kesehatan jiwa baik rawat jalan maupun rawat inap sesuai

kemampuan rumah sakit tersebut.

6. Pelayanan kesehatan jiwa di Rumah Sakit Jiwa

Rumah sakit jiwa merupakan salah satu pusat pelayanan kesehatan jiwa yang menjadi rujukan dari puskesmas, rumah sakit umum maupun dari masyarakat, pasien pulang akan diberikan rujukan ke puskesmas untuk kelanjutan pengobatan yang dilakukan dengan keterlibatan keluarga.

(Varcarolis, M Elizabeth, 2015)

REFERENSI

- Afnuhaji Ridhyala. (2015). Komunikasi Therapeutik dalam Keperawatan Jiwa. Yogyakarta: Gusyen Publising.
- Dermawan D dan Rusli. (2013). Konsep dan Kerangka Kerja Asuhan Keperawatan Jiwa. Yogyakarta: Gusyen Publising.
- Keliat dan Jesika (2016). Prinsip dan Praktek Keperawatan Kesehatan Jiwa.
- Mangkuprawira Syafri (2011). Manajemen Sumber Daya Manusia Strategik. Bandung: Ghalia Indonesia.
- Nursalam. (2020). Manajemen Keperawatan. Edisi. Jakarta: Salemba Medika.
- Singapura: Elseiver.
- Stuart, G. W. (2013). *Principle and practice of Psychiatric nursing, 10th Edition*. St. Louis. Canada: MOSBY ELSEVIER.
- Varcarolis, M Elizabeth. (2015). Manual Psychiatric Nursing; Fith Edition: ELSEVIER Jakarta.
- Yosep Iyus dan Sutini Titin (2019). Buku Ajar Keperawatan Jiwa dan *Advance Mental Health Nursing*. Bandung: PT Refika Aditama.
- Yusuf, Fitryasari dan Nihayati (2015). Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa. Jakarta: Salemba Medika.

PROFIL PENULIS



Ns. Sri Nyumirah, M.Kep., Sp.Kep.J. lahir di Rembang, 4 Mei 1983, sudah menikah mempunyai 1 anak laki-laki. Pekerjaan sebagai dosen Keperawatan, mengajar di bidang Keperawatan. Bidang ilmu yang ditekuni Keperawatan Jiwa. Riwayat pendidikan: Tahun 2006 penulis lulus S1 Profesi Ners Universitas Ngudi Waluyo Ungaran, Tahun 2013 Spesialis Keperawatan Jiwa di Universitas Indonesia. Pengalaman Kerja menjadi dosen pendidik selama 13 Tahun, menjadi pembicara baik dalam kegiatan seminar, pelatihan, dan fasilitator kegiatan baik dalam keperawatan secara umum maupun dalam keperawatan jiwa. pengalaman menjadi relawan dalam bencana banjir, gempa dengan memberikan dukungan psikososial bagi korban. Sejumlah artikel telah dihasilkan oleh penulis. Buku pertama penulis tentang komunikasi kesehatan. Motto penulis: Selalu yakin dengan apa yang mau kita lakukan dan selalu berpikir positif segala sesuatu yang terjadi. Tetap semangat. Penulis dapat dihubungi melalui Email: srinyumirah@yahoo.co.id dan nyumirahsri@gmail.com

BAB 6

LEGAL DAN ETIK DALAM KEPERAWATAN JIWA

(Hertiana, S.Kep., Ns., M.Kep.)

Universitas Mega Buana Palopo

herthy_ana@yahoo.com

A. KONSEP LEGAL DAN ETIK DALAM KEPERAWATAN JIWA

1. Pengertian

Legal adalah suatu yang dianggap sah oleh hukum dan undang-undang (Kamus Besar Bahasa Indonesia) (Ermawati, 2015).

Etika keperawatan jiwa adalah nilai-nilai dan prinsip-prinsip yang diyakini oleh profesi keperawatan dalam melaksanakan tugasnya yang berhubungan dengan pasien, masyarakat, teman sejawat maupun dengan organisasi profesi, serta pengaturan praktik dalam keperawatan itu sendiri (Barger dan Williams, 1999). Etika keperawatan merupakan suatu acuan dalam melaksanakan praktik keperawatan, tidak terkecuali keperawatan jiwa. Keputusan dan tindakan perawat psikiatri kepada klien dibedakan oleh apa yang dinamakan dengan *ethical manner* (cara yang sesuai dengan etik) (Ermawati, 2015).

1. Menurut Beeker (Dalam Kozier, Erb 1990) empat hal yang

harus ditanyakan perawat untuk melindungi mereka secara hukum (Ermawati, 2015):

- 1) Tanyakan pesanan yang ditanyakan pasien.
 - 2) Tanyakan setiap pesanan setiap kondisi pasien berubah.
 - 3) Tanyakan dan catat pesan verbal untuk mencegah kesalahan komunikasi.
 - 4) Tanyakan pesanan (Standing Order), terutama bila perawat tidak berpengalaman.
2. Melaksanakan intervensi keperawatan mandiri atau yang di Delegasi. Dalam melaksanakan intervensi keperawatan, perawat memperhatikan beberapa prekausi (Ermawati, 2015):
- 1) Ketahuai pembagian tugas (Job Deskripsi) mereka.
 - 2) Ikuti kebijakan dan prosedur yang diterapkan ditempat kerja.
 - 3) Selalu identifikasi pasien, terutama sebelum melaksanakan intervensi utama.
 - 4) Pastikan bahwa obat yang benar diberikan dengan dosis, rute, waktu, dan pasien yang benar.
 - 5) Lakukan setiap prosedur secara tepat.
 - 6) Catat semua pengkajian dan perawatan yang diberikan dengan tepat dan akurat.
 - 7) Catat semua kecelakaan yang mengenai pasien.
 - 8) Jalin dan pertahankan hubungan saling percaya yang baik (raport) dengan pasien.
 - 9) Pertahankan kompetensi praktik keperawatan
 - 10) Mengetahui kekuatan dan kelemahan perawat.

11) Sewaktu mendelegasikan tanggung jawab keperawatan, pastikan bahwa orang yang diberikan delegasi tugas mengetahui apa yang harus dikerjakan dan orang tersebut memiliki pengetahuan dan keterampilan yang dibutuhkan.

12) Selalu waspada saat melakukan intervensi keperawatan dan secara penuh setiap tugas yang dilaksanakan.

3. Berbagai aspek legal dalam keperawatan

Fungsi hukum dalam praktik keperawatan yaitu (Ermawati, 2015):

1) Hukum memberikan kerangka untuk menentukan tindakan keperawatan mana yang sesuai dengan hukum.

2) Membedakan tanggung jawab perawat dengan tanggung jawab profesi yang lain

3) Membantu menentukan batas-batas kewenangan tindakan keperawatan mandiri

4) Membantu dalam mempertahankan standar praktik-praktik keperawatan dengan posisi perawat memiliki akuntabilitas dibawah hokum (Kozier, Erb)

4. Perlindungan legal untuk perawat

Untuk menjalankan praktik secara hukum perawatan harus dilindungi dari tuntutan malpraktik dan kelahiran pada keadaan darurat. Contoh (Ermawati, 2015):

1) UU di AS yang bernama Good Samaritan Acts yang memberikan perlindungan tenaga kesehatan dalam memberikan pertolongan pada keadaan darurat.

2) Di Kanada terdapat UU lalu lintas yang memperbolehkan

setiap untuk menolong korban pada setiap situasi kecelakaan yang bernama Traffic Act.

3) Di Indonesia UU Kesehatan Nomor 23 Tahun 1992.

Menurut Curtin (1978) yang dikutip oleh Stuart Sundeen dalam *Principles and Practice of Psychiatric Nursing Care* (1995), membuat suatu model untuk pengambilan keputusan suatu etik yaitu sebagai berikut (Direja, 2011):

- a) Meliputi pengumpulan informasi untuk mengklarifikasi latar belakang isu tersebut.
- b) Mengidentifikasi komponen etik atau keadaan dilema yang terjadi, seperti adakah faktor ancamannya (dilihat dari sudut hak untuk dapat menolak pelayanan).
- c) Mengklarifikasi hak dan tanggung jawab yang ada pada seluruh pihak, meliputi klien, perawat, dan pihak lain seperti keluarga klien, dokter, lembaga perawatan kesehatan, ulama/pendeta, pekerja sosial, dan mungkin juga hakim.

Terdapat empat pendekatan yang digunakan perawat untuk melakukan pendekatan dalam pemberian asuhan keperawatan yaitu sebagai berikut.

- (1) Utilitarianism: tindakan yang dilakukan oleh perawat yang dapat menimbulkan kebahagiaan.
- (2) Egoism: semua tindakan diarahkan kepada diri pasien.
- (3) Formalism: mengutamakan segala sesuatu secara formal.
- (4) Fairness: sikap yang mengutamakan keadilan dan

kejujuran dalam kehidupan, tidak mendiskriminasikan pasien.

- d) Yang terakhir adalah solusi yang diimplementasikan ke dalam tindakan. dalam konteks memenuhi harapan sosial dan sesuai dengan hukum yang berlaku, perawat memutuskan kedalam tujuan dan metode implementasi.

Terdapat dua penerimaan klien dirumah sakit jiwa yaitu kesepakatan yang disadari dan kesepakatan yang tidak disadari, meliputi isu mengenai hukum dan aspek etik, serta legal dan aspek profesional. Perawat psikiatri mempunyai peran dalam tugas profesional dan tugas pribadi yaitu sebagai berikut (Direja, 2011):

- Pemberian pelayanan
- Pekerjaan dari rumah sakit
- Sebagai warga negara pribadi

Trend atau current issue dalam keperawatan jiwa adalah 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 (Direja, 2011).

Ada beberapa trend penting yang menjadi perhatian dalam Keperawatan Jiwa di antaranya adalah masalah berikut (Direja, 2011):

1. Kesehatan jiwa dimulai masa konsepsi Dahulu bila berbicara

masalah kesehatan jiwa biasanya dimulai pada saat onset terjadinya sampai klien mengalami gejala-gejala

2. Trend peningkatan masalah kesehatan jiwa Masalah jiwa akan meningkat di era globalisasi
3. Kecenderungan Faktor Penyebab Gangguan Jiwa
4. Kecenderungan situasi di Era Globalisasi. Era globalisasi adalah suatu era dimana tidak ada lagi pembatas antar Negara-negara khususnya di bidang informasi, ekonomi, dan politik.
5. Globalisasi dan Perubahan Orientasi Sehat Globalisasi atau era pasar bebas disadari atau tidak telah berdampak pada pelayanan kesehatan.
6. Kecenderungan Penyakit
 - a) Meningkatnya post traumatic syndrome disorder
 - b) Meningkatnya masalah psikososial
 - c) Trend bunuh diri pada anak dan remaja
 - d) Masalah Napza dan HIV/AIDS
7. Issue Seputar Pelayanan Keperawatan Mental Psikiatri
 - a) Pelayanan keperawatan mental psikiatri yang ada kurang bisa dipertanggung jawabkan secara ilmiah hal ini karena masih kurangnya hasil-hasil riset keperawatan tentang keperawatan jiwa klinik.
 - b) Perawat psikiatri yang ada kurang siap menghadapi pasar bebas karena pendidikan yang rendah dan belum adanya

lisensi untuk praktek yang bisa diakui secara internasional.

- c) Perbedaan peran perawat jiwa berdasarkan pendidikan dan pengalaman seringkali tidak jelas dalam "Position Description", job responsibility dan system reward di dalam pelayanan keperawatan dimana mereka bekerja (Stuart Sudeen, 1998).
- d) Menjadi perawat psikiatri bukanlah pilihan bagi peserta didik (mahasiswa keperawatan)

B. PRINSIP ETIK KEPERAWATAN JIWA

Etika berasal dari Bahasa Yunani ethos yang berarti karakter, watak kesusilaan atau adat kebiasaan yang etika tersebut berhubungan erat dengan konsep individu atau kelompok sebagai alat penilai kebenaran atau evaluasi terhadap sesuatu yang telah dilakukan. Penerapan aspek etik dalam keperawatan jiwa sangat terkait dengan pemberian diagnosis, perlakuan atau cara merawat, hak pasien, stigma masyarakat, serta peraturan atau hukum yang berlaku (Wulan, 2011).

Etika adalah kode perilaku yang memperlihatkan perbuatan yang baik bagi kelompok tertentu. Etika juga merupakan peraturan dan prinsip perbuatan yang bisa disebut benar. Etika berhubungan dengan peraturan atas perbuatan atau tindakan yang mempunyai prinsip benar atau salah serta prinsip moralitas karena etika bertanggung jawab secara moral (Wulan, 2011). Prinsip etika mempunyai peranan penting dalam menentukan perilaku yang beretika dan dalam pengambilan keputusan etis. Prinsip

etika berfungsi untuk membuat secara spesifik apakah suatu tindakan dilarang, diperlukan atau diizinkan dalam suatu keadaan. Menurut Beauchamp dan Childress (Fowler, 1989; Potter & Perry, 1992) prinsip etika dapat digunakan untuk memperkirakan isu etika dan membuat keputusan etis yang terdiri dari atas (Wulan, 2011):

1. Otonomi

Otonomi adalah hak untuk membuat keputusan sendiri. Menghormati otonomi menyangkut penghormatan terhadap otonomi individu untuk dengan bebas menentukan sendiri apa yang akan dilakukan. Ini menunjukkan bahwa setiap individu tidak hanya membuat pilihan untuk membuat keputusan sendiri, tetapi juga bebas dalam menerima setiap konsekuensi dari keputusan yang dibuat. Otonomi berarti individu mampu bertindak untuk diri mereka sendiri sesuai dengan kemampuannya (Fowler, 1989; Potter and Perry, 1992). Menurut Potter dan Perry (1992), konsep manusia sebagai individu yang bebas menuntut perawat untuk menghargai nilai dan pilihan mereka. Otonomi adalah kebebasan individu dalam bertindak dan menentukan diri sendiri. Menghargai otonomi berarti menghargai individu sebagai seseorang yang mempunyai harga diri dan martabat yang mampu menentukan sesuatu bagi dirinya. Prinsip otonomi sering menjadi isu yang kontroversial. Setiap orang mempunyai hak dasar untuk membuat suatu keputusan yang penting dalam program pengobatan. Pada situasi tertentu seseorang mungkin tidak dapat membuat keputusan sendiri dalam menentukan program

pengobatannya, ketika menderita gangguan jiwa yang akut (Gardner dkk., 1999 dalam Wulan, 2011).

Perawat harus berhati-hati dalam mengkaji kemampuan pasien gangguan jiwa terhadap setiap informasi yang diterima pasien, pemecahan masalah, dan membuat keputusan sendiri. Pengkajian menjadi sesuatu yang kritical ketika perawat memberikan informed consent pada pasien. Contoh, ketika pasien memberikan persetujuan terhadap program pengobatannya, apakah mereka diberi kebebasan untuk menandatangani lembar persetujuan tersebut? Penerapan prinsip otonomi pada pasien gangguan jiwa masih menjadi perdebatan. Apa yang terjadi bila pasien menolak minum obat dan menolak untuk dirawat di rumah sakit? Yang harus diingat penggunaan kekerasan atau paksaan bertentangan dengan prinsip otonomi ini (Wulan, 2011).

Prinsip otonomi sangat penting dalam praktik keperawatan. Perawat harus menghargai harkat dan martabat manusia sebagai individu yang dapat memutuskan hal terbaik bagi keputusan yang berhubungan dengan asuhan keperawatan klien tersebut (Suhaemi [2003]). Menurut Beuchamp dan Childress (1994, dalam Brent, 2001) ada tiga kondisi tindakan otonomi, yaitu sungguh, sungguh, pengertian, dan tidak adanya pengaruh control (Wulan, 2011).

2. Non-maleficence

Nonmaleficence (tidak merugikan orang lain atau jangan mencelakakan) berarti tidak melukai atau tidak menimbulkan bahaya atau cedera bagi orang lain. Prinsip nonmaleficence meliputi ungkapan moral yang terkenal "Above all, do not harm" (yang terpenting dari semuanya, jangan merugikan atau mencelakan). Prinsip ini menambahkan kesembroan, kedengkian, kurang hati-hatidan ketidaktahuan yang seharusnya tidak diizinkan memengaruhi perawatan pasien (Bailey dan Schwartzberg, 1995). Johnson (1989, dalam Suhaemi [2003]) mengatakan bahwa prinsip untuk tidak melukai orang lain berbeda dan lebih keras daripada prinsip untuk melakukan kebaikan. Munson (1988, dalam Bailey 8: Schwartzberg [1995]) membuat susunan frase yang baru: "Kita seharusnya bertindak dengan cara yang tidak menimbulkan kerugian atau cedera bagi orang lain." Dengan kata lain, kita seharusnya bertindak dengan cara yang benar sehingga tidak menyebabkan kecelakaan terhadap lainnya. Menurut hukum, hal ini adalah merupakan pokok-pokok (standar) "hak keperawatan". Dengan tidak sesuainya standar ini, para perawat kesehatan membuat diri mereka terlibat dalam moral maleficence yang sah (Seedhouse, 1992). Contoh prinsip nonmaleficence dapat terjadi dalam pemberian kemoterapi kepada pasien kanker, diketahui bahwa kemoterapi dapat meningkatkan kualitas hidup pasien dan dapat juga menimbulkan "kerugian" (efek samping) pada pasien (Wulan, 2011).

