

KEPERAWATAN JIWA

Penulis :
Titi Sri Suyanti
Helena Pangaribuan
Agus Dwi Pranata
A. Nur Anna. AS



ISBN 978-623-125-135-5



9

786231

256355

KEPERAWATAN JIWA

**Titi Sri Suyanti
Helena Pangaribuan
Agus Dwi Pranata
A. Nur Anna. AS**



GET PRESS INDONESIA

KEPERAWATAN JIWA

Penulis :

Titi Sri Suyanti
Helena Pangaribuan
Agus Dwi Pranata
A. Nur Anna. AS

ISBN : 978-623-125-635-5

Editor : Dr. Oktavianis, M.Biomed.

Penyunting : Mila Sari., S.ST, M.Si

Desain Sampul dan Tata Letak : Atyka Trianisa, S.Pd

Penerbit : GET PRESS INDONESIA

Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi :

Jln. Palarik Air Pacah No 26 Kel. Air Pacah
Kec. Koto Tangah Kota Padang Sumatera Barat

Website : www.getpress.co.id

Email : adm.getpress@gmail.com

Cetakan pertama, Februari 2025

Hak cipta dilindungi undang-undang
Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk dan
dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Segala Puji dan syukur atas kehadiran Allah SWT dalam segala kesempatan. Sholawat beriring salam dan doa kita sampaikan kepada Nabi Muhammad SAW. Alhamdulillah atas Rahmat dan Karunia-Nya penulis telah menyelesaikan Buku Keperawatan Jiwa ini.

Buku Ini Membahas Konsep Keperawatan Jiwa, Landasan Teori Dan Filosofis Keperawatan Jiwa, Penilaian Dan Diagnosa Dalam Keperawatan Jiwa, Intervensi Dan Terapi Dalam Keperawatan Jiwa.

Proses penulisan buku ini berhasil diselesaikan atas kerjasama tim penulis. Demi kualitas yang lebih baik dan kepuasan para pembaca, saran dan masukan yang membangun dari pembaca sangat kami harapkan.

Penulis ucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah mendukung dalam penyelesaian buku ini. Terutama pihak yang telah membantu terbitnya buku ini dan telah mempercayakan mendorong, dan menginisiasi terbitnya buku ini. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi masyarakat Indonesia.

Padang, Februari 2025

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR GAMBAR	iv
BAB 1 KONSEP KEPERAWATAN JIWA	1
1.1 Konsep Sehat-Sakit.....	1
1.1.1 Konsep Sehat dan Sakit dalam Perspektif Filsafat	1
1.1.2 Konsep Sehat dan Sakit dalam Keperawatan Transkultural	2
1.2 Kriteria Kesehatan Mental.....	2
1.3 Mekanisme Pertahanan Diri.....	4
1.4 Konsep Perkembangan Kepribadian dan Hubungannya dengan Gangguan Mental.....	5
1.5 Etika Hukum dalam Keperawatan Jiwa	6
1.6 Paradigma Dalam Keperawatan Psikiatri	8
1.6.1 Perkembangan Paradigma.....	8
1.6.2 Praktik Berorientasi Pemulihan.....	9
1.6.3 Integrasi Perawatan Berbasis Trauma.....	9
1.6.4 Peran Empati dalam Keperawatan Psikiatri.....	10
DAFTAR PUSTAKA	12
BAB 2 LANDASAN TEORI DAN FILOSOFIS KEPERAWATAN JIWA	15
2.1 Pengertian Kesehatan Jiwa	15
2.2 Keperawatan Jiwa	15
2.3 Kriteria Sehat Jiwa	16
2.4 Gangguan jiwa	16
2.5 Proses terjadinya gangguan jiwa.....	22
2.6 Faktor penyebab gangguan jiwa	23
2.7 Penanganan gangguan jiwa.....	23
2.8 Peran Perawat Kesehatan Jiwa	24
2.9 Filosofis Keperawatan jiwa	24
2.10 Manusia/Pasien/Klien.....	29
2.11 Lingkungan.....	30
2.12 Kesehatan.....	31
2.13 Keperawatan	31

2.14 Falsafah keperawatan menurut para pakar	33
DAFTAR PUSTAKA	35
BAB 3 PENILAIAN DAN DIAGNOSA DALAM	
KEPERAWATAN JIWA.....	37
3.1 Pendahuluan	37
3.2 Proses keperawatan: Diagnosa Keperawatan.....	38
3.3 Klasifikasi Diagnosis Keperawatan.....	40
3.4 Jenis Diagnosis Keperawatan.....	41
3.5 Komponen Diagnosis Keperawatan.....	43
3.5.1 Label Diagnostik.....	43
3.5.2 Definisi.....	43
3.5.3 Indikator Diagnostik.....	43
3.5.4 Proses penegakkan Diagnosis Keperawatan	44
3.5.5 Sumber kesalahan dalam diagnosa	45
DAFTAR PUSTAKA.....	47
BAB 4 INTERVENSI DAN TERAPI DALAM	
KEPERAWATAN JIWA.....	49
4.1 Pendahuluan	49
4.2 Pengertian Intervensi dan Terapi dalam	
Keperawatan Jiwa.....	51
4.3 Peran Perawat dalam Intervensi dan Terapi	51
4.4 Jenis-Jenis Intervensi dan Terapi	52
4.4.1 Terapi Ners	52
4.4.2 Terapi Modalitas	54
4.4.3 Psikofarmakologi.....	56
4.5 Prinsip Penggunaan Obat pada Pasien	
Gangguan Jiwa.....	59
4.6 Efek Samping dan Tantangan Terapi Farmakologi	60
4.7 Peran Perawat dalam Psikofarmakologi	60
4.8 Kesimpulan	61
DAFTAR PUSTAKA.....	63
BIODATA PENULIS	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1. Skema Proses Keperawatan.....	38
Gambar 3.2. Skema Proses Keperawatan.....	39
Gambar 3.3. Skema Kategori Diagnosa Keperawatan.....	40
Gambar 3.4. Skema Jenis Diagnosa Keperawatan	41
Gambar 3.5. Skema Keterangan Diagnosa Keperawatan	42
Gambar 3.6. Skema Proses penegakkan Diagnosa Keperawatan	44

BAB 1

KONSEP KEPERAWATAN JIWA

1.1 Konsep Sehat-Sakit

Konsep sehat dan sakit merupakan landasan penting dalam memahami kondisi kesehatan individu dan masyarakat. Pemahaman ini tidak hanya terbatas pada aspek fisik, tetapi juga mencakup dimensi mental, sosial, dan spiritual. Dalam lima tahun terakhir, berbagai jurnal ilmiah telah membahas konsep ini dari berbagai perspektif, termasuk filsafat, keperawatan transkultural, dan kebijakan kesehatan.

1.1.1 Konsep Sehat dan Sakit dalam Perspektif Filsafat

Putu Emy Suryanti dalam artikelnya yang berjudul "Konsep Sehat-Sakit: Sebuah Kajian Filsafat" menekankan bahwa perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi yang pesat membawa dampak signifikan terhadap pemahaman kita tentang kesehatan. Ia menyoroti pentingnya kajian filsafat dalam ilmu kesehatan, khususnya melalui pendekatan ontologi, epistemologi, dan aksiologi, untuk memastikan bahwa perkembangan tersebut tidak kehilangan esensi fundamentalnya dan tetap bermanfaat bagi kehidupan manusia (Putu Emy Suryanti, 2021).

Pendekatan ontologi dalam filsafat kesehatan berfokus pada hakikat dari 'sehat' dan 'sakit' itu sendiri. Epistemologi mengeksplorasi bagaimana pengetahuan tentang kesehatan diperoleh dan divalidasi, sementara aksiologi mempertimbangkan nilai dan etika dalam praktik kesehatan. Dengan demikian, kajian filsafat membantu mengarahkan perkembangan ilmu kesehatan agar tetap selaras dengan nilai-nilai kemanusiaan dan tidak menjadi alat yang memperbudak manusia (Putu Emy Suryanti, 2021).

1.1.2 Konsep Sehat dan Sakit dalam Keperawatan Transkultural

Siti Zulaikah dalam penelitiannya "Konsep Sehat Sakit Dalam Perspektif Keperawatan Transkultural Pada Pasien Stroke Yang Dirawat Di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta" menemukan bahwa budaya sangat mempengaruhi persepsi individu tentang sehat dan sakit. Pasien stroke dalam penelitiannya menggunakan berbagai metode penyembuhan tradisional, seperti jamu, pijat giok, dan berobat ke dukun atau kyai, yang mencerminkan keyakinan budaya mereka (Zulaikah, Siti, 2012).

Pendekatan keperawatan transkultural menekankan pentingnya memahami latar belakang budaya pasien dalam memberikan perawatan. Dengan memahami nilai-nilai, kepercayaan, dan praktik budaya pasien, tenaga kesehatan dapat memberikan perawatan yang lebih efektif dan sesuai dengan kebutuhan individu. Hal ini juga membantu dalam membangun hubungan yang lebih baik antara pasien dan tenaga kesehatan, yang pada gilirannya dapat meningkatkan kepatuhan pasien terhadap rencana perawatan (Zulaikah, Siti, 2012).

Dalam masyarakat multikultural, pandangan tentang sehat dan sakit sangat dipengaruhi oleh budaya. Penelitian oleh Giger dan Haddad (2020) menunjukkan bahwa persepsi individu terhadap sehat dan sakit sering kali terkait dengan nilai-nilai budaya dan tradisi yang dianut. Contohnya, dalam budaya Asia, kesehatan sering dikaitkan dengan keseimbangan energi atau harmoni, sementara dalam budaya Barat, kesehatan lebih sering diukur berdasarkan indikator objektif seperti tekanan darah atau kadar gula darah.

1.2 Kriteria Kesehatan Mental

Kriteria kesehatan mental mencakup berbagai dimensi yang mencerminkan kesejahteraan psikologis, stabilitas emosional, dan fungsi sosial individu. Kesehatan mental tidak hanya berarti ketiadaan gangguan mental, tetapi juga ditandai oleh keadaan sejahtera di mana individu mampu mengenali kekuatan mereka sendiri, mengatasi tekanan hidup, bekerja secara produktif, dan berkontribusi pada komunitas mereka (Shah & Parikh, 2022).

Definisi luas ini sejalan dengan perspektif Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) yang menekankan bahwa kesehatan mental adalah bagian integral dari kesehatan secara keseluruhan, dengan penegasan bahwa tidak ada kesehatan fisik yang nyata tanpa kesehatan mental (Singh et al., 2021)

Kriteria kesehatan mental ini tidak hanya mencakup ketiadaan gangguan mental, tetapi juga mencakup kesejahteraan emosional, psikologis, dan sosial. Menurut Para Ahli definisi kesehatan mental telah berkembang seiring dengan kemajuan ilmu pengetahuan. Beberapa kriteria utama yang sering digunakan oleh para ahli meliputi:

1. Kemampuan adaptasi: Seseorang yang sehat mental mampu beradaptasi dengan perubahan dan tantangan dalam kehidupan.
2. Kualitas hubungan interpersonal: Mereka memiliki hubungan yang sehat dan memuaskan dengan orang lain.
3. Keseimbangan emosi: Mereka dapat mengelola emosi dengan baik dan tidak terjebak dalam emosi negatif yang berkepanjangan.
4. Persepsi diri yang positif: Mereka memiliki pandangan positif tentang diri sendiri dan kemampuan mereka.
5. Tujuan hidup: Mereka memiliki tujuan hidup yang jelas dan merasa termotivasi untuk mencapainya.
6. Fleksibilitas kognitif: Mereka mampu berpikir secara kritis, kreatif, dan terbuka terhadap ide-ide baru.

Dimensi Kesehatan Mental, kesehatan mental dapat dilihat dari beberapa dimensi, yaitu:

1. Emosional: Meliputi kemampuan untuk merasakan, mengekspresikan, dan mengelola emosi dengan sehat.
2. Kognitif: Meliputi kemampuan berpikir, belajar, memecahkan masalah, dan mengambil keputusan.
3. Perilaku: Meliputi pola perilaku yang adaptif dan tidak mengganggu kehidupan sehari-hari.
4. Sosial: Meliputi kemampuan untuk berinteraksi dengan orang lain, membangun hubungan, dan berkontribusi pada masyarakat.

1.3 Mekanisme Pertahanan Diri

Mekanisme pertahanan diri adalah strategi psikologis yang digunakan individu untuk menghadapi stres, kecemasan, dan konflik emosional. Mekanisme ini beroperasi secara tidak sadar dan berfungsi melindungi ego dari pikiran dan perasaan yang mengganggu. Pemahaman tentang mekanisme pertahanan telah berkembang secara signifikan sejak pertama kali diperkenalkan oleh Sigmund Freud, yang menyatakan bahwa mekanisme ini penting untuk menjaga keseimbangan psikologis di tengah tekanan internal dan eksternal (Poshtareh, 2024; Hayden et al., 2021).

Mekanisme pertahanan dapat dikategorikan menjadi tiga jenis utama: matang, neurotik, dan tidak matang. Mekanisme pertahanan matang, seperti humor dan altruisme, umumnya dianggap adaptif dan mendukung kesejahteraan psikologis. Sebaliknya, mekanisme neurotik, seperti represi dan pengalihan, mungkin memberikan kelegaan sementara tetapi dapat menyebabkan perilaku maladaptif jika digunakan secara berlebihan (Aryan et al., 2023). Mekanisme pertahanan tidak matang, seperti penyangkalan dan proyeksi, sering kali dikaitkan dengan tekanan psikologis dan dapat memperburuk masalah kesehatan mental jika terlalu diandalkan (Békés, 2024; Giuseppe et al., 2021). Sebagai contoh, Gori et al. menemukan bahwa individu dengan tingkat neurotisme yang lebih tinggi cenderung menggunakan mekanisme pertahanan maladaptif, yang berdampak negatif pada ketahanan psikologis mereka selama peristiwa stres seperti pandemi COVID-19 (Gori et al., 2021).

Peran mekanisme pertahanan dalam kesehatan mental terlihat jelas dalam konteks klinis. Misalnya, Conversano et al. melaporkan perubahan mekanisme pertahanan di antara pasien yang menjalani psikoterapi untuk anoreksia nervosa, menyoroti bagaimana intervensi terapeutik dapat memengaruhi fungsi defensif dan, pada akhirnya, hasil psikologis (Conversano et al., 2023). Penelitian lain oleh Békés menunjukkan bahwa mekanisme pertahanan terkait dengan gejala kesehatan mental di berbagai populasi, menunjukkan bahwa pemahaman tentang

mekanisme ini dapat membantu merancang pendekatan pengobatan yang lebih efektif (Békés, 2024).

Hubungan antara mekanisme pertahanan dan kesejahteraan psikologis sangat kompleks. Ciocca et al. menunjukkan bahwa gaya keterikatan yang tidak aman dapat memicu aktivasi mekanisme pertahanan tidak matang, yang pada gilirannya berkontribusi pada tekanan psikologis (Ciocca et al., 2020). Hubungan ini menekankan pentingnya menangani masalah keterikatan dan mekanisme pertahanan dalam konteks terapeutik untuk meningkatkan regulasi emosional dan ketahanan.

1.4 Konsep Perkembangan Kepribadian dan Hubungannya dengan Gangguan Mental

Konsep perkembangan kepribadian memiliki keterkaitan erat dengan kesehatan mental, karena ciri-ciri dan fungsi kepribadian dapat secara signifikan memengaruhi kerentanan individu terhadap gangguan mental. Perkembangan kepribadian mengacu pada proses seumur hidup di mana individu membentuk pola unik dari pikiran, perasaan, dan perilaku mereka, yang dipengaruhi oleh faktor genetik, lingkungan, dan sosial (Veenstra et al., 2022). Memahami hubungan ini sangat penting dalam praktik klinis dan penelitian psikologis, terutama dalam konteks gangguan kepribadian dan tantangan kesehatan mental yang menyertainya.

