

KEPERAWATAN JIWA



- Jek Amidos Pardede
- Nor Afni Oktavia
- Yunike
- Tjahjanti Kristyaningsih
- Anis Laela Megasari
- Ira Kusumawaty
- Kurnia Laksana
- Solehudin

KEPERAWATAN JIWA

Jek Amidos Pardede

Nor Afni Oktavia

Yunike

Tjahjanti Kristyaningsih

Anis Laela Megasari

Ira Kusumawaty

Kurnia Laksana

Solehudin



GET PRESS INDONESIA

KEPERAWATAN JIWA

Penulis :

Jek Amidos Pardede

Nor Afni Oktavia

Yunike

Tjahjanti Kristyaningsih

Anis Laela Megasari

Ira Kusumawaty

Kurnia Laksana

Solehudin

ISBN : 978-623-8004-36-2

Editor : Dr. Neila Sulung, S.Pd. Ns. M.Kes

Rantika Maida Sahara, S.Tr.Kes.

Penyunting : Aulia Syaharani, S.Tr.Kes.

Desain Sampul dan Tata Letak : Handri Maika Saputra, S.ST

Penerbit: GET PRESS INDONESIA

Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi:

Jl. Palarik RT 01 RW 06, Kelurahan Air Pacah
Kecamatan Koto Tengah, Padang, Sumatera Barat

website: www.getpress.co.id

email: adm.getpress@gmail.com

Cetakan pertama, September 2022

Hak cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk
dan dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Puji Syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa. Atas rahmat dan hidayah-Nya, penulis dapat menyelesaikan Buku Hasil Kolaborasi bertema “Keperawatan Jiwa” dengan tepat waktu.

Buku kolaborasi ini disusun atas kerjasama antar sesama penulis yang berasal dari berbagai latar belakang profesi dan lintas daerah di seluruh Indonesia. Selain itu, buku kolaborasi dapat menjadi wadah untuk menyatukan berbagai gagasan dan pemikiran dari seorang pakar atau ahli dari seluruh Indonesia dan menjadikan media silaturahmi akademik.

Penulis mengucapkan terima kasih kepada teman-teman penulis dan penerbit. Ucapan terima kasih juga disampaikan pada keluarga yang telah mendukung dan semua pihak yang terlibat dalam membantu menyelesaikan buku ini.

Penulis, 2022

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR TABEL	vi
BAB 1 KONSEP DASAR KEPERAWATAN JIWA.....	1
1.1 Pendahuluan.....	1
1.2 Keperawatan Jiwa.....	2
1.2.1 Defenisi Keperawatan Jiwa.....	2
1.2.2 Falsafah Keperawatan Jiwa	3
1.2.3 Elemen Keperawatan Jiwa	4
1.2.4 Peran Perawat Jiwa di Rumah Sakit dan Komunitas	5
1.3 Paradigma Keperawatan Jiwa	7
1.3.1 Defenisi Paradigma Keperawatan	7
1.3.2 Tujuan Paradigma Keperawatan Jiwa.....	8
1.3.3 Komponen Paradigma Keperawatan Jiwa.....	8
1.4 Hubungan Terapeutik Perawat Jiwa dan Pasien	13
1.4.1 Prinsip Dasar Hubungan Terapeutik Perawat Jiwa dan Pasien	13
1.4.2 Faktor–Faktor Yang Mempengaruhi Kemampuan Teraupetik Perawat Jiwa.....	14
BAB 2 KONSEP MODEL KEPERAWATAN JIWA.....	16
2.1 Pendahuluan.....	16
2.2 Konsep Sehat jiwa.....	16
2.2.1 Faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan jiwa.....	17
2.3 Model Konseptual Jiwa.....	19
2.3.1 Model <i>Psychoanalytical</i>	19
2.3.2 Model Interpersonal	20
2.3.3 Model Sosial.....	21
2.3.4 Model <i>Exitensial</i>	21
2.3.5 Model <i>Supportive Therapy</i>	21
2.3.6 Model <i>Medical</i>	22
BAB 3 PSIKOFARMAKA DAN TERAPI MODALITAS.....	24
3.1 Pendahuluan.....	24
3.2 Konsep Dasar Psikofarmaka	25
3.2.1 Definisi Psikofarmaka	25
3.2.2 Pembagian Obat Psikofarmaka	25
3.3 Konsep Dasar Terapi Modalitas	30

3.3.1 Definisi Terapi Modalitas	30
3.3.2 Manfaat Terapi Modalitas.....	30
3.3.3 Macam-macam terapi Modalitas	30
3.4 Ringkasan	33
BAB 4 ASUHAN KEPERAWATAN HARGA DIRI RENDAH	38
4.1 Pengertian	38
4.2 Psikodinamika	38
4.3 Proses Keperawatan Pasien Harga Diri Rendah.....	40
4.3.1 Pengkajian Keperawatan	40
4.3.2 Faktor Predisposisi.....	40
4.3.3 Faktor Presipitasi	41
4.3.4 Tanda dan Gejala	41
4.3.5 Mekanisme Koping.....	42
4.3.6 Pohon Masalah.....	42
4.4 Diagnosis Keperawatan	43
4.5 Perencanaan Keperawatan	43
4.6 Pelaksanaan Keperawatan	47
4.7 Evaluasi keperawatan	47
BAB 5 ASUHAN KEPERAWATAN ISOLASI SOSIAL	50
5.1 Pendahuluan.....	50
5.2 Pengertian Isolasi Sosial	51
5.3 Rentang Respon Sosial.....	52
5.4 Perkembangan Hubungan Sosial.....	53
5.5 Etiologi 56	
5.6 Manifestasi Klinik	58
5.7 Patopsikologi	59
5.8 Asuhan Keperawatan Pada Klien Isolasi Sosial.....	60
5.8.1 Pengkajian Keperawatan	60
5.8.2 Rencana Tindakan Asuhan Keperawatan	62
5.8.3 Implementasi Keperawatan.....	65
5.8.4 Evaluasi Keperawatan	66
BAB 6 ASUHAN KEPERAWATAN JIWA KEHILANGAN DAN BERDUKA.....	68
6.1 Pendahuluan.....	68
6.2 Pengertian kehilangan	69
6.3 Kategori Kehilangan.....	69
6.4 Pengertian Berduka.....	70
6.5 Penyebab berduka	72

6.6 Gejala berduka.....	73
6.7 Terapi Kehilangan Dan Berduka Yang Berkepanjangan.....	75
6.8 Fase Kehilangan Dan Berduka	75
6.9 Faktor-faktor yang Meningkatkan Risiko Berduka.....	78
6.10 Patofisiologi.....	79
6.11 Asuhan Keperawatan Jiwa Kehilangan Dan Berduka.....	80
BAB 7 ASUHAN KEPERAWATAN JIWA DENGAN	
GANGGUAN KECEMASAN (<i>ANXIETY</i>).....	88
7.1 Pengertian.....	88
7.2 Tingkat Kecemasan (<i>Anxiety</i>)	88
7.2.1 Faktor Presdisposisi.....	89
7.2.2 Faktor Presipitasi.....	89
7.3 Tipe Gangguan Kecemasan (<i>Anxiety</i>).....	90
7.4 Tanda dan Gejala Kecemasan (<i>Anxiety</i>).....	90
7.4.1 Mayor	90
7.4.2 Minor	90
7.5 Jenis Gangguan Kecemasan (<i>Anxiety</i>)	91
7.6 Pohon Masalah	91
7.7 Tujuan dilakukannya asuhan keperawatan Jiwa dengan gangguan Kecemasan (<i>Anxiety</i>)	91
7.8 Tindakan keperawatan generalis pada klien Kecemasan (<i>Anxiety</i>).....	92
7.9 Macam Tindakan Keperawatan Spesialis Pada Klien Kecemasan (<i>Anxiety</i>).....	93
7.10 Tindakan Keperawatan Pada Keluarga Dengan Klien Kecemasan (<i>Anxiety</i>).....	94
7.11 Tindakan Keperawatan Kolaborasi Pada Klien Kecemasan (<i>Anxiety</i>).....	95
7.12 Perencanaan Pulang (Discharge Planing) Klien Kecemasan (<i>Anxiety</i>).....	96
7.13 Evaluasi Klien Kecemasan (<i>Anxiety</i>)	96
7.14 Rencana Tindak Lanjut Klien Kecemasan (<i>Anxiety</i>)	97
BAB 8 PROGRAM KESEHATAN JIWA DI INDONESIA	99
8.1 Pendahuluan.....	99
8.2 Pengertian Kesehatan Jiwa.....	101
8.3 Perkembangan Keperawatan Jiwa Di Indonesia	101
8.4 Program Kesehatan Jiwa di Indonesia.....	103
8.4.1 Permasalahan Kesehatan Jiwa.....	104

8.4.2 Penanggulangan Masalah Kesehatan Jiwa.....	107
BIODATA PENULIS	

DAFTAR TABEL

Tabel 6.1 Kategori dan Implikasi Kehilangan.....	69
Tabel 6.2 Teori/ model Kehilangan dan Berduka.....	71
Tabel 6.3 Reaksi terhadap berduka.....	74
Tabel 8.1 Kegiatan Direktorat P2 Masalah Kesehatan Jiwa dan Napza.....	109

BAB 1

KONSEP DASAR KEPERAWATAN JIWA

Oleh Jek Amidos Pardede

1.1 Pendahuluan

Keperawatan jiwa merupakan integrasi dari ilmu yang diterapkan yang langsung ada hubungannya dengan perilaku manusia, psikososial dan teori kepribadian sepanjang siklus kehidupan. Perawat jiwa adalah perawat terlatih khusus yang merawat kesejahteraan psikologis dan orang-orang dengan kondisi kesehatan mental atau masalah perilaku. Perawat sendiri secara terapeutik sebagai alat yang digunakan dalam memberikan asuhan keperawatan jiwa dengan komunikasi terapeutik.

Perawat kesehatan jiwa memiliki pengetahuan tingkat lanjut tentang penilaian, diagnosis, dan perawatan gangguan kejiwaan yang membantu pasien memberikan perawatan khusus yang bertujuan memberikan hasil klinis yang optimal bagi pasien. Praktik keperawatan jiwa memberikan dampak yang signifikan terhadap kesehatan dan pemulihan pengguna jasa. Penelitian dan teori keperawatan psikiatri dan kesehatan mental memberikan kontribusi besar dalam hal pengembangan dan pengelolaan organisasi dan pemberian perawatan kesehatan (Gabrielsson, 2020).

Perawat jiwa tidak hanya memberikan perawatan fisik tetapi juga bersosialisasi dan berkomunikasi dengan pasien untuk menciptakan lingkungan yang aman dan nyaman yang mendorong perubahan positif. Tanggung jawab khusus perawat jiwa sering kali termasuk membantu pasien dengan aktivitas kehidupan sehari-hari, memberikan terapi keperawatan generalis dan spesialis untuk mengelola efek samping, membantu manajemen krisis dan stres, mengamati pasien untuk mengevaluasi kemajuan perawatannya, menawarkan bimbingan dan bentuk dukungan interpersonal lainnya kepada pasien, berpartisipasi dalam kegiatan rekreasi

dengan pasien. , mendidik pasien dan keluarganya tentang masalah kesehatan jiwa dan pilihan gaya hidup, dan melakukan terapi individu maupun terapi kelompok. Keperawatan jiwa dan Kesehatan jiwa berkaitan dengan perawatan pasien yang memiliki masalah kesehatan emosional dan mental seperti depresi, kecemasan, kecanduan, gangguan kosep diri dan berduka dan gangguan mood.

1.2 Keperawatan Jiwa

Keperawatan jiwa merupakan bidang praktik keperawatan khusus yang melibatkan perawatan individu dengan gangguan kesehatan jiwa untuk membantu pasien pulih dan meningkatkan kualitas hidupnya. Keperawatan jiwa juga dikatakan mampu menerapkan teori perilaku manusia sebagai ilmunya dan penggunaan diri secara terapeutik sebagai kiatnya yang berfokus pada diri sendiri secara terapeutik, artinya perawat jiwa memerlukan media untuk melakukan perawatan (*use self therapeutic*), seperti: gerakan tubuh, ekspresi wajah, setuhan, nada suara, tatapan mata, bahasa, pendengaran, dan lainnya (Stuart, 2014).

Keperawatan jiwa atau keperawatan kesehatan mental adalah posisi yang sudah dipilih dari seorang perawat yang mengkhususkan diri dalam kesehatan jiwa, dan merawat orang-orang dari segala usia yang mengalami penyakit kejiwaan atau tekanan, termasuk: gangguan perkembangan saraf, skizofrenia, gangguan skizoafektif, gangguan mood, kecanduan, gangguan kecemasan, gangguan kepribadian, pikiran untuk bunuh diri, psikosis, paranoid, dan menyakiti diri sendiri. Teori Adaptasi Roy terkait dengan keperawatan jiwa mendefinisikan individu sebagai makhluk hidup yang menggunakan mekanisme untuk beradaptasi dengan rangsangan internal dan eksternal (Shives, 2008).

1.2.1 Defenisi Keperawatan Jiwa

Keperawatan jiwa adalah spesialisasi dalam bidang keperawatan yang memberikan perawatan holistik kepada individu dengan gangguan mental atau masalah perilaku untuk meningkatkan kesejahteraan fisik dan psikososial pasien.keperawatan jiwa ini lebih menekankan penggunaan

hubungan interpersonal sebagai agen terapeutik dan mempertimbangkan faktor lingkungan yang mempengaruhi kesehatan mental. Keperawatan jiwa adalah proses terapeutik yang mengakui keunikan pasien sakit jiwa dan membantu individu merasa bermartabat, dihormati dan dipahami. Orang dengan gangguan jiwa dianggap membutuhkan pengobatan dan perawatan khusus.

1.2.2 Falsafah Keperawatan Jiwa

Falsafah keperawatan jiwa adalah pandangan dasar untuk mengetahui hakikat manusia dan pentingnya keperawatan yang menjadikan kerangka dasar praktik keperawatan jiwa dalam memberikan asuhan keperawatan jiwa pada pasien yang mengalami gangguan jiwa. Falsafah perawatan kesehatan jiwa digunakan untuk mengkritik konsep, mencari informasi di luar yang jelas, memahami kompleksitas dari keadaan jiwa seseorang, dan mengidentifikasi kesadaran dan intuisi.

Falsafah keperawatan ini bertujuan memberi arah pada dunia keperawatan yang dilakukan berdasarkan keperawatan jiwa. Keperawatan mengandung manusia sebagai makhluk holistik, sehingga pendekatan pemberian asuhan keperawatan jiwa, dilakukan melalui pendekatan caring dan humanistik, yang artinya perawat sangat menghargai dan menghormati martabat manusia, memberi perhatian kepada klien serta menjunjung tinggi keadilan bagi sesama manusia.

Falsafah keperawatan merupakan filosofi atau dasar yang masih bersifat semu dalam menjelaskan suatu konsep dalam keilmuan termasuk dalam keperawatan. Keperawatan bersifat universal dalam arti dalam memberikan asuhan keperawatan jiwa, perawat tidak membedakan atas ras, jenis kelamin, usia, warna kulit, etik, agama, aliran politik, dan status sosial ekonomi.

Menurut Depkes RI tahun 1998 ada beberapa falsafah yang mendasar dalam keperawatan jiwa, antara lain:

1. Setiap manusia perlu dihargai sehingga manusia tersebut harus memiliki harkat dan martabat.
2. Tumbuh, sehat, mandiri dan adanya pengakuan diri merupakan tujuan manusia.
3. Potensi untuk merubah diri adalah dimiliki setiap manusia.

4. Manusia adalah makhluk yang utuh dan unik sehingga harus mampu berinteraksi dan bereaksi dengan lingkungan secara holistik
5. Setiap manusia memiliki kebutuhan dasar yang sama berdasarkan tingkatan kebutuhan Abraham Maslow.
6. Semua perilaku manusia adalah bermakna karena manusia memiliki persepsi, pikiran, perasaan, dan tindakan.
7. Kapasitas koping manusia bervariasi karena dipengaruhi oleh genetik, lingkungan, kondisi stres, dan sumber koping yang tersedia.
8. Rasa sakit yang dialami manusia dapat membentuk dan mengembangkan diri secara psikologis.
9. Setiap manusia memiliki hak dalam memperoleh pelayanan kesehatan jiwa yang sama.
10. Kesehatan jiwa merupakan komponen kritis dan penting dari pelayanan kesehatan yang komprehensif.
11. Manusia memiliki hak dalam berpartisipasi untuk pengambilan keputusan untuk kesehatan fisik dan jiwanya.
12. Meningkatkan kesejahteraan, meminimalkan kecacatan dengan meningkatkan fungsi dan meningkatkan pengakuan diri merupakan tujuan dari keperawatan.
13. Hubungan interpersonal mampu menghasilkan perubahan dan pertumbuhan pada manusia.

1.2.3 Elemen Keperawatan Jiwa

Menjaga hubungan terapeutik yang positif dengan pasien dalam pengaturan klinis merupakan tugas penting dari perawat jiwa. Elemen dasar perawatan kesehatan jiwa berkisar pada hubungan interpersonal dan interaksi yang dibangun antara profesional dan klien. Merawat orang dengan penyakit jiwa menuntut kehadiran yang intensif dan keinginan yang kuat untuk mendukung (Berg and Hallberg, 2000). Elemen utama dari keperawatan jiwa antara perawat dan pasien adalah kompetensi klinik, advokasi pasien dan keluarga, tanggung jawab keuangan, kolaborasi antara disiplin ilmu keperawatan dan tanggung gugat sosial serta parameter etik legal.

1.2.4 Peran Perawat Jiwa di Rumah Sakit dan Komunitas

Perawat kesehatan jiwa merupakan bagian penting dari sistem pelayanan kesehatan, yang secara positif mempengaruhi kehidupan banyak pasien psikosial dan gangguan jiwa setiap hari. Peran tersebut dapat melelahkan baik secara fisik maupun mental karena perawat bekerja secara langsung meningkatkan kehidupan pasien setiap hari. Perawat jiwa bertanggung jawab untuk merencanakan serta memberikan dukungan dan perawatan medis kepada orang-orang yang memiliki berbagai masalah kesehatan jiwa. Peran perawat jiwa adalah merawat individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat melalui konseling, pendidikan dan, pengobatan untuk meningkatkan kesehatan mental dan emosional.

Merawat pasien dengan masalah penyakit jiwa dari usia muda hingga yang usia tua merupakan tantangan unik, yang biasanya meliputi:

1. Merawat pasien dengan kondisi akut, membangun hubungan dan menanggapi kebutuhan fisik dan emosional mereka, sambil memberikan perawatan yang efektif.
2. Memberikan obat dan perawatan pasien dan memantau hasil.
3. Menangani gejala spesifik penyakit jiwa, meredakan situasi stres, dan membantu pasien mengatasi tantangan.
4. Berinteraksi dengan keluarga pasien dan staf perawatan jiwa lainnya serta menawarkan saran dan informasi tentang kondisi pasien.
5. Mempersiapkan dan memelihara catatan pasien, membuat rencana perawatan dan penilaian risiko.
6. Menyelenggarakan sesi terapi kelompok, termasuk acara sosial dan artistik, yang bertujuan untuk mempromosikan pemulihan jiwa pasien

Tanggung jawab perawat kesehatan jiwa, antara lain:

1. Menilai dan berbicara dengan pasien tentang kondisi mereka dan mendiskusikan cara terbaik untuk merencanakan dan memberikan perawatan mereka
2. Membangun hubungan dengan pasien untuk mendorong kepercayaan, sambil mendengarkan dan menafsirkan kebutuhan dan kekhawatiran mereka

3. Memastikan pemberian obat yang benar, termasuk suntikan, dan memantau hasil pengobatan
4. Menanggapi pasien yang tertekan dengan cara yang tidak mengancam dan berusaha memahami sumber ketidaknyamanannya.
5. Membantu pasien mengelola emosi mereka melalui teknik relaksasi dan psikoterapi.
6. Mempersiapkan dan berpartisipasi dalam sesi terapi kelompok dan/atau tatap muka, baik secara individu maupun dengan profesional kesehatan lainnya
7. Memberikan terapi individu berbasis bukti, seperti terapi perilaku kognitif untuk depresi dan kecemasan mengatur acara sosial yang bertujuan untuk mengembangkan keterampilan sosial pasien dan membantu mengurangi perasaan terisolasi
8. Mempersiapkan dan memelihara catatan pasien dan menghasilkan rencana perawatan dan penilaian risiko
9. Memastikan bahwa persyaratan hukum yang sesuai untuk pengaturan atau kelompok pasien tertentu

Peran dan tanggung jawab perawat jiwa yang tidak terbatas, antara lain:

1. Melakukan penilaian kesehatan dan risiko fisik & mental yang lengkap
2. Menangani penyaringan asupan, evaluasi, dan penyortiran
3. Mengembangkan rencana perawatan individual untuk pasien
4. Lakukan perawatan terkoordinasi
5. Mengelola dan memantau rejimen pengobatan sesekali
6. Mempertahankan kontrol obat dan obat-obatan
7. Memberikan obat berdasarkan perbaikan konstan pasien serta memantau dan mengelola efek samping (jika ada)
8. Mengamati dan melaporkan perubahan perilaku pada pasien dengan catatan yang tepat
9. Membantu pasien untuk mencapai tujuan pemulihan mereka, membangun hubungan dengan dukungan interpersonal yang lengkap

10. Partisipasi dan inisiasi berbagai kegiatan rekreasi dan terapi seperti psikoterapi, terapi perilaku, terapi bermain, terapi kelompok, terapi bermain, terapi keluarga, dll
11. Menangani stabilisasi, intervensi krisis, rehabilitasi psikiatri, diikuti dengan intervensi
12. Bekerja sama dengan keluarga pasien untuk meningkatkan kemampuan pasien
13. Mempromosikan suasana dan faktor untuk mengurangi kecacatan lebih lanjut
14. Mencatat informasi perawatan secara tepat dan akurat, dalam format yang tepat, tepat waktu
15. Menyelesaikan tugas sebagai alokasi, tergantung pada pengaturan tugas
16. Memberikan keamanan lingkungan sambil melindungi pasien dan orang lain dari cedera
17. Mengajarkan keterampilan sosial, memberikan konseling untuk menangani kesulitan emosional dan tingkat stres
18. Perawatan pemulihan lengkap dengan rujukan komunitas dan perawatan tindak lanjut.

1.3 Paradigma Keperawatan Jiwa

1.3.1 Defenisi Paradigma Keperawatan

Paradigma merupakan kerangka berpikir yang menjelaskan fenomena yang mengandung beberapa konsep yang terkait dengan fokus keilmuannya. Paradigma suatu cara pandang, melihat, memikirkan, memaknai, menyikapi, serta memilih tindakan atas masalah atau fenomena yang ada. Keperawatan jiwa harus memiliki paradigma komprehensif yang menghormati sifat relasional dari hubungan perawat-pasien, pengaruh kritis lingkungan, pentingnya faktor biologis, dan cara pemahaman naratif dan sejarah membentuk perilaku.

Pada dasarnya Paradigma keperawatan adalah membantu perawat untuk memberikan arah dalam bertindak dimana paradigma keperawatan ini sebagai arah untuk perawat dalam melakukan tindakan. Dimana perawat dapat merawat pasien dari sebelum lahir sampai kematian menjemput sehingga inilah dasar seorang melakukan asuhan keperawatan pada individu, keluarga,

kelompok dan masyarakat. Paradigma perawatan medis sering mendominasi perawatan kesehatan mental, tetapi esensi keperawatan kesehatan jiwa tidak boleh dianggap kalah dengan paradigma ini (Santangelo, Procter and Fassett, 2018). Mengingat pandangan holistik tentang kesehatan dan pemulihan, keperawatan kesehatan jiwa dan psikiatri sebagai kekuatan transformatif memiliki potensi untuk memberi manfaat bagi orang-orang dengan berbagai kebutuhan perawatan kesehatan di berbagai rangkaian (Gabrielsson, 2020).

1.3.2 Tujuan Paradigma Keperawatan Jiwa

Tujuan paradigma keperawatan sebagai acuan melakukan praktik dalam pemberian asuhan keperawatan. Tujuan lainnya adalah menyelesaikan berbagai persoalan yang melingkupi profesi keperawatan sebagai aspek pendidikan dan pelayanan keperawatan, praktik keperawatan, dan organisasi profesi. Tujuan paradigma keperawatan Jiwa adalah mengatur hubungan antara berbagai teori dan model konseptual keperawatan jiwa guna mengembangkan model konseptual dan teori-teori sebagai kerangka kerja keperawatan jiwa.

1.3.3 Komponen Paradigma Keperawatan Jiwa

Komponen Paradigma keperawatan jiwa, yaitu: Manusia, lingkungan, kesehatan dan keperawatan.

1. Manusia

Manusia adalah sistem terbuka yang berinteraksi dengan lingkungannya secara konstan dan selalu berhubungan dengan lingkungan luar serta senantiasa berusaha selalu homeostatik. Menurut Imogene King, manusia mengacu pada makhluk sosial yang rasional dan hidup serta memiliki kemampuan untuk memahami, berpikir, merasakan, memilih, menetapkan tujuan, memilih cara untuk mencapai tujuan, dan membuat keputusan. Manusia memiliki tiga kebutuhan mendasar: kebutuhan akan informasi kesehatan ketika dibutuhkan dan dapat digunakan; kebutuhan akan perawatan yang berusaha mencegah penyakit; dan kebutuhan untuk perawatan ketika dia tidak dapat membantu dirinya sendiri.

2. Lingkungan

Secara umum, lingkungan dibedakan menjadi dua lingkungan fisik dan nonfisik. lingkungan adalah faktor yang dapat mempengaruhi kesehatan manusia, baik faktor dari dalam diri (seperti aspek genetika, struktur dan fungsi tubuh serta psikologis) maupun faktor dari luar diri (seperti lingkungan fisik, biologik, sosial, kultural, dan spiritual. Kedua lingkungan tersebut (eksternal dan internal) akan mempengaruhi sikap dan perilaku manusia termasuk persepsinya tentang sehat-sakit. Teori Lingkungan oleh *Florence Nightingale* mendefinisikan Keperawatan sebagai "tindakan memanfaatkan lingkungan pasien untuk membantunya dalam pemulihannya." Ini melibatkan inisiatif perawat untuk mengkonfigurasi pengaturan lingkungan yang sesuai untuk pemulihan kesehatan pasien secara bertahap dan bahwa faktor eksternal yang terkait dengan lingkungan pasien mempengaruhi kehidupan atau proses biologis dan fisiologis dan perkembangannya.

Prinsip yang utama *Florence Nightingale* adalah penyembuhan yang berlandaskan lingkungan (proses penyembuhan atau tindakan penyembuhan), mewakili pengumpulan semua aspek tubuh, pikiran dan jiwa, untuk mencapai dan mempertahankan integrasi. keseimbangan, yang menunjukkan asuhan keperawatan holistik (Riegel et al, 2021). Ini melibatkan inisiatif perawat jiwa untuk mengkonfigurasi pengaturan lingkungan yang sesuai untuk pemulihan kesehatan pasien secara bertahap dan bahwa faktor eksternal yang terkait dengan lingkungan pasien mempengaruhi kehidupan atau proses biologis, fisiologis, psikologis dan perkembangannya. *Florence Nightingale* mengidentifikasi 5 faktor lingkungan: udara segar, air murni, drainase yang efisien, kebersihan atau sanitasi, dan cahaya atau sinar matahari langsung.

Menurut teori *Florence Nightingale*, pasien dipandang dalam konteks lingkungan secara keseluruhan terdiri dari lingkungan fisik, lingkungan psikologis dan lingkungan sosial yang dapat membantu kesembuhan pasien di Rumah sakit. Menurut *Imogene King*, Lingkungan merupakan latar belakang

interaksi manusia. Ini melibatkan lingkungan internal dan eksternal. Lingkungan internal mengubah energi untuk memungkinkan seseorang menyesuaikan diri dengan perubahan lingkungan eksternal yang berkelanjutan. Lingkungan eksternal melibatkan organisasi formal dan informal. Dalam model ini, perawat adalah bagian dari lingkungan pasien.

3. Kesehatan

Kesehatan adalah salah satu ukuran untuk menentukan status kesehatan yaitu rentang sehat dan sakit. Kualitas pelayanan kesehatan dan proses keperawatan itu sangat berhubungan. Apabila kualitas pelayanan kesehatan berjalan dengan baik maka proses keperawatan juga berjalan dengan baik (Saragih, 2020). Menurut Imogene King, kesehatan melibatkan pengalaman hidup yang dinamis dari manusia, yang menyiratkan penyesuaian terus menerus terhadap stresor di lingkungan internal dan eksternal melalui penggunaan sumber daya yang optimal untuk mencapai potensi maksimal untuk kehidupan sehari-hari

4. Keperawatan

Keperawatan merupakan unsur dalam paradigma keperawatan, yang berarti suatu bentuk layanan kesehatan yang profesional. Pemberian asuhan keperawatan jiwa dilakukan dengan pendekatan humanistik dan caring yaitu merawat, menghargai dan menghormati martabat manusia dan bersikap adil pada setiap manusia. Pemberian asuhan keperawatan ini menggunakan proses terapeutik yang melibatkan hubungan kerjasama yang baik antara perawat dan pasien sehingga tercapai kesehatan yang optimal.

