



PRODI SARJANA KEPERAWATAN
FIKES UNSURYA

MODUL KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA & PSIKOSOSIAL

Tahun Ajaran 2024 - 2025



Disusun Oleh:
Tim Pengajar

PRODI SARJANA KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS DIRGANTARA MARSEKAL SURYADARMA

2024

VISI, MISI FAKULTAS

Visi

"Menjadi *Center of Excellence* dalam pendidikan ilmu kesehatan yang unggul dalam bidang kesehatan penerbangan tingkat nasional tahun 2030 dan tingkat internasional 2035"

Misi

1. Menyelenggarakan pendidikan ilmu kesehatan secara berkualitas dalam penguasaan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang kesehatan penerbangan untuk menghasilkan lulusan yang mandiri, berkarakter, profesional, dan siap pakai di dunia kerja.
2. Menyelenggarakan penelitian yang berorientasi pada luaran yang berdampak pada kualitas hidup masyarakat dan khususnya di bidang kesehatan penerbangan.
3. Berperan aktif dalam mengembangkan program pengabdian kepada masyarakat dan membina masyarakat melalui kesehatan penerbangan serta berpartisipasi aktif, strategis melalui organisasi profesi, asosiasi pendidikan kesehatan dan pemerintah dibidang kesehatan.
4. Menyelenggarakan tata kelola dan tata pamong yang bertanggung jawab, akuntabel, transparan, dan kredibel.
5. Mengembangkan jejaring kerja sama dengan pemangku kepentingan untuk penguatan penyelenggaraan Tri Dharma Perguruan Tinggi.

VISI, MISI PRODI PENDIDIKAN NERS

Visi

“Menjadi *Center of Excellence* dalam pendidikan Sarjana Keperawatan dan Program Profesi Ners yang unggul dalam bidang keperawatan gawat darurat dengan kekhususan keperawatan penerbangan di tingkat nasional tahun 2030 dan di tingkat internasional tahun 2035”.

Misi

1. Menyelenggarakan pendidikan keperawatan secara berkualitas dalam penguasaan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang keperawatan penerbangan untuk menghasilkan lulusan yang mandiri, berkarakter, professional dan siap pakai di dunia kerja.
2. Menyelenggarakan penelitian yang berorientasi pada luaran dan berdampak pada kualitas hidup masyarakat dan khususnya di bidang keperawatan penerbangan.
3. Berperan aktif dalam mengembangkan program pengabdian kepada masyarakat dan membina masyarakat melalui keperawatan penerbangan serta berpartisipasi aktif, strategis melalui organisasi profesi, asosiasi pendidikan keperawatan dan pemerintah dibidang kesehatan.
4. Menyelenggarakan tata kelola dan tata pamong yang bertanggung jawab, akuntabel, transparan, dan kredibel.
5. Mengembangkan jejaring kerja sama baik dalam dan luar negeri untuk penguatan penyelenggaraan Tri Dharma Perguruan Tinggi.

**MODUL AJAR MATA KULIAH KEPERAWATAN KESEHATAN
JIWA & PSIKOSOSIAL**

TIM PENGAJAR

KATA PENGANTAR

Segala Puji bagi Allah SWT, Tuhan Yang Maha Kuasa, atas karunia- Nya sehingga Buku Panduan Mata Kuliah Keperawatan Kesehatan Jiwa & Psikososial edisi pertama kami terbitkan sebagai panduan bagi dosen dan mahasiswa dalam proses pembelajaran. Mata kuliah ini membahas tentang keperawatan kesehatan jiwa & psikososial yang akan diselesaikan dalam waktu 16 (enam belas) minggu. Fokus pembelajaran pada mata kuliah ini meliputi konsep dan prinsip-prinsip serta trend dan issue kesehatan keperawatan jiwa.

Setelah mempelajari mata Kuliah Keperawatan Kesehatan Jiwa & Psikososial, diharapkan mahasiswa memiliki pengetahuan berkaitan keperawatan kesehatan jiwa secara umum.

Mata kuliah ini akan mempelajari beberapa cabang ilmu secara terintegrasi yaitu keperawatan dasar, komunikasi secara umum dan komunikasi terapeutik. Berbagai metode pembelajaran akan diterapkan selama proses pembelajaran di mata kuliah keperawatan kesehatan & psikososial dengan kompetensi yang ditetapkan, yaitu kuliah pakar, seminar diskusi dan praktikum. Setiap kegiatan tersebut akan dilakukan evaluasi. Evaluasi dilakukan untuk menilai pencapaian kompetensi, dilakukan dengan menggunakan evaluasi formatif dan sumatif yang terdiri dari ujian Tengah semester (UTS), dan ujian akhir semester (UAS)

Jakarta, 13 Maret 2024

Tim Penyusun

DAFTAR ISI

Prakata	viii
Daftar Isi	ix
BAB I Pendahuluan.....	1
A. Deskripsi Modul	1
B. Capaian Pembelajaran Mata Kuliah	1
C. Sub Capaian Pembelajaran Mata Kuliah	2
D. Diagram Alir Pembelajaran Mata Kuliah.....	4
E. Keterkaitan dengan Mata Kuliah Lain.....	5
BAB II Program Pembelajaran	6
A. Rencana Program Pembelajaran Semester Mata Kuliah.....	6
B. Evaluasi Pembelajaran	19
I. Kriteria penilaian	19
II. Nilai Batas lulus Mata Kuliah	19
III. Kriteria boleh mengikuti Ujian	20
IV. Jenis soal Evaluasi Sumatif (Semester)	20
V. Keterkaitan Capaian Pembelajaran Mata Kuliah dengan Metode pembelajaran serta evaluasi pembelajaran	22
C. Metode Pembelajaran	24
D. Aktivitas Pembelajaran Mingguan	27
I. Rincian Aktivitas Pembelajaran Mingguan.....	27
II. Rincian Penugasan.....	32
Topik 1 : Sejarah Keperawatan Jiwa dan Trend serta issue dalam keperawatan jiwa.....	35
Topik 2 : Proses terjadinya gangguan jiwa dalam prespektif keperawatan jiwa	43

Topik 3 : Konsep stres, rentang sehat sakit jiwa, dan coping	65
Topik 4 : Model Konseptual Keperawatan Jiwa	79
Topik 5 : Peran Perawat jiwa.....	92
Topik 6 : Aspek Legal Etik Keperawatan Dalam Konteks Asuhan Keperawatan Jiwa	108
Topik 9 : Pelayanan keperawatan Bencana.....	131
Topik 10 : Asuhan Keperawatan Jiwa Sepanjang Rentang Kehidupan : Usia Pra Sekolah.....	142
Topik 11 : Asuhan Keperawatan Jiwa Sepanjang Rentang Kehidupan : Usia Remaja.....	147

Daftar Rujukan

Lampiran

BAB I

PENDAHULUAN

A. Deskripsi Modul

Modul Mata kuliah Keperawatan Kesehatan Jiwa & Psikososial mahasiswa akan mempelajari tentang konsep dan prinsip-prinsip serta *trend* dan *issue* kesehatan dan keperawatan jiwa. Mata kuliah ini juga dibahas tentang klien sebagai system yang adaptif dalam rentang respons sehat jiwa sampai gangguan jiwa, psikodinamika, terjadinya masalah kesehatan/keperawatan jiwa yang umum di Indonesia. Upaya keperawatan dalam pencegahan primer, sekunder, tertier terhadap klien dengan masalah psikososial dan spiritual merupakan fokus dalam mata kuliah ini, termasuk hubungan terapeutik secara individu dan dalam konteks keluarga. Pengalaman belajar ini akan berguna dalam memberikan pelayanan/asuhan keperawatan jiwa dan integrasi keperawatan jiwa pada area keperawatan lainnya.

Mata kuliah ini memiliki bobot 3 SKS, dengan rincian 2 SKS teori dan 1 SKS praktikum (*lab skill*). Berbagai pengalaman belajar akan diterapkan dalam mata kuliah ini, diantaranya Tutorial *mini lecture*, *collaborative learning* (CL), *small group discussion* (SGD), *discovery learning* (DL), *problem based learning* (PBL), dan praktik laboratorium.

B. CAPAIAN PEMBELAJARAN MATA KULIAH (CPMK)

Setelah proses pembelajaran selama 16 (enam belas) minggu/pertemuan, mahasiswa diharapkan mampu :

1. Menganalisa konseptual model dalam keperawatan jiwa, proses terjadinya gangguan jiwa, dan fungsi perawat dalam keperawatan jiwa (CPL2, CPL3, CPL9)
2. Melakukan pelayanan keperawatan jiwa pada situasi bencana (CPL1, CPL2, CPL3, CPL4, CPL5, CPL9)
3. Menerapkan proses keperawatan jiwa, prinsip-prinsip aspek legal etik dan lintas budaya dalam asuhan keperawatan jiwa (CPL1, CPL2, CPL3, CPL4, CPL5, CPL9)
4. Mensimulasi aspek Sehat Jiwa sepanjang rentang kehidupan (CPL 1, CPL 2, CPL 3, CPL 4, CPL 9)
5. Menimulasi aspek jiwa dengan masalah psikososial. (CPL 1, CPL 2, CPL 3, CPL 4, CPL 9)

C. SUB CAPAIAN PEMBELAJARAN MATA KULIAH.

Setelah proses pembelajaran selama 16 (enam belas) minggu/ pertemuan, mahasiswa diharapkan mampu:

1. Mahasiswa mampu mengaplikasikan, menempatkan dan menilai Sejarah keperawatan jiwa dan trend serta issue dalam keperawatan jiwa global (C3, P2, A3)
2. Mahasiswa mampu menganalisis, mengidentifikasi dan menilai proses terjadinya gangguan jiwa dalam perspektif keperawatan jiwa (C4, P2, A3)
3. Mahasiswa mampu menganalisis, menempatkan dan menilai konseptual model dalam keperawatan jiwa (C4, P2, A3)

4. Mahasiswa mampu mengaplikasikan, mendemonstrasikan proses keperawatan jiwa, prinsip-prinsip aspek legal etik dan lintas budaya dalam asuhan keperawatan jiwa (C3, P2, A3)
5. Mahasiswa mampu mengaplikasikan, mendemonstrasikan dan menilai asuhan keperawatan jiwa pada situasi bencana (C3, P2, A3)
6. Mahasiswa mampu mengaplikasikan, mendemonstrasikan dan menilai asuhan keperawatan jiwa sepanjang rentang kehidupan (C3, P2, A3)
7. Mahasiswa mampu mengaplikasikan, mendemonstrasikan dan menilai asuhan keperawatan jiwa dengan masalah psikososial (C3, P2, A3)

D. Diagram alir Pembelajaran Mata Kuliah

CPMK KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA & PSIKOSOSIAL

1. Menganalisa konseptual model dalam keperawatan jiwa, proses terjadinya gangguan jiwa, dan fungsi perawat dalam keperawatan jiwa (CPL2, CPL3, CPL9)
2. Melakukan pelayanan keperawatan jiwa pada situasi bencana (CPL1, CPL2, CPL3, CPL4, CPL5, CPL9)
3. Menerapkan proses keperawatan jiwa, prinsip-prinsip aspek legal etik dan lintas budaya dalam asuhan keperawatan jiwa (CPL1, CPL2, CPL3, CPL4, CPL5, CPL9)
4. Mensimulasi mensimulasi aspek Sehat Jiwa sepanjang rentang kehidupan (CPL 1, CPL 2, CPL 3, CPL 4, CPL 9)
5. Menimulasi aspek jiwa dengan masalah psikososial. (CPL 1, CPL 2, CPL 3, CPL 4, CPL 9)

UJIAN AKHIR SEMESTER

(C3,A3 P2) 12,13: Mampu mengaplikasikan, mendemonstrasikan dan menilai asuhan keperawatan jiwa dengan masalah psikososial

(C3,A3 P2) 12,13: Mampu mengaplikasikan, mendemonstrasikan dan menilai asuhan keperawatan sepanjang rentang kehidupan

(C3,A3 P2) 11: Mampu mampu mengaplikasikan, mendemonstrasikan dan menilai asuhan keperawatan pada situasi bencana

(C3,A3) 10: Mampu menganalisis, menilai sekenario (tutor)

(C3, A3) 8,9 : mahasiswa mampu mengaplikasikan, mendemonstrasikan proses keperawatan, prinsip-prinsip

UJIAN TENGAH SEMESTER

(C3,A3 P2) 6, 7: Mampu mengaplikasikan, menxemonstrasikan proses keperawatan jiwa, prinsip-prinsip aspek legal etik dan lintas budaya dalam asuhan keperawatan jiwa

(C3,A3 P2) 5: Mampu menganalisis, menempatkan dan menilai konseptual keperawatan jiwa

(C3,A3 P2) 4: Mampu menganalisis, menilai proses terjadinya gangguan jiwa dalam prespektif keperawatan jiwa

(C3,A3) 1,2, 3: Mampu mengaplikasikan, menempatkan dan menilai sejarah keperawatan jiwa dan tren serta issue dalam keperawatan jiwa

E. KETERKAITAN DENGAN MATA KULIAH LAIN

Mata Kuliah Keperawatan Kesehatan Jiwa & Psikososial berkaitan dengan mata kuliah lain yang akan dipelajari mahasiswa yaitu:

1. Komunikasi Terapeutik
2. Keperawatan Psikiatrik

A. AKTIVITAS PEMBELAJARAN

Mata Kuliah Keperawatan Kesehatan Jiwa & Psikososial I dari 14 (empat belas) minggu/ pertemuan. Oleh karena itu, disiapkan aktivitas pembelajaran yang sesuai dengan tujuan pembelajaran yang akan dicapai. Aktivitas pembelajaran mata Kuliah Keperawatan Kesehatan Jiwa & Psikosoial yang akan digunakan untuk mencapai tujuan pembelajaran adalah :

1. Belajar mandiri / *Discovery Learning* (DL)

Dalam pembelajaran orang dewasa, mahasiswa dapat belajar secara mandiri dari berbagai sumber belajar eksternal yaitu : perpustakaan, *website* (internet & intranet), buku, artikel dan jurnal. Metode belajar mandiri berbentuk pelaksanaan tugas membaca atau kajian jurnal oleh mahasiswa tanpa bimbingan atau pengajaran khusus. Dalam metode ini mahasiswa akan terlebih dahulu mendapatkan penjelasan tentang proses dan hasil yang diharapkan serta diberikan daftar bacaan sesuai kebutuhan. Dengan belajar mandiri diharapkan dapat meningkatkan kemampuan kerja dan memberikan kesempatan pada mahasiswa untuk memperdalam pengetahuan secara aktif.

2. Tutorial (*Problem Based Learning*)

Tutorial yang dilakukan adalah diskusi dalam kelompok kecil dengan menggunakan *Problem Based Learning* (PBL) melalui daring menggunakan *video conference* (*Google meet, meeting group call*) dan *virtual class* (*platform line chat dan google class room*) selama masa pandemi. Mahasiswa dibagi menjadi **4 kelompok/ kelas** yang beranggotakan 10 - 12 mahasiswa. Tutorial dijadwalkan **1 kali seminggu** dan dilakukan dengan didampingi oleh tutor atau mandiri. Untuk mencapai tujuan pembelajaran, mahasiswa diberikan skenario kasus dan kelompok

akan mendiskusikan kasus tersebut dengan pendekatan *seven jump*. Setiap satu skenario akan dibahas dalam dua kali pertemuan. Pertemuan pertama akan melakukan langkah 1-5 dan langkah 6 mahasiswa menggunakan sumber belajar eksternal dan belajar mandiri. Pertemuan kedua mahasiswa akan melanjutkan diskusi untuk langkah 7. Setiap tutorial akan diakhiri dengan seminar kelompok dimana mahasiswa mempresentasikan hasil diskusi tutorial yang telah diselesaikannya. Adapun langkah-langkah *seven jump* sebagai berikut:

- a. Langkah 1: Klarifikasi Istilah
- b. Langkah 2: Identifikasi Masalah
- c. Langkah 3: Curah Pendapat Kemungkinan Hipotesis Atau Penjelasan
- d. Langkah 4: Menyusun Penjelasan menjadi Solusi Sementara
- e. Langkah 5: Penetapan *Learning Objective*
- f. Langkah 6: Mencari Informasi dan Belajar Mandiri
- g. Langkah 7: Berbagi Hasil Mengumpulkan Informasi dan Belajar Mandiri

Tutorial di mata kuliah ini adalah:

Skenario 1 : **“Bagaimanan dengan Aku”**

3. Kuliah pakar/ *Mini Lecture*

Metode kuliah pakar/ceramah pakar berbentuk penjelasan pengajar kepada mahasiswa dan biasanya diikuti dengan tanya jawab tentang isi pelajaran yang belum jelas. Hal yang perlu dipersiapkan pengajar adalah daftar topik yang akan diajarkan dan media visual atau materi pembelajaran. Selama kuliah pakar, seluruh dosen diwajibkan

menggunakan pendekatan *Student Centered Learning* (SCL). Dalam kuliah pakar ini, mahasiswa juga diberikan kesempatan untuk menanyakan hal-hal yang belum jelas selama proses diskusi tutorial atau belajar mandiri. Perkuliahan di lakukan secara luring dan daring menggunakan Elearning SPADA HTP melalui *video conference* melalui google meet dan zoom.

4. *Skills Laboratorium / Praktikum*

Skills laboratorium keperawatan merupakan praktik keterampilan keperawatan di laboratorium keperawatan dengan menggunakan probandus/manekin untuk simulasi keterampilan klinik keperawatan. Jenis keterampilan keperawatan klinik pada mata kuliah Keperawatan Kesehatan Jiwa & Psikososial yaitu: Tarik nafas dalam dan fokus lima jari

5. *Seminar/ Small Group Discussion (SGD)*

Metode seminar berbentuk kegiatan belajar bagi kelompok mahasiswa untuk membahas tugas yang umumnya berupa tugas makalah dalam kelompok. Seminar dilakukan pada akhir penugasan dan tutorial yang ditujukan agar mahasiswa menyajikan hasil diskusi dalam kelompok

6. *Film/ Video*

Metode pembelajaran yang dilakukan dengan memutar film/video sesuai dengan tujuan pembelajaran yang mau dicapai. Metode ini menggunakan media dimana peserta didik akan menonton pemutaran suatu film/video dan peserta didik mendiskusikan inti atau pesan dari film/video yang sudah diputar.

B. AKTIVITAS PEMBELAJARAN TOPIK 1

SEJARAH KEPERAWATAN JIWA & TREND DAN ISSUE DALAM KEPERAWATAN JIWA

Perkembangan keperawatan jiwa dimulai sejak jaman peradaban. Pada zaman ini suku bangsa Yunani dan Arab percaya bahwa gangguan jiwa disebabkan oleh gangguan dimana tidak berfungsinya organ otak. Pada masa ini, metode pengobatan telah menggabungkan berbagai pengobatan seperti : mebrtikan lingkungan yang tenang, acupan gizi yang baik, menjaga kebersihan badan dengan baik, mendengarkan music dan melakukan aktivitas rekreasi. Masa abad 21, perkembangan keperawatan jiwa lebih menekankan pada upaya preventif seperti pengembangan pusat Kesehatan mental, praktek mandiri, pelayan di rumah sakit dan pelayanan *day care* serta mengidentifikasi pemberiaan asuhan keperawatan pada kelompok beresiko tinggi dan pengembangan system *management patient care* dengan pendekatan multidisiplin.

A. Perkembangan Keperawatan Jiwa di Dunia

1. Masa Peradaban

Masa ini dimulai antara tahun 1770 sampai dengan tahun 1880. Suku Yunani, Romawi maupun Arab pada masa ini percaya bahwa gangguan mental (emosional) diakibatkan karena tidak berfungsinya organ otak. Pengobatan yang dilakukan pada masa ini adalah : memberikan ketenangan, mencukupi asupan gizi yang baik, melaksanakan kebersihan badan yang baik, mendengarkan musik dan melakukan aktifitas rekreasi.

Hippocrates, bapak kedokteran abad 7 sebelum Masehi, menjelaskan bahwa perubahan perilaku dan gangguan mental disebabkan oleh perubahan 4 cairan tubuh/hormon yang dapat menghasilkan panas dingin, kering dan kelembaban. Sedangkan Dokter Yunani Galen, mengemukakan bahwa gangguan mental memiliki hubungan dengan

kerusakan pada organ otak. Pada masa itu suku bangsa Yunani dalam melakukan perawatan sudah menggunakan system perawatan modern. Telah digunakannya kuil sebagai rumah sakit dengan lingkungan yang bersih, udara yang besar, sinar matahari dan penggunaan air bersih. Penyembuhan pasien diajak untuk melakukan berbagai aktifitas seperti bersepeda, jalan-jalan, dan mendengarkan air terjun , suara music yang lembut.

2. Masa Pertengahan

Masa ini merupakan periode pengobatan modern pasien gangguan jiwa. Bapak Psikiatric Perancis Pinel, menghabiskan sebahagian hidupnya untuk mendampingi pasien gangguan jiwa. Pinel menganjarkan pentingnya hubungan pasien-dokter dalam “pengobatan moral”. Tindakan yang diperkenalkan nya adalah menerapkan komunikasi dengan pasien, melakukan observasi perilaku pasien dan melakukan pengkajian riwayat perkembangan pasien

3. Abad 18 dan 19

William Ellis seorang praktisi kesehatan mengusulkan perlunya pendamping yang terlatih dalam merawat pasien dengan gangguan jiwa. Pada tahun 1836, William Ellismempublikasikan Treatise on Insanity yaitu pentingnya pendamping terlatih bagi pasien gangguan jiwa karena pendamping terlatih rterbukti efektif didalam memberikan ketenangan dan harapan yang lebih baik bagi kesembuhan pasien. Benjamin Rush bapak Psikiatric Amerika tahun 1783, menulis tentang pentingnya kerja sama dengan rs jiwa dalam memberikan bantuan kemanusiaan terhadap pasien gangguan jiwa. Pada tahun Tahun 1843, Thomas Kirkbridge mengadakan pelatihan bagi dokter di rumah sakit Pennsylvania mengenai cara merawat pasien gangguan jiwa. Tahun 1872, didirikannya pertama

kali sekolah perawat di New England Hospital Women's Hospital Philadelphia, tetapi tidak untuk pelayan psikiatrik.

Tahun 1882 didirikannya pendidikan keperawatan jiwa pertama di McLean Hospital di Belmont, Massachusetts. Dan pada tahun 1890 diterimanya lulusan sekolah perawat bekerja sebagai staff keperawatan di rumah sakit jiwa. Diakhir abad 19 terjadi perubahan peran perawat jiwa yang sangat besar, dimana peran tersebut antara lain menjadi contoh dalam pengobatan pengobatan psikiatrik seperti, menjadi bagian dari tim kesehatan, mengelola pemberian obat penenang dan memberikan hidroterapi (terapi air).

4. Keperawatan Jiwa di Abad 20

Keperawatan jiwa pada abad ini ditandai dengan terintegrasinya materi keperawatan psikiatrik dengan mata kuliah lain. Pembelajaran dilaksanakan melalui pembelajaran teori, praktek di laboratorium, praktek klinik di RS dan Masyarakat. Tingkat pendidikan yang ada pada abad ini adalah D.III, Sarjana, Pasca Sarjana dan Doktoral. Fokus pemberian asuhan keperawatan jiwa pada abad 21 adalah mengembangkan asuhan keperawatan berbasis komunitas dengan menekankan upaya preventif melalui pengembangan pusat kesehatan mental, praktek mandiri, pelayanan di rumah sakit, pelayanan *day care* (perawatan harian) yaitu pasien tidak dirawat inap hanya rawat jalan, kunjungan rumah dan hospice care (ruang rawat khusus untuk pasien gangguan jiwa yang memungkinkan pasien berlatih untuk meningkatkan kemampuan diri sebelum kembali ke masyarakat). Selain itu dilakukan identifikasi dan pemberian asuhan keperawatan pada kelompok berisiko tinggi berupa penyuluhan mengenai perubahan gaya hidup yang dapat mengakibatkan masalah gangguan kesehatan jiwa. Selain itu dikembangkan pula sistem

management pasien care dimana peran seorang manager adalah mengkoordinasikan pelayanan keperawatan dengan menggunakan pendekatan multidisipliner.

B. Perkembangan Keperawatan Jiwa di Indonesia

Sejarah dan perkembangan keperawatan jiwa di Indonesia sangat dipengaruhi oleh faktor sosial ekonomi akibat penjajahan yang dilakukan oleh kolonial Belanda, Inggris dan Jepang. Perkembangannya dimulai pada masa penjajahan Belanda sampai pada masa kemerdekaan

1. Masa Penjajahan Belanda

Pada masa pemerintahan kolonial Belanda, perawat merupakan penduduk pribumi yang disebut *Velpeger* dengan dibantu *Zieken Oppaser* sebagai penjaga orang sakit. Tahun 1799 pemerintah kolonial Belanda mendirikan Rumah Sakit *Binen Hospital* di Jakarta, Dinas Kesehatan Tentara dan Dinas Kesehatan Rakyat yang bertujuan untuk memelihara kesehatan staf dan tentara Belanda. Jenderal *Daendels* juga mendirikan rumah sakit di Jakarta, Surabaya dan Semarang, tetapi tidak diikuti perkembangan profesi keperawatan, karena tujuannya hanya untuk kepentingan tentara Belanda 3..

2. Masa Penjajahan Inggris (1812 – 1816)

Gubernur Jenderal Inggris ketika itu dijabat oleh *Raffles* sangat memperhatikan kesehatan rakyat. Berangkat dari semboyannya yaitu kesehatan adalah milik setiap manusia, ia melakukan berbagai upaya untuk memperbaiki derajat kesehatan penduduk pribumi antara lain melakukan pencacaran umum, cara perawatan pasien dengan gangguan jiwa dan kesehatan para tahanan. Setelah pemerintahan kolonial kembali ke tangan Belanda, kesehatan penduduk Indonesia menjadi lebih baik. Pada tahun 1819 didirikanlah RS. *Stadverband* di Glodok Jakarta dan

pada tahun 1919 dipindahkan ke Salemba yang sekarang bernama RS. Cipto Mangunkusumo (RSCM). Antara tahun 1816 hingga 1942 pemerintah Hindia Belanda banyak mendirikan rumah sakit di Indonesia. Di Jakarta didirikanlah RS. PGI Cikini dan RS. ST Carollus. Di Bandung didirikan RS. ST. Boromeus dan RS Elizabeth di Semarang. Bersamaan dengan itu berdiri pula sekolah-sekolah perawat.