3. Beneficence

Prinsip beneficence (memaksimalkan manfaat dan meminimalkan kerugian) berasal dari tulisan-tulisan Hipocrates dan menekankan pada profesi medis yang mempunyai tugas untuk menolong (Bailey, 1995). Prinsip ini sudah menjadi salah satu prinsip yang mendasar dalam etika medis sejak zaman sumpah Hipocrates (Wulan, 2011). Prinsip ini bertujuan meningkatkan kesejahteraan manusia dan untuk tidak mencelakakannya. Perawat diwajibkan untuk melaksanakan tindakan yang bermanfaat bagi klien, akan tetapi seiring dengan meningkatnya teknologi dalam sistem asuhan keperawatan, terkadang tindakan tersebut mempunyai risiko yang dapat membahayakan pasien (Suhaemi, 2003). Beneficence ialah sesuatu yang bernilai positif dalam kesehatan atau kesejahteraan (welfare). Beneficence merupakan prinsip untuk melakukan yang baik dan tidak merugikan orang lain. Menurut Beauchamp & Childress (2001), prinsip beneficence terdiri dari kewajiban untuk mencegah bahaya, memindahkan bahaya, dan melakukan yang terbaik (Brent, 2001). Inti dari prinsip beneficence adalah tanggung jawab untuk melakukan kebaikan yang menguntungkan pasien dan menghindari perbuatan yang merugikan atau membahayakan pasien. Contoh, seorang pasien yang mengalami perdarahan hebat akibat penyakit hati yang kronis mempunyai kepercayaan bahwa pemberian transfusi darah bertentangan dengan keyakinannya. Sebelum kondisi pasien bertambah berat, pasien telah memberikan pernyataan tertulis kepada dokter bahwa pasien tidak

mau ditransfusi darah, ketika kondisi pasien bertambah buruk dan terjadi perdarahan yang hebat, dokter seharusnya menginstruksikan untuk memberikan transfusi darah. Dalam hal ini, akhirnya transfusi darah tidak diberikan karena prinsip beneficence, walaupun sebenarnya pada saat bersamaan terjadi penyalahgunaan prinsip nonmaleficence. Perawat diwajibkan untuk melaksanakan tindakan yang bermanfaat bagi pasien, akan tetapi dengan meningkatnya teknologi dalam sistem asuhan keperawatan, juga merupakan risiko dari suatu tindakan yang membahayakan (Suhaemi, 2003). Munson (1988 dalam Bailey & Schwartzberg, 1995) menjelaskan bahwa "setiap orang seharusnya bertindak untuk mempromosikan kesejahteraan orang lain" (Wulan, 2011).

4. Justice

Justice (keadilan) merupakan prinsip moral berlaku adil untuk semua individu, tindakan yang dilakukan untuk semua orang sama. Tindakan yang sama tidak selalu identik, tetapi dalam hal ini persamaan berarti mempunyai kontribusi yang relatif sama untuk kebaikan kehidupan seseorang. Justice adalah prinsip etik, yaitu perawat secara langsung menghormati hak dan pengobatan yang adil (Greipp, 1992). Menurut Hitler (1981) kebutuhan kesehatan harus menerima number pelayanan kesehatan dalam jumlah yang sama. Prinsip keadilan menurut Beauchamp dan Childress dalam Priharjo (1995) adalah mereka yang sederajat harus diperlakukan sederajat, sedangkan yang tidak sederajat

diperlakukan secara tidak sederajat, sesuai dengan kebutuhan mereka. Sedangkan yang tidak sederajat diperlakukan secara tidak sederajat, sesuai dengan kebutuhan mereka. Hal ini berarti bahwa kebutuhan kesehatan dari mereka yang sederajat harus menerima sumber pelayanan kesehatan dalam jumlah sebanding ketika seseorang mempunyai kebutuhan kesehatan yang besar, maka ia harus mendapatkan sumber-sumber kesehatan yang besar pula (Priharjo, 1995 dalam Wulan, 2011).

Justice menyangkut kewajiban untuk memperlakukan setiap orang sesuai dengan apa yang baik dan benar dan memberikan apa yang menjadi hak pada setiap orang. Dalam hubungan perawat dengan pasien, perawat dapat berfungsi sebagai narasumber dalam memberikan informasi yang relevan dengan masalah pasien, perawat juga berfungsi sebagai konseling yaitu ketika pasien mengungkapkan perasaannya dalam hal yang berkaitan dengan keadaan sakitnya. Memperlakukan orang lain secara adil dan memberikan apa yang menjadi kebutuhan mereka (Beauchamp & Childress, 2001 dalam Wulan, 2011).

5. Veracity

Prinsip veracity (kejujuran) menurut Veatch dan Fry (1987) didefinisikan untuk menyatakan hal yang sebenarnya dan tidak berbohong. Kejujuran merupakan dasar terbinanya hubungan saling percaya antara perawat-pasien. Perawat sering tidak memberitahukan kejadian yang sebenarnya pada pasien yang sakit parah. Namun penelitian pada pasien dalam keadaan terminal

menjelaskan bahwa pasien ingin diberi tahu tentang kondisinya secara jujur (Priharjo, 1995). Mengatakan yang sebenarnya, mengarahkan perawat untuk menghindari kebohongan pada pasien atau menipu pasien (Wulan, 2011).

6. Confidentiality

Confidentiality (kerahasiaan) merupakan bagian dari privasi, seseorang bersedia untuk menjaga kerahasiaan informasi. Confidentiality adalah sesuatu yang profesional dan merupakan kewajiban yang etis dalam menggunakan penggalian pengetahuan pasien untuk meningkatkan kualitas perawatan pasien dan bukan untuk tujuan lain, seperti gosip, kepentingan orang lain, dan memberikan informasi pasien pada orang lain. Perawat harus mempertahankan kerahasiaan tentang data pasien baik secara verbal maupun informasi tertulis. Menjaga kerahasiaan data pasien adalah sesuatu yang khusus dan penting dalam perawatan pasien gangguan jiwa. Meskipun pada kenyataannya, masyarakat memberikan label atau stigma kepada setiap orang yang didiagnosis menderita gangguan jiwa. Setiap pelanggaran terhadap prinsip confidentiality seperti memberitahukan data pasien, diagnosis pasien, gejala yang ditunjukkan pasien, perilaku, dan hasil pengobatan tanpa mendapat persetujuan dari pasien akan memengaruhi kualitas hidup pasien. Tenaga kesehatan khususnya perawat seringkali kesulitan untuk mempertahankan keseimbangan ini (Mohr, 2003). Menurut

Winslade (1995) praktik confidentiality terdiri dari tiga aspek berupa subjek individu atau perawatan kesehatan berhubungan dengan informasi pasien, hubungan profesional antara perawat dan pasien serta menjelaskan prosedur pertukaran informasi pasien yang secara logis dapat menerima, mengizinkan dan mengakses informasi yang bertujuan untuk memfasilitasi komunikasi sensitif dan mengeluarkan larangan individu (Registered Nursing Association British Columbia, 2000 dalam Wulan, 2011).

Menurut Purba dan Marlindawati (2010) pada keperawatan jiwa prinsip etik dan moral yang harus dilaksanakan dalam melaksanakan asuhan keperawatan jiwa adalah sebagai berikut:

- 1) Outonomy (penentuan diri) yang merupakan hak para individu untuk mengatur kegiatan-kegiatan mereka menurut alasan dan tujuan mereka sendiri.
- 2) Beneficience (melakukan hal yang baik) berarti hanya mengerjakan sesuatu yang baik.
- 3) Juctice (keadilan) dibutuhkan untuk terapi yang sama dan adil terhadap orang lain yang menjunjung prinsip-prinsip moral, legal dan kemanusiaan.
- 4) Non malfience (tidak merugikan) berarti segala tindakan yang dilakukan pada klien tidak menimbulkan bahaya/cedera secara fisik dan psikologik.
- 5) Veracity (kejujuran) berarti penuh dengan kebenaran.
- 6) Fidelity (menepati janji) dibutuhkan individu untuk

menghargai janji dan komitmennya terhadap orang lain.

- 7) Confidentiality (kerahasiaan) yaitu apa yang terdapat dalam dokumen catatan kesehatan klien hanya boleh dibaca dalam rangka pengobatan klien.

Prinsip-prinsip keperawatan kesehatan jiwa, yaitu:

1. *Roles and functions of psychiatric nurse: competent care* (peran dan fungsi keperawatan jiwa: perawatan yang kompeten)
 - a. Keperawatan jiwa mulai muncul sebagai profesi awal abad ke-19 dan masa tersebut berkembang menjadi spesialis dengan peran dan fungsi-fungsi yang unik.
 - b. Keperawatan jiwa adalah suatu proses interpersonal dengan tujuan untuk meningkatkan dan memelihara perilaku-perilaku yang mendukung terwujudnya satu kesatuan yang harmonis (*integrated*). Kliennya bisa berupa individu, keluarga, kelompok, organisasi atau masyarakat. Tiga wilayah praktik keperawatan jiwa meliputi perawatan langsung, komunikasi dan manajemen.
 - c. Ada 4 faktor yang dapat menentukan tingkat penampilan perawat jiwa, yaitu aspek hukum, kualifikasi perawat, lahan praktik, dan inisiatif dari perawat sendiri.
2. *Therapeutic Nurse Patient Relationship* (hubungan yang terapeutik antara perawat dengan klien)
 - a. Hubungan perawat klien yang terapeutik adalah pengalaman

belajar yang bermakna dan pengalaman memperbaiki emosional klien. Perawat menggunakan atribut-atribut yang ada pada dirinya dan teknik keterampilan klinik yang khusus dalam bekerja bersama dengan klien untuk perubahan perilaku klien.

- b. Kualitas pelayanan dibutuhkan oleh perawat agar dapat menjadi penolong yang efektif meliputi; pengetahuan tentang diri sendiri, klarifikasi nilai-nilai yang dianut, menggali perasaan-perasaan yang muncul, kemampuan untuk memberikan contoh, memiliki jiwa kemanusiaan, dan sikap etis dan bertanggung jawab.
- c. Model struktural dan model analisis transaksional digunakan untuk menguji komponen-komponen proses komunikasi dan melakukan identifikasi masalah bersama antara klien dengan perawat. Teknik komunikasi terapeutik yang menolong klien juga dapat didiskusikan.
- d. Dimensi respon sejati, saling menghormati, memahami, dan empatik secara nyata harus ditampilkan.
- e. Dimensi kofrontasi, kesegeraan (*immediacy*), perawat yang menutup diri, perasaan terharu yang disebabkan kepura-puraan, dapat memberikan stimulasi *role play* dan memberikan kontribusi terhadap penilaian diri pasien (*insight*).
- f. Kebuntuan dalam komunikasi terapeutik seperti resisten, transferen, konterferens, dan adanya pelanggaran wilayah

pribadi klien merupakan penghambat dalam komunikasi terapeutik.

g. Hasil terapeutik dalam bekerja dengan klien gangguan psikiatrik berkaitan dengan dasar pengetahuan perawat, keterampilan klinik, kapasitas intropeksi dan evaluasi diri perawat.

3. *Conceptual models of psychiatric nursing* (konsep model keperawatan jiwa)

Konsep model keperawatan jiwa terdiri atas 6 macam, yaitu: *Psychoanalytical* (Freud, Erickson), *Interpersonal* (Sullivan, Peplau), *Social* (Caplan, Szasz), *Existential* (Ellis, Rogers), *Supportive Therapy* (Wermon, Rockland), *Medical* (Meyer, Kraeplin)

4. *Sociocultural context of psychiatric nursing care* (keadaan-keadaan sosial budaya dalam keperawatan jiwa)

a. Kepekaan terhadap budaya adalah salah satu pengetahuan dan keterampilan yang dibutuhkan untuk kesuksesan dalam intervensi keperawatan pada kehidupan klien yang memiliki latar belakang budaya yang berbeda-beda.

b. Faktor risiko untuk gangguan psikiatri dari sosiokultural merupakan faktor predisposisi yang dapat secara berarti meningkatkan potensial kelainan psikiatri, menurunkan potensi klien untuk sembuh atau sebaliknya. Hal tersebut meliputi umur, etnik, gender, pendidikan, pendapatan, dan system keyakinan.

c. Variasi dan stresor sosiokultural menghambat

perkembangan perawatan kesehatan mental meliputi: keadaan yang merugikan, stereotype, intoleransi, stigma, prasangka, discrimination, rasisme.

- d. Respon coping dan gejala-gejala kelainan mental yang muncul diekspresikan secara berbeda dalam budaya yang berbeda.
 - e. Pengkajian kepada klien yang memiliki faktor risiko sosiokultural menarik bagi perawat untuk mampu mengidentifikasi masalah-masalah klien dan pengembangan tindakan keperawatan agar lebih akurat, sesuai, dan memiliki kepekaan budaya.
 - f. Bersama-sama antara perawat dengan klien membutuhkan persetujuan mengenai respon coping klien secara alami pemahaman dalam memecahkan masalah, dan harapan akan hasil yang didapatkan dalam konteks sosiokultural.
5. Environmental context of psychiatric nursing care (keadaan-keadaan lingkungan dalam keperawatan jiwa)

Bagian-bagian dari lingkungan secara langsung akan meengaruhi pelayanan keperawatan mental. Perawat seharusnya memberikan informasi-informasi baru dan mengintergrasikanya dalam praktik untuk menyediakan keperawatan yang berkualitas dan pelayanan yang efektif.

6. Legal ethical context of psychiatric nursing care (keadaan-keadaan legal etika dalam keperawatan jiwa)
- a. Terdapat 2 tipe penerimaan klien di rumah sakit jiwa.
Kesepakatan yang disadari dengan kesepakatan yang di

sadari dengan kesepakatan yang tidak di sadari. Kesepakatan yang tidak di sadari meliputi isu mengenai, hukum, dan aspek etik serta legal dan aspek professional.

- b. Klien psikiatri variasi hak asasi yang luas dan hak-hak sebagai warga sipil. Mereka selayaknya mendapatkan informasi hak tersebut dan pihak rumah sakit menghargai hak tersebut. Beberapa dari hak tersebut bersifat kontroversi dan dilematis.

7. Implementing the nursing process: standards of care (penatalaksanaan proses keperawatan: dengan standar-standar perawatan)

- a. Proses keperawatan bersifat interaktif, suatu proses pemecahan masalah (problem solving), digunakan oleh perawat secara sistematis dan secara individual untuk mencapai tujuan keperawatan.
- b. Pengkajian seharusnya merefleksikan keadaan, proses, informasi biopsikososiospiritual klien, data dikumpulkan secara sistematis yang secara ideal didasari konsep-konsep keperawatan jiwa.
- c. Diagnose keperawatan seharusnya meliputi respon adaptif klien atau respons maladaptif klien, mendefinisikan karakteristik respon tersebut dan pengaruh stresornya.
- d. Perencanaan keperawatan seharusnya meliputi prioritas diagnose keperawatan dan tujuan yang diharapkan.
- e. Intervensi keperawatan seharusnya secara langsung membantu klien meningkatkan insight (penilaian terhadap

dirinya) dan pemecahan masalah melalui perencanaan tindakan yang positif.

- f. Evaluasi meliputi penilaian kembali fase- fase sebelumnya dari proses keperawatan menentukan tahapan untuk merencanakan tujuan yang hendak dicapai.
8. Actualizing the psychiatric nursing role: professional performance standards (aktualisasi peran keperawatan jiwa: melalui penampilan standar-standar profesional)
- a. Standar penampilan profesional diaplikasikan untuk mengatur tanggung jawab pribadi dan untuk praktik, hal tersebut seharusnya didemonstrasikan oleh perawat baik sebagai individu maupun sebagai kelompok. Standar juga berhubungan dengan otonomi dan self definition.
 - b. Perawat psikiatri juga membutuhkan partisipasi aktif dalam organisasi evaluasi formal keseluruhan pola-pola perawatan melalui peningkatan kualitas jenis aktivitas yang meliputi system, konsumen, evaluasi klinik.
 - c. Evaluasi penampilan meliputi peninjauan kembali secara administrative penampilan kerja supervise klinik pelayanan keperawatan.
 - d. Perawat psikiatri diharapkan untuk secara kontinyu belajar untuk memelihara informasi yang lalu dan memperoleh informasi yang terkini dalam bidangnya.
 - e. Rekan sejawat membutuhkan pandangan perawat psikiatri yang memandang kelompok sebagai tim kolaborasi dalam pemberian pelayanan keperawatan.

- f. Pertimbangan legal etis dan isu terapeutik memengaruhi aspek-aspek dalam keperawatan psikiatri dan digunakan dalam pengambilan keputusan etis dalam merawat klien.
- g. Kolaborasi adalah sharing dalam perencanaan, pengambilan keputusan, pemecahan masalah, penentuan tujuan dalam berkerja sama dengan komunikasi yang terbuka. (Yosep, 2010).

C. DILEMA ETIK DAN PROSES PENGAMBILAN KEPUTUSAN ETIK KEPERAWATAN JIWA

1. Definisi Dilema Etik

Dilema etik adalah realitas sehari-hari dalam praktek keperawatan. Dilema etik selalu ada bersama dengan manusia termasuk perawat, tetapi sifat alami mereka dalam setting keperawatan kesehatan dapat berubah secara radikal sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi (Aroskar, 1980). Dilema etik dapat terjadi pada saat perawat-pasien berinteraksi di rumah sakit, keluarga, dan masyarakat. Untuk mengetahui berbagai dilema etik yang dihadapi oleh perawat, pemahaman yang menyeluruh mengenai sifat dari dilema etik termasuk definisi dari dilema etik dan dilema etik dalam praktik asuhan keperawatan merupakan hal penting (Purba, 2009).

