

Bunga Rampai

KEPERAWATAN JIWA BERBASIS KOMUNITAS

Shofi Khaqul I. • Nuniek Setyo W. • Fitrio Deviantony
Ryka Widyaningtyas • Mamnuah

Editor: Ainal Mardhiah



BUNGA RAMPAI

KEPERAWATAN JIWA BERBASIS KOMUNITAS

Penulis:

Ns. Shofi Khaqul Ilmy, S.Kep., M.Kep.
Ns. Nuniek Setyo Wardani, S.Kep., M.Kep.
Ns. Fitrio Deviantony, S.Kep., M.Kep.
Ns. Ryka Widyaningtyas, S.Kep., M.Sc.
Dr. Ns. Mamnuah, M.Kep., Sp. Kep. J.

Editor:

Ns. Ainal Mardhiah, M.Kep.



Bunga Rampai Keperawatan Jiwa Berbasis Komunitas

Penulis: Ns. Shofi Khaqul Ilmy, S.Kep., M.Kep.

Ns. Nuniek Setyo Wardani, S.Kep., M.Kep.

Ns. Fitrio Deviantony, S.Kep., M.Kep.

Ns. Ryka Widyaningtyas, S.Kep., M.Sc.

Dr. Ns. Mamnuah, M.Kep., Sp. Kep. J.

Editor: Ns. Ainal Mardhiah, M.Kep.

Desain Sampul: Ivan Zumarano

Tata Letak: Muhamad Rizki Alamsyah

ISBN: 978-634-7139-82-5

Cetakan Pertama: Maret, 2025

Hak Cipta 2025

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang

Copyright © 2025

by Penerbit PT 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

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 kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas segala karunia dan rahmat-Nya yang tak terhingga, sehingga buku ini, "**Bunga Rampai Keperawatan Jiwa Berbasis Komunitas**", dapat diselesaikan dan diterbitkan. Buku ini hadir sebagai upaya untuk menjembatani pengetahuan, pengalaman, dan pemahaman tentang keperawatan jiwa berbasis komunitas, yang semakin penting dalam menghadapi tantangan kesehatan jiwa di masyarakat.

Keperawatan jiwa berbasis komunitas bukan hanya sekadar suatu pendekatan dalam merawat individu dengan gangguan jiwa, tetapi juga sebuah paradigma yang menekankan pada keterlibatan masyarakat secara aktif dalam menciptakan lingkungan yang mendukung pemulihan dan kesejahteraan jiwa. Pendekatan ini mengutamakan pencegahan, deteksi dini, serta perawatan yang dilakukan dengan melibatkan berbagai elemen dalam komunitas, baik itu tenaga kesehatan, keluarga, tokoh masyarakat, dan masyarakat luas. Oleh karena itu, buku ini ditulis untuk memberikan gambaran yang lebih jelas mengenai pentingnya kolaborasi antara tenaga kesehatan dengan masyarakat dalam menjaga dan meningkatkan kesehatan jiwa.

Dalam setiap bab, pembaca akan diajak untuk memahami konsep dasar keperawatan jiwa, prinsip-prinsip pemberdayaan komunitas, serta bagaimana implementasi keperawatan jiwa berbasis komunitas dapat dilakukan dengan efektif. Kami berusaha menyusun buku ini dengan cara yang mudah dipahami, dengan harapan dapat memberikan manfaat bagi berbagai kalangan—mulai dari tenaga kesehatan, mahasiswa, hingga masyarakat umum yang ingin lebih peduli terhadap isu kesehatan jiwa.

Pentingnya keperawatan jiwa berbasis komunitas semakin terasa, mengingat peningkatan prevalensi gangguan jiwa yang sering kali kurang mendapatkan perhatian yang memadai di masyarakat. Dengan pendekatan berbasis komunitas, kita dapat memperkecil stigma terhadap gangguan mental, meningkatkan kesadaran akan pentingnya kesehatan jiwa, dan menciptakan masyarakat yang lebih inklusif serta mendukung pemulihan individu yang mengalami gangguan jiwa.

Dalam penulisan buku ini, kami telah merujuk pada berbagai penelitian, teori, serta pengalaman praktis dari tenaga kesehatan yang berpengalaman di lapangan. Kami juga tidak lupa melibatkan berbagai perspektif dan pendekatan yang relevan agar pembaca dapat melihat keperawatan jiwa berbasis komunitas dari berbagai sudut pandang yang lebih luas dan mendalam.

Kami menyadari bahwa buku ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu, kritik dan saran yang membangun dari para pembaca sangat kami harapkan demi penyempurnaan di masa yang akan datang. Kami juga ingin mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah memberikan dukungan, bantuan, dan semangat dalam penyusunan buku ini—baik secara langsung maupun tidak langsung. Tanpa kontribusi dan partisipasi mereka, buku ini tidak akan terwujud.

Akhir kata, semoga **buku "Bunga Rampai Keperawatan Jiwa Berbasis Komunitas"** ini dapat memberikan kontribusi positif dalam pengembangan profesi keperawatan, khususnya dalam bidang keperawatan jiwa, serta membantu meningkatkan kesadaran dan pemahaman masyarakat tentang pentingnya perawatan jiwa berbasis komunitas. Kami berharap buku ini dapat menjadi referensi yang bermanfaat bagi tenaga kesehatan, akademisi, mahasiswa, serta masyarakat yang peduli terhadap isu kesehatan jiwa. Semoga setiap langkah kecil yang kita lakukan dapat menciptakan perubahan besar bagi masyarakat yang lebih sehat secara mental.

Maret, 2025

Penulis



DAFTAR ISI

PRAKATA	iii
DAFTAR ISI	v

CHAPTER 1 KEPERAWATAN JIWA DI KOMUNITAS: KONSEP DAN IMPLEMENTASI.....	1
Ns. Shofi Khaqul Ilmy, S.Kep., M.Kep.....	1
A. Pendahuluan/Prolog	1
B. Pengertian dan Ruang Lingkup Keperawatan Jiwa di Komunitas	1
C. Konsep Sehat-Sakit Dalam Keperawatan Jiwa di Komunitas.....	4
D. Landasan Teori Penerapan Keperawatan Jiwa di Komunitas	5
E. Tujuan Penerapan Keperawatan Jiwa Komunitas.....	7
F. Prinsip-Prinsip Dasar Penerapan Keperawatan Jiwa Komunitas.....	8
G. Tingkatan Keperawatan Jiwa Komunitas	9
H. Empat Pilar Pelayanan CMHN	9
I. Strategi Implementasi Keperawatan Jiwa Komunitas dalam menghadapi tantangan	11
J. Kesimpulan.....	13
K. Referensi.....	13
CHAPTER 2 PEMBERDAYAAN KOMUNITAS DALAM MENANGANI GANGGUAN JIWA	19
Ns. Nuniek Setyo Wardani, S. Kep., M. Kep.	19
A. Definisi Pemberdayaan Komunitas.....	19
B. Konsep Pemberdayaan Komunitas.....	22
C. Gangguan Jiwa Di Komunitas.....	29
D. Pemberdayaan Komunitas Dalam Menangani Gangguan Jiwa	31
E. Kesimpulan.....	34
F. Referensi.....	34
CHAPTER 3 TANTANGAN KEPERAWATAN JIWA DI MASYARAKAT PEDESAAN	37
Ns. Fitrio Deviantony, S.Kep., M.Kep.	37
A. Pendahuluan/Prolog	37
B. Kondisi Kesehatan jiwa di Masyarakat Pedesaan	38
C. Keterbatasan Sumber Daya untuk Penanganan Kesehatan Jiwa.....	39

D. Kendala dalam Menjalankan Pendekatan Holistik di Lingkungan Pedesaan	40
E. Studi Kasus Intervensi sukses Kesehatan Jiwa di Pedesaan	41
F. Kesimpulan.....	43
G. Referensi.....	44
CHAPTER 4 PERAN PERAWAT JIWA DALAM MENINGKATKAN KESADARAN KESEHATAN MENTAL DI KOMUNITAS	47
Ryka Widyaningtyas, S.Kep., M.Sc.....	47
A. Pendahuluan/Prolog	47
B. Urgensi Kesadaran Kesehatan Mental.....	48
C. Literasi Kesehatan Mental pada Lingkup Keperawatan	49
D. Peran Perawat Kesehatan Jiwa dalam Peningkatan Kesadaran Kesehatan Mental	50
E. Tantangan Perawat dalam Promosi tentang Kesadaran Kesehatan Mental	56
F. Kesimpulan.....	58
G. Referensi.....	58
H. Glosarium.....	62
CHAPTER 5 PERAN PERAWAT DALAM MENGURANGI STIGMA KESEHATAN MENTAL DI KOMUNITAS	63
Dr. Ns. Mamnuah, M.Kep., Sp. Kep. J.....	63
A. Pendahuluan/Prolog	63
B. Stigma Kesehatan Mental.....	63
C. Upaya untuk Mengurangi Stigma.....	66
D. Peran Perawat untuk Mengurangi Stigma	70
E. Kesimpulan.....	73
F. Referensi.....	73
G. Glosarium.....	76
PROFIL PENULIS	77

CHAPTER 1

KEPERAWATAN JIWA DI KOMUNITAS: KONSEP DAN IMPLEMENTASI

Ns. Shofi Khaqul Ilmy, S.Kep., M.Kep.

A. Pendahuluan/Prolog

Di era modern ini, ketika dunia semakin terbuka terhadap kemajuan teknologi dan informasi, mengapa masih banyak terjadi fenomena pengurungan bahkan pasung di kalangan masyarakat? Pertanyaan ini menggambarkan paradoks besar yang dihadapi masyarakat Indonesia. Menurut data survei terbaru dari Kementerian Kesehatan, kasus pemasungan masih ditemukan di berbagai daerah, terutama di wilayah dengan akses terbatas terhadap layanan kesehatan jiwa (Kemenkes, 2023). Pasung, sebagai praktik tradisional yang tidak manusiawi, sering dianggap sebagai jalan keluar bagi keluarga yang tidak memiliki informasi, dukungan, atau sumber daya yang memadai untuk menangani anggota keluarga dengan gangguan jiwa.

Ironisnya, stigma terhadap gangguan jiwa sering kali memperburuk situasi, membuat keluarga ragu untuk mencari bantuan profesional. Padahal, solusi yang lebih baik tersedia melalui pendekatan yang berbasis komunitas dan berpusat pada pemberdayaan. Salah satu pendekatan yang telah terbukti efektif adalah keperawatan jiwa komunitas (Community Mental Health Nursing), yang bertujuan mendekatkan layanan kesehatan jiwa ke masyarakat. Dengan mengandeng keluarga dan komunitas, pendekatan ini tidak hanya membantu individu dengan gangguan jiwa untuk pulih, tetapi juga mengubah cara masyarakat memahami dan merespons kesehatan mental.

Apakah kita siap berkontribusi untuk mengakhiri pasung dan menciptakan masyarakat yang lebih inklusif? Mari kita pelajari terkait konsep keperawatan jiwa komunitas sebagai langkah nyata untuk mewujudkan perubahan.

B. Pengertian dan Ruang Lingkup Keperawatan Jiwa di Komunitas

Keperawatan jiwa komunitas merupakan layanan keperawatan yang komprehensif, holistik, dan paripurna. Layanan keperawatan jiwa dilakukan pada masyarakat yang sehat jiwa, rentan terhadap stres, serta individu dalam tahap pemulihan dan pencegahan kekambuhan gangguan jiwa (Kementerian Kesehatan, 2020). Pratama dan Senja (2023) menyebutkan bahwa keperawatan jiwa dilaksanakan melalui upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif untuk

mencegah dan mengendalikan masalah kesehatan jiwa. Selain itu, Nurlela dkk. (2023) menekankan bahwa peran perawat jiwa dalam pelayanan kesehatan jiwa meliputi aspek sosial kultural, legal, dan etik dalam keperawatan. Wahyudi dkk. (2023) menambahkan bahwa asuhan keperawatan jiwa mencakup pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi, serta berbagai terapi modalitas untuk mengelola gangguan kejiwaan. Dengan demikian, keperawatan jiwa komunitas dilakukan untuk meningkatkan status kesehatan jiwa masyarakat melalui pencegahan gangguan jiwa dan peningkatan kemampuan individu serta keluarga dalam memelihara kesehatan jiwa.

Prevalensi gangguan jiwa di dunia dan Indonesia menunjukkan angka yang mengkhawatirkan. Survei Kesehatan Indonesia tahun (SKI) tahun 2023 memberikan gambaran lebih rinci mengenai kondisi kesehatan mental masyarakat Indonesia. Data ini menunjukkan peningkatan kasus gangguan jiwa, terutama kasus gangguan jiwa psikosis/skizofrenia, depresi, dan juga kecemasan, yang sejalan dengan tren global (Kemenkes, 2023). Meskipun data spesifik mengenai prevalensi gangguan jiwa di seluruh dunia bervariasi antar negara dan survei, secara umum, beban gangguan jiwa semakin meningkat. Faktor-faktor seperti perubahan gaya hidup modern, tekanan sosial, dan pandemi COVID-19 dipercaya turut berkontribusi terhadap peningkatan prevalensi ini. Di Indonesia, stigma sosial yang masih tinggi terhadap gangguan jiwa seringkali menjadi penghalang bagi individu untuk mencari bantuan, sehingga angka sebenarnya mungkin lebih tinggi dari yang tercatat dalam survei.

Sasaran pelayanan keperawatan jiwa komunitas mencakup berbagai upaya yang ditujukan untuk meningkatkan kesehatan jiwa individu, keluarga, dan masyarakat (Presiden Republik Indonesia, 2014). Berdasarkan sasaran tersebut, upaya pelayanan kesehatan jiwa komunitas meliputi aspek promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif dalam rangka mencegah dan menanggulangi masalah dan gangguan jiwa kesehatan jiwa yang ada di masyarakat (Menteri Kesehatan RI., 2009). Upaya promotif dilakukan untuk meningkatkan kesehatan individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat. Upaya preventif ditujukan untuk mencegah terjadinya gangguan jiwa. Upaya kuratif ditujukan untuk merawat dan mengobati anggota keluarga, kelompok, dan masyarakat yang menderita gangguan jiwa. Upaya rehabilitatif merupakan upaya pemulihan kesehatan bagi penderita yang dirawat di rumah maupun terhadap kelompok tertentu yang menderita penyakit yang sama. Selain itu, upaya resosialitatif adalah upaya mengembalikan individu, keluarga, dan kelompok khusus ke dalam pergaulan masyarakat (Kementerian Kesehatan, 2020).

Saat ini, pelayanan berbasis komunitas sebagai fokus utama dalam keperawatan jiwa. Pendekatan keperawatan jiwa yang berfokus pada komunitas

telah terbukti efektif dalam meningkatkan kesehatan mental masyarakat (Kurniawan & Sulistyarini, 2016). Salah salah satu yang dilakukan yaitu pembentukan kader kesehatan jiwa. Kader kesehatan jiwa merupakan pihak perpanjangan tangan dari pelayanan puskesmas yang berperan penting dalam prgram kesehatan jiwa di komunitas (Kurniawan, Mubin, & Samiasih, 2022). Pembentukan kader kesehatan jiwa ditujukan memungkinkan deteksi dini dan penanganan masalah kejiwaan secara lebih responsif. Kader berperan dalam mengidentifikasi gejala awal gangguan jiwa dan merujuk individu yang memerlukan bantuan profesional, sehingga penanganan gangguan kejiwaan dapat dilakukan lebih cepat dan tepat sasaran (Fatah, Susanti, & Rumijati, 2023). Selain itu, pentingnya keterlibatan semua komponen komunitas dalam meningkatkan pelayanan kesehatan jiwa. Hal ini dapat dilakukan dengan meningkatkan kesadaran dan pengetahuan masyarakat tentang pentingnya kesehatan mental, yang pada gilirannya dapat mengurangi stigma terhadap individu dengan gangguan jiwa (Isnawati & Yunita, 2019). Oleh karena itu, optimalisasi peran serta masyarakat dalam keperawatan jiwa menjadi strategi penting dalam upaya peningkatan kualitas kesehatan mental secara menyeluruh.

Integrasi layanan keperawatan jiwa dalam sistem kesehatan masyarakat merupakan upaya strategis untuk meningkatkan akses dan kualitas perawatan kesehatan jiwa secara komprehensif (Putri, Idris, & Fajar, 2020). Di Indonesia, implementasi layanan kesehatan jiwa berbasis komunitas di Puskesmas telah menunjukkan tantangan dalam optimalisasi penyuluhan, deteksi dini, perawatan rawat jalan, rujukan, dan kunjungan rumah, yang memerlukan pemberdayaan masyarakat dalam setiap komponen pelayanan kesehatan jiwa (Manullang, Rochadi, Tarigan, Nababan, & Bangun, 2022). Berbagai faktor yang dimiliki komunitas (terutama di Indonesia) berdampak pada keefektifan implementasi dan integrasi layanan keperawatan jiwa dalam upaya meningkatkan status kesehatan jiwa komunitas.

C. Konsep Sehat-Sakit Dalam Keperawatan Jiwa di Komunitas

Dalam keperawatan jiwa komunitas, konsep sehat sakit jiwa terdiri dari sehat jiwa, masalah psikososial, dan gangguan jiwa, yang dijelaskan sebagai berikut:

1. Sehat Jiwa

Sehat jiwa adalah suatu kondisi jiwa yang sejahtera yang memungkinkan hidup harmonis dan produktif sebagai bagian yang utuh dari kualitas hidup seseorang, dengan memperhatikan semua segi kehidupan manusia. Ciri-ciri sehat jiwa meliputi menyadari sepenuhnya kemampuan dirinya, mampu menghadapi stres kehidupan yang wajar, mampu bekerja produktif dan memenuhi kebutuhan hidupnya, dapat berperan serta dalam lingkungan hidup, menerima dengan baik apa yang ada pada dirinya dan merasa nyaman bersama dengan orang lain (WHO, 2023).

2. Masalah Psikososial

Masalah psikososial yaitu masalah-masalah bersifat psikologis ataupun sosial yang timbul akibat perubahan dalam kehidupan individu. Masalah psikososial mempunyai pengaruh timbal balik dan dianggap berpotensi cukup besar sebagai faktor penyebab terjadinya gangguan jiwa (atau gangguan kesehatan lainnya). Sebaliknya masalah kesehatan jiwa juga dapat berdampak pada lingkungan sosial individu. Ciri-ciri individu dengan masalah psikososial diantaranya:

1. Cemas, khawatir berlebihan, ataupun takut
2. Mudah tersinggung
3. Sulit konsentrasi
4. Bersifat ragu-ragu atau merasa rendah diri
5. Merasa kecewa
6. Pemarah dan agresif
7. Timbulnya respon fisik , seperti jantung berdebar, otot tegang, sakit kepala, sukar tidur, ataupun nafsu makan kurang

3. Gangguan Jiwa

Gangguan jiwa adalah suatu perubahan pada fungsi jiwa yang menyebabkan adanya gangguan pada fungsi kehidupan, menimbulkan penderitaan pada individu dan atau hambatan dalam melaksanakan peran sosial. Ciri-ciri individu yang menderita gangguan jiwa diantarnya:

1. Marah tanpa sebab
2. Mengurung diri
3. Tidak mengenali orang
4. Bicara kacau
5. Mendengar suara yang tidak nyata

6. Bicara sendiri
7. Tidak mampu merawat diri

Respons Adaptif		Respons Maladaptif
Sehat Jiwa	Masalah Psikososial	Gangguan Jiwa
Pikiran logis	Pikiran kadang menyimpang	Waham
Persepsi akurat	Ilusi	Halusinasi
Emosi konsisten	Reaksi emosional	Ketidakmampuan mengendalikan emosi
Perilaku sesuai	Perilaku kadang Tidaksesuai	Kekacauan perilaku
Hubungan sosial	menari diri memuaskan	Isolasi sosial

Gambar 1.1. Rentang Sehat-Sakit dalam Keperawatan Jiwa

D. Landasan Teori Penerapan Keperawatan Jiwa di Komunitas

Landasan teori menjadi pondasi yang kuat dalam penerapan keperawatan jiwa di komunitas. Teori memberikan kerangka berpikir yang sistematis dan teruji dalam memahami berbagai fenomena kesehatan jiwa di tingkat komunitas. Berdasarkan teori yang didapatkan, perawat kesehatan jiwa dapat merancang intervensi yang efektif dan relevan dengan konteks budaya serta sosial masyarakat. Teori juga memungkinkan perawat untuk melakukan evaluasi terhadap program yang telah berjalan serta melakukan riset untuk mengembangkan praktik baik berbasis bukti. Oleh karena itu, landasan teori adalah kunci untuk memberikan pelayanan kesehatan jiwa komunitas yang berkualitas dan berkelanjutan (Stuart, Keliat, & Pasaribu, 2016).

Model biopsikososial menawarkan pendekatan yang holistik dalam memahami kesehatan jiwa (Hidayat, 2022). Model ini mengakui bahwa kesehatan jiwa dipengaruhi oleh interaksi kompleks antara faktor biologis (genetik, neurokimia), psikologis (kognisi, emosi), dan sosial (lingkungan, budaya). Dalam konteks komunitas, pendekatan ini sangat relevan karena memungkinkan perawat untuk melihat individu dalam konteks sosialnya yang lebih luas. Dengan demikian, intervensi yang dilakukan tidak hanya berfokus pada gejala individu, tetapi juga pada faktor-faktor lingkungan yang mungkin berkontribusi pada masalah

kesehatan jiwa (WHO, 2023). Oleh karena itu, model biopsikososial memberikan pendekatan holistik yang memperhatikan interaksi antara faktor biologis, psikologis, dan sosial dalam memahami kesehatan jiwa, sehingga memungkinkan intervensi yang lebih komprehensif dalam konteks komunitas.

Teori preventif menekankan pentingnya perawat menerapkan upaya preventif untuk mencegah timbulnya masalah kesehatan jiwa. Terdapat tiga tingkat pencegahan, yaitu pencegahan primer, sekunder, dan tersier (Mamahit dkk., 2022). Pencegahan primer bertujuan untuk mencegah munculnya masalah kesehatan jiwa pada individu yang sehat. Pencegahan sekunder fokus pada deteksi dini dan penanganan masalah kesehatan jiwa pada tahap awal. Sedangkan pencegahan tersier bertujuan untuk mencegah kekambuhan dan meminimalkan dampak jangka panjang dari gangguan jiwa (AbdulRaheem, 2023). Dalam konteks komunitas, perawat jiwa dapat menerapkan berbagai strategi pencegahan, seperti promosi kesehatan mental, deteksi dini melalui skrining, dan dukungan kelompok, termasuk pada kelompok klien dengan gangguan jiwa. Klien dengan gangguan kejiwaan merupakan bagian dari masyarakat yang perlu untuk diberikan dukungan dan perlindungan yang sama dengan masyarakat yang sehat (Ilmy, Noorhamdani, & Windarwati, 2020)

Pendekatan pemberdayaan bertujuan untuk meningkatkan kemampuan individu, keluarga, dan komunitas dalam mengatasi masalah kesehatan jiwa. Pemberdayaan masyarakat dalam keperawatan kesehatan jiwa diwujudkan dengan dikembangkannya *Community Mental Health Nursing* (CMHN) (Kelial & Akemat, 2011). Perawat jiwa berperan sebagai fasilitator yang membantu masyarakat untuk mengembangkan keterampilan, pengetahuan, dan kepercayaan diri yang diperlukan untuk mencapai pemenuhan kebutuhan dan hak asasi secara mandiri (Ntshingila dkk., 2024). Pendekatan ini sejalan dengan prinsip otonomi dan partisipasi masyarakat. Dengan memberdayakan komunitas, perawat dapat menciptakan perubahan yang lebih berkelanjutan dan berdampak luas (Dushkova & Ivlieva, 2024)

Kolaborasi dan lintas sektoral merupakan kunci keberhasilan dalam memberikan pelayanan kesehatan jiwa di komunitas (Kelial & Akemat, 2011; Nurmala, Mulyana, & Amalia, 2024). Pengelolaan masalah kesehatan jiwa di masyarakat akan melibatkan berbagai sektor, seperti kesehatan, pendidikan, sosial, serta hukum. Oleh karena itu, perlu adanya kerja sama yang erat antara berbagai pihak untuk mengatasi masalah secara komprehensif. Pendekatan kolaboratif memungkinkan pemanfaatan sumber daya yang lebih optimal dan menghasilkan solusi yang lebih inovatif (Silalahi, Purba, & Sihombing, 2024).

Meskipun terdapat banyak teori dan pendekatan yang menjanjikan, penerapannya di lapangan seringkali menghadapi berbagai tantangan. Beberapa tantangan yang umum dihadapi antara lain keterbatasan sumber daya, stigma sosial terhadap gangguan jiwa, kurangnya kesadaran masyarakat tentang kesehatan mental, dan kurangnya koordinasi antar sektor. Selain itu, kompleksitas masalah kesehatan jiwa di komunitas juga menjadi tantangan tersendiri. Untuk mengatasi tantangan ini, diperlukan komitmen yang kuat dari berbagai pihak serta inovasi dalam merancang program dan intervensi (Thornicroft dkk., 2016).

