

# KESEHATAN MENTAL (TEORI DAN PENERAPAN)



Ns. Debby Sinthania, S.Kep., M.Kep.  
Ns. Maryati Agustina Barimbing, S.Kep., M.Kep.  
Fepyani Thresna Feoh, S.Kep., Ns., M.Kep.  
Ns. I Dewa Gede Candra Dharma, S.Kep., M.Kep.  
Irna Kartina, S.Kep., Ns., MSN. | Lanawati, S.Kep., Ns., M.Kep.  
Nia Agustiningsih, S.Kep., Ns., M.Kep. | Ns. Rizka Ausrianti, M.Kep.  
Antonia Helena Hamu, S.Kep., Ns., M.Kep.  
Ns. Miftakhul Ulfa, S.Kep., M.Kep.  
Awaliyah M. Suwetty, S.Kep., Ns., M.Kep.  
Ns. Febri Tri Andini, M.Kep. | Dr. Sabina Gero, S.Kp., M.Sc.  
Yuli Fitria, S.Psi., M.Si. | Ns. Eli Saripah, M.Kep., Sp.Kep.J.  
Ns. Rosmi Eni, M.Kep. | dr. Ariza Farizca, M.K.M.  
Triyana Harlia Putri, S.Kep., Ns., M.Kep.  
dr. Zulfa Zahra, Sp.KJ. | Dewi Rayani, S.Psi., MA.  
Zumiarti, S.Sos., M.I.Kom. | Israfil, S.Kep., Ns., M.Kes.  
Ns. Dwi Happy Anggia Sari, S.Kep., M.Kep.  
Ns. Rima Berlian Putri, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.Kom.  
Ns. Yade Kurnia Sari, M.Kep.

BOOK CHAPTER

**KESEHATAN MENTAL  
(TEORI DAN PENERAPAN)**

## **UU No 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta**

### **Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4**

Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a merupakan hak eksklusif yang terdiri atas hak moral dan hak ekonomi.

### **Pembatasan Pelindungan Pasal 26**

Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23, Pasal 24, dan Pasal 25 tidak berlaku terhadap:

- i Penggunaan kutipan singkat Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait untuk pelaporan peristiwa aktual yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi aktual;
- ii Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk kepentingan penelitian ilmu pengetahuan;
- iii Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, kecuali pertunjukan dan Fonogram yang telah dilakukan Pengumuman sebagai bahan ajar; dan
- iv Penggunaan untuk kepentingan pendidikan dan pengembangan ilmu pengetahuan yang memungkinkan suatu Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait dapat digunakan tanpa izin Pelaku Pertunjukan, Produser Fonogram, atau Lembaga Penyiaran.

### **Sanksi Pelanggaran Pasal 113**

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000.000 (seratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

# **KESEHATAN MENTAL (TEORI DAN PENERAPAN)**

Ns. Debby Sinthania, S.Kep., M.Kep.  
Ns. Maryati Agustina Barimbing, S.Kep., M.Kep.  
Fepyani Thresna Feoh, S.Kep., Ns., M.Kep.  
Ns. I Dewa Gede Candra Dharma, S.Kep., M.Kep.  
Irna Kartina, S.Kep., Ns., MSN. | Lanawati, S.Kep., Ns., M.Kep.  
Nia Agustiningsih, S.Kep., Ns., M.Kep.  
Ns. Rizka Ausrianti, M.Kep.  
Antonia Helena Hamu, S.Kep., Ns., M.Kep.  
Ns. Miftakhul Ulfa, S.Kep., M.Kep.  
Awaliyah M. Suwetty, S.Kep., Ns., M.Kep.  
Ns. Febri Tri Andini, M.Kep. | Dr. Sabina Gero, S.Kp., M.Sc.  
Yuli Fitria, S.Psi., M.Si. | Ns. Eli Saripah, M.Kep., Sp.Kep.J.  
Ns. Rosmi Eni, M.Kep. | dr. Ariza Farizca, M.K.M.  
Triyana Harlia Putri, S.Kep., Ns., M.Kep.  
dr. Zulfa Zahra, Sp.KJ. | Dewi Rayani, S.Psi., MA.  
Zumiarti, S.Sos., M.I.Kom. | Israfil, S.Kep., Ns., M.Kes.  
Ns. Dwi Happy Anggia Sari, S.Kep., M.Kep.  
Ns. Rima Berlian Putri, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.Kom.  
Ns. Yade Kurnia Sari, M.Kep.

Editor:

Ns. Arif Munandar, S.Kep., M.Kep.

Penerbit



CV. MEDIA SAINS INDONESIA  
Melong Asih Regency B40 - Cijerah  
Kota Bandung - Jawa Barat  
[www.penerbit.medsan.co.id](http://www.penerbit.medsan.co.id)

Anggota IKAPI  
No. 370/JBA/2020

## **KESEHATAN MENTAL (TEORI DAN PENERAPAN)**

Ns. Debby Sinthania, S.Kep., M.Kep.  
Ns. Maryati Agustina Barimbing, S.Kep., M.Kep.  
Fepyani Thresna Feoh, S.Kep., Ns., M.Kep.  
Ns. I Dewa Gede Candra Dharma, S.Kep., M.Kep.  
Irna Kartina, S.Kep., Ns., MSN. | Lanawati, S.Kep., Ns., M.Kep.  
Nia Agustiningsih, S.Kep., Ns., M.Kep.  
Ns. Rizka Ausrianti, M.Kep.  
Antonia Helena Hamu, S.Kep., Ns., M.Kep.  
Ns. Miftakhul Ulfa, S.Kep., M.Kep.  
Awaliyah M. Suwetty, S.Kep., Ns., M.Kep.  
Ns. Febri Tri Andini, M.Kep. | Dr. Sabina Gero, S.Kp., M.Sc.  
Yuli Fitria, S.Psi., M.Si. | Ns. Eli Saripah, M.Kep., Sp.Kep.J.  
Ns. Rosmi Eni, M.Kep. | dr. Ariza Farizca, M.K.M.  
Triyana Harlia Putri, S.Kep., Ns., M.Kep.  
dr. Zulfa Zahra, Sp.KJ. | Dewi Rayani, S.Psi., MA.  
Zumiarti, S.Sos., M.I.Kom. | Israfil, S.Kep., Ns., M.Kes.  
Ns. Dwi Happy Anggia Sari, S.Kep., M.Kep.  
Ns. Rima Berlian Putri, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.Kom.  
Ns. Yade Kurnia Sari, M.Kep.

Editor :

**Ns. Arif Munandar, S.Kep., M.Kep.**

Tata Letak :

**Mega Restiana Zendrato**

Desain Cover :

**Syahrul Nugraha**

Ukuran :

**A5 Unesco: 15,5 x 23 cm**

Halaman :

**x, 373**

ISBN :

**978-623-362-655-2**

Terbit Pada :

**Agustus 2022**

Hak Cipta 2022 @ Media Sains Indonesia dan Penulis

*Hak cipta dilindungi Undang-Undang. Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit atau Penulis.*

**PENERBIT MEDIA SAINS INDONESIA**

(CV. MEDIA SAINS INDONESIA)

Melong Asih Regency B40 - Cijerah

Kota Bandung - Jawa Barat

[www.penerbit.medsan.co.id](http://www.penerbit.medsan.co.id)

## **KATA PENGANTAR**

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT, karena atas berkat, rahmat dan karunia-Nya sehingga buku kolaborasi dalam bentuk book chapter dapat dipublikasikan dan dapat sampai dihadapan pembaca. Book chapter ini disusun oleh sejumlah akademisi dan praktisi sesuai kepakarannya masing-masing. Buku ini diharapkan dapat hadir memberi kontribusi positif dalam ilmu pengetahuan khususnya terkait Kesehatan Mental (Teori dan Penerapan).

Sistematika buku Kesehatan Mental (Teori dan Penerapan) ini mengacu pada pendekatan konsep teoritis dan contoh penerapan. Oleh karena itu diharapkan book chapter ini dapat menjawab tantangan dan persoalan dalam sistem pengajaran di perguruan tinggi dan sejenis lainnya.

Kami menyadari bahwa tulisan ini jauh dari kesempurnaan dan masih terdapat banyak kekurangan, sejatinya kesempurnaan itu hanya milik Yang Kuasa. Oleh sebab itu, kami tentu menerima masukan dan saran dari pembaca demi penyempurnaan lebih lanjut.

Akhirnya kami mengucapkan terima kasih yang tak terhingga kepada semua pihak yang telah mendukung dalam proses penyusunan dan penerbitan buku ini, secara khusus kepada Penerbit Media Sains Indonesia sebagai inisiator book chapter ini. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi pembaca sekalian.

Bandung, 26 Juli 2022  
Editor

## DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	ii
1 SEJARAH, KONSEP DASAR DAN RUANG LINGKUP KESEHATAN MENTAL .....	1
Sejarah Kesehatan Mental .....	1
Konsep Dasar Kesehatan Mental .....	7
Pengertian Kesehatan Mental.....	7
Ciri-Ciri Sehat Jiwa (Mental) .....	8
Prinsip Kesehatan Mental .....	11
Ruang Lingkup Kesehatan Mental .....	14
2 PARADIGMA DAN PERKEMBANGAN KESEHATAN MENTAL .....	19
Pendahuluan .....	19
Paradigma Kesehatan Mental.....	19
Perkembangan Kesehatan Mental .....	25
3 ISU – ISU KESEHATAN MENTAL.....	33
Pendahuluan .....	33
Isu Kesehatan Mental .....	36
4 PERSPEKTIF KESEHATAN MENTAL PADA ASPEK AGAMA DAN SOSIAL.....	51
Pendahuluan .....	51
Pengertian Agama dan Kesehatan Mental .....	52
Hubungan antara Manusia dan Agama .....	53
Pengaruh Agama terhadap Kesehatan Mental.....	54
5 PREVENSI KESEHATAN MENTAL.....	63
Definisi Prevensi Kesehatan Mental .....	63

	Peran Penting Prevensi Kesehatan Mental.....	64
	Tingkatan Prevensi Kesehatan Mental.....	64
	Program Prevensi Kesehatan Mental .....	67
6	TRANSKULTURAL	
	DALAM KEPERAWATAN JIWA .....	77
	Hubungan <i>Culture Belief</i> dengan Kesehatan Mental.....	77
	Keyakinan Kultural Terkait Kesehatan Jiwa di Indonesia .....	78
	Kompetensi Kultural dalam Keperawatan Jiwa .....	80
	Menjadi Perawat Jiwa dengan Kompetensi Kultural.....	88
7	<i>BULLYING</i> PADA REMAJA DAN DAMPAK PADA KESEHATAN MENTAL REMAJA .....	95
	Konsep <i>Bullying</i> .....	95
	Dampak <i>Bullying</i> pada Kesehatan Mental Remaja .....	100
8	ETIKA DAN PERAN DALAM KESEHATAN MENTAL.....	109
	Etika dalam Keperawatan Jiwa.....	109
	Hubungan antara Perawat dan Klien .....	111
9	KONSELING KESEHATAN MENTAL DAN KEPERAWATAN SEHAT .....	119
	Konseling Kesehatan.....	119
	Keperawatan yang Sehat .....	129
10	MENTAL YANG SEHAT, GANGGUAN MENTAL DAN KLASIFIKASINYA .....	139
	Mental yang Sehat .....	139
	Kesehatan Mental .....	139



	Gangguan Mental .....	141
	Epidemiologi Gangguan Mental (Gangguan Jiwa) .....	142
	Manifestasi Klinis Gangguan Mental .....	143
	Klasifikasi Gangguan Mental .....	144
11	PRINSIP DAN PANDANGAN TENTANG KESEHATAN MENTAL .....	151
	Prinsip Kesehatan Mental .....	151
	Pandangan Tentang Kesehatan Mental .....	154
12	PRINSIP KESEHATAN MENTAL TERGANGGU, PERSONAL DAN KOMUNITAS.....	161
	Kesehatan Mental .....	161
	Prinsip Kesehatan Mental Personal .....	165
	Kesehatan Mental Komunitas .....	166
13	PENDEKATAN TERHADAP GANGGUAN JIWA.....	173
	Pendahuluan .....	173
	Psikoterapi Suportif Sebagai Terapi Independen Perawat.....	174
	Jenis Psikoterapi Suportif.....	175
	Bagian I. Terapi Kognitif-Behavioral (CBT) = Terapi Perilaku & Berpikir. ....	178
	Bagian II. RET = Rational Emotional Terapi atau Terapi Rasional Emosional.....	179
	Bagian III. Terapi Strategi .....	183
	Bagian IV. Terapi-Terapi Lain-Lain .....	188
14	KESEHATAN MENTAL ANAK SAMPAI LANJUT USIA .....	195
	Pendahuluan .....	195
	Kesehatan Mental Pada Anak .....	196

	Kesehatan Mental Pada Remaja .....	199
	Kesehatan Mental Pada Orang Dewasa .....	202
	Kesehatan Mental Pada Orang Lanjut Usia .....	205
15	PENYESUAIAN DIRI DAN PERTUMBUHAN DIRI .	213
	Pengertian Penyesuaian Diri .....	213
	Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Penyesuaian Diri.....	214
	Karakteristik dan Bentuk-Bentuk Penyesuaian Diri .....	214
	Strategi dan Indikator dalam Penyesuaian Diri .....	216
	Pengertian Pertumbuhan Diri .....	217
	Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Pertumbuhan Diri.....	218
	Bentuk – Bentuk Pertumbuhan Diri .....	220
16	PENYEMBUHAN DAN PENANGANAN KESEHATAN MENTAL .....	227
	Kesehatan Mental .....	227
	Penyembuhan dan Penanganan Kesehatan Mental .....	233
17	PEMBERDAYAAN KELUARGA DALAM INTERVENSI KESEHATAN MENTAL.....	239
	Pengertian Keluarga.....	239
	Fungsi Keluarga.....	239
	Dampak Keluarga .....	240
	Problematika Keluarga.....	241
	Dampak Psikologis Anak dari Keluarga yang Bercerai.....	242

	Dampak Orang Tua yang Berkonflik Bagi Anak.....	243
	Peran Keluarga .....	244
18	FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KESEHATAN MENTAL .....	251
	Latar Belakang Kesehatan Mental.....	251
	Faktor yang Memengaruhi Kesehatan Mental ....	251
19	SKIZOFRENIA DAN GANGGUAN MOOD .....	259
	Pendahuluan .....	259
	Skizofrenia.....	260
	Gangguan Mood.....	267
20	MASALAH EMOSI DAN PERILAKU DALAM KONTEKS SOSIAL.....	279
	Pendahuluan .....	279
	Emosi .....	280
	Pengertian Emosi.....	280
	Masalah yang Berkaitan dengan Problematika Emosi Sosial .....	281
	Manfaat Emosi Negatif dalam Konteks Sosial.....	284
	Masalah–Masalah dalam Proses Interpersonal.....	285
21	DIMENSI KESEHATAN BIOLOGIS DAN PSIKOLOGI KESEHATAN MENTAL .....	291
	Dimensi Kesehatan Biologis.....	291
	Psikologi Kesehatan Mental .....	293
	Psikologi dalam Kesehatan Mental.....	301
	Jenis-Jenis Gangguan Psikologi dalam Kesehatan Mental.....	302

22	DIMENSI SOSIAL BUDAYA DAN LINGKUNGAN KESEHATAN MENTAL .....	311
	Kesehatan Mental .....	311
	Sosial Budaya dan Kesehatan Mental .....	312
	Dimensi Sosial Budaya dalam Kesehatan Mental.....	313
	Pengaruh Budaya terhadap Kesehatan Mental .....	315
	Lingkungan Hidup dan Kesehatan Mental .....	316
	Lingkungan Alam dan Kesehatan Mental.....	317
	Lingkungan Bencana dan Kesehatan Mental .....	318
	Persepsi Tentang Penyebab Masalah Kesehatan Mental di Masyarakat .....	319
	Stigma Kesehatan Mental di Lingkungan Sosial Masyarakat .....	320
	Penanganan Kesehatan Mental di Lingkungan Sosial Masyarakat .....	321
	Tantangan Penanganan Kesehatan Mental di Lingkungan Sosial Masyarakat .....	322
23	MANAJEMEN STRES, COPING DAN PENYESUAIAN TERHADAP STRES .....	327
	Konsep Stres.....	327
	Manajemen Stres .....	328
	Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Manajemen Stres .....	329
	Langkah-Langkah Manajemen Stres.....	330
	<i>Coping</i> .....	331
	Sumber <i>Coping</i> .....	332
	Strategi <i>Coping</i> .....	332

	Faktor yang Mempengaruhi Strategi Coping .....	334
	Aspek – Aspek Pada Strategi Coping .....	334
	Mekanisme Coping.....	335
	Karakteristik Mekanisme Coping .....	335
	Penyesuaian Terhadap Stres .....	336
24	KESEHATAN MENTAL DI SEKOLAH, KOMUNITAS DAN NEGARA BERKEMBANG.....	343
	Kesehatan Mental di Sekolah.....	343
	Kesehatan Mental di Komunitas .....	349
	Kesehatan Mental di Negara Berkembang.....	352
25	KONSEP DIRI DAN HUBUNGAN INTERPERSONAL .....	359
	Konsep Diri.....	359
	Ideal Diri.....	362
	Harga Diri ( <i>Self Esteem</i> ) .....	363
	Karakteristik Konsep Diri.....	365
	Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Konsep Diri.....	367
	Pentingnya Konsep Diri.....	367
	Hubungan Interpersonal.....	369

# SEJARAH, KONSEP DASAR DAN RUANG LINGKUP KESEHATAN MENTAL

**Ns. Debby Sinthania, S.Kep., M.Kep.**

Universitas Negeri Padang

## **Sejarah Kesehatan Mental**

Keberadaan penyakit mental telah ada sejalan dengan keberadaan manusia, walaupun ketika kehidupan manusia tidak semaju zaman sekarang. Bahkan ketika seorang manusia belum dapat memberikan istilah untuk menjelaskan keadaan mentalnya sendiri. Ketika seseorang mengalami masalah mental, tentunya ia akan membutuhkan orang lain untuk mengatasi masalahnya tersebut. Namun karena keterbatasan ilmu pengetahuan, pada zaman dulu masalah kesehatan mental seringkali dihubungkan dengan gangguan setan atau roh halus, atau gejala alam dan kemarahan para dewa. Berbagai macam penafsiran manusia mengenai kondisi mental seseorang menimbulkan berbagai macam cara untuk mengatasinya pula.

### **1. Zaman Pra Sejarah**

Pra sejarah adalah masa dimana keberadaan manusia purba yang masih berkembang. Pada zaman ini tentunya manusia sudah merasakan berbagai macam gangguan mental, namun mereka menanggapinya sebagai suatu hal yang lebih mistis seperti gangguan roh jahat, alam, maupun akibat perbuatan musuhnya. Penyakit mental seringkali dianggap

sebagai suatu hal yang berhubungan dengan demonologi, yaitu suatu pendapat atau doktrin yang menyebutkan bahwa seseorang berperilaku tidak normal, abnormal yang disebabkan karena pengaruh suatu kekuatan jahat atau jatuh kepada kuasa kegelapan yang berhubungan dengan kekuatan setan (Fakhriyani, D.V.,2019). Cara mengatasi gangguan mental ini pun menjadi sesuai dengan anggapan dan kesimpulan mereka, yaitu menggunakan mantra dan ramuan tertentu untuk menyembuhkan seseorang yang sedang terkena gangguan mental (Kartika. S, D. 2012)

Pada masa ini banyak terdapat keberadaan dukun sebagai juru penyembuh bagi orang – orang yang mengalami gangguan mental. Biasanya tiap suku atau kelompok mempunyai satu dukun kepercayaan mereka sendiri. Para dukun ini pun mempunyai metode tersendiri yang sesuai pada zaman tersebut untuk mengobati penyakit mental pasiennya, dan mereka benar – benar setia kepada anggota suku atau kelompoknya. Akan tetapi para dukun ini juga memiliki kebijakan tersendiri yaitu menyingkirkan orang sakit yang benar – benar membahayakan kelompok atau sukunya.

## 2. Zaman Roma Kuno dan Yunani Kuno

Banyak cendekiawan atau para ahli yang bermunculan di masa ini yaitu antara lain dua orang ilmuwan terkemuka di Yunani, dokter Aesculapius dan Hipokrates yang salah satunya telah turut berperan dalam mulai adanya pendekatan yang dilakukan secara rasional dan lebih manusiawi terhadap kondisi orang yang mengalami penyakit mental (Kirmayer, L. J., & Swartz, L., 2014). Selain itu ada beberapa ilmuwan lainnya seperti (Kartika. S, D. 2012):

- a. Phytagoras (500 SM) – Cendekiawan yang menjadi orang pertama dalam memberikan penjelasan secara ilmiah terhadap penyakit mental.

- b. Hippokrates (460-377 SM) – Dikenal juga sebagai Bapak Kedokteran, dialah yang menemukan ilmu medis modern dengan memisahkannya dari agama, takhayul, sihir dan kepercayaan terhadap dewa – dewa. Dijelaskan oleh Hippokrates bahwa peranan otak sangat penting dalam mempengaruhi pikiran seseorang dan juga perilaku dan emosinya. Ilmu somatogenesis dipelopori oleh Hippokrates, yaitu suatu pemikiran dimana kondisi tubuh atau soma seseorang dipengaruhi oleh pikiran dan perilaku individu tersebut.
  - c. Plato (429-347 SM) – Menyatakan bahwa gangguan mental seseorang merupakan sebagian dari gangguan moral, fisik, dan juga adanya gangguan dari dewa – dewa. Plato menyatakan bahwa seorang penjahat adalah orang yang mengalami gangguan mental. Ia juga menyatakan bahwa budaya menjadi faktor yang penting dalam berpikir dan bertindak.
  - d. Asclepiades, Aretacus dan Galenius – Tiga dokter dari Yunani yang memberikan penjelasan dengan pendekatan naturalistik mengenai gangguan mental. Mereka menyatakan bahwa penderita gangguan mental harus diberikan perlakuan yang lebih manusiawi dan mendapatkan perawatan di rumah sakit.
3. Zaman Kegelapan

Satu kekurangan dari zaman para cendekiawan Yunani adalah bahwa pendekatan – pendekatan ilmiah yang dikemukakan para ahli waktu itu kurang memperhatikan aspek takhayul yang masih dipercaya banyak orang. Itulah sebabnya pada masa kegelapan ini berbagai ilmu demonologi kembali muncul, dan jalan keluar melalui exorcisme atau pengusiran setan kembali digunakan. Ketahuilah juga berbagai teori dalam bidang psikologi, antara lain teori psikologi industri, teori kepercayaan diri dan teori identitas sosial (Kartika. S, D. 2012 dan Vaillant, G.E.,2003).



#### 4. Zaman Pertengahan

Zaman ini berada pada kurun waktu antara 400 hingga 1500 SM, dimana pengaruh dari kalangan gereja dan Kristen mulai meluas. Ada beberapa peristiwa penting pada masa ini yaitu (Kartika. S, D. 2012 dan Fakhriyani, D.V, 2019):

- a. Pada tahun 1484 Paus Innocent VIII meminta para pendeta di seluruh Eropa untuk menghukum mati para tukang sihir sehingga lebih dari seratus ribu orang telah dibunuh karena dituduh sebagai penyihir.
- b. Pada abad ke lima belas dan enam belas, dibangun suatu tempat penampungan bagi orang – orang yang menderita penyakit mental untuk memisahkannya dari kehidupan normal. Tempat tersebut dinamakan Asylum. Henry VIII membangun London's Hospital of St. Mary of Bethlehem yang dikenal dengan nama Bedlam untuk menjadi tempat penampungan pasien gangguan mental.
- c. Bersamaan dengan perkembangan agama Islam, di negara – negara Arab juga berkembang ilmu kedokteran dan ilmu pengetahuan lainnya. Sebagai efek dari perkembangan berbagai jenis keilmuan ini, banyak pula didirikan rumah sakit. Sebuah rumah sakit khusus didirikan di Fez, Maroko lalu pada abad ke 12 juga didirikan sebuah rumah sakit untuk penderita gangguan mental di Damaskus.

#### 5. Zaman Renaissance

Masih ada lingkungan yang mendasari penyakit mental dengan pengobatan takhayul dan perlakuan yang tidak manusiawi pada zaman ini. Walaupun demikian, mulai ada beberapa ilmuwan yang memberikan pencerahan terhadap pasien gangguan mental (Kartika. S, D. 2012 dan Fakhriyani, D.V,2019).

- a. Paracelsus (1493 – 1541) – Ilmuwan dari Swiss ini menolak demonology dan mengemukakan teori bahwa penyebab gangguan mental adalah penyakit psikologis.
  - b. Agrippa (1486-1535) – Di Jerman, Heinrich Cornelius Agrippa berupaya melawan korban-korban kemunafikan dan korban pelaksanaan Inquisisi.
  - c. Johann Weyer (1515-1585) – Murid dari Agrippa ini mengeluarkan pernyataan bahwa orang yang dahulu disebut sebagai tukang sihir adalah sebenarnya orang yang menderita gangguan mental.
  - d. Vinsensius de Paul (1581-1660) – Ilmuwan yang berasal dari Paris ini menyatakan bahwa penyakit mental tidak ada bedanya dengan penyakit fisik dan memberi anjuran untuk melakukan pendekatan yang lebih manusiawi terhadap penderitanya.
6. Abad ke 17 hingga ke 20

Ciri yang menandai pertengahan abad 18 adalah banyaknya pembaruan – pembaruan sosial, politik dan ilmu pengetahuan (Kirmayer, L. J., & Swartz, L, 2014). Pada awal zaman ini mulai ada kecenderungan terhadap memberikan perawatan khusus untuk pasien gangguan jiwa. Dengan memusatkan penelitian terhadap klasifikasi dan sistem perawatan, mengidentifikasi, menyelidiki, dan mengobati berbagai penyakit secara rasional termasuk penyakit mental (Kartika. S, D. 2012).

- a. Phillipe Pinel (1745-1826) – Pada permulaan abad ke 19 ia memulai penelitian pada pengobatan psikiatri dengan memelopori perlakuan serta pengertian yang lebih manusiawi terhadap orang – orang penderita gangguan mental.

- b. Willam Tuke (1732-1822) – Mendirikan “York Retreat” dalam waktu hampir bersamaan dengan ketika Phillipe Pinel mendirikan rumah sakit di Perancis.
- c. Anton Muller (1755-1827)- orang yang bekerja di sebuah rumah sakit untuk penyakit mental di Jerman. Ia menyerukan perawatan yang manusiawi terhadap penderita gangguan mental dan menentang kekejaman yang mengekang pasien – pasien di rumah sakit tersebut.
- d. Vincenzo Chiarugi (1759 – 1820) – Buku karyanya yang terbit di Italia berjudul “Hundred Observations” mengenai pengamatannya kepada para pasien sakit mental dan juga menuntut perawatan yang lebih manusiawi untuk mereka.’
- e. Benjamin Rush (1745 – 1813) – Pelopor perawatan yang lebih manusiawi terhadap orang sakit mental dan dikenal sebagai “Bapak Psikiatri Amerika”.
- f. Clifford Wittingham Beers (1876-1943) – Mendirikan *Connecticut Society for Mental Hygiene* dan memelopori gerakan ilmu kesehatan mental, berdasarkan pengalamannya sendiri sebagai penderita gangguan mental selama tiga tahun.
- g. Tahun 1919 dibentuk sebuah badan bernama *International Committee for Mental Hygiene* yang bermarkas besar di Amerika Serikat.
- h. Pada tahun 1920-1930 karena pengaruh dari teori psikososial Freud, atau teori psikoanalisis Freud, terjadi perubahan perawatan terhadap pasien gangguan mental, antara lain perawatan yang dilakukan tidak memerlukan sertifikasi, bisa dilakukan di rumah pasien atau di luar rumah sakit.
- i. Dalam kurun waktu 1920 an Komite Nasional Kesehatan Mental Amerika menghasilkan model undang – undang yang juga dimasukkan ke dalam aturan beberapa negara bagian.

- j. Tahun 1948 Federasi Dunia Kesehatan Mental dibentuk.

### **Konsep Dasar Kesehatan Mental**

Kesehatan mental sebenarnya merujuk ke prinsip-prinsip praktis dengan pencapaian dan pemeliharaan unsur psikologis yang baik. Kesehatan mental berkaitan erat dengan bagaimana kamu berpikir/memikirkan, merasakan dan melakukan kehidupan sehari-hari, selanjutnya adalah bagaimana kamu melihat dari diri sendiri dan juga orang lain. Bagaimana kamu bisa mengevaluasi serta mengambil keputusan secara tepat. Fisik atau kesehatan mental mempunyai kepentingan seimbang. Keduanya saling melengkapi pada fase kehidupan. Kesehatan mental termasuk upaya-upaya menangani stres, bagaimana berkomunikasi dengan orang lain, dan mengambil keputusan dan menyelesaikan masalah. Fisik adalah seluruh fungsi organ tubuh kamu berjalan dengan baik dan sinkron. Sedangkan untuk fungsi-fungsi jiwa meliputi pikiran, perasaan, emosi, pandangan ideologi seseorang harus bisa saling membantu dan bekerjasama satu sama lain. Maka, akan mendapatkan kesehatan mental terpelihara dengan baik.

### **Pengertian Kesehatan Mental**

Menurut Undang-undang Nomor 23 Tahun 1992 yang dimaksud dengan "Kesehatan" adalah: "Kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis". Sedangkan menurut WHO (2015) kesehatan adalah suatu keadaan sejahtera fisik, mental dan sosial yang lengkap dan bukan hanya bebas dari penyakit atau kecacatan. Dari dua defenisi di atas dapat diambil kesimpulan bahwa manusia selalu dilihat sebagai satu kesatuan yang utuh (holistik). dari unsur "badan" (organobiologik), "jiwa" (psiko-edukatif) dan "sosial" (socio-kultural), yang tidak dititik beratkan pada "penyakit" tetapi pada kualitas hidup yang terdiri dan "kesejahteraan" dan "produktivitas sosial ekonomi". Dan definisi tersebut juga tersirat bahwa "Kesehatan Jiwa atau mental" merupakan bagian yang tidak terpisahkan

(integral) dari "Kesehatan" dan unsur utama dalam menunjang terwujudnya kualitas hidup manusia yang utuh. Kesehatan jiwa adalah suatu bagian yang tidak terpisahkan dari kesehatan atau bagian integral dan merupakan unsur utama dalam menunjang terwujudnya kualitas hidup manusia yang utuh. Kesehatan jiwa menurut UU No 23 tahun 1996 tentang kesehatan jiwa sebagai suatu kondisi yang memungkinkan perkembangan fisik, intelektual dan emosional yang optimal dari seseorang dan perkembangan itu berjalan secara selaras dengan keadaan orang lain. Selain dengan itu pakar lain mengemukakan bahwa kesehatan jiwa merupakan suatu kondisi mental yang sejahtera (*mental wellbeing*) yang memungkinkan hidup harmonis dan produktif sebagai bagian yang utuh dan kualitas hidup seseorang dengan memperhatikan semua segi kehidupan manusia.

Dengan kata lain, kesehatan jiwa bukan sekedar terbebas dari gangguan jiwa, tetapi merupakan sesuatu yang dibutuhkan oleh semua orang, mempunyai perasaan sehat dan bahagia serta mampu menghadapi tantangan hidup, dapat menerima orang lain sebagaimana adanya dan mempunyai sikap positif terhadap diri sendiri dan orang lain (Keliat, B.A., dkk. 2005).

### **Ciri-Ciri Sehat Jiwa (Mental)**

Berikut ini akan dijelaskan ciri sehat jiwa dari menurut beberapa ahli diantaranya menurut: (Stuart, G.W., Sundeen, S.J., 2008)

1. Yahoda
  - a. Memiliki sikap positif terhadap diri sendiri
  - b. Tumbuh, berkembang dan beraktualisasi
  - c. Menyadari adanya integrasi dan hubungan antara: Masa lalu dan sekarang
  - d. Memiliki otonomi dalam pengambilan keputusan dan tidak bergantung pada siapapun
  - e. Memiliki persepsi sesuai dengan kenyataan
  - f. Mampu menguasai lingkungan dan beradaptasi

## 2. WHO (*World Health Organization*/Organisasi Kesehatan Dunia)

Pada tahun 1959 dalam sidang di Geneva, WHO telah berhasil merumuskan kriteria sehat jiwa. WHO menyatakan bahwa, seseorang dikatakan mempunyai sehat jiwa, jika memiliki kriteria sebagai berikut:

- a. Individu mampu menyesuaikan diri secara konstruktif pada kenyataan, meskipun kenyataan itu buruk baginya.
- b. Memperoleh kepuasan dari hasil jerih payah usahanya.
- c. Merasa lebih puas memberi dari pada menerima.
- d. Secara relatif bebas dari rasa tegang (stress), cemas dan depresi.
- e. Mampu berhubungan dengan orang lain secara tolong menolong dan saling memuaskan.
- f. Mampu menerima kekecewaan sebagai pelajaran yang akan datang
- g. Mempunyai rasa kasih sayang.

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

## 3. Maslow

Maslow mengatakan individu yang sehat jiwa memiliki ciri sebagai berikut: (Stuart, Gall Wiscart and sundeen, Sandra J, 2010.)

- a. Persepsi Realitas yang akurat.
- b. Menerima diri sendiri, orang lain dan lingkungan.
- c. Spontan.
- d. Sederhana dan wajar.

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

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

- e. Menerima ide / pengalaman hidup.
- f. Merasa puas dengan pekerjaannya (Stuart, G.W., Sundeen, S.J., 2008)

### **Prinsip Kesehatan Mental**

Prinsip kesehatan mental adalah pondasi yang harus ditegakkan orang dalam dirinya, guna mendapatkan kesehatan mental dan terhindar dari gangguan kejiwaan. Di antara prinsip-prinsip tersebut yaitu: (Rawlins, R.P., Williams, S. R., Beck, C. M. 2013).

1. Gambaran dan sikap yang baik terhadap diri sendiri  
Memiliki gambaran dan sikap yang baik terhadap diri sendiri (*self image*) merupakan dasar dan syarat utama untuk mendapatkan kesehatan mental. Orang yang memiliki *self image* memiliki kemampuan menyesuaikan diri, dengan dirinya sendiri dan orang lain, alam lingkungan, serta Tuhan. Self image dapat diperoleh antara lain dengan cara bersedia menerima diri sendiri dengan apa adanya, serta yakin dan percaya kepada diri sendiri.
2. Keterpaduan atau integrasi diri  
Keterpaduan diri berarti adanya keseimbangan antara kekuatan-kekuatan jiwa dalam diri, kesatuan pandangan (falsafah) dalam hidup, dan kesanggupan mengatasi stres (ketegangan emosi) orang yang memiliki keseimbangan diri berarti orang yang seimbang kekuatan id, ego, dan super egonya. Orang yang memiliki kesatuan pandangan hidup adalah orang yang memperoleh makna dan tujuan dari kehidupannya. Sedangkan orang yang mampu mengatasi stress berarti orang yang mampu atau sanggup memenuhi kebutuhannya, ketika mendapatkan hambatan mampu menyesuaikan diri, serta menemukan cara baru dalam memenuhi kebutuhannya.



### 3. Perwujudan diri

Perwujudan (aktualisasi) diri sebagai proses kematangan diri dapat berarti sebagai kemampuan mempergunakan potensi jiwa dan memiliki gambaran, sikap yang baik terhadap diri sendiri, serta peningkatan motivasi dan semangat hidup. Pentingnya aktualisasi diri dalam kesehatan mental antara lain dilaksanakan oleh Reiff. Menurutnya, orang yang sehat mentalnya ialah orang yang mampu mengaktualisasikan diri, atau mewujudkan potensi yang dimilikinya dan memenuhi kebutuhannya dengan cara baik dan memuaskan. Sebaliknya orang yang tidak sehat mentalnya ialah orang yang tidak mampu mewujudkan potensi dan kebutuhan dirinya. Ia merasa kehilangan kekuatan diri hidup dalam alam yang serba terbatas, serta tidak berorientasi pada masa depan. Kemudian akan berpotensi untuk kehilangan arah dan tujuan hidupnya.

### 4. Berkemampuan menerima orang lain, melakukan aktivitas sosial dan menyesuaikan diri dengan lingkungan tempat tinggal

Kemampuan menerima orang lain, berarti kesediaan menerima kehadiran, mencintai, menghargai, menjalin persahabatan dan memperlakukan orang lain dengan baik. Melakukan aktivitas sosial berarti bersedia berkerja sama dengan masyarakat dalam melakukan pekerjaan tersebut yang menggugah hati dan tidak menyendiri dari masyarakat. Menyesuaikan diri dengan lingkungan berarti usaha untuk mendapatkan rasa aman, dan bahagia dalam hidup bermasyarakat di lingkungan tempat tinggalnya. Manusia yang memiliki kemampuan tersebut berarti manusia yang sehat mentalnya.

### 5. Beminat dalam tugas dan pekerjaan

Setiap manusia haruslah berminat dalam tugas dan pekerjaan yang ditekuninya. Dengan demikian, dia dapat merasakan kebahagiaan dalam dirinya dan mengurangi beban penderitaannya. Tanpa adanya minat, manusia sulit untuk dapat merasakan gembira

dan bahagia dalam tugas dan pekerjaannya. Pribadi yang sehat dan normal adalah orang yang aktif, produktif, dan berminat dalam tugas dan pekerjaannya.

6. Agama, cita-cita, dan falsafah hidup

Untuk pembinaan dan pengembangan kesehatan mental manusia membutuhkan agama, seperangkat cita-cita yang konsisten, dan pandangan hidup yang kukuh. Dengan agama manusia dapat terbantu dalam mengatasi persoalan hidup yang berada diluar kesanggupan dirinya, sebagai manusia yang lemah. Dengan cita-cita, manusia dapat bersemangat dan bergairah dalam perjuangan hidup yang berorientasi dalam kehidupan secara tertib, dan mengadakan perwujudan diri yang baik. dengan falsafah hidup manusia dapan menghadapi tantangan yang dihadapinya dengan mudah.

7. Pengawaaan diri

Mengadakan pengawasan terhadap hawa nafsu atau dorongan dan keinginan, serta kebutuhan oleh akal pikiran merupakan hal pokok dari kehidupan manusia dewasa yang bermental sehat mampu mengimbangi tingkah lakunya.

8. Rasa benar dan tanggung jawab

Rasa benar dan tanggung jawab penting bagi manusia dalam bertingkah laku, karena sebaga individu selalu ingin bebas dari rasa salah, dosa, dan kecewa.

Ada tiga langkah yang harus ditempuh seseorang dalam mencapai kondisi kesehatan mental yang baik, pengobatan (penyembuhan), pencegahan dan pembinaan. Langkah-langkah ini sama dengan langkah-langkah yang ditempuh kesehatan jasmani dalam mencapai kesehatannya, karena antara kesehatan jasmani dan keshatan mental banyak terdapat persamaan, baik dalam pengertian, maupun dalam metode.

a. Pengobatan (penyembuhan)

Usaha-usaha yang dilakukan untuk menyembuhkan dan merawat orang yang terganggu dan sakit mentalnya, sehingga ia dapat menjadi sehat dan wajar kembali.

b. Pencegahan

Metode yang digunakan oleh seseorang dalam menghadapi dirinya sendiri dan orang lain untuk meniadakan atau mengurangi gangguan kejiwaan, sehingga ia dapat menjaga dirinya dan orang lain dari kemungkinan jatuh kepada kegoncangan batin dan ketidaktentraman jiwa.

Usaha ini di samping usaha pribadi setiap orang, juga termasuk usaha pengusaha atau pemerintah untuk memperbaiki dan mempertinggi sistem kebudayaan dan peradaban.

c. Pembinaan

Usaha pembinaan ini di samping bertujuan untuk menjaga kondisi kesehatan mental yang sudah seimbang dan baik, juga meliputi cara yang ditempuh untuk meningkatkan kemampuannya untuk mengembangkan dan memanfaatkan segala potensi yang ada padanya seoptimal mungkin, seperti apa yang dilakukan orang untuk memperkuat ingatan, fantasi, kemauan, dan kepribadiannya.

### **Ruang Lingkup Kesehatan Mental**

Kalangan ahli kesehatan mental (*mental hygienist*) memberikan batasan bahwa ruang lingkup kesehatan mental adalah (1) pemeliharaan dan promosi kesehatan mental individu dan masyarakat, dan (2) prevensi dan perawatan terhadap penyakit dan kerusakan mental (Fakhriyani, D.V., 2019). Secara garis besar ruang lingkup kerja kesehatan mental itu mencakup hal-hal berikut:

1. Promosi kesehatan mental, yaitu usaha-usaha peningkatan kesehatan mental. Usaha ini dilakukan berangkat dari pandangan bahwa kesehatan mental

bersifat kualitatif dan kontinum serta dapat ditingkatkan sampai batas optimal.

2. Prevensi primer, adalah usaha kesehatan mental untuk mencegah timbulnya gangguan dan sakit mental. Usaha ini dilakukan sebagai proteksi terhadap kesehatan mental masyarakat agar gangguan dan sakit mental itu tidak terjadi.
3. Prevensi sekunder, adalah usaha kesehatan mental menemukan kasus dini (*early case detection*) dan penyembuhan secara tepat (*prompt treatment*) terhadap gangguan dan sakit mental. Usaha ini dilakukan untuk mengurangi durasi gangguan dan mencegah agar jangan sampai terjadi cacat pada seseorang atau masyarakat.
4. Prevensi tersier, merupakan usaha rehabilitasi awal yang dapat dilakukan terhadap orang yang mengalami gangguan kesehatan mental. Usaha ini dilakukan untuk mencegah drasbilas atau ketidakmampuan. Jangan sampai mengalami kecacatan menetap.

Berdasarkan penjelasan diatas, dapat disimpulkan bahwa ruang lingkup kesehatan mental tidak hanya berhubungan dengan perawatan perawatan kesehatan individual (*individual health care*) saja, tetapi juga pelayanan kesehatan pada masyarakat (*community health care*) (Vaillant, G.E., 2003), dan pada saat ini, pelayanan kesehatan masyarakat menjadi fokus utama dalam kesehatan mental.

## Daftar Pustaka

- Fakhriyani, D.V. (2019) *Kesehatan Mental*. Edited by M.P.I. Dr. Mohammad Thoha. Pamakasan: Duta medika.
- Kartika. S, D. (2012). *Kesehatan Mental*. Lembaga Pengembangan dan Penjaminan mutu Pendidikan, Undip Semarang
- Keliat, B.A., dkk. (2005). *Modul Basic Course Community Mental-Psychiatric Nursing*. Jakarta: Tidak diterbitkan
- Kirmayer, L. J., & Swartz, L. (2014) *Culture and Global Mental Health*. In V. Patel, H. Minas, A. Cohen, & M. J. Prince, *Global and Mental Health; Principle and Practice*, Oxford University Press. New York: Oxford University Press.
- Rawlins, R.P., Williams,S.R., Beck, C.M. (2013). *Mental Health Psychiatric Nursing a Holistic Life Cicle Approach*, Mosby Year Book, London
- Stuart, Gall Wiscart and sundeen, Sandra J. (2010). *Pocket guide to psychiatric nursing (2 nd. Ed) Mosby Year Book, St. Louis, baltimore*. Boston Chicago. London. Sydney. Toronto.
- Stuart, G.W., Sundeen, S.J., (2008). *Keperawatan Jiwa, Buku Saku, Terjemahan Hamid, A.S., Edisi 3*, EGC: Jakarta
- Vaillant, G.E. (2003) 'Mental Health: Reviews and Overviews.', *The American Journal of Psychiatry*.

## **Profil Penulis**



### **Debby Sinthania**

Lahir di Padang, Sumatera Barat pada tanggal 25 Agustus 1990. Ketertarikan penulis terhadap Ilmu Keperawatan dimulai pada tahun 2007 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke Poltekkes Kemenkes Padang dan lulus tahun 2010.

Penulis kemudian melanjutkan pendidikan di Universitas Andalas dan berhasil menyelesaikan studi Sarjana Keperawatan (S1) dan Profesi Keperawatan (Ners) pada tahun 2013. Dua tahun kemudian, penulis juga menyelesaikan studi Magister Keperawatan (S2) di Universitas Andalas. Penulis merupakan Staf Pengajar di Jurusan Keperawatan Fakultas Psikologi dan Kesehatan Universitas Negeri Padang. Penulis memiliki kompetensi di bidang Keperawatan khususnya Keperawatan Jiwa, Keperawatan Keluarga & Komunitas dan Keperawatan Gerontik

Email Penulis: [debby.sinthania@fik.unp.ac.id](mailto:debby.sinthania@fik.unp.ac.id) / [sinthaniadebby@gmail.com](mailto:sinthaniadebby@gmail.com)



# PARADIGMA DAN PERKEMBANGAN KESEHATAN MENTAL

**Ns. Maryati Agustina Barimbing, S.Kep., M.Kep.**

Universitas Citra Bangsa

## **Pendahuluan**

Masalah kesehatan yang lazim dialami oleh manusia tidak terbatas pada gangguan fisik tetapi juga berupa gangguan mental. Secara sadar atau tidak sadar setiap individu pernah melewati problema psikologi yang berisiko terhadap kesehatan mental. Tidak dipungkiri bahwa tiap individu selalu mengalami perubahan pada seluruh aspek kehidupannya sehingga individu dituntut untuk beradaptasi dengan perubahan yang terjadi. Ketika individu mampu untuk tetap konstruktif ketika menghadapi stresor maka individu dapat mempertahankan kesehatan mentalnya. Kesehatan mental tidak bisa didefinisikan secara sederhana karena tidak hanya mencakup satu aspek kehidupan manusia tetapi lebih mendekati keadaan optimal dari sejumlah aspek mencakup biologis, psikologis, sosial dan kultural. Hal ini merupakan paradigma dalam kesehatan mental (Mahardika, 2017).

## **Paradigma Kesehatan Mental**

Pengertian kesehatan mental menurut Undang-Undang Republik Indonesia nomor 18 tahun 2014 adalah “kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual dan sosial sehingga individu tersebut



menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya” (Yeni, Uning, & Maiyestati, 2021). Individu dikatakan sehat mental jika memiliki beberapa kriteria berikut menurut Stuart (2014):

1. Menerima kondisi diri sendiri

Orang yang sehat mental harus selalu berpikir positif tentang konsep dirinya dan memiliki harapan yang realistis yang perlu diubah sesuai tahap tumbuh kembang.

2. Aktualisasi dan ketahanan diri.

Kemampuan individu untuk berkembang, mencari pengalaman baru, kemampuan mengatasi masalah, mencapai aktualisasi diri dan mempertahankannya.

3. Memiliki integritas.

Integritas dapat diukur dari kemampuan individu menghadapi stresor dan kondisi kecemasan. Apakah ada keseimbangan antara apa yang diekspresikan dengan yang direpresikan.

4. Otonomi

Otonomi berhubungan dengan kemandirian atau kebebasan individu untuk bertanggungjawab dengan tindakan atau perilaku yang dipilih dengan konsekuensi yang akan dihadapi.

5. Persepsi sesuai realitas

Kemampuan individu untuk menguji suatu perubahan atau informasi yang baru termasuk kepekaan, empati dan sikap individu terhadap orang lain.

6. Penguasaan lingkungan

Kemampuan individu mengatasi kesepian, frustrasi tanpa merasa terbebani, kemampuan merespon orang lain, cinta dan mencintai, membina persahabatan dan kemampuan untuk terlibat dalam kelompok sosial.

*World Health Organization* (WHO) menyebut karakteristik individu yang memiliki mental yang sehat yaitu:

1. Belajar dari pengalaman
2. Bisa beradaptasi
3. Memiliki kasih sayang
4. Merasa senang untuk memberi daripada menerima
5. Memiliki kecenderungan untuk membantu alih-alih dibantu
6. Puas terhadap usahanya
7. Dapat menerima kegagalan
8. Berpikir positif

Paradigma yang diyakini dalam kesehatan mental yaitu:

1. Pendekatan biologis

Pendekatan biologis berkaitan dengan fungsi otak. Beberapa faktor risiko yang dapat menyebabkan masalah pada fungsi otak seperti masalah genetik, kondisi ibu saat hamil, keadaan gizi, kondisi kesehatan secara umum atau komplikasi penyakit, paparan zat kimia, paparan radiasi. Pada pendekatan biologis, diyakini bahwa gangguan kesehatan mental akibat psikopatologi fungsi otak. Psikopatologi melibatkan empat area otak yaitu sistem limbik, korteks frontal, serebelum dan ganglia basalis. Keempat area ini saling terhubung sehingga disfungsi pada satu area akan mempengaruhi area lainnya. Sistem limbik merupakan lokasi potensial proses patologi primer pada penderita gangguan kesehatan mental. Selain itu penurunan volume otak dan perubahan neurotransmitter juga menjadi penyebab gangguan jiwa. Penurunan volume otak terjadi pada area abu-abu dan area putih (akson otak). Hal ini dapat terjadi akibat kerusakan mielinisasi yang biasanya terjadi pada usia 6 sampai 13 tahun. Masalah pada neurotransmitter khususnya dopamin, serotonin, norepineprin dan glutamat (Stuart, 2014).

a. Dopamin

Gangguan jiwa timbul akibat aktivitas dopaminergik yang berlebihan. Hal ini dapat disebabkan beberapa kemungkinan seperti pelepasan dopamin yang berlebihan, reseptor dopamin yang terlalu banyak atau kombinasi mekanisme tersebut. Neuron dopaminergik di jalur mesokortikal dan mesolimbik dari badan sel di mesensefalon ke neuron dopaminoseptif di sistem limbik dan korteks serebri. Dopamin penting dalam respon terhadap stres dan memiliki koneksi ke sistem limbik. Korteks prefrontal memiliki beberapa reseptor dopamin sendiri tapi mungkin mengatur dopamin pada sirkuit lain di otak (Fortinash & Worret, 2014).

b. Serotonin

Serotonin juga berimplikasi terhadap gangguan kesehatan mental. Serotonin memiliki efek modulasi pada dopamine (Fortinash & Worret, 2014).

c. Norepineprin

Hubungan aktivitas dopaminergik dan noradrenergik memang belum jelas namun sistem noradrenergik dapat memodulasi sistem dopaminergik dalam suatu cara (Fortinash & Worret, 2014).

d. *Gamma-aminobutyric acid* (GABA)

GABA dianggap terlibat dalam patofisiologi gangguan kesehatan mental karena sejumlah hipotesis menyebutkan bahwa pada penderita mengalami kehilangan neuron GABAnergik di hipokampus yang menyebabkan hiperaktivitas neuron dopaminergik dan noradrenergik (Fortinash & Worret, 2014).

e. Glutamat

Glutamat berinteraksi dengan dopamin. Pada penderita gangguan kesehatan mental ditemukan

fungsi kompleks reseptor utama glutamat terganggu sehingga sistem komunikasi otak menjadi abnormal pada korteks prefrontal dan talamus (Fortinash & Worret, 2014).

## 2. Pendekatan psikologis

Pendekatan ini memiliki keyakinan bahwa kondisi psikologis menentukan kesehatan mental seseorang. Kondisi psikologis individu dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti kecerdasan emosional, moral, konsep diri, pengalaman masa lalu, motivasi, kemampuan verbal, pertahanan psikologis, kepribadian. Semua hal ini tidak terbentuk secara lahiriah namun terbentuk di sepanjang kehidupan individu (Wuryaningsih et al., 2020). Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan seperti aniaya fisik, dikucilkan, aniaya seksual dan kejadian lainnya dapat menjadi pemicu seseorang mengalami gangguan jiwa. Lingkungan keluarga, kelompok dan masyarakat sangat mempengaruhi kondisi psikologis individu. Tipe kepribadian juga mempengaruhi kesehatan mental. Orang yang memiliki kepribadian tertutup cenderung memendam permasalahan yang dialami dan tidak berbagi kepada siapapun sehingga masalah semakin menumpuk. Kondisi ini jika dibiarkan dapat menyebabkan individu mengalami depresi (Mahardika, 2017). Konsep diri positif akan membantu perkembangan kesehatan mental seseorang. Konsep diri adalah semua keyakinan, kepercayaan, ide dan pendirian individu tentang dirinya yang akan mempengaruhi individu tersebut dan hubungannya dengan orang lain. Konsep diri dipelajari melalui kontak sosial dan pengalaman berhubungan dengan orang lain. Pandangan individu tentang dirinya dipengaruhi oleh bagaimana individu mengartikan pandangan orang lain tentang dirinya. Konsep diri tidak terbentuk waktu lahir tetapi dipelajari sebagai hasil pengalaman unik seseorang dalam dirinya sendiri, dengan orang terdekat dan dengan realitas dunia. Komponen pada konsep diri yaitu identitas diri, citra tubuh, ideal diri, peran dan

harga diri. Orang yang memiliki konsep diri positif akan optimis, percaya diri dan bersikap positif menghadapi segala sesuatu serta mampu menerima kegagalan yang dialaminya. Individu akan mampu menghargai dirinya dan berpikir positif demi keberhasilan dimasa yang akan datang sehingga dapat menjaga kesehatan mentalnya. Sebaliknya orang dengan konsep diri negatif cenderung bersikap pesimis terhadap kehidupan yang dihadapinya. Ia melihat permasalahan yang dialaminya sebagai halangan sehingga akan mudah menyerah. Individu akan menyalahkan diri sendiri atau menyalahkan orang lain atas kegagalan yang dialami (Rinawati & Alimansur, 2016).

### 3. Pendekatan sosiokultural

Pendekatan sosiokultural berkaitan dengan usia, gender, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, dukungan sosial, afiliasi politik, latar belakang budaya, pengalaman sosialisasi, dan berbagai perubahan sosial. Selama masa pendidikan, individu akan mendapat berbagai pengalaman, tidak hanya pengalaman akademik tapi juga non akademik. Pengalaman-pengalaman saat usia dini menjadi penentu kesehatan mental individu di masa mendatang. Pendidikan tidak hanya secara formal yang dilaksanakan di sekolah tetapi juga pendidikan non formal di masyarakat dan pendidikan informal yang diterapkan di lingkungan keluarga. Melalui pendidikan dapat mempengaruhi perubahan perilaku, pola pikir, moral dan etika (Syafitri, 2020). Konflik dengan lingkungan sosial dapat membuat individu menggunakan mekanisme koping maladaptif yang mengganggu kesehatan mental individu. Tidak bekerja membuat seseorang tidak mempunyai penghasilan dan juga membuat seseorang kehilangan kesempatan untuk menunjukkan aktualisasi dirinya. Hal ini berdampak pada harga diri menjadi rendah sehingga berisiko mengalami masalah kesehatan mental. Terkait latar belakang budaya, karakteristik masyarakat berdasarkan budaya juga mempengaruhi

kesehatan mental. Karakter masyarakat yang individualistik membuat seseorang merasa kurang mendapat dukungan sosial sehingga mempengaruhi coping individu. Selain itu, kurangnya pemahaman masyarakat tentang pentingnya kesehatan mental juga berpengaruh pada kondisi mental orang yang berada di masyarakat tersebut. Aturan, etika, moral dan pemberian sanksi di bentuk di masyarakat sehingga mengharuskan individu yang hidup di tengah masyarakat harus menyesuaikan diri dengan hal tersebut. Individu yang tidak dapat menyesuaikan diri dapat mengalami stress yang berdampak pada kesehatan mental (Sadock, Alcott, & Ruiz, 2017). Dukungan sosial mempengaruhi kesehatan mental. Dukungan sosial merupakan suatu bentuk pertolongan yang didapatkan individu dari orang lain. Dukungan sosial menjadi faktor protektif yang dapat memberikan kemampuan untuk menangkal dampak negatif dari stresor sosial maupun lingkungan. Dukungan sosial penting dalam membentuk persepsi seseorang. Selama melalui masa krisis, persepsi individu dapat menjadi negatif terkait masalah yang dialami namun dengan adanya dukungan sosial maka individu akan merasa diperhatikan dan dipedulikan. Selain itu dukungan sosial juga dapat mengurangi beban emosional, beban ekonomi dan beban sosial (Widodo et al., 2022).

### **Perkembangan Kesehatan Mental**

Secara umum, individu dibagi ke dalam tiga kelompok yaitu kelompok sehat mental, kelompok risiko dan kelompok gangguan mental. Setiap individu rentan untuk jatuh pada kelompok risiko jika orang tersebut tidak mampu beradaptasi dengan stresor yang datang. Kondisi risiko yang dibiarkan dapat membuat individu mengalami gangguan mental.

Gangguan mental didefinisikan sebagai perubahan pola perilaku dan psikologis individu yang menyebabkan distress dan menurunkan kualitas hidup individu tersebut yang dapat mempengaruhi seluruh tingkat hirarki kehidupan mulai dari individu, keluarga, komunitas dan

sistem pelayanan kesehatan yang lebih luas (Stuart, 2014).

Di sepanjang kehidupan manusia akan dihadapi dengan berbagai stresor yang menuntut individu harus berespon terhadap stresor yang datang. Individu dapat memilih respon yang akan digunakan tergantung dari cara pandang individu terhadap stresor tersebut, apakah hal itu merupakan sebuah ancaman atau tantangan. Ketika individu menganggap stresor yang datang sebagai suatu ancaman maka respon yang pilih adalah menghindar. Sebaliknya, jika individu menganggap stresor tersebut adalah sebuah tantangan maka individu akan berusaha untuk melewatinya (Rinawati & Alimansur, 2016). Stres yang dialami individu merupakan reaksi tubuh karena adanya stresor yang datang. Bertambahnya stres hidup akan menyebabkan terganggunya keseimbangan mental-emosional yang walaupun tidak menyebabkan kematian langsung akan tetapi mengganggu produktivitas dan hidup menjadi tidak efisien. Akibat stres yang berkepanjangan adalah terjadinya kelelahan fisik maupun mental yang pada akhirnya melahirkan berbagai macam keluhan dan gangguan. Bila individu mampu menggunakan cara-cara penyesuaian diri yang sehat/baik/sesuai dengan stres yang dihadapi meskipun stres/tekanan itu tetap ada, individu tersebut tetap dapat hidup dengan sehat. Penyesuaian diri dalam menghadapi stres dalam konsep kesehatan mental dikenal dengan istilah koping (Ayuningtyas & Rayhani, 2018).

Koping merupakan suatu kemampuan individu untuk mengubah kognitif, afektif dan perilaku sebagai usaha untuk mengelola situasi internal dan eksternal yang melampaui sumber daya individu (Meléndez, Satorres, Redondo, Escudero, & Pitarque, 2018). Koping terbagi atas dua klasifikasi yaitu koping yang adaptif dan koping yang maladaptif. Koping yang adaptif terdiri atas koping yang aktif, perencanaan, penerimaan, humor, religi, dukungan emosional. Koping yang maladaptif terdiri atas pengalihan, penolakan, emosi yang negatif, perilaku yang tidak sesuai, penggunaan zat terlarang, menyalahkan diri sendiri (Moore, Biegel, & McMahan, 2011). Strategi koping

berfokus pada cara mengidentifikasi dan mengubah pikiran dan perilaku yang maladaptif yang menimbulkan stres untuk mencegah terjadinya ancaman, bahaya atau kehilangan (Gloria & Steinhardt, 2016). Untuk menjaga kesehatan mental maka individu harus menggunakan koping adaptif agar dapat menghadapi dan menyelesaikan setiap stresor yang datang karena ketika individu memilih untuk menghindar maka masalah tidak akan pernah selesai bahkan akan menumpuk dengan stresor yang baru. Kondisi ini menyebabkan individu jatuh pada kelompok risiko bahkan gangguan. Kelompok risiko juga dikenal dengan istilah orang dengan masalah kejiwaan (ODMK) dan kelompok gangguan dikenal dengan istilah orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) (Yeni et al., 2021).

Masalah fisik, psikis, sosial, budaya, masalah perkembangan/pertumbuhan dan masalah pada kualitas hidup membuat seseorang menjadi ODMK. ODGJ adalah orang yang mengalami gangguan pikiran, perasaan dan perilaku dalam bentuk sekumpulan gejala yang menimbulkan penderitaan dan menghambat individu untuk menjalankan fungsi normalnya. Gangguan jiwa terbagi atas dua klasifikasi yaitu gangguan mental emosional seperti gangguan kecemasan, gangguan perilaku, gangguan alam perasaan dan lainnya serta gangguan jiwa berat atau psikosis. Seseorang dikatakan mengalami gangguan jiwa berat ketika mengalami kerusakan berat pada realitasnya dengan beberapa ciri seperti perilaku yang regresif, gangguan kepribadian, tingkat kesadaran mengalami penurunan yang bermakna serta kesulitan besar untuk berfungsi normal (Zahra, 2022). Tahap perkembangan psikososial seseorang sejak masa kanak-kanak berperan penting dalam perkembangan kesehatan mental individu tersebut. Pada perkembangan psikososial menurut Erik Erikson terdapat delapan tahapan yaitu 1) *trust vs mistrust* (infant-18 bulan) yang akan membuat anak belajar tentang harapan; 2) *autonomy vs shame/doubt* (18 bulan-3 tahun) yang akan menentukan kemandirian anak; 3) *initiative vs guilt* (3-5 tahun) yang akan mengembangkan rasa percaya diri seseorang; 4) *industry vs inferiority* (6-12 tahun) yang akan mengembangkan rasa bangga akan kemampuan dan



pencapaian prestasi; 5) *identity vs confusion* (13-18 tahun) yang membantu anak menemukan identitas diri sehingga dapat mengeksplorasi peran dan perilaku mereka; 6) *intimacy vs isolation* (19-40 tahun) yang mengembangkan rasa cinta kasih; 7) *generativity vs stagnation* (40-65 tahun) membentuk rasa berguna dan bertumbuh; 8) *integrity vs despair* (>65 tahun) membentuk kebijaksanaan, kepuasan dan kedamaian. Untuk menjamin perkembangan kesehatan mental maka individu harus berhasil melewati setiap tahapannya. Kegagalan di satu tahap perkembangan akan mempengaruhi tahap perkembangan yang lainnya (Sadock et al., 2017). Hubungan interpersonal dan sosial juga mempengaruhi perkembangan mental seseorang. Individu sering mengadopsi pikiran, perasaan dan perilaku orang disekitarnya. Situasi sosial dapat mencetuskan berbagai stresor yang memicu stres sehingga berdampak pada kesehatan mental. Kemampuan melakukan hubungan interpersonal dan interaksi sosial dipelajari selama tahap perkembangan. Untuk menjamin hubungan interpersonal dan interaksi sosial yang sehat, kelekatan emosional diperlukan sebagai faktor protektif untuk tetap menjaga kedekatan dan hubungan yang harmonis agar menjadi kekuatan selama masa krisis dalam menghadapi masalah. Lingkungan keluarga, lingkungan kerja dan kelompok masyarakat yang sehat mampu menghasilkan individu yang berfungsi dengan baik sesuai perannya dan berinteraksi baik dengan lingkungannya (Mahardika, 2017).

## Daftar Pustaka

- Ayuningtyas, Dumilah, & Rayhani, Marisa. (2018). Analisis situasi kesehatan mental pada masyarakat di Indonesia dan strategi penanggulangannya. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 9(1), 1-10.
- Fortinash, Katherine M, & Worret, Patricia A Holoday. (2014). *Psychiatric mental health nursing*: Elsevier Health Sciences.
- Gloria, Christian T, & Steinhardt, Mary A. (2016). Relationships among positive emotions, coping, resilience and mental health. *Stress and Health*, 32(2), 145-156.
- Mahardika, Nur. (2017). *Kesehatan Mental*. Kudus: Badan Penerbit Universitas Muria.
- Meléndez, Juan C, Satorres, Encarna, Redondo, Rita, Escudero, Joaquín, & Pitarque, Alfonso. (2018). Wellbeing, resilience, and coping: Are there differences between healthy older adults, adults with mild cognitive impairment, and adults with Alzheimer-type dementia? *Archives of gerontology and geriatrics*, 77, 38-43.
- Moore, Barbara C, Biegel, David E, & McMahon, Thomas J. (2011). Maladaptive coping as a mediator of family stress. *Journal of social work practice in the addictions*, 11(1), 17-39.
- Rinawati, Fajar, & Alimansur, Moh. (2016). Analisa faktor-faktor penyebab gangguan jiwa menggunakan pendekatan model adaptasi stres stuart. *Jurnal ilmu kesehatan*, 5(1), 34-38.
- Sadock, Benjamin J Sadock, Alcott, Virginia, & Ruiz, P. (2017). Kaplan dan Sadock's Comprehensive textbook of psychiatry: Lippincott Williams & Wilkins.
- Stuart, Gail Wiscarz. (2014). *Principles and practice of psychiatric nursing*: Elsevier Health Sciences.
- Syafitri, Riska. (2020). Pengaruh Pendidikan Terhadap Kejiwaan Manusia. *Pena Kreatif: Jurnal Pendidikan*, 9(1), 12-18.

- Widodo, Dyah, Juairiah, Juairiah, Sumantrie, Pipin, Siringoringo, Sharely Nursy, Pragholapati, Andria, Purnawinadi, I Gede, . . . Hardiyati, Hardiyati. (2022). *Keperawatan Jiwa: Yayasan Kita Menulis*.
- Wuryaningsih, Ns Emi Wuri, Kep, M, Windarwati, Heni Dwi, Kep, M, Dewi, Ns Erti Ikhtiarini, Kep, M, . . . Kep, M. (2020). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa 1: UPT Percetakan & Penerbitan, Universitas Jember*.
- Yeni, Susanti, Uning, Pratimaratri, & Maiyestati, Maiyestati. (2021). *Implementasi Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa dalam Mewujudkan bebas pasung di Kabupaten Pesisir Selatan*. Universitas Bung Hatta.
- Zahra, Zulfa. (2022). Penggolongan Gangguan Jiwa di Indonesia. *Ilmu Keperawatan Jiwa dan Komunitas*, 19.

## **Profil Penulis**



### **Maryati Agustina Barimbing**

Penulis lahir di Kota Atambua, Nusa Tenggara Timur pada 26 Agustus 1990. Penulis merupakan dosen tetap dan sekretaris di program studi Ners, Fakultas Kesehatan, Universitas Citra Bangsa di Kupang, Nusa Tenggara Timur.

Penulis menempuh pendidikan Diploma III Keperawatan di Akademi Keperawatan Pemerintah Kabupaten Belu, kemudian melanjutkan pendidikan sarjana keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Citra Husada Mandiri Kupang dan program profesi ners di Universitas Advent Indonesia di Bandung. Pendidikan magister ditempuh oleh penulis di Universitas Brawijaya di Malang. Penulis memiliki kepakaran di bidang Keperawatan Jiwa. Kecintaan penulis terhadap ilmu keperawatan jiwa sejak penulis masih di bangku perkuliahan dan sampai saat ini penulis menerapkan kepakaran tersebut baik di bidang pengajaran, penelitian dan pengabdian masyarakat. Beberapa penelitian dan pengabdian masyarakat yang sesuai bidang kepakaran telah dipublikasikan baik di tingkat lokal, nasional maupun internasional. Penelitian, pengabdian masyarakat dan publikasi yang telah dilakukan mendapatkan hibah internal dari perguruan tinggi Universitas Citra Bangsa maupun hibah nasional dari Kemenristek Dikti.

Email Penulis: [maryatibarimbing@gmail.com](mailto:maryatibarimbing@gmail.com)



## ISU – ISU KESEHATAN MENTAL

**Fepyani Thresna Feoh, S.Kep., Ns., M.Kep.**

Universitas Citra Bangsa

### **Pendahuluan**

Di era globalisasi saat ini, perkembangan teknologi semakin canggih dan penyebaran ilmu pengetahuan semakin meluas sampai pada tatanan masyarakat yang paling kecil. Dalam dunia kesehatanpun banyak mengalami perkembangan. Sarana pelayanan kesehatan bisa dengan mudah diakses oleh masyarakat. Tim tenaga medis baik itu dokter, perawat, bidan maupun tenaga kesehatan masyarakat banyak memberikan penyuluhan terkait masalah-masalah kesehatan yang sering dijumpai. Namun, sayangnya kebanyakan hanya berfokus pada masalah kesehatan yang bersifat fisik, sedangkan kesehatan mental dan jiwa terabaikan. Banyak masyarakat yang masih tabuh bahkan tidak terpapar tentang masalah kesehatan mental dan jiwa yang sering dijumpai terkhususnya pada masyarakat yang jauh dari sarana pelayanan kesehatan jiwa. Keterbatasan pemahaman tersebut tidak hanya disebabkan oleh kurangnya pengetahuan namun juga karena beberapa faktor lainnya seperti nilai-nilai kepercayaan dan nilai budaya yang masih tertanam dan berakar kuat dalam masyarakat (Suhaimi, 2015). Adanya pandangan masyarakat bahwa masalah mental dan kejiwaan ada hubungannya dengan nilai kepercayaan dan kebudayaan yang dianut. Gangguan mental dan jiwa selalu dikaitkan dengan hal-hal supranatural. Klien yang menunjukkan tanda dan gejala gangguan mental dan kejiwaan dianggap

kerasukan, diguna-guna, dan atau terkena kutuk karena tidak taat dalam ibadah kepada Tuhan. Keterbatasan pemahaman tentang etiologi gangguan mental dan kejiwaan memberi dampak terhadap praktik kesehatan jiwa. Kesalahpahaman masyarakat dalam memandang orang-orang yang mengalami masalah kesehatan jiwa dapat menyebabkan masalah praktik, masalah dalam komunikasi dan dilema etik.

Pasien yang mengalami masalah kesehatan jiwa mengalami stigmatisasi, ditolak oleh keluarga, diisolasi, atau bahkan dibiarkan terlantar di jalan. Ada indikator bahwa pasien mengalami gangguan mental dan kejiwaan namun tidak diketahui oleh layanan kesehatan mental utama atau terlambat datang ke layanan karena keluarga/ masyarakat tidak mengetahui tentang apa itu gangguan mental atau gangguan jiwa yang sebenarnya. Gangguan jiwa merupakan sebuah pola perilaku individu yang menimbulkan distress dan disfungsi serta dapat menurunkan kualitas kehidupan (Stuart, 2016). Menurut data Riset Kesehatan Dasar tahun 2013, di Indonesia Prevalensi gangguan jiwa berat mencapai 1,7 per mil, terbanyak di provinsi Jawa Tengah, DI Yogyakarta, Sulawesi Selatan, Aceh, dan Bali. Jumlah rumah tangga yang pernah memasung anggota rumah tangga dengan gangguan jiwa berat sebesar 14,3 % paling banyak ditemukan pada penduduk yang tinggal di daerah pedesaan (18,2%), dan pada penduduk yang memiliki kuintil indeks kepemilikan paling terbawah (19,5%). Angka jumlah gangguan mental emosional adalah 6% dari penduduk Indonesia dengan prevalensi tertinggi di provinsi Jawa Barat, DI Yogyakarta, Sulawesi Tengah, Sulawesi Selatan, dan Nusa Tenggara Timur. Di tahun 2018, Riskesdas mencatat adanya peningkatan prevalensi gangguan jiwa di Indonesia menjadi 7 per mil yang berarti bahwa 7 dari 1000 penduduk mengalami gangguan jiwa (Wijaya, 2019).

Gangguan jiwa merupakan masalah kesehatan mental yang serius di Indonesia dan perlu perhatian kesehatan nasional. Masih sangat banyak penderita gangguan mental maupun gangguan jiwa yang yang tidak

mendapatkan pelayanan dan perawatan medis serta drop out dari perawatan medis. Meski bukan merupakan prioritas utama dalam pelayanan kesehatan nasional, namun jumlah pasien dengan gangguan jiwa semakin meningkat (Wardhani, 2014). Alasan potensial mengapa prevalensi kondisi kesehatan mental dan partisipasi dalam pengobatan relatif sangat sedikit yaitu klien yang mengalami gangguan mental dan kejiwaan tidak dapat melakukan perawatan karena kondisi mereka atau karena mereka tidak dapat mengidentifikasi kondisi mereka sendiri sehingga mereka tidak mencari layanan kesehatan yang dibutuhkan (Ahmedani, 2011). The US Surgeon General (1999) dan WHO (2001) mengutip stigma merupakan penghalang utama bagi klien untuk terlibat dalam pelayanan kesehatan dan pengobatan. Untuk itu, perlu adanya upaya untuk dapat mengubah pandangan dan pemahaman masyarakat tentang masalah kesehatan jiwa (Ahmedia, 2011).

Kesehatan jiwa adalah suatu keadaan yang sejahtera yang ditinjau dari aspek kepuasan terhadap apa yang dimiliki, pencapaian dalam hidup, kebahagiaan, cinta, harga diri, optimisme dan harapan (Stuart, 2016). Kriteria sehat jiwa yang dipaparkan oleh Stuart adalah jika individu memenuhi beberapa indikator berikut yaitu memiliki sikap yang positif terhadap diri sendiri, dapat berkembang sesuai dengan tahapan, mengaktualisasikan diri dan memiliki ketahanan diri, berintegrasi, memiliki otonomi, persepsi sesuai realitas dan penguasaan terhadap lingkungan. Semua kategori di atas mengacu pada teori kebutuhan dasar manusia yang dikemukakan oleh Abraham Mashlow yang meliputi kebutuhan fisik, keselamatan, cinta, harga diri dan aktualisasi diri. Kebutuhan dasar yang tidak terpenuhi dapat memberi dampak pada status kesehatan jiwa individu. Hal ini ditunjukkan melalui perilaku individu dan setiap perilaku yang muncul memberi makna dan arti berdasarkan kebutuhan dan tujuan dari individu dan hanya mampu dipahami oleh individu tersebut. Hal-hal yang mendukung perilaku seseorang adalah persepsi yang pada akhirnya memunculkan pemikiran, dari pemikiran tersebut dapat timbul emosi yang dirasakan dan pada akhirnya



mengoutputkan sebuah tindakan nyata. Dalam beberapa aspek tersebut masalah dapat terjadi jika koping individu tidak adaptif. Setiap individu berbeda-beda dalam kapasitas kopingnya tergantung pada sifat dan tingkat stres, kemampuan beradaptasi pada lingkungan baik tempat maupun orang serta ketersediaan sumber (Stuart, 2016). Perubahan yang signifikan pada perasaan, proses berpikir dan perilaku akibat dari ketidakmampuan dalam mengontrol diri dan beradaptasi pada stressor dapat membuat individu merasa tidak nyaman bahkan mengganggu fungsi psikologis dan sosial seseorang. Hal inilah yang disebut dengan gangguan jiwa.