Sebuah dilema dapat didefinisikan sebagai suatu masalah sulit yang kelihatannya tidak dapat diatasi yang melibatkan pilihan yang sama-sama tidak memuaskan, yang sering terjadi dalam praktek keperawatan (Aroskar, Liaschencko, dan Drought,

1997). Dilema etik adalah situasi ketika seseorang dipaksa untuk memilih satu dari dua pilihan yang sama-sama tidak memuaskan (Han dan Ahn, 2000). Dilema etik adalah situasi yang melibatkan tuntutan konflik moral dan akan memunculkan pertanyaan seperti “apa yang seharusnya dilakukan?” atau “keputusan atau tindakan apa yang berbahaya dan yang memberikan manfaat?”. Cassels dan Redman (1998) menguraikan dilema etik sebagai suatu situasi ketika ada dua pilihan yang sama baik yang diinginkan maupun yang tidak diinginkan dan masing-masing pilihan di antara pilihan tersebut dapat dibenarkan dengan aturan atau prinsip moral yang mendasar. Suatu dilema etik terjadi ketika (1) seseorang harus memilih di antara pilihan yang tidak dapat diterima dengan cara yang sama, (2) pilihan yang diinginkan mengarahkan pada hasil yang tidak diinginkan, (3) ketika pilihan membuat seseorang tidak tahu apa yang benar untuk dilakukan (Ellis dan Hartley, 2001; Rushton [1988] yang dikutip oleh Reigle [1996]; Sletteboe, 1997) dan sebuah dilema etik ada ketika terjadi tuntutan konflik moral dengan orang lain (Redman dan Hill, 1997 dalam Purba, 2009).

Menurut Canadian Nurses Association (2002) dilema etik adalah situasi yang timbul ketika secara bersamaan terjadi pemaksaan tindakan keperawatan yang bertentangan dengan pemahaman etika tertentu sedangkan tindakan tersebut harus dilakukan, misalnya ketika seseorang perawat terpaksa melakukan suatu tindakan perawatan tertentu walaupun tindakan tersebut menimbulkan risiko bagi dirinya (Purba, 2009).

Thompson dan Thompson (1985, dalam Kozier, Erb, dan Bufalino [1989]) menggambarkan beberapa kriteria untuk menjelaskan dilema etik dalam praktik klinik, yaitu (Purba, 2009):

- a. Kesadaran pada perbedaan pilihan. Individu harus sadar pada pilihan yang berbeda secara terbuka baik berupa kognitif (mengetahui bahwa sesuatu salah) maupun berupa efektif (perasaan bahwa sesuatu salah)
- b. Sifat moral dilema, apa dilema perawat yang muncul dalam menghadapi isu moral? Tidak semua situasi yang terlihat membingungkan bagi perawat adalah dilema etik.
- c. Dua atau lebih pilihan dengan pilihan yang tepat; untuk situasi yang menjadi dilema moral, salah satunya harus memilih dua atau lebih tindakan.

2. Klasifikasi Dilema Etik

Beberapa penelitian telah mengeksplorasi pengalaman perawat dan mahasiswa perawat ketika berhadapan dengan dilema etik (Cassells & Redmann, 1989; Chaowalit et al, 2002; Dinc & Gorgulu, 2002; Pujiastuti, 2004; Tabak 8: Reches, 1996). Dilema etik yang dihadapi perawat dalam praktik keperawatan terjadi pada situasi yang berbeda-beda. Dimensi etika dalam praktik keperawatan berorientasi pada tindakan, bukan pada perasaan dan keyakinan dengan mempertimbangkan pilihan yang merefleksikan prinsip etik (Post, 1996 dalam Purba, 2009).

Setiawan (2005) menjelaskan dalam penelitiannya bahwa ada lima dilema etik yang dialami oleh perawat yang bekerja di

ruang intensive care unit (ICU) di Medan, yaitu (Purba, 2009):

- a. Meneruskan atau menghentikan pengobatan.
- b. Siapa yang seharusnya diberi ventilator.
- c. Perawat ingin bertindak tetapi tindakannya melebihi wewenang.
- d. Mengatakan atau tidak mengatakan yang sebenarnya.
- e. Bertindak sebagai penasihat bagi pasien vs. membedakan hubungan dengan tim kesehatan yang lain.

Gold, Chambers, dan Dvorak (1995) mengemukakan dilema etik terbesar yang dialami oleh 12 perawat yang bekerja untuk penyakit akut, jangka panjang, dan perawatan rumah dalam empat kategori (Purba, 2009):

- a. Menyimpan informasi dan memberikan perhatian (veracity, kebulatan tekad diri).
- b. Keadilan dalam memberi perawatan (justice).
- c. Perbedaan antara bisnis dan nilai profesional (beneficence, justice).
- d. Aturan yang rusak dan pelaporan aturan yang rusa (Purba, 2009).

3. Pengambilan Keputusan Etis

Pengambilan keputusan etis adalah suatu keterampilan kognitif, yang membutuhkan pendidikan tentang prinsip etika dan pemahaman akan isu etika yang spesifik dan tinjauan pustaka yang relevan. Pengambilan keputusan etis dapat juga didefinisikan

sebagai suatu proses psikodinamika yang melibatkan personal, motivasi, persepsi, dan opini-opini (Salladay & Haddad, 1986 dalam Purba, 2009).

Pengambilan keputusan dipengaruhi oleh banyak faktor. Berkaitan dengan Wlody (1990), faktor yang memengaruhi pengambilan keputusan etis adalah kebutuhan pasien, proses penyakit, hati pasien, keinginan/ perasaan pasien, keinginan keluarga, tujuan yang dibuat tim pengobatan, dan faktor sosial. Berhadapan dengan ddeemi ehk, staf perawat dan mahasiswa perawat dapat menggunakan pengambilan keputusan etis untuk mengatasinya (Purba, 2009).

Menurut Yung (1997), pengambilan keputusan etis merupakan proses rasional dan analitik karena aksi terbaik secara moral dalam situasi yang melibatkan pilihan yang berbeda ditentukan. Pembuatan keputusan etis oleh perawat merupakan proses yang panjang sehingga perawat perlu mengidentifikasi dan mengevaluasi pilihan tindakan serta menentukan apa yang harus dilakukan (Erlen & Sereika, 1997 dalam Purba, 2009). Pengambilan keputusan etis adalah suatu penilaian ketika fakta-fakta dapat memberikan kontribusi tetapi keputusan akhirnya harus diambil dengan menimbang-nimbang berbagai nilai atau metode untuk menjawab pertanyaan tentang dilema etik dan untuk mengorganisasi pemikiran dengan cara yang lebih logis dan sistematis (Maramis, 1990 dalam Purba, 2009).

Berbagai faktor mempunyai pengaruh terhadap seseorang dalam membuat keputusan yang etis. Faktor tersebut antara lain

faktor agama, sosial, ilmu pengetahuan dan teknologi, legislasi atau keputusan yuridis, dana/keuangan, pekerjaan/posisi klien maupun perawat, kode etik keperawatan, dan hak-hak pasien. Pembuatan keputusan etis memerlukan penalaran etika yang bertanggung jawab, sistematis dan bukan berdasarkan emosi, intuisi, fixed policy, dan lain-lain (Suhaemi, 2003). Dapat disimpulkan bahwa pengambilan keputusan yang etis merupakan suatu proses yang sistematis atau strategi atau metoda yang digunakan oleh staf perawat maupun mahasiswa perawat ketika berhadapan dengan dilema etik di praktik keperawatan berdasarkan konsep dan prinsip etika untuk melakukan tindakan moral (Purba, 2009).

4. Teori yang Melandasi Pengambilan Keputusan Etis

Etika adalah standar studi untuk perilaku profesional yang berhubungan dengan "kebenaran dan kesalahan" tingkah laku profesional (Potter & Perry, 1992). Teori etika merupakan prinsip moral atau serangkaian prinsip moral yang dapat digunakan untuk mengkaji apa yang benar apa yang salah secara moral (Ellis 8: Hartley, 2001). Menurut Fry (1991, dalam Suhaemi [2003]) teori dasar/prinsip etika merupakan penuntun untuk membuat keputusan yang etis dalam praktik profesional. Menurut Burkhardt dan Nathaniel, (2002), teori etika merupakan teori utama dalam pengobatan, keperawatan, dan bioetik. Teori etika memberikan petunjuk dasar untuk menemukan pertanyaan moral. Ada dua dasar teori yang sering digunakan untuk menganalisis dilema etik

yaitu (Purba, 2009):

D. Hak-hak Pasien Jiwa

Hak pasien sangat bergantung pada peraturan perundangan. Menurut Undang-Undang Kesehatan Pasal 144 mengatakan, “Menjamin setiap orang dapat menikmati kehidupan kejiwaan yang sehat, bebas dari ketakutan, tekanan, dan gangguan lain yang dapat mengganggu kesehatan jiwa”. Beberapa hak pasien yang telah diadopsi oleh banyak Negara Bagian di Amerika antara lain sebagai berikut (Yusuf, 2015).

1. Hak untuk berkomunikasi dengan orang di luar rumah sakit.

Pasien bebas untuk mengunjungi dan berbicara melalui telepon secara leluasa dan mengirim surat tertutup kepada siapapun yang dipilihnya (Yusuf, 2015).

2. Hak terhadap barang pribadi.

Pasien berhak untuk membawa sejumlah terbatas barang pribadi bersamanya. Namun, bukan menjadi tanggung jawab rumah sakit untuk keamanan dan tidak membebaskan staf rumah sakit tentang jaminan keamanan pasien (Yusuf, 2015).

3. Hak menjalankan keinginan.

Kemampuan seseorang untuk menyatakan keinginannya yang dikenal sebagai “surat wasiat”. Pasien dapat membuat wasiat yang apah jika ia (1) mengetahui bahwa ia membuat surat wasiat, (2) mengetahui sifat dan besar miliknya, dan (3) mengetahui siapa teman dan keluarganya serta hubungannya

dengan mereka. Tiap kriteria ini harus dipenuhi dan didokumentasikan agar surat wasiat tersebut dapat dianggap apsaah (Yusuf, 2015).

4. Hak terhadap “Habeas Corpus”.

Semua pasien mempunyai hak, yang memperkenankan pengadilan hukum, untuk mensyaratkan pelepasan secepatnya bagi tiap individu yang dapat menunjukkan bahwa ia sedang kehilangan kebebasannya dan ditahan secara tidak legal (Yusuf, 2015).

5. Hak terhadap pemeriksaan psikiatrik yang mandiri.

Pasien boleh menuntut suatu pemeriksaan psikiatri oleh dokter yang dipilihnya sendiri. Jika dokter tersebut menentukan bahwa pasien tidak menderita gangguan jiwa, maka pasien harus dilepaskan (Yusuf, 2015).

6. Hak terhadap keleluasaan pribadi.

Individu boleh merahasiakan beberapa informasi tentang dirinya dari orang lain. “Kerahasiaan” membolehkan pemberian informasi tertentu kepada orang lain, tetapi sangat terbatas pada orang yang diberi kewenangan saja. “Komunikasi dengan hak istimewa” merupakan suatu pernyataan legal yang hanya dapat digunakan dalam proses yang berkaitan dengan pengadilan. Ini berarti bahwa pendengar tidak dapat memberikan informasi yang diperoleh dari seseorang kecuali pembicara memberikan izin. Komunikasi dengan hak istimewa tidak termasuk menggunakan catatan rumah sakit, serta sebagian besar negara tidak memberikan hak istimewa

komunikasi antara perawat dan pasien. Selain itu, terapis bertanggung jawab terhadap pelanggaran kerahasiaan hubungan untuk memperingatkan individu yang potensial menjadi korban tindak kekerasan yang disebabkan oleh pasien (Yusuf, 2015).

7. Hak persetujuan tindakan (*informed consent*).

Dokter harus menjelaskan tentang pengobatan kepada pasien, termasuk potensial komplikasi, efek samping, dan risiko. Dokter harus mendapatkan persetujuan pasien, yang harus kompeten, dipahami, dan tanpa paksaan (Yusuf, 2015).

8. Hak pengobatan.

Kriteria untuk pengobatan yang adekuat didefinisikan dalam tiga area, yaitu (1) lingkungan fisik dan psikologis manusia, (2) staf yang berkualitas dan jumlah anggota yang mencukupi untuk memberikan pengobatan, serta (3) rencana pengobatan yang bersifat individual (Yusuf, 2015).

9. Hak untuk menolak pengobatan.

Pasien dapat menolak pengobatan kecuali jika ia secara legal telah ditetapkan sebagai tidak berkemampuan. “Ketidakmampuan” menunjukkan bahwa orang yang mengalami gangguan jiwa dapat menyebabkan ketidakmampuannya untuk memutuskan dan gangguan ini membuat ia tidak mampu untuk mengatasi sendiri masalahnya. Ketidakmampuan hanya dapat dipulihkan melalui sidang pengadilan lain (Yusuf, 2015).

E. PERAN LEGAL PERAWAT KEPERAWATAN JIWA

Keperawatan jiwa mulai menjadi profesi pada awal abad ke-19 dan pada masa tersebut berkembang menjadi spesialis dengan peran dan fungsi-fungsi yang unik. Keperawatan jiwa adalah suatu proses interpersonal dengan tujuan untuk meningkatkan dan memelihara perilaku-prilaku yang mendukung terwujudnya suatu kesatuan yang harmonis (*integrated*). Kliennya dapat berupa individu, keluarga, kelompok, organisasi, masyarakat. Tiga wilayah praktik keperawatan jiwa meliputi perawatan langsung, komunikasi, dan manajemen.

Perawat jiwa memiliki hak dan tanggung jawab dalam tiga peran legal yaitu perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan, perawat sebagai pekerja, dan perawat sebagai warga negara. Perawat mungkin mengalami konflik kepentingan antara hak dan tanggung jawab ini. Penilaian keperawatan profesional memerlukan pemeriksaan yang teliti dalam konteks asuhan keperawatan, kemungkinan konsekuensi tindakan keperawatan, dan alternatif yang mungkin dilakukan perawat (Farida, 2012).

Malpraktik mencakup kegagalan seorang profesional untuk memberikan jenis asuhan yang dilakukan oleh anggota profesi di masyarakat, yang membahayakan pasien. Kebanyakan tuntutan malpraktik diarsipkan dalam hukum tentang kesalahan karena kelalaian. Kesalahan merupakan suatu kesalahan sipil yang di dalamnya pihak yang dirugikan memiliki hak untuk mendapatkan kompensasi. Di bawah hukum tentang kesalahan karena kelalaian, penggugat harus membuktikan (Farida, 2012):

1. Ada kewajiban legal untuk melakukan asuhan.
2. Perawat melakukan tugasnya dengan kelalaian.
3. Gangguan yang dialami pasien sebagai akibatnya.
4. Gangguan bersifat substansial.

Peran dan fungsi perawat jiwa saat ini telah berkembang secara kompleks dari elemen historis aslinya (Stuart, 2002). Peran perawat jiwa sekarang mencakup parameter kompetensi klinik, advokasi pasien, tanggung jawab fiskal (keuangan), kolaborasi profesional, akuntabilitas (tanggung gugat) sosial, serta kewajiban etik dan legal. Dengan demikian, dalam memberikan asuhan keperawatan jiwa perawat dituntut melakukan aktivitas pada tiga area utama yaitu (Farida, 2012):

- a. aktivitas asuhan langsung, seperti
- b. aktivitas komunikasi, dan
- c. aktivitas pengelolaan/penatalaksanaan manajemen keperawatan.

REFERENSI

- Brown, Julia S. 1990. On The Seclusion of Psychiatric Patients
Vol. 35 No. 05. Pergamon Press Ltd: USA.
- Georgiva, Irina. 2013. Psychiatry Research: Reducing seclusion
through involuntary medication: A randomized clinical
trial. Vol. 205. England: Elsevier.
- Janssen. W. A. 2013. Differences in Seclusion Rates Between
Admission Wards: Does Patient Complication Explain?. Vol.
52. Springer: Netherland.
- Kusumawati, Farida, dkk. 2012. Buku Ajar Keperawatan Jiwa.
Jakarta: Salemba Medika
- Purba, Jenny Marlindawani, dkk. 2009. Dilema Etik dan
Pengambilan Keputusan Etik dalam Praktik Keperawatan
Jiwa. Jakarta: EGC.
- Simpson, A. Scott. 2014. Journal General Hospital Psychiatry:
Risk for physical restraint or seclusion in the psychiatric
emergency service (PES). Vol.36. England: Elsevier.
- Stuart, Gail. W. 2006. Buku Saku Keperawatan Jiwa Edisi 5.
Jakarta: EGC.<http://idi-jakpus.com/wp-content>.

ROFIL PENULIS



HERTIANA lahir di Rantai Damai, 16 April 1977. Menyelesaikan pendidikan AKPER Panakkung di Ujung Pandang tahun 1998. Mendapat gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep.) dan Profesi (Ns.) dari Universitas Hasanuddin Makassar tahun 2009. Penulis menyelesaikan pendidikan Master Keperawatan (S2) di Universitas Hasanuddin Makassar tahun 2015. Penulis memulai kariernya sebagai perawat komunitas di Puskesmas Pontap Kota Palopo, penulis aktif sebagai pengajar di Universitas Mega Buana Palopo sejak tahun 2016 sampai sekarang.

Email Penulis: herthy_ana@yahoo.com

BAB 7
PROSES KEPERAWATAN JIWA
PADA SITUASI BENCANA
(Wihelmus Nong Baba, S.Kep., Ns., M.Kes.)

