

BUKU AJAR KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA DAN PSIKOSOSIAL



Optimal

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

Ns. Noorwahyu Trihidayati, M. Kep.

Abdul Fauzi, S.Kep., Ns., M.Kep.

Ns. Safra Ria Kurniati, M.Kep.

Ns. Nofrida Saswati, M.Kep.

Ns. Tati Suryati, M.Kep., Sp.Kep.J.

Nurul Mawaddah, S.Kep. Ns., M.Kep.

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



BUKU AJAR KEPERAWATAN

KESEHATAN JIWA DAN PSIKOSOSIAL

Penulis:

Dr. Ns. Mamnuah, M. Kep. Sp. Kep. J.
Ns. Noorwahyu Trihidayati, M. Kep.
Abdul Fauzi, S.Kep., Ns., M.Kep.
Ns. Safra Ria Kurniati, M.Kep.
Ns. Nofrida Saswati, M.Kep.
Ns. Tati Suryati, M.Kep., Sp.Kep.J
Nurul Mawaddah, S.Kep. Ns., M.Kep.
Ns. Shofi Khaqul Ilmy, S.Kep., M.Kep



BUKU AJAR KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA DAN PSIKOSOSIAL

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

Ns. Noorwahyu Trihidayati, M. Kep.

Abdul Fauzi, S.Kep., Ns., M.Kep.

Ns. Safra Ria Kurniati, M.Kep.

Ns. Nofrida Saswati, M.Kep.

Ns. Tati Suryati, M.Kep., Sp.Kep.J

Nurul Mawaddah, S.Kep. Ns., M.Kep.

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

Desain Sampul: Ivan Zumarano

Penata Letak: Achmad Faisal

ISBN: 978-623-8549-14-6

Cetakan Pertama: Februari, 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

PT NUANSA FAJAR CEMERLANG

Anggota IKAPI (624/DKI/2022)

PRAKATA

Puji dan Syukur kami panjatkan kepada Allah SWT atas Rahmat serta hidayah yang diberikan kepada kami sehingga bisa menyelesaikan Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa dan Psikososial. Tujuan penulisan buku ini adalah untuk membantu mahasiswa, pengajar, dan praktisi keperawatan jiwa dalam memahami dan mempraktikan berbagai tindakan asuhan saat memberikan pelayanan perawatan jiwa. Buku ajar ini disusun dengan menggunakan bahasa yang mudah dipahami dan dilengkapi dengan bahan evaluasi berupa latihan soal untuk melatih kemampuan mahasiswa.

Penyusunan buku ajar ini bertujuan untuk memfasilitasi mahasiswa dalam memahami ilmu keperawatan yang dapat dimanfaatkan sebagai dasar dalam mengembangkan dan melaksanakan asuhan keperawatan jiwa pada klien dan keluarga dengan gangguan kesehatan jiwa maupun risiko yang menyebabkan terjadinya gangguan pada kesehatan jiwa. Mulai dari pembahasan teori, konsep, hingga implementasi pelayanan asuhan keperawatan jiwa.

Penulis menyampaikan banyak terima kasih kepada semua pihak yang telah memberikan kontribusi hingga terselesaiannya buku ajar ini. Penulis juga menyadari akan adanya kekurangan dalam buku ini, untuk itu kritik dan saran terhadap penyempurnaan buku ini sangat diharapkan. Semoga buku ini dapat memberikan manfaat bagi mahasiswa program studi keperawatan, pengajar, hingga praktisi secara khusus serta seluruh pembaca secara umumnya.

DAFTAR ISI

PRAKATA	iii
DAFTAR ISI	iv
BAB 1 SEJARAH KEPERAWATAN JIWA DAN TREND ISSUE DALAM KEPERAWATAN JIWA GLOBAL	1
A. Perkembangan Keperawatan Jiwa.....	2
B. Perkembangan Keperawatan Jiwa Di Indonesia.....	6
C. Berdirinya RSJ di Indonesia	7
D. Trend Pelayanan Mental Psikiatri Di Era Globalisasi	8
E. Latihan Soal.....	9
F. Tugas.....	9
Daftar Pustaka	10
BAB 2 PROSES TERJADINYA GANGGUAN JIWA DALAM PERSPEKTIF KEPERAWATAN JIWA	11
A. Definisi Kesehatan Jiwa dan Gangguan Jiwa	12
B. Pengkategorian Derajat Kesehatan Jiwa	16
C. Faktor Predisposisi (Faktor Risiko) dalam Kesehatan Jiwa.....	18
D. Stresor Presipitasi (Pencetus Masalah) dalam Kesehatan Jiwa	20
E. Respon Terhadap Stresor Dalam Kesehatan Jiwa.....	21
F. Sumber dan Mekanisme Koping.....	23
G. Latihan Soal.....	27
H. Tugas.....	28
Daftar Pustaka	29
BAB 3 KONSEPTUAL MODEL DALAM KEPERAWATAN JIWA: PREVENSI PRIMER, SEKUNDER, DAN TERSIER.....	31
A. Konseptual Model Keperawatan Jiwa	32
B. Prevensi Dalam Keperawatan Jiwa	35
C. Latihan Soal.....	37

D. Tugas.....	38
Glosarium.....	39
Daftar Pustaka	40
BAB 4 PERAN PERAWAT JIWA.....	41
A. Area dan Elemen Perawat Jiwa	42
B. Bentuk Praktik Klinik Keperawatan Jiwa	44
C. Level Praktik Klinik Keperawatan Jiwa.....	46
D. Latihan Soal.....	47
E. Tugas.....	48
Glosarium.....	48
Daftar Pustaka	49
BAB 5 PELAYANAN DAN KOLABORASI INTERDISIPLIN DALAM KESEHATAN DAN KEPERAWATAN JIWA	51
A. Pengertian Pelayanan dan Kolaborasi Interdisiplin Keperawatan Jiwa	52
B. Peran Perawat Jiwa dan kolaborasi interdisiplin Dalam Kesehatan Dan Keperawatan Jiwa	54
C. Elemen Penting Dalam Mencapai Kolaboraso Interdisiplin Efektif dan Efisien	56
D. Manfaat Kolaborasi Interdisiplin Dalam Pelayanan Keperawatan Jiwa.....	58
E. Hambatan Dalam Melakukan Kolaborasi Interdisiplin dalam Keperawatan Jiwa	59
F. Hubungan Antara Perawat dan Klien	59
G. Latihan Soal.....	61
H. Tugas.....	62
Glosarium.....	62
Daftar Pustaka	63
BAB 6 SOSIOKULTURAL DALAM KONTEKS ASUHAN KEPERAWATAN JIWA	65
A. Konsep Dasar Sosiokultural	66
B. Faktor Risiko Sosiokultural dalam Konteks Asuhan Keperawatan Jiwa	67

C. Stresor Sosiokultural dalam Konteks Asuhan Keperawatan Jiwa	70
D. Data Pengkajian Sosiokultural dalam Konteks Asuhan Keperawatan Jiwa	71
E. Latihan Soal.....	73
F. Tugas.....	74
Daftar Pustaka	74

BAB 7 LEGAL DAN ETIK DALAM KONTEKS ASUHAN

KEPERAWATAN JIWA	75
A. Definisi Legal dan Etik dalam Praktik Keperawatan Jiwa.....	76
B. Aspek Legal dalam Pelayanan Keperawatan Jiwa.....	77
C. Prinsip Etik Dalam Konteks Keperawatan Jiwa.....	87
D. Dilema Etik dalam Konteks Keperawatan Jiwa.....	89
E. Metode Pengambilan Keputusan Etis	90
F. Latihan Soal.....	91
G. Penugasan.....	92
Glosarium.....	92
Daftar Pustaka	93

BAB 8 ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA REMAJA **95**

A. Pengkajian Keperawatan Jiwa Pada Remaja	96
B. Diagnosis keperawatan jiwa pada remaja	97
C. Tindakan Keperawatan Jiwa Pada Remaja.....	97
D. Evaluasi Keperawatan Jiwa Pada Remaja	100
E. Latihan Soal.....	101
F. Tugas.....	102
Daftar Pustaka	103

BAB 9 ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN

KEPUTUSASAAN	105
A. Definisi.....	106
B. Penyebab	106
C. Tanda dan Gejala	106

D. Kondisi Klinis Terkait.....	106
E. Askek Keputusasaan.....	107
F. Latihan Soal.....	111
G. Tugas.....	112
Glosarium.....	113
Daftar Pustaka	114
BAB 10 ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN DISTRES SPIRITAL.....	115
A. Pengertian	116
B. Penyebab.....	116
C. Tanda dan Gejala	117
D. Kondisi Klinis	118
E. Pohon Masalah.....	118
F. Hasil Penelitian Sebelumnya.....	119
G. Intervensi Keperawatan	119
H. Latihan Soal.....	121
I. Tugas.....	122
Daftar Pustaka	123
BAB 11 ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN HARGA DIRI RENDAH SITUASIONAL (HDRS).....	125
A. Definisi.....	126
B. Etiologi.....	126
C. Tanda dan Gejala	126
D. Rentang Respons.....	127
E. Komponen Konsep Diri	127
F. Kondisi Klinis Terkait.....	128
G. Askek Harga Diri Rendah Situasional.....	128
H. Latihan Soal.....	136
I. Tugas.....	138

Glosarium.....	138
Daftar Pustaka.....	139
BAB 12 ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN GANGGUAN CITRA TUBUH.....	141
A. Pengertian	142
B. Penyebab	143
C. Tanda dan Gejala	145
D. Kondisi Klinis	145
E. Pohon Masalah.....	147
F. Pengkajian.....	147
G. Intervensi Keperawatan	147
H. Latihan Soal.....	150
I. Tugas.....	151
Daftar Pustaka	151
BAB 13 ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN DENGAN KEHILANGAN DAN BERDUKA	153
A. Pengertian	154
B. Tipe Kehilangan.....	154
C. Macam –Macam Kehilangan	154
D. Tahapan Proses Kehilangan dan Berduka	154
E. Pengkajian.....	155
F. Latihan Soal.....	158
Daftar Pustaka	160
BAB 14 ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA KLIEN YANG TERINFEKSI HIV-AIDS.....	161
A. Pengertian	162
B. Etiologi.....	162
C. Tanda dan Gejala	162
D. Klasifikasi.....	163

E. Penularan HIV/AIDS.....	164
F. Pemeriksaan Diagnostik.....	165
G. Penatalaksanaan	166
H. Konsep Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien HIV	166
I. Latihan Soal.....	175
J. Tugas.....	176
Glosarium.....	177
Daftar Pustaka	178

BAB 15 PERMASALAHAN DAN PENANGANAN KENAKALAN REMAJA ... 179

A. Pengertian	180
B. Faktor Yang Menyebabkan Kenakalan Remaja.....	181
C. <i>Bullying</i>	184
D. <i>Gadget</i>	186
E. Miras.....	189
F. Rokok	193
G. Klitih.....	197
H. Latihan Soal.....	202
I. Tugas.....	202
Daftar Pustaka	203

BAB 16 ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN PERAWATAN PALIATIF 205

A. Pengertian Perawatan Paliatif	206
B. Istilah Dalam Paliatif	206
C. Tujuan Perawatan Paliatif.....	208
D. Siapakah Yang Mendapatkan Perawatan Paliatif?.....	208
E. Kekhawatiran Yang Dialami Klien Yang Menjalani Perawatan Paliatif	209
F. Respon Perawat Terhadap Klien dan Keluarga Dengan Paliatif	209
G. Pertanyaan Yang Diajukan Perawat Saat Klien Didagnosis Sakit Paliatif	209
H. Gangguan Psikiatrik pada Klien Paliatif.....	210

I.	Masalah Psikososial Bagi Caregiver	211
J.	Respon Psikososial Klien Terhadap Sakit.....	211
K.	Diagnosa Keperawatan Psikososial Yang Bisa Dirumuskan	212
L.	Mekanisme Koping	212
M.	Keterampilan Psikososial.....	212
N.	Pengkajian Psikososial	212
O.	Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa Pada Pasien Yang Didiagnosis Paliatif	213
P.	Latihan Soal.....	219
Q.	Tugas.....	220
	Glosarium.....	220
	Daftar Pustaka	220
	BIODATA PENULIS.....	221

BAB 1

SEJARAH KEPERAWATAN JIWA DAN TREND ISSUE DALAM KEPERAWATAN JIWA GLOBAL

Ns. Noorwahyu Trihidayati, M. Kep.

Deskripsi pembelajaran

Keperawatan jiwa mulai berkembang pada awal peradaban. Selama periode itu, suku yunani dan arab percaya bahwa penyakit mental muncul dari fungsi bangian otak yang tidak berfungsi pengobatan saat inio telah terintergrasi dengan beberapa strategi seperti mendengarkan musik, aktivitas, makanan sehat.

Tujuan pembelajaran

1. Untuk mendeskripsikan bagaimana sejarah keperawatan jiwa didunia dan Indonesia.
2. Untuk mendeskripsikan issue keperawatn jiwa

Capaian pembelajaran

1. Mahasiswa mampu memahami sejarah keperawatan jiwa di dunia.
2. Mahasiswa mampu memahami sejarah keperawatan di Indonesia.
3. Mahasiswa mampu memahami issu trend dalam keperawatan jiwa.

BAB 1

SEJARAH KEPERAWATAN JIWA DAN TREND ISSUE

DALAM KEPERAWATAN JIWA GLOBAL

A. Perkembangan Keperawatan Jiwa

1. Masa Peradaban

Era dari tahun 1770 hingga 1880, merupakan awal mula perawatan kesehatan mental bagi pasien. Orang Yunani, Romawi, dan Arab pada masa itu berpandangan bahwa penyakit emosional dan mental disebabkan oleh rusaknya organ otak. Saat ini, perawatan ini menggabungkan sejumlah teknik berbeda, termasuk meningkatkan ketenangan, mengonsumsi makanan sehat, menjaga kebersihan diri, melakukan aktivitas santai, dan mendengarkan musik. Hippocrates, bapak kedokteran abad ke-7 SM, menunjukkan bahwa perubahan pada empat cairan atau hormon tubuh panas, dingin, kekeringan, dan kelembapan menyebabkan perubahan perilaku atau penyakit mental. Menurut seorang dokter Yunani bernama Galen, ada hubungan antara cedera otak dengan prevalensi masalah kesehatan emosional dan mental. Peradaban Yunani pada masa itu menggunakan sistem perawatan kesehatan kontemporer dimana kuil berfungsi sebagai rumah sakit dengan lingkungan yang higienis, sinar matahari, udara segar dan air murni. Penderita penyakit jiwa dianjurkan untuk melakukan berbagai aktivitas seperti berjalan kaki, bersepeda, mendengarkan musik yang tenang, atau mendengarkan suara air terjun untuk membantu pemulihannya.

2. Masa pertengahan

Ini adalah era perawatan kesehatan mental kontemporer. Pastor Pinel, seorang psikiater Perancis, membantu orang-orang yang sakit jiwa selama sebagian hidupnya. Pinel memperjuangkan gagasan bahwa "pengobatan moral" memerlukan ikatan pasien-dokter yang kuat. Dia melakukan tiga tindakan baru: menganalisis riwayat perkembangan pasien, mengamati perilaku pasien, dan memulai komunikasi dengan mereka.

3. Abad 18 dan 19

Seorang profesional medis bernama William Ellis memberikan saran bahwa individu dengan kondisi kesehatan mental memerlukan pendamping yang telah menerima pelatihan khusus. William Ellis menulis Risalah tentang Kegilaan pada tahun 1836. Risalah tersebut membahas nilai pendamping yang mahir buat klien dengan penyakit jiwa, sebab mereka telah nyata bermanfaat untuk meningkatkan ketenangan dan meningkatkan keinginan bagi kesembuhan pasien. Pada tahun 1783, Benjamin Rush, yang dianggap sebagai pendiri psikiatri Amerika, berbicara tentang pentingnya kolaborasi dengan RSJ untuk memberikan pertolongan kemanusiaan kepada individu yang menderita penyakit mental. Thomas Kirkbridge mengajar para dokter di rumah sakit Pennsylvania bagaimana merawat orang yang sakit jiwa pada tahun 1843. Rumah Sakit Wanita New England di Philadelphia membuka sekolah perawat pertama di negara itu pada tahun 1872, meskipun bukan untuk tenaga psikiatris. Program pendidikan kematian pertama didirikan pada tahun 1882 di Rumah Sakit McLean dan pada tahun 1890, diputuskan untuk membuka sekolah bagi peserta magang untuk bekerja sebagai pekerja magang di rumah sakit jiwa. Pada akhir abad ke-19, terjadi perubahan signifikan dalam metode yang digunakan oleh penyandang tunanetra, dimana metode tersebut termasuk namun tidak terbatas pada: menjadi model dalam pengobatan gangguan kejiwaan, membantu dalam pengobatan penyakit mata, memfasilitasi penggunaan obat tetes mata, dan memberikan penyembuhan air. Selain itu pemerintah belanda juga membangun layanan kesehatan untuk penyakit fisik dan mental yang diderita masyarakat Amerika dan Eropa(Pramudita, 2016).

4. Keperawatan Jiwa di Abad 20

Era ini, jenjang pendidikan yang memungkinkan adalah D.III, Sarjana, Pascasarjana, dan Doktor. Pada abad kedua puluh satu, tujuan utama asuhan keperawatan jiwa adalah untuk mewujudkan asuhan keperawatan berbasis komunitas dengan memberikan penekanan kuat pada tindakan pencegahan. Hal ini dapat dicapai dengan mendirikan pusat kesehatan jiwa, praktik mandiri, layanan rumah sakit, tempat penitipan anak, ruang perawatan/hospice care khusus penyakit mental yang mengharuskan klien berlatih menumbuhkan kemampuannya sebelum pulang), dan kunjungan rumah. Selanjutnya, populasi berisiko tinggi

diidentifikasi dan diberikan asuhan keperawatan, termasuk konseling untuk penyesuaian terhadap gaya hidup seseorang yang dapat memperburuk masalah kesehatan mental. Selanjutnya, diciptakanlah bentuk manajemen perawatan pasien yang tugas manajernya adalah menggunakan pendekatan multidisiplin untuk mengkoordinasikan pelayanan keperawatan.

Sedangkan sejarah gangguan jiwa menurut (Yusuf et al., 2015) adalah

1. Zaman Mesir Kuno

Periode sejarah ini melihat penyakit mental sebagai akibat dari kemasukan setan yang membangun rumah di otak. Oleh karena itu, mengebor lubang di tengkorak untuk melepaskan roh jahat yang bersembunyi di otak adalah obatnya. Temuan lubang di kepala orang yang menderita penyakit jiwa menjadi buktinya. Selain itu, disebutkan dalam literatur Mesir Kuno tentang seseorang yang tengkoraknya berlubang setelah dihantam roh jahat. Pada tahun-tahun berikutnya, mereka yang menderita penyakit mental dibakar, disiksa, atau dipaksa menyeberangi jembatan sebelum dibenamkan ke dalam air yang sangat dingin. flu dengan tujuan shock yaitu kejutan terapeutik dengan harapan penyakitnya hilang. Pengamatan selanjutnya menunjukkan bahwa tidak ada individu dengan skizofrenia yang mengalami hiperplasia atau kejang yang berhubungan dengan epilepsi. Faktanya, penderita epilepsi bisa sembuh setelah kejangnya berhenti. Oleh karena itu, pengobatan koma insulin dan terapi elektrokonvulsif digunakan untuk mencoba menginduksi hiperplasia pada pasien skizofrenia.

2. Zaman Yunani (Hippocrates)

Penyakit mental sekarang dianggap sebagai penyakit. Dokter merawat pasien, dan individu berdoa untuk mengusir makhluk halus juga memberikan pengobatan. Individu miskin yang menderita penyakit mental dikumpulkan pada saat itu dan dikirim ke fasilitas psikiatris. Karena RSJ sebagian besar dipakai untuk tempat tinggal orang miskin yang sakit jiwa, lingkungan sekitar menjadi tidak bersih. Sementara itu, orang kaya mendapatkan pengobatan masalah kesehatan mental di rumahnya. Dorothea Dix mengamati situasi terapi kesehatan mental pada tahun 1841. Hatinya tergerak, sehingga ia berupaya meningkatkan layanan kesehatan mental. Secara bersamaan, Herophilus dan Erasistratus

menyelidiki anatomi otak hewan dalam upaya memahami apa yang sebenarnya ada di dalam otak. Khale berusaha mengkaji sistem tubuh hewan secara lengkap karena ia merasa tidak puas hanya mempelajari otaknya (Notosoedirjo, 2001).

3. Zaman Vesalius

Vesalius berusaha menyelidiki tubuh manusia dan sistem otak karena dia tidak terbujuk dengan mempelajari anatomi hewan saja. Sulit untuk menyelidiki sistem tubuh manusia secara keseluruhan, apalagi membongkar tengkorak manusia. Akhirnya Vesalius berusaha mencuri tubuh manusia untuk diperiksa. Sayangnya, publik mengetahui tindakannya, yang berujung pada penangkapan, persidangan, dan ancaman hukuman mati (pemenggalan kepala). Vesalius akhirnya dibebaskan setelah dia dapat menunjukkan bahwa tindakannya adalah untuk penelitian ilmiah. Versailus bahkan diberi penghargaan atas kemampuannya menggambarkan perbedaan antara manusia dan hewan. Gagasan bahwa penyakit mental adalah penyakit kini telah diterima. Namun, karena kekhawatiran staf terhadap pasien, pelayanan rumah sakit belum membaik, dan mereka yang memiliki masalah mental masih dipasung.

4. Revolusi Prancis I

Direktur Rumah Sakit Bicetra di Perancis, Phillipine Pinel, mencoba memutus ikatan narapidana yang sakit jiwa dengan memanfaatkan Revolusi Perancis. Dengan "Kebebasan, Kesetaraan, Persaudaraan" sebagai slogan utamanya, Revolusi Perancis disebut sebagai revolusi humanis. Ia meminta agar Wali Kota melepas pengekangan bagi penderita penyakit mental. Awalnya, walikota menolak. Namun Pinel menggunakan alasan berikut untuk mendukung revolusi: "Jika tidak, kita harus bersiap diserang oleh hewan liar berwajah manusia." Murid-murid Pinel meneruskan pertempuran ini hingga Revolusi Kedua.

5. Revolusi Kesehatan Jiwa II

Perspektif terhadap organ tubuh bergeser seiring dengan diterimanya penyakit mental sebagai penyakit. Qubius mendorong dimasukkannya penyakit jiwa ke dalam sektor medis saat ini. Pada dasarnya, penyakit jiwa harus mencontoh model kategorisasi penyakit dan nosologi (sign dan symptom penyakit) yang digunakan dalam ilmu pengetahuan. Emil Craepel akhirnya mampu mengkategorikan gejala

penyakit mental. Sejak itu, kesehatan mental telah berkembang lebih jauh, dalam berbagai bentuk dan memenuhi kebutuhan yang berbeda-beda.

6. Revolusi Kesehatan Jiwa III

Karena paradigma pertumbuhan Revolusi Kesehatan mental Ke-2 masih terfokus pada basis RS, pusat kesehatan mental komunitas J.F. Kennedy membantu membangun basis komunitas pada fase-fase selanjutnya. Hal ini disebut sebagai Revolusi Kesehatan Mental Ketiga pada saat itu.

B. Perkembangan Keperawatan Jiwa Di Indonesia

Dampak sosial ekonomi penjajahan Belanda, Inggris dan Jepang mempunyai dampak yang signifikan terhadap sejarah dan kemajuan keperawatan jiwa di Indonesia.

1. Masa Penjajahan Belanda

Sebagai perawat orang sakit pada masa kolonial Belanda, Velpeger/ penduduk asli bertugas sebagai perawat dan didukung oleh Zieken Oppaser. Untuk menjaga kesehatan pegawai dan pasukan, pemerintah kolonial Belanda mendirikan Dinas Kesehatan Rakyat, Dinas Kesehatan Angkatan Darat, dan Rumah Sakit Binen di Jakarta pada tahun 1799. Rumah sakit di Jakarta, Surabaya, dan Semarang juga dibangun oleh Jenderal Daendels, namun karena tujuan utamanya adalah mengabdi pada tentara Belanda, profesi perawat tidak berkembang.

2. Masa Penjajahan Inggris (1812- 1816)

Raffles sebagai gubernur Jenderal Inggris saat itu, sangat mengkhawatirkan kesembuhan masyarakatnya. Bertentangan dengan keyakinannya, yang menyatakan bahwa "setiap manusia mempunyai hak atas kesehatan," ia melakukan sejumlah inisiatif untuk meningkatkan kesehatan penduduk asli, termasuk mengobati kasus cacar, mengajari orang cara mengobati penyakit mental, dan berfokus pada kesejahteraan narapidana. Masyarakat Indonesia melihat peningkatan kesehatan ketika Belanda kembali memegang kendali kekuasaan kolonial. Rumah Sakit ini didirikan pada tahun 1819. Stadverband di Glodok.

3. Zaman Penjajahan Jepang (1942-1945)

Masa colonial Jepang merupakan masa kelam bagi kemajuan keperawatan di Indonesia yang ditandai dengan kemunduran. Pada saat itu, pemerintah Jepang mengambil alih manajemen rumah sakit, dan

tanggung jawab keperawatan tidak dilaksanakan oleh staf yang berkualifikasi. Karena kurangnya sumber daya medis, hal ini menyebabkan epidemi penyakit.

4. Zaman Kemerdekaan

Setelah kemerdekaan, industri kesehatan mengalami pertumbuhan dengan dibukanya rumah sakit dan fasilitas kesehatan. Sekolah Guru Keperawatan dan Sekolah Keperawatan SMP pertama dibuka pada tahun 1952, menandai dimulainya perkembangan pendidikan keperawatan. Tujuan dari Akademi Keperawatan Departemen Kesehatan di Jakarta adalah untuk mencetak lulusan sarjana keperawatan pada tahun 1962. Sejak Universitas Indonesia meluncurkan PSIK (Program Studi Ilmu Keperawatan) di Fakultas Kedokteran pada tahun 1985, telah terjadi kebangkitan kembali keperawatan di Indonesia. Sepuluh tahun kemudian, Fakultas Keperawatan menggantikan PSIK FK UI. PSIK baru selanjutnya dibentuk di Undip, UGM, UNHAS, dan lokasi lainnya.

C. Berdirinya RSJ di Indonesia

Dahulu, pengobatan penyakit jiwa diperlakukan seolah-olah disebabkan oleh kerasukan, dengan tujuan mengusir roh jahat. Penderita penyakit jiwa dirawat di Rumah Sakit Sipil atau Rumah Sakit Militer di Jakarta, Semarang, dan Surabaya pada masa penjajahan, sebelum ada RSJ di Indonesia. Rumah sakit-rumah sakit ini sering menampung orang-orang dengan penyakit mental berat. Rumah sakit jiwa pertama yang berdiri pada tahun 1882 berikutnya adalah Rumah sakit jiwa lawang tahun 1902, disusul magelang tahun 1923, dan tahun 1927 Rumah sakit jiwa sabang yang letaknya jauh dari kota manapun. Perawatan diberikan kepada pasien dalam tahanan dan isolasi. karena rasa malu yang terkait dengan perpisahan keluarga dari orang sakit(Viora, 2009). Tahun 1910 restrain dan custodial mulai dihindari dan tahun 1930 awal terapi kerja bagi pasien dengan penyakit jiwa.saat perang dunia II layanan kesehatan jiwa tidak berkembang.Pada tahun 1947 saat proklamasi kemerdekaan pemerintah membentuk "jawatan urusan Penyakit Jiwa" tetapi belum berjalan baru tahun 1950 memerintah melakukan peningkatan layanan tersebut.Badan Koordinasi rehabilitasi penderita penyakit jiwa dibentuk tahun 1960 dan tahun 1973 PPDGJ diterbitkan dan ilmu kesehatan jiwa mulai berkembang (Murharyati et al., 2021).

Trend Peningkatan Masalah Kesehatan Jiwa

1. Meningkatnya kasus di era globalisasi
2. Beban hidup yang semakin bertambah
3. Mengabaikan status sosial
4. Kasus neurosis pada anak dan remaja yang menimbulkan trauma baik fisik maupun non fisik.
5. Perubahan sosial-ekonomi yang cepat dan lingkungan politik yang tidak dapat diprediksi menyebabkan meningkatnya angka kemiskinan, kejahatan, dan terjadinya krisi, serta meningkatkan penyakit mental.
6. Gangguan syndrome pasca- trauma meningkat akibat pemerkosaan, bencana alam dan konflik.
7. Permasalahan psikososial yang semakin berkembang akan menimbulkan permasalahan psikososial dan kejiwaan sebagai akibat dari pergeseran masyarakat, seperti
 - a) gangguan Psikotik
 - b) Masalah anak jalanan, perkelahian, kenakalan remaja
 - c) Penyalahgunaan narkoba
 - d) Pelecehan & penyimpangan seksual
 - e) Kekerasan
 - f) gangguan stress psca trauma
 - g) Pengungsian
 - h) Masalah lansia yang terisolir
8. Pola bunuh diri pada orang dewasa dan anak-anak hal ini dapat disebabkan oleh faktor-faktor pemicu seperti hubungan romantis pekerjaan, kedaan perekonomian, masalah rumah tangga, utang dan lain-lain
9. Masalah HIV AIDS dan narkoba
10. Pola asuh yang akan membentuk kepribadian anak seperti: hangat dan penuh kasih sayang vs mengontrol perilaku, aturan dan hukuman sehingga menghasilkan pola asuh otoriter, permisif, aotoratif dan lalai.

D. Trend Pelayanan Mental Psikiatri Di Era Globalisasi

1. Transisi dari layanan berbasis rumah sakit ke layanan berbasis komunitas, dengan fokus pada faktor pencegahan dan promosi.
2. Memperhatikan peningkatan kualitas hidup pasien dan pengobatan medis

3. Tenaga kesehatan harus memenuhi standar internasional; profesionalisme dan pengetahuan sangat penting.
4. Bidang yang didalamnya: pelatihan instruktur klinis perawat jiwa " di RSJ

E. Latihan Soal

1. Setiap manusia mempunyai hak atas kesehatan. Ini menjadi slogan pada era
 - a. Cina
 - b. Jepang
 - c. Inggris
 - d. Belanda
 - e. MalaysiaJawaban: c. Inggris
2. Kapan profesi keperawatan Indonesia mulai mengalami kemunduran....
 - a. Penjajahan Jepang
 - b. Penjajahan Belanda
 - c. Penjajahan Inggris
 - d. Penjajahan Cina
 - e. Penjajahan PortugalJawaban: a. penjajahan Jepang
3. Salah satu yang tidak termasuk trend issu di keperawatan jiwa adalah.....
 - a. Masalah HIV dan narkoba
 - b. maraknya bunuh diri pada remaja dan dewasa
 - c. kekerasan pada anak
 - d. pelecehan dan penyimpangan seksual
 - e. Penyakit pada anak- anakJawabannya : e

F. Tugas

cari jurnal nasional maupun internasional yang bereputasi tentang issu tren keperawatan jiwa baik dunia maupun di Indonesia.

Daftar Pustaka

- Murharyati, A., Rokhman, A., Nur Rahmawati, A., Lindriani, Nyumirah, S., Hertiana, Nong baba, wihwlmus, napolion, K., Herminsih, A. R. H., & Avelina, Y. A. (2021). *KEPERAWATAN JIWA MENGENAL KESEHATAN MENTAL* (1st ed.). Ahlimedia Book.
- Notosoedirjo, M. latifun. (2001). *Kesehatan mental: Konsep dan Penerapan*. UMM press.
- Pramudita, I. (2016). RUMAH SAKIT JIWA MAGELANG TAHUN 1923-1960. *Ilmu Sejarah* - S1, 2 (2), Article 2. <https://journal.student.uny.ac.id/index.php/ilmu-sejarah/article/view/5612>
- Viora, E. (2009). Pembangunan Sistem Kesehatan Jiwa di Indoneisa. *Jurnal Hak Asasi Manusia*, 5(5), Article 5. <https://doi.org/10.58823/jham.v5i5.51>
- Yusuf, Fitryasari, & Nihayati. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Salemba Medika.

BAB 2

PROSES TERJADINYA GANGGUAN JIWA DALAM PERSFEKTIF KEPERAWATAN JIWA

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

Deskripsi Pembelajaran

Bab ini menjelaskan tentang proses terjadinya gangguan jiwa yang dilihat berdasarkan sudut pandang atau perspektif keperawatan jiwa. Bab ini akan membahas tentang pengertian, pengkategorian kesehatan jiwa, faktor-faktor yang mempengaruhi, stres, dan respon individu terhadap stres/masalah yang dihadapi (koping). Bab ini penting untuk dipelajari sebagai pengetahuan dasar mahasiswa melaksanakan proses asuhan keperawatan jiwa pada klien, baik dengan masalah kesehatan jiwa ataupun klien dengan gangguan jiwa, terutama ketika perawat melaksanakan pengkajian individu maupun keluarga. Pemahaman pada bab ini sangat penting, mengingat munculnya gangguan jiwa membutuhkan proses yang panjang dan dipengaruhi oleh berbagai faktor.

Tujuan Pembelajaran

Setelah mempelajari bab ini, diharapkan:

1. Mahasiswa diharapkan mampu mengetahui definisi kesehatan jiwa dan gangguan jiwa, serta mengetahui tentang kategori derajat kesehatan jiwa.
2. Mahasiswa diharapkan mampu membedakan faktor predisposisi (faktor risiko) dan stresor presipitasi (pencetus masalah) dalam kesehatan jiwa.
3. Mahasiswa diharapkan mampu membedakan jenis respon terhadap stresor dalam kesehatan jiwa.
4. Mahasiswa diharapkan mampu menentukan sumber dan mekanisme koping.

Capaian Pembelajaran

Capaian pembelajaran pada bab ini meliputi:

1. Mahasiswa mampu menjelaskan definisi kesehatan jiwa dan gangguan jiwa.
2. Mahasiswa mampu mengidentifikasi kategori derajat kesehatan jiwa.
3. Mahasiswa mampu mengidentifikasi faktor predisposisi (faktor risiko) dalam kesehatan jiwa.
4. Mahasiswa mampu mengidentifikasi stresor presipitasi (pencetus masalah) dalam kesehatan jiwa.
5. Mahasiswa mampu mengidentifikasi respon terhadap stresor dalam kesehatan jiwa.
6. Mahasiswa mampu mengidentifikasi sumber dan mekanisme koping untuk mengatasi masalah.

BAB 2

PROSES TERJADINYA GANGGUAN JIWA

DALAM PERSPEKTIF KEPERAWATAN JIWA

A. Definisi Kesehatan Jiwa dan Gangguan Jiwa

Konsep kesehatan jiwa dapat ditelaah dari berbagai pengertian dan teori yang telah dikembangkan oleh berbagai pakar sampai saat ini. Jika kita kaitkan dengan Teori Adaptasi Calista Roy, kesehatan diartikan tidak hanya terbebas dari keniscayaan akan kematian, penyakit, rasa tidak bahagia, dan stres, tapi mengenai kemampuan individu untuk mengatasinya dengan cara yang sesuai (kompeten). Seorang individu harus memiliki kemampuan untuk mengatasi dan beradaptasi terhadap stimulus yang dihadapi, sehingga menghasilkan kondisi sehat jiwa (Gibson, 2020).

Berbagai pengertian terkait kesehatan jiwa tidak terlepas dari konsep kesehatan itu sendiri. *World Health Organization* (WHO) menyatakan bahwa istilah kesehatan merujuk pada kondisi fisiologis, psikologis/mental, sosial, serta spiritual seorang individu yang sejahtera, tidak sekedar bebas dari penyakit ataupun kecacatan (WHO, 2023a). Keseluruhan aspek fisik/biologis, psikologis, sosial, dan spiritual merupakan aspek yang saling terintegrasi dan bersifat dinamis. Seorang Individu tidak dapat kategorikan dalam keadaan sehat jika hanya fisik saja, dan ataupun sebaliknya. Dapat kita contohkan jika seorang individu mengalami rasa mual, nyeri ulu hati, pusing, dan kesulitan untuk tidur. Meskipun beberapa pemeriksaan diagnostik telah dilakukan, akan tetapi tidak ada hasil yang abnormal. Pengkajian komprehensif lebih lanjut yang dilakukan perawat mendapatkan dugaan individu tersebut merasa tertekan berkaitan tanggung jawab pekerjaannya.

Implementasi pengertian di atas mendasari bahwa kesehatan jiwa diartikan lebih dari terbebas dari gangguan jiwa ataupun disabilitas mental. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mendefinisikan kesehatan jiwa sebagai kondisi individu yang sejahtera, di mana individu tersebut mampu menyadari potensinya sendiri, mengatasi tekanan hidup sehari-hari, melaksanakan pekerjaan secara produktif, dan memberikan kontribusi yang bermakna untuk masyarakat di sekitarnya. Jiwa yang sehat penting bagi individu mengembangkan kemampuan berpikir, bersuara, melakukan interaksi satu

sama lain (sosial), bekerja, dan menjalani kehidupannya (WHO, 2023b). Berdasarkan pernyataan tersebut bisa diartikan bahwa:

1. Kesehatan jiwa diartikan lebih dari sekedar tidak adanya gangguan mental.
2. Kesehatan jiwa adalah bagian integral dari status kesehatan. Seorang individu tidak akan dikatakan kesehatan menyeluruh (holistik) tanpa jiwa yang sehat.
3. Kesehatan jiwa akan ditentukan oleh berbagai faktor, seperti faktor fisik, biologis, sosial, ataupun lingkungan.
4. Terdapat berbagai strategi dan intervensi kesehatan masyarakat yang dikembangkan yang bersifat hemat biaya dan intersektoral sebagai sebuah bentuk tindakan promotif, preventif, dan memulihkan kesehatan jiwa.

Pemahaman terkait kesehatan jiwa telah berkembang sehingga menghasilkan definisi-definisi yang sesuai dengan fokus masalah yang akan diselesaikan. Kesehatan jiwa menurut *American Psychological Association* (APA) merupakan kondisi pikiran yang mengembangkan status kesejahteraan emosional, perilaku yang sesuai, bebas dari rasa cemas dan gejala yang melumpuhkan, mampu dalam melakukan interaksi yang konstruktif, dan mampu mengatasi tuntutan dan tekanan dalam kehidupan (APA, 2023). Sehingga dapat diartikan bahwa indikator individu yang sehat jiwa dapat dilihat dari kaspek emosional, perilaku, sosial dan kemampuan untuk beradaptasi dengan tekanan/stres. Kondisi sejahtera dalam konteks kesehatan jiwa dan emosional penting untuk kesehatan yang paripurna. Kesehatan jiwa yang baik dapat meningkatkan kualitas hidup seseorang yang sedang mengalami penyakit fisik dan secara umum dapat berkontribusi terhadap usia yang lebih panjang (Stuart, Keliat, & Pasaribu, 2016).

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa, kesehatan jiwa dijelaskan sebagai keadaan dimana individu dapat tumbuh dan berkembang secara fisik, psikologis/mental, sosial, dan spiritual. Ini mencakup kemampuan individu untuk menyadari potensinya sendiri, mengatasi tekanan, bekerja secara produktif, dan memberikan kontribusi kepada masyarakat sekitarnya. Upaya kesehatan jiwa merujuk pada segala kegiatan yang bertujuan mewujudkan tingkat kesehatan jiwa yang optimal bagi individu, keluarga, dan masyarakat melalui pendekatan preventif, promotif, kuratif, dan rehabilitatif, yang diimplementasikan secara terpadu dan

berkelanjutan. (Presiden Republik Indonesia, 2014). Terdapat beberapa penetapan penting yang mendukung pembangunan kesehatan jiwa dalam beberapa tahun terakhir, seperti munculnya sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), munculnya indikator kesehatan jiwa pada Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS PK), serta penetapan Tujuan ke-3 mengenai Jaminan kehidupan sehat dan kesejahteraan (*good health and wellbeing*) untuk semua orang di berbagai kelompok usia (*Sustainable Development Goals*) (Firmansyah & Widjaja, 2022; United Nations, 2023).

Jika kita membahas mengenai gangguan jiwa, terdapat berbagai definisi yang dikemukakan oleh berbagai ahli/organisasi terkait dengan gangguan jiwa. Stuart (2016) menyebutkan bahwa gangguan jiwa ialah berbagai perubahan pola perilaku ataupun psikologis, yang alami oleh seorang individu sehingga menyebabkan distres, kondisi disfungsi, serta kualitas hidup yang menurun. Stuart berpendapat bahwa kondisi gangguan jiwa dapat mencerminkan kondisi disfungsi psiko-biologis yang telah terjadi, yang bukan sebagai akibat dari konflik dengan masyarakat ataupun penyimpangan sosial. Menurut American Psychiatric Association (2023), gangguan kejiwaan diartikan sebagai suatu kondisi kesehatan yang mencakup berbagai perubahan dalam emosi, pemikiran, atau perilaku, ataupun merupakan kombinasi dari ketiganya. Gangguan jiwa dapat dikaitkan dengan tekanan dan/atau masalah dalam menjalankan aktivitas sosial, pekerjaan, atau keluarga. Berdasarkan UU Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa, menjelaskan Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) merupakan seseorang individu yang mengalami berbagai gangguan dalam berpikir, berperilaku, serta perasaan yang dimanifestasikan kedalam bentuk gejala-gejala dan/atau perubahan bermakna dari perilaku, dan menimbulkan kondisi penderitaan dan berbagai hambatan dalam menjalankan fungsi dan perannya (Presiden Republik Indonesia, 2014). Dari berbagai pengertian sebelumnya, gangguan jiwa merupakan kondisi terganggunya kesehatan jiwa seorang individu yang menimbulkan berbagai gejala pikiran, perasaan, dan perilaku sehingga terjadi disfungsi manusia dalam aspek kehidupannya.

Berbagai disfungsi yang dialami oleh ODGJ akan menimbulkan berbagai ketegangan yang berpengaruh kepada kualitas hidup individu, keluarga, komunitas, maupun sistem pelayanan kesehatan. Hal tersebut dipengaruhi oleh seberapa tingkat/derajat keparahan gangguan jiwa yang dialami individu tersebut. Secara global, telah ditemukan peningkatan signifikan terhadap risiko

kematian, mulai dari yang bersifat alamiah (biologis) hingga kematian tidak alamiah yang dialami oleh ODGJ (Stuart et al., 2016). Widodo (2009) menyebutkan banyak orang yang mengalami gangguan jiwa mengalami berbagai pelanggaran Hak Asasi Manusia (HAM), seperti contohnya mendapatkan kekerasan fisik dan verbal, kekerasan seksual, mendapatkan makanan yang memenuhi syarat gizi, ditelantarkan, ataupun dilakukan pemasungan. Skizofrenia adalah jenis gangguan jiwa yang paling umum mengalami pemasungan (sekitar 90%) (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2017). Selain itu, berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar Kemenkes RI (2018), disebutkan bahwa proporsi rumah tangga yang memiliki Anggota Rumah Tangga (ART) dengan gangguan jiwa berat skizofrenia/psikosis mencapai 6,7 permil, dan sebesar 14,0% pernah dipasung (seumur hidup) mencapai 14,0% dan 31,5% masih dipasung dalam 3 bulan terakhir (lebih banyak pada daerah perdesaan).

Kesehatan jiwa telah menjadi permasalahan kesehatan kompleks serta membutuhkan pengelolaan/penanganan sinergis dan berkelanjutan. WHO menyebutkan bahwa prevalensi orang yang mengalami gangguan jiwa telah meningkat tajam secara global. Hal ini disebabkan karena perubahan demografis penduduk dunia. Saat ini telah terjadi peningkatan gangguan kesehatan jiwa dan penyalahgunaan zat sebesar 13% dalam 10 tahun terakhir. Sekitar 20% anak usia sekolah dan remaja telah menderita gangguan jiwa, dengan bunuh diri sebagai penyebab kematian ke-2 yang dialami oleh kelompok usia 15-29 tahun. Sehingga, saat ini kesehatan jiwa telah diakui memiliki peran yang penting dalam mencapai tujuan pembangunan di berbagai negara, yang saat ini dapat dilihat bahwa kesehatan jiwa telah menjadi bagian dalam *Sustainable Development Goals* (SDG) (WHO, 2023b).

Berdasarkan prevalensi orang dengan gangguan kejiwaan di Indonesia melalui Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas RI) tahun 2013 dan 2018 (Riskesdas, 2018), data prevalensi tergolong tinggi dan membutuhkan penanganan oleh pemerintah. Data tersebut disajikan pada Tabel 2.1.

Tabel 2.1 Prevalensi Gangguan Kesehatan Jiwa di Indonesia berdasarkan Riskesdas RI Tahun 2013 dan 2018

No.	Masalah Kesehatan Jiwa	Prevalensi		
		Riskedas 2013	Riskesdas 2018	Pasung (Riskesdas 2018)
1	Gangguan Mental Emosional (GME)	6,0 %	9,8 %	14% pernah dipasung, dan 31,5% dipasung 3 bulan terakhir
2	Gangguan Jiwa Berat (ODGJ)	1,7 %	7,0 %	

Jika estimasi jumlah penduduk Indonesia pada tahun 2023 berjumlah sekitar 281.816.692 jiwa (per Mei 2023). Estimasi kasus masalah kesehatan jiwa di Indonesia dapat diperkirakan jumlahnya. Hasil perhitungan estimasi masalah kesehatan jiwa diuraikan pada Tabel 2.2.

Tabel 2.2 Estimasi jumlah kasus gangguan jiwa di Indonesia berdasarkan data prevalensi di Riskesdas RI tahun 2018

No.	Variabel	Jumlah (jiwa)
1	Penduduk	281.816.692
2	ODGJ GME (9,8%) x 70%	19.332.626
3	ODGJ Berat (0,7%) x 70%	1.380.902
4	Kasus pemasungan (14%)	193.327

B. Pengkategorian Derajat Kesehatan Jiwa

Berdasarkan pengertian dan indikator tentang kesehatan jiwa sebelumnya, kita dapat mengelompokkan individu dan keluarga kedalam kategori sehat jiwa, berisiko mengalami gangguan jiwa, dan gangguan jiwa (Presiden Republik Indonesia, 2014). Pengelompokan ini dapat menjadi pertimbangan perawat dalam menentukan tindakan keperawatan yang diberikan untuk penanganan masalah kesehatan jiwa, dijelaskan sebagai berikut:

1. Kelompok sehat jiwa

Kelompok sehat jiwa diartikan telah memenuhi indikator sehat jiwa, seperti menyadari potensi dirinya, mampu mengatasi stresor, bekerja produktif, dan berkontribusi bagi masyarakat, sehingga mampu berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial. Keluarga sehat jiwa artinya seluruh

anggota keluarga tidak ada yang menunjukkan tanda dan gejala gangguan jiwa juga memiliki risiko atau kerentanan masalah kesehatan jiwa.

2. Kelompok berisiko mengalami gangguan jiwa

Seseorang dengan risiko mengalami gangguan jiwa artinya memiliki kerentanan terhadap masalah kesehatan jiwa. Dalam UU Nomor 18 tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa, Orang dengan Masalah Kejiwaan (ODMK) merupakan individu yang mengalami masalah fisik, psikologis, sosial, pertumbuhan-perkembangan, dan/atau perubahan kualitas hidup, sehingga berisiko mengembangkan gangguan kejiwaan. Tanda dan gejala masalah kesehatan jiwa seperti rasa khawatir, kesedihan, sulit tidur, gangguan pencernaan, merasa tidak mampu dalam melaksanakan suatu pekerjaan, merasa gagal atau tidak mampu, menurunnya produktivitas, merasa mudah lelah dan sebagainya. Keluarga berisiko merupakan keluarga dimana satu atau lebih anggota keluarga memiliki kerentanan/ risiko masalah kejiwaan seperti penyakit kronis atau menahun, ibu hamil, ibu masa nifas, ibu menyusui, individu dengan kecacatan, maupun yang memiliki permasalahan sosial lainnya.

3. Kelompok gangguan jiwa

Dalam UU Nomor 18 tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa, disebutkan bahwa Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) merupakan individu yang mengalami perubahan/gangguan dalam cara berpikir, berperilaku, dan perasaan yang ditunjukkan dalam sekumpulan gejala dan/atau gangguan berperilaku yang bermakna, dan memunculkan sebuah hambatan atau penderitaan selama individu menjalankan fungsi dan perannya sebagai seorang manusia. Tanda gejala yang terlihat pada OGDJ diantaranya munculnya halusinasi, waham, gangguan perawatan diri, menarik diri atau isolasi sosial, risiko bunuh diri, perilaku kekerasan yang diakibatkan dari respon terhadap halusinasi. Keluarga dengan gangguan artinya satu atau lebih anggota keluarga ada yang menunjukkan tanda dan gejala gangguan jiwa.

Seluruh lapisan masyarakat, termasuk didalamnya pemerintah (pusat atau daerah) tokoh masyarakat, tokoh agama, tenaga kesehatan, kader kesehatan jiwa, serta masyarakat lainnya diharapkan mampu mengenali dan mengatasi masalah kesehatan jiwa di lingkungannya, seperti melakukan deteksi dini masalah gangguan kejiwaan sehingga dapat dilakukan penanggulangan gangguan jiwa di berbagai lapisan masyarakat ini dengan pemberdayaan masyarakat.

C. Faktor Predisposisi (Faktor Risiko) dalam Kesehatan Jiwa

Faktor predisposisi adalah faktor risiko atau faktor protektif yang dapat berpengaruh terhadap kualitas seseorang dalam menghadapi stresor/tekanan dalam kehidupannya (Stuart et al., 2016). Faktor-faktor predisposisi ini termasuk faktor biologis, psikologis, serta sosial budaya.

1. Biologis

Faktor biologis adalah berbagai faktor yang berkaitan dengan kondisi fisik seorang individu, yang dapat mempengaruhi individu dalam merespon stresor yang dihadapinya, bahkan sebelum terjadinya gangguan kesehatan jiwa. Berbagai teori yang telah melatarbelakangi bagaimana cara pandang faktor biologis ini, seperti diantaranya teori genetik, teori biologi, neurokimiawi, ataupun teori kognitif. Teori genetik adalah konsep teori yang menekankan pada peran serta komponen genetik tubuh terhadap perkembangan perilaku terhadap perubahan yang terjadi. Selanjutnya teori biologi memotret bagaimana struktur fisiologis tubuh (seperti: fungsi anatomi, persarafan, kimia saraf, ataupun pembentukan dan fungsi hormon). Seperti dijelaskan sebelumnya, ketika seseorang menunjukkan perlaku bermusuhan, iritabilitas, perilaku asosial, ataupun mengembangkan perasaan tidak nyata secara mendadak terhadap sesuatu hal, ternyata diduga individu tersebut mengalami kondisi abnormalitas elektroensefalografik pada bagian otak lobus temporal (Videbeck, 2011). Sedangkan teori neurokimiawi melihat bahwa masalah kesehatan berhubungan dengan aktivitas neurokimiawi di dalam tubuh manusia, yang meliputi neurotransmiter otak (serotonin, GABA, ataupun kleistokinin) (Sadock & Sadock, 2010). Hal tersebut berbeda dengan teori kognitif, lebih menekankan pada bagaimana kegiatan individu belajar dari kejadian yang membahayakan, sehingga melalui berbagai perubahan aktivitas kognitif dan fisik yang akhirnya menimbulkan gangguan aspek psikososial individu.

2. Psikologis

Faktor psikologis dapat muncul berdasarkan perasaan tidak berdaya dalam menyelesaikan sebuah ancaman, kondisi hilangnya kemampuan untuk mengendalikan keadaan, menurunnya fungsi dan harga diri, kegagalan dalam membentuk sebuah pertahanan dari ancaman, mengembangkan perasaan terisolasi, ketakutan akan kematian, ataupun perasaan yang tidak aman (Kozier & Erb, 2014; Stuart et al., 2016). Beberapa teori yang melatarbelakangi dalam mengenali faktor psikologis pada klien yang

mengalami masalah kesehatan jiwa diantaranya adalah teori psikoanalisa dan teori perilaku. Teori psikoanalisa dikembangkan oleh Sigmund Freud (Videbeck, 2011) melalui suatu penjelasan bahwa kecemasan muncul merupakan hasil dari konflik emosional yang terjadi antara dua elemen kepribadian, yaitu superego dan id. Superego mewakili hati nurani dan dikendalikan oleh norma-norma budaya, sedangkan id mencerminkan dorongan insting ataupun sikap naluriah dari seseorang. Ego berfungsi menengahi tuntutan dari dua elemen yang bertentangan. Sigmund Freud menambahkan bahwa ketika fungsi *ego strength* menurun, kondisi ini dapat menyebabkan sebuah ancaman yang menimbulkan berbagai masalah psikososial. Adanya sejumlah situasi yang dapat menyebabkan penurunan fungsi ego, seperti pengalaman kegagalan, penolakan interpersonal, gangguan fisik, dan kehilangan dukungan sosial. Dalam kerangka teori perilaku, masalah psikososial dianggap sebagai hasil dari frustasi, yakni hambatan terhadap kemampuan seseorang untuk mencapai tujuan yang diinginkan.

3. Sosial Budaya

Faktor sosial budaya terkait dengan gaya hidup personal di komunitas, yang dapat berperan penting terhadap timbulnya masalah-masalah psikososial (Stuart, 2013). Faktor predisposisi sosial budaya dapat dianalisis melalui dua teori, yakni teori interpersonal dan sosial budaya. Ketidakadekuatan hubungan interpersonal pada masa bayi dapat menjadi penyebab ketidakmampuan seseorang untuk menyelesaikan tugas perkembangan sesuai dengan tahap usianya. Konsep diri yang negatif sejak kecil dapat mengakibatkan kesulitan individu dalam beradaptasi dengan kelompok sosialnya. Kesulitan seseorang dalam menyesuaikan diri dengan tuntutan sosial budaya dapat dipengaruhi oleh rendahnya konsep diri dan penggunaan mekanisme coping yang merugikan (Videbeck, 2011). Salah satu faktor sosial budaya yang berperan dalam munculnya masalah psikososial adalah kondisi ekonomi. Individu yang memiliki stabilitas ekonomi cenderung lebih jarang mengalami masalah psikososial dibandingkan dengan mereka yang ekonominya kurang stabil. Klien yang memiliki pekerjaan yang signifikan dan melibatkan aktivitas mungkin akan sangat terpengaruh jika kehilangan pekerjaan. (Stuart et al., 2016).

