

Buku Ajar

KEPERAWATAN

KESEHATAN JIWA

DAN PSIKOSOSIAL

Nur Hidaayah • Endang Banon • Hanim Nur Faizah
Khrisna Wisnusakti • Agus Dwi Pranata • Wita Oktaviana
Eli Saripah • Windu Astutik • Ira Ocktavia Siagian



BUKU AJAR

KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA

DAN PSIKOSOSIAL

Penulis:

Dr. Nur Hidaayah, S.Kep., Ns., M.Kes.
Endang Banon, S.Pd., M.Kep., Ns., Sp.Kep.J.
Hanim Nur Faizah, S.Kep., Ns., M.Kep.
Khrisna Wisnusakti, S.Kep., Ners., M.Kep.
Ns. Agus Dwi Pranata, M.Kep.
Ns. Wita Oktaviana, M.Kep., Sp.KepJ.
Eli Saripah, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.J.
Ns. Windu Astutik, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.J.
Ns. Ira Ocktavia Siagian, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.J.



BUKU AJAR KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA DAN PSIKOSOSIAL

Penulis:

Dr. Nur Hidaayah, S.Kep.Ns.,M.Kes.
Endang Banon, S.Pd., M.Kep.Ns.Sp.Kep.
Hanim Nur Faizah, S.Kep.,Ns.,M.Kep.
Khrisna Wisnusakti, S.Kep., Ners., M.Kep.
Ns. Agus Dwi Pranata, M.Kep.
Ns. Wita Oktaviana.,M.Kep.,Sp.KepJ.
Eli Saripah, S.Kep.Ns.,M.Kep.Sp.Kep.J.
Ns. Windu Astutik, S.Kep.,M.Kep.,Sp.Kep.J.
Ns. Ira Oktavia Siagian, S.Kep.,M.Kep.,Sp.Kep.

Desain Sampul: Qo'is Ali Humam

Penata Letak: Yang Yang Dwi Asmoro

ISBN: 978-623-8775-19-4

Cetakan Pertama: Oktober, 2024

Hak Cipta 2024

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang

Copyright © 2024

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

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

Pembahasan isi buku keperawatan Kesehatan jiwa dan psikososial secara berurutan pada buku ini, meliputi Sembilan BAB yang dijabarkan sebagai berikut : Konseptual model dalam keperawatan jiwa : Pencegahan primer, sekunder dan tertier, Asuhan Keperawatan sehat jiwa sepanjang rentang kehidupan : ibu hamil, bayi, balita, toddler, prasekolah, usia sekolah, remaja, dewasa dan lansia, Asuhan keperawatan klien dengan gangguan kecemasan ketidak berdayaan dan keputusasaan serta distress spiritual, Sejarah keperawatan jiwa dan tren serta issue dalam keperawatan jiwa global, proses keperawatan, Pelayanan dan kolaborasi interdisipliner dalam Kesehatan dan keperawatan jiwa, Legal dan etik dalam konteks asuhan keperawatan, Proses terjadinya gangguan jiwa dalam perspektif keperawatan jiwa, dan Peran perawat jiwa.

Penyelesaian buku ini, tidak terlepas dari kontribusi dan masukan dari berbagai pihak, untuk itu kami selaku penulis mengucapkan banyak terimakasih setinggi-tingginya. Semoga kehadiran buku ini senantiasa bermanfaat bagi peminatnya, dan menjadi bagian dari pengembangan keilmuan keperawatan jiwa dan menambah khasanah literasi pengetahuan yang berguna bagi khalayak pembaca.

DAFTAR ISI

PRAKATA	iii
DAFTAR ISI	iv
BAB 1 KONSEPTUAL MODEL KEPERAWATAN JIWA : PENCEGAHAN PRIMER, SEKUNDER, DAN TERSIER.....	1
A. Konsep Model Keperawatan Jiwa	3
B. Macam-Macam Model Keperawatan Jiwa.....	3
1. Model Psikoanalisa	3
2. Model Interpersonal.....	5
3. Model Sosial.....	6
4. Model Eksistensial.....	7
5. Model Terapi Suportif.....	7
6. Model Medis	8
C. Model Konseptual Praktik	8
1. Model Perkembangan Psikososial.....	8
2. Model Perkembangan Kognitif.....	11
3. Model Perkembangan Moral.....	13
4. Model Adaptasi Stuart	15
D. Peran Perawat dalam Pencegahan Primer, Sekunder, dan Tersier	15
E. Latihan.....	16
F. Rangkuman Materi.....	18
G. Glosarium.....	19
Daftar Pustaka.....	20
BAB 2 ASUHAN KEPERAWATAN JIWA SEHAT SEPANJANG RENTANG KEHIDUPAN.....	21
A. Menguraikan Tentang Asuhan Keperawatan Pada Ibu Hamil.....	23
B. Menguraikan Asuhan Keperawatan Pada <i>Infant (Basic Trust vs Miss Trust)</i>	
24	

C. Menguraikan Asuhan Keperawatan Pada Toddler (Otonomi vs Rasa Malu)	26
D. Menguraikan Asuhan Keperawatan Pada <i>Pre School</i> (Inisiatif vs Rasa Bersalah).....	28
E. Menguraikan Asuhan Keperawatan Pada Usia Sekolah (Produktifitas vs <i>Inferiority</i>)	31
F. Menguraikan Asuhan Keperawatan Pada Remaja (<i>Identity Vs Role Diffusion</i>)	32
G. Menguraikan Asuhan Keperawatan Pada Dewasa Awal.....	34
H. Menguraikan Asuhan Keperawatan Pada Dewasa (<i>Generativity Vs Self-Absorption and Stagnation</i>).....	36
I. Menguraikan Asuhan Keperawatan Pada Lansia (Integritas vs Putus Asa)	37
J. Latihan.....	39
K. Rangkuman Materi.....	40
L. Glosarium.....	41
Daftar Pustaka.....	42

BAB 3 ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN GANGGUAN KECEMASAN.....43

A. Konsep Dasar Kecemasan	45
1. Definisi	45
2. Penyebab Kecemasan.....	46
3. Tanda Gejala Kecemasan.....	47
B. Diagnosa Keperawatan.....	53
C. Intervensi Keperawatan.....	53
D. Implementasi Keperawatan	67
E. Evaluasi.....	68
F. Latihan.....	69
G. Rangkuman Materi.....	71
H. Glosarium.....	71
Daftar Pustaka.....	72

BAB 4 ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN GANGGUAN KETIDAKBERDAYAAN 73

A. Ketidakberdayaan.....	74
1. Etiologi Ketidakberdayaan.....	74
2. Patofisiologi Ketidakberdayaan.....	75
3. Tanda dan Gejala Ketidakberdayaan.....	75
4. Batasan Karakteristik Ketidakberdayaan Berdasarkan SDKI.....	76
5. Jenis-Jenis Ketidakberdayaan.....	77
6. Hal yang Dilakukan Perawat dalam Pendekatan Pada Pasien Ketidakberdayaan.....	77
7. Faktor Predisposisi Ketidakberdayaan.....	78
8. Faktor Presipitasi Ketidakberdayaan	79
B. Pengkajian	80
C. Diagnosa Keperawatan.....	81
D. Intervensi Keperawatan.....	82
E. Implementasi Keperawatan	90
F. Evaluasi keperawatan	90
G. Latihan.....	90
H. Rangkuman Materi.....	93
I. Glosarium.....	94
Daftar Pustaka.....	95

BAB 5 SEJARAH KEPERAWATAN JIWA DAN TRENSERTA ISSUE DALAM KEPERAWATAN JIWA GLOBAL 97

A. Sejarah Keperawatan Jiwa	100
B. Perkembangan Keperawatan Jiwa di Indonesia.....	102
C. Tantangan dan Isu dalam Keperawatan Jiwa Global.....	104
D. Masa Depan Keperawatan Jiwa Di Indonesia.....	107
E. Latihan.....	110
F. Rangkuman Materi.....	111
G. Glosarium.....	111
Daftar Pustaka.....	112

BAB 6 PROSES KEPERAWATAN JIWA	113
A. Pengkajian (Assessment)	115
1. Pengkajian Status Mental.....	116
2. Pengkajian Perilaku	118
3. Pengkajian Emosi dan Perasaan.....	118
B. Diagnosa Keperawatan.....	118
C. Intervensi dan Implementasi Keperawatan	119
D. Evaluasi.....	120
E. Latihan.....	120
F. Rangkuman Materi.....	122
G. Glosarium.....	122
Daftar Pustaka.....	123
BAB 7 PELAYANAN DAN KOLABORASI INTERDISIPLINER DALAM KESEHATAN DAN KEPERAWATAN JIWA.....	125
A. Pengantar dan Konsep Dasar Kesehatan Jiwa	127
B. Pentingnya Kolaborasi Interdisipliner dalam Kesehatan Jiwa.....	127
C. Peran dan Tanggung Jawab Profesi dalam Tim Interdisipliner.....	128
D. Prinsip dan Praktik Kolaborasi Efektif dalam Kesehatan Jiwa.....	129
E. Manajemen Kasus dalam Kesehatan Jiwa.....	129
F. Etika dan Hukum dalam Kolaborasi Interdisipliner	130
G. Prinsip Etika dalam Kolaborasi Interdisipliner	130
H. Pentingnya Kolaborasi Etis dan Hukum.....	132
I. Peran Instansi Pemerintah dalam Penanganan Kesehatan Jiwa di Indonesia	
132	
J. Peran Undang-undang dan Peraturan Kesehatan Jiwa di Indonesia serta Pedoman WHO dalam Kolaborasi Interdisipliner	133
1. Upaya Promotif dan Pendekatan Interdisipliner	135
2. Upaya Preventif dan Pendekatan Interdisiplin	136
3. Upaya Kuratif dan Pendekatan Interdisipliner.....	136
4. Upaya Rehabilitatif dan Pendekatan Interdisipliner	137
5. Kesimpulan.....	137

K.	Evaluasi dan Pengembangan Layanan Kesehatan Jiwa Berbasis Kolaborasi	137
1.	Evaluasi Pelayanan Kesehatan Jiwa Berbasis Kolaborasi	138
2.	Pengembangan Layanan Kesehatan Jiwa Berbasis Kolaborasi.....	139
3.	Integrasi Hasil Evaluasi dengan Pengembangan.....	140
4.	Tantangan dan Solusi	140
5.	Kesimpulan.....	140
L.	Latihan.....	140
M.	Rangkuman Materi	145
N.	Glosarium.....	145
	Daftar Pustaka.....	146

BAB 8 LEGAL DAN ETIK DALAM KONTEKS ASUHAN KEPERAWATAN JIWA **147**

A.	Legal dalam Konteks Keperawatan Jiwa.....	150
B.	Etik dalam Konteks Keperawatan Jiwa	155
C.	Latihan.....	157
D.	Rangkuman Materi.....	158
E.	Glosarium	159
	Daftar Pustaka.....	160

**BAB 9 PROSES TERJADINYA GANGGUAN JIWA DALAM PERSPEKTIF
KEPERAWATAN JIWA** **163**

A.	Definisi Kesehatan Jiwa	164
B.	Definisi Gangguan Jiwa	165
C.	Teori-Teori Terjadinya Gangguan Jiwa	166
1.	Teori Biologi.....	166
2.	Teori Psikologi	166
3.	Teori Sosial-Budaya	167
D.	Gangguan Jiwa Berdasarkan Teori Adaptasi Stres Stuart.....	167
1.	Faktor Predisposisi	168
2.	Faktor Presipitasi.....	169
3.	Penilaian Terhadap Stressor.....	169

4. Sumber Koping.....	171
5. Mekanisme Koping	172
E. Latihan.....	172
F. Rangkuman Materi.....	173
G. Glosarium.....	173
Daftar Pustaka.....	174
BAB 10 PERAN PERAWAT JIWA	175
A. Peran Perawat Jiwa.....	177
B. Fungsi Perawat Jiwa	180
C. Tingkatan Peran Perawat	181
D. Latihan.....	182
E. Rangkuman Materi.....	183
F. Glosarium.....	183
Daftar Pustaka.....	184
PROFIL PENULIS.....	185

BAB 1

KONSEPTUAL MODEL KEPERAWATAN JIWA : PENCEGAHAN PRIMER, SEKUNDER, DAN TERSIER

Pendahuluan

Profesi Keperawatan adalah pekerjaan yang unik dan kompleks. Perawat harus menggunakan konsep dan teori keperawatan yang sudah ada saat melakukan prakteknya. Konsep didefinisikan sebagai suatu konsep di mana kesan yang abstrak dapat disusun dengan simbol yang nyata. konsep keperawatan adalah gagasan yang digunakan untuk membangun kerangka konseptual atau model keperawatan. (Pulungan & Elizabeth, 2022). Model konseptual keperawatan jiwa adalah upaya untuk menguraikan fenomena keperawatan jiwa. Teori keperawatan jiwa digunakan sebagai dasar untuk membuat model konsep keperawatan, dan model konsep keperawatan juga digunakan untuk membuat model praktik keperawatan (Sahertian et al., 2022). Model konseptual keperawatan jiwa terdiri dari beberapa pendekatan salah satunya model perilaku. Model perilaku sebagai suatu proses perubahan tingkah laku sebagai akibat adanya interaksi antara stimulus dengan respons yang menyebabkan seseorang mempunyai pengalaman baru (Keliat, 2015). Model ini juga menjelaskan upaya perawat untuk membantu seseorang mempertahankan keseimbangan melalui penggunaan mekanisme coping positif untuk mengatasi stress (Tersier et al., 2022).

Perkembangan ilmu keperawatan, model konseptual, dan teori adalah tindakan berpikir yang sangat baik. Dalam disiplin ilmu tertentu, model konseptual mengacu pada gagasan global tentang individu, kelompok, situasi, atau peristiwa tertentu. Konsep keperawatan adalah ide untuk membuat kerangka konseptual atau model keperawatan, sedangkan konsep adalah suatu ide yang memiliki kesan yang abstrak yang dapat disusun menjadi kata-kata konkret. Teori keperawatan itu sendiri adalah kumpulan konsep yang membentuk pola atau pernyataan yang nyata yang menjelaskan proses, peristiwa, atau kejadian. Mereka didasarkan pada fakta-fakta yang telah diamati tetapi kurang absolut atau bukti

langsung. Teori-teori ini juga terdiri dari penggabungan konsep dan pernyataan yang berfokus lebih khusus pada kejadian dan fenomena di bidang tertentu. Teori berkontribusi pada pembentukan dasar praktik keperawatan. Membuat dan menggunakan definisi teori keperawatan dapat membantu mahasiswa keperawatan memahami peran dan tindakan keperawatan yang sesuai dengan peran mereka (Hindradjat et al., 2021).

Tujuan Instruksional dan Capaian Pembelajaran

Mahasiswa mampu memahami dan mempelajari tentang Konseptual model keperawatan jiwa : Pencegahan primer, sekunder dan tersier.

Tujuan Instruksional:

1. Menjelaskan tentang model praktek keperawatan jiwa
2. Mendiskusikan tentang aplikasi model keperawatan dalam praktek keperawatan jiwa
3. Mengkritik aplikasi model keperawatan dalam praktek keperawatan jiwa
4. Mendemonstrasikan tentang penerapan model praktek keperawatan jiwa

Capaian Pembelajaran:

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

Uraian Materi

Banyak ahli Kesehatan Jiwa memiliki pandangan yang berbeda-beda tentang apa itu gangguan jiwa dan bagaimana itu muncul. Pandangan yang berbeda ini dijelaskan oleh berbagai model konseptual kesehatan jiwa, yang masing-masing memiliki perspektif unik tentang masalah ini. Pandangan tentang model psikoanalisa berbeda dengan pandangan tentang model sosial, perilaku, eksistensial, dan medis. Mereka juga berbeda dengan model adaptasi stres. Masing-masing model menggunakan pendekatan yang berbeda untuk menangani gangguan jiwa. Sebelum mempelajari lebih lanjut, mari kita ulang pengertian model konsep. Anda tahu artinya? Kerangka kerja konseptual, sistem, atau skema yang menerangkan serangkaian konsep global tentang keterlibatan individu, kelompok, situasi, atau peristiwa terhadap suatu ilmu dan perkembangannya disebut model konseptual.

A. Konsep Model Keperawatan Jiwa

Definisi Model Konseptual

Model konseptual keperawatan didefinisikan sebagai cara atau petunjuk dari berbagai sumber informasi untuk melihat, melihat, dan menganalisis situasi serta tanggung jawab dan interaksi perawat dengan pasien, keluarga pasien, dan rekan sejawat (Dharmawan & Bayu, 2021). Model ini memberikan petunjuk bagi organisasi di mana perawat mendapatkan informasi agar mereka peka terhadap kejadian saat ini dan tahu apa yang harus dilakukan perawat. Model konseptual keperawatan jiwa mengurangi situasi yang terjadi dalam situasi lingkungan atau stressor yang mengakibatkan seseorang individu berupa menciptakan perubahan yang adaptif dengan menggunakan sumber-sumber yang tersedia. Model konseptual keperawatan jiwa mencerminkan upaya menolong orang tersebut mempertahankan keseimbangan melalui mekanisme coping yang positif untuk mengatasi stressor ini (Atmaja & Kamil, 2017).

B. Macam-Macam Model Keperawatan Jiwa

1. Model Psikoanalisa

Sigmund Freud memberikan penjelasan tentang konsep psikososial, yang mencakup elemen-elemen dari perilaku manusia. Tugas perkembangan sebelumnya sangat mempengaruhi perilaku manusia. Konflik yang tidak terselesaikan akan muncul karena ketidakmampuan

untuk memenuhi kebutuhan perkembangan. Konsep psikososial yang diusulkan oleh Freud adalah teori psikoanalisis, yang menyatakan bahwa setiap perilaku manusia dapat dijelaskan dan memiliki dasar. Tiga komponen utama teori psikoanalisis yang dijelaskan oleh Freud adalah id, ego, dan superego. Id adalah bagian sifat seseorang yang menggambarkan naluri dasar atau bawaan, seperti mencari kesenangan. Ego adalah bagian penyimbang dari id dan superego, yang menunjukkan perilaku yang dewasa dan fleksibel. Ini adalah sifat individu yang didasarkan pada nilai, harapan sosial, dan standar norma.

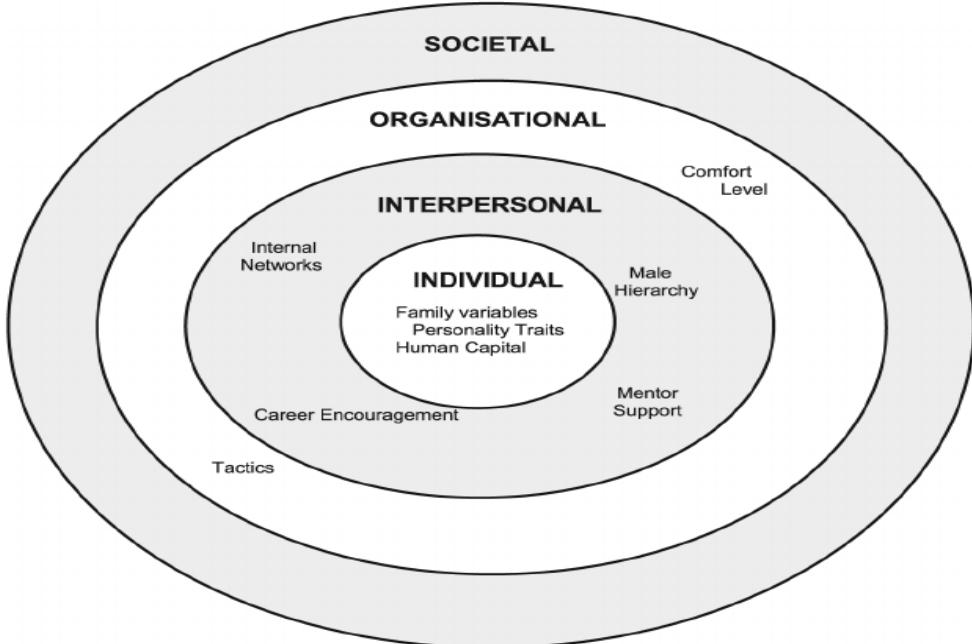
Berdasarkan penemuan gangguan pada tahapan perkembangan kehidupan manusia, Freud menciptakan gambaran penyimpangan perilaku. Setiap tahapan memiliki tugas perkembangan yang harus diselesaikan. Gagal menyelesaiannya akan menyebabkan konflik dan energi psikologis yang lebih tinggi untuk mengatasi ansietas yang dialami seseorang. Freud membagi perkembangan psikoseksual menjadi lima tahapan: oral, anal, falik, latensi, dan genital (Kurniati et al., 2015). Tahapan oral terjadi pada usia 0 sampai dengan 18 bulan. Fokus utama pada tahapan oral adalah mulut, bibir dan lidah sebagai pusat ketegangan dan kepuasan individu. Id ada pada saat lahir, sedangkan ego berkembang secara bertahap. Anal merupakan tahapan kedua yang terjadi pada usia 18 sampai dengan 36 bulan. Fokus utama pada tahapan anal adalah anus dan area sekitarnya. Untuk itu kemampuan *toilet training* merupakan tugas yang harus dicapai pada tahapan anal. Tahapan ketiga adalah fase falik yang terjadi pada usia 3-5 tahun. Fokus perhatian pada tahapan ini adalah genital, stimulasi dan kenikmatan. Tahapan keempat adalah fase laten yang terjadi pada usia 5 sampai 11 atau 13 tahun. Pada fase latensi ini terjadi pembentukan superego dan penyaluran dorongan seksual melalui aktivitas yang diterima oleh masyarakat seperti berolahraga. Tahapan terakhir adalah fase genital yang terjadi pada usia 11 sampai 13 tahun. Fase genital adalah tahap akhir perkembangan psikoseksual yang dimulai dengan pubertas dan kemampuan untuk keintiman yang sesungguhnya.

2. Model Interpersonal

Dua ahli dalam model interpersonal, Sullivan dan Peplau, berfokus pada hubungan interpersonal individu. Tujuan teori interpersonal adalah untuk meningkatkan fungsi sosial dan membantu individu menjadi adaptif dalam berinteraksi dengan orang lain. Berbagai isu yang terkait dengan konsep interpersonal adalah kehilangan, perselisihan peran, transisi peran dan deficit interpersonal menjelaskan bahwa hubungan yang tidak adekuat akan menimbulkan ansietas pada individu. Untuk itu terapi yang tepat adalah mengupayakan hubungan interpersonal yang memuaskan. Komunitas atau lingkungan terapeutik dikembangkan oleh Sullivan dalam upaya meningkatkan kemampuan interpersonal. Hildegard Peplau merupakan klinisi yang juga mengembangkan teori interpersonal. Konsep yang dikembangkan disebut hubungan terapeutik perawat dan pasien yang meliputi empat fase yaitu orientasi, identifikasi eksploitasi dan resolusi. Fase orientasi, merupakan fase awal yang dilakukan oleh perawat dan klien. Tugas perawat pada fase orientasi adalah memberikan penjelasan, informasi serta menjawab pertanyaan klien.

Fase identifikasi, merupakan fase dimana klien mampu membina hubungan secara interdependen dengan perawat. Klien pada fase identifikasi telah dapat mengungkapkan perasaan dan mulai terbina hubungan yang kuat antara perawat dan klien. Fase ketiga, fase eksploitasi yang digambarkan dengan pemanfaatan pelayanan yang diberikan dari perawat oleh klien secara optimal. Fase ini selanjutnya diikuti oleh fase terakhir yakni fase resolusi. Pada fase resolusi klien diharapkan tidak lagi membutuhkan pelayanan profesional serta ketergantungan terhadap hubungan perawat dan klien. Dengan demikian maka hubungan perawat dan klien dapat berakhir.

Kerangka Teori model interpersonal



Gambar 1.1 Framework Model interpersonal

3. Model Sosial

Thomas Szasz dan Gerald Caplan adalah pencipta pertama model sosial. Model sosial ini berfokus pada lingkungan sosial yang mempengaruhi individu dan pengalaman hidupnya. Menurut model ini, perilaku dianggap menyimpang jiwa dan lingkungan sosial bertanggung jawab atas penyimpangan perilaku tersebut. Oleh karena itu individu bertanggung jawab terhadap perilakunya dan harus mampu mengontrol untuk menyesuaikan perilakunya dengan yang diharapkan masyarakat.

Caplan menyampaikan beberapa situasi sosial yang dapat mencetuskan gangguan Jiwa, sehingga perlu dilakukan upaya pencegahan secara primer, sekunder dan tersier. Beberapa situasi tersebut adalah

- a. Kemiskinan: situasi keuangan yang tidak stabil dan Pendidikan yang tidak adekuat
- b. Kurang mampu mengatasi stress
- c. Kurang support system

Menurut model sosial ini, pemberian terapi dilakukan untuk membantu Klien untuk menangani sistem sosial dengan: Intervensi krisis, manipulasi lingkungan, support sosial, dan kesehatan Jiwa Masyarakat.

4. Model Eksistensial

Model eksistensial lebih meyakini bahwa penyimpangan perilaku dapat terjadi ketika individu berada di luar pengaruh dirinya sendiri dan lingkungannya (Krismawati, 2018). Kritik yang diterjemahkan oleh individu sebagai ancaman terhadap tanggung jawab personal dan menyerahkan pada keinginan atau tuntutan orang lain ditunjang dengan kesadaran diri yang kurang menyebabkan individu tidak memiliki alternative terhadap dirinya. Model eksistensial menekankan terhadap pengembalian pemikiran otentik individu tentang dirinya. Pikiran, perasaan dan perilaku merupakan tanggung jawab personal yang harus terus dikembangkan.

5. Model Terapi Suportif

Terapi suportif merupakan salah satu bentuk terapi kelompok psikoterapi yang berbeda dari terapi lainnya karena bersifat eklektik dan tidak tergantung pada satu konsep atau teori, serta menggunakan psikodinamik untuk memahami perubahan perilaku akibat faktor biopsikososial dengan penekanan pada respon coping maladaptive (Stevens et al., 2021)

Terapi Suportif dibentuk untuk membantu anggotanya dalam mengatasi permasalahan. Pemimpin kelompok menggali pikiran dan perasaan anggotanya dan menciptakan lingkungan dimana anggota kelompok merasa nyaman mengekspresikan perasaannya. Kelompok suportif harus memberikan suasana yang aman bagi anggota kelompok untuk mengekspresikan perasaan frustasi dan ketidak bahagiaan dan juga untuk mendiskusikan masalah yang terjadi dan kemungkinan solusinya. Aturan di dalam terapi suportif berbeda dengan psikoterapi dimana anggota dianjurkan untuk kontak dengan anggota lainnya dan bersosialisasi dalam sesi – sesi. Kepercayaan menjadi aturan dalam kelompok dan diputuskan oleh anggota kelompok. Kelompok suportif merupakan kelompok terbuka dimana anggotanya bisa bergabung atau keluar dari kelompok sesuai dengan kebutuhannya. Biasanya terapi suportif untuk klien cancer, stroke, AIDS, dan keluarga dengan perilaku *suicide*.

6. Model Medis

Model medis berfokus pada diagnosis dan pengobatan gangguan jiwa. Terapi elektrokonvulsif dan psikofarmaka adalah bagian dari pengobatan. Model medis menyatakan bahwa gangguan otak menyebabkan pandangan yang menyimpang. Dalam model medis ini, tiga fase digunakan untuk menggambarkan proses keperawatan: pengkajian, penetapan diagnosa medis, dan perawatan. Pasien dan terapis memiliki peran yang berbeda dalam aktivitasnya. Pasien memiliki tanggung jawab untuk mematuhi perawatan yang diberikan, sedangkan terapis lebih bertanggung jawab untuk memberikan obat kepada pasien dan memformulasikan perawatan yang diberikan kepada pasien.

C. Model Konseptual Praktik

Model adalah suatu cara untuk mengorganisasikan pengetahuan yang kompleks, membantu praktisi, serta memberikan arah dan dasar dalam menentukan batuan yang diperlukan. Model Praktik keperawatan jiwa mencerminkan sudut pandang dalam mempelajari penyimpangan perilaku dan proses terapeutik yang dikembangkan. Model praktik dalam keperawatan Kesehatan jiwa ini menggambarkan sebuah psikodinamika terjadinya gangguan jiwa. Terdapat beberapa model konseptual praktik yaitu:

1. Model Perkembangan Psikososial

Menurut (Tersier et al., 2022), perkembangan psikososial terdiri dari delapan tahap pertumbuhan. Mereka adalah bayi, kanak-kanak, prasekolah, usia sekolah, remaja, dewasa muda, dewasa, dan lanjut usia. tidak seimbangan psikologis terjadi ketika seseorang tidak dapat beradaptasi terhadap tuntutan secara internal maupun eksternal untuk mencapai tugas perkembangan tertentu sesuai tahapan usianya. Proses perkembangan yang optimal tercapai ketika individu diberikan stimulasi atau aktivitas tertentu yang akan mendorong perkembangan kemampuan psikososial.

a. Tahap 1: Percaya vs tidak percaya (*Trust vs Mistrust*)

Tahapan ini terjadi pada usia 0 sampai dengan 18 bulan. Tingkat pertama teori perkembangan psikososial Erikson terjadi antara kelahiran sampai usia satu tahun dan merupakan tingkatan paling dasar dalam hidup. Perkembangan kepercayaan didasarkan pada ketergantungan dan kualitas pengasuh kepada anak karena bayi

sangat bergantung. Jika anak dapat membangun kepercayaan, dia akan merasa aman dan selamat di dunia ini. Anak yang diasuh mungkin merasa tidak percaya diri karena pengasuh yang tidak konsisten, tidak tersedia secara emosional, atau menolak. Kegagalan dalam mengembangkan kepercayaan akan menghasilkan ketakutan dan kepercayaan bahwa dunia tidak konsisten dan tidak dapat ditebak.

b. Tahap 2: Otonomi (*Autonomy*) vs malu dan ragu-ragu (*shame and doubt*)

Tahapan ini terjadi pada usia 18 bulan sampai dengan 3 tahun. tingkat kedua dari teori perkembangan psikososial Erikson ini terjadi selama masa awal kanak-kanak dan berfokus pada perkembangan besar dari pengendalian diri. Seperti Freud, Erikson percaya bahwa latihan penggunaan toilet adalah bagian yang penting sekali dalam proses ini. Tetapi, alasan Erikson cukup berbeda dari Freud. Erikson percaya bahwa belajar untuk mengontrol fungsi tubuh seseorang akan membawa kepada perasaan mengendalikan dan kemandirian. Kejadian-kejadian penting lain meliputi pemerolehan pengendalian lebih yakni atas pemilihan makanan, mainan yang disukai, dan juga pemilihan pakaian. Anak yang berhasil melewati tingkat ini akan merasa aman dan percaya diri, sementara yang tidak berhasil akan merasa tidak cukup dan ragu-ragu terhadap diri sendiri.

c. Tahap 3: Inisiatif (*Initiative*) vs rasa bersalah (*Guilt*)

Tahapan ini terjadi pada usia 3 sampai dengan 5 tahun. Selama masa usia prasekolah mulai menunjukkan kekuatan dan kontrolnya akan dunia melalui permainan langsung dan interaksi sosial lainnya. Mereka lebih tertantang karena menghadapi dunia sosial yang lebih luas, maka dituntut perilaku aktif dan bertujuan. Anak yang berhasil dalam tahap ini merasa mampu dan kompeten dalam memimpin orang lain. Adanya peningkatan rasa tanggung jawab dan prakarsa. Mereka yang gagal mencapai tahap ini akan merasakan perasaan bersalah, perasaan ragu-ragu, dan kurang inisiatif. Perasaan bersalah yang tidak menyenangkan dapat muncul apabila anak tidak diberi kepercayaan dan dibuat merasa sangat cemas. Erikson yakin bahwa kebanyakan rasa bersalah dapat digantikan dengan cepat oleh rasa berhasil.

d. Tahap 4: Industry vs inferiority (tekun vs rasa rendah diri)

Tahapan ini terjadi pada usia 6 sampai dengan pubertas. Melalui interaksi sosial, anak mulai mengembangkan perasaan bangga hadap keberhasilan dan kemampuan mereka. Anak yang didukung dan diarahkan oleh orang tua dan guru membangun perasaan kompeten dan percaya dengan ketrampilan yang dimilikinya. Anak yang menerima sedikit atau tidak sama sekali dukungan dari orang tua, guru, atau teman sebaya akan merasa ragu akan kemampuannya untuk berhasil. Prakarsa yang dicapai sebelumnya memotivasi mereka untuk terlibat dengan pengalaman-pengalaman baru. Ketika beralih ke masa pertengahan dan akhir kanak-kanak, mereka mengarahkan energi mereka menuju penguasaan pengetahuan dan keterampilan intelektual. Permasalahan yang dapat timbul pada tahun sekolah dasar adalah berkembangnya rasa rendah diri, perasaan tidak berkompeten dan tidak produktif. Erikson yakin bahwa guru memiliki tanggung jawab khusus bagi perkembangan ketekunan anak-anak.

e. Tahap 5. Identitas vs kebingungan identitas (*Identity vs identity confusion*)

Tahapan ini terjadi pada masa remaja, yakni usia 10 sampai dengan 20 tahun. Selama remaja ia mengeksplorasi kemandirian dan membangun kepekaan dirinya. Anak dihadapkan dengan penemuan siapa mereka, bagaimana mereka nantinya, kemana mereka menuju dalam kehidupannya (menuju tahap kedewasaan). Anak dihadapkan memiliki banyak peran baru dan status sebagai orang dewasa pekerjaan dan romantisme, misalnya, orang tua harus mengizinkan remaja menjelajahi banyak peran dan jalan yang berbeda dalam suatu peran khusus. Jika remaja menjajaki peran-peran semacam itu dengan cara yang sehat dan positif untuk diikuti dalam kehidupan, identitas positif akan dicapai. Jika suatu identitas remaja ditolak oleh orangtua, jika remaja tidak secara memadai menjajaki banyak peran, jika jalan masa depan positif tidak dijelaskan, maka kebingungan identitas merajalela. Namun bagi mereka yang menerima dukungan memadai maka eksplorasi personal, kepekaan diri, perasaan mandiri dan control dirinya akan muncul dalam tahap ini. Bagi mereka yang tidak yakin terhadap kepercayaan diri dan hasratnya, akan muncul rasa tidak aman dan bingung terhadap diri dan masa depannya.

f. Tahap 6. Intimacy vs isolation (keintiman vs keterkucilan)

Tahapan ini terjadi selama masa dewasa awal (20 sampai dengan 30 tahun). Erikson percaya tahap ini penting, yaitu tahap seseorang membangun hubungan yang dekat dan siap berkomitmen dengan orang lain. Mereka yang berhasil di tahap ini, akan mengembangkan hubungan yang rumit dan aman. Erikson percaya bahwa identitas personal yang kuat penting untuk mengembangkan hubungan yang intim. Penelitian telah menunjukkan bahwa mereka yang memiliki sedikit kepekaan diri cenderung memiliki kekurangan komitmen dalam menjalin suatu hubungan dan lebih sering terisolasi secara emosional, kesendirian dan depresi. Jika mengalami kegagalan, maka akan muncul rasa ketersinggan dan jarak dalam interaksi dengan orang.

g. Tahap 7. Generativity vs Stagnation (Bangkit vs Stagnan)

Tahapan ini terjadi selama masa pertengahan dewasa (40 sampai dengan 50 tahun). Selama masa ini, mereka melanjutkan membangun hidupnya berfokus terhadap karir dan keluarga. Mereka yang berhasil dalam tahap ini, maka akan merasa bahwa mereka berkontribusi terhadap dunia dengan partisipasinya di dalam rumah serta komunitas. Mereka yang gagal melalui tahap ini, akan merasa tidak produktif dan tidak terlibat di dunia ini.

2. Model Perkembangan Kognitif

Teori ini membahas teori perkembangan intelektual yang menyeluruh, yang mencerminkan adanya kekuatan antara fungsi biologi dan psikologis. Teori ini berpendapat bahwa seseorang membangun kemampuan kognitifnya melalui adaptasi biologis yang termotivasi dengan sendirinya terhadap lingkungan. Untuk pengembangan teori ini. Piaget membagi skema yang digunakan anak untuk memahami dunianya melalui empat periode utama yang berkorelasi dengan dan semakin canggih seiring pertambahan usia yang terdiri atas.

a. Periode sensorimotor (usia 0–2 tahun)

Periode sensorimotor adalah periode pertama dari empat periode. Piaget berpendapat bahwa tahapan ini menandai perkembangan kemampuan dan pemahaman spatial penting dalam enam sub-tahapan:

- 1) Sub-tahapan skema refleks, muncul saat lahir sampai usia enam minggu dan berhubungan terutama dengan refleks.
- 2) Sub-tahapan fase reaksi sirkular primer, dari usia enam minggu sampai empat bulan dan berhubungan terutama dengan munculnya kebiasaan-kebiasaan.
- 3) Sub-tahapan fase reaksi sirkular sekunder, muncul antara usia empat sampai sembilan bulan dan berhubungan terutama dengan koordinasi antara penglihatan dan pemaknaan.
- 4) Sub-tahapan koordinasi reaksi sirkular sekunder, muncul dari usia sembilan sampai dua belas bulan, saat berkembangnya kemampuan untuk melihat objek sebagai sesuatu yang permanen walau kelihatannya berbeda kalau dilihat dari sudut berbeda (permanency objek).
- 5) Sub-tahapan fase reaksi sirkular tersier, muncul dalam usia dua belas sampai delapan belas bulan dan berhubungan terutama dengan penemuan cara-cara baru untuk mencapai tujuan.
- 6) Sub-tahapan awal representasi simbolik, berhubungan terutama dengan tahapan awal kreativitas.

b. Periode pra operasional (usia 2–7 tahun)

Menurut Piaget, tahapan pra-operasional mengikuti tahapan sensorimotor dan muncul antara usia dua sampai enam tahun. Dalam tahapan ini, anak mengembangkan keterampilan berbahasa. Mereka mulai merepresentasikan benda-benda dengan kata-kata dan gambar. Namun mereka masih menggunakan penalaran intuitif bukan logis. Di permulaan tahapan ini, mereka cenderung egosentris, yaitu mereka tidak dapat memahami tempatnya di dunia dan bagaimana hal tersebut berhubungan satu sama lain. Mereka kesulitan memahami bagaimana perasaan dari orang di sekitarnya. Tetapi seiring pendewasaan, kemampuan untuk memahami perspektif orang lain semakin baik. Anak memiliki pikiran yang sangat imajinatif di saat ini dan menganggap setiap benda yang tidak hidup pun memiliki perasaan.

c. Periode operasional konkret (usia 7–11 tahun)

Periode operasional muncul antara usia enam sampai dua belas tahun dan mempunyai ciri berupa penggunaan logika yang memadai. Proses-proses penting selama tahapan ini adalah:

- 1) Pengurutan: kemampuan untuk mengurutkan objek menurut ukuran, bentuk, atau ciri lainnya.
- 2) Klasifikasi: kemampuan untuk memberi nama dan mengidentifikasi serangkaian benda menurut tampilannya, ukurannya, atau karakteristik lain, termasuk gagasan bahwa serangkaian benda-benda dapat menyertakan benda lain. ya ke dalam rangkaian tersebut. Anak tidak lagi memiliki keterbatasan logika berupa animisme (anggapan bahwa semua benda hidup dan berperasaan)
- 3) Decentering: anak mulai mempertimbangkan beberapa aspek dari suatu permasalahan untuk bisa memecahkannya.
- 4) Reversibility: anak mulai memahami bahwa jumlah atau benda-benda dapat diubah, kemudian kembali ke keadaan awal.
- 5) Konservasi: memahami bahwa kuantitas, panjang, atau jumlah benda-benda adalah tidak berhubungan dengan pengaturan atau tampilan dari objek atau benda-benda tersebut.
- 6) Penghilangan sifat Egosentrisme: kemampuan untuk melihat sesuatu dari sudut pandang orang lain (bahkan saat orang tersebut berpikir dengan cara yang salah).

d. Periode operasional formal (usia 11 tahun sampai dewasa)

Tahap operasional formal adalah periode terakhir perkembangan kognitif dalam teori Piaget. Tahap ini mulai dialami anak dalam usia sebelas tahun (saat pubertas) dan terus berlanjut sampai dewasa. Karakteristik tahap ini adalah diperolehnya kemampuan untuk berpikir secara abstrak, menalar secara logis, dan menarik kesimpulan dari informasi yang tersedia.

3. Model Perkembangan Moral

Model perkembangan moral berpandangan bahwa penalaran moral merupakan dasar dari perilaku etis. *Lawrence Kohlberg* menekankan bahwa perkembangan moral didasarkan terutama pada penalaran moral dan berkembang secara bertahap. Terdapat tiga tahapan besar yang terpecah menjadi 6 tahapan perkembangan moral yang dapat teridentifikasi (Ibda, 2023).

a. Tahap pertama, orientasi hukuman dan kepatuhan

Tahap ini merupakan tahap yang berorientasi pada dampak perilaku atau akibat dari perbuatan individu baik dan buruknya. Seseorang yang berada pada tahap ini, tidak melihat nilai dan amakna dari akibat dari perilaku yang dilakukannya.

b. Tahap kedua, orientasi relativis-instrumen

Tahap kedua ini, individu sudah menyadari perbuatannya adalah benar, karena mengerti cara agar bisa puas dalam memenuhi kebutuhan dirinya sendiri dan juga kebutuhan orang lain. Individu tidak lagi hanya menaati aturan yang telah dibuat orang lain, namun juga mengerti bahwa setiap kejadian bergantung pada kebutuhan (relativisme) serta kesenangan (hedonisme). Seseorang menganggap benar perilakunya, jika perilaku tersebut adalah paling banyak diminati.

Selanjutnya meningkat ke konvensional, dimana pada tahap kedua tingkatan kedua masih menganggap perilaku setengah-setengah, maksunya jika seseorang patuh pada standart tertentu yang ditetapkan orang tua atau guru maupun orang lain. Tingkat kedua ini, terbagi menjadi 2 tahapan lagi yaitu tahap orientasi kesepakatan antar pribadi yang biasa disebut orientasi "anak manis". Tahap kedua yaitu orientasi hukuman dan ketertiban, pada tahap ini perbuatan baik yang diyakini oleh individu lebih meningkat dimana perbuatannya sudah berdasarkan bagaimana aturan atau norma sosial dapat dipertahankan serta mampu bertanggung jawab moral melaksanakan aturan tersebut.

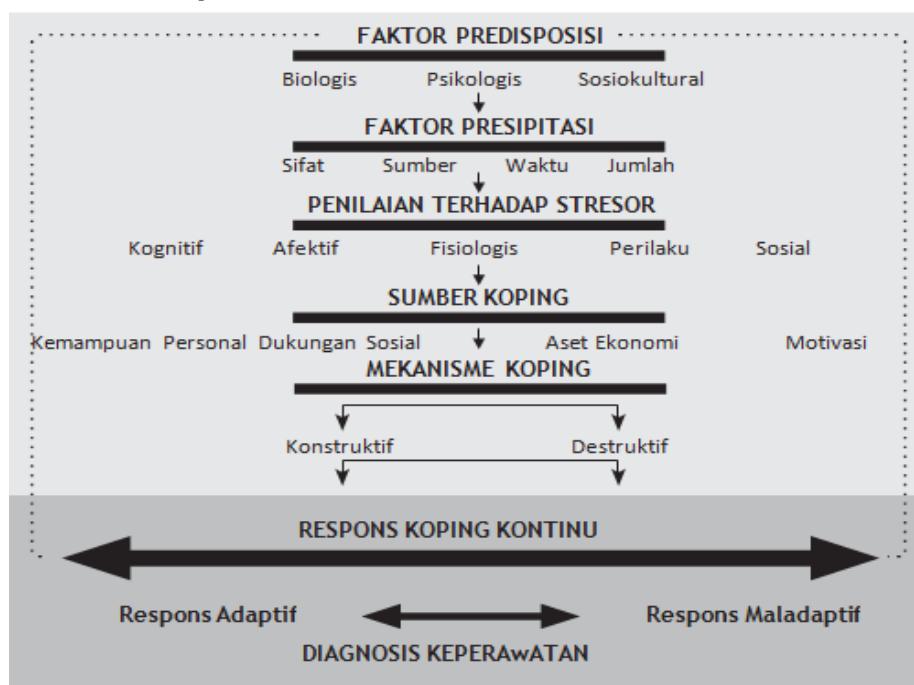
c. Tahap ketiga, Paska konvensional

Pada tahap ini, terdapat perilaku sebab akibat atau hubungan timbal balik antara dirinya dan lingkungan maupun orang lain. Ada 2 tahapan pada tahap ketiga ini yaitu tahap orientasi kontrak sosial legalitas (menaati aturan sebagai kewajiban dan tanggung jawab), tahap orientasi prinsip etika universal (norma pribadi bersifat subyektif yang berhubungan dengan moralitas)

4. Model Adaptasi Stuart

Menurut (Keliat, 2015) psikodinamika masalah keperawatan dimulai dengan menganalisa faktor predisposisi, presipitasi, penilaian terhadap stresor, sumber coping dan mekanisme coping yang digunakan oleh seorang individu sehingga menghasilkan respon baik yang bersifat konstruktif maupun destruktif dalam rentang adaptif sampai maladaptif seperti yang tampak pada skema dibawah ini.