### **Isu Kesehatan Mental**

Masalah kesehatan jiwa saat ini telah menjadi isu yang perlu mendapatkan perhatian serius dari berbagai pihak jika melihat pada data yang disuguhkan oleh Riskesdas bahwa setiap tahun terjadi peningkatan prevalensi gangguan jiwa di Indonesia. Semakin bertambahnya problema kehidupan, banyak individu yang tidak mempunyai kemampuan mengatasi masalah yang baik, dan akhirnya dapat menyebabkan terjadinya masalah kesehatan jiwa. Berbagai faktor tersebut dipandang dapat menimbulkan masalah kesehatan jiwa. Kesehatan jiwa merupakan suatu keadaan dimana seseorang bisa berkembang secara fisik, spiritual, mental, dan sosial sehingga orang tersebut dapat menyadari kemampuannya sendiri, bekerja secara produktif, mengatasi tekanan, dan berkontribusi pada komunitasnya. Menurut Kemenkes RI (2014), UU KJ membagi kategori masalah kejiwaan terbagi atas 2, yaitu sebagai berikut: (Firmansyah, 2022).

1. Orang Dengan Masalah Kejiwaan yang biasa disebut ODMK merupakan orang yang memiliki gangguan fisik, sosial, psikis, tumbuh kembang dan/atau kualitas hidup, sehingga berisiko mengalami gangguan jiwa.
2. Orang Dengan Gangguan Jiwa yang biasa disebut ODGJ merupakan orang yang mengalami gangguan perilaku, berpikir, dan perasaan, yang dapat

memanifestasikan dirinya dalam berbagai gejala dan/atau perubahani perilaku yang signifikan serta bisa menimbulkan penderitaani dan hambatani bagi orang yang mengalami gangguan jiwa tersebut.

Gangguan mental dapat bersifat ringan, sedang, berat, bahkan dapat juga membahayakan hidup. Beberapa hal yang patut kita curigai sebagai tanda dan gejala dari gangguan mental diantaranya adalah ketika kita mulai merasa lelah dan tidak bersemangat dengan kehidupan dan aktivitas harian kita, memburuknya hubungan kita dengan pasangan, keluarga, teman, atau orang-orang lainnya di sekitar kita, perburukan *mood* atau *mood* yang fluktuatif selama beberapa minggu terakhir, keinginan untuk menyendiri yang berkepanjangan, tidak memiliki keinginan untuk merawat diri, mengalami gangguan tidur, serta adanya keinginan untuk mengakhiri hidup. Dengan demikian, penting untuk kita melihat isu-isu kesehatan mental di Indonesia, sebagai berikut:

#### 1. Kesehatan Jiwa di Tempat Kerja

Di jaman sekarang ini, setiap orang dituntut untuk bekerja untuk memenuhi kebutuhan hidup yang semakin tinggi. Selain itu, tuntutan gaya hidup juga mengharuskan semua orang untuk bekerja keras. Biasanya seorang karyawan bekerja selama 7-8 jam sehari dalam 5 hari kerja sehingga tempat kerja menjadi tempat yang paling lama didiami oleh seseorang selain rumah. Dalam dunia kerja setiap orang pasti mengalami ups and down. Dalam kondisi ups, seseorang pasti merasa bangga, merasa bahwa pekerjaan yang telah dilakukan mendatangkan kesuksesan dan kesejahteraan baik secara finansial, maupun psikososial. Namun saat ada pada kondisi down seseorang akan merasa gagal dan tertekan. Hal tersebut dapat mempengaruhi psikologis seseorang dan pada akhirnya mengalami stres.

Resiko stress di lingkungan kerja disebabkan oleh beban kerja yang berlebihan, waktu kerja yang terlalu panjang, tekanan dari klien atau adanya deadline, pekerjaan yang tidak cocok dengan kemampuan atau

latar belakang pendidikan seseorang. Tekanan dan tuntutan dalam pekerjaan yang tinggi dapat menyebabkan seorang karyawan mengalami stres dalam bekerja.. Ditambah lagi dengan upah yang tidak sesuai dapat menyebabkan seseorang mengalami stres. Selain itu, komunikasi, kurangnya dukungan, perlakuan yang tidak adil, kurang nyamannya lingkungan kerja serta hubungan atau relasi yang tidak baik antara karyawan dengan pimpinan/atasan dan sesama karyawan dapat berkontribusi bagi kesehatan jiwa seseorang di tempat kerja. Pada akhirnya, bekerja bukan hanya membawa dampak positif bagi seseorang dengan segala manfaatnya namun juga memiliki potensi bahaya bagi psikologis seseorang, dampaknya adalah banyak karyawan yang mengalami stress di tempat kerja (Sasongko, 2021). Stres di tempat kerja dapat mempengaruhi berbagai aspek kehidupan karyawan dan juga instansi tempat bekerja. Untuk itu, kesehatan mental di tempat kerja harus diperhatikan untuk mencegah terjadinya gangguan mental pada karyawan. Dalam Peraturan Menteri Ketenagakerjaan Republik Indonesia Nomor 5 Tahun 2018 tentang Keselamatan dan Kesehatan Lingkungan Kerja, Pengukuran dan pengendalian faktor psikologis harus dilakukan pada Tempat Kerja yang memiliki potensi bahaya Faktor Psikologi. Pengendalian melalui manajemen stres dengan: (Hayati, 2019)

- a. Melakukan pemilihan, penempatan dan pendidikan pelatihan bagi tenaga kerja;
- b. Mengadakan program kebugaran bagi tenaga kerja;
- c. Mengadakan program konseling;
- d. Mengadakan komunikasi organisasional secara memadai;
- e. Memberikan kebebasan bagi tenaga kerja untuk memberikan masukan dalam proses pengambilan keputusan;

- f. Mengubah struktur organisasi, fungsi dan/atau dengan merancang kembali pekerjaan yang ada;
  - g. Menggunakan sistem pemberian imbalan tertentu; dan/atau
  - h. Pengendalian lainnya sesuai dengan kebutuhan
2. Kesehatan Jiwa Remaja

Saat ini, masalah kesehatan jiwa pada anak dan remaja justru perlu menjadi perhatian. Dengan adanya perkembangan teknologi dan ilmu pengetahuan, banyak remaja justru terjebak dalam kehidupan yang tidak sehat. Data Riskesdas (riset kesehatan dasar) tahun 2018 menunjukkan prevalensi gangguan mental emosional yang ditunjukkan dengan gejala depresi dan kecemasan untuk usia 15 tahun ke atas mencapai sekitar 6,1% dari jumlah penduduk Indonesia atau setara dengan 11 juta orang. Beberapa hal yang saat ini sedang marak diperbincangkan berkaitan dengan kesehatan jiwa pada remaja adalah dampak kecanduan *gadget* dan *game*, serta *bullying*. Kecanduan gadget maupun internet merupakan penggunaan secara berlebihan yang mengganggu kehidupan sehari-hari penggunaannya, biasanya mengakibatkan keasyikan dan cenderung apatis terhadap sekitar dan sering kali marah apabila ada seseorang yang mengganggunya (Rini & Huriah, 2020). Di Indonesia sendiri penggunaan gadget didominasi oleh remaja. Badan Pusat Statistik ((BPS)) bekerjasama dengan Asosiasi Penyelenggara Jasa Internet Indonesia (APJII) mencatat angka pertumbuhan pengguna internet di Indonesia hingga akhir tahun 2013 mencapai 71,19 juta orang, meningkat pada tahun 2014 mencapai 83,7 juta orang (Diarti, Sutriningsih, & Rahayu H, 2017). Selain itu, permasalahan yang terkait dengan penggunaan game online telah mendapat banyak perhatian dari masyarakat luas (Novrialdy, 2019). Kecanduan game online dapat memberikan dampak buruk terhadap remaja. Banyak anak dan remaja yang kecanduan

*gadget* dan *game online* mengalami perubahan negatif pada pikiran, emosional dan perilakunya. Banyak remaja menjadi agresif karena kecanduan *gadget* dan *game online*. Bahkan ada remaja yang tidak mau berinteraksi dengan teman sebayanya karena hanya fokus pada *gadget* dan *game online*. Selain kecanduan *gadget* dan *game online*, *bullying* juga menjadi isu yang sedang marak diperbincangkan. Banyak anak dan remaja yang mengalami kecemasan bahkan depresi dan melakukan percobaan bunuh diri akibat *bullying*. *Bullying* tidak hanya mempengaruhi psikologis korban namun juga pelaku *bullying* (Tumon, 2014).

### 3. LGBT

Manusia terlahir dengan kodrat yang tidak dapat dielak dan dipungkiri secara lahiriah. Dilahirkan sebagai laki-laki atau perempuan bukanlah sebuah opsi yang dapat dipilih dan ditetapkan oleh manusia. Jenis kelamin yang kemudian disebut dengan sexualitas merupakan sesuatu yang berkaitan dengan seks atau jenis kelamin manusia sehingga dapat diartikan bahwa sexualitas adalah isu yang tidak dapat berdiri sendiri dan tidak lepas dari pengaruh sejarah, sosial, budaya, hukum, agama, etika, ekonomi dan politik (Laazulva, 2013). Namun, saat ini kedudukan seksualitas menjadi sebuah hal yang terus menjadi pertanyaan dan persoalan bagi sebagian individu. Beberapa individu bahkan tidak menerima identitas seksualitas secara lahiriah, baik itu fisik, jenis kelamin, sikap, penampilan, bahkan rasa cinta, dan kemudian merubah hal tersebut menjadi berbeda dari kodrat yang sesungguhnya. Hal tersebut saat ini dikenal dengan sebutan LGBT (Lesbian, Gay, Biseksual, dan Transgender). Pada saat ini, fenomena LGBT menjadi sebuah isu yang terus menimbulkan pergolakan opini dari khalayak ramai. Dahulu, LGBT dianggap sebagai *life style* masyarakat moderen, dan diterima oleh berbagai kaum. Namun, propaganda LGBT di Indonesia saat ini tidak hanya menyentuh lapisan masyarakat moderen saja, tetapi

juga telah mencapai berbagai lapisan masyarakat sejak usia remaja sampai dewasa, bahkan tanpa memandang status ekonomi dan sosial (Muttaqin, 2016).

Menurut data HRC, *Growing Up LGBT di Amerika*, menyatakan bahwa lebih dari 10.000 pemuda berusia 13-17 tahun adalah LGBT. Di Indonesia sendiri, jumlah LGBT tidak dapat dideteksi secara pasti. Namun, pada tahun 2017 sebuah lembaga survey memprediksikan jumlah gay di Indonesia sekitar 7.000.000 orang atau 3% dari total populasi (Nahimunkar, 2017). Di Malang, jumlah *transgender* yang tercatat dalam KPA (komisi penanggulangan AIDS) di Kabupaten Malang hingga Juli 2018 ada sekitar  $\pm 200$  *transgender* (komunikasi personal dengan Mbak Yuri selaku anggota waria Malang Raya peduli Aids, 5 Juli 2018). Akibat sebuah keterbatasan dalam mengidentifikasi kaum LGBT, maka kasus tersebut bagaikan fenomena gunung es. Beberapa terlihat atau menunjukkan sikap dan perilaku LGBT, namun ada banyak yang terlihat norma namun menyimpan banyak rahasia terkait identitasnya.

Persepektif LGBT di Indonesia sendiri mendapatkan perhatian khusus dari berbagai pihak, baik itu tokoh masyarakat, tokoh agama bahkan pemerintah dan juga bidang kesehatan. Karakteristik LGBT kemudian dibagi menjadi 2 (dua) etas. Pertama, LGBT dianggap sebagai gangguan jiwa karena mengalami sebuah penyimpangan dalam orientasi seksualitas. Beberapa diantaranya masih menyembunyikan identitasnya sehingga tidak ada orang lain yang mengetahui kecuali kelompok LGBT itu sendiri, lalu beberapa berusaha menunjukkannya dan menuntut pengakuan dari orang lain. Kedua, LGBT merupakan sebuah komunitas yang juga memiliki hak untuk tetap hidup dan diakui (Harahap, 2016). Hal tersebut yang kemudian menimbulkan pro dan kontra akan pertumbuhan LGBT di Indonesia. Lembaga survei Saiful Mujani *Research & Consulting* (SMRC) pada tahun 2018 melakukan survei terkait pandangan

publik nasional tentang LGBT, dan mendapatkan data 57,7% publik memiliki pendapat bahwa LGBT mempunyai hak untuk hidup di Negara Indonesia, dan 50%nya mengatakan bahwa pemerintah harus melindungi LGBT sebagaimana warga negara lainnya. Namun, 81,5% mengatakan bahwa LGBT merupakan sesuatu yang dilarang oleh Agama, 53,3% tidak menerima jika ada anggota keluarga yang LGBT, bahkan 79,1% merasa keberatan jika ada tetangga yang LGBT, dan 87,6% merasa bahwa LGBT adalah sebuah ancaman (SMRC, 208).

Kontroversi terhadap kasus LGBT tersebut dapat dilihat dari berbagai sudut pandang, yaitu sosial, pendidikan, dan juga kesehatan baik fisik dan psikologi. Beberapa kasus membuktikan bahwa dampak dari LGBT adalah dapat terinfeksi penyakit menular seksual, bahkan sampai pada HIV dan AIDS (Dacholfany & Khoirurrujal, 2016). Selain itu, tidak sedikit pula LGBT yang kemudian mengalami depresi dan melakukan percobaan bunuh diri bahkan saling membunuh karena cinta antar sesama jenis (Andina, 2016).

#### 4. Stigma

Stigma merupakan penghalang utama bagi orang dengan gangguan jiwa untuk terlibat dalam pelayanan kesehatan dan pengobatan. Stigma dari keluarga dan lingkungan masyarakat terhadap klien gangguan mental dan jiwa sering menjadi sebuah hambatan dan upaya untuk menurunkan prevalensi penderita gangguan jiwa. Proses stigma dimulai dari *labeling, stereotip dan separation*, sampai pada kehilangan status (*loss Status*) dan diskriminasi. Ada beberapa keluarga yang melaporkan bahwa mereka mengalami stigma dalam masyarakat, dikucilkan dalam masyarakat jika mereka membawa anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa ke rumah sakit. Biasanya stigma yang dialami oleh keluarga menjadi stereotip dengan perasaan menyalahkan, malu, dan penolakan sosial. Hal ini sangat mempengaruhi motivasi keluarga untuk membantu proses pemulihan

dari klien gangguan jiwa, sehingga penyakit yang dialami oleh klien menjadi berkepanjangan (Mchunu, 2017). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Okanli pada tahun 2015 untuk mengetahui pengaruh stigma yang diinternalisasi terhadap kepatuhan terhadap pengobatan pasien dengan skizofrenia menunjukkan adanya hubungan positif yang signifikan ditemukan pada skala. Tingkat Stigma internal pasien dengan skizofrenia dipastikan tinggi, dan stigma yang diinternalisasi memiliki dampak negatif pada sikap dan kepatuhan terhadap pengobatan (Okanli, 2015). Keluarga memasung klien gangguan jiwa sebagai alternatif terakhir dalam pengobatan. Ketidaktahuan keluarga dan masyarakat terkait deteksi dini dan perawatan setelah pengobatan dari rumah sakit jiwa menyebabkan klien tidak tertangani dengan baik. Selain dari pada itu, klien dengan gangguan jiwa seringkali mendapat stigma dari lingkungan sekitarnya baik itu anggota keluarganya sendiri maupun dari masyarakat (Wardhani, 2014).

Stigma yang diciptakan oleh masyarakat secara tidak langsung mempengaruhi pelayanan kesehatan jiwa pada orang dengan gangguan jiwa karena menyebabkan keluarga enggan memberikan penanganan yang tepat. Tidak jarang klien yang tidak tertangani ini melakukan perilaku kekerasan atau tindakan yang meresahkan dan terkontrol dalam keluarga dan masyarakat serta lingkungannya. Kesembuhanpun tidak terjadi bagi penderita gangguan jiwa karena tanda dan gejalanya tidak diekathui dan ditangani secara efektif. Kekambuhanpun terjadi pada orang dengan gangguan jiwa karena hubungan sosial baik keluarga dan masyarakat yang kurang harmonis akibat stigma. Stigma dari keluarga dan lingkungan masyarakat terhadap gangguan mental dan jiwa sering menjadi sebuah hambatan dan upaya untuk menurunkan prevalensi penderita gangguan jiwa (Risna, 2017). Sebagian besar penderita gangguan jiwa dan mental yang membutuhkan penanganan memandang stigma dan diskriminasi sebagai hal menakutkan. Individu



menyangkali kesakitan dan menolak mencari sarana pelayanan kesehatan untuk menangani gejala awal. Rata-rata pasien *drop out* dari penanganan Pelayanan Kesehatan Jiwa karena mereka tidak mau terlihat sedang mengunjungi sarana pelayanan kesehatan jiwa (Rumah sakit jiwa). Ketika orang dengan gangguan jiwa merasa berbeda, dipisahkan, dikucilkan dari orang lain, orang tersebut merasa marah, malu, dan takut. Emosi negatif menyebabkan perasaan rendah diri dan terisolasi pada pengaruh internalisasi stereotip. Stigma merupakan penghalang untuk yang membatasi pengakuan dan pengobatan penderita gangguan jiwa dengan psikosis, dan mengurangi penggunaan layanan dan keterlibatan dalam aktifitas social (Jie Lia & Sara Evans-Lackod, 2017). Untuk itu, pengaruh budaya harus diperhatikan terutama pada saat melakukan praktik asuhan keperawatan. Teori *Transcultural Nursing Theory* yang dikemukakan oleh Madeleine Leininger tentang konsep keperawatan berdasarkan pemahaman tentang perbedaan nilai-nilai budaya yang ada dalam masyarakat, beranggapan bahwa perawat perlu memperhatikan keanekaragaman budaya dan nilai-nilai yang berlaku dalam masyarakat pada saat menerapkan asuhan keperawatan kepada klien. Menurut Leininger "*culture and social structure dimension* atau *culture care* merupakan pengaruh dari faktor-faktor budaya tertentu (sub budaya) yang mencakup agama dan falsafah hidup, sosial dan keterikatan keluarga, politik dan legal, ekonomi, pendidikan, teknologi dan nilai-nilai budaya yang saling berhubungan dan berfungsi untuk mempengaruhi perilaku dalam konteks lingkungan yang berbeda" (Risna, 2017).

Stigma berpengaruh dalam pelayanan keperawatan jiwa. Stigma pada orang dengan gangguan jiwa bukan hanya berasal dari kalangan masyarakat dan keluarga, namun juga dapat berasal dari tenaga kesehatan sendiri. Pengaruh sikap stigma perawat terhadap orang dengan gangguan jiwa dapat mempengaruhi keyakinan klien tentang pemulihan

dan dianggap sebagai suatu ancaman terhadap perawatan yang optimal. Pekerjaan sebagai perawat jiwa dianggap sebagai pekerjaan yang mengatasi dilematis hubungan antara stigma kejiwaan dan sistem kejiwaan. Namun dalam penelitian ini dampak stigma berbeda diantara ruangan-ruangan dan rumah sakit. Sebagian besar perawat melihat peran mereka sebagai penangkal stigma dan secara aktif mencoba menghindari segala aspek yang dapat menyebabkan tindakan melemahkan pengguna layanan. Dengan demikian stigma sangat mempengaruhi sistem pelayanan keperawatan jiwa (Charlotte Sercu, 2015). Dengan adanya stigma negatif, institusi kesehatan akan mengalami kesulitan dalam menangani persoalan ini demi membantu mereka yang membutuhkan pengobatan dan penanganan medis.

## Daftar Pustaka

- Undang-undang Republik Indonesia Nomor 38 tahun 2014 tentang Keperawatan (2014).
- ((BPS)), Badan Pusat Statistik. (2016). KONDISI GEOGRAFIS DAN ADMINISTRASI. from SKPT Rote Ndao
- Ahmedani, Birian K. (2011). Mental health stigma: society, individuals, and the profession.
- Ahmedia, Brian K. (2011). Mental health stigma: society, individuals, and the profession.
- Andina, Elga. (2016). Faktor psikososial dalam interaksi masyarakat dengan gerakan LGBT di Indonesia. *Aspirasi*, 7(2), 173-185.
- Charlotte Sercu, Ricardo A. Ayala, & Piet Bracke. (2015). How does stigma influence mental health nursing identities? An ethnographic study of the meaning of stigma for nursing role identities in two Belgian Psychiatric Hospitals. *International Journal of Nursing Studies*, 307-316.
- Dacholfany, Ihsan, & Khoirurrujal. (2016). Dampak LGBT dan antisipasinya di masyarakat. *NIZHAM*, 5(1), 106-118.
- Diarti, Emi, Sutriningsih, A, & Rahayu H, Wahidyanti. (2017). Hubungan Antara Penggunaan Internet Dengan Gangguan PolaTidur Pada Mahasiswa Psik Unitri Malang. *Nursing News*, 2(38).
- Firmansyah, Yohanes. (2022). Masalah-masalah dalam kesehatan jiwa. *Cross-border*, 5(1), 474-502.
- Harahap, Rustam Dahar Karnadi Apollo. (2016). LGBT di Indonesia: Perspektif hukum Islam, HAM, Psikologi, dan Pendekatan Masalah. *AL-AHKAM*, 26(2), 223-248.
- Hayati. (2019). Kesehatan Mental Karyawan di Lingkungan Pekerjaan. Sebuah Studi pada Divisi Support Perusahaan Multinasional. *JP3SDM*, 8(2), 1-11.

- Jie Lia, Yang-Bo Guoa, Yuan-Guang Huanga, Jing-Wen Liua, Wen Chenb, Xiang-Yang Zhanc., & Sara Evans-Lackod, Graham Thornicrofte. (2017). Stigma and discrimination experienced by people with schizophrenia living in the community in Guangzhou, China. *Psychiatry Research*(255), 225-231.
- Mchunu, Celenkosini Thembelenkosini Nxumalo & Gugu Gladness. (2017). Exploring the stigma related experiences of family members of persons with mental illness in a selected community in the iLembe district, KwaZulu-Natal. *Healths a gesondheid*(22), 202-212.
- Muttaqin, Imron. (2016). Membaca strategi eksistensi LGBT di Indonesia. *RAHEEMA: Jurnal Studi Gender dan Anak*, 78-86.
- Nahimunkar. (2017). LGBT: Angka-angka, gerakan, dan proyeksi ke depan.
- Novrialdy, Erizal. (2019). Online Game Addiction in Adolescents: Impacts and its Preventions. *Buletin Psikologi*, 27(2).
- Okanlı, Emine Yılmaz & Ayşe. (2015). The effect of internalized stigma on the adherence to treatment in patients with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*(29), 297-301.
- Rini, Mentari Kusuma, & Huriah, T. (2020). Prevalensi dan Dampak Kecanduan Gadget Pada Remaja: Literature Review *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah*, 5(1), 185-194.
- Risna, Mudatsir, Hajjul Kamil, Syarifah Rauzatul Jannah, Teuku Tahlil. (2017). Stigma keluarga terhadap penderita skizofrenia ditinjau dari aspek sosial budaya dengan pendekatan sunrise model.
- Santoso, Meilanny Budiarto. (2022). Kesehatan mental dalam perspektif pekerjaan sosial. *Social Work Jurnal*, 6(1).
- Sasongko, Laras Prabandini. (2021). Mental Health Awareness Di Lingkungan Kerja. *IndonesiaRe*.

- SMRC. (208). Mayoritas rakyat Indonesia nyatakan orang LGBT punya hak hidup di Indonesia.
- Stuart, W. G. (2016). *Prinsip dan praktik keperawatan kesehatan jiwa stuart*. Singapore: Elsevier.
- Suhaimi. (2015). Gangguan jiwa dalam perspektif kesehatan mental islam. *Risalah*, 4(26), 197-205.
- Tumon, Matraisa Bara Asie. (2014). Studi Deskriptif Perilaku Bullying pada Remaja. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Universitas Surabaya*, 3(1).
- Wardhani, Weny Lestari & Yurika Fauzia. (2014). Stigma dan penanganan penderita gangguan jiwa berat yang dipasung.
- Wijaya, Yenu Duriana. (2019). Kesehatan mental di Indonesia: kini dan nanti. *Buletin Jagaddhita*, 1(1).
- Ying Wen Lau, Louisa Picco, Shirlene Pang, Anitha Jeyagurunathan, Pratika Satghare,, & Siow Ann Chong, Mythily Subramaniam. (2017). Stigma resistance and its association with internalised stigma and psychosocial outcomes among psychiatric outpatients. *Psychiatry Research*(257), 72-78.

## **Profil Penulis**



### **Fepyani Thresna Feoh**

Penulis lahir pada tanggal 26 April 1993. Lulusan magister keperawatan peminatan keperawatan jiwa dari Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya pada tahun 2019 ini bekerja sebagai seorang dosen tetap pada Program Studi Keperawatan di Universitas Citra Bangsa, Kota Kupang Provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT).

Ketertarikan penulis pada bidang Keperawatan Jiwa telah dimulai sejak peneliti masih menempuh pendidikan Sarjana Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Citra Husada Mandiri Kupang dan Profesi Ners di Universitas Adven Indonesia. Sejak kecil penulis sudah memiliki kegemaran dalam menulis. Pada tahun 2019 penulis bersama dengan 2 (dua) orang penulis lainnya sudah melahirkan sebuah buku yang berjudul “Mengenal Metode Penelitian Kualitatif di Bidang Kesehatan”.

Sebagai seorang dosen yang aktif melakukan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat, penulis juga aktif dalam beberapa organisasi salah satunya adalah organisasi profesi Ikatan Perawat Jiwa Indonesia (IPKJI) Provinsi NTT. Penulis memiliki harapan untuk selalu menjadi berkat dalam segala hal yang dilakukan dan dapat bermanfaat bagi orang banyak, termasuk dengan buku ini.

Email Penulis: [fepyfeoh@gmail.com](mailto:fepyfeoh@gmail.com)



# PERSPEKTIF KESEHATAN MENTAL PADA ASPEK AGAMA DAN SOSIAL

**Ns. I Dewa Gede Candra Dharma, S.Kep., M.Kep.**

STIKES Wira Medika Bali

## **Pendahuluan**

Di zaman kuno ketika teknologi tidak dikenal masyarakat, pada umumnya penyakit manusia sering dikaitkan dengan hal-hal yang berbau spiritual dan alam gaib, segala penyakit yang berhubungan dengan gangguan roh, oleh karena itu orang yang sakit memilih pergi ke dukun atau orang pintar yang bisa berkomunikasi langsung dengan roh daripada pergi kepada seorang dukun yang mengerti tentang jenis-jenis penyakit berdasarkan obat. Sejak awal abad kesembilan belas dapat dikatakan para ahli mulai menyadari ada hubungan antara penyakit dengan jiwa manusia. Hubungan timbal balik ini menyebabkan orang mengalami gangguan fisik yang disebabkan oleh gangguan jiwa (Somapsikosis) dan gangguan jiwa dapat menyebabkan penyakit fisik (psikosomatik). Dan di antara faktor-faktor mentalitas yang diidentifikasi sebagai berpotensi menimbulkan gejala itu adalah keyakinan agama. Hal ini antara lain disebabkan oleh dokter fisik yang hebat melihat bahwa penyakit jiwa (mental illness) sama sekali tidak ada hubungannya dengan penyembuhan medis, begitu juga dengan berbagai penyembuh penyakit jiwa dengan menggunakan pendekatan agama.



Kecenderungan hubungan antara agama dan kesehatan mental telah banyak ditelusuri dari zaman dahulu yang masih menganggap penyakit sebagai campur tangan makhluk gaib, hingga zaman modern yang menggunakan alat-alat medis untuk mendiagnosis adanya suatu penyakit. Masyarakat modern saat ini memandang bahwa penyakit hanya akan terdiagnosis jika muncul gejala biologis. Teknologi yang sudah maju saat ini mengarahkan orang pada keyakinan bahwa suatu penyakit muncul hanya karena faktor fisik. Asumsi pada zaman kuno bahwa roh ada hubungannya dengan suatu penyakit dapat dipatahkan dengan menggunakan peralatan medis modern yang membuktikan bahwa penyakit itu adalah virus atau kuman. Hubungan timbal balik inilah yang menyebabkan manusia menderita gangguan fisik yang disebabkan oleh gangguan jiwa dan sebaliknya gangguan jiwa dapat menyebabkan penyakit fisik. Terkait dengan kesehatan jiwa, tentunya tidak lepas dari peran keagamaan mereka.

### **Pengertian Agama dan Kesehatan Mental**

Agama merupakan suatu sistem kepercayaan kepada Tuhan yang dianut oleh sekelompok manusia dengan selalu berinteraksi dengan-Nya berdasarkan Kamus Besar Bahasa Indonesia Agama merupakan ajaran, sistem yang mengatur tata keimanan (kepercayaan) dan peribadatan kepada Tuhan Yang Mahakuasa serta tata kaidah yang berhubungan dengan pergaulan manusia dan manusia serta lingkungannya, sementara sehat mental merupakan kondisi dimana seseorang individu baik fisik, mental, spiriritual berkembang secara baik dan mampu menyadari kemampuan dan potensi dirinya sendiri serta dapat memberikan kontribusi yang positif terhadap lingkungannya.(Noach, 2020). Sehat mental tidak akan mudah terganggu oleh stresor (penyebab stres), orang yang bermental sehat berarti mampu menahan diri dari tekanan yang menyebabkan stres dari diri sendiri maupun lingkungan. Noto Soedirjo menyatakan (Angkola & Hadiwono, 2021) bahwa ciri-ciri orang yang memiliki kesehatan mental adalah memiliki kemampuan menahan tekanan yang datang dari

lingkungan. Sedangkan menurut Clausen Karentanan (Kerentanan) keberadaan seseorang terhadap stresor yang berbeda disebabkan oleh faktor genetik, proses belajar dan budaya di lingkungan, serta intensitas stresor yang diterima oleh lingkungan. Seseorang dengan orang lain juga berbeda.

Ciri – ciri orang sehat mental menurut Zakiah Daradjat (Susilawati, 2017) yaitu :

1. Memiliki *attitude* yang positif
2. Aktualiasi diri
3. Mampu mengadakan integritas dengan fungsi-fungsi psikis yang ada
4. Mandiri
5. Memiliki persepsi yang positif terhadap realitas yang ada
6. Mampu menyelenggarakan kondisi lingkungan dengan diri sendiri

### **Hubungan antara Manusia dan Agama**

Di Indonesia, Agama menjadi peran penting dalam membangun tatanan hubungan sosial bahkan dari jaman kerajaan samapai saat ini. Agama dijadikan dasar dalam berinteraksi oleh masyarakat bagaimana mereka melaksanakan suatu tindakan yang bisa dianggap baik dan benar. Dengan adanya Agama kehidupan sosial masyarakat dapat lebih terarah dan sesuai dengan etika agama yang dianut oleh masing – masing individu. Manusia dan agama merupakan hubungan yang alami. Agama itu sendiri terintegrasi dalam fitrah penciptaan manusia. Diwujudkan dalam bentuk ketundukan, kerinduan untuk beribadah, dan sifat-sifat luhur. Ketika dalam menjalankan kehidupannya, manusia menyimpang dari nilai-nilai kodratnya, secara psikologis mereka akan merasakan semacam “hukuman moral”. Maka secara spontan akan timbul rasa bersalah atau bersalah. Jika manusia dilihat dari hubungannya dengan agama, maka dapat dikatakan bahwa agama dapat menjadikan manusia menjadi manusia yang beriman dan mampu

menjalankan segala tanggung jawabnya sebagai manusia (Arif, 2015).

### **Pengaruh Agama terhadap Kesehatan Mental**

Agama memang tidak dapat dipisahkan dari kehidupan manusia. Penyangkalan manusia terhadap agama dapat disebabkan oleh faktor-faktor tertentu, baik yang disebabkan oleh kepribadian maupun lingkungan masing-masing. Namun, untuk menutupi atau menghilangkan sama sekali dorongan dan perasaan keagamaan tampaknya sulit dilakukan, hal ini dikarenakan manusia memiliki unsur batin yang cenderung mendorongnya untuk tunduk. Terhadap substansi yang tidak terlihat, penyerahan ini merupakan bagian dari faktor internal manusia dalam psikologi kepribadian yang disebut diri atau hati nurani (Hamid, 2017). Salah satu contoh Agama mempengaruhi Kesehatan Mental yaitu pada penderita *skizofrenia* ketika mereka menjalani kegiatan keagamaan mereka merasa memiliki ketenangan dan merasa dihargai, hal ini dikarenakan dengan adanya kegiatan keagamaan mereka merasa tidak ada stigma yang diberikan oleh masyarakat saat itu. Berdasarkan penelitian penulis (Dharma et al., 2022) dalam suatu tradisi di Bali yang disebut dengan *ngayah* mengungkapkan bahwa dengan ikut *ngayah* memberikan partisipan kesempatan untuk bersosialisasi tanpa adanya stigma yang didapatkan oleh masyarakat. Mereka merasakan perkembangan mental menjadi bagus serta merupakan suatu kegiatan yang menyenangkan bagi mereka karena bisa berinteraksi dengan warga. *Ngayah* di implementasikan dengan mengajak masyarakat Bali yang memiliki latar belakang berbeda – beda menjadi satu kesatuan yang penuh rasa persaudaraan, kekhlasan dan kebersamaan dalam meningkatkan toleransi kehidupan umat beragama di Bali (Sena, 2017). Hal ini mungkin bisa menjadi dasar bagi masyarakat untuk bisa membantu setiap individu dalam proses pemulihan kesehatan mentalnya melalui kegiatan – kegiatan peribadatan keagamaan yang mana bisa memberikan ketenangan kepada penderita gangguan jiwa untuk kembali pulih. Salah satu terapi bagi penderita gangguan

jiwa yang bisa di implementasikan berdasarkan agama yaitu:

1. Logoterapi, Logoterapi terdiri dari istilah-istilah seperti tujuan dan makna. Istilah-istilah ini memiliki kekuatan pendorong untuk memotivasi orang untuk melakukan sesuatu dan bahkan membuat pilihan untuk memutuskan arah mana yang harus ditempuh untuk menjalani kehidupan yang lebih baik. Logoterapi sangat menjunjung tinggi kesatuan fisik, psikologis dan spiritual manusia. Ketika logoterapi muncul pertama kali, tujuannya adalah untuk membantu psikoterapi. Namun, itu mencapai kedewasaan sedemikian rupa sehingga melampaui tujuan awalnya. Jadi, itu lahir sebagai sistem terapi independen (Yıldırım, 2018).

Selanjutnya, logoterapi menunjukkan tiga bidang kegiatan yang berpotensi memberikan peluang kepada seseorang untuk ditemukan makna hidup bagi dirinya sendiri. Ketiga itu adalah:

- a. Bekerja, bekerja, dan beraktivitas membuat dan mengimplementasikan dengan karya terbaik dan kewajiban masing-masing.
  - b. Keyakinan dan apresiasi terhadap nilai tertentu (kebenaran, keindahan, kebaikan, iman dan lainnya).
  - c. Sikap yang benar diambil keadaan dan penderitaan yang tidak menguntungkan tidak bisa dihindari.
2. Terapi Agama, Psikoterapi Agama sebagai terapi kesehatan mental yaitu terapi yang mempelajari dan mengamalkan ajaran – ajaran agama. Agama memberikan tuntunan bagaimana mejalani kehidupan manusia agar lebih merasa bebas dari rasa cemas, tegang, depresi, dan sebagainya. Dalam doa-doa, misalnya, intinya adalah memohon agar kehidupan manusia diberi ketenangan, kesejahteraan, keselamatan, baik dunia dan akhirat.

3. Terapi Psikospiritual, berdasarkan penelitian Mohd Zahari et al., 2020 dan Ismail, 2019 menyebutkan pada penderita cancer yang dialami individu wanita seperti kanker payudara, ovari, kolon dan serviks. Penderita kanker ini merasakan nyeri yang berkurang setelah diberikan terapi psikospiritual yang diberikan seperti latihan spiritual yang dilakukan oleh pasien kanker membantu menstabilkan emosi mereka dan mengurangi rasa sakit fisik mereka. Latihan spiritual juga membantu mereka untuk tabah dalam menghadapi hidup dengan cara yang baik untuk mencapai kesejahteraan dalam hidup mereka selain melanjutkan pengobatan modern seperti yang direkomendasikan oleh tenaga medis, serta secara konsisten mempraktikkan praktik spiritual seperti yang dianjurkan oleh Islam untuk mendapatkan kesehatan emosional dan mental. solusi. Seseorang yang mengalami stress berat akan mencari kenyamanan dan kekuatan dari Tuhan. Proses pemilihan pendekatan spiritual terdiri atas tiga tahapan yaitu mengidentifikasi kasi faktor yang berkontribusi terhadap stresor, mengeksplorasi sumber dan strategi spiritual, serta hidup dengan pilihannya (Ahmadi, 2006; Chiu, 2005). Inti dari semua nilai spiritualitas manusia adalah doa, karena doa mengandung komponen direction, obedience, dan acceptance (Hartanto, 2010; Sentanu, 2010; Putra, 2011), tetapi sejauh ini model spiritual yang paling tepat sesuai karakteristik 197 Peningkatan Coping Keluarga (Ah. Yusuf, dkk).
4. Meditasi Yoga Nidra menunjukkan peningkatan kadar dopamin selama latihan. Dopamin adalah bagian dari sistem penghargaan di otak. Ini mungkin menjelaskan beberapa elemen emosional positif sebagai hasil dari latihan meditasi dan doa. Struktur otak lain, lobus parietal, mungkin juga terlibat dalam meditasi, doa, dan pengalaman spiritual lainnya. Wilayah parietal sangat terlibat dalam analisis dan integrasi tingkat tinggi dari informasi sensorik visual, pendengaran, dan somatik. Ini juga merupakan bagian dari jaringan atnesik yang kompleks, termasuk PFC dan thalamus.

Fungsi lobus parietal adalah untuk membedakan antara diri dan dunia luar. Beberapa penelitian menunjukkan penurunan aktivitas di lobus parietal selama meditasi yang berhubungan dengan perubahan rasa diri dan lingkungan sekitarnya (Yusuf et al., 2016).

System therapy: TCM, Ayurwedha, Yoga, Sytem therapy yaitu Dipercayai bahwa pernafasan yoga yaitu pernafasan yang dalam dan diafragma akan meningkatkan oksigen ke otak dan jaringan tubuh, sehingga mengurangi stres dan kelelahan serta meningkatkan energi. Komponen lain dari yoga adalah meditasi. Individu yang berlatih meditasi dan pernapasan dalam yang berhubungan dengan yoga menemukan bahwa mereka mampu mencapai perasaan relaksasi yang mendalam. Jenis yoga yang paling akrab dipraktikkan di negara-negara Barat adalah hatha yoga. Hatha yoga menggunakan postur tubuh bersama dengan meditasi dan latihan pernapasan untuk mencapai latihan yang seimbang dan disiplin yang melepaskan ketegangan otot, mengencangkan organ-organ dalam, dan memberi energi pada pikiran, tubuh, dan roh untuk memungkinkan penyembuhan alami terjadi. Rutinitas pose yang lengkap dirancang untuk bekerja di semua bagian tubuh, meregangkan dan mengencangkan otot, dan menjaga agar sendi tetap fleksibel. Penelitian telah menunjukkan bahwa yoga telah memberikan manfaat bagi beberapa individu dengan nyeri punggung bawah kronis, kecemasan, depresi, tekanan darah tinggi, denyut jantung yang cepat, dan mobilitas terbatas (Sadock et al., 2015). Terapi Yoga juga dapat meningkatkan suplai oksigen, perubahan vaskular dan termal, mempengaruhi aktivitas gastrointestinal, dan mengurangi kecemasan (Fontaine, 2005)

Terapi merupakan usaha penanggulangan suatu penyakit atau gejala yang ada dalam diri makhluk hidup. Usaha penanggulangan gangguan kesehatan rohani atau mental sebenarnya dapat dilakukan sejak dini oleh yang bersangkutan. Dengan mencari cara yang tepat untuk menyesuaikan diri dengan memilih norma-norma moral, maka gangguan mental akan terselesaikan. Dalam konteks ini terlihat hubungan agama sebagai terapi kekusutan mental. Sebab, nilai-nilai luhur termuat dalam ajaran agama bagaimanapun dapat digunakan untuk penyesuaian dan pengendalian diri, hingga terhindar dari konflik batin (Hamid, 2017)

## Daftar Pustaka

- Angkola, A. P., & Hadiwono, A. (2021). Ruang Kesadaran Dialektik, Mampang Prapatan, Jakarta Selatan. *Jurnal Sains, Teknologi, Urban, Perancangan, Arsitektur (Stupa)*, 3(1), 1141. <https://doi.org/10.24912/stupa.v3i1.10730>
- Arif, S. (2015). Manusia Dan Agama. *Islamuna: Jurnal Studi Islam*, 2(2), 149. <https://doi.org/10.19105/islamuna.v2i2.659>
- Dharma, I. D. G. C., Ahsan, A., & Lestari, R. (2022). Lived Experiences of The Recovery Process of People with Schizophrenia During a Pandemic. *Jurnal Aisyah: Jurnal Ilmu Kesehatan*, 7(1), 117–124. <https://doi.org/10.30604/jika.v7i1.820>
- Hamid, A. (2017). Editorial Healthy Tadulako Journal (Abdul Hamid: 1-14) 1. *Jurnal Kesehatan Tadulako*, 3(1), 1–14. [file:///C:/Users/lenovo/Downloads/34-Article Text-129-1-10-20201115 \(1\).pdf](file:///C:/Users/lenovo/Downloads/34-Article%20Text-129-1-10-20201115%20(1).pdf)
- Ismail, A. (2019). Spiritual Practices of Female Cancer Patients Towards Well-being in Lives. *Islamiyyat: Jurnal Antarabangsa Pengajian Islam; International Journal of Islamic Studies*, 41(2), 93–97.
- Mohd Zahari, S. Z., Othman @Seman, M. M., Molkan @Malkan, S. N. A., & Che Hassan, N. H. (2020). [Approaches to Islamic Psychospiritual Therapy among Female Students: A General Review in Uitm Pahang, Campus Jengka] *Pendekatan Terapi Psikospiritual Islam di Kalangan Pelajar Wanita: Suatu Tinjauan Umum di Uitm Pahang, Kampus Jengka. Jurnal Islam Dan Masyarakat Kontemporari*, 21(2), 216–228. <https://doi.org/10.37231/jimk.2020.21.2.495>
- Noach, Y. M. C. (2020). Sehat Mental Era Merdeka Belajar. [https://books.google.co.id/books?hl=en&lr=&id=b0V kEAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA31&dq=sehat+mental+adalah&ots=AWIo9XtP29&sig=qOwWvWzyWogUTACZ\\_D vAdfk8i48&redir\\_esc=y#v=onepage&q=sehat mental adalah&f=false](https://books.google.co.id/books?hl=en&lr=&id=b0V kEAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA31&dq=sehat+mental+adalah&ots=AWIo9XtP29&sig=qOwWvWzyWogUTACZ_D vAdfk8i48&redir_esc=y#v=onepage&q=sehat%20adalah&f=false)



- Sena, I. G. M. W. (2017). Implementasi Konsep "Ngayah" Dalam Meningkatkan Toleransi Kehidupan Umat Beragama Di Bali. 1–8. <http://sim.ihdn.ac.id/app-assets/repo/repo-dosen-121802010034-16.pdf>
- Susilawati, S. (2017). KESEHATAN MENTAL MENURUT ZAKIAH DARADJAT. Repositori IAIN Raden Intan Lampung. [http://repository.radenintan.ac.id/1298/1/Skripsi\\_Susilawati.pdf%0Ahttp://repository.radenintan.ac.id/1298/](http://repository.radenintan.ac.id/1298/1/Skripsi_Susilawati.pdf%0Ahttp://repository.radenintan.ac.id/1298/)
- Yıldırım, A. (2018). Logotherapy and Religion. 2, 389–393.
- Yusuf, A., Nihayati, H. E., Iswari, M. F., & Okviasanti, F. (2016). Kebutuhan Spritual: Konsep dan Aplikasi dalam Asuhan Keperawatan. Mitra Wacana Media, 1–30.

## **Profil Penulis**



### **I Dewa Gede Candra Dharma**

Lahir di Tampaksiring, Gianyar, Bali pada tahun 1985. Ketertarikan penulis terhadap ilmu kesehatan jiwa dimulai pada tahun 2002 silam ketika penulis menginjak di bangku SMA yang merasa ada keunikan dan membutuhkan cara yang berbeda ketika mendalami ilmu jiwa.

Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke Universitas Pembangunan Nasional “Veteran” Jakarta dengan memilih jurusan Program Studi Ilmu Keperawatan pada Tahun 2004. Tahun 2013 penulis melanjutkan pendidikan Profesi Ners di STIKes Wira Medika Bali. Pada tahun 2019 mengambil program Magsiter Keperawatan Peminatan Keperawatan Jiwa di Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang. Tahun 2008 sampai 2010 Bekerja di Rumah Sakit Surya Husada Denpasar di Ruang Rawat Inap dan Operator ESWL. Tahun 2011 sampai sekarang bekerja di STIKes Wira Medika Bali. Penulis memiliki kepakaran dibidang Keperawatan Jiwa. Dan untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif sebagai peneliti dibidang kepakarannya tersebut. Selain peneliti, penulis juga mulai aktif menulis buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara yang sangat tercinta ini.

Email Penulis: [dwcandra@stikeswiramedika.ac.id](mailto:dwcandra@stikeswiramedika.ac.id)



## PREVENSI KESEHATAN MENTAL

**Irna Kartina, S.Kep., Ns., MSN.**

Universitas Kusuma Husada Surakarta

### **Definisi Prevensi Kesehatan Mental**

Tindakan preventif dalam kesehatan mental memiliki sejarah lebih dari 100 tahun. Berawal dari abad ke-20, dimasa bermulanya pengenalan kesehatan mental, serta banyak pula ide yang dikembangkan sebagai strategi yang diinisiasi untuk dalam upaya peningkatan kesehatan mental. Perkembangan ini juga diikuti oleh pengembangan definisi dan cakupan dari preventif kesehatan. Preventif atau dalam translasi Bahasa Indonesia diartikan pencegahan adalah pendekatan pelengkap di mana layanan kesehatan ditawarkan kepada populasi umum atau kepada orang-orang yang diidentifikasi berisiko mengalami gangguan, dan penerima layanan kesehatan jiwa dengan harapan untuk mengurangi komplikasi atau perburukan gejala penyakit dimasa depan (National Research Council, 2009). Menurut Arango dkk (2018) pencegahan dalam kesehatan mental bertujuan untuk mengurangi kejadian, prevalensi, dan kekambuhan gangguan kesehatan mental dan kecacatan yang terkait. Intervensi preventif didasarkan pada modifikasi eksposur risiko dan penguatan mekanisme coping individu.

Dalam literature Miles, dkk (2010) preventif didefinisikan selaras dengan istilah lainnya. Istilah preventif sering beriringan dengan kata promosi dan ini sering membingungkan. Promosi didefinisikan sebagai intervensi untuk mengoptimalkan kesehatan mental yang positif

dengan mengatasi faktor-faktor penentu kesehatan mental yang positif sebelum masalah kesehatan mental tertentu telah diidentifikasi, dengan tujuan akhir meningkatkan kesehatan mental yang positif dari populasi. Sedangkan prevensi atau pencegahan pada kesehatan mental didefinisikan sebagai intervensi untuk meminimalkan masalah kesehatan mental dengan mengatasi determinan masalah kesehatan mental sebelum masalah kesehatan mental tertentu diidentifikasi pada individu, kelompok, atau populasi fokus dengan tujuan akhir mengurangi jumlah angka gangguan atau masalah kesehatan mental di masa depan.

### **Peran Penting Prevensi Kesehatan Mental**

Promosi dan prevensi kesehatan mental adalah inti dari pendekatan kesehatan masyarakat untuk anak-anak dan remaja kesehatan mental yang membahas kesehatan mental semua anak, dengan fokus pada keseimbangan mengoptimalkan kesehatan mental yang positif serta mencegah dan mengobati masalah kesehatan mental (iles dkk, 2010). Pentingnya promosi kesehatan mental (termasuk memerangi stigma) dan pencegahan gangguan mental harus diprioritaskan tidak hanya dalam beberapa deklarasi atau prinsip tetapi mereka juga harus memiliki tindakan nyata di semua tingkat proses pengambilan keputusan dan tercermin pada implementasi (Bahrer-Kohler & Javier, 2017).

### **Tingkatan Prevensi Kesehatan Mental**

Masalah kesehatan mental mempengaruhi jutaan dari kita, dalam skala individu, keluarga, komunitas, dan tempat kerja. Kita semua memiliki kesehatan mental yang berpotensi mengalami fluktuasi respon dalam menanggapi peristiwa kehidupan. Tidaklah bijaksana untuk menyarankan bahwa pencegahan hanya untuk mereka yang saat ini merasa 'dalam keadaan sehat'. Secara umum Kausoulis (2019) mendefinisikan pencegahan dalam pengertian yang lebih luas yaitu dalam konteks kesehatan masyarakat atau untuk kesehatan populasi secara keseluruhan. Ada tiga tingkat prevalensi yang menjadi dasar pelaksanaan program berkelanjutan

dalam kesehatan masyarakat secara umum yang dimana juga dapat diimplementasikan pada konsep pencegahan dalam kesehatan mental, yaitu:

1. *Primary prevention*: mencegah masalah sebelum muncul

Pencegahan primer berfokus pada mencegah masalah sebelum masalah tersebut mulai bermunculan. Pencegahan primer relevan bagi semua masyarakat atau negara, sehingga solusi yang menargetkan pencegahan primer disebut '*universal*' (Kausoulis,2019). Pencegahan primer dikategorikan sebagai intervensi untuk menjaga proses penyakit dari menjadi mapan dengan menghilangkan penyebab penyakit atau meningkatkan ketahanan terhadap penyakit (Leavell dan Clark 1965).

Beberapa contoh solusi universal yang termasuk dalam pencegahan secara primer ialah kampanye anti-stigma nasional yang memastikan kita semua mengikuti standar yang sama ketika berbicara tentang kesehatan mental, atau mengajar anak-anak usia sekolah tentang emosi dan kesehatan mental sejak usia dini. Solusi universal tidak membedakan atau fokus – melainkan, tujuannya adalah untuk melindungi seluruh kelompok usia. Seringkali, pendekatan universal bertujuan untuk melindungi anggota komunitas yang paling rentan dengan cara yang tidak menimbulkan stigma, sehingga menguntungkan semua orang. Misalnya, dalam kesehatan mental, memastikan bahwa bahasa yang kita gunakan bijaksana dan tepat, dalam makna yang sederhana solusi universal bisa diberlakukan pada setiap lapisan dan belum terfokus pada kelompok usia atau kondisi tertentu. Sebuah contoh yang bisa kita terapkan ialah, menjaga bicara, tingkah laku dan sikap tubuh adalah solusi universal yang bisa kita terapkan pada siapa saja dengan mengharapkan dampak pencegahan pada gangguan kesehatan mental pada keseluruhan kelompok. Setiap individu dapat berbicara baik dan menjaga tingkah laku

kepada siapa saja baik anak-anak usia sekolah, dewasa atau lanjut usia.

2. *Secondary prevention*: Pencegahan bagi individu atau kelompok yang terpapar

Pencegahan sekunder adalah jenis pencegahan yang berfokus pada orang-orang yang memiliki karakteristik yang sama yang menempatkan mereka pada risiko yang lebih tinggi untuk mengembangkan masalah kesehatan mental. Solusi pencegahan sekunder sering disebut 'bertarget' atau 'selektif' (Kausoulis, 2019). Pencegahan sekunder menghentikan proses penyakit setelah menjadi gejala ketika (Leavell dan Clark 1965).

3. *Tertiary prevention*: prevention that goes to a deeper level

Tingkatan ketiga pdari prevalensi adalah prevalensi tersier. Jenis pencegahan ini banyak berkaitan dengan kualitas hidup individu atau kelompok setelah mereka mengalami masalah, dan juga dengan mengurangi risiko kekambuhan. Solusi dalam pencegahan tersier berfokus pada orang yang sudah terkena masalah kesehatan mental, dan sering disebut solusi 'terindikasi'. Solusi terindikasi bertujuan untuk mengurangi gejala yang dapat melumpuhkan, membatasi komplikasi penyakit, mengurangi risiko kekambuhan, dan memberdayakan orang yang mengalami masalah untuk mengelola gejala mereka sendiri sebanyak mungkin. Pencegahan tersier membatasi konsekuensi fisik dan sosial dari gejala penyakit (Leavell dan Clark 1965).

Selain pengelompokan primer, sekunder dan tersier, konsep pencegahan juga dapat diklasifikasikan berdasar potensi untuk memandu identifikasi kelompok populasi dan individu dengan berbagai kebutuhan pencegahan, dan menyelaraskan kebutuhan ini dengan kebijakan yang tepat, program, dan praktik yang bisa diimplementasikan (Gordon 1983, 1987). Mrazek & Haggerty (1994) dalam laporan prevensi gangguan kesehatan mental WHO tahun 2004 menyampaikan hal yang senada terkait klasifikasi

pencegahan pada gangguan kesehatan mental dimana klasifikasi ini juga tetap merujuk pada konsep pencegahan pada kesehatan masyarakat secara fisik. Adapun 3 (tiga) jenis pencegahan tersebut yaitu:

1. **Pencegahan universal** didefinisikan sebagai intervensi yang ditargetkan pada masyarakat umum atau ke seluruh kelompok populasi yang belum diidentifikasi berdasarkan peningkatan risiko.
2. **Pencegahan selektif** menargetkan individu atau subkelompok populasi yang berisiko berkembang gangguan mental secara signifikan lebih tinggi dari rata-rata, sebagaimana dibuktikan oleh biologis, psikologis atau faktor risiko sosial.
3. **Pencegahan terindikasi** menargetkan orang-orang berisiko tinggi yang diidentifikasi memiliki sebagian tanda atau gejala yang dapat dideteksi yang menandakan adanya gangguan kesehatan mental atau penanda biologis yang menunjukkan faktor predisposisi untuk gangguan mental tetapi tidak memenuhi kriteria diagnostik untuk gangguan waktu itu.

### **Program Prevensi Kesehatan Mental**

Pada tahun 2014, pendekatan baru terkait dengan penyertaan setidaknya dua fungsi program promosi dan pencegahan kesehatan mental, yang didefinisikan secara rinci dalam Atlas 2014. Dilaporkan bahwa “41% dari Negara Anggota WHO memiliki setidaknya dua fungsi program promosi dan pencegahan kesehatan mental; dari lebih dari 400 program yang dilaporkan, lebih dari setengahnya ditujukan untuk meningkatkan literasi kesehatan mental atau memerangi stigma”. Perkembangan baru lainnya di Atlas baru-baru ini adalah menyediakan nilai-nilai dasar untuk target Rencana Aksi yang disepakati untuk diikuti di tahun-tahun mendatang. Dia merencanakan bahwa putaran Atlas kesehatan mental lebih lanjut akan memungkinkan pemantauan kemajuan mencapai target tersebut ditahun 2020 (WHO 2013, 2014). Program yang efektif dan kebijakan dibahas untuk pencegahan gangguan perilaku yang universal,



selektif dan terindikasi akan dipaparkan dalam beberapa kondisi kesehatan mental berdasarkan *evidence based* yang telah ditemukan, diantaranya kondisi depresi, gangguan kecemasan, gangguan makan, gangguan terkait penggunaan zat, gangguan psikotik dan pencegahan bunuh diri:

1. Program Pencegahan pada depresi dan gejala depresi:
  - a. Pada ranah pencegahan dengan intervensi universal, penguatan faktor pendukung dalam komunitas/populasi dipercaya mampu mengurangi gejala depresi.

Contohnya:

Program berbasis sekolah yang menargetkan kognitif, pemecahan masalah dan keterampilan sosial anak-anak dan remaja dan program latihan untuk orang tua. Beberapa dari program sekolah ini (misalnya Program Remaja Berwawasan) dapat menurunkan tingkat gejala depresi berat hingga 50% dalam lebih satu tahun setelah intervensi (Shochet et al., 2001). Pada studi lainya disampaikan hasil intervensi universal dengan konsep konseling keluarga di Finlandia memberi dampak baik dalam pengurangan masalah internalisasi 10-15 tahun kemudian selama masa remaja dan dewasa awal (Aronen & Kurkela, 1996).

- b. Intervensi selektif

Pada ranah intervensi selektif, intervensi terkait pengasuhan bagi orang tua dengan anak-anak yang memiliki masalah perilaku. Program intervensi yang bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan psikososial orang tua melalui penyediaan informasi dan pelatihan dalam pengasuhan anak berbasis perilaku, meskipun tidak konsisten, menunjukkan bahwa ada pengaruh pengurangan gejala depresi sebesar 30% bersama dan berbanding lurus dengan kondisi depresi pada anak.

c. Intervensi yang diindikasikan

Program untuk mereka dengan tingkat gejala depresi yang berat. Program-program yang menggunakan format kelompok untuk mendidik orang-orang yang berisiko, diajarkan untuk memberdayakan kemampuan berpikir positif, mencoba mengurangi berpikir negatif dan meningkatkan keterampilan pemecahan masalah. Sekitar 40-70% remaja yang melaksanakan program intervensi berfikir ini mengalami gejala pada tahun pertama setelah intervensi (Clarke et al., 1995, 2001).

2. Program pencegahan gangguan kecemasan

Gangguan kecemasan, seperti halnya depresi, adalah salah satu gangguan kejiwaan yang paling umum meskipun. Kecemasan terdiri dari berbagai gangguan yang berbeda yang digeneralisasikan dalam beberapa jenis gangguan kecemasan, fobia sosial dan PTSD telah menjadi fokus pencegahan primer sejauh ini. Sebagian besar gangguan kecemasan pertama kali muncul selama masa kanak-kanak dan remaja yang menjadikan kelompok usia ini sebagai target penting untuk pencegahan primer. Diantara anak-anak, gangguan kecemasan merupakan bentuk psikopatologi yang paling umum dengan tingkat prevalensi tahunan berkisar antara 5,7 hingga 17,7%.

Adapun program yang telah didapati memberikan hasil yang positif adalah:

a. Mengurangi peristiwa traumatis atau paparan terhadap peristiwa tidak nyaman.

Jutaan orang di seluruh dunia terpapar pada peristiwa traumatis yang dapat dicegah seperti pelecehan seksual pada anak, kekerasan, penyerangan seksual, perang dan penyiksaan. Pengurangan peristiwa traumatis dapat menjadi hasilnya langkah-langkah keselamatan yang efektif di lalu lintas, tempat kerja dan lingkungan, undang-undang keselamatan dan penggunaan senjata (pada negara tertentu). Program berbasis

sekolah sangat disarankan, pencegahan terjadinya perang termasuk salah satu diantara upaya yang bisa diupayakan dalam pencegahan kecemasan pada anak.

- b. Meningkatkan ketahanan emosional dan pendidikan antisipatif

Meningkatkan ketahanan emosional bisa dilakukan dengan program pelatihan group pada jangka waktu tertentu seperti pada satu studi yang dilakukan di Australia sebuah program intervensi kesehatan jiwa FRIENDS, menerapkan program kelompok perilaku kognitif dengan 10 sesi yang mengajarkan keterampilan anak-anak untuk mengatasi kecemasan secara lebih efektif dan membangun ketahanan emosional, kemampuan memecahkan masalah dan kepercayaan diri anak. Setelah program berakhir anak-anak yang mendapatkan intervensi secara signifikan mengalami penurunan tingkat kecemasan.

- c. Intervensi pasca trauma

*Critical incident stress debriefing* (CISD) telah menjadi intervensi yang banyak digunakan setelah peristiwa trauma seperti insiden penembakan atau bencana. Secara umum, pembekalan melibatkan beberapa bentuk pelatihan mengelola emosi dan ventilasi dengan mendorong ingatan dan pengerjaan ulang trauma di dalam 24-72 jam setelah kejadian. Meski dari beberapa studi terkontrol CISD tidak mencegah timbulnya PTSD atau gangguan kejiwaan lainnya, namun CISD memberikan dampak baik dalam proses pemulihan korban trauma.

- 3. Program pencegahan gangguan makan

Untuk mengurangi pola makan yang tidak sehat dan gangguan makan, intervensi pencegahan ditargetkan pada: siswa SD, SMP, dan SMA (pencegahan universal), di sekolah profesional dengan populasi tertentu yang berisiko seperti penari balet, atlet, model fesyen, dan siswa memasak (pencegahan selektif),

atau pada remaja putri dan remaja putri yang menunjukkan kondisi tidak sehat perilaku diet pada tingkat subklinis (Pratt & Woolfenden, 2003). Saat ini belum ditemukan tindakan yang benar-benar efektif mengurangi pola gangguan ini, namun beberapa intervensi potensial bisa dilakukan seperti program peningkatan kepercayaan diri yang akan memberi dampak pada paparan terkait sikap terhadap makanan, penerimaan terhadap standar penampilan dimasyarat dan rasa puas dan bangga pada tubuhnya.

4. Program pencegahan penggunaan zat

Beberapa program dalam bidang ini berkembang dnegan masiv diantaranya adalah (NIDA, 2021):

- a. Project STAR adalah program komunitas pencegahan penyalahgunaan narkoba yang komprehensif untuk digunakan oleh sekolah, orang tua, organisasi masyarakat, media, dan pembuat kebijakan kesehatan. Bagian sekolah menengah berfokus pada pengaruh sosial dan termasuk dalam pengajaran di kelas oleh guru terlatih selama 2 tahun jadwal. Program orang tua membantu orang tua mengerjakan pekerjaan rumah dengan anak-anak, mempelajari keterampilan komunikasi keluarga, dan terlibat dalam aksi masyarakat, di prakarsai oleh Karen Bernstein, M.P.H. *University of Southern California*
- b. *Promoting Alternative Thinking Strategies (PATHS)*, PATHS adalah program komprehensif untuk mempromosikan kesehatan emosional dan keterampilan sosial. Program ini juga berfokus pada pengurangan masalah agresi dan perilaku pada anak-anak sekolah dasar, sekaligus meningkatkan proses pendidikan di kelas, di prakarsai oleh Mark.T G Ph.D, dari prevention Research Center. Pennsylvania State University.
- c. *Skills, Opportunity, And Recognition (SOAR) (Formerly, Seattle Social Development Program)* Intervensi universal berbasis sekolah

untuk kelas satu (1) sampai enam (6) ini berupaya mengurangi risiko kenakalan dan penyalahgunaan narkoba pada masa kanak-kanak dengan meningkatkan faktor pelindung. Intervensi multi-komponen menggabungkan pelatihan untuk guru, orang tua, dan anak-anak selama sekolah dasar (SD) untuk membangun kedekatan ikatan anak-anak pada sekolah, perilakubelajar di sekolah yang positif, dan prestasi akademik.

- d. *The Strengthening Families Program: For Parents and Youth 10–14 (SFP 10–14) (Formerly, the Iowa Strengthening Families Program)*. Program universal berbasis bukti ini menawarkan tujuh sesi yang terdiri dari dua jam dalam setiap sesinya, masing-masing dihadiri oleh remaja dan orang tua mereka, dan dirancang untuk membantu keluarga memiliki keterampilan komunikasi yang lebih baik, mengajarkan keterampilan teman sebaya dan mencegah penyalahgunaan zat pada remaja. Ini biasanya dilakukan melalui kemitraan yang melibatkan peneliti dari berbagai universitas terkait, penyuluh, pihak sekolah, dan organisasi masyarakat lainnya.

Indonesia sendiri memiliki program pencegahan penyalahgunaan Narkoba dan Zat adiktif yang melibatkan peran lintas sektor, adapun program program pencegahan tersebut adalah:

- a. Pencegahan Primer

diartikan sebagai upaya yang tertujukan untuk anak-anak dan generasi muda Indonesia yang belum memiliki riwayat atau tersentuh kasus penyalahgunaan narkotikadan zat adiktif, disini semua sektor masyarakat dilibatkan, yang dimana kegiatannya berupa penyuluhan, penerangan dan pendidikan.

- b. Pencegahan Sekunder

Adalah upaya pencegahan dengan sasaran generasi yang sama pada pencegahan primer,

namun dengan kondisi telah tersentuh atau telah mencoba-coba penggunaan narkotikadan zat adiktif lainnya. Adapun kegiatan yang termasuk dalam program ini ialah kegiatan screening atau deteksi dini penggunaan narkoba, konseling secara personal dan keluarga, bimbingan sosial dengan metode *home visit*.

c. Pencegahan Tersier

Upaya pencegahan penyalahgunaan narkoba yang melibatkan sektor terkait dalam pelaksanaannya, dimana target populasinya ialah anak-anak dan remaja atau orang dewasa yang telah menjadi korban penyalahgunaan narkoba atau bekas pengguna narkoba. Kegiatannya meliputi kegiatan yang spesifik dalam program bimbingan sosial, konseling individu dan keluarga, pengupayaan lingkungan sosial yang mendukung proses pemulihan kondisi kecanduan, dan pembinaan *support system*. Pencegahan penyalahgunaan narkoba ini disusun secara formal oleh Badan Narkotika Nasional (BNN) Indonesia dalam pedoman Pencegahan Penanggulangan Pemberantasan Peredaran Gelap Narkotika (P4GN) tahun 2007.

5. Program pencegahan gangguan psikotik

Timbulnya penyakit psikotik merupakan potensi kondisi yang buruk pada pribadi terkait perjalanan hidup seorang individu. Penyakit psikotik, tidak hanya mencakup skizofrenia dan gangguan skizoafektif tetapi juga psikosis afektif dan atipikal, biasanya memiliki konsekuensi luas untuk *multiple domain* kehidupan mereka yang mengalaminya

Beberapa upaya yang bisa dilakukan pada kondisi ini ialah :

- a. Literasi kesehatan mental dan pencarian bantuan pada awal gangguan
- b. Intervensi pra-psikotik pada skizofrenia dan gangguan terkait

## 6. Program pencegahan bunuh diri

WHO (2019) menyampaikan empat intervensi utama yang telah terbukti efektif untuk mencegah kejadian bunuh diri ialah:

- a. Membatasi akses ke sarana bunuh diri berinteraksi dengan media untuk pelaporan bunuh diri yang bertanggung jawab.
- b. Menumbuhkan kecakapan hidup sosio-emosional pada remaja
- c. Mengidentifikasi tanda dan resiko secara dini, menilai, mengelola, dan
- d. Menindaklanjuti siapa saja yang terpengaruh oleh perilaku bunuh diri

Intervensi utama ini perlu disertai dengan pilar-pilar dasar berikut: analisis situasi, kolaborasi multisektoral, peningkatan kesadaran, pengembangan kapasitas, pembiayaan, pengawasan, pemantauan dan evaluasi. Adapun beberapa program lain yang dipercaya juga memiliki pengaruh positif pada resiko perilaku bunuh diri ialah sebagai berikut:

- a. Hotlines and crisis centres, adanya pusat pengaduan dapat membantu memfasilitasi korban atau pelaku potensial bunuh diri.
- b. Intervensi dini dalam perawatan tingkat primer dan penggunaan obat psikoaktif, hal ini disampaikan pada beberapa penelitian bahwa pelatihan dokter umum dalam mengenali dan mengobati depresi di layanan primer dapat meningkatkan kuantitas dan kualitas pengobatan depresi dini, dimana ini secara tidak langsung dapat mencegah terjadinya kejadian bunuh diri.

## **Daftar Pustaka**

- Arango C, Díaz-Caneja CM, McGorry PD, Rapoport J, Sommer IE, Vorstman JA, McDaid D, Marín O, Serrano-Drozdzowskyj E, Freedman R, Carpenter W. (2018) Preventive strategies for mental health. *The Lancet Psychiatry* Published Online May 14, 2018
- Bährer-Kohler, S., & Javier, F. (2017). Global mental health: prevention and promotion.
- Hosman, C. M. H., Jané Llopis, E., & Saxena, S. (2004). Prevention of mental disorders: Effective interventions and policy options.
- Kousoulis, A. (2019). Prevention and mental health. Mental Health Foundation.
- National Research Council. (2009). Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: Progress and possibilities.
- NIDA. 2021, March 3. Universal Programs. Retrieved from <https://nida.nih.gov/publications/preventing-drug-use-among-children-adolescents/chapter-4-examples-research-based-drug-abuse-prevention-programs/universal-programs> on 2022, July 22
- Waluyo, M. (2007). Pedoman Pelaksanaan P4GN. Badan Narkotika Nasional, Jakarta.
- World Health Organization. (2004). Prevention of mental disorders: Effective interventions and policy options: Summary report.



## Profil Penulis



### **Irna Kartina**

Pembelajaran penulis dalam dunia keperawatan telah dimulai dari tahun 2006 di Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, kemudian ketertarikan pada dunia kesehatan mental semakin mengerucut seiring dengan bidang studi lanjut (jenjang magister) yang ditekuni di salah satu universitas swasta Taiwan, *Central Taiwan University of Science and Technology (CTUST)* pada tahun 2014-2016, hingga saat ini pembelajaran terkait kesehatan mental khususnya keperawatan kesehatan jiwa terus digiatkan dan di telaah sembari menjalani proses studinya saat ini sebagai salah satu mahasiswa *International Philosophy of Doctoral (PhD) Program di National Taipei University of Nursing and Health Sciences (NTUNHS)*, Taiwan.

Penulis memiliki peminatan dibidang ilmu keprawatan jiwa khususnya, *Spiritual Care* dan *Art Drawing Therapy*. Dalam upaya meningkatkan performa sebagai dosen, penulis pun menunaikan tugas tridharma pendidikan pada bidang kepakaran terkait. Penulis juga aktif berperan didalam beberapa organisasi professional diantaranya sebagai sekretaris pengurus wilayah Jawa Tengah Himpunan Perawat Holistik Indonesia (HPHI), anggota dari Ikatan Perawat Kesehatan Jiwa Indonesia (IPKJI), Perhimpunan Perawat National Indonesia (PPNI), selain itu penulis juga aktif di beberapa lembaga swadaya masyarakat diantaranya *International Islamic Medicine Forum (IIMF)* serta Mitra Sehat Manfaat (MSM).

Email Penulis: [irnakatina@gmail.com](mailto:irnakatina@gmail.com).

## TRANSKULTURAL DALAM KEPERAWATAN JIWA

**Lanawati, S.Kep., Ns., M.Kep.**

STIKES Suaka Insan

### **Hubungan *Culture Belief* dengan Kesehatan Mental**

Kultur merupakan sebuah cara pandang dalam sebuah kelompok. Cara pandang ini terdiri dari, cara berpikir, cara berperilaku, cara membuat keputusan, dan cara membuat penilaian terhadap sesuatu dalam seluruh aspek kehidupan sehari-hari. Cara pandang tersebut kemudian dipercayai sebagai sebuah nilai budaya dalam masyarakat atau kepercayaan kultural. Kepercayaan kultural terbentuk dari pemaknaan terhadap pengalaman suatu kelompok dalam sebuah komunitas. Pemaknaan tersebut menciptakan kepercayaan dalam masyarakat, yang dikonstruksikan sebagai sebuah keyakinan praktik budaya. Pada umumnya, keyakinan terhadap nilai kultural tersebut diekspresikan secara khas atau simbolis di tengah masyarakat. Konstruksi dari nilai-nilai tersebut umumnya berbentuk magis, religius, maural, atau biologis. Pemaknaan terhadap nilai kultural dan penerapannya sangat bergantung dari sejauh mana manusia mampu memaknai pengalaman tersebut (Andrews & Boyle, 2012). Bagaimana individu mengekspresikan perasaan, pikiran dan perilakunya sangat dipengaruhi oleh budaya (Gulnart & Kane, 2019).

Kepercayaan kultural yang dimiliki masyarakat dapat mempengaruhi perspektif terhadap sebuah fenomena. Perspektif inilah yang nantinya akan melahirkan respon

sikap dan perilaku yang beragam terhadap fenomena tersebut. Sebagai contoh, bila seseorang meyakini perilaku A adalah perilaku yang benar menurut budaya atau kultur setempat, maka ia akan cenderung mengikuti budaya tersebut, sekalipun budaya yang diyakininya bertentangan dengan pandangan kesehatan profesional. Bila dikaitkan dengan konsep tersebut, maka hal serupa dapat terjadi pula pada cara pandang masyarakat terkait kesehatan mental. Konsep yang dipaparkan di atas, diklasifikasikan oleh Andrews & Boyle (2012) sebagai sebuah *Culture-Bound Syndrome*, dimana sebuah kelompok memiliki kecenderungan untuk terikat dengan nilai dan praktik kultural yang diyakininya. Dalam konsep tersebut, dijelaskan bahwa bermacam tanda-gejala terkait kesehatan mental di seluruh dunia, dipengaruhi oleh nilai kultural setempat. Nilai dan keyakinan kultural cenderung menimbulkan bermacam-macam interpretasi terkait tanda-gejala kesehatan mental serta cara pengobatannya.