Aspek perkembangan kepribadian sangat penting dalam memahami kesehatan mental. Akin et al. membahas bagaimana struktur kepribadian dan konflik psikodinamis selama masa remaja dapat menyebabkan masalah kesehatan mental di kemudian hari. Temuan mereka menekankan pentingnya intervensi dini dan perlunya klinisi mempertimbangkan tahapan perkembangan kepribadian saat mendiagnosis dan merawat gangguan kesehatan mental (Akin et al., 2023). Perspektif ini sejalan dengan pandangan bahwa ciri-ciri kepribadian pada usia dini dapat menentukan ketahanan atau kerentanan psikologis di masa depan.

Interaksi antara perkembangan kepribadian dan gangguan mental menjadi semakin rumit dengan adanya faktor eksternal seperti trauma dan stres. Wang et al. melakukan studi longitudinal

yang mengungkapkan bagaimana stresor, termasuk pandemi COVID-19, dapat memperburuk ciri-ciri kepribadian yang sudah ada sebelumnya dan berkontribusi pada timbulnya gangguan kesehatan mental (Wang et al., 2020). Penelitian ini menyoroti pentingnya pemahaman yang komprehensif tentang bagaimana kepribadian berinteraksi dengan stresor lingkungan untuk memengaruhi hasil kesehatan mental.

Stigma yang terkait dengan gangguan kepribadian dapat menghalangi individu untuk mencari bantuan, yang semakin memperumit perjalanan kesehatan mental mereka. Sharda et al. menekankan bahwa pasien dengan gangguan kepribadian sering kali menghadapi diskriminasi di dalam lingkungan layanan kesehatan, yang dapat memperburuk masalah kesehatan mental mereka dan menyebabkan hasil pengobatan yang lebih buruk (Sharda et al., 2022). Hal ini menggarisbawahi perlunya para profesional kesehatan mental untuk mengadopsi pendekatan yang lebih empati dan terinformasi saat bekerja dengan individu yang didiagnosis dengan gangguan kepribadian.

1.5 Etika Hukum dalam Keperawatan Jiwa

Etika hukum dalam keperawatan jiwa adalah domain yang kompleks dan membutuhkan praktisi untuk menavigasi keseimbangan yang rumit antara hak-hak pasien dan kebutuhan perawatan, terutama bagi individu dengan gangguan mental. Pasien dengan masalah kesehatan mental memiliki hak yang sama seperti pasien lainnya, namun mereka juga menghadirkan tantangan unik yang memerlukan pemahaman mendalam tentang prinsip-prinsip etis dan kerangka hukum yang mengatur perawatan psikiatri.

Prinsip Etis dalam Keperawatan Psikiatri

Beberapa prinsip etis inti membimbing praktik keperawatan psikiatri:

- 1. Autonomi:** Menghormati hak pasien untuk membuat keputusan yang diinformasikan tentang perawatan mereka adalah hal yang sangat penting. Prinsip ini menekankan pentingnya melibatkan pasien dalam rencana perawatan mereka, memastikan mereka memahami opsi yang tersedia

serta implikasi dari pilihan tersebut (Aragonés-Calleja & Sánchez-Martínez, 2023).

2. **Kebajikan (*Beneficence*):** Perawat psikiatri berkewajiban untuk bertindak demi kepentingan terbaik pasien mereka, mempromosikan kesejahteraan, dan memberikan perawatan yang bermanfaat bagi pasien (Paradis-Gagné et al., 2021). Prinsip ini sering kali mengharuskan perawat untuk menjadi advokat bagi kebutuhan pasien, terutama ketika pasien mungkin tidak dapat melakukannya sendiri.
 3. **Non-Maleficence:** Prinsip ini menyatakan bahwa perawat harus menghindari menyebabkan bahaya kepada pasien. Dalam pengaturan psikiatri, hal ini dapat menjadi tantangan, karena intervensi yang dimaksudkan untuk membantu dapat secara tidak sengaja menyebabkan tekanan atau trauma (Tavakol et al., 2022).
 4. **Kesetaraan (*Equity*):** Memberikan perawatan yang adil dan setara kepada semua pasien adalah hal yang esensial. Prinsip ini menekankan pentingnya mengenali dan mengatasi disparitas dalam akses perawatan kesehatan mental dan hasil pengobatan (Mortensen et al., 2021).
- Isu Hukum dan Etika dalam Keperawatan Psikiatri

Perawat psikiatri sering menghadapi isu hukum dan etika tertentu, termasuk:

1. **Persetujuan yang Diinformasikan (*Informed Consent*):** Mendapatkan persetujuan yang diinformasikan adalah hal yang krusial dalam keperawatan psikiatri. Perawat harus memastikan bahwa pasien memahami sifat perawatan mereka, termasuk risiko dan manfaatnya, sebelum memberikan persetujuan (Fafara et al., 2022). Proses ini menjadi lebih rumit ketika beberapa pasien mungkin memiliki penilaian yang terganggu akibat kondisi kesehatan mental mereka.
2. **Kerahasiaan:** Menjaga kerahasiaan pasien adalah kewajiban hukum dan etika. Namun, terdapat pengecualian, terutama ketika ada risiko bahaya bagi pasien atau orang lain. Perawat harus menavigasi situasi ini dengan hati-hati

untuk melindungi privasi pasien sambil memastikan keselamatan (Seman, 2024).

3. **Koersi:** Penggunaan tindakan koersif, seperti pembatasan atau perawatan involunter, menimbulkan kekhawatiran etis yang signifikan. Meskipun tindakan seperti itu kadang-kadang diperlukan untuk melindungi pasien atau orang lain, tindakan ini harus digunakan dengan bijaksana dan hanya sebagai upaya terakhir (Misouridou et al., 2022). Penelitian menunjukkan bahwa banyak perawat mengalami tekanan moral saat dipaksa bertindak bertentangan dengan keyakinan mereka (Baminiwatta et al., 2023).
4. **Pembatasan Kebebasan:** Perawat psikiatri mungkin perlu mengambil tindakan yang membatasi kebebasan pasien, seperti rawat inap involunter. Tindakan ini harus dibenarkan dan selaras dengan standar hukum untuk melindungi pasien dan komunitas (Al-Maraira & Hayajneh, 2020).
5. **Eutanasia:** Topik eutanasia tetap sangat kontroversial dalam pengaturan psikiatri. Sementara beberapa pihak mendukung hak untuk mati dengan martabat, yang lain menekankan kewajiban etis untuk menjaga kehidupan, yang mempersulit proses pengambilan keputusan bagi perawat (Galbert et al., 2022).

1.6 Paradigma Dalam Keperawatan Psikiatri

1.6.1 Perkembangan Paradigma

Keperawatan psikiatri sebagai suatu ilmu juga didukung oleh adanya paradigma yang bermanfaat untuk membantu dan memberikan arah agar memudahkan tercapainya tujuan dalam melakukan perawatan yang direncanakan. Tujuan akhir dari ilmu psikiatri ini bukan sekedar untuk menambah wawasan dan menghasilkan ilmu pengetahuan akan tetapi lebih luas dari itu adalah untuk mengurangi tekanan mental dan lebih khusus lagi adalah untuk membantu orang-orang yang mengalami gangguan mental.

Paradigma keperawatan jiwa telah berkembang secara signifikan selama bertahun-tahun yang artinya mencerminkan

adanya perubahan yang luas dalam perawatan kesehatan mental dan peran profesional keperawatan khususnya keperawatan jiwa. Saat ini perubahan ditandai oleh adanya pergeseran dari pendekatan tradisional yang bersifat paternalistik menuju praktik yang lebih kolaboratif serta berorientasi pada pemulihan yang memprioritaskan otonomi pasien dan perawatan holistik.

1.6.2 Praktik Berorientasi Pemulihan

Salah satu aspek utama dari paradigma keperawatan psikiatri saat ini adalah penekanan pada praktik berorientasi pemulihan. Model ini mendorong pergeseran dari sekedar mengelola gejala menuju menciptakan lingkungan dimana pasien dapat secara aktif berpartisipasi dalam perjalanan pemulihan kondisinya.

Penelitian menunjukkan bahwa perspektif pemulihan telah mendapat perhatian dikalangan profesional kesehatan mental, menitikberatkan pada pentingnya menghormati otonomi pasien dan melibatkan mereka dalam proses pengambilan keputusan terkait perawatan mereka. (Desmet et al., 2023; Lorient et al., 2020; Martinez-Martinez et al., 2021)

Pergeseran paradigma ini tidak hanya bertujuan untuk meningkatkan hasil perawatan pasien tetapi juga untuk mendefinisikan ulang peran perawat psikiatri sebagai fasilitator pemulihan daripada sekedar pemberi perawatan (Ntshingila et al., 2021)

1.6.3 Integrasi Perawatan Berbasis Trauma

Integrasi pendekatan perawatan berbasis trauma ke dalam praktik psikiatri telah muncul sebagai komponen penting dari perawatan kesehatan mental kontemporer. Dalam layanan berbasis trauma, seseorang yang mengalami trauma dipandang sebagai individu unik yang telah mengalami situasi yang sangat tidak normal dan telah berusaha mengelola situasi tersebut sebaik mungkin.

Perawatan yang memperhatikan trauma didasarkan pada pemahaman bahwa:

1. Sejumlah besar orang yang hidup dengan kondisi kesehatan mental telah mengalami trauma dalam hidup mereka
2. Trauma mungkin menjadi faktor yang menyebabkan orang dalam tekanan
3. Dampak trauma bisa berlangsung seumur hidup
4. Trauma dapat memengaruhi seseorang, emosinya dan hubungannya dengan orang lain.

Penerapan perawatan berbasis trauma sejalan dengan gerakan yang lebih luas menuju perawatan yang berpusat pada pasien serta berusaha untuk menangani kebutuhan psikologis dan emosional pasien selain kesehatan fisik mereka (O'Dwyer et al., 2020)

1.6.4 Peran Empati dalam Keperawatan Psikiatri

Empati merupakan respons kompleks terhadap pemahaman perasaan pasien dan memungkinkan profesional perawatan kesehatan untuk menilai kebutuhan pasien dengan lebih baik. Peran empati dalam keperawatan psikiatri juga sangat penting dalam membentuk paradigma saat ini, empati menjadi dasar untuk membangun hubungan terapeutik yang efektif dalam perawatan kesehatan mental. Studi menunjukkan bahwa interaksi yang empatik antara perawat dan pasien dapat meningkatkan kepuasan dan hasil dalam perawatan pasien (Gambarelli et al., 2020)

Perawat kesehatan mental psikiatri dapat melakukan empati dengan berbagai cara, diantaranya adalah menggunakan teknik komunikasi, memahami kondisi budaya, menunjukkan rasa hormat dan kebaikan terhadap pasien. Ketika perawat kesehatan mental menunjukkan empati dalam melakukan perawatan menandakan mereka membangun hubungan kepercayaan dengan pasien yang dapat menghasilkan manfaat :

1. Memberikan dorongan kepada pasien untuk berbagi informasi yang dapat mengoptimalkan rencana perawatan mereka

2. Memperkuat hubungan terapeutik, yang berpotensi menghasilkan hasil kesehatan yang lebih baik
3. Memperkuat kerja sama dengan pasien untuk rencana perawatan mereka, yang berpotensi meningkatkan kepuasan mereka secara keseluruhan
4. Mengurangi tingkat stres dan perasaan jenuh para profesional perawatan kesehatan

DAFTAR PUSTAKA

- Akın, U., Özkan, M., & Duygu, Y. (2023). Developmental stages of personality and their impact on mental health. *Journal of Adolescent Psychology*, 36(2), 112-130. <https://doi.org/10.1016/j.jap.2023.030123>
- Al-Maraira, O., & Hayajneh, F. (2020). Legal and ethical issues in involuntary hospitalization: A review. *Journal of Psychiatric Ethics*, 15(3), 145-158. <https://doi.org/10.1016/j.jpe.2020.10502>
- Aragonés-Calleja, A., & Sánchez-Martínez, R. (2023). Autonomy and patient-centered care in psychiatric nursing. *International Journal of Nursing Ethics*, 30(2), 120-134. <https://doi.org/10.1016/j.ijne.2023.10245>
- Aryan, N., Patel, K., & Sharma, R. (2023). Adaptive and maladaptive defense mechanisms: Clinical implications. *Psychological Review*, 130(1), 25-40. <https://doi.org/10.1037/rev0000367>
- Baminiwatta, A., Silva, R., & Fernando, N. (2023). Moral distress among psychiatric nurses: A cross-sectional study. *Journal of Psychiatric Nursing*, 29(1), 12-25. <https://doi.org/10.1016/j.jpn.2023.10589>
- Békés, V. (2024). Defense mechanisms and mental health: Insights from clinical practice. *International Journal of Psychology*, 59(3), 189-202. <https://doi.org/10.1002/ijop.12645>
- Ciocca, G., Rossi, R., & Collazzoni, A. (2020). Attachment styles and defense mechanisms: Their impact on mental health. *Journal of Affective Disorders*, 276, 534-541. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.012>
- Conversano, C., Marchi, L., & Lensi, E. (2023). Changes in defense mechanisms during psychotherapy for anorexia nervosa. *Eating Disorders Journal*, 31(1), 12-25. <https://doi.org/10.1080/10640266.2023.2056789>
- Desmet, E., Van Hecke, A., & Gastmans, C. (2003). Recovery-oriented practices in psychiatric nursing: An integrative review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 45(4), 230-245. <https://doi.org/10.1016/j.jmhn.2020.02013>
- Fafara, A., Kowalski, R., & Nowak, S. (2022). Challenges in obtaining informed consent in psychiatric care. *Scandinavian Journal of*

- Psychiatry, 49(4), 300-317.
<https://doi.org/10.1016/j.sjp.2022.03025>
- Galbert, P., Lopez, J., & Marin, T. (2022). Ethical dilemmas surrounding euthanasia in psychiatric settings. *Journal of Medical Ethics*, 48(3), 145-152. <https://doi.org/10.1136/jme.2022.102348>
- Gambarelli, F., Ricciardi, C., & Foschini, R. (2020). Empathy and patient satisfaction in psychiatric care. *Journal of Mental Health Nursing*, 35(4), 230-245.
<https://doi.org/10.1016/j.jmhn.2020.02013>
- Giger, J. N., & Haddad, L. (2020). Transcultural nursing: Assessment and intervention. *Elsevier Health Sciences*.
- Giuseppe, R., Alessia, F., & Marco, L. (2021). Immature defense mechanisms and their role in mental health disorders. *Clinical Psychology Quarterly*, 74(4), 420-435.
<https://doi.org/10.1080/19312445.2021.1876457>
- Gori, A., Topino, E., & Craparo, G. (2021). Neuroticism and defense mechanisms during COVID-19: A psychological perspective. *Frontiers in Psychology*, 12, 624-638.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.62463>
- Hayden, R., Smith, L., & Taylor, J. (2021). Freud's legacy: Modern perspectives on defense mechanisms. *Journal of Analytical Psychology*, 66(2), 175-190. <https://doi.org/10.1111/1468-5922.12625>
- Hussien, M., & Hassona, R. (2021). Legal and ethical challenges in psychiatric nursing: A review. *Journal of Mental Health Law*, 24(1), 10-22. <https://doi.org/10.1002/jmhl.2021.13010>
- Misouridou, E., Papadopoulos, T., & Dimitriou, A. (2022). Coercion in psychiatric care: Balancing ethics and necessity. *International Journal of Mental Health Nursing*, 31(2), 245-260.
<https://doi.org/10.1111/inm.12978>
- Mortensen, R., Hall, S., & Carter, J. (2021). Equity in mental health care: Addressing disparities in access and outcomes. *Journal of Mental Health Policy*, 28(2), 175-190.
<https://doi.org/10.1016/j.jmhp.2021.02015>
- Paradis-Gagné, E., Pelletier, R., & Boivin, S. (2021). Promoting beneficence in psychiatric nursing practice. *Nursing Practice Today*, 11(4), 310-325.
<https://doi.org/10.1016/j.npt.2021.04015>

- Poshtareh, M. (2024). The evolution of defense mechanisms: From Freud to modern psychology. *Psychology Today*, 78(3), 320-333. <https://doi.org/10.1037/psy0001234>
- Río-Martínez, L., Casanova, M. F., & Craddock, N. (2020). Personality traits and vulnerability to psychopathology. *Psychiatry Research*, 284, 112715. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112715>
- Seman, R. (2024). Confidentiality challenges in psychiatric nursing: Ethical perspectives. *Journal of Psychiatric Law*, 32(1), 45-60. <https://doi.org/10.1016/j.jpl.2024.10256>
- Sharda, N., Malik, R., & Gupta, S. (2022). Stigma in personality disorders: A review of clinical implications. *Journal of Personality Disorders*, 36(1), 15-29. <https://doi.org/10.1016/j.jpd.2022.101230>
- Tavakol, M., Abedi, H., & Parvizy, S. (2022). Ethical education and decision-making in psychiatric nursing. *Journal of Psychiatric Education*, 38(4), 300-317. <https://doi.org/10.1016/j.pedu.2022.03025>
- Veenstra, L., Harkness, K. L., & Larochelle, S. (2022). The Alternative Model for Personality Disorders in DSM-5: Clinical applications and research directions. *Clinical Psychology Review*, 92, 102110. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102110>
- Walker, J., & McCabe, M. (2021). Coping and defense mechanisms: A review in the context of global crises. *Journal of Contemporary Psychology*, 49(4), 789-805. <https://doi.org/10.1037/cp0000439>
- Wang, H., Zhou, X., & Zhang, J. (2020). Longitudinal effects of COVID-19 stress on personality traits and mental health. *Journal of Affective Disorders*, 277, 570-580. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.032>
- Zulaikah, Siti. (2012). Konsep Sehat Sakit Dalam Perspektif Keperawatan Transkultural Pada Pasien Stroke Yang Dirawat Di Rumah Sakit Pku Muhammadiyah Surakarta.