E. Tujuan Penerapan Keperawatan Jiwa Komunitas

Penerapan CMHN memiliki tujuan utama dalam memberdayakan masyarakat, terutama klien dan keluarganya, supaya mampu memenuhi kebutuhan mereka secara mandiri dan meningkatkan kemampuan mereka dalam menghadapi berbagai tantangan kehidupan (Winahayu, Keliat, & Wardani, 2016). Melalui pendekatan yang holistik, perawat jiwa tidak hanya memberikan asuhan keperawatan kepada individu dengan gangguan jiwa, tetapi juga kepada mereka yang berisiko dan yang memiliki kesehatan mental optimal. Pendekatan ini memungkinkan terciptanya dukungan yang komprehensif dan berkelanjutan bagi semua pihak yang terlibat (Keliat & Akemat, 2011).

Pilar utama dari implementasi CMHN adalah peran aktif keluarga dalam mendukung klien dengan gangguan kejiwaan. Keluarga bukan sekadar pendamping, tetapi merupakan aset strategis yang dapat dimobilisasi untuk membantu proses pemulihan. Sebagai bagian integral dari masyarakat, keluarga memiliki kemampuan unik untuk menyediakan lingkungan yang stabil, penuh kasih sayang, dan mendukung, yang terbukti penting dalam mempercepat pemulihan klien (Ong, Fernandez, & Lim, 2021)

Studi terbaru menunjukkan bahwa keterlibatan keluarga dalam perawatan kesehatan mental memberikan dampak positif yang signifikan. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Kim dan Park (2023), mendapatkan bahwa intervensi kesehatan jiwa yang tujuhan pada keluarga ataupun pengasuh (caregiver) lebih efektif dibandingkan program untuk kelompok atau yang melibatkan klien gangguan jiwa. Selain itu, pendekatan berbasis program pada keluarga memberikan hasil yang baik dibandingkan intervensi yang berfokus pada emosi. Ilmy dkk., (2022) menyebutkan bahwa ketidaktahuan keluarga tentang berbagai risiko dalam merawat klien gangguan jiwa menyebabkan ketidaktepatan mereka dalam menangani pasien. Perawat perlu memberikan edukasi tentang pengetahuan dasar tentang gangguan jiwa dan penanganannya agar dapat memberikan perawatan yang optimal dan mampu mengelola beban yang dialaminya.

Oleh karena itu, kolaborasi antara perawat, keluarga, dan masyarakat luas menjadi kunci keberhasilan CMHN dalam menciptakan perubahan yang berkelanjutan. Upaya ini membutuhkan komitmen bersama untuk memprioritaskan kesehatan mental sebagai bagian dari agenda pembangunan kesehatan global. Sebagai masyarakat, kita memiliki tanggung jawab untuk menghilangkan stigma terhadap gangguan jiwa dan mendorong terciptanya lingkungan yang inklusif bagi semua individu, sebagaimana diungkapkan dalam panduan WHO tentang kesehatan mental komunitas (WHO, 2023).

F. Prinsip-Prinsip Dasar Penerapan Keperawatan Jiwa Komunitas

Perawat jiwa harus mengingat prinsip-prinsip berikut dalam melaksanakan CMHN, diantaranya (Risal dkk., 2022):

1. Pendekatan yang holistik: melibatkan aspek fisik, emosional, sosial, spiritual dalam memberikan perawatan kepada individu, keluarga, ataupun kelompok.
2. Pemberdayaan: mendorong individu kelompok untuk mengambil peran aktif dalam proses perawatan dan pemulihannya.
3. Keterlibatan keluarga dan masyarakat: melibatkan keluarga dan masyarakat dalam proses perawatan untuk menciptakan lingkungan yang mendukung pemulihan.
4. Upaya pencegahan: memberikan perhatian pada upaya pencegahan gangguan jiwa dan mempromosikan Kesehatan mental di Tingkat komunitas.
5. Kolaborasi multidisiplin: melibatkan berbagai disiplin ilmu dalam tim perawatan untuk memberikan pendekatan yang komprehensif.
6. Kontinuitas perawatan: memastikan adanya koordinasi perawatan yang berkelanjutan dan terintegritas untuk mendukung pemulihannya individu, keluarga, ataupun kelompok.

G. Tingkatan Keperawatan Jiwa Komunitas

Tingkatan-tingkatan CMHN sebagai berikut (Kelial & Akemat, 2011):

1. *Basic Course (BC) CMHN:*

Serangkaian kegiatan pembelajaran untuk perawat jiwa komunitas agar memiliki kompetensi untuk melaksanakan asuhan keperawatan kepada pasien gangguan jiwa yang ada masyarakat. Kegiatan BC-CMHN berupa pemberian pengetahuan dan praktik langsung bagi perawat dalam mengatasi atau menanggulangi masalah kesehatan jiwa di masyarakat.

2. *Intermediate Course (IC) CMHN*

Upaya dalam meningkatkan mutu pelayanan masyarakat, perlu mempersiapkan sumber daya manusia, perawat jiwa komunitas, melalui pelatihan lanjutan berupa intermediate course. Pelatihan ini dilakukan dalam tiga (3) tahap; pelatihan tahap pertama lebih berfokus pada pengembangan Desa Siaga Sehat Jiwa (DSSJ) dan pengelolaannya, serta merekrut dan melatih kader kesehatan jiwa.

3. *Advance Course (AC) CMHN*

Pengembangan program CMHN yang telah mengikutisertakan keluarga, kelompok, dan masyarakat luas, serta menjalin kerja sama lintas sektoral.

H. Empat Pilar Pelayanan CMHN

Keperawatan Jiwa berbasis komunitas diterapkan dengan berfokus pada pemberdayaan masyarakat dalam menangani masalah kesehatan secara holistik. Sehingga pendekatan ini akan melibatkan berbagai kegiatan dan peran serta berbagai komponen masyarakat dalam penerapannya. CMHN dilaksanakan didasarkan pada empat (4) pilar utama, yaitu Manajemen Keperawatan Kesehatan Jiwa, Manajemen Pelayanan Pemberdayaan Masyarakat, Kemitraan Lintas Sektor dan Program, serta Manajemen Asuhan Keperawatan (Kelial & Akemat, 2011). Setiap pilar memiliki peran penting yang saling melengkapi dalam upaya memberikan layanan kesehatan mental yang berkelanjutan dan berbasis komunitas. Keempat pilar tersebut dijelaskan sebagai berikut:

1. Pilar Manajemen Keperawatan Kesehatan Jiwa

Pilar pertama, Manajemen Keperawatan Kesehatan Jiwa, berfokus pada penyediaan layanan yang efektif dan efisien bagi individu yang membutuhkan. Perawat CMHN memegang peran sentral dalam merancang, melaksanakan, dan mengevaluasi program keperawatan yang berorientasi pada kebutuhan spesifik klien. Pendekatan ini mencakup pengembangan standar operasional, pelatihan tenaga kesehatan, dan pemantauan kualitas layanan secara berkala. Sebagai

contoh, penerapan terapi kelompok untuk pasien dengan depresi telah menunjukkan peningkatan signifikan dalam hal kepatuhan terhadap pengobatan dan pengurangan gejala klinis (Kelialat, 2011). Dengan manajemen yang terstruktur, layanan kesehatan jiwa dapat diberikan secara optimal.

2. Pilar Manajemen Pelayanan Pemberdayaan Masyarakat

Manajemen pelayanan pemberdayaan masyarakat merupakan inti dari pilar kedua. Pilar ini bertujuan untuk melibatkan masyarakat secara aktif dalam menjaga kesehatan mental mereka sendiri. Peran perawat CMHN adalah sebagai fasilitator yang memberdayakan individu dan komunitas untuk mengenali, mencegah, dan mengelola masalah kesehatan mental. Edukasi kesehatan, pelatihan keterampilan hidup, dan pembentukan kelompok dukungan adalah beberapa strategi yang diterapkan dalam pilar ini. Misalnya, keterlibatan kader kesehatan lokal dalam mendeteksi dini gangguan jiwa telah terbukti meningkatkan kesadaran masyarakat dan mempercepat intervensi yang diperlukan. Dengan pemberdayaan ini, masyarakat tidak hanya menjadi penerima manfaat tetapi juga aktor utama dalam menjaga kesehatan mental kolektif.

3. Pilar Kemitraan Lintas Sektor dan Program

Kemitraan lintas sektor dan program adalah pilar ketiga yang menekankan pentingnya kolaborasi antara berbagai pihak. Perawat CMHN bekerja sama dengan institusi pendidikan, lembaga pemerintah, organisasi non-pemerintah, dan sektor swasta untuk mengintegrasikan layanan kesehatan mental ke dalam berbagai aspek kehidupan masyarakat. Kolaborasi ini memungkinkan sumber daya yang tersedia dapat dimanfaatkan secara maksimal dan memastikan bahwa intervensi yang dilakukan bersifat holistik. Sebagai contoh, kemitraan antara dinas kesehatan dan sektor pendidikan telah menghasilkan program edukasi kesehatan mental di sekolah yang efektif menurunkan angka bullying dan meningkatkan kesejahteraan siswa (WHO, 2023). Dengan kemitraan yang kuat, layanan kesehatan mental dapat menjangkau lebih banyak individu dan menciptakan dampak yang lebih besar.

4. Pilar Manajemen Asuhan Keperawatan

Pilar terakhir, Manajemen Asuhan Keperawatan, berfokus pada pelaksanaan intervensi keperawatan yang terstruktur dan berbasis bukti. Perawat CMHN bekerja sama dengan kader kesehatan untuk memberikan asuhan keperawatan yang sesuai dengan kebutuhan klien, mulai dari penilaian awal hingga tindak lanjut pasca-intervensi. Pendekatan ini mencakup penggunaan teknologi informasi untuk memantau kemajuan pasien, pemberian terapi psikososial, dan dukungan rehabilitasi. Sebagai contoh, program kunjungan rumah bagi pasien

skizofrenia telah terbukti meningkatkan keteraturan dalam pengobatan dan memperbaiki kualitas hidup mereka. Dengan manajemen asuhan yang baik, pelayanan kesehatan jiwa menjadi lebih terarah dan efektif.

Keempat pilar CMHN saling melengkapi dalam menciptakan layanan kesehatan mental yang inklusif dan berkelanjutan. Manajemen keperawatan kesehatan jiwa memastikan standar layanan yang tinggi, pemberdayaan masyarakat memberikan kekuatan kepada individu untuk bertindak, kemitraan lintas sektor memperluas cakupan intervensi, dan manajemen asuhan keperawatan memastikan setiap klien mendapatkan perawatan yang tepat. Dengan implementasi yang sinergis, CMHN dapat menjadi solusi efektif untuk mengatasi tantangan kesehatan mental di komunitas. Namun, keberhasilan ini membutuhkan dukungan dari semua pihak, termasuk pemerintah, lembaga pendidikan, dan masyarakat luas. Dengan kerja sama yang baik, visi untuk menciptakan masyarakat yang sehat secara mental dapat diwujudkan.

I. Strategi Implementasi Keperawatan Jiwa Komunitas dalam menghadapi tantangan

Keperawatan jiwa di komunitas menghadapi tantangan kompleks yang menghalangi akses dan kualitas layanan bagi individu dengan gangguan jiwa. Stigma sosial, kurangnya kesadaran, keterbatasan sumber daya, dan faktor lainnya menjadi hambatan utama. Implementasi strategi yang komprehensif sangat krusial untuk mengatasi tantangan ini, meningkatkan akses layanan, dan memperbaiki kualitas hidup individu dengan gangguan jiwa (Wainberg et al., 2017).

Stigma sosial dan kesadaran masyarakat terhadap gangguan jiwa masih menjadi penghalang utama dalam mencari bantuan. Stigmatisasi terbentuk melalui proses sosial kognitif, meliputi isyarat, stereotip, prasangka, dan diskriminasi (Corrigan, 2004). Stigma ini seringkali menyebabkan individu dengan gangguan jiwa merasa malu, terisolasi, dan takut untuk mengungkapkan kondisi mereka. Akibatnya, mereka seringkali menunda atau menghindari perawatan yang dibutuhkan. Stigma juga dapat menghambat dukungan sosial dari keluarga dan komunitas (Subu, Waluyo, Nurdin, Priscilla, & Aprina, 2018). Kurangnya kesadaran dan literasi kesehatan jiwa di masyarakat umum menjadi tantangan signifikan. Banyak orang masih memiliki pemahaman yang terbatas tentang gangguan jiwa, penyebabnya, dan cara mengatasinya. Hal ini dapat menyebabkan penundaan dalam mencari bantuan, misdiagnosis, dan penanganan yang tidak tepat (Henderson, 2023). Oleh karena itu dalam ntuk mengatasi tantangan ini, perawat berperan penting dalam memberikan edukasi, meningkatkan kesadaran, dan mempromosikan akses layanan kesehatan jiwa yang inklusif dan tepat sasaran.

Selain stigma sosial dan kesadaran masyarakat, keterbatasan sumber daya, baik itu sumber daya manusia, finansial, maupun infrastruktur, menjadi kendala besar dalam implementasi keperawatan jiwa di komunitas. Jumlah perawat kesehatan jiwa yang terbatas, kurangnya fasilitas kesehatan jiwa yang memadai, dan keterbatasan anggaran seringkali menghambat penyediaan layanan yang berkualitas (WHO, 2023). Kondisi ini diperburuk oleh distribusi sumber daya kesehatan (dokter ataupun perawat) yang tidak merata, di mana daerah terpencil sering kali tidak memiliki akses terhadap layanan kesehatan jiwa yang memadai (Morales, Barksdale, & Beckel-Mitchener, 2020).

Untuk mengatasi stigma dan kurangnya kesadaran, perlu dilakukan upaya peningkatan edukasi dan kesadaran masyarakat tentang kesehatan jiwa. Kampanye kesehatan mental yang masif, melibatkan tokoh masyarakat, media, dan sekolah, dapat menjadi langkah awal. Selain itu, pelatihan bagi tenaga kesehatan primer juga penting untuk meningkatkan kemampuan mereka dalam mendeteksi tanda-tanda awal gangguan jiwa. Selain itu, kolaborasi lintas sektoral sangat penting untuk mengatasi kompleksitas masalah kesehatan jiwa. Pemerintah, lembaga swadaya masyarakat, sektor swasta, dan komunitas perlu bekerja sama untuk mengembangkan program-program yang terintegrasi. Kolaborasi ini dapat meliputi penyediaan layanan kesehatan, dukungan sosial, dan pemberdayaan masyarakat (Shahwan dkk., 2022).

Peningkatan kapasitas perawat kesehatan jiwa melalui pelatihan dan pengembangan profesional merupakan hal yang krusial. Perawat perlu memiliki pengetahuan dan keterampilan yang memadai untuk memberikan asuhan keperawatan jiwa yang komprehensif. Selain itu, dukungan terhadap kesejahteraan perawat juga penting untuk mencegah burnout. Dengan peningkatan kapasitas, perawat kesehatan jiwa dapat berperan lebih aktif dalam memberikan layanan kesehatan jiwa di komunitas. Mereka dapat melakukan deteksi dini, memberikan konseling, dan merujuk pasien ke layanan yang lebih lanjut. Selain itu, perawat juga dapat berperan sebagai advokat untuk meningkatkan akses dan kualitas layanan kesehatan jiwa (Ariyanti, 2024; Keliat & Akemat, 2011).

Teknologi informasi dan komunikasi dapat menjadi alat yang efektif dalam meningkatkan akses dan kualitas layanan kesehatan jiwa. Aplikasi kesehatan mental, telepsiatri, dan platform online lainnya dapat memudahkan individu untuk mendapatkan informasi dan dukungan. Teknologi juga dapat digunakan untuk memantau kondisi pasien dan memberikan intervensi yang tepat waktu (Fitzpatrick, 2023)

Implementasi keperawatan jiwa di komunitas menghadapi berbagai tantangan, namun dengan strategi yang tepat, tantangan ini dapat diatasi.

Peningkatan kesadaran masyarakat, penguatan kolaborasi lintas sektoral, peningkatan kapasitas tenaga kesehatan, dan pemanfaatan teknologi merupakan langkah-langkah penting untuk mencapai tujuan ini. Keperawatan jiwa di komunitas memiliki peran yang sangat penting dalam meningkatkan kualitas hidup individu dengan gangguan jiwa dan membangun masyarakat yang lebih inklusif.

J. Kesimpulan

Keperawatan jiwa di komunitas memainkan peran penting dalam mendukung kesehatan mental masyarakat secara keseluruhan. Konsep keperawatan jiwa di komunitas menekankan pada pendekatan holistik yang berfokus pada pencegahan, deteksi dini, serta pemberian perawatan dan dukungan yang terintegrasi dalam lingkungan sehari-hari. Implementasi keperawatan jiwa di komunitas memerlukan kolaborasi yang erat antara tenaga kesehatan, keluarga, serta masyarakat untuk menciptakan lingkungan yang mendukung pemulihan dan kesejahteraan mental individu. Dengan penerapan konsep yang tepat, keperawatan jiwa di komunitas dapat mengurangi stigma terhadap gangguan mental, meningkatkan akses terhadap perawatan, dan memperkuat ketahanan mental masyarakat, sehingga menciptakan komunitas yang lebih sehat dan inklusif.

K. Referensi

- AbdulRaheem, Y. (2023). Unveiling the Significance and Challenges of Integrating Prevention Levels in Healthcare Practice. *Journal of Primary Care & Community Health*, 14. <https://doi.org/10.1177/21501319231186500>
- Ariyanti, S. dkk. (2024). The Role of Mental Health Training in Improving Nurses Ability to Care For Patients With Mental Disorder. *Jurnal Eduhealth*, 15(2), 1532–1539.
- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59(7), 614–625. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.7.614>
- Dushkova, D., & Ivlieva, O. (2024). Empowering Communities to Act for a Change: A Review of the Community Empowerment Programs towards Sustainability and Resilience. *Sustainability*, 16(19), 8700. <https://doi.org/10.3390/su16198700>
- Fatah, V. F., Susanti, S., & Rumijati, T. (2023). Pelatihan kader tentang deteksi dini gangguan jiwa di wilayah kerja Puskesmas Margahayu Kota Bandung. *Jurnal*

Pengabdian Masyarakat Kesehatan Indonesia, 2(1), 208–213.
<https://doi.org/10.34011/jpmki.v2i1.1350>

Fitzpatrick, P. J. (2023). Improving health literacy using the power of digital communications to achieve better health outcomes for patients and practitioners. *Frontiers in Digital Health*, 5. <https://doi.org/10.3389/fdgth.2023.1264780>

Henderson, C. (2023). Challenges in improving mental health literacy at population level. *World Psychiatry*, 22(3), 392–393. <https://doi.org/10.1002/wps.21115>

Hidayat, R. R. (2022). Layanan Bimbingan dan Konseling Model Biopsikososial. *Indonesian Journal of Guidance and Counseling: Theory and Application*, 11(1).

Ilmy, S. K., Noorhamdani, & Windarwati, H. D. (2020). Factors Associated with Pasung (Seclusion and Restraint) in Indonesia: A Systematic Review. *International Journal of Science and Society*, 2(3), 248–258.

Ilmy, S. K., Windarwati, H. D., Noorhamdani, N., & Wijaya, Y. A. (2022). Exploring Family Understanding of Schizophrenia: A Qualitative Study Among Rural Families in East Java, Indonesia. *INDONESIAN NURSING JOURNAL OF EDUCATION AND CLINIC (INJEC)*, 7(1), 92. <https://doi.org/10.24990/injec.v7i1.474>

Isnawati, I. A., & Yunita, R. Y. (2019). Buku Ajar Konsep Pembentukan Kader Kesehatan Jiwa di Masyarakat. Takalar: Yayasan Ahmar Cendekia Indonesia.

Keliat, B. A., & Akemat, S. (2011). Keperawatan kesehatan jiwa komunitas: CMHN (Basic Course). Jakarta: EGC.

Kemenkes. (2023). Survei Kesehatan Indonesia (SKI). Jakarta: Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan Kemenkes RI.

Kementerian Kesehatan. (2020). Pedoman Penyelenggaraan Kesehatan Jiwa di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama. Jakarta: DIrektorat Pencegahan dan Pengendalian Masalah Kesehatan Jiwa dan Napza, Kementerian Kesehatan RI.

Kim, S., & Park, S. (2023). Effectiveness of family interventions for patients with schizophrenia: A systematic review and <scp>meta - analysis</scp>.

International Journal of Mental Health Nursing, 32(6), 1598 – 1615.
<https://doi.org/10.1111/inm.13198>

Kurniawan, N. C., Mubin, M. F., & Samiasih, A. (2022). Literature Review: Peran Kader Kesehatan Jiwa Dalam Menangani Gangguan Jiwa di Masyarakat. *Jurnal Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan*, 13(2), 537–542.
<https://doi.org/10.26751/jikk.v13i2.1535>

Kurniawan, Y., & Sulistyarini, I. (2016). Komunitas Sehati (Sehat Jiwa dan Hati) Sebagai Intervensi Kesehatan Mental Berbasis Masyarakat. *INSAN Jurnal Psikologi Dan Kesehatan Mental*, 1(2), 112.
<https://doi.org/10.20473/jpkm.V1I22016.112-124>

Mamahit, A. Y. et al. (2022). Teori Promosi Kesehatan. Aceh: Yayasan Penerbit Pelajar Tijue.

Manullang, Y., Rochadi, R. K., Tarigan, F. L., Nababan, D., & Bangun, H. A. (2022). Implementasi Pelayanan Kesehatan Jiwa Berbasis Komunitas di Puskesmas Parlilitan Kabupaten Humbang Hasundutan Tahun 2022. *Journal of Healthcare Technology and Medicine*, 8(2), 1219–1231.
<https://doi.org/10.33143/jhtm.v8i2.2390>

Menteri Kesehatan RI. (2009). Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 406/Menkes/SK/VI/2009 tentang Pedoman Pelayan Kesehatan Jiwa Komunitas. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Morales, D. A., Barksdale, C. L., & Beckel-Mitchener, A. C. (2020). A call to action to address rural mental health disparities. *Journal of Clinical and Translational Science*, 4(5), 463–467. <https://doi.org/10.1017/cts.2020.42>

Ntshingila, N., Temane, A., Makhale, M. E., Poggenpoel, M., & Myburgh, C. (2024). Facilitating psychiatric nurses' advocacy for mental healthcare users' human rights in a primary healthcare setting: a conceptual framework. *BMC Nursing*, 23(1), 747. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02405-x>

Nurlela, L., Sya'diyah, H., Ilmy, S. K., Kusumawati, H., Widiarta, M. B. O., Kirana, S. A. C., ... Yusrini. (2023). Keperawatan Jiwa. Jambi: PT. Sonpedia Publishing Indonesia.

- Nurmala, N., Mulyana, A., & Amalia, M. (2024). Optimalisasi Kebijakan Pemerintah Daerah Mengenai Perlindungan Kesehatan Mental Masyarakat. *JATISWARA*, 39(1), 59–70. <https://doi.org/10.29303/jtsw.v39i1.574>
- Ong, H., Fernandez, P., & Lim, H. (2021). Family engagement as part of managing patients with mental illness in primary care. *Singapore Medical Journal*, 62(5), 213–219. <https://doi.org/10.11622/smedj.2021057>
- Pratama, A. A., & Senja, A. (2023). Keperawatan Jiwa. Jakarta: Bumi Medika.
- Presiden Republik Indonesia. (2014). Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Jiwa. Jakarta: Pemerintah Republik Indonesia. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Putri, R. N., Idris, H., & Fajar, N. A. (2020). Evaluasi Pelayanan Kesehatan Jiwa Berbasis Komunitas di Kota Palembang. *Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi*, 20(3), 976. <https://doi.org/10.33087/jiubj.v20i3.1087>
- Risal, M. dkk. (2022). Ilmu Keperawatan Jiwa. Bandung: Penerbit Media Sains Indonesia.
- Shahwan, S., Goh, C. M. J., Tan, G. T. H., Ong, W. J., Chong, S. A., & Subramaniam, M. (2022). Strategies to Reduce Mental Illness Stigma: Perspectives of People with Lived Experience and Caregivers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1632. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031632>
- Silalahi, V. H. C., Purba, B. K. F., & Sihombing, R. A. (2024). Membangun Kesejahteraan Masyarakat Indonesia Sehat: Strategi Komprehensif dalam Pencegahan Penyakit, Reformasi Sistem Kesehatan, dan Peningkatan Kesadaran Isu Kesehatan Mental. *Jurnal Cakrawala Akademika*, 1(3), 143–162.
- Stuart, G. W., Keliat, B. A., & Pasaribu, J. (2016). Prinsip dan Praktek Keperawatan Kesehatan Jiwa (Buku 1) (1st Indone). Jakarta: Elsevier.
- Subu, M. A., Waluyo, I., Nurdin, A. E., Priscilla, V., & Aprina, T. (2018). Stigma, Stigmatisasi, Perilaku Kekerasan dan Ketakutan diantara Orang dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) di Indonesia: Penelitian Constructivist Grounded theory. *Jurnal Kedokteran Brawijaya*, 53–60. <https://doi.org/10.21776/ub.jkb.2018.030.01.10>

- Thornicroft, G., Mehta, N., Clement, S., Evans-Lacko, S., Doherty, M., Rose, D., ... Henderson, C. (2016). Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *The Lancet*, 387(10023), 1123–1132. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00298-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00298-6)
- Wahyudi, H. et al. (2023). Buku Ajar Keperawatan Jiwa. Jambi: Sonpedia Publishing Indonesia.
- Wainberg, M. L., Scorza, P., Shultz, J. M., Helpman, L., Mootz, J. J., Johnson, K. A., ... Arbuckle, M. R. (2017). Challenges and Opportunities in Global Mental Health: a Research-to-Practice Perspective. *Current Psychiatry Reports*, 19(5), 28. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0780-z>
- WHO. (2023). Mental health. Retrieved May 16, 2023, from <https://www.who.int/health-topics/mental-health>
- Winahayu, E., Keliat, B. A., & Wardani, I. Y. (2016). Sustainability Factor Related with the Implementation of Community Mental Health Nursing (CMHN) in South and West Jakarta. *Jurnal Ners*, 9(2), 305–312. <https://doi.org/10.20473/jn.v9i2.2682>

CHAPTER 2

PEMBERDAYAAN KOMUNITAS DALAM MENANGANI GANGGUAN JIWA

Ns. Nuniek Setyo Wardani, S. Kep., M. Kep.