D. Stresor Presipitasi (Pencetus Masalah) dalam Kesehatan Jiwa

Menurut Stuart (2013), stimulus yang dianggap sebagai tantangan, ancaman, atau tuntutan yang memerlukan usaha tambahan untuk penanganannya disebut sebagai faktor presipitasi. Faktor-faktor presipitasi yang dapat menyebabkan munculnya masalah psikososial melibatkan aspek-aspek kesehatan, lingkungan, sikap, dan perilaku individu. (Stuart et al., 2016). Komponen stresor presipitasi terdiri atas sifat, asal, waktu, serta jumlah stresor.

1. Sifat Stresor

Tiga komponen utama dalam mengidentifikasi sifat stresor melibatkan aspek biologis, psikologis, dan sosial. Ketiga elemen tersebut muncul sebagai hasil dari ancaman terhadap integritas fisik dan sistem diri. Stresor biologis yang menjadi pemicu, berupa ancaman terhadap integritas fisik, merupakan bentuk ancaman yang terjadi karena ketidakmampuan fisiologis atau penurunan kemampuan untuk menjalankan aktivitas sehari-hari di masa yang akan datang (Videbeck, 2011). Ancaman terhadap integritas fisik melibatkan dua sumber, yakni internal dan eksternal. Sumber internal melibatkan kegagalan individu dalam mengkondisikan mekanisme fisiologis, seperti sistem kardiovaskular, sistem imun, atau regulasi suhu (fisiologis tubuh). Sebaliknya, sumber eksternal mencakup paparan terhadap infeksi virus atau bakteri, polusi lingkungan, risiko keamanan, kehilangan yang memadai, asupan makanan dan minuman (gizi), pakaian (pelindung tubuh), atau trauma fisik. Ancaman terhadap keutuhan fisik dianggap sebagai stresor presipitasi biologis. Stresor presipitasi psikologis muncul dari ancaman terhadap sistem diri, yang melibatkan potensi ancaman terhadap identitas diri, harga diri, dan fungsi integritas sosial. Ancaman terhadap sistem diri dapat berasal dari dua sumber, baik internal maupun eksternal. Sementara itu, stresor presipitasi sosial-budaya pada individu yang mengalami masalah psikososial disebabkan oleh kegagalan dalam memenuhi kebutuhan sosial dan ekonomi, termasuk faktor-faktor seperti status ekonomi dan pendapatan keluarga. (Stuart et al., 2016)

2. Asal Stresor

Identifikasi asal stresor dapat dilakukan berdasarkan dua sumber utama, yakni internal dan eksternal (Stuart et al., 2016). Sumber stresor internal mencakup semua stresor yang berasal dari dalam individu, melibatkan aspek fisiologis maupun psikologis. Di sisi lain, sumber stresor eksternal

merujuk pada stresor yang berasal dari lingkungan sekitar individu, termasuk di dalamnya hubungan interpersonal dan pengaruh budaya. Sumber eksternal yang dapat menjadi pemicu permasalahan-permasalahan psikososial (stresor) dapat muncul berasal dari pengaruh orang lain ataupun pengaruh lingkungan yang akhirnya berinteraksi dengan klien.

3. Waktu dan Durasi Stresor

Stuart (2016) menyatakan bahwa waktu dapat dipahami sebagai dimensi ketika atau situasi ketika stresor muncul dan seberapa lama individu terpapar stresor. Jumlah stresor yang banyak dan pengalaman stres yang berulang dialami seseorang individu dalam periode waktu tertentu juga menjadi faktor pemicu terjadinya berbagai masalah psikososial di kemudian hari.

4. Jumlah Stresor

Jumlah stresor yang dialami oleh seseorang dalam periode tertentu juga berkontribusi sebagai pemicu terjadinya masalah keperawatan. (Stuart et al., 2016). Penyelesaian beberapa stresor yang dialami oleh seseorang dalam satu waktu menjadi lebih sulit daripada mengatasi satu stresor tunggal. Sebagai contoh, dalam situasi bencana alam seperti gempa bumi atau tsunami, dampaknya dapat mencakup kehilangan orang yang dicintai, harta benda, perubahan lingkungan, dan masalah kesehatan. Penyintas bencana menghadapi risiko masalah kesejahteraan mental karena berbagai stresor berat yang mereka alami.

E. Respon Terhadap Stresor Dalam Kesehatan Jiwa

Respon terhadap stresor adalah bentuk evaluasi yang dilakukan oleh individu ketika menghadapi situasi yang menimbulkan stres. Ini berarti bahwa ketika individu mengalami stresor, mereka akan menunjukkan respons yang dapat diamati melalui tanda dan gejala. Apakah klien akan mengalami masalah psikososial atau tidak bergantung pada cara klien menilai stresor yang mereka hadapi, bagaimana mereka menanggapi, apakah mereka melihat stresor sebagai suatu tantangan yang perlu dihadapi atau sebagai ancaman yang harus dihindari. (Townsend & Morgan, 2017). Penilaian stresor dilihat secara kognitif (pandangan/ persepsi klien terhadap stresor), afektif, fisiologis, perilaku dan sosial (Stuart et al., 2016).

1. Respon kognitif

Respon kognitif merupakan suatu mediator bagi interaksi antara klien dan lingkungan (Stuart et al., 2016; Videbeck, 2011). Klien dapat mengevaluasi potensi bahaya dari suatu stresor dengan dipengaruhi oleh beberapa faktor. Pertama, melibatkan pandangan dan pemahaman klien terhadap stresor, seperti sikap terbuka terhadap perubahan, partisipasi aktif dalam kegiatan, dan kemampuan untuk mengendalikan diri terhadap pengaruh lingkungan. Kedua, melibatkan sumber daya yang dimiliki klien untuk menanggung dan beradaptasi dengan stresor, yang dapat berasal dari dirinya sendiri atau lingkungannya. Ketiga, mencakup kemampuan coping, yang sering kali terkait dengan pengalaman klien dalam menghadapi stresor dan pengetahuan tentang cara mengatasi stresor. Terakhir, melibatkan efektivitas strategi coping yang digunakan oleh klien dalam menghadapi stresor.

2. Respon afektif

Reaksi afektif berkaitan dengan beberapa aspek. Pertama, melibatkan ekspresi emosi, di mana respons emosional terhadap stresor dapat mencakup perasaan seperti sedih, senang, marah, menerima, ketakutan, rasa tidak percaya, ataupun sikap antisipasi. Kedua, klasifikasi emosi bergantung pada jenis, durasi, dan intensitas stresor yang dialami dari waktu ke waktu. Ketiga, suasana hati melibatkan emosi yang berlangsung lama dan dapat memengaruhi keadaan emosional seseorang. Keempat, sikap dapat muncul ketika stresor telah berlangsung lama, menjadi suatu pola kebiasaan atau pola bagi individu tersebut (Stuart et al., 2016). Penilaian afektif sangat dipengaruhi oleh ketidakberhasilan seorang individu dalam menghadapi tugas perkembangan di masa lalu, secara khusus terkait dengan pengalaman berinteraksi dengan orang lain.

3. Respon fisiologis

Respon fisiologis terkait dengan struktur fisiologis, yang mencakup fungsi saraf, hormon, anatomi, dan kimia saraf, dengan diketahui bahwa otak memiliki reseptor khusus terhadap benzodiazepin. Regulasi ini terkait dengan aktivitas neurotransmitter *Gamma Amino Butyric Acid* (GABA), yang mengatur berbagai aktivitas neuron di bagian otak. Respons "*fight or flight*" yang dilakukan oleh seorang individu dalam berbagai macam menghadapi masalah akan diaktifkan oleh sistem saraf otonom dan meningkatkan aktivitas dari kelenjar pituitari adrenal (Stuart et al., 2016).

4. Respon perilaku

Penilaian secara kognitif dan afektif seorang individu terhadap stresor merupakan sebuah manifestasi dan tercermin dalam respon perilaku. Artinya, cara klien bertindak atau merespons suatu situasi menggambarkan bagaimana mereka menginterpretasikan secara kognitif dan merasakan secara emosional terkait stresor yang dihadapi. Perilaku tersebut menjadi ekspresi nyata dari bagaimana klien menghadapi dan menyesuaikan diri dengan tantangan yang dihadapi dalam konteks stresor tertentu. (Stuart et al., 2016). Jika penilaian kognitif dan afektif terhadap stresor tidak memadai dan tidak mampu mengatur fungsi fisiologis, maka akan timbul perilaku yang tidak normal.

5. Respon sosial

Respon sosial yang ditampilkan oleh klien terkait dengan paparan stresor dipengaruhi oleh cara klien menginterpretasikan stresor tersebut. Jika klien menganggap stresor sebagai sesuatu yang berbahaya atau mengancam secara kognitif, maka akan terlihat peningkatan kewaspadaan dalam perilaku dan respons sosial yang muncul (Stuart et al., 2016).

F. Sumber dan Mekanisme Koping

Sumber koping merujuk pada bermacam-macam sumber daya yang dikelola seorang individu dalam mengembangkan strategi-strategi untuk membantu mengatasi masalah yang dihadapi. Sumber koping dapat berasal dari dalam diri individu maupun dari luar individu. Sumber koping internal terkait dengan kemampuan individu dalam menangani masalah, yang mencerminkan keterampilan klien dalam merespons setiap stresor yang dihadapi. (Stuart et al., 2016; Videbeck, 2011). Menurut Stuart (2016), kemampuan koping yang dimiliki oleh klien dapat diklasifikasikan menjadi dua kategori utama, yakni kemampuan internal dan kemampuan eksternal. Kemampuan internal berasal dari individu itu sendiri, termasuk kemampuan personal dan keyakinan positif. Sementara itu, kemampuan eksternal berasal dari faktor di luar individu, seperti dukungan sosial dan aspek materi. Keempat komponen ini, jika dikuatkan, dapat membantu klien dalam mengubah pengalaman tidak menyenangkan di masa lalu menjadi pelajaran berharga untuk beradaptasi lebih baik dalam kehidupan mendatang.

1. Kemampuan personal

Kemampuan personal merupakan kemampuan yang dimiliki oleh klien dalam mengatasi masalah. Kemampuan personal melibatkan aspek pengetahuan, motivasi, keterampilan dalam memecahkan masalah, dan praktik menekan atau mengurangi munculnya tanda dan gejala. Upaya untuk membantu klien mengatasi stresornya secara konstruktif dilakukan melalui penguatan kemampuan klien dalam menangani masalah/stresor (Stuart et al., 2016).

2. Keyakinan positif

Keyakinan positif adalah nilai yang telah tertanam sejak awal dalam lingkungan keluarga dan sekitarnya melalui proses pembelajaran. Ini mencakup keyakinan, termasuk dimensi spiritual, dan pandangan positif yang dimiliki klien terhadap kondisi atau kemampuannya. Keyakinan ini menjadi dasar harapan yang mendukung coping adaptif bahkan dalam situasi stres yang intens. Kebiasaan melihat masalah atau stresor dengan cara yang tidak menakut-nakuti, mengancam, atau menyesatkan dapat membentuk nilai atau keyakinan tersebut. Jika keyakinan tersebut mengalami distorsi atau tidak memadai, ini dapat menyebabkan ketidakseimbangan dalam aspek kognitif, afektif, dan emosional, yang berpotensi berlanjut ke ketidakmampuan beradaptasi dengan stresor.

3. Dukungan sosial

Dukungan sosial merupakan elemen krusial dari sumber coping yang sebaiknya diperkuat. Kehadiran dukungan sosial membuat klien merasa didukung dan berada dalam lingkungan keluarga atau masyarakat yang memperhatikan keberadaannya. Jika dukungan sosial tidak memadai, klien bisa merasa terisolasi dan kesulitan menghadapi stresor yang dihadapinya (Friedman, Bowden, & Jones, 2013). Dukungan sosial bagi klien dapat bersumber dari keluarga, kelompok, dan orang-orang di sekitar klien (masyarakat).

4. Ketersediaan material

Ketersediaan materi dapat diidentifikasi sebagai dua elemen utama, yakni ketersediaan layanan kesehatan dan aspek finansial. Setiap komponen ini memiliki peran penting dalam memperkuat kemampuan individu untuk beradaptasi dengan pengalaman stresornya.

- a. Pelayanan kesehatan merujuk pada tindakan yang dilakukan sendiri atau bersama-sama di dalam suatu organisasi, dengan tujuan untuk

menjaga dan meningkatkan kesehatan, mencegah penyakit, menyembuhkan kondisi penyakit, serta memulihkan kesehatan individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat (Notoatmojo, 2012). Pelayanan kesehatan dapat dikelompokkan menjadi tiga bagian, yakni pelayanan kesehatan primer, sekunder, dan tersier. Pelayanan kesehatan primer merupakan layanan kesehatan yang paling awal dibutuhkan oleh masyarakat ketika mengalami gangguan kesehatan. Pelayanan kesehatan sekunder dan tersier, seperti rumah sakit, diperlukan ketika masyarakat memerlukan perawatan lebih lanjut, dengan tingkat rumah sakit mulai dari tipe D hingga tipe A.

- b. Aspek finansial mencakup ketersediaan dana yang dimiliki oleh klien untuk dapat mengakses pusat pelayanan kesehatan, sumber pendapatan, aset atau investasi (seperti tanah dan rumah), dan tabungan. Ketika finansial mencukupi, klien dapat lebih mudah mengakses pusat pelayanan kesehatan. Namun, di lapangan, terdapat klien yang mengalami kesulitan dalam mencapai pusat pelayanan kesehatan primer, dan salah satu hambatannya adalah keterbatasan finansial. Indonesia sebagai negara berkembang memiliki lebih dari 50% penduduknya berada di bawah garis kemiskinan. Oleh karena itu, diperlukan jaminan kesehatan yang dapat diberikan oleh pemerintah atau sektor swasta untuk memperkuat dukungan finansial bagi klien.

Ketersediaan sumber finansial dapat membantu klien dalam mengakses pusat layanan kesehatan. Dengan terpenuhinya akses ke layanan kesehatan, risiko ansietas pada klien akibat keterbatasan sumber coping dapat diminimalkan. Ketersediaan materi juga mendorong klien untuk secara efektif mengelola kontrol kesehatan, terutama dalam memantau tekanan darah, dan melibatkan diri dalam kegiatan rekreasi yang dapat mengurangi tingkat stres dan ketidaknyamanan. Sebaliknya, ketidakmampuan dalam hal sumber daya materi dapat mengakibatkan beberapa hambatan dalam mengatasi masalah melalui mekanisme coping.

Stuart (2013) mengemukakan bahwa ketika individu menghadapi masalah, individu tersebut akan mengembangkan berbagai upaya mekanisme coping untuk mengatasi masalah/stresor yang dihadapinya. Individu yang tidak mampu mengatasi masalah dengan konstruktif dapat dikategorikan

bahwa individu tersebut mengembangkan coping yang patologis (maladaptif). Stuart membagi mekanisme mekanisme coping ke dalam dua (2) jenis, yaitu mekanisme coping *task-oriented reaction* dan mekanisme coping *ego-oriented reaction*. Mekanisme coping yang *task-oriented reaction* ditandai dengan individu berpikir, memproses, dan mencoba menyelesaikan masalah/stresor yang dihadapi dengan seksama, sehingga mampu memberikan kepuasan/pengalaman dalam pemecahan masalah yang konstruktif. Sedangkan pada mekanisme coping *ego-oriented reaction*, sering digunakan individu sebagai upaya melindungi diri. Upaya/reaksi mekanisme coping ini sering disebut sebagai mekanisme pertahanan individu. Akan tetapi, perlu dicermati terhadap setiap orang yang menggunakan mekanisme pertahanan, dan perawat dapat membantu seseorang mengatasi masalah yang terjadi secara konstruktif dan meningkatkan kemampuan adaptif klien.

G. Latihan Soal

1. Seorang laki-laki, 32 tahun, masuk rumah sakit jiwa karena selalu mengurung diri di kamar sejak 3 minggu terakhir. Klien mengalami perubahan perilaku semenjak istrinya meninggalkan rumah setelah bertengkar. Pada saat pengkajian, klien mengungkapkan perasaan sedih, tidak berguna, dan menganggap hidupnya sia-sia. Berdasarkan kasus tersebut, Apakah faktor predisposisi yang paling tepat terhadap perubahan perilaku klien?
 - a. Genetik
 - b. Jenis kelamin
 - c. Tingkat pendidikan
 - d. Pasangan kabur dari rumah
 - e. Riwayat kegagalan dalam rumah tangga

Jawaban: e. Riwayat kegagalan dalam rumah tangga

2. Seorang perempuan, 30 tahun, dirawat di rumah sakit jiwa sejak 7 hari yang lalu. Hasil pengkajian perawat didapatkan bahwa klien sering menyendiri di kamar, tidak mau makan, sulit diajak berbicara, dan arus pikir bloking. Keluarga mengatakan kondisi ini didapatkan setelah klien mengalami kecelakaan dan tangan kanan harus diamputasi. Apakah respon terhadap stresor pada kasus tersebut?
 - a. Amputasi
 - b. Menarik diri
 - c. Riwayat Genetik
 - d. Perempuan, 30 tahun
 - e. Dirawat sejak 7 hari yang lalu

Jawaban: b. menarik diri

3. Seorang laki-laki, 38 tahun, terlihat berbicara dan tertawa sendiri, menolak minum obat, dan riwayat memukul orang tuanya. Pasien mengalami perubahan perilaku semenjak diberhentikan sepihak (PHK) di pekerjaannya. Pasien memiliki riwayat merokok dan minum minuman beralkohol. Keluarga mengatakan bahwa gangguan jiwa pada klien merupakan akibat makhluk gaib. Apakah stresor presipitasi pada klien?
 - a. PHK
 - b. Genetik

- c. Merokok
- d. Memukul orang tua
- e. Bicara dan tertawa sendiri

Jawaban: a. PHK

H. Tugas

Seorang laki-laki, 30 tahun, dikunjungi oleh perawat dan kader kesehatan jiwa karena mengalami gangguan jiwa. Hasil pengkajian, klien mengatakan bahwa setiap pagi mendengar suara yang memanggil, merasa ada yang mengawasi, dan takut pada cahaya yang terang. Keluarga mengatakan bahwa kondisi takut muncul pada waktu malam hari, terutama setelah magrib. Keluarga mengatakan bahwa klien merupakan pribadi yang cenderung tertutup dari usia anak-anak, dan memiliki riwayat mengalami kecelakaan dari sepeda motor dan mengalami cedera kepala berat pada waktu SMA. Pada saat lulus SMA, klien mengaku sering merasa pusing, merasa sulit berpikir, dan memutuskan untuk tidak melanjutkan kuliah. Keluarga telah berusaha keras untuk mencari pengobatan kepada orang pintar tetapi tidak kunjung sembuh, dan saat ini keluarga masih berusaha untuk mencari pengobatan medis ke puskesmas sesuai dengan saran perawat dan kader. Keluarga klien tergolong keluarga yang cukup dan mengandalkan BPJS dalam mencari pengobatan.

Berdasarkan kasus tersebut, lakukan:

1. Identifikasi faktor predisposisi, stresor presipitasi, respon terhadap stresor, sumber coping, dan mekanisme coping pada klien!
2. Pengkajian data apa sajakah yang dibutuhkan perawat dalam mendukung perawatan klien?

Daftar Pustaka

- American Psychiatric Association. (2023). What is Mental Illness? Retrieved December 15, 2023, from <https://www.psychiatry.org/patients-families/what-is-mental-illness>
- APA. (2023). Mental Health. Retrieved May 17, 2023, from <https://www.apa.org/topics/mental-health>
- Firmansyah, Y., & Widjaja, G. (2022). Masalah-Masalah dalam Kesehatan Jiwa. *Cross-Border*, 5(1), 474–502.
- Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. G. (2013). *Buku ajar keperawatan keluarga: Riset, teori, dan praktik* (5th ed.; A. Y. S. Hamid, Trans.). Jakarta: EGC.
- Gibson, M. K. (2020). *The application of a Middle Range Nursing Theory: Roy's Adaptation Model, to the Caregivers of Mental Illness Sufferers* (No. 13). Mexico.
- Kemenkes RI. (2018). *Riset Kesehatan Dasar*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kozier, B., & Erb, G. (2014). *Fundamental of nursing: Concept, process, and practice* (3th ed.). Melbourne: Pearson Australia.
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia. (2017). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 54 Tahun 2017 Tentang Penanggulangan Pemasungan Pada Orang Dengan Gangguan Jiwa*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Notoatmojo. (2012). *Promosi kesehatan dan perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Presiden Republik Indonesia. (2014). *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Jiwa*. Jakarta: Pemerintah Republik Indonesia. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2010). *Buku ajar psikiatri klinis Kaplan & Sadock*. Jakarta: ECG.
- Stuart, G. W., Keliat, B. A., & Pasaribu, J. (2016). *Prinsip dan Praktek Keperawatan Kesehatan Jiwa (Buku 1)* (1st Indone). Jakarta: Elsevier.
- Townsend, M. C., & Morgan, K. I. (2017). *Psyciatric mental health nursing: Concept of care in evidence-based practice* (9th, Ed.). Philadelphia: F.A. Davis.

- United Nations. (2023). The 17 Goals. Retrieved May 15, 2023, from <https://sdgs.un.org/goals>
- Videbeck, S. L. (2011). *Psychiatric - mental Health Nursing*. London: Wolter wer Health.
- WHO. (2023a). Constitution. Retrieved May 16, 2023, from <https://www.who.int/about/governance/constitution>
- WHO. (2023b). Mental health. Retrieved May 16, 2023, from <https://www.who.int/health-topics/mental-health>
- Widodo, R. (2009). Orang dengan Masalah Kejiwaan (ODMK) & Pelanggaran Hak Asasi Manusia. *Jurnal Hak Asasi Manusia*, 5(5), 1–13.
<https://doi.org/10.58823/jham.v5i5.45>

BAB 3

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

Abdul Fauzi, S.Kep., Ns., M.Kep.

Deskripsi Pembelajaran

Pada bab ini mahasiswa akan mempelajari tentang model-model praktik keperawatan jiwa yang meliputi model psikoanalisis, model eksistensial, model sosial, model suportif, model komunikasi, model perilaku, model medis dan model stress adaptasi serta prevensi dalam keperawatan yang meliputi prevensi primer, sekunder dan tersier. Kegiatan evaluasi materi melalui studi kasus sesuai dengan uji kompetensi.

Tujuan Pembelajaran

1. Menjelaskan model-model praktik keperawatan jiwa.
2. Menjelaskan prevensi primer, sekunder dan tersier.

Capaian Pembelajaran

1. Mahasiswa mampu menganalisis model-model praktik keperawatan jiwa.
2. Mahasiswa mampu menjelaskan prevensi primer, sekunder dan tersier.

BAB 3

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

A. Konseptual Model Keperawatan Jiwa

Apakah anda pernah melihat orang mengalami gangguan jiwa setelah salah satu anggota keluarganya meninggal? atau karena hal lain seperti menderita penyakit kronis. Banyak sekali tentang model teori keperawatan jiwa. Perbedaan teori yang satu dengan yang lainnya dikarenakan perbedaan pandangan mengenai konsep gangguan jiwa dan proses dan penyebab terjadinya gangguan jiwa. Setiap model mempunyai pandangan dan alasannya masing-masing. Berikut beberapa model yang dikembangkan oleh beberapa ahli:

1. Model Psikoanalisis

Tokoh dari teori ini adalah Sigmund Frued. Gangguan jiwa disebabkan oleh kegagalan dalam tugas tahap perkembangan. Kegagalan dalam tugas perkembangan pada usia dini, menjadi pemicu gangguan perilaku pada masa dewasa (Escoffier 2020). Psikoanalisis juga memandang bahwa penyimpangan perilaku karena ketidakseimbangan id, ego dan superego. Id merupakan naluri atau insting dari manusia untuk mendapatkan kesenangan. Super ego berkaitan dengan keyakinan yang bersumber dari norma atau nilai-nilai yang diyakini. Ego berperan sebagai penyeimbang agar keinginan dari id dapat tercapai dan tidak meyimpang dari norma dan nilai yang diyakini. Teori psikoanalisis menyakini bahwa bentuk gejala dan perilaku merupakan cara seseorang untuk mengurangi ansietas. Proses terapeutik menggunakan teknik asosiasi bebas dan analisis mimpi. Proses ini bertujuan untuk menginterpretasi perilaku dan memperbaiki pengalaman masa lalu. Perawat berperan menggali informasi stresor yang bermakna pada masa lalunya (Tran The 2022).

2. Model eksistensial

Model eksistensial memandang bahwa penyimpangan perilaku atau gangguan jiwa akibat kegagalan seseorang dalam menemukan jati diri dan memandang diri sendiri tidak berarti. Bentuk terapi berfokus terhadap peningkatan kesadaran diri dan kemampuan intropesi diri, menerima terhadap apa yang dimiliki dan menerima kritik dari orang lain. Contoh

terapi dari model eksistensial adalah logo terapi yang berfokus pada memaknai kehidupan yang dijalani (Fairlamb and Courtney 2022; Videbeck 2020).

3. Model interpersonal

Model ini dikemukakan oleh Sullivan dan Peplau. Teori ini memandang bahwa gangguan jiwa disebabkan hubungan interpersonal individu dengan orang lain. Gangguan jiwa terjadi akibat tidak adekuatnya hubungan seseorang dengan orang lain seperti kehilangan, penolakan, transisi peran dan deficit hubungan interpersonal. seseorang membutuhkan rasa aman dan nyaman dalam menjalin hubungan interpersonal dengan orang lain. Peran perawat dalam teori ini membangun hubungan kepercayaan dan memfasilitasi untuk meningkatkan hubungan interpersonal (Mary C. Townsend 2018; Videbeck 2020).

4. Model Sosial

Model ini dikemukakan oleh Tomas Zsasz dan Caplan. Gangguan jiwa terjadi akibat faktor sosial dan lingkungan. Factor ini menciptakan tres dan menyebabkan terjadinya ansietas. Perilaku dianggap menyimpang apabila tidak sesuai dengan keadaan sosial dan lingkungan sekitarnya. contoh terapi pada model ini seperti memodifikasi lingkungan yang dapat mensupport individu secara sosial atau membentuk kelompok sebaya atau juga bisa dengan intervensi krisis. Perawat berperan untuk menggali informasi sistem sosial pasien dan sebagai falilitator untuk menggali dan menciptakan lingkungan sosial yang nyaman untuk individu (Mary C. Townsend 2018).

5. Model suportif

Merupakan terapi yang diberikan secara berkelompok. Teori ini memandang bahwa gangguan jiwa disebabkan oleh factor biopsikososial dan respon coping mal adaptif. Faktor bologis seperti penyakit yang diderita pasien. Faktor spikologis meliputi stress, ansietas, harga diri rendah, merasa bersalah dan lain-lain. Sedangkan faktor psikologis seperti susah bergaul, menarik diri, pengangguran. Prinsip terapi pada model ini berfokus pada peningkatan respon coping yang adaptif, peningkatan harga diri dan uji coba realitas (Stuart 2023).

6. Model komunikasi

Tokoh pencetus model komunikasi adalah Berne dan Watzlawick. Gangguan jiwa disebabkan oleh ketidakmampuan individu menyampaikan

pesan dengan jelas. Komunikasi verbal dan non verbal tidak sesuai atau saling bertolak belakang. Umumnya komunikasi dapat diterima dan dimengerti oleh lawan bicara. bentuk terapi focus pada pola komunikasi agar dapat dianalisis dan memberikan klarifikasi apabila ada masalah. Analisis transaksional berfokus pada permainan dan belajar komunikasi secara (Mariano 2014; Mary C. Townsend 2018).

7. Model perilaku

F Skinner sebagai pelopor teori perilaku. Teori ini memandang gangguan jiwa terjadi akibat seseorang yang telah terbentuk perilaku yang tidak diinginkan, atau tidak sesuai pada hal umumnya. Beberapa asumsi dasar menurut Skinner tentang teori perilaku diantaranya perilaku mengikuti hukum tertentu, perilaku dapat diramalkan dan berilaku dapat dikontrol. Prinsip terapi sebagai pendidikan perilaku, dengan mengurangi perilaku negative dan meningkatkan perilaku positif. Contoh model terapi perilaku seperti terapi relaksasi dan latihan asertif (Mary C. Townsend 2018).

8. Model medik

Teori ini beranggapan bahwa gangguan jiwa terjadi akibat adanya gangguan pada syaraf pusat (SSP). Model medis ada tiga fase yaitu pengkajian, penetapan diagnosa medis dan treatment. Treatment pada model medis ini menitikberatkan pada penentuan diagnosa medis dan terapi medis yang meliputi psikofarmaka dan terapi elektrokonfulsif (ECT). Peran perawat pada terapi ini yaitu berkolaborasi dalam terapi dimana meliputi pemantauan pemberian terapi, efek samping terapi (Mary C. Townsend 2018; Stuart 2023).

9. Model stress adaptasi

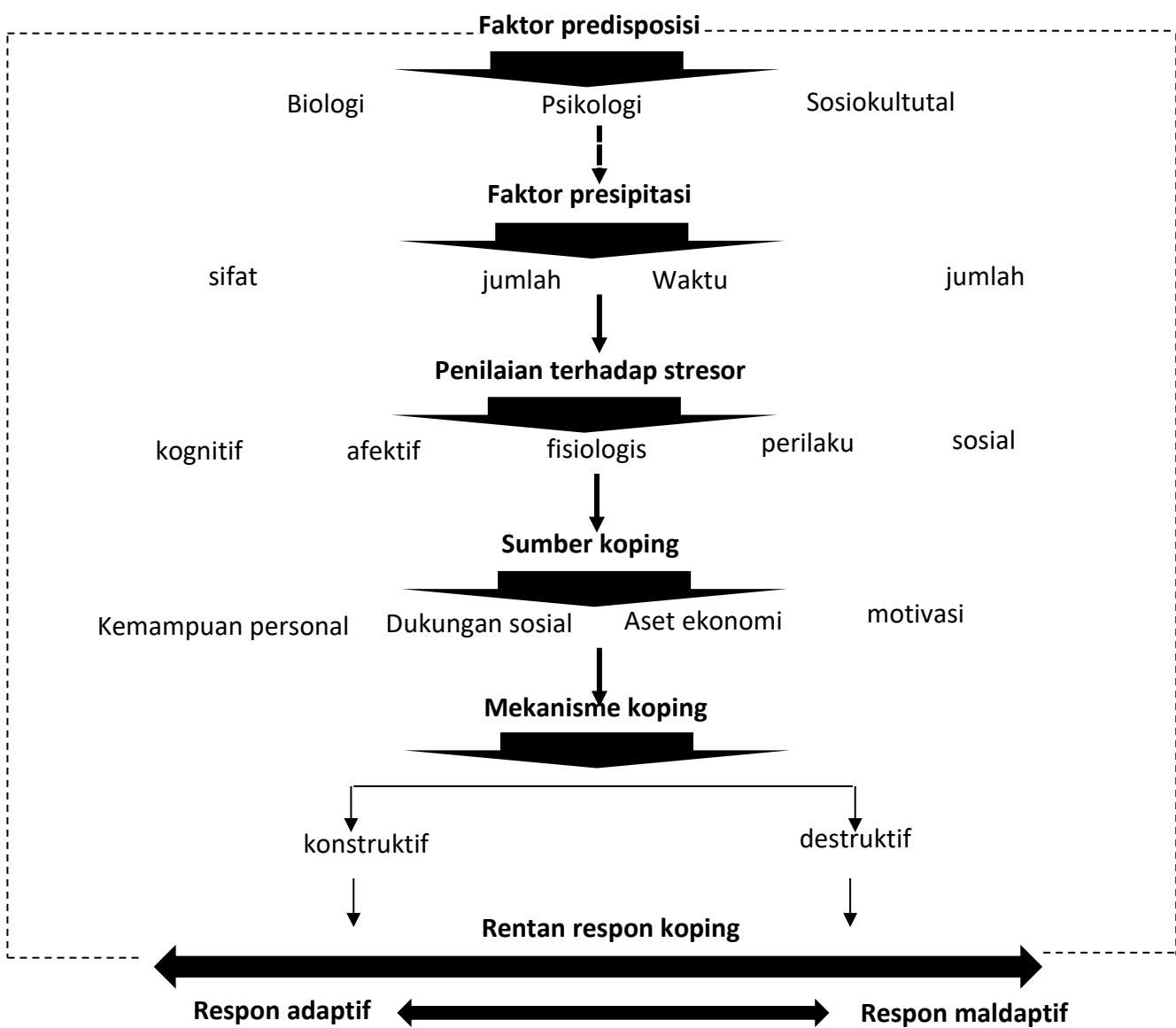
Gangguan jiwa menurut teori ini disebabkan oleh ketidakmampuan seseorang dalam beradaptasi dengan lingkungan. Proses keperawatan jiwa dimulai dari mengidentifikasi faktor predisposisi, faktor presipitasi, penilaian terhadap stressor sumber coping dan mekanisme coping. Bentuk mekanisme coping ini adaptif atau maladaptive (Stuart 2023).

a. Faktor predisposisi

Faktor predisposisi merupakan faktor resiko yang dapat meningkatkan resiko kejadian gangguan jiwa. Faktor ini meliputi biologis, psikologis dan sosiokultural.

b. Faktor presipitasi

Faktor presipitasi merupakan stimulus yang mengancam individu atau faktor pencetus gangguan jiwa. Sifat dari faktor presipitasi ini meliputi sifat, asal, waktu dan jumlah stresor.



Gambar 3.1 Pengkajian model stress adaptasi (Stuart dan Laraia, 2005)

B. Prevensi Dalam Keperawatan Jiwa

Masalah kesehatan jiwa lebih banyak dijumpai dikomunitas dibandingkan di Rumah sakit. Upaya yang lebih utama melalui preventif, yaitu melalui pencegahan terjadinya gangguan jiwa sedini mungkin. selain itu, berkembangnya ilmu pengetahuan dengan ditemukannya teknik

neuroimaging dan elektrofisiologi tentang gangguan jiwa dan prognosisnya menjadi landasan pemilihan preventif menjadi usaha pertama kali dalam mengurangi terjadinya gangguan jiwa. Berikut tingkatan level dari prevensi (Compton and Shim 2020)

1. Prevensi primer

Prevensi primer merupakan pencegahan yang paling utama melalui pencegahan terjadinya gangguan jiwa dan peningkatan kesehatan. Bentuk prevensi primer melalui promosi kesehatan dan perlindungan secara spesifik. Pencegahan berupa mengurangi kontak masyarakat dengan faktor resiko dan meningkatkan sistem pertahanan diri dari gangguan jiwa. Contoh prevensi primer antara lain memberikan penyuluhan dan pendidikan kesehatan jiwa, memberikan dukungan sosial, membantu pasien umum sebelum terjadi gangguan jiwa (Singh, Kumar, and Gupta 2022).

2. Prevensi sekunder

Merupakan pencegahan melalui penanganan secepat mungkin pada masalah psikososial dan deteksi dini. Contoh skrining gangguan jiwa pada komunitas, intervensi kegawatdaruratan psikiatri di rumah sakit umum, memberikan konsultasi, terapi krisis, membuat lingkungan terapeutik, melaksanakan kunjungan rumah dan memberikan psikoterapi (Singh, Kumar, and Gupta 2022)

3. Prevensi tersier

Fokus pada prevensi tersier yaitu meningkatkan fungsi dan sosialisasi serta mencegah terjadinya kekambuhan gangguan jiwa. Target pada tahap ini adalah pasien rehabilitasi. Contoh memberikan pelatihan agar lebih produktif, memantau perawatan selama dirumah. Mengajarkan keluarga tentang perawatan pasien gangguan jiwa di rumah (Compton and Shim 2020).

C. Latihan Soal

1. Seorang pria usia 35 tahun dirawat di ruang kelas 3 RSJ Menur. Hasil pengkajian merasa hidupnya tidak bermakna, lebih banyak menyendiri, mendapat intervensi logo terapi.

Apa pendekatan model praktik keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?

- a. Model psikoanalisis
- b. Model suportif
- c. Model eksistensial
- d. Model stress adaptasi
- e. Model perilaku

Cara menjawab

Focus pada pertanyaan dan kata kunci. Pertanyaan menanyakan model pendekatan keperawatan yang tepat. Selanjutnya mencari kata kunci yaitu, **hidup tidak bermakna dan logo terapi**. Hidup tidak bermakna merupakan bentuk penyimpangan perilaku dari model eksistensial dan logo terapi merupakan terapi yang melatih klien untuk memaknai setiap kehidupannya. Jadi jawaban yang benar adalah **C. Model eksistensial**

2. Seorang perempuan usia 21 tahun, dirawat di ruang Mawar sejak 3 hari. Hasil pengkajian: diagnosa medis skizofrenia paranoid, tidak tamat SD, pendapatan 20 ribu perhari, riwayat perilaku kekerasan.

Apa faktor predisposisi pada kasus tersebut?

- a. Biologi
- b. Psikologi
- c. Perilaku
- d. Kognitif
- e. ekonomi

Cara menjawab

Fokus pada pertanyaan dan kata kunci. Pertanyaannya adalah apa faktor predisposisi dan kata kuncinya adalah pendapatan 20 ribu. Pendapatan berkaitan dengan ekonomi. Jadi faktor perdisposisi pada kasus tersebut adalah **e. ekonomi**

3. Seorang pria usia 20 tahun, datang ke poliklinik jiwa diantar keluarganya. Hasil pengkajian: dua minggu klien tidak mau keluar kamar sejak ditinggal meninggal ayahnya, tiba-tiba marah tanpa sebab. Apa model pendekatan keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?
- Model psikoanalisis
 - Model eksistensial
 - Model interpersonal
 - Model perilaku
 - Model medis

Fokus pada pertanyaan, Apa model pendekatan keperawatan pada kasus tersebut? Untuk menjawab pertanyaan tersebut dibutuhkan kata kunci. Kata kuncinya "ditinggal meninggal ayahnya. Ditinggal mati ayahnya merupakan ciri dari model interpersonal yaitu hilangnya hubungan interpersonal dengan orang lain. Jadi jawaban dari kasus tersebut adalah **c. model interpersonal**

D. Tugas

- Jelaskan macam-macam model konseptual jiwa beserta peran perawat didalam masing-masing pendekatan model!
- Buatlah contoh masing-masing peran perawat dalam prevensi primer, sekunder dan tersier

Glosarium

Terapi relaksasi	: salah satu bentuk terapi dengan pemberian intruksi untuk merilekskan otot-otot dan merilekskan pikiran
Terapi asertif	: terapi yang bertujuan untuk melatih kemampuan menyampaikan apa yang diinginkan
Logo terapi	: bentuk terapi yang bertujuan untuk penerimaan diri dengan cara memaknai nilai-nilai kehidupan.
Kegawatdaruratan	: keadaan klinis yang membutuhkan tindakan medis segera untuk penyelamatan nyawa dan pencegahan kecacatan
Psikoterapi	: pelayanan psikologis yang dilakukan oleh pakar kepada pasien yang membutuhkan penyembuhan secara psikologis.
Mekanisme coping	: strategi yang dilakukan seseorang ketika menghadapi perasaan yang tidak nyaman.

Daftar Pustaka

- Compton, Michael T., and Ruth S. Shim. 2020. "Mental Illness Prevention and Mental Health Promotion: When, Who, and How." *Psychiatric Services* 71(9): 981–83.
- Escoffier, J. 2020. "Kinsey, Psychoanalysis and the Theory of Sexuality." *Sexologies* 29(2): e35–42. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2020.03.005>.
- Fairlamb, Samuel, and Emily Courtney. 2022. "An Existential Perspective on Interpersonal Closeness and Social Distancing during the COVID-19 Pandemic." *Psychology and Health* 0(0): 1–18. <https://doi.org/10.1080/08870446.2022.2129052>.
- Mariano, Carla. 2014. 34 Beginnings *Psychiatric Mental Health Nursing*, 4th Edition.
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2012631822&site=ehost-live>.
- Mary C. Townsend. 2018. *Psychiatric Mental Health Nursing Concepts of Care in Evidence-Based Practice*. Philadelphia: F. A. Davis Company. [https://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/625/1/Psychiatric_Mental_Health_Nursing_Concepts_of_Care_in_Evidence-Based_Practice_by_Mary_C._Townsend_DSN_PMHCNS-BC_\(z-lib.org\).pdf](https://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/625/1/Psychiatric_Mental_Health_Nursing_Concepts_of_Care_in_Evidence-Based_Practice_by_Mary_C._Townsend_DSN_PMHCNS-BC_(z-lib.org).pdf).
- Singh, Vijender, Akash Kumar, and Snehil Gupta. 2022. "Mental Health Prevention and Promotion—A Narrative Review." *Frontiers in Psychiatry* 13(July): 1–17.
- Stuart. 2023. *Prinsip Dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart*. 2nd ed. ed. Budi Ana Keliat. Singapura: Elsevier.
- Tran The, Jessica. 2022. "The Key Role of 'Somatic States' in the Inscription of Experience: For a Dialogue Between Psychoanalysis and Neuroscience." *Evolution Psychiatrique* 87(1): e19–32.
- Videbeck, Sheila L. 2020. *Psychiatric-Mental Health Nursing*. 8th ed. United States: Wolters Kluwer.

BAB 4

PERAN PERAWAT JIWA

Abdul Fauzi, S.Kep., Ns., M.Kep.

Deskripsi Pembelajaran

Pada bab ini mahasiswa mempelajari tentang area dan elemen peran perawat jiwa, bentuk praktik klinik keperawatan jiwa dan level praktik keperawatan jiwa.

Tujuan Pembelajaran

- 1) Menjelaskan area dan elemen peran perawat jiwa.
- 2) Menjelaskan bentuk praktik klinik keperawatan jiwa.
- 3) Menjelaskan level praktik keperawatan jiwa.

Capaian Pembelajaran

- 1) Mahasiswa mampu menanalisis area dan elemen peran perawat jiwa.
- 2) Mahasiswa mampu menjelaskan bentuk praktik klinik keperawatan jiwa.
- 3) Mahasiswa mampu menjelaskan level praktik keperawatan jiwa.

BAB 4

PERAN PERAWAT JIWA

A. Area dan Elemen Perawat Jiwa

Perkembangan keperawatan kesehatan jiwa terus mengalami perkembangan dari tahun ketahun. American Psychiatric Association merekomendasikan penentuan standart kompetensi sebagai bentuk perbaikan layanan dan pentuan peran perawat jiwa. Peran perawat dalam praktik keperawatan dibedakan berdasarkan tingkat pendidikan, posisi dan lingkungan tempat kerja. Mengetahui peran didalam pelayanan keperawatan jiwa akan mendukung kualitas pelayanan kesehatan (ANA, 2014; Kearney et al., 2021). Secara umum, peran perawat fokus pada 4 hal, yaitu praktik klinik, administrasi, edukasi dan penelitian. Stuart (2023) membagi aktivitas peran perawat dalam tiga area yaitu

1. Asuhan keperawatan langsung
2. Komunikasi
3. Pengelolaan manajemen keperawatan

Askek Langsung	Komunikasi	Pengelolaan
<ol style="list-style-type: none">1. Advokasi2. Tindak lanjut setelah tindakan3. Penanggulangan perilaku4. Pengelolaan dan konsultasi kasus5. Penyuluhan komunitas6. Penanggulangan kognitif7. Intervensi krisis8. Konseling komplian9. Discart planning10. Intervensi keluarga11. Kerja kelompok12. Peningkatan kesehatan13. Penyuluhan kesehatan14. Pengkajian resiko tinggi15. Kunjungan rumah16. Konseling individu17. Skrining dan evaluasi masukan	<ol style="list-style-type: none">1. Konrensi kasus klinik2. Mengembangkan rencana peanggulangan3. Dokumentasi askek4. Kesaksian forensic5. Hubungan antar agen6. Feedback sejawat7. Jejaring kerja perawat8. Pertemuan staf9. Penulisan order10. Pertemuan tim11. Laporan verbal tentang askek	<ol style="list-style-type: none">1. Alokasi sumber dan anggaran2. Kolaborasi3. Penyedia klinik4. Peran serta komite5. Implementasi di komunitas6. Negosiasi kontrak7. Koordinasi pelayanan8. Delegasi9. Penulisan jaminan10. Pemasaran dan humas11. Mediasi dan resolusi konflik12. Pengkajian dan perkiraan kebutuhan13. Penugasan organisasi14. Penatalaksanaan hasil15. Evaluasi dan perencanaan program16. Publikasi17. Peningkatan kualitas

18. Pemberian dan penatalaksanaan pengobatan 19. Peningkatan kesehatan mental 20. Konseling nutrisi 21. Inform konsen 22. Penyuluhan orang ta 23. Triase pasien 24. Pengkajian fisik 25. Obat-obatan yang diresepkan 26. Memberikan keamanan lingkungan 27. Pengkajian psikososial 28. Psikoterapi 29. Pencegahan kekambuhan 30. Implementasi penelitian 31. Aktivitas perawatan diri 32. Pelatihan ketrampliaIn sosial 33. Penanganan somatic 34. Penatalaksanaan stres	18. Rekrutmen dan retensi 19. Aktivitas badan legislasi 20. Penatalaksanaan resiko 21. Pengembangan perangkat lunak 22. Penjadwalan staff 23. Penyuluhan staf dan peserta didik 24. Perencanaan strategic 25. Penugasan unit 26. Umpan balik pendayagunaan
--	--

Dalam melaksanakan keperawatan jiwa, banyak sekali variasi pelayanan keperawatan yang harus dikuasai, mulai dari peran yang umum sampai dengan peran yang spesifik. Berikut ini elemen peran yang harus dikuasai oleh seorang keperawatan jiwa:

1. Kompetensi klinik

Keterampilan dalam mengkaji dan menilai serta mengambil keputusan sangat diperlukan oleh setiap perawat, tidak terkecuali perawat jiwa. Menurut Stuart (2023) setidaknya ada enam kompetensi klinik yang harus dimiliki seorang perawat yaitu kemampuan melakukan asuhan keperawatan langsung (direct care), teaching (pendidikan), komunikasi yang baik (communication), kolaborasi dalam memberikan pelayanan (collaboration), delegasi (delegation) dan manajemen.

2. Advokasi

Bentuk tindakan perawat dalam memberikan informasi baik kepada pasien dan juga keluarga. Informasi yang benar sebagai bentuk pembelaan,

perlindungan akan hak-hak pasien dan keluarga serta menghindari hal-hal yang dapat berdampak negatif pada pasien.

3. Tanggung jawab fiskal

Perawat mempunyai peran secara tidak langsung dalam besaran biaya yang dikeluarkan pasien. Lama perawatan di rumah sakit menentukan jumlah biaya yang harus dibayar. Pemberian asuhan keperawatan professional yang baik dapat menurunkan lama perawatan. Meskipun lama perawatan tidak hanya ditentukan oleh layanan perawatan, tetapi juga bentuk pelayanan dari tenaga medis lainnya.

4. Kerjasama interdisiplin

Merupakan bentuk kemitraan dengan tim kesehatan lainnya dalam memberikan pelayan kesehatan. Kerjasama dilakukan dengan tenaga kesehatan lain seperti dengan dokter, apoteker, gizi, fisioterapi dan lainnya. Setiap tenaga kesehehatan mempunyai peran sendiri-sendiri sesuai dengan kompetensi yang dimiliki.

5. Tanggung jawab sosial

Perawat mempunyai peran agar pasien jiwa tidak mengalami diskriminasi di lingkungan masyarakat. Keputusan yang diambil perawat harus dapat melindungi agar pasien mendapatkan lingkungan yang aman dan nyaman.

6. Parameter etik legal

Dalam menjalankan tugas, seorang perawat harus tetap memperhatikan legal etik profesi maupun undang-undang. Etik legal menjadi prinsip yang diyakini perawat dalam melaksanakan praktik keperawatan.

B. Bentuk Praktik Klinik Keperawatan Jiwa

Perawat jiwa mempunyai peran diberbagai bidang. Mulai dari promosi, pemeliharaan kesehatan, triase, manajemen kasus, inervensi krisis, dan rehabilitasi. Peran tersebut tersebar diberbagai bentuk pelayanan keperawatan jiwa (Janssen et al., 2021; Kurtovic et al., 2021). Berikut bentuk-bentuk pelayanan keperawatan jiwa:

1. UGD dan Krisis Intervensi

Pelayanan di UGD memerlukan upaya tindakan yang cepat dengan sumber daya yang terbatas. Bentuk kasus yang sering muncul yaitu darurat psikiatri. Darurat psikiatri dapat berbasis komunitas maupun klinis. Namun saat ini model kedaruratan psikiatri lebih banyak dijumpai dalam bentuk layanan konsultasi dan perawatan di Unit Gawat darurat di rumah sakit. Model

pelayanan akan terus berkembang sesuai dengan identifikasi kebutuhan di daerah setempat (Elvira & Holmberg, 2023; Hodzic & Jd, 2023).

2. Perawatan pasien akut

Pelayanan perawatan intensif dan bersifat jangka pendek serta berfokus pada stablisasi krisis. Kriteria pasien ini biasanya yang beresiko membahayakan diri sendiri dan tidak mampu memenuhi kebutuhan dasar.

3. Perawatan jangka menengah dan Jangka panjang

Perawatan jangka menengah dan jangka panjang dapat menerima pasien secara langsung, namun kebanyakan pasien pindahan dari perawatan pasien akut. Perawat memberikan pelayanan terapi modalitas baik untuk pengobatan, habilitasi dan rehabilitas. Pasien yang mendapatkan perawatan ini biasanya pasien gangguan jiwa dengan memiliki resiko kronis yang membahayakan diri sendiri dan orang lain.

4. Rawat jalan

Tujuan dari layanan rawat jalan yaitu untuk manajemen gejala akut dan stabiliasi perawatan dengan pilihan tempat yang aman. Perawatan ini tidak memerlukan perawatan 24 jam dan juga merupakan program bertahap bagi pasien yang keluar dari unit rawat inap.

5. Pelayanan residensial

Fasilitas layanan ini memberikan pelayanan 24 jam dan dalam jangka waktu yang lama. Fasilitas perawatan dapat berupa psikoedukasi untuk menajemen tanda gejala dan pengobatan.

6. Keperawatan di Komunitas

Perawatan dalam komunitas sebagai ujung tombak dalam memberikan pelayanan asuhan keperawatan jiwa. Intervensi di komunitas merupakan metode yang efektif dalam program keperawatan jiwa, karena jumlah masalah kesehatan jiwa lebih banyak terjadi di komunitas dan sebagian besar belum terdeteksi. Promosi dan prevensi melalui pendidikan kesehatan, pencegahan primer dan program intervensi dini menjadi prioritas dalam menekan masalah kesehatan jiwa.

7. Assertive Community Treatment (ACT)

Merupakan rancangan pelayanan kesehatan guna memberikan perawatan, rehabilitasi dan dukungan psikiatri berbasis komunitas. Perawatan ACT memberikan layanan secara individual kepada pasien selama 24 jam sehari, 7 hari seminggu dan 365 hari setahun.

C. Level Praktik Klinik Keperawatan Jiwa

Pelaksanaan keperawatan jiwa mencakup area komunitas dan klinik. Pelayanan yang diberikanpun sesuai dengan kompetensi yang dimiliki oleh setiap perawat (Singh et al., 2022). Berikut level kompetensi keperawatan jiwa:

1. Level dasar

Perawat pada level dasar merupakan perawat dengan ijasah D3 dan mempunyai pengalaman minimal 3 tahun serta telah lulus uji kompetensi. Pada level dasar, seorang perawat berperan sebagai perawat pelaksana. Adapun praktik keperawatan pada level dasar seperti promosi dan pemeliharaan kesehatan, skrining, promosi aktivitas perawatan diri dan pendidikan kesehatan.

2. Level Menengah

Perawat pada level menengah merupakan perawat dengan ijasah S1 Keperawatan dan profesi ners dan memiliki pengalaman minimal 2 tahun dikeperawatan jiwa. Peran perawat pada level ini sebagai perawat pelaksana, manajer kasus dan manajer perawat. Adapun kompetensi yang harus dimiliki yaitu kompetensi level dasar dan beberapa tambahan yang meliputi:

- a) Manajemen kasus
- b) Terapi lingkungan
- c) Perawatan krisis
- d) Konseling
- e) Rehabilitasi
- f) Intervensi psikobiologi yang mencakup manajemen pengobatan, pemulihan terapi ECT, dan

3. Level lanjut (spesialis)

Perawat di level lanjut merupakan perawat dengan minimal pendidikan S2 keperawatan atau spesialis keperawatan jiwa. Peran perawat level ini meliputi intervensi psikofarkama, intervensi psikoterapi, intervensi komunitas, manajemen kasus dan pemberian terapi spesialis.

D. Latihan Soal

1. Seorang perawat jiwa di ruang Bangsal RSJ memberikan informasi seputar hak-hak pasien dan kondisi terbaru pasien kepada keluarganya selama perawatan di ruangan. Apa elemen peran pada kasus tersebut?

- a. Kompetensi klinik
- b. Advokasi
- c. Tanggung jawab fiskal
- d. Kerjasama interdisiplin
- e. Tanggung jawab sosial

Fokus pada pertanyaan "apa elemen peran pada kasus tersebut?" untuk menjawab pertanyaan dengan fokus pada kata kunci "memberikan informasi seputar hak-hak pasien dan kondisi terbaru pasien kepada keluarganya selama perawatan di ruangan". Memberikan informasi seputar hak-hak pasien dan kondisi terbaru pasien merupakan bentuk perlindungan perawat kepada pasien dan keluarga. Jadi wawasan pada kasus tersebut adalah **b. advokasi**

2. Seorang perawat memberikan Terapi aktivitas kelompok (TAK) gangguan persepsi sensori: halusinasi pada beberapa pasien di Ruang Bangsal RSJ. Apa kategori peran perawat dalam kegiatan tersebut?

- a. Advokasi
- b. Delegasi
- c. Tindakan mandiri
- d. Kolaborasi
- e. Tanggung jawab fiscal

Fokus pada pertanyaan "apa kategori peran perawat dalam kegiatan tersebut?" untuk menjawab pertanyaan pada kasus tersebut, dibutuhkan kata kunci. Kata kunci pada kasus tersebut adalah "Terapi aktivitas kelompok gangguan (TAK) persepsi sensori: halusinasi". TAK merupakan salah satu bentuk terapi mandiri perawat yang menunjukkan esensi dari keperawatan jiwa itu sendiri. Jadi jawaban yang benar adalah **C. Tindakan mandiri**

3. Seorang perawat melakukan screening pada salah satu keluarga yang anggota keluarnya di rawat di RSJ. Hasil screening didapatkan ada riwayat anggota keluarga yang pernah mengalami gangguan jiwa, keluarga juga tidak tahu cara perawatan pasien di rumah. Apa level kompetensi perawat dari kasus tersebut?