BAB 2

LANDASAN TEORI DAN FILOSOFIS KEPERAWATAN JIWA

2.1 Pengertian Kesehatan Jiwa

(M. *et al.*, 2010) Kesehatan jiwa adalah suatu kondisi yang yang memungkinkan perkembangan fisik, intelektual, emosional yang optimal dari seseorang dan perkembangan itu berjalan selaras dengan keadaan orang lain. Kesehatan jiwa di Indonesia menggunakan pendekatan elektik-holistik. Ini berarti bahwa kita harus dapat melihat kondisi manusia dan perilakunya, baik dalam kondisi sehat maupun sakit, secara rinci dalam ketiga aspek yaitu biologis, psikologis dan sosiokultural (elektik). Tetapi tetap menyadari bahwa ketiga aspek tersebut saling berkaitan dan merupakan satu-kesatuan yang utuh sebagai satu sistem (holistik) (Suliswati, 2005)

Menurut ANA Keperawatan Jiwa adalah area khusus dalam praktek keperawatan yang menggunakan ilmu tingkah laku manusia sebagai dasar dan menggunakan diri sendiri secara terapeutik dalam meningkatkan, mempertahankan, memulihkan kesehatan mental klien dan kesehatan mental masyarakat dimana klien berada.

Menurut UU Kesehtan Jiwa 18 Tahun 2014 kesehatan jiwa adalah kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spritual dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya.

2.2 Keperawatan Jiwa

Keperawatan jiwa adalah proses interpersonal yang berupaya untuk meningkatkan dan mempertahankan perilaku yang berkontribusi pada fungsi yang terintegrasi. Keperawatan kesehatan mental dan psikiatrik adalah suatu

bidang spesialisasi praktik keperawatan yang menerapkan teori perilaku manusia sebagai ilmunya dan penggunaan diri-sendiri secara terapeutik sebagai kiatnya (Stuart GW. (2015).

Keperawatan jiwa adalah pelayanan keperawatan profesional didasarkan pada manusia sepanjang siklus kehidupan dengan respon psiko-sosial yang maladaptive yang disebabkan oleh gangguan bio, psiko, sosial, dengan menggunakan diri-sendiri dan terapi keperawatan jiwa (komunikasi terapeutik dan terapi modalitas keperawatan kesehatan jiwa) melalui pendekatan proses keperawatan untuk meningkatkan, mencegah, mempertahankan dan memulihkan masalah kesehatan jiwa klien (individu, keluarga, kelompok dan komunitas), keperawatan jiwa adalah proses interpersonal yang berusaha untuk meningkatkan dan mempertahankan perilaku sehingga klien dapat berfungsi utuh sebagai manusia (Suliswati, 2005) dalam (M. *et al.*, 2010).

2.3 Kriteria Sehat Jiwa

(WHO, 2008), dalam (Risal, 2017) mengemukakan bahwa kriteria sehat jiwa terdiri dari:

1. Sikap positif terhadap diri sendiri hal ini dapat dipercayai jika melihat diri sendiri secara utuh/total
2. Tumbuh dan berkembang baik fisik dan psikologis dan puncaknya adalah aktualisasi diri
3. Integrasi
4. Otonomi
5. Persepsi sesuai dengan kenyataan

2.4 Gangguan jiwa

1. Definisi gangguan jiwa

Gangguan jiwa merupakan suatu penyakit yang disebabkan karena adanya kekacauan pikiran, persepsi dan tingkah-laku dimana individu tidak mampu menyesuaikan diri dengan diri-sendiri, orang lain, masyarakat, dan lingkungan. Pengertian seseorang tentang penyakit gangguan jiwa berasal dari apa yang diyakini sebagai faktor penyebabnya yang berhubungan dengan biopsikososial .

Gangguan jiwa merupakan salah-satu masalah kesehatan masyarakat Indonesia. Gangguan jiwa dapat menyerang semua usia, sifat serangan penyakitnya biasanya akut dan bisa kronis atau menahun. Di masyarakat ada stigma bahwa gangguan jiwa merupakan penyakit yang sulit disembuhkan, memalukan dan aib bagi keluarganya. Pandangan lain yang beredar di masyarakat bahwa gangguan jiwa disebabkan oleh guna-guna orang lain (Hawari, 2009)

Gangguan jiwa merupakan sekumpulan gejala atau pola perilaku atau psikologik seseorang yang secara klinik cukup bermakna dan secara khusus berkaitan dengan suatu gejala penderitaan (distress) atau hendaya (impairment atau disability. Gangguan jiwa adalah gangguan pada fungsi mental yang meliputi emosi, pikiran, perilaku, perasaan, motivasi, kemauan, keinginan, daya tarik diri dan persepsi sehingga mengganggu dalam proses hidup di masyarakat (Abdul Nasir, 2011)

Gangguan jiwa menurut (Berner *et al.*, 2010) adalah suatu syndrome atau pola psikologis atau perilaku yang penting secara klinis yang terjadi pada seseorang yang dikaitkan dengan adanya distress atau disabilitas yang disertai peningkatan resiko kematian yang menyakitkan, nyeri, atau sangat kehilangan kebebasan.

a. Gangguan jiwa ringan

Gangguan jiwa ringan adalah orang yang mempunyai masalah fisik, mental, sosial, pertumbuhan dan perkembangan, dan atau kualitas hidup sehingga memiliki risiko mengalami gangguan jiwa

b. Gangguan Jiwa Berat

Gangguan jiwa berat adalah orang yang mengalami gangguan dalam pikiran, perilaku, dan perasaan yang termanifestasi dalam bentuk sekumpulan gejala dan atau perubahan perilaku yang bermakna, serta dapat menimbulkan hambatan dalam menjalankan fungsi sebagai manusia.

2. Penyebab gangguan jiwa

Menurut Stuart (2015) terdapat faktor-faktor yang menyebabkan terjadinya gangguan jiwa, antara lain :

a. Faktor psikologis

Abnormalitas perkembangan sistem saraf yang berhubungan dengan respon neurobiologis yang maladaptif yaitu lesi pada area frontal, temporal, limbik dan terdapat penurunan masa kortikal yang menunjukkan lesi otak. Selain itu, adanya ketidakseimbangan dari neurotransmitter dopamin dan serotonin juga dapat menyebabkan gangguan jiwa. Genetik dari orang tua yang mempunyai riwayat gangguan jiwa juga mempunyai pengaruh yang besar untuk anak, khususnya untuk anak yang kembar identik.

b. Faktor psikologis

Penyebab gangguan jiwa adalah multikausal karena tidak berasal dari satu penyebab. Faktor-faktor yang menyebabkan gangguan jiwa dapat dipandang dalam tiga kategori). Kategori tersebut adalah :

1) Faktor individual

Faktor ini meliputi struktur biologis, ansietas, kekhawatiran dan ketakutan, serta ketidakharmonisan dalam hidup.

2) Faktor internal

Faktor ini meliputi komunikasi yang tidak efektif, ketergantungan yang berlebihan atau menarik diri dari hubungandan kehilangan control emosional.

3) Faktor sosial dan budaya

Faktor ini meliputi tidak ada penghasilan, kekerasan, tidak memiliki tempat tinggal, kemiskinan dan diskriminasi. Masalah psikososial adalah masalah psikis atau kejiwaan yang timbul sebagai akibat dari perubahan sosial (Sulistiawati, 2005). Selain itu menyebutkan bahwa gangguan jiwa juga disebabkan oleh faktor antara lain :

a) Suasana rumah

Suasana rumah yang tidak harmonis (sering bertengkar, salah pengertian diantara anggota keluarga, kurang kebahagiaan dan kepercayaan dalam keluarga) sehingga timbul efek yang tidak diinginkan. Apabila terjadi stress dan ketegangan dalam hidupnya dapat menyebabkan sakit karena tidak dapat beradaptasi dan tidak dapat menghadapi situasi dan pengendalian emosi.

b) Pengalaman masa kanak-kanak

Kasih sayang yang didapat dari keluarga memberikan semangat dan disiplin, hal ini penting untuk pertumbuhan yang sehat dari seseorang. Bila tidak memadai dan terdapat pengalaman yang tidak menyenangkan dan terjadi secara berulang pada masa kanak-kanak dapat menyebabkan gangguan jiwa waktu dewasa.

c) Faktor keturunan

Pada beberapa kasus gangguan jiwa kemungkinan didapatkan pula anggota keluarga lainnya yang menderita penyakit yang sama. Namun, pada beberapa kasus lain tidak ditemukan seorangpun dalam keluarganya dengan gangguan yang serupa. Berkembangnya suatu gangguan jiwa dapat diturunkan pada seorang individu. Perubahan dalam struktur/fungsi otak akibat perubahan biokimiawi dalam sel-sel otak adalah penyebab paling banyak dari gangguan psikotik.

Kerusakan otak yang dapat menyebabkan gangguan jiwa sebagian karena pemakainya alkohol jangka panjang dan epilepsi yang tidak diobati. Faktor lain adalah apabila individu tidak memperoleh kesempatan yang cukup untuk hidup sebagai anggota masyarakat yang

diterima dan dihargai, kemiskinan, pengangguran, ketidakadilan, ketidakmampuan dan persaingan yang berat dan diskriminasi sosial.

3. Ciri-ciri gangguan jiwa

Ciri-ciri gangguan jiwa menurut (Sulistiawati, 2005) terbagi menjadi tiga yaitu :

- a. Perubahan yang berulang dalam pikiran, daya ingat, persepsi yang bermanifestasi sebagai kelainan perilaku
- b. Perubahan yang menyebabkan tekanan batin dan penderitaan pada individu sendiri dan orang lain di lingkungannya.
- c. Perubahan perilaku, akibat dari penderitaan ini menimbulkan gangguan dalam kehidupan sehari-hari, efisiensi kerja dan hubungan dengan orang lain dalam bidang sosial ataupun pekerjaan

Adapun ciri gangguan jiwa yang dapat diidentifikasi pada seseorang menurut Keliat (2005) yaitu marah tanpa sebab, mengurung diri, tidak kenal dengan orang lain, bicara kacau, bicara sendiri, dan tidak mampu merawat diri sendiri.

Ciri-ciri tersebut merupakan ciri umum pada penderita dengan gangguan jiwa.

4. Gejala gangguan jiwa

- a. Gangguan pikiran
 - 1) Sulit konsentrasi
 - 2) Pikiran berulang
 - 3) Bingung, kacau, ketakutan yang tidak beralasan
 - 4) Gangguan penerimaan pancaindra yang tidak ada objek/sumbernya
- b. Gangguan perasaan
 - 1) Cemas berlebihan dan tidak masuk akal
 - 2) Sedih yang berlarut
 - 3) Marah tidak beralasan

- c. Gangguan perilaku
 - 1) Menyendiri
 - 2) Gaduh gelisah
 - 3) Perilaku yang terus diulang
 - 4) Perilaku kacau
 - 5) Hiperaktif
- d. Gangguan fisik
 - 1) Gangguan tidur dan makan
 - 2) Pusing, tegang, sakit kepala, berdebar-debar, keringat dingin
 - 3) Sakit ulu hati, diare, mual
 - 4) Kurang gairah kerja dan seksual
- e. Gangguan fungsi pekerjaan/sosial
 - 1) Tidak mampu pekerjaan/sosial
 - 2) Sering bolos sekolah/kerja
 - 3) Prestasi menurun
 - 4) Tidak mampu bergaul
 - 5) Menarik diri dari pergaulan

5. Jenis-jenis gangguan jiwa

Gangguan jiwa yang sering ditemukan pada masyarakat adalah (Abdul Nasir, 2011):

- a. Skizofrenia

Jenis gangguan jiwa ini menunjukkan gejala utama dalam gangguan fungsi kognitif (pikiran) berupa disorganisasi dengan kata lain, gangguan jiwa ini mengenai pembentukan arus serta isi pikiran. Selain itu, ditemukan gejala gangguan persepsi, wawasan diri, perasaan dan keinginan.
- b. Depresi

Depresi adalah salah satu bentuk gangguan jiwa pada alam perasaan yang ditandai dengan kemurungan, kelesuan, tidak bergairah, perasaan tidak berguna dan putus asa. Gangguan ini sering ditemukan pada masyarakat dengan kesulitan ekonomi.
- c. Cemas

Gejala ini merupakan komponen utama bagi semua

gangguan psikiatri, baik akut maupun kronis. Sebagian menjelma menjadi gangguan panik, fobia, obsesi kompulsi dan sebagainya.

2.5 Proses terjadinya gangguan jiwa

1. Psikodinamika

Model psikodinamika memandang penyimpangan perilaku terjadi karena perkembangan dini dan resolusi konflik yang tidak adekuat

2. Interpersonal

Model interpersonal memandang ansietas sebagai gejala yang timbul dan dialami secara interperpersonal. Rasa takut yang mendasar adalah takut terhadap penolakan, takut tidak diakui sebagai anggota kelompok

3. Sosial

Model sosial menganggap faktor sosial dan lingkungan menciptakan stres, menyebabkan ansietas mengakibatkan timbulnya gejala. Perilaku yang tidak dapat diterima (menyimpang) diartikan secara sosial dalam memenuhi kebutuhan sistem sosial. Apabila berlangsung lama dan patologis dapat menimbulkan terjadinya gangguan jiwa

4. Ekstensial

Model eksistensial menyatakan hidup ini sangat berarti apabila seseorang dapat mengalami dan menerima self (diri) sepenuhnya. Penyimpangan perilaku terjadi jika individu gagal dalam upayanya untuk menemukan dan menerima diri apa adanya.