3. Zaman Penjajahan Jepang (1942 – 1945)

Pada masa penjajahan Jepang, perkembangan keperawatan di Indonesia mengalami kemundurandan merupakan zaman kegelapan, Pada masa itu, tugas keperawatan tidak dilakukan oleh tenaga terdidik dan pemerintah Jepang mengambil alih pimpinan rumah sakit. Hal ini mengakibatkan berjangkitnya wabah penyakit karena ketiadaan persediaan obat

4. Zaman Kemerdekaan

Empat tahun setelah kemerdekaan barulah dimulai pembangunan bidang kesehatan yaitu pendirian rumah sakit dan balai pengobatan. Pendirian sekolah keperawatan dimulai pertama kali tahun 1952 dengan didirikannya Sekolah Guru Perawat dan sekolah perawat setingkat SMP. Tahun 1962 didirikan Akademi Keperawatan milik Departemen Kesehatan di Jakarta bertujuan untuk menghasilkan Sarjana Muda Keperawatan. Tahun 1985 merupakan momentum kebangkitan keperawatan di Indonesia, karena Universitas Indonesia mendirikan PSIK (Program Studi Ilmu Keperawatan) di Fakultas Kedokteran. Sepuluh tahun kemudian PSIK FK UI berubah menjadi Fakultas Ilmu Keperawatan. Setelah itu berdirilah PSIK-PSIK baru seperti di Undip, UGM, UNHAS dl

Ringkasan

1. Pengobatan pada zaman peradaban telah mengabungkan berbagai pendekatan pengobatan seperti: memberikan ketenangan, mencukupi asupan gizi yang baik, melaksanakan kebersihan badan yang baik, mendengarkan musik dan melakukan aktivitas rekreasi. Diakhir abad 19 peran perawat jiwa menjadi yang sangat besar, karena peran perawat menjadi sangat penting seperti menjadi bagian dari tim kesehatan, mengelola pemberian obat penenang dan memberikan hidroterapi. Sedangkan fokus pemberian asuhan keperawatan jiwa pada abad 21 adalah mengembangkan asuhan keperawatan berbasis komunitas dengan menekankan upaya preventif melalui pengembangan pusat kesehatan mental, praktek mandiri, pelayanan di rumah sakit, pelayanan day care, home visite dan hospice care dan pengembangan management pasien care.
2. Masa pemerintahan kolonial Belanda, perawat merupakan penduduk pribumi yang disebut Velpeger dengan dibantu Zieken Oppaser sebagai penjaga orang sakit. Tahun 1799 pemerintah kolonial Belanda mendirikan Rumah Sakit Binen Hospital di Jakarta, Dinas Kesehatan Tentara dan Dinas Kesehatan Rakyat yang bertujuan untuk memelihara kesehatan staf dan tentara Belanda. Jenderal Daendels juga mendirikan rumah sakit di Jakarta, Surabaya dan Semarang, tetapi tidak diikuti perkembangan profesi keperawatan, karena tujuannya hanya untuk kepentingan tentara Belanda. Sedangkan pada zaman penjajahan Jepang masalah kesehatan menjadi lebih buruk dibandingkan pada masa penjajahan Belanda dan Inggris.
3. Zaman Kemerdekaan Empat tahun setelah kemerdekaan barulah dimulai pembangunan bidang kesehatan yaitu pendirian rumah sakit, balai

pengobatan dan pendirian sekolah keperawatan dimulai pertama kali tahun 1952.

Latihan / Penugasan

1. Jelaskan dengan singkat perkembangan keperawatan jiwa di Dunia!
2. Jelaskan dengan singkat perkembangan keperawatan jiwa di Indonesia!

Test

1. Tujuan pemerintahan kolonial Belanda mendirikan rumah sakit adalah....
 - a) Memelihara kesehatan staf dan tentara Belanda.
 - b) Meningkatkan profesi keperawatan
 - c) Meningkatkan kesehatan masyarakat pribumi
 - d) Mendidik masyarakat pribumi untuk hidup sehat
 - e) Menurunkan tingkat kesehatan masyarakat pribumi
2. Siapakah yang pertama kali melakukan imunisasi cacar adalah....
 - a) Raffle
 - b) Dandles
 - c) Ratu Elisabeth
 - d) Yan Peter Soen Koen
 - e) Dewes Dekker
3. Kesehatan adalah milik setiap manusia. Adalah semboyan pada masa penjajahan....
 - a) Belanda
 - b) Jepang
 - c) Inggris
 - d) Portugis.
 - e) Cina

4. Pada zaman kapankah terjadi kemunduran perkembangan keperawatan di Indonesia....
 - a) Penjajahan Jepang
 - b) Penjajahan Belanda
 - c) Penjajahan Inggris
 - d) Penjajahan Portugis
 - e) Penjajahan Cina
5. Siapakah yang pertama kali mengadakan pelatihan cara merawat pasien gangguan jiwa....
 - a) Thomas Kirkbridge
 - b) William Ellis
 - c) Socrates
 - d) Rafles
 - e) Daendles

Referensi

1. Yusuf,AH., Fitryasari, R.P.K., Nihayanti, H.E (2015). Buku Ajar Keperawatan Jiwa. Jakarta : Salemba Medika
2. Kozier, b. Erb, G., Berwan, A,J & Burke, K..(2008). Fundamental of Nursing : Concepts, Process, and Practice. Ner Jersey: Prentice Hall Health
3. Frisch N.,& Frisch A.(2011). Psyciatric Mental Health Nursing

TOPIK 2

**KONSEP DASAR KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA DAN
PROSES TERJADINYA GANGGUAN JIWA DALAM PRESPEKTIF
KEPERAWATAN JIWA**

Manusia sebagai makhluk biopsikososiospiritual mengandung pengertian bahwa manusia merupakan makhluk yang utuh dimana didalamnya terdapat unsur biologis, psikologis, sosial, dan spiritual. Sebagai makhluk biologi, manusia tersusun dari berjuta-juta sel-sel hidup yang akan membentuk satu jaringan, selanjutnya jaringan akan bersatu dan membentuk organ serta sistem organ. Sebagai makhluk psikologi, setiap manusia memiliki kepribadian yang unik serta memiliki struktur kepribadian yang terdiri dari id, ego, dan super ego dilengkapi dengan daya pikir dan kecerdasan, agar menjadi pribadi yang selalu berkembang. Setiap manusia juga memiliki kebutuhan psikologis seperti terhindar dari ketegangan psikologis, kebutuhan akan kemesraan dan cinta, kepuasan altruistik (kepuasan untuk menolong orang lain tanpa mengharapkan imbalan), kehormatan serta kepuasan ego. Sedangkan sebagai makhluk sosial, manusia tidak dapat hidup sendiri, manusia selalu ingin hidup dengan orang lain dan membutuhkan orang lain. Selain itu manusia juga harus menjalin kerja sama dengan manusia lain untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan hidup. Manusia juga dituntut untuk mampu bertingkah laku sesuai dengan harapan dan norma yang berlaku dilingkungan sosialnya. Sebagai makhluk spiritual manusia mempunyai keyakinan dan mengakui adanya Tuhan Yang Maha Esa, memiliki pandangan hidup, dorongan hidup yang sejalan, dengan sifat religius yang dianutnya.

A. Definisi Sehat Jiwa

Banyak ahli mendefinisikan mengenai sehat jiwa diantaranya menurut:

1. World Health Organization (WHO)

Kesehatan jiwa adalah suatu kondisi sejahtera secara fisik, sosial dan mental yang lengkap dan tidak hanya terbebas dari penyakit atau kecacatan. Atau dapat dikatakan bahwa individu dikatakan sehat jiwa apabila berada dalam kondisi fisik, mental dan sosial yang terbebas dari gangguan (penyakit) atau tidak dalam kondisi tertekan sehingga dapat mengendalikan stress yang timbul. Sehingga memungkinkan individu untuk hidup produktif, dan mampu melakukan hubungan sosial yang memuaskan.

2. UU Kesehatan Jiwa No.03 Tahun 1966

Kesehatan jiwa adalah suatu kondisi mental yang sejahtera sehingga memungkinkan seseorang berkembang secara optimal baik fisik, intelektual dan emosional dan perkembangan tersebut berjalan secara selaras dengan keadaan orang lain sehingga memungkinkan hidup harmonis dan produktif. Coba Anda diskusikan dengan teman Anda adakah carilah definisi lain mengenai sehat jiwa menurut ahli yang lain

B. Kriteria Sehat Jiwa

1. Menurut Yahoda

Yahoda Yahoda mencirikan sehat jiwa sebagai berikut:

- a. Memiliki sikap positif terhadap diri sendiri
- b. Tumbuh, berkembang dan beraktualisasi
- c. Menyadari adanya integrasi dan hubungan antara : Masa lalu dan sekarang Memiliki otonomi dalam pengambilan keputusan dan tidak bergantung pada siapapun

- d. Memiliki persepsi sesuai dengan kenyataan
 - e. Mampu menguasai lingkungan dan beradaptasi
2. WHO (World Health Organisation/Organisasi Kesehatan Dunia) Pada tahun 1959 dalam sidang di Geneva, WHO telah berhasil merumuskan kriteria sehat jiwa. WHO menyatakan bahwa, seseorang dikatakan mempunyai sehat jiwa, jika memiliki kriteria sebagai berikut:
- a. Individu mampu menyesuaikan diri secara konstruktif pada kenyataan, meskipun kenyataan itu buruk baginya.
 - b. Memperoleh kepuasan dari hasil jerih payah usahanya.
 - c. Merasa lebih puas memberi daripada menerima.
 - d. Secara relatif bebas dari rasa tegang (stress), cemas dan depresi.
 - e. Mampu berhubungan dengan orang lain secara tolong menolong dan saling memuaskan.
 - f. Mampu menerima kekecewaan sebagai pelajaran yang akan datang
 - g. Mempunyai rasa kasih sayang.

Tahun 1984, WHO menambahkan dimensi agama sebagai salah satu dari 4 pilar sehat jiwa yaitu: Kesehatan secara holistik yaitu sehat secara jasmani/ fisik (biologik); sehat secara kejiwaan (psikiatrik/ psikologik); sehat secara sosial; dan sehat secara spiritual (kerohanian/ agama). Berdasarkan keempat dimensi sehat tersebut, *the American Psychiatric Association* mengadopsi menjadi paradigma pendekatan biopsyo-socio-spiritual. Dimana dalam perkembangan kepribadian seseorang mempunyai 4 dimensi holistik, yaitu agama, organobiologik, psiko-edukatif dan sosial budaya

3. MASLOW

Maslow mengatakan individu yang sehat jiwa memiliki ciri sebagai berikut: a. Persepsi Realitas yang akurat. b. Menerima diri sendiri, orang lain dan lingkungan. c. Spontan. d. Sederhana dan wajar.

Berdasarkan definisi diatas, dapat disimpulkan bahwa seseorang dikatakan sehat jiwa jika:

1. Nyaman terhadap diri sendiri
 - a) Mampu mengatasi berbagai perasaan seperti rasa marah, rasa takut, cemas, iri, rasa bersalah, rasa senang, cinta mencintai, dll.. Mampu mengatasi kekecewaan dalam kehidupan.
 - b) Mempunyai Harga Diri yang wajar
 - c) Menilai diri secara nyata, tidak merendahkan dan tidak pula berlebihan.
 - d) Merasa puas dengan kehidupan sehari-hari.
2. Nyaman berhubungan dengan orang lain.
 - a) Mampu mencintai dan menerima cinta dari orang lain.
 - b) Mempunyai hubungan pribadi yang tetap.
 - c) Mampu mempercayai orang lain
 - d) Dapat menghargai pendapat orang yang berbeda.
 - e) Merasa menjadi bagian dari kelompok.
 - f) Tidak mengakali orang lain, dan tidak memberikan dirinya diakali orang lain.
3. Mampu memenuhi kebutuhan hidup
 - a) Menetapkan tujuan hidup yang nyata untuk dirinya.
 - b) Mampu mengambil keputusan.
 - c) Menerima tanggung jawab.
 - d) Merancang masa depan.

e) Menerima ide / pengalaman hidup.

C. Paradigma Keperawatan Jiwa

Paradigma keperawatan adalah cara pandangan secara global yang dianut atau dipakai oleh mayoritas kelompok keperawatan atau menghubungkan berbagai teori yang membentuk suatu susunan yang mengatur hubungan diantara teori guna mengembangkan model konseptual dan teori-teori keperawatan sebagai kerangka kerja keperawatan. Tujuan paradigma keperawatan adalah mengatur hubungan antara berbagai teori dan model konseptual keperawatan guna mengembangkan model konseptual dan teori-teori sebagai kerangka kerja keperawatan

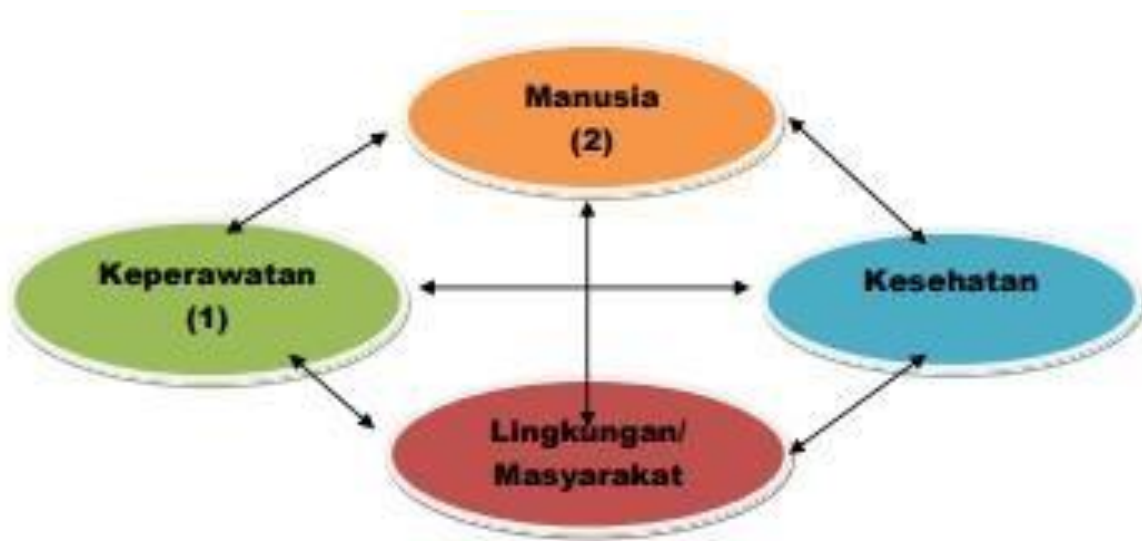
Melakukan peran dan fungsinya seorang perawat harus memiliki keyakinan terhadap nilai keperawatan yang menjadi pedoman dalam memberikan asuhan keperawatan.

Keyakinan yang harus dimiliki oleh seorang perawat yaitu:

1. Bahwa manusia adalah makhluk holistik yang terdiri dari komponen bio-psiko-sosio dan spiritual.
2. Tujuan pemberian asuhan keperawatan adalah meningkatkan derajat kesehatan manusia secara optimal
3. Tindakan keperawatan yang diberikan merupakan tindakan kolaborasi antara tim kesehatan, klien maupun keluarga.
4. Tindakan keperawatan yang diberikan merupakan suatu metode pemecahan masalah dengan pendekatan proses keperawatan
5. Perawat bertanggung jawab dan bertanggung gugat
6. Pendidikan keperawatan harus dilakukan secara terus-menerus

Gambar 1.1

Skema Unsur Paradigma Keperawatan



Gambar.1.1 Unsur Paradigma Keperawatan

Penjelasan Skema :

1. Manusia

Keperawatan jiwa memandang manusia sebagai makhluk holistik yang terdiri dari komponen bio – psiko – sosial dan spiritual merupakan satu kesatuan utuh dari aspek jasmani dan rohani serta unik karena mempunyai berbagai macam kebutuhan sesuai tingkat perkembangannya (Konsorsium Ilmu Kesehatan, 1992). Kozier, (2000) mengatakan manusia adalah suatu sistem terbuka, yang selalu berinteraksi dengan lingkungan eksternal dan internal agar terjadi keseimbangan (homeostatatis),

Paradigma keperawatan memandang manusia sebagai makhluk holistik, yang merupakan sistem terbuka, sistem adaptif, personal dan interpersonal. Sebagai sistem terbuka, manusia mampu mempengaruhi dan dipengaruhi oleh lingkungannya, baik lingkungan fisik, biologis, psikologis maupun sosial dan spiritual. Sebagai sistem adaptif manusia

akan menunjukkan respon adaptif atau maladaptif terhadap perubahan lingkungan. Respon adaptif terjadi apabila manusia memiliki mekanisme koping yang baik dalam menghadapi perubahan lingkungan, tetapi apabila kemampuan merespon perubahan lingkungan rendah, maka manusia akan menunjukkan perilaku yang maladaptif. Manusia atau klien dapat diartikan sebagai individu, keluarga ataupun masyarakat yang menerima asuhan keperawatan.

2. Keperawatan

Keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional sebagai bagian integral pelayanan kesehatan yang dilakukan secara komprehensif berbentuk pelayanan biologis, psikologis, sosial, spiritual dan kultural, ditujukan bagi individu, keluarga dan masyarakat sehat maupun sakit mencakup siklus hidup manusia. Pemberian asuhan keperawatan dilakukan melalui pendekatan humanistik yaitu menghargai dan menghormati martabat manusia dan menjunjung tinggi keadilan bagi semua manusia.

Keperawatan bersifat universal yaitu dalam memberikan asuhan keperawatan seorang perawat tidak pernah membedakan klien berdasarkan atas ras, jenis kelamin, usia, warna kulit, etnik, agama, aliran politik dan status ekonomi sosial. Keperawatan menganggap klien sebagai partner aktif, dalam arti perawat selalu bekerjasama dengan klien dalam memberikan asuhan keperawatan. Asuhan keperawatan merupakan metode ilmiah yang dalam pemberiannya menggunakan proses terapeutik melibatkan hubungan kerja sama antara perawat dengan klien, dan masyarakat untuk mencapai tingkat kesehatan yang optimal (Carpenito, 1989 dikutip oleh Keliat,1991).

Proses keperawatan membantu perawat melakukan praktik

keperawatan, dalam menyelesaikan masalah keperawatan klien, atau memenuhi kebutuhan klien secara ilmiah, logis, sistematis, dan terorganisasi. Pada dasarnya, proses keperawatan merupakan salah satu teknik penyelesaian masalah (*Problem solving*). Proses keperawatan merupakan proses yang dinamis, siklik, saling bergantung, luwes, dan terbuka. Melalui proses keperawatan, perawat dapat terhindar dari tindakan keperawatan yang bersifat rutin dan intuitif. Melalui proses keperawatan, seorang perawat mampu memenuhi kebutuhan dan menyelesaikan masalah klien berdasarkan prioritas masalah sehingga tindakan keperawatan sesuai dengan kondisi klien, hal ini terjadi karena adanya kerja sama antara perawat dan klien. Pada tahap awal, perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan memiliki peran yang lebih besar dari peran klien, namun pada tahap selanjutnya peran klien menjadi lebih besar dibandingkan perawat sehingga kemandirian klien dapat tercapai.

3. Kesehatan

Sehat adalah suatu keadaan dinamis, dimana individu harus mampu menyesuaikan diri dengan perubahan yang terjadi, baik perubahan pada lingkungan internal maupun eksternal untuk mempertahankan status kesehatannya. Faktor lingkungan internal adalah faktor yang berasal dari dalam individu yang mempengaruhi kesehatan individu seperti variabel psikologis, intelektual dan spiritual serta proses penyakit. Sedangkan faktor lingkungan eksternal adalah faktor – faktor yang berada diluar individu dapat mempengaruhi kesehatan antara lain variabel lingkungan fisik, hubungan sosial dan ekonomi. Salah satu ukuran yang digunakan untuk menentukan status kesehatan adalah rentang sehat sakit. Menurut model ini, keadaan sehat selalu berubah secara konstan. Kondisi kesehatan individu selalu berada dalam rentang sehat sakit, yaitu berada

diantara diantara dua kutub yaitu sehat optimal dan kematian. Apabila status kesehatan bergerak kearah kematian, ini berarti individu berada dalam area sakit (*illness area*), tetapi apabila status kesehatan bergerak ke arah sehat maka individu berada dalam area sehat (*wellness area*).

4. Lingkungan

Lingkungan dalam keperawatan adalah faktor eksternal yang mempengaruhi perkembangan manusia, yaitu lingkungan fisik, psikologis, sosial, budaya, status ekonomi, dan spiritual. Untuk mencapai keseimbangan, manusia harus mampu mengembangkan strategi koping yang efektif agar dapat beradaptasi, sehingga hubungan interpersonal yang dikembangkan dapat menghasilkan perubahan diri individu

D. Falsafah Keperawatan Jiwa

Falsafah keperawatan adalah pandangan dasar tentang hakikat manusia dan esensi keperawatan yang menjadikan kerangka dasar dalam praktik keperawatan. Falsafah Keperawatan bertujuan mengarahkan kegiatan keperawatan yang dilakukan. Keperawatan memandang manusia sebagai makhluk *holistic*, sehingga pendekatan pemberian asuhan keperawatan, dilakukan melalui pendekatan humanistik, dalam arti perawat sangat menghargai dan menghormati martabat manusia, memberi perhatian kepada klien serta menjunjung tinggi keadilan bagi sesama manusia.

Keperawatan bersifat universal dalam arti dalam memberikan asuhan keperawatan, perawat tidak membedakan atas ras, jenis kelamin, usia, warna kulit, etik, agama, aliran politik, dan status sosial ekonomi.

E. PROSES TERJADINYA GANGGUAN JIWA

Istilah gangguan jiwa sering menyebabkan adanya persepsi yang salah pada pikiran dan persepsi yang timbul dari pikiran pasien sebagai realita dan mencakup waham dan halusinasi . asumsi yang terjadi pada masyarakat kerap menilai gaya hidup yang lazim dianggap sebagai tanda adanya gangguan jiwa, namun asumsi ini merupakan hal yang berbaya. . untuk menghindari asumsi tersebut dapat dihindari jika individu bisa berfikir bahwa sehat/sakit adalah konsep yang terpisah. Gangguan jiwa dalam proses terjadinya meliputi beberapa teori yaitu teori biologis, teori psikologis, teori sosial dan teori spritual.

1. Teori Biologi

Terjadinya gangguan jiwa tidak terlepas dari pengaruh biologi individu..

Berikut terjadinya gangguan jiwa berdasarkan factor biologi

a. Genetik

Menurut Joska dan Stein (2008) bahwa studi pada individu kembar monozigot menunjukkan bahwa gangguan jiwa dapat berulang sekitar 37 persen. Mereka menyatakan pada individu yang memiliki semua atau hamper semua materi genetic, gen berkontribusi sekitar 37 persen risiki terjadinya gangguan jiwa. Namun pengaruh lingkungan individu yaitu interaksi antara gen dan lingkungan tersebut bisa menjadi penyebab sebagai factor resiko yang tersisa. Masalah emosi dan perilaku manusia diatur oleg berbagai gen dan interaksinya dengan lingkungan, kepribadian dan pengalaman hidup.

b. Neurobiologi

Ada jenis dari neurotransmitter (Stuart, 2013) yaitu

- a) Eksitasi (excitation) berfungsi meningkatkan impuls syaraf termasuk senyawa kimia neurotransmitter yang meningkatkan implus yaitu asetik+lkolin, adrenalin, dopamine, glutamate, dll
- b) Inhibisi (inhibition) berfungsi menghambat implus. Yang termasuk kimia yang neurotransmitter yang menghambat implus yaitu GABA dan dopamine. Pada kondisi gangguan jiwa terjadi penurunan terus menerus pada salah satu atau lebih neurotransmitter sehingga transmisinya tidak stabil. Serotonin mempunyai efek modulasi pada dopamin

2. Teori Psikologik

Dalam praktik keperawatan yang memandang individu secara holistic, banyak kajian yang mempelajari hubungan antara pikiran, dan perasaan. Para ahli teori psikodinamik menyampaikan bahwa kebutuhan yang tidak terpenuhi untuk kepuasan dan keamanan menghasilkan ego yang kurang berkembang dan superego yang lemah. Diperkirakan bahwa ketika terjadi rasa frustrasi, agresi dan kekerasan memicu individu pada rasa bangga yang meningkatkan citra diri dan nilai sosial bagi hidupnya yang kurang. Ego yang belum matang tidak dapat mencegah terjadinya perilaku id yang dominan, dan superego yang lemah tidak dapat menghasilkan perasaan bersalah. Berbagai macam pengalaman akan frustasi, kegagalan dan keberhasilan yang dialami akan mewarnai sikap, kebiasaan dan sifat individu dikemudian hari. Tahapan hidup manusia dapat dibagi menjadi 8 tahap perkembangan menurut Erikson dan pada keadaan tertentu dapat mendukung terjadinya gangguan jiwa di antaranya (Varcarolis, 2014):

a. Trust Vs Mistrust: Bayi -18 bulan.

Pada tahap ini, tugas utama bayi adalah mengembangkan kepercayaan dasar pada sosok ibu dan mampu menggeneralisasikannya kepada orang

lain. Pencapaian tugas dapat menghasilkan kepercayaan diri, optimisme, keyakinan akan pemenuhan kebutuhan dan keinginan, serta harapan akan masa depan. Bayi belajar untuk percaya ketika kebutuhan dasar terpenuhi secara konsisten. Namun jika mengalami kegagalan dapat mengakibatkan ketidakpuasan emosional dengan diri sendiri dan orang lain, kecurigaan, dan kesulitan dengan hubungan interpersonal. Tugas tetap tidak terselesaikan ketika pengasuh utama gagal merespons sinyal bahaya bayi dengan segera dan konsisten.

b. Otonomi Vs Malu dan ragu-ragu: usia 18 bulan–3 tahun.

Tugas utama dalam tahap ini adalah untuk mendapatkan kontrol diri dan kemandirian dalam lingkungan. Pencapaian tugas menghasilkan rasa kontrol diri, kemampuan untuk menunda kepuasan, dan perasaan percaya diri pada kemampuan seseorang. Kemandirian dicapai ketika orang tua mendorong dan memberikan kesempatan untuk kegiatan mandiri. Namun, jika mengalami kegagalan pada tugas mengakibatkan kurangnya kepercayaan diri, kurangnya kebanggaan dalam melakukan suatu kemampuan, perarasaan seolah dikendalikan oleh orang lain, dan kemarahan terhadap diri sendiri. Tugas tidak akan terselesaikan dengan baik ketika pengasuh atau orang tua membatasi perilaku mandiri, baik secara fisik maupun verbal, atau mengatur anak dengan harapan yang tidak realistis.

c. Inisiatif Vs Rasa bersalah: usia 3–6 tahun.