### **Keyakinan Kultural Terkait Kesehatan Jiwa di Indonesia**

Indonesia dikenal sebagai negara kepulauan yang terdiri dari berbagai suku, bahasa, dan budaya yang beragam. Keberagaman ini melahirkan bermacam-macam sikap dan perilaku dalam masyarakat, tak terkecuali dalam hal kesehatan. Bila dilihat dari uraian pada topik sebelumnya, kepercayaan kultural seseorang sangat mempengaruhi persepsi terhadap sehat dan sakit yang dianutnya, sehingga keberagaman kultural yang ada di Indonesia memiliki potensi untuk melahirkan berbagai macam persepsi terkait kesehatan mental. Studi-studi terdahulu, menemukan beberapa praktik budaya yang berkembang di masyarakat terkait kesehatan mental. Umumnya, praktik budaya yang sering dilakukan ialah terkait proses pengobatan gangguan jiwa yang masih bersifat tradisional seperti dukun, isolasi, pemasungan, diskriminasi terhadap penderita gangguan jiwa bahkan penolakan terhadap fasilitas pelayanan kesehatan jiwa di masyarakat. Di sisi lain, terapi tradisional yang diberikan seringkali berbentuk perilaku kekerasan seperti ritual

mandi tengah malam, dipukul, dipijat secara keras, dengan tujuan mengusir roh atau setan yang dianggap sebagai penyebab gangguan jiwa (Islamiati *et al*, 2018; Pramana & Herdiyanto, 2018; Jati *et al*, 2019; Adelian *et al*, 2021).

Sebagai negara multikultural, berbagai keyakinan budaya ditemukan berkembang di tengah masyarakat terkait gangguan jiwa. Contoh praktik kepercayaan kultural terkait gangguan jiwa dapat dilihat dari masyarakat Bali. Masyarakat Bali, memiliki nilai *Kharma Pala*, yang berarti segala sesuatu terjadi karena perbuatan masalalu. Konsep ini, menuntut seseorang untuk melakukan perbuatan baik sesuai dengan norma yang berlaku dalam masyarakat, meski demikian konsep *Kharma Pala* juga mengakibatkan adanya stigma bahwa penyebab gangguan jiwa adalah perilaku yang tidak baik di masa lalu (Pramana & Herdiyanto, 2018). Keyakinan lain yang berkembang terkait gangguan jiwa ditemukan pula di Manggarai. Gangguan jiwa dianggap sebagai akibat dari kerasukan roh jahat, akibat dari perilaku menyimpang, serta memiliki sikap temparamen. Hal inilah yang membuat orang dengan gangguan jiwa lebih sering diarahkan untuk mendapatkan pengobatan dari dukun. Apabila pengobatan tersebut tidak berhasil, maka orang dengan gangguan jiwa akan di pasung. Tindakan ini diyakini sebagai tindakan yang paling tepat untuk mengatasi gangguan jiwa (Adelian, Pujaastawa & Sudiarna, 2021). Bentuk keyakinan kultural lainnya, ditemukan pula pada suku Banjar yang ada di Kalimantan Selatan. Dalam keyakinan suku tersebut, santet dianggap sebagai penyebab utama gangguan jiwa, selain itu orang dengan gangguan jiwa juga dianggap karena kurang berdoa. Artinya, hal yang bersifat supranatural dan religius masih dipercaya sebagai penyebab gangguan jiwa. Suku Banjar juga memiliki konsep *Lamut Tatamba* (Mantra pengobatan), yang dianggap paling efektif untuk mendapatkan kesembuhan, dan masih sangat bergantung pada pengobatan yang bersifat tradisional (Lanawati, Tutpai, & Sinta, 2022). Kepercayaan masyarakat terhadap nilai budaya terkait gangguan jiwa dapat mempengaruhi proses asuhan keperawatan jiwa secara holistik.

Keyakinan kultural yang dimiliki masyarakat dapat berpengaruh terhadap proses rehabilitasi orang dengan gangguan jiwa (ODGJ). Kondisi ini berpotensi terjadi karena nilai kultural yang diyakini sangat menentukan perilaku masyarakat terhadap ODGJ, termasuk proses rehabilitasi. Contoh perilaku yang lahir dari kepercayaan kultural ini dapat dilihat dalam studi Lanawati, Tutpai, & Sinta (2022), yang mana menjelaskan bahwa suku Banjar menganggap, penyebab gangguan jiwa ialah santet dan kurang iman. Persepsi yang berkembang terkait penyebab gangguan jiwa dalam suku tersebut membuat penanganan yang diberikan cenderung bersifat tradisional dengan unsur supranatural. Gangguan jiwa dianggap hanya mampu disembuhkan dengan pengobatan alternatif dari dukun, ustad, atau kyai. Keyakinan kultural terkait gangguan jiwa yang telah dipaparkan, berpotensi menciptakan stigma terkait keberadaan orang dengan gangguan jiwa. Keyakinan terhadap nilai kultural dapat pula mempengaruhi konsep individu atau kelompok terkait kesehatan jiwanya. Hal ini tentunya dapat mempengaruhi proses asuhan keperawatan jiwa yang dilakukan baik pada tingkat promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif. Perawat jiwa hendaknya memiliki pengetahuan yang cukup terkait keberagaman praktik kultural terkait kesehatan jiwa yang ada di masyarakat.

### **Kompetensi Kultural dalam Keperawatan Jiwa**

Keberagaman keyakinan kultural terkait kesehatan jiwa menimbulkan bermacam sikap dan perilaku terhadap status sehat dan sakit di tengah masyarakat. Dari konsep kultural tersebut, dapat diasumsikan bahwa cara seseorang merespon tanda gejala terkait penyakit tidak selalu sama. Tidak jarang, nilai-nilai kultural yang diyakini tersebut mempengaruhi proses asuhan keperawatan jiwa yang diberikan perawat. Ini berarti perawat perlu beradaptasi terhadap keberagaman keyakinan terkait sehat-sakit dan memahami respon sakit dari sudut pandang pasien. Melihat hal tersebut penting bagi seorang perawat psikiatri untuk mengintegrasikan faktor-faktor kultural ke dalam asuhan keperawatan jiwa, sehingga proses asuhan keperawatan jiwa yang diberikan

menjadi komprehensif dan holistik. Guna mencapai hal tersebut, seorang perawat jiwa perlu memahami bentuk kompetensi kultural yang harus dimiliki. Campinha-Bacote mengembangkan sebuah model “*The Culturally Competent Model of Care*” untuk membantu perawat psikiatrik memahami aspek kultural dalam proses asuhan keperawatan jiwa. Melewati model tersebut, Campinha-Bacote mengenalkan konsep **Proses Kompetensi Budaya** (*the process of cultural competence*) yang terdiri dari 5 (lima) pilar, yaitu; *awareness* (kesadaran), *skill* (keterampilan), *knowledge* (pengetahuan), *encounters* (pertemuan), *and desire* (keinginan), yang selanjutnya dikenal dengan istilah ASKED (Campinha-bacote, 2002). Melewati ASKED, kompetensi budaya diuraikan sebagai sebuah proses dimana penyedia layanan kesehatan, secara kontinyu bekerja dengan efektif melibatkan konteks budaya pasien, maupun komunitas. Untuk dapat lebih memahami proses kompetensi budaya tersebut, masing-masing kontruksi atau pilar tersebut dijelaskan secara terperinci di bawah ini;

1. Kesadaran budaya (*cultural awareness*)

Campinha-Bacote menggambarkan kesadaran budaya sebagai sebuah evaluasi dan kritik terhadap diri seorang perawat terkait kemampuannya menyadari budaya orang lain. Pada kontruksi ini, seorang perawat diwajibkan untuk memiliki kesadaran diri yang dikenal dengan istilah kerendahan hati budaya, dimana dalam proses asuhan keperawatan, perawat harus secara kontinyu melakukan intropeksi diri terhadap kemungkinan prasangka dan bias dalam proses asuhan keperawatan dikarenakan budaya yang diyakini orang lain terkait konsep sehat-sakit. Perawat juga diwajibkan telah mengeksplorasi secara mendalam nilai budaya yang dirinya miliki terkait konsep sehat-sakit. Sederhananya, kesadaran budaya merupakan sebuah komitmen seumur hidup untuk terus melakukan evaluasi diri terkait perbedaan budaya yang perawat yakini dengan budaya yang diyakini oleh pasiennya. Pada proses asuhan keperawatan jiwa,

perawat psikiatri yang memiliki kesadaran budaya akan lebih menghormati, mampu lebih mengapresiasi, serta peka terhadap nilai-nilai, keyakinan, cara hidup, praktik dan strategi pemecahan masalah terkait kesehatan jiwa yang diyakini pasiennya. Perawat yang tidak memiliki kesadaran budaya berpotensi untuk memaksakan budaya yang ia yakini kepada pasien (*cultural imposition*). Seringkali, perawat meyakini *cultural imposition* merupakan cara terbaik untuk mendapatkan *outcome* yang berkualitas, akan tetapi praktik ini justru dilakukan tidak melewati pertimbangan terhadap nilai dan keyakinan budaya dari pasien itu sendiri. Melihat hal tersebut, penting bagi perawat untuk mengevaluasi kembali apakah asuhan keperawatan jiwa yang dilakukannya saat ini sesuai dengan konsep kesadaran kultural. Perawat psikiatrik yang mampu mengintegrasikan perbedaan budaya antara perawat dan pasien dalam proses asuhan keperawatan jiwa dianggap telah mampu mencapai etnorelativisme atau kepercayaan bahwa nilai budaya yang diyakini pasien terkait kesehatan jiwanya sama pentingnya dengan aspek lainnya dalam proses asuhan keperawatan pasien (Campinha-bacote, 2002).

## 2. Keterampilan budaya (*cultural skill*)

Keterampilan budaya dijabarkan oleh Campinha-Bacote sebagai sebuah kemampuan mengumpulkan informasi atau pengkajian yang relevan dengan nilai budaya pasien terkait riwayat penyakit, menganalisis masalah berdasarkan pertimbangan budaya pasien. Campinha menegaskan bahwa perawat psikiatrik perlu mengumpulkan informasi terkait persepsi pasien tentang sakitnya dan kecenderungan pasien untuk menggunakan pengobatan alternatif atau modalitas. Artinya, melakukan penilaian/pengkajian budaya tidak hanya mengajukan pertanyaan yang berkaitan dengan nilai dan kepercayaan yang yakini pasien, tetapi mendekati pasien dengan cara yang peka budaya. Dalam hal ini, perawat harus mampu mendengarkan dan menunjukkan minat terhadap

keyakinan kultural pasien terkait sehat-sakit, serta tidak menghakimi nilai-nilai kultural tersebut. Bila perawat memiliki keterampilan ini, maka informasi terkait riwayat kesehatan pasien menjadi lebih relevan (Campinha-bacote, 2002).

Sebagai contoh, beberapa budaya di Indonesia masih meyakini kerasukan roh jahat atau santet sebagai penyebab gangguan jiwa, sehingga mereka seringkali menggunakan atau mengenakan “jimat” dalam berbagai bentuk untuk mengusir hal tersebut. Pasien mungkin saja secara terbuka menyampaikan kepada perawat bahwa gangguan jiwa yang dialaminya karena santet atau kerasukan roh jahat sehingga ia menolak melepaskan jimat tersebut. Pada kondisi ini, perawat tidak boleh bersikap menghakimi keyakinan tersebut. Apabila perawat mampu bersikap tidak menghakimi dan peka pada nilai budaya yang diyakininya, perawat akan mampu merencanakan asuhan keperawatan yang optimal tanpa mengabaikan aspek keyakinan tersebut, sehingga perawat tidak memaksakan budaya yang ia yakini kepada pasien. Tidak hanya sebatas hal tersebut, keterampilan budaya juga diperlukan saat perawat melakukan pengkajian fisik pada pasien dengan etnis yang beragam. Penting bagi perawat untuk memiliki kesadaran terkait keberagaman bentuk fisik, biologis, dan fisiologis di antara pasien, sehingga pemeriksaan fisik yang akurat dan tepat dapat tercapai (Campinha-bacote, 2002).

### 3. Pengetahuan kultural (*cultural knowledge*)

Campinha-Bacote menguraikan, bahwa pengetahuan budaya adalah proses dimana perawat mencari dan memperoleh informasi terkait keberagaman budaya dan etnis. Mengutip penjabaran dari Lavizzo-Mourey (1996) dalam Campinha-Bacote (2002) terkait pengetahuan budaya, bahwa untuk mencapai kompetensi tersebut maka perawat perlu fokus mengintegrasikan tiga isu spesifik yaitu:



- a. Kepercayaan dan nilai budaya yang berhubungan dengan kesehatan

Perawat psikiatri dianjurkan harus memiliki pengetahuan bahwa sebuah penyakit dalam sebuah kelompok budaya seringkali diekspresikan dengan cara yang unik dan sangat terikat dengan keyakinan kultural. Ekspresi unik terkait penyakitnya berpotensi menyebabkan kesalahan diagnosis.

- 1) Kejadian penyakit dan prevalensinya dengan kepercayaan dan nilai budaya.

Seorang perawat psikiatri diwajibkan mengetahui insiden dan prevalensi penyakit dalam kelompok-kelompok kultural, khususnya di Indonesia. Pengetahuan ini akan membantu perawat untuk menyusun intervensi keperawatan terkait pendidikan kesehatan, skrining, serta program pengobatan dengan lebih efektif. Hal ini dikarenakan perawat telah memiliki perspektif epidemiologi penyakit dalam kelompok-kelompok kultural tersebut.

- 2) Kemanjuran pengobatan berkaitan dengan kepercayaan dan nilai budaya

Perawat psikiatri harus memahami bahwa pada kelompok-kelompok kultural tertentu terdapat praktik-praktik pengobatan tradisional. Misalkan pada kelompok suku Dayak Ma'anyan yang ada di Kalimantan Tengah, pengobatan pertama yang dianjurkan dan cenderung dilakukan ialah "*wadian*" (tarian ritual penyembuhan) atau meminum "*ranu tawar*" (air penyembuh). Campinha-Bacote menjelaskan bahwa meskipun secara eksplisit belum ada yang membahas terkait intervensi tidak peka budaya dalam asuhan keperawatan, seorang perawat psikiatri perlu mengetahui praktik pengobatan sejenis ini. Hal tersebut dikarenakan, praktik pengobatan

seperti ini cenderung menjadi acuan dalam proses perawatan kesehatan dalam sebuah keluarga dan umumnya dipertahankan antar generasi. Perawat yang mampu mengintegrasikan ketiga hal tersebut untuk memperoleh pengetahuan terkait kesehatan pasien akan lebih mudah memahami persepsi pasien terkait penyakitnya dan menafsirkan penyakit pasien dari sudut pandang yang dipahami oleh pasien. Lebih lanjut, Campinha-Bacote dan Purnell menguraikan tahapan untuk memperoleh pengetahuan budaya terdiri dari;

b. Inkompetensi yang tidak disadari

Tahapan ini umumnya terjadi saat seorang perawat tidak menyadari bahwa ia tidak memiliki kompetensi pengetahuan budaya. Dimana seorang perawat tidak menyadari bahwa ada perbedaan budaya/kultur antara dirinya dan pasien. Misalnya, beberapa perawat psikiatri mungkin tidak menyadari bahwa ia tidak memiliki kompetensi dalam ranah keilmuan lain yang berkaitan dengan kondisi sakit atau gangguan jiwa pada pasien. Contohnya, perawat psikiatri mungkin tidak mengetahui atau memahami variasi penyakit, kondisi kesehatan, cara metabolisme obat dalam sebuah kelompok kultural (Campinha-bacote, 2002).

c. Inkompetensi yang disadari

Perawat psikiatri mengetahui dan memahami bahwa budaya atau kultur memiliki peran penting dalam sebuah praktik keperawatan, tetapi perawat tidak tahu bagaimana mengintegrasikan pengetahuan kultural tersebut secara efektif dalam asuhan keperawatan jiwa. Artinya, perawat mungkin menyadari ia defisit pengetahuan terkait keragaman budaya pada pasien-pasien yang dirawatnya. Pada tahapan ini perawat sudah

mulai tertarik dan mulai mempelajari keberagaman budaya di sekitarnya.

d. Kompetensi yang disadari

Tahapan ini terjadi saat perawat telah memiliki kesadaran terkait pengetahuan budaya dan secara sengaja mempelajari keberagaman budaya pasien dan memberikan intervensi keperawatan yang peka terhadap budaya pasien. Perawat yang berada pada tahapan ini mungkin akan mengalami beberapa ketidaknyamanan karena adanya ketakutan melakukan kesalahan interpretasi budaya. Misalnya, saat harus berhadapan dengan pasien berbeda etnis, perawat mungkin akan kesulitan menggunakan istilah-istilah yang berkaitan dengan kultural, karena takut dikaitkan dengan isu-isu politik atau sara (Campinha-bacote, 2002).

e. Kompetensi yang tidak disadari

Campinha-Bacote, menjelaskan bahwa perawat yang berada pada tahapan ini, biasanya sudah memiliki kemampuan spontan dalam memberikan perawatan yang peka terhadap keberagaman budaya pasien. Perawat akan secara alami mampu berinteraksi dengan pasien dari latar belakang budaya yang beragam. Hal ini dapat terlihat dalam proses komunikasi dan interaksi dengan pasien dalam pelaksanaan asuhan keperawatan jiwa (Campinha-bacote, 2002).

4. Pertemuan kultural (*cultural encounters*)

Seorang perawat yang sudah memiliki kompetensi kesadaran kultural, mungkin saja meyakini dirinya telah mampu mengenali keberagaman budaya pasien berdasarkan apa yang dipelajarinya atau berdasarkan pengalaman berinteraksi dengan kelompok kultural tertentu. Akan tetapi, perlu disadari oleh perawat bahwa generalisasi keyakinan, nilai, dan praktik kultural dalam sebuah kelompok budaya belum tentu dapat diwakilkan oleh kelompok kecil dari kelompok

kultural tersebut. Hal ini disebabkan oleh banyaknya keberagaman kultural yang ada dalam kelompok budaya. Melewati kesadaran tersebut, Campinha-Bacote mengingatkan bahwa penting untuk melakukan interaksi langsung dengan pasien dari beragam kelompok budaya.

Perawat psikiatri hendaknya bertatap muka langsung dan melakukan komunikasi langsung dengan pasien dari bermacam latar belakang kultur agar dapat memperbaiki atau mengubah keyakinan kultural yang merugikan dan menghambat proses asuhan keperawatan. Pertemuan langsung dengan pasien akan mengurangi risiko perawat untuk lebih terikat pada pengetahuan teoritis saja. Campinha-Bacote mengingatkan pula, pada kompetensi pertemuan budaya, perawat mungkin mendapatkan beberapa hambatan dan ketidaknyamanan dalam menerapkan kompetensi ini. Seringkali komunikasi non verbal seorang perawat psikiatri dimaknai berbeda oleh pasien dan menyebabkan kesalahpahaman yang dianggap menghina atau menyinggung kelompok budaya tertentu.

Menyadari hal tersebut, maka perawat psikiatri harus lebih peka terhadap makna bahasa non verbal yang diyakini pasien, seperti kontak mata, ekspresi wajah, sentuhan, bahasa tubuh, dan jarak nyaman saat melakukan kompetensi pertemuan budaya (Campinha-bacote, 2002). Contohnya, perawat dari suku A dikenal sebagai suku yang berbicara dengan suara keras dan nyaring seperti orang marah. Gaya bahasa ini, bisa saja dianggap oleh pasien yang berasal dari suku B sebagai sebuah ketidaknyamanan dan sebuah tindakan tidak hormat. Oleh sebab itu, perawat perlu peka pada hal-hal tersebut.

##### 5. Keinginan kultural (*cultural desire*)

Kompetensi kultural yang dikenalkan Campinha-Bacote pada awalnya hanya terdiri dari 4 konstruksi yaitu kesadaran budaya, keterampilan budaya, pengetahuan budaya dan pertemuan budaya. Namun,

Campinha-Bacote menyadari bahwa dibutuhkan keinginan dan motivasi dari perawat itu sendiri untuk mengintegrasikan ke empat konstruksi tersebut ke dalam proses asuhan keperawatan. Mengutip apa yang dijabarkan oleh Campinha-Bacote, keinginan kultural merupakan motivasi perawat untuk “ingin” melibatkan asuhan keperawatan jiwa yang peka budaya, bukan karena “harus” mengaplikasikan hal tersebut. Sederhananya, Campinha-Bacote menjelaskan bahwa untuk menjalankan empat konstruksi tersebut dibutuhkan kesadaran diri dari perawat bahwa aspek budaya yang diyakini pasien sama pentingnya dengan aspek-aspek lain dalam proses asuhan keperawatan jiwa. Kesadaran diri tersebut hanya dapat dicapai, apabila perawat memahami nilai dan keyakinan kultural yang dimilikinya sendiri. Bila seorang perawat mampu mencapai kesadaran diri ini, maka ia akan terbuka kepada keberagaman budaya pasien yang dirawatnya. Keterbukaan ini akan membantu perawat mampu bekerja sama dalam proses asuhan keperawatan jiwa dengan pasien tanpa mengabaikan aspek budaya yang diyakini pasien (Campinha-bacote, 2002).

### **Menjadi Perawat Jiwa dengan Kompetensi Kultural**

Pemaparan sebelumnya menegaskan bahwa aspek kultural dalam praktik keperawatan jiwa tidak dapat diabaikan begitu saja oleh seorang perawat psikiatri. Melihat keterikatan budaya terhadap cara pandang dan keputusan perawatan seorang pasien, maka perawat psikiatri dituntut untuk memiliki kompetensi kultural. Penjabaran sebelumnya terkait lima kompetensi kultural yang harus dimiliki oleh perawat agar mampu menjadi perawat jiwa yang peka budaya, menggambarkan bahwa aspek kultural tidak dapat dipelajari dengan cara yang sederhana. Seorang perawat jiwa harus memiliki kerendahan hati serta kesadaran diri untuk mengevaluasi dirinya sendiri, sejauh mana pemahaman dan skill yang dimiliki terkait asuhan keperawatan jiwa yang peka budaya. Untuk membantu hal tersebut, berikut di bawah ini, beberapa cara evaluasi diri yang dapat dilakukan oleh

perawat psikiatri untuk menjadi perawat jiwa yang berkompetensi kultural.

### 1. ASKED

Campinha-Bacote menyusun beberapa pertanyaan evaluasi yang dapat digunakan oleh seorang perawat psikiatri untuk mengevaluasi sejauh mana skill yang sudah dimiliki perawat terkait kompetensi kultural menggunakan ASKED. Pertanyaan-pertanyaan tersebut direfleksikan oleh perawat secara mandiri sebagai bentuk dari evaluasi diri (Campinha-bacote, 2002). Secara rinci, panduan pertanyaan evaluasi ASKED dapat dilihat pada tabel di bawah ini;

<b>Apakah anda “ASKED (menanyakan) pertanyaan yang benar?</b>	
<i>Awareness</i>	Apakah anda menyadari adanya bias dan prasangka personal terhadap pasien yang berbeda keyakinan kultural dengan anda?
<i>Skill</i>	Apakah anda memiliki kompetensi yang cukup untuk melakukan pengkajian berbasis budaya?
<i>Knowledge</i>	Apakah anda memiliki pengetahuan yang cukup terkait multikultural di dunia, khususnya Indonesia?
<i>Encounters</i>	Seberapa sering anda akan berhadapan dengan pasien yang berbeda budaya dengan anda?
<i>Desire</i>	Apa motivasi anda ingin menjadi perawat yang kompeten dalam asuhan keperawatan jiwa peka budaya?

Pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas, telah dimodifikasi untuk lebih relevan dengan kondisi perawatan jiwa yang ada di negara multikultural seperti Indonesia.

2. Memahami prinsip fundamental keperawatan jiwa transkultural

Ragam keyakinan kultural tidak cukup hanya diatasi dengan menambahkan kompetensi kultural. Seorang perawat psikiatri perlu memahami terkait keperawatan kesehatan jiwa transkultural. Madeleine Leininger telah melakukan studi etnografi terhadap 50 budaya, baik budaya barat maupun non-barat, selama lebih dari 40 tahun. Leininger berpendapat, perawat perlu memahami prinsip fundamental keperawatan jiwa transkultural untuk mampu memberikan asuhan keperawatan jiwa transkultural (Leininger & McFarland, 2002). Adapun prinsip dasar tersebut yaitu:

- a. Perawat memahami dan menghormati perbedaan budaya antara perawat dan pasien, serta merawat pasien dari latar belakang kultur beragam sebagai manusia
- b. Perawat harus memahami nilai-nilai kulturalnya sendiri, termasuk keyakinan dan cara hidup agar dapat menginterpretasikan budaya pasien dengan akurat
- c. Perawat perlu bekerja sama bersama mentor perawat transkultural untuk menciptakan terapi yang efektif dan peka budaya
- d. Perawat perlu mempelajari pola hidup budaya pasien, termasuk struktur sosial, sudut pandang, lingkungan serta perilaku pasien terkait kesehatan mental
- e. Perawat perlu memberikan waktu dan bersabar saat merawat pasien yang memiliki nilai kultural yang berbeda dengan perawat

- f. Perawat perlu belajar bagaimana kelompok kultural tertentu merespon kondisi sakit

Leininger menemukan beberapa hal yang perlu dipahami bahwa kelompok budaya yang ada di dunia menggunakan cara mereka sendiri untuk mengatasi masalah emosional. Sangat penting untuk memahami, bagaimana gangguan jiwa diekspresikan dalam kelompok-kelompok kultural agar perawat dapat mengembangkan asuhan keperawatan yang efektif.



## Daftar Pustaka

- Adelian, I. D., Pujaastawa, I. B. G., & Sudiarna, I. G. P. (2021). Penanganan Rehabilitasi Orang dengan Gangguan Jiwa Di Panti Renceng Mose, Manggarai, Nusa Tenggara Timur. *Syntax Idea*, 3(No 7). <https://doi.org/10.36418/syntax-idea.v3i7.1373>
- Andrews, M. M., & Boyle, J. S. (2012). *Transcultural Concepts in Nursing Care* (6th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Campinha-bacote, J. (2002). Cultural Competence in Psychiatric Nursing: Have You “ ASKED ” the Right Questions ?, (December), 183–187. <https://doi.org/10.1067/mpn.2002.130216>
- Gulnart, D., & Kane, J. M. (2019). Is Transcultural Psychiatry Possible ?, 11004. <https://doi.org/10.1111/acps.12422>
- Islamiati, R., Widianti, E., & Suhendar, I. (2018). Sikap Masyarakat Terhadap Orang dengan Gangguan Jiwa di Desa Kersamanah Kabupaten Garut. *Jurnal Keperawatan BSI*, VI (2), 195–205. <https://doi.org/10.31311/jk.v6i2.4107>
- Jati, A. K., Luhpuri, D., & Supiadi, E. (2019). Kondisi Psikososial Korban Pemasungan Di Kabupaten Cianjur Jawa Barat. *Jurnal Ilmiah Rehabilitasi Sosial*, 01(1), 1–25. Retrieved from <https://jurnal.poltekesos.ac.id/index.php/rehsos/article/view/174>
- Lanawati, L., Tutpai, G., & Sinta, D. (2022). Stigma Masyarakat Suku Banjar Terhadap Orang Dengan Gangguan Jiwa Berat Di Masa Pandemi Covid-19. *Jurnal Keperawatan Suaka Insan*, 7(2), 84–90. <https://doi.org/10.51143/jksi.v7i2.324>
- Leininger, M., & McFarland, M. R. (2002). *Transcultural Nursing; concepts, theories, research & practice* (Third Edit). McGraw-Hill.
- Pramana, I, & Herdiyanto, Y. . (2018). Penerapan Kearifan Lokal Masyarakat Bali yang Dapat Mengurangi Stigma Terhadap Orang dengan Gangguan Jiwa. *Jurnal Psikologi Udayana*, 5(2), 226–241.

## **Profil Penulis**



### **Lanawati**

Ketertarikan penulis terhadap ilmu keperawatan jiwa dimulai pada tahun 2014, sesaat setelah penulis menyelesaikan pendidikan S1 dan Ners di STIKES Suaka Insan. Motivasi yang tinggi untuk lebih mendalami terkait keperawatan jiwa menghantarkan penulis menempuh pendidikan lanjut S2 keperawatan dengan peminatan keperawatan jiwa di prodi Magister Keperawatan, Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya pada tahun 2017 sampai dengan 2019.

Saat ini, penulis aktif mengajar dan melakukan penelitian terkait topik-topik psikososial dalam kelompok kultural. Melewati riset-riset tersebut, penulis telah beberapa kali memublikasikan artikel penelitian terkait masalah psikososial dari praktik kultural di masyarakat. Penulis percaya, bahwa aspek kultural tidak dapat diabaikan begitu saja oleh perawat dalam proses asuhan keperawatan jiwa. Oleh karenanya, penulis sangat giat menyuarakan hal tersebut dalam proses belajar mengajar dengan mahasiswa maupun dalam forum seminar. Semangat dan motivasi tersebut pun yang membuat peneliti dipercaya untuk mengampu mata ajar psikososial dan budaya dalam keperawatan, serta mendapatkan beberapa kali hibah internal terkait penelitian dengan topik transkultural dan psikososial.

Email Penulis: [lanawati.ssi@gmail.com](mailto:lanawati.ssi@gmail.com)



# BULLYING PADA REMAJA DAN DAMPAK PADA KESEHATAN MENTAL REMAJA

**Nia Agustiningsih, S.Kep., Ns., M.Kep.**

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Kepanjen

## **Konsep *Bullying***

### 1. Pengertian *Bullying*

*Bullying* adalah perilaku kasar atau agresif yang diarahkan pada korban oleh pelaku dengan maksud menyebabkan kerugian psikologis, emosional atau fisik sebagai akibat dari ketidakseimbangan kekuatan sebagai tindakan disengaja yang dilakukan oleh suatu kelompok atau individu secara berulang-ulang dan terus menerus terhadap korban yang tidak dapat dengan mudah membela dirinya sendiri yang bisa mempengaruhi korban pada beberapa aspek seperti sosial, emosional, kesehatan dan akademis (Aboagye et al., 2021). *Bullying* umumnya dianggap sebagai tindakan yang disengaja, berulang, agresif yang dilakukan secara berlebihan, dengan ketidakseimbangan kekuatan antara pengganggu dan korban (Zhang et al., 2019). Menurut Eyuboglu et al (2021) *bullying* didefinisikan sebagai perilaku agresif yang disengaja yang dilakukan berulang – ulang (Chu et al., 2019) dan melibatkan ketidakseimbangan kekuatan yang dilakukan oleh pelaku dan yang dirasakan oleh korban. Dapat disimpulkan bahwa *bullying* sebagai perilaku kasar atau agresif yang

disengaja dan dilakukan berulang – ulang yang diarahkan pada korban oleh pelaku (Salmon *et al.*, 2018; Chu *et al.*, 2019) dengan maksud menyebabkan kerugian psikologis, emosional atau fisik sebagai akibat dari ketidakseimbangan kekuatan sebagai tindakan disengaja yang dilakukan oleh suatu kelompok atau individu secara berulang-ulang dan terus menerus (Eyuboglu *et al.*, 2021) terhadap korban yang tidak dapat dengan mudah membela dirinya sendiri yang bisa mempengaruhi korban pada beberapa aspek seperti sosial, emosional, kesehatan dan akademis (Samara *et al.*, 2017; ).

## 2. Peran, Jenis dan Tindakan *Bullying*

Menurut Eyuboglu *et al* (2021) peran individu dalam *bullying* terdiri dari pelaku, korban dan korban – pelaku. Bentuk *bullying* bisa berupa fisik (misalnya, memukul, menendang), verbal (misalnya, menyebut nama, ancaman), atau agresi psikologis (misalnya, rumor, pengucilan), dan *bullying* adalah bentuk agresi proaktif atau reaktif (Zhang *et al.*, 2019). Kim, Shim and Hay (2020a) memberikan penjelasan tentang *bullying* yang terdiri dari 4 hal. Pertama, *bullying* kemungkinan akan dilihat sebagai tidak adil oleh korban justru karena ketidakseimbangan kekuatan yang ada dan cara-cara di mana *bullying* akan tampak melanggar harapan seseorang untuk diperlakukan dengan tepat. Kedua, besarnya ketegangan yang disebabkan oleh intimidasi harus dilihat sebagai cukup tinggi, mengingat bahwa hubungan teman sebaya sering menjadi sentral dalam kehidupan remaja. Artinya, intimidasi yang melibatkan masalah hubungan dengan teman sebaya mungkin lebih menyakitkan daripada jenis peristiwa kehidupan yang penuh tekanan selama masa remaja. Ketiga, *bullying* sering kali akan melibatkan tidak adanya kontrol sosial konvensional karena akan terjadi jauh dari otoritas orang dewasa yang diberikan oleh orang tua dan guru. Terakhir, intimidasi harus mendorong tindakan menyimpang dan berbahaya dengan memaparkan individu yang tegang kepada individu

lain — pengganggu itu sendiri — yang mencontoh tindakan berbahaya. Dengan kata lain, korban akan mempelajari perilaku pelaku intimidasi yang mengarah pada korban. Dalam pengertian ini, korban *bullying* dapat dilihat sebagai jenis ketegangan yang paling mungkin menyebabkan kenakalan korban. Chu *et al* (2019) menjelaskan bahwa *bullying* terdiri dari 2 jenis yaitu: *traditional bullying* dan *cyberbullying victimization*.

a. *Traditional bullying*

Adalah *bullying* yang dilakukan dengan tatap muka yang dapat melibatkan tindakan fisik, tekanan verbal, ejekan, pengucilan sosial, agresi relasional, atau perilaku lain seperti bentuk pelecehan diskriminatif tertentu, yang melibatkan perilaku agresif yang menargetkan karakteristik pribadi individu (misalnya, komentar ofensif tentang ras atau budaya, orientasi seksual atau identitas gender, bentuk tubuh, ukuran atau penampilan).

b. *Cyberbullying*

Istilah *cyberbullying* berkaitan dengan tindakan *bullying* yang dilakukan melalui internet / *online* dengan menggunakan teknologi informasi dan komunikasi. Dibandingkan *traditional bullying*, *cyberbullying* menjangkau orang dalam jumlah tak terbatas dengan peningkatan paparan dan waktu (Guo, 2021). *Cyberbullying* dicirikan dengan mengirimkan pesan agresif atau gambar yang memalukan dan melecehkan melalui media sosial), melakukan panggilan telepon yang mengintimidasi, meniru identitas korban, merekam dan kemudian membagikan video dimana korban diejek atau diserang, memposting komentar yang meremehkan dan/atau gambar yang memalukan di situs jejaring sosial, atau mengintimidasi atau mengancam seseorang secara elektronik (Olga, Apolinario, Romera, & Ortega-ruiz, 2019; Grifoni et al., 2021)

Ada beberapa jenis tindakan *bullying* (Chadwick, 2014; Donegan, 2012; Antiri, 2016) pada remaja:

1. Fisik

*Bullying* fisik merupakan segala bentuk *bullying* yang melibatkan pelecehan atau serangan fisik yang dilakukan dengan tidak hanya memukul atau menendang, tetapi juga mengambil sesuatu atau merusak barang milik orang lain. *Bullying* fisik adalah jenis yang paling nampak dan yang paling mudah diidentifikasi. Contoh dari *bullying* fisik seperti menendang, melempar, mendorong, memukul, dan mencubit.

2. Verbal

*Bullying* verbal merupakan *bullying* menggunakan kata-kata yang tidak menyenangkan kepada orang lain untuk mengintimidasi. *Bullying* verbal dapat lebih berbahaya dari *bullying* fisik karena terjadi dalam jangka waktu yang lama dan berupa penghancuran citra diri dan harga diri dari seseorang. Contoh *bullying* verbal antara lain, sebutan nama panggilan yang buruk, menyebarkan rumor yang tidak benar, mengejek, dan menindas orang lain dengan kata-kata kasar.

3. *Cyberbullying*

*Cyberbullying* merupakan bahaya yang dilakukan secara sengaja dan berulang-ulang yang ditimbulkan dari penggunaan media sosial atau pesan elektronik. Pelaku *cyberbullying* dapat bersembunyi dibalik komputer, dengan kata lain pelaku *cyberbullying* dapat melakukan penyamaran saat melakukan perilaku *bullying*.

4. *Relational Bullying*

*Relational bullying* atau dapat disebut dengan *sosial bullying* lebih berdampak pada emosional korban dari pada fisik. Tindakan relasional *bullying* terjadi secara tersembunyi dan terjadinya antara teman. Dampak dari *relational bullying* ini sama besarnya dengan

*bullying* tidak langsung. *Sosial bullying* merupakan salah satu *bullying* yang disengaja dan dalam bentuk pengucilan, pengabaian, atau pengecualian pada seseorang.

5. *Harassment* / Gangguan

Berulang kali mengirim pesan yang menyinggung, kasar, dan menghina sering kali dikirim setiap saat, siang dan malam. Beberapa bahkan mungkin memposting pesan mereka ke forum publik, ruang obrolan atau papan buletin di mana orang lain dapat melihat ancaman.

6. *Denigration* / Fitnah

Menyebarkan informasi tentang orang lain yang menghina dan tidak benar dengan mempostingnya di halaman *Web*, mengirimkannya ke orang lain melalui *email* atau pesan instan, atau memposting atau mengirim foto seseorang yang diubah secara digital.

7. *Flaming* / Pertengkaran

"Pertarungan" *online* atau pertengkaran sengit menggunakan pesan elektronik di ruang obrolan, melalui pesan instan atau melalui *email* dengan bahasa kasar dan vulgar. Penggunaan huruf kapital, gambar, dan simbol menambah emosi pada argumen mereka.

8. *Impersonation* / Peniruan

Membobol *email* atau akun jejaring sosial dan menggunakan identitas online orang tersebut untuk mengirim atau memposting materi yang kejam atau memalukan kepada atau tentang orang lain.

9. *Masquerading* / Penyamaran

Berpura-pura menjadi orang lain dengan membuat *email* palsu alamat atau nama pesan instan. Mereka mungkin juga menggunakan email atau ponsel orang lain sehingga seolah-olah ancaman tersebut dikirim oleh orang lain.



## 10. *Pseudonyms* / Nama Samaran

Menggunakan alias atau nama panggilan *online* untuk merahasiakan identitas mereka. Orang lain yang *online* hanya mengenal mereka dengan nama samaran ini yang mungkin tidak berbahaya atau menghina.

## 11. *Outing and Trickery*

Tampilan publik atau penerusan komunikasi pribadi seperti pesan teks, email atau pesan instan. Membagikan rahasia atau informasi yang memalukan seseorang, atau menipu seseorang untuk mengungkapkan rahasia atau informasi yang memalukan dan meneruskannya kepada orang lain.

## 12. *Cyber Stalking*

Merupakan bentuk pelecehan. Berulang kali mengirim pesan yang mencakup ancaman bahaya atau sangat mengintimidasi, atau terlibat dalam aktivitas *online* lainnya yang membuat seseorang takut akan keselamatannya. Biasanya pesan dikirim melalui komunikasi pribadi seperti email atau pesan teks. Tergantung pada isi pesannya, mungkin juga ilegal.

### **Dampak *Bullying* pada Kesehatan Mental Remaja**

Penelitian menunjukkan bahwa remaja yang menjadi korban *bullying* akan meningkatkan resiko reaksi stress, emosi negatif, depresi dan keinginan membalas dendam (Rey, Quintana-orts and Sergio, 2020). Wanita lebih cenderung melaporkan frustrasi, marah, dan sedih daripada pria (Chadwick, 2014). Kemarahan dan frustrasi cenderung menjadi dampak emosional utama di kalangan anak muda. Anak-anak yang lebih kecil yang tidak melaporkan *bullying* atau yang menginternalisasi rasa sakit dan kesal cenderung memiliki masalah kesejahteraan mental dengan implikasi serius karena tingkat tekanan emosional yang lebih tinggi. Selain itu, remaja yang menjadi korban *bullying* memiliki kemungkinan lebih besar melaporkan masalah emosional dan masalah perilaku seperti misalnya, gejala depresi, kesepian, menarik diri, gangguan panik, serta fungsi

sekolah yang lebih buruk (misalnya, perilaku prososial, kepuasan sekolah, prestasi akademik), depresi, kecemasan, gejala somatik (misalnya, kesepian, penarikan diri), rendahnya kepuasan hidup dan perilaku bunuh diri (Chu *et al.*, 2019; Arslan, 2021). Dengan adanya dampak sebagaimana yang telah disebutkan maka diperlukan kemampuan bagi remaja untuk berjuang memodifikasi resiko masalah kesehatan yang berkaitan dengan *bullying* untuk mencegah masalah psikologis dalam jangka pendek dan jangka panjang (Eyuboglu *et al.*, 2021).

Masalah psikologis terjadi karena reaksi pasif individu terhadap stresor, terutama stresor interpersonal. Korban *bullying* mengakibatkan remaja mengalami masalah psikososial karena adanya evaluasi teman sebaya yang negatif atau pengucilan sosial, yang selanjutnya dapat memperkuat evaluasi diri negatif remaja (Chu *et al.*, 2019). Masalah psikologis yang umum terjadi pada korban *bullying* (tradisional maupun *cyberbullying*) adalah stress dan depresi. Stres adalah masalah psikologis spesifik yang terjadi pada korban tradisional *bullying*, sedangkan harga diri, kecemasan sosial, dan kesepian adalah masalah psikologis yang terjadi pada korban *cyberbullying*. Analisis lebih lanjut menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan masalah psikososial yang terjadi pada dua jenis korban *bullying*. Remaja yang mengalami salah satu jenis korban *bullying* memiliki kemungkinan peluang lebih besar untuk mengalami jenis korban *bullying* lainnya, karena korban *bullying* mengalami perubahan dalam proses sosial kognitif yang akan menghasilkan penyimpangan kognitif negatif, yang membuat korban bertindak canggung ketika berinteraksi dengan teman sebaya. Beberapa penelitian telah menjelaskan bahwa masalah psikologis bisa terjadi pada seluruh peran pada *bullying* maupun *cyberbullying*, namun masalah psikologis yang signifikan terjadi pada korban. Berdasarkan hasil penelitian bahwa remaja korban *bullying* dan *cyberbullying* akan cenderung mengalami distress psikologis, depresi, kecemasan, harga diri rendah, ide dan upaya bunuh diri serta kesepian (Chu *et al.*, 2018; Chu *et al.*, 2019; Albdour *et al.*, 2019; Baier *et al.*, 2019) baik pada laki – laki maupun perempuan

(Baier et al., 2019). Menurut Eyuboglu et al (2021) menjelaskan bahwa semua remaja yang terlibat dalam *cyberbullying* maupun tradisional *bullying* memiliki masalah pada kesehatan mental negatif. Berbagai masalah berkaitan dengan psikologis akan mempengaruhi kesejahteraan psikologis remaja terutama yang menjadi korban *bullying* dan *cyberbullying* (González-Cabrera et al., 2018) dan akan berkaitan dengan kualitas hidup (González-Cabrera et al., 2020). Hasil dari kajian literatur didapatkan bahwa data bahwa masalah kesehatan mental yang terjadi akibat tindakan *bullying* dan *cyberbullying* adalah sebagai berikut:

1. Kecemasan, stress dan depresi

Menurut Livazović & Ham (2019) menjelaskan bahwa tekanan emosional paling tinggi terjadi pada korban maupun pelaku *cyberbullying* (Wang et al., 2019) dari pada tradisional *bullying*. Penelitian lain menjelaskan bahwa gangguan emosional bahkan gangguan kejiwaan paling tinggi terjadi pada korban *cyberbullying* seperti depresi (Mallik, 2020). Pengalaman peristiwa negatif yang dialami oleh remaja dan karakteristik tertentu pada remaja akan berkontribusi terhadap stress yang berlebihan ketika remaja menghadapi *bullying* dan *cyberbullying* (Bao et al., 2020). Remaja korban *bullying* dan *cyberbullying* akan mengalami perubahan yaitu kecemasan sosial sehingga mendorong remaja untuk membatasi interaksi dengan menarik diri sehingga remaja merasa kesepian. Hal tersebut akan mendorong remaja untuk lebih memilih berinteraksi secara *online* yang selanjutnya akan beresiko terus mendapatkan *cyberbullying*. Dalam hal ini kecemasan dan depresi bukan hanya sebagai dampak kesehatan mental akibat *cyberbullying* namun juga sebagai salah satu faktor yang menjadikan remaja beresiko menjadi korban *cyberbullying* (Chu et al., 2019). Kecemasan dan depresi pada remaja korban *cyberbullying* lebih tinggi terjadi pada remaja perempuan.

Masalah psikologis seperti cemas, stress dan depresi terjadi karena remaja tidak memiliki strategi koping yang tepat sehingga tidak mampu bertahan dalam waktu yang lama ketika menghadapi kondisi yang penuh dengan tekanan. Menurut Duan et al (2020) bahwa strategi koping yang dilakukan oleh remaja yang menghadapi *bullying* dapat menjadi koping yang adaptif yang mampu bertahan hanya dalam jangka pendek. Remaja dengan karakteristik tertentu dan gaya koping yang maladaptif cenderung merasakan stress yang berlebihan ketika menghadapi situasi tidak menyenangkan. Oleh karena itu remaja perlu memiliki strategi koping yang tepat yang membuat remaja bertahan dalam menghadapi *bullying* dan *cyberbullying*.

## 2. Harga diri rendah

Remaja yang menjadi korban *bullying* dan *cyberbullying* beresiko memiliki evaluasi teman sebaya yang buruk dan mengakibatkan pengucilan sosial sehingga korban memiliki evaluasi negatif pada diri sendiri. Adanya pengucilan sosial menyebabkan korban *cyberbullying* dan *tradisional bullying* memiliki kepercayaan diri, kepercayaan pada orang lain, kompetensi emosional, dan kesejahteraan subjektif yang rendah (Arslan, 2021). Menurut Eyuboglu et al (2021) bahwa *cyberbullying* pada remaja memiliki resiko tinggi terhadap terjadinya harga diri rendah dari pada *tradisional bullying*. Remaja perempuan dengan masalah psikososial akan cenderung lebih rentan dalam menguatkan evaluasi diri negatif dengan merendahkan diri ketika menjadi korban *cyberbullying* (Chu et al., 2019). Remaja yang memiliki evaluasi diri negatif dan melakukan internalisasi yang tinggi terhadap stressor akan cenderung beresiko menyakiti diri sendiri, melukai diri sendiri yang selanjutnya akan memunculkan ide dan upaya bunuh diri (Baier et al., 2019).

### 3. Ide dan upaya bunuh diri

Semua bentuk *bullying* pada remaja beresiko terhadap adanya masalah psikologis dan terjadinya bunuh diri (Baiden & Tadeo, 2020; Islam et al., 2020; Peng et al., 2020; Hasan et al., 2021; Smith & Reidy, 2021; Yang et al., 2021) namun menurut Eyuboglu et al (2021) bahwa masalah psikologis dan upaya bunuh diri terjadi lebih tinggi pada *cyberbullying* dari pada *traditional bullying*. Bao et al (2020) menjelaskan bahwa ide bunuh diri pada remaja yang menjadi korban *bullying* maupun *cyberbullying* terjadi karena perasaan malu, bersalah, takut, dan putus asa yang tinggi dan remaja kurang memiliki dukungan dari teman sebaya. Selain itu adanya kecemasan dan depresi pada remaja serta kurangnya dukungan dari keluarga dan teman menjadi faktor resiko remaja melakukan ide dan upaya bunuh diri. Hasil penelitian menjelaskan bahwa remaja perempuan memiliki kecenderungan mengalami tekanan psikologis dan ide bunuh diri yang tinggi karena internalisasi terhadap stressor *cyberbullying* yang berlebihan dari pada remaja laki – laki (Kim et al., 2019)

## Daftar Pustaka

- Aboagye, R. G. *et al.* (2021) 'A multi-country analysis of the prevalence and factors associated with bullying victimisation among in-school adolescents in sub-Saharan Africa : evidence from the global school-based health survey', *BMC Psychiatry*. *BMC Psychiatry*, 21(325), pp. 1–11. doi: s1288802103337-5.
- Antiri, K. O. (2016). Types of Bullying in the Senior High Schoos in Ghana. *Journal of Education and Practice*, 7(36), 131-138.
- Arslan, G. (2021) 'School Bullying , Mental Health , and Wellbeing in Adolescents : Mediating Impact of Positive Psychological Orientations', *Child Indicators Research*. *Child Indicators Research*, 14, pp. 1007–1026. doi: 10.1007/s12187-020-09780-2.
- Baier, D., Hong, J. S., Kliem, S., & Bergmann, M. C. (2019). Consequences of Bullying on Adolescents' Mental Health in Germany: Comparing Face-to-Face Bullying and Cyberbullying. *Journal of Child and Family Studies*, 28(9), 2347–2357. <https://doi.org/10.1007/s10826-018-1181-6>
- Bao, J., Li, H., Song, W., & Jiang, S. (2020). Being bullied, psychological pain and suicidal ideation among Chinese adolescents: A moderated mediation model. *Children and Youth Services Review*, 109(September 2019), 104744. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.104744>
- Chu, X. W. *et al.* (2019) 'Does bullying victimization really influence adolescents' psychosocial problems? A three-wave longitudinal study in China', *Journal of Affective Disorders*. Elsevier B.V., 246(September 2018), pp. 603–610. doi: 10.1016/j.jad.2018.12.103.
- Donegan, R. (2012). Bullying and Cyberbullying : History, Statistic, Law, Prevention, and, Analysis. *The Elon Journal of Undergraduate Research in Communications*, 33-42

- Chadwick, S. (2014) *Impacts of Cyberbullying, Building Social and Emotional Resilience in Schools*. New York: Springer. doi: 10.1007/978-3-319-04031-8.
- Eyuboglu, M. *et al.* (2021) 'Traditional school bullying and cyberbullying: Prevalence, the effect on mental health problems and self-harm behavior', *Psychiatry Research*. Elsevier B.V., 297(June 2020), p. 113730. doi: 10.1016/j.psychres.2021.113730.
- Grifoni, P. *et al.* (2021) 'Against Cyberbullying Actions: An Italian Case Study', *sustainability Article*, 13(2055), pp. 1–15. doi: 10.3390/su13042055.
- González-Cabrera, J., León-Mejía, A., Beranuy, M., Gutiérrez-Ortega, M., Alvarez-Bardón, A., & Machimbarrena, J. M. (2018). Relationship between cyberbullying and health-related quality of life in a sample of children and adolescents. *Quality of Life Research*, 27(10), 2609–2618. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-1901-9>
- González-Cabrera, J. *et al.* (2020) 'Joint association of bullying and cyberbullying in health-related quality of life in a sample of adolescents', *Quality of Life Research*. Springer International Publishing, 29(4), pp. 941–952. doi: 10.1007/s11136-019-02353-z.
- Guo, S. (2021) 'A Comparison of Traditional Victims, Cyber Victims, Traditional-Cyber Victims, and Uninvolved Adolescents: A Social-Ecological Framework', *Child and Youth Care Forum*. Springer US, 50(5), pp. 925–945. doi: 10.1007/s10566-021-09604-6.
- Kim, J., Shim, H. S. and Hay, C. (2020b) 'Unpacking the dynamics involved in the impact of bullying victimization on adolescent suicidal ideation: Testing general strain theory in the Korean context', *Children and Youth Services Review*. Elsevier, 110(September 2019), p. 104781. doi: 10.1016/j.childyouth.2020.104781.

- Mallik, C. I. (2020). Adolescent victims of cyberbullying in Bangladesh- prevalence and relationship with psychiatric disorders. *Asian Journal of Psychiatry*, 48, 101893. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2019.101893>
- Olga, G. *et al.* (2019) 'The Role of Family in Bullying and Cyberbullying Involvement: Examining a New Typology of Parental Education Management Based on Adolescents ' View of Their Parents', *social sciences Article*, 8(25), pp. 1–15. doi: 10.3390/socsci8010025.
- Salmon, S. *et al.* (2018) 'Bullying victimization experiences among middle and high school adolescents: Traditional bullying, discriminatory harassment, and cybervictimization', *Journal of Adolescence*, 63(May 2017), pp. 29–40. doi: 10.1016/j.adolescence.2017.12.005.
- Samara, M. *et al.* (2017) 'Bullying and Cyberbullying: Their Legal Status and Use in Psychological Assessment', *International Journal of Environmental Research and Public Health Article*, 14(1449), pp. 1–17. doi: 10.3390/ijerph14121449.
- Rey, L., Neto, F. and Extremera, N. (2020) 'Cyberbullying victimization and somatic complaints : A prospective examination of cognitive emotion regulation strategies as mediators', *International Journal of Clinical and Health Psychology*. Asociación Española de Psicología Conductual, 20(2), pp. 135–139. doi: 10.1016/j.ijchp.2020.03.003.
- Wang, L. (2021) 'The Effects of Cyberbullying Victimization and Personality Characteristics on Adolescent Mental Health : An Application of the Stress Process Model'. doi: 10.1177/0044118X211008927.
- Zhang, H. *et al.* (2019) 'Bullying victimization and depression among left-behind children in rural China: Roles of self-compassion and hope', *Child Abuse and Neglect*. Elsevier, 96(June), p. 104072. doi: 10.1016/j.chiabu.2019.104072.



## **Profil Penulis**



### **Nia Agustiningsih**

Kelahiran Malang, 10 Agustus 1984 telah menyelesaikan pendidikan sarjana keperawatan di Universitas Brawijaya pada tahun 2006. Program Profesi Ners dan Magister Keperawatan Peminatan Keperawatan Jiwa telah diambil pada kampus yang sama lulus pada tahun 2007 dan 2017.

Bekerja sebagai dosen mulai tahun 2007 – 2010 di STIKes Bhakti Mulia Pare – Kediri dan tahun 2010 sampai saat ini tercatat sebagai dosen STIKes Kepanjen di Malang. Buku yang pernah ditulis adalah:

1. Cognitive Therapy dan Logo Therapy Dalam Menurunkan Depresi Pada Pasien Hemodialisis
2. Cyberbullying Pada Remaja

Penelitian yang telah mendapatkan dana dari Ristekdikti adalah “Pengaruh Cognitif Behaviour Theray Terhadap Body Image Satisfaction Pada Remaja”

Email Penulis: [anisa.hanifa1115@gmail.com](mailto:anisa.hanifa1115@gmail.com)

# ETIKA DAN PERAN DALAM KESEHATAN MENTAL

**Ns. Rizka Ausrianti, M.Kep.**

STIKes Mercubaktijaya Padang

## **Etika dalam Keperawatan Jiwa**

### 1. Pengertian

Etika keperawatan jiwa adalah nilai-nilai dan prinsip-prinsip yang di akui profesi keperawatan untuk melakukan tugasnya dan berkaitan dengan pasien, masyarakat, teman sejawat maupun dengan organisasi profesi, serta pengaturan praktik dalam keperawatan itu sendiri (Dewi, 2012). Etika keperawatan merupakan suatu pedoman untuk melakukan praktek keperawatan, termasuk itu untuk keperawatan jiwa. Menurut Dewi (2012), terdapat 4 hal yang harus ditanyakan perawat untuk melindungi perawat secara hukum sebagai berikut:

- a. Menanyakan perasaan klien
- b. Menanyakan jikalau ada perubahan kondisi
- c. Menanyakan dan mendokumentasikan ekspresi non verbal di saat komunikasi untuk mencegah terjadinya kesalahan komunikasi.
- d. Tanyakan standing order, terutama bila perawat belum memiliki pengalaman.

Di dalam melaksanakan asuhan keperawatan dapat dilakukan secara mandiri atau delegasi. Dalam hal ini harus memperhatikan hal berikut:

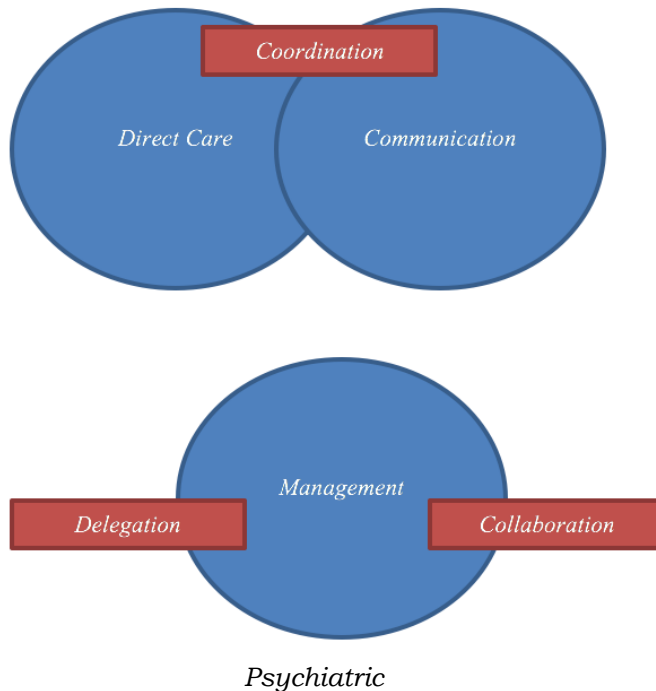
- a. Perawat harus mengetahui tugas dan fungsi perawat.
  - b. Mengikuti prosedur yang telah ditetapkan.
  - c. Selalu mengidentifikasi pasien terutama sebelum melakukan intervensi.
  - d. Pastikan ketentuan dalam pemberian obat
  - e. Melakukan dokumentasi dengan benar dalam pemberian asuhan keperawatan.
  - f. Membina hubungan saling percaya dengan klien
  - g. Mempertahankan kompetensi praktek keperawatan.
2. Peran Perawat Dalam Kesehatan Mental

Peran perawat menurut Stuart (2016) sebagai berikut:

- a. Mengawasi perubahan sikap dan perilaku klien
- b. Role model sikap penerimaan terhadap masalah yang sedang di hadapi
- c. Memiliki rasa empati dan memahami kondisi dan keadaan klien.
- d. Bersedia menerima respon pasien dengan cepat
- e. Mengajarkan klien dalam berinteraksi lingkungan sekitar
- f. Melakukan Penelitian
- g. Memberikan edukasi kepada masyarakat tentang pentingnya kesehatan jiwa
- h. Berkolaborasi
- i. Mampu memberikan pelayanan yang komprehensif baik di klinik maupun di luar.
- j. Menerima Tanya jawab dari klien.



Skema 8.1. Peran Perawat Kesehatan Jiwa  
 Sumber: Yosep (2019)



Skema 8.2. Peran Perawat Kesehatan Jiwa  
 Sumber: Yosep (2019)

### **Hubungan antara Perawat dan Klien**

Perawat mampu melaksanakan komunikasi yang baik sehingga manajemen asuhan keperawatan dapat terlaksana, mampu melakukan kolaborasi dengan klien yang di rawatnya, mendelegasikan antar perawat serta dapat berkerjasama dan berkoordinasi kepada semua tim

kesehatan baik dalam asuhan keperawatan maupun dalam pelayanan kesehatan ( (Keliat, 2016.). Peran perawat jiwa dalam pemberian obat sangat penting dilakukan baik di Rumah sakit jiwa dan persiapan pulang pasien, sebagai berikut:

1. Melakukan pengkajian masalah secara menyeluruh
2. Perawat mempunyai data dasar yang mendukung pasien diberikan pengobatan yang di lihat dari factor biologis, psikologis, sosial, riwayat pengobatan, diagnose medis, serta pemeriksaan penunjang lainnya.
3. Melakukan kolaborasi dengan terapi modalitas yang akan dilakukan
4. Perawat mampu memilih dan menstimulasi pasien terapi modalitas yang tepat diberikan yang sesuai dengan program pengobatan yang dilakukan.
5. Memberikan penyuluhan kesehatan
6. Perawat memberikan edukasi kesehatan tentang manfaat minum obat dan dampak yang akan terjadi pada pasien baik selama di perawatan ataupun saat pulang
7. Mengobservasi efek samping pemberian obat
8. Perawat selalu melihat efek samping pasien setelah minum obat dan memastikan obat di konsumsi dengan tepat sesuai anjuran dokter, sehingga pengobatan yang dilakukan optimal
9. Melaksanakan pengobatan dengan melihat prinsip-prinsip farmakologis, Perawat memastikan prinsip dalam pemberian obat kepada pasien

Perawat memastikan prinsip dalam pemberian obat kepada pasien sudah tepat dan mampu bekerja sama dengan pasien.

- a. Melakukan modifikasi pengobatan

Perawat akan memodifikasi pengobatan yang dilakukan pada pasien dengan melihat karakteristik pasien dan maslaah yang dialami

- b. Melakukan tindakan keperawatan sesuai rencana tindakan keperawatan  
Perawat mampu melakukan tindakan keperawatan sesuai rencana tindakan keperawatan yang di buat dan melihat kemampuanklien dalam melakukan implementasi tersebut.
- c. Melakukan program kelanjutan pengobatan pasien yang akan dilakukan
- d. Perawat akan membantu pasien diberikan rujukan pelayanan kesehatan ketika obat telah habis dan membantu memotivasi pasien dan keluarga untuk tetap melanjutkan program terapi pengobatan yang telah dilakukan di Rumah Sakit.
- e. Melakukan penelitian yang terkait
- f. Perawat mampu berperan sebagai peneliti utama dalam penelitian (Yusuf, Dkk, 2015).

Peran perawat dalam tingkat pelayanan kesehatan jiwa sebagai berikut:

1. Peran dalam prevensi primer.
  - a. Memberikan penyuluhan tentang prinsip.
  - b. Prinsip sehat jiwa.
  - c. Mengefektifkan perubahan dalam kondisi kehidupan, tingkat kemiskinan, dan pendidikan.
  - d. Memberikan pendidikan kesehatan.
  - e. Melakukan rujukan yang sesuai dengan sebelum gangguan jiwa terjadi.
  - f. Membantu klien di RSUD untuk menghindari masalah psikiatri di masamendatang.
  - g. Bersama-sama keluarga memberi dukungan pada anggota keluarga danmeningkatkan fungsi kelompok.
  - h. Aktif dalam kegiatan masyarakat & politik yang berkaitan dengan kesehatan jiwa.

2. Peran dalam prevensi sekunder
  - a. Melakukan skrining & pelayanan evaluasi kesehatan jiwa.
  - b. Melaksanakan kunjungan rumah atau pelayanan.
  - c. Memberikan konsultasi.
  - d. Memberikan psikoterapi individu, keluarga, dan kelompok padaberbagai tingkat usia.
  - e. Memberikan intervensi pada komunitas dan organisasi yang telah teridentifikasi masalah yang di alami di rumah.
  - f. Memberikan pelayanan kedaruratan psikiatri di RSU.
  - g. Menciptakan lingkungan yang terapeutik.
  - h. Melakukan supervisi klien yang mendapatkan pengobatan.
  - i. Memberikan pelayanan pencegahan bunuh diri.
3. Peran dalam prevensi tersier
  - a. Melaksanakan latihan vokasional & rehabilitasi.
  - b. Mengorganisasi “after care” untuk klien yang telah pulang dari fasilitas kesehatan jiwa untuk memudahkan transisi dari rumah sakit kekomunitas.
  - c. Memberikan pilihan “partial hospitalization” (perawatan rawat siang) pada klien.

Peran perawat kesehatan jiwa mempunyai peran yang bervariasi dan spesifik, aspek dari peran tersebut meliputi kemandirian dan kolaborasi diantaranya adalah:

1. Peran pelaksana pelayanan

Perawat memberikan pelayanan dan asuhan keperawatan jiwa kepada individu, keluarga, dan komunitas. Dalam menjalankan perannya perawat menggunakan konsep perilaku manusia, perkembangan kepribadian dan konsep kesehatan jiwa serta gangguan jiwa dalam melaksanakan

asuhan keperawatan kepada individu, keluarga dan komunitas. Perawat melaksanakan asuhan keperawatan secara komprehensif melalui pendekatan proses keperawatan jiwa, yaitu pengkajian, penetapan diagnosa keperawatan, perencanaan dan tindakan keperawatan dan melaksanakan tindakan serta evaluasi terhadap tindakan tersebut.

2. Peran perawat pelaksana pendidikan

Perawat memberi pendidikan kesehatan jiwa kepada individu, keluarga dan komunitas agar mampu melakukan perawatan pada diri sendiri, anggota keluarga dan anggota masyarakat lain. Pada akhirnya diharapkan setiap anggota masyarakat bertanggung jawab terhadap kesehatan jiwa.

3. Peran perawat sebagai pengelola keperawatan

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

4. Peran perawat sebagai pelaksana penelitian

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



## **Daftar Pustaka**

- Keliat. (2016.). Prinsip dan Praktek Keperawatan Kesehatan Jiwa.
- Stuart W Gail. (2016). Prinsip dan praktik keperawatan kesehatan jiwa stuart ( keliat B. Anna (ed.); indonesia). Elsevier
- Dermawan D dan Rusli. (2013). Konsep dan kerangka Kerja Asuhan Keperawatan Jiwa. Yogyakarta : Gusyen Publishing
- Dewi, K. S. (2012). Buku Ajar Kesehatan Mental. Semarang: UPT UNDIP Press  
Semarang.
- Yosep Iyus dan Sutini Titin (2019). Buku Ajar Keperawatan Jiwa dan Advance mental Health. Bandung: PT Refika Aditama
- Yusuf, Fitryasari dan Nihayati (2015). Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa. Jakarta: Salemba Medika

## Profil Penulis



### **Rizka Ausrianti**

Staf pengajar pada S I Keperawatan, STIKes MERCUBAKTIJAYA Padang. Menyelesaikan pendidikan Sekolah Menengah Atas di SPK Kesdam I/BB Padang (1999-2002), pendidikan Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners pada Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Andalas (2008-2011), pendidikan Magister Keperawatan Peminatan Keperawatan Jiwa pada Program Pasca Sarjana Universitas Andalas (2016-2018). Kegiatan pendidikan, pengajaran, penelitian, dan pengabdian kepada masyarakat difokuskan pada berbagai masalah kesehatan di area dan lingkup keperawatan jiwa (*Psychiatric Nursing*) Berbagai hasil karya ilmiah telah dipublikasikan dalam bentuk artikel ilmiah baik pada jurnal nasional maupun jurnal internasional. Etika dan peran dalam kesehatan mental merupakan lingkup ilmu yang sangat luas dan materi yang disajikan pada buku ini hanya sebagian kecil yang dapat diuraikan, namun penulis berharap dapat memberikan kontribusi yang bermanfaat bagi para pembaca.

Email Penulis: [rizka.ausrianti@gmail.com](mailto:rizka.ausrianti@gmail.com)



# KONSELING KESEHATAN MENTAL DAN KEPRIBADIAN SEHAT

**Antonia Helena Hamu, S.Kep., Ns., M.Kep.**

Poltekkes Kemenkes Kupang

## **Konseling Kesehatan**

### 1. Pengertian

Asal kata Konseling dari bahasa latin yaitu *consillium* artinya dengan atau bersama- sama yang di dalam menerima atau memahami. Konseling adalah suatu hubungan antar pemberi bantuan (konselor) yang terlatih dengan seorang yang mencari bantuann (konseli/ klien) dimana ketrampilan dalam memberi bantuan dan suasana yang dibuatnya membantu klien belajar untuk berhubungan dengan dirinya sendiri dan orang lain dalam cara- cara tumbuh dan produktif. Proses pemberian bantuan yang dilakukan oleh seorang ahli (konselor) kepada individu yang mengalami sesuatu masalah (klien) dengan tujuan mengatasi masalah klien. Yang dimaksud klien adalah: individu, keluarga, dan kelompok. Konseling sering disebut bimbingan merupakan suatu *relationship* antara konselor yang terlatih dengan konseli/ klien, dalam memberi bantuan dan suasana yang nyaman dibutuhkan suatu ketrampilan agar mencapai pemahaman, penerimaan diri, proses belajar dan bertanggung jawab terhadap dirinya

sendiri untuk mengatasi masalahnya. Dengan tujuan akhir adalah aktualisasi diri.

Konseling dalam keperawatan adalah suatu bantuan yang diberikan perawat dengan menggunakan interaksi yang mendalam dan kesiapan perawat untuk menampung segala ungkapan permasalahan dan perasaan klien meliputi: kognitif, afektif behaviora social, emosioanl religius sehingga perawat sebagai konselor dapat memberikan alternatif masalahpemecahan masalah untuk menjada kestabilan emosi dan motivasi klien dalam menghadapi persoalan.

Konseling tidak dapat dilakukan sesaat dan sekali dalam pertemuan untuk membantu klien dalam memecahkan masalah yang berat dan sangat kompleks. Pertemaun dengan klien dilakukan berkali-kali dan berkesinambungan, Pola hubungan yang konselor bangun dengan klien harus berbeda dengan pola hubungan sosial, karean dalam hubungan tersebut di butuhkan kepercayaan, ketebukaan, saling menghargai, saling memahami dan penuh empati.

## 2. Tujuan Konseling

- a. Aktualisasi Diri/ *Self actualization*: Konseling dilakukan untuk mengeksplorasikan dan mengembangkan potensi klien salah satu manifestasi potensi diri adalah tercapai aktualisasi diri, Seorang klien akan merasa dapat mengapresiasi diri apabila perawat memberikan kesempatan dengan tidak membatasi potensinya
- b. Pertumbuhan dan perkembangan individu/ *Personal growth and personal development*: dalam berinteraksi dan kecakapan dalam pengambilan keputusan dalam menjalani hidup merupakan bagian dari tujuan dilaksanakan konseling
- c. *Okayness*: sikap menghargai orang lain yang peduli terhadap masalah dan kebutuhan orang lain, menjaga hak dan privacy merupakan aspek

yang terwujud dalam hubungan yang harmonis. Klien menghargai profesi perawat sebaliknya perawat juga menghargai profesi klien

- d. Efektif/ *Effectiveness*: setelah mengikuti konseling klien di harapkan lebih menjalankan hidupnya lebih efektif, lebih efisien dan sistematis dalam memilih alternatif pemecahan masalah. Dengan konseling yang perawat dilakukan klien mampu memilih kamar rawat, jenis tindakan.
- e. Kompeten/ *Competent*: bertambahnya kemampuan baik dari aspek afektif, kognitif, maupun behavior merupakan salah satu tujuan penting dalam konseling. Kemampuan klien memahami diet yang tepat, aktivitas yang teratur, dan penting mengontrol aktivitas penyakit, mengontrol gula darah, Tekanan darah.

### 3. Tahapan Konseling

- a. Awal/ orientasi; a) Bina hubungan saling percaya, asas rahasia, sukarela, terbuka dalam kegiatan konseling. b) Evaluasi perasaan saat ini, Validasi c) Kontrak: tindakan dan tujuan konseling waktu, tempat.
- b. Inti/ Kerja: eksplorasi masalah klien lebih dalam, latar belakang permasalahan yang di rasakan klien, Sejauh mana permasalahan mengganggu klien, bagaimana klien mengatasinya klien mempunyai perpektif dan alternatif baru terhadap masalah yg dialami. Fokus pada ungkapan perasaan oleh klien, Tanyakan usaha yang sudah dilakukan oleh klien dan keluarga dalam mengatasi masalah tersebut. Konselor menilai kembali bersama klien. Memhami opini klien, tidak menyalahkan / tidak menghakimi, Berikan bbrp alternatif solusi, jelaskan keuntungan dan kerugian, Tanyakan: dari laternatif solusi tsb mana yg di pilih klien, jelaskan keuntungan dan kerugian beri, Tanyakan: dari aternatif solusi tsb mana yg di pilih klien, Support

c. Akhir/ Terminasi: Evaluasi proses konseling, buat kesimpulan konseling, Rencana tindak lanjut

#### 4. Teknik Konseling

Perawat sebagai konselor dalam mengatasi masalah klien perlu menggunakan teknik atau strategi konseling, sebab merepon klien dengan teknik yang benar, sesuai dengan situasi kondisi klien saat ini akan efektif mencapai tujuan konseling. Perawat juga perlu memperhatikan respon dari klien berupa ucapan/verbal: pembendaharaan kata, kecepatan, intonasi suara apakah lembut, bicara secara jelas; Humor: dan nonverbal: ekspresi wajah, kontak mata, sentuhan, postur tubuh, gerakan/isyarat

#### 5. Komunikasi dalam Konseling

Melaksanakan konseling penggunaan teknik adaah sah satu cara agar prose konseling dapat berjalan dengan baik dan efektif. Teknik tersebut adalah: 1) *Authoritarian atau directif*: proses konseling berpusat pada konselor. Konselor bertanggung jawab penuh dalam pemecahan masalah klien, pada teknik ini konselor nampak dominan.2) Teknik *non directif atau konseling centre*: suatu pendekatan dimana konselor di beri kesempatan lebih banyak untuk memimpin wawancara dan mempunyai tanggung jawab atas pemecahan sendiri. 3) Teknik edektik:Merupakan teknik proporsional adalah konselor menggunakan cara yg tepat sesuai dengan kondisi klien dan masalahnya (Mundakir 2006)

Menurut (Lubis Lumongga Namora 2014) teknik Konseling yang dilakukan oleh seorang konselor adalah:

##### a. *Attending/ Melayani*

Melayani artinya konselor melakukan pelayanan kesehatan kepada klien dengan memberikan perhatian secara total dengan pendekatan caring. Sikap perawat antara lain: anggukan kepala, ekspresi wajah: tenang, ceria, senyum, badan agak sedikit condong ke arah klien, jarak anatara

konselor dan klien 80-100 cm, tidak ada pembatas atau meja, duduk tidak sandar, duduk sejajar, diletakkan diatas paha dan kedua kaki harus kebawah, tangan tidak memegang sesuatu.