A. Definisi Pemberdayaan Komunitas

Ide utama pemberdayaan sering kali bersentuhan dengan konsep mengenai kekuasaan, sehingga dapat dilihat penggunaan kata pemberdayaan yang diambil dari istilah *power* yang memiliki arti kekuasaan atau keberdayaan (Siregar et al., 2021). Dapat diartikan bahwa pemberdayaan atau *empowerment* adalah konsep yang terlahir dari perkembangan alam pikiran dan kebudayaan suatu komunitas atau masyarakat (Ardiansyah et al., 2023). Istilah komunitas secara umum adalah sekelompok individu dalam lingkup kehidupan Bersama yang berada pada suatu wilayah dengan kesamaan kepentingan dan tujuan, dapat saling melengkapi dan terintegrasi (Afriansyah et al., 2023).

Pemberdayaan komunitas sendiri adalah suatu program yang memiliki tujuan dalam pembentukan sikap dan perilaku individu dan masyarakat secara mandiri dengan melihat dari berbagai sisi. Sehingga dapat diartikan sebagai suatu upaya peningkatan kesejahteraan diri secara individu atau kelompok yang memiliki tujuan dalam meningkatkan kedudukan, taraf hidup, kapasitas dan kualitas dari suatu komunitas (Ardiansyah et al., 2023).

Beberapa ahli menyebutkan pendapat mereka mengenai pemberdayaan komunitas, antara lain :

1. Rappaport(1985)

Pemberdayaan masyarakat adalah serangkaian praktisi dan kegiatan yang diimplementasikan dengan keberadaan simbol-simbol (Suryani, 2015).

2. Rusel Erlic dan Rievera (1986)

Pemberdayaan masyarakat merupakan serangkaian tanggapan untuk dapat mengikuti perubahan kehidupan, khususnya dalam bidang ekonomi serta politik yang bernilai bagi kehidupan masyarakat.

3. Pyne (1991)

Pemberdayaan komunitas didefinisikan sebagai upaya sekumpulan orang perorangan maupun kelompok yang bersangkutan dalam mencapai kehidupan

yang adil dan beradab serta kesejahteraan dalam berbagai bidang kehidupan, seperti bidang ekonomi, kesehatan, sosial politik, dan lain sebagainya.

4. Robinson (1994)

Pemberdayaan adalah suatu proses pribadi dan sosial yang memiliki kemampuan dalam pembebasan kemampuan pribadi, kompetensi, kreatifitas, dan kebebasan bertindak.

5. Chambers, Robert (1995)

Pemberdayaan berarti pembagian kekuasaan yang adil (*equitable sharing of power*), sehingga meningkatkan kesadaran politis dan kekuasaan kelompok yang lemah serta memperbesar pengaruh mereka terhadap proses dan hasil-hasil pembangunan.

6. Kartasasmita (1995)

Mengemukakan bahwa pemberdayaan masyarakat dapat dilakukan dengan tiga cara :

- a. Menciptakan suasana atau iklim yang memungkinkan potensi masyarakat untuk mengembangkan kondisi ini berdasarkan asumsi bahwa setiap individu dan masyarakat memiliki potensi untuk mengorganisasi dirinya sendiri dan potensi kemandirian tiap individu perlu diberdayakan.
- b. Memperkuat potensi atau daya yang dimiliki oleh masyarakat dengan menerapkan langkah-langkah nyata, menampung berbagai masukan, menyediakan prasarana fisik (irigasi, jalan, dan listrik) maupun sosial (sekolah dan fasilitas pelayanan kesehatan) yang dapat diakses oleh masyarakat lapisan paling bawah.
- c. Memberdayakan masyarakat dalam arti melindungi dan membela kepentingan masyarakat lemah.

7. Sumodiningrat (1997)

Pemberdayaan masyarakat adalah agenda konsep dan pembangunan yang mendukung kemampuan masyarakat.

8. Widjaja (2003)

Pemberdayaan masyarakat adalah upaya meningkatkan kemampuan dan potensi yang dimiliki masyarakat, sehingga masyarakat dapat mewujudkan jati diri, harkat, dan martabatnya secara maksimal untuk bertahan dan mengembangkan diri secara mandiri baik di bidang ekonomi, sosial, agama, dan budaya.

9. Suharto (2005)

Pemberdayaan masyarakat sebagai sebuah proses serangkaian kegiatan untuk memperkuat kelompok lemah dalam masyarakat, termasuk individu-individu yang mengalami masalah kemiskinan.

10. Sumaryadi (2005)

Pemberdayaan masyarakat adalah upaya pemberdayaan dan pengelolaan sumber daya masyarakat pedesaan yang lebih efektif dan efisien.

11. Adisasmita (2006)

- a. Pemberdayaan masyarakat adalah upaya mempersiapkan masyarakat seiring dengan langkah upaya memperkuat kelembagaan masyarakat agar mereka mampu mewujudkan kemajuan, kemandirian, dan kesejahteraan dalam suasana keadilan sosial yang berkelanjutan.
- b. Pemberdayaan masyarakat membantu pengembangan manusiawi autentik dan integral bagi masyarakat lemah, rentan, miskin perkantoran, masyarakat adat yang terbelakang, kaum muda pencari kerja, kaum cacat dan kelompok wanita yang didiskriminasikan/ dikesampingkan.
- c. Memberdayakan kelompok-kelompok masyarakat tersebut secara sosial ekonomis sehingga mereka dapat lebih mandiri dan dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup mereka, namun sanggup berperan serta dalam pengembangan masyarakat.

12. Suhendra (2006)

Pemberdayaan merupakan kegiatan yang berkesinambungan, dinamis, secara sinergis mendorong keterlibatan semua potensi yang ada secara evolutif dengan keterlibatan semua potensi.

13. Britha, Mikkelsen (2011)

Pemberdayaan masyarakat adalah sekumpulan praktik dan kegiatan yang diungkapkan dalam bentuk simbol-simbol. Simbol-simbol tersebut kemudian mengkomunikasikan kekuatan yang tangguh untuk mengubah hal-hal yang terkandung dalam diri kita (*inner space*), orang lain yang dianggap penting serta masyarakat kita.

14. Fahrudin, Adi (2012)

Pemberdayaan masyarakat diartikan sebagai upaya untuk membangun potensi dengan memberikan motivasi dan membangkitkan kesadaran akan potensi yang dimiliki serta upaya untuk mengembangkannya.

15. Mardikanto, dkk (2014)

Pemberdayaan masyarakat adalah upaya untuk memberikan daya (*empowerment*) atau penguatan (*strengthening*) kepada masyarakat.

16. Gitosaputro, S & Rangga K. K (2015)

Pemberdayaan masyarakat adalah proses pembangunan yang membuat masyarakat berinisiatif untuk memulai kegiatan sosial dalam memperbaiki situasi dan kondisi diri sendiri.

17. Ife, Jim & Tesoriero, Frank (2016)

Pemberdayaan masyarakat adalah memberikan sumber daya, kesempatan, pengetahuan, dan keterampilan kepada warga untuk meningkatkan kemampuan mereka dalam menentukan masa depan mereka sendiri dan berpartisipasi pada upaya mempengaruhi kehidupan dari kelompoknya.

B. Konsep Pemberdayaan Komunitas

1. Domain Pemberdayaan Komunitas

Pemberdayaan komunitas adalah suatu program yang dibuat dan terus diupayakan oleh pemerintah dengan tujuan untuk membentuk sikap dan perilaku individu dan masyarakat yang mandiri. Kemandirian yang melekat pada individu dan masyarakat diharapkan mampu meningkatkan standar hidup dan peningkatan kebebasan setiap orang dalam kehidupan.

Beberapa hal yang dapat dikatakan sebagai atribut pemberdayaan adalah adanya proses tolong menolong, kerjasama, saling menghargai antara satu dengan yang lain, penggunaan otoritas dalam pengambilan keputusan, sumber daya, kesempatan, kebebasan pembuatan keputusan, dan tanggung jawab (Rodwell, 1996). Byrt dan Dooher (2002) menyebutkan yang menjadi aspek dalam pemberdayaan adalah adanya partisipasi, pelibatan pengguna atau pemberi layanan asuhan keperawatan dalam memberikan tangguna jawab atas pengambilan keputusan, dan kontribusi terhadap hasil yang diinginkan. Berdasarkan hal tersebut, maka dapat diartikan bahwa pemberdayaan memerlukan hubungan timbal balik atau ketergantungan antara individu dengan masyarakat.

Pemberdayaan memiliki beberapa domain (Laverack, 2005) antara lain:

a. Partisipasi

Anggota masyarakat yang tergabung dan berpartisipasi dalam kelompok kecil atau suatu organisasi yang lebih besar, dapat bertindak atas isu yang menjadi perhatian umum kepada masyarakat luas.

b. Kepemimpinan Lokal

Kepemimpinan dan partisipasi memiliki kaitan yang sangat erat, dimana kepemimpinan membutuhkan partisipasi, begitu juga sebaliknya (Afriansyah et al., 2023).

c. Struktur Organisasi

Struktur organisasi dalam masyarakat adalah suatu cara yang seseorang untuk melakukan sosialisasi dan menangani masalah mereka yang dilakukan secara bersama-sama (Dahlia, 2022).

d. Penilaian Masalah

Pemberdayaan dimulai dengan identifikasi masalah, pemecahan masalah, dan tindakan untuk menyelesaikan masalah.

e. Mobilisasi Sumber Daya

Mobilisasi sumber daya adalah kemampuan masyarakat dalam melakukan mobilisasi sumber daya baik dari dalam dan kemampuan untuk bernegosiasi sumber daya dari luar yang menjadi faktor penting pada kemampuannya dalam mencapai kesuksesan.

f. Bertanya Mengapa

Bertanya mengapa adalah kemampuan dari masyarakat yang membahas secara kritis mengenai faktor-faktor sosial, politik, ekonomi, dan faktor lain yang menjadi suatu kesenjangan.

g. Jaringan Pihak Lain

Adalah hubungan dengan orang-orang dan organisasi termasuk didalamnya kemitraan, koalisi, dan aliansi sukarela antara masyarakat yang dapat membantu masyarakat dalam menangani isu-isunya.

h. Peran Agen Dari Luar

Adanya kemungkinan masyarakat untuk dapat menumbuhkan kemampuannya dalam memecahkan problematika yang terjadi dalam masyarakat.

i. Manajemen Program

Manajemen program adalah adanya pemberdayaan masyarakat terhadap kontrol atas keputusan perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, keuangan, pelaporan dan resolusi konflik.

2. Tahapan Pemberdayaan Komunitas

Intervensi yang sistematik dan terukur pada masyarakat dimana berkelanjutan dan merujuk pada kemampuan masyarakat untuk mengambil alih program yang ada dengan sumber daya sendiri dan berlangsung secara terus menerus dikenal sebagai kegiatan pemberdayaan masyarakat. Adapun untuk kegiatan pemberdayaan sendiri dapat dilakukan atas beberapa tahapan, yaitu :

a. Tahap Awal

Tahapan ini adalah tahapan dimana adanya kesepakatan antara petugas kesehatan dengan masyarakat mengenai fokus, waktu, dan cara melakukan pemberdayaan (Rosdiana, 2022).

b. Tahap Pelaksanaan

Pada tahap ini, dilakukan pengumpulan data dengan cara observasi, wawancara, dan pencatatan.

c. Tahap Pasca Pemberdayaan

Tahap pasca pemberdayaan dilakukan dengan cara refleksi, konfirmasi temuan pemberi pemberdayaan, diskusi untuk melakukan perbaikan, dan membuat kesepakatan baru untuk pemberdayaan berikutnya (Dahlia, 2022).

3. Model Pemberdayaan Komunitas

Pada masa lampau, terdapat suatu model yang digunakan dalam pemberdayaan. Model tersebut dikenal dengan model biomedik, yang memiliki arti bahwa klien harus mematuhi arahan dari profesional layanan kesehatan, dimana jika rencana perawatan mengalami kegagalan, maka menjadi tanggungjawab ataupun kesalahan klien. Hal ini dirasa tidak efisien, terutama pada klien yang memiliki penyakit kronis dan hal ini mengakibatkan tetap bertahan dengan perilakunya meski profesional kesehatan telah berusaha memberikan perubahan.

Istilah yang digunakan dalam model pemberdayaan adalah kepatuhan yang berarti bahwa terdapat kontrak kerjasama antara klien dan tenaga kesehatan dimana upaya bersama dilakukan untuk mendapatkan hasil bersama. Pada model pemberdayaan ditegaskan bahwa tidak ada perilaku menghakimi atau konfrontasi terhadap perilaku klien, dan sudah sewajarnya untuk mencari solusi secara bersama, baik petugas kesehatan maupun klien yang dalam hal ini adalah masyarakat (Rosdiana, 2022).

4. Proses Pemberdayaan Komunitas

Dalam proses pemberdayaan komunitas, tidak hanya membuat masyarakat memiliki ketergantungan pada berbagai program pemberian tapi juga mengembangkan potensi yang dimiliki oleh masyarakat. Pada dasarnya, pemberdayaan melakukan usaha dalam membangun potensi dengan cara memberikan motivasi, membangkitkan kesadaran akan potensi yang dimiliki dan mengembangkan potensi yang ada sebagai proses pembelajaran yang merupakan usaha yang terencana dan sistematis.

Pemberdayaan masyarakat sebagai suatu strategi yang digunakan dalam pembangunan masyarakat sebagai upaya mewujudkan kemampuan dan kemandirian dalam kehidupan bermasyarakat, berbangsa dan bernegara

tertuang dalam Permendagri RI Nomor 7 Tahun 2007 Pasal 1 ayat 8 tentang Kader Masyarakat.

5. Peran dan Corak Pemberdayaan Komunitas

Mardikanto, dkk (2014) mengungkapkan bahwa peran pemberdayaan masyarakat terdiri dari 6 peran, yaitu :

- a. Perbaikan kelembagaan
- b. Perbaikan usaha
- c. Perbaikan pendapatan
- d. Perbaikan lingkungan
- e. Perbaikan kehidupan
- f. Perbaikan masyarakat

Pemberdayaan masyarakat juga memiliki corak yang digunakan dalam peningkatan kesadaran akan nilai-nilai kemandirian. Corak tersebut antara lain adalah :

- a. *Community Leader*

Adalah kemampuan sebagai pemimpin dalam komunitas atau masyarakat. Ricketts (2005), menyebutkan pemimpin komunitas yang efektif adalah pemimpin yang bertindak bersama-sama dengan komunitas, dan membuat komunitas semakin memiliki kemampuan (mandiri). Selaras dengan yang disampaikan oleh Pigg (1999) bahwa pemimpin di masyarakat tidak dapat mengandalkan otoritas formalitas dan kekuasaan yang diperoleh dari posisi untuk mendapatkan hal yang dilakukan. Pemimpin di masyarakat harus membangun hubungan dengan tujuan tertentu, dalam hal ini pengembangan komunitas diwakili oleh struktur umum dan dicirikan oleh kebersamaan dan timbal balik.

Davies, dkk (2021) menyebutkan bahwa pemimpin dalam masyarakat sebagai suatu organisasi harus memiliki 4 tugas penting, antara lain :

- 1) Merumuskan visi yang realistik perkembangan ekonomi dan sosial masyarakat
- 2) Mendorong diterimanya visi oleh masyarakat secara maksimal
- 3) Memotivasi anggota kunci masyarakat untuk bekerja menuju pencapaian visi
- 4) Memimpin dengan memberikan contoh.

Davies (2015) juga menyampaikan pemimpin transformasional di masyarakat harus mampu melaksanakan :

- 1) Memotivasi pengikut dengan memberikan visi, menetapkan tujuan yang jelas dan memastikan pekerjaan yang dilakukan oleh pengikut

- 2) Berperilaku dengan cara kharismatik yang memungkinkan anggota masyarakat untuk membangun kepercayaan diri
- 3) Berkommunikasi dan menekankan rasa kolektif terkait misi dan nilai-nilai serta bertindak berdasarkan nilai-nilai
- 4) Menelaah perspektif baru tentang pemecahan masalah dan penyelesaian tugas serta fokus mengembangkan keterampilan anggota masyarakat

b. *Community Organization*

Pengorganisasian masyarakat merupakan suatu proses untuk memelihara keseimbangan antara kebutuhan-kebutuhan sosial dengan sumber-sumber kesejahteraan sosial dari suatu masyarakat tertentu atau suatu bidang kegiatan tertentu (Afandi, 2012). Menurut Notoadmojo (2014), pengorganisasian merupakan suatu proses dimana masyarakat dapat mengidentifikasi kebutuhan-kebutuhan dan menentukan prioritas dari kebutuhan-kebutuhan tersebut, dan mengembangkan keyakinan untuk berusaha memenuhi kebutuhan-kebutuhan tersebut, dan mengembangkan keyakinan untuk berusaha memenuhi kebutuhan-kebutuhan sesuai dengan skala prioritas berdasarkan sumber-sumber yang ada di masyarakat sendiri maupun yang berasal dari luar dengan usaha secara gotong royong.

c. *Community Fund*

Dapat berupa dana kesehatan atau jaminan pemeliharaan kesehatan yang dikembangkan dengan menggunakan prinsip gotong royong sebagai salah satu prinsip pemberdayaan masyarakat.

d. *Community Material*

Adalah potensi tersendiri yang dimiliki setiap daerah yang dapat digunakan untuk memfasilitasi pelayanan.

e. *Community Knowledge*

Community based health education digunakan sebagai pendekatan dalam rangka mencapai tujuan pemberdayaan yaitu meningkatkan pengetahuan masyarakat dengan melakukan berbagai penyuluhan kesehatan.

f. *Community Technology*

Adalah suatu teknologi sederhana dalam masyarakat yang dapat digunakan sebagai pengembangan program kesehatan.

6. Tahapan Pemberdayaan Masyarakat

Tahapan dalam pemberdayaan masyarakat terdiri dari 7 langkah, antara lain:

a. Tahap persiapan

Pada tahap persiapan, ada 2 tahap yang harus diperhatikan. Tahap pertama (tenaga pemberdayaan masyarakat) dan tahap kedua (penyiapan lapangan).

b. Tahap pengkajian

Adalah dilakukannya proses pengkajian secara individual melalui kelompok-kelompok dalam masyarakat. Petugas mengidentifikasi masalah kebutuhan yang dirasakan dan juga sumber daya yang dimiliki oleh klien.

c. Tahap perencanaan alternatif program

Pada tahap ini, petugas berlaku sebagai agen perubahan dan secara partisipatif melibatkan masyarakat berfikir mengenai masalah yang dihadapi dan bagaimana solusi untuk memecahkan masalah tersebut.

d. Tahap pemformalisasi rencana aksi

Di tahap ini, petugas membantu masing-masing kelompok untuk merumuskan dan menentukan program dan kegiatan yang akan dilakukan sebagai solusi dari permasalahan yang ada.

e. Tahap pelaksanaan

Sebagai suatu usaha pelaksanaan program pemberdayaan masyarakat, peran masyarakat sebagai kader sangat diharapkan dalam menjaga keberlangsungan program yang telah dikembangkan. Kerja sama antar petugas dan masyarakat menjadi poin yang sangat penting pada tahap ini.

f. Tahap evaluasi

Evaluasi pada tahap ini digunakan sebagai proses pengawasan dari masyarakat dan petugas program pemberdayaan yang sedang berjalan dengan keterlibatan masyarakat. Keterlibatan masyarakat tersebut diharapkan dapat membentuk suatu sistem komunitas untuk pengawasan secara internal dalam jangka pendek, sementara pada jangka panjang diharapkan dapat membangun komunikasi masyarakat dengan memanfaatkan sumber daya yang ada.

g. Tahap terminasi

Tahap ini adalah tahap pemutusan hubungan secara formal dengan masyarakat/ komunitas sasaran. Harapan dari tahap ini adalah program yang dilakukan dapat dihentikan.

7. Prinsip Pemberdayaan Masyarakat

Pemberdayaan masyarakat memiliki beberapa prinsip yang dapat digunakan dalam menunjang keberhasilan suatu program, yaitu (Pathilaiya, 2022) :

a. Prinsip kesetaraan

Hal ini merupakan prinsip utama yang harus dipegang dalam proses pemberdayaan masyarakat. Kesetaraan atau kesejajaran kedudukan antara masyarakat dengan lembaga yang melakukan program pemberdayaan. Dinamika yang dibangun adalah hubungan kesetaraan dengan

mengembangkan mekanisme dari berbagai macam pengetahuan, pengalaman, serta keahlian satu sama lain.

b. Partisipasi

Program pemberdayaan yang dapat menstimulasi kemandirian dari masyarakat adalah program yang memiliki sifat partisipatif, dapat direncanakan, dilaksanakan, dan adanya pengawasan serta evaluasi yang dilakukan oleh masyarakat sendiri.

c. Keswadayaan atau kemandirian

Keswadayaan memiliki prinsip menghargai dan mengutamakan kemampuan masyarakat. Bantuan dari orang lain yang bersifat materil dipandang sebagai penunjang sehingga keswadayaan tetap terjaga.

d. Berkelanjutan

Program pemberdayaan masyarakat diharapkan dapat dilakukan secara berkelanjutan, dan dapat dilakukan secara mandiri oleh masyarakat.

8. Elemen dalam Pemberdayaan Masyarakat dan Keterlibatan

Pemberdayaan masyarakat memiliki elemen-elemen yang terlibat dalam pelaksanaan program. Adapun elemen-elemen tersebut adalah (Irawan, 2022) :

- a. Pemerintah
- b. Perguruan tinggi
- c. Lembaga swadaya masyarakat
- d. Pers
- e. Partai politik
- f. Lembaga donor
- g. Tokoh masyarakat
- h. Organisasi masyarakat lokal

Pemberdayaan masyarakat melibatkan berbagai potensi yang ada dalam masyarakat, antara lain :

a. Peranan pemerintah

Artinya birokrasi pemerintah harus dapat menyesuaikan, membangun partisipasi, membuka dialog dengan masyarakat, menciptakan instrumen peraturan dan pengaturan mekanisme yang memihak golongan masyarakat bawah.

- b. Organisasi kemasyarakatan di luar lingkungan masyarakat
- c. Lembaga masyarakat yang tumbuh dari dan di dalam masyarakat
- d. Koperasi sebagai wadah ekonomi masyarakat
- e. Kader

C. Gangguan Jiwa Di Komunitas

1. Pengertian Kesehatan Jiwa

Stuart (2013), menyebutkan kesehatan jiwa merupakan kondisi seorang individu yang sejahtera, dimana hal tersebut berarti individu tersebut memiliki kemampuan untuk mencapai kebahagiaan, ketenangan, kepuasan, aktualisasi diri, dan mampu berpikir secara positif di segala situasi baik terhadap diri sendiri, orang lain, dan lingkungan. WHO sendiri menyampaikan, kesehatan jiwa adalah kondisi kesejahteraan (*well-being*) individu yang menyadari kemampuannya sendiri, dapat mengatasi tekanan kehidupan yang normal, dapat bekerja secara produktif dan mampu memberikan kontribusi kepada komunitasnya dengan artian bahwa ketika seseorang tersebut merasa sehat dan bahagia, mampu menghadapi tantangan hidup serta dapat menerima orang lain sebagaimana seharusnya serta mempunyai sikap positif terhadap diri sendiri dan orang lain.

Undang-Undang Kesehatan Jiwa No. 03 Tahun 1996 menuturkan bahwa kesehatan jiwa adalah suatu kondisi mental yang sejahtera sehingga memungkinkan seseorang berkembang secara optimal baik fisik, intelektual, dan emosional dan perkembangan tersebut berjalan secara selaras dengan keadaan orang lain sehingga memungkinkan hidup harmonis dan produktif. Undang-Undang RI No. 18 Tahun 2014 menyebutkan bahwa kesehatan jiwa adalah kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya.

Ada beberapa pakar yang menyebutkan mengenai definisi dan pengertian kesehatan mental atau jiwa, diantaranya adalah :

a. Daradjat (1991)

Kesehatan mental adalah terwujudnya keharmonisan yang sungguh-sungguh antar fungsi-fungsi jiwa serta mempunyai kesanggupan untuk menghadapi problem-problem biasa yang terjadi dan merasakan secara positif kebahagiaan dan kemampuan dirinya.

b. Hawari (1997)

Kesehatan mental adalah suatu kondisi yang memungkinkan perkembangan fisik, intelektual, dan emosional yang optimal dari seseorang dan perkembangan itu berjalan selaras dengan keadaan orang lain.

c. Notosoedirjo (2005)

Kesehatan mental adalah orang yang terus menerus tumbuh, berkembang, dan matang dalam hidupnya, menerima tanggung jawab, menemukan penyesuaian (tanpa membayar terlalu tinggi biayanya sendiri atau oleh

masyarakat) dalam berpartisipasi memelihara aturan sosial dan tindakan dalam budayanya.

d. Pieper & van Uden (2006)

Kesehatan mental adalah suatu keadaan dimana seseorang tidak mengalami perasaan bersalah terhadap dirinya sendiri, memiliki estimasi yang realistik terhadap dirinya sendiri dan dapat menerima kekurangan atau kelemahannya, kemampuan menghadapi masalah-masalah dalam hidupnya, memiliki kepuasan dalam kehidupan sosialnya, serta memiliki kebahagiaan dalam hidupnya.