Keperawatan mempunyai pandangan bahwa manusia adalah makhluk holistik sehingga pendekatan yang dilakukan dalam memberikan asuhan keperawatan jiwa adalah pendekatan humanistik. Tindakan asuhan keperawatan jiwa yang diberikan perawat jiwa sangat menghargai dan menghormati martabat manusia, memberikan perhatian kepada pasien serta memenuhi keadilan bagi sesama manusia. Pelayanan Keperawatan merupakan bagian dari

proses keperawatan yang dapat menjadi pertimbangan keberhasilan pencapaian dalam suatu tujuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan disuatu institusi kesehatan maupun dimasyarakat.

Beberapa perbedaan menurut pandangan para ahli dalam menyikapi dari 4 komponen paradigma keperawatan yaitu manusia, lingkungan, kesehatan dan keperawatan.

1. Betty Neuman

Betty Neuman memberikan pendekatan holistik dan berbasis sistem yang komprehensif untuk keperawatan yang mengandung unsur fleksibilitas dan berfokus pada respons sistem pasien terhadap stresor lingkungan aktual atau potensial dan penggunaan intervensi pencegahan keperawatan primer, sekunder, dan tersier untuk retensi, pencapaian, dan pemeliharaan kesehatan sistem pasien. manusia adalah orang total sebagai sistem klien dan orang itu adalah makhluk multidimensi yang berlapis. Setiap lapisan terdiri dari variabel atau subsistem lima orang. Subsistem bersifat fisiologis, yang mengacu pada struktur dan fungsi fisiokimiawi tubuh; psikologis, yang mengacu pada proses mental dan emosi; sosio-budaya, yang mengacu pada hubungan, dan harapan dan aktivitas sosial/budaya; spiritual, yang mengacu pada pengaruh keyakinan spiritual; dan perkembangan, yang mengacu pada proses-proses yang berhubungan dengan perkembangan sepanjang usia.

2. Dorothy E Johnson

Menurut Dorothy Johnson perlu pembinaan fungsi perilaku yang efisien dan efektif pada pasien yang mengalami gangguan mental dan emosional. Johnson mendefinisikan kesehatan sebagai respons adaptif yang disengaja terhadap rangsangan internal dan eksternal untuk menjaga stabilitas dan kenyamanan. Johnson mengatakan bahwa tujuan utama keperawatan adalah untuk mendorong keseimbangan dalam individu pasien. Praktik keperawatan berkaitan dengan keseluruhan yang terorganisir dan terintegrasi, tetapi menjaga keseimbangan dalam sistem perilaku ketika penyakit terjadi

adalah fokus utama dari karir. Peran perawat adalah membantu pasien mempertahankan keseimbangannya.

3. Menurut Dorothea Orem

Dorothea Orem menjelaskan bagaimana kebutuhan perawatan diri pasien akan dipenuhi oleh perawat, pasien, atau keduanya. Orem mengidentifikasi tiga klasifikasi sistem keperawatan untuk memenuhi kebutuhan perawatan diri pasien: sistem kompensasi sepenuhnya, sistem kompensasi sebagian, dan sistem suportif-edukatif. Pendekatan Dorothea Orem terhadap proses keperawatan menyediakan metode untuk menentukan defisit perawatan diri dan kemudian mendefinisikan peran pasien atau perawat untuk memenuhi tuntutan perawatan diri. Teori perawatan diri Orem dapat bermanfaat bagi pasien skizofrenia yang memiliki kesulitan mempertahankan perawatan diri.

4. Menurut Sister Calista Roy

Roy mengatakan bahwa manusia adalah makhluk bio-psiko-sosial yang selalu berinteraksi dengan lingkungan yang berubah. manusia menggunakan mekanisme bawaan dan didapat untuk beradaptasi. Roy mengatakan tujuan keperawatan adalah untuk mempromosikan adaptasi dalam empat mode adaptif. Perawat juga mempromosikan adaptasi untuk individu dan kelompok dalam empat mode adaptif, sehingga berkontribusi terhadap kesehatan, kualitas hidup, dan kematian dengan bermartabat dengan menilai perilaku dan faktor-faktor yang mempengaruhi kemampuan adaptif dan dengan intervensi untuk meningkatkan interaksi lingkungan.

5. Menurut Imogene King

Manusia dipandang sebagai makhluk yang selalu ingin tahu dan memiliki potensi untuk membuat keputusan sendiri. Paradigma ini menggambarkan hubungan interpersonal yang dinamis di mana pasien tumbuh dan berkembang untuk mencapai tujuan hidup tertentu. Fokus utama keperawatan adalah pada sharing informasi antara

perawatan dan klien. Pandangan Imogene King terdiri dari 3 sistem yaitu sistem pribadi, interpersonal dan sistem sosial. Sistem pribadi adalah persepsi, diri, pertumbuhan dan perkembangan, citra tubuh, ruang, dan waktu. Sistem interpersonal adalah interaksi, komunikasi, transaksi, peran, dan stres. Sedangkan sistem sosial adalah organisasi, otoritas, kekuasaan, status, dan pengambilan keputusan.

1.4 Hubungan Terapeutik Perawat Jiwa dan Pasien

Hubungan antara perawat jiwa dan pasien merupakan interaksi timbal balik dimana responnya saling mempengaruhi dan terus berkembang sejalan dengan perubahan respon antara perawat dan pasien. Salah satu fungsi profesionalitas perawat jiwa adalah menemukan kebutuhan pasien yang tidak terpenuhi dan kemudian memberikan bantuan untuk memenuhi kebutuhan pasien tersebut.

Elemen yang paling sering menghambat hubungan terapeutik adalah jumlah waktu yang dihabiskan untuk tugas administrasi, sikap negatif pasien dan harapan yang tidak realistis, ketidakmampuan perawat untuk menghadapi masalah ini dengan pasien, dan merasa tidak cukup terlatih untuk memberikan perhatian individu yang dibutuhkan oleh pasien (Moreno-Poyato et al, 2017). Perawat jiwa harus terlibat dengan pelatihan tambahan, pengawasan klinis formal dan memanfaatkan dukungan sebaya untuk meningkatkan kepercayaan diri, keterampilan dan kualitas perawatan, yang mengarah ke keterlibatan terapeutik yang lebih baik (Odeyemi, Morrissey and Donohue, 2018).

1.4.1 Prinsip Dasar Hubungan Terapeutik Perawat Jiwa dan Pasien

Beberapa prinsip dasar harus ada dalam diri seorang perawat sehingga dapat membantu tumbuhnya hubungan yang terapeutik dengan pasien (Stuart, 2014), antara lain: kejujuran, tidak membingungkan dan ekspresif, bersikap positif, empati bukan simpati, mampu melihat permasalahan pasien, menerima pasien dan sensitif terhadap perasaan pasien, serta tidak mudah berpengaruh masa lalu pasien dan masa lalu perawat sendiri.

1.4.2 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kemampuan Terapeutik Perawat Jiwa.

Faktor yang mempengaruhi kemampuan perawat untuk terapeutik yaitu kualitas personal, komunikasi fasilitatif, dimensi responsive dan dimensi tindakan (Stuart, 2014).

1. Kualitas personal.

Kualitas personal merupakan karakteristik yang dibutuhkan seorang perawat yang berkeinginan untuk memberikan asuhan keperawatan jiwa secara terapeutik kepada pasien yang mengalami permasalahan kejiwaan. Kualitas personal seorang perawat dipengaruhi oleh tingkat pendidikan, masa kerja, umur, dan pengalaman. Tercermin dari kemampuan perawat untuk melakukan menganalisis diri. Perawat yang mampu melakukan analisis diri serta dapat menggunakan dirinya secara terapeutik untuk membantu dan mengembangkan pengalaman bersama pasien dalam menyelesaikan permasalahan pasien. Contoh: kesadaran diri, klarifikasi nilai, eksplorasi perasaan, model peran, altruistic, dan tanggung jawab.

2. Komunikasi fasilitatif

Komunikasi yang dilakukan perawat jiwa dalam hubungan terapeutik terhadap pasien untuk menangani permasalahan yang dialami pasien dimana komunikasi itu sendiri sebagai alat atau fasilitas yang digunakan dalam memberikan perawatan dan psikoterapi pada pasien.

3. Dimensi responsif

Respon perawat dalam merawat pasien, dimana perawat bereaksi terhadap komunikasi yang terjadi. Dimensi respons ini terdiri atas sikap ikhlas, hormat, empati, dan konkret. Contoh: ikhlas, hormat, empati, dan konkret.

4. Dimensi tindakan.

Dimensi ini mengikuti dimensi respon dimana ketika perawat merespon diikuti dengan perilaku untuk membantu pasien, contoh: konfrontasi, kesegeraan, keterbukaan, emosional katarsis, dan bermain peran.

DAFTAR PUSTAKA

- Berg, A. and Hallberg, I.R., 2000. Psychiatric nurses' lived experiences of working with inpatient care on a general team psychiatric ward. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 7(4), pp.323-333.
- Gabrielsson, S., Tuveson, H., Wiklund Gustin, L. and Jormfeldt, H., 2020. Positioning psychiatric and mental health nursing as a transformative force in health care. *Issues in mental health nursing*, 41(11), pp.976-984.
- Moreno-Poyato, A.R., Delgado-Hito, P., Suárez-Pérez, R., Leyva-Moral, J.M., Aceña-Domínguez, R., Carreras-Salvador, R., Roldán-Merino, J.F., Lluch-Canut, T. and Montesó-Curto, P., 2017. Implementation of evidence on the nurse-patient relationship in psychiatric wards through a mixed method design: study protocol. *BMC nursing*, 16(1), pp.1-7.
- Odeyemi, C., Morrissey, J. and Donohue, G., 2018. Factors affecting mental health nurses working with clients with first-episode psychosis: A qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 25(7), pp.423-431.
- Riegel, F., Crossetti, M.D.G.O., Martini, J.G. and Nes, A.A.G., 2021. Florence Nightingale's theory and her contributions to holistic critical thinking in nursing. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74.
- Santangelo, P., Procter, N. and Fassett, D., 2018. Mental health nursing: Daring to be different, special and leading recovery-focused care?. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(1), pp.258-266.
- Shives, L.R., 2008. Basic concepts of psychiatric-mental health nursing. Lippincott Williams & Wilkins.
- Stuart, G.W., 2014. Principles and practice of psychiatric nursing-e-book. Elsevier Health Sciences.

BAB 2

KONSEP MODEL KEPERAWATAN JIWA

Oleh Nor Afni Oktavia

2.1 Pendahuluan

Keperawatan kesehatan jiwa merupakan bentuk pelayanan profesional integral dalam pelayanan keperawatan terhadap masyarakat. Dalam pelayanan nya keperawatan jiwa menerapkan teori perilaku manusia sebagai landasan ilmu dan penggunaan terhadap diri sendiri sebagai kiatnya. Dalam praktiknya keperawatan jiwa menerapkan dan menggunakan pendekatan proses keperawatan, termasuk pendekatan secara individu dan pendekatan secara keluarga.

2.2 Konsep Sehat jiwa

Sehat adalah makna dimana individu dapat memahami kondisi ini dengan kesejahteraan (keadaan yang sempurna) tidak hanya kondisi yang terbebas dari sakit namun keadaan yang mental dan soaial. Seseorang yang mempunyai kondisi sehat akan selalu seimbang dalam keperluan fisik dan mental untuk aktifitas kesehariannya.

Kesehatan mental atau kesehatan jiwa adalah dimana seseorang individu mempunyai kondisi psikologi dan emosional yang baik, individu bisa dengan baik memanfaatkan fungsi emosi beserta kognitifnya, dapat berbaur dilingkungan sosial dengan baik, serta mampu memenuhi dan melakukan kegiatannya sehari-hari secara mandiri (Dewi, 2012).

Ciri individu yang dikatakan sehat jiwa menurut WHO (*World Health Organization*, 2008) :

- a. Sikap positif pada diri sendiri
- b. Tumbuh kembang dan beraktualisasi diri
- c. Integrasi
- d. Persepsi sesuai dengan kenyataan

- e. Otonomi

2.2.1 Faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan jiwa

1. Faktor Biologis

a. Otak

Beberapa bagian anatomi dan fungsi tubuh yang mempunyai peranan penting dalam menjaga kesehatan jiwa, salah satunya otak. Saat terjadinya gangguan pada otak maka akan otomatis mempunyai efek besar pada kesehatan jiwa seseorang, hal ini dibuktikan dengan gangguan jiwa seperti epilepsi, demensia, sindroma Korsakoff, sindroma Klufver-Bucy dan general parasis.

b. Sistem endokrin

Sistem endokrin bisa menjadi faktor biologis yang berpengaruh untuk kesehatan jiwa. Abnormalitas sistem endokrin dapat menyebabkan seseorang mengalami gangguan jiwa, tercatat kurang dari 5% angka kejadian gangguan jiwa yang disebabkan oleh abnormalitas sistem endokrin ini.

c. Sensori

Proses sensori membuat seseorang dapat menerima informasi, apabila dalam proses nya sensori mengalami gangguan maka keterlambatan penerimaan informasi akan terjadi. Hal ini mempengaruhi proses pembentukan kepribadian seseorang yang dimana kepribadian sangat berpengaruh keterkaitanya dengan mental.

d. Masa kehamilan

Masa hamil bagi sebagian wanita bukan kondisi yang biasa saja, dalam kondisi ini tidak jarang wanita mengalami stres karna proses kehamilan. Kondisi ibu yang stres akan berpengaruh pada kondisi janin sampai dengan proses melahirkan dan kemungkinan akan memiliki kerentanan stres pada bayi yang dilahirkan.

e. Penyakit

Beberapa penyakit dapat berdampak pada perubahan pola hidup seseorang, seperti kanker, HIV-Aids, Diabetes Mellitus, Tuberculosis (TBC), anemia dan penyakit kronis

lainya. Anemia mempunyai gejala yang cepat membuat lelah, sehingga kondisi ini beresiko membuat seseorang mudah untuk mengalami stres.

2. Faktor Psikologis

Aspek psikis mempunyai peranan penting dalam aspek manusia, respon terhadap ancaman beresiko pada keadaan emosi dan kognitif. Beberapa faktor psikologis yang mempengaruhi kondisi kesehatan jiwa antara lain :

- a. Pengalaman awal
- b. Kebutuhan
- c. Kondisi psikologis lain

3. Faktor Sosial - Budaya

Kebudayaan yang beragam secara tidak langsung membentuk beragam kepribadian dan ketahanan koping seseorang dalam masalah. Beberapa faktor sosial budaya yang mempengaruhi kondisi kesehatan jiwa :

- a. Keluarga
- b. Stratifikasi sosial
- c. Perubahan sosial

4. Faktor Lingkungan

- a. Lingkungan sosial
- b. Lingkungan biologis
- c. Lingkungan fisik

Seorang individu dikatakan mempunyai kondisi sehat jiwa dapat dilihat dari 2 faktor, yaitu faktor internal dan eksternal. Faktor internal yang mempengaruhi kesehatan jiwa seseorang yaitu kematangan diri, kondisi fisik/biologis, kondisi psikologis, kepribadian, spiritual/agama, kebermaknaan hidup dan keseimbangan dalam berfikir. Sedangkan yang termasuk faktor eksternal antara lain : budaya/kebiasaan, politik, keadaan lingkungan sosial, dan hubungan dengan orang lain (Daradjat, 2001).

Faktor internal sangat kuat dalam mempengaruhi kondisi kesehatan jiwa seseorang, terutama faktor biologis,

seperti kondisi ibu saat hamil, wanita saat menstruasi, fungsi otak, sistem endokrin, genetika serta sensori. Faktor internal terkait psikologis pun sangat berperan penting, kondisi psikologis selalu berkaitan dengan dinamika kemanusiaan yang multi aspek dimana hal ini sangat berkaitan erat dengan kesehatan mental terlebih spiritual (Notosoedirdjo, 2007).

Interaksi sosial adalah salah satu faktor eksternal dalam mempengaruhi kondisi kesehatan jiwa seseorang. Kualitas sosial yang sehat akan sangat mempunyai efek positif untuk kesehatan mental seseorang bahkan seluruh anggota keluarga. Hal ini juga dipengaruhi oleh keterjangkauan ekonomi masyarakat untuk menempuh kondisi perumahan atau lingkungan yang sehat (Dharmayanti, 2018).

2.3 Model Konseptual Jiwa

Model konseptual merupakan cara pandang suatu kondisi dan situasi. Model konseptual keperawatan adalah wadah dimana perawat mendapatkan informasi terkini dan tau bagaimana cara penanganannya.

Model konseptual keperawatan jiwa bekerja dengan menjabarkan kondisi dan situasi lingkungan atau stresor yang menjadi penyebab seorang individu mengalami masalah, serta membuat perubahan dari kondisi tersebut untuk memecahkan masalah menggunakan sumber-sumber yang tersedia (Videbeck, 2008).

Menurut Yosep (2013), model konseptual dikelompokkan menjadi beberapa, yaitu :

2.3.1 Model Psychoanalytical

Secara konsep model ini menjelaskan bahwa gangguan jiwa dapat terjadi saat akal dan ego tidak dapat mengontrol insting atau kehendak seseorang. Model ini mempunyai keterkaitan dalam proses terjadinya penyimpangan perilaku (deviation of behavior) dimana seseorang tidak mampu mengontrol akalnya dalam mematuhi atau mentaati peraturan, agama ataupun norma yang berlaku disekitarnya.

Terapi yang dapat dimanfaatkan di model ini salah satunya menggunakan analisa mimpi dan asosiasi bebas untuk memperbaiki

rasa traumatik dimasa lalu. Hypnotic yang dilakukan oleh seseorang yang terlatih dengan cara kerja membuat pasien mengantuk dan tertidur, membawa pasien tidak berdaya dalam alam bawah sadarnya dan memperbaiki traumatik pasien dimasa lalu dengan diskusi. Dalam model ini perawat berperan dalam proses pengkajian, menjalin *trust* yang baik dengan pasien, diharapkan dapat terkaji masalah pasien atau traumatik pasien dimasa lalu.

2.3.2 Model Interpersonal

Dalam model ini proses gangguan jiwa dapat terjadi karena adanya ancaman yang dapat menimbulkan ansietas. Model interpersonal ini menjelaskan perasaan takut yang didasari ketakutan tidak diterima oleh orang disekitarnya. Terapi yang dapat dimanfaatkan pada model keperawatan jiwa interpersonal adalah menjalin ikatan yang kuat dengan seseorang yang bermasalah, contohnya :

a. Build felling security

Menggunakan komunikasi yang nyaman dan aman, sehingga pasien merasa aman saat berinteraksi dengan perawat atau tenaga kesehatan lainnya.

b. Trusting relationship and interpersonal

Terjalinya kepercayaan saat berinteraksi. Hal ini sangat perlu diperhatikan saat berinteraksi dengan pasien atau klien yang mengalami masalah kesehatan jiwa, karena sebagian besar orang-orang yang mengalami masalah dalam kejiwaan tertutup untuk berbicara terkait masalahnya.

c. Membina kepuasan

Menjalin interaksi dengan baik, membuat pasien merasa dihormati dan dihargai.

Peran perawat dalam model interpersonal ini adalah sebagai *share anxieties*, dimana perawat dalam berinteraksi dan berkomunikasi melakukan sharing terkait cemas yang dirasakan pasien

2.3.3 Model Sosial

Model konseptual jiwa sosial ini menjabarkan seseorang akan beresiko besar mengalami masalah gangguan jiwa saat seorang individu mempunyai masalah dalam lingkup sosial dan lingkungannya. Contoh kecil dalam masalah lingkungan yang mudah membuat seseorang stres antara lain, kondisi macet jalan raya, suasana yang bising yang menyebabkan ketenangan terganggu, tuntutan pekerjaan, harga barang naik, dan lainnya.

Konsep terapi dalam model adalah *Environment Modifikasi and Sosial Support* dimana pentingnya memodifikasi lingkungan disekitar dengan adanya dukungan sosial yang positif. Peran perawat dalam model ini menggali sistem sosial pasien dengan pasien yang memberikan informasi yang mendukung.

2.3.4 Model Exitensial

Model exitensial menjabarkan seseorang yang mengalami gangguan jiwa adalah seseorang yang gagal dalam memahami konsep diri nya dan tujuan hidupnya. Mengalami masalah dalam penerimaan diri terkait *body image* dan harga diri sehingga membuat individu membenci diri sendiri, hal ini dalam model konseptual exitensial dianggap pemicu utama seseorang mengalami gangguan jiwa.

Prinsip terapi dalam model ini adalah mengoptimalkan upaya untuk individu mengenal diri sendiri serta keinginan bergaul di lingkungan sosial. Peran perawat dalam model ini adalah bertugas untuk membuat pengetahuan dan wawasan pasien luas untuk menghargai diri sendiri dengan memberikan *feed back* yang positif serta memberikan reward dalam kemampuan pasien, serta membuat pasien bisa mengenal fungsi bersosialisasi dengan baik.

2.3.5 Model Supportive Therapy

Yang menjadi penyebab gangguan jiwa dalam model ini adalah faktor biopsikososial dan respon maladaptif. Ada tiga aspek yang berperan dalam model ini yang tidak ada kaitannya dengan masa lalu, yaitu :

a. Aspek psikologis

Kondisi aspek psikologis yang dimaksud adalah mudah cemas, mudah merasa bersalah, mudah ragu dalam

p[enentuan keputusan, kurangnya percaya diri dan mudah marah.

b. Aspek biologis

Kondisi dalam model ini adalah sering migrain, maag, dan batuk-batuk.

c. Aspek sosial

Mempunyai masalah dalam bersosialisasi, seperti mempunyai sifat bermusuhan, menarik diri, dan mudah tidak disukai oleh orang lain.

Prinsip proses terapi dalam model ini adalah memperkuat mekanisme koping pasien. Diawali dengan pasien harus mengenali diri sendiri, apa kelebihan, dan kekurangan yang dimiliki serta kekuatan apa yang dimiliki untuk memecahkan masalah.

Perawat dalam model ini berperan dalam membantu pasien mengenal diri dan memperkuat koping individu.

2.3.6 Model Medical

Penyebab gangguan jiwa dalam model ini lebih ke faktor *multiple* seperti faktor sosial, lingkungan, genetik dan aspek fisik. Keadaan ini yang membuat model ini memerlukan pemeriksaan yang lebih dalam penatalaksanaanya, seperti teknik interpersonal, terapi farmakologi, terapi somatik dan pemeriksaan lab lengkap.

Dalam model ini perawat berperan dalam penatalaksanaan pemeriksaan pasien, seperti membantu pemenuhan terapi obat dengan pemberian 6 benar obat dalam asuhan keperawatan,

- Dewi, K.S. 2012., *Buku Ajar Kesehatan Mental*. Cetakan 1. Semarang: UPT UNDIP Press.
- Notosoedidjo, Moeljono. *Kesehatan Mental : Konsep dan Penerapan Edisi Keempat*. Malang: UMM Press. 2007
- Videbeck, Sheila L., 2008. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC
- Yosep, Iyus. 2013. *Keperawatan Jiwa*: Edisi Revisi. Bandung: Refika Aditama
- Zakiah, Daradjat. 2001. *Kesehatan Mental*. Jakarta : Toko Gunung Agung
- World Health Organization. Diakses dari website <http://www.who.int> pada tanggal 21 Juni 2022

BAB 3

PSIKOFARMAKA DAN TERAPI MODALITAS

Oleh Yunike

3.1 Pendahuluan

Permasalahan kesehatan mental akan selalu ada dalam kehidupan. Kondisi seperti ini membuat para ahli psikologi serta psikiatri mencari jalan keluar. Dalam hal ini, salah satu solusi permasalahan kesehatan mental dengan menggunakan psikoterapi atau psikofarmaka. Psikofarmaka sendiri merupakan salah satu cara yang diberikan kepada orang yang mengalami gangguan mental dengan menggunakan teknik terapi psikologisnya (Wahidah, 2018).

Psikofarmaka dengan antidepresan dan obat anti kecemasan atau psikoterapi menggunakan terapi aktivasi perilaku, terapi perilaku kognitif, dan terapi interpersonal. Terapi yang berhasil untuk gangguan depresi membutuhkan kepatuhan terhadap rencana perawatan. Penggunaan psikofarmako telah menimbulkan perdebatan tentang efek zat ini pada orang. Oleh karena itu, pengobatan psikofarmaka tidak serta merta membahayakan, baik menurut pandangan pengendalian diri maupun menurut pandangan ekspresi diri. Bagaimanapun seseorang dapat terancam jika fokusnya hanya pada pengobatan, jika cara-cara alternatif untuk menangani sifat seseorang diabaikan, dan ketika tekanan sosial adalah alasan utama untuk menyesuaikan diri (Bolt & Schermer, 2009). Efek samping atau persyaratan pengobatan juga dapat menyebabkan ketidakpatuhan terhadap terapi. Penting bagi psikiater untuk membangun aliansi terapeutik dengan pasien.

Pemberian terapi modalitas dapat membantu memperbaiki masalah psikologis pasien yang dirawat baik di rumah maupun di panti jompo, dan terapi modalitas ini dapat direkomendasikan dalam memberikan pelaksanaan dan kegiatan yang disesuaikan

dengan karakteristik pasien dan mengendalikan faktor eksternal untuk mencapai efektivitas terapi.

Perawatan pasien yang optimal harus menjadi tujuan farmakoterapi rasional, dimana beban ekonomi pengobatan hanyalah salah satu elemen yang harus dipertimbangkan dalam memilih terapi yang tepat (Polić-Vižintin *et al.*, 2014).

3.2 Konsep Dasar Psikofarmaka

3.2.1 Definisi Psikofarmaka

Obat psikofarmaka merupakan obat psikotropika, psikoterapeutik dan psikoaktif yang digolongkan berdasarkan adanya efek obat yang sama terhadap menurunnya dan kurangnya gejala (Lieberman *et al.*, 2008). Susunan kimiawi obat sama dalam sistem kerja obat. Obat ini bekerja pada susunan saraf pusat (SSP) dan memiliki efek utama pada mental serta perilaku (*mind and behavior altering drugs*), dan terapi ini digunakan sebagai terapi salah satu gangguan psikiatrik (*psychotherapeutic medication*). Penyalahgunaan obat ini, menyebabkan obat menjadi psikoaktif sehingga dapat menyebabkan gangguan jiwa. Berdasarkan Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa III (PPDGJ III) penggunaan obat psikoaktif yang tidak sesuai termasuk dalam golongan gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan zat psikoaktif (Kemenkes RI, 2016).

3.2.2 Pembagian Obat Psikofarmaka

a. Obat Antipsikotik

Obat antipsikotik adalah intervensi yang efektif dalam skizofrenia. Antipsikotik yang tersedia menunjukkan mekanisme spektrum yang besar dan bertindak pada reseptor dari beragam *biogenic neurotransmitter monoamina*. Namun, kemanjuran agen ini sering menurun seiring waktu, yang menyebabkan kegagalan pengobatan dan kekambuhan gejala. Kemanjuran antipsikotik dikaitkan dengan penekanan aktivitas transporter dopamin, yang terbalik selama kegagalan.

Respon bidang sinaptik di area target dopamin menurun selama kemanjuran antipsikotik dan menunjukkan potensiasi selama kegagalan. Antipsikotik memblokir pelepasan vesikel

sinaptik selama kemanjuran tetapi meningkatkan pelepasan ini selama kegagalan. Menurut studi (Amato et al., 2020) ditemukan bahwa penghambatan farmakologis transporter dopamin menyelamatkan hasil pengobatan obat antipsikotik, mendukung hipotesis bahwa transporter dopamin adalah target utama obat antipsikotik dan memprediksi bahwa penghambat transporter dopamin dapat menjadi pengobatan tambahan untuk membalikkan kegagalan pengobatan antipsikotik

Antipsikotik dibagi menjadi 2 generasi yaitu :

- 1) Antipsikotik generasi pertama adalah antagonis reseptor dopamin (DRA) dan dikenal sebagai antipsikotik tipikal. Mereka termasuk fenotiazin (*trifluoperazin, perfenazin, proklorperazin, acetophenazine, triflupromazine, mesoridazine*), *butyrophenones* (haloperidol), *thioxanthenes* (*thiothixene, chlorprothixene*), *dibenzoxazepines* (*loxapine*) (Drummond et al., 2018; Faden & Citrome, 2019; Jennings et al., 2018).
- 2) Antipsikotik generasi kedua adalah antagonis serotonin-dopamin dan juga dikenal sebagai antipsikotik atipikal. *Food and Drug Administration* (FDA) telah menyetujui 12 antipsikotik atipikal pada tahun 2016 yaitu *risperidone, olanzapine, quetiapine, ziprasidone, aripiprazole, paliperidone, asenapine, lurasidone, iloperidone, cariprazine, brexpiprazole, dan clozapine* (Haddad & Correll, 2018).
Indikasi obat antipsikotik yaitu :
 - a) Skizofrenia dan gangguan skizoafektif: Antipsikotik generasi pertama dan kedua (kecuali clozapine) diindikasikan untuk pengobatan episode akut psikosis dan terapi pemeliharaan skizofrenia dan gangguan skizoafektif. Antipsikotik generasi pertama lebih baik untuk mengobati gejala positif skizofrenia, misalnya, halusinasi, delusi, dan lain-lain. Mereka juga mengurangi risiko episode psikosis berulang. Antipsikotik generasi kedua mengobati gejala positif dan gejala negatif skizofrenia, misalnya, penarikan, ambivalensi, antara lain, dan diketahui mengurangi tingkat kekambuhan (Yazici et al., 2017).
 - b) Mania Akut: Antipsikotik generasi pertama efektif dalam pengobatan mania akut dengan gejala psikotik. Semua

antipsikotik generasi kedua kecuali clozapine juga dapat digunakan sebagai pengobatan gejala mania akut. Antipsikotik digunakan dengan penstabil suasana hati seperti litium, asam valproat, atau karbamazepin pada awalnya, dan kemudian setelah gejala stabil dapat dikurangi dan dihentikan secara bertahap.