Tugas Perkembangan Utama pada tahap ini adalah untuk mengembangkan rasa inisiatif dan kemampuan untuk memulai dan mengarahkan kegiatan sendiri. Pencapaian hasil tugas dalam kemampuan untuk menahan diri dan pengendalian diri dari perilaku sosial yang tidak sesuai. Ketegasan dan ketergantungan meningkat, dan anak menikmati pembelajaran dan

pencapaian pribadi. Hati nurani berkembang, dengan demikian mengendalikan perilaku impulsif id. Inisiatif tercapai ketika kreativitas didorong dan kinerja diakui dan diperkuat secara positif.

Kegagalan pada tahap ini dapat menghasilkan perasaan tidak mampu dan rasa kalah. Rasa bersalah dialami sampai tingkat yang berlebihan, bahkan sampai dalam situasi di seseorang tidak bertanggung jawab. Anak mungkin menganggap dirinya jahat dan pantas dihukum. Tugas tidak akan dapat terselesaikan ketika kreativitas terhambat dan orang tua terus mengharapkan tingkat pencapaian yang lebih tinggi dari yang dihasilkan anak.

d. Industri Vs Inferioritas: 6 hingga 12 Tahun.

Tugas utama dari tahap ini adalah untuk mencapai rasa percaya diri dengan belajar, bersaing, tampil dengan sukses, dan menerima pengakuan dari orang lain yang signifikan dan teman sebaya. Pencapaian tugas menghasilkan rasa puas dan kesenangan dalam mana interaksi dan keterlibatan dengan orang lain. Individu menguasai kebiasaan kerja yang dapat diandalkan dan mengembangkan sikap dapat dipercaya.

Kegagalan dapat mengakibatkan kesulitan dalam hubungan interpersonal karena perasaan ketidakmampuan pribadi. Individu tidak dapat bekerja sama dan berkompromi dengan orang lain dalam kegiatan kelompok atau memecahkan masalah atau menyelesaikan tugas dengan sukses. Anak mungkin menjadi pasif dan lemah lembut atau terlalu agresif untuk menutupi perasaan tidak mampu. Jika ini terjadi, individu dapat memanipulasi atau melanggar hak orang lain untuk memuaskan kebutuhan atau keinginannya sendiri. Tugas tidak akan terselesaikan ketika orang tua menetapkan harapan yang tidak realistis untuk anak, ketika disiplin keras

dan cenderung merusak harga diri, dan ketika prestasi secara konsisten dipenuhi dengan umpan balik negatif.

e. Identitas Vs Kebingungan Peran: 12-20 Tahun.

Pada tahap ini, tujuannya adalah untuk mengintegrasikan tugas-tugas yang dikuasai pada tahap sebelumnya ke dalam rasa aman diri. Pencapaian tugas menghasilkan rasa percaya diri, kestabilan emosi, dan pandangan diri sebagai individu yang unik. Identitas tercapai ketika remaja dibiarkan mengalami kemandirian dengan membuat keputusan yang memengaruhi kehidupannya. Orang tua harus ada untuk memberikan dukungan bila diperlukan tetapi harus secara bertahap melepaskan kendali kepada individu yang matang dalam upaya untuk mendorong pengembangan rasa mandiri.

Kegagalan akan mengakibatkan keraguan, dan kebingungan tentang peran seseorang dalam kehidupan. Nilai atau tujuan pribadi untuk seseorang hidup tidak ada. Komitmen jangka panjang untuk hubungan dengan orang lain tidak ada. Kurangnya rasa percaya diri sering diekspresikan dengan perilaku nakal dan memberontak. Memasuki masa dewasa, dengan tanggung jawab yang menyertainya, mungkin menjadi ketakutan yang mendasarinya.

f. Keintiman Vs Isolasi: 20 hingga 30 Tahun.

Tugas perkembangan pada tahap ini adalah untuk membentuk hubungan yang intens dan langgeng atau komitmen kepada orang lain, suatu tujuan, institusi, atau upaya kreatif (Murray et al., 2009). Pencapaian tugas menghasilkan kapasitas untuk saling mencintai dan menghormati antara dua orang dan kemampuan seorang individu untuk menjanjikan komitmen total kepada orang lain. Keintiman jauh melampaui kontak seksual antara dua orang. Kegagalan mengakibatkan penarikan diri, isolasi sosial, dan

kesendirian. Individu tidak dapat membentuk hubungan intim yang langgeng, sering kali mencari keintiman melalui banyak kontak seksual yang dangkal. Tidak ada karier yang mapan. Tugas dapat tidak terselesaikan ketika cinta di rumah tidak ada atau terdistorsi selama masa muda individu (Murray et al., 2009). Seseorang gagal mencapai kemampuan memberitakan menjadi penerima sejak dini dari orang tua.

g. *Generativitas Vs Stagnasi: 30-65 Tahun.*

Tugas utama dari tahap ini adalah untuk mencapai tujuan hidup yang telah ditetapkan untuk diri sendiri sambil juga mempertimbangkan kesejahteraan generasi mendatang. Pencapaian tugas menghasilkan rasa kepuasan dari pencapaian pribadi dan profesional dan dari kontribusi yang berarti bagi orang lain. Individu aktif dalam pelayanan kepada masyarakat. *Generativitas* dicapai ketika individu mengungkapkan kepuasan dengan tahap ini dalam kehidupan dan menunjukkan tanggung jawab untuk meninggalkan dunia tempat yang lebih baik untuk hidup.

Kegagalan mengakibatkan kurangnya perhatian terhadap kesejahteraan orang lain dan keasyikan total dengan diri sendiri. Individu menjadi menarik diri, terisolasi, dan sangat memanjakan diri sendiri, tanpa kapasitas untuk memberikan diri kepada orang lain. Tugas dapat tidak terselesaikan ketika tugas perkembangan sebelumnya tidak terpenuhi dan individu tidak mencapai tingkat kedewasaan yang diperlukan untuk memperoleh kepuasan dari perhatian pribadi untuk kesejahteraan orang lain.

h. *Integritas Ego Vs Keputusasaan: 65 Tahun keatas.*

Selama tahap ini, tujuannya adalah untuk meninjau kehidupan seseorang dan memperoleh makna dari peristiwa positif dan negatif sambil mencapai rasa diri yang positif. Pencapaian tugas menghasilkan rasa harga diri dan

penerimaan diri ketika seseorang meninjau tujuan hidup, menerima bahwa ada yang tercapai dan beberapa tidak. Individu memperoleh rasa martabat dari pengalaman hidupnya dan tidak takut mati, melainkan melihatnya sebagai tahap perkembangan lain. Integritas ego tercapai ketika individu telah berhasil menyelesaikan tugas perkembangan dari tahap lain dan memiliki sedikit keinginan untuk membuat perubahan besar dalam perkembangan kehidupan mereka.

3. TEORI SOSIAL

Tiap individu memiliki kontribusi untuk menjalin hubungan sosial pada berbagai tingkat hubungan yaitu hubungan intim biasa sampai hubungan saling ketergantungan. Individu tidak dapat memenuhi kebutuhannya tanpa adanya hubungan dengan orang lain ataupun lingkungan sosial. Sehingga individu perlu untuk membina hubungan interpersonal. Jalinan hubungan antar manusianya selalu mengembangkan keseimbangan perilaku dependen dan independen yang ditampilkan sebagai hubungan saling ketergantungan. Setiap orang memiliki tanggung jawab untuk mengontrol perilaku mereka sendiri saat mendapat dukungan dan bantuan dari orang lain yang berarti dalam hidupnya.

Dalam rentang respon sosial seorang individu yang disampaikan oleh Stuart (2013) yaitu respon adaptif dan respon maladaptive (Pada skema gambar yang tertera di bawah ini). Pada respon sosial adaptif, terdiri dari kemampuan individu untuk mentoleransi kesendirian, otonomi, kebersamaan, dan saling ketergantungan. Pada area tengah kontinum individu mengalami kesendirian, menarik diri, dan ketergantungan. Kemudian pada area akhir kontinum maladaptive meliputi perilaku manipulasi, impulsif, dan narsisme. Berikut uraian lengkap dari masing-masing respon sosial tersebut:

1. Menyendiri:
2. Otonomi:
3. Kebersamaan
4. Kesendirian
5. Menarikdiri.
6. Manipulasi
7. Impulsif
8. Narsisme

Individu dengan rentang tersebut sering mempunyai Riwayat masalah hubungan dalam keluarga, teman kerja, dan juga di lingkungan sosial masyarakat. Hubungan yang intim.

4. TEORI SPIRITUAL

Spiritualitas dapat dipahami dalam berbagai konteks. Spiritual dapat didefinisikan sebagai inti dari siapa seseorang dan mencakup masalah makna dan tujuan, hubungan yang sehat dan keterhubungan dengan orang lain, transendensi diri, dan kepercayaan dalam hubungan dengan Tuhan atau makhluk ilahi (Bigony, 2004). Konsep spiritualitas juga mengacu pada kepercayaan seseorang pada “kekuatan”, tidak harus Pencipta, terlepas dari keberadaannya sendiri. Istilah spiritualitas dan agama sering digunakan secara bergantian, tetapi bagi banyak orang, mereka memiliki arti yang berbeda.

Spiritualitas dapat mencakup keyakinan, nilai, atau filosofi hidup seseorang. Itu melampaui agama dan afiliasi keagamaan dan merupakan kualitas pribadi yang berjuang untuk inspirasi, penghormatan, kekaguman, makna, dan tujuan hidup. Klien mungkin menganggap spiritualitas menjadi sangat penting atau sama sekali bukan bagian dari hidupnya (Schultz & Videbeck, 2009). Agama, dianggap sebagai komponen integral dari budaya, adalah

sistem kepercayaan, ritual, dan praktik yang terorganisir yang dengannya seseorang mengidentifikasi dan bergaul. Agama berfokus pada kekuatan yang lebih tinggi yang mengatur alam semesta. Ini telah digambarkan sebagai manifestasi spesifik dari dorongan spiritual seseorang untuk menciptakan makna di dunia dan untuk mengembangkan hubungan dengan Tuhan.

Beberapa kelompok suku percaya bahwa penyakit mental terkait dengan masalah spiritual. Misalnya, beberapa budaya di Asia Selatan menafsirkan penyakit mental sebagai peristiwa supernatural yang disebabkan oleh pelanggaran terhadap dewa atau tubuh yang menjadi mangsa roh jahat. Klien dengan keyakinan ini mungkin untuk pertama kali mencari bantuan dari penasihat spiritual, seperti Paranormal atau pemimpin agama lainnya. Bahkan Sebagian beranggapan bahwa sakit yang dialami merupakan sebuah hukuman dari Tuhan. Nilai-nilai dan sistem kepercayaan yang menaungi ketika seseorang mengalami kehilangan adalah spiritualitas dan respons spiritual terhadap kesedihan. Selama kehilangan, dalam dimensi spiritual pengalaman dari seseorang mungkin akan dapat mengakibatkan seseorang merasa terhibur, tertantang, atau bahkan hancur. Orang yang berduka mungkin menjadi kecewa dan marah kepada Tuhan. Kesedihan karena ditinggalkan, kehilangan harapan, atau kehilangan makna dapat menyebabkan penderitaan spiritual yang mendalam. Akibat dari hal tersebut membuat seseorang menjadi kecewa dan marah kepada Tuhan, kesedihan karena ditinggalkan atau ditinggalkan, keputusasaan, dan ketidakberdayaan (Videbeck, 2011). Ketika seseorang terjadi perubahan pada aspek spiritual ada dua respon yang terjadi yaitu respon adaptif dan maladaptif. Saat seseorang mengarah pada respon maladaptive saat itulah terjadi

masalah distres spiritual. Distres spiritual tersebut dapat dimanifestasikan dengan Verbalisasi distres dan Perubahan perilaku

RINGKASAN

1. Keperawatan jiwa memandang manusia sebagai makhluk kholistik, yaitu makhluk biopsikososial dan spiritual.
2. Model konseptual memberikan keteraturan untuk berfikir, mengobservasi dan menginterpretasi apa yang dilihat, memberikan arah riset untuk mengidentifikasi suatu pertanyaan untuk menjawab fenomena dan menunjukkan pemecahan masalah
3. Tujuan dari model konseptual keperawatan :
 - a. Menjaga konsistensi pemberian asuhan keperawatan.
 - b. Mengurangi konflik, tumpang tindih, dan kekosongan pelaksanaan asuhan keperawatan oleh tim keperawatan.
 - c. Menciptakan kemandirian dalam memberikan asuhan keperawatan.
 - d. Memberikan pedoman dalam menentukan kebijaksanaan dan keputusan.
 - e. Menjelaskan dengan tegas ruang lingkup dan tujuan asuhan keperawatan bagi setiap anggota tim keperawatan.
4. Gangguan jiwa menyebabkan adanya persepsi yang salah pada pikiran dan persepsi yang timbul dari pikiran pasien sebagai realita dan mencangkup waham dan halusinasi.
5. Gangguan jiwa dalam proses terjadinya meliputi beberapa teori yaitu teori biologis, teori psikologis, teori sosial dan teori spiritual

Penugasan

1. Jelaskan ciri-ciri sehat jiwa menurut WHO!
2. Jelaskan komponen paradigma keperawatan jiwa

3. Jelaskan 6 minimal konseptual keperawatan jiwa
4. Jelaskan 4 proses penyebab terjadinya gangguan jiwa!
5. Jelaskan 8 tahap perkembangan psikososial menurut Sigmud Freud!

TEST

1. Seorang perempuan berusia 17 tahun , disenangi oleh teman-temannya disekolah, iya memiliki banyak teman dan tidak memilih-milih dalam berteman, ia juga suka memberi dan berbagi dengan teman-temannya. Apakah ciri-ciri sehat jiwa yang dimiliki oleh perempuan tersebut?
 - A. Memperoleh kepuasan dari hasil jerih payah usahanya
 - B. Merasa lebih puas memberi daripada menerima
 - C. Secara relative bebas dari rasa tegang (stress
 - D. Mempunyai rasa kasih sayang yang besar
 - E. Memiliki rasa sabar
2. Seorang perempuan berusia 40 tahun baru saja mengalami kehilangan dengan kematian suaminya, ia tampak tegar dan selalu menjalani kegiatan ibadah dengan baik, ia juga mengatakan bahwa kehidupan dan kematian adalah milik tuhan jadi tidak ada yang perlu kita sedihkan, semua milik tuhan. Apakah pilar kesehatan yang telah dipenuhi oleh perempuan tersebut?
 - A. Sehat secara jasmani
 - B. Sehat secara kejiwaan
 - C. Sehat secara sosial
 - D. Sehat secara spiritual
 - E. Sehat secara ekonomi
3. Seorang perempuan berusia 40 tahun baru saja mengalami kehilangan dengan kematian suaminya, ia tampak tegar dan selalu menjalani kegiatan ibadah dengan baik, ia juga mengatakan bahwa kehidupan dan kematian adalah

milik tuhan jadi tidak ada yang perlu kita sedihkan, semua milik tuhan. Apakah pilar kesehatan yang telah dipenuhi oleh perempuan tersebut?

- A. Sehat secara jasmani
- B. Sehat secara kejiwaan
- C. Sehat secara sosial
- D. Sehat secara spiritual
- E. Sehat secara ekonomi

4. Seorang perempuan berusia 20 tahun dirawat dirumah sakit jiwa dengan keluhan menyendiri dirumah, tidak mau berinteraksi dengan orang lain, saat dilakukan pengkajian oleh perawat pasien mengatakan bahwa dirumah dia selalu menjadi sumber kemarahan orang tuanya terkadang tanpa diketahui apa penyebab kemarahan, dia juga sering dibandingkan dengan saudaranya yang lebih sukses,

Apakah faktor psikologi penyebab terjadinya gangguan jiwa pada kasus diatas?

- A. Hubungan ibu dan anak
- B. Hubungan dalam masyarakat
- C. Hubungan dalam keluarga
- D. Kegagalan dalam kehidupan
- E. Intelegensi

5. Seorang laki-laki berusia 43 tahun datang ke IGD rumah sakit jiwa dibawa oleh keluarganya dengan keluhan dirumah mengamuk dan melempar barang, saat dilakukan pengkajian, keluarga mengatakan sebelumnya pasien sering mengurung diri dikamar, tidak mau makan dan bersosialisasi dengan

lingkungan. hal ini terjadi semenjak pasien dipecat dari perusahaan tempatnya bekerja.

Apakah faktor penyebab terjadinya gangguan jiwa pada kasus diatas?

- A. Hubungan ibu dan anak
- B. Hubungan dalam masyarakat
- C. Tingkat perkembangan emosi
- D. Kondisi perumahan
- E. Kehilangan

REFERENSI

1. Stuart, G.W. dan Laraia, M.T. (2005). Principles and Practice of Psychiatric Nursing. (7th edition). St. Louise: Mosby Year Book.
2. Stuart, G.W.(2007). Buku Saku Keperawatan Jiwa. Edisi 5. Jakarta : EGC.
3. Yusuf,AH., Fitryasari, R.P.K., Nihayanti, H.E (2015). Buku Ajar Keperawatan Jiwa. Jakarta : Salemba Medika
4. Yosep, I (2011)., Keperawatan Jiwa (Revisi). Bandung; Refika Aditama
5. Copel, L. C . (2007). Kesehatan Jiwa dan Psikiatri : Pedoman klinis perawat ; alih bahsa, Akemat; editor edisi bahasa Indonesia, Devi Yulianti, Pamilih Eko Karyuni, Ed 2. Jakarta : EGC

TOPIK 3

KONSEP STRES ADAPTASI DAN MEKANISME KOPING

Pendahuluan

Stres merupakan merupakan fenomena universal dan semua orang mengalaminya. Orang tua mengalami stress dalam membesarkan anaknya, pekerja memiliki stress terkait pekerjaan yang dijalannya, dan pelajar juga mengalami stress mengenai masalah mereka di tempat sekolah. Stress dapat memberikan stimulus terhadap perubahan dan pertumbuhan. Stress dapat disebabkan oleh pengalaman positif dan negatif. Terlalu banyak stress dapat mengakibatkan penyesuaian yang buruk, penyakit fisik, dan ketidakmampuan untuk mengatasi koping terhadap masalah

Konsep Stres

1. Definisi Stres

Stress merupakan suatu kondisi dimana individu berespon terhadap perubahan suatu keseimbangan normal (Kozier, 2011). Stress adalah segala situasi dimana tuntutan non-spesifik mengharuskan seorang individu berespon dan melakukan tindakan (Selye, 1976 dalam Potter dan Perry, 2005). Sedangkan stressor adalah stimulus atau setiap kejadian yang menyebabkan individu menalami stress. Ketika seseorang menghadapi stressor, respon nya disebut dengan strategi koping, respon koping atau mekanisme koping.

2. Sumber Stres

Terdapat beberapa sumber stress, yang secara luas diklasifikasikan sebagai stressor internal dan stressor eksternal, atau stressor perkembangan dan situasional

- a. Stressor internal, berasal dari dalam diri seseorang seperti kondisi tertentu seperti kehamilan / menopause, demam, atau suatu keadaan emosi seperti rasa bersalah
- b. Stressor eksternal merupakan stressor yang berasal dari luar individu seperti perpindahan ke kota lain. Kehilangan orang yang disayang, tekanan dari teman sebaya, perubahan dalam peran keluarga/ sosial atau tekanan dari pasangan
- c. Stressor perkembangan terjadi pada waktu yang dapat diperkirakan sepanjang hidup individu. Setiap perkembangan, tugas tertentu harus dicapai untuk mencegah dan mengurangi stress.
- d. Stressor situasional tidak dapat diperkirakan dan dapat terjadi kapan pun sepanjang rentang kehidupan. Stress situasional dapat positif dan negatif, seperti kematian anggota keluarga, pernikahan / perceraian, kelahiran anak, pekerjaan baru, penyakit. Pengaruh positif dan negatif pada peristiwa tersebut tergantung pada tahap perkembangan individu. Contoh kematian orang tua dapat lebih menimbulkan stress bagi anak usia 10 tahun dibandingkan pada orang yang berusia 45 tahun.

3. Macam-macam Stress

Stress dibagi menjadi tujuh macam ditinjau dari penyebab stress :

- a. Stress fisik

Stress yang disebabkan karena keadaan fisik seperti temperature yang tinggi / sangat rendah, suara yang bising, sinar matahari

- b. Stress kimiawi

Disebabkan oleh zat kimiawi seperti obat-obatan, factor hormone, zat beracun asam , basa.

c. Stress mikrobiologik

Stress yang disebabkan oleh kuman seperti adanya virus, bakteri atau parasit

d. Stress fisiologik

Stress yang disebabkan karena gangguan fungsi organ tubuh seperti gangguan dari struktur tubuh, fungsi jaringan, organ dan lain-lain

e. Stress proses pertumbuhan dan perkembangan

Stress yang disebabkan karena proses pertumbuhan dan perkembangan seperti pada pubertas, perkawinan dan proses lanjut usia

f. Stress psikis atau emosional

Stress yang disebabkan karena gangguan stimulus psikologis atau ketidakmampuan kondisi psikologis untuk menyesuaikan diri seperti hubungan interpersonal, sosial budaya atau factor keagamaan

4. Model Stres

Model stress membantu perawat mengidentifikasi stressor dalam situasi tertentu dan untuk memprediksi respon individu. Perawat dapat menggunakan pengetahuan mengenai model tersebut untuk membantu klien memperkuat respon coping yang sehat dan dalam menyesuaikan respon yang tidak sehat dan tidak produktif.

a. Model berbasis stimulus

Pada model ini. Stress didefinisikan sebagai stimulus, peristiwa hidup, atau kelompok situasi yang membangkitkan reaksi fisiologik dan/ atau psikologik yang dapat meningkatkan kerentanan individu terhadap penyakit. Penelitian Holmes & Rahe (1976) menetapkan nilai numerik terhadap 43 perubahan /peristiwa hidup. Skala peristiwa hidup yang menimbulkan stress digunakan untuk mendokumentasikan pengalaman individu yang relatife baru, seperti perceraian, kehamilan dan pensiunan

b. Model berbasis respon

Model ini dikembangkan oleh Selye (1956, 1976) dimana stress merupakan respon nonspesifik tubuh setiap tuntutan yang ditimbulkan. Schafer (2000) mendefinisikan stress sebagai pembangkit pikiran dan tubuh sebagai respon terhadap tuntutan yang ditimbulkannya.

Respon stress Selye ditandai dengan suatu rantai / pola kejadian fisiologik yang disebut dengan sindrom adaptasi umum (GAS) atau disebut dengan sindrom stress. Untuk membedakan penyebab stres dari respon stres, Selye (1976) menciptakan istilah stresor untuk menunjukkan setiap faktor yang menimbulkan stres dan mengganggu keseimbangan tubuh. Stres adalah satu kondisi sehingga hanya dapat diobservasi melalui perubahan yang ditimbulkan stres pada tubuh. Respon tubuh tersebut, sindrom stres atau GAS, terjadi dengan pelepasan hormon adaptif tertentu dan perubahan selanjutnya pada struktur dan komposisi kimia tubuh. Organ tubuh yang dipengaruhi oleh stres adalah saluran cerna, kelenjar adrenal, dan struktur limfatik. Dengan stres yang berkepanjangan, kelenjar adrenal mengalami pembesaran yang cukup signifikan: struktur limfatik seperti timus limpa, dan nodus limfe, mengalami atrofi (menyusut) dan ulkus yang dalam tampak di lapisan lambung

c. Model Berbasis Transaksi

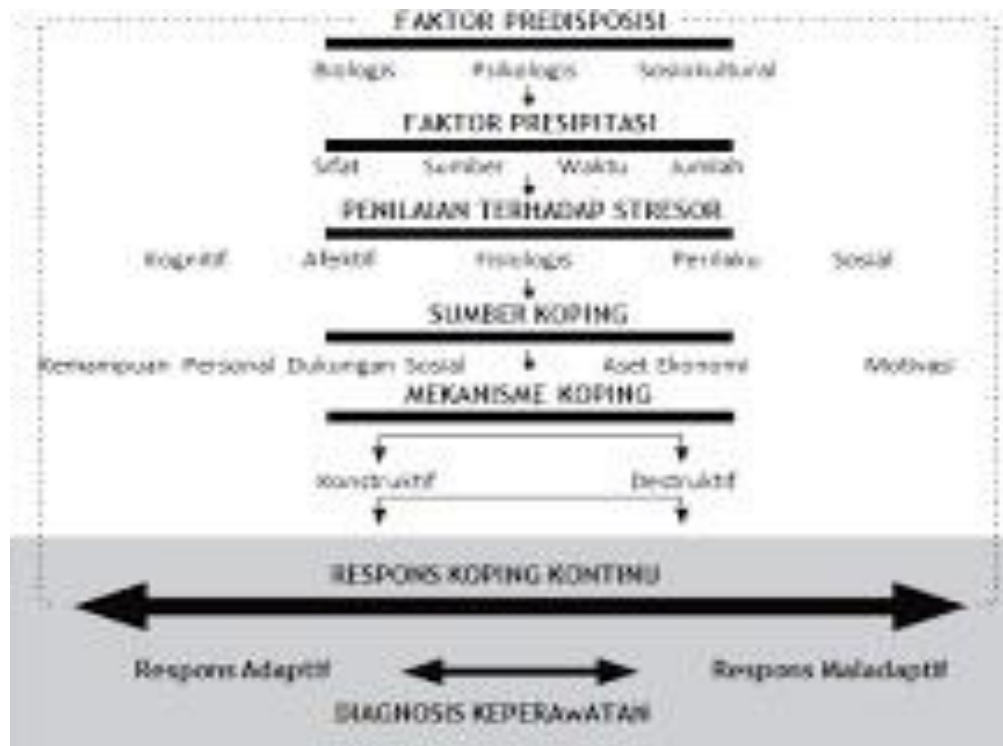
Teori stress transaksional didasarkan pada hasil penelitian Lazarus (1996), yang menatakan bahwa teori stimulus dan teori respons tidak mempertimbangkan perbedaan individu. Kedua teori tersebut tidak menjelaskan factor yang membuat sebagian orang, tetapi tidak membuat sebagian yang lain, berespons secara efektif. Selain itu kedua teori tidak dapat menginterpretasi mengapa sebagian orang mampu beradaptasi dalam periode waktu yang lebih lama dibandingkan sebagian lainnya. Lazarus

menyadari bahwa tuntutan dan tekanan dan tekanan lingkungan tertentu menimbulkan stres pada cukup banyak orang, namun menekankan bahwa kepekaan dan kerentanan orang dan kelompok terhadap peristiwa tertentu berbeda, demikian pula dengan interpretasi dan reaksi mereka. Sebagai contoh dalam menghadapi penyakit, individu dapat merespons dengan penyangkalan, individu lain dengan ansietas, dan yang lainnya dengan depresi

Teori stres transaksional. Lazarus menekankan sekelompok respons kognitif, afektif, dan adaptif (koping) yang muncul dari transaksi individu & lingkungan. Individu dan lingkungan tidak dapat dipisahkan, keduanya saling memengaruhi. Stress “mengacu pada setiap kejadian ketika tuntutan lingkungan, tuntutan internal, atau keduanya membebani atau melebihi sumber adaptif, system social, atau system jaringan individu. Individu merespons terhadap persepsi perubahan lingkungan dengan respons adaptif atau koping.

d. **Model Stres Adaptasi**

Model stress adaptasi pertama kali dikembangkan oleh oleh **Gail Stuart** tahun 1983. Keperawatan Kesehatan jiwa menggunakan model stress adaptasi dalam mengidentifikasi penyimpangan perilaku. Model ini mengidentifikasi sehat sakit sebagai hasil berbagai karakteristik individu yang berinteraksi dengan faktor lingkungan. Model adaptasi stress Stuart dalam asuhan keperawatan jiwa memandang holistik perilaku manusia. Asuhan keperawatan berintegrasi dengan aspek biologis, psikologis, sosial dan budaya. Semua aspek individu, keluarga, komunitas, dan lingkungan diperiksa dan ditinjau sehingga Praktik keperawatan kesehatan jiwa yang bersifat holistic dapat tercapai. Berikut adalah gambar komponen psikososial model adaptasi Stuart.



Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi merupakan faktor risiko yang menjadi sumber stres dan akan memengaruhi individu dalam beradaptasi terhadap stres baik secara biologis, psikososial, maupun sosiokultural yang terjadi lebih dari enam bulan yang lalu. Berikut ini merupakan faktor predisposisi yaitu (Stuart, G.W., Keliat, B., A., & Pasaribu, 2016):

- Biologi: contohnya adalah latar belakang genetik, status nutrisi, kesehatan umum, dan terpapar racun
- Psikologi: contohnya adalah pengalaman masa lalu, kecerdasan, keterampilan verbal, moral, konsep diri, motivasi, pertahanan psikologis
- Sosiokultural: contohnya adalah pendidikan, pendapatan, pekerjaan, usia, gender, latar belakang budaya, keyakinan, politik, pengalaman dan tingkatan sosial

Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi merupakan stimulus penyebab stres yang mengancam individu. Sama halnya dengan faktor predisposisi, faktor presipitasi ini juga dapat bersifat biologis, psikologik, dan sosiokultural. Berikut ini adalah faktor presipitasi yang sering terjadi antara lain (Stuart, G.W., Keliat, B., A., & Pasaribu, 2016; Yusuf, A.H &R & Nihayati, 2015):

a. Kejadian yang Menekan.

Ada 3 kategori yang meliputi aktivitas sosial, lingkungan sosial, dan keinginan sosial. Aktivitas sosial meliputi keluarga, pekerjaan, pendidikan, sosial, kesehatan, keuangan, aspek legal dan krisis komunitas. Lingkungan sosial meliputi kejadian yang dijelaskan sebagai jalan masuk dan jalan keluar, dimana seseorang baru memasuki sebuah lingkungan sosial. Keinginan sosial meliputi keinginan secara umum seperti pernikahan.

b. Ketegangan Hidup

Ketegangan hidup yang menyebabkan stres dapat meningkat karena kondisi kronis tersebut berlangsung lama. Ketegangan hidup meliputi ketegangan keluarga yang terus menerus, ketidakpuasan pekerjaan, kesendirian, perselisihan dalam hubungan pernikahan, perubahan peran hubungan orang tua dan anak, perekonomian keluarga, serta overload peran yang dialami seseorang

Penilaian Terhadap Stresor

Penilaian terhadap stresor merupakan penentuan arti dan pemahaman seseorang terhadap pengaruh situasi yang penuh stres erhadap dirinya. Penilaian terhadap stresor ini meliputi respon kognitif, afektif, fisiologis, perilaku, dan respon sosial (Dwidiyanti, Meidiana; Pamungkas, Yanuar F; Ningsih, 2017).

- a. Respon kognitif: respon sentral dalam adaptasi yang mencatat kejadian yang menekan, memilih pola koping yang digunakan, serta emosional, fisiologis, perilaku, dan reaksi sosial seseorang. Terdapat tiga tipe penilaian stresor primer dari stres yaitu kehilangan, ancaman, dan tantangan.
- b. Respon afektif: respon yang berupa membangun perasaan. Respon afektif utama adalah reaksi tidak spesifik, umumnya merupakan reaksi kecemasan. Respon afektif meliputi sedih, takut, marah, menerima, tidak percaya, kaget, bingung, atau antisipasi.
- c. Respon fisiologis: refleksi interaksi beberapa neuroendokrin yang meliputi hormon, prolaktin, hormon adrenokortikotropik (ACTH), oksitosin, epineprin norepineprin, dan neurotransmitter lain di otak.
- d. Respon perilaku: hasil dari respon emosional dan fisiologis.
- e. Respon sosial: didasarkan pada aktivitas mencari arti, atribut sosial, dan perbandingan sosial.

5. GEJALA STRES

Gejala stres yang dapat muncul pada seseorang antara lain (Dwidiyanti, Meidiana; Pamungkas, Yanuar F; Ningsih, 2017; Lyon, 2012):

- a. Gejala fisik: sakit kepala, jantung berdebar, keluar keringat dingin, gangguan pola tidur, lesu, letih, kaku leher belakang takut, sampai punggung, dada rasa panas/nyeri, nafsu makan menurun, gejala kulit, dan sejumlah gejala fisik lain.
- b. Gejala emosional: sulit berkonsentrasi, mudah lupa, sulit mengambil keputusan, cemas, khawatir, mudah tersinggung dan marah, mudah menangis, pikiran bunuh diri, putus asa, dan gejala lainnya.

- c. Gejala sosial: menarik diri dari pergaulan sosial, cenderung berdiam diri di rumah, mudah bertengkar, bahkan sampai melakukan pembunuhan.

6. FAKTOR PENGARUH RESPON TERHADAP STRESOR

Respons terhadap segala bentuk stresor bergantung pada fungsi fisiologis, kepribadian, dan karakteristik perilaku, seperti juga halnya sifat dari stresor tersebut. sifat stresor mencakup faktor- faktor berikut ini:

- a. Intensitas
- b. Cakupan
- c. Durasi
- d. Jumlah dan sifat dari stresor

Setiap faktor mempengaruhi respons terhadap stresor. Seseorang dapat saja mencecerap intensitas atau besarnya stresor sebagai minimal, sedang, atau berat. Semakin besar stresor, makin besar respons stress yang ditimbulkan. Sama halnya, cakupan dari stresor dapat digambarkan sebagai terbatas, sedang, atau luas. Makin besar cakupan stresor, makin besar respons klien yang ditujukan terhadap stresor tersebut (Lazarus & Folkman, 1984 dalam Perry dan Potter, 2005)

7. TAHAPAN STRES

Stres yang dialami seseorang terjadi melalui beberapa tahapan. Hawari (2016) menjelaskan bahwa tahapan stres terdiri dari enam tahapan yaitu (Hawari, 2016; Lyon, 2012):

- a. Tahapan pertama: tubuh akan menerima rangsangan dari stresor dan akan secara alami memunculkan reaksi bertahan dari ancaman kondisi tubuh yang semakin menurun.
- b. Tahapan kedua: akan timbul keluhan-keluhan seperti rasa lelah walaupun sudah beristirahat, punggung terasa pegal, dan tengkuk mulai terasa

tegang. Hal ini karena adanya perlawanan tubuh akibat stresor yang terus menerus dirasakan.

- c. Tahapan ketiga: keluhan akan menjadi lebih berat seperti adanya gangguan sistem pencernaan seperti maag, ketidaktenangan dan meningkatnya emosional, hingga muncul gangguan pola tidur atau insomnia.
- d. Tahapan keempat: gejala stres yang dirasakan sangat lama, akan membuat individu mulai terasa membosankan, seringnya mimpi buruk, hilangnya semangat serta gairah hingga individu merasa ketakutan bahkan sampai kecemasan yang tidak diketahui penyebabnya dengan jelas.
- e. Tahapan kelima: tahapan stres yang tinggi akan cenderung membuat seseorang melakukan perilaku yang tidak sehat sebesar tiga kali lipat.
- f. Tahapan keenam: akibat dari tingginya tahapan stres akan muncul kelelahan fisik, perasaan kesal, marah, tindakan agresi, sabotase, permusuhan hingga adanya kecenderungan untuk bunuh diri.

MEKANISME KOPING

1. Sumber Koping

Koping merupakan upaya seseorang untuk mengelola situasi yang membebani, memperluas usaha untuk menyelesaikan masalah yang dialami, dan berusaha untuk mengatasi stres. Sumber koping yang dapat digunakan meliputi aset ekonomi, kemampuan dan keterampilan, teknik pertahanan, dukungan sosial, serta motivasi (Dwidiyanti, Meidiana; Pamungkas, Yanuar F; Ningsih, 2017; Hawari, 2016; Lyon, 2012).

2. Jenis Mekanisme Koping

Kemampuan seseorang mengatasi stresornya dipengaruhi oleh strategi koping yang digunakan untuk mengatasi masalah tersebut (Lian & Tam, 2017; Santrock, 2012). Lazarus dan Folkman (2010) mengidentifikasi bentuk koping terdiri dari dua jenis, yaitu (Aldao, Amelia; Plate, 2018; Dwidiyanti, Meidiana; Pamungkas, Yanuar F; Ningsih, 2017):

a. Mekanisme Koping Berfokus pada Masalah (Problem Focused Coping)

Mekanisme ini terdiri dari tugas dan usaha langsung untuk mengatasi ancaman diri. Contohnya antara lain negosiasi, konfrontasi, mencari nasihat. secara

b. Mekanisme Koping Berfokus pada Emosi (Emotion Focused Coping)

Mekanisme koping ini berfokus pada kondisi perasaan seseorang dalam menyesuaikan diri terhadap distress emosional tidak berlebihan. Contohnya adalah menggunakan mekanisme pertahanan ego seperti denial, supresi, proyeksi. Mekanisme koping seseorang dapat bersifat konstruktif dan destruktif. Mekanisme koping konstruktif terjadi ketika kecemasan diperlakukan sebagai sinyal peringatan dan individu menerima sebuah tantangan/ancaman sebagai masalah yang harus diselesaikan. Mekanisme koping destruktif berupa upaya menghindari kecemasan/ancaman tanpa menyelesaikan masalah/konflik yang dialami.

3. Rentang Respon Koping

Menurut model adaptasi stres Stuart, respon individu terhadap stres berdasarkan faktor predisposisi, sifat stresor, persepsi terhadap situasi dan analisis sumber koping dan mekanisme koping. Respon koping dievaluasi dalam satu rentang yaitu adaptif dan maladaptive, diuraikan sebagai berikut (Stuart, G.W., Keliat, B., A., & Pasaribu, 2016):

a. Respons Mekanisme Koping Adaptif

Respons yang mendukung integrasi, pertumbuhan, belajar, dan mencapai tujuan seperti berbicara dengan orang lain, dan memecahkan masalah dengan orang lain atau bersifat sosial.

b. Respons Mekanisme Koping Maladaptif

Respons sebaliknya dari respon mekanisme koping adaptif, seperti memecah pertumbuhan yaitu makan berlebihan atau bahkan tidak makan sama sekali.

RANGKUMAN

1. Stress merupakan suatu kondisi dimana individu berespon terhadap perubahan suatu keseimbangan normal (Kozier, 2011). Sumber stress terdiri dari stressor internal, stressor eksternal, stressor perkembangan dan stressor situasional.
2. Stress dibagi menjadi tujuh macam ditinjau dari penyebab stress : stres fisik, stress kimiawi, stress mikrobiologik, stress fisiologik, stress proses pertumbuhan dan perkembangan, stres psikis atau emosional
3. Koping merupakan upaya seseorang untuk mengelola situasi yang membebani, memperluas usaha untuk menyelesaikan masalah yang dialami, dan berusaha untuk mengatasi stres

PENUGASAN

1. Identifikasi stressor yang dihadapi pasien yang akan menjalani operasi , berikut mekanisme koping pasien dalam menghadapi stressor tersebut

TEST

Yayat mahasiswa baru S1 Ilmu keperawatan merasa stress, ia mencoba menilai lingkungannya. Ia menganggap bahwa cara belajar kuliah di lingkungan kampus berbeda dengan masa SMA yang dituntut mandiri dan aktif memecahkan masalah sendiri. Ia pun melihat berbagai macam cara temannya dalam menyesuaikan diri dengan lingkungan kampus dan tipe dosen. Karena harus kuliah pagi, ia mamkan tidak teratur dan kelelahan. Ia datang ke poliklinik karena mengalami gejala panas, vasodilatasi pembuluh darah lambung. Hasil pemeriksaan laboratorium menunjukkan leukositosis dan odema.

Soal berhubungan dengan kasus :

1. Model stress yang dialami pasien pada kasus diatas adalah
 - A. Model stress berdasarkan respon
 - B. Model stress berdasarkan stimulus
 - C. Model stress berdasarkan transaksional
 - D. Model stress adaptasi
 - E. Model stress fight or flight

2. Faktor yang mempengaruhi efek stressor pada kasus diatas adalah
 - A. Factor genetic
 - B. Factor fisik dan kimiawi
 - C. Mikroorganisme dan parasite
 - D. Factor psikologik
 - E. Betul semua

3. Hal di bawah ini yang tidak termasuk factor yang akan membantu kemampuan adaptasi pada kasus di atas
 - A. Nutrisi

- B. Genetic & Usia
- C. Faktor psikososial
- D. Ritme sirkadian
- E. Petugas Kesehatan

REFERENSI

1. Stuart, G.W (2009) Principles and practice of psychiatric Nursing. 8th edition. Missouri mosby
2. Keliat B.A., Parasibu J. (2016). Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart. Edisi Indonesia . Elsevier : Mosby
3. Yosep, I (2011) Keperawatan jiwa (edisi Revisi) , Bandung : PT Refika Aditama

TOPIK 4

MODEL KONSEPTUAL KEPERAWATAN JIWA

Banyak ahli kesehatan jiwa memiliki pandangan yang berbeda-beda mengenai konsep gangguan jiwa dan bagaimana proses timbulnya gangguan jiwa. Perbedaan tersebut, dijelaskan dalam teori model konseptual kesehatan jiwa. Setiap model konseptual memiliki pandangan yang berbeda-beda mengenai konsep gangguan jiwa. Pandangan model psikoanalisa berbeda dengan pandangan model social, model perilaku, model eksistensial, model medical, berbeda pula dengan model stress – adaptasi. Masing-masing model memiliki pendekatan unik dalam terapi gangguan jiwa. Sebelum lebih lanjut mempelajarinya, marilah kita mengulang pengertian model konsep. Tahukah Anda definisi tersebut? Model konseptual merupakan kerangka kerja konseptual, sistem atau skema yang menerangkan serangkaian ide global tentang keterlibatan individu, kelompok, situasi, atau kejadian terhadap suatu ilmu dan perkembangannya.

A. Definisi

Model konseptual memberikan keteraturan untuk berfikir, mengobservasi dan menginterpretasi apa yang dilihat, memberikan arah riset untuk mengidentifikasi suatu pertanyaan untuk menjawab fenomena dan menunjukkan pemecahan masalah (Christensen & Kenny, 2009, hal. 29). Model konseptual keperawatan merupakan suatu cara untuk memandang situasi dan kondisi pekerjaan yang melibatkan perawat di dalamnya. Model konseptual keperawatan merupakan petunjuk bagi perawat untuk mendapatkan informasi agar perawat peka terhadap apa yang terjadi pada suatu saat dengan dan tahu apa yang harus perawat kerjakan (Brockopp, 1999, dalam Hidayati, 2009).

Marriner-Tomey (2004, dalam Nurrachmah, 2010) menjelaskan bahwa, model konseptual keperawatan telah memperjelas kespesifikan area fenomena ilmu keperawatan dengan melibatkan empat konsep yaitu manusia sebagai pribadi yang utuh dan unik. Konsep kedua adalah lingkungan yang bukan hanya merupakan sumber awal masalah tetapi juga merupakan sumber pendukung bagi individu. Ketiga adalah Kesehatan menjelaskan tentang rentang sehat-sakit sepanjang siklus mulai konsepsi hingga kematian. Konsep keempat adalah keperawatan sebagai komponen penting dalam perannya sebagai faktor penentu meningkatnya keseimbangan kehidupan seseorang (klien). Lebih lanjut Tomey mengatakan, konseptualisasi keperawatan umumnya memandang manusia sebagai makhluk biopsikososial yang berinteraksi dengan keluarga, masyarakat, dan kelompok lain termasuk lingkungan fisiknya. Cara pandang dan fokus penekanan pada skema konseptual dari setiap ilmuwan dapat berbeda satu sama lain, seperti penekanan pada sistem adaptif manusia, subsistem perilaku atau aspek komplementer.

Tujuan dari model konseptual keperawatan (Ali, 2001, hal. 98) :

1. Menjaga konsistensi pemberian asuhan keperawatan
2. Mengurangi konflik, tumpang tindih, dan kekosongan pelaksanaan asuhan keperawatan oleh tim keperawatan.
3. Menciptakan kemandirian dalam memberikan asuhan keperawatan.
4. Memberikan pedoman dalam menentukan kebijaksanaan dan keputusan.
5. Menjelaskan dengan tegas ruang lingkup dan tujuan asuhan keperawatan bagi setiap anggota tim keperawatan

B. Model Konseptual Keperawatan Jiwa

1. *Psychoanalytical* (Freud, Erickson)

Model yang dikemukakan oleh Sigmund Freud. Psikoanalisa meyakini bahwa penyimpangan perilaku pada usia dewasa berhubungan dengan

perkembangan pada masa anak. Menurut model *psychoanalytical*, gangguan jiwa dikarenakan ego tidak berfungsi dalam mengontrol id, sehingga mendorong terjadinya penyimpangan perilaku (*deviation of Behavioral*) dan konflik intrapsikis terutama pada masa anak-anak. Setiap fase perkembangan mempunyai tugas perkembangan yang harus dicapai. Gejala merupakan symbol dari konflik. Proses terapi psikoanalisa memakan waktu yang lama. Proses terapi pada model ini menggunakan metode asosiasi bebas dan analisa mimpi transferen, bertujuan untuk memperbaiki traumatic masa lalu.

Proses terapi pada model ini adalah: klien dibuat dalam keadaan tidur yang sangat dalam. Dalam keadaan tidak berdaya terapis akan menggali alam bawah sadar klien dengan berbagai pertanyaan-pertanyaan tentang pengalaman traumatic masa lalu. Dengan cara demikian, klien akan mengungkapkan semua pikiran dan mimpinya, sedangkan *therapist* berupaya untuk menginterpretasi pikiran dan mimpi pasien. Peran perawat dalam model *psychoanalytical*. Melakukan pengkajian keadaan traumatik atau stressor yang dianggap bermakna pada masa lalu misalnya (menjadi korban perilaku kekerasan fisik, sosial, emosional maupun seksual) dengan menggunakan pendekatan komunikasi terapeutik.

2. *Interpersonal* (Sullivan, Peplau)

Model ini dikembangkan oleh Harry Stack Sullivan dan Hildegard Peplau. Teori interpersonal meyakini bahwa perilaku berkembang dari hubungan interpersonal. Sullivan menekankan besarnya pengaruh perkembangan masa anak-anak terhadap kesehatan jiwa individu. Menurut konsep model ini, kelainan jiwa seseorang disebabkan karena adanya ancaman yang dapat menimbulkan kecemasan (*Anxiety*). Ansietas yang dialami seseorang timbul akibat konflik saat berhubungan dengan orang lain

(interpersonal), dikarenakan adanya ketakutan dan penolakan atau tidak diterima oleh orang sekitar.

Sullivan mengatakan individu memandang orang lain sesuai dengan yang ada pada dirinya Sullivan mengatakan dalam diri individu terdapat 2 dorongan yaitu: 1) Dorongan untuk kepuasan, berhubungan dengan kebutuhan dasar seperti: lapar, tidur, kesepian dan nafsu. 2) Dorongan untuk keamanan, berhubungan dengan kebutuhan budaya seperti penyesuaian norma sosial, nilai suatu kelompok tertentu.

Proses terapi pada model ini terbagi atas dua komponen yaitu *Build Feeling Security* (berupaya membangun rasa aman pada klien) dan *Trusting Relationship and interpersonal Satisfaction* (menjalin hubungan yang saling percaya). Prinsip dari terapi ini adalah mengoreksi pengalaman interpersonal dengan menjalin hubungan yang sehat. Dengan re edukasi diharapkan, klien belajar membina hubungan interpersonal yang memuaskan, mengembangkan hubungan saling percaya.dan membina kepuasan dalam bergaul dengan orang lain sehingga klien merasa berharga dan dihormati

Peran perawat dalam terapi adalah

- a. *Share anxieties* (berbagi pengalaman mengenai apa-apa yang dirasakan klien dan apa yang menyebabkan kecemasan klien saat berhubungan dengan orang lain)
- b. *Therapist use empathy and relationship* (Empati dan turut merasakan apa-apa yang dirasakan oleh klien). Perawat memberikan respon verbal yang mendorong rasa aman klien dalam berhubungan dengan orang lain.

3. *Social* (Caplan, Szasz)

Model ini berfokus pada lingkungan fisik dan situasi sosial yang dapat menimbulkan stress dan mencetuskan gangguan jiwa (*social and*

environmental factors create stress, which cause anxiety and symptom). Menurut Szasz, setiap individu bertanggung jawab terhadap perilakunya, mampu mengontrol dan menyesuaikan perilaku sesuai dengan nilai atau budaya yang diharapkan masyarakat. Caplan, meyakini bahwa, konsep pencegahan primer, sekunder dan tertier sangat penting untuk mencegah timbulnya gangguan jiwa. Situasi sosial yang dapat menimbulkan gangguan jiwa adalah kemiskinan, tingkat pendidikan yang rendah, kurangnya support system dan coping mekanisme yang maladaptif.

Prinsip proses terapi pada model ini yang sangat penting dalam modifikasi lingkungan dan adanya *support system*. Proses terapi dilakukan dengan menggali *support system* yang dimiliki klien seperti: suami/istri, keluarga atau teman sejawat. Selain itu therapist berupaya : menggali *system sosial* klien seperti suasana dirumah, di kantor, di sekolah, di masyarakat atau tempat kerja.

4. *Existensial* (Ellis, Rogers)

Model ekistensial menyatakan bahwa gangguan perilaku atau gangguan jiwa terjadi apabila individu gagal menemukan jati dirinya dan tujuan hidupnya. Individu tidak memiliki kebanggaan akan dirinya. Membenci diri sendiri dan mengalami gangguan dalam *Bodi-image*. Prinsip terapinya pada model ini adalah mengupayakan individu agar memiliki pengalaman berinteraksi dengan orang yang menjadi panutan atau sukses dengan memahami riwayat hidup orang tsb, memperluas kesadaran diri dengan cara introspeksi diri (*self assessment*), bergaul dengan kelompok sosial dan kemanusiaan (*conducted in group*), serta mendorong untuk menerima dirinya sendiri dan menerima kritik atau feedback tentang perilakunya dari orang lain (*encouraged to accept self and control behavior*). Terapi dilakukan melalui kegiatan Terapi aktivitas kelompok.

5. Supportive Therapy (Wermon, Rockland)

Wermon dan Rockland meyakini bahwa penyebab gangguan jiwa adalah faktor biopsikososial dan respon maladaptif saat ini. Contoh aspek biologis yaitu sering sakit maag, migraine, batuk-batuk. Aspek psikologisnya mengalami banyak keluhan seperti : mudah cemas, kurang percaya diri, perasaan bersalah, ragu-ragu, pemaarah. Aspek sosial seperti susah bergaul, menarik diri, tidak disukai, bermusuhan, tidak mampu mendapatkan pekerjaan, dan sebagainya. Semua hal tersebut terakumulasi menjadi penyebab gangguan jiwa. Fenomena tersebut muncul akibat ketidakmampuan dalam beradaptasi pada masalahmasalah yang muncul saat ini dan tidak ada kaitannya dengan masa lalu. Prinsip proses terapi pada model suportif adalah menguatkan respon coping adaptif. Terapis membantu klien untuk mengidentifikasi dan mengenal kekuatan atau kemampuan serta coping yang dimiliki klien, mengevaluasi kemampuan mana yang dapat digunakan untuk alternative pemecahan masalah. Terapist berupaya menjalin hubungan yang hangat dan empatik dengan klien untuk membantu klien menemukan coping klien yang adaptif.

6. Medica (Meyer, Kraeplin)

Menurut konsep ini penyebab gangguan jiwa adalah multifactor yang kompleks yaitu aspek fisik, genetic, lingkungan dan factor sosial. Model medical meyakini bahwa penyimpangan perilaku merupakan manifestasi gangguan sistem syaraf pusat (SSP). Dicurigai bahwa depresi dan schizophrenia dipengaruhi oleh transmisi impuls neural, serta gangguan synaptic. Sehingga focus penatalaksanaannya harus lengkap melalui pemeriksaan diagnostic, terapi somatic, farmakologik dan teknik interpersonal.

Peran perawat dalam model medical ini adalah melakukan kolaborasi dengan tim medis dalam melakukan prosedur diagnostic dan terapi jangka panjang, therapist berperan dalam pemberian terapi, laporan mengenai dampak terapi, menentukan diagnose, dan menentukan jenis pendekatan terapi yang digunakan. Medical model terus mengeksplorasi penyebab gangguan jiwa secara ilmiah.

7. Model Komunikasi

Model perilaku mengatakan bahwa, penyimpangan perilaku terjadi jika pesan yang disampaikan tidak jelas. Penyimpangan komunikasi menyangkut verbal dan non verbal, posisi tubuh, kecepatan dan volume suara atau bicara.

Proses terapi dalam model ini meliputi:

- a. Memberi umpan balik dan klarifikasi masalah
- b. Memberi penguatan untuk komunikasi yang efektif.
- c. Memberi alternatif koreksi untuk komunikasi yang tidak efektif.
- d. Melakukan analisa proses interaksi.