- a. Level dasar
- b. Level menengah
- c. Level lanjut
- d. Level pro
- e. Level akhir

Fokus pada pertanyaan "Apa level kompetensi perawat dari kasus tersebut?". Untuk menjawab pertanyaan pada kasus tersebut, dibutuhkan kata kunci. Kata kunci pada kasus tersebut adalah "screening pada satu keluarga". Screening merupakan pemeriksaan awal dalam mencegah kasus dan merupakan salah satu kompetensi awal yang harus dimiliki oleh perawat jiwa. Jadi jawaban yang benar adalah **A. level dasar.**

E. Tugas

1. Carilah jurnal peran perawat jiwa di dalam dan diluar negeri?
2. Adakah perbedaan peran perawat di luar dan di dalam negeri? Jelaskan!

Glosarium

Intervensi krisis	: perawatan darurat untuk menstabilkan pasien dengan pendekatan psikoterapi dan bersifat sementara
Psikoterapi	: metode intervensi dalam menangani masalah psikologi
Delegasi	: pemindahan kewenangan perawat dalam melakukan tindakan keperawatan.

Daftar Pustaka

- ANA. (2014). Scope and Standards of practice: Psychiatric mental health nursing, 2nd Edition. In *Nursesbooks.org* (2nd ed., Vol. 34, Issue 3). American Nurses Association.
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2012631822&site=ehost-live>
- Elvira, P., & Holmberg, C. (2023). A systematic mapping review identifying key features of restraint research in inpatient pediatric psychiatry : A human rights perspective. *International Journal of Law and Psychiatry*, 88(May). <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2023.101894>
- Hodzic, V., & Jd, S. E. J. (2023). Crisis Management in Psychiatry. *Advances in Psychiatry and Behavioral Health*, 3(1), 229–237. <https://doi.org/10.1016/j.ypsc.2023.03.020>
- Janssen, D. J. A., Bolt, S. R., Steen, J. T. Van Der, Mujezinovi, I., Dijkstra, L., & Meijers, J. M. M. (2021). Practical nursing recommendations for palliative care for people with dementia living in long-term care facilities during the COVID-19 pandemic : A rapid scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, 113. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103781>
- Kearney, A., Kumar, A., & Hoskins, C. (2021). The role of psychiatric mental health nurse practitioners in improving mental and behavioral health care delivery for children and adolescents in multiple settings. *Archives Psychiatr Nurs*, 34(5), 275–280. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2020.07.022>.The
- Kurtovic, B., Friganovic, A., Cukljek, S., Vidmanic, S., & Stievano, A. (2021). The development of the nursing profession and nursing education in Croatia. *Journal of Professional Nursing*, 37(3), 606–611. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2021.03.001>
- Singh, V., Kumar, A., & Gupta, S. (2022). Mental Health Prevention and Promotion—A Narrative Review. *Frontiers in Psychiatry*, 13(July), 1–17. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.898009>
- Stuart. (2023). *Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart* (B. A. Keliat (ed.); 2nd ed.). Elsevier.

BAB 5

PELAYANAN DAN KOLABORASI INTERDISIPLIN DALAM KESEHATAN DAN KEPERAWATAN JIWA

Ns. Noorwahyu Trihidayati, M. Kep.

Deskripsi Pembelajaran

Pokok bahasan ini mempelajari tentang pelayanan dan kolaborasi interdisiplin dalam kesehatan dan keperawatan jiwa. Dimana mahasiswa diberi kesempatan untuk mempelajari, menggali dan memahami tentang pengetahuan peran perawat, manfaat pelayanan dan kolaborasi interdisiplin, hambatan dalam pelayanan dan kolaborasi dalam keperawatan jiwa. Kegiatan pembelajaran berorientasi pada pencapaian mahasiswa dalam berpikir secara sistematis, komprehensif serta kritis dalam menganalisa konsep pelayanan dan kolaborasi interdisiplin melalui tugas mandiri maupun kelompok. Evaluasi dilakukan dengan latihan, pendalamam materi serta menyelesaikan tugas baik secara mandiri maupun kelompok.

Tujuan Pembelajaran

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa mampu

1. Memahami pengertian pelayanan dan kolaborasi interdisiplin dalam keperawatan jiwa
2. Memahami peran perawat
3. Memahami Elemen Penting Dalam Mencapai Kolaborasi Interdisiplin Efektif
4. Memahami Peran Perawat Jiwa dan kolaborasi interdisiplin Dalam Kesehatan Dan Keperawatan Jiwa
5. Memahami Manfaat Kolaborasi Interdisiplin Dalam Pelayanan Keperawatan Jiwa
6. Memahami Hambatan Dalam Melakukan Kolaborasi Interdisiplin dalam Keperawatan Jiwa

Capaian Pembelajaran

1. Mahasiswa mampu membuat keputusan dalam menjalankan pekerjaan profesi dengan logis, sistematis, kreatif, dan kritis.
2. Mahasiswa mampu melakukan komunikasi dengan baik dengan tim kesehatan lain maupun dengan pasien.
3. Menguasai nilai-nilai kemanusiaan.
4. Mampu bertanggung jawab terhadap praktik profesional baik tanggung jawab maupun tanggung gugat.

BAB 5

PELAYANAN DAN KOLABORASI INTERDISIPLIN DALAM KESEHATAN DAN KEPERAWATAN JIWA

A. Pengertian Pelayanan dan Kolaborasi Interdisiplin Keperawatan Jiwa

Interdisipliner adalah suatu kegiatan yang dilakukan berdasarkan komitmen yang disepakati, dengan tujuan yang jelas dan peran yang sesuai dengan profesi masing-masing. Hal ini memerlukan kerjasama dan integrasi antara disiplin yang berbeda. Mendapatkan informasi, meningkatkan komunikasi, dan menciptakan koordinasi yang baik adalah hal yang sangat penting. Hal ini akan berdampak pada kualitas perawatan yang tinggi untuk klien. Pengetahuan dan keterampilan dalam memberikan perawatan kesehatan jiwa sangatlah vital. Memberikan disiplin ilmu dan informasi kepada individu, keluarga, dan masyarakat adalah hal yang penting karena hasilnya dapat dipertanggungjawabkan secara menyeluruh. (Stuart, 2013)

Kolaborasi adalah istilah yang sering dipakai untuk menggambarkan kerja sama antara pihak-pihak tertentu. Ada banyak definisi dengan sudut pandang yang berbeda, namun semuanya didasari oleh prinsip yang sama tentang kebersamaan, kerja sama, berbagi tugas, kesetaraan, tanggung jawab, dan tanggung gugat. Dalam konteks medis, kolaborasi adalah proses di mana dokter dan perawat merencanakan dan bekerja bersama sebagai rekan, saling bergantung satu sama lain dalam batas-batas praktik mereka dengan membagi nilai-nilai dan saling mengakui dan menghargai kontribusi setiap individu dalam memberikan pelayanan keperawatan kepada individu, keluarga, dan masyarakat (American Medical Assosiation (AMA), 1994). Kolaborasi adalah proses kompleks yang membutuhkan berbagi pengetahuan yang terencana dan tanggung jawab bersama dalam merawat pasien. Beberapa kolaborasi yang kita gunakan untuk menggambarkan hubungan antara perawat dan ahli medis lainnya adalah bekerja bersama dalam kesetaraan.

Pelayanan kolaboratif interdisiplin dalam perawatan jiwa melibatkan sekelompok tim profesional kesehatan, termasuk perawat, dokter, dan anggota tim kesehatan lainnya, serta pasien dan keluarganya. Tujuannya adalah untuk menentukan diagnosa, tindakan medis, serta memberikan dukungan moral dan perhatian khusus kepada pasien yang mengalami

gangguan jiwa. Untuk memberikan pelayanan kesehatan terbaik kepada pasien sakit jiwa, peran aktif dari setiap anggota tim sangatlah penting agar pelayanan dapat berjalan dengan lancar. The health team members include: patients, nurses, doctors, physiotherapists, social workers, nutritionists, managers, and pharmacists. Maka, tim kolaborasi interdisiplin harus memiliki komunikasi yang efektif, tanggung jawab, dan saling menghargai antara anggota tim.

Pekerjaan yang dilakukan secara tim sangat penting untuk menyelesaikan secara efisien dalam menghadapi kompleksitas perawatan yang akan dilakukan. Salah satu cara untuk meningkatkan kualitas perawatan pasien adalah dengan memperluas kemampuan dalam melakukan tindakan. Manajemen pelayanan yang efektif dan terbaik dapat dicapai melalui kerjasama yang baik antara profesi, pelaksanaan tindakan secara profesional, diskusi tim, kegiatan audit bersama, dan hasil inovasi yang membantu meningkatkan pelayanan. Kolaborasi dan pendekatan lintas disiplin sangatlah vital sebagai dasar dalam memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas tinggi, efisien, dan efektif. Melalui penerapan keahlian yang beragam, tim akan bekerjasama dalam memberikan asuhan kesehatan yang optimal. (Mangkuprawira, 2011).

Keterlibatan pasien dalam proses pengambilan keputusan dapat meningkatkan efektivitas rencana perawatan. Keluarga pasien dapat dianggap sebagai pusat dari tim perawatan karena pasien tidak dapat berpikir dengan rasional. Di sana, anggota tim dapat bekerja sama untuk menetapkan tindakan-tindakan yang telah diputuskan. Jika pasien dengan gangguan jiwa tidak memiliki keluarga dekat, perawatlah yang dibutuhkan sebagai pusat anggota tim di sini. Dikarenakan perawatlah yang paling sering berkomunikasi dan berinteraksi langsung dengan pasien sakit jiwa. Perawat selalu berada di samping pasien selama 24 jam, sehingga mereka dapat memahami semua masalah pasien dan memiliki banyak kesempatan untuk memberikan pelayanan yang baik dengan dukungan dari tim yang solid.

Perawat membawa perspektif unik ke dalam tim interdisipliner sebagai anggota mereka. Perawat membantu dan menyediakan bantuan kepada pasien agar dapat menerima perawatan kesehatan dari praktisi kesehatan lainnya. Perawat memegang peran vital dalam menjembatani hubungan antara pasien dan penyedia layanan kesehatan. Dokter mempunyai peran dalam mendiagnosis, treatment maupun melakukan pencegahan terhadap penyakit.

Dalam situasi ini, dokter menggunakan berbagai cara pengobatan seperti memberikan obat dan melakukan pembedahan. Mereka sering berdiskusi dengan rekan tim untuk membuat referal pengobatan.

B. Peran Perawat Jiwa dan kolaborasi interdisiplin Dalam Kesehatan Dan Keperawatan Jiwa

Peran perawat jiwa menurut (Stuart, 2013), membantu merubah sikap antara lain:

1. Melihat/mengamati perubahan sikap dan perilaku klien
2. Menunjukkan penerimaan terhadap masalah yang anda hadapi
3. Memberikan respon yang cepat pada klien jika ingin mengungkapkan masalah yang dialami
4. Mampu memahami kondisi dan keadaan klien yang dirasakan
5. Melibatkan klien dalam berinteraksi dengan lingkungan
6. Aktif dalam penelitian
7. Mendidik masyarakat tentang pentingnya kesehatan mental
8. Melakukan kolaborasi dengan lembaga kesehatan mental
9. Mampu memberikan pelayanan yang komprehensif baik di klinik maupun di luar
10. Menerima konsultasi yang akan membantu klien

Kolaborasi merupakan bentuk kerjasama yang terjadi antara dua pihak, dimana diharapkan terbentuk kebersamaan, saling berbagi tugas dan motivasi, saling memahami tanggung jawab individu, tanpa perbedaan antar tim, dan komitmen yang jelas. Kolaborasi dalam kesehatan dan keperawatan jiwa dapat terjadi dengan melibatkan perawat, dokter, dan tim kesehatan lainnya dalam perencanaan dan praktik sebagai satu tim. Kerjasama di lingkungan keperawatan melibatkan etika, nilai-nilai, saling menghormati, dan saling menghargai terhadap semua yang terlibat dalam memberikan pelayanan keperawatan kepada individu, keluarga, dan masyarakat. (Stuart, 2013)

Kerjasama tim sangat penting untuk tenaga kesehatan dalam melaksanakan tugas. Pentingnya pelayanan dan hubungan yang baik dalam pekerjaan di bidang kesehatan, termasuk dalam memberikan asuhan perawatan mulai dari pengkajian, diagnosa, hingga memberikan edukasi kepada klien dan keluarganya. Bentuk kerjasama ini dapat dicapai dengan memberikan ide-ide dan perbedaan pendapat sehingga membentuk suatu bentuk kerjasama yang jelas. Kolaborasi dapat terbentuk melalui kontribusi ide

atau perbedaan pendapat yang akan menjadi dasar kerja sama yang konkret. Hubungan akan menjadi efektif dan profesional saat tim setuju untuk berinteraksi dalam hal tersebut. Ketika anggota tim bekerja sama dalam berkolaborasi, hal tersebut dapat sukses jika mereka menunjukkan perilaku yang baik yang akan membawa perubahan positif bagi klien dalam proses penyembuhan serta meningkatkan kualitas hidup mereka. Kolaborasi yang kuat antara profesional kesehatan akan terjadi ketika kedua tim terbuka dan bekerja secara optimal untuk memenuhi kebutuhan klien (Nursalam, 2020).

Hubungan antara perawat dan dokter khususnya di bidang kesehatan dan pelayanan kesehatan jiwa menjadi penting karena mewakili kesetaraan dan hubungan yang pantas dalam memberikan konsekuensi dalam menjalankan tanggung jawabnya. Wujud kesetaraan kelompok dapat diwujudkan melalui sikap dan perilaku yang tidak membeda-bedakan namun saling menghormati baik lahir maupun batin dalam memberikan pelayanan kesehatan. Observasi dan monitoring dapat dilakukan sebagai bentuk pengembangan kolaboratif dalam pelayanan yang diberikan. Perawat dan dokter akan menjadi rekan kerja yang memperhatikan batas ruang lingkup praktik yang dilaksanakan sesuai dengan pengetahuan etika, nilai, dan reaksi orang lain terhadap individu, keluarga, dan masyarakat. Hal yang perlu diperhatikan dalam menjalin kerjasama adalah kemampuan keterampilan masing-masing kelompok, berkomunikasi dengan jelas, memberikan jawaban yang baik dan dapat dipercaya, memberi dan menerima masukan yang jelas, serta mengambil keputusan bersama dan menyelesaikan masalah bersama. Di bawah ini beberapa kriteria dalam melakukan kolaborasi:

1. Saling membina hubungan saling percaya
2. Saling menghormati
3. Mampu menerima semua masing-masing bidang keilmuan
4. Mempunyai citra diri positif,
5. Mempunyai harga diri yang positif
6. Mempunyai kompetensi profesional baik pengetahuan maupun pengalaman
7. Mempunyai teman kerja dan kemampuan untuk bernegosiasi (Afnuhaji Ridhyala, 2015).

Kolaborasi tersebut tercapai karena semua tim medis sadar dan saling membutuhkan. Berupa peningkatan hubungan baik berupa kerjasama dan komunikasi yang dilakukan antar profesi baik secara resmi maupun di bidang

pelayanan kesehatan. Pekerjaan dapat berhasil bila tujuan tercapai dengan tepat (Nursalam, 2020)

C. Elemen Penting Dalam Mencapai Kolaborasi Interdisiplin Efektif dan Efisien

Kolaborasi menyatakan bahwa setiap anggota tim kesehatan perlu bekerja secara kompak untuk mencapai tujuan bersama. Untuk mencapai kolaborasi interdisiplin yang efektif, elemen-elemen penting yang diperlukan meliputi kerjasama, asertifitas, tanggung jawab, komunikasi, kewenangan, dan koordinasi sebagaimana ditunjukkan dalam skema di bawah ini.

1. Komunikasi

Komunikasi mengharuskan setiap anggota untuk berbagi informasi penting tentang perawatan pasien sakit jiwa dan isu terkait untuk memungkinkan pengambilan keputusan klinis.

2. Kerjasama

Bekerjasama berarti kita menghargai pendapat orang lain dan siap untuk mempertimbangkan beberapa alternatif pendapat dan perubahan keyakinan.

3. Tanggung Jawab

Tanggung jawab artinya memberikan dukungan pada keputusan yang telah disepakati bersama dan terlibat aktif dalam pelaksanaannya.

4. Ketegasan

Menunjukkan ketegasan adalah hal yang penting ketika anggota tim mengemukakan pendapat mereka dengan keyakinan. Tindakan asertif memastikan bahwa pendapat seseorang benar-benar didengar dan mencapai konsensus.

5. Koordinasi

Koordinasi diperlukan dalam perawatan pasien sakit jiwa untuk meningkatkan efisiensi organisasi, menghindari duplikasi tindakan, dan memastikan penyelesaian permasalahan oleh tenaga yang berkualifikasi.

6. Komitmen

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

7. Kewenangan

Anggota tim memiliki kewenangan untuk bertindak secara mandiri sesuai dengan kompetensinya.

Kolaborasi dapat berjalan dengan baik jika:

1. Semua profesi mempunyai visi dan misi yang sama
2. Masing-masing profesi mengetahui batas-batas dari pekerjaannya
3. Anggota profesi dapat bertukar informasi dengan baik
4. Masing-masing profesi mengakui keahlian dari profesi lain yang tergabung dalam tim.

Interdisiplin Keperawatan Jiwa

1. Konflik peran dan tugas yang akan dicapai yang tidak terselesaikan
2. Tidak sesuai jenjang pendidikan yang dimiliki
3. Struktur organisasi yang tidak rasional dan tidak jelas
4. Kemampuan kompetensi yang dimiliki tidak sesuai
5. Status peran dan kekuasaan yang dimiliki lebih dominan pada individu
6. Manfaat Kolaborasi Interdisiplin Pada Keperawatan dan Kesehatan Jiwa
7. Mampu mendapatkan pelayanan kesehatan yang komprehensif dan mempunyai kualitas tinggi
8. Mampu membedakan peran dan tugas masing-masing tim kesehatan
9. Meningkatkan komunikasi, kerjasama dan komitmen yang baik antar tim kesehatan
10. Meningkatnya loyalitas dalam bekerja, bersikap professional pada klien, keluarga dan masyarakat.
11. Memberikan kepuasan kepada pasien, keluarga dan masyarakat
12. Meningkatnya produktivitas kerja dan sumber daya manusia
Memberikan rasa saling keterbukaan, saling menghargai dan menghormati (Dermawan & Rusli, 2013).

Ada beberapa Komponen Jenjang Pelayanan Kesehatan Jiwa

1. Perawatan dilakukan secara individu dan keluarga
Peran keluarga sangat penting dalam melakukan perawatan pada pasien yang telah pulang ke rumah dengan menggunakan kemampuan keluarga dalam merawat pasien yang sakit. Motivasi individu untuk sembuh lebih penting.
2. Dukungan masyarakat baik secara formal maupun non formal

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

3. Pelayanan kesehatan yang dilakukan secara dasar

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

4. Pelayanan kesehatan di masyarakat

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

5. Pelayanan kesehatan jiwa di Rumah Sakit Umum

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

6. Pelayanan kesehatan jiwa di Rumah Sakit Jiwa

Rumah sakit jiwa merupakan salah satu pusat pelayanan kesehatan jiwa yang menerima rujukan dari puskesmas, rumah sakit umum dan masyarakat. Untuk tindak lanjut pasien akan diberi rujukan ke pusat kesehatan yang ada dimasyarakat seperti puskesmas (Varcarolis & M Elizabeth, 2015).

D. Manfaat Kolaborasi Interdisiplin Dalam Pelayanan Keperawatan Jiwa

Kolaborasi terbentuk berdasarkan konsep tujuan bersama, kontribusi dari praktisi profesional, kerjasama tim, komunikasi yang baik, dan praktik yang berfokus pada kebutuhan pasien. Kolegalitas menekankan pentingnya saling menghargai dan menggunakan pendekatan profesional dalam menangani masalah tim daripada menyalahkan orang lain atau menghindari tanggung jawab.

Tujuan kolaborasi interdisiplin dalam layanan perawatan psikiatri meliputi:

1. Memberikan layanan kesehatan berkualitas pada pasien gangguan jiwa dengan menggabungkan berbagai keahlian yang professional.
2. Manajemen sumber daya yang memaksimalkan produktivitas, efektivitas dan efisiensi.

3. Peningkatnya profesionalisme dan kepuasan kerja, dan loyalitas.
4. Meningkatnya kohesifitas antar professional.
5. Kejelasan peran dalam berinteraksi antar professional.
6. Memahami orang lain dengan menumbuhkan komunikasi dan menghargai pendapat.

E. Hambatan Dalam Melakukan Kolaborasi Interdisiplin dalam Keperawatan Jiwa

Kolaborasi interdisiplin tidak selalu bisa dikembangkan dengan mudah. Ada banyak hambatan antara anggota interdisiplin, meliputi:

1. Ketidaksesuaian pendidikan dan latihan anggota tim
2. Struktur organisasi yang konvensional
3. Konflik peran dan tujuan
4. Kompetisi interpersonal
5. Status, kekuasaan, dan individu

F. Hubungan Antara Perawat dan Klien

Perawat memiliki kemampuan untuk berkomunikasi dengan baik, yang memungkinkan manajemen perawatan dapat dilaksanakan dengan baik. Mereka juga mampu bekerja sama dengan klien, melakukan delegasi antar rekan perawat, dan berkoordinasi dengan seluruh tim kesehatan, baik dalam memberikan perawatan maupun dalam menyediakan pelayanan kesehatan ((Keliat & Jesika, 2016). Pentingnya peran perawat jiwa dalam pemberian obat bisa terlihat baik di rumah sakit jiwa maupun saat persiapan pulang pasien. Beberapa di antaranya meliputi:

1. Melakukan pengkajian masalah secara komprehensif
2. Perawat mempunyai data dasar yang mendukung pasien diberikan pengobatan yang dilihat dari faktor biologis, psikologis, sosial, riwayat pengobatan, diagnosa medis, serta pemeriksaan penunjang lainnya.
3. Kolaborasi dengan pengobatan yang diberikan
4. Perawat menentukan pengobatan yang tepat bagi pasien yang diberikan sesuai peraturan
5. Memberikan penyuluhan kesehatan
6. Perawat mendiskusikan manfaat kesehatan dari penggunaan pengobatan, pengaruh obat selama perawatan maupun di rumah.
7. Berikan informasi tentang dampak obat

8. Perawat selalu melihat efek samping pasien setelah minum obat dan memastikan obat dikonsumsi dengan tepat sesuai anjuran dokter, sehingga pengobatan yang dilakukan optimal.
9. Melaksanakan pengobatan dengan melihat prinsip-prinsip farmakologis Perawat memastikan prinsip dalam pemberian obat kepada pasien sudah tepat dan mampu bekerjasama dengan pasien.
 - a. Melakukan modifikasi pengobatan Perawat akan memodifikasi pengobatan yang dilakukan pada pasien dengan melihat karakteristik pasien dan masalah yang dialami.
 - b. Melakukan tindakan keperawatan sesuai rencana tindakan keperawatan Perawat mampu melakukan tindakan keperawatan sesuai rencana tindakan keperawatan yang dibuat dan melihat kemampuan klien dalam melakukan implementasi tersebut.
 - c. Melakukan program kelanjutan pengobatan pasien yang akan dilakukan. Perawat akan membantu pasien diberikan rujukan ke pelayanan kesehatan ketika obat telah habis dan membantu program terapi pengobatan yang telah dilakukan di Rumah Sakit.
 - d. Melakukan penelitian yang terkait Perawat mampu berperan sebagai peneliti utama dalam penelitian. (Yusuf et al., 2015)

G. Latihan Soal

1. Seorang Wanita seorang perawat bekerja di sebuah rumah sakit jiwa, Nn W baru 2 tahun bekerja sehingga dia selalu melakukan tugasnya sesuai dengan komitmen disepakati bersama dan sesuai dengan profesi masing masing. Dalam hal ini perawat tersebut sudah melakuakn pekerjaannya sesuai dengan?
 - A. Kolaboras
 - B. Interdisiplin
 - C. Tanggungjawab
 - D. Koordinasi
 - E. Ketegasan

Jawaban : B

Interdisiplin merupakan suatu kegiatan yang dilakukan berdasarkan komitmen yang disepakati, dengan tujuan yang jelas dan peran yang sesuai dengan profesi masing- masing. Sedangkan kolaborasi, tanggung jawab, koordinasi serta ketegasan merupakan elemen penting dalam mencapai interdisiplin yang efektif dan efisien.

2. Melibatkan pasien dalam proses pengambilan keputusan dapat meningkatkan efektivitas rencana keperawatan keluarga pasien bisa dinggap sebagai pusat dari tim perawatan sehingga tim dapat melakukan tindakan yang telah ditetapkan dengan baik secara komprehensif, selain itu perawat tersebut juga aktif melakukan penelitian, Dalam hal ini perawat sudah melakukan apa?
 - A. Peran perawat jiwa
 - B. Kewajiban perawat
 - C. Wewenang perawat
 - D. Tugas perawat
 - E. Hak perawat

Jawaban : A. Peran Perawat Jiwa

Peran perawat jiwa menurut stuart adalah aktif melakukan penelitian, mampi melibatkan klien dalam berinteraksi, melihat dan mengamati setiap perubahan klien, memberi pelayanan yang komprehensif.

3. Seorang perawat usia 23 tahun bekerja di sebuah rumah sakit. Perawat tersebut selalu memberikan informasi kepada pasien terkait dengan

perawatan yang dilakukannya, dia juga selalu bekerjasama dan berkoordinasi dengan tim kesehatan lain dalam melakukan tindakan keperawatan, dan selalu mendokumentasikan apa yang dikerjakan. Dalam hal ini perawat tersebut telah melakukan beberapa elemen dalam hal apa?

- A. Komunikasi
- B. Ketegasan
- C. Tanggung jawab
- D. Koordinasi
- E. Kolaborasi interdisiplin yang efektif dan efisien

Jawaban : E

Elemen penting dalam kolaborasi interdisiplin yang efektif dan efisien adalah komunikasi, ketegasan, tanggungjawab, koordinasi, komitmen dan kewenangan. Dalam kasus diatas dijelaskan bahwa perawat selalu koordinasi, bekerjaama, memberikan informasi dan selalu melakukan dokumentasi sebagai wujud tanggung jawabnya sebagai perawat

H. Tugas

Latihan : Lakukan kritikan jurnal terhadap kolaborasi interdisiplin peran perawat jiwa di dalam negeri maupun diluar negeri

Tujuan : Mahasiswa mampu memahami penerapan kolaborasi interdisiplin serta peran perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan jiwa baik di dalam negeri maupu diluar negeri

Prosedur : Mahasiswa mencari artikel jurnal tentang kolaborasi interdisiplin serta peran perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan jiwa

Diskusi:

1. Apakah masalah yang dapat diidentifikasi mahasiswa dari jurnal tersebut
2. Apakah ada perbedaan dalam pelaksanaan kolaborasi interdisiplin keperawatan jiwa di indonesia dan diluar negeri
3. Apa rekomendasi yang bisa mahasiswa sampaikan untuk meningkatkan kualitas perawat jiwa di Indonesia

Glosarium

CMHN: Community mental health nursing

Daftar Pustaka

- Afnuhaji Ridhyala. (2015). *Komunikasi Therapeutik dalam Keperawatan Jiwa*. Gusyen Publising.
- Dermawan, D., & Rusli. (2013). *Konsep dan Kerangka Kerja Asuhan Keperawaan Jiwa*. Gusyen Publising.
- Haryo Bimo Setiarto, Dr. R., Marni Br Karo, S. T. K. S. K. M. M. K., & Titus Tambaip, M. K., Dr. dr. (2021). *Penanganan Virus HIV/AIDS*. Deepublish. <Https://books.google.co.id/books?id=Bcs1EAAAQBAJ>. Deepublish. https. <https://books.google.co.id /books?id=Bcs1EAAAQBAJ>
- haryono, D., & Nashir, N. (2021). Pengembangan kapasitas kelembagaan komisi penanggulangan aids daerah (kpad) dalam pencegahan dan penanggulangan hiv/aids. *Jurnal Ilmiah Ilmu Pemerintahan*, 7(3), 464– 482. <Https://journals.unigal.ac.id/index.php/modrat/arti cle/view/2481>. *Jurnal Ilmiah Ilmu Pemerintahan*, 464–482.
- Hidayati, A. N. (2023). Manajemen HIV/AIDS: Terkini, Komprehensif, dan Multidisiplin. In *Airlangga University Press*. Airlangga University Press. <https://omp.unair.ac.id/aup/catalog/book/95>
- Keliat, B. A., & Jesika. (2016). *Keliat dan Jesika (2016). Prinsip dan Praktek Keperawatan Kesehatan Jiwa*.
- Mangkuprawira, S. (2011). *Manajemen Sumber Daya Manusia Strategik*. Ghalia Indonesia.
- Nursalam. (2020). *Manajemen Keperawatan*. Singapura: Elsevier.
- Stuart, G. W. (2013). *Principles and practice of psychiatric nursing* (10th ed). Elsevier Saunders.
- Varcarolis, & M Elizabeth. (2015). *Manual Psychiatric Nursing* (Fith Edition). Elsevier.
- Yosep, I., & Sutini, T. (2019). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa dan Advance Mental Health Nursing*. PT: Refika Aditama.
- Yusuf, Fitryasari, & Nihayati. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Salemba Medika.

BAB 6

SOSIOKULTURAL DALAM KONTEKS ASUHAN KEPERAWATAN JIWA

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

Deskripsi Pembelajaran

Bab ini menjelaskan tentang aspek sosiokultural dalam konteks asuhan keperawatan jiwa. Mahasiswa harus dapat memahami tentang aspek sosiokultural, terlebih kita tinggal di Indonesia dengan keanekaragaman suku dan budaya. Aspek sosiokultural dalam asuhan keperawatan jiwa merujuk pada pengaruh dan kontribusi faktor-faktor sosial dan budaya terhadap kondisi kesehatan mental seseorang. Bab ini akan membahas tentang pengertian sosiokultural, berbagai faktor risiko yang mempengaruhi, jenis stresor sosiokultural, dan jenis data pengkajian yang menjadi dasar perawat dalam memberikan asuhan keperawatan.

Tujuan Pembelajaran

Setelah mempelajari bab ini, diharapkan:

1. Mahasiswa diharapkan mampu mengetahui konsep sosiokultural dalam keperawatan jiwa.
2. Mahasiswa diharapkan mampu mengetahui berbagai faktor risiko sosiokultural dalam asuhan keperawatan jiwa.
3. Mahasiswa diharapkan mampu membedakan stresor sosiokultural dalam dalam konteks asuhan keperawatan jiwa.
4. Mahasiswa diharapkan mampu menentukan data pengkajian dalam konteks sosiokultural dalam konteks asuhan keperawatan jiwa.

Capaian Pembelajaran

Capaian pembelajaran pada bab ini meliputi:

1. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang konsep sosiokultural dalam keperawatan jiwa.
2. Mahasiswa mampu mengidentifikasi faktor risiko sosiokultural dalam asuhan keperawatan jiwa.
3. Mahasiswa mampu mengidentifikasi stresor sosiokultural dalam dalam konteks asuhan keperawatan jiwa.
4. Mahasiswa mampu mengidentifikasi data pengkajian dalam konteks sosiokultural dalam konteks asuhan keperawatan jiwa.

BAB 6

SOSIOKULTURAL DALAM KONTEKS ASUHAN KEPERAWATAN JIWA

A. Konsep Dasar Sosiokultural

Dalam proses asuhan keperawatan jiwa, perawat harus memperhatikan berbagai aspek dalam menyusun asuhan keperawatan sehingga mampu menyelesaikan masalah kesehatan pada klien, hal ini termasuk aspek sosiokultural. Aspek sosiokultural dalam asuhan keperawatan jiwa merujuk pada pengaruh dan kontribusi faktor-faktor sosial dan budaya terhadap kondisi kesehatan mental seseorang. Aspek sosiokultural mencakup norma-norma sosial, nilai-nilai budaya, dan interaksi sosial yang dapat mempengaruhi kesehatan mental klien (Nugaheni, 2018). Dalam memberikan asuhan keperawatan jiwa, perawat perlu memahami dan mengintegrasikan aspek sosiokultural ini untuk memberikan pelayanan yang holistik dan sesuai dengan kebutuhan individu (Susanto et al., 2023). Dalam aspek biopsikososial pada Model Adaptasi Stres Stuart dalam konteks asuhan keperawatan kesehatan mental, unsur sosiokultural disertakan sebagai bagian dari faktor predisposisi. Ini berarti bahwa elemen-elemen seperti gender, usia, tingkat pendidikan, penghasilan, jenis pekerjaan, keyakinan keagamaan, latar belakang budaya/ras, pengalaman sosialisasi, afiliasi politik, dan tingkat integrasi individu dalam masyarakat dapat diartikan sebagai faktor-faktor risiko atau protektif yang memengaruhi cara seseorang menghadapi stres (Stuart, 2016).

Jika kita membahas tentang teori keperawatan, teori keperawatan yang berhubungan konteks sosiokultural adalah Teori Keperawatan Transkultural yang dikemukakan oleh Madelaide Leininger. Madeleine Leininger merupakan seorang perawat dan antropolog, mengembangkan teori transkultural dengan fokus pada pengintegrasian dan penghargaan terhadap perbedaan budaya dalam perawatan kesehatan. Teori Leininger menekankan penggunaan pengetahuan dan pemahaman terhadap beragam budaya dalam konteks praktik keperawatan, dengan tujuan memberikan asuhan yang sesuai dan bermanfaat bagi individu, tanpa memandang perbedaan atau kesamaan latar belakang budaya mereka (Ponengoh, Yahya, & Riu, 2024).

Penilaian kesehatan jiwa mencerminkan totalitas kehidupan psikologis klien dan pengamatan yang dilakukan oleh perawat seiring berjalananya waktu,

termasuk aspek-aspek sosiokultural. Proses ini melibatkan pengamatan perawat terhadap perilaku klien, dan penafsiran dilakukan dengan sikap yang tidak menghakimi dan bersifat objektif. Faktor-faktor penilaian bervariasi tergantung pada presentasi klinis (data observasi), latar belakang pendidikan, dan konteks sosiokultural klien. Selain itu, pemeriksaan ini juga berfungsi sebagai landasan perbandingan untuk memantau perkembangan kesehatan jiwa klien dari waktu ke waktu (Stuart, 2016). Oleh karena itu, perawat perlu untuk melakukan pencatatan pemeriksaan status kesehatan jiwa bukan hanya melibatkan aspek klinis, tetapi juga memperhitungkan faktor-faktor sosiokultural. Dengan mendekati penilaian dengan sikap tidak menghakimi dan objektif, perawat dapat memahami konteks yang lebih luas yang memengaruhi kesehatan jiwa klien. Dengan demikian, pemahaman yang holistik terhadap individu dapat membantu dalam menyusun rencana perawatan yang lebih efektif dan relevan. Selain itu, menggunakan data pemeriksaan bekelanjutkan sebagai dasar perbandingan dapat membantu perawat dan tim kesehatan lainnya untuk melacak kemajuan klien dan menyesuaikan intervensi sesuai kebutuhan yang muncul seiring waktu.

B. Faktor Risiko Sosiokultural dalam Konteks Asuhan Keperawatan Jiwa

Pentingnya perawat memahami berbagai faktor risiko sosiokultural dalam menegakkan diagnosis keperawatan jiwa menjadi krusial dalam menghadapi tantangan dalam meningkatkan kesehatan jiwa klien. Seiring dengan berkembangnya pemahaman terhadap kesehatan jiwa, pengakuan terhadap dampak faktor-faktor sosial dan budaya terhadap kesejahteraan psikologis semakin menonjol. Faktor risiko sosiokultural seperti norma-norma budaya, stigma, dan ketidaksetaraan akses terhadap layanan kesehatan mental dapat menjadi pemicu atau penguat gejala gangguan jiwa. Oleh karena itu, dalam menegakkan diagnosis keperawatan jiwa, perawat tidak hanya perlu memahami gejala klinis tetapi juga meresapi pengaruh konteks sosial dan budaya yang membentuk pengalaman pasien.

Faktor risiko sosiokultural pada gangguan jiwa meliputi:

1. Usia

Pertanyaan yang berhubungan dengan faktor risiko sosiokultural terkait usia diantaranya:

- a. Apakah tahap perkembangan klien saat ini?
- b. Apakah tugas perkembangan klien?

- c. Apakah tugas perkembangan tersebut sudah sesuai dengan usia klien saat ini?
- d. Bagaimanakan sikap dan keyakinan klien dalam memandang kelompok usia tertentu?
- e. Stresor apa sajakah yang berkaitan dengan usia dan perkembangan yang sedang dihadapi oleh klien?
- f. Bagaimana pengaruh usia klien terhadap kondisi kesehatan jiwanya?

2. Suku Bangsa

Pertanyaan yang berhubungan dengan faktor risiko sosiokultural terkait dengan suku bangsa diantaranya:

- a. Apakah latar belakang suku bangsa klien?
- b. Apakah saat ini klien merasakan terasing secara kultural?
- c. Apakah klien memiliki toleransi terhadap buaya setempat? Ataukah klien bikultural atau multikultural?
- d. Apakah sikap, nilai, dan keyakinan klien tentang kelompok suku bangsa tertentu?
- e. Stresor apa sajakah yang berhubungan dengan kesukuan dan budaya yang dihadapi klien saat ini?
- f. Apa pengaruh suku bangsa seorang terhadap kesehatan jiwanya?

3. Gender

Pertanyaan yang berhubungan dengan faktor risiko sosiokultural terkait gender diantaranya:

- a. Apakah jenis kelamin dari klien?
- b. Apakah klien mampu untuk mengidentifikasi identitas gendernya?
- c. Bagaimana klien mengartikan peran gender yang melekat pada dirinya?
- d. Apa sikap dan keyakinan klien mengenai laki-laki dan perempuan, serta konsep maskulinitas dan feminitas dalam kehidupan sosialnya?
- e. Stresor apa sajakah yang terkait dengan gender yang saat ini dihadapi oleh klien?
- f. Bagaimanakah pengaruh gender individu terhadap kesehatannya?

4. Pendidikan

Pertanyaan yang berhubungan dengan faktor risiko sosiokultural terkait pendidikan diantaranya:

- a. Sejauh mana tingkat pendidikan yang dimiliki klien?
- b. Bagaimana perjalanan pengalaman pendidikan klien?

- c. Bagaimana pandangan dan keyakinan klien terhadap pendidikan secara umum dan pendidikan dirinya sendiri secara khusus?
- d. Apa stresor yang terkait dengan isu pendidikan yang sedang dihadapi oleh klien?
- e. Bagaimana dampak tingkat pendidikan klien terhadap kesehatan jiwanya?

5. Penghasilan

Pertanyaan yang berhubungan dengan faktor risiko sosiokultural terkait penghasilan diantaranya:

- a. Seberapa besar pendapatan yang diterima oleh klien?
- b. Dari mana asal pendapatan klien?
- c. Bagaimana klien menggambarkan aspek-aspek tertentu dari kategori pendapatan?
- d. Apakah pendapatan klien mencukupi untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari atau kesehatan?

6. Sistem Keyakinan

Pertanyaan yang berhubungan dengan faktor risiko sosiokultural terkait sistem keyakinan diantaranya:

- a. Bagaimana pandangan klien terhadap konsep sehat maupun sakit?
- b. Apa agama atau keyakinan spiritual yang dianut oleh klien, baik saat ini maupun di masa lalu? dan apakah terdapat perubahan?
- c. Siapa yang umumnya memberikan perawatan kesehatan kepada klien?
- d. Siapa yang umumnya memberikan nasihat terkait agama, nilai kehidupan, atau penguatan kepada klien?
- e. Stresor apa yang terkait dengan sistem keyakinan yang sedang dihadapi oleh klien?
- f. Bagaimana sistem keyakinan klien memengaruhi kesehatan jiwanya?

Faktor predisposisi ini memiliki potensi signifikan dalam meningkatkan risiko munculnya gangguan jiwa, mengurangi peluang klien untuk pulih, atau bahkan keduanya. Satu atau dua faktor ini sendiri tidak dapat sepenuhnya mencerminkan kerumitan konteks sosiokultural yang terlibat dalam asuhan keperawatan jiwa. Namun, secara bersamaan, faktor-faktor ini memberikan gambaran yang penting terkait dengan dimensi sosiokultural pasien. Pemahaman mendalam terhadap berbagai interaksi faktor predisposisi ini dapat menjadi dasar yang kuat dalam merancang intervensi keperawatan jiwa.

yang lebih terfokus dan efektif, dengan tetap memperhatikan latar belakang sosial dan budaya klien. Dengan mempertimbangkan kerangka sosiokultural ini, perawat dapat mengembangkan rencana perawatan yang lebih holistik dan sesuai dengan kebutuhan pasien, serta meningkatkan efektivitas intervensi dalam mengatasi tantangan kesehatan mental yang dihadapi oleh individu.

Dalam menerapkan pertimbangan keputusan klinis perawat harus memperhatikan adanya bias sosiokultural. Dalam melengkapi pemeriksaan status kesehatan jiwa, perawat perlu menyadari kemungkinan yang mereka bisa gunakan sebagai kriteria penentu secara kultural ketika mempertimbangkan keputusan tentang kondisi kesehatan jiwa klien (Stuart, 2016).

Berbagai contoh potensi bias dari perawat termasuk berikut ini:

- a. Bagaimanakah sikap berpakaian klien dinilai (meliputi apa yang tidak lazim atau pakaian yang diharapkan perawat)
- b. Apakah semua budaya menerima kontak mata langsung?
- c. Apa nilai perawat tentang kebersihan diri dan bagaimana nilai ini mempengaruhi pengkajian?
- d. Apakah perkataan dan bahasa yang digunakan klien beragam berdasarkan kelas sosial dan gaya hidup?
- e. Bagaimanakah bahasa tubuh dan penggunaan ruang personal yang beragam berdasarkan etnis dan kelompok sosial?
- f. Andaikan sejumlah besar kelompok usia dewasa di Indonesia memiliki keterampilan pendidikan yang rendah, apa norma ukuran yang digunakan untuk mengukur kemampuan membaca, menulis, atau tugas penyelesaian masalah?
- g. Seberapa tingkat pengetahuan tentang peribahasa? Interpretasi apa yang benar?

C. Stresor Sosiokultural dalam Konteks Asuhan Keperawatan Jiwa

Ketidaksadaran terhadap faktor risiko dan dampaknya pada individu, yang sejalan dengan kurangnya penghargaan terhadap perbedaan sosiokultural, dapat menyebabkan pemberian asuhan keperawatan yang kurang memadai. Hal ini dapat berakibat pada penanganan yang tidak sesuai dengan kebutuhan khusus pasien dan bahkan meningkatkan risiko terjadinya ketidaksetaraan dalam pelayanan kesehatan mental. Oleh karena itu, kesadaran terhadap faktor risiko serta upaya untuk menghargai dan

memahami keragaman sosiokultural menjadi kunci dalam meningkatkan kualitas asuhan keperawatan jiwa. Berikut ini merupakan berbagai stresor yang terjadi terkait sosiokultural (Tabel 6.1)

Tabel 6.1 Stresor Sosiokultural dan Pengertiannya

No.	Stresor	Pengertian
1	Keadaan yang merugikan	Kekurangan sumber sosio-ekonomi yang merupakan dasar untuk adaptasi biopsikososial
2	Stereotip	KONSEPSI depersonalisasi individu dalam suatu kelompok
3	Intoleransi	Ketidak sediaan untuk menerima perbedaan pendapat atau keyakinan orang lain atau latar belakang yang berbeda
4	Stigma	Sikap yang melekat pada lingkungan sosial individu sebagai suatu yang berbeda atau rendah
5	Prasangka	Keyakinan yang tidak menyenangkan dan dipertimbangkan sebelumnya tentang individu atau kelompok dengan tidak memperhatikan pengetahuan, pikiran, atau alasan
6	Diskriminasi	Perlakuan yang berbeda pada individu atau kelompok yang tidak berdasarkan kebaikanku yang sebenarnya
7	Rasisme	Keyakinan bahwa perbedaan yang terdapat antara ras menentukan pencapaian individu dan bahwa ras yang satu lebih tinggi

D. Data Pengkajian Sosiokultural dalam Konteks Asuhan Keperawatan Jiwa

Pemahaman mengenai faktor risiko sosiokultural dan stresor yang dialami oleh pasien memberikan kontribusi yang signifikan terhadap kapabilitas perawat dalam membangun relasi terapeutik, mengidentifikasi permasalahan kesehatan jiwa yang dihadapi pasien, dan merancang rencana tindakan keperawatan yang sesuai, akurat, serta mempertimbangkan konteks budaya secara mendalam. Kesadaran terhadap pengaruh etnik dan budaya dalam proses psikoterapi semakin berkembang, menekankan pentingnya konteks kultural baik dari klien maupun pemberi layanan kesehatan (Sue, Zane, Nagayama Hall, & Berger, 2009). Kerja sama antara perawat dan pasien menjadi krusial dalam menyepakati aspek-aspek seperti respons coping pasien, strategi penyelesaian masalah, dan harapan terkait hasil pengobatan (Molina-Mula & Gallo-Estrada, 2020). Dengan demikian, pemahaman yang terintegrasi terhadap faktor sosiokultural menjadi fondasi yang kokoh dalam memastikan bahwa perawatan jiwa yang diberikan sesuai dengan kebutuhan dan nilai-nilai budaya pasien.

Informasi terkait kesehatan jiwa dalam konteks sosiokultural dapat dibagi menjadi dua jenis data, yaitu data subyektif dan data objektif (Stuart, 2016). Data subyektif merujuk pada informasi yang diberikan secara langsung oleh pasien atau keluarga melalui wawancara dengan perawat. Sebaliknya, data objektif adalah informasi yang diperoleh melalui pengamatan atau pemeriksaan langsung yang dilakukan oleh perawat. Dalam konteks asuhan keperawatan jiwa, memahami perbedaan antara data subyektif dan objektif menjadi kritis untuk merancang intervensi yang efektif. Data subyektif memberikan wawasan mengenai pengalaman dan persepsi pasien terhadap kesehatan jiwa mereka, sementara data objektif memberikan gambaran dari segi observasi dan pemeriksaan fisik yang dapat memberikan pandangan lebih holistik. Kombinasi kedua jenis data ini membantu perawat dalam mengidentifikasi gejala, mengukur tingkat kesehatan jiwa, dan merumuskan rencana tindakan yang sesuai dengan konteks sosiokultural individu. Hal ini penting agar perawat dapat memberikan asuhan yang lebih personal, merespons kebutuhan khusus pasien, dan memastikan bahwa intervensi yang dijalankan sesuai dengan nilai-nilai dan norma-norma budaya yang mungkin memengaruhi pengalaman kesehatan mental pasien.

Dalam konteks sosiokultural, jenis data yang diperoleh dalam asuhan keperawatan jiwa menjadi sangat penting. Data primer, yang diperoleh secara langsung oleh perawat melalui interaksi dan observasi terhadap pasien, memberikan wawasan mendalam terkait pengalaman dan persepsi individu terhadap kesehatan jiwa mereka, dengan mempertimbangkan faktor sosial dan budaya yang memengaruhi. Sebaliknya, data sekunder, yang berasal dari pengkajian perawat yang lintas atau catatan tim kesehatan, dapat memberikan informasi lebih lanjut tentang konteks sosiokultural yang memengaruhi kondisi kesehatan mental pasien. Data sekunder dapat mencakup sejarah keluarga, pengalaman hidup, dan norma-norma budaya yang mungkin membentuk pandangan pasien terhadap kesehatan jiwa. Memahami perbedaan antara kedua jenis data ini memungkinkan perawat untuk merancang rencana perawatan jiwa yang lebih sensitif terhadap aspek sosiokultural, meningkatkan efektivitas intervensi, dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan sesuai dengan nilai-nilai dan norma-norma budaya pasien. Oleh karena itu, pengumpulan dan analisis data dalam konteks sosiokultural menjadi kunci untuk memberikan pelayanan kesehatan jiwa yang holistik dan terpersonal.

E. Latihan Soal

1. Seorang perawat melakukan kunjungan pada pasien gangguan jiwa di rumahnya. Bagaimana perawat dapat meningkatkan asuhan keperawatan jiwa yang responsif terhadap faktor sosiokultural
 - a. Mengabaikan perbedaan budaya untuk mencegah kesalahan interpretasi
 - b. Menyediakan informasi tentang aspek sosiokultural hanya jika diminta oleh pasien dan keluarga
 - c. Melakukan perawatan yang bersifat umum tanpa mempertimbangkan kepercayaan dan nilai budaya
 - d. Melakukan intervensi dan evaluasi dengan menyesuaikan kebiasaan sosial dan budaya pasien dan keluarga
 - e. Mengintegrasikan pemahaman mendalam terhadap faktor sosial dan budaya pasien dalam perencanaan perawatanJawaban: e. Mengintegrasikan pemahaman mendalam terhadap faktor sosial dan budaya pasien dalam perencanaan perawatan
2. Apakah dampak stigma terhadap gangguan kesehatan jiwa dalam konteks sosiokultural
 - a. Memberikan keamanan bagi pasien
 - b. Meningkatkan dukungan masyarakat terhadap pasien
 - c. Menciptakan lingkungan yang inklusif dan ramah budaya
 - d. Menyebabkan hambatan dalam pencarian bantuan dan perawatan
 - e. Tidak berpengaruh pada akses pasien ke pelayanan kesehatan jiwaJawaban: c. Menyebabkan hambatan dalam pencarian bantuan dan perawatan
3. Seorang perawat saat ini bersiap akan memberikan perawatan pasien gangguan jiwa dan keluarganya di suatu desa. Apakah alasan yang tepat bagi perawat untuk memahami keyakinan budaya pasien dalam konteks asuhan keperawatan jiwa?
 - a. Keyakinan budaya menyediakan pengobatan
 - b. Pasien hanya memerlukan asuhan dalam lingkup keluarga
 - c. Meminimalkan intervensi agar sesuai dengan norma budaya
 - d. Hanya penting untuk pasien dengan latar belakang budaya yang spesifik
 - e. Membantu membangun hubungan terapeutik dan merancang perawatan yang sesuai

Jawaban: e. Membantu membangun hubungan terapeutik dan merancang perawatan yang sesuai

F. Tugas

Apakah perawat yang bekerja di unit medikal bedah secara rutin melakukan pengakjian status psikologis dan sosiokultural pasien? Diskusikan hal ini mengingat semua perawat seharusnya memberikan asuhan keperawatan yang holistik yang mencakup aspek biopsikososial.

Daftar Pustaka

- Molina-Mula, J., & Gallo-Estrada, J. (2020). Impact of Nurse-Patient Relationship on Quality of Care and Patient Autonomy in Decision-Making. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(3), 835. <https://doi.org/10.3390/ijerph17030835>
- Nugaheni, H. (2018). *Kesehatan Masyarakat dalam Determinan Sosial Budaya* (1st ed.). Yogyakarta: Deepublish.
- Ponengoh, D. T., Yahya, I. M., & Riu, S. D. M. (2024). Hubungan Kompetensi Perawat Tentang Transcultural Nursing Dengan Pengalaman Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik di Ruang Rawat Inap Interna RSU GMIM Pancaran Kasih Manado. *PROTEIN: Jurnal Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan*, 2(1).
- Stuart, G. W., Keliat, B. A., & Pasaribu, J. (2016). *Prinsip dan Praktek Keperawatan Kesehatan Jiwa (Buku 1)* (1st Indone). Jakarta: Elsevier.
- Sue, S., Zane, N., Nagayama Hall, G. C., & Berger, L. K. (2009). The Case for Cultural Competency in Psychotherapeutic Interventions. *Annual Review of Psychology*, 60(1), 525–548. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.60.110707.163651>
- Susanto, W. H. A., Lembang, F. T. D., Yulianti, N. R., Hasniati, Syarif, I., Aji, R., & Sinaga, M. R. E. (2023). *Holistic & Transkultural Nursing* (1st ed.). Padang: Global Eksekutif Teknologi.

BAB 7

LEGAL DAN ETIK DALAM KONTEKS ASUHAN KEPERAWATAN JIWA

Nurul Mawaddah, S.Kep.Ns., M.Kep.

Deskripsi Pembelajaran

Pasien dengan masalah kesehatan jiwa dipandang memiliki sedikit hak dan seringkali menjadi sasaran perlakuan yang tidak manusiawi. Dengan adanya pengakuan terhadap hak dan adanya peraturan perundang-undangan pada pasien dengan masalah kesehatan mental saat ini menuntut seluruh tenaga kesehatan di setting pelayanan ini berkomitmen meningkatkan hak-hak pasien. Aspek legal dan menerapkan prinsip etik dalam merawat pasien sangat penting dalam melindungi hak-hak pasien serta kualitas perawatan yang diterima oleh pasien. Pemahaman terhadap kebijakan dan standar praktik bertujuan untuk melindungi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan, serta melindungi pasien dari adanya pelanggaran hak asasi, pelanggaran etik, maupun pelanggaran hukum lainnya terkait dengan penyelenggaraan pelayanan kesehatan mental. Topik ini membahas tentang aspek legal dalam perawatan kesehatan mental dan aspek etik yang muncul dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan mental.

Tujuan Pembelajaran

1. Tujuan Pembelajaran Umum
Setelah mempelajari topik ini, mahasiswa memahami aspek legal dan etik dalam konteks keperawatan jiwa
2. Tujuan Pembelajaran Khusus
Setelah mengikuti pembelajaran ini, mahasiswa mampu :
 - a. Menjelaskan pengertian legal dan etik dalam keperawatan jiwa
 - b. Mengidentifikasi aspek legal dalam pelayanan keperawatan jiwa
 - c. Menerapkan Upaya Pencegahan Perawat Psikiatri terhadap Permasalahan Legal Praktik
 - d. Menerapkan prinsip etik dalam konteks keperawatan jiwa
 - e. Menganalisis Dilema etik dalam konteks keperawatan jiwa
 - f. Menerapkan metode Pengambilan Keputusan etis

Capaian Pembelajaran

Capaian pembelajaran pada topik ini adalah mahasiswa memahami dan menerapkan konsep legal dan etik dalam keperawatan jiwa, aspek legal dan etik dalam keperawatan jiwa, Upaya Pencegahan Perawat Psikiatri terhadap Permasalahan Legal Praktik, prinsip etik dalam konteks keperawatan jiwa, Dilema etik dalam konteks keperawatan jiwa dan metode pengambilan keputusan etis.