- c) Gangguan Depresi Mayor dengan fitur Psikotik: Antipsikotik generasi pertama atau kedua, bersama dengan antidepresan, adalah pengobatan pilihan untuk depresi dengan fitur psikotik. Olanzapine dan fluoxetine, sebagai terapi kombinasi, memiliki persetujuan FDA untuk depresi yang resistan terhadap pengobatan.
- d) Gangguan Delusi: Antipsikotik generasi pertama diindikasikan dalam pengobatan gangguan delusi dan paranoia yang terkait dengan gangguan kepribadian.
- e) Agitasi Berat: Pasien yang sangat gelisah, mudah tersinggung, bermusuhan, dan hiperaktif dapat diobati dengan antipsikotik generasi pertama jangka pendek terlepas dari etiologi gangguan perilaku. Antipsikotik generasi kedua juga dapat digunakan untuk mengobati agitasi akut. Antipsikotik juga dapat digunakan pada anak dengan autisme berat yang menunjukkan gangguan perilaku meskipun pemberian antipsikotik berulang kali tidak disukai. Risperidone dan olanzapine berguna untuk mengendalikan agresi pada anak.
- f) Gangguan Tourette: Haloperidol dan pimozide adalah antipsikotik yang paling sering digunakan untuk sindrom ini. Gangguan Tourette adalah indikasi off-label untuk antipsikotik generasi kedua.
- g) *Borderline Personality Disorder* (BPD): Jenis gangguan kepribadian ini dapat memiliki gejala psikosis dan paranoia. Antipsikotik generasi pertama dan kedua digunakan untuk pengobatan gejala ini.
- h) Demensia dan Delirium: Dosis rendah antipsikotik generasi pertama potensi tinggi seperti haloperidol direkomendasikan untuk pengobatan agitasi pada delirium dan demensia. Sangat penting untuk berhati-hati pada pasien usia lanjut karena efek antimuskarinik dapat

menyebabkan efek samping yang signifikan pada populasi ini. Antipsikotik generasi kedua juga dapat digunakan untuk mengobati gangguan perilaku pada demensia. Penggunaan antipsikotik generasi kedua di luar label adalah demensia terkait sindrom imunodefisiensi.

- i) Gangguan psikotik akibat zat: Dalam kasus psikosis berat akibat penggunaan zat, antipsikotik dapat digunakan untuk mengontrol gejala agitasi. Perhatian diperlukan saat menggunakan antipsikotik generasi pertama dalam penarikan alkohol dan keracunan fensiklidin.
- j) Skizofrenia Anak: Studi terbaru menunjukkan manfaat clozapine dalam mengobati skizofrenia onset dini.

Mekanisme kerja obat :

- (1) Antipsikotik generasi pertama bekerja dengan menghambat neurotransmisi dopaminergik; Efektivitas mereka adalah yang terbaik ketika mereka memblokir sekitar 72% dari reseptor dopamin D2 di otak. Mereka juga memiliki aksi pemblokiran noradrenergik, kolinergik, dan histaminergik.
- (2) Antipsikotik generasi kedua bekerja dengan memblokir reseptor dopamin D2 serta aksi antagonis reseptor serotonin. Subtipe 5-HT_{2A} dari reseptor serotonin paling sering terlibat.

Kontraindikasi antipsikotik generasi pertama yaitu:

- (a) Riwayat alergi parah
- (b) Penggunaan depresan sistem saraf pusat (SSP) seperti barbiturat, benzodiazepin, opioid
- (c) Dikonsumsi dengan obat antikolinergik seperti skopolamin atau penggunaan phencyclidine
- (d) Kelainan jantung yang parah
- (e) Riwayat Kejang
- (f) Glaukoma sudut sempit atau hipertrofi prostat
- (g) Riwayat Dyskinesia Tardive yang sedang berlangsung

Antipsikotik generasi kedua membawa peringatan kotak FDA tentang peningkatan insiden stroke pada pasien usia lanjut dengan demensia. Rekomendasi ini adalah untuk menghindari penggunaan antipsikotik generasi kedua bersama dengan obat lain

yang memperpanjang interval QTC. Antipsikotik harus dihindari selama kehamilan, terutama pada trimester pertama, dan harus digunakan hanya jika manfaatnya lebih besar daripada risiko pengobatan. Antipsikotik disekresikan dalam ASI, dan disarankan untuk menghindari menyusui.

b. Antidepresan

Rekomendasi pedoman *American Psychiatric Association* (APA) termasuk penggunaan psikoterapi atau antidepresan generasi kedua, seperti selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) atau serotonin-norepinefrin reuptake inhibitor (SNRI), untuk pasien dewasa sebagai terapi awal. *Food and Drug Administration* (FDA) telah menyetujui beberapa inhibitor reuptake serotonin selektif (SSRI) dan serotonin inhibitor reuptake norepinefrin (SNRI) untuk gangguan kecemasan umum, gangguan kecemasan sosial dan gangguan panik. Terlepas dari klasifikasi ini, obat-obatan tidak disetujui untuk kondisi yang biasanya digunakan "*off-label*" dalam praktik klinis. Uni Eropa memiliki indikasi serupa untuk penggunaan SSRI dan SNRI untuk pengobatan gangguan kecemasan seperti FDA tetapi dengan indikasi SSRI yang lebih luas (Sartori & Singewald, 2019).

Tetapi, untuk pasien yang sebagian atau tidak ada respons terhadap terapi awal, pedoman merekomendasikan beralih dari farmakoterapi saja ke terapi kognitif saja atau beralih dari satu obat antidepresan ke obat antidepresan lain dari kelas yang sama atau berbeda (APA, 2019).

Antidepresan bekerja dengan meningkatkan kadar bahan kimia di otak yang disebut neurotransmitter. Neurotransmitter tertentu, seperti serotonin dan noradrenalin, terkait dengan suasana hati dan emosi. Neurotransmitter juga dapat memengaruhi sinyal rasa sakit yang dikirim oleh saraf, yang mungkin menjelaskan mengapa beberapa antidepresan dapat membantu meredakan rasa sakit jangka panjang.

Sementara antidepresan dapat mengobati gejala depresi, mereka tidak selalu mengatasi penyebabnya. Inilah sebabnya mengapa mereka biasanya digunakan dalam kombinasi dengan terapi untuk mengobati depresi yang lebih parah atau kondisi kesehatan mental lainnya.

3.3 Konsep Dasar Terapi Modalitas

3.3.1 Definisi Terapi Modalitas

Terapi modalitas adalah terapi yang fokus dengan pendekatan pada pasien agngguan jiwa dengan tujuan merubah perilaku pasien yang pada awalnya memiliki perilaku maladaptif menjadi adaptif (Sutejo,2017).

3.3.2 Manfaat Terapi Modalitas

- a. Dapat membantu proses pemulihan permasalahan psikologis pasien dan direkomendasikan sebagai salah satu metode terapi yang disesuaikan dengan karakteristik dan pengendalian faktor eksternal terapi (Daryaswanti et al., 2019).
- b. Selain menghilangkan rasa sakit, modalitas menawarkan manfaat terapeutik langsung melalui stimulasi otot dan penyembuhan luka. Modalitas juga dianggap mengurangi rasa sakit secara tidak langsung melalui pengurangan kejang atau melalui penyembuhan jaringan, sebagaimana dibuktikan oleh lingkungan yang mendukung untuk penyembuhan luka meningkatkan aliran darah.

3.3.3 Macam-macam terapi Modalitas

a. Terapi Individu

Dalam terapi individu, fokus positifnya adalah pada keselamatan, privasi, dan keamanan, tetapi peserta juga dapat melihat kerugiannya karena terbatas secara sosial dan kurang menarik secara sosial. Mereka juga melihat kerugian dari kemungkinan ketergantungan pada terapis, lamanya proses, dan biayanya. Jadi, terlepas dari keuntungan dan kerugian yang diakui dari terapi kelompok dan individu, orang menahan diri dari terapi kelompok karena takut (Shechtman & Kiezel, 2016).

b. Terapi Kelompok

Terapi kelompok adalah pengobatan beberapa pasien sekaligus oleh satu atau lebih penyedia layanan kesehatan. Ini dapat digunakan untuk mengobati berbagai kondisi termasuk namun tidak terbatas pada trauma emosional, kecemasan,

depresi, gangguan stres pasca-trauma (PTSD), dan gangguan pemusatan perhatian (ADHD).

Ketika memutuskan pasien mana yang paling diuntungkan menggunakan terapi kelompok, penyedia memanfaatkan aliansi terapeutik. Semakin penyedia dan pasien menyetujui tujuan dan tugas terapi serta semakin kuat hubungan yang mereka bagi, semakin besar kemungkinan pasien akan berhasil dalam terapi kelompok.

Penyedia metode seleksi tambahan yang dapat digunakan untuk mengukur kelayakan terapi kelompok adalah *NEO-Five-Factor Inventory*. Ukuran kepribadian ini menunjukkan bahwa mereka yang memiliki skor tinggi pada dimensi ekstraversi (keterbukaan) dan kesadaran (kerja keras) lebih cocok untuk terapi kelompok, sedangkan mereka yang mendapat skor tinggi neurotisisme (reaktif secara emosional) kurang cocok untuk terapi kelompok.

Terapi kelompok akan berguna untuk pengobatan pasien yang menunjukkan kesulitan interpersonal dan patologi, pasien yang kurang kesadaran diri, pasien yang berorientasi pada tindakan, pasien yang menderita isolasi dan membutuhkan stimulasi interaksi kelompok, dan mereka yang akan mendapat manfaat dari interaksi dengan teman sebaya yang dapat menantang dan mendukung mereka.

Perhatian khusus harus diberikan untuk memastikan pasien yang tidak layak untuk terapi kelompok tidak dipilih karena inklusi mereka dapat memiliki efek merusak pada pasien dan kelompok. Kriteria eksklusi khusus terbatas pada pasien yang tidak dapat berpartisipasi dalam aktivitas utama kelompok karena faktor logistik, kognitif, atau interpersonal. Selain itu, pasien dalam tekanan akut atau bunuh diri aktif tidak boleh dipertimbangkan untuk terapi kelompok dan sebaliknya membutuhkan manajemen independen. Di luar faktor-faktor ini, kriteria eksklusi untuk pasien harus lebih relatif daripada absolut. Akibatnya, seorang pasien yang tidak cocok untuk satu kelompok karena sifat kepribadian yang bertentangan mungkin cocok dalam kelompok yang memiliki sifat yang mirip dengan pasien.

Kelompok psikoedukasi berguna untuk mendidik pasien tentang diagnosis mereka serta kecenderungan dan konsekuensi yang terkait dengan kecenderungan ini. Kelompok-kelompok ini juga berfungsi untuk mendorong pasien untuk tetap berkomitmen pada rencana perawatan mereka. Selain itu, kelompok psikoedukasi mengajarkan pasien untuk menghindari perilaku maladaptif sambil juga menanamkan perubahan perilaku positif.

Saat mengorganisir kelompok psikoedukasi, penyedia harus mengikuti rencana yang sangat terstruktur dan mengembangkan kurikulum. Sesi harus berlangsung dari 15 hingga 90 menit, dan kursi harus diatur dalam konfigurasi tapal kuda atau lingkaran di mana penyedia adalah fokusnya.

Selama sesi kelompok psikoedukasi, penyedia akan bertindak sebagai pendidik. Pengajaran harus dilakukan secara aktif karena pencatatan pasif tidak efisien dan memungkinkan pasien untuk keluar dari fokus kelompok. Untuk memastikan keterlibatan pasien, penyedia layanan harus menumbuhkan budaya interaksi dengan menciptakan lingkungan di mana pasien merasa nyaman berbicara. Selain itu, saat memimpin sesi, penyedia harus menggabungkan gaya belajar yang berbeda, seperti pembelajaran visual, presentasi pendengaran, dan aktivitas langsung, untuk mengakomodasi berbagai macam metode di mana pasien belajar.

c. Terapi Kognitif

Terapi kognitif digunakan pada orang yang memiliki masalah berfikir karena isolasi sosial. Terapi ini merupakan salah satu terapi yang dapat ditetapkan pada masalah gangguan jiwa. Terapi ini merupakan terapi jangka pendek teratur yang dapat memberikan landasan berfikir agar pasien dapat mengerti permasalahan yang dialaminya dan lebih mencintai dirinya dengan menggunakan kegiatan dan teknik untuk mengatasi perasaan yang susah dan dapat menemukan jalan keluar (Damanik et al., 2020).

d. Terapi Lingkungan

Terapi lingkungan merupakan salah satu terapi bagi pasien gangguan mental dengan memanipulasi hal hal yang ada

di lingkungan sehingga dapat mempengaruhi proses penyembuhan pasien.

e. Terapi Keluarga

Terapi keluarga adalah salah satu psikoterapi bagi keluarga dalam rangka untuk meningkatkan kohesivitas keluarga. Terapi keluarga adalah terapi yang memiliki fokus pada interaksi yang dilakukan oleh anggota keluarga. Hal ini dibutuhkan sebab terapi ini dapat menyelesaikan masalah secara keseluruhan. Pada terapi ini berbeda dengan terapi individu. Teknik teknik dasar dalam terapi keluarga yaitu teknik menetapkan nilai kepercayaan dengan keluarga (Viatric, 2014).

3.4 Ringkasan

Obat psikofarmaka merupakan obat psikotropika, psikoterapeutik dan psikoaktif yang digolongkan berdasarkan adanya efek obat yang sama terhadap menurunnya dan kurangnya gejala. Obat psikofarmaka dibagi menjadi 2 yaitu obat antipsikotik dan antidepresan. Antipsikotik generasi pertama adalah *Antagonis Reseptor Dopamin* (DRA) dan dikenal sebagai antipsikotik tipikal. Mereka termasuk fenotiazin (*trifluoperazin, perfenazin, proklorperazin, acetophenazine, triflupromazine, mesoridazine, butyrophenones (haloperidol), thioxanthenes (thiothixene, chlorprothixene), dibenzoxazepines (loxapine)*).

Antipsikotik generasi kedua adalah antagonis serotonin-dopamin dan juga dikenal sebagai antipsikotik atipikal. *Food and Drug Administration* (FDA) telah menyetujui 12 antipsikotik atipikal pada tahun 2016 yaitu risperidone, olanzapine, quetiapine, ziprasidone, aripiprazole, paliperidone, asenapine, lurasidone, iloperidone, cariprazine, brexpiprazole, dan clozapine (Haddad & Correll, 2018). Rekomendasi pedoman *American Psychiatric Association* (APA) termasuk penggunaan psikoterapi atau antidepresan generasi kedua, seperti *Selective Serotonin Reuptake Inhibitor* (SSRI) atau serotonin-norepinefrin reuptake inhibitor (SNRI), untuk pasien dewasa sebagai terapi awal.

Terapi modalitas adalah terapi yang fokus dengan pendekatan pada pasien gangguan jiwa dengan tujuan merubah

perilaku pasien yang pada awalnya memiliki perilaku maladaptif menjadi adaptif. Manfaat terapi modalitas yaitu Dapat membantu proses pemulihan permasalahan psikologis pasien dan direkomendasikan sebagai salah satu metode terapi yang disesuaikan dengan karakteristik dan pengendalian faktor eksternal terapi (Daryaswanti *et al.*, 2019). Selain menghilangkan rasa sakit, modalitas menawarkan manfaat terapeutik langsung melalui stimulasi otot dan penyembuhan luka. Modalitas juga dianggap mengurangi rasa sakit secara tidak langsung melalui pengurangan kejang atau melalui penyembuhan jaringan, sebagaimana dibuktikan oleh lingkungan yang mendukung untuk penyembuhan luka meningkatkan aliran darah. Terapi modalitas dibagi menjadi lima yaitu terapi individu, kelompok, kognitif, lingkungan dan keluarga.

DAFTAR PUSTAKA

- Amato, D., Canneva, F., Cumming, P., Maschauer, S., Groos, D., Dahlmanns, J. K., Grömer, T. W., Chiofalo, L., Dahlmanns, M., Zheng, F., Kornhuber, J., Prante, O., Alzheimer, C., von Hörsten, S., & Müller, C. P. 2020. A dopaminergic mechanism of antipsychotic drug efficacy, failure, and failure reversal: the role of the dopamine transporter. *Molecular Psychiatry*, 25(9), 2101–2118. <https://doi.org/10.1038/s41380-018-0114-5>
- APA. 2019. *The Treatment of Depression Across Three Age Cohorts* (Issue February). <https://www.apa.org/depression-guideline/guideline.pdf>
- Bolt, I., & Schermer, M. 2009. Psychopharmaceutical enhancers: Enhancing identity? *Neuroethics*, 2(2), 103–111. <https://doi.org/10.1007/s12152-008-9031-7>
- Damanik, R. K., Amidos Pardede, J., & Warman Manalu, L. 2020. Terapi Kognitif Terhadap Kemampuan Interaksi Pasien Skizofrenia Dengan Isolasi Sosial. *Jurnal Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan*, 11(2), 226. <https://doi.org/10.26751/jikk.v11i2.822>
- Daryaswanti, P. I., Made, N., Pusparini, D., Agus, K., & Widyanata, J. 2019. *Modality therapy for Dementia Management: A Systematic Review*. 44–49.
- Drummond, N., Mc, Cleary, L., Freiheit, E., Molnar, F., Dalziel, W., Cohen, C., Turner, D., Miyagishima, R., & Silvius, J. 2018. Antidepressant and antipsychotic prescribing in Primary care for People with Dementia. *Canadian Family Physician*, 64, 488–497.
- Faden, J., & Citrome, L. 2019. Resistance is not futile: treatment-refractory schizophrenia—overview, evaluation and treatment. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 20(1), 11–24. <https://doi.org/10.1080/14656566.2018.1543409>
- Haddad, P. M., & Correll, C. 2018. The Acute Efficacy of Antipsychotics in Schizophrenia: a review of recent meta-analyses. *Therapeutic Advances in Vaccines*, 8(11), 303–318. <https://doi.org/10.1177/https>.

- Jennings, A. A., Guerin, N., & Foley, T. 2018. Development of a tool for monitoring the prescribing of antipsychotic medications to people with dementia in general practice: a modified eDelphi consensus study. *Clinical Interventions in Aging*, 13, 2107–2117.
- Kemenkes RI. 2016. *Keperawatan Jiwa*.
- Lieberman, J. A., Bymaster, F. P., Meltzer, H. Y., Deutch, A. Y., Duncan, G. E., Marx, C. E., Aprille, J. R., Dwyer, D. S., Li, X. M., Mahadik, S. P., Duman, R. S., Porter, J. H., Modica-Napolitano, J. S., Newton, S. S., & Csernansky, J. G. 2008. Antipsychotic drugs: Comparison in animal models of efficacy, neurotransmitter regulation, and neuroprotection (Pharmacological Reviews (2002) 60, (358-403)). *Pharmacological Reviews*, 60(4), 582. <https://doi.org/10.1124/pr.107.00107.358>
- Polić-Vižintin, M., Štimac, D., Šostar, Z., & Tripković, I. 2014. Distribution and trends in outpatient utilization of generic versus brand name psychopharmaceuticals during a ten-year period in Croatia. *BMC Health Services Research*, 14(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-343>
- Sartori, S. B., & Singewald, N. 2019. Novel pharmacological targets in drug development for the treatment of anxiety and anxiety-related disorders. *Pharmacology and Therapeutics*, 204, 107402. <https://doi.org/10.1016/j.pharmthera.2019.107402>
- Shechtman, Z., & Kiezel, A. 2016. Why do people prefer individual therapy over group therapy? *International Journal of Group Psychotherapy*, 66(4), 571–591. <https://doi.org/10.1080/00207284.2016.1180042>
- Viatrie, D. I. 2014. Terapi Keluarga Kontemporer. *Jurnal Sains Psikologi*, 3(1), 1–7.
- Wahidah, E. Y. 2018. Identifikasi dan Psikoterapi terhadap ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) Perspektif Psikologi Pendidikan Islam Kontemporer. *Millah: Jurnal Studi Agama*, 17(2), 297–317.
- Yazici, E., S. Cilli, A., Yazici, A. B., Baysan, H., Ince, M., Bosgelmez, S., Bilgic, S., Aslan, B., & Erol, A. 2017. Antipsychotic Use Pattern in Schizophrenia Outpatients: Correlates of Polypharmacy. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 13(1), 92–

103. <https://doi.org/10.2174/1745017901713010092>.

BAB 4

ASUHAN KEPERAWATAN HARGA DIRI RENDAH

Oleh Tjahjanti Kristyaningsih

4.1 Pengertian

Harga diri rendah merupakan perasaan rendah diri atau merasakan diri tidak berarti, tidak bermakna dan tidak berharga yang berkepanjangan akibat dari penilaian terhadap diri dan/atau kemampuan diri yang negatif. Klien merasakan malu, tidak percaya diri dan gagal mencapai keinginan atau harapan yang sesuai ideal dirinya. Perasaan rendah diri atau harga diri rendah merupakan evaluasi diri yang negatif seseorang terhadap diri dan kemampuan dirinya sendiri yang dapat diekspresikan atau dinyatakan secara langsung maupun tidak langsung, berupa mengkritik diri sendiri dan meyakini bahwa ia tidak mampu atau gagal melakukan sesuatu.

4.2 Psikodinamika

1. Etiologi

Etiologi atau penyebab seseorang mengalami harga diri rendah, yaitu:

- a. Beberapa hal yang dapat memengaruhi harga diri seseorang adalah pengalaman gagal yang berulang baik dalam pendidikan, pekerjaan, dan lain-lain; adanya sikap penolakan dari orang yang disayangi seperti orang tua, pasangan, sahabat dan sebagainya; kesalahan/kegagalan dalam menerapkan pola asuh kepada anak, seperti terlalu dituruti atau dituntut, kurang dilatih untuk memiliki tanggung jawab pribadi, tergantung pada orang lain dan ideal diri yang tidak realistis.
- b. Trauma psikologis seperti menyaksikan kejadian yang mengancam atau mengalami pelecehan atau

kekerasan juga meruakan penyebab timbulnya harga diri rendah.

- c. Ketegangan peran yang dapat diakibatkan perubahan kondisi fisik atau situasional yang berhubungan dengan gangguan peran sehingga merasa gagal mencapai harapan.

2. Proses Terjadinya Masalah

Proses terjadinya harga diri rendah yang dialami seseorang dapat diuraikan sebagai berikut:

- a. Situasional

Proses ini merupakan pengalaman traumatik yang terjadi tiba-tiba, seperti tindakan operasi yang tidak direncanakan, tidak mampu melanjutkan pendidikan, perceraian, kecelakaan, pemutusan hubungan kerja, serta adanya rasa malu karena suatu masalah (korban perkosaan, tertuduh tindak korupsi, hukuman penjara dan sebagainya). HDR juga dapat dialami pasien rawat inap, yang disebabkan oleh tidak hati-hati saat tindakan, tidak memperhatikan privasi pasien (tidak menutup tirai saat perawatan perineum, dan sebagainya, pengabaian keluhan pasien, dan sebagainya (Muhith 215).

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) penyebab HDR Situasional adalah perubahan gambaran tubuh, perubahan peran dalam lingkungan sosial, tidak mampu memahami diri sendiri, perilaku yang tidak konsisten dengan nilai, kehilangan orang yang berarti, penolakan orang lain, dan transisi dalam tugas perkembangan (PPNI, 2016).

- b. Kronik

Proses ini merupakan perasaan negatif terhadap diri yang telah berlangsung sebelum pasien menderita penyakit yang dirawat. Klien memiliki cara berpikir yang negatif, sehingga keadaan sakit dan dirawat dapat menambah persepsi negatif dalam dirinya. Kondisi ini dapat dijumpai dalam klien dengan gangguan fisik yang kronis atau pada klien dengan gangguan jiwa.

SDKI juga menjabarkan penyebab HDR Kronis, yaitu pengalaman traumatik dalam hidup, kegagalan berulang, kurang/tidak mendapatkan pengakuan dari orang lain, ketidakefektifan dalam mengatasi masalah sehari-hari, kehilangan orang yang sangat berarti, gangguan kesehatan jiwa, penguatan negatif berulang dan ketidaksesuaian diri dalam budaya (PPNI, 2016).

3. Dampak Harga Diri Rendah

Harga diri rendah dapat membuat seseorang menjadi enggan atau tidak mampu membina hubungan dengan orang lain sehingga terjadi perilaku mengisolasi dari lingkungan sosialnya. Di sisi lain saat seseorang dipermalukan di depan orang lain karena dianggap tidak mampu dapat membuatnya melakukan kekerasan yang bisa ditujukan pada dirinya, orang lain ataupun lingkungannya.

4.3 Proses Keperawatan Pasien Harga Diri Rendah

4.3.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian Keperawatan merupakan tahap awal yang sangat penting dalam proses keperawatan. Pada tahap ini perawat harus memperhatikan semua informasi yang diperoleh dari pasien baik pernyataan pasien maupun bentuk perilaku yang tunjukkan oleh pasien. Pengkajian pasien dengan Harga Diri Rendah meliputi:

4.3.2 Faktor Predisposisi

Faktor pendukung terjadinya masalah HDR pada pasien adalah:

1. Faktor yang mempengaruhi harga diri, termasuk tuntutan orang tua terhadap perilaku anak, ideal diri yang tidak realistis, penolakan orang tua dan sebagainya.
2. Faktor yang berpengaruh dalam tampilan peran seseorang, yaitu peran yang tidak sesuai dengan nilai pribadi, tuntutan peran dalam pekerjaan, ketidaksesuaian peran yang dijalankan dengan jenis kelamin, dan

sebagainya.

3. Faktor yang berpengaruh dalam identitas diri, yaitu hilangnya rasa percaya orang tua pada anak, perubahan budaya sosial yang harus dijalani, dan tekanan teman sebaya.

4.3.3 Faktor Presipitasi

Sedangkan faktor presipitasi atau pencetus terjadinya HDR adalah:

1. Ketegangan peran merupakan stress akibat kegagalan yang dialami seseorang dalam mencapai posisi atau peran yang diharapkan di lingkungan sosialnya.
2. Konflik peran merupakan ketidaksesuaian antara peran yang dijalankan dengan peran yang diinginkan.
3. Peran berlebihan merupakan ketidakmampuan seseorang untuk menampilkan beberapa peran yang kompleks karena kurang atau tidakadegkuatan sumber koping.
4. Peran yang ambigu (tidak jelas) merupakan kurang pengetahuan tentang peran yang harus dilakukan seseorang.
5. Transisi perkembangan peran merupakan perubahan norma yang berkaitan dengan nilai untuk menyesuaikan diri.

4.3.4 Tanda dan Gejala

Perilaku pasien dengan harga diri rendah ditunjukkan dengan:

- 1) Perasaan malu terhadap diri sendiri dikarenakan penyakit dan tindakan pengobatannya, seperti sedih dan malu mengalami kebotakan setelah menjalani pengobatan kemoterapi.
- 2) Penyesalan dan rasa bersalah terhadap tindakan diri sendiri, seperti mengejek, mengkritik, dan menyalahkan diri sendiri.
- 3) Menurunkan martabat, seperti saya tolol, tidak mampu, dan tidak bisa mengerjakan apapun.
- 4) Gangguan dalam berinteraksi sosial, seperti menyendiri, tidak ingin menemui orang lain, dan enggan berkumpul

bersama orang lain.

- 5) Kurang percaya diri dan sulit menentukan keputusan, seperti bingung dalam memilih alternatif tindakan.
- 6) Melukai diri akibat tidak ada harapan sehingga ingin bunuh diri.

4.3.5 Mekanisme Koping

Mekanisme koping HDR menurut Keliat dkk (2019), antara lain:

1. Jangka Pendek

- 1) Kegiatan yang dilakukan untuk mengalihkan diri sementara dari situasi krisis: penggunaan obat tanpa indikasi medis, menonton TV berjam-jam, dan kerja keras tanpa memperhatikan kesehatan.
- 2) Aktivitas pengganti identitas, seperti dengan terlibat dalam kegiatan kegamaan, kegiatan sosial, atau kegiatan politik.
- 3) Aktivitas untuk mencari dukungan dari lingkungan sekitar seperti mengikuti perlombaan atau berkompetisi dalam memperoleh ketenaran).
- 4) Terlibat dalam penyalahgunaan obat-obatan terlarang (narkoba).