2. Ciri-Ciri Sehat Jiwa

Beberapa ahli menyebutkan, terdapat beberapa ciri seseorang dapat dikatakan sebagai individu yang sehat jiwa, yaitu :

a. WHO

- 1) Individu mampu menyesuaikan diri secara konstruktif pada kenyataan, meskipun kenyataan itu buruk baginya
- 2) Memperoleh kepuasan dari hasil jerih payah usahanya
- 3) Merasa lebih puas memberi daripada menerima
- 4) Secara relatif bebas dari rasa tegang (stress), cemas, dan depresi
- 5) Mampu berhubungan dengan orang lain secara tololong menolong dan saling memuaskan
- 6) Mampu menerima kekecewaan sebagai pelajaran yang akan datang
- 7) Mempunyai rasa kasih sayang

b. Yahoda

- 1) Memiliki sikap positif terhadap diri sendiri
- 2) Tumbuh, berkembang, dan beraktualisasi
- 3) Menyadari adanya integrasi dan hubungan antara masa lalu dan sekarang
- 4) Memiliki otonomi dalam pengambilan keputusan dan tidak bergantung pada siapapun
- 5) Memiliki persepsi sesuai dengan kenyataan
- 6) Mampu menguasai lingkungan dan beradaptasi

c. Maslow

- 1) Persepsi realitas yang kuat
- 2) Menerima diri sendiri, orang lain dan lingkungan
- 3) Spontan
- 4) Sederhana dan wajar

3. Konsep Gangguan Jiwa

Gangguan jiwa adalah adanya gangguan pada kesehatan yang meliputi perubahan berbagai faktor termasuk didalamnya adalah suasana hati dan afek,

perilaku, pemikiran dan kognisi yang berkaitan dengan gangguan fungsi dan berbagai tingkat kesusahan. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2014, membedakan klien dengan gangguan jiwa menjadi :

a. Orang dengan masalah kejiwaan (ODMK)

Yang dimaksud dengan ODMK adalah seseorang yang memiliki masalah fisik, mental, sosial, pertumbuhan dan perkembangan, dan kualitas hidup sehingga memiliki risiko masalah gangguan jiwa.

b. Orang dengan gangguan jiwa (ODGJ)

Pengertian dari ODGJ adalah seseorang yang mengalami gangguan dalam pikiran, perilaku, dan perasaan yang termanifestasi dalam bentuk sekumpulan gejala, dapat menimbulkan penderitaan dan hambatan dalam menjalankan fungsi sebagai manusia. Perilaku yang dapat dilihat pada ODGJ adalah bicara dan tertawa sendiri, berjalan tanpa memiliki tujuan yang jelas, mempertahankan posisi yang sama selama berjam-jam, tidak mampu melakukan perawatan pada diri sendiri, melakukan tindakan kekerasan tanpa adanya alasan atau sebab yang jelas, memiliki perasaan sedih yang berkepanjangan atau mengalami *mood swing*.

D. Pemberdayaan Komunitas Dalam Menangani Gangguan Jiwa

1. *Community Mental Health Nursing (Cmhn)*

CMHN merupakan salah satu upaya yang dilakukan untuk mewujudkan pelayanan kesehatan jiwa pada masyarakat. Fokus pelayanan kesehatan jiwa masyarakat dimulai dari pelayanan tingkat kabupaten/kota, puskesmas, kelompok khusus, hingga keluarga. CMHN dimulai dari *advance*, *intermediate*, dan *basic*. CMHN sendiri merupakan pelayanan keperawatan yang komprehensif, holistik, dan paripurna berfokus pada masyarakat yang sehat jiwa, rentan terhadap stress, dan berada dalam tahap pemulihan serta pencegahan kekambuhan. Dalam CMHN, perawat bekerja sama dengan klien, keluarga dan tim kesehatan lain dalam melakukan suatu tindakan.

Pemberdayaan yang berfokus pada potensi dan sumber daya masyarakat dalam CMHN melalui bentuk pengembangan desa siaga sehat jiwa (DSSJ) dan melakukan revitalisasi kader dengan membentuk kader kesehatan jiwa (KKJ) yang memiliki peran sebagai fasilitator dalam masyarakat dan bertujuan untuk dapat mengembangkan kesehatan jiwa masyarakat. Keliat, dkk (2017), mengungkapkan bahwa kegiatan CMHN bertujuan untuk memberdayakan masyarakat, khususnya klien dan keluarga agar mampu mandiri memenuhi kebutuhannya serta meningkatkan kemampuan dalam menyelesaikan masalah.

2. Desa Siaga Sehat Jiwa (Dssj)

a. Definisi

Desa Siaga Sehat Jiwa (DSSJ) adalah suatu program yang mengajak masyarakat agar berpartisipasi dalam melakukan deteksi terhadap munculnya masalah kesehatan jiwa yang ada di masyarakat. Tahapan-tahapan yang dilakukan dalam DSSJ antara lain : persiapan, sosialisasi, pelatihan kader, pendampingan, monitoring, dan pelaporan.

b. Tujuan

Tujuan didirikannya DSSJ adalah agar masyarakat dapat cepat tanggap terhadap masalah kesehatan jiwa masyarakat, mencegah timbulnya masalah kesehatan jiwa dan dapat dengan segera menanggulangi masalah kesehatan jiwa di masyarakat. Tujuan-tujuan tersebut antara lain:

- 1) Meningkatnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat mengenai pentingnya kesehatan dan menerapkan perilaku hidup sehat
- 2) Meningkatnya kemampuan dan kemauan masyarakat untuk menolong dirinya sendiri dalam kesehatan
- 3) Meningkatnya kewaspadaan dan kesiagaan masyarakat terhadap resiko dan bahaya yang menimbulkan gangguan kesehatan
- 4) Meningkatnya kesehatan lingkungan di desa

3. Mekanisme Organisasi Cmhn

CMHN memiliki mekanisme pelaksanaan pengorganisasian DSSJ, antara lain :

- a. Wilayah kerja PUSKESMAS dibagi dua untuk 2 orang perawat CMHN
- b. Perawat CMHN bersama tokoh masyarakat menetapkan satu desa untuk dikembangkan menjadi DSSJ
- c. Perawat CMHN bersama tokoh masyarakat pada tingkat desa menetapkan calon kader kesehatan jiwa pada tiap dusun (minimal 2 kader untuk 1 dusun)

Tahap selanjutnya adalah melakukan pengelompokan keluarga, dimana pengelompokan tersebut dibuat berdasarkan asuhan keperawatan yang diberikan yaitu pada keluarga sehat, memiliki risiko, dan mengalami gangguan jiwa. Untuk keluarga sehat akan dikelompokkan lagi menjadi keluarga dengan :

- a. Bayi 0-18 bulan
- b. Kanak-kanak 18-36 bulan
- c. Pra sekolah 3-6 tahun
- d. Anak sekolah 6-12 tahun
- e. Remaja 12-18 tahun
- f. Dewasa muda 18-25 tahun
- g. Dewasa 25-65 tahun
- h. Lansia > 65 tahun

4. Pemberdayaan Masyarakat

Strategi pemberdayaan masyarakat dalam DSSJ bermanfaat dalam mengidentifikasi dan mengatasi masalah serta mempertahankan kesehatan jiwa. Pemberdayaan masyarakat sendiri merupakan proses pengembangan potensi, baik itu pengetahuan maupun keterampilan masyarakat.

Pemberdayaan masyarakat dalam DSSJ dapat dilakukan dengan membentuk kader kesehatan jiwa. Dengan adanya kader kesehatan jiwa yang memiliki potensial, maka masyarakat diharapkan mampu mendukung program CMHN yang diterapkan. Metode yang digunakan dalam mengembangkan kader kesehatan jiwa meliputi : keteraturan, sistematis, rasional yang digunakan untuk menentukan jumlah kader.

Untuk dapat menentukan siapa yang dapat menjadi kader kesehatan jiwa, maka dilakukan proses rekrutmen kader. Kriteria kader kesehatan jiwa dapat dilihat sebagai berikut :

- a. Sehat jasmani dan rohani
- b. Mampu membaca dan menulis dengan lancar menggunakan Bahasa Indonesia
- c. Bersedia menjadi kader kesehatan jiwa sebagai tenaga sukarela
- d. Mempunyai komitmen untuk melaksanakan program kesehatan jiwa masyarakat
- e. Meluangkan waktu untuk kegiatan CMHN
- f. Mendapat ijin dari suami atau keluarga

Proses rekrutmen kader dilakukan dengan cara :

- a. Perawat CMHN mengadakan pertemuan dengan kepala desa dan tokoh masyarakat setempat dengan menjelaskan tentang pembentukan DSSJ dan kebutuhan kader kesehatan jiwa
- b. Perawat CMHN menjelaskan tentang kriteria dan jumlah kader yang dibutuhkan untuk tiap desa dan dusun
- c. Tokoh masyarakat melakukan pencarian calon kader berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan
- d. Kader yang telah direkrut mengisi biodata dalam formulir yang telah disediakan untuk proses seleksi selanjutnya

Proses seleksi kader kesehatan jiwa sebagai berikut:

- a. Perawat CMHN melakukan koordinasi dengan tokoh masyarakat/ agama atau organisasi yang ada di masyarakat dalam menentukan calon kader yang memenuhi syarat

- b. Kader terpilih mengisi surat pernyataan bersedia sebagai kader kesehatan jiwa dan bersedia menjalankan program CMHN
- c. Kader terpilih diwajibkan mengikuti pelatihan kader kesehatan jiwa

Setelah seleksi terlaksana, hal yang dilakukan selanjutnya adalah melakukan orientasi kader. Orientasi yang dilakukan mencakup : visi, misi, program, kebijakan, dan peraturan.

E. Kesimpulan

Pemberdayaan komunitas dalam menangani gangguan jiwa merupakan pendekatan yang efektif untuk menciptakan lingkungan yang mendukung pemulihian mental individu. Melalui pemberdayaan, komunitas dapat meningkatkan kesadaran, pengetahuan, dan keterampilan dalam mengenali serta menangani gangguan jiwa secara lebih dini. Pendekatan ini juga membantu mengurangi stigma terhadap gangguan mental, memperkuat dukungan sosial, dan menciptakan ruang yang inklusif bagi individu dengan masalah kesehatan jiwa. Pemberdayaan komunitas tidak hanya melibatkan tenaga kesehatan, tetapi juga anggota masyarakat lainnya untuk berperan aktif dalam mendukung pemulihian. Dengan langkah-langkah yang tepat, pemberdayaan komunitas dapat menjadi kunci dalam meningkatkan kualitas hidup individu dengan gangguan jiwa dan memperkuat ketahanan sosial secara keseluruhan.

F. Referensi

- Afriansyah, dkk. (2023). *Pemberdayaan Masyarakat*. Padang: PT. Global Eksekutif Teknologi.
- Apsari, Afirtha, Purnomo. (2010). *Pencanangan Desa Siaga Sehat Jiwa*.
- Ardiansyah, S., Yunike, & Tribakti, I. (2023). *Buku Ajar Kesehatan Mental*. Padang: PT. Global Eksekutif Teknologi.
- Dahlia. (2022). *Kesehatan Mental. Early Childhood Education Journal*, 10. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Irawan, Djoko. (2022). *Diktat Kuliah Pengembangan Bahan Pengajaran Mata Kuliah: Pemberdayaan Masyarakat*.
- Jiwa, B. K., Keperawatan, I., Dasar, K., Jiwa, K., Isu, T., Keperawatan, D., & Lombogia, M. (n.d.). Keperawatan jiwa.

- Pathilaiya, H. L., Sinurat, J., Sarasati, B., Jumiati, S., Supriatna, A., Harto, B., & Hapsar, T. (2022). Pemberdayaan Masyarakat, 6, 96. Retrieved from www.globaleksekutifteknologi.co.id
- Rahmawati, A. Y. (2020). Buku Asuhan Jiwa.
- Rachmayani, A. N. (2015). Buku Digital Ilmu Keperawatan Jiwa.
- Rosdiana. (2022). Dasar Promosi Kesehatan. Pare-pare CV. Kaafah *Learning Center*.
- Semiun, Y. (2009). Kesehatan Mental I. Retrieved from <http://eprints.umk.ac.id/13467/>
- Siregar, P. A., Hasibuan, R., Susanti, N., & Ashar, Y. K. (2021). Pengembangan dan Pengorganisasian Masyarakat Kesehatan. Medan: CV. Merdeka Kreasi Group.
- Suryani, S. (2015). Mengenal Gejala dan Penyebab Gangguan Jiwa. Universitas Jenderal Achmad Yani, 1–12. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/273866139_Mengenal_gejala_dan_penyebab_gangguan_j
- Tukatman, dkk. (2023). Keperawatan Jiwa. Surabaya: Pustaka Aksara
- Yosef, Andrian, dkk. (2022). *Book Chapter*: Ilmu Keperawatan Jiwa dan Komunitas. Bandung: Penerbit Media Sains Indonesia

CHAPTER 3

TANTANGAN KEPERAWATAN JIWA DI MASYARAKAT PEDESAAN

Ns. Fitrio Deviantony, S.Kep., M.Kep.

A. Pendahuluan/Prolog

Kesehatan jiwa di masyarakat pedesaan merupakan isu yang semakin mendesak untuk diperhatikan, terutama mengingat konteks geografis, sosial, dan budaya yang unik yang membentuk dinamika masalah kejiwaan di daerah tersebut. Di banyak negara, termasuk Indonesia, masyarakat pedesaan sering kali menghadapi tantangan yang signifikan dalam hal akses terhadap layanan kesehatan mental. Hal ini disebabkan oleh berbagai faktor, seperti keterbatasan infrastruktur kesehatan, stigma terhadap penyakit mental, dan kurangnya pemahaman tentang kesehatan jiwa di kalangan penduduk lokal (Fontanella et al., 2015; MacLeod et al., 2021). Sebagai contoh, penelitian menunjukkan bahwa warga pedesaan cenderung mencari perawatan kesehatan mental pada tahap yang lebih lanjut dan dengan gejala yang lebih serius dibandingkan dengan rekan-rekan mereka di daerah perkotaan (Fontanella et al., 2015).

Dalam konteks ini, pentingnya pemahaman tentang tantangan keperawatan jiwa di pedesaan menjadi sangat relevan. Perawat jiwa memiliki peran kunci dalam menyediakan layanan kesehatan mental yang efektif di daerah-daerah yang sering kali terabaikan ini. Mereka tidak hanya bertanggung jawab untuk memberikan perawatan klinis, tetapi juga berfungsi sebagai penghubung antara pasien dan sistem kesehatan yang lebih luas (Wilson & Usher, 2015; Barraclough et al., 2015). Dengan memahami konteks sosial dan budaya masyarakat pedesaan, perawat jiwa dapat lebih baik dalam merancang intervensi yang sesuai dan efektif (Mbemba et al., 2013; MacLeod et al., 2017).

Lebih jauh lagi, pelayanan keperawatan jiwa di masyarakat pedesaan sangat penting karena sering kali layanan ini tidak mendapatkan perhatian yang cukup dalam diskusi tentang kesehatan umum (Kverno, 2016). Penelitian menunjukkan bahwa perawat yang berpengalaman di daerah pedesaan dapat membantu mengurangi stigma dan meningkatkan kesadaran tentang kesehatan mental, serta memfasilitasi akses ke layanan yang diperlukan (Sweet et al., 2022). Oleh karena itu, kontribusi perawat jiwa dalam konteks ini tidak hanya terbatas pada perawatan

individu, tetapi juga mencakup upaya untuk membangun kapasitas komunitas dalam menghadapi tantangan kesehatan mental yang ada (Cosgrave et al., 2019).

B. Kondisi Kesehatan jiwa di Masyarakat Pedesaan

Kondisi kesehatan jiwa di masyarakat pedesaan menjadi perhatian yang semakin mendesak, terutama ketika kita mempertimbangkan prevalensi gangguan jiwa, faktor penyebabnya, dan ciri-ciri gangguan jiwa yang umum terjadi di daerah tersebut. Penelitian menunjukkan bahwa prevalensi gangguan jiwa di masyarakat pedesaan sering kali lebih tinggi dibandingkan dengan daerah perkotaan, meskipun data yang tersedia sering kali terbatas dan tidak mencerminkan keseluruhan situasi McCall-Hosenfeld et al. (2014) Peen et al., 2010). Sebagai contoh, studi menunjukkan bahwa individu yang tinggal di daerah pedesaan cenderung mengalami kesulitan dalam mengakses layanan kesehatan mental, yang dapat berkontribusi pada tingginya angka gangguan jiwa (Douthit et al., 2015; Schroeder et al., 2021). Dalam konteks ini, penting untuk memahami statistik dan data yang menunjukkan tingkat gangguan jiwa di masyarakat pedesaan, serta tantangan yang dihadapi dalam mendapatkan perawatan yang memadai.

Salah satu faktor yang berkontribusi terhadap tingginya angka gangguan jiwa di pedesaan adalah kondisi sosial dan ekonomi yang tidak stabil. Kemiskinan, ketidakstabilan sosial, dan kurangnya pendidikan tentang kesehatan mental merupakan beberapa faktor yang dapat meningkatkan risiko gangguan jiwa di masyarakat pedesaan (Kelly et al., 2010; Yue et al., 2018). Penelitian menunjukkan bahwa masyarakat yang hidup dalam kemiskinan lebih rentan terhadap masalah kesehatan mental, termasuk depresi dan kecemasan (Lu et al., 2018). Selain itu, kurangnya akses terhadap pendidikan dan informasi mengenai kesehatan mental juga dapat memperburuk kondisi ini, karena masyarakat tidak memiliki pengetahuan yang cukup untuk mengenali dan menangani masalah kesehatan jiwa (Yan & Tu, 2023).

Ciri-ciri gangguan jiwa yang umum di pedesaan sering kali mencakup depresi, kecemasan, dan gangguan stres pascatrauma (PTSD). Depresi, misalnya, merupakan salah satu gangguan yang paling sering dilaporkan di kalangan penduduk pedesaan, dengan prevalensi yang signifikan terkait dengan faktor-faktor seperti kemiskinan dan ketidakstabilan sosial (Peritogiannis et al., 2017). Kecemasan juga menjadi masalah umum, sering kali dipicu oleh tekanan ekonomi dan sosial yang dialami oleh individu di daerah pedesaan (Douthit et al., 2015; Kelly et al., 2010). Selain itu, gangguan stres pascatrauma dapat muncul akibat pengalaman traumatis, seperti bencana alam atau konflik sosial, yang lebih sering terjadi di komunitas yang rentan (Zhang et al., 2018; Yin et al., 2021).

Dalam menghadapi tantangan ini, penting untuk mengembangkan strategi yang komprehensif untuk meningkatkan kesehatan jiwa di masyarakat pedesaan. Ini termasuk peningkatan akses terhadap layanan kesehatan mental, pendidikan tentang kesehatan jiwa, dan penguatan dukungan sosial di komunitas. Dengan memahami prevalensi gangguan jiwa, faktor penyebabnya, dan ciri-ciri yang umum terjadi, kita dapat merancang intervensi yang lebih efektif untuk meningkatkan kesehatan jiwa di masyarakat pedesaan.

C. Keterbatasan Sumber Daya untuk Penanganan Kesehatan Jiwa

Keterbatasan sumber daya dalam penanganan kesehatan jiwa merupakan isu yang kompleks dan multifaset, yang mencakup berbagai tantangan dalam integrasi layanan kesehatan mental ke dalam sistem kesehatan yang lebih luas. Penelitian menunjukkan bahwa keberhasilan integrasi ini sangat bergantung pada tata kelola sistem kesehatan yang baik, yang mencakup pengembangan kebijakan dan rencana untuk menangani gangguan mental serta perlindungan bagi individu yang mengalami masalah kesehatan mental (Maloney, 2022). Tanpa dukungan yang memadai dari pemerintah dan pemangku kepentingan, upaya untuk meningkatkan akses dan kualitas layanan kesehatan mental akan terhambat.

Salah satu tantangan utama adalah keterbatasan dalam pelatihan dan pengetahuan tenaga kesehatan mengenai kesehatan mental. Di banyak negara, termasuk di daerah pedesaan, tenaga kesehatan primer sering kali tidak memiliki pelatihan yang memadai untuk menangani masalah kesehatan mental (Ssebunnya et al., 2010). Hal ini mengakibatkan rendahnya kemampuan untuk melakukan deteksi dini dan penanganan yang tepat terhadap pasien yang mengalami gangguan mental. Penelitian di Kenya menunjukkan bahwa meskipun ada kesadaran akan pentingnya integrasi layanan kesehatan mental, masih terdapat kesenjangan signifikan dalam pemahaman dan praktik di lapangan (Jenkins et al., 2013). Selain itu, kurangnya sumber daya manusia dan anggaran yang dialokasikan untuk kesehatan mental juga menjadi penghalang besar dalam menyediakan layanan yang berkualitas (Idaiani & Riyadi, 2018).

Keterbatasan sumber daya juga terlihat dalam aspek finansial, di mana biaya perawatan sering kali menjadi penghalang bagi individu untuk mendapatkan layanan yang mereka butuhkan. Di Tanzania, misalnya, biaya perawatan kesehatan mental menjadi faktor pembatas yang signifikan, dan upaya untuk meningkatkan akses melalui subsidi dan asuransi kesehatan sangat diperlukan (Knippler, 2024). Di sisi lain, di Amerika Serikat, status asuransi kesehatan berpengaruh besar terhadap penggunaan layanan kesehatan mental, di mana individu yang tidak memiliki asuransi sering kali mengalami kesulitan untuk mendapatkan perawatan yang

diperlukan (Walker et al., 2015). Oleh karena itu, reformasi dalam sistem pembiayaan dan penggantian biaya untuk layanan kesehatan mental sangat penting untuk mengatasi hambatan ini.

Selain itu, stigma sosial dan norma budaya juga berkontribusi terhadap keterbatasan dalam penanganan kesehatan jiwa. Penelitian menunjukkan bahwa perubahan sikap terhadap kesehatan mental memerlukan pendekatan yang melibatkan berbagai sektor masyarakat, termasuk pendidikan publik dan pemberdayaan individu dengan gangguan mental untuk mengatasi hambatan dalam mencari perawatan (Walker et al., 2015). Di India, pengembangan kemitraan dengan komunitas lokal dan penyedia layanan kesehatan tradisional telah terbukti bermanfaat dalam meningkatkan akses dan kualitas layanan kesehatan mental (Ng et al., 2014). Dengan membangun hubungan yang kuat antara layanan kesehatan mental dan masyarakat, diharapkan dapat tercipta sistem yang lebih inklusif dan responsif terhadap kebutuhan individu.

D. Kendala dalam Menjalankan Pendekatan Holistik di Lingkungan Pedesaan

Kendala dalam menjalankan pendekatan holistik di lingkungan pedesaan sering kali berkaitan dengan keterbatasan sumber daya, pengetahuan, dan aksesibilitas layanan kesehatan. Pendekatan holistik, yang menekankan pentingnya integrasi berbagai aspek kesehatan fisik, mental, dan sosial, memerlukan dukungan yang kuat dari berbagai pihak, termasuk pemerintah, tenaga kesehatan, dan masyarakat itu sendiri (Rahayuni et al., 2018). Namun, di banyak daerah pedesaan, terdapat tantangan signifikan yang menghambat implementasi pendekatan ini.

Salah satu kendala utama adalah kurangnya pengetahuan dan informasi mengenai layanan kesehatan jiwa yang tersedia. Sebuah studi di Bali menunjukkan bahwa banyak keluarga penderita skizofrenia tidak memanfaatkan layanan kesehatan jiwa di puskesmas karena kurangnya informasi tentang ketersediaan obat dan perawatan yang tepat (Rahayuni et al., 2018). Hal ini mencerminkan perlunya peningkatan edukasi dan penyuluhan kepada masyarakat tentang pentingnya kesehatan mental dan layanan yang tersedia. Selain itu, keterbatasan dalam pelatihan tenaga kesehatan di pedesaan juga menjadi penghalang, di mana banyak tenaga kesehatan tidak memiliki keterampilan yang memadai untuk menangani masalah kesehatan jiwa secara holistik (Idaiani & Riyadi, 2018).

Kendala lain yang signifikan adalah masalah aksesibilitas. Di banyak daerah pedesaan, fasilitas kesehatan sering kali tidak memadai, dan jarak yang jauh dari pusat layanan kesehatan dapat menghalangi individu untuk mendapatkan perawatan yang diperlukan (Suryaputri et al., 2019). Penelitian menunjukkan bahwa integrasi layanan kesehatan mental ke dalam sistem kesehatan umum di tingkat

puskesmas sangat penting untuk meningkatkan akses dan kualitas perawatan (Suryaputri et al., 2019). Namun, tanpa dukungan infrastruktur yang memadai dan sumber daya yang cukup, upaya ini akan sulit tercapai.