Framework Adaptasi



Gambar 1.2 Framework Model Adaptasi (Keliat, 2015)

D. Peran Perawat dalam Pencegahan Primer, Sekunder, dan Tersier

1. Pencegahan Primer

Pencegahan primer adalah Tindakan mencegah terjadinya gangguan jiwa, mempertahankan dan meningkatkan kesehatan jiwa. Target pelayanan primer yaitu seluruh anggota masyarakat yang belum mengalami gangguan jiwa sesuai dengan kelompok umur, yaitu anak, remaja, dewasa, hingga usia lanjut.

2. Pencegahan Sekunder

Pencegahan sekunder adalah menurunkan angka kejadian gangguan jiwa, dimana target pelayanannya adalah anggota masyarakat yang berisiko atau memperlihatkan tanda-tanda masalah psikososial dan gangguan jiwa.

3. Pencegahan Tersier

Pencegahan tersier adalah mengurangi kecacatan atau ketidakmampuan akibat gangguan jiwa. Adapun target pelayanan ini yaitu anggota masyarakat yang mengalami gangguan jiwa pada tahap pemulihan.

E. Latihan

1. Model yang terkenal dengan Model konseptual Interpersonal dikembangkan oleh.....
 - A. Sullivan dan Peplau
 - B. Roger
 - C. Linenger
 - D. Roy
 - E. Stuart dan Sundein
2. Peran perawat dalam terapi model konseptual Interpersonal diantaranya adalah...
 - A. Share anxiety
 - B. Melakukan pengkajian traumatis masa lalu
 - C. Melakukan kolaborasi
 - D. Mendorong dan penguatan perilaku positif
3. Tujuan keperawatan adalah membantu klien beradaptasi dan meningkatkan kesehatannya dengan cara?
 - A. Mempertahankan perilaku adaptif serta merubah perilaku maladaptif
 - B. Mempertahankan perilaku adaptif dan perilaku maladaptif
 - C. Perawatan diri terhadap pasien yang membutuhkan segala bantuan
 - D. Perawatan diri untuk meningkatkan derajat kesehatan manusia
4. Roy menetapkan empat komponen elemen sentral paradigm keperawatan dalam model adaptasi tersebut yang terdiri dari?
 - A. Manusia, lingkungan, kesehatan dan keperawatan
 - B. Manusia, pendidikan, kesehatan dan keperawatan
 - C. Manusia, kesejahteraan, kesehatan dan keperawatan
 - D. Manusia, lingkungan, kesehatan dan kemakmuran

5. Pelayanan berfokus pada peningkatan fungsi dan sosialisasi serta pencegahan kekambuhan pasien gangguan jiwa dan pemulihan optimal termasuk dalam prevensi?
 - A. Primer
 - B. Sekunder
 - C. Tersier
 - D. Rehabilitasi
6. Model yang berfokus pada diagnosa dan pengobatan gangguan jiwa adalah?
 - A. Model Perkembangan Moral
 - B. Model Medis
 - C. Model Adaptasi
 - D. Model Interpersonal
7. Terapi suportif merupakan salah satu bentuk terapi kelompok psikoterapi yang berbeda dari terapi lainnya karena bersifat eklektik dan tidak tergantung pada satu konsep atau teori termasuk dalam model?
 - A. Model Terapi Suportif
 - B. Model Interpersonal
 - C. Model Perkembangan Psikososial
 - D. Model Perkembangan kognitif
8. Model yang menjelaskan konsep psikososial, yang mencakup aspek-aspek dari perilaku manusia?
 - A. Model Interpersonal
 - B. Model Eksistensial
 - C. Model Psikoanalisa
 - D. Model Adaptasi
9. Model yang lebih meyakini bahwa penyimpangan perilaku dapat terjadi ketika individu berada di luar pengaruh dirinya sendiri dan lingkungannya
 - A. Model Eksistensial
 - B. Model Terapi Suportif
 - C. Model Adaptasi
 - D. Model Perkembangan Moral

10. Model yang pertama kali diciptakan oleh Thomas Szasz dan Gerald Caplan?
- Model Adaptasi
 - Model Terapi Suportif
 - Model Psikoanalisis
 - Model Sosial

Kunci Jawaban

- A
- A
- A
- A
- C
- B
- A
- C
- A
- D

F. Rangkuman Materi

Model konseptual keperawatan jiwa adalah upaya untuk menguraikan fenomena keperawatan jiwa. Teori keperawatan jiwa digunakan sebagai dasar untuk membuat model konsep keperawatan, dan model konsep keperawatan juga digunakan untuk membuat model praktik keperawatan. Model konseptual keperawatan jiwa terdiri dari beberapa pendekatan salah satunya model perilaku. Model perilaku sebagai suatu proses perubahan tingkah laku sebagai akibat adanya interaksi antara stimulus dengan respons yang menyebabkan seseorang mempunyai pengalaman baru. Model Praktik keperawatan jiwa mencerminkan sudut pandang dalam mempelajari penyimpangan perilaku dan proses terapeutik yang dikembangkan. Model praktik dalam keperawatan Kesehatan jiwa ini menggambarkan sebuah psikodinamika terjadinya gangguan jiwa.

G. Glosarium

Autonomy	: Otonomi
Doubt	: Keraguan
Ego	: Kepribadian manusia
Generativity	: membangun dan membimbing generasi berikutnya
Guilt	: Rasa bersalah
Id	: Sistem kepribadian yang paling dasar
Identity	: Identitas diri
Identity confusion	: Kebingungan identitas
Industry	: kompetensi
Inferiority	: gangguan kepribadian dimana seseorang meragukan
Initiative	: Inisiatif
Intimac	: Seseorang mengetahui jati dirinya (keutamaannya)
Isolation	: Keterwakilan (isolasi sosial) kemampuan dirinya atau merasa rendah diri dan lambat
Mistrust	: Memandang dengan ketidakpercayaan, kecurigaan, atau keraguan
Permanency objek	: objek permanen
Shame	: Rasa malu
Stagnation	: Keadaan tidak maju atau maju, tetapi pada tingkat yang sangat
Suicide	: Perilaku bunuh diri
Superego	: Kepribadian yang berhubungan dengan etika, standar moral dan aturan
Trust	: Kepercayaan

Daftar Pustaka

- Atmaja, K., & Kamil, H. (2017). Penerapan Model Praktek Keperawatan Profesional Di Rumah Sakit Cut Nyak Dhien the Application of Professional Nursing Practice Model At Cut Nyak Dhien Hospital. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Fakultas Keperawatan*, 2(3), 1–9. <http://jim.unsyiah.ac.id/FKep/article/view/4310/3019>
- Dharmawan, C., & Bayu, N. (2021). *Dampak Kesehatan Mental Terhadap Sistem Kekebalan Tubuh Selama Pandemi Covid-19 The Impact of Mental Health on The Immune System During the Covid-19 Pandemic*. 9(2), 16–26.
- Hindradjat, J., Ramli, M., & Radjah, C. L. (2021). Studi Kasus Penggunaan Cognitive Behavior Therapy (CBT) dalam Menurunkan Tingkat Depresi Pada Wanita Dewasa. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 4(2), 263–272.
- Kelial, B. A. (2015). *Buku Saku Keperawatan Jiwa Edisi Ke L. Edited by S. dkk Moorhead*. Jakarta: EGC.
- Krismawati, Y. (2018). Teori Psikologi Perkembangan Erik H. Erikson dan Manfaatnya Bagi Tugas Pendidikan Kristen Dewasa Ini. *Kurios*, 2(1), 46. <https://doi.org/10.30995/kur.v2i1.20>
- Kurniati, I. D., Setiawan, R., Rohmani, A., Lahdji, A., Tajally, A., Ratnaningrum, K., Basuki, R., Reviewer, S., & Wahab, Z. (2015). *Buku Ajar*.
- Pulungan, Z. S. A., & Elisabhet, T. (2022). Teori dan Model Konseptual Kesehatan/Keperawatan Jiwa yang Relevan dengan Terapi Kelompok. *J-HEST Journal of Health Education Economics Science and Technology*, 4(1), 7–14. <https://doi.org/10.36339/jhest.v4i1.66>
- Sahertian, R. Y., Desi, & Lahade, J. (2022). Strategi Koping Perawta Terhadap Gejala Depresi, Kecemasan dan Stres. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 5(9), 348–358.
- Stevens, M. W. R., Delfabbro, P. H., & King, D. L. (2021). Prevention Strategies to Address Problematic Gaming: An Evaluation of Strategy Support Among Habitual and Problem Gamers. *Journal of Primary Prevention*, 42(2), 183–201. <https://doi.org/10.1007/s10935-021-00629-0>
- Tersier, S. D. A. N., Pretiwi, V., Ke, A., & Antar, K. P. E. N. (2022). *Konseptual Model Dalam Keperawatan Jiwa Termasuk Prevensi Primer, Stikes Ali " Al I " a Padan # Padan # Ta \$ Un Ajaran %&'.*

BAB 2

ASUHAN KEPERAWATAN JIWA SEHAT SEPANJANG RENTANG KEHIDUPAN

Pendahuluan

Pada bab ini akan dibahas tentang asuhan keperawatan sehat jiwa sepanjang rentang kehidupan, yang dimulai saat ibu hamil sampai dengan lansia mengikuti setiap tahap perkembangan manusia. Tujuan penulisan ini adalah memberikan gambaran kepada pembaca untuk memahami aspek-aspek perkembangan yang terjadi pada setiap tahap usia dan intervensi yang dapat dilakukan untuk membantu menyelesaikan tugas perkembangan pada tahap tersebut. Materi ini disusun berdasarkan bidang keilmuan yang penulis miliki yaitu keperawatan jiwa. Diharapkan setelah membaca bab ini, pembaca dapat memberikan asuhan keperawatan sehat jiwa sepanjang rentang kehidupan. Buku ini ditujukan untuk mahasiswa Prodi Sarjana Keperawatan, Prodi Sarjana Terapan Keperawatan, dan para profesional keperawatan khususnya pada keperawatan jiwa.

Materi yang akan penulis uraikan dalam bab ini adalah asuhan keperawatan sehat jiwa sepanjang rentang kehidupan, dimulai dari tahap ibu hamil, *infant, toddler, pre school*, usia sekolah, remaja, dewasa awal, dewasa, dan lansia. Pada setiap tahap usia, akan dibahas mengenai pengertian, pengkajian, diagnosis keperawatan, dan intervensi. Penitikberatan pembahasan ini terletak pada tahapan usia bayi sampai dengan usia *preschool*, mengingat periode ini merupakan masa emas dari tahapan perkembangan.

Untuk dapat memahami isi bab ini, pembaca hendaknya membaca dan memahami seluruh materi serta berlatih untuk menerapkan intervensi keperawatan pada setiap tahap usia. Pembaca diharapkan proaktif untuk mencari individu yang akan diberikan intervensi keperawatan dan menilai perkembangan yang terjadi setelah intervensi diberikan.

Tujuan Instruksional

Adapun tujuan instruksional pada bab ini yaitu mampu memberikan asuhan keperawatan sehat jiwa sepanjang rentang kehidupan.

Capaian Pembelajaran

1. Mampu melaksanakan askek pada ibu hamil
2. Mampu melaksanakan askek pada *infant*
3. Mampu melaksanakan askek pada *toddler*
4. Mampu melaksanakan askek pada *pre school*
5. Mampu melaksanakan askek pada usia sekolah
6. Mampu melaksanakan askek pada remaja
7. Mampu melaksanakan askek pada dewasa awal
8. Mampu melaksanakan askek pada dewasa
9. Mampu melaksanakan askek pada lansia

Uraian Materi

Dengan memahami pengertian, pembaca diberi pemahaman tentang tahapan yang sedang dibacanya. Selanjutnya pembaca memahami hal-hal apa yang dapat dikaji, menetapkan diagnosis keperawatan, merancang intervensi keperawatan dan melakukan implementasi serta melakukan evaluasi apa yang dapat dicapai individu pada tahapan tersebut

A. Menguraikan Tentang Asuhan Keperawatan Pada Ibu Hamil

1. Pengertian

Stimulasi prenatal adalah suatu proses untuk mendorong proses pembelajaran pada janin sehingga mengoptimalkan perkembangan fisik, sensoris dan mental pada janin melalui stimulasi eksternal. Stimulasi suara, sentuhan, dan cahaya pada janin dapat dilakukan secara rutin. Sistem pendengaran janin sudah dapat merespon bunyi sejak usia sekitar 25 minggu.

2. Pengkajian

- a. Apakah bayi merupakan anak yang diharapkan
- b. Berapa jarak kelahiran sebelumnya
- c. Apakah ibu mengalami penyakit infeksi
- d. Apakah ibu mengalami stress, cemas, depresi selama kehamilan
- e. Kesiapan fisik dan mental ibu selama kehamilan

3. Diagnosis Keperawatan

Kesiapan peningkatan menjadi orangtua

4. Intervensi

- a. Jelaskan perubahan fisik dan psikologis pada masa kehamilan
- b. Jelaskan tentang perkembangan janin dalam kandungan
- c. Jelaskan adaptasi sibling
- d. Anjurkan melakukan stimulasi pada janin melalui suara, sentuhan, dan cahaya yang didekatkan ke perut ibu secara berulang (mendengar musik klasik, menyentuh perut ibu, memberi cahaya ke arah perut)
- e. Anjurkan ibu untuk menerima kehamilannya dan merawat janin dengan baik
- f. Anjurkan ibu untuk tidak mengalami stres dan segera menurunkan kecemasan

5. Implementasi

Lakukan implementasi sesuai intervensi

6. Evaluasi

Lakukan penilaian hal-hal apa yang dapat dicapai individu pada tahap ini.

Bila belum dapat dicapai, kaji kembali apa yang menyebabkan hal tersebut belum dapat dicapai

B. Menguraikan Asuhan Keperawatan Pada *Infant (Basic Trust vs Miss Trust)*

1. Pengertian

Masa *infant* merupakan masa bayi atau bayi baru lahir, umumnya bayi berusia di bawah 1 (satu) tahun. Masa ini adalah masa emas dimana bayi mengalami perkembangan yang pesat.

2. Pengkajian

Menurut Sigmund Freud, masa ini merupakan masa oral dimana bayi mengenal diri dan lingkungannya melalui oral. Bayi berkomunikasi dan menyampaikan apa yang dirasakan melalui kegiatan di sekitar mulutnya. Perkembangan intelektual/keterampilan verbal dapat dilihat dengan memperhatikan saat bayi mengoceh, menengok ke arah sumber suara, tertawa gembira. *Centers for Disease Control and Prevention*, menyatakan bahwa bayi akan belajar memfokuskan penglihatannya. Selanjutnya mulai meraih barang-barang, mengeksplorasi, dan mempelajari hal-hal yang ada di sekitarnya.

Pada perkembangan kognitif atau perkembangan otak, bayi secara perlahan dan bertahap belajar memproses memori dan bahasa, dimulai dengan mengeluarkan kata-kata tanpa makna berkembang menjadi kata-kata bermakna seperti "ma-ma", "pa-pa" dan "da-da". Bayi juga mulai mengembangkan proses berpikir dan bernalar. Bayi secara aktif mendengar dan mencerna ucapan orang-orang di sekitarnya, dan mulai menurun. Seiring dengan perkembangan kognitif, bayi juga mengembangkan emosinya dan mulai tidak mempercayai. Bayi mulai membangun cinta dan kepercayaan kepada orang tua serta orang terdekat yang dikenalnya.

Bayi akan menampilkan perilaku normal seperti :

- a. Menangis ketika ditinggalkan oleh ibunya
- b. Menangis saat basah, lapar, haus, dingin, panas, sakit

- c. Menolak atau menangis saat digendong oleh orang yang tidak dikenal
 - d. Segera terdiam saat digendong, dipeluk atau dibuai
 - e. Saat menangis mudah dibujuk untuk diam kembali
 - f. Menyembunyikan wajah dan tidak langsung menangis saat bertemu dengan orang yang tidak dikenalnya
 - g. Mendengarkan musik atau bernyanyi dengan senang
 - h. Menoleh mencari sumber suara saat namanya dipanggil
 - i. Saat diajak bermain memperlihatkan wajah senang
 - j. Saat diberikan mainan meraih mainan atau mendorong dan membantingnya
3. Diagnosis Keperawatan :
- Kesiapan peningkatan perkembangan *infant*
4. Intervensi Keperawatan
- a. Berbicara dengan bayi karena suara ibu atau orang yang dikenal terdengar menenangkan
 - b. Panggil bayi dengan namanya
 - c. Segera menggendong, memeluk dan membuaibayi saat bayi menangis
 - d. Penuhi kebutuhan dasar bayi (lapar, haus, basah, sakit)
 - e. Beri rasa anam dan nyaman pada bayi
 - f. Beri respon setiap kali bayi membuat suara, dengan mengulang ucapan bayi atau mengucapkan kata-kata sederhana, hal ini stimulasi bayi dalam mempelajari bahasa
 - g. Bacakan buku untuk bayi yang bermanfaat guna mengembangkan kemampuan bayi dalam memahami bahasa dan suara
 - h. Bernyanyi atau memainkan musik untuk bayi yang bertujuan membantu bayi menyukai musik dan berdampak positif bagi perkembangan otaknya
 - i. Puji bayi dan berikan perhatian, kehangatan serta cinta, hindari pemberian stigma
 - j. Habiskan waktu dengan berpelukan atau *cuddle*, bertujuan untuk menciptakan perasaan aman bagi bayi
 - k. Bermain dengan bayi di waktu santai. Jika bayi mulai menunjukkan tanda kelelahan dan mulai rewel, beri waktu istirahat sejenak

- I. Ketika bayi mulai mengeksplorasi dan ingin menyentuh benda berbahaya, alihkan perhatiannya dengan mainan lalu pindahkan bayi ke tempat yang aman.
 - m. Orangtua maupun pengasuh hendaknya menjaga diri untuk tidak emosional karena mengasuh bayi merupakan pekerjaan yang tidak mudah, tidak boleh melampiaskan kekesalan pada bayi. Usahakan emosi selalu dalam kondisi prima agar bayi menerima kasih sayang sepenuhnya.
 - n. Sepanjang masa emas ini, bayi harus didampingi dan dididik dengan cara yang benar agar proses perkembangan berlangsung secara optimal. Kasih sayang dan kehangatan sangat diperlukan oleh bayi terutama yang diperoleh dari ibunya
5. Implementasi
Lakukan implementasi sesuai intervensi
 6. Evaluasi
Lakukan penilaian hal-hal apa yang dapat dicapai individu pada tahap ini. Bila belum dapat dicapai, kaji kembali apa yang menyebabkan hal tersebut belum dapat dicapai

C. Menguraikan Asuhan Keperawatan Pada Toddler (Otonomi vs Rasa Malu)

1. Pengertian
Anak usia *toddler atau* batita adalah anak yang berusia 12 – 36 bulan (1 – 3 tahun). Masa ini merupakan salah satu masa penting dalam kehidupan anak. Pada tahap ini semua aspek perkembangan berjalan dengan cepat dan anak berusaha mencari tahu bagaimana sesuatu bekerja dan bagaimana mengontrol orang lain melalui kemarahan, penolakan, dan tindakan keras kepala. Anak mengalami perkembangan pesat dalam berbagai aspek, termasuk motorik, kognitif, sosial, dan emosional.

2. Pengkajian
Kaji pencapaian 8 aspek perkembangan yaitu perkembangan kognitif, bahasa, komunikasi, emosi, moral, spiritual, psikososial, fisik (motorik halus dan motorik kasar).
 - a. Perkembangan kognitif :
Anak mulai mempunyai kemampuan berpikir, memahami, dan memecahkan masalah dan menunjukkan minat yang besar terhadap

lingkungan sekitarnya. Anak akan banyak bertanya dan mulai mengamati bagaimana sesuatu dapat bekerja. Stimulasi perkembangan diperlukan agar anak memiliki kemampuan akademis yang akan dipelajari di kemudian hari.

b. Perkembangan sosial dan emosional

Pada tahap ini, anak mulai belajar tentang emosi dan bagaimana mengekspresikannya. Seiring dengan hal tersebut, anak mulai memahami konsep berbagi dan bergantian, dan ini memerlukan bimbingan dari orang dewasa yang bijak. Anak juga mulai mengembangkan hubungan sosial dengan teman sebaya, yang nantinya berguna dalam membentuk keterampilan sosial mereka di masa depan.

c. Perkembangan motorik

Pada tahap *toddler*, anak mulai menunjukkan kemampuan motorik halus dan kasar. Motorik kasar meliputi kemampuan untuk berjalan, berlari, dan melompat. Sedangkan motorik halus melibatkan keterampilan seperti memegang benda kecil, menggambar, dan menggunakan alat makan. Perkembangan motorik ini penting karena mempengaruhi kemandirian anak dalam melakukan aktivitas sehari-hari.

d. Perilaku anak :

- 1) Anak mengenal namanya dan berespon ketika dipanggil
- 2) Anak bertanya segala hal yang baru atau asing baginya
- 3) Anak melakukan kegiatannya sendiri dan tidak mau dibantu
- 4) Anak sering mengatakan "tidak" atau "jangan"
- 5) Anak mulai bergaul dengan orang lain dan mulai mau berpisah dengan orangtua
- 6) Anak mulai belajar untuk mengikuti kegiatan keagamaan
- 7) Rasa malu terjadi jika anak secara jelas menyadari dirinya meakukan perilaku negatif
- 8) Keraguan anak akan berkembang jika orang tua secara jelas membuat anak malu/ memermalukan anak di hadapan orang lain, orang tua hendaknya bersikap bijaksana

3. Diagnosis Keperawatan :
Kesiapan peningkatan perkembangan *Toddler*
4. Intervensi Keperawatan
 - a. Berikan mainan sesuai usia dan tahap perkembangan anak
 - b. Melatih dan membimbing anak untuk melakukan kegiatan secara mandiri
 - c. Berikan pujian pada keberhasilan yang dilakukan anak
 - d. Tidak menggunakan kalimat perintah tetapi memberikan alternatif pilihan
 - e. Tidak melampiaskan kemarahan atau kekesalan dalam bentuk penganiayaan fisik pada anak
 - f. Libatkan anak dalam kegiatan keagamaan dalam keluarga
 - g. Hindari suasana yang dapat membuat anak merasa tidak aman (menakut-nakuti, membuat terkejut, kalimat negatif, mencela)
 - h. Bila anak mengamuk, lindungi anak dari bahaya cidera, terjatuh, terluka
 - i. Bimbing anak untuk BAK/BAB di toilet (*toilet training*)
 - 1) Jelaskan perlunya kesempatan bagi anak untuk mengamati proses *toileting*
 - 2) Kenalkan pada anak peralatan dan proses latihan *toileting*
 - 3) Beri pujian atas keberhasilan anak
 - 4) Identifikasi kesiapan anak untuk berkemih secara mandiri
5. Implementasi
Lakukan implementasi sesuai intervensi
6. Evaluasi
Lakukan penilaian hal-hal apa yang dapat dicapai individu pada tahap ini. Bila belum dapat dicapai, kaji kembali apa yang menyebabkan hal tersebut belum dapat dicapai

D. Menguraikan Asuhan Keperawatan Pada *Pre School* (Inisiatif vs Rasa Bersalah)

1. Pengertian
Usia prasekolah disebut juga masa emas (golden age) karena pada usia ini anak mengalami perkembangan yang sangat cepat di berbagai aspek. Tahap perkembangan anak berada pada usia 3-6 tahun dimana anak akan belajar berinteraksi dengan orang lain, berfantasi dan berinisiatif, pengenalan identitas kelamin, dan meniru.

2. Pengkajian

a. Perkembangan kognitif

Kognitif yang dikenal dengan ecerdasan atau berpikir. Memiliki pengertian yang luas bukan hanya berpikir dan mengamati, melainkan tingkah laku-tingkah laku yang mengakibatkan seseorang memperoleh pengetahuan atau menggunakan pengetahuan yang dimilikinya. Anak berkemampuan untuk mengkoordinasikan berbagai cara berpikir untuk menyelesaikan berbagai masalah dapat dipergunakan sebagai tolok ukur pertumbuhan kecerdasan. Perkembangan kognitif dinyatakan dengan pertumbuhan kemampuan merancang, mengingat dan mencari penyelesaian masalah yang dihadapi

b. Perkembangan bahasa

Pada tahap ini produk bahasa anak meningkat dalam kuantitas, keluasan dan kerumitannya. Bahasa dipahami sebagai sistem tatabahasa yang rumit dan bersifat semantik. Anak menunjukkan kemampuan untuk memahami dan berperilaku terhadap komunikasi yang ditujukan kepada anak tersebut. Selain itu, anak akan berbicara dengan dirinya sendiri ketika berkhayal, menyelesaikan masalah, dan menyerasikan gerakan mereka. Anak prasekolah biasanya telah mampu mengembangkan keterampilan bicara melalui percakapan yang dapat memikat orang lain. Anak dapat menggunakan bahasa dengan berbagai cara, antara lain dengan bertanya, melakukan dialog dan menyanyi.

c. Perkembangan emosi dan sosial

Perkembangan emosi berhubungan dengan seluruh aspek perkembangan anak. Setiap anak akan mempunyai emosi rasa senang, marah, jengkel dalam menghadapi lingkungannya sehari-hari. Pemahaman terhadap lingkungan dan daya khayalnya mempengaruhi perkembangan wawasan sosial anak. Anak perlu dibantu dalam menjalin hubungan dengan lingkungannya agar anak secara emosional dapat menyesuaikan diri, menemukan kepuasan dalam hidupnya, dan sehat secara fisik dan mental. Kepribadian orang yang terdekat turut mempengaruhi perkembangan anak, baik sosial maupun emosional. Anak mulai mengembangkan hubungan persahabatan dengan teman sebayanya.

Perkembangan sosial adalah perkembangan tingkah laku anak yang diperoleh dari proses kematangan dan hal-hal yang dipelajari dalam menyesuaikan diri dengan aturan-aturan yang berlaku di dalam masyarakat di mana anak berada.

d. Perilaku anak :

- 1) Psikososial dan kognitif mengalami peningkatan
 - 2) Identifikasi pemahaman sibling tentang kondisi saudaranya
 - 3) Eksplorasi pemisahan emosional
 - 4) Sadari bahwa anak dapat melakukan sesuatu
 - 5) Bersosialisasi dengan orang disekitarnya
 - 6) Memiliki satu atau dua teman dekat
 - 7) Cenderung mengekspresikan emosinya secara bebas dan terbuka
- Perkembangan anak dipengaruhi oleh faktor genetik dan lingkungan. Pada usia ini anak belum bersekolah secara formal, tetapi mereka belajar dengan berbagai macam stimulasi atau rangsang dengan cara bermain dan memperhatikan lingkungan

3. Diagnosis Keperawatan :

Kesiapan peningkatan perkembangan *Preschool*

4. Intervensi Keperawatan

- a. Penuhi kebutuhan fisik yang optimal
- b. Kembangkan keterampilan motorik kasar dan halus
- c. Kembangkan keterampilan berbahasa melalui percakapan yang intens
- d. Kembangkan keterampilan adaptasi psikososial
- e. Bentuk identitas dan peran sesuai jenis kelamin melalui bermain peran
- f. Kembangkan kecerdasan dengan memberikan mainan sesuai usianya
- g. Kembangkan nilai-nilai moral melalui cara berperilaku dan mengenal aturan
- h. Tingkatkan peran serta keluarga dalam pertumbuhan dan perkembangan anak
- i. Monitoring respon sibling terhadap kesulitan adaptasi dengan kondisi saudaranya
- j. Motivasi orang tua berbicara pada sibling tentang kondisi saudaranya
- k. Fasilitasi komunikasi antara sibling dengan saudaranya
- l. Fasilitasi sibling untuk melihat perbedaan dan kesamaan antara dirinya dengan saudaranya
- m. Bila pujian jika anak telah bersabar, berkorban atau telah membantu

5. Implementasi

Lakukan implementasi sesuai intervensi

6. Evaluasi

Lakukan penilaian hal-hal apa yang dapat dicapai individu pada tahap ini. Bila belum dapat dicapai, kaji kembali apa yang menyebabkan hal tersebut belum dapat dicapai

E. Menguraikan Asuhan Keperawatan Pada Usia Sekolah (Produktifitas vs Inferiority)

1. Pengertian

Menurut para ahli, anak usia sekolah dasar adalah anak yang berusia antara 6–12 tahun. Periode ini juga dikenal sebagai periode intelektual.

Masa sekolah dasar merupakan masa di mana anak memperoleh dasar-dasar pengetahuan dan keterampilan tertentu. Masa ini juga merupakan masa di mana terjadi perubahan yang bervariasi pada pertumbuhan dan perkembangan anak. Selanjutnya perubahan ini akan memengaruhi pembentukan karakteristik dan kepribadian anak.

2. Pengkajian

Lakukan pengkajian lebih lanjut dari pencapaian 8 aspek perkembangan sebelumnya. Identifikasi peran gender dan peran anak dalam keluarga yang sudah dapat dipahami dan dilakukan anak

Perilaku anak :

- a. Aktif dan tidak bergantung pada orang tua
- b. Kemampuan fisik yang lebih kuat
- c. Senang bermain dan bergerak
- d. Senang bekerja dalam kelompok dan memiliki teman akrab
- e. Senang merasakan, melakukan, atau memperagakan sesuatu secara langsung
- f. Mampu bekerja dan mendapat keterampilan dewasa, belajar menguasai dan menyelesaikan tugasnya, produktif belajar, kenikmatan dalam berkompetisi kerja dan merasakan bangga dalam keberhasilan melakukan sesuatu yang baik
- g. Dapat membedakan sesuatu yang baik dan yang tidak baik serta dampaknya
- h. Mampu menyelesaikan tugas dari sekolah/rumah
- i. Punya rasa bersaing, contohnya ingin lebih pandai dari teman

- j. Mulai mengerti nilai mata uang dan satuannya
 - k. Mampu menyelesaikan pekerjaan rumah tangga sederhana
 - l. Miliki hobby tertentu,
3. Diagnosis Keperawatan :
Kesiapan peningkatan perkembangan usia sekolah
 4. Intervensi Keperawatan
 - a. Fasilitasi pemenuhan kebutuhan fisik yang optimal
 - b. Kembangkan keterampilan motorik kasar dan halus
 - c. Kembangkan keterampilan adaptasi psikososial
 - d. Kembangkan kecerdasan melalui kegiatan-kegiatan positif
 - e. Kembangkan nilai-nilai moral dan keagamaan
 - f. Fasilitasi hubungan anak dengan teman sebaya
 - g. Dukung anak mengekspresikan diri melalui penghargaan positif
 - h. Dukung anak dalam bermimpi dan berfantasi sewajarnya
 - i. Dukung partisipasi anak di sekolah
 - j. Berikan mainan yang sesuai dengan usia anak
 - k. Bernyanyi bersama anak dengan lagu-lagu yang disukai anak
 - l. Bacakan cerita untuk anak
 5. Implementasi
Lakukan implementasi sesuai intervensi
 6. Evaluasi
Lakukan penilaian hal-hal apa yang dapat dicapai individu pada tahap ini.
Bila belum dapat dicapai, kaji kembali apa yang menyebabkan hal tersebut belum dapat dicapai

F. Menguraikan Asuhan Keperawatan Pada Remaja (*Identity Vs Role Diffusion*)

1. Pengertian
Menurut Kementerian Kesehatan, remaja adalah penduduk yang berusia antara 10–18 tahun. Masa remaja merupakan fase kehidupan yang unik dan penting untuk meletakkan dasar-dasar kesehatan yang baik. Pada masa remaja, anak akan mengalami masa pubertas dan mengalami pertumbuhan fisik, kognitif, dan psikososial yang pesat.
Gambaran ideal yang diidentifikasi oleh remaja adalah orang dewasa yang berwibawa dan simpatik, orang terkenal, dan hal ideal lain yang diciptakannya

2. Pengkajian
 - a. Mau/tidak menceritakan masalahnya
 - b. Ada/tidak riwayat kehilangan, atau kegagalan sekolah
 - c. Ada/tidak riwayat kekerasan dalam keluarga
 - d. Bersemangat dalam bersekolah
 - e. Punya rasa optimis dalam melakukan sesuatu
 - f. Senang beraktivitas dan mengikuti perlombaan
 - g. Punya cita-cita dan memandang diri positif
 - h. Sadar akan identitas dirinya
 - i. Menjalankan perannya sebagai anak dan pelajar dengan baik
 - j. Sadari dan terima perubahan tubuhnya
 - k. Dapat dukungan dari teman sebaya dan mau bergaul
 - l. Berinisiatif, kreatif dan memiliki ide-ide yang bermanfaat
 - m. Nilai diri secara objektif, kelebihan dan kekurangan dirinya
 - n. Punya teman curhat
 - o. Ikut kegiatan rutin (olah raga, seni, pramuka, pengajian, bela diri)
 - p. Bertanggung jawab dan mampu mengambil keputusan tanpa tergantung pada orang tua
 - q. Tidak menjadi pelaku tindak antisosial dan tindak asusila
 - r. Tidak menuntut orang tua secara paksa untuk memenuhi keinginan yang berlebihan dan negatif
 - s. Berperilaku santun, menghormati orang tua, guru dan bersikap baik pada teman
 - t. Punya prestasi yang berarti dalam hidup
3. Diagnosis Keperawatan :
Kesiapan peningkatan perkembangan remaja
4. Intervensi Keperawatan
 - a. Siapkan remaja menjadi orang dewasa yang sehat, cerdas, berkualitas, dan produktif
 - b. Bantu remaja berperan serta dalam menjaga, mempertahankan, dan meningkatkan kesehatan dirinya
 - c. Bantu mencapai identitas diri meliputi peran, tujuan pribadi, keunikan dan ciri khas diri, bila tidak tercapai maka remaja akan mengalami kebingungan peran yang berdampak pada rapuhnya kepribadian sehingga akan terjadi gangguan konsep diri
 - d. Fasilitasi remaja untuk mengikuti kegiatan yang positif dan bermanfaat

- e. Tidak membatasi atau terlalu mengekang remaja melainkan membimbingnya
 - f. Ciptakan suasana rumah yang nyaman untuk pengembangan bakat, minat dan kepribadian diri
 - g. Sediakan waktu untuk diskusi, mendengarkan keluhan, harapan dan cita-cita remaja
 - h. Tidak menganggap remaja sebagai junior yang tidak memiliki kemampuan apapun
 - i. Ajarkan cara merawat diri dan berpenampilan yang baik
 - j. Dukung dalam olahraga yang aman dan teratur
 - k. Fasilitasi kemampuan membuat keputusan
 - l. Dukung keterampilan berkomunikasi dan bersikap asertif
 - m. Fasilitasi rasa tanggungjawab pada diri sendiri dan orang lain
 - n. Dukung respon anti kekerasan dalam menyelesaikan konflik
 - o. Dukung perkembangan dan pertahankan hubungan sosial
5. Implementasi
- Lakukan implementasi sesuai intervensi
6. Evaluasi
- Lakukan penilaian hal-hal apa yang dapat dicapai individu pada tahap ini. Bila belum dapat dicapai, kaji kembali apa yang menyebabkan hal tersebut belum dapat dicapai

G. Menguraikan Asuhan Keperawatan Pada Dewasa Awal

1. Pengertian

Dewasa awal atau dewasa muda merupakan masa peralihan dari masa remaja menuju masa dewasa. Masa ini berlangsung pada usia 20–40 tahun. Tahap dewasa awal merupakan masa yang dinamis karena banyak perubahan yang terjadi pada diri seseorang, baik secara fisik, kognitif, maupun psikologis dan emosional. Dewasa awal merupakan masa permulaan dimana seseorang mulai menjalin hubungan secara intim dengan lawan jenisnya
2. Pengkajian
 - a. Mau/tidak menceritakan masalahnya pada orang terdekat
 - b. Ada/tidak riwayat kegagalan dan kekerasan dalam keluarga
 - c. Bersemangat dalam menjalankan usahanya
 - d. Optimis dalam melakukan sesuatu

- e. Senang beraktivitas atau melakukan kegiatan
- f. Mandiri dan tidak bergantung pada orang lain
- g. Punya tujuan hidup yang jelas
- h. Jalin interaksi yang hangat dan akrab dengan orang lain
- i. Punya hubungan dekat dengan orang-orang tertentu
- j. Bentuk keluarga baru
- k. Punya komitmen yang jelas dalam bekerja dan berinteraksi
- l. Mampu mandiri karena sudah bekerja
- m. Bertanggungjawab secara ekonomi, sosial dan emosional
- n. Punya konsep diri yang realistik
- o. Suka pada diri sendiri dan mengetahui tujuan hidup
- p. Berinteraksi baik dengan keluarga
- q. Mampu mengatasi stres akibat perubahan dirinya
- r. Tahu kehidupan sosialnya bermakna
- s. Punya nilai yang menjadi pedoman hidupnya

3. Diagnosis Keperawatan :

Kesiapan peningkatan perkembangan dewasa awal

4. Intervensi Keperawatan

- a. Suaikan diri dengan pola kehidupan baru dan harapan sosial baru
- b. Tata diri sebelum masuk ke tahap selanjutnya (dewasa madya)
- c. Mampu menghadapi tugas perkembangan dan masalah yang datang silih berganti
- d. Butuhkan pembinaan untuk mengarahkan dan membimbingnya
- e. Butuhkan kebutuhan kerohanian yang biasanya dipenuhi dengan berdoa dan ikut terlibat dalam kegiatan keagamaan
- f. Pemikiran pada masa dewasa cenderung fleksibel, terbuka, adaptif, dan individualistik
- g. Identifikasi persepsi tentang masalah kesehatan
- h. Kembangkan dan monitor pelaksanaan tanggungjawab
- i. Tingkatkan rasa tanggung jawab atas perilakunya
- j. Berikan penguatan positif jika melaksanakan tanggungjawab
- k. Diskusikan konsekuensi bila tidak melakukan tanggungjawab

5. Implementasi

Lakukan implementasi sesuai intervensi

6. Evaluasi

Lakukan penilaian hal-hal apa yang dapat dicapai individu pada tahap ini. Bila belum dapat dicapai, kaji kembali apa yang menyebabkan hal tersebut belum dapat dicapai

H. Menguraikan Asuhan Keperawatan Pada Dewasa (*Generativity Vs Self-Absorption and Stagnation*)

1. Pengertian

Masa dewasa adalah tahap akhir dalam perkembangan manusia, yang ditandai dengan berbagai kemunduran fungsi diri, baik secara fisiologis, psikologis, sosial, maupun ekonomi. Usia pada tahap ini berkisar antara 30 – 60 tahun. Masa ini ditandai dengan penurunan fungsi fisik dan psikis, melemahnya sistem otak, dan rentan terhadap penyakit

2. Pengkajian

- a. Mau/tidak menceritakan masalahnya pada orang terdekat
- b. Ada/tidak riwayat kehilangan orang terdekat
- c. Ada/tidak riwayat kegagalan dalam usaha/pekerjaan/rumah tangga
- d. Ada/tidak riwayat kekerasan dalam rumah tangga
- e. Ada/tidak semangat dalam menjalankan kegiatan sehari-hari
- f. Senang beraktivitas dan mandiri

3. Diagnosis Keperawatan :

Kesiapan peningkatan perkembangan dewasa

4. Intervensi Keperawatan

- a. Terima perubahan fisik dan psikologis yang terjadi
- b. Kembangkan minat dan hobby
- c. Punya pegangan spiritual yang dianut
- d. Ciptakan kepuasan dalam keluarga
- e. Bina kehidupan rutin yang menyenangkan
- f. Mampu menghadapi kehilangan pasangan
- g. Lakukan hubungan dengan anak-anak dan cucu-cucu
- h. Temukan arti hidup dengan nilai moral yang tinggi
- i. Nilai pencapaian hidup yang telah diperoleh
- j. Rasa nyaman dengan pasangan hidup
- k. Bimbing dan siapkan generasi di bawah usianya secara arif dan bijaksana
- l. Suaikan diri dengan orang tua yang sudah lansia

- m. Suaikan diri dengan penghasilan sebagai pensiunan
 - n. Kreatif : mempunyai inisiatif dan ide-ide melakukan sesuatu yang bermanfaat
 - o. Produktif : mampu menghasilkan sesuatu yang berarti bagi dirinya dan orang lain, mengisi waktu luang dengan hal yang positif dan bermanfaat
 - p. Perhatian dan peduli dengan orang lain : memperhatikan kebutuhan orang lain.
5. Implementasi
- Lakukan implementasi sesuai intervensi
6. Evaluasi
- Lakukan penilaian hal-hal apa yang dapat dicapai individu pada tahap ini. Bila belum dapat dicapai, kaji kembali apa yang menyebabkan hal tersebut belum dapat dicapai

I. Menguraikan Asuhan Keperawatan Pada Lansia (Integritas vs Putus Asa)

1. Pengertian

Menurut Kementerian Kesehatan, lansia adalah orang yang berusia 60 tahun ke atas.

Badan Pusat Statistik (BPS) mengelompokkan lansia menjadi tiga kelompok umur, yaitu: lansia muda : yaitu kelompok umur 60–69 tahun, lansia madya, yaitu kelompok umur 70–79 tahun dan lansia tua, yaitu kelompok umur 80 tahun ke atas.

Upaya kesehatan lanjut usia dilakukan untuk menjaga agar lansia tetap hidup sehat, berkualitas, dan produktif.
2. Pengkajian
 - a. Ada/tidak riwayat kehilangan
 - b. Ada/tidak riwayat kegagalan
 - c. Memandang suatu hal secara keseluruhan
 - d. Menerima nilai dan keunikan orang lain
 - e. Identifikasi harapan pasien dan keluarga
 - f. Menerima datangnya kematian
 - g. Menilai kehidupannya selama ini mempunyai arti
 - h. Memiliki harga diri tinggi
 - i. Perkembangan psikososial lanjut usia adalah tercapainya integritas diri yang utuh

- j. Pemahaman terhadap makna hidup secara keseluruhan membuat lansia berusaha menuntun generasi berikutnya (anak dan cucunya) berdasarkan sudut pandangnya
 - k. Lansia yang tidak mencapai integritas diri akan merasa putus asa dan menyesali masa lalunya karena tidak merasakan hidupnya bermakna
3. Diagnosis Keperawatan :
- Kesiapan peningkatan perkembangan Lansia
4. Intervensi Keperawatan
- a. Pertahankan kesabaran dan kejujuran dalam mengembangkan hubungan
 - b. Beri umpan balik positif terhadap aktivitas yang dilakukan
 - c. Motivasi untuk terlibat dalam kegiatan sosial dan bermasyarakat
 - d. Motivasi untuk mempertahankan komunikasi verbal
 - e. Diskusikan perencanaan kegiatan yang akan datang
 - f. Anjurkan untuk berbagi masalah dengan orang lain
 - g. Anjurkan untuk menghormati hak orang lain
 - h. Anjurkan untuk mengekspresikan kemarahan secara tepat
 - i. Pandu untuk mengingat kembali kenangan yang menyenangkan
 - j. Latih cara mengenang dan menikmati masa lalu
 - k. Siapkan diri untuk ditinggalkan anak yang telah mandiri
 - l. Ciptakan lingkungan untuk melakukan kegiatan spiritual
 - m. Anjurkan mempertahankan hubungan dengan orang-orang terdekat
 - n. Latih menyusun tujuan yang sesuai dengan harapan
 - o. Perlakukan lansia dengan bermartabat dan terhormat
 - p. Tunjukkan keterbukaan, empati dan kesediaan mendengarkan keluhan lansia
 - q. Motivasi meninjau kehidupan masa lalu dan fokus pada hal yang memberikan kekuatan spiritual
 - r. Berikan privasi dan waktu tenang untuk melakukan aktivitas spiritual
 - s. Motivasi partisipasi dalam kelompok pendukung terutama dari teman sebaya
5. Implementasi
- Lakukan implementasi sesuai intervensi

6. Evaluasi

Lakukan penilaian hal-hal apa yang dapat dicapai individu pada tahap ini. Bila belum dapat dicapai, kaji kembali apa yang menyebabkan hal tersebut belum dapat dicapai

J. Latihan

Jawablah soal-soal dibawah ini dengan memilih option jawaban yang tepat

1. Menurut Sigmund Freud, pada masa infant bayi mengenal dirinya melalui orientasi:
 - A. Oral
 - B. Anal
 - C. Genital
 - D. Tangan
 - E. Mata dan telinga

2. Pada tahap toddler, apabila anak tidak terpenuhi keinginannya akan menangis dan mengamuk. Apa yang dapat dilakukan?
 - A. Membiarkan anak tetap menangis
 - B. Membujuk anak untuk berhenti menangis
 - C. Memenuhi keinginan anak dengan segera
 - D. Menjauhkan anak dari benda yang berbahaya
 - E. Menjelaskan pada anak bahwa keinginannya belum dapat dipenuhi

3. Pada masa ini, anak menampilkan perilaku berbicara dengan dirinya sendiri ketika berkhayal, menyelesaikan masalah, dan menyerasikan gerakannya. Pada tahap apakah?
 - A. Infant
 - B. Toddler
 - C. *Pre school*
 - D. School
 - E. Remaja

4. Berperilaku santun, menghormati orang tua, guru dan bersikap baik pada teman, adalah perilaku yang ditampilkan oleh :
 - A. Infant
 - B. Toddler

- C. *Pre school*
- D. School
- E. Remaja
5. Pada masa lansia terjadi perubahan-perubahan pada setiap aspek kehidupannya. Anjuran apa yang diberikan untuk aspek spiritual?
- A. Bersosialisasi dalam kelompok masyarakat
 - B. Kenang masa lalu yang menyenangkan
 - C. Latihan olahraga ringan setiap hari
 - D. Tingkatkan kegiatan kerohanian
 - E. Punya teman untuk curhat

Jawaban soal

- 1. A
- 2. D
- 3. C
- 4. E
- 5. D

K. Rangkuman Materi

Perkembangan manusia berlangsung sepanjang rentan kehidupan, diawali dari tahap bayi sampai dengan tahap lansia. Setiap tahap kehidupan yang dilalui memiliki ciri perkembangan tertentu, dan setiap tahap harus dapat dilalui dengan baik dan tuntas. Periode emas pada tahap kehidupan manusia berada pada tahap bayi sampai dengan tahap pra sekolah. Pada tahap ini perkembangan harus dikawal dengan baik karena tahap ini merupakan tahap dasar bagi perkembangan selanjutnya dan proses pembentukan kepribadian individu yang bersangkutan.