2. Jangka Panjang

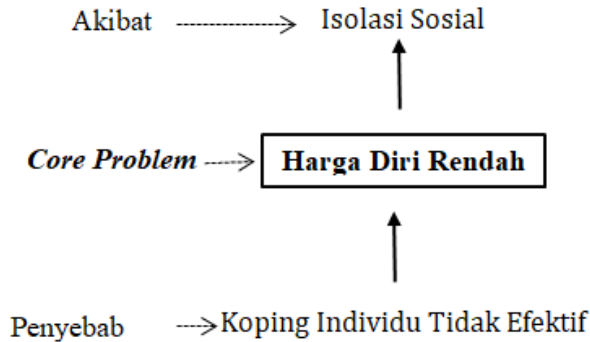
- 1) Mengganti identitas diri
- 2) Memiliki identitas negatif, memiliki keyakinan yang bertentangan dengan nilai di lingkungan sosialnya.

4.3.6 Pohon Masalah

Berikut ini gambaran pohon masalah pada pasien harga diri rendah menurut Nurhalimah (2016)

Bagan **Pohon Masalah Harga Diri Rendah**

(Nurhalimah, 2016)



4.4 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan jiwa adalah pernyataan adanya masalah/gangguan status kesehatan jiwa baik aktual atau risiko yang bisa diubah atau dicegah. Dalam diagnosis keperawatan terdapat pernyataan respon pasien dan perawat bertanggung jawab untuk mengatasinya.

Diagnosis keperawatan yang diangkat berdasarkan pohon masalah di atas adalah:

- 1) Harga diri rendah sebagai masalah keperawatan utama (*core problem*)
- 2) Isolasi sosial sebagai akibat dari masalah HDR
- 3) Koping individu tidak efektif merupakan penyebab timbulnya masalah HDR

4.5 Perencanaan Keperawatan

1. Penatalaksanaan keperawatan untuk **Pasien**

Perencanaan tindakan keperawatan untuk pasien meliputi:

1) Tujuan umum

Meningkatkan aktualisasi diri dengan menggali dan mengeksplorasi potensi diri, berupaya untuk selalu meningkatkan kemampuan diri, dan mencari alternatif kompensasi terhadap ketidakmampuan.

2) Tujuan khusus

Pasien dapat mengidentifikasi dukungan/support yang dibutuhkan dalam menyelesaikan masalah yang terkait dengan konsep diri dan memfasilitasi pasien agar mampu memahami dirinya sendiri secara cepat dan tepat.

Beberapa rencana keperawatan pada pasien harga diri rendah, antara lain:

- 1) Mengidentifikasi potensi atau hal positif yang masih dimiliki pasien, dengan cara mendiskusikan bakat dan minat yang dimiliki, rutinitas kegiatan sehari-hari di rumah, tersedianya dukungan keluarga dan lingkungan terdekat pasien.
- 2) Memberi pujian yang realistis dan menghindari penilaian negatif setiap saat bertemu dengan pasien.
- 3) Memfasilitasi pasien menilai kemampuan yang masih dapat digunakan dan dilatih saat ini.
- 4) Menyebutkan dan memberi penguatan kepada kemampuan diri yang diungkapkan pasien.
- 5) Memperlihatkan respon positif dan menjadi pendengar yang aktif.
- 6) Membantu pasien memilih kegiatan yang sesuai dengan kemampuan pasien dengan mendiskusikan beberapa pilihan aktivitas yang dapat dilaksanakan, sehingga dapat dipilih sebagai kegiatan yang akan dilakukan dalam keseharian.
- 7) Membantu pasien menetapkan aktivitas yang dapat dilakukan secara mandiri, aktivitas yang memerlukan sedikit bantuan dan aktivitas yang memerlukan bantuan penuh dari keluarga atau lingkungan terdekat pasien.
- 8) Memberikan contoh pelaksanaan aktivitas yang dapat dilakukan pasien, kemudian menyusun bersama pasien dan membuat daftar aktivitas atau kegiatan sehari-hari.
- 9) Melatih kegiatan pasien yang sudah dipilih sesuai kemampuan dengan mempragakan beberapa kegiatan yang akan dilakukan pasien.

- 10) Memberi dukungan dan pujian yang nyata dalam setiap kemajuan yang diperlihatkan pasien.
- 11) Membantu pasien dalam merencanakan kegiatan sesuai kemampuan pasien dengan memberi kesempatan pada pasien untuk mencoba kegiatan yang telah dilatih.
- 12) Memberi pujian terhadap kegiatan positif pasien setiap hari.
- 13) Meningkatkan kegiatan sesuai dengan tingkat toleransi dan perubahan aktivitas.
- 14) Menyusun daftar aktivitas yang sudah dilatih bersama pasien dan keluarga.
- 15) Memberikan kesempatan untuk pasien dapat mengungkapkan perasaannya setelah melakukan kegiatan.
- 16) Meyakinkan bahwa keluarga mendukung tiap aktivitas yang dilakukan pasien.

2. Penatalaksanaan keperawatan untuk Keluarga

Tujuan penatalaksanaan keperawatan untuk keluarga menurut Nurhalimah (2016) adalah agar keluarga mampu:

- 1) Mengenal masalah harga diri rendah
- 2) Mengambil keputusan untuk merawat harga diri rendah
- 3) Merawat harga diri rendah
- 4) Mengubah lingkungan yang menunjang untuk meningkatkan harga diri klien
- 5) Menilai perkembangan dalam perubahan kemampuan klien

Adapun tindakan keperawatan yang diberikan kepada keluarga pasien dengan harga diri rendah adalah:

- 1) Mendiskusikan adanya masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien
- 2) Menjelaskan tanda dan gejala, pengertian, proses terjadinya harga diri rendah, dan mengambil keputusan merawat pasien
- 3) Melatih keluarga cara merawat harga diri rendah

- 4) Membimbing keluarga dalam merawat harga diri rendah
- 5) Melatih keluarga untuk membentuk suasana di rumah dan lingkungan sekitar yang meningkatkan harga diri pasien
- 6) Mendiskusikan tanda dan gejala kekambuhan yang memerlukan rujukan fasilitas kesehatan jiwa
- 7) Menganjurkan pengobatan rutin ke fasilitas kesehatan jiwa

3. Terapi modalitas

Menurut Keliat dkk, (2020), salah satu bentuk terapi modalitas yang dapat diterapkan kepada pasien dengan harga diri rendah adalah dengan menerapkan Terapi Aktivitas Kelompok (TAK). TAK yang dapat diberikan kepada pasien harga diri rendah adalah TAK Stimulasi Persepsi Harga Diri Rendah (HDR) yang memiliki lima sesi pertemuan, dengan uraian sebagai berikut:

- 1) Sesi 1: Mengidentifikasi aspek positif dan kemampuan pada diri
- 2) Sesi 2: Menilai aspek positif dan kemampuan dalam diri pasien yang mampu laksana
- 3) Sesi 3: Memilih aspek positif dan kemampuan yang akan dilakukan klien
- 4) Sesi 4: Melatih aspek positif dan kemampuan dalam diri klien
- 5) Sesi 5: Menilai manfaat latihan yang telah dilakukan terhadap diri klien

4. Tindakan kolaboratif

Pada pasien dengan HDR kronik memerlukan tindakan kolaborasi medik, sehingga penting perawat memperhatikan program pemberian psikofarmaka yang diberikan kepada pasien, edukasi 8 benar konsep safety pemberian obat, dan mengobservasi gejala efek samping pengobatan (Keliat dkk, 2020).

4.6 Pelaksanaan Keperawatan

Hal yang harus diperhatikan ketika melakukan pelaksanaan keperawatan kepada pasien dengan harga diri rendah (HDR) kronis yaitu dilaksanakan melalui interaksi bersama pasien. Beberapa hal yang perlu dilakukan perawat sebelum pelaksanaan keperawatan, yaitu:

1. Membina hubungan keterpercayaan antara perawat dengan pasien,
2. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang masih dimiliki pasien,
3. Memfasilitasi pasien untuk mampu menilai kemampuan yang masih dimiliki saat ini,
4. Membantu pasien untuk menetapkan kegiatan yang sesuai dengan kemampuan,
5. Melatih pasien dalam pelaksanaan kegiatan sesuai dengan kondisi saat ini atau kemampuannya, dan
6. Memfasilitasi pasien untuk mengenali dan memanfaatkan sistem pendukung yang ada di keluarga untuk menyiapkan tindakan keperawatan selanjutnya.

Menurut Keliat dan Akemat (2007 dalam Afnuhazi, 2015), tindakan keperawatan yang dilakukan kepada pasien harga diri rendah yaitu:

- a. SP 1: Mengidentifikasi, menilai, memilih, melatih kemampuan positif pertama pasien.
- b. SP 2: Melatih kemampuan positif kedua pasien dan seterusnya.

Strategi pelaksanaan pada keluarga menurut Nurhalimah (2016) adalah keluarga diharapkan mampu merawat pasien dengan harga diri rendah di rumah dan mampu menjadi sistem pendukung yang efektif bagi pasien.

4.7 Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah langkah akhir untuk menilai dampak atau hasil asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien. Evaluasi keperawatan dilakukan terhadap

pelaksanaan tindakan keperawatan. Evaluasi dibagi menjadi dua tahap, yaitu evaluasi formatif (proses) dan evaluasi sumatif (hasil). Evaluasi formatif (proses) adalah evaluasi yang dilaksanakan setelah melakukan asuhan keperawatan. Sedangkan evaluasi hasil (sumatif) dilaksanakan dengan membandingkan respon pasien dengan kriteria evaluasi dan tujuan yang direncanakan.

Evaluasi keperawatan terhadap masalah harga diri rendah adalah pasien diharapkan dapat:

1. Menunjukkan perilaku menghargai, menerima, dan meyakini kemampuan diri sendiri
2. Memiliki sumber koping adekuat yang dapat digunakan untuk mengatasi timbulnya harga diri rendah
3. Memperluas kesadaran diri, menyelidiki dan mengevaluasi diri
4. Menggali strategi baru dalam beradaptasi untuk peningkatan aktualisasi diri
5. Memperluas pemahaman diri sendiri untuk pertumbuhan kepribadian.

DAFTAR PUSTAKA

- Keliat, B.A, Akemat, Novy., & Nurhaeni, H. 2019. *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas*. Jakarta: EGC.
- Keliat B.A, dkk. 2020. *Asuhan Keperawatan Jiwa*, Jakarta: EGC
- Muhith, Abdul. 2015. *Pendidikan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: ANDI.
- Nurhalimah. 2016. *Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan Jiwa*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Tim Pokja SDKI-DPP PPNI. 2016. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*, Jakarta: DPP PPNI

BAB 5

ASUHAN KEPERAWATAN ISOLASI SOSIAL

Oleh Anis Laela Megasari

5.1 Pendahuluan

Kesehatan jiwa merupakan suatu kondisi mental yang baik yang memungkinkan seseorang mempunyai kualitas hidup yang selaras dan produktif. Sayangnya kini gangguan kesehatan mental sangat banyak ditemukan di berbagai kalangan masyarakat. *American Psychiatric Association* (APA) mendefinisikan penyakit jiwa atau mental sebagai keadaan kelainan pada pola kejiwaan atau pola tingkah laku yang signifikan pada seseorang yang terjadi karena adanya ketidaknyamanan. Menurut Undang-Undang Kesehatan Jiwa No. 18 Tahun 2014, kesehatan jiwa merupakan keadaan saat individu mulai berkembang secara fisik, psikis, agama, dan kehidupan bermasyarakat sehingga seseorang tersebut sadar tentang bakat yang dimilikinya, dapat mengatasi permasalahan, dapat melakukan kegiatan sehari-hari secara efisien, dan dapat berkontribusi pada masyarakat sekitar. Sedangkan keperawatan psikiatri menurut *American Nurses Association* (ANA), adalah disiplin khusus praktik keperawatan yang menggabungkan pengetahuan terkait perilaku manusia sebagai ilmu dan penggunaan terapeutik diri sendiri sebagai teknik untuk meningkatkan, memelihara, dan memulihkan kesehatan mental (Muhith, 2015).

Masalah penyakit jiwa secara global menjadi isu yang semakin signifikan dan memprihatinkan. Menurut WHO, kurang lebih 450 juta orang di dunia menderita penyakit mental. Jumlah kasus penyakit mental di Indonesia semakin meningkat. Hal ini disebabkan adanya keberagaman biologis, psikologis, dan sosial yang tidak sesuai dengan kemampuan masyarakat. Salah satu penyakit mental yang banyak dijumpai di Indonesia yaitu isolasi sosial. Isolasi sosial merupakan suatu kondisi yang terjadi akibat

ketidakmampuan seseorang untuk berinteraksi dengan orang disekitarnya. Bisa jadi klien mengalami perasaan penolakan, merasa orang disekitarnya tidak menerimanya, merasa sepi/menyendiri dan ketidakmampuan untuk mengembangkan interaksi yang bermakna dengan orang lain. Isolasi sosial merupakan bagian dari gangguan interpersonal yang diakibatkan adanya pribadi yang tidak fleksibel sehingga menyebabkan munculnya perilaku mal adaptif yang dapat menyebabkan gangguan fungsi sosial. Individu yang menjalani isolasi sosial yang berkeperpanjangan dapat mengembangkan gejala penarikan, halusinasi, gangguan perawatan diri, dan kemungkinan perilaku agresif (Azizah *et al.*, 2016).

Dalam hal ini, peran perawat psikiatri dalam mengatasi gangguan kesehatan jiwa terkait isolasi sosial adalah dengan cara menumbuhkan rasa percaya diri pada pasien serta dapat melatih mereka untuk berhubungan dengan orang lain, seperti mengenal dan berkomunikasi dengan pasien lain, memberikan pemahaman terkait kerugian dari menarik diri dari masyarakat dan manfaat berhubungan dengan lingkungan sekitar, dengan itu diharapkan kecerdasan sosial pasien dapat meningkat (Yusuf *et al.*, 2015).

5.2 Pengertian Isolasi Sosial

Isolasi sosial adalah penurunan atau hilangnya kemampuan dari individu untuk terlibat atau berinteraksi dengan orang lain di lingkungan sekitarnya. Klien dengan isolasi mandiri sering merasa bahwa masyarakat di lingkungan sekitar tidak menerima dirinya dan merasa tidak bisa mengembangkan interaksi yang berarti dengan orang lain. Klien mungkin mengalami perasaan penolakan. Isolasi sosial merupakan salah satu upaya untuk menjauhkan diri dari keterlibatan untuk berkomunikasi dengan orang disekitar dikarenakan mereka percaya bahwa mereka telah kehilangan ikatan intim dan tidak mampu mengungkapkan perasaan, pemikiran, dan ketidakberhasilan (Widodo *et al.*, 2022).

5.3 Rentang Respon Sosial

Masalah kepribadian dapat diidentifikasi semenjak usia muda atau lebih awal serta bisa berkelanjutan hingga sudah dewasa. Rentang respon seseorang umumnya terbagi menjadi dua, yaitu:

1. Respon adaptif adalah jawaban yang bisa dipahami baik secara sosial dan budaya di mana setiap individu dapat mendiskusikan situasi dalam parameter standar. Reaksi adaptifnya diantaranya:
 - a. Menyendiri adalah respon yang dibutuhkan dari seseorang digunakan untuk memikirkan sesuatu yang telah berlangsung atau yang telah dilakukan di lingkungan sekitar. Menyendiri juga dapat dijadikan sebagai metode evaluasi diri dalam membuat tujuan.
 - b. Otonomi adalah kemampuan individu untuk dapat memilih serta mengkomunikasikan pikiran, emosi, dan perasaannya dalam melakukan hubungan sosial. Melalui otonomi, memudahkan orang dapat mengatur panggung untuk saling ketergantungan dan pengaturan diri.
 - c. Kebersamaan mengacu pada kapasitas kemampuan individu agar dapat memahami, mengasihi, dan menerima dalam interaksi interpersonal.
 - d. Ketergantungan adalah kondisi satu orang dan orang lain dalam pengembangan hubungan interpersonal yang saling bertergantungan antara individu dengan orang lain.
Jawaban individu tentang persoalan yang berlawanan dengan nilai agama dan budaya disebut sebagai respon maladaptif.
2. Respon maladaptif adalah solusi untuk tantangan yang berbeda dari norma sosial dan budaya suatu lokasi. Berikut adalah ciri-ciri dari perilaku maladaptif ini:
 - a. Manipulasi
Adalah suatu gangguan sosial yang dialami orang ketika melihat orang disekitar sebagai objek individu yang menyebabkan ketidakmampuan dalam mengembangkan hubungan sosial secara mendalam. Misalnya seseorang yang mengalami kesulitan berinteraksi, orang yang suka

mengendalikan orang lain, dan orang-orang egois. Perilaku pengendalian ini dapat dipergunakan untuk perlindungan atas ketidakberhasilan atau frustrasi, juga mampu memanipulasi orang lain.

b. Impulsif

Merupakan suatu reaksi sosial di mana individu digambarkan sebagai hal yang tidak dapat diprediksi, tidak mudah memberikan kepercayaan, tidak dapat membuat rencana, tidak mampu belajar dari hal yang telah terjadi, serta memiliki penilaian yang buruk.

c. Narsisme

seseorang dengan perilaku egosentris, harga diri yang lemah, kebutuhan yang terus ada untuk memberi penilaian, sehingga memiliki kecenderungan yang mudah tersinggung jika mereka tidak menerima dukungan dari orang disekitar mereka adalah karakteristik dari respon sosial.

d. Isolasi Sosial

Adalah suatu kemampuan seseorang dalam berinteraksi dengan individu di sekitarnya memburuk atau menghilang. Klien bisa jadi mengalami perasaan penolakan, merasa orang sekitarnya tidak menerimanya, sendiri merasa sepi, dan ketidakmampuan untuk mengembangkan interaksi secara terbuka dengan orang disekitarnya.

5.4 Perkembangan Hubungan Sosial

Pada dasarnya, setiap orang mampu untuk mengembangkan interaksi dengan orang disekitarnya yang positif sesuai dengan alur kehidupannya seperti pertumbuhan dan perkembangan seseorang dari baru lahir hingga dewasa. Untuk mengembangkan interaksi dengan orang disekitar yang baik, setiap kebutuhan perkembangan sepanjang siklus hidup dipastikan dapat diselesaikan dengan baik. Kapasitas untuk terlibat didalam proses interaksi dimulai pada masa bayi dengan kemampuan untuk mengandalkan dan berkembang dalam kedewasaan dengan kapasitas yang saling bergantung Berikut

merupakan langkah perkembangan manusia yang dapat mempengaruhi interaksi dengan orang lain (Khadijah & Jf, 2021):

1. Masa Bayi

Bayi sangat bergantung pada orang lain dalam memenuhi keperluan hidupnya, seperti biologis dan psikologisnya. Bayi seringkali memberikan kode-kode yang sangat sederhana agar dapat mengomunikasikan keinginan mereka, seperti hal nya meratap/menangis untuk semua kebutuhan mereka. Reaksi lingkungan terhadap kebutuhan bayi (ibu atau pengasuh) harus dicapai untuk menumbuhkan kepercayaan bayi terhadap respons atau perilakunya serta kepercayaan bayi kepada orang disekitarnya. Ketidakberhasilan dalam memenuhi keperluan bayi dengan mengandalkan orang lain dapat memberikan efek samping seperti membuat perasaannya yang tidak aman pada diri sendiri dan orang lain, serta pelepasan.

2. Masa prasekolah

Anak-anak prasekolah, terutama ibu atau pengasuh, mulai menumbuhkan ikatan sosial mereka di luar lingkungan sekitar. Anak-anak memanfaatkan keterampilan interpersonal mereka agar bisa berinteraksi dengan orang-orang disekitar mereka. Dengan hal ini, anak membutuhkan support/ dukungan dan bantuan keluarga, khususnya penguatan yang baik dari tingkah laku adaptif anak. Ini adalah hal yang sangat mendasari untuk mengembangkan bakat mereka yang saling bergantung dan rasa otonomi. Anak yang tidak mampu berhubungan dengan lingkungannya dan mendapatkan respon negatif dari keluarga tidak akan mampu dalam mengatur dirinya sendiri, tidak mandiri (dependen), tidak yakin, menjauhkan diri dari lingkungannya, tidak percaya kepada dirinya, dan selalu khawatir akan perilaku yang tidak sesuai.

3. Masa Sekolah

Pada usia ini, anak-anak mulai menyadari interaksi yang semakin besar, terutama di sekolahnya. Mereka juga mulai mengenali kolaborasi, daya saing, dan kompromi. Konflik dengan orang tua yang sering muncul menjadi salah satu

dampak dari batasan dan support yang keseimbangannya tidak baik, berteman bersama orang-orang di luar rumah (guru, orang tua, kerabat) adalah hal utama untuk menjadi dukungan yang berarti bagi anak-anak. Ketidakberhasilan mencari koneksi dengan kerabat sekelas, support dari guru yang berkurang karena kendala, dan support orang tua yang tidak stabil menyebabkan anak-anak tersebut menjadi kecewa dengan keterampilan mereka, merasa tidak puas, merasa dirinya tidak ada kemampuan sama sekali, dan menyembunyikan diri dari lingkungannya.

4. Masa Remaja

Pada masa ini, anak-anak membentuk persahabatan yang mendalam dengan teman sekelasnya dan teman-teman lain dari jenis kelamin yang sama. Persahabatan cukup bergantung, sedangkan ikatan dengan orang tua cenderung menjadi mandiri. Kegagalan untuk membentuk persahabatan dan support dari orang tua yang kurang dapat menyebabkan masalah identitas, kesulitan untuk mendalami pekerjaan, serta kurangnya rasa percaya diri.

5. Masa Dewasa Muda

Seseorang yang berada pada masa ini mempertahankan interaksi interdependen dengan orang tua dan kerabat sekelas mereka, mereka belajar mulai bisa membuat keputusan dengan fokus pada rekomendasi, dan saran dari orang disekitar mereka, seperti mencari kerja, profesi, atau menikah. Ketidakberhasilan seseorang untuk meneruskan pendidikan, profesi, atau perkawinan akan mengakibatkan orang tersebut menghindari interaksi yang terlalu dekat dengan lingkungannya, menghindari orang-orang disekitarnya dan mendambakan pekerjaan.

6. Masa Dewasa Tengah

Orang-orang berusia pertengahan dua puluhan, terutama orang yang sudah menikah, biasanya telah pindah dari rumah orang tua mereka. Jika dia menikah, tanggung jawabnya menjadi orang tua serta memiliki interaksi dengan orang yang lebih dewasa menguji kemampuannya untuk menilai hubungan yang saling bergantung. Individu yang berkembang dengan baik mampu membentuk interaksi baru

serta menemukan sumber support baru. ketidakberhasilan untuk melepaskan diri dari orang tua, membentuk koneksi baru, dan kembali membutuhkan bantuan orang tua disekitarnya menjadi pengaruh hanya terfokus pada dirinya sendiri, aktifitas yang produktif dan berkreasi berkurang, dan tidak memperdulikan orang lain.

7. Masa Dewasa Lanjut

Seseorang dapat mengalami kerugian pada periode ini, seperti merasa hilangnya fungsi fisik, aktivitas, profesi, pasangan hidup (rekan dan pasangan), atau anggota keluarga (kematian orang tua). Seseorang masih membutuhkan ikatan interpersonal yang bermanfaat. Individu yang matang secara emosional dapat menerima kerugian dalam hidup mereka dan tahu bahwa bantuan orang lain dapat membantu dalam mengatasi masalahnya.

5.5 Etiologi

Isolasi sosial muncul ketika seseorang dipengaruhi oleh faktor predisposisi, misalnya adanya kegagalan perkembangan dan sosial budaya. Kegagalan dapat menyebabkan individu tidak percaya pada diri maupun orang lain, ragu, takut, pesimis, putus asa, tidak mampu merumuskan keinginan, dan tertekan. Kadaan ini menimbulkan perilaku tidak ingin berkomunikasi dengan orang lain, lebih suka berdiam diri, menghindari dari orang lain, dan kegiatan sehari-hari. Lebih lanjut terkait dengan faktor-faktor predisposisi yaitu sebagai berikut:

1. Faktor Predisposisi

a. Faktor Tumbuh Kembang

Setiap individu memiliki tahapan pertumbuhan dan perkembangan yang harus dilalui dengan baik. Apabila pada tahapan tertentu terjadi disfungsi pertumbuhan maupun perkembangan maka dapat menyebabkan terjadinya gangguan dalam melakukan interaksi sosial (Suerni & Livana, 2019).

b. Faktor Biologis

Masalah mental, risiko, riwayat trauma otak, dan riwayat penggunaan narkoba menjadi sesuatu hal yang

diturunkan. Seseorang dengan skizofrenia biasanya mengalami gangguan dalam melakukan sosial. Hal ini dikarenakan terdapat struktur abnormal dari otak, seperti adanya atrofi maupun perubahan ukuran dan bentuk sel limbik dan korteks.

c. Faktor Psikologis

Klien memiliki pengalaman negatif dengan citra dirinya, peran yang tidak jelas atau berlebihan, kegagalan memenuhi keinginan, krisis biodata diri, serta terkikisnya pujian untuk diri sendiri maupun lingkungannya, semua itu bagian dari hal yang dapat menyebabkan ketidaklancaran interaksi seseorang dengan sekitarnya dan menyebabkan isolasi sosial.

d. Faktor Komunikasi dalam keluarga

Adanya gangguan komunikasi dalam keluarga merupakan faktor yang dapat menyebabkan gangguan dalam interaksi sosial yang dapat menyebabkan isolasi mandiri.

e. Faktor Sosial Budaya

Pendidikan yang buruk, memiliki rasa tidak diterima/penolakan oleh lingkungan sekitar, keluarga yang berpenghasilan tidak menetap dan cenderung menurun adalah beberapa faktor yang dapat menyebabkan klien mengalami kegagalan saat melakukan hubungan dengan lingkungan sekitar.

2. Faktor Presipitasi

Pernah memiliki penyakit menular, penyakit yang parah, atau kelainan struktur otak, keharmonisan keluarga yang kurang, tidak merasa senang dalam kehidupan, tidak mampu dalam financial atau harapan dalam keluarga atau orang disekitar yang tidak sesuai dengan keadaan klien, perselisihan dengan sesama komunitas adalah hal biasa. Variabel internal dan lingkungan sama-sama mempengaruhi prevalensi masalah hubungan sosial. Stresor curah hujan diklasifikasikan sebagai berikut:

a. Faktor eksternal

Stresor sosial budaya, atau stres yang dihasilkan oleh elemen sosial budaya seperti keluarga, adalah contohnya. Stress biasanya disebabkan oleh berkurangnya stabilitas

unit keluarga dan isolasi dari orang-orang penting dalam kehidupan seseorang, seperti rawat inap.

b. Faktor internal

Stresor psikologis, misalnya adanya stres yang muncul sebagai akibat dari rasa cemas yang berlangsung secara terus-menerus dan berlangsung secara bersamaan dengan pembatasan kapasitas seseorang untuk menangani. Rasa cemas ini mungkin disebabkan oleh permintaan untuk berpisah dari orang terdekat atau karena tidak memenuhi persyaratan tertentu.

5.6 Manifestasi Klinik

Tanda dan gejala adanya perilaku isolasi sosial yaitu sebagai berikut:

1. Gejala Subyektif

- a. Munculnya perasaan emosi atau penolakan yang berasal dari orang lain.
- b. Merasakan keraguan dalam berinteraksi dengan orang lain.
- c. Minimnya respon verbal
- d. Memiliki perasaan tidak memiliki hubungan yang berarti dengan orang lain.
- e. Mudah bosan bahkan enggan menghabiskan waktu Bersama orang lain
- f. tidak dapat fokus dalam membuat keputusan.
- g. Memiliki rasa tidak bermanfaat.
- h. Selalu khawatir tentang peluangnya dalam bertahan hidup.
- i. Klien merasa dirinya ditolak.

2. Gejala Objektif

- a. Klien enggan untuk berbicara dan memilih diam
- b. Tidak senang mengikuti berbagai aktivitas kegiatan
- c. Lebih banyak menghabiskan waktu didalam kamar
- d. Klien enggan berinteraksi dengan orang lain
- e. Klien terlihat murung, sedih dan lesu
- f. Mengalihkan tatapan mata
- g. Apatis (tidak peduli dengan lingkungan)

- h. Wajah klien berekspresi datar
- i. Enggan untuk menjaga kebersihan diri dan merawat diri
- j. Menyendiri
- k. Kurang menyadari dengan lingkungan sekitar
- l. Terkadang terganggu saat akan memasukkan makanan atau minuman
- m. Retensi saat BAB atau BAK
- n. Menurunnya kegiatan beraktivitas
- o. Tidak berenergi (lemah, letih, lesu)
- p. Perubahan postur tubuh, misalnya sikap fetus/janin (khususnya saat tidur).

5.7 Patopsikologi

Individu yang terisolasi secara sosial seringkali percaya bahwa sumber/penyebab isolasi sosialnya adalah lingkungan sekitar. Sementara stimulus utama adalah kebutuhan tentang perlindungan diri psikologis terhadap pengalaman traumatis seperti rasa bersalah, kemarahan, kesepian, dan ketakutan akan seseorang yang dikasihi, belum mampu dikatakan bahwa semua yang menjadi ancaman untuk harga diri serta keperluan keluarga akan meningkatkan rasa cemas. Teknik koping yang sesuai diperlukan untuk mengatasi kesulitan yang berhubungan dengan kecemasan.