8. Model Perilaku

Model ini dikembangkan oleh H.J. Eysenck, J. Wilpe dan B.F. Skinner. Terapi modifikasi perilaku dikembangkan dari teori belajar (*learning theory*). Belajar terjadi jika ada stimulus dan timbul respon, serta respon dikuatkan (*reinforcement*).

Terapi pada model perilaku dilakukan dengan cara

- a. Desentisasi dan relaksasi, dapat dilakukan bersamaan. Dengan teknik ini diharapkan tingkat kecemasan klien menurunkan..
- b. *Asertif training* adalah belajar mengungkapkan sesuatu secara jelas dan nyata tanpa menyinggung perasaan orang lain.

- c. *Positif training*. Mendorong dan menguatkan perilaku positif yang baru dipelajari berdasarkan pengalaman yang menyenangkan untuk digunakan pada perilaku yang akan datang.
- d. *Self regulasi*. Dilakukan dengan langkah-langkah sebagai berikut. Pertama melatih serangkaian standart perilaku yang harus dicapai oleh klien. Selanjutnya klien diminta untuk melakukan self observasi dan self evaluasi terhadap perilaku yang ditampilkan. Langkah terakhir adalah klien diminta untuk memberikan reinforcement (penguatan terhadap diri sendiri) atas perilaku yang sesuai.

9. Model Stress Adaptasi Roy

Keperawatan adalah suatu disiplin ilmu dan ilmu tersebut menjadi landasan dalam melaksanakan praktik keperawatan (Roy, 1983). Lebih spesifik Roy (1986) berpendapat bahwa keperawatan sebagai ilmu dan praktik berperan dalam meningkatkan adaptasi individu dan kelompok terhadap kesehatan sehingga sikap yang muncul semakin positif.

Keperawatan memberi perbaikan pada manusia sebagai satu kesatuan yang utuh untuk beradaptasi dengan perubahan yang terjadi pada lingkungan dan berespons terhadap stimulus internal yang mempengaruhi adaptasi. Jika stressor terjadi dan individu tidak dapat menggunakan “koping” secara efektif maka individu tersebut memerlukan perawatan. Tujuan keperawatan adalah meningkatkan interaksi individu dengan lingkungan, sehingga adaptasi dalam setiap aspek semakin meningkat.

Komponen-komponen adaptasi mencakup fungsi fisiologis, konsep diri, fungsi peran, dan saling ketergantungan. Adaptasi adalah komponen pusat dalam model keperawatan. Didalamnya menggambarkan manusia sebagai sistem adaptif. Adaptasi menggambarkan proses koping terhadap stressor dan produk akhir dari koping. Proses adaptasi termasuk fungsi holistic bertujuan

untuk mempengaruhi kesehatan secara positif yang pada akhirnya akan meningkatkan integritas.

Proses adaptasi termasuk didalamnya proses interaksi manusia dengan lingkungan yang terdiri dari dua proses. Bagian pertama dari proses ini dimulai dengan perubahan dalam lingkungan internal dan eksternal yang membutuhkan sebuah respon. Perubahan tersebut dalam model adaptasi Roy digambarkan sebagai stressor atau stimulus fokal dan ditengahi oleh factor-faktor kontekstual dan residual. Stressor menghasilkan interaksi yang biasanya disebut stress. Bagian kedua adalah mekanisme koping yang dirangsang untuk menghasilkan respon adaptif dan inefektif.

Produk adaptasi adalah hasil dari proses adaptasi dan digambarkan dalam istilah kondisi yang meningkatkan tujuan-tujuan manusia yang meliputi : kelangsungan hidup, pertumbuhan, reproduksi dan penguasaan yang disebut integritas. Kondisi akhir ini adalah kondisi keseimbangan dinamik equilibrium yang meliputi peningkatan dan penurunan respon-respon. Setiap kondisi adaptasi baru dipengaruhi oleh adaptasi yang lain, sehingga dinamik equilibrium manusia berada pada tingkat yang lebih tinggi. Jarak yang besar dari stimulus dapat disepakati dengan suksesnya manusia sebagai sistem adaptif. Jadi peningkatan adaptasi mengarah pada tingkat-tingkat yang lebih tinggi pada keadaan sejahtera atau sehat. Adaptasi kemudian disebut sebagai suatu fungsi dari stimuli yang masuk dan tingkatan adaptasi.

10. Model Keperawatan Pendekatan

Model keperawatan adalah model konsep yang digunakan dalam memberikan asuhan keperawatan dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan, secara holistik, bio,psiko,sosial dan spiritual. Fokus penanganan pada model keperawatan adalah penyimpangan perilaku, asuhan keperawatan berfokus pada respon individu terhadap masalah

kesehatan yang actual dan potensial, dengan berfokus pada : rentang sehat sakit berdasarkan teori dasar keperawatan dengan intervensi tindakan keperawatan spesifik dan melakukan evaluasi hasil tindakan keperawatan. Model ini mengadopsi berbagai teori antara lain teori sistem, teori perkembangan dan teori interaksi

RINGKASAN

1. Model konseptual merupakan pedoman bagi perawat dalam mengidentifikasi masalah / informasi sehingga perawat peka terhadap apa yang terjadi dan faham apa yang harus dilakukan perawaw dalam pemberian asuhan keperawatan
2. Model Konseptual Keperawatan Jiwa
 - a. *Psychoanalytical* (Freud, Erickson)
 - b. *Interpersonal* (Sullivan, Peplau)
 - c. *Social* (Caplan, Szasz)
 - d. *Existensial* (Ellis, Rogers)
 - e. Supportive Therapy (Wermon, Rockland)
 - f. Medica (Meyer, Kraeplin)
 - g. Model Komunikasi
 - h. Model Perilaku
 - i. Model Stress Adaptasi Roy
 - j. Model Keperawatan Pendekatan

PENUGASAN

1. Jelaskan model konseptual yang kemukakan oleh Roy !
2. Jelaskan model knseptual keperawatan yang di kemukakan oleh Sulivan & Peplau!
3. Jelaskan cara dari terapi model perilaku!

TEST

1. Kelainan Jiwa seseorang bisa muncul akibat **adanya ancaman**. Ancaman tsb **menimbulkan kecemasan (*Anxiety*)**, ansietas timbul dan dialami seseorang akibat adanya **konflik** saat berhubungan **dgn orang lain (*interpersonal*)**. Model konseptual keperawatan jiwa berdasarkan penjelasan diatas adalah berdasarkan teori
 - A. Model Interpersonal
 - B. Model Psikoanaliti
 - C. Model social
 - D. Model extensisial
 - E. Supportive therapy

2. Terjadinya gangguan dalam body image, yang berakibat gagalnya seseorang menemukan jati diri sehingga mengakibatkan gangguan perilaku atau gangguan jiwa. Model konseptual berdasarkan pernyataan diatas adalah :
 - A. Model interpersonal menurut teori Peplau
 - B. Model Sosiall menurut Caplan
 - C. Model medical menurut Meyer
 - D. Supportive Theory menurut Rocland
 - E. Model Existensial menurut Ellis

3. Klien melakukan *sharing* , **mengekspresikan kecemasan kepada perawat** yang bersifat empati, konsep ini sesuai dengan model:
 - A. Model Interpersonal
 - B. Model Psikoanaliti
 - C. Model social
 - D. Model extensisial

E. Supportive therapy

4. Hubungan antara pasien dan perawat dalam melakukan asuhan keperawatan jiwa, pasien terlibat langsung dalam mengidentifikasi masalah dan coping yang digunakan, sedangkan perawat saat berinteraksi dengan klien memberikan suasana yang hangat dan empatik, hal ini sesuai dengan model konseptual keperawatan jiwa.....

A. Model Interpersonal

B. Model Psikoanaliti

C. Model social

D. Model extensisial

E. Supportive therapy

5. Perawat melakukan **penataan lingkungan dan menciptakan lingkungan sosial** yang mendukung, hal ini sesuai dengan model

A. Model Interpersonal

B. Model Psikoanaliti

C. Model social

D. Model extensisial

E. Supportive therapy

6. Seorang anak laki-laki berusia 26 tahun yang memiliki ego berlebihan dan tidak mampu mengontrol rasa ansietas dan konflik yg tidak selesai, sehingga menyebabkan keluarganya khawatir pada tingkah laku dalam kehidupan sehari-harinya. Pandangan terhadap penyimpangan perilaku pasien di atas di lihat dari model keperawatan kesehatan jiwa ?

A. Model Sychoanalytical

- B. Model Interpersonal
- C. Model Social
- D. Model Exstensial
- E. Model Medical

7. Seorang anak laki-laki berusia 23 tahun yang memiliki ansietas yang timbul dari dalam dirinya yang meragukan akan kemampuannya berkarya. Pandangan terhadap penyimpangan perilaku pasien di atas di lihat dari model keperawatan kesehatan jiwa?

- A. Model Sychoanalytical
- B. Model Interpersonal
- C. Model Social
- D. Model Exstensial
- E. Model Medical

REFERENSI

1. Halter MJ.(2014).Varcarolis“Foundations of Psyciatric Mental Health Nursing:A Clincal Approach
2. Yusuf,AH., Fitryasari, R.P.K., Nihayanti, H.E (2015). Buku Ajar Keperawatan Jiwa. Jakarta : Salemba Medika
3. Yosep, I (2011)., Keperawatan Jiwa (Revisi). Bandung; Refika Aditama
4. Copel, L. C . (2007). Kesehatan Jiwa dan Psikiatri : Pedoman klinis perawat ; alih bahsa, Akemat; editor edisi bahasa Indonesia, Devi Yulianti, Pamilih Eko Karyuni, Ed 2. Jakarta : EGC

TOPIK 5

PERAN PERAWAT JIWA, PELAYANAN & KOLABORATIF INTERDISIPLIN DALAM KESEHATAN & KEPERAWATAN JIWA

A. Peran Perawat Keperawatan Jiwa

1. Peran perawat keperawatan jiwa menurut Kozier

Keperawatan jiwa merupakan sebagian dari penerapan ilmu tentang perilaku manusia, psikososial, bio-psik dan teori-teori kepribadian, dimana penggunaan diri perawat itu sendiri secara terapeutik sebagai alat atau instrumen yang digunakan dalam memberikan asuhan keperawatan (Erlinafsiah, 2010). Perawatan kesehatan mental-kejiwaan adalah proses interpersonal yang mempromosikan dan mempertahankan perilaku pasien yang berkontribusi pada fungsi terintegrasi. Pasien dapat berupa individu, keluarga, kelompok, organisasi, atau komunitas (Stuart, 2010).

Perawat psikiatri menggunakan pengetahuan dari ilmu-ilmu psikososial dan biofisik dan teoriteori kepribadian dan perilaku manusia untuk memperoleh kerangka teori yang menjadi dasar praktik keperawatan. Peran perawat kesehatan jiwa mempunyai peran yang bervariasi dan spesifik (Dalami, 2010). Aspek dari peran tersebut meliputi kemandirian dan kolaborasi diantaranya adalah:

a. Pelaksana asuhan keperawatan

Dalam menjalankan perannya, perawat menggunakan konsep perilaku manusia, perkembangan kepribadian dan konsep kesehatan jiwa serta gangguan jiwa dalam melaksanakan asuhan keperawatan kepada individu, keluarga dan komunitas. Perawat melaksanakan asuhan keperawatan secara komprehensif melalui pendekatan proses keperawatan jiwa, yaitu pengkajian, penegakkan diagnosis,

perencanaan, dan melaksanakan tindakan keperawatan, evaluasi serta dokumentasi terhadap tindakan tersebut.

b. Pelaksana pendidikan keperawatan

Perawat memberi pendidikan kesehatan jiwa kepada individu, keluarga dan komunitas agar mampu melakukan perawatan pada diri sendiri, anggota keluarga dan anggota masyarakat lain.

c. Pengelola keperawatan

Perawat harus menunjukkan sikap kepemimpinan dan bertanggung jawab dalam mengelola asuhan keperawatan jiwa. Dalam melaksanakan perannya, perawat diminta untuk menerapkan teori manajemen dan kepemimpinan, menggunakan berbagai strategi perubahan yang diperlukan, berperan serta dalam aktifitas pengelolaan kasus dan mengorganisasi pelaksanaan berbagai terapi modalitas keperawatan.

d. Pelaksana penelitian

Perawat mengidentifikasi masalah dalam bidang keperawatan jiwa dan menggunakan hasil penelitian serta perkembangan ilmu dan teknologi untuk meningkatkan mutu pelayanan dan asuhan keperawatan jiwa.

2. Peran perawat keperawatan jiwa menurut Stuart

Seorang perawat psikiatri (jiwa) harus dapat menjelaskan aspek umum dan spesifik dari praktik mereka kepada pasien, keluarga, profesional lain, administrator, dan legislator. Sehingga dapat mengidentifikasi dan memastikan peran mereka yang sesuai, kompensasi yang memadai untuk

asuhan keperawatan yang disediakan, dan penggunaan sumber daya manusia yang paling efisien dalam pemberian perawatan kesehatan mental. Dalam praktek keperawatan kontemporer, perawatan kesehatan mental-kejiwaan adalah proses interpersonal yang mempromosikan dan mempertahankan perilaku pasien yang berkontribusi pada fungsi terintegrasi. Pasien dapat berupa individu, keluarga, kelompok, organisasi, atau komunitas.

Praktik keperawatan kesehatan psikiatris-mental kontemporer terjadi dalam konteks sosial dan lingkungan. Dengan demikian hubungan antara perawat-pasien telah berkembang menjadi "kemitraan perawat-pasien" yang memperluas dimensi peran keperawatan psikiatris profesional. Elemen-elemen peran ini termasuk kompetensi klinis, advokasi konsumen- keluarga, tanggung jawab fiskal, kolaborasi antarprofesional, akuntabilitas sosial, dan parameter hukum-etika (Stuart, 2012).

3. Peran Perawat Keperawatan Jiwa menurut Peplau

Perawat kesehatan jiwa harus mengidentifikasi, menggambarkan, mengukur, dan menjelaskan proses dan hasil dari perawatan yang mereka berikan kepada pasien, keluarga, dan masyarakat. Studi hasil yang mendokumentasikan kualitas, biaya, dan efektivitas praktik keperawatan psikiatris adalah bagian penting dari agenda keperawatan psikiatrik. Berfokus pada cara-cara untuk mengevaluasi secara kritis hasil dari kegiatan keperawatan psikiatris adalah tugas untuk setiap perawat psikiatris terlepas dari peran, kualifikasi, atau pengaturan praktik. Untuk itu diperlukan tanggung jawab dan kerjasama antara dokter, psikiater, pendidik, administrator, dan peneliti perawat psikiatris.

Peran perawat jiwa menurut Peplau adalah Model konsep dan teori keperawatan yang dijelaskan oleh peplau menjelaskan tentang kemampuan dalam memahami diri sendiri dan orang lain yang menggunakan dasar hubungan antar manusia yang mencakup 4 komponen sentral yaitu klien, perawat, masalah kecemasan yang terjadi akibat sakit (sumber kesulitan), dan proses interpersonal.

4. Peran Perawat Jiwa

a. Peran dalam prevensi primer.

- 1) Memberikan penyuluhan tentang prinsip.
- 2) prinsip sehat jiwa.
- 3) Mengefektifkan perubahan dalam kondisi kehidupan, tingkat kemiskinan, dan pendidikan.
- 4) Memberikan pendidikan kesehatan.
- 5) Melakukan rujukan yang sesuai dengan sebelum gangguan jiwa terjadi.
- 6) Membantu klien di RSUD untuk menghindari masalah psikiatri di masa mendatang.
- 7) Bersama-sama keluarga memberi dukungan pada anggota keluarga dan meningkatkan fungsi kelompok.
- 8) Aktif dalam kegiatan masyarakat & politik yang berkaitan dengankesehatan jiwa.

b. Peran dalam prevensi sekunder

- 1) Melakukan skrining & pelayanan evaluasi kesehatan jiwa.
- 2) Melaksanakan kunjungan rumah atau pelayanan.
- 3) Memberikan konsultasi.

- 4) Memberikan psikoterapi individu, keluarga, dan kelompok pada berbagai tingkat usia.
- 5) Memberikan intervensi pada komunitas dan organisasi yang telah teridentifikasi masalah yang dialami di rumah.
- 6) Memberikan pelayanan kedaruratan psikiatri di RSUD.
- 7) Menciptakan lingkungan yang terapeutik.
- 8) Melakukan supervisi klien yang mendapatkan pengobatan.
- 9) Memberikan pelayanan pencegahan bunuh diri.

c. Peran dalam prevensi tersier

- 1) Melaksanakan latihan vokasional & rehabilitasi.
- 2) Mengorganisasi “after care” untuk klien yang telah pulang dari fasilitas kesehatan jiwa untuk memudahkan transisi dari rumah sakit ke komunitas.
- 3) Memberikan pilihan “partial hospitalization” (perawatan rawat siang) pada klien

B. Faktor pendukung peran perawat jiwa dalam kolaborasi interdisiplin

Peran dan aktivitas keperawatan psikiatri-mental bervariasi, masing-masing perawat bertanggung jawab atas praktik mereka sendiri. Empat faktor utama yang membantu menentukan tingkat fungsi dan jenis aktivitas yang dilakukan oleh perawat jiwa

1. Legislasi Praktik Keperawatan

Legislasi Praktik Keperawatan adalah faktor utama yang mempengaruhi tingkat praktik keperawatan. Setiap negara memiliki tindakan praktik perawatnya sendiri, yang mengatur masuk ke dalam profesi dan menetapkan batasan hukum praktik keperawatan yang harus diikuti oleh

semua perawat. Tindakan praktik perawat juga membahas aspek praktik lanjutan, termasuk otoritas preskriptif (Byrne,2010 dalam Stuart 2013). Perawat harus terbiasa dengan tindakan praktik keperawatan yang berlaku, dan menentukan serta membatasi praktik sesuai dengan aturan tersebut.

2. Kualifikasi Perawat

Kualifikasi perawat meliputi pendidikan, status sertifikasi, dan pengalaman kerja. Pendidikan melalui pendekatan kompetensi mempunyai tiga aspek perawatan yang penting di bidang ini yaitu: kompetensi kualitas dan keselamatan (American Association of Colleges of Nursing, 2006); Kompetensi Praktisi Perawat Kesehatan Jiwa (Organisasi Nasional Staf Praktisi Perawat [NONPF], 2003); dan Kompetensi Penting Kejiwaan, Kesehatan Mental dan Penggunaan zat. Saat ini sedang dikembangkan oleh Akademi Keperawatan Amerika, Panel Ahli Penyalahgunaan Zat Kesehatan Mental. . Program keperawatan di seluruh negeri mengintegrasikan kompetensi ini ke dalam kurikulum mereka. Berikut ini adalah dua tingkat praktik keperawatan klinis kesehatan jiwa yang telah diidentifikasi (American Nurses Association, 2007)

3. Tatanan praktik keperawatan jiwa

Tatanan Praktik untuk perawat kesehatan psikiatris meliputi fasilitas psikiatris, pusat kesehatan mental masyarakat, unit psikiatris di rumah sakit umum, fasilitas perumahan, dan praktik pribadi. Pengaturan perawatan berbasis masyarakat termasuk klinik perawatan primer, sekolah, penjara, pengaturan industri, fasilitas perawatan yang dikelola,

organisasi pemeliharaan kesehatan, rumah sakit, asosiasi perawat yang berkunjung, Lembaga kesehatan di rumah, departemen darurat, rumah perawatan, dan tempat penampungan.

Perawatan dalam lingkungan non psikiatri mungkin lebih efisien dan lebih dapat diterima oleh pasien dan keluarga mereka. Perawat psikiatris yang memperoleh otoritas preskriptif dapat lebih memperluas layanan yang mereka berikan dan memberikan perawatan psikiatrik yang efektif biaya baik di pengaturan rawat inap dan rawat jalan. Perawat kesehatan psikiatrik-mental dapat dipekerjakan oleh organisasi, seperti rumah sakit, atau wiraswasta dalam praktik pribadi. Perawat yang dipekerjakan oleh suatu organisasi dibayar untuk layanan mereka berdasarkan gaji atau biaya untuk layanan. Sebagian besar perawat psikiatrik bekerja di lingkungan rumah sakit. Peran seorang perawat dalam pengaturan kesehatan psikiatris-mental tergantung pada hal-hal berikut:

- a. Filosofi, misi, nilai-nilai, dan tujuan pengaturan perawatan
- b. Definisi kesehatan mental dan penyakit mental yang berlaku dalam pengaturan
- c. Kebutuhan konsumen dari layanan kesehatan mental
- d. Jumlah staf klinis yang tersedia dan layanan yang dapat mereka berikan
- e. Struktur organisasi dan hubungan pelaporan dalam pengaturan
- f. Konsensus yang dicapai oleh penyedia layanan kesehatan mental mengenai peran dan tanggung jawab masing-masing
- g. Sumber daya dan pendapatan tersedia untuk mengimbangi biaya perawatan yang dibutuhkan dan disediakan
- h. Kehadiran kepemimpinan keperawatan yang kuat dan bimbingan.

4. Kompetensi pribadi dan inisiatif perawat psikiatris sangat penting dan berhubungan langsung dengan peran dan aktivitas seseorang. Salah satu strategi perawat psikiatrik dapat digunakan untuk meningkatkan pertumbuhan mereka adalah dengan berpartisipasi dalam kelompok pendukung. Perawat psikiatris juga mendapat manfaat dari jaringan. Jaringan adalah kelompok-kelompok orang yang dipersatukan oleh kepedulian bersama untuk saling mendukung dan membantu. Jaringan berkisar dari pertemanan informal dan kelompok kecil yang menyediakan kontak, hingga kelompok terbuka yang lebih besar memberikan dukungan emosional, hingga organisasi lokal dan nasional yang mewakili spesialisasi seseorang.

C. Macam-macam Kolaborasi Pelayanan Kesehatan Jiwa

Keperawatan jiwa adalah proses interpersonal yang berusaha untuk meningkatkan dan mempertahankan perilaku sehingga klien dapat berfungsi utuh sebagai manusia. Perawat adalah penyedia layanan kesehatan inti dan mereka harus dapat berkontribusi secara efektif untuk perawatan kesehatan jiwa. Peran perawat dalam psikiatri berfokus pada membantu klien berhasil beradaptasi dengan stress dalam lingkungan. Semua program menggunakan tim multidisiplin untuk memberikan tritmen untuk mengintegrasikan dan mengkoordinasikan perawat klien, perawat kesehatan jiwa harus berkolaborasi dengan para profesional dari disiplin lain dan mengelola kelompok penyedia perawatan (Horsfatt et all, 2010).

Anggota tim harus bekerja sama untuk mendapatkan hasil therapeutik yang baik, mengatasi perilaku yang menjadi sasaran dan tujuan tritmen. Kolaborasi merupakan perencanaan, pengambilan keputusan, penyelesaian masalah, penetapan tujuan, dan kewajiban individu yang bekerjasama dalam

komunikasi terbuka. Dalam melakukan perawatan kesehatan jiwa, perawat berkolaborasi dengan pasien, keluarga, dan tim Kesehatan lainnya. Kunci kolaborasi dalam kesehatan jiwa yaitu kontribusi aktif dan asertif dari masing-masing individu, menghargai dan menerima kontribusi orang lain, negosiasi yang dibangun dari tiap orang untuk membentuk suatu pemahaman baru terhadap masalah. Berikut ini akan dijelaskan mengenai tim interdisiplin serta fungsinya dari masing-masing dalam menjalankan kolaborasi melakukan perawatan kesehatan jiwa:

1. Psikiater berfungsi sebagai pemimpin tim. Bertanggung jawab untuk diagnosa dan perawatan gangguan mental. Melakukan psikoterapi; resep obat-obatan dan terapi somatik lainnya;
2. Psikolog Klinis melakukan terapi individu, kelompok, dan keluarga, mengelola, menafsirkan dan mengevaluasi tes psikologis yang membantu dalam diagnostic proses;
3. Spesialis perawat klinis psikiatri bertugas melakukan terapi individu, kelompok, dan keluarga. Menyajikan program pendidikan untuk staf perawat. Memberikan layanan konsultasi kepada perawat yang membutuhkan bantuan dalam perencanaan dan implementasi perawatan untuk klien individu;
4. Perawat Psikiatris memberikan penilaian berkelanjutan terhadap kondisi klien, baik secara mental maupun fisik. Mengelola lingkungan terapeutik 24 jam sehari. Berikan obat. Membantu klien dengan semua aktivitas terapeutik sesuai kebutuhan. Fokus adalah pada pengembangan hubungan satu-ke-satu.
5. Teknisi kesehatan mental (juga disebut asisten psikiatrik atau asisten atau teknisi psikiatrik) berfungsi di bawah pengawasan perawat psikiatris. Memberikan bantuan kepada klien dalam memenuhi aktivitas hidup

sehari-hari mereka. Membantu terapis aktivitas seperti yang diperlukan dalam melakukan kelompok mereka. Juga dapat berpartisipasi dalam pengembangan hubungan satu-ke-satu.

6. Pekerja Sosial Psikiatris melakukan terapi individu, kelompok, dan keluarga. Berkepentingan dengan kebutuhan sosial klien, seperti penempatan, dukungan keuangan, dan persyaratan komunitas. Melakukan sejarah psikososial yang mendalam di mana penilaian kebutuhan didasarkan. Bekerja dengan klien dan keluarga untuk memastikan bahwa persyaratan untuk pemenuhan terpenuhi dan kebutuhan dapat dipenuhi oleh sumber daya masyarakat yang sesuai.
7. Terapis okupasi bekerja dengan klien untuk membantu mengembangkan (atau membangun kembali) kemandirian dalam kinerja aktivitas kehidupan sehari-hari. Fokusnya adalah pada rehabilitasi dan pelatihan kejuruan di mana klien belajar untuk menjadi produktif, sehingga meningkatkan harga diri. Kegiatan kreatif dan keterampilan hubungan terapeutik digunakan.
8. Terapis rekreasi menggunakan kegiatan rekreasi untuk mempromosikan klien untuk mengarahkan pemikiran mereka atau untuk mengarahkan kembali energi destruktif dengan cara yang tepat. Klien mempelajari keterampilan yang dapat digunakan selama waktu luang dan selama stres setelah keluar dari perawatan. Contohnya termasuk bowling, bola voli, olahraga, dan jogging. Beberapa program termasuk kegiatan seperti piknik, berenang, dan bahkan kehadiran kelompok di pameran negara saat sesi berlangsung.
9. Terapis Musik mendorong klien dalam ekspresi diri melalui musik. Klien mendengarkan musik, memainkan instrumen, bernyanyi, menari, dan

menulis lagu yang membantu mereka berhubungan dengan perasaan dan emosi yang mungkin tidak dapat mereka alami dengan cara lain.