Stigma sosial terhadap gangguan mental juga menjadi kendala yang tidak bisa diabaikan. Di banyak komunitas, masih terdapat pandangan negatif terhadap individu dengan masalah kesehatan mental, yang dapat menghalangi mereka untuk mencari bantuan (Ridwan, 2024). Oleh karena itu, penting untuk melakukan kampanye kesadaran yang menyasar berbagai lapisan masyarakat untuk mengubah persepsi dan meningkatkan penerimaan terhadap individu yang mengalami gangguan mental (Ulfah, 2019). Pendekatan yang melibatkan keluarga dan komunitas dalam pendidikan kesehatan mental dapat membantu mengurangi stigma dan mendorong individu untuk mencari perawatan (Iswanti & Lestari, 2018).

Akhirnya, pendekatan holistik memerlukan kolaborasi antara berbagai sektor, termasuk pendidikan, kesehatan, dan komunitas. Penelitian menunjukkan bahwa kerjasama antara berbagai pihak sangat penting untuk keberhasilan pendekatan holistik integratif, terutama dalam konteks pendidikan anak usia dini dan kesehatan mental (Ulfah, 2019; , Jannah & Setiawan, 2022). Dengan membangun kemitraan yang kuat antara lembaga pendidikan, layanan kesehatan, dan komunitas, diharapkan dapat tercipta lingkungan yang mendukung kesehatan mental dan kesejahteraan secara keseluruhan.

E. Studi Kasus Intervensi sukses Kesehatan Jiwa di Pedesaan

Contoh kasus sukses intervensi kesehatan jiwa di lingkungan pedesaan dapat dilihat dari beberapa program yang telah dilaksanakan di berbagai daerah di Indonesia. Salah satu contohnya adalah program "Aksi Lilin" yang diimplementasikan oleh Puskesmas Mandala di Kabupaten Lebak. Program ini merupakan inovasi dalam pelayanan kesehatan jiwa yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran dan keterlibatan masyarakat dalam penanganan kesehatan mental (Barsei, 2023). Melalui pendekatan yang melibatkan interaksi langsung dengan masyarakat, Puskesmas Mandala berhasil menciptakan lingkungan yang lebih mendukung bagi individu dengan gangguan jiwa, serta meningkatkan aksesibilitas layanan kesehatan mental di daerah tersebut.

Program "Aksi Lilin" mengedepankan konsep Ajak, Interaksi, Lindungi, dan Sayangi dengan Nurani, yang bertujuan untuk membangun kesadaran kolektif tentang pentingnya kesehatan jiwa. Dalam pelaksanaannya, program ini melibatkan berbagai elemen masyarakat, termasuk keluarga, tokoh adat, dan kader kesehatan, untuk berkolaborasi dalam mendeteksi dan menangani masalah kesehatan mental di komunitas mereka (Barsei, 2023). Hasil dari program ini menunjukkan

peningkatan signifikan dalam pemahaman masyarakat tentang kesehatan jiwa, serta penurunan stigma terhadap individu dengan gangguan mental. Dengan melibatkan masyarakat secara aktif, program ini berhasil menciptakan dukungan sosial yang kuat bagi individu yang membutuhkan perawatan.

Contoh lain dari intervensi sukses adalah program "Komunitas Sehati" yang dilaksanakan di beberapa daerah. Program ini bertujuan untuk membentuk kader kesehatan mental yang terlatih dalam memberikan dukungan kepada individu dengan gangguan jiwa (Kurniawan & Sulistyarini, 2017). Melalui pelatihan yang intensif, kader kesehatan mental diberikan pengetahuan dan keterampilan untuk melakukan psikoedukasi kepada masyarakat, serta mendukung individu yang mengalami masalah kesehatan mental. Hasil dari program ini menunjukkan bahwa kader kesehatan mental mampu berperan aktif dalam mendeteksi dini gangguan jiwa dan memberikan dukungan yang diperlukan kepada pasien dan keluarganya (Kurniawan & Sulistyarini, 2017).

Selain itu, program "Desa Peduli Skizofrenia" yang dilaksanakan di Yogyakarta juga menunjukkan keberhasilan dalam meningkatkan pemahaman masyarakat tentang gangguan jiwa. Program ini melibatkan keluarga dan stakeholder dalam memberikan psikoedukasi, sehingga mereka lebih memahami cara pendampingan bagi individu dengan gangguan jiwa (Rahayu & Dinni, 2021). Dengan pendekatan yang berbasis komunitas, program ini berhasil meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya pengobatan dan perawatan bagi individu dengan skizofrenia, serta mengurangi stigma yang sering kali melekat pada mereka.

Keterlibatan keluarga dalam intervensi kesehatan jiwa juga terbukti efektif dalam meningkatkan hasil perawatan. Sebuah penelitian menunjukkan bahwa dukungan keluarga yang kuat dapat mempercepat proses pemulihan individu dengan gangguan jiwa (Pulungan et al., 2022). Dalam konteks pedesaan, di mana jaringan sosial sering kali lebih erat, peran keluarga menjadi sangat penting dalam mendukung individu yang mengalami masalah kesehatan mental. Program-program yang melibatkan keluarga dalam proses perawatan, seperti pelatihan dan edukasi, dapat membantu mereka memahami kondisi yang dialami oleh anggota keluarga mereka dan memberikan dukungan yang lebih baik.

Secara keseluruhan, contoh-contoh intervensi kesehatan jiwa di pedesaan menunjukkan bahwa pendekatan berbasis komunitas yang melibatkan keluarga, tokoh adat, dan kader kesehatan dapat menghasilkan perubahan positif dalam penanganan kesehatan mental. Dengan menciptakan lingkungan yang mendukung dan mengurangi stigma, program-program ini tidak hanya meningkatkan aksesibilitas layanan kesehatan jiwa, tetapi juga memperkuat jaringan sosial yang penting bagi individu dengan gangguan jiwa.

F. Kesimpulan

Salah satu tantangan utama dalam keperawatan jiwa di pedesaan adalah keterbatasan sumber daya manusia dan infrastruktur. Di banyak daerah pedesaan, jumlah tenaga kesehatan jiwa yang terlatih sangat terbatas, sehingga menghambat akses masyarakat terhadap layanan kesehatan mental yang berkualitas Dharana (2024). Selain itu, infrastruktur kesehatan yang kurang memadai, seperti fasilitas kesehatan yang jauh dan tidak terjangkau, juga menjadi penghalang bagi individu untuk mendapatkan perawatan yang diperlukan (Apriliyanti, 2023). Hal ini diperburuk oleh stigma sosial yang masih melekat pada gangguan jiwa, yang sering kali membuat individu enggan mencari bantuan (Jayanti et al., 2020).

Tantangan lain yang signifikan adalah kurangnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat tentang kesehatan jiwa. Banyak masyarakat di pedesaan yang masih memiliki pemahaman yang terbatas mengenai gangguan jiwa dan pentingnya perawatan yang tepat (Pulungan et al., 2022). Hal ini dapat menyebabkan keterlambatan dalam diagnosis dan pengobatan, yang pada gilirannya dapat memperburuk kondisi kesehatan mental individu (Hendrawati et al., 2023). Selain itu, komunikasi yang kurang efektif antara tenaga kesehatan dan masyarakat juga dapat menghambat penyampaian informasi yang diperlukan untuk meningkatkan kesadaran tentang kesehatan jiwa (Syafi'i, 2024).

Meskipun terdapat berbagai tantangan, ada juga peluang yang dapat dimanfaatkan untuk meningkatkan keperawatan jiwa di pedesaan. Salah satunya adalah potensi melibatan keluarga dan komunitas dalam perawatan kesehatan jiwa. Penelitian menunjukkan bahwa dukungan keluarga yang kuat dapat meningkatkan kepatuhan pasien terhadap pengobatan dan mempercepat proses pemulihan (Karmila et al., 2017). Dengan melibatkan keluarga dalam proses perawatan, diharapkan dapat tercipta lingkungan yang lebih mendukung bagi individu dengan gangguan jiwa.

Selain itu, pelatihan dan edukasi bagi tenaga kesehatan dan masyarakat juga merupakan peluang yang dapat dimanfaatkan. Program pelatihan yang berfokus pada peningkatan pengetahuan tentang kesehatan jiwa dapat membantu tenaga kesehatan untuk lebih siap dalam menangani kasus-kasus kesehatan mental (Afrizal, 2021). Edukasi kepada masyarakat tentang pentingnya kesehatan jiwa dan cara mendukung individu dengan gangguan jiwa juga dapat mengurangi stigma dan meningkatkan kesadaran (Hendrawati et al., 2023).

Penggunaan teknologi juga dapat menjadi peluang untuk meningkatkan akses dan kualitas layanan kesehatan jiwa di pedesaan. Dengan memanfaatkan teknologi informasi, seperti telemedicine, tenaga kesehatan dapat menjangkau

pasien yang berada di lokasi terpencil dan memberikan konsultasi serta dukungan secara jarak jauh (Sarjito, 2023). Ini dapat membantu mengatasi masalah aksesibilitas yang sering dihadapi di daerah pedesaan.

Secara keseluruhan, tantangan dalam keperawatan jiwa di pedesaan meliputi keterbatasan sumber daya, stigma sosial, dan kurangnya pengetahuan masyarakat. Namun, peluang untuk meningkatkan layanan kesehatan jiwa juga ada, seperti pelibatan keluarga, pelatihan tenaga kesehatan, dan pemanfaatan teknologi. Dengan pendekatan yang tepat, tantangan ini dapat diatasi untuk menciptakan sistem perawatan kesehatan jiwa yang lebih baik di lingkungan pedesaan.

G. Referensi

- Afrizal, T. (2021). Komunitas pedesaan di malaysia : masalah dan tantangan. *Journal of Education Humaniora and Social Sciences (Jehss)*, 3(3), 1406-1414. <https://doi.org/10.34007/jehss.v3i3.587>
- Apriliyanti, R. (2023). Komunikasi orang tua-anak di pedesaan: tantangan pengawasan dan keterampilan menggunakan smartphone. *Jurnal Mutakallimin Jurnal Ilmu Komunikasi*, 6(1). <https://doi.org/10.31602/jm.v6i1.11150>
- Dharana, D. (2024). Membangun kualitas hidup melalui literasi (analisis kasus masyarakat sunda). *Jurnal Kesehatan Masyarakat Indonesia (JKMI)*, 1(3), 79-86. <https://doi.org/10.62017/jkmi.v1i3.1257>
- Danukusumah, F., Suryani, S., & Shalahuddin, I. (2022). Stigma masyarakat terhadap orang dengan gangguan jiwa (odgj). *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 11(03), 205-212. <https://doi.org/10.33221/jikm.v11i03.1403>
- Hartono, D. and Cahyati, P. (2022). Peningkatan kesehatan jiwa masyarakat melalui psikoedukasi kesehatan jiwa kepada kader posyandu di wilayah puskesmas cigeureung kota tasikmalaya. *Dharmakarya*, 11(1), 55. <https://doi.org/10.24198/dharmakarya.v11i1.36988>
- Hendrawati, H., Amira, I., Maulana, I., Senjaya, S., & Rosidin, U. (2023). Peranan keluarga dan masyarakat pada odgj (orang dengan gangguan jiwa). *Jurnal Kreativitas Pengabdian Kepada Masyarakat (Pkm)*, 6(2), 488-496. <https://doi.org/10.33024/jkpm.v6i2.8313>

- Jayanti, D., Wati, N., Lestari, T., Lestari, K., & Juanamasta, I. (2020). Peningkatan kesehatan jiwa melalui peran kader kesehatan jiwa. *Jurnal Difusi*, 2(1), 33. <https://doi.org/10.35313/difusi.v2i1.1817>
- Karmila, K., Lestari, D., & Herawati, H. (2017). Dukungan keluarga dengan kepatuhan minum obat pada pasien gangguan jiwa di wilayah kerja puskesmas banjarbaru. *Dunia Keperawatan Jurnal Keperawatan Dan Kesehatan*, 4(2), 88. <https://doi.org/10.20527/dk.v4i2.2558>
- Idaiani, S. and Riyadi, E. (2018). Sistem kesehatan jiwa di indonesia: tantangan untuk memenuhi kebutuhan. *Jurnal Penelitian Dan Pengembangan Pelayanan Kesehatan*, 70-80. <https://doi.org/10.22435/jppk.v2i2.134>
- Lubis, N., Krisnani, H., & Fedryansyah, M. (2014). Pemahaman masyarakat mengenai gangguan jiwa dan keterbelakangan mental. *Share Social Work Journal*, 4(2). <https://doi.org/10.24198/share.v4i2.13073>
- Jenkins, R., Othieno, C., Okeyo, S., Aruwa, J., Kingora, J., & Jenkins, B. (2013). Health system challenges to integration of mental health delivery in primary care in kenya- perspectives of primary care health workers. *BMC Health Services Research*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-368>
- Knippler, E. (2024). Challenges and opportunities for improving mental health care and preventing suicide among people living with hiv: perspectives of mental health professionals in tanzania. *Plos Global Public Health*, 4(2), e0002762. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0002762>
- Maloney, R. (2022). Strengths and challenges to the integration of mental health services into the primary health care system in developing countries: a systematic review. *Texila International Journal of Academic Research*, 9(2), 1-17. <https://doi.org/10.21522/tijar.2014.09.02.art001>
- Ng, C., Chauhan, A., Chavan, B., Ramasubramanian, C., Singh, A., Sagar, R., ... & Isaac, M. (2014). Integrating mental health into public health: the community mental health development project in india. *Indian Journal of Psychiatry*, 56(3), 215. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.140615>
- Putri, A., Lestari, S., Asyanti, S., Indriati, S., & Hasanah, M. (2022). Optimalisasi perawatan orang dengan gangguan jiwa (odgj) berbasis komunitas.

Poltekita Jurnal Pengabdian Masyarakat, 3(4), 869-879.
<https://doi.org/10.33860/pjpm.v3i4.1280>

Pulungan, Z., Ahmad, M., & Purnomo, E. (2022). Terapi psikoedukasi keluarga meningkatkan kemandirian klien gangguan jiwa. Window of Health Jurnal Kesehatan, 614-621. <https://doi.org/10.33096/woh.vi.45>

Sarjito, A. (2023). Dampak digitalisasi administrasi perdesaan di negara berkembang. Jurnal Ilmiah Ilmu Administrasi, 13(2), 106-124. <https://doi.org/10.33592/jiia.v13i2.3814>

Syafi'i, A. (2024). Penggunaan teknologi tepat guna dalam upaya pengembangan ekonomi pedesaan dan peningkatan kesejahteraan masyarakat. Cakrawala Repotori Imwi, 7(02), 3293-3299. <https://doi.org/10.52851/cakrawala.v7i02.635>

Ssebunnya, J., Kigozi, F., Kizza, D., & Ndyanabangi, S. (2010). Integration of mental health into primary health care in a rural district in uganda. African Journal of Psychiatry, 13(2). <https://doi.org/10.4314/ajpsy.v13i2.54359>

Walker, E., Cummings, J., Hockenberry, J., & Druss, B. (2015). Insurance status, use of mental health services, and unmet need for mental health care in the united states. Psychiatric Services, 66(6), 578-584. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400248>

Widhiastuti, R., Hidayat, F., Prastiani, D., & Muryani, S. (2021). Pelatihan terapi modalitas orang dengan gangguan jiwa (odgj) bagi perawat di dinas kesehatan banyumas. JABI, 2(1), 22-28. <https://doi.org/10.36308/jabi.v2i1.253>

Zaini, M. (2023). Desa siaga sehat jiwa sebagai intervensi kesehatan jiwa berbasis masyarakat. Jurnal Kesehatan, 12(2), 225-232. <https://doi.org/10.46815/jk.v12i2.148>

CHAPTER 4

PERAN PERAWAT JIWA DALAM MENINGKATKAN KESADARAN KESEHATAN MENTAL DI KOMUNITAS

Ns. Ryka Widyaningtyas, S.Kep., M.Sc.

A. Pendahuluan/Prolog

Kesehatan mental adalah sebuah kondisi sejahtera pada seseorang. Ketika individu tersebut tahu apa yang bisa dan tidak bisa ia lakukan seperti mampu mengatasi stres, beradaptasi dengan situasi, bekerja dengan baik dan produktif, dapat menghadapi tekanan dan dapat memberi manfaat bagi lingkungan sekitarnya (Indonesia, Republik, 2014). Kesehatan mental merupakan hal penting yang harus diperhatikan. Kesehatan mental berkaitan erat dengan kesehatan fisik, seperti survey yang dilakukan oleh komunitas Kesehatan di New York City menurut laporan WHO menyatakan bahwa individu yang memiliki stress emosional dapat menurunkan kesehatan secara umum tiga kali lebih buruk serta memiliki resiko tinggi karena berkaitan dengan kebiasaan buruk seperti merokok dan minum alcohol berlebih, dan pola makan yang buruk. Sehingga dalam hal ini dapat menjadi perhatian penting Dimana Kesehatan mental dapat mengubah status kesehatan suatu komunitas (World Health Organization, 2004).

Berdasarkan Keputusan Menteri Republik Indonesia Nomor 406/Menkes/SKVII/2009 tentang pedoman pelayanan kesehatan jiwa komunitas, Kesehatan jiwa komunitas didefinisikan sebagai layanan kesehatan jiwa yang berbasis masyarakat, di mana semua potensi di masyarakat terlibat secara aktif. Dalam ruang lingkupnya, kesehatan jiwa komunitas melibatkan upaya promotif (promosi kesehatan), preventif (pencegahan), kuratif (pengobatan), dan rehabilitatif (pemulihan). Pendekatannya sekarang lebih fokus pada produktivitas sosial daripada hanya klinis-individual, sesuai dengan perkembangan konsep kesehatan jiwa komunitas.

Berdasarkan data Riskesdas tahun 2018 menunjukkan bahwa lebih dari 19 juta penduduk berusia di atas 15 tahun mengalami gangguan mental emosional, dan lebih dari 12 juta penduduk berusia di atas 15 tahun mengalami depresi. Menurut survei yang dilakukan oleh SKI (Survey Kesehatan Indonesia) dengan menggunakan kuisioner SRQ-20 pada tahun 2023, prevalensi penduduk yang ingin mengakhiri hidup dikelompokkan menjadi 7 kelompok usia dan paling banyak pada kelompok usia 15-24 tahun dan kejadian paling banyak pada jenis kelamin perempuan. Selain

itu, hasil survei 2020 menunjukkan bahwa satu dari tiga remaja (34.9%) menunjukkan adanya gejala gangguan mental meskipun tidak tegolong pada semua kriteria dalam diagnosis namun 5,5% remaja mengalami gangguan mental dalam 12 bulan terakhir gangguan yang paling umum dialami remaja antara lain : gangguan kecemasan, depresi mayor, PTSD, dan ADHD (Wahdi et al., 2023) .

Gangguan mental emosional merupakan sebuah keadaan yang menunjukkan adanya perubahan psikologis pada individu. Gangguan ini dapat dialami oleh siapa saja ketika menghadapi stres psikologis, Seseorang yang memiliki masalah mental emosional disebut Orang Dengan Masalah Kejiwaan (ODMK) dan Orang dalam gangguan Jiwa (ODGJ). Dalam penelitian Ariana (2018) menemukan bahwa rendahnya pengetahuan dan kesadaran tentang kesehatan mental di Indonesia berkaitan dengan adanya stigma yang rendah. Adanya stigma orang gila di Masyarakat luas dianggap konteks negatif karena dianggap tercemar dan menyimpang. Gangguan mental bukan sebuah penyimpangan namun sebagai pola psikologis (Fernanda et al., 2021).

Individu yang memiliki masalah kejiawaan jika tidak mendapatkan intervensi dari seorang profesional, maka individu yang memiliki gangguan mental emosional dapat berkembang menjadi lebih serius. Menurut undang undang pasal 37 nomor 18 tahun 2014, tenaga profesional dan terlatih lain di bidang kesehatan merupakan mitra kesehatan dalam menyelenggarakan upaya kesehatan jiwa. sehingga perlu dilakukan pemberian layanan kesehatan mental oleh perawat kesehatan jiwa agar kesehatan mental masyarakat tetap terjaga (Kurniawan & Yanni, 2020).

"No Health Without Mental Health "(WHO,2004)

B. Urgensi Kesadaran Kesehatan Mental

Kesehatan mental merupakan hal yang penting bagi kesejahteraan hidup kita. Kesehatan mental yang baik membantu kita menghadapi tantangan hidup, menjalin hubungan yang kuat, dan mencapai potensi penuh. Masalah kesehatan mental seperti stres, depresi, kecemasan dapat mempengaruhi kesejahteraan fisik dan emosional kita. Dengan menjaga kesehatan mental, kita dapat hidup lebih sehat, bahagia, dan produktif.

Kesadaran tentang kesehatan mental sangat menjadi urgensi saat ini, karena masih banyak orang yang meremehkan atau tidak memahami pentingnya menjaga kesehatan mental. Kesehatan mental yang baik memungkinkan kita untuk menghadapi tekanan hidup, bekerja secara produktif, dan memberikan kontribusi bagi komunitas. Tanpa kesadaran yang cukup, banyak orang yang mengalami gangguan kesehatan mental tidak mencari bantuan yang diperlukan, yang dapat berdampak negatif pada kesejahteraan dan orang-orang di sekitar.

Kesadaran mental yang rendah berdampak negatif pada Kesehatan mental. Pada ruang lingkup komunitas, Kesadaran mental berkaitan dengan tingginya masalah kesehatan mental. Dengan banyaknya masalah kesehatan mental yang ada dan terus meningkat hingga saat ini mendorong para praktisi di bidang kesehatan jiwa untuk mendorong lebih banyak upaya untuk meningkatkan kesadaran. Dengan meningkatkan kesadaran kesehatan mental dapat mengetahui berbagai gejala yang sebelumnya tidak diketahui dan tidak terdeteksi menjadikan gejala tersebut diketahui dan dapat dilaporkan. Kesadaran juga mempengaruhi konsep diri dan perilaku individu. Misalnya pada individu yang memiliki kesadaran kesehatan mental rendah memungkinkan individu tersebut tidak sadar dengan kondisi mental yang dialami sehingga jika dalam kondisi masalah mental jika tidak diidentifikasi maka dapat memperparah keadaannya, jika individu tersebut dan lingkungan sekitarnya tidak memiliki kesadaran bisa memungkinkan untuk melakukan perilaku dan menggunakan strategi coping yang salah sehingga memperburuk gejala pada masalah mental yang dialami bahkan dapat melakukan perilaku yang fatal yang mengarah kepada melukai dirisendiri hingga perilaku bunuh diri (Lee et al., 2023).

Kesadaran kesehatan mental ini mencakup pengakuan, pengetahuan dan pemahaman terkait kesehatan mental. Faktor - faktor yang mempengaruhi kesehatan mental adalah kurangnya literasi kesehatan mental (Lee et al., 2023). Berdasarkan data riskesdas taun 2018, terdapat 6,7 per mil penduduk Indonesia yang mengalami gangguan psikosis dan hanya 85% diantaranya pernah mengakses layanan kesehatan mental. Hal tersebut dipengaruhi oleh rendahnya tingkat pengetahuan yang berkaitan dengan literasi kesehatan mental.

C. Literasi Kesehatan Mental pada Lingkup Keperawatan

Literasi kesehatan mental merupakan pengetahuan dan pemahaman tentang gangguan mental yang berperan dalam identifikasi, manajemen dan pencegahan gangguan (Fernanda et al., 2021). Mental health literacy terdiri dari beberapa komponen berikut : 1) pengetahuan tentang cara mencegah gangguan psikologis, 2) kemampuan identifikasi saat gangguan psikologis mulai berkembang, 3) pengetahuan tentang mencari bantuan dan perawatan, 4) pemahaman tentang bantuan untuk mengatasi gangguan mental ringan, 5) keterampilan pertolongan pertama untuk membantu orang lain yang memiliki gangguan mental (Pontoh dkk, 2023).

Literasi kesehatan mental dipengaruhi oleh banyak faktor sehingga dapat menciptakan lapisan tingkat literasi kesehatan mental yang berbeda di masyarakat. Faktor - faktor yang mempengaruhi diantaranya usia, jenis kelamin, pendidikan, bahasa dan akses terhadap informasi kesehatan (Handayani et al., 2020).

Literasi kesehatan mental yang rendah juga menjadi sebuah hambatan individu untuk memahami terkait masalah kesehatan mental, memperkuat stigma dan menghambat dalam mencari bantuan yang tepat. Sehingga peran perawat dalam meningkatkan literasi kesehatan mental sangat penting. Perawat memiliki peran penting dalam membantu pasien dalam mengakses dan memahami informasi kesehatan dengan intervensi dan fokus pada peningkatan kemampuan untuk meningkatkan kualitas kesehatan pasien dan mencegah kekambuhan penyakit. Sehingga dalam hal ini perawat menggunakan strategi literasi kesehatan untuk memberikan informasi sehingga mereka dapat membuat keputusan terkait perawatan kesehatan mereka dan literasi kesehatan tersebut dapat digunakan untuk komunikasi kepada klien atau pasien. Sehingga dalam literasi kesehatan perawat memiliki peran sebagai edukator atau fasilitator dalam melakukan promosi kesehatan mental. Oleh karena itu, dalam menilai literasi kesehatan perawat harus mengetahui terkait nilai norma, kepercayaan dan budaya klien, 2) Informasi yang dijelaskan harus diulang serta dan diseleraskan dengan nilai budaya yang ada, 3) Perawat harus menggunakan bahasa yang mudah dipahami dan memperhatikan bahasa verbal dan non-verbal, 4) serta jika terdapat kendala bahasa maka harus melibatkan penerjemah (Wilandika et al., 2023). Literasi kesehatan mental dapat dilakukan dengan intervensi yang terbagi menjadi empat kategori: kampanye komunitas secara umum, kampanye komunitas khusus untuk anak muda, intervensi dan edukasi di sekolah, dan program pelatihan individu (Grace et al., 2020).