Khusus untuk perkembangan tahap remaja, perlu adanya bimbingan dan pengawasan dari orangtua karena remaja lebih cenderung mengikuti apakah kelompoknya ketimbang apa yang dikatakan orangtuanya. Tahap selanjutnya adalah masa dewasa yang diawali dengan dewasa awal dan berakhir pada tahap dewasa akhir. Individu di taha ini, sudah dapat mengambil keputusan dengan tegas, tahu mana yang boleh dilakukan dan tidak boleh dilakukan serta mulai mempersiapkan diri untuk membina suatu rumah tangga.

Bagian terakhir dari rangkaian perkembangan manusia adalah masa lansia. Pada tahap ini, lansia siap untuk menerima kehilangan yang dialami, kemunduran pada kondisi fisik, psikologis, dan sosialnya. Lansia tetap dilatih untuk menolong dirinya sendiri serta mandiri, meningkatkan kegiatan spiritual dan mencari makna hidup melalui kegiatan-kegiatan yang masih dapat dilakukannya.

L. Glosarium

- Askek : asuhan keperawatan
- Infant : bayi
- Batita : bawah tiga tahun
- Pre school : pra sekolah
- Vs : versus
- Kognitif : pengetahuan
- Lansia : lanjut usia

Daftar Pustaka

- Kumparan. 2024 Memahami Arti Infant, Usia Emas dalam Tumbuh Kembang Bayi <https://kumparan.com/berita-hari-ini/memahami-arti-infant-usia-emas-dalam-tumbuh-kembang-bayi-22HdSKoxBTT/full>. Diakses September 2024.
- Makarim, FR. 2024. Mengenal Masa Toddler, Ciri-Ciri dan Indikator Perkembangannya. <https://www.halodoc.com/artikel/mengenal-masa-toddler-ciri-ciri-dan-indikator-perkembangannya>. Diakses September 2024.
- Mustofa, B. 2023. 6 masa perkembangan anak usia dini. <https://dinsos.kulonprogokab.go.id/detil/727/tahap-perkembangan-anak-prasekolah>. Diakses September 2024. Diakses September 2024.
- Persatuan Perawat Nasional Indonesia. 2018. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Definisi dan Tindakan Keperawatan. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Pasma, EN, dkk. 2021. Tingkat Pertumbuhan dan Perkembangan Anak Usia Toddler di Paud Santa Maria Monica Bekasi Timur. Jurnal Keperawatan Cikini. Vol. 2 No.2.
- Septiani, R, dkk. 2016. Tingkat Perkembangan Anak Prasekolah Usia 3-5 tahun yang mengikuti dan tidak mengikuti Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD). Jurnal Keperawatan Universitas Muhammadiyah Semarang. Vol.4 No.2.

BAB 3

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN GANGGUAN KECEMASAN

Pendahuluan

Kecemasan adalah perasaan was was, khawatir, takut yang tidak jelas, atau tidak nyaman seakan-akan terjadi sesuatu yang mengancam. Kecemasan adalah perasaan tidak nyaman atau khawatir yang samar disertai respons otonom (sumber sering kali tidak spesifik atau tidak diketahui individu) perasaan takut yang disebabkan oleh antisipasi terhadap bahaya. Hal ini merupakan isyarat kewaspadaan yang memperingatkan individu akan adanya bahaya dan memampukan individu untuk bertindak menghadapi ancaman.

Tujuan Instruksional dan Capaian Pembelajaran

Tujuan Instruksional dan Capaian Pembelajaran adalah bagian penting dalam sebuah buku ajar karena mereka menentukan apa yang diharapkan akan dicapai oleh pembelajar setelah menggunakan buku tersebut. Berikut adalah perbedaan antara keduanya:

Tujuan Intruksional:

Setelah mengikuti proses pembelajaran mata ajar keperawatan kesehatan jiwa dan Psikososial diharapkan peserta didik mampu:

1. Menyebutkan Definisi Proses Keperawatan jiwa dan Psikososial
2. Mengidentifikasi pengkajian proses keperawatan jiwa dan Psikososial
3. Menegakkan diagnosis Keperawatan dalam Keperawatan Kesehatan Jiwa dan Psikososial
4. Menentukan Rencana Tindakan keperawatan Kesehatan Jiwa dan Psikososial
5. Melakukan Evaluasi dalam pelaksanaan Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa dan Psikososial

Capaian Pembelajaran:

1. Mampu memahami dan menjelaskan Konsep Ansietas dan Ketidakberdayaan
2. Mampu memahami dan menjelaskan konsep asuhan keperawatan pada klien dengan kecemasan dan ketidakberdayaan
3. Mampu mengaplikasikan dan menerapkan Asuhan Keperawatan Psikososial pada klien dengan kecemasan dan ketidakberdayaan

Uraian Materi

A. Konsep Dasar Kecemasan

1. Definisi

Kecemasan sebagai perasaan distres psikologis (Mohr, 2006). Perasaan cemas, takut, gelisah dan khawatir merupakan respon normal terhadap kejadian yang mengancam. Kecemasan merupakan bagian respon normal terhadap stres dalam rentang sehat, dan tanda bagi seseorang untuk melindungi diri dari situasi yang berbahaya (Carson, 2000; Varcarolis, 2006). Kecemasan dapat berfungsi sebagai alarm individu terhadap ancaman, konflik dan bahaya yang akan terjadi.

Townsend (2009) menjelaskan kecemasan berkaitan dengan perasaan ketidakpastian dan ketidakberdayaan. Kecemasan akan menjadi masalah jika mengganggu perilaku adaptif, menyebabkan gejala fisik dan menjadi berat bagi individu (Varcarolis, 2006). Menurut Carson (2000), kecemasan dalam waktu yang lama dan menyebabkan gejala fisik atau psikologis akan menimbulkan masalah bagi individu yang mengalaminya. Kecemasan berdampak negatif atau menimbulkan permasalahan ketika individu yang mengalami kecemasan tidak mampu mengatasinya sehingga menghambat pemenuhan kebutuhan dasar individu yang bersangkutan.

Kecemasan merupakan salah satu distres psikologis individu. Kecemasan merupakan respon yang umum atau universal dialami oleh individu ketika menghadapi stresor. Kecemasan ringan dapat memotivasi individu untuk berkembang dan produktif. Sebaliknya, individu yang tidak mampu mengatasi kecemasan dapat berdampak kepada masalah fisik dan psikologis. Penting bagi perawat mengatasi masalah keperawatan "kecemasan" klien untuk meningkatkan kesejahteraan psikologis maupun fisik.

Kecemasan adalah perasaan was was, khawatir, takut yang tidak jelas atau tidak nyaman seakan-akan terjadi sesuatu yang mengancam. Kecemasan adalah perasaan tidak nyaman atau khawatir yang samar disertai respons otonom (sumber sering kali tidak spesifik atau tidak diketahui individu); perasaan takut yang disebabkan oleh antisipasi terhadap bahaya. Hal ini merupakan isyarat kewaspadaan yang

memperingatkan individu akan adanya bahaya dan memampukan individu untuk bertindak menghadapi ancaman (NANDA, 2018).

Kecemasan adalah gangguan alam perasaan (afektif) yang ditandai dengan perasaan ketakutan atau kekhawatiran yang mendalam dan berkelanjutan, tidak mengalami gangguan dalam menilai realitas (RTA), kepribadian masih tetap utuh (tidak mengalami keretakan kepribadian/ splitting of personality), perilaku dapat terganggu tetapi masih dalam batas-batas normal (Hawari, 2002 dalam Kotijah et al. 2020)

Kecemasan adalah perasaan was-was, kuatir atau tidak nyaman seakan-akan terjadi sesuatu yang dirasakan sebagai ancaman. Kecemasan berbeda dengan rasa takut. Takut merupakan penilaian intelektual terhadap sesuatu yang berbahaya, sementara kecemasan adalah respons emosional terhadap penilaian tersebut

2. Penyebab Kecemasan

a. Perubahan status kesehatan

Status kesehatan merupakan suatu keadaan kesehatan seseorang dalam rentang sehat-sakit yang bersifat dinamis dan dipengaruhi oleh banyak faktor seperti perkembangan, sosial kultural, pengalaman masa lalu, harapan seseorang tentang dirinya, keturunan, lingkungan, dan pelayanan. Perubahan status kesehatan pada seseorang akan menimbulkan masalah psikologis tersendiri seperti kecemasan.

b. Hospitalisasi

Hospitalisasi merupakan keadaan tertentu yang mengharuskan seorang anak untuk tinggal di rumah sakit, menjalani terapi perawatan sampai pemulangannya ke rumah.

c. Ancaman terhadap kematian

Ancaman terhadap kematian menjadi salah satu faktor penyebab terjadinya gangguan kecemasan pada individu. Ancaman ini bisa terjadi karena adanya penyakit terminal seperti: kanker stadium lanjut, penyakit jantung, dll.

d. Bencana

Bencana dalam hal ini dapat berupa bencana alam dan bencana non alam. Bencana alam merupakan bencana yang diakibatkan oleh peristiwa atau serangkaian peristiwa yang disebabkan oleh alam, seperti gempa bumi, tsunami, banjir, angin topan dan tanah longsor.

Sedangkan bencana non alam merupakan bencana yang diakibatkan oleh peristiwa nonalam yang seperti gagal teknologi, gagal modernisasi, epidemi, dan wabah penyakit

3. Tanda Gejala Kecemasan

Untuk menentukan diagnosa kecemasan, terdapat 2 jenis data yang bisa digunakan yaitu data subyektif dan data obyektif. Berikut tanda gejalanya:

Data Subyektif

Mayor:

1. Mengeluh sakit kepala
2. Mengeluh tidak nafsu makan
3. Merasa lemas dan khawatir

Minor:

1. Mengeluh takut
2. Mengeluh cepat lelah
3. Merasa tidak berdaya

Data Obyektif

Mayor:

1. Gelisah
2. Tampak tegang
3. Sulit tidur dan tidak lelap
4. Gangguan pencernaan

Minor:

1. Gemetar
2. Menangis
3. Aktivitas sehari-hari terbengkalai
4. Sulit konsentrasi

Kondisi terkait Gangguan Kecemasan

- 1) Penyakit fisik: diabetes melitus, stroke, hipertensi, kanker
- 2) Penyakit kronis progresif: kanker
- 3) Penyakit akut
- 4) Postpartum
- 5) Rencana operasi

a. Klasifikasi ansietas

- 1) Ansietas ringan

Berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari dan menyebabkan seseorang menjadi waspada dan meningkatkan lahan persepsi. Ansietas dapat memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan serta kreativitas

- 2) Ansietas sedang

Memungkinkan seseorang untuk memusatkan perhatian pada hal penting dan mengesampingkan yang lain sehingga seseorang

mengalami perhatian yang selektif namun dapat melakukan sesuatu yang lebih terarah

3) Ansietas berat

Ansietas ini sangat mengurangi lahan persepsi seseorang. Seseorang cenderung untuk memusatkan perhatian pada hal kecil saja dan mengabaikan hal lain. Individu tidak mampu berfikir berat lagi dan membutuhkan banyak pengarahan/ tuntutan

4) Panik

Berhubungan dengan terperangah, ketakutan dan teror. Lahan persepsi sudah terganggu sehingga individu tidak dapat mengendalikan diri lagi dan tidak dapat melakukan apa-apa walaupun sudah diberi pengarahan/ tuntutan.

b. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis pengumpulan data dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status Kesehatan pasien. Pada tahap ini perawat mengumpulkan informasi lengkap baik itu primer maupun skunder secara lengkap tentang kondisi fisik, psikologis, yang digunakan dapat menjamin pengumpulan data yang sistematis dan lengkap, diperbaahrunya data, dan terjaganya kerahasiaan dalam pencatatan yang ada, kemudian social dan lingkungan pasien. Metode pengumpulan data dalam pengkajian dapat berupa wawancara, observasi perilaku, pemeriksaan fisik dan mempelajari data penunjang (pengumpulan data yang diperoleh berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium dan uji diagnosis serta mempelajari catatan lain).

Proses terjadinya kecemasan dijelaskan dengan psikodinamika dengan Stuart Stres Adaptasi. Menurut Stuart (2016) Psikodinamika masalah keperawatan dimulai dengan menganalisis faktor predisposisi, presipitasi, penilaian terhadap stresor, sumber coping dan mekanisme coping yang digunakan oleh seorang individu sehingga menghasilkan respon baik yang bersifat konstruktif maupun destruktif dalam rentang adaptif sampai maladaptif.

1) Faktor Predisposisi

Menurut Stuart (2016) faktor predisposisi merupakan faktor risiko atau faktor protektif seseorang yang mempengaruhi individu dalam merespon stresor. Faktor predisposisi ini meliputi biologis, psikososial dan sosial kultural.

a) Biologis

Faktor biologis merupakan faktor yang berhubungan dengan kondisi fisiologis dari individu yang mempengaruhi terjadinya kecemasan. Beberapa teori yang melatarbelakangi cara pandang faktor predisposisi biologis adalah teori genetik dan teori biologi. Teori genetik lebih menekankan pada keterlibatan komponen genetik terhadap berkembangnya perilaku kecemasan. Sedangkan teori biologi lebih melihat struktur fisiologis yang meliputi fungsi saraf, hormon, anatomi, dan kimia saraf.

Genetik dihasilkan dari fakta-fakta tentang komponen genetik yang berkontribusi terhadap perkembangan gangguan kecemasan (Sadock & Sadock, 2007). Gen 5HTTP mempengaruhi cara otak memproduksi serotonin (National Institute of Mental Health, 1996). Studi statistik mengindikasikan bahwa faktor gen dapat menyebabkan perbedaan 3-4% derajat kecemasan yang dialami oleh seseorang (Shives, 2005). Temuan dari penelitian tersebut juga digunakan untuk menjelaskan pola kepribadian yang normal dan patologis (Kotijah et al. 2020)

b) Psikologis

Teori psikoanalitik dan perilaku menjadi dasar pola pikir faktor predisposisi psikologis terjadinya kecemasan. Teori psikoanalisa yang dikembangkan oleh Sigmund Freud menjelaskan bahwa kecemasan merupakan hasil dari ketidakmampuan menyelesaikan masalah, konflik yang tidak disadari antara impuls agresif atau kepuasan libido serta pengakuan terhadap ego dari kerusakan eksternal yang berasal dari kepuasan. Sebagai contoh konflik yang tidak disadari pada saat masa kanak-kanak, seperti takut kehilangan cinta atau perhatian orang tua, menimbulkan perasaan tidak

nyaman atau kecemasan pada masa kanak-kanak, remaja dan dewasa awal.

Teori psikoanalisis menjelaskan kecemasan merupakan interaksi antara temperamen dan lingkungan. Seseorang lahir ke dunia dengan pembawaan fisiologis sejak lahir yang pada tahapan awal sebagai upaya seseorang menghadapi konflik, seseorang dan penggunaan strategi yang kurang tepat seperti mencegah mengatasi stress kehidupan. Kenyamanan seseorang menurun sehingga berdampak pada kehilangan kontrol emosi yang ditandai dengan emosi negatif yaitu kecemasan.

c) Sosial Budaya

Faktor predisposisi sosial budaya dianalisis melalui beberapa teori yaitu interpersonal dan sosial budaya. Teori interpersonal melihat bahwa kecemasan terjadi dari ketakutan akan penolakan interpersonal. Hal ini juga dihubungkan dengan trauma pada masa pertumbuhan, seperti kehilangan, perpisahan yang menyebabkan seseorang menjadi tidak berdaya. Individu yang mempunyai harga diri rendah biasanya sangat mudah untuk mengalami kecemasan yang berat.

Teori sosial budaya meyakini pengalaman seseorang yang sulit beradaptasi terhadap lingkungan sosial budaya tertentu dikarenakan konsep diri dan mekanisme coping. Stresor sosial dan budaya menjadi ancaman untuk seseorang dan dapat mempengaruhi berkembangnya perilaku maladaptif dan menjadi onset terjadinya kecemasan.

Teori sosial budaya menyebutkan hubungan interpersonal yang tidak adekuat pada saat bayi akan menjadi penyebab disfungsi tugas perkembangan seseorang sesuai dengan usia. Konsep diri yang negatif sejak kecil akan menimbulkan kesulitan penyesuaian diri yang terjadi pada individu terhadap kelompok sosial budayanya. Kemampuan komunikasi yang rendah akibat konsep diri yang negatif menyebabkan seseorang sulit dalam menyelesaikan masalah sehingga berisiko menyebabkan kecemasan.

2) Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi adalah stimulus internal maupun eksternal yang mengancam individu (Stuart, 2013). Faktor presipitasi ini disebut sebagai faktor pencetus atau situasi yang dapat menyebabkan kecemasan. Menurut Carpenito-Moyet (2010); PPNI (2016) situasi tersebut antara lain:

- a) Kebutuhan dasar manusia tidak terpenuhi seperti makanan, udara, kenyamanan, dan keamanan. Perubahan situasi (berasal dari individu atau lingkungan)
- b) Situasi yang berkaitan dengan kerentanan mengancam konsep diri individu seperti: perubahan status dan kehormatan; kegagalan atau kesuksesan; dilema etik, kehilangan pengakuan dari orang lain, konflik dengan nilai-nilai yang diyakini,
- c) Situasi yang berkaitan dengan kehilangan orang yang dicintai akibat dari kematian, perceraian, perpisahan akibat mobilisasi baik yang bersifat menetap maupun sementara, konflik budaya,
- d) Situasi yang berkaitan dengan ancaman integritas fisik seperti kondisi menjelang ajal, prosedur invasif, penyakit, kekerasan fisik, kecacatan, diagnosis penyakit yang tidak jelas, rencana tindakan operasi.
- e) Situasi yang berhubungan dengan ada perubahan lingkungan sekitar akibat penjara, pensiun, hospitalisasi, pencemaran lingkungan, paparan lingkungan yang berbahaya, pengungsian, bencana alam, penugasan militer.
- f) Situasi yang berkaitan dengan perubahan status sosial ekonomi seperti: pengangguran, promosi jabatan, memperoleh pekerjaan baru, mutasi pekerjaan.
- g) Situasi yang terkait dengan harapan-harapan yang tidak realistik
- h) Kurang terpapar informasi
- i) Disfungsi sistem keluarga
- j) Penyalahgunaan zat
- k) Perubahan tahap perkembangan

- l) Perkembangan bayi / anak-anak: perpisahan dengan orang tua, perubahan lingkungan atau orang yang tidak di kenal di sekitarnya, perubahan psikologis pengasuh, perubahan dengan teman-teman bermain,
- m) Perkembangan remaja: perubahan konsep diri, perubahan dengan kematian (spesifik).
- n) Perkembangan usia dewasa: berhubungan dengan pernikahan, kehamilan, peran sebagai orang tua, perubahan karir, penuaan, keguguran, komplikasi kehamilan, persalinan,
- o) Perkembangan usia lanjut: masalah keuangan, penurunan fungsi sensoris, pensiun,

3) Penilaian Stressor

Pemahaman tentang kecemasan penting untuk mengintegrasikan pengetahuan dari berbagai sumber termasuk hasil-hasil penelitian. Model Stuart stres-adaptasi (Stuart, 2013) mengintegrasikan data-data tanda dan gejala kecemasan berdasarkan perspektif biologis, genetik, psikologis, dan perilaku. Tanda dan gejala kecemasan ini sebagai dasar pertimbangan menentukan tingkat kecemasan yang dialami klien. Teridentifikasinya tingkat kecemasan klien merupakan faktor penting untuk menentukan tindakan keperawatan yang tepat untuk klien. Adapun tingkat kecemasan terdiri dari kecemasan ringan, sedang, berat, dan panik (Peplau, 1963 dalam Townsend, 2009; Stuart, 2015).

4) Sumber coping

Sumber Koping Seseorang dapat mengatasi kecemasan dengan menggunakan sumber coping internal dan eksternal yang tersedia. Sumber coping terdiri atas kemampuan personal, dukungan sosial, aset material dan keyakinan. Empat komponen tersebut dapat mendukung seseorang dalam menggunakan mekanisme coping yang adaptif. Pada individu dan keluarga dengan kecemasan kemampuan personal yang harus dimiliki meliputi kemampuan secara fisik dan mental. Kemampuan secara fisik teridentifikasi dari kondisi fisik yang sehat. Kemampuan mental meliputi kemampuan kognitif, afektif, perilaku dan sosial. Kemampuan kognitif meliputi mengidentifikasi masalah, menilai

dan menyelesaikan masalah. Kemampuan afektif meliputi kemampuan untuk meningkatkan konsep diri klien dan caregiver. Kemampuan perilaku terkait dengan kemampuan melakukan tindakan yang positif dalam menyelesaikan masalah yang dialami. Seluruh kemampuan ini digunakan dalam mengatasi respon kecemasan yang dirasakan oleh individu dan caregiver.

5) Mekanisme Koping

Individu berupaya untuk menghindari atau mengatasi situasi atau masalah yang menjadi penyebab respon kecemasan. Ketidakmampuan seseorang untuk mengatasi kecemasan secara konstruktif dapat berdampak pada ancaman kesehatan individu baik fisik, psikologis, maupun sosial terutama masalah psikologis. Perawat diharapkan mampu mengenal jenis-jenis mekanisme koping yang biasa digunakan klien pada tingkatan kecemasan. Mekanisme koping yang biasa digunakan oleh individu dengan kecemasan ringan antara lain menangis, menguap, makan berlebihan, tidur, tertawa, latihan fisik, melamun, mengumpat, merokok, minum alkohol, mengurangi intensitas interaksi dengan orang lain, kontak mata kurang, memberikan pernyataan atau pertanyaan klise, dan membatasi untuk mengungkapkan perasaan (Stuart, 2013).

B. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan dalam keperawatan jiwa adalah proses identifikasi masalah Kesehatan mental dan emosional pasien berdasarkan data yang terkumpul selama pengkajian. Diagnosa ini membantu dalam merencanakan serta mengembangkan rencana keperawatan serta mengimplementasikan rencana keperawatan yang disusun dalam rangka peningkatan pencegahan dan penyembuhan penyakit serta pemulihan klien.

C. Intervensi Keperawatan

Intervensi pada asuhan keperawatan adalah serangkaian tindakan yang dilakukan perawat untuk mencapai tujuan tertentu dalam rangka meningkatkan kesehatan klien. Intervensi keperawatan juga bisa diartikan sebagai rencana tindakan keperawatan.

Tindakan keperawatan pada klien dengan kecemasan dapat dilakukan secara Individu maupun kelompok. Tindakan keperawatan juga dilakukan pada Keluarga sehingga keluarga dapat menciptakan lingkungan yang kondusif. Pelaksanaan tindakan keperawatan ini dilaksanakan dengan membina hubungan saling percaya perawat-klien sepanjang interaksinya. Upaya membina hubungan saling percaya/ rapport/ building trust dapat menggunakan teknik-teknik komunikasi terapeutik antara perawat-klien.

Berikut langkah-langkah dari beberapa tindakan keperawatan untuk penatalaksanaan klien dengan kecemasan:

- a. Membantu klien mengenal masalah kecemasan (penyebab, tanda dan gejala, upaya yang telah dilakukan, dan akibat dari kecemasan tersebut),
- b. Melatih klien cara-cara mengatasi kecemasan sebagai berikut:
 - 1) Teknik distraksi: mengalihkan perhatian atau mengurangi emosi dan pikiran negatif terhadap sensasi yang tidak diinginkan. Teknik distraksi dapat berfokus pada visual, auditori, maupun perilaku melalui kegiatan:
 - ✓ Melihat pemandangan alam seperti pegunungan, pantai, persawahan yang hijau,
 - ✓ Mendengarkan suara yang menenangkan seperti suara air gemicik, suara burung berkicau, musik instrumental yang lembut,
 - ✓ Melihat film komedi, kartun, membaca, mengunyah permen karet, menghitung, bernyanyi, bermain, berdzikir, beribadah, dan sebagainya.
 - ✓ Membuat jadwal aktivitas yang menyenangkan dan melatihnya,
 - 2) Melatih relaksasi nafas dalam,
 - ✓ Posisi duduk dapat bersandar di kursi, duduk bersila, maupun di tempat tidur (posisi rileks),
 - ✓ Pejamkan mata (boleh dilakukan tanpa memejamkan mata),
 - ✓ Tarik nafas lewat hidung ditahan 3-5 detik kemudian
 - ✓ Hembuskan lewat mulut kuat dan pelan,
 - ✓ Ulangi 3-5 kali atau sampai dengan pasien/ klien merasa lebih tenang.
 - 3) Melatih hipnosis diri dengan latihan hipnosis lima jari,
 - ✓ Posisi duduk atau berbaring dengan memejamkan mata dan tubuh rileks. Pikiran dikosongkan,

- ✓ Latih tarik nafas dalam tiga kali,
 - ✓ Nafas biasa,
 - ✓ Sentuhkan ibu jari dengan telunjuk kemudian hal yang menyenangkan terkait dengan tubuh klien saat sehat,
 - ✓ Sentuhkan ibu jari dengan jari tengah kemudian membayangkan saat mendapat puji dan memiliki Kamampuan yang dibanggakan sesuai dengan peran klien, Sentuhkan ibu jari dengan jari manis kemudian membayangkan orang yang peduli dan sayang pada saudara dan hubungan yang akrab.
 - ✓ Sentuhkan ibu jari dengan kelingking kemudian membayangkan pemandangan alam, beribadah di mekah dan sebagainya,
- 4) Melatih relaksasi otot progresif

Adapun salah satu cara melakukan relaksasi otot progresif sebagai berikut:

- ✓ Posisi duduk dan tegak (bisa di kursi maupun di atas matras),
- ✓ Tarik nafas dalam 3-4 kali,
- ✓ Tarik nafas lewat hidung, pejamkan mata sekencang- kencangnya (kontraksi otot-otot mata), tahan 3-4 detik, hembuskan nafas lewat mulut dan mata relaks kembali. Ulangi 3-5 kali.
- ✓ Tarik nafas lewat hidung, pipi digembungkan (kontraksi otot- otot pipi), tahan 3-4 detik, hembuskan nafas lewat mulut dan pipi relaks kembali. Ulangi 3-5 kali.
- ✓ Tarik nafas lewat hidung, pipi dikempulkan (kontraksi otot- otot pipi), tahan 3-4 detik, hembuskan nafas lewat mulut dan pipi relaks kembali. Ulangi 3-5 kali.
- ✓ Tarik nafas lewat hidung, bibir dimonyongkan seolah-olah mengarah ke puncak hidung (kontraksi otot-otot mulut), tahan 3- 4 detik, hembuskan nafas lewat mulut dan otot-otot mulut relaks kembali. Ulangi 3-5 kali.
- ✓ Tarik nafas lewat hidung, tersenyum, otot bibir ditarik ke kiri dan ke kanan masing-masing 2 cm (kontraksi otot-otol mulut), tahan 3-4 detik, hembuskan nafkonrat mulut dan otot-otot mulut relaks kembali. Ulangi 3-5 kali.
- ✓ Tarik nafas lewat hidung, dagu ditempelkan ke dada/ sternum paling atas, tahan 3-4 detik, hembuskan nafas lewat mulut dan

otot-otot leher relaks, dagu diangkat kembali ke posisi awal. Ulangi 3-5 kali.

- ✓ Tarik nafas lewat hidung, bahu diangkat menuju ujung telinga secara bersamaan, tahan 3-4 detik, hembuskan nafas lewat mulut dan otot-otot bahu relaks, bahu turun kembali ke posisi awal. Ulangi 3-5 kali.
- ✓ Tarik nafas lewat hidung, lengan ditekuk, kontraksi otot lengan, tahan 3-4 detik, hembuskan nafas lewat mulut dan otot-otot lengan relaks, lengan diluruska ke posisi awal. Ulangi 3-5 kali.
- ✓ Tarik nafas lewat hidung, gerakkan lengan seolah-olah mendorong benda berat, kontraksi otot lengan, tahan 3-4 detik, hembuskan nafas lewat mulut dan otot-otot lengan relaks, lengan diluruskan ke posisi awal. Ulangi 3-5 kali.
- ✓ Tarik nafas lewat hidung, kedua tulang skapula seolah-olah disatukan kiri dan kanan, dada akan otomatis terangkat dan mengembang, tahan 3-4 detik, hembuskan nafas lewat mulut dan otot-otot dada dan punggung kembali rileks, kembali ke posisi awal. Ulangi 3-5 kali.
- ✓ Tarik nafas lewat hidung, perut dikempiskan semaksimal mungkin, tahan 3-4 detik, hembuskan nafas lewat mulut dan otot-otot perut kembali rileks, kembali ke posisi awal. Ulangi 3-5 kali.
- ✓ Tarik nafas lewat hidung, otot-otot panggul kontraksi, tahan 3-4 detik, hembuskan nafas lewat mulut dan otot-otot panggul kembali rileks (sama seperti latihan senam kegel). Ulangi 3-5 kali.
- ✓ Tarik nafas lewat hidung, kaki diluruskan tarik otot-otot tungkai dan telapak kaki ke arah proksimal, tahan 3-4 detik, hembuskan nafas lewat otot-otot tungkai kaki kembali rileks, kembali ke posisi awal. Ulangi 3-5 kali.
- ✓ Tarik nafas lewat hidung, kaki diluruskan tarik otot-otot tungkai dan telapak kaki ke arah distal, tahan 3-4 detik, hembuskan nafas lewat otot-otot tungkai kaki kembali rileks,
- ✓ kembali ke posisi awal. Ulangi 3-5 kali.
- ✓ Latihan tarik nafas dalam 3-5 kali
- ✓ Kemudian pernafasan biasa.

- 5) Melatih cara spiritual,
 - ✓ Menanyakan keyakinan klien tentang permasalahannya dan keyakinan klien terkait kecemasan yang dialami,
 - ✓ Melatih mengontrol kecemasan sesuai dengan keyakinan atau ajaran agama dari klien,
 - ✓ Memotivasi klien untuk melatih dan membiasakannya,
- 6) Melatih dukungan meditasi yaitu memfasilitasi perubahan tingkat kesadaran dengan berfokus secara khusus pada pemikiran dan perasaan. Berikut ini merupakan contoh strategi pelaksanaan tindakan keperawatan pada pasien dengan kecemasan.

DEFINISI MASALAH	PENYEBAB	TANDA DAN GEJALA	LUARAN	INTERVENSI
Ansietas Kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap obyek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu untuk melakukan tindakan dalam menghadapi ancaman	<ul style="list-style-type: none"> – Krisis situasional – Kebutuhan tidak terpenuhi – Krisis maturasional – Ancaman konsep dan spesifik akibat diri – Ancaman kematian – Khawatir – Dysfungsi sistem keluarga – Hubungan orang tua-anak yang tidak memuaskan – Faktor keturunan (temperamen) – Penyalahgunaan zat Terpapar bahaya lingkungan (toksin, polutan dll) 	<p>Major</p> <ul style="list-style-type: none"> – Merasa bingung – Merasa khawatir akibat kondisi yang dihadapi – Sulit konsentrasi – Tampak gelisah – Tampak tegang – Sulit tidur <p>Minor</p> <ul style="list-style-type: none"> – Mengeluh pusing – Anoreksia – Palpitasi – Merasa tidak berdaya – RR meningkat – Nadi meningkat – Tekanan darah meningkat – Diaforesis – Tremor 	<ul style="list-style-type: none"> – Mengatakan secara verbal kebingungannya/kekawatiran menurun/cukup menurun – Perilaku gelisah menurun/cukup menurun – Perilaku tegang menurun/cukup menurun – Keluhan pusing menurun/cukup menurun – Anoreksia menurun/cukup menurun – Palpitasi menurun/cukup menurun – Frekwensi pernafasan (dalam batas normal) – Tekanan darah (dalam batas normal) – Diaforesis menurun/cukup menurun – Tremor menurun/cukup menurun 	<p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> – Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. kondisi, waktu, stresor) – Identifikasi kemampuan mengambil keputusan – Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal) <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> – Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan – Temani pasien untuk mengurangi

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> – Kurang terpapar informasi | <ul style="list-style-type: none"> – Muka pucat – Suara bergetar | <ul style="list-style-type: none"> – Pucat menurun/cukup menurun – Pola tidur membaik/cukup membaik – Perasaan keberdayaan membaik/cukup membaik – Kontak mata membaik/cukup membaik – Pola berkemih membaik/cukup membaik – Orientasi membaik atau cukup membaik | <ul style="list-style-type: none"> kecemasan, jika memungkinkan – Pahami situasi yang membuat ansietas – Dengarkan dengan penuh perhatian – Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan – Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan – Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan – Diskusikan perencanaan realistik tentang peristiwa yang akan datang |
|---|--|---|--|

Edukasi

- Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami
- Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis
- Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien jika perlu
- Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan
- Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
- Latih kegiatan pengalihan untuk

mengurangi
ketegangan

- Latih penggunaan
mekanisme
pertahanan diri yang
tepat
- Latih teknik relaksasi

Kolaborasi

Kolaborasi pemberian
obat antiansietas jika
perlu

Definisi Masalah	Batasan Karakteristik	Faktor Yang Berhubungan	NOC	NIC
Ansietas	Perilaku	Perubahan dalam (status ekonomi, lingkungan, status kesehatan, pola interaksi, fungsi peran, status peran)	Hasil yang disarankan NOC Tujuan/kriteria evaluasi	Intervensi Prioritas NIC Akan dikembangkan Aktivitas Keperawatan Pengkajian: – Pantau tanda dan gejala ansietas (misalnya, tanda vital, nafsu makan, pola tidur, dan tingkat konsentrasi)
Perasaan tidak nyaman atau kekwatiran yang samar disertai respon autonom (sumber sering kali tidak spesifik atau tidak diketahui oleh individu), perasaan takut yang disebabkan antisipasi terhadap bahaya.	Penurunan produktivitas Gerakan yang irelevan Gelisah Melihat sepintas Insomnia Kontak mata buruk Mengekspresikan kekhawatiran Agitasi Mengintai Tampak waspada.	Pemajan toksin Terkait keluarga Herediter Infeksi Penularan penyakit Interpersonal Krisis maturasi Krisis situasional Stres	Pasien akan: – Mempertahankan kenyamanan psikologis selama proses menjelang ajal; – Mengungkapkan perasaan (misalnya, marah, sedih, atau kehilangan) dan pikiran dengan staf perawat dan/atau orang penting bagi pasien; – Mengidentifikasi area kontrol pribadi,	– Kaji dukungan yang disediakan oleh orang yang penting bagi pasien. – Pantau ekspresi tidak ada harapan atau tidak berdaya (misalnya, "Aku tidak dapat"). – Tentukan sumber ansietas (misalnya, nyeri, malfungsi tubuh, penghinaan,
	Afektif	Penyalahgunaan zat Ancaman kematian Ancaman pada (status ekonomi, lingkungan, status kesehatan, pola interaksi, fungsi peran,		
	Gelisah Distres Ketakutan Perasaan tidak adekuat Berfokus pada diri sendiri			

Peningkatan kewaspadaan	status peran, konsep diri)	Mengekspresikan perasaan yang positif tentang hubungan dengan orang yang penting bagi pasien;	pengabaian, kegagalan, konsekuensi negatif dari penyintas)
Iritabilitas	Konflik yang tidak disadari		Pendidikan untuk Pasien/Keluarga:
Gugup	Kebutuhan yang tidak dipenuhi		<ul style="list-style-type: none"> - Menerima keterbatasan dan mencari bantuan sesuai kebutuhan.
Senang berlebihan			<ul style="list-style-type: none"> - Berikan informasi tentang penyakit dan prognosis pasien.
Rasa nyeri yang meningkatkan ketidak berdayaan			<ul style="list-style-type: none"> - Berikan kejujuran dan jawaban langsung terhadap pertanyaan pasien tentang proses menjelang kematian.
Peningkatan rasa ketidakberdayaan yang persisten			Aktivitas Kolaboratif
Bingung			<ul style="list-style-type: none"> - Rujuk ke perawatan rumah atau perawatan hospice, sesuai dengan kebutuhan.
Menyesal			<ul style="list-style-type: none"> - Atur akses ke pendeta atau penasihat spiritual sesuai dengan yang diinginkan pasien.
Ragu/tidak percaya diri			
Khawatir			

Fisiologis

Wajah tegang
Tremor tangan
Peningkatan keringat
Peningkatan ketegangan
Gemetar

Suara bergetar

Simpatik

Anoreksia

Eksitasi kardiovaskuler

Mulut kering

Wajah merah

Jantung berdebar

Peningkatan tekanan
darah

Peningkatan denyut
nadi

Peningkatan reflek

Peningkatan frekuensi
pernafasan

Pupil melebar

Kesulitan bernafas

Vasokonstriksi
superfisial

Kedutan pada otot

Lemah

– Hubungkan pasien dan keluarga dengan kelompok pendukung sesuai.

Tindakan lain:

– Dukung kebutuhan spiritual tanpa menekankan kepercayaan diri dari perawat pada pasien.

– Gunakan keterampilan komunikasi terapeutik untuk membangun hubungan saling percaya dan memfasilitasi ekspresi dari kebutuhan pasien

– Dengarkan dengan penuh perhatian. Tawarkan dukungan bila ada perasaan sulit

Parasimpatik

Nyeri abdomen
Penurunan tekanan darah
Penurunan denyut nadi
Diare
Vertigo
Letih
Mual
Gangguan tidur
Kesemutan pada ekstremitas
Sering berkemih
Anyang-anyangan dorongan
Segera berkemih

Kognitif

Menyadari gejala fisiologis
Bloking fikiran
Konfusi

tanpa menawarkan keyakinan yang salah atau terlalu banyak nasihat.

- Dorong pasien untuk mengekspresikan perasaan pada orang yang penting bagi pasien.
- Bantu pasien untuk mengidentifikasi area pengontrolan personal, tawarkan pilihan terhadap tingkat kemampuan pasien.
- Luangkan waktu bersama dengan pasien untuk menentukan ketakutan agar menjadi diri sendiri.
- Bantu pasien untuk membicarakan dan mengulang kembali ke

Penurunan lapang persepsi	hidupan personal pasien secara positif.
Kesulitan konsentrasi	– Identifikasi dan dukung strategi coping yang biasa digunakan oleh pasien
Penurunan kemampuan belajar	– Berikan kenyamanan fisik dan keamanan.
Penurunan kemampuan pemecahkan masalah	
Ketakutan terhadap konsekuensi yang tidak spesifik	
Lupa	
Gangguan perhatian	
Khawatir	
Melamun cenderung menyalahkan orang lain	

D. Implementasi Keperawatan

Implementasi asuhan keperawatan adalah kegiatan yang dilakukan seorang perawat untuk membantu seorang pasien terhadap masalah status kesehatan pasien yang dihadapi dengan baik, yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan.

Strategi pelaksanaan tindakan keperawatan mengenal kecemasan dan manajemen kecemasan: latihan tarik nafas dalam

Tahap pra-interaksi :

- ✓ Kesiapan media edukasi,
- ✓ Kesiapan diri terkait manajemen emosi diri sendiri,
- ✓ Kesiapan ketrampilan memberikan tindakan keperawatan,
- ✓ Identifikasi pasien dan identitasnya,

Tahap interaksi:

Fase Orientasi

a. Salam Terapeutik

"Assalamualaikum! Selamat pagi Ibu? (berjabat tangan)

"Perkenalkan nama saya perawat Emi, perawat Ruang Melati RS A. Sebutkan nama ibu dan tanggal lahirnya? Saya cek dengan identitas di gelang ibu. Panggilannya siapa ibu?"

b. Evaluasi/validasi "Bagaimana perasaan ibu pagi ini?"

c. Kontrak

"Baiklah kita diskusikan permasalahan yang ibu rasakan tentang kekhawatiran ibu menjelang operasi lusa ya bu? Ibu ingin kita berdiskusi berapa lama? 20 menit apakah Ibu setuju? Ibu ingin saya bantu posisi yang nyaman sebelum berdiskusi?"

Fase Kerja

"Baiklah, tadi ibu menyampaikan bahwa ibu merasa khawatir, gelisah, takut apakah operasinya akan berjalan baik-baik saja? sulit untuk istirahat karena terus menerus kepikiran. Gejala yang ibu alami artinya kecemasan. Situasi seperti apa yang membuat ibu khawatir seperti ini? Nah, bagaimana dampak yang ibu rasakan ketika perasaan cemas itu belum teratasi? Ibu berusaha berdoa supaya lebih tenang. Ibu bisa melanjutkan berdoa dan itu bagus sekali ibu. Nah, ini ada satu cara lain untuk menurunkan kecemasan ibu sehingga ibu lebih tenang dan dapat istirahat dan kondisi ibu lebih baik. Namanya adalah latihan tarik nafas dalam. Apakah ibu pernah mendengar dan melakukan sebelumnya? Misalnya ketika ibu melahirkan sebelumnya?

Baiklah saya berikan contoh terlebih dulu, Ibu bisa melihat terlibih dulu. Baiklah coba ibu peragakan? Iya betul sekali. Ibu dapat melatih menggunakan teknik tersebut (jelaskan kembali sesuai dengan SOP). Ibu dapat melatihnya 4-5 kali dan saat perasaan cemas itu muncul. Ibu latihan sampai ibu merasa lebih tenang. Apakah ada yang ingin ditanyakan, ibu?"

Fase Terminasi

- a. Evaluasi respon klien "Bagaimana perasaan ibu setelah ibu latihan kembali relaksasi pernafasan dan berdoa untuk mengatasi perasaan kecemasan ibu?"
- b. Rencana Tindak lanjut "Ibu dapat melatihnya 4-5 kali dan saat perasaan itu muncul. Ibu latih sampai ibu merasa lebih tenang kembali? Kita susun jadwal latihan bersama ya bu?"
- c. Kontrak yang akan datang "Baik ibu, diskusi kita sudah selesai, ada yang ingin ditanyakan. Kita lanjutkan mendiskusikan cara mengatasi perasaan cemas ibu dengan cara lainnya: teknik distraksi? Nanti siang jam 11.00 WIB di ruang perawatan ibu ini?"

Latihan 1: Tuliskan strategi pelaksanaan tindakan keperawatan untuk tindakan berikutnya: melatih kegiatan mengatasi masalah kecemasan lainnya!

E. Evaluasi

Evaluasi pada asuhan keperawatan adalah kegiatan yang dilakukan untuk menilai apakah rencana dan tindakan keperawatan yang telah dilakukan sudah efektif dan sesuai dengan tujuan yang ditetapkan. Evaluasi dilakukan secara terus-menerus dengan melibatkan pasien, perawat, dan anggota tim kesehatan lainnya.

Evaluasi dan dokumentasi dilakukan pada setiap tahapan proses keperawatan. Perawat harus mendokumentasikan seluruh kegiatan proses keperawatan secara komprehensif. Membandingkan hasil yang dicapai dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan menjadi masukan untuk perawat dalam menetapkan keberhasilan suatu tindakan keperawatan yang telah diberikan. Adapun kriteria hasil yang diharapkan adalah:

- ✓ Tingkat kecemasan menurun atau tidak ada,
- ✓ Kemampuan pasien tentang mengenal masalah kecemasan,
- ✓ Kemampuan pasien untuk mengatasi kecemasan,

- ✓ Klien mampu meningkatkan penggunaan mekanisme coping yang adaptif,
- ✓ Produktifitas klien dapat dilakukan secara optimal oleh klien dan keluarga.

F. Latihan

1. Seorang klien, Tn. A, usia 45 Tahun, datang ke Poli jiwa RS X, dengan gangguan kecemasan umum (GAD) mengeluhkan ketidakmampuan untuk menghentikan kekhawatiran tentang berbagai aspek kehidupannya, seperti pekerjaan dan kesehatan.
Apa pendekatan terapi individu yang paling direkomendasikan untuk kondisi ini?
 - A. Terapi Psikodinamik
 - B. Terapi Kognitif-Perilaku (CBT)
 - C. Terapi Penerimaan dan Komitmen (ACT)
 - D. Terapi Interpersonal (IPT)
 - E. Terapi Aktivitas Kelompok
2. Seorang klien, Ny. P, usia 38 Tahun datang ke Poli Jiwa diantar oleh suaminya. Saat dilakukan pengkajian oleh perawat, hasil yang didapatkan bahwa klien mengalami gangguan panik. Data yang didapatkan bahwa Ny. P mengeluhkan gejala seperti palpitasi, berkeringat, dan tremor. Menurut keterangan klien, gejala ini muncul tiba-tiba tanpa pemicu yang jelas.
Apa yang menjadi ciri utama dari gangguan panik?
 - A. Ketidakmampuan untuk meninggalkan rumah karena ketakutan
 - B. Serangan mendalam dari rasa takut yang intens dan gejala fisik
 - C. Kecemasan yang berlebihan terkait pekerjaan dan kesehatan
 - D. Kecemasan yang berfokus pada situasi sosial dan penilaian orang lain
 - E. Ketidakmampuan Memanagement Kecemasan
3. Seorang klien, Nn. S, 20 tahun melaporkan bahwa dia mengalami kecemasan yang ekstrem setiap kali berada di tempat yang tinggi, seperti jembatan atau gedung bertingkat.
Apakah kondisi yang dialami oleh klien tersebut?