BAB 7

LEGAL DAN ETIK DALAM KONTEKS ASUHAN KEPERAWATAN JIWA

A. Definisi Legal dan Etik dalam Praktik Keperawatan Jiwa

Legal adalah sesuatu yang dianggap sah oleh hukum dan undang-undang. Legislasi adalah ketentuan hukum yang mengatur hak dan kewajiban seseorang yang berhubungan erat dengan tindakan. Aspek legal dalam keperawatan adalah aturan keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai lingkup wewenang dan tanggung jawabnya pada berbagai tatanan pelayanan termasuk hak dan kewajibannya. Aspek legal dalam praktik keperawatan jiwa meliputi:

1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang kesehatan, bahwa perawat adalah tenaga kesehatan yang diakui undang-undang yang terdiri dari perawat vokasi, ners dan ners spesialis. Selain itu dalam pedoman ini juga menunjukkan bahwa standar pelayanan di rumah sakit mencakup standar asuhan keperawatan. Pada undang-undang ini juga memberikan penjelasan terkait pelayanan kesehatan jiwa yang diharus menjadi perhatian perawat
2. Undang-undang nomor 36 tahun 2014 tentang tenaga kesehatan
3. Undang-undang Nomor 38 tahun 2014 tentang Keperawatan
4. Peraturan Menteri kesehatan republik Indonesia nomor 26 tahun 2019 tentang peraturan pelaksanaan undang-undang nomor 38 tahun 2014 tentang keperawatan
5. Undang-undang nomor 18 tahun 2014 tentang kesehatan jiwa

Etik merupakan suatu pertimbangan yang sistematis tentang perilaku benar atau salah, kebaikan atau kejahatan yang berhubungan dengan perilaku. Etik keperawatan adalah sudut pandang pada apa yang baik dan benar untuk kesehatan dan kehidupan manusia. Etik mengarahkan bagaimana seorang perawat harus bertindak dan berinteraksi dengan orang lain. Etik keperawatan adalah nilai-nilai dan prinsip-prinsip yang diyakini oleh profesi keperawatan dalam melaksanakan tugasnya yang berhubungan dengan pasien, masyarakat, teman sejawat maupun dengan organisasi profesi, serta pengaturan praktik dalam keperawatan itu sendiri. Etik keperawatan menurut Florence Nightingale dalam ikrar profesi, adalah 1) membantu yang sakit untuk mencapai keadaan

sehat, 2) membantu yang sehat mempertahankan kesehatannya, 3) membantu mereka yang tidak dapat disembuhkan untuk menyadari potensinya, dan 4) membantu seseorang yang menghadapi kematian untuk hidup seoptimal mungkin sampai menjelang ajal. Etik keperawatan merupakan suatu acuan dalam melaksanakan praktik keperawatan, tidak terkecuali keperawatan jiwa. Keputusan dan tindakan perawat psikiatri kepada klien dibedakan oleh apa yang dinamakan dengan ethical manner (cara yang sesuai dengan etik).

B. Aspek Legal dalam Pelayanan Keperawatan Jiwa

1. Hak pasien dalam lingkungan psikiatrik

Pasien yang mendapatkan perawatan kesehatan mental juga memiliki semua hak yang diberikan kepada semua orang kecuali hak meninggalkan rumah sakit dalam keadaan terpaksa. Hak pasien dalam lingkungan psikiatri meliputi :

- a. Hak menolak perawatan
- b. Hak untuk berkomunikasi dengan orang lain diluar RS untuk berkorespondensi, telepon dan mendapatkan kunjungan
- c. Hak untuk berpakaian
- d. Hak untuk beribadah
- e. Hak untuk dipekerjakan apabila memungkinkan
- f. Hak untuk menyimpan dan membuang barang
- g. Hak untuk melaksanakan keinginanya
- h. Hak untuk memiliki hubungan kontraktual
- i. Hak untuk membeli barang
- j. Hak untuk pendiidkan
- k. Hak untuk pemeriksaan jiwa atas inisiatif pasien
- l. Hak pelayanan publik
- m. Hak mempertahankan lisensi hukum, lisensi profesi
- n. Hak untuk menuntut dan dituntut
- o. Hak untuk tidak mendapatkan restrain mekanik yang tidak perlu
- p. Hak untuk perwalian hukum
- q. Hak untuk privasi
- r. Hak untuk informed consent
- s. hak mengirim dan menerima surat tertutup
- t. hak menerima atau menolak pengunjung yang datang

Setiap pembatasan seperti surat atau pengunjung, harus dibuat untuk tujuan yang jelas dan didokumentasikan. Keputusan ini dapat diambil oleh pengadilan atau orang yang ditunjuk mengambil Keputusan, seperti perawat primer atau katim, tergantung pada peraturan setempat. Contoh kondisi tersebut misalnya:

- 1) Pasien yang ingin bunuh diri tidak diperbolehkan menyimpan ikat pinggang, tali Sepatu atau gunting karena dapat digunakan untuk menyakiti diri sendiri
- 2) Seorang pasien yang menjadi agresif setelah mendapat pengunjung tertentu, maka pengunjung tersebut dilarang berkunjung selama jangka waktu tertentu
- 3) Pasien yang berinteraksi dengan mengancam orang lain hanya diperbolehkan melakukan interaksi dengan pengawasan sampai kondisinya membaik.

The American Psychiatric Association (APA) mengembangkan prinsip pemberian layanan perawatan pasien dengan kesehatan mental dengan memenuhi hak pasien sebagai berikut:

- 1) Hak mendapat informasi tentang manfaat perawatan, informasi pemberi pelayanan, pilihan pengobatan yang tersedia, prosedur dan pengaduan
- 2) Hak mendapatkan pemenuhan kebutuhan
- 3) Hak dijamin Kerahasiaan
- 4) Hak memilih pemberi layanan
- 5) Hak mendapatkan pengobatan dari tenaga professional
- 6) Hak mendapatkan pelayanan yang sama dan tanpa diskriminasi
- 7) Hak mendapatkan Perawatan yang memberikan perlindungan dan manfaat yang besar
- 8) Hak mendapatkan proses peninjauan pengobatan yang adil dan valid
- 9) Hak mendapatkan pertanggungjawaban atas cedera yang disebabkan malpraktek

2. Aspek legal penolakan pasien dirawat di Rumah sakit

Beberapa pasien dengan masalah kesehatan mental tidak ingin dirawat di Rumah sakit. Dalam kondisi pasien tidak bersedia dirawat di rumah sakit, tenaga kesehatan profesional dapat menghormati keinginan pasien tersebut kecuali jika pasien membahayakan diri atau orang lain,

seperti mengancam, mencoba bunuh diri atau melukai orang lain. Sehingga pasien yang dirawat di rumah sakit tetapi bukan keinginanya dapat berkomitmen dirawat sampai tidak ada keinginan menyakiti diri atau orang lain. Namun tetap perlu mempertimbangkan peraturan perundangan yang berlaku, bahwa ada batasan terhadap hak pasien untuk kebebasan, yaitu kemampuan untuk meninggalkan Rumah sakit kapanpun pasien inginkan, hal ini dilakukan berdasarkan program perawatan pasien di rumah sakit.

Berdasarkan UU nomor 17 tahun 2023 tentang kesehatan pada pasal 80 menunjukkan bahwa penatalaksanaan rawat inap pada orang dengan gangguan jiwa harus mendapatkan persetujuan tindakan secara tertulis dari orang dengan gangguan jiwa yang bersangkutan, bila dianggap tidak cakap dalam membuat Keputusan maka persetujuan tindakan dapat diberikan oleh suami/istri, orangtua, anak atau saudara kandung yang berusia 18 tahun keatas, wali atau pejabat berwenang. Bila tidak ada salah satu diatas maka tindakan medis untuk mengatasi kondisi kedaruratan dapat diberikan tanpa persetujuan. Penetuan kecakapan pasien dilakukan oleh dokter spesialis jiwa atau dokter yang memebrikan layanan medis saat itu.

3. Aspek legal Keputusan pasien keluar rumah sakit

Pasien psikiatrik yang dirawat di Rumah sakit memiliki hak keluar rumah sakit jika sudah tidak menimbulkan bahaya bagi diri maupun orang lain, yang dapat dilihat dari pasien berkomitmen minum obat dan kondisinya membaik dengan cepat. Namun beberapa pasien berhenti minum obat setelah keluar dari rumah sakit dan Kembali menjadi agresif, mengancam, serta membahayakan diri dan orang lain. Sehingga tenaga kesehatan dianggap yang paling bertangung jawab secara hukum karena telah mengeluarkan pasien yang belum sembuh dari rumah sakit. Oleh karena itu sangat penting pasien menandatangani permohonan tertulis untuk keluar rumah sakit dan dapat keluar rumah sakit dengan catatan medis, sehingga jika dipasien melakuakn tindakan yang berbahaya maka dapat dilakukan perawatan lagi diluar kehendak pasien.

4. Aspek legal dalam kewajiban pengobatan rawat jalan pada pasien psikiatrik

Pasien yang telah keluar rumah sakit wajib melanjutkan pengobatan rawat jalan tanpa mempertimbangkan keinginan pasien. Pasien harus berpartisipasi dalam pengobatan rawat jalan meliputi mengambil obat yang telah diresepkan, datang menepati janji dengan penyedia layanan kesehatan tindak lanjut, serta menghadiri program atau kelompok pengobatan tertentu. Terdapat manfaat dalam pengobatan rawat jalan yaitu melindungi pasien dari tindakan yang membahayakan, serta pengobatan rawat jalan gratis atau lebih hemat biaya. Pengobatan rawat jalan diwajibkan terutama pada pasien dengan gangguan jiwa berat dan persisten yang sering terjadi kekambuhan dan perawatan ulang

5. Aspek legal dalam lingkungan perawatan pasien psikiatrik

Pasien dengan masalah kesehatan mental mempunyai hak mendapatkan lingkungan yang tidak mengekang/membatasi untuk memenuhi kebutuhan mereka. Pasien tidak harus dirawat di rumah sakit jika dapat dilakukan rawat jalan atau dirumah bersama keluarga. Dalam hal ini pasien juga harus bebas dari pengekangan atau pengasingan kecuali diperlukan. Pengekangan (restrain) dan pengasingan (seclusion) hanya dilakukan sesuai dengan standar akreditasi di rumah sakit.

Pengekangan (Restraint) adalah melakukan penerapan langsung dengan kekuatan fisik tanpa ijin pasien untuk membatasi pergerakan pasien. Restrain bisa dari manusia atau mekanis atau keduanya. Restrain oleh manusia terjadi ketika anggota staf secara fisik mengontrol pasien dan memindahkannya ke pengasingan ruang (ruang isolasi/seclusi ruang). Sedangkan restrain mekanis adalah perangkat berupa pengekangan pergelangan kaki dan pergelangan tangan, diikat ke rangka tempat tidur untuk mengurangi agresi fisik pasien seperti memukul, menendang dna mencabut rambut.

Pengasingan (seclusion) adalah pengurungan pasien tanpa disengaja dalam suatu tempat yang terkunci dilengkapi dengan jendela keamanan atau kamera untuk pemantauan visual langsung serta dihindarkan dari barang-barang yang berbahaya. Manfaat seclusi adalah mengurangi rangsangan, melindungi orang lain dari pasien, mencegah kerusakan property dan memberikan privasi pasien. Tujuan dilakukan seclusi adalah memberikan kesempatan pasien untuk mendapatkan Kembali pengendalian dari fisik dan emosional. Namun Sebagian besar pasien

dengan riwayat seclusi melaporkan perasaan marah, gelisah, bosan, frustasi, tidak berdaya dan takut. Pasien menganggap seclusi adalah hukuman yang sangat lama, dan banyak pasien yang tidak tahu alasan mereka diasingkan dan kriteria keluar dari pengasingan ini

Restrain dan seclusi hanya boleh dilakukan jika pasien agresif membahayakan diri dan orang lain. Oleh tenaga terlatih, pada pasien dewasa membutuhkan evaluasi dalam waktu 1 jam setelah tindakan restrain atau seklusi, dan setiap 8 jam setelahnya. Advis dokter setiap 4 jam, penilaian perawat setiap 1 sampai 2 jam serta melakukan pengawasan yang ketat pada pasien. Sedangkan pada anak-anak, sesuai advis dokter harus diperbarui setiap 2 jam dengan evaluasi tatap muka setiap 4 jam. Perawat melakukan penilaian cedera apapun pada pasien, mendokumentasikan kondisi kulit, peredaran darah ditangan dan kaki, aspek emosional dan kesiapan untuk menghentikan tindakan restrain dan seklusi, serta memberikan perawatan sesuai kebutuhan. Perawat juga memantau efek samping obat yang didapatkan pada pasien saat kondisi darurat. Pemantauan oleh staf secara tatap muka harus dilakukan secara terus menerus selama periode restrain atau seclusi. Tindakan seclusi dapat dilakukan pemantauan secara tatap muka sekali, dan bisa dilanjutkan dengan menggunakan audio dan video. Kontak yang sering oleh perawat mendorong penilaian berkelanjutan terhadap pengendalian diri, serta memberikan kesempatan perawat untuk meyakinkan pasien bahwa restrain adalah prosedur restorative, bukan prosedur hukuman.

Selain itu perawat juga mendokumentasikan makanan, cairan dan penggunaan kamar mandi. Perawat juga harus memberikan informasi pada pasien tentang kriteria perilaku yang akan digunakan untuk menentukan apakah akan mengurangi atau mengakhiri penggunaan restrain atau seclusi. Kriteria tersebut meliputi: pasien mampu mengungkapkan perasaan dan secara verbal tidak melakukan ancaman verbal, menurunkan ketegangan otot dan melakukan control diri. Jika pasien tetap dilakukan restrain selama 1-2 jam maka harus tetap diupayakan bergerak dan berolahraga dengan cara membebaskan salah satu anggota tubuh yang direstrain secara bergantian. Setelah dibebaskan dari restrain atau seclusi, diperlukan pembekalan dalam waktu 24 jam.

Selain pada pasien, perawat juga harus memberikan penjelasan dan dukungan kepada keluarga pasien yang mungkin marah atau malu ketika

pasien di restrain atau seclusi. Penjelasan yang cermat dan menyeluruh tentang perilaku pasien dan penggunaan restrain atau seclusi sangat penting. Memberikan informasi kepada keluarga dapat membantu mencegah masalah legal/hukum dan etik, serta dapat meningkatkan keterlibatan keluarga dalam perawatan.

6. Aspek legal terkait kerahasiaan informasi dan privasi pasien psikiatrik

Perlindungan dan privasi informasi kesehatan pribadi diatur dalam peraturan pemerintah melalui *Health Insurance Portability and Accountability Act* (HIPAA) tahun 1996. Peraturan tersebut menjamin privasi dan perlindungan informasi kesehatan baik dalam bentuk lisan, tertulis maupun elektronik, serta menguraikan hukuman atas pelanggaran. Ada hukuman perdata (denda) maupun pidana (penjara) bagi pelanggaran privasi pasien. Dokumen kesehatan mental dan penyalahgunaan zat memiliki perlindungan khusus terkait aturan privasi. Namun kebijakan kerahasiaan yang ketat dapat menjadi penghalang kolaborasi antara penyedia layanan kesehatan mental dan keluarga. Di setting pelayanan komunitas, kepatuhan terhadap aturan privasi ini menurunkan komunikasi dan kolaborasi antar penyedia layanan dan komunikasi dengan pengasuh keluarga sehingga berdampak negatif pada perawatan pasien, sehingga diperlukan edukasi kepada pasien dan keluarga tentang peraturan privasi serta pembentukan komunikasi terbuka untuk mengatasi krisis dan membantu keluarga

7. Aspek legal dalam penentuan kondisi kesehatan mental pada kasus pidana atau perdata

Persoalan hukum yang memicu kontroversi dari berbagai negara adalah pembelaan terhadap terdakwa dengan kondisi gangguan kesehatan mental. Terdakwa yang mengalami kondisi gangguan kesehatan mental dapat keluar dan terbebas dari sanksi hukum, karena dianggap tidak dapat mengendalikan perbuatan dirinya dan tidak dapat memahami kesalahan dari perbuatanya, juga terdapat negara yang tetap memberlakukan sanksi bersalah dengan tetap mendapatkan perawatan kesehatan mentalnya. Di Indonesia sendiri telah diatur dalam UU no 17 tahun 2023 tentang kesehatan pada pasal 81 bahwa untuk kepentingan penegakan hukum seseorang yang melakukan tindak pidana atau

kepentingan keperdataan diduga orang dengan gangguan jiwa maka harus mendapatkan pemeriksaan kesehatan jiwa sesuai dengan pedoman pemeriksaan kesehatan jiwa. oleh karena itu, tindakan kriminal yang dilakukan oleh seseorang yang diduga memiliki kondisi gangguan kesehatan jiwa perlu mendapatkan penyelidikan dari seorang ahli kesehatan jiwa (visum et repertum psikiatrikum, VER). Jika memenuhi kriteria, dia dapat dinyatakan tidak bersalah karena mengalami gangguan jiwa

8. Aspek legal dalam layanan keperawatan pada pasien psikiatrik

Perawat bertanggung jawab memberikan perawatan yang aman, kompeten, legal dan etis pada pasien dan keluarga. Masalah legal etik pelayanan kesehatan jiwa dapat terjadi bila tidak tersedia tenaga keperawatan yang memadai, tidak tersedia standar praktek dan tidak ada kontrak kerja dalam penanganan pasien psikiatrik. Pedoman professional perawat meliputi kode etik perawat sesuai pernyataan ANA (American Nurses Associations) dan keperawatan kesehatan mental psikiatri. Perawat diharapkan memenuhi standar pelayanan untuk memenuhi harapan pasien berdasarkan standar professional yang ditetapkan, tindakan praktek perawat, peraturan Lembaga, kebijakan, prosedur Lembaga, uraian tugas dan hukum.

9. Aspek legal terkait tindakan salah yang mengakibatkan cedera, kehilangan atau kerusakan

Tindakan kesalahan ini bisa disengaja atau tidak disengaja. Tindakan kesalahan yang tidak disengaja meliputi: Kelalaian (Negligence) dan Malpraktek. Kelalaian adalah perbuatan melawan hukum yang tidak disengaja dan menyebabkan kerugian karena gagal melakukan apa yang harus dilakukan oleh orang yang berakal sehat dan bijaksana dalam keadaan serupa. Malpraktek adalah jenis kelalaian yang merujuk secara khusus pada professional kesehatan seperti dokter dan perawat. Pada kasus malpraktek pasien atau keluarga dapat mengajukan tuntutan hukum. Gugatan malpraktek dapat berhasil bila perawat/doter/rumah sakit/Lembaga bertanggung jawab, dan pasien/keluarga dapat membuktikan 4 unsur:

a. Kewajiban

Terdapat hubungan yang diakui secara hukum, misal perawat dengan pasien, perawat mempunyai tugas terhadap pasien, artinya perawat bertindak dalam kapasitas sebagai perawat.

b. Pelanggaran tugas

Adanya kegagalan tugas dalam memenuhi standar, misalnya perawat tidak bertindak secara rasional dan bijaksana dalam situasi yang sama

c. Kerusakan/cedera

Pasien mengalami beberapa jenis kehilangan, kerusakan atau cedera

d. Penyebab:

Pelanggaran kewajiban adalah penyebab langsung dari cedera. Cedera/kerusakan tidak akan terjadi jika perawat/dokter telah bertindak secara rasional dan bijaksana

Tidak semua cedera atau kerugian pada pasien dapat dicegah, begitu pula semua cedera pasien tidak dapat dicegah akibat malpraktek. Permasalahannya adalah apakah tindakan pada pasien itu dapat diprediksi sehingga dapat dicegah terjadinya malpraktek, dan apakah perawat/dokter sudah melakukan pengkajian, intervensi dan evaluasi yang sesuai untuk memenuhi standar pelayanan. Dalam bidang kesehatan mental, tuntutan hukum paling sering dikaitkan dengan bunuh diri dan upaya bunuh diri. Hal lain yang menjadi perhatian adalah pasien yang menyakiti orang lain (staf, keluarga atau pasien lain), kekerasan seksual, dan kesalahan pengobatan. Pasien dengan masalah kesehatan jiwa pada umumnya berada di keadaan emosional yang kacau, tidak mampu membuat keputusan, tidak mampu merawat diri, tidak mampu mampu mengatasi stress di kehidupannya, kondisi fisik dan psikologis yang lemah sehingga sering menjadi korban penelantaran dan penganiayaan.

Pada kasus tindakan kesalahan yang disengaja, perawat psikiatri juga bertanggung jawab atas perbuatan melawan hukum yang disengaja yang mengakibatkan kerugian bagi pasien, misalnya penyerangan kepada pasien (tindakan yang membuat pasien takut atau melukai fisik tanpa persetujuan, misalnya mengancam agar mau disuntik atau memberikan barang), dan mengurung/merestrain tanpa alasan indikasi atau penggunaan alat restrain/seclusi yang tidak tepat. Banyak ditemukan

kejadian klien gangguan jiwa diberi napza, dilakukan penganiayaan fisik dengan memukul/menendang klien, dilakukan pengekangan walaupun masih ada alternatif lain yang lebih terapeutik, mendapatkan kata-kata kasar dan mengancam serta fasilitas fisik yang kurang manusiawi.

Pembuktian tanggung jawab atas perbuatan melawan hukum yang disengaja melibatkan 3 unsur:

- 1) Perbuatan itu disengaja dari pihak perawat
- 2) Perawat bermaksud menimbulkan akibat/cedera pada pasien
- 3) Perbuatan tersebut merupakan faktor penting yang menyebabkan cedera atau akibat

10. Upaya Pencegahan Perawat Psikiatri terhadap Permasalahan Legal Praktik

Perawat dapat meminimalkan resiko tuntutan hukum melalui pemberian asuhan keperawatan yang aman dan sesuai dengan kompetensi keperawatan, serta melakukan dokumentasi yang akurat. Perawat profesional perlu memahami aspek legal untuk melindungi diri dan melindungi hak-hak pasien. Langkah-langkah untuk menghindari tanggung jawab praktik dalam lingkup undang-undang dan tindakan praktik perawat:

- a. Berkolaborasi dengan rekan kerja untuk menentukan tindakan terbaik
- b. Menggunakan standar praktik yang telah ditetapkan sebagai pedoman keputusan dan tindakan
- c. Selalu mengutamakan hak dan kesejahteraan pasien
- d. Mengembangkan hubungan interpersonal yang efektif dengan pasien dan keluarga
- e. Mendokumentasikan secara akurat dan menyeluruh semua hasil penilaian, pengobatan, intervensi dan evaluasi respon pasien terhadap perawatan.

Tabel 7.1 Upaya Pencegahan Malpraktek

Masalah	Tindakan pencegahan bagi perawat	Tindakan pencegahan bagi RS
Gagal memastikan keamanan klien	<ol style="list-style-type: none"> 1. pantau klien secara teratur 2. bantu klien saat menggunakan fasilitas RS 3. gunakan pengamanan tempat tidur bila gelisah 4. gunakan pengekang sesuai prosedur 	<ol style="list-style-type: none"> 1. cukupi jumlah dan kualitas perawat dan staf lain 2. tetapkan kriteria dan spesifikasi dengan jelas ttg penggunaan pengamanan tempat tidur dan penuhi fasilitas yang diperlukan 3. berikan diklat bagi perawat ttg keamanan klien
Tindakan / kinerja perawat yang tidak tepat	<ol style="list-style-type: none"> 1. tanyakan Tindakan yang diyakini tidak tepat 2. gunakan teknik yang tepat dlm melaksanakan prosedur 3. ikuti prosedur RS' 4. konsultasi untuk Tindakan yang melebihi kemampuan anda 5. tingkatkan ketrampilan klinik melalui diklat 	<ol style="list-style-type: none"> 1. tetapkan prosedur yang jelas 2. fasilitasi perawat dlm melakukan konsultasi 3. sediakan prosedur yang tepat untuk melakukan Tindakan keperawatan
Gagal memantau dan melaporkan	<ol style="list-style-type: none"> 1. kolaborasi dengan dokter dlm memantau klien 2. laporkan informasi yang diminta/perubahan penting ttg kondisi klien 3. lakukan pengkajian tepat waktu dengan cara yang benar 	<ol style="list-style-type: none"> 1. evaluasi ketrampilan pengkajian keperawatan 2. pertahankan ratio perawat-klien yang memadai
Kesalahan pengobatan dan reaksinya	<ol style="list-style-type: none"> 1. verifikasi dengan tim medik yang kurang jelas 2. verifikasi nama klien sebelum memberikan obat 3. dengar keluhan klien tentang pengobatan 4. rujuk pada dokter bila ada ketidakjelasan ttg dosis, efek samping dan reaksinya 	<ol style="list-style-type: none"> 1. sediakan kebijakan yang jelas ttg standar pelayanan secara verbal dna tertulis 2. sediakan outstanding order (SOP) 3. berikan diklat peningjatan pengetahuan, prosedur dan cara pemberiannya
Gagal mengikuti prosedur RS	<ol style="list-style-type: none"> 1. ketahui prosedur RS 2. jika harus menyimpang dari prosedur, bicarakan dg atasan dan putuskan Tindakan yang tepat 3. sarankan kepada tim membuat prosedur ttg prosedur yang perlu direvisi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. sediakan kebijakan & prosedur yang diperlukan secara jelas dan ringkas 2. Melaksanakan program evaluasi 3. Pertahankan pembaharuan kebijakan & prosedur 4. Pahami implikasi legal dari kebijakan & prosedur bagi pwt & RS

Dokumentasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. catat informasi penting secara objektif & factual 2. catat waktu setiap melakukan Tindakan, observasi, pengkajian dll 3. catat dg benar, hanya menggunakan ringkasan yg dipakai di RS 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dukung metoda dokumentasi yg paling tepat, spt diagram (flow chart) / dokumentasi menggunakan computer 2. Susun standar rencana askep yg dpt digunakan oleh setiap klien 3. Evaluasi kualitas dokumentasi secara rutin
-------------	--	---

C. Prinsip Etik Dalam Konteks Keperawatan Jiwa

Etika berkaitan dengan nilai-nilai perilaku manusia itu merupakan perbuatan yang benar atau salah, atau perbuatan itu baik atau buruk, serta tujuan perbuatan. Terdapat teori etika yang dapat kita gunakan sebagai pedoman pengambilan Keputusan baik atau tidak perbuatan yang dilakukan perawat.

1. Teori Utilitarianism

Teori yang mendasarkan Keputusan pada "kebaikan terbesar untuk jumlah terbesar". Makna keputusan ini adalah mempertimbangkan tindakan mana yang akan menghasilkan manfaat sebesar-besarnya bagi banyak orang.

2. Teori Deontology

Teori yang mengatakan bahwa Keputusan harus didasarkan pada apakah tindakan itu benar secara moral tanpa memperhatikan hasil atau konsekuensinya. Prinsip yang digunakan sebagai panduan untuk pengambilan Keputusan dalam deontology adalah otonomi, beneficence, nonmaleficence, justice, veracity dan fidelity.

Prinsip etik dan moral yang harus dilaksanakan dalam melakukan asuhan keperawatan jiwa adalah sebagai berikut:

a. Otonomi

Otonomi mengacu pada hak seseorang untuk menentukan Nasib sendiri dan kemerdekaan. Prinsip otonomi adalah kebebasan individu dalam bertindak dan menentukan diri sendiri. Menghargai otonomi berarti menghargai individu tersebut sebagai seseorang yang mempunyai harga diri dan martabat yang mampu menentukan sesuatu bagi dirinya. Perawat menghormati otonomi pasien melalui hak-hak pasien dan informed consent, serta mendorong pasien untuk membuat pilihan tentang perawatan kesehatanya.

b. Non-Maleficence

Non-Maleficence artinya tidak merugikan, tidak mencelakakan, tidak melukai atau tidak menimbulkan bahaya atau cedera bagi klien. Nonmaleficence merupakan persyaratan untuk tidak merugikan orang lain baik disengaja maupun tidak disengaja. Dalam hal ini perawat melakukan tindakan yang tidak merugikan pasien

c. Beneficence

Prinsip beneficence adalah tanggung jawab untuk melakukan kebaikan yang menguntungkan pasien dan menghindari perbuatan yang merugikan atau membahayakan pasien. Beneficence mengacu pada tugas seseorang untuk memberi manfaat yang baik bagi orang lain. Dalam hal ini perawat melakukan tindakan yang meningkatkan kesehatan pasien.

d. Justice

Justice menyangkut kewajiban untuk memperlakukan setiap orang sesuai dengan apa yang baik dan benar dan memberikan apa yang menjadi hak pada setiap orang. Keadilan mengacu pada memperlakukan semua orang secara adil dan setara tanpa memandang status social atau ekonomi, ras, jenis kelamin, status perkawinan, agama, etnis atau keyakinan budaya. Dalam hal ini perawat harus merawat pasien dengan sikap adil

e. Veracity

Prinsip veracity (kejujuran) untuk menyatakan hal yang sebenarnya dan tidak berbohong. Kejujuran merupakan dasar terbinanya hubungan saling percaya antara perawat-pasien. Dalam hal ini perawat harus merawat pasien dengan sikap jujur

f. Fidelity

Prinsip fidelity (kesetiaan/ketaatan) diartikan sebagai tanggung jawab dalam konteks hubungan perawatan pasien yang meliputi tanggung jawab dalam menjaga janji. Kesetiaan mengacu pada kewajiban untuk menghormati komitmen dan kontrak. Dalam hal ini perawat harus menjunjung tinggi segala tugas dan berkomitmen melaksanakan kewajiban terhadap pasien dan keluarga

g. Confidentiality

Perawat selalu manjaga kerahasiaan informasi yang berkaitan dengan kesehatan pasien termasuk info yang tertulis, verbal dll. Confidentiality (kerahasiaan) merupakan bagian dari privasi dimana

seseorang bersedia untuk menjaga kerahasiaan informasi. Confidentiality merupakan kewajiban yang etis dalam menggunakan penggalian pengetahuan pasien untuk meningkatkan kualitas perawatan pasien dengan cara mempertahankan kerahasiaan dan memberikan perhatian/ kepedulian.

h. Accountability

Perawat bertanggung jawab dan bertanggung gugat terhadap segala Tindakan yang dilakukan

D. Dilema Etik dalam Konteks Keperawatan Jiwa

Dilema etik adalah situasi dimana prinsip-prinsip etik bertentangan atau tidak ada tindakan yang jelas dalam situasi tertentu. Misalnya, pasien menolak minum obat atau pengobatan maka perawat dapat memperbolehkan melakukannya berdasarkan prinsip otonomi. Namun, jika memperbolehkan tidak minum obat dan pasien memunculkan ancaman bahaya pada dirinya sendiri atau orang lain, maka perawat dapat menerapkan prinsip nonmaleficence. Untuk melindungi pasien atau orang lain dari bahaya, maka pasien dimotivasi dan dipastikan mematuhi pengobatan, meskipun Sebagian orang berpendapat bahwa tindakan tersebut melanggar hak otonomi pasien. Dalam contoh ini, Teori Utilitarianism melakukan kebaikan terbesar untuk jumlah terbesar (patuh minum obat) mengesampingkan otonomi individu pasien (hak untuk menolak tindakan pengobatan/perawatan).

Dilema etika sering kali menimbulkan kesulitan dan penuh emosi dalam pengambilan Keputusan yang adil dan benar. Oleh karena itu perlu dipertimbangkan aspek legal dalam tindakan yang tepat dilakukan oleh perawat adalah yang diperbolehkan dan diwajibkan berdasarkan undang-undang yang ditetapkan, karna semua tindakan harus ada legalitasnya untuk menghindari kesalahan dalam mengambil keputusan. Aspek etik dari suatu tindakan melibatkan apa yang benar atau yang harus dilakukan oleh perawat. Jawabannya dari aspek etik tidak selalu jelas, dan seringkali lebih dari satu kemungkinan tindakan. Sudut pandang etis dipengaruhi oleh nilai-nilai, pendapat, dan keyakinan. Perawat akan menghadapi beberapa dilema ini secara langsung, dan perawat harus menghadapinya untuk membuat keputusan tentang suatu tindakan yang paling tepat.

E. Metode Pengambilan Keputusan Etis

ANA (American Nursing Association) telah menerbitkan revisi Kode Etik Perawat pada tahun 2015 sebagai panduan tindakan etis bagi perawat. Isi Kode Etik tersebut meliputi:

1. Kasih sayang, rasa hormat, martabat manusia, dan nilai
2. Komitmen utama terhadap pasien
3. Promosi kesehatan, keselamatan, dan hak-hak pasien
4. Pemberian layanan yang bertanggung jawab dan dapat dipertanggungjawabkan
5. Perkembangan profesional, integritas, dan kompetensi perawat
6. Promosi layanan kesehatan/lingkungan kerja yang aman dan beretika
7. Kemajuan profesi keperawatan
8. Kolaborasi dengan orang lain
9. Menjaga integritas profesi, termasuk keadilan sosial

Model pengambilan keputusan etis mencakup:

1. Pengumpulan informasi dan memperjelas nilai,
2. Mengidentifikasi pilihan/prinsip etis yang penting,
3. Mengidentifikasi pertimbangan hukum dan pembatasan praktik,
4. Membangun alternatif tindakan untuk keputusan yang diambil, dan
5. Meninjau dan menganalisis keputusan untuk menentukan apa yang dipelajari

Hal-Hal yang Perlu Dipertimbangkan Saat Menghadapi Dilema Etis

1. Bicaralah dengan rekan kerja atau mintalah pengawasan profesional. Dilemma etis yang dialami perawat tidak harus diselesaikan sendiri.
2. Luangkan waktu untuk memikirkan masalah etika, dan tentukan nilai-nilai yang Anda anut dan keyakinan berkaitan dengan situasi sebelum hal itu terjadi.
3. Bersedia mendiskusikan masalah etika dengan rekan kerja atau manajer. Berdiam diri berarti memaafkan perilaku tersebut.

F. Latihan Soal

1. Seorang Perempuan, 35 tahun, dirawat di RSJ dengan masalah keperawatan resiko perilaku kekerasan. Perawat memberikan obat kepada pasien sesuai dengan advice dokter, namun pasien menolak meminumnya karena membuat pasien mengantuk dan sakit kepala. Perawat memberikan penjelasan tentang manfaat obat dan melatih pasien minum obat dengan benar. Apa prinsip etik yang diterapkan perawat pada kasus tersebut?
 - a. justice
 - b. fidelity
 - c. autonomy
 - d. beneficience
 - e. confidentiality

Kunci jawaban:

- d. beneficience

2. Seorang laki-laki, 34 tahun, dirawat di RSJ sejak 4 hari yang lalu karena marah tanpa sebab dan bicara sendiri. Pasien mengatakan hanya sakit kepala saja, dan tidak tahu alasan dibawa keluarga ke RSJ. Perawat mengidentifikasi dan menjelaskan masalah halusinasi dan perilaku kekerasan yang dialami oleh pasien yang menyebabkan pasien harus dirawat di RSJ. Apa prinsip etik yang diterapkan perawat pada kasus tersebut?
 - a. justice
 - b. fidelity
 - c. veracity
 - d. autonomy
 - e. confidentiality

Kunci jawaban :

- c. veracity

3. Seorang laki-laki, 30 tahun, dirawat di RSJ sejak dua hari yang lalu karena marah-marah tanpa sebab. Hasil pengkajian: ungkapan marah kepada ayahnya dan bicara sendiri. Perawat memberikan obat kepada pasien, namun pasien menolak minum obat karena pahit. Apakah tindakan keperawatan yang sesuai dengan aspek legal etis pada kasus tersebut?

- a. Katakan kepada pasien bila menolak maka akan diisolasi.
- b. Biarkan pasien menolak pengobatan dan dokumentasikan.
- c. Beritahu pasien bahwa obat bisa diminum dengan jus atau buah.
- d. Sampaikan bahwa pasien tidak akan sembuh jika tidak minum obat.
- e. Informasikan bahwa pasien akan diberikan obat suntikan jika menolak.

Kunci jawaban:

- c. Beritahu pasien bahwa obat bisa diminum dengan jus atau buah.

G. Penugasan

Diskusikan Bersama teman kelompok dan Lakukan analisis terkait aspek legal pada kasus, serta bagaimana perawat menerapkan prinsip etik yang sesuai menggunakan metode pengambilan Keputusan etis yang tepat.

Seorang laki-laki, 55 tahun, dikurung dikamar oleh keluarganya dengan diikat rantai pada kedua tangannya selama 20 tahun karena memukul dan melempar kaca tetangga dengan batu. Perawat menjelaskan program pelepasan pasung, tetapi Keluarga menolak pasien dilepaskan karena takut akan lari dan melempar kaca tetangga lagi. Keluarga juga menolak pasien dirujuk ke RSJ karena tidak memiliki biaya. Keluarga mengatakan pasien pernah di rawat di RSJ sebelum dipasung, dan pasien menolak minum obat sehingga tidak pernah minum obat selama dipasung.

Glosarium

- APA : American Psychiatric Association, organisasi psikiater profesional di Amerika Serikat yang merupakan organisasi psikiater terbesar di dunia dan berasal dari kalangan internasional. Asosiasi ini menerbitkan berbagai macam jurnal dan pamphlet, serta Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) yang dirujuk oleh psikiater di seluruh dunia untuk mendiagnosis penyakit kejiwaan.
- HIPAA : Health Insurance Portability and Accountability Act, adalah undang-undang federal yang wajibkan pembuatan standar nasional untuk melindungi informasi kesehatan pasien yang sensitif agar tidak diungkapkan tanpa persetujuan atau sepenuhnya pasien.
- ANA : American Nurses Association, adalah organisasi profesi perawat di Amerika Serikat yang berperan dalam menetapkan standar praktik keperawatan, melakukan penelitian untuk meningkatkan mutu pelayanan keperawatan serta menampilkan profil keperawatan profesional dengan pemberlakuan legislasi keperawatan.

Daftar Pustaka

- Kisely, S. R., Campbell, L. A., & O'Reilly, R. (2017). Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. Cochrane Database of Systematic Reviews, 3, CD004408. doi:10.1002/14651858.CD004408.pub5
- Mork, M. J., Price, S., & Best, K. (2016). Privacy versus care—The shifting balance in mental health. *Families, Systems, & Health*, 34(1), 56–57.
- Pozgar, G. D. (2019). Legal and ethical issues for health professions (4th ed.). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Presiden RI (2023). Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan.
- Presiden RI. (2014). Undang-undang republik indonesia nomor 18 tahun 2014 tentang kesehatan jiwa.
- Presiden RI (2014). Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan.
- Presiden RI (2014). Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan.
- Menteri Kesehatahn RI. (2019). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2019 Tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 38 Thaun 2014 Tentang Keperawatan.
- Treatment Advocacy Center. (2018). Assisted outpatient treatment laws. Retrieved from <http://www.treatmentadvocacycenter.org/component/content/article/39>
- Townsend, Mary C. (2018). Psychiatric mental helath nursing : Concepts of care in evidence based practice. 9th ed. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Videbeck, Sheila L. (2020). Psychiatric Mental Health Nursing. 8th edition. China: Wolters Kluwer

BAB 8

ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA REMAJA

Nurul Mawaddah, S.Kep.Ns., M.Kep.

Deskripsi Pembelajaran

Remaja merupakan kelompok yang rentan mengalami masalah kesehatan mental karena banyaknya tuntutan dan tekanan dalam tahapan kehidupannya, serta perkembangan teknologi. Meningkatkan kesehatan mental remaja sangat penting bagi remaja untuk mencegah terjadinya masalah kesehatan mental dan dapat menangani stress dalam kehidupan. Topik ini membahas tentang asuhan keperawatan jiwa (stimulasi perkembangan psikososial) pada remaja.

Tujuan Pembelajaran

1. Tujuan Pembelajaran Umum
Setelah mempelajari materi ini, mahasiswa mampu menerapkan asuhan keperawatan jiwa pada remaja.
2. Tujuan Pembelajaran Khusus
Setelah mempelajari topik materi ini, mahasiswa mampu:
 - a. Melakukan pengkajian keperawatan jiwa pada remaja.
 - b. Menetapkan diagnosis keperawatan jiwa pada remaja.
 - c. Melakukan tindakan keperawatan jiwa pada remaja.
 - d. Melakukan evaluasi keperawatan jiwa pada remaja.
 - e. Mempraktekkan asuhan keperawatan jiwa (stimulasi perkembangan psikososial) remaja.

Capaian Pembelajaran

Capaian pembelajaran pada topik materi ini ini adalah mahasiswa mampu menerapkan asuhan keperawatan jiwa pada remaja.

BAB 8

ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA REMAJA

A. Pengkajian Keperawatan Jiwa Pada Remaja

Masa remaja adalah remaja dengan usia 12-18 tahun. Masa remaja merupakan tahap perkembangan antara masa anak-anak menuju dewasa, yang ditandai dengan adanya perubahan fisik, perubahan kognitif dan perubahan sosial pada remaja. Adanya perubahan ini dapat merupakan suatu stresor atau stimulasi perkembangan pada remaja, jika dapat beradaptasi dengan baik maka remaja berada dalam tahap perkembangan psikososial yang normal, yang berarti remaja sehat jiwa.

Perkembangan psikososial pada remaja adalah kemampuan remaja "mencapai identitas dirinya" meliputi peran, tujuan pribadi, keunikan atau ciri khas diri. Kemampuan ini dapat tercapai melalui serangkaian tugas perkembangan yang harus diselesaikan remaja. Jika tidak dapat mencapai kemampuan tersebut di tahap remaja ini, maka remaja akan mengalami "kebingungan identitas atau jati dirinya", yang menyebabkan remaja kebingungan peran dan tidak dapat membuat komitmen yang jelas tentang berbagai peran dalam kehidupan, sehingga menyebabkan rupuhnya kepribadian, dan juga mengalami berbagai gangguan perilaku, dalam hal ini remaja mengalami masalah psikososial.

Untuk mengkaji apakah remaja dalam tahap perkembangan psikososial yang sehat/normal atau tidak, dapat dilakukan dengan cara wawancara dan observasi pada remaja, keluarga maupun lingkungan sosialnya baik dirumah dan disekolah.

Tabel 8.1 Perkembangan Psikososial Remaja

Tahap Perkembangan	Perilaku Remaja
Ciri perkembangan psikososial remaja yang normal "Pembentukan Identitas Diri"	<ol style="list-style-type: none">1. Menilai diri secara objektif2. Merencanakan masa depannya3. Dapat mengambil keputusan4. Menyukai dirinya5. Berinteraksi dengan lingkungannya6. Bertanggung jawab7. Mulai memperlihatkan kemandirian dalam keluarga

	<ul style="list-style-type: none"> 8. Menyelesaikan masalah dengan meminta bantuan orang lain yang menurutnya mampu 9. Memiliki sahabat atau teman sebaya 10. Tertarik pada lawan jenis 11. Mengembangkan bakat yang disukai 12. Mempunyai prestasi akademik
Ciri penyimpangan perkembangan psikososial remaja "Bingung peran / Bingung identitas diri"	<ul style="list-style-type: none"> 1. Tidak menemukan ciri khas dirinya 2. Merasa bingung, bimbang 3. Tidak mempunyai rencana untuk masa depannya 4. Tidak mampu berinteraksi dengan lingkungannya 5. Memiliki perilaku antisosial 6. Sulit atau tidak tegas mengambil keputusan 7. Tidak mempunyai minat 8. Tidak mandiri

B. Diagnosis keperawatan jiwa pada remaja

Diagnosis keperawatan pada tahap perkembangan psikososial remaja ini adalah:

1. Potensial (normal)

Kesiapan peningkatan perkembangan remaja (pembentukan identitas diri)

yaitu pola tahapan perkembangan psikososial yang telah dicapai remaja untuk persiapan menuju tahapan perkembangan psikososial diusia dewasa muda.

2. Resiko (penyimpangan)

Resiko Bingung Peran

Yaitu beresiko mengalami ketidakmampuan terlibat dalam berbagai peran kehidupan.

Resiko gangguan citra tubuh

Yaitu beresiko mengalami perubahan persepsi tentang penampilan, struktur dan fungsi fisik individu remaja.

C. Tindakan Keperawatan Jiwa Pada Remaja

Intervensi yang tepat untuk meningkatkan perkembangan psikososial remaja adalah meningkatkan upaya pencegahan yang mendukung pertumbuhan dan perkembangan remaja yang sehat baik secara fisik ataupun mental, mempromosikan kesehatan dan kesejahteraan di masa dewasa, dengan demikian remaja mampu membangun masa depannya dengan pasti.

1. Tindakan keperawatan pada remaja

Tujuan tindakan keperawatan jiwa pada remaja (Upaya stimulasi perkembangan psikososial pada remaja):

- 1) remaja mampu menyebutkan karakteristik perkembangan psikososial yang normal dan menyimpang
- 2) remaja mampu menjelaskan cara mencapai perkembangan psikososial yang normal
- 3) remaja mampu melakukan tindakan untuk mencapai perkembangan psikososial yang normal

Kriteria evaluasi:

1) Koqnitif

Remaja mampu :

- a) Mengetahui aspek positif dan kekurangan diri
- b) Mengetahui identitas diri, tujuan dan cita-cita masa depan
- c) Memahami norma dan peraturan yg berlaku
- d) Mempunyai prestasi akademik

2) Psikomotor

Remaja mampu :

- a) Mengembangkan kemampuan diri
- b) Meraih prestasi pada kegiatan positif
- c) Beraktifitas dengan aktif

3) Afektif

Remaja mampu :

- a) Menyampaikan pendapat dengan asertif
- b) Mengendalikan emosi

Tindakan keperawatan untuk memfasilitasi perkembangan remaja yang normal (pembentukan identitas diri):

- 1) Diskusikan kemampuan, karya dan prestasi yang positif dan yang kurang, berikan pujian dan diskusikan cara mempertahankan dan meningkatkannya
- 2) Diskusikan identitas diri yang dimiliki secara fisik, psikologis (kebahagiaan, cita-cita prestasi), dan sosial (keluarga, sahabat)
- 3) Diskusikan norma dan peraturan yg berlaku dlm keluarga, sekolah, tempat umum
- 4) Diskusikan bahaya pergaulan bebas, narkoba, bullying, gadget dan cara menghindarinya

- 5) Motivasi remaja mengembangkan hal-hal positif dalam kehidupan sebagai identitas diri remaja
- 6) Berikan pujian pada tiap keberhasilan yang diraih remaja

Tindakan untuk Penyimpangan perkembangan (Bingung Peran):

- 1) Diskusikan aspek positif/ kelebihan yang dimiliki remaja
- 2) Bantu mengidentifikasi berbagai peran yang dapat ditampilkan remaja dalam kehidupannya
- 3) Diskusikan penampilan peran yang terbaik untuk remaja
- 4) Bantu remaja mengidentifikasi perannya di keluarga

2. Tindakan Keperawatan pada keluarga

Tujuan

- 1) Keluarga mampu memahami perilaku yang menggambarkan perkembangan psikososial remaja yang normal dan menyimpang
- 2) Keluarga mampu memahami cara menstimulasi perkembangan psikososial remaja
- 3) Keluarga mampu mendemonstrasikan tindakan untuk menstimulasi perkembangan remaja
- 4) Keluarga mampu merencanakan tindakan untuk mengembangkan kemampuan psikososial remaja

Tindakan keperawatan

Tindakan keperawatan diberikan kepada orangtua dan pengasuh (caregiver) dari remaja, kegiatannya:

- 1) Jelaskan perkembangan yang harus dicapai remaja
- 2) Latih cara memfasilitasi remaja untuk mengembangkan identitas dan bakatnya
- 3) Latih keluarga mendampingi remaja
 - a) Diskusikan keberhasilan yang dicapai dan memberi pujian remaja
 - b) Dorong pengembangan bakat yang menjadi identitas dari remaja
 - c) Jadi teman diskusi dalam menyelesaikan masalah yang dihadapi (Memfasilitasi persahabatan dg teman sebaya)
 - d) Sediakan waktu bersama keluarga, kelompok sosial dan kegiatan sosial lainnya

- e) Perhatikan dan mendampingi agar terhindar dari pergaulan bebas, narkoba dan kekerasan
 - f) Sepakati waktu penggunaan gadget dan media social secara bijaksana dan terhindar dari ketergantungan
- 4) Ciptakan suasana dan aktivitas keluarga yang melibatkan remaja
 - 5) Diskusikan penyimpangan dan cara mengatasinya
 - 6) Berikan informasi pelayanan kesehatan terdekat
3. Tindakan keperawatan pada kelompok
 - Tindakan keperawatan dasar atau ners : memberikan edukasi kelompok remaja dan kelompok orang tua
 - Tindakan keperawatan lanjut atau spesialis : memberikan terapi kelompok terapeutik pada remaja

D. Evaluasi Keperawatan Jiwa Pada Remaja

Kemampuan remaja:

1. Menyadari kelebihan dan kekurangan diri
2. Bergaul dengan teman sebaya, sesama jenis, dan berlainan jenis
3. Bergaul dengan orang lain dilingkungannya yang membuatnya nyaman mencerahkan perasaan, perhatian, dan kekhawatiran
4. Mengikuti kegiatan positif di luar kegiatan rutin
5. Bertanggungjawab terhadap aktivitas yang dilakukannya
6. Menyelesaikan masalah dengan meminta bantuan orang lain yang menurutnya mampu
7. Melakukan hal yang ingin dilakukan dengan atau tanpa persetujuan orang tua
8. Menyebutkan cita-cita atau rencana masa depan

Kemampuan keluarga:

1. Menganjurkan remaja untuk bergaul dengan teman yang membuatnya nyaman mencerahkan perasaan, perhatian, dan kekhawatiran
2. Menganjurkan remaja untuk mengikuti kegiatan organisasi yang mempunyai kegiatan yang sesuai dengan nilai kehidupan dan moral
3. Berperan sebagai contoh dalam berinteraksi sosial yang baik
4. Memberikan suasana rumah yang nyaman bagi remaja untuk melakukan aktivitas bersama kelompoknya
5. Membimbing remaja dalam menentukan rencana masa depannya

E. Latihan Soal

1. Seorang perawat melakukan kunjungan rumah seorang perempuan, 40 tahun, yang memiliki anak perempuan berusia 14 tahun. Klien mengatakan anaknya penurut, tidak pernah bolos sekolah dan pulang sekolah tepat waktu. Klien juga mengatakan anaknya lebih banyak melakukan aktifitas dirumah dan jarang keluar bersama temannya. Apakah masalah keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?
 - a. resiko bingung peran
 - b. resiko gangguan citra tubuh
 - c. kesiapan perkembangan remaja
 - d. kesiapan perkembangan toddler
 - e. kesiapan perkembangan anak sekolah

Kunci jawaban:

- c. kesiapan perkembangan remaja

2. Seorang laki-laki, 17 tahun, kelas XI di SMA Majapahit. Klien mengatakan dirinya unggul dibidang matematika dan IPA. Klien ingin melanjutkan kuliah kesehatan namun keluarganya tidak mengijinkan karena tidak memiliki biaya, tetapi klien berencana mencari beasiswa dan melakukan pekerjaan paruh waktu agar dapat mengejar cita-citanya. Apakah tahapan perkembangan psikososial yang dicapai pada kasus tersebut?
 - a. berkembangnya industri
 - b. berkembangnya rasa percaya
 - c. berkembangnya rasa bersalah
 - d. berkembangnya kebingungan peran
 - e. berkembangnya pembentukan identitas diri

Kunci jawaban :

- e. berkembangnya pembentukan identitas diri

3. Perawat melakukan kunjungan ke sekolah menengah dan mendapati seorang anak perempuan, 13 tahun, kelas VI SMP terlihat menyendiri dikelas saat jam istirahat serta tidak terlihat berinteraksi dengan teman-temannya. Guru wali kelas mengatakan klien anak pendiam, suka menyendiri dan tidak aktif dipembelajaran kelompok karena malu. Apakah tindakan keperawatan yang harus dilakukan pada kasus tersebut?
 - a. memotivasi melakukan kegiatan yang positif

- b. memberikan pujian kemampuan yang dicapai
- c. mendiskusikan masalah yang sering dilakukan remaja
- d. meminta remaja menyebutkan identitas diri yang dimiliki
- e. menganjurkan menyebutkan norma yang berlaku disekolah dan dirumah

Kunci jawaban:

- d. meminta remaja menyebutkan identitas diri yang dimiliki

F. Tugas

Praktikkan bersama teman kelompok untuk mensimulasikan asuhan keperawatan pada remaja baik remaja dengan tahapan perkembangan psikososial yang normal maupun menyimpang. Masing-masing kelompok minimal memerlukan perawat, remaja, keluarga, kasus boleh dikembangkan untuk mendapatkan data pengkajian yang mendukung data. Dokumentasikan hasil asuhan keperawatan yang telah dilakukan kelompok dan diskusikan bersama dosen

Daftar Pustaka

- Cho, S. M., & Shin, Y. M. (2013). The promotion of mental health and the prevention of mental health problems in child and adolescent. Korean Journal of Pediatrics, 56(11), 459–646.*
- Elisabeth, T., Hamid, A. Y. S., Mustikasari, M. (2022). Kesiapan Peningkatan Perkembangan Psikososial Pada Usia Remaja. *Jurnal Keperawatan*. Vol 14(2), pp 367-376, e-ISSN 2549-8118, <http://journal.stikeskendal.ac.id/index.php/Keperawatan>
- Hamdan, F. D., Umar, A., & Makkau, B. (2023). Edukasi Kesehatan Mental Siswa Melalui Program Literaspi di Sekolah Kota Palopo. *ABDIMAS*, 2(1), 36–47.
- Mawaddah, N. Prasty, A. (2023). Upaya Peningkatan Kesehatan Mental Remaja Melalui Stimulasi Perkembangan Psikososial Pada Remaja. *Dedikasi Saintek: Jurnal Pengabdian Masyarakat*, Vol 2(2), pp 115-125, <https://ebsina.or.id/journal/index.php/djpm>, e-ISSN 2964-6243
- Rusuli, I. (2022). Psikososial Remaja: Sebuah Sintesa Teori Erick Erikson Dengan Konsep Islam. *Jurnal As-Salam*, 6(1), 75–89. <https://jurnal-assalam.org/index.php/JAS/article/view/384/196>
- Saputra, N. A. (2014). *Pengaruh Stimulasi Perkembangan Psikososial Pada Remaja Terhadap Pencapaian Identitas Diri Di SMPN 20 Semarang* [Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula]. <http://repository.unissula.ac.id/id/eprint/2118>
- Savitrie, E. (2022). Mengenal Pentingnya Kesehatan Mental Pada Remaja. Yankes.Kemkes.Go.Id.*
https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/362/mengenal-pentingnya-kesehatan-mental-pada-remaja
- Stuart, G. W. (2013). Principles and practice of psychiatric nursing (10th ed.). Mosby.*
- Suswati, W. S. E., Budiman, M. E. A., & Yuhbaba, Z. N. (2023). Kesehatan Mental Pada Remaja Dilingkungan Sekolah Menengah Atas Wilayah Urban dan Rural Kabupaten Jember. Jurnal Keperawatan Jiwa (JKJ): Persatuan Perawat Nasional Indonesia, 11(3), 537–544.*
<https://jurnal.unimus.ac.id/index.php/JKJ/article/viewFile/11121/pdf>
- Townsend, M. C. (2018). Psychiatric Mental Health Nursing : Concepts Of Care In Evidence- based Practice. Philadelphia, PA : Davis Company.*Videbeck, Sheila L. (2020). Psychiatric Mental Health Nursing. 8th edition. China: Wolters Kluwer

BAB 9

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN KEPUTUSASAAN

Ns. Nofrida Saswati, M.Kep.