5. Supportif

Model supportif memandang bahwa masalah terjadi sebagai akibat dari faktor biologis, psikologis, dan sosial. Teori ini menekankan pada respon koping maladaptif yang terjadi saat ini, adanya kegagalan dari interaksi faktor bio-psiko-sosial-spiritual-kultural.

6. Komunikasi

Model komunikasi menganggap bahwa gangguan perilaku terjadi apabila pesan tidak dikomunikasikan dengan jelas. Bahasa dapat digunakan untuk merusak makna pesan bisa

diteruskan secara serentak pada berbagai tingkatan.

7. Perilaku

Model perilaku mempelajari bahwa penyimpangan terjadi karena manusia telah membentuk kebiasaan perilaku yang tidak diinginkan. Perilaku menyimpang terjadi berulang karena berguna untuk mengurangi ansietas atau menutupi kesalahan

8. Medik

Model medik mempelajari bahwa gangguan perilaku disebabkan oleh penyakit biologis; gangguan keseimbangan neurotransmitter, fungsi otak, infeksi, trauma kepala dan sistem fisiologis lainnya.

9. Stres adaptasi

Model stres adaptasi mengidentifikasi sehat sakit sebagai hasil berbagai karakteristik individu yang berinteraksi dengan faktor lingkungan. Komponen biologis, psikologis, sosial dan budaya diintegrasikan secara komprehensif.

2.6 Faktor penyebab gangguan jiwa

Faktor penyebab terjadinya gangguan jiwa bervariasi tergantung pada jenis-jenis gangguan jiwa yang dialami. Secara umum gangguan jiwa disebabkan karena adanya tekanan psikologis yang disebabkan oleh adanya tekanan dari luar individu maupun tekanan dari dalam individu. Beberapa hal yang menjadi penyebab adalah ketidaktahuan keluarga dan masyarakat terhadap jenis gangguan jiwa ini, serta ada beberapa stigma mengenai gangguan jiwa ini (Hawari, 2003).

2.7 Penanganan gangguan jiwa

Penanganan gangguan jiwa harus dilakukan secara komprehensif melalui multi pendekatan, khususnya pendekatan keluarga dan pendekatan petugas kesehatan secara langsung dengan penderita, seperti bina suasana, pemberdayaan penderita gangguan jiwa dan pendampingan penderita gangguan jiwa agar mendapatkan pelayanan kesehatan yang terus-menerus. Penanggulangan masalah gangguan jiwa terkendala karena adanya kesulitan dalam mendiagnosis gangguan jiwa. Hal ini berpengaruh

dalam sistem pencatatan dan pelaporan, padahal informasi seperti ini sangat penting untuk mengetahui keparahan kasus gangguan jiwa (Friedman, 1998) dalam (M. et al., 2010).

2.8 Peran Perawat Kesehatan Jiwa

Stuart Sundeen dalam *Principles and Practice of Psychiatric Nursing Care* (1998), peran perawat adalah sebagai Attitude Therapy, yakni:

1. Respek
2. Mendemonstrasikan penerimaan
3. Mengobservasi perubahan, baik perubahan kecil atau menetap yang terjadi pada klien
4. Memahami
5. Mempromosikan ketertarikan klien dan beradaptasi dalam interaksi

2.9 Filosofis Keperawatan jiwa

1. Pengertian falsafah keperawatan

Falsafah adalah keyakinan terhadap nilai-nilai yang menjadi pedoman untuk mencapai suatu tujuan dan dipakai sebagai pandangan hidup. Falsafah menjadi ciri utama suatu komunitas baik komunitas berskala besar maupun berskala kecil, salah satunya adalah komunitas profesi keperawatan (Budiono, 2017).

Falsafah keperawatan merupakan keyakinan perawat terhadap nilai-nilai yang dimilikinya, yang dapat meningkatkan kemampuan perawat dalam mengaplikasikan teori keperawatan dan memberikan ruang bagi perawat untuk lebih memahami tentang keperawatan terutama yang berkaitan dengan praktik keperawatan (Mcintrye & McDonald, 2013).

Falsafah keperawatan adalah pandangan dasar tentang hakikat manusia sebagai makhluk holistik (yang memiliki kebutuhan biologis, psikologis, sosial-kultural dan spiritual) dan esensi keperawatan yang menjadikan kerangka dasar dalam praktik keperawatan (Risnah & Irwan, 2021)

Falsafah keperawatan adalah keyakinan perawat

terhadap nilai-nilai keperawatan yang menjadi pedoman dalam memberikan asuhan keperawatan, baik kepada individu, keluarga, kelompok maupun masyarakat. Keyakinan terhadap nilai keperawatan harus menjadi pegangan setiap perawat, termasuk Anda sekarang ini. Sebagai seorang perawat wajib bagi Anda untuk memegang dan menanamkan nilai-nilai keperawatan dalam diri Anda ketika bergaul dengan masyarakat atau pada saat Anda memberikan pelayanan keperawatan pada pasien.

Setiap manusia memerlukan falsafah dalam dirinya. Karena dengan falsafah seseorang dapat mengartikan nilai, kepercayaan dan pendapat mereka tentang dunia, dan menginformasikan ide-ide yang dimilikinya. Falsafah hadir dalam diri seseorang berdasarkan pada pengalaman hidup yang dialaminya, dari cara mereka mengevaluasi suatu pengamatan dan percobaan untuk menyelesaikan masalah yang dihadapinya. Falsafah dalam keperawatan sendiri merupakan keyakinan perawat terhadap nilai-nilai yang dimilikinya, yang dapat meningkatkan kemampuan perawat dalam mengaplikasikan teori keperawatan dan memberikan ruang bagi perawat untuk lebih memahami tentang keperawatan terutama yang berkaitan dengan praktik keperawatan (Mcintyre & Mcdonald 2013). Falsafah keperawatan juga berhubungan erat dengan hubungan yang holistik menyeluruh yang berpusat pada klien sebagai sasaran dan layanan yang diberikan juga tidak hanya berpusat pada individu yang sakit melainkan individu yang sehat juga (Asmadi, 2008).

Bruce *et al.* 2014 mendefinisikan falsafah keperawatan menggunakan kerangka konseptual yang berfokus pada isi, metode dan pandangan hidup. Berikut kerangka konsep falsafah keperawatan menurut Bruce *et al.* 2014 :

Tabel 2.1. Kerangka konseptual falsafah keperawatan Bruce et al. 2014

No	Keterangan	Falsafah Sebagai Bagian Dari Keperawatan	Falsafah Sebagai Metode	Falsafah Sebagai Pandangan Hidup
1	Kerangka falsafah	Falsafah digunakan untuk mengidentifikasi fenomena utama dalam suatu keilmuan	Perawat menggunakan falsafah untuk mengkaji keberagaman dan pengalaman	Falsafah mentransformasikan manusia menjadi lebih bijaksana
	Contoh	Perawat mengkaji tentang keperawatan, lingkungan, sehat sakit, perkembangan keperawatan, mengidentifikasi memvalidasi pengetahuan tentang keperawatan, etika keperawatan, keperawatan dan praktik keperawatan.	Sebagai metode falsafah keperawatan berguna untuk menggali kemungkinan, analisis, kritik, tantangan dan membuat asumsi, nilai dan kepercayaan	Berperan dalam mengembangkan teori, praktik keperawatan, dan profesional perorangan.

1. Falsafah sebagai dari keperawatan:

Falsafah merupakan bagian dari keperawatan yang berhubungan dengan adanya fenomena utama dalam suatu profesi dan keilmuan yang terkait dengan manusia, sehat sakit dan lingkungan. Praktik keperawatan merupakan central dari pemikiran filosofis yaitu mengenai apa itu perawat, apa itu keperawatan, dan apa yang dimaksud dengan keperawatan yang benar. Falsafah digunakan untuk membuat keputusan yang tepat dalam praktik keperawatan. Falsafah sebagai bagian dari keperawatan berguna untuk

perawat praktik, perawat pendidik, dan mahasiswa keperawatan.

2. Falsafah sebagai metode keperawatan

Falsafah sebagai metode keperawatan membantu perawat dalam melakukan analisis, kritik, menghadapi tantangan, dan mengatasi kejadian situasional terkait dengan patient safety, dan etika keperawatan. Falsafah keperawatan dapat membantu perawat dalam mengembangkan kapasitas dirinya sebagai perawat yang menjunjung tinggi moral. Falsafah juga dapat membantu perawat untuk mengeksplorasi pertanyaan yang berkaitan dengan bidang non keilmuan yang mungkin penting bagi kemajuan keilmuan keperawatan itu sendiri. Contohnya dengan menggunakan penyelidikan filosofis perawat dapat mengajukan pertanyaan seperti apa saja prinsip-prinsip praktik keperawatan? Apa saja batasan keperawatan? Bagaimana cara mengembangkan hubungan perawatklien? Dengan memikirkan pertanyaan-pertanyaan tersebut perawat dapat terlatih untuk berpikir kritis dan logika dalam mendefinisikan ilmu keperawatan.

Falsafah keperawatan dapat membantu perawat dalam mengembangkan kapasitas dirinya sebagai perawat yang menjunjung tinggi moral. Falsafah juga dapat membantu perawat untuk mengeksplorasi pertanyaan yang berkaitan dengan bidang non keilmuan yang mungkin penting bagi kemajuan keilmuan keperawatan itu sendiri. Contohnya dengan menggunakan penyelidikan filosofis perawat dapat mengajukan pertanyaan seperti apa saja prinsip-prinsip praktik keperawatan? Apa saja batasan keperawatan? Bagaimana cara mengembangkan hubungan perawatklien? Dengan memikirkan pertanyaan-pertanyaan tersebut perawat dapat terlatih untuk berpikir kritis dan logika dalam mendefinisikan ilmu keperawatan. Selain itu, falsafah juga dapat digunakan sebagai metode falsafah keperawatan berguna untuk menggali kemungkinan, analisis, kritik, tantangan dan membuat asumsi, nilai dan

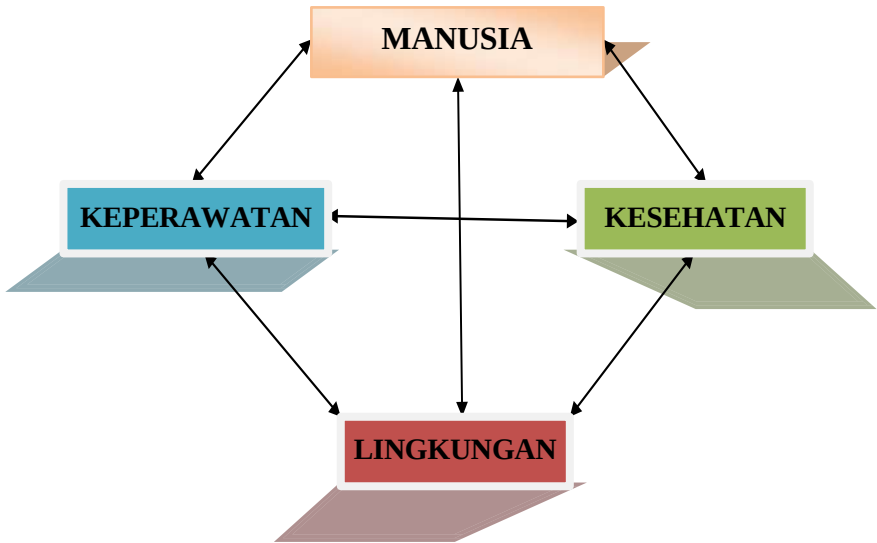
kepercayaan.

3. Falsafah sebagai pandangan hidup

Perawat mewujudkan falsafah keperawatan sebagai pandangan hidup dalam setiap tindakan praktik keperawatan yang dilakukannya meliputi pengetahuan, etika dan lainnya. Dengan menjadikan falsafah keperawatan sebagai pandangan hidup perawat dapat mengembangkan teori, praktik keperawatan dan meningkatkan profesionalitas (Bruce *et al.* 2014)

Falsafah keperawatan kesehatan jiwa telah disepakati padarapat paripurna penyusunan standar pelayanan kesehatan yaitu:

“Pelayanan keperawatan jiwa diberikan secara kontinum dan komprehensif pada pasien (individu, keluarga, kelompok, dan komunitas) dengan responbio- psikososial-spiritual dari adaptif sampai maladaptif sepanjang daur kehidupan dengan menggunakan proses hubungan interpersonal; pengetahuan tentang biologi, psikologi, kepribadian dan perilaku manusia; berbagai modalitas terapi keperawatan dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan untuk meningkatkan, mempertahankan, memulihkan respons adaptif serta mencegah dan merehabilitasi respons maladaptif dari pasien.



2.10 Manusia/Pasien/Klien

Manusia merupakan subjek dan target pelayanan keperawatan.

1. Manusia mendapatkan pelayanan keperawatan jiwa sejak dikandung, lahir sampai dengan meninggal
2. Manusia mendapat pelayanan keperawatan jiwa baik secara individu, keluarga, kelompok tertentu maupun komunitas tertentu
3. Manusia mendapat pelayanan keperawatan jiwa baik saat sehat maupun sakit (fisik dan jiwa)



2.11 Lingkungan

Lingkungan tempat manusia berada diciptakan agar mendukung kesehatan jiwa.

1. Lingkungan fisik memberi kesempatan bagi manusia untuk pengembangan kesehatan jiwanya. Misalnya : situasi rumah, situasi tempat umum, situasi transportasi.
2. Lingkungan psikologi manusia diciptakan sehingga manusia dapat mengembangkan perilaku, kepribadian dan coping yang sehat.
3. Lingkungan sosial manusia diciptakan agar mendukung kemampuan berhubungan dengan orang lain yang harmonis, misalnya hubungan dalam keluarga , tempat kerja, tempat umum, tata krama, umpan balik.
4. Lingkungan spiritual manusia diciptakan agar mendukung pengembangan keyakinan yang konstruktif.



2.12 Kesehatan

Kesehatan manusia meliputi semua aspek bio-psiko-sos-spiritual. Sehat dipandang sebagai suatu keadaan seimbang bio-psiko-sosio-spiritual yang dinamis dengan berbagai faktor yang mempengaruhinya dan memungkinkan manusia melakukan asuhan mandiri dan berfungsi secara optimal untuk berperran dalam keluarga,kelompokdan komunitas.



2.13 Keperawatan

Merupakan suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan, didasarkan padailmu dan kiat keperawatan,berbentuk pelayanan bio-psiko-sosiokultural-spiritual yang komprehensif ditujukan kepada individ,

keluarga, kelompok dan komunitas, baik sakit maupun sehat serta mencakup seluruh siklus hidup manusia. Keperawatan berupabantuan yang diberikan karena adanya keluhan fisik dan atau mental. Keterbatasan pengetahuan serta kurangnya kemauan melaksanakan kegiatan sehari-hari secara mandiri.



Falsafah keperawatan menggunakan kerangka konseptual yang berfokus pada isi, metode dan pandangan hidup (Bruce, Rietze and Lim, 2014)

Falsafah keperawatan menjadi sebuah atribut atau nilai yang melekat pada diri perawat. Dengan kata lain, falsafah keperawatan merupakan “jiwa” dari setiap perawat. Oleh karena itu, falsafah keperawatan harus menjadi pedoman bagi perawat dalam menjalankan pekerjaannya.

Falsafah keperawatan dapat digunakan untuk mengkaji penyebab dan hukum-hukum yang mendasari realitas. Dalam falsafah keperawatan pasien di pandang sebagai makhluk holistik, yang harus dipenuhi segala kebutuhannya, baik kebutuhan biologis, psikologis, sosial dan spiritual yang diberikan secara komprehensif. Pelayanan keperawatan senantiasa memperhatikan aspek kemanusiaan setiap pasien berhak mendapatkan perawatan tanpa ada perbedaan. Pelayanan keperawatan merupakan bagian integral dari system pelayanan

keperawatan menjadikan pasien sebagai mitra yang aktif, dalam keadaan sehat dan sakit terutama berfokus kepada respons mereka terhadap situasi (Budiono, 2017).

