

# KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA DAN PSIKOSOSIAL

Endang Mei Yunalia • Fitrio Deviantony • Helena Pangaribuan  
Arya Ramadia • Isna Ovari • Masnaeni Ahmad



# **KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA DAN PSIKOSOSIAL**

Endang Mei Yunalia, S.Kep., Ns., M.Kep.  
Ns. Fitrio Deviantony, S.Kep., M.Kep.  
Helena Pangaribuan, S.Kep., Ns., M.Kep.  
Ns. Arya Ramadia, M.Kep., Sp.Kep.J.  
Isna Ovari, S.Kp., M.Kep.  
Masnaeni Ahmad, S.Psi., MA.



## **KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA DAN PSIKOSOSIAL**

**Penulis:** Endang Mei Yunalia, S.Kep., Ns., M.Kep.  
Ns. Fitrio Deviantony, S.Kep., M.Kep.  
Helena Pangaribuan, S.Kep., Ns., M.Kep.  
Ns. Arya Ramadia, M.Kep., Sp.Kep.J.  
Isna Ovari, S.Kp., M.Kep.  
Masnaeni Ahmad, S.Psi., MA.

**Desain Sampul:** Ivan Zumarano

**Tata Letak:** Yang Yang Dwi Asmoro

**ISBN:** 978-634-7097-15-6

**Cetakan Pertama:** Januari, 2025

Hak Cipta © 2025

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang

**Copyright © 2025**

**by Penerbit Nuansa Fajar Cemerlang Jakarta**

*All Right Reserved*

Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit.

Website : [www.nuansafajarcemerlang.com](http://www.nuansafajarcemerlang.com)

Instagram : @bimbel.optimal



Penerbit PT Nuansa Fajar Cemerlang  
Grand Slipi Tower, Lantai 5 Unit F  
Jl. S. Parman Kav 22-24, Palmerah  
Jakarta Barat, 11480  
Anggota IKAPI (624/DKI/2022)

## Prakata

Puji syukur penulis ucapkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan berkah dan nikmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan buku **Keperawatan Kesehatan Jiwa dan Psikososial**. Penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah memberikan dukungan dalam penyusunan buku ini.

Keperawatan jiwa merupakan hal yang sangat dibutuhkan oleh seluruh rakyat Indonesia. Apalagi dengan terjadinya krisis multi dimensi dan global yang terjadi saat ini, semua rakyat Indonesia baik dari mulai kandungan sampai lanjut usia butuh keperawatan jiwa untuk mempertahankan dan terus meningkatkan kesehatan jiwanya.

Keperawatan jiwa itu sendiri merupakan suatu pelayanan keperawatan yang komprehensif, holistik dan paripurna yang berfokus individu, keluarga dan masyarakat baik yang sehat jiwa, rentan terhadap stress maupun dalam tahap pemulihan serta pencegahan kekambuhan. Tujuan pelayanan keperawatan jiwa adalah meningkatkan kesehatan jiwa, mencegah terjadinya gangguan jiwa, mempertahankan dan meningkatkan kemampuan pasien dan keluarga dalam memelihara kesehatan jiwa.

Penulis mengucapkan terima kasih kepada berbagai pihak atas masukan yang diberikan demi terselesaiannya buku ini. Semoga buku ini dapat memberikan kemanfaatan bagi para pembaca, serta menjadi bagian dalam pengembangan keilmuan dan literasi pengetahuan tentang keperawatan kesehatan jiwa dan psikososial.

November, 2024

**Penulis**

# **Daftar Isi**

<b>Prakata .....</b>	<b>iii</b>
<b>Daftar Isi.....</b>	<b>iv</b>

<b>BAB 1 Kecerdasan Emosional dan Stres Akademik pada Remaja .....</b>	<b>1</b>
A. Pendahuluan .....	1
B. Konsep Remaja .....	2
C. Konsep Kecerdasan Emosional .....	3
D. Konsep Stres Akademik .....	5
E. Keterkaitan Kecerdasan Emosional dan Stres Akademik pada Remaja.....	7
F. Diskusi .....	8
G. Penutup .....	9
Referensi .....	10
Glosarium .....	12
<b>BAB 2 Menghubungkan Kesehatan Jiwa dan Ketahanan Pangan: Peran Strategis Perawat Jiwa di Sektor Pertanian .....</b>	<b>13</b>
A. Pendahuluan .....	13
B. Ketahanan Pangan pada Petani.....	14
C. Kesehatan Mental pada Petani .....	15
D. Peran Strategis Perawat Jiwa di Sektor Pertanian .....	16
E. Tantangan dan Hambatan dalam Implementasi Program Kesehatan Mental pada Petani.....	17
F. Peran Keluarga dan Komunitas dalam Mendukung Ketahanan Pangan dan Kesehatan Mental Petani.....	19
G. Pengaruh Faktor Sosial Budaya Terhadap Kesehatan Mental Petani.....	21
H. Evaluasi Dampak Program Kesehatan Mental Terhadap Ketahanan Pangan	23
I. Penutup .....	25
Referensi .....	26
Glosarium .....	30

<b>BAB 3 Efektifitas Terapi Kognitif Behavior Sebagai Upaya Terhadap Penurunan Depresi pada Orang dengan HIV-AIDS .....</b>	<b>33</b>
A. Pendahuluan .....	33
B. Terapi Kognitif <i>Behavior</i> .....	34
C. Terapi Kognitif Behavior untuk Menurunkan Depresi .....	35
D. Alur Kognitif Behavior Terapi.....	36
E. Sesi Terapi.....	37
F. Tinjauan HIV-AIDS .....	40
G. Pengaruh Terapy Cognitive Behavior dengan Penurunan Depresi HIV/AIDS	42
H. Penutup .....	44
Referensi .....	45
Glosarium .....	46
<b>BAB 4 Beban dan Kecemasan pada Caregiver Pasien Stroke .....</b>	<b>47</b>
A. Pendahuluan .....	47
B. Beban Caregiver .....	48
C. Kecemasan Caregiver .....	49
D. Terapi Psikoedukasi Keluarga .....	50
E. Penutup .....	54
Referensi .....	55
Glosarium .....	56
<b>BAB 5 Booklet SP Keluarga Meningkatkan Pengetahuan Keluarga tentang Perawatan Anggota Keluarga dengan Gangguan Jiwa Di Rumah.....</b>	<b>57</b>
A. Pendahuluan .....	57
B. Gangguan Jiwa.....	59
C. Konsep Keluarga.....	63
D. Peran Keluarga dalam Perawatan Pasien Gangguan Jiwa Dirumah .....	64
E. Pengetahuan.....	64
F. Booklet sebagai Media Edukasi Kesehatan .....	67
G. Booklet SP Keluarga .....	68
H. Hasil Penelitian.....	72
I. Penutup .....	72
Referensi .....	73
Glosarium .....	74

<b>BAB 6 Kesiapsiagaan Psikologis Terhadap Bencana.....</b>	<b>75</b>
A. Pendahuluan .....	75
B. Konsep Kesiapsiagaan Psikologis Bencana.....	75
C. Dimensi dan Faktor yang Mempengaruhi Kesiapsiagaan Psikologis Bencana .....	78
D. Fase-fase Respon Psikologis Terhadap Bencana.....	79
E. Penilaian Kesiapsiagaan Psikologis.....	80
F. Strategi Peningkatan Kesiapsiagaan Psikologis.....	82
G. Peran Perawat Jiwa dalam Kesiapsiagaan Psikologis Bencana.....	84
H. Penutup .....	86
Referensi .....	87
Glosarium .....	93
<b>Profil Penulis.....</b>	<b>95</b>

# BAB 1

## Kecerdasan Emosional dan Stres Akademik pada Remaja

Endang Mei Yunalia

### A. Pendahuluan

Stres merupakan pola reaksi atau adaptasi individu terhadap stresor yang berasal dari internal maupun eksternal. Stress dapat dialami oleh setiap individu pada berbagai kategori usia, termasuk pada remaja. Menurut WHO, remaja adalah penduduk yang berusia 10 – 19 tahun, sedangkan menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI nomor 25 tahun 2014, remaja adalah penduduk dalam rentang usia 10 - 18 tahun (Kemenkes, 2012). Pada masa tersebut akan terjadi pengalaman yang mengubah atau memerikan makna dalam hidup, termasuk tugas sebagai mahasiswa. Tugas mahasiswa selain mulai mengambil tanggung jawab sendiri mengenai kehidupannya, mereka juga harus mempertanggungjawabkan kehidupan akademiknya. hal tersebut tidak jarang memicu terjadinya stress akademik pada remaja atau mahasiswa.

Prevalensi kejadian stress pada penduduk dunia cukup tinggi dimana hampir lebih dari 350 juta penduduk dunia mengalami stress dan merupakan penyakit dengan peringkat ke-4 didunia menurut WHO (Ambarwati et al., 2019). Menurut *American Psychological Association* (2022) sekitar 75% orang dewasa mengalami stress berat dan jumlahnya cenderung meningkat dalam satu tahun terakhir. Sementara itu di Indonesia, sekitar 1,33 juta penduduk mengalami stress. Angka tersebut mencapai 14% dari total penduduk dengan tingkat stress akut (stress berat) mencapai 1-3%.

Stres yang berhubungan dengan pertanggungjawaban akademik disebut juga dengan stress akademik. Stres akademik merupakan tekanan psikologis yang berkaitan dengan adanya kecemasan akan terjadinya kegagalan akademik (Hamzah & Hamzah, 2020). Prevalensi mahasiswa dunia yang mengalami stress selama masa perkuliahan atau stress akademik yaitu sebesar 38-71%, sedangkan di Asia menunjukkan angka sebesar 39,6-61,3%. Sementara itu data di Indonesia menunjukkan angka 36,7-71,6% (Ambarwati et al., 2019). Data di Jawa Timur tentang angka stress akademik pada mahasiswa menunjukkan bahwa sebagian besar memiliki tingkat stress sedang sebesar 64,5%, sedangkan mahasiswa dengan stress

rendah sebanyak 33,6% dan stress tinggi sebanyak 1,8% (Nadirawati, 2018). Berdasarkan data di atas menunjukkan bahwa kejadian stress akademik pada mahasiswa selama melaksanakan studi atau perkuliahan masih cukup tinggi.

Stres akademik dipengaruhi oleh faktor internal dan eksternal. Faktor internal terdiri dari *self efficacy*, kepribadian *hardiness*, optimisme, motivasi berprestasi, prokrastinasi dan kecerdasan emosional (Yusuf & Yusuf, 2020). Sedangkan faktor eksternal yaitu terdiri dari pelajaran lebih padat, tekanan untuk berprestasi tinggi, dorongan status sosial dan orang tua saling berlomba (Barseli et al., 2017).

Kecerdasan emosional yang dimiliki oleh individu berkaitan dengan kemampuan individu dalam mengontrol stress. Kecerdasan emosional yang baik diperlukan bagi remaja ataupun mahasiswa, terutama dalam mengatasi stresor akademik yang dialami selama menempuh studi (Ahmad & Ambotang, 2020). Sebuah penelitian memaparkan bahwa kecerdasan emosional pelajar memiliki korelasi yang kuat dengan tingkat stress akademik pelajar (Wijaya et al., 2020).

Kecerdasan emosional yaitu kemampuan individu dalam menidentifikasi perasaan diri sendiri maupun perasaan orang lain dengan tepat, mampu meregulasi emosi, mampu memberikan motivasi pada diri sendiri dan mampu memanfaatkan informasi dengan tepat untuk bertindak (Ye et al., 2020). Kecerdasan emosional akan menjadi landasan yang merefleksikan kemampuan individu dalam berpikir secara logis dan kemampuan untuk mengatasi stresor serta kemampuan membangun interaksi sosial yang baik (Esnaola et al., 2017). Kecerdasan emosional juga akan menjadikan remaja memiliki kemampuan untuk melakukan adaptasi secara konstruktif pada berbagai situasi yang sedang mereka hadapi sehingga remaja memiliki kemampuan dalam menghadapi setiap tantangan atau stressor dalam kehidupannya (Yunalia & Etika, 2020a) (Usha, 2021)

## B. Konsep Remaja

---

Remaja berasal dari bahasa latin yaitu *adolescene* yang memiliki arti *to grow* atau *to grow maturity* yang berarti tumbuh menjadi dewasa. Istilah *adolescence* seperti yang dipergunakan saat ini, memiliki arti yang luas yang mencakup kematangan aspek mental, emosional, sosial, dan fisik (UNICEF, 2016). Pola dan cara berpikir remaja bersifat lebih abstrak, realistik, dan logis (Ruiz & Esteban, 2018).

Batasan usia remaja terdiri dari 3 tahap yaitu tahap remaja awal (*early adolescence*) yaitu rentang usia 11-14 tahun, tahap kedua yaitu tahap remaja pertengahan (*middle adolescence*) dengan batasan usia usia 15-17 tahun, sedangkan tahap ketiga yaitu tahap remaja akhir (*late adolescence*) dengan batasan usia 18 – 21 tahun (Steinberg & Morris, 2011). Menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI nomor 25 tahun 2014, remaja adalah penduduk dalam rentang usia 10-18 tahun (Kemenkes, 2012).

Kemampuan kognitif yang dimiliki remaja diantaranya adalah kemampuan dalam memberikan alasan secara efektif, proses menyelesaikan masalah, berfikir secara abstrak dan refleksi serta adanya perencanaan di masa depan. Perubahan terhadap cara berfikir, beralasan dan memahami sesuatu pada masa remaja dapat terjadi sangat dramatik dibandingkan dengan perubahan fisik mereka (Pei et al., 2020).

Perkembangan moral pada remaja menggambarkan evolusi dari prinsip-prinsip pedoman ini dan ditunjukkan oleh kemampuan untuk menerapkan pedoman tersebut dalam kehidupan sehari-hari (Gibbs, 2020). Sering dengan perkembangan kognitif, emosional, dan sosial remaja, pemahaman mereka tentang moralitas meluas dan perilaku mereka menjadi lebih selaras dengan nilai dan keyakinan mereka.

Perkembangan emosional yang sehat ditandai dengan kemampuan yang meningkat secara bertahap untuk melihat, menilai, dan mengelola emosi. Proses perkembangan ini didorong oleh perubahan fisik dan kognitif dan sangat dipengaruhi oleh lingkungan (Nurhayati, 2018). Proses perkembangan emosional memberi kesempatan kepada remaja untuk membangun keterampilan, menemukan kualitas unik, dan mengembangkan kekuatan untuk kesehatan yang optimal. Menurut U.S. Department of Health and Human Services, Office of Adolescent Health, faktor yang mempengaruhi remaja untuk dapat mengarahkan dengan baik emosional ini adalah manajemen diri dan hormonal (Services, 2018).

## C. Konsep Kecerdasan Emosional

---

### 1. Definisi

Kecerdasan emosional adalah kemampuan dalam mengenali perasaan diri sendiri serta orang lain secara tepat, mampu mengatur emosi, mampu memberikan memotivasi pada diri sendiri dan mampu menggunakan informasi dengan tepat untuk bertindak.

Kecerdasan emosional akan menjadikan remaja mampu untuk beradaptasi dengan baik pada situasi apapun yang sedang mereka hadapi sehingga remaja lebih memiliki rasa percaya diri dalam menghadapi setiap tantangan atau stressor dalam kehidupannya (Yunalia et al., 2021).

Kecerdasan emosional juga dapat diartikan sebagai kemampuan untuk memberikan motivasi kepada diri sendiri, kemampuan mengendalikan keinginan dan mengatur suasana hati, kemampuan menjaga agar stresor yang dihadapi tidak melemahkan kemampuan berfikir, kemampuan berempati dan berdoa, serta kemampuan untuk mengenali, mengolah, dan mengontrol emosi agar individu mampu merespon secara positif setiap kondisi yang dihadapi.

## 2. Komponen Kecerdasan Emosional

### a. Kemampuan mengenali emosi diri

Kemampuan mengenali emosi diri adalah kesadaran seseorang akan emosinya sendiri. Kemampuan ini merupakan dasar dari kecerdasan emosional, dimana kesadaran diri membuat individu lebih waspada terhadap suasana hati. Ketika individu kurang waspada terhadap suasana hati, maka individu menjadi mudah larut dalam aliran emosi dan dikuasai oleh emosi.

### b. Kemampuan mengelola emosi

Mengelola emosi merupakan kemampuan individu dalam mengelola suasana hati sehingga individu mampu mengungkapkan perasaan atau isi hati secara tepat.

### c. Kemampuan dalam memberikan motivasi kepada diri sendiri

Merupakan kemampuan individu dalam menciptakan motivasi yang positif pada diri sendiri serta adanya kemampuan dalam menumbuhkan optimism.

### d. Kemampuan mengenali emosi orang lain

Merupakan kemampuan individu dalam mengembangkan sikap empati kepada orang lain, yang ditandai dengan kemampuan individu dalam menerima sudut pandang orang lain, peka terhadap perasaan orang lain serta mampu mendengarkan orang lain.

### e. Kemampuan menjalin interaksi dengan orang lain

Kemampuan dalam membina hubungan merupakan suatu keterampilan yang menunjang popularitas, kepemimpinan dan keberhasilan antar sesama. Keterampilan dalam berkomunikasi merupakan kemampuan dasar dalam keberhasilan membina hubungan. Terkadang manusia sulit untuk mendapatkan apa yang diinginkannya dan sulit juga memahami keinginan serta kemauan orang lain (Nasution et al., 2023).

## 3. Cara meningkatkan kecerdasan emosional

### a. Mengidentifikasi situasi

Identifikasi situasi merupakan langkah awal sebelum seseorang melakukan tindakan.

### b. Memperhatikan dan mendengarkan lawan bicara

Hal ini dilakukan untuk mencegah kesalahpahaman dengan orang lain.

### c. Mengkomunikasikan apa yang kita rasakan

Mengungkapkan apa yang kita rasakan menjadi hal yang penting untuk mencegah kesalahpahaman dengan orang lain.

### d. Tidak mengkhawatirkan penolakan

Setiap individu akan dihadapkan pada kondisi sesuai dengan yang diharapkan dan juga sebaliknya. Jadi setiap individu harus siap dengan berbagai kemungkinan yang terjadi.

e. Menunjukkan sikap empati

Kecerdasan emosional tinggi biasanya didapati pada orang-orang yang mampu berempati atau bisa mengerti situasi yang dihadapi orang lain.

f. Menentukan skala prioritas

Dilakukan agar bisa memilih pekerjaan apa yang mendesak, dan apa yang bisa ditunda.

g. Bersikap rasional

Kecerdasan emosi berhubungan dengan perasaan, namun tetap berpikir rasional.

h. Fokus

Kemampuan untuk memfokuskan sesuatu berdasarkan skala prioritas yang telah ditentukan (Nasution et al., 2023).

## **D. Konsep Stres Akademik**

---

### **1. Definisi Stres Akademik**

Stres akademik merupakan sumber stres yang terjadi pada setting sekolah (Barseli et al., 2017a). Stres akademik adalah respon individu atas tekanan yang dipersepsikan secara subyektif terhadap kondisi akademik. Persepsi ini akan menimbulkan respon fisik atau perilaku dan respon emosi yang bersifat negatif akibat tuntutan sekolah atau akademik (Julika & Setiyawati, 2019).

Stress akademik juga merupakan suatu kondisi tekanan mental yang berhubungan dengan frustasi atas kegagalan akademik atau kondisi dimana terdapat kekhawatiran terhadap peristiwa kegagalan (Hamzah et al., 2020). Stres akademik juga merupakan respon fisik atau psikis karena ketidakmampuan dalam mengubah tingkah laku atau penampilan dengan serangkaian kegiatan akademik sebagai akibat dari tekanan atau ketidaksesuaian antara tuntutan yang diterima dengan kemampuan yang dimiliki (Utami et al., 2020).

Sumber lain menyebutkan bahwa stres akademik adalah respon individu atas tekanan yang dipersepsikan secara subyektif terhadap kondisi akademik. Persepsi ini akan menimbulkan respon fisik atau perilaku dan respon emosi yang bersifat negatif akibat tuntutan sekolah atau akademik (Julika & Setiyawati, 2019).

### **2. Penyebab Stres Akademik**

#### **a. Faktor internal**

##### **1) Pola pikir**

Individu yang tidak dapat mengendalikan situasi cenderung memiliki tingkat stres yang lebih tinggi.

##### **2) Kepribadian**

Tingkat stres individu yang optimis cenderung lebih rendah dibandingkan individu yang pesimis

### 3) Keyakinan

Keyakinan terhadap diri berperan penting dalam menginterpretasikan hal-hal yang terjadi di sekitarnya. Penilaian yang diyakini individu dapat mengubah pola pikirnya terhadap suatu hal dan dalam jangka panjang bisa saja menyebabkan stress

### b. Faktor eksternal

#### 1) Beban pelajaran

Standar yang semakin tinggi dalam sistem pendidikan karena kurikulum yang terus berkembang membuat beban pelajaran siswa menjadi lebih tinggi.

#### 2) Tekanan untuk berprestasi

Siswa mendapat tekanan dari orang tua maupun guru untuk mampu mengukir prestasi.

#### 3) Dorongan status sosial

Pendidikan seringkali dijadikan simbol status sosial. Seseorang dengan tingkat pendidikan yang tinggi cenderung dipandang lebih baik dibandingkan dengan seseorang dengan tingkat pendidikan lebih rendah. Siswa yang tidak berprestasi juga seringkali mendapat cap negatif dari lingkungannya (Avianti et al., 2021).

## 3. Ciri Stres Akademik

Individu yang mengalami stress akademik akan mengalami berdampak pada fisik dan emosi, adapun ciri-ciri stress akademik sebagai berikut:

### a. Fisik

Ciri gangguan fisik yang akan dialami individu yang mengalami stress akademik adalah sakit kepala, pusing, tidur tidak teratur, susah tidur, sakit punggung, lelah atau kehilangan energi untuk belajar.

### b. Emosi

Dampak yang terjadi pada aspek emosi adalah mahasiswa akan merasa mudah marah dan mudah tersinggung serta sering terjadi gangguan *mood* seperti lebih mudah menangis, suasana hati buruk, merasa khawatir, dan hampir frustasi.

### c. Perilaku

Dampak yang terjadi pada aspek perilaku adalah akan terjadi keregangan hubungan pada teman, keluarga, orang lain karena disebabakan malas berinteraksi dan berbicara pada orang lain dan kecenderungan menyendiri. Hal lain yang juga dirasakan adalah lebih pendiam, malas mengerjakan tugas, atau mengerjakan tugas dengan tidak maksimal.

d. Kognitif

Dampak yang akan terjadi adalah mahasiswa akan sulit untuk berkonsentrasi, mudah lupa, dan kurang teliti, tak jarang mahasiswa juga lebih sering berpikiran negatif dan termenung (Musabiq & Karimah, 2018).

## E. Keterkaitan Kecerdasan Emosional dan Stres Akademik pada Remaja

Penelitian dilakukan oleh penulis pada 204 mahasiswa di tahun 2023 dengan menggunakan teknik pengambilan total sampling untuk menentukan jumlah sampel. Hasil penelitian akan disajikan dalam bentuk data sosiodeografik dan tabulasi silang serta uji korelasi antara kecerdasan emosional dan stress akademik pada remaja, yang akan disajikan pada bagian berikut.

**Tabel 1.1 Karakteristik sosiodemografi responden penelitian (n=204)**

<b>Usia</b>	<b>Frekuensi</b>	<b>Presentase</b>
19 – 21	60	29,4
22 – 24	144	70,6
<b>Jenis kelamin</b>	<b>Frekuensi</b>	<b>Presentase</b>
Perempuan	159	77,9
Laki – laki	45	22,1
<b>Tempat tinggal</b>	<b>Frekuensi</b>	<b>Presentase</b>
Kos	115	56,4
Kontrak	42	20,6
Tinggal bersama orang tua	30	14,7
Lainnya	17	8,3

Berdasarkan tabel 1.1 diatas dapat diinterpretasikan bahwa sebagian besar responden berusia antara 22-24 tahun, yakni sejumlah 144 responden (70,6%), karakteristik sosiodemografi berdasarkan jenis kelamin hampir seluruh responden berjenis kelamin perempuan yaitu 159 responden (77,9%), sedangkan sebagian besar responden yaitu sejumlah 115 responden (56,4%) bertempat tinggal di kos.

**Tabel 1.2 Distribusi frekuensi kecerdasan emosional responden penelitian (n=204)**

<b>Kecerdasan Emosional</b>	<b>Frekuensi</b>	<b>Presentase</b>
Rendah	0	0
Sedang	168	82,4
Tinggi	36	17,6
<b>Total</b>	<b>204</b>	<b>100</b>

Berdasarkan tabel 1.2 dari total 204 responden dalam penelitian ini hampir seluruhnya adalah responden yang memiliki tingkat kecerdasan emosional sedang yaitu sejumlah 168 responden (82,4%).

**Tabel 1.3 Distribusi frekuensi stress akademik responden penelitian (n=204)**

<b>Stres Akademik</b>	<b>Frekuensi</b>	<b>Presentase</b>
Sangat tinggi	0	0
Tinggi	33	16,2
Cukup tinggi	135	66,2
Rendah	36	17,6
Sangat rendah	0	0
<b>Total</b>	<b>204</b>	<b>100</b>

Berdasarkan tabel 1.3 dari total 204 responden dalam penelitian ini sebagian besar responden memiliki tingkat stress akademik dalam kategori cukup tinggi yaitu sejumlah 135 responden (66,2%).

**Tabel 1.4 Tabulasi silang hubungan antara kecerdasan emosional dengan stress akademik pada responden penelitian (n=204)**

Kecerdasan Emosional	Stres Akademik						Total			
	Tinggi		Cukup tinggi		Rendah					
	f	%	f	%	f	%				
Rendah	0	0	0	0	0	0	0	0		
Sedang	33	16,2	114	55,9	21	10,3	168	82,4		
Tinggi	0	0	21	10,2	15	7,4	36	17,6		
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>16,2</b>	<b>135</b>	<b>66,1</b>	<b>36</b>	<b>17,7</b>	<b>204</b>	<b>100</b>		
<b>P value : 0,000</b>	<b><math>\alpha : 0,05</math></b>				<b>r : -0,321</b>					

Berdasarkan tabel 1.4 dapat diinterpretasikan bahwa sebagian besar responden yang memiliki kecerdasan emosional sedang, mengalami stress akademik kategori cukup tinggi yaitu sejumlah 114 mahasiswa (55,9%). Hasil uji statistic dengan menggunakan uji korelasi *Spearman Rank* menunjukkan bahwa nilai p adalah  $0,000 < \alpha : 0,05$  sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara kecerdasan emosional dengan stress akademik pada remaja. Nilai kekuatan hubungan didapatkan  $r = 0,321$  dengan arah hubungan negative, yang artinya kekuatan hubungan antara kecerdasan emosional dengan stress akademik pada remaja berada pada kategori cukup kuat. Arah hubungan yang negative menunjukkan bahwa semakin tinggi kecerdasan emosional, maka tingkat stress akademik akan semakin rendah.

## F. Diskusi

Kecerdasan emosional adalah kemampuan seseorang dalam melakukan adaptasi dengan efektif (Indrariyani & Supriyadi, 2013). Kecerdasan emosional juga diartikan sebagai kemampuan untuk berfikir dan melakukan tindakan. Kecerdasan emosional juga merupakan gambaran kemampuan mental seseorang untuk melakukan pertimbangan, analisa, sintesa, evaluasi, dan menyelesaikan permasalahan (P. Anitha & Jebaseelan, 2014). Kemampuan individu dalam

mengenali serta mengendalikan perasaan diri sendiri dan orang lain, kemampuan dalam mengelola dan mengontrol emosi ketika menghadapi pemicu terjadinya stres atau yang disebut stressor juga merupakan bentuk dari kecerdasan emosional yang baik pada diri seseorang (Yunalia & Etika, 2020b), (Yunia et al., 2019).

Seseorang yang mempunyai kecerdasan emosi yang baik artinya orang tersebut memiliki kemampuan untuk memahami dan mengartikan kondisi yang sedang dialami, dan selanjutnya mengambil tindakan yang dirasa tepat (Illahi et al., 2018). Selain itu dengan kecerdasan emosi yang baik, seseorang cenderung memiliki kemampuan untuk menjalin hubungan interpersonal yang baik, mudah bergaul, mampu beradaptasi ketika berada di stuasi stress serta mampu melibatkan diri dengan masalah yang ada untuk melaksanakan tanggung jawab (Sahputra et al., 2016).

Semakin baik kecerdasan emosional seseorang maka tingkat stres akademik yang dialami akan semakin rendah. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian terdahulu yang menyebutkan bahwa terdapat hubungan yang bersifat negative dan signifikan antara kecerdasan emosional dengan stres akademik pada siswa dimana seseorang yang mempunya kecerdasan emosional yang rendah akan rentan untuk mengalami stress akademik (Sofyanti & Prihastuti, 2017). Penelitian lainnya juga menjelaskan bahwa seorang pelajar yang memiliki kecerdasan emosional yang mempunyai kecerdasan emosional yang sangat baik akan jarang mengalami distres dan individu tersebut akan lebih mudah memberikan respon positif terhadap stress yang dirasakan (Fernández-Berrocal & Extremera, 2016).

## **G. Penutup**

---

Berdasarkan ulasan di atas, dapat ditarik kesimpulan bahwa terdapat hubungan antara kecerdasan emosional dengan stress akademik pada remaja, khususnya bagi mahasiswa. Stres akademik ini tentunya dipengaruhi oleh berbagai macam faktor, baik faktor internal maupun eksternal. Oleh karena itu, diperlukan penelitian lebih lanjut tentang faktor – faktor yang berkontribusi terhadap kejadian stress akademik, khususnya pada tahap remaja.