Deskripsi Pembelajaran

Topik ini membahas masalah psikososial tentang asuhan keperawatan pada klien keputusasaan yang berpusat pada klien topik materi terdiri dari: defensi, penyebab, gejala dan tanda termasuk hubungan terapeutik dalam melakukan askep keputusasaan yang terdiri: pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

Tujuan Pembelajaran

Setelah mempelajari topik Askep pada klien Keputusasaan diharapkan mahasiswa mampu:

1. Menjelaskan konsep teori
2. Melakukan pengkajian
3. Menegakkan diagnosis keperawatan
4. Membuat intervensi
5. Melakukan implementasi
6. Melakukan evaluasi

Capaian Pembelajaran

1. Mampu melakukan komunikasi terapeutik kepada klien keputusasaan.
2. Mampu melakukan pengkajian secara komprehensif.
3. Mampu menegakkan diagnosis keperawatan.
4. Mampu menyusun perencanaan asuhan keperawatan.
5. Mampu melakukan tindakan asuhan keperawatan.
6. Mampu melakukan evaluasi asuhan keperawatan.
7. Mampu melakukan case studi dengan cara refleksi, telaah kritis.

BAB 9

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN

DENGAN KEPUTUSASAAN

A. Definisi

Pandangan individu adanya keterbatasan dalam memecahkan masalah yang dihadapi (PPNI, 2016). Keputusasaan adalah kondisi subjektif individu yang menilai dirinya memiliki keterbatasan dalam mengatasi masalah (NANDA-1, 2018).

B. Penyebab

- a. Pengasingan
- b. Hilangnya kepercayaan terhadap nilai-nilai penting
- c. Hilangnya kepercayaan terhadap kekuatan spiritual
- d. Stress jangka Panjang
- e. Penurunan kondisi fisiologis
- f. Pengasingan
- g. Aktivitas terbatas dalam jangka panjang

C. Tanda dan Gejala

Gejala dan tanda mayor

Subjektif: Merasa putus asa

Objektif: perilaku tidak aktif atau pasif

Tanda dan gejala minor

Subjektif: Tidur Susah, kurang nafsu makan

Objektif: Inisiatif kurang, afek datar, meninggalkan lawan bicara, perawatan diri kurang

D. Kondisi Klinis Terkait

- 1. Penyakit terminal
- 2. Penyakit kronis
- 3. Penyakit yang tidak dapat disembuhkan

E. Askep Keputusasaan

1. Pengkajian
 - a. Faktor Predisposisi

Biologis: Adanya Riwayat penyakit kronis, Riwayat bunuh diri, Riwayat penggunaan NAPZA, Riwayat gangguan jiwa

Psikologis: pernah mengalami kegagalan, pengobatan tidak berhasil, kehilangan kepercayaan terhadap kegiatan spiritual, mengalami perasaan terbuang.

Sosial Budaya: Riwayat Pendidikan, Riwayat pekerjaan, hubungan dengan keluarga dan masyarakat, kegiatan di komunitas, mengikuti partai, kegiatan jangka terbatas panjang
 - b. Faktor Presipitasi

Biologis: Adanya keluarga yang mengalami depresi, masalah nutrisi, masalah Kesehatan yang umum terjadi, terbatasnya kegiatan jangka panjang

Psikologis: Stres dalam jangka waktu yang panjang, keterbelakangan mental, masalah komunikasi verbal, konsep diri yang tidak baik, pengalaman yang tidak menyenangkan, mengalami stres psikologis dalam 6 bulan terakhir.

Sosial kultural: Hambatan melakukan hubungan sosial, percaya diri hilang, menurunkan kegiatan spiritual, kegagalan dalam Pendidikan dan memiliki masalah dalam pekerjaan.
 - c. Mekanisme Koping

Konstruktif: perubahan perilaku untuk menurunkan keputusasaan, melakukan adaptasi dengan lingkungan sekitar, meningkatkan kepercayaan diri dan sikap optimis, menggunakan dukungan orang terdekat dan keluarga.

Dektruktif: distorsi realita, kehilangan kepercayaan spiritual.
 - d. Pengkajian indikator keluarga sehat (IKS)

Perawat menanyakan apakah anggota keluarga ada mengikuti kegiatan yang diprogramkan oleh pemerintah untuk mencapai derajat Kesehatan keluarga.

Keluarga menjawab pertanyaan IKS dengan menjawab ya atau tidak. Dan perawat akan memulai?

 - Apakah anggota keluarga mengikuti program keluarga berencana?

- Apakah anggota keluarga ada yang melahirkan ke pelayanan kesehatan?
- Apakah anggota keluarga lengkap dalam imunisasi dasar?
- Apakah selama 6 bulan memperoleh Air Susu Ibu?
- Apakah pertumbuhan dan perkembangan balita terpantau?
- Apakah ada anggota keluarga yang merokok?
- Apakah anggota keluarga menjadi peserta JKN/ BPJS?
- Apakah anggota keluarga menggunakan sumber air bersih?
- Apakah keluarga mempunyai toilet yang sehat?
- Apakah anggota keluarga ada riwayat TBC? Jika iya, apakah telah memperoleh pengobatan yang sesuai?
- Apakah ada anggota keluarga riwayat gangguan jiwa? Jika iya, apakah kontrol kepelayanan Kesehatan dan patuh minum obat?
- Apakah ada anggota keluarga riwayat diabetes miltus? Jika iya, apakah sudah kepelayanan kesehatan?
- Apakah anggota keluarga ada yang riwayat Hipertensi? Jika iya, apakah sudah kepelayanan kesehatan?
- Apakah anggota keluarga ada yang menderita penyakit kanker? Jika iya, apakah sudah melakukan perawatan dan pengobatan sesuai dengan pelayanan kesehatan?

e. Pengkajian *Self Report Questionnaire* (SRQ)

Perawat memeriksa kesehatan klien.

- Apakah klien sering mengalami nyeri kepala?
- Apakah klien nafsu makan kurang?
- Apakah klien tidur nyenyak?
- Apakah klien sering merasa takut?
- Apakah klien mudah tegang, cemas, dan kawatir?
- Apakah klien sering gemetar pada tangan?
- Apakah klien pencernaan klien terganggu?
- Apakah klien mengalami kesulitan untuk berfikir jernih?
- Apakah klien berfikir tidak merasakan kebahagiaan?
- Apakah klien sering menangis?
- Apakah klien sulit melakukan kegiatan sehari-hari?
- Apakah klien kesulitan mengatasi masalah?
- Apakah kegiatan sehari-hari terbengkalai?

- Apakah klien mampu berperan dalam hidup ini?
- Apakah klien mempunyai minat terhadap sesuatu hal?
- Apakah klien merasakan kebahagiaan dalam hidup?
- Apakah klien merasa sangat berharga?
- Apakah klien pernah berfikir untuk mengakhiri hidup?
- Apakah klien mudah lelah setiap waktu?
- Apakah perut klien merasa tidak nyaman?
- Apakah klien mudah lelah?
- Apakah klien konsumsi alkohol atau narkoba lebih banyak dari biasanya?
- Apakah klien menyakini ada seseorang berupaya untuk mencederai dirinya dengan berbagai cara?
- Apakah ada yang menganggu pikiran klien?
- Apakah klien pernah mendengar suara tanpa ada objek yang jelas, namun tidak dapat didengar oleh orang lain?
- Apakah keluarga pernah bermimpi yang sangat mengganggu terkait bencana dan musibah?
- Apakah keluarga menghindari kegiatan, orang, tempat, dan pikiran yang mengingatkan bencana tersebut?
- Apakah keluarga berminat kepada teman dan kegiatan?
- Apakah pikiran keluarga terganggu jika ada pada situasi yang mengingatkan bencana?
- Apakah mengalami kesulitan dalam perasaan keluarga?

2. Diagnosis Keperawatan: (D.0088) Keputusasaan berhubungan dengan kondisi fisiologis menurun, stress jangka Panjang, aktivitas jangka panjang terbatas ditandai dengan:

Tanda dan gejala mayor

Subjektif: Merasa keputusasaan, mengatakan putus asa, mengatakan sesuatu dengan pesimis "saya tidak bisa", konsentrasi berkurang, merasa bingung.

Objektif: berperilaku tidak aktif

Gejala dan tanda minor

Subjektif: kesulitan tidur, kurang nafsu makan

Objektif: Inisiatif kurang, afek datar, meninggalkan lawan bicara, kurang perawatan diri

3. Intervensi

Intervensi Utama: Dukungan emosional, promosi harapan, promosi coping

Intervensi Pendukung: Promosi dukungan sosial, promosi dukungan spiritual, pencegahan bunuh diri, manajemen perilaku, manajemen mood, promosi dukungan keluarga

Tabel 9.1 Nursing Care Planning

Diagnosis Keperawatan	Tujuan Kriteria Hasil	Intervensi
D.0088) Keputusasaan berhubungan dengan kondisi fisiologis menurun, stress jangka Panjang, aktivitas jangka Panjang terbatas ditandai dengan: Tanda dan gejala mayor Subjektif: Merasa putus asa Objektif: perilaku tidak aktif atau pasif Gejala dan tanda minor Subjektif: sulit tidur, tidak ada nafsu makan Objektif: Inisiatif kurang, afek datar, meninggalkan lawan bicara, kurang perawatan diri	<p>Luaran Tambahan Motivasi L.09080</p> <p>Setelah dilakukan intervensi diharapkan motivasi klien meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> Upaya Menyusun rencana Tindakan meningkat Upaya mencari dukungan sesuai kebutuhan meningkat Pikiran berfokus masa depan meningkat Upaya mencari sumber sesuai kebutuhan meningkat Inisiatif meningkat Keyakinan positif meningkat Harga diri positif meningkat Perilaku bertujuan meningkat Penyelesaian tugas meningkat Bertanggung jawab meningkat Pengambilan kesempatan meningkat 	<p>Intervensi Utama Promosi Harapan I.09307 Observasi</p> <p>Identifikasi harapan klien dan keluarga dalam mencapai hidup</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> Bantu mengingat kenangan yang menyenangkan Libatkan klien untuk aktif dalam melakukan perawatan Sadarkan bahwa kondisi yang dialami memiliki nilai penting Fasilitasi rencana perawatan untuk meningkatkan capaian tujuan yang kompleks Ciptakan lingkungan yang memudahkan mempraktikkan kebutuhan spiritual Berikan kesempatan kepada klien dan keluarga terlibat dengan dukungan kelompok <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Anjurkan mempertahankan hubungan Ajarkan untuk melakukan hubungan terapeutik dengan orang lain Anjurkan mengungkapkan perasaan terhadap kondisi dengan realistik Latih cara mengembangkan spiritual diri Latih Menyusun tujuan yang sesuai harapan Latih cara mengenang dan menikmati masa lalu

	12. Berani mencari pengalaman baru meningkat	Tindakan Keluarga: 1. Kaji masalah klien yang dirasakan keluarga dalam merawat klien yang mengalami keputusasaan 2. Ajarkan keluarga untuk mengenal masalah keputusasaan serta mengambil keputusan dalam merawat klien 3. Latih keluarga cara merawat dan mebimbng klien mengatai keputusasaan sesuai dengan asuhan keperawatan yang telah diberikan. 4. Latih keluarga menciptakan suasana keluarga yang mendukng mengatasi keputusasaan: suasana yang positif 5. Anjurkan kepelayanan Kesehatan jika muncul tanda dan gejala.
--	--	--

4. Evaluasi

- a. Tanda dan gejala keputusasaan berkurang bahkan hilang.
- b. Kemampuan klien untuk mengendalikan keputusasaan dengan cara latihan mengembangkan spiritual diri, latihan menyusun tujuan yang sesuai harapan, latihan cara mengenang dan menikmati masa lalu.
- c. Peningkatan kemampuan keluarga dalam merawat klien.

F. Latihan Soal

1. Seorang perempuan, umur 55 tahun, datang ke poli jiwa dengan keluhan, klien mengatakan putus asa, mengatakan tidak bisa melakukan sesuatu hal, tidak mampu berkonsentasi, merasa bingung. Hasil pemeriksaan: klien tampak berperilaku pasif, kontak mata kurang, perubahan pola tidur. Apakah diagnosis keperawatan pada kasus tersebut?
- 1. ketidakefektifan performa peran
 - 2. gangguan komunikasi verbal
 - 3. Ketidakefektifan coping
 - 4. ketidakberdayaan
 - 5. keputusasaan

2. Seorang Perempuan, usia 59 tahun, datang ke poli jiwa dengan keluhan, klien mengatakan putus asa, sulit tidur, tidak ada nafsu makan. Hasil pengkajian: klien tampak berperilaku pasif, kontak mata kurang, perubahan pola tidur, afek datar, kurang inisiatif. Ners melakukan intervensi utama dukungan emosional.

Apakah hasil yang diharapkan pada kasus tersebut?

- A. Upaya menyusun rencana Tindakan menurun
- B. Pikiran berfokus masa depan meningkat
- C. Harga diri positif cukup meningkat
- D. Keyakinan positif cukup menurun
- E. Bertanggung jawab sedang

3. Seorang Perempuan, usia 62 tahun, datang ke poli jiwa dengan keluhan, klien mengatakan merasa sering putus asa, karena sudah lamamenderita kanker tidak sembuh-sembuh. Hasil pengkajian: kurang merawat diri, tidak fokus dengan lawan bicara, Ners melakukan intervensi edukasi.

Apakah Tindakan yang dilakukan pada kasus tersebut?

- A. Identifikasi harapan klien dan keluarga dalam mencapai hidup
- B. Ingatkan bahwa masalah yang dialami memiliki nilai penting
- C. Libatkan klien untuk aktif dalam melakukan perawatan
- D. Bantu mengingat kenangan yang menyenangkan
- E. Latih Menyusun tujuan yang sesuai harapan

Kunci Jawaban

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

G. Tugas

- 1. Jelaskan intervensi edukasi pada klien keputusasaan
- 2. Jelaskan tanda dan gejala pada klien keputusasaan
- 3. Lakukan pengkajian SRQ

Glosarium

Distorsi Realita	: Penyimpangan makna dari aslinya
Holistic	: Cara pandang yang menyeluruh atau secara keseluruhan sebagai satu kesatuan
<i>Fisiologis</i>	: Sesuatu yang berkaitan dengan ciri-ciri tubuh (faal)
Mekanisme coping yang konstruktif	: Kejadian dimana individu melakukan coping baik
Mekanisme coping Dektruktif	: Mekanisme individu untuk menghindari stressor tanpa adanya penyelesaian masalah
<i>NAPZA:</i>	narkotika, psikotropika, dan bahan adiktif lainnya baik zat alami atau sintetis
<i>Person-centered care</i>	: Pelayanan kesehatan yang melibatkan hubungan antara dokter, pasien, dan keluarga untuk memastikan pelayanan kesehatan yang diberikan menghargai keinginan dan kebutuhan pasien
<i>Spiritual</i>	: Hubungan dekat dengan atau bersifat kejiwaan (rohani, batin).

Daftar Pustaka

- Gail Williams, Mark Soucy. (2013). *Course Overview - Role of the Advanced Practice Nurse & Primary Care Issues of Mental Health/Therapeutic Use of Self*. School of Nursing, The University of Texas Health Science Center at San Antonio.
- Herdman, T. H. dan S. K. (2018). Nanda Internasional Diagnosis Keperawatan: Definisi dan Klasifikasi 2018-2020 (Edisi 11). Jakarta: EGC.
- Keliat BA, Hamid AYS, Daulima NHC, dkk (2019). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. EGC PPNI. (2016). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. Definisi dan Indikator Diagnostik, Edisi 1. Jakaerta: DPP PPNI.
- PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Defenisi dan Tindakan Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2018). Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- Sarfika R (2019). Hubungan Keputusasaan dengan Depresi pada Pasien Diabetes Melitus di Padang. NERS Jurnal Keperawatan. Vol 15. No 1
- Saswati N, Harkomah I. (2021). Asuhan Keperawatan Jiwa Komunitas. Deepublish.
- Sawab., Windiarti. (2021). Terapi Suportif Berpengaruh terhadap Keputusasaan dan Perilaku Stroke Survivor. Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa. Vol 4 No 4
- Townsend, M. C., 2015. *Psychiatric Mental Health Nursing: Concepts of Care in Evidence-Based Practice*. 8th penyunt. Philadelphia: F.A. Davis Company
- Yusuf, Fitriyani R, dan Nihayati AE (2015). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Penerbit Salemba Medika.

BAB 10

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN DISTRES SPIRITAL

Ns. Safra Ria Kurniati, M.Kep.

Deskripsi Pembelajaran

Topik ini akan menjelaskan tentang asuhan keperawatan pada klien dengan distres spiritual. Dalam topik ini mahasiswa akan dibekali dengan konsep dasar distres spiritual dan konsep asuhan keperawatan psikososial pada klien dengan distres spiritual mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana intervensi, implementasi dan evaluasi.

Tujuan Pembelajaran

Tujuan pembelajaran dalam topik ini antara lain:

1. Mahasiswa mampu memahami pengertian distres spiritual.
2. Mahasiswa mampu memahami penyebab terjadinya distres spiritual.
3. Mahasiswa mampu menyebutkan tanda dan gejala distres spiritual.
4. Mahasiswa mampu memahami konsep asuhan keperawatan pada klien dengan distres spiritual.

Capaian Pembelajaran

1. Mahasiswa mampu memahami tentang distres spiritual.
2. Mahasiswa mampu menunjukkan sikap professional dalam pemberian asuhan keperawatan.
3. Mahasiswa mampu mengaplikasikan asuhan keperawatan pada klien dengan distres spiritual.

BAB 10

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN

DENGAN DISTRES SPIRITAL

A. Pengertian

Spiritualitas didefinisikan sebagai aspek dinamis dan intrinsik dari kemanusiaan, pemberian makna dan tujuan hidup dimana individu berusaha memaknai hubungan dengan diri sendiri, orang lain, alam, atau sakral. Spiritualitas adalah perawatan yang berpusat pada pasien dan keluarga, mengakui bagian spiritual dari kemanusiaan dan kehidupan seorang individu (Dos Santos *et al.*, 2022). Spiritual merupakan bagian dari individu yang perlu mendapatkan perhatian perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan di berbagai tatanan pelayanan.

Distres spiritual merupakan suatu keadaan menderita yang berhubungan dengan hambatan kemampuan seseorang untuk mengalami makna hidup melalui hubungannya dengan diri sendiri, dunia, atau kekuatan yang Maha Tinggi (NANDA-I, 2018). Distres spiritual juga didefinisikan sebagai gangguan kemampuan untuk mengalami dan mengintegrasikan makna dan tujuan hidup melalui keterhubungan dengan diri sendiri, orang lain, seni, musik, sastra, alam, dan/atau kekuatan yang lebih besar dari diri sendiri (Caldeira, Carvalho and Vieira, 2014). Distres spiritual terjadi ketika seseorang berisiko mengalami gangguan pada sistem nilai dan keyakinannya, yang menjadi penyebab harapan, kekuatan, dan makna hidup bagi dirinya.

B. Penyebab

1. Kehilangan

Nilai-nilai keagamaan dan spiritual serta sikap masyarakat diuji pada saat sakit dan kehilangan. Keyakinan ini mencakup makna hidup, harapan, dan keyakinan. Bukti yang ada menunjukkan bahwa pasien menjadi lebih terlibat dengan praktik keagamaan dalam lingkungan klinis dan rasa spiritualitas meningkat seiring bertambahnya usia atau ketika pasien dihadapkan pada ketidakpastian, seperti menghadapi penyakit serius atau penyakit yang tidak dapat disembuhkan dan dapat menerima perawatan paliatif (Dos Santos *et al.*, 2022). Perawat adalah kelompok profesional kesehatan pertama yang melakukan kontak dengan orang-orang yang

menghadapi distres spiritual. Oleh karena itu, perawat memerlukan persiapan untuk merespons situasi tersebut dengan tepat (Eshghi, Nikfarid and Zareyan, 2023).

2. Kematian orang terdekat

Kematian orang terdekat merupakan salah satu peristiwa kehidupan yang memberikan tekanan pada seseorang. Dalam menghadapi situasi seperti itu, individu akan berespon dengan mempertanyakan makna peristiwa tersebut bagi dirinya.

3. Menerima berita buruk tentang kesehatan dan hubungan sosial

Distres spiritual bisa dialami oleh mereka yang didiagnosa menderita penyakit kronis dan terminal seperti penderita sindrom koroner akut di unit perawatan intensif (Fitria Wahyuni, Nur'aeni and Amirullah, 2020). Diagnosa penyakit terminal dan penyakit kronis berdampak pada aspek spiritual klien.

4. Perubahan kehidupan

Perubahan aspek kehidupan bisa dialami oleh setiap manusia yang secara terus menerus berusaha untuk tumbuh dan berkembang. Namun tidak jarang perubahan tersebut merupakan perubahan yang tidak diharapkan terjadi.

C. Tanda dan Gejala

Major	Minor
Subjektif 1. Klien mengeluhkan penderitaan 2. Klien mempertanyakan makna hidupnya 3. Klien mengatakan merasa tidak dicintai 4. Klien merasa bersalah 5. Klien menyatakan kurang pasrah	Subjektif 1. Perasaan diabaikan 2. Perasaan asing
Objektif 1. Insomnia 2. Menangis 3. Ketakutan 4. Menolak bertemu dengan pemuka agama dan orang terdekat 5. Ritual religious berubah	Objektif 1. Tidak dapat melakukan kegiatan ibadah 2. Mengisolasi diri

Sumber : (Keliat *et al.*, 2019)

D. Kondisi Klinis

1. Penyakit terminal, kronis dan paliatif

Pada pasien kanker, prevalensi distres spiritual tertinggi ditemukan pada 3 bulan setelah pasien memulai kemoterapi. Prediktor distres spiritual adalah pengungkapan penderitaan, keterasingan, mempertanyakan makna hidup, kurangnya ketenangan, mempertanyakan makna penderitaan, keputusasaan, dan kurangnya makna dalam hidup (Martins *et al.*, 2023). Oleh karena itu, pelayanan spiritual merupakan salah satu komponen penting dalam perawatan paliatif (Miller, Addicott and Rosa, 2023).

2. Kehilangan fungsi dan struktur tubuh

Kehilangan fungsi dan struktur tubuh juga merupakan salah satu kondisi klinis terkait distres spiritual. Amputasi anggota tubuh adalah salah satu peristiwa yang mengubah hidup yang menandakan perubahan fisik, sosial, psikologis, dan lingkungan dalam jangka panjang. Kesejahteraan spiritual pada pasien memainkan peran penting dalam mengatasi masalah dan dapat mempengaruhi hasil akhir pasien dengan kehilangan anggota tubuh (Peirano and Franz, 2012).

E. Pohon Masalah



F. Hasil Penelitian Sebelumnya

Banyak penelitian telah dilakukan terkait dengan distres spiritual di dalam dunia keperawatan. Sebuah penelitian kualitatif menunjukkan hasil bahwa partisipan berpendapat bahwa penyedia layanan kesehatan harus mampu mengidentifikasi individu yang mengalami distres spiritual, mengakui realitas perjuangan tersebut, dan menghubungkan individu tersebut dengan sumber daya atau orang yang tepat (Fitch and Bartlett, 2019). Hal ini menunjukkan bahwa pasien mengharapkan perawat untuk berperan aktif dalam memenuhi kebutuhan spiritual pasien. Penelitian lainnya menunjukkan bahwa dukungan dan perawatan spiritual seperti meditasi transendental mampu meningkatkan status kesehatan spiritual individu (Movahed *et al.*, 2020).

G. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan untuk distres spiritual berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia adalah sebagai berikut:

No.	Diagnosa Keperawatan	Luaran	Intervensi
1.	Distres Spiritual	<p>Setelah dilakukan intervensi selama, maka status spiritual meningkat dengan kriteria hasil (<i>meningkat, menurun, memburuk</i>):</p> <ol style="list-style-type: none">1. Verbalisasi makna dan tujuan hidup2. Verbalisasi kepuasan terhadap makna hidup3. Verbalisasi perasaan keberdayaan4. Verbalisasi perasaan tenang5. Verbalisasi penerimaan6. Verbalisasi percaya pada orang lain7. Perilaku marah pada Tuhan8. Verbalisasi perasaan bersalah9. Verbalisasi perasaan asing10. Verbalisasi perasaan diabaikan	<p>Dukungan Spiritual</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none">• Identifikasi perasaan khawatir, kesiapan dan ketidakberdayaan• Identifikasi pandangan tentang hubungan antara spiritual dan kesehatan• Identifikasi harapan dan kekuatan pasien• Identifikasi ketaatan dalam beragama <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none">• Berikan kesempatan mengekspresikan perasaan tentang penyakit dan kematian• Berikan kesempatan mengekspresikan dan meredakan marah secara cepat

		<p>11. Verbalisasi perasaan menyalahkan diri sendiri</p> <p>12. Mimpi buruk</p> <p>13. Perasaan takut</p> <p>14. Penghindaran aktivitas, tempat, orang terkait, trauma</p> <p>15. Kewaspadaan berlebihan</p> <p>16. Perilaku merusak diri</p> <p>17. Kemampuan beribadah</p> <p>18. Interaksi dengan orang terdekat</p> <p>19. Koping</p> <p>20. Memori</p> <p>21. Interpretasi</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sediakan privasi dan waktu tenang untuk aktivitas spiritual • Diskusikan keyakinan tentang makna dan tujuan hidup jika perlu • Fasilitasi melakukan kegiatan ibadah <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan berinteraksi dengan keluarga, teman, dan atau orang lain • Anjurkan berpartisipasi dalam kelompok pendukung • Anjurkan metode relaksasi, meditasi, dan imajinasi terbimbing <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atur kunjungan dengan rohaniawan
2.			<p>Dukungan Keyakinan Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi keyakinan masalah dan tujuan perawatan • Identifikasi kesembuhan jangka panjang sesuai kondisi pasien • Monitor kesehatan fisik dan mental pasien <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Integrasi keyakinan dalam rencana perawatan sepanjang tidak membahayakan atau berisiko keselamatan sesuai kebutuhan

		<ul style="list-style-type: none"> • Berikan harapan yang realistik sesuai prognosis • Fasilitasi pertemuan antara keluarga dan tim kesehatan untuk membuat keputusan • Fasilitasi memberikan makna terhadap kondisi kesehatan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan bahaya atau risiko yang terjadi akibat keyakinan negatif • Jelaskan alternatif yang berdampak positif untuk memenuhi keyakinan dan perawatan • Berikan penjelasan yang relevan dan mudah dipahami
--	--	---

Sumber : (PPNI, 2017)

H. Latihan Soal

1. Seorang laki-laki, usia 39 tahun, mengalami kecelakaan dan dilakukan amputasi pada kedua kakinya. Hasil pengkajian : pasien marah, menangis, mengatakan bahwa Tuhan tidak adil padanya. Apakah masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?
 - a. Harga Diri Rendah Kronik
 - b. Harga Diri Rendah Situasional
 - c. Distres Spiritual
 - d. Koping Individu tidak Efektif
 - e. Koping Keluarga Tidak Efektif

Kunci jawaban : C

2. Seorang perempuan, usia 28 tahun, dirawat karena menderita kanker serviks stadium akhir. Apakah respon subjektif yang tepat dari pasien yang menandakan adanya ditres spiritual pada kasus tersebut?

- a. Mengeluhkan penderitaannya
- b. Menangis seharian
- c. Menyatakan kepasrahan
- d. Ungkapan berterimakasih
- e. Ungkapan rasa syukur

Kunci jawaban : C

3. Seorang perempuan, usia 56 tahun, baru saja kehilangan suaminya karena serangan jantung. Klien mengatakan sejak saat itu tidak mau lagi beribadah karena Tuhan mengambil suaminya secara tiba-tiba. Klien juga sering menangis dan berteriak marah. Apakah tindakan keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?
- a. Berikan kesempatan mengekspresikan perasaan berkaitan dengan kehilangan
 - b. Ajarkan klien cara bersosialisasi
 - c. Identifikasi kelemahan klien
 - d. Anjurkan klien untuk menyendiri dari keluarga sementara waktu
 - e. Ajarkan klien untuk menyimpan perasaannya tersebut

Kunci jawaban : A

I. Tugas

Jawab pertanyaan di bawah ini

1. Jelaskan tentang pengertian distres spiritual
2. Jelaskan tentang penyebab spiritual
3. Jelaskan tentang tanda dan gejala distres spiritual
4. Jelaskan tentang konsep asuhan keperawatan klien dengan distres spiritual

Daftar Pustaka

- Caldeira, S., Carvalho, E. C. de and Vieira, M. (2014) 'Between spiritual wellbeing and spiritual distress: possible related factors in elderly patients with cancer', *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. doi: 10.1590/0104-1169.3073.2382.
- Dos Santos, F. C. et al. (2022) 'Spiritual Interventions Delivered by Nurses to Address Patients' Needs in Hospitals or Long-Term Care Facilities: A Systematic Review', *Journal of Palliative Medicine*. doi: 10.1089/jpm.2021.0578.
- Eshghi, F., Nikfarid, L. and Zareiyan, A. (2023) 'An integrative review of defining characteristic of the nursing diagnosis "spiritual distress"', *Nursing Open*. doi: 10.1002/nop2.1574.
- Fitch, M. I. and Bartlett, R. (2019) 'Patient Perspectives about Spirituality and Spiritual Care', *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*. doi: 10.4103/apjon.apjon_62_18.
- Fitria Wahyuni, H., Nur'aeni, A. and Amirullah, A. A. (2020) 'Spiritual Distress among Patients with Acute Coronary Syndrome in Cardiac Intensive Care Unit', *Padjadjaran Acute Care Nursing Journal*, 2(1), pp. 1–6. Available at: <http://jurnal.unpad.ac.id/pacnj>.
- Keliat, B. A. et al. (2019) *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Martins, H. et al. (2023) 'Prevalence, defining characteristics, and predictors of the nursing diagnosis of spiritual distress in cancer patients undergoing chemotherapy: A longitudinal study', *Journal of Nursing Scholarship*. doi: 10.1111/jnu.12862.
- Miller, M., Addicott, K. and Rosa, W. E. (2023) 'Spiritual Care as a Core Component of Palliative Nursing', *American Journal of Nursing*. doi: 10.1097/01.NAJ.0000919748.95749.e5.
- Movahed, A. H. et al. (2020) 'Investigating the effect of transcendental meditation on spiritual wellbeing of Type-2 diabetic amputees: A clinical trial study', *Heliyon*. doi: 10.1016/j.heliyon.2020.e05567.
- Peirano, A. H. and Franz, R. W. (2012) 'Spirituality and quality of life in limb amputees', *International Journal of Angiology*. doi: 10.1055/s-0032-1304275.
- PPNI, T. P. S. D. (2017) 'Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan

Indikator Diagnostik Edisi 1', in *Dewan Pengurus Pusat PPNI*. doi: 10.1080/15022250.2015.1015765.

BAB 11

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN HARGA DIRI RENDAH SITUASIONAL (HDRS)

Ns. Nofrida Saswati, M.Kep.

Deskripsi Pembelajaran

Topik ini membahas masalah psikososial terkait asuhan keperawatan pada klien HDRS terdiri dari: definisi, penyebab, rentang respon konsep diri, komponen konsep diri gejala dan tanda termasuk hubungan terapeutik dalam melakukan askep Harga Diri Rendah **Situasional** yang terdiri: pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi. Setelah mempelajari materi ini mahasiswa akan mempunyai pengalaman untuk melakukan askep HDRS.

Tujuan Pembelajaran

Setelah mempelajari topik Askep pada klien Harga Diri Rendah Situasional diharapkan mahasiswa mampu:

1. Menjelaskan konsep teori
2. Melakukan pengkajian
3. Menegakkan diagnosis keperawatan
4. Membuat intervensi
5. Melakukan implementasi
6. Melakukan evaluasi

Capaian Pembelajaran

1. Mampu melakukan komunikasi terapeutik kepada klien dan keluarga
2. Mampu melakukan pengkajian secara komprehensif
3. Mampu menentukan diagnosis keperawatan sesuai analisa data
4. Mampu membuat intervensi keperawatan
5. Mampu melakukan implementasi berdasarkan rencana yang sudah ditentukan
6. Mampu melakukan evaluasi terkait implementasi yang sudah diberikan
7. Mampu mencegah terjadinya pelanggaran etika keperawatan
8. Mampu bekerjasama dengan tim Kesehatan lain serta komunitas untuk menurunkan angka kesakitan dan meningkatkan gaya hidup sehat

BAB 11

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN HARGA DIRI RENDAH SITUASIONAL (HDRS)

A. Definisi

Harga Diri Rendah Situasional adalah timbulnya pikiran negatif tentang diri sendiri dalam merespon masalah saat ini (NANDA-I, 2018). Harga diri rendah situasional dapat diartikan juga sebagai perasaan negatif seseorang mengenai dirinya dalam menghadapi situasi yang sedang terjadi (SDKI, 2016).

B. Etiologi

1. Gangguan citra tubuh
2. Gangguan peran sosial
3. Harapan diri tidak realistik
4. Korban kekerasan
5. Kegagalan
6. Ketidakberdayaan
7. Riwayat kehilangan
8. Riwayat pengabaikan
9. Riwayat ditolak

C. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala mayor

- 1) Subjektif
 - a) Memandang diri negatif (misal merasa tidak berharga, tidak mampu).
 - b) Perasaan malu/ merasa bersalah
- 2) Objektif
 - a) Suara pelan saat bicara
 - b) Tidak mau bersosialisasi dengan orang lain
 - c) Menundukkan kepala saat berjalan
 - d) Menarik diri

Tanda dan gejala minor

- 1) Subjektif
Kurang kosentrasi
- 2) Objektif
 - a) Kurangnya Kontak mata

- b) Tidak bersemangat
- c) Kurang aktif
- d) Bergantung dengan orang lain

D. Rentang Respons

Rentang respon konsep diri individu berada pada rentang respons adaptif sampai maladaptif.

Adaptif	Maladaptif
---------	------------

Aktualisasi Diri	Konsep diri positif	Harga Diri Rendah	Kerancuan
Identitas Depersonalisasi			

E. Komponen Konsep Diri

1. Citra Tubuh

Citra tubuh merupakan kumpulan sikap seseorang yang disadari maupun tidak disadari terhadap tubuhnya, mengenai persepsi masa lalu atau sekarang mengenai fungsi, ukuran, makna, objek, dan keterbatasan yang kontak secara terus-menerus. Citra tubuh harus sesuai realita individu harus menyukai bagian tubuhnya.

2. Ideal Diri

Ideal diri merupakan asumsi seseorang terhadap berperilaku yang seharusnya dilakukan berdasarkan standar, tujuan, aspirasi, dan nilai yang diyakini. Ideal diri ditetapkan berdasarkan pengaruh dari keluarga, kebudayaan, keinginan, ambisi, dan keberhasilan individu dalam menyesuaikan diri dengan norma di masyarakat. Ideal diri akan terbentuk di tengah masyarakat disaat seseorang berharap terhadap dirinya sesuai norma yang berlaku. Ideal diri sangat diperlukan oleh individu untuk mempertahankan diri dan mengatasi masalah. Upaya mempertahankan Kesehatan mental sangat diperlukan ideal diri.

3. Harga Diri

Harga diri didapatkan melalui pengakuan orang lain serta diri sendiri. Seseorang akan merasa meningkat harga dirinya jika sering mendapatkan keberhasilan. Namun, jika seseorang sering mengalami kegagalan maka akan merasa rendah diri. Sejak kecil harga diri sudah dibentuk melalui perhatian dan penghargaan dari orang tua dan keluarga. Beberapa cara yang dilakukan sejak dulu agar harga diri seseorang meningkat, yaitu: 1).

Berikan kesempatan untuk mencapai tujuan, 2). Tanamkan idealisme, 3). Selalu memebrikan motivasi terkait ide dan aspirasinya, 4). Fasilitasi pembentukkan coping.

4. Peran

Peran merupakan serangkaian perilaku, sikap, nilai dan tujuan yang diharapkan masyarakat sesuai fungsinya di masyarakat. Faktor-faktor yang mempengaruhi peran antara lain: 1). Peran yang dilakukan sesuai dengan pengetahuan terkait perannya. 2). Respons positif dari orang yang dicintai mengenai perannya. 3). peran yang dilakukan sesuai dengan norma dan budaya. 4). Perbedaan yang dialami terhadap penampilan peran.

5. Identitas Diri

Identitas diri merupakan gambaran yang utuh terkait diri sendiri, yang tidak dipengaruhi oleh tujuan hidup. Ciri seseorang yang memiliki identitas diri positif yaitu: 1). Mampu memahami diri sendiri sebagai individu yang unik. 2). Menerima jenis kelamin sendiri 3). Menilai kemampuan diri. 4). Menerima penilaian dari masyarakat. 5). Menerima hubungan yang lampau, saat ini dan mendatang. 6). Menyadari bahwa individu memiliki tujuan hidup positif.

F. Kondisi Klinis Terkait

1. Kondisi baru terdiagnosis (mis. Diabetes melitus)
2. Pengalaman tidak menyenangkan
3. Penyalahgunaan zat
4. Cedera traumatis
5. Pembedahan
6. Kehamilan
7. Demensia
8. Stroke

G. Askek Harga Diri Rendah Situasional

1. Pengkajian
 - a. Faktor Predisposisi
 - 1) Biologis
 - a) Keluarga memiliki riwayat penyakit genetik

- b) Memiliki riwayat masalah nutrisi (berat badan tidak normal), gangguan makan seperti: anoreksia dan tidak mau berupaya untuk memperbaiki status nutrisi.
- c) Riwayat janin dalam kandungan terpapar alcohol dan racun.
- d) Adanya riwayat penyakit neurologis, trauma kepala, epilepsi, kanker, riwayat gangguan penyakit jantung.
- e) Riwayat penyakit fisik (defek kongenital, penyakit menahun dan kehamilan)
- f) Dampak dari nyeri kronis seperti: perubahan persepsi, kognitif
- g) Mempunyai masalah psikososial seperti: gangguan makan yang berakibat badan terlalu gemuk atau terlalu kurus.
- h) Regimen terapeutik jangka waktu Panjang seperti radiasi dan kemoterapi
- i) Kehamilan normal: perkembangan dan pertumbuhan waktu bayi, masa kanak-kanak dan menginjak remaja
- j) Perubahan secara fisiologis saat kehamilan dan proses menua
- k) Riwayat prosedur dari Tindakan operasi: operasi plastik, operasi wajah, bibir, perbaikan jariangan koloid, aborsi, prosedur pembedahan transeksual, aborsi
- l) Riwayat merasakan nyeri menahun.

2) Psikososial

- a) Memiliki intelegensi Retardasi Mental sedang sampai normal, tidak mampu mengungakkan apa yang dipikirkan saat berinteraksi dengan lingkungan sekitar, gagap dalam melakukan komunikasi verbal.
- b) Kontak sosial terbatas dikarenakan budaya yang berbeda, dan lamanya proses pengobatan seperti: dirawat di ruang ICU, tindakan trakeostomi, pemasangan ETT, pemasangan NGT.
- c) Mengalami masalah psikologis
- d) Memiliki pengalaman tidak menyenangkan di masa lampau seperti: ditinggal orang yang sangat berarti, ditolak keluarga, perpisahan orang tuanya, mengalami kekerasan dalam rumah tangga *KDRT, diberhentikan dari jabatannya, memiliki konflik dilingkungan kerja, Riwayat kegagalan berulang, penganiayaan seksual.

- e) Motivasi: Saat masa perkembangan orang lain tidak memberikan pernghargaan secara berulang, kurangnya dukungan dari diri sendiri dan lingkungan sosial.
 - f) Memiliki konsep diri yang negatif: tidak realistinya ideal diri, gambaran diri negatif, kurang mampu dalam melaksanakan perannya.
 - g) Kontrol diri rendah disaat mengalami kegagalan, sehingga mengalami kesedahan atau kebahagiaan secara berlebihan.
 - h) Kepribadian: Selalu menghindar terhadap ancaman, mudah cemas, tergantung dengan orang lain, *introvert*.
 - i) Riwayat ketidakmampuan dalam memecahkan masalah, konsentrasi berkurang
- 3) Sosial kultural
- a) Usia: Mendapatkan penilaian negative tentang dirinya dikarenakan tidak mampu mencapai tugas dan fungsinya sesuai dengan perkembangan. Kegagalan dalam mencapai tugas perkembangan sebelumnya merupakan salah satu predisposisi terhadap stres.
 - b) Jenis kelamin: Peran seseorang berdasarkan jenis kelamin sebagian besar perempuan yang dilakukan tidak maksimal sehingga munculnya harga diri rendah situasional.
 - c) Penghasilan yang didapat tidak memenuhi kebutuhan kehidupan sehari-hari.
 - d) Perubahan status mengalami perubahan
 - e) Terpisah dari orang yang disayangi baik sementara maupun selamanya seperti: tekanan budaya, kematian, perpindahan, perceraian, kematian.
 - f) Perubahan sosial ekonomi dikarenakan pensiun
 - g) Tempat tinggal diwilayah yang komunitasnya tidak nyaman dan aman.
 - h) Tidak memiliki pekerjaan
 - i) Peran sosial: Tidak mampu berperan di lingkungan komunitasnya.
 - j) Spiritual: Kegagalan dalam menjalankan ibadah sesuai kepercayaannya.

b. Faktor Presipitasi

- 1) Biologis
 - a) Kehilangan bagian tubuhnya baik struktur maupun fungsi
 - b) Gangguan fungsi tubuh akibat menderita penyakit
 - c) Efek samping dari kemoterapi dan radiasi
 - d) Gangguan Status gizi
 - e) Kelainan sejak lahir
 - f) Sensitifitas biologis: Masalah cairan elektrolit, serotonin, masalah pada kortek frontal, sistem limbik, thalamus, norefrinefrin, dan GABA.
- 2) Psikologis
 - a) Memahami terhadap stimulus yang dating, masalah pada sistem pendengaran dan penglihatan, gangguan bicara seperti: pelo, gagap dan bisu
 - b) Akibat dari terapi pengobatan mengalami masalah pada gambaran diri yaitu: pemasangan infus, NGT, Trakheostomi, infus
 - c) Akibat dari sakit sehingga konsep diri terganggu yang berdampak pada perubahan peran
 - d) Tidak terpenuhi harapan terhadap kehamilan, kelahiran dan anak.
 - e) Perubahan bentuk, struktur, fungsi dan penampilan tubuh sehingga terjadinya masalah pada gambaran diri
 - f) Kepribadian: tidak terbuka jika ada masalah, mudah cemas
 - g) Moral: Kurangnya penghargaan dari masyarakat, rendahnya penilaian diri (*self defirification*)
 - h) Enam bulan terakhir mengalami pelecehan seksual
 - i) Motivasi: Kurang mendapatkan dukungan sosial dari lingkungan sekitar
 - j) Kontrol diri: kurang mampu mengendalikan dorongan negatif
 - k) Terbatasnya hubungan sosial dengan keluarga dan teman dikarenakan budaya yang berbeda, terisolasiya tempat tinggal, gangguan bicara akibat proses pengobatan
- 3) Sosiolultural
 - a) Krisis perkembangan dimana seseorang tidak bisa mencapai tugas perkembangan yang normal
 - b) Aktivitas yang terbatas dikarenakan hospitalisasi

- c) Gender: Perempuan lebih dominan mengalami kegagalan dalam menjalankan perannya.
 - d) Penghasilan di bawah Upah Minimum Rata-rata
 - e) Pekerjaan: memiliki pekerjaan yang tidak menetap, tidak memiliki pekerjaan
 - f) Status sosial: mengikuti kegiatan kelompok sosial di masyarakat (pengurus masjid)
 - g) Latar belakang budaya: memiliki keuakinan dan nilai budaya yang kuat
 - h) Keikutsertaan partai politik dan organisasi: aktif mengikuti kegiatan politik dan organisasi
 - i) Pengalaman sosial: Tidak pernah mengalami kehilangan, berpisah dengan seseorang yang disayangi, akibat perubahan fisik sehingga hubungan sosial yang kurang baik dan tidak mampu menjalankan peran sosial.
- c. Mekanisme Koping
- Mekanisme coping yang konstruktif: Melakukan perubahan perilaku yang meningkatkan harga diri, Beradaptasi dengan lingkungannya, Membangun kepercayaan diri dan bersikap optimis, Memanfaatkan dukungan keluarga/orang terdekat.
- Mekanisme coping destruktif: menilai diri negatif, kehilangan kepercayaan diri, menghindar dari lingkungan sosial.
- d. Pengkajian indikator keluarga sehat (IKS)
- Perawat menanyakan apakah anggota keluarga ada mengikuti kegiatan program pemerintah agar seluruh keluarga sehat.
- Apakah anggota keluarga mengikuti program keluarga berencana?
 - Apakah anggota keluarga ada yang melahirkan di pelayanan kesehatan?
 - Apakah anggota keluarga mendapatkan imunisasi dasar lengkap?
 - Apakah selama 6 bulan mendapatkan air susu ibu eksklusif?
 - Apakah selalu memantau pertumbuhan dan perkembangan balita?
 - Apakah anggota keluarga ada yang merokok?
 - Apakah anggota keluarga ikut asuransi kesehatan JKN/ BPJS?
 - Apakah anggota keluarga tersedia air bersih?
 - Apakah keluarga mempunyai jamban sehat?

- Apakah anggota keluarga ada yang menderita penyakit TBC?
 - Apakah anggota keluarga menderita gangguan jiwa?
 - Apakah anggota keluarga menderita diabetes militus?
 - Apakah anggota keluarga menderita Hipertensi?
 - Apakah anggota keluarga menderita kanker?
- e. Pengkajian *Self Report Questionnaire* (SRQ)
- Perawat memeriksa kesehatan klien.
- Apakah klien sering menderita sakit kepala?
 - Apakah klien kehilangan nafsu makan?
 - Apakah klien tidur nyenyak?
 - Apakah klien mudah merasa takut?
 - Apakah klien mudah kawatir?
 - Apakah klien sering gemetar pada tangannya?
 - Apakah pencernaan klien ada masalah?
 - Apakah klien mengalami kesulitan berfikir?
 - Apakah klien merasakan kebahagiaan?
 - Apakah klien sering sedih sampai menangis?
 - Apakah klien mengalami kesulitan melakukan aktivitas sehari-hari?
 - Apakah klien sulit dalam memecahkan masalah?
 - Apakah aktivitas ibu sehari-hari terabaikan?
 - Apakah klien berfikiran kurang mampu melakukan perannya?
 - Apakah klien tidak ada minat untuk melakukan kegiatan?
 - Apakah klien merasa berharga?
 - Apakah klien berniat untuk mengakhiri hidup?
 - Apakah klien sepanjang waktu merasa letih?
 - Apakah klien merasakan perut tidak nyaman?
 - Apakah klien merasa mulai kelelahan?
 - Apakah klien biasanya lebih banyak minum alkohol atau konsumsi NAPZA?
 - Apakah klien mempunyai fikiran bahwa ada seseorang yang mencoba akan menyakiti dirinya?
 - Apakah pikiran klien terganggu?
 - Apakah klien pernah mendengarkan suara yang tidak dapat didengar oleh orang lain?
 - Apakah keluarga pernah bermimpi mengalami musibah/bencana?

- Apakah keluarga menghindari kegiatan yang berhubungan dengan bencana yang akan terjadi sesuai didalam mimpiinya?
- Apakah kegiatan yang biasa dilakukan keluarga berkurang?
- Apakah keluarga merasa terganggu jika teringat bencana?
- Apakah keluarga bisa memahami ekspresi perasaan anggota keluarga lainnya?

2. Diagnosis Keperawatan: (D.0087) Harga Diri Rendah Situasional (HDRS) berhubungan dengan perubahan peran social, perubahan citra tubuh, mengalami kegagalan berulang, riwayat ditolak, ditandai dengan:
Tanda dan gejala mayor

Subjektif: Memberi penilaian negative pada diri sendiri seperti: tidak mampu melakukan sesuatu, mengatakan malu dan bersalah, tidak menerima penilaian positif dari orang lain,

Objektif: Suara pelan jika bicara, tidak mau berinteraksi dengan orang sekitar, banyak menunduk jika berjalan, dan menarik diri.

Tanda dan gejala minor

Subjektif: Kurang kosentrasi

Objektif: kurangnya kontak mata atau tidak ada kontak mata, kurang semangat, tidak aktif, tidak bisa mengambil keputusan

3. Intervensi

Intervensi Utama: promosi harga diri, promosi coping, manajemen perilaku

Intervensi Pendukung: Dukungan penampilan peran, dukungan perasaan bersalah, dukungan pengambilan keputusan, dukungan emosional, pencegahan bunuh diri, promosi kepercayaan diri, promosi citra tubuh.

Tabel 11.1 Nursing Care Planning

Diagnosis Keperawatan	Tujuan Kriteria Hasil	Intervensi
(D.0087) Harga Diri Rendah Situasional berhubungan dengan citra tubuh berubah, peran sosial berubah, sering mengalami kegagalan, pernah ditolak, ditandai dengan: Tanda dan gejala mayor	<p>Luaran Tambahan Harga Diri L.09069</p> <p>Setelah dilakukan Tindakan keperawatan hasil yang diharapkan:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nilai positif diri meningkat Kontak mata meningkat 	<p>Intervensi Utama Promosi Harga Diri I.09308 Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi usia, jenis kelamin agama, budaya, agama, dan ras yang berhubungan dengan harga diri Monitor adanya peningkatan harga diri sesuai kebutuhan

<p>Subjektif: menganggap diri negatif (misal merasa tidak berguna, merasa bersalah, dan tidak menerima penilaian positif diri sendiri.</p> <p>Objektif: bicara dengan pelan, tidak mau bersosialisasi, menundukkan kepala jika berjalan, lebih suka sendiri</p> <p>Tanda dan gejala minor</p> <p>Subjektif: kosentrasi kurang</p> <p>Objektif: tatapan mata kurang, tidak bersemangat, tidak aktif, tergantung kepada orang lain.</p>	<p>Peningkatan percaya diri dalam berbicara</p> <p>Merasa memiliki kelebihan dan kekurangan meningkat</p> <p>Berjalan tegap dengan menampakkan wajah mengalami peningkatan</p> <p>Konsentrasi meningkat</p> <p>Kemampuan membuat keputusan meningkat</p>	<p>3. Monitor verbalisasi yang merendahkan diri sendiri</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Motivasi diri sendiri dalam verbalisasi positif 2. Dukung untuk menerima hal baru 3. Komunikasikan terkait harga diri 4. Diskusikan terhadap kepercayaan nilai diri 5. Bicarakan kegiatan yang positif sehingga harga diri meningkat 6. Diskusikan asumsi negative diri sendiri 7. Diskusikan alasan menyalahkan diri sendiri 8. Diskusikan upaya yang dilakukan untuk mencapai harga diri meningkat yang realistik. 9. Diskusikan dengan keluarga dalam upaya kejelasan harapan dan batasan 10. Berikan reinforcement positif atas keberhasilan klien 11. Upayakan untuk meningkatkan harga diri dengan memberikan lingkungan dan aktivitas yang menyenangkan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan keluarga memberikan dukungan positif kepada klien untuk meningkatkan konsep diri 2. Anjurkan menggali kemampuan yang dimiliki 3. Anjurkan untuk menerima kritik yang negatif 4. Anjurkan menilai perilaku 5. Ajarkan upaya untuk mencegah perundungan 6. Latih diri untuk menjadi lebih bertanggung jawab
---	--	---

		<p>7. Latih kemampuan positif yang dimiliki klien</p> <p>8. Latih fikiran dan perilaku yang positif</p> <p>9. Latih klien untuk percaya diri terhadap kemampuan untuk menghadapi kondisi tertentu</p> <p>Tindakan Keluarga:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gali masalah yang dialami keluarga saat merawat klien 2. Jelaskan tentang harga diri rendah situasional kepada keluarga 3. Bimbing keluarga cara memberikan perawatan meningkatkan harga diri berdasarkan asuhan keperawatan pada klien. 4. Motivasi keluarga memberikan puji atas keberhasilan klien 5. Latih keluarga untuk menciptakan lingkungan dengan suasana untuk meningkatkan harga diri 6. Diskusikan munculnya gejala dan tanda harga diri rendah situasional segera konsultasikan pelayanan Kesehatan secara teratur.
--	--	---

4. Evaluasi

- a. Tanda dan gejala harga diri rendah situasional menurun bahkan hilang
- b. Aspek positif dan kemampuan dalam memenuhi kebutuhan meningkat.
- c. Keluarga mampu merawat klien

H. Latihan Soal

1. Seorang perempuan, umur 56 tahun, berkunjung ke poliklinik jiwa dengan keluhan, klien mengatakan selalu merasa malu, menilai diri tidak berguna, semenjak mengalami penyakit kanker sejak 3 bulan yang lalu. Hasil pemeriksaan: berbicara pelan, banyak menunduk.
Apakah diagnosis keperawatan pada kasus tersebut?