2.14 Falsafah keperawatan menurut para pakar

1. Roy

Menurut Roy, falsafah keperawatan memandang manusia sebagai makhluk biopsikososial yang merupakan dasar bagi kehidupan yang baik. Keperawatan adalah disiplin ilmu yang berorientasi kepada praktik keperawatan yang berdasarkan ilmu keperawatan yang ditujukan untuk memberikan pelayanan kepada klien. Dengan demikian inti dari falsafah keperawatan menurut Roy, menekankan pada kemanusiaan dan kebenaran dalam melaksanakan praktik keperawatan.

2. Jean Watson

Caring adalah suatu ilmu pengetahuan yang mencakup suatu hal berperikemanusiaan, orientasi ilmu pengetahuan manusia ke proses kepedulian pada manusia, peristiwa, dan pengalaman. Ilmu pengetahuan caring ini meliputi seni dan umat manusia seperti halnya ilmu pengetahuan. Perilaku caring disini meliputi mendengarkan penuh perhatian, penghiburan, kejujuran, kesabaran, tanggung jawab, menyediakan Informasi sehingga pasien dapat membuat suatu keputusan

3. Betty Neuman

Betty Neuman menggunakan pendekatan manusia utuh dengan memasukkan konsep holistik, pendekatan sistem terbuka dan konsep stresor. Sistem klien ini terdiri dari lima variabel yang beriteraksi, yaitu:

- a. Fisiologi: Struktur tubuh dan fungsi.
- b. Psikologi: Proses mental dan hubungan.
- c. Sosiokultural: Kombinasi fungsi sosial dan kultural.
- d. Perilaku : Proses perkembangan manusia.
- e. Spiritual : Keyakinan spiritual.

4. Florence Nightingale

Menurut Florence Nightingale (modern nursing), dia

meyakini falsafah keperawatan serta melihat penyakit sebagai proses pergantian atau perbaikan reparative proses. Manipulasi dari lingkungan eksternal perbaikan dapat membantu proses untuk perbaikan atau pergantian dan kesehatan klien

5. Martha Rogers

Keperawatan adalah sebuah pengetahuan yang ditujukan untuk mengurangi kecemasan terhadap pemeliharaan dan peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, perawatan rehabilitasipenderita sakit serta penyandang cacat.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdul Nasir, M. (2011) 'Dasar—Dasar Keperawatan', p. 447.
- Berner, P. *et al.* (2010) 'Diagnostic and statistical manual of mental disorders, third edition (DSM-III)', *Diagnostic Criteria for Functional Psychoses*, pp. 143–149. Available at: <https://doi.org/10.1017/cbo9780511663208.028>.
- Bruce, A., Rietze, L. and Lim, A. (2014) 'Understanding Philosophy in a Nurse's World: What, Where and Why?', *Nursing and Health*, 2(3), pp. 65–71. Available at: <https://doi.org/10.13189/nh.2014.020302>.
- Budiono. (2017). Konsep Dasar Keperawatan. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- FIK UI & WHO, 2006. Modul Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa (MPKP), Jakarta: Tidak diterbitkan
- Hawari D (2003). Pendekatan Holistik Pada Gangguan Jiwa : Skizofrenia. Jakarta : FKUI. Hawari D. (2009). Psikometri Alat Ukur (Skala) Kesehatan Jiwa. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
- Keliat, Budi Anna; Panjaitan; Helena. 2005. Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa. Ed.2. Jakarta: EGC.
- M., S.-E. *et al.* (2010) 'Intensive psychiatric care', *European Psychiatry*, 25, pp. 26–66.
- Available at: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed9&NEWS=N&AN=70171081>.
- Risnah, & Irwan. (2021). Falsafah dan Teori Keperawatan Dalam Integrasi Keilmuan. Makasar: Alauddin University Press.
- Risal, M. (2017) *Ilmu Keperawatan Jiwa, Jurnal Sains dan Seni ITS*.
- Stuart, Gail W. 2007. Buku Saku Keperawatan Jiwa. Jakarta: EGC.
- Stuart, G.W., Laraia, M.T., 1998 Principles and Practice of Psychiatric Nursing, 6th Editions, Mosby, St. Louis

Suliswati, 2005. Konsep Dasar Keperawatan Kesehatan Jiwa. Jakarta: EGC Undang-undang No 18 tahun 2014. Kesehatan Jiwa. Jakarta ;2014 Sulistiawati. (2005). Konsep Konsep Dasar Keperawatan Jiwa. Jakarta: EGC.

Stuart GW. (2015). Keperawatan Psikitrik; Buku Saku Keperawatan Jiwa, Edisi 5. Jakarta: ECG.

BAB 3

PENILAIAN DAN DIAGNOSA DALAM KEPERAWATAN JIWA

3.1 Pendahuluan

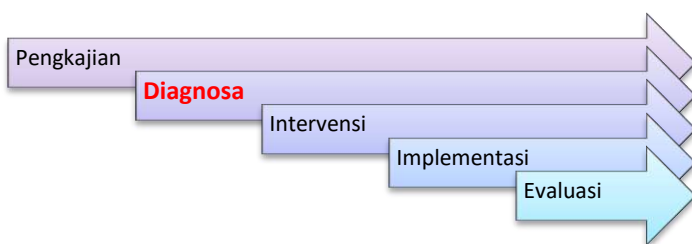
Proses keperawatan merupakan sebuah prosedur yang sistematis dan terstruktur yang dilakukan oleh tenaga profesional perawat, proses keperawatan terdiri dari lima tahap dimulai dari pengakajian, penentuan diagnosa, merencanakan tindakan, melakukan tindakan keperawatan serta melakukan evaluasi tindakan yang telah dilakukan. Proses keperawatan yang dilakukan dilakukan secara komprehensif dan holistik agar diagnosa keperawatan yang didapatkan tepat sesuai dengan masalah yang ditemukan perawat (Seniwati et al., 2022)

Diagnosa keperawatan merupakan pernyataan yang disampaikan oleh tenaga profesional perawat terkait dengan kondisi klien yang mendapatkan asuhan keperawatan. Pada kondisi klien dengan masalah kesehatan jiwa, penentuan masalah atau diagnosis keperawatan ditinjau dari aspek perilaku klien. Keperawatan kesehatan jiwa merupakan topik khusus dalam pembelajaran keperawatan karena setiap pembelajarannya menggunakan perilaku sebagai dasar tinjauan atau penilaian diagnosa keperawatan yang bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan klien yang mendapatkan terapi atau asuhan keperawatan dengan masalah kesehatan mental atau jiwa (Townsend, 2014)

Penentuan diagnosis keperawatan jiwa dalam bab ini menggunakan acuan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) yang berkaitan dengan masalah psikologis, penilaian yang dilakukan dalam penentuan masalah keperawatan jiwa tidak hanya berfokus pada masalah Psikosa namun juga Neurosa (Gani et al., 2019; Masdiana et al., 2024; Mashudi, 2021; PPNI, 2018)

3.2 Proses keperawatan: Diagnosa Keperawatan

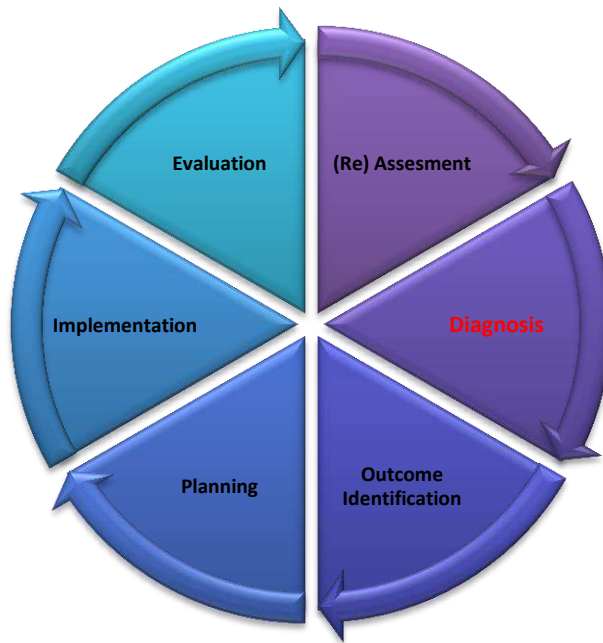
Proses keperawatan merupakan sebuah alat yang digunakan oleh perawat dalam memrumuskan tujuan serta meningkatkan derajat kesehatan pasien dan belajar melakukan tindakan keperawatan pada seluruh area kesehatan. Proses keperawatan terdiri dari 5 tahap yaitu: pengkajian, diagnosa keperawatan, Intervensi, Implementasi dan Evaluasi, masing- masing proses keperawatan memiliki cara atau teknik tersendiri dalam setiap pengaplikasiannya (Gorman & Anwar, 2009; Shives, 2012).



Gambar 3.1. Skema Proses Keperawatan

Sumber: (Hidayah et al., 2024)

Proses keperawatan merupakan 6 tahap yang digunakan perawat dalam menyelesaikan masalah kesehatan pasien dengan tujuan bahwa setiap tahapnya mendapatkan efek terapeutik atau penyembuhan secara menyeluruh. Proses keperawatan selalu dinamis sehingga prosesnya berkesinambungan selama interaksi perawat-klien berlangsung dalam menilai respon fisik dan perilaku klien (Townsend, 2014; Tukatman et al., 2023)



Gambar 3.2. Skema Proses Keperawatan
Sumber: (Townsend, 2014)

Proses pengumpulan data merupakan bagian dari fungsi perawat yang tersertifikasi dengan tujuan perawat mampu mengidentifikasi masalah keperawatan yang muncul pada klien. Diagnosa keperawatan menjadi dasar tersusunnya intervensi keperawatan. *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) merupakan salah satu rekomendasi referensi yang digunakan untuk meneggakan diagnosa keperawatan, namun di Indonesia telah terjadi regulasi dan diterbitkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) sebagai rujukkan diagnosis keperawatan secara nasional (Gorman & Anwar, 2009; PPNI, 2018).

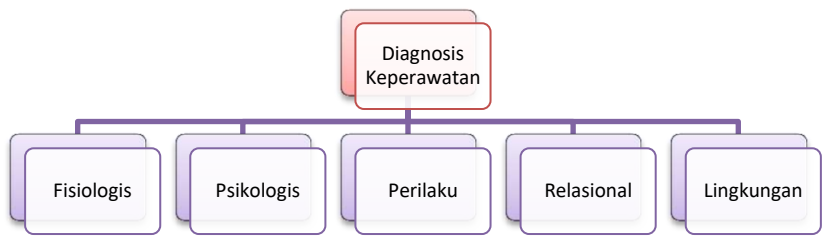
Diagnosa keperawatan merupakan klasifikasi perumusan permasalahan yang ada pada klien, masalah keperawatan muncul setelah dilakukan pengkajian atau assesment keperawatan. Pada masalah keperawatan jiwa, diagnosa keperawatan telah disusun dalam Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) sehingga diagnosa keperawatan sudah menjadi hal yang mutlak dalam

pengangkatan diagnosis keperawatan (Hidayah et al., 2024; PPNI, 2018)

Dalam menegakkan diagnosa keperawatan jiwa dibutuhkan penilaian khusus agar mahasiswa tidak salah dalam menentukan masalah keperawatn jiwa yang dialami oleh pasien dengan masalah psikososial dan masalah gangguan jiwa. Pengkajian yang digunakan dalam keperawatan jiwa menggunakan pengkajian perilaku yang dapat diobservasi dan komunikasikan, pengkajian dalam keperawatan dengan masalah kejiwaan membutuhkan teknik tersendiri khususnyaaber komunikasi agar perawat mendapatkan informasi atau data sesuai dalam menegakkan diagnosa keperawatan (Keliat et al., 2020; Kotijah et al., 2021).

3.3 Klasifikasi Diagnosis Keperawatan

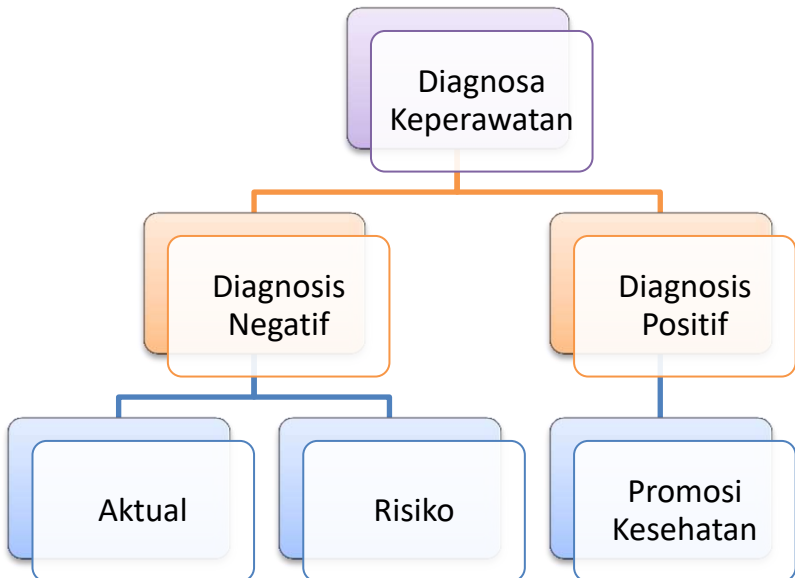
Klasifikasi diagnosis keperawatan sejak tahun 1991 telah dikembangkan oleh *International Council of Nurses* (ICN) kemudian berkembang menjadi *Internactional Council of Nurses Practise* (ICNP), sistem klasifikasi ini tidak hanya mencakup klasifikasi diagnosis keperawatan namun telah disusun pula intervensi dan tujuan keperawatan yang sesuai dengan klasifikasinya. *International Council of Nurses Practise* (ICNP) mengklasifikasikan dignosis keperawatan menjadi lima kategori, yaitu fisiologis, Psikologis, Perilaku, Relasional dan Lingkungan. Kategori dan subkategori diagnosis keperawatan dapat terlihat pada skema berikut;



Gambar 3.3. Skema Kategori Diagnosa Keperawatan
Sumber: (Heather et al., 2021; International Council of Nurses, 2017; PPNI, 2018)

3.4 Jenis Diagnosis Keperawatan

Jenis diagnosis keperawatan telah dibagi menjadi dua jenis yaitu; diagnosis negatif dan diagnosis positif. Diagnosis keperawatan negatif mengarahkan perawat untuk dapat melakukan atau memberikan asuhan keperawatan kepada klien dengan kondisi berisiko mengalami penyakit atau dalam kondisi sakit sehingga tindakan keperawatan mengarah kepada tindakan rehabilitatif, kuratif dan preventif, pada diagnosa negatif perawat dituntut untuk dapat menentukan masalah keperawatan aktual dan risiko secara tepat sehingga intervensi dan implementasi keperawatan yang diberikan dapat menyelesaikan masalah kesehatan klien. Diagnosis positif menunjukkan bahwa klien dalam keadaan sehat dan dapat mencapai kondisi yang lebih optimal, adapun diagnosis positif seperti promosi kesehatan yang merupakan diagnosis keperawatan yang berfokus pada peningkatan motivasi dan meningkatkan kesejahteraan individu (Heather et al., 2021; Patricia A Potter et al., 2019; PPNI, 2018).