- A. Gangguan Kecemasan
 - B. Agorafobia
 - C. Fobia Sosial
 - D. Fobia Spesifik
 - E. Gangguan Panik
4. Seorang perawat, Nn. D, 24 tahun saat ini sedang melakukan terapi kognitif-perilaku (CBT) pada klien yang mengalami gangguan kecemasan.
- Apa tujuan utama dari terapi kognitif-perilaku (CBT) pada uraian diatas?
- A. Mengubah pola pikir negatif dan perilaku maladaptif untuk mengurangi kecemasan
 - B. Menggunakan obat-obatan untuk mengatasi gejala kecemasan
 - C. Menghindari situasi yang menyebabkan kecemasan
 - D. Meningkatkan kemampuan pasien untuk beradaptasi dengan stres
 - E. Menurunkan Depresi
5. Seorang pasien mengalami gangguan tidur dan terus-menerus merasa cemas tentang kesehatan meskipun tidak ada indikasi medis yang mendukung kekhawatirannya.
- Apakah diagnosis yang paling mungkin untuk kondisi ini?
- A. Gangguan Somatoform
 - B. Gangguan Stres Pasca-Trauma (PTSD)
 - C. Gangguan Kecemasan Umum (GAD)
 - D. Gangguan Obsesif-Kompulsif (OCD)
 - E. Gangguan Bipolar

Kunci jawaban

1. B Terapi Kognitif-Perilaku (CBT)
2. B Serangan mendalam dari rasa takut yang intens dan gejala fisik
3. D Fobia Spesifik
4. A Mengubah pola pikir negatif dan perilaku maladaptif untuk mengurangi kecemasan
5. C Gangguan Kecemasan Umum (GAD)

G. Rangkuman Materi

Kecemasan adalah perasaan was was, khawatir, takut yang tidak jelas atau tidak nyaman seakan-akan terjadi sesuatu yang mengancam. Kecemasan adalah perasaan tidak nyaman atau khawatir yang samar disertai respons otonom (sumber sering kali tidak spesifik atau tidak diketahui individu); perasaan takut yang disebabkan oleh antisipasi terhadap bahaya. Hal ini merupakan isyarat kewaspadaan yang memperingatkan individu akan adanya bahaya dan memampukan individu untuk bertindak menghadapi ancaman

Asuhan keperawatan adalah tindakan mandiri perawat profesional atau bersama melalui kerjasama yang bersifat kolaboratif, baik dengan klien maupun tenaga kesehatan lain, dalam upaya memberikan asuhan keperawatan yang holistik sesuai dengan wewenang dan tanggung jawabnya pada berbagai tatanan pelayanan.

Pengkajian merupakan proses keperawatan dasar yang harus dilakukan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah jiwa dan psikososial, pengkajian dilakukan dengan berbagai pendekatan seperti pengkajian status mental, pengkajian emosi dan pengkajian perilaku.

Diagnosa keperawatan memiliki tiga formula seperti diagnosa Aktual, risiko dan Promosi kesehatan.

Intervensi dan implementasi keperawatan jiwa dan psikososial merupakan dua hal yang saling berhubungan dimana tindakan keperawatan tidak bisa dilakukan jika perawat tidak memiliki rencana keperawatan yang tepat.

Setelah dilakukan implementasi maka tahap berikutnya mengevaluasi tindakan keperawatan yang telah dilakukan.

Evaluasi merupakan tahap terakhir dalam proses keperawatan. Evaluasi ini adalah kegiatan membandingkan hasil yang telah dicapai setelah dilakukan implementasi keperawatan dan memiliki tujuan yang diharapkan dalam perencanaan

H. Glosarium

RTA : *Reality Testing Ability*

Daftar Pustaka

- Carpenito, L.J. (2009). Buku Saku Diagnosa Keperawatan. EGC. Jakarta
- Doengoes ME. (2008). Nursing Diagnosis Manual Planning, Individualizing, and Documenting Client Care. America : Davis Company
- Keliat, B.A., et al. (2018). Asuhan Keperawatan Jiwa. EGC. Jakarta
- Kotijah, et.al 2020. Konsep dan Aplikasi dalam Asuhan Keperawatan. Mitra Wacana Media. Jakarta
- Nurarif.H.A & Kusuma, H. (2015). Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis Nanda dan NIC-NOC. Yogyakarta : Medi Action
- PPNI. (2016). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia*: Definisi dan Indikator Diagnostik, Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI.
- PPNI (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*: Definisi dan Tindakan Keperawatan, Edisi 1 Jakarta : DPP PPNI
- PPNI (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan, Edisi 1 Jakarta : DPP PPNI.
- Sarani, D. (2021). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Masalah Keperawatan Ketidakberdayaan (Doctoral dissertation, Universitas Muhammadiyah Ponorogo).
- Sadock, B.J., Sadock, V. A. 2007. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. Ed. 10. Lippincott Williams & Wilkins.
- Sadock, B.J., Sadock, V. A. 2009. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins.
- Stuart, G. W., Keliat, B. A., & Pasaribu, J. (2016). Prinsip dan praktik keperawatan kesehatan jiwa stuart. Edisi Indonesia (Buku 1). Singapura: Elsevier.

BAB 4

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN GANGGUAN KETIDAKBERDAYAAN

Pendahuluan

Ketidakberdayaan merupakan persepsi individu bahwa segala tindakannya tidak akan mendapatkan hasil atau suatu keadaan dimana individu kurang dapat mengendalikan kondisi tertentu atau kegiatan yang baru dirasakan. Ketidakberdayaan adalah persepsi atau tanggapan klien bahwa perilaku atau tindakan yang sudah dilakukannya tidak akan membawa hasil yang diharapkan atau tidak akan membawa perubahan hasil seperti yang diharapkan, sehingga klien sulit mengendalikan situasi yang terjadi atau mengendalikan situasi yang akan terjadi.

Tujuan Intruksional:

Setelah mengikuti proses pembelajaran mata ajar keperawatan kesehatan jiwa dan Psikososial diharapkan peserta didik mampu:

1. Menyebutkan Definisi Proses Keperawatan jiwa dan Psikososial
2. Mengidentifikasi pengkajian proses keperawatan jiwa dan Psikososial
3. Menegakkan diagnosis Keperawatan dalam Keperawatan Kesehatan Jiwa dan Psikososial
4. Menentukan Rencana Tindakan keperawatan Kesehatan Jiwa dan Psikososial
5. Melakukan Evaluasi dalam pelaksanaan Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa dan Psikososial

Capaian Pembelajaran:

1. Mampu memahami dan menjelaskan Konsep Ansietas dan Ketidakberdayaan
2. Mampu memahami dan menjelaskan konsep asuhan keperawatan pada klien dengan kecemasan dan ketidakberdayaan
3. Mampu mengaplikasikan dan menerapkan Asuhan Keperawatan Psikososial pada klien dengan kecemasan dan ketidakberdayaan

Uraian Materi

A. Ketidakberdayaan

Ketidakberdayaan merupakan persepsi individu bahwa segala tindakannya tidak akan mendapatkan hasil atau suatu keadaan dimana individu kurang dapat mengendalikan kondisi tertentu atau kegiatan yang baru dirasakan. Ketidakberdayaan adalah persepsi atau tanggapan klien bahwa perilaku atau tindakan yang sudah dilakukannya tidak akan membawa hasil yang diharapkan atau tidak akan membawa perubahan hasil seperti yang diharapkan, sehingga klien sulit mengendalikan situasi yang terjadi atau mengendalikan situasi yang akan terjadi (Pardede, 2020).

Ketidakberdayaan merupakan sebuah persepsi bahwa suatu tindakan seseorang tidak akan mempengaruhi hasil yang secara signifikan, persepsi merupakan kurangnya kontrol pada situasi saat ini atau yang akan datang (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Ketidakberdayaan merupakan persepsi individu yang memandang bahwa dirinya tidak dapat melakukan sesuatu yang signifikan atau tidak dapat merubah terhadap suatu keadaan. Ketidakberdayaan beda dengan keputusasaan. Keputusasaan berarti bahwa seseorang mempercayai bahwa tidak ada solusi untuk masalahnya. Pada ketidakberdayaan, pasien mungkin mengetahui solusi permasalahannya, tetapi pasien tersebut berkeyakinan bahwa hal tersebut diluar kendalinya.

1. Etiologi Ketidakberdayaan

Etiologi ketidakberdayaan menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) antara lain:

- a. Program pengobatan/perawatan yang mempunyai jangka panjang
- b. Lingkungan yang tidak mendukung dalam pengobatan/perawatan.
- c. Interaksi interpersoanal yang tidak memuaskan

Ketidakberdayaan disebabkan karena kurangnya pengetahuan, ketidakadekuatan coping sebelumnya (seperti : Depresi), serta kurangnya kesempatan dalam membuat keputusan (Novi, 2017). Faktor yang berhubungan dengan ketidakberdayaan menurut (Novi, 2017) yaitu:

- a. Kesehatan lingkungan : hilangnya privasi dan kontrol terhadap terapi.

- b. Hubungan interpersonal : penyalahgunaan kekuasaan dan hubungannya yang kasar.
- c. Penyakit yang berhubungan dengan rejimen : penyakit kronis atau yang melemahkan kondisi. Hal tersebut menyebabkan seseorang tidak dapat melakukan kegiatan aktivitas fisik dan juga tidak mampu melaksanakan tanggung jawab serta menjalankan perannya.

2. Patofisiologi Ketidakberdayaan

Pada patofisiologi dengan masalah ketidakberdayaan saat ini belum dapat diketahui secara pasti, namun jika dilakukan analisis dari proses terjadinya ketidakberdayaan berasal dari seseorang individu yang tidak mampu mengatasi suatu masalah sehingga menyebabkan stress yang hal tersebut diawali dalam perubahan dalam respon otak yang menafsirkan perubahan didalam otak. Stress tersebut akan menyebabkan korteks serebral yang akan mengirimkan sinyal menuju hipotalamus, yang kemudian seharusnya ditangkap system limbic yang dimana salah satu bagian pentingnya merupakan amigdala itu akan bertanggungjawab didalam status emosional individu akibat dari keaktifan system *hipotalamus pituitary adrenal* (HPA) dan kemudian menyebabkan rusaknya pada hipotalamus menjadikan seseorang kehilangan mood dan juga motivasi dan akhirnya menyebabkan seseorang untuk malas melakukan sesuatu, hambatan emosional dengan klien yang mengalami ketidakberdayaan, terkadang dapat berubah menjadi murung dan sedih sehingga menyebabkan seseorang itu merasa tidak berguna lagi, dan merasa hidupnya telah gagal (Sarani, 2021).

3. Tanda dan Gejala Ketidakberdayaan

Ketidakberdayaan ditandai dengan pengungkapan kata-kata yang menyatakan tidak memiliki kemampuan mengendalikan situasi, tidak dapat menghasilkan sesuatu, frustasi dan ketidakpuasan terhadap aktivitas atau tugas, mengungkapkan keragu-raguan, ketidakmampuan melakukan perawatan diri, tidak berpartisipasi terhadap pengambilan keputusan, enggan mengungkapkan perasaan, ketergantungan yang

dapat mengakibatkan iritabilitas, ketidaksukaan, murah dan rasa bersalah serta gagal mempertahankan ide.

Tanda-tanda yang diungkapkan secara langsung merupakan tanda secara subjektif. Selain itu, secara objektif orang yang mengalami ketidakberdayaan akan menunjukkan sikap apatis dan pasif, ekspresi muka murung, bicara dan gerak lambat, tidur berlebihan, nafsu makan tidak ada, serta menghindari orang lain (standar asuhan keperawatan, 2011).

Doengoes (2008) membagi ketidakberdayaan menjadi 3 kategori berdasarkan tanda dan gejala yang muncul kategori yang pertama merupakan ketidakberdayaan rendah. Orang yang mengalami ketidakberdayaan rendah akan menunjukkan ekspresi yang tidak menentu dan level energi yang fluktuatif, serta tampak pasif. Ketidakberdayaan sedang ditandai dengan ekspresi tidak puas dan frustasi karena tidak dapat melakukan tanggung jawab dan tugasnya, memiliki ketakutan, diasingkan oleh caregiver, ragu-ragu dalam menyampaikan kemarahan, rasa bersalah serta perasaan yang sebenarnya dirasakan.

4. Batasan Karakteristik Ketidakberdayaan Berdasarkan SDKI

Data Subyektif

Data Obyektif

Mayor:

Menyatakan frustasi atau tidak mampu melaksanakan aktivitas sebelumnya.

Mayor:

Bergantung pada orang lain.

Minor:

Merasa diasingkan, Menyatakan keraguan tentang kinerja peran, Menyatakan kurang kontrol, Menyatakan rasa malu dan Merasa tertekan (depresi).

Minor:

Tidak berpartisipasi dalam perawatan dan Pengasingan.

Kondisi terkait Ketidakberdayaan

Diagnosa yang tidak terduga atau baru, Peristiwa traumatis, Diagnosis penyakit kronis, Diagnosis penyakit terminal dan Rawat inap

Batasan karakteristik klien dengan ketidakberdayaan. ketidakberdayaan yang dialami klien terdiri dari energi dan tingkatan yaitu :

a. Rendah

Klien akan mengungkapkan ketidakpastian tentang fluktuasi tingkat energi dan bersikap positif.

b. Sedang

Klien akan mengalami ketergantungan kepada orang lain yang dapat mengakibatkan ititabilitas, ketidaksukaan dan rasa bersalah.

c. Berat

Klien akan menunjukkan sikap apatis, depresi terhadap perubahan dalam dirinya yang telah terjadi.

5. Jenis-Jenis Ketidakberdayaan

- a. Ketidakberdayaan situasional, ketidakberdayaan yang muncul pada sebuah peristiwa spesifik dan mungkin berlangsung singkat.
- b. Ketidakberdayaan dasar, ketidakberdayaan yang bersifat meyebar, mempengaruhi tujuan, gaya hidup, dan hubungan.

6. Hal yang Dilakukan Perawat dalam Pendekatan Pada Pasien Ketidakberdayaan

- a. Lakukan pendekatan yang hangat, bersifat empati, tunjukkan respon emosional dan menerima pasien apa adanya.
- b. Mawas diri dan cepat mengendalikan perasaan dan reaksi diri perawat sendiri (misalnya : rasa marah, frustasi, dan empati).
- c. Sediakan waktu untuk berdiskusi dan bina hubungan yang sifatnya suportif, beri waktu klien untuk merespon.
- d. Gunakan teknik komunikasi terapeutik terbuka, eksplorasi dan klarifikasi.
- e. Bantu klien untuk mengekspresikan perasaannya dan identifikasi area-area situasi kehidupannya yang tidak berada dalam kemampuan untuk mengontrol.
- f. Bantu klien untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat berpegaruh terhadap ketidakberdayaan.
- g. Diskusi tentang masalah yang dihadapi klien tanpa memintanya untuk menyimpulkan.

- h. Identifikasi pemikiran yang negatif dan bantu untuk menurunkan melalui interupsi atau subsitusi.
- i. Bantu pasien untuk meningkatkan pemikiran positif.
- j. Evaluasi ketetapan persepsi, logika dan kesimpulan yang dibuat klien.
- k. Identifikasi presepsi klien yang tidak tepat, penyimpangan dan pendapatnya yang tidak rasional.
- l. Kurangi penilaian pasien yang negatif terhadap dirinya.
- m. Bantu untuk menyadari nilai yang dimilikinya atau perilakunya dan perubahan yang terjadi.
- n. Libatkan klien dalam menetapkan tujuan-tujuan perawatan yang realistik.
- o. Berikan klien privasi sesuai kebutuhan yang ditentukan,
- p. Berikan reinforcement positif untuk keputusan yang dibuat dan jika klien berhasil melakukan kegiatan atau penampilan yang bagus, motivasi untuk mempertahankan penampilan atau kegiatan tersebut.
- q. Diskusikan dengan klien pilihan yang realistik dalam perawatan, berikan penjelasan untuk pilihan ini. Bantu klien untuk mendapatkan tujuan yang realistik. Fokuskan kegiatan pada saat ini bukan pada kegiatan masa lalu.
- r. Bantu klien mengidentifikasi area-area situasi kehidupan yang dapat dikontrolnya. Dukung kekuatan-kekuatan diri yang dapat diidentifikasi oleh klien.
- s. Dorong kemadirian, tetapi bantu klien jika tidak melakukan.

7. Faktor Predisposisi Ketidakberdayaan

Faktor predisposes merupakan suatu faktor resiko yang menjadi sumber utama stress dan memiliki pengaruh dalam tipe dan sumber individu untuk menghadapi stress secara biologis, psikologis dan social budaya.

Faktor predisposisi tersebut antara lain :

- a. Biologis
 - 1) Riwayat keturunan.
 - 2) Gaya hidup (merokok, alkohol dan zat adiktif).
 - 3) Penderita penyakit kronis (stroke, diabetes miltitus).
 - 4) Memiliki riwayat penyakit jantung, paru-paru yang mengganggu aktivitas sehari-hari klien.

- 5) Memiliki riwayat menderita penyakit secara progresif menimbulkan ketidakmampuan (stroke, kanker terminal dan AIDS).
- b. Psikologis
 - 1) Memiliki pengalaman perubahan didalam gaya hidup akibat lingkungan tempat tinggal.
 - 2) Ketidakmampuan dalam mengambil suatu keputusan serta mempunyai kemampuan untuk melakukan komunikasi verbal yang kurang atau tidak mampu untuk mengekspresikan perasaan yang dirasakan terkait dengan penyakit atau kondisi yang sedang terjadi.
 - 3) Tidak mampu menjalankan peran akibat suatu penyakit secara progresif menimbulkan ketidakmampuan (stroke, kanker terminal dan AIDS).
 - 4) Merasa kurang puas dengan kehidupan yang telah dijalani (merasatujuan hidupnya tidak tercapai).
 - 5) Merasa frustasi dengan keadaan kesehatannya dengan kondisi yangbergantung dengan orang lain.
 - 6) Self control : sulit untuk mengontrol rasa emosi, merasa cemas, merasa takut, gaya hidup yang tidak berdaya.
- c. Social budaya
 - 1) Pendidikan rendah.
 - 2) Kurang aktif didalam kegiatan masyarakat.
 - 3) Hilangnya kemampuan dalam melakukan aktivitas akibat proses penuaan (pension, defitit memori, defisit motoric dan status finansial).
 - 4) Cenderung bergantung dengan orang lain, tidak dapat berpartisipasi dalam social kemasyarakatan.

8. Faktor Presipitasi Ketidakberdayaan

Faktor presipitasi merupakan suatu kondisi internal seorang pasien dimana pasien tersebut kurang dapat menerima perubahan fisiknya dan psikologis yang telah terjadi. Kondisi eksternal biasanya dari pihak keluarga dan masyarakat kurang mendukung (Sarani, 2021). Faktor-faktor lain yang berhubungan dengan faktor presipitasi yang akan timbul ketidakberdayaan antara lain :

- a. Biologis
 - 1) Seseorang menderita suatu penyakit dan harus melakukan tindakan terapi tertentu, pengobatan terkait dengan penyakit (jangka panjang, sulit dan kompleks).
 - 2) Penyakit kronis yang kambuh dalam 6 bulan terakhir.
 - 3) Kurang mampu menyuaikan diri dengan budaya, ras etnik dangender.
 - 4) Adanya perubahan didalam diri (fisik).
- b. Psikologis
 - 1) Perubahan gaya hidup akaibat memiliki penyakit kronis.
 - 2) Tidak dapat melakukan aktivitas sendiri kemudian timbulah keputusasaan.
 - 3) Perasaan malu serta rendah diri karena aktivitas bergantung dengan orang lain.
 - 4) Kehilangan rasa mandiri atau ketergantungan dengan orang lain.
- c. Social budaya
 - 1) Kehilangan pekerjaan karena kondisi kesehatan sekarang.
 - 2) Kehilangan kemampuan dalam melakukan aktivitas dari prosespenuaan (pensiun, defisit memori, defisit motoric dan status finansial).
 - 3) Terdapat perubahan status kuratif menjadi status paliatif.

B. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari sebuah proses keperawatan dan juga merupakan proses sistematis yang dilakukan untuk mengumpulkan data dari berbagai sumber, yang digunakan untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan seorang pasien. Pengkajian yang lengkap, akurat, sesuai dengan kejadian atau kenyataan kebenaran dalam data ini sangat diperlukan untuk merumuskan diagnosa keperawatan dan juga digunakan dalam pemberian pelayanan kesehatan sesuai dengan respon masing-masing individu yang kemudian telah ditentukan dalam standar praktik keperawatan.

1. Identitas Pasien
meliputi nama pasien nama yang bertanggung jawab, alamat, nomor register, agama, pendidikan, tanggal masuk rumah sakit dan diagnosa medis
2. Keluhan utama
Biasanya pasien menyatakan perasaan frustasi atau mengungkapkan bahwa dia tidak mampu melakukan aktivitas sehari-hari seperti sebelumnya layaknya orang yang sehat, pasien merasa sangat bergantung dengan orang yang lain (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).
3. Riwayat kesehatan
 - a. Riwayat kesehatan sekarang
 - b. Riwayat kesehatan dahulu
 - c. Riwayat kesehatan psikologi
 - d. Riwayat kesehatan keluarga
4. Pola Pola Kesehatan
 - a. Pola nutrisi
 - b. Pola eliminasi
 - c. Pola aktivitas
 - d. Pola istirahat
 - e. Pola hubungan dan peran
 - f. Pola presepsi dan konsep diri
 - g. Pola sensori dan kognitif
 - h. Pola produksi seksual
 - i. Pola penanggulangan stress
 - j. Pola tata nilai kepercayaan
 - k. Pemeriksaan fisik (Keadaan umum, Kesadaran, Tanda-tanda vital, Pemeriksaan *head to toe*.

C. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan dalam keperawatan jiwa adalah proses identifikasi masalah Kesehatan mental dan emosional pasien berdasarkan data yang terkumpul selama pengkajian. Diagnosa ini membantu dalam merencanakan serta mengembangkan rencana keperawatan serta mengimplementasikan rencana keperawatan yang disusun dalam rangka peningkatan pencegahan dan penyembuhan penyakit serta pemulihan klien.

D. Intervensi Keperawatan

Perencanaan (intervensi) dalam keperawatan jiwa merupakan proses strategis untuk merancang tindakan yang akan diambil dalam merawat pasien dengan gangguan Kesehatan mental. Tujuan perencanaan ini adalah untuk menyediakan intervensi yang efektif, meningkatkan kualitas hidup pasien dan mencapai hasil perawatan yang optimal. Berikut adalah Langkah-Langkah menyusun intervensi keperawatan:

1. Menetapkan tujuan dan hasil

Menetapkan tujuan yang spesifik, terukur, dapat dicapai, relevan dan berbatas waktu (SMART). Misalnya: "pasien akan dapat mengidentifikasi teknik coping untuk mengatasi ketidakberdayaan dalam dua minggu kedepan."

2. Identifikasi intervensi

Menyusun intervensi keperawatan berdasarkan kebutuhan dan diagnosa pasien. Hal ini berkaitan dengan terapi individual, terapi kelompok, terapi keluarga, terapi farmakologis, serta terapi kolaborasi lainnya.

Setelah menyusun intervensi keperawatan yang sesuai Langkah berikutnya perawat melakukan implementasi keperawatan sesuai dengan rencana yang telah dibuat. Perawat memberikan perawatan langsung, mendidik pasien dan keluarga, serta memastikan lingkungan yang mendukung pemulihan mental pasien.

DEFINISI MASALAH	PENYEBAB	TANDA DAN GEJALA	LUARAN	INTERVENSI
<p>Ketidakberdayaan Persepsi bahwa tindakan seseorang tidak mempengaruhi hasil secara signifikan (persepsi kurang kontrol yang terjadi saat ini maupun yang akan datang)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Program perawatan atau pengobatan yang memerlukan waktu lama - Lingkungan yang tidak mendukung perawatan atau pengobatan - Interaksi interpersonal yang tidak memuaskan 	<p>TANDA DAN GEJALA</p> <ul style="list-style-type: none"> Mayor Subyektif - Menyatakan frustasi atau ketidakmampuan melaksanakan aktifitas Obyektif - Bergantung pada orang lain <p>MINOR</p> <ul style="list-style-type: none"> Subyektif - Merasa diasingkan - Menyatakan keraguan tentang peran - Menyatakan kurang kontrol - Menyatakan rasa malu - Merasa tertekan <p>OBYEKTIF</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak berpartisipasi dalam perawatan - Pengasingan 	<ul style="list-style-type: none"> - Pernyataan mampu melaksanakan aktifitas - Pernyataan frustasi ketergantungan pada orang lain 	<p>Observasi Identifikasi harapan pasien dan keluarga dalam pencapaian hidup</p> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sadarkan bahwa kondisi yang dialami memiliki nilai penting - Pandu mengingat kembali kenangan yang menyenangkan - Libatkan pasien secara aktif dalam perawatan - Kembangkan rencana perawatan yang melibatkan tingkat pencapaian tujuan sederhana sampai dengan kompleks - Berikan kesempatan kepada pasien dan keluarga terlibat dengan dukungan kelompok - Ciptakan lingkungan yang memudahkan

mempraktikkan
kebutuhan spiritual

Edukasi

- Anjurkan mengungkapkan perasaan terhadap kondisi dengan realistik
- Anjurkan mempertahankan hubungan (misal menyebutkan nama orang yang dicintai)
- Anjurkan mempertahankan hubungan terapeutik dengan orang lain Latih menyusun tujuan yang sesuai dengan harapan
- Latih cara mengembangkan spiritual diri
- Latih cara mengenang danm menikmati masa lalu (misal prestasi atau pengalaman).

Definisi Masalah	Batasan Karakteristik	Faktor Yang Berhubungan	NOC	NIC
Ketidakberdayaan Persepsi bahwa tindakan seseorang secara signifikan tidak akan mempengaruhi hasil dan persepsi kurang kendali terhadap situasi saat ini atau situasi yang akan terjadi	Berat Subyektif: Mengurangi dengan kata – kata bahwa tidak mempunyai kendali atau pengaruh terhadap situasi, perawatan diri atau hasil. Obyektif : Apatis Depresi Menengah Subyektif : Marah Mengungkapkan ketidakpuasan dan frustasi Mengungkapkan keragu – raguan terhadap penampilan peran Takut terhadap pengasingan Rasa bersalah	Lingkungan perawatan kesehatan regimen terkait penyakit interaksi personal yang tidak memuaskan	Hasil yang Disarankan NOC <ul style="list-style-type: none">– Kepercayaan kesehatan: Pengakuan pribadi yang mempengaruhi perilaku kesehatan.– Kepercayaan kesehatan: merasa mampu untuk melakukan: Pengakuan pribadi bahwa seseorang dapat melakukan perilaku kesehatan yang diberikan.– Kepercayaan kesehatan: merasa dapat mengendalikan: Pengakuan pribadi bahwa seseorang dapat mempengaruhi hasil– Kepercayaan kesehatan: merasa mempunyai sumber-sumber:	Intervensi Prioritas NIC <ul style="list-style-type: none">– Peningkatan Harga Diri: Membantu pasien untuk meningkatkan penilaian pribadi terhadap harga diri.– Fasilitasi Tanggung Jawab Diri: Mendorong pasien untuk menerima tanggung jawab yang lebih terhadap perlakunya sendiriAktivitas Keperawatan Pengkajian:<ul style="list-style-type: none">– Peningkatan harga diri (NIC): Tentukan lokus kontrol pasien;Tentukan kepercayaan pasien terhadap keputusannya sendiri

Enggan mengungkapkan perasaan yang sebenarnya	Pengakuan pribadi bahwa seseorang mempunyai alat yang adekuat dalam melaksanakan perilaku kesehatan	Pantau tingkat harga diri sepanjang waktu, dengan tepat
Obyektif: Ketergantungan terhadap orang lain Tidak memantau kemajuan Tidak mampu mencari informal tentang perawatan Tidak berpartisipasi dalam perawatan Kepasifan Marah	<ul style="list-style-type: none"> - Partisipasi: Keputusan perawatan kesehatan: Keterlibatan pribadi dalam memilih dan mengevaluasi pilihan – pilihan perawatan kesehatan. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fasilitasi Tanggung Jawab Diri (NIC): Pantau tingkat tanggung jawab yang diterima pasien Tentukan apakah pasien mempunyai pengetahuan yang adekuat tentang kondisi perawatan kesehatan
Rendah Subyektif : Pengungkapan ketidakpastian tentang fluktuasi tingkat energi	Tujuan/Kriteria Evaluasi Contoh Penggunaan Bahasa NOC:	Aktivitas Kolaboratif: adakah suatu konferensi multidisiplin untuk mendiskusikan dan mengembangkan perawatan rutin pasien
Obyektif : Kepasifan	<ul style="list-style-type: none"> - Menunjukkan kepercayaan kesehatan: merasa mampu untuk melakukan, merasa dapat mengendalikan, dan merasakan ada sumber-sumber (sebutkan nilainya 1-5: 	

sangat lemah, lemah, Aktivitas Lain: sedang, kuat, atau – Bantu pasien untuk sangat kuat).

- Menunjukkan faktor-faktor yang partisipasi: keputusan dapat berpengaruh perawatan kesehatan, pada ketidakberdayaan ditandai dengan – Diskusikan dengan indikator menunjukkan pasien pilihan yang sebagai berikut realistik dalam (sebutkan nilainya 1-5: perawatan, berikan tidak pernah, jarang, penjelasan untuk kadang-kadang, sering, pilihan ini atau secara konsisten).
- Mengidentifikasi – Libatkan pasien dalam pembuatan keputusan prioritas hasil kesehatan. tentang rutinitas Menggunakan teknik penyelesaian masalah untuk mencapai hasil yang diinginkan.
- Jelaskan alasan setiap Bernegosiasi dengan perubahan pilihan perawatan. perencanaan perawatan kepada pasien
- Peningkatan Harga Diri

Contoh Lain
Pasien akan:

(NIC): Eksplorasi pencapaian keberhasilan

- Mengungkapkan sebelumnya; Dukung dengan kata-kata kekuatan-kekuatan diri tentang segala perasaan yang dapat tidakberdayaan, diidentifikasi oleh pasien; Sampaikan
- Mengidentifikasi kepercayaan diri tindakan yang berada terhadap kemampuan dalam kendalinya;
- Menghubungkan pasien untuk menangani keadaan.
- Mengungkapkan – Fasilitas tanggung dengan kata-kata jawab diri (NIC); kemampuan untuk Dorong pengungkapan melakukan tindakan perasaan, persepsi, dan yang diperlukan;
- Melaporkan ketakutan tentang dukungan tanggung jawab yang adekuat dari orang dekat, teman dan dorong kemandirian, tetapi bantu pasien jika tetangga;
- Melaporkan tetangga;
- Melaporkan waktu, keuangan pribadi, dan asuransi kesehatan yang memadai;
- Melaporkan ketersediaan alat,

bahan, pelayanan
dan transportasi

E. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan suatu tahap pelaksanaan terhadap suatu rencana tindakan keperawatan yang telah ditetapkan untuk perawat bersama seorang pasien. Implementasi dapat dilakukan sesuai dengan rencana yang telah dibuat setelah validasi, selain itu juga dibutuhkan keterampilan interpersonal, intelektual, dan teknik yang dilakukan harus dengan cermat serta efisien dengan situasi yang tepat dan dengan selalu memperhatikan keamanan fisik maupun psikologis. Setelah sudah selesai melakukan implementasi, lakukan dokumentasi yang akan meliputi intervensi yang sebelumnya sudah dilakukan dan tanyakan bagaimana respon pasien (Sarani, 2021).

F. Evaluasi keperawatan

Evaluasi merupakan tahap terakhir dalam proses keperawatan. Evaluasi ini adalah kegiatan membandingkan hasil yang telah dicapai setelah dilakukan implementasi keperawatan dan memiliki tujuan yang diharapkan dalam perencanaan. Perawat pun mempunyai tiga alternative dalam menentukan sejauh mana tujuan itu dapat tercapai :

1. Berhasil : perilaku pasien sesuai dengan pertanyaan tujuan dalam waktu dan tujuan yang telah ditetapkan
2. Tercapai sebagian : pasien telah menunjukkan perilaku tetapi belum sebaik dengan perilaku yang telah ditentukan dalam pertanyaan tujuan.
3. Belum tercapai : pasien belum mampu sama sekali menunjukkan perilaku yang telah diharapkan sesuai dengan pernyataan tujuan (Sarani, 2021).

G. Latihan

1. Seorang klien, Ny. W, 35 tahun, mengalami masalah kesehatan jiwa karena masalah yang dihadapiya saat ini. Saat dilakukan pengkajian, klien menyatakan, "Saya merasa tidak ada yang bisa saya lakukan untuk mengubah situasi saya. Semua usaha saya sia-sia dan saya tidak bisa melakukan apa-apa", klien tampak kelihatan pasif.

Apakah diagnosa utama serta penjelasannya pada kasus tersebut?

- A. Kelelahan mental - Kondisi di mana seseorang merasa kehabisan energi secara emosional dan mental akibat tekanan atau stres yang berkepanjangan.

- B. Krisis eksistensial - Suatu keadaan di mana individu meragukan makna dan tujuan hidupnya.
 - C. Ketidakberdayaan learned - Kondisi di mana seseorang merasa tidak berdaya karena pengalaman sebelumnya yang menunjukkan bahwa usaha mereka tidak berpengaruh pada hasil
 - D. Gangguan kecemasan - Kondisi yang melibatkan perasaan cemas atau khawatir yang berlebihan dan tidak terkendali.
 - E. Gangguan Kepribadian – Kondisi yang melibatkan seseorang tidak mampu mengontrol suasana hati
2. Seorang pasien mengungkapkan pada perawat kalau dia merasa tidak berdaya dan tidak ada yang bisa mengubah situasi hidupnya.
Apakah penyebab yang paling mungkin terjadi pada kasus tersebut?
- A. Kebutuhan dasar yang tidak terpenuhi - Ketidakmampuan memenuhi kebutuhan dasar seperti makanan, air, dan tempat tinggal.
 - B. Pengalaman masa lalu yang gagal - Pengalaman sebelumnya di mana pasien tidak berhasil meskipun sudah mencoba keras.
 - C. Perubahan hormon - Gangguan hormonal yang mempengaruhi suasana hati.
 - D. Faktor genetik - Pengaruh genetik terhadap predisposisi mental.
 - E. Trauma masa kecil
3. Dalam konteks ketidakberdayaan learned, pendekatan mana yang paling tepat untuk meningkatkan rasa percaya diri pasien dalam terapi keperawatan jiwa?
- A. Memaksa pasien untuk melakukan aktivitas yang mereka tidak ingin lakukan - Membebani pasien dengan aktivitas tanpa mempertimbangkan kemampuannya.
 - B. Memberikan pujian secara berlebihan untuk setiap usaha kecil yang dilakukan pasien - Memberikan pujian yang tidak realistik untuk semua usaha, baik besar atau kecil.
 - C. Membantu pasien menetapkan dan mencapai tujuan kecil secara bertahap - Membantu pasien menetapkan tujuan kecil dan merayakan pencapaian sebagai cara untuk membangun kepercayaan diri dan rasa kemampuan.

- D. Mengabaikan kegagalan pasien dan fokus hanya pada kesuksesan
- Mengabaikan kegagalan dan hanya fokus pada pencapaian tanpa mempertimbangkan kegagalan sebelumnya.
- E. Membiarkan pasien agar tenang sendiri
4. Seorang perawat, Nn. A. Telah melakukan pengkajian pada salah satu kliennya dan didapatkan bahwa klien tersebut mengalami masalah ketidakberdayaan. Saat ini Nn. A merancang intervensi keperawatan yang akan diberikan kepada kliennya.
Apa yang menjadi kunci dalam intervensi keperawatan untuk mengatasi ketidakberdayaan pada klien?
- A. Mendorong pasien untuk menyalahkan orang lain atas kegagalan mereka - Mendorong menyalahkan orang lain tanpa mengatasi perasaan ketidakberdayaan.
 - B. Mengidentifikasi pola pikir negatif dan bekerja untuk mengubahnya - Membantu pasien mengidentifikasi dan mengubah pola pikir yang menyebabkan rasa ketidakberdayaan.
 - C. Menghindari diskusi tentang perasaan ketidakberdayaan pasien - Mengabaikan topik ketidakberdayaan dan fokus pada masalah lain.
 - D. Memberikan solusi langsung tanpa melibatkan pasien dalam prosesnya - Menyediakan solusi tanpa melibatkan pasien dalam proses perencanaan.
 - E. Mendorong pasien untuk merefleksikan pengalaman dan hasil positif dari upaya mereka sendiri - Membantu pasien melihat dampak positif dari usaha mereka dapat membantu mengubah pandangan mereka tentang kontrol dalam hidup mereka.
5. Seorang pasien merasa bahwa segala usaha yang dilakukan untuk memperbaiki kualitas hidupnya selalu gagal dan menganggap dirinya tidak berdaya.
Manakah intervensi yang dapat membantu pasien mulai merasa lebih mampu?
- A. Mengajarkan teknik relaksasi secara rutin - Meskipun bermanfaat, teknik relaksasi mungkin tidak cukup untuk mengatasi ketidakberdayaan learned.

- B. Menetapkan dan merayakan pencapaian kecil secara berkelanjutan
 - Membantu pasien mengidentifikasi dan merayakan pencapaian kecil dapat meningkatkan rasa percaya diri dan kemampuan.
- C. Menegaskan kembali kegagalan sebagai cara untuk memotivasi pasien - Menegaskan kegagalan tidak akan membantu pasien merasa lebih mampu.
- D. Memfokuskan terapi pada pengobatan medis tanpa mempertimbangkan aspek psikologis - Pengobatan medis saja tidak cukup untuk mengatasi ketidakberdayaan learned tanpa intervensi psikologis.
- E. Menetapkan tujuan besar tanpa mempertimbangkan kesiapan pasien - Menetapkan tujuan yang terlalu besar tanpa mempertimbangkan kesiapan pasien.

Kunci jawaban

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

H. Rangkuman Materi

Ketidakberdayaan merupakan persepsi individu bahwa segala tindakannya tidak akan mendapatkan hasil atau suatu keadaan dimana individu kurang dapat mengendalikan kondisi tertentu atau kegiatan yang baru dirasakan. Ketidakberdayaan adalah persepsi atau tanggapan klien bahwa perilaku atau tindakan yang sudah dilakukannya tidak akan membawa hasil yang diharapkan atau tidak akan membawa perubahan hasil seperti yang diharapkan, sehingga klien sulit mengendalikan situasi yang terjadi atau mengendalikan situasi yang akan terjadi (Pardede, 2020).

Asuhan keperawatan adalah tindakan mandiri perawat profesional atau ners melalui kerjasama yang bersifat kolaboratif, baik dengan klien maupun tenaga kesehatan lain, dalam upaya memberikan asuhan keperawatan yang holistik sesuai dengan wewenang dan tanggung jawabnya pada berbagai tatanan pelayanan.

Pengkajian merupakan proses keperawatan dasar yang harus dilakukan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah jiwa dan psikososial, pengkajian dilakukan dengan berbagai pendekatan seperti pengkajian status mental, pengkajian emosi dan pengkajian perilaku.

Diagnosa keperawatan memiliki tiga formula seperti diagnosa Aktual, risiko dan Promosi kesehatan.

Intervensi dan implementasi keperawatan jiwa dan psikososial merupakan dua hal yang saling berhubungan dimana tindakan keperawatan tidak bisa dilakukan jika perawat tidak memiliki rencana keperawatan yang tepat.

Setelah dilakukan implementasi maka tahap berikutnya mengevaluasi tindakan keperawatan yang telah dilakukan.

Evaluasi merupakan tahap terakhir dalam proses keperawatan. Evaluasi ini adalah kegiatan membandingkan hasil yang telah dicapai setelah dilakukan implementasi keperawatan dan memiliki tujuan yang diharapkan dalam perencanaan

I. Glosarium

HPA : *Hipotalamus Pituitary Adrenal*

AIDS : *Acquired Immune Deficiency Syndrome*

Daftar Pustaka

- Carpenito, L.J. (2009). Buku Saku Diagnosa Keperawatan. EGC. Jakarta
- Doengoes ME. (2008). Nursing Diagnosis Manual Planning, Individualizing, and Documenting Client Care. America : Davis Company
- Keliat, B.A., et al. (2018). Asuhan Keperawatan Jiwa. EGC. Jakarta
- Kotijah, et.al 2020. Konsep dan Aplikasi dalam Asuhan Keperawatan. Mitra Wacana Media. Jakarta
- Nurarif.H.A & Kusuma, H. (2015). Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis Nanda dan NIC-NOC. Yogyakarta : Medi Action
- PPNI. (2016). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia*: Definisi dan Indikator Diagnostik, Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI.
- PPNI (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*: Definisi dan Tindakan Keperawatan, Edisi 1 Jakarta : DPP PPNI
- PPNI (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan, Edisi 1 Jakarta : DPP PPNI.
- Sarani, D. (2021). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Masalah Keperawatan Ketidakberdayaan (Doctoral dissertation, Universitas Muhammadiyah Ponorogo).
- Sadock, B.J., Sadock, V. A. 2007. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. Ed. 10. Lippincott Williams & Wilkins.
- Sadock, B.J., Sadock, V. A. 2009. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins.
- Stuart, G. W., Keliat, B. A., & Pasaribu, J. (2016). Prinsip dan praktik keperawatan kesehatan jiwa stuart. Edisi Indonesia (Buku 1). Singapura: Elsevier.

BAB 5

SEJARAH KEPERAWATAN JIWA DAN *TREN SERTA ISSUE* DALAM KEPERAWATAN JIWA GLOBAL

Pendahuluan

Perkembangan keperawatan jiwa memiliki akar sejarah yang panjang dan telah melalui berbagai perubahan signifikan seiring dengan evolusi pemahaman terhadap kesehatan mental. Dari masa-masa awal, di mana gangguan jiwa dianggap sebagai fenomena supranatural, hingga era modern di mana pendekatan ilmiah dan humanistik mendominasi, sejarah keperawatan jiwa mencerminkan kemajuan dalam pemahaman masyarakat terhadap kesehatan mental dan perlakuan terhadap individu dengan gangguan jiwa.

Pada zaman dahulu, individu dengan gangguan jiwa sering kali dikucilkan dan diperlakukan tidak manusiawi. Mereka ditempatkan di institusi-institusi tertutup, sering kali tanpa akses ke perawatan yang layak. Perubahan besar mulai terlihat pada akhir abad ke-18 dan awal abad ke-19, dengan munculnya gerakan reformasi dalam perawatan kesehatan jiwa. Salah satu tokoh penting dalam periode ini adalah Philippe Pinel, seorang dokter asal Prancis yang memperkenalkan konsep perlakuan moral (moral treatment) terhadap pasien jiwa, menekankan pentingnya perawatan yang manusiawi dan terstruktur.

Seiring waktu, muncul pendekatan-pendekatan baru dalam keperawatan jiwa yang lebih menekankan pada rehabilitasi, terapi holistik, dan pemberdayaan pasien. Keperawatan jiwa pun tidak hanya berfokus pada pengelolaan gejala-gejala mental, tetapi juga pada pemulihan kualitas hidup pasien. Dalam perkembangannya, keperawatan jiwa menjadi bagian integral dari sistem perawatan kesehatan global, dengan perawat memainkan peran penting dalam memberikan perawatan, dukungan emosional, dan edukasi kepada pasien serta keluarga mereka.

Tujuan Instruksional dan Capaian Pembelajaran

Tujuan Instruksional:

Mahasiswa diharapkan mampu memahami konsep-konsep dasar kesehatan mental, mengenali berbagai jenis gangguan jiwa, serta merancang dan melaksanakan intervensi keperawatan yang efektif.

1. Pemahaman Teoritis

Mahasiswa diharapkan mampu memahami teori-teori dasar kesehatan mental dan gangguan jiwa, termasuk faktor-faktor biologi, psikologis, dan sosial yang mempengaruhi kesehatan mental.

2. Penilaian Kesehatan Mental

Mahasiswa dilatih untuk melakukan penilaian kesehatan mental secara komprehensif melalui anamnesis, observasi perilaku, dan penggunaan instrumen penilaian yang sesuai.

3. Intervensi Keperawatan

Mahasiswa mampu merancang dan melaksanakan rencana asuhan keperawatan yang tepat, dengan menggunakan pendekatan-pendekatan terapeutik yang berfokus pada pemulihan, rehabilitasi, dan pemberdayaan pasien.