- A. gangguan komunikasi verbal
 - B. harga diri rendah situasional
 - C. ketidakefektifan coping
 - D. ketidakberdayaan
 - E. keputusasaan
2. Seorang Laki-laki, usia 37 tahun, datang ke poli jiwa dengan keluhan, klien mengatakan sulit konsentrasi, merasa malu sejak kakinya ada luka gangren. Hasil pengkajian: terdapat luka gangren pada telapak kaki kanan, klien tampak menunduk, kontak mata kurang, pasif. Ners melakukan intervensi utama.
- Apakah tindakan yang dilakukan pada kasus tersebut?
- A. dukungan pengambilan keputusan
 - B. dukungan penampilan peran
 - C. dukungan perasaan bersalah
 - D. dukungan emosional
 - E. promosi harga diri
3. Seorang Perempuan, usia 25 tahun, datang ke poli jiwa dengan keluhan, klien mengatakan sering mengalami kegagalan, semenjak kekasihnya meninggalkan dirinya klien merasa tidak berguna, menilai negative dirinya. Hasil pengkajian: klien tampak sedih, tidak ada kontak mata, banyak menunduk, tidak mampu mengambil keputusan, lesu dan tidak bersemangat.
- Apakah Tindakan terapeutik pada kasus tersebut?
- A. latih keluarga ciptakan suasana yang nyaman untuk meningkatkan harga diri
 - B. Jelaskan pentingnya dukungan dari keluarga untuk mengembangkan konsep positif klien
 - C. Motivasi klien terlibat dalam komunikasi positif
 - D. Latih peningkatan tanggung jawab untuk diri sendiri
 - E. Anjurkan mengidentifikasi kekuatan yang dimiliki

Kunci Jawaban

1. B
2. E
3. C

I. Tugas

1. Jelaskan intervensi Terapeutik pada klien Harga diri rendah situasional
2. Jelaskan rentang respon pada klien Harga diri rendah situasional
3. Lakukan pengkajian SRQ

Glosarium

Distorsi Realita: Penyimpangan makna dari aslinya

Holistic: Cara pandang yang menyeluruh atau secara keseluruhan sebagai satu kesatuan

Fisiologis: Sesuatu yang berkaitan dengan ciri-ciri tubuh (faal)

Komprehensif: Luas, menyeluruh, teliti dan meliputi banyak hal.

Mayor: *Gejala yang umum terjadi*

Mekanisme coping yang konstruktif: Upaya seseorang mengatasai masalah dengan cara yang baik

Mekanisme coping destrukstif: Mekanisme individu untuk menghindari stressor tanpa adanya penyelesaian masalah

Minor: Gejala yang tidak umum terjadi

NAPZA: narkotika, psikotropika, dan bahan adiktif lainnya baik zat alami atau sintetis

Objektif: Keadaan yang sebenarnya tanpa ada pengaruh pendapat atau pun pandangan pribadi

Person-centered care: Pelayanan kesehatan yang melibatkan hubungan antara dokter, pasien, dan keluarga untuk memastikan pelayanan kesehatan yang diberikan menghargai keinginan dan kebutuhan pasien

Subjektif: fenomena yang dialami oleh klien

Spiritual: Hubungan dekat dengan atau bersifat kejiwaan (rohani, batin).

Daftar Pustaka

- Castro, N. B., Lopes, M., & Monteiro, A. (2020). Low Chronic Self-Esteem and Low Situational Self-Esteem: a literature review. *Revista brasileira de enfermagem*, 73(1), e20180004. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0004>
- Gail Williams, Mark Soucy. (2013). *Course Overview - Role of the Advanced Practice Nurse & Primary Care Issues of Mental Health/Therapeutic Use of Self*. School of Nursing, The University of Texas Health Science Center at San Antonio.
- Gittins, C. B., & Hunt, C. (2020). Self-criticism and self-esteem in early adolescence: Do they predict depression?. *PLoS one*, 15(12), e0244182. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244182>
- Herdman, T. H. dan S. K. (2018). **Nanda** Internasional Diagnosis Keperawatan: Definisi dan Klasifikasi 2018-2020 (Edisi 11). Jakarta: EGC.
- Hidayat, D. R., Ramadhani, S., Nursyifa, T., & Afiyanti, Y. (2020). HARGA DIRI MAHASISWA YANG TERLAMBAT MENYELESAIKAN STUDI. *Perspektif Ilmu Pendidikan*, 34(2), 101 - 108. <https://doi.org/10.21009/PIP.342.4>
- Keliat BA, Hamid AYS, Daulima NHC, dkk (2019). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. EGC PPNI. (2016). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. Definisi dan Indikator Diagnostik, Edisi 1. Jakaerta: DPP PPNI.
- PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Defenisi dan Tindakan Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2018). Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- Saswati N, Harkomah I. (2021). Asuhan Keperawatan Jiwa Komunitas. Deepublish.
- Suryani U., Yolanda Y., Ausrianti R., dkk (2023). Self Hipnosis untuk Mengatasi Keputusasaan pada Penderita Diabetes Mellitus. *Jurnal Peduli Masyarakat*. Vol 5 No 2.
- Townsend, M. C., 2015. *Psychiatric Mental Health Nursing: Concepts of Care in Evidence-Based Practice*. 8th penyunt. Philadelphia: F.A. Davis Company
- Wicaksono, K. S., & Hadiyati, F. N. R. (2019). Hubungan Antara Harga Diri Dengan Fear Of Missing Out Pada Mahasiswa Tahun Pertama Fakultas Psikologi

Universitas Diponegoro. Jurnal EMPATI, 8(2), 368-372. Retrieved from <https://ejournal3.undip.ac.id/index.php/empati/article/view/24400>.

Yusuf, Fitriyani R, dan Nihayati AE (2015). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Penerbit Salemba Medika.

BAB 12

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN GANGGUAN CITRA TUBUH

Ns. Safra Ria Kurniati, M.Kep.

Deskripsi Pembelajaran

Topik ini menjelaskan kepada mahasiswa tentang asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan citra tubuh mulai dari pengertian, penyebab, tanda dan gejala, kondisi klinis terkait sampai kepada konsep asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana intervensi, implementasi serta evaluasi.

Tujuan Pembelajaran

Tujuan pembelajaran pada topik ini adalah:

1. Mahasiswa mampu memahami tentang definisi gangguan citra tubuh.
2. Mahasiswa mampu memahami tentang penyebab gangguan citra tubuh.
3. Mahasiswa mampu memahami tentang tanda dan gejala gangguan citra tubuh.
4. Mahasiswa mampu memahami tentang konsep asuhan keperawatan dengan gangguan citra tubuh.

Capaian Pembelajaran

Adapun capaian Pembelajaran dalam topik ini adalah:

1. Mahasiswa mampu memahami tentang gangguan citra tubuh.
2. Mahasiswa mampu menunjukkan sikap professional dalam pemberian asuhan keperawatan.
3. Mahasiswa mampu mengaplikasikan asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan citra tubuh.

BAB 12

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN GANGGUAN CITRA TUBUH

A. Pengertian

Gambaran diri seseorang mengenai tubuh dikenal dengan istilah citra tubuh. Citra tubuh adalah konsep subjektif atas penampilan fisik seseorang berdasarkan persepsi personal akan diri dan reaksi orang lain (Townsend, 2014). Definisi lain menjelaskan bahwa citra tubuh merupakan suatu konstruksi kompleks yang melibatkan pikiran (kognitif), perasaan (afektif), penilaian, dan perilaku yang berkaitan dengan tubuh seseorang (Hosseini and Padhy, 2019). Sebagai contoh, jika seseorang merasa bahwa dirinya gemuk, maka orang tersebut merasa rendah diri, dan membatasi asupan makanan sebagai bentuk perilakunya. Citra tubuh bisa menjadi terganggu dan memiliki dampak bagi kehidupan terutama kesehatan jiwa.

Gangguan citra tubuh merupakan adanya distorsi atau gangguan pada persepsi, perilaku, dan pikiran yang berkaitan dengan ukuran atau bentuk. Gangguan citra tubuh juga didefinisikan sebagai gangguan pengenalan/rekognisi citra tubuh, termasuk overestimasi, perasaan negatif yang kuat, dan prioritisasi citra tubuh seseorang secara berlebihan (Hosseini and Padhy, 2019).

Gangguan citra tubuh secara umumnya diklasifikasikan menjadi komponen perceptual dan afektif. Gangguan perceptual adalah gangguan persepsi akan bentuk dan ukuran tubuh seseorang (Cornelissen *et al.*, 2016). Sebagai contoh seseorang yang mempersepsikan dirinya sebagai gemuk padahal Indeks Massa Tubuhnya berada di rentang normal. Gangguan afektif adalah gangguan dalam sikap dan perasaan seseorang terhadap tubuh, misalnya mengekspresikan ketidakpuasan terhadap bentuk tubuhnya.

Gangguan citra tubuh saat ini merupakan permasalahan kesehatan mental secara global. Prevalensi ketidakpuasan terhadap citra tubuh sebesar 76,7% pada kondisi kelebihan berat badan dan obesitas, dan pengaruh media secara signifikan berkaitan dengan hal tersebut (Kapoor, Upadhyay and Saini, 2022). Prevalensi ketidakpuasan terhadap berat badan juga cukup tinggi di kalangan remaja, terutama anak perempuan (Martini *et al.*, 2022). Prevalensi ketidakpuasan terhadap tubuh meningkat dalam kurun waktu 30 tahun

terakhir. Kekhawatiran terhadap citra tubuh hadir di seluruh dunia karena adanya tekanan kuat untuk mengejar penampilan ideal. Meskipun kekhawatiran ini mungkin berbeda-beda tergantung konteks budaya, prevalensi dan hubungannya dengan kesehatan mental dan fisik yang buruk bersifat global (Rodgers *et al.*, 2023).

B. Penyebab

Gangguan citra tubuh pada umumnya disebabkan oleh dua faktor, baik itu faktor predisposisi maupun juga faktor presipitasi.

1. Faktor predisposisi

Faktor predisposisi disebut juga faktor protektif dan faktor risiko yang memengaruhi jenis dan jumlah sumber yang bisa digunakan individu untuk mengatasi stressor yang dimiliki (Stuart, 2016). Faktor ini terdiri atas faktor biologis, faktor psikologis, dan faktor sosial budaya.

a. Biologis

Hasil penelitian menunjukkan bahwa volume *gray matter* jauh lebih rendah di amigdala pada pasien dengan anoreksia nervosa. Orang dengan anoreksia nervosa menunjukkan lebih banyak gangguan citra tubuh dan lebih sering menderita depresi, dan fobia (Burkert *et al.*, 2019). Secara genetik, pemodelan kembar (*twin modelling*) menunjukkan adanya pengaruh secara signifikan terhadap internalisasi ideal tubuh (Suisman *et al.*, 2012).

b. Psikologis

Faktor psikologis yang berkaitan dengan gangguan citra tubuh antara lain adanya penolakan dari orang tua, kegagalan yang berulang dialami, harapan orang tua dan ideal diri yang tidak realistik, dan ketergantungan pada orang lain. Penelitian menunjukkan bahwa pada anak laki-laki, pengasuhan ayah dan pergaulan dengan teman sebaya berkorelasi negatif dengan citra tubuh. Namun, bagi anak perempuan, ketakutan akan penilaian negatif terutama dari teman sebayanya berhubungan positif dengan citra tubuh (Michael *et al.*, 2014).

c. Sosial Budaya

Remaja sangat rentan terhadap ketidakpuasan tubuh akibat perubahan fisiologis, sosial, dan psikologis yang mereka alami. Bagi remaja perempuan, serangkaian perubahan tubuh dan sosial terjadi

selama dan setelah masa pubertas sangat mempengaruhi citra tubuh mereka dan menjadi lebih jelas pada masa remaja akhir (Littleton and Ollendick, 2003; Clay, Vignoles and Dittmar, 2005).

Dari faktor jenis kelamin, beberapa penelitian menunjukkan bahwa perempuan mengalami ketidakpuasan akan fisik mereka lebih tinggi dibandingkan dengan laki-laki. Ketidakpuasan terhadap citra tubuh terjadi pada 77,6% remaja putri dimana faktor-faktor seperti Indeks Massa Tubuh yang lebih tinggi, tekanan sosiokultural di masyarakat untuk memiliki tubuh yang kurus, dan depresi semuanya berhubungan secara signifikan dengan ketidakpuasan terhadap citra tubuh (Ganesan, Ravishankar and Ramalingam, 2018).

Norma dan budaya di masyarakat juga bisa memengaruhi citra tubuh seseorang. Hal-hal tersebut membentuk ideal tubuh, yang kemudian diwariskan dan disebarluaskan melalui media, keluarga, dan teman sebaya (Jiotsa *et al.*, 2021). Individu yang berada pada sistem sosial yang memiliki standar ideal kecantikan tertentu berisiko untuk mengalami gangguan citra tubuh.

2. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi merupakan stimulus yang mengancam, menantang atau menuntut individu sehingga mencetuskan gejala stress pada individu. Faktor presipitasi gangguan citra tubuh antara lain:

a. Perubahan fungsi tubuh akibat proses penyakit

Proses penyakit mengganggu kemampuan tubuh dalam menjalankan fungsi normalnya. Ketika seseorang mengalami gangguan fungsi tubuh, penilaian diri seseorang bisa terganggu karena individu tersebut merasa bahwa tubuhnya tidak mampu menjalankan tugasnya sesuai yang diharapkan.

b. Perubahan struktur tubuh akibat luka, operasi, dan proses penyakit.

Tindakan pembedahan seperti mastektomi, amputasi serta pembedahan bariatrik memiliki efek jangka panjang terhadap citra tubuh (Bosc *et al.*, 2022).

c. Perubahan bentuk tubuh

Perubahan bentuk secara signifikan bisa terjadi pada tingkat perkembangan tertentu, contohnya pada ibu hamil dan remaja

yang mengalami pubertas. Perubahan bentuk tubuh juga bisa terjadi sebagai manifestasi dari penyakit yang diderita.

d. Perubahan pandangan terhadap penampilan tubuh

Pandangan terhadap penampilan tubuh bisa berubah ketika seseorang menginternalisasikan persepsi orang lain tentang tubuhnya ke dalam dirinya sendiri.

C. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala gangguan citra tubuh bisa dilihat pada tabel di bawah ini:

Tabel 12.1

Major	Minor
Subjektif 1. Ungkapan penolakan terhadap adanya perubahan/kehilangan tubuh 2. Ungkapan tentang adanya perasaan negatif tentang tubuh	Subjektif 1. Pandangan pada tubuh berubah 2. Takut pada reaksi orang lain 3. Preokupasi pada perubahan/kehilangan
Objektif 1. Tampak adanya kehilangan bagian tubuh 2. Terlihat perubahan fungsi dan struktur tubuh 3. Klien menghindari/menolak melihat dan/atau menyentuh anggota tubuh yang berubah 4. Klien terlihat menyembunyikan bagian tubuh yang berubah	Objektif 1. Hubungan sosial berubah (menarik diri) 2. Respons nonverbal berkaitan dengan perubahan dan persepsi tubuh 3. Trauma terhadap bagian tubuh yang tidak berfungsi

Sumber : (Kelialat *et al.*, 2019)

D. Kondisi Klinis

1. Gangguan Makan

Gangguan citra tubuh merupakan masalah yang paling sering ditemukan pada penderita gangguan makan. Gangguan makan bisa berupa *binge eating disorder*, *anorexia nervosa*, dan *bulimia nervosa*. *Anorexia nervosa* ditandai dengan ketakutan berlebihan akan obesitas. *Bulimia nervosa* adalah kelainan yang ditandai dengan makan berlebihan disertai perilaku kompensasi yang tidak tepat (seperti memuntahkan kembali semua makanannya) untuk mengendalikan berat badan dengan gejala sisa yang berpotensi berbahaya (Gaete, López and Corona, 2023).

2. Body Dysmorphic Disorder

Body Dysmorphic Disorder (BDD) adalah kondisi kesehatan mental yang relatif umum dan melemahkan yang berbeda dengan masalah penampilan tubuh normatif. Penderita gangguan disorfik tubuh tidak dapat berhenti memikirkan satu atau lebih dari kekurangan atau cacat dari penampilannya.

3. Mastektomi

Mastektomi sebagai intervensi pembedahan untuk kanker payudara secara negatif memengaruhi citra tubuh (Kocan and Gursoy, 2016). Pemikiran dan perasaan perempuan mengenai mastektomi memiliki banyak perbedaan. Beberapa wanita bersyukur masih hidup dan menganggap hal ini lebih penting daripada hilangnya payudara. Wanita lain memahami pentingnya operasi untuk kesehatan mereka, namun setelah operasi, mereka mengalami kesedihan yang luar biasa karena kehilangan payudara mereka. Penelitian lainnya menunjukkan bahwa mastektomi memberikan dampak negatif terhadap citra tubuh dan kualitas hidup wanita serta terdapat korelasi positif yang kuat antara citra tubuh dan kualitas hidup.

4. Obesitas

Obesitas merupakan kondisi Ketika Indeks Massa Tubuh berada jauh di atas 25 berdasarkan standar WHO. Penderita obesitas juga bisa mengalami gangguan citra tubuh. Penelitian menunjukkan adanya ketidakpuasan yang cukup berat terhadap tubuh di antara individu dengan obesitas dan khususnya di kalangan perempuan (Weinberger *et al.*, 2017). Subjek dewasa sering kali meremehkan status berat badan dan ukuran tubuhnya. Wanita dengan kelebihan berat badan dan obesitas lebih sering dibandingkan pria yang merasa tidak puas dengan ukuran tubuhnya sendiri (Gruszka *et al.*, 2022).

5. Kehamilan

Kehamilan menyebabkan perubahan struktur dan bentuk tubuh pada perempuan. Hal ini bisa menyebabkan gangguan citra tubuh. Adanya ketidakpuasan terhadap aspek citra tubuh yang berhubungan dengan kekuatan, ketidakpuasan terhadap bagian tubuh, dan kekhawatiran mengenai daya tarik seksual meningkat secara signifikan dari pertengahan hingga akhir kehamilan (Linde *et al.*, 2022).

E. Pohon Masalah



F. Pengkajian

1. Kaji makna kehilangan atau perubahan bagi klien, termasuk harapan klien akan masa depan dan dampak keyakinan budaya dan agama.
2. Menilai dampak yang dirasakan dari perubahan ADL, partisipasi sosial, hubungan pribadi, dan aktivitas pekerjaan.
3. Kaji akibat gangguan citra tubuh yang berkaitan dengan tahap perkembangan klien.
4. Evaluasi perilaku klien mengenai perubahan bagian atau fungsi tubuh yang sebenarnya atau yang dirasakan.
5. Evaluasi ungkapan verbal klien tentang perubahan nyata atau yang dirasakan pada bagian atau fungsi tubuh.
6. Kaji perasaan klien tentang ukuran dan bentuk tubuh atau komponen sikapnya.
7. Kaji komponen persepsi klien atau keakuratan seseorang dalam menilai dimensi tubuhnya.

G. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan untuk gangguan citra tubuh berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia adalah sebagai berikut :

No.	Diagnosa Keperawatan	Luaran	Intervensi
	Gangguan Citra Tubuh	<p>Setelah dilakukan intervensi selama..... maka citra tubuh meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Melihat bagian tubuh meningkat ● Menyentuh bagian tubuh meningkat ● Verbalisasi kecacatan bagian tubuh meningkat ● Verbalisasi kehilangan bagian tubuh meningkat ● Verbalisasi perasaan negatif tentang perubahan tubuh menurun ● Verbalisasi kekhawatiran pada penolakan/reaksi orang lain menurun ● Verbalisasi perubahan gaya hidup menurun ● Menyembunyikan bagian tubuh berlebihan menurun ● Menunjukkan bagian tubuh berlebihan menurun ● Fokus bagian tubuh menurun 	<p>Intervensi Utama Promosi Citra Tubuh</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi harapan citra tubuh berdasarkan tahap perkembangan 2. Identifikasi budaya, agama, jenis kelamin, dan umur terkait citra tubuh 3. Identifikasi perubahan citra tubuh yang mengakibatkan isolasi sosial 4. Monitor frekuensi pernyataan kritik terhadap diri sendiri 5. Monitor apakah pasien bisa melihat bagian tubuh yang berubah <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan perubahan tubuh dan fungsinya 2. Diskusikan perbedaan penampilan fisik terhadap harga diri 3. Diskusikan perubahan akibat pubertas, kehamilan dan penuaan 4. Diskusikan kondisi stress yang mempengaruhi citra tubuh 5. Diskusikan cara mengembangkan harapan citra tubuh secara realistik 6. Diskusikan persepsi pasien dan keluarga tentang perubahan citra tubuh <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan kepada keluarga tentang perawatan perubahan citra tubuh 2. Anjurkan mengungkapkan gambaran diri terhadap citra tubuh 3. Anjurkan menggunakan alat bantu 4. Anjurkan mengikuti kelompok pendukung 5. Latih fungsi tubuh yang dimiliki 6. Latih peningkatan penampilan diri 7. Latih pengungkapan kemauan diri kepada orang lain maupun kelompok

		<ul style="list-style-type: none"> ● Fokus pada penampilan masa lalu menurun ● Fokus pada kekuatan masa lalu menurun ● Respon nonverbal pada perubahan tubuh membaik ● Hubungan sosial membaik 	
			<p>Intervensi Tambahan Edukasi Perawatan Diri</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pengetahuan tentang perawatan diri 2. Identifikasi kemampuan membaca, status kognitif, psikologis, tingkat kecemasan dan budaya 3. Identifikasi masalah dan hambatan perawatan diri yang dialami 4. Identifikasi metode pembelajaran yang sesuai <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rencanakan strategi edukasi, termasuk tujuan yang realistik 2. Jadwalkan waktu dan intensitas pembelajaran sesuai penyakit 3. Sediakan lingkungan yang kondusif pembelajaran optimal 4. Ciptakan edukasi interaktif untuk memicu partisipasi aktif sama edukasi 5. Berikan penguatan positif terhadap kemampuan yang didapat <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan perawatan diri, praktik perawatan diri, dan aktivitas kehidupan sehari-hari 2. Anjurkan mendemonstrasikan praktik perawatan diri sesuai kemampuan 3. Anjurkan mengulang kembali informasi edukasi tentang perawatan diri

H. Latihan Soal

1. Seorang remaja, usia 14 tahun, dirawat di Rumah Sakit karena kecelakaan dan tangan kanannya diamputasi. Hasil pengkajian : pasien tampak sedih, membenci tubuhnya yang sekarang, menyalahkan dirinya, dan tidak mau bertemu dengan teman yang menjenguknya. Apakah masalah keperawatan untuk kasus tersebut?
 - a. Gangguan Citra Tubuh
 - b. Gangguan Identitas
 - c. Gangguan Peran
 - d. Harga Diri Rendah Situasional
 - e. Harga Diri Rendah Kronik

Kunci Jawaban : A

2. Seorang laki-laki, usia 36 tahun, menderita obesitas dan dirawat di Rumah Sakit karena Diabetes Mellitus. Klien mengatakan tidak menyukai tubuhnya, malu akan berat badannya, serta tidak memiliki teman karena hal tersebut. Apakah tindakan keperawatan observatif yang tepat pada kasus tersebut?
 - a. Identifikasi harapan citra tubuh
 - b. Identifikasi penyebab menarik diri
 - c. Identifikasi kekurangan yang dimiliki
 - d. Identifikasi peran yang dimiliki
 - e. Identifikasi penyebab harga diri rendah

Kunci Jawaban : A

3. Seorang remaja, usia 16 tahun, memiliki masalah gangguan citra tubuh karena memiliki jerawat yang cukup parah. Apakah tujuan yang tepat dalam perencanaan asuhan keperawatan pada kasus tersebut?
 - a. Remaja akan mendapatkan nilai yang baik di sekolah
 - b. Remaja menunjukkan ketertarikan dalam mengontrol diet dan perawatan kulit
 - c. Remaja melaporkan bahwa remaja tertarik akan musik dan seni
 - d. Remaja akan merasa dirinya pintar
 - e. Remaja mengetahui kekurangan pada dirinya

Kunci Jawaban : B

I. Tugas

Wawancara seseorang yang Anda kenal berkaitan dengan citra tubuhnya. Tanyakan bagaimana respon kognitif, afektif, dan perilakunya berkaitan dengan citra tubuhnya tersebut.

Daftar Pustaka

- Bosc, L. *et al.* (2022) 'Long-term changes in body image after bariatric surgery: An observational cohort study', *PLoS ONE*. doi: 10.1371/journal.pone.0276167.
- Burkert, N. T. *et al.* (2019) 'Body image disturbances, fear and associations with the amygdala in anorexia nervosa', *Wiener Klinische Wochenschrift*. doi: 10.1007/s00508-018-1440-y.
- Clay, D., Vignoles, V. L. and Dittmar, H. (2005) 'Body image and self-esteem among adolescent girls: Testing the influence of sociocultural factors', *Journal of Research on Adolescence*. doi: 10.1111/j.1532-7795.2005.00107.x.
- Cornelissen, K. K. *et al.* (2016) 'Fixation patterns, not clinical diagnosis, predict body size over-estimation in eating disordered women and healthy controls', *International Journal of Eating Disorders*. doi: 10.1002/eat.22505.
- Gaete, V., López, C. and Corona, F. (2023) 'Bulimia nervosa', in *Encyclopedia of Child and Adolescent Health, First Edition*. doi: 10.1016/B978-0-12-818872-9.00012-1.
- Ganesan, S., Ravishankar, S. and Ramalingam, S. (2018) 'Are body image issues affecting our adolescents? A cross-sectional study among college going adolescent girls', *Indian Journal of Community Medicine*. doi: 10.4103/ijcm.IJCM_62_18.
- Gruszka, W. *et al.* (2022) 'Perception of body size and body dissatisfaction in adults', *Scientific Reports*. doi: 10.1038/s41598-021-04706-6.
- Hosseini, S. A. and Padhy, R. K. (2019) *Body Image Distortion, StatPearls*.
- Jiotsa, B. *et al.* (2021) 'Social media use and body image disorders: Association between frequency of comparing one's own physical appearance to that of people being followed on social media and body dissatisfaction and drive for thinness', *International Journal of Environmental Research and Public Health*. doi: 10.3390/ijerph18062880.
- Kapoor, A., Upadhyay, M. and Saini, N. (2022) 'Prevalence, patterns, and determinants of body image dissatisfaction among female undergraduate

- students of University of Delhi', *Journal of Family Medicine and Primary Care*. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_1851_21.
- Keliat, B. A. *et al.* (2019) *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Kocan, S. and Gursoy, A. (2016) 'Body Image of Women with Breast Cancer After Mastectomy: A Qualitative Research', *Journal of Breast Health*. doi: 10.5152/tjbh.2016.2913.
- Linde, K. *et al.* (2022) 'Course and prediction of body image dissatisfaction during pregnancy: a prospective study', *BMC Pregnancy and Childbirth*. doi: 10.1186/s12884-022-05050-x.
- Littleton, H. L. and Ollendick, T. (2003) 'Negative body image and disordered eating behavior in children and adolescents: What places youth at risk and how can these problems be prevented?', *Clinical Child and Family Psychology Review*. doi: 10.1023/A:1022266017046.
- Martini, M. C. S. *et al.* (2022) 'Prevalence of body weight dissatisfaction among adolescents: a systematic review', *Revista paulista de pediatria: orgao oficial da Sociedade de Pediatria de São Paulo*. doi: 10.1590/1984-0462/2023/41/2021204.
- Michael, S. L. *et al.* (2014) 'Parental and Peer Factors Associated with Body Image Discrepancy among Fifth-Grade Boys and Girls', *Journal of Youth and Adolescence*. doi: 10.1007/s10964-012-9899-8.
- Rodgers, R. F. *et al.* (2023) 'Body image as a global mental health concern', *Cambridge Prisms: Global Mental Health*. doi: 10.1017/gmh.2023.2.
- Stuart, G. W. (2016) *Prinsip dan praktik keperawatan kesehatan jiwa stuart*. Edited by B. A. Keliat and J. Pasaribu. Singapore: Elsevier.
- Suisman, J. L. *et al.* (2012) 'Genetic and environmental influences on thin-ideal internalization', *International Journal of Eating Disorders*. doi: 10.1002/eat.22056.
- Townsend, M. C. (2014) *Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing: Concepts of Care in Evidence-based Practice*. Philadelphia: F.A Davis Company.
- Weinberger, N. A. *et al.* (2017) 'Body Dissatisfaction in Individuals with Obesity Compared to Normal-Weight Individuals: A Systematic Review and Meta-Analysis', *Obesity Facts*. doi: 10.1159/000454837.

BAB 13

ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN DENGAN KEHILANGAN DAN BERDUKA

Ns. Tati Suryati, M.Kep., Sp.Kep.J

Deskripsi Pembelajaran

Mahasiswa di harapkan setelah mempelajari asuhan keperawatan pada klien dengan berduka mampu menjelaskan pengertian, tahapan proses kehilangan.

Tujuan Pembelajaran

Setelah mahasiswa mempelajari asuhan keperawatan pada klien dengan berduka diharapkan mampu melakukan asuhan keperawatan dengan baik.

Tujuan Instruksional Umum

Mempelajari materi di harapkan dapat memberikan asuhan keperawatan masalah kehilangan dan berduka.

Tujuan Instruksional Khusus

Mempelajari materi mampu mengaplikasikan dengan kasus yang di berikan seperti:

1. Memahami pengertian kehilangan.
2. Mengetahui rentang respon hilang dan berduka.
3. Memberikan penjelasan tahapan kehilangan dan berduka.
4. Memberikan *assessment* aspek kehilangan dan berduka.
5. Menentukan diagnosa keperawatan yang akan muncul.
6. Memberikan tindakan keperawatan pada klien.
7. mengevaluasi implementasi pada kasus tersebut.

Capaian Pembelajaran

Mahasiswa mampu mengimplementasikan intervensi pada klien dengan berduka.

BAB 13

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN GANGGUAN CITRA TUBUH

A. Pengertian

1. Kehilangan dan berduka ialah integral kehidupan. Kehilangan terjadi secara bertahap/mendadak, baik dengan kekerasan / tidak, sebagian atau total dan bisa kembali/ tidak dapat kembali. (Perry& Potter, 2005)
2. Pengalaman dialami oleh seseorang terhadap kehidupan yang akan diperlakukan pada saat mengalami kehilangan, seseorang yang disebut fase kehilangan (yosep,2010)
3. Berduka merupakan respon kehilangan secara normal pada semua kejadian kehilangan seperti sedih, cemas, sesak nafas, insomnia. ada dua jenis tipe berduka yaitu diantisipasi, berduka disfungsional (Rachmad, 2011).

B. Tipe Kehilangan

Kehilangan terbagi menjadi 2 tipe:

1. Kehilangan aktual
Kehilangan biasanya mudah dikenali/diidentifikasi, seperti hilangnya sebagian anggota tubuh, ditinggal mati orang tersayang.
2. Kehilangan presepsi
kehilangan yang dialami seseorang dan sulit untuk dibuktikan. contoh seorang isteri yang di cerai oleh suaminya merasa rendah diri.

C. Macam –Macam Kehilangan

1. Kehilangan orang berarti
2. Hilangnya kesehatan bio-psiko-sosial, contohnya mengalami amputasi, PHK, kehilangan jabatan.
3. Kehilangan barang pribadi, kehilangan benda berharga atau perhiasan.

D. Tahapan Proses Kehilangan dan Berduka

1. Tahap Kehilangan
 - a. Penyangkalan

Seseorang mengalami reaksi pertama diam, syok, gelisah, bingung. Hal yang muncul adalah "Pasti dokter salah mendiagnosa", Secara fisik Tarik nafas dalam, berkeringat, merasa tidak nyaman.

b. Marah

Seseorang yang mengalami hal ini marah, tangan mengepal. reaksi klien menyalahkan tuhan, "mengapa terjadi pada saya".

c. Penawaran

Klien merasa tawar menawar, dengan perkataan "pasti akan baik-baik saja", "seandainya tidak akan terjadi hal ini".

d. Depresi

Tahap dimana klien mersa tidak akan bisa dikembalikan lagi seperti semula. Respon isolasi social,mogok makan, insomnia, fatigue.

e. Penerimaan

Seseorang mulai menerima kenyataan dirinya mengalami kehilangan.

2. Tahap Proses Berduka

a. Fase akut

Tejadi 4 sampai 8 minggu setelah kematian.

b. Fase jangka panjang

Kejadian sudah lebih dari 1- 2 tahun.

E. Pengkajian

1. Faktor Predisposisi

a. Genetik

Salah satu anggota keluarga mempunyai riwayat depresi.

b. Kesehatan Fisik

Seseorang yang memiliki kesehatan fisik mampu menghadapi stress.

c. Kesehatan Mental

Seseorang dengan sehat jiwa, tingkat kepekaan rendah terhadap kehilangan.

d. Pengalaman kehilangan sebelumnya

Seseorang pada masa kanak-kanak adan mudah mengalami kehilangan di masa dewasa.

2. Faktor Presifitasi

Perasaan stress meyebabkan kehilangan harga diri, kehilangan pekerjaan, dan kehilangan peran.

- **MEKANISME KOPING**

1. Denial
2. Regresi
3. Rasionalisasi
4. Supresi
5. Proyeksi

- **DATA MAYOR**

Subjektif

1. sedih
2. Meyalahkan orang lain
3. Tidak menerima kehilangan
4. Tidak ada harapan

Objektif

1. Menangis
2. Perubahan pola tidur
3. Kurang focus

- **DATA MINOR**

Subjektif

1. Mimpi buruk
2. tidak berguna
3. Fobia

Objektif

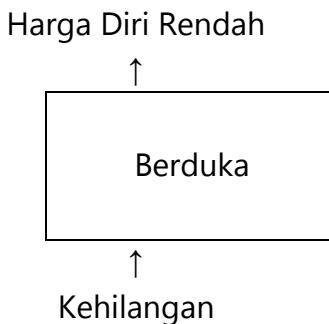
1. Marah
2. Panik
3. Terganggunya sistem kesehatan

- **KONDISI KLINIS TERKAIT**

1. Kematian keluarga
2. Amputasi
3. Medulla spinalis
4. Kehilangan perinatal
5. Penyakit terminal (contoh: kanker)
6. PHK

- **DIAGNOSA KEPERAWATAN**

Pohon masalah



- **HASIL PENELITIAN TERKAIT**

1. Peran Dukungan Sosial terhadap Berduka Kronis Lansia Mengalami Kehilangan Pasangan Budaya Pakurenang
2. Hubungan Dukungan Sosial seperti Kehilangan dan Berduka longsor dan Banjir
3. GAMBARAN TAHAPAN KEHILANGAN DAN BERDUKA PASCA BANJIR di KELURAHAN PERKAMIL MANADO
4. Pemberdayaan Kesehatan terkait Pendidikan Kesehatan peran Perawatan Lansia dengan Berduka Kronis Akibat Kehilangan Pasangan
5. PENINGKATAN PENGETAHUAN KELUARGA MEMELIHARA KESEHATAN JIWA SAAT MENGALAMI KEHILANGAN BERDUKA DI KELURAHAN MUKA KABUPATEN CIANJUR

- **TUJUAN ASUHAN KEPERAWATAN**

1. Kemampuan Berpikir
 - a. Mengetahui proses kehilangan yang terjadi
 - b. Memahami cara mengatasi kehilangan sesuai tahapan
2. Kemampuan Perilaku
 - a. Mengalami proses kehidupan
 - b. Mengidentifikasi kenyataan kehilangan
 - c. Mengatasi dengan cara marah
 - d. Melakukan kemampuan positif
 - e. Melakukan latihan dengan cara baru

3. Kemampuan Perasaan
 1. Merasakan manfaat dari melakukan latihan
 2. Mampu menyesuaikan dengan keadaan yang nyata
 3. Merasakan lebih semangat

- **TINDAKAN KEPERAWATAN**

1. Tindakan yang dapat dilakukan pada klien salah satunya:
 - a. Membina hubungan saling percaya
 - b. mengkaji keadaan klien
 - c. Melakukan teknik menyelesaikan masalah kehilangan dan berduka
 - d. Menjelaskan pengalaman yang terjadi di lingkungan sekitar
 - e. Memberikan jadwal kegiatan klien
 - f. Bekerjasama dengan dokter dalam pemberian terapi
2. Tindakan keperawatan keluarga
 - a. Menjelaskan terkait penyebab kehilangan.
 - b. Memberikan penjelasan kepada keluarga untuk menyelesaikan masalah kehilangan
 - c. Mengajarkan kepada keluarga cara untuk melakukan cara merawat klien dengan kehilangan
 - d. Menjelaskan kepada keluarga dengan cara memanfaatkan hal-hal yang bisa dilakukan untuk mengatasi kehilangan

F. Latihan Soal

1. Ny S usia 43 th memiliki 3 anak, namun saat ini Ny S kehilangan salah satu anaknya 5 tahun meninggal dunia karena sakit. Ny S mengatakan sangat bersedih, kadang menangis, mengatakan anaknya yang meninggal adalah anak yang sangat disayangi karena anak perempuan satu-satunya keluarga. Manakah kalimat terapeutik yang tepat untuk pasien ?
 - a. "ibu tidak perlu cemas....dan harus menerima kenyataan bahwa anak ibu sudah meninggal....."
 - b. "ibu jangan bersedih, semuanya sudah kehendak Allah..."
 - c. "saya mengerti perasaan ibu, namun saat ini masih ada yang membutuhkan ibu.."
 - d. "saya ikut bersedih, semoga anak ibu diterima disisi Allah..."

- e. "ibu harus memikirkan anak ibu yang lain sekarang!, karena mereka sangat membutuhkan ibu.."

Jawabannya C

2. Ny S 48 tahun dibawa ke RS karena sudah 1 minggu tidak mau makan. Saat pengkajian mengatakan sedih, tidak ada nafsu dan kurang tidur selalu teringat suaminya yang telah meninggal 1 bulan dan kadang saat bercerita Ny S menangis. Apakah tindakan keperawatan yang tepat dilakukan ?
- a. Mengidentifikasi pengalaman kehilangan
 - b. Motivasi pasien selalu melihat barang suaminya
 - c. Mengidentifikasi coping yang digunakan
 - d. Membantu pasien menghilangkan pikiran suaminya
 - e. Membantu pasien mengenali proses berdukanya

Jawabannya : A

3. Seorang perempuan berusia 21 sudah dirawat 3 hari post op amputasi kaki kiri. pengkajian, pasien mengatakan "kenapa terjadi pada saya...tidak mungkin!!" kemudian menangis histeris, pucat, lemah serta tidak mau melihat kakinya. Pasien masih bekerja sekretaris perusahaan terkenal dan akan dipromosikan. Apakah fase kehilangan sesuai dengan kasus ?
- a. *Anger*
 - b. *Denial*
 - c. *Depresi*
 - d. *Bergaining*
 - e. *Acceptance*

Jawabannya : B

Daftar Pustaka

Keliat, BA., dkk (2007). Manajemen Keperawatan psikososial dan Kader Kesehatan Jiwa : CMHN. Jakarta : EGC

Nursing diagnosis NANDA internasional 2018-2020

Stuart. Gail. W (2016). Keperawatan Kesehatan Jiwa : Indonesia: Elsever

Yosep, H. I., dan Sutini, T. (2014). Buku Ajar Keperawatan Jiwa dan Advance. Mental Health Nursing. Bandung: Refika Aditama

BAB 14

ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA KLIEN YANG TERINFEKSI HIV-AIDS

Ns. Noorwahyu Trihidayati, M. Kep.

Deskripsi Pembelajaran

Pokok bahasan ini mempelajari tentang Asuhan keperawatan jiwa pada klien yang terinfeksi HIV- AIDS. Dimana mahasiswa diberi kesempatan untuk mempelajari, menggali dan memahami tentang asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan HIV Aids. Kegiatan pembelajaran berorientasi pada pencapaian mahasiswa dalam berpikir secara sistenatis, komprehensif serta kritis dalam menganalisa asuhan keperawatan jiwa pada pasien HIV- AIDS melalui tugas mandiri maupun kelompok. Evaluasi dilakukan dengan latihan, pendalamam materi serta menyelesaikan tugas baik secara mandiri maupun kelompok.

Tujuan Pembelajaran

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa mampu

1. Menjelaskan tentang pengkajian masalah gangguan jiwa pada pasien HIV - Aids
2. Menjelaskan dan menentukan diagnose keperawatan gangguan jiwa pada pasien HIV- AIDS
3. Menjelaskan tentang kriteria hasil dan rencana asuhan keperawatan masalah gangguan jiwa pada HIV AIDS
4. Menjelaskan tentang implementas masalah gangguan jiwa pada HIV AIDS
5. Menjelaskan tentang evaluasi keperawatan masalah gangguan jiwa pada HIV AIDS

Capaian Pembelajaran

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa mampu

1. Menganalisa data maupun kasus jika menemukan kasus pasien gangguan jiwa pada HIV AIDS
2. Memberikan Asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah gangguan jiwa pada HIV –AIDS yang lengkap dan berkesinambungan
3. Menegakkan diagnose keperawatan dengan mendalam berdasarkan informasi dan analisa data dari berbagai sumber untuk menentukan prioritas masalah keperawatan

BAB 14

ASUHAN KEPERAWATAN JIWA

PADA KLIEN YANG TERINFEKSI HIV-AIDS

A. Pengertian

Human Immunodeficiency Virus (HIV) merupakan kumpulan virus disebut retrovirus. Virus ini membawa materi genetic yang berbentuk RNA (asam ribonukleat) bukan DNA (asam deoksiribonukleat). HIV terjadi ketika virus menginfeksi sel CD4 (T. Helper) inang, menyebabkan sel ini mereplikasi RNA virus dan protein virus, dan akhirnya menyerang sel CD4 lainnya. AIDS didefinisikan sebagai bentuk paling parah dari serangkaian penyakit yang disebabkan oleh infeksi *Human Immunodeficiency Virus* (Susan C. Smeltzer, 2016)

B. Etiologi

Penyebab utama penyakit HIV/AIDS adalah human immunodeficiency virus (HIV). AIDS adalah penyakit yang terdiri dari gejala-gejala yang berhubungan dengan melemahnya sistem kekebalan tubuh ketika infeksi HIV sudah parah dan tidak diobati dengan baik. Menurut Pusat Pengendalian dan Pencegahan Penyakit (CDC), HIV hanya dapat ditularkan dari orang yang terinfeksi melalui cairan tubuh seperti darah, air mani, cairan pra-ejakulasi, cairan rektal (anal), cairan vagina, dan ASI. yang bersentuhan langsung dengan luka terbuka, selaput lendir, jaringan lunak atau luka terbuka pada kulit orang sehat. Virus ini biasanya ditularkan melalui hubungan seks tanpa kondom (penetrasi vagina, seks oral dan anal). Ingatlah bahwa infeksi HIV hanya dapat terjadi jika Anda mengalami luka terbuka atau goresan pada alat kelamin, mulut, atau kulit Anda seperti orang sehat. Secara umum, gadis remaja mempunyai risiko lebih tinggi tertular HIV karena selaput vagina mereka lebih tipis sehingga lebih rentan terhadap lecet dan cedera dibandingkan wanita dewasa (Pardede, 2017).

C. Tanda dan Gejala

Tanda dan Gejala HIV/AIDS Adapun gejala klinis stadium AIDS menurut (Kristiono, & Astuti, 2019) antara lain:

1. Gejala mayor:
 - a. Demam berkepanjangan >1 bulan

- b. Diare kronis >1 bulan yang berulang maupun terus-menerus
 - c. Penurunan berat badan lebih dari 10% dalam 3 bulan
 - d. TBC
2. Gejala minor
 - a. Batuk kronis selama >1 bulan
 - b. Infeksi jamur Candida Albicans pada mulut dan tenggorokan
 - c. Pembengkakan yang menetap pada kelenjar getah bening di seluruh tubuh d. Munculnya bercak-bercak gatal diseluruh tubuh serta Herpes zoster yang berulang.

D. Klasifikasi

Klasifikasi klinis infeksi HIV pada orang dewasa menurut (WHO., 2019) dibagi menjadi empat stadium, yaitu:

1. Stadium I
 - asimtomatik, dengan aktifitas fisik masih normal,
 - tidak ada gejala Limfadenopati generalisata persisten,
 - yang biasanya ditemukan pembesaran
 - kelenjar getah bening multipel berukuran kecil tanpa nyeri.
2. Stadium II
 - sakit ringan
 - dengan aktivitas fisik masih normal
 - Berat badan menurun <10% Kelainan mulut dan mukosa yang ringan, seperti dermatitis seboroik (berupa lesi kulit bersisik pada batas antara wajah dan rambut serta sisi hidung), prurigo/ *papular pruritic eruption* (suatu ruam kulit berupa papel yang gatal), onikomikosis, ulkus oral yang rekuren/ berulang, dan *Chelitis angular*(luka pada sudut mulut).
 - *Herpes zoster* dalam 5 tahun terakhir Infeksi saluran napas bagian atas, seperti sinusitis bakterialis, faringitis, tonsilitis, dan otitis media.
3. Stadium III
 - sakit sedang , dengan penampilan lemah dan pasien berada di tempat tidur <50% perhari dalam bulan terakhir
 - Berat badan menurun >10% ,Diare kronis lebih dari satu bulan
 - Demam berkepanjangan lebih dari satu bulan.Kandidiasis orofaringeal, *Oral hairy leukoplakia*, berupa garis vertikal putih di samping lidah, tidak nyeri, tidak hilang bila di kerok

- TB paru dalam tahun terakhir Infeksi bakterial yang berat seperti pneumonia, piomositish, empiema, meningitis, osteitis/arthritis, *pelvic inflammatory disease*, bakteriemia
4. Stadium IV
- Sangat sakit, sangat lemah, hampir selalu berbaring di tempat tidur
 - >50% perhari dalam bulan terakhir HIV *wasting syndrome*, yaitu berat badan turun lebih dari 10%
 - Diare kronis atau demam lebih dari satu bulan yang tidak disebabkan oleh penyakit lain
 - *Pneumonia pneumocytis carinii*, toksoplasmosis otak, diare, kriptosporidiosis lebih dari satu bulan, kriptotokokosis ekstrapulmonal, retinitis virus sitomegalo, herpes simplex mukokutan lebih dari satu bulan, retinitis virus sitomegalo, dan leukoensefalopati multifokal progresif. Leukoensefalopati multifokal progresif Mikosis yang menyebar seperti histoplasmosis Kandidiasis pada esofagus, trachea, bronkus, dan paru-paru Mikobakteriosis atipikal yang menyebar Sepsis Salmonellosis non-tifoid Tuberkulosis luar paru Limfoma Sarkoma Kaposi/HIV/AIDS Kegiatan sehari-hari. / atau masalah mobilitas yang memburuk selama berminggu-minggu atau berbulan-bulan tanpa adanya infeksi selain HIV.

E. Penularan HIV/AIDS

Penularan HIV/AIDS meliputi:

1. Cairan genital, meliputi cairan vagina, cairan vagina, cairan mulut, dan cairan anus. Orang yang terinfeksi HIV lebih mungkin menularkan virusnya kepada orang lain. Selain itu banyak virus lain, untuk menyebabkan infeksi serius yang cukup tinggi.
2. Kontaminasi darah atau jaringan lain, artinya kontaminasi yang ditularkan melalui darah, seperti donor darah, donor organ pengidap HIV, berbagi jarum suntik saat merawat pasien, dan alat kesehatan seperti suntikan atau tato.
3. Ibu hamil yang tertular virus HIV dapat menularkannya ke janinnya saat melahirkan, yaitu melalui plasenta. Bisa juga menular melalui ASI pada saat menyusui (Hidayati, 2023)

Program pencegahan AIDS di Indonesia saat ini mempunyai empat pilar yang semuanya mengarah pada paradigma Zero New Infection, Zero AIDS-related death dan Zero Discrimination. Keempat pilar tersebut adalah:

1. Pencegahan Meliputi pencegahan penularan HIV melalui alat seks dan suntikan, pencegahan di Lapas dan Rutan, pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak (PMTCT), dan resistensi pada pekerja perempuan.
2. PDP (Perawatan, dukungan dan pengobatan); hal ini mencakup penguatan dan pengembangan pelayanan kesehatan, pencegahan dan pengobatan infeksi oportunistik, pengobatan dan dukungan antiretroviral, serta pendidikan dan pelatihan untuk orang yang hidup dengan HIV. Program PDP terutama bertujuan untuk mengurangi angka kesakitan dan angka rawat inap, angka kematian terkait AIDS, dan meningkatnya kualitas hidup orang dengan HIV.
3. Mengurangi dampak berbagai dukungan emosional dan finansial.
4. Menciptakan lingkungan yang efektif, termasuk proyek untuk meningkatkan lingkungan yang efektif dengan memperkuat sistem dan manajemen, manajemen proyek, koordinasi kebijakan, dll (Haryo Bimo Setiarto et al., 2021)

F. Pemeriksaan Diagnostik

Tes HIV/AIDS untuk mengetahui apakah seseorang mengidap HIV/AIDS dan untuk mengetahui daya tahan tubuh seseorang, antara lain:

1. Tes pemeriksaan diagnostik HIV/AIDS
 - a) ELISA (enzyme linked immunosorbent assay)
 - b) Western blot
 - c) P24 antigen test
 - d) Kultur HIV
2. Tes pemeriksaan untuk mendeteksi sistem kekebalan tubuh
 - a) Hematokrit
 - b) LED
 - c) Rasio CD4/CD Limfosit
 - d) Serum microglobulin B2
 - e) Hemoglobin (haryono & Nashir, 2021).

G. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan HIV/AIDS terbagi dalam dua kategori, yaitu penatalaksanaan umum dan penatalaksanaan khusus, yang meliputi:

1. Penatalaksanaan secara umum
 - a. setiap orang bagi pengidap HIV/AIDS, tes dimulai dengan perawatan prenatal dan melalui proses konseling untuk mendapatkan persetujuan pasien.
 - b. Usahakan untuk melakukan tes serologis, yaitu tes yang mendeteksi bakteri.
 - c. Konseling khusus bagi penderita HIV/AIDS, khususnya ibu hamil dengan HIV/AIDS.
 - d. Masyarakat yang berisiko tinggi tertular HIV/AIDS mendapat konseling pencegahan HIV/AIDS.
 - e. memberikan nutrisi yang baik, termasuk makanan bergizi untuk mengatasi infeksi oportunistik.
 - f. Melakukan terapi AZT secepatnya jika CD4 mengalami penurunan dan konsentrasi virus dalam 30.000-50.000 kopi RNA/MI.
 - g. Memperhatikan prinsip pencegahan infeksi
2. Penatalaksanaan secara khusus
 - a. Setiap orang Ketika seseorang terinfeksi HIV, pengobatan diberikan untuk memperlambat replikasi virus pada pengidap HIV sehingga tidak berkembang menjadi AIDS.
 - b. Walaupun obat-obatan yang diberikan kepada pasien HIV untuk mengobati HIV mempunyai efek samping, namun obat-obatan tersebut dapat memperlambat penyebaran HIV dalam tubuh pasien HIV sehingga tidak berkembang menjadi AIDS. Pengobatan infeksi virus melibatkan antibiotik dosis tinggi, yang diberikan secara rutin untuk mencegah penyebaran virus dan memperlambat penyebaran HIV/AIDS (Pardede, 2017).