10. Terapis Seni menggunakan kemampuan kreatif klien untuk mendorong ekspresi emosi dan perasaan melalui karya seni. Membantu klien untuk menganalisis pekerjaan mereka sendiri dalam upaya mengenali dan menyelesaikan konflik yang mendasarinya.
11. Psikodramat mengarahkan klien dalam penciptaan "drama" yang menggambarkan situasi kehidupan nyata. Individu memilih masalah yang ingin mereka laksanakan, dan klien lain memainkan peran penting orang lain dalam situasi tersebut. Beberapa klien dapat "memerankan" masalah yang tidak dapat mereka selesaikan dengan cara yang lebih tradisional. Semua anggota mendapat manfaat melalui diskusi intensif berikut ini.
12. Dietisien/ Ahli gizi mengatur paket makanan bergizi untuk semua klien. Bekerja berdasarkan konsultasi untuk klien dengan gangguan makan tertentu, seperti anoreksia nervosa, bulimia nervosa, obesitas, dan pica.
13. Petugas Rohani menilai, mengidentifikasi, dan menghadiri kebutuhan rohani klien dan anggota keluarga mereka. Memberikan dukungan dan kenyamanan spiritual seperti yang diminta oleh klien atau keluarga. Dapat memberikan konseling jika latar belakang pendidikan termasuk jenis persiapan ini. (Townsend, 2008)

Kolaborasi dengan pasien dan keluarga. Kebutuhan pelayanan jiwa terbesar adalah kebutuhan kesehatan jiwa yang dapat dipenuhi oleh masing-masing individu dan keluarga. Masyarakat baik individu maupun keluarga diharapkan dapat secara mandiri memelihara kesehatan jiwanya. Pada tingkat ini sangat penting untuk mempeberdayakan keluarga dengan melibatkan mereka dalam memelihara kesehatan anggota keluarganya. Selanjutnya, Apabila masalah kesehatan jiwa yang dialami individu tidak

mampu diatasi secara mandiri di tingkat individu dan keluarga maka upaya solusi tingkat berikutnya adalah kolaborasi dengan leader formal dan informal yang ada di masyarakat seperti tokoh agama, lurah dan lain sebagainya, mereka menjadi tempat rujukan.

D. Manfaat Kolaborasi Interdisiplin

Peran perawat jiwa sangat penting untuk memastikan koordinasi perawatan pasien di rumah sakit atau di pelayanan kesehatan lainnya. Hal Ini termasuk mengelola sumber daya keperawatan, menyeimbangkan biaya dan hasil pengambilan keputusan, mengevaluasi modalitas pemberian asuhan keperawatan, memastikan kepatuhan dengan standar profesional dan peraturan, memfasilitasi komunikasi, pemecahan masalah secara partisipatif, dan resolusi konflik di antara anggota tim. Praktik klinis perawat juga melibatkan implementasi yang berkelanjutan ide dan pendekatan baru untuk meningkatkan kualitas perawatan dan mengurangi biaya.

Hampir semua program menggunakan tim multidisiplin untuk memberikan pengobatan. Termasuk keperawatan jiwa salah satunya untuk mengintegrasikan dan mengoordinasikan perawatan pasien, perawat jiwa harus berkolaborasi dengan profesional dari disiplin lain dan mengelola kelompok penyedia asuhan keperawatan. Untuk hasil terapi yang baik, tim anggota harus bekerja bersama untuk mengatasi perilaku yang ditargetkan dan tujuan pengobatan. Komunikasi tim harus terbuka dan aktif, dan kontribusi setiap anggota tim harus dihargai dan dihormati.

Perawat dapat meningkatkan kesinambungan perawatan dengan mengorganisir data klinis yang diperoleh dari keterlibatan pasien 24 jam. Laporan shift keperawatan harus difokuskan dan mencakup pembaruan pada penilaian keperawatan, informasi medis, keperawatan khusus intervensi, dan

tujuan jangka pendek dan jangka panjang pengobatan. Tingkat kerja sama dan kohesi antar disiplin ilmu dapat sangat bervariasi. Masalah interdisipliner dapat mengganggu kualitas perawatan jiwa seperti komunikasi yang buruk, keraguan diri profesional, kebingungan peran, dan konflik. Semua masalah ini meningkatkan akibat stres terkait pekerjaan.

Setiap orang yang bekerja sama memiliki perspektif unik yang berbeda-beda, sehingga potensi konflik selalu ada. Menangani konflik secara produktif adalah tantangan yang berkelanjutan bagi perawat jiwa. Ketika ditangani atau dihindari dengan buruk, konflik dapat mengganggu dengan kesinambungan perawatan pasien dan manajemen dari lingkungan terapeutik. Namun, manajemen yang efektif konflik dapat mempromosikan hubungan kerja profesional yang lebih kuat, model keterampilan komunikasi positif untuk pasien, dan berkontribusi pada pengembangan profesional perawat.

E. Pelayanan Kolaborasi Interdisiplin

Kolaborasi adalah praktik kerja di mana individu bekerja bersama untuk tujuan bersama, sering digunakan untuk menggambarkan suatu hubungan kerja sama yang dilakukan pihak tertentu. Sekian banyak pengertian dikemukakan dengan sudut pandang beragam namun didasari prinsip yang sama yaitu mengenai kebersamaan, kerja sama, berbagi tugas, kesetaraan, tanggung jawab dan tanggung gugat. Dalam hal medis, kolaborasi adalah proses dimana tim kesehatan merencanakan dan praktek bersama sebagai kolega, bekerja saling ketergantungan dalam batasan- batasan lingkup praktek mereka dengan berbagi nilai-nilai dan saling mengakui dan menghargai terhadap setiap orang yang berkontribusi untuk memberikan pelayanan keperawatan kepada individu, keluarga dan masyarakat .

Menurut Schultz & Videback (2013), dalam semua setting perawatan dan rehabilitasi, konsep pendekatan tim perawatan interdisipliner adalah yang paling efektif dalam menangani berbagai masalah orang dengan penyakit mental. Anggota tim memiliki keahlian di bidangnya yang spesifik, dan melalui upaya kolaboratif, mereka bisa lebih baik memenuhi kebutuhan klien.

1. Kolaborasi interdisipliner

Model interdisipliner perawatan pasien dikembangkan untuk menciptakan budaya yang mendukung para profesional perawatan kesehatan untuk berkolaborasi dan mengintegrasikan praktik perawatan mereka secara komprehensif (jurnal *Nurse-Physician Collaborative Practice In Interdisciplinary Model Of Patient Care* oleh Susilaningih, et al (2011), anggota interdisipliner tim perawatan dapat meliputi psikiater, psikolog, psikiatris perawat, pekerja sosial psikiatris, terapis okupasi, terapis rekreasi, spesialis rehabilitasi kejuruan, dan staf profesional dan paraprofesional lainnya. Tergantung sesuai kebutuhan klien, ahli gizi, apoteker, fisik atau terapis wicara, konselor perawatan pastoral, atau anggota pendeta dapat dikonsultasikan. Tim juga dapat menyertakan profesional lain yang terlibat dalam perawatan klien, misalnya, manajer kasus berbasis komunitas atau perawat kesehatan di rumah.

2. Konferensi interdisipliner

Pelayanan dan penyediaan kesehatan sangat kompleks karena melibatkan sejumlah besar disiplin ilmu atau profesi yang berkontribusi pada perawatan pasien. Untuk alasan ini, konferensi perawatan klien interdisiplin, atau multidisiplin, adalah cara yang sangat efektif untuk semua profesi dan departemen dalam rangka membahas dan memecahkan masalah perawatan pasien yang kompleks dengan harapan bahwa

kolaborasi ini akan menghasilkan hasil yang berkualitas. Konferensi perawatan klien antar-disiplin, atau multidisiplin juga memberi registered nurse kesempatan untuk mengadvokasi klien, berperan sebagai pemimpin atau anggota tim, meningkatkan komitmen perawat terhadap perawatan klien, menggunakan keterampilan negosiasi kelompok seperti kompromi, resolusi konflik, dan mencapai konsensus, dan untuk memanfaatkan keterampilan pemecahan masalah dan pengambilan keputusan yang kreatif untuk mencapai hasil dan tujuan pasien yang diinginkan.

REFERENSI

1. Videbeck, Sheila. L., & Schultz, Judith. M. (2013). *Lippincott's Manual Of Psychiatric Nursing Care Plans*. 9th edition. Lippincott Williams & Wilkins : Philadelphia
2. Videbeck, Sheila. L. (2011). *Psychiatric–Mental Health Nursing*. 5th edition. Lippincott Williams & Wilkins : Philadelphia
3. Susilaningsih, F. C., et al. (2011). Nurse-Physician Collaborative Practice In Interdisciplinary Model Of Patient Care. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan Volume 14 No. 02 Juni 2011 Halaman 92 – 98*.
4. UNPAD. (2014). *Praktik Kolaborasi Kesehatan Penting untuk Tingkatkan Kualitas Pelayanan Kesehatan*. Diunduh dari http://www.unpad.ac.id/2014/09/praktik-kolaborasi-kesehatanpenting_untuk-tingkatkan-kualitas-pelayanan-kesehatan/
5. Registered Nursing. Org. (2011). *Identifying the Need for Interdisciplinary Conferences*. Diunduh dari <https://www.registerednursing.org/nclex/collaboration-interdisciplinary-team/>
6. Stuart, Gail Wiscarz. (2016). *Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart*. Singapore. Elsevier

7. Stuart, Gail Wiscarz. (2013). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*, 10th edition. St Louis, Missouri. Elsevier
8. Erlinafsiah. (2010). *Modal Praktik Keperawatan Jiwa*. Jakarta : Trans Info Media.
9. Kozier; ahli bahasa Pamilih Eko Karyuni. (2010). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses dan Praktik Edisi 7*. Jakarta: EGC
10. Nurhalim. 2016. *Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan Jiwa*. Jakarta : Pusdik SDM Kesehatan

TOPIK 6

ASPEK LEGAL ETIK KEPERAWATAN DALAM KONTEKS ASUHAN KEPERAWATAN JIWA

A. Pengertian Legal & Etik

Legal adalah suatu yang dianggap sah oleh hukum dan undang-undang (Kamus Besar Bahasa Indonesia) (Ermawati, 2015). Etika keperawatan jiwa 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 (Barger dan Williams, 1999).

Etika keperawatan merupakan suatu 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) (Ermawati, 2015).

- a. Menurut Beeker (Dalam Kozier, Erb 1990) empat hal yang harus ditanyakan perawat untuk melindungi mereka secara hukum (Ermawati, 2015):
 1. Tanyakan pesanan yang ditanyakan pasien.
 2. Tanyakan setiap pesanan setiap kondisi pasien berubah.
 3. Tanyakan dan catat pesan verbal untuk mencegah kesalahan komunikasi.
 4. Tanyakan pesanan (Standing Order), terutama bila perawat tidak berpengalaman.
- b. Melaksanakan intervensi keperawatan mandiri atau yang di Delegasi. Dalam melaksanakan intervensi keperawatan, perawat memperhatikan beberapa prekausi (Ermawati, 2015):
 1. Ketahuai pembagian tugas (Job Deskripsi) mereka.
 2. Ikuti kebijakan dan prosedur yang diterapkan ditempat kerja.

3. Selalu identifikasi pasien, terutama sebelum melaksanakan intervensi utama.
 4. Pastikan bahwa obat yang benar diberikan dengan dosis, rute, waktu, dan pasien yang benar.
 5. Lakukan setiap prosedur secara tepat.
 6. Catat semua pengkajian dan perawatan yang diberikan dengan tepat dan akurat.
 7. Catat semua kecelakaan yang mengenai pasien.
 8. Jalin dan pertahankan hubungan saling percaya yang baik (raport) dengan pasien.
 9. Pertahankan kompetensi praktik keperawatan
 10. Mengetahui kekuatan dan kelemahan perawat.
 11. Sewaktu mendelegasikan tanggung jawab keperawatan, pastikan bahwa orang yang diberikan delegasi tugas mengetahui apa yang harus dikerjakan dan orang tersebut memiliki pengetahuan dan keterampilan yang dibutuhkan.
 12. Selalu waspada saat melakukan intervensi keperawatan dan secara penuh setiap tugas yang dilaksanakan.
- c. Berbagai aspek legal dalam keperawatan Fungsi hukum dalam praktik keperawatan yaitu (Ermawati, 2015):
1. Hukum memberikan kerangka untuk menentukan tindakan keperawatan mana yang sesuai dengan hukum.
 2. Membedakan tanggung jawab perawat dengan tanggung jawab profesi yang lain
 3. Membantu menentukan batas-batas kewenangan tindakan keperawatan mandiri

4. Membantu dalam mempertahankan standar praktik-praktik keperawatan dengan posisi perawat memiliki akuntabilitas dibawah hukum (Kozier, Erb)
- d. Perlindungan legal untuk perawat Untuk menjalankan praktik secara hukum keperawatan harus dilindungi dari tuntutan malpraktik dan kelahiran pada keadaan darurat. Contoh (Ermawati, 2015):
1. UU di AS yang bernama Good Samaritan Acts yang memberikan perlindungan tenaga kesehatan dalam memberikan pertolongan pada keadaan darurat.
 2. Di Kanada terdapat UU lalu lintas yang memperbolehkan setiap untuk menolong korban pada setiap situasi kecelakaan yang bernama Traffic Act.
 3. Di Indonesia UU Kesehatan Nomor 23 Tahun 1992. Menurut Curtin (1978) yang dikutip oleh Stuart Sundeen dalam Principles and Practice of Psychiatric Nursing Care (1995), membuat suatu model untuk pengambilan keputusan suatu etik yaitu sebagai berikut (Direja, 2011):
 - a) Meliputi pengumpulan informasi untuk mengklarifikasi latar belakang isu tersebut.
 - b) Mengidentifikasi komponen etik atau keadaan dilema yang terjadi, seperti adakah faktor ancumannya (dilihat dari sudut hak untuk dapat menolak pelayanan).
 - c) Mengklarifikasi hak dan tanggung jawab yang ada pada seluruh pihak, meliputi klien, perawat, dan pihak lain seperti keluarga klien, dokter, lembaga perawatan kesehatan, ulama/pendeta, pekerja sosial, dan mungkin juga hakim. Terdapat empat pendekatan yang digunakan perawat untuk melakukan pendekatan dalam pemberian asuhan keperawatan yaitu sebagai berikut.

- (1) Utilitarianism: tindakan yang dilakukan oleh perawat yang dapat menimbulkan kebahagiaan.
 - (2) Egoism: semua tindakan diarahkan kepada diri pasien.
 - (3) Formalism: mengutamakan segala sesuatu secara formal.
 - (4) Fairness: sikap yang mengutamakan keadilan dan kejujuran dalam kehidupan, tidak mendiskriminasikan pasien.
- d) Yang terakhir adalah solusi yang diimplementasikan ke dalam tindakan dalam konteks memenuhi harapan sosial dan sesuai dengan hukum yang berlaku, perawat memutuskan ke dalam tujuan dan metode implementasi. Terdapat dua penerimaan klien di rumah sakit jiwa yaitu kesepakatan yang disadari dan kesepakatan yang tidak disadari, meliputi isu mengenai hukum dan aspek etik, serta legal dan aspek profesional. Perawat psikiatri mempunyai peran dalam tugas profesional dan tugas pribadi yaitu sebagai berikut (Direja, 2011):

- o Pemberian pelayanan
- o Pekerjaan dari rumah sakit
- o Sebagai warga negara pribadi

Trend atau current issue dalam keperawatan jiwa adalah masalah-masalah yang sedang hangat dibicarakan dan dianggap penting. Masalah-masalah tersebut dapat dianggap ancaman atau tantangan yang akan berdampak besar pada keperawatan jiwa baik dalam tatanan regional maupun global (Direja, 2011).

Ada beberapa trend penting yang menjadi perhatian dalam Keperawatan Jiwa di antaranya adalah masalah berikut (Direja, 2011):

1. Kesehatan jiwa dimulai masa konsepsi Dahulu bila berbicara masalah kesehatan jiwa biasanya dimulai pada saat onset terjadinya sampai klien mengalami gejala-gejala

2. Trend peningkatan masalah kesehatan jiwa Masalah jiwa akan meningkat di era globalisasi
3. Kecenderungan Faktor Penyebab Gangguan Jiwa
4. Kecenderungan situasi di Era Globalisasi. Era globalisasi adalah suatu era dimana tidak ada lagi pembatas antar Negara negara khususnya di bidang informasi, ekonomi, dan politik
5. Globalisasi dan Perubahan Orientasi Sehat Globalisasi atau era pasar bebas disadari atau tidak telah berdampak pada pelayanan kesehatan.
6. Kecenderungan Penyakit a) Meningkatnya post traumatic syndrome disorder b) Meningkatnya masalah psikososial c) Trend bunuh diri pada anak dan remaja d) Masalah Napza dan HIV/AIDS
7. Issue Seputar Pelayanan Keperawatan Mental Psikiatri a) Pelayanan keperawatan mental psikiatri yang ada kurang bisa dipertanggung jawabkan secara ilmiah hal ini karena masih kurangnya hasil-hasil riset keperawatan tentang keperawatan jiwa klinik. b) Perawat psikiatri yang ada kurang siap menghadapi pasar bebas karena pendidikan yang rendah dan belum adanya
8. lisensi untuk praktek yang bisa diakui secara internasional. c) Pembedaan peran perawat jiwa berdasarkan pendidikan dan pengalaman seringkali tidak jelas dalam "Position Description", job responsibility dan system reward di dalam pelayanan keperawatan dimana mereka bekerja (Stuart Sudeen, 1998). d) Menjadi perawat psikiatri bukanlah pilihan bagi peserta didik (mahasiswa keperawatan)

B. Prinsip Etik Keperawatan Jiwa

Etika berasal dari Bahasa Yunani *ethos* yang berarti karakter, watak kesusilaan atau adat kebiasaan yang etika tersebut berhubungan erat dengan konsep individu atau kelompok sebagai alat penilai kebenaran atau evaluasi terhadap sesuatu yang telah dilakukan. Penerapan aspek etik dalam keperawatan jiwa sangat terkait dengan pemberian diagnosis, perlakuan atau cara merawat, hak pasien, stigma masyarakat, serta peraturan atau hukum yang berlaku (Wulan, 2011).

Etika adalah kode perilaku yang memperlihatkan perbuatan yang baik bagi kelompok tertentu. Etika juga merupakan peraturan dan prinsip perbuatan yang bisa disebut benar. Etika berhubungan dengan peraturan atas perbuatan atau tindakan yang mempunyai prinsip benar atau salah serta prinsip moralitas karena etika bertanggung jawab secara moral (Wulan, 2011).

Prinsip etika mempunyai peranan penting dalam menentukan perilaku yang beretika dan dalam pengambilan keputusan etis. Prinsip etika berfungsi untuk membuat secara spesifik apakah suatu tindakan dilarang, diperlukan atau diizinkan dalam suatu keadaan. Menurut Beuchamp dan Childress (Fowler, 1989; Potter & Perry, 1992) prinsip etika dapat digunakan untuk memperkirakan isu etika dan membuat keputusan etis yang terdiri dari atas (Wulan, 2011):

a. Otonomi

Otonomi adalah hak untuk membuat keputusan sendiri. Menghormati otonomi menyangkut penghormatan terhadap otonomi individu untuk dengan bebas menentukan sendiri apa yang akan dilakukan. Ini menunjukkan bahwa setiap individu tidak hanya membuat pilihan untuk membuat keputusan sendiri, tetapi juga bebas dalam menerima setiap konsekuensi dari keputusan yang dibuat. Otonomi berarti individu mampu bertindak untuk diri mereka sendiri sesuai dengan kemampuannya (Fowler, 1989; Potter and Perry, 1992). Menurut Potter

dan Perry (1992), konsep manusia sebagai individu yang bebas menuntut perawat untuk menghargai nilai dan pilihan mereka. Otonomi adalah kebebasan individu dalam bertindak dan menentukan diri sendiri. Menghargai otonomi berarti menghargai individu sebagai seseorang yang mempunyai harga diri dan martabat yang mampu menentukan sesuatu bagi dirinya. Prinsip otonomi sering menjadi isu yang kontroversial. Setiap orang mempunyai hak dasar untuk membuat suatu keputusan, yang penting dalam program pengobatan. Pada situasi tertentu seseorang mungkin tidak dapat membuat keputusan sendiri dalam menentukan program pengobatannya, ketika menderita gangguan jiwa yang akut (Gardner dkk., 1999 dalam Wulan, 2011).

Perawat harus berhati-hati dalam mengkaji kemampuan pasien gangguan jiwa terhadap setiap informasi yang diterima pasien, pemecahan masalah, dan membuat keputusan sendiri. Pengkajian menjadi sesuatu yang kritical ketika perawat memberikan informed consent pada pasien. Contoh, ketika pasien memberikan persetujuan terhadap program pengobatannya, apakah mereka diberi kebebasan untuk menandatangani lembar persetujuan tersebut? Penerapan prinsip otonomi pada pasien gangguan jiwa masih menjadi perdebatan. Apa yang terjadi bila pasien menolak minum obat dan menolak untuk dirawat di rumah sakit? Yang harus diingat penggunaan kekerasan atau paksaan bertentangan dengan prinsip otonomi ini (Wulan, 2011).

Prinsip otonomi sangat penting dalam praktik keperawatan. Perawat harus menghargai harkat dan martabat manusia sebagai individu yang dapat memutuskan hal terbaik bagi keputusan yang berhubungan dengan asuhan keperawatan klien tersebut (Suhaemi [2003]). Menurut Beuchamp dan Childress (1994, dalam Brent, 2001) ada tiga kondisi tindakan otonomi, yaitu sungguh, pengertian, dan tidak adanya pengaruh control (Wulan, 2011).

b. Non-maleficence

Nonmaleficence (tidak merugikan orang lain atau jangan mencelakakan) berarti tidak melukai atau tidak menimbulkan bahaya atau cedera bagi orang lain. Prinsip nonmaleficence meliputi ungkapan moral yang terkenal "Above all, do not harm" (yang terpenting dari semuanya, jangan merugikan atau mencelakan). Prinsip ini menambahkan kesemburan, kedengkian, kurang hati-hatidan ketidaktahuan yang seharusnya tidak diizinkan memengaruhi perawatan pasien (Bailey dan Schwartzberg, 1995).

Johnson (1989, dalam Suhaemi [2003]) mengatakan bahwa prinsip untuk tidak melukai orang lain berbeda dan lebih keras daripada prinsip untuk melakukan kebaikan. Munson (1988, dalam Bailey & Schwartzberg [1995]) membuat susunan frase yang baru: "Kita seharusnya bertindak dengan cara yang tidak menimbulkan kerugian atau cedera bagi orang lain." Dengan kata lain, kita seharusnya bertindak dengan cara yang benar sehingga tidak menyebabkan kecelakaan terhadap lainnya. Menurut hukum, hal ini adalah merupakan pokok-pokok (standar) "hak keperawatan". Dengan tidak sesuainya standar ini, para perawat kesehatan membuat diri mereka terlibat dalam moral maleficence yang sah (Seedhouse, 1992). Contoh prinsip nonmaleficence dapat terjadi dalam pemberian kemoterapi kepada pasien kanker, diketahui bahwa kemoterapi dapat meningkatkan kualitas hidup pasien dan dapat juga menimbulkan "kerugian" (efek samping) pada pasien (Wulan, 2011).

c. Beneficence

Prinsip beneficence (memaksimalkan manfaat dan meminimalkan kerugian) berasal dari tulisan-tulisan Hipocrates dan menekankan pada profesi medis yang mempunyai tugas untuk menolong (Bailey, 1995). Prinsip ini sudah menjadi salah satu prinsip yang mendasar dalam etika medis sejak zaman sumpah

Hipocrates (Wulan, 2011). Prinsip ini bertujuan meningkatkan kesejahteraan manusia dan untuk tidak mencelakakannya.

Perawat diwajibkan untuk melaksanakan tindakan yang bermanfaat bagi klien, akan tetapi seiring dengan meningkatnya teknologi dalam sistem asuhan keperawatan, terkadang tindakan tersebut mempunyai risiko yang dapat membahayakan pasien (Suhaemi, 2003). Beneficence ialah sesuatu yang bernilai positif dalam kesehatan atau kesejahteraan (welfare). Beneficence merupakan prinsip untuk melakukan yang baik dan tidak merugikan orang lain.

Menurut Beauchamp & Childress (2001), prinsip beneficence terdiri dari kewajiban untuk mencegah bahaya, memindahkan bahaya, dan melakukan yang terbaik (Brent, 2001). Inti dari prinsip beneficence adalah tanggung jawab untuk melakukan kebaikan yang menguntungkan pasien dan menghindari perbuatan yang merugikan atau membahayakan pasien. Contoh, seorang pasien yang mengalami perdarahan hebat akibat penyakit hati yang kronis mempunyai kepercayaan bahwa pemberian transfusi darah bertentangan dengan keyakinannya. Sebelum kondisi pasien bertambah berat, pasien telah memberikan pernyataan tertulis kepada dokter bahwa pasien tidak mau ditransfusi darah, ketika kondisi pasien bertambah buruk dan terjadi perdarahan yang hebat, dokter seharusnya menginstruksikan untuk memberikan transfusi darah. Dalam hal akhinya transfusi darah tidak diberikan karena prinsip beneficence, walaupun sebenarnya pada saat bersamaan terjadi penyalahgunaan prinsip nonmaleficence. Perawat diwajibkan untuk melaksanakan tindakan yang bermanfaat bagi pasien, akan tetapi dengan meningkatnya teknologi dalam sistem asuhan keperawatan, juga merupakan risiko dari suatu tindakan yang membahayakan (Suhaemi, 2003). Munson (1988 dalam Bailey & Schwartzberg, 1995) menjelaskan bahwa "setiap orang seharusnya bertindak untuk mempromosikan kesejahteraan orang lain" (Wulan, 2011).

d. Justice

Justice (keadilan) merupakan prinsip moral berlaku adil untuk semua individu, tindakan yang dilakukan untuk semua orang sama. Tindakan yang sama tidak selalu identik, tetapi dalam hal ini persamaan berarti mempunyai kontribusi yang relatif sama untuk kebaikan kehidupan seseorang.