Gambar 3.4. Skema Jenis Diagnosa Keperawatan

Jenis- jenis diagnosis keperawatan menurut (Carpenito, 2013; Potter et al., 2019) dapat diuraikan sebagai berikut:

Diagnosis Aktual

- Diagnosis ini menjelaskan respons klien terhadap kesehatan atau proses kehidupannya yang menyebabkan klien mengalami masalah kesehatan. tanda dan gejala mayor dan minor dapat ditemukan dan divalidasai pada klien

Diagnosis Risiko

- Diagnosis ini menggambarkan respons klien terhadap kondisi kesehatan atau perilaku serta proses kehidupan yang berkaitan dengan risiko mengalami masalah kesehatan

Diagnosis Promosi kesehatan

- Diagnosis ini menggambarkan adanya keinginan dan motivasi klien untuk meningkatkan kondisi kesehatannya ke tingkat lebih optimal.

Gambar 3.5. Skema Keterangan Diagnosa Keperawatan

Dalam keperawatan jiwa jenis diagnosa keperawatan dapat dilihat pada contoh berikut:

1. Pada diagnosis aktual dengan diagnosis gangguan jiwa: gangguan Persepsi Sensori berhubungan dengan gangguan pengelihatan (halusinasi) ditandai dengan sering menyebutkan bahwa dirinya sering melihat bayangan
2. Pada diagnosis aktual dengan diagnosis psikososial: Gangguan Citra Tubuh berhubungan dengan perubahan bentuk tubuh akibat luka bakar ditandai dengan adanya luka bakar diarea wajah.
3. Pada diagnosis risiko pada diagnosis Risiko gangguan Jiwa: Risiko Bunuh Diri ditandai dengan (faktor risiko gangguan fisik) penyakit terminal (kanker)
4. Pada diagnosis risiko dengan psikososial: Risiko Distress Spiritual ditandai dengan (faktor risiko) Penyalahgunaan zat

5. Pada diagnosis promosi kesehatan: Kesiapan Peningkatan Konsep Diri

3.5 Komponen Diagnosis Keperawatan

Penentuan diagnosis keperawatan memiliki beberapa komponen agar yang ditemukan setelah pengkajian dan pemeriksaan diagnostik. Diagnosis keperawatan selama ini memiliki label diagnostik (Patricia A Potter et al., 2019).

3.5.1 Label Diagnostik

Label diagnostik ini berfungsi sebagai petunjuk diagnosis keperawatan yang relevan, pada label diagnostic menggambarkan pentingnya respon pasien terkait dengan kondisi kesehatan yang dialami. Contoh; pada label diagnostik berduka faktor yang menyebabkan diagnosa berduka adanya proses kehilangan berduka yang terjadi misalnya menolak kejadian berduka/trauma (*Denial*) hingga menerima kejadian berduka/trauma (*acceptance*). Sehingga dapat disimpulkan bahwa diagnosis keperawatan muncul berdasarkan hasil data subjektif dan Objektif yang spesifik berkaitan dengan masalah/diagnosa keperawatan.

3.5.2 Definisi

Tujuan mendefinisikan adalah untuk menentukan permasalahan yang sesuai setelah dilakukan pemeriksaan dan pengujian pada klien. Definisi umumnya menjelaskan tentang respons klien selama dilakukan pengkajian.

3.5.3 Indikator Diagnostik

Indikator diagnostik terdiri atas penyebab, tanda/gejala dan faktor risiko dengan uraian berikut.

1. Penyebab (Etiologi)

Merupakan faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan status kesehatan pada klien. Penyebab (Etiologi) dapat mencakup empat kategori: 1) Fisiologis, Biologis atau Psikologis; 2) Efek Terapi/Tindakan; c) Situasional (lingkungan atau personal), dan d) maturasional

2. Tanda (Sign) dan gejala (Symptom)

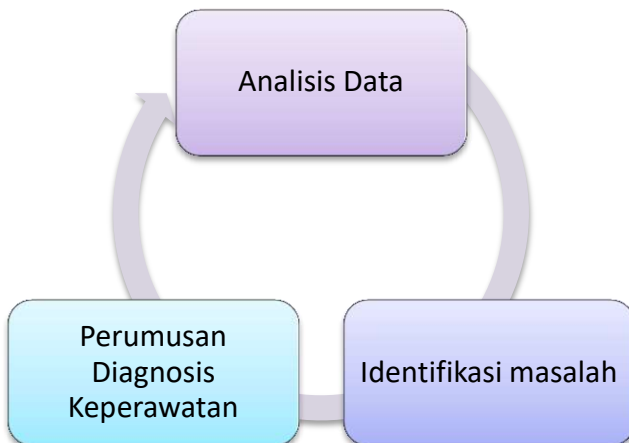
Tanda merupakan data objektif yang didapatkan dari hasil pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium dan prosedur diagnostik, sedangkan gejala merupakan data subjektif yang didapatkan dari hasil pengkajian. Tanda/gejala dikelompokkan menjadi dua kategori yaitu: Mayor; data yang diperoleh memberikan kontribusi terhadap masalah keperawatan sebesar 80%-100% untuk validasi diagnosis, Minor; data ini tidak harus ditemukan, namun bisa digunakan untuk mendukung diagnosa.

3. Faktor Risiko

Faktor risiko merupakan kondisi atau situasi yang dapat meningkatkan kerentanan klien mengalami masalah kesehatan.

3.5.4 Proses penegakkan Diagnosis Keperawatan

Perawat dalam menentukan diagnosis keperawatan seharusnya memahami proses dalam menegakkan diagnosis, hal ini sangat penting dilakukan agar data dan masalah yang ditemukan sesuai. Proses penegakan diagnosis dapat terlihat pada skema berikut:



Gambar 3.6. Skema Proses penegakkan Diagnosa Keperawatan

1. Analisis Data

Analisis data dapat dilakukan dengan tahapan sebagai berikut: 1) Membandingkan data dengan nilai normal, 2) Mengklasifikasi data yang ditemukan

2. Identifikasi masalah

Setelah data ditemukan maka tahap berikutnya perawat harus menganalisis masalah, dalam menganalisis perawat harus Bersama klien dalam mengidentifikasi masalah actual, risiko dan/atau promosi kesehatan.

3. Perumusan Diagnosis Keperawatan

Perumusan atau penulisan diagnosis keperawatan disesuaikan dengan jenis diagnosis keperawatan.

3.5.5 Sumber kesalahan dalam diagnosa

Perawat sebagai tenaga profesional harus memiliki kemampuan menghilangkan atau meminimalisir kesalahan (*Errors*) dalam menegakkan diagnosa keperawatan. Kesalahan yang terjadi bisa dari banyak faktor seperti proses diagnostik saat pengkajian atau pengumpulan data, interpretasi data, pengelompokkan dan pernyataan diagnosis keperawatan yang tidak/kurang tepat. Kemampuan perawat dalam menghilangkan kesalahan tentunya tidak terlepas dari bagaimana perawat berfikir secara kritis dalam membuat diagnosis keperawatan yang akurat. Adapun kesalahan yang dapat terjadi saat menegakkan diagnosa keperawatan dapat diuraikan sebagai berikut:

1. Kesalahan dalam pengumpulan data

Untuk menghindari kesalahan dalam pengumpulan data, perawat harus memiliki pengetahuan dan keterampilan dalam semua teknik penilaian. Kegiatan yang dilakukan oleh perawat dipastikan memberikan atau mendapatkan data yang lengkap serta akurat, dan data terkumpul secara terorganisasi. Beberapa teknik perawat dalam menghindari kesalahan dalam mengumpulkan data yaitu: a) Meninjau kembali kemampuan perawat dalam melakukan pengkajian seperti keterampilan berkomunikasi selama wawancara dan penilaian fisik sebelum perawat melakukan pertemuan dengan klien saat pengumpulan/mengkaji klien. b) Lakukan

penilaian secara bertahap. Fokus pada penyelesaian riwayat pasien dan wawancara sebelum memulai tindakan pengkajian. Perawat diharuskan untuk dapat memfokuskan pengkajian pada keluhan utama klien dan dilanjutkan pada pemeriksaan yang lebih kompleks sehingga diagnosa yang diangkat sesuai dengan masalah klien dan tepat dalam memberikan tindakan, c) Tinjau kembali lingkungan klinis untuk mendapatkan informasi yang akurat, d) tinjau kembali standar pemeriksaan fokus.

Dalam keperawatan jiwa kesalahan yang terjadi dalam pengumpulan data adalah klien gangguan jiwa tidak memberikan data pada saat pertemuan pertama, sehingga kondisi ini memberikan data yang didapatkan bukan data primer, perawat harus mengkaji berulang-ulang saat klien dirasakan kooperatif dan pendekatan yang dirasakan membutuhkan waktu lama. Pada klien dengan skizofrenia juga sering terjadi keterbatasan kognitif sehingga saat melakukan pengkajian tidak seluruh data terjawab, perawat hanya dapat melihat data objektif saja sebagai acuan dasar menegakkan diagnosa.

Perawat pemula umumnya sering mendapatkan data yang salah saat mengkaji klien dengan gangguan jiwa, umumnya perawat pemula takut dan merasa tidak siap bertemu dengan klien dengan gangguan jiwa yang memiliki perilaku agresif dan tidak kooperatif saat bertemu.

2. Kesalahan dalam mengintepretasikan dan menganalisis data
Dalam keperawatan jiwa, kesalahan mengintrepretasikan dan menganalisis data sering terjadi ketika perawat menyebutkan masalah klien dengan pola pikir, dalam keperawatan jiwa proses pikir klien waham. Klien yang merasa seperti artis dan presiden adalah masalah waham kebesaran namun ada kalanya klien menyebutkan jika dirinya merasa seperti nabi, sehingga kalimat nabi yang disebut merupakan diagnosis gangguan proses pikir waham agama.

DAFTAR PUSTAKA

- Carpenito, L. J. (2013). Handbook of Nursing Diagnosis. In *Wolters Kluwer Health / Lippincott Williams & Wilkins* (14th ed.). Wolters Kluwer.
- Gani, A., Zuraidah, Adharudin, M., Pranata, A. D., & Saputra, A. U. (2019). *Keperawatan Jiwa*. Adab.
- Gorman, L. M., & Anwar, R. (2009). Fundamentals of Mental Health Nursing. In *Fundamentals of Mental Health Nursing* (4th ed.). F.A. Davus Company. <https://doi.org/10.1093/oso/9780199547746.001.0001>
- Heather, H. T., Kamitsuru, S., & Lopes, C. T. (2021). NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2021-2023. In *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2021-2023*. <https://doi.org/10.1055/b0000000515>
- Hidayah, N., Banon, E., Faizah, H. N., Wisnusakti, K., Pranata, A. D., Oktaviana, W., Saripah, E., Astutik, W., & Siagian, I. O. (2024). *Buku Ajar keperawatan Kesehatan Jiwa dan Psikososial* (Issue May). PT Nuansa Fajar Cemerlang.
- International Council of Nurses. (2017). *Nursing Diagnosis and Outcome Statements*. 20.
- Keliat, B. A., Hamid, A. Y. S., Putra, Y. S. E., Wardani, I. Y., Daulima, N. H. C., Susanti, H., Hargiana, G., & Panjaitan, R. U. (2020). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. EGC.
- Kotijah, Yusuf, Sumiatin, & Putri. (2021). *Masalah Psikososial Konsep dan Aplikasi dalam Asuhan Keperawatan* (Issue December). Mitra Wacana Media. <https://www.mitrawacanamedia.com>
- Masdiana, E., Pranata, A. D., Batmomolin, A., Zaman, B., Amanupunnyo, N. A., Rabi'al, J., Tubalawony, F., Harkomah, I., Yanti, R. D., Suyamto, Chaizuran, M., Yunitasari, P., Indarna, A. A., & Wulandari, N. A. (2024). *Keperawatan Jiwa* (L. O. Alifariki (ed.)). PT Media Pustaka Indo.
- Mashudi, S. (2021). Asuhan Keperawatan Skizofrenia. *CV. Global Aksara Pres, Juni*, 1–23.
- Patricia A Potter, Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2019). *Essential for Nursing Practice* (9th ed.). Elsevier.

- Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2019). *Fundamental Of Nursing* (10th ed.). Elsevier.
- PPNI. (2018). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan* (1st ed.). DPP PPNI.
- Seniwati, Ita, Anugrahwati, R., Silitonga, J. M., Hutagaol, R., Gunawan, D., Sihura, S. S. G., Dherlirona, Kamilah, L., Anisah, S., & Solehudin. (2022). *Buku Ajar Manajemen Keperawatan*. CV. Feniks Muda Sejahtera.
- Shives, L. R. (2012). Basic Concenpts of Psychiatric- Mental Health Nursing. In *Wolters Kluwer Health / Lippincott Williams & Wilkins* (8th ed.). Wolters Kluwer. <https://doi.org/10.1128/AAC.03728-14>
- Townsend, M. C. (2014). *Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing Concepts Of Care in Evidence- Based Practice* (6th ed.). Davis Company.
- Tukatman, Pranata, A. D., Katuuk, H. M., Yati, M., Emilia, N. L., Sari, M. T., Suri, M., Saswati, N., Tololiu, T. A., Suhardono, Agustine, U., Daryanto, Syukri, M., Laoh, J. M., Erlin, F., & Lombogia, M. (2023). *Keperawatan jiwa*. Pustaka Aksara.

BAB 4

INTERVENSI DAN TERAPI DALAM KEPERAWATAN JIWA

4.1 Pendahuluan

Kesehatan jiwa merupakan keadaan sejahtera yang dirasakan menunjukkan perasaan senang, seimbang, kepuasan, mampu menunjukkan keberhasilannya dan memiliki harapan dalam menjalani kehidupan (Stuart et al., 2013). Kesehatan jiwa adalah suatu keadaan di mana seseorang merasa sejahtera dalam merealisasikan kemampuan yang dimiliki, memiliki mekanisme pertahanan diri yang baik dalam menghadapi masalah, produktif dalam bekerja dan mampu berpartisipasi dalam kegiatan bermasyarakat atau komunitas (Jordan, 2018).

Menurut Undang - Undang Republik Indonesia Tentang Kesehatan Mental No. 18 Tahun 2014, (2014) bahwa kesehatan Jiwa adalah keadaan individu yang tumbuh dengan baik secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga mampu mengembangkan potensi/ kemampuan diri sendiri, dapat mengatasi tekanan yang dialami, produktif dalam bekerja dan berpartisipasi dalam kegiatan bermasyarakat/ sosial. Gangguan mental merupakan permasalahan yang terjadi terjadi di seluruh dunia.

Gangguan mental menurut Boyd (2018) adalah gejala psikologi yang dirasakan oleh individu ditandai dengan adanya gejala seperti respon negatif terhadap ransangan atau perasaan tertekan, ketidakmampuan seperti gangguan pada satu atau beberapa fungsi dan meningkatkan resiko terjadi penderitaan, kematian dan kehilangan kebebasan. Berdasarkan beberapa definisi diatas dapat disimpulkan bahwa gangguan jiwa adalah perubahan respon ke maladaptif pada pikiran, perasaan, perilaku yang menyebabkan ketidakmampuan, gangguan personal, gangguan fungsi sosial/komunitas, penderitaan bahkan kematian. Prevalensi gangguan jiwa diperkirakan 24

juta jiwa diseluruh dunia atau 1 orang per 300 orang di seluruh dunia dan terjadi peningkatan setiap tahunnya (Mental Disorders, 2022).

Permasalahan gangguan jiwa di Indonesia sangat besar dan menyebabkan beban kesehatan yang signifikan terus meningkat. Jumlah penderita gangguan jiwa dengan kategori berat sekitar 1,7 per mil (1-2 orang per 1000 penduduk). Angka ini menunjukkan bahwa 1000 rumah tangga atau sekitar 70 rumah tangga yang menderita Skizofrenia/psikosis berat. Provinsi dengan jumlah prevalensi tertinggi gangguan jiwa di Indonesia adalah Provinsi Bali dengan capaian persentase 11,1% per 1000 rumah tangga yang memiliki anggota rumah tangga yang mengalami Skizofrenia, peringkat kedua di provinsi DI Yogyakarta dengan capaian persentase 10,4 % per 1000 rumah tangga. Selanjutnya prevalensi jumlah capaian gangguan jiwa terjadi di beberapa provinsi seperti Nusa Tenggara Barat, Sumatera Barat, Sulawesi Selatan, Aceh, Jawa Tengah, Sulawesi Tengah, Sumatera Selatan, dan Kalimantan Barat (Riskedas, 2018).