Perawat dapat meningkatkan literasi kesehatan mental dengan enam komponen yaitu individu mampu membedakan tanda dan gejala dari berbagai gangguan mental, individu bisa mengetahui faktor-faktor penyebab dari gangguan mental, mampu bersikap positif terkait dengan masalah kesehatan mental, individu mampu melakukan perawatan diri yang berkaitan dengan kesehatan mental, serta memiliki kemampuan untuk mencari bantuan profesional (Lee et al., 2023).

D. Peran Perawat Kesehatan Jiwa dalam Peningkatan Kesadaran Kesehatan Mental

Perawat dalam kesehatan mental memiliki peran sebagai berikut (Hati & Harayati, 2023):

1. Memberikan Asuhan Keperawatan

Perawat memiliki peran sebagai praktisi dengan memberikan asuhan keperawatan pada tingkat individu, kelompok, keluarga, dan Masyarakat. Perawat memberi asuhan keperawatan baik kepada individu yang sehat, resiko serta klien dengan gangguan jiwa. Perawat juga membantu terapi dan pengobatan lanjutan serta memberi dukungan kepada pasien yang mengalami

masalah kesehatan jiwa (Fauzia, Nadya Indah ; Batubara, 2022; Ismailinar et al., 2023; Rahman et al., 2016).

Secara umum dalam Kesehatan jiwa, Perawat memiliki peran dan tanggung jawab berdasarkan pada proses keperawatan dan kaitan dengan terapeutik yang mencakup manajemen obat dan terapi serta aktivitas sehari hari lainnya yang tergolong didalamnya misalnya memberikan edukasi kepada penderita dan keluarga, melakukan perawatan dan asesmen dan evaluasi menyeluruh terhadap status Kesehatan mental klien, membuat diagnosa keperawatan, memberikan psikoterapi, manajemen obat berupa memantau dan mengelola dalam penggunaan obat serta edukasi keluarga terkait efek samping dan kepatuhan konsumsi obat, membuat rujukan, memesan dan menafsiran hasil tes laboratorium serta melakukan skrining (Evelyn, 2024; Kumar et al., 2021). Menurut Alzahrani, (2023) mengklasifikasikan menjadi dua jenis spesialisasi yaitu perawat kesehatan mental dan perawat psikiatri. Perawat kesehatan mental ataupun psikiatri berhubungan langsung dengan pasien. Dimana perawat kesehatan mental membantu psikiater dalam menilai, mendiagnosis, dan mengelola masalah psikiatri. Mereka juga bekerja sama dengan tenaga medis lainnya sebagai bagian dari tim untuk memberikan perawatan pasien yang holistik. Sedangkan pada perawat psikiatri memiliki peran untuk membantu dalam penilaian dan diagnosis, memberikan obat, dan membantu pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Mereka juga mendukung pasien selama rehabilitasi, dan perawat psikiatri memerlukan pelatihan khusus dalam intervensi.

Perawat jiwa dapat menggunakan pendekatan berbasis Kesehatan Masyarakat untuk promosi Kesehatan, pencegahan, dan pengobatan sesuai dengan tujuan keperawatan holistik. Tingkat pertama adalah mempromosikan Kesehatan mental untuk semua orang, Tingkat kedua adalah diberikan kepada individu yang menunjukkan gejala masalah mental atau masalah emosional dan membutuhkan intervensi terapi dengan terapi perilaku kognitif, terapi perilaku dialektik, serta teknik kesadaran untuk regulasi emosional misalnya pada individu yang menunjukkan gejala kecemasan maka maka diberikan terapi cognitive behavioral untuk mengurangi gejalanya. Pada Tingkat perawatan ketiga adalah pada individu dengan gejala akut contohnya pada seseorang yang memiliki depresi dan ingin melakukan bunuh diri sehingga memerlukan intervensi pengobatan baik terapi hingga rawat inap (Kumar et al., 2021).

2. Memberikan Edukasi

Peran perawat sangat berkaitan dengan aspek Kesehatan Masyarakat guna meningkatkan derajat kesehatan dan kualitas hidup individu dengan terlibat kedalam promosi kesehatan mental dengan berbagai pendekatan dan

berkolaborasi dengan stakeholder terkait. Promosi Kesehatan dapat dilakukan melalui kampanye dan edukasi (Keet & Rene, 2019).

Promosi kesehatan mental juga merupakan sebuah langkah dasar pencegahan yang berdasar pada meningkatkan kesadaran, mengurangi stigma dan meningkatkan faktor perlindungan masyarakat. Metode yang digunakan untuk proses promosi kesehatan mental melalui edukasi dapat melalui berbagai metode seperti ceramah, diskusi, penyuluhan. Dan media yang dapat digunakan berupa media cetak (contoh : brosur, poster, banner), penggunaan media sosial (melalui platform instagram, youtube, tiktok), situs web interaktif, televisi dan radio yang menampilkan progra diskusi dan lain-lain. Selain itu, juga dapat melalui program berdasar komunitas.

Perawat jiwa juga dapat menggunakan pendekatan dengan banyak strategi untuk meningkatkan kesadaran kesehatan mental di komunitas seperti melalui upaya pencegahan, edukasi kesehatan, skrining (untuk mengidentifikasi individu yang berisiko dengan menggunakan alat skrining sehingga dapat memberikan rujukan untuk perawatan lebih lanjut), intervensi, dan memberikan layanan dukungan di komunitas seperti konseling dan memberi rujukan ke perawatan khusus (Alzahrani, 2023). Upaya pencegahan dapat dilakukan melalui meningkatkan kesadaran melalui lokakarya, kampanye kesadaran mental, dan edukasi/pendidikan. Edukasi kesehatan mental sangat diperlukan untuk mengajarkan individu dan komunitas untuk mengidentifikasi gejala masalah mental atau masalah emosional, serta cara menggunakan strategi yang tepat untuk mengatasinya.

Perawat jiwa memiliki peran sebagai educator yaitu dengan memberikan Pendidikan Kesehatan mental yang dapat menyajikan informasi di ruang lingkup komunitas tentang tanda dan gejala gangguan Kesehatan mental, cara mengatasi dan teknik dalam mengelola stres dapat membantu komunitas dalam mengidentifikasi dan memahami perasaan mereka. Serta memberikan sumberdaya berupa pemberian dukungan dan perawatan. Pemberian edukasi kesehatan mental dapat dilakukan di lingkungan kerja, sekolah, faskes, serta di komunitas untuk meningkatkan literasi kesehatan mental (Sudiyarti & Mahmut Raudah, 2023; Kurmi, 2024).

Menurut kerangka VicHealth dalam WHO 2004 bahwa terdapat Langkah yang bisa diambil dalam promosi Kesehatan mental dan dalam hal ini dapat dikaitkan dengan peran perawat adalah sebagai berikut :

- a. Fokus kepada determinan sosial

- b. Menggunakan metodologi promosi Kesehatan yang luas. Dalam hal ini perawat bisa menggunakan berbagai pendekatan dalam memberikan edukasi Kesehatan
- c. Melibatkan berbagai sektor seperti pemerintah, swasta, dan non-pemerintah
- d. Menguatkan kemampuan individu dalam berinteraksi sosial
- e. Membantu individu dalam mengelola pikiran dan perasaan serta ketahanan dalam menghadapi konflik misalnya perawat memberikan edukasi *self awareness* dan cara mengatasi stress serta mengajarkan teknik relaksasi
- f. Melakukan kolaborasi. Sebagai praktisi dan educator perawat dapat berkolaborasi dengan praktisi keehatan mental lain misalnya psychiatrist, psikolog, social worker, peradilan, gizi serta kolaborasi lainnya dengan stakeholder lain seperti keluarga dan caregiver, tokoh agama, penyembuh spiritual, penyembuh tradisional, organisasi non pemerintah dan apparat jika diperlukan (Kumar et al., 2021).

Beberapa penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa metode edukasi dan pendidikan secara efektif dapat meningkatkan kesadaran mental di masyarakat. Pada penelitian yang dilakukan oleh Ekayamti et al., tahun 2023, untuk meningkatkan kesadaran kesehatan mental pada kelompok resiko dan penderita gangguan jiwa, perawat dapat melakukan penyuluhan dan pendampingan keluarga, dalam penelitian ini menunjukkan hasil bahwa pemberian penyuluhan dapat meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat terkait kesehatan mental khususnya dan pada keluarga pendamping terkait keterampilan dalam memenuhi kebutuhan pasien dan kesabaran dalam merawat pasien sehingga mampu mengurangi kekambuhan pada pasien jiwa. Penelitian oleh Yuniarti et al., (2024), dengan melalui edukasi dapat meningkatkan kesadaran dan penurunan stigma negatif masyarakat terkait masalah kesehatan mental. Penelitian tersebut menunjukkan bahwa pendidikan kesehatan mental memiliki peran yang penting dalam memberdayakan individu dan komunitas untuk mengelola kesehatan mental. Selain itu, dalam melawan stigma negatif, perawat dapat memberikan *sharing* dengan pengalaman pribadi, memberikan perspektif positif tentang kesehatan mental, dan berinteraksi komunitas agar menciptakan lingkungan yang menerima dan mendukung bagi individu dengan masalah mental. Melalui edukasi kesehatan mental, perawat dapat mematahkan mitos yang ada dimasyarakat dan menghilangkan kesalahpahaman tentang kesehatan mental. Dalam hal ini perawat memiliki kontribusi yang sangat berharga dalam meningkatkan kesadaran dan pengetahuan terkait kesehatan mental di dalam komunitas.

Disamping itu, edukasi dalam meningkatkan kesadaran kesehatan mental di komunitas terdapat dua intervensi psikologi yang dapat diberikan :

- a. Psychological first aid : diberikan intervensi kepada masyarakat. Melalui pendidikan kesehatan mental dapat meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang gangguan jiwa dan gangguan emosional pada tingkatan tertentu yang berguna untuk tidak memicu stigma terhadap penderita gangguan mental yang bisa disembuhkan. Sedangkan pada penderita gangguan mental, perawat juga berperan dalam memberikan pendidikan kesehatan mental kepada caregiver seperti memberikan arahan untuk mencukupi kebutuhan pasien seperti makan, memberikan kesibukan lain untuk penderita seperti komunikasi dan bersosialisasi dengan sekitarnya (Rahman et al., 2016).
- b. Psikoedukasi : intervensi yang diberikan untuk menambah pemahaman tentang gangguan mental dan cara mengatasinya dengan tujuan memengaruhi perubahan perilaku misalnya dalam kepatuhan selama pengobatan (Novianty & Retnowati, 2016). Perawat sebagai edukator dapat memberikan psikoedukasi kepada individu yang sedang mengalami masalah emosional atau kepada caregiver penderita gangguan mental selama pengobatan.

Intervensi tersebut juga dapat digunakan untuk mencegah munculnya dan berkembangnya penyakit mental. Dalam melakukan intervensi perawat dapat membantu individu untuk bertahan dan meningkatkan keterampilan untuk mengelola kesehatan mental individu, dalam memberikan intervensi perawat jiwa dapat berkolaborasi tim multidisiplin lainnya. Selain itu, intervensi yang diberikan juga dapat meliputi konseling, intervensi krisis dan rujukan ke layanan kesehatan mental.

3. Memberikan Advokasi dan Dukungan

Perawat jiwa memiliki peran penting untuk memperjuangkan hak dan martabat orang yang memiliki gangguan mental ataupun gangguan emosional, melawan stigma yang berkembang di masyarakat, serta mendorong inklusi sosial. Disamping itu, perawat jiwa memegang peran kunci dalam menghubungkan antara seseorang dan keluarga dengan layanan dukungan dan sumber daya dalam komunitas dimana perawat memiliki peran untuk menjembatani antar pasien, keluarga dan tim multidisiplin lainnya seperti dokter kejiwaan, psikolog, dsb. Sehingga perawat sangat memiliki peran yang penting memastikan bahwa aspirasi pasien untuk didengarkan dan dicukupi kebutuhannya (Evelyn, 2024). Peran perawat dalam mendukung kesadaran kesehatan mental dapat mengaitkan dengan memfasilitasi akses ke layanan kesehatan mental seperti klinik, program konseling, layanan homecare, dan

layanan sosial. Dengan diberikan dukungan sosial, sehingga dapat memobilisasi komunitas untuk mengembangkan jaringan sosial dengan mencari dukungan emosional lain sehingga dapat mengurangi perasaan isolasi dan kesepian pada individu atau kelompok yang memiliki gangguan mental. Dengan mengadvokasi layanan kesehatan kedalam perawatan primer dan program yang berdasar komunitas maka perawat dapat memastikan jika individu atau masyarakat dapat menerima dukungan akses kesehatan yang tepat dan sesuai, dalam proses advokasi, perawat harus berkoordinasi dengan penyedia layanan kesehatan, organisasi komunitas, pemerintah untuk memperlancar akses ke perawatan, dan memperantara kesenjangan dalam memfasilitasi layanan kesehatan (Kurmi, 2024).

4. Memberdayakan Komunitas dan Berkolaborasi

Perawat memiliki peran sebagai kolaborator antara pasien dan keluarga. Namun peran perawat sebagai kolaborator di komunitas juga krusial. Komunitas memiliki peran yang sangat penting dalam meningkatkan pengetahuan dan kesadaran terkait kesehatan mental. Peran perawat dalam meningkatkan kesadaran kesehatan mental di komunitas salah satunya adalah sebagai kolaborator yang dilakukan dengan berkerja sama dengan pihak lain baik dengan tim kesehatan lain seperti dokter, psikolog, ahli gizi, tim perawat lain, serta elemen masyarakat seperti tokoh agama, asosiasi atau komunitas tertentu, perangkat desa, pemerintah, anggota keamanan atau profesional lainnya yang memiliki pengalaman hidup pada kondisi tersebut. Dalam meningkatkan kesadaran kesehatan mental di masyarakat perawat tidak bisa berjalan sendiri sehingga perlu adanya koordinasi dan kolaborasi. Kolaborasi merupakan upaya untuk meningkatkan kesehatan mental primer. Kolaborasi dengan lintas sektor dapat menjadi kunci penting dalam memperkuat layanan kesehatan berbasis komunitas. Sehingga perawat dapat memastikan bahwa perawatan kesehatan mental yang diberikan bersifat terintegrasi, komprehensif, berfokus pada individu (Katuuk et al., 2024). Selain itu, Kolaborasi dapat memberikan dampak untuk memperbaiki akses ke layanan dan mengatasi kesenjangan yang ada, mengurangi biaya perawatan kesehatan dengan memanfaatkan sumber daya yang tersedia secara lebih efisien dan mengurangi redundansi layanan, serta meningkatkan kesetaraan dalam penyediaan layanan (Health et al., 2019).

5. Melakukan Riset

Keilmuan di bidang kesehatan mental terus mengalami perkembangan, untuk memperluas dan meningkatkan kesadaran mental di komunitas maka sangat penting untuk melakukan penelitian berkelanjutan. Perawat dapat

berperan dalam dan memimpin studi yang bertujuan untuk meningkatkan praktik perawatan kesehatan mental, menemukan intervensi baru, serta menyempurnakan metode yang sudah ada. Terlihat dalam penelitian Zaini et al., (2023) bahwa sebagai peneliti perawat terlibat dalam program komunitas Desa Siaga Sehat Jiwa dan mengembangkan metode sebelumnya dengan digital untuk meningkatkan kesadaran masyarakat terhadap gangguan mental dan akses layanan kesehatan mental.

E. Tantangan Perawat dalam Promosi tentang Kesadaran Kesehatan Mental

Pada proses peningkatan kesadaran kesehatan mental di komunitas melalui promosi kesehatan, perawat kesehatan mental akan menemui berbagai macam tantangan yang dapat menghambat proses perubahan kesadaran mental di masyarakat (Kurmi, 2024):

1. Stigma

Stigma merupakan sebuah respon perilaku penolakan, pelabelan dan diskriminasi yang dilakukan oleh individu atau oleh sekumpulan orang sehingga dapat membatasi kehidupan. Stigma merupakan salah satu hambatan terbesar dalam upaya promosi kesehatan mental. Terdapat dua konsep stigma yaitu stigma publik yang merujuk kepada sebuah persepsi masyarakat terhadap individu yang memiliki gangguan mental, sedangkan stigma diri sendiri adalah ketika seseorang menanamkan persepsi negatif kepada diri sendiri serta mengurangi kepercayaan diri. Stigma negatif yang berkembang dimasyarakat memicu pandangan seperti sikap pengucilan atau ketakutan pada individu dengan gangguan mental sehingga harus dijauhkan dari komunitas dan dianggap memiliki jiwa yang memberontak (Shim et al., 2022). Sehingga persepsi negatif tersebut dapat berdampak terhadap pencarian bantuan, dimana individu enggan mencari bantuan sekitar dan bantuan profesional sehingga menyebabkan penundaan dan penghindaran perawatan kesehatan mental.

2. Faktor sosial dan ekonomi

Faktor sosial dan ekonomi memiliki aspek yang memengaruhi kesadaran kesehatan mental misalnya adanya kemiskinan, pengangguran dan akses terhadap pendidikan yang rendah dan layanan kesehatan. Dimana faktor ekonomi yang sulit dapat menekan individu atau kelompok dan memengaruhi kesehatan mental serta memengaruhi akses terhadap layanan kesehatan. Seseorang yang mengalami kesulitan ekonomi kemungkinan akan mengalami peningkatan level stres, adanya isolasi sosial seperti pengucilan, serta tidak ada akses ke sumber daya. Sehingga dalam mengatasi determinan sosial dan ekonomi ini perlu diakukan dengan kerja sama dengan lintas sektor.

3. Sumber daya yang terbatas

Keterbatasan sumber daya dapat menyebabkan tantangan pada pelaksanaan suatu program promosi kesehatan mental dan keberlanjutannya seperti adanya kekurangan dana dan tenaga kerja. Praktisi kesehatan masyarakat berjalan dengan anggaran yang terbatas sehingga dapat membatasi kemampuan dalam mengembangkan dan mempertahankan layanan kesehatan mental. Serta adanya kekurangan sumber daya pendukung lain seperti kurangnya tenaga kerja khususnya didaerah terpencil dapat menyebabkan adanya kekosongan penyediaan layanan dan meningkatkan beban kerja pada staf kesehatan yang ada.

4. Keanekaragaman Budaya

Keanekaragam budaya memengaruhi persepsi pada individu terkait kesehatan mental. Budaya mencakup kepercayaan, praktik dan norma yang dapat mempengaruhi seseorang dalam kesediaan untuk menjangkau layanan kesehatan mental yang berpengaruh kepada proses mencari bantuan. Selain itu, tantangan lain yang harus dihadapi oleh perawat adalah bahasa. Bahasa dapat menghambat akses perawatan tertentu sehingga pada perawat yang berada pada layanan kesehatan yang memiliki budaya dengan dirinya diharapkan mampu memberikan sebuah pendekatan budaya yang menghormati keragaman dan menggabungkan perspektif masyarakat untuk menjangkau semua populasi.

5. Fragmentasi Layanan

Fragmentasi layanan kesehatan mental dapat mempersulit koordinasi pada proses keperawatan. Adanya pemisahan atau pemecahan layanan kesehatan yang tidak terintegrasi dapat menyebabkan jalur perawatan tidak terkoordinasi dengan baik sehingga dapat menyebabkan ketidakmerataan layanan kesehatan. Dalam pengintegrasian layanan kesehatan perlu melakukan kolaborasi dengan penyedia layanan kesehatan, agen layanan sosial dan instansi komunitas.

6. Hambatan pada Akses Layanan Kesehatan

Adanya masalah dalam akses ke layanan kesehatan mental, terutama di daerah pedesaan dan terpencil misalnya karena masalah geografis, masalah transportasi, dan kurangnya cakupan asuransi Kesehatan. Karena waktu tunggu yang lama untuk janji temu dan jumlah penyedia layanan kesehatan mental yang terbatas, mengakibatkan dalam mendapatkan layanan kesehatan mental dan intervensi yang tepat waktu menjadi lebih sulit. Adanya temuan tentang telehealth dan adanya jangkauan seluler yang ada saat ini menjadikan salah satu pilihan yang menjanjikan untuk mengatasi tantangan akses dan memperluas jangkauannya pada komunitas yang kurang terlayani.

7. Literasi Kesehatan Mental dan Pendidikan

Kurangnya literasi kesehatan mental di masyarakat dapat menghambat pengenalan tentang masalah kesehatan dan proses pencarian bantuan yang tepat. Adanya pemahaman dan kesalahan informasi yang didapatkan dapat memperkuat stigma yang berkembang dimasyarakat. Penelitian yang dilakukan di Bangladesh, faktor pendidikan dan faktor ekonomi meningkatkan kesadaran kesehatan mental dimana individu yang memiliki pendidikan yang lebih tinggi dan memiliki finansial yang cukup cenderung lebih bersikap positif untuk mencari bantuan psikologis kepada profesional secara medis atau konseling, pada responden yang memiliki pengetahuan terkait kesehatan mental menunjukkan bahwa mereka mampu mengidentifikasi setidaknya satu dari gejala masalah mental dan menunjukkan sikap positif terhadap kesehatan mental (Uddin et al., 2019). Edukasi memiliki tujuan meningkatkan literasi kesehatan mental dan mendorong perilaku mencari bantuan yang berguna untuk memberdayakan individu dalam mengidentifikasi dan mengatasi masalah kesehatan mental secara efektif.

F. Kesimpulan

Kesadaran mental yang rendah di Masyarakat mempengaruhi perilaku dan kosep diri sehingga perlu adanya peningkatan literasi Kesehatan mental oleh perawat jiwa. Perawat jiwa memiliki peran yang sangat penting untuk meningkatkan kesadaran Kesehatan mental di komunitas. Peran perawat dalam meningkatkan kesadaran Masyarakat diantaranya sebagai praktisi yaitu dengan memberikan asuhan keperawatan jiwa di Masyarakat, sebagai *educator* yaitu dengan memberikan Pendidikan terkait Kesehatan mental, sebagai *advocacy* yaitu dengan memberikan advokasi di ranah komunitas, sebagai kolaborator dengan berkerja sama dengan multidisiplin dan lintas sektor, dan sebagai peneliti dengan melakukan riset untuk pengembangan keilmuan serta melihat berbagai tantangan di masa mendatang.

G. Referensi

- Alzahrani, M. S. (2023). *The Role of Mental Health Nurse in The Application of Different Treatment Modalities in Mental Health Nursing*. 5(2), 45–47.
- Ariana, A. D. (2018). *Stigma toward people with mental health problems in Indonesia*. 535–541.
- Ekayamti, E., Rohmawati, D. L., Komalawati, R., Keperawatan, A., & Kabupaten, P.

- (2023). *Peningkatan kesadaran masyarakat tentang pentingnya kesehatan jiwa serta kepedulian terhadap kelompok resiko dan gangguan jiwa*. 6(2), 108–118.
- Evelyn, M. (2024). The role of nurses in mental health care. *Journal Nursing and Care*, 13(1), 634. <https://doi.org/10.37421/2167-1168.2024.13.634>
- Farisandy, Ellyana Dwi; AsihputriAzzahra ; Pontoh, J. S. (2023). Peningkatan Pengetahuan Dan Kesadaran Masyarakat Mengenai Kesehatan Mental. *Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat*, 5(1), 81–90.
- Fauzia, Nadya Indah ; Batubara, M. (2022). Psychological well-being. *Jurnal Aplikasi Ipteks Untuk Masyarakat*, 11(2), 105–113. <https://doi.org/10.24198/dharmakarya.v11i2.35664>
- Fernanda, H., Mahardika, K., & Yuhbaba, Z. N. (2021). *The Relationship Between Mental Health Literacy And Stigma Mental Disorders in The Soko Village Community, Bagelen District, Purwokerto Regency*. 2(2), 0–5.
- Grace, S. B., Tandra, A. G. K., & Mary, M. (2020). Komunikasi Efektif dalam Meningkatkan Literasi Kesehatan Mental. *Jurnal Komunikasi*, 12(2), 191. <https://doi.org/10.24912/jk.v12i2.5948>
- Handayani, T., Ayubi, D., & Anshari, D. (2020). Literasi Kesehatan Mental Orang Dewasa dan Penggunaan Pelayanan Kesehatan Mental. *Perilaku Dan Promosi Kesehatan: Indonesian Journal of Health Promotion and Behavior*, 2(1), 9. <https://doi.org/10.47034/ppk.v2i1.3905>
- Hati, Y., & Harayati, Y. A. (2023). *All Fields of Science J-LAS*. 3(4), 1–5.
- Health, J. M., Henderson, J., Javanparast, S., Baum, F., Freeman, T., Fuller, J., Ziersch, A., & Mackean, T. (2019). Interagency collaboration in primary mental health care : lessons from the Partners in Recovery program. *International Journal of Mental Health Systems*, 1–10. <https://doi.org/10.1186/s13033-019-0297-4>
- Indonesia, R., & Tahun, I. (2014). *Undang- Undang no.18 tahun 2014*.
- Ismailinar, I., Sulaiman, S., & Simeulu, P. (2023). *Pelatihan Community Mental Health Nursing (CMHN) Bagi Perawat Dapat Meningkatkan Penanganan Masalah Kesehatan Jiwa di Masyarakat*. 2(2), 184–190.