Justice adalah prinsip etik, yaitu perawat secara langsung menghormati hak dan pengobatan yang adil (Greipp, 1992). Menurut Hitler (1981) kebutuhan kesehatan harus menerima number pelayanan kesehatan dalam jumlah yang sama. Prinsip keadilan menurut Beauchamp dan Childress dalam Priharjo (1995) adalah mereka yang sederajat harus diperlakukan sederajat, sedangkan yang tidak sederajat diperlakukan secara tidak sederajat, sesuai dengan kebutuhan mereka. Sedangkan yang tidak sederajat diperlakukan secara tidak sederajat, sesuai dengan kebutuhan mereka. Hal ini berarti bahwa kebutuhan kesehatan dari mereka yang sederajat harus menerima sumber pelayanan kesehatan dalam jumlah sebanding ketika seseorang mempunyai kebutuhan kesehatan yang besar, maka ia harus mendapatkan sumber-sumber kesehatan yang besar pula (Priharjo, 1995 dalam Wulan, 2011).

Justice menyangkut kewajiban untuk memperlakukan setiap orang sesuai dengan apa yang baik dan benar dan memberikan apa yang menjadi hak pada setiap orang. Dalam hubungan perawat dengan pasien, perawat dapat berfungsi sebagai narasumber dalam memberikan informasi yang relevan dengan masalah pasien, perawat juga berfungsi sebagai konseling yaitu ketika pasien mengungkapkan perasaannya dalam hal yang berkaitan dengan keadaan sakitnya. Memperlakukan orang lain secara adil dan memberikan apa yang menjadi kebutuhan mereka (Beauchamp & Childress, 2001 dalam Wulan, 2011).

e. Veracity

Prinsip veracity (kejujuran) menurut Veatch dan Fry (1987) didefinisikan untuk menyatakan hal yang sebenarnya dan tidak berbohong. Kejujuran merupakan dasar terbinanya hubungan saling percaya antara perawat-pasien. Perawat sering tidak memberitahukan kejadian yang sebenarnya pada pasien yang sakit parah. Namun penelitian pada pasien dalam keadaan terminal menjelaskan bahwa pasien ingin diberi tahu tentang kondisinya secara jujur (Priharjo, 1995). Mengatakan yang sebenarnya, mengarahkan perawat untuk menghindari kebohongan pada pasien atau menipu pasien (Wulan, 2011)

f. Confidentiality

Confidentiality (kerahasiaan) merupakan bagian dari privasi, seseorang bersedia untuk menjaga kerahasiaan informasi. Confidentiality adalah sesuatu yang profesional dan merupakan kewajiban etis dalam menggunakan penggalian pengetahuan pasien untuk meningkatkan kualitas perawatan pasien dan bukan untuk tujuan lain, seperti gossip, kepentingan orang lain, dan memberikan informasi pasien pada orang lain. Perawat harus mempertahankan kerahasiaan tentang data pasien baik secara verbal maupun informasi tertulis. Menjaga kerahasiaan data pada pasien adalah sesuatu yang khusus dan penting dalam perawatan pasien gangguan jiwa.

C. DILEMA ETIK DAN PROSES PENGAMBILAN KEPUTUSAN ETIK KEPERAWATAN JIWA

1. Definisi Dilema Etik

Dilema etik adalah realitas sehari-hari dalam praktik keperawatan. Dilema etik selalu ada bersama dengan manusia termasuk perawatan, tetapi sifat alami mereka dalam setting keperawatan kesehatan dapat berubah secara radikal sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi

(Aroskar,1980).Dilema etik dapat terjadi pada saat perawat-pasien berinteraksi dirumah sakit,keluarga,dan masyarakat.Untuk mengetahui berbagai dilema etik yang dihadapi oleh perawat,pemahaaman yang menyeluruh mengenai sifat dari dilema etik termasuk definisi dari dilema etik dan dilema etik dalam praktik asuhan keperawatan merupakan hal penting (Purba,2009).

Sebuah dilema dapat didefinisikan sebagai suatu masalah sulit yang kelihatannya tidak dapat diatasi yang melibatkan pilihan yang sama-sama tidak memuaskan,yang sering terjadi dalam praktek keperawatan (Aroskar,Liaschencko,dan Drought,1997).Dilema etik adalah situasi ketika seseorang dipaksa untuk memilih satu dari dua pilihan yang sama-sama tidak memuaskan (Han dan Ahn,2000).Dilema etik adalah situasi yang melibatkan tuntutan konflik moral dan akan memunculkan pertanyaan seperti “apa yang seharusnya dilakukan?” atau “keputusan atau tindakan apa yang berbahaya dan yang memberikan manfaat?”.Cassels dan Redman (1998) menguraikan dilema etik sebagai suatu situasi ketika ada dua pilihan yang sama baik yang diinginkan maupun yang tidak diinginkan dan masing- masing pilihan diantara pilihan tersebut dapat dibenarkan dengan aturan atau prinsip moral yang mendasar. Suatu dilema etik terjadi ketika (1) seseorang harus memilih diantara pilihan yang tidak dapat diterima dengan cara yang sama, (2) pilihan yang diinginkan mengarahkan pada hasilyang tidak diinginkan, (3) ketika pilihan membuat seseorang tidak tahu apa yang benar untuk dilakukan (Ellis dan Hartley, 2001 : Rushton [1988] yang dikutip oleh reigle [1996] : sletteboe, 1997) dan sebuah dilema etik ada ketika terjadi tuntutan konflik moral dengan orang lain (redman dan hill, 1997 dalam purba, 2009).

Menurut Canadian Nurses Association (2002) dilema etik adalah situasi yang timbul ketika secara bersamaan terjadi pemaksaan tindakan keperawatan yang berlawanan dengan pemahaman etika tertentu sedangkan tindakan tersebut harus dilakukan, misalnya ketika seseorang perawat terpaksa melakukan suatu tindakan perawatan tertentu walaupun tindakan tersebut menimbulkan risiko bagi dirinya (Purba, 2009)

Thompson dan Thompson (1985, dalam Kozier, Erb, dan Bufalino (1989) menggambarkan beberapa kriteria untuk menjelaskan dilema etik dalam praktik klinik, yaitu (Purba, 2009):

- a. Kesadaran pada perbedaan pilihan, individu harus sadar pada pilihan yang berbeda secara terbuka baik berupa kognitif (mengetahui bahwa sesuatu salah) maupun berupa efektif (perasaan bahwa sesuatu salah)
- b. Sifat moral dilema, apa dilema perawat yang muncul dalam menghadapi isu moral? Tidak semua situasi yang terlihat membingungkan bagi perawat adalah dilema etik.
- c. Dua atau lebih pilihan dengan pilihan yang tepat: untuk situasi yang menjadi dilema moral, salah satunya harus memilih dua atau lebih tindakan.

2. Klasifikasi Dilema Etik

Beberapa penelitian telah mengeksplorasi pengalaman perawat dan mahasiswa perawat ketika berhadapan dengan dilema etik (Cassells & Redmann, 1989; Chaowalit et al, 2002; Dinc & Gorgulu, 2002; Pujiastuti, 2004; Tabak 8: Reches, 1996). Dilema etik yang dihadapi perawat dalam praktik keperawatan terjadi pada situasi yang berbeda-beda. Dimensi etika dalam praktik keperawatan berorientasi pada tindakan, bukan pada

perasaan dan keyakinan dengan mempertimbangkan pilihan yang merefleksikan prinsip etik (Post,1996 dalam Purba,2009).

Setiawan (2005) menjelaskan dalam penelitiannya bahwa ada lima dilema etik yang dialami oleh perawat yang bekerja di ruang intensive care unit (ICU) di Medan,yaitu (Purba,2009):

- a. Meneruskan atau menghentikan pengobatan.
- b. Siapa yang seharusnya diberi ventilator.
- c. Perawat ingin bertindak tetapi tindakannya melebihi wewenang.
- d. Mengatakan atau tidak mengatakan yang sebenarnya.
- e. Bertindak sebagai penasehat bagi pasien vs, membedakan hubungan dengan tim kesehatan yang lain.

Gold,Chambers,dan Dvorak (1995) mengemukakan dilema etik terbesar yang dialami oleh 12 perawat yang bekerja untuk penyakit akut,jangka panjang,dan perawatan rumah dala empat kategori (Purba,2009):

- a. Menyimpan informasi dan memberikan perhatian (veracity,kebulatan tekad diri)
- b. Keadilan dalam memberi perawatan (justice)
- c. Perbedaan antara bisnis dan nilai profesional (beneficence,justice)
- d. Aturan yang rusak dan pelapor aturan yang rusa (Purba,2009)

3. Pengambilan Keputusan Etis

Pengambilan keputusan etis adalah suatu keterampilan kognitif,yang membutuhkan pendidikan tentang prinsip etika dan pemahaman akan isu etika yang spesifik dan tinjauan pustaka yang relevan.Pengambilan keputusan etis dapatjuga didefinisikan sebagai suatu psikodinamika yang melibatkan personal,mottivasi,persepsi,dan opini-opini (Salladay & Haddad,1986 dalam Purba,2009).

Pengambilan keputusan dipengaruhi oleh banyak faktor. Terkait dengan Wlody (1990), faktor yang memengaruhi pengambilan keputusan etis adalah kebutuhan pasien, proses oenyakit, hat pasien, keinginan / perasaan pasien, keinginan keluarga, tujuan yang dibuat tim pengobatan, dan faktor sosial. Berhadapan dengan demi ehk, staf perawat dan mahasiswa perawat dapat menggunam pengambilan keputusan etis untuk mengatasinya (Purba, 2009).

Menurut Yung (1997), pengambilan keputusan etis merupakan proses rasional dan analitik karena aksi terbaik secara moral dan situuuasi yang melibatkan pilihan yang berbeda ditentukan. Pembuatan keputusan etis oleh perawat merupakan proses yang panjang sehingga perawat perlu mengidentifikasikan dan mengevaluasi pilihan tindakan srta menentukan apa yang harus dilakukan (Erlen & Sereika, 1997 dalam Purba, 2009). Pengambilan keputusan etis adalah suatu penilaian ketika fakta- fakta dapat memberikan kontribusi tetapi keputusan akhirnya harus diambil dengan menimbang-nimbang berbagai njilai atau metode untuk menjawab pertanyaan tentang dilema etik dan untuk mengorganisasikan pemikiran dengan cara yang lebih logis dan sistematis (Maramis, 1990 dalam Purba, 2009).

Berbagai faktor mempunyai pengaruh terhadap seseorang dalam membuat keputusan yang etis. Faktor tersebut antara lain faktor agama, sosial, ilmu pengetahuan dan teknologi, legislasi atau keputusan yuridis, dana/keuangan, pekerjaan/posisi klien maupun perawat, kode etik keperawatan, dan hak-hak pasien. Pembuatan keputusan etis membutuhkan penalaran etika yang bertanggungjawab, sistemastis dan bukan berdasarkan emosi, intuisi, fixed policy, dan lain-lain (Suhaemi, 2003). Dapat disimpulkan bahwa pengambilan keputusan yang etis merupakan suatu proses yang sistematis

atau strategi atau metoda yang digunakan oleh staf perawat maupun mahasiswa perawat ketika berhadapan dengan delima etik dan praktik keperawatan berdasarkan konsep dan prinsip etika untuk melakukan tindakan moral (Purba,2009).

4. Teori yang Melandasi Pengambilan Keputusan Etis

Etika adalah standar studi untuk perilaku profesional yang berhubungan dengan “kebenaran dan kesalahan” tingkah laku profesional (Potter & Perry,1992).Teori etika merupakan prinsip moral atau serangkaian prinsip moral yang dapat digunakan untuk mengkaji apa yang benar dan apa yang salah secara moral (Ellis 8: Hartley,2001). Menurut Fry (1991,dalam Suhaemi [2003] teori dasar/prinsip etika merupakan penuntun untuk membuat keputusan yang etis dalam praktik profesional.Menurut Burkhardt dan Nathaniel,(2002),teori etika merupakan teori utama dalam pengobatan,keperawatan,dan bioetik.Teori etika memberikan petunjuk dasar untuk menemukan pertanyaan moral.Ada dua dasar teori yang sering digunakan untuk menganalisis dilema etik yaitu (Purba,2009).

D. HAK-HAK PASIEN JIWA

Hak pasien sangat bergantung pada peraturan perundangan.Menurut Undang-Undang Kesehatan Pasal 144 mengatakan,”Menjamin setiap orang dapat menikmati kehidupan kejiwaan yang sehat,bebas dari ketakutan,tekanan,dan gangguan lain yang dapat mengganggu kesehatan jiwa”. Beberapa hak pasien yang telah diadopsi oleh banyak Negara Bagian di Amerika antara lain sebagai berikut (Yusuf,2015).

1. Hak untuk berkomunikasi dengan orang diluar rumah sakit.

Pasien bebas untuk mengunjungi dan berbicara melalui telepon secara leluasa dan mengirim surat tertutup kepada siapapun yang dipilihnya (Yusuf,2015).

2. Hak terhadap barang pribadi.

Pasien berhak untuk membawa sejumlah terbatas barang pribadi bersamanya. Namun, bukan menjadi tanggung jawab rumah sakit untuk keamanan dan tidak membebaskan staf rumah sakit tentang jaminan keamanan pasien (Yusuf,2015).

3. Hak menjalankan keinginan.

Kemampuan seseorang untuk menyatakan keinginannya yang dikenal sebagai “surat wasiat”. Pasien dapat membuat wasiat yang sah jika ia (1) mengetahui bahwa ia membuat surat wasiat, (2) mengetahui sifat dan besar miliknya, dan (3) mengetahui siapa teman dan keluarganya serta hubungannya dengan mereka. Tiap kriteria ini harus dipenuhi dan didokumentasikan agar surat wasiat tersebut dapat dianggap sah (Yusuf,2015).

4. Hak terhadap “Habeas Corpus”.

Semua pasien mempunyai hak, yang memperkenankan pengadilan hukum, untuk mensyaratkan pelepasan secepatnya bagi tiap individu yang dapat menunjukkan bahwa ia sedang kehilangan kebebasannya dan ditahan secara tidak legal (Yusuf,2015).

5. Hak terhadap pemeriksaan psikiatrik yang mandiri.

Pasien boleh menuntut suatu pemeriksaan psikiatri oleh dokter yang dipilihnya sendiri, Jika dokter tersebut menentukan bahwa tidak menderita gangguan jiwa, maka pasien harus dilepaskan (Yusuf, 2015).

6. Hak terhadap kekeluargaan pribadi.

Individu boleh merahasiakan beberapa informasi tentang dirinya dari orang lain. “kerahasiaan” membolehkan pemberian informasi tertentu kepada orang lain, tetapi sangat terbatas pada orang yang diberi kewenangan saja. “Komunikasi dengan hak istimewa” merupakan suatu pernyataan legal yang hanya dapat digunakan dalam proses yang berkaitan dengan pengadilan. Ini berarti bahwa pendengar tidak dapat memberikan informasi yang diperoleh dari seseorang kecuali pembicara memberikan izin. Komunikasi dengan hak istimewa tidak termasuk menggunakan catatan rumah sakit, serta sebagian besar negara tidak memberikan hak istimewa komunikasi antara perawat dan pasien. Selain itu, terapis bertanggung jawab terhadap pelanggaran kerahasiaan hubungan untuk memperingatkan individu yang potensial menjadi korban tindak kekerasan yang disebabkan oleh pasien (Yusuf, 2015).

7. Hak persetujuan tindakan (informed consent).

Dokter harus menjelaskan pengobatan terhadap pasien, termasuk potensial komplikasi, efek samping dan resiko. Dokter harus mendapatkan persetujuan pasien, yang harus kompeten, dipahami, dan tanpa paksaan (Yusuf, 2015).

8. Hak pengobatan.

Kriteria untuk pengobatan yang adekuat didefinisikan dalam tiga area, yaitu (1) lingkungan fisik dan psikologis manusia, (2) staf yang berkualitas dan jumlah anggota yang mencukupi untuk memberikan pengobatan, serta (3) rencana pengobatan yang bersifat individual (Yusuf, 2015).

9. Hak untuk menolak pengobatan.

Pasien dapat menolak pengobatan kecuali jika ia secara legal telah ditetapkan sebagai tidak berkemampuan. “Ketidakmampuan” menunjukkan

bahwa orang yang mengalami gangguan jiwa dapat menyebabkan ketidakmampuannya untuk memutuskan dan gangguan ini membuat ia tidak mampu untuk mengatasi sendiri masalahnya. Ketidakmampuan hanya dapat dipulihkan melalui sidang pengadilan lain (Yusuf, 2015).

E. PERAN LEGAL PERAWAT KEPERAWATAN JIWA

Keperawatan jiwa mulai menjadi profesi pada awal abad ke-19 dan pada masa tersebut berkembang menjadi spesialis dengan peran dan fungsi-fungsi yang unik. Keperawatan jiwa adalah suatu proses interpersonal dengan tujuan untuk meningkatkan dan memelihara perilaku-perilaku yang mendukung terwujudnya suatu kesatuan yang harmonis (integrated). Kliennya dapat berupa individu, keluarga, kelompok, organisasi, masyarakat. Tiga wilayah praktik keperawatan jiwa meliputi perawatan langsung, komunikasi dan manajemen.

Perawat jiwa memiliki hak dan tanggungjawab dalam tiga peran legal yaitu perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan, perawat sebagai pekerja, dan perawat sebagai warga negara. Perawat mungkin mengalami konflik kepentingan antara hak dan tanggung jawab ini. Penilaian keperawatan profesional memerlukan pemeriksaan yang teliti dalam konteks asuhan keperawatan, kemungkinan konsekuensi tindakan keperawatan, dan alternatif yang mungkin dilakukan perawat (Fadisa, 2012).

Malpraktik mencakup kegagalan seorang profesional untuk memberikan jenis asuhan yang dilakukan oleh anggota profesi di masyarakat, yang membahayakan pasien. Kebanyakan tuntutan malpraktik diarsipkan dalam hukum tentang kesalahan karena kelalaian. Kesalahan merupakan suatu kesalahan sipil yang didalamnya pihak yang di dalamnya pihak yang dirugikan memiliki hak untuk mendapatkan kompensasi. Di bawah ini

hukum tentang kesalahan karena kelalaian, penggugat harus membuktikan (Farida, 2012):

1. Ada kewajiban legal untuk melakukan asuhan.
2. Perawat melakukan tugasnya dengan kelalaian.
3. Gangguan yang dialami pasien sebagai akibatnya.
4. Gangguan bersifat substansial.

Peran dan fungsi perawat jiwa saat ini telah berkembang secara kompleks dari elemen historis aslinya (Stuart, 2002). Peran perawat jiwa sekarang mencakup parameter kompetensi klinik, advokasi pasien, tanggung jawab fiskal (keuangan), kolaborasi profesional, akuntabilitas (tanggung gugat) sosial, serta kewajiban etik dan legal. Dengan demikian, dalam memberikan asuhan keperawatan jiwa perawat dituntut melakukan aktivitas pada tiga area utama yaitu (Farida, 2012):

- a. Aktivitas asuhan langsung, seperti
- b. Aktivitas komunikasi, dan
- c. Aktivitas pengelolaan/penatalaksanaan manajemen keperawatan.

RINGKASAN

1. Legal adalah suatu yang dianggap sah oleh hukum dan undang-undang (Kamus Besar Bahasa Indonesia) (Ermawati, 2015). Etika keperawatan jiwa 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 (Barger dan Williams, 1999).
2. Etika keperawatan merupakan suatu dalam melaksanakan praktik keperawatan, tidak terkecuali keperawatan jiwa

3. Dilema dapat didefinisikan sebagai suatu masalah sulit yang kelihatannya tidak dapat diatasi yang melibatkan pilihan yang sama-sama tidak memuaskan, yang sering terjadi dalam praktek keperawatan

PENUGASAN

Buatlah diskusi dalam kelompok, bacalah kasus ini baik-baik dan selesaikan sesuai dengan petunjuk di bawah.

Seorang pasien usia 34 tahun, masuk ruang IGD dengan tanda dan gejala marah-marah tanpa sebab, berbicara dan tertawa sendiri, penampilan tidak rapi, gigi kotor, kuku panjang, pasien akan diberikan terapi obat, terapi kejang listrik dan terapi spesialis yaitu behaviour therapy. Melihat kondisi tersebut, keluarga meminta agar pasien di berikan kejang listrik, karena melihat riwayat sebelumnya pasien tampak membaik setelah diberikan kejang listrik. Namun, berdasarkan hasil pemeriksaan medis, tidak ada indikasi pasien untuk dilakukan terapi kejang listrik. Bagaimana kaitannya dengan aspek legal etik terkait tindakan yang akan diberikan?

TEST

1. Seorang perawat laki-laki berusia 30 tahun akan melakukan tindakan Restrain “pengikatan” pada pasien gangguan jiwa yang sedang melakukan kekerasan, sebelum melakukan tindakan perawat memastikan terlebih dahulu apa yang dilakukan tidak menyalahi aturan dan sesuai dengan SOP rumah sakit.

Apakah aspek yang sedang diterapkan oleh perawat tersebut ?

A. Aspek etik

B. Aspek legal

C. Aspek moral

D. Aspek hukum

E. Aspek social

2. Seorang perawat laki-laki berusia 28 tahun bekerja di suatu ruang rawat inap rumah sakit jiwa, setiap ia melakukan tindakan keperawatan, ia selalu mengatakan kepada pasiennya bahwa ia akan menjamin kerahasiaan penyakit pasien dan tidak akan menceritakan kepada orang lain, ia selalu berusaha menjaga prinsip tersebut.

Apakah prinsip keperawatan jiwa yang telah di laksanakan oleh perawat tersebut?

A. Confidentiality

B. Autonomy

C. Beneficence

D. Justice

E. Veracity

3. Seorang perawat yang bertugas di rumah sakit jiwa melakukan pengikatan/restrain terhadap pasien dengan perilaku kekerasan, pasien tersebut beresiko menciderai diri sendiri mau pun orang lain, tetapi perawat tersebut merasa bersalah dengan tindakan yang dilakukannya, karena ia merasa telah melanggar hak kebebasan dari pasiennya.

Apakah peristiwa yang dialami oleh perawat tersebut?

A. Pelanggaran aspek legal

B. Pelanggaran aspek moral

C. Dilema moral

D. Dilema etik

E. Pelanggaran hak asasi manusia

4. Salah satu tindakan asuhan keperawatan yang dapat melanggar aspek legal dan hak pasien dalam melakukan asuhan keperawatan jiwa dirumah sakit jiwa adalah?
- A. **Mengunci kamar pasien agar pasien tidak dapat keluar**
 - B. Membiarkan pasien melakukan kegiatan menyapu
 - C. Meminta pasien mandi dan membersihkan tempat tidur
 - D. Membiarkan pasien mengambil makanannya sendiri
 - E. Melarang pasien keluar kamar
5. Apakah yang dimaksud dengan “ kekuasaan/kewenangannya yang dimiliki oleh seseorang atau suatu badan hukum untuk mendapatkan atau memutuskan untuk berbuat sesuatu”
- A. Etik
 - B. Law
 - C. Legal
 - D. Hukum
 - E. **Hak**

DAFTAR PUSTAKA

1. Halter MJ.(2014).Varcarolis“Foundations of Psyciatric Mental Health Nursing:A Clinical Approach
2. Yusuf,AH., Fitryasari, R.P.K., Nihayanti, H.E (2015). Buku Ajar Keperawatan Jiwa. Jakarta : Salemba Medika
3. Yosep, I (2011)., Keperawatan Jiwa (Revisi). Bandung; Refika Aditama
4. Copel, L. C . (2007). Kesehatan Jiwa dan Psikiatri : Pedoman klinis perawat ; alih bahsa, Akemat; editor edisi bahasa Indonesia, Devi Yulianti, Pamilih Eko Karyuni, Ed 2. Jakarta : EGC

TOPIK 9

PELAYANAN KEPERAWATAN JIWA PADA SITUASI BENCANA

A. LATAR BELAKANG

Proses bencana alam sering kali tidak terduga dan bencana alam memakan jiwa yang jumlahnya tidak sedikit, sehingga banyak yang tidak siap dan tanggap dalam memperkirakan bencana alam yang datang tiba-tiba. Profesi keperawatan bersifat luwes dan mencakup segala kondisi, dimana perawat tidak hanya terbatas pada pemberian asuhan dirumah sakit saja melainkan juga dituntut mampu bekerja dalam kondisi siaga tanggap bencana. Situasi penanganan antara keadaan siaga dan keadaan normal memang sangat berbeda, sehingga perawat harus mampu secara skill dan teknik dalam menghadapi kondisi seperti ini. Kegiatan pertolongan medis dan perawatan dalam keadaan siaga bencana dapat dilakukan oleh profesi keperawatan. Berbekal pengetahuan dan kemampuan yang dimiliki seorang perawat bisa melakukan pertolongan siaga bencana dalam berbagai bentuk. Aspek psikologis erat kaitannya dengan proses kehilangan, tidak hanya fisik, kehilangan barang milik, kehilangan orang yang dikasihi tetapi juga sosial, kehilangan aktivitas, kehilangan ikatan kekeluargaan dan lain sebagainya.

Mengingat dampak psikologis bencana sangat besar dalam arti jumlah mereka yang mengalami dampak besar namun jumlah profesional kesehatan mental terbatas (jumlah psikolog klinis dan psikiater sedikit). Belum lagi proses penanganan aspek psikologis bencana tidak singkat melainkan merupakan proses yang relatif panjang. Sehingga perlu dirancang sebuah strategi penanganan bencana untuk mengatasi masalah psikologis yang berkelanjutan dengan menggunakan suatu system teknologi modern serta bentuk dan peran yang bisa dilakukan perawat dalam keadaan tanggap bencana, terutama permasalahan

dalam mengatasi masalah psikis dari penderita bencana alam yang dapat mengganggu dan berpengaruh terhadap masalah kesehatan dari klien.

Bencana adalah peristiwa atau rangkaian peristiwa yang mengancam dan mengganggu kehidupan dan penghidupan masyarakat yang disebabkan baik oleh alam dan/atau non alam maupun faktor manusia sehingga mengakibatkan timbulnya korban jiwa manusia, kerusakan lingkungan, kerugian harta benda dan dampak psikologis (Undang-Undang Nomor 24 tahun 2007).

Bencana alam dapat menyebabkan dampak serius dan berkepanjangan terhadap kesehatan fisik maupun psikologis pada korban bencana yang selamat. Stres pascatrauma post traumatic stres disorder (PTSD) merupakan kelainan psikologis yang umum diteliti setelah terjadinya bencana. PTSD dicirikan dengan adanya gangguan ingatan secara permanen terkait kejadian traumatik, perilaku menghindar dari rangsangan terkait truma, dan mengalami gangguan meningkat terus menerus. Angka kejadian PTSD pada korban yang mengalami bencana langsung selama kurang lebih 30% sampai 40%. Pengamatan pada 262 korban tsunami di Aceh menunjukkan bahwa 83,6% mengalami tekanan emosi berat dan 77,1% menunjukkan gejala depresi. Bencana juga didefinisikan sebagai situasi dan kondisi yang terjadi dalam kehidupan masyarakat.