## Referensi

- Ahmad, A. A., & Ambotang, A. S. Bin. (2020). Pengaruh Kecerdasan Emosi, Kecerdasan Spiritual dan Persekutaran Keluarga Terhadap Stres Akademik Murid Sekolah Menengah. *Malaysian Journal of Social Sciences and Humanities (MJSSH)*, 5(5), 12–23. <https://doi.org/10.47405/mjssh.v5i5.407>
- Ambarwati, P. D., Pinilih, S. S., & Astuti, R. T. (2019). Gambaran Tingkat Stres Mahasiswa. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 5(1), 40. <https://doi.org/10.26714/jkj.5.1.2017.40-47>
- Avianti, D., Setiawati, O. R., Lutfianawati, D., & Putri, A. M. (2021). Hubungan Efikasi Diri Dengan Stres Akademik Pada Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Malahayati Program Studi Pendidikan Dokter. *PSYCHE: Jurnal Psikologi*, 3(1), 83–93. <https://doi.org/10.36269/psyche.v3i1.283>
- Barseli, M., Ifdil, I., & Nikmarijal, N. (2017). *Konsep Stres Akademik Siswa*. 5(2005), 143–148.
- Esnaola, I., Revuelta, L., Ros, I., & Sarasa, M. (2017). The Development of Emotional Intelligence in Adolescence. *Anales de Psicología*, 33(2), 327–333.
- Fernández-Berrocal, P., & Extremera, N. (2016). Ability Emotional Intelligence, Depression, and Well-Being. *Emotion Review*, 8(4), 311–315. <https://doi.org/10.1177/1754073916650494>
- Gibbs, J. C. (2020). Stages of Adolescent Moral Development. In *The Encyclopedia of Child and Adolescent Development* (pp. 1–7). JohnWiley & Sons, Inc. <https://doi.org/10.1002/9781119171492.wcad331>
- Hamzah, & Hamzah, R. (2020). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Tingkat Stres Akademik Pada Mahasiswa Stikes Graha Medika. *Indonesian Journal for Health Sciences*, 4(2), 59. <https://doi.org/10.24269/ijhs.v4i2.2641>
- Illahi, U., Neviyarni, S., Said, A., & Ardi, Z. (2018). Hubungan antara Kecerdasan Emosi dengan Perilaku Agresif Remaja dan Implikasinya dalam Bimbingan dan Konseling. *Jurnal Riset Tindakan Indonesia*, 3(November), 68–74.
- Indrariyani, N. M. W., & Supriyadi. (2013). Hubungan Antara Kecerdasan Emosi dan Self Efficacy dalam Pemecahan Masalah Penyesuaian Diri Remaja Awal. *Jurnal Psikologi Udayana*, 1(1), 190–202.
- Julika, S., & Setiyawati, D. (2019). Hubungan antara Kecerdasan Emosional, Stres Akademik, dan Kesejahteraan Subjektif pada Mahasiswa. *Gadjah Mada Journal of Psychology (GamaJoP)*, 5(1), 50. <https://doi.org/10.22146/gamajop.47966>
- Kemenkes. (2012). *INFODATIN: Reproduksi Remaja*.
- Musabiq, S., & Karimah, I. (2018). Gambaran Stress dan Dampaknya Pada Mahasiswa. *Insight: Jurnal Ilmiah Psikologi*, 20(2), 74. <https://doi.org/10.26486/psikologi.v20i2.240>

- Nadirawati, R. (2018). Hubungan Efikasi Diri dengan Stres Akademik pada Mahasiswa Baru Fakultas Keperawatan Universitas Jember. *Jurnal Konseling Dan Pendidikan*.
- Nasution, F. M., Nasution, H., & Harahap, A. M. (2023). Kecerdasan Emosional dalam Perspektif Daniel Goleman (Analisis Buku Emotional Intelligence). *Jurnal Hukum Islam Dan Humaniora*, 2(3), 651–659. <https://doi.org/10.58578/ahkam.v2i3.1838>
- Nurhayati, T. (2018). *PERKEMBANGAN PERILAKU PSIKOSOSIAL PADA MASA PUBERTAS*.
- P. Anitha, & Jebaseelan, A. U. S. (2014). A Study On Emotional Intelligence Among Adolescent Women College Students At Tiruchirapalli. *Indian Journal Of Applied Research*, 4(12), 175–177.
- Pei, R., Lauharatanahirun, N., Cascio, C. N., Donnell, M. B. O., Shope, J. T., Simons-morton, B. G., Vettel, J. M., Falk, E. B., & Ground, A. P. (2020). Developmental Cognitive Neuroscience Neural processes during adolescent risky decision making are associated with conformity to peer influence. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 44, 100794. <https://doi.org/10.1016/j.dcn.2020.100794>
- Ruiz, P., & Esteban, R. F. C. (2018). Emotional Intelligence, Gender and Family Environment in Peruvian Adolescents. *Acta Colombiana de Psicología*, 21(2), 200–211.
- Sahputra, D., Syahniar, & Marjohan. (2016). Kontribusi Kepercayaan Diri dan Kecerdasan Emosi terhadap Komunikasi Interpersonal Siswa serta Implikasinya dalam Pelayanan Bimbingan dan Konseling. *Konselor*, 5(3), 182–193.
- Services, U. S. D. of H. and H. (2018). *Adolescent Development Explained*. U.S. Government Printing Office.
- Sofyanti, R., & Prihastuti. (2017). Pengaruh Kecerdasan Emosi dan Efikasi Diri Terhadap Stres Akademik Siswa di Madrasah Aliyah Nurul Islam Desa Bades Kecamatan Pasirian Kabupaten Lumajang. *Psikologi Pendidikan Dan Perkembangan*, 06, 24–39. <http://repository.unair.ac.id/77809/>
- Steinberg, L., & Morris, A. S. (2011). *Adolescent Development*.
- UNICEF. (2016). *Adolescent Development: Perspectives and Frameworks*.
- Usha, S. (2021). Emotional Intelligence: an Empirical Study Among Residential Late Adolescents in a Private College of Coimbatore District, Tamilnadu State. *Journal of Positive School Psychology*, 2022(4), 2789–2795. <http://journalppw.com>
- Utami, S., Rufaidah, A., & Nisa, A. (2020). *Kontribusi self-efficacy terhadap stres akademik mahasiswa selama pandemi Covid-19 periode April-Mei 2020*. 4(1), 20–27. <https://doi.org/10.26539/teraputik.41294>
- Wijaya, P. N., Pamungkas, N. A. M., & Pramesta, D. K. (2020). HUBUNGAN KECERDASAN EMOSIONAL DAN STRES AKADEMIK PADA MAHASISWA YANG MENGIKUTI

ORGANISASI DAN SCHOOL FROM HOME. *Prosiding Seminar Nasional "Penguatan Pendidikan Karakter Pada Era Merdeka Belajar,"* 2–6.

- Ye, C., Wang, Y., Song, Q., Liu, J., Wei, C., & Liu, M. (2020). Association Between Coagulation Function and Spontaneous Hemorrhagic Transformation in Acute Ischemic Stroke. *Current Neurovascular Research*, 17(4), 344–353. <https://doi.org/10.2174/1567202617666200514114258>
- Yunalia, E. M., & Etika, A. N. (2020a). Emotional Intelligence Correlation with Self Efficacy in Adolescent. *Media Keperawatan Indonesia*, 3(3), 137. <https://doi.org/10.26714/mki.3.3.2020.137-143>
- Yunalia, E. M., & Etika, A. N. (2020b). Emotional Intelligence on Peer Conformity in Late Adolescence. *STRADA Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 9(2), 1724–1731. <https://doi.org/10.30994/sjik.v9i2.502>
- Yunia, S. A. P., Liyanovitasari, & Saparwati, M. (2019). Hubungan Kecerdasan Emosional dengan Kenakalan Remaja pada Siswa. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 2(1), 55–64.
- Yusuf, N. M., & Yusuf, J. M. (2020). Faktor-faktor yang mempengaruhi stres akademik. *Psyche* 165, 13(02), 235–239.

## Glosarium

WHO : World Health Organization

# BAB 2

## Menghubungkan Kesehatan Jiwa dan Ketahanan Pangan: Peran Strategis Perawat Jiwa di Sektor Pertanian

Fitrio Deviantony

### A. Pendahuluan

Ketahanan pangan dan kesehatan mental merupakan dua aspek penting yang saling terkait dalam mencapai kesejahteraan masyarakat. Dalam konteks pertanian, petani sebagai ujung tombak penyedia pangan sering kali menghadapi tantangan yang berdampak pada kondisi psikologis mereka, seperti ketidakpastian cuaca, fluktuasi harga pasar, dan tekanan ekonomi. Gangguan kesehatan jiwa pada petani dapat berkontribusi pada penurunan produktivitas pertanian, yang pada akhirnya berdampak pada ketahanan pangan nasional (Saputra & Lidyawati, 2024).

Peran strategis perawat jiwa dalam sektor pertanian tidak hanya terbatas pada penatalaksanaan gangguan kejiwaan, tetapi juga pada upaya proaktif dalam mendukung kesejahteraan mental petani. Dengan pendekatan holistik, perawat jiwa dapat membantu petani mengembangkan ketangguhan mental yang diperlukan untuk menghadapi tekanan, serta memperkuat kemampuan mereka dalam menjaga produktivitas pertanian (Afulani et al., 2020).

Mengaitkan peran ini dengan Visi Indonesia Emas 2045, yang bertujuan menjadikan Indonesia sebagai negara maju dengan masyarakat yang sejahtera, mandiri, dan adil, peran perawat jiwa dalam sektor pertanian menjadi semakin penting. Visi Indonesia Emas menekankan pada pembangunan sumber daya manusia yang unggul dan berdaya saing, yang tidak hanya ditentukan oleh faktor fisik tetapi juga kesehatan mental yang kuat. Dengan memastikan petani memiliki kesehatan mental yang baik, perawat jiwa turut berkontribusi pada peningkatan ketahanan pangan yang menjadi pilar penting dalam mewujudkan ketahanan nasional (Varga, 2024).

Oleh karena itu, integrasi antara peningkatan kesehatan jiwa dan ketahanan pangan melalui peran strategis perawat jiwa di sektor pertanian sejalan dengan Visi Indonesia Emas 2045, yang menekankan pentingnya pembangunan berkelanjutan dengan fokus pada peningkatan kualitas hidup seluruh lapisan masyarakat.

## **B. Ketahanan Pangan pada Petani**

---

Ketahanan pangan pada petani adalah kondisi di mana petani, yang berperan sebagai produsen pangan, mampu memastikan ketersediaan pangan yang cukup, bergizi, dan aman bagi diri mereka sendiri serta masyarakat luas (Trudell et al., 2021). Namun, ironi sering terjadi di mana petani, meskipun sebagai penyedia utama pangan, justru menjadi kelompok yang paling rentan terhadap ancaman ketahanan pangan (O'Hara & Toussaint, 2021). Beberapa faktor utama yang mempengaruhi ketahanan pangan petani meliputi ketidakpastian iklim, fluktuasi harga komoditas pertanian, akses terbatas terhadap teknologi dan sumber daya, serta tekanan sosial dan ekonomi yang berat (Shim & Compton, 2020). Perubahan iklim yang tidak terprediksi, seperti kekeringan atau banjir, dapat menyebabkan hasil panen gagal atau berkurang, sehingga mengancam pendapatan dan ketersediaan pangan bagi petani (Raj et al., 2022). Selain itu, fluktuasi harga komoditas pertanian di pasar juga berdampak pada stabilitas ekonomi petani, di mana harga yang rendah membuat mereka kehilangan daya beli untuk memenuhi kebutuhan pangan keluarga. Tidak hanya itu, akses yang terbatas terhadap teknologi pertanian modern, pupuk berkualitas, dan irigasi yang baik semakin memperparah kondisi mereka. Tekanan sosial-ekonomi seperti utang, biaya pendidikan, dan kebutuhan kesehatan juga berkontribusi pada rendahnya ketahanan pangan di kalangan petani (Kerr et al., 2019).

Faktor lain yang sering diabaikan namun penting adalah kesehatan mental petani. Stres, depresi, dan gangguan mental lainnya dapat memengaruhi produktivitas dan kemampuan petani dalam mengelola pertanian secara efektif (Younker & Radunovich, 2021). Ketahanan pangan yang baik pada petani tidak hanya berkaitan dengan keberhasilan panen, tetapi juga dengan ketersediaan infrastruktur pendukung, kebijakan harga yang adil, serta dukungan kesehatan fisik dan mental yang optimal. Dengan demikian, upaya untuk meningkatkan ketahanan pangan di kalangan petani harus dilakukan melalui pendekatan holistik yang memperhatikan aspek ekonomi, sosial, lingkungan, dan kesehatan mental (Martin-Shields & Stojetz, 2019). Ketahanan pangan petani yang kuat tidak hanya menjamin kesejahteraan mereka, tetapi juga berkontribusi signifikan pada ketahanan pangan nasional (Chiwona-Karltun et al., 2021).

### **C. Kesehatan Mental pada Petani**

---

Kesehatan mental merupakan aspek penting yang sering kali diabaikan dalam sektor pertanian, meskipun petani adalah kelompok yang rentan terhadap tekanan mental yang tinggi (Mokhtar et al., 2022). Petani menghadapi berbagai tantangan yang dapat memengaruhi kesejahteraan mental mereka, seperti ketidakpastian cuaca, fluktuasi harga hasil panen, beban utang, akses terbatas ke sumber daya pertanian, serta tuntutan ekonomi dan sosial (Hendraini & Soedarto, 2021). Faktor-faktor ini dapat menyebabkan stres yang berkepanjangan, kelelahan mental, kecemasan, hingga depresi, yang semuanya berdampak negatif pada produktivitas dan kualitas hidup petani (Flores & Amiri, 2019).

Pertanian adalah profesi yang sangat bergantung pada faktor eksternal, terutama kondisi iklim dan pasar, yang sering kali di luar kendali petani (Claasen & Lemke, 2019). Misalnya, bencana alam seperti banjir atau kekeringan dapat menyebabkan gagal panen, sementara harga komoditas yang tidak stabil membuat pendapatan petani tidak menentu. Dalam situasi seperti ini, petani harus mengatasi perasaan cemas, khawatir, dan tertekan karena mereka tidak hanya harus memenuhi kebutuhan keluarga, tetapi juga sering kali terjebak dalam utang yang harus dibayar(Duong et al., 2021). Kondisi ini semakin diperburuk dengan kurangnya dukungan kesehatan mental di komunitas pedesaan, di mana akses terhadap layanan kesehatan mental masih sangat terbatas.

Kesehatan mental yang buruk pada petani juga dapat menurunkan kemampuan mereka dalam membuat keputusan penting di ladang, seperti menentukan waktu tanam, pemilihan teknologi, atau manajemen lahan. Gangguan mental yang tidak ditangani dengan baik dapat menurunkan daya tahan mereka terhadap stres, sehingga produktivitas pertanian juga menurun. Sebaliknya, petani dengan kondisi mental yang baik lebih mampu mengelola tantangan di lapangan, membuat keputusan yang lebih tepat, serta mempertahankan hasil panen yang optimal (Gillani et al., 2021).

Oleh karena itu, perhatian terhadap kesehatan mental petani sangat penting dalam meningkatkan kesejahteraan mereka dan mendukung ketahanan pangan nasional. Dukungan berupa penyuluhan kesehatan mental, akses terhadap layanan psikologis, dan pelatihan coping mechanism dapat membantu petani mengatasi stres dan tantangan yang dihadapi (Yazd et al., 2019). Dengan kesehatan mental yang baik, petani tidak hanya akan lebih produktif, tetapi juga mampu menghadapi tekanan ekonomi dan sosial dengan lebih efektif, sehingga ketahanan pangan di komunitas mereka bisa lebih terjaga (Watson et al., 2018).

## **D. Peran Strategis Perawat Jiwa di Sektor Pertanian**

---

Perawat jiwa memainkan peran strategis dalam mendukung kesejahteraan mental petani, yang pada gilirannya berkontribusi pada ketahanan pangan dan produktivitas sektor pertanian. Mengingat kompleksitas tantangan yang dihadapi oleh petani, mulai dari ketidakpastian iklim, fluktuasi harga, hingga beban ekonomi, kesehatan mental menjadi faktor kunci yang dapat memengaruhi hasil kerja mereka. Dalam konteks ini, perawat jiwa tidak hanya berperan dalam menangani gangguan kesehatan mental yang mungkin dialami oleh petani, tetapi juga berperan aktif dalam pencegahan, edukasi, dan dukungan psikologis (Lavorato et al., 2018).

Pertama, perawat jiwa dapat memberikan dukungan preventif dengan melakukan penyuluhan kesehatan mental di kalangan petani. Mereka bisa membantu mengidentifikasi potensi masalah psikologis, seperti stres kronis atau kecemasan, yang sering kali tidak terdeteksi pada tahap awal (Kusumawati et al., 2020). Dengan memberikan edukasi tentang pentingnya menjaga keseimbangan mental, perawat jiwa dapat membantu petani memahami cara mengelola stres secara sehat, seperti melalui teknik relaksasi atau strategi coping yang efektif (Cheesmond et al., 2019).

Kedua, perawat jiwa berperan dalam penanganan gangguan kejiwaan yang sudah muncul. Petani yang mengalami depresi, kecemasan berat, atau gangguan stres pascatrauma (PTSD) akibat tekanan ekonomi atau bencana alam dapat mendapatkan intervensi yang tepat dari perawat jiwa (Hirsch et al., 2018). Mereka dapat memberikan layanan konseling, pendampingan, serta menghubungkan petani dengan layanan kesehatan mental yang lebih komprehensif jika diperlukan, seperti psikolog atau psikiater.

Ketiga, perawat jiwa memiliki peran penting dalam membangun ketangguhan mental (resilience) di kalangan petani. Dengan membekali petani dengan keterampilan psikologis untuk menghadapi ketidakpastian dan tantangan di lapangan, perawat jiwa dapat membantu meningkatkan daya tahan mereka terhadap tekanan. Ketangguhan mental ini sangat penting dalam memastikan produktivitas pertanian tetap stabil meskipun dalam kondisi sulit (Kurniyawan et al., 2022).

Selain itu, perawat jiwa juga dapat mendorong dukungan sosial di komunitas petani, dengan mengajak anggota keluarga dan masyarakat untuk saling mendukung dalam menjaga kesehatan mental. Melalui pendekatan komunitas, perawat jiwa dapat membantu menciptakan lingkungan yang lebih kondusif bagi kesejahteraan mental petani (Deviantony & Susanto, 2024).

Peran strategis perawat jiwa di sektor pertanian ini tidak hanya penting untuk meningkatkan kesehatan mental individu, tetapi juga berkontribusi pada keberlanjutan sistem pangan nasional. Kesejahteraan mental petani yang baik dapat meningkatkan produktivitas mereka, menjaga kestabilan pangan, serta membantu mewujudkan visi besar seperti Indonesia Emas 2045, di mana sektor pertanian menjadi salah satu pilar utama dalam mendukung ketahanan pangan dan kemandirian bangsa (Deviantony & Susanto, 2020).

## **E. Tantangan dan Hambatan dalam Implementasi Program Kesehatan Mental pada Petani**

---

Implementasi program kesehatan mental pada petani dihadapkan pada serangkaian tantangan dan hambatan yang kompleks dan multidimensional (Budiman et al., 2021). Salah satu hambatan terbesar adalah stigma sosial terhadap kesehatan mental, yang masih kuat di banyak komunitas pedesaan. Masalah kesehatan mental sering kali dianggap tabu, sehingga petani yang mengalami gangguan seperti stres, kecemasan, atau depresi merasa enggan untuk mencari bantuan (Perceval et al., 2019). Stigma ini diperparah oleh anggapan bahwa gangguan mental adalah bentuk kelemahan atau sesuatu yang memalukan, bukan sebagai kondisi medis yang memerlukan perhatian profesional. Kondisi ini membuat banyak petani tidak menyadari atau bahkan mengabaikan gejala awal gangguan kesehatan mental, yang kemudian semakin memburuk tanpa intervensi yang tepat.

Selain stigma, rendahnya kesadaran akan pentingnya menjaga kesehatan mental juga menjadi tantangan besar. Banyak petani yang tidak memahami bahwa tekanan hidup yang mereka hadapi yaitu seperti gagal panen, perubahan iklim, atau fluktuasi harga komoditas yang dapat berdampak pada kesejahteraan mental mereka (Vayro et al., 2020). Kurangnya edukasi dan informasi yang relevan membuat petani tidak memiliki keterampilan yang memadai untuk mengelola stres atau mengenali tanda-tanda gangguan mental, sehingga masalah kesehatan mental sering kali tidak terdeteksi sampai mencapai tahap yang lebih serius.

Akses yang terbatas terhadap layanan kesehatan mental juga menjadi kendala signifikan. Di banyak daerah pedesaan, terutama di wilayah terpencil, fasilitas kesehatan mental dan tenaga profesional, seperti psikolog dan perawat jiwa, sangat terbatas. Banyak petani yang tinggal jauh dari pusat-pusat kesehatan dan harus menempuh jarak yang cukup jauh untuk mendapatkan layanan tersebut, yang sering kali tidak praktis atau memakan biaya yang besar (Susanto et al, 2022). Bahkan ketika layanan tersedia, biaya yang harus dikeluarkan untuk konseling atau terapi juga menjadi hambatan, terutama bagi petani dengan pendapatan yang tidak stabil atau mereka yang hidup di bawah garis kemiskinan. Kondisi ekonomi yang sulit

sering kali membuat petani lebih memprioritaskan kebutuhan dasar seperti pangan dan pendidikan anak dibandingkan dengan perawatan kesehatan mental.

Selain masalah akses, kurangnya infrastruktur pendukung juga memperburuk situasi. Banyak daerah pedesaan yang tidak memiliki fasilitas khusus untuk kesehatan mental, seperti pusat rehabilitasi atau klinik dengan layanan psikologis. Infrastruktur telemedicine yang bisa menjadi solusi di wilayah terpencil juga belum merata, sehingga opsi untuk memberikan layanan kesehatan mental jarak jauh masih sangat terbatas. Tuntutan pekerjaan petani yang tinggi, terutama selama musim tanam dan panen, semakin memperparah situasi. Mereka sering kali tidak memiliki waktu luang untuk mengakses layanan kesehatan mental karena padatnya jadwal kerja di ladang, yang menghalangi mereka untuk mendapatkan dukungan yang diperlukan (Palmer & Strong, 2022).

Faktor kurangnya edukasi dan sumber daya juga menjadi hambatan yang signifikan. Program-program edukasi yang berfokus pada kesehatan mental di komunitas petani masih jarang, sehingga banyak petani yang tidak mengetahui cara mengelola tekanan psikologis yang mereka alami (Nye et al., 2022). Penyuluhan dan pelatihan tentang cara mengenali tanda-tanda gangguan mental, serta bagaimana cara mengatasinya, masih sangat terbatas. Selain itu, banyak program yang hanya bersifat sementara atau tidak berkelanjutan karena kurangnya dukungan finansial atau kebijakan yang mendukung. Kebijakan pemerintah yang mendukung kesehatan mental di sektor pertanian juga belum maksimal (Teng et al., 2022). Meskipun sudah ada beberapa program kesehatan mental, fokusnya masih lebih banyak tertuju pada masyarakat perkotaan, sementara komunitas petani di pedesaan sering kali terabaikan.

Kendala lain yang tak kalah penting adalah hambatan bahasa dan budaya. Di beberapa daerah, perbedaan bahasa atau dialek lokal sering kali membuat komunikasi antara tenaga kesehatan dan petani menjadi sulit. Selain itu, nilai-nilai budaya lokal yang menganggap kesehatan mental sebagai masalah pribadi atau tabu dapat menjadi penghalang bagi penerimaan program kesehatan mental. Pendekatan yang tidak sesuai dengan konteks budaya setempat cenderung tidak efektif dan sulit diterima oleh masyarakat (Santo et al., 2020).

Untuk mengatasi berbagai tantangan ini, diperlukan pendekatan yang komprehensif dan kolaboratif. Edukasi yang lebih luas dan intensif tentang pentingnya kesehatan mental harus diperkenalkan kepada petani melalui program penyuluhan yang melibatkan perawat jiwa, penyuluhan pertanian, serta pemangku kepentingan di tingkat lokal. Teknologi telemedicine juga bisa menjadi solusi jangka panjang untuk menjangkau daerah-daerah terpencil dengan memberikan layanan kesehatan mental jarak jauh yang lebih praktis dan terjangkau. Selain itu, dukungan

kebijakan pemerintah yang lebih kuat, termasuk pengalokasian dana yang memadai untuk layanan kesehatan mental di daerah pedesaan, sangat diperlukan. Dengan adanya dukungan yang berkelanjutan dari berbagai pihak, diharapkan program kesehatan mental bagi petani dapat diimplementasikan dengan lebih baik dan berkelanjutan, sehingga kesejahteraan mental petani terjaga dan produktivitas mereka tetap optimal, yang pada akhirnya mendukung ketahanan pangan nasional (Jensen et al., 2020).

## **F. Peran Keluarga dan Komunitas dalam Mendukung Ketahanan Pangan dan Kesehatan Mental Petani**

---

Keluarga dan komunitas memainkan peran penting dalam mendukung ketahanan pangan dan kesehatan mental petani. Sebagai elemen yang paling dekat dengan petani, keluarga memiliki pengaruh yang besar terhadap kesejahteraan mental mereka. Dalam kehidupan sehari-hari, keluarga menjadi sumber dukungan emosional yang signifikan, terutama dalam menghadapi berbagai tantangan yang kerap dihadapi petani, seperti fluktuasi harga, perubahan iklim, gagal panen, dan beban ekonomi. Dukungan keluarga, baik dalam bentuk dukungan moral, partisipasi dalam pekerjaan pertanian, maupun perhatian terhadap kondisi mental petani, dapat membantu mengurangi stres dan kecemasan yang mungkin muncul (Kusumawati et al., 2020).

Keluarga juga dapat berperan sebagai penjaga kesehatan mental petani dengan lebih peka terhadap perubahan perilaku atau tanda-tanda stres yang dialami. Ketika anggota keluarga menyadari adanya gejala gangguan mental, mereka dapat mendorong petani untuk mencari bantuan atau memberikan dorongan yang diperlukan untuk mengatasi tekanan psikologis. Dalam situasi di mana petani cenderung menahan diri dari berbicara tentang masalah mental mereka karena stigma atau rasa malu, keluarga bisa menjadi jembatan yang membuka dialog tentang pentingnya menjaga kesehatan mental. Dukungan dari istri, anak, atau kerabat dekat sering kali menjadi kunci untuk memotivasi petani agar lebih terbuka terhadap intervensi kesehatan mental (Yazdanpanah et al., 2021).

Selain itu, komunitas lokal juga memiliki peran krusial dalam mendukung kesejahteraan petani, baik dalam konteks ketahanan pangan maupun kesehatan mental. Komunitas pertanian, yang sering kali terdiri dari kelompok tani, organisasi lokal, dan institusi desa, dapat menyediakan lingkungan sosial yang mendukung dan kolaboratif. Dengan adanya rasa kebersamaan dan solidaritas di komunitas, petani tidak merasa sendirian dalam menghadapi berbagai tantangan. Komunitas yang solid dapat mendorong pembagian sumber daya, informasi, dan dukungan teknis yang diperlukan untuk menjaga produktivitas pertanian. Misalnya, melalui kelompok

tani, petani dapat bertukar pengalaman tentang cara mengatasi masalah cuaca ekstrem atau memperoleh akses ke teknologi pertanian yang lebih efisien (Nicolétis et al., 2019).

Selain dukungan teknis, komunitas juga berperan dalam mendukung kesehatan mental petani. Komunitas yang saling mendukung memungkinkan petani untuk merasa lebih diterima dan dipahami. Diskusi terbuka mengenai tekanan hidup di bidang pertanian, yang difasilitasi oleh kelompok atau organisasi lokal, bisa mengurangi rasa kesepian yang dialami petani dan menciptakan ruang bagi mereka untuk berbicara tentang kesehatan mental tanpa merasa dihakimi. Di beberapa komunitas, keterlibatan dalam kegiatan sosial seperti arisan, pertemuan kelompok tani, atau acara keagamaan, juga memberikan kesempatan bagi petani untuk beristirahat sejenak dari beban pekerjaan dan terhubung dengan orang lain, yang berdampak positif pada kesehatan mental mereka(Uhlmann et al., 2018).

Lebih jauh lagi, komunitas juga dapat berperan dalam mengurangi stigma terkait kesehatan mental di kalangan petani. Edukasi dan kampanye kesehatan mental di tingkat komunitas bisa membantu mengubah persepsi masyarakat tentang pentingnya kesehatan mental. Ketika komunitas secara bersama-sama mendukung pentingnya kesehatan mental, maka stigma akan berkurang, dan petani akan lebih mudah mendapatkan bantuan yang mereka butuhkan. Peran tokoh masyarakat atau pemimpin lokal juga penting dalam hal ini, karena mereka memiliki pengaruh yang kuat untuk mengedukasi dan memotivasi anggota komunitas agar lebih peduli terhadap kesehatan mental.

Kolaborasi antara keluarga dan komunitas juga dapat memperkuat ketahanan pangan. Ketika keluarga memberikan dukungan mental yang kuat dan komunitas menyediakan jaringan sosial dan teknis yang stabil, petani akan lebih mampu menjaga produktivitas mereka, bahkan di bawah tekanan. Keseimbangan antara kesejahteraan mental dan ketahanan pangan ini penting, karena petani yang sehat secara mental lebih mampu membuat keputusan yang tepat terkait dengan manajemen pertanian, seperti waktu tanam yang tepat, penggunaan teknologi yang efisien, dan strategi bertahan di saat krisis.

Secara keseluruhan, peran keluarga dan komunitas sangat penting dalam memastikan petani memiliki dukungan yang diperlukan untuk menjaga keseimbangan antara ketahanan pangan dan kesehatan mental. Dengan adanya dukungan yang kuat dari lingkungan terdekat mereka, petani dapat lebih baik mengatasi tantangan yang mereka hadapi, baik dari segi fisik maupun mental, yang pada akhirnya akan berkontribusi pada kesejahteraan keluarga petani itu sendiri serta keberlanjutan ketahanan pangan di tingkat lokal dan nasional(Deviantony & Susanto, 2024).

## **G. Pengaruh Faktor Sosial Budaya Terhadap Kesehatan Mental Petani**

---

Faktor sosial dan budaya memiliki pengaruh yang mendalam terhadap kesehatan mental petani, terutama di komunitas pedesaan yang masih sangat terikat pada nilai-nilai tradisional dan norma sosial yang kuat. Salah satu tantangan terbesar adalah adanya stigma sosial yang masih kental terkait kesehatan mental (Coman et al., 2020). Di banyak komunitas, masalah mental sering dianggap sebagai sesuatu yang tabu atau memalukan, sehingga petani yang mengalami tekanan psikologis, stres, atau bahkan gangguan mental yang lebih serius seperti depresi sering kali merasa enggan untuk mencari bantuan profesional. Mereka takut akan penilaian dari masyarakat yang mungkin menganggap mereka lemah atau tidak mampu menghadapi tantangan hidup. Pandangan semacam ini diperparah oleh anggapan bahwa gangguan mental bukanlah masalah kesehatan yang sah, melainkan cerminan dari kegagalan pribadi, kurangnya keteguhan, atau bahkan akibat dari hukuman ilahi. Karena itu, banyak petani memilih untuk menyembunyikan masalah kesehatan mental mereka dan tidak mencari bantuan hingga kondisi mereka memburuk, yang pada akhirnya dapat berdampak buruk pada produktivitas pertanian dan kualitas hidup mereka.