Ekonomi, keterampilan memecahkan masalah, metode defensif, dukungan sosial, dan motivasi adalah semua bentuk koping. Koping dihasilkan sebagai model ekonomi bisa membantu seseorang dalam mengatasi situasi stres dan menerapkan teknik yang efektif untuk koping. Bahkan jika perilaku mereka tidak teratur, setiap orang memiliki keuntungan pribadi tertentu, yang mungkin termasuk: kegiatan keluarga, kegiatan yang disukai, kesenian, kesehatan dan merawat diri, pendidikan untuk kecerdasan, dan interaksi interpersonal. Individu membutuhkan support sosial dari tumbuhnya reaksi psikologis adaptif, insentif dari keluarga, atau dukungan dari seseorang yang dapat meningkatkan kepercayaan diri mereka (Zaini, 2019)

5.8 Asuhan Keperawatan Pada Klien Isolasi Sosial

Klien yang terisolasi secara sosial biasanya merasa sulit untuk terlibat dan berhubungan dengan orang lain. Akibatnya, perawat harus sangat sadar untuk mendeteksi, menerima, dan menganalisis sentimen sensitif untuk mempekerjakan diri secara konstruktif dalam merawat klien. Perawat harus jujur, penyayang, transparan, dan sopan ketika memberikan perawatan pasien(Sukaesti, 2019):

5.8.1 Pengkajian Keperawatan

Untuk membantu pengumpulan data yang dibutuhkan secara umum, disusun formulir penilaian dan rekomendasi teknis penilaian. Penilaian mencakup hal-hal berikut:

1. Identitas Klien

Nama, usia, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, agama, tanggal MRS, informan, tanggal penilaian, nomor rumah klien, dan alamat klien semuanya disertakan.

2. Keluhan Utama

Menyendiri (menghindari orang lain), komunikasi yang hilang atau tidak ada, duduk di dalam ruangan, menolak berhubungan langsung dengan orang lain, tidak melakukan tugas sehari-hari, dan ketergantungan adalah keluhan umum.

3. Faktor predisposisi

Kehilangan, perpisahan, penolakan orang tua, harapan orang tua yang tidak masuk akal, kegagalan/frustrasi berulang, tekanan teman sebaya, dan perubahan struktural sosial trauma mendadak, seperti harus menjalani operasi, mengalami kecelakaan, menceraikan suami, putus sekolah, diberhentikan, atau merasa bersalah atas sesuatu yang telah terjadi (korban perkosaan, dituduh KKN, tiba-tiba dipenjara) perlakuan oleh mereka yang tidak menghormati pelanggan/sentimen buruk jangka panjang terhadap diri sendiri.

4. Aspek fisik/biologis

Hasil tindakan tanda vital (TD, nadi, suhu, respirasi, TBC, BB) dan masalah fisik klien

5. Aspek Psikososial
 - a. Tiga genmerasi yang bersangkutan di gambarkan oleh genogram
 - b. Tidak lancarnya yang klien alami dalam melakukan interaksi sosial dengan lingkungan sekitar lainnya dalam hidupnya, serta kelompok-kelompok yang dianut dalam masyarakat.
 - c. Iman klien kepada Tuhan dan aktivitas ibadah (spiritual)
 - d. Konsep diri
6. Citra tubuh

Menolak untuk melihat dan menyentuh bagian tubuh yang berubah, atau menolak untuk mengakui perubahan yang telah atau akan terjadi. Menolak untuk menjelaskan perubahan fisik, memiliki pendapat negatif tentang tubuh, dan disibukkan dengan bagian tubuh yang hilang menunjukkan pesimisme dan mengungkapkan ketakutan.
7. Identitas diri

Ketidakpastian tentang diri sendiri, kesulitan menetapkan keinginan, dan ketidakmampuannya dalam membuat suatu penilaian.
8. Peran

Mengubah atau menghentikan fungsi peran karena penyakit, usia, berhenti sekolah, atau pemberhentian kerja.
9. Ideal diri

Putus asa dengan kondisinya, menginginkan kehidupan tidak realistis.
10. Harga diri

Perasaan terhina, bersalah, memburuknya hubungan sosial, meremehkan, melukai diri sendiri, dan kehilangan kepercayaan diri
11. Status Mental

Tatapan klien hilang/belum mampu menjaga tatapan, klien lebih suka menyendiri dan kurang mampu berinteraksi dengan lingkungan sekitarnya, merasa putus asa serta kehilangan nilai dalam kehidupannya.
12. Kebutuhan persiapan pulang
 - a. Peralatan makan yang dapat disiapkan dan dibersihkan sendiri oleh klien.

- b. Klien dapat buang air besar dan kecil, menggunakan dan membersihkan toilet dan jamban, dan membersihkan pakaiannya.
 - c. Saat pengkajian akhir klien bisa mandi dan memakai pakaian dengan rapi.
 - d. Klien dapat beristirahat, serta melakukan aktivitas baik di dalam maupun di luar rumah.
- 13. Mekanisme Koping
Ketika klien memiliki masalah, mereka merasa takut atau tidak mau memberitahukan kepada orang lain (lebih sering menggunakan koping penarikan)
- 14. Aspek Medik
Klien dapat memperoleh terapi berupa terapi psikomotor farmakologis, terapi okupasi, TAK, atau rehabilitasi.
- 15. Masalah Psikososial dan Lingkungan
seseorang yang biasanya terganggu psikologis serta lingkungan seperti adanya ketidakmampuan untuk berkomunikasi dengan kerabat dekat atau lingkungan sekitar karena khawatir, tidak berharga, dan sebagainya.
- 16. Daftar Diagnosa Keperawatan
 - a. Isolasi Sosial
 - b. Harga diri rendah
 - c. Halusinasi (Damaiyanti & Iskandar, 2012).

5.8.2 Rencana Tindakan Asuhan Keperawatan

Tindakan keperawatan isolasi sosial pada klien dan keluarga Menurut Damaiyanti, & Iskandar (2012) yaitu:

- 1. Tindakan Keperawatan dengan pendekatan strategi pelaksanaan (SP) pada pasien
 - a. Strategi pelaksanaan pertemuan 1 pada pasien:
Penilaian isolasi sosial serta pelatihan diskusi untuk pasien dan keluarga
 - 1) Membangun interaksi saling memercayai satu sama lain
 - 2) Membantu pasien untuk menyadari masalah isolasi sosial dalam dirinya

- 3) Melatih berkomunikasi dengan perlahan antara pasien dengan anggota keluarga
- b. Strategi pelaksanaan pertemuan 2 pada pasien:
Memberikan pelatihan kepada klien untuk dapat berinteraksi secara perlahan (pasien dengan 2 orang lain), latihan untuk berkomunikasi atau berdiskusi saat melakukan 2 kegiatan harian.
 - 1) Mengevaluasi adanya tanda-tanda isolasi sosial
 - 2) Mengakreditasi kemampuan berkenalan (berapa orang)
 - 3) Memberi pujian, mengajari cara berbicara saat melakukan kegiatan harian (latih 2 kegiatan)
 - 4) Latihan berkenalan 2-3 orang dimasukkan pada jadwal kegiatan harian
- c. Strategi pelaksanaan pertemuan 3 pada pasien:
Melatih pasien berinteraksi dengan perlahan (pasien dengan 4-5 orang), latihan berkomunikasi atau berdiskusi saat melakukan 2 kegiatan harian baru.
 - 1) Mengevaluasi munculnya tanda dan gejala isolasi sosial
 - 2) Menilai kemampuan berkenalan (berapa orang) dan bicara saat melakukan dua kegiatan harian
 - 3) Menanyakan bagaimana perasaan setelah kegiatan itu dilakukan
 - 4) Memberi pujian, mengajari cara berbicara saat melakukan kegiatan harian (latih 2 kegiatan)
 - 5) untuk latihan 4-5 orang dimasukkan pada jadwal kegiatan
- d. Strategi pelaksanaan pertemuan 4 pada pasien:
Mengevaluasi kemampuan berinteraksi, melatih cara bicara dan berkomunikasi saat melakukan kegiatan sosial
 - 1) Mengevaluasi munculnya tanda dan gejala isolasi sosial
 - 2) Memberi penilaian kemampuan berkenalan (berapa orang) dan bicara saat melakukan empat kegiatan harian
 - 3) Menanyakan bagaimana perasaan setelah aktivitas harian dilakukan

- 4) Memberi pujian, mengajari cara berbicara saat melakukan kegiatan sosial
2. Tindakan Keperawatan dengan pendekatan strategi pelaksanaan (SP) pada keluarga
 - a. Strategi pelaksanaan pertemuan 1 pada keluarga:

Kenali tantangan dalam merawat pasien yang terisolasi secara sosial, kenali mereka, dan komunikasikan dengan mereka saat melakukan tugas sehari-hari.

 - 1) Diskusikan kekhawatiran dan masalah yang timbul saat keluarga merawat klien
 - 2) Memberikan penjelasan mengenai pengertian, tanda dan gejala isolasi sosial yang muncul yang dialami klien beserta proses terjadinya
 - 3) Pemutusan perawatan diserahkan kepada keluarga sepenuhnya
 - 4) Memberi informasi tentang cara merawat isolasi sosial dan memberi pelatihan dua cara merawat : berkenalan dan mulai melakukan aktivitas harian
 - b. Strategi pelaksanaan pertemuan 2 pada keluarga:

Latihan merawat: mengajak pasien dalam kegiatan rumah tangga sekaligus melatih berkomunikasi pada kegiatan tersebut

 - 1) Evaluasi kapasitas keluarga untuk mengidentifikasi tanda-tanda isolasi sosial
 - 2) Validasi kapasitas keluarga dalam mendidik pasien untuk berinteraksi dan berkomunikasi saat melakukan tugas sehari-hari
 - 3) Beri pujian pada keluarga
 - 4) Jelaskan setiap kegiatan rumah tangga di mana pasien mungkin terdengar mengobrol (makan, berdoa bersama)
 - 5) Berlatih mengarahkan ucapan pasien dan memberikan pujian
 - 6) Dorong keluarga pasien untuk membantunya dalam melakukan kegiatan diskusi terjadwal
 - c. Strategi pelaksanaan 3 untuk keluarga:

Latih diri keluarga untuk peduli dengan melakukan beberapa aktivitas sosial yang membutuhkan percakapan.

- 1) Penilaian kapasitas keluarga untuk mengenali tanda-tanda isolasi sosial
 - 2) Validasi kompetensi keluarga untuk merawat atau melatih orang asing
 - 3) Berbicara atau berkomunikasi saat melakukan kegiatan harian dan rumah tangga
 - 4) Jelaskan bagaimana mendorong pasien untuk mampu beraktivitas belanja sosial, serta cara melatih keluarga agar menemani pasien berbelanja
 - 5) Dorong dan beri penghargaan kepada anggota keluarga yang membantu acara sosial secara teratur
- d. Strategi pelaksanaan 4 untuk keluarga:
Ajarkan keluarga bagaimana menggunakan layanan perawatan kesehatan untuk memantau orang-orang yang terisolasi secara sosial
- 1) Penilaian kapasitas keluarga untuk mengenali tanda-tanda isolasi sosial
 - 2) Kaji kemampuan keluarga untuk merawat dan melatih pasien
 - 3) Berikan penghargaan kepada keluarga atas upaya mereka
 - 4) Jelaskan tindak lanjut pelayanan kesehatan masyarakat, indikator kekambuhan, dan segera rujuk pasien
 - 5) Dorong keluarga pasien untuk membantunya menyelesaikan aktivitas tepat waktu.

5.8.3 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan terkait dengan isolasi sosial terbagi menjadi beberapa SP, diantaranya (Paula et al., 2021):

1. Melakukan Sp 1 pasien:
 - a. Mengidentifikasi akar dari sebab terjadinya Isolasi Sosial
 - b. Diskusikan kerugian tidak berurusan dengan orang lain dengan klien
 - c. Mengajarkan klien cara mengenal orang lain
 - d. Dorong klien untuk memasukkan tugas latihan mengenal orang lain ke dalam rutinitas sehari-harinya

2. Melakukan Sp 2 pasien:
 - a. Mengkaji rutinitas aktivitas harian klien
 - b. Beri klien kesempatan untuk berlatih berkenalan
 - c. Ajarkan klien bagaimana berkomunikasi sebagai orang pertama (seorang perawat)
 - d. Dorong klien untuk memasukkan aktivitas dalam jadwal harian mereka
3. Melakukan Sp 3 pasien:
 - a. Mengkaji rutinitas kegiatan harian klien
 - b. Biarkan klien mempraktikkan cara memperkenalkan diri dengan orang pertama.
 - c. Melatih klien berinteraksi dan berkomunikasi secara perlahan (Berkenalan dengan orang kedua seorang klien)
 - d. Dorong klien untuk memasukkan aktivitas dalam jadwal harian mereka (Damaiyanti & Iskandar, 2012).

5.8.4 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dapat dilakukan berdasarkan(Wuryaningsih *et al*, 2020):

1. Kemampuan Pasien
 - a. Berdiskusi dengan diri sendiri dan orang lain membicarakan terkait dengan kesendirian
 - b. Berdiskusi dengan sekitar tentang manfaat berinteraksi
 - c. Mendiskusikan hal yang salah jika tidak berkenan berkomunikasi atau berinteraksi dengan sekitar
 - d. Ikatan sosial klien-perawat, klien-perawat-klien, klien-perawat-keluarga, dan klien-perawat-kelompok dapat ditunjukkan oleh klien.
 - e. Klien dapat mengomunikasikan emosinya setelah berhubungan dengan orang lain, diri sendiri, dan orang lain
2. Kemampuan Keluarga
 - a. Anggota keluarga mampu mengekspresikan emosinya
 - b. Dapat menjelaskan bagaimana cara merawat pasien isolasi sosial
 - c. Dapat menunjukkan cara perawatan klien isolasi sosial

- d. Dapat ikut berpartisipasi dalam merawat klien isolasi sosial (Damaiyanti & Iskandar, 2012).

DAFTAR PUSTAKA

- Azizah, L., Zainuri, I., & Akbar, A. 2016. Buku ajar keperawatan kesehatan jiwa. *Yogyakarta: Indomedia Pustaka*.
- Khadijah, M. A., & Jf, N. Z. 2021. *Perkembangan Sosial Anak Usia Dini Teori Dan Strateginya*. Merdeka Kreasi Group.
- Muhith, A. 2015. *Pendidikan keperawatan jiwa: Teori dan aplikasi*. Penerbit Andi.
- Paula, V., Trisnadewi, N. W., Oktaviani, N. P. W., Hadiansyah, T., Mukhoirotin, M., Widodo, D., Florensa, M. V. A., Nasution, R. A., & Marliana, T. 2021. *Keperawatan Jiwa Lanjutan*. Yayasan Kita Menulis.
- Suerni, T., & Livana, P. H. 2019. Gambaran Faktor Predisposisi Pasien Isolasi Sosial. *Jurnal Keperawatan*, 11(1), 57–66.
- Sukaesti, D. 2019. Sosial Skill Training Pada Klien Isolasi Sosial. *Jurnal Keperawatan Jiwa (JKJ): Persatuan Perawat Nasional Indonesia*, 6(1), 19–24.
- Widodo, D., Juairiah, J., Sumantrie, P., Siringoringo, S. N., Praghlapati, A., Purnawinadi, I. G., Manurung, A., Kadang, Y., Anggraini, N., & Hardiyati, H. 2022. *Keperawatan Jiwa*. Yayasan Kita Menulis.
- Wuryaningsih, N. E. W., Kep, M., Windarwati, H. D., Kep, M., Dewi, N. E. I., Kep, M., Deviantony, N. F., & Kep, M. 2020. *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa 1*. UPT Percetakan & Penerbitan, Universitas Jember.
- Yusuf, A., Fitryasari PK, R., & Nihayati, H. E. 2015. *Buku ajar keperawatan kesehatan jiwa*. Salemba empat.
- Zaini, M. 2019. *Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Psikososial di Pelayanan Klinis dan Komunitas*. Deepublish.

BAB 6

ASUHAN KEPERAWATAN JIWA

KEHILANGAN DAN BERDUKA

Oleh Ira Kusumawaty

6.1 Pendahuluan

Pengalaman kehilangan dan berduka sangat bersifat individual. Masing-masing mungkin berduka secara berbeda, dan seringkali, sulit bagi individu untuk menerima kehilangan. Budaya dan tradisi yang berbeda berdampak signifikan bagi individu dalam menangani kesedihannya. Beberapa reaksi umum dan universal terhadap kehilangan diantaranya mati rasa, tidak percaya akan kematian, marah, tidak adil, menangis, kekosongan dan rasa bersalah. Perasaan hampa dan kerinduan yang mendalam terhadap orang yang telah meninggal merupakan gejala inti kesedihan yang berkepanjangan. Kehilangan tidak hanya melibatkan perpisahan dari orang yang kita cintai, tetapi juga menjalin banyak aspek lain dari kehidupan. Membedakan berbagai jenis kehilangan dan kesedihan bermanfaat untuk menginformasikan pengembangan strategi intervensi untuk memfasilitasi adaptasi fungsional terhadap kehilangan dan meningkatkan kesejahteraan. Kehilangan primer dikaitkan dengan peristiwa penting seperti kematian dan perubahan besar dalam hidup. Kehilangan sekunder, sebagai konsekuensi dari kerugian primer, sering diabaikan karena tampak terselubung sejak awal tetapi akan muncul sebagai masalah yang signifikan di kemudian hari. Individu yang kehilangan orang yang dicintai mungkin menghadapi kerugian sekunder seperti kehilangan persahabatan, keintiman seksual, dan peran keluarga. Proses berduka mencerminkan konvergensi respons yang unik karena memerlukan penyesuaian afektif, kognitif, perilaku, fisik, spiritual (Geng *et al.*, 2019; Picoraro *et al.*, 2014; Pop-jordanova, 2021). Kegagalan untuk mengatasi kebutuhan mendesak dari mereka yang mengalami kehilangan dan berduka dapat mengakibatkan

kesehatan mental dan fisik semakin memburuk (Arizmendi et al., 2017; Picoraro *et al.*, 2014).

6.2 Pengertian kehilangan

Kehilangan merupakan suatu peristiwa yang semua orang akan alami dalam siklus kehidupan. Kerugian yang sebenarnya diakui dan diverifikasi oleh seseorang, sementara orang lain tidak dapat menganggapnya sebagai kerugian. Keduanya nyata bagi individu yang mengalami kehilangan. Adapun berduka menjadi bagian internal kehilangan, perasaan emosional yang terkait dengan kehilangan (Picoraro *et al.*, 2014; N. Wang & Hu, 2019). Kehilangan maturasional sebagai akibat proses pendewasaan diperlukan dan didalamnya mencakup semua perubahan kehidupan yang seringkali diharapkan dalam sepanjang kehidupan (Milic *et al.*, 2017).

6.3 Kategori Kehilangan

Kesedihan dan perasaan kehilangan akibat perubahan yang signifikan terjadi pada situasi seperti kehilangan pekerjaan, kehilangan fungsi anggota tubuh, kehilangan hewan peliharaan, perasaan kehilangan kendali, dan kehilangan orang yang dicintai (Pop-jordanova, 2021; Zheng *et al.*, 2017). Tabel berikut memberikan gambaran jenis kehilangan disertai implikasi yang diakibatkannya.

Tabel 6.1 Kategori dan Implikasi Kehilangan (McClung, 2019)

Kategori	Implikasi
Kehilangan barang atau benda (misal: pencurian, deteriorasi, salah penempatan, atau perusakan)	Tingkat berduka tergantung pada nilai objek, sentimen yang melekat pada atau kegunaannya
Kehilangan lingkungan yang telah dikenal (misal: meninggalkan rumah, rawat inap, pekerjaan baru, pindah dari unit rehabilitasi)	Kehilangan terjadi melalui kejadian yang bersifat jatuh tempo atau situasional atau karena cedera/sakit. Kesepian dalam situasi yang tidak akrab mengancam harga diri, harapan, atau rasa memiliki
Kehilangan orang lain atau sesuatu yang signifikan (misal:	Teman dekat, anggota keluarga, dan hewan piaraan memenuhi psikologis,

Kategori	Implikasi
perceraian, kehilangan teman, pengasuh terpercaya atau hewan peliharaan)	keselamatan, cinta, rasa memiliki, dan harga diri
Kehilangan aspek diri (misal: bagian tubuh, pekerjaan, fungsi psikologis atau fisiologis)	Penyakit, cedera atau perubahan perkembangan yang mengakibatkan hilangnya aspek harga diri, mengubah identitas pribadi dan konsep diri
Kehilangan hidup (misal: kematian anggota keluarga, teman, rekan kerja atau kematian seseorang)	Hilangnya hidup (meratapi mereka yang ditinggalkan. Orang menjelang ajal juga merasakan kesedihan atau rasa takut sakit, kehilangan kontrol dan ketergantungan pada orang lain)

6.4 Pengertian Berduka

Saat berduka muncul kesedihan dan kemungkinan gangguan, namun bukan gangguan mental seperti depresi. Istilah "kedukaan yang kompleks", dalam pengertian medis, mengacu pada proses ditumpangkan yang mengubah kesedihan dan memodifikasi jalannya menjadi lebih buruk. Berduka merupakan reaksi emosional atas kehilangan orang yang dicintai akibat kematian. "rang yang dicintai" mengacu pada seseorang yang memiliki ikatan emosional sangat kuat dengan dirinya, termasuk figur keterikatan dan kepedulian (Nakajima, 2018). Meskipun berduka adalah respon alami akibat kehilangan, namun pada beberapa individu dapat mengalami kesedihan yang parah dan berkepanjangan. Pada 1990-an, berduka yang tidak biasa yang bertahan dengan tingkat gejala akut tinggi dikenal sebagai 'Complicated Grief (CG).

Banyak penelitian telah menunjukkan bahwa orang yang menderita CG berisiko mengalami gangguan kesehatan mental dan fisik jangka panjang serta dapat berujung pada perilaku bunuh diri. Kondisi demikian dianggap sebagai keadaan patologis, memerlukan intervensi dan perawatan klinis dalam kebanyakan kasus, orang yang berduka tidak memerlukan bantuan dari terapis profesional karena secara bertahap pulih ke kehidupan normal dengan sendirinya. Ditegaskan kembali bahwa konsep berduka merupakan reaksi normal atas kematian orang yang dicintai dan alhasil memiliki manifestasi psikologis dan fisiologis. Tabel 2

memperlihatkan berbagai teori atau model kehilangan dan berduka disertai manifestasi yang dialami sesuai tahapan.

Tabel 6.2 Teori/ model Kehilangan dan Berduka

Tahapan Kematian (<i>Stages of Dying</i>) Kubler-Ross (1969)	Menolak (<i>Denial</i>) Orang tidak bisa menerima kenyataan kehilangan itu. Ini adalah bentuk perlindungan psikologis dari kehilangan yang belum bisa ditanggung oleh orang itu. Marah (<i>Anger</i>) Orang tersebut mengekspresikan resistensi atau kemarahan yang intens pada Tuhan, orang lain, atau situasi. Tawar-menawar (<i>Bargaining</i>) Orang itu mendampingi dan menunda kesadaran akan kehilangan dengan mencoba mencegahnya terjadi. Depresi (<i>Depression</i>) Orang itu menyadari dampak penuh dari kehilangan itu. Penerimaan (<i>Acceptance</i>) Orang itu menggabungkan kehilangan ke dalam hidupnya.
Teori Kedekatan (<i>Attachment Theory</i>) Bowlby (1980)	Mati rasa Melindungi orang dari dampak kehilangan. Kerinduan dan pencarian Emosi ledakan menangis dan penderitaan akut; gejala fisik umum pada tahap ini: sesak di dada dan tenggorokan, sesak napas, perasaan lesu, susah tidur, dan kehilangan nafsu makan. Depresi dan keputusan Pemeriksaan tanpa henti tentang bagaimana dan mengapa kehilangan terjadi atau ekspresi kemarahan pada siapa saja yang tampaknya bertanggung jawab atas kehilangan itu. Reorganisasi Menerima perubahan, mengasumsikan peran asing, memperoleh keterampilan baru, membangun hubungan baru, dan mulai memisahkan diri dari hubungan yang hilang tanpa merasa bahwa ia mengurangi arti pentingnya.
Model Tugas Berduka (<i>Grief Tasks Model</i>) Worden (2008)	Menerima kenyataan kehilangan itu. Mengalami penderitaan kesedihan. Menyesuaikan dengan dunia di mana almarhum hilang.

	Secara emosional merelokasi almarhum dan melanjutkan hidup.
Model Proses "R" Rando (<i>Rando's "R" Process Model</i>) Rando (1993)	Mengakui kehilangan. Bereaksi tentang rasa sakit karena perpisahan. Mengenang kembali. Melepaskan lembar lama. Menyesuaikan kembali kehidupan setelah hilang. Mengenang kembali hubungan yang bersifat mental atau verbal yang bersifat anekdot, menghidupi kembali dan mengingat orang lain pada pengalaman masa lalu.
Model Proses Ganda (<i>Dual Process Model</i>) Stroebe dan Schut (1999)	Aktivitas yang berorientasi pada kehilangan (misal: proses berduka cita, berlutut pada kehilangan, memutuskan hubungan dengan orang yang sudah meninggal, dan menolak kegiatan untuk bergerak melewati kesedihan). Aktivitas berorientasi pada restorasi/ perbaikan: memperhatikan perubahan kehidupan, menemukan peran atau hubungan baru, mengatasi keuangan, dan berpartisipasi dalam mengatasi gangguan, yang memberikan keseimbangan pada individu yang mengalami kehilangan
Jalan Lintasan kehilangan (<i>Trajectories of Bereavement</i>) Bonanno et al. (2002)	Kesedihan umum Kesedihan kronis Depresi kronis Depresi diikuti oleh perbaikan Ketahanan

6.5 Penyebab berduka

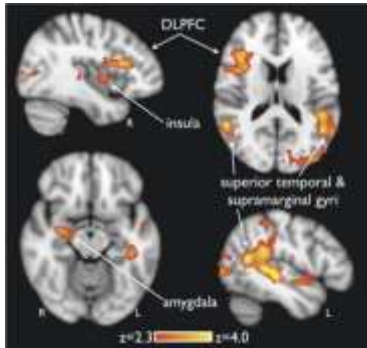
Berduka merupakan proses yang dipicu sebagai respons terhadap berbagai kehilangan, seperti kematian, kehilangan pekerjaan, putusnya hubungan dan lainnya. Reaksi yang biasa digambarkan terhadap kesedihan atau berduka adalah syok, ketidakpercayaan atau penolakan, tingkat kecemasan yang tinggi, kesususahan, kesedihan, insomnia dan kehilangan nafsu makan (Burger *et al.*, 2020; Pop-jordanova, 2021; N. Wang & Hu, 2019). Kebanyakan orang akan mengalami kematian orang yang dicintai karena penyakit, bencana, kecelakaan, perang, pembunuhan atau bunuh diri. Meskipun berduka tidak bisa dihindari, peristiwa berduka menyebabkan penderitaan psikologis yang parah, dan kadang-kadang mengubah cara hidup seseorang

secara drastic (Leblanc *et al.*, 2016; Milic *et al.*, 2017; Nakajima, 2018).

6.6 Gejala berduka

Gejala utama berduka meliputi mati rasa, tidak percaya pada kematian ataupun kehilangan, marah, merasakan ketidakadilan, menimbulkan tangisan, kekosongan perasaan, rasa sakit emosional yang intensif, dan ketidakmampuan untuk mengalami suasana hati yang positif (Eisma, 2018; Leblanc *et al.*, 2016; Milic *et al.*, 2017; Nakajima, 2018).

Apa yang terjadi di otak saat berduka dapat diuraikan melalui studi neuroimaging, sebagaimana diperlihatkan pada gambar berikut ini:



Korelasi saraf dengan kesedihan (Regio yang terlibat termasuk insula kanan, amigdala kanan, girus sudut kiri, girus temporal superior, girus supramarginal, korteks prefrontal dorsolateral, dan korteks oksipital)
[from Biol Psychiatry. 2009 Jul 1; 66(1): 33–40]

Adapun respon kehilangan dan berduka yang menyebabkan timbulnya kesedihan (Mughal, *et al.*, 2022) berupa:

1. Reaksi kesedihan yang umum; reaksi terhadap kehilangan disebut reaksi kesedihan dan bervariasi antar individu maupun individu yang sama sepanjang waktu. Berbagai reaksi kesedihan menyebabkan gejala somatik dan psikologis yang kompleks.
2. Perasaan; individu yang mengalami kehilangan mungkin memiliki berbagai perasaan, termasuk keterkejutan, mati rasa, kesedihan, penyangkalan, kemarahan, rasa bersalah, ketidakberdayaan, depresi, dan kerinduan. Pada beberapa kasus, seseorang mungkin menangis tanpa alasan yang jelas.
3. Pikiran; kesedihan dapat menyebabkan perasaan tidak percaya, kebingungan, kesulitan berkonsentrasi, keasyikan, dan halusinasi.