B. PARADIGMA PENANGGULANGAN BENCANA

Konsep penanggulangan bencana telah mengalami pergeseran paradigma dan konvensional yakni anggapan bahwa bencana merupakan kejadian yang tak terelakan dan korban harus segera mendapatkan pertolongan, ke paradigma pendekatan holistic yakni menampakkan bencana dalam tatak rangka manajemen yang dikenali dari bahaya, kerentanan serta kemampuan masyarakat. Pada konsep ini dipersepsikan bahwa bencana merupakan kejadian yang tak dapat dihindari, Namun resiko atau akibat kejadian bencana dapat diminimalisasi dengan mengurangi kerentanan masyarakat yang ada dilokasi rawan bencana

serta meningkatkan kapasitas masyarakat dalam mencegah dan penanganan bencana.

Tahapan penyelenggaraan penanggulangan bencana meliputi:

1. Pra bencana, pada tahap ini dilakukan kegiatan perencanaan penanggulangan bencana, pengurangan resiko bencana, pencegahan, pemaduan dalam perencanaan pembangunan, persyaratan analisis resiko bencana, penegakan rencana tata ruang, pendidikan dan pelatihan serta penentuan persyaratan standar teknis penanggulangan bencana (kesiapsiagaan, peringatan dini dan mitigasi bencana).
2. Tanggap darurat, tahap ini mencakup pengkajian terhadap lokasi, kerusakan sumber daya: penentuan status keadaan darurat: penyelamatan dan evakuasi korban, pemenuhan kebutuhan dasar: pelayanan psikososialn dan kesehatan.
3. Pasca bencana, taghapan ini mencakup kegiatan rehabilitasi (pemulihan daerah bencana, prasarana dan sarana umum, bantuan perbaikan rumah, sosial, psikologis, pelayanan kesehatan, keamanan dan ketertiban) dan rekonstruksi (pembangunan, pembangkitan dan peningkatan saranaprasarana termasuk fungsi pelayanan kesehatan).

C. PERAN MAHASISWA KEPERAWATAN DALAM TANGGAP BENCANA

Pelayanan keperawatan tidak hanya terbatas diberikan pada instansi pelayanan kesehatan seperti rumah sakit saja. Tetapi, pelayanan keperawatan tersebut juga dibutuhkan dalam situasi tanggap bencana. Mahasiswa keperawatan tidak hanya dituntut memiliki kemampuan dan pengetahuan dasar prakter keperawatan saja. Lebih dari itu, kemampuan tanggap bencana juga sangat dibutuhkan saat keadaan darurat. Hal ini diharapkan menjadi bekal bagi mahasiswa keperawatan untuk bisa terjun membeikan pertolongan dalam situasi

bencana. Namun, kenyataan yang terjadi lapangan sangat berbeda, kita lebih banyak melihat tenaga relawan dan LSM lain yang memberikan petolongan lebih dahulu dibandingkan dengan mahasiswa keperawatan, walaupun ada itu sudah terkesan lambat.

Kegiatan penanganan siaga bencana memeanng berbeda dibandingkan pertolongan medis dalam keadaan normal lainnya. Ada beberapa hal yang menjadi perhatian penting. Berikut beberapa tindakan yang bisa dilakukan oleh mahasiswa keperawatan dalam situasi tanggap bencana:

a. Pengobatan dan Pemulihan Kesehatan Fisik

Bencana alam yang menimpa suatu daerah, selalu akan memakan korban dan kerusakan, baik itu korban meninggal, korban luka luka, kerusakan fasilitas pribadi dan umum, yang mungkin akan menyebabkan isolasi tempat, sehingga sulit dijangkau oleh para relawan. Hal yang paling urgen dibutuhkan oleh korban saat itu adalah pengobatan dari tenaga kesehatan. Mahasiswa keperawatan bisa turut andil dalam aksi ini, baik berkolaborasi dengan tenaga perawat ataupun tenaga kesehatan profesional, ataupun juga melakukan pengobatan bersama mahasiswa keperawatan lainnya secara tepat, menyeluruh dan merata di tempat bencana. Pegobatan yang dilakukan pun bisa beragam, mulai dari pemeriksaan fisik, pengobatan luka, dan lainnya sesuai dengan profesi keperawatan.

b. Pemberian Bantuan Mahasiswa Keperawatan

Melakukan aksi galang dana bagi korban bencana, dengan menghimpun dana dari berbagai kalangan dalam berbagai bentuk, seperti makanan, obat obatan, keperluan sandang dan lain sebagainya. Pemberian bantuan tersebut bisa dilakukan langsung oleh mahasiswa keperawatan secara langsung dilokasi bencana dengan mendirikan posko bantuan. Selain itu, hal yang

harus difokuskan dalam kegiatan ini adalah pemerataan bantuan ditempat bencana sesuai kebutuhan yang dibutuhkan oleh para korban saat itu, sehingga tidak akan ada lagi korban yang tidak mendapatkan bantuan tersebut dikarenakan bantuan yang menumpuk ataupun tidak tepat sasaran.

c. Pemulihan Kesehatan Mental Para Korban Suatu Bencana

Biasanya akan mengalami trauma psikologis akibat kejadian yang menyimpan trauma tersebut bisa berupa kesedihan yang mendalam, ketakutan dan kehilangan berat. Tidak sedikit trauma ini menimpa wanita, ibu-ibu dan anak-anak yang sedang dalam masa pertumbuhan. Sehingga apabila hal ini terus berkelanjutan maka akan mengakibatkan stres berat dan gangguan para korban bencana.

Hal yang dibutuhkan dalam penanganan situasi seperti ini adalah pemulihan kesehatan mental yang dapat dilakukan oleh mahasiswa keperawatan. Pada orang dewasa, pemulihannya bisa dilakukan dengan sharing dan mendengarkan segala keluhan-keluhan yang dihadapinya, selanjutnya diberikan sebuah solusi dan diberi peyemangat untuk tetap bangkit. Sedangkan pada anak-anak, cara yang efektif adalah dengan mengembalikan keceriaan mereka kembali, hal ini mengingat sifat lahiriah anak-anak yang berada pada masa bermain. Mahasiswa keperawatan dapat mendirikan sebuah taman bermain, dimana anak-anak tersebut akan mendapatkan permainan, cerita lucu, dan lain sebagainya. Sehingga kepercayaan diri mereka akan kembali seperti sedia kala.

d. Pemberdayaan Masyarakat

Kondisi masyarakat disekitar daerah yang terkena musibah pasca bencana biasanya akan menjadi terkatung-katung tidak jelas akibat menburuknya

keadaan pasca bencana, akibat kehilangan harta benda yang mereka miliki, sehingga banyak diantara mereka yang patah arah dalam menentukan hidup selanjutnya. Hal yang bisa menolong membangkitkan keadaan tersebut adalah melakukan pemberdayaan masyarakat. Masyarakat perlu mendapatkan fasilitas dan skill yang dapat menjadi bekal bagi mereka.

a. Tahapan Bencana Pencegahan, Mitigasi dan Kesiapsiagaan Tanggap Darurat:

Pra Bencana

Kondisi non bencana adalah kondisi tidak ada bencana pada lokasi rawan bencana seperti daerah pantai atau pegunungan, daerah jalur gempa, daerah pinggiran sungai, lokasi pemukiman padat, gedung gedung tinggi dan lain lain. Upaya yang dilakukan selama pra bencana adalah : Pencegahan, mitigasi, dan kesiapsiagaan. Tujuan persiapan menghadapi bencana, meningkatkan koping bagaimana menghadapi bencana. Perilaku yang muncul menerima melawan menyangkal. Peran dari relawan persiapan, melatih masyarakat, meningkatkan pengetahuan masyarakat. Peran tenaga kesehatan jiwa profesional merencanakan kesiagaan, latihan simulasi keadaan darurat bencana, melatih tenaga kesehatan setempat, meningkatkan pengetahuan mitigasi, kolaborasi dengan pemerintah setempat yang berwenang, menginformasikan kebijakan yang dapat dipertanggungjawabkan, menyusun tim pertolongan pertama dengan terstruktur, membangun sistem peringatan dini bencana.

b. Saat Bencana (Emergency)

Kondisi bencana adalah ketika bencana benar benar sedang terjadi. Lama waktu kondisi ini berbeda beda. Beberapa kondisi yang biasanya menyertai bencana antara lain adalah kematian, kerusakan dan

kehilangan harta benda, serta perpisahan dengan orang yang dicintai.

Tahapan saat bencana ini terbagi menjadi 3 yaitu:

- 1) Tahapan Impact (0-48 jam setelah kejadian bencana)
- 2) Tahapan Rescue (0-1 minggu setelah terjadi bencana)
- 3) Tahapan Recovery (1-4 minggu setelah kejadian bencana)

c. Tahapan Impact

Tujuan bertahan dalam kondisi bencana, komunikasi intensif perilaku yang muncul agresif/pasif, pasrah, menyerah peran dari relawan memberikan pertolongan, melindungi, evakuasi dan pengungsian.

Peran tenaga kesehatan jiwa profesional

Pemenuhan kebutuhan dasar:

- 1) Menjamin keamanan dan keselamatan
- 2) Memastikan ketersediaan makanan dan pengungsian
- 3) Memberikan perdampingan orientasi kejadian
- 4) Melakukan pertolongan pertama pada psikologis (Psychological First Aid)
- 5) Mempertahankan dukungan dan menunjukkan kehadiran bagi mereka yang mengalami distress
- 6) Menjaga agar keluarga dapat tetap bersama monitor dampak bencana terhadap lingkungan
- 7) Mengobservasi dan mendengar korban yang paling terpengaruh
- 8) Pantau lingkungan yang dapat mencentuskan stres
- 9) Memberikan bantuan teknis, konsultasi dan pelatihan

Masalah yang tidak kalah penting adalah masalah psikososial dan kesehatan jiwa yang timbul pada saat dan pasca bencana, dan biasanya sering

luput dari perhatian orang yang mengalami peristiwa bencana atau traumatic ini, umumnya akan mengalami distress dan dapat timbul gejala-gejala pasca trauma yang membutuhkan daya adaptasi yang luar biasa. Hampir 70-80% orang yang mengalami peristiwa traumatic akibat bencana akan memunculkan gejala-gejala distress mental yang umumnya terjadi seperti ketakutan, gangguan tidur, mimpi buruk, panik, siaga berlebihan, berduka dan lain-lain.

Hal ini merupakan suatu respon normal yang umumnya timbul pada situasi tidak normal seperti pada situasi bencana. Umumnya keadaan tersebut bersifat sementara dan sebagian besar akan pulih secara alamiah dengan berlalunya waktu, meskipun tanpa intervensi yang spesifik. Karenanya, dalam melakukan intervensi dalam bentuk apapun, hendaknya jangan merusak mekanisme adaptasi normal yang dimiliki setiap individu yang justru dapat menghambat proses pemulihan. Korban bencana dan peristiwa traumatic memerlukan pendampingan psikososial yang tepat dapat membantu individu mengembangkan mekanisme coping yang ada dalam dirinya sehingga mereka secepatnya dapat menata kehidupannya Kembali

RINGKASAN

1. Bencana adalah peristiwa atau rangkaian peristiwa yang mengancam dan mengganggu kehidupan dan penghidupan masyarakat yang disebabkan baik oleh alam dan/atau non alam maupun faktor manusia sehingga mengakibatkan timbulnya korban jiwa manusia, kerusakan lingkungan, kerugian harta benda dan dampak psikologis
2. Tindakan yang bisa dilakukan oleh mahasiswa keperawatan dalam situasi tanggap bencana: Pengobatan dan Pemulihan Kesehatan Fisik, Pemberian Bantuan Mahasiswa Keperawatan, Pemulihan Kesehatan Mental Para Korban Suatu Bencana, Pemberdayaan Masyarakat,

PENUGASAN

Buatlah diskusi dalam kelompok, identifikasi masalah keseperawatan jiwa yang muncul setelah terjadinya bencana serta terapi yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah tersebut.

TEST

1. Tahun 2006, masyarakat Indonesia berduka, dimana terjadinya gempa berkekuatan besar sehingga menimbulkan korban yang sangat besar. Banyak keluarga yang kehilangan anggota keluarganya. Banyak lembaga masyarakat dan Negara tetangga memberikan bantuan dalam proses pencarian untuk membantu keluarga yang kehilangan anggota keluarga. Tahapan pasca bencana, berdasarkan kasus diatas, adalah :
 - A. Tahap impact : 0 – 48 jam pasca bencana
 - B. Tahap rescue : 0 – 1 minggu pasca bencana
 - C. Tahap recovery : 1- 2 minggu setelah terjadi bencana
 - D. Tahap rehabilitasi : 2 – 4 minggu pasca bencana
 - E. Tahap perbaikan : 1bulan sampai 6 bulan pasca bencana

2. Beberapa waktu yang lalu terjadi kecelakaan lalu lintas sehingga memerlukan bantuan dari cakupan yang lebih luas; biasanya melibatkan TIM Kesehatan,SAR, kepolisian satu provinsi karena banyaknya korban yang berjatuhan. Berdasarkan kasus diatas, tingkatan, tindakan segera (emergensi) bencana adalah
 - A. Tahap I
 - B. Tahap II
 - C. Tahap III
 - D. Tahap IV
 - E. Tahap V

3. Merencanakan aktivitas-aktivitas yang beorientasi pada masa depan untuk mencegah bencana sekunder yang dapat terjadi atau meminimalkan dampak bencana seperti menyiapkan program-program pelatihan untuk meningkatkan keterampilan kerja, melatih tenaga-tenaga kesehatan untuk meningkatkan kesehatan dan lain-lain. Merupakan tindakan pemulihan pada fase:
 - A. Perbaikan
 - B. Penataan kembali
 - C. Mitigasi
 - D. Pemulihan
 - E. Orientasi

4. Ketakutan, waspada, sensitif, mudah marah dan sulit tidur , khawatir, sangat sedih , mengulang-ulang kembali kejadian , beresedih , reaksi positif yang masih dimiliki → berharap atau berfikir ttg masa depan, terlibat dalam kegiatan menolong dan menyelamatkan, menerima bencana sebagai takdir, merupakan reaksi individu setelah bencana pada saat?
 - A. 24 jam pasca bencana
 - B. Minggu pertama - ketiga pasca bencana
 - C. Lebih dari minggu ketiga setelah bencana
 - D. Kurang dari 1 minggu setelah bencana
 - E. Beberapa saat setelah bencana

5. Pertongan / tindakan psikososial khusus yang dapat kita lakukan pasca bencana adalah
 - A. Konseling terhadap trauma

- B. Motivasi para korban untuk bekerjasama memenuhi kebutuhan mereka
- C. Cegah timbulnya bahaya yang lain
- D. Lakukan aktifitas rekreasi bagi anak-anak
- E. Anjurkan pasien dan keluarga untuk melakukan aktifitas berkelompok

DAFTAR PUSTAKA

1. Halter MJ.(2014).Varcarolis“Foundations of Psyciatric Mental Health Nursing:A Clinical Approach
2. Yusuf,AH., Fitryasari, R.P.K., Nihayanti, H.E (2015). Buku Ajar Keperawatan Jiwa. Jakarta : Salemba Medika
3. Yosep, I (2011)., Keperawatan Jiwa (Revisi). Bandung; Refika Aditama
4. Copel, L. C . (2007). Kesehatan Jiwa dan Psikiatri : Pedoman klinis perawat ; alih bahsa, Akemat; editor edisi bahasa Indonesia, Devi Yulianti, Pamilih Eko Karyuni, Ed 2. Jakarta : EGC

TOPIK 10

ASUHAN KEPERAWATAN JIWA SEPANJANG RENTANG KEHIDUPAN : USIA PRA SEKOLAH

1. Pengertian

Anak usia pra sekolah adalah anak yang berusia antara (3-6), dimana tahap perkembangan pada usia ini anak akan belajar berinteraksi dengan orang lain, berfantasi dan berinisiatif, pengenalan identitas kelamin dan meniru. Anak usia pra sekolah umumnya sangat aktif. Mereka telah memiliki penguasaan terhadap tubuhnya dan sangat menyukai kegiatan yang dilakukan sendiri.

Pada usia anak pra sekolah ini juga biasanya mengikuti program preschool. Di Indonesia untuk usia (3-6) tahun biasanya mengikuti program Taman Kanak-Kanak (Dewi,2015).

2. Karakteristik Perilaku

- a. Anak suka menghayal dan kreatif
- b. Anak punya inisiatif bermain dengan alat-alat dirumah
- c. Anak suka bermain dengan teman sebaya
- d. Anak mudah berpisah dengan orangtua
- e. Anak mengerti mana yang benar dan mana yang salah
- f. Anak belajar merangkai kata dan kalimat
- g. Anak mengenal berbagai warna
- h. Anak membantu menyelesaikan pekerjaan rumah sederhana
- i. Anak mengenal jenis kelaminnya
- j. Belajar keterampilan baru melalui permainan

3. Diagnosis Keperawatan

Penegakkan diagnosis keperawatan didasarkan pada data yang didapat melalui wawancara, observasi, maka perawat dapat merumuskan diagnosis keperawatan sebagai berikut: Kesiapan peningkatan perkembangan pra sekolah.

4. Tindakan Keperawatan

- a. Pemenuhan kebutuhan fisik yang optimal
 - 1) Kaji pemenuhan kebutuhan fisik anak
 - 2) Anjurkan pemberian makanan dengan gizi yang seimbang
 - 3) Kaji pemberian vitamin dan imunisasi alangan (booster)
 - 4) Ajarkan kebersihan diri

- b. Mengembangkan keterampilan motorik kasar dan halus
 - 1) Kaji kemampuan motorik kasar dan halus anak
 - 2) Fasilitasi anak untuk bermain yang menggunakan motorik kasar (kejar-kejaran, papan seluncur, sepeda, sepak bola, tangkap bola, dll)
 - 3) Fasilitasi anak untuk kegiatan dengan menggunakan motorik halus (belajar manggambar, menulis, mewarnai, menyusun balok dll)
 - 4) Menciptakan lingkungan aman dan nyaman bagi anak untuk bermain di rumah

- c. Mengembangkan keterampilan bahasa
 - 1) Kaji keterampilan bahasa yang disukai anak
 - 2) Berikan kesempatan anak bertanya dan bercerita
 - 3) Sering mengajak berkomunikasi
 - 4) Ajarin anak belajar membaca
 - 5) Balajar membaca

- d. Mengembangkan keterampilan adaptasi psikososial
 - 1) Kaji keterampilan adaptasi psikososial anak
 - 2) Berikan kesempatan anak bermain dengan teman sebaya
 - 3) Berikan dorongan dan kesempatan ikut perlombaan
 - 4) Latih anak berhubungan dengan orang lain yang lebih dewasa

- e. Membentuk identitas dan peransesuai jenis kelamin
 - 1) Kaji identitas dan peran sesuai jenis kelamin
 - 2) Ajari mengenal bagian-bagian tubuh
 - 3) Ajari mengenal jenis kelamin sendiri dan membedakan dengan jenis kelamin anak lain
 - 4) Berikan pakaian dan mainan sesuai jenis kelamin

- f. Mengembangkan kecerdasan
 - 1) Kaji perkembangan kecerdasan anak
 - 2) Bimbing anak dengan imajinasinya untuk menggali kreatifitas, dan bercerita
 - 3) Bimbing anak dalam belajar keterampilan baru
 - 4) Berikan kesempatan dan bimbing anak dalam membantu melakukan pekerjaan rumah sederhana
 - 5) Ajari pengenalan benda, warna, huruf, angka
 - 6) Latih membaca, menggambar dan menghitung

- g. Mengembangkan nilai moral
 - 1) Kaji nilai-nilai moral yang sudah diajarkan pada anak
 - 2) Ajarkan dan latih menerapkan nilai agama dan budaya yang positif
 - 3) Kenalkan anak terhadap nilai-nilai mana yang baik dan tidak

- 4) Memberikan pujian atas nilai-nilai positif yang dilakukan anak
 - 5) Latih kedisiplinan
- h. Meningkatkan peran serta keluarga dalam meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan
- 1) Tanyakan kondisi pertumbuhan dan perkembangan anak
 - 2) Tanyakan upaya yang sudah dilakukan keluarga terhadap anak
 - 3) Berikan reinforcement atas upaya positif apa yang sudah dilakukan keluarga
 - 4) Anjurkan keluarga untuk tetap rutin membawa anaknya kefasilitas kesehatan (posyandu, puskesmas dll)
 - 5) Anjurkan kepada keluarga untuk memberikan makan bergizi seimbang
 - 6) Berikan pendidikan kesehatan tentang tugas perkembangan normal pada usia prasekolah

LATIHAN

1. Berikan informasi cara menstimulasi perkembangan pada usia prasekolah

RINGKASAN

1. Anak usia pra sekolah adalah anak yang berusia antara (3-6), dimana tahap perkembangan pada usia ini anak akan belajar berinteraksi dengan
2. Penegakkan diagnosis keperawatan didasarkan pada data yang didapat melalui wawancara, observasi, maka perawat dapat merumuskan diagnosis keperawatan sebagai berikut: Kesiapan peningkatan perkembangan pra sekolah. orang lain, berfantasi dan berinisiatif, pengenalan identitas kelamin dan meniru

3. Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan adalah Pemenuhan kebutuhan fisik yang optimal ; Mengembangkan keterampilan motorik kasar dan halus; Mengembangkan keterampilan bahasa; Mengembangkan keterampilan adaptasi psikososial; Membentuk identitas dan peransesuai jenis kelamin; Mengembangkan kecerdasan; Mengembangkan nilai moral; Meningkatkan peran serta keluarga dalam meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan

TOPIK 11

ASUHAN KEPERAWATAN JIWA SEPANJANG RENTANG

KEHIDUPAN : USIA REMAJA

1. Pengertian

Usia remaja merupakan masa peralihan atau masa transisi dari masa anak-anak menuju ke masa dewasa yang berlangsung pada periode usia (12-21) tahun dengan adanya perubahan fisik, sosial, dan psikologis, dimana secara psikologis remaja mulai berintegrasi dengan masyarakat dewasa dan berada pada tingkatan yang sama.

Kata remaja (adolescence) berasal dari bahasa latin *adolescere* yang artinya tumbuh untuk mencapai kematangan (Hurlock, 1999). Istilah ini mempunyai arti luas yang mencakup kematangan mental, emosional, sosial, dan fisik. Periode ini adalah masa transisi perkembangan dari masa anak menuju masa dewasa (Frisch & Frisch, 2006; Stuart & Laria, 2005; Papalia, Olds, & Feldman, 2001).

Tahap perkembangan remaja usia 12-18 tahun dimana pada saat ini remaja harus mampu mencapai identitas diri meliputi peran, tujuan pribadi keunikan dan ciri khas diri. Bila hal ini tidak tercapai maka remaja akan mengalami kebingungan peran yang berdampak pada rapuhnya kepribadian sehingga akan terjadi gangguan konsep diri (Keliat, Helena & Farida, 2011).

2. Karakteristik Perilaku

a. Karakteristik perilaku remaja yang menunjukkan pembentukan identitas diri adalah sebagai berikut:

- 1) Menilai diri secara objektif, kelebihan dan kekurangan diri
- 2) Bergaul dengan teman

- 3) Memiliki teman curhat
- 4) Mengikuti kegiatan rutin (olahraga, seni, pramuka, pengajian, bela diri)
- 5) Bertanggungjawab dan mampu mengambil keputusan tanpa tergantung pada orangtua
- 6) Menemukan identitas diri, memilih tujuan dan cita-cita masa depan
- 7) Tidak menjadi pelaku tindak anti sosial dan tindak asusila
- 8) Tidak menuntut orangtua secara paksa untuk memenuhi keinginan yang berlebihan dan negative
- 9) Berperilaku santun, menghormati orangtua, guru dan bersikap baik pada teman
- 10) Memiliki prestasi yang berarti dalam hidup

b. Karakteristik penyimpangan perkembangan

- 1) Tidak menemukan ciri khas (kelebihan dan kekurangan diri)
- 2) Merasa bingung, bimbang
- 3) Tidak memiliki rencana masa depan
- 4) Tidak mampu berinteraksi secara baik dengan lingkungan, perilaku anti sosial
- 5) Tidak menyukai dirinya sendiri, tidak mandiri
- 6) Kesulitan mengambil keputusan
- 7) Tidak mempunyai minat terhadap kegiatan yang positif
- 8) Menyendiri, tidak suka bergaul dengan teman

1. Diagnosis Keperawatan

Penegakan diagnosis keperawatan didasarkan pada data yang didapat melalui wawancara, observasi, maka perawat dapat merumuskan diagnosis keperawatan sebagai berikut: Kesiapan peningkatan perkembangan usia remaja.

2. Intervensi Keperawatan

- a. Mendiskusikan ciri perkembangan remaja yang normal dan menyimpang

- b. Mendiskusikan cara mencapai perkembangan psikososial yang normal:
- 1) Anjurkan remaja untuk berinteraksi dengan orang lain yang membuatnya nyaman mencurahkan perasaan, perhatian dan kekhawatiran
 - 2) Anjurkan remaja untuk mengikuti organisasi yang mempunyai kegiatan positif (olahraga, seni, bela diri, pramuka, keagamaan)
 - 3) Anjurkan remaja untuk melakukan kegiatan dirumah sesuai dengan perannya

Bimbing dan motivasi remaja dalam membuat rencana kegiatan dan melaksanakan rencana yang telah dibuatnya

DAFTAR PUSTAKA

Referensi Utama:

1. Potter, P.A & Perry, A.G. (2010). *Fundamental Keperawatan (3-vol set)*. Edisi Bahasa Indonesia 7. Elsevier (Singapore) Pte.Ltd
2. Lynn, P. (2011). *Taylor's Handbook of Clinical Nursing Skills. 3rd ed.* Wolter Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia
3. Kozier, B., Erb, G., Berwan, A.J, & Burke, K. (2008). *Fundamentals of Nursing: Concepts, Process, and Practice*. New Jersey: Prentice Hall Health

Referensi pendukung:

1. Jeremy, P.T, Jane Ward, ricard, M.L., & Charles M. Wiener. (2008). *At a Glance Sistem Respirasi*. Edisi Kedua. Jakarta: Pt. Erlangga
2. Zairin, N.H. (2012). *Gangguan Muskuloskeletal*. Jakarta: Pt. Salemba
3. www.googlebooks.com