Prevelensi gangguan jiwa/ gangguan mental terus meningkat sehingga perlu perhatian serius dalam penanganannya. Intervensi dan terapi memiliki peran penting dalam membantu individu mengalami masalah kesehatan jiwa. Peran perawat tidak hanya sebatas pada pemberian obat atau perawatan fisik tetapi mencakup aspek psikososial, saat ini peran perawat yaitu melaksanakan asuhan keperawatan jiwa pada individu, keluarga dan masyarakat melalui pengkajian, perencanaan, implementasi, dan mengevaluasi rencana asuhan keperawatan yang telah disusun sesuai dengan kebutuhan individu dan masyarakat (Alzahrani, 2023). Pengobatan komprehensif skizofrenia tidak hanya diberikan farmakoterapi tetapi dapat diberikan terapi yang lain seperti intervensi psikososial yang diberikan pada pasien atau keluarga. Pengurangan gejala merupakan tujuan pengobatan, intervensi psikososial digunakan untuk mengurangi kecacatan. Pasien tidak mampu/ tidak patuh dalam menjalani program pengobatan menjadi salah satu yang menyebabkan kekambuhan

dan diperkirakan sekitar 50% yang tidak mematuhi program pengobatan yang telah diberikan, sehingga terjadi gangguan dalam hubungan interpersonal, perawatan diri, fungsi kerja dan partisipasi dalam kegiatan masyarakat. Sehingga perlu dilakukan pemulihan dan diberikan terapi untuk meningkatkan mambantu pemulihan dan meningkatkan kualitas hidup.

4.2 Pengertian Intervensi dan Terapi dalam Keperawatan Jiwa

Intervensi adalah suatu tindakan yang akan dilakukan dengan harapan mengubah kondisi seseorang atau suatu situasi dalam rangka mencapai hasil yang diinginkan. Intervensi keperawatan yang diberikan diharapkan dapat membantu pasien dalam mengatasi masalah kesehatan, mencegah komplikasi dan terjadi pemulihan. Intervensi bertujuan untuk membantu pasien yang mengalami gangguan jiwa untuk memperbaiki fungsi emosional, kognitif, dan sosial (Jordan, 2018; Stuart, 2012).

Terapi adalah proses perawatan yang bertujuan untuk mengatasi, mengurangi, atau menghilangkan gejala atau masalah kesehatan yang dialami. Terapi dapat memperbaiki fungsi fisik, emosional, atau menurunkan/ menghilangkan gejala kesehatan mental. Tujuan dari terapi keperawatan adalah membantu pasien untuk mencapai kesejahteraan yang optimal, mengurangi penderitaan dan mendukung proses penyembuhan serta pemulihan (Stuart, 2012; Townsend, 2015).

4.3 Peran Perawat dalam Intervensi dan Terapi

Perawat memiliki peran dalam menjalankan intervensi dan terapi pada pasien baik yang mengalami gangguan fisik dan kesehatan mental. Tugas perawat yaitu melakukan pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan melakukan evaluasi keperawatan. Peran penting perawat dalam melaksanakan intervensi dan terapi (Boyd, 2018; Jordan, 2018; Stuart et al., 2013; Townsend, 2015) sebagai berikut:

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tindakan awal yang dilakukan dalam melaksanakan asuhan keperawatan. Perawat melakukan pendokumentasian data melalui pengamatan (observasi), wawancara dan pemeriksaan fisik secara mendalam untuk mengidentifikasi masalah, mengumpulkan data objektif, subjektif dan menentukan diagnosis keperawatan.

2. Perencana Asuhan Keperawatan

Perawat telah melaksanakan pengkajian, dilanjutkan dengan menyusun rencana asuhan keperawatan jangka pendek maupun jangka panjang yang terdiri dari merumuskan tujuan yang spesifik dan terukur, menyusun intervensi berdasarkan diagnosis keperawatan dengan melibatkan pasien dan keluarga.

3. Pelaksanaan Intervensi

Melaksanakan intervensi sesuai diagnosis keperawatan dan melaksanakan terapi ners, terapi modalitas dan melaksanakan pemberian psikofarmaka sesuai dengan resep yang telah diberikan.

4. Koordinasi Tim Kesehatan

Melaporkan kondisi pasien kepada tim kesehatan lainnya sehingga dapat diberikan terapi tambahan.

5. Evaluasi Hasil intervensi

Perawat menilai efektifitas intervensi yang diberikan kepada pasien apakah tercapai atau tidak, serta memerlukan perubahan rencana jika diperlukan.

4.4 Jenis-Jenis Intervensi dan Terapi

4.4.1 Terapi Ners

Merupakan terapi yang diberikan berdasarkan intervensi asuhan keperawatan dengan kondisi kesehatan yang dirasakan oleh individu, keluarga dan masyarakat. Berikut intervensi ners (Keliat et al., 2019)

1. Diagnosis halusinasi

Tindakan yang dilakukan pada pasien yang mengalami halusinasi: tidak mendukung dan membantah halusinasi

pasien, latih menghardik, latih mengabaikan halusinasi dengan sikap cuek, latih bercakap-cakap dan melakukan kegiatan secara teratur, Latih pasien patuh minum obat dengan 8 benar (nama, obat, dosis, cara, waktu, manfaat, tanggal kadaluwarsa, dan dokumentasi), diskusikan manfaat latihan mengendalikan halusinasi dan berikan pujian.

2. Diagnosis Risiko perilaku kekerasan

Perawat dapat melakukan tindakan: Latih pasien melakukan relaksasi, latih pasien untuk berkomunikasi, Deeskalasi secara verbal maupun tertulis, Lakukan kegiatan keagamaan, Latih pasien patuh minum obat dengan 8 benar (nama, obat, dosis, cara, waktu, manfaat, tanggal kadaluwarsa, dan dokumentasi), Diskusikan manfaat yang didapatkan setelah latihan mengendalikan risiko perilaku kekerasan, dan memberikan pujian positif.

3. Diagnosis Harga diri Rendah Kronik

Tindakan dilakukan untuk pasien Harga Diri Rendah Kronik: Diskusikan aspek positif dan kemampuan yang dimiliki, bantu pasien identifikasi kemampuan positif, bantu klien memilih aspek positif yang akan dilatihkan, berikan pujian, fasilitasi pasien untuk komunikasi, bantu pasien membuat jadwal Latihan dan bantu pasien menilai manfaat Latihan.

4. Diagnosis Defisit Perawatan Diri

Intervensi untuk defisit perawatan diri:

- a. Latih kebersihan diri seperti mandi, keramas, sikat gigi, berpakaian, berhias, dan gunting kuku
- b. Latih makan dan minum
- c. Latih BAK dan BAB
- d. Latih kebersihan dan kerapihan lingkungan seperti membersihkan dan merapikan lingkungan rumah: tempat tidur, ruang tamu, ruang makan, dapur, kamar mandi dan wc, dan halaman rumah.

5. Diagnosis Isolasi Sosial

Tindakan yang dapat dilakukan pada pasien isolasi sosial yaitu diskusikan keuntungan interaksi dengan orang lain, diskusikan keuntungan melakukan kegiatan bersama

dengan orang lain, latih klien berkenalan, latih bercakap-cakap saat melakukan kegiatan sehari-hari, dan latih pasien berkegiatan sosial.

6. Diagnosis Risiko Bunuh Diri

Rencana tindakan keperawatan yang dilakukan pada pasien dengan Risiko bunuh Diri yaitu mengamankan lingkungan dari risiko bunuh diri, membangun harapan dan masa depan, latih cara mengendalikan bunuh diri, berikan motivasi, minta hubungi keluarga atau tenaga kesehatan, dan berikan pengawasan ketat.

4.4.2 Terapi Modalitas

Terapi modalitas merupakan terapi yang diberikan kepada pasien dengan harapan dapat meningkatkan pemulihan dan pengobatan pasien.

1. Terapi Perilaku Kognitif

Terapi kognitif perilaku adalah terapi yang paling sering dilakukan pada pasien yang mengalami kecemasan dan depresi. Berdasarkan hasil penelitian mengungkapkan bahwa penggunaan CBT dalam perawatan pasien dengan depresi dan ansietas dapat mengurangi gejala kecemasan dan depresi (Roshanghalb et al., 2024).

CBT tatap muka dan eCBT efektif mengurangi gejala depresi (Luo et al., 2020). CBT dapat mengurangi gangguan mental, kondisi fisik, dan masalah perilaku (Nakao et al., 2021). Terapi perilaku kognitif pada pasien skizofrenia dapat meningkatkan fungsi mengelola gejala positif, negatif dan meningkatkan fungsi sosial (Xu and Zhang, 2023). Pemberian terapi CBT pada yang mengalami kecemasan dapat menurunkan gejala kecemasan apabila dilakukan secara rutin (Krause et al., 2024).

2. Terapi Menggambar

Metode gambar dapat digunakan sebagai media dalam perawatan pasien yang mengalami halusinasi pendengaran. Menggambar bertujuan menciptakan lingkungan yang mendukung bagi pasien dalam menghadapi pengalaman

halusinasi mereka. Manfaat yang diperoleh dari menggambar ialah dapat membantu pasien dalam mengolah pengalaman skizofrenia mereka dengan lebih baik, mengilustrasikan emosi yang dirasakan, membantu pasien mengekspresikan diri, meredakan stres, dan mengatasi pengalaman skizofrenia yang tidak menyenangkan (Holtum et al., 2021; Luo et al., 2022).

Terapi menggambar secara signifikan meningkatkan kemampuan gejala positif, menurunkan gejala negatif dan emosi pada pasien skizofrenia. Seni kaligrafi Tiongkok yang dikombinasikan dengan seni lukis memiliki pengaruh besar pada gejala positif, depresi, dan kecemasan. Hasil yang lebih baik diamati pada populasi Asia, dan durasi terapi yang lebih lama setiap minggu berkorelasi dengan peningkatan gejala positif. Perempuan cenderung menunjukkan perbaikan yang lebih besar dalam gejala negatif dan kecemasan melalui terapi seni visual. Temuan ini menunjukkan bahwa terapi seni visual dapat memberikan manfaat terhadap kondisi psikologis dan emosional penderita skizofrenia (Du et al., 2024; Mitchell and Meehan, 2022)

3. Terapi Musik

Terapi musik membantu meningkatkan kesehatan mental, seperti pada pasien depresi, kecemasan, skizofrenia, gangguan tidur, dan demensia (Wang and Agius, 2018). Terapi musik sebagai pelengkap dalam perawatan standar dapat meningkatkan kondisi umum, kesehatan mental (termasuk gejala negatif dan umum), fungsi sosial, serta kualitas hidup pasien skizofrenia atau gangguan serupa (Geretsegger et al., 2017).

Terapi musik dapat meningkatkan kualitas hidup pasien dan meningkatkan kondisi umum (Pedersen et al., 2021). Hasil sekunder, termasuk kognisi, suasana hati, minat sosial, kemampuan perawatan diri, hubungan interpersonal, dan kualitas hidup, juga menunjukkan perbaikan yang signifikan. Tingkat signifikansi untuk

pengukuran sebelum dan sesudah intervensi serta antar kelompok berkisar antara $p < 0,001$ hingga $p < 0,05$, dan tidak ada efek negatif yang dilaporkan. Bukti ini menunjukkan bahwa rehabilitasi melalui *Passive Music Listening* (PML) tambahan secara reguler atau *Active Structure Music Making* (ASMM) gabungan dalam pengaturan kelompok dapat meningkatkan keterlibatan terapeutik, meningkatkan minat dan partisipasi sosial. PML adalah terapi yang murah dan non-invasif, yang secara keseluruhan dapat meningkatkan kualitas hidup (Lam et al., 2023).

4.4.3 Psikofarmakologi

Terapi farmakologi yang digunakan pada pasien gangguan jiwa menurut (Boyd, 2018; Jordan, 2018; Kayla, n.d.; Sadock et al., 2019; Stuart, 2012; Stuart et al., 2013; Townsend, 2015) adalah penggunaan obat-obatan untuk mengobati berbagai gangguan jiwa. Obat-obatan dalam terapi ini bertujuan untuk menstabilkan kondisi mental pasien, mengurangi gejala gangguan jiwa, serta membantu pemulihan fungsi normal individu dalam kehidupan sehari-hari. Terapi farmakologi biasanya digunakan dalam kombinasi dengan terapi psikologis atau psikososial untuk mendapatkan hasil pengobatan yang lebih efektif.

Gangguan jiwa seperti skizofrenia, depresi, gangguan bipolar, dan gangguan kecemasan sering kali memerlukan intervensi farmakologis sebagai bagian dari manajemen gejala. Pemilihan obat yang tepat dilakukan berdasarkan diagnosis, gejala spesifik, respon pasien terhadap obat, dan adanya efek samping potensial.

Obat-obatan yang digunakan pada terapi farmakologi pada pasien gangguan jiwa terbagi menjadi beberapa kelompok berdasarkan fungsi dan target pengobatan. Berikut adalah jenis-jenis obat yang sering digunakan:

1. Anti Psikotik

Obat-obat antipsikotik efektif mencegah penyebaran keadaan akut dan mencegah kekambuhan. Terdapat dua

macam obat antipsikotik yaitu psikotik tradisonal (tipikal) dan psikotik atipikal. Jenis antipsikotik atipikal merupakan generasi baru antipsikotik. Atipikal antipsikotik tidak hanya mencegah skizoprenia tapi dapat meningkatkan kualitas hidup. Jenis antipsikotik atipikal, merupakan antipsikotik generasi baru. Obat ini merupakan pillihan pertama karena memiliki karakteristik: efek samping ekstrapiramidal minimal, mengatasi gejala negatif dan meningkatkan kemampuan neurokognitif.

Termasuk atipikal antipsikosis yaitu clozapine, resperidone, olanzapine, quetiapine. Sedangkan yang termasuk antipsikotik tipikal yaitu antara lain haloperidol (tablet 0,5 mg, 1,5 mg, 5 mg. Injeksi 5 mg/ml), trifluororazine, chlorpromazine (CPZ) (tablet 25 mg, 100 mg. sediaan injeksi: 25 mg/ml) dan Loxapine. Dalam fase akut pada keadaan gaduh gelisah diberikan injeksi: haloperidol 3 x 5 mg (tiap 8 jam) Intramuskuler. Kemudian dilanjutkan dengan pemberian: haloperidol 2 x 1,5-2,5 mg (tablet), klorpromazin 2 x 100 mg (tablet), triheksifenidil 1-4 mg (tablet) 2-3 kali sehari.

Dalam fase kronis mulai dengan dosis rendah: haloperidol 0,5-1 mg, 2 x sehari (tablet) dan klorpromazin 50 mg malam (tablet). Tingkatkan perlahan-lahan, beri kesempatan obat untuk bekerja disamping itu melakukan tindakan perawatan dan pendidikan kesehatan. Dosis maksimal: haloperidol: 40 mg/hari dan klorpromazin: 600 mg/hari. Obat tranquilisasi cepat diantaranya:

- a. Chlorpromazine 25-50 mg diberikan IM yang dalam, setiap 6-8 jam sampai keadaan akut teratasi, kemudian segera ganti dengan obat per oral. Untuk usia lanjut 25 mg setiap 8 jam.
- b. Haloperidol 5 mg IM, dapat diulangi 5 mg lagi setelah 6 jam.
- c. Kombinasi Haloperidol 5 mg, kemudian Diazepam 10 mg IM dengan interval waktu 1-2 menit. Dengan kombinasi ini jarang dibutuhkan suntikan kedua.