Selain stigma, persepsi tradisional tentang kesehatan mental yang masih berhubungan dengan kepercayaan mistis atau supranatural juga mempengaruhi cara petani merespons masalah ini. Di beberapa komunitas, gejala gangguan mental sering kali diartikan sebagai gangguan dari roh atau kutukan, dan bukan sebagai kondisi medis yang memerlukan intervensi psikologis. Dalam konteks ini, petani lebih cenderung mencari bantuan dari dukun atau tokoh spiritual daripada tenaga medis profesional. Meskipun pendekatan ini memberikan rasa lega secara spiritual, hal tersebut sering kali tidak memberikan solusi jangka panjang yang dibutuhkan untuk mengatasi gangguan mental secara efektif. Pengaruh budaya ini menunjukkan betapa kuatnya tradisi dan kepercayaan dalam mempengaruhi pilihan perawatan kesehatan di kalangan petani, yang membuat mereka lebih sulit mengakses bantuan kesehatan mental modern(Poudel & Subedi, 2020).

Di sisi lain, norma sosial dalam komunitas petani juga dapat memberikan dampak positif terhadap kesehatan mental. Kehidupan komunitas yang sering kali didasari pada semangat kebersamaan dan gotong royong bisa menjadi sumber dukungan emosional yang penting bagi petani. Dalam budaya pedesaan yang erat, ada rasa solidaritas yang kuat, di mana anggota komunitas saling membantu dalam menghadapi tantangan sehari-hari, termasuk dalam mengelola tekanan mental. Tradisi gotong royong, arisan, atau acara-acara sosial lainnya menyediakan ruang bagi petani untuk saling berbagi cerita, pengalaman, dan dukungan. Hubungan sosial yang erat ini bisa menjadi penopang bagi petani ketika mereka menghadapi

masa-masa sulit, mengurangi perasaan isolasi, dan memberikan dukungan emosional yang dapat membantu mereka mengelola stres. Nilai-nilai sosial ini juga memungkinkan petani untuk tidak merasa sendirian dalam menghadapi masalah yang serupa, sehingga mereka merasa lebih diterima dan didukung.

Namun, ekspektasi sosial yang tinggi, terutama terkait dengan peran gender, juga dapat menambah tekanan psikologis bagi petani. Dalam banyak budaya tradisional, petani laki-laki sering kali diharapkan menjadi penopang utama keluarga, sementara perempuan menjalankan peran ganda sebagai pengurus rumah tangga sekaligus membantu pekerjaan di ladang. Ekspektasi ini bisa menjadi sumber stres besar, terutama saat kondisi ekonomi keluarga terganggu oleh panen yang buruk atau harga komoditas yang anjlok. Bagi laki-laki, tekanan untuk selalu kuat dan tidak menunjukkan kelemahan sering kali membuat mereka menahan emosi mereka sendiri, sehingga risiko gangguan mental semakin tinggi. Sementara itu, perempuan yang menghadapi beban kerja ganda di rumah dan di ladang juga rentan terhadap kelelahan mental dan stres, tetapi karena norma sosial, mereka mungkin merasa harus tetap terlihat tegar dan tidak mengeluhkan situasi mereka.

Selain itu, faktor sosial dan budaya juga mempengaruhi cara petani mengelola stres. Dalam beberapa komunitas, norma budaya mengajarkan bahwa masalah pribadi, termasuk kesehatan mental, adalah sesuatu yang harus dihadapi secara mandiri dan tidak perlu dibagikan kepada orang lain. Hal ini membuat banyak petani merasa bahwa berbicara tentang masalah mental adalah tanda kelemahan, sehingga mereka memilih untuk menyimpannya sendiri. Sebaliknya, di komunitas yang lebih terbuka terhadap ekspresi emosi, petani mungkin merasa lebih nyaman berbagi perasaan mereka, yang dapat membuka jalan bagi dukungan yang lebih cepat dan lebih efektif. Selain itu, beberapa komunitas memiliki kearifan lokal atau praktik spiritual yang membantu dalam meredakan stres, seperti meditasi, doa bersama, atau ritual keagamaan. Meskipun praktik-praktik ini tidak dapat menggantikan intervensi medis, mereka dapat memberikan ketenangan dan rasa kontrol bagi petani dalam menghadapi tantangan hidup.

Namun, faktor sosial budaya juga memengaruhi akses terhadap layanan kesehatan mental. Di komunitas yang sangat terikat pada nilai-nilai tradisional, petani mungkin lebih percaya pada metode penyembuhan tradisional dibandingkan dengan layanan kesehatan modern. Selain itu, dalam komunitas dengan struktur sosial yang hierarkis, petani mungkin bergantung pada pandangan tokoh masyarakat atau pemimpin adat untuk memutuskan apakah mereka harus mencari perawatan medis. Jika tokoh-tokoh ini tidak mendukung pendekatan kesehatan mental modern, petani mungkin enggan mencari bantuan yang mereka butuhkan. Terlebih lagi, perubahan sosial yang cepat, seperti urbanisasi atau modernisasi

pertanian, juga dapat memicu kecemasan dan stres di kalangan petani, karena mereka merasa harus beradaptasi dengan perubahan yang mungkin mengganggu keseimbangan kehidupan tradisional mereka.

Secara keseluruhan, faktor sosial dan budaya memainkan peran yang sangat penting dalam membentuk kesehatan mental petani. Stigma, persepsi tradisional, norma gender, dan cara pengelolaan stres semuanya berkontribusi pada bagaimana petani merespons tekanan mental yang mereka hadapi. Meskipun banyak norma budaya yang menantang dalam hal akses ke perawatan kesehatan mental modern, dukungan sosial dari keluarga dan komunitas dapat menjadi sumber kekuatan bagi petani dalam mengelola tantangan mental mereka. Memahami pengaruh faktor sosial budaya ini sangat penting dalam merancang program kesehatan mental yang efektif dan sesuai konteks bagi komunitas petani.

#### **H. Evaluasi Dampak Program Kesehatan Mental Terhadap Ketahanan Pangan**

---

Evaluasi dampak program kesehatan mental terhadap ketahanan pangan sangat penting untuk memahami sejauh mana kesejahteraan mental petani dapat memengaruhi produktivitas dan stabilitas pangan, baik di tingkat individu maupun komunitas. Salah satu indikator utama yang dievaluasi adalah peningkatan produktivitas petani. Petani yang kesejahteraan mentalnya terjaga cenderung lebih termotivasi dan mampu mengelola stres yang terkait dengan pekerjaan mereka, seperti tantangan cuaca ekstrem, gagal panen, atau fluktuasi harga pasar. Dengan kesehatan mental yang baik, mereka lebih mampu membuat keputusan yang tepat terkait manajemen lahan, pemilihan teknologi, dan penggunaan sumber daya pertanian secara efisien, sehingga menghasilkan peningkatan produktivitas pangan. Selain itu, penurunan tingkat stres dan kecemasan di kalangan petani menjadi indikator penting lainnya. Program kesehatan mental yang efektif, seperti konseling, terapi psikologis, atau pelatihan manajemen stres, dapat membantu petani mengurangi beban psikologis yang mereka alami, sehingga mereka lebih fokus dan tenang dalam menjalankan aktivitas pertanian sehari-hari.

Peningkatan keseimbangan antara pekerjaan dan kehidupan pribadi juga merupakan aspek penting dalam evaluasi program kesehatan mental. Petani yang memiliki beban mental yang lebih ringan cenderung mampu mengatur waktu kerja dan istirahat dengan lebih baik, yang berpengaruh pada peningkatan produktivitas tanpa menyebabkan kelelahan mental atau burnout(Kurniyawan et al., 2023). Program yang berhasil akan membantu petani menjaga keseimbangan ini, sehingga mereka tetap produktif di ladang sambil tetap memperhatikan kesejahteraan pribadi dan keluarga mereka. Selain itu, dampak program kesehatan mental terhadap ketahanan pangan juga dapat dilihat dari peningkatan partisipasi petani dalam

komunitas. Petani yang lebih sehat secara mental cenderung lebih aktif dalam kelompok tani atau komunitas pertanian, yang berperan penting dalam memperkuat jaringan sosial dan berbagi pengetahuan terkait praktik pertanian yang lebih efektif(Kurniyawan et al., 2022). Partisipasi ini tidak hanya meningkatkan solidaritas dan dukungan sosial di kalangan petani, tetapi juga membantu meningkatkan ketahanan pangan lokal melalui inovasi dalam praktik pertanian.

Salah satu hasil paling signifikan dari program kesehatan mental yang berhasil adalah penurunan angka gangguan mental yang serius dan tingkat bunuh diri di kalangan petani. Banyak petani menghadapi tekanan yang luar biasa, terutama ketika mereka mengalami krisis ekonomi atau gagal panen berulang kali. Program kesehatan mental yang memberikan akses ke konseling, terapi, dan layanan intervensi krisis dapat membantu mengurangi insiden gangguan mental yang parah, sehingga petani tetap produktif dan berkontribusi terhadap ketahanan pangan. Evaluasi dampak program ini juga dapat dilihat dari seberapa baik petani dapat mengelola risiko pertanian. Petani dengan kesehatan mental yang baik cenderung lebih mampu mengambil keputusan yang tepat saat menghadapi risiko, seperti perubahan iklim atau fluktuasi pasar, yang berpengaruh pada stabilitas produksi pangan mereka(Mekonnen et al., 2021). Dengan kesehatan mental yang lebih terjaga, mereka mampu mengembangkan strategi adaptasi yang lebih baik dan menghadapi tantangan dengan percaya diri, yang pada akhirnya meningkatkan ketahanan pangan mereka sendiri serta masyarakat.

Di samping itu, program kesehatan mental yang sukses juga berkontribusi pada peningkatan kesejahteraan keluarga petani. Kesehatan mental yang baik tidak hanya berdampak pada individu petani, tetapi juga pada keluarga mereka secara keseluruhan. Petani yang lebih sehat secara mental lebih mampu mendukung kebutuhan finansial dan emosional keluarga mereka, yang meningkatkan kualitas hidup keluarga. Kesejahteraan keluarga yang lebih baik berkontribusi pada ketahanan pangan di tingkat rumah tangga, yang pada akhirnya berpengaruh pada ketahanan pangan di komunitas dan nasional. Program kesehatan mental yang efektif juga dapat mengurangi ketergantungan petani pada bantuan eksternal, seperti bantuan pangan atau subsidi. Dengan kondisi mental yang stabil, petani lebih mampu mandiri dan bertahan dari krisis tanpa harus bergantung pada bantuan luar, yang menunjukkan dampak jangka panjang dari program ini terhadap ketahanan pangan dan kemandirian petani.

Secara keseluruhan, evaluasi dampak program kesehatan mental terhadap ketahanan pangan mencakup berbagai aspek yang saling terkait. Program kesehatan mental yang dirancang dengan baik akan memberikan dampak nyata dalam meningkatkan kesejahteraan mental petani, produktivitas pertanian, serta

ketahanan pangan di tingkat lokal dan nasional. Evaluasi ini penting untuk memastikan bahwa program tersebut tidak hanya berfokus pada kesehatan mental individu, tetapi juga memberikan manfaat yang luas dan berkelanjutan bagi ketahanan pangan dan kesejahteraan masyarakat secara keseluruhan.

## I. Penutup

---

evaluasi dampak program kesehatan mental terhadap ketahanan pangan menunjukkan bahwa kesejahteraan mental petani memiliki peran yang sangat penting dalam menjaga produktivitas dan keberlanjutan sektor pertanian. Program kesehatan mental yang efektif tidak hanya meningkatkan kesehatan individu, tetapi juga berkontribusi pada kekuatan komunitas, kemandirian petani, serta ketahanan pangan di tingkat lokal dan nasional. Petani yang sehat secara mental lebih mampu mengelola stres, membuat keputusan yang tepat, dan beradaptasi dengan risiko yang tak terduga, yang semuanya mendukung peningkatan hasil pertanian dan stabilitas pangan. Selain itu, dampak positif pada kesejahteraan keluarga dan pengurangan ketergantungan pada bantuan eksternal menunjukkan bahwa program kesehatan mental memiliki implikasi jangka panjang bagi kemandirian dan ketahanan petani. Oleh karena itu, keberlanjutan dan perluasan program-program ini sangat penting untuk membangun sektor pertanian yang kuat, mandiri, dan berkelanjutan, sekaligus meningkatkan kualitas hidup petani dan masyarakat secara keseluruhan.

## Referensi

- Afulani, P. A., Coleman-Jensen, A., & ... (2020). Food insecurity, mental health, and use of mental health services among nonelderly adults in the United States. *Journal of Hunger |& ...* <https://doi.org/10.1080/19320248.2018.1537868>
- Budiman, M. E. A., Yuhbaba, Z. N., & ... (2021). Kesehatan Mental Petani Selama Masa Pandemi COVID-19 di Kabupaten Bondowoso. ... *Kesehatan" ...*, 12(November), 94–97. [http://repository.stikesdrsoebandi.ac.id/264/2/ARTIKEL\\_PENELITIAN\\_M.ELYAS\\_ARIF\\_BUDIMAN.pdf](http://repository.stikesdrsoebandi.ac.id/264/2/ARTIKEL_PENELITIAN_M.ELYAS_ARIF_BUDIMAN.pdf)
- Cheesmond, N. E., Davies, K., & Inder, K. J. (2019). Exploring the role of rurality and rural identity in mental health help-seeking behavior: A systematic qualitative review. ... *of Rural Mental Health*. <https://psycnet.apa.org/record/2019-06780-005>
- Chiwona-Karltun, L., Amuakwa-Mensah, F., & ... (2021). COVID-19: From health crises to food security anxiety and policy implications. *Ambio*. <https://doi.org/10.1007/s13280-020-01481-y>
- Claasen, N., & Lemke, S. (2019). Strong ties, weak actors? Social networks and food security among farm workers in South Africa. *Food Security*. <https://doi.org/10.1007/s12571-019-00902-5>
- Coman, M. A., Marcu, A., Chereches, R. M., & ... (2020). Educational interventions to improve safety and health literacy among agricultural workers: a systematic review. ... *and Public Health*. <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/3/1114>
- Deviantony, F., & Susanto, T. (2020). Exploring Jember Community View in the Treatment of Mental Health Disorders with the Perspective of a Transcultural Nursing. *NurseLine Journal*. <https://jurnal.unej.ac.id/index.php/NLJ/article/view/16623>
- Deviantony, F., & Susanto, T. (2024). Gender role analysis in achieving farmer household food security in Jember District. *Action: Aceh* .... <https://ejournal.poltekkesaceh.ac.id/index.php/an/article/view/1367>
- Duong, P. B., Thanh, P. T., & Ancev, T. (2021). Impacts of off-farm employment on welfare, food security and poverty: Evidence from rural Vietnam. *International Journal of Social* .... <https://doi.org/10.1111/ijsw.12424>
- Flores, H. L., & Amiri, A. (2019). CE: Addressing food insecurity in vulnerable populations. *AJN The American Journal of Nursing*. [https://journals.lww.com/ajnonline/fulltext/2019/01000/CE\\_AddressFood\\_Insecurity\\_in\\_Vulnerable.24.aspx](https://journals.lww.com/ajnonline/fulltext/2019/01000/CE_AddressFood_Insecurity_in_Vulnerable.24.aspx)
- Gillani, S., Shafiq, M. N., Ahmad, T. I., & ... (2021). Household Food Insecurity and Mental Health amid COVID-19 Pandemic: A Case of Urban Informal Sector Labor in Punjab (Pakistan). *Pakistan Journal of* ....

[https://www.researchgate.net/profile/Muhammad-Shafiq-43/publication/356587716\\_Household\\_Food\\_Insecurity\\_and\\_Mental\\_Health\\_amid\\_COVID-19\\_Pandemic\\_A\\_Case\\_of\\_Urban\\_Informal\\_Sector\\_Labor\\_in\\_Punjab\\_Pakistan/links/61a26f4f6b9a6f0967098e1b/Household-Food-Insecu](https://www.researchgate.net/profile/Muhammad-Shafiq-43/publication/356587716_Household_Food_Insecurity_and_Mental_Health_amid_COVID-19_Pandemic_A_Case_of_Urban_Informal_Sector_Labor_in_Punjab_Pakistan/links/61a26f4f6b9a6f0967098e1b/Household-Food-Insecu)

HENDRAINI, H., & SOEDARTO, T. (2021). Analysis of Farmer Behavior Based on Farmer Characteristics, Economic Conditions, and Number of Family Members. *The Journal of Asian Finance* ....  
<https://koreascience.kr/article/JAKO202104142286655.page>

Hirsch, J. K., Smalley, K. B., Selby-Nelson, E. M., & ... (2018). Psychosocial impact of fracking: a review of the literature on the mental health consequences of hydraulic fracturing. ... *Journal of Mental Health* ....  
<https://doi.org/10.1007/s11469-017-9792-5>

Jensen, E. J., Wieling, E., & Mendenhall, T. (2020). A phenomenological study of clinicians' perspectives on barriers to rural mental health care. ... *of Rural Mental Health*. <https://psycnet.apa.org/fulltext/2020-02631-004.html>

Kerr, R. B., Kangmennaang, J., Dakishoni, L., & ... (2019). Participatory agroecological research on climate change adaptation improves smallholder farmer household food security and dietary diversity in Malawi. *Agriculture, Ecosystems* ....  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016788091930091X>

Kurniyawan, E. H., Andriyani, A., & ... (2023). Self-efficacy and Job Stress among Tobacco Farmers. *Health and* ....  
<https://journalkhd.com/ojs/index.php/htechj/article/view/41>

Kurniyawan, E. H., Dewi, E. I., Wuryaningsih, E. W., & ... (2022). Strengthening the Mental Health of Elderly Farmers After the COVID-19 Pandemic: Penguatan Kesehatan Mental Petani Lansia Pasca Pandemi COVID-19. *DEDIKASI SAINTEK* ....  
<https://ebsina.or.id/journals/index.php/djpm/article/view/27>

Kusumawati, R. N., Wardani, K. K., & ... (2020). The psychological state of farmers in the agricultural cultivation of food crops during the COVID-19 Pandemic in Java, Indonesia. *Caraka Tani: Journal of* ....  
<http://jurnal.uns.ac.id/carakatani/article/view/43638>

Lavorato, G., Rodrigues, L., Silva, D. A. R., & ... (2018). Spirituality review on mental health and psychiatric nursing. *Revista Brasileira de* ....  
<https://www.scielo.br/j/reben/a/VbZrLLzDTgn6m3TbFkMsp9N/?lang=en>

Martin-Shields, C. P., & Stojetz, W. (2019). Food security and conflict: Empirical challenges and future opportunities for research and policy making on food security and conflict. *World Development*.  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0305750X18302407>

- Mekonnen, A., Tessema, A., Ganewo, Z., & Haile, A. (2021). Climate change impacts on household food security and farmers adaptation strategies. ... *of Agriculture and Food* .... <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666154321000995>
- Mokhtar, W., Izhar, T. A. T., Zaini, M. K., & ... (2022). The importance of digital literacy skills among farmers for sustainable food security. *International Journal of* .... <https://ijarped.com/index.php/journal/article/view/1901>
- Nicolétis, É., Caron, P., Solh, M. El, Cole, M., Fresco, L. O., & ... (2019). ... that enhance food security and nutrition. *A report by the High Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition of the Committee on World Food Security.* agritrop.cirad.fr. <https://agritrop.cirad.fr/604473/1/604473.pdf>
- Nye, C., Winter, M., & Lobley, M. (2022). The role of the livestock auction mart in promoting help-seeking behavior change among farmers in the UK. *BMC Public Health.* <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13958-4>
- O'Hara, S., & Toussaint, E. C. (2021). Food access in crisis: Food security and COVID-19. *Ecological Economics.* <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0921800920312179>
- Palmer, K., & Strong, R. (2022). Evaluating impacts from natural weather-related disasters on farmers mental health worldwide. *Advancements in Agricultural Development.* <https://agdevresearch.org/index.php/aad/article/view/175>
- Perceval, M., Kölves, K., Ross, V., Reddy, P., & ... (2019). Environmental factors and suicide in Australian farmers: A qualitative study. ... *|& Occupational Health.* <https://doi.org/10.1080/19338244.2018.1453774>
- Poudel, K., & Subedi, P. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on socioeconomic and mental health aspects in Nepal. *International Journal of Social* .... <https://doi.org/10.1177/0020764020942247>
- Raj, S., Roodbar, S., Brinkley, C., & Wolfe, D. W. (2022). Food Security and Climate Change: Differences in Impacts and Adaptation Strategies for Rural Communities in the Global South and North. *Frontiers in Sustainable Food Systems*, 5(January), 1–18. <https://doi.org/10.3389/fsufs.2021.691191>
- Santo, R. E., Kim, B. F., Goldman, S. E., & ... (2020). Considering plant-based meat substitutes and cell-based meats: a public health and food systems perspective. ... *in Sustainable Food* .... <https://doi.org/10.3389/fsufs.2020.00134>
- Saputra, R., & Lidyawati, Y. (2024). Flourishing with food security: why mental health matters for Indonesia's food policy. *Journal of Public Health.* <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdae243/7756627>
- Shim, R. S., & Compton, M. T. (2020). The social determinants of mental health: psychiatrists' roles in addressing discrimination and food insecurity. *Focus.* <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20190035>

- Susanto, R. N. T., & ... (2022). Physical Activity and Body Mass Index Among Farmers: A Secondary Data Analysis of Non-Communicable Disease Program at Public Health Center of Jember .... *International* .... [https://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/14.pp\\_134\\_142-susanto.pdf](https://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/14.pp_134_142-susanto.pdf)
- Teng, Y., Pang, B., Wei, J., Ma, L., Yang, H., & ... (2022). Behavioral decision-making of the government, farmer-specialized cooperatives, and farmers regarding the quality and safety of agricultural products. ... *in Public Health*. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.920936>
- Trudell, J. P., Burnet, M. L., Ziegler, B. R., & Luginaah, I. (2021). The impact of food insecurity on mental health in Africa: A systematic review. *Social Science &medicine*. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953621002859>
- Uhlmann, K., Lin, B. B., & Ross, H. (2018). Who cares? The importance of emotional connections with nature to ensure food security and wellbeing in cities. *Sustainability*. <https://www.mdpi.com/2071-1050/10/6/1844>
- Varga, A. V. (2024). *The Relationship Between Cultural Food Security and International Student Physical and Mental Health*. [rave.ohiolink.edu](https://rave.ohiolink.edu/etdc/view?acc_num=bgsu1719491110099018). [https://rave.ohiolink.edu/etdc/view?acc\\_num=bgsu1719491110099018](https://rave.ohiolink.edu/etdc/view?acc_num=bgsu1719491110099018)
- Vayro, C., Brownlow, C., Ireland, M., & March, S. (2020). "Farming is not Just an Occupation [but] a Whole Lifestyle": a qualitative examination of lifestyle and cultural factors affecting mental health help-seeking in Australian .... *Sociologia Ruralis*. <https://doi.org/10.1111/soru.12274>
- Watson, R. R., Singh, R. B., & Takahashi, T. (2018). *The role of functional food security in global health*. [books.google.com](https://books.google.com/books?hl=en%5C&lr=%5C&id=Swl2DwAAQBAJ%5C&oi=fnd%5C&pg=PP1%5C&dq=mental+health+and+farmers+and+food+security%5C&ots=mI5kCFFiYA%5C&sig=baBcxzh3x9JtFwgDZm24v0Wlj-8). <https://books.google.com/books?hl=en%5C&lr=%5C&id=Swl2DwAAQBAJ%5C&oi=fnd%5C&pg=PP1%5C&dq=mental+health+and+farmers+and+food+security%5C&ots=mI5kCFFiYA%5C&sig=baBcxzh3x9JtFwgDZm24v0Wlj-8>
- Yazd, S. D., Wheeler, S. A., & Zuo, A. (2019). Key risk factors affecting farmers' mental health: A systematic review. ... *Research and Public Health*. <https://www.mdpi.com/1660-4601/16/23/4849>
- Yazdanpanah, M., Moghadam, M. T., & ... (2021). The impact of livelihood assets on the food security of farmers in Southern Iran during the COVID-19 pandemic. ... *and Public Health*. <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/10/5310>
- Younker, T., & Radunovich, H. L. (2021). Farmer mental health interventions: a systematic review. ... *Environmental Research and Public Health*. <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/1/244>

## Glosarium

B

**Bencana Alam:** Peristiwa seperti banjir, kekeringan, atau gempa bumi yang dapat merusak hasil panen dan memengaruhi stabilitas ekonomi petani.

---

D

**Depresi:** Gangguan mental yang ditandai dengan perasaan sedih yang mendalam, kehilangan minat pada aktivitas sehari-hari, dan penurunan energi, yang dapat memengaruhi kemampuan seseorang untuk berfungsi secara normal.

---

F

**Fluktuasi Harga Komoditas Pertanian:** Perubahan harga hasil pertanian yang tidak stabil di pasar, yang dapat memengaruhi pendapatan dan kesejahteraan petani.

---

G

**Gangguan Stres Pascatrauma (PTSD):** Gangguan mental yang terjadi setelah seseorang mengalami atau menyaksikan peristiwa traumatis, yang sering dialami oleh petani akibat bencana alam atau tekanan ekonomi.

**Gotong Royong:** Tradisi kerja sama dan solidaritas dalam komunitas untuk mencapai tujuan bersama, seperti mendukung kesejahteraan mental dan ketahanan pangan petani.

---

K

**Ketahanan Pangan:** Kondisi di mana masyarakat memiliki akses fisik, sosial, dan ekonomi yang memadai terhadap pangan yang bergizi, aman, dan cukup untuk kebutuhan hidup sehat dan aktif.

**Ketangguhan Mental (Resilience):** Kemampuan individu untuk bangkit dari kesulitan, stres, atau trauma, dan tetap produktif dalam menghadapi tantangan.

**Kesehatan Mental:** Keadaan kesejahteraan di mana individu menyadari potensinya sendiri, mampu mengatasi tekanan hidup, bekerja secara produktif, dan berkontribusi kepada komunitasnya.

**Keseimbangan Kerja-Hidup:** Kemampuan untuk mengelola waktu dan energi antara pekerjaan dan kehidupan pribadi secara efektif, yang dapat mempengaruhi kesejahteraan mental dan produktivitas.

P

**Perawat Jiwa:** Profesional kesehatan yang bertugas mendukung dan mengelola kesejahteraan mental individu, termasuk intervensi dalam penanganan gangguan mental serta edukasi tentang kesehatan mental.

**Petani:** Individu yang bekerja di sektor pertanian, berperan sebagai penyedia pangan, dan menghadapi berbagai tantangan seperti ketidakpastian cuaca, harga pasar, dan tekanan ekonomi yang dapat memengaruhi kesejahteraan mental mereka.

**Program Kesehatan Mental:** Inisiatif yang dirancang untuk mendukung kesejahteraan mental individu atau kelompok melalui edukasi, konseling, terapi, dan pelatihan manajemen stres.

---

S

**Stigma Sosial:** Sikap negatif yang kuat di masyarakat terhadap individu atau kelompok yang memiliki gangguan mental, yang dapat menghambat mereka dalam mencari bantuan profesional.

**Stres Kronis:** Kondisi tekanan psikologis yang berkepanjangan, sering kali dialami oleh petani akibat ketidakpastian dalam pekerjaan mereka.

---

T

**Tekanan Ekonomi:** Beban keuangan yang dihadapi oleh petani, termasuk utang, biaya pendidikan, dan kebutuhan hidup sehari-hari, yang dapat memicu stres dan gangguan mental.

**Telemedicine:** Penggunaan teknologi komunikasi untuk memberikan layanan kesehatan dari jarak jauh, terutama di daerah yang sulit dijangkau, termasuk layanan kesehatan mental.

---

V

**Visi Indonesia Emas 2045:** Visi strategis Indonesia untuk menjadi negara maju pada tahun 2045 dengan fokus pada pembangunan sumber daya manusia yang unggul, termasuk aspek kesehatan mental yang kuat.



# BAB 3

## Efektifitas Terapi Kognitif Behavior Sebagai Upaya Terhadap Penurunan Depresi pada Orang dengan HIV-AIDS

Helena Pangaribuan

### A. Pendahuluan

Human Immunodeficiency Virus (HIV) merupakan virus yang memperlengah kekebalan tubuh manusia. HIV menyerang tubuh manusia dengan cara membunuh atau merusak sel-sel yang berperan dalam kekebalan tubuh sehingga kemampuan tubuh untuk melawan infeksi dan kanker menurun drastis. HIV-AIDS kini menjadi ancaman serius bagi manusia di dunia. Banyak anggapan masyarakat bahwa HIV-AIDS termasuk penyakit yang dapat menular hanya dengan bersentuhan saja ( Nevid, 2005). Stigma dalam masyarakat dan keluarga biasanya menimbulkan masalah psikologi yang rumit bagi orang dengan HIV-AIDS, beban psikososial. yang dapat menimbulkan rasa cemas, depresi, kurang percaya diri, putus asa dan ingin bunuh diri ( Keliat, 2014). Prevalensi ODHA di Indonesia yang tersebar pada 33 provinsi pada tahun 2013 berjumlah 638.643, tahun 2014 berjumlah 686.319 dan tahun 2015 berjumlah 735.256 ( Kemenkes ,2021). Data kasus HIV-AIDS di kota Palu menurut Dinas Kesehatan kota Palu Tahun 2021 sejumlah 151 kasus. Berdasarkan hasil survei awal pada 10 orang penderita HIV di dapatkan data 100% orang mengalami harga diri rendah, depresi, isolasi sosial.

Mengingat bahwa pengobatan yang dilakukan pada orang yang terinfeksi HIV/ AIDS mencakup dua sisi, yaitu medis dan psikologis. Pengobatan tidak berfungsi untuk penyembuhan, tetapi hanya untuk mempertahankan kualitas hidup yang lebih baik. Perawatan non-medis (terapi penunjang), yaitu terapi kognitif dukungan psikologis dari anggota keluarga.

## **B. Terapi Kognitif *Behavior***

---

Terapi Kognitif behavior adalah terapi yang merupakan penggabungan antara strategi tingkah laku dan proses kognitif, dengan tujuan mencapai perubahan tingkah laku dan kognitif (Dobson dan Dozois, dalam Lesmana, 2009). Dasar pemikiran dari terapi ini adalah model kognitif yang menyebutkan bahwa reaksi emosi dan tingkah laku seseorang sangat dipengaruhi oleh pemikiran, keyakinan, dan interpretasi individu tentang diri sendiri atau situasi tertentu, yang berdampak pada bagaimana cara individu mengartikan kejadian-kejadian dalam hidup mereka dan memandang dunia. Terapi Kognitif-Perilaku merupakan suatu pendekatan terapi yang kolaboratif, yang berfokus pada hubungan terapeutik antara terapis dan klien, sebagaimana juga adanya empati, kehangatan (Worskhop FKUI, 2015).

Intervensi ini melibatkan langkah-langkah kognitif yang terkait dengan pengaruh dari keyakinan irasional mengenai prokrastinasi. Keyakinan irasional sering diasosiasikan dengan perilaku menghindar dan restrukturasi kognitif dapat digunakan untuk mengatasi masalah keyakinan irasional yang mengganggu kognisi dalam melakukan respon yang benar. Pengalaman klinis menunjukkan bahwa pembahasan mengenai asumsi, core beliefs, dan pemikiran negatif yang otomatis sangat penting untuk mencegah individu dari melakukan prokrastinasi (Rozental & Carlbring, 2014). Selain itu, menyadari adanya keyakinan irasional yang dimiliki dapat membantu individu dalam memahami kesenjangan antara situasi yang dialami dan tujuan serta nilai-nilai yang diharapkan. Proses terapi kognitif bisa membantu orang untuk memahami masalah kognisi tertentu dalam melaksanakan tindakan yang diperlukan untuk memenuhi komitmen, serta meningkatkan kesediaan individu untuk terlibat pada perilaku yang lebih adaptif (Rozental & Carlbring, 2014).