4. Komunikasi Terapeutik

Mahasiswa dibekali keterampilan komunikasi terapeutik untuk berinteraksi secara efektif dengan pasien, keluarga, dan tim kesehatan multidisiplin dalam menangani masalah kesehatan mental.

Capaian Pembelajaran:

Berikut adalah capaian pembelajaran yang diharapkan:

1. **Mampu Menjelaskan Konsep dan Prinsip Dasar Keperawatan Jiwa**

Mahasiswa dapat menjelaskan konsep dasar keperawatan jiwa, model kesehatan mental, dan faktor-faktor yang mempengaruhi kesejahteraan mental individu.

2. **Mampu Melakukan Penilaian Kesehatan Mental yang Komprehensif**

Mahasiswa dapat melakukan pengkajian kesehatan mental menggunakan metode anamnesis, observasi, dan tes standar, serta mampu mengidentifikasi kondisi dan kebutuhan pasien dengan tepat.

3. Mampu Merancang dan Melaksanakan Intervensi Keperawatan Jiwa yang Efektif

Mahasiswa mampu mengembangkan rencana asuhan keperawatan berdasarkan hasil penilaian dan literatur ilmiah, serta melakukan intervensi keperawatan yang mendukung pemulihan pasien.

4. Mampu Menggunakan Komunikasi Terapeutik dalam Berinteraksi dengan Pasien

Mahasiswa dapat menerapkan teknik komunikasi terapeutik untuk membangun hubungan yang positif dengan pasien dan mendukung proses pemulihan mereka.

Uraian Materi

A. Sejarah Keperawatan Jiwa

1. Pengantar

Keperawatan jiwa merupakan cabang dari ilmu keperawatan yang fokus pada perawatan dan pemulihan kesehatan mental individu. Sejarah keperawatan jiwa adalah kisah panjang yang melibatkan berbagai perubahan dalam cara pandang masyarakat terhadap kesehatan mental, serta perkembangan dalam pendekatan perawatan dan pengobatan.

2. Periode Awal: Abad Kuno dan Pertengahan

Pada masa-masa awal peradaban manusia, gangguan jiwa sering dianggap sebagai manifestasi dari kekuatan gaib atau hukuman dari dewa. Orang-orang yang mengalami gangguan mental sering dikucilkan, dirantai, atau ditempatkan di tempat-tempat khusus seperti gua atau penjara. Di zaman Yunani Kuno, Hippocrates, seorang dokter Yunani yang dikenal sebagai "Bapak Kedokteran," mulai menyarankan bahwa gangguan jiwa mungkin disebabkan oleh ketidakseimbangan dalam cairan tubuh (humor). Namun, pandangan ini masih jauh dari pendekatan humanis dalam keperawatan jiwa yang kita kenal saat ini. Pada Abad Pertengahan di Eropa, gangguan jiwa kembali dikaitkan dengan takhayul dan kepercayaan terhadap kekuatan supranatural. Orang yang mengalami gangguan mental sering dianggap sebagai "orang yang kerasukan" dan seringkali disiksa atau dibakar karena dianggap sebagai penyihir (Agustin et al., 2020).

3. Periode Modern Awal: Revolusi Pemikiran dan Perubahan Pendekatan

Pada abad ke-18 dan ke-19, pandangan terhadap gangguan jiwa mulai berubah, terutama di Eropa dan Amerika Serikat. Philippe Pinel, seorang dokter dari Prancis, menjadi pelopor dalam perubahan ini dengan memperkenalkan pendekatan "perawatan moral" (moral treatment). Pinel berpendapat bahwa pasien dengan gangguan mental harus diperlakukan dengan kemanusiaan, diberi kesempatan untuk berinteraksi sosial, dan tinggal di lingkungan yang bersih dan nyaman.

William Tuke, seorang Quaker dari Inggris, mendirikan "The Retreat" di York pada tahun 1796, sebuah tempat yang didedikasikan untuk perawatan moral bagi orang dengan gangguan jiwa. Tempat ini menekankan pentingnya lingkungan yang mendukung dan aktivitas yang bermanfaat bagi pemulihan pasien (Yulifah, 2020).

4. Abad ke-20: Lahirnya Keperawatan Jiwa sebagai Disiplin Ilmu

Pada awal abad ke-20, perkembangan ilmu psikiatri dan psikologi mempengaruhi keperawatan jiwa. Florence Nightingale, pelopor keperawatan modern, turut memberikan kontribusi dalam bidang ini dengan menekankan pentingnya lingkungan yang mendukung dalam proses penyembuhan pasien. Seiring dengan perkembangan rumah sakit jiwa (mental asylums) di Eropa dan Amerika, kebutuhan akan perawat yang terlatih khusus dalam menangani pasien dengan gangguan jiwa meningkat. Pendidikan dan pelatihan formal bagi perawat jiwa mulai diperkenalkan, dan keperawatan jiwa menjadi disiplin ilmu tersendiri.

Pada pertengahan abad ke-20, pendekatan biologis dan farmakologis dalam penanganan gangguan jiwa mulai berkembang pesat. Penemuan obat-obatan psikotropika seperti klorpromazin membuka jalan bagi pengobatan yang lebih efektif, dan perawat jiwa mulai dilibatkan dalam pengelolaan obat serta pengawasan kondisi mental pasien (Cahyani, 2023).

5. Era Kontemporer: Keperawatan Jiwa di Abad ke-21

Di abad ke-21, keperawatan jiwa telah berkembang menjadi disiplin yang holistik, menggabungkan aspek biologis, psikologis, sosial, dan spiritual dalam perawatan pasien. Pendekatan-pendekatan baru seperti terapi okupasi, terapi kognitif-perilaku, dan terapi keluarga telah menjadi bagian integral dari keperawatan jiwa. Saat ini, perawat jiwa berperan tidak hanya dalam perawatan langsung pasien, tetapi juga dalam edukasi kesehatan mental, pencegahan gangguan jiwa, dan pemberdayaan komunitas. Selain itu, perawat jiwa juga terlibat dalam penelitian dan pengembangan ilmu keperawatan jiwa untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan mental.

6. Penutup

Sejarah keperawatan jiwa mencerminkan perjalanan panjang dari masa kegelapan hingga era modern yang lebih manusiawi dan ilmiah. Perkembangan ini tidak hanya meningkatkan kualitas hidup pasien dengan gangguan jiwa, tetapi juga mengubah cara pandang masyarakat terhadap kesehatan mental. Keperawatan jiwa terus berkembang, beradaptasi dengan perubahan zaman, dan berkomitmen untuk memberikan perawatan terbaik bagi mereka yang membutuhkan.

B. Perkembangan Keperawatan Jiwa di Indonesia

1. Pengantar

Keperawatan jiwa di Indonesia mengalami perkembangan yang cukup signifikan dari masa ke masa. Perubahan dalam cara pandang masyarakat terhadap kesehatan mental, perkembangan pendidikan keperawatan, serta kebijakan pemerintah dalam bidang kesehatan mental, semua memainkan peran penting dalam evolusi keperawatan jiwa di Indonesia (Sahin Ercan, 2015).

2. Periode Awal: Era Kolonial

Pada masa kolonial Belanda, penanganan gangguan jiwa di Indonesia masih sangat terbatas dan sering kali tidak manusiawi. Gangguan mental pada umumnya dipahami melalui lensa tradisional dan kepercayaan mistis. Pasien dengan gangguan jiwa biasanya dirantai (pasung) atau diisolasi dari masyarakat, tanpa mendapatkan perawatan medis yang memadai. Pada tahun 1882, rumah sakit jiwa pertama di Indonesia didirikan di Lawang, Malang, yang kemudian dikenal sebagai Rumah Sakit Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat. Meskipun fasilitas ini awalnya hanya melayani para penderita gangguan jiwa berat, berdirinya rumah sakit ini menandai awal dari pengakuan formal terhadap pentingnya perawatan bagi penderita gangguan jiwa di Indonesia.

3. Masa Pasca-Kemerdekaan: Pembangunan Infrastruktur Kesehatan Mental

Setelah kemerdekaan Indonesia pada tahun 1945, pemerintah mulai memperhatikan pembangunan infrastruktur kesehatan, termasuk kesehatan jiwa. Pada dekade 1950-an hingga 1960-an, beberapa rumah sakit jiwa didirikan di berbagai kota besar, seperti di Jakarta, Bogor, dan Semarang. Upaya ini merupakan bagian dari langkah awal untuk

menyediakan layanan kesehatan mental yang lebih merata (Song et al., 2014).

Pada masa ini, tenaga keperawatan jiwa masih sangat terbatas, baik dari segi jumlah maupun kompetensi. Pendidikan dan pelatihan perawat jiwa belum terstruktur dengan baik, dan sebagian besar perawat yang menangani pasien dengan gangguan jiwa adalah perawat umum yang belum mendapatkan pelatihan khusus di bidang kesehatan jiwa.

4. Periode Modern: Perkembangan Pendidikan dan Profesi

Keperawatan Jiwa

Perkembangan signifikan dalam keperawatan jiwa di Indonesia dimulai pada tahun 1970-an, ketika pendidikan keperawatan mulai berkembang lebih terstruktur. Pada tahun 1972, pemerintah Indonesia mendirikan Akademi Keperawatan di berbagai daerah, dan kurikulum keperawatan mulai mencakup mata pelajaran khusus tentang kep (Agustin et al., 2020; Yulifah, 2020) keperawatan jiwa. Pada tahun 1983, Keputusan Menteri Kesehatan RI tentang Pelaksanaan Pendidikan Diploma III Keperawatan mulai diimplementasikan. Ini memungkinkan perawat untuk mendapatkan pendidikan yang lebih mendalam dan spesifik dalam berbagai bidang keperawatan, termasuk keperawatan jiwa. Seiring dengan meningkatnya kebutuhan akan tenaga perawat jiwa yang terlatih, beberapa universitas di Indonesia mulai membuka program pendidikan keperawatan jiwa pada tingkat sarjana dan pascasarjana. Program-program ini tidak hanya fokus pada aspek klinis, tetapi juga melibatkan penelitian dan pengembangan ilmu keperawatan jiwa.

5. Kebijakan dan Program Nasional Kesehatan Jiwa

Pemerintah Indonesia telah meluncurkan beberapa kebijakan dan program nasional untuk mendukung perkembangan kesehatan jiwa, termasuk keperawatan jiwa. Salah satu kebijakan penting adalah diterbitkannya Undang-Undang No. 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa, yang menekankan pentingnya pelayanan kesehatan jiwa yang terintegrasi, komprehensif, dan berkelanjutan.

Selain itu, program-program seperti PIS-PK (Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga) juga mendorong partisipasi aktif tenaga kesehatan, termasuk perawat jiwa, dalam memberikan layanan kesehatan

mental di komunitas. Ini membantu meningkatkan aksesibilitas dan kualitas pelayanan kesehatan jiwa di seluruh Indonesia.

6. Tantangan dan Prospek Masa Depan

Meskipun telah banyak kemajuan, keperawatan jiwa di Indonesia masih menghadapi berbagai tantangan, termasuk stigma sosial terhadap gangguan jiwa, kekurangan tenaga perawat jiwa yang kompeten, serta keterbatasan fasilitas dan infrastruktur di daerah terpencil.

Namun, prospek masa depan keperawatan jiwa di Indonesia cukup menjanjikan. Dengan adanya peningkatan kesadaran masyarakat tentang pentingnya kesehatan mental, dukungan pemerintah yang semakin kuat, dan perkembangan teknologi kesehatan, keperawatan jiwa di Indonesia diharapkan dapat terus berkembang dan memberikan pelayanan yang lebih baik kepada masyarakat.

7. Penutup

Perkembangan keperawatan jiwa di Indonesia mencerminkan perjalanan panjang dan dinamis yang dipengaruhi oleh berbagai faktor historis, sosial, dan politik. Dari masa kolonial hingga era modern, keperawatan jiwa di Indonesia telah mengalami transformasi yang signifikan, dan terus berupaya untuk memenuhi kebutuhan masyarakat dalam bidang kesehatan mental. Dengan dukungan yang tepat, keperawatan jiwa di Indonesia memiliki potensi untuk terus maju dan memberikan kontribusi yang lebih besar bagi kesehatan mental bangsa.

C. Tantangan dan Isu dalam Keperawatan Jiwa Global

1. Pengantar

Keperawatan jiwa adalah komponen penting dalam sistem pelayanan kesehatan global, karena bertanggung jawab atas perawatan dan dukungan bagi individu dengan gangguan mental. Namun, meskipun peran ini sangat krusial, keperawatan jiwa dihadapkan dengan berbagai tantangan dan isu yang kompleks di seluruh dunia. Bab ini akan membahas tantangan utama dan isu-isu yang mempengaruhi perkembangan dan pelaksanaan keperawatan jiwa dalam konteks global.

2. Stigma dan Diskriminasi Terhadap Gangguan Jiwa

Salah satu tantangan terbesar dalam keperawatan jiwa adalah stigma dan diskriminasi yang melekat pada gangguan mental. Di banyak negara, individu dengan gangguan jiwa seringkali dikucilkan, dijauhi, atau dipandang rendah oleh masyarakat. Stigma ini tidak hanya mempengaruhi pasien tetapi juga dapat memengaruhi tenaga kesehatan, termasuk perawat jiwa, yang mungkin menghadapi prasangka atau stereotip negatif.

Stigma juga berkontribusi pada rendahnya tingkat pencarian bantuan medis oleh individu yang mengalami gangguan mental, yang pada gilirannya memperburuk kondisi mereka dan menyulitkan intervensi keperawatan. Tantangan ini membutuhkan pendekatan yang komprehensif untuk edukasi masyarakat dan peningkatan kesadaran tentang pentingnya kesehatan mental.

3. Kekurangan Tenaga Perawat Jiwa yang Terlatih

Di banyak negara, termasuk negara maju dan berkembang, terdapat kekurangan tenaga perawat jiwa yang terlatih. Hal ini disebabkan oleh beberapa faktor, seperti rendahnya minat dalam spesialisasi keperawatan jiwa, kurangnya program pelatihan khusus, serta kondisi kerja yang menantang.

Kekurangan tenaga perawat jiwa menyebabkan beban kerja yang berat bagi perawat yang ada, yang pada akhirnya dapat mempengaruhi kualitas perawatan yang diberikan kepada pasien. Di beberapa daerah terpencil atau miskin, akses ke pelayanan keperawatan jiwa hampir tidak ada, meninggalkan individu dengan gangguan mental tanpa dukungan yang memadai.

4. Kurangnya Akses ke Layanan Kesehatan Mental

Akses ke layanan kesehatan mental masih menjadi masalah global. Di banyak negara, terutama di daerah pedesaan dan miskin, fasilitas kesehatan mental sangat terbatas atau tidak ada sama sekali. Kurangnya infrastruktur kesehatan mental ini memperburuk situasi, terutama bagi individu dengan gangguan jiwa berat yang membutuhkan perawatan jangka panjang dan intensif. Selain itu, biaya perawatan seringkali menjadi hambatan besar, terutama di negara-negara dengan sistem

kesehatan yang kurang berkembang. Banyak individu dengan gangguan mental tidak mampu membayar biaya pengobatan atau terapi, yang pada akhirnya menghambat akses mereka keperawatan yang diperlukan.

5. Isu Etika dalam Keperawatan Jiwa

Isu etika sering kali muncul dalam keperawatan jiwa, terutama ketika perawat harus membuat keputusan yang melibatkan hak asasi manusia pasien, seperti otonomi dan kebebasan. Misalnya, dalam situasi di mana pasien dengan gangguan jiwa berat tidak mampu membuat keputusan yang tepat, perawat jiwa harus mempertimbangkan bagaimana melindungi kesejahteraan pasien sambil tetap menghormati hak mereka. Selain itu, penggunaan intervensi yang bersifat paksaan, seperti pengekangan fisik atau pemberian obat paksa, juga menimbulkan tantangan etika yang signifikan. Perawat jiwa harus selalu menyeimbangkan antara kebutuhan klinis dan hak pasien, sering kali dalam situasi yang penuh tekanan dan ambigu.

6. Kurangnya Penelitian dan Pengembangan di Bidang Keperawatan Jiwa

Penelitian di bidang keperawatan jiwa masih tertinggal dibandingkan dengan bidang keperawatan lainnya. Kurangnya penelitian ini menghambat pengembangan praktik berbasis bukti yang dapat meningkatkan kualitas perawatan. Selain itu, kurangnya dana dan sumber daya untuk penelitian kesehatan mental juga menjadi hambatan signifikan, terutama di negara-negara berkembang. Penelitian yang lebih mendalam dan luas diperlukan untuk memahami berbagai aspek gangguan jiwa dan intervensi keperawatan yang efektif. Ini juga termasuk penelitian mengenai dampak intervensi keperawatan jiwa di berbagai konteks budaya dan sosial.

7. Dampak Pandemi COVID-19

Pandemi COVID-19 menimbulkan tantangan baru dalam keperawatan jiwa global. Pandemi ini meningkatkan prevalensi gangguan mental seperti kecemasan, depresi, dan stres pasca-trauma, sementara pada saat yang sama mengganggu akses ke layanan kesehatan mental.

Perawat jiwa di seluruh dunia harus beradaptasi dengan cepat terhadap kondisi yang berubah, termasuk penggunaan teknologi untuk telekonsultasi dan dukungan jarak jauh. Namun, tidak semua negara atau komunitas memiliki infrastruktur yang memadai untuk mendukung

perubahan ini, yang menimbulkan kesenjangan dalam layanan keperawatan jiwa.

8. Tantangan Lintas Budaya dalam Keperawatan Jiwa

Keperawatan jiwa harus mempertimbangkan perbedaan budaya dalam pendekatannya. Apa yang dianggap sebagai gangguan mental atau cara terbaik untuk menanganinya bisa sangat bervariasi di berbagai budaya. Perawat jiwa harus memiliki kompetensi budaya yang kuat untuk memberikan perawatan yang efektif dan sesuai.

Di beberapa budaya, perawatan kesehatan mental mungkin terkait erat dengan praktik tradisional atau spiritual. Mengintegrasikan pendekatan ini dengan intervensi keperawatan jiwa yang modern dapat menjadi tantangan, namun sangat penting untuk menghormati dan bekerja dalam konteks budaya pasien.

9. Penutup

Tantangan dan isu dalam keperawatan jiwa global sangat kompleks dan memerlukan pendekatan yang terpadu dan holistik. Perkembangan keperawatan jiwa harus melibatkan upaya kolektif dari berbagai pihak, termasuk tenaga kesehatan, pemerintah, masyarakat, dan lembaga internasional. Dengan mengatasi tantangan-tantangan ini, keperawatan jiwa dapat terus berkembang dan memberikan kontribusi yang signifikan dalam meningkatkan kualitas hidup individu dengan gangguan mental di seluruh dunia.

D. Masa Depan Keperawatan Jiwa Di Indonesia

1. Pengantar

Masa depan keperawatan jiwa di Indonesia merupakan topik yang krusial, mengingat meningkatnya kebutuhan akan layanan kesehatan mental yang berkualitas di tengah tantangan global dan lokal yang terus berkembang. Dengan perubahan sosial, teknologi, dan kebijakan yang terus berkembang, keperawatan jiwa di Indonesia memiliki potensi untuk mengalami transformasi yang signifikan. Bab ini akan membahas proyeksi masa depan keperawatan jiwa di Indonesia, peluang yang dapat dimanfaatkan, serta tantangan yang perlu diatasi.

2. Perkembangan Teknologi dan Digitalisasi

Teknologi digital diperkirakan akan menjadi salah satu pendorong utama dalam evolusi keperawatan jiwa di Indonesia. Telemedicine dan e-health telah mulai diterapkan selama pandemi COVID-19, dan kemungkinan besar akan terus berkembang sebagai solusi untuk mengatasi keterbatasan akses ke layanan kesehatan mental, terutama di daerah terpencil.

Penggunaan aplikasi kesehatan mental, platform telekonsultasi, dan alat pemantauan jarak jauh dapat meningkatkan aksesibilitas dan efisiensi dalam memberikan perawatan. Perawat jiwa harus siap untuk mengadopsi teknologi ini, dan kurikulum pendidikan keperawatan perlu disesuaikan untuk mempersiapkan perawat dengan keterampilan digital yang diperlukan.

3. Peningkatan Pendidikan dan Kompetensi Perawat Jiwa

Untuk menghadapi kompleksitas kasus gangguan mental yang terus berkembang, pendidikan keperawatan jiwa di Indonesia harus terus ditingkatkan. Ini mencakup pengembangan kurikulum yang lebih komprehensif, yang tidak hanya mencakup aspek klinis tetapi juga pengembangan kompetensi dalam penelitian, etika, dan penanganan lintas budaya.

Program pendidikan lanjutan, seperti spesialisasi atau program pascasarjana dalam keperawatan jiwa, juga perlu didorong untuk meningkatkan kompetensi dan profesionalisme perawat jiwa. Selain itu, pelatihan berkelanjutan dalam bentuk workshop, seminar, dan kursus daring dapat membantu perawat jiwa tetap up-to-date dengan perkembangan terbaru dalam bidang ini.

4. Integrasi Pelayanan Kesehatan Jiwa dengan Kesehatan Umum

Masa depan keperawatan jiwa di Indonesia juga akan ditandai oleh semakin eratnya integrasi antara pelayanan kesehatan jiwa dengan pelayanan kesehatan umum. Pendekatan yang holistik dan terintegrasi ini diharapkan dapat mengatasi fragmentasi dalam perawatan kesehatan mental, di mana perawat jiwa akan bekerja sama dengan tenaga kesehatan lain seperti dokter, psikolog, dan pekerja sosial untuk memberikan perawatan yang komprehensif.

Integrasi ini juga akan mendukung implementasi program-program kesehatan nasional yang lebih menyeluruh, seperti Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK), yang mendorong pendekatan proaktif dalam mendeteksi dan menangani masalah kesehatan mental di masyarakat.

5. Peningkatan Kesadaran dan Pengurangan Stigma

Pengurangan stigma terhadap gangguan jiwa adalah salah satu tantangan terbesar yang perlu diatasi untuk masa depan keperawatan jiwa di Indonesia. Kampanye kesadaran publik yang lebih intensif dan edukasi yang berkelanjutan diharapkan dapat mengubah pandangan masyarakat terhadap kesehatan mental.

Peran perawat jiwa dalam edukasi masyarakat sangat penting. Dengan menjadi advokat untuk kesehatan mental, perawat jiwa dapat membantu mengurangi stigma, meningkatkan pemahaman masyarakat tentang gangguan jiwa, dan mendorong lebih banyak individu untuk mencari bantuan profesional.

6. Kebijakan dan Dukungan Pemerintah

Dukungan pemerintah yang kuat sangat penting untuk perkembangan keperawatan jiwa di Indonesia. Kebijakan yang mendukung pengembangan layanan kesehatan mental, termasuk alokasi anggaran yang memadai, perlu terus diperkuat. Selain itu, regulasi yang mendukung praktik keperawatan jiwa, termasuk perlindungan terhadap hak-hak pasien dan perawat, harus terus dikembangkan.

Pemerintah juga perlu mendorong kolaborasi antara sektor publik dan swasta dalam mengembangkan fasilitas kesehatan mental yang berkualitas, serta mempromosikan penelitian di bidang keperawatan jiwa untuk menciptakan solusi berbasis bukti yang efektif.

7. Tantangan dan Prospek Masa Depan

Meskipun banyak peluang untuk pengembangan, masa depan keperawatan jiwa di Indonesia juga dihadapkan dengan sejumlah tantangan. Ini termasuk ketimpangan akses ke layanan kesehatan mental antara daerah perkotaan dan pedesaan, kekurangan tenaga perawat jiwa yang terlatih, serta resistensi terhadap perubahan dalam beberapa segmen masyarakat.

Namun, dengan komitmen yang kuat dari berbagai pihak, termasuk pemerintah, institusi pendidikan, dan masyarakat luas, tantangan ini dapat diatasi. Prospek masa depan keperawatan jiwa di Indonesia sangat menjanjikan, dengan peluang untuk meningkatkan kualitas hidup jutaan orang yang membutuhkan perawatan kesehatan mental yang lebih baik.

8. Penutup

Masa depan keperawatan jiwa di Indonesia sangat bergantung pada kemampuan untuk beradaptasi dengan perubahan dan memanfaatkan peluang yang ada. Dengan dukungan teknologi, peningkatan pendidikan, integrasi layanan, dan pengurangan stigma, keperawatan jiwa di Indonesia dapat terus berkembang dan memberikan kontribusi yang signifikan bagi kesehatan mental bangsa. Peran perawat jiwa sebagai bagian dari sistem kesehatan yang lebih besar akan semakin penting, dan masa depan yang lebih cerah untuk kesehatan mental di Indonesia dapat terwujud dengan usaha bersama dari semua pihak.

E. Latihan

1. Siapakah tokoh yang dikenal sebagai pelopor gerakan perlakuan moral dalam perawatan jiwa?
 - A. Sigmund Freud
 - B. Florence Nightingale
 - C. Philippe Pinel
 - D. Dorothea Dix
2. Pada abad berapa gerakan reformasi perawatan kesehatan jiwa mulai berkembang?
 - A. Abad ke-15B.
 - B. Abad ke-18C.
 - C. Abad ke-20D.
 - D. Abad ke-17
3. Di era modern, pendekatan keperawatan jiwa lebih menekankan pada aspek berikut ini, KECUALI:
 - A. Rehabilitasi pasien
 - B. Terapi holistic

- C. Pengucilan pasien
 - D. Pemberdayaan pasien
4. Salah satu masalah utama yang masih menjadi tantangan dalam keperawatan jiwa hingga saat ini adalah:
- A. Meningkatnya jumlah perawat jiwa
 - B. Kurangnya kebutuhan pasien jiwa
 - C. Stigma terhadap gangguan mental
 - D. Tingginya biaya perawatan kesehatan jiwa
5. Apa dampak utama pandemi COVID-19 terhadap kesehatan mental di seluruh dunia?
- A. Menurunnya jumlah kasus gangguan jiwa
 - B. Lonjakan kasus gangguan kesehatan mental
 - C. Berkurangnya peran teknologi dalam perawatan jiwa
 - D. Meningkatnya stigma terhadap gangguan jiwa

F. Rangkuman Materi

Masa depan keperawatan jiwa di Indonesia sangat bergantung pada kemampuan untuk beradaptasi dengan perubahan dan memanfaatkan peluang yang ada. Dengan dukungan teknologi, peningkatan pendidikan, integrasi layanan, dan pengurangan stigma, keperawatan jiwa di Indonesia dapat terus berkembang dan memberikan kontribusi yang signifikan bagi kesehatan mental bangsa. Peran perawat jiwa sebagai bagian dari sistem kesehatan yang lebih besar akan semakin penting, dan masa depan yang lebih cerah untuk kesehatan mental di Indonesia dapat terwujud dengan usaha bersama dari semua pihak.

G. Glosarium

KEP : Keperawatan

REV : Revolusi

TDM : Telemedicine

PIS-PK : Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga

Daftar Pustaka

- Agustin, W., Lestari, E., Yusuf, A., & Tristana, R. D. (2020). Pengalaman petugas jiwa dalam merawat ODGJ. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 2(1). <https://doi.org/10.20473/pnj.v1i1.18589>
- Cahyani, N. P. (2023). Terapi Musik : Mengoptimalkan Pengobatan Tradisional dengan Pendekatan Holistik pada Remaja. In *Jurnal Multidisiplin West Science* (Vol. 02, Issue 06). Juni.
- Sahin Ercan, N. (2015). Nursing intervention for home nursing home resident : Reminiscence Therapy. *Journal of Education and Research in Nursing*, 13.1. <https://doi.org/DOI: http://dx.doi.org/10.5222/HEAD.2016.233>
- Song, D., Shen, Q., Xu, T. Z., & Sun, Q. H. (2014). Effects of group reminiscence on elderly depression: A meta-analysis. *International Journal of Nursing Sciences*, 1(4), 416–422. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2014.10.001>
- Yulifah, N. (2020). Sejarah Rumah sakit jiwa. *Journal of Indonesia History*, 1.

BAB 6

PROSES KEPERAWATAN JIWA

Pendahuluan

Proses keperawatan merupakan 5 (Lima) tahap penyelesaian masalah dengan pendekatan yang memfasilitasi dan mengidentifikasi perawatan yang tepat, aman, peka budaya, mengikuti perkembangan, dan berkualitas bagi individu, keluarga, kelompok dan komunitas. Keperawatan kesehatan jiwa merupakan praktik keperawatan yang menilai perilaku manusia dimulai dari masa konsepsi hingga lanjut usia. Proses keperawatan yang holistik tentunya akan meliputi pengkajian, penegakkan diagnosa, Intervensi, implementasi dan Evaluasi. Buku Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa dan Psikososial memiliki ciri khas dalam setiap proses keperawatannya dimana sasaran pasien yang dikaji merupakan pasien dengan kondisi yang sehat hingga beresiko mengalami gangguan jiwa (psikososial). Penulis merupakan staf pengajar keperawatan kesehatan jiwa dan psikososial disalah satu kampus swasta di tangerang Selatan dan melakukan praktik klinik asuhan keperawatan jiwa berfokus pada kelompok sehat dan beresiko.

Tujuan penulisan bab ini adalah agar mahasiswa mampu memahami, menjelaskan serta mengaplikasikan konsep proses asuhan keperawatan jiwa pada kelompok resiko seperti pada pasien dengan penyakit akut, kronis, kehilangan dan berduka, keluarga dengan anggota keluarga yang mengalami kritis, dan penyakit psikososial lain yang umumnya terjadi pada individu, keluarga, kelompok dan komunitas. Buku ini diharapkan dapat digunakan oleh seluruh mahasiswa kesehatan, tenaga kesehatan dan pengajar kesehatan. Buku ini akan membahas tentang proses keperawatan jiwa dimulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, Implementasi dan Evaluasi.

Metode pembelajaran

Mata ajar keperawatan kesehatan jiwa mempunyai bobot 6 (enam) SKS pada jenjang S1 Keperawatan yang berada pada semester 4 dan 5 dan 3 SKS pada

program profesi Ners. Pada program Diploma Tiga Keperawatan Kesehatan jiwa terdiri dari 4 SKS. Dalam proses pembelajaran metode dalam bab ini menggunakan meliputi Lecturing, Discovering Learning, *case study*, *Student Centered learning* (SCL), diskusi, demonstrasi, role play, Small Group Discussion (SGD), serta metode pembelajaran lainnya yang disesuaikan oleh pengajar. Buku ini dapat digunakan untuk mengefektifkan proses pembelajaran yang berkaitan dengan asuhan keperawatan dengan membahas soal- soal yang berkaitan dengan asuhan keperawatan jiwa atau pembaca dapat mengaitkan dengan pengalaman belajar mandiri yang terjadi di sekitar lingkungan.

Tujuan Instruksional:

Setelah mengikuti proses pembelajaran mata ajar keperawatan kesehatan jiwa dan Psikososial diharapkan peserta didik mampu:

1. Menyebutkan Definisi Proses Keperawatan jiwa dan Psikososial
2. Mengidentifikasi pengkajian proses keperawatan jiwa dan Psikososial
3. Menegakkan diagnosis Keperawatan dalam Keperawatan Kesehatan Jiwa dan Psikososial
4. Menentukan Rencana Tindakan keperawatan Kesehatan Jiwa dan Psikososial
5. Melakukan Evaluasi dalam pelaksanaan Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa dan Psikososial

Capaian Pembelajaran:

Setelah mempelajari buku ini diharapkan mahasiswa mampu:

1. Menjelaskan definisi proses keperawatan jiwa dan psikososial
2. Menguraikan aspek pengkajian dalam proses keperawatan jiwa dan psikososial
3. Menjelaskan diagnosa dalam proses keperawatan jiwa dan psikososial
4. Menyusun rencana serta tindakan dalam proses keperawatan jiwa dan psikososial
5. Menentukan evaluasi dalam proses keperawatan jiwa dan psikososial

Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa

Proses keperawatan merupakan serangkaian kegiatan atau langkah sistematis yang digunakan oleh perawat dalam memberikan pelayanan yang profesional. Standar praktik keperawatan terdiri dari lima tahap yang sistematis, sekuensial dan berhubungan, yaitu: pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Tujuan proses keperawatan adalah memberikan perawatan yang holistik dan efektif sesuai dengan kebutuhan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.

Asuhan keperawatan adalah tindakan mandiri perawat profesional atau ners melalui kerjasama yang bersifat kolaboratif, baik dengan klien maupun tenaga kesehatan lain, dalam upaya memberikan asuhan keperawatan yang holistik sesuai dengan wewenang dan tanggung jawabnya pada berbagai tatanan pelayanan. Asuhan keperawatan jiwa berfokus pada masalah psikologis pasien tanpa mengabaikan masalah fisik, sehingga memberikan asuhan keperawatan jiwa dan psikologis ditujukan tidak hanya pada pasien dengan masalah gangguan jiwa atau mental melainkan pada kelompok berisiko untuk mengalami gangguan jiwa dengan harapan perawat dapat mencegah atau melakukan tindakan preventif kepada pasien dengan masalah psikososial dan tidak meningkatnya kasus skizofrenia.

A. Pengkajian (Assessment)

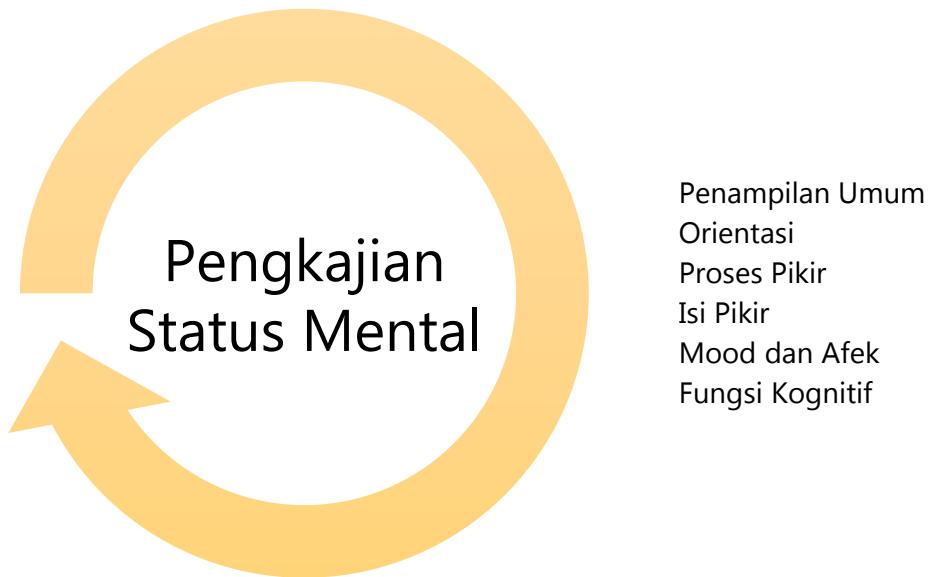
Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis pengumpulan data dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status Kesehatan pasien. Pada tahap ini perawat mengumpulkan informasi lengkap baik itu primer maupun sekunder secara lengkap tentang kondisi fisik, psikologis, yang digunakan dapat menjamin pengumpulan data yang sistematis dan lengkap, diperbarui nya data, dan terjaganya kerahasiaan dalam pencatatan yang ada, kemudian sosial dan lingkungan pasien. Metode pengumpulan data dalam pengkajian dapat berupa wawancara, observasi perilaku, pemeriksaan fisik dan mempelajari data penunjang (pengumpulan

data yang diperoleh berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium dan uji diagnosis serta mempelajari catatan lain).

Sumber data atau orang terdekat, tim Kesehatan serta catatan lain. Aspek lampau seperti Riwayat Kesehatan saat ini, Riwayat penyakit, status social kultur, status spiritual, status biologis (fisiologis) dan status Psikologis (Pola Koping) pasien yang berkaitan dengan penyakitnya.

Pengkajian spesifik dalam keperawatan jiwa adalah proses yang penting karena mencakup penilaian yang menyeluruh terhadap kondisi mental, emosional serta perilaku pasien. Pengkajian dilakukan dengan tujuan untuk mengidentifikasi masalah psikologis dan gangguan mental yang mungkin mempengaruhi kesejahteraan pasien. Terdapat beberapa komponen Pengkajian dalam keperawatan jiwa yaitu:

1. Pengkajian Status Mental



Pengkajian status mental umumnya dilakukan dengan memperhatikan bagaimana penampilan umum pasien, bagaimana pasien berorientasi, bagaimana pasien berfikir serta proses berpikirnya, bagaimana alam perasaan dan afek pasien serta bagaimana tingkat pemahaman atau pengetahuan pasien terhadap sebuah topik.

a. Penampilan umum

Pengkajian yang dilakukan pada bagian ini umumnya perawat mengobservasi penampilan fisik pasien seperti kebersihan diri, cara pasien berpakaian, dan ekspresi wajah. Penampilan dapat

memberikan makna tentang kondisi mental pasien. Terdapat perbedaan yang sangat signifikan penampilan umum pasien dengan masalah gangguan jiwa dan psikososial.

Pada pasien dengan masalah psikososial kebersihan diri dapat terjadi karena pasien memiliki faktor penghambat seperti adanya masalah kehilangan organ tubuh, demovitasi, atau pasien dengan penyakit kronis sehingga tidak mampu melakukan aktivitas harian termasuk mandi dan berhias secara mandiri, namun hal ini berbeda dengan pasien dengan masalah gangguan jiwa (skizofrenia) kebersihan diri dapat terjadi karena pasien tidak paham atau lupa bahwa kebersihan diri itu penting sehingga sering mengabaikan masalah kebersihan diri tersebut.

b. Orientasi

Orientasi merupakan penilaian pasien terhadap waktu, tempat, dan orang. Hal ini dibutuhkan untuk mengidentifikasi tingkat kesadaran dan fungsi kognitif. Beberapa pertanyaan sederhana yang digunakan untuk mengkaji orientasi pasien seperti: Apakah pasien mengetahui hari, tanggal, bulan dan tahun saat ini? Apakah pasien mengetahui di mana mereka berada, seperti nama tempat (rumah sakit, klinik) dan kota atau negara?.

c. Proses pikir

Proses pikir merupakan penilaian pasien dalam berfikir, alur pikiran, logika, dan koherensi. Perawat mengevaluasi apakah pikiran pasien sesuai, kacau, atau disertai dengan delusi dan/ atau halusinasi.

d. Isi Pikir

Isi pikir perlu dikaji berkaitan dengan bagaimana isi pikiran pasien terhadap sebuah masalah seperti adanya ide bunuh diri, paranoid, atau ide- ide yang tidak jelas atau tidak realistik.

e. Mood dan Afek

Penilaian terhadap suasana hati (mood) yang dilaporkan pasien dan efek yang terlihat. Perawat juga mengamati apakah ada kesesuaian mood yang dilaporkan dan efek yang ditampilkan.

f. Fungsi Kognitif

Pengkajian fungsi kognitif dilakukan untuk mengkaji daya ingat, perhatian, kemampuan berpikir abstrak dan penilaian.

2. Pengkajian Perilaku

Pengkajian perilaku dalam keperawatan jiwa adalah perawat melakukan observasi dan mengevaluasi perilaku pasien dengan tujuan untuk memahami bagaimana seseorang pasien berperilaku dalam berbagai situasi dan lingkungan. Pengkajian ini membantu perawat untuk mengidentifikasi pola perilaku yang mungkin berhubungan dengan kondisi mental atau emosional pasien. Berikut adalah komponen utama yang perlu dikaji dalam perilaku: Aktivitas Psikomotor, Respon terhadap stimulasi, kontak mata, ekspresi wajah, cara berbicara, perilaku social, perilaku kompulsif, pengendalian diri, penggunaan zat, dan perilaku yang mengancam keselamatan.

3. Pengkajian Emosi dan Perasaan

Pengkajian emosi dan perasaan merupakan pengkajian yang lebih spesifik dalam keperawatan jiwa, bagaimana perawat mengkaji emosi dan perasaan yang mempengaruhi pikiran, perilaku, dan interaksi sosial pasien. Adapun hal yang perlu dikaji adalah: tingkat kecemasan, Depresi dan Pengalaman Trauma.

B. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan dalam keperawatan jiwa adalah proses identifikasi masalah Kesehatan mental dan emosional pasien berdasarkan data yang terkumpul selama pengkajian. Diagnosa ini membantu dalam merencanakan serta mengembangkan rencana keperawatan serta mengimplementasikan rencana keperawatan yang disusun dalam rangka peningkatan pencegahan dan penyembuhan penyakit serta pemulihan klien. Diagnosis keperawatan jiwa memiliki beberapa tahapan seperti;

1. Identifikasi masalah dan kebutuhan

Dalam identifikasi masalah dan kebutuhan perawat diharuskan dapat mengidentifikasi masalah utama yang mempengaruhi Kesehatan mental pasien, seperti gangguan mood, kecemasan, atau perilaku maladaptive, serta kebutuhan khusus dalam terkait dengan perawatan, dukungan sosial atau intervensi psikologis.

2. Formulasi diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan disusun berdasarkan hasil pengkajian yang telah ditemukan selama melakukan pengkajian. Terdapat beberapa formula diagnosa keperawatan yaitu:

- a. Diagnosa Risiko: mengidentifikasi potensi risiko yang mungkin dihadapi pasien, seperti risiko bunuh diri atau risiko kekerasan terhadap orang lain. Diagnosa Resiko dapat diformulasikan dengan Problem (P) + Etiologi (E).
- b. Diagnosa Aktual: masalah yang saat ini sedang terjadi dan dapat diobservasi, seperti gangguan tidur, perubahan pola makan, atau ketidakmampuan dalam menjalani aktivitas sehari-hari. Diagnosa Aktual dapat diformulasikan dengan Problem (P)+ Etiologi (E)+ Symptoms (S)
- c. Diagnosa Promosi Kesehatan: diagnosa ini sejatinya tidak ada masalah patologis pada pasien, hanya saja perlu meningkatkan hal-hal yang sudah baik.



C. Intervensi dan Implementasi Keperawatan

Perencanaan (intervensi) dalam keperawatan jiwa merupakan proses strtegis untuk merancang tindakan yang akan diambil dalam merawat pasien dengan gangguan Kesehatan mental. Tujuan perencanaan ini adalah untuk menyediakan intervensi yang efektif, meningkatkan kualitas hidup pasien dan mencapai hasil perawatan yang optimal. Berikut adalah Langkah- Langkah menyusun intervensi keperawatan:

1. Menetapkan tujuan dan hasil

Menetapkan tujuan yang spesifik, terukur, dapat dicapai, relevan dan berbatas waktu (SMART). Misalnya: "pasien akan dapat mengidentifikasi tiga teknik coping untuk mengatasi kecemasan dalam dua minggu kedepan."

2. Identifikasi intervensi

Menyusun intervensi keperawatan berdasarkan kebutuhan dan diagnosa pasien. Hal ini berkaitan dengan terapi individual, terapi kelompok, terapi keluarga, terapi farmakologis, serta terapi kolaborasi lainnya. Setelah menyusun intervensi keperawatan yang sesuai Langkah berikutnya perawat melakukan implementasi keperawatan sesuai dengan rencana yang telah dibuat. Perawat memberikan perawatan langsung, pendidikan pasien dan keluarga, serta memastikan lingkungan yang mendukung pemulihian mental pasien.

D. Evaluasi

Perawat mengevaluasi efektivitas intervensi yang telah dilakukan. Jika tujuan perawatan tidak tercapai, proses ini dapat kembali ke tahap perencanaan untuk menyesuaikan intervensi.

E. Latihan

1. Perawat melakukan observasi pada pasien dengan perilaku agresif, terlihat pasien sangat marah saat keluarganya menginstruksikan pasien berpakaian dengan benar, pasien langsung memukul keluarganya jika ada yang menyuruhnya berpakaian dengan benar. Pasien mengatakan lebih nyaman tidak berpakaian. Apakah proses keperawatan yang dilakukan perawat tersebut?
 - A. Pengkajian
 - B. Diagnosa
 - C. Intervensi
 - D. Implementasi
 - E. Evaluasi
2. Perawat menanyakan perasaan pasien setelah berbincang dengan perawat sekitar 15 menit, pasien terlihat tenang dan kooperatif saat perawat bertanya. Apakah proses keperawatan dilakukan perawat?

- A. Pengkajian
 - B. Diagnosa
 - C. Intervensi
 - D. Implementasi
 - E. Evaluasi
3. Setelah diberikan asuhan keperawatan pasien mampu menyebutkan perasaan bahwa perasaan cemasnya berkurang setelah 10 hari perawatan. Apa Proses keperawatan yang dilakukan perawat?
- A. Pengkajian
 - B. Diagnosa
 - C. Intervensi
 - D. Implementasi
 - E. Evaluasi
4. Perawat melakukan pertemuan pertama kepada pasien gangguan jiwa dan didapatkan data bahwa pasien memiliki riwayat percobaan bunuh diri pada 3 minggu yang lalu. Perawat menanyakan hal-hal yang berkaitan dengan kondisi atau riwayat penyakit sebelumnya. Apa proses keperawatan yang dilakukan?
- A. Pengkajian
 - B. Diagnosa
 - C. Intervensi
 - D. Implementasi
 - E. Evaluasi
5. Perawat melakukan kunjungan rumah, seorang laki- laki usia 43 tahun terlihat duduk di halaman rumah dengan kondisi berbicara sendiri, tidak fokus dan terlihat menunjuk pada suatu arah yang objeknya tidak jelas. Apa proses keperawatan berikutnya?
- A. Melakukan pengkajian ulang (reassessment)
 - B. Menegakkan Diagnosa
 - C. Perencanaan Intervensi
 - D. Melakukan Implementasi
 - E. Melakukan Evaluasi

Jawaban:

1. A. Pengkajian
2. E. Evaluasi
3. C. Intervensi
4. A. Pengkajian
5. B. Menegakkan diagnose

F. Rangkuman Materi

Pengkajian merupakan proses keperawatan dasar yang harus dilakukan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah jiwa dan psikososial, pengkajian dilakukan dengan berbagai pendekatan seperti pengkajian status mental, pengkajian emosi dan pengkajian perilaku.