H. Konsep Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien HIV

1. Pengkajian

- a. Identitas klien
- b. Keluhan utama
- c. Riwayat penyakit sekarang
- d. Faktor predisposisi dan presipitasi

- e. Anggota keluarga dengan gangguan jiwa?
- f. Pemeriksaan fisik
 - tanda vital
 - Kepala
 - Wajah
 - Tangan
 - Tubuh
 - kaki
- g. Psikososial dan spiritual
 - 1) Adakah pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan?
 - 2) Genogram:
 - 3) Konsep diri
 - a) Citra tubuh
 - b) Identitas diri
 - c) Peran
 - d) Harga diri
 - e) Ideal diri
 - 4) Sosial budaya
 - Hubungan sosial
 - a) Partisipasi dalam kegiatan kelompok atau komunitas
 - 5) Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain
 - 6) Rohani
 - a) Nilai dan keyakinan
 - b) Kegiatan keagamaan
 - 7) Status mental
 - a) Penampilan
 - b) Pembicaraan
 - c) Aktivitas motoric
 - d) Afek dan emosi
 - e) Interaksi selama wawancara
 - f) Persepsi
 - g) Proses pikir
 - h) Tingkat kesadaran
 - i) Orientasi
 - j) Memori
 - k) Tingkat konsentrasi dan penghitungan

- l) Kemampuan penilaian
- m) Daya tilik diri (insight)
- n) kbutuhan perencanaan pulang
- h. Mekanisme Koping
 - Adaptif
 - Maladaptif
- i. Masalah Psikososial dan Lingkungan
 - Masalah dengan dukungan kelompok
 - Permasalahan yang berhubungan dengan lingkungan,
 - Masalah pendidikan
 - Masalah pekerjaan,
 - Masalah ekonomi,
 - Masalah pelayanan kesehatan,
- j. Pengaruh Kurang pengetahuan

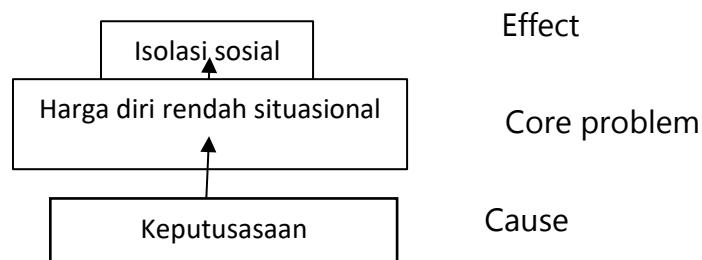
2. Penegakan Diagnosa keperawatan

Analisa data (SDKI/PPNI, 2016)

Diagnosa	Gejala
Gejala dan tanda mayor <p>Subyektif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menilai diri negatif (tidak berguna/tidak tertolong) • Merasa malu/ bersalah • Melebih-lebihkan penilaian negatif tentang diri sendiri • Menolak penilaian positif tentang diri sendiri <p>Obyektif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berbicara pelan dan lirih • Menolak berinteraksi dengan orang lain • Berjalan menunduk • Postur tubuh menunduk 	<p>Harga diri rendah situasional (D.0087)</p> <p>Kategori : fisiologis Subkategori: Respirasi</p> <p>Definisi : Evaluasi atau perasaan negatif terhadap diri sendiri atau kemampuan klien sebagai respon terhadap situasi saat ini</p>
<p>Gejala dan Tanda Mayor</p> <p>Subyektif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Merasa ingin sendiri • Merasa tidak aman ditempat umum <p>Obyektif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menarik diri • Tidak berminat/ menolak berinteraksi dengan orang lain atau lingkungan 	<p>Isolasi sosial (D.0121)</p> <p>Kategori : fisiologis Subkategori: Respirasi</p> <p>Definisi Ketidakmampuan untuk membina hubungan yang erat, hangat , terbuka, dan independen dengan orang lain</p>

<p>Gejala dan tanda minor</p> <p>Subyektif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Merasa berbeda dengan orang lain • Merasa asyik dengan pikiran sendiri • Merasa tidak mempunyai tujuan yang jelas <p>Obyektif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Afek datar • Afek sedih • Riwayat ditolak • Menunjukkan permusuhan • Tidak mampu memenuhi harapan orang lain • Kondisi difabel • Tindakan tidak berarti • Tidak ada kontak mata • Perkembangan terlambat • Tidak bergairah/ lesu 	
<p>Gejala dan tanda Mayor</p> <p>Subyektif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengungkapkan keputusasaan <p>Obyektif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berperilaku pasif <p>Gejala dan tanda Minor</p> <p>Subyektif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sulit tidur • Selera makan menurun <p>Obyektif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Afek datar • Kurang inisiatif • Meninggalkan lawan bicara 	<p>Keputusasaan (D.0088)</p> <p>kategori : psikologis subkategori :integritas ego</p> <p>Definisi</p> <p>Kondisi individu yang memandang adanya keterbatasan atau tidak tersedianya alternative pemecahan pada masalah yang dihadapi</p> <ul style="list-style-type: none"> •

3. Pohon Masalah



4. Rumusan Diagnosa (SDKI/PPNI, 2016)

- a. Harga diri rendah situsaional berhubungan dengan perubahan citra tubuh, ditandai dengan merasa tidak berguna, malu, bersalah, tidak mampu melakukan apapun, putus asa tidak ada kontak mata saat berbicara, selalu menunduk dan bicar sangat pelan (D.0087)
- b. Isolasi sosial berhubungan dengan perubahan status mental ditandai dengan ingin sendiri, tidak aman ditempat umum, merasa malu, menarik diri, tidak mau berinteraksi, merasa tidak punya harapan hidup, tidak bergairah, tidak ada kontak mata, afek murung dan sedih, menunjukkan sikap bermusuhan (D.0121)
- c. Keputusasaan berhubungan dengan stress jangka panjang ditandai dengan sulit tidur, selera makan menurun, afek datar, tidak ada inisiatif, merasa putus asa, tidak mau ikut serta dalam aktivitas perawatan (D.0088)

5. Luaran dan Intervensi keperawatan

Luaran dan intervensi keperawatan menurut SLKI (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019) dan SIKI (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018b). Rencana keperawatan yang dilakukan pada pasien HIV dengan harga diri rendah situasional adalah :

Diagnosa	SLKI	SIKI
Harga diri rendah situasional (D.0087)	Harga diri (L. 09069) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam harga diri meningkat dengan kriteria hasil <ul style="list-style-type: none">● Penilaian diri positif meningkat● Perasaan malu menurun● Penerimaan terhadap diri sendiri meningkat● Percaya diri meningkat● Kontak mata meningkat● Gairan aktivitas meningkat● Berjalan menampakkan wajah meningkat● Postur tubuh menampakkan wajah meningkat	Manajemen perilaku (I.02044) Observasi <ul style="list-style-type: none">● Identifikasi harapan untuk mengendalikan perilaku Terapeutik <ul style="list-style-type: none">● Diskusikan tanggungjawab terhadap perilaku● Jadwalkan kegiatan terstruktur● Ciptakan dan pertahankan lingkungan dan kegiatan perawatan konsisten setiap dinas● Tingkatkan aktivitas fisik sesuai kemampuan● Batasi jumlah pengunjung● Bicara dengan nada rendah dan tenang● Lakukan kegiatan pengalihan terhadap sumber agitasi● Cegah perilaku pasif dan agitasi

		<ul style="list-style-type: none"> ● Beri penguatan positif terhadap keberhasilan mengendalikan perilaku ● Lakukan pengekangan fisik sesuai indikasi ● Hindari bersikap menyudutkan dan menghentikan pembicaraan ● Hindari sikap mengancam dan berdebat ● Hindari berdebat atau menawar batas perilaku yang telah ditetapkan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Informasikan keluarga bahwa keluarga sebagai dasar pembentukan kognitif
Isolasi Sosial (D.0121)	<p>keterlibatan sosial (L.13115)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam keterlibatan sosial meningkat dengan kriteria hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Minat interaksi meningkat ● Minat terhadap aktivitas meningkat ● Perilaku menarik diri menurun ● Afek sedih/ muruing menurun ● Perilaku bermusuhan menurun ● Kontak mata meningkat ● Perilaku sesuai dengan harapan orang lain meningkat 	<p>Promosi sosialisasi (I.13498)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Identifikasi kemampuan melakukan interaksi dengan orang lain ● Identifikasi hambatan melakukan interaksi dengan orang lain <p>Terapautik</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Motivasi meningkatkan keterlibatan dalam suatu hubungan ● Motivasi kesabaran dalam mengembangkan hubungan ● Motivasi berpartisipasi dalam aktivitas baru dan kegiatan kelompok ● Motivasi berinteraksi di luar lingkungan (jalan-jalan, ke took nbuku) ● Diskusikan kekuatan dan keterbatasan dalam berkomunikasi dengan orang lain ● Diskusikan perencanaan kegiatan di masa depan ● Berikan umpan balik positif dalam perawatan diri

		<ul style="list-style-type: none"> • Berikan umpan balik positif pada setiap peningkatan kemampuan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan berinteraksi dengan orang lain secara bertahap • Anjurkan ikut serta kegiatan sosial dan kemasyarakatan • Anjurkan berbagi pengalaman dengan orang lain • Anjurkan meningkatkan kejujuran diri dan menghormati hak orang lain • Anjurkan penggunaan alat bantu (kacamata, alat antu dengar) • Anjurkan membuat perencanaan kelompok kecil untuk kegiatan khusus • Latih bermain peran untuk meningkatkan keterampilan komunikasi • Latih mengekspresikan marah dengan tepat
Keputusasaan (D.0088)	<p>Harapan (L.09068)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam harapan meningkat dengan kriteria</p> <p>Keterlibatan dalam aktivitas meningkat</p> <p>Inisiatif meningkat</p> <p>Minat komunikasi verbal meningkat</p> <p>Perilaku pasif menurun</p> <p>Afek datar menurun</p> <p>Mengangkat bahu saat bicara menurun</p> <p>Pola tidur membaik</p> <p>Selera makan meningkat</p>	<p>Promosi harapan (I.09256)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi harapan pasien dan keluarga dalam pencapaian hidup <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 mempraktekkan kebutuhan spiritual <p>Edukasi</p>

		<ul style="list-style-type: none"> ● Anjurkan mengungkapkan perasaan terhadap kondisi dengan realistik ● Anjurkan mempertahankan hubungan (menyebut 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 dan menikmati masa lalu (prestasi, pengalaman)
--	--	---

6. Implementasi dan evaluasi Keperawatan jiwa pasien dengan HIV-AIDS

Rencana keperawatan yang sudah disusun dalam mengatasi masalah keperawatan yang dialami oleh pasien, kemudian dilanjutkan dengan memberikan tindakan keperawatan dan mendokumentasikan dengan benar, adapun implementasi yang dilakukan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan

Tgl/ jam	Implementasi	Respon pasien	Evaluasi
12-12-2021 DX harga diri rendah	<ol style="list-style-type: none"> 1. BHSP 2. Menanyakan harapan yang ingin pasien capai 3. Menciptakan lingkungan yang nyaman 4. Berbicara dengan nada rendah dan tenang 5. Melakukan SP 1 pasien 6. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien 7. Menilai kemampuan klien saat ini 	<ul style="list-style-type: none"> ● Pasien merasa nyaman dengan lingkungan yang tenang ● Pasien tampak menunduk, kontak mata tidak ada saat komunikasi ● Pasien menjawab sekedarnya dan jawaban pendek seperti " Ya" atau tidak 	<p>S: Pasien mengatakan tidak percaya diri Merasa nyaman dilingkungan yang tenang Pasien mengatakan belum mau ikut kegiatan</p> <p>O: Kontak mata belum ada Banyak diam Tidak ada semangat Malu- malu</p> <p>A: masalah belum teratas</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <p>I:</p>

	<p>8. Memilih kemampuan yang dipilih pasien yang akan dilatih</p> <p style="text-align: center;">Ttd (nama)</p>		<p>Lanjutkan intervensi 2,3,4, E : harga diri belum meningkat R : lanjutkan kegiatan positif yang memotivasi pasien dalam meningkatkan harga dirinya</p> <p style="text-align: right;">Ttd (nama)</p>
12-12-2021 DX isolasi sosial	<p>1. Mengidentifikasi kemampuan melakukan interaksi dengan orang lain</p> <p>2. Memberikan motivasi untuk meningkatkan keterlibatan dalam hubungan</p> <p>3. Memberikan motivasi untuk berinteraksi di luar lingkungan (jalan-jalan)</p> <p>4. Memberikan umpan balik positif pada setiap peningkatan kemampuan</p> <p>5. Menganjurkan pasien untuk berinteraksi dengan orang lain secara bertahap</p> <p style="text-align: center;">Ttd (nama)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Pasien malu-malu saat berinteraksi ● Pasien enggan untuk berinteraksi ● Tidak ingin ketemua siapapun ● Tampak menunduk ● Diam saat berinteraksi 	<p>S: Pasien mengatakan labih senang menyendiri Pasien mengatakan malas untuk bertemu dengan orang lain</p> <p>O: Tampak murung Menunduk saat berbicara</p> <p>A: Kontak mata kurang Banyak melamun</p> <p>P: lanjutkan intervensi I: lanjutkan intervensi 2,3,4,5 E: Isolasi sosial R: tidak ada revisi</p> <p style="text-align: right;">Ttd (nama)</p>

I. Latihan Soal

1. Ibu A sudah tinggal seorang diri . Klien didiagnosa HIV, 4 bulan yang lalu. Berdasarkan hasil pengkajian : klien sering menyendiri, merasa bersalah, dan malu jika harus bertemu dengan orang lain, klien merasa kotor,menangis, dan saat diajak bicara lebih banyak menunduk, tak jarang menolak saat diajak berkomunikasi, tidak ada kontak mata. Klien mengatakan keluarganya sudah tidak peduli dengannya dan merasa dirinya sudah tidak berguna lagi. Dari kasus diatas, apakah diagnosis keperawatan yang tepat ?

- A. Ketidakberdayaan
- B. Depresi
- C. Harga diri rendah situasional
- D. Berduka
- E. Isolasi Sosial

Jawaban: C.

Pada kasus di atas, kata kunci masalah adalah klien menyatakan bahwa ia merasa keluarganya tidak peduli dengannya dan merasa dirinya tidak berguna lagi.Klien sering menyendiri, menangis, dan tidak mau menatap orang lain saat berbicara, menurut data pendukung kasus sebelumnya.Tanda/gejala diatas merupakan dasar penegakan diagnosis keperawatan harga diri rendah.

2. Seorang ibu usia 57 tahun pekerjaan IRT masuk rumah sakit jiwa tanggal 15 Juni 2021 dengan diagnose HIV- AIDS.pada saat pengkajian pasien mengatakan BAB hitam sudah hamper 1 minggu ,encer da noda darahnya, pasien merasa mual tidak mau makan dan minum, sariawan diseluruh rongga mulutnya serta kaki Bengkak.keluarga klien mengatakan bahwa klien mempunyai riwayat hubungan sek bebas semenjak 2 tahun yang lalu. Klien merasa malu jika bertemu dengan orang lain, bicara pelan dan menunduk, kontak mata kurang, dan sulit berkonsentrasi. Pemeriksaan fisik didapatkan TD 140/81 mmHg, nadi 91x / menit, suhu 36 dan pernafasan 22x/ menit. Dari kasus diatas tindakan yang tepat dilakukan oleh perawat kepada klien ?

- A. Merencanakan kegiatan yang telah dilatih
- B. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang klien miliki
- C. Melatih kegiatan yang telah dipilih sesuai kemampuan
- D. Menilai kemampuan yang dapat digunakan
- E. Melatih bercakap-cakap dengan teman lain

Jawaban: B

Diagnosa pada kasus diatas adalah harga diri rendah situasional.Kata kunci pada kasus diatas adalah Pada interaksi pertama, perawat telah membina hubungan saling percaya dan klien juga sudah tahu penyebab dia menghindar dari orang lain.Tindakan selanjutnya adalah mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki oleh klien.Ini merupakan SP1 dari harga diri rendah.

3. Seorang perempuan berusia 17 dibawa oleh keluarganya ke RSJ karena sudah 5 hari mengurung dikamarnya dan hanya diam saja. Ketika ditanya ia hanya menjawab seperlunya saja. Padangan matanya kosong dan terlihat sedih.5 hari ini, klien hanya duduk di tempat tidur dan hanya berpindah ketika mau ke kamar mandi. Tindakan apa yang tepat dilakukan oleh perawat pada kasus di atas ?

- A. Mengidentifikasi tanda dan gejala, penyebab, dan akibat isolasi sosial
- B. Mengidentifikasi kemampuan positif klien
- C. Mengidentifikasi aspek positif yang dimiliki klien.
- D. Mengidentifikasi rasa cemas yang dialami klien
- E. Mengidentifikasi penyebab terjadinya halusinasi

Jawaban: A

Tindakan keperawatan klien dengan isolasi sosial: SP 1-4

- 1. Mengenal tanda, gejala dan akibat isolasi sosial
- 2. Menjelaskan dan melatih klien berkenalan
- 3. Menjelaskan dan Melatih klien Bercakap-cakap saat kegiatan sehari- hari
- 4. Menjelaskan dan melatih Berbicara sosial seperti meminta sesuatu, berbelanja dan sebagainya

Kata kunci pada kasus diatas adalah kalau klien belum mengetahui masalah pada dirinya.Jadi tindakan keperawatan pertama kali adalah mengidentifikasi tanda dan gejala, penyebab, dan akibat isolasi sosial.

J. Tugas

Latihan: Aplikasikan proses keperawatan pada klien dengan masalah psikososial

- a. Tujuan: memberi kesempatan pada mahasiswa untuk mengaplikasikan asuhan keperawatan pada masalah psikososial: Harga diri rendah, maupun keputusasaan.
- b. Prosedur

1. Mahasiswa dibagi menjadi 4 kelompok
2. Setiap kelompok mendapatkan satu tugas untuk menyusun standar asuhan keperawatan yang berbeda sesuai dengan 3S(SDKI, SLKI dan SIKI) .kelompok 1 dan 2 membuat masalah harga diri rendah situasional dan kelompok 3 dan 4 masalah keputusasaan
3. Susunan makalah
 - BAB 1 : latarbelakang, tujuan dan manfaat
 - BAB 1 : Tinjauan pustaka (konsep dasar, proses keperawatan, gunakan 3S)
 - BAB 3 : Aplikasikan pada kasus
 - BAB 4 : penutup (kesimpulan dan Saran)
 - Lampiran : SP, dll
4. Tugas ditulis dengan huruf time romance ukuran 12, psasi 1,5 dan dikumpulkan 3 hari sebelum presentasi

Glosarium

AIDS	: <i>Acquired Immunodeficiency Syndrom</i>
ARV	: Antiretroviral
CDC	: Center for Disease Control and Prevention
ELISA	: Enzyme Linked Immunosorbent Assay
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IMS	: Infeksi menular seksual
SDKI	: Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia
SLKI	: Standar Luaran keperawatan Indonesia
SIKI	: Standar Intervensi Keperawatan Indonesia
ODHA	: Orang Dengan HIV-AIDS
PMTCT	: Prevention Mother to Child Transmission
PMS	: Penyakit menular seksual
PDP	: Perawatan Dukungan dan pengobatan
RNA	: Asam ribonukleat
DNA	: Asam deoksiribonukleat
WHO	: Word health Organization

Daftar Pustaka

- Haryo Bimo Setiarto, Dr. R., Marni Br Karo, S. T. K. S. K. M. M. K., & Titus Tambaip, M. K., Dr. dr. (2021). *Penanganan Virus HIV/AIDS*. Deepublish. <Https://books.google.co.id/books?id=Bcs1EAAAQBAJ> Deepublish. https://books.google.co.id /books?id=Bcs1EAAAQBAJ
- Haryono, D., & Nashir, N. (2021). Pengembangan kapasitas kelembagaan komisi penanggulangan aids daerah (kpad) dalam pencegahan dan penanggulangan hiv/aids. *Jurnal Ilmiah Ilmu Pemerintahan*, 7(3), 464–482. <Https://journals.unigal.ac.id/index.php/modrat/arti cle/view/2481>. *Jurnal Ilmiah Ilmu Pemerintahan*, 464–482.
- Hidayati, A. N. (2023). Manajemen HIV/AIDS: Terkini, Komprehensif, dan Multidisiplin. In *Airlangga University Press*. Airlangga University Press. <https://omp.unair.ac.id/aup/catalog/book/95>
- Kristiono, N., & Astuti, I. (2019). *Mengenal Hiv Dan Aids*. 80.
- Pardede, J. A. (2017). *Konsep HIV/AIDS Dan Penelitian Terkait Keperawatan*. <https://doi.org/10.31219/osf.io/gtb5s>
- SDKI/PPNI, T. P. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia* (1st ed). Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Susan C. Smeltzer. (2016). *Keperawatan Medikal Bedah (Handbook for Brunner & Suddarth's Textbook of Medical Surgical Nursing)* (12th ed.). EGC.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018b). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan*. : Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- WHO. (2019). *About HIV/AIDS*.

BAB 15

PERMASALAHAN DAN PENANGANAN KENAKALAN REMAJA

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

Deskripsi pembelajaran

Pada bab ini mahasiswa akan mempelajari tentang permasalahan dan penanganan kenakalan remaja seperti Gadget, miras, merokok, bullying dan klithih.

Tujuan pembelajaran

Setelah pembelajaran diharapkan mahasiswa mampu:

1. Menjelaskan permasalahan masalah kenalan remaja.
2. Menjelaskan penanganan maslah kenalan remaja.

Capaian pembelajaran

1. Mampu memahami permasalahan kenakalan remaja.
2. Mampu menangani permasalahan kenakalan remaja.

BAB 15

PERMASALAHAN DANA PENANGANAN KENAKALAN REMAJA

A. Pengertian

Juvenile delinquency biasanya disebut kenakalan remaja, lebih spesifiknya cara berperilaku jahat, atau kesalahan/ kelakuan buruk anak muda yang merupakan efek samping penyakit sosial pada kanak- kanak dan anak muda akibat dari pengabaian sosial, oleh karena itu mereka mendorong suatu jenis perilaku abnormal tertentu. Kata "*delinquent*" berasal dari bahasa latin "*delinquere*" yang berarti "tidak dipedulikan atau diabaikan", kecuali jika menjadi suatu kejahantan, pidana, pelanggaran, ketentuan, agitator, penjahat dan sebaginya." Remaja berasal dari kata latin "*juvenilis*" yang berarti anak-anak, remaja, watak remaja, tingkah laku khas dewasa muda dan yang lain-lain. (Kartono, 2011).

Para pakar di bidang pembelajaran mengatakan kalau anak muda merupakan umur antara 13 - 18 tahun. Dimana anak muda telah menempuh masa kanak- kanaknya tetapi belum matang buat dikira berusia sebab masih dalam masa transisi. Dampak sosial serta culture mengambil bagian besar dalam pengembangan ataupun pembentukan perilaku kriminal pada anak-anak muda. Tingkah laku anak muda ini memberikan indikasi sedikitnya penyesuaian terhadap penerapan aturan, yang menyebabkan kesalahan pada anak muda (Asmani, 2012).

Kenakalan anak muda ialah sesuatu tipe sikap menyimpang ataupun pelanggaran hukum yang dicoba oleh anak muda yang akan membahayakan dirinya atau individu lain, semacam membolos sekolah, kabur dari rumah, berkelahi secara kelewat, ataupun melaksanakan kejahanan. Kenakalan anak muda cenderung lebih kerap dicoba oleh kanak- kanak serta anak muda dibanding oleh orang berusia. Generasi muda yang memiliki moralitas tertentu, umumnya tidak mematuhi norma- norma moral yang berlaku, pergantian masa kanak- kanak ke remaja, yang senantiasa memunculkan keluhan di golongan generasi muda. (Santrock, 2007)

Menurut Singgih D. Gunarso (2004), kenakalan remaja dikategorikan menjadi dua kategori berdasarkan norma hukum:

1. Kenakalan remaja yang tercela secara sosial dan moral serta tidak tunduk pada peraturan hukum sehingga sulit atau tidak mungkin digolongkan sebagai pelanggaran hukum;

2. Kenakalan melanggar hukum dan ditanganin secara peraturan perundang- undangan yang berlaku, yang setara dengan perbutan melawan hukum jika dilakukan oleh orang dewasa.

Menurut Kartono (2011), mengatakan terdapat beberapa motif yang memberi semangat pada generasi muda melakukan kesalahan, seperti:

1. Memenuhi kecenderungan/ keserakahan
2. Kekuatan serta dorongan seksual yang diperluas
3. Pengasuhan yang salah serta didikan wali yang salah, sehingga anak jadi sirna dan tidak berdaya secara intelektual
4. Kerinduan buat berkumpul dengan sahabat- sahabat yang senasib serta sama usianya juga kecenderungan buat meniru identitas
5. Bentrokan internal, serta penggunaan proteksi diri dan pembelaan diri yang konyol.

B. Faktor Yang Menyebabkan Kenakalan Remaja

1. Konflik otoritas

Kondisi ini menunjukkan watak pembangkang, membangkang serta menghindari otoritas, serta sehabis itu tindakannya yang ringan serta terselubung semacam mengganggu benda kepunyaan orang lain.

2. Tindakan tertutup

Tindakan tertutup yang biasanya diperlihatkan remaja adalah berdusta diikuti merusak barang. Berawal dari kenakalan tidak serius meningkat jadi berat.

3. Tindakan agresi

Anak laki- laki lebih condong menunjukkan tingkah agresi, biasanya akan diikuti dengan berkelahi atau kekerasan

4. Identitas

Menurut teori perkembangan Erikson, masa remaja berada ditahap krisi identitas dan difusi identitas yang harus diatasi. Dia juga mengatakan remaja yang masa kanak- kanak, membatasi peran sosial yang dapat diterima akan merasa tidak kompeten dalam menentukan tuntutan jadi tanggungan pada mereka sehingga pertumbuhan identitasnya negatif

5. Distorsi Kognitif

Munculnya distorsi kognitif seperti menyaahkan, egosentrism, label akan berdampak pada perilaku yang tidak sesuai dan anak menjadi tidak terkendali.

6. Kontrol diri

Hasil penelitian menunjukkan bahwa control diri berperan penting timbulnya kenakalan remaja. Pola asuh yang efektif dapat mempengaruhi tercapainya pengaturan diri anak. Anaknya yang memiliki control diri yang baik akan menurunkan angka kenakalan remaja.

7. Usia

Menurut Kartono (2011) usia 15- 19 tahun memiliki angka kenakalan yang cukup tinggi jika dibandingkan dengan sesudah usia 22 tahun.

8. Jenis kelamin

Pria lebih cenderung memperlhatikan kenakalan dibanding dengan wanita.

9. Harapan pendidikan dan nilai sekolah

Anak muda yang beranggapan bahwa sekolah tidak ada gunanya, cenderung memiliki nilai- nilai yang rendah, kemampuan verbal yang rendah bahkan kurangnya motivasi untuk menuntut pendidikan dapat menimbulkan kenakalan remaja.

10. Pengaruh orang tua

Kenakalan remaja juga bisa bersal dari kurangnya dukungan dari orang tua, kurangnya pengawasan, disiplin yang terlalu ketat atau tidak efektif maupun kurang kasih sayang dari kedua orangtuanya, kurangnya komunikasi, perselisihan antara anggota keluarga, bisa juga otoriter maupun terlalu memanjakan anak. Geldard (2011) mengatakan kenakalan remaja bisa diakibatkan dari pola asuh orang tua.

11. Relasi atau saudara kandung

Saudara kandung yang nakal akan berdampak pada adiknya. Beberapa kasus remaja dengan saudara kandung memberikan dampak yang kuat dibandingkan dengan orang tuanya. Kedekatan dengan saudara kan berdampak pada saling memahami masalah dan komunikasi yang lebih efektif dibandingkan dengan orangtuanya, akan tetapi kedekatan juga bisa menimbulkan konflik seperti perkelahian, memukul maupun mencuri.

12. Teman sebaya

Anak muda mempunyai teman nakal akan menumbuhkan risiko terjadinya kenakalan anak muda. Pengaruh teman sebaya dapat dilihat pada setiap aspek tindakan anak muda, seperti cara berpakaian, nongkrong. Kawan bisa positif juga negatif, bentuk pengaruh negatif seperti bahasa gaul, mencuri, merusak fasilitas umum dan terlibat perkelahian.

13. Status sosial ekonomi

Menurut Kartono (2011), kenakala remaja paling banyak dipenagruhi oleh status ekonomi rendah, yang tinggal di daerah kumuh miskin di pusat maupun pinggiran kota. Perbandingan angka kejahatan antara lingkungan miskin rentan dan daerah tertinggal diperkirakan sebesar 50: 1, yang diakibatkan menurunnya kesempatan bagi pemuda berawal strata sosial yang lebih rendah untuk meningkatkan keahlian yang dapat diterima secara sosial.

14. Lingkungan rumah

Masyarakat dapat menimbulkan kenakalan remaja yang akan berkembang jadi kejahatan. Menetap di daerah yang tingkat kejahatan tinggi, kemiskinan, padat dapat meningkatkan kemungkinan terjadinya kejahatan.

Kartono (2011) membagi jenis kenakalan anak muda sebagai berikut:

1. Delinkuensi terisolir

Yang mana kelompok ini ialah jumlah anak muda bandel yang sangat banyak (merupakan kelompok bagian yang lebih besar). Mereka biasanya tidak mengalami kerugian psikologis.

2. Delinkuensi Neurotik

Remaja pada kelompok ini biasanya mengalami gangguan mental yang serius, seperti ansietas, tidak nyaman, terancam, berdosa, merasa bersalah dan terpojok.

3. Delinkuensi Psikotik

Jumlahnya sangat kecil, tetapi dari segi keamanan masyarakat, kelompok ini berbahaya sebab merupakan oknum kejahatan

4. Delinkuensi Defek Moral

Yang mana kelompok ini dapat diartikan cedera, rusak, cacat maupun tidak atau kurang lengkap. Yang memiliki tanda khas hostile to sosial selalu dilakukan, walaupun tidak ada penyimpangan pada dirinya, disfungsi intelegensi. Kekurangan pada kelompok ini mereka tidak memahami dan mengenal dan mengendalikan perilaku jahat sehingga selalu pelakuan kekerasan dan penyerangan.

C. **Bullying**

Bullying berasal dari bahasa Inggris, yang artinya "menggoda atau mengganggu". Menurut Olweus, bullying mengacu pada tindakan berulang – ulang yang melakukan perilaku negatif dengan tujuan merugikan individu lain atau ketidakbahagian. Perilaku ini dapat diarhkan pada satu atau beberapa sasaran, khususnya mereka yang tidak mampu membela diri. Menurut (APA, 2000) bullying bersifat agresif. Perilaku yang menampilkan ciri sebagai berikut:

1. Keinginan untuk melukai orang lain
2. Perilaku berulang yang dilakukan dalam waktu tertentu
3. Kekuasaan/pertimbangan kekuasaan yang tidak seimbang

Bullying adalah ancaman yang berulang-ulang yang dilakukan orang yang lebih kuat pada orang yang lebih lemah, dilakukan sengaja dan niatnya untuk menyakiti korban baik fisik dan emosional (Coloroso, 2007)

Karakteristik orang yang melakukan dan yang menjadi korban bullying adalah sebagai berikut:

1. Orang- orang dengan cenderung lebih agresif, hiperaktif, destruktif, dominan, mudah tersinggung, dan memiliki tingkat toleransi yang rendah. lebih berani dan bisa berbicara dengan baik. Secara sosial, ia punya banyak waktu.
2. Korban adalah orang yang memiliki gangguan belajar seperti lambat belajar, down syndrome, retardasi mental, dan lain-lain. Mereka cenderung cemas, marah dengan mudah, tidak aman, takut, pendiam, rendah diri secara terus menerus dari segi psikologis. Selain itu ada beberapa perbedaan fisik Secara fisik seperti tinggi badan, berat badan, warna kulit, gaya bicara, penampilan, dan lain-lain. Secara sosial, ada perbedaan menurut kebangsaan, kelas sosial, spiritual, dll.

Ada tiga bentuk bullying menurut Coloroso, yaitu:

1. Perundungan verbal (verbal bullying)

Kata dapat dipakai untuk mengintimidasi anak. Bentuk intimidasi yang paling umum adalah pelecehan verbal [ada anal- anak laki- laki maupun perempuan. Orang dewasa dan teman sebaya dapat melakukan hal ini tanpa mereka sadar secara lisan, memahami dapat mencakup teriakan dan suara keras. Meskipun tinndakan cepat dan tidak menimbulkan rasa sakit bagi pelaku intimidasi, tindakan ini sangat menyakitkan bagi sasarannya menjadi tidak manusiawi. Ketika seseorang menjadi tidak

manusiawi, mereka lebih mudah menyerang siapapun di dekatnya yang dapat mendengarkan penghinannya, ejekan meremehkan, kritik kejam, hinaan pribadi, hinaan rasia yang menjurus kearah seksual atau pelecehan seksual.

2. Penindasan fisik (*physical bullying*)

Penindasan yang paling mudah dikenali yaitu penindasan fisik contohnya menampar, memukul, mencekik, mendorong, meninju, menendang, menggigit, mencakar, memelintir, meludah atau merusak pakaian atau barang milik korban.

3. Relational bullying (bullying secara hubungan)

Bentuk yang paling sulit diidentifikasi. Penindasan relasional adalah keadaan dimana perasaan diri seseorang dikurangi secara teratur melalui pengabaian, isolasi, pengucilan, dan penghindaran, Penghindaran, pengabaian dan rumor. Cara paling efektif untuk melakukan bullying adalah penghindarana, pengabaian dan rumor. Perubahan fisik, mental, emosional, dan seksual sering terjadi pada generasi muda dan penindasan relasional paling sering terjadi pada usia paruh baya. Remaja saat ini menentukan identitas mereka dan berusaha bersaing dengan teman sebayanya. Yang paling sulit untuk ditemukan adalah bentuk ini. Penghinaan hubungan adalah pengabaian yang sistematis terhadap perasaan diri seseorang melalui pengabaian, isolasi, pengeluaran, dan penghindaran. Sebuah metode bullying yang paling efektif adalah penghindaran yang dikombinasikan dengan rumor, serangan sering terjadi pada tahun-tahun pertengahan, awal remaja dengan perubahan fisik, mental, emosional, dan seksual.Saat ini, remaja sering mendeskripsikan siapa mereka dan berusaha untuk menyesuaikan diri dengan teman sebaya.

Teman sebaya, tekanan teman sebaya, lingkungan sekolah, dinamika keluarga dan media semuanya berkontribusi terhadap intimidasi. Namun penelitian menunjukkan bahwa teman sebaya mempunyai dampak yang signifikan terhadap perilaku bullying remaja (Yasherly et al., 2021). Remaja memiliki keterampilan sosial kelompok yang baik, itulah alasannya, perilaku intimidasi mungkin berdampak buruk pada kesejahteraan fisik, psikologis dan sosial seseorang. Hal ini juga dapat menyebabkan masalah kesehatan mental bagi pelaku intimidasi dan korbannya (Eisenberg et al., 2009) sebanyak 57% individu yang mengalami intimidasi saat anak usia dini akan mengalami

depresi, harga diri rendah dan masalah interpersonal dimasa dewasanya. namun korban bullying lebih rentan (Evans et al., 2018).

Mengatasi dan mencegah permasalahan remaja

Perawat harus berperan aktif dalam memberikan layanan kesehatan dan pendidikan sebagai anggota tim kesehatan jiwa. Pasien menerima instruksi kesehatan dan keahlian dari perawat. Siswa yang berpengetahuan luas akan lebih mampu belajar dan berperilaku baik terutama jika menyangkut pelecehan. Selain itu pola pikir yang positif dan sesuai akan menumbuhkan strategi penanggulangan yang efektif yang dapat menghentikan pelecehan. (Suryaningsih, 2016).

Ketika seorang guru berkolaborasi dengan professional lintas sektoral, maka bimbingan dan konseling, pelecehan terhadap anak di kelas dapat diminimalisir bahkan dicegah. Selain terapi, siswa juga harus mendapatkan pelajaran agama. Hal ini karena pelajaran agama merupakan pendidikan yang membentuk sikap dan kepribadian, serta kemampuan dalam mengamalkan ajaran agama (Setyawan, 2014).

Sementara itu, para korban akan merasakan dampak negatif seperti depresi dan kemarahan. Mereka kesal dengan tindakan orang dewasa, orang lain dan pelaku kekerasan kerana mereka tidak mampu atau tidak mau memberikan bantuan. Prestasi akademik penderita juga mengalami penurunan, mereka dapat ters terhanyut ke pengasingan kerena mereka tidak mampu melakukan control atas kehidupan mereka. Jika dibandingkan anak-anak yang tidak mengalami perundungan, anak yang menjadi sasaran akan mengalami rasa cemas, dan percaya diri. Menurun Duncan, korban bullying juga menunjukkan tingkat kecemasan, melankolis, ketidakmampuan, hipersensitivitas, rasa tidak aman, serangan panic, kegugupan selama di kelas, dan kesulitan fokus.

D. *Gadget*

“Gadget” dalam bahasa Inggris, istilah yang berarti alat elektronik kecil yang memiliki banyak manfaat. Istilah ini berasal dari kata “acing” dalam bahasa Inggris, dan digunakan untuk merujuk pada suatu alat yang memiliki tujuan pada sesuatu yang baru (Chusna, 2017)

1. Dampak Positif Gadget

a. Hubungan antar manusia

Meningkatkan ketrhubungan melintasi jarak jauh dan membuat interaksi antar pribadi lebih mudah. Kita bisa berkomunikasi dengan siapa pun dimana pun, bahkan saat sedang berjalan-jalan atau bersantai, berkat telepon seluler. Ini memungkinkan kita untuk terhubung dengan seseorang secara langsung sebelum adanya telepon.

b. Dampak demografis

Ada berbagai kelompok demografi yang dipengaruhi oleh telepon seluler. Untuk berhubungan dengan orang lain, lansia dengan keterbatasan gerak, dapat mengurangi rasa terisolasi. Selain itu mengembangkan kemandirian pada anak-anak dan anak muda. (*Dampak Penggunaan Telepon Seluler / Kumparan.Com, 2018*).

c. Memudahkan dalam berkomunikasi dan memperoleh informasi

Banyak orang di penjuru dunia menggunakan internet untuk berkomunikasi satu sama lain tanpa mengetahui keberadaannya, Gambar, teks, suara, data atau kombinasi sari semuanya adalah berbagai bentuk informasi yang dapat dikirim.

d. Mengembangkan kemampuan dan kesadaran masyarakat

Pengembangan dan kapasitas mengacu pada peningkatan keterampilan dan kemampuan dasar organisasi atau individu untuk mendukung pencapaian tujuan pembangunan.

2. Dampak negatif

a. Penipuan

Beberapa contoh kejahatan konvensional yang semakin meluas akibat internet adalah pencurian nomor kartu kredit dan pornografi. Jenis dan jumlah kejahatan yang dilakukan secara online diperkirakan akan meningkat. Karena pelaku dan korban tidak selalu berda di tempat dan waktu yang sama, dan keduanya seringkali tidak saling mengenal, ada banyak alasana yang mendorong pelaku untuk melakukan kejahatan di internet.

b. Mendorong munculnya kejahatan

Bentuk-bentuk aktivitas criminal baru didorong oleh internet. Selain itu sulit untuk mengukur tingkat kejahatan yang dilakukan secara online dan dampak langsungnya kerena jangkauan internet yang sangat luas.

Sulit untuk memperkirakan total kerugian yang ditanggung oleh para korban akibat penyebaran mereka secara global.

- c. Mempermudah Masuknya Nilai-Nilai Budaya Asing yang Negatif
Kebudayaan yang tidak baik, cara berpakaian yang tidak sesuai dengan norma dan etika, dibawa masuk melalui kemajuan teknologi informasi. Ini mendorong pergaulan bebas pada anak muda tanpa memperhatikan etika pergaulan, dan merusak keharmonisan dalam rumah tangga (anak- orang tua). Karena anak cenderung memberontak dan ingin berperilaku tanpa aturan. Kondisi ini muncul karena teknologi membuat berbagi informasi mudah diakses terutama bagi anak muda. Informasi itu dapat bersifat negatif atau positif. Bahkan nilai- nilai yang buruk dari budaya lain dapat merusak nilai- nilai budaya kita dan menunjukkan banyak konsekuensi negatif dari kemajuan teknologi dan komunikasi.
- d. Mempermudah Penyebaran Karya-Karya Pornografi
Dengan berkembangnya teknologi informasi dan komunikasi, pornografi menjadi lebih mudah dibuat, didistribusikan, dan digunakan .ini telah mengubah prinsip dan etika yang berlaku yang ditunjukkan dengan tingkat permisif, atau penerimaan terhadap aksi pornografi. Keinginan ini telah menimbulkan keresahan dan kekhawatiran dikalangan masyarakat, sebaliknya akan membentuk norma, etika yang sangat penting untuk menjaga dan mempertahankan aturan kehidupan masyarakat.
- e. Mendorong Tindakan Konsumtif dan Pemborosan dalam Masyarakat
Internet, televisi, dan radio merupakan contoh teknologi informasi dan komunikasi yang menyediakan berbagai kebutuhan masyarakat. Komoditas primer, sekunder dan tersier mungkin termasuk di antara barang- barang tersebut. Mempromosikan sadisme dan (Violence and Gore). Sadisme dan kekejaman juga sering terlihat di media computer, termasuk internet dan televisi. Karena ada banyak sekali pilihan bisnis dan konten di internet, pemilik situs web menerapkan berbagai strategi untuk memasarkan bisnisnya. Dengan cara memperlihatkan hal yang mengerikan, sadis, dan terlarang. Hal serupa juga terjadi pada program televisi. Program televisi yang kejam dan sadis mempunyai kekuatan untuk menghasut pemirsa terutama generasi muda untuk bertindak lebih agresif.

f. Memperluas Perjudian Dampak negatif lain dari kemajuan

Dengan jaringan yang mereka miliki, para penjudi dapat memuaskan hasrta meteka tanpa mereka harus melakukan perjalanan ke lokasi tertentu. Ada beberapa situs yang didedikasikan untuk perjudian di internet sederhananya, sebagian besar situs perjudian bersifat pasif seperti bertaruh pada sepak bola, terutama pada musim kompetisi internasional dan local.

E. Miras

Etanol merupakan komponen dalam minuman keras. Menjadi obat psikotropika, konsumsi etanol menyebabkan ketidaksadaran. Penjualan minuman beralkohol dibatasi pada individu tertentu di beberapa Negara, biasanya mereka yang telah mencapai usia tertentu (Darmawan, 2010).

Empat kategori faktor yang menentukan penyahgunaan alkohol adalah sosial, ekonomi, budaya dan lingkungan. Faktor ini memainkan peran yang saling (WHO, 2003).

1. Sosial

Penggunaan alkohol sering kali dimotivasi oleh faktor sosial seperti perubahan gaya hidup atau peningkatan status. Selain itu variable sosial lainnya termasuk sistem norma dan nilai keluarga dan masyarakat mempunyai peran yang signifikan terhadap permasalahan konsumsi alkohol (Sarwono,

2. Ekonomi

Sudut ekonomi dapat digunakan dalam isu penyahgunaan alkohol. Tentu saja variable lain yang mungkin berkontribusi terhadap peningkatan konsumsi alkohol di Indonesia mencakup harga diri relative minuman keras (baik impor atau produksi lokal) dan daya beli atau pengaruh ekonomi penduduk lokal. Selain itu bisnis itu, bisnis minuman beralkohol tampaknya mampu memberikan pendapatan Negara yang cukup besar secara makro, baik di tingkat manufaktur, distribusi maupun periklanan.

3. Budaya

Masalah terkait alkohol menjadi sangat rumit jika dilihat dari sudut pandang budaya dan kepercayaan. Banyak minuman keras tradisional, seperti badeg, tuak dan arak tersedia di Indonesia dan biasanya di minum masyarakat untuk keperluan adat. Namun hal ini tentu menjadi sangat bertentangan jika dipraktik budaya ini dikaitkan dengan sisi ahama, karena

majoritas masyarakat Indonesia beragama islam dan melarang konsumsi minuman beralkohol.

4. Lingkungan

Lingkungan hidup mempunyai peran penting dalam menciptakan suasana yang bebas dari penyalahgunaan alkohol. Strategi utama untuk mengatasi masalah alkohol ini adalah struktur undang-undang dan peraturan yang berkaitan dengan minum alkohol dan penegak hukum terkait. Selain itu, peran yang dimainkan praktisi kesehatan dalam meningkatkan kesehatan terkait dengan masalah alkohol juga penting, hal ini mencakup sosialisasi di tingkat masyarakat dan lobi ditingkat pengambilan keputusan. (Sarwono, 2011).

Penyalahgunaan alkohol dapat diklasifikasikan menjadi lima kategori utama menurut reaksi dan motivasi individu dalam mengonsumsi alkohol (Sundeen, 2007).

1. Konsumsi alkohol eksperimental

Rasa ingin tahu remaja inilah yang mengarah pada konsumsi alkohol tahap pertama. Remaja selalu mencari pengalaman baru, dan mereka sering kali digambarkan berada dalam fase *trial and error* dalam hal asupan alkohol, yang sesuai dengan tuntutan pertumbuhan dan perkembangan mereka.

2. Penggunaan alkohol untuk rekreasi

Minum alkohol saat acara sosial seperti perayaan ulang tahun, kumpul-kumpul akhir pecan, atau acara lainnya. Maksudnya memanfaatkan waktu untuk berkumpul bersama teman-teman (Ra'uf, M. 2002).

3. Penggunaan alkohol secara situasional

Alkohol digunakan oleh setiap individu untuk alasan tertentu, yaitu untuk memenuhi kebutuhan. Penerapan ini seringkali menjadi sarana untuk menghindari masalah perselisihan, ketegangan dan gangguan penyalahgunaan alkohol. Penggunaan alkohol patologis dimulai dengan penggunaan yang sering, berlangsung setidaknya satu bula. Masalah perilaku tertentu menyulitkan seseorang untuk memainkan perannya dalam situasi sosial, termasuk di tempat kerja atau lingkungan pendidikan.

4. Kecanduan alkohol

Penggunaan alkohol sangat menantang karena dapat menyebabkan kecanduan fisik dan mental. Gejala putus obat dan toleransi obat (alkohol) merupakan tanda ketergantungan fisik. Suatu kelainan dimana pengguna obat-obatan adiktif secara teratur mengurangi atau berhenti menggunakan zat tersebut, sehingga menimbulkan gejala yang bervariasi tergantung pada zat yang digunakan.

Tahapan perilaku penggunaan alkohol diperkenalkan oleh Darmono (2009) yang membaginya menjadi tiga: eksperimen, pembiasaan, dan kecanduan.

1. Pada tahap percobaan, seseorang biasanya menggunakan alkohol atau obat-obatan hanya pada waktu-waktu tertentu dan biasanya digunakan ketika seseorang berada di tengah-tengah kelompok. Toleransi terhadap obat-obatan dan alkohol masih lemah pada tahap ini.
2. Fase stabil terjadi ketika penggunaannya meningkat selama fase percobaan. Individu berusaha mencari teman yang juga menggunakan narkoba. Pada tahap ini, gejala peningkatan toleransi tampaknya mengambil alih efek yang didapat sebelumnya.
3. Fase kecanduan terjadi ketika keinginan untuk menggunakan secara rutin meningkat. Muncul gangguan fisik dan psikis, seperti hilang kesadaran (makan), penurunan berat badan drastis, suka memberontak, bertengkar dengan orang tua, dan kinerja buruk.

Faktor Penyebab Penyalahgunaan Minuman Keras

1. Faktor internal Yang meliputi faktor internal penyebab alkoholisme adalah: depresi, latar belakang budaya dan kehidupan, kepribadian seseorang, kemampuan fisik, keadaan mental.
2. Faktor eksternal, meliputi faktor luar yang menyebabkan terjadinya alkoholisme, antara lain: lingkungan, faktor pendamping, faktor sekolah dan masyarakat, keadaan keluarga (Collins, 2006)

Dampak

Aspek medis (kesehatan): obesitas akibat tingginya kalori dalam alkohol, Efek Fisik Alkohol telah dikaitkan dengan beberapa penyakit, termasuk sirosis hati, kanker, penyakit jantung dan penyakit saraf. Sirosis hati paling sering terjadi dengan guratan yang banyak (kronis). Menurut penelitian, mengonsumsi

dalam jumlah banyak dan jangka waktu yang lama menyebabkan sirosis hati, meningkatkan risiko kanker di area tertentu, yaitu: mulut, kerongkongan, tenggorokan, laring, dan hati.

1. Efek Psikoneurologis

Akibat seperti kecanduan, susah tidur, depresi, gangguan jiwa, merusak jaringan otak secara permanen sehingga terjadi gangguan memori, penilaian, pembelajaran dan gangguan neurotik lainnya.

2. Dampak sosial

Gangguan sosial juga dapat menimpa individu lain, bila emosi pecandu akan labil, mudah tersinggung, perhatian terhadap lingkungan terganggu. Dalam kondisi seperti ini, hal ini dapat memaksa pusat otonom menjadi lebih agresif dan jika dibiarkan dapat mengarah pada tindakan non-normatif bahkan tindak pidana. Kecelakaan juga dapat terjadi di lingkungan kerja dan lalu lintas jika alkohol dikonsumsi saat mengemudi.

Cara melakukan pencegahan agar tidak terjerumus ke dalam minuman beralkohol sebagai berikut:

1. Jauhi teman yang meminum minuman beralkohol
2. Jangan mencoba minuman beralkohol, selalu isi hari dengan kegiatan yang bermanfaat
3. Hindari "godaan" dan ajakan teman untuk menenggak minuman beralkohol
4. Menguatkan keimanan dan bertawakal diri pada Allah. Pemberantasan konsumsi minuman beralkohol secara berlebihan akan lebih baik dan efektif jika dilakukan pada tahap awal (tindakan preventif) secara bersamaan dan komprehensif, yaitu dengan melakukan upaya pencegahan. (Meliono, 2007)

Usaha Dinas Sosial Mengatasi Kenakalan Remaja konsumsi minuman beralkohol

1. Memberikan informasi kepada remaja tentang bahaya yang berhubungan dengan konsumsi minuman beralkohol.

Satu pilihan yang dipakai dalam mengatasi kenakalan remaja khususnya pada kalangan anak muda yang mengonsumsi minuman beralkohol adalah dengan sosialisasi yang optimal. Informasi akan menjadi

pembelajaran mengenai akibat konsumsi alkohol yang berlebihan. Dengan harapan para remaja dapat berhenti meminum minuman beralkohol. Selain peran orang tua, pemerintah juga memerlukan peran untuk menyelesaikan masalah kenakalan remaja. Salah satu influencernya adalah layanan sosial. Sosialisasi disediakan oleh dinas sosial

2. Pengenaan sanksi/hukuman

Sanksi merupakan akibat dari pelanggaran aturan sosial. Sanksi mencakup beberapa unsur yaitu reaksi, akibat dan akibat dari pelanggaran atau penyimpangan aturan sosial (aturan legal dan ilegal). Sanksi adalah kekuasaan atau sarana untuk memaksa seseorang mengikuti aturan sosial tertentu. Sanksi memaksa masyarakat untuk mengikuti atau mengikuti aturan hukum agar tetap terjaganya masyarakat yang taat hukum. Tidak mungkin menyebut suatu peraturan sebagai undang-undang tanpa sanksi. Tentu saja orang melakukan hal yang salah sesuka mereka

3. Melakukan rehabilitasi

Rehabilitasi adalah suatu tindakan untuk mengembalikan pada keadaan semula, misalnya seseorang kecanduan obat-obatan terlarang dan minuman beralkohol menimbulkan kecanduan, maka dilakukan rehabilitasi untuk mengembalikannya keadaan. Yang berarti rehabilitasi adalah usaha mengembalikan keadaan menjadi lebih baik (Monita et al., 2022)

F. Rokok

Kata "rokok" berasal dari kata "merokok". Rokok adalah silinder kertas yang diisi dengan daun tembakau cincang dan memiliki diameter 10 mm dan panjang 70-120 mm, tergantung negaranya. Rokok dinyalakan pada salah satu ujungnya dan dibiarkan menyala agar asapnya dapat dihirup melalui bibir (Juliansyah, 2010). Salah satu hiburan yang menyanangkan adalah merokok. Meskipun merokok menimbulkan risiko kesehatan karena adanya 4000 racun dalam rokok, rokok termasuk antidepresan yang membantu perokok untuk rileks (Rochayati & Hidayati, 2015). Kebiasaan merokok adalah perilaku merokok sebagai tindakan individu menghirup asap, mengeluarkan asap keudara untuk dihirup oleh orang lain. Namun Statistics of New Zealand, (2014), perilaku merokok didefinisikan sebagai tindakan sengaja merokok

secara aktif atau langsung, baik yang dilinting sendiri maupun yang dibeli. Pada tahun 2010 Fajar Juliansyah, Leventhal dan Cleary melaporkan kebiasaan merokok generasi muda. Ada empat fase perilaku merokok seseorang sebelum menjadi perokok:

1. Tahap Preparatory

Individu memperoleh cermin yang menyenangkan mengenai merokok melalui pendengaran, penglihatan atau pembacaan. Hal-hal inilah yang menimbulkan minat untuk merokok. Gaya hidup remaja adalah sebagai berikut:

- a. Teladan paling penting bagi remaja adalah teman- temannya: mereka mendorong perilaku merokok diantara mereka sendiri dengan berbagi kenikmatan merokok dengan teman sebayanya tau dengan menunjukkan dukungan satu sama lain. Remaja yang tidak meroko percaya bahwa merokok membuat mereka lebih nyaman dan atau diterima oleh teman sekelasnya. Berdasarkan temuan interpretasi ini. Remaja memiliki kemampuan untuk mengembangkan dan memantapkan keyakinan utama yang bersifat preventif, remaja menurut saya membutuhkan persetujuan dari temannya.
- b. Perkembangan perilaku meroko remaja dapat dipengaruhi secara signifikan oleh orang tua perokok yang sudah lanjut usia. Hasilnya, remaja mengembangkan keyakinan penuh harapan. Remaja percaya bahwa merokok itu aman dan tidak melanggar stanadr sosial Implikasi dari pemahaman ini memungkinkan berkembangnya agama yang penuh harapan.
- c. Fungsi media

2. Tahap Initiation

Merupakan tahap yang menunjukkan apakah seseorang merokok terus/tidak.

3. Tahap becoming a smoker

Merokok 4 kali sehari meningkatkan kemungkinan seseorang meroko. Baik kepuasan psikologis internal maupun umpan balik yang mengembirakan dari teman sebaya mendorong hal ini. Selain pemenuhan psikologis, persetujuan teman sebaya juga beroperan dalam remaja merokok karena penerimaan remaja terhadap kelompok teman sebayanya sangatlah penting. Remaja tidak ingin dicap pengecut atau benci dan merokok

dipandang sebagai tanda kedewasaan, kekuatan, dan maskulinitas Brigham dan Helm (2013).

4. Tahap maintenance of smoking

Merokok menjadi bagian pengendalian diri seseorang, Tujuan merokok adalah untuk mendapatkan manfaat fisiologi yang menyenangkan. Meroko kini menjadi sebuah kesenangan sejati bagi perokok, jadi cobalah merokok sebanyak yang anda bisa untuk mengurangi ketegangan, mencegah kecemasan dan berusaha untuk rileks. Anda juga bisa merokok untuk menghilangkan rasa lelah, rasa tidak nyaman saat makan saat bekerja, dan rasa lelah karena berpikir, meski merasa terkepung. Tahap ini muncul ketika gagasan-gagasan tersebut terbentuk: anggapan bahwa merokok tidak melanggar norma-norma sosial dan anggapan bahwa merokok akan diterima oleh teman sebaya (keyakinan antisipatif). Lebih lanjut, toleransi orang tua terhadap remaja perokok dapat berdampak pada kebiasaan merokok remaja. Pada masa merokok, orang tua mungkin memilih agresif dengan menekan atau meminimalkan perilaku merokok anaknya (Rochayati & Hidayati, 2015)

Alasan yang melatarbelakangi remaja merokok menurut Mu'tadin (Widiansyah, 2014) yaitu:

1. Pengaruh orang tua

Sebagian besar remaja perokok berasal dari keluarga tidak bahagia, orang tua yang kurang memberikan perhatian terhadap anaknya. Keluarga permisif lebih mudah terpapar rokok dan narkoba dibandingkan keluarga konservatif. Orang tua mempunyai pengaruh besar terhadap perkembangan karakter anak.

2. Pengaruh teman sebaya

Faktor kepribadian yang sangat membuat penasaran remaja, sehingga remaja mencoba untuk melakukan praktik merokok.

3. Dampak periklanan

Menurut GYTS (Global Youth Tobacco Survey) tahun 2009, 89,3% remaja terpapar iklan tembakau melalui baliho dan 76,6% melalui surat kabar.

4. Faktor lingkungan

Lingkungan berperan dalam perkembangan perilaku merokok remaja, lingkungan yang bersangkutan adalah ruang yang ada disekitar individu,

dan ruang tersebut mempengaruhi perkembangan perilaku individu (Yusuf, 2011).