Mengapa perilaku *attending* perlu konselor tampilkan: a) Meningkatkan harga diri klien, sebab sikap dan perilaku *attending* memungkinkan konselor menghargai klien. Karena dia dihargai, maka merasa harga diri ada atau meningkat. b) Dengan perilaku *attending* dapat menciptakan suasana aman bagi klien, karena klien merasa ada orang yang bisa dipercayai, teman untuk berbicara, dan merasa terlindungi secara emosional. c) Perilaku *attending* memberikan keyakinan kepada klien bahwa konselor adalah tempat dia mudah untuk mencurahkan segala isi hati dan perasaannya.

Dalam melakukan teknik empati pengamat harus secara tajam mengamati bahasa tubuh konselor. Jika bahasa tubuhnya dilakukn dengan baik, maka akan meneunjang terhadap teknik empati. Selanjutnya akan membatu klien terbuka dan terlibat didalam hubungan konseling.

#### b. Empati

Empati ada dua macam yaitu: (1) empati primer atau (primary empathy), yaitu kemampuan konselor memahami perasaan, fikiran, keinginan, dan pengalaman klien. (2) empati tingkat tinggi (advanced accurate empathy), kemampuan koselor memahami perasaan, fikiran, keinginan, serta pengalaman klien secara lebih mendalam. Dan menyentuh klien karena konselor ikut dengan perasaan tersebut, ketika koselor berkata:”saya memahami perasaan. Pikiran, dan keinginan anda” berarti konselor bersimpati, tetapi ketika konselor berkata “saya dapat merasakan apa yang anda rasakan” berarti konselor sedang berempati.



6. Faktor yang Mempengaruhi Komunikasi Interpersonal dalam Konseling
  - a. *Trust/Percaya*: 1) seseorang percaya atau yakin ia tidak akan di rugikan atau di kianati oleh orang lain, ia pasti lebih mudah membuka diri. Percaya kepada orang lain akan tumbuh jika orang tersebut memiliki kemampuan pengetahuan, ketrampilan, pengalaman dalam bidang tertentu dan bisa di andalkan, serta jujur dan konsisten. 2) Hubungan kekuasaan: Orang yang akan mudah tunduk bila memiliki kekuasaan. 3) Kualitas komunikasi dan sifatnya: menggambarkan adanya keterbukaan bila yang dimaksud dan tujuan jelas, harapan sudah dinyatakan maka sikap percaya akan muncul.
  - b. Perilaku sportif: Ciri- ciri antara lain: 1) Deskripsi: penyampaian pesan perasaan dan prespsi tanpa menilai atau mengecam kekurangan klien, 2) Orientasi masalah: komunikasi keinginan untuk bekerja sama, mencari pemecahan permasalahan, mengajar orang bersama2 menetapkan tujuan dan cara mencapai tujuan tersebut. 3) spontanitas: sikap jujur perawat dan tidak mempunyai motif yang terpendam diluar keinginan kita. 4) empati: mengaanggap klien sebagai pesona dan merasakan apa yang di rasakan klien 5) Persamaan: tidak membedakan status, jabatan, unsur SARA. 6) Profesionalisme: kesediaan perawat untuk melihat kembali kemampuan diri sendiri.
  - c. Sikap terbuka: Kemampuan menilai secara terbuka secara objektif, membedakan, nuasa, sisi, pencarian informasi dari berbagai sumber dan kesediaan mengubah keyakinan profesionalismen kita.
7. Faktor penghambat dalam komunikasi dalam konseling
  - a. Motivasi: mempertahankan diri dari kemungkinan dari terlihatnya tidanya adekuat

misalnya diam: takut dilihat konyol takut kemungkinan akan di pengaruhi orang lain. konselor dan klien berespon dalam pikiran masing- masing: duduk dengan pikiran masing - masing, berusaha evaluasi motif dari orang lain sehingga tidak mendengarkan, yang terjadi adalah kehilangan sebagian informasi dan komunikasi defensif dari pihak lain

- b. Halangan psikologis: mengakibatkan kegagalan memori, kemungkinan akan terjadi yaitu perawat lupa, tidak ada informasi yg di ingat, ada yg bersifat selektif, terjadi ditorsi dari informasi, kesulitan dalam bahasa, sulit menemukan kata-kata yg tepat untuk mengungkapkan sesuatu, sulit menukanakata- kata yang tepat berbicara dengan klien.
- c. Cemas: perawat cemas atau takut di kritik atau dinilai buruk, merasa informasi yang kita sampaikan dapat memberikan kekuasaan bagi orang lain untuk mencelakaan dirinya. Bagi klien takut terhadap perawat sebagai konselor mengetahui sebenarnya cerita yang ia miliki, takut pertanyaan – pertanyaan konselor yang selama ini ia hindari.

## 8. Struktur Model Kompetensi dalam Konseling

Proses konseling akan berjalan dengan baik dan menjadi suatu proses terapi bagi perawat jika memiliki kemampuan konseling, dan prosesnya tidak hanya di lihat pada aspek permasalahan klien saja tetapi dukungan lingkungan serta peran konselornya. Mengapa kompetensi itu penting bagi konselor: 1) konseling merupakan seperangkat keterampilan yang harus dimiliki oleh seorang konselor dalam melakukan pelayanan konseling; 2) kompetensi konseling dapat membantu konselor untuk memfasilitasi mahasiswa untuk mencapai pengembangan diri secara optimal; 3) kompetensi konseling dapat mendukung pelayanan konseling yang berkualitas dan memberikan manfaat bagi setiap

orang khususnya bagi mahasiswa, dan 4) pengembangan kompetensi konseling should dilakukan secara terus menerus untuk meningkatkan kualitas pelayanan konseling seoptimal mungkin.

Menurut (Setiyowati 2019) kompetensi seorang konselor adalah

a. Memiliki Pengetahuan:

Kompetensi konseling dapat dinilai dari perilaku profesional (pengetahuan yang dimiliki, kepatuhan terhadap aturan, kebijakan konseling, kegiatan konsultasi), disposisi profesional (etika profesi, multikultural). kompetensi), hubungan konseling dan keterampilan konseling, penilaian dan penerapannya (Swank, Lambie, and Witta 2012). Penelitian ini juga mendukung temuan penelitian sebelumnya yang menyatakan bahwa konseling tidak dapat dipisahkan dari modalitas terapi atau orientasi teoritis (Hauser and Hays 2010) Artinya, aspek pengetahuan konselor tentang teori-teori konseling merupakan dasar dari konseling yang efektif.

b. Sikap

Hubungan terapeutik akan tumbuh dan berkembang dalam proses konseling jika konselor dapat memposisikan konseli secara setara untuk memecahkan masalahnya. Konselor harus selalu melihat konseli sebagai individu yang memiliki potensi dan dapat menggunakan potensinya untuk memecahkan masalahnya. Konselor harus membangun hubungan yang positif dengan konseli untuk memfasilitasi mereka untuk menyadari dan menggunakan potensi mereka dengan baik. Artinya sikap dasar memiliki peran besar dalam membangun kompetensi konseling calon konselor-perawat. Temuan yang menunjukkan bahwa sikap dasar berkorelasi positif, signifikan (Leibert and Dunne-Bryant 2015). termasuk hubungan konseli-konselor (empati, laporan, non-konselor). sikap penilaian,

dan kepercayaan), (Brown et al. 2014) (Sweeney 2014).

c. Ketrampilan komunikasi:

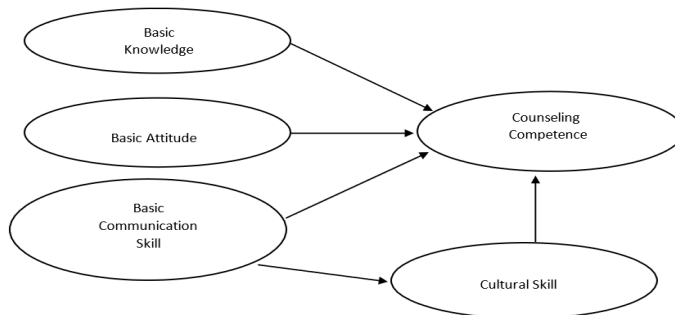
Penguasaan keterampilan komunikasi yang baik akan menjadi landasan untuk dapat mendengarkan secara efektif sehingga konselor dapat membantu konseli untuk berubah dan tumbuh sebagai pribadi yang sehat (Allen E. Ivey; Mary Bradford Ivey; Carlos P. Zalaquett 2018) mengatakan bahwa ada tiga keterampilan komunikasi yang harus dikuasai oleh konselor dalam proses konseling a) mereka menghadiri perilaku, b) keterampilan mendengarkan dan keterampilan mempengaruhi. Menurut (Owen and Hilsenroth 2014) keterampilan yang dimiliki terapis/ konseling dan pengetahuan yang digunakan dengan tepat akan lebih efektif untuk mengubah konseli, ini diperkuat oleh (Adigwe and Okoro 2016) yang menyatakan bahwa keterampilan komunikasi merupakan bagian penting dari keberhasilan praktik konseling.

d. Budaya

Bagi konselor menyadari bahwa konseli datang dengan membawa seperangkat nilai/budaya yang majemuk (Sue, Arredondo, & McDavis, 1992). Bragam budaya yang dimiliki klien dalam proses konseling menuntut perhatian dan pengertian ekstra dari konselor. Proses konseling akan berjalan dengan baik dan menyeluruh jika konselor dapat memahami konseli dengan baik sehingga konseli merasa nyaman dan dapat menjadi dirinya sendiri dalam proses konseling. Hal terpenting dalam hubungan konseling adalah konselor bersama-sama dengan konseli mewujudkan perubahan terapeutik.(Lubis 2011).Ada empat aspek yang terkait dengan keterampilan budaya yaitu budaya sebagai multilevel dan multidimensi, penghunian budaya, keterampilan komunikasi yang berpusat pada

budaya, desain dan implementasi organisasi budaya.

Dalam proses konseling, keterampilan komunikasi konselor merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi keberhasilan konseling. Namun, jika konselor tidak memiliki pengetahuan dan keterampilan budaya yang memadai, proses konseling mungkin terhambat. Pengetahuan dan pemahaman tentang faktor budaya seperti nilai, sikap, keyakinan, dan perilaku sangat dibutuhkan untuk menciptakan komunikasi lintas budaya yang sukses (Gitimu Priscilla N. 2005) .Pengetahuan dan pemahaman tentang faktor budaya harus pelajari oleh konselor karena dalam interaksinya dengan konseli harus menghadapi perbedaan budaya. Jika perbedaan tersebut tidak diantisipasi dengan baik, maka akan menghambat proses perubahan konseli. Temuan ini menunjukkan bahwa konselor sebagai praktisi profesional harus berpengalaman dalam membantu konseli yang berasal dari berbagai latar belakang (Collins and Arthur 2010) (Bunu 2016) sehingga konselor harus menguasai keterampilan budaya.



Gambar 9.1 Model Kompetensi Konseling (Setiyowati, et all.2019)

## 9. Kompetensi Inti Praktek Interprofesional Dalam Konseling

Perawat primer di lini terdepan pada pelayanan kesehatan sering menemukan masalah gangguan

somatik hanya 10% yang di rujuk oleh dokter dengan masalah psikologis yang membutuhkan pelayanan kesehatan mental (Chris Collins, Denise Levis Hewson, Richard Munger 2010). Dalam melakukan pelayanan kesehatan, perawat menggunakan pendekatan secara holistik yaitu biopsikososial kultural dan spiritual. Meskipun para profesional perawatan kesehatan seringkali harus bekerja sama tim profesional lainnya dalam menanggapi masalah klien (McDaniel 2014) .

IPEC 2016 (*Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice*) mengusulkan empat domain kompetensi inti Interprofesional dalam kolaborasi pelayanan kesehatan antara lain: 1) Nilai/Etika: dalam domain nilai yang harus di perhatikan adalah saling menghormati, mengakui keahlian masing-masing profesi, dan mengutamakan kepentingan pasien di pusat pemberian perawatan kesehatan interprofessional, 2) Peran/Tanggung Jawab: menyoroti bahwa perawat atau profesi lainnya perlu memahami peran dan fungsi serta kode etik perawat dalam menangani masalah klien, dan mengakui keterbatasan mereka sendiri, 3) Komunikasi Interpersonal: perawat dalam melakukan pelayanan keperawatan melakukan komunikasi yang efektif dengan pendekatan ISBAR (*Identification, Situation, background, assesment, recommendation*) atau TaBak (Tulis Baca Konfirmasi) dan 4) *Teams dan Teamwork*, menerapkan prinsip-prinsip dinamika tim untuk memfasilitasi kolaborasi, berbagi keahlian, pemecahan masalah, dan akuntabilitas dalam perawatan yang berpusat pada pasien dan masyarakat pada umumnya.

## **Kepribadian yang Sehat**

### 1. Pengertian

Kata kepribadian berasal dari bahasa Inggris yaitu *personality*, Belanda (*personalita*), Prancis (*personalia*), Jerman (*personlichekesit*), Italia (*personalita*), dan Spanyol (*personalidad*). akar kata

berasal dari bahasa latin yang artinya persona yang berarti topeng. Kepribadian adalah suatu perilaku atau drama atau watak bukan pribadi yang sebenarnya yang di tampilkan. Yang diasumsikan sebagai pola perilaku, pikiran, dan perasaan yang menjadi ciri seseorang yang membedakan dengan orang lain. Pada kehidupan setiap hari, kata kepribadian dipakai untuk menggambarkan identitas diri, jati diri, kesan umum seorang individu misalnya: “orangnya mudah bergaul”, atau “orangnya ramah” (Syamsu, A. Juntika, Nurihsan, 2010). Seorang dikatakan memiliki kepribadian yang sehat (*psychological wellness*) adalah mereka yang melakukan penyesuaian diri dengan lingkungan sosial dan memiliki keselarasan dalam menjalankan kehidupannya bersama orang lain dan perasaan yang diterima adalah rasa nyaman, damai terlepas dari perasaan takut, rasa bersalah atau di ganggu pihak lain.

Suatu kondisi individu memiliki kemampuan psikis, menuju perkembangan yang adekuat sehingga individu tersebut dapat mengembangkan kemampuan psikisnya secara efektif. Menurut (Dewi 2010), kepribadian sehat yang di miliki seseorang memberi gambaran perasaan bahagia yang mereka miliki, melalui kebiasaan dengan norma lingkungan bertujuan membangun seseorang menjadi mandiri, harmonis, bahagia, jujur, soleh, beriman dan bertakwa kepada Tuhan Yang Maha Esa.

Pengertian kepribadian dari para ahli

- a. Hilgard dan marquis: Kepribadian: nilai sebagai stimulus social, kemampuan menampilkan diri secara mengesankan
- b. Maramis: seluruh pikiran, perasaan, dan tingkah laku yang digunakan untuk proses berfikir, untuk melakukan adaptasi dan penyesuaian diri terhadap lingkungan

- c. Pervin dan Jhon: kepribadian mewakili karakteristik individu yang terdiri dari pola-pola pikiran, perasaan dan perilaku yang konsisten

Kesimpulan kepribadian: suatu ciri tingkah laku seseorang yang ada dalam dirinya dipakai untuk bereaksi dalam penyesuaian diri terhadap stimulus baik dari dalam maupun dari luar, sehingga warna perilakunya merupakan suatu kesatuan fungsional yang khas bagi orang tersebut.

## 2. Ciri- Ciri Seorang Dikatakan Sehat Jiwa

- a. Merasa baik tentang dirinya sendiri: Mampu menghadapi situasi, Mampu mengatasi, kekecewaan dalam hidup, Puas dengan kehidupan sehari-harinya, Memiliki harga diri yang wajar, Menilai dirinya secara realistis, tidak berlebihan, dan tidak merendahkan diri
- b. Merasa nyaman berhubungan dengan orang lain: Mampu mencintai orang lain, Memiliki hubungan pribadi yang permanen, Menghargai pendapat orang lain, Merasa menjadi bagian dari suatu kelompok, Tidak mengakali orang lain dan juga tidak membiarkan orang lain mengakalnya
- c. Mampu memenuhi kebutuhan: Tetapkan tujuan hidup yang realistis, Mampu mengambil keputusan, Mampu menerima tanggung jawab, Mampu merancang masa depan, Dapat menerima ide dan pengalaman baru, Puas dengan pekerjaannya.

## 3. Teori- Teori Kepribadian (Purba 2021)

### a. Teori Psikodinamika

#### 1) Mencintai & bekerja (*lieben und arbeiten*)

Menurut sigmund Freud: seseorang mempunyai peduli pada orang lain secara mendalam, terikat relationship dan arahnya kedalam kehidupan kerja yang produktif. Prinsipnya mengikuti realita dan bekerja dalam bentuk sekunder. Tujuannya



membedakan antara fantasi dan realita sehingga memuaskan kebutuhan orgasme.

- 2) *Ego strength*: seseorang memiliki berkepribadian sehat mempunyai kekuatan untuk mengendalikan dan mengatur ID dan superego-nya, sehingga ekspresi primitif ID berkurang dan ekspresi yang ditampilkan tanpa adanya represi dari ego secara berlebihan.
- 3) *Creative self* (Jung & Adler): seseorang memiliki berkepribadian sehat mempunyai *self* yang memiliki kekuatan untuk mengarahkan perilaku, mengembangkan potensi yang dimilikinya. Menurut Adler: kekuatan kreatif yang dimiliki seseorang digunakan untuk mengontrol kehidupan dirinya, bertanggungjawab mengenai tujuan akhirnya, menentukan dan memperjuangkan tujuan itu.
- 4) d. Mampu melakukan kompensasi bagi perasaan inferiornya (Adler): seseorang menyadari ketidaksempurnaan dirinya dan mempunyai kemampuan untuk mengembangkan potensi yang dimilikinya sebagai homeostatis dalam kekurangannya.
- 5) Dalam Interaksinya dengan lingkungan sosial seseorang menghasilkan hal yang positif. (Erikson): Keberhasilan pada tahap psikososial memberikan kontribusi pada orang bahwa ia memiliki kepribadian sehat. Contoh: sejak bayi sudah diterapkan rasa percaya maka sampai besar, ia akan aktif melakukan sesuatu dengan rasa percaya. dan akan mampu memahami dirinya ketika ia remaja.

b. Teori Pensifatan (Trait)

Asumsinya bahwa faktor genetik sangat berpengaruh kepada kepribadian seseorang. Orang

yang sehat adalah dapat menemukan potensi positif yang ada pada sifat di dalam dirinya serta mengarahkan sifat-sifat yang ada untuk menjadi apa yang diinginkannya. Contoh: orang mencari pekerjaan sesuai dengan latar belakang sifatnya dan karakternya.

c. Teori Belajar

Kepribadian tidak dapat diukur dan diobservasi tingkah lakunya, Kepribadian artinya ia mampu beradaptasi sebagai kemampuan individu untuk berperilaku adaptif, perilaku seseorang yang mampu beradaptasi dengan lingkungan dalam proses belajar dan dapat menghasilkan tepat menurut lingkungan dalam proses belajarnya dan tanpa bantuan.

d. Teori Sosial-Kognitif

Kepribadian sehat yaitu seseorang yang memiliki:  
a). Mampu melakukan proses belajar dengan observasi b). Dapat belajar kompetensi tertentu c). Dalam situasi apapun dapat melakukan pengkodean d). akurat dalam memiliki ekspetansi dan efikasi diri yang positif. e) dapat menunjukkan ekspresi emosi dengan baik f). memiliki sistem regulasi diri yang efisien

e. Teori Eksistensi-Humanistik.

Teori ini berbicara fokus pada kepribadian individu sehat secara psikologis. Ciri- cirinya: a) Mengalami hidup saat ini dan masa datang b). Terbuka terhadap pengalaman baru c). Mengekspresikan ide dan perasaannya d). Terlibat dalam aktivitas yang bermakna, memiliki perasaan bermakna serta mengalami pengalaman puncak e). Mampu membuat perubahan besar dalam hidupnya, sehingga memiliki cara dalam menginterpretasikan pengalaman, berjuang menuju tujuan baru, dan bertindak dengan bebas. f). Saya adalah saya, yaitu memiliki nilai dan cara sendiri untuk membangun peristiwa dan

pemahaman terhadap konsekuensi dan resiko yang akan terjadi sehingga dapat mengantisipasi dan mengendalikan situasi tersebut.

#### 4. Ciri- Ciri Kepribadian (Big Five Personality Traits)

##### a. Keterbukaan (*Openness*)

Dimensi Kepribadian *Openness to Experience* ini mengelompokkan individu berdasarkan ketertarikannya terhadap hal-hal baru dan keinginan untuk mengetahui serta mempelajari sesuatu yang baru. Karakteristik positif pada Individu yang memiliki dimensi ini cenderung lebih kreatif, Imajinatif, Intelektual, penasaran dan berpikiran luas. Sifat kebalikan dari “*Openness to Experience*” ini adalah individu yang cenderung konvensional dan nyaman terhadap hal-hal yang telah ada serta akan menimbulkan kegelisahan jika diberikan tugas-tugas baru.

##### b. Kehati-hatian (*Conscientiousness*)

Individu yang memiliki Dimensi Kepribadian *Conscientiousness* ini cenderung lebih berhati-hati dalam melakukan suatu tindakan ataupun penuh pertimbangan dalam mengambil sebuah keputusan, mereka juga memiliki disiplin diri yang tinggi dan dapat dipercaya. Karakteristik Positif pada dimensi adalah dapat diandalkan, bertanggung jawab, tekun dan berorientasi pada pencapaian. Sifat kebalikan dari *Conscientiousness* adalah individu yang cenderung kurang bertanggung jawab, terburu-buru, tidak teratur dan kurang dapat diandalkan dalam melakukan suatu pekerjaan.

##### c. Ekstraversi (*Extraversion*)

Dimensi Kepribadian *Extraversion* ini berkaitan dengan tingkat kenyamanan seseorang dalam berinteraksi dengan orang lain. Karakteristik Positif Individu *Extraversion* adalah senang bergaul, mudah bersosialisasi, hidup berkelompok dan tegas.

## Daftar Pustaka

- Adigwe, Patrick, and Ephraim Okoro. 2016. "Human Communication and Effective Interpersonal Relationships: An Analysis of Client Counseling and Emotional Stability." *International Journal of Economics & Management Sciences* 05(03): 3–6.
- Allen E. Ivey; Mary Bradford Ivey; Carlos P. Zalaquett. 2018. *Intentional Interviewing and Counseling: Facilitating Client Development in a Multicultural Society*. ninth edit. Boston: Cengage Learning. [https://perpustakaan.itera.ac.id/slims/index.php?p=show\\_detail&id=2646](https://perpustakaan.itera.ac.id/slims/index.php?p=show_detail&id=2646) (July 18, 2022).
- Brown, James R., Evan D. Holloway, Tohero F. Akakpo, and Matthew C. Aalsma. 2014. "‘straight up’: Enhancing Rapport and Therapeutic Alliance with Previously-Detained Youth in the Delivery of Mental Health Services." *Community Mental Health Journal* 50(2): 193–203. /record/2013-21888-001 (July 18, 2022).
- Bunu, HELMUTH Y. 2016. "The Implementation of Multicultural Approach in Guidance and Counseling in High Schools." *Cakrawala Pendidikan* 35(3): 386–402. <https://media.neliti.com/media/publications/87048-none-9ca6b68f.pdf>.
- Chris Collins, Denise Levis Hewson, Richard Munger, and Torlen Wade. 2010. *Evolving Models of Behavioral Health Integration in Primary Care*. New York: Milbank Memorial Fund.
- Collins, Sandra, and Nancy Arthur. 2010. "Culture-Infused Counselling: A Fresh Look at a Classic Framework of Multicultural Counselling Competencies." <https://doi.org/10.1080/09515071003798204> 23(2): 203–16. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09515071003798204> (July 18, 2022).

- Dewi, Sadiyah. 2010. "PENGEMBANGAN MODEL PENDIDIKAN NILAI-NILAI KEBERAGAMAAN DALAM MEMBINA KEPERIBADIAN SEHAT." *Jurnal Pendidikan* Vol. 11, N. [http://jurnal.upi.edu/file/10-Dewi\\_Sadiyah.pdf](http://jurnal.upi.edu/file/10-Dewi_Sadiyah.pdf).
- Gitimu Priscilla N. 2005. "Intercultural Communication: Its Importance to Various Career Fields and Perspective by Various Authors | Semantic Scholar." *Online Journal for Workforce Education and Development*.  
<https://www.semanticscholar.org/paper/Intercultural-Communication%3A-Its-Importance-to-and-Gitimu/f53b857047668366c7cb702ad8878ad23c7711f1> (July 18, 2022).
- Hauser, Mike, and Danica G. Hays. 2010. "The Slaying of a Beautiful Hypothesis: The Efficacy of Counseling and the Therapeutic Process." *Journal of Humanistic Counseling, Education and Development* 49(1): 32–44.
- Leibert, Todd W., and Alexandra Dunne-Bryant. 2015. "Do Common Factors Account for Counseling Outcome?" *Journal of Counseling and Development* 93(2): 225–35. /record/2015-10869-011 (July 18, 2022).
- Lubis, B.D. 2011. *Understanding That Heals*. Malang: Alta Pustaka.
- Lubis Lumongga Namora. 2014. *Memahami Dasar-Dasar Konseling Dalam Teori Dan Praktek*. Edisi pert. Jakarta: Kencana Prenada Media Group.
- McDaniel, et all. 2014. "Competencies for Psychology Practice in Primary Care." *American Psychologist* 69(4): 409–29. /record/2014-16756-009 (July 18, 2022).
- Mundakir. 2006. *Komunikasi Keperawatan Aplikasi Dalam Pelayanan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Owen, Jesse, and Mark J. Hilsenroth. 2014. "Treatment Adherence: The Importance of Therapist Flexibility in Relation to Therapy Outcomes." *Journal of Counseling Psychology* 61(2): 280–88. /record/2014-09409-001 (July 18, 2022).

- Purba, Deasy Handayani dkk. 2021. *KESEHATAN MENTAL*. ed. Janner Simarmata. Medan Sumatera Utara: Yayasan Kita Menulis. [https://books.google.co.id/books?id=NvI TEAAAQBAJ &printsec=frontcover&dq=kesehatan+mental&hl=jv&sa=X&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=true](https://books.google.co.id/books?id=NvI TEAAAQBAJ &printsec=frontcover&dq=kesehatan+mental&hl=jv&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q&f=true) (July 20, 2022).
- Setiyowati, et all. 2019. "Structural Model of Counseling Competence." *Cakrawala Pendidikan* 38(1): 45–62.
- Swank, Jacqueline M., Glenn W. Lambie, and E. Lea Witta. 2012. "An Exploratory Investigation of the Counseling Competencies Scale: A Measure of Counseling Skills, Dispositions, and Behaviors." *Counselor Education and Supervision* 51(3): 189–206. /record/2012-24191-003 (July 17, 2022).
- Sweeney, et all. 2014. "The Relationship between Therapeutic Alliance and Service User Satisfaction in Mental Health Inpatient Wards and Crisis House Alternatives: A Cross-Sectional Study." *PloS one* 9(7). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25010773/> (July 18, 2022).
- Syamsu , A. Juntika, Nurihsan, Yusuf. 2010. *Landasan Bimbingan Dan Konseling*. Bandung: PT. Remaja Rosdakarya.

## **Profil Penulis**



### **Antonia Helena Hamu**

Staf pengajar pada Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kupang. Ketertarikan penulis terhadap ilmu keperawatan jiwa dimulai pada tahun 2002 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih masuk di Program Studi S-1 Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Brawijaya Malang dan lulus tahun 2004, dan Profesi Ners pada Tahun 2005, penulis menyelesaikan Magister Keperawatan (S2) peminatan Keperawatan Jiwa di Universitas Airlangga Surabaya tahun 2019. Kegiatan pendidikan, pengajaran, penelitian, dan pengabdian kepada masyarakat difokuskan pada berbagai masalah kesehatan di area dan lingkup keperawatan jiwa. Berbagai karya ilmiah telah dihasilkan baik dalam bentuk buku maupun artikel ilmiah pada jurnal nasional. Beberapa buku yang sudah terbit antara lain: Ilmu Kesehatan Jiwa, Ilmu Dasar Keperawatan, Paliatif Care dan Home Care. Konseling Kesehatan mental dan kepribadian sehat merupakan topik yang menarik yang perlu di pelajari. Besar harapan saya semoga ulasan ini dapat memberi manfaatt bagi para pembaca

Email Penulis: [hamuantonia.2017@gmail.com](mailto:hamuantonia.2017@gmail.com)

## MENTAL YANG SEHAT, GANGGUAN MENTAL DAN KLASIFIKASINYA

**Ns. Miftakhul Ulfa, S.Kep., M.Kep.**

STIKES Widyagama Husada Malang

### **Mental yang Sehat**

Seseorang dapat dikatakan sehat secara mental apabila ia merasa baik secara psikologis, emosional dan sosial. Kesehatan mental mempengaruhi bagaimana seseorang berpikir, merasa, bertindak, membuat keputusan, dan berinteraksi dengan orang lain. Orang dengan kesehatan mental yang baik dapat bekerja secara produktif dan mencapai potensi penuh mereka. Ia juga bisa berpikir positif dan jernih saat menghadapi berbagai masalah. Ini akan membuatnya menjadi orang yang lebih baik dalam menghadapi masalah. Kesehatan mental juga baik untuk kehidupan sosial. Orang dengan kesehatan mental memiliki komunikasi yang lebih baik, persahabatan yang lebih ramah dan lebih sehat. Ia juga dapat memberikan kontribusi yang baik bagi masyarakat dan orang-orang di sekitarnya.

### **Kesehatan Mental**

Kesehatan jiwa adalah keadaan dimana seseorang bebas dari segala bentuk penyakit jiwa. Orang dengan kesehatan mental dapat berfungsi secara normal dalam menjalani hidupnya, terutama dalam beradaptasi dengan masalah yang ditemukan sepanjang hidup seseorang dengan keterampilan manajemen stres (Adisty Wismani Putri, *et*



al, 2015). Sarwono (2012) menjelaskan bahwa kesehatan mental (kesehatan jiwa) merupakan suatu keadaan seseorang yang terhindar dari gangguan kejiwaan, mampu menyesuaikan diri dengan orang lain, masyarakat maupun lingkungan disekitarnya, memiliki kemampuan dalam mengendalikan diri ketika menghadapi masalah, terwujudnya keserasian dan keharmonisan antara fungsi-fungsi kejiwaan. Kesehatan mental adalah keadaan mental atau psikologis di mana ia memanifestasikan dirinya. Kemampuan seseorang untuk menyelesaikan penyesuaian masalah yang ada di dalam diri seseorang dan masalah yang ada lingkungan eksternal (Konna, 2017). Selain itu, kesehatan mental didefinisikan kemampuan seseorang dalam menahan tekanan hidup yang biasa, bekerja secara produktif, dan mampu berkontribusi pada komunitas disekitarnya (Ayuningtyas & Rayhani, 2018).

Rusmin Tumanggor (2002) menjelaskan bahwa seseorang dapat dikatakan memiliki tanda - tanda mental yang sehat apabila memenuhi kriteria sebagai berikut:

1. *Adjustment* (penyesuain diri)
2. *Integrated personality* (kepribadian utuh atau kokoh)
3. *Growth and Development in Causality Laws* (bertumbuh dan berkembang dalam hukum sebab akibat)
4. *Free of the sense frustration, conflict, anxiety and depression* (bebas dari rasa gagal, pertentangan batin, kecemasan dan tekanan)
5. *Normatif* (norma atau nilai)
6. *Responsibility* (bertanggung jawab)
7. *Maturity* (kematangan)
8. Otonomi (berdiri sendiri)
9. *Well decision Making* (pengambilan keputusan yang baik)

Ramayulis, (2013) menjelaskan bahwa ada beberapa indikator dalam kesehatan mental, antara lain:

1. Indikator menurut WHO
  - a. Bebas dari ketegangan dan kecemasan
  - b. Menerima kekecewaan sebagai pelajaran dikemudian hari
  - c. Dapat menyesuaikan diri secara konstruktif meski kenyataan itu pahit.
  - d. Dapat tolong menolong.
  - e. Merasa lebih puas memberi daripada menerima.
  - f. Memiliki rasa kasih sayang dan butuh disayangi.
  - g. Memiliki spiritual atau agama.
2. Indikator kesehatan mental menurut Zakiyah daradjat
  - a. Terhindar dari gejala gangguan jiwa dan penyakit jiwa.
  - b. Dapat menyesuaikan diri.
  - c. Mengembangkan potensi semaksimal mungkin.
  - d. Tercapai kebahagiaan pribadi dan orang lain

### **Gangguan Mental**

Gangguan mental atau gangguan jiwa adalah bentuk gangguan dan kekacauan fungsi mental atau kesehatan mental yang disebabkan oleh kegagalan mereaksinya mekanisme adaptasi dari fungsi-fungsi kejiwaan terhadap stimulus ekstren dan ketegangan-ketegangan, sehingga muncul gangguan fungsi atau gangguan struktur dari satu bagian, atau sistem kejiwaan/mental (Ramayulis, 2012). Menurut Maslim (2003), gangguan mental merupakan suatu sindrom perilaku seseorang yang secara klinis cukup bermakna dan berkaitan erat dengan gejala penderitaan atau kecacatan dalam satu atau lebih fungsi yang penting dari manusia dengan peningkatan resiko untuk kehilangan kebebasan, kesakitan, kecacatan maupun kematian (DSM-IV,1994). Gangguan jiwa

merupakan sebuah sindrom perilaku yang dimiliki seseorang secara khas yaitu fungsi psikologik, perilaku, biologik dan gangguan tersebut tidak berhubungan dengan orang tersebut akan tetapi dengan masyarakat. Gangguan mental atau gangguan jiwa tidak hanya kumpulan gejala psikiatrik saja melainkan juga gangguan emosional atau psikososial dan kegilaan yang berkaitan erat dengan keadaan genetik, struktur otak, fungsi syaraf, hormon, obat-obatan, gangguan kognitif, gangguan emosional, trauma, hubungan dengan orang lain dan keadaan sosial ekonomi.

Secara umum, klasifikasi gangguan jiwa menurut hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2013 dibagi menjadi dua bagian, yaitu gangguan jiwa berat atau kelompok psikosa dan gangguan jiwa ringan meliputi semua gangguan mental emosional yang berupa kecemasan, panik, gangguan alam perasaan, dan sebagainya. Skizofrenia termasuk dalam kelompok gangguan jiwa berat (Maslim, 2002; Maramis, 2010; Yusuf, 2015)

### **Epidemiologi Gangguan Mental (Gangguan Jiwa)**

Menurut World Health Organization (WHO), masalah gangguan jiwa di seluruh dunia sudah menjadi masalah yang sangat serius. WHO memperkirakan bahwa 25 juta orang menderita skizofrenia, sedangkan jumlah penderita skizofrenia di Indonesia sekitar 2,6 juta penderita (Siswadi, 2014). Riset kesehatan dasar tahun 2013 menunjukkan prevalensi Penduduk Indonesia (skizofrenia) gangguan jiwa berat seperti gangguan psikosis, prevalensinya adalah 1,7/1000. Hal ini berarti lebih dari 400.000 orang menderita gangguan jiwa berat (psikosis). Angka gangguan jiwa berat di Jawa Timur adalah sekitar 2,2/1000. Jika dihitung dengan penduduk Jawa Timur sebanyak 38 juta lebih, dan gangguan jiwa berat dialami oleh penduduk dewasa (sekitar 70%), maka gangguan jiwa berat di Jawa Timur adalah  $2,2/1000 \times (70\% \times 38 \text{ juta}) =$  sekitar 58.520 orang (Yusuf, 2015).

## **Manifestasi Klinis Gangguan Mental**

Menurut Videbeck dalam Nasir, (2011) mengatakan bahwa kriteria umum gangguan adalah sebagai berikut:

1. Tidak puas hidup di dunia.
2. Ketidak puasan dengan karakteristik, kemampuan dan prestasi diri.
3. Koping yang tidak afektif dengan peristiwa kehidupan.
4. Tidak terjadi pertumbuhan personal

Menurut Keliat dkk dalam Prabowo, (2014) mengatakan ada juga ciri dari gangguan jiwa yang dapat diidentifikasi adalah sebagai berikut:

1. Mengurung diri.
2. Tidak kenal orang lain.
3. Marah tanpa sebab.
4. Bicara kacau.
5. Tidak mampu merawat diri

Adapun tanda dan gejala gangguan jiwa adalah sebagai berikut:

1. Ketegangan (Tension) merupakan murung atau rasa putus asa, cemas, gelisah, rasa lemah, histeris, perbuatan yang terpaksa (Convulsive), takut dan tidak mampu mencapai tujuan pikiranpikiran buruk (Yosep, H. Iyus & Sutini, 2014).

2. Gangguan kognisi.

Merupakan proses mental dimana seorang menyadari, mempertahankan hubungan lingkungan baik, lingkungan dalam maupun lingkungan luarnya (Fungsi mengenal) (Kusumawati, Farida & Hartono, 2010).

3. Gangguan kepribadian.

Kepribadian merupakan pola pikiran keseluruhan, perilaku dan perasaan yang sering digunakan oleh

seseorang sebagai usaha adaptasi terus menerus dalam hidupnya.

4. Gangguan pola hidup

Meliputi gangguan dalam hubungan manusia dan sifat dalam keluarga, rekreasi, pekerjaan dan masyarakat. Gangguan jiwa tersebut bisa masuk dalam klasifikasi gangguan jiwa kode V, dalam hubungan sosial lain misalnya merasa dirinya dirugikan secara terus menerus (Maramis, 2009).

5. Gangguan perhatian.

Perhatian ialah konsentrasi energi dan pemusatan, menilai suatu proses kognitif yang timbul pada suatu rangsangan dari luar (Direja, 2011).

6. Gangguan kemauan.

Kemauan merupakan dimana proses keinginan dipertimbangkan lalu diputuskan sampai dilaksanakan mencapai tujuan.

7. Gangguan perasaan atau emosi (Afek dan mood)

Perasaan dan emosi merupakan spontan reaksi manusia yang bila tidak diikuti perilaku maka tidak menetap mewarnai persepsi seorang terhadap sekelilingnya atau dunianya. Perasaan berupa perasaan emosi normal (adekuat) berupa perasaan positif (gembira, bangga, cinta, kagum dan senang). Perasaan emosi negatif berupa cemas, marah, curiga, sedih, takut, depresi, kecewa, kehilangan rasa senang dan tidak dapat merasakan kesenangan (Maramis, 2009).

### **Klasifikasi Gangguan Mental**

Klasifikasi gangguan jiwa menurut PPGDJ dalam Keliat, (2011) adalah sebagai berikut:

1. Gangguan organik dan somatik.

a. Gangguan organik dan somatik.

F00 – F09 (Gangguan mental organik), termasuk gangguan mental simtomatik.

- b. Gangguan akibat alkohol dan obat atau zat.  
F10 – F19 (Gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan zat Psikoaktif).
- 2. Gangguan mental psikotik.
  - a. Skizofrenia dan gangguan yang terkait.  
F20 – F29 (Skizofrenia, gangguan skizotipal dan gangguan waham).
  - b. Gangguan afektif.  
F30 – F39 (Gangguan suasana perasaan mood atau afektif).
- 3. Gangguan neurotik dan gangguan kepribadian.
  - a. Gangguan neurotik.  
F40 – F48 (Gangguan neurotik, gangguan somatoform dan gangguan yang berhubungan dengan stres).
  - b. Gangguan kepribadian dan perilaku masa depan.  
F50 – F59 (Sindrom perilaku yang berhubungan dengan gangguan fisiologi dan faktor fisik).  
F60 – F69 (Gangguan kepribadian dan perilaku masa dewasa).
- 4. Gangguan masa kanak, remaja dan perkembangan.
  - a. F70 – F79 (Retardasi mental).
  - b. F80 – F89 (Gangguan perkembangan psikologis).
  - c. F90 – F98 (Gangguan perilaku dan emosional dengan onset).

Berikut ini ialah jenis gangguan jiwa yang sering ditemukan di masyarakat menurut Nasir, (2011) adalah sebagai berikut:

#### 1. Skizofrenia

Merupakan kelainan jiwa yang menunjukkan gangguan dalam fungsi kognitif maupun pikiran berupa disorganisasi atau pembentukan isi serta arus pikiran.

## 2. Depresi

Depresi merupakan salah satu gangguan jiwa di bidang emosi dan suasana hati, yang ditandai dengan perubahan suasana hati, lesu, putus asa, dan rasa tidak berharga. Selain itu, depresi adalah gangguan mental yang didefinisikan oleh banyak orang yang mengalami kesulitan keuangan. Hal ini erat kaitannya dengan ketidakmampuan masyarakat, kemiskinan dan kebodohan.

## 3. Cemas

Gejala kecemasan baik kronis maupun akut merupakan komponen utama pada semua gangguan psikiatri. Komponen kecemasan dapat berupa bentuk gangguan fobia, panik, obsesi kompulsi dan sebagainya.

## 4. Penyalahgunaan narkoba dan HIV/ AIDS.

Di Indonesia, penyalahgunaan narkoba kini menjadi ancaman yang sangat serius bagi bangsa dan kehidupannya. Sebagaimana diketahui bahwa gambaran keseluruhan skala masalah narkoba adalah jumlah kasus penggunaan narkoba di Indonesia meningkat rata-rata 28,95 per tahun. Peningkatan penggunaan narkoba berbanding lurus dengan peningkatan fasilitas dan sumber daya. Ada 80.000 hingga 120.000 ahli epidemiologi HIV atau AIDS di Indonesia, 80% di antaranya terinfeksi jarum suntik.

## 5. Bunuh diri

Dalam keadaan normal, tingkat bunuh diri adalah antara 8 dan 50 per 100.000 orang. Jika secara finansial sulit, jumlah ini akan meningkat dua hingga tiga kali lipat. Pertumbuhan penduduk, kesulitan keuangan dan layanan medis akan meningkatkan tingkat bunuh diri masyarakat. Bunuh diri seharusnya menjadi masalah kesehatan masyarakat yang utama (Nasir, Abdul & Muhith, 2011).

## Daftar Pustaka

- Adisty Wismani Putri, *et al.* (2015). Kesehatan Mental Masyarakat Indonesia (Pengetahuan, Dan Keterbukaan Masyarakat Terhadap Gangguan Kesehatan Mental). Prosiding Ks: Riset & Pkm Volume: 2 Nomor: 2 Hal: 147 – 300
- Ayuningtyas, D., & Rayhani, M. (2018). Analisis Situasi Kesehatan Mental Pada Masyarakat Di Indonesia Dan Strategi Penanggulangannya, 9(1), 1–10.
- Departemen Kesehatan RI. (2000). Keperawatan Jiwa Teori dan Tindakan Keperawatan. Jakarta: Depkes RI
- Direja, A.H.S. (2011). Buku Ajar Asuhan Keperawatan Jiwa.Edisi I. Yogyakarta: Nuha Medika
- Keliat, BA, *et al.* (2011). Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas: CHMN (Basic Course). Jakarta: EGC
- Kemenkes RI. (2012). Buku Pedoman Penghapusan Stigma & Diskriminasi bagi Pengelolaan Program, Petugas Layanan Kesehatan dan Kader. Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit Lingkungan & Direktorat Pengendalian Penyakit Menular Langsung.
- Kemenkes RI.(2015). Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019. Kemenkes Jakarta
- Kusumawati, Farida dan Yudi Hartono. (2010). Buku Ajar Keperawatan Jiwa. Jakarta: Salemba Medika
- Maramis. 2009. Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa. Edisi 2. Surabaya: Airlangga
- Nasir, Abdul dan, Abdul, Muhith. (2011). Dasar-dasar Keperawatan jiwa, Pengantar dan Teori. Jakarta: Salemba Medika
- Ramayulis. (2013). Psikologi Agama, Jakarta: kalam Mulia
- Tumanggor, Rusmin. (2002). Ilmu Jiwa Agama, Depok: Ulinnuha, Cetakan ke 2



Yosep Iyus, Sutini Titin (2014), Buku Ajar Keperawatan Jiwa Dan *Advance Mental Health Nursing*, Bandung: Refika Aditama.

Yusuf, A., Rizky F. PK., Hanik EN (2015). Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa. Jakarta: Salemba Medika

## **Profil Penulis**



### **Miftakhul Ulfa**

Lahir dari orang tua Bpk. Rohib dan Ibu Salamah sebagai anak pertama dari dua bersaudara. Penulis dilahirkan di Kota Pasuruan, tanggal 09 Juli 1984. Penulis menempuh pendidikan dimulai dari SDN Kejapanan II Gempol (lulus tahun 1996), SMPN 1 Gempol (lulus tahun 1999), SMUN 1 Kota Bangil (lulus 2002), dilanjutkan menempuh Pendidikan S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran di Universitas Brawijaya (lulus tahun 2006), kemudian melanjutkan ke Pendidikan Magister Keperawatan di Universitas Brawijaya (lulus tahun 2018). Penulis saat ini aktif sebagai Tenaga Pengajar (Dosen Tetap) di STIKES Widyagama Husada Malang pada keilmuan Keperawatan Jiwa. Penulis juga tergabung sebagai anggota dalam Asosiasi Dosen Indonesia dan organisasi PPNI (Persatuan Perawat Nasional Indonesia). Adapun pengalaman riset dimulai sejak tahun 2005 hingga saat ini dengan fokus pada bidang penelitian keperawatan jiwa (kelompok sehat jiwa, kelompok resiko dan kelompok gangguan jiwa). Adapun Hasil Karya penelitian dan pengabdian kepada masyarakat sudah terpublikasi pada jurnal nasional maupun internasional.

Email Penulis: [mimiulfah336@gmail.com](mailto:mimiulfah336@gmail.com)



# PRINSIP DAN PANDANGAN TENTANG KESEHATAN MENTAL

**Awaliyah M. Suwetty, S.Kep., Ns., M.Kep.**

Akademi Keperawatan Maranatha Groups

## **Prinsip Kesehatan Mental**

Kesehatan mental merupakan suatu keadaan yang dapat disebut sebagai keselarasan antara fungsi jiwa pada diri individu selaku manusia, lingkungan dan kehidupannya. Kesehatan mental dapat dibangun berdasarkan factor internal dan factor eksternal. Secara umum, factor internal dapat berupa kondisi fisik, perkembangan, Integritas diri, kematangan psikis, kondisi psikologis, keberagaman serta sikap dalam menghadapi permasalahan, sedangkan faktor external yang melandasi adalah perekonomian, social budaya dan lingkungan sekitar. Kondisi diatas, membentuk sebuah situasi yang berkembang pada diri seorang individu yang meliputi perkembangan secara fisik, intelektual, emosional, keselarasan dan adanya penyesuaian diri antar manusia dengan dirinya sendiri dan lingkungan sekitarnya. Keseimbangan ini merujuk pada situasi kesehatan mental (Zamsami Sabiq, 2016). Kesehatan mental yang baik adalah sebuah kondisi yang merujuk pada situasi dimana individu mengenal dirinya, mampu berinteraksi dengan diri dan lingkungannya, mampu beraktualisasi, beradaptasi, memiliki ketertarikan terhadap objek dan bertanggung jawab dengan kehidupan yang sedang dijalani (Azania, 2021). Marie Jahoda juga memberikan batasan yang cukup tegas terkait kesehatan

mental, dalam kutipan (Lilik Ma'rifatul Azizah, Imam Zainuri, 2016) bahwa individu yang dikatakan memiliki kesehatan mental yang baik adalah individu yang 1) memiliki sikap kepribadian yang baik terhadap diri sendiri 2) memiliki pertumbuhan dan perkembangan serta aktualisasi diri yang baik 3) memiliki otonomi, pandangan serta integritas diri yang baik untuk menghadapi tekanan – tekanan lingkungan 4) memiliki persepsi yang luas, bebas dari penyimpangan, memiliki empati dan kepekaan sosial.

Prinsip dalam kesehatan mental menjadi hal paling mendasar yang harus ada dalam diri seseorang agar sehat mentalnya serta tidak terjadi segala bentuk gangguan jiwa. Guna mewujudkan Kesehatan mental, seorang individu harus memiliki beberapa prinsip dalam mewujudkannya. Menurut (Schneiders, 1964) dalam buku Kesehatan mental (Fakhriyani, 2019) prinsip Kesehatan mental dapat dibagi dalam 3 (tiga) kategori yaitu 1) hakikat manusia sebagai organisme 2) Hubungan manusia dengan Lingkungannya 3) Hubungan manusia dengan Tuhan.

1. Prinsip kesehatan mental berdasarkan hakikat manusia sebagai organisme
  - a. Individu memiliki kondisi jasmani dan rohani yang baik dan integritas organisme.
  - b. Individu harus memiliki moral, intelektual, agama, emosional, dan sosial.
  - c. Kesehatan mental dan penyesuaian diri dapat dicapai melalui integrasi dan kontrol diri, baik dalam cara berpikir, berimajinasi, memuaskan keinginan, mengekspresikan perasaan, serta bertingkah laku.
  - d. Individu memiliki pengetahuan serta pemahaman diri yang luas mengenai diri sendiri (self insight).
  - e. Memiliki konsep diri yang baik, mampu menghargai diri sendiri secara wajar dan realistis sesuai capaian yang diperoleh

- f. Selalu melakukan perbaikan diri serta mewujudkan harapan dan cita – cita sebagai perwujudan diri sesuai dengan keadaan (kondisi lingkungan) dan kepribadian.
  - g. Kesehatan mental dan penyesuaian diri memerlukan usaha yang terus menerus untuk mencapai kematangan berpikir, mengambil keputusan, mengekspresikan emosi, dan melakukan tindakan.
  - h. Individu mampu mengembangkan diri melalui proses belajar mengatasi konflik dan ketegangan secara efektif
  - i. Kesehatan mental memerlukan perjuangan yang berkelanjutan untuk mencapai kematangan dalam pikiran, keputusan, emosionalitas dan perilaku
2. Prinsip kesehatan mental berdasarkan hubungan manusia dengan lingkungan
- a. Adanya hubungan antar pribadi yang harmonis, terutama dalam kehidupan keluarga dan lingkungan sekitarnya.
  - b. Adanya sebuah proses penyesuaian diri yang baik serta ketenangan batin dalam menjalankan kehidupan dan memiliki kepuasan dalam bertindak serta menerima hasil sebagai sebuah perwujudan.
  - c. Kesehatan mental dan penyesuaian diri dicapai dengan sikap yang realistik, termasuk penerimaan terhadap kenyataan secara sehat dan objektif tanpa adanya distorsi
3. Prinsip kesehatan mental berdasarkan hubungan manusia dengan Tuhan
- a. Kestabilan mental tercapai dengan perkembangan kesadaran akan adanya Tuhan sebagai tempat bergantung pada setiap tindakan yang fundamental.

- b. Perwujudan hubungan manusia dengan tuhan melalui kegiatan kerohanian yang dilakukan secara terus menerus.

### **Pandangan Tentang Kesehatan Mental**

Kesehatan mental seringkali dikenali sebagai intelegensi sosial, emosional, kesejahteraan subjektif, ataupun resiliensi. situasi ini dipandang sebagai sifat yang dimiliki individu seperti adanya perilaku mengasahi, perhatian, bertanggung jawab pada pekerjaan, memiliki tanggung jawab dalam penyelesaian masalah, selalu berorientasi pada masa depan, memiliki harapan dan tujuan yang realistis (Vaillant, 2003), sehingga hakekat kesehatan mental adalah terwujudnya keserasian, keharmonisan, dan integralitas kepribadian yang mencakup seluruh potensi manusia secara optimal dan wajar. Pandangan tentang kesehatan mental sangat bervariasi, beberapa ahli telah mengungkapkan pandangannya terkait kesehatan mental. Hanna Djumhana Bastaman dalam (Zamsami Sabiq, 2016) mengemukakan empat pola pandangan yang dikemukakan sebagai berikut:

1. Pola pandangan berorientasi pada simptomatis.

Pandangan ini mengemukakan bahwa adanya gejala (symptoms) dan keluhan (compliants) merupakan tanda adanya gangguan atau penyakit yang diderita seseorang.

2. Pola pandangan berorientasi pada penyesuaian diri.

Pola ini berpandangan bahwa individu memiliki kemampuan adaptasi. Proses penyesuaian diri ini dibagi menjadi dua bagian yakni adaptasi positif dan negatif. Adaptasi positif diartikan Ketika individu mampu menyesuaikan diri dengan lingkungan dan permasalahan yang dihadapi tanpa kehilangan harga diri atau melanggar hak – hak orang lain. Sementara adaptasi yang negative/ pasif adalah kondisi penyesuaian diri yang tidak sehat, individu cenderung egois terhadap diri sendiri, maupun lingkungannya. Individu memilih untuk menarik diri atau bahkan

menuruti tuntutan lingkungan dengan mengabaikan apa hal yang dibutuhkan oleh individu.

3. Pola pandangan berorientasi pengembangan potensi

Pola wawasan yang berorientasi pengembangan potensi pribadi. Pandangan ini merujuk pada potensi yang dimiliki oleh individu seperti kreativitas, kecerdasan, rasa tanggung jawab, kebebasan dan kesabaran. Semakin berkembangnya potensi pribadi, akan menuntun individu kepada hal – hal yang bermakna atau bermanfaat, dengan demikian akan memberikan harga diri yang tinggi, sebaliknya kualitas individu akan menurun jika potensi yang dimiliki tidak dikembangkan atau cenderung disembunyikan. Pengembangan potensi ini, juga harus memandang nilai, norma dan etis yang dianut dalam masyarakat, karena potensi dan kualitas-kualitas individu ada yang baik dan ada yang buruk.

4. Pola pandangan yang berorientasi agama/kerohanian

Agama memiliki peran yang sangat penting dalam membentuk Kesehatan mental seseorang. Keimanan dan ketakwaan kepada Tuhan akan menuntun individu kepada perilaku yang baik, perilaku yang bertanggung jawab dan tidak merugikan orang lain.

Pandangan lain terkait Kesehatan mental juga diuraikan dalam beberapa studi literature yang dijabarkan sebagai berikut:

1. Pandangan Kesehatan Mental dari Perspektif Global

(Kirmayer, L. J., & Swartz, 2014) mengemukakan beberapa pandangannya terkait kesehatan mental global saat ini, yaitu:

- a. Kesehatan Mental dinilai sebagai gangguan Neuropsikiatris yang disebabkan oleh factor biologis
- b. Kesehatan mental dapat terjadi oleh karena factor budaya, namun belum terlihat adanya pendekatan budaya dalam penatalaksanaanya.



- c. Kesehatan mental global cenderung memusatkan pada intervensi kesehatan mental profesional dan cenderung mengabaikan bentuk indigenous pertolongan, penyembuhan, dan integrasi sosial yang dapat berkontribusi pada luaran positif dan pemulihan
  - d. Prioritas Kesehatan mental global lebih difokuskan pada pengembangan profesional dan institusi di negara berkembang namun tidak memberikan perhatian kepada masyarakat local yang membutuhkan bantuan atau layanan psikiatri
2. Pandangan Kesehatan Mental dari perspektif budaya

Budaya memandang masalah Kesehatan mental dari sudut pandang yang berbeda dengan diagnosis psikiatri. Budaya menilai bahwa Kesehatan mental dipengaruhi oleh bentuk, gejala dan tingkat keparahannya masing – masing sesuai dengan variasi sejarah local daerah setempat (Novianty, 2017). Budaya menilai bahwa kesehatan mental dapat terjadi secara ringan dan berat. Unsur budaya menilai masalah kesehatan mental yang ringan berasal dari adanya isu moralitas, ketidakharmonisan keluarga dan bukan sebagai gangguan mental. Sedangkan masalah Kesehatan mental yang berat seperti gangguan mental berat dianggap sebagian budaya sebagai adanya sihir, ilmu jahat, ketidaktaatan agama, dan isu moral. Pandangan budaya yang bervariasi memberikan banyak alternatif pengobatan lokal dalam masalah kesehatan. Pengobatan dalam sistem budaya local mengandung nilai budaya, sistem keagamaan dan moral tidak mudah digantikan oleh praktik psikiatri (Anita Novianty, 2019)

3. Pandangan Kesehatan Mental dari Perspektif Agama
- Agama merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dari kehidupan manusia. Hubungan manusia dengan agama merupakan hubungan yang bersifat kodrati dan menyatu dalam fitrah penciptaan manusia (Rossi Delta Fitriannah, 2018) Secara

psikologis, agama adalah ilusi manusia. Manusia memiliki keyakinan akan adanya kepercayaan pada suatu agama dikarenakan rasa ketidakdayaannya menghadapi bencana/ masalah. Dengan demikian, segala bentuk perilaku keagamaan merupakan ciptaan manusia yang timbul dari dorongan agar dirinya terhindar dari bahaya dan dapat memberikan rasa aman (Hamid, 2017). Pandangan Kesehatan mental dari perspektif agama adalah adanya sebuah keyakinan pada sikap penyerahan diri seseorang terhadap suatu kekuasaan Yang Maha Tinggi. Sikap tersebut akan memberikan sikap optimis pada diri seseorang sehingga muncul perasaan positif seperti rasa bahagia, puas, sukses, merasa dicintai, atau merasa aman. Sikap emosi yang demikian merupakan bagian dari kebutuhan hak asasi manusia sebagai makhluk yang ber-Tuhan. Maka dalam kondisi tersebut manusia berada dalam keadaan tenang dan normal, sebaliknya jika manusia tidak memiliki keyakinan akan Tuhan, maka tidak akan merasa damai dan tenang Ketika menghadapi suatu permasalahan (Hamid, 2017)

## Daftar Pustaka

- Anita Novianty, L.C. (2019) 'Studi Literatur Kesehatan Mental dan Budaya', in Seminar Nasional Dan Call For Paper : "Community Psychology" Sebuah Kontribusi Psikologi Menuju Masyarakat Berdaya Dan Sejahtera. Jakarta, pp. 108–128.
- Azania, D. (2021) 'Peran Spiritual Bagi Kesehatan Mental Mahasiswa di Tengah Pandemi Covid -19', *Humanistika: Jurnal Keislaman*, Vol. 7 No. doi:DOI: <https://doi.org/10.36835/humanistika.v7i1.384>.
- Fakhriyani, D.V. (2019) *Kesehatan Mental*. Edited by M.P.I. Dr. Mohammad Thoha. Pamakasan: Duta medika.
- Hamid, A. (2017) 'Agama dan Kesehatan Mental Dalam Perspektif Psikologi Agama', *Jurnal Kesehatan Tadulako*, Vol. 3 No., pp. 1–84.
- Kirmayer, L. J., & Swartz, L. (2014) *Culture and Global Mental Health*. In V. Patel, H. Minas, A. Cohen, & M. J. Prince, *Global and Mental Health; Principle and Practice*, Oxford University Press. New York: Oxford University Press.
- Lilik Ma'rifatul Azizah, Imam Zainuri, A.A. (2016) *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Yogyakarta: Indomedika Pustaka.
- Novianty, A. (2017) 'Literasi kesehatan mental: Pengetahuan dan persepsi publik mengenai gangguan mental.', *Analtika*, 9 (2), pp. 68 – 75.
- Rossi Delta Fitriana (2018) 'Keseimbangan Emosi dan Kesehatan Mental Manusia dalam Perspektif Psikologi Agama', *Syi'ar*, Vol. 18 No. Available at: <https://ejournal.iainbengkulu.ac.id/index.php/syiar/article/download/1285/1078>
- Vaillant, G.E. (2003) 'Mental Health: Reviews and Overviews.', *The American Journal of Psychiatry*, 160 (8), pp. 1373–1384.
- Zamsami Sabiq (2016) 'Konseling Sufistik: Harmonisasi Psikologi dan Tasawuf Dalam Mewujudkan Kesehatan Mental', *Anil Islam*, Vol 9 nomo. Available at: <https://jurnal.instika.ac.id/index.php/AnilIslam/article/download/20/14>.

## **Profil Penulis**



### **Awaliyah M. Suwetty**

Penulis merupakan staf dosen pada Akademi Keperawatan Maranatha Groups, Kupang, Nusa Tenggara Timur. Penulis bergabung di dunia keperawatan sejak tahun 2006 saat meluluskan program Pendidikan Diploma III keperawatan Di Poltekkes Kemenkes Kupang.

Pada Tahun 2008 penulis kembali melanjutkan Pendidikan S1 keperawatan Ners dan lulus pada tahun 2011 di Universitas Gadjadara. Oleh karena besarnya keinginan penulis untuk mengabdikan dalam dunia Pendidikan keperawatan, pada tahun 2017, Penulis kembali melanjutkan Pendidikan S2 keperawatan di Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya. Saat ini Penulis menekuni bidang ilmu keperawatan jiwa dan untuk mewujudkan karir sebagai dosen penulis pun aktif menjalankan Tridharma Perguruan tinggi dengan melakukan kegiatan pengajaran, kegiatan ilmiah seperti melakukan penelitian dan menulis artikel di beberapa jurnal penelitian serta mengikuti kegiatan pengabdian baik yang diselenggarakan pihak internal maupun external. Ulasan tentang kesehatan jiwa sangat kompleks, sedikit uraian singkat terkait prinsip dan pandangan Kesehatan mental dalam tulisan ini, diharapkan dapat memenuhi kebutuhan pembaca.

Email Penulis: [lyasuwetty27@gmail.com](mailto:lyasuwetty27@gmail.com)



# PRINSIP KESEHATAN MENTAL TERGANGGU, PERSONAL DAN KOMUNITAS

**Ns. Febri Tri Andini, M.Kep.**

STIKES Garuda Putih

## **Kesehatan Mental**

### 1. Kesehatan Mental

Kesehatan mental adalah ilmu yang berhubungan dengan perawatan mental atau emosional. Semium, (2006) mengatakan bahwa ilmu kesehatan mental mempunyai objek khusus ununtuk diteliti dan objek tersebut adalah manusia. Ilmu kesehatan mental merupakan terjemahan dari istilah mental hygiene. Mental (dari kata Latin: mens, mentis) berarti jiwa, nyawa roh, sedangkan hygiene (dari kata Yunani: hugine) berarti ilmu tentang kesehatan, dapat diartikan bawa ilmu kesehatan mental itu adalah ilmu yang membicarakan kehidupan mental manusia dengan memandang manusia sebagai totalitas psikofisik yang kompleks (Dewi, 2012). Kesehatan mental yang diartikan oleh *American Psychological Association* (APA) dikitp dalam (Birken et al., 2017): “*as thepresence of successfull adjustmet or the absence of psychopatology*” dan “*as a state in which there is an absence of dysfunction in psychological, emotional, behavioral, and sosial spheres*”. Definisi ini dapat diartikan secara luas atau sempit. Artinya, kesehatan jiwa merupakan manifestasi keberhasilan

adaptasi atau kekurangan psikopatologi dan digambarkan tidak memiliki kecacatan dalam bidang psikologis, emosional, perilaku, dan sosial seseorang meningkat.

Sarwono (2012) mengatakan bahwa Kesehatan mental adalah kondisi terhindar dari gangguan jiwa, neurosis, dan penyakit mental. Seseorang dapat beradaptasi dengan orang dan masyarakat lain dimanapun ia berada dan memiliki kemampuan untuk mengontrol keselarasan antara fungsi mental dan terwujudnya keselarasan ketika menghadapi masalah. Kesehatan mental adalah suatu kondisi kesejahteraan (*well-being*) seorang individu yang menyadari kemampuannya sendiri, dapat mengatasi tekanan kehidupan yang normal, dapat bekerja secara produktif dan mampu memberikan kontribusi kepada komunitasnya (WHO, 2013). Semiun (2006) mendefinisikan dari kalangan psikiater bahwa kesehatan mental adalah menghindari gejala neurotik dan psikotik. Dengan definisi ini, orang yang sehat mental adalah orang yang mengendalikan dan mengatasi semua faktor emosional dalam kehidupan sehingga tidak terjadi penyakit mental. Neurosis atau psikosis. Dari definisi-definisi di atas, dapat diambil kesimpulan bahwa kesehatan mental adalah kemampuan jiwa untuk menyesuaikan diri dengan lingkungannya guna mencapai kepuasan dan kebahagiaan atau ketenangan hidup agar terhindar dari penyakit jiwa. Dalam penyesuaian ini, orang menghadapi masalah, guncangan, di mana mereka berada di dalam atau di luar diri mereka, dan di mana individu berada.

## 2. Prinsip Kesehatan Mental

Jaelani (2001) mengungkapkan beberapa prinsip kesehatan mental di antaranya:

- a. Integrasi diri berarti kekuatan batin dari jiwa, keseimbangan antara kesatuan pandangan hidup dan ketahanan. Orang yang seimbang diri adalah

mereka yang seimbang dalam kekuatan ego dan super egonya.

- b. Aktualisasi diri, Pentingnya aktualisasi diri dalam kesehatan mental ditekankan oleh Reiff. Menurut Reiff, orang yang sehat mental adalah mereka yang memenuhi diri sendiri atau mampu mencapai potensi mereka dan memenuhi kebutuhan mereka dengan cara yang tepat dan memuaskan.
- c. Citra dan sikap yang baik tentang diri sendiri. Mereka yang memiliki citra diri yang baik memiliki kemampuan untuk beradaptasi
- d. Kemampuan untuk menerima orang lain, terlibat dalam kegiatan sosial dan beradaptasi dengan lingkungan tempat anda tinggal. Kemampuan menerima orang lain berarti kesediaan untuk menerima, mencintai, menghormati, berteman, dan memperlakukan orang lain dengan baik. Melakukan kegiatan sosial berarti bersedia bekerja sama dengan masyarakat dengan melakukan pekerjaan masyarakat yang menginspirasi. Beradaptasi dengan lingkungan berarti berusaha mendapatkan rasa aman, damai dan bahagia dalam kehidupan sosial lingkungan tempat tinggalnya. Manusia yang memiliki ketiga kemampuan ini merupakan tanda dari manusia yang sehat mentalnya.
- e. Ketertarikan pada tugas dan pekerjaan. Setiap orang harus tertarik pada tugas dan pekerjaan mereka.
- f. Agama, Cita-cita, dan Filosofi. Agama dapat membantu manusia mengatasi problematika hidup di luar kemampuannya sebagai manusia yang lemah. Dengan cita-cita, seseorang dapat dengan antusias dan semangat memasuki perjuangan menuju kehidupan yang berorientasi masa depan. Dalam falsafah hidup, seseorang dapat dengan mudah menghadapi tantangan yang dihadapinya.



- g. Pengendalian diri menghindari kemungkinan terjadinya perbuatan yang melanggar hukum, seperti aturan agama, adat, dan moral dalam kehidupannya.
  - h. Kesadaran akan Hak dan Tanggung Jawab. Rasa akan hak dan tanggung jawab penting untuk bertindak, karena setiap individu ingin bebas dari rasa bersalah, bersalah, dan kekecewaan. Di sisi lain, hak, tanggung jawab, dan rasa sukses adalah dambaan semua orang yang sehat mental.
3. Gejala Kesehatan Mental yang Terganggu

Semua penyakit mental menyebabkan penderitaan dan perilaku merusak diri sendiri, yang secara serius dapat mempengaruhi kinerja dan kemampuan seseorang untuk berinteraksi dengan orang lain, dan dapat membahayakan orang lain dan masyarakat (Vladu et al., 2016). Gangguan mental biasanya berupa gejala-gejala sebagai berikut.

- a. Banyak konflik batin. Dada rasa tersobek-sobek oleh pikiran dan emosi yang antagonistis bertentangan. Hilangnya harga diri dan kepercayaan diri. Selalu merasa tidak aman dan dikejar oleh suatu pikiran atau perasaan yang tidak jelas hingga ia merasa cemas dan takut. Menjadi agresif, suka menyerang bahkan ada yang berusaha membunuh orang lain atau meleakukan usaha bunuh diri (agresivitas ke dalam).
- b. Komunikasi sosial terputus dan adanya disorientasi sosial. Timbul delusi-delusi yang menakutkan atau dihindangi *delusion of grandeur* (merasa dirinya paling super). Selalu iri hati dan curiga. Ada kalanya dihindangi *delusion of persecution* atau khayalan dikejar-kejar sehingga menjadi sangat agresif, berusaha melakukan pengrusakan, atau melakukan destruksi diri dan bunuh diri.

- c. Ada gangguan intelektual dan gangguan emosional yang serius. Penderita mengalami ilusi, halusinasi berat dan delusi. Selain itu, kurangnya pengendalian emosi dan selalu bereaksi berlebihan (*overreacting*). Selalu berusaha melarikan diri dari dalam dunia fantasi, yaitu dalam masyarakat semu yang diciptakan dalam khayalan. Merasa aman dalam dunia fantasinya. Orang luar dihukum dan dihindari sebab mereka itu dianggap “berdosa, kotor, jahat”. Maka dari itu, realitas sosial yang dihayati menjadi kacau balau. Juga kehidupan batinnya menjadi kalut, kusut, dan kepribadiannya berantakan (Radiani, 2019).

### **Prinsip Kesehatan Mental Personal**

1. Prinsip Berdasarkan Hubungan Manusia dengan Tuhan
  - a. Kestabilan mental tercapai dengan perkembangan kesadaran terhadap dzat yang lebih luhur daripada dirinya sendiri tempat ia bergantung, yakni Allah SWT.
  - b. Kesehatan mental dan ketenangan batin (*equanimity*) dicapai dengan kegiatan yang tetap dan teratur dalam hubungan manusia dengan Tuhan, misalnya melalui shalat dan berdo'a.
2. Prinsip Berdasarkan Hubungan Manusia dengan Lingkungannya
  - a. Kesehatan mental dan penyesuaian diri bergantung pada hubungan antar pribadi yang harmonis, terutama dalam kehidupan keluarga.
  - b. Penyesuaian diri yang baik serta ketenangan batin bergantung pada kepuasan dalam bertindak, misalnya dalam bekerja.
  - c. Kesehatan mental dan penyesuaian diri dicapai dengan sikap yang realistis, termasuk penerimaan terhadap kenyataan secara sehat dan objektif.

## **Kesehatan Mental Komunitas**

### 1. Masalah Kesehatan Mental Komunitas

Masalah kesehatan jiwa telah menjadi masalah kesehatan yang belum terselesaikan di tengah-tengah masyarakat, baik di tingkat global maupun nasional. Terlebih di masa pandemi COVID-19, permasalahan kesehatan jiwa akan semakin berat untuk diselesaikan. Dampak dari pandemi COVID-19 ini tidak hanya terhadap kesehatan fisik saja, namun juga berdampak terhadap kesehatan jiwa dari jutaan orang, baik yang terpapar langsung oleh virus maupun pada orang yang tidak terpapar.

Gangguan kesehatan mental di komunitas terjadi akibat perubahan sosial dan implikasi secara luas tidak hanya sosial, fisik, ekonomi, psikologi tetapi juga perubahan budaya. Kesehatan mental di komunitas sebagai berikut:

#### a. Masalah Pertumbuhan Manusia dan Kualitas Hidup

Pada umumnya kualitas hidup akan menjadi baik apabila aspek dalam kehidupan dapat memberikan kepuasan dan kenikmatan bagi hidupnya. Ketika mengalami ketidakseimbangan pada salah satu aspek, maka kualitas hidup menjadi tidak terpenuhi. Permasalahan mental yang seringkali terjadi di komunitas ketika mengalami sakit atau keadaan yang susah yaitu cenderung mengalami penurunan kualitas hidup. Kualitas hidup masyarakat Indonesia (*human development indeks/HDI*) pada tahun 1999 berada di peringkat 105 dari 10 negara dan pada tahun 2002 naik pada peringkat 112. Kualitas hidup dan kesejahteraan ini integritas dari keadaan kesehatan, pendidikan maupun ekonomi.

b. Masalah Psikososial

Dampak yang terjadi terutama dalam perubahan sosial terhadap kesehatan mental di komunitas mengakibatkan psikososial yang beragam diantaranya;

- 1) Pemukiman tidak bersih dan sehat
- 2) Masalah gangguan psikotik
- 3) Korban pemasungan
- 4) Masalah anak jalanan
- 5) Penyalahgunaan NAPZA
- 6) Masalah penyimpangan dan pelecehan seksual
- 7) Kekerasan sosial
- 8) Masalah pengungsi dan migrasi
- 9) Masalah Kesehatan kerja seperti kesehatan mental saat bekerja, produktifitas menurun serta stress di tempat kerja
- 10) Masalah *dislocation*

c. Masalah Gangguan Mental

Masalah gangguan mental yang ada di komunitas seperti gangguan mental organik, skizoprenia, gangguan *mood disorder* seperti depresi dan mania, gangguan makan dan seksual. Gangguan mental berupa gangguan kepribadian yang terjadi seperti retardasi mental, autisme dan gangguan perilaku pada anak dan remaja.