Diagnosa keperawatan memiliki tiga formula seperti diagnosa Aktual, risiko dan Promosi kesehatan.

Intervensi dan implementasi keperawatan jiwa dan psikososial merupakan dua hal yang saling berhubungan dimana tindakan keperawatan tidak bisa dilakukan jika perawat tidak memiliki rencana keperawatan yang tepat.

Setelah dilakukan implementasi maka tahap berikutnya mengevaluasi tindakan keperawatan yang telah dilakukan

G. Glosarium

SCL : *Student Centre learning*

SGD : *Small Group Discussion*

Daftar Pustaka

- Azizah, L. M., Zainuri, I., & Akbar, A. (2016). *Kesehatan Jiwa Teori dan Aplikasi Praktik Klinik*. http://rsjiwajambi.com/wp-content/uploads/2019/09/Buku_Ajar_Keperawatan_Kesehatan_Jiwa_Teori-dan-Aplikasi-Praktik-Klinik-1.pdf
- Beo, Y. A., Zahra, Z., Dharma, I. D. G. C., Kusumawaty, I., Yunike, Eka, A. R., Endriyani, S., Permatasari, L. I., Romana, K., Widiniah, A. Z., Faraday, C., Nuryati, E.,
- Faidah, N., Suniyadewi, N. W., Marini, S., & Sinthania, D. (2022). *Ilmu Keperawatan Jiwa dan Komunitas*. Media Sains Indonesia.
- Fatimah, S. (2022). *Komunikasi Terapeutik*. Kemenkes RI. https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/1344/komunikasi-terapeutik
- Gani, A., Zuraidah, Azharuddin, M., Pranata, A. D., & Saputra, A. U. (2019). *Keperawatan Jiwa*. Adab.
- Harahap, R. A., & Putra, F. E. (2019). *Buku Ajar Komunikasi kesehatan*. Prenada Media Group.
- Keliat, B. A., Hamid, A. Y. S., Putra, Y. S. E., Wardani, I. Y., Daulima, N. H. C., Susanti, H., Hargiana, G., & Panjaitan, R. U. (2020). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. EGC.
- PPNI. (2018a). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan* (1st ed.). DPP PPNI.
- PPNI. (2018b). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan* (1st ed.). DPP PPNI.
- PPNI. (2018c). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan* (1st ed.). DPP PPNI.
- Prabowo, E. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Nuha Medika.
- Prabowo, T. (2019). *Komunikasi Dalam Keperawatan*. Pustaka Baru Press.
- Shives, L. R. (2012). Basic Concepts of Psychiatric- Mental Health Nursing. In *Wolters Kluwer Health / Lippincott Williams & Wilkins* (8th ed.). Wolters Kluwer. <https://doi.org/10.1128/AAC.03728-14>
- Stuart, G. W. (2016). *Principles and Practice of PSYCHIATRIC NURSING*. Elsevier.
- Sutejo. (2018). *Keperawatan Jiwa Konsep dan Praktik Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa: Gangguan Jiwa dan Psikososial*. PT Pustaka Baru.
- Townsend, M. C. (2014). *Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing Concepts Of Care in Evidence- Based Practice* (6th ed.). Davis Company.

- Tukatman, Pranata, A. D., Katuuk, H. M., Yati, M., Emilia, N. L., Sari, M. T., Suri, M., Saswati, N., Tololiu, T. A., Suhardono, Agustine, U., Daryanto, Syukri, M., Laoh, J. M., Erlin, F., & Lombogia, M. (2023). *Keperawatan jiwa*. Pustaka Aksara.
- Videbeck, S. L. (2020). *Psychiatric Mental Health Nursing* (D. Murphy (ed.); 8th ed.). Wolters Kluwer.
- Yusuf, A.H, F., &, R & Nihayati, H. . (2015). Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa. In *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Salemba Medika. <https://doi.org/ISBN 978-xxx-xxx-xx-x>
- Yusuf, A., Fitriasari, R., Nihayati, H. E., & Tristana, R. D. (2019). *Kesehatan Jiwa Pendekatan Holistik Dalam Asuhan Keperawatan*. Mitra Wacana Media.
- Zaini, M. (2019). *Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Psikososial di Pelayanan Klinik dan Komunitas*. Deepublish Publisher.

BAB 7

PELAYANAN DAN KOLABORASI INTERDISIPLINER DALAM KESEHATAN DAN KEPERAWATAN JIWA

Pendahuluan

Pelayanan kesehatan jiwa merupakan salah satu aspek penting dalam sistem pelayanan kesehatan yang komprehensif. Dalam beberapa dekade terakhir, perhatian terhadap kesehatan jiwa semakin meningkat seiring dengan kesadaran akan dampaknya yang signifikan terhadap kualitas hidup individu dan masyarakat. Salah satu tantangan utama dalam pelayanan kesehatan jiwa adalah kebutuhan untuk memberikan pelayanan yang holistik dan berpusat pada pasien, yang tidak hanya menangani gejala fisik tetapi juga aspek psikologis, sosial, dan spiritual.

Kolaborasi interdisipliner menjadi kunci untuk mencapai tujuan tersebut. Dalam konteks kesehatan dan keperawatan jiwa, kolaborasi ini melibatkan berbagai profesi, termasuk dokter, perawat, psikolog, pekerja sosial, terapis okupasi, dan profesional kesehatan lainnya. Setiap profesi memiliki perspektif, keahlian, dan pendekatan yang unik, yang bila dikombinasikan dapat menghasilkan strategi perawatan yang lebih efektif dan komprehensif.

Buku ajar ini dirancang untuk memberikan pemahaman yang mendalam tentang pentingnya pelayanan dan kolaborasi interdisipliner dalam kesehatan dan keperawatan jiwa. Melalui pembahasan teori, studi kasus, dan contoh praktik terbaik, buku ini bertujuan untuk membekali mahasiswa, praktisi, dan akademisi dengan pengetahuan dan keterampilan yang diperlukan untuk bekerja secara kolaboratif dalam tim interdisipliner. Pada akhirnya, tujuan dari pelayanan dan kolaborasi ini adalah untuk meningkatkan kualitas perawatan bagi individu dengan gangguan jiwa, mendukung pemulihan mereka, dan meningkatkan kesejahteraan secara keseluruhan.

Tujuan Instruksional:

Tujuan instruksional adalah memahami konsep dan aplikasi Pelayanan dan Kolaborasi Interdisipliner dalam Kesehatan dan Keperawatan Jiwa

Capaian Pembelajaran:

1. Mampu menjelaskan konsep konsep dasar kesehatan jiwa
2. Mampu menjelaskan pentingnya kolaborasi interdisipliner dalam kesehatan jiwa
3. Mampu menjelaskan peran dan tanggung jawab profesi dalam tim interdisipliner
4. Mampu menjelaskan prinsip dan praktik kolaborasi efektif dalam kesehatan jiwa
5. Mampu menjelaskan manajemen kasus dalam kesehatan jiwa
6. Mampu menjelaskan etika dan hukum dalam kolaborasi interdisipliner
7. Mampu menjelaskan peran instansi pemerintah dalam penanganan kesehatan jiwa di indonesia
8. Mampu menjelaskan evaluasi dan pengembangan layanan kesehatan jiwa berbasis kolaborasi
9. Mampu menjelaskan peran undang-undang dan peraturan kesehatan jiwa di indonesia serta pedoman WHO dalam kolaborasi interdisipliner
10. Mampu memahami latihan kasus yang disajikan

Uraian Materi

A. Pengantar dan Konsep Dasar Kesehatan Jiwa

Bab ini menguraikan definisi kesehatan jiwa menurut berbagai organisasi kesehatan dunia seperti WHO, serta konsep kesejahteraan mental. Dijelaskan bagaimana kesehatan jiwa tidak hanya tentang ketiadaan penyakit mental, tetapi juga kemampuan individu untuk mengatasi tekanan hidup sehari-hari, bekerja secara produktif, dan berkontribusi pada komunitasnya. Kesehatan jiwa mencakup model biopsikososial dan bioetik dalam pendekatan kesehatan jiwa.

Dalam kesehatan jiwa, perawat jiwa memiliki peran memberikan perawatan holistik yang mencakup aspek fisik, emosional, sosial, dan spiritual pasien. Perawat jiwa juga dapat berperan sebagai sebagai advokat pasien, pelaksana terapi, dan fasilitator keluarga dalam proses pemulihan pasien. Termasuk di dalamnya adalah kompetensi dan kualifikasi yang diperlukan untuk menjadi perawat kesehatan jiwa.

Sejarah pelayanan kesehatan jiwa dari masa lalu hingga sekarang dimulai dari era stigma dan diskriminasi terhadap orang dengan gangguan jiwa, hingga perubahan paradigma menuju pendekatan yang lebih inklusif dan berbasis hak asasi manusia. Saat ini telah muncul perkembangan berbagai institusi kesehatan jiwa di Indonesia dan di dunia, serta munculnya model-model pelayanan baru seperti *Community-Based Mental Health* dan integrasi layanan kesehatan jiwa dalam pelayanan kesehatan primer. Munculnya perkembangan dan inovasi dalam bidang keperawatan dan kesehatan jiwa ini akan lebih maksimal apabila didukung dengan Kerjasama berbagai interdisipliner dan lintas sektoral.

B. Pentingnya Kolaborasi Interdisipliner dalam Kesehatan Jiwa

1. Definisi dan Konsep Kolaborasi Interdisipliner

Kolaborasi interdisipliner melibatkan berbagai profesional dari berbagai disiplin ilmu, seperti psikiater, psikolog, perawat, pekerja sosial, terapis okupasi, dan dokter umum, yang bekerja sama untuk memberikan perawatan yang komprehensif. Bab ini juga menguraikan prinsip-prinsip

dasar kolaborasi, seperti komunikasi efektif, pembagian peran yang jelas, dan pengambilan keputusan bersama.

2. Keuntungan dan Tantangan Kolaborasi

Manfaat utama dari kolaborasi interdisipliner, seperti peningkatan kualitas perawatan, pendekatan holistik terhadap pasien, dan pencegahan kesalahan medis. Tantangan yang dihadapi dalam kolaborasi, seperti perbedaan budaya profesional, kurangnya komunikasi, dan keterbatasan waktu serta sumber daya.

3. Model-model kolaborasi interdisipliner

Model kolaborasi yang telah diterapkan dalam praktik kesehatan jiwa, seperti model kolaboratif tim, model pengelolaan kasus (*case management*), dan model konsultasi. Setiap model akan dijelaskan dengan contoh kasus nyata, serta kelebihan dan kekurangannya. Model kolaborasi dipilih yang paling sesuai dengan kebutuhan institusi atau layanan kesehatan tertentu.

C. Peran dan Tanggung Jawab Profesi dalam Tim Interdisipliner

1. Peran Perawat dalam Tim Interdisipliner

Peran utama perawat yaitu bertanggung jawab dalam melakukan asesmen, perencanaan perawatan, pelaksanaan, dan evaluasi perawatan. Dalam melaksanakan peran ini, diharapkan perawat memilimi keterampilan khusus yang diperlukan perawat dalam mendukung pasien jiwa, seperti keterampilan komunikasi terapeutik, manajemen stres, dan intervensi krisis, serta keterampilan lain yang berkaitan dengan asuhan keperawatan jiwa. Bagi perawat spesialis jiwa, dapat dilakukan pula asuhan keperawatan spesialis jiwa pada pasien.

2. Peran Dokter dan Psikiater

Psikiater biasanya bertanggung jawab atas diagnosis, pengobatan, dan manajemen farmakologis pasien dengan gangguan jiwa. Diskusi tentang bagaimana dokter umum dapat mendukung psikiater dalam menyediakan perawatan kesehatan primer yang komprehensif. Dokter umum memegang peranan yang penting di pelayan primer sebagai garda terdepan pelayanan kesehatan jiwa di Indonesia, oleh karenanya

dokter umum juga perlu dibekali ekstra pengetahuan tentang penanganan masalah kesehatan jiwa utamanya di masyarakat.

3. Peran Psikolog dan Pekerja Sosial

Kontribusi psikolog yaitu melakukan asesmen psikologis, terapi kognitif dan perilaku, serta terapi kelompok. Peran pekerja sosial dalam mengelola aspek sosial dari perawatan pasien, seperti dukungan keluarga, manajemen kasus, dan akses ke layanan komunitas juga dijelaskan secara rinci. Pembahasan menekankan pentingnya kolaborasi antara psikolog dan pekerja sosial untuk memberikan perawatan yang menyeluruh.

4. Peran Terapis Okupasi dan Profesional Lainnya

Terapis okupasi berperan dalam membantu pasien mengembangkan keterampilan fungsional yang diperlukan untuk kehidupan sehari-hari. Selain itu, peran profesional lain seperti terapis seni, terapis musik, dan konselor rehabilitasi dalam mendukung proses pemulihan pasien.

D. Prinsip dan Praktik Kolaborasi Efektif dalam Kesehatan Jiwa

Prinsip-prinsip utama yang mendasari kolaborasi yang efektif, seperti saling menghormati, kesetaraan, dan transparansi. Diskusi tentang bagaimana membangun kepercayaan di antara anggota tim dan pentingnya mendengarkan serta menghargai pandangan dari berbagai disiplin ilmu. Dalam melaksanakan prinsip tersebut maka diperlukan strategi-strategi untuk meningkatkan kerja sama dalam tim interdisipliner, seperti pelatihan bersama, penggunaan teknologi informasi untuk komunikasi, dan pengembangan protokol kolaborasi yang jelas.

E. Manajemen Kasus dalam Kesehatan Jiwa

Dalam pelaksanaan manajemen kasus kesehatan jiwa yang efektif, diperlukan tiga komponen utama yaitu pendekatan manajemen kasus, peran tim interdisipliner dan manajemen kasus, serta koordinasi layanan dengan komunitas. Contoh manajemen kasus dalam pelayanan kesehatan jiwa, seperti peran case manager dalam mengkoordinasikan berbagai layanan yang diperlukan oleh pasien. Manajemen kasus dapat membantu memastikan bahwa pasien mendapatkan perawatan yang tepat, pada waktu yang tepat, dan dengan cara yang paling efektif. Tim interdisipliner berperan dalam manajemen kasus, dari proses asesmen, perencanaan perawatan,

hingga pelaksanaan dan evaluasi. Dalam pelaksanaannya diperlukan kegiatan seperti diskusi tentang pentingnya rapat tim regular, komunikasi yang efektif, dan penggunaan catatan medis bersama demi menunjang keberhasilan terapi pasien. Poin terakhir yaitu menekankan pentingnya koordinasi antara pelayanan kesehatan jiwa dengan sumber daya komunitas, seperti dukungan sosial, layanan rehabilitasi, dan fasilitas kesehatan lainnya. Peranan pekerja sosial dan case manager berperan dalam memastikan bahwa pasien dapat mengakses layanan yang tersedia di komunitas untuk mendukung pemulihannya.

F. Etika dan Hukum dalam Kolaborasi Interdisipliner

Kolaborasi interdisipliner dalam pelayanan kesehatan, khususnya kesehatan jiwa, tidak hanya melibatkan penggabungan keahlian dari berbagai profesi tetapi juga membutuhkan perhatian yang mendalam terhadap aspek etika dan hukum. Dalam pelaksanaannya, ada beberapa prinsip etika dan peraturan hukum yang harus dipegang oleh semua pihak agar kolaborasi dapat berjalan secara efektif, aman, dan profesional.

G. Prinsip Etika dalam Kolaborasi Interdisipliner

1. Kerahasiaan (*Confidentiality*):

Setiap anggota tim interdisipliner wajib menjaga kerahasiaan informasi pasien. Dalam praktik kesehatan jiwa, informasi pribadi dan medis pasien sangat sensitif. Oleh karena itu, meskipun dalam kolaborasi informasi harus dibagi, pembagian ini harus dilakukan dengan penuh kehati-hatian dan sesuai dengan izin pasien.

2. Keterbukaan dan Transparansi (*Transparency*):

Seluruh anggota tim harus menjalin komunikasi yang jujur dan terbuka. Keputusan klinis yang diambil dalam tim interdisipliner harus diputuskan berdasarkan diskusi yang transparan dengan mempertimbangkan masukan dari semua profesi.

3. Otonomi Pasien (*Patient Autonomy*):

Setiap pasien memiliki hak untuk membuat keputusan terkait perawatan dirinya. Dalam kolaborasi interdisipliner, hak otonomi ini harus dihormati. Pendekatan kolaboratif harus melibatkan pasien dalam pengambilan keputusan terkait pengobatan dan terapi yang akan dijalani.

4. Keadilan (*Justice*):

Prinsip keadilan menuntut agar setiap pasien mendapatkan perlakuan yang sama tanpa adanya diskriminasi. Dalam kolaborasi interdisipliner, alokasi sumber daya dan perhatian harus merata di seluruh profesi dan pasien yang membutuhkan.

Aspek Hukum dalam Kolaborasi Interdisipliner

- a. Undang-Undang Kesehatan Jiwa di Indonesia (UU No. 18 Tahun 2014):
Di Indonesia, peraturan tentang kesehatan jiwa telah diatur dalam undang-undang ini, yang menjamin hak pasien kesehatan jiwa, kewajiban tenaga kesehatan, dan peran berbagai instansi dalam pelayanan kesehatan jiwa. Dalam kolaborasi interdisipliner, peraturan ini mengatur tata kelola kerjasama antar profesi untuk memastikan perlindungan dan pelayanan optimal kepada pasien.
- b. Tanggung Jawab Profesional (*Professional Liability*):
Setiap anggota tim interdisipliner bertanggung jawab secara hukum atas tindakan mereka dalam memberikan perawatan. Tanggung jawab ini melibatkan keharusan untuk bertindak sesuai dengan standar praktik profesi yang telah ditetapkan. Kegagalan dalam menjalankan tugas sesuai standar dapat menimbulkan tuntutan hukum terkait malpraktik.
- c. Hak Pasien (*Patient Rights*):
Pasien memiliki hak atas informasi, hak untuk dilayani secara layak, dan hak atas privasi dalam perawatan kesehatan. Kolaborasi interdisipliner harus mempertimbangkan hak-hak ini, termasuk hak pasien untuk menolak perawatan dan hak untuk mendapatkan informasi tentang semua opsi perawatan yang tersedia.
- d. Peraturan Organisasi Profesi:
Masing-masing profesi kesehatan (perawat, dokter, psikolog, dan lainnya) diatur oleh organisasi profesi dan kode etik masing-masing. Dalam kolaborasi, para profesional harus tetap menjalankan perannya sesuai dengan peraturan tersebut, sambil menghormati peran dan batas-batas profesi lainnya.

H. Pentingnya Kolaborasi Etis dan Hukum

Pelayanan kesehatan jiwa sering kali melibatkan berbagai dimensi perawatan, dari aspek medis hingga sosial, yang menuntut adanya kolaborasi dari berbagai profesi. Pelanggaran etika atau hukum dalam kolaborasi dapat menurunkan kualitas layanan dan berpotensi merugikan pasien, baik secara fisik maupun psikologis. Oleh karena itu, setiap anggota tim interdisipliner harus memahami dan mematuhi aturan etika dan hukum yang berlaku.

Selain itu, dengan adanya perkembangan peraturan nasional dan internasional seperti yang dikeluarkan oleh WHO mengenai kesehatan jiwa berbasis komunitas, kolaborasi interdisipliner menjadi semakin penting untuk memastikan bahwa standar pelayanan yang diterapkan sesuai dengan hukum dan etika yang berlaku, serta dapat meningkatkan kualitas kesehatan jiwa di masyarakat.

Dalam kesimpulannya, kolaborasi interdisipliner yang efektif haruslah didasarkan pada prinsip etika dan hukum yang kuat, sehingga memastikan bahwa pelayanan yang diberikan kepada pasien kesehatan jiwa tidak hanya profesional tetapi juga aman dan sesuai dengan hak asasi manusia.

I. Peran Instansi Pemerintah dalam Penanganan Kesehatan Jiwa di Indonesia

1. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

Peran sentral Kementerian Kesehatan dalam merumuskan kebijakan dan pedoman nasional untuk kesehatan jiwa, termasuk program-program yang dijalankan seperti Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan upaya untuk mengintegrasikan layanan kesehatan jiwa di seluruh puskesmas di Indonesia. Kementerian Kesehatan RI berperan pula mengatur tentang berbagai regulasi dan standar pelayanan kesehatan jiwa yang diterapkan oleh Kementerian Kesehatan.

2. Kementerian Sosial Republik Indonesia

Peran Kementerian Sosial dalam menyediakan dukungan sosial dan layanan rehabilitasi untuk individu dengan gangguan jiwa. Ini termasuk salah satu contohnya pengembangan Panti Sosial Bina Laras, yang merupakan fasilitas khusus untuk rehabilitasi sosial bagi penyandang disabilitas mental. Kementerian Sosial Republik Indonesia juga membahas program-program pemberdayaan dan reintegrasi sosial yang dijalankan oleh Kementerian Sosial.

3. Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset, dan Teknologi
Kementerian Pendidikan berperan dalam meningkatkan literasi kesehatan jiwa di kalangan siswa dan mahasiswa, serta bagaimana kesehatan jiwa diintegrasikan ke dalam kurikulum sekolah dan pendidikan tinggi. Program-program pendidikan yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran kesehatan jiwa, seperti pelatihan guru dan konselor sekolah, juga merupakan isu penting dalam lingkup ini sebagai upaya promotive maupun preventif dalam penatalaksanaan masalah kesehatan jiwa di Indonesia.
4. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan
Peran BPJS Kesehatan yaitu dalam menyediakan pembiayaan untuk pelayanan kesehatan jiwa melalui skema Jaminan Kesehatan Nasional. BPJS juga memiliki peran menjawab tantangan yang dihadapi dalam memastikan akses layanan kesehatan jiwa yang inklusif dan berkelanjutan bagi semua peserta JKN.
5. Kepolisian Republik Indonesia (POLRI) dan Kementerian Hukum dan HAM
Peran Polri dan Kementerian Hukum dan HAM dalam menangani kasus-kasus yang melibatkan individu dengan gangguan jiwa, termasuk penanganan kasus kriminal dan rehabilitasi di lembaga pemasyarakatan. Kolaborasi dengan layanan kesehatan jiwa dapat membantu dalam mengelola individu yang berisiko serta memastikan perlindungan hak asasi manusia mereka.
6. Kerjasama Antar-Instansi dan Lintas Sektor
Pentingnya koordinasi dan kerja sama antara berbagai instansi pemerintah dan organisasi masyarakat dalam penanganan kesehatan jiwa adalah bentuk bagaimana sinergi lintas sektor dapat memperkuat sistem kesehatan jiwa di Indonesia.

J. Peran Undang-undang dan Peraturan Kesehatan Jiwa di Indonesia serta Pedoman WHO dalam Kolaborasi Interdisipliner

Berikut uraian tentang keterkaitan peran Undang-undang dan Peraturan Kesehatan Jiwa di Indonesia serta Pedoman WHO dalam Kolaborasi Interdisipliner:

1. Definisi dan Ruang Lingkup Kesehatan Jiwa: Undang-Undang No. 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa memberikan definisi dan ruang lingkup yang komprehensif mengenai kesehatan jiwa. Peraturan ini didukung oleh Permenkes No. 87 Tahun 2015 tentang Pedoman

Pelayanan dan Kolaborasi Interdisipliner Dalam Kesehatan

Penyelenggaraan Program Pelayanan Kesehatan Jiwa di Puskesmas, yang memperjelas tugas fasilitas kesehatan primer dalam pelayanan kesehatan jiwa. Pedoman WHO juga menekankan pentingnya pendekatan komprehensif yang melibatkan berbagai disiplin ilmu dalam penanganan kesehatan jiwa.

2. Pelayanan Kesehatan Jiwa Komprehensif: Permenkes No. 77 Tahun 2015 tentang Pelayanan Kesehatan Jiwa Berbasis Masyarakat (PKJBM) mendukung pelayanan kesehatan jiwa komprehensif di komunitas, melibatkan berbagai pihak mulai dari tenaga medis hingga masyarakat. Pedoman WHO, seperti Mental Health Action Plan 2013-2020, mendorong integrasi layanan kesehatan jiwa ke dalam layanan kesehatan primer dan sekunder, yang memerlukan kolaborasi lintas disiplin.
3. Hak Asasi Manusia dalam Kesehatan Jiwa: Undang-Undang No. 18 Tahun 2014 dan Permenkes No. 4 Tahun 2019 tentang Hak dan Kewajiban Pasien di Rumah Sakit memastikan bahwa pelayanan kesehatan jiwa di Indonesia harus berlandaskan penghormatan terhadap hak asasi manusia. WHO juga menggarisbawahi pentingnya pendekatan berbasis hak dalam layanan kesehatan jiwa, di mana setiap pasien memiliki hak untuk diperlakukan dengan hormat dan mendapatkan informasi yang jelas tentang kondisinya.
4. Pengembangan Sumber Daya Manusia Kesehatan Jiwa: Permenkes No. 59 Tahun 2016 tentang Kompetensi Tenaga Kesehatan Jiwa di Indonesia menegaskan pentingnya peningkatan kapasitas tenaga kesehatan jiwa melalui pelatihan dan pengembangan profesional. WHO mendukung pengembangan tenaga kesehatan dengan pelatihan khusus dalam pendekatan multidisiplin untuk menghadapi tantangan kesehatan jiwa yang kompleks.
5. Keterlibatan Keluarga dan Komunitas: Permenkes No. 87 Tahun 2015 juga menekankan pentingnya keterlibatan keluarga dan komunitas dalam penanganan kesehatan jiwa. WHO menekankan perlunya dukungan komunitas sebagai bagian integral dari strategi pemulihan, dengan peran perawat dan pekerja sosial dalam memberikan edukasi dan dukungan.
6. Peran Pemerintah dan Lembaga: Undang-Undang No. 18 Tahun 2014 dan PP No. 39 Tahun 2012 tentang Penyelenggaraan Kesejahteraan Sosial menetapkan peran penting pemerintah dalam penyediaan fasilitas kesehatan jiwa, akses pelayanan, serta pengawasan pelaksanaannya.

WHO, dalam *Mental Health Gap Action Programme* (mhGAP), juga menyerukan peran pemerintah dalam mengoordinasikan dan memfasilitasi pelayanan kesehatan jiwa yang holistik.

7. Pencegahan dan Promosi Kesehatan Jiwa: Permenkes No. 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) menekankan pentingnya program pencegahan dan promosi kesehatan jiwa di tingkat primer. WHO mendukung promosi kesehatan jiwa melalui kampanye kesadaran dan program pencegahan yang berfokus pada populasi rentan, yang membutuhkan kolaborasi antar disiplin ilmu.
8. Penanganan Kasus Krisis Kesehatan Jiwa: Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan juga mencakup pedoman penanganan kasus krisis kesehatan jiwa, memastikan adanya respons yang cepat dan tepat dalam situasi darurat. WHO menyediakan pedoman untuk intervensi darurat, termasuk untuk kasus-kasus bunuh diri dan kekerasan, di mana koordinasi lintas sektor sangat diperlukan.
9. Evaluasi dan Pengawasan: Pemerintah Indonesia, melalui Permenkes No. 38 Tahun 2012 tentang Rekam Medis, mengatur tentang standar pencatatan dan pengawasan dalam pelayanan kesehatan jiwa. WHO juga menekankan pentingnya sistem evaluasi yang terstruktur dalam layanan kesehatan jiwa untuk memastikan kualitas dan efektivitas pelayanan

Berikut adalah penjelasan tentang bagaimana pendekatan interdisipliner terkait dengan upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif dalam pelayanan keperawatan jiwa di Indonesia, didukung oleh peraturan kesehatan jiwa nasional dan pedoman WHO:

1. Upaya Promotif dan Pendekatan Interdisipliner

Upaya promotif yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran dan pengetahuan tentang kesehatan jiwa membutuhkan kerjasama antara berbagai disiplin ilmu:

- a. **Peran Perawat dan Perawat Spesialis Jiwa:** Perawat jiwa dapat bekerja sama dengan dokter, psikolog, pekerja sosial, dan tokoh masyarakat untuk menyelenggarakan penyuluhan dan kampanye kesadaran kesehatan mental.
- b. **Undang-Undang No. 18 Tahun 2014 dan Permenkes No. 75 Tahun 2014** mendukung kolaborasi antar profesi dalam promosi kesehatan jiwa, misalnya melalui program edukasi lintas sektor di komunitas.

- c. **WHO** mendorong kolaborasi interdisipliner dalam kampanye global untuk meningkatkan literasi kesehatan mental, yang dapat diadaptasi di Indonesia.

2. Upaya Preventif dan Pendekatan Interdisiplin

Pencegahan gangguan jiwa memerlukan deteksi dini dan intervensi yang tepat waktu, yang hanya bisa dilakukan melalui kolaborasi lintas disiplin:

- a. **Peran Perawat dan Perawat Spesialis Jiwa:** Perawat jiwa dapat berkolaborasi dengan psikolog untuk melakukan skrining kesehatan mental, bekerja sama dengan dokter untuk penanganan awal, serta berkoordinasi dengan pekerja sosial untuk memberikan dukungan sosial yang tepat.
- b. **Permenkes No. 87 Tahun 2015** menekankan pentingnya pendekatan interdisipliner dalam deteksi dini, di mana tenaga kesehatan dari berbagai latar belakang berperan aktif dalam identifikasi dini dan rujukan kasus.
- c. **WHO**, melalui program ***Mental Health Gap Action Programme (mhGAP)***, mengadvokasi kerjasama antar disiplin ilmu dalam pencegahan gangguan jiwa, dengan fokus pada layanan kesehatan primer.

3. Upaya Kuratif dan Pendekatan Interdisipliner

Upaya kuratif, yang melibatkan perawatan dan pengobatan pasien dengan gangguan jiwa, memerlukan pendekatan interdisipliner untuk memberikan perawatan yang komprehensif:

- a. **Peran Perawat dan Perawat Spesialis Jiwa:** Dalam pengobatan dan terapi, perawat jiwa bekerja bersama dokter untuk pengelolaan medis, psikolog untuk terapi psikososial, serta terapis okupasi dan pekerja sosial untuk dukungan dan rehabilitasi.
- b. **Undang-Undang No. 18 Tahun 2014** mendukung perawatan kesehatan jiwa yang melibatkan berbagai disiplin ilmu, memastikan bahwa pasien mendapatkan perawatan yang holistik.
- c. **WHO** mendorong intervensi kuratif berbasis bukti yang dilakukan oleh tim multidisiplin untuk meningkatkan efektivitas pengobatan.

4. Upaya Rehabilitatif dan Pendekatan Interdisipliner

Upaya rehabilitatif bertujuan untuk membantu pasien dengan gangguan jiwa kembali berfungsi dalam kehidupan sehari-hari, yang memerlukan koordinasi lintas disiplin:

- a. **Peran Perawat dan Perawat Spesialis Jiwa:** Perawat jiwa memainkan peran kunci dalam proses rehabilitasi dengan bekerja sama dengan terapis okupasi, psikolog, pekerja sosial, dan profesional lainnya untuk merancang program rehabilitasi yang komprehensif.
- b. **Permenkes No. 59 Tahun 2016** mendukung rehabilitasi berbasis komunitas yang melibatkan berbagai profesi, dengan perawat jiwa sebagai bagian integral dari tim.
- c. **WHO** merekomendasikan pendekatan pemulihan berbasis masyarakat yang melibatkan kolaborasi lintas sektor untuk memastikan reintegrasi pasien ke masyarakat.

5. Kesimpulan

Pendekatan interdisipliner sangat penting dalam setiap upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif dalam pelayanan keperawatan jiwa di Indonesia. Peraturan nasional seperti **Undang-Undang No. 18 Tahun 2014** dan pedoman dari **WHO** mendukung kerjasama lintas disiplin untuk memastikan bahwa pelayanan kesehatan jiwa dapat diberikan secara efektif, komprehensif, dan berkelanjutan. Perawat jiwa berperan sebagai penghubung antara berbagai profesi, memastikan bahwa semua aspek kebutuhan kesehatan mental pasien terpenuhi melalui kerja tim yang terkoordinasi dan holistik.

K. Evaluasi dan Pengembangan Layanan Kesehatan Jiwa Berbasis Kolaborasi

Evaluasi dan pengembangan layanan kesehatan jiwa berbasis kolaborasi merupakan langkah penting dalam memastikan efektivitas, kualitas, dan keberlanjutan pelayanan yang diberikan kepada pasien. Mengingat kompleksitas penanganan masalah kesehatan jiwa, kolaborasi antarprofesi dan instansi menjadi strategi kunci untuk menyediakan perawatan yang komprehensif dan terpadu. Proses evaluasi dan pengembangan layanan ini tidak hanya bertujuan untuk menilai keberhasilan intervensi tetapi juga untuk meningkatkan kualitas layanan secara terus menerus.

1. Evaluasi Pelayanan Kesehatan Jiwa Berbasis Kolaborasi

Evaluasi dalam konteks pelayanan kesehatan jiwa berbasis kolaborasi harus mencakup beberapa dimensi penting, antara lain:

a. Kualitas Pelayanan:

Kualitas pelayanan dievaluasi berdasarkan standar pelayanan yang ditetapkan, baik oleh regulasi nasional maupun internasional. Ini termasuk bagaimana tim interdisipliner mampu bekerja sama untuk memenuhi kebutuhan pasien, mengelola gejala, dan meningkatkan kualitas hidup mereka. Penilaian bisa dilakukan melalui survei kepuasan pasien, audit klinis, dan evaluasi kinerja tim.

b. Efektivitas Kolaborasi Antar profesi:

Keberhasilan layanan berbasis kolaborasi sangat dipengaruhi oleh seberapa baik komunikasi, koordinasi, dan kerjasama antar profesi berlangsung. Evaluasi dapat melibatkan observasi langsung, wawancara dengan anggota tim, dan pengukuran hasil kerja yang terukur dalam kaitannya dengan kesehatan pasien.

c. Aksesibilitas dan Keterjangkauan:

Evaluasi juga harus menilai sejauh mana layanan kesehatan jiwa berbasis kolaborasi dapat diakses oleh semua lapisan masyarakat, termasuk mereka yang tinggal di daerah terpencil atau memiliki keterbatasan ekonomi. Keterjangkauan dan aksesibilitas yang rendah harus diidentifikasi dan menjadi area pengembangan lebih lanjut.

d. Kepatuhan terhadap Standar dan Regulasi:

Evaluasi harus melihat sejauh mana layanan yang diberikan sesuai dengan standar hukum dan etika. Ini mencakup kepatuhan terhadap Undang-Undang Kesehatan Jiwa di Indonesia, protokol medis, dan pedoman praktik profesional masing-masing anggota tim.

e. Hasil Kesehatan Pasien:

Evaluasi efektivitas layanan yang berkolaborasi harus mencakup hasil kesehatan pasien secara menyeluruh, mulai dari perbaikan kondisi mental, peningkatan kualitas hidup, hingga hasil rehabilitatif dan dukungan sosial. Indikator kesehatan mental, seperti tingkat relapse, kepatuhan terhadap pengobatan, dan kembalinya fungsi sosial, juga menjadi bagian dari evaluasi.

2. Pengembangan Layanan Kesehatan Jiwa Berbasis Kolaborasi

Pengembangan layanan kesehatan jiwa berbasis kolaborasi merupakan proses berkelanjutan yang didorong oleh hasil evaluasi serta kebutuhan masyarakat. Beberapa langkah pengembangan yang bisa dilakukan adalah:

a. Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Manusia (SDM):

Pengembangan kemampuan sumber daya manusia di dalam tim kolaboratif sangat penting untuk menjamin kualitas layanan. Program pelatihan terus-menerus untuk tenaga kesehatan seperti perawat jiwa, psikolog, dokter, dan pekerja sosial akan memperbarui keterampilan mereka dalam menangani kasus-kasus yang semakin kompleks. Fokus pada pengembangan *soft skills* seperti komunikasi antar profesi dan pemecahan masalah juga krusial.

b. Penggunaan Teknologi dalam Kolaborasi:

Teknologi seperti telemedicine, platform kolaborasi *online*, dan sistem informasi kesehatan mental berbasis digital bisa dimanfaatkan untuk memperkuat koordinasi antar profesi, terutama di daerah-daerah yang sulit dijangkau. Pengembangan teknologi ini dapat mendukung perawatan jarak jauh dan mempercepat akses terhadap layanan.

c. Peningkatan Integrasi Layanan Berbasis Komunitas:

Pengembangan layanan juga harus mencakup peran aktif dari masyarakat dan komunitas dalam mendukung pasien. Pelibatan keluarga, tenaga kesehatan di tingkat puskesmas, dan organisasi komunitas akan membantu menjaga kesinambungan perawatan kesehatan jiwa, terutama bagi pasien yang menjalani perawatan di rumah.

d. Kolaborasi dengan Instansi Pemerintah dan Lembaga Swadaya:

Pengembangan layanan juga dapat diperkuat dengan memperluas kerjasama dengan berbagai instansi pemerintah, seperti Kementerian Kesehatan, Dinas Sosial, dan lembaga-lembaga lain yang berperan dalam penanganan kesehatan mental. Kolaborasi ini mencakup kebijakan yang mendukung, penyediaan dana, dan program-program rehabilitasi berbasis masyarakat.

e. Pendekatan Multidisipliner yang Berkelanjutan:

Untuk pengembangan lebih lanjut, pendekatan multidisipliner yang melibatkan berbagai profesi seperti perawat, psikolog, dokter, dan

pekerja sosial harus dipertahankan dan diperluas. Fokus pada pelatihan bersama, komunikasi, dan pengembangan standar operasional prosedur yang mendukung kolaborasi akan memastikan perawatan yang lebih komprehensif dan efektif.

3. Integrasi Hasil Evaluasi dengan Pengembangan

Proses evaluasi harus menjadi landasan untuk pengembangan layanan di masa depan. Misalnya, jika ditemukan bahwa kerjasama antar profesi masih kurang optimal, maka pelatihan dan peningkatan komunikasi lintas profesi dapat menjadi prioritas pengembangan. Hasil evaluasi mengenai tingkat kepuasan pasien dan keluarganya juga dapat digunakan untuk meningkatkan layanan yang lebih personal dan berbasis kebutuhan spesifik pasien.

4. Tantangan dan Solusi

Beberapa tantangan dalam pengembangan pelayanan kesehatan jiwa berbasis kolaborasi mencakup keterbatasan sumber daya, ketimpangan geografis, dan kendala regulasi. Namun, dengan adanya evaluasi yang baik, tantangan ini dapat diatasi melalui kebijakan yang lebih inklusif, alokasi sumber daya yang lebih merata, dan peningkatan kapasitas tim kesehatan di daerah terpencil.

5. Kesimpulan

Evaluasi dan pengembangan pelayanan kesehatan jiwa berbasis kolaborasi merupakan upaya integral untuk memastikan kualitas, aksesibilitas, dan efektivitas pelayanan. Kolaborasi antar profesi, didukung oleh regulasi dan teknologi, dapat mengatasi tantangan yang dihadapi dalam pelayanan kesehatan jiwa di Indonesia. Pendekatan ini berpotensi meningkatkan hasil kesehatan mental masyarakat, terutama melalui layanan berbasis komunitas yang terpadu dan komprehensif.

L. Latihan

1. Studi Kasus 1: Kolaborasi Lintas Sektor dalam Rehabilitasi Sosial Kasus

Dewi, seorang wanita berusia 28 tahun dengan skizofrenia, telah mengalami beberapa kali kekambuhan karena tidak patuh pada

pengobatan. Dewi tinggal bersama orang tuanya di daerah pedesaan yang jauh dari fasilitas kesehatan. Orang tua Dewi merasa kewalahan karena tidak tahu bagaimana cara mengelola perilakunya yang kadang-kadang agresif. Masyarakat setempat juga sering memberikan stigma negatif terhadap Dewi dan keluarganya.

Jawaban:

Kasus Dewi memerlukan pendekatan kolaboratif yang melibatkan berbagai instansi pemerintah dan layanan komunitas untuk mendukung rehabilitasinya:

a. Asesmen Psikiater dan Perawat Jiwa:

Psikiater melakukan kunjungan ke rumah Dewi untuk mengevaluasi kondisinya. Berdasarkan hasil asesmen, psikiater memutuskan untuk memulai kembali pengobatan antipsikotik dengan pengawasan ketat. Perawat jiwa di Puskesmas setempat diinstruksikan untuk melakukan kunjungan rutin ke rumah Dewi guna memantau kepatuhan pengobatan dan memberikan edukasi kepada keluarga.

b. Intervensi Pekerja Sosial:

Pekerja sosial melibatkan Dewi dan keluarganya dalam program rehabilitasi sosial yang dijalankan oleh Kementerian Sosial. Dewi diikutsertakan dalam kegiatan keterampilan hidup (*life skills*) dan pelatihan kerja yang bertujuan untuk meningkatkan kemandirian dan mengurangi ketergantungan pada keluarga.

c. Kolaborasi dengan Kementerian Sosial:

Kementerian Sosial menyediakan bantuan keuangan dan dukungan psikososial untuk keluarga Dewi melalui program Panti Sosial Bina Laras. Selain itu, Dewi juga diikutsertakan dalam kelompok dukungan komunitas untuk meningkatkan interaksi sosial dan mengurangi isolasi.

d. Peran Kepolisian dan Pemerintah Daerah:

Kepolisian setempat dilibatkan untuk memastikan keamanan Dewi dan keluarganya dari kemungkinan stigma atau perlakuan diskriminatif dari masyarakat. Pemerintah daerah bekerja sama dengan LSM lokal untuk mengadakan kampanye kesadaran kesehatan jiwa di komunitas, dengan tujuan mengurangi stigma dan

mempromosikan penerimaan terhadap orang dengan gangguan jiwa.

e. **Evaluasi dan Pemantauan:**

Tim interdisipliner, termasuk perwakilan dari Kementerian Sosial, Psikiater, Perawat, dan Pekerja Sosial, melakukan evaluasi berkala untuk memantau kemajuan Dewi dalam program rehabilitasi. Penyesuaian rencana perawatan dilakukan berdasarkan kebutuhan yang berkembang.

f. **Hasil:**

Setelah beberapa bulan, Dewi menunjukkan perbaikan yang signifikan. Ia menjadi lebih mandiri, mampu menjalankan rutinitas harian tanpa banyak bantuan, dan mulai bekerja secara paruh waktu di usaha kerajinan yang dikelola oleh LSM lokal. Orang tua Dewi juga merasa lebih didukung dan mampu mengelola kondisi anak mereka dengan lebih baik.

Studi kasus ini memberikan contoh nyata tentang bagaimana kolaborasi interdisipliner dan lintas sektor dapat diterapkan dalam penanganan kesehatan jiwa.

2. Studi Kasus 2: Peran Perawat Jiwa dalam Penanganan Kasus Skizofrenia di Komunitas

Kasus

Budi, seorang pria berusia 35 tahun, telah didiagnosis dengan skizofrenia paranoid selama lebih dari 10 tahun. Ia tinggal bersama orang tuanya di sebuah desa kecil dan memiliki riwayat ketidakpatuhan terhadap pengobatan, yang menyebabkan beberapa kali kekambuhan dan rawat inap. Orang tua Budi sangat khawatir karena ia sering berhalusinasi, berbicara sendiri, dan menunjukkan perilaku agresif. Mereka merasa tidak mampu lagi merawat Budi di rumah tanpa bantuan. Puskesmas setempat kemudian merujuk kasus ini ke tim kesehatan jiwa di komunitas, yang terdiri dari perawat jiwa, pekerja sosial, dan psikiater.