Intervensi ini merupakan sebuah jenis teknik yang didasarkan pada tiga model terapi perilaku (pengkondisian klasik, pengkondisian operan, pembelajaran sosial) dapat digabungkan ke dalam terapi permainan. Teknik-teknik dari pengkondisian klasik (misal, desensitisasi sistematis) dan operan (misal, manajemen kontigensi, pembentukan, penguatan diferensial perilaku lain [DRO]) biasanya digunakan untuk membantu anak memasukkan perilaku yang lebih adaptif. Teknik-teknik dari teori pembelajaran sosial (misal, peragaan) digunakan secara ekstensif dalam CBPT, memanfaatkan pembelajaran observasional sebagai alat untuk mempelajari perilaku baru (Schaefer, 2011).

Metode-metode behavioral dalam CBPT biasanya melibatkan perubahan aktifitas, sedangkan metode-metode kognitif berurusan dengan perubahan pemikiran. Karena pikiran-pikiran maladaptif diduga mengakibatkan perilaku maladaptif, perubahan pikiran harus menghasilkan perubahan perilaku. Ahli terapi

membantu anak menemukan, memodifikasi, dan/atau membentuk kognisi. Melalui cara ini, anak-anak belajar untuk mengidentifikasi pikiran-pikiran maladaptif dan menggantinya dengan pikiran-pikiran yang adaptif (Schaefer, 2011 : 320).

Metode perilaku dalam CBPT biasanya melibatkan perubahan dalam aktivitas, sedangkan metode kognitif menghadapi perubahan dalam berpikir karena pikiran maladaptif yang diduga menyebabkan perilaku maladaptif. Perubahan dalam berpikir harus menghasilkan perubahan perilaku. (Knell dalam Schaefer : 2015).

### C. Terapi Kognitif Behavior untuk Menurunkan Depresi

---

Terapi Kognitif behavior untuk menurunkan tingkat stres dapat berupa sekumpulan teknik yang mengkombinasikan pendekatan kognitif dan behavior/perilaku. Dalam penelitian ini, teknik-teknik yang akan digunakan adalah psikoedukasi, relaksasi, latihan harian, mengenali emosi dan pikiran negatif, dan restrukturisasi kognitif, Towsend, M. C., (2013). CBT ialah salah satu pengobatan yang memiliki opini jika kepercayaan serta pola pikir, sanggup pengaruh tindakan dan sikap serta juga transformasi dalam kesadaran, alhasil akan mereproduksi transformasi tindakan yang diharapkan (Sonhaji et al., 2021).

**Tabel 3.1 Teknik Kognitif dan behavior dalam Terapi Kognitif-Perilaku untuk Menurunkan depresi**

<b>Pendekatan kognitif</b>	Mengenali emosi negatif Mengenali pikiran negatif Restrukturisasi kognitif
<b>Pendekatan Behavior/ perilaku</b>	Latihan harian Relaksasi

#### 1. Mengenali emosi negatif

Klien seringkali lebih mudah untuk menyadari perasaan dari pada pikiran. Hal ini dapat memberikan kesempatan bagi peneliti untuk mengakses pikiran individu (Westbrook, Kennerley, dan Kirk, 2007). Misalnya, jika peneliti mendorong individu untuk mulai dengan memfokuskan pada emosi, menggali dan mengelaborasinya, maka peneliti akan menemukan bahwa sesungguhnya perasaan individu akhirnya mengarah pada identifikasi kognisi atau pikiran. Selain itu, individu yang mengalami kesulitan untuk memverbalisasikan pikiran, atau menyebutkan bahwa mereka tidak memikirkan apapun, seringkali merasa terbantu dengan memfokuskan pada sensasi fisik dan perasaan terlebih dahulu

#### 2. Mengenali pikiran negatif

Pikiran negatif atau negative automatic thought (NAT) merupakan hal dasar dalam Terapi Kognitif behavior, yang digunakan untuk menggambarkan suatu arus pikiran yang seringkali tidak diperhatikan oleh individu. Pemikiran ini, secara negatif menentukan penilaian atau pemaknaan individu terhadap apa yang

terjadi di sekitarnya. NAT diperkirakan memberikan pengaruh langsung terhadap suasana hati dari waktu ke waktu, dan oleh sebab itu NAT menjadi pusat penting untuk setiap Terapi Kognitif-Perilaku anatara lain : terjadi begitu saja, secara otomatis, dan tanpa usaha, pemikiran spesifik mengenai peristiwa atau situasi yang spesifik, dapat disadari secara mudah ( Cania , 2023)

#### Restrukturisasi negatif

Dalam restrukturisasi kognitifInformasi yang telah didapatkan selama berjalannya intervensi, seperti pikiran negatif dan keyakinan yang salah, secara bersama-sama ditantang menggunakan socratic questioning yang ditanyakan oleh peneliti. Pembelajaran mengenai kesalahan pada pikiran otomotik negatif dapat membantu individu memahami bahwa pikiran (bukan peristiwa) mereka yang menyebabkan stres yang merusak. Setelah itu, individu diajarkan untuk mencari bukti-bukti yang dapat digunakan untuk melawan pikiran negatif yang dimiliki dan menggantinya dengan pikiran yang positif

#### Latihan harian

Individu yang melakukan latihan harian, sebagai bagian dari mengenali dan mengevaluasi pikiran negatif, menunjukkan keberhasilan yang lebih besar dibandingkan yang tidak melakukan. Hal ini dikarenakan mereka memiliki kemungkinan yang lebih besar untuk menggeneralisasikan apa yang sudah mereka lakukan pada setiap sesi intervensi ke dalam kehidupan sehari-hari (Westbrook, Kennerley, dan Kirk, 2007). Akan tetapi, perlu diperhatikan bahwa tugas yang diberikan sebaiknya berarti bagi individu dan bermanfaat bagi berjalannya intervensi ataupun pencapaian yang dimiliki individu

#### 3. Relaksasi

Ketegangan fisik menjadi salah satu mekanisme bertahan untuk banyak masalah, seperti depresi , gangguan kecemasan, stres, atau masalah tidur. Hal ini dapat terlihat dari munculnya berbagai simtom fisik, seperti peningkatan detak jantung, kekakuan pada leher, kaki terasa berat, dan gemetar. Gejala- gejala ketegangan ini dapat dikurangi melakukan relaksasi (Workshop FK UI, 2015)

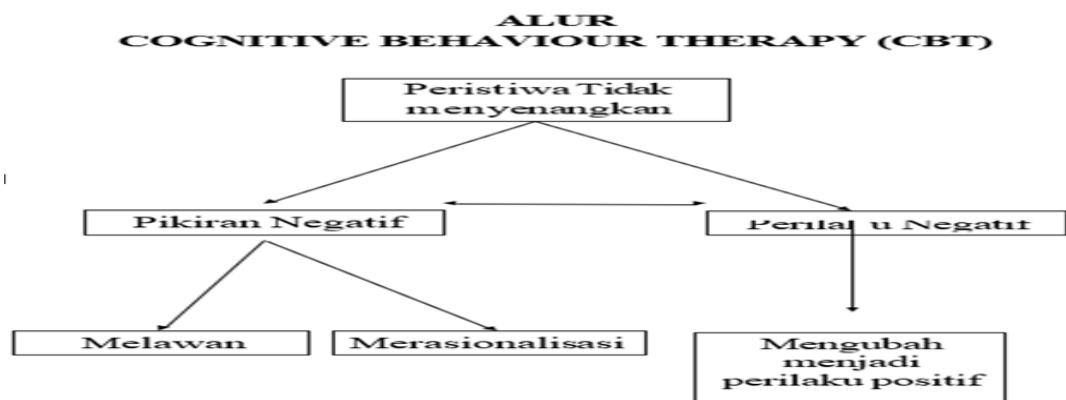
### **D. Alur Kognitif Behavior Terapi**

---

Bush mengungkapkan bahwa konseling Cognitive Behavior merupakan perpaduan dari dua pendekatan dalam psikoterapi yaitu Cognitive Therapy dan Behavior Therapy. Terapi kognitif memfokuskan pada pikiran, asumsi dan kepercayaan. Terapi Cognitive memfasilitasi individu belajar mengenali dan mengubah kesalahan dalam berpikir atau pikiran yang irasional menjadi rasional. Sedangkan terapi tingkah laku membantu individu untuk membentuk perilaku baru dalam memecahkan masalahnya. Pendekatan Cognitive Behavior tidak berfokus

pada kehidupan masa lalu dari individu akan tetapi memfokuskan pada masalah saat ini dengan tidak mengabaikan masa lalu. Secara umum, proses Konseling Cognitive Behavior adalah pembukaan, tahapan inti dan terminasi (pengakhiran).

Terapi perilaku kognitif/Cognitive Behavior Therapy (CBT), atau disebut juga dengan istilah Cognitive Behavior Modification merupakan salah satu terapi modifikasi perilaku yang menggunakan kognisi sebagai "kunci" dari perubahan perilaku. Terapis membantu klien dengan cara membuang pikiran dan keyakinan buruk klien, untuk kemudian diganti dengan konstruksi pola pikir yang lebih baik.<sup>7</sup> Perilaku merupakan pendekatan konseling dan terapi yang memadukan pendekatan cognitive (pikiran) dan behavior (perilaku) untuk memecahkan masalah. Pendekatan cognitive (pikiran) berusaha memfokuskan untuk menempatkan suatu pikiran, keyakinan, atau bentuk pembicaraan diri (self talk) terhadap orang lain (misalnya, hidup saya sengsara sehingga sulit untuk dapat menentukan tujuan hidup saya).



## **E. Sesi Terapi**

- 1. SESI 1 : Mengidentifikasi peristiwa yang tidak menyenangkan dan menimbulkan fikiran fikiran otomatis negatif dan perilaku/behavior negatif serta cara melawannya.** (A. Kasandra Putranto, 2016)
  - a. Mengidentifikasi peristiwa yang tidak menyenangkan dalam kehidupan
  - b. Mengidentifikasi pikiran otomatis negatif yang timbul terhadap peristiwa yang tidak menyenangkan
  - c. Mengidentifikasi perilaku negatif yang muncul terhadap peristiwa yang tidak menyenangkan
  - d. Mengidentifikasi akibat pikiran negatif terhadap perilaku negatif dan sebaliknya
  - e. Memilih salah satu pikiran atau perilaku negatif yang muncul dan lanjutkan latihan berikutnya

**Latihan melawan pikiran negatif**

- a. Latihan melawan atau merasionalisasi pikiran negatif menjadi positif
- b. Latihan melawan atau merasionalisasi pikiran negative menjadi positif secara terjadwal (masukkan dalam jadwal kegiatan harian)
- c. Latihan melawan atau merasionalisasi pikiran negatif, jika muncul dengan menggunakan catatan harian (jurnal)

**Latihan merubah perilaku negative menjadi perilaku positif**

- a. Menyepakati aktivitas untuk mengubah perilaku negative menjadi perilaku positif
- b. Menyepakati penghargaan terhadap aktivitas yang dilakukan untuk merubah perilaku negative menjadi perilaku positif
- c. Latihan aktivitas merubah perilaku negative menjadi perilaku positif
- d. Latihan aktivitas merubah perilaku negative menjadi perilaku positif secara terjadwal (masukkan dalam jadwal kegiatan harian)
- e. Memberikan token terhadap aktivitas positif yang dilakukan

**2. SESI 2: Melawan fikiran otomatis negatif atau mengubah perilaku negatif kedua**

Catatan: Jika klien memilih pikiran otomatis negative dilanjutkan ke 2.1 dan jika memilih mengubah perilaku negative Melawan pikiran otomatis negatif:

- a. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian
- b. Mengevaluasi catatan harian: frekuensi munculnya pikiran negatif, latihan melawan
- c. Mengevaluasi pikiran negatif yang bertambah (tulis pada daftar pikiran negatif)
- d. Mengevaluasi tambahan cara melawan pikiran otomatis negatif yang pertama
- e. Memilih pikiran negative kedua dan latihan melawannya
- f. Latihan melawan pikiran otomatis negatif 1 dan 2 secara terjadwal (masukkan dalam jadwal kegiatan harian)
- g. Latihan melawan pikiran negatif 1 dan 2, jika muncul dengan menggunakan catatan harian (jurnal)

Melawan pikiran otomatis negatif:

- a. Memilih pikiran negative kedua dan latihan melawannya
- b. Latihan melawan pikiran otomatis negatif 1 dan 2 secara terjadwal (masukkan dalam jadwal kegiatan harian)
- c. Latihan melawan pikiran negatif 1 dan 2, jika muncul dengan menggunakan catatan harian (jurnal)

### **Mengubah perilaku negatif:**

- a. Mengevaluasi peristiwa dan perilaku negatif yang bertambah
- b. jadwal kegiatan harian
- c. Mengevaluasi aktivitas positif yang dilakukan dalam merubah perilaku negative menjadi perilaku positif
- d. Menghitung token yang diperoleh dan memberikan hadiah token sesuai jadwal
- e. Mengevaluasi tambahan perilaku negatif yang muncul
- f. Catatan: Sesi 2 terus dilatih sampai pikiran negative dan perilaku negative tidak muncul; Sesi 2 dapat dilanjutkan untuk pikiran negative dan perilaku negative yang lain

### **3. SESI 3 Memanfaatkan sistem pendukung**

- a. Mengidentifikasi sistem pendukung klien: dalam keluarga dan manfaatnya
  - b. Mengidentifikasi sistem pendukung klien: di luar keluarga dan manfaatnya
- SESI 4 Mengevaluasi manfaat melawan fikiran negatif dan mengubah perilaku negatif

### **4. SESI 4 Formalasi status, fokus terapi, intervensi tingkah laku lanjutan**

Pada sessi ini, formulasi status yang dilakukan adalah lebih kepada kemajuan dan perkembangan terapi. Terapis diharapkan dapat memberikan feed back atas hasil kemajuan dan perkembangan terapi, mengingatkan fokus terapi, dan mengevaluasi pelaksanaan intervensi tingkah laku dengan konsekwensi-konsekwensi yang telah disepakati. Beberapa perubahan mungkin dilakukan untuk memberikan efek yang lebih maksimal. Dalam sessi ini, terapis diharapkan mampu memberikan:

- a. Dukungan dan semangat kepada kemajuan yang dicapai klien
- b. Keyakinan untuk tetap fokus kepada masalah utama

### **5. SESI 5 Pencegahan Relapse**

Pada sessi ini, diharapkan klien sudah memiliki pengalaman yang lebih mendalam tentang Cognitive Behavior dan bagaimana manfaat langsung dari hipnoterapi, serta pentingnya melakukan keterampilan "auto hypnose" untuk mencegah relapse (kembalinya gejala gangguan). Pengetahuan umum tentang istilah relapse perlu diperjelas oleh terapis di awal sessi untuk meyakinkan agar klien memahami artinya dan mampu memilih tindakan yang harus dilakukan. Dalam sessi ini, terapis diharapkan mampu memperoleh:

- a. Komitmen klien untuk melanjutkan terapi dalam sessi yang lebih jarang dan melakukan metode "self help" secara berkesinambungan.

- b. Komitmen klien untuk secara aktif membentuk pikiranperasaan-perbuatan positif dalam setiap masalah yang dihadapi

## F. Tinjauan HIV-AIDS

---

### 1. Definisi

AIDS (Acquired Immunodeficiency Sindrom/ Sindrom imunodefisiensi didapat), adalah stadium akhir pada serangkaian abnormalitas imunologis dan klinis yang dikenal sebagai spektrum infeksi HIV. HIV yang dulu disebut sebagai HTLV-III (Human T cell Lymphotropic Virus III) atau LAV (Lymphadenophaty Virus) adalah virus sitopatik dari famili retrovirus (Price, 1992).

AIDS adalah singkatan dari Acquired Immune Deficiency Syndrome. "Acquired" artinya tidak diturunkan, tetapi didapat; "Immune" adalah sistem daya tangkal atau kekebalan tubuh terhadap penyakit; "Deficiency" artinya tidak cukup atau kurang; dan "Syndrome" adalah kumpulan tanda dan gejala penyakit. AIDS adalah bentuk lanjut dari infeksi HIV, yang merupakan kumpulan gejala menurunnya sistem kekebalan tubuh. Infeksi HIV berjalan sangat progresif merusak sistem kekebalan tubuh, sehingga penderita tidak dapat menahan serangan infeksi jamur, bakteri atau virus. Kebanyakan orang dengan HIV akan meninggal dalam beberapa tahun setelah tanda pertama AIDS muncul bila tidak ada pelayanan dan terapi yang diberikan (Kementerian Kesehatan RI 2012)

### 2. Patogenesis HIV-AIDS

Mekanisme utama infeksi HIV dimulai setelah virus masuk kedalam tubuh pejamu, HIV menyerang sel darah putih (Limfosit Th) yang merupakan sumber kekebalan tubuh untuk menangkal berbagai penyakit infeksi. Dengan memasuki Limfosit Th virus memaksa Limfosit Th untuk memperbanyak dirinya sehingga hal itu menyebabkan kematian Limfosit Th. Kematian Limfosit Th membuat daya tahan tubuh berkurang, sehingga membat daya tahan tubuh berkurang, sehingga membuat infeksi dari luar (baik virus lain, bakteri, jamur atau parasit) sehingga hal ini menyebabkan kematian pada orang dengan HIV/AIDS. Selain menyerang Limfosit Th virus HIV juga memasuki kedalam sel tubuh yang lain, organ yang sering terkena adalah otak dan susunan saraf lainnya. Setelah infeksi primer, selama 4-11 hari masa antara infeksi mukosa dan viremia permulaan, viremia dapat terdeteksi selama sekitar 8-12 minggu. Virus tersebar luas ke seluruh tubuh selama masa ini, dan menjangkiti organ limfoid. Pada tahap ini terjadi penurunan jumlah sel -T CD4 yang beredar secara signifikan. Respon imun terhadap HIV terjadi selama 1 minggu sampai 3 bulan setelah terinfeksi, viremia plasma menurun dan level sel CD4 kembali meningkat. Tetapi respon imun tidak mampu

menyinkirkan infeksi secara sempurna, dan selsel yang terinfeksi HIV menetap dalam limfoid. Masa laten klinis ini dapat berlangsung sampai 10 tahun, selama masa ini banyak terjadi replikasi virus. Siklus hidup virus dari saat infeksi sel ke saat produksi keturunan baru yang menginfeksi sel berikutnya rata-rata 2,6 hari. Limfosit T -CD4, merupakan target utama yang bertanggung jawab memproduksi virus.

Virus HIV diliputi oleh selubung protein yang sifatnya toksik (racun) terhadap sel, khususnya sel otak serta susunan saraf pusat dan tepi lainnya. Sehingga terjadinya kematian sel otak (Kumalasari and Andhyantoro 2012). Pasien akan menderita gejala-gejala konstitusional dan gejala klinis yang nyata, seperti infeksi oportunistik atau neoplasma. Level virus yang lebih tinggi dapat terdeteksi dalam plasma selama tahap infeksi yang lebih lanjut. HIV yang ditemukan pada pasien dengan penyakit tahap lanjut, biasanya jauh lebih virulen dan sitopatik dari pada strain virus yang ditemukan pada awal infeksi (Jawetz, 2001).

### 3. Manifestasi Klinik

Penderita yang terinfeksi HIV dapat dikelompokkan menjadi 4 golongan, yaitu:

- a. Penderita asimtomatik tanpa gejala yang terjadi pada masa inkubasi yang berlangsung antara 7 bulan sampai 7 tahun lamanya
- b. Persistent generalized lymphadenopathy (PGL) dengan gejala limfadenopati umum
- c. AIDS Related Complex (ARC) dengan gejala lelah, demam, dan gangguan sistem imun atau kekebalan

### 4. Perjalanan HIV-AIDS

Sesudah HIV memasuki tubuh seseorang, maka tubuh akan terinfeksi dan virus mulai mereplikasi diri dalam sel orang tersebut (terutama sel limfosit T CD4 dan makrofag). Virus HIV akan mempengaruhi sistem kekebalan tubuh dengan menghasilkan antibodi untuk HIV. Masa antara masuknya infeksi dan terbentuknya antibody yang dapat dideteksi melalui pemeriksaan laboratorium adalah selama 2-12 minggu dan disebut masa jendela (window period). Selama masa jendela, pasien sangat infeksius, mudah menularkan kepada orang lain, meski hasil pemeriksaan laboratoriumnya masih negatif. Hampir 30-50% orang mengalami masa infeksi akut pada masa infeksi ini, di mana gejala dan tanda yang biasanya timbul adalah: demam, pembesaran kelenjar getah bening, keringat malam, ruam kulit, sakit kepala dan batuk.

Orang yang terinfeksi HIV dapat tetap tanpa gejala dan tanda (asimtomatik) untuk jangka waktu cukup panjang bahkan sampai 10 tahun atau lebih. Namun orang tersebut dapat menularkan infeksinya kepada orang lain. Kita hanya dapat mengetahui bahwa orang tersebut terinfeksi HIV dari pemeriksaan laboratorium antibody HIV serum. Sesudah jangka waktu tertentu, yang bervariasi dari orang ke orang, virus memperbanyak diri secara cepat dan diikuti dengan perusakan sel limfosit T CD4 dan sel kekebalan lainnya sehingga terjadilah gejala berkurangnya daya tahan tubuh yang progresif. Progresivitas tergantung pada beberapa faktor seperti: usia kurang dari 5 tahun atau di atas 40 tahun, infeksi lainnya, dan faktor genetik. Menurut (Kumalasari and Andhyantoro 2012), orang yang sudah terinfeksi HIV biasanya sulit dibedakan dengan orang yang sehat dimasyarakat. Mereka masih dapat melakukan aktivitas seperti biasa, badan terlihat sehat dan masih dapat bekerja dengan baik.

## 5. Pencegahan HIV-AIDS

- a. Pencegahan penularan melalui hubungan seksual penyebab utama penularan HIV adalah melalui hubungan seksual, sehingga pencegahannya perlu difokuskan pada hubungan seksual. Agar terhindar dari tertularnya HIV seseorang harus berperilaku seksual yang aman dengan tidak berganti-ganti pasangan. Apabila salah seorang pasangan sudah terinfeksi HIV maka dalam melakukan hubungan seksual harus menggunakan kondom untuk mencegah agar tidak menularkan kepada pasangannya.
- b. Pencegahan penularan melalui darah, yaitu dengan memastikan darah yang dipakai untuk transfusi tidak tercemar HIV, alat suntik dan alat lain yang dapat melukai kulit tidak digunakan secara bergantian, membersihkan alat-alat seperti jarum, alat cukur, alat tusuk untuk tindik, dan lain lain dengan pemanasan atau larutan desinfeksi (Noviana Nadarsyah 2013)

## G. Pengaruh Terapy Cognitive Behavior dengan Penurunan Depresi HIV/AIDS

---

Target dari intervensi terapy cognitive behavior yaitu menurunkan gejala depresi pada orang dengan HIV AIDS yaitu fikiran negatif bahwa dirinya tidak memiliki kemampuan serta perasaan tidak berharga. Depresi merupakan gangguan mood yang ditandai dengan tidak adanya harapan, kesedihan yang berkepanjangan, perasaan tidak berdaya yang berlebihan, ketidakmampuan mengambil keputusan, ketidakmampuan berkonsentrasi, kehilangan semangat hidup, perasaan tegang dan keinginan untuk mengakhiri hidup atau melukai diri sendiri, Depresi merupakan penyebab paling sering gangguan kesehatan mental dan lebih sering terjadi pada orang dengan HIV AIDS/ODHA (Maia, 2020).

Di Indonesia jumlah kasus HIV/AIDS dari tahun ke tahun terus meningkat, meskipun berbagai upaya preventif terus dilaksanakan. HIV/AIDS dapat menular melalui hubungan seksual (berganti-ganti pasangan atau dengan pasangan yang berisiko), penggunaan jarum suntik bergantian, serta penularan dari ibu yang terinfeksi kepada anaknya (sebelum atau sesudah melahirkan). Sampai dengan saat ini belum ditemukan obat yang efektif untuk menyembuhkan HIV/AIDS (Kemenkes, 2021). Resiko penularan HIV/AIDS semakin meluas, tidak hanya mengancam pada pengguna Narkoba suntik ataupun Pekerja Seks Komersial (PSK), namun juga mengancam semua kelompok umur.

Reaksi yang terjadi pada orang dengan HIV AIDS (ODHA) sangatlah berbeda tiap individu . Hal tersebut disebabkan karena perbedaan kondisi baik fisik, sosial dan mental. Orang dengan HIV AIDS (ODHA) sering mengalami depresi dan perasaannya mudah terluka. Terapi yang sering digunakan untuk kasus depresi adalah CBT (Cognitive Behavior Therapy). *Terapy Cognitif Behavior* adalah salah satu terapi yang disarankan untuk terapi pembelajaran yang mengombinasikan prinsip kognitif dan perilaku untuk diubah dikarenakan bersifat disruptif dan akibat perilaku, emosi dan pemikiran yang disfungsional (Towsend, 2013). Terapi ini mengkombinasikan cara berpikir dan berperilaku berdasarkan tiga hal yang saling berkaitan, yaitu pikiran, perasaan dan perilaku. CBT dikembangkan berdasarkan pendekatan perilaku dan kognitif, sehingga dalam penerapannya CBT melibatkan sejumlah teknik intervensi perilaku dan kognitif. Penerapan teori ini dalam praktik CBT adalah dalam mengajarkan seseorang memperlajari perilaku dan cara baru untuk menghadapi suatu situasi yang mengganggu, dengan melibatkan pembelajaran keterampilan tertentu.

Pada Penelitian yang dilakukan oleh (Helena et.al 2024) didapatkan bahwa nilai signifikansi sebesar 0,000, signifikansi lebih kecil dari 0,05 ( $0,000 < 0,05$ ), artinya ada perbedaan yang signifikan penurunan depresi sebelum dan sesudah diberi Terapi cognitive behavior. menunjukkan hasil bahwa terapi tersebut berhasil merubah tingkat depresi. Menurut Ownby, dkk (2010), menyebutkan bahwa dari beberapa cara penanganan depresi pada pasien HIV-AIDS mulai dari terapi medis, *supportive psychotherapy*, CBT, bahwa cognitive behavioral terapy merupakan treatmen yang paling efektif.

Menurut FKUI (2015) bahwa terdapat berbagai macam strategi yang digunakan dalam melakukan *Therapy Cognitif Behavior*. Terapi kognitif ditujukan untuk menguji dan memberikan gambaran yang berhubungan dengan pemikiran- pemikiran yang salah dan asumsi yang *mal-adaptif*pada diri pasien. Melalui *Therapy Cognitif Behavior* ini diharapkan klien ODHA dapat belajar untuk mengontrol pemikiran negatif yang otomatis muncul, mengenali hubungan

antara kognisi, afeksi, dan perilaku, memahami fakta-fakta yang dapat melawan pikiran-pikiran negatifnya, merubah untuk lebih berorientas pada dalam menginterpretasikan pemikiran yang bias atau salah ke fikiran dan perilaku yang positif.

## **H. Penutup**

---

Terapi kognitif behavior efektif terhadap penurunan depresi pada orang dengan HIV-AIDS

## Referensi

- A.Kasandra Putranto, Aplikasi Cognitive Behaviour dan Behaviour Activation dalam Intervensi Klinis, (Jakarta:Grafindo Books Media,2016
- Buchanan, J. L. (2012). Prevention Of Depression In The College Student Population: A Review Of The Literature. *Archives Of Psychiatric Nursing*, 26(1), 21–42. Diakses Melalui: <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2011.03.003>
- Beck, A.T. (2003). Depression: clinical experimental, and theoretical aspects. Philadelphia: University of Pennsylvanie Press.
- Cania, L. F. (2023). Pendekatan Cognitive Behavioral Therapy (CBT) Dalam Konseling Kelompok Untuk Mengatasi Kecemasan Akademik Dalam Penyelesaian Tugas Akhir Mahasiswa. *Jurnal Ilmu Pendidikan dan Sosial*, 1(4), 438-441.
- Ginanjar, A. S. "Perkembangan Status Identitas Pada Penderita HIV/AIDS", *Jurnal Psikologi Sosial*, No I/TH VII, Fakultas Psikologi Universitas Indonesia, 2001
- Helena Pangaribuan *et.al* 2024, Efektifitas Terapi Kognitif Behavior Sebagai Upaya Terhadap Penurunan Depresi Pada Orang Dengan Hiv-Aids Di Kota Palu
- Jayasvasti, I., Hiransuthikul, N., Pityaratstian, N., Lohsoonthorn, V., Kanchanatawan, B., Triruangworawat, B. "The Effect of Cognitive Behavioral Therapy and Changes of Depressive Symptoms among Thai Adult HIV-Infected Patients", *World Journal of AIDS* 1: 15-22, 2011
- Keliat,B, A dan Akemat ( 2014 ) , Model Praktek Profesional Keperawatan Jiwa, Jakarta, Buku Kedokteran EGC
- Kaplan, H.I., B.J., Grebb, JA. (2010). Sinopsis Psikiatri. Jilid 2. Tanggerang; Binarupa Aksara Publisher.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2021).Kemenkes Beberkan Masalah Permasalahan Kesehatan Jiwa Di Indonesia
- Lubis, N. L. (2008). Aplikasi kognitif tingkah laku (CBT) dengan sokongan sosial terhadap estim kendiri dan depresi penyaki
- Maia, B. R., & Dias, P. C. (2020). Ansiedade, depressão e estresse em estudantes universitários: o impacto da COVID-19. *Estudos de psicologia (Campinas)*, 37, e200067.
- Workshop Keperawatan Jiwa IX. (2015). *Modul Terapi Keperawatan Jiwa*. Depok: FIK UI.
- Ownby, L. R., Jacobs, R., Valverde, D. W., Gould, F. *Depression Care and Prevalence in HIV-Positive Individuals*, Department of Psychiatry and Behavioral Medicine, Florida: Nova Southeastern University, 2010.
- Safren, A. S. Hendriksen, E. S. Mayer, K H. Mirniaga, J. M. Otto, W. M. "Cognitive Behavioral Therapy for HIV Medication Adherence and Depression", *Cognitive Behavioral Practice* 11, 2004,
- Sherr, L. Clucas, C. Harding, R. Sibley, E. Catalan, J. "HIV and Depression – A Systematic Review of Intervebtions", *Psychology, Health & Medicine*, Vol. 16, No 5, October 2011
- Stuart, Gail W. (2013). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing* (10th ed.).Missouri; Mosby.