Dari beberapa obat memiliki efek diantaranya klorpromazine (mengurangi gaduh gelisah, agitasi), haloperidol (mengurangi halusinasi) dan triheksifenidil (mengurangi gejala ekstrapiramidal seperti gejala Parkinson). Dari uraian diatas disimpulkan bahwa gejala-gejala skizoprenia dapat diatasi dengan antipsikotik atipikal maupun tipikal.

2. Antidepresan

Antidepresan digunakan untuk mengobati depresi dan gangguan suasana hati lainnya. Obat ini bekerja dengan meningkatkan ketersediaan neurotransmitter seperti serotonin, norepinefrin, dan dopamin di otak.

- a. *Selective Serotonin Reuptake Inhibitors* (SSRIs): Obat ini bekerja dengan meningkatkan kadar serotonin. Contoh: Fluoxetine, Sertraline, Citalopram.
- b. *Serotonin and Norepinephrine Reuptake Inhibitors* (SNRIs): Meningkatkan kadar serotonin dan norepinefrin. Contoh: Venlafaxine, Duloxetine.
- c. *Tricyclic Antidepressants* (TCAs): Digunakan dalam kasus depresi berat dan sulit diobati. Contoh: Amitriptyline, Imipramine.
- d. *Monoamine Oxidase Inhibitors* (MAOIs): Digunakan jika obat lain tidak efektif. Contoh: Phenelzine, Tranylcypromine.

3. Mood Stabilizers

Mood stabilizers digunakan untuk mengelola suasana hati yang tidak stabil, seperti pada pasien dengan gangguan bipolar. Obat ini membantu mencegah episode mania dan depresi.

- a. Lithium: Merupakan obat klasik untuk stabilisasi mood pada gangguan bipolar.
- b. Antikonvulsan: Beberapa obat antikonvulsan juga digunakan sebagai mood stabilizer. Contoh: Valproate, Lamotrigine, Carbamazepine.

4. *Anxiolytics* (Anti-Kecemasan)

Obat ini digunakan untuk mengurangi gejala kecemasan, gangguan panik, dan gangguan tidur yang terkait dengan kecemasan.

- a. Benzodiazepines: Digunakan untuk meredakan kecemasan akut. Contoh: Diazepam, Lorazepam, Alprazolam. Namun, obat ini memiliki risiko kecanduan jika digunakan dalam jangka panjang.
- b. Non-benzodiazepine anxiolytics: Seperti Buspirone, yang digunakan untuk mengobati gangguan kecemasan tanpa risiko ketergantungan yang tinggi.

5. Obat tidur (*Hypnotics*)

Obat ini digunakan untuk mengatasi gangguan tidur yang dialami oleh pasien dengan gangguan jiwa seperti insomnia. Z-drugs: Obat ini membantu meningkatkan tidur tanpa risiko kecanduan tinggi. Contoh: Zolpidem, Zopiclone.

6. Stimulants

Stimulants digunakan terutama dalam pengobatan *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (ADHD) dan kadang untuk depresi berat yang resisten terhadap pengobatan lain.

- a. Methylphenidate: Digunakan untuk meningkatkan perhatian dan mengurangi impulsivitas pada pasien dengan ADHD.
- b. Amphetamines: Seperti Adderall, juga digunakan untuk mengatasi gejala ADHD.

4.5 Prinsip Penggunaan Obat pada Pasien Gangguan Jiwa

Prinsip yang harus diperhatikan dalam penggunaan terapi farmakologi pada pasien gangguan jiwa yaitu:

1. Individualisasi terapi: Obat yang diberikan sesuai dengan kondisi klinis pasien, riwayat medis, respons terhadap obat, dan preferensi pasien.
2. Pengawasan efek samping: Obat-obatan psikotropika seringkali memiliki efek samping, mulai dari yang ringan

seperti mulut kering hingga yang serius seperti sindrom metabolik dan tardive dyskinesia pada penggunaan antipsikotik.

3. Evaluasi jangka panjang: Penggunaan obat pada pasien dengan gangguan mental biasanya membutuhkan evaluasi jangka panjang, baik dalam hal efektivitas obat maupun dampak efek sampingnya.
4. Penghentian bertahap: Jika obat harus dihentikan, sebaiknya dilakukan secara bertahap untuk menghindari gejala putus obat atau kekambuhan kondisi mental.

4.6 Efek Samping dan Tantangan Terapi Farmakologi

Obat-obatan untuk gangguan jiwa memiliki sejumlah efek samping yang dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien (Boyd, 2018; Sadock et al., 2019). Beberapa efek samping yang umum terjadi meliputi:

1. Antipsikotik: Dapat menyebabkan peningkatan berat badan, diabetes, sindrom metabolik, tardive dyskinesia, serta gangguan jantung.
2. Antidepresan: Dapat menyebabkan mual, penurunan libido, peningkatan berat badan, dan dalam beberapa kasus meningkatkan risiko bunuh diri pada pasien muda.
3. *Mood Stabilizers*: Lithium dapat menyebabkan masalah ginjal, tiroid, dan gangguan elektrolit, sementara antikonvulsan dapat menyebabkan pusing, gangguan penglihatan, dan gangguan pencernaan.

4.7 Peran Perawat dalam Psikofarmakologi

Perawat memiliki peran penting dalam terapi farmakologi pada pasien gangguan jiwa (Jordan, 2018; Stuart, 2012; Stuart et al., 2013), antara lain:

1. Pengkajian pasien: perawat melakukan pengkajian untuk mengetahui riwayat, kondisi fisik, dan hasil laboratorium riwayat pengobatan.
2. Koordinasi tindakan modalitas: perawat memiliki tugas untuk merancang program pengobatan yang komprehensif dan

- perawat mengintegrasikan terapi psikofarmaka dengan terapi nonfarmakologi sesuai dengan pengetahuan, keamanan tritmen, efektivitas dan penerimaan tritmen pada pasien.
3. Pemberian obat: Perawat memastikan bahwa obat diberikan sesuai jadwal dan dosis yang tepat.
 4. Monitoring efek samping: Perawat memantau gejala efek samping yang mungkin terjadi dan melaporkannya kepada dokter.
 5. Edukasi pasien dan keluarga: Perawat memberikan informasi kepada pasien dan keluarganya tentang cara penggunaan obat, efek samping yang mungkin terjadi, dan pentingnya kepatuhan terhadap pengobatan.
 6. Mendukung kepatuhan: Perawat juga memainkan peran penting dalam membantu pasien menjaga kepatuhan terhadap terapi farmakologi melalui pendekatan yang suportif dan edukatif.

4.8 Kesimpulan

Intervensi dan terapi dalam keperawatan jiwa merupakan hal penting dalam membantu individu dengan gangguan mental mencapai kesejahteraan yang optimal. Intervensi keperawatan bertujuan untuk meningkatkan fungsi emosional, kognitif, dan sosial pasien melalui pendekatan yang terstruktur dan berbasis bukti. Peran perawat tidak hanya terbatas pada pemberian obat, tetapi juga mencakup dukungan psikososial, pelaksanaan terapi modalitas, dan pemberdayaan pasien untuk mengelola gejala mereka.

Berbagai jenis terapi, seperti terapi perilaku kognitif, terapi seni, dan terapi musik, telah terbukti efektif dalam meningkatkan kualitas hidup pasien dengan gangguan mental seperti skizofrenia, depresi, dan gangguan kecemasan. Penggunaan pendekatan farmakologis yang tepat juga merupakan bagian integral dari penanganan, terutama dalam mengelola gejala akut.

Evaluasi yang konsisten dan kolaborasi antarprofesional sangat diperlukan untuk memastikan efektivitas intervensi yang

diberikan, serta untuk menyesuaikan rencana asuhan keperawatan dengan kebutuhan spesifik pasien. Dengan pendekatan yang komprehensif, intervensi dan terapi dalam keperawatan jiwa dapat memberikan dampak positif dalam meningkatkan kualitas hidup dan fungsi sosial pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Alzahrani, M.S., 2023. The Role of Mental Health Nurse in The Application of Different Treatment Modalities in Mental Health Nursing: Essay. *Evidence-Based Nursing Research* 5, 45–47. <https://doi.org/10.47104/ebnrojs3.v5i2.287>
- Boyd, M.A., 2018. *Psychiatric Nursing*, 6th ed. Wolters Kluwer, Philadelphia.
- Du, S.C., Li, C.Y., Lo, Y.Y., Hu, Y.H., Hsu, C.W., Cheng, C.Y., Chen, T.T., Hung, P.H., Lin, P.Y., Chen, C.R., 2024. Effects of Visual Art Therapy on Positive Symptoms, Negative Symptoms, and Emotions in Individuals with Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Healthcare (Switzerland)*. <https://doi.org/10.3390/healthcare12111156>
- Geretsegger, M., Mössler, K.A., Bieleninik, L., Chen, X.J., Heldal, T.O., Gold, C., 2017. Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004025.pub4>
- Holttum, S., Wright, T., Wood, C., 2021. Art therapy with people diagnosed with psychosis: therapists' experiences of their work and the journey to their current practice. *International Journal of Art Therapy: Inscape* 26, 126–136. <https://doi.org/10.1080/17454832.2021.1893370>
- Jordan, H.M., 2018. *Varcarolis' Foundations of Psychiatric-Mental Health Nursing A Clinical Approach EIGHTH EDITION*, 8th ed. Elsevier, St. Louis, Missouri.
- Kayla, n.d. *Psychiatric-Mental Health Nursing Orientation Guidebook Office of Nursing Services (ONS) Mental Health Field Advisory Committee*.
- Keliat, B.A., Hamid, A.Y.S., Putri, Y.S.E., Daulima, N.H.C., Wardani, I.Y., Susanti, H., Hargiana, G., Panjaitan, R.U., 2019. *Asuhan Keperawatan Jiwa*. EGC, Jakarta.
- Krause, K., Zhang, X.C., Schneider, S., 2024. Long-Term Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy in Routine Outpatient Care

- for Youth with Anxiety Disorders. *Psychother Psychosom* 93, 181–190. <https://doi.org/10.1159/000537932>
- Lam, L., Chang, W.C., Grimmer, K., 2023. Treatment effects of adjunct group music therapy in inpatients with chronic schizophrenia: a systematic review. *Front Psychiatry*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1215578>
- Luo, C., Sanger, N., Singhal, N., Pattrick, K., Shams, I., Shahid, H., Hoang, P., Schmidt, J., Lee, J., Haber, S., Puckering, M., Buchanan, N., Lee, P., Ng, K., Sun, S., Kheyson, S., Chung, D.C.Y., Sanger, S., Thabane, L., Samaan, Z., 2020. A comparison of electronically-delivered and face to face cognitive behavioural therapies in depressive disorders: A systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine* 24. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100442>
- Luo, X., Zhang, Z., Zheng, Z., Ye, Q., Wang, J., Wu, Q., Huang, G., 2022. Art therapy as an adjuvant treatment for schizophrenia: A protocol for an updated systematic review and subgroup meta-analysis of randomized clinical trials following the PRISMA guidelines. *Medicine (United States)*. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000030935>
- Mitchell, J., Meehan, T., 2022. How art-as-therapy supports participants with a diagnosis of schizophrenia: A phenomenological lifeworld investigation. *Arts in Psychotherapy* 80. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2022.101917>
- Nakao, M., Shiotsuki, K., Sugaya, N., 2021. Cognitive-behavioral therapy for management of mental health and stress-related disorders: Recent advances in techniques and technologies. *Biopsychosoc Med*. <https://doi.org/10.1186/s13030-021-00219-w>
- Pedersen, I.N., Bonde, L.O., Hannibal, N.J., Nielsen, J., Aagaard, J., Gold, C., Rye Bertelsen, L., Jensen, S.B., Nielsen, R.E., 2021. Music Therapy vs. Music Listening for Negative Symptoms in Schizophrenia: Randomized, Controlled, Assessor- and Patient-Blinded Trial. *Front Psychiatry* 12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.738810>

- Roshanghalb, A., Hansen, B., Rudoler, D., Best, M.W., 2024. Predicting CBT modality, treatment participation, and reliable improvements for individuals with anxiety and depression in a specialized mental health centre: a retrospective population-based cohort study. *BMC Psychiatry* 24. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05817-w>
- Sadock, B.J., Sussman, N., Sadock, V.A., 2019. *Psychiatric Drug Treatment*, 7th ed. Wolters Kluwer.
- Stuart, G.W., 2012. *Principles and practice of psychiatric nursing*, 10th ed. Missouri: Elsevier Mosby, St Louis.
- Stuart, G.W., Keliat, B.A., Pasaribu, J., 2013. *Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa* Stuart, 1st ed. Elsevier, Singapore.
- Townsend, M.C., 2015. *Psychiatric Mental Health Nursing Concepts of Care in Evidence-Based Practice*.
- UU Kesehatan jiwa, 2014. Undang - Undang Republik Indonesia Tentang Kesehatan Mental No. 18 Tahun 2014, Undang - Undang Tentang Kesehatan Jiwa.
- Wang, S., Agius, M., 2018. THE USE OF MUSIC THERAPY IN THE TREATMENT OF MENTAL ILLNESS AND THE ENHANCEMENT OF SOCIETAL WELLBEING, *Psychiatria Danubina*.
- Xu, F., Zhang, H., 2023. The application of cognitive behavioral therapy in patients with schizophrenia: A review. *Medicine (United States)*. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000034827>

BIODATA PENULIS



Ns. Titi Sri Suyanti, M.Kep., Sp.Kep.J

Dosen Akper Al Hikmah 2 Brebes

Penulis lahir di Cirebon tanggal 30 April 1974. Penulis adalah dosen tetap di Akademi Keperawatan Al Hikmah 2 Brebes. Menempuh pendidikan D3 Keperawatan di Akademi Keperawatan Jenderal Achmad Yani Cimahi tahun 1991, S1 Keperawatan dan Ners di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia tahun 2002 dan melanjutkan S2 serta Spesialis Keperawatan Jiwa di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia tahun 2014.

BIODATA PENULIS



Ns. Agus Dwi Pranata, S.Kep., M.Kep

Dosen Program Studi Profesi Ners
STIKes Widya Dharma Husada Tangerang

Penulis lahir di Langsa tanggal 14 Agustus 1989. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) Widya Dharma Husada Tangerang. Menyelesaikan pendidikan S1 keperawatan dan Profesi Ners pada tahun 2013 melanjutkan S2 pada Jurusan Magister Keperawatan dengan Peminatan Keperawatan Jiwa lulus pada tahun 2022. Penulis menekuni bidang Menulis yang berkaitan dengan kesehatan mental dan keperawatan jiwa. Penulis saat ini bekerja di STIKes Widya Dharma Husada Tangerang sebagai dosen Pengajar Keperawatan Psikiatri.

BIODATA PENULIS



A. Nur Anna. AS, S.Kep., Ns., M.Kep
Dosen Program Studi Keperawatan
Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Makassar

Penulis lahir di Pattuku tanggal 2 Januari 1988, yang merupakan salah satu Desa di Kabupaten Bone, Sulawesi Selatan. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Keperawatan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Makassar (2011-sekarang). Penulis menyelesaikan pendidikan S1 pada Jurusan Keperawatan Universitas Hasanuddin (2011), Profesi tahun (2012) dan menyelesaikan pendidikan Magister Keperawatan Jiwa di Universitas Padjadjaran (2016). Aktivitas penulis saat ini selain mengajar pada jenjang Diploma III Keperawatan di Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Makassar, Berpartisipasi dalam kegiatan Organisasi Profesi.