Jawaban:

a. **Penilaian Awal oleh Perawat Jiwa:**

Perawat jiwa mengunjungi rumah Budi untuk melakukan asesmen komprehensif, yang meliputi kondisi mental, fisik, serta faktor sosial

dan lingkungan yang mempengaruhi kesejahteraannya. Perawat mencatat gejala-gejala psikotik, tingkat dukungan keluarga, dan potensi risiko kekambuhan. Informasi ini menjadi dasar untuk menyusun rencana perawatan yang disesuaikan dengan kebutuhan Budi.

b. Edukasi dan Pelibatan Keluarga:

Perawat jiwa memberikan edukasi kepada keluarga Budi mengenai skizofrenia, pentingnya kepatuhan terhadap pengobatan, dan bagaimana mengelola gejala-gejala yang muncul. Keluarga diajari teknik komunikasi yang efektif dan cara menghadapi perilaku agresif dengan aman. Edukasi ini bertujuan untuk meningkatkan keterampilan keluarga dalam merawat Budi dan mengurangi stres yang mereka alami.

c. Implementasi Pengobatan di Rumah:

Perawat jiwa bekerja sama dengan psikiater untuk memastikan Budi mendapatkan pengobatan yang tepat di rumah. Mereka mengatur jadwal kunjungan rutin untuk memberikan obat, memantau efek samping, dan menilai respons Budi terhadap pengobatan. Perawat jiwa juga mengajarkan teknik perawatan mandiri kepada Budi yang bertujuan untuk meningkatkan kemandirian dan kualitas hidupnya.

d. Penguatan Dukungan Sosial dan Komunitas:

Perawat jiwa menghubungkan Budi dengan kelompok dukungan di komunitas yang terdiri dari orang-orang dengan kondisi serupa. Dukungan sosial ini penting untuk mengurangi isolasi sosial yang sering dialami oleh orang dengan skizofrenia. Perawat juga bekerja sama dengan pekerja sosial untuk mencari program-program kesejahteraan sosial yang dapat membantu keluarga Budi, seperti bantuan finansial atau terapi tambahan.

e. Koordinasi dengan Tim Interdisipliner:

Perawat jiwa berkoordinasi dengan psikiater dan pekerja sosial untuk meninjau kemajuan Budi dan menyesuaikan rencana perawatan sesuai kebutuhan. Mereka juga merujuk Budi ke pusat kesehatan mental jika ada tanda-tanda kekambuhan yang membutuhkan intervensi lebih lanjut. Tim interdisipliner ini bekerja bersama untuk memastikan bahwa Budi mendapatkan perawatan yang optimal dan terintegrasi.

f. Pemantauan Jangka Panjang dan Evaluasi:

Perawat jiwa terus memantau kondisi Budi melalui kunjungan rumah berkala dan komunikasi dengan keluarganya. Evaluasi berkala dilakukan untuk menilai efektivitas rencana perawatan dan melakukan penyesuaian jika diperlukan. Tujuan akhirnya adalah memastikan stabilitas mental Budi dalam jangka panjang dan mencegah rawat inap yang berulang.

g. Hasil:

Dengan pendekatan perawatan yang intensif dan kolaboratif, kondisi Budi mulai stabil. Ia menjadi lebih patuh terhadap pengobatan, menunjukkan penurunan gejala psikotik, dan lebih mampu berinteraksi secara positif dengan keluarganya. Keterlibatan perawat jiwa dalam pengelolaan skizofrenia di komunitas ini terbukti efektif dalam mengurangi frekuensi kekambuhan dan meningkatkan kualitas hidup Budi.

Studi kasus ini menekankan pentingnya peran perawat jiwa dalam konteks komunitas, khususnya dalam penanganan kondisi kesehatan jiwa kronis seperti skizofrenia. Melalui kolaborasi interdisipliner, perawat jiwa mampu memberikan dukungan yang menyeluruh, baik kepada pasien maupun keluarga, sehingga memungkinkan manajemen penyakit yang lebih efektif di lingkungan non-institusional.

M. Rangkuman Materi

Pelayanan kesehatan jiwa yang efektif memerlukan kolaborasi interdisipliner yang kuat antara berbagai profesi kesehatan, termasuk perawat, dokter, psikolog, pekerja sosial, dan profesi terkait lainnya. Pendekatan kolaboratif ini penting dalam upaya memberikan layanan yang komprehensif dan holistik bagi pasien dengan gangguan jiwa, mengingat kompleksitas kondisi mental yang membutuhkan perhatian multidisiplin.

Di Indonesia, pelaksanaan kolaborasi interdisipliner dalam kesehatan jiwa telah diatur melalui berbagai regulasi pemerintah, termasuk Undang-Undang Kesehatan Jiwa dan Peraturan Menteri Kesehatan yang mendukung layanan kesehatan berbasis komunitas serta upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Peran perawat jiwa menjadi sangat penting dalam kerangka kerja ini, mengingat mereka adalah ujung tombak pelayanan langsung dan koordinasi antar profesi dalam memastikan pasien menerima perawatan yang optimal.

Kolaborasi ini juga didorong oleh pedoman internasional dari WHO yang menekankan pentingnya perawatan kesehatan mental berbasis komunitas dan interdisipliner. Implementasi yang efektif dari kolaborasi ini diharapkan dapat meningkatkan aksesibilitas, kualitas, dan keberlanjutan layanan kesehatan jiwa di masyarakat, terutama di negara berkembang seperti Indonesia. Dengan demikian, sinergi antar instansi pemerintah, profesional kesehatan, dan komunitas menjadi kunci dalam menciptakan sistem pelayanan kesehatan jiwa yang kuat dan responsif terhadap kebutuhan pasien.

N. Glosarium

SDM	: Sumber Daya Manusia
WHO	: <i>World Health Organization</i>
SDG's	: <i>Sustainable Development Programs</i>
mhGAP	: Mental Health Gap Action Programme
Puskesmas	: Pusat Kesehatan Masyarakat
BPJS	: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
JKN	: Jaminan Kesehatan Nasional
PKJBM	: Pelayanan Kesehatan Jiwa Berbasis Masyarakat

Daftar Pustaka

- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2015). *Peraturan Menteri Kesehatan No. 87 Tahun 2015 tentang Penanganan Gangguan Jiwa*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2016). *Peraturan Menteri Kesehatan No. 59 Tahun 2016 tentang Rehabilitasi Berbasis Masyarakat*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Pemerintah Republik Indonesia. (2014). Undang-Undang No. 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa. Jakarta: Pemerintah Republik Indonesia.
- Stuart, G. W., & Laraia, M. T. (2016). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. Elsevier Health Sciences.
- Townsend, M. C. (2020). *Psychiatric Mental Health Nursing: Concepts of Care in Evidence-Based Practice*. F.A. Davis Company.
- Videbeck, S. L. (2017). *Psychiatric-Mental Health Nursing*. Lippincott Williams & Wilkins.
- World Health Organization. (2013). *Mental Health Action Plan 2013-2020*. World Health Organization.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021>
- World Health Organization. (2010). *mhGAP Intervention Guide for Mental, Neurological, and Substance Use Disorders in Non-Specialized Health Settings*. Geneva: World Health Organization.

BAB 8

LEGAL DAN ETIK DALAM KONTEKS ASUHAN KEPERAWATAN JIWA

Pendahuluan

Keperawatan sebagai tenaga kesehatan profesional senantiasa memperhatikan kode etik dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien (Risnawati & Amir, 2022). Keperawatan sebagai tenaga kesehatan profesional senantiasa mendahulukan kepentingan klien sebagai bentuk pelayanan humanistik, menggunakan pendekatan secara holistik yang dilaksanakan berdasarkan ilmu keperawatan dan menggunakan kode etik dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien. Keperawatan sebagai suatu profesi yang diikat oleh *self regulation* dalam bentuk kode etik keperawatan. Kode etik keperawatan merupakan bagian dari etika kesehatan yang menerapkan nilai etika terhadap bidang pemeliharaan atau pelayanan kesehatan masyarakat (Sudiyanto, 2019).

Perawat adalah tenaga kerja yang dituntut untuk memiliki tingkat kepedulian yang tinggi kepada pasien dalam memberikan pelayanan kesehatan. Perawat dituntut untuk memberikan pelayanan dengan baik sesuai dengan prinsip etik keperawatan seperti autonomy (kebebasan), non-maleficence (Tidak Merugikan), beneficence (Berbuat Baik), veracity (Kejujuran), justice (Keadilan), fidelity (Kesetiaan), confidentiality (Kerahasiaan) dan accountability (Bertanggungjawab) supaya pasien dapat memperoleh hak dan kewajibannya secara penuh sebagai pasien (Purwanti, 2020).

Etika profesional menuntut perawat untuk mematuhi prinsip-prinsip yang tidak hanya akan membuat perawat mendapatkan kepercayaan dari pasiennya, tetapi juga menciptakan perubahan psikologis yang positif pada perawat. termasuk kepuasan, motivasi yang lebih tinggi, dan perasaan kompeten. Kode etik keperawatan telah dirancang untuk memenuhi kebutuhan akan prinsip dan

standar etika serta pedoman yang tepat. Kode etik memberikan pedoman kepada perawat yang akan membantu mereka ketika mereka perlu mengambil keputusan dan ketika mereka dihadapkan pada tantangan moral. Kode-kode ini dimaksudkan sebagai standar dalam profesi keperawatan, dan masyarakat perlu disadarkan akan hal tersebut. Karena perawat memiliki kontak tertinggi dengan pasien dan dihadapkan pada tantangan moral yang lebih besar dibandingkan dengan anggota tim kesehatan lainnya (Pattyranie & Andriani, 2024).

Perawat dalam menjalankan profesinya harus menjunjung tinggi asas profesional dan etik yang dimilikinya. Asas etik ini penting dikarenakan sebagai dasar dalam membangun hubungan yang baik dengan seluruh pihak dalam memberikan pelayanan. Apabila sudah terjalin hubungan baik maka ini menimbulkan kemudahan bagi perawat untuk mencapai tujuannya yaitu pada kesembuhan seorang pasien. Hubungan antara perawat dengan pasien ini sangat dibutuhkan dalam kaitannya pemberian asuhan keperawatan (Amir & Purnama, 2021). Perawat sebagai tenaga kesehatan profesional, pada saat melakukan asuhan keperawatan sebagai manusia biasa, berpotensi menyakiti perasaan atau melakukan perbuatan yang tidak diinginkan terhadap klien. Hal tersebut dapat dihindari apabila perawat dalam menjalankan tugasnya menjunjung nilai-nilai kebenaran dan bekerja berdasarkan prinsip etik keperawatan (Hasibuan et al., 2022)

Tujuan Instruksional:

Setelah mempelajari buku ajar keperawatan jiwa ini mahasiswa mampu memahami dan mengaplikasikan legal dan etik dalam konteks asuhan keperawatan jiwa.

Capaian Pembelajaran:

1. Memahami tentang penerapan prinsip legal dan etik, perspektif hukum dan budaya dalam keperawatan
2. Memahami tentang legal etik ilmu keperawatan dalam melakukan asuhan keperawatan berdasarkan pendekatan proses keperawatan
3. Memahami tentang legal etik pemberian asuhan keperawatan secara profesional pada tatanan laboratorium dan lapangan (klinik dan komunitas) untuk meningkatkan dan kualitas asuhan keperawatan dan keselamatan klien
4. Memahami tentang legal etik dalam pelaksanaan keterampilan komunikasi dalam asuhan keperawatan dan informasi ilmiah

A. Legal dalam Konteks Keperawatan Jiwa

Isu kesehatan jiwa menjadi studi kasus yang bersifat multidimensi, dimana banyak aspek yang terdampak secara individu dan sosial. Indonesia menjadi salah satu negara dengan risiko permasalahan kesehatan jiwa yang cukup tinggi. Hal disebabkan masih minimnya atensi serta kesiapan fasilitas pendukung, salah satunya instrumen kebijakan (Syariah et al., 2024)

Prinsip-prinsip kode etik keperawatan bertujuan mengidentifikasi, mengorganisasikan, memeriksa dan membenarkan tindakan kemanusiaan dengan menerapkan kode etik keperawatan, serta menegaskan kewajiban yang secara sukarela diemban oleh perawat. tiga alasan terjadinya kegagalan penerapan kode etik yaitu ketidakefektifan kode etik dalam praktik klinis sehari-hari, perbedaan antara kode etik dan realitas di lingkungan klinis, dan ketidaksadaran perawat tentang kode etik keperawatan. Faktor yang mempengaruhi pelaksanaan kode etik disebabkan faktor internal dan eksternal yang akan menimbulkan reaksi positif yang sesuai dengan keinginan pasien dan keluarga pasien sehingga berdampak pada kenyamanan pasien, kepuasan pasien dan kepercayaan pasien dan reaksi negatif akan menimbulkan rasa ketidakpercayaan pasien dan keluarga pasien (Rifaat al., 2021).

Etika di lingkungan rumah sakit biasanya diartikan sebagai persepsi perawat tentang bagaimana menangani permasalahan etika di tempat kerja (Rusdianti, 2024)

Masalah perilaku etik dalam pelayanan keperawatan, akan berdampak terhadap timbulnya rasa ketidakpuasan terhadap pelayanan keperawatan yang diberikan. Pasien akan merasa kebutuhannya tidak terpenuhi dan merasa tidak mendapatkan perhatian oleh perawat. Permasalahan etik dalam keperawatan sering menimbulkan konflik baik hubungan antara pasien maupun sejawat (Setiani, 2018). Masalah perilaku etik yang terjadi pada proses keperawatan adalah adanya rasa ketidakadilan dalam pelayanan keperawatan, Sejalan dengan amanat konstitusi dalam Pasal 28I ayat (4) Undang-undang Dasar Republik Indonesia tahun 1945 yang berbunyi: "perlindungan, pemajuan, penegakan dan pemenuhan hak asasi manusia adalah tanggungjawab negara, terutama pemerintah. Pasal ini menunjukkan

bahwasannya setiap orang berhak untuk mendapatkan perlindungan, penegakan hukum dan pemenuhan hak asasi manusia dengan tanpa diskriminatif atas dasar apapun dalam menjalankan hidup dan kehidupannya secara aman dan tenram, dengan demikian maka pemerintah melindungi agar hak asasi seseorang tidak dilanggar oleh orang lain, dengan bertujuan agar Hak Asasi Manusia semakin dihormati dan melakukan penegakan dengan memberikan hukuman kepada orang yang melakukan pelanggaran terhadap Hak Asasi Manusia dengan mengadili dan menjatuhkan hukuman sesuai dengan undang-undang yang berlaku. Pemerintah juga berkewajiban memenuhi hak setiap warga negaranya tanpa diskriminasi dalam segala aspek kehidupan pada Pasal 1 angka 3 Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa menentukan bahwa Orang Dengan Gangguan Jiwa yang selanjutnya disingkat ODGJ adalah orang yang mengalami gangguan dalam pikiran, perilaku, dan perasaan yang termanifestasi dalam bentuk sekumpulan gejala dan/atau perubahan perilaku yang bermakna, serta dapat menimbulkan penderitaan dan hambatan dalam menjalankan fungsi orang sebagai manusia.

Banyaknya penderita gangguan jiwa yang masih berkeliaran dapat membahayakan keselamatan dirinya sendiri dan orang lain. Untuk itu penderita gangguan jiwa yang masih berkeliaran, terlantar dan menggelandang, semestinya mereka ditertibkan dan direhabilitasi agar mereka memperoleh kesembuhan dan dapat hidup produktif secara sosial dan ekonomis serta dapat kembali lagi kepada keluarga dan masyarakat. Dalam hal penanganan penderita gangguan jiwa, Pemerintah Daerah berperan kuat dan bertanggungjawab terhadap hal tersebut.

Tahun 2023 pemerintah bersama DPR secara resmi telah memberlakukan Undang- Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan yang telah menggunakan metode *omnibus law* yaitu menyusun sebuah Undang-Undang untuk merevisi beberapa Beberapa kajian terkait regulasi Kesehatan Jiwa di Indonesia yang sebelumnya membahas tentang bentuk perlindungan hukum bagi penderita masalah kejiwaan ditinjau dari sisi peraturan perundang-undangan berada di taraf sinkronisasi, serta bentuk perlindungan tersebut meliputi jaminan hak atas kesehatan serta dukungan sarana atau fasilitas kesehatan terkait. Tindakan kekerasan yang menyebabkan dampak secara fisik maupun psikis khususnya bagi orang dengan gangguan jiwa masih belum diatur secara tegas dalam UU No. 18

Tahun tentang Kesehatan Jiwa dan juga KUHP, hal tersebut tentunya menjadi salah satu bentuk pelanggaran hak asasi manusia terkait harkat dan martabat seseorang untuk hidup bebas dan tidak disiksa, serta mendapat tekanan. Belum efektifnya UU Kesehatan Jiwa di tahun 2014 menunjukan perlunya reformulasi kebijakan efektif dalam mengatasi berbagai masalah terkait gangguan Kesehatan jiwa secara nasional.

Arah progresif jaminan tentang kesehatan jiwa muncul dengan terbitnya Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2014, yang secara spesifik mengatur persoalan hukum di bidang kesehatan jiwa secara lengkap dan komprehensif, meskipun pada akhirnya hingga 8 tahun pasca diundangkan hambatan yang terjadi adalah tidak adanya peraturan turunan dalam bentuk peraturan pemerintah. Tahun 2023 menjadi babak baru sekaligus revolusioner terkait aturan bidang kesehatan jiwa, dengan ditemukannya seluruh aturan terkait bidang kesehatan menjadi satu aturan secara terpadu dalam UU Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. 25 Peraturan turunan dari UU tersebut masih dalam proses penyusunan, namun beberapa aspek penting yang harus diperhatikan dalam perumusan kebijakan kesehatan jiwa yaitu perlindungan sosial secara holistik meliputi pemenuhan kebutuhan primer terkait misalnya tempat tinggal, lapangan pekerjaan, serta biasa hidup dan fasilitas public.

Bentuk perlindungan hukum terhadap penderita gangguan jiwa dalam pelayanan kesehatan pada struktur peraturan perundang-undangan Indonesia meliputi: Jaminan pengaturan pelayanan kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan yang mudah dijangkau dan sesuai standar pelayanan kesehatan jiwa, mencapai kualitas hidup yang sebaik-baiknya dan menikmati kehidupan kejiwaan yang sehat, bebas dari ketakutan, membebaskan ODGJ dari pemasungan, rehabilitasi dan pemberdayaan ODGJ, pemeriksaan kesehatan jiwa bagi terdakwa dan korban serta tergugat dan penggugat dengan indikasi gangguan jiwa untuk kepentingan hukum, ketersediaan obat psikofarmakologi sesuai dengan kebutuhannya, mendapatkan persetujuan atas tindakan medis, informasi yang jujur dan lengkap tentang data kesehatan jiwanya, mendapatkan perlindungan dari setiap bentuk penelantaran, kekerasan, eksploitasi, serta diskriminasi, mendapatkan kebutuhan sosial sesuai dengan tingkat gangguan jiwa, mengelola sendiri harta benda miliknya, mendapatkan hak-hak sebagai pasien di rumah sakit,

hak yang sama sebagai warga negara dan persamaan perlakuan dalam setiap aspek kehidupan.

Direktur Pencegahan dan Pengendalian Masalah Kesehatan Jiwa dan Napza Dr. Celestinus Eigya Munthe menjelaskan masalah kesehatan mental di Indonesia masih terbatas dan belum terintegrasi dengan program kesehatan secara keseluruhan. Hal ini dikarenakan belum semua provinsi di Indonesia memiliki rumah sakit jiwa sehingga tidak semua orang dengan masalah gangguan jiwa mendapatkan pengobatan yang seharusnya. Terbatasnya sarana prasarana dan kurangnya sumber daya manusia profesional untuk tenaga kesehatan jiwa juga turut mendorong masalah kesehatan mental di Indonesia. Indonesia telah berkomitmen untuk mencapai tujuan Pembangunan Berkelanjutan (Sustainable Development Goals/SDGs) dan Universal Health Coverage (UHC).

Di era digital saat ini, akses teknologi informasi tersebar hampir di seluruh Indonesia. Kementerian Kesehatan memanfaatkan peluang tersebut dengan membuat layanan aplikasi seluler kesehatan mental berbasis digital yang bernama "Sehat Jiwa". Layanan aplikasi seluler Sehat Jiwa ini menjadi salah satu inovasi dari kemenkes yang mendekatkan masyarakat pada akses informasi layanan kesehatan mental. Melalui aplikasi ini masyarakat dapat mendeteksi kondisi dirinya dan jika diperlukan dapat melakukan pemeriksaan diri ke Psikolog atau Psikiater terdekat. Dari aplikasi ini, pemerintah berharap layanan kesehatan mental di Indonesia nantinya dapat terfasilitasi secara lebih menyeluruh. Pemerintah juga akan mempersiapkan tenaga Psikolog dan Psikiater ke tempat yang dapat dijangkau oleh masyarakat seperti pelayanan kesehatan primer, yaitu Puskesmas (Yusrani et al., 2023).

Kebijakan kesehatan jiwa di Indonesia mengalami kemajuan, meski lambat, dibandingkan dekade sebelumnya. Memang dibutuhkan data yang berkualitas untuk merumuskan kebijakan yang efektif agar upaya penanganan kesehatan jiwa di tingkat pelayanan kesehatan primer dan sekunder lebih optimal. Sejak pemberlakuan Undang - Undang Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa, masih banyak tantangan yang belum terselesaikan, baik dalam pengembangan beberapa peraturan turunannya maupun dukungan dari pemerintah daerah. Regulasi kesehatan jiwa dan implementasinya di Indonesia masih memiliki kesenjangan yang signifikan dalam hal cakupan dan akses layanan.

Adanya kebutuhan akan pelayanan kesehatan mental yang komprehensif untuk

dijadikan sebagai bagian dari *Sustainable Development Goals* (SDGs) dan *Universal Health Coverage* (UHC). *Mental Health Action Plan* WHO mengusulkan sejumlah indikator kesehatan mental, termasuk indikator program-program fungsional dari promosi kesehatan mental multisektoral dan pencegahan yang berlaku, yang mengukur efektivitas program untuk mempromosikan kesehatan mental dan mendapatkan layanan yang diperlukan untuk pasien. Pemerintah Indonesia juga terus mengupayakan berbagai kebijakan mengenai kesehatan mental agar penderita gangguan mental di Indonesia tidak terus meningkat. Beberapa program kesehatan mental sudah berjalan dengan baik. Dengan demikian, target untuk menurunkan prevalensi gangguan jiwa di dunia juga akan tercapai.

Indonesia memiliki UU Kesehatan Jiwa No. 18 tahun 2014 yang menjelaskan tentang masalah kesehatan jiwa, khususnya yang berkaitan dengan hak-hak orang dengan gangguan jiwa (ODGJ), kewajiban pemerintah, dan masyarakat. UU tersebut juga berkaitan dengan anggaran untuk sarana dan prasarana bagi kesehatan jiwa (Kementerian Kesehatan RI, 2018). Sedangkan pada tahun 2016, Kemenkes melakukan identifikasi dan terdapat 12 indikator keluarga sehat yang menjadi bagian dari Program Indonesia Sehat, yang mana pada indikator ke delapan disebutkan bahwa seorang anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa tidak boleh diabaikan.

Seiring berjalannya waktu, memasuki era digital ini menciptakan sebuah ruang inovasi terbaru yang disebut sebagai *telemedicine*, yang memberikan dukungan klinis berbasis teknologi dan informasi dengan melibatkan aplikasi yang dapat menghubungkan keterbatasan pada akses lokasi, jarak, dan letak geografis. Salah satu layanan yang terdapat didalamnya, yakni telepsikologi yang dimulai dari pendekatan promotif berupa penyediaan berbagai artikel yang berkaitan dengan kesehatan mental, yang bisa dengan mudah diakses sebagai bentuk dari psikoedukasi. Pendekatan berikutnya adalah melalui layanan preventif dengan metode screening baik dengan menggunakan angket, kuis skala sederhana, atau beberapa instrumen sederhana yang dipahami oleh masyarakat umum guna mengetahui perkembangan kesehatan mental yang ada di masyarakat.

Program telemental yang ada pada telepsikologi semakin berkembang dan mendapat respons cepat dari pengguna teknologi. Sebagai negara dengan jumlah penduduk yang besar, Indonesia menjadi salah satu negara yang memiliki peluang bagi penyedia aplikasi konseling berbasis online, seperti Riliv, SehatPedia, Halodoc, Alodokter, dan penyedia layanan lainnya.

B. Etik dalam Konteks Keperawatan Jiwa

Etika berasal dari bahasa Yunani "ethos" yang berarti adat kebiasaan, yang dalam perkembangan selanjutnya, arti etik menjadi adat kebiasaan yang baik atau yang seharusnya dilakukan (Sudiyanto, 2019). Organisasi profesi diharapkan mampu memelihara, menghargai, mengamalkan, mengembangkan nilai tersebut melalui kode etik yang disusunnya. Etik selalu merujuk pada standar moral, terutama yang terkait dengan kelompok profesi, misalnya perawat (Utami N.W, 2016). Sebagai profesi yang bergerak dalam bidang pelayanan kesehatan, perawat sering dihadapkan pada berbagai pengambilan keputusan etik, oleh karena itu perawat harus dapat memahami cara pengambilan keputusan yang baik. Perawat harus mengembangkan keterampilan untuk melaksanakan peran dan fungsinya sebagai perantara moral dan sebagai partisipan dalam pengambilan keputusan yang terkait dengan etik (Wijaya et al., 2022).

Etika sendiri diartikan sebagai filosofi moral, yaitu ilmu yang menilai tentang suatu hubungan yang berarti untuk suatu tujuan manusia; hal ini akan melibatkan konflik, pilihan dan suara hati. Etika lebih menekankan pada bagaimana manusia harus bertindak dan bukan pada keadaan manusia (Zailani & Anisah, 2024). Tindakan manusia itu ditentukan oleh bermacam-macam norma, diantaranya norma hukum, norma moral, norma agama dan norma sopan santun. Norma hukum berasal dari hukum dan perundangan, norma agama berasal dari agama, norma moral berasal dari suara hati dan norma sopan santun berasal dari kehidupan sehari-hari (Hasyim, 2012, Wahyuni, 2021).

Etik merupakan perilaku dan sikap yang menuntun perawat dalam bertindak sebagai anggota profesi. Sebagai seorang profesional, perawat mengemban tanggung gugat untuk membuat keputusan dan mengambil langkah-langkah tentang asuhan keperawatan yang diberikan. Dalam melaksanakan tugasnya perawat akan sering mengalami konflik. Etik keperawatan berkaitan dengan hak, tanggungjawab dan kewajiban dari

tenaga keperawatan profesional dan institusi pelayanan dimana pasien dirawat (Farina et al., 2020).

Etik merupakan sistem nilai pribadi yang digunakan untuk memutuskan apa yang benar atau apa yang paling tepat, memutuskan apa yang konsisten dengan sistem nilai yang ada dalam organisasi dan diri pribadi. Etik merupakan prinsip yang menyangkut benar atau salah dan tindakan apa yang akan dilakukan. Penerapan prinsip etik penting untuk dilakukan agar tidak menimbulkan kerugian bagi pasien yang dapat menyebabkan injury atau bahaya fisik, bahaya emosional seperti perasaan ketidakpuasan, kecacatan bahkan kematian dan akhirnya tujuan pelayanan yang berupa patient safety tidak akan pernah terwujud. Perawat sebagai tenaga kesehatan yang 24 jam berada di samping pasien dalam pelaksanaan pelayanan keperawatan harus memberikan asuhan keperawatan dengan baik dan senantiasa menjunjung kode etik keperawatan serta menerapkan prinsip-prinsip etik keperawatan selama memberikan pelayanan.

Perawat selalu dihadapkan pada situasi kompleks yang membutuhkan solusi atau keputusan tentang masalah benar salah dan baik atau buruk, yang tidak dapat dipastikan jawaban yang paling benar, konflik dapat timbul akibat tidak diperhatikannya prinsip moral pasien meskipun tindakan yang dilakukan adalah professional. Perawat sebagai tenaga kesehatan yang 24 jam berada di samping pasien dalam pelaksanaan pelayanan keperawatan seharusnya memberikan asuhan keperawatan dengan baik dan senantiasa menjunjung kode etik keperawatan serta menerapkan prinsip-prinsip etik keperawatan selama memberikan pelayanan. Kode etik keperawatan merupakan salah satu pegangan kita sebagai perawat untuk mencegah terjadinya kesalahpahaman dan konflik yang terjadi. Penerapan etik keperawatan memang tidak lepas dari pribadi perawat itu sendiri dan faktor lain yang bisa berpengaruh antara lain perilaku *caring* dari seorang perawat. *Caring* adalah sikap peduli pada pasien dengan sepenuh hati ingin membantu pasien untuk meningkatkan derajat kesehatan mereka. Dengan menerapkan perilaku caring diharapkan penerapan prinsip etik akan meningkat dan perawat terhindar dari tindakan malpraktik.

Perawat harus mempunyai kemampuan yang baik untuk pasien maupun dirinya di dalam menghadapi masalah yang menyangkut etik. Seseorang harus berpikir secara rasional, bukan emosional dalam membuat keputusan etik. Keputusan tersebut membutuhkan keterampilan berpikir secara sadar

yang diperlukan untuk menyelamatkan keputusan pasien dan memberikan asuhan. Kemampuan membuat keputusan masalah etik menjadi salah satu persyaratan bagi perawat untuk menjalankan praktik keperawatan profesional (Pashar et al., 2020). Pengetahuan yang dimiliki seorang perawat dapat mempengaruhi pola pikir seorang perawat, sehingga dapat menentukan cara berperilaku terhadap penerapan norma-norma etik keperawatan. Penerapan perilaku etik yang baik dapat meningkatkan kualitas mutu pelayanan keperawatan, hubungan dengan teman sejawat dapat terjalin kerja sama yang baik sehingga kepentingan bersama dapat terpenuhi (Hasibuan et al., 2022).

C. Latihan

1. Laki-laki berusia 29 tahun dirawat di ruang akut, dan dilakukan restrain. Menurut perawat pasien beberapa hari sebelumnya, namun karena belum bertemu dengan dokter dan belum mendapat perintah untuk melepas restrain, perawat tidak berani membukanya.
Apakah hak pasien yang dilanggar perawat?
 - A. Hak terhadap pelayanan sipil.
 - B. Hak untuk pemeriksaan psikiatri.
 - C. Hak terhadap keleluasaan pribadi
 - D. Hak untuk menjalankan keinginan pasien
 - E. Hak untuk tidak menjadi subjek terhadap pengekangan mekanik yang tidak diperlukan
2. Kepentingan dalam informed consent yaitu....
 - A. Adanya pelanggaran HAM karena informed consent bukan paksaan.
 - B. Perlindungan hukum terhadap pasien dan tenaga kesehatan serta rumah sakit
 - C. Informed consent tidak termasuk rekam medis
 - D. Agar tidak terjadi miscommunication
 - E. Informed consent meringankan hukum bila ada tuntutan
3. Salah satu bentuk tanggung jawab perawat terhadap profesi keperawatan, kecuali....
 - A. Perawat selalu berusaha meningkatkan kemampuan profesional secara sendiri-sendiri dan tau bersama-sama dengan jalan

- menambah ilmu pengetahuan, keterampilan, dan pengalaman yang bermanfaat bagi perkembangan perawatan
- B. Perawat selalu menjunjung tinggi nama baik profesi perawat dengan menunjukkan perilaku dan sifat-sifat pribadi yang luhur
 - C. Perawat senantiasa berperan dalam menentukan pembakuan pendidikan dan pelayanan keperawatan serta menerapkan dalam kegiatan-kegiatan pelayanan dan pendidikan perawatan
 - D. Perawat secara bersama-sama membina dan memelihara mutu organisasi profesi perawatan sebagai sarana pengabdian
 - E. Perawat senantiasa memelihara hubungan yang baik antar sesama perawat dan tenaga kesehatan lainnya

Kunci Jawaban :

- 1. E
- 2. B
- 3. E

D. Rangkuman Materi

Keperawatan sebagai tenaga kesehatan profesional senantiasa memperhatikan kode etik dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien. Keperawatan sebagai suatu profesi yang diikat oleh self regulation dalam bentuk kode etik keperawatan. Kode etik keperawatan merupakan bagian dari etika kesehatan yang menerapkan nilai etika terhadap bidang pemeliharaan atau pelayanan kesehatan masyarakat. Perawat sebagai tenaga kesehatan profesional, pada saat melakukan asuhan keperawatan sebagai manusia biasa, berpotensi menyakiti perasaan atau melakukan perbuatan yang tidak diinginkan terhadap klien. Hal tersebut dapat dihindari apabila perawat dalam menjalankan tugasnya menjunjung nilai-nilai kebenaran dan bekerja berdasarkan prinsip etik keperawatan. Adanya kebutuhan akan pelayanan kesehatan mental yang komprehensif untuk dijadikan sebagai bagian dari *Sustainable Development Goals* (SDGs) dan *Universal Health Coverage* (UHC). *Mental Health Action Plan* WHO mengusulkan sejumlah indikator kesehatan mental, termasuk indikator program-program fungsional dari promosi kesehatan mental multisektoral dan pencegahan yang berlaku, yang mengukur efektivitas program untuk mempromosikan kesehatan mental dan mendapatkan layanan yang diperlukan untuk pasien. Indonesia

memiliki UU Kesehatan Jiwa No. 18 tahun 2014 yang menjelaskan tentang masalah kesehatan jiwa, khususnya yang berkaitan dengan hak-hak orang dengan gangguan jiwa (ODGJ), kewajiban pemerintah, dan masyarakat. UU tersebut juga berkaitan dengan anggaran untuk sarana dan prasarana bagi kesehatan jiwa. Sedangkan pada tahun 2016, Kemenkes melakukan identifikasi dan terdapat 12 indikator keluarga sehat yang menjadi bagian dari Program Indonesia Sehat, yang mana pada indikator ke delapan disebutkan bahwa seorang anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa tidak boleh diabaikan.

E. Glosarium

Paradigma	Pandangan dasar tentang pokok bahasan ilmu.
Filosofi	Kajian mengenai pengalaman manusia;
Pasien	Suatu sistem di Rumah sakit yang dibuat untuk kemanan dan
Safety	kenyamanan pasien
Caring	Sikap atau perilaku sepenuh hati yang diberikan perawat kepada klien dengan rasa peduli, perhatian dan memperhatikan emosi pasien untuk menciptakan hubungan terapeutik
Malpraktik	Tindakan atau intervensi salah yang dilakukan oleh suatu profesi
Regulasi	Seperangkat aturan atau kebijakan untuk mengontrol atau mengatur tindakan atau perilaku seseorang, kelompok, atau organisasi dalam suatu bidang tertentu.
Pedoman	Aturan yang menunjukkan atau memberi tahu bagaimana sesuatu harus dilakukan.
Program	Merupakan serangkaian kegiatan yang telah direncanakan sebelum terlaksana.

Daftar Pustaka

- Amir, N., & Purnama, D. (2021). Perbuatan Perawat yang Melakukan Kesalahan dalam Tindakan Medis. *Kertha Wicaksana*, 15(1), 26–36.
<https://doi.org/10.22225/kw.15.1.2821.26-36>
- Farina, F., Yusuf, A., & Wahyuni, S. D. (2020). Gambaran Self Efficacy Anggota Keluarga yang Mengalami Stigma Selama Merawat Penderita ODGJ di Kecamatan Buduran, Sidoarjo - Penelitian Kualitatif. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 2(2), 49–57.
- Hasibuan, N. S., Handiyani, H., & Nurhayati, N. (2022). Optimalisasi Fungsi Manajemen Kepala Ruangan terhadap Perilaku Etik Perawat dalam Pelayanan Keperawatan. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 5(2), 1089–1095.
<https://doi.org/10.31539/jks.v5i2.3528>
- Pashar, I., Ismail, S., Edward, I., & Sarinti, S. (2020). Tantangan Etik Pada Perawat Dalam Penanganan Pasien Di Masa Pandemik Covid-19: Scoping Review. *Jurnal Perawat Indonesia*, 4(3), 469–481.
<https://doi.org/10.32584/jpi.v4i3.732>
- Pattyranie, H., & Andriani, H. (2024). *Pengetahuan dan sikap perawat tentang kode etik keperawatan rumah sakit x di jakarta*. 5, 5578–5585.
- Purwanti, E.-. (2020). Gambaran Tingkat Penerapan Prinsip Etik Keperawatan Di Ruang Rawat Inap Kelas III Rumah Sakit Pku Muhammadiyah Gombong. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Keperawatan*, 16(1), 19.
<https://doi.org/10.26753/jikk.v16i1.426>
- Rifai, A., Afandi, A. T., Firmansyah, I., Keperawatan, F., & Jember, U. (2021). Pengetahuan dan Sikap Perawat Tentang Kode Etik Keperawatan. *THE JOURNAL OF Nursing Management Issues*, 1(1), 10–17.
- Risnawati, R., & Amir, H. (2022). Analisis Penerapan Perilaku Penjabaran Kode Etik Keperawatan pada Perawat di Rumah Sakit Pendidikan Makassar. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 10(1), 57. <https://doi.org/10.26714/jkj.10.1.2022.57-68>
- Rusdianti. (2024). *Kesehatan Mental dan Etik Legal Title*. 6, 244–253.
- Sudiyanto, H. (2019). Etika dan Hukum Keperawatan. In *STIKes Majapahit Mojokerto*.
<http://ejournal.stikesmajapahit.ac.id/index.php/EBook/article/view/668>
- Syariah, M. I., Syariah, F., Hukum, D., Sunan, U. I. N., Yogyakarta, K., Adisucipto, J. L., Islam, P. M., Dakwah, F., Komunikasi, D., & Kalijaga, U. I. N. S. (2024). (*Mental Health Crisis in the Dynamics of Legislation in Indonesia*) Enggar Wijayanto Sriharini Abstrak. 3(1), 35–45.
- Wijaya, Y. A., Yudhawati, N. L. P. S., & Andriana, K. R. F. (2022). the Role of Ethics in Professional Nursing Practice Peran Etika Dalam Praktik Keperawatan Profesional. *Nursing Etic*, 3(21), 1–9.
- Yusrani, K. G., Aini, N., Maghfiroh, S. A., & Istanti, N. D. (2023). Tinjauan Kebijakan Kesehatan Mental di Indonesia: Menuju Pencapaian Sustainable

- Development Goals dan Universal Health Coverage. *Jurnal Medika Nusantara*, 1(2), 89–107.
- Zailani, R. M. S., & Anisah, S. (2024). Hubungan Pengetahuan dan Masa Kerja Terhadap Penerapan Prinsip Etika Keperawatan (Non-maleficence, Beneficence, Justice) Dalam Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit TK.II Moh. Ridwan Meuraksa. *Malahayati Nursing Journal*, 6(1), 392–406. <https://doi.org/10.33024/mnj.v6i1.10623>

BAB 9

PROSES TERJADINYA GANGGUAN JIWA DALAM PERSPEKTIF KEPERAWATAN JIWA

Pendahuluan

Gangguan jiwa merupakan masalah kesehatan yang tidak bisa dipandang sebelah mata dan perlu diperhatikan dengan seksama. Gangguan jiwa ini tidak disebabkan oleh satu faktor saja melainkan multifaktor. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018, menunjukkan lebih dari 19 juta penduduk berusia lebih dari 15 tahun mengalami masalah kesehatan jiwa. Terlebih lagi, menghadapi masa pandemi yang penuh stresor dapat meningkatkan prevalensi gangguan jiwa khususnya di Indonesia. Untuk dapat menyelesaikan masalah gangguan jiwa khususnya di Indonesia perawat harus dapat memahami bagaimana proses terjadinya gangguan jiwa pada seorang individu, sehingga dapat melakukan intervensi sebagai langkah preventif dalam mencegah terjadinya gangguan jiwa dan dapat mengambil keputusan dalam melakukan intervensi pada pasien dengan gangguan jiwa.

Tujuan Intruksional dan Capaian Pembelajaran

Tujuan intruksional yang dicapai pada bab ini adalah Mahasiswa memiliki kemampuan memahami konsep proses terjadinya gangguan jiwa yang dipandang dari sudut keperawatan.

Capaian pembelajaran yang diharapkan dikuasai oleh mahasiswa setelah menyelesaikan pembelajaran pada bab ini adalah:

1. Mampu mengetahui dan memahami definisi kesehatan jiwa
2. Mampu mengetahui dan memahami definisi gangguan jiwa
3. Mampu memahami teori-teori terjadinya gangguan jiwa
4. Mampu mengetahui dan memahami proses terjadinya gangguan jiwa berdasarkan Model Adaptasi Stuart

Uraian Materi

A. Definisi Kesehatan Jiwa

Kesehatan Jiwa disingkat Keswa adalah kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan stress, dapat bekerja secara produktif dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya (Undang-Undang No. 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa). Menurut pandangan Maslow, kesehatan jiwa individu dilihat dari pemenuhan lima kebutuhan manusia. Representasi hierarki kebutuhan ini disajikan dalam Gambar 1. Maslow menggambarkan aktualisasi diri sebagai "sehat secara psikologis, sepenuhnya manusiawi, sangat berkembang, dan sepenuhnya dewasa."



Gambar 8.1 Hirarki kebutuhan manusia (Maslow)

Maslow menjelaskan bahwa individu yang "sehat" atau "teraktualisasikan diri" memiliki karakteristik berikut:

- Persepsi realitas yang tepat
- Kemampuan untuk menerima diri sendiri, orang lain, dan sifat manusia
- Kemampuan untuk mewujudkan spontanitas
- Kapasitas untuk memfokuskan konsentrasi pada pemecahan masalah
- Kebutuhan untuk melepaskan diri dan keinginan untuk privasi
- Kemandirian, otonomi, dan penolakan terhadap enkulturasni

- Intensitas reaksi emosional
- Frekuensi pengalaman "puncak" yang memvalidasi nilai, kekayaan, dan keindahan hidup
- Identifikasi dengan umat manusia
- Kemampuan untuk mencapai hubungan interpersonal yang memuaskan
- Struktur karakter yang demokratis dan rasa etika yang kuat
- Kreativitas
- Tingkat ketidaksesuaian

Jahoda mengidentifikasi daftar enam indikator yang menurutnya merupakan cerminan kesehatan mental:

1. Sikap Positif terhadap Diri Sendiri tercermin pada perilaku yang menyadari potensi dan kelemahan diri sendiri.
2. Pertumbuhan, Perkembangan, dan Kemampuan untuk Meraih Aktualisasi Diri.
3. Integrasi, kemampuan untuk merespons lingkungan secara adaptif, mampu mengatasi kecemasan dan tekanan-tekanan dalam hidup.
4. Otonomi. Memiliki kemandirian dan bertanggung jawab atas tindakan yang dilakukan
5. Persepsi Realitas. Persepsi realitas yang akurat merupakan indikator positif kesehatan mental.

B. Definisi Gangguan Jiwa

Gangguan jiwa merupakan kondisi dimana terjadi penyimpangan perilaku yang diakibatkan adanya distorsi dari emosi atau perasaan dan pikiran. Kondisi ini dapat menimbulkan kendala dalam fungsi kesehariannya. Berdasarkan Undang-Undang RI No.18 tahun 2014, yang dimaksud dengan Orang Dengan Gangguan Jiwa atau disebut dengan ODGJ adalah orang yang mengalami gangguan dalam bentuk pikiran, perilaku, perasaan dan persepsi yang termanifestasi dalam bentuk sekumpulan gejala dan perubahan perilaku yang bermakna, serta dapat menimbulkan penderitaan dan hambatan dalam menjalankan fungsi kesehariannya.

Konsep gangguan jiwa, dapat dijelaskan dengan butir-butir:

1. Adanya gejala klinis yang bermakna berupa sindrom atau pola perilaku dan sindrom atau pola psikologik.

2. Gejala klinis tersebut menimbulkan "penderitaan" (distress), antara lain dapat berupa: rasa nyeri, tidak nyaman, tidak tenram, disfungsi organ tubuh, dll.
3. Gejala klinis tersebut menimbulkan "disabilitas" (disability) dalam aktivitas kehidupan sehari-hari yang biasa dan diperlukan untuk perawatan diri dan kelangsungan hidup.

C. Teori-Teori Terjadinya Gangguan Jiwa

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

1. Teori Biologi

Terjadinya gangguan jiwa tidak terlepas dari pengaruh biologi individu. Pada aspek biologi tersebut, terdapat komponen-komponen dalam menunjang terjadinya gangguan jiwa. Berdasarkan teori biologi, gangguan jiwa berkaitan dengan adanya gangguan pada neurotransmitter. Ada 2 jenis dari neurotransmitter, yaitu: Eksitasi dan inhibisi. Eksitasi (*excitation*) berfungsi meningkatkan impuls syaraf. Yang termasuk senyawa kimia neutransmiter yang meningkatkan impuls yaitu asetilkolin, adrenalin, dopamin, glutamat, dll. Sedangkan, inhibisi (*inhibition*) berfungsi menghambat impuls. Yang termasuk kimia neutransmiter yang menghambat impuls yaitu GABA dan dopamin. Pada kondisi gangguan jiwa terjadi penurunan secara terus menerus pada salah satu atau lebih neurotransmitter sehingga transmisinya tidak stabil. Serotonin mempunyai efek modulasi pada dopamine.

2. Teori Psikologi

Dalam praktik keperawatan yang memandang individu secara holistic, banyak kajian yang mempelajari hubungan antara pikiran, dan perasaan. Para ahli teori psikodinamik menyampaikan bahwa kebutuhan yang tidak terpenuhi untuk kepuasan dan keamanan menghasilkan ego yang kurang berkembang dan superego yang lemah. Diperkirakan bahwa ketika terjadi rasa frustrasi, agresi dan kekerasan memicu individu pada rasa bangga yang meningkatkan citra diri dan nilai sosial bagi hidupnya yang kurang. Kepribadian merupakan bentuk ke tahanan relatif dari situasi interpersonal yang berulang-ulang yang khas untuk kehidupan manusia. Perilaku yang

sekarang bukan merupakan ulangan impulsif dari riwayat waktu kecil, tetapi merupakan retensi pengumpulan dan pengambilan kembali. Setiap penderita yang mengalami gangguan jiwa fungsional memerlukan kegagalan yang mencolok dalam satu atau beberapa fase perkembangan akibat tidak kuatnya hubungan personal dengan keluarga, lingkungan sekolah atau dengan masyarakat sekitarnya.