Universitas Nusa Nipa, Maumere, 081339419034

wilhelmusnongbaba@gmail.com

A. LATAR BELAKANG

Proses bencana alam seringkali tidak terduga dan bencana alam memakan jiwa yang jumlahnya tidak sedikit, sehingga banyak yang tidak siap dan tanggap dalam memperkirakan bencana alam yang datang tiba-tiba. Profesi keperawatan bersifat luwes dan mencakup segala kondisi, dimana perawat tidak hanya terbatas pada pemberian asuhan dirumah sakit saja melainkan juga dituntut mampu bekerja dalam kondisi siaga tanggap bencana. Situasi penanganan antara keadaan siaga dan keadaan normal memang sangat berbeda, sehingga perawat harus mampu secara skill dan teknik dalam menghadapi kondisi seperti ini. Kegiatan pertolongan medis dan perawatan dalam keadaan siaga bencana dapat dilakukan oleh profesi keperawatan. Berbekal pengetahuan dan kemampuan yang dimiliki seorang perawat bisa melakukan pertolongan siaga bencana dalam berbagai bentuk. Aspek psikologis erat kaitannya dengan proses kehilangan, tidak hanya fisik, kehilangan barang milik, kehilangan orang yang dikasihi tetapi juga sosial, kehilangan

aktivitas, kehilangan ikatan kekeluargaan dan lain sebagainya.

Mengingat dampak psikologis bencana sangat besar dalam arti jumlah mereka yang mengalami dampak besar namun jumlah profesional kesehatan mental terbatas (jumlah psikolog klinis dan psikiater sedikit). Belum lagi proses penanganan aspek psikologis bencana tidak singkat melainkan merupakan proses yang relatif panjang. Sehingga perlu dirancang sebuah strategi penanganan bencana untuk mengatasi masalah psikologis yang berkelanjutan dengan menggunakan suatu system teknologi modern serta bentuk dan peran yang bisa dilakukan perawat dalam keadaan tanggap bencana, terutama permasalahan dalam mengatasi masalah psikis dari penderita bencana alam yang dapat mengganggu dan berpengaruh terhadap masalah kesehatan dari klien.

Bencana adalah peristiwa atau rangkaian peristiwa yang mengancam dan mengganggu kehidupan dan penghidupan masyarakat yang disebabkan baik oleh alam dan/atau non alam maupun faktor manusia sehingga mengakibatkan timbulnya korban jiwa manusia, kerusakan lingkungan, kerugian harta benda dan dampak psikologis (Undang-Undang Nomor 24 tahun 2007).

Bencana alam dapat menyebabkan dampak serius dan berkepanjangan terhadap kesehatan fisik maupun psikologis pada korban bencana yang selamat. Stres pascatrauma post traumatic stress disorder (PTSD) merupakan kelainan psikologis yang umum diteliti setelah terjadinya bencana. PTSD dicirikan dengan adanya gangguan ingatan secara permanen terkait kejadian traumatik, perilaku menghindar dari rangsangan terkait trauma, dan

mengalami gangguan meningkat terus-menerus. Angka kejadian PTSD pada korban yang mengalami bencana langsung yang selamat kurang lebih 30% sampai 40%. Pengamatan pada 262 korban tsunami di Aceh menunjukkan bahwa 83,6% mengalami tekanan emosi berat dan 77,1% menunjukkan gejala depresi. Bencana dapat juga didefinisikan sebagai situasi dan kondisi yang terjadi dalam kehidupan masyarakat.

B. PARADIGMA PENANGGULANGAN BENCANA

Konsep penanggulangan bencana telah mengalami pergeseran paradigma dari konvensional yakni anggapan bahwa bencana merupakan kejadian yang tak terelakan dan korban harus segera mendapatkan pertolongan, ke paradigma pendekatan holistik yakni menempatkan bencana dalam tataran manajemen yang dikenali dari bahaya, kerentanan serta kemampuan masyarakat. Pada konsep ini dipersepsikan bahwa bencana merupakan kejadian yang tak dapat dihindari, namun risiko atau akibat kejadian bencana dapat diminimalisasi dengan mengurangi kerentanan masyarakat yang ada di lokasi rawan bencana serta meningkatkan kapasitas masyarakat dalam pencegahan dan penanganan bencana.

Tahapan penyelenggaraan penanggulangan bencana meliputi:

1. Pra bencana, pada tahapan ini dilakukan kegiatan perencanaan penanggulangan bencana, pengurangan risiko bencana, pencegahan, pemaduan dalam perencanaan pembangunan, persyaratan analisis risiko bencana, penegakan rencana tata ruang, pendidikan dan pelatihan serta penentuan persyaratan

standar teknis penanggulangan bencana (kesiapsiagaan, peringatan dini dan mitigasi bencana).

2. Tanggap darurat, tahapan ini mencakup pengkajian terhadap lokasi, kerusakan dan sumber daya; penentuan status keadaan darurat; penyelamatan dan evakuasi korban, pemenuhan kebutuhan dasar; pelayanan psikososial dan kesehatan.
3. Paska bencana, tahapan ini mencakup kegiatan rehabilitasi (pemulihan daerah bencana, prasaranan dan saran umum, bantuan perbaikan rumah, sosial, psikologis, pelayanan kesehatan, keamanan dan ketertiban) dan rekonstruksi (pembangunan, pembangkitan dan peningkatan sarana prasarana termasuk fungsi pelayanan kesehatan).

C. PERAN MAHASISWA KEPERAWATAN DALAM TANGGAP BENCANA

Pelayanan keperawatan tidak hanya terbatas diberikan pada instansi pelayanan kesehatan seperti rumah sakit saja. Tetapi, pelayanan keperawatan tersebut juga sangat dibutuhkan dalam situasi tanggap bencana. Mahasiswa keperawatan tidak hanya dituntut memiliki pengetahuan dan kemampuan dasar praktek keperawatan saja. Lebih dari itu, kemampuan tanggap bencana juga sangat di butuhkan saat keadaan darurat. Hal ini diharapkan menjadi bekal bagi mahasiswa keperawatan untuk bisa terjun memberikan pertolongan dalam situasi bencana. Namun, kenyataan yang terjadi di lapangan sangat berbeda, kita lebih banyak melihat tenaga relawan dan LSM lain yang memberikan pertolongan lebih

dahulu dibandingkan dengan mahasiswa keperawata, walaupun ada itu sudah terkesan lambat.

Kegiatan penanganan siaga bencana memang berbeda dibandingkan pertolongan medis dalam keadaan normal lainnya. Ada beberapa hal yang menjadi perhatian penting. Berikut beberapa tindakan yang bisa dilakukan oleh mahasiswa keperawatan dalam situasi tanggap bencana:

1. Pengobatan dan Pemulihan Kesehatan Fisik

Bencana alam yang menimpa suatu daerah, selalu akan memakan korban dan kerusakan, baik itu korban meninggal, korban luka luka, kerusakan fasilitas pribadi dan umum, yang mungkin akan menyebabkan isolasi tempat, sehingga sulit dijangkau oleh para relawan. Hal yang paling urgen dibutuhkan oleh korban saat itu adalah pengobatan dari tenaga kesehatan. Mahasiswa keperawatan bisa turut andil dalam aksi ini, baik berkolaborasi dengan tenaga perawat atau pun tenaga kesehatan profesional, ataupun juga melakukan pengobatan bersama mahasiswa keperawatan lainnya secara cepat, menyeluruh dan merata di tempat bencana. Pengobatan yang dilakukan pun bisa beragam, mulai dari pemeriksaan fisik, pengobatan luka, dan lainnya sesuai dengan profesi keperawatan.

2. Pemberian Bantuan Mahasiswa Keperawatan

Melakukan aksi galang dana bagi korban bencana, dengan menghimpun dana dari berbagai kalangan dalam berbagai bentuk, seperti makanan, obat obatan, keperluan sandang dan lain sebagainya. Pemberian bantuan tersebut bisa dilakukan langsung

oleh mahasiswa keperawatan secara langsung di lokasi bencana dengan mendirikan posko bantuan. Selain itu, hal yang harus difokuskan dalam kegiatan ini adalah pemerataan bantuan di tempat bencana sesuai kebutuhan yang di butuhkan oleh para korban saat itu, sehingga tidak akan ada lagi para korban yang tidak mendapatkan bantuan tersebut dikarenakan bantuan yang menumpuk ataupun tidak tepat sasaran.

3. Pemulihan Kesehatan Mental Para Korban Suatu Bencana

Biasanya akan mengalami trauma psikologis akibat kejadian yang menimpanya. Trauma tersebut bisa berupa kesedihan yang mendalam, ketakutan dan kehilangan berat. Tidak sedikit trauma ini menimpa wanita, ibu-ibu dan anak anak yang sedang dalam masa pertumbuhan. Sehingga apabila hal ini terus berkelanjutan maka akan mengakibatkan stres berat dan gangguan mental bagi para korban bencana.

Hal yang dibutuhkan dalam penanganan situasi seperti ini adalah pemulihan kesehatan mental yang dapat dilakukan oleh mahasiswa keperawatan. Pada orang dewasa, pemulihannya bisa dilakukan dengan sharing dan mendengarkan segala keluhan keluhan yang dihadapinya, selanjutnya diberikan sebuah solusi dan diberi penyemangat untuk tetap bangkit. Sedangkan pada anak anak, cara yang efektif adalah dengan mengembalikan keceriaan mereka kembali, hal ini mengingat sifat lahiriah anak anak yang berada pada masa bermain. Mahasiswa keperawatan dapat mendirikan sebuah taman bermain, dimana anak anak tersebut akan mendapatkan permainan, cerita lucu, dan lain sebagainya.

Sehingga kepercayaan diri mereka akan kembali seperti sedia kala.

4. Pemberdayaan Masyarakat

Kondisi masyarakat di sekitar daerah yang terkena musibah pascabencana biasanya akan menjadi terkatung katung tidak jelas akibat memburuknya keadaan pascabencana, akibat kehilangan harta benda yang mereka miliki. Sehingga banyak di antara mereka yang patah arah dalam menentukan hidup selanjutnya. Hal yang bisa menolong membangkitkan keadaan tersebut adalah melakukan pemberdayaan masyarakat. Masyarakat perlu mendapatkan fasilitas dan skill yang dapat menjadi bekal bagi mereka

a. Tahapan Bencana Pencegahan, Mitigasi, dan Kesiapsiagaan Tanggap Darurat:

Pra Bencana

Kondisi non bencana adalah kondisi tidak ada bencana pada lokasi rawan bencana seperti daerah pantai atau pegunungan, daerah jalur gempa, daerah pinggiran sungai, lokasi pemukiman padat, gedung-gedung tinggi dan lain-lain. Upaya yang dilakukan selama pra bencana adalah: pencegahan, mitigasi, dan kesiapsiagaan. Tujuan persiapan menghadapi bencana, meningkatkan coping bagaimana menghadapi bencana. Perilaku yang muncul menerima melawan menyangkal. Peran dari relawan persiapan, melatih masyarakat, meningkatkan pengetahuan masyarakat. Peran tenaga kesehatan jiwa profesional merencanakan kesiagaan, latihan simulasi keadaan darurat bencana, melatih tenaga kesehatan setempat, meningkatkan pengetahuan mitigasi, kolaborasi dengan

pemerintah setempat yang berwenang, menginformasikan kebijakan yang dapat dipertanggungjawabkan, menyusun tim pertolongan pertama dengan terstruktur, membangun system peringatan dini bencana

b. Saat Bencana (Emergency)

Kondisi bencana adalah ketika bencana benar-benar sedang terjadi. Lama waktu kondisi ini berbeda-beda. Beberapa kondisi yang biasanya menyertai bencana antara lain adalah kematian, kerusakan dan kehilangan harta benda, serta perpisahan dengan orang yang dicintai.

Tahapan saat bencana ini terbagi menjadi 3 yaitu :

- 1) Tahapan impact (0-48 jam setelah kejadian bencana)
- 2) Tahapan rescue (0-1 minggu setelah terjadi bencana)
- 3) Tahapan recovery (1-4 minggu setelah terjadi bencana)

c. Tahapan Impact

Tujuan bertahan dalam kondisi bencana, komunikasi intensif perilaku yang muncul agresif/pasif, pasrah, menyerah peran dari relawan memberikan pertolongan, melindungi, evakuasi dan pengungsian.

Peran tenaga kesehatan jiwa profesional

Pemenuhan kebutuhan dasar:

- 1) Menjamin keamanan dan keselamatan
- 2) Memastikan ketersediaan makanan dan pengungsian
- 3) Memberikan pendampingan orientasi kejadian
- 4) Melakukan pertolongan pertama pada psikologis (Psychological First Aid)

- 5) Mempertahankan dukungan dan menunjukkan kehadiran bagi mereka yang mengalami distress
- 6) Menjaga agar keluarga dapat tetap bersama monitor dampak bencana terhadap lingkungan
- 7) Mengobservasi dan mendengarkan korban yang paling terpengaruh
- 8) Pantau lingkungan yang dapat mencetuskan stres
- 9) Memberikan bantuan teknis, konsultasi, dan pelatihan

Masalah yang tidak kalah penting adalah masalah psikososial dan kesehatan jiwa yang timbul pada saat dan pascabencana, dan biasanya sering luput dari perhatian orang yang mengalami peristiwa bencana atau traumatic ini, umumnya akan mengalami distress dan dapat timbul gejala-gejala pascatrauma yang membutuhkan daya adaptasi yang luar biasa. Hampir 70-80% orang yang mengalami peristiwa traumatic akibat bencana akan memunculkan gejala-gejala distress mental yang umumnya terjadi seperti ketakutan, gangguan tidur, mimpi buruk, panic, siaga berlebihan, berduka dan lain-lain.

Hal ini merupakan suatu respon normal yang umumnya timbul pada situasi tidak normal seperti pada situasi bencana.. Umumnya keadaan tersebut bersifat sementara dan sebagian besar akan pulih secara alamiah dengan berlalunya waktu, meskipun tanpa intervensi yang spesifik. Karenanya, dalam melakukan intervensi dalam bentuk apapun, hendaknya jangan merusak mekanisme adaptasi normal yang dimiliki setiap individu yang justru dapat menghambat proses pemulihan. Korban bencana dan peristiwa

traumatic memerlukan pendampingan psikososial yang tepat dapat membantu individu mengembangkan mekanisme koping yang ada dalam dirinya sehingga mereka secepatnya dapat menata kehidupannya kembali.

REFERENSI

Santamaria, Barbara, 1995. Community Health Nursing Theory and Practice. New Jersey: Pearson Education

World Health Organization (2002)

PROFIL PENULIS



Wilhelmus Nong Baba yang lahir di Kota Maumere Kabupaten Sikka Pulau Flores, Provinsi Nusa Tenggara Timur adalah seorang pengajar yang telah memiliki jabatan Asisten Ahli pada Universitas Nusa Nipa Indonesia di Maumere. Penulis baru menyelesaikan program pascasarjana tahun 2107 di Universitas Indonesia Timur Makasar dengan mengambil Program Studi Kesehatan Lingkungan. Penulis kini sebagai dosen tetap yayasan pada Universitas Nusa Nipa Indonesia di Maumere sejak tahun 2012 dan sudah banyak membuat pengabdian kepada masyarakat sebagai bentuk dari salah satu Tri Dharma Perguruan Tinggi. Penulis juga telah membuat buku dan mendapatkan HaKI atas penerbitan beberapa buku ber-ISBN di antaranya buku *Perilaku Hidup Bersih dan Sehat pada Rumah Tangga* tahun 2020, *Promosi Kesehatan dan Merdeka Belajar Kampus Merdeka* tahun 2021. Ketertarikan penulis akan membuat buku bertemakan *Proses Keperawatan Jiwa pada Situasi Bencana* adalah sebagai salah satu bentuk kepedulian kita terhadap semua warga yang mengalami musibah bencana alam agar kita lebih peka dan mengurangi permasalahan psikologis mereka sejak mengalami trauma musibah bencana. Email: wilhelmusnongbaba@gmail.com

BAB 8
ASUHAN KEPERAWATAN SEHAT JIWA
SEPANJANG RENTAN KEHIDUPAN
(Kens Napolion, S.Kp., M.Kep., Sp.Kep.J.)

STIKes Panakkukang Makassar; Jalan Adhyaksa Nomor 5

Makassar, telepon (0411) 444-133

Email: daeng_Kens1@yahoo.com

A. STANDAR ASUHAN KEPERAWATAN SEHAT JIWA
PADA USIA BAYI (Percaya vs Tidak Percaya)

1. Pengertian

Masa usia bayi, dikenal sebagai masa keemasan karena berlangsung secara singkat dan tidak dapat diulang. Usia perkembangan bayi menurut WHO terbagi menjadi dua, yaitu (neonatal sejak lahir sampai usia 28 hari) dan bayi dari (usai 29 hari sampai 12 bulan).

Pada tahap perkembangan bayi usia (0-18) bulan dimana pada usia ini bayi belajar terhadap kepercayaan dan ketidakpercayaan. Masa ini merupakan krisis pertama yang dihadapi oleh bayi.

Perlu diingat bahwa kecepatan perkembangan usia bayi bisa sangat berbeda dengan teman-teman seusianya. Di tahun pertama, perkembangan usia bayi akan dilihat dari kemampuan motorik kasar, motorik halus, kognitif, dan sosial

2. Karakteristik Perilaku

Karakteristik Normal

- a. Menangis ketika ditinggalkan oleh ibunya
- b. Menangis saat basah, lapar, haus, dingin, panas, sakit.
- c. Menolak atau menangis saat digendong oleh orang yang tidak dikenalnya.
- d. Segera terdiam saat digendong, dipeluk atau dibuai.
- e. Saat menangis mudah dibujuk untuk diam kembali.
- f. Menyembunyikan wajah dan tidak langsung menangis saat bertemu dengan orang yang tidak dikenalnya.
- g. Mendengarkan musik atau bernyanyi dengan senang.
- h. Menoleh mencari sumber suara saat namanya dipanggil.
- i. Saat diajak bermain memperlihatkan wajah senang.
- j. Saat diberikan mainan meraih mainan atau mendorong dan membantingnya.