Towsend, M. C., (2013). *Psychiatric Mental Health Nursing: Concepts of Care in Evidence-Based Practice*. 6<sup>th</sup> Ed. Philadelphia: F.A Davis Company.

## **Glosarium**

HIV : Human Immunodeficiency Virus

# BAB 4

## Beban dan Kecemasan pada Caregiver Pasien Stroke

Arya Ramadia

### A. Pendahuluan

Salah satu penyakit yang dapat menimbulkan masalah fisik dan psikologis yakni stroke. Riskesdas (2013) menyebutkan bahwa prevalensi penyakit stroke di Indonesia meningkat seiring bertambahnya umur dan sekitar delapan perseribu penduduk atau 0,8% mengalami stroke. Dari jumlah penderita stroke di Indonesia, sekitar 2,5% atau 250 ribu orang meninggal dunia dan sisanya cacat ringan maupun berat sehingga tahun 2020 mendatang diperkirakan 7,6 juta orang akan meninggal karena stroke. Menurut risekesdas tahun 2018, prevalensi penyakit tidak menular mengalami peningkatan yakni dari 7% (tahun 2013) menjadi 10,9% (tahun 2018). Sedangkan di Riau, Prevalensi penyakit Stroke juga mengalami peningkatan hingga 2 kali lipat yakni sebesar 185 % (Kementrian Kesehatan RI Badan penelitian dan Pengembangan,2019).

Who (2012) menyebutkan bahwa kematian akibat stroke sebesar 50% diseluruh dunia disebabkan oleh tekanan darah tinggi dan sekitar 16% diakibatkan oleh tingginya kadar gula dalam darah. Kesembuhan pasien stroke tergantung pada beberapa elemen yaitu jumlah dan lokasi otak yang rusak, kesehatan umum pasien yang bersangkutan, sifat-sifat (*personality*) dan kondisi emosional pasien. Demikian juga dukungan dari keluarga dan teman-teman serta terpenting adalah pengobatan yang diterimanya (Pudiastuti, 2011). Hal ini paling ditakuti oleh orang yang beresiko mengalami stroke maupun yang terkena serangan stroke. Ketika pasien terkena stroke maka beresiko mengalami kecacatan yang mengakibatkan munculnya kecemasan pada pasien. Gejala kecemasan terjadi pada 70% pasien yang mengalami masalah fisik.

Pasien pasca stroke sebagian besar mengalami gejala sisa yang sangat bervariasi, dapat berupa gangguan mobilisasi atau gangguan motoric, gangguan penglihatan, gangguan bicara, gangguan menelan, perubahan emosi dan gejala lain. Menurut Oyewole (2012) tingkat kecacatan yang paling banyak pada pasien stroke adalah kecacatan berat yaitu 62%-90,1%. Sedangkan tingkat kecacatan post stroke yang dengan kategori kecacatan ringan yakni sebesar 44,1%-20,5%. Artinya dengan kondisi kecacatan yang dialami pasien pasca stroke, mereka sangat ketergantungan

sehingga pasien stroke membutuhkan dukungan dari keluarga yang merawat (*caregiver*) dalam melakukan aktivitas sehari-hari.

Psikoedukasi keluarga dapat digunakan untuk mengatasi masalah psikososial keluarga, khususnya ansietas. Psikoedukasi keluarga dapat menurunkan beban keluarga dalam merawat klien dengan masalah penyakit fisik (stroke). Menurut penelitian Agusthia, 2018 bahwa terapi psikoedukasi keluarga dapat menurunkan beban keluarga dalam merawat pasien Stroke. Terapi psikoedukasi keluarga efektif diberikan kepada *caregiver* dalam merawat anggota keluarga yang sakit karena terapi psikoedukasi keluarga memberikan informasi dan edukasi untuk *caregiver* dalam mengatasi masalah yang dirasakan seperti salah satunya adalah manajemen stress dan manajemen beban keluarga. Menurut Nurbety (2009), bahwa terapi psikoedukasi keluarga yang diberikan kepada *caregiver* dapat menurunkan ansietas secara bermakna dimana psikoedukasi dapat digunakan sebagai terapi yang dilakukan untuk mengatasi masalah psikososial dirumah sakit umumnya dalam menurunkan ansietas dan beban *caregiver*.

## B. Beban Caregiver

---

Menurut badan kesehatan dunia (WHO, 2008), beban keluarga pertama sekali diidentifikasi menjadi dua yakni beban subjektif dan beban objektif yang berhubungan dengan masyarakat yang mengalami penyakit mental yang lama.

### 1. Beban Objektif

Beban objektif berhubungan dengan masalah yang dialami oleh anggota keluarga, kekacauan hubungan keluarga, pembatasan sosial, pekerjaan dan waktu luang, kesulitan finansial atau keuangan dan berdampak negatif terhadap kesehatan fisik orang tersebut.

Keluarga yang anggota keluarganya mengalami stroke membutuhkan biaya dan waktu yang cukup lama, baik itu untuk kontrol kerumah sakit maupun proses pemulihan. Keluarga membutuhkan tenaga dalam merawat anggota keluarga yang terkena stroke sehingga dapat mengganggu waktu yang seharusnya dapat dimanfaatkan untuk kegiatan lain. Biaya yang dikeluarkan oleh keluarga untuk berobat pun menjadi beban bagi caregiver.

### 2. Beban Subjektif

Beban subjektif adalah reaksi psikologis yang berkaitan dengan perasaan yang dialami seperti perasaan kehilangan, sedih, kecemasan dan keadaan yang memalukan dalam situasi social, stress coping dengan perilaku yang kacau dan frustasi yang disebabkan oleh perubahan hubungan dalam keluarga. Anggota keluarga yang mengalami stroke tentu menimbulkan masalah psikologis

keluarga. Keluarga akan merasa takut kehilangan, penyakit tidak sembuh dan membutuhkan waktu cukup lama dalam pengobatan tentu akan menimbulkan ansietas dan kesedihan pada anggota keluarga yang lain. Masalah psikologis ini tentu akan meimbulkan beban tersendiri bagi seluruh anggota keluarga.

## C. Kecemasan Caregiver

---

### 1. Ansietas

Kecemasan (ansietas/anxiety) adalah gangguan perasaan (affective) yang ditandai dengan perasaan ketakutan atau kekhawatiran berlebihan dan berkelanjutan. Ansietas adalah respons emosi seperti takut akan sesuatu yang akan terjadi, ketegangan, perasaan gelisah untuk antisipasi dari bahaya dengan sumber sebagian besar tidak diketahui atau tidak dikenali (Townsend, 2009). Ansietas pada *caregiver* disebabkan karena adanya beban moril yang harus ditanggung keluarga dalam memenuhi kebutuhan anggota keluarganya dengan stroke.

**Tabel 4.1 Tanda dan Gejala yang muncul pada ansietas**

Aspek	Ansietas Ringan	Ansietas Sedang	Ansietas Berat	Ansietas Panik
Kognitif	Fokus perhatian cepat berespon terhadap stimulus Motivasi belajar tinggi Pikiran logis Orientasi baik	Fokus pada hal yang penting Fokus pada hal yang penting Perhatian menurun Ingatan menurun	Fokus pada sesuatu yang rinci dan spesifik Fokus pada sesuatu yang rinci dan spesifik Egosentrism Pelupa	Fokus perhatian terpecah Fokus perhatian terpecah Halusinasi, waham, ilusi Disorientasi waktu, orang dan tempat
Fisik	Tekanan darah tidak ada perubahan Nadi tidak ada perubahan Pernafasan tidak ada perubahan Ketegangan otot rileks Masih ada nafsu makan Pola tidur Teratur	Tekanan darah meningkat Nadi cepat Pernafasan meningkat Wajah tampak tegang Nafsu makan meningkat atau menurun Sulit untuk mengawali tidur	Tekanan darah Nadi cepat Nadi cepat penafasan meningkat Rahang menegang, menggertakan gigi Kehilangan nafsu makan	Tekanan darah meningkat kemudian menurun Nadi cepat kemudian lambat Pernafasan cepat dan dangkal Wajah menyeringai

	Pola eliminasi teratur Kulit tidak ada keluhan Mulut saliva normal	Frekuensi BAB dan BAK meningkat Mulai berkeringat akral dingin dan pucat Mulut kering	Sering terjaga pada saat tidur Frekuensi BAB dan BAK meningkat Keringat berlebihan Mulut kering	mulut ternganggai Mual atau Muntah Insomnia mimpi buruk Retensi urin dan konstipasi Keringat berlebihan, kulit teraba panas dan dingin Mulut kering sekali
Perilaku	Motorik gerakan terarah Komunikasi koheren Produktifitas kreatif Interaksi sosial memerlukan orang lain	Gerakan mulai tidak terarah Komunikasi koheren Menurun Memerlukan orang lain	Agitasi Bicara cepat Produktifitas kurang Interaksi sosial berkurang	Aktivitas motorik kasar meningkat Inkoheren Produktifitas tidak ada Menarik diri
Emosi	Konsep diri Ideal diri tinggi Penguasaan diri tergesa-gesa	Tidak percaya diri Tidak sabar	Merasa bersalah Penguasaan diri Bingung	Putus asa, Lepas kendali

## D. Terapi Psikoedukasi Keluarga

---

### Terapi Psikoedukasi Keluarga

#### 1. Pengertian Psikoedukasi Keluarga

*Family Psychoeducation therapy* adalah salah satu elemen program perawatan kesehatan jiwa keluarga dengan cara pemberian informasi dan edukasi melalui komunikasi yang terapeutik. Program psikoedukasi merupakan pendekatan yang bersifat edukasi dan pragmatik (Stuart, 2022). *Family Psychoeducation* adalah psikoedukasi yang berfokus pada penyelesaian masalah dan terapi komunikasi, hasil dari intervensi ini menunjukkan penurunan perasaan penolakkan oleh keluarga, menurunkan kekambuhan, meningkatkan komunikasi

antar anggota keluarga dan meningkatkan kepatuhan dalam pengobatan (Nathan & Gorman, 2007 dalam Stuart, 2022).

## **2. Tujuan Terapi Psikoedukasi Keluarga**

Saling bertukar informasi tentang perawatan kesehatan jiwa (Varcarolis, 2006), mencegah kekambuhan klien gangguan jiwa, mempercepat pulihnya klien sehingga mampu beradaptasi ke lingkungan, keluarga dan masyarakat dengan adanya suatu penghargaan terhadap fungsi sosial dan peran klien gangguan jiwa tersebut. Menurut Goldenberg & Goldenberg (2004, dalam Nauli 2011) psikoedukasi bertujuan untuk memberikan informasi, pengetahuan, pembelajaran pada keluarga tentang manajemen stres keluarga yang mengalami distres sehingga keluarga memahami dan mampu menyelesaikan permasalahan yang terjadi dalam keluarga terutama dalam merawat klien stroke.

Psikoedukasi keluarga bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan keluarga tentang penyakit dan pengobatan, meningkatkan kemampuan keluarga dalam upaya menurunkan angka kekambuhan, mengurangi beban keluarga, melatih keluarga untuk lebih bisa mengungkapkan perasaan, bertukar pandangan antar anggota keluarga dengan anggota keluarga yang stroke. Sehingga diharapkan setelah pemberian terapi ini dapat membantu meningkatkan pengetahuan keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan stroke.

Keluarga perlu tahu apa saja dampak yang muncul dari penyakit stroke yang dialami klien selain dampak fisiknya. Untuk itu perlu diberikan psikoedukasi keluarga sehingga keluarga mampu mengenali masalah depresi dan ketidakberdayaan yang muncul pada klien stroke.

## **3. Indikasi Psikoedukasi Keluarga**

Psikoedukasi keluarga dapat diberikan pada keluarga dengan anggota keluarga yang memiliki masalah psikososial seperti depresi dan ketidakberdayaan pada klien stroke dan gangguan jiwa.

## **4. Pedoman pelaksanaan Terapi Psikoedukasi Keluarga**

Terapi psikoedukasi keluarga terdiri dari 5 sesi dimana tiap sesi dilakukan 45-60 menit. Adapun tahapan sesi pada terapi psikoedukasi keluarga sebagai berikut :

**Sesi 1** : Pada sesi pertama, terapis dan keluarga sama-sama mengidentifikasi masalah yang timbul pada keluarga dalam merawat klien dengan stroke. Pada sesi ini seluruh keluarga yang terlibat dalam perawatan klien terutama caregiver diikutsertakan. Pada sesi ini keluarga mampu mengetahui semua perubahan yang

terjadi pada klien stroke termasuk perubahan fisik/tubuh, perubahan psikologis, perubahan sosial dan perubahan perilaku. Selain mengetahui perubahan yang dialami klien dengan stroke, keluarga juga diharapkan mampu mengetahui masalah yang timbul akibat perubahan tersebut karena ketidakmampuan klien beradaptasi terhadap perubahan tersebut.

Mengidentifikasi masalah yang muncul pada keluarga (*caregiver*) dalam merawat klien stroke sangat penting karena berpengaruh terhadap perawatan klien. Keluarga yang merawat klien juga akan mengalami perubahan terhadap fungsi keluarga, konflik antar keluarga dan masalah internal dari *caregiver* itu sendiri. Pada sesi ini akan dikaji masalah yang dialami *caregiver* dalam merawat klien stroke.

**Sesi 2 :** Berfokus pada edukasi mengenai masalah yang dialami oleh klien. Edukasi yang diberikan pada keluarga terkait dengan stroke dan masalah psikososial yang muncul dari dampak stroke seperti depresi dan ketidakberdayaan dan bagaimana cara mengatasinya.

**Sesi 3 :** Pada sesi ini terapis membantu mengatasi masalah masing-masing individu dan keluarga yang muncul karena merawat klien dengan stroke. Stres akan muncul terutama pada caregiver yang setiap saat berinteraksi dengan klien. pada sesi ini terapis mengajarkan cara-cara memanajemen stres pada seluruh anggota keluarga terutama caregiver.

**Sesi 4 :** Fokus pada sesi ini adalah membahas permasalahan yang dihadapi keluarga dalam merawat klien yang sakit dan mencari pemecahan permasalahan bersama-sama. Pada sesi ini diperlukan kontribusi seluruh anggota keluarga untuk memecahkan permasalahan yang dirasakan keluarga. Beban yang paling besar caregiver adalah terganggunya rutinitas sehari-hari, merasa bersalah karena merasa apa yang dilakukan tidak cukup baik, merasa sedih karena perubahan pada anggota keluarga (Rose et al, 2006 dalam Stuart, 2022). Dengan mengkaji beban keluarga perawat dapat bekerja sama dengan keluarga untuk mengidentifikasi dalam hal mana keluarga memerlukan bantuan (Stuart,2022).

**Sesi 5 :** Fokus pada sesuatu yang dapat diberdayakan untuk membantu permasalahan dalam keluarga dengan klien stroke. Sesi ini sangat penting karena dapat membantu keluarga menemukan dukungan dari lingkungan dalam mengatasi permasalahan yang muncul dalam merawat klien dengan stroke.

Hasil penelitian menunjukan adanya pengaruh terapi relaksasi otot progresif terhadap penurunan kondisi kecemasan pada caregiver pasien stroke. Hal ini sesuai dengan penelitian Rochmawati et al (2021) bahwa *Family Psychoeducation* (FPE) dapat menurunkan tingkat kecemasan keluarga. Hasil penelitian Martiningsih (2018) menunjukan bahwa ada pengaruh pemberian terapi psikoedukasi keluarga dan terapi suportif terhadap kecemasan orang tua dengan anak yang dirawat di Rumah sakit. Haryati (2018) menyebutkan bahwa pemberian terapi relaksasi otot progresif dapat menurunkan tingkat kecemasan pada *caregiver* dengan pasien paliatif namun hasil penelitian tidak bermakna.

Banyak faktor yang mempengaruhi munculnya beban pada *caregiver* seperti ekonomi, penurunan produktivitas bagi caregiver akibat waktu yang digunakan sebagian besar untuk merawat pasien pasca stroke sebab pasien memiliki ketergantungan yang tinggi pada keluarga atau caregiver. Nurbani (2009) mengatakan bahwa hamper semua *caregiver* mengalami hal yang tidak baik seperti kesehatan emosi, kehilangan waktu luang dan hubungan keluarga yang tidak baik. Anderson, Linto & Stewart-Wynne, 1999 menyebut 55% caregiver menunjukan data distress emosional khususnya mereka yang mempunyai pasien dengan demensia dan atau perilaku abnormal pada pasien stroke. Nurbani (2009) penyakit fisik seperti stroke tentu membutuhkan tenaga dan waktu yang tidak sedikit dan akan berpengaruh terhadap kehidupan sosial keluarga. Produktivitas keluarga yang seharusnya dapat digunakan untuk mencari nafkah akan banyak terganggu karena banyaknya waktu yang digunakan untuk merawat.

Psikoedukasi berfokus pada pengembangan keterampilan dalam penyelesaian masalah dan *Crisis Intervention* dan dengan meningkatkan kemampuan caregiver dalam merawat penderita stroke maka dapat menghadapi situasi permasalahannya sehingga masalah yang dirasakan dapat berkurang dan dapat membantu caregiver menghadapi stressor karena pasien sakit (Gbiri, Olawale dan Isaac, 2015). Agusthia (2018) menyebutkan bahwa terapi psikoedukasi keluarga yang diberikan membantu caregiver meminimalkan dampak yang dirasakan selama merawat penderita stroke sehingga beban keluarga menurun dan keluarga mampu memberikan perawatan yang baik kepada anggota keluarganya yang sakit.

Wulandari (2016) Menyebutkan bahwa terapi psikoedukasi keluarga ini memiliki pengaruh terhadap penurunan nilai beban pada keluarga dengan anak retardasi mental hal ini karena dalam pelaksanaan sesi terapi psikoedukasi keluarga terdapat pendidikan tentang penyakit yang dialami, mengatasi beban yang dirasakan dengan metode ceramah, diskusi dan demonstrasi cara mengatasi masalah. Pada sesi IV psikoedukasi keluarga, dilakukan diskusi terkait dengan

pengertian beban, proses terjadinya beban, jenis beban, dampak dan cara mengatasi beban.

## **E. Penutup**

---

Terapi Psikoedukasi Keluarga Efektif Terhadap Penurunan Kecemasan Dan Beban Caregiver Pasien Pasca Stroke

## Referensi

- Agusthia. (2018). Pengaruh Terapi Psikoedukasi Terhadap Beban Caregiver dalam Merawat Penderita Stroke. *Jurnal Endurance* 3(2) Juni 2018 (278-283)
- Albarizi, C. (2016) Pengaruh Terapi Psikoedukasi Keluarga Terhadap Tingkat Kecemasan Keluarga pada anggota Keluarga yang menderita Katarak di Wilayah Kerja Puskesmas Jelbuk Kabupaten Kampar. Repository Universitas Jember <https://repository.unej.ac.id/handle/123456789/75913>
- Anderson, Linto, et all.(1999). A population-based assessment of the impact and burden of caregiving for long-term stroke survivors, (30), 1478-1485 American Heart Association, Inc
- Carson, V. B. (2000). Mental health nursing: the nurse –patient journey. 2nded. Philadelphia: W.B. Saunders Company
- Copel, L.C. (2007). *Kesehatan Jiwa dan Psikiatri: Pedoman Klinis Perawat*. Jakarta: EGC
- Daulima, N.H.C ., Hamid. A.Y.S., Hargiana, G., Keliat, B.A., Putri, Y.S.E., Panjaitan, R.U., Susanti, H., Wardani, I.Y.2019. Asuhan Keperawatan Jiwa. Jakarta : EGC
- Gbiri, C.A., Olawale, O.A and Isaac, S.O. (2015). 'Stroke Management : Informal Caregivers' burdens and strians of caring for stroke survivors, Annals of Physical and Rehabilitation Medicine. Elsevier Masson SAS, 58(2), pp.98-103.doi :10.1016/j.rehab.2014.09.017
- Haryati, O., Gunawan, N., Siahaan, N. (2018). The Effect Progressive Muscle Relaxation and Deepth Breathing on Anxiety Level Caregiver of Paliative Care Patients. Asian Journal of Applied Science : Vol 06 issued 06
- Kemenkes.(2019).Hipertensi.Infodatin.<https://pusdatin.kemkes.go.id/resources/download/pusdatin/infodatin/infodatin-hipertensi.pdf>
- Kushariyadi, dan S. (2011). Terapi Modalitas Keperawatan pada klien Psikogeriatric. Jakarta. Salemba Medika
- Martiningsih. (2018). Differences Effect of Progressive Muscle Relaxation Therapy and Supportive Therapy on Parents Anxiety with Children Hospitalization at RSUD DR.R.Soedjono Selong Eat Lombok. *Jurnal Ilmu Keperawatan*, Vol 6 No 1 Mei 2018.
- Maya J. Lambiase, P.laura D. Kubzansky, P & Rebecca C. Thurston P. (2013). Prospective Study of Anxiety Incident Stroke. *Stroke-ahajournal*
- Nauli, FA, Keliat, B.A, Besral. (2011). *Pengaruh Logoterapi Lansia dan Psikoedukasi Keluarga Terhadap Depresi dan Kemampuan Lansia Dalam Memaknai Hidup di Kelurahan Katulampa Bogor Timur*. Jakarta: FIK UI (tidak dipublikasikan)
- Nurbani., Keliat, B.A., Harahap, Y. (2009). *Pengaruh psikoedukasi keluarga terhadap masalah psikososial ansietas dan beban keluarga (caregiver) dalam merawat*

*pasiens stroke di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo*. Jakarta. Tesis FIK UI. Tidak dipublikasikan

Riset Kesehatan Dasar. (2013). *Riset Kesehatan Dasar*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

Rochmawati, D.H., Huda, A.N., Kuncoro, J & Setyowati, W.E (2021). Family Psychoeducation (FPE) Therapy for Family Anxiety in Caring for Family Member with Mental Disorders. *Enfermeria Clinica*, 31, S165-S169. <https://doi.org/10.1016/J.enfeli.2020.12.015>

Stuart, G.W.T., Keliat B.A., Pasaribu J. (2022). *Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart*. Edisi Indonesia 10. Mosby: Elsevier (Singapore) Pte Ltd.

Thomas Aquino, D. (2017). Buku Keterampilan Klinis Lansia dan Keperawatan Keluarga (Gerontology and Family Nursing). Yogyakarta : Nuha Medika

Townsend, Mary C.(2009). *Psychiatric Mental Health Nursing: Concepts of care in evidence-based practice*. Philadelphia:F.A Davis Company

Varcolis, E. M. (2006). Psychiatric nursing clinical guide: assesment tools and diagnosis. Philadelphia: W. B Saunders Co.

Varcarolis, E.M & Halter, M.J. (2010).*Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing : A Clinical Approach*. (6<sup>th</sup> ed). St.Louis : ElsevierSaunders

World Federation for Mental Health. (2011). *Mental Health and Chronic Physical Illness*. <http://www.wfmh.org/2010DOCS/WMHDAY2010.pdf> diakses tanggal 14 Februari 2013

Wulandari, R. a., Soeharto, S & Setyoadi. (2016). Pengaruh Terapi Psikoedukasi Keluarga Terhadap Harga Diri Rendah dan Beban Keluarga dengan Anak Retardasi Mental. *Jurnal Ilmu Keperawatan*. Volume 4, No 2, November 2016.

## Glosarium

WHO : World Health Organization

# BAB 5

## Booklet SP Keluarga Meningkatkan Pengetahuan Keluarga tentang Perawatan Anggota Keluarga dengan Gangguan Jiwa Di Rumah

Isna Ovari

### A. Pendahuluan

Kesehatan Jiwa adalah suatu penampilan fungsi mental yang sukses, yang ditunjukkan dengan aktivitas yang produktif, hubungan yang berarti dan kemampuan beradaptasi terhadap perubahan serta coping yang efektif, (Sulastri, 2018). Kesehatan jiwa merujuk pada kemampuan individu untuk mengatasi masalah, saling melengkapi dalam pekerjaan dan kasih sayang, mampu bertahan dalam krisis tanpa bantuan orang lain dan mempertahankan persepsi sehat dengan menikmati hidupnya, punya tujuan dan batasan secara realistik serta mampu menempatkan diri secara tepat (mandiri, bergantung maupun saling ketergantungan).

Gangguan Jiwa adalah pola perilaku/sindrom, psikologis secara klinik terjadi pada individu berkaitan dengan distres yang dialami, misalnya gejala menyakitkan, ketunadayaan dalam hambatan arah fungsi lebih penting dengan peningkatan resiko kematian, penderitaan, nyeri, kehilangan kebebasan yang penting dan ketunadayaan, (*American Psychiatric Association /APA*). Data WHO tahun 2016 dalam Tri Wulandari (2018), memperlihatkan prevalensi masalah kesehatan jiwa cukup tinggi, 25% dari penduduk dunia pernah menderita masalah kesehatan jiwa, 1% diantaranya adalah gangguan jiwa berat. Diperkirakan ada sekitar 450 juta orang didunia mengalami kesehatan jiwa. Rumah Sakit Jiwa Indonesia tahun 2013 mencatat jumlah gangguan jiwa berat terdapat 1,7 juta pasien dan gangguan jiwa ringan 19 juta pasien. Rumah Sakit Jiwa di Indonesia mengenal 7 masalah keperawatan yang utama yang dialami oleh klien dengan gangguan jiwa, yaitu :

1. Halusinasi (Gangguan jiwa yang membuat pasien mendengar, mencium aroma, dan melihat sesuatu yang sebenarnya tidak ada)
2. Perilaku Kekerasan (Gangguan jiwa yang membuat pasien melakukan tindakan yang membahayakan dirinya ataupun orang lain)

3. Menarik Diri (Perilaku yang selalu menarik diri di hadapan umum atau menghindari kontak langsung dengan seseorang)
4. Waham (Keyakinan yang tidak sesuai dengan kenyataan yang ada)
5. Bunuh Diri (Seseorang yang memiliki keinginan membunuh dirinya sendiri biasanya dikarenakan stres yang berlebih)
6. Harga Diri Rendak (Tidak percaya diri, selalu memandang degatif pada diri sendiri)
7. Defisit Perawatan Diri (Kondisi seseorang dimana orang itu tidak memiliki kemampuan untuk membersihkan dirinya sendiri).

Keluarga adalah pendukung utama dalam proses perawatan gangguan jiwa dirumah untuk mencegah terjadinya kekambuhan. Namun pengetahuan keluarga tentang gangguan jiwa sangat kurang. Menurut Sulastri (2018) salah satu kendala dalam upaya penyembuhan pasien gangguan jiwa adalah pengetahuan masyarakat dan keluarga. Keluarga dan masyarakat masih menganggap gangguan jiwa adalah penyakit yang memalukan dan membawa aib bagi keluarga. Kondisi ini diperberat dengan sikap keluarga yang cenderung mengisolasi, mengucilkan bahkan memasung pasien. Pemahaman sebagian keluarga yang masih belum tepat tentang perawatan pasien gangguan jiwa dirumah menimbulkan sikap yang negatif terhadap pasien. Sikap negatif keluarga terhadap pasien dapat dilihat dari anggapan bahwa penyakit yang dialami pasien adalah penyakit menetap dan tidak dapat disembuhkan sehingga keluarga tidak membawa berobat, cenderung membiarkan/ menelantarkan asal tidak mengganggu.

Upaya yang dilakukan untuk meningkatkan peran serta keluarga dalam perawatan pasien gangguan jiwa dirumah dengan meningkatkan pengetahuan keluarga tentang cara-cara perawatan dirumah melalui pemberian edukasi kesehatan menggunakan media booklet, agar informasi yang diberikan mudah difahami oleh keluarga sehingga keluarga bisa lancar melaksanakannya dirumah. Memberikan edukasi untuk keluarga yang merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa dirumah adalah salah satu upaya penting dalam penyembuhan danmencegah kekambuhan, (Erlinda Putri). Dengan edukasi kepada keluarga diharapkan ada dukungan keluarga dalam bentuk tindakan dan penerimaan keluarga terhadap anggota keluarga dengan gangguan jiwa. Karena keluarga punya beberapa alasan untuk memberikan perawatan, antara lain keluarga paling banyak berhubungan dengan pasien, keluarga dianggap paling mengetahui kondisi anggota keluarga yang sakit yang nantinya akan kembali ke lingkungan keluarga, keluarga merupakan pemberi perawatan utama dalam mencapai pemenuhan

kebutuhan dasar dan mengoptimalkan ketenangan jiwa bagi pasien yang memerlukan terapi cukup lama (Erlinda Putri).

Pengetahuan kesehatan sebagai sarana untuk menampilkan pesan atau informasi yang ingin disampaikan oleh komunikator, baik melalui media cetak, elektronik dan media luar ruang, menjadi kebutuhan yang diharapkan untuk meningkatkan pengetahuan yang akhirnya dapat mengubah perilaku masyarakat menjadi lebih positif. Pengetahuan untuk perawatan kesehatan jiwa berupa panduan khusus untuk mengingatkan pasien tentang upaya mencegah kekambuhan dan upaya peningkatan pengetahuan keluarga untuk dapat mencegah kekambuhan pada penyakit jiwa masih terbatas, (Muhammad Faiz Husnain 2021). Booklet salah satu media yang efektif untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan yang terorganisir dalam bentuk tulisan dan gambar yang mudah dipahami. Informasi yang disusun pada booklet adalah pesan tentang gangguan jiwa, dan perawatannya, yang terdiri dari : pengertian, penyebab, gejala dan cara perawatan. Hal ini sangat membantu keluarga memahami kondisi anggota mereka dengan lebih baik.

## B. Gangguan Jiwa

---

### 1. Pengertian.

Gangguan jiwa menurut *American Psychiatric Association* atau APA mendefinisikan gangguan jiwa adalah pola perilaku/sindrom, psikologis secara klinik terjadi pada individu berkaitan dengan distres yang dialami, misalnya gejala menyakitkan, ketunadayaan dalam hambatan arah fungsi lebih penting dengan peningkatan resiko kematian, penderitaan, nyeri, kehilangan kebebasan yang penting dan ketunadayaan (James O'Brien, 2013). Gangguan jiwa merupakan deskripsi sindrom dengan variasi penyebab, banyak yang belum diketahui dengan pasti dan perjalanan penyakit tidak selalu bersifat kronis. Pada umumnya ditandai adanya penyimpangan yang fundamental, karakteristik dari pikiran dan persepsi, serta adanya afek yang tidak wajar. Ciri-ciri gangguan jiwa menurut Keliat dkk dalam Prabowo, (2014)

- a. Mengurung diri
- b. Tidak kenal orang lain
- c. Marah tanpa sebab
- d. Bicara kacau
- e. Tidak mampu merawat diri.