Dampak merokok

Kementerian Kesehatan RI (2010), menyatakan merokok dapat menimbulkan dampak negatif, seperti melipatgandakan resiko terkena stroke dan serangan jantung. Sementara itu, merokok menyebabkan dampak buruk yang menumpuk secara bertahap dan menjadi nyata dalam beberapa tahun atau decade berikutnya (Mulyani, 2015). Namun punyampukan beberapa senyawa yang terdapat pada rokok, seperti nikotin, berdampak pada ketahanan fisik dan secara tidak langsungmempengaruhi motivasi belajar, nilai belajar, dan prestasi akademik penelitian Prasada (Mulyani, 2015).

Usaha Dinas Sosial untuk memngatasi kenalan karena konsumsi alkohol pada remaja:

1. Memberikan informasi kepada remaja tentang bahaya yang berhubungan dengan konsumsi minuman beralkohol.
2. Sosialisasi yang optimal merupakan suatu strategi untuk memerangi kenakalan remaja, Khususnya pada anak muda penguna alkohol.

Materi ini mungkin bisa menjadi pembelajaran mengenai akibat dari penggunaan alkohol secara berlebihan. Diyakini bahwa remaja akan mampu berhenti menggunakan alkohol dengan interaksi ini. Selain peran orang tua, penguasa juga berperan dalam mengatasi permasalahan kenakalan remaja. Pelayanan sosial menjasdi salah satu faktornya. Layanan sosial menawarkan penjangkauan.

3. Pengenaan sanksi/hukuman

Pelanggaran norma sosial menimbulkan sanksi. Sanki terdiri dari beberapa komponen, seperti tanggapan, dampak, dan akibat dari pelanggaran atau penyimpangan norma- normas masyarakat. Sanksi merupakan alat atau wewenang yang dapat digunakan untuk membuat seseorang mematuhi norma- norma masyarakat (Achmad, 2017). Untuk menjaga keutuhan masyarakat yang taat hukum, sanksi memaksa individu untuk mematuhi hukum. Tanpa konsekuensi, suatu peraturan tidak dapat disebut sebagai undang- undang. Tentu saja, individu bertindak buruk kapan pun mereka mau.

4. Melakukan rehabilitasi

Program rehabilitasi berupaya mengembalikan sesuatu ke kondisi awalnya. Misalnya rehabilitasi digunakan untuk mengembalikan seseorang yang kecanduan zat-zat terlarang, seperti obat-obatan terlarang dan minuman beralkohol, ke leadaan semula. Oleh karena itu, rehabilitasi adalah proses mencoba mengembalikan segala sesuatu yang semula dalam kondisi baik tetapi berhenti berfungsi karena sebab apa pun.

G. Klithih

Klithih/ Klithihan/Nglitih berasal dari bahasa Jawa khususnya Yogyakarta yang berarti meninggalkan rumah pada malam hari tanpa tujuan. Biasanya mereka sekedar jalan-jalan, membeli atau mencari makanan, nongkrong, dan lain-lain. Sedangkan dalam bahasa Indonesia Klithih sama dengan kluyuran. Yang artinya suatu tindakan jelek, yang seringkali remaja menyalahgunakannya dengan melaksanakan sesuatu yang melukai orang dan menyebutnya sebagai klithih. Menyakiti orang lain merupakan tindak pidana, tidak selalu klithih (Anonim, 2019), karena klithih dilakukan dengan cara menghina korban secara tidak sengaja saat lewat di jalan. Korban kejahatan ini tidak membedakan remaja, pelajar atau orang dewasa. Fenomena ini disebut "klithih". Pelaku perbuatan Klithih tak segan-segan menimbulkan kerugian.

Klithih merupakan salah satu aktivitas kelompok remaja yang bukan didasarkan pada identitas yang sama, yang penting mereka bisa memenuhi syarat jadi anggota kelompok (Sarwono, 2017). Kasus Klithih mengalami peningkatan di Yogyakarta. Yang kebanyakan tersangka adalah siswa. Meskipun jumlah spesifiknya tidak diketahui kepemilikan yang melakukan pelanggaran. Meningkatnya kegiatan Klithih diyakini karena banyaknya kemunculan kelompok/ geng. kelompok tersebut meningkatkan pelanggaran yang dicatat di kepolisan. Aktivitas Klithih bersifat liar dan terjadi di pinggiran Kota Yogyakarta, misalnya di wilayah Sleman apalagi Bantul. Pelaku klithih umumnya adalah kumpulan siswa SMA atau SMK. Pelaku Klithih yang berusia paruh baya/ SMP. Ada beberapa faktor yang melatarbelakangi Klithih. Faktanya, aktivitas Klithih bisa membuat pelakunya melakukan aktivitas peraturan pidana. Hal ini karena Klithih merupakan suatu kegiatan yang salah/kebrutalan yang dapat merugikan orang lain. Biasanya anak-anak muda ini bekerja siang hingga malam ketika setalah sekolah, akan tetapi

kadang dilakukan di waktu petang. Belakangan, aktivitas ini dilakukan malam hari. Yang bertujuan mengancam anak muda yang berbeda yang berawalnya dari masalah yang ringan tetapi karena dampak dari iklim persahabatan yang buruk memotivasi untuk melakukan kesalahan Klithih (Ahmad et al., 2019).

Klithih dalam paradigm kenakalan remaja

Dalam perspektif neurotik sosial, kenalan remaja dipandang sebagai sumber patologi sosial dimana perilaku generasi muda bertentangan dengan aturan, etika, dan disiplin lingkungan sosial. Generasi muda tidak bisa dibedakan dengan ketidaktaatan atau perlawanan sebagai dampak dari pencarian karakter atau kepribadian yang dilakukan oleh anak muda. Hal ini mengarah pada kekhasan sosial yang membawa malapetaka atau menyakiti. Pembangkangan anak muda menimbulkan aktivitas yang dianggap sebagai kelakuan buruk remaja. Kaum muda yang nakal mengalami defisien moral. Kurangnya Moral/ defensien moral adalah keadaan dimana Orang itu terus menerus melakukan perbuatan salah dan berperilaku asosial, namun tidak melakukan penyimpangan. Hanya kecerdasannya tidak dapat digunakan dan menyebabkan penyimpangan budi pekerti berkelanjutan. Penyimpangan yang dijalankan anak-anak nakal mengarah pada gkejiwaan dan berpotensi kambuhnya (Jatmiko, 2021).

Klithih dari sudut pandang konflik

Aktivitas masyarakat selalu tidak dapat dipisahkan dari masalah/ konflik. Konflik adalah kekhasan sosial yang muncul dalam hidup manusia, di mana perjuangan memiliki ciri khasnya yang merupakan bawaan lahir yang mengandung makna bahwa perselisihan akan terus ada dalam diri setiap orang keberadaannya, di mana pun, kapan pun. Menurut etimologi, istilah "konflik" berasal dari kata "con" yang artinya 'bersama' dan 'fligere' yang berarti 'tabrakan'. Masalah sosial merupakan suatu keadaan yang disebabkan oleh adanya pertentangan antara kemauan, nilai- nilai dan tujuan yang ingin dicapai oleh masing- masing pihak dalam perjuangannya, Yang dimaksud dengan "masalah sosial" biasanya mencakup berbagai ciri yang memadukan perjuangan tanpa akhir antara individu atau perkumpulan dengan pihak lain. (Jatmiko, 2021).

Langkah - langkah untuk menahankenakanan remaja:

1. Tindakan Preventif

Strategi berikut dapat digunakan untuk menghentikan berkembangnya kenakalan remaja secara umum:

- Identifikasi dan waspadai ciri- ciri umum yang biasanya dimiliki remaja
- Kenali tantangan – tantangan yang sering dihadapi remaja. Masalah seperti ini biasanya mengarah pada pelampiasan melalui perilaku buruk.

Untuk mendukung pertumbuhan remaja, strategi berikut dapat digunakan:

- Membantu remaja mengembangkan pola piker yang lebih mampu memecahkan masalah sehingga mereka dapat mengatasi hambatan dalam hidup mereka.
- Mengajarkan agama, budi pekerti, dan tata karma selain memperluas informasi dan keterampilan, serta pendidikan mental dan pribadi
- Penyediaan fasilitas dan menciptakan lingkungan yang ideal untuk pertumbuhan pribadi yang khas. menawarkan nasihat umum dengan harapan dapat membantu
- Memberikan nasihat yang luas yang positif dan harapan dapat membantu.
- Mendorong interaksi sosial yang positif dan meningkatkan insentif untuk berperilaku
- Mengorganisir kelompok diskusi dimana generasi muda diberikan wadah untuk menyuarakan sudut pandang mereka dan mendapatkan bimbingan. Meningkatkan keadaan sosial ekonomi keluarga dan masyarakat yang tingginya angka kenakalan remaja serta lingkungan sekitar.

2. Tindakan Represif

Kejahatan terhadap nilai sosial dan moral dapat diatasi dengan memberikan ketetapan pada pelanggaran yang dilakukan. Ketika perilaku kenakalan diberikan hukuman yang berat, harapannya adalah para pelanggar akan “takut” dan berhenti melakukan sesuatu yang abnormal. Dengan demikian, pelaku kejahatan harus ditindak tanpa memandang siapa orangnya tetap harus ditindaklanjuti dengan hukum pidana atau hukuman langsung. Misalnya, remaja harus mengikuti peraturan dan

ketentuan keluarga. Selain itu, orang tua harus memberikan beberapa bentuk hukuman jika melanggar peraturan dan ketentuan keluarga. Penerapan peraturan harus konsisten. Hukuman yang sama harus dijatuhi untuk pelanggaran serupa sesuai perkembangan dan usia. Di kawasan sekolah, kepala sekolah mempunyai wewenang untuk memberikan hukuman jika melanggar peraturan sekolah. Dalam hal tertentu, guru juga mempunyai hak untuk bertindak. Namun hukuman berat seperti skorsing atau pengusiran menjadi tanggung jawab kepala sekolah. Guru dan pengawas bertanggung jawab untuk mengkomunikasikan pelanggaran, potensi pelanggaran dan konsekuensinya. Secara umum, tindakan pencegahan meliputi peringatan lisan atau tertulis yang ditujuakan bagi anak, orang tua, pengawasan khusus oleh kepala sekolah dan pendidik atau pengawas, tergantung pada jenis sekolah, penolakan sementara atau permanen dari sekolah bagi yang melanggar peraturan.

3. Tindakan Kuratif dan Rehabilitasi

Kegiatan tersebut dilaksanakan pasca penerapan perilaku pencegahan dan modifikasi perilaku pelaku remaja yang dianggap perlu melalui pelatihan tambahan. Pelatihan tersebut diulangi dengan pelatihan yang dilakukan oleh lembaga khusus atau individu yang berpengalaman di bidangnya. Solusi internal untuk anak muda dalam menangani kenakalan remaja antara lain:

- a. Prinsip keteladanan dapat digunakan untuk menghindari atau mengatasi rendahnya pengendalian diri dan kegagalan mencapai identifikasi peran. Penting bagi kaum muda untuk menyadari sebanyak mungkin orang dewasa yang berhasil melewati masa remajanya dan yang berhasil setelah gagal pada periode dimasa lalu.
- b. Poin pertama dianjurkan disampaikan oleh teman, kerabat maupun guru.
- c. Keinginan orang tua untuk menjadikan rumahnya tempat yang lebih damai, komunikatif dan nyaman bagi remaja untuk tumbuh dewasa.
- d. Orang tua dapat menasehati anak mereka tentang dengan siapa mereka bergaul dan dilingkungan mana, namun remaja bebas memilih teman dan lingkungan yang baik.

- e. Geberasi muda mempunyai rasa percaya diri sehingga tidak mudah terpengaruh jika teman sebayanya atau masyarakat luas tidak memenuhi harapannya.
- f. Menggunakan media massa, film atau kemajuan teknis lainnya untuk menyampaikan informasi penting yang rumit secara etis.
- g. Tumbuh kembang anak dapat dipahami dengan baik, lingkungan yang baik sejak usia dini akan sangat mencegah perilaku buruk remaja.
- h. Menciptakan lingkungan belajar yang ramah dan menyenangkan bagi geberasi muda sehingga dapat tumbuh sejalan dengan fase perkembangannya.

H. Latihan Soal

1. Bagaimana penanganan kenalan remaja secara preventif?

- a. Mengetahui lingkungan anak
- b. Mengetahui orang tuanya
- c. Mengenal ciri khas remaja
- d. Cara berpakaian remaja
- e. Teman

Jawaban : c

2. Apa yang menyebabkan kenakalan remaja seperti yang disebutkan dibawah ini, kecuali?

- a. Biar lebih ganteng
- b. Status sosial ekonomi
- c. Konflik otoritas
- d. Teman sebaya
- e. Pengaruh orang tua

Jawaban: a

3. Apa yang dilakukan dinas sosial dalam mengurangi kecanduan minuman keras?

- a.sosialisasi
- b.tindakan preventif
- c. Tindakan rehabilitasi
- d. laporka polisi
- e. laporkan orangtua

jawaban : a

I. Tugas

Carilah artikel / jurnal yang terakreditasi baik nasional maupun internasional tentang kenalan remaja: meroko, miras, klithi maupun penggunaan gadget.

Daftar Pustaka

- Ahmad, F., Muti'ah, T., & Hartosujono. (2019). *Faktor-faktor determinasi perilaku*.
- Anonim. (2019, June 30). *Pengertian-klitih*. <https://kusnantomkarasan.com/tag/pengertian-klitih/>
- APA. (2000). *Diagnostic dan Manual Statistik Gangguan Mental* (4th ed.).
- Chusna, P. A. (2017). PENGARUH MEDIA GADGET PADA PERKEMBANGAN KARAKTER ANAK. *Dinamika Penelitian: Media Komunikasi Penelitian Sosial Keagamaan*, 17(2), Article 2. <https://doi.org/10.21274/dinamika.2017.17.2.315-330>
- Coloroso, B. (2007). *Memutus Rantai Kekerasan Anak dari PAUD hingga SMA*. PT. Ikrar Mandriabadi.
- Dampak Penggunaan Telepon Seluler / kumparan.com*. (2018). <https://kumparan.com/elok-binar/dampak-penggunaan-telepon-seluler-1wveDnZJLiS>
- Eisenberg, D., Downs, M. F., Golberstein, E., & Zivin, K. (2009). Stigma and help seeking for mental health among college students. *Medical Care Research and Review: MCRR*, 66(5), 522–541. <https://doi.org/10.1177/1077558709335173>
- Evans, C. B. R., Smokowski, P. R., Rose, R. A., Mercado, M. C., & Marshall, K. J. (2018). Cumulative Bullying Experiences, Adolescent Behavioral and Mental Health, and Academic Achievement: An Integrative Model of Perpetration, Victimization, and Bystander Behavior. *Journal of Child and Family Studies*, 27, 10.1007/s10826-018-1078-4.
- Jatmiko, D. (2021). Kenakalan Remaja Klithih yang mengarah pada Konflik sosial dan kekerasan di Yogyakarta. *Humanika, Kajian Ilmiah Mata Kuliah*, 21(2). <https://doi.org/10.21831/hum.v21i2.37480.129-150>
- Monita, S., Yuhelna, & Yenita, Y. (2022). UPAYA DINAS SOSIAL MENGATASI KENAKALAN REMAJA MENGKONSUMSI MINUMAN KERAS DI KOTA SUNGAI PENUH (STUDI KASUS: REMAJA YANG MENGKONSUMSI MINUMAN KERAS DI PASAR SUNGAI PENUH). (*J-PSH) JURNAL PENDIDIKAN SOSIOLOGI DAN HUMANIORA*, 13, 824–829.
- Rochayati, S. A., & Hidayati, E. (2015). Rochayati Siti Ati, Hidayat Eyet. 2015. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Perilaku Merokok Remaja di Sekolah

- Menengah Kejuruan Kabupaten Kuningan. Jurnal keperawatan Soedirman, volume 10, No.1 Maret 2015, Cirebon. *Jurnal Keperawatan Soedirman*, 10(1).
- Sarwono, R. B. (2017). *Mengendalikan kegaduhan sosial "klithih" dengan Ketahanan keluarga*. Diakses 11 Januari 2020 dari <http://www.google.co.id/url?sa=t&rct=j&q=JURNAL%20KLITH&source=web&cd=4&>
- Suryaningsih, W. (2016). *Pengaruh pendidikan kesehatan melalui audiovisual terhadap perilaku bullying*.
- Yasherly, B., Marizki, P., Yuli, P., & Ropika, N. (2021). PENCEGAHAN PERILAKU BULLYING PADA REMAJA. *Jurnal Salingka Abdimas*, 1(1), 30–36.

BAB 16

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN PERAWATAN PALIATIF

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

Deskripsi Pembelajaran

Pada bab ini mahasiswa akan mempelajari tentang asuhan keperawatan pada klien dengan perawatan paliatif. Perawatan paliatif meliputi pengertian, tujuan, dan bagaimana asuhan keperawatan diberikan pada klien yang didiagnosis paliatif.

Tujuan Pembelajaran

Setelah pembelajaran ini diharapkan mahasiswa dapat:

1. Menjelaskan konsep paliatif care
2. Menjelaskan asuhan keperawatan pada klien dengan perawatan paliatif

Capaian Pembelajaran

1. Mampu menerapkan prinsip pendekatan palliative pada asuhan keperawatan kesehatan jiwa dan psikososial
2. Dalam lingkungan klinis dan komunitas mahasiswa kompeten dalam menawarkan perawatan kesehatan mental dalam situasi berbahay dan dengan masalah yang berkaitan dengan memenuhi kebutuhan pribadi sambil tetap mematuhi pertimbangan hukum dan etika.

BAB 16

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN

DENGAN PERAWATAN PALIATIF

A. Pengertian Perawatan Paliatif

Perawatan paliatif adalah teknik yang membantu orang dewasa dan anak-anak yang menderita penyakit yang mengancam jiwa serta keluarga mereka mengatasi kesulitan yang mereka hadapi (WHO, 2020). Perawatan paliatif adalah suatu metode yang berupaya untuk mencegah dan menghilangkan rasa sakit guna meningkatkan kualitas hidup klien dan keluarganya yang menghadapi masalah terkait penyakit yang mengancam jiwa dan menghilangkan rasa sakit dan masalah lainnya melalui deteksi dini, penilaian sistematis, dan pengobatan fisik, psikologis, dan penyakit. masalah rohani (Fitria, 2010).

B. Istilah Dalam Paliatif

1. Hospice care

Pengalaman masa lalu, perawatan hospice adalah jenis institusi layanan kesehatan unik yang dimulai ketika terapi pasien dihentikan karena ketidakmampuan pasien untuk pulih dari penyakitnya. Tidak ada lagi harapan bagi dokter pasien.

2. Terminal Care

Perawatan yang diberikan kepada orang-orang dengan penyakit terminal (seperti kanker, AIDS, gagal ginjal kongestif (CRF), dll.) dikenal sebagai perawatan terminal. Dilakukan dengan tujuan untuk mengurangi penderitaan pasien dan menawarkan dukungan yang bermanfaat kepada pasien untuk meningkatkan kualitas hidup mereka, terlepas dari tahap atau persyaratan terapi.

3. Continuing care

Perawatan berkelanjutan mengacu pada jenis perawatan yang diberikan dari rumah sakit ke rumah pasien, dimulai dari awal kehidupan mereka dan berakhir di akhir kehidupan. Untuk menawarkan pengobatan yang lengkap dan komprehensif, keberlanjutan memerlukan kerja sama antar profesi ilmiah.

4. Care of the dying

Perawatan orang yang sakit parah (pasien yang menerima perawatan); umumnya perawatan ini diartikan sebagai perawatan yang diberikan pada hari atau jam terakhir kehidupan. Tujuan adalah untuk memastikan klien meninggal dunia dengan terhormat dan damai.

5. Palliative care

Perawatan paliatif merupakan metode dalam prosedur medis dalam membantu pasien dan keluarga mereka yang menghadapi penyakit mematikan dan masalah kesehatan untuk menjalani kehidupan yang lebih baik. kondisi yang mengancam jiwa dan kematian yang akan datang dengan membantu menghilangkan rasa sakit, mencegah dan mengurangi penderitaan, dan terpenuhinya kebutuhan dan psikologis agama (Payne et al., 2008).

6. End of life

Perawatan akhir kehidupan, adalah komponen yang bermakna dari perawatan paliatif, yang menawarkan bantuan serta support kepada akhir kehidupan sering kali diberikan kepada pasien di tahun-tahun terakhirnya sesuai dengan prognosis penyakitnya yang diungkapkan kepada mereka dan keluarganya. Tujuan dari perawatan di akhir kehidupan adalah untuk memberikan pasien kenyamanan sebanyak mungkin. Mereka yang sudah mendekati akhir masa hidup mereka.

7. Support care

Perawatan pendukung (supporting care); demi menaikkan taraf hidup individu yang terkena penyakit kronis, perawatan suportif diberikan. Deteksi dini dan pengobatan gejala penyakit dan efek sampingnya sangat penting untuk mencegah atau menangani kondisi tersebut. Bagi pasien dan keluarganya, perawatan suportif mencakup bantuan sosial, psikologis, fisik, dan spiritual. Ada beberapa varietas. Perawatan nyeri, bantuan diet, konseling, olahraga, terapi musik, meditasi, dan aktivitas lainnya adalah contoh perawatan suportif. Dari saat diagnosis hingga akhir hidup, perawatan suportif dapat diberikan bersamaan dengan terapi lebih lanjut (Blank et al., 2007).

C. Tujuan Perawatan Paliatif

Keluarga dan klien mendapatkan perawatan paliatif dengan tujuan memberikan layanan keperawatan dan medis; mengurangi rasa sakit tanpa mempercepat proses kematian; meningkatkan kenyamanan; dan meningkatkan kualitas hidup pasien.

Menurut Macleod and Block, (2019) perawatan paliatif bertujuan:

1. Membantu mengurangi rasa sakit dan penderitaan lain yang disebabkan oleh gejala penyakit sebelum seseorang meninggal.
2. Menerima kematian sebagai bagian alami dari perjalanan hidup.
3. Tidak mempunyai niat untuk terburu-buru atau menunda kematian.
4. Memasukkan perawatan agama dan psikologis dalam merawat klien.
5. Membantu pasien menjalani kehidupan seaktif mungkin hingga meninggal dunia dengan memfasilitasi sistem pendukung.
6. Mendorong terciptanya jaringan dukungan dalam membantu caregiver melewati duka selama klien sakit.
7. Gunakan pendekatan tim untuk memenuhi kebutuhan klien dan keluarganya, dengan menawarkan konseling dan bantuan pengobatan sesuai kebutuhan.
8. Meningkatkan taraf hidup dan sesuatu yang baik berdampak pada perkembangan penyakit
9. Dapat diberikan bersamaan dengan terapi lain yang memperpanjang hidup, termasuk kemoterapi atau radiasi, pada awal perjalanan penyakit Hal ini penting untuk memahami dan menangani masalah terapeutik dengan efektif.

D. Siapakah Yang Mendapatkan Perawatan Paliatif?

Perawatan paliatif dibagi pada klien yang sakit parah atau mempunyai risiko terhadap nyawanya. Penyakit dianggap mengancam jiwa, seperti: AIDS, penyakit parkinson, Alzheimer, kanker, penyakit serebrovaskuler (CVA/stroke), ALS, kelainan terkait AIDS pada bayi, komplikasi DM, gagal jantung kongesti (CHF), Tahap akhir kardiomiopati, Penyakit hati kronik, Gagal ginjal kronik, Hepatitis C, Multiple sclerosis, Penyakit parkinson, Persistent vegetative state, Skleroderma, Asma berat, Luka bakar atau trauma berat. Perawatan paliatif difokuskan pada mengatasi hambatan psikologis, penuaan, dan gangguan terkait penuaan. Bahkan dokter terkadang merasa tidak nyaman ketika mereka melakukan percakapan yang jujur dan emosional

tentang perawatan paliatif bagi pasien yang sakit dan keluarganya. Kami menyediakan dua studi kasus hipotetis untuk mengilustrasikan bagaimana seorang dokter mungkin melakukan pendekatan terhadap diskusi ini dan untuk menyarankan serta mengilustrasikan beberapa teknik komunikasi (Evenblij et al., 2016).

E. Kekhawatiran Yang Dialami Klien Yang Menjalani Perawatan Paliatif

Pasien perawatan paliatif khawatir tentang penyakit yang mereka derita. Kekhawatiran ini terwujud dalam pertanyaan berikut: Berapa lama seseorang yang mengidap penyakit ini dapat hidup? Apakah Anda mampu membayar perawatan medis dan biaya lainnya? Apa pengaruhnya terhadap teman dan keluarganya? Apakah Anda bergantung pada orang lain atau Anda menjadi beban? Apakah saya akan menjadi tidak berdaya setelah operasi? Apakah saya merasakan sakit? Akankah aku meninggal sendirian? Apakah saya dihukum karena penyakit saya? Mengapa saya tidak berdaya atas nasib saya sendiri? Banyak hal yang harus aku lakukan dalam hidup; bagaimana aku mati? Jika saya memutuskan untuk menghentikan terapi, apakah saya akan dilupakan?

F. Respon Perawat Terhadap Klien dan Keluarga Dengan Paliatif

Perawat harus melakukan hal berikut ketika memberikan paliatif kepada klien dan keluarga: mendengar tanpa menyela atau membela diri; memberikan apa yang diminta bila diperlukan; menjelaskan proses dimana perawat mendistribusikan obat; berkomunikasi secara jujur tentang keadaan sebenarnya; menggunakan obat primer (*pro re nata*) sesuai dengan perintah medis; dan hanya duduk bersama klien dan anggota keluarga.

G. Pertanyaan Yang Diajukan Perawat Saat Klien Didiagnosis Sakit Paliatif

Daftar pertanyaan di bawah ini bisa diajukan perawat kepada klien yang didagnosis paliatif. Pertanyaan tersebut meliputi: Apa yang dikatakan dokter tentang anda atau penyakit anak anda? Bagaimana saya bisa membantu anda untuk memahami apa yang dikatakan dokter kepada anda? Apa yang membuat anda merasa khawatir saat ini? Bagaimana biasanya anda menghadapi kondisi stress? Siapa orang yang biasa anda ajak cerita tentang masalah anda? Apakah anda menginginkan konselor, terapis, pekerja sosial, atau pemuka agama untuk berbicara dengan anda? Apa harapan terbaik yang

ada inginkan? Apa hal terburuk yang anda takutkan? Apakah anda mengetahui seseorang yang telah melalui hal yang sama? Apa yang bisa saya lakukan untuk menenangkan pikiran anda? Siapa yang bisa saya hubungi untuk datang mengunjungi anda?

H. Gangguan Psikiatrik pada Klien Paliatif

Kecemasan, depresi dan delirium adalah beberapa kondisi kejiwaan yang mungkin dialami pasien paliatif. Penjelasan lebih lanjut diuraikan di bawah ini:

1. Ansietas

Pasien dalam stadium lanjut sering mengalami ketakutan ini. Biasanya khawatir berda jauh dari rumah, pekerjaan, dan orang yang dicintai; khawatir tentang ketidakpastian; khawatir akan membebani keluarga; khawatir kehilangan kendali atas keadaan fisik; khawatir tidak menyelesaikan tugas; khawatir tentang gejala fisik yang tidak ditangani dengan baik; khawatir tentang hal-hal rohani; dan khawatir tentang bagaimana kematian yang akan terjadi.

Tanda dan Gejala: Ekspresi ketakutan, takikardi, hiperventilasi, mimpi yang menakutkan, sulit tidur, anoreksia, khawatir berlebihan

Terapi Farmakologi: Benzodiazepin: diazepam, alprazolam, lorazepam

Terapi Non Farmakologi: Berikan informasi yang menarik dan mudah dipahami sehingga harapan yang masuk akal dapat dipenuhi. Distraksi untuk mengusir rasa bosan dan memikirkan diri sendiri. Music yang menenangkan, relaksasi otot bertahap, terapi kognitif dan latihan visualisasi. Bertemu pasien yang baru terdiagnosa melalui pendidikan kesehatan dan kesaksian dari pasien sebelumnya.

2. Depresi

Bedakan antara depresi dan sedih. Wajar jika seseorang mengalami kesedihan setelah kehilangan sesuatu. Mengidentifikasi depresi lebih sulit karena depresi mungkin tampak sebagai penyakit atau dikombinasikan dengan kecemasan. Depresi sering kali disembunyikan oleh keterampilan sosial. Penderitaan dapat diatasi dengan depresi.

Tanda dan Gejala: kelelahan, sulit tidur, kehilangan nafsu makan, sulit konsentrasi, rasa tidak ada harapan/putus asa, anhedonia, rasa bersalah dan malu, rendah diri dan tak berguna, ide untuk bunuh diri yang terus menerus,

ambang nyeri menurun, gangguan memori dan kognitif, pikiran negatif, perasaan yang tidak realistik

Terapi Farmakologi: Depresi berat: Obat: SSRI

Terapi Non Farmakologi: Depresi ringan dan sedang: dukungan, empati, penjelasan, terapi kognitif, simptomatis dan kunjungan dari pemuka agama.

3. Delirium

Keadaan disorientasi akut dan perubahan kesadaran disertai dengan perilaku tidak menentu. Salah satu tanda awal delirium mungkin adalah gangguan fungsi kognitif. Keluarga menganggap delirium sangat menganggu kerena efeknya yang disorientasi, berkurangnya focus dan rentang perhatian, gangguan perilaku dan kemampuan kognitif, kekacauan memori, dan bahkan halusiansi.

Presipitasi: Nyeri, fatik, retensi urin, konstipasi, perubahan lingkungan dan stimuli yang berlebihan.

Terapi Farmakologi: Haloperidol, Risperidon

Terapi Non Farmakologi: Pastikan pasien merasa aman, tenteram, dan akrab, singkirkan segala sesuatu yang berpotensi membahayakan; hindari terlalu sering menganti anggota staf; memberikan dukungan emosional.

I. Masalah Psikososial Bagi Caregiver

Beban Caregiver: keluhan ataupun kritik, kurang tidur, kemarahan, serta stress terkait dengan pemberian perawatan. Perawat memberikan strategi buat kurangi ketidakberdayaan serta keputusasaan klien serta keluarga. Tugas perawatan paliatif dilakukan oleh keluarga dalam empat kategori:

1. Perawatan fisik mencakup hal-hal seperti memberi makan dan berpakaian pasien.
2. Kepedulian Sosial: Ini termasuk memberikan informasi kepada masyarakat umum di luar lingkungan pengasuhan.
3. Dukungan emosional, yang meliputi kasih sayang dan kepedulian terhadap pasien.
4. Perawatan berkualitas tinggi, yang mencakup penanganan permasalahan pasien yang muncul (Raissa hamidah & Siagian, 2021).

J. Respon Psikososial Klien Terhadap Sakit

1. Perubahan harga diri
2. Perubahan gambaran diri

4. Ketidakberdayaan
5. Kehilangan
6. Keputusasaan
7. Rasa bersalah
8. Ansietas

K. Diagnosa Keperawatan Psikososial Yang Bisa Dirumuskan

Ansietas, Harga diri rendah: situasional/kronis, Koping individu tidak efektif, Ketidakberdayaan, Keputusasaan, Risiko bunuh diri.

L. Mekanisme Koping

Yang dilakukan pasien paliatif bermacam-macam. Jenis-jenis mekanisme koping meliputi: Projection, Rationalization, Reaction formation, Regression, Repression, dan Sublimation, Denial, Displacement, Identification, Intellectualization, Isolation.

M. Keterampilan Psikososial

Cara Melakukan Pengkajian Yang Tepat:

1. Ciptakan lingkungan yang nyaman,
2. Minimalkan interupsi,
3. Pertahankan kontak mata dengan pasien,
4. Duduk sejajar dengan pasien, dorong mereka untuk berbicara dengan mengajukan pertanyaan terbuka.
5. Menahan diri untuk tidak membuat banyak catatan pengkajian
6. Tunjukkan minat pada masalah pasien
7. Minta izin untuk melakukan pengkajian pada pasien
8. Tunjukkan penerimaan terhadap pasien: hindari kritik, cemberut, atau menunjukkan keterkejutan
9. Hindari pertanyaan pribadi yang tidak diperlukan
10. Menjaga kerahasiaan
11. Waspadai bias dan ketidaknyamanan perawat
12. Fokus pada pasien

N. Pengkajian Psikososial

Informasi gaya hidup: pengaturan tempat tinggal pasien, orang terdekat, status perkawinan, tempat kerja, agama dan yang lainnya.

Pola coping normal: pengalaman sebelumnya dalam mengatasi masalah, apa yang terjadi ketika pasien menghadapi kesulitan, bagaimana mengatasinya dan siapa yang memberikan bantuan.

Pemahaman sakit yang dialami: Tanyakan tentang kondisi pasien, alasan mencari pertolongan medis, dan pandangan mereka terhadap penyakitnya.

Gaya kepribadian: Kecenderungan, ketergantungan, permusuhan atau karakteristik lainnya

Riwayat Kesehatan jiwa: Apakah pasien pernah menggunakan obat kesehatan mental, menggunakan alkohol atau menderita masalah kesehatan, mental seperti depresi?

Perubahan atau stresor kehidupan yang baru: Apakah ada riwayat traumatis dalam satu tahun yang lalu. adanya perpindahan, adanya kematian, perubahan pekerjaan, kelahiran

Spiritualitas: Bedakan peran spiritual dan religius. Use of the "HOPE "assessment includes questions as follows: H—sources of hope, strength, comfort; O—Role of organized religion for patient's P—personal spirituality practices; and E—effects on medical care and end of life decisions.

Masalah sakit utama yang dialami: Sakit mempengaruhi gaya hidup atau perasaan pasien, mempengaruhi, harga diri, citra tubuh, kehilangan hubungan, perubahan peran, dan perubahan dinamika keluarga.

Pemeriksaan status mental: Membantu mengidentifikasi disfungsi emosional, kognitif, dan perilaku.

O. Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa Pada Pasien Yang Didiagnosis Paliatif

ANSIETAS

Definisi

Keadaan emosi dan persepsi subyektif individu terhadap hal-hal tertentu yang ambigu sebagai akibat dari perkiraan risiko yang memungkinkan orang merespon bahaya.

Penyebab pada diagnosis ini adalah ancaman terhadap kematian.

Data yang bersifat obyektif dan subyektif merupakan gejala dan indicator utama. **Data subyektif** mencakup hal-hal seperti disorientasi, khawatir pengaruh dari situasi, kesulitan berkonsentrasi. **Data obyektif** :Sulit tidur, tegang, tampak gelisah

Gejala dan Tanda Minor

meliputi subyektif dan obyektif. Data subjektif meliputi: mengeluh pusing, anoreksia, palpitas, dan merasa tidak berdaya. Data objektif meliputi: pernafasan meningkat, nadi meningkat, TD meningkat, diaphoresis, tremor, tampak pucat, suara bergetar, kontak mata buruk, sering berkemih, berorientasi pada masa lalu.

Kondisi Klinis

Terkait meliputi: meningkatnya masalah kronis (mis. Kanker, penyakit autoimun), penyakit akut, rawat inap di rumah sakit, rencana operasi, kondisi dengan diagnosis ambigu, gangguan neurologis, dan fase perkembangan.

Tujuan dari tindakan keperawatan ini terdiri dari luaran utama dan luaran tambahan. Luaran utama Tingkat Ansietas sedangkan luaran tambahan meliputi: Dukungan social, Harga diri, Kesadaran diri, Kontrol diri, Proses informasi, Status kognitif, Tingkat agitasi, dan Tingkat pengetahuan.

Luaran utama tingkat ansietas, diharapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan ansietas pasien akan menurun dengan kriteria hasil sebagai berikut:

	Meningkat	Cukup meningkat	Sedang	Cukup menurun	Menurun
Ekspresi kebingungan secara verbal	1	2	3	4	5
Ekspresi rasa cemas karena keadaan yang dihadapi	1	2	3	4	5
gelisah	1	2	3	4	5
tegang	1	2	3	4	5
Sakit kepala	1	2	3	4	5
Anoreksia	1	2	3	4	5
Palpitasi	1	2	3	4	5
Diaforensis	1	2	3	4	5
Tremor	1	2	3	4	5
Pucat	1	2	3	4	5

	Memburuk	Cukup memburuk	Sedang	Cukup menaik	Membai
Konsentrasi	1	2	3	4	5
Pola tidur	1	2	3	4	5
Frekuensi pernapasan	1	2	3	4	5
Frekuensi nadi	1	2	3	4	5
Tekanan darah	1	2	3	4	5
Kontak mata	1	2	3	4	5
Pola berkemih	1	2	3	4	5
Orientasi	1	2	3	4	5

Luaran tambahan adalah dukungan keluarga.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan dukungan keluarga meningkat dengan kriteria sebagai berikut:

Kriteria hasil

	Meningkat	Cukup meningkat	Sedang	Cukup menurun	Menurun
Beritahu orang lain tentang keinginan anda untuk mendukung anggota keluarga yang sakit	1	2	3	4	5
Tanyakan tentang kondisi pasien	1	2	3	4	5
Cari dukungan sosial untuk anggota keluarga yang sakit	1	2	3	4	5
Mencari dukungan spiritual untuk anggota keluarga yang sakit	1	2	3	4	5
Bekerja sama dengan anggota keluarga yang sakit dalam menentukan perawatan	1	2	3	4	5
Bekerja sama dengan penyedia layanan Kesehatan dalam menentukan perawatan	1	2	3	4	5

Berpartisipasi dalam perencanaan pulang	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan terdiri dari intervensi utama dan intervensi pendukung.

Intervensi Utama terdiri dari Reduksi Ansietas dan Terapi Relaksasi.

Intervensi Pendukung, terdiri dari:

Bantuan Kontrol Marah	Persiapan Pembedahan
Biblioterapi	Teknik Distraksi
Dukungan Emosi	Teknik Hipnosis
Dukungan Hipnosis Diri	Teknik Imajinasi Terbimbing
Dukungan Kelompok	Teknik Menenangkan
Dukungan Keyakinan	Terapi Biofeedback
Dukungan Memaaafkan	Teknik Diversional
Dukungan Pengungkapan Ibadah	Terapi Musik
Dukungan Pengungkapan Kebutuhan	Terapi Penyalahgunaan Zat
Dukungan Proses Berduka	Terapi Relaksasi Otot Progresif
Intervensi Krisis	Terapi Reminisens
Konseling	Terapi Seni
Manajemen Demensia	Terapi Validasi

INTERVENSI UTAMA 1: REDUKSI ANSIETAS

Definisi

Meminimalkan keadaan individu dan persepsi subjektif terhadap hal-hal yang ambigu dan khusus sebagai akibat dari risiko yang diperkirakan terjadi dan yang memungkinkan orang untuk merespons bahaya.

Tindakan

Obsevasi

1. Tentukan faktor-faktor (mis. Kondisi, waktu, stressor) yang mempengaruhi tingkat kecemasan
2. Tentukan kemampuan anda dalam mengambil Keputusan
3. Waspadai indikasi verbal dan nonverbal dari kecemasan

Terapeutik

1. Ciptakan suasana terapeutik untuk meningkatkan kepercayaan

2. Cobalah untuk meminimalkan kekhawatiran pasien dengan berada di sisinya
3. Kenali keadaan yang menimbulkan kecemasan
4. Dengarkan dengan penuh perhatian
5. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
6. Letakkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan
7. Motivasi mengidentifikasi keadaan yang memicu kecemasan
8. Rencanakan secara realistik dan diskusikan kejadian yang akan datang

Edukasi

1. Jelaskan proses dan perasaan apapun yang mungkin anda miliki
2. Berikan informasi yang akurat tentang prognosis, jalanya terapi, dan diagnosis
3. Dorong kerabat untuk tetap tinggal bersama mereka, *jika perlu*
4. Dorong melakukan aktivitas yang tidak masuk akal, *sesuai kebutuhan*
5. Dorong mengekspresikan emosi dan respon
6. Lakukan aktivitas pereda stress
7. Latih menggunakan pertahanan diri yang benar
8. Latih Teknik relaksasi

Kolaborasi

Kolaborasi pemberian obat antiansietas, *jika perlu*

INTERVENSI UTAMA 2: TERAPI RELAKSASI

Definisi

Mengurangi gejala ketidaknyamanan termasuk nyeri, otot tegang atau kecemasan dengan menggunakan latihan peregangan.

Tindakan

Observasi

1. Tentukan penurunan tingkat energy, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau jenis gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif anda
2. Tentukan teknik relaksasi mana yang berhasil digunakan
3. Tentukan rasa ingin tahu, kemampuan dan pengalaman menggunakan teknik ini.
4. Pantau ketegangan otot, denyut nadi, TD dan suhu sebelum dan sesudah latihan

5. Pantau respon terhadap terapi relaksasi

Terapeutik

1. Ciptakan ruang yang tenang, tidak terganggu dengan pencahayaan dan suhu kamar yang nyaman, jika memungkinkan.
2. Beri informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi
3. Kenakan pakaian yang longgar
4. Gunakan nada suara yang lembut, irama lambat dan teratur
5. Untuk mendukung relaksasi, gunakan analgesic atau tindakan medis lainnya, jika perlu

Edukasi

1. Jelaskan tujuan, keuntungan, batasan dari bentuk relaksasi yang dapat dilakukan seperti relaksasi otot progresif, pernafasan dalam, dan meditasi.
2. Berikan gambaran menyeluruh tentang relaksasi yang dipilih
3. Anjurkan untuk mencari postur yang nyaman
4. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi
5. Lakukan latihan yang teratur atau pengulangan metode yang dipilih
6. Perlihatkan dan praktikan metode relaksasi (seperti visualisasi terpadu pernafasan dalam dan peregangan).

INTERVENSI TAMBAHAN: DUKUNGAN EMOSIONAL

Definisi

Memungkinkan penerimaan keadaan emosional ditengah situasi stress.

Tindakan

Pengamatan

1. Tentukan tingkat fungsi, kemarahan, frustasi dan kemarahan klien
2. Tentukan apa yang menyebabkan munculnya perasaan tersebut.

Terapeutik

1. Fasilitasi ekspresi ketakutan, kemarahan atau kesedihan
2. Berikan kata-kata penghibur atau empati kepada mereka yang sedang mengalami masa berkabung
3. Gunakan sentuhan (seperti Merangkul, menepuk-nepuk) untuk memberikan dukungan
4. Jika diperlukan Tetap berada disisi pasien untuk menjamin keselamatan mereka di tengah kecemasan

5. Cobalah untuk tidak terlalu banyak berpikir saat merasa tidak enak badan atau kelelahan

Edukasi

1. Jelaskan dampak dari menghindari rasa malu dan penyesalan
2. Dorong ekspresi emosi yang dirasakan (seperti duka, marah atau khawatir)
3. Dorong pengungkapan pengalaman emosional masa lalu dan pola reaksi kebiasaan
4. Ajarkan penggunaan mekanisme pertahanan yang sesuai

Kolaborasi

Rujuk untuk konseling, *jika perlu*

P. Latihan Soal

1. Apakah tujuan pelayanan paliatif?
 - a. Meningkatkan kualitas hidup
 - b. Mempercepat kematian
 - c. Mencegah kematian
 - d. Mengurangi beban keluarga
 - e. Euthanasia

Jawaban: a
2. Manakah yang bukan merupakan kekhawatiran yang dialami pasien dengan kasus paliatif?
 - a. Stigma
 - b. Kematian
 - c. Biaya
 - d. Dukungan
 - e. Cara penanganan

Jawaban: e
3. Bagaimana respon perawat terhadap pasien dengan kasus paliatif?
 - a. Membiarkan pasien sendiri
 - b. Menjelaskan secara detail penyakit pasien
 - c. Mendengarkan tanpa membantah
 - d. Memberikan perhatian berlebihan
 - e. Memberikan obat pasien walaupun tidak diperlukan

Jawaban: c

Q. Tugas

Silahkan mencari artikel di jurnal nasional terakreditasi dan jurnal internasional bereputasi hasil penelitian tentang palliative.

Glosarium

Prn: *pro re nata*

SSRI: *Selective serotonin reuptake inhibitors*

Daftar Pustaka

- Blank, A. E., O'Mahony, S., & Selwyn, A. (2007). *Choices in Palliative Care: Issues in Health Care Delivery*.
- Evenblij, K., Widdershoven, G. A. M., Onwuteaka-Philipsen, B. D., de Kam, H., & Pasman, H. R. W. (2016). Palliative care in mental health facilities from the perspective of nurses: A mixed-methods study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23(6–7), 409–418. <https://doi.org/10.1111/jpm.12320>
- Fitria, C. N. (2010). PALLIATIVE CARE PADA PENDERITA PENYAKIT TERMINAL. *Gaster*, 7(1), Article 1. <https://doi.org/10.30787/gaster.v7i1.58>
- Macleod, D. R., & Block, L. van dean. (2019). *Textbook of Palliative Care*.
- Payne, S., Seymour, J., & Ingleton, C. (2008). *PALLIATIVE CARE NURSING Principles and Evidence for Practice*.
- Raissa hamidah, P., & Siagian, N. (2021). Pengalaman Caregiver Dalam Merawat paliatif di Panti Wredha Tulus kasih. *Nutrix Journal*. <Http://ejournal.unklab.ac.id/index.php/nutrix>
- Stuart, G. W. 2013. *Principles and practice of psychiatric nursing* Canada, Mosby Elsevier.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2017. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (Definisi dan Indikator Diagnostik) Edisi 1. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. 2019. Standar Luaran Keperawatan Indonesia (Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan) Edisi 1 Cetakan II. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. 2018. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (Definisi dan Tindakan Keperawatan) Edisi 1 Cetakan II. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI
- WHO (2020). Palliative Care. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

BIODATA PENULIS



Dr. Ns. Mamnu'ah, M.Kep., Sp.Kep.J.

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

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

Motto: "Setelah kesulitan akan ada kemudahan."

BIODATA PENULIS



Abdul Fauzi, S.Kep., Ns., M.Kep. Lahir di Jember, 11 April 1992. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 dan Profesi ners pada Program Studi Profesi Ners, Universitas Airlangga tahun 2017. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 Keperawatan di Universitas Airlangga dan lulus pada tahun 2019. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2020 sebagai dosen di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Borobudur sampai Tahun 2023. Saat ini penulis bekerja di Universitas Negeri Surabaya di Fakultas Ilmu Keolahragaan dan Kesehatan. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi dan fokus di bidang keperawatan jiwa.

Penulis dapat dihubungi melalui email: ners.fauzi01@gmail.com



Nurul Mawaddah, S.Kep.Ns., M.Kep., Lahir di Gresik, 13 April 1986. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 pada Program Studi Ilmu Keperawatan lulus tahun 2008 dan Program Profesi Ners lulus tahun 2009, di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Majapahit. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 Keperawatan pada Universitas Brawijaya lulus tahun 2015. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2009. Saat ini penulis bekerja di STIKES Majapahit Mojokerto mengampu mata kuliah Keperawatan Jiwa, Keperawatan Gerontik dan Keperawatan Komunitas. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai dosen, penulis buku, peneliti, publikasi, seminar&workshop, dan kegiatan pengabdian masyarakat, serta aktif pada berbagai organisasi profesi yaitu PPNI, IPKJI, dan IAKMI. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: mawaddah.ners@gmail.com

Motto: "Teruslah Belajar dan Berkarya menjadi Pribadi yang Bermanfaat"

BIODATA PENULIS



Ns. Nofrida Sasawati, M.Kep. Lahir di Rimbo Bujang, 01 November 1981. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 pada Program Studi Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Harapan Ibu Jambi Tahun 2006, Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Harapan Ibu Jambi Tahun 2007. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas Andalas Peminatan Keperawatan Jiwa dan lulus pada tahun 2016. Riwayat pekerjaan sejak tahun 2008 sampai saat ini bekerja di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Harapan Ibu Jambi pada Program Studi Ilmu Keperawatan mengampu mata kuliah Keperawatan Kesehatan Jiwa, Psikososial dalam Keperawatan, Keperawatan Paliatif dan Menjelang Ajal, Komunikasi dalam keperawatan. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, seminar, meneliti dan melakukan pengabdian kepada masyarakat. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: nofridasaswati@gmail.com

Motto: "Bermanfaat bagi orang lain"



Ns. Safra Ria Kurniati, M.Kep lahir di Bengkalis, 07 Mei 1988. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 pada Program Studi Ilmu Keperawatan, Universitas Riau tahun 2010 dan Profesi Ners pada tahun 2011. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas Indonesia di tahun 2017 dan lulus tahun pada tahun 2019. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2012 di Stikes Hang Tuah Tanjungpinang. Penulis saat ini mengampu mata kuliah Keperawatan Kesehatan Jiwa I dan Keperawatan Jiwa II. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi dan juga aktif mengikuti berbagai kegiatan seperti penulis buku, publikasi, dan seminar. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail : safra_nezz@yahoo.com.

Motto: "Trust the timing of your life"

BIODATA PENULIS



Ns. Noorwahyu Trihidayati, M.Kep. Lahir di Kulonprogo, 01 Juli 1979. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang D3 di Akper Notokusumo lulus tahun 2000.S1 pada Program Studi keperawatan, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta tahun 2005. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas Muhammadiyah Yogyakarta tahun 2021. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2004 bekerja di Akper Al Islam Yogyakarta mengampu mata kuliah KDM. Tahun 2009 – 2014 bekerja di Stikes 'Aisyiyah Yogyakarta mengampu Komunitas, keluarga dan Gerontik. Saat ini penulis bekerja di Akper Buntet pesantren Cirebon mengampu mata kuliah keperawatan jiwa. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: noorwahyutrihidayati79@gmail.com

Motto: "Jalani hidup dengan senyuman karena kebahagian itu kita sendiri yang menciptakan bukan orang lain."



Ns. Tati Suryati, M.Kep., Sp.Kep.J

Penulis dilahirkan di Kota Tangerang. Ketertarikan penulis terhadap ilmu Keperawatan Jiwa dimulai pada tahun 2004 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk melanjutkan S1 Keperawatan di Universitas Indonesia, alhamdulillah lulus S.Kep Ners pada tahun 2007. Sejak 2007 penulis bergabung di Akademi Keperawatan Pertamina yang berlokasi di Rumah sakit Pertamina Pusat sebagai dosen Keperawatan, Tahun 2008 Akademi Keperawatan menjadi Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Pertamedika Jakarta. Tahun 2012 penulis melanjutkan S2 Keperawatan Jiwa di Universitas Indonesia, alhamdulillah lulus Spesialis Keperawatan Jiwa 2017. Penulis juga aktif dalam kegiatan ilmiah dan organisasi keprofesian yaitu Ikatan Perawatan Kesehatan Jiwa (IPKJI Banten) Sehari-harinya bekerja sebagai dosen pengampu mata kuliah Keperawatan Jiwa. Selain itu penulis juga aktif dalam menulis jurnal.

Email Penulis : tatipertamedika@gmail.com

Motto : Bermanfaat untuk orang lain

BIODATA PENULIS



Ns. Shofi Khaqul Ilmy, S.Kep., M.Kep. Lahir di Malang, 18 Maret 1992. Penulis telah tamat pendidikan Magister Keperawatan (Peminatan Keperawatan Jiwa) di Program Studi Magister Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Brawijaya pada tahun 2020. Saat ini, penulis merupakan seorang Dosen Keperawatan di Prodi Keperawatan Program Sarjana, Fakultas Kedokteran, Universitas Pendidikan Ganesha, Singaraja dan mengampu mata kuliah Keperawatan Kesehatan Jiwa dan Psikososial. Penulis memiliki minat tinggi pada pengembangan pendidikan, penelitian, dan pengabdian di bidang keperawatan jiwa yang telah dibuktikan dari berbagai hasil publikasi ilmiah, baik nasional maupun internasional. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: nilmy@undiksha.ac.id

SINOPSIS

Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa dan Psikososial ini merupakan buku komprehensif yang membahas peran penting keperawatan jiwa. Buku ajar ini tersusun atas 16 Bab bahasan yang dapat membantu mahasiswa maupun praktisi mudah dalam memahami dan mempraktikan berbagai tindakan asuhan saat memberikan pelayanan perawatan jiwa.

Pembahasan awal pada buku ajar keperawatan jiwa ini berisikan berbagai teori, konsep, sejarah, dan perspektif terkait keperawatan jiwa. Selain itu, buku ajar dilengkapi dengan informasi detail mengenai berbagai tindakan dalam memberikan asuhan keperawatan jiwa pada kasus psikososial seperti gangguan citra tubuh, keputusasaan, distress spiritual dan berduka. Permasalahan lain perkembangan remaja, masalah pada remaja, perawatan paliatif dengan pendekatan kebutuhan mental, dan asuhan pada pasien HIV.

Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa dan Psikososial ini ditujukan untuk mahasiswa program studi keperawatan yang berminat mempelajari lebih dalam tentang asuhan keperawatan khususnya keperawatan jiwa. Praktisi di bidang keperawatan jiwa juga dapat menggunakan buku ajar ini untuk lebih memperluas pengetahuannya. Buku ini dilengkapi dengan latihan soal disertai kunci jawaban dan penugasan.

Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa dan Psikososial ini merupakan buku komprehensif yang membahas peran penting keperawatan jiwa. Buku ajar ini tersusun atas 16 Bab bahasan yang dapat membantu mahasiswa maupun praktisi mudah dalam memahami dan mempraktikan berbagai tindakan asuhan saat memberikan pelayanan perawatan jiwa.

Pembahasan awal pada buku ajar keperawatan jiwa ini berisikan berbagai teori, konsep, sejarah, dan perspektif terkait keperawatan jiwa. Selain itu, buku ajar dilengkapi dengan informasi detail mengenai berbagai tindakan dalam memberikan asuhan keperawatan jiwa pada kasus psikososial seperti gangguan citra tubuh, keputusasaan, distress spiritual dan berduka. Permasalahan lain perkembangan remaja, masalah pada remaja, perawatan paliatif dengan pendekatan kebutuhan mental, dan asuhan pada pasien HIV.

Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa dan Psikososial ini ditujukan untuk mahasiswa program studi keperawatan yang berminat mempelajari lebih dalam tentang asuhan keperawatan khususnya keperawatan jiwa. Praktisi di bidang keperawatan jiwa juga dapat menggunakan buku ajar ini untuk lebih memperluas pengetahuannya. Buku ini dilengkapi dengan latihan soal disertai kunci jawaban dan penugasan.

ISBN 978-623-8549-14-6



9 786238 549146

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