- Katuuk, D. A., Lengkong, Jeffry S.J. Elni J., D. K. R., Kalalo, U., Lolong, R. F., & Koessoy, H. M. (2024). A Study on Community Empowerment for Mental Health Education in Kleak Village, Manado City, North Sulawesi Province. *Journal of Sustainable Community Service*, 4(August 2023), 110–119.
- Keet, S. V.; K., & Rene. (2019). The role of nursing in mental health reform. *American Journal of Nursing Studies*, 1(1), 8.
- Kumar, A., Kearney, A., Hoskins, K., & Iyengar, A. (2021). *The role of psychiatric mental health nurse practitioners in improving mental and behavioral health care delivery for children and adolescents in multiple settings*. 34(5), 275–280. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2020.07.022>.
- Kurmi, M. K. (2024). Mental Health Promotion in the Community: Nursing Perspectives. *Brio International Journal of Nursing Research*, 5(1).
- Kurniawan, A., & Yanni, M. (2020). Pemeriksaan Fungsi Endotel Pada Penyakit Kardiovaskular. *Human Care Journal*, 5(3), 638. <https://doi.org/10.32883/hcj.v5i3.817>
- Lee, J. E., Goh, M. L., & Yeo, S. F. (2023). Mental health awareness of secondary schools students: Mediating roles of knowledge on mental health, knowledge on professional help, and attitude towards mental health. *Heliyon*, 9(3), e14512. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e14512>
- Novianty, A., & Retnowati, S. (2016). Intervensi Psikologi di Layanan Kesehatan Primer. *Buletin Psikologi*, 24(1), 49. <https://doi.org/10.22146/bpsi.12679>
- Rahman, A., Marchira, C. R., & Rahmat, I. (2016a). Peran dan motivasi perawat kesehatan jiwa dalam program bebas pasung: studi kasus di Mataram. *Berita Kedokteran Masyarakat (BKM Journal of Community Medicine and Public Health)*, 32(8), 287–294.
- Rahman, A., Marchira, C. R., & Rahmat, I. (2016b). Peran dan motivasi perawat kesehatan jiwa dalam program bebas pasung: studi kasus di Mataram. *BKM Journal of Community Medicine and Public Health*, 287–294.
- Republik Indonesia, M. K. (2009). *Keputusan Menteri Kesehatan Indonesia* (406/Menkes/SKNI/2009).
- Shim, Y. R., Eaker, R., & Park, J. (2022). *Mental Health Education , Awareness and*

Stigma Regarding Mental Illness Among College Students. 6, 6–15.

Sudiyarti, & Mahmut raudah. (2023). Peningkatan kesadaran dan akses terhadap kesehatan. *Lebah*, 17(01).

Uddin, M. N., Bhar, S., & Islam, F. M. A. (2019). An assessment of awareness of mental health conditions and its association with socio-demographic characteristics: A cross-sectional study in a rural district in Bangladesh. *BMC Health Services Research*, 19(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4385-6>

Wahdi, A. E., Wilopo, S. A., & Erskine, H. E. (2023). The Prevalence of Adolescent Mental Disorders in Indonesia: An Analysis of Indonesia–National Mental Health Survey (I-NAMHS) Maret 2023. *Journal of Adolescent Health*, 72(3 s1).

Wilandika, A., Glorino, M., & Pandin, R. (2023). *The roles of nurses in supporting health literacy: a scoping review.* 2. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1022803>

World Health Organization. (2004). *Promoting Mental Health.*

Yuniarti, E., Husnita, L., Pahmi, P., Jamin, N. S., Mental, K., & Masyarakat, K. (2024). *Pentingnya Kesehatan Mental Melalui Edukasi Pendidikan Sosial.* 5(2), 3633–3639.

Zaini, M., Komarudin, Abdurrahman, & Ginanjar. (2023). Desa Siaga Sehat Jiwa BerbasisDigital di Desa Botolinggo Kabupaten Bondowoso. *Global Health Science Group*, 5(September), 745–752.

H. Glosarium

ADHD = Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (Gangguan Pemusatkan Perhatian dan Hiperaktivitas)

ODGJ = Orang Dengan Gangguan Jiwa

OMDK = Orang Dengan Masalah Kejiwaan

PTSD = Post-Traumatic Stress Disorder (Gangguan Stres Pasca-Trauma)

CHAPTER 5

PERAN PERAWAT DALAM MENGURANGI STIGMA KESEHATAN MENTAL DI KOMUNITAS

Dr. Ns. Mamnuah, M.Kep., Sp. Kep. J.

A. Pendahuluan/Prolog

Kesehatan mental masih dianggap sebagai sesuatu yang tabu. Adanya anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan mental akan mempengaruhi keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan mental di keluarganya. Seringkali pasien dengan masalah kesehatan mental terlambat mendapatkan pertolongan karena stigma yang ada di masyarakat. Masalah stigma, prasangka dan diskriminasi yang melekat pada penyakit mental, telah berlangsung lama. Stigma ini dapat mengganggu pencarian bantuan, pemulihan, sumber daya pengobatan, pengembangan tenaga kerja, dan produktivitas masyarakat pada individu dengan penyakit mental.

Stigma diri yang terkait dengan penyakit mental tetap menjadi masalah kesehatan masyarakat global yang memengaruhi interaksi sosial, perawatan kesehatan, produktivitas, dan penerimaan. Ini adalah salah satu faktor penting yang berkontribusi terhadap ketidakpatuhan terhadap pengobatan yang menyebabkan peningkatan rawat inap dan biaya perawatan kesehatan yang lebih tinggi. Hampir sepertiga dari subjek memiliki tingkat stigma yang terinternalisasi sedang hingga berat, di antaranya diskriminasi merupakan jenis yang paling kuat. Secara khusus, orang yang lebih muda dan pengangguran dengan gejala yang lebih psikotik memiliki tingkat stigma yang terinternalisasi lebih tinggi (Pribadi et al., 2020). Perbedaan persepsi tenaga profesional tentang pemulihan juga dipengaruhi oleh stigma mereka terhadap pasien dengan masalah kesehatan mental. Persepsi yang negatif akan mempengaruhi upaya tenaga profesional dalam memberikan layanan kepada pasien menjadi tidak optimal untuk bisa ke tahap pulih (Mamnuah et al., 2019).

B. Stigma Kesehatan Mental

Stigma pada pasien skizofrenia menunjukkan bahwa individu dengan skizofrenia mungkin tidak diterima oleh orang lain karena stigma pribadi dan mungkin diterima dengan buruk karena stigma komunitas. Meskipun demikian, individu dengan skizofrenia dapat dianggap mampu pulih dan mencapai hasil masa

depan yang positif (Gearing et al., 2023). Keluarga yang bisa menerima pasien akan mendukung pemulihan pasien (Mamnuah, 2021).

Penelitian terkait stigma sudah banyak dilakukan. Penelitian ini bertujuan untuk menilai stigma diri dan kepatuhan pengobatan di antara pasien dengan penyakit mental yang dirawat di klinik psikiatri Jimma University Medical Center (JUMC). Metode yang digunakan adalah korelasi dengan pendekatan waktu cross-sectional. Penelitian ini dilakukan di komunitas. Data pasien dikumpulkan dari catatan antara April dan Juni 2017 dan data yang dikumpulkan dianalisis menggunakan SPSS versi 21. Alat Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) digunakan untuk mengukur stigma yang terinternalisasi.

Analisis regresi linier dilakukan untuk mendapatkan model akhir. Hubungan signifikansi statistik dipertimbangkan pada nilai-p kurang dari 0,05 dan interval kepercayaan 95% digunakan. Hasil: Laki-laki mencakup lebih dari separuh (61%) dari total sampel 300 responden dan dengan usia rata-rata 34,99 ($SD \pm 11,51$) tahun. Sekitar sepertiga (32%) pasien memiliki diagnosis kerja skizofrenia diikuti oleh gangguan depresi mayor (24,3%). Lebih dari separuh dari mereka, 182 (60,7%) patuh terhadap pengobatan psikotropika mereka. Nilai rata-rata keseluruhan stigma diri adalah 2,16 ($SD = 0,867$) dan 84 (28%) responden memiliki stigma diri sedang hingga tinggi. Menggunakan ISMI skor rata-rata alienasi adalah 2,26 ($SD = 0,95$), dukungan stereotip 2,14 ($SD = 0,784$), diskriminasi yang dirasakan 2,18 ($SD = 0,90$), penarikan sosial 2,10 ($SD = 0,857$) dan resistensi stigma 2,11 ($SD = 0,844$). Meningkatnya usia pasien (standar $\beta = -0,091$, $p = 0,009$) dan tinggal bersama anak dan pasangan (standar $\beta = -0,099$, $p = 0,038$) berhubungan negatif dengan stigma diri sedangkan peningkatan skor jadwal penilaian disabilitas organisasi kesehatan dunia (WHODAS) ($\beta = 0,501$, $p < 0,001$), jumlah kekambuhan (standar $\beta = 0,183$, $p < 0,01$) dan ketidakpatuhan pengobatan (standar $\beta = 0,084$, $p = 0,021$) berhubungan positif dengan stigma diri. Penelitian ini mengungkapkan bahwa terdapat stigma diri yang tinggi di antara pasien dengan penyakit mental dan hubungan yang signifikan antara skor ISMI keseluruhan dan tingkat kepatuhan pengobatan. Hal ini mengharuskan profesional kesehatan mental dan pembuat kebijakan untuk memperhatikan cara mengatasi stigma diri dan meningkatkan kepatuhan pengobatan di antara pasien dengan penyakit mental (Abdisa et al., 2020).

Penelitian lainnya yaitu untuk mengevaluasi hubungan antara stigma yang dirasakan dan durasi psikosis yang tidak diobati (duration of untreated psychosis) (DUP), karakteristik demografi, dan fungsi klinis dan psikososial pada orang dengan episode pertama psikosis first episode of psychosis (FEP). Populasi sebanyak 399 peserta dengan FEP yang datang untuk pengobatan di 34 lokasi di 21 negara bagian

di seluruh Amerika Serikat dievaluasi menggunakan instrumen standar untuk menilai diagnosis, gejala, fungsi psikososial, stigma yang dirasakan, kesejahteraan, dan pemulihan subjektif. Hasil: Stigma yang dirasakan berkorelasi dengan berbagai variabel demografi dan klinis, termasuk DUP, gejala, fungsi psikososial, dan pengalaman subjektif. Setelah mengendalikan tingkat keparahan gejala, stigma yang dirasakan terkait dengan DUP yang lebih lama, diagnosis gangguan skizoafektif, depresi berat, dan kesejahteraan dan pemulihan yang lebih rendah. Hubungan antara stigma dan depresi, kesejahteraan, dan pemulihan lebih kuat pada individu dengan DUP yang panjang daripada yang pendek, yang menunjukkan efek stigma pada fungsi psikologis mungkin kumulatif selama periode psikosis yang tidak diobati. Temuan ini menunjukkan bahwa terlepas dari tingkat keparahan gejala, stigma yang dirasakan dapat menyebabkan keterlambatan dalam mencari pengobatan untuk FEP, dan keterlambatan ini dapat memperkuat efek buruk stigma pada fungsi psikologis. Hasil ini menunjukkan pentingnya mengurangi DUP dan memvalidasi intervensi yang menargetkan efek psikologis stigma pada orang dengan FEP (Mueser et al., 2020).

Penelitian lainnya menemukan bukti pertama tentang penurunan signifikan stigma publik terhadap depresi. Tingkat stigma yang stagnan untuk gangguan lain dan meningkatnya persepsi publik tentang kemungkinan kekerasan di antara orang dengan skizofrenia menyerukan pemikiran ulang tentang stigma dan strategi pengurangan untuk meningkatkan penggunaan layanan, meningkatkan sumber daya perawatan, dan memajukan kesehatan populasi (Pescosolido et al., 2021).

Stigma adalah sikap tidak setuju terhadap orang dengan masalah mental. Gangguan kejiwaan umum terjadi di Asia, tetapi beberapa orang Asia tidak mendapatkan perawatan yang memadai. Tinjauan sebelumnya menemukan bahwa orang Asia dengan penyakit mental dianggap berbahaya dan agresif. Perlu ada upaya baru untuk memahami stigma dan strategi yang dapat secara efektif mengurangi stigma di masyarakat Asia tertentu. Tujuan dari tinjauan sistematis ini adalah untuk memberikan gambaran terkini tentang penelitian yang ada dan status stigma yang dialami oleh pasien psikiatri dan kampanye anti-stigma di Tiongkok, Hong Kong, Jepang, Singapura, Korea, dan Thailand. Metode: Penelitian ini merupakan studi literature melalui basis data berikut, termasuk PubMed, PsycINFO, Embase, Web of Science, dan basis data lokal. Setiap artikel tentang stigma yang terkait dengan segala bentuk penyakit kejiwaan di enam masyarakat Asia disertakan. Hasil penelitian diperoleh bahwa seratus dua puluh tiga artikel disertakan untuk tinjauan sistematis ini. Tinjauan ini memiliki enam temuan utama. Pertama, orang Asia dengan penyakit mental dianggap berbahaya dan agresif, terutama pasien yang menderita skizofrenia dan gangguan bipolar; kedua, penyakit

kejiwaan di masyarakat Asia kurang dapat diterima secara sosial dan dipandang sebagai kelemahan pribadi; ketiga, stigma yang dialami oleh anggota keluarga sangat meluas dan ini dikenal sebagai stigma keluarga; keempat, tinjauan sistematis ini melaporkan lebih banyak inisiatif untuk menangani stigma di masyarakat Asia; kelima, telah ada inisiatif untuk merawat pasien gangguan mental di masyarakat; dan keenam, peran pendekatan supernatural dan agama terhadap penyakit kejiwaan tidak berlaku. Studi ini memberikan informasi perlunya intervensi untuk mengurangi stigma dan pada akhirnya menghilangkan ketidakadilan dalam kesehatan mental di Asia (Zhang et al., 2020).

Hasil penelitian yang berbeda menunjukkan bahwa usia dan jenis kelamin memengaruhi sikap terhadap gangguan kecemasan umum tetapi tidak terhadap skizofrenia. Sikap terhadap skizofrenia lebih negative. Responden perempuan menanggapi lebih positif daripada responden laki-laki terkait stigma pada pasien dengan gangguan mental. Temuan menunjukkan bahwa pasien yang memiliki pekerjaan akan mengurangi stigma pada pasien tersebut. Temuan ini dapat dijadikan sebagai implikasi untuk kebijakan dan penelitian yang akan datang (Bradbury, 2020).

C. Upaya untuk Mengurangi Stigma

Berbagai upaya dapat dilakukan untuk mengurangi stigma antara lain adalah penggunaan antipsikotik. Antipsikotik adalah golongan obat yang utamanya digunakan untuk mengobati individu dengan gangguan psikotik. Obat ini juga diindikasikan untuk pasien dengan kondisi kejiwaan lain, seperti gangguan stres pascatrauma dan gangguan depresi mayor. Ketidakpatuhan terlihat di antara individu yang diresepkan antipsikotik, dengan stigma diri terkait pengobatan dan stigma sosial diidentifikasi sebagai faktor utama. Tidak ada tinjauan sebelumnya yang berfokus pada stigma yang terkait secara khusus dengan pengobatan antipsikotik. Studi ini bertujuan untuk mensintesis bukti tentang prevalensi sikap dan perilaku yang menstigmatisasi terkait pengobatan antipsikotik dan memahami dampaknya pada permulaan dan kelanjutan pengobatan antipsikotik. Dua peninjau independen menyaring studi dari basis data, prosiding kongres, ClinicalTrials.gov, dan PsychU.org; studi relevan melaporkan data kuantitatif atau kualitatif tentang stigma terkait antipsikotik pada orang dewasa dengan gangguan psikotik, gangguan suasana hati, gangguan kepribadian ambang atau gangguan kecemasan, atau penyedia layanan kesehatan atau pengasuh pasien ini, dan dampak apa pun pada pengobatan. Sintesis kerangka kerja memfasilitasi ekstraksi dan sintesis informasi yang relevan; Penelitian ini menggunakan data kuantitatif dan kualitatif dikode dan diindeks berdasarkan kerangka tematik yang telah ditentukan

sebelumnya oleh dua penulis sebelumnya. Hasil penelitian ini menjelaskan bahwa empat puluh lima artikel yang melaporkan 40 studi unik disertakan; 22 data kuantitatif yang dilaporkan, 16 data kualitatif yang dilaporkan, dan dua data kuantitatif dan kualitatif yang dilaporkan terkait dengan stigma dikaitkan dengan antipsikotik. Hasil penelitian ini mengidentifikasi empat tema: 1) dampak pengobatan antipsikotik pada a) stigma sosial atau b) stigma diri; 2) dampak efek samping pengobatan antipsikotik pada a) stigma sosial atau b) stigma diri; 3) dampak rute pemberian pengobatan antipsikotik pada stigma; 4) dampak stigma pada penggunaan antipsikotik. Studi lietartur ini menemukan bahwa stigma sosial dan stigma diri terkait antipsikotik merupakan faktor ketidakpatuhan terhadap antipsikotik. Penelitian lebih lanjut harus memeriksa stigma pada pasien yang lebih luas dan sejauh mana keputusan pengobatan dokter dipengaruhi oleh potensi stigma yang terkait dengan pengobatan antipsikotik (Townsend et al., 2022).

Penelitian tentang stigma adalah terkait diagnosis. Skizofrenia adalah penyakit mental yang parah dan sangat terstigma. Stigma internal yang tinggi memengaruhi kualitas hidup dan kapasitas pengasuhan FG. Studi di seluruh dunia yang ditujukan pada stigma internal di antara pasien yang didiagnosis dengan penyakit mental atau FG mereka telah melaporkan stigma yang signifikan dan beberapa korelasi, tetapi studi yang melibatkan FG yang berfokus pada penyakit mental tertentu (misalnya skizofrenia) dan melaporkan dampak variabel psikososial potensial (misalnya penanggulangan dan harapan) pada stigma internal terbatas. Stigma internal umum terjadi di antara FG Tiongkok dari pasien yang didiagnosis dengan skizofrenia dan setengah dari mereka menunjukkan tingkat ringan. Stigma internal dikaitkan secara negatif dengan harapan dan dikaitkan secara positif dengan penanggulangan pasif. FG, yang tinggal dengan pasien, mengalami kesulitan mengawasi pengobatan, atau merawat kerabat laki-laki memiliki stigma internal yang lebih tinggi. Implikasi untuk mahasiswa praktik, mengenai dukungan informatif, intervensi (misalnya meningkatkan program literasi kesehatan mental dan terapi kognitif) untuk memberikan pengetahuan tentang skizofrenia, keterampilan untuk mengelola kepatuhan pasien terhadap pengobatan, manfaat pengobatan dan kemungkinan rehabilitasi diperlukan untuk FG. Mengenai proses psikososial, intervensi yang efektif (misalnya psikoedukasi kelompok dan pelatihan keterampilan sosial kelompok) yang ditujukan untuk meningkatkan harapan, dukungan sosial dan gaya coping terhadap stigma yang terinternalisasi harus diterapkan di antara FG. Baik dukungan informatif maupun intervensi psikososial yang digunakan untuk mengurangi stigma yang terinternalisasi FG dapat diberikan oleh penyedia layanan kesehatan atau oleh pengasuh sebaya.

Stigma yang terinternalisasi umumnya terjadi di antara pasien yang didiagnosis dengan skizofrenia. Pengasuh keluarga pasien/caregiver juga menderita stigma yang terinternalisasi. Penelitian ini adalah untuk menentukan tingkat keparahan stigma yang terinternalisasi dan korelasinya di antara keluarga/caregiver pasien yang didiagnosis dengan skizofrenia di Changsha, Hunan, Tiongkok. Metode Sampel konsekuatif sebanyak 299 FG direkrut di departemen rawat jalan psikiatri sebuah rumah sakit tersier di Changsha. Studi ini mengeksplorasi hubungan antara stigma yang terinternalisasi dan faktor-faktor potensial. Hampir 50% keluarga/caregiver merasakan stigma internalisasi ringan, 24% melaporkan tingkat sedang, dan 6% memiliki tingkat parah. Stigma internalisasi dikaitkan dengan karakteristik pasien (tingkat keparahan penyakit) dan karakteristik keluarga/caregiver (harapan, dukungan sosial, penanganan pasif, usia, latar belakang pendidikan, tempat tinggal dengan pasien, merawat pasien laki-laki atau muda, dan kesulitan dalam mengawasi pengobatan). Diskusi dan implikasi untuk praktik Intervensi informatif dan psikososial berdasarkan pendidikan dan kontak untuk keluarga/caregiver seperti peningkatan program literasi kesehatan mental, terapi kognitif, dan psikoedukasi kelompok dapat memberi pemahaman yang lebih baik tentang skizofrenia dan untuk meningkatkan harapan, penanganan aktif, dan dukungan social (Guan et al., 2020).

Penyediaan perawatan farmakologis dan psikososial yang memadai untuk membantu orang mengelola gejala psikotik mereka sangat penting untuk memperbaiki stigma. Rehabilitasi dan dukungan pekerjaan bagi orang yang menganggur berpotensi mengurangi stigma yang terinternalisasi dan mendorong pemulihan (Pribadi et al., 2020).

Hasil penelitian lain didapatkan dari 272 artikel, 80 (29,4%) melaporkan frekuensi stigma diri ($n = 25.458$), 241 (88,6%) pada korelasi cross-sectional stigma diri dan 41 (15,0%) pada korelasi longitudinal dan konsekuensi stigma diri. Rata-rata, 31,3% pasien SMI melaporkan stigma diri yang tinggi. Frekuensi tertinggi ada di Asia Tenggara (39,7%) dan Timur Tengah (39%). Prediktor sosiodemografi dan terkait penyakit menghasilkan hasil yang beragam. Stigma yang dirasakan dan dialami termasuk dari penyedia layanan kesehatan mental memprediksi stigma diri, yang mendukung perlunya mengembangkan kampanye anti-stigma dan praktik yang berorientasi pada pemulihan. Peningkatan transisi ke psikosis dan hasil klinis dan fungsional yang buruk keduanya terkait dengan stigma diri. Rehabilitasi psikiatris dan intervensi dini yang berorientasi pada pemulihan dapat mengurangi stigma diri dan harus diintegrasikan dengan lebih baik ke dalam kebijakan public (Dubreucq et al., 2021).

Penelitian yang lain menguraikan efektivitas intervensi tidak berbeda antara kontak dengan atau tanpa komponen pendidikan, media kontak yang berbeda, atau penyakit mental anggota kelompok luar. Namun, efek kontak lebih kuat di negara-negara non-Barat dan pada mahasiswa dan profesional kesehatan dibandingkan dengan anggota masyarakat. Hasil ini dapat memberi saran kepada pembuat kebijakan tentang inisiatif pengurangan stigma yang paling efektif dan sesuai untuk diinvestasikan dan dapat memandu peneliti menuju jalur penting untuk penelitian di masa mendatang (Maunder & White, 2019).

Beberapa intervensi telah digunakan untuk mengatasi stigma terhadap penyakit kejiwaan, termasuk pendidikan melalui ceramah dan skenario kasus, intervensi berbasis kontak, dan permainan peran sebagai strategi untuk mengatasi stigma terhadap penyakit mental. Sebagian besar uji coba mencatat bahwa ada peningkatan yang signifikan untuk stigma (19/25, 76%), sikap (8/11, 72%), mencari bantuan (8/11, 72%), pengetahuan tentang kesehatan mental termasuk pengenalan depresi (11/14, 78%), dan jarak sosial (4/7, 57%). Intervensi ini juga membantu mengurangi stigma publik dan stigma diri. Mayoritas penelitian menunjukkan bahwa intervensi anti-stigma berhasil meningkatkan literasi kesehatan mental, sikap, dan keyakinan terhadap penyakit kesehatan mental (Waqas et al., 2020).

Kebijakan kesehatan mental nasional Australia menguraikan perlunya strategi terkoordinasi secara nasional untuk mengatasi stigma dan diskriminasi, khususnya terhadap orang-orang dengan penyakit mental kompleks yang kurang dipahami di masyarakat. Untuk menginformasikan implementasi kebijakan ini, tinjauan ini bertujuan untuk mengidentifikasi dan memeriksa efektivitas program atau inisiatif Australia yang ada yang bertujuan untuk mengurangi stigma dan diskriminasi. Program diidentifikasi melalui pencarian basis data akademis dan literatur abu-abu, dan survei daring organisasi pemangku kepentingan utama. Program yang memenuhi syarat bertujuan untuk mengurangi stigma terhadap orang-orang dengan penyakit mental kompleks, yang didefinisikan sebagai skizofrenia, psikosis, gangguan kepribadian, atau gangguan bipolar; atau mereka berfokus pada 'penyakit mental' yang tidak spesifik tetapi dilakukan dalam pengaturan yang relevan dengan individu dengan diagnosis di atas, atau mereka memasukkan diagnosis di atas dalam konten program.