4. Sensasi fisik; kesedihan mampu menimbulkan sensasi fisik seperti sesak dan berat di dada atau tenggorokan, mual atau sakit perut, pusing, sakit kepala, mati rasa, kelemahan otot, ketegangan, atau kelelahan. Kondisi fisik tersebut akan mengakibatkan individu menjadi rentan terhadap penyakit.
5. Perilaku; kesulitan untuk tidur, kehilangan minat dalam melakukan aktivitas sehari-hari, dan perilakunya menjadi lebih agresif atau mudah marah.
6. Gejala somatik; tubuh merasakan dada sesak dan tersedak, kesulitan bernafas, perut tertekan, penurunan kekuatan otot, dan kelesuan.
7. Gejala psikologis; perasaan bersalah, kemarahan, permusuhan, kegelisahan, ketidakmampuan untuk berkonsentrasi, kurangnya kapasitas untuk memulai dan mempertahankan pola aktivitas yang terorganisir.
8. Kardiomiopati Takosubo; nyeri dada dan sesak napas setelah stres berat (emosional atau fisik), perubahan hasil pemeriksaan jantung elektrokardiogram (EKG) yang menyerupai serangan jantung tanpa oklusi arteri koroner, kelainan gerakan ventrikel kiri dan pembengkakan ventrikel kiri.

Tabel tiga mendeskripsikan reaksi tubuh sebagai respon atas reaksi berduka pada aspek afektif, kognitif, behavioral dan psikologi.

Tabel 6.3 Reaksi terhadap berduka (Pop-jordanova, 2021)

<i>Affective</i>	<i>Cognitive</i>	<i>Behavioural</i>	<i>Psikologi</i>
Depresi, putus asa, kesulitan	Sibuk dengan pikiran tentang hal yang hilang	Agitasi, ketegangan, kegelisahan	Kehilangan selera makan
Kecemasan, ketakutan	merenungkan dan memikirkan suatu masalah atau peristiwa secara berulang-ulang	Kelelahan	Gangguan tidur
Merasa bersalah, menyalahkan diri sendiri, menuduh diri sendiri	Penindasan, penolakan	Bereaksi berlebihan	Kehilangan energi. kelelahan
Kesulitan menikmati hidup	Penurunan harga diri merasa tidak	Mencari	Keluhan somatik

<i>Affective</i>	<i>Cognitive</i>	<i>Behavioural</i>	<i>Psikologi</i>
dan merasakan kesenangan	berdaya, putus asa		
Kesendirian	Pemikiran bunuh diri	Menangis	Perubahan imun dan endokrin
Kerinduan	Rasa tidak nyata		Kerentanan terhadap penyakit
Keterkejutan, penolakan, penghindaran	Kesulitan mengingat	Penarikan sosial	Kematian

6.7 Terapi Kehilangan Dan Berduka Yang Berkepanjangan

Terapi perilaku kognitif, terapi antarpribadi, dan wawancara motivasi merupakan psikoterapi yang diperlukan dalam kondisi kehilangan dan berduka yang berkepanjangan. Data untuk farmakologi terbatas, kemungkinan penggunaan antidepresan memiliki manfaat dalam beberapa kasus, namun hubungan antara petugas kesehatan dan pasien adalah yang paling penting dalam penanganan pasien yang membutuhkan bantuan dan intervensi psikologis. Adapun contoh intervensi psikologis yang diperlukan untuk mengatasi kesedihan dan berduka yang berlebihan dan berkepanjangan terdiri dari terapi perilaku kognitif, terapi gestalt holistik dan dukungan (Pop-jordanova, 2021). Dalam farmakoterapi, fokusnya adalah pada efektivitas antidepresan (Nakajima, 2018). Pada permasalahan keperawatan kehilangan, tindakan yang dapat dilakukan yaitu melakukan pengkajian, memberikan pemahaman, melatihnya pada tahap kehilangan dan berduka serta pemberian pujian, motivasi juga pembimbingan (Stefano *et al.*, 2020; N. Wang & Hu, 2019).

6.8 Fase Kehilangan Dan Berduka

Adapun tahap kehilangan dan berduka yang dialami individu dan keluarga telah dikemukakan oleh Kubler Ross (1969) seringkali disingkat menjadi DABDA dan contoh penanganan sesuai tahap kehilangan dan berduka sebagai berikut:

1. Mengingkari (*denial*)

Tahap pertama berduka ini membantu kita bertahan dari kehilangan. Pada tahap ini, dunia menjadi sangat tidak berarti. Hidup menjadi tidak masuk akal, berada dalam keadaan shock dan penyangkalan, mati rasa. Individu bertanya-tanya bagaimana kita bisa melanjutkan, jika kita bisa terus, mengapa kita harus melanjutkan. Selain itu mereka mencoba menemukan cara untuk secara sederhana melewatinya setiap hari. Penolakan dan keterkejutan membantu individu mengatasi dan memungkinkan kelangsungan kehidupan. Penolakan membantu individu untuk mengatasi perasaan sedih. Ada anugerah dalam penyangkalan. Ini adalah cara alam untuk membiarkan masuk sebanyak mungkin seperti yang bisa individu tangani.

Saat seseorang menerima kenyataan kehilangan dan mulai bertanya pada diri sendiri, secara tidak sadar memulai proses penyembuhan. Individu menjadi lebih kuat, dan penyangkalan mulai memudar.

Tetapi saat individu melanjutkan pemikiran, semua perasaan yang ditolaknya mulai muncul ke permukaan. Reaksi pada tahap ini meliputi syok, ketidakpercayaan, menolak atas kehilangan yang dialami. Individu akan mengatakan, "tidak mungkin hal itu terjadi pada saya", "seharusnya musibah ini tidak terjadi pada saya". Keletihan, mual, gangguan pernafasan, menangis, kegelisahan, tidak mampu mengambil keputusan merupakan beberapa reaksi fisik individu saat menghadapi fase mengingkari. Mendiskusikan fakta mengenai kehilangan, dengan menguraikan kehilangan kesehatannya (menjelaskan hasil dari pemeriksaan penunjang), kehilangan seseorang yang tersayang atau terdekat (menggambarkan proses kematian).

2. Marah (*anger*)

Kemarahan adalah tahap yang diperlukan dari proses penyembuhan. Bersedia untuk merasakan kemarahan individu, meskipun mungkin tampak tak berujung. Semakin individu benar-benar merasakannya, semakin akan mulai menghilang dan semakin individu akan sembuh. Ada banyak emosi lain di bawah kemarahan dan individu akan mendapatkannya tepat waktu, tetapi kemarahan adalah emosi yang paling sering kita kelola. Yang benar adalah

bahwa kemarahan tidak memiliki batas. Itu tidak bisa diperpanjang hanya untuk teman-teman, para dokter, keluarga, diri sendiri dan orang yang dicintai yang meninggal, tetapi juga untuk Tuhan. Anda mungkin bertanya, "Di mana Tuhan dalam hal ini? Dibawah kemarahan adalah rasa sakit, dan merupakan hal wajar untuk merasa sepi dan ditinggalkan. Kemarahan menjadi indikasi lain dari intensitas cinta individu. Latihan rileksasi serta pengekspresian perasaan secara konstruktif.

3. Tawar-menawar (*Bargaining*)

Ketika sesuatu yang buruk terjadi, pernahkah individu memergoki diri sedang membuat kesepakatan dengan Tuhan? "Tolong Tuhan, jika Tuhan menyembuhkan suami saya, saya akan berusaha untuk menjadi istri terbaik yang pernah saya bisa - dan tidak pernah mengeluh lagi." Ini adalah tawar-menawar. Bisa dibilang, tahap ini adalah harapan palsu. Individu menghindari kesedihan melalui jenis negosiasi. Rasa bersalah mendasari seseorang sehingga dia harus berada pada tahap tawar-menawar. Ini adalah saat individu menanggapi pernyataan "bagaimana jika" yang tak ada habisnya. Bagaimana jika saya meninggalkan rumah 5 menit lebih cepat, kecelakaan itu tidak akan pernah terjadi. Bagaimana jika saya mendorongnya untuk pergi ke dokter enam bulan yang lalu seperti yang saya pikirkan sebelumnya, kankernya bisa diidentifikasi lebih cepat dan dia bisa diselamatkan. Intervensi pada tahap ini adalah dengan mendiskusikan impian atau perencanaan yang tidak tercapai serta menghubungkannya dengan realita.

4. Depresi (*depression*)

Depresi adalah bentuk kesedihan yang diterima secara umum. Faktanya, kebanyakan orang langsung mengasosiasikan depresi dengan kesedihan - karena ini adalah emosi "sekarang". Hal ini mewakili kekosongan yang kita rasakan ketika kita hidup dalam kenyataan dan menyadari bahwa orang atau situasi itu hilang atau berakhir. Pada tahap ini, individu mungkin menarik diri dari kehidupan, merasa mati rasa, hidup dalam kabut, dan tidak ingin bangun dari tempat tidur. Dunia mungkin tampak terlalu banyak dan terlalu besar untuk individu hadapi. Anda tidak ingin berada di

sekitar orang lain, tidak ingin berbicara, dan mengalami perasaan putus asa. Individu bahkan mungkin mengalami pikiran untuk bunuh diri, berpikir “apa gunanya melakukan ini?” Intervensi yang dapat diupayakan adalah dengan melatih untuk mengetahui sisi positif adanya kehilangan serta tuntutan menjalani kehidupan yang harus terus berjalan.

5. Menerima (*acceptance*)

Tahap terakhir dari kesedihan yang diidentifikasi oleh Kübler-Ross adalah penerimaan. Bukan dalam arti “tidak apa-apa suami saya meninggal” melainkan, “suami saya meninggal, tapi saya akan baik-baik saja.” Pada tahap ini, emosi individu mungkin mulai stabil. Individu memasuki kembali kenyataan, menerima kenyataan bahwa realitas “baru” adalah bahwa pasangan hidupnya tidak akan pernah Kembali, atau bahwa individu akan menyerah pada penyakitnya dan segera mati, dan individu baik-baik saja dalam kondisi tersebut. Situasi yang dihadapi bukan hal yang “baik”, tetapi sesuatu yang dapat dijalani, yang tentunya memerlukan waktu penyesuaian dan penyesuaian kembali. Ada hari-hari baik, ada hari-hari buruk, dan kemudian ada hari-hari baik lagi. Pada tahap ini, tidak berarti individu tidak akan pernah mengalami hari buruk kembali, ketika individu sedih tak terkendali. Tapi, hari-hari baik cenderung melebihi hari-hari buruk. Pada tahap ini, individu mulai terlibat dengan lingkungan sosial kembali dan bahkan mungkin membuat hubungan baru seiring berjalannya waktu. Upaya untuk membantu seseorang memasuki tahap ini adalah dengan melatih melanjutkan aktivitas dalam keseharian bersama dengan pendampingan.

6.9 Faktor-faktor yang Meningkatkan Risiko Berduka

Keadaan traumatis seperti kematian pasangan atau anak, kematian orang tua pada masa kanak-kanak atau remaja, kematian mendadak/ tak terduga, yang terjadi sebelum waktunya, kematian ganda saat bencana atau pembunuhan dapat meningkatkan risiko berduka. Pada individu yang rentan, akibat memiliki harga diri rendah, kepercayaan rendah pada orang lain, riwayat gangguan kejiwaan, ancaman atau upaya bunuh diri sebelumnya, dan/atau

minimnya dukungan keluarga dalam membantu menghadapi kehilangan dan berduka akan mempermudah memunculkan peningkatan gejala ((Pop-jordanova, 2021; N. Wang & Hu, 2019).

Seperti dalam peristiwa traumatis, anak-anak mungkin menunjukkan kesedihan dengan cara yang berbeda dari orang dewasa karena pemahaman mereka tentang kehilangan pasti dari orang yang dicintai berkurang dan mekanisme mereka mungkin tidak berkembang. Anak-anak dapat terlihat sedih, mereka dapat berbicara tentang kehilangan seseorang, bertingkah laku, atau mereka dapat bermain dan berinteraksi dengan teman-teman, melakukan aktivitas seperti sebelum kehilangan mereka. Tujuan utama dalam membantu anak-anak adalah untuk menenangkan mereka dan mendukung pengembangan strategi koping (Reynolds *et al.*, 2020; Zetumer *et al.*, 2015; Zheng *et al.*, 2017). Penyembuhan dari trauma adalah unik untuk setiap orang dan waktu untuk menyembuhkan mungkin berbeda dari satu orang ke orang berikutnya (J. Wang, 2020; N. Wang & Hu, 2019).

6.10 Patofisiologi

Stres terkait kesedihan dapat menyebabkan tekanan darah tinggi, takikardia, dan peningkatan kadar kortisol. Kondisi ini dapat mengganggu plak berisi kolesterol yang melapisi arteri koroner dan menyempitkan pembuluh darah serta berujung pada penambahan risiko infark miokard. Tingkat stres yang semakin meningkat menyebabkan lonjakan katekolamin sehingga agregasi trombosit melonjak. Jika plak pecah, trombosit membentuk bekuan darah di atas plak yang pecah sehingga menghalangi suplai darah. Kasus kardiomiopati takosubo disebabkan oleh kesedihan atau ketakutan yang mengarah pada stimulasi kelenjar adrenal dan berlanjut ke peningkatan kadar adrenalin, yang mengakibatkan berkurangnya aliran darah ke jantung (Mughal, *et al.* 2022).

6.11 Asuhan Keperawatan Jiwa Kehilangan Dan Berduka

Adapun Langkah Asuhan Keperawatan jiwa kehilangan dan berduka (McClung, 2019; Wayne, 2022) meliputi:

1. Pengkajian

Pengkajian diperlukan untuk mengidentifikasi potensi masalah yang mungkin menyebabkan kesedihan dan juga menyebutkan setiap peristiwa yang terjadi selama asuhan keperawatan. Berikut ini pengkajian pada kondisi pasien berduka:

Pengkajian	Rasionalisasi
Membedakan perilaku yang menunjukkan proses berduka	Menangis, vokalisasi yang keras atau gerakan tangan atau tubuh yang lebar adalah indikasi perilaku kesedihan. Manifestasi ini sangat dipengaruhi oleh faktor-faktor seperti usia, jenis kelamin, dan budaya
Kehilangan, berduka dan berkabung	
Kehilangan	Ini adalah ekspresi eksternal dari kesedihan. Ini termasuk ritual yang menandakan kematian seseorang, seperti pemakaman, bangun atau upacara peringatan. Berkabung sangat dipengaruhi oleh keyakinan dan praktik agama, spiritual, dan budaya seseorang
Berduka	Ini adalah reaksi umum terhadap kehilangan orang yang penting atau dicintai. Lebih lanjut dapat menjadi respon terhadap hilangnya hubungan, kemampuan fisik, peluang atau harapan dan impian masa depan
Berkabung	Ini adalah keadaan menderita kehilangan orang yang berarti atau orang yang dicintai. Ini adalah periode setelah kehilangan di mana kesedihan dialami dan berkabung terjadi
Kaji fase berduka yang dialami pasien dan orang terdekat	Pasien mungkin memerlukan beberapa bulan untuk beradaptasi dengan kehilangan dan kembali ke fungsi normal sehari-hari. Pasien dan keluarga mereka mengunjungi kembali fase kesedihan berulang kali
Evaluasi apakah pasien dan orang	Konflik dan perbedaan antara pasien dan anggota keluarga dapat terjadi dalam proses berduka.

Pengkajian	Rasionalisasi
lain yang signifikan berbeda dalam tahap berduka mereka	Beberapa orang mungkin menjadi tidak sabar jika yang lain tidak segera mendamaikan perasaan mereka. Orang dewasa yang lebih tua mungkin membutuhkan waktu lebih lama untuk mengintegrasikan kembali kehilangan dan mendamaikan kesedihan mereka
Tentukan potensi respons berduka yang rumit	Berduka menjadi lebih rumit dalam situasi seperti banyak kehilangan, kurangnya dukungan sosial, hubungan dan masalah keluarga yang belum terselesaikan, atau kehilangan akibat kekerasan dan ketidakadilan
Kaji kemampuan pasien untuk membuat keputusan	Kesedihan dapat membatasi kemampuan kognitif seseorang yang diperlukan dalam pengambilan keputusan dan pemecahan masalah
Mengetahui ketersediaan sistem pendukung untuk pasien	Jika dukungan utama pasien adalah objek kehilangan yang dirasakan, pasien mungkin memerlukan bantuan dalam menyebutkan sumber dukungan lain
Mendukung berbagi masalah umum dengan orang lain	Ada orang-orang dengan pengalaman yang sama yang mungkin bisa membantu mengatasi kesedihan
Evaluasi kebutuhan rujukan ke layanan sosial, konsultan hukum, atau kelompok pendukung	Penting untuk terlibat dengan sistem pendukung sedini mungkin untuk menganalisis dan memperkirakan kemungkinan pertimbangan keuangan dan kebutuhan khusus lainnya sebelum kerugian yang diantisipasi terjadi

2. Diagnosa keperawatan

Menggunakan pemikiran secara kritis untuk mengelompokkan tanda dan gejala dalam pengkajian, melakukan identifikasi karakteristik, menarik kesimpulan tentang kebutuhan ataupun potensial dari pasien dan melakukan identifikasi diagnosa keperawatan yang sesuai pada keadaan pasien. Adapun diagnosa tambahan yang relevan pada pasien yang mengalami berduka,

kehilangan, ataupun kematian (McClung, 2017; Picoraro et al., 2014; Pop-jordanova, 2021) yaitu :

- a. Koping keluarga tidak konstruktif
- b. Kecemasan atas kematian
- c. Berduka
- d. Berduka kompleks
- e. Resiko untuk berduka kompleks
- f. Putus asa
- g. Nyeri (akut dan kronis)
- h. Distress spiritual

3. Perencanaan

Pada pasien yang mengalami berduka, kematian ataupun kehilangan, asuhan keperawatan dilakukan secara holistik yang terdiri dari fisik, emosional, sosial serta spiritual. Adapun langkah-langkah dalam perencanaan (Bonanno *et al.*, 2002; Rasouli *et al.*, 2022):

- a. Memilih strategi komunikasi yang dapat memberikan bantuan pada pasien atau anggota keluarga dalam penerimaan serta penyesuaian daripada kehilangan
- b. Memilih langkah intervensi yang dapat menjaga kehormatan serta harga dirinya pasien tersebut
- c. Memberikan keterampilan dan pengetahuan pada anggota keluarga dalam pengelolaan dan pemahaman cara perawatan pasien yang meninggal.

Menggunakan cara berpikir kritis pada tahap perencanaan asuhan keperawatan bertujuan agar rancangan dapat dibuat dengan baik serta memberikan dukungan pada harga diri dan otonomi pasien melalui pelibatan dirinya dalam tahap perencanaan. Menentukan tujuan yang nyata serta hasil yang diinginkan didasarkan pada diagnosa keperawatan dilakukan pada proses perencanaan. Beberapa tujuan asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami kehilangan dan berduka yakni pengakomodasian berduka, penerimaan realita kehilangannya ataupun pertahankan ikatan yang bermakna (Nakajima, 2018; Rasouli *et al.*, 2022; Reynolds *et al.*, 2020). Memberikan prioritas pada pemenuhan kebutuhan fisiologi ataupun psikologi pasien

yang paling mendesak serta melakukan pertimbangan prioritas serta harapannya menjadi hal yang sangat penting. Apabila harapan pasien rasa sakit parah termasuk pengontrolan nyeri merupakan prioritas baginya, sehingga mengontrol rasa sakit merupakan prioritas saat pasien merasakan ketidaknyamanan dikarenakan nyeri akut. Saat kebutuhan kenyamannya sudah terpenuhi, selanjutnya mengatasi permasalahan penting lainnya menurut pasien dan anggota keluarga (Kusumawaty, Pome, *et al.*, 2021; Kusumawaty, Yunike, *et al.*, 2021; Leblanc *et al.*, 2016; Milic *et al.*, 2017). Keberhasilan kerja tim yang diantaranya terdiri atas perawat, dokter, pekerja sosial, penyedia perawatan spiritual, ahli gizi, apoteker, terapis, pasien serta anggota keluarga dapat terwujud jika upaya kolaborasi dikedepankan selama merawat (Kusumawaty, *et al.*, 2022).

Berikut intervensi keperawatan dalam keadaan berduka disertai rasionalisasi setiap perencanaan.

Intervensi Keperawatan	Rasionalisasi
Antisipasi perilaku afektif yang meningkat atau berlebihan.	Selama waktu ini, semua perilaku afektif mungkin tampak meningkat atau berlebihan. Orang dewasa yang lebih tua mungkin disibukkan dengan pikiran tentang kematian dan ketidakpastian yang akan datang. Kemarahan dan kebencian yang tergantikan dapat terjadi ketika kehilangan tidak terjadi seperti yang diantisipasi oleh mereka yang berduka. Regresi dapat terjadi selama waktu ini.
Berkomunikasi secara terapeutik dengan pasien dan anggota keluarga dan biarkan mereka mengungkapkan perasaan secara verbal.	Berbagi perasaan dengan penyedia layanan kesehatan dapat membantu pasien menemukan arti penting dalam menghadapi pengalaman kehilangan.
Dukung pasien dan orang penting lainnya untuk berbagi ketakutan, kekhawatiran, rencana, dan harapan satu sama lain.	Menyimpan rahasia tidak akan membantu selama waktu ini. Saat-saat stres ini dapat digunakan sebagai kesempatan untuk pertumbuhan dan perkembangan keluarga.
Tinjau dan tunjukkan kekuatan dan kemajuan hingga saat ini.	Meninjau kemajuan pasien sangat membantu dan memberikan perspektif dalam keseluruhan proses.
Dorong orang lain untuk	Perubahan dalam aktivitas normal terlihat

Intervensi Keperawatan	Rasionalisasi
mengelola kebutuhan perawatan diri mereka sendiri untuk istirahat, tidur, nutrisi, kegiatan rekreasi, dan waktu jauh dari pasien.	selama masa stres ini. Perawatan harus dilakukan untuk mengobati gejala-gejala ini sehingga pemulihan emosi tidak diperumit oleh penyakit.
Memulai proses yang menyediakan dukungan dan sumber daya tambahan.	Pasien dan keluarga dapat memperoleh manfaat dari sumber dukungan spiritual.
Perkuat upaya pasien untuk melanjutkan hidup dan rutinitas normalnya.	Biarkan pasien dan keluarga merasa bahwa mereka mampu melakukan ini dengan mendukung mereka.
Pertimbangkan penyangkalan pasien atau keluarga tentang kehilangan karena itu adalah bagian dari proses berduka.	Perawat perlu mengenali dan memahami peristiwa ini sebagai waktu di mana individu atau anggota keluarga menggabungkan kekuatannya untuk melanjutkan ke tahap kesedihan berikutnya.
Akui kebutuhan pasien untuk meninjau pengalaman kehilangan.	Dengan cara ini, pasien dan anggota keluarga mengintegrasikan peristiwa tersebut ke dalam pengalaman mereka.
Rujuk pasien dan keluarga ke sumber komunitas.	Dukungan dalam proses berduka akan datang dalam berbagai bentuk. Memiliki pengalaman yang sama dari kelompok masyarakat sangat membantu dalam memungkinkan keluarga untuk melalui peristiwa yang menyakitkan dan melanjutkan hidup.

5. Evaluasi

Tercapainya proses evaluasi sebagiannya tergantung kepada hubungan yang terbentuk antara perawat dengan pasien dan anggota keluarga (Kusumawaty, *et al.*, 2021). Evaluasi merupakan penilaian apakah hasil yang dirahapkan terjadi setelah dilakukan penatalaksanaan. Hal yang diperhatikan dalam evaluasi (Wayne, 2022):

- Tanda dan gejala kedukaan pasien
- Kemampuan anggota keluarga dan orang terdekat dalam memberikan dukungan perawatan
- Pencapaian tingkat kenyamanan pasien dan hilangnya gejala
- Harapan pasien atau keluarga terhadap ketercapaian tujuan perawatan atas kondisi pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Arizmendi, B., Kaszniak, A. W., & Connor, M. O. 2017. *Complicated Grief: an fMRI Investigation*. 124(0 0), 968–976.
- Bonanno, G. A., Lehman, D. R., Tweed, R. G., Haring, M., Wortman, C. B., Sonnega, J., Carr, D., & Nesse, R. M. 2002. Resilience to loss and chronic grief: A prospective study from preloss to 18-months postloss. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(5), 1150–1164.
- Bowlby, J. 1980. Attachment and Loss. Vol. 3: Loss, Sadness and Depression. New York: Basic Books.
- Burger, J., Stroebe, M. S., Perrig-chiello, P., Schut, H. A. W., Spahni, S., Eisma, M. C., & Fried, E. I. 2020. *Journal of Affective Disorders Bereavement or breakup: Differences in networks of depression*. 267(January), 1–8.
- Eisma, M. C. 2018. Public stigma of prolonged grief disorder : An experimental study. *Psychiatry Research*, 261(January), 173–177.
- Geng, L., Wang, J., Cheng, L., Zhang, B., & Shen, H. 2019. *Mindful Learning Improves Positive Feelings of Cancer Patients ' Family Caregivers*.
- Kusumawaty, Ira, Lukman, Lukman, Tamzil, Ebagustian, Ningsih, Nurna, Yunike, Yunike. 2022. Questioning potential ethical issues: facts on a hospitalized psychiatric patient with Covid-19. *Revista Latinoamericana de Hipertension*, 17(1).
- Kusumawaty, I., Pome, G., & Yunike, Y. 2021. *Insightful The Precious Reflection Of Volunteer Nurses Caring For Covid-19 Patients*. 6(2), 55–66.
- Kusumawaty, I., Yunike, Jawiah, & Rehana. 2021. Family resilience in caring for drug addiction. *Gaceta Sanitaria*, 35, S491–S494.
- Leblanc, N. J., Unger, L. D., & McNally, R. J. 2016. Emotional and physiological reactivity in Complicated Grief. *Journal of Affective Disorders*, 194, 98–104.
- McClung, J. A. 2017. End-of-Life Care in the Treatment of Heart Failure in Older Adults. *Heart Failure Clinics*, 13(3), 633–644.
- Milic, J., Muka, T., Ikram, M. A., Franco, O. H., & Tiemeier, H. 2017. *Determinants and Predictors of Grief Severity and Persistence : The Rotterdam Study*.

- Mughal, S., Azhar, Y., Mahon, M.M., Siddiqui, W.J. 2022. Grief Reaction. StatPearls Publishing LLC.
- Nakajima, S. 2018. *Complicated grief: recent developments in diagnostic criteria and treatment*.
- Picoraro, J. A., Womer, J. W., & Kazak, A. E. 2014. *Palliative Care Review*. 17(2). <https://doi.org/10.1089/jpm.2013.0280>
- Pop-jordanova, N. 2021. *Grief: Aetiology , Symptoms And Management*.
- Rando, T.A., Nezu, C.M. 1993. *Treatment of Complicated Mourning*. Research Press.
- Rasouli, O., Moksnes, U. K., Reinfjell, T., Hjemdal, O., Elizabeth, M., & Eilertsen, B. 2022. Impact of resilience and social support on long - term grief in cancer - bereaved siblings: an exploratory study. *BMC Palliative Care*, 1-8.
- Reynolds, T., Boutwell, B., Shackelford, T. K., Weekes-shackelford, V., Nedelec, J., Beaver, K., & Abed, M. G. 2020. New Ideas in Psychology Child mortality and parental grief: An evolutionary analysis. *New Ideas in Psychology*, 59(March), 100798.
- Stefano, R. De, Rosaria, M., Muscatello, A., Bruno, A., Cedro, C., Mento, C., Zoccali, R. A., & Pandolfo, G. 2020. *Complicated grief: A systematic review of the last 20 years*. 1-8.
- Stroebe, M., & Schut, H. 1999. *The Dual Process Model of Coping with Bereavement: Rationale and Description*. *Death Studies*, 23, 197-224.
- Wang, J. 2020. *Grief and Posttraumatic Growth Among Chinese Bereaved Parents Who Lost Their Only Child : The Moderating Role of Interpersonal*. 11(October).
- Wang, N., & Hu, Q. 2019. “ It is not simply the loss of a child ”: The challenges facing parents who have lost their only child in post-reproductive age in China. *Death Studies*, 0(0), 1-10.
- Wayne, G. 2022. Grieving Nursing Care Plan - Nursing Diagnosis and Care Plan - Nurseslabs. https://nurseslabs.com/grieving/#nursing_assessment_for_grieving
- Worden, J. W. 2009. Grief counseling and grief therapy: A Handbook for the Mental Health Practitioner, 4th ed. *Springer Publishing Company*.

- Zetumer, S., Young, I., Shear, M. K., Skritskaya, N., Simon, N., Reynolds, C., Mauro, C., & Zisook, S. 2015. The impact of losing a child on the clinical presentation of complicated grief. *J. Affect Dissord*, 1(170), 15–21.
- Zheng, Y., Lawson, T. R., & Head, B. A. 2017. “*Our Only Child Has Died*” — *A Study of Bereaved Older Chinese Parents*.