2. Upaya Kesehatan Mental Masyarakat

Upaya kesehatan mental masyarakat mencakup semua tingkatan dan intervensi dalam perawatan kesehatan mental (Stuart, 2016). Merupakan pelayanan paripurna, mulai dari pelayanan kesehatan jiwa spesialisik, integratif, dan pelayanan yang berfokus pada masyarakat. Selain itu, memberdayakan seluruh potensi dan sumber daya di

masyarakat sehingga terwujud masyarakat yang mandiri dalam memelihara kesehatannya (Keliat et al, 2011). Pelayanan kesehatan jiwa spesialisik dilaksanakan di rumah sakit jiwa dengan berbagai penerapan model praktik keperawatan profesional (MPKP) yang telah dikembangkan. Pelayanan kesehatan jiwa integratif merupakan pelayanan kesehatan jiwa yang dilaksanakan di rumahsakit umum. Pelayanan ini berbentuk unit perawatan intensif kejiwaan (*psychiatric intensive care unit—PICU*) dan konsultan penghubung keperawatan kesehatan mental (*consultant liaison mental health nursing—CLMHN*). Unit psikiatri di rumah sakit umum merupakan sarana pelayanan keperawatan kesehatan jiwa jangka pendek (*short termhospitalization*), sedangkan CLMHN merupakan sarana merawat pasien gangguan fisik umum yang mengalami masalah psikososial (Stuart 2016; Keliat et al, 2011).

Penerapan kesehatan jiwa komunitas menjadi salah satu wujud pengaplikasian teori keperawatan *Health care systems* oleh Betty Neuman. Teori model Neuman menggunakan sebuah sistem pendekatan untuk menggambarkan bagaimana klien mengatasi tekanan (stressor) dalam lingkungan internal atau eksternal mereka. Teori Neuman dalam praktek pelayanan kesehatan jiwa komunitas berfokus pada respons klien terhadap tekanan (Dewi, 2012). Dalam teori tersebut menyoroti bahwa keadaan sehat dan sakit dari seseorang itu sebagai sistem yang holistik dan lingkungan mempengaruhi kesehatan. Klien dengan petugas kesehatan jiwa komunitas membuat tujuan dan mengidentifikasi intervensi preventif yang sesuai. Individu, keluarga atau kelompok lain, komunitas maupun jaringan sosial merupakan suatu sistem klien yang dilihat sebagai gabungan dari interaksi fisiologis, psikologis, sosial budaya, perkembangan, dan variabel spiritual (Alligood & Tomey, 2014).

Konsep yang dikemukakan oleh Betty Neuman adalah konsep “*healthcare system*”, yang bertujuan untuk

mengatasi *stress relief* dengan memperkuat garis pertahanan diri, keluwesan, normal atau pasif, dimana tujuan dari pelayanan adalah komunitas. Model yang menjelaskan aktivitas keperawatan yang dimaksud. Betty Neuman mendefinisikan manusia sempurna sebagai kombinasi konsep holistik (variabel fisiologis, psikologis, sosiokultural, perkembangan, dan mental) dan pendekatan sistem terbuka. Berinteraksi sebagai sistem terbuka, manusia beradaptasi dan beradaptasi dengan lingkungan yang disebut stressor (Potter dan Perry, 2005).

### 3. Ruang Lingkup Kesehatan Mental di Komunitas

Ruang lingkup kesehatan jiwa komunitas menurut Keliat et al (2011) terdiri atas berbagai rentang masalah kesehatan jiwa antara kondisi sehat dan sakit, pada usia anak sampai usia lanjut, perawatan di rumah sakit atau masyarakat, serta kondisi kesehatan jiwa di rumah ataupun di tempat khusus. Bidang psikiatri komunitas ini mencakup semua kasus yang terjadi pada anak, dewasa, dan lanjut usia, baik kasus individu, kelompok, maupun keluarga.

### 4. Prinsip Kesehatan Mental Komunitas

Kesehatan mental komunitas menekankan pada prinsip-prinsip pencegahan diantaranya;

- a. Berusaha meningkatkan program pelayanan dan mengedukasi suatu komunitas secara keseluruhan dibandingkan pada individu.
- b. Menekankan pada praktik di masyarakat dibandingkan dengan lembaga khusus seperti rumah sakit jiwa.
- c. Petugas memberikan pelayanan tidak langsung seperti konsultasi, pendidikan kesehatan mental, pelatihan atau *training of trainer* seperti pada perawat kesehatan masyarakat dan lainnya.

- d. Pelayanan *prevention* atau pencegahan sebagai prioritas dibandingkan dengan usaha berupa terapi.
- e. Pengembangan strategi klinis yang inovatif untuk kesehatan mental masyarakat seperti intervensi klinis.
- f. Pengendalian demografi pada komunitas dengan program kesehatan mental masyarakat.
- g. Mengidentifikasi sumber-sumber stress di masyarakat dan tidak meremehkan terjadinya gangguan yang bersifat individual.

## **Daftar Pustaka**

- Alligood, & Tomey. (2014). *Nursing Theorists and Their Work Eighth Edition*. In USA: Mosby Elseiver.
- Birken, S. A., Bungler, A. C., Powell, B. J., Turner, K., Clary, A. S., Klamann, S. L., Yu, Y., Whitaker, D. J., Self, S. R., Rostad, W. L., Chatham, J. R. S., Kirk, M. A., Shea, C. M., Haines, E., & Weiner, B. J. (2017). Organizational theory for dissemination and implementation research. *Implementation Science*, 12(1), 1–15. <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0592-x>
- Jaelani. A.F. (2001). *Penyucian Jiwa dan Kesehatan Mental*. Jakarta: Amzah
- Kemenkes RI. (2013). *Riset Kesehatan Dasar; RISKESDAS*. Jakarta: Balitbang Kemenkes RI.
- Keliat, Budu Anna. (2011). *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas*. EGC, Jakarta
- Potter, P.A, Perry, A.G. (2005). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik*. Edisi 4. Volume 2. Alih Bahasa: Renata Komalasari, dkk. Jakarta: EGC.
- Sarwono. (2012). *Psikologi Remaja*. Edisi Lima. Jakarta: Grafindo Persada
- Semium, Y. 2006. *Kesehatan Mental 1. Pandangan Umum Mengenai Penyesuaian Diri dan Kesehatan Mental Serta Teori-Teori yang Terkait*. Yogyakarta: Kanisius
- Stuart. Gail. W (2016). *Keperawatan Kesehatan Jiwa: Indonesia*: Elsever.



## **Profil Penulis**



### **Febri Tri Andini**

Lahir di Koto Renah pada 14 Februari 1994 dan sekarang menetap di Jambi. Menyelesaikan pendidikan S1 dan Ners dengan jurusan keperawatan di Universitas Sriwijaya Palembang. Kemudian melanjutkan pendidikan Magister Keperawatan khususnya peminatan jiwa pada tahun 2018 di Universitas Andalas.

Saat ini merupakan salah satu dosen di Sekolah Tinggi Kesehatan dengan Jurusan D3 dan S1 Keperawatan. Untuk mewujudkan karir sebagai dosen yang profesional, penulis ikut dalam penelitian maupun pengabdian sesuai dengan bidang kepakaran penulis. Penulis berharap dengan menulis buku dapat memberikan salah satu kontribusi yang bermanfaat bagi Bangsa dan Negara.

Email: [febritrian058@gmail.com](mailto:febritrian058@gmail.com)

# PENDEKATAN TERHADAP GANGGUAN JIWA

**Dr. Sabina Gero, S.Kp., M.Sc.**

Universitas Karya Husada-Semarang

## **Pendahuluan**

Gangguan jiwa dalam UU Kesehatan Jiwa RI terdiri dari Orang Dengan Masalah Kejiwaan (ODMK) dan Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ). ODMK berisiko menjadi ODGJ. Oleh karena masalah Kesehatan jiwa oleh masyarakat masih dianggap berhubungan dengan setan, dunia magic, santet, dll maka pendekatan terhadap gangguan jiwa secara medis dan ilmu keperawatan kurang bermanfaat. Ada berbagai pendekatan terhadap Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ). Menurut UU Kesehatan Jiwa RI, nomor 18/2014, pasal 4, upaya kesehatan jiwa meliputi kegiatan promosi, preventif, kuratif dan rehabilitatif, dilaksanakan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah dan atau Masyarakat. Dalam pelaksanaannya, keempat pendekatan itu dilaksanakan secara terintegrasi, komprehensif dan berkesinambungan sepanjang siklus kehidupan manusia. Keempat upaya ini diuraikan lebih lanjut dalam berbagai pendekatan terhadap ODMK dan ODGJ antara lain, manajemen stres; psikoterapi suportif, pendidikan kesehatan, konseling jiwa pada kondisi bencana, bimbingan spiritual menjelang ajal, tindakan kolaboratif, terapi modalitas, restrain (pengekangan), tindakan ECT /terapi kejang listrik, penyuluhan kesehatan jiwa masyarakat, deteksi dini gangguan jiwa. Pendekatan terhadap gangguan jiwa,

ODGJ, yang merupakan terapi independen perawat, terdiri dari beberapa tehnik praktis akan dibahas lebih lanjut adalah psikoterapi supportif

### **Psikoterapi Suportif Sebagai Terapi Independen Perawat**

Psikoterapi supportif adalah terapi psiko/mental/ jiwa non farmako untuk menguatkan dan mengembangkan daya tahan mental atau mekanisme koping baru, sehingga seseorang lebih mampu beradaptasi terhadap lingkungan. Terapi ini fokus mengubah pola pikir, perasaan dan perilaku klien untuk mencapai keseimbangan diri. Suportif dimaksudkan karena bersifat non farmako, tidak memakai obat-obatan medis, tetapi lebih untuk mengembangkan ventilasi diri, persuasive, menjamin, sugesti, bimbingan dan penyuluhan agar klien lebih memahami diri dan potensi yang ada untuk self healing (Menyembuhkan diri sendiri). Psikoterapi supportif pada ODMK dan atau ODGJ, secara individu maupun kelompok dengan cara merefleksikan kehidupan sendiri yang sudah dijalani, mengeksplorasi pilihan yang sudah dan tersedia, bertanya pada diri hal yang ingin diubah kedepannya (Palmer, 2011). Tujuan psikoterapi suportif pertama, menguatkan daya tahan mental yang telah dimiliki; kedua, mengembangkan mekanisme daya tahan mental (koping mekanisme) yang baru dan yang lebih baik; ketiga, mempertahankan fungsi pengontrolan diri; keempat, meningkatkan kemampuan adaptasi terhadap lingkungan. Selain psikoterapi suportif ada pula psikoterapi reedukasi, dan psikoterapi rekonstruktif. Penyebab gangguan jiwa dalam konsep ini adalah: faktor biopsikososial dan respon maladaptive yang mengikutinya. Aspek biologis terjadi menjadi masalah dengan keluhan, sering sakit maag, migraine, batuk-batuk. Aspek psikologis mengalami banyak keluhan seperti mudah cemas, kurang percaya diri, perasaan bersalah, ragu-ragu, pemarah. Aspek social memiliki masalah dengan keluhan susah bergaul, menarik diri, tidak disukai, bermusuhan, tidak mampu mendapatkan pekerjaan, dan sebagainya. Semua hal tersebut terakumulasi menjadi penyebab gangguan jiwa.

Fenomena tersebut muncul akibat ketidakmampuan dalam beradaptasi pada masalah-masalah yang muncul. Prinsip proses terapi suportif adalah menguatkan respon koping adaptif, dengan mengupayakan klien mengenal terlebih dahulu kekuatan-kekuatan dalam diri; kekuatan mana yang dapat dipakai sebagai alternative pemecahan masalah.

Perawat membantu individu dalam melakukan identifikasi koping yang dimiliki dan yang biasa digunakan klien. Terapist berupaya menjalin hubungan yang hangat dan empatik dengan klien untuk menyiapkan koping klien yang adaptif.

Tabel 13.1. Indikator dan kontra indikator psikoterapi suportif

Indikator	Kontra Indikator
Dapat dipakai untuk orang dewasa dan anak-anak	Tidak melakukan pengkajian yang baik tentang perkembangan logikanya
Pasien yang mengalami gangguan jiwa (ODGJ) dan berpikir irasional	Tidak cocok untuk pasien agresiv dan Schizofrenia paranoid, Klien dengan Harga diri rendah
Dipakai secara individual maupun dalam kelompok	Terapist orang yang dapat dipercaya klien dan tidak punya hubungan emosional dengan klien
Cocok untuk terapi klien dengan masalah psikososial (ODMK)	Terapist punya konflik intrapsikis

### **Jenis Psikoterapi Suportif**

Psikoterapi suportif terdiri dari 9 jenis atau tipe sebagai berikut:

1. Ventilasi. Jenis ini memberi ruang kepada klien untuk mengeluarkan isi hati, unek-unek, marah, benci dan dendam kepada therapist. Dengan mengungkapkan seluruh masalah yang terpendam klien akan menjadi lega, ketegangan mereda dan berkurang. Sikap therapist → mendengarkan, menjadi pendengar yang

baik dan penuh pengertian. Topik pembicaraan : permasalahan / stres yang utama

2. Persuasi. Komunikasi persuasive merupakan komunikasi yang bertujuan untuk mengubah atau mempengaruhi kepercayaan, sikap, dan perilaku seseorang sehingga bertindak sesuai dengan apa yang diharapkan oleh komunikator. Makna persuasi, melakukan upaya untuk mengubah sikap, pendapat dan perilaku seseorang melalui cara-cara yang luwes untuk mempengaruhi kepercayaan dan harapan orang lain. ODMK/ODGJ mengalami masalah psikososial atau gejala-gejala penyakitnya yang timbul akibat cara berpikir, perasaan, dan sikapnya terhadap masalah yang dihadapinya. Terapis berusaha membangun, mengubah, dan menguatkan impuls tertentu serta membebaskannya dari impuls yang mengganggu secara masuk akal dan sesuai dengan hati nurani. Berusaha meyakinkan pasien dengan alasan yang masuk akal bahwa gejalanya akan hilang
3. Reassurance/Menjamin. Bentuk psikoterapi suportif yang berusaha meyakinkan kembali kemampuan pasien bahwa dirinya sanggup mengatasi masalah yang dihadapinya. Sikap terapis : meyakinkan secara tegas dengan menunjukkan hasil-hasil yang telah dicapai pasien. Topik pembicaraan : pengalaman pasien yang berhasil nyata.
4. Sugestif. Suatu bentuk psikoterapi suportif yang berusaha menanamkan kepercayaan, memberi sugesti pada pasien bahwa gejala-gejala gangguannya akan hilang. Sikap terapis: meyakinkan dengan tegas bahwa gejala pasien pasti hilang. Topik pembicaraan : gejala-gejala bukan karena kerusakan organik/fisik dan timbulnya gejala-gejala tersebut adalah tidak logis.
5. Bimbingan/Konseling. Bentuk psikoterapi suportif yang memberi nasihat dengan penuh wibawa dan pengertian. Sikap terapis : menyampaikan nasihat dengan penuh wibawa dan pengertian. Topik pembicaraan : cara hubungan antar manusia, cara

berkomunikasi, dan cara bekerja serta belajar yang baik.

6. Penyuluhan. Penyuluhan atau pendidikan kesehatan adalah psikoterapi suportif yang membantu pasien mengerti dirinya sendiri secara lebih baik. Dengan demikian dapat belajar mengatasi masalah dan dapat menyesuaikan diri.  
Sikap terapis : menyampaikan secara lemah-lembut dan bijaksana  
Topik pembicaraan : masalah pendidikan, pekerjaan, pernikahan, dan pribadi
7. Dorongan dan paksaan. Pada keadaan tertentu tehnik dorongan / paksaan seperti memberikan *punishment* untuk menstimulasi perilaku seseorang. Di antaranya dengan cara klien diberi tugas untuk melawan impuls-impuls yang menimbulkan neurotik, berusaha menghilangkan atau mengurangi *innerdrive* klien sampai di bawah titik kritis.
8. Pengakuan dan penyaluran. Pengakuan dan penyaluran adalah suatu pendekatan dengan cara mengeluarkan isi hati kepada orang lain. Pendekatan ini untuk mengurangi tekanan yang ada pada klien, sebab dengan adanya pengakuan dan penyaluran maka segala rasa tertekan yang mengganjal dapat dilepaskan (katarsis).
9. Terapi kelompok yang berfungsi sebagai pemberi inspirasi dari klien lainnya yang memiliki problem sejenis.

Prosedur psikoterapi suportif dibagi dalam 4 bagian untuk dipraktikkan:

1. Bagian 1. Terapi kognitif behaviorial (CBT)
2. Bagian 2. Terapi rasional emosional (RET)
3. Bagian 3. Terapi strategi (asertif training, desensitisasi sistemik, terapi dialetikal)
4. Bagian 4. Terapi lain-lain

## **Bagian I. Terapi Kognitif-Behavioral (CBT) = Terapi Perilaku & Berpikir.**

Kombinasi dari 2 terapi modalitas: model kognitif/berpikir & model behaviorial / perilaku.

Terapi behaviorial/terapi perilaku dikembangkan oleh Ivan Pavlov dan B.E. Skinner. Fokus utama pada mengubah atau menghilangkan perilaku maladaptif dan mengabaikan kesadaran klien akan penyebab-penyebab perilaku klien yang maladaptif tersebut. Bisa dipakai untuk orang dewasa dan anak, dengan dampak yang lebih efektif.

Langkah-langkah CBT:

1. Identifikasi pikiran-pikiran yang melenceng
2. Analisis/eksplor pikiran yang melenceng tersebut
3. Bangun kembali kognitif/berpikir dan tempatkan pikiran negatif dengan alternatif-alternatif nya
4. Aktivkan perilaku
5. Kembangkan ketrampilan-ketrampilan untuk pemecahan masalah dg cara assertiv
6. Monitoring kemajuan melalui pekerjaan rumah

Prosedur tindakan: terapi CBT dengan HENTIKAN PIKIRAN

Sasaran: klien depresi dengan gejala irasional, cemas dan menghasut, perilaku agresiv/ gertak

Tujuan: menghambat pikiran yang maladaptif melalui instruksikan klien untuk berhenti, setelah dia mengungkapkan pikiran yang tidak logis dengan cara ini klien belajar kontrol pikirannya dan juga perilakunya

1. Berhenti berpikir sangat berguna untuk gangguan obsesive kompulsive. Kata-kata BERHENTI/STOP, diucapkan oleh terapist diikuti dengan stimulus seperti suara ribut atau gema dari kata STOP itu. Dengan demikian pikiran yang eror diinterupsi atau terbloking dengan kondisi terkounter dan perilakupun akan dihambat.

## 2. Mengantikan Pikiran/ Thought Substitusi

Klien diinstruksikan menganti pikiran yang negatif dengan pikiran yang positif, atau rasional atau pikiran dikemas Kembali atau dinamakan kembali oleh perawat. Untuk perilaku yang tidak berfungsi, karena pemberian alasan dan atau tidak mengerti sehingga motif negatif untuk berbuat sesuatu, agar ditinggalkan.

Tujuan penamaan atau penyebutan ulang adalah mengembangkan aspek positif dari perasaan interpersonal dan perilaku klien.

Contoh:

- a. Klien yang punya jadwal pimpin rapat pagi, mengatakan pada dirinya “DIA CEMAS”, sementara perawat tahu dia sudah menyiapkan diri, maka perawat menyebut cemasnya itu dengan kata “antusias”
- b. Klien mungkin terus merujuk tindakan perawat sebagai “saya harus bagaimana”. Perawat mengetahui klien butuh diperhatikan, menamakan pertanyaan ini dengan “bagaimana caranya” sebagai suatu “caring”.

## **Bagian II. RET = Rational Emotional Terapi atau Terapi Rasional Emosional**

Ada 3 jenis terapi :

1. Latihan nafas dalam
2. Latihan relaksasi
3. Visualisasi/imagine

Terapi ini dikembagkan oleh Albert Ellis berdasarkan dugaan bahwa nilai-nilai dan kontrol keyakinan berasal dari perilaku individu. Banyak keyakinan dan asumsi-asumsi yang tidak rasional dan menyalahkan diri, seseorang sering mengevaluasi perilakunya dengan menggunakan pikiran-pikiran yang salah.



Beberapa asumsi RET sebagai berikut:

1. Seseorang akan dicintai dan dibuktikan oleh setiap orang lainpun ya
2. Seseorang akan kompeten dan talentanya terbukti , maka dia sangat sesuai
3. Seseorang punya sedikit kontrol pada hidupnya dan tertekan, menyebabkan iya merasa marah, bermusuhan dan depresi
4. Pengalaman waktu lalu sangat penting mempengaruhi perilaku dan sulit diubah
5. Instruksi dan pengertian akan dunia dibutuhkan untuk bahagia dan sejahtera
6. Sesuatu yang tidak akan ditanyakan pada keyakinan sosial masyarakat biasanya sesuatu yang akan dihukum masyarakat

RET membantu individu-individu atau kelompok-kelompok meneliti pikiran-pikiran irrasional dan perilaku, melalui diskusi verbal dan menulis tugas-tugas. Setelah itu diikuti dengan aktivitas aktivitas yang memungkinkan individu mengubah keyakinannya yang salah oleh kontrol langsung situasi yang menakutkan dan mencatat bahwa hasilnya tidak bersifat membangun. Individu dapat membangun dirinya dengan pikiran-pikiran yang irrasional dan perilaku yang menyimpang, dan mengantikan itu dengan keyakinan yang rasional dan perilaku yang sehat. RET sangat bermanfaat untuk cemas sedang, dan ringan. Bila kesadaran dan alasan dapat menguasai gejala fisiologi cemas. Terapi ini sangat bermanfaat.

Prosedur:

1. Latihan nafas dalam.

Tehnik terapi adaptif untuk mengurangi cemas ringan dan sedang. Latihan nafas dalam dipakai sehubungan dengan latihan relaksasi.

Caranya/ instruksinya:

- a. Duduk ditempat yang sepi
- b. Bernafas perlahan-lahan dan dalam, melalui hidung, mata tutup
- c. Jadikan nafas alamiah dan teratur dan rasakan kedamaian
- d. Konsentrasi pada nafasmu: udara masuk perlahan mengisi paru-parumu dengan oksigen, mengembangkan rongga dadamu dan perlahan keluar kembali
- e. Hitunglah dengan diam selama ambil nafas, juga waktu keluarkan nafas
- f. Jauhkan pikiran-pikiran yang menghambat atau stimulus lain, fokuskan pada pola nafas yang lambat, teratur
- g. Terima apapun pikiran, perasaan atau sensasi yang timbul dan kembali perhatikan kenafasmu

Latihan nafas dalam mengurangi efek fisik dari cemas dengan memperlambat denyut nadi dan memberi pengaruh positif pada status emosi seseorang.

## 2. Latihan Relaksasi dari Benson

Merupakan prosedur sederhana yang dikembangkan oleh Benson. Prosedur ini memberi pengaruh relaksasi ke orang yang mengalami ketegangan atau mengalami cemas ringan sampai sedang.

Cara/instruksinya (selama 15-30 menit)<sup>1</sup> :

- a. Duduk ditempat yang tenang dalam posisi senyaman mungkin
- b. Tutup matamu
- c. Relaksasikan semua otot, bernafas perlahan dan dalam sedapat mungkin, mulai dari kepala, turun perlahan sampai kaki dibuat rileks

- d. Pertahankan semua otot tetap rileks (semua otot bekerja minimal)
  - e. Suhu ruangan yang nyaman dan hangat, pakaian yang nyaman
  - f. Belajar memfokuskan diri, biarkan pikiran yang mengganggu datang tanpa menjadi cemas
  - g. Gunakan alat bantu mental berupa satu ungkapan (Kitab Suci), kata, **bunyi/musik** yang dapat diulang ulang sebagai mantra. Gunakan mantra yang tidak bermuatan emosional dan sesuai kondisi anda
  - h. Rilekskan tubuh, mulai dari kelompok otot kepala sampai kaki, katakan pada diri sendiri “rilekslah muka, rilekslah bahu, leher, dada, perut, punggung, paha, kaki” sampai benar istirahat dan nyaman
  - i. Fokuskan pada cara bernafas, bernafas yang rileks, ringan dan alamiah. Praktikkan nafas dalam dan pusatkan pada bernafasmu dan mantrammu
  - j. Waktu berlatih mulai dari hanya 10 menit, 20 menit dan maksimal 30 menit
  - k. Kontrol setiap peristiwa, jadilah orang dewasa dalam duniamu sendiri. Selama waktu itu hanya duduk dan bernafas, bukan utk memecahkan masalah
  - l. Nikmati ketenangan alamiah, kedamaian, dan sesasi rileks yang terjadi.
  - m. Akiri latihan ini dengan damai, buka mata perlahan, masuki dunia ini dengan fresh (segar) dan rileks
3. Visualisasi/imagery (membayangkan)
- a. Visualisasi akan efektif bila seseorang disiplin melaksanakannya dan dimulai dengan rileks dan nafas dalam 3 kali untuk memfasilitasi rileks. Perlu komitmen dengan kreasi dalam

pikiran/kepalamu, setia pada rencanamu, gunakan seluruh sense, biarkan dirimu merasakan pengalaman ini. Tetapkan tujuan yang ingin dicapai yaitu membangkitkan kehangatan, kenyamanan dan info khusus yang diinginkan. Harus jelas sebab akan berdampak positif pada penampilanmu

- b. Siapkan dalam mentalmu langkah-langkah dalam visualisasi
- c. Konsentrasi pada visualisasi yang dipilih sedetail mungkin. Pilihlah visualisasi yang positif, suasana tenang, indah, penuh cinta kasih, sukacita/gembira, damai, menyenangkan atau apa saja yang dipilih dari video, gambar, anak-anak, atau gambaran nyata yang akan dihadapi
- d. Arahkan diri untuk improvisasi yang positif, bayangkan bahwa orang lain akan berespon senang
- e. Bayangkan yang terbaik, yang positif. Bayangkan juga yang tidak diinginkan untuk membentuk koping terhadap kondisi ini, dalam beberapa versi
- f. Ulangi lagi jika belum berhasil dengan visualisasi positif. Gambaran positif seperti maknit membuatmu dekat dengan tujuan. Jika anda sering mengulang gambaran positif akan menolong tampil positif dalam kenyataannya.

### **Bagian III. Terapi Strategi**

Ada 3 jenis terapi :

#### **1. Latihan Assertiv**

Assertiv adalah suatu kualitas diri seseorang yang mempunyai keyakinan diri tanpa menjadi agresiv. Suatu ketrampilan yang perlu dipelajari. Yoseph Wolpe (1958) dan Adrew Salter (1961) menggunakan latihan assertiv untuk mengobati cemas, neurosis sebagai intervensi terapi perilaku. Biasa disingkat AT=assertivness training. Tujuan dari AT adalah

- a. Meningkatkan kesadaran hak-hak personal
- b. Mampu membedakan antara non assertive dan aggressive
- c. Mampu membedakan antara pasif agresif dan agresif
- d. Belajar ketrampilan verbal dan non verbal yang asertive

Ciri orang-orang yang assertive :

- a. Mereka bebas mengekspresikan perasaan, pikiran dan keinginan
- b. Mereka dapat berinisiatif dan mempertahankan kenyamanan dalam berhubungan dengan orang lain
- c. Mereka tahu hak-haknya
- d. Mereka mampu mengontrol kemarahan. Ini bukan berarti mereka menekan perasaan marah, tetapi mengontrol kemarahan itu dan berbicara tentang itu dg cara yang dapat diterima akal sehat
- e. Seorang assertive merasa dapat berkompromi dengan orang lain, daripada ingin diikuti caranya . mereka cenderung mempunyai harga diri yang baik
- f. Orang yg assertive berteman memperhitungkan kebutuhan diri dan memperhatikan kebutuhan orang lain pula

Prosedur latihan assertive ada 3 cara:

- a. Nyatakan apa perubahan yang dibutuhkan dan yakinlah ini adalah hakmu (pada kondisi sulit mengatakan “tidak” kepada orang lain. Tidak perlu menjadi cemas atau takut timbul konflik dg nilai-nilai dalam dirimu, jika itu sesuai dan benar.
- b. Gambarkan cara-caramu yang sesuai dengan dirimu untuk menjadikan dirimu assertiv dalam setiap situasi khusus yang menjadi perhatianmu.

Buat ini pada situasi yang benar-benar khusus, fokus pada perilaku orang lain itu bukan pada motivinya. Nyatakan dengan kalimat “ saya merasa..... sebab.....”

- c. Praktikkan memberi respon-respon yang assertiv
- d. Coba menjadi assertive pada situasi hidup harianmu.
- e. Sikap utama : Saya okey dan kamu okey
- f. Karakter: dapat dipercaya, mandiri, jujur, terbuka
- g. Bahasa tubuh : nada hangat, rileks; kontak mata terbuka dan menatap; postur dan cara berdiri: tubuh rileks, berdiri tegak, tangan disamping; tangan : gerakan-gerakan rileks.
- h. Formula teknik assertive : “saya merasa.....” “bila kamu.....”; “sebab.....”; saya ingin/butuh .....” kalimat verbal berupa pernyataan, kata-kata obyektif, pernyataan langsung, jujur mengatakan perasaannya.
- i. Berikut ini, suatu perbandingan antara perilaku assertiv, agresiv dan acquiescent (tundak saja, tanpa membantah).

Cara pertama → Prosedur perilaku Assertiv (Tegas):

- a. Pertahankan hakmu (tegakkan hakmu) disamping menghargai hak-hak orang lain
- b. Gunakan kecepatan suara yg ekspresive, langsung & untuk pengembangan diri
- c. Pilih kata-kata dan tindakan yang sesuai kondisi saat ini

Cara kedua → Prosedur Aggressive (menyerang/melawan, dll.)

- a. Pertahankan hak-hakmu, tetapi menolak hak-hak orang lain

- b. Berbicara dengan cara menyerang atau ingin menguasai orang lain
- c. Gagal memonitor atau mengontrol kata-kata dan tindakan sendiri

Cara ketiga → Acquiescent (menyetujui saja tanpa membantah/tunduk saja)

- a. Tidak mempertahankan hak-hak sendiri
- b. Menerima dikuasai dan diatur oleh orang lain
- c. Penampilan seolah-olah tidak ada tanggungan/tugas-tugas dan merasa menjadi korban orang lain

Contoh perilaku assertiv :

Berbicara seperti ini , “saya butuh...”, “saya merasa”..... atau “ saya akan...”

- a. Informasikan mahasiswa bahwa pikiran yang irrasional membuat konflik yang berakibat cemas pula
- b. Libatkan mahasiswa dalam diskusi yang dapat mengalihkan pikiran yg irrasional ke rasional, seperti:

“kamu tidak dapat memprediksi kegagalanmu. Jika kamu memilih belajar, ini akan memberi kesempatan untuk sukses”

“semua tes tidak menjebakmu, mengapa dosen menggunakan pertanyaan menjebak itu akan membuat kamu gagal”

“kamu punya waktu untuk belajar. Waktu tidak didapat, tetapi kamu yang mengatur, menggunakan waktumu, pakailah untuk tujuan kariermu.

- c. Instruksikan mahasiswa menulis 3 atau 4 pikiran yang rasional dan terus ingat itu di kepalamu, seperti “saya akan lulus ujian ini karena saya menyiapkan waktu untuk belajar “, “ saya tidak dapat mengontrol konten dari ujian, tetapi saya

dapat mengontrol pilihan jawabanku” “ karierku ini penting untukku dan saya akan atur waktu untuk belajar”. “studi merupakan kesempatan untuk saya lulus dalam tes ini”

- d. Praktikkan skenario menghadapi suatu tes (misalnya tes kompetensi) individual menggunakan langkah-langkah berikut :
- 1) Bayangkan kembali rutinitasmu setiap pagi ketika hendak menghadapi ujian
  - 2) Alami situasi ujianmu dalam situasi rileks
  - 3) Ulangi pikiran rasional, katakan perlahan pada diri sendiri “jadilah optimis”
  - 4) Alami kejadian-kejadian yg umumnya membuatmu tegang (datang terlambat, ribut dengan ketua kelas, dll), dan bayangkan dirimu bereaksi dengan tenang, dengan cara yang dapat diterima
  - 5) Fokuskan pada perasaan rileks dan pikiran yg optimis bahwa anda akan mengikuti ujian itu dengan baik dan sukses
  - 6) Lanjutkan membayangkan akan mengikuti ujian tersebut
  - 7) Bayangkan anda duduk, memegang bolpoint dan alami kursi dan bolpoint
  - 8) Rasakan rileks dan mental yang damai
  - 9) Praktikkan anda sedang menjawab pertanyaan ujian mulai dari no 1, ambil waktu untuk membaca dengan tenang dan berespon. Lihat pada jawaban yang salah, rasakan kalau pilihan jawabanmu adalah yang paling benar.
  - 10) Konsentrasi total pada ujian, baca pertanyaan no 2, bayangkan kalau tidak bisa pilih jawaban benar. Beri tanda dan lanjutkan soal no 3. Kembali baca nomor 2 dg cara yang rileks dan percaya diri.



2. Melalui desensitisasi anda dapat menjawab pertanyaan setelah mengalami respon relaksasi. Perilaku terapist menggunakan sistematik desensitisasi strategi akan menolong klien dg gangguan phobia dan gangguan obsesive dan kompulsive.
3. Terapi Perilaku Dialetikal.

Dialetikal Behavioral Therapi (DBT) merupakan terapi kognitif dan modalitas yang dikembangkan untuk gangguan mental yang sulit diobati. Diperkenalkan oleh Massha Lineham tahun 1990. Terapi ini efektif pada klien yang akan bunuh diri, klien dengan gangguan kepribadian.

Prosedur kerja DBT:

- a. Targetkan dan turunkan perilaku-perilaku merusak diri dan berisiko tinggi
- b. Turunkan emosional dan respon perilaku yang overreaksi
- c. Turunkan respon-respon stress post traumatik
- d. Kembangkan respek diri
- e. Dibutuhkan perilaku dan ketrampilan sosial untuk mengembangkan perilaku personal dan interpersonal dan kembangkan kepuasa diri.

#### **Bagian IV. Terapi-Terapi Lain-Lain**

Ada 9 jenis terapi lain-lain:

1. Terapi psikoanalitik
2. Terapi Gestalt
3. Terapi klien center
4. Terapi keluarga, terapi sistem keluarga
5. Terapi kelompok (TK)
6. Analisis transaksional
7. Psikodrama
8. Desensitisasi gerakan mata dan proses kembali
9. Terapi terpapar pada suatu realita

Penjelasannya:

Ad 1) Terapi psikoanalisa. Dikembangkan oleh Sigmund Freud dan pengikutnya. Berfokus pada konflik pada saat interaksi dengan orang lain karena telah dibentuk dalam pikirannya yaitu Id: gudang penyimpanan materi yang tidak sadar. Ego: memecahkan masalah atau sebagai mediator, terbanyak berada pada kesadaran manusia; dan superego : kesadaran akan sistem moral yang terdapat pada kesadaran dan ketidaksadaran. Psikoanalisis bekerja dengan teknik orientasi dalam diri, seperti hubungan bebas, analisis mimpi untuk mengeksplor arti dari perilaku sebelum (dibelakangnya). Pengalaman masa anak-anak didiskusikan secara mendalam, sebab mereka yakin merupakan akar dari neurosis saat dewasanya. Tujuan dari terapi psikoanalisis adalah menolong klien mengidentifikasi arti psikologik dari kejadian-kejadian, perasaan-perasaan dan perilaku, untuk menambah kesadaran mengapa seseorang berperilaku dan berperasaan yang lain dari cara yang ada. Tipe terapi ini prosesnya lama, karena memakan waktu, bisa 10 tahun pada beberapa individu.

Ad 2) Terapi Gestalt → arti gestalt adalah seluruhnya. Berdasarkan pada psikologi Gestalt. Terapist menolong individu menjadi sadar utk seluruh dirinya dan dunia sekelilingnya. Teori gestalt menjelaskan tentang “here and now” (disini dan sekarang ini). Dengan cara ini mengembangkan ekspresi diri, eksplorasi diri dan kesadaran diri pada saat ini?sekarang. kesadaran akan perasaan, merupakan fokus utama terapi ini dan kesadaran ini menekan klien untuk mampu berubah dengan cara menyelesaikan masalahnya dan memperbaiki masalah. Satu teknik gestalt adalah memberi seseorang mengeluarkan feelingnya menuju kursi kosong dimana dibayangkan orang penting itu duduk. Tehnik gestalt dapat dilakukan untuk individu-individu atau kelompok-kelompok dan digunakan oleh orang yang fungsionalnya sudah tinggi.

Ad 3) Terapi klien center (terapi berpusat pada klien). Merupakan pendekatan humanistik, dikembangkan oleh Carl Rogers, dimana terapist memberanikan diri ekspresi feeling melalui refleksi dan klarifikasi. Beberapa orang mentransfer dan mengkaunter, transfer diperbolehkan pada pendekatan ini. Sebagai terapist, didemonstrasikan kondisi yang tidak dapat diterima & unkonvensional dengan cara yang tidak diadili / dihukum.

Tujuan untuk individu:

1. Menerima perasaannya sendiri
2. Menambah perasaan yang positif dalam diri
3. Menambah penerimaan atas diri

Ad 4) Terapi keluarga atau Terapi Sistem Keluarga. Merupakan model intervensi yang bertujuan untuk meningkatkan komunikasi terbuka dan interaksi dalam keluarga yang sehat. Ini berdasarkan teori family sistem. Dibangun atas dasar bahwa seluruh keluarga lebih dari menjumlahkan bagian-bagiannya yang ada (anggota keluarga). Terapi keluarga dapat menjamin anggota dengan gejala yang ada (identifikasi diri), menemukan signal adanya rasa sakit, atau berjalan fungsi keluarga. Terapist bekerja untuk menolong anggota keluarga mengidentifikasi dan mengekspresikan pikiran mereka dan perasaan, mengidentifikasi peran dalam keluarga dan aturan-aturannya, mencoba dengan cara yang produktif, berhubungan dengan menyimpan kembali kekuatan dari sistem keluarga

Ad 5) Terapi kelompok → Merupakan psikoterapi pula dengan beberapa klien pada suatu waktu. Ini dapat mengembangkan tes-tes tentang hubungan interpersonal antara anggota-anggota kelompok. Kelompok baiknya homogen (orang dengan masalah yang mirip atau kesamaan seks atau usia) atau heterogen (manusia dengan masalah yang berbeda atau karena keduanya : jenis kelamin atau variasi usia).

Ad 6) Analisa Transaksional. Transaksional Analisa atau TA adalah terapi yang dikembangkan oleh Eric Berne, berdasarkan teori bahwa individu-individu mampu

berrespon dari 3 status egonya, sebagai orang tua, anak dan orang dewasa. Suksesnya transaksi interpersonal ini tergantung pada pendekatan yang digunakan dengan mengkombinasikan ketiga status ego tersebut sebagai berikut :

1. Status ego sebagai orang tua. Perasaan dan perilaku dipelajari dari orang tua atau figure yang berwibawa dan bersifat mengasuh atau mengkritisi
2. Status ego anak. Merupakan suatu ketidakberdayaan, emosional seorang anak atau respon seorang yang sedang bertumbuh kembang yang dialami dalam hidup. Itu bisa adaptif atau tidak bersemangat dan lain-lain
3. Status ego dewasa. Bertanggungjawab atas obyek tertentu, penampilan dewasa, atau matang, sesuai realita dan mempunyai kemampuan memecahkan masalah untuk memproses data

Ad 7) Psikodrama → merupakan suatu metode psikoterrapi kelompok (dikembangkan oleh Jacob Morena) yang mana kebenaran di eksprol melalui improvisasi dalam suatu drama yang bermuatan situasi emosional dan konflik-konflik. Selama psikodrama, subyek (klien) memilih suatu topik untuk di eksplorasi. Pemimpin atau terapist memberi petunjuk utk klien melalui satu seri bermain peran yang berhubungan dengan topik tersebut. Penggunaan ego tambahan atau alat bantu dari terapist adalah menyatu dalam tindakan dan mewakili orang penting yang berhubungan dengan klien dan topik yang dipilihnya. Audiens yang berhubungan dengan psikodrama mengambil bagian di panggung dan suatu yang menyedihkan untuk klien dan audiens. Psikodrama bukan merupakan terapi utama dan penampilannya melalui seleksi kelompok fungsional. Sosiodrama dan bermain peran terbentuk dari psikodrama seperti ini.

Ad 8) Desensitisasi gerakan mata dan proses kembalinya → eye movement desensitization dan reprocessing (EMDR), adalah suatu terapi modalitas yang dimulai dalam tahun 1989 dan berkombinasi dengan berbagai terapi lain termasuk gerakan mata, untuk menstimulus

gerakan otak memproses kembali sistem informasinya. EMDR diperkenalkan untuk mengobati post traumatik stress disorders, termasuk panik, phobia dan gangguan makan. Ini biasa digunakan bersamaan dengan tehnik perilaku kognitif, terapi lain dan riset, akan lebih bermanfaat dibandingkan jika digunakan sendiri. Saat ini peminat EMDR mengatakan bahwa terapi ini sangat efektif untuk memproses kembali neurostimulasi, sementara yang lain mengatakan sangat kontroversial.

Ad 9) Terapi terpapar terhadap realita yang baik. Virtual Reality Exposure Therapy (VRT atau VRET) dimulai dalam tahun 1990 sampai sekarang. Terapi ini digunakan untuk mengobati gangguan cemas berupa panik, stress post traumatik, macam-macam phobia, cemas sosial dan gangguan makan diantara orang-orang. Metode terapi ini terdiri dari klien, pakai alat dengar dengan TV monitor dan mike. Teknologi ini memproduksi realita yang baik dalam kehidupan, situasi yang mirip kenyataan, yang menyebabkan gejala tertekan pada klien dalam hidupnya sehari-hari, misalnya cemas, takut, menghindar, klien diajar tehnik relaksasi yang dapat digunakan selama terapi realita.

## Daftar Pustaka

- Palmer Stephen, Ed.(2011). *Indroductio to Counselling and Psychotherapy: The Essential Guide* (Konseling dan Psikoterapi), diterjemahkan oleh Sage Publication Ltd. Yogyakarta: Bandung
- Jurnal Muara Ilmu Sosial, Humaniora, dan Seni ISSN 2579-6348 (Versi C etak). Vol. 1, No. 1, April 2017: hlm 105-115.Penerapan Terapi Suportif untuk Meningkatkan Manajemen Emosi Negatif pada Individu yang Memiliki Pasangan Skizofrenia, Mutiara (Program Studi Psikologi Universitas Bunda Mulia Mutiara.mirah@gmail.com)
- Proyeksi, Vol. 13 (2) 2018, 15-26,15. PSIKOTERAPI SUPORTIF PADA PENDERITA SKIZOFRENIA HEBEFRENIA. Anisa Fitriani (Fakultas Psikologi Universitas IslamSultan Agung, Jl. Raya Kaligawe Km. 4 Semarang.anisa.fitriani@unissula.ac.)
- Townsend Mary C. (2015). *Psychiatric Mental Health Nursing, Concepts of Care in Avidence-Based Practice*. Edisi 8, Philadelphia : F.A. Davis Company
- Neeraja, KP , 2009, *Essentials of Mental Health and Psychiatric Nursing*, Volume 1 dan 2. Jaypee, St. Louis
- Yosep I., 2010. *Keperawatan Jiwa*, 3<sup>rd</sup>. Ed. Bandung: PT Refika Aditama.
- Gero Sabina, 2005. *Ketrampilan Komunikasi dengan Klien dalam situasi khusus*. Hal 12-19, Kupang: Gita Kasih
- UU Negara Republik Indonesia, Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa
- Domi K. Dheo (2015). *Desain Jiwa. Sebuah Paradigma Baru Dalam Dimensi Kesehatan Jiwa*. Jakarta: PT Gramedia

## Profil Penulis



### **Sabina Parera Gero**

Sejak sebagai guru SPK Kupang tahun 1985-1993, penulis sudah menekuni keperawatan jiwa. Tahun 1993, menyelesaikan Pendidikan S1 Keperawatan di PSIK-FK UI, penulis berpindah mengajar pada Akper Pemda Kupang, yang pada waktu itu baru dibuka. Pada tahun 1998 Akper Pemda Kupang menjadi Akademi Kesehatan Terpadu sebagai cikal bakal Politeknik Kesehatan Kupang. Pada tahun 1998-1999, penulis melanjutkan studi di John Moores University Liverpool Inggris, mendapat gelas Magister of Science. Saat itu mata kuliah yang diampuh penulis adalah Keperawatan Kesehatan Jiwa. Pada tahun 2010 – 2013, penulis mengambil strata 3 di Unair, dengan disertasi berjudul “Model Pelayanan Kesehatan Pencegahan Primer peminum ‘moke’ dengan Pendekatan Transcultural Care, di Masyarakat Sikka, Provinsi NTT”. Dalam disertasi ini aspek Kesehatan jiwa karena seorang peminum ‘moke’ (sejenis alcohol local, yang terbuat dari nira pohon lontar) jika diminum terus menerus, dapat membuat peminum kecanduan. Setelah menyelesaikan Pendidikan S3, penulis tetap menjadi tim pengajar Kesehatan Jiwa sampai pensiun sebagai ASN, tahun 2021. Banyak artikel koran local Pos Kupang penulis buat tentang Kesehatan jiwa, seperti “Saatnya Kebugaran Jiwa Diperhatikan”; “Stigma Dan Pengobatan Alternatif”; “Suicide Dapat Dicegah”; “Ada Yang Salah Pada Pendidikan Seks Kita”; “Obsesive Kompulsif: Cemas Yang Perlu Terapi” “Bedah Plastik: dari body image ke depersonalisasi”, dan menulis Kata Pengantar dalam buku “Desain Jiwa” karya Domi K. Dheo. Kegemaran menulis tentang Kesehatan jiwa mendorong penulis menyelesaikan Bab 13. Pendekatan Terhadap Gangguan Jiwa dari pandangan ilmu Keperawatan Jiwa, dalam buku Kesehatan Mental ini.

Email Penulis: [sabina93r0@gmail.com](mailto:sabina93r0@gmail.com)

# KESEHATAN MENTAL ANAK SAMPAI LANJUT USIA

**Yuli Fitria, S.Psi., M.Si.**

Stikes Banyuwangi

## **Pendahuluan**

Hakikat kesehatan pada diri manusia secara utuh ialah perpaduan sehat secara fisiologis, psikologis dan spiritual. Indikator sehat secara fisiologis apabila tidak terganggu oleh penyakit tubuh, sehat secara psikologis tidak memiliki gangguan jiwa yang ditunjukkan dengan perilaku adaptif, kemudian sehat secara spiritual di mana mampu memahami dan menjalani akan makna kehidupan secara baik. Ketika ketiga unsur tersebut terpenuhi maka akan tercapai keseimbangan sehingga terbentuk kesehatan mental. Individu yang mampu memahami pentingnya menjaga kesehatan mental akan cenderung mempertahankan keseimbangan ketiga unsur tersebut dan akan terus mencapai tingkatan yang lebih luas dari kesehatan mental yakni kesejahteraan psikologis (*Psychological Well-being*). Kesehatan mental yang baik dapat di alami dan dicapai setiap golongan usia mulai dari anak – anak sampai dengan dewasa akhir atau biasa dikenal orang dengan lanjut usia (lansia). Kesehatan mental yang baik menjadi hal penting bagi setiap individu ketika menghadapi tuntutan, tantangan serta tekanan yang datang pada tiap fase kehidupannya. Berbekal kesehatan mental yang baik pada dasarnya setiap orang akan mampu menjadi pribadi yang produktif, tangguh, tidak mudah putus asa atau mudah bangkit (*resilience*)



ketika mengalami keterpurukan serta mampu bermanfaat bagi lingkungan disekitarnya. Kesehatan mental merupakan suatu kondisi dimana tercapainya kesejahteraan pada individu yang meliputi optimalnya fungsi fisiologis, psikologis, sosial dan spiritualnya. Kesehatan mental yang mampu dicapai pada tiap fase-fase kehidupan dimana ketika individu mulai memiliki peran dalam interaksinya, maka dari itu perlu adanya uraian pembahasan secara mendetail mengenai kesehatan mental pada rentang kehidupan manusia diantaranya bagaimana gambaran kesehatan mental yang baik pada fase anak – anak, fase remaja, fase dewasa awal sampai dengan fase dewasa akhir (lanjut usia).

### **Kesehatan Mental Pada Anak**

Kesehatan mental pada anak merupakan hal penting yang perlu dipelajari dan dikembangkan, mengingat anak juga bagian dari kelompok sosial masyarakat luas yang harus mempersiapkan mental mereka untuk kehidupan masa depan. Konteks kesehatan mental anak pada dasarnya bagaimana anak mampu melihat, merasakan, mengelola dan menunjukkan kemampuannya menghadapi tuntutan tugas, tantangan secara nyaman terhadap dirinya sendiri dengan lingkungan disekitarnya. Fase pertumbuhan dan perkembangan pada anak menuntut mereka menghadapi krisis yang harus dilalui setiap tahapanya secara sukses (Santrock, 2012). Kesuksesan anak pada fase perkembangan secara berkesinambungan idealnya diimbangi dengan penerimaan perhatian, kasih sayang, pola asuh dari orang tua, penanaman nilai moral dari pembimbing, pengalaman kehidupan yang menyenangkan bersama keluarga harmonis sehingga dapat membentuk karakter positif yang merupakan bagian pencapaian kesehatan mental yang optimal pada diri anak.

Kesehatan mental pada anak juga tidak terlepas dari perkembanganya secara psikososial. Perkembangan psikososial pada anak ialah proses bagaimana anak memperoleh kemampuan dalam menciptakan hubungan sosial yang baik ketika mereka berinteraksi dengan lingkungan terkecil yang di awali dengan orang tua,

keluarga, teman sebaya dan masyarakat disekitarnya (Abdilah, 2012). Elemen lingkungan sosial yang baik cenderung mengajarkan anak tentang kebutuhan akan kehadiran orang lain serta aturan – aturan sosial yang berlaku. Lingkungan sosial yang baik juga mengajarkan anak tentang memahami etika moral sebagai mahluk sosial yang akan selalu berdampingan dengan individu lainnya. Pemahaman (*Insight*) yang diperoleh anak secara tidak langsung dari proses belajar adaptasi secara psikososial akan termanifestasikan kedalam karakter yang terbentuk serta kemampuan mereka dalam berperilaku adaptif. Selain itu, kemampuan adaptasi psikososial yang baik pada anak juga mencerminkan kesehatan secara psikologisnya hal tersebut mencerminkan kesehatan mental yang baik pula. Adapun kesehatan mental anak yang baik dapat diamati secara langsung dari tahapan perkembangannya, berikut ciri – ciri anak sehat secara mental menurut O'Reilly (2015) diantaranya:

1. Ceria (memiliki emosi yang stabil)
2. Sehat secara fisik (tidak memiliki gangguan penyakit)
3. Tidak takut sendiri, merasa aman, tenang
4. Percaya diri (tidak merasa rendah diri)
5. Dinamis (aktif dengan kegiatan fisik seperti berlari, bersepeda, berolahraga)
6. Cukup istirahat (dapat tidur dengan nyenyak dan cukup)
7. Mudah bergaul, mampu bermain dengan teman sebaya
8. Mudah belajar seperti mampu mengerjakan dan menyelesaikan tugas akademik maupun non akademik
9. Tidak memiliki trauma terhadap sesuatu
10. Mudah beradaptasi dengan lingkungan baru

Karakter pada anak dengan kesehatan mental yang baik, seyogyanya terus dibentuk sebagai bekal anak dalam menghadapi tahapan perkembangan kehidupan selanjutnya. Membentuk dan mengembangkan karakter positif mengantarkan anak sehat secara mental. Hal lain yang tidak kalah penting pada kesehatan mental anak ialah bagaimana menjaga kesehatan mental anak, mengingat masa anak – anak masih cenderung memiliki pola emosional yang belum stabil dan kontrol diri yang belum terbentuk sempurna. Adapun cara yang dapat dilakukan guna Menjaga kesehatan mental anak diantaranya:

1. Menciptakan rasa aman pada anak

Memastikan perasaan anak dalam kondisi yang tenang, aman dan nyaman menjadi hal yang selalu harus diupayakan oleh orang tua, pembimbing dalam proses pengasuhan. Rasa aman pada anak juga mengarahkan kepada rasa percaya diri, inovatif sehingga anak tidak menjadi pribadi yang pasif, rendah diri dan minder.

2. Menghindarkan anak dari kejadian/ hal yang menyebabkan traumatis

Menempatkan dan memberi ruang anak dengan situasi lingkungan yang kondusif, tanpa adanya tindakan kekerasan baik secara fisik, verbal, sosial serta lingkungan yang harmonis penuh kedamaian merupakan hal yang senantiasa harus di upayakan guna menghindarkan anak dari tekanan psikologis dari kejadian yang dapat menyebabkan dampak traumatis.

3. Mengajarkan anak mengelola emosi dan mengekspresikan emosi

Mengajarkan anak mengenali emosi seperti sedang merasa takut, marah, malu, senang merupakan hal dasar yang harus dilakukan orang tua. Dengan mengenali emosi yang dirasakan anak akan lebih tepat dalam mengekspresikannya serta mampu memiliki otonomi diri.

4. Mengajarkan anak berani mengungkapkan perasaan yang dirasakan

Melatih anak untuk mengungkapkan hal sesuai dengan yang dirasakan secara jelas merupakan cara yang dapat membentuk karakter positif, hal demikian akan mampu membentuk sifat jujur dengan apa yang dialami (*asertif*) pada diri anak.

### **Kesehatan Mental Pada Remaja**

Kesehatan mental pada remaja hal yang sangat perlu dicermati, mengingat masa remaja biasa dikenal dengan masa “badai” dimana merupakan masa – masa yang sangat labil, fluktuatif dari sisi mental emosionalnya (Sarwono, 2004). Mempelajari kesehatan mental pada remaja menjadi hal yang penting diupayakan mengingat masa remaja merupakan masa gerbang menuju sebuah petualangan kehidupan seseorang menuju ruang lingkup kehidupan yang lebih luas yang mulai lepas dari pendampingan oleh orang tua dalam beberapa aktifitasnya. Penanaman nilai moral yang baik pada masa remaja seharusnya sudah harus terbentuk, akan tetapi pola asuh dari orang tua dan keluarga terkadang tidak mampu menjadikan remaja menjadi individu yang berperilaku sesuai nilai ajaran orang tua ketika berada diluar rumah (Rachmawati, 2013). Memasuki usia remaja keinginan akan menjadi individu yang mandiri cukup besar, sehingga tidak jarang dimasa remaja sering muncul perselisihan dengan orang tua dan lingkungan sosial sekitarnya. Masalah yang sering dihadapi remaja seperti tuntutan tugas akademik, tekanan dari teman sebaya, tuntutan penggunaan akses teknologi media sosial seperti saat ini yang cenderung aktif menjadi pemicu remaja mengalami stress sehingga berdampak pada kesehatan mentalnya (Fitri et.al, 2019).

Kesehatan mental pada remaja menjadi tolak ukur kemampuan remaja dalam berperilaku. Pasalnya perilaku bermasalah seperti halnya kenakalan remaja (*Juvenile delinquency*) merupakan indikasi remaja dengan kesehatan mental yang buruk. Hal yang sama pada remaja yang tumbuh dari keluarga dengan kekerasan

rumah tangga akan menjadi trauma secara psikologis, terlebih remaja yang menjadi korban kekerasan akan cenderung mudah berbalik menjadi pelaku kekerasan kepada orang lain (Ali, 2016). Kekerasan yang berimbas pada menurunnya kesehatan mental remaja di era digital seperti saat ini diantaranya yaitu fenomena perundungan (*bullying*) baik secara langsung maupun perundungan melalui media sosial (*cyberbullying*) menjadi masalah krusial bagi remaja. Remaja yang selalu erat dengan penggunaan media sosial akan mudah bereaksi secara impulsif dengan isu atau perihal yang dirasa menjadi ancaman bagi remaja. Remaja butuh mengenali kesehatan mentalnya sendiri, hal ini akan dapat membantu mengarahkan remaja kepada hal yang meliputi perasaan terhadap dirinya sendiri, penerimaan terhadap orang lain, serta kemampuan mengelola permasalahan yang dihadapi. Kemampuan remaja mengelola peran intrapersonal dan interpersonal dalam kehidupannya memiliki pengaruh terhadap kesehatan mental emosionalnya. Oleh karenanya mengetahui faktor kesehatan mental pada remaja perlu dipelajari secara mendalam. Berikut diantaranya faktor yang mempengaruhi kesehatan mental remaja menurut Santrock (2012):

1. Lingkungan keluarga

Keluarga merupakan lingkungan sosial terkecil, remaja yang tumbuh dengan pola asuh, perhatian yang baik akan memiliki kesehatan mental yang sehat.

2. Teman sebaya

Peran teman sebaya sangat besar dalam membentuk karakter remaja, pola pertemanan yang banyak kegiatan positif akan berdampak kuat dengan perilaku yang dimunculkan, mengingat masa remaja cenderung banyak menghabiskan waktu bermain diluar rumah dengan teman sebayanya.

### 3. Lingkungan sekolah

sekolah merupakan tempat kedua setelah rumah bagi remaja menghabiskan waktu bersosialisasi. Iklim sekolah yang kondusif akan cenderung dipersepsikan secara positif sehingga berpengaruh dengan kondisi kesehatan mental yang baik.

### 4. Masyarakat

Lingkungan masyarakat yang damai merupakan tempat yang layak bagi remaja. Pasalnya jika lingkungan masyarakat kurang memberikan tauladan baik akan sering rawan memiliki konflik dengan remaja, sehingga muncul perilaku agresif atau kenakalan remaja yang merupakan indikator kesehatan mental yang menurun.

### 5. Sosial media

Era digital saat ini peran sosial media dalam kehidupan remaja merupakan hal yang sangat vital. Sosial media bagi remaja menjadi ukuran eksistensi mereka, akan tetapi paparan eksposur media dan kontrol diri yang belum terbentuk secara sempurna mengakibatkan remaja kurang bijak dalam bersosial media sehingga banyak dari mereka terlibat perilaku perundungan melalui media (*cyberbullying*) yang banyak memiliki dampak negatif secara psikologis, sosial dan materi seperti diantaranya terlibat menjadi pelaku penipuan melalui media sosial dan menjadi korban *cyberbullying* hingga mengarah kepada tindakan bunuh diri. Oleh karenanya sosial media dapat dikatakan sebagai faktor yang mempengaruhi kesehatan mental terutama bagi remaja.

Remaja yang tumbuh dengan pendampingan orang tua, keluarga, teman sebaya serta lingkungan yang baik akan cenderung memiliki karakter yang mengarah kepada kesehatan mental yang sehat. Adapun ciri - ciri remaja dengan kesehatan mental yang baik menurut Kartono (2014) sebagai berikut:

1. Aktif dan dinamis pada kegiatan yang bermanfaat
2. Memiliki kelekatan emosi dengan orang tua, keluarga dan teman sebaya
3. Mampu melihat citra diri (dapat menerima keadaan diri)
4. Menjaga istirahat yang cukup
5. Berorientasi pada masa depan
6. Pandai memanfaatkan peluang yang hadir
7. Mampu mengenali bakat dan minat yang dimiliki
8. Mampu menjalin hubungan yang akrab dengan teman sebaya
9. Tidak mudah putus asa
10. Mampu bangkit dan memiliki daya juang

Selain mengenal ciri – ciri remaja yang sehat secara mental, terdapat upaya yang dapat dilakukan dalam menjaga kesehatan mental pada remaja menurut Indarjo (dalam Lubis, 2019), diantaranya:

1. Menjaga kesehatan fisik dan psikologis (seperti berolah raga, makan teratur, rekreasi)
2. Mengembangkan potensi (seperti aktif mengikuti kegiatan ekstrakurikuler)
3. Mengembangkan kecerdasan emosi
4. Mengembangkan kecerdasan spiritual

### **Kesehatan Mental Pada Orang Dewasa**

Kesehatan mental pada orang dewasa menjadi tolak ukur kesehatan secara kompleks. Kemampuan mengelola, menghadapi tuntutan dan hambatan secara bijak hingga mencapai sebuah keseimbangan antara hal pribadi dengan lingkungan sosial pada orang dewasa menjadi kebutuhan yang sangat vital (Dunn, 2016). Orang dewasa cenderung dituntut menjadi seorang pembimbing serta menjadi panutan bagi anak, remaja dan orang dewasa sejawat lainnya. Kemampuan tersebut tidak lepas dari

faktor yang mempengaruhi kesehatan mental pada orang dewasa berikut diantaranya:

1. Kepuasan hidup

Cara dan kemampuan individu yang dewasa dalam menjalani, menikmati, pola strategi coping (mekanisme coping) dalam menyelesaikan permasalahan yang dihadapi dalam kehidupan sehari-hari serta cara memaknai arti kehidupannya dapat dijadikan indikator kesehatan mental dan kesejahteraan psikologisnya.

2. Dukungan

Peran dukungan secara sosial yang berawal dari pasangan, saudara, keluarga, teman sejawat sampai masyarakat sekitar merupakan bagian penting bagi kesehatan mental yang baik. Individu dewasa yang tidak mampu menjalin hubungan interpersonal yang baik sehingga tidak menerima dukungan sosial cenderung akan mengalami kesepian. Hal tersebut telah terbukti memiliki dampak negatif terhadap kesehatan mental pada individu.

3. Flexibilitas

Ekspetasi yang terlalu tinggi dapat menciptakan stres yang berlebihan, karena individu akan cenderung menuntut dirinya sendiri dengan target yang sulit untuk dicapai, sehingga diperlukan fleksibilitas emosional dan kognitif. Kurangnya kemampuan individu dalam mengelola flexibilitas secara psikologis dapat berdampak pada kesehatan mental yang menurun. Hal sebaliknya dengan meningkatkan flexibilitas secara emosional dan kognitif, individu akan mudah berkompromi dengan harapan yang dimiliki serta mudah mendapatkan keseimbangan dan mudah bangkit dari kekecewaan.

4. Daya Bangkit (*Resilience*)

Kemampuan individu untuk bangkit dan berjuang kembali dari keterpurukan atau disebut dengan resiliensi. Individu yang memiliki daya bangkit



(*resiliensi*) yang baik cenderung memiliki pandangan positif terhadap dirinya untuk menghadapi, mengatasi tantangan serta mencari dukungan sosial ketika mereka membutuhkannya. Individu dengan kemampuan *resiliensi* yang baik akan menjadi pribadi yang tangguh dalam menghadapi kesulitan dan berkembang lebih baik sehingga mencapai kesehatan mental yang optimal.

Kesehatan mental yang baik pada orang dewasa akan ditandai kemampuan yang semakin kompleks. Hal tersebut terbentuk karena pada individu dewasa selain memiliki banyak pengalaman yang sudah dilalui, tetapi identik dengan cerminan dari karakter yang dimunculkan melalui perilakunya. Adapun ciri - ciri orang dewasa yang sehat secara mental menurut Muhyani (2012) diantaranya;

1. Memiliki kematangan emosi, tidak diliputi oleh emosi negatif seperti ketakutan, kemarahan, kecemburuan, dan kecemasan
2. Memiliki kontrol diri yang baik
3. Percaya diri
4. Flexible (mudah adaptasi terhadap hal baru)
5. Mudah beradaptasi dengan lingkungan baru
6. Memiliki Otonomi diri
7. Optimis dan kreatif
8. Memiliki selera humor yang baik (*sense of humor*)
9. Mampu menciptakan hubungan yang harmonis dengan orang lain
10. Menghormati diri sendiri dan orang lain meskipun memiliki perbedaan
11. Mampu menerima kekecewaan terhadap masalah sehari - hari.
12. Mampu membuat keputusan untuk diri sendiri dan orang lain.

Ciri - ciri mental yang sehat pada orang dewasa diatas, pada dasarnya merujuk kepada prinsip kesehatan mental yang meliputi sifat dasar manusia, kemampuan hubungan manusia dengan lingkungannya dan hubungan manusia dengan Tuhan. Satu hal yang tidak kalah lebih penting dari prinsip kesehatan mental pada orang dewasa yakni kecerdasan dalam mengatasi kesulitan (*Adversity Question*) yang berasal dari kemampuan mengelola tekanan permasalahan yang dihadapinya sehari - hari. Adapun cara yang dapat dilakukan untuk menjaga kesehatan mental tetap sehat menurut Fakhriyani (2019) diantaranya:

1. Penerimaan diri (menerima keadaan diri)
2. Menjaga pengendalian/ kontrol diri
3. Kemampuan mengungkapkan perasaan secara apa adanya (*Asertif*)
4. Menjaga kesehatan fisik dan psikologis (menjaga pola makan, olah raga dan istirahat yang cukup)
5. Dinamis dalam aktifitas yang bermanfaat
6. Menjalin hubungan yang harmonis, damai dengan orang lain
7. Melakukan kebajikan (menolong orang lain, bersedekah)
8. Mengukur kemampuan (meminta bantuan tenaga profesional ketika menghadapi masalah yang dirasa tidak sanggup mengatasi).
9. Memilih strategi penyelesaian masalah (mekanisme koping yang adaptif)
10. Mengembangkan religiusitas (Selalu mendekatkan diri kepada Tuhan)

### **Kesehatan Mental Pada Orang Lanjut Usia**

Orang dengan lanjut usia atau biasa dikenal dengan lansia, memiliki peran tersendiri sebagai kelompok sosial tertentu pada tatanan struktur masyarakat. Pasalnya lansia cenderung mendapat *stereotype* positif, dianggap pribadi yang matang, bijaksana, memiliki pengalaman

banyak sehingga tidak jarang keberadaannya dijadikan sebagai sumber dalam memberikan nasehat yang di butuhkan oleh masyarakat disekitarnya (Jahannara, 2017). Akan tetapi hal sebaliknya lansia juga tidak jarang banyak menerima diskriminasi, *stereotype* negatif karena usianya yang sudah tidak muda lagi, dipersepsikan pribadi yang lemah, tidak berdaya sehingga masyarakat membatasi keterlibatan lansia dalam kegiatan sosial dimasyarakat. Perlakuan *stereotype* negatif dan diskriminasi kepada lansia tersebut biasa disebut sebagai *ageisme* (Fitria, 2021). Realitas kedua *stereotype* positif maupun *stereotype* negatif pada lansia sangat mempengaruhi kesehatan mental mereka. *Ageisme* dianggap sebagai faktor penyebab yang sangat besar kesehatan mental dan kualitas hidup lansia menurun (Fitria, 2022). Lansia dengan kualitas hidup yang tinggi akan diikuti kesehatan mental yang baik, begitu pula sebaliknya. Adapun ciri – ciri lansia sehat secara mental menurut Ayalon (2015) akan memenuhi tiga unsur komponen sehat mental diantaranya yaitu:

1. Penerimaan diri

Lansia yang mampu menerima kondisi diri seperti fisik yang mulai lemah, tidak berdaya, eksistensi berkurang serta menganggap masa lalu memiliki peran pada kehidupannya saat ini, akan cenderung memiliki persepsi dan sikap yang positif sehingga tetap percaya diri, mudah memaafkan dan lebih tenang menjalani kehidupannya.

2. Memiliki Otonomi

Lansia yang memiliki otonomi (kuasa atas diri sendiri) akan cenderung lebih mandiri, mampu mengembangkan hobi, bakat dan minatnya setelah purna tugas, dan mampu menyesuaikan keinginan, dan mampu mengatasi masalah yang rumit.

3. Memiliki Tujuan hidup

Lansia yang memiliki tujuan hidup yang baik akan cenderung memaknai arti dari kehidupannya sehingga menganggap pengalaman hidup masa lalu dan saat ini

merupakan bagian dari takdirnya, serta selalu menyiapkan diri menuju akhir hayatnya dengan memperbanyak ibadah, mendekatkan diri kepada Tuhan dan berbuat kebajikan. Lansia sehat secara mental akan lebih mudah dicapai ketika mendapat dukungan sosial keluarga dan lingkungan sekitarnya. Upaya melalui metode memahami, menerapkan dan memantau perkembangan kesehatan mental lansia dapat dilakukan berdasarkan praktik indikator lansia sehat secara mental, adapun bentuk praktiknya menurut Amalia, et.al (2017) diantaranya sebagai berikut:

- a. Mengembangkan hobi dan minat
- b. Mempertahankan ingatan
- c. Menjaga kepercayaan diri
- d. Menyesuaikan dan mempersiapkan diri dari kematian
- e. Menerima lepas jabatan saat purna tugas
- f. Menjalin keharmonisan dengan anak, menantu dan cucu
- g. Menjaga kesetiaan dengan pasangan
- h. Mendekatkan diri kepada Tuhan dengan rajin beribadah

Berdasarkan indikator – indikator diatas merupakan upaya yang dapat dilakukan bagi masyarakat yang mengetahui keberadaan lansia disekitarnya sehingga dapat membantu mencapai kesehatan mental yang optimal atau *optimum aging*. Kesuksesan dimasa tua hal adalah yang paling diharapkan oleh semua individu mencapai kebahagiaan dan sejahtera di masa tua. Uraian mengenai kesehatan mental mulai pada anak – anak sampai dengan lanjut usia sebelumnya, dapat disimpulkan tolak ukur kesehatan mental pada individu pada semua fase kehidupan secara garis besar memiliki kriteria diantaranya yaitu terhindar dari penyakit gangguan – gangguan psikologis atau kejiwaan, mampu beradaptasi secara *flexibel*, mampu membina hubungan

interaksi yang menyenangkan sekaligus bermanfaat, mampu mengembangkan potensi dalam diri yang pada akhirnya berguna untuk diri sendiri dan orang lain, serta mampu menyeimbangkan kemudian menerapkan nilai – nilai keyakinan dalam beragama dalam bentuk tingkah laku yang *adaptive*.

## Daftar Pustaka

- Abdilah, F. A. (2012). *Membangun Masa Depan Anak*. Sukoharjo: Pustaka Arafah.
- Ali, M. (2016). *Psikologi Remaja Perkembangan Peserta Didik*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Amalia, I.D., Zulkarnain, E., Lutviathin, N. (2017). Indikator Praktik Sehat Secara Mental pada Lanjut Usia berdasarkan Dukungan Sosial Keluarga. *e-Jurnal Pustaka Kesehatan*, 5(3), 588-595
- Ayalon L., Gum A.M. (2015). The Relationships between Major Lifetime Discrimination, Everyday Discrimination and Mental Health in Three Racial and Ethnic Groups of Older adults. *Aging Mental Health*, 15(3), 43-52
- Dunn, K. (2016). *Understanding mental health problems: Mind programme (National Association for Mental Health)*. London: Mind
- Fakhriyani, V.D. (2019). *Kesehatan Mental*. Madura: Duta Media Publishing
- Fitri, Ainil., Nreherta, Meri., Sasmita, Heppy. (2019). Faktor – faktor yang Mempengaruhi Masalah Kesehatan Mental Emosional di SMK. *Jurnal Keperawatan Abdurrab*, 2(2), 68-72
- Fitria, Yuli. (2021). Senam “Gerontologi”: Eksistensi Citra Diri Terhadap Ageisme pada Lansia. *Prosiding Seminar Nasional Unimus*, 4(4), 2425-2435
- Fitria, Yuli. (2022). Ageisme: Diskriminasi Usia, Harga Diri dan Kesejahteraan Psikologis. *Jurnal HEALTHY*, 10(1), 22-31.
- Indarjo, S. (2009). Kesehatan jiwa remaja. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 5(1)
- Jahannara, M. (2017). Optimism, hope and mental health: optimism, hope, psychological well-being and psychological distress among students, university of pune, india, *International Journal of Psychological and Behavioral Sciences*, 11(8), 452-455

- Kartono, K. (2014). *Patologi Sosial 2: Kenakalan anak & remaja*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Lubis, T.L., Sati, L., Adhinda, N.N., Yulianirta, H., Hidayat, B. (2019). Peningkatan Kesehatan Mental Anak dan Remaja Melalui Ibadah Keislaman. *Al Hikmah: Jurnal Agama dan Ilmu Pengetahuan*, 16(2), 120-129.
- Muhyani. (2012). Kesadaran Religius dan Kesehatan Mental. Jakarta Pusat: Kementerian Agama Republika Indonesia.
- O'Reilly, M & Lester, J.N. (2015). *The Palgrave Handbook of Child Mental Health*. UK: Pgrave Macmillan.
- Rahmawati, A.D. (2013). *Psikologi Keluarga: Penanaman Nilai dan Penanganan Konflik dalam Keluarga (1<sup>st</sup> ed)*. Jakarta: Kencana Prenada Media Group.
- Santrock, J.W. (2012). *Child Development 13th Edition*. New York: McGraw Hill.
- Santrock, J.W. (2014). *Adolescence 15th Edition*. New York: McGraw Hill.
- Sarwono, S.W. (2004). *Psikologi Remaja*. Jakarat: PT Raja Grafindo Persada

## Profil Penulis



### **Yuli Fitria**

Penulis adalah dosen tetap program studi D3 Keperawatan STikes Banyuwangi. Menempuh pendidikan formal sekolah dasar sampai menengah diselesaikan di kabupaten Banyuwangi dan

Jember.

Gelar jenjang S-1 diperoleh dari Fakultas Psikologi Universitas Muhammadiyah Jember, dan Jenjang S-2 di Magister Psikologi Sains Universitas Muhammadiyah Malang. Bidang Minat keilmuan penulis diantaranya psikologi umum, psikologi perkembangan, psikologi pendidikan, Psikologi Kesehatan, Kesehatan Mental dan Bimbingan konseling.