3. Diagnosis Keperawatan

Penegakan diagnosis keperawatan didasarkan pada data yang didapat melalui wawancara, observasi, maka perawat dapat merumuskan diagnosis keperawatan sebagai berikut: Kesiapan peningkatan perkembangan bayi.

4. Tindakan Keperawatan

- a. Segera menggendong, memeluk dan membuai bayi saat bayi menangis.
- b. Memenuhi kebutuhan dasar bayi (lapar, haus, basah, sakit)
- c. Memberi selimut saat bayi kedinginan
- d. Mengajak berbicara dengan bayi

- e. Memanggil bayi sesuai dengan namanya
- f. Mengajak bayi bermain (bersuara lucu, menggerakkan benda, memperlihatkan bendaberwarna menarik, benda berbunyi)
- g. Keluarga bersabar dan tidak melampiaskan kekesalan atau kemarahan pada bayi
- h. Segera membawa bayi kepada pusat layanan kesehatan bila bayi mengalami masalah kesehatan atau sakit.

B. STANDAR ASUHAN KEPERAWATAN SEHAT JIWA PADA USIA KANAK-KANAK (Otonomi Versus Ragu-Ragu)

1. Pengertian

Anak usia kanak-kanak (toddler) merupakan anak yang berada antara rentang usia 18-36 bulan (Soetjiningsih dan Gde Ranuh, 2013). Masa ini juga merupakan masa golden age/masa keemasan untuk kecerdasan dan perkembangan anak (Loeziana Uce, 2015).

Pada tahap perkembangan anak usia kanak-kanak, dimana pada usia ini anak belajar melatih kemandiriannya untuk melakukan tindakan biasanya dicirikan anak mengeksplor lingkungan sekitar. Jika anak tidak mampu mencapai tugas perkembangan pada masa ini anak akancenderung kurang percaya diri.

2. Karakteristik Perilaku

Karakteristik Normal

- a. Menenal dan mengakui namanya
- b. Sering menggunakan kata “jangan/tidak/nggak”
- c. Banyak bertanya tentang hal benda yang asing baginya.

- d. Mulai melakukan kegiatan sendiri dan tidak mau diperintah, misalnya minumsendiri, berpakaian sendiri, makan sendiri.
- e. Bertindak semaunya sendiri dan tidak mau diperintah
- f. Mulai bergaul dengan orang lain tanpa diperintah
- g. Mulai bermain dan berkomunikasi dengan orang lain di luar keluarganya
- h. Minimal mampu berpisah sementara dengan orang tua
- i. Menunjukkan rasa suka dan tidak suka
- j. Meniru kegiatan keagamaan yang dilakukan keluarga
- k. Tampak percaya diri tampil di depan/ tidak takut melakukan sesuatu

3. Diagnosis Keperawatan

Menegakkan diagnosis keperawatan didasarkan pada data yang didapat melalui wawancara, observasi, maka perawat dapat merumuskandiagnosis keperawatan sebagai berikut: Kesiapan peningkatan perkembangan kanak-kanak.

4. Tindakan Keperawatan

- a. Latih anak untuk melakukan kegiatan secara mandiri
- b. Puji keberhasilan yang dicapai anak.
- c. Tidak menggunakan kata yang memerintah tetapi melatih anak memberikan pilihan-pilihan dalam memuaskan keinginannya.
- d. Hindari suasana yang membuat anak bersikap negatif.
- e. Tidak menakut-nakuti anak dengan kata-kata ataupun perbuatan, tidak mengancam
- f. Berikan mainan sesuai usia perkembangan (boneka, mobil-

mobilan, balon, bola, kertas gambar, dan pensil warna).

- g. Saat anak mengamuk (*tempertantum*), pastikan ia aman dan awasi dari jauh.
- h. Beri tahu tindakan yang boleh dilakukan dan tidak boleh dilakukan, tindakan baik danburuk dengan kalimat positif.
- i. Libatkan anak dalam kegiatan keagamaan.

C. STANDAR ASUHAN KEPERAWATAN SEHAT JIWA PADA USIA PRA SEKOLAH (Inisiatif Versus Rasa Bersalah)

1. Pengertian

Anak usia prasekolah adalah anak yang berusia antara (3–6), dimana tahap perkembangan pada usia ini anak akan belajar berinteraksi dengan orang lain, berfantasi danberinisiatif, pengenalan identitas kelamin dan meniru. Anak usia pra sekolah umumnya sangat aktif. Mereka telah memiliki penguasaan terhadap tubuhnya dan sangat menyukai kegiatan yang dilakukan sendiri.

Pada usia anak prasekolah ini juga biasanya mengikuti program preschool. Di Indonesia untuk usia (3–6) tahun biasanya mengikuti program Taman Kanak-kanak (Dewi, 2015).

2. Karakteristik Perilaku

- a. Anak suka mengkhayal dan kreatif
- b. Anak punya inisiatif bermain dengan alat-alat di rumah
- c. Anak suka bermain dengan teman sebaya
- d. Anak mudah berpisah dengan orang tua
- e. Anak menger mana yang benar dan yang salah
- f. Anak belajar merangkai kata dan kalimat

- g. Anak mengenal berbagai warna
- h. Anak membantu melakukan pekerjaan rumah sederhana
- i. Anak mengenal jenis kelaminnya
- j. Belajar ketrampilan baru melalui permainan

3. Diagnosis Keperawatan

Penegakan diagnosis keperawatan didasarkan pada data yang didapat melalui wawancara, observasi, maka perawat dapat merumuskan diagnosis keperawatan sebagai berikut: Kesiapan peningkatan perkembangan pra sekolah.

4. Tindakan Keperawatan

- a. Pemenuhan kebutuhan fisik yang optimal
 - 1) Kaji pemenuhan kebutuhan fisik anak
 - 2) Anjurkan pemberian makanan dengan gizi yang seimbang
 - 3) Kaji pemberian vitamin dan imunisasi alangan (booster)
 - 4) Ajarkan kebersihan diri
- b. Mengembangkan ketrampilan motorik kasar dan halus
 - 1) Kaji kemampuan motorik kasar dan halus anak
 - 2) Fasilitasi anak untuk bermain yang menggunakan motorik kasar (dejar-kejaran, papan seluncur, sepeda, sepak bola, tangkap bola dll)
 - 3) Fasilitasi anak untuk kegiatan dengan menggunakan motorik halus (belajarmenggambar, menulis, mewamai, menyusun balok dll)
 - 4) Menciptakan lingkungan aman dan nyaman bagi anak untuk bermain di rumah
- c. Mengembangkan ketrampilan bahasa

- 1) Kaji ketrampilan bahasa yang dikuasai anak
 - 2) Berikan kesempatan anak bertanya dan bercerita
 - 3) Sering mengajak komunikasi
 - 4) Ajari anak belajar membaca
 - 5) Belajar bernyanyi
- d. Mengembangkan ketrampilan adaptasi psikososial
- 1) Kaji ketrampilan adaptasi psikososial anak
 - 2) Berikan kesempatan anak bermain dengan teman sebaya
 - 3) Berikan dorongan dan kesempatan ikut perlombaan
 - 4) Latih anak berlubungan dengan orang lain yang lebih dewasa
- e. Membentuk identitas dan peran sesuai jenis kelamin
- 1) Kaji identitas dan peran sesuai jenis kelamin
 - 2) Ajari mengenal bagian-bagian tubuh
 - 3) Ajari mengenal jenis kelamin sendiri dan membedakan dengan jenis kelamin anak lain
 - 4) Berikan pakaian dan mainan sesuai jenis kelamin
- f. Mengembangkan kecerdasan
- 1) Kaji perkembangan kecerdasan anak
 - 2) Bimbing anak dengan imajinasinya untuk menggali kreatifitas, dan bercerita
 - 3) Bimbing anak belajar ketrampilan baru
 - 4) Berikan kesempatan dan bimbing anak membantu melakukan pekerjaan rumahsederhana
 - 5) Ajari pengenalan benda, warna, huruf, angka
 - 6) Latih membaca, menggambar dan berhitung

- g. Mengembangkan nilai moral
 - 1) Kaji nilai-nilai moral yang sudah diajarkan pada anak
 - 2) Ajarkan dan latih menerapkan nilai agama dan budaya yang positif
 - 3) Kenalkan anak terhadap nilai-nilai mana yang baik dan tidak
 - 4) Berikan pujian atas nilai-nilai positif yang dilakukan anak
 - 5) Latih kedisiplinan
- h. Meningkatkan peran serta keluarga dalam meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan
 - 1) Tanyakan kondisi pertumbuhan dan perkembangan anak
 - 2) Tanyakan upaya yang sudah dilakukan keluarga terhadap anak
 - 3) Berikan reinforcement atas upaya positif yang sudah dilakukan keluarga
 - 4) Anjurkan keluarga untuk tetap rutin membawa anaknya kefasilitas kesehatan (posyandu, puskesmas dll)
 - 5) Anjurkan pada keluarga untuk memberikan makan bergizi seimbang
 - 6) Berikan pendidikan kesehatan tentang tugas perkembangan normal pada usiaprasekolah
 - 7) Berikan informasi cara menstimulasi perkembangan pada usia prasekolah

D. STANDAR ASUHAN KEPERAWATAN SEHAT MENTAL PADA USIA SEKOLAH (Industri Versus Harga Diri Rendah)

1. Pengertian

Anak usia sekolah merupakan anak yang sedang berada pada periode usia pertengahan yaitu anak yang berusia (6-12) tahun (Santrock, 2008), sedangkan menurut Yusuf (2011) anak usia sekolah merupakan anak usia (6-12) tahun yang sudah dapat mereaksikan rangsang intelektual atau melaksanakan tugas-tugas belajar yang menuntut kemampuan intelektual atau kemampuan kognitif (seperti: membaca, menulis, dan menghitung)

Pekembangan kemampuan psikososial anak usia sekolah ini memiliki kemampuan menghasilkan karya, berinteraksi dan berprestasi dalam belajar berdasarkan kemampuan diri sendiri (Keliat, Daulima, Farida, 2011).

2. Karakteristik Perilaku

Karakteristik perilaku anak usia sekolah meliputi:

- a. Perkembangan yang normal: Industri/produktif
 - 1) Menyelesaikan tugas (sekolah atau rumah) yang diberikan
 - 2) Mempunyai rasa bersaing (kompetisi)
 - 3) Senang berkelompok dengan teman sebaya dan mempunyai sahabat karib
 - 4) Berperan dalam kegiatan kelompok
 - 5) Mulai mengerti nilai mata uang dan satuannya
 - 6) Mampu menyelesaikan pekerjaan rumah tangga sederhana misal merapikan tempat tidur, menyapu dan sebagainya.

7) Memiliki hobby tertentu, misal naik sepeda, membaca buku cerita, menggambar

8) Tidak ada tanda bekas luka penganiayaan

b. Penyimpangan Perkembangan: Harga diri rendah

1) Tidak mau mengerjakan tugas sekolah

2) Membangkang pada orang tua untuk mengerjakan tugas

3) Tidak ada kemauan untuk bersaing dan terkesan malas

4) Tidak mau terlibat dalam kegiatan kelompok

5) Memisahkan diri dari teman sepermainan dan teman sekolah

3. Diagnosis Keperawatan

Penegakan diagnosis keperawatan didasarkan pada data yang didapat melalui wawancara, observasi, maka perawat dapat merumuskan diagnosis keperawatan sebagai berikut: Kesiapan peningkatan perkembangan usia sekolah

4. Intervensi Keperawatan

a. Mempertahankan pemenuhan kebutuhan fisik yang optimal

1) Kaji pemenuhan kebutuhan fisik anak

2) Anjurkan pemberian makanan dengan gizi yang seimbang

3) kolaborasi pembenihan vitamin dan vaksinasi ulang (booster)

4) Ajarkan kebersihan diri

b. Mengembangkan ketrampilan motorik kasar dan halus

1) Kaji ketrampilan motorik kasar dan halus anak

2) Fasilitasi anak untuk bermain yang menggunakan motorik kasar (kejar-kejaran, papanseluncur, sepeda, sepak bola, tangkap bola, lompat tali)

3) Fasilitasi anak untuk kegiatan dengan menggunakan motorik

halus (belajarmenggambar melukis, menulis, mewarna, membuat kerajinan tangan seperti vas, kotakpensil, lampion dsb.)

4) Menciptakan lingkungan aman dan nyaman bagi anak untuk bermain

c. Mengembangkan ketrampilan adaptasi psikososial

1) Kaji ketrampilan adaptasi psikososial anakwaktu bagi anak untuk bermain keluar rumah bersama teman kelompoknya

2) Berikan dorongan dan kesempatan ikut berbagai perlombaan

3) Berikan hadiah atas prestasi yang diraih

4) Latih anak berhubungan dengan orang lain yang lebih dewasa

d. Mengembangkan kecerdasan

1) Kaji perkembangan kecerdasan anak

2) Mendiskusikan kelebihan dan kemampuannya

3) Memberikan pendidikan dan ketrampilan yang baik bagi anak

4) Memberikan bahan bacaan dan permainan yang meningkatkan kreatifitas

5) Bimbing anak belajar ketrampilan baru

6) Libatkan anak melakukan pekerjaan rumah sederhana misalnya masak, membersihkanmobil, menyirami tanaman, menyapu

7) Latih membaca, menggambar dan berhitung

8) Asah dan kembangkan hobby yang dimiliki anak

e. Mengembangkan nilai-nilai moral

1) Kaji nilai-nilai moral yang sudah diajarkan pada anak

- 2) Ajarkan dan latih menerapkan nilai agama dan budaya yang positif
 - 3) Ajarkan inubungan sebab akibat suatu tindakan
 - 4) Bumbing anak saat menonton TV dan membaca buku cerita
 - 5) Benkan pujian atas nilai-nilai positif yang dilakukan anak
 - 6) Latih kedisiplinan
- f. Meningkatkan peran serta keluarga dalam meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan.
- 1) Tanyakan kondisi pertumbuhan dan perkembangan anak
 - 2) Tanyakan upaya yang sudah dilakukan keluarga terhadap anak
 - 3) Berikan pujian atas upaya positif yang sudah dilakukan keluarga
 - 4) Anjurkan pada keluarga untuk memberikan makan bergizi seimbang
 - 5) Berikan pendidikan kesehatan tentang tugas perkembangan normal pada usia sekolah
 - 6) Berikan informasi cara menstimulasi perkembangan pada usia sekolah

E. STANDAR ASUHAN KEPERAWATAN SEHAT JIWA PADA USIA REMAJA (Identitas Diri vs Bingung Peran)

1. Pengertian

Usia remaja merupakan masa peralihan atau masa transisi dari masa anak-anak menuju ke masa dewasa yang berlangsung pada periode usia (12–21) tahun dengan adanya perubahan fisik, sosial, dan psikologis, dimana secara psikologis remaja mulai

berintegrasi dengan masyarakat dewasa dan berada pada tingkatan yang sama.

Kata remaja (adolescence) berasal dari bahasa latin *adolescere* yang artinya tumbuh untuk mencapai kematangan (Hurlock, 1999). Istilah ini mempunyai arti luas yang mencakup kematangan mental, emosional, sosial, dan fisik. Periode ini adalah masa transisi perkembangan dari masa anak menuju masa dewasa (Frisch & Frisch, 2006; Stuart & Laraia, 2005; Papalia, Olds, & Feldman, 2001).

Tahap perkembangan remaja usia 12-18 tahun dimana pada saat ini remaja harus mampu mencapai identitas diri meliputi peran, tujuan pribadi, keunikan dan ciri khas diri. Bila hal ini tidak tercapai maka remaja akan mengalami kebingungan peran yang berdampak pada rapuhnya kepribadian sehingga akan terjadi gangguan konsep diri (Keliat, Helena & Farida, 2011).

2. Karakteristik Perilaku

- a. Karakteristik perilaku remaja yang menunjukkan pembentukan identitas diri adalah sebagai berikut:
 - 1) Menilai diri secara objektif, kelebihan dan kekurangan diri
 - 2) Bergaul dengan teman
 - 3) Memiliki teman curhat
 - 4) Mengikuti kegiatan rutin (olah raga, seni, pramuka, pengajian, bela diri)
 - 5) Bertanggung jawab dan mampu mengambil keputusan tanpa tergantung pada orang tua

- 6) Menemukan identitas diri, memiliki tujuan dan cita-cita masa depan
 - 7) Tidak menjadi pelaku tindak antisosial dan tindak asusila
 - 8) Tidak menuntut orang tua secara paksa untuk memenuhi keinginan yang berlebihan dan negative
 - 9) Berperilaku santun, menghormati orang tua, guru dan bersikap baik pada teman
 - 10) Memiliki prestasi yang berarti dalam hidup
- b. Karakteristik penyimpangan perkembangan
- 1) Tidak menemukan ciri khas (kelebihan dan kekurangan diri)
 - 2) Merasa bingung, bimbang
 - 3) Tidak memiliki rencana masa depan
 - 4) Tidak mampu berinteraksi secara baik dengan lingkungan, perilaku antisosial
 - 5) Tidak menyukai dirinya sendiri, tidak mandiri
 - 6) Kesulitan mengambil keputusan
 - 7) Tidak mempunyai minat terhadap kegiatan yang positif
 - 8) Menyendiri, tidak suka bergaul dengan teman

1. Diagnosis Keperawatan

Penegakan diagnosis keperawatan didasarkan pada data yang didapat melalui wawancara, observasi, maka perawat dapat merumuskan diagnosis keperawatan sebagai berikut: Kesiapan peningkatan perkembangan usia remaja

2. Intervensi Keperawatan

- a. Mendiskusikan ciri perkembangan remaja yang normal dan

menyimpang.

b. Mendiskusikan cara mencapai perkembangan psikososial yang normal:

- 1) Anjurkan remaja untuk berinteraksi dengan orang lain yang membuatnya nyamanmencurahkan perasaan, perhatian dan kekhawatiran.
- 2) Anjurkan remaja untuk mengikuti organisasi yang mempunyai kegiatan positif (olah raga, seni, bela diri, pramuka, keagamaan).
- 3) Anjurkan remaja untuk melakukan kegiatan di rumah sesuai dengan perannya.
- 4) Bimbing dan motivasi remaja dalam membuat rencana kegiatan dan melaksanakan rencanayang telah dibuatnya.