BAB 7

ASUHAN KEPERAWATAN JIWA DENGAN GANGGUAN KECEMASAN (*ANXIETY*)

Oleh Kurnia Laksana

7.1 Pengertian

Kecemasan (*Anxiety*) merupakan perasaan waswas maupun khawatir yang biasanya disertai dengan rasa takut yang berlebihan yang membuat kondisi seseorang merasa tidak enjoy serta membuatnya sebagai hal yang berbahaya untuk dirinya. Perasaan cemas atau biasa disebut dengan ansietas ini seringkali tidak spesifik dan jelas apa yang dirasakan, bahkan individu tersebut seringkali tidak mengetahui apa yang menjadi kecemasannya. Perasaan takut yang terjadi oleh antisipasi bahaya yang terjadi berlebihan bisa menjadi sebuah kecemasan yang tidak rasional dan mengganggu fungsi kehidupan sehari-hari. (Nanda, 2020)

Bagi penderita gangguan kecemasan dapat menyebabkan seseorang mengalami ketakutan atau kecemasan akan kondisi dalam dirinya sendiri. Hal ini dapat menimbulkan masalah yang berarti di tubuh manusia, seperti kurangnya konsentrasi diri, mengalami gangguan tidur, tubuh yang lemah serta gangguan pada saat melakukan interaksi dengan orang lain. Keadaan ini dapat terjadi saat di rumah maupun di lingkungan masyarakat secara umum. Selain itu gejala fisik serius yang dapat dijumpai pada gangguan kecemasan ini seperti sakit kepala, mual atau gemeteran. Jadi dapat disimpulkan bahwa kecemasan yang abnormal karena *stressor* yang dirasakan penderita tidak berbentuk.

7.2 Tingkat Kecemasan (*Anxiety*)

Dapat dikelompokkan berbagai tongkatan kecemasan dalam setiap individu, yakni:

1. Ansietas ringan yakni terkait dengan aktivitas sehari-hari

- yang mengalami ketegangan.
2. Ansietas sedang yakni terkait dengan kehilangan rasa fokus terhadap suatu hal, entah itu dari dalam diri sendiri maupun yang berhubungan langsung dengan lingkungan secara umum.
 3. Ansietas Berat yakni cara berpikir seorang individu yang mengerahkan seluruh daya pikirnya untuk hal hal yang membuat mereka sulit berpikir realistis.
 4. Panik, yakni pikiran seseorang yang mengalami tekanan luar biasa berasal dari dirinya sendiri, yang mengakibatkan seseorang sulit untuk bisa mengendalikan dirinya sendiri. (Stuart,2006)



Gambar 7.1 Rentang Respon Kecemasan
(Sumber : Stuart, 2006)

7.2.1 Faktor Presdisposisi

1. Biologis
2. Aspek Fisik :
 - a. Riwayat gangguan kecemasan dalam keluarga.
 - b. Penyakit fisik kronis maupun akut.
3. Aspek Psikis dan Religius :
 - a. Gangguan konsep diri.
 - b. Konflik emosional.
 - c. Peristiwa traumatis.
4. Aspek lain : Obat-obatan yang mengandung benzodiazepine.

7.2.2 Faktor Presipitasi

Dalam aspek faktor presipitasi dapat dijabarkan sebagai berikut, yakni:

1. Ancaman terhadap integritas fisik: kegagalan mekanisme fisiologis sistem imun
2. Ancaman terhadap sistem diri atau harga diri: kesulitan

dalam berhubungan *interpersonal*, perubahan status pekerjaan, sosial budaya.

7.3 Tipe Gangguan Kecemasan (*Anxiety*)

1. Gangguan Kecemasan Umum → Kecemasan jangka Panjang yang tidak tergantung situasi dan objek.
2. Gangguan Panik → Mudah panik disertai dengan kejang-kejang dan susah bernafas.
3. Gangguan Obsesif Kompulsif → Obsesi kompulsi berulang-ulang.
4. Gangguan Kecemasan Sosial → Takut bersosialisasi dan cenderung menghindari.
5. Ketakutan Spesifik → takut terhadap situasi dan objek tertentu misal rencana tindakan operasi, penyakit fisik seperti diabetes melitus, stroke, hipertensi, kanker dan *post partum*.
6. Gangguan *Stress* Pasca Trauma → Cemas karena pengalaman traumatis misalnya ancaman terhadap adanya kerusakan dan kematian atau bencana.

7.4 Tanda dan Gejala Kecemasan (*Anxiety*)

Berdasarkan kriteria diagnosis yang dibuat oleh *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder V* (DSM V).

7.4.1 Mayor

Subjektif :	Objektif :
1. Mengeluh sakit kepala 2. Mengeluh tidak nafsu makan 3. Merasa lemas dan khawatir	1. Gelisah 2. Tampak tegang 3. Sulit terlelap untuk tidur 4. Gangguan pencernaan

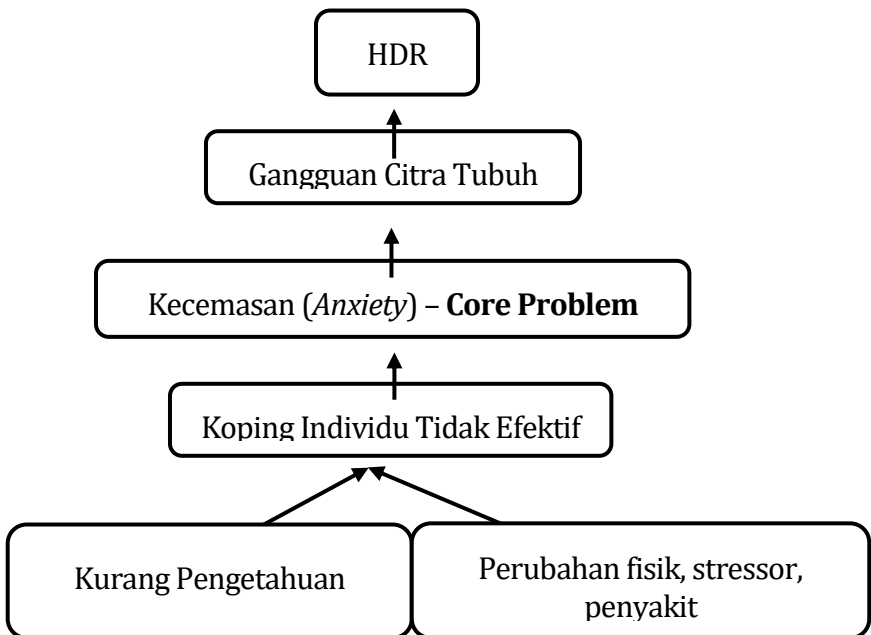
7.4.2 Minor

Subjektif :	Objektif :
1. Mengeluh takut 2. Mengeluhkan cepat Lelah 3. Merasa tidak berdaya	1. Gemetar 2. Menangis 3. Sulit berkonsentrasi 4. Terbengkalainya aktivitas sehari-hari

7.5 Jenis Gangguan Kecemasan (*Anxiety*)

1. *Generalized anxiety disorder* (GAD)
2. Gangguan panik (*Panic disorder*)
3. Gangguan Kecemasan Sosial
4. *Post-traumatic stress disorder* (PTSD)
5. *Separation anxiety*

7.6 Pohon Masalah



7.7 Tujuan dilakukannya asuhan keperawatan Jiwa dengan gangguan Kecemasan (*Anxiety*)

1. Secara Kognitif
 - a. Klien mampu dan dapat mengetahui beberapa tanda gejala, penyebab, proses dan pengertian kecemasan (*anxiety*).
 - b. Klien mengetahui cara mengatasi kecemasan (*anxiety*).
2. Secara Psikomotor
 - a. Klien mampu mengurangi rasa kecemasan (*anxiety*) yakni melakukan kegiatan latihan relaksasi Tarik nafas dalam.

- b. Klien mampu mengatasi kecemasan (*anxiety*) dengan melakukan latihan distraksi.
 - c. Klien mampu mengatasi kecemasan (*anxiety*) dengan melakukan latihan hipnotis lima jari.
 - d. Klien mampu mengatasi kecemasan (*anxiety*) dengan melakukan kegiatan spiritual
3. Secara Afektif
- a. Klien mampu menerapkan dan merasakan manfaat dari latihan yang di berikan dalam mengatasi kecemasan (*anxiety*).
 - b. Klien mampu merasakan perbedaan perasaan sebelum dan sesudah melakukan Latihan

7.8 Tindakan keperawatan generalis pada klien Kecemasan (*Anxiety*)

1. Mengkaji beberapa tanda dan faktor penyebab kecemasan (*anxiety*) serta kemampuan klien dalam mengurangi kecemasan.
2. Menjelaskan terjadinya proses kecemasan (*anxiety*).
3. Latih cara mengatasi kecemasan (*anxiety*).
 - a. Atur posisi klien nyaman mungkin → Melakukan kegiatan relaksasi nafas dalam terlebih dahulu (kurang lebih satu menit saja) dengan menutup mata, tarik nafas secara perlahan-lahan melalui hidung (rasakan perut mengembang) tahan 3 hitungan. Hembuskan perlahan-lahan melalui mulut yang disempitkan (seperti meniup), rasakan perut mengempis.
 - b. Hipnotis lima jari yang berfokus pada hal-hal positif langkah-langkahnya:
 1. Sambil menyentuhkan ibu jari dan jari telunjuk → Membayangkan kita berada di sebuah tempat yang menurut kita itu adalah tempat yang paling berkesan yang pernah kita kunjungi. Dapat membayangkan dan merasakan aura atau suasana di tempat tersebut, seperti keindahan alamnya, udara yang masih segar dan sejuk, lingkungan yang sangat mendukung dalam beraktivitas serta keindahan alam lainnya seperti

suara burung yang berbunyi merdu, ucapkan dalam hati “betapa merdunya, betapa indahnya, betapa mengasyikkan nya”.

2. Beralih menyentuhkan ujung jari tengah ke ujung ibu jari → Dapat membayangkan suasana di mana seseorang yang pernah kita cintai berada di samping diri kita yang membuat hati terasa bahagia, ucapkan dalam hati “betapa bahagianya saya saat ini”.
3. Beralih menyentuhkan ujung jari manis ke ujung ibu jari → Dapat membayangkan ketika seseorang yang pernah kita cintai tadi memberikan ucapan yang indah serta pujian terhadap diri kita dan diri kita sambil tersenyum bahagia. Katakan lagi dalam hati “betapa bahagianya saya saat ini”.
4. Beralih menyentuhkan ujung jari kelingking dengan ujung ibu jari → Dapat membayangkan bahwa seseorang yang pernah kita cintai tadi memberikan sebuah hadiah yang sangat menarik dan hadiah tadi sangat didamba-dambakan, ucapkan di hati sambil tersenyum “saya semakin bahagia, saya sangat bahagia”.

c. Kegiatan spiritual

4. Mengajarkan pasien dengan berbagai teknik distraksi yakni kegiatan musikan, baca buku, novel, Koran, serta menonton televisi. Hal ini dapat memberikan rasa kebahagiaan tersendiri dalam hal mengurangi rasa kecemasan yang sering kali muncul.
5. Bantu klien untuk melakukan latihan sesuai dengan jadwal kegiatan.

7.9 Macam Tindakan Keperawatan Spesialis Pada Klien Kecemasan (*Anxiety*)

1. Penghentian Pikiran (*thought stopping*)
2. Latihan relaksasi otot progresif (*progresive muscle relaxation*)
3. Logo terapi : *medical ministry*

4. Terapi penerimaan komitmen (*acceptance commitment therapy*)

7.10 Tindakan Keperawatan Pada Keluarga Dengan Klien Kecemasan (*Anxiety*)

A. Tindakan Keperawatan Generalis

1. Perawat melakukan perawatan terhadap para klien dan keluarga atas kecemasan yang terjadi.
2. Perawat menjelaskan terkait dengan terjadinya penyebab, faktor, tanda serta pengertian proses terjadinya kecemasan dalam mengambil keputusan saat merawat klien.
3. Perawat melatih keluarga terkait cara merawat dan membimbing klien dalam mengatasi masalah kecemasan sesuai dengan asuhan keperawatan yang telah diajarkan perawat kepada klien.
4. Perawat melatih lingkungan keluarga yang nyaman dan kondusif untuk mendukung tidak terjadinya kecemasan pada klien dan keluarga.
5. Perawat mengajarkan kepada keluarga terkait beberapa faktor penyebab terjadinya kecemasan yang dapat memerlukan rujukan segera serta menganjurkan *follow up* secara berkala dan teratur ke fasilitas pelayanan kesehatan yang mudah di jangkai keluarga dan klien di lingkungan sekitar ataupun komunitas.

B. Tindakan Keperawatan Spesialis

Dengan menerapkan psikoedukasi terhadap keluarga (*family psycho education*) yang terdiri dari 6 sesi, hal ini sesuai dengan hasil penelitian Lestari, Hamid & Mustikasari (2011) bahwa psikoedukasi keluarga dapat menurunkan tingkat kecemasan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami TB Paru. Adapun ke enam sesi tersebut antara lain:

1. Sesi 1: Mengidentifikasi masalah kesehatan yang dialami klien dan masalah kesehatan keluarga dalam merawat klien.

2. Sesi 2: Merawat masalah kesehatan klien.
3. Sesi 3: Mengajarkan manajemen stress untuk keluarga.
4. Sesi 4: Mengajarkan manajemen beban untuk keluarga
5. Sesi 5: Memanfaatkan sistem pendukung yang ada dalam keluarga.
6. Sesi 6: Mengevaluasi manfaat psikoedukasi keluarga.

7.11 Tindakan Keperawatan Kolaborasi Pada Klien Kecemasan (*Anxiety*)

Kolaborasi keperawatan yang dapat dilakukan perawat bersama dokter yang pertama terkait menggunakan ISBAR (*Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation, Read-back, Risk*) sebagai kerangka kerja terstruktur yang menguraikan informasi yang akan ditransfer dan TbaK yaitu teknik komunikasi lisan per telepon dengan menulis, membaca ulang dan melakukan konfirmasi pesan yang diterima oleh pemberi pesan. Kolaborasi ke-dua terkait pemberian obat (terapi dokter) kepada klien dengan mengedepankan 10 benar prinsip dalam pemberian obat (benar obat, benar pasien, benar dosis, benar rute pemberian, benar waktu dan frekuensi, benar dokumentasi, benar pengkajian dan riwayat pengobatan, benar *inform consent*, benar interaksi dan evaluasi obat, benar pendidikan kesehatan tentang obat) dimana perawat menggunakan konsep *safety* pemberian obat. Kolaborasi ke-tiga perawat dengan dokter mengobservasi manfaat dan efek samping dari obat. Kolaborasi ke-empat antara perawat spesialis jiwa bersama dengan psikiater sesuai dengan kebutuhan. Kolaborasi ke-lima yaitu jika melakukan pemeriksaan yang dapat menunjang kebutuhan pasien yang mengalami kecemasan terhadap diri sendiri yakni dengan menggunakan [EKG](#) atau tes fungsi tiroid. Kolaborasi ke-enam yaitu pemeriksanaan yang dilakukan untuk mengetahui terjadinya dampak dari pengobatan yang dilakukan secara terus menerus.

7.12 Perencanaan Pulang (*Discharge Planing*) Klien Kecemasan (*Anxiety*)

Discharge planning ialah sebuah penanganan pasien ketika pasien baru masuk rumah sakit. Hal ini dilakukan untuk pencegahan terjadinya gagal penangan atau dapat mencerminkan sebuah tanggapan yang baik dari rumah sakit, guna mencegah kasus kecemasan pada pasien.

Tujuan *discharge planning* yang paling utama ialah sebagai cara peningkatan layanan kesehatan bagi para pasien yang mengalami kasus sakit yang dapat disembuhkan. Hal ini dapat memberikan manfaat yang luar biasa terhadap kinerja para perawat dalam menjamin kesehatan para pasien agar terus tertangani secara optimal.

Discharge planning ialah sebagai sarana dalam memberikan akses kemudahan bagi para pasien di rumah sakit, seperti pelayanan secara kesehatan, sosial, serta pengawasan yang maksimal dari para perawat. Mereka mengedepankan kesehatan pasien sebagai tujuan dalam melakukan pengabdian di lingkungan rumah sakit. Pengawasan ini dilakukan dari awal pasien masuk rumah sakit sampai pasien keluar rumah sakit dan dinyatakan sudah sembuh total. Adapun beberapa hal yang perlu dipersiapkan antarlain:

1. Menjelaskan rencana persiapan pasca rawat inap di rumah yang bertujuan untuk memandirikan klien.
2. Menjelaskan rencana tindak lanjut perawatan dan pengobatan.
3. Melakukan pengkajian terkait perlunya rujukan ke fasilitas kesehatan lanjutan.

7.13 Evaluasi Klien Kecemasan (*Anxiety*)

1. Penurunan tanda dan gejala
2. Peningkatan kemampuan klien dalam mengatasi kecemasan.
3. Peningkatan kemampuan keluarga dalam merawat klien dengan kecemasan

7.14 Rencana Tindak Lanjut Klien Kecemasan (Anxiety)

1. Rujuk klien dan keluarga ke fasilitas praktek mandiri perawat spesialis keperawatan jiwa.
2. Rujuk klien dan keluarga ke *case manager* di fasilitas pelayanan kesehatan primer di puskesmas, pelayanan kesehatan sekunder, dan tersier di rumah sakit.
3. Rujuk klien dan keluarga ke kelompok pendukung, kader posyandu kesehatan jiwa, kelompok swabantu dan fasilitas rehabilitasi psikososial yang tersedia dan terdapat di masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- American Psychiatric Assosiation. *DSM V-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV Text Revision)*. 2000. Washington, DC: American Psychiantric Association Press.
- Annisa, D. F., & Ifdil. 2016. Konsep Kecemasan (Anxiety) pada Lanjut Usia (Lansia). *KONSELOR Vol 5*, 1-7.
- Dermawan, D. &. 2013. *Keperawatan Jiwa: Konsep dan Kerangka Kerja Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Eko, P. 2014. *Konsep & Aplikasi Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Keliat, B., Hamid, A., Putri, Y., Daulima, N., Wardani, I., Susanti, H., . . . G & Panjaitan, R. 2020. *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Ns. Nurhalimah, S. M. 2016. Pusdik PSDM Kesehatan. In M. B. Keperawatan, *Keperawatan Jiwa* (pp. 68-81). Jakarta: Kementrian Kesehatan RI.
- Lestari, A., Hamid, A. Y. S., & Mustikasari. 2011. *Pengaruh terapi psikoedukasi keluarga terhadap pengetahuan dan tingkat ansietas keluarga yang anggota keluarganya mengalami TBC Paru di wilayah kerja puskesmas kota Bandar Lampung*. FIK UI Depok: Tesis.

BAB 8

PROGRAM KESEHATAN JIWA DI INDONESIA

Oleh Solehudin

8.1 Pendahuluan

Jiwa adalah elemen manusia yang tidak penting, tetapi fungsi dan manifestasinya terkait erat dengan materi. Mahasiswa yang mempelajari psikologi dan keperawatan psikiatri untuk pertama kalinya sering bergumul dengan apa yang perlu mereka pelajari karena jiwa mereka abstrak dan tanpa tujuan. Manifestasi jiwa antara lain diwujudkan dalam kesadaran, emosi, emosi, keterampilan psikomotor, proses berpikir, persepsi, dan sifat kepribadian. Kognisi dalam hal ini lebih kualitatif, diukur dengan berfokus pada perbedaan antara rangsangan (stres) dan tanggapan (perilaku yang ditampilkan) daripada skala koma Glasgow. (GCS) (Yusuf, Fitryasari and Nihayati, 2015).

Menurut Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, Bab IX tentang Kesehatan Jiwa, Pasal 144 (1), "Upaya kesehatan jiwa menjamin bahwa setiap orang memiliki kehidupan jiwa yang sehat tanpa adanya hambatan seperti kecemasan atau tekanan. untuk mengirim. Kesehatan Mental "Ayat 2 "Upaya kesehatan jiwa sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi gangguan jiwa profilaksis, fasilitatif, kuratif, rehabilitatif, dan masalah psikososial" (Yusuf, Fitryasari and Nihayati, 2015).

Sistem kesehatan terdiri dari sarana, fasilitas, sumber daya manusia dan sumber daya kesehatan yang bertujuan untuk meningkatkan kesehatan. Indonesia hanya memiliki satu sistem kesehatan yang disebut Pelayanan Kesehatan Nasional (SKN). Dalam Permenkes Nomor 74 Tahun 2012, SKN menyatakan bahwa seluruh wilayah Indonesia menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara terpadu dan saling mendukung untuk menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Sistem

kesehatan jiwa adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan suatu sistem kesehatan yang berhubungan dengan kesehatan jiwa. Dengan adanya sistem kesehatan jiwa diharapkan masyarakat kesehatan jiwa Indonesia dapat mengakses pelayanan kesehatan jiwa yang bermutu, adil, tanggap, efisien dan terjangkau (Idaiani and Riyadi, 2018).

Tujuan pembangunan jangka menengah 2020-2024 fokus pada membangun struktur ekonomi yang kuat berdasarkan keunggulan kompetitif di berbagai bidang yang didukung oleh sumber daya manusia yang berbakat dan kompetitif, di berbagai bidang. Bakat yang berkualitas dan berdaya saing sehat jasmani dan rohani (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

Masalah kesehatan mental tetap menjadi beban keuangan terbesar di dunia dibandingkan dengan masalah kesehatan lainnya. Hal ini karena masalah kesehatan mental menelan biaya hingga \$2,5 triliun pada tahun 2010 dan diproyeksikan tumbuh menjadi \$6 triliun pada tahun 2030. Pada tahun 2018, Riskesdas menemukan prevalensi gangguan jiwa berat pada penduduk Indonesia sebesar 1,7 per mil (Hothasian, Suryawati and Fatmasari, 2019).

Berinvestasi dalam Kesehatan Mental: Menurut studi WHO 2013 berjudul Bukti Perilaku, sekitar 650 juta orang di populasi dunia menderita penyakit mental. Di beberapa titik di dunia, 1 juta orang bunuh diri, sekitar 1 juta bunuh diri setiap tahun, 25 juta menderita skizofrenia, 38 juta menderita epilepsi, dan 90 juta di seluruh dunia menderita alkoholisme. Saya menderita bunuh diri. beban. Beban yang terus meningkat ini mengakibatkan tingginya biaya yang ditimbulkan oleh penderitaan dan kecacatan keluarga pasien gangguan jiwa (Dali, Ottay and Palandeng, 2020).

Data Riskesdas 2018 dari Badan Litbang Kementerian Kesehatan dilakukan terhadap sampel 300.000 rumah tangga (1,2 juta jiwa) di 34 negara bagian, 416 kabupaten, dan 98 kota. Dari berbagai data dan informasi kesehatan, poin penyakit jiwa menunjukkan peningkatan proporsi yang signifikan. Dibandingkan dengan Riskesdas 2013, meningkat dari 1,7% menjadi 7%. Artinya setiap 1.000 rumah tangga terdapat 7 rumah tangga dengan ODGJ dan jumlah rumah tangga dengan ODGJ serius sekitar 450.000. (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

8.2 Pengertian Kesehatan Jiwa

Menurut Undang-Undang Kesehatan No. 36 Tahun 2009, sehat adalah keadaan sehat jasmani, rohani, emosional, dan sosial yang memungkinkan individu menjalani kehidupan yang produktif secara sosial dan ekonomi. Kesehatan tidak hanya bebas dari penyakit dan kelemahan/cacat, tetapi juga kondisi fisik, mental dan sosial yang utuh. UU Kesehatan Jiwa Nomor 18 Tahun 2014 menyatakan bahwa kesehatan jiwa berarti seseorang berkembang secara fisik, mental, mental dan sosial, mengenali kemampuannya, mengatasi tekanan, dan bekerja secara produktif. menyumbang kepada komunitas mereka (Kemenkes RI, 2019).

Kesehatan jiwa adalah keadaan individu yang mampu menyadari kemampuan dirinya dan mengembangkan kemampuan tersebut secara fisik, mental, mental dan sosial. Anda dapat mengatasi tekanan sehingga individu dapat bekerja secara produktif dan berkontribusi pada komunitas di sekitar mereka (Hothasian, Suryawati and Fatmasari, 2019).

8.3 Perkembangan Keperawatan Jiwa Di Indonesia

Sejarah dan perkembangan keperawatan jiwa di Indonesia sangat dipengaruhi oleh faktor sosial ekonomi akibat penjajahan Belanda, Inggris dan Jepang. Perkembangannya dimulai pada masa penjajahan Belanda hingga masa kemerdekaan. (Nurhalimah, 2016).

1. Masa Penjajahan Belanda

Pada masa penjajahan Belanda, perawat adalah orang pribumi yang disebut *Velpegers* dengan bantuan *Zieken Oppaser* sebagai pengasuh orang sakit. Pada tahun 1799, pemerintah kolonial Belanda mendirikan Rumah Sakit Binen, Dinas Kesehatan Angkatan Darat, dan Dinas Kesehatan Rakyat di Jakarta yang bertujuan untuk menjaga kesehatan staf dan tentara Belanda. General Denders juga mendirikan rumah sakit di Jakarta, Surabaya dan Semarang, tetapi tujuannya hanya untuk kepentingan Tentara Kerajaan Belanda, sehingga pengembangan staf perawat tidak dilakukan.

2. Masa Penjajahan Inggris (1812 – 1816)

Gubernur Inggris saat itu ditahan oleh Raffles yang sangat mengkhawatirkan kesehatan masyarakat. Dari semboyan bahwa kesehatan adalah milik semua orang, kami telah melakukan berbagai upaya untuk meningkatkan kesehatan masyarakat adat, termasuk pembubaran umum, pengobatan pasien gangguan jiwa, dan kesehatan narapidana. RS didirikan pada tahun 1819. Perhimpunan Kotamadya Grodock Jakarta pindah ke Salemba pada tahun 1919, sekarang dikenal sebagai RS. Cipto Mangunkusumo (RSCM). Antara tahun 1816 dan 1942, pemerintah Hindia Belanda mendirikan banyak rumah sakit di Indonesia. Sebuah rumah sakit didirikan di Jakarta. PGI Cikini dan RS. St Carolus. RS didirikan di Bandung. ST. Rumah Sakit Boromeus dan Elizabeth di Semarang. Pada saat yang sama, sebuah sekolah perawat didirikan.

3. Zaman Penjajahan Jepang (1942 – 1945)

Pada masa penjajahan Jepang, perkembangan keperawatan Indonesia mengalami kemunduran dan memasuki zaman kegelapan. Pada saat itu, staf pelatihan tidak memberikan layanan keperawatan, dan manajemen rumah sakit diambil alih oleh pemerintah Jepang. Hal ini menyebabkan berjangkitnya penyakit karena kekurangan obat-obatan.

4. Zaman Kemerdekaan

Empat tahun setelah kemerdekaan, pembangunan bidang kesehatan, pembangunan rumah sakit dan pusat kesehatan, dimulai. Berdirinya Sekolah Keperawatan dimulai pada tahun 1952 dengan berdirinya Sekolah Guru Keperawatan dan Sekolah Menengah Keperawatan. Pada tahun 1962, Akademi Keperawatan, bagian dari Departemen Kesehatan, didirikan di Jakarta dengan tujuan memperoleh gelar *Bachelor of Science* di bidang Keperawatan. Pada tahun 1985, Universitas Indonesia memperkenalkan PSIK (Program Studi Keperawatan) ke Fakultas Kedokteran, yang menjadi motor penggerak revitalisasi keperawatan di Indonesia. Sepuluh tahun kemudian, PSIK FK UI menjadi Fakultas Keperawatan, setelah itu berdirilah PSIK-PSIK baru seperti Undip, UGM dan UNHAS.

8.4 Program Kesehatan Jiwa di Indonesia

Pelayanan Kesehatan Penderita Penyakit Jiwa Berat (ODGJ) merupakan program yang sangat strategis bagi kinerja pemerintah daerah dan penanggulangan penyakit tidak menular (PTM). Nilai strategis kinerja pemerintah daerah sebagai ODGJ pelayanan kesehatan yang ketat merupakan salah satu indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan yang dilaksanakan oleh pemerintah daerah (Roeslie and Bachtiar, 2018).

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 406/Menques/SK/VI/2009 tentang Pedoman Pelayanan Kesehatan Jiwa Masyarakat memiliki enam komponen pelayanan yang dapat diberikan di fasilitas pelayanan primer, termasuk penyuluhan. Deteksi dini, layanan kesehatan jiwa darurat, layanan rawat jalan, layanan rujukan, layanan kunjungan rumah (Albertha, Shaluhiah and Musthofa, 2020).

Meningkatnya kesadaran akan masalah kejiwaan di kalangan petugas kesehatan masyarakat cenderung membantu orang dengan penyakit mental mengakses perawatan dan meningkatkan kualitas layanan yang mereka terima. Tenaga kesehatan dengan pengetahuan dan keterampilan untuk membantu mereka yang mulai mengalami masalah kesehatan mental adalah bentuk pertolongan pertama untuk mengatasi masalah kesehatan mental. Pelatihan kesehatan jiwa bagi tenaga kesehatan dapat meningkatkan kemampuan dan sikap tenaga kesehatan di lingkungan kesehatan tingkat pertama untuk penyakit jiwa, dan pengobatannya di lingkungan kesehatan tingkat pertama. (Gureje *et al.*, 2015). Pelatihan dibutuhkan untuk memperlengkapi tenaga kesehatan dalam melakukan kegiatan promotif kesehatan jiwa.