Pada tahun 2016 penulis bergabung dengan STikes Banyuwangi, dan aktif hingga saat ini. Selain mengajar mata kuliah Psikologi pada jurusan keperawatan, Kebidanan, Gizi, dan Etika Komunikasi keperawatan, penulis juga menjabat sebagai konselor di Unit Layanan Konseling Stikes Banyuwangi Bagi mahasiswa, dosen serta Karyawan. Buku ajar yang dihasilkan Penulis diantaranya Psikologi keperawatan, psikologi umum dan kesehatan mental. Dalam bidang ilmiah penulis juga telah banyak melakukan penelitian, publikasi artikel pada prosiding seminar ilmiah, dan jurnal nasional terakreditasi.

Email Penulis: [fitriayuli818@gmail.com](mailto:fitriayuli818@gmail.com)





## PENYESUAIAN DIRI DAN PERTUMBUHAN DIRI

**Ns. Eli Saripah, M.Kep., Sp.Kep.J.**

Poltekkes Kemenkes Palu

### **Pengertian Penyesuaian Diri**

Penyesuaian diri yaitu keberhasilan seseorang dengan cara penyesuaian diri terhadap orang lain yang kriterianya meliputi penampilan apa adanya dan kemampuan dalam menyesuaikan diri terhadap kelompok (Suryadi and Usman, 2018). Penyesuaian diri juga meliputi perubahan yang berasal dari diri sendiri dan lingkungan sekitarnya sehingga tercapai interaksi yang baik bersama orang lain dan lingkungan (Widiasavitri and Tricahyani, 2016). Menyesuaikan diri merupakan proses dari respon mental dan perilaku serta inisiatif individu dalam rangka mencegah dan memenuhi kebutuhan dalam dirinya secara berlebihan, ketegangan, frustrasi, dan masalah agar terdapat keserasian antara tuntutan dalam diri dengan lingkungan sekitarnya (Garnis and Widyastuti, 2021). Cara penyesuaian ini memiliki efek terhadap perubahan yang terjadi pada diri individu dan lingkungan sehingga tercapai suatu hubungan yang berbeda dan optimal bersama orang lain dan lingkungannya (Clarabella, Hardjono and Setyanto, 2015). Penyesuaian diri merupakan sebuah proses dimana individu dapat mencapai keseimbangan diri dalam memenuhi kebutuhannya. Sifat menyesuaikan diri akan berlangsung sepanjang hayat (*life long process*), dan berkesinambungan sehingga manusia berupaya

menemukan dan mengurangi tekanan serta tantangan yang muncul dalam hidup sehingga tercapai pribadi yang sehat. Penyesuaian ini diharapkan menjadi suatu proses menuju kearah hubungan yang lebih harmonis antara tuntutan internal dengan eksternal (Masni, 2017).

### **Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Penyesuaian Diri**

Perilaku penyesuaian diri menjadi salah satu keterampilan sosial yang sangat dibutuhkan individu untuk membangun hubungan sosial secara positif dengan orang lain, kelompok, dan lingkungannya (Muarifah *et al.*, 2022). Penyesuaian ini terdiri dari dua faktor yaitu internal dan eksternal. Faktor internal yakni keadaan fisik, hereditas, dan kematangan (misal meliputi: emosional, intelektual, sosial) sedangkan faktor eksternal seperti dukungan sosial dan faktor budaya (Akademik, 2018). Penyesuaian diri dipengaruhi oleh kondisi fisik, kepribadian, proses belajar, lingkungan, agama serta budaya (Bao *et al.*, 2017). Penyesuaian diri berpengaruh terhadap konsep diri dan persepsi pola asuh yang demokratis. Ketidakmampuan dalam proses penyesuaian diri mengakibatkan individu mengalami tekanan perasaan dan konflik dalam hati (Candrawati, 2019). Penyesuaian diri memiliki peran yang meliputi respon mental dan perilaku sehingga menimbulkan tuntutan dan konflik dengan cara mencapai keselarasan, keseimbangan, dan harmonisasi antara diri pribadi dengan lingkungannya. Penyesuaian diri dapat dilihat melalui proses adaptasi, bentuk dari konformitas, dan penyesuaian diri sebagai bentuk penguasaan. Akulturasi budaya juga berperan sebagai salah satu dari proses penyesuaian diri individu (Zhang and Kong, 2022).

### **Karakteristik dan Bentuk –Bentuk Penyesuain Diri**

Karakteristik dari penyesuaian diri terdiri dari ketiadaan emosi diluar kendali, tidak memiliki mekanisme psikologis, tidak ada perasaan frustrasi pada diri sendiri, pertimbangan yang nyata dan kemampuan mengarahkan diri, kemampuan untuk belajar, serta mampu menjadikan pengalaman menjadi sebuah pelajaran, sikap nyata dan objektif (Nuryani, 2020). Bentuk penyesuaian diri yang

positif, yaitu : Menyelesaikan masalah secara langsung, melakukan eksplorasi, mempelajari pengalaman sebelumnya untuk menghadapi dan memecahkan masalah, menyesuaikan diri dengan mencoba hal baru, yaitu seseorang yang melakukan suatu tindakan percobaan, sehingga menguntungkan maka akan dilanjutkan dan jika gagal tidak perlu dilanjutkan, penyesuaian diri mencari pengganti, serta dengan menggali kemampuan pribadi, dengan cara belajar, serta pengendalian diri, setiap orang akan berusaha memilih tindakan mana yang perlu dilakukan, dan sebaliknya, oleh karenanya penyesuaian diri dengan menerapkan perencanaan yang cermat, akan mampu mengambil keputusan dengan pertimbangan dari berbagai hal, antara lain berdasarkan keuntungan dan kerugiannya (Ginting, 2019).

Beberapa faktor yang dapat mempengaruhi penyesuaian diri seseorang, yaitu faktor fisiologis, psikologis, perkembangan, lingkungan, budaya dan agama. Aspek dalam penyesuaian diri meliputi: penerimaan diri sendiri, menyesuaikan diri dengan lingkungan dan begitupun sebaliknya (Gunawan, Psikologi and Samarinda, 2017). Bentuk reaksi penyesuaian diri yang kurang benar, meliputi reaksi mempertahankan diri seperti tidak menghadapi kegagalan. contohnya rasionalisasi, represi, dan proyeksi. Reaksi menyerang, dimana individu akan berperilaku menyerang dalam bentuk reaksi khusus yang membela diri sendiri, rasa ingin berkuasa dalam berbagai keadaan, mengganggu orang lain, menunjukkan sikap permusuhan secara terbuka, sikap merusak lingkungan, mengganggu hak orang lain, dan reaksi melarikan diri. Individu yang suka melarikan diri, bentuk reaksi khusus antara lain menghayal, senang tidur, melakukan regresi seperti watak anak kecil (Ginting, 2019). Pengaruh proses penyesuaian secara tidak langsung akan berdampak pada kesehatan mental. Kesehatan mental bermanfaat bagi kelangsungan hidup setiap individu. Mental yang sehat akan melahirkan jiwa yang sehat dan begitupun sebaliknya. Kemampuan menyesuaikan diri berpengaruh terhadap timbulnya

masalah kesehatan mental selama rentang kehidupan manusia (Suharsono and Anwar, 2020).

Proses penyesuaian diri meliputi aspek kematangan emosional, intelektual, sosial dan tanggung jawab. Penyesuaian diri merupakan proses adaptasi (*adaptation*) yang dapat dilihat dari faktor fisiologis dan psikologis. Penyesuaian diri merupakan bentuk dari proses konformitas (*conformity*), meliputi norma baik secara moral, sosial, maupun emosional. Penyesuaian diri merupakan perilaku emosional untuk menghindari konflik, kesulitan dan frustrasi, mengendalikan emosi dan memanipulasi lingkungan. Aspek regulasi emosi ini berfungsi meningkatkan efikasi diri saat proses penyesuaian diri (Giunta *et al.*, 2022). Peningkatan penyesuaian diri sebagai usaha penguasaan yang dapat meminimalisir konflik dengan teman (Bandini *et al.*, 2020). Konflik membuat sumber stress dan secara unik menjelaskan variabilitas dari psikologis seseorang dalam penyesuaiannya dari waktu ke waktu (Gurtovenko *et al.*, 2021).

### **Strategi dan Indikator dalam Penyesuaian Diri**

Setiap individu memiliki strategi dan keyakinan koping dalam penyesuaian dirinya masing-masing (Fidel *et al.*, 2022). Strategi penyesuaian diri pada kekhawatiran, konflik, dan frustrasi biasanya terjadi melalui sebuah mekanisme yang oleh Freud (dalam Corey, 1989) dinamakan mekanisme mempertahankan diri. Mekanisme mempertahankan diri dengan kejiwaan berhubungan erat dalam konteks psikologi dan cara mengatasi jiwa yang tidak seimbang karena adanya masalah yang begitu berat. Penyelesaian masalah dan pertahanan diri bisa dilakukan dengan mekanisme pertahanan dan konflik yang terdiri dari represi, sublimasi, proyeksi, pengalihan, rasionalisasi, reaksi formalitas, regresi, agresi dan apatis, serta fantasi dan stereotype yang dikemukakan oleh Freud. Penggunaan mekanisme pertahanan dan konflik sebaiknya mengetahui struktur kepribadian seseorang untuk membedakan antara id, ego dan superego agar mudah dalam mencari penyelesaian masalah yang sedang

dihadapi (Mauludya, Sumartini and Mulyono, 2019). Agama dan spiritualitas juga menghubungkan berbagai ekspresi dengan indikator psikologis dalam penyesuaian.

Penyesuaian diri dapat diukur dengan indikator: pertahanan eksistensi diri, penerimaan konformitas, pengembangan lingkungan, dan kekuatan dalam bersosialisasi. Aspek dari penyesuaian diri meliputi, pandangan terhadap realitas, memiliki kemampuan dalam mengatasi stres dan kecemasan, mempunyai gambaran diri yang positif, memiliki kemampuan mengekspresikan emosi dengan baik, dan menjalin hubungan baik interpersonal (Noviasari and Dariyo, 2016). Faktor yang mempengaruhi penyesuaian diri yaitu *self-esteem* yang merupakan penilaian terhadap diri oleh adanya sikap, interaksi, penghargaan, dan penerimaan orang lain terhadap individu. Individu dengan *self-esteem* tinggi memiliki kemampuan untuk menyesuaikan diri yang lebih menyenangkan dibandingkan dengan individu yang memiliki *self-esteem* yang rendah (Permatasari, 2017). Penyesuaian diri sangat membutuhkan pembiasaan dengan melakukan kegiatan rutin harian, kegiatan spontan, pemberian teladan dan kegiatan terprogram (Setiyowati, 2019).

### **Pengertian Pertumbuhan Diri**

Pertumbuhan diri merupakan keterlibatan yang aktif dan terarah dalam membuat perubahan diri dalam area spesifik dari aspek kehidupan seseorang untuk mencapai tujuan yang sudah ditetapkan (Romayanti and Amir, 2019). Pertumbuhan diri berhubungan dengan keterlibatan seorang individu secara intensif untuk berubah dan berkembang sebagai seorang manusia (Pasangan and Remaja, 2019). Pertumbuhan individu mengarah pada keterampilan yang digunakan secara aktif dan terlibat dalam proses perubahan pikiran, perilaku, atau perasaan (Effendy and Widianinganti, 2020).

## **Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Pertumbuhan Diri**

Pertumbuhan diri dipengaruhi oleh kepribadian dan fungsi keluarga (Palupi and Salma, 2020). Pertumbuhan diri mempunyai karakter yang dinamis, seringkali orang mendapati permasalahan kepribadian seperti kebingungan saat menjalin hubungan yang sinkron dengan individu lain dan kawasannya, misalnya, permasalahan kepribadian yang umum termasuk rasa malu, kecemburuan, arogansi, kekasaran, dan pelanggaran aturan. Makhluk yang agak dinamis, kepribadian individu bisa berubah serta matang hingga mencapai batasan waktu yang ditentukan. Pertumbuhannya sesuai dengan perkembangan kapabilitas berpikir individu. Perkembangan kepribadian berawal dari pertumbuhan individu, tetapi kepribadian sebenarnya dapat ditransfer atau dipengaruhi oleh orang lain. Peranan orang tua pada perkembangan kepribadian sosial penting guna membangun kepercayaan diri. Orang tua memberi penghargaan ketika anak melakukan kesalahan atau atas perilaku positif yang dilakukan oleh anak. Anak bisa tumbuh menjadi makhluk sosial yang sehat serta memiliki kewajiban (Dr. Hj. Khadijah, M.Ag, Nurul Zahriani Jf, 2021).

Kepribadian manusia melalui proses tahapan sehingga dapat terbentuk kembali dan diubah. Hubungan kepribadian terbentuk dari materi tubuh dan jiwa seseorang yang perkembangannya bertahap oleh adanya pengalaman dan kondisi pertumbuhan manusia, terutama karena peristiwa psikologis yang penting dalam pertumbuhan diri. Kepribadian seseorang digunakan untuk merespons lingkungan yang ada disekitarnya. Perilaku seseorang ditentukan oleh karakter kepribadiannya, akan tetapi ada saat tertentu lingkungan luar dapat mengubah kepribadian seseorang jika lingkungan tersebut memiliki pengaruh yang lebih besar. Perubahan kepribadian bisa berubah apabila lingkungan juga berubah (Siswinarti, 2017). Pembentukan kepribadian berlangsung secara bertahap dengan memperhatikan tiga unsur yaitu unsur dinamik, ciri

watak dengan memperhatikan penyebab rangsangan, dan kemampuan mental (Kirana, 2019).

Struktur kepribadian dan proses pertahanan termasuk teori psikologi sastra yang merupakan sebuah interdisiplin antara psikologi dan sastra. Ilmu sastra dan ilmu psikologi dapat melakukan perannya terhadap kehidupan, karena keduanya memiliki kegunaan yang sama. Keduanya berurusan dengan persoalan manusia sebagai makhluk individu dan makhluk sosial ciptaan Tuhan Yang Maha Esa. Peran dalam kehidupan yang paling terdekat adalah keluarga. Komunikasi keluarga memiliki peran kunci dalam membangun hubungan yang lebih konstruktif. Komunikasi ini meliputi cara memberikan dan menerima informasi verbal dan nonverbal antara anggota keluarga sehingga dapat berbagi kebutuhan dan kekhawatiran, serta mencari solusi dari sebuah permasalahan yang terjadi. Komunikasi dalam keluarga memerlukan elemen yang merupakan kunci dari fungsi keluarga sebagai indikator kemajuan pertumbuhan emosi dan sosial. Fungsi keluarga yang sehat dapat difasilitasi melalui komunikasi terbuka sehingga membentuk konteks suatu perubahan positif, membuka wawasan dan pengembangan (Tihnike, 2018). Keluarga yang sehat dan utuh lebih memberikan pengaruh positif terhadap penyesuaian diri individu (Partha, 2019).

Eksistensi pendidikan bermanfaat dalam perkembangan pertumbuhan kepribadian individu, terutama pada saat melewati masa-masa keemasannya (*fase golden age*). Kematangan fungsi fisik dan psikis siap memberikan rangkaian stimulasi oleh lingkungan yang merupakan dasar dalam pengembangan kemampuan berpikir motorik, bahasa, sosio emosional, agama dan moral (Siswanta, 2017). Pertumbuhan kepribadian merupakan sebuah kesatuan fungsional antara fisik dan psikis dalam individu yang dapat membentuk karakter atau ciri khas sikap sebagai bentuk penyesuaian terhadap lingkungannya (Kirana, 2019).

Pertumbuhan diri tidak terlepas dari rasa tanggung jawab orang tua maupun keluarga. Keluarga merupakan bagian dari lingkungan sosial terkecil yang secara tidak langsung



memberi pengaruh terhadap proses perkembangan dan pertumbuhan. Keluarga mampu memiliki langkah tersendiri dalam membentuk kepribadian, sebuah keluarga dikatakan berhasil bila membantu proses pertumbuhan dan perkembangan kepribadian menjadi matang dan bebas bereksperesi, berkreasi, berprestasi, serta bebas mengaktualisasikan dirinya kedalam lingkungan masyarakat (Ulfa, 2020). Keluarga memiliki tujuan seiring pertumbuhan anak sehingga berkembang mencapai kearah positif. Keluarga khususnya orang tua harus memikirkan tujuan kearah positif untuk menjadikan anaknya tumbuh dan mampu beradaptasi dengan maksimal, diarahkan kepenyesuaian sosial yang lebih baik, sehingga menuju kebiasaan yang dapat menjadi teladan bagi semua orang termasuk keluarga, membantu pengalaman baik atau buruk melalui materi edukasi. Faktor lain yang penting yaitu kontribusi dalam pengasuhan, pertumbuhan dan perkembangan jiwa. Faktor ini dipengaruhi oleh perekonomian keluarga, letak geografis tempat tinggal serta jumlah anak yang tinggal dalam sebuah keluarga (Marliani *et al.*, 2022).

### **Bentuk – Bentuk Pertumbuhan Diri**

Pertumbuhan diri kepribadian yang berkarakter memiliki berbagai bentuk diantaranya pengetahuan keagamaan dan mengamalkannya dalam kehidupan sehari-hari secara aktif, meningkatkan kualitas keilmuan secara berkelanjutan, bersih jasmani dan rohani, pemaaf, penyabar dan jujur, bersikap adil terhadap seluruh peserta didik dan semua stakeholder pendidikan, mempunyai watak dan memiliki sifat ketuhanan, (robbaniyah) yang tercermin dalam cara berpikir, ucapan dan tingkah laku, tegas dalam bertindak, professional dan proposional, adaptasi diberbagai kondisi yang dapat mempengaruhi jiwa, keyakinan dan pola dalam berpikir, menumbuhkan kesadaran diri sebagai penasehat (Yunarti, 2014). Kesejahteraan individu memiliki enam dimensi, yaitu penerimaan diri, hubungan positif dengan orang lain, kemandirian, penguasaan lingkungan, tujuan hidup, dan pertumbuhan diri (Harimukthi and Dewi, 2014).

Pertumbuhan individu memiliki konsep bersosialisasi dan menyeleksi terhadap dirinya sendiri. Karakter individu dipengaruhi oleh kolektivistik dalam komunikasi yaitu pertama *Personality Orientations*, menggambarkan orientasi personal dalam berhubungan dengan orang lain, kedua *Individual Values*, merupakan nilai-nilai personal yang dimiliki oleh Individu guna mempertahankan diri seseorang ketika melakukan komunikasi, ketiga *Self Constructuals*, menggambarkan individu dalam mengekspresikan dirinya saat berhubungan dengan yang lain (Sakti *et al.*, 2013). Pertumbuhan diri merupakan sebuah proses perkembangan yang sifatnya berkelanjutan, mampu memandang seseorang sebagai pribadi yang tumbuh dan berkembang, bersedia menerima pengalaman baru, mampu menerima kemampuan diri, serta menyadari pengalaman baru yang berguna bagi dirinya, mampu menerima potensi diri yang dimiliki, serta memiliki potensi untuk melihat adanya peningkatan kemampuan yang terjadi dalam diri dari waktu ke waktu, menyadari adanya perubahan dan peningkatan pada diri dan pengetahuannya dengan lebih efektif (Guru and Sekolah, 2018). Cara efektif berpengaruh dalam persiapan pertumbuhan diri, baik secara mental maupun moral, spiritual dan etos sosial, sehingga tercapai derajat kematangan individu dalam rangka menghadapi kehidupan ke tahap selanjutnya. Pembiasaan diri merupakan bagian yang menggunakan metode pendidikan diri sendiri menjadi perilaku yang lebih baik dengan pola baru yang nantinya akan menetap menjadi sebuah karakter yang memiliki keterkaitan erat antara pikiran, perasaan, dan tindakan (Amilda, 2017). Menumbuhkan karakter yang baik *the habit of mind, heart and action*, yang antara ketiganya (kognitif, afektif dan perilaku) memiliki keterkaitan (Oktari, 2019).

## Daftar Pustaka

- Akademik, K. R. S. (2018) 'Universitas airlangga', (031), p. 2018.
- Bao, J. et al. (2017) Field weakening capability of 12-stator/10-rotor-pole variable flux reluctance machines, 2017 12th International Conference on Ecological Vehicles and Renewable Energies, EVER 2017. doi: 10.1109/EVER.2017.7935960.
- Candrawati, D. (2019) 'Persepsi terhadap pola asuh demokratis dan konsep diri terhadap penyesuaian diri pada mahasiswa', (November).
- Clarabella, S. J., Hardjono and Setyanto, A. T. (2015) 'Hubungan Penyesuaian Diri dan Dukungan Sosial Teman Sebaya dengan Hardiness pada Remaja yang Mengalami Residential mobility di Keluarga Militer', *Jurnal Ilmu Kedokteran*, 7(1), pp. 96–108.
- Dr. Hj. Khadijah, M.Ag, Nurul Zahriani Jf, M. P. (2021) 'Perkembangan Sosial Anak Usia Dini', *Perkembangan Sosial Anak Usia Dini*, 2, p. 150.
- Effendy, N. and Widianingtanti, L. T. (2020) 'Peran Meaning dan Personal Growth Initiative (PGI) pada Pandemi Covid-19 (Tatanan Dunia Baru)', *Buletin Psikologi*, 28(2), p. 166. doi: 10.22146/buletinpsikologi.60210.
- Fidel, L. R. et al. (2022) 'Coping and Beliefs as Predictors of Functioning and Psychological Adjustment in Fibromyalgia Subgroups', 2022.
- Garnis, F. E. and Widyastuti, W. (2021) 'Hubungan Antara Konsep Diri Dengan Penyesuaian Diri Siswa Kelas X Madrasah Aliyah Negeri Sidoarjo', *Proyeksi*, 16(1), p. 92. doi: 10.30659/jp.16.1.92-99.
- Ginting, P. (2019) 'Penyesuaian Diri Dalam Organisasi', *Jurnal Penelitian Manajemen*, 1(2), pp. 219–225. Available at: [ojs.mputantular.ac.id/index.php/MPU/article/download/314/240](https://ojs.mputantular.ac.id/index.php/MPU/article/download/314/240).
- Giunta, L. Di et al. (2022) 'Negative Parenting, Adolescents' Emotion Regulation , Self-Efficacy in Emotion Regulation , and Psychological Adjustment'.

- Gunawan, L. N., Psikologi, P. S. and Samarinda, U. M. (2017) 'Kontrol Diri dan Penyesuaian Diri dengan Kedisiplinan Siswa', 5(1), pp. 16–24.
- Gurtovenko, K. et al. (2021) 'Stress and Psychological Adjustment in Caregivers of Children With Cancer', 40(5), pp. 295–304.
- Guru, P. and Sekolah, H. (2018) 'Rasa Syukur Kaitannya Dengan Kesejahteraan Psikologis Pada Guru Honorer Gratitude In Relation With Psychological Well Being Among Honorary', 13(2), pp. 109–122.
- Harimukthi, M. T. and Dewi, K. S. (2014) 'Eksplorasi Kesejahteraan Psikologis Individu Dewasa Awal Penyandang Tunanetra', 13(1), pp. 64–77.
- Karakter, P. (2019) 'Pendidikan Karakter Religius dan Mandiri di Pesantren', 28, pp. 42–52.
- Kirana, Z. C. (2019) 'Pentingnya Gen dalam Membentuk Kepribadian Anak ( Perspektif Pendidikan Islam )', 2(2).
- Konseling, J. F. et al. (2020) 'Bimbingan Kelompok Berbasis Islam', 6(2), pp. 94–101.
- Marliani, R. et al. (2022) 'Pertumbuhan Dan Perkembangan Jiwa Anak Usia Dini The Effect of Family Demographic in Nurturing the Growth and Development of Mental Early Childhood Abstract', 15(1), pp. 39–50.
- Mauludya, F., Sumartini, S. and Mulyono, M. (2019) 'Pertahanan Diri Tokoh Utama Dalam Novel Perempuan Kembang Jepun Karya Lan Fang', *Jurnal Sastra Indonesia*, 7(1), pp. 32–40. doi: 10.15294/jsi.v7i1.29814.
- Muarifah, A. et al. (2022) 'Self-adjustment phenomena among high school students: The role of coping strategy and parenting style', 19(February), pp. 13–22.
- Noviasari, N. and Dariyo, A. (2016) 'Hubungan Psychological Well-Being Dengan Penyesuaian Diri Pada Istri Yang Tinggal Di Rumah Mertua', *Psikodimensia*, 15(1), p. 134. Available at: <http://journal.unika.ac.id/index.php/psi/article/view/596>.

- Nuryani, - (2020) 'Dampak Kesulitan Menyesuaikan Diri Pada Santri', *G-Couns: Jurnal Bimbingan dan Konseling*, 4(1), pp. 174–179. doi: 10.31316/g.couns.v4i1.469.
- Palupi, N. and Salma (2020) 'Persepsi Terhadap Harapan Orangtua Sebagai Prediktor Inisiatif Pertumbuhan Diri Pada Mahasiswa Generasi Z', *Jurnal Empati*, 9(4), pp. 327–335.
- Partha, (2018). Kontribusi Kemampuan Penyesuaian Diri dan Keterampilan Berkomunikasi Terhadap Kemampuan Memecahkan Masalah pada Siswa SMA NW Tebaban. *Jurnal Konseling Pendidikan Vol.2.,No.2; E-ISSN.1234-5678, Hal 9-30, 6, pp.15-27*
- Pasangan, D. and Remaja, P. (2019) 'Personal Growth Inisiatif (Inisiatif Pertumbuhan Individu) Personal Growth Inisiatif (Inisiatif Pertumbuhan Individu) Sebagai Prediktor Kemampuan Individu', *Naskah Prosiding Temilnas XI IPPI, (20-21 September 2019), pp. 553–559.*
- Pembiasaan, M. (no date) 'Pembentukan karakter anak usia dini melalui pembiasaan'.
- 'Problematika Anak Dalam Penyesuaian Diri Harbeng Masni 4' (no date), pp. 41–52.
- Psikologi, J., Psikologi, J. and Diri, P. (2017) 'Hubungan Antara Self-Esteem Dengan Penyesuaian Diri Pada Mahasiswa Psikologi Angkatan 2017 Universitas Negeri Surabaya Rani Andri Permatasari Siti Ina Savira Abstrak'.
- Romayanti, S. P. and Amir, Y. (2019) 'Hubungan Antara Inisiatif Pertumbuhan Diri Dengan Prokrastinasi Aktif Pada Mahasiswa', *Prosiding Seminar Nasional Penguatan Riset dan Luarannya sebagai Budaya Akademik di Perguruan Tinggi memasuki Era 5.0, 1, pp. 277–291.* Available at: <https://proceedings.uhamka.ac.id/index.php/semnas/article/view/190>.
- Sakti, B. C. et al. (2013) 'Penggunaan Media Sosial Instagram Dalam Pembentukan', pp. 1–12.
- Setiyowati, (2019). *Journal of Early Childhood Islamic Education Volume 6 Nomor 2 Juni 2019; p-ISSN: 2580-1864; e-ISSN: 2722-1210; 15-27*

- Siswanta, J. (2017) 'Pengembangan Karakter Kepribadian Anak Usia Dini (Studi Pada PAUD Islam Terpadu Di Kabupaten Magelang Tahun 2015)', *Inferensi*, 11(1), p. 97. doi: 10.18326/infsl3.v11i1.97-118.
- Siswinarti, P. R. (2017) 'Pentingnya pendidikan karakter untuk membangun bangsa beradab', (March).
- Suharsono, Y. and Anwar, Z. (2020) 'Analisis Stres dan Penyesuaian Diri pada Mahasiswa', 8(1), pp. 1–12.
- Suryadi, S. and Usman, C. I. (2018) 'Profil Penyesuaian Diri Siswa di SMP Pembangunan Laboratorium UNP Padang', *Jurnal Edukasi: Jurnal Bimbingan Konseling*, 4(1), p. 89. doi: 10.22373/je.v4i1.3525.
- Tihnike, D. (2018) 'Emosional Pada Anak', pp. 80–92. doi: 10.5923/j.ijap.20130301.01.
- Ulfa, M. (2020) 'Aulad: Journal on Early Childhood Peran Keluarga dalam Konsep Psikologi Perkembangan Anak Usia Dini', 3(1), pp. 20–28. doi: 10.31004/aulad.v3i1.46.
- Widiasavitri, I. A. R. and Tricahyani, P. N. (2016) 'Hubungan antara Dukungan Sosial dengan Penyesuaian Diri pada Remaja Awal Di Panti Asuhan Kota Denpasar', *Pendidikan*, 3(3), pp. 542–550.
- Yunarti, Y. (2014) 'Yuyun Yunarti', 11, pp. 262–278.
- Zhang, X. and Kong, P. A. (2022) 'Asian American Journal of Psychology Psychological Adjustment Immigrant Chinese Parents in New York Chinatowns: Acculturation Gap and Psychological Adjustment'.

## Profil Penulis



### **Eli Saripah**

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

Email Penulis: [ellysdiamondsnow@gmail.com](mailto:ellysdiamondsnow@gmail.com)

# PENYEMBUHAN DAN PENANGANAN KESEHATAN MENTAL

**Ns. Rosmi Eni, M.Kep.**

Universitas Negeri Padang

## **Kesehatan Mental**

### 1. Pengertian

Kesehatan mental adalah terhindarnya seseorang dari penyakit atau gangguan jiwa seperti neurosis atau psikosis, mampu menyesuaikan diri dengan dirinya sendiri, masyarakat serta lingkungan dimana ia hidup, sehingga mendapatkan ketentraman dan kebahagiaan hidup (Athiyah & Santoso, 2021). Menurut UU NO.18 Tahun 2014 Kesehatan Jiwa atau mental adalah kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya. Menurut Pieper dan Uden (2006), kesehatan mental adalah suatu keadaan dimana seseorang tidak mengalami perasaan bersalah terhadap dirinya sendiri, memiliki estimasi yang realistis terhadap dirinya sendiri dan dapat menerima kekurangan atau kelemahannya, kemampuan menghadapi masalah-masalah dalam hidupnya,



memiliki kepuasan dalam kehidupan sosialnya, serta memiliki kebahagiaan dalam hidupnya.

Menurut Notosoedirdjo & Latipun (2005), kesehatan mental adalah orang yang terus menerus tumbuh, berkembang dan matang dalam hidupnya, menerima tanggung jawab, menemukan penyesuaian (tanpa membayar terlalu tinggi biayanya sendiri atau oleh masyarakat) dalam berpartisipasi dalam memelihara aturan sosial dan tindakan dalam budayanya. Menurut Daradjat (1991), kesehatan mental adalah terwujudnya keharmonisan yang sungguh-sungguh antar fungsi-fungsi jiwa serta mempunyai kesanggupan untuk menghadapi problem-problem biasa yang terjadi dan merasakan secara positif kebahagiaan dan kemampuan dirinya. Menurut Hawari (1997), kesehatan mental adalah satu kondisi yang memungkinkan perkembangan fisik, intelektual dan emosional yang optimal dari seseorang dan perkembangan itu berjalan selaras dengan keadaan orang lain. Berdasarkan dari beberapa tokoh diatas dapat disimpulkan kesehatan mental adalah penyesuaian diri seseorang dengan lingkungannya, tumbuh dan berkembang secara positif, matang dalam hidupnya, menerima tanggung jawab dan memelihara aturan sosial di dalam lingkungan sehingga mendapatkan ketentraman dan kebahagiaan hidup.

2. Menurut Amin (2016), Ciri-ciri pribadi yang bermental sehat antara lain:
  - a. Terdapat koordinasi dari segenap potensi dan usahanya, sehingga seseorang dengan mudah beradaptasi terhadap tuntutan lingkungan, norma sosial, dan juga terhadap perubahan-perubahan sosial yang sangat cepat dan pesat.
  - b. Seseorang harus memiliki integrasi dan regulasi terhadap struktur kepribadiannya sehingga mampu memberikan partisipasi aktif dalam masyarakat.

- c. Giat dalam melaksanakan proses realisasi diri, memiliki tujuan hidup, selalu mengarah pada transendensi diri, berusaha untuk melebihi kondisi/keadaannya yang sekarang dengan mengembangkan secara aktual segenap bakat dan potensi.
  - d. Bergairah, tenang, sehat lahir dan batin, kepribadiannya harmonis, efisien dan efektif dalam setiap tindakan, serta mampu menghayati kenikmatan dan kepuasan dalam pemenuhan kebutuhannya (Amin, 2016).
3. Prinsip-prinsip Kesehatan Mental

Menurut Jaelani (2001), terdapat beberapa prinsip kesehatan mental, yaitu sebagai berikut:

- a. Gambaran dan sikap yang baik terhadap diri sendiri.

Orang yang memiliki self image memiliki kemampuan menyesuaikan diri dengan dirinya sendiri, orang lain, alam lingkungan, dan TuhanNya.

- b. Keterpaduan atau integrasi diri.

Terdapat keseimbangan antara kekuatan-kekuatan jiwa dalam diri seseorang, kesatuan pandangan dalam hidup, dan kesanggupan mengatasi stres. Keseimbangan diri berarti orang yang memiliki keseimbangan kekuatan id, ego, dan super egonya.

- c. Perwujudan diri.

Seseorang yang sehat mentalnya adalah orang yang mampu mengaktualisasikan diri atau mampu mewujudkan dirinya dengan potensi yang dimilikinya dan memenuhi kebutuhannya dengan cara baik dan memuaskan.

- d. Mampu menerima orang lain, melakukan aktivitas sosial, dan menyesuaikan diri dengan lingkungan.

Kemampuan menerima orang lain berarti bersedia menerima kehadiran, mencintai, menghargai, menjalin persahabatan, dan memperlakukan orang lain dengan baik. Melakukan aktivitas sosial berarti bersedia bekerja sama dengan masyarakat dalam melakukan pekerjaan sosial yang menggugah hati. Menyesuaikan diri dengan lingkungan berarti berusaha untuk mendapatkan rasa aman, nyaman, dan bahagia dalam hidup bermasyarakat di lingkungan tempat tinggalnya.

- e. Berminat dalam tugas dan pekerjaan.

Setiap manusia harus berminat dalam tugas dan pekerjaan yang ditekuninya. Dengan demikian, ia dapat merasakan kebahagiaan dalam dirinya dan mengurangi beban penderitaannya.

- f. Agama, cita-cita, dan falsafah hidup.

Dengan agama manusia dapat terbantu dalam mengatasi persoalan hidup yang berada di luar kesanggupan dirinya sebagai makhluk yang lemah. Dengan cita-cita manusia dapat bersemangat dan bergairah dalam perjuangan hidup yang berorientasi ke masa depan. Dengan falsafah hidup manusia dapat menghadapi tantangan yang dihadapinya dengan mudah.

- g. Pengawasan diri.

Manusia yang memiliki pengawasan diri akan terhindar dari kemungkinan perbuatan yang bertentangan dengan hukum, baik hukum agama, adat, maupun aturan moral dalam hidupnya.

- h. Rasa benar dan tanggung jawab.

Rasa benar dan rasa tanggung jawab penting bagi tingkah laku karena setiap individu ingin bebas dari rasa dosa, salah dan kecewa. Sebaliknya rasa

benar, tanggung jawab dan sukses adalah keinginan setiap manusia yang sehat mentalnya.

#### 4. Indikator Kesehatan Mental

Menurut Bastaman (1995), kesehatan mental seseorang dapat dilihat dari tiga orientasi, yaitu:

a. Orientasi Klasik.

Seseorang dianggap sehat bila ia tak mempunyai keluhan tertentu, seperti: ketegangan, rasa lelah, cemas, yang semuanya menimbulkan perasaan sakit atau rasa tak sehat serta mengganggu efisiensi kegiatan sehari-hari.

b. Orientasi penyesuaian diri.

Seseorang dianggap sehat secara psikologis bila ia mampu mengembangkan dirinya sesuai dengan tuntutan orang-orang lain serta lingkungan sekitarnya.

c. Orientasi pengembangan potensi.

Seseorang dianggap mencapai taraf kesehatan mental, bila ia mendapat kesempatan untuk mengembangkan potensinya menuju kedewasaan sehingga ia bisa dihargai oleh orang lain dan dirinya sendiri.

Menurut Kartono (2000), terdapat empat ciri sebagai indikator kesehatan mental seseorang, yaitu:

a. Adanya koordinasi dari segenap usaha dan potensinya, sehingga orang mudah melakukan adaptasi terhadap tuntutan lingkungan, standar, dan norma sosial serta perubahan sosial yang serba cepat.

b. Memiliki integrasi dan regulasi terhadap struktur kepribadian sendiri sehingga mampu memberikan partisipasi aktif kepada masyarakat.

c. Senantiasa giat melaksanakan proses realisasi diri yaitu mengembangkan secara riil segenap bakat dan potensi, memiliki tujuan hidup, dan

selalu mengarah pada transendensi diri, berusaha melebihi keadaan yang sekarang.

- d. Bergairah, sehat lahir dan batinnya, tenang harmonis kepribadiannya, efisien dalam setiap tindakannya, serta mampu menghayati kenikmatan dan kepuasan dalam pemenuhan kebutuhannya.

## 5. Gangguan Kesehatan Mental

Gangguan kesehatan mental adalah perilaku dan keadaan emosi yang menyebabkan seseorang menderita, atau perilaku membahayakan dengan merusak diri sendiri, orang lain dan lingkungan yang akan berdampak negatif yang serius terhadap kinerja seseorang atau kemampuan berinteraksinya dengan orang lain.

Menurut Burlian (2016), terdapat beberapa tanda-tanda gangguan kesehatan mental, yaitu:

- a. Banyak konflik batin

Dada rasa tersobek-sobek oleh pikiran dan emosi yang antagonistis bertentangan. Hilangnya harga diri dan kepercayaan diri. Selalu merasa tidak aman dan dikejar oleh suatu pikiran atau perasaan yang tidak jelas hingga ia merasa cemas dan takut. Menjadi agresif, suka menyerang bahkan ada yang berusaha membunuh orang lain atau melakukan usaha bunuh diri (agresivitas ke dalam).

- b. Komunikasi sosial terputus dan adanya disorientasi sosial

Timbul delusi-delusi yang menakutkan atau diinggapi delusion of grandeur (merasa dirinya paling super). Selalu iri hati dan curiga. Ada kalanya diinggapi delusion of persecution atau khayalan dikejar-kejar sehingga menjadi sangat agresif, berusaha melakukan pengrusakan, atau melakukan destruksi diri dan bunuh diri.

- c. Ada gangguan intelektual dan gangguan emosional yang serius

Penderita mengalami ilusi, halusinasi berat dan delusi. Selain itu, kurangnya pengendalian emosi dan selalu bereaksi berlebihan (*overacting*). Selalu berusaha melarikan diri dari dalam dunia fantasi, yaitu dalam masyarakat semu yang diciptakan dalam khayalan. Merasa aman dalam dunia fantasinya. Orang luar dihukum dan dihindari sebab mereka itu dianggap berdosa, kotor, jahat. Maka dari itu, realitas sosial yang dihayati menjadi kacau balau. Juga kehidupan batinnya menjadi kalut, kusut, dan keribadiannya pecah berantakan (Burlian, 2016).

### **Penyembuhan dan Penanganan Kesehatan Mental**

Kesehatan Mental maupun kesehatan fisik sangat diperlukan seseorang dalam menjalani kehidupan. Kemantapan kepribadian atau keutuhan kepribadian merupakan aspek-aspek kejiwaan atau kerja fungsi-fungsi tubuh yang harmonis dan akan menentukan kebahagiaan kehidupan seseorang, meliputi kehidupan jasmaniah, psikologis, dan kehidupan sosial dengan peka budaya. Pengertian bahagia sendiri bersifat relatif, tergantung dari konsep “manusia” dan “tujuan hidupnya”. Mental yang sehat akan bertingkah laku serasi antara isi pikir dan perbuatan, tepat, dan dapat diterima oleh masyarakat pada umumnya (Amin, 2016). WHO telah mencanangkan visi rencana aksi kesehatan mental 2013-2020 untuk dunia yaitu kesehatan mental harus dipromosikan dan dilindungi, harus lebih dihargai, berpartisipasi sepenuhnya dalam masyarakat dan di tempat bekerja, bebas dari stigmatisasi dan diskriminasi. Di Indonesia, upaya kesehatan mental dapat diartikan sebagai kegiatan untuk mewujudkan derajat kesehatan mental yang optimal bagi setiap individu, keluarga, dan masyarakat dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang diselenggarakan secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat yang komprehensif.

Menurut Radiani, W. A., (2019), peluang kepada individu untuk menemukan makna hidup menuju kesehatan jiwa berupa:

1. Berkarya. Menciptakan dan bekerja melaksanakan tugas dan kewajiban masing-masing.
2. Penghayatan dan keyakinan atas nilai-nilai keimanan, kebenaran, kebajikan, kemuliaan, kekuatan, keindahan, kekuasaan, dan lainnya.
3. Dalam menghadapi penderitaan yang dihadapi yang tidak terelakan, seseorang dapat mengambil sikap yang tepat dan adaptif.

Bagian terpenting dalam kehidupan adalah ketenangan jiwa. Seseorang yang memiliki ketenangan jiwa akan mampu meningkatkan kualitas hidupnya, merasakan kebahagiaan, kenikmatan hidup baik secara rohani maupun jasmani. Begitu sebaliknya orang yang hidupnya tidak tenang akan mudah mengalami stress yang akan berpotensi melakukan hal-hal yang berada diluar nalar.

Menurut Sumarni (2019), dengan penelitiannya mengatakan proses penyembuhan gejala kejiwaan dapat dengan melakukan intervensi:

1. Intervensi Berbasis ibadah:
  - a. Dzikir. Diyakini dapat membuat hati menjadi tenang, membersihkan pikiran dan menyehatkan jasmani.
  - b. Do'a. Bermohon kepada pencipta dengan cara memohon segala harapan, do'a memiliki daya magis untuk ketenangan jiwa, membantu meringankan beban fisik dan psikis.
  - c. Ibadah. Membaca kitab suci, sholat, puasa, zakat, haji, merupakan suatu media yang dapat mempengaruhi diri seseorang yang menjalankannya, akan menghubungkan antara kegiatan fisik dan non fisik. Dapat membentuk pribadi-pribadi yang tangguh dan teguh, pribadi yang harmonis dan seimbang dalam berinteraksi

dan dalam menjalani hubungan dengan sesama manusia.

## 2. Intervensi Berbasis Akhlak

- a. Ikhlas. Ketulusan dalam memberikan pertolongan, kerelaan dan penerimaan.
- b. Ridho. Perasaan suka, senang, berkenan atau kerelaan, dan ketulusan dari dua pihak yang berinteraksi dengan lapang dada pada seluruh lini kehidupan yang dijalankan secara positif.
- c. Syukur. Membuka dan menyatakan kenikmatan dengan lisan. Dalam menjalani kehidupan seseorang menyikapinya dengan bersabar dan bersyukur karena nikmat itu bisa datang dalam bentuk menyenangkan, malapetaka ataupun dalam bentuk penyakit.
- d. Qanaah dan sabar. Menerima apa adanya dengan rela dan lapang dada atau tidak serakah, menahan marah atas perlakuan kasar, memohon yang sepatutnya dengan usaha, menerima dengan sabar atas takdir yang dialami, bertawakal, dan tidak tertarik atas tipu daya dunia.
- e. Pemaaf dan Husnudzan. Perilaku hati dan kebaikan akhlak kepada orang yang melakukan kesalahan, senantiasa mendorong untuk berprasangka baik kepada orang lain dan kepada Tuhan.
- f. Tawakal, Muhasabah, dan Tafakur. Berserah hanya kepada Tuhan, introspeksi diri, mawas, atau meneliti diri dan berfikir merupakan proses pengetahuan yang dimiliki seseorang.



## **Daftar Pustaka**

- Amin.,S.M (2016). Bimbingan dan Konseling Islam. Jakarta. Sinar Grafika Offset. ISBN 978-602-8689-17-5.
- Athiyyah & Santoso (2021). Permasalahan Kesehatan Mental di Masa Covid-19. *Jurnal Riset dan Pengabdian Masyarakat*. Vol. 1, No. 1, 170-185, 2021
- Burlian, Paisol. 2016. *Patologi Sosial*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Notosoedirdjo & Latipun. 2005. *Kesehatan Mental, Konsep dan Penerapan*. Jakarta: EGC
- Daradjat, Zakiyah. 1991. *Ilmu Jiwa Agama*. Jakarta: Bulan Bintang.
- Hawari, D. 1997. *Al Quran Ilmu Kedokteran Jiwa dan Kesehatan Mental*. Jakarta: Dana Bhakti Yasa.
- Jaelani. A.F. 2001. *Penyucian Jiwa dan Kesehatan Mental*. Jakarta: Amzah.
- Bastaman, H.D. 1995. *Integrasi Psikologi dengan Islam Menuju Psikologi Islami*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Kartono, K. 2000. *Hygiene Mental*. Jakarta: Mandar Maju.
- Pieper, J. & Uden, M. V.,2006, *Religion in Coping and Mental Health Care*, Yord University Press, New York.
- Radian.,W.A (2019). Kesehatan Mental Masa Kini dan Penanganan Gangguannya Secara Islam. *Journal of Islamic and Law Studies*. Vol 3 No 1. <http://jurnal.uin.antasari.ac.id/index.php/jils/article/view/2659>
- Sumarni (2019). Proses Penyembuhan Gejala Kejiwaan Berbasis Ismaic Intervention of Psychology. *Jurnal Peradaban dan Pemikiran Islam*.Vol 3 No 2.
- UU Kesehatan No. 18 Tahun2014. *Kesehatan Mental*.

## **Profil Penulis**



### **Rosmi Eni**

Lahir di Sungai Limau, 04 Juni 1968. Dosen Universitas Negeri Padang. Penulis lahir di Sungai Limau, 04 Juni 1968. Ketertarikan penulis terhadap Ilmu Keperawatan dimulai pada tahun 2007 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke Poltekkes Kemenkes Padang dan lulus tahun 2010.

Penulis kemudian melanjutkan pendidikan di Universitas Andalas dan berhasil menyelesaikan studi Sarjana Keperawatan (S1) dan Profesi Keperawatan (Ners) pada tahun 2013. Dua tahun kemudian, penulis juga menyelesaikan studi Magister Keperawatan (S2) di Universitas Andalas. Penulis merupakan Staf Pengajar di Jurusan Keperawatan Fakultas Psikologi dan Kesehatan Universitas Negeri Padang. Penulis memiliki kompetensi di bidang Keperawatan khususnya Keperawatan Jiwa, Keperawatan Keluarga & Komunitas dan Keperawatan Gerontik

Email: [rosmieni01@gmail.com](mailto:rosmieni01@gmail.com).



# PEMBERDAYAAN KELUARGA DALAM INTERVENSI KESEHATAN MENTAL

**dr. Ariza Farizca, M.K.M.**

Universitas Syiah Kuala

## **Pengertian Keluarga**

Keluarga merupakan kelompok terkecil dalam masyarakat, serta merupakan rantai kehidupan yang bersejarah dalam perjalanan hidup manusia. Ataupun dengan kata lain, Keluarga merupakan unit sosial terkecil dalam masyarakat, akan tetapi mempunyai pengaruh yang besar bagi bangsa dan Negara. Keluarga juga tempat dimana individu tumbuh, berkembang dan belajar mengenai nilai-nilai yang dapat dibentuk kepribadiannya kelak. Proses belajar tersebut berjalan terus menerus sepanjang hidup. Keluarga menjadi lingkungan yang pertama dan utama bagi perkembangan individu, karena sejak kecil anak tumbuh dan berkembang dalam lingkungan keluarga. Karena itulah peranan orang tua menjadi amat sentral dan sangat besar bagi pertumbuhan dan perkembangan anak, baik itu secara langsung maupun tidak langsung.

## **Fungsi Keluarga**

Fungsi keluarga merupakan tolak ukur dari bagaimana sebuah keluarga berinteraksi satu sama lain. Hal ini mencerminkan gaya pengasuhan, konflik keluarga, dan kualitas hubungan keluarga. Keluarga seharusnya berfungsi menciptakan lingkungan yang mampu

meningkatkan perkembangan kepribadian yang alami, yang bertujuan melindungi psikologis dengan optimal. Keluarga juga memiliki fungsi afektif yaitu hubungan sosial yang positif sebagai perlindungan psikologis dan rasa aman. Selain itu, keluarga juga berfungsi sebagai proses perkembangan atau perubahan yang terjadi atau dialami oleh seorang sebagai hasil dari interaksi dan pembelajaran peran sosial.

Setiap keluarga memiliki metode pengasuhan yang berbeda, Permasalahan yang sering timbul bagi keluarga yang belum siap untuk mengelola keluarga adalah terjadinya emosi yang kurang stabil pada orang tua dan anak. Masalah kesehatan mental anak (hiperaktif, kecemasan, depresi) memiliki hubungan dengan banyak faktor risiko potensial termasuk didalamnya psikologi orang tua, ekonomi, masalah perkawinan dan serta metode pengasuhan.

### **Dampak Keluarga**

Anak dengan orang tua yang mengalami emosi yang kurang stabil sangat berhubungan dengan masalah penyesuaian diri dan gangguan psikologis, terutama emosi yang kurang stabil pada anak mereka. Kelalaian ibu, pengabaian, kualitas interaksi ibu terhadap anak serta potensi pelecehan anak sebagai bentuk reaksi kurang siapnya seseorang menaji sosok ibu. Kurang siapnya orang tua dalam membina keluarga, timbulnya emosi yang tidak stabil antara orang tua dan anak serta kerentanan anak terhadap penyerangan, pelecehan seksual, kasus bunuh diri hingga kenakalan remaja menyebabkan sebuah kondisi dimana anak kehilangan peran pengasuhan keluarga inti. Keluarga memiliki pengaruh terbesar dalam pembentukan karakter suatu individu. Peran orang tua akan memberikan dampak yang nyata pada tumbuh kembang anak. Tugas orang tua pada tiap tahap perkembangan anak diminta untuk mendisiplinkan, membimbing anak, memelihara anak terutama yang berhubungan dengan psikologis, fisik, sosial dan ekonomi sehingga anak mampu tumbuh dengan sehat, percaya diri, kooperasi dan bertanggung jawab. Permasalahan keluarga sangat berpengaruh

terbentuknya karakteristik yang menyimpang pada anak sehingga memberikan dampak yang bermakna dan mengkhawatirkan. Penyimpangan karakter pada anak kini semakin beragam. Pada masa kanak-kanak fenomena perilaku bunuh diri sangat jarang terjadi, tetapi meningkat sangat tajam pada awal masa remaja. Terjadinya konflik dalam rumah tangga muncul dari berbagai macam masalah yang terjadi diantara suami dan istri. Pemicu konflik dalam rumah tangga biasanya terjadi akibat adanya ketidakseimbangan didalam pemenuhan kebutuhan rumah tangga seperti perasaan yang kurang dihargai, cemburu berlebihan, kurangnya keterbukaan dalam masalah keuangan dan privasi satu dengan yang lain.

### **Problematika Keluarga**

#### **1. Kurangnya Komunikasi dalam Keluarga**

Komunikasi keluarga terjadi dalam dua arah yang terjadi antara anak dan orang tua, suami dan istri dalam berbagai hal sebagai sarana bertukar pikiran, menyosialisasikan nilai-nilai kepribadian orangtua kepada anaknya, dan penyampaian segala persoalan atau keluh kesah dari anak kepada kedua orangtuanya. Dengan adanya komunikasi, permasalahan yang terjadi diantara anggota keluarga dapat dibicarakan dengan mengambil solusi terbaik. Saat berkomunikasi sering sekali kita berbeda pendapat hingga memicu konflik.

#### **2. Konflik Antara Orang Tua Dengan Anak**

Secara naluriah orang tua menganggap anak hal terpenting didalam hidup sehingga akan berusaha mencapai kebahagiaan untuk anaknya. Orang tua senantiasa berkorban demi kebutuhan anaknya sehingga aspek tuntutan yang mencerminkan harapan orang tua terhadap perilaku anak. Konflik yang terjadi antara orang tua dan anak dapat disebabkan oleh ketidakesediaan dan ketidakmampuan orang tua menuruti apa yang anak inginkan.

### 3. Masalah Ekonomi

Kesulitan hidup yang dialami saat berumah tangga tak jarang berkaitan dengan masalah ekonomi. Meskipun bukan menjadi satu-satunya masalah dalam kehidupan berumah tangga ini juga yang menjadi penyebab kehancuran kehidupan berumah tangga.

### 4. Kekerasan Dalam Rumah Tangga

Kekerasan terhadap perempuan dalam rumah tangga mencakup kekerasan fisik, kekerasan psikhis, kekerasan seksual, kekerasan ekonomi, dan kekerasan sosial budaya. Berdasarkan hasil penelitian terhadap kekerasan ditemukan bahwa, angka kekerasan fisik terhadap perempuan masih sangat tinggi dan angka-angka itu terutama terjadi dilingkungan keluarga.

### 5. Perceraian

Perceraian dapat diartikan sebagai berakhirnya suatu hubungan suami dan istri yang diputuskan oleh hukum atau agama (talak) karena sudah tidak ada saling ketertarikan, saling percaya dan juga sudah tidak ada kecocokan satu sama lain sehingga menyebabkan ketidakharmonisan dalam rumah tangga (Untari, dkk, 2018). Perceraian menjadi penyesuaian diri baru bagi anak-anak, mereka akan mengalami reaksi emosi dan perilaku karena kehilangan satu orang tua. Bagaimana anak bereaksi terhadap perceraian orangtuanya, sangat dipengaruhi oleh cara orangtua berperilaku sebelum, selama dan sesudah perceraian. Anak akan membutuhkan dukungan, kepekaan, dan kasih sayang yang lebih besar untuk membantunya mengatasi kehilangan yang dialaminya selama masa sulit (Ningrum, 2013).

### **Dampak Psikologis Anak dari Keluarga yang Bercerai**

Pengasuhan orang tua yang berbeda berasal dari permasalahan yang dihadapi tiap keluarga. Permasalahan yang sering timbul bagi keluarga yang belum siap untuk mengelola keluarga adalah terjadinya emosi yang kurang

stabil pada orang tua dan anak. Masalah kesehatan mental anak (hiperaktif, kecemasan, depresi) memiliki hubungan dengan banyak faktor risiko potensial termasuk didalamnya psikologi orang tua, ekonomi, masalah perkawinan dan pengasuhan. Perceraian orang tua merupakan konflik yang besar bagi anak-anaknya terutama bagi anak-anak yang masih sekolah dasar, sebab anak-anak pada usia ini masih sangat membutuhkan kasih sayang kedua orang tuanya. Suasana keluarga sangat mempengaruhi perkembangan dan pendidikan anak jika suasana rumah berantakan dapat menyebabkan anak tidak dapat belajar dengan baik bahkan membawa pengaruh yang negatif terhadap perkembangan jiwa anak dalam masa pertumbuhannya, karena pribadi si anak umumnya terjadi melalui pengalaman yang didapat diwaktu kecil.

### **Dampak Orang Tua yang Berkonflik Bagi Anak**

#### **1. Kurangnya komunikasi**

Komunikasi interpersonal yang efektif bagi orang tua dan anak semestinya secara tatap muka dan dua arah, orang tua harus menyampaikan pesan yang bernilai positif yang bertujuan untuk membuat karakter anak yang positif pula. Komunikasi dalam sebuah keluarga sangatlah penting. Kurangnya komunikasi dapat menyebabkan keretakan dalam sebuah hubungan seperti hubungan suami dengan istri, orang tua dengan anak, dan sesama teman.

#### **2. Kurangnya kasih sayang**

Peran orang tua sangat penting dalam pendidikan dan pengembangan anak. Orang tua memiliki kewajiban serta tanggung jawab memberikan kasih sayang untuk anak. Kasih sayang dan perhatian juga tidak hanya dalam bentuk pemenuhan materi, tetapi juga pemenuhan bersifat dukungan.

#### **3. Sulit berkonsentrasi di kelas**

Konflik orang tua menyebabkan anak memiliki perasaan gelisah, takut kehilangan, sulit berkonsentrasi serta dampak negatif lainnya seperti



sensitif dan malu. Perasaan tersebut dapat membuat anak menarik diri dari lingkungan serta merusak kemampuan anak berkonsentrasi dan kefokusannya pada saat belajar di sekolah.

#### 4. Keinginan untuk bunuh diri

Pertengkaran orang tua menjadi anak sulit dalam penyesuaian diri sehingga pada suatu kondisi akhirnya di dalam dirinya timbul perasaan kegelisahan, sedih, marah dan konflik batin, yang dalam bentuk perbuatannya yang berdampak negatif. Konflik pada keluarga menyebabkan anak harus menerima kesedihan dan perasaan kehilangan yang mendalam.

#### 5. Prestasi belajar menurun

Seperti yang sudah dibahas di poin sebelumnya, sulit berkonsentrasi menyebabkan anak tidak fokus dalam proses belajar sehingga berdampak pada prestasi belajar yang menurun.

Pada kasus perceraian, pada umumnya memang anak menyalahkan orang tua terhadap rasa sakit yang timbul akibat perceraian. Namun pada kasus tertentu, anak juga menyalahkan diri sendiri dan bahkan menganggap dirinya sebagai bagian penyebab perceraian. Dalam hal ini, anak tidak hanya perlu melakukan pemaafan pada kedua orang tuanya, namun yang jauh lebih penting adalah memaafkan dirinya sendiri (Hendi, dkk, 2011).

### **Peran Keluarga**

Peran keluarga merupakan sangat penting untuk mengembangkan pribadi anak. Perilaku orang tua yang penuh kasih sayang dan pendidikan tentang nilai-nilai kehidupan, baik agama maupun sosial budaya yang diberikannya merupakan faktor yang kondusif untuk mempersiapkan anak menjadi pribadi dan anggota masyarakat yang sehat. Peran orang tua berupa keikutsertaan dalam proses membantu menjaga kesehatan mental anak agar mental anak tetap terjaga dan anak akan merasa dirinya mendapat pembinaan dan perhatian dari orang tua. Orang tua yang menjadi

pendidik dan membina yang berada di lingkungan keluarga. Pola pengasuhan orang tua sangat menentukan Kesehatan mental dan aktivasi kekebalan pada anak. Ada beberapa pola asuh yang diadopsi oleh orang tua, yaitu:

### 1. Otoriter

Orangtua dengan gaya ini cenderung menuntut kepatuhan yang ketat dan tidak menjelaskan aturan atau keputusan mereka kepada anak dan menghukum anak tanpa menunjukkan banyak kehangatan atau dukungan. Anak-anak yang tumbuh dengan orangtua otoriter lebih cenderung takut pada situasi baru dan tidak percaya diri dan Depresi.

### 2. Permisif

Orang tua yang permisif umumnya tidak mendisiplinkan, menegakkan aturan, menetapkan batasan, atau mengontrol perilaku anak. Anak-anak yang orang tuanya permisif cenderung agresif dan impulsif, mengabaikan aturan dan batasan, dan menghadapi risiko penyalahgunaan zat yang lebih tinggi. Mereka juga berisiko lebih besar mengalami depresi dan kecemasan.

### 3. Demokratis

Pola asuh ini, orang tua memberikan kebebasan serta bimbingan kepada anak. Anak dapat berkembang secara wajar dan mampu berhubungan secara harmonis dengan orang tuanya. Anak akan bersifat terbuka, bijaksana karena adanya komunikasi dua arah. Sedangkan orang tua bersikap obyektif, perhatian, dan memberikan dorongan positif kepada anaknya. Pola asuh demokratis ini mendorong anak menjadi mandiri, bisa mengatasi masalahnya, tidak tertekan, berperilaku baik terhadap lingkungan, dan mampu berprestasi dengan baik. Pola pengasuhan ini dianjurkan bagi orang tua. Orangtua yang menggunakan gaya ini menetapkan aturan dan batasan, dan memberikan konsekuensi kepada anak-anak jika mereka tidak mengikutinya. Mereka juga

tanggap secara emosional dan hangat serta memiliki kebiasaan mendengarkan dan berkomunikasi dengan anak-anak mereka. Anak-anak dengan orangtua yang berwibawa cenderung tumbuh dengan kesehatan emosional, keterampilan sosial, dan ketahanan yang lebih baik. Mereka juga lebih cenderung memiliki keterikatan yang aman dengan orang tua mereka.

#### 4. Tidak Terlibat

Orangtua yang tidak terlibat umumnya memiliki sedikit komunikasi atau keterlibatan dengan anak-anak. Mereka tidak hangat atau responsif terhadap kebutuhan emosional anak-anak. Serta kurang memerhatikan pengawasan atau pendisiplinan anak. Pengasuhan yang tidak terlibat cenderung mengarah pada hasil terburuk bagi anak-anak. Anak-anak ini sering kali akhirnya menarik diri secara emosional, cemas, dan berisiko lebih besar untuk berperilaku berbahaya (termasuk penyalahgunaan zat).

Menjaga kesehatan mental dan fisik anak merupakan hal terpenting yang harus dilakukan oleh orang tua. Hal ini dikarenakan kesehatan secara mental dan fisik sangat berkesinambungan dan menjadi hal yang sangat krusial untuk tumbuh kembang anak. Cara menjaga kesehatan anak yang utama yaitu menerapkan pola asuh atau parenting yang baik. Karena karakter serta mental anak tentunya akan tumbuh sesuai dengan pola asuh dari orang tuanya. Berikut parenting untuk menjaga kesehatan psikis dan fisik anak.

##### 1. Ajarkan anak menjaga kebersihan dan keselamatan

Berikan informasi yang cukup pada anak tentang pentingnya menjaga kebersihan diri, lingkungan, dan cara memilih makanan yang sehat. Selain itu, mengingat tingkat keaktifan pada usia anak-anak, kita juga harus memberikan informasi yang cukup tentang keselamatan beraktivitas. Jangan lupa untuk sampaikan dengan cara yang tepat agar tak terkesan menakut-nakuti.

2. Ajarkan anak menjaga kesehatan

Biasakan untuk memberikan makanan yang bervariasi sedini mungkin agar anak mengenal banyak rasa dan tidak memilih-milih makanan. Biasakan anak untuk membatasi konsumsi makanan tinggi lemak, gula, dan garam. Selain itu, biasakan anak tidur cukup minimal 9-12 jam setiap hari. Tak kalah penting, selalu ajak anak-anak untuk melakukan aktivitas fisik. Terakhir, sebagai orang tua kita juga harus memberi contoh dan menerapkan kebiasaan untuk tidak berlebihan menatap layar televisi, smartphone, maupun video games.

3. Ajarkan anak menangani stress

Stres dapat membuat keseharian anak terganggu. Maka dari itu, dengan mengedukasi dan melatih anak cara meredakan stres juga sangat penting, agar anak dapat belajar mengatasinya sendiri saat mengalami stres.

4. Ajarkan anak untuk membangun rasa percaya diri

Sangat penting bagi orang tua untuk membangun rasa percaya diri anak agar mereka bisa mengembangkan kemampuan interpersonal dan tingkah laku yang sesuai. Terdapat beberapa faktor anak tidak percaya diri yaitu minimnya dukungan orang tua, terlalu banyak menerima kritik, pola asuh orang tua yang overprotektif sehingga membuat mentalnya terganggu dan menjadi tidak percaya diri.

5. Berikan apresiasi dan perhatian

Perlu diingat agar jangan pernah merasa sungkan untuk memberikan apresiasi dan pujian jika anak telah melakukan hal positif. Hargai usaha yang sudah dilakukan anak-anak sekecil apapun serta tak lupa untuk beri pujian karena sudah bekerja keras untuk menyelesaikan sesuatu.

## **Daftar Pustaka**

- Djiwandono, Sri Esti Wuryani, 2005, *Konseling dan Terapi dengan Anak dan Orang Tua*, Jakarta: PT Grasindo.
- Ekoarif, 2012, *Peran Keluarga dalam Membentuk Kepribadian dan Pendidikan Anak*, diakses melalui <http://ekoarif.wordpress.com>.
- Furqon Hidayatullah, 2010, *Pendidikan Karakter: Membangun Peradapan Bangsa*, Surakarta: Yuma Putaka.
- Hurlock, EB, 1997, *Perkembangan Anak* (terjemahan), Jakarta: Erlangga.
- Jim, Taylor, 2004, *Memberi Dorongan Positif pada Anak*, Jakarta: PT Gramedia Utama.

## **Profil Penulis**



### **Ariza Farizca**

Ketertarikan penulis terhadap Ilmu Kesehatan Jiwa dimulai dari tahun 2013 dengan judul pertama *Tingkatan Stres pada pasien Nyeri Punggung Bawah*. Ketertarikan menulis dan berkecimpung di Ilmu Kesehatan Jiwa karena mengingat gangguan Kesehatan mental di Aceh sangat tinggi. Penulis merupakan staf di fakultas kedokteran Universitas Syiah Kuala. Penulis menyelesaikan sarjana profesi dokter dan magister Kesehatan masyarakat di Fakultas Kedokteran Universitas Syiah Kuala. Penulis juga sebagai sekretaris Klinik Pratama Teuku Makmur Mohammad Zein Universitas Syiah Kuala.

Email Penulis: [arizafrzca@gmail.com](mailto:arizafrzca@gmail.com)



# FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KESEHATAN MENTAL

**Triyana Harlia Putri, S.Kep., Ns., M.Kep.**

Universitas Tanjungpura

## **Latar Belakang Kesehatan Mental**

Kesehatan mental telah menjadi pembahasan yang tabu di tengah masyarakat. Namun, beberapa tahun belakang ini, banyak masyarakat mencari informasi mengenai cara menjaga kesehatan mental dikarenakan beratnya dampak yang di timbulkan apabila masalah mental tidak diobati. Setiap individu harus didorong untuk mencari pengobatan. Namun, sayangnya, individu sering mengabaikan hal tersebut, di sebabkan oleh berbagai faktor yang memengaruhinya.

## **Faktor yang Memengaruhi Kesehatan Mental**

### 1. Bencana / Wabah

Dalam situasi bencana/wabah, penurunan kesehatan mental berubah dalam kondisi yang memperhatikan. Individu yang belum pernah terpapar COVID-19, cenderung memiliki kesehatan mental yang lebih baik, dibandingkan dengan individu yang terpapar COVID-19. Mereka yang dikonfirmasi atau diduga COVID-19 memiliki kemungkinan lebih besar untuk mengalami gejala kesehatan mental. Adanya karantina COVID-19 ditujukan pada sebuah pengalaman yang penuh dengan stressor dan



berkontribusi pada penurunan kesehatan mental, tidak hanya dirasakan pada orang dewasa namun juga pada anak-anak. Manifestasi yang muncul diantaranya mengalami ketakutan akan infeksi, frustrasi, kebosanan hingga kecemasan. Lingkungan karantina juga berperan penting dalam menjaga emosional, psikologis dan pemenuhan tidur bagi individu. Sementara itu, kelompok rentan lainnya seperti Ibu hamil yang terpapar COVID-19, memiliki kekhawatiran selama dikarantina, merasa distigmatisasi, yang semuanya dapat memperburuk tekanan psikologis sehingga menyebabkan masalah kesehatan mental.

## 2. Sosial Ekonomi

Beberapa kategori yang termasuk dalam faktor sosial ekonomi yang berkontribusi terhadap Kesehatan mental meliputi jenis kelamin, usia, status pekerjaan, jumlah orang dalam rumah tangga, dan tingkat pendapatan. Pengalaman kesehatan mental yang buruk mungkin berbeda antara setiap generasi muda dan tua, karena terdapat perbedaan stresor di setiap jenjang usia. Berdasarkan laporan hasil penelitian melaporkan bahwa, perempuan dengan tingkat pendapatan rendah memiliki hubungan yang signifikan dengan kesehatan mental yang buruk. Pendapatan dapat diperoleh melalui pekerjaan, dalam hal ini menjadi bagian penting yang dapat memengaruhi kesehatan mental. Di antara orang-orang yang bekerja, mereka yang bekerja di rumah memiliki risiko lebih tinggi mengalami gejala kesehatan mental dibandingkan dengan mereka yang tidak bekerja dan berada di rumah. Menganggur atau menjadi ibu rumah tangga menjadikan lebih banyak menghabiskan waktu di rumah, mengurangi sosialisasi dan komunikasi interpersonal, sehingga dapat meningkatkan risiko kecemasan dan depresi.

## 3. Gaya Hidup

Faktor gaya hidup seperti durasi tidur yang singkat menjadi faktor resiko terhadap penurunan kesehatan

mental. Seiring bertambahnya usia, sering kali terjadi perubahan terhadap kebiasaan tidur termasuk penundaan waktu untuk memulai tidur dan berujung pada penurunan kualitas tidur. Penelitian melaporkan bahwa tidur lebih dari 7 jam/hari sangat penting untuk mencegah tekanan psikologis. Selain itu, gaya hidup seseorang seperti mengkonsumsi alkohol juga meningkatkan resiko penurunan kesehatan mental, menjadi *addict* dan sulit menghentikan kebiasaan tersebut.

#### 4. Kebudayaan

Konteks budaya ditemukan dapat memengaruhi kondisi kesehatan mental. Bagaimana individu memanifestasikan gejala, mengkomunikasikan gejala, serta mengatasi masalah kesehatan mental. Beberapa budaya cenderung menentukan variasi dalam berperilaku serta dalam mencari pengobatan, sementara beberapa budaya menentang terhadap perilaku yang menyimpang akibat penurunan kesehatan mental. Adanya perbedaan budaya akan berdampak pada kondisi individu dalam mengatasi situasi penurunan Kesehatan yang diakibatkan masalah psikologis.

#### 5. Kekerasan Dalam Rumah Tangga

Faktor yang memengaruhi kesehatan mental selanjutnya yaitu kekerasan dalam rumah tangga, dimana kekerasan dalam rumah tangga dan keluarga dapat memberikan dampak pada kesehatan mental jangka panjang. Kesehatan mental dapat menimbulkan trauma bagi korban dan munculnya masalah keperawatan seperti sindrom pasca trauma, ketidakberdayaan, bahkan harga diri rendah situasional harus lebih dahulu diidentifikasi sebelum korban berisiko mengalami gangguan jiwa.

#### 6. Resiliensi

Resiliensi sebelumnya telah digambarkan sebagai keterampilan individu untuk kembali dari kondisi yang mengancam dan berfungsi secara normal dengan

menggunakan pengaturan diri dan strategi koping. Keterampilan tersebut digunakan ketika individu menghadapi situasi stres untuk mengurangi dampak negative dalam mempertahankannya kesejahteraan. Semakin tinggi resiliensi, semakin meningkatnya kesejahteraan mental. Namun, penggunaan resiliensi berbeda tergantung pada cara konstruksi resiliensi yang digunakan, semakin individu memiliki keterampilan yang dikembangkan dengan baik, maka akan terbentuk faktor pelindung terhadap kesehatan mental yang semakin baik pula sepanjang rentang kehidupan.

#### 7. Kehamilan dan Jumlah Anak

Secara alamiah, kehamilan merupakan kondisi yang dapat menimbulkan berbagai masalah psikologis. Hasil penelitian melaporkan bahwa trimester kedua, merupakan kondisi terendah pada kehamilan yang menimbulkan kecenderungan masalah kesehatan mental. Hal tersebut disebabkan oleh kurangnya persiapan mental yang diperlukan untuk memulai kehamilan pada trimester pertama. Adanya dukungan dan adaptasi selama kehamilan oleh pasangan dan orang-orang di sekitar akan menurunkan kekhawatiran. Namun pada trimester ketiga, karena mendekati waktu melahirkan dan masalah berikutnya, kesehatan mental ibu hamil dapat terganggu kembali. Laporan hasil penelitian melaporkan bahwa usia ibu hamil kurang dari 20 tahun mengalami peningkatan kesehatan mental dibandingkan dengan usia ibu hamil lebih dari 20 tahun. Hal tersebut dipengaruhi oleh usia remaja belum memiliki adaptasi yang baik dalam mengelola stress. Selain itu, Ibu yang memiliki anak lebih dari satu melaporkan peningkatan prevalensi masalah kesehatan mental dibandingkan pada kelompok ibu tanpa anak, semakin banyak anak meningkatkan jumlah stressor, penggunaan mekanisme koping berperan meningkatkan kapasitas adaptasi yang adekuat.

## Daftar Pustaka

- Douglas, H. (2018). Domestic and family violence, mental health and well-being, and legal engagement. *Psychiatry, Psychology and Law*, 25(3), 341–356. <https://doi.org/10.1080/13218719.2017.1396865>
- Jalambadani, Z., & Hosseini, Z. S. (2022). Predictors of mental health in pregnant women: application of the theory of planned behavior. *Gynecology*, 24(2), 120–125. <https://doi.org/10.26442/20795696.2022.2.201359>
- Luo, Y., Zhang, K., Huang, M., & Qiu, C. (2022). Risk factors for depression and anxiety in pregnant women during the COVID-19 pandemic: Evidence from meta-analysis. *PLoS ONE*, 17(3 March), 1–13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0265021>
- Nagasu, M., Kogi, K., & Yamamoto, I. (2019). Association of socioeconomic and lifestyle-related risk factors with mental health conditions: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-019-8022-4>
- Ogundare, T. (2019). Culture and mental health: Towards cultural competent mental health delivery. *Journal of Health and Social Sciences*, (December 2019). <https://doi.org/10.19204/2019/cltr6>
- Shi, L., Lu, Z. A., Que, J. Y., Huang, X. L., Liu, L., Ran, M. S., ... Lu, L. (2020). Prevalence of and risk factors associated with mental health symptoms among the general population in China during the coronavirus disease 2019 pandemic. *JAMA Network Open*, 3(7). <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.14053>
- Stokholm, L., Schrøder, K., Nør, E. A., Rubin, K. H., Jørgensen, J. S., Petersen, L. K., & Bliddal, M. (2021). The COVIDPregDK Study: A national survey on pregnancy during the early COVID-19 pandemic in Denmark. *Scandinavian Journal of Public Health*. <https://doi.org/10.1177/14034948211048746>

- Tseliou, F., & Ashfield-Watt, P. (2022). The association between resilience resources, contextual factors and mental health status: a national population-based study. *BMC Public Health*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13013-2>
- Qi, Y.-F., & Hai-Yan1, J. (2014). Analysis of the factors affecting the mental health of students in Independent College.