3. Teori Sosial-Budaya

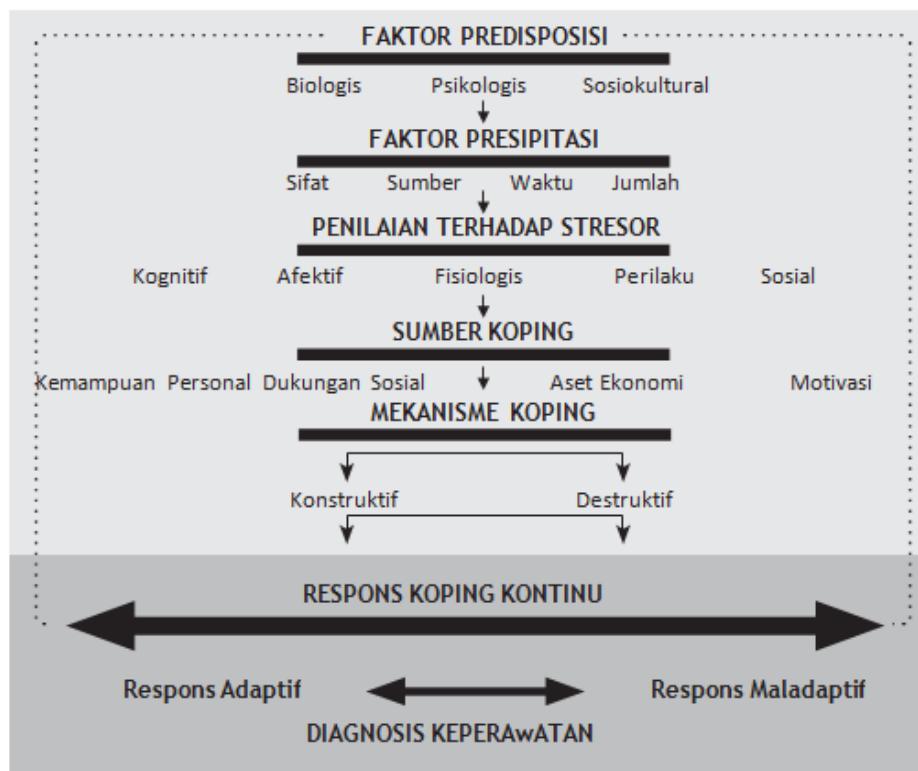
Dalam kehidupan ini, manusia memiliki sifat sosial yaitu memiliki kontribusi untuk berhubungan dan ada saling ketergantungan dengan orang lain. Pemenuhan kebutuhan individu berkaitan pada hubungan dengan orang lain ataupun lingkungan sosial. Untuk jalinan hubungan sosial yang harmonis setiap orang memiliki tanggung jawab untuk mengontrol perilaku mereka sendiri. Gangguan hubungan baik intrapersonal maupun interpersonal akan mengakibatkan masalah secara psikologis pada individu.

Hubungan sosial bermasyarakat dipengaruhi oleh budaya yang disepakati antar anggota masyarakat pada batasan wilayah tertentu. Perbedaan budaya merupakan salah satu faktor terjadinya perbedaan distribusi dan tipe gangguan jiwa. Inkulturas dapat menyebabkan pola kepribadian berubah dan terlihat pada psikopatologinya. Perubahan budaya yang cepat seperti identifikasi, kompetisi, inkulturas dan penyesuaian dapat menimbulkan gangguan jiwa. Selain itu, status sosial ekonomi juga berpengaruh terhadap terjadinya gangguan jiwa, penderita dengan status ekonomi rendah erat hubungannya dengan prevalensi gangguan afektif dan alkoholisme.

D. Gangguan Jiwa Berdasarkan Teori Adaptasi Stres Stuart

Model Stress Adaptasi Stuart memandang gangguan jiwa dalam perspektif yang lebih luas dan holistik terdiri dari biologis, psikologis, sosiokultural dan aspek-aspek tersebut saling bersinggungan. Pandangan keperawatan memperhatikan semua aspek individu, keluarga, komunitas dan lingkungan dalam menjelaskan proses gangguan jiwa. Komponen model adaptasi stress Stuart terdiri dari faktor predisposisi, Faktor presipitasi, Penilaian terhadap

stressor, sumber coping dan mekanisme coping. Model Adaptasi stres Stuart dapat dijelaskan pada gambar 8.2.



Gambar 8.2 Model adaptasi stres Stuart

1. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi merupakan faktor risiko dan protektif yang mempengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat digunakan individu untuk mengatasi stress. Risk faktor menimbulkan kemungkinan kerentanan dalam meningkatnya masalah kesehatan (distress), sedangkan protective faktor menimbulkan kemungkinan kekuatan dalam melindungi dan meningkatkan status kesehatan. Semakin banyak risk faktor, maka semakin besar tekanan. Di sisi lain, semakin banyak protective faktor, maka besar kemungkinan untuk dapat terhindar dari gangguan. Ketidakmampuan menyesuaikan diri dapat dikarenakan adanya kondisi-kondisi yang menekan. Upaya untuk mempertahankan kesehatan jiwa dan mencegah masalah kesehatan jiwa dengan meningkatkan faktor protektif dan mengendalikan faktor risiko.

Faktor predisposisi tersebut terdiri dari aspek biologis, psikologis dan sosial budaya. Secara Bersama-sama faktor ini akan mempengaruhi seseorang dalam berespon terhadap stressor.

a. Biologis

Faktor predisposisi biologis meliputi latar belakang genetik, status nutrisi, kepekaan biologis, kesehatan secara umum dan keterpaparan pada racun.

b. Psikologis

Faktor predisposisi psikologis meliputi intelegensi, kemampuan verbal, kepribadian, motivasi, pengalaman psikologis pada masa lalu dan kemampuan mengendalikan diri sendiri, konsep diri, pertahanan psikologis. Faktor psikologis terbentuk sejak usia masih kecil yang diperoleh dari lingkungan keluarga (orang tua).

c. Sosial Budaya

Faktor predisposisi sosial budaya meliputi usia, gender, pendidikan, pekerjaan dan penghasilan, status dan peran sosial, pengalaman sosialisasi, latar belakang budaya, latar belakang keyakinan religi dan afiliasi politik, hubungan dan keterlibatan sosial.

2. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi adalah stimulus yang menantang, mengancam atau menuntut individu. Faktor presipitasi ini mencetuskan terjadinya gangguan jiwa yang meliputi *nature*, *origin*, *timing* dan *number*. *Nature* ini adalah sifat dari stressor yang ada yaitu hal-hal yang bersifat biologis, psikologis dan sosial budaya. *Origin* merupakan asal atau sumber stressor yaitu lingkungan internal berupa persepsi individu terhadap dirinya, orang lain dan lingkungan ataupun lingkungan eksternal individu berupa dukungan keluarga, masyarakat, kelompok. Penting untuk diketahui waktu (*timing*) dan jumlah stressor. *Timing* mencakup kapan kejadian stressor (dalam waktu dekat atau lama), berapa lama seseorang terpapar stressor. Stressor jumlah (*number*) mencakup seberapa banyak stressor yang dialami individu dalam masa tertentu.

3. Penilaian Terhadap Stressor

Penilaian terhadap stressor adalah proses individu dalam melakukan evaluasi terhadap stressor yang dihadapinya untuk mendapatkan

kemaknaan dari stressor yang dialaminya. Penilaian diartikan sebagai evaluasi dan respon seseorang terhadap stresor yang ada. Penilaian terhadap stressor merupakan respon individu yang dapat berupa respon kognitif, afektif, fisiologis, perilaku, dan sosial.

a. Respon Kognitif

Respon kognitif memberikan penilaian terhadap sumber stress yang dialami oleh individu. Kondisi ini berarti bahwa kerusakan atau potensi kerusakan dari suatu situasi ditentukan berdasarkan pemahaman atau proses berpikir seseorang tentang suatu situasi yang dapat membahayakan serta ketersediaan sumber yang dimiliki seseorang untuk menetralisir atau mentoleransi bahaya. Tiga jenis respon kognitif terhadap stres yaitu: (1) Bahaya/kehilangan; (2) Ancaman; (3) Tantangan. Persepsi tentang tantangan berperan penting untuk seseorang mengidentifikasi kekuatan dan cara penyelesaian masalah atau ketahanan terhadap stress.

b. Respon Afektif

Respon afektif adalah suatu perasaan yang muncul. Respon afektif dapat diketahui dari pernyataan yang diungkapkan pada perawat. Respon afektif yang utama adalah reaksi gembira, sedih, takut, marah, menerima, tidak percaya, antisipasi atau terkejut.

c. Respon Fisiologis

Respon fisiologis merefleksikan interaksi dari beberapa neurotransmitter dan hormon-hormon lain di otak. Respon fisiologis dapat diketahui dari ekspresi wajah atau dari perubahan sistem tubuh dan atau keluhan fisik yang diungkapkan langsung. Gangguan jiwa yang terjadi dapat diidentifikasi dari perubahan-perubahan secara fisik. Perubahan ini mempengaruhi sistem dan fungsi dari tubuh, seperti kardiovaskuler dan pernafasan.

d. Respon Perilaku

Respon perilaku sebagai hasil dari respon fisiologis dan emosi serta analisis kognitif dari suatu situasi yang menimbulkan stress.

e. Respon Sosial

Respon sosial meliputi tiga aktivitas yaitu pencarian makna, atribusi sosial, dan perbandingan sosial. Setiap individu mempunyai respon sosial yang beragam terhadap stress tergantung bagaimana individu mempersepsikan terhadap masalah yang muncul.

4. Sumber Koping

Sumber koping merupakan strategi yang digunakan seseorang dalam menghadapi suatu masalah atau beberapa sumber potensi baik secara internal maupun eksternal yang dapat dimanfaatkan untuk membantu menyelesaikan masalah akibat stressor yang ada. Sumber koping terdiri dari empat komponen meliputi kemampuan individu (*personal abilities*), dukungan sosial (*sosial support*), ketersediaan materi (*material asset*), dan keyakinan positif (*positive belief*).

a. Kemampuan Individu (*Personal Abilities*)

Kemampuan personal merupakan kemampuan yang dimiliki dalam mengatasi masalah. Kemampuan individu dapat dilihat dari aspek kognitif, afektif dan psikomotor. Kemampuan ini meliputi kemampuan informasi atau pengetahuan dan ketrampilan. Individu yang memiliki pendidikan dan pengetahuan yang rendah tidak memiliki kecukupan ketrampilan untuk mengatasi stressor yang ada sehingga individu jatuh pada kondisi sakit (gangguan) jiwa.

b. Dukungan Sosial (*Sosial support*)

Dukungan sosial merupakan dukungan yang diperoleh individu dari lingkungan disekitarnya seperti keluarga, kelompok atau masyarakat termasuk perawat atau kader kesehatan. Dukungan sosial ini erat berkaitan dengan masalah gangguan jiwa. Dukungan yang buruk secara langsung dapat mengakibatkan gangguan jiwa dan kekambuhan.

c. Ketersediaan Materi (*Material Asset*)

Ketersediaan material terbagi menjadi dua yaitu finansial dan ketersediaan pelayanan kesehatan. Ketersediaan dana yang dimiliki oleh individu untuk membantu dalam perawatan dan akan membantu dalam menjangkau pusat layanan kesehatan yang meliputi sumber penghasilan, investasi atau tabungan. Pelayanan kesehatan baik primer maupun sekunder sangat diperlukan oleh individu yang sakit.

d. Keyakinan Positif (*Positive Belief*)

Keyakinan positif adalah keyakinan yang baik terhadap tenaga kesehatan, kemampuan mengatasi masalah, perilaku dapat diubah dan keyakinan terhadap pelayanan kesehatan. Keyakinan ini berasal dari internal yang berpengaruh besar terhadap perubahan kesehatan.

5. Mekanisme Koping

Mekanisme koping adalah semua upaya yang dilakukan oleh seseorang dalam menyelesaikan masalah yang terjadi. Mekanisme koping juga digunakan untuk menyesuaikan diri atau beradaptasi, terhadap perubahan, respon terhadap situasi yang mengancam. Mekanisme koping ini bersifat destruktif dan konstruktif yang memunculkan respon yang dapat adaptif maupun maladaptive.

E. Latihan

1. Apa perubahan yang terjadi dan menjadi penanda seseorang mengalami gangguan jiwa?
 - A. Perubahan pikiran, perasaan dan perilaku
 - B. Perubahan fungsi tubuh, perasaan dan pikiran
 - C. Perubahan fungsi tubuh, perilaku dan pikiran
 - D. Perubahan fungsi sosial, ekonomi dan penurunan konsentrasi
 - E. Perubahan pikiran, ekonomi dan perasaan
2. Apa faktor predisposisi sosial budaya?
 - A. Intelelegensi
 - B. Keprabadian
 - C. Pendidikan
 - D. Gangguan neurotransmitter
 - E. Genetik
3. Apa komponen dari sumber koping?
 - A. Destruktif
 - B. Dukungan sosial
 - C. Konstruktif
 - D. Predisposisi
4. Apa faktor yang dapat memicu atau mencetuskan masalah kesehatan jiwa?
 - A. Protektif
 - B. Risiko
 - C. Predisposisi

- D. Presipitasi
 - E. Penggangu
5. Apa aktivitas respon sosial yang muncul akibat stres yang dialami oleh individu?
- A. Perbandingan sosial
 - B. Perubahan fungsi tubuh
 - C. Gangguan proses berpikir
 - D. Pemenuhan kebutuhan yang terganggu
 - E. Terhambatnya proses pertumbuhan

Kunci Jawaban

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

F. Rangkuman Materi

Penting bagi perawat untuk mengidentifikasi dan memahami proses terjadinya gangguan jiwa. Gangguan jiwa disebabkan oleh banyak faktor dan prosesnya membutuhkan waktu yang tidak singkat. Perawat dapat menggunakan beberapa sudut pandang secara holistik. Pendekatan teori yang digunakan untuk mendeskripsikan proses terjadinya gangguan jiwa adalah teori biologis, psikologis dan sosial-budaya. Dalam perspektif keperawatan, proses terjadinya gangguan jiwa dapat diuraikan dengan menggunakan pendekatan teori adaptasi stres yang dikemukakan oleh Stuart.

G. Glosarium

- GABA : Globulin Amino Buteric Acid
- Keswa : Kesehatan Jiwa
- ODGJ : Orang Dengan Gangguan Jiwa
- Riskesdas : Riset Kesehatan Dasar

Daftar Pustaka

- Ibda, F. (2023). Perkembangan Moral Dalam Pandangan Lawrence Kohlberg. *Intelektualita: Jurnal of Education Science and Teacher Training*, 12(1), 68.

BAB 10

PERAN PERAWAT JIWA

Pendahuluan

Keperawatan jiwa adalah proses interpersonal yang berupaya meningkatkan dan mempertahankan perilaku pasien yang berperan pada fungsi yang terintegrasi. Sistem pasien atau klien dapat berupa individu, keluarga, kelompok, organisasi atau komunitas. ANA mendefinisikan keperawatan kesehatan jiwa sebagai Suatu bidang spesialisasi praktik keperawatan yang menerapkan teori perilaku manusia sebagai ilmunya dan penggunaan diri yang bermanfaat sebagai kiatnya. Praktik kontemporer keperawatan jiwa 19 terjadi dalam konteks sosial dan lingkungan.

Peran Perawat Jiwa Keperawatan jiwa adalah proses interpersonal yang berupaya meningkatkan dan mempertahankan perilaku pasien yang berperan pada fungsi yang terintegrasi. Sistem pasien atau klien dapat berupa individu, keluarga, kelompok, organisasi atau komunitas. ANA mendefinisikan keperawatan kesehatan jiwa sebagai Suatu bidang spesialisasi praktik keperawatan yang menerapkan teori perilaku manusia sebagai ilmunya dan penggunaan diri yang bermanfaat sebagai kiatnya. Praktik kontemporer keperawatan jiwa 19 terjadi dalam konteks sosial dan lingkungan (Mundakir,2021).

Peran keperawatan jiwa profesional berkembang secara kompleks dari elemen historis aslinya. Peran tersebut kini mencakup dimensi kompetensi klinis, advokasi pasien-keluarga, tanggung jawab fiskal, kolaborasi antar disiplin, akuntabilitas sosial, dan parameter legal-etik. Center for Mental Health Services secara resmi mengakui keperawatan kesehatan jiwa sebagai salah satu dari lima inti disiplin kesehatan jiwa. Perawat jiwa menggunakan pengetahuan dari ilmu psikososial, biofisik, teori kepribadian, dan perilaku manusia untuk mendapatkan suatu kerangka berpikir teoritis yang mendasari praktik keperawatan (Mundakir,2021).

Materi ini dirancang untuk memberikan pemahaman kepada mahasiswa keperawatan tentang peran perawat jiwa. Buku ini akan memberikan panduan

praktis untuk mengembangkan pemahaman mahasiswa tentang keperawatan jiwa yang sangat bermanfaat dalam meningkatkan kualitas perawatan pasien.

Tujuan Instruksional :

Mahasiswa memahami tentang Peran perawat jiwa di klinik maupun di komunitas

Capaian Pembelajaran :

Mampu menjelaskan tentang peran perawat jiwa, mengetahui fungsi perawat dan tingkatan peran perawat jiwa.

Uraian Materi

A. Peran Perawat Jiwa

Peran adalah seperangkat pola perilaku yang diharapkan, sesuai kedudukan sosialnya dalam system dan merupakan mekanisme utama yang dapat mendorong sistem sosial. Pola perilaku tersebut dimanifestasikan ke dalam penampilan melaksanakan tugas dan kewajiban yang merefleksikan domain personal, sosial atau okupasi Pembentukan peran perawat dipengaruhi oleh karakteristik organisasi, individu perawat dan interaksi perawat dengan yang lain yang terlibat dalam set peran tersebut. Peran profesional unik karena dipengaruhi oleh kode etik yang membantu memperlihatkan secara tajam perilaku profesional dan sebagai kerangka dari harapan peran tersebut.

Perawat kesehatan jiwa mempunyai peran yang bervariasi dan spesifik (Dalmi, 2010). Aspek dari peran tersebut meliputi kemandirian dan kolaborasi diantaranya yaitu sebagai pelaksana asuhan keperawatan, yaitu perawat memberikan pelayanan dan asuhan keperawatan jiwa kepada individu, keluarga dan komunitas.

Peran perawat jiwa sekarang mencakup parameter kompetensi klinik, advokasi klien, tanggung jawab fiskal (keuangan), kolaborasi profesional, akuntabilitas sosial, kewajiban etik dan legal.

1. Kompetensi klinik

Suatu peran akan dapat dilaksanakan dengan baik dan benar oleh perawat bila mempunyai kemampuan yang adekuat. Kemampuan klinik merupakan keterampilan yang harus dimiliki perawat dalam memberikan asuhan kepada klien. Menurut Stuart & Sundein (2016), ada enam kompetensi yang harus dimiliki perawat dalam memberikan tindakan klinik, yaitu: kemampuan memberikan perawatan langsung (*direct care*), pendidik (*teaching*), komunikasi (*communication*), kerjasama (*collaboration*), pelimpahan (*delegation*), dan Manajemen

2. Advokasi bagi pasien dan keluarga

Sebagai profesi kesehatan yang paling dekat dan memahami kondisi klien, perawat mempunyai peran dalam membantu klien dan keluarganya dalam menginterpretasikan informasi, memberikan informasi lain yang diperlukan untuk mengambil persetujuan, mempertahankan dan melindungi hak-hak klien.

3. Pertanggungjawaban fiskal

Besar kecilnya biaya yang dikeluarkan klien secara tidak langsung menjadi menjadi tanggung jawab perawat. Hal ini terkait dengan jumlah hari rawat yang dialami klien dan ini merupakan salah satu tanggung jawab perawat. Bila perawat melakukan tindakan keperawatan secara baik, profesional dan penuh dedikasi akan dapat memperpendek hari rawat yang dijalani di rumah sakit, meskipun tanggung jawab ini juga tergantung pada profesi lain dalam menjalankan tugasnya dengan baik.

4. Kerjasama interdisiplin

Peran ini menjadi keharusan mengingat pelayanan/perawatan klien tidak dapat hanya menggantungkan pada salah satu disiplin profesi kesehatan saja namun harus dari berbagai profesi kesehatan agar pelayanan atau perawatan yang diberikan dapat diberikan secara komprehensif dan tepat.

5. Tanggung jawab sosial

Perawat merupakan salah satu tenaga kesehatan yang mengedepankan nilai-nilai sosial dan kemanusiaan. Perawat hendaknya mampu mengambil tindakan ketika dalam suatu masyarakat mempunyai masalah kesehatan, termasuk memberikan pemahaman yang benar tentang pasien jiwa agar tidak terjadi diskriminasi dan tetap menghormati hak-hak klien jiwa di masyarakat.

6. Sesuai legal etik

Perawat adalah profesi yang mempunyai kode etik dan legal etik. Dalam menjalankan perannya klien wajib mentaati aturan dan etik yang telah ditentukan oleh organisasi profesi (OP) maupun undang-undang. Dalam memberikan asuhan keperawatan, komponen-komponen peran perawat jiwa adalah:

- a. Merencanakan dan memberikan asuhan keperawatan dengan menjalin hubungan terapeutik
- b. Manajemen lingkungan
- c. Mengelola dan mengawasi pengobatan
- b. Memfasilitasi pemenuhan kebutuhan sehari-hari klien
- c. Pendidikan klien dan keluarga
- d. Memfasilitasi kelompok dan keluarga
- e. Bekerja dengan tim interdisiplin

Selain itu, perawat juga memiliki peran sebagai pemberi pelayanan (*caregiver*), membela hak-hak klien (*advocacy*), konselor (*counselor*), edukator (*educator*), kolaborator (*collaborator*), koordinator (*coordinator*), dan *change agent*.

a. Peran Perawat sebagai *care giver*

Peran ini dapat dilakukan dengan tindakan atau kegiatan sebagai berikut:

- 1) Memperhatikan individu dalam konteks sesuai kehidupan klien,
- 2) Memperhatikan klien berdasarkan kebutuhan significant klien.
- 3) Menggunakan proses asuhan keperawatan untuk mengidentifikasi, mendiagnosis, merencanakan intervensi keperawatan, melaksanakan asuhan keperawatan dan mengevaluasi respon klien
- 4) Memberikan pelayanan keperawatan kepada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat

b. Peran Perawat sebagai *advokat*

Peran perawat dalam hal ini adalah membantu klien dalam mendapatkan hak-haknya sebagai klien dengan benar. Peran perawat contohnya seperti :

- 1) Membantu klien dan keluarga menginterpretasikan informasi
- 2) Memberikan informasi lain yang diperlukan untuk mengambil persetujuan
- 3) Mempertahankan & melindungi hak-hak klien sebagai manusia yang mempunyai harkat dan martabat.

Hak-hak klien disini seperti :

- 1) Hak atas pelayanan yang sebaik-baiknya
- 2) Hak atas informasi tentang penyakitnya
- 3) Hak atas privacy (kerahasiaan diri),
- 4) Hak untuk menentukan nasibnya sendiri (dengan demikian perlunya inform consent sebelum tindakan)
- 5) Hak untuk menerima ganti rugi (bila terbukti petugas kesehatan melakukan kelalaian pada klien tersebut)

Disamping hak-hak klien yang juga perlu diperhatikan oleh perawat sebagai tenaga kesehatan adalah hak-hak tenaga kesehatan termasuk perawat, yaitu:

- 1) Hak atas informasi yang benar dari klien maupun pihak terkait
- 2) Hak untuk bekerja sesuai standar
- 3) Hak untuk mengakhiri hubungan dengan klien
- 4) Hak untuk menolak tindakan yang kurang cocok
- 5) Hak atas rahasia pribadi
- 6) Hak atas balas jasa

c. Peran perawat sebagai konselor

Peran perawat disini adalah:

- 1) Mengidentifikasi perubahan pola interaksi klien terhadap keadaan sehat sakitnya, sebagai dasar tindakan yang akan dilakukan
- 2) Memberikan masukan, arahan dan bimbingan kepada individu dan atau keluarga sebagai klien dalam mengintegrasikan pengalaman kesehatan dengan pengalaman yang lalu
- 3) Memberikan pemecahan masalah yang difokuskan pada masalah keperawatan dengan tujuan mengubah perilaku hidup sehat (perubahan pola interaksi).

d. Peran Perawat sebagai Konsultan

Sebagai kelompok yang diharapkan membawa perubahan (*change agent*), perawat diharapkan mampu membuat perencanaan, kerjasama, perubahan yang sistematis dalam berhubungan dengan klien & cara pemberian keperawatan kepada klien, agar terwujud pelayanan yang profesional, efektif dan efisien.

Di Indonesia, peran-peran perawat tersebut diatas disederhanakan menjadi empat peran yaitu peran sebagai:

- 1) Pelaksana
- 2) Pengelola
- 3) Pendidik
- 4) Peneliti

Semua peran perawat tersebut dapat dilaksanakan dalam memberikan pelayanan keperawatan jiwa baik pada sarana kesehatan rumah sakit, Puskesmas (PKM) dengan wilayah kerjanya maupun praktik mandiri/swasta. Untuk melaksanakan peran tersebut dipersiapkan perawat yang memiliki kompetensi dan kewenangan untuk melaksanakannya (Registrasi, sertifikasi & lisensi), ditunjang dengan *setting/tatanan* pelayanan yang jelas, terintegrasi dengan sistem yang ada.

B. Fungsi Perawat Jiwa

Fungsi perawat

1. Membuat kesepakatan dengan klien tentang masalah sikap, mood, dan interpretasi kenyataan
2. Mengeksplorasi konflik pikiran dan perasaan yang mengganggu klien

3. Menggunakan perasaan positif pasien sebagai keseimbangan psikofisiologi
4. Konseling pasien
5. Menguatkan kondisi baik pasien

Dengan pemahaman dan kemampuan untuk melaksanakan peran dan fungsi perawat, diharapkan tercipta perawat-perawat yang mempunyai tanggung jawab yang kuat dalam melaksanakan praktik keperawatan secara akuntabel, etik, dan legal, melaksanakan asuhan keperawatan dan manajemen keperawatan, serta mampu mengembangkan profesionalisme.

Profesionalisme perawat akan berkembang dengan cara:

1. Meningkatkan profesionalisme keperawatan
 - a. Meningkatkan dan mempertahankan citra profesi Keperawatan
 - b. Memperjuangkan hak untuk berperan serta di dalam pengembangan kebijakan dan rencana program kesehatan
 - c. Mengelola penelitian untuk mengembangkan Keperawatan
 - d. Bertindak sebagai role model yang efektif
2. Meningkatkan kualitas pelayanan
 - a. Menggunakan sumber informasi yang akurat dan sah dalam mengevaluasi kualitas praktik Keperawatan
 - b. Berpartisipasi aktif dalam peningkatan dan penjaminan mutu
3. Berperan aktif dalam pendidikan berkelanjutan
4. Meningkatkan pengakuan professional; menguasai keahlian yang diperlukan.

C. Tingkatan Peran Perawat

Pada setiap tingkatan pelayanan kesehatan jiwa, perawat mempunyai peranan tertentu :

1. Peran perawat dalam prevensi primer
 - a. Memberikan penyuluhan tentang prinsip sehat jiwa.
 - b. Mengefektifkan perubahan dalam kondisi kehidupan, tingkat kemiskinan dan pendidikan.
 - c. Memberikan pendidikan dalam kondisi normal, pertumbuhan dan perkembangan dan pendidikan seks.
- b. Melakukan rujukan yang sesuai sebelum terjadi gangguan jiwa.
- c. Membantu pasien di Rumah Sakit Umum untuk menghindari masalah psikiatri.

- d. Bersama keluarga untuk memberikan dukungan pada anggotanya untuk meningkatkan fungsi kelompok.
 - e. g. Aktif dalam kegiatan masyarakat atau politik yang berkaitan dengan kesehatan jiwa.
2. Peran perawat dalam prevensi sekunder
 - a. Melakukan skrining dan pelayanan evaluasi kesehatan jiwa.
 - b. Melakukan kunjungan rumah atau pelayanan penanganan di rumah.
 - c. Memberikan pelayanan kedaruratan psikiatri di Rumah Sakit umum.
 - d. Menciptakan lingkungan terapeutik.
 - e. Melakukan supervisi pasien yang mendapatkan pengobatan.
 - f. Memberikan pelayanan pencegahan bunuh diri.
 - g. Memberi konsultasi.
 - h. Melaksanakan intervensi krisis.
 - i. Memberikan psikoterapi pada individu, keluarga, dan kelompok pada semua usia.
 - j. Memberikan intervensi pada komunitas dan organisasi yang teridentifikasi masalah.
3. Peran perawat dalam prevensi tertier
 - a. Melaksanakan latihan vokasional dan rehabilitasi.
 - b. Mengorganisasi pelayanan perawatan pasien yang sudah pulang dari Rumah Sakit Jiwa untuk memudahkan transisi dari Rumah Sakit Komunitas.
 - c. Memberikan pilihan perawatan rawat siang pada pasien.

D. Latihan

1. Apa yang termasuk dalam kompetensi klinik perawat?
 - A. Membela hak-hak klien
 - B. Pendidikan klien dan keluarga
 - C. Pengelolaan dan pengawasan pengobatan
 - D. Kemampuan komunikasi dan kerjasama
2. Apa peran perawat dalam advokasi bagi pasien?
 - A. Memberikan pemahaman tentang informasi kesehatan
 - B. Mengelola dan mengawasi pengobatan
 - C. Merencanakan asuhan keperawatan
 - D. Bekerja dengan tim interdisiplin

3. Apa peran perawat utama perawat sebagai konsultan dalam pelayanan kesehatan?
 - A. Membuat perencanaan dan kerjasama
 - B. Melakukan penelitian untuk pengembangan
 - C. Memberikan pendidikan kepada klien
 - D. Mengelola administrasi rumah sakit

Kunci Jawaban

1. D
2. A
3. A

E. Rangkuman Materi

Keperawatan jiwa merupakan proses interpersonal yang bertujuan untuk menjaga dan meningkatkan perilaku yang membantu fungsi yang terintegrasi. Pasien jiwa sebagai individu, keluarga, kelompok, organisasi maupun masyarakat. Tiga domain dalam praktik keperawatan jiwa yaitu perawatan/pelayanan langsung, komunikasi, dan manajemen. Faktor yang dapat membantu menentukan tingkatan performa perawat jiwa yaitu hukum, kualifikasi perawat, setting praktik, dan inisiatif individu perawat untuk menjadi lebih baik, tantangan untuk masa depan maka perawat butuh fokus pada tiga area yaitu evaluasi hasil, keterampilan kepemimpinan, dan aksi politik

F. Glosarium

- ODGJ : Orang Dengan Gangguan Jiwa
OP : Organisasi Profesi
PKM : Puskesmas

Daftar Pustaka

- Peplau, H. E. (1991). Interpersonal Relations in Nursing: A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing.
- Rogers, C. R. (1961). On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy.
- Stuart & Sundein (2001) Buku Saku Keperawatan Jiwa. EGC. Jakarta
- Stuart,G.W. & Laraia, M.T. (2016). Principles and Practice of psychiatric nursing. (7th edition). St Louis: Mosby
- Tomey, Ann Marriner,(2006), Nursing theorist and their work, (3rd ed), St.Louis: Mosby.

PROFIL PENULIS



Dr. Nur Hidaayah, S.Kep., Ns., M.Kes. lahir di Gresik pada tanggal 05 Juli 1978, menyelesaikan pendidikan di MI Sunan Giri Gresik tahun 1990, melanjutkan di MTs NU Trate Gresik tahun 1993, SMA NU Gresik lulus tahun 1996, melanjutkan Pendidikan D3 Keperawatan di Akademi Keperawatan Rumah Sakit Islam tahun 1999, melanjutkan Pendidikan jenjang S1 Keperawatan jalur transfer di Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya tahun 2003. Untuk mengambil pendidikan berlatar belakang kesehatan jiwa masyarakat, penulis melanjutkan Pendidikan S2 di Magister Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga Surabaya tahun 2011 dan menamatkan Pendidikan jenjang doktoral keperawatan di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga pada tahun 2024.

Penulis saat ini bekerja sebagai dosen di Fakultas Keperawatan dan Kebidanan Universitas Nahdlatul Ulama Surabaya. Selain aktif pada organisasi Perawat Nasional Indonesia (PPNI) Kota Surabaya dan Ikatan Perawat Kesehatan Jiwa (IPKJI), penulis telah berperan dalam kegiatan tridharma perguruan tinggi sebagai penulis buku dan modul, publikasi ilmiah, berbagai seminar dan pelatihan terkait bidang ilmu yang ditekuni sebagai dosen keperawatan kesehatan jiwa dan psikososial. Alamat surel penulis dikirim di: nurhid@unusa.ac.id

Motto: Nikmati, Syukuri, berdayaguna dan jangan lupa Bahagia.

Endang Banon, S.Pd., M.Kep., Ns., Sp.Kep.J. Lahir di Jakarta, 13 April 1960. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh penulis yaitu jenjang S1 pada Program Studi Bimbingan Konseling IKIP Jakarta, S1 pada Program Studi Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Indonesia. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Program Studi Magister Keperawatan Jiwa, dan Program Spesialis Keperawatan Jiwa di Fakultas Keperawatan Universitas Indonesia. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 1980 di SPK Persahabatan Jakarta. Tahun 2000 di Akper Persahabatan Jakarta, selanjutnya di Poltekkes Kemenkes Jakarta 3 sejak tahun 2002 hingga sekarang. Saat ini penulis mengampu mata kuliah Keperawatan Jiwa dan Psikologi pada Program Studi Sarjana Terapan Keperawatan.

PROFIL PENULIS



Hanim Nur Faizah, S.Kep., Ns., M.Kep.

Lahir di Tuban, 01 April 1990. Lulus pendidikan S1 Keperawatan pada Tahun 2013 di STIKES NU Tuban yang sekarang telah berubah menjadi IKNNU Tuban, menyelesaikan pendidikan S2 Magister Keperawatan dengan Peminatan Keperawatan Jiwa di Universitas Airlangga Surabaya pada Tahun 2018.

Sejak lulus dari STIKES NU Tuban Tahun 2013, Penulis telah menjadi staf akademik dan laboran di Prodi S1 Keperawatan STIKES NU Tuban dan diangkat menjadi dosen tetap pada tahun 2018-sekarang.

Pengalaman sebagai tim pengajar Mata Kuliah Keperawatan Kesehatan Jiwa dan Psikososial, Keperawatan Psikiatri, Keperawatan Gerontik, Keperawatan Islam, Komunikasi dalam Keperawatan, Psikososial Budaya dalam Keperawatan, Keperawatan Menjelang Ajal dan Paliatif, Keperawatan Komunitas dan Psikologi Gizi. Selain itu penulis mendapat amanah untuk menjadi Koordinator Departemen Keperawatan jiwa.

Pengalaman dalam organisasi profesi, aktif sebagai pengurus PPNI DPK RSNU Tuban dan anggota IPKJI serta pertemuan ilmiah yang berhubungan dengan Keperawatan, khususnya Keperawatan Jiwa. Saat ini aktif dalam melakukan kegiatan pengajaran, penelitian dan pengabdian masyarakat.

Email : hanimfaizah.stikesnu@gmail.com

Motto: "Bukan hanya Pegadaian yang **Menyelesaikan Masalah Tanpa Masalah**, kita sendiri pun pasti bisa"



Khrisna Wisnusakti, S.Kep., Ners., M.Kep.

lahir di Pangkalpinang 30 September 1990. Penulis menempuh pendidikan D3 Keperawatan di Stikes PPNI Jawa Barat, Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners di Stikes Jenderal Achmad Yani lulus Tahun 2014, Magister Keperawatan Jiwa di Fakultas Keperawatan Universitas Padjadjaran lulus Tahun 2017. Saat ini penulis bekerja di Fakultas Ilmu dan Teknologi Kesehatan Universitas Jenderal Achmad Yani Cimahi, Penulis aktif didalam organisasi sebagai ketua DPK PPNI FITKES UNJANI, Sekretaris DPD PPNI Kota Cimahi, Sekretaris IPKJI Jawa Barat, Sekretariat Forum Kota Sehat Kota Cimahi, Sebagai Anggota penelitian Yayasan kanker Indonesia cabang kota cimahi. Penulis aktif dalam melakukan Tri Dharma Perguruan Tinggi yaitu penelitian, pengajaran dan pengabdian masyarakat. Dalam bidang pengajaran penulis mengajar tentang Keperawatan Jiwa, Komunikasi Keperawatan. Dan Sistem Informasi Keperawatan.

PROFIL PENULIS



Ns. Agus Dwi Pranata, M.Kep. Lahir di Langsa, 14 Agustus 1989. Pendidikan S1 Keperawatan dan Profesi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Cut Nyak Dhien Langsa Lulus pada 2013, kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas Syiah Kuala Banda Aceh dengan Peminatan keperawatan jiwa dan lulus pada 2021. Riwayat pekerjaan bekerja sebagai staf di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) Cut Nyak Dhien Langsa sejak tahun 2013-2020, pada tahun 2021 penulis bekerja di STIKes Widya Dharma Husada Tangerang hingga saat ini. Saat. e-mail: agusdwipranata@wdh.ac.id

Motto: "Jangan Menceritakan Prosesmu kepada Orang yang tidak paham"

Ns. Wita Oktaviana, M.Kep., Sp.KepJ. Lahir di Ponorogo, 02 Oktober 1993 Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 pada Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Brawijaya tahun 2012-2016, dilanjutkan Pendidikan Profesi ners di tahun berikutnya yaitu 2016-2017. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas Indonesia dan lulus tahun pada tahun 2020, serta melanjutkan spesialis keperawatan jiwa dan lulus tahun 2021. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2017 yang tergabung dalam Tim Teknis Penanganan Kesehatan Jiwa Masyarakat Provinsi Jawa Timur dan PT Saintek Medika Nusantara hingga sekarang. Saat ini penulis bekerja sebagai dosen di Universitas Muhammadiyah Surakarta mengampu mata kuliah Konsep Keperawatan Kesehatan Jiwa dan Psikososial, Praktik Klinik Keperawatan Jiwa, Laboratorium Kesehatan Jiwa dan Psikososial, Konsep Psikososial dan Budaya, Komunikasi Efektif dalam Keperawatan, Promosi Kesehatan, Nurse Preneurship, dan Keperawatan Dasar. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, seminar nasional dan internasional, serta organisasi profesi Ikatan Perawat Kesehatan Jiwa Indonesia. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: wo763@ums.ac.id.

Motto: "*Dream, believe, make it happen with Allah*"

PROFIL PENULIS

Eli Saripah Penulis lahir di Palu, 20 Mei 1985. Ketertarikan penulis terhadap Ilmu Keperawatan Jiwa dimulai pada tahun 2003 silam. Penulis mulai menempuh pendidikan SD Negeri 2 Inpres Palu (lulus tahun 1997), SMP Negeri 4 Palu (lulus tahun 2000), SMA Negeri 1 Palu (lulus tahun 2003), Diploma 3 Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Palu (lulus tahun 2006), S1 Keperawatan dan Profesi di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya (lulus tahun 2014), S2 Ilmu Keperawatan dan Spesialis Keperawatan Jiwa di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (lulus tahun 2022). Penulis bekerja di RSUD Undata Palu Provinsi Sulawesi Tengah (tahun 2006-2011), kemudian bekerja di Poltekkes Kemenkes Palu sejak tahun 2008 hingga sekarang. Penulis merupakan anggota dari organisasi Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI). Pengalaman publikasi dan riset saat ini fokus pada bidang Keperawatan Jiwa (kelompok sehat, risiko, dan kelompok gangguan). Harapan penulis semoga buku ini bermanfaat bagi para pembaca dan penulis juga meminta kritik dan saran guna perbaikan hasil karya pada penulisan buku selanjutnya. Email Penulis: ellysdiamondsnowadeiskak@gmail.com



Ns. Windu Astutik, S.Kep.,M.Kep.,Sp.Kep.J Lahir di Nganjuk, 24 Agustus 1984. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 lulus pada tahun 2007 dan Ners tahun 2008 di Universitas Brawijaya. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan S2 dan Spesialis Keperawatan Jiwa di Universitas Indonesia dan lulus pada tahun 2016. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2008 sebagai **Dosen di Stikes Kesdam IX/Udayana Denpasar**.

Saat ini penulis masih berkarir sebagai dosen di Departemen Keperawatan Jiwa Program Studi Keperawatan dan Profesi Ners Stikes Kesdam IX/Udayana. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, seminar dan workshop. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail : windu@stikeskesdamudayana.ac.id

Motto: "*Selalu senang hati melakukan hal baik yang bermanfaat bagi orang lain.*"

PROFIL PENULIS

Ns. Ira Oktavia Siagian, S.Kep.,M.Kep.,Sp.Kep.J Lahir di Duri, 24 Oktober 1981. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 lulus pada tahun 2005 dan Ners tahun 2006 di Universitas Sari Mutiara Medan. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan S2 dan Spesialis Keperawatan Jiwa di Universitas Indonesia dan lulus pada tahun 2016. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2006 sebagai **Dosen di Institut Kesehatan Immanuel Bandung**. Saat ini penulis masih berkarir sebagai dosen di Departemen Keperawatan Jiwa Fakultas Keperawatan Program Studi Sarjana dan Ners Institut Kesehatan Immanuel. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, seminar dan workshop. Penulis juga aktif dalam organisasi profesi sebagai pengurus PPNI DPK Institut Kesehatan Immanuel Bandung dan anggota dalam Ikatan Perawat Kesehatan Jiwa Indonesia (IPKJI) Provinsi Jawa Barat. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail : ira.ockta@gmail.com

Motto: "Keberhasilan adalah perjalanan, bukan tujuan akhir."

SINOPSIS BUKU

Seorang mahasiswa sarjana keperawatan dan profesi ners yang akan melakukan asuhan keperawatan pada kasus jiwa yang sehat, seringkali kebingungan mempelajarinya. Masalah keperawatan jiwa apa saja yang akan dihadapi pada kasus klien yang sehat maupun beresiko. Ada kecerahan pemahaman jika mahasiswa membaca buku ini. Berpedoman pada perilaku normal sesuai adat dan budaya tempat tinggal menjadi acuan dari perilaku sehat jiwa.

Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa dan Psikososial ini mengantarkan mahasiswa mempelajari secara bertahap, dimulai dari model keperawatan dari para ahli terdahulu, untuk mengetahui teori dasar sebagai gambaran dalam melakukan asuhan keperawatan di rumah sakit, keluarga dan komunitas. Manusia yang memiliki sehat jiwa di sepanjang rentang kehidupan tidak banyak, silih berganti datang sumber stressor yang menyebabkan keresahan, ketakutan, kesedihan, ketidakberdayaan, kehilangan, putus asa membutuhkan pertolongan. Harapan besar mahasiswa keperawatan mampu berperan memberi asuhan keperawatan dengan pendekatan holistik yaitu bio, psiko, sosial, budaya, lingkungan dan spiritual. Kemampuan yang tidak boleh ditinggal yakni berkolaborasi secara interdisipliner dengan tetap berpegang teguh pada legal dan etika profesi untuk mewujudkan praktik keperawatan kesehatan jiwa dan psikososial yang efektif dan profesional. Pada akhirnya, keperawatan kesehatan jiwa dan psikososial adalah komponen kesejahteraan secara keseluruhan yang memerlukan perhatian, pemahaman, dan dukungan dari semua pihak, agar mencapai potensi terbaiknya, menjalani hidup berdaya upaya dan bermakna.

Seorang mahasiswa sarjana keperawatan dan profesi ners yang akan melakukan asuhan keperawatan pada kasus jiwa yang sehat, seringkali kebingungan mempelajarinya. Masalah keperawatan jiwa apa saja yang akan dihadapi pada kasus klien yang sehat maupun beresiko. Ada kecerahan pemahaman jika mahasiswa membaca buku ini. Berpedoman pada perilaku normal sesuai adat dan budaya tempat tinggal menjadi acuan dari perilaku sehat jiwa.

Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa dan Psikososial ini mengantarkan mahasiswa mempelajari secara bertahap, dimulai dari model keperawatan dari para ahli terdahulu, untuk mengetahui teori dasar sebagai gambaran dalam melakukan asuhan keperawatan di rumah sakit, keluarga dan komunitas. Manusia yang memiliki sehat jiwa di sepanjang rentang kehidupan tidak banyak, silih berganti datang sumber stressor yang menyebabkan keresahan, ketakutan, kesedihan, ketidakberdayaan, kehilangan, putus asa membutuhkan pertolongan. Harapan besar mahasiswa keperawatan mampu berperan memberi asuhan keperawatan dengan pendekatan holistik yaitu bio, psiko, sosial, budaya, lingkungan dan spiritual. Kemampuan yang tidak boleh ditinggal yakni berkolaborasi secara interdisipliner dengan tetap berpegang teguh pada legal dan etika profesi untuk mewujudkan praktik keperawatan kesehatan jiwa dan psikososial yang efektif dan profesional. Pada akhirnya, keperawatan kesehatan jiwa dan psikososial adalah komponen kesejahteraan secara keseluruhan yang memerlukan perhatian, pemahaman, dan dukungan dari semua pihak, agar mencapai potensi terbaiknya, menjalani hidup berdaya upaya dan bermakna.

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 978-623-8775-19-4



9 786238 775194