F. STANDAR ASUHAN KEPERAWATAN SEHAT MENTAL PADA USIA DEWASA MUDA (Intim Versus Isolasi)

1. Pengertian

Merupakan tahap perkembangan manusia yang berada pada 20-30 tahun dan pada usia ini individu harus mampu berinteraksi akrab dengan oranglain (Erickson, 1963). Pada masa ini penekanan utama dalam perkembangan identitas diri untuk membuat ikatan dengan oranglain yang menghasilkan hubungan intim. Orang dewasa mengembangkan pertemanan abadi dan mencari pasangan atau menikah dan terikat dalam tugas awal sebuah keluarga.

Levinson (1978) mengatakan bahwa pada masa ini seseorang berada pada puncak intelektual dan fisik. Selama periode ini kebutuhan untuk mencari kepuasan diri tinggi. Selain itu masa dewasa awal seseorang berpindah melalui tahap dewasa baru, dari asumsi peran junior pada pekerjaan, memulai perkawinan dan peran orang tua dan memulai pelayanan pada komunitas ke suatu tempat yang lebih senior dirumah, pekerjaan dan di komunitas.

Kegagalan dalam berhubungan akrab dan memperoleh pekerjaan dapat menyebabkan individu menjauhi pergaulan dan merasa kesepian lalu menyendiri.

2. Karakteristik Perilaku

a. Karakteristik Perilaku Normal

- 1) Menjalinkan interaksi yang hangat dan akrab dengan orang lain
- 2) Mempunyai hubungan dekat dengan orang-orang tertentu (pacar, sahabat)

- 3) Membentuk keluarga
- 4) Mempunyai komitmen yang jelas dalam bekerja dan berinteraksi
- 5) Merasa mampu mandiri karena sudah bekerja
- 6) Memperlihatkan tanggung jawab secara ekonomi, sosial dan emosional
- 7) Mempunyai konsep diri yang realistis
- 8) Menyukai diri dan mengetahui tujuan hidup
- 9) Berinteraksi baik dengan keluarga
- 10) Mampu mengatasi stres akibat perubahan dirinya
- 11) Menganggap kehidupan sosialnya bermakna
- 12) Mempunyai nilai yang menjadi pedoman hidupnya

b. Karakteristik penyimpangan perkembangan

- 1) Tidak mempunyai hubungan akrab
- 2) Tidak mandiri dan tidak mempunyai komitmen hidup
- 3) Konsep diri tidak realistis
- 4) Tidak menyukai diri sendiri
- 5) Tidak mengetahui arah hidup
- 6) Tidak mampu mengatasi stres
- 7) Hubungan dengan orang tua tidak harmonis
- 8) Bertindak semaunya sendiri dan tidak bertanggung jawab
- 9) Tidak memiliki nilai dan pedoman hidup yang jelas, mudah terpengaruh
- 10) Menjadi pelaku tindak antisosial (kriminal, narkoba, tindakasusila)

3. Diagnosis Keperawatan

Penegakan diagnosis keperawatan didasarkan pada data yang didapat melalui wawancara, observasi, maka perawat dapat merumuskan diagnosis keperawatan sebagai berikut: Kesiapan peningkatan perkembangan usia dewasa awal.

4. Intervensi Keperawatan

- a. Diskusikan tentang perkembangan psikososial yang normal dan menyimpang
- b. Diskusikan cara mencapai perkembangan psikososial yang normal:
 - 1) Menetapkan tujuan hidup
 - 2) Berinteraksi dengan banyak orang termasuk lawan jenis
 - 3) Berperan serta melibatkan diri dalam kegiatan di masyarakat
 - 4) Memilih calon pasangan hidup
 - 5) Menetapkan karier/pekerjaan
 - 6) Mempunyai pekerjaan
 - 7) motivasi dan berikan dukungan pada individu untuk melakukan tindakan yang dapat memenuhi perkembangan psikososialnya.

G. STANDAR ASUHAN KEPERAWATAN SEHAT MENTAL PADA USIA DEWASA (*Generativity vs Self Absorption & Stagnation*)

1. Pengertian

Usia dewasa berada pada rentang usia (30–60) tahun, dimana tahap usia ini sudah berkembang secara mandiri untuk mencari jati diri yang akan menentukan masa depannya. Usia di posisi ini

diharapkan memiliki kemampuan dalam menghadapi dan menyelesaikan satu permasalahan dalam menjalani kehidupan.

Usia dewasa ini juga merupakan tahap perkembangan manusia, dimana individu mampu terlibat dalam kehidupan keluarga, masyarakat, pekerjaan, dan mampu membimbing anaknya. Individu harus menyadari hal ini, apabila kondisi tersebut tidak terpenuhi dapat menyebabkan ketergantungan dalam pekerjaan dan keuangan (Depkes, 2006).

2. Karakteristik perilaku

- a. Menilai pencapaian hidup
- b. Merasa nyaman dengan pasangan hidup
- c. Menerima perubahan fisik dan psikologis yang terjadi
- d. Membimbing dan menyiapkan generasi di bawah usianya secara arif dan bijaksana
- e. Menyesuaikan diri dengan orang tuanya yang sudah lansia
- f. Kreatif: mempunyai inisiatif dan ide-ide melakukan sesuatu yang bermanfaat
- g. Produktif: mampu menghasilkan sesuatu yang berarti bagi dirinya dan orang lain, mengisi waktu luang dengan hal yang positif dan bermanfaat
- h. Perhatian dan peduli dengan orang lain: memperhatikan kebutuhan orang lain.
- i. Mengembangkan minat dan hobi.

3. Diagnosis Keperawatan

Penegakan diagnosis keperawatan didasarkan pada data yang didapat melalui wawancara, observasi, maka perawat dapat

merumuskan diagnosis keperawatan sebagai berikut: Kesiapan peningkatan perkembangan masia dewasa

4. Intervensi Keperawatan

- a. Menjelaskan perkembangan usia dewasa yang normal dan perkembangan yang menyimpang
- b. Menerima proses penuaan dan perubahan peran dalam keluarga
- c. Berinteraksi dengan baik dengan pasangan dan menikmati kebersamaan dengan keluarga
- d. Memperluas dan memperbaharui minat/kesenangan
Memanfaatkan kemandirian dan kemampuan/potensi diri secara positif.

H. STANDAR ASUHAN KEPERAWATAN SEHAT MENTAL PADA USIA LANSIA

1. Pengertian

Usia lanjut merupakan sebagai tahap akhir perkembangan pada daur kehidupan manusia (Keliat dalam Maryam, 2011). Sedangkan menurut pasal 1 ayat (2), (3), (4) UU Nomor 13 tahun 1998 tentang kesehatan dikatakan bahwa usia lanjut adalah seseorang yang telah mencapai usia lebih dari 60 tahun.

Perkembangan psikososial usia lanjut adalah tercapainya integritas diri yang utuh. Pemahaman terhadap makna hidup secara keseluruhan membuat lansia berusaha menuntun generasi berikutnya (anak dan cucunya) berdasarkan sudut pandangnya. Lansia yang tidak mencapai integritas diri akan merasa putus asa

dan menyesali masa lalunya karena tidak merasakan hidupnya bermakna.

2. Karakteristik Perilaku

- a. Mempunyai harga diri tinggi
- b. Menilai kehidupannya berarti
- c. Menerima nilai dan keunikan orang lain
- d. Menerima dan menyesuaikan kematian pasangan
- e. Menyiapkan diri menerima datangnya kematian
- f. Melaksanakan kegiatan agama secara rutin
- g. Merasa dicintai dan berarti dalam keluarga
- h. Berpartisipasi dalam kegiatan sosial dan kelompok masyarakat
- i. Menyiapkan diri ditinggalkan anak yang telah mandiri

3. Diagnosis Keperawatan

Penegakan diagnosis keperawatan didasarkan pada data yang didapat melalui wawancara, observasi, maka perawat dapat merumuskan diagnosis keperawatan sebagai berikut: Kesiapan peningkatan perkembangan usia dewasa.

4. Intervensi Keperawatan

- a. Tindakan keperawatan bagi Perkembangan lansia
- b. Jelaskan ciri perilaku lansia yang normal dan menyimpang (lihat tabel sebelumnya)
- c. Mendiskusikan cara yang dapat dilakukan oleh lansia untuk mencapai integritas diri yang utuh
- d. Mendiskusikan makna hidup lansia selama ini
- e. Melakukan life review (menceritakan kembali masa lalunya,

terutama keberhasilannya)

- f. Mendiskusikan keberhasilan yang telah dicapai lansia
- g. Mengikuti kegiatan sosial di lingkungannya
- h. Melakukan kegiatan kelompok
- i. Membimbing lansia membuat rencana kegiatan untuk mencapai integritas utuh.
- j. Memotivasi lansia untuk menjalankan rencana rencana yang telah dibuatnya.

REFERENSI

- Agustine, (2010). Pengaruh Terapi Kelompok Terapeutik; Dewasa Muda Terhadap Perkembangan Intimasi Pada Mahasiswa AKPER Kabupaten Subang Di Jawa Barat. FIK UI: Jakarta
- Bahari, K., Keliat, dan Gayatri D, (2010). Pengaruh Terapi Kelompok Terapeutik Terhadap Perkembangan Identitas Diri Remaja Di Kota Malang. FIK UI: Jakarta
- Depkes, (2006). Pedoman Pelaksanaan Simulasi, Deteksi, dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang Anak Di Tingkat Pelayanan Kesehatan Dasar. Direktorat Bina Kesehatan Anak Dirjen Kesmas Depkes RI.
- Damayanti, Keliat, dan Hastono, (2010). Pengaruh Terapi Kelompok Terapeutik Terhadap Kemampuan Ibu Dalam Memberikan Stimulasi Perkembangan Inisiatif Anak Usia Pra Sekolah Di Kelurahan Kedaung Bandar Lampung. FIK UI: Jakarta
- Istiana, Keliat, dan Nuraini, (2011). Pengaruh Terapi Kelompok Terapeutik Anak Usia Sekolah Pada Anak Orang tua dan Anak Guru Terhadap Perkembangan Mental Anak usia Sekolah. FIK UI: Jakarta
- Keliat, Budi et al, (2011). Manajemen keperawatan Psikososial dan Kader Kesehatan Jiwa: CMHN (*intermediate course*). Jakarta: EGC.
- NANDA, (2012). Diagnosis Keperawatan, Definisi, dan Klasifikasi 2012-2014. Cetakan 2011. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran

EGC.

Nuridin, A.E. (2011). *Tumbuh Kembang Perilaku Manusia*. Cetakan I. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.

Restiana N., Keliat B.A., Gayatri, G. Helena, N. (2011). *Pengaruh Terapi Kelompok Terapeutik Terhadap kemampuan Ibu Dalam Menstimulasi Rasa Percaya Bayi Di Kelurahan Mulyasari Kota Tasikmalaya*, FIK UI: Jakarta

Stolte, K.M. (2004). *Diagnosa Keperawatan Sejahtera (Wellness Nursing Diagnosis)*. Cetakan 1. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.

Stuart, (2013). *Principle and Practice of Psychiatric Nursing*. 9th edition. Mosby.

Suliswati et al, (2005). *Konsep Dasar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta, EGC.

Sunarto, Keliat, dan Pujasari, (2011). *Pengaruh Terapi Kelompok Terapeutik Anak Usia Sekolah Pada Anak, Orang tua, Anak Guru Terhadap Perkembangan Mental Anak Usia Sekolah Di Kelurahan Pancoranmas dan Depok Jaya*. FIK UI: Jakarta.

Program Studi Spesialis Keperawatan Jiwa, (2015). *Standar Asuhan Keperawatan Jiwa; Gangguan, Risiko dan Sehat*. FIK UI: Jakarta.

Trihadi, Keliat, dan Hastono, (2009). *Pengaruh Terapi Kelompok Terapeutik Terhadap Kemampuan Keluarga Dalam Memberikan Stimulasi Perkembangan Dini Usia Kanak-Kanak Di Kelurahan Bubulak*. FIK UI: Jakarta

Walter, Keliat, dan Hastono, (2010). *Pengaruh Terapi Kelompok*

Terapeutik Terhadap Perkembangan Industri AnakUsia
Sekolah Di Panti Sosial Anak Kota Bandung. FIK UI: Jakarta

PROFIL PENULIS



Kens Napolion lahir di Sidodadi pada tanggal 16 Oktober 1972. Setelah lulus di SMAN 1 Polewali pada tahun 1991, penulis melanjutkan pendidikan dan kuliah di AKPER Panakkukang Makassar. Penulis melanjutkan pendidikan S1 Keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan (FIK) UI pada tahun 1997–2000 dan meraih gelar Sarjana Keperawatan (SKp). Melanjutkan pendidikan Magister Keperawatan dan Program Spesialis Keperawatan Jiwa di Fakultas Ilmu Keperawatan (FIK) pada tahun 2008–2012 dan meraih gelar Spesialis Keperawatan jiwa (Sp.Kep.J.). Selanjutnya pada tahun 2018 melanjutkan pendidikan S3 Sosiologi konsentrasi sosiologi kesehatan di pascasarjana UNM Makassar.

Sejak tahun 2000 sampai dengan saat ini penulis mulai meniti karier sebagai dosen Keperawatan di STIKes Panakkukang Makassar dan sebagai penanggung jawab mata kuliah Departemen Keperawatan Jiwa dan Komunitas. Selain itu, penulis juga menjadi dosen tamu Keperawatan Jiwa di beberapa PTN di Sul-Selbar. Penulis juga terlibat di badan kelengkapan DPW PPNI Sulawesi Selatan sebagai Ketua PW IPKJI Sul-Sel periode (2013–2018). Saat ini penulis aktif sebagai narasumber dan fasilitator regional dan nasional pada berbagai pelatihan dan workshop peningkatan kapasitas perawat kesehatan jiwa dalam deteksi dini kesehatan jiwa di pelayanan dasar.
Email Penulis: daeng_Kens1@yahoo.com

BAB 9

ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN DENGAN GANGGUAN KONSEP DIRI, KECEMASAN DAN KEHILANGAN

(Adelheid Riswanti Herminsih, S.Kep., Ns., M.Kep.)

Universitas Nusa Nipa; Jalan Kesehatan Nomor 03 Maumere,
(0382) 22388

Email: adelheid643@gmail.com

A. ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN DENGAN GANGGUAN KONSEP DIRI

Konsep diri adalah persepsi keseluruhan yang dimiliki seseorang mengenai dirinya sendiri (Slameto, 2003). Konsep diri juga merupakan gagasan tentang dirinya sendiri yang mencakup keyakinan, pandangan, dan penilaian seseorang terhadap dirinya (Desmita, 2014). Konsep diri juga dapat diartikan sebagai persepsi, keyakinan, perasaan atau sikap seseorang terhadap dirinya (Hamdi, 2016).

Konsep diri pada hakekatnya meliputi empat aspek dasar yang terdiri dari bagaimana orang mengamati dirinya sendiri, bagaimana orang berpikir tentang dirinya sendiri, bagaimana orang menilai dirinya sendiri, dan bagaimana orang berusaha dengan berbagai cara untuk menyempurnakan dan mempertahankan diri.

Konsep diri yang dikemukakan oleh (Sundeen, 1998) terdiri dari:

1. Identitas diri, adalah kesadaran tentang diri sendiri yang dapat diperoleh individu dari observasi dan penilaian terhadap dirinya, menyadari individu bahwa dirinya berbeda dengan orang lain. Seseorang yang mempunyai perasaan identitas diri yang kuat akan memandang dirinya berbeda dengan orang lain dan tidak ada duanya.
2. Gambaran diri/citra tubuh, sikap individu terhadap tubuhnya baik disadari atau tidak disadari meliputi persepsi masa lalu atau sekarang mengenai ukuran dan bentuk, fungsi, penampilan dan potensi tubuh. Gambaran diri sangat dinamis karena secara konstan berubah seiring dengan persepsi dan pengalaman baru.
3. Ideal diri adalah persepsi individu tentang bagaimana ia seharusnya bertingkah laku berdasarkan standar pribadi. Standar dapat berhubungan dengan tipe orang yang disukai atau sejumlah aspirasi, tujuan, nilai yang ingin diraih.
4. Peran diri adalah serangkaian pola sikap perilaku, nilai dan tujuan yang diharapkan oleh masyarakat dihubungkan dengan fungsi individu dalam kelompok sosialnya. Peran memberikan sarana untuk berperan serta dalam kehidupan sosial dan merupakan cara untuk menguji identitas dengan memvalidasi pada orang yang berarti.
5. Harga diri adalah penilaian pribadi terhadap hasil yang dicapai dengan menganalisis seberapa jauh perilaku memenuhi ideal diri. Frekuensi tujuan akan menghasilkan harga diri yang rendah

atau harga diri tinggi. Jika individu sering gagal maka cenderung harga diri rendah. Harga diri diperoleh dari diri sendiri atau orang lain.

B. KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN

1. Pengkajian

Gejala dan tanda mayor subyektif: mengekspresikan keinginan untuk meningkatkan konsep diri, mengekspresikan kepuasan dengan diri, harga diri, penampilan peran, citra tubuh dan identitas pribadi.

Gejala dan tanda minor subyektif: merasa percaya diri, menerima kelebihan dan keterbatasan; obyektif: Tindakan sesuai dengan perasaan dan pikiran yang diekspresikan.

2. Diagnosa Keperawatan

Kesiapan peningkatan konsep diri berhubungan dengan perilaku upaya peningkatan Kesehatan yang ditandai dengan mengekspresikan keinginan untuk meningkatkan konsep diri, mengekspresikan kepuasan dengan diri, harga diri, penampilan peran, citra tubuh dan identitas pribadi.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi utama gangguan konsep diri adalah promosi harga diri (PPNI, Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, 2018), yakni:

Observasi

- a. Identifikasi harapan pasien dan keluarga dalam pencapaian hidup

Terapeutik

- a. Sadarkan bahwa kondisi yang dialami memiliki nilai penting
- b. Pandu mengingatkan kembali kenangan yang menyenangkan
- c. Libatkan pasien secara aktif dalam perawatan
- d. Kembangkan rencana perawatan yang melibatkan tingkat pencapaian tujuan sederhana sampai dengan kompleks
- e. Berikan kesempatan kepada pasien dan keluarga terlibat dengan dukungan kelompok
- f. Ciptakan lingkungan yang memudahkan mempraktikkan kebutuhan spiritual

Edukasi

- a. Anjurkan mengungkapkan perasaan terhadap kondisi dengan realistis
- b. Anjurkan mempertahankan hubungan (mis. Menyebutkan nama orang dicintai)
- c. Anjurkan mempertahankan hubungan terapeutik dengan orang lain
- d. Latihan menyusun tujuan yang sesuai dengan harapan
- e. Latih cara mengembangkan spiritual diri
- f. Latih cara mengenang dan menikmati masa lalu (mis. Prestasi, pengalaman).

C. ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN DENGAN KECEMASAN

1. PENGERTIAN

Kecemasan atau ansietas merupakan gangguan kejiwaan yang paling umum ditemukan dan menjadi beban penyakit yang tinggi (Bandelow, 2017). Kecemasan adalah kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap obyek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman (PPNI, 2017). Kecemasan berdampak negative atau menimbulkan permasalahan ketika individu yang mengalami kecemasan tidak mampu mengatasinya sehingga menghambat pemenuhan kebutuhan dasar individu yang bersangkutan.

Kecemasan merupakan respon yang umum atau universal dialami oleh individu untuk menghadapi stres, yang dapat merusak kualitas dan fungsi hidup. Kecemasan ringan dapat memotivasi individu untuk berkembang dan produktif. Sebaliknya individu yang tidak mampu mengatasi kecemasan dapat berdampak pada masalah fisik dan psikologis.

2. PENYEBAB

PPNI (2016) menguraikan bahwa kecemasan disebabkan oleh beberapahal, yakni: krisis situasional, kebutuhan tidak terpenuhi, krisis maturasional, ancaman terhadap konsep diri, ancaman terhadap kematian, kekhawatiran mengalami kegagalan, disfungsi system keluarga, hubungan orang tua-anak tidak memuaskan, faktor keturunan (temperamen mudah teragitasi sejak lahir),

penyalahgunaan zat, terpapar bahaya lingkungan dan kurang terpapar informasi.

3. TANDA DAN GEJALA

Tanda dan gejala subyektif, yakni merasa bingung, khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, sulit berkonsentrasi, mengeluh pusing, anoreksia, palpitasi dan merasa tidak berdaya. Sedangkan tanda dan gejala obyektif adalah tampak gelisah, tampak tegang, sulit tidur, frekuensi napas meningkat, frekuensi nadi dan tekanan darah meningkat, diaphoresis, tremor, muka tampak pucat, suara bergetar, kontak mata buruk, sering berkemih dan berorientasi pada masa lalu (PPNI, 2017).

4. PENATALAKSANAAN

Penatalaksanaan kecemasan adalah sebagai berikut: 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).

5. KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN

a. Pengkajian

Proses terjadinya kecemasan dijelaskan dengan psikodinamika masalah keperawatan yang dimulai dengan menganalisis faktor predisposisi, presipitasi, penilaian terhadap stresor, sumber koping dan mekanisme koping yang digunakan (Stuart, 2013).

1) Faktor predisposisi merupakan faktor risiko atau faktor

protektif seseorang yang memengaruhi individu dalam merespon stresor. Faktor predisposisi meliputi biologis yang merupakan faktor yang berhubungan dengan kondisi fisiologis dari individu yang memengaruhi terjadinya kecemasan; faktor psikososial, dianalisis berdasarkan teori psikoanalitik dan teori perilaku yang menjelaskan munculnya kecemasan dan bagaimana individu mempelajari perilaku cemas dan cara menghadapinya; dan faktor sosial budaya juga dianalisis dari teori interpersonal dan sosial budaya.

- 2) Faktor presipitasi, merupakan stimulus internal dan eksternal yang mengancam individu, yakni kebutuhan dasar manusia tidak terpenuhi, situasi yang berkaitan dengan kerentanan mengancam konsep individu, kehilangan orang yang dicintai, ancaman integritas fisik, perubahan status sosial ekonomi, harapan yang tidak realistis, kurang terpapar informasi, disfungsi sistem keluarga, dan penyalahgunaan zat.
- 3) Penilaian stresor, meliputi kognitif, afektif, fisiologis, perilaku dan sosial.
- 4) Sumber koping internal maupun eksternal yang terdiri dari kemampuan personal, sumber dukungan, asset material, keyakinan positif.
- 5) Mekanisme koping. Secara konstruktif dijadikan tanda dan peringatan untuk pemecahan masalah, secara destruktif menghindari kecemasan tanpa menyelesaikan masalah.

b. Diagnosa Keperawatan

Ansietas berhubungan dengan penyakit kronis (misalnya kanker, penyakit autoimun), penyakit akut, hospitalisasi, rencana operasi, kondisi diagnosis penyakit belum jelas, penyakit neurologis, dan tahap tumbuh kembang (PPNI, 2017).

c. Intervensi

Intervensi utama kecemasan adalah reduksi kecemasan, dengan intervensi sebagai berikut (PPNI, Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, 2018):

Observasi

- 1) Identifikasi saat tingkat kecemasan berubah (kondisi, waktu, stresor)
- 2) Identifikasi kemampuan mengambil keputusan
- 3) Monitor tanda-tanda kecemasan (verbal dan nonverbal)

Terapeutik

- 1) Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan
- 2) Temani pasien untuk mengurangi kecemasan
- 3) Pahami situasi yang membuat cemas
- 4) Dengarkan dengan penuh perhatian
- 5) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
- 6) Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan
- 7) Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan
- 8) Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang

Edukasi

- 1) Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami
- 2) Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis
- 3) Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu
- 4) Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif
- 5) Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
- 6) Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan
- 7) Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat
- 8) Latih Teknik relaksasi

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian obat anxietas, jika perlu

D. ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN DENGAN KEHILANGAN

1. PENGERTIAN

Kehilangan adalah suatu keadaan individu berpisah dengan sesuatu yang sebelumnya ada, kemungkinan menjadi tidak ada, baik terjadi sebagian atau keseluruhan. Kehilangan merupakan pengalaman yang pernah dialami oleh setiap individu selama rentang kehidupan cenderung mengalami kembali walaupun dalam bentuk berbeda (Nurhalimah, 2016).

2. FAKTOR-FAKTOR YANG MEMENGARUHI KEHILANGAN

Tergantung pada arti dari kehilangan, sosial budaya, kepercayaan/spiritual, peranseks/jenis kelamin, status sosial ekonomi dan kondisi fisik dan psikologi individu (Nurhalimah,

2016).

3. TIPE KEHILANGAN

Kehilangan dibagi dalam 2 tipe yaitu: a. Kehilangan actual atau nyata. Kehilangan ini sangat mudah dikenal atau diidentifikasi oleh orang lain, seperti hilangnya anggota tubuh sebahagian, amputasi, kematian orang yang sangat berarti/dicintai. b. Kehilangan persepsi. Kehilangan jenis ini hanya dialami oleh seseorang dan sulit untuk dapat dibuktikan, misalnya; seseorang yang berhenti bekerja/PHK, menyebabkan perasaan kemandirian dan kebebasannya menjadi menurun (Nurhalimah, 2016).

4. JENIS-JENIS KEHILANGAN

Terdapat 5 jenis kehilangan menurut (Nurhalimah, 2016), yaitu:

- a. Kehilangan seseorang seseorang yang dicintai, dan sangat bermakna atau orang yang berarti merupakan salah satu jenis kehilangan yang paling mengganggu dari tipe-tipe kehilangan. Kematian akan berdampak menimbulkan kehilangan bagi orang yang dicintai. Karena hilangnya keintiman, intensitas dan ketergantungan dari ikatan atau jalinan yang ada, kematian pasangan suami/istri atau anak biasanya membawa dampak emosional yang luar biasa dan tidak dapat ditutupi.
- b. Kehilangan yang ada pada diri sendiri (*loss of self*) Bentuk lain dari kehilangan adalah kehilangan diri atau anggapan tentang mental seseorang. Kehilangan ini meliputi kehilangan perasaan terhadap keaktifan, diri sendiri, kehilangan kemampuan fisik dan mental, serta kehilangan akan peran

dalam kehidupan, dan dampaknya. Kehilangan dari aspek diri mungkin sementara atau menetap, sebagian atau seluruhnya. Beberapa aspek lain yang dapat hilang dari seseorang misalnya kehilangan pendengaran, ingatan, usia muda, fungsi tubuh.

- c. Kehilangan objek eksternal Kehilangan objek eksternal misalnya kehilangan benda milik sendiri atau bersama-sama, perhiasan, uang atau pekerjaan. Kedalaman berduka yang dirasakan seseorang terhadap benda yang hilang tergantung pada arti dan kegunaan benda tersebut.
- d. Kehilangan lingkungan yang sangat dikenal Kehilangan diartikan dengan terpisahnya individu dari lingkungan yang sangat dikenal termasuk dari kehidupan latar belakang keluarga dalam waktu satu periode atau bergantian secara menetap. Misalnya pindah ke kota lain, maka akan memiliki tetangga yang baru dan proses penyesuaian baru.
- e. Kehilangan kehidupan/meninggal. Seseorang dapat mengalami mati baik secara perasaan, pikiran dan respon pada kegiatan dan orang di sekitarnya, sampai pada kematian yang sesungguhnya. Sebagian orang berespon berbeda tentang kematian.

5. KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN

a. Pengkajian

Gejala yang timbul pada pasien dengan kehilangan antara lain: adaptasi terhadap kehilangan yang tidak berhasil, depresi, menyangkal yang berkepanjangan, reaksi emosional

yang lambat, tidak mampu menerima pola kehidupan yang normal.

Tanda yang mungkin dijumpai pada pasien kehilangan antara lain: isolasi sosial atau menarik diri, gagal untuk mengembangkan hubungan/ minat-minat baru, gagal untuk menyusun kembali kehidupan setelah kehilangan (Nurhalimah, 2016).

b. Diagnosa

Berduka berhubungan dengan kematian anggota keluarga atau orang terdekat, amputasi, kondisi kehilangan janin, penyakit terminal, putus hubungan kerja (PPNI, 2017).

c. Intervensi

Intervensi yang diberikan pada individu yang mengalami kehilangan adalah (PPNI, Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, 2018).

Observasi:

- 1) Identifikasi kehilangan yang dihadapi
- 2) Identifikasi proses berduka yang dialami
- 3) Identifikasi sifat keterikatan pada benda yang hilang atau orang yang meninggal
- 4) Identifikasi reaksi awal terhadap kehilangan

Terapeutik:

- 1) Tunjukkan sikap menerima dan empati
- 2) Motivasi agar mau mengungkapkan perasaan kehilangan
- 3) Motivasi untuk menguatkan dukungan keluarga atau orang terdekat

- 4) Fasilitasi melakukan kebiasaan sesuai dengan budaya, agama, dan norma sosial
- 5) Fasilitasi mengekspresikan perasaan dengan cara yang nyaman (mis. Membaca buku, menulis, menggambar atau bermain)
- 6) Diskusikan strategi koping yang dapat digunakan

Edukasi:

- 1) Jelaskan kepada klien dan keluarga bahwa sikap mengingkari, marah, tawar menawar, sepresi dan menerima adalah wajar dalam menghadapi kehilangan
- 2) Anjurkan mengidentifikasi ketakutan terbesar pada kehilangan
- 3) Anjurkan mengekspresikan perasaan tentang kehilangan
- 4) Anjurkan melewati proses berduka secara bertahap

REFERENSI

- Bandelow, B. (2017). Treatment of anxiety disorders. *Dialogues Clin Neurosci*, 93–107. doi: 10.31887/DCNS.2017.19.2/bbandelow
- Desmita. (2014). *Psikologi Perkembangan Peserta Didik*. Bandung: PT. Remaja Rosdakarya.
- Hamdi, M. (2016). *Teori Kepribadian*. Bandung: Alfabeta.
- Nurhalimah. (2016). *Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan Jiwa*. Jakarta: Pusdik SDM Kesehatan.
- PPNI. (2017). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik* (I ed.). Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia* (I ed.). Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia* (I ed.). Jakarta: DPP PPNI.
- Slameto. (2003). *Belajar dan Faktor-Faktor yang Mempengaruhinya*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Stuart, W. G. (2013). *Principles and practice of psychiatric of nursing 10th edition*. St. Louis Missouri: Elsevier.
- Sundeen, S. d. (1998). *Buku Saku Keperawatan Jiwa* (III ed.). Jakarta: EGC.

PROFIL PENULIS

Adeleheid Riswanti Herminsih, S.Kep., Ns., M.Kep. lahir di Bola, 19 Januari 1987. Lulus S1 pada Program Studi Sarjana Keperawatan di Universitas Nusa Nipa Maumere-NTT pada tahun 2009 kemudian melanjutkan Pendidikan Profesi Ners pada institusi yang sama dan lulus pada tahun 2010. Penulis melanjutkan pendidikan S2 di Universitas Brawijaya Malang pada Program Studi Magister Keperawatan Peminatan Keperawatan Jiwa dan lulus tahun 2017.



Penulis saat ini bekerja sebagai dosen tetap pada Program Studi Sarjana Keperawatan Universitas Nusa Nipa Maumere NTT. Mata kuliah yang diampu saat ini adalah Keperawatan Jiwa. Ini merupakan fokus penulis baik dalam bidang pendidikan, penelitian, dan pengabdian masyarakat. Aktif dalam publikasi karya ilmiah pada jurnal maupun seminar keperawatan tingkat nasional dan internasional.

Penulis terlibat dalam kegiatan keperawatan terutama selama masa pandemi COVID-19.

Email Penulis: adelheid643@gmail.com

BAB 10

ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN DENGAN KETIDAKBERDAYAN, KEPUTUSASAAN DAN DISTRES SPIRITUAL

(Yuldensia Avelina, S.Kep., Ns., M.Kep.)

Universitas Nusa Nipa Maumere; Jalan Kesehatan Nomor 3,
Kelurahan Beru, Kecamatan Alok Timur, Kabupaten Sikka,
Provinsi Nusa Tenggara Timur, Telp./WA 081233695883

Email: nersyouully@gmail.com

A. ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN DENGAN KETIDAK BERDAYAAN

1. Pengertian

Ketidakterdayaan merupakan kata benda yang berarti persepsi bahwa seseorang tidak dapat berbuat banyak untuk memperbaiki situasi negatif yang telah muncul serta mendasari berbagai bentuk kecemasan, ketergantungan, penarikan, dan demoralisasi (Association, 2020). Ketidakterdayaan adalah persepsi tindakan seseorang tidak akan memengaruhi hasil secara signifikan atau persepsi kurang kontrol pada situasi saat ini atau yang akan datang (PPNI, 2016). Ketidakterdayaan juga merupakan kegagalan untuk menghentikan peristiwa negatif atau kegagalan untuk mendapatkan penghargaan bahkan ketika individu berada pada kondisi tersebut. Ini melibatkan situasi di mana individu yang

telah dipaksa untuk menanggung stimulus yang tidak menyenangkan, gagal untuk mengambil tindakan untuk menghindari rangsangan negatif berikutnya terutama ketika mengambil tindakan tersebut dapat menghentikan rangsangan (Igundunasse & Ibidapo, 2019).

2. Penyebab

Ketidakberdayaan disebabkan oleh kurangnya pengetahuan, ketidakadekuatan koping sebelumnya (seperti: depresi), serta kurangnya kesempatan untuk membuat keputusan (Carpenito, 2009). Respon fisiologis dari timbulnya ketidakberdayaan adalah penurunan pelepasan katekolamin dan asam gamma-aminobutirat, peningkatan pelepasan opioid endogen, aktivasi amigdala basolateral, dan penghambatan aktivitas sinaptik di hipokampus (Swanson & Dougall, 2017).

Empat sistem otak utama yang mendasari kerentanan terhadap ketidakberdayaan dan kemungkinan depresi: sistem kortikal prefrontal yang tidak seimbang, aksis hipotalamus-hipofisis-adrenal yang tidak seimbang, sistem septal-hippocampal yang terpisah, dan sistem penghargaan otak hipoaktif (Shumake & Lima, 2003). Penyebab ketidakberdayaan lainnya yakni program perawatan/pengobatan yang kompleks atau jangka panjang, lingkungan yang tidak mendukung perawatan/pengobatan dan interaksi interpersonal yang tidak memuaskan (PPNI, 2016).

3. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala subyektif pasien menyatakan frustrasi atau tidak

mampu melaksanakan aktivitas sebelumnya (tanda mayor), merasa diasingkan, menyatakan keraguan tentang kinerja peran, menyatakan kurang kontrol, menyatakan rasa malu, merasa tertekan (tanda minor). Tanda dan gejala obyektif yang tampak yakni bergantung pada orang lain (gejala mayor), tidak berpartisipasi dalam perawatan (PPNI, 2016).

4. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan ketidakberdayaan dengan promosi harapan, promosi koping, dukungan memaafkan, manajemen perilaku, dukungan pengambilan keputusan, dukungan perasaan bersalah, manajemen stres, manajemen mood, pencegahan bunuh diri, promosi dukungan keluarga, promosi dukungan spiritual, promosi harga diri (PPNI, 2018).

Penatalaksanaan psikoterapi meliputi terapi individu (CT, CBT, Logo terapi, ACT), terapi keluarga (FPE) dan terapi kelompok (*life review, supportive therapy*) (Keliat, et al., 2015).

B. KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN

1. Pengkajian

Data Subyektif (Tanda dan gejala mayor): pasien menyatakan frustrasi atau tidak mampu melaksanakan aktivitas sebelumnya (PPNI, 2016)

Data Obyektif (Tanda dan gejala mayor): bergantung pada orang lain (PPNI, 2016)

2. Diagnosa keperawatan:

Ketidakberdayaan berhubungan dengan program perawatan/pengobatan yang kompleks atau jangka panjang

yang ditandai dengan bergantung pada orang lain (PPNI, 2016).

3. Intervensi

Intervensi utama dari ketidakberdayaan adalah promosi harapan, dengan intervensinya sebagai berikut:

Observasi:

- 1) Identifikasi harapan pasien dan keluarga dalam pencapaian hidup

Terapeutik:

- 1) Sadarkan bahwa kondisi yang dialami memiliki nilai penting
- 2) Pandu mengingat kembali kenangan yang menyenangkan
- 3) Libatkan pasien secara aktif dalam perawatan
- 4) Kembangkan rencana perawatan yang melibatkan tingkat pencapaian tujuan sederhana sampai dengan kompleks
- 5) Berikan kesempatan pasien dengan keluarga terlibat dalam dukungan kelompok

Edukasi:

- 1) Anjurkan mengungkapkan perasaan terhadap kondisi realitas
- 2) Latih menyusun tujuan sesuai harapan
- 3) Latih cara mengembangkan spiritual diri (PPNI, 2018).

C. ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN DENGAN KEPUTUSASAAN

1. Pengertian

Keputusasaan adalah suatu kondisi emosional subyektif yang dipertahankan klien karena ia tidak melihat adanya pilihan

pribadi atau pilihan alternative untuk memecahkan masalah (Sutejo, 2017).

2. Penyebab

Penyebab timbulnya keputusan adalah stres jangka panjang, penurunan kondisi fisiologis, kehilangan kepercayaan pada kekuatan spiritual, kehilangan kepercayaan pada nilai-nilai penting, pembatasan aktivitas jangka panjang dan pengasingan (PPNI, 2016).

3. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala subyektif: mengungkapkan keputusan, sulit tidur, dan selera makan menurun sedangkan tanda dan gejala obyektif yakni pasien kurang terlibat dalam aktivitas perawatan, afek datar, berperilaku pasif, kurang inisiatif, meninggalkan lawan bicara dan mengangkat bahu sebagai respon terhadap lawan bicara (PPNI, 2016).

4. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan keputusan meliputi dukungan emosional, promosi harapan, dan promosi coping (PPNI, 2018). Penatalaksanaan psikoterapi meliputi terapi individu (Terapi nafas dalam, Terapi Penghentian pikiran, Terapi latihan relaksasi, Terapi meditasi, *Rational Emotif Therapy*), terapi keluarga (FPE) dan terapi kelompok (*supportive therapy*) (Keliat, et al., 2015)

5. Konsep Asuhan Keperawatan

a. Pengkajian

Data subyektif (tanda dan gejala mayor): pasien

mengungkapkan keputusasaan

Data obyektif (tanda dan gejala mayor): pasien kurang terlibat dalam aktivitas perawatan dan afek datar (PPNI, 2016)

b. Diagnosa Keperawatan

Keputusasaan berhubungan dengan stres jangka panjang yang ditandai dengan pasien mengungkapkan keputusasaan, pasien kurang terlibat dalam aktivitas perawatan dan afek datar (PPNI, 2016).

c. Intervensi Keperawatan

Intervensi utama dari keputusasaan adalah dukungan emosional, dengan intervensi sebagai berikut:

Observasi:

- 1) Identifikasi fungsi marah, frustrasi dan amuk bagi pasien
- 2) Identifikasi hal yang telah memicu emosi

Terapeutik:

- 1) Fasilitasi mengungkapkan perasaan cemas, marah atau sedih
- 2) Buat pernyataan suportif atau empati selama fase berduka
- 3) Lakukan sentuhan untuk memberikan dukungan (mis. Merangkul atau menepuk-nepuk)
- 4) Tetap bersama pasien dan pastikan keamanan selama ansietas, jika perlu
- 5) Kurangi tuntutan berpikir saat sakit atau lelah

Edukasi:

- 1) Jelaskan konsekuensi tidak menghadapi rasa bersalah dan malu
- 2) Anjurkan mengungkapkan perasaan yang dialami (mis.

Ansietas, marah, sedih)

3) Anjurkan mengungkapkan pengalaman emosional sebelumnya dan pola respons yang biasa digunakan

4) Ajarkan penggunaan mekanisme pertahanan yang tepat

Kolaborasi:

1) Rujuk untuk konseling, jika perlu

D. ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN DENGAN DISTRES SPIRITUAL

1. Pengertian

Distres spiritual adalah keyakinan atau system nilai berupa kesulitan merasakan makna dan tujuan hidup melalui hubungan dengan diri, orang lain, lingkungan dan Tuhan (PPNI, 2016).

2. Penyebab

Penyebab dari distres spiritual adalah menjelang ajal, kondisi penyakit kronis, kematian orang terdekat, perubahan pola hidup, kesepian, pengasingan diri, pengasingan sosial, gangguan sosio-kultural, peningkatan ketergantungan pada orang lain dan kejadian hidup yang tidak diharapkan (PPNI, 2016).

3. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala subyektif yakni pasien mempertanyakan makna atau tujuan hidupnya, menyatakan hidupnya terasa tidak atau kurang bermakna, merasa menderita atau tidak berdaya, pasien menyatakan hidupnya terasa tidak/kurang

tenang, mengeluh tidak dapat menerima (kurang pasrah), merasa bersalah, merasa terasing dan menyatakan telah diabaikan sedangkan tanda dan gejala obyektif yakni tidak mampu beribadah, marah pada Tuhan, menolak berinteraksi dengan orang terdekat/pemimpin spiritual, tidak mampu berkrativitas, koping tidak efektif, tidak berminat pada alam/literature spiritual (PPNI, 2016).

4. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan distres spiritual yakni memberikan dukungan spiritual, promosi koping, dukungan emosional, dukungan keyakinan, dukungan memaafkan, dukungan pengambilan keputusan, dukungan pelaksanaan ibadah, dukungan pengungkapan kebutuhan, dukungan pengungkapan perasaan, dukungan perasaan bersalah, dukungan pengembangan spiritual, konseling, manajemen stres, mediasi konflik, pelibatan keluarga, promosi harapan, promosi dukungan spiritual, promosi system pendukung, teknik imajinasi terbimbing (PPNI, 2018)

5. Konsep Asuhan Keperawatan

a. Pengkajian

Data subyektif (tanda dan gejala mayor): pasien mempertanyakan makna/tujuan hidupnya, pasien menyatakan hidupnya terasa tidak/kurang bermakna dan pasien merasa menderita/tidak berdaya.

Data obyektif (tanda dan gejala mayor): pasien tidak mampu beribadah dan marah pada Tuhan (PPNI, 2016).

b. Diagnosa Keperawatan

Distres spiritual berhubungan dengan kondisi penyakit kronis yang ditandai dengan pasien mempertanyakan makna/tujuan hidupnya, pasien menyatakan hidupnya terasa tidak/kurang bermakna dan pasien merasa menderita/tidak berdaya, pasien tidak mampu beribadah dan marah pada Tuhan (PPNI, 2016).

c. Intervensi Keperawatan

Intervensi utama dari distres spiritual adalah dukungan emosional, dengan intervensi sebagai berikut:

Observasi:

- 1) Identifikasi perasaan kuatir, kesepian dan ketidakberdayaan
- 2) Identifikasi pandangan tentang hubungan antara spiritual dan kesehatan
- 3) Identifikasi harapan dan kekuatan pasien
- 4) Identifikasi ketaatan dalam beragama

Terapeutik:

- 1) Berikan kesempatan mengekspresikan perasaan tentang penyakit dan kematian
- 2) Berikan kesempatan mengeskpresikan dan meredakan marah secara tepat
- 3) Yakinkan bahwa perawat bersedia mendukung selama masa ketidakberdayaan
- 4) Sediakan privasi dan waktu tenang untuk aktivitas spiritual
- 5) Diskusikan keyakinan tentang makna dan tujuan hidup, jika perlu
- 6) Fasilitasi melakukan kegiatan ibadah

Edukasi:

- 1) Anjurkan berinteraksi dengan keluarga, teman dan/atau orang lain
- 2) Anjurkan berpartisipasi dalam kelompok pendukung
- 3) Ajarkan metode relaksasi, meditasi dan imajinasi terbimbing

Kolaborasi:

REFERENSI

- Association, A. P. (2020, Juli 14). *APA Dictionary of Psychology*. Retrieved Juli 14, 2021, from <https://dictionary.apa.org/helplessness>
- Carpenito, L. J. (2009). *Diagnosis Keperawatan: Aplikasi pada Praktek Klinis* (9 ed.). Jakarta: EGC.
- Igundunasse, A., & Ibidapo, J. S. (2019). Learned Helplessness: A Theoretical Review. *African Journal of Social and Behavioral Sciences (AJSBS)*, 9 (1), 1-14.
- Keliat, B. A., Putri, Y. S., Novianti, E., Rahmi, I., Martina, Jalil, A., et al. (2015). *Standar Asuhan Keperawatan Jiwa: Diagnosa Sehat, Risiko dan Gangguan*. Jakarta: Universitas Indonesia.
- PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. Definisi dan Indikator Diagnostik* (Edisi 1 ed.). Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia* (1 ed., Vol. 3). Jakarta: DPP PPNI.
- Shumake, J., & Lima, F. G. (2003). Brain System Underlying Susceptibility to Helplessness and Depressions. *National Library of Medicine*, 2 (3), 198-221.

Sutejo. (2017). *Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.

Swanson, J. N., & Dougall, A. L. (2017). Learned Helplessness. In E. o. Health, *Learned Helplessness* (p. 2). Elsevier.

PROFIL PENULIS



Yuldensia Avelina, S.Kep., Ns., M.Kep. lahir di Kewapante, 6 Desember 1986. Lulus S1 pada Program Studi Sarjana Keperawatan di Universitas Nusa Nipa Maumere-NTT pada tahun 2009 kemudian melanjutkan Pendidikan Profesi Ners pada institusi yang sama dan lulus pada tahun 2010. Penulis melanjutkan pendidikan S2 pada Program

Studi Magister Keperawatan Peminatan Keperawatan Jiwa di Universitas Brawijaya Malang dan lulus tahun 2016.

Penulis saat ini bekerja sebagai dosen tetap pada Program Studi Sarjana Keperawatan Universitas Nusa Nipa Maumere NTT. Mata kuliah yang diampu saat ini adalah Keperawatan Jiwa. Ini merupakan fokus penulis baik dalam bidang pendidikan, penelitian, dan pengabdian masyarakat. Aktif dalam publikasi karya ilmiah baik pada jurnal maupun seminar keperawatan tingkat nasional dan internasional.

Penulis saat ini aktif dalam organisasi profesi perawat yakni Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) tingkat Kabupaten Sikka sebagai bendahara. Masa bakti kepengurusan dari tahun 2019-2024. Penulis terlibat dalam kegiatan keperawatan terutama selama masa pandemi COVID-19.

Email Penulis: nersyoully@gmail.com

PENUTUP

Kami Tim Penulis Buku **KEPERAWATAN JIWA-MENGENAL KESEHATAN MENTAL** terdiri dari:

Atiek Murharyati, S.Kep., Ns., M.Kep.; Abdul Rokhman, S.Kep. Ns., M.Kep.; Ns. Arni Nur Rahmawati, S.Kep., M.Kep.; Lindriani, S.Kep., Ns., M.Kes.; Ns. Sri Nyumirah, M.Kep., Sp.Kep.J.; Hertiana, S.Kep., Ns., M.Kep.; Wihelmus Nong Baba, S.Kep., Ns., M.Kes.; Kens Napolion, SKp., M.Kep., Sp.Kep.J.; Adelheid Riswanti Herminsih, S.Kep., Ns., M.Kep.; Yuldensia Avelina, S.Kep., Ns., M.Kep.

Mengucapkan terima kasih untuk semua pihak yang terlibat dalam pembuatan buku ini. Semoga suatu saat kami bisa melanjutkan tulisan kami di edisi selanjutnya dengan tema buku yang sama ataupun berbeda.

"Diseases of the soul are more dangerous and more numerous than those of the body."–Cicero and ***"Health is a relationship between you and your body."***-Terri Guillemets

(Penyakit Jiwa Lebih Berbahaya dan Lebih Banyak Dari pada Penyakit Tubuh Dan Kesehatan Adalah Hubungan Antara Kamu Dan Tubuhmu)

TIM PENULIS

Penulisan buku ini dilakukan secara kolaborasi yang ditulis selama sebulan lebih, yaitu sejak bulan Juli sampai Agustus 2021, sebagai Perwujudan Tri Dharma Perguruan Tinggi beberapa dosen dari berbagai institusi dengan latar belakang keilmuan Keperawatan. Seperti kita ketahui bahwa penderita gangguan jiwa sering mendapatkan stigma dan diskriminasi yang lebih besar dari masyarakat di sekitarnya dibandingkan individu yang menderita penyakit medis di antaranya: dikeluarkan dari sekolah, diberhentikan dari pekerjaan, diceraikan oleh pasangan, ditelantarkan oleh keluarga, atau bahkan dipasung. Keterbatasan pemahaman dan pengetahuan mengenai kesehatan mental di Indonesia tidak dapat lepas dari nilai-nilai tradisi budaya atau kepercayaan masyarakat. Sebagian masyarakat masih mempercayai penyebab kesehatan mental berasal dari hal-hal supernatural atau takhayul sehingga pengidap gangguan kesehatan mental menganggap gangguan yang terjadi dalam dirinya adalah aib. Pemahaman ini membuat orang yang membutuhkan bantuan tenaga ahli enggan untuk ditangani. Tak jarang, pengidap gangguan kesehatan mental merasa malu berada di tengah-tengah masyarakat. Oleh karena itu, buku ini hadir sebagai referensi bacaan bagi masyarakat luas dan buku pegangan bagi Mahasiswa Keperawatan serta para Peneliti.

Buku Ini Membahas Tentang:

1. **SEJARAH KEPERAWATAN JIWA DAN KEPERAWATAN JIWA GLOBAL**
2. **PROSES TERJADINYA GANGGUAN JIWA DALAM PERSPEKTIF KEPERAWATAN JIWA**
3. **KONSEP STRES, RENTANG SEHAT SAKIT JIWA, DAN MEKANISME KOPING**
4. **KONSEPTUAL MODEL DALAM KEPERAWATAN JIWA TERMASUK PREVENSI PRIMER, SEKUNDER, DAN TERSIER**
5. **PERAN PERAWAT JIWA DAN KOLABORASI INTERDISIPLIN DALAM KESEHATAN DAN KEPERAWATAN JIWA**
6. **LEGAL DAN ETIK DALAM KONTEKS ASUHAN PERAWATAN JIWA**
7. **PROSES KEPERAWATAN JIWA PADA SITUASI BENCANA**
8. **ASKEP SEHAT JIWA SEPANJANG RENTAN KEHIDUPAN (IBU HAMIL, BAYI, TODLER, PRASEKOLAH, USIA SEKOLAH, REMAJA**
9. **ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN DENGAN GANGGUAN KONSEP DIRI, KECEMASAN, DAN KEHILANGAN**
10. **ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN DENGAN GANGGUAN KETIDAKBERDAYAAN, KEPUTUSASAAN, DAN DISTRES SPIRITUAL**

Tim Penulis

Atiek Murharyati, S.Kep., Ns., M.Kep.
Abdul Rokhman, S.Kep.Ns., M.Kep.
Ns. Arni Nur Rahmawati, S.Kep., M.Kep.
Lindriani, S.Kep., Ns., M.Kes.
Ns.Sri Nyumirah, M.Kep., Sp.Kep.J.
Hertiana, S.Kep., Ns., M.Kep.
Wihelmus Nong Baba, S.Kep., Ns., M.Kes.
Kens Napolion, S.Kp., M.Kep., Sp. Kep.J.
Adelheid Riswanti Herminsih, S.Kep., Ns., M.Kep.
Yuldensia Avelina, S.Kep., Ns., M.Kep.



Penerbit:

Ahlimedia Press (Anggota IKAPI)

Jl. Ki Ageng Gribig, Gang Kaserin MU No. 36
Kota Malang 65138, Telp: +628523277747
www.ahlimediapress.com

ISBN 978-623-6351-46-8