## **Profil Penulis**



### **Triyana Harlia Putri**

Menjadi seorang penulis merupakan sebuah tantangan yang dimulai sejak penulis berkecimpung di dunia Pendidikan.

Sejak tahun 2012, penulis menyelesaikan Pendidikan dan mendapatkan gelar Sarjana Keperawatan serta Profesi Ners di Universitas Andalas, hingga memperoleh Magister Keperawatan peminatan Keperawatan Jiwa di kampus yang sama sebelumnya pada tahun 2016. Dalam mewujudkan karir sebagai seorang dosen professional yang menjunjung tinggi Tri Dharma Perguruan Tinggi, Penulis aktif sebagai peneliti dibidang kepakarannya dalam keperawatan maupun kesehatan jiwa hingga penulis juga mengikuti berbagai kegiatan pengabdian masyarakat dalam beberapa tahun terakhir. Sejauh ini, penulis juga menulis buku serta modul yang diperuntukan untuk umum dan mahasiswa di Perguruan Tinggi tempat penulis bekerja saat ini yaitu Universitas Tanjungpura, dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara Indonesia.

Email Penulis: [triyana.harliaputri@ners.untan.ac.id](mailto:triyana.harliaputri@ners.untan.ac.id)



## SKIZOFRENIA DAN GANGGUAN MOOD

**dr. Zulfa Zahra, Sp.KJ.**

Universitas Syiah Kuala

### **Pendahuluan**

Seiring dengan perkembangan zaman maka masalah kesehatan jiwa juga semakin menjadi fokus perhatian tersendiri. Didapatkan adanya peningkatan kasus gangguan kejiwaan dari tahun ke tahun. Berdasarkan Pusat data dan informasi kesehatan kementerian RI pada tahun 2019, didapatkan data bahwa gangguan mental menempati angka tertinggi sebagai masalah kesehatan yang menyebabkan disabilitas dalam menjalani kehidupannya. Bahkan, berdasarkan WHO (2017) saat ini diperkirakan jumlah penderita gangguan jiwa di dunia adalah sekitar 450 juta termasuk dengan skizofrenia. Skizofrenia merupakan salah satu gangguan jiwa berat yang berlangsung secara kronis dan menyebabkan ketidakmampuan menjalani keseharian dalam kehidupannya sehingga pada akhirnya menimbulkan beban hidup bagi keluarga. Angka kasus skizofrenia terus mengalami peningkatan dari tahun ke tahun. Berdasarkan WHO, 1 persen dari populasi menderita skizofrenia, sehingga berdasarkan data tersebut diperkirakan 2,6 juta orang di Indonesia mengalami skizofrenia. Gangguan kejiwaan lain yang juga diketahui menyebabkan beban bagi keluarga adalah gangguan mood. Orang dengan gangguan mood seringkali memiliki kecenderungan untuk melakukan tindakan bunuh diri.



Berdasarkan hasil Rikesda, 2018 didapatkan prevalensi gangguan depresi sebesar 6,2 % yang akan meningkat seiring dengan peningkatan usia. Sedangkan untuk kasus gangguan bipolar sendiri didapatkan data 2,8 % dari penduduk dunia mengalami gangguan ini.

## **Skizofrenia**

Skizofrenia adalah salah satu gangguan kejiwaan yang termasuk dalam 10 penyakit dengan beban penyakit global tertinggi. Skizofrenia adalah gangguan kejiwaan yang ditandai dengan adanya kekacauan pikiran, perasaan, perilaku dan persepsi. Akibat kondisi ini menimbulkan kesulitan bagi penderitanya untuk bisa berinteraksi dengan lingkungannya. Menurut data *American Psychiatric Association* (APA) (1995), diketahui bahwa 1% populasi penduduk dunia menderita skizofrenia. Penelitian yang sama juga dilakukan oleh *World Health Organization* (WHO), mengatakan bahwa prevalensi skizofrenia dalam masyarakat berkisar antara satu sampai tiga per mil penduduk. Skizofrenia lebih sering terjadi pada populasi urban dan pada kelompok sosial ekonomi rendah.

### 1. Definisi

Skizofrenia adalah suatu penyakit yang mempengaruhi otak dan menyebabkan timbulnya gangguan pikiran, persepsi, perasaan dan perilaku. Secara etimologi, skizofrenia berasal dari bahasa Yunani yaitu “schizo” yang berarti “terpotong” atau “terpecah” dan “phren” yang berarti “pikiran”, sehingga skizofrenia berarti pikiran yang terpisah. Sehingga dapat dijelaskan bahwa skizofrenia merupakan gangguan psikologis atau kejiwaan yang ditandai dengan adanya hendaya dalam nilai realitas, penarikan diri dari interaksi sosial, serta disorganisasi persepsi, pikiran dan kognitif.

### 2. Epidemiologi

Prevalensi rata-rata 1 tahun adalah 3,3 per 1000, dengan prevalensi rata-rata seumur hidup adalah 4 per 1000. Kasus skizofrenia lebih banyak di jumpai

pada laki-laki dibandingkan wanita, dengan rentang usia tertinggi berada pada 15-19 tahun namun kasus ini tetap dapat dijumpai pada semua tingkatan usia. Kasus skizofrenia mengalami peningkatan kasus pada daerah perkotaan di bandingkan perdesaan.

### 3. Etiologi

Etiologi skizofrenia belum diketahui secara pasti. Skizofrenia tidak disebabkan oleh suatu kondisi tertentu saja, namun dapat bersifat multifaktorial. Ada beberapa kondisi yang dapat mempengaruhi, baik faktor intrinsik maupun faktor ekstrinsik. Faktor-faktor tersebut antara lain dapat berupa lingkungan, pola asuh, cacat biologis dan banyak faktor lainnya. Faktor-faktor tersebut dapat menjadi faktor resiko untuk meningkatkan kerentanan terjadinya skizofrenia. Namun secara umum dapat dipahami bahwa sebagian besar dari faktor-faktor tersebut berkembang sejak usia awal kehidupan (prenatal) dan juga ikut melibatkan faktor genetik.

Secara umum berikut dijelaskan beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya skizofrenia, yaitu:

#### a. Keturunan

Faktor keturunan menentukan timbulnya skizofrenia, dibuktikan dengan penelitian tentang keluarga skizofrenia dan terutama anak-anak kembar 1 telur.

#### b. Endokrin

Teori ini dikembangkan dari ditemukannya peningkatan kasus skizofrenia pada waktu pubertas, kehamilan maupun puerperium dan klimakterium.

#### c. Susunan saraf pusat

Diduga pada skizofrenia didapatkan adanya kerusakan pada daerah diencephalon dan korteks.

d. Teori belajar

Hubungan interpersonal yang buruk pada skizofrenia menjadi model yang buruk pada saat masa anak.

e. Teori Dinamika keluarga

Anak mendapat pesan yang bertentangan dengan orang tuanya tentang perilaku, sikap dan perasaan sehingga menimbulkan kebingungan yang pada akhirnya menyebabkan perilaku menarik diri kedalam keadaan psikotik. Teori ini sesuai dengan teori yang dikembangkan oleh Eugen Bleuler.

f. Teori Sigmund Freud

Terjadi kelemahan ego yang dapat timbul karena faktor psikogenik maupun somatik, dimana pada kondisi ini Id menjadi lebih dominan sedangkan superego menjadi dikesampingkan.

4. Diagnosis

Berdasarkan PPDGJ III diagnosis skizofrenia dapat ditegakkan jika memenuhi kriteria berikut, yaitu:

a. Harus ada sedikitnya satu gejala yang jelas atau dua gejala yang kurang tajam dari yang di bawah ini:

- 1) *Ggn Thought: Thought echo, Thought insertion or withdrawal, Thought broadcasting*
- 2) *Delution: delution of control, delution of influence, delution of passivity, delucion of perception*
- 3) *Halusinasi auditorik:*
  - a) Suara halusinasi yang berkomentar/ mendiskusikan perihal pasien,
  - b) Atau halusinasi lain yang berasal dari salah satu anggota tubuh
- 4) Waham-waham menetap yang tidak wajar dan sesuatu yang mustahil, misalnya mampu

mengendalikan cuaca atau mampu berkomunikasi dengan makhluk lain diluar dunia ini.

Atau paling sedikit dua gejala dibawah ini yang harus selalu ada secara jelas:

- a) Halusinasi dari panca indera apa saja, bila disertai waham atau ide-ide yang berlebihan yang menetap,
  - b) Arus pikiran yang terputus/blocking atau yang mengalami sisipan, misalnya berupa: inkoherensi/ pembicaraan tidak relevan/ eologisme.
  - c) Perilaku katatonik: gaduh gelisah, posisi tubuh tertentu, fleksibilitas cerea, negativisme, mutisme dan stupor.
  - d) Gejala-gejala negatif: sikap apatis, bicara jarang, respon emosional yang menumpul atau tidak wajar, yang berakibat penarikan diri dari pergaulan sosial dan menurunnya kinerja sosial.
- b. Gejala-gejala tersebut berlangsung minimal satu bulan.
  - c. Harus ada perubahan yang konsisten dan bermakna dalam kualitas dari beberapa aspek perilaku pribadi.
5. Klasifikasi

Berdasarkan Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa III (PPDGJ III), klasifikasi skizofrenia sebagai berikut:

a. Skizofrenia Paranoid

Pedoman diagnostik skizofrenia paranoid antara lain:

- 1) Memenuhi kriteria umum diagnosis skizofrenia
- 2) Halusinasi dan atau waham yang menonjol

- 3) Gangguan afektif, dorongan kehendak dan pembicaraan, serta gejala katatonik relatif tidak ada

b. Skizofrenia hebefrenik

Pedoman diagnostik skizofrenia hebefrenik antara lain:

- 1) Memenuhi kriteria umum skizofrenia
- 2) Diagnosis hebefrenik hanya ditegakkan pertama kali pada usia remaja atau dewasa muda (15-25 tahun)
- 3) Gejala bertahan sampai 2-3 minggu
- 4) Afek dangkal dan tidak wajar, senyum sendiri, dan mengungkapkan sesuatu dengan di ulang-ulang.

c. Skizofrenia katatonik

Pedoman diagnostik skizofrenia katatonik antara lain:

- 1) Memenuhi kriteria umum skizofrenia
- 2) Stupor (reaktifitas rendah dan tidak mau bicara)
- 3) Gaduh – gelisah (tampak aktifitas motorik yang tidak bertujuan untuk stimuli eksternal)
- 4) Rigiditas (kaku tubuh)
- 5) Diagnosis katatonik bisa tertunda apabila diagnosis skizofrenia belum tegak dikarenakan klien tidak komunikatif

d. Skizofrenia tak terinci

Pedoman diagnostik skizofrenia tak terinci antara lain:

- 1) Memenuhi kriteria umum diagnosis skizofrenia

2) Tidak memenuhi kriteria untuk diagnosis skizofrenia paranoid, hebefrenik, dan katatonik

3) Tidak memenuhi diagnosis skizofrenia residual atau depresi pasca skizofrenia

e. Depresi pasca skizofrenia

Pedoman diagnostik Depresi pasca-skizofrenia antara lain:

1) Klien menderita skizofrenia 12 bulan terakhir

2) Beberapa gejala skizofrenia masih tetap ada namun tidak mendominasi

3) Gejala depresif menonjol dan mengganggu

f. Skizofrenia simpleks

Pedoman diagnostik skizofrenia simpleks antara lain:

1) Gejala negatif yang khas tanpa didahului riwayat halusinasi, waham, atau manifestasi lain dari episode psikotik

2) Disertai dengan perubahan perilaku pribadi yang bermakna

g. Skizofrenia tak spesifik

Skizofrenia tak spesifik tidak dapat diklasifikasikan ke dalam tipe yang telah disebutkan sebelumnya.

6. Penatalaksanaan

Tujuan utama dari pengobatan skizofrenia adalah untuk mengembalikan fungsi normal dari penderitanya dan juga mencegah kekambuhan. Sampai saat ini belum ada pengobatan yang spesifik untuk masing-masing klasifikasi skizofrenia.

Ada beberapa jenis tatalaksana yang dapat diberikan pada skizofrenia, yaitu:

a. Psikofarmaka

Psikofarmaka merupakan tatalaksana dengan memberikan obat-obatan yang bertujuan untuk dapat mengendalikan atau menghilangkan gangguan yang muncul pada penderita skizofrenia. Jenis psikofarmaka yang di berikan adalah berupa Antipsikotik yang biasanya diberikan dalam jangka waktu lama. Anti psikotik terbagi atas 2 golongan, yaitu:

- 1) Antipsikotik tipikal yang merupakan antipsikotik golongan pertama (APG I), mempunyai aksi untuk melakukan blokade pada reseptor dopamine sehingga lebih efektif pada gejala positif. Contohnya : Trifluoperazin, Chlorpromazin, dan Haloperidol.
- 2) Antipsikotik atipikal yang disebut juga antipsikotik golongan kedua (APG II), mempunyai aksi tidak hanya pada reseptor dopamine tapi juga pada reseptor serotonin sehingga efektif pada penderita skizofrenia baik dengan gejala positif maupun negatif. Contohnya : Risperidon, Clozapin, dan Aripiprazol.

b. Non Psikofarmaka

Pendekatan non psikofarmaka dapat diberikan pada penderita skizofrenia pada kondisi yang sudah lebih tenang. Antara lain dapat diberikan dengan:

- 1) Pendekatan psikososial, yang bertujuan untuk meningkatkan fungsi sosial dan pekerjaannya. Penderita dapat dilatih kembali untuk fungsi kesehariannya maupun terapi okupasional sehingga paska rawatan penderita skizofrenia dapat kembali berfungsi di masyarakat.

- 2) Psikoterapi suportif, dilakukan bertujuan untuk memberikan semangat dan motivasi agar tetap memiliki daya juang tinggi.
- 3) *Cognitif Behaviour Therapy*, bertujuan untuk merubah cara berfikir dari penderita skizofrenia dengan tujuan agar perilakunya ikut berubah. Harapan dari perubahan ini penderita dapat menghadapi dan melihat permasalahan yang ada dari sudut pandang yang berbeda.

## **Gangguan Mood**

Gangguan mood disebut juga gangguan suasana perasaan yang ditunjukkan dengan adanya perubahan suasana perasaan kearah depresi (penurunan mood) atau sebaliknya elasi (peningkatan mood). Ada beberapa jenis gangguan mood, antara lain depresi, mania, gangguan afektif bipolar, distimia, dan siklotimia. Pada bab berikut akan lebih diperdalam pada gangguan depresi dan gangguan afektif bipolar karena kedua kondisi gangguan jiwa ini yang paling banyak dijumpai secara klinis.

### **1. Gangguan Depresi**

Depresi adalah gangguan perasaan yang ditandai dengan afek disforik (kehilangan kegembiraan/gairah) disertai dengan gejala-gejala lain, seperti gangguan tidur, gangguan makan, tidak semangat ataupun perasaan bersalah. Gangguan depresi biasanya dapat dijumpai pada semua kelompok umur, dan berdasarkan hasil Rikesda 2018 didapatkan data bahwa gangguan depresi sudah mulai sejak usia rentang remaja (15-24 tahun) dengan prevalensi 6,2 % dan meningkat seiring dengan bertambahnya usia.

#### **a. Definisi**

Depresi merupakan salah satu gangguan kejiwaan yang ditandai dengan kesedihan yang sangat mendalam, perasaan bersalah, menarik diri dari orang lain, perasaan tidak berharga, putus asa, gangguan tidur, gangguan makan, serta



kehilangan minat dalam melakukan aktivitas hariannya.

b. Epidemiologi

Gangguan depresi berat paling sering dijumpai dengan prevalensi seumur hidup sekitar 15% dengan jenis kelamin perempuan dua kali lipat lebih besar dibandingkan laki-laki. Gangguan depresi paling banyak dijumpai awitan pada rentang usia 20-50 tahun. Walaupun gangguan depresi lebih banyak dijumpai di daerah pedesaan daripada perkotaan, namun tidak dijumpai korelasi bermakna antara gangguan depresi dengan status sosioekonomi.

c. Etiologi

Etiologi dari depresi belum diketahui secara pasti, namun ada beberapa faktor yang dapat menimbulkan gangguan depresi, yaitu antara lain:

- 1) Faktor organibiologi: gangguan depresi berhubungan dengan disregulasi heterogen pada amin biogenic.
- 2) Faktor genetik: Genetik merupakan faktor yang ikut berperan terhadap timbulnya depresi, namun keterlibatan faktor lain tidak dapat diabaikan, misalnya faktor psikososial.
- 3) Faktor psikososial: peristiwa kehidupan dan stres psikososial seringkali dijumpai pada awal timbulnya gangguan depresi. Stres psikososial yang berkelanjutan dapat menyebabkan perubahan biologi otak sehingga berdampak terjadinya depresi berulang.

d. Diagnosis

Berdasarkan PPDGJ III, diagnosis depresi dapat ditegakkan jika memenuhi kriteria berikut:

Adapun Gejala utama yang mutlak harus dijumpai pada derajat ringan, sedang, dan berat, yaitu:

Afek depresif

- 1) Kehilangan minat dan kegembiraan, dan
- 2) Berkurangnya energi yang menuju meningkatnya keadaan mudah lelah (rasa lelah yang nyata sesudah kerja sedikit saja) dan menurunnya aktivitas.

Gejala lainnya:

- 1) Konsentrasi dan perhatiannya berkurang;
- 2) Harga diri dan kepercayaan diri berkurang;
- 3) Gagasan tentang rasa bersalah dan tidak berguna;
- 4) Pandangan masa depan yang suram dan pesimistis;
- 5) Gagasan atau perbuatan membahayakan diri atau bunuh diri;
- 6) Tidur terganggu;
- 7) Nafsu makan berkurang.

Untuk episode depresif dari ketiga tingkat keparahan tersebut diperlukan masa sekurang-kurangnya 2 minggu untuk penegakkan diagnosis, akan tetapi periode lebih pendek dapat dibenarkan jika gejala luar biasa beratnya dan berlangsung cepat. Kategori diagnosis episode depresif ringan, sedang, dan berat hanya digunakan untuk episode depresi tunggal (yang pertama). Episode depresif berikutnya harus diklasifikasikan di bawah salah satu diagnosis gangguan depresif berulang.

e. Penatalaksanaan

Tatalaksana pada gangguan depresi bisa dilakukan secara psikofarmaka maupun non psikofarmaka

1) Pendekatan Psikofarmaka

Ada beberapa jenis antidepresan yang dapat digunakan pada penderita depresi, antara lain golongan *Selective Serotonin Reuptake Inhibitor* /SSRI (ex. Fluoxetin, Sertralin, paroksetin, sitalopram dsb), *Tricyclic Antidepressant*/ TCA (ex. Amytriptilin, klomipramin, maproptilin, dsb), dan golongan *Monoamin Oksidase Inhibitor*/ MAOI (ex. Maklobemid)

2) Pendekatan Non Psikofarmaka

Pendekatan secara non farmakoterapi, antar lain dapat dilakukan dengan cara *Cognitiv Behavioral Therapy*/ CBT (pendekatan psikoterapi yang merupakan terapi pilihan awal pada gangguan depresi ringan), *Electro Convulsive Therapy* / ECT (berupa terapi kejutan listrik terutama digunakan pada depresi kronik yang tidak efektif dengan psikofarmaka).

2. Gangguan Afektif Bipolar

Sesuai dengan namanya gangguan afektif bipolar termasuk dalam gangguan mood yang ditandai dengan adanya perubahan suasana perasaan berupa depresi dan mania. Mania ditandai dengan suasana perasaan yang meningkat menunjukkan suasana hati yang gembira, semangat dan adanya ide-ide yang berlebihan. Sedangkan depresi ditandai dengan penurunan suasana hati, tidak semangat, rasa bersalah dan putus asa.

a. Definisi

Gangguan afektif bipolar (GAB) menurut *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Text Revision* edisi ke-4 (DSM-IV -TR) adalah gangguan mood yang terdiri dari paling sedikit satu episode manik, hipomanik atau campuran yang biasanya disertai dengan adanya riwayat episode depresi mayor.

b. Epidemiologi

Data WHO (2017) menunjukkan bahwa gangguan bipolar mempengaruhi sekitar 60 juta orang di seluruh dunia. Sekitar 1 dari setiap 100 orang usia dewasa mengalami bipolar pada suatu waktu dalam kehidupan mereka dengan rentang usia 15-19 tahun. Laki-laki dan perempuan memiliki kemungkinan yang sama untuk terkena gangguan bipolar. Penderita bipolar biasanya akan mengalami gangguan ini seumur hidupnya karena kecenderungan angka kekambuhannya yang cukup tinggi.

c. Etiologi

Etiologi dari GAB belum diketahui secara pasti, namun ada beberapa faktor yang diketahui dapat mencetuskan gangguan ini, antara lain:

- 1) Faktor biologi, antara lain dapat disebabkan karena faktor genetik, neuroanatomi, gangguan regulasi hormon, faktor imunologi dan biogenik amin
- 2) Faktor psikososial, antara lain dapat disebabkan karena konflik interpersonal maupun stress kehidupan lainnya.

d. Diagnosis

GAB bersifat episode berulang (sekurang-kurangnya didapatkan dua episode) yang menyebabkan hendaya fungsi dalam kesehariannya. Pada satu waktu didapatkan adanya peningkatan aktivitas secara berlebihan (mania/ hipomania) dan pada waktu lainnya didapatkan adanya pengurangan energi dan aktivitas (depresi). Dimana antara kedua kondisi ini didapatkan adanya penyembuhan total. Biasanya episode mania berlangsung lebih singkat antara 2 minggu sampai 4-5 bulan dibandingkan depresi yang cenderung berlangsung lebih lama sampai sekitar 6 bulan.

Berdasarkan PPDGJ III:

Gangguan Afektif Bipolar dapat ditegakkan jika didapatkan:

- 1) episode yang sekarang harus memenuhi kriteria untuk hipomania; dan
- 2) harus ada sekurang-kurangnya satu episode afektif lain (hipomanik, manik, depresif, atau campuran) di masa lampau

Gangguan Afektif Bipolar, Episode Kini Manik tanpa Gejala Psikotik dapat ditegakkan jika didapatkan:

- 1) episode yang sekarang harus memenuhi kriteria untuk mania tanpa gejala psikotik, dan
- 2) harus ada sekurang-kurangnya satu episode afektif lain (hipomanik, manik, depresif, atau campuran) di masa lampau

Gangguan Afektif Bipolar, Episode Kini Manik dengan Gejala Psikotik dapat ditegakkan jika didapatkan:

- 1) episode yang sekarang harus memenuhi kriteria untuk mania dengan gejala psikotik, dan
- 2) harus ada sekurang-kurangnya satu episode afektif lain (hipomanik, manik, depresif, atau campuran) di masa lampau

Gangguan Afektif Bipolar, Episode Kini Depresif Ringan atau Sedang dapat ditegakkan jika didapatkan:

- 1) episode yang sekarang harus memenuhi kriteria untuk episode depresif ringan ataupun sedang; dan
- 2) harus ada sekurang-kurangnya satu episode afektif hipomanik, manik, atau campuran di masa lampau

Gangguan Afektif Bipolar, Episode Kini Depresif Berat tanpa Gejala Psikotik dapat ditegakkan jika didapatkan:

- 1) episode yang sekarang harus memenuhi kriteria untuk episode depresif berat tanpa gejala psikotik; dan
- 2) harus ada sekurang-kurangnya satu episode afektif hipomanik, manik, atau campuran di masa lampau

Gangguan Afektif Bipolar, Episode Kini Depresif Berat dengan Gejala Psikotik dapat ditegakkan jika didapatkan:

- 1) episode yang sekarang harus memenuhi kriteria untuk episode depresif berat dengan gejala psikotik dan
- 2) harus ada sekurang-kurangnya satu episode afektif hipomanik, manik, atau campuran di masa lampau

Gangguan Afektif Bipolar, Episode Kini Campuran dapat ditegakkan jika didapatkan:

- 1) episode yang sekarang menunjukkan gejala-gejala manik, hipomanik, dan depresif yang tercampur atau bergantian dengan cepat (gejala mania/hipomania dan depresi sama-sama mencolok selama masa terbesar dari episode penyakit yang sekarang, dan telah berlangsung sekurang-kurangnya 2 minggu); dan
- 2) harus ada sekurang-kurangnya satu episode afektif hipomanik, manik, atau campuran di masa lampau

e. Klasifikasi

Ada beberapa tipe dari gangguan bipolar yang sering dijumpai, yaitu:

- 1) Gangguan Afektif Bipolar (GAB) tipe I, ditandai dengan dijumpainya gejala mania yang berat

dan seringkali membutuhkan rawat inap, dan juga dijumpai adanya kondisi depresi berat. Pada beberapa kasus GAB tipe I dapat ditegakkan tanpa harus dijumpai adanya gejala depresi jika kondisi mania nya sangat berat.

- 2) Gangguan Afektif Bipolar (GAB) tipe II, ditandai dengan dijumpainya kondisi hipomania, dan harus dijumpai juga gejala depresi baik sebelum ataupun setelah gejala hipomania.
- 3) Siklotimia, ditandai dengan adanya gejala mania dan depresi yang ringan yang telah berlangsung minimal 2 tahun

f. Penatalaksanaan

Pendekatan terapi yang dapat diberikan pada GAB melibatkan psikofarmaka maupun non psikofarmaka.

1) Pendekatan Psikofarmaka

Pendekatan psikofarmaka dapat berupa: *Mood stabilizer* (berfungsi untuk menstabilkan mood, antara lain asam valproate, carbamazepin, lithium, dan lamotrigin), *Antidepressant* (efektif pada GAB yang menunjukkan gejala depresi, ex. Sertralin, amitriptilin, dan kalxetin), *Antipsikotik* (diberikan pada GAB dengan gejala mania bertujuan untuk menurunkan kadar dopamine dengan obat seperti: Risperidon, Klozapin, dan Aripirazol).

2) Pendekatan Non Psikofarmaka

Pendekatan non psikofarmaka dapat berupa pendekatan psikoterapi salah satunya dengan *Cognitive Behavior Therapy* (CBT) yang bertujuan untuk merubah cara berfikir menjadi realistis sehingga dapat mengubah perilaku yang maladaptive. Psikoedukasi juga

perlu diberikan baik pada penderita maupun keluarganya untuk meningkatkan kepatuhan pengobatan. Pada GAB kronik dengan ciri depresi yang tidak efektif dengan psikofarmaka dapat diberikan terapi *Electro Convulsive Therapy* / ECT



## **Daftar Pustaka**

- Ellison, J. M, Kyomen, H. H & Verma. S. (2008). Mood disorder in later life. (2nd ed). CRC press
- Elvira. S.D & Hadisukanto. G. (Ed). (2010). Buku Ajar Psikiatri. Jakarta: Balai Penerbitan Universitas Indonesia.
- Fatemi. H. S & Clayton.P.J. (2008). The medical basic of psychiatry. (3rd ed). Humana Press
- Ismail, I.R & Siste, K. (2010). Gangguan depresi dalam Buku Ajar Psikiatri Jakarta: Balai Penerbitan Universitas Indonesia.
- Kaplan & Sadock's. (2015). Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/ clinical psychiatry. (11th ed). Lippincott.
- Kaplan & Sadock's. (2017). Concise textbook of clinical psychiatry. (4rd Ed). Wolters Kluwer
- Lambert, M. &Naber, D. (2009). Current schizophrenia (3rd Ed). London: Springer Healthcare
- Maramis. W.F. & Maramis. A.A. (2010). Catatan ilmu kedokteran jiwa. Surabaya: Airalngga University Press
- Sadock. B. J, Sadock. V.A & Ruis.P. (2017). Comprehensive textbook of Psychiatry. (10 ed. Vol 1). Wolters Kluwer

## Profil Penulis



### Zulfa Zahra

Penulis merupakan lulusan Fakultas Kedokteran Universitas Syiah Kuala pada tahun 2007. Pada tahun 2008, penulis diterima sebagai staf pengajar di Fakultas Kedokteran Universitas Syiah Kuala. Karena ketertarikan penulis pada ilmu jiwa, penulis pun pada tahun 2011 melanjutkan pendidikan spesialis di Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga pada bagian Ilmu Kedokteran Jiwa dan menyelesaikan pendidikan pada tahun 2016. Sejak itu penulis tidak hanya aktif sebagai seorang dosen namun juga sebagai seorang tenaga spesialis di bidang ilmu kejiwaan.

Sebagai seorang staf pengajar, penulis dituntut untuk dapat terus menghasilkan tulisan-tulisan baik dalam bentuk jurnal artikel, penelitian maupun buku. Penulis juga beberapa kali mengikuti seminar-seminar internasional untuk mempublikasikan tulisan ilmiah, antara lain pada Seminar Internasional DAAD dan Seminar Internasional Syiah Kuala 1 pada tahun 2017. Dan untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif sebagai peneliti dibidang kepakarannya tersebut. Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi. Penulis juga telah mengikuti beberapa pelatihan khusus sesuai bidangnya, antara lain pelatihan hipnoterapi, psikoterapi, pemeriksaan kesehatan jiwa, dan pembuatan *Visum Psychiatricum*. Penulis selama ini juga aktif sebagai narasumber baik yang dilakukan untuk masyarakat awam maupun untuk tenaga kesehatan.

Email Penulis: [dr.zulfa00@unsyiah.ac.id](mailto:dr.zulfa00@unsyiah.ac.id)



# MASALAH EMOSI DAN PERILAKU DALAM KONTEKS SOSIAL

**Dewi Rayani, S.Psi., MA.**

Universitas Pendidikan Mandalika

## **Pendahuluan**

Sebagai makhluk sosial individu tidak dapat hidup dengan sendirinya, selalu membutuhkan orang lain untuk dapat berinteraksi antara satu dengan yang lainnya. Individu sejatinya memiliki *gregariousness* yaitu naruri untuk dapat selalu hidup dengan orang lain. Harus berinteraksi dengan orang lain, bekerja sama, berbicara serta melakukan berbagai aktifitas sosial untuk dapat mencapai tujuan yang sama yaitu kebutuhan bersosialisasi. Dalam proses interaksi inipun individu dituntut dapat menerapkan berbagai tugas diantaranya adalah melakukan penyesuaian diri, berusaha mengenal diri sendiri, mengenal orang lain dan mengenal lingkungan sosial yang ada dihadapannya. Ketika menjalankan interaksi sosial biasanya tidak lepas dari berbagai masalah, baik secara emosi ataupun perilaku. Misalkan dalam kategori emosi, sering kali individu tidak dapat mengelola emosi dengan baik, sehingga sering kali dalam berinteraksi dengan orang lain malah memperburuk suasana (semisal: muncul rasa iri, cemburu berlebih serta melakukan hal-hal yang membuat individu tersebut menjadi malu). Berbagai permasalahan ini merupakan emosi yang biasa dialami oleh individu dalam kehidupan sosialnya. Kendati berbagai emosi yang muncul bukanlah emosi yang diterima, namun emosi ini

dapat mempengaruhi relasi serta masalah sosial serta interaksi individu tersebut.

## **Emosi**

Emosi pada umumnya disifatkan sebagai suatu keadaan yang sering dialami oleh individu atau organisme pada suatu waktu tertentu. Emosi juga sering kali hadir dalam ekspresi yang berbeda-beda. Misalkan emosi sedih, senang, takut, dan lain-lain. Umumnya emosi muncul ketika individu tersebut merasakan, melihat, serta mendengar sesuatu, kesemua hal ini dapat dikatakan sebagai keadaan kejiwaan yang ada dalam diri individu sebagai akibat adanya persepsi yang dialami oleh individu. Sering kali individu yang sedang mengalami emosi hanya berfokus pada diri (*self*) tidak lagi memperhatikan lingkungan sekitar, bahkan norma pun kadangkala diabaikan.

## **Pengertian Emosi**

William James sebagai pendiri psikologi mendefinisikan emosi sebagai hasil dari reaksi perilaku terhadap stimulus yang menghasilkan reaksi yang baru (perilaku), dilain sisi emosi juga dikatakan sebagai perasaan subyektif dan diasosiasikan dengan serangkaian perilaku yang tanpak, seperti ekspresi senyuman, rasa marah yang disertai dengan adanya respon fisik peripheral seperti jantung berdebar, keringat berlebih dan gangguan pencernaan. (Tri dayakisni, 2008) . Berdasarkan ungkapan di atas dapat diartikan bahwa, emosi merupakan perasaan yang mendalam yang diikuti oleh perubahan perilaku individu. Semuanya ini merupakan sirkulasi antara aspek kognisi atau pola pikir individu dengan respon fisik yang dimunculkan. Kondisi ini tentu saja ada pembeda antara emosi dengan perasaan (*feeling*) walau demikian *state/* keadaan ini sering muncul secara bersamaan dan bahkan tidak terpisahkan. Adapun pembeda dari keduanya adalah adanya perubahan besar pada emosi baik secara kualitas dan kuantitasnya tidak dapat digambarkan dengan symbol tertentu.

Pendapat lain dikemukakan oleh Chaplin (2008) dalam *dictionary of psychology* mendefinisikan emosi sebagai suatu keadaan yang terpasang dari organisme mencakup perubahan-perubahan yang disadari yang mendalam sifatnya dari perubahan perilaku. Bagi Chaplin terdapat perbedaan antara emosi dengan perasaan (*feelings*) perasaan diartikan dengan pengalaman yang disadari diaktifkan oleh perangsang eksternal atau keadaan jasmani. Definisi selanjutnya dikemukakan oleh Darwis (2006) yaitu emosi adalah gejala psiko-fisiologis yang menimbulkan efek pada persepsi, sikap, dan tingkahlaku serta terbentuk dalam ekspresi tertentu. Emosi diartikan secara psikofisik karena sangat berhubungan dengan jiwa dan psikis individu. Misalkan ketika emosi sedih melanda, reaksi psikis tergambar adanya kegelisahan dan secara fisiologis meneteskan air mata, wajah terlihat tidak bahagia bahkan murung. Selanjutnya menurut Morgan, King dan Robinson (dalam Desmita, 2009) mendefinisikan emosi sebagai berikut: “*a subjective feeling state, often accompanied by facial and bodily expressions, and having arousing and motivating properties.*”

### **Masalah yang Berkaitan dengan Problematika Emosi Sosial**

Setiap individu memiliki kemampuan untuk dapat mengendalikan emosi yang dimiliki, cara pengendaliannya pun berbeda-beda ada yang dapat mengendalikan secara langsung adapula yang memiliki kemampuan yang tidak langsung, adapun hubungan emosi dengan interaksi sosial adalah emosi individu merupakan suatu hal penentu perilaku itu muncul. Sebagaimana yang diungkapkan oleh Syamsu Yusuf (2002) yaitu, emosi dapat memberikan semangat atau memperkuat semangat seseorang, ketika individu merasa senang maka ia akan semakin bersemangat menjalankan aktifitas. Selanjutnya emosi juga sebagai pelemah semangat, hal kebalikan dari yang sebelumnya yaitu, apabila individu merasa kecewa atas kegagalan yang diterima maka ia akan putus asa atau bahkan frustrasi dan emosi juga dapat dikatakan sebagai pengganggu dalam penyesuaian sosial, misalkan terdapat rasa cemburu

irihati, malu serta rendah diri maka hal ini dapat mengganggu aktifitas penyesuaian emosi serta sosial individu.

#### 1. Rasa Malu dan Rendah Diri

Setiap individu memiliki rasa malu, malu sangat berkaitan dengan moralitas yang mengatur seseorang dalam hubungan sosial. Misalkan bagaimana bertindak, berperilaku, bertuturkata serta rasa malu inipun merupakan bagian dari pengendalian diri (*self regulation*) yaitu kemampuan seorang individu untuk dapat melakukan kontrol terhadap dirinya. Hal ini sangat berkaitan dengan bagaimana seseorang mengatur emosi dan perilaku terhadap perubahan situasi yang dialaminya. Kemampuan regulasi diri inilah yang kadang membuat seseorang mampu melakukan sesuatu yang berlawanan dengan dirinya atau yang berlawanan dengan keinginannya. Rasa malu dapat berdampak terhadap aktifitas sosial individu, misalkan terhambatnya perilaku yang tak diinginkan lingkungan sosial dan dukungan bagi kondisi moral tertentu. Rasa malu yang dimiliki oleh seseorang biasanya berkaitan dengan perilaku yang melibatkan orang lain secara langsung. Contohnya, ketika individu tersebut tidak dapat memenuhi harapan sosial. Sebagaimana yang dikemukakan oleh Gunarsah (2001) yaitu malu merupakan rasa gelisah yang dialami oleh seseorang terhadap pandangan orang lain terhadap dirinya. Malu ini adalah bentuk yang paling ringan dari rasa takut untuk menghindari kontak dengan orang lain. Selain itu, secara patologisnya malu sering diiringi oleh rasa tidak berguna dan tidak kompeten sehingga sering kali menyebabkan rasa sakit dalam diri individu dan juga muncul perasaan menjadi “kecil” tidak beruna dan tidak berdaya serta merasa rendah diri.

Keterkaitan rasa malu dan rendah diri ini cukup banyak, apabila ditelusuri terdapat banyak orang yang merasa malu dikarenakan rendah diri yaitu, adanya perasaan yang tidak nyaman dan merasa tidak dihargai. Perasaan yang dialami oleh seseorang

dapat muncul sebagai akibat suatu yang imajinatif ataupun fakta dan seringkali membuat seseorang melakukan konfensasi yang lebih untuk dapat mengimbangnya. Contohnya ada perasaan putus asa dan menjauh dari lingkungan sosial sehingga kadang kala menjadi anti sosial. Tentu saja hal ini dapat berdampak negatif bagi kehidupan sosial individu, hal inipun sejalan dengan pendapat yang dikemukakan oleh Rosjidan (1994) bahwa hasil dari rasa rendah diri adalah muncul penyakit psikotik yaitu, ketidak mampuan mengembangkan kehidupan sendiri dan secara tetap diliputi rasa gagal.

## 2. Iri (*Envy*) Dan Rasa Cemburu (*Jealousy*)

Iri hati termasuk persoalan sosial yang sering terjadi di lingkungan sosial individu dan tergolong dalam persoalan sosial yang serius. Williams (2003) juga mengkategorikan bahwa iri hati merupakan persoalan yang serius. Secara kacamata psikologi, rasa iri memiliki pengaruh emosi yang signifikan dalam hubungan sosial. Rasa iri bukan hanya tergolong dalam kategori emosi negative, namun juga dapat merusak hubungan sosial. Iri dapat menghancurkan situasi yang tenang dan damai. Salah satu dinamika psikologi individu yang sering muncul adalah “senang melihat orang lain susah”. Iri juga sering kali ditandai dengan adanya rasa kebencian dalam diri seseorang terhadap orang lain, serta iri juga mewakili rasa ketidak puasan dan ingin memiliki yang lebih. Iri seringkali berkaitan dengan rasa rendah diri yang disebabkan oleh perbandingan sosial dan berimbang pada rasa yang tidak aman atau tidak menyenangkan.

Iri sering juga disandingkan dengan rasa cemburu, kedua kalimat ini memiliki makna yang berbeda, cemburu dalam bahasa inggris disebut *jealousy* dan biasanya muncul dalam hubungan romantis interpersonal yang seringkali dibayang -bayangi oleh adanya orang lain (Pines, 1998), Dalam Hauck (1994) Perasaan cemburu terhadap pasangan biasanya memiliki ciri sebagai berikut:



- a. Adarasa rendah diri, rasa ini merepresentasikan diri terlalu kecil, apakah pantas dicintai atau tidak.
- b. Mentalitas Tuan-Hamba adalah sama seperti rasa rendah diri yang menjadi dasar rasa cemburu, kebanyakan orang pencemburu menyatakan keluhannya dengan suara yang keras dan jelas.
- c. Muncul perilaku menyakiti diri, biasanya orang pencemburu seringkali melakukan tindakan seperti orang *retarded* (keterbelakangan).
- d. Sulit menerima tanggung jawab, hampir setiap orang yang pencemburu akan menuduh pasangannya menyebabkan kemalangan dan penyiksaan pada dirinya, dan bahkan memandang realita degan tidak sebenarnya.
- e. Mementingkan diri sendiri, tidak peduli dengan perasaan orang lain dan merasa bahwa orang lain tidak berhak mengubah pikirannya.
- f. Sering merasa takut dan merasa terancam, merasa terancam dengan kejadian yang sama sekali tidak mengancam.

### **Manfaat Emosi Negatif dalam Konteks Sosial**

Tidak dapat dipungkiri bahwa emosi memiliki peran yang penting dalam proses interaksi dan pengembangan diri. Individu dapat berinteraksi dengan lingkungan sosial secara baik apabila ia dapat memahami dan mengenal emosi yang dimiliki. Memahami tentang emosi membuat individu mampu mengontrol diri. Pemahaman tentang emosi ini dimulai dari memahami apa penyebab emosi itu muncul dan bagaimana prosesnya. Adapun dampak emosi ada dua yaitu berdampak negatif dan positif. Emosi positif biasanya menghasilkan perasaan positif dan menguntungkan bagi individu, misalkan emosi bahagia (*happy*) dengan merasa bahagia individu merasa tenang, hal serupa diungkap dalam Averill & More (2004) yang mengatakan bahwa kebahagiaan merujuk pada ketenangan hati yang tidak tergoyahkan oleh berbagai halangan. Diener (dalam Demir, zen, Bilyk & Tyrell, 2008)

mengatakan pula hidup yang bahagia adalah hidup yang didalamnya banyak terjadi pengalaman positif yang dialami oleh seseorang dibandingkan dengan pengalaman negatif. Dengan ini, jelas bahwa emosi positif menghasilkan hal-hal yang positif pula. Lalu bagaimana dengan emosi negatif? Emosi negatif adalah emosi yang tidak menyenangkan dan tidak menguntungkan individu yang mengalaminya. Emosi negatif dapat berupa kesedihan dan kesengsaraan yang dialami seseorang. Emosi negatif juga dapat merusak diri individu. Kalau kita cermati dengan benar, sebenarnya emosi negatif atau positif adalah reaksi yang wajar dan normal terjadi dalam diri individu ketika menjalankan aktifitas sosial. Namun, yang menjadi masalah adalah apabila emosi negatif terjadi secara terus menerus dan berulang-ulang sehingga individu tersebut tidak dapat menjalankan kehidupan sehari-hari dengan normal dan bahkan mengganggu kemampuannya dalam mencapai tujuan. Dengan ini maka perlulah untuk memahami manfaat dari emosi tersebut khususnya emosi negatif.

Sebagaimana telah terungkap diatas emosi negatif adalah emosi yang merugikan, emosi negatif juga dapat membuat seseorang tidak menyukai oranglain dan bahkan tidak menyukai dirinya sendiri. Cara berfikir seperti ini seringkali menghilangkan harga diri seseorang dan rasa percaya diri. Meski demikian, emosi negatif juga memiliki manfaat yaitu sebagai sinyal peringatan bahwa individu tersebut harus berubah dan memperbaiki diri. misalkan dalam kasus iri dan cemburu, biasanya akan muncul kecemasan akan kehilangan. Maka dalam hal ini, ada satu hal yang harus diubah dan ada motivasi untuk memperbaiki hubungan. Rasa rendah diri atau takut dihina, aspek positif dari emosi ini adalah meningkatkan kewaspadaan dan meningkatkan level keamanan dengan terus memperbaiki perilaku.

### **Masalah–Masalah dalam Proses Interpersonal**

Sebagai makhluk sosial manusia membutuhkan interaksi dengan orang lain untuk memenuhi kebutuhannya. Namun, tidak jarang interaksi yang dilakukan seringkali menimbulkan permasalahan dikarenakan setiap individu

memiliki perbedaan dan keunikan masing-masing. Pertentangan/permasalahan yang terjadi disebut dengan konflik. Konflik secara etimologi berasal dari bahasa latin yang artinya pertentangan. Menurut Hunt & Metcalf (dalam Winayanti & Widia safitri, 2005) Konflik dibedakan menjadi dua yaitu konflik interpersonal dan konflik intrapersonal. Konflik intrapersonal adalah konflik yang terjadi dalam diri seseorang. Sedangkan konflik interpersonal merupakan konflik yang terjadi antar individu. Walgito (2007) mengatakan bahwa konflik interpersonal adalah suatu kondisi dimana terdapat dua orang atau lebih yang memiliki perbedaan pendapat atau tujuan dan saling bertentangan sehingga dapat menghambat tercapainya tujuan dengan adanya perilaku yang antagonis. Adapun masalah interpersonal individu tidak lepas dari perilaku dan emosi yang dapat menyebabkan gangguan psikologis. Diantaranya adalah yang berhubungan dengan dukungan sosial. Dukungan sosial, dalam hubungannya dengan proses interpersoanal memiliki peran yang penting dalam mendukung kesejahteraan psikologis seseorang. Selain itu, dukungan sosial juga berfungsi sebagai pemberi kenyamanan, kepedulian ataupun bantuan bagi individu yang membutuhkannya. Dukungan sosial berfungsi sebagai bantuan dalam penyesuaian diri. Mustafa et al. Aunola, et al (dalam Maria, 2017) berpendapat bahwa dukungan sosial juga sebagai pembentuk *self efficacy*, terdapat hubungan yang sangat positif antara dukungan sosial dengan pengembangan *self efficacy* diri seseorang (Noveni & Endang ekowarni 2022., Niken widanarti & Indati Aisah. 2002).

Selain dukungan sosial terdapat masalah yang lain dalam hubungan interpersonal yaitu Perilaku disfungsi. Saat berinteraksi ada aspek yang terjadi yaitu timbal balik, baik antara lingkungan, faktor personal ataupun perilaku. Konsep yang dikemukakan Bandura mengenai *triadic reciprocal causation* mengasumsikan bahwa perilaku individu terjadi akibat interaksi mutual antara manusia, lingkungan dan faktor perilaku. Salah satu bahasan dalam konsep Bandura adalah mengenai depresi dan perilaku agresif. Depresi tergolong dalam *mental illness*,

yang mana kondisi ini mempengaruhi suasana hati, pikiran dan perilaku seseorang. Seorang yang mengalami depresi seringkali merasa rendah diri, sedih, marah dan bahkan tidak berdaya. Ini merupakan suatu emosi yang hampir setiap orang pernah mengalaminya. Dalam hal tertentu situasi emosi ini dapat dikatakan normal namun akan menjadi abnormal apabila terjadi dalam jangkawaktu yang lama dan mengganggu aktifitas sosial individu. Berikut tanda-tanda khas depresi: (vikram, 2001)

1. Secara fisik
  - a. Fisik terasa lelah, lemah dan tidak berguna
  - b. Sakit dan nyeri di seluruh tubuh yang tidak jelas sebabnya
2. Secara perasaan
  - a. Perasaan sedih dan sengsara
  - b. Hilang rasa ketertarikan dalam hidup, interaksi sosial pekerjaan dll
  - c. Merasa bersalah
3. Secara Pikiran
  - a. Tidak punya harapan akan masa depan
  - b. Sulit mengambil keputusan
  - c. Merasa diri tidak sebaik orang lain
  - d. Ada keinginan untuk bunuh diri
  - e. Sulit berkonsentrasi.

## **Daftar Pustaka**

- Ahmadi, Abu. (1998). Psikologi Umum. Jakarta: Rineka Cipta
- Averill, J. R., & More, T.A. (2004). Handbook of emotions. Edited by Lewis, M., Jones, J.M.H. New York: Guilford Press
- Chaplin, J.P. (2000). Kamus Lengkap Psikologi. Terjemahan Kartini Kartono. Jakarta: Raja Grafindo Persada.
- Dayakisni, Tri dan Salis Yuniardi (2008). Psikologi Lintas Budaya. Malang: UPT Penerbitan Universitas Muhammadiyah
- Demir, M., Zen, O. A., Bilyk, A. N., & Tylrell, A. F. (2008). Sweetheart, you really make me happy: Romantic relationship quality and personality as predictors of happiness among emerging adults. *Journal Happiness Studies*, 9, 257-277.
- Gunarsa, S. D, & Gunarsa, Y. S. D. (2001). Psikologi Perkembangan Anak dan Remaja. Jakarta: Gunung Mulia.
- Gunandar, Maria Stephanie & Utami, Muhana Sofiati. (2017) Hubungan antara Dukungan Sosial Orang Tua dengan Penyesuaian Diri Mahasiswa Baru yang Merantau. *Journal Of Psychology*. UGM Yogyakarta. Volume 3, no. 2, 2017: 98-109
- Hauck, P. (1994). Psikologi Populer Rasa Cemburu. Alihbasa: Apul D. Maharaja. Jakarta: Arcan
- Hude, M. Darwis (2006). Emosi Penjelajahan Regio-Psikologis Tentang Emosi Manusia dalam Al- Quran. Jakarta: Erlangga
- Noveni, Nia Anggri & Ekowarni Endang (2022) Peran Persepsi Dukungan Sosial Dan Efikasi Diri Terhadap Konflik Sekolah-Keluarga Padamahasiswa Strata Tiga (S-3). *Journal of Psychology*. UGM Yogyakarta. Volume 8 No. 1, 2022 page 111-121

- Pines, A.M. (1998). *Romantic Jealousy: Causes, Symptoms, Cures*. New York: Routledge
- Rosjidan. (1994). *Pengantar Teori – Teori Konseling*. Jakarta. Departemen Pendidikan dan Kebudayaan, Dirjen DIKTI
- Suryabrata, Sumadi. (2005). *Psikologi Kepribadian*. Jakarta: PT. Raja Grafindo
- Syamsu, Yusuf. (2002). *Psikologi Perkembangan Anak & Remaja*. Bandung: Remaja Rosda karya.
- Vikram, panel (2001). *Ketika Tidak Ada Psikiater*, Buku Panduan Pelayanan Kesehatan Jiwa. Terjemah. Internasional Medical Corps Indonesia Programme. The royal college psychiatrists. London
- Winayanti, R. D. & Widiastuti, P. N. (2015). Hubungan Antara Trust dengan Konflik Interpersonal Pada Dewasa Awal yang Menjalani Hubungan Pacaran Jarak Jauh. *Jurnal Psikologi Udayana*, 3 (1): 10-19.
- Widanarti Niken & Indati Aisah. (2002) Hubungan Antara Dukungan Sosial Keluarga Dengan Self Efficacy Pada Remaja Di Smu Negeri 9 Yogyakarta. *Jurnal Psikologi. UGM Yogyakarta No. 2*, 112 – 123
- Williams, T (2003). Moral Vice, Cognitive Virtue: Austen on Jealousy and Envy. *Philosophy and Literature*, 27, 223-230.

## **Profil Penulis**



### **Dewi Rayani**

Lahir di Mataram, Lombok Nusa Tenggara Barat (NTB) pengembangan intelektual mulai ditempuh pada jenjang S-1 Psikologi, Fakultas Psikologi UIN Malang. Kemudian Magister Psikologi Klinis (S-2), Fakultas Psikologi Universitas Gadjah Mada (UGM) Yogyakarta. Master of Arts dalam bidang psikologi ini sangat peduli dalam bidang pengembangan pribadi individu. Beberapa tulisan dan penelitian yang pernah dilakukan berkaitan dengan aspek emosi dan kebahagiaan. Penulis ikut dan aktif dalam penelitian dan pengabdian yang berkaitan dengan kepakaran penulis yaitu dalam bidang psikologi khususnya psikologi positif. Sejak tahun 2012 hingga saat ini penulis merupakan salah satu dosen tetap Fakultas Ilmu Pendidikan Dan Psikologi di Universitas Pendidikan Mandalika Mataram.

Email penulis: [rayanidewi31@gmail.com](mailto:rayanidewi31@gmail.com)

# DIMENSI KESEHATAN BIOLOGIS DAN PSIKOLOGI KESEHATAN MENTAL

**Zumiarti, S.Sos., M.I.Kom.**

Universitas Ekasakti Padang

## **Dimensi Kesehatan Biologis**

Tubuh dengan segenap unsur-unsurnya pada dasarnya tidak terlepas dari keseluruhan sistem mental. Kesehatan mental secara langsung maupun tidak langsung dipengaruhi juga oleh faktor biologis ini. Faktor biologis yang sangat berpengaruh terhadap kesehatan mental diantaranya otak, sistem endokrin, genetik, sensori, faktor ibu selama kehamilan. Hubungan antara dimensi biologis dengan kesehatan mental memberi kontribusi sangat besar, yang terdiri dari:

### 1. Otak

Otak merupakan pusat dari keseluruhan gerak badan dan sensasi (Corner:1964). Munculah keyakinan baru bahwa jiwa itu berada diotak bukan dijantung diantaranya: bagian-bagian otak, neuron, glia, pertumbuhan otak, serta gangguan mental. Otak merupakan bagian yang memerintahkan aktivitas manusia. Fungsi otak yang baik akan menimbulkan kesehatan mental bagi kita, sebaliknya jika fungsinya terganggu berakibat gangguan bagi kesehatan mental. Kesehatan pada otak sangat ditentukan oleh stimuli saat masa kanak-kanak, dan perlindungan dari berbagai gangguan.



## 2. Sistem endokrin

Hormon dari sistem endokrin dan neurotransmitter pada otak memiliki fungsi yang sama yaitu mengangkut pesan antar sel tubuh. Bedanya, jika neurotransmitter menyampaikan pesan ke neuron lain yang berdekatan, sedangkan hormon menyampaikan pesan ke seluruh tubuh. Kelenjar endokrin terdapat tujuh macam: Kelenjar Pituitary, tiroid, paratiroid, adrenal, gonad, timus dan pankreas.

Sistem endokrin pada manusia berfungsi mengeluarkan hormon. Kandungan hormon yang tidak normal berakibat pada pertumbuhan yang kurang sehat, termasuk mempengaruhi perilaku yang tidak diharapkan. Beberapa perilaku yang tidak sehat terjadi akibat endokrin yang tidak normal diantaranya agresivitas, labilitas emosi, intelegensi yang rendah, dan kecemasan.

## 3. Genetik

Gregor Mendel (1822-1884) melakukan penelitian tentang penurunan sifat-sifat induk kepada keturunannya, konsep genetik mulai dikenal. Sebelumnya pandangan-pandangan hereditas dianggap tidak ilmiah, namun dengan teori Mendel penurunan sifat-sifat induk tidak dianggap lagi sebagai hipotesis belaka, tetapi terbukti secara ilmiah. Genetik terdiri dari kromosom sex dan autosom, genetik merupakan unsur biologis manusia yang mempengaruhi kesehatan. Genetik yang sehat dapat menghasilkan perilaku yang sehat, sementara gangguan genetik dapat memunculkan gangguan mental tertentu.

## 4. Sensori

Sensori merupakan alat yang menangkap segenap stimuli dari luar, diantaranya; pendengaran, penglihatan, perabaan, pengecap dan penciuman. Kesempurnaan dari alat-alat sensori akan meningkatkan kesempurnaan individu menerima informasi dari luar dan adanya gangguan dari luar.

## 5. Gangguan kehamilan

Nutrisi, usia, obat-obatan, radiasi, komplikasi kehamilan, proses melahirkan. Faktor ibu selama kandungan juga sangat bermakna pengaruhnya terhadap kesehatan mental anak. Kandungan yang sehat memungkinkan membuahakan anak yang sehat mentalnya, sebaliknya kandungan tertentu dapat menyebabkan gangguan kepada keturunannya.

## **Psikologi Kesehatan Mental**

### 1. Kesehatan Mental

Kesehatan mental juga bisa dikatakan suatu kondisi emosional, psikologis, dan sosial yang terlihat dari hubungan interpersonal yang memuaskan, perilaku dan copy yang efektif, konsep diri yang positif, dan kestabilan sosial. Inti dari kesehatan mental sendiri adalah keberadaan dan pemeliharaan mental yang sehat. Namun seringkali yang terjadi dalam praktiknya banyak ditemui bahwa tidak sedikit praktisi di bidang kesehatan mental lebih banyak menekankan perhatiannya pada gangguan mental daripada mengupayakan usaha-usaha mempertahankan kesehatan mental itu sendiri. Kondisi mental yang sehat pada tiap individu tidaklah dapat disamaratakan.

Definisi kesehatan mental yang dirumuskan oleh Badan Kesehatan Dunia (World Health Organization/WHO) adalah kemampuan adaptasi seseorang dengan dirinya sendiri dan dengan alam sekitar secara umum, sehingga dia merasakan senang, bahagia, hidup dengan lapang, dan berperilaku sosial secara normal, serta mampu menghadapi dan menerima berbagai kenyataan hidup (Najati, 2000: 350).

2. Terdapat Tiga orientasi dalam kesehatan mental yaitu:
  - a. Orientasi Klasik: Seseorang dianggap sehat bila ia tak mempunyai keluhan tertentu, seperti: ketegangan, rasa lelah, cemas, rendah diri atau perasaan tak berguna, yang semuanya menimbulkan perasaan “sakit” atau “rasa tak

sehat” serta mengganggu efisiensi kegiatan sehari-hari.

- b. Orientasi penyesuaian diri: Seseorang dianggap sehat secara psikologis bila ia mampu mengembangkan dirinya sesuai dengan tuntutan orang-orang lain serta lingkungan sekitarnya.
- c. Orientasi pengembangan potensi: Seseorang dianggap mencapai taraf kesehatan jiwa, bila ia mendapat kesempatan untuk mengembangkan potensialitasnya menuju kedewasaan sehingga ia bisa dihargai oleh orang lain dan dirinya sendiri.

Kesehatan mental dipandang sebagai ilmu praktis yang banyak dipraktikkan dalam kehidupan sehari-hari, baik dalam bentuk bimbingan dan penyuluhan yang dilaksanakan di rumah tangga, kantor, sekolah, dan lembaga-lembaga dalam kehidupan masyarakat (Yahya, 1993). Kesehatan mental sebagai suatu keadaan individu yang terbebas dari penyimpangan, kekhawatiran, kegelisahan, kesalahan, dan kekurangan. Kondisi inilah yang semakin membuat urgensi pembahasan kesehatan mental yang mengarah pada bagaimana memberdayakan individu, keluarga, maupun komunitas untuk mampu menemukan, menjaga, dan mengoptimalkan kondisi sehat mentalnya dalam menghadapi kehidupan sehari-hari.

Paradigma yang ingin ditekankan pada edukasi Kesehatan Mental ini adalah bahwa sebetulnya setiap individu memiliki kebutuhan untuk menjadi sehat secara mental, hidup dan berfungsi optimal dalam kesehariannya meskipun mereka memiliki banyak masalah secara psikologis baik interpersonal ataupun intrapersonal, dan juga beberapa individu lainnya memiliki keterbatasan fisik maupun mental (seperti: cacat tubuh, sakit kronis, mantan pecandu atau penderita gangguan mental). Hal terbaik untuk mempertahankan mental yang sehat bukanlah suatu hal yang sulit. Butuh pembiasaan diri agar tetap stabil. Edukasi ini mengajak para Wanita muda yang

sudah bercerai dari suami pelaku kekerasan untuk memupuk kebiasaan-kebiasaan positif seperti berpikir positif, menyadari siapadiri kita, apa tujuan hidup kita dan kebiasaan positif lainnya. Sehingga kita mampu mengurangi peluang datangnya gangguan mental.

### 3. Aspek-Aspek Kesehatan Mental

Mengutip salah seorang peneliti di bidang Psikologi Carol D Ryff tahun 1995, kata Elmy Bonavita, seseorang dikatakan sehat mental atau istilah dalam Psikologi disebut Ryff *psychological well-being* adalah ketika dia memenuhi beberapa aspek:

- a. *Self-acceptance* terhadap setiap kelebihan dan kekurangan yang dimiliki atau dalam bahasa sehari-hari bersyukur.
- b. Dapat menjalin hubungan positif dengan orang lain dalam lingkungan sosialnya.
- c. Mandiri.
- d. *Environmental mastery* atau dapat mengoptimalkan hal-hal yang ada di lingkungan untuk mengembangkan diri.
- e. Memiliki tujuan hidup, jadi tahu sebenarnya apa yang ingin saya capai dalam hidup dan bagaimana kira-kira tahapan untuk mencapainya dalam hidup, tidak hanya sekedar ikut-ikutan orang lain atau trend semata.

Kartono (1989: 5-6) menyatakan bahwa orang yang memiliki mental sehat ditandai dengan sifat-sifat khas, antara lain: mempunyai kemampuan-kemampuan untuk bertindak secara efisien, memiliki tujuan-tujuan hidup yang jelas, punya konsep diri yang sehat, ada koordinasi antara segenap potensi dengan usaha- usahanya, memiliki regulasi-diri dan integrasi kepribadian, dan batinnya selalutenang. Orang yang sehat mentalnya menurut Marie Jahoda memiliki karakter utama sebagai berikut:

- a. Sikap kepribadian yang baik terhadap diri sendiri dalam arti ia dapat mengenal dirinya dengan baik.
- b. Pertumbuhan, perkembangan, dan perwujudan diri yang baik.
- c. Integrasi diri yang meliputi keseimbangan mental, kesatuan pandangan, dan tahan terhadap tekanan-tekanan yang terjadi.
- d. Otonomi diri yang mencakup unsur-unsur pengatur kelakuan dari dalam atau
- e. kelakuan-kelakuan bebas.
- f. Persepsi mengenai realitas, bebas dari penyimpangan kebutuhan serta memiliki empati dan kepekaan sosial.
- g. Kemampuan untuk menguasai lingkungan dan berintegrasi dengannya secara baik.

#### 4. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kesehatan Mental

Kesehatan mental dipengaruhi oleh beberapa faktor baik eksternal maupun internal. Yang termasuk faktor internal adalah faktor biologis dan psikologis. Beberapa faktor biologis yang secara langsung berpengaruh terhadap kesehatan mental, di antaranya: otak, sistem endokrin, genetika, sensori, dan kondisi ibu selama kehamilan. Faktor psikologi yang berpengaruh terhadap kesehatan mental, yaitu: pengalaman awal, proses pembelajaran, dan kebutuhan. Faktor eksternal yang memengaruhi kesehatan diantaranya adalah sebagai berikut:

##### a. Stratifikasi Sosial

Perbedaan stratifikasi sosial di dalam kelompok masyarakat yang berada pada strata sosial tinggi dan rendah bisa mempengaruhi kondisi mentalnya. Seseorang yang memiliki strata sosial tinggi belum tentu memiliki kondisi mental yang sehat begitu juga sebaliknya.

b. Interaksi Sosial

Kualitas interaksi sosial individu sangat mempengaruhi kesehatan mentalnya. Seseorang bisa saling mencurahkan ide, perasaan dan perilaku.

c. Keluarga

Keluarga merupakan lingkungan mikrosistem yang menentukan kepribadian dan kesehatan mental anak. Hal ini dibentuk oleh pola asuh dan pola komunikasi yang diterapkan oleh keluarga.

d. Sekolah

Sekolah juga merupakan lingkungan yang turut mempengaruhi terhadap perkembangan kesehatan mental seseorang. Sebagian kehidupan manusia dihabiskan untuk menuntut ilmu dilingkungan pendidikan yang dinamai sekolah. Sehingga konsep pikir, perasaan, emosi dan tingkah laku seseorang juga dipengaruhi oleh lingkungan sekolahnya.

5. Dampak Mental Tidak Sehat

Seseorang yang bermental sehat dapat menggunakan kemampuan atau potensi dirinya secaramaksimal dalam menghadapi tantangan hidup, serta membentuk hubungan positif dengan orang lain. Adapun dampak seseorang yang tidak sehat secara mental akan mengalami beberapa gejala gangguan antara lain adalah sebagai berikut:

a. Stres

Stres adalah keadaan ketika seseorang mengalami tekanan yang sangat berat, baik secara emosi maupun perasaan. Seseorang yang stres biasanya akantampak gelisah, cemas, sering marah-marah, menyendiri dan mudah tersinggung. Stres juga dapat mengganggu konsentrasi, mengurangi motivasi, dan pada kasus tertentu, dapat memicu depresi.

Stres bukan saja dapat memengaruhi psikologi penderitanya, tetapi juga dapat berdampak kepada cara bersikap dan kesehatan fisik seseorang. Fisik akan tampak lesu, sulit tidur, sering sakit kepala, magh dan lain sebagainya. Dampak yang palingbahaya dari stress ini adalah penggunaan narkoba dan alkohol.

b. Cemas

Gangguan kecemasan adalah kondisi psikologis ketika penderitanya mengalami rasa takut dan ragu berlebihan secara konstan dan sulit dikendalikan, sehingga berdampak buruk terhadap kehidupan sehari-hari. Bagi sebagian orang normal, rasa cemas biasanya timbul pada suatu kejadian tertentu saja, misalnya saat akan menghadapi ujian di sekolah atau wawancara kerja. Namun pada penderita gangguan kecemasan, rasa cemas ini kerap timbul pada tiap situasi. Itu sebabnya orang yang mengalami kondisi ini akan sulit merasa rileks dari waktu ke waktu. Selain gelisah atau rasa takut yang berlebihan, gejala lain yang bisa muncul pada penderita gangguan kecemasan adalah berkurangnya rasa percaya diri, menjadi lekas marah, sulit berkonsentrasi, dan menjadi penyendiri. Gejala fisik yang ditimbulkan otot menjadi tegang, cepat merasa lelah sesak nafas dan jantung berdebar kencang.

c. Depresi

Depresi merupakan gangguan suasana hati yang menyebabkan penderitanya terus-menerus merasa sedih. Berbeda dengan kesedihan biasa yang umumnya berlangsung selama beberapa hari, perasaan sedih pada depresi bisaberlangsung hingga berminggu-minggu atau berbulan-bulan. Selain mempengaruhi perasaan atau emosi, depresi juga dapat menyebabkan masalah fisik, mengubah cara berpikir serta mengubah cara berperilaku

sipenderita. Tidak jarang penderita depresi sulit menjalani aktivitas sehari-hari secara normal. Bahkan pada kasus tertentu, mereka bisa menyakiti diri sendiri dan mencoba bunuh diri.

## 6. Cara Menjaga Kesehatan Mental

### a. Menerima dan menghargai diri sendiri

Masing-masing orang itu berbeda dan memiliki keunikan tersendiri, namunsatu hal yang sama adalah tidak ada individu yang sempurna. Hargai diri kita sendiri dengan segala kemampuan dan kelemahan yang kita miliki. Namun fokuslah pada hal-hal yang menjadi kelebihan kita. Bersikaplah lebih

Realistis terhadap hal-hal yang masih ingin kita ubah. Jika hal tersebut dapat diubah, cobalah untuk mengubahnya secara perlahan.

### b. Menjaga hubungan baik

Hidup terasa lebih berwarna ketika kita berinteraksi dengan lingkungan sekitar. Saling menyapa, berbagi cerita, berbagi rasa dan buah pikiran membuat hidup tidak terasa sepi. Hubungan keluarga dan teman yang baik dapat membantu mengatasi tekanan dalam hidup karena dapat memberikan masukan serta membuat kita merasa diperhatikan. Tetaplah menjaga hubungan baik dengan selalu bertukar kabar lewat telepon, bertemu, dan saling bercerita.

### c. Aktif berkegiatan

Aktiflah bertemu dengan banyak orang dan tergabung dalam kegiatan dilingkungan. Masuklah dalam komunitas, atur pertemuan dengan teman-teman, atau ikuti kursus yang dapat membantu kita untuk merasa lebih baik yang mengasah bakat dan minat. Hal ini membuat kepercayaan diri semakin meningkat. Aktivitas seperti ini juga membantu kita melihat duniadari



pandangan yang berbeda sehingga membantu melihat masalah dari sudut pandang yang lain.

d. Olahraga

Olahraga adalah bentuk latihan yang baik untuk melepaskan neurotransmitter menguntungkan dalam jumlah banyak ke dalam tubuh. Olahraga juga meningkatkan perasaan gembira. Selain itu, olahraga juga membantu menghilangkan stres dan melepaskan hormon pelindung ke otak. Latihan badan dipercaya dapat mengeluarkan senyawa kimiawi di dalam otak yang membuat kita merasa lebih baik. Oleh karena itu, olah raga teratur dapat membuat kita merasa lebih positif, membantu konsentrasi, tidur, serta membuat kita merasa dan terlihat lebih baik. Lakukan selama minimal 30menit, 3 – 5 kali seminggu.

e. Istirahat cukup Jika terlalu banyak kegiatan ternyata membuat kita tertekan, maka carilah waktu untuk istirahat dan santai. Jika tubuh sangat lelah, berikan waktu untuktidur. Tidur berfungsi menyegarkan pikiran dan tubuh. Mendapatkan tidur yangcukup sangat diperlukan untuk tetap sehat secara mental. Jadi agar tetapsehat secara mental seseorang harus tidur yang cukup.

f. Konsumsi makanan dan minuman sehat Otak kita membutuhkan nutrisi agar tetap sehat dan berfungsi dengan baik, seperti organ yang ada di dalam tubuh kita. Melakukan diet yang seimbangdapat membantu kesehatan mental kita karena dapat membantu cara berpikir dan cara kita merasakan sesuatu. Mengkonsumsi 5 porsi buah-buahandansayuran setiap hari serta minum air putih. Minimalisir konsumsi minuman berkafein, berkadar gula tinggi, dan alkohol. Hindari makan, minumalkohol, merokok, dan menggunakan obat-obat terlarang untuk menyelesaikan masalah atau mengatasi perasaan tidak menyenangkan yang kita alami.

g. Minta bantuan

Terkadang kita merasa lelah atau kewalahan saat sesuatu yang buruk terjadi. Saat masalah sudah mulai berlebihan dan anda merasa tidak dapat mengatasi, mintalah bantuan. Keluarga dan teman merupakan lingkungan terdekat yang dapat mendengarkan masalah anda. Selain itu anda juga dapat berdoa atau sembahyang. Jika anda mengalami masalah fisik, pergilah ke dokter. Begitu juga jika anda merasa memiliki masalah psikologis, anda dapat berkonsultasi pada psikolog, psikiater, pemuka agama. Jangan malu untuk memintapertolongan para ahli demi kesehatan mental yang baik. Setiap orang memerlukan bantuan dari waktu ke waktu dan tidak ada yang salah dari meminta bantuan. Kenyataannya, meminta bantuan merupakan tanda adanya kekuatan personal.

### **Psikologi dalam Kesehatan Mental**

Aspek psikis manusia pada dasarnya merupakan satu kesatuan dengan sistem biologis, sebagai sub sistem dari eksistensi manusia, maka aspek psikis selalu berinteraksi dengan keseluruhan aspek kemanusiaan. Karena itulah aspek psikis tidak dapat dipisahkan untuk melihat sisi jiwa manusia. Ada beberapa aspek psikis yang turut berpengaruh terhadap kesehatan mental, antara lain:

1. Pengalaman awal

Pengalaman awal merupakan segenap pengalaman-pengalaman yang terjadi pada individu terutama yang terjadi di masa lalunya. Pengalaman awal ini adalah merupakan bagian penting dan bahkan sangat menentukan bagi kondisi mental individu di kemudian hari.

2. Kebutuhan

Pemenuhan kebutuhan dapat meningkatkan kesehatan mental seseorang. Orang yang telah mencapai kebutuhan aktualisasi yaitu orang yang mengeksplotasi dan segenap kemampuan bakat,

ketrampilannya sepenuhnya, akan mencapai tingkatan apa yang disebut dengan tingkatan pengalaman puncak. Dalam berbagai penelitian ditemukan bahwa orang-orang yang mengalami gangguan mental, disebabkan oleh ketidakmampuan individu memenuhi kebutuhan-kebutuhannya. Kebutuhan yang dimaksud di sini adalah kebutuhan dasar yang tersusun secara hirarki. Kebutuhan biologis, kebutuhan rasa aman, meliputi kebutuhan dicintai, kebutuhan harga diri, pengetahuan, keindahan dan kebutuhan aktualisasi diri.

### **Jenis-Jenis Gangguan Psikologi dalam Kesehatan Mental**

#### 1. Depresi

Perempuan lebih rentan mengalami depresi dibandingkan dengan laki-laki. Ciri-cirinya adalah rasa sedih terus menerus, kehilangan minat pada segala hal, merasa tak berguna, sulit fokus, hingga pola makan dan pola tidur berantakan. Selain itu, orang yang mengalami depresi juga bisa merasakan keluhan secara fisik. Depresi bisa terjadi dalam jangka waktu lama atau berulang sehingga mengganggu kemampuan seseorang dalam beraktivitas.