Puskesmas berperan sebagai pusat pemajuan pembangunan berwawasan kesehatan yang salah satunya mengutamakan pelayanan kesehatan dan pencegahan penyakit. Salah satu tujuan kegiatan preventif kesehatan jiwa di Puskesmas adalah untuk mencegah terjadinya gangguan kesehatan jiwa atau skrining jiwa (Kemenkes, 2014). Kurangnya pengetahuan, kurangnya mobilitas, dan perilaku agresif yang gila dapat memiliki efek yang sangat positif pada perbudakan (Hofmann and Hahn, 2014). Anggota

keluarga penderita gangguan jiwa memainkan peran yang berpengaruh dalam perawatan penderita gangguan jiwa di rumah dibandingkan dengan perawatan di sistem pelayanan kesehatan (Scheepmans *et al.*, 2017). Keluarga penderita gangguan jiwa adalah pihak yang memimpin dalam pengambilan keputusan tentang perawatan penderita gangguan jiwa.

Kesadaran kepatuhan pengobatan dapat memediasi hubungan antara stigma penyedia layanan kesehatan dan keputusan perawatan kesehatan. Penyedia layanan kesehatan membawa stigma bahwa orang dengan masalah kejiwaan tidak mungkin untuk mematuhi perawatan yang direkomendasikan (Khamis and Njau, 2016). Kesadaran akan jaminan keamanan dan kesediaan profesional kesehatan untuk memberikan layanan psikiatri darurat kepada penyedia layanan kesehatan menjadi alasan untuk tidak memberikan layanan psikiatri darurat (Parker, 2019). Minimnya wadah untuk meningkatkan kualitas tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan gawat darurat psikiatri menyebabkan hampir semua puskesmas tidak dapat memberikan pelayanan psikiatri darurat. Pelaksanaan tindakan terapeutik atau pelayanan kegawatdaruratan psikiatri dipengaruhi oleh prioritas tindakan Puskesmas. Puskesmas hendaknya menjadikan kegiatan program kesehatan jiwa sebagai prioritas kegiatan Puskesmas dan melaksanakan kegiatan penyembuhan, atau pelayanan kegawatdaruratan kejiwaan.

8.4.1 Permasalahan Kesehatan Jiwa

Penyelenggaraan program kesehatan jiwa ialah salah satu amanah Undang-Undang Nomor 18 tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa baik lewat upaya *promotif*, *preventif*, *kuratif*, ataupun *rehabilitatif*. Berbagai kasus kesehatan jiwa sudah diidentifikasi serta butuh ditanggulangi serta kendala jiwa berkaitan dengan keadaan disabilitas, kendala kesehatan raga, pemakaian napza, apalagi berdampak bunuh diri. Tetapi demikian *World Health Organization* sudah lama mengidentifikasi kesenjangan penyembuhan permasalahan kesehatan jiwa di Negara- negara dengan pemasukan rendah- menengah tercantum Indonesia yang mencakup angka 85% yang berarti kurang dari 15% pengidap kendala jiwa yang memperoleh layanan kesehatan jiwa yang diperlukan. Demikian pula dengan tingkatan

kekambuhan yang masih lumayan besar pasca perawatan di Rumah Sakit (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

Terdapat sebagian permasalahan kesehatan jiwa serta napza yang jadi sasaran program serta aktivitas, ialah deteksi dini, orang dengan kendala jiwa berat, tekanan mental, kendala mental emosional serta rehabilitasi pencandu narkoba. Dalam penindakan permasalahan tersebut kemampuan yang terdapat buat permasalahan tekanan mental merupakan tersedianya regulasi yang menginduk pada UU Kesehatan Jiwa serta terdapatnya sokongan dari dinkes, organisasi profesi serta LSM. Kemampuan buat Kendala Mental Emosional merupakan Tersedianya regulasi yang menginduk pada UU Kesehatan Jiwa terdapat terdapatnya Sokongan dari Dinkes, organisasi profesi serta LSM serta kemampuan buat Penyalahgunaan Napza yang memperoleh pelayanan rehabilitasi kedokteran. Kemampuan yang dipunyai merupakan tersedianya regulasi tingkatan UU, PP, Inpres serta PMK yang sudah diresmikan, Lintas Zona/ Lintas program yang mulai melaksanakan program P4GN yang bersinergi dengan Program Penangkalan serta Pengendalian Permasalahan Penyalahgunaan Napza, terdapatnya sokongan dari dinkes serta IPWL serta terdapatnya sokongan LSM serta Organisasi profesi. Buat deteksi dini keswa serta napza, telah terdapatnya tenaga kesehatan terlatih keswa di puskesmas (40%) serta kemampuan buat ODGJ merupakan masuknya ODGJ dalam SPM serta PIS- PK dalam penindakan di wilayah (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

Kendala jiwa dipicu oleh bermacam aspek antara lain aspek biologis (semacam aspek bawaan, penyakit peradangan virus, malaria cerebral, penyakit degeneratif, musibah di kepala), aspek psikologis (karakter kurang matang, trauma psikologis masa kemudian, konflik batin, serta kemauan yang tidak tercapai sehingga memunculkan frustrasi), aspek sosial (permasalahan ikatan dalam keluarga, konflik dengan orang lain, permasalahan ekonomi, pekerjaan serta tekanan dari area dekat, sampai kondisi bencana). Selaian permasalahan di atas, isu strategis terpaut permasalahan kesehatan jiwa (Kementerian Kesehatan RI, 2020), adalah:

1. Anggaran buat penangkalan serta pengendalian kesehatan jiwa serta napza yang terbatas, belum seluruh wilayah

menganggarkan buat program keswa serta napza, sebab belum maksimal nya komitmen pengambilan kebijakan buat program keswa serta napza

2. Regulasi serta kebijakan, permasalahan kesehatan jiwa belum ialah program prioritas, program pelayanan kesehatan jiwa di wilayah masih belum terlaksana secara berkesinambungan, sehinga regulasi serta kebijakan bidang kesehatan jiwa kerap kali tidak sejalan antara pusat serta wilayah
3. Akses dan mutu layanan, luasnya geografis Indonesia dan terbatasnya fasilitas pelayanan kesehatan jiwa, menyebabkan masyarakat sulit dalam mengakses pelayanan kesehatan jiwa, masih ada 8 provinsi yang tidak memiliki RSJ. selain itu mutu pelayanan kesehatan jiwa di fasilitas pelayanan kesehatan juga masih perlu ditingkatkan. Sistem rujukan juga belum berjalan optimal, seperti rujukan dari pelayanan kesehatan tingkat pertama belum dilakukan sesuai dengan prosedur rujukan yang benar, begitu pula pelayanan kesehatan jiwa di pelayanan primer belum dilakukan sesuai dengan pedoman/standar yang baku.
4. Sumber daya manusia, tenaga spesialis dan subspesialis jiwa masih terbatas, dan penyebarannya masih belum merata
5. Stigma dari masyarakat, keengganan masyarakat membawa Orang Dengan Masalah Kejiwaan (ODMK) dan Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) mencari pengobatan medik, mereka malu bila ada keluarganya mengalami gangguan jiwa.
6. Ketersediaan obat, yang berkesinambungan obat psikotropik di puskesmas. Hal ini perlu mendapat perhatian, mengingat penatalaksanaan gangguan jiwa yang sebagian besar bersifat kronis, memerlukan ketersediaan obat secara kontinyu.
7. Sistem pelaporan yang belum optimal , format laporan juga belum seragam, petugas pencatatan dan pelaporan kesehatan jiwa belum memahami tentang tata cara pelaporan kesehatan jiwa sehingga mempersulit pelaporan.
8. Koordinasi dan Kerjasama lintas program maupun lintas sektoral belum optimal.

8.4.2 Penanggulangan Masalah Kesehatan Jiwa

Untuk meningkatkan kesehatan jiwa, pemerintah mengupayakan masalah kesehatan jiwa bagi masyarakat dan pemangku kepentingan melalui berbagai upaya mulai dari advokasi, pencegahan, penyembuhan, dan upaya rehabilitasi untuk meningkatkan kualitas dan akses kesehatan jiwa. pihak untuk meningkatkan kesadaran dan minat. Masalah, pemberian obat, peningkatan sumber daya manusia di bidang kesehatan jiwa, advokasi di bidang kesehatan jiwa dan narkoba, sosialisasi, pelaksanaan koordinasi, dana untuk klaim rehabilitasi medis bagi pecandu narkoba (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

Untuk mencapai tujuan Kementerian Kesehatan khususnya Direktorat Jenderal Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit dalam Peningkatan Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit, maka tujuan P2 Departemen Kesehatan Jiwa dan Masalah Narkoba adalah meningkatkan kesehatan jiwa serta meningkatkan pencegahan dan penanggulangannya. adalah. Dari masalah penyalahgunaan zat. Untuk mencapai tujuan Departemen Kesehatan Jiwa dan Kefarmasian P2 maka sasaran adalah:

1. Meningkatkan jumlah kabupaten/kota yang melakukan skrining untuk masalah kesehatan mental dan penyalahgunaan zat menjadi 514 kabupaten/kota
2. Persentase layanan penerima ODGJ berat telah meningkat sebesar 100%
3. Meningkatnya jumlah pecandu narkoba yang menerima layanan rehabilitasi hingga 11.500 orang
4. Meningkatkan persentase orang berusia 15 tahun yang mendapat manfaat dari depresi sebesar 50%
5. Meningkatkan persentase orang yang berusia di atas 15 tahun dengan gangguan psiko-emosional yang mendapat manfaat sebesar 50%

Arah strategis kegiatan Direktorat P2 bidang kesehatan jiwa dan kedokteran adalah untuk mendukung kebijakan dan strategi Ditjen P2P dan Kementerian, sebagai berikut:

1. Terwujudnya Upaya Kesehatan Jiwa Dan NAPZA Berbasis Masyarakat
2. Terwujudnya Pelayanan Jiwa & NAPZA Yang Komprehensif

3. Terwujudnya masyarakat peduli kesehatan jiwa

Strategi berikut digunakan untuk melaksanakan kebijakan dan kegiatan program P2 Kesehatan Jiwa dan Kefarmasian adalah :

1. Penguatan regulasi Masalah Kesehatan Jiwa dan NAPZA.
2. Penyusunan Rencana Aksi Nasional (RAN) Kesehatan Jiwa dan Napza.
3. Pengembangan Peta Jalan (ROAD MAP) Program Promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif Kesehatan Jiwa dan Napza 2020- 2024.
4. Advokasi dan Sosialisasi Program P2 Masalah Kesehatan Jiwa Napza.
5. Peningkatan jejaring kemitraan Masalah Kesehatan Jiwa dan NAPZA dengan lintas program dan lintas sektor.
6. Pencegahan dan pengendalian Keswa dan penyalahgunaan NAPZA terintegrasi di Fasyankes/PKM dalam kerangka JKN.
7. Pencegahan dan Pengendalian Keswa dan penyalahgunaan NAPZA berbasis keluarga, masyarakat, institusi pendidikan, lingkungan kerja.
8. Peningkatan promosi kesehatan Masalah Kesehatan Jiwa Napza.
9. Pengembangan dan Penguatan Surveilans Masalah Kesehatan Jiwa Napza dengan optimalisasi IT
10. Perluasan riset dan inovasi dalam untuk tersedianya data kematian karena bunuh diri dan penyalahgunaan NAPZA secara berkesinambungan.
11. Peningkatan peran serta komunitas, masyarakat, mitra dan multisektor lainnya dalam pencegahan Masalah Kesehatan Jiwa Napza

Kegiatan yang dilakukan untuk mencapai sasaran indikator yang ditetapkan tahun 2020-2024, sejalan dengan misi dan fungsi utama P2 Departemen Kesehatan Jiwa dan Kefarmasian (Kementerian Kesehatan RI, 2020), seperti dalam tabel 8.1.

Tabel 8.1 Kegiatan Direktorat P2 Masalah Kesehatan Jiwa dan Napza

No	Indikator	Kegiatan		
		Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024
1	Jumlah kabupaten/kota yang melaksanakan deteksi dini masalah kesehatan jiwa dan penyalahgunaan napza	▪ Membuat pedoman pelayanan deteksi dini kesehatan jiwa dan napza untuk di Pelayanan dasar ▪ Melakukan bimbingan teknis ▪ Melakukan monitoring dan evaluasi Orientasi Program	▪ Membuat pedoman pelayanan deteksi dini kesehatan jiwa dan napza untuk di Pelayanan dasar ▪ Melakukan bimbingan teknis ▪ Melakukan monitoring dan evaluasi Orientasi Program	▪ Membuat pedoman pelayanan deteksi dini kesehatan jiwa dan napza untuk di Pelayanan dasar ▪ Melakukan bimbingan teknis ▪ Melakukan monitoring dan evaluasi Orientasi Program
2	Persentase ODGJ berat yang mendapatkan layanan	▪ Penyusunan NSPK ▪ Advokasi dan Sosialisasi ▪ Koordinasi LP/LS ▪ Orientasi/ Pelatihan ▪ Psikoedukasi dan Deteksi Dini ▪ Penyediaan KIE ▪ Bimtek, Monev	▪ Penyusunan NSPK ▪ Advokasi dan Sosialisasi ▪ Koordinasi LP/LS ▪ Orientasi/ Pelatihan ▪ Psikoedukasi dan Deteksi Dini ▪ Penyediaan KIE ▪ Bimtek, Monev	▪ Penyusunan NSPK ▪ Advokasi dan Sosialisasi ▪ Koordinasi LP/LS ▪ Orientasi/ Pelatihan ▪ Psikoedukasi dan Deteksi Dini ▪ Penyediaan KIE ▪ Bimtek, Monev
3	Penyalahguna napza yang mendapatkan pelayanan rehabilitasi medis	▪ Revisi PMK 420,421,422 ▪ Sosialisasi NSPK	▪ Koordinasi penetapan iPWL 2023 ▪ Pelaksanaan SNI di	▪ Evaluasi Nasional ? ▪ Penyusunan NSPK ▪ Pelaksanaan SNI di

No	Indikator	Kegiatan		
		Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024
		▪ Pelaksanaan SNI di IPWL ▪ Movev pelaksanaan SNI 2021 ▪ Koordinasi P4GN dng LS/LP ▪ Koordinasi dng Ditjen Binfar dalam perencanaan kebutuhan obat ▪ Pelaksanaan deteksi dini dan pemeriksaan urin ASN ▪ Pemeliharaan dan pengembangan aplikasi SELARAS ▪ Pembiayaan Klaim Rehab Medis di IPWL ▪ Sosialisasi P2 Masalah Napza ▪ Pertemuan Koordinasi IPWL dan PTRM, ▪ Monev Napza (IPW, PTRM, ASSIST, P4GN)	- IPWL ▪ Movev pelaksanaan SNI 2022 ▪ Koordinasi P4GN dng LS/LP ▪ Koordinasi dng Ditjen Binfar dalam perencanaan kebutuhan obat ▪ Pelaksanaan deteksi dini dan pemeriksaan urin ASN ▪ Pemeliharaan dan pengembangan aplikasi SELARAS ▪ Pembiayaan Klaim Rehab Medis di IPWL ▪ Sosialisasi P2 Masalah Napza ▪ Pertemuan Koordinasi IPWL dan PTRM, ▪ Monev Napza (IPW, PTRM, ASSIST, P4GN)	- IPWL ▪ Movev pelaksanaan SNI 2023 ▪ Koordinasi P4GN dng LS/LP ▪ Koordinasi dng Ditjen Binfar dalam perencanaan kebutuhan obat ▪ Pelaksanaan deteksi dini dan pemeriksaan urin ASN ▪ Pemeliharaan dan pengembangan aplikasi SELARAS ▪ Pembiayaan Klaim Rehab Medis di IPWL ▪ Sosialisasi P2 Masalah Napza ▪ Pertemuan Koordinasi IPWL dan PTRM, ▪ Monev Napza (IPW, PTRM, ASSIST, P4GN)

No	Indikator	Kegiatan		
		Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024
4	Presentase penderita depresi pada penduduk ≥ 15 tahun yang mendapat layanan	▪ Penyusunan NSPK ▪ Advokasi dan Sosialisasi ▪ Koordinasi LP/LS ▪ Orientasi/Pelatihan ▪ Pelaksanaan DKJPS pada situasi darurat keswa ▪ Bimtek ▪ Monev	▪ Penyusunan NSPK ▪ Advokasi dan Sosialisasi ▪ Koordinasi LP/LS ▪ Orientasi ▪ Penyediaan media KIE ▪ Penguatan surveilans ▪ Pelaksanaan DKJPS pada situasi darurat keswa ▪ Bimtek, Monev	▪ Penyusunan NSPK ▪ Advokasi dan Sosialisasi ▪ Koordinasi LP/LS ▪ Orientasi/Pelatihan ▪ Pelaksanaan DKJPS pada situasi darurat keswa ▪ Bimtek, Monev
5	Persentase penderita gangguan mental emosional pada penduduk ≥ 15 tahun yang mendapat layanan	▪ Penyusunan NSPK ▪ Advokasi dan Sosialisasi ▪ Koordinasi LP/LS ▪ Orientasi/ Pelatihan ▪ Psikoedukasi dan Deteksi Dini melalui Layanan Kesehatan Jiwa Bergerak (MMHS) ▪ Penguatan Surveilans ▪ Bimtek ▪ Monev	▪ Penyusunan NSPK ▪ Advokasi dan Sosialisasi ▪ Koordinasi LP/LS ▪ Orientasi/ Pelatihan ▪ Psikoedukasi dan Deteksi Dini melalui Layanan Kesehatan Jiwa Bergerak (MMHS) ▪ Penyediaan Media KIE ▪ Bimtek ▪ Monev	▪ Penyusunan NSPK ▪ Advokasi dan Sosialisasi ▪ Koordinasi LP/LS ▪ Orientasi/ Pelatihan ▪ Psikoedukasi dan Deteksi Dini melalui Layanan Kesehatan Jiwa Bergerak (MMHS) ▪ Bimtek ▪ Monev

DAFTAR PUSTAKA

- Albertha, K., Shaluhiyah, Z. and Musthofa, S. B. 2020. 'Gambaran Kegiatan Program Kesehatan Jiwa di Puskesmas Kota Semarang', *Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-journal)*, 8(3), pp. 440–447.
- Dali, F. I., Ottay, R. I. and Palandeng, H. M. F. 2020. 'Kajian program kesehatan jiwa masyarakat', *Jurnal Kedokteran Komunitas Dan Tropik*, 7(2).
- Gureje, O. *et al.* 2015. 'Integrating mental health into primary care in Nigeria: Report of a demonstration project using the mental health gap action programme intervention guide', *BMC Health Services Research*, 15(1), pp. 1–8. doi: 10.1186/s12913-015-0911-3.
- Hofmann, H. and Hahn, S. (2014) 'Characteristics of nursing home residents and physical restraint: A systematic literature review', *Journal of Clinical Nursing*, 23(21–22), pp. 3012–3024. doi: 10.1111/jocn.12384.
- Hothasian, J. M., Suryawati, C. and Fatmasari, E. Y. 2019. 'Evaluasi Pelaksanaan Program Upaya Kesehatan Jiwa Di Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang Tahun 2018', *Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-Journal)*, 7(1), pp. 75–83.
- Idaiani, S. and Riyadi, E. I. 2018. 'Sistem Kesehatan Jiwa di Indonesia: Tantangan untuk Memenuhi Kebutuhan', *Jurnal Penelitian dan Pengembangan Pelayanan Kesehatan*, 2(2), pp. 70–80. doi: 10.22435/jpppk.v2i2.134.
- Kemenkes 2014. 'UU No. 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa', in *Kemenkes*, p. 2.
- Kemenkes RI. 2019, *Situasi Kesehatan Jiwa Di Indonesia, InfoDATIN*.
- Kementerian Kesehatan RI. 2020. 'Rencana Aksi Kegiatan 2020 - 2024', *Ditjen P2P Kemenkes*, p. 29. Available at: <https://e-renggar.kemkes.go.id/file2018/e-performance/1-401733-4tahunan-440.pdf>.
- Khamis, K. and Njau, B. 2016. 'Health care worker's perception about the quality of health care at the outpatient department in mwananyamala hospital in dar es salaam, tanzania', *Tanzania Journal of Health Research*, 18(1), pp. 1–9. doi: 10.4314/thrb.v18i1.5.

- Nurhalimah. 2016. *Keperawatan Jiwa*. Kemenkes RI.
- Parker, C. B. 2019. 'Psychiatric Emergencies in Nonpsychiatric Settings: Perception Precludes Preparedness', *Psychosomatics*, 60(4), pp. 352–360. doi: 10.1016/j.psym.2019.03.006.
- Roeslie, E. and Bachtiar, A. 2018. 'Analisis Persiapan Implementasi Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga (Indikator 8: Kesehatan Jiwa) Di Kota Depok Tahun 2018', *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia (JKKI)*, 7(2), pp. 64–73.
- Scheepmans, K. *et al.* 2017. 'Restraint Use in Older Adults Receiving Home Care', *Journal of the American Geriatrics Society*, 65(8), pp. 1769–1776. doi: 10.1111/jgs.14880.
- Yusuf, A., Fitryasari, R. and Nihayati, H. . 2015. *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa, Salemba Meika*. Salemba Medika. doi: ISBN 978-xxx-xxx-xx-x.

BIODATA PENULIS



Ns. Jek Amidos Pardede, M.Kep., Sp.Kep.J

Dosen tetap pada Program Studi Keperawatan dan Pendidikan Profesi Ners, Universitas Sari Mutiara Indonesia

Penulis lahir di Tebing Tinggi tanggal 08 Oktober 1979. Saat ini Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Keperawatan dan Pendidikan Profesi Ners, Universitas Sari Mutiara Indonesia dari Tahun 2011 sampai sekarang. Menyelesaikan pendidikan S1 Keperawatan dan Pendidikan Profesi Ners di STIKes Mutiara Indonesia Tahun 2004, Magister Keperawatan Jiwa di Universitas Indonesia Tahun 2013 dan Spesialis Keperawatan Jiwa di Universitas Indonesia Tahun 2014.

Penulis pernah menjadi Pembantu Direktur I AKPER Bina Husada Tebing Tinggi pada tahun 2004 -2009 dan Koordinator Pendidikan Profesi Ners dari tahun 2014 sampai sekarang. Penulis aktif dalam kegiatan organisasi antara lain, sebagai Sekretaris DPK PPNI Universitas Sari Mutiara Indonesia dan Ketua Divisi Pendidikan dan Pelatihan IPKJI Provinsi Sumatera Utara. Penulis juga aktif sebagai Dosen tamu dan pembicara dalam bidang keperawatan jiwa ditingkat nasional maupun internasional, aktif dalam penelitian ilmiah dan sudah banyak publikasi nasional dan internasional serta juga dipercayakan sebagai reviewer di beberapa jurnal nasional maupun internasional.

BIODATA PENULIS



Nor Afni Oktavia,Ns.,M.Kep

Dosen tetap pada Fakultas Keperawatan dan Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Banjarmasin

Penulis lahir di Kotabaru tanggal 31 Oktober 1991. Penulis adalah Dosen tetap pada Fakultas Keperawatan dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Banjarmasin. Penulis adalah dosen keperawatan dengan konsentrasi Keperawatan Jiwa dan Gerontik. Penulis menyelesaikan pendidikan S1 Keperawatan, Profesi Ners dan S2 Keperawatan Program Studi Magister Keperawatan urat di Universitas Muhammadiyah Banjarmasin. Bergabung dan aktif dalam Organisasi Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI), Ikatan Perawat Jiwa Indonesia (IPKJI) dan Himpunan Perawat Holistik Indonesia (HPHI) Kota Banjarmasin Provinsi Kalimantan Selatan. Berbagai artikel penelitian dan pengabdian masyarakat sudah termuat di berbagai jurnal nasional. Berbagai buku ajarnya juga sudah terdaftar di e-HakCipta Kekayaan Intelektual oleh Direktorat Jenderal Kekayaan Intelektual Kementerian Hukum dan HAM RI.

BIODATA PENULIS



Ns. Yunike, S.Kep., M.Kes,
Dosen Poltekkes Kemenkes Palembang

Ns. Yunike, S.Kep., M.Kes, Lahir di Palembang 19 Juni 1980. Ibu dari empat putri cantik yang super aktif dan suami yang penuh cinta. Mengenal dan akhirnya mencintai dunia keperawatan pertama kami di Poltekkes Kemenkes Palembang, kemudian melanjutkan kembali pendidikan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Saat ini menekuni profesi sebagai Dosen Poltekkes Kemenkes Palembang sejak tahun 2009 hingga sekarang. Beberapa hasil penelitian dan pengabdian masyarakat di publish di Jurnal Nasional dan International bertema tentang Keperawatan Anak. “Setiap hari selalu ada yang ingin di buat untuk kemajuan keperawatan dan masyarakat, beruntungnya dikelilingi oleh guru dan teman-teman yang selalu bersemangan untuk belajar bersama, bermetamorfosis bersama dari ulat menjadi kepompong dan kelak menjadi kupu-kupu”. Motto hidup “Hidup Sekali, Hidup Berarti”.

Email : yunike@poltekkespalembang.ac.id

BIODATA PENULIS

Ns. Tjahjanti Kristyaningsih, MKep, Sp.Kep.J

Staf Pengajar di Prodi D-III Keperawatan, STIKes Fatmawati Jakarta

BIODATA PENULIS



Anis Laela Megasari S.Tr.Kep., M.Tr.Kep

Dosen aktif di Program Studi Diploma III Kebidanan Sekolah Vokasi
Universitas Sebelas Maret (UNS)

Anis Laela Megasari S.Tr.Kep., M.Tr.Kep lahir di Kabupaten Semarang 03 Maret 1994. Jenjang pendidikan penulis dimulai dari Diploma III sampai Program Magister di Poltekkes Kemenkes Semarang. Pada tahun 2017 pernah berkesempatan mengikuti *short course* di Mahidol University dan mengikuti magang di Siriraj Hospital, Thailand. Saat ini penulis bekerja sebagai dosen aktif di Program Studi Diploma III Kebidanan Sekolah Vokasi Universitas Sebelas Maret (UNS). Penulis dapat dihubungi melalui email anislaela333@gmail.com.

BIODATA PENULIS



Dr. Ira Kusumawaty Kusumawaty, S.Kp., M.Kes., MPH

Penulis kelahiran Surabaya ini menekuni bidang keperawatan jiwa, psikologi dan komunikasi. Pendidikan yang telah diikuti mulai dari sarjana keperawatan dan magister kesehatan di Universitas Indonesia, Master of Public Health di Koninklijk Instituut voor de Tropen di Amsterdam dan Pendidikan doktoral Ilmu Kedokteran dan Ilmu Kesehatan di Universitas Gadjah Mada. Berbagai kegiatan penelitian, pengabdian kepada masyarakat, mempublikasikan karya ilmiah dan kegiatan organisasi profesi telah memberikan banyak pengalaman yang semakin memperkuat dan menguatkan akar keilmuan yang digelutinya. Mengikuti pertemuan ilmiah tingkat nasional maupun internasional telah memperluas wawasan dan perspektif terhadap dunia kesehatan khususnya keperawatan kesehatan jiwa maupun psikologi. Perspektif luar biasa dalam memandang manusia sebagai makhluk ciptaan Allah yang harus dihormati, dihargai dan dijunjung tinggi harkat dan martabatnya, mengarahkan pola pikir dan interaksi terhadap sosok manusia. Ketertarikan penulis untuk memahami keunikan mind, body and soul menjadi dimensi yang sangat penting sebagai fondasi pengembangan interaksi yang terapeutik. Torehan pemikiran maupun cuplikan kata sederhana dalam buku ini, memberikan bukti kecintaannya untuk selalu mengembangkan diri dalam dunia kesehatan dan keperawatan. Email: irakusumawaty@poltekkespalembang.ac.id

BIODATA PENULIS



Ns. Kurnia Laksana. S.Kep., M.Kep.

Staf Dosen Program Studi Sarjana Keperawatan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Maharani Malang

Penulis lahir di Malang tanggal 23 Maret 1988. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Sarjana Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Maharani. Menyelesaikan pendidikan S1 dan Profesi Ners pada Jurusan Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Malang dan melanjutkan S2 pada Jurusan Magister Keperawatan peminatan Jiwa di Universitas Brawijaya Malang. Penulis aktif melakukan penelitian dan publikasi jurnal nasional maupun internasional. Saat ini penulis menjabat sebagai Ketua Lembaga Penelitian dan Pengabdian Masyarakat di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Maharani Malang.

BIODATA PENULIS



Ns. Solehudin, S.Kep, M.Kes., M.Kep

Dosen di Program Studi Keperawatan Universitas Indonesia Maju
Jakarta

Ns. Solehudin, S.Kep, M.Kes., M.Kep lahir 7 Maret 1975 di Kota Majalengka, Jawa Barat. Penulis menempuh pendidikan di Sekolah Perawat Kesehatan Depkes Cirebon, Diploma III Keperawatan di Poltekkes Bogor, memperoleh gelar Sarjana Keperawatan dari Program Studi Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indonesia Maju Jakarta pada tahun 2013, gelar Magister Kesehatan dari Program Studi Kesehatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indonesia Maju Jakarta pada tahun 2017, gelar Magister Keperawatan dari Program Studi Keperawatan Universitas Muhammadiyah Jakarta pada tahun 2021. Penulis pernah bekerja sebagai perawat di RSUD Cideres Majalengka tahun 1994–1995, di RS PMI Bogor tahun 1995–2020, dosen di Program Studi Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wijaya Husada Bogor sejak tahun 2017–2020. Sejak Oktober tahun 2020 bekerja sebagai dosen di Program Studi Keperawatan Universitas Indonesia Maju Jakarta.