Data relevan utama dari program yang diidentifikasi dari pencarian literatur dan survei diekstraksi dan disintesis secara deskriptif. Hasil studi ini mengidentifikasi 61 program atau inisiatif yang saat ini tersedia di Australia. Ini termasuk program tatap muka ($n = 29$), sumber daya daring ($n = 19$), kampanye kesadaran ($n = 8$), dan kerja advokasi ($n = 5$). Sasaran audiens utama untuk inisiatif ini adalah para profesional (kesehatan atau darurat), orang dengan penyakit mental, keluarga atau

pengasuh orang dengan penyakit mental, dan anggota masyarakat umum. Umumnya, program cenderung berfokus pada stigma terhadap orang dengan penyakit mental nonspesifik daripada pada label diagnostik tertentu. Bukti efektivitas umumnya kurang. Program tatap muka adalah yang paling baik dievaluasi, tetapi hanya dua yang menggunakan desain uji coba terkontrol acak. Studi ini mengidentifikasi area kekuatan dan kelemahan dalam praktik Australia saat ini untuk mengurangi stigma terhadap orang dengan penyakit mental kompleks. Sebagian besar program memiliki masukan signifikan dari orang-orang dengan pengalaman hidup, dan program yang melibatkan pendidikan dan kontak dengan orang dengan penyakit mental merupakan kekuatan tertentu. Program ini dapat memberikan informasi bagi konsultasi pemangku kepentingan tentang pilihan yang efektif untuk strategi pengurangan stigma dan diskriminasi nasional (Morgan et al., 2021).

Stigmatisasi kesehatan mental memiliki banyak konsekuensi yang merusak, masih belum diketahui apakah gangguan mental distigmatisasi karena alasan yang sama. Studi ini mengidentifikasi keyakinan terkait stigma yang dikaitkan dengan beberapa penyakit mental umum (Studi 1), dan sejauh mana keyakinan tersebut memprediksi stigmatisasi (Studi 2). Metode: Dalam Studi 1, kami menggunakan penskalaan multidimensi untuk mengidentifikasi keyakinan terkait stigma yang dikaitkan dengan sembilan gangguan mental umum (misalnya depresi, skizofrenia). Studi 2 mengeksplorasi apakah keyakinan yang umumnya dikaitkan dengan depresi memprediksi stigmatisasinya. Hasilnya dalam Studi 1, ditemukan bahwa sembilan penyakit mental berbeda satu sama lain pada dua dimensi: keinginan sosial dan pengendalian. Dalam Studi 2, menemukan bahwa terlepas dari status depresi peserta sendiri, persepsi mereka bahwa depresi dapat dikendalikan memprediksi stigmatisasi terkait depresi. Kesimpulan: Hasil kami menunjukkan bahwa stigmatisasi terhadap penyakit mental yang berbeda berasal dari kombinasi keyakinan yang distigmatisasi yang berbeda (Krendl & Freeman, 2019).

Studi ini menunjukkan bahwa individu dengan penyakit mental serius mengalami kerugian psikologis dari stigma dalam dua cara: (1) melalui prasangka dan bias publik yang dirasakan, dan (2) melalui internalisasi pesan-pesan negatif ini. Secara khusus, stigma merugikan harga diri individu, yang kemudian mengurangi sikap pemulihan mereka (Catalano, 2021).

D. Peran Perawat untuk Mengurangi Stigma

Perawat berperan penting dalam mengurangi stigma pasien dengan masalah kesehatan mental. Beberapa penelitian memberikan gambaran upaya-upaya yang bisa dilakukan oleh perawat dalam rangka membantu pasien mencapai pemulihan

melalui pengelolaan stigma. Implikasi untuk praktik perawat kesehatan mental disarankan untuk memberikan manajemen penyakit anti-stigma dini dan intervensi psikoedukasi keluarga kepada orang yang didiagnosis dengan skizofrenia dan pengasuh keluarga mereka, membantu mereka mengembangkan pemahaman optimis tentang konsep skizofrenia dan mengurangi konsekuensi negatif dari stigma publik dan internal (Pribadi et al., 2020). Penelitian ini perlunya mengembangkan kampanye anti-stigma dan praktik yang berorientasi pada pemulihan. Peningkatan transisi ke psikosis dan hasil klinis dan fungsional yang buruk keduanya terkait dengan stigma diri. Rehabilitasi psikiatris dan intervensi dini yang berorientasi pada pemulihan dapat mengurangi stigma diri dan harus diintegrasikan dengan lebih baik ke dalam kebijakan public (Dubreucq et al., 2021).

Dua puluh satu pasien (22,3%) menunjukkan stigma internal yang tinggi sementara 73 (77,7%) tidak. Pasien yang mengalami lebih banyak efek samping pengobatan dan kesejahteraan subjektif yang lebih buruk lebih mungkin menderita stigma internal menurut analisis regresi logistik. Reaksi ekstrapiramidal, psikis, dan beberapa reaksi otonom juga muncul sebagai prediktor individual stigma diri dalam analisis regresi terpisah. Kesimpulan: Stigma diri dan persepsi efek samping obat subjektif merupakan isu yang relevan dalam kehidupan pasien dan harus dipertimbangkan secara cermat dalam praktik klinis (Barlati et al., 2022).

Sementara agama dan usia menimbulkan kesulitan yang berdampak negatif pada peserta di tingkat makro dan meso, mereka membantu mengurangi pengalaman negatif stigma di tingkat mikro dengan meningkatkan penerimaan diri dan kepercayaan diri. Kesimpulan: Studi ini mengungkap bagaimana pengalaman stigma terkait kesehatan bersinggungan dengan penindasan lain yang berasal dari berbagai ketimpangan sosial dalam kehidupan individu. Temuan ini menyoroti pentingnya mengakui dan memahami aspek multidimensi kehidupan orang-orang yang hidup dengan kondisi kesehatan yang terstigma, dan menjamin intervensi pengurangan stigma terpadu multilevel dan lintas sektoral untuk mengatasi penindasan interseksi yang mereka alami (Rai et al., 2020).

Intervensi video berbasis kontak sosial yang sangat singkat secara efektif mengurangi stigma terhadap individu dengan FEP (Amsalem, 2021). Stigma diri menimbulkan berbagai kesulitan bagi orang dengan penyakit mental berat (SMI), namun, sedikit yang diketahui tentang hubungan antara kontak dengan teman sebaya, dukungan sosial, dan stigma diri. Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi peran mediasi dukungan sosial pada hubungan antara kontak dengan teman sebaya dan stigma diri di antara orang dengan SMI di Hong Kong. Metode: Sebanyak 159 orang dengan SMI (skizofrenia dan gangguan suasana hati) di pusat layanan masyarakat berpartisipasi dalam penelitian ini dengan

menyelesaikan survei tentang stigma diri, fungsi sosial, dukungan sosial, persepsi kontak dengan teman sebaya, dan media massa. Regresi logistik digunakan untuk mengeksplorasi faktor-faktor yang memengaruhi stigma diri di antara para peserta. Penelitian menunjukkan bahwa 81,1% peserta melaporkan tingkat stigma diri sedang hingga berat. Stigma diri secara signifikan terkait dengan berbagai faktor (misalnya fungsi sosial). Yang penting, kontak dengan teman sebaya yang positif secara signifikan terkait dengan stigma diri yang lebih rendah pada orang dengan SMI. Dukungan sosial bertindak sebagai mediator antara kontak dengan teman sebaya dan stigma diri. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa intervensi berbasis kontak, seperti peningkatan kontak positif antar teman sebaya, harus dilakukan untuk mengurangi stigma diri di antara penyandang severe mental illness (SMI) (Li, 2021).

Terapi kognitif berbasis kesadaran (Mindfulness-based cognitive therapy) (MBCT) semakin diakui efektif dalam berbagai penyakit mental, tetapi efek ini terbatas pada skizofrenia. Bagi pasien skizofrenia, stigma merupakan salah satu faktor paling negatif yang memengaruhi pengobatan, rehabilitasi, dan fungsi sosial. Penelitian ini bertujuan untuk menentukan efek MBCT terhadap stigma pada pasien skizofrenia. Secara total, 62 pasien rawat inap skizofrenia direkrut dan secara acak dimasukkan ke dalam kelompok eksperimen atau kelompok kontrol. Kelompok eksperimen menerima intervensi MBCT selama 8 minggu, dan kelompok kontrol diperlakukan seperti biasa. Skala Stigma Link (dengan tiga subskala, termasuk persepsi devaluasi-diskriminasi (PDD), orientasi penanganan stigma, dan perasaan terkait stigma), Kuesioner Kesadaran Lima Sisi (FFMQ), dan Kuesioner Wawasan dan Sikap Pengobatan (ITAQ) digunakan untuk mengumpulkan data sebelum dan sesudah intervensi. Setelah intervensi, skor post-test PDD, orientasi penanggulangan stigma, FFMQ, dan ITAQ berbeda secara signifikan antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol. Pada kelompok eksperimen, skor PDD dan orientasi penanggulangan stigma menurun secara signifikan, dan skor FFMQ dan ITAQ meningkat secara signifikan ($P < 0,05$). Selain itu, analisis korelasi mengungkapkan korelasi negatif yang signifikan antara kesadaran dan stigma. MBCT efektif dalam mengurangi stigma pada pasien dengan skizofrenia, yang terutama terwujud sebagai perubahan dalam persepsi pasien terhadap stigma serta penarikan diri dan penghindaran yang disebabkan oleh skizofrenia. Meningkatkan kesadaran akan membantu mengurangi tingkat stigma. MBCT layak untuk dipromosikan dan diterapkan pada pasien dengan skizofrenia (Tang, 2021).

E. Kesimpulan

Stigma pada pasien dengan masalah kesehatan mental akan mempengaruhi status kesehatan pasien. Pasien dengan masalah kesehatan mental mungkin tidak diterima oleh orang lain karena stigma pribadi dan mungkin diterima dengan buruk karena stigma komunitas. Pasien dengan masalah kesehatan mental sebenarnya dapat dianggap mampu pulih dan mencapai hasil masa depan yang positif. Stigma mempengaruhi dua kerugian psikologis yaitu pertama, melalui prasangka dan bias publik yang dirasakan, kedua, melalui internalisasi pesan-pesan negatif. Secara khusus, stigma merugikan harga diri individu, yang kemudian mengurangi sikap mendukung pemulihan pasien. Perawat berperan untuk membantu mengurangi stigma pasien dengan masalah kesehatan mental melalui berbagai macam cara bisa melalui edukasi, video, pengembangan berbagai macam terapi, kampanye anti-stigma dan praktik yang berorientasi pada pemulihan.

F. Referensi

- Abdisa, E., Fekadu, G., Girma, S., Shibiru, T., Tilahun, T., Mohamed, H., Wakgari, A., Takele, A., Abebe, M., & Tsegaye, R. (2020). Self-stigma and medication adherence among patients with mental illness treated at Jimma University Medical Center, Southwest Ethiopia. *International Journal of Mental Health Systems*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/s13033-020-00391-6>
- Amsalem, D. (2021). Reducing Stigma Toward Individuals with Schizophrenia Using a Brief Video: A Randomized Controlled Trial of Young Adults. *Schizophrenia Bulletin*, 47(1), 7–14. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbaa114>
- Barlati, S., Morena, D., Nibbio, G., Cacciani, P., Corsini, P., Mosca, A., Deste, G., Accardo, V., Turrina, C., Valsecchi, P., & Vita, A. (2022). Internalized stigma among people with schizophrenia: Relationship with socio-demographic, clinical and medication-related features. *Schizophrenia Research*, 243, 364–371. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2021.06.007>
- Bradbury, A. (2020). Mental Health Stigma: The Impact of Age and Gender on Attitudes. *Community Mental Health Journal*, 56(5), 933–938. <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00559-x>
- Catalano, L. T. (2021). Support for the social-cognitive model of internalized stigma in serious mental illness. *Journal of Psychiatric Research*, 137, 41–47. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.02.014>

- Dubreucq, J., Plasse, J., & Franck, N. (2021). Self-stigma in serious mental illness: A systematic review of frequency, correlates, and consequences. In *Schizophrenia Bulletin* (Vol. 47, Issue 5, pp. 1261–1287). <https://doi.org/10.1093/schbul/sbaa181>
- Gearing, R. E., Chen, W., Brewer, K. B., Leung, P., Cheung, M., Carr, L. C., Gomez, G. R., Powell, K., & He, X. (2023). Examining public stigma of schizophrenia in China. *China Journal of Social Work*, 16(3), 189–206. <https://doi.org/10.1080/17525098.2022.2079164>
- Guan, Z., Huang, C., Wiley, J. A., Sun, M., Bai, X., & Tang, S. (2020). Internalized stigma and its correlates among family caregivers of patients diagnosed with schizophrenia in Changsha, Hunan, China. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 27(3), 224–236. <https://doi.org/10.1111/jpm.12571>
- Krendl, A. C., & Freeman, J. B. (2019). Are mental illnesses stigmatized for the same reasons? Identifying the stigma-related beliefs underlying common mental illnesses. *Journal of Mental Health*, 28(3), 267–275. <https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1385734>
- Li, X. H. (2021). Peer-to-peer contact, social support and self-stigma among people with severe mental illness in Hong Kong. *International Journal of Social Psychiatry*, 67(6), 622–631. <https://doi.org/10.1177/0020764020966009>
- Mamnuah. (2021). The Role of the Family in Preventing Relapse of Schizophrenia Patient. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 9, 44–49. <https://doi.org/10.1097/ADT.0000000000000277>
- Mamnuah, A., Nurjannah, I., Suryo Prabandari, Y., & Marchira, C. R. (2019). Health Professional's Perceptions Toward Recovery of Patients with Schizophrenia in Community. *The Open Public Health Journal*, 12(1), 26–32. <https://doi.org/10.2174/1874944501912010026>
- Maunder, R. D., & White, F. A. (2019). Intergroup contact and mental health stigma: A comparative effectiveness meta-analysis. In *Clinical Psychology Review* (Vol. 72). <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101749>
- Morgan, A. J., Wright, J., & Reavley, N. J. (2021). Review of Australian initiatives to reduce stigma towards people with complex mental illness: what exists and what works? *International Journal of Mental Health Systems*, 15(1).

<https://doi.org/10.1186/s13033-020-00423-1>

- Mueser, K. T., DeTore, N. R., Kredlow, M. A., Bourgeois, M. L., Penn, D. L., & Hintz, K. (2020). Clinical and demographic correlates of stigma in first-episode psychosis: the impact of duration of untreated psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 141(2), 157–166. <https://doi.org/10.1111/acps.13102>
- Pescosolido, B. A., Halpern-Manners, A., Luo, L., & Perry, B. (2021). Trends in Public Stigma of Mental Illness in the US, 1996-2018. *JAMA Network Open*, 4(12), e2140202. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.40202>
- Pribadi, T., Lin, E. C. L., Chen, P. S., Lee, S. K., Fitryasari, R., & Chen, C. H. (2020). Factors associated with internalized stigma for Indonesian individuals diagnosed with schizophrenia in a community setting. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 27(5), 584–594. <https://doi.org/10.1111/jpm.12611>
- Rai, S. S., Peters, R. M. H., Syurina, E. V., Irwanto, I., Naniche, D., & Zweekhorst, M. B. M. (2020). Intersectionality and health-related stigma: insights from experiences of people living with stigmatized health conditions in Indonesia. *International Journal for Equity in Health*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01318-w>
- Tang, Q. (2021). Effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Stigma in Female Patients With Schizophrenia. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.694575>
- Townsend, M., Pareja, K., Buchanan-Hughes, A., Worthington, E., Pritchett, D., Brubaker, M., Houle, C., Mose, T. N., & Waters, H. (2022). Antipsychotic-Related Stigma and the Impact on Treatment Choices: A Systematic Review and Framework Synthesis. *Patient Preference and Adherence*, 16, 373–401. <https://doi.org/10.2147/PPA.S343211>
- Waqas, A., Malik, S., Fida, A., Abbas, N., Mian, N., Miryala, S., Amray, A. N., Shah, Z., & Naveed, S. (2020). Interventions to Reduce Stigma Related to Mental Illnesses in Educational Institutes: a Systematic Review. In *Psychiatric Quarterly* (Vol. 91, Issue 3, pp. 887–903). <https://doi.org/10.1007/s11126-020-09751-4>
- Zhang, Z., Sun, K., Jatchavala, C., Koh, J., Chia, Y., Bose, J., Li, Z., Tan, W., Wang, S., Chu, W., Wang, J., Tran, B., & Ho, R. (2020). Overview of stigma against

psychiatric illnesses and advancements of anti-stigma activities in six asian societies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(1). <https://doi.org/10.3390/ijerph17010280>

G. Glosarium

MBCT= Mindfulness-Based Cognitive Therapy

SMI= Severe Mental Illness

PDD= Perceived Devaluation-Discrimination

FFMQ= Five Facet Mindfulness Questionnaire

ITAQ= Insight and Treatment Attitudes Questionnaire

DUP= Duration of Untreated Psychosis)

FEP= First Episode of Psychosis

PROFIL PENULIS



Ns. Shofi Khaqul Ilmy, S.Kep., M.Kep. Lahir di Malang, 18 Maret 1992. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 pada Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Brawijaya tahun 2010-2014 dan Program Studi Pendidikan Profesi Ners, Fakultas Kedokteran, Universitas Brawijaya tahun 2015-2017. Kemudian melanjutkan pendidikan di Program Studi Magister Keperawatan (Peminatan Keperawatan Jiwa) di Fakultas Kedokteran, Universitas Brawijaya dan lulus pada tahun 2020. Saat ini penulis bekerja sebagai dosen tetap di Prodi Pendidikan Profesi Ners, Fakultas Kedokteran, Universitas Pendidikan Ganesha (Undiksha) sejak tahun 2022. Penulis memiliki pengalaman dalam mengampu mata kuliah: 1) Keperawatan Kesehatan Jiwa dan Psikososial; 2) Keperawatan Psikiatri; dan 3) Sistem Informasi Keperawatan. Sampai saat ini, penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi di Undiksha, yaitu sebagai pengajar, peneliti, mentor, dan penulis buku di bidang keperawatan kesehatan jiwa.

Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: shofi.khaqulilmy@gmail.com

Motto: "Hidup adalah perubahan untuk berkembang, kesadaran adalah kunci perjalanan"



Ns. Nuniek Setyo Wardani, S. Kep., M. Kep

Dosen Program Studi Profesi Ners Fakultas Keperawatan dan Kebidanan Universitas Binawan Penulis lahir di Pontianak pada tahun 1980. Penulis pernah bekerja di Sekolah Tinggi Ilmu Keperawatan Muhammadiyah (STIKMUH) Pontianak dari tahun 2005-2018 sebagai Dosen. Selama penulis bekerja di STIKMUH Pontianak, penulis pernah menjabat sebagai Sekretaris Program Studi, Sekretaris Komite Etik, dan Ketua Program Studi Diploma 3 Keperawatan. Penulis merupakan lulusan Akademi Keperawatan Yarsi untuk program Diploma Keperawatan 3 pada tahun 1998-2001. Penulis kemudian melanjutkan ke jenjang S1 dan Ners pada Universitas Indonesia tahun 2002-2005 yang kemudian melanjutkan ke program studi Magister Keperawatan Kekhususan Jiwa di Universitas yang sama pada tahun 2009-2011. Saat ini penulis menjadi Dosen Program Studi Profesi Ners di Fakultas Keperawatan dan Kebidanan Universitas Binawan.

PROFIL PENULIS



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 2018. 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

Motto: "Selalu Ada Maksud di dalam Sesuatu"



Ns. Ryka Widyaningtyas, S.Kep., M.Sc Penulis Lahir di Kediri, 08 Februari 1998. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 dan Profesi pada Program Studi Keperawatan, Universitas Brawijaya tahun 2019. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas Dundee dan lulus tahun pada tahun 2022. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2022 sebagai Founder dan CEO SAC (Study Abroad Center) sebuah badan usaha yang bergerak di bidang education social enterprise. Saat ini penulis bekerja di Universitas Diponegoro di departemen keperawatan kejiwaan. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai pemateri dalam seminar dan conference serta penulis buku, publikasi. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: ryka@lecturer.undip.ac.id



PROFIL PENULIS



Dr. Ns. Mamnu'ah, M.Kep., Sp. Kep.J. Lahir di Indramayu, pada tahun 1973. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 pada Program Studi Keperawatan, Universitas Gadjah Mada tahun 2001. Pada tahun 2002 penulis selesai menempuh Pendidikan Profesi Ners di Universitas Gadjah Mada. Penulis melanjutkan Pendidikan S2 Program Studi Keperawatan Jiwa pada Universitas Indonesia lulus tahun 2008 dan tahun 2010 lulus Spesialis Keperawatan Jiwa. Pendidikan S3 di Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan (FKKM), Universitas Gadjah Mada lulus tahun 2019. Bekerja sejak tahun 1996 mulai dari AKPER sampai saat ini menjadi Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta (UNISA). Penulis mengampu mata kuliah Keperawatan Kesehatan Jiwa dan Psikososial, Keperawatan Psikiatri, Biostatistik, dan Metodologi Penelitian. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, seminar, pengabdian kepada masyarakat dan sebagainya. Selain menjadi Dosen, penulis juga menjabat sebagai Ketua Pusat Studi Perempuan, Keluarga, dan Bencana (PSPKB) Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta.

Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: mamnuah@unisayogya.ac.id

Motto: "Hidup mengalir seperti air."

Sinopsis

"**Bunga Rampai Keperawatan Jiwa Berbasis Komunitas**" adalah sebuah buku yang mengupas tuntas konsep, tantangan, dan praktik keperawatan jiwa yang dilakukan di tingkat komunitas. Buku ini dirancang untuk memberikan pemahaman yang mendalam mengenai pentingnya pendekatan berbasis komunitas dalam merawat dan mendukung kesehatan jiwa individu, keluarga, serta masyarakat secara keseluruhan.

Dalam setiap bab, buku ini menyajikan berbagai aspek utama dalam keperawatan jiwa, mulai dari dasar-dasar teori, penerapan prinsip-prinsip keperawatan jiwa di komunitas, hingga contoh nyata implementasi program-program pemberdayaan yang telah dilakukan. Dengan pendekatan berbasis komunitas, buku ini menekankan kolaborasi antara tenaga kesehatan, masyarakat, keluarga, dan pihak-pihak terkait lainnya untuk menciptakan lingkungan yang mendukung kesejahteraan mental dan pemulihan individu dengan gangguan jiwa.

Buku ini juga mengupas berbagai tantangan yang dihadapi dalam penerapan keperawatan jiwa berbasis komunitas, serta menawarkan solusi-solusi kreatif dan inovatif untuk mengatasi hambatan tersebut. Tidak hanya ditujukan untuk para profesional kesehatan jiwa, buku ini juga sangat relevan bagi mahasiswa, penggiat kesehatan masyarakat, dan siapa saja yang peduli terhadap isu kesehatan jiwa dan kesejahteraan komunitas.

Melalui buku ini, pembaca diharapkan dapat lebih memahami betapa pentingnya peran komunitas dalam menjaga dan meningkatkan kesehatan jiwa, serta mendorong terciptanya masyarakat yang lebih inklusif, peduli, dan sadar akan pentingnya perawatan jiwa yang holistik. Buku ini adalah sumber informasi yang kaya, yang memadukan teori dan praktik dalam upaya membangun dunia yang lebih sehat secara mental, satu komunitas pada satu waktu.

"Bunga Rampai Keperawatan Jiwa Berbasis Komunitas" adalah sebuah buku yang mengupas tuntas konsep, tantangan, dan praktik keperawatan jiwa yang dilakukan di tingkat komunitas. Buku ini dirancang untuk memberikan pemahaman yang mendalam mengenai pentingnya pendekatan berbasis komunitas dalam merawat dan mendukung kesehatan jiwa individu, keluarga, serta masyarakat secara keseluruhan.

Dalam setiap bab, buku ini menyajikan berbagai aspek utama dalam keperawatan jiwa, mulai dari dasar-dasar teori, penerapan prinsip-prinsip keperawatan jiwa di komunitas, hingga contoh nyata implementasi program-program pemberdayaan yang telah dilakukan. Dengan pendekatan berbasis komunitas, buku ini menekankan kolaborasi antara tenaga kesehatan, masyarakat, keluarga, dan pihak-pihak terkait lainnya untuk menciptakan lingkungan yang mendukung kesejahteraan mental dan pemulihan individu dengan gangguan jiwa.

Buku ini juga mengupas berbagai tantangan yang dihadapi dalam penerapan keperawatan jiwa berbasis komunitas, serta menawarkan solusi-solusi kreatif dan inovatif untuk mengatasi hambatan tersebut. Tidak hanya ditujukan untuk para profesional kesehatan jiwa, buku ini juga sangat relevan bagi mahasiswa, penggiat kesehatan masyarakat, dan siapa saja yang peduli terhadap isu kesehatan jiwa dan kesejahteraan komunitas.

Melalui buku ini, pembaca diharapkan dapat lebih memahami betapa pentingnya peran komunitas dalam menjaga dan meningkatkan kesehatan jiwa, serta mendorong terciptanya masyarakat yang lebih inklusif, peduli, dan sadar akan pentingnya perawatan jiwa yang holistik. Buku ini adalah sumber informasi yang kaya, yang memadukan teori dan praktik dalam upaya membangun dunia yang lebih sehat secara mental, satu komunitas pada satu waktu.

Penerbit:

PT Nuansa Fajar Cemerlang

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

ISBN 978-634-7139-82-5



9 786347 139825