#### 2. Kepribadian ganda

Macam-macam gangguan psikologis berikutnya adalah kepribadian ganda yang membuat penderitanya mengalami beberapa episode ekstrem berbeda. Orang dengan kepribadian ganda bisa merasa begitu bersemangat, begitu sedih, dan semuanya berlangsung secara ekstrem. Di seluruh dunia, WHO mencatat kepribadian ganda dialami sekitar 45 juta orang. Perlu penanganan efektif untuk mengendalikan tahapan akut dan mencegah terus berulangnya episode ekstrem.

#### 3. Skizofrenia

Secara global, ada 20 juta orang yang mengalami skizofrenia. Ciri-cirinya adalah distorsi pikiran,

persepsi, emosi, bahasa, dan perilaku. Penderitanya bisa mengalami halusinasi dan delusi sehingga sulit menjalankan aktivitas dengan normal. Umumnya, skizofrenia terjadi saat seseorang berada di akhir usia remaja dan mulai menapaki usia dewasa. Stigma dan diskriminasi masih menjadi pengganjal pengobatan efektif bagi penderita skizofrenia.

#### 4. Demensia

Sekitar 50 juta orang berusia lanjut mengalami demensia, menurut catatan WHO. Demensia adalah kondisi penurunan fungsi kognitif ekstrem saat seseorang menua. Walaupun demensia sebenarnya bukannya digolongkan sebagai gangguan psikologis, namun keadaan ini dapat berpengaruh pada kapasitas belajar, kalkulasi, orientasi, bahasa, dan kemampuan mengambil keputusan. Demensia bisa terjadi karena penyakit atau cedera yang berpengaruh terhadap otak, seperti stroke dan Alzheimer. Sekarang, ada banyak pilihan penanganan untuk lansia yang mengalami demensia demi meningkatkan kualitas hidupnya.

#### 5. Cemas berlebih

Dalam dunia medis, macam-macam gangguan psikologis yang berkaitan dengan rasa cemas berlebih disebut *generalized anxiety disorder* atau GAD. Berbeda dengan rasa cemas dan tegang yang umum dirasakan manusia saat berhadapan dengan situasi tertentu, penderita GAD terus menerus merasa cemas meski tanpa penyebab. Penderita GAD akan merasa segala hal tidak akan berjalan sesuai dengan harapan. Konsekuensinya, rasa cemas ini membuat orang dengan GAD tidak dapat menuntaskan tugas sederhana.

#### 6. OCD

*Obsessive-compulsive disorder* atau OCD mengakibatkan seseorang memiliki obsesi dan pikiran repetitif secara konstan. Bahkan, pikiran tersebut menyebabkan munculnya perilaku tidak penting atau

tidak beralasan. Banyak orang dengan OCD menyadari bahwa apa yang mereka lakukan tidaklah beralasan, namun mereka kesulitan menghentikannya.

#### 7. Fobia sosial

Ada macam-macam gangguan psikologis yang membuat seseorang merasa sangat takut pada situasi sosial, disebut fobia sosial. Orang dengan fobia sosial akan merasa terhakimi saat berada di tengah keramaian, sehingga sulit untuk berkenalan dengan orang baru atau menghadiri acara sosial.

#### 8. Autisme

Spektrum autisme termasuk salah satu gangguan perkembangan yang dapat menyebabkan gangguan psikologis. Biasanya, autisme terdeteksi saat anak masih kecil namun jika tidak ditangani maka dalam jangka panjang menghambat fungsi dan kematangan sistem saraf pusat.

#### 9. Gangguan narsistik

Jika ada orang yang menunjukkan keinginan dikagumi secara berlebihan atau terus menerus merasa superior, bisa jadi gejala gangguan narsistik. Ketika tidak mendapatkan apresiasi seperti yang diharapkan, orang dengan gangguan narsistik akan merasa kecewa luar biasa.

#### 10. Gangguan bipolar

Gangguan bipolar adalah jenis gangguan mental yang ditandai dengan perubahan suasana hati. Penderita gangguan bipolar dapat merasa sangat sedih dan putus asa dalam periode tertentu, kemudian menjadi sangat senang dalam periode yang lain.

#### 11. Gangguan tidur

Gangguan tidur merupakan perubahan pada pola tidur yang sampai mengganggu kesehatan dan kualitas hidup penderitanya. Beberapa contoh gangguan tidur adalah sulit tidur (insomnia), mimpi

buruk (parasomnia), atau sangat mudah tertidur (narkolepsi).

## 12. Psikosomatik

Adalah penderita yang menemukan kelainan-kelainan atau keluhan. Pada tubuhnya yang disebabkan oleh faktor-faktor emosional melalui syarat yang menimbulkan perubahan yang tidak mudah pulihnya, misalnya: sulit tidur jika banyak masalah, hilang nafsu makan, makan berlebihan.

## 13. Kelainan kepribadian

Penderita sulit untuk menyesuaikan diri dengan lingkungan sosial. Misalnya orang suka meledak emosinya.

## 14. Retardasi mental

Adalah keterbelakangan atau keterlambatan perkembangan jiwa seseorang. Contoh dalam memahami sesuatu ilmu pengetahuan yang baru di dapat atau kata-kata baru, cara pemahamannya terlalu lama.

## 15. Rasionalisasi

Dimana penderita sering memutarbalikkan fakta yang bersangkutan dengan ego individunya sendiri atau dalam arti lain memutarbalikkan hati nuraninya sendiri yang mengakibatkan kepercayaan diri hilang.

## 16. Neurosis

Adalah gangguan jiwa yang penderitanya masih dalam keadaan sadar, dengan melalui ketidakberesan tingkah laku, susunan syaraf juga karena sikap seseorang terhadap orang lain. Ciri-ciri neurosis meliputi: sering adanya konflik, reaksi kecemasan, kerusakan aspek-aspek kepribadian, phobia, gangguan pencernaan.

Seseorang yang terkena neurosis mengetahui bahwasanya bahwa jiwanya terganggu, baik disebabkan gangguan jasmani dan jiwanya sendiri.

## 17. Psikosis

Pada psikosis ini penderita sudah tidak dapat menyadari apa penyakitnya, karena sudah menyerang seluruh keadaan netral jiwanya.

Ciri-cirinya meliputi:

- a. Disorganisasi proses pemikiran
- b. Gangguan emosional
- c. Disorientasi waktu, ruang
- d. Sering atau terus berhalusinasi

## Daftar Pustaka

- Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor (2018, 04 Juni). Program Pelayanan Kesehatan Jiwa Masyarakat (Keswamas) di Kabupaten Bogor Tahun 2018. Diakses pada 09 Agustus 2020, dari <http://dinkes.bogorkab.go.id/links/program-pelayanan-kesehatan-jiwamasyarakat-keswamas-di-kabupaten-bogor-tahun-2018/>
- Dewi, K. S. (2012). Buku Ajar Kesehatan Mental. Semarang: UPT UNDIP Press Semarang.
- Kurniawan, Y., & Sulistyarini, I. (2016). Komunitas SEHATI (Sehat Jiwa dan Hati) Sebagai Intervensi Kesehatan Mental Berbasis Masyarakat. *Psikologi dan Kesehatan Mental*, 1(2).
- Latipah, E. (2014). Metode Penelitian Psikologi. Yogyakarta: Deepublish.
- Mansur Isna, Diskursus Pendidikan Islam, Global Pustaka Utama, Yogyakarta, 2001, cet.ke-1.
- Moeljono Notosoedirjo, Latipun, Kesehatan Mental, Universitas Muhammadiyah Malang, 2000
- Papalia, D. E., & Feldman, R. D. (2014). *Menyelami Perkembangan Manusia* (12<sup>th</sup> ed.). Jakarta: Salemba Humanika.
- Rangkuti, A. A. (2017). *Statistika Inferensial Untuk Psikologi dan Pendidikan*. Jakarta: Kencana.
- Santoso, M. B. (2016). Kesehatan Mental Dalam Perspektif Pekerjaan Sosial. *Social Work*, 6(148-153).
- Sarlito Wirawan Sarwono, Pengantar Umum Psikologi, PT. Bulan Bintang, Bandung, 1986, cet ke-7.
- Soeitoe, S. (1982). *Psikologi Pendidikan: Mengutamakan Segi-segi Perkembangan*, Jilid 2. Jakarta: Lembaga Penerbit Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia.
- Sururin, Ilmu Jiwa Agama, PT. Raja Grafindo Persada, Jakarta, 2004, cet. ke-1.



- Yulianto, D. (2014). Hubungan antara Konsep Diri dan Kecerdasan Emosi dengan Kenakalan Remaja. *Nusantara of Research: Jurnal Hasil-hasil Penelitian Universitas Nusantara PGRI Kediri (e-journal)*, 1(1).
- World Health Organization. (2001). *The World Health Report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope*. Switzerland: WHO Library Cataloguing in Publication Data.
- World Health Organization. (2003). *Kesehatan Mental Dalam Kedaruratan*.

## **Profil Penulis**

### **Zumiarti**



Adalah dosen tetap di universitas ekasakti padang, Lahir di Kota medan 30 Mei 1987. Setelah lulus S1 kemudian mengambil Magiser Ilmu Komunikasi di Universitas Andalas pada tahun 2013 dan berkecimpung di dunia mengajar dengan menjadi dosen dari tahun 2018.

Ketertarikan dalam dunia ilmu komunikasi semakin menggebu setelah penulis ikut andil dalam bagian penelitian suku anak dalam serta jurnal terkait kesehatan mental. Mental Health menjadi daya tarik sendiri dalam perkembangan ilmu kejiwaan, masyarakat sudah banyak menyadari pentingnya kesehatan mental dijamin yang serba praktis dan kompleks ini. Saat ini, keseharian Penulis disibukkan dengan berbagai kegiatan sebagai akademisi serta Kaprodi Ilmu Komunikasi Universitas Ekasakti Padang dari tahun 2019 sampai sekarang.

Email Penulis: [theartzumi@gmail.com](mailto:theartzumi@gmail.com)



# DIMENSI SOSIAL BUDAYA DAN LINGKUNGAN KESEHATAN MENTAL

**Israfil, S.Kep., Ns., M.Kes.**

Institut Teknologi dan Kesehatan Bali

## **Kesehatan Mental**

Kesehatan mental atau kesehatan jiwa merupakan suatu kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan diri sendiri, dapat mengatasi tekanan, dan dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya (Kemenkes RI 2019). Kesehatan mental umumnya dibentuk oleh berbagai lingkungan sosial, ekonomi, dan fisik yang beroperasi pada berbagai tahap kehidupan manusia. Faktor risiko berbagai gangguan mental umumnya sangat terkait dengan kesenjangan sosial, dimana semakin besar ketidaksetaraan, semakin tinggi risiko masalah kesehatan mental. Tindakan peningkatan kesehatan mental harus dilakukan secara dini dengan memperbaiki kondisi kehidupan sehari-hari yang dapat dimulai sebelum kelahiran seorang anak, berlanjut ke masa kanak-kanak awal, masa kanak-kanak, remaja, dan lebih tua, baik pada masa pembangunan keluarga dan usia kerja hingga masa usia yang lebih tua. Tindakan sepanjang tahap kehidupan ini akan memberikan peluang yang baik untuk meningkatkan kesehatan mental penduduk, dan untuk mengurangi risiko gangguan

mental yang terkait dengan ketidaksetaraan sosial (WHO 2014)

### **Sosial Budaya dan Kesehatan Mental**

Kesehatan mental sebagian besar dibentuk oleh lingkungan sosial, ekonomi, dan fisik dimana individu tinggal. Ketidaksetaraan kehidupan sosial berkaitan dengan peningkatan risiko banyaknya gangguan mental secara umum (WHO 2014). Budaya mempengaruhi bagaimana individu dimasyarakat bermanifestasi untuk bersikap dan berperilaku. Kultur atau budaya merupakan determinan etiologi dari gangguan mental yang membentuk persepsi diri dan realitas hidup dimasyarakat.

Marsella dan Yamada dalam (Ogundare 2020) menjelaskan beberapa pengaruh budaya terhadap masalah psikopatologi atau masalah kesehatan mental dimasyarakat, yaitu:

1. Pola stres fisik dan psikososial disuatu budaya
2. Jenis dan parameter mekanisme koping dan sumber daya yang digunakan untuk menengahi stres dalam suatu budaya
3. Pola kepribadian dasar seperti struktur diri, konsep diri, dan sistem kebutuhan/motivasi
4. Sistem Bahasa, terutama yang memediasi persepsi, klasifikasi, dan organisasi tanggapan terhadap realitas
5. Standar normalitas, penyimpangan, dan kesehatan
6. Praktik pengobatan
7. Pola klasifikasi untuk berbagai gangguan dan penyakit
8. Pola pengalaman dan ekspresi psikopatologi, termasuk faktor-faktor seperti onset masalah, manifestasi masalah kesehatan mental, perjalanan penyakit, dan hasil penanganan yang dilakukan.

## **Dimensi Sosial Budaya dalam Kesehatan Mental**

Dimensi sosial budaya merupakan berbagai dimensi yang membentuk perilaku seseorang disuatu kelompok masyarakat. Dimensi atau karakteristik utama sosial budaya yang mempengaruhi kesehatan mental dimasyarakat diantaranya adalah ras, jenis kelamin, usia, agama, status pendidikan, status sosial ekonomi, karakteristik fisik, status imigrasi, dan lain lain. Usia dan status sosial ekonomi adalah dua aspek terkait masalah kesehatan mental yang umumnya paling banyak diteliti dan dilaporkan (Ogundare 2020). Di Indonesia, hasil Riskedas Kementerian Kesehatan RI Tahun 2018 melaporkan bahwa masalah kesehatan mental seperti gangguan depresi sudah mulai terjadi dimasyarakat sejak rentang usia remaja yaitu 15-24 tahun dengan prevalensi masalah ini mencapai 6,2%. Pola prevalensi semakin meningkat dengan peningkatan usia dengan yang tertinggi adalah masyarakat diatas 75 tahun yaitu 8,9%, 65-74 tahun 8,0%, dan 55-64 tahun 6,5% (Kemenkes RI 2019).

Berbagai dimensi sosial dimasyarakat Indonesia yang dapat menjadi penyebab stres psikososial atau masalah kesehatan mental diantaranya adalah : (Kemenkes RI 2019)

### **1. Perkawinan**

Yaitu berbagai masalah yang berhubungan dengan perkawinan seperti pertengkaran dalam rumah tangga, perpisahan, perceraian, ketidaksetiaan, kematian salah satu pasangan, dan lain lain

### **2. Problem orang tua**

Adalah masalah yang dialami orang tua seperti sulit atau tidak memiliki anak, kebanyakan anak, anak yang nakal atau kenakalan anak, anak sakit atau menderita suatu penyakit tertentu, dan lain lain.

### **3. Hubungan interpersonal (antar pribadi)**

Merupakan masalah hubungan dengan teman dekat yang mengalami konflik, konflik dengan teman dekat,

konflik dengan rekan kerja, konflik antara atasan dan bawahan, dan lain lain.

4. Lingkungan hidup

Misalnya masalah tempat tinggal, perumahan, pindah tempat tinggal, penggusuran, pengungsian, dan lain lain

5. Pekerjaan

Misalnya kondisi kehilangan pekerjaan atau di PHK, pensiun dari pekerjaan dan mengalami *post power sindrom*, pekerjaan yang terlalu banyak, pekerjaan tidak cocok, dan lain lain

6. Keuangan

Diantaranya adalah pendapatan jauh lebih rendah dari pengeluaran, terlibat hutang, kebangkrutan, dan lain lain

7. Hukum

Misalnya masalah tuntutan hukum, pengadilan, penjara, dan lain lain.

8. Perkembangan

Merupakan beban tugas atau kondisi perkembangan manusia berdasarkan usia seperti perkembangan masa remaja, masa dewasa, menopause, usia lanjut, dan lain lain

9. Penyakit fisik atau cidera

Misalnya menderita penyakit kronis dengan harapan kesembuhan yang rendah seperti diabetes mellitus, penyakit jantung, kanker, kecacatan akibat kecelakaan, dan lain lain

10. Faktor keluarga

Merupakan faktor stres yang dialami anak dan remaja yang disebabkan oleh karena kondisi keluarga yang tidak baik, misalnya kedua orang tua jarang dirumah, jarang waktu bersama, orang tua bercerai, dan lain lain

## 11. Lain lain

Adalah dimensi sosial budaya yang lain yang dapat mempengaruhi masalah kesehatan mental dimasyarakat seperti kondisi bencana alam, peperangan, kasus kekerasan dan pemerkosaan, pencurian dan pembunuhan, huru hara, dan lain lain (Kemenkes RI 2019)

### **Pengaruh Budaya Terhadap Kesehatan Mental**

Pengaruh budaya terhadap kesehatan termasuk kesehatan mental dapat dilihat dari 2 perspektif utama yaitu variasi budaya dalam kesehatan (*health disparities*), dan variasi budaya dalam pendekatan kesehatan (Gurung 2019)

#### 1. Variasi Budaya dalam Kesehatan atau Disparitas Kesehatan

Whitehead, 1992 dalam (Gurung 2019) menjelaskan bahwa disparitas kesehatan adalah suatu perbedaan dalam masalah kesehatan. Contoh dispartias dalam kesehatan adalah tingkat perawatan kesehatan, masalah kesehatan mental, dan kejadian penyakit yang bervariasi secara signifikan pada suatu kelompok etnis atau kelompok sosial tertentu. Contoh disparitas yang lain menurut Ruiz et al., 2019 adalah kelompok masyarakat yang hidup dibawah tingkat kemiskinan secara signifikan lebih tertekan secara psikologis daripada mereka hidup dalam sosial ekonomi yang lebih tinggi (Gurung 2019). Kesenjangan ini sebagian besar dapat terjadi oleh berbagai faktor diantaranya adalah kebijakan yang mempromosikan kesenjangan sosial dan diskriminasi, pengurangan peluang dan sumber daya, distribusi layanan perawatan kesehatan dan akses ke layanan kesehatan yang langka (Ogundare 2020).

#### 2. Variasi Budaya dalam Pendekatan Kesehatan

Variasi budaya dalam pendekatan kesehatan adalah variasi budaya masyarakat dalam memilih jalur penanganan masalah kesehatan dalam kelompoknya. Variasi budaya dalam pendekatan kesehatan adalah



apakah penanganan kesehatan dimasyarakat mengambil jalur pengobatan medis sesuai kemajuan ilmu kedokteran yang umumnya berasal dari barat atau masih menggunakan berbagai pendekatan adat tradisional yang dianut masyarakat setempat (Prasadarao, 2014). Beberapa kelompok budaya masyarakat masih memilih menggunakan pendekatan perawatan kesehatan secara pendekatan tradisional dalam menangani berbagai masalah kesehatan seperti dukun, pendoa atau penyembuh iman, peramal dan spiritualis, dan herbalis (Gurung 2019). Selain itu, kepercayaan dan praktik kesehatan juga terkait erat dengan agama yang dianut. Variasi budaya dalam pendekatan kesehatan juga terjadi baik dalam hal keyakinan dan sikap masyarakat, maupun perilaku kesehatan yang mungkin menjadi predisposisi penyakit atau protektif, persepsi masyarakat tentang penyakit dan penyebab, dan jalur menuju perawatan yang diambil (Ogundare 2020)

### **Lingkungan Hidup dan Kesehatan Mental**

Lingkungan hidup memungkinkan menjadi salah satu faktor sosial yang paling menentukan dan mempengaruhi kesehatan mental dan harapan hidup individu dimasyarakat. Lingkungan hidup mempengaruhi tingkat kognitif dan persepsi masyarakat. Individu yang merasakan berada dalam ketidakberuntungan sosial ekonomi dalam hidupnya akan lebih rentan memiliki kualitas lingkungan hidup yang buruk dan emosi negatif dalam diri. Efek negatif dari kualitas lingkungan hidup pada kesehatan mental terus menerus terjadi dan mempengaruhi kesehatan mental masyarakat dan bahkan mengarah pada depresi (Zhang and Wu 2021). Ketidakseimbangan lingkungan hidup secara serius mempengaruhi interaksi sosial antara manusia dan lingkungan sekitarnya, mempengaruhi persepsi kesejahteraan hidup dan kemudian mempengaruhi emosi sosial individu yang dapat mengarah ke masalah kesehatan mental. Kehadiran kelas sosial dalam lingkungan hidup juga memiliki dampak yang signifikan

dengan berbagai masalah kesehatan mental dimasyarakat (Zhang and Wu 2021).

Lingkungan kelas sosial adalah lingkungan hidup yang mencerminkan kehidupan masyarakat dari terpenuhinya berbagai aspek kehidupan yang diperoleh diantaranya adalah:

1. Aspek kesejahteraan
2. Merasakan kepuasan hidup
3. Keamanan
4. Respon terhadap ancaman
5. Fungsi kognitif
6. Rasa keadilan tanpa diskriminasi dan stigma
7. Tingkat pendidikan yang tinggi
8. Status kesehatan dan fasilitas perawatan medis yang baik
9. Dukungan sosial dan kualitas hubungan sosial yang kuat (Zhang and Wu 2021).

### **Lingkungan Alam dan Kesehatan Mental**

Lingkungan alam dilaporkan dapat meningkatkan kesehatan mental dimasyarakat. Beberapa hasil penelitian telah menemukan bahwa manfaat paparan lingkungan alam dapat menurunkan gejala penyakit mental dimasyarakat (Bratman et al. 2019), meningkatkan kebahagiaan dan kesejahteraan (White et al. 2013). Sebuah studi nasional selama beberapa dekade di Denmark menemukan bahwa anak-anak yang dibesarkan dilingkungan alam dengan ruang hijau yang sedikit memiliki risiko hingga 55% lebih besar terkena gangguan kejiwaan di masa dewasa daripada rekan-rekan mereka yang dibesarkan dilingkungan alam yang lebih hijau, terlepas dari faktor risiko lain yang dinilai yaitu tingkat urbanisasi, faktor sosial ekonomi, riwayat penyakit mental orang tua, dan usia orang tua (Engemann 2019; Reuben et al. 2022) Paparan terhadap lingkungan alam dan ruang hijau saat ini dianggap sebagai intervensi kesehatan mental yang baik di tingkat komunitas dan

individu, terutama di daerah dengan sumber daya rendah (South et al. 2020). Lingkungan yang hijau atau penghijauan secara signifikan mengurangi perasaan depresi dan kesehatan mental yang buruk yang dilaporkan sendiri orang dewasa yang tinggal di dekat lahan penghijauan (South et al. 2018). Keluarga minoritas berpenghasilan rendah menunjukkan keberadaan taman untuk anak dari penyedia layanan kesehatan anak dapat meningkatkan kunjungan taman keluarga, mengurangi stres diantara orang tua, dan meningkatkan ketahanan dikalangan remaja (Razani et al. 2018, 2019) (Reuben et al. 2022).

Selain itu, lingkungan yang juga menjadi perhatian untuk kesehatan mental dimasyarakat menurut Markevych et al. 2017 dalam (Reuben et al. 2022) adalah :

1. Pengurangan stresor fisiologis yang berdampak pada kesehatan mental, termasuk panas, kebisingan, dan polusi udara.
2. Promosi perilaku yang meningkatkan kesehatan mental, termasuk interaksi sosial, refleksi diri, dan aktivitas fisik.
3. Pemulihan langsung sumber daya kognitif misalnya perhatian dan/atau perubahan berbagai aktivitas yang dapat meningkatkan kesehatan mental.

### **Lingkungan Bencana dan Kesehatan Mental**

Bencana lingkungan yang disebabkan bencana alam dan bencana perbuatan manusia seperti kebakaran hutan, tumpahan minyak, kontaminasi air minum, kekeringan, banjir, gempa bumi, dan bencana lainnya sering mengakibatkan konsekuensi masalah kesehatan mental yang meluas. Lingkungan yang mengalami bencana sangat berdampak pada kesehatan mental dimasyarakat. Berbagai dampak lingkungan bencana dan kesehatan mental diantaranya adalah:

1. Gangguan stres pascatrauma atau *post-traumatic stress disorder* (PTSD)
2. Depresi

3. Kecemasan
4. Penggunaan zat terlarang
5. Kekerasan dan bunuh diri
6. Disfungsi psikologis kronis
7. Stres dan tekanan psikologis (Reuben et al. 2022)

### **Persepsi Tentang Penyebab Masalah Kesehatan Mental di Masyarakat**

Hasil studi (Anjara, Brayne, and Van Bortel 2021) menemukan tiga faktor yang dianggap sebagai penyebab masalah kesehatan mental di lingkungan kehidupan sosial masyarakat yaitu faktor ekstrinsik, faktor intrinsik, dan faktor spiritual.

#### 1. Faktor ekstrinsik

Faktor ini merupakan penyebab potensial masalah kesehatan mental yang berasal dari pengaruh eksternal atau lingkungan. Faktor eksternal meliputi segala urusan kehidupan sosial masyarakat sehari-hari diantaranya urusan ekonomi keluarga, kesulitan keuangan, tekanan sosial hutang piutang, tidak mampu mengatasi stres, kurang dukungan teman dan keluarga, kemiskinan, dan peristiwa traumatis.

#### 2. Faktor intrinsik

Faktor ini merupakan penyebab potensial masalah kesehatan mental yang berasal dari dalam diri individu sendiri. Faktor internal yang paling banyak ditemukan adalah berfikir tentang suatu hal secara berlebihan atau banyak pikiran. Individu yang berfikir secara berlebihan atau banyak pikiran mengakibatkan kehilangan kendali atas kenyataan sebenarnya yang akhirnya menjadi diluar kemampuan mental. Kondisi lain adalah adanya perasaan benci dari dalam diri individu atas kebutuhan atau keinginan dirinya yang tidak terpenuhi. Rasa benci dalam diri mengakibatkan seseorang tidak mampu melihat masalah dalam aspek lain dari kehidupan. Ketidakmampuan untuk mengendalikan emosi dan anggapan atau persepsi diri

bahwa otak tidak kuat dalam proses mengatasi masalah juga didapatkan menjadi faktor intrinsic yang berkaitan dengan masalah kesehatan mental dimasyarakat.

### 3. Faktor spiritual

Dibeberapa masyarakat masih meyakini bahwa kesehatan mental berhubungan dengan faktor spiritual. Gangguan kesehatan mental masih dihubungkan dengan dengan gejala kemasukan jin. Beberapa masyarakat meyakini bahwa melamun atau pikiran kosong dapat memungkinkan melewati roh-roh jahat (jin). Kurangnya interaksi dengan Tuhan membuat seseorang rentan terhadap kerasukan roh jahat. Beberapa kepercayaan masyarakat bahwa roh jahat dapat dikirim untuk menduduki tubuh seseorang melalui ilmu hitam.

### **Stigma Kesehatan Mental di Lingkungan Sosial Masyarakat**

Stigma masih menyelimuti isu masalah kesehatan jiwa atau kesehatan mental di Indonesia. Kondisi ini terjadi karena sebagian besar masyarakat Indonesia masih mempercayai bahwa gangguan kesehatan jiwa disebabkan oleh berbagai hal yang tidak rasional maupun supranatural, misalnya pengidap skizofrenia yang disebabkan karena sihir, kemasukan setan, kemasukan roh jahat, melanggar larangan, dan lain lain. Dengan adanya stigma ini masyarakat menangani individu yang mengalami masalah kesehatan jiwa dengan cara non medis atau ahli spiritual (Kemenkes RI 2019). Stigma kesehatan jiwa atau *mental health stigma* (MHS) merupakan persepsi atau pandangan yang tidak tepat terhadap masalah kesehatan mental. Stigma disebabkan oleh beberapa faktor diantaranya adalah ketidaktahuan, sikap prasangka dan perilaku diskriminasi terhadap penderita gangguan jiwa. Stigma kesehatan mental dibagi menjadi stigma publik dan stigma diri (Thornicroft 2006, Corrigan et al. 2011, Ahmad and Koncsol 2022)

1. Stigma publik mengacu pada pandangan negatif yang dimiliki anggota masyarakat tentang mereka yang memiliki penyakit atau masalah kesehatan mental.
2. Stigma diri terjadi ketika seseorang menginternalisasi pandangan seperti itu terhadap diri mereka sendiri.

Stigma kesehatan dapat menyebabkan dampak negatif yang signifikan terhadap masalah kesehatan mental dimasyarakat. Stigma dapat menyebabkan seseorang yang mengalami masalah kesehatan mental diskriminasi, dieksklusi dan beresiko tidak mendapat keadilan (Corrigan 1998; Corrigan et al. 2001). Stigma kesehatan mental dikaitkan dengan harga diri yang lebih rendah, dan dapat membatasi kemampuan individu untuk bersosialisasi, memperoleh pekerjaan, atau mencari tempat tinggal (WHO 2015). Dampak stigma yang terkait dengan penyakit mental seseorang telah dicatat berpotensi lebih berbahaya daripada penyakit itu sendiri (Finzen 1996; Sartorius 2012) (Ahmad and Koncsol 2022)

### **Penanganan Kesehatan Mental di Lingkungan Sosial Masyarakat**

Hasil studi Anjara, Brayne, and Van Bortel (2021) menemukan persepsi masyarakat tentang upaya penanganan masalah kesehatan mental dimasyarakat yaitu penanganan dengan ilmu kedokteran dan kesehatan modern, dukungan atau kegiatan sosial, dan intervensi keagamaan atau spiritual. Namun demikian, masih ditemukan sebagian kecil anggapan bahwa 'pasung' atau membelenggu atau mengurung seseorang dengan masalah kesehatan mental adalah tindakan yang tepat.

1. Ilmu kedokteran dan kesehatan modern

Mayoritas masyarakat menyatakan bahwa pengobatan modern dan ilmu kesehatan adalah jalur pengobatan yang tepat. Membawa orang dengan masalah kesehatan mental ke psikiater atau psikolog akan menjadi cara yang paling baik untuk mengelola masalah dan gejala yang dialami. Pelembagaan di rumah sakit jiwa diperlukan bagi individu yang mengalami masalah kesehatan mental, karena

dirumah sakit individu dengan masalah kesehatan mental akan ditangani dan diobati dengan lebih baik.

## 2. Dukungan atau kegiatan sosial

Dukungan sosial atau kegiatan sosial dapat mengurangi masalah kesehatan mental. Kehadiran teman dan dukungan keluarga dapat membantu individu membicarakan masalah mereka dan upaya penanganannya. Orang terdekat penting memberikan dukungan, perhatian dan kasih sayang. Berbagai kegiatan sosial, istirahat, jalan-jalan atau rekreasi bersama ditemukan membantu mengalihkan pikiran individu dari masalah.

## 3. Intervensi keagamaan atau spiritual

Intervensi agama atau spiritual dianggap sebagai salah satu cara yang dipilih dalam mengatasi masalah kesehatan mental. Berdoa dan meminta pengampunan kepada Tuhan, dan meminta bantuan pemuka agama diyakini dapat menyingkirkan jin yang menempati tubuh seseorang yang dianggap sebagai penyebab masalah kesehatan mental dimasyarakat (Anjara, Brayne, and Van Bortel 2021)

## **Tantangan Penanganan Kesehatan Mental di Lingkungan Sosial Masyarakat**

### 1. Pemahaman masyarakat

Pemahaman masyarakat tentang jalur perawatan yang tepat untuk individu yang mengalami masalah kesehatan mental dimasyarakat masih sesuai dengan angapan atau persepsi mereka tentang penyebab masalah kesehatan mental dan gejala yang dialami. Sebagian besar masyarakat masih menganggap bahwa penyebab kesehatan mental berhubungan dengan budaya dan agama atau spiritual atau hal gaib. Masyarakat belum sepenuhnya memahami dengan baik bahwa kompleksitas kesehatan mental secara bio-psiko-sosial-spiritual adalah suatu penyakit yang harusnya mendapat penanganan lewat jalur perawatan secara ilmu kesehatan dan kedokteran (Anjara, Brayne, and Van Bortel 2021).

## 2. Penanganan masalah

Banyak dokter ahli spesialis kedokteran jiwa atau psikiater melaporkan bahwa banyak pasien mereka mengaitkan masalah kesehatan mental dengan hal-hal gaib. Mayoritas masyarakat mempraktikkan penyembuhan kesehatan mental secara tradisional sebagai bagian instrinsik. Pasien dengan masalah kesehatan mental akan dikonsultasikan dengan dukun sebelum ke dokter. Kondisi ini telah menjadi faktor terlambatnya penanganan dan pengobatan secara medis yang tepat kepada pasien dengan masalah kesehatan mental dimasyarakat (Bikker, Lesmana, and Tiliopoulos 2021)



## Daftar Pustaka

- Ahmad, Salman Shaheen, and Stephen W. Koncsol. 2022. "Cultural Factors Influencing Mental Health Stigma: Perceptions of Mental Illness (POMI) in Pakistani Emerging Adults." *Religions* 13(401): 1–21.
- Anjara, Sabrina Gabrielle, Carol Brayne, and Tine Van Bortel. 2021. "Perceived Causes of Mental Illness and Views on Appropriate Care Pathways among Indonesians." *International Journal of Mental Health Systems* 15(74): 1–14. <https://doi.org/10.1186/s13033-021-00497-5>.
- Bikker, Annemieke P., Cokorda Bagus Jaya Lesmana, and Niko Tiliopoulos. 2021. "The Indonesian Mental Health Act: Psychiatrists' Views on the Act and Its Implementation." *Health policy and planning* 36(2): 196–204.
- Gurung, Regan A. R. 2019. "Cultural Influences on Health." *Cross-Cultural Psychology*: 451–66.
- Kemendes RI. 2019. "InfoDatin-Kesehatan-Jiwa." *Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI*.
- Ogundare, Temitope. 2020. "Culture and Mental Health: Towards Cultural Competent Mental Health Delivery." *Journal of Health and Social Sciences* 5(1): 23–34.
- Reuben, Aaron et al. 2022. "The Interplay of Environmental Exposures and Mental Health: Setting an Agenda." *Environmental Health Perspectives* 130(2): 1–11.
- WHO. 2014. "Social Determinants of Mental Health." *WHO Library Cataloguing-in-Publication Data*.
- Zhang, Liqin, and Lin Wu. 2021. "Effects of Environmental Quality Perception on Depression: Subjective Social Class as a Mediator." *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18(11).

## Profil Penulis



### Israfil

Staf pengajar pada Fakultas Kesehatan, Institut Teknologi dan Kesehatan Bali (ITEKES Bali). Menyelesaikan pendidikan Sekolah Menengah Atas di SMA Negeri 3 Kupang (2005-2008), pendidikan Diploma III Keperawatan pada Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kupang (2008-2011), pendidikan Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners pada Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya (2012-2015), pendidikan Magister Kesehatan peminatan Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku pada Program Pasca Sarjana Universitas Nusa Cendana (2016-2018). Saat ini sedang menempuh pendidikan lanjut pada Program Studi Doktor Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga. Kegiatan pendidikan, pengajaran, penelitian, dan pengabdian kepada masyarakat difokuskan pada berbagai masalah kesehatan di area dan lingkup keperawatan komunitas atau keperawatan kesehatan masyarakat (*community health nursing*) dan keperawatan kesehatan keluarga (*family health nursing*). Berbagai karya ilmiah telah dihasilkan baik dalam bentuk buku maupun artikel ilmiah pada jurnal nasional dan jurnal internasional. Dimensi sosial budaya dan lingkungan kesehatan mental merupakan issue yang luas dan kompleks. Materi yang disajikan dalam buku ini merupakan sebagian kecil yang dapat diuraikan, namun demikian, penulis berharap semoga ulasan yang ada dapat memberi bermanfaat bagi para pembaca.

Email Penulis: [ahmadisrafil6@gmail.com](mailto:ahmadisrafil6@gmail.com)



# MANAJEMEN STRES, COPING DAN PENYESUAIAN TERHADAP STRES

**Ns. Dwi Happy Anggia Sari, S.Kep., M.Kep.**

Universitas Negeri Padang

## **Konsep Stres**

Stres merupakan hal yang selalu menjadi bagian dalam kehidupan manusia. Perubahan fisiologis akibat adanya ancaman dikatakan sebagai respon stres. Respon stres terdiri dari respon fisik dan respon psikis. Seseorang yang tidak memiliki kemampuan dalam menerima *stressor* akan berakibat timbulnya respon negatif seperti cemas, marah dan frustrasi. Sehingga, dibutuhkan kemampuan dan keterampilan individu dalam melakukan penyesuaian diri terhadap stres. Stres merupakan pengalaman emosional negatif yang disertai dengan perubahan fisiologis, biokimia, kognisi, dan perilaku yang bertujuan untuk menyesuaikan diri terhadap situasi yang menyebabkan stres (Sarafino, 2011). Stres digambarkan sebagai sebuah konsep negatif yang dapat berdampak pada kesejahteraan mental dan fisik seseorang. Stres disebabkan karena adanya ketidaksesuaian antara kondisi individu dengan lingkungan yang dihadapinya. Hal tersebut dapat menjadi sebuah ancaman terhadap kesejahteraan individu sehingga perlu penyesuaian untuk menghadapi perubahan (*National Safety Council, 2004*). Secara umum sumber stress diklasifikasikan menjadi *stressor* internal dan eksternal. *Stresor* internal dapat berupa kondisi fisik seperti demam, kondisi kehamilan

atau menopause, infeksi atau peradangan, atau suatu keadaan emosi seperti rasa bersalah. Sedangkan stresor internal misalnya berupa perubahan suhu lingkungan, kondisi kerja, hubungan kekerabatan yang tidak baik, stress kerja, komunikasi antar teman yang kurang baik, perubahan dalam peran keluarga atau sosial, serta tekanan dari pasangan (Potter & Perry, 2009). Salah satu upaya yang dapat dilakukan untuk mengatasi stres agar tidak berdampak negatif adalah dengan melakukan manajemen stres.

### **Manajemen Stres**

Manajemen stress mengacu pada identifikasi dan analisis terhadap permasalahan yang berhubungan dengan stres serta aplikasi tindakan terapeutik untuk mengubah sumber atau pengalaman stres. Manajemen stress merupakan suatu program untuk mengontrol atau mengatur stres yang bertujuan untuk mengenal penyebab stres serta mengetahui teknik-teknik dalam mengelola stres sehingga individu mampu menangani stres dalam kehidupannya. Manajemen stres memungkinkan individu untuk mampu mengatasi, mencegah, mengelola dan memulihkan diri dari stres akibat adanya ancaman dan ketidakmampuan dalam *coping* yang dilakukan (Schafer, 2010). Manajemen stres dilakukan untuk mempertahankan kondisi tubuh agar tetap dalam keadaan seimbang (homeostatis). Homeostatis merupakan suatu keadaan tubuh untuk mempertahankan keseimbangan terhadap kondisi yang dialami. Proses homeostatis dapat terjadi apabila tubuh seseorang mengalami stres, sehingga secara alamiah tubuh akan melakukan mekanisme pertahanan diri untuk menjaga kondisi yang seimbang. Dapat dikatakan bahwa homeostatis merupakan suatu proses perubahan yang terjadi secara terus menerus yang berfungsi untuk memelihara stabilitas dan beradaptasi terhadap kondisi lingkungan sekitar (Hanum, 2016). Homeostatis yang terdapat di dalam tubuh manusia dikendalikan oleh sistem endokrin dan sistem saraf otonom melalui 4 cara yaitu:

### 1. *Self Regulation*

Sistem ini terjadi secara otomatis pada individu yang sehat seperti dalam pengaturan proses sistem fisiologis tubuh manusia

### 2. Kompensasi

Merupakan reaksi tubuh terhadap ketidaknormalan yang terjadi di dalam tubuh.

### 3. Sistem umpan balik negatif

Proses penyimpangan dari kondisi normal yang langsung dirasakan dan diperbaiki oleh tubuh. Jika tubuh berada dalam keadaan abnormal maka secara sendirinya tubuh akan memberikan mekanisme umpan balik untuk menyeimbangkan keadaan.

### 4. Sistem umpan balik positif

Proses untuk mengoreksi suatu ketidakseimbangan fisiologis. Misalnya ketika terjadi hipoksia maka akan terjadi peningkatan denyut jantung untuk membawa darah dan oksigen ke dalam sel.

## **Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Manajemen Stres**

### 1. Dukungan sosial

Dukungan sosial merupakan pemberian pertolongan atau bantuan dari orang lain yang memiliki hubungan yang dekat (biasanya teman atau saudara) kepada individu yang mengalami stres. Dukungan sosial diberikan oleh orang lain yang dicintai atau memiliki kepedulian serta memiliki komunikasi yang dekat dengan individu misalnya orangtua, suami atau istri, teman, sahabat, atau orang-orang yang aktif dalam keagamaan (Sadock, et. al, 2015).

Dukungan sosial memiliki 4 fungsi yaitu:

- a. *Emotional Support*: memberikan perhatian, kasih sayang, dan kepedulian
- b. *Appraisal Support*: Membantu menilai dan mengembangkan kesadaran individu terhadap masalah yang dihadapi

- c. *Informational Support*: memberikan nasehat dan diskusi tentang cara mengatasi atau memecahkan masalah yang dialami
- d. *Instumental Support*: dapat berupa bantuan material seperti memberikan bantuan tempat tinggal, meminjamkan uang, menemani untuk berkunjung ke layanan sosial atau layanan psikologis.

## 2. Kepribadian

Karakteristik kepribadian individu mempunyai pengaruh terhadap usaha dalam mengatasi stres diantaranya:

### a. *Hardiness* (Daya tahan)

Tipe kepribadian yang ditandai dengan sikap komitmen dan kesadaran terhadap tantangan

### b. Optimis

Optimis merupakan kecenderungan untuk mengharapkan hasil yang baik. Sikap optimis membuat individu mampu mengatasi stres menjadi lebih efektif dan dapat mereduksi dampak yang ditimbulkan.

### c. Humoris

Individu yang memiliki kepribadian humoris cenderung lebih toleran dalam menghadapi situasi stres dibandingkan dengan individu yang kurang humoris (misalnya individu yang pemurung, pemaarah, dan bersikap dingin).

## **Langkah-Langkah Manajemen Stres**

1. Analisa Masalah: mencari sumber atau penyebab masalah yang dihadapi
2. Menemukan inti masalah: menemukan masalah yang paling mendasar
3. Mencari jalan keluar: dengan melakukan pemecahan atau alternatif penyelesaian masalah

4. Konsultatif: bercerita kepada orang lain terkait masalah yang dihadapi
5. Menata ulang kondisi hidup: implementasi dari tahap konsultatif yaitu mulai menata kembali sesuatu dengan lebih baik
6. Meditasi: menenangkan diri, seperti merenung meditasi, relaksasi, atau melakukan kegiatan-kegiatan spritual sesuai dengan kepercayaan individu.
7. Evaluasi diri: merefleksikan kembali sehingga jika terjadi masalah kembali, individu menjadi lebih siap dan sudah memiliki koping yang lebih efektif dalam menyelesaikan masalah yang dihadapi.

### ***Coping***

Lazarus & Folkman (1984) mengidentifikasi koping sebagai suatu proses yang terjadi secara terus menerus antara individu dengan lingkungannya yang dipengaruhi oleh penilaian kognitif dan perilaku koping itu sendiri. Selama berlangsungnya proses tersebut, individu mengkaji hubungan antara situasi yang sedang dihadapi saat ini dengan lingkungannya serta menilai keterkaitan dari pengalaman dengan penerimaan terhadap ancaman, kehilangan, dan manfaat dari situasi tersebut. Koping merupakan cara yang dilakukan oleh individu dalam menyelesaikan masalah, menyesuaikan keinginan yang akan dicapai, serta respon terhadap situasi yang mengancam. Individu berusaha untuk mengatasi tuntutan dari lingkungan yang dirasakan yang melampaui kemampuan individu. Koping menunjukkan seberapa kuat ketahanan individu dalam menilai, menghadapi, dan mengatasi stresor yang muncul. Koping juga menunjukkan mekanisme pertahanan diri individu yang sedang mengalami perubahan. Upaya koping dapat mengarahkan perbaikan atau penguasaan masalah. Upaya koping yang dilakukan individu untuk mengubah persepsi atas kesenjangan yang terjadi, menerima bahaya, ancaman atau menghindari masalah. Hasil akhir dari upaya koping sepenuhnya ditentukan oleh individu sesuai dengan metode koping yang digunakan.



## **Sumber Coping**

Sumber coping merupakan strategi yang dapat membantu individu menentukan apa yang harus dilakukan. Terdapat dua faktor yang mempengaruhi sumber coping yaitu faktor internal yang berasal dari dalam dan faktor eksternal yang berasal dari luar. Faktor internal meliputi kesehatan dan energi, sistem kepercayaan individu termasuk *existensial* (iman, kepercayaan, agama), komitmen atau tujuan hidup, harga diri, kontrol dan kemahiran, keterampilan, pemecahan masalah, dan keterampilan sosial. Faktor eksternal meliputi dukungan sosial dan sumber material. Dukungan sosial merupakan dukungan emosional dimana seseorang merasa dicintai, dukungan harga diri berupa pengakuan dari orang lain terhadap kemampuan yang dimiliki serta perasaan memiliki dalam sebuah kelompok (Stuart & Laraia, 2013).

## **Strategi Coping**

Lazarus dan Folkman (Sarafino, 2011) mengatakan coping memiliki dua fungsi yaitu dapat berupa fokus kepada titik permasalahan serta melakukan regulasi emosi dalam merespon masalah, Menentukan dan memilih perilaku coping, seseorang tidak hanya terpaku pada satu strategi coping, tetapi dapat mencari jenis strategi coping yang tepat dan efektif bagi dirinya. Terdapat 8 strategi coping yang dapat digunakan oleh individu, antara lain:

### *1. Problem focused coping*

Ditujukan untuk mengurangi situasi yang penuh dengan tekanan atau memperluas sumber daya untuk menghadapinya. Seseorang cenderung menggunakan pendekatan yang berfokus pada masalah ketika sumber daya atau tuntutan situasi yang berubah. Aspek-aspek yang terdapat dalam *Problem Focused Coping* yaitu:

#### *a. Confrontive Coping*

Melakukan penyelesaian masalah secara kongkrit

#### *b. Planful Problem Solving*

Menganalisis setiap situasi yang menimbulkan masalah serta mencari solusi secara langsung terhadap masalah yang dihadapi.

c. *Seeking Informational Support*

Mencoba mencari informasi mengenai situasi, memperoleh bimbingan dari orang lain dan petunjuk dari ahli seperti dokter atau psikolog.

2. *Emotion Focused Coping*

Ditujukan untuk mengendalikan respon emosional terhadap situasi stres. Individu dapat mengatur respon emosional melalui perilaku dan pendekatan kognitif. Beberapa aspek yang terdapat pada *Emotion Focused Coping* yaitu:

a. *Distancing*

Individu berusaha untuk tidak terpengaruh pada masalah yang dihadapi dengan cara tidak terlalu larut atau memikirkan masalah yang dialami serta membuat harapan yang positif.

b. *Self-Control*

Usaha yang dilakukan individu untuk mengontrol perasaan diri sendiri atau tindakan dalam menyelesaikan masalah.

c. *Positive Reappraisal*

Menilai kembali masalah dari sisi yang positif dan berusaha menemukan makna atas situasi yang tidak menyenangkan, termasuk dalam menemukan keyakinan yang bersifat religius.

d. *Accepting Responsibility*

Menerima untuk menjalankan masalah yang dihadapi dan mencoba mencari solusi terhadap masalah tersebut.

e. *Escape Avoidance*

Individu berhayal mengenai situasi atau menghindari dari situasi yang tidak menyenangkan. Individu mencoba untuk tidak

memikirkan masalah yang dihadapinya dengan cara tidur atau mengkonsumsi alkohol yang berlebih.

f. *Seeking Social Emotion Support*

Berusaha untuk memperoleh dukungan secara emosional ataupun sosial dari orang lain.

**Faktor yang Mempengaruhi Strategi Coping**

1. *Optimism* (Optimis), yaitu harapan bahwa akan terjadi hasil yang baik pada diri individu tersebut
2. *Personal Control* (Kontrol Individu), yaitu perasaan bahwa orang dapat membuat keputusan dan tindakan yang efektif untuk mendapatkan hasil yang diharapkan dan menghindari sesuatu yang tidak diharapkan
3. Interpretasi positif terhadap diri sendiri serta *self esteem* yang tinggi
4. *Social Support* (Dukungan Sosial), persepsi atau pengalaman dicintai dan diperhatikan oleh orang lain serta perasaan berharga dan bernilai bagi orang lain

**Aspek – Aspek Pada Strategi Coping**

1. Keaktifan diri, yaitu suatu usaha untuk menghilangkan penyebab stres dengan cara membuat strategi untuk bertindak, memikirkan langkah atau upaya yang perlu diambil dalam menangani suatu masalah
2. Perencanaan, memikirkan tentang bagaimana mengatasi penyebab stres dengan cara membuat strategi untuk bertindak, serta memikirkan langkah yang akan diambil untuk menangani suatu masalah
3. Kontrol diri, yaitu individu membatasi keterlibatan dalam aktifitas kompetisi dan tidak bertindak secara buru-buru
4. Mencari dukungan sosial yang bersifat emosional, yaitu melalui dukungan moral, simpati ataupun pengertian

5. Penerimaan, sesuatu yang penuh dengan stres serta keadaan yang memaksa untuk mengatasi masalah tersebut
6. Religiusitas, merupakan sikap individu untuk menyelesaikan masalah secara keagamaan dalam hubungannya secara vertikal kepada Tuhan.

### **Mekanisme Coping**

Mekanisme coping merupakan upaya langsung untuk mengatasi stres (Stuart dan Laraia, 2013). Mekanisme coping adalah cara yang digunakan oleh individu dalam menyelesaikan masalah, menyesuaikan diri dengan perubahan serta respon terhadap situasi yang mengancam. Stuart dan Sundeen (2005) mengidentifikasi mekanisme coping sebagai tiap upaya yang diarahkan pada penatalaksanaan stres, termasuk upaya penyelesaian masalah langsung dan mekanisme pertahanan yang digunakan untuk melindungi diri. Mekanisme coping merupakan cara yang diturunkan sejak lahir (*innate*) atau diperoleh (*acquired*) untuk merespon terhadap perubahan lingkungan. Mekanisme coping *innate* diturunkan secara genetik atau bisa disebut sebagai sebuah proses yang otomatis, sedangkan mekanisme *acquired* dapat dikembangkan melalui proses belajar.

### **Karakteristik Mekanisme Coping**

#### **1. Adaptif**

Kriteria dari adaptif yaitu mampu menceritakan secara verbal masalah yang dihadapi, mengembangkan tujuan yang realistis, dapat mengidentifikasi sumber coping, memiliki mekanisme coping yang efektif, mengidentifikasi alternatif strategi, memilih strategi yang tepat dan menerima dukungan. Mekanisme coping dikatakan adaptif apabila individu mampu keluar dari stres yang dialami.

## 2. Maladaptif

Mekanisme koping maladaptif memiliki kriteria: merasa tidak mampu menyelesaikan masalah secara efektif, perasaan lemas, takut, marah, irritable, tegang, gangguan fisiologis, adanya stres kehidupan dan tidak mampu memenuhi kebutuhan dasar. Mekanisme koping dikatakan maladaptif apabila individu tidak mampu bertahan dalam kondisi stres dan tidak mampu menemukan jalan keluar dari masalah yang dihadapi walaupun telah menggunakan strategi koping yang efektif.

## **Penyesuaian Terhadap Stres**

Penyesuaian diri terhadap stres atau biasa disebut dengan adaptasi merupakan proses penyesuaian diri seseorang yang berlangsung secara terus menerus untuk memenuhi segala kebutuhannya dengan tetap memelihara hubungan yang harmonis pada situasi lingkungan. Proses adaptasi membutuhkan kemampuan seseorang untuk menyesuaikan diri dengan lingkungannya (Pieter, 2010). Adaptasi terhadap stres merupakan suatu proses perubahan yang terjadi pada individu dalam merespon perubahan yang ada di lingkungan sehingga mempengaruhi keutuhan tubuh baik secara fisiologis maupun secara psikologis yang akan menghasilkan perilaku adaptif.

### 1. Adaptasi fisiologis

Merupakan proses penyesuaian tubuh secara alami atau fisiologis untuk mempertahankan keseimbangan dari berbagai faktor yang menimbulkan atau mempengaruhi keadaan menjadi tidak seimbang.

### 2. Adaptasi Psikologis

Merupakan suatu proses penyesuaian secara psikologis akibat adanya stressor, dengan cara memberikan mekanisme pertahanan diri dengan harapan dapat melindungi dan bertahan dari serangan yang tidak menyenangkan. Ada 2 cara untuk dapat mempertahankan diri dari berbagai stressor yaitu dengan cara:

- a. *Ask Oriented Reaction* (reaksi berorientasi pada tugas)

Reaksi ini merupakan koping yang digunakan untuk mengatasi masalah yang berorientasi pada proses penyelesaian masalah yang meliputi afektif, kognitif, dan psikomotor. Reaksi yang dapat dilakukan yaitu berbicara dengan orang lain, mencari informasi tentang keadaan yang dialami, melakukan latihan yang dapat mengurangi stres serta dapat membuat alternatif pemecahan masalah.

- b. *Ego Oriented Reaction* (reaksi berorientasi pada ego)

- 1) Rasionalisasi: usaha untuk menghindari masalah psikologis dengan alasan yang rasional sehingga masalah dapat teratasi
- 2) Displacement: suatu upaya yang dilakukan untuk mengatasi masalah psikologis dengan cara memindahkan tingkah laku pada objek lain, misalnya jika seseorang merasa terganggu dengan kondisi yang ribut dan ramai maka seseorang tersebut akan menyalahkan temannya.
- 3) Kompensasi: merupakan upaya untuk mengatasi masalah dengan mencari kepuasan pada situasi yang lain, misalnya seseorang yang memiliki masalah penurunan daya ingat, maka sebagai kompensasinya seseorang tersebut akan menonjolkan kemampuan lain yang dimilikinya.
- 4) Proyeksi: merupakan mekanisme pertahanan diri dengan memproyeksikan sifat yang ada pada diri sendiri ke dalam sifat orang lain. Misalnya ketika seseorang membenci orang lain, kemudian mengatakan pada orang bahwa orang lain membencinya.
- 5) Represi: upaya yang dilakukan untuk mengatasi masalah dengan cara

menghilangkan pikiran masa lalu yang buruk dengan sengaja melupakan.

- 6) Supresi: upaya yang dilakukan untuk mengatasi masalah dengan menekan masalah yang tidak diterima dengan sadar serta individu tersebut tidak ingin memikirkan hal yang kurang menyenangkan bagi dirinya.
- 7) Denial: upaya pertahanan diri dengan cara menolak masalah yang sedang dihadapi atau tidak mau menerima kenyataan yang dialami.

### 3. Adaptasi perkembangan

Pada setiap tahap, biasanya seseorang menghadapi tugas perkembangan dengan menunjukkan karakteristik perilaku dari tahap perkembangan tersebut. Stres yang berkepanjangan dapat mengganggu atau menghambat kelancaran dalam menyelesaikan tahap perkembangan pada bentuk yang ekstrem dan stres yang berkepanjangan dapat mengarah pada krisis pendewasaan kritik.

Penyesuaian diri terhadap stres ada yang bersifat positif atau konstruktif dan ada yang bersifat negatif.

1. Penyesuaian diri negatif meliputi beberapa hal yaitu:
  - a. *Giving up (withdraw)* seperti melarikan diri dari kenyataan atau situasi yang menimbulkan stres, bersikap apatis, kehilangan semangat, atau perasaan tidak berdaya, mengkonsumsi obat-obatan terlarang dan alkohol.
  - b. Agresif, yaitu berbagai perilaku yang ditujukan untuk menyakiti orang lain baik secara verbal maupun non verbal
  - c. Memanjakan diri sendiri (*indulging yourself*), yaitu berperilaku konsumtif yang berlebihan, seperti makan yang banyak, merokok, menghabiskan uang untuk berfoya-foya
  - d. Mencela diri sendiri (*blaming yourself*), yaitu penilaian negatif terhadap diri sendiri sebagai

respon terhadap frustrasi atau kegagalan dalam memperoleh sesuatu yang diinginkan

- e. Mekanisme pertahanan diri (*defense mechanism*), menolak kenyataan dengan cara melindungi diri dari suatu kenyataan yang tidak menyenangkan, berfantasi, rasionalisme, dan *over compensation*.

## 2. Penyesuaian diri positif

Penyesuaian diri positif merupakan upaya yang dilakukan untuk menghadapi situasi stres secara sehat antara lain:

- a. Menghadapi masalah secara langsung, mengevaluasi alternatif secara rasional dalam upaya memecahkan masalah tersebut.
- b. Menilai atau mempersepsikan situasi stres berdasarkan pada pertimbangan yang rasional
- c. Mengendalikan diri (*self control*) dalam mengatasi masalah yang dihadapi.



## **Daftar Pustaka**

- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. New York: Springer.
- Lee J. (2003). Job stress, coping and health perceptions of Hong Kong primary care nurses. *International Journal of Nursing Practice* : 9 (22): 86-91.
- McCubbin, H. & A. I. Thomson. (1983). Family Coping Inventory. USA: The University of Wisconsin, Madison.
- Meredith, L. Dkk. (2007). Increased Prevalence of Post-traumatic Stress Disorder Symptoms in Critical Care Nurses. *American Journal Of Respiratory And Critical Care Medicine*, Vol 175.
- National Safety Council. (2004). Manajemen Stress. (Widiastuti. Penerjemah) Jakarta: EGC.
- Pieter, H., Z,. (2010). Pengantar Psikologi Dalam Keperawatan. Cetakan 1. Jakarta : Kencana Prenada Media Group
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2010). Fundamental of Nursing: Concep, Proses and Practice. Ed 7. Vol 3. Jakarta: EGC
- Sarafino, E. P. (2011). Health psychology: Biopsychosocial Interactions. Fifth edition. USA: John Wiley & Sons
- Sadock, B., Sadock, V., & Ruiz, P. (2017). Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry 10th Edition. Philadelphia : Wolters Kluwer
- Schafer, Walt. (2010). Stress Management For Wellness: Ed. 4. United States of America
- Shaban, I., A., Khater, W. A., Zaheya, L. A. (2012). Undergraduate nursing students stress source and coping behaviours during their period of clinical training: A Jordanian perspective. *Nurse Education in Practice* Volume 12 Issue 4 . Pages 204-209
- Stuart, G. W., & Laraia, M. T. (2005). Principles And Practice of Psychiatric Nursing Eight edition. St. Louis, Missouri: Mosby Company

- Stuart, G. W. (2013). Principles And Practice of Psychiatric Nursing Ten edition. St. Louis, Missouri: Mosby Company
- Stuart & Sundden. (2005). Principle and practice of psychiatric nursing eight edition. St. Louis: Mosby Year Book, Inc
- Zhong, et all. (2008). Workplace Stressor and Coping Mechanism Chinese Psychiatric Nurses. Perspective in Psychiatric Care. Vol. 44. No. 4

## **Profil Penulis**

### **Dwi Happy Anggia Sari**



Staf pengajar pada Jurusan Keperawatan, Fakultas Psikologi dan Kesehatan, Universitas Negeri Padang. Menyelesaikan pendidikan Sekolah Menengah Atas di SMA Negeri 1 Pariaman (2004-2007), pendidikan Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners pada Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Riau (2007-2012), pendidikan Magister Keperawatan Peminatan Keperawatan Jiwa pada Program Pasca Sarjana Universitas Andalas (2013-2015). Kegiatan pendidikan, pengajaran, penelitian, dan pengabdian kepada masyarakat difokuskan pada berbagai masalah kesehatan di area dan lingkup keperawatan jiwa (Psychiatric Nursing) keperawatan komunitas (community health nursing) dan keperawatan kesehatan keluarga (family health nursing). Berbagai hasil karya ilmiah telah dipublikasikan dalam bentuk artikel ilmiah baik pada jurnal nasional maupun jurnal internasional. Manajemen Stres, Koping dan Penyesuaian terhadap stres merupakan lingkup ilmu yang sangat luas dan materi yang disajikan pada buku ini hanya sebagian kecil yang dapat diuraikan, namun penulis berharap dapat memberikan kontribusi yang bermanfaat bagi para pembaca.

Email Penulis: [dwi.happyanggia@fik.unp.ac.id](mailto:dwi.happyanggia@fik.unp.ac.id)

# KESEHATAN MENTAL DI SEKOLAH, KOMUNITAS DAN NEGARA BERKEMBANG

**Ns. Rima Berlian Putri, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.Kom.**

STIKes Tarumanagara

## **Kesehatan Mental di Sekolah**

Kesehatan mental disekolah adalah suatu keadaan psikologis yang menunjukkan penyesuaian diri individu terhadap masalah-masalah yang muncul dilingkungan pendidikan. Banyak faktor yang dapat mempengaruhi kesehatan mental di sekolah, dan beberapa penelitian terkait kesehatan mental disekolah menunjukkan bahwa terdapat strategi khusus yang harus dilakukan dalam upaya mengembangkan kesehatan mental di sekolah. Baumgardner & Crother (2010) menjelaskan bahwa kesehatan mental yang positif memberi kontribusi kepada peningkatan kebahagiaan subjektif dalam diri seseorang ternyata berhubungan dengan harapan hidup yang lebih lama, kemungkinan tertular penyakit yang lebih rendah, dan recovery yang lebih baik apabila seseorang mengalami suatu keadaan sakit. Dalam bidang pendidikan, pendidik memiliki kewajiban untuk mengembangkan substansi kesehatan mental dan ciri-ciri kesehatan mental baik yang harus terdapat pada peserta didik mereka dalam lingkungan pendidikan. Hanurawan (2012), menyatakan terdapat beberapa strategi untuk mengembangkan kesehatan mental di sekolah seperti para pendidik memastikan bahwa peserta didik dan komponen-komponen sekolah memperoleh waktu istirahat yang

teratur dan cukup, memperoleh asupan makanan dan minuman yang berkualitas, tidak mengonsumsi kafein, alkohol, rokok, dan zat adiktif yang lain, melaksanakan aktivitas fisik secara teratur, melakukan kegiatan yang dapat membuat semua komponen sekolah rileks dan senang, dapat melakukan kegiatan-kegiatan yang dapat memenuhi kebutuhan spiritual, pengorganisasian masalah dan perencanaan tindakan pemecahan masalah, memperoleh banyak teman yang dapat membantu mengembangkan emosi dan sikap positif dalam memandang hidup, mendapatkan bantuan profesional kesehatan mental dari para ahli dan praktisi yang kompeten, seperti psikolog sekolah dan konselor sekolah bagi peserta didik dan komponen-komponen sekolah lain yang menghadapi gangguan-gangguan kesehatan mental akut.

WHO (2004) mengemukakan bahwa 20% dari remaja berusia 18 tahun ke bawah mengalami masalah dalam perkembangan, masalah emosional dan perilaku. Dari jumlah tersebut yang mengalami gangguan mental adalah 1 per 8 anak, sedangkan pada populasi miskin 1 per 5 anak. Guna mengendalikan laju terjadinya masalah kesehatan mental dan psikopatologi, maka ditekankan kembali pentingnya upaya promosi kesehatan mental di berbagai setting (Williams, Saxena, & McQueen, 2005). Salah satu setting nya yaitu sekolah, dimana sekolah bisa dijadikan salah satu setting untuk mengatasi masalah kesehatan mental pada anak dan remaja. Salah satu bentuk perilaku negatif yang terjadi dikalangan anak dan remaja adalah bullying, dan kasus ini banyak terjadi di lingkungan sekolah dan terus meningkat di waktu saat ini. Setyawan, D (2016) menyatakan bahwa Komisi Perlindungan Anak Indonesia (KPAI) melaporkan di Indonesia kasus bullying menduduki peringkat teratas pengaduan masyarakat selama tahun 2011-2014 yaitu 369 pengaduan kasus bullying. Upaya mencegah dan mengatasi bullying perlu dilakukan tindakan intervensi pada pihak pelaku terlebih dahulu, hal ini dikarenakan pelaku bullying cenderung melibatkan lebih dari satu orang untuk melakukan tindakan bullying, sehingga membuat kasus bullying terus meningkat karena semakin

banyaknya individu yang menjadi pelaku (Andri Priyatna, 2010).

*Bullying* perlu mendapatkan perhatian khusus dari semua kalangan masyarakat, hal ini dikarenakan sebagian besar tindakan bullying terjadi di lingkungan sekolah dapat berdampak pada kesehatan mental siswa di sekolah (Wright, 2016). Pelaku *bullying* dalam kaitannya dengan kesehatan mental pada individu, dapat ditinjau dari *psychological distress* sebagai afek negatif dalam diri individu. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pelaku bullying berkaitan dengan karakteristik ataupun sisi afek negatif dalam dirinya, diantaranya yaitu adanya kecemasan, depresi, cenderung memiliki kepribadian antisosial, dan juga memiliki risiko tinggi dari putus sekolah, serta pada masa dewasanya nanti pelaku bullying lebih banyak memiliki masalah dengan pekerjaannya dan juga sulit mempertahankan hubungan romantis dalam jangka panjang dengan pasangannya (Heino et al, 2000). Pelaku *bullying* tidak hanya berkaitan dengan *psychological distress*, akan tetapi juga berkaitan dengan *psychological well-being* sebagai afek positif dalam diri individu, hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang menyatakan bahwa pelaku bullying merasa dirinya kurang bahagia dibandingkan dengan siswa lainnya yang tidak terlibat dalam bullying (Rigby & Slee, 1993). Siswa yang terlibat sebagai pelaku bullying memiliki klasifikasi kesehatan mental abnormal yang berkaitan dengan *emotional symptoms, conduct problems, hyperactivity, peer problems*, dan pro sosial yang rendah. Sedangkan siswa yang tidak terlibat sebagai pelaku bullying memiliki klasifikasi kesehatan mental normal (Faizah & Amna, 2017). Menurut H. Koo, (2007) jenis kelamin laki-laki lebih banyak terlibat dalam tindakan bullying. Peran orangtua yang baik seperti memiliki komunikasi orangtua-anak, sering meluangkan waktu bersama keluarga, dan mendukung akademik anak berhubungan dengan rendahnya keterlibatan dalam tindak bullying (Avila et al, 2012). Peran guru dalam mengatasi bullying juga sangat penting, Rigby & Smith, (2011) menyatakan bahwa semakin tinggi kepedulian

guru dalam mengatasi bullying maka akan semakin rendah pula keterlibatan siswa dalam tindakan bullying.

Sekolah perlu didesain sebagai sekolah yang mempromosikan kesehatan mental kalangan anak dan remaja (WHO, 2005). Berbagai kajian menunjukkan bahwa promosi kesehatan berbasis sekolah efektif untuk meningkatkan kesehatan mental dan *well-being* (Clarke & Barry, 2010; Weare, 2013). Oleh karena itu promosi kesehatan mental berbasis sekolah sangat penting sebagai strategi yang mengubah dari penanganan kesehatan mental yang bersifat individual ke pendekatan organisasi, dengan demikian efektifitas dan keberlanjutan program promosi kesehatan berbasis sekolah dapat ditingkatkan (Samdal & Rowling, 2010). Dalam konsep WHO (2005) promosi kesehatan mental dengan menggunakan pendekatan sistem/organisasi diistilahkan dengan *whole school approach*. Dalam hal ini promosi kesehatan mental di sekolah bukan hanya menangani siswa yang mengalami masalah kesehatan mental dan psikopatologi, namun meningkatkan kapasitas positif siswa dan seluruh guru dan staf sekolah serta orang tua, dan melibatkan pihak-pihak terkait. Bukan hanya memberikan penanganan pada siswa yang bermasalah namun juga menyusun kebijakan yang mampu memfasilitasi seluruh komunitas sekolah untuk meningkatkan kesehatan mental mereka. Oleh karena itu, sekolah perlu mempromosikan kesehatan mental dengan cara didisain sebagai “institusi positif” yang mendorong tercapainya kesehatan mental dan *well-being* seluruh komunitas sekolah.

*The Health Promotion School* (HPS) merupakan program promosi kesehatan dalam setting sekolah yang secara formal dikembangkan oleh WHO sebagai tindak lanjut dari Ottawa Charter tahun 1986. Melalui HPS diharapkan sekolah memiliki peran signifikan dalam membentuk generasi yang akan datang sebagai generasi yang terdidik dan sehat (WHO, 1998). Di Indonesia HPS diupayakan melalui penguatan program Usaha Kesehatan Sekolah (UKS). Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan (2012) mengemukakan bahwa efektifitas UKS dinilai dari enam

unsur berikut, sebagai pengejawantahan dari Trias UKS: (1) Perubahan tingkat pengetahuan pada umumnya yang berhubungan dengan kesehatan khususnya; (2). Perubahan sikap dan penghayatan terhadap prinsip dan pola hidup bersih dan sehat; (3) Perubahan tingkah laku kebiasaan hidup sehari-hari dan keterampilan dalam melaksanakan prinsip pola hidup bersih dan sehat termasuk peningkatan daya tangkal terhadap pengaruh buruk dari kebiasaan merokok, penyalahgunaan narkoba, serta kepekaan terhadap kebersihan lingkungan; (4) Kemampuan hidup sehat dan derajat kesehatan yang telah terjadi pada peserta didik karena adanya pelayanan kesehatan disekolah/madrasah; (5)Perubahan keadaan lingkungan khususnya lingkungan sekolah/madrasah dan lingkungan tempat tinggal yang meliputi, tingkat kebersihan, sanitasi, keindahan, keamanan, ketertiban dan sebagainya; dan (6) Tingkat keberhasilan maupun ketidakberhasilan kegiatan pembinaan dan pengelolaan program UKS. Agar program-program kesehatan mental yang diimplementasikan di sekolah terus berlanjut maka penting untuk dilakukan pengembangan pada sistem sekolah secara sistematis (Adelman & Taylor, 1999) dan melibatkan pengembangan organisasi (Samdal & Rowling, 2010). Liopis & Barry (2005) menunjukkan bahwa efektifitas promosi kesehatan mental dapat dicapai bila: (1) Program harus memiliki dasar teoretis. (2) Memiliki visi, misi, dan tujuan yang jelas yang dikembangkan bersama dengan komunitas dan mitra-mitranya sehingga transparan dan dipahami oleh semua pihak; (3) Ada dukungan dari mitra yang kompeten untuk memberikan pelatihan dan pendampingan penguatan kapasitas guru, tenaga kesehatan, dan lain-lain; (4) Melakukan evaluasi dan monitoring dengan metode yang bermutu (sistematik dan ilmiah) untuk memastikan efektifitas intervensi; (5) Terdapat dukungan dari pimpinan dan dukungan infrastruktur.

Adelman & Taylor (1999) mengemukakan terdapat beberapa komponen yang dibutuhkan untuk mengubah sekolah sehingga mampu menjadi sekolah yang mempromosikan kesehatan mental. Komponen tersebut antara lain:



1. Perubahan kebijakan yang diterjemahkan kedalam praktik sehari-hari. Komponen ini dapat dicapai melalui reformasi atau restrukturisasi organisasi, seperti misalnya alokasi sumber daya (keuangan, pegawai, waktu, peralatan, dan lain-lain) atau memodifikasi mekanisme organisasi yang telah ada saat ini. Hal-hal yang perlu dimodifikasi adalah: (a) *governance* (tatakelola); (b) *planning* (perencanaan); (c) koordinasi dan integrasi guna memastikan terjadinya fungsi yang kohesif; (d) kepemimpinan yang mampu memastikan program berjalan baik, yang mampu mengatasi kritik dari pemangku kepentingan dan menjadikannya masukan untuk bekerja dengan pemangku kepentingan secara efektif, terus berupaya memonitor dan memperbaiki dan (e) manajemen komunikasi dan informasi.
2. Perubahan sistem termasuk dalam pengalokasian anggaran. Komitmen terhadap komponen-komponen yang direstrukturisasi harus dinyatakan dalam kebijakan dan struktur organisasi guna memastikan kepemimpinan dan alokasi sumber daya yang efektif. Bila dikaitkan dengan konsep Health Promoting School yang dikemukakan oleh WHO, maka tugas dan tanggung jawab struktur sekolah sebagai berikut (Karyani, 2016):

	Komponen Tanggungjawab dalam HPS	Tugas
Kepala Sekolah	Organisasi, etos, dan lingkungan sekolah	Menyusun kelompok kerja HPS dengan perwakilan pemangku kepentingan di komunitas sekolah  Mengembangkan dan melakukan riset di lingkungan sekolah untuk mengidentifikasi risiko kesehatan  Menggunakan hasil survey untuk mengembangkan strategi guna menghilangkan

		atau mengurangi risiko tersebut  Mempersiapkan dana untuk melakukan asesmen kebutuhan dan sumber daya yang dibutuhkan untuk mengimplementasikan kebijakan HPS
Wakil Kepala Sekolah I	Kurikulum, pengajaran, dan pembelajaran	Bekerja secara berkelompok untuk melakukan audit kurikulum untuk memastikan konten dan isu mengenai promosi kesehatan  Mengembangkan in-service programs pembelajaran (untuk guru) dan non guru
Wakil Kepala Sekolah II	Kerjasama dan pelayanan	Menyusun rencana dan mengimplementasikan forum HPS untuk meningkatkan kesadaran orangtua dan komunitas, sekolah, serta merencanakan pertemuan-pertemuan untuk mengimplementasikan kebijakan

Liopis & Barry (2005) maka orang-orang kunci di sekolah perlu mendapatkan penguatan kapasitas seperti kepala sekolah, guru, staf administrasi, staf data dan teknologi informasi dan komponen sekolah lainnya.

### **Kesehatan Mental di Komunitas**

Mengidentifikasi masalah kesehatan mental adalah salah satu tugas perawat dalam