## 2. Penyebab.

Penyebab gangguan jiwa yang terdapat pada unsur kejiwaan, akan tetapi ada penyebab utama mungkin pada badan (Somatogenik), di Psikis (Psikologenik), kultural (tekanan kebudayaan) atau dilingkungan sosial (Sosiogenik) dan tekanan keagamaan (Spiritual), (Maramis, 2009). Menurut (Yusuf *et al.*, 2015) penyebab gangguan jiwa dipengaruhi oleh faktor-faktor yang saling mempengaruhi yaitu sebagai berikut:

- a. Faktor somatik (somatogenik), yakni akibat gangguan pada neuroanatomi, neurofisiologi, dan neurokimia, termasuk tingkat kematangan dan perkembangan organik, serta faktor pranatal dan perinatal.
- b. Faktor psikologik (psikogenik), yang terkait dengan interaksi ibu dan anak, peranan ayah, persaingan antarsaudara kandung, hubungan dalam keluarga, pekerjaan, permintaan masyarakat. Selain itu, faktor intelegensi, tingkat perkembangan emosi, konsep diri, dan pola adaptasi juga akan memengaruhi kemampuan untuk menghadapi masalah. Apabila keadaan ini kurang baik, maka dapat mengakibatkan kecemasan, depresi, rasa malu, dan rasa bersalah yang berlebihan.
- c. Faktor sosial budaya, yang meliputi faktor kestabilan keluarga, pola mengasuh anak, tingkat ekonomi, perumahan, dan masalah kelompok minoritas yang meliputi prasangka, fasilitas kesehatan, dan kesejahteraan yang tidak memadai, serta pengaruh rasial dan keagamaan.

## 3. Tanda dan Gejala Gangguan Jiwa

Tanda dan gejala gangguan jiwa adalah sebagai berikut :

### a. Ketegangan (*tension*)

Rasa putus asa dan murung, gelisah, cemas, perbuatan-perbuatan terpaksa (*convulsive*), hysteria, rasa lemah, tidak mampu mencapai tujuan, takut, dan pikiran-pikiran buruk.

### b. Gangguan kognisi pada persepsi

Merasa mendengar (mempersepsikan) suatu bisikan yang menyuruh membunuh, melempar, naik genting, membakar rumah, padahal orang disekitarnya tidak mendengarnya dan suara tersebut sebenarnya tidak ada hanya muncul dari dalam diri individu sebagai bentuk kecemasan sangat berat dia rasakan. Hal ini sering disebut halusinasi, klien bisa mendengar sesuatu, melihat sesuatu atau merasakan sesuatu yang sebenarnya tidak ada menurut orang lain.

c. Gangguan kemauan

Klien memiliki kemauan yang lemah (abulia) susah membuat keputusan atau memulai tingkah laku, susah sekali bangun pagi, mandi, merawat diri sendiri sehingga terlihat bau, kotor, dan acak-acakan.

d. Gangguan emosi

Klien merasa senang, gembira yang berlebihan. Klien merasa sebagai orang penting, sebagai raja, pengusaha, orang kaya, titisan Bung Karno tetapi di lain waktu dia bisa merasa sangat sedih, menangis, tak berdaya (depresi) sampai ada ide ingin mengakhiri hidupnya.

e. Gangguan psikomotor

Hiperaktivitas, klien melakukan pergerakan yang berlebihan naik ke atas genting berlari, berjalan maju mundur, meloncat-loncat, melakukan apa yang tidak disuruh meentang apa yang disuruh, diam lama tak bergerak atau melakukan gerakan aneh. ( sumber: Yusuf *et al.*, 2015).

#### 4. Jenis-jenis Gangguan Jiwa

a. Skizofrenia

Merupakan bentuk psikosa fungsional paling berat, dan menimbulkan disorganisasi personalitas yang terbesar. Skizofrenia juga merupakan suatu bentuk psikosa yang sering dijumpai dimana-mana sejak dahulu kala.

b. Depresi

Merupakan suatu masa terganggunya fungsi manusia yang berkaitan dengan alam perasaan yang sedih dan gejala penyertanya, termasuk pada pola tidur dan nafsu makan, psikomotor, konsentrasi, kelelahan, rasa putus asa dan tak berdaya, serta gagasan bunuh diri.

c. Kecemasan

Sebagai pengalaman psikis yang biasa dan wajar, yang pernah dialami oleh setiap orang dalam memacu individu untuk mengatasi masalah yang dihadapi sebaik-baiknya.

d. Gangguan kepribadian

Klinik menunjukkan bahwa gejala-gejala gangguan kepribadian (psikopatia) dan gejala-gejala neurosa berbentuk hampir sama pada orang-orang dengan intelegensi tinggi ataupun rendah. Jadi boleh dikatakan bahwa gangguan kepribadian, neurosa dan gangguan intelegensi sebagian besar tidak tergantung pada satu atau lain atau tidak berkorelasi.

e. Gangguan mental organik

Merupakan gangguan jiwa yang psikotik atau non-psikotik yang disebabkan oleh gangguan fungsi jaringan otak. Gangguan fungsi jaringan otak ini dapat

disebabkan oleh penyakit badaniah yang terutama mengenai otak atau yang terutama diluar otak.

f. Gangguan psikosomatik

Merupakan komponen psikologik yang diikuti gangguan fungsi badaniah. Sering terjadi perkembangan neurotik yang memperlihatkan sebagian besar atau semata-mata karena gangguan fungsi alat-alat tubuh yang dikuasai oleh susunan saraf vegetative.

g. Retardasi mental

Retardasi mental merupakan keadaan perkembangan jiwa yang terhenti atau tidak lengkap, yang terutama ditandi oleh terjadinya kendala keterampilan selama masa perkembangan, sehingga berpengaruh pada tingkat kecerdasan secara menyeluruh, misalnya kemampuan kognitif, bahasa, motorik, dan social (Yusuf *et al.*, 2015).

## 5. Pengobatan Gangguan Jiwa

Usaha-usaha pengobatan dan perawatan gangguan jiwa antara lain :

a. Terapi psikofarmaka

Psikofarmaka atau obat psikotropik adalah obat yang bekerja secara selektif pada sistem saraf pusat dan mempunyai efek utama terhadap aktivitas mental dan perilaku, digunakan untuk terapi gangguan psikiatrik yang berpengaruh terhadap taraf kualitas hidup klien.

b. Terapi somatik

Terapi ini hanya dilakukan pada gejala yang ditimbulkan akibat gangguan jiwa sehingga diharapkan tidak dapat menganggu sistem tubuh lain. Salah satu bentuk terapi ini adalah *Electro Convulsive Therapy*.

c. Terapi elektrokonvulsif (ECT)

Merupakan suatu jenis pengobatan somatik dimana arus listrik digunakan pada otak melalui elektroda yang ditempatkan pada pelipis. Arus tersebut cukup menimbulkan kejang grand mal, yang darinya diharapkan efek yang terapeutik tercapai. Mekanisme kerja ECT sebenarnya tidak diketahui, tetapi diperkirakan bahwa ECT menghasilkan perubahan-perubahan biokimia di dalam otak (peningkatan kadar epinefrin dan serotonin) mirip dengan obat anti depresan.

d. Terapi modalitas

Terapi modalitas adalah suatu pendekatan penanganan klien gangguan yang bervariasi yang bertujuan mengubah perilaku klien gangguan jiwa dengan perilaku maladaptifnya menjadi perilaku yang adaptif (Yusuf *et al.*, 2015).

## C. Konsep Keluarga

---

### 1. Pengertian

Keluarga menurut WHO adalah anggota rumah tangga yang saling berhubungan melalui pertalian darah, adopsi atau perkawinan. Peran Keluarga Nasrul Effendi menyebutkan, terdapat beberapa peran dari masing-masing anggota keluarga seperti, peran ayah sebagai suami dari istri dan anak-anak berperan sebagai pencari nafkah, pendidik, pelindung, pemberi rasa aman dan sebagai kepala keluarga, sebagai anggota dari kelompok sosialnya serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya. Peran anak melaksanakan peranan psikososial sesuai dengan perkembangannya baik fisik, mental, sosial, dan spiritual. Keluarga berperan penting untuk tumbuh kembangnya seorang anak baik secara rohani maupun secara jasmani, (Effendy, 1998).

### 2. Fungsi Keluarga

Menurut Minuchin seperti dikutip oleh Lestari, keluarga merupakan tempat yang penting bagi perkembangan anak secara fisik, emosi, spiritual, dan sosial. Karena keluarga merupakan sumber bagi kasih sayang, perlindungan, dan identitas bagi anggotanya. Keluarga menjalankan fungsi yang penting untuk keberlangsungan masyarakat dari generasi ke generasi. Menurut Berns keluarga memiliki lima fungsi dasar yaitu, dalam fungsi reproduksi keluarga memiliki tugas untuk mempertahankan populasi yang ada didalam masyarakat. Dalam fungsi sosialisasi/edukasi keluarga menjadi sarana untuk transmisi nilai, keyakinan, sikap, pengetahuan, keterampilan, dan teknik dari generasi sebelumnya ke generasi yang lebih muda. perlindungan, dan identitas bagi anggotanya. Keluarga menjalankan fungsi yang penting untuk keberlangsungan masyarakat dari generasi ke generasi.

Lestari (2012 menyampaikan keluarga memiliki fungsi penugasan peran sosial dengan memberikan identitas pada para anggotanya seperti ras, etnik, religi, sosial ekonomi, dan peran gender. Dukungan ekonomi juga diberikan oleh keluarga dengan menyediakan tempat berlindung, makanan, dan jaminan kehidupan. Selanjutnya, dukungan emosi/pemeliharaan yang diberikan oleh keluarga sebagai pengalaman interaksi sosial yang pertama bagi anak. Interaksi yang terjadi bersifat mendalam, mengasuh, dan berdaya tahan sehingga memberikan rasa aman pada anak. Horton dan Hunt mengidentifikasi fungsi keluarga yaitu sebagai fungsi dalam mengatur penyaluran dorongan seks, melakukan sosialisasi anggota baru kepada masyarakat sehingga dapat memerankan apa yang diharapkan darinya. Keluarga sangat berperan penting

dalam pembentukan diri seseorang. Selain itu, keluarga mempunyai fungsi afeksi yang berarti, keluarga memberikan cinta dan kasih pada seorang anak. Selain kekerabatan keluarga juga memberikan status pada suatu kelas sosial tertentu. Keluarga juga memberikan perlindungan kepada anggotanya, baik perlindungan fisik maupun bersifat yang bersifat kejiwaan. Akhirnya, keluarga pun menjalankan fungsi ekonomi tertentu seperti produksi, distribusi, dan konsumsi (Sunarto, 2004)

#### **D. Peran Keluarga dalam Perawatan Pasien Gangguan Jiwa Dirumah**

---

Peran dan keterlibatan keluarga dalam proses penyembuhan dan perawatan pasien gangguan jiwa sangat penting, karena peran keluarga sangat mendukung dalam proses pemulihan penderita gangguan jiwa. Keluarga dapat mempengaruhi nilai, kepercayaan, sikap, dan perilaku dari anggota keluarga (Nasir, & Muhith, 2011). Peran keluarga terhadap anggota keluarga dengan gangguan jiwa adalah mengenal masalah kesehatan, mengambil keputusan, merawat anggota keluarga yang sakit, memodifikasi lingkungan dan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan. Keluarga berperan dalam menentukan cara atau asuhan yang diperlukan klien di rumah (Blandina, & Atanilla, 2019). Peranan keluarga dalam merawat pasien gangguan jiwa diperlukan untuk mempertahankan dan meningkatkan status mental, mengantisipasi perubahan sosial ekonomi serta memberikan motivasi dan memfasilitasi kebutuhan spiritual bagi pasien (PH, Hermanto, & Pratama, 2018). Salah satu fungsi dan peran keluarga yaitu, keluarga sebagai perawat kesehatan, dimana keluarga berfungsi untuk mencegah terjadinya masalah kesehatan seperti gangguan jiwa dan gangguan kesehatan yang lainnya, sehingga keluarga mampu merawat anggota keluarga yang mengalami masalah tersebut (Friedman, Bowden, & Jones, 2010).

#### **E. Pengetahuan**

---

##### 1. Pengertian.

Pengetahuan adalah "mengetahui", serta muncul orang mempersepsikan suatu objeknya. Pengetahuan ialah area terpenting dalam memodelkan perilaku (overt behaviour). Berdasarkan pengalamannya, perilaku tampaknya tidak didasarkan pada pengetahuan (Notoatmodjo, 2014). (Mubarak, 2011), pengetahuan ialah suatu yangdilihat dari pengalaman serta pengetahuan yang sesuai pada siklus pengalaman yang dialami.

Pengetahuan menurut (Notoatmodjo, 2014) mempunyai 6 tingkatan,yaitu:

a. Tahu (*know*)

Tahu dicirikan untuk mengkaji materi yang sebelumnya sudah didapat dan dipelajari. Tahu ialah level yang paling rendah. Kata-kata tindakan mengukur bahwa individu berpikir mengenai apa yang sudah mereka sadari termasuk memiliki pilihan untuk menyebutkan, menjelaskan, mencirikan materi secara akurat.

b. Memahami (*comprehension*)

Pemahaman dicirikan sebagai kapasitas dalam mengklarifikasi secara efektif mengenai item yang dilihat bisa menjelaskan materi secara umum.

c. Aplikasi (*application*)

Pengaplikasian dicirikan sebagai kemampuan dalam memanfaatkan materi yang dipelajari, semua hal yang dipertimbangkan, keadaan atau kondisi.

d. Analisis (*analysis*)

Analisis ialah kapasitas untuk menggambarkan suatu zat atau item di bagian-bagiannya, namun secara konsisten dalam desain yang otoritatif dan terkait.

e. Sintesis (*synthesis*)

Sintesis ini menggabungkan kapasitas dalam mengaitkannya keseleruhan bagian yang baru.

f. Evaluasi (*evaluation*)

Penilaian ini mencakup kemampuan dalam membenarkan atau mengevaluasi objek.

Mubarak, (2011), menyebutkan ada tujuh faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang, yaitu:

a. Tingkat pendidikan

Pendidikan ialah usaha untuk membina karakter dan kapasitas individu dengan tujuan agar ia dapat mengetahui sesuatu. Pendidikan memasuki interaksi belajar, memperluas persekolahan individu, semakin sederhana individu tersebut mendapatkan informasi. Informasi erat kaitannya dengan pemanfaatan pembelajaran dimana dibutuhkan seseorang untuk memanfaatkan pendidikan lanjutan, maka pada saat itu individu tersebut akan memiliki informasi yang lebih luas.

b. Pekerjaan

Pekerjaan ialah tindakan yang perlu dilakukan khusunya dalam mengatasi masalah sehari-hari. Tempat kerja bisa membuat seorang anak mendapatkan pengalaman baik secara bertahap ataupun secara tidak langsung. Misalnya, seseorang yang berfungsi sebagai tenaga klinis akan lebih banyak melihat

tentang penyakit dan pengolalannya daripada staf non-klinis.

c. Umur

Usia berdampak pada kemampuan individu untuk mengendalikan kekuatan dan mentalitas. Dengan bertambahnya usia seseorang, kemampuan seseorang untuk mengendalikan kekuatan dan pandangannya akan lebih berkembang, selanjutnya informasi yang didapat akan tinggi.

d. Minat

Minat ialah keinginan yang tinggi terhadap sesuatu. Minat membuat seseorang berusaha untuk mencari, dengan tujuan agar seseorang memperoleh informasi lebih lanjut.

e. Pengalaman

Pengalaman ialah kejadian yang pernah seseorang alami sebelumnya. Sebagai aturan, semakin banyak pengalaman yang dimiliki seseorang, semakin banyak informasi yang dia peroleh. Untuk situasi ini, informasi tentang ibu dari anak yang pernah mengalami atau bahkan berturut-turut harus lebih tinggi dari pada informasi tentang ibu dari anak yang tidak pernah mengalami buang air besar.

f. Lingkungan

Lingkungan ialah sesuatu yang ada disekeliling individu, baik lingkungan fisik, alam, maupun sosial. Lingkungan mempengaruhi cara untuk memasukkan informasi ke dalam orang-orang yang berada dalam lingkungan tersebut. Misalnya, jika suatu wilayah memiliki mentalitas menjaga kerapian alam, semua hal dipertimbangkan, wilayah sekitarnya memiliki kecenderungan untuk menjaga kerapian ekologis.

g. Informasi

Seseorang yang memiliki lebih banyak sumber data akan memiliki informasi yang lebih luas. Sebagai aturan, semakin sederhana untuk mendapatkan informasi, semakin cepat seseorang mendapatkan informasi baru.

## 2. Pentingnya Pengetahuan Keluarga

Keluarga yang salah satu anggota keluarganya mengalami gangguan jiwa sangat membutuhkan pengetahuan tentang gangguan jiwa. Karena Pengetahuan yang baik menjadi salah satu faktor penting bagi keluarga dalam memberikan perawatan kepada anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa. Tekait dengan dengan peran sentral keluarga dalam proses penyembuhan anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Mereka tidak hanya memberikan dukungan emosional tetapi juga bertanggung jawab dalam perawatan sehari-hari, termasuk memastikan pasien mematuhi pengobatan dan menghadapi

stresor yang dapat memicu kekambuhan. Salah satu cara untuk memudahkan keluarga memahami tentang gangguan jiwa maka pengetahuan itu disampaikan menggunakan media booklet. Penggunaan booklet sebagai alat edukasi dapat meningkatkan pemahaman keluarga mengenai jenis-jenis gangguan jiwa, gejala yang harus diperhatikan, serta teknik perawatan yang tepat. Hal ini dapat meningkatkan keterlibatan keluarga dalam perawatan pasien dirumah.

#### **F. Booklet sebagai Media Edukasi Kesehatan**

---

Booklet adalah media cetak yang berfungsi untuk menyampaikan informasi dalam bentuk buku kecil, biasanya terdiri dari lima hingga 48 halaman. Konsep booklet menggabungkan elemen dari buku dan leaflet, sehingga memiliki format yang ringkas dan mudah dibawa. Booklet merupakan alat komunikasi yang efektif untuk menyampaikan informasi secara ringkas dan menarik. Dengan pemahaman tentang karakteristik, fungsi, serta cara pembuatannya, booklet dapat digunakan secara optimal dalam berbagai konteks seperti pendidikan dan promosi. Sebagai media edukasi kesehatan memiliki peran penting dalam meningkatkan pengetahuan keluarga tentang perawatan klien gangguan jiwa dirumah karena :

1. Booklet menyediakan informasi yang terorganisir yang memudahkan keluarga memahami tentang gangguan jiwa, penyebab, tanda dan gejala, cara perawatan serta mencegah kambuhnya penyakit.
2. Melalui booklet, keluarga belajar tentang teknik perawatan yang tepat dan dukungan emosional yang dibutuhkan oleh pasien gangguan jiwa. Pengetahuan ini sangat penting untuk mencegah kekambuhan dan meningkatkan kualitas hidup pasien
3. Dukungan emosional dapat mengurangi stigma karena booklet fungsinya mengedukasi keluarga mengenai stigma negatif yang melekat pada pasien gangguan jiwa. Dengan penyampaian dan pemahaman yang baik, keluarga dapat memberikan dukungan tanpa rasa malu atau takut, menciptakan lingkungan yang lebih positif bagi pasien
4. Meningkatkan keterlibatan keluarga. Informasi dalam booklet dapat mendorong anggota keluarga untuk lebih aktif terlibat dalam proses perawatan, termasuk memotivasi pasien untuk mengikuti pengobatan dan terapi secara teratur.
5. Booklet bisa menjadi bagian dari program pendidikan kesehatan berkelanjutan yang membantu keluarga tetap mendapatkan informasi terbaru dan strategi perawatan yang efektif

## G. Booklet SP Keluarga

---

### 1. Pengertian

Strategi Pelaksanaan atau lebih dikenal dengan (SP) Keluarga dalam konteks perawatan pasien gangguan jiwa, merupakan pendekatan yang dirancang untuk memberdayakan keluarga dalam merawat anggota mereka yang mengalami gangguan jiwa. Strategi Pelaksanaan Keluarga (SP Keluarga) adalah serangkaian intervensi yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan, keterampilan, dan kemampuan keluarga dalam merawat pasien dengan gangguan jiwa dengan masalah keperawatan halusinasi, Waham, Harga diri rendah, Isolasi sosial, Defisit Perawatan diri, Perilaku kekerasan serta Resiko bunuh diri. Pendekatan ini melibatkan pendidikan kesehatan, pelatihan praktis, dan dukungan emosional bagi keluarga.

### 2. Tujuan SP Keluarga adalah

Meningkatkan Pengetahuan: Memberikan informasi tentang gangguan jiwa, termasuk tanda dan gejala yang harus diwaspadai.

Kerampilan Praktis: Melatih keluarga dalam cara merawat pasien secara langsung, termasuk pemberian obat dan pengelolaan perilaku.

Dukungan Emosional: Membangun hubungan saling percaya antara keluarga dan tenaga kesehatan untuk menciptakan lingkungan yang mendukung pemulihan pasien.

### 3. Isi Booklet SP Keluarga meliputi 7 masalah utama pasien gangguan jiwa :

Masalah	Strategi Pelaksanaan (SP) Keluarga	Tindakan
Halusinasi	SP 1	<ol style="list-style-type: none"><li>Berikan informasi kepada keluarga tentang halusinasi, penyebab dan gejala halusinasi, dengan cara menjelaskan bahwa halusinasi merupakan gejala kondisi mental dan bukan pengalaman nyata.</li><li>Bantu keluarga memahami cara menghadapi anggota keluarga yang mengalami halusinasi.</li></ol>
	SP 2	<ol style="list-style-type: none"><li>Dorong anggota keluarga untuk berkomunikasi secara terbuka dengan pengalaman halusinasi mereka.</li><li>Sediakan lingkungan yang aman bagi anggota keluarga untuk berbagi perasaan dan kekuatiran mereka.</li><li>Dorong anggota keluarga untuk mendengarkan dengan empati dan tanpa penilaian terhadap pengalaman halusinasi anggota keluarga.</li></ol>

	SP 3	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan pemantauan teratur terhadap anggota keluarga yang mengalami halusinasi untuk memantau perubahan gejala atau respons terhadap pengobatan.</li> <li>2. Catat perubahan positif atau negatif dalam pengalaman halusinasi anggota keluarga</li> </ol>
<b>Waham</b>	SP 1	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi tanda dan gejala waham.</li> <li>2. Bantu orientasikan kerealita. panggil nama, orientasi orang, tempat dan waktu.</li> <li>3. Diskusikan kebutuhan yang tidak terpenuhi</li> <li>4. Bantu klien memenuhi kebutuhan realistik.</li> <li>5. Masukan kedalam jadwal pemenuhan kebutuhan</li> </ol>
	SP 2	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan pemenuhan kebutuhan klien dan beri puji.</li> <li>2. Diskusikan kemampuan yang dimiliki</li> <li>3. Latih kemampuan yang dipilih dan beri puji</li> <li>4. Masukan ke jadwal kegiatan pemenuhan dan kegiatan yang telah dilatih.</li> </ol>
	SP 3	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan pemenuhan kebutuhan pasien, kegiatan yang dilakukan pasien dan beri puji</li> <li>2. Jelaskan tentang obat yang diminum (prinsip 6 benar) dan tanyakan manfaat obat yang diminum</li> <li>3. Masukan dalam jadwal kegiatan pemenuhan kebutuhan</li> </ol>
	SP 4	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan pemenuhan kebutuhan, kegiatan yang dilatih, minum obat dan beri puji</li> <li>2. Nilai kemampuan yang telah mandiri</li> <li>3. Nilai apakah frekwensi munculnya waham berkurang, apakah waham terkontrol ?.</li> </ol>
<b>Harga Diri Rendah</b>	SP 1	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien. Jelaskan pengertian, ciri-ciri, tanda gejala harga diri rendah dan proses terjadinya.</li> <li>2. Bantu keluarga membuat jadwal aktivitas dirumah, termasuk minum obat,</li> </ol>
	SP 2	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Latih keluarga mempraktekan cara merawat pasien harga diri rendah</li> </ol>
	SP 3	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bantu keluarga membuat jadwal aktivitas harian, termasuk minum obat,</li> <li>2. Jelaskan follow up pasien setelah pulang.</li> </ol>
<b>Perilaku Kekerasan</b>	SP 1	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien</li> </ol>

		<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Jelaskan pengertian perilaku kekerasan, tanda gejala serta proses terjadinya perilaku kekerasan</li> <li>3. Jelaskan cara merawat pasien dengan perilaku kekerasan</li> </ol>
	SP 2	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Latih keluarga mempraktekan cara merawat klien dengan perilaku kekerasan</li> <li>2. Latih keluarga melakukan cara merawat langsung pasien perilaku kekerasan</li> </ol>
	SP 3	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bantu keluarga membuat jadwal aktivitas di rumah termasuk minum obat (discharge planning)</li> <li>2. Jelaskan <i>follow up</i> klien setelah pulang</li> </ol>
<b>Isolasi Sosial</b>	SP 1	<p>Memberikan Pendidikan dan dukungan kepada keluarga berupa :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan pemahaman tentang pentingnya dukungan social dan interaksi dalam menjaga kesehatan mental keluarga.</li> <li>2. Berikan informasi tentang kelompok dukungan keluarga, organisasi lokal dan layanan kesehatan mental yang dapat memberikan dukungan dan sumber daya.</li> <li>3. Ajarkan keterampilan komunikasi dan strategi untuk memperkuat hubungan dengan anggota keluarga lainnya dan komunitas sekitar.</li> </ol>
	SP 2	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bantu keluarga untuk merencanakan kegiatan bersama yang dapat meningkatkan interaksi dan ikatan mereka seperti piknik keluarga, permainan keluarga atau kegiatan olahraga bersama.</li> <li>2. Dorong keluarga untuk libatkan pasien dalam kegiatan keluarga dan menjadikannya bagian dari rutinitas harian mereka. Mendengarkan keluhan dan kekuatiran keluarga dengan empati dan mengakui pentingnya dukungan sosial.</li> <li>3. Sediakan ruangan bagi keluarga untuk berbagi pengalaman mereka dan memberikan dukungan emosional satu sama lain.</li> </ol>
	SP 3	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan evaluasi teratur tentang perubahan dalam interaksi keluarga dan partisipasi dalam komunitas</li> <li>2. Catat perubahan positif dan kesulitan yang mungkin muncul. Merencanakan Tindakan lanjutan berdasarkan evaluasi dan memberikan dukungan keberlanjutan kepada keluarga.</li> </ol>
<b>Resiko bunuh diri</b>	SP 1	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan edukasi kepada keluarga tentang tanda dan gejala dan resiko bunuh diri pasien</li> <li>2. Ajarkan keluarga tentang cara komunikasi dengan pasien resiko perilaku bunuh diri dengan simpatik dan tidak Judmental</li> </ol>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>3. Informasikan keluarga tentang sumber daya dan layanan krisis yang tersedia seperti unit kesehatan jiwa darurat. Hotlines</li> </ul>
	SP 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan saran kepada keluarga untuk mengurangi akses pasien terhadap metoda bunuh diri, seperti mengunci obat-obatan berbahaya dan benda tajam.</li> <li>2. Dorong keluarga untuk mengawasi dan menjaga keamanan fisik pasien dengan menghilangkan faktor resiko yang dapat mencegah cidera atau bunuh diri.</li> </ul>
	SP 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Atur janji ulang dengan keluarga untuk memeriksa tingkat kecemasan dan kemajuan pasien.</li> <li>2. Lakukan pemantauan teratur terhadap pasien dan memastikan keluarga dapat menghubungi tim perawatan jika ada perubahan signifikan dalam perilaku atau pikiran bunuh diri pasien</li> </ul>
<b>Defisit Perawatan Diri</b>	SP 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan pemahaman tentang pentingnya menjaga kebersihan diri yang adekuat untuk kesehatan fisik dan mental</li> <li>2. Bantu keluarga mengidentifikasi tugas prioritas dan mengatur waktu dengan bijaksana untuk memastikan adanya waktu yang cukup untuk perawatan diri</li> <li>3. Berikan strategi pengelolaan strees bagi keluarga seperti teknik relaksasi dan meditasi.</li> </ul>
	SP 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan panduan nutrisi dan bantu keluarga merencanakan menu makanan yang seimbang dan sehat.</li> <li>2. Ajak keluarga untuk berpartisipasi dengan aktifitas fisik yang sesuai dengan minat dan kemampuan mereka, seperti berjalan-jalan bersama dan melakukan olahraga ringan.</li> </ul>
	SP 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan evaluasi teratur tentang perubahan dalam kebiasaan perawatan diri pasien</li> <li>2. Rencanakan tindakan lanjutan dan berikan dukungan berkesinambungan kepada keluarga untuk selalu melaksanakan perawatan diri.</li> </ul>

## **H. Hasil Penelitian**

---

Hasil penelitian menunjukkan bahwa penerapan SP Keluarga dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa dirumah. Penelitian ini telah dilaksanakan di Poliklinik Jiwa Rumah Sakit Pekanbaru Medical Center, hasil analisis data dapatkan pengetahuan keluarga mengalami peningkatan setelah diberikan media booklet dari nilai median 10 menjadi 28,50. Ini menunjukkan ada peningkatan pengetahuan keluarga yang signifikan tentang perawatan pasien gangguan jiwa dirumah, setelah diberikan edukasi menggunakan media booklet SP Keluarga.

Strategi Pelaksanaan Keluarga merupakan pendekatan yang efektif dalam meningkatkan peran serta keluarga dalam perawatan pasien gangguan jiwa dirumah. Dengan memberikan pengetahuan, keterampilan praktis dan dukungan emosional, keluarga dapat menjadi sistem pendukung yang kuat bagi pasien, membantu mereka dalam proses pemulihan baik di rumah sakit maupun di rumah.

## **I. Penutup**

---

Pengetahuan keluarga tentang perawatan pasien gangguan jiwa dirumah meningkat dengan memberikan Edukasi kesehatan menggunakan media Booklet di Poliklinik Jiwa Rumah Sakit Pekanbaru Medical Center. Dengan demikian, booklet sebagai media edukasi kesehatan berkontribusi signifikan dalam meningkatkan pengetahuan tentang perawatan pasien gangguan jiwa dirumah, sehingga mendukung proses pemulihan pasien.

## Referensi

- Avelina, Y., & Angelina, S. (2020). HUBUNGAN PENGETAHUAN KELUARGA TENTANG GANGGUAN JIWA DENGAN KEMAMPUAN MERAWAT ORANG DENGAN GANGGUAN JIWA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS BOLA. *Jurnal Keperawatan Dan Kesehatan Masyarakat*, 7(2), 1–11.
- Budi Anna Keliat, A. P. (2011). *Keperawatan Jiwa Terapi Aktivitas Kelompok* (pp. 21–243). Ester EGC.
- DPR RI. (2009). UUD No 52 Th 2009 Tentang Kesehatan. *Undang-Undang Tentang Kesehatan*, 5(2), 12–42.
- Effendy, N. (1998). *Dasar -Dasar Keperawatan Kesehatan Masyaakat* (Edisi 2). Kedokteran EGC.
- Hernilawati. (2013). *Konsep dan Proses Keperawatan Keluarga*. Pustaka as Salam.
- Iyus Yosep, T. S. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*.
- James O'Brien, M. (2013). *Management Information Systems, sixteenth Edition*. McGraw-Hill/Irwin.
- Lestari, S. (2012). *PSIKOLOGI KELUARGA Penanaman Nilai dan Penanganan Konflik Dalam Keluarga*. Kencana Prenada Media Group.
- Maramis, W. F. (2009). *Buku Ajar Ilmu Kedokteran Jiwa* (p. 783).
- Notoatmodjo, S. (2014). *Ilmu prilaku kesehatan* (Edisi 2). Rineka Cipta.
- Rahmawati, A., & Lestari, A. (2020). Pengetahuan Gangguan Jiwa Dengan Sikap Keluarga Terhadap Penderita Gangguan Jiwa ( Knowledge of Mental Disorders and Family Attitudes Towards People with Mental Disorders ) Fakultas Kesehatan Universitas Muhammadiyah Pringsewu Korespondensi penulis: bell. *Jurnal Kesehatan*, 9(2), 85–92.
- Siska, D. (2020). *Pengaruh Penerapan Media Booklet Terhadap Peningkatan Pengetahuan Keluarga Tentang Mengontrol Halusinasi Di Wilayah Kerja Puskesmas Kedondong Kabupaten Ketapang*.
- Sulastri, S. (2018). Family Ability in Caring for people with mental disorders. *J Health*, 9(1), 131.
- Sunarto. (2004). *Pengantar Sosiologi* (Edisi Revi). Lembaga Penerbit Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia.
- Widyaningrum, D. A., & Wulandari, T. (2019). Edukasi Kesehatan Terhadap Peningkatan Pengetahuan Keluarga dalam Merawat Pasien Halusinasi. *Jurnal Keperawatan*, 12(2), 7–13.
- Yusuf, A. , Fitryasari, R., & Endang Nihayati, H. (2015). Keperawatan Kesehatan Jiwa. In *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*.

## **Glosarium**

A

APA: adalah American Psychiatric Association

---

E

ECT: adalah Electroconvulsive Therapy

---

S

SP : Strategi Pelaksanaan

---

W

WHO : adalah World Health Organization

# BAB 6

## Kesiapsiagaan Psikologis Terhadap Bencana

Masnaeni Ahmad

### A. Pendahuluan

Indonesia, sebagai negara yang terletak di kawasan Cincin Api Pasifik, memiliki kerawanan tinggi terhadap bencana alam, seperti gempa bumi, tsunami, letusan gunung berapi, dan banjir. Bencana alam seringkali berdampak besar tidak hanya pada infrastruktur fisik, tetapi juga pada kondisi psikologis masyarakat yang terdampak. Oleh karena itu, kesiapsiagaan psikologis bencana menjadi aspek yang sangat penting untuk mengurangi dampak negatif terhadap kesehatan mental individu dan mempercepat pemulihan komunitas pasca-bencana. Kesiapsiagaan psikologis mencakup pemahaman dan upaya untuk mengelola stres, trauma, serta meningkatkan ketahanan mental masyarakat dalam menghadapi peristiwa bencana yang mendalam dan mendesak.

Selama ini upaya kesiapsiagaan bencana di Indonesia telah banyak difokuskan pada aspek fisik dan logistik, kesiapsiagaan psikologis seringkali terabaikan. Padahal, pemulihan mental yang cepat dan tepat dapat mempercepat proses rekonstruksi sosial dan ekonomi setelah bencana. Dalam konteks ini, penting untuk meningkatkan pemahaman masyarakat tentang kesehatan mental dan kesiapsiagaan psikologis, serta melibatkan berbagai pihak, seperti tenaga medis, psikolog, dan organisasi masyarakat, dalam membangun sistem dukungan yang efektif. Dengan demikian, kesiapsiagaan psikologis yang baik dapat menjadi kunci untuk menciptakan masyarakat yang lebih tangguh dan siap menghadapi dampak psikologis dari bencana.

### B. Konsep Kesiapsiagaan Psikologis Bencana

#### 1. Definisi Kesiapsiagaan Psikologis Bencana

Kesiapsiagaan psikologis bencana merujuk pada kemampuan individu, keluarga, atau komunitas untuk mengenali, memahami, dan mempersiapkan diri menghadapi dampak psikologis dari bencana. Hal ini mencakup aspek kognitif, emosional, dan perilaku yang saling terkait. Aspek kognitif melibatkan pengetahuan tentang risiko bencana dan kemampuan untuk membuat

keputusan yang rasional di bawah tekanan, sedangkan aspek emosional berfokus pada regulasi stres dan pengelolaan perasaan yang muncul sebelum, selama, dan setelah bencana. Aspek perilaku mencakup tindakan mitigasi yang proaktif, seperti mengikuti prosedur evakuasi dan memberikan dukungan kepada orang lain (Greca et al., 2010; Osofsky et al., 2015; To et al., 2021).

Kesiapsiagaan psikologis ini menjadi fondasi penting dalam mengurangi risiko gangguan mental selama dan setelah bencana. Penelitian menunjukkan bahwa individu yang terlatih secara psikologis cenderung lebih mampu menghadapi trauma psikologis dan memiliki kapasitas adaptasi yang lebih baik (Lalani et al., 2021; Parrott, 2023; N. Sari et al., 2023). Simulasi bencana psikologis dapat membantu individu belajar menghadapi trauma sebelum situasi nyata terjadi, sehingga mempersiapkan mereka untuk mengatasi stres yang mungkin muncul (Farokhzadian, 2024; Xue et al., 2020).



**Gambar 6.1 Perawat Siaga Bencana**

Lebih jauh lagi, kesiapsiagaan psikologis mencakup identifikasi kelompok rentan seperti anak-anak, lansia, atau individu dengan kondisi mental tertentu, yang memerlukan pendekatan khusus dalam manajemen bencana. Dengan demikian, kesiapsiagaan psikologis merupakan elemen penting dalam setiap strategi manajemen bencana yang komprehensif, yang tidak hanya berfokus pada aspek fisik tetapi juga pada kesejahteraan mental masyarakat (Hansel et al., 2019; Kronenberg et al., 2010; Nygaard et al., 2016).

## **2. Kesiapsiagaan Psikologis dalam Manajemen Bencana**

Bencana, baik yang sifatnya alamiah maupun buatan manusia, memiliki dampak multidimensional yang signifikan, termasuk dampak psikologis yang sering kali tidak terlihat namun dapat memengaruhi kualitas hidup korban secara mendalam. Kesiapsiagaan psikologis berfungsi untuk mengurangi risiko trauma, gangguan stres akut, dan gangguan mental lainnya yang mungkin timbul setelah bencana. Penelitian menunjukkan bahwa masyarakat yang lebih siap secara psikologis cenderung memiliki kapasitas adaptasi yang lebih tinggi dan lebih cepat pulih dari dampak bencana (Paganini et al., 2016; Park, 2024; Pfefferbaum et al., 2016).

Dalam konteks manajemen bencana, kesiapsiagaan psikologis memiliki peran penting, terutama dalam tahap pra-bencana. Individu yang terlatih dalam kesiapsiagaan psikologis lebih mungkin untuk memahami dan mengikuti prosedur evakuasi, membuat keputusan yang bijaksana, dan memberikan dukungan kepada orang lain yang membutuhkan (Hansel, 2023; Huang & Wong, 2013; Mair et al., 2014). Kesiapsiagaan juga dapat meningkatkan efektivitas koordinasi antara komunitas dan lembaga yang terlibat dalam tanggap bencana, yang sangat penting untuk memastikan respons yang cepat dan efektif (Hartwell, 2023; Li, 2023; Salawali et al., 2020).

Kesiapsiagaan psikologis berperan sangat krusial terhadap perlindungan kelompok rentan. Anak-anak, penyandang disabilitas, dan lansia sering kali memiliki kapasitas adaptasi yang lebih rendah, sehingga strategi kesiapsiagaan psikologis harus dirancang untuk melibatkan mereka secara aktif dan melindungi hak serta kesejahteraan mereka selama situasi darurat (Chang, 2017; Khairil et al., 2020; Lee et al., 2020). Dengan demikian, kesiapsiagaan psikologis dalam manajemen bencana tidak hanya penting untuk individu, tetapi juga untuk kesehatan dan kesejahteraan komunitas secara keseluruhan.

## **3. Dampak Psikologis Bencana pada Individu dan Masyarakat**

Dampak psikologis dari bencana dapat berlangsung lama dan memengaruhi baik individu maupun masyarakat secara keseluruhan. Pada tingkat individu, gangguan yang umum terjadi meliputi gangguan stres pascatrauma (PTSD), kecemasan, dan depresi. Penelitian menunjukkan bahwa individu yang kehilangan tempat tinggal, anggota keluarga, atau sumber penghidupan sering kali mengalami tekanan emosional yang signifikan, yang jika tidak ditangani dengan baik, dapat berkembang menjadi gangguan mental serius (Kronenberg et al., 2010; Osofsky et al., 2015; To et al., 2021). Pada level masyarakat, bencana dapat menyebabkan disintegrasi sosial, menurunnya rasa saling percaya, dan

meningkatnya konflik interpersonal. Masyarakat yang mengalami bencana berulang cenderung mengalami kelelahan psikologis kolektif, yang dapat mengurangi kapasitas komunitas untuk bekerja sama dalam pemulihan jangka panjang (Lalani et al., 2021; Nygaard et al., 2016; Salawali et al., 2020).

Selain itu, dampak psikologis bencana juga dapat melibatkan stigma dan diskriminasi terhadap korban tertentu, terutama jika bencana melibatkan penyakit menular seperti pandemi, yang semakin memperburuk situasi (Farokhzadian, 2024; Huang & Wong, 2013; N. Sari et al., 2023). Oleh karena itu, penting untuk mengembangkan strategi yang tidak hanya menangani kebutuhan psikologis individu tetapi juga memperkuat solidaritas komunitas. Menciptakan lingkungan yang mendukung proses pemulihan bersama dapat membantu mengurangi stigma dan meningkatkan dukungan sosial bagi mereka yang terdampak (Hansel et al., 2019; Park, 2024; Parrott, 2023).

## C. Dimensi dan Faktor yang Mempengaruhi Kesiapsiagaan Psikologis Bencana

---

### 1. Dimensi Psikologis dalam Bencana

#### a. Aspek Kognitif

Aspek kognitif dari kesiapsiagaan psikologis mencakup kemampuan individu untuk mengenali tanda-tanda risiko bencana, memahami informasi yang relevan, dan membuat keputusan yang rasional di bawah tekanan. Individu dengan tingkat kesiapan kognitif yang tinggi cenderung lebih mampu menilai situasi secara objektif dan mengambil tindakan yang tepat, seperti evakuasi. Aspek kognitif ini dapat terlihat dalam sebuah pelatihan pengetahuan mitigasi risiko bencana melalui media edukasi interaktif (Greca et al., 2010; Osofsky et al., 2015; To et al., 2021)

#### b. Aspek Emosi

Aspek emosional melibatkan pengelolaan perasaan seperti kecemasan, ketakutan, atau keputusasaan yang muncul sebelum, selama, atau setelah bencana. Pengelolaan emosi yang baik memungkinkan individu untuk tetap tenang dan berpikir jernih dalam situasi darurat. Dukungan emosional, baik dari keluarga maupun komunitas, menjadi elemen penting dalam meningkatkan kesiapsiagaan psikologis (Lalani et al., 2021; N. Sari et al., 2023; Xue et al., 2020).

#### c. Aspek Perilaku

Dimensi perilaku mengacu pada tindakan nyata yang diambil sebagai respons terhadap bencana, seperti mengikuti jalur evakuasi, memberikan pertolongan pertama, atau mendukung anggota komunitas lainnya. Perilaku ini dipengaruhi oleh pelatihan, pengalaman sebelumnya, dan kesadaran risiko.

Program simulasi bencana merupakan salah satu metode efektif untuk memperkuat dimensi perilaku ini, memungkinkan individu untuk berlatih dan mempersiapkan diri menghadapi situasi darurat (Farokhzadian, 2024; Nygaard et al., 2016; Parrott, 2023).

## **2. Faktor yang Mempengaruhi Kesiapsiagaan Psikologis Bencana**

### **a. Faktor Internal**

Faktor internal yang mempengaruhi kesiapsiagaan psikologis meliputi kepribadian, pengalaman masa lalu, tingkat pendidikan, dan kesehatan mental individu. Sebagai contoh, individu dengan pengalaman bencana sebelumnya cenderung memiliki kesiapan psikologis yang lebih baik, tetapi mereka juga lebih rentan terhadap trauma berulang (Mair et al., 2014; Nygaard et al., 2016; Park, 2024).

### **b. Faktor Eksternal**

Faktor eksternal mencakup dukungan sosial, akses terhadap informasi, dan lingkungan fisik. Komunitas yang memiliki sistem dukungan sosial yang kuat, seperti kelompok komunitas atau organisasi masyarakat, lebih mampu menghadapi dampak psikologis bencana. Infrastruktur informasi yang memadai juga memainkan peran kunci dalam memfasilitasi kesiapan masyarakat, memungkinkan individu untuk mendapatkan informasi yang diperlukan untuk mengambil tindakan yang tepat (Hansel, 2023; Hansel et al., 2019; Li, 2023).

## **D. Fase-fase Respon Psikologis Terhadap Bencana**

---

Respon psikologis terhadap bencana biasanya terjadi dalam beberapa fase, yang mencerminkan perubahan emosi, kognisi, dan perilaku individu serta komunitas saat menghadapi bencana. Pemahaman tentang fase-fase ini penting untuk merancang intervensi yang efektif.

### **1. Fase Pra-Bencana (Antisipasi dan Persiapan)**

Pada fase ini, individu dan komunitas seringkali menunjukkan tingkat kecemasan atau kewaspadaan yang meningkat. Respons psikologis ini dipengaruhi oleh pemahaman risiko dan pengalaman masa lalu. Dalam konteks ini, kesiapsiagaan psikologis menjadi krusial untuk membantu individu tetap tenang dan mengambil langkah-langkah mitigasi yang diperlukan. Misalnya, pelatihan simulasi bencana yang melibatkan pengelolaan emosi dan pengambilan keputusan dapat mengurangi tingkat kecemasan yang tidak produktif (Brooks et al., 2016; Généreux et al., 2019).

## **2. Fase Bencana (Respons Akut)**

Ketika bencana terjadi, individu cenderung mengalami respons "fight, flight, atau freeze". Emosi seperti ketakutan dan kepanikan dapat mendominasi, tetapi ada juga yang mampu merespons dengan tenang, terutama mereka yang memiliki kesiapan psikologis sebelumnya. Perilaku adaptif seperti mengikuti prosedur evakuasi dan membantu orang lain sering terlihat pada individu dengan kesiapan mental yang baik. Sebaliknya, individu yang tidak siap secara psikologis mungkin mengalami gangguan dalam pengambilan keputusan atau bahkan terjebak dalam kondisi pasif (Bryant et al., 2017; Zanjani et al., 2021).

## **3. Fase Pasca-Bencana (Pemulihan dan Rekonstruksi)**

Setelah bencana, individu sering menghadapi perasaan kehilangan, trauma, dan kecemasan tentang masa depan. Pada fase ini, dukungan psikososial menjadi penting untuk memfasilitasi pemulihan. Program seperti kelompok dukungan atau layanan konseling dapat membantu individu mengelola dampak emosional dan memulai proses adaptasi terhadap kondisi baru. Pada tingkat komunitas, fase ini juga mencakup rekonstruksi sosial melalui penguatan jaringan sosial dan kegiatan pemberdayaan (Gowan et al., 2015; Reifels et al., 2013; Sandifer & Walker, 2018).

## **E. Penilaian Kesiapsiagaan Psikologis**

---

### **1. Instrumen Penilaian Kesiapsiagaan**

Instrumen penilaian kesiapsiagaan psikologis adalah alat yang digunakan untuk mengukur sejauh mana individu atau komunitas siap secara psikologis dalam menghadapi bencana. Contoh instrumen yang sering digunakan meliputi skala kesiapan psikologis berbasis self-report, wawancara semi-terstruktur, dan simulasi berbasis skenario. Salah satu instrumen yang banyak diadopsi adalah *Disaster Preparedness Psychological Scale* (DPPS), yang menilai aspek kognitif, emosional, dan perilaku kesiapan. Instrumen ini dapat diadaptasi untuk populasi tertentu, seperti anak-anak atau kelompok rentan, dengan mempertimbangkan kebutuhan spesifik mereka. Selain itu, teknologi berbasis aplikasi telah memungkinkan pengembangan alat yang lebih interaktif, seperti modul e-learning atau pengujian kesiapan berbasis game (Newnham et al., 2019; Yuwanto et al., 2017). Penilaian tidak hanya dilakukan sekali tetapi harus bersifat periodik untuk mengidentifikasi perubahan dalam kesiapsiagaan. Data dari instrumen ini dapat digunakan untuk mengarahkan intervensi spesifik, seperti pelatihan tambahan atau penguatan kapasitas komunitas (Généreux et al., 2019).

## **2. Indikator Kesiapsiagaan Psikologis**

Indikator kesiapsiagaan psikologis mencakup berbagai dimensi yang dapat diukur untuk menilai kesiapan individu dan kelompok. Indikator utama meliputi:

- a. Pemahaman Risiko: sejauh mana individu memahami potensi risiko bencana di wilayah mereka.
- b. Kemampuan Regulasi Emosi: kemampuan untuk mengelola stres dan emosi selama situasi darurat.
- c. Kesiapan Perilaku: kesiapan untuk bertindak sesuai dengan protokol, seperti mengikuti jalur evakuasi atau membantu orang lain.
- d. Keterlibatan Sosial: tingkat partisipasi dalam kegiatan komunitas terkait kesiapsiagaan, seperti latihan simulasi atau diskusi komunitas.

Indikator-indikator ini dapat dikategorikan ke dalam tiga domain utama—kognitif, emosional, dan perilaku—yang kemudian digunakan sebagai dasar untuk merancang intervensi yang sesuai (Ranse et al., 2014; Stene et al., 2022).

## **3. Metode Evaluasi Kesiapsiagaan**

Evaluasi kesiapsiagaan psikologis dilakukan melalui pendekatan kuantitatif dan kualitatif. Metode kuantitatif melibatkan pengukuran langsung menggunakan instrumen standar, seperti survei atau skala penilaian, sedangkan metode kualitatif menggunakan wawancara mendalam atau *focus group discussion* (FGD) untuk memahami pengalaman subjektif individu. Selain itu, simulasi bencana merupakan metode yang sangat efektif untuk mengevaluasi kesiapan dalam situasi nyata. Simulasi memungkinkan individu untuk mempraktikkan respons psikologis mereka terhadap skenario bencana yang dirancang menyerupai kondisi sebenarnya. Evaluasi dari hasil simulasi dapat memberikan gambaran tentang aspek-aspek yang perlu ditingkatkan (Goldmann & Galea, 2014; *The Model of Psychosocial Program to Restore the Cheerfulness of Post Disaster Students Through Dompet Dhuafa 'Back to School' Program*, 2018). Metode evaluasi juga harus mencakup monitoring berkelanjutan untuk memastikan bahwa kesiapan psikologis tetap terjaga. Sistem berbasis teknologi seperti aplikasi mobile atau platform digital dapat digunakan untuk memberikan umpan balik secara real-time dan mendukung proses pembelajaran yang adaptif (P et al., 2020).

## **F. Strategi Peningkatan Kesiapsiagaan Psikologis**

---

### **1. Edukasi dan Pelatihan**

#### **a. Program Kesadaran Bencana**

Program kesadaran bencana dirancang untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang risiko bencana dan dampak psikologisnya. Program ini mencakup sesi penyuluhan, kampanye publik, dan penyebaran informasi melalui media massa atau digital. Contohnya, kampanye mengenai cara menghadapi gempa bumi tidak hanya mencakup aspek fisik, seperti mencari tempat perlindungan, tetapi juga aspek psikologis, seperti pengendalian panik (Darmareja & Ismail, 2021; Mataburu et al., 2023).

Program ini juga melibatkan pelatihan berbasis komunitas, yang memberikan informasi tentang gejala trauma psikologis dan langkah-langkah untuk mencari bantuan. Dengan meningkatkan kesadaran, masyarakat diharapkan mampu merespons bencana secara lebih rasional dan meminimalkan dampak psikologis (Roza et al., 2020).

#### **b. Pelatihan Manajemen Stres**

Pelatihan ini bertujuan untuk membantu individu mengelola tekanan psikologis sebelum, selama, dan setelah bencana. Teknik seperti latihan pernapasan, mindfulness, dan penguatan pikiran positif diajarkan untuk mengurangi stres dan meningkatkan kapasitas adaptasi. Selain itu, pelatihan ini dapat mencakup simulasi stres berbasis skenario bencana untuk mempersiapkan individu menghadapi situasi darurat dengan lebih baik (Kholis et al., 2021; Nirmalasari et al., 2022).

#### **c. Simulasi Bencana**

Simulasi bencana memberikan pengalaman langsung kepada individu dan komunitas untuk mempraktikkan keterampilan kesiapsiagaan psikologis. Melalui simulasi, individu belajar mengelola kecemasan, mengambil keputusan di bawah tekanan, dan bekerja sama dengan anggota komunitas lainnya. Simulasi juga memungkinkan evaluasi langsung terhadap kesiapsiagaan psikologis peserta, sehingga pelatihan dapat disesuaikan untuk memenuhi kebutuhan spesifik (Kanita, 2019; Kurniawati & Suwito, 2019).

### **2. Pembentukan Sistem Dukungan**

#### **a. Dukungan Keluarga**

Keluarga berperan sebagai unit dukungan utama dalam meningkatkan kesiapsiagaan psikologis. Melibatkan seluruh anggota keluarga dalam pelatihan kesiapsiagaan bencana dapat memperkuat solidaritas dan membantu mengurangi kecemasan individu. Misalnya, membuat rencana

darurat keluarga yang mencakup tindakan yang harus dilakukan oleh masing-masing anggota dapat meningkatkan rasa aman dan kepercayaan diri mereka (Almutmainna et al., 2023; Andira & Ryadinency, 2023).

#### **b. Dukungan Komunitas**

Komunitas yang saling mendukung lebih mampu mengatasi dampak psikologis bencana. Kelompok masyarakat dapat membentuk tim tanggap psikososial yang bertugas memberikan bantuan emosional kepada korban selama dan setelah bencana. Program ini juga dapat mencakup kelompok diskusi untuk berbagi pengalaman dan strategi coping (Jalal et al., 2023; Kharisna, 2023).

#### **c. Dukungan Profesional**

Tenaga profesional seperti perawat jiwa, psikolog, dan konselor memainkan peran penting dalam mendukung kesiapan psikologis. Mereka dapat menyediakan layanan konseling, terapi kelompok, atau pendampingan selama masa pemulihan. Peran mereka juga melibatkan pelatihan bagi relawan untuk memberikan pertolongan pertama psikologis (*Psychological First Aid/PFA*) (Saptandari et al., 2022; Suprayitno et al., 2023).

### **3. Penguatan Resiliensi**

#### **a. Strategi Koping**

Resiliensi psikologis dapat diperkuat melalui pengembangan strategi coping yang adaptif, seperti kemampuan untuk menerima situasi yang tidak dapat diubah dan memanfaatkan sumber daya yang ada untuk mengatasi tantangan. Pelatihan ini sering mencakup elemen *self-care*, teknik relaksasi, dan pengelolaan emosi (Hutahaean & Sumampouw, 2019; Simbolon & Situmorang, 2017).

#### **b. Pemberdayaan Masyarakat**

Pemberdayaan komunitas lokal melalui pelatihan dan partisipasi aktif dalam perencanaan mitigasi bencana dapat meningkatkan ketahanan kolektif. Contohnya, melibatkan masyarakat dalam membangun infrastruktur tahan bencana tidak hanya meningkatkan kesiapsiagaan fisik tetapi juga rasa memiliki dan solidaritas (Husen et al., 2020; Simandalahi et al., 2019).

#### **c. Penguatan Kapasitas Mental**

Program penguatan mental berfokus pada pengembangan daya tahan terhadap tekanan psikologis. Ini mencakup pelatihan untuk mengatasi rasa takut dan trauma, serta peningkatan rasa percaya diri dalam menghadapi bencana. Pendekatan berbasis kognitif-behavioral sering digunakan untuk

membantu individu mengubah pola pikir negatif menjadi lebih adaptif (Amiruddin et al., 2022; Ningsih et al., 2023).

## G. Peran Perawat Jiwa dalam Kesiapsiagaan Psikologis Bencana

---

### 1. Asesmen dan Screening

Asesmen dan screening merupakan langkah awal yang krusial dalam kesiapsiagaan bencana. Penelitian menunjukkan bahwa pemahaman tentang kesiapsiagaan bencana di kalangan masyarakat, termasuk perawat, sangat penting untuk mengidentifikasi kebutuhan dan potensi risiko yang dihadapi. Contohnya, penelitian tentang pentingnya asesmen dalam manajemen bencana di rumah sakit, yang dapat diterapkan dalam konteks perawatan jiwa (Simanjuntak et al., 2021). Perawat di rumah sakit rujukan memiliki pemahaman yang baik mengenai pentingnya kesiapsiagaan bencana, termasuk dalam melakukan asesmen terhadap pasien yang berisiko tinggi (Herawati & Putri, 2023). Kompetensi respon bencana pada perawat sangat penting untuk memastikan bahwa mereka dapat melakukan screening yang efektif dalam situasi darurat (Husna et al., 2021). Dengan demikian, asesmen yang dilakukan oleh perawat jiwa tidak hanya mencakup aspek fisik tetapi juga psikologis, yang sangat penting dalam konteks bencana.



**Gambar 6.2 Perawat melakukan asesmen dalam situasi bencana**

## **2. Intervensi Keperawatan Spesifik**

Intervensi keperawatan spesifik dalam konteks bencana meliputi berbagai pendekatan yang dirancang untuk meningkatkan kesiapsiagaan individu dan komunitas. Edukasi dan pelatihan yang efektif dapat meningkatkan perilaku siaga bencana di kalangan anak-anak, yang juga relevan untuk populasi yang lebih luas (D. P. Sari, 2019). Selain itu, Pelatihan siaga bencana dapat meningkatkan kesiapsiagaan anak-anak dalam menghadapi bencana (Haryuni, 2018). Selain itu, Lainsamputty et al. menekankan bahwa intervensi seperti pelatihan dan simulasi rutin sangat direkomendasikan untuk meningkatkan kesiapsiagaan bencana di kalangan perawat (Lainsamputty et al., 2022). Intervensi ini tidak hanya membantu dalam merespons situasi darurat tetapi juga dalam mempersiapkan perawat untuk menghadapi berbagai tantangan yang mungkin muncul selama bencana.

## **3. Koordinasi dan Kolaborasi Multidisiplin**

Koordinasi dan kolaborasi multidisiplin adalah aspek penting dalam manajemen bencana. Perawat jiwa perlu bekerja sama dengan berbagai profesional kesehatan lainnya untuk memastikan bahwa semua aspek perawatan pasien terpenuhi. Model keyakinan kesehatan dapat membantu meningkatkan kesiapsiagaan masyarakat dalam menghadapi bencana, yang menunjukkan perlunya kolaborasi antara perawat, psikolog, dan anggota komunitas lainnya (Dewabrata, 2023). Selain itu, penting adanya pemetaan sumber daya manusia dalam memberikan respon terhadap bencana, yang memerlukan kolaborasi antara berbagai instansi dan profesional kesehatan (Rahman et al., 2021). Dengan kolaborasi yang baik, perawat jiwa dapat lebih efektif dalam memberikan dukungan kepada individu yang terdampak.

## **4. Dokumentasi dan Evaluasi Asuhan**

Dokumentasi dan evaluasi asuhan merupakan bagian integral dari praktik keperawatan, terutama dalam konteks bencana. Dokumentasi yang baik memungkinkan perawat untuk melacak kemajuan pasien dan menilai efektivitas intervensi yang dilakukan. Hasil penelitian menunjukkan pendidikan yang terintegrasi dengan mitigasi bencana dapat membantu membangun karakter dan kesiapsiagaan masyarakat, yang juga harus didokumentasikan untuk evaluasi lebih lanjut (Wulandari et al., 2023). Selain itu, penting adanya upaya program pendidikan kesiapsiagaan bencana di sekolah sebagai upaya untuk meningkatkan pengetahuan dan kemampuan warga sekolah terkait kesiapsiagaan ((Husniawati et al., 2023)). Dengan dokumentasi yang tepat, perawat jiwa dapat memberikan bukti yang kuat tentang efektivitas intervensi mereka.

## **5. Pengembangan Program Kesiapsiagaan**

Pengembangan program kesiapsiagaan adalah langkah strategis untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam menghadapi bencana. Modim et al. menekankan pentingnya sosialisasi dan simulasi mitigasi bencana di komunitas sebagai bagian dari program kesiapsiagaan (Modim et al., 2023). Selain itu, sistem peringatan bencana dan rencana tanggap darurat sangat penting untuk meningkatkan kesiapsiagaan masyarakat (Putri, 2020). Dalam konteks ini, perawat jiwa berperan aktif dalam merancang dan mengimplementasikan program-program yang dapat meningkatkan kesadaran dan kesiapsiagaan masyarakat terhadap bencana. Dengan demikian, perawat jiwa tidak hanya berfungsi sebagai penyedia layanan kesehatan tetapi juga sebagai pendidik dan fasilitator dalam pengembangan program kesiapsiagaan.

Secara keseluruhan, peran perawat jiwa dalam kesiapsiagaan bencana mencakup berbagai aspek yang saling terkait. Dari asesmen dan screening hingga pengembangan program kesiapsiagaan, perawat jiwa memiliki tanggung jawab yang signifikan dalam memastikan bahwa individu dan masyarakat dapat menghadapi bencana dengan lebih baik. Melalui kolaborasi multidisiplin, intervensi yang tepat, dan dokumentasi yang baik, perawat jiwa dapat berkontribusi secara efektif dalam manajemen bencana.

## **H. Penutup**

---

Sebagai langkah awal untuk membangun masyarakat yang lebih tangguh terhadap bencana, kesiapsiagaan psikologis harus menjadi bagian integral dari setiap strategi penanggulangan bencana. Dengan memahami dampak psikologis yang ditimbulkan oleh bencana dan merancang intervensi yang sesuai, baik sebelum, selama, maupun setelah bencana, kita dapat memperkuat ketahanan mental individu dan komunitas. Mengingat pentingnya aspek psikologis dalam pemulihan pasca bencana, kolaborasi antara pemerintah, lembaga swadaya masyarakat, tenaga kesehatan mental, serta masyarakat itu sendiri menjadi kunci dalam menciptakan sistem dukungan yang efektif dan berkelanjutan. Oleh karena itu, penguatan kesiapsiagaan psikologis bukan hanya sebuah kebutuhan, tetapi juga suatu kewajiban untuk menjamin pemulihan yang lebih holistik dan menyeluruh bagi masyarakat Indonesia.

## Referensi

- Almutmainna, N. Z., Raodatuljannah, S., Humairah, A. S. L., Djuhaepa, N. Z., & Khumas, A. (2023). Psikoedukasi Kesiapsiagaan Psikologis (Psychological Preparedness) Masyarakat Di Daerah Rawan Bencana Banjir Kampung Tegal Kota Parepare. *Joong-Ki Jurnal Pengabdian Masyarakat*, 2(3), 643–649. <https://doi.org/10.56799/joongki.v2i3.2076>
- Amiruddin, A., Abdurrahman, A., Bustami, B., Anasril, A., Herlambang, T. M., & Mutiah, C. (2022). Penyuluhan Tentang Kesiapsiagaan Menghadapi Bencana Banjir Dan Paska Banjir Bagi Masyarakat. *Jurnal Kreativitas Pengabdian Kepada Masyarakat (PkM)*, 5(8), 2426–2435. <https://doi.org/10.33024/jkpm.v5i8.6367>
- Andira, P., & Ryadinency, R. (2023). Penyuluhan Kesiapsiagaan Dalam Peningkatan Pengetahuan Siswa Menghadapi Bencana Gempa Bumi Di SDN 252 Nikkel Sorowako Kabupaten Luwu Timur. *Mega Buana Journal of Innovation and Community Service*, 2(1), 15–19. <https://doi.org/10.59183/jics.v2i1.86>
- Brooks, S. K., Dunn, R., Amlôt, R., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2016). Social and Occupational Factors Associated With Psychological Distress and Disorder Among Disaster Responders: A Systematic Review. *BMC Psychology*, 4(1). <https://doi.org/10.1186/s40359-016-0120-9>
- Bryant, R. A., Gibbs, L., Gallagher, H. C., Pattison, P., Lusher, D., MacDougall, C., Harms, L., Block, K., Sinnott, V., Ireton, G., Richardson, J. F., & Forbes, D. (2017). Longitudinal Study of Changing Psychological Outcomes Following the Victorian Black Saturday Bushfires. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 52(6), 542–551. <https://doi.org/10.1177/0004867417714337>
- Chang, K. (2017). Living With Vulnerability and Resiliency: The Psychological Experience of Collective Trauma. *Acta Psychopathologica*, 03(05). <https://doi.org/10.4172/2469-6676.100125>
- Darmareja, R., & Ismail, I. T. (2021). Sosialisasi Dan Edukasi Virtual Kesiapsiagaan Bencana Alam Gempa Bumi Pada Mahasiswa Diploma III Keperawatan Di Kota Cimahi. *Jurnal Kreativitas Pengabdian Kepada Masyarakat (PkM)*, 4(6), 1480–1490. <https://doi.org/10.33024/jkpm.v4i6.4550>
- Dewabrata, L. M. (2023). Role of Health Belief Model on Preparedness of Trenggalek Community in Facing Earthquake Disasters: Study in 'Desa Tangguh Bencana' Program. *Psikoborneo Jurnal Ilmiah Psikologi*, 11(4), 443. <https://doi.org/10.30872/psikoborneo.v11i4.12051>
- Farokhzadian, J. (2024). Nurses' Challenges for Disaster Response: A Qualitative Study. *BMC Emergency Medicine*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12873-023-00921-8>
- Généreux, M., Schluter, P. J., Takahashi, S., Usami, S., Mashino, S., Kayano, R., & Kim, Y. (2019). Psychosocial Management Before, During, and After Emergencies and Disasters—Results From the Kobe Expert Meeting. *International Journal of*

*Environmental Research and Public Health*, 16(8), 1309.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph16081309>

Goldmann, E., & Galea, S. (2014). Mental Health Consequences of Disasters. *Annual Review of Public Health*, 35(1), 169–183. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032013-182435>

Gowan, M. E., Sloan, J. A., & Kirk, R. (2015). Prepared for What? Addressing the Disaster Readiness Gap Beyond Preparedness for Survival. *BMC Public Health*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2440-8>

Greca, A. M. L., Silverman, W. K., Lai, B. S., & Jaccard, J. (2010). Hurricane-Related Exposure Experiences and Stressors, Other Life Events, and Social Support: Concurrent and Prospective Impact on Children's Persistent Posttraumatic Stress Symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(6), 794–805. <https://doi.org/10.1037/a0020775>

Hansel, T. C. (2023). Secondary Traumatic Stress and Burnout: The Role of Mental Health, Work Experience, Loneliness and Other Trauma in Compassion Fatigue in the Healthcare Workforces. *Traumatology an International Journal*. <https://doi.org/10.1037/trm0000478>

Hansel, T. C., Osofsky, H. J., Osofsky, J. D., & Speier, A. H. (2019). Katrina Inspired Disaster Screenings and Services: School-Based Trauma Interventions. *Traumatology an International Journal*, 25(2), 133–141. <https://doi.org/10.1037/trm0000178>

Hartwell, C. (2023). Forest Therapy as a Trauma-Informed Approach to Disaster Recovery: Insights From a Wildfire-Affected Community. *Plos Climate*, 2(9), e0000096. <https://doi.org/10.1371/journal.pclm.0000096>

Haryuni, S. (2018). Pengaruh Pelatihan Siaga Bencana Gempa Bumi Terhadap Kesiapsiagaan Anak Usia Sekolah Dasar Dalam Menghadapi Bencana Gempa Bumi Di "Yayasan Hidayatul Mubtadiin Kediri. *Jurnal Ilmu Kesehatan*, 6(2), 133. <https://doi.org/10.32831/jik.v6i2.167>

Herawati, T., & Putri, A. F. (2023). Kesiapsiagaan Bencana Perawat Di Rumah Sakit Rujukan Pada Area Rentan Bencana Di Indonesia: Studi Deskriptif. *Journal of Bionursing*, 5(2), 128–137. <https://doi.org/10.20884/1.bion.2023.5.2.206>

Huang, Y., & Wong, H. (2013). Effects of Social Group Work With Survivors of the Wenchuan Earthquake in a Transitional Community. *Health & Social Care in the Community*, 21(3), 327–337. <https://doi.org/10.1111/hsc.12022>

Husen, A. H., Kaelan, C., & Nurdin, A. (2020). Faktor Determinan Kesiapsiagaan Perawat Terhadap Bencana Gunung Meletus (Gamalama) Di Puskesmas Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kota Ternate. *Window of Health Jurnal Kesehatan*, 159–167. <https://doi.org/10.33096/woh.v3i2.626>

Husna, C., Azhari, A. P., & Ahyana. (2021). Analisis Kompetensi Respon Bencana Pada Perawat Di Puskesmas Kabupaten Bireuen, Aceh. *Jurnal Ilmu Keperawatan*

*Medikal Bedah*, 4(1). <https://doi.org/10.32584/jikmb.v4i1.893>

Husniawati, N., Indriyati, T., & Sitorus, S. (2023). Edukasi Kesiapsiagaan Bencana Banjir Di Sekolah Sebagai Upaya Meningkatkan Pengetahuan Tentang Bencana. *Media Karya Kesehatan*, 6(1). <https://doi.org/10.24198/mkk.v6i1.44960>

Hutahaean, B. S. H., & Sumampouw, N. E. J. (2019). Pelatihan Peningkatan Self-Esteem Pada Mahasiswa Universitas Indonesia Yang Mengalami Distres Psikologis. *Jurnal Ilmiah Psikologi Mind Set*, 9(02), 1–18. <https://doi.org/10.35814/mindset.v9i02.728>

Jalal, N. M., Damayanti, E., Agussalim, A. A., Haeba, N., & Dewi, E. M. P. (2023). Pengaruh Psikoedukasi Online terhadap Pengetahuan tentang Aplikasi dan Sertifikasi Psikolog Sekolah. *Edukatif: Jurnal Ilmu Pendidikan*, 5(1), 138–147. <https://doi.org/10.31004/edukatif.v5i1.4566>

Kanita, M. W. (2019). Simulasi Bencana Bagi Mahasiswa Keperawatan: Studi Fenomenologi. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Media Husada*, 8(1), 39–46. <https://doi.org/10.33475/jikmh.v8i1.195>

Khairil, M., Alatas, R., Sari, D. F. K., & Mirfath. (2020). Communication Strategy Using Da'wah Assembly to Heal Traumatised Natural Disaster Victims in Palu City. *Space and Culture India*, 7(4), 228–233. <https://doi.org/10.20896/saci.v7i4.626>

Kharisna, D. (2023). Peningkatan Kesiapsiagaan Siswa Sekolah Dasar Dalam Menghadapi Bencana Gempa Bumi Dan Kebakaran. *Jurnal Abdimas Bsi Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat*, 6(2), 191–198. <https://doi.org/10.31294/jabdimas.v6i2.14882>

Kholis, A., Husrizalsyah, D., & Wati, R. I. (2021). Model Respon Emergensi Bencana Dan Pengaruhnya Terhadap Kinerja Akuntan Pendidik Dalam Pandemi Covid-19 Di Provinsi Sumatera Utara. *JAKPI - Jurnal Akuntansi, Keuangan & Perpajakan Indonesia*, 9(2). <https://doi.org/10.24114/jakpi.v9i2.29504>

Kronenberg, M., Hansel, T. C., Brennan, A., Osofsky, H. J., Osofsky, J. D., & Lawrason, B. (2010). Children of Katrina: Lessons Learned About Postdisaster Symptoms and Recovery Patterns. *Child Development*, 81(4), 1241–1259. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01465.x>

Kurniawati, D., & Suwito, S. (2019). Pengaruh Pengetahuan Kebencanaan Terhadap Sikap Kesiapsiagaan Dalam Menghadapi Bencana Pada Mahasiswa Program Studi Pendidikan Geografi Universitas Kanjuruhan Malang. *JPiG (Jurnal Pendidikan Dan Ilmu Geografi)*, 2(2). <https://doi.org/10.21067/jpig.v2i2.3507>

Lainsamputty, F., Purnawinadi, I. G., Santoso, R. B. E., & Babu, V. A. (2022). Efikasi Diri Dan Kesiapsiagaan Perawat Rumah Sakit Terhadap Bencana. *Ners Jurnal Keperawatan*, 18(1), 37. <https://doi.org/10.25077/njk.18.1.37-45.2022>

Lalani, N., Drolet, J., McDonald-Harker, C., Brown, M., Brett-MacLean, P., Agyapong, V. I. O., Greenshaw, A. J., & Silverstone, P. H. (2021). Nurturing Spiritual Resilience

to Promote Post-Disaster Community Recovery: The 2016 Alberta Wildfire in Canada. *Frontiers in Public Health*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.682558>

Lee, M., Kim, H. S., Park, E. J., & Bhang, S.-Y. (2020). Efficacy of the Children in Disaster: Evaluation and Recovery (CIDER) Protocol for Traumatized Adolescents in Korea. *Journal of Korean Medical Science*, 35(29). <https://doi.org/10.3346/jkms.2020.35.e240>

Li, S. (2023). Application of Public Emotion Feature Extraction Algorithm Based on Social Media Communication in Public Opinion Analysis of Natural Disasters. *PeerJ Computer Science*, 9, e1417. <https://doi.org/10.7717/peerj-cs.1417>

Mair, J., Ritchie, B. W., & Walters, G. (2014). Towards a Research Agenda for Post-Disaster and Post-Crisis Recovery Strategies for Tourist Destinations: A Narrative Review. *Current Issues in Tourism*, 19(1), 1–26. <https://doi.org/10.1080/13683500.2014.932758>

Mataburu, I. B., Handawati, R., & Hijrawadi, S. N. (2023). Peningkatan Kesiapsiagaan Bencana Gempa Bumi bagi Masyarakat Kelurahan Bukit Duri Jakarta Selatan. *Jurdimas (Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat) Royal*, 6(2), 234–241.

Modim, M. R. M., Pattipailohy, M. G. A., Teresa, S. R., Pratama, Y. R., Anjle, A., & Marhaeni, N. H. (2023). Sosialisasi Dan Simulasi Mitigasi Bencana Gempa Di Komunitas Difabel Difasari Sedayu Bantul Yogyakarta. *Room of Civil Society Development*, 2(1), 57–65. <https://doi.org/10.59110/rcsd.v2i1.171>

Newnham, E. A., Gao, X., Tearne, J. E., Guragain, B., Jiao, F., Ghimire, L., Chan, E. Y. Y., & Lee, J. (2019). Adolescents' Perspectives on the Psychological Effects of Natural Disasters in China and Nepal. *Transcultural Psychiatry*, 57(1), 197–211. <https://doi.org/10.1177/1363461519893135>

Ningsih, M. P., Thaariq, N. A. A., & Rahmawati, L. (2023). Pengaruh Pelatihan Kesiapsiagaan Bencana terhadap Peningkatan Pengetahuan Kit Kesehatan Reproduksi pada Tanggap Darurat Bencana. *Jurnal Kesehatan Mercusuar*, 6(1), 34–40. <https://doi.org/10.36984/jkm.v6i1.369>

Nirmalasari, N., Hidayati, R. W., Rukmi, D. K., & Setiawan, A. (2022). Edukasi Audio Visual Dalam Kesiapsiagaan Bencana Gunung Meletus Pada Anak Usia Sekolah. *Journal of Innovation in Community Empowerment*, 4(2), 84–89. <https://doi.org/10.30989/jice.v4i2.761>

Nygaard, E., Hussain, A., Siqveland, J., & Heir, T. (2016). General Self-Efficacy and Posttraumatic Stress After a Natural Disaster: A Longitudinal Study. *BMC Psychology*, 4(1). <https://doi.org/10.1186/s40359-016-0119-2>

Osofsky, J. D., Osofsky, H. J., Weems, C. F., King, L. S., & Hansel, T. C. (2015). Trajectories of Post-traumatic Stress Disorder Symptoms Among Youth Exposed to Both Natural and Technological Disasters. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(12), 1347–1355. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12420>

- P, J. R., Raj, A., & Walia, A. (2020). Effectiveness of Tot Workshop on Psychosocial Care in Disaster Management for National Disaster Response Force Personnel. *Ijsr*, 46–49. <https://doi.org/10.36106/ijsr/8038015>
- Paganini, M., Borrelli, F., Cattani, J., Ragazzoni, L., Djalali, A., Carenzo, L., Corte, F. D., Burkle, F. M., & Ingrassia, P. L. (2016). Assessment of Disaster Preparedness Among Emergency Departments in Italian Hospitals: A Cautious Warning for Disaster Risk Reduction and Management Capacity. *Scandinavian Journal of Trauma Resuscitation and Emergency Medicine*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s13049-016-0292-6>
- Park, E. J. (2024). Promising Effect of the Children in Disaster: Evaluation and Recovery Intervention on Trauma Symptoms and Quality of Life for Children and Adolescents: A Controlled Study. *Psychiatry Investigation*, 21(2), 123–132. <https://doi.org/10.30773/pi.2023.0202>
- Parrott, E. (2023). Community Resilience After Disasters: Exploring Teacher, Caregiver and Student Conceptualisations in Indonesia. *Sustainability*, 16(1), 73. <https://doi.org/10.3390/su16010073>
- Pfefferbaum, B., Noffsinger, M. A., Jacobs, A., & Varma, V. (2016). Children's Cognitive Functioning in Disasters and Terrorism. *Current Psychiatry Reports*, 18(5). <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0685-2>
- Putri, N. W. (2020). Sistem Peringatan Bencana Dan Rencana Tanggap Darurat Masyarakat Wilayah Zona Merah Kota Padang Dalam Menghadapi Bencana Gempa Bumi. *Jurnal Keselamatan Kesehatan Kerja Dan Lingkungan*, 1(1), 41–52. <https://doi.org/10.25077/jk3l.1.1.41-52.2020>
- Rahman, S., Silvalila, M., & Pratama, R. (2021). Analisis Waktu Respon Bencana Staf Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Zainoel Abidin Banda Aceh Sebagai Rumah Sakit Tangguh Bencana. *Journal of Medical Science*, 2(1), 38–43. <https://doi.org/10.55572/jms.v2i1.39>
- Ranse, J., Hutton, A., Jeeawody, B., & Wilson, R. (2014). What Are the Research Needs for the Field of Disaster Nursing? An International Delphi Study. *Prehospital and Disaster Medicine*, 29(5), 448–454. <https://doi.org/10.1017/s1049023x14000946>
- Reifels, L., Pietrantoni, L., Prati, G., Kim, Y., Kilpatrick, D. G., Dyb, G., Halpern, J., Olff, M., Brewin, C. R., & O'Donnell, M. (2013). Lessons Learned About Psychosocial Responses to Disaster and Mass Trauma: An International Perspective. *European Journal of Psychotraumatology*, 4(1). <https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.22897>
- Salawali, S. H., Susanti, H., Daulima, N. H. C., & Putri, A. F. (2020). Posttraumatic Growth in Adolescent Survivors of Earthquake, Tsunami, and Liquefaction in Palu Indonesia: A Phenomenological Study. *Pediatric Reports*, 12(11), 8699. <https://doi.org/10.4081/pr.2020.8699>
- Sandifer, P. A., & Walker, A. H. (2018). Enhancing Disaster Resilience by Reducing Stress-Associated Health Impacts. *Frontiers in Public Health*, 6.

<https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00373>

Saptandari, E. W., Praptomojati, A., Handoyo, R. T., Anjarsari, N. D., & Mahambara, Y. G. R. (2022). Layanan Telekonseling: Psychological First Aid Dalam Situasi Pandemi COVID-19. *Jurnal Psikologi Teori Dan Terapan*, 13(1), 51–71. <https://doi.org/10.26740/jptt.v13n1.p51-71>

Sari, D. P. (2019). Pengaruh Edukasi Audio Visual Dan Role Play Terhadap Perilaku Siaga Bencana Pada Anak Sekolah Dasar. *Journal of Holistic Nursing Science*, 6(2), 44–51. <https://doi.org/10.31603/nursing.v6i2.2543>

Sari, N., Kurniati, E., & Fajari, L. E. W. (2023). The Presence of a Play Space for Post Disaster Recovery. *Acta Pedagogia Asiana*, 2(2), 64–71. <https://doi.org/10.53623/apga.v2i2.179>

Simandalahi, T., Apriyeni, E., & Pardede, R. (2019). Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Pengetahuan Siswa Tentang Kesiapsiagaan Bencana Gempa Bumi. *Jurnal Kesehatan Medika Saintika*, 10(1), 107. <https://doi.org/10.30633/jkms.v10i1.314>

Simanjuntak, M. P., Myrnawati, M., & Asnawati, S. (2021). Kesiap Siagaan Rumah Sakit Dalam Penanggulangan Bencana Studi Kasus Di Rsu Elpi Al Aziz Rantauprapat, 2020. *Prepotif Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 5(2), 1345–1352. <https://doi.org/10.31004/prepotif.v5i2.2380>

Simbolon, N., & Situmorang, P. R. (2017). Analisis Kesiapsiagaan Perawat Dalam Memberikan Pelayanan Kegawatdaruratan Sistem Pernafasan Akibat Bencana Alam Di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Deli Serdang. *Elisabeth Health Jurnal*, 2(1), 38–47. <https://doi.org/10.52317/ehj.v2i1.212>

Stene, L. E., Vuillermoz, C., Overmeire, R. V, Bilsen, J., Dückers, M., Nilsen, L. G., & Vandendorren, S. (2022). Psychosocial Care Responses to Terrorist Attacks: A Country Case Study of Norway, France and Belgium. *BMC Health Services Research*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07691-2>

Suprayitno, G., Utami, T. F. C. T., & Swastika, I. K. (2023). Kesiapsiagaan Masyarakat Dalam Menghadapi Bencana Tsunami the Effect of Tabletop Disaster Simulation (Tds ) on Improving. *Jurnal Keperawatan Tropis Papua*, 06(01), 39–44.

*The Model of Psychosocial Program to Restore the Cheerfulness of Post Disaster Students Through Dompet Dhuafa 'Back to School' Program.* (2018). <https://doi.org/10.17758/eirai2.f0418407>

To, P. L., Eboreime, E., & Agyapong, V. I. O. (2021). The Impact of Wildfires on Mental Health: A Scoping Review. *Behavioral Sciences*, 11(9), 126. <https://doi.org/10.3390/bs11090126>

Wulandari, T., Tanjung, Y. I., Festiyed, F., Wang, L., Desnita, D., & Diliarosta, S. (2023). Literature Review: Analisis Integrasi Mitigasi Bencana Pada Pembelajaran. *Sap (Susunan Artikel Pendidikan)*, 7(3), 390. <https://doi.org/10.30998/sap.v7i3.15462>

- Xue, C. L., Shu, Y. S., Hayter, M., & Lee, A. (2020). Experiences of nurses involved in natural disaster relief: A meta-synthesis of qualitative literature. *Journal of Clinical Nursing*, 29(23–24), 4514–4531. <https://doi.org/10.1111/jocn.15476>
- Yuwanto, L., Adi, C. M. P., & Budiman, A. F. (2017). Disaster Education Based on Psychological First-Aid for Students: Increasing Capacity Dealing With Disaster. *Us-China Education Review B*, 7(5). <https://doi.org/10.17265/2161-6248/2017.05.005>
- Zanjani, S. Z., Sirafi, M. R., Hedayati, M., & Marzaleh, M. A. (2021). The Effectiveness of Psychological Interventions in the Well-Being of Adolescents Surviving Natural Disasters in East Azerbaijan Province. *Journal of Rescue and Relief*, 171–176. <https://doi.org/10.32592/jorar.2021.13.3.1>

## Glosarium

DPPS : *Disaster Preparedness Psychological Scale*



## Profil Penulis



**Endang Mei Yunalia, S.Kep., Ns., M.Kep** lahir di Blitar pada tanggal 16 Mei 1987. Penulis adalah seorang staf pengajar pada Program Studi Keperawatan, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Kadiri, Kediri. Penulis menamatkan pendidikan Sarjana dan profesi Ners pada tahun 2010. Pada tahun 2011 penulis memulai karir sebagai dosen di Program Studi Keperawatan, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Kadiri. Pada tahun yang sama penulis melanjutkan studi S2 di Universitas Indonesia program studi Magister Keperawatan dengan bidang ilmu keperawatan jiwa. Email: [endang.mei@unik-kediri.ac.id](mailto:endang.mei@unik-kediri.ac.id)



**Ns. Fitrio Deviantony, S.Kep., M.Kep** Lahir di Banyuwangi, 01 Mei 1990. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 pada Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember tahun 2008. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas Brawijaya dan lulus tahun pada tahun 2024. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2014 di Sekolah Tinggi Kesehatan WidyaGama Husada Malang dan Akper Pemkab Gresik . Saat ini penulis bekerja di Universitas Jember mengampu mata kuliah Keperawatan Jiwa, Psikiatrik, dan Komunikasi Keperawatan. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, seminar, dan aktif dalam pengabdian kepada masyarakat. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: [fitrio.psik@unej.ac.id](mailto:fitrio.psik@unej.ac.id)

Motto: "Everything is Paradox"



**Helena Pangaribuan, S.Kep., Ns., M.Kep** Lahir di Limapuluh (SUMUT), 20 Mei 1972 . Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 pada Program Studi Ners Universitas Hasanudin tahun 2005. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 Keperawatan pada Universitas Brawijaya dan lulus pada tahun 2016. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 1996, Saat ini Penulis bekerja sampai saat ini di Poltekkes Kemenkes Palu. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, seminar. Penulis: dapat dihubungi melalui e-mail: [helenaeesterpangaribuan@yahoo.co.id](mailto:helenaeesterpangaribuan@yahoo.co.id)

## Profil Penulis



**Ns. Arya Ramadia, M.Kep., Sp.Kep.J** Menyelesaikan pendidikan S1 di Universitas Andalas lulus pada tahun 2010 penulis melanjutkan pendidikan S2 di Universitas Indonesia lulus pada tahun 2013 Kemudian melanjutkan pendidikan spesialis di Universitas Indonesia lulus pada tahun 2014 Penulis mulai aktif sebagai dosen pada tahun 2011- 2019 di program studi ilmu keperawatan Universitas Muhammadiyah Sumatera Barat kemudian sejak februari 2019 penulis bergabung sebagai dosen di STIKes Al Insyirah Pekanbaru yang saat ini berubah bentuk menjadi Institut Kesehatan dan Teknologi Al Isyirah. Penulis juga aktif sebagai dosen luar biasa di beberapa institusi pendidikan swasta program studi ilmu keperawatan Sebagai upaya dalam pengembangan diri dosen, penulis menjalankan tridarma perguruan tinggi seperti aktif sebagai penulis buku dan jurnal baik skala nasional maupun internasional. Penulis dapat dihubungi melalui email [aryaramadia@gmail.com](mailto:aryaramadia@gmail.com)

Pesan Untuk Pembaca :

Semoga buku ini dapat menjadi salah satu referensi khususnya dibidang ilmu keperawatan jiwa serta dapat memberikan manfaat bagi semua pembaca.



**Isna Ovari, S.Kp., M.Kep** Lahir di Maninjau 07 Februari 1970. Riwayat Pendidikan Tinggi yang telah ditempuh oleh penulis, bermula dari D III Keperawatan pada Tahun 1990, setelah itu melanjutkan pendidikan perawat ke jenjang S1 Keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia tahun 1995. Pada tahun 2012 melanjutkan lagi pendidikan perawat ke jenjang S2 Keperawatan di Fakultas Keperawatan Universitas Andalas. Sekarang penulis terdaftar sebagai mahasiswa Program Ph.D in Nursing di Lincoln University College Malasyia. Penulis merupakan Dosen tetap di STIKes Pekanbaru Medical Center dan Pengampu mata ajar Keperawatan Jiwa, Keperawatan Gerontik serta Mata Kuliah Dasar Keperawatan. Keaktifan penulis pada kegiatan Tri Dharma Perguruan Tinggi, terlihat dari publikasi hasil penelitian, pengabdian kepada masyarakat, menulis buku serta seminar. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail : [isnaovari70@gmail.com](mailto:isnaovari70@gmail.com).

**Motto:** "Kalau orang lain bisa kenapa saya tidak ?"

## Profil Penulis



**Masnaeni Ahmad, S.Psi., MA.** Penulis akrab dipanggil Nay. Lahir di Kepulauan Selayar kurang dari empat dekade yang lalu. Menempuh pendidikan Ilmu Psikologi di Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta sejak S1 hingga menyelesaikan studi S2 pada tahun 2012. Sejak tahun 2015 bergabung menjadi tenaga pendidik di Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Mamuju. Mata Kuliah yang diampu diantaranya Psikologi, Antropologi Kesehatan, Komunikasi, Keperawatan Jiwa dan Keperawatan Keluarga.

Bidang minat yang ditekuni adalah psikologi kesehatan terutama kesehatan mental masyarakat. Telah menulis beberapa buku diantaranya Manajemen Stres, Pendekatan Terapeutik Keperawatan Jiwa dan Psikososial, Psikologi Sosial Suatu Pengantar, Teori Antropologi Kesehatan, Pengantar Kesehatan Mental dan Manajemen Bencana Perspektif Kesehatan. Aktif dalam organisasi Himpunan Psikologi Indonesia Sulawesi Barat dan Asosiasi Psikologi Kesehatan Indonesia serta menjadi Relawan Layanan SEJIWA. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: [masnaeniahmad@poltekkesmamuju.ac.id](mailto:masnaeniahmad@poltekkesmamuju.ac.id)

Motto: "**Dalletta Geleki Assisalai**"

## SINOPSIS BUKU

Buku **Keperawatan Kesehatan Jiwa Dan Psikososial** ini berisi tentang klien sebagai sistem yang adaptif dalam rentang respon sehat jiwa, resiko dan gangguan jiwa. Upaya keperawatan jiwa yang diberikan meliputi upaya pencegahan primer, sekunder dan tersier pada individu dalam berbagai rentang respon di setiap tahapan tumbuh kembang.

Materi yang dibahas dalam buku ini meliputi: 1) Kecerdasan Emosional dan Stress Akademik pada Remaja; 2) Beban dan Kecemasan Caregiver Pasien Stroke; 3) Efektivitas Terapi Kognitif Behavior Sebagai Upaya Penurunan Depresi pada Orang Dengan HIV-AIDS; 4) Kesiapsiagaan Psikologis terhadap Bencana; 5) Booklet SP Keluarga Meningkatkan Pengetahuan Keluarga Tentang Perawatan Anggota Keluarga dengan Gangguan Jiwa di Rumah; 6) Menghubungkan Kesehatan Jiwa dan Ketahanan Pangan: Peran Strategis Perawat Jiwa di Sektor Pertanian

Semakin meningkatnya masalah psikososial di masyarakat, maka perawat perlu melakukan upaya agar derajat kesehatan jiwa semakin meningkat. Oleh karena itu, buku ini disusun untuk menjadi sumber informasi yang praktis, berdasarkan hasil penelitian yang sudah dilakukan oleh para penulis. Pembaca akan menemukan materi-materi terkini mengenai asuhan keperawatan jiwa yang mudah dipahami di dalam buku referensi ini.

Buku Keperawatan Kesehatan Jiwa Dan Psikososial ini berisi tentang klien sebagai sistem yang adaptif dalam rentang respon sehat jiwa, resiko dan gangguan jiwa. Upaya keperawatan jiwa yang diberikan meliputi upaya pencegahan primer, sekunder dan tersier pada individu dalam berbagai rentang respon di setiap tahapan tumbuh kembang.

Materi yang dibahas dalam buku ini meliputi: 1) Kecerdasan Emosional dan Stress Akademik pada Remaja; 2) Beban dan Kecemasan Caregiver Pasien Stroke; 3) Efektivitas Terapi Kognitif Behavior Sebagai Upaya Penurunan Depresi pada Orang Dengan HIV-AIDS; 4) Kesiapsiagaan Psikologis terhadap Bencana; 5) Booklet SP Keluarga Meningkatkan Pengetahuan Keluarga

- Tentang Perawatan Anggota Keluarga dengan Gangguan Jiwa di Rumah; 6) Menghubungkan Kesehatan Jiwa dan Ketahanan Pangan: Peran Strategis Perawat Jiwa di Sektor Pertanian

Semakin meningkatnya masalah psikososial di masyarakat, maka perawat perlu melakukan upaya agar derajat kesehatan jiwa semakin meningkat. Oleh karena itu, buku ini disusun untuk menjadi sumber informasi yang praktis, berdasarkan hasil penelitian yang sudah dilakukan oleh para penulis. Pembaca akan menemukan materi-materi terkini mengenai asuhan keperawatan jiwa yang mudah dipahami di dalam buku referensi ini.

ISBN 978-634-7097-15-6



9 786347 097156

Penerbit :  
**PT Nuansa Fajar Cemerlang (Optimal)**  
Grand Slipi Tower Lt. 5 Unit F  
Jalan S. Parman Kav. 22-24  
Kel. Palmerah, Kec. Palmerah  
Jakarta Barat, DKI Jakarta, Indonesia, 11480  
Telp: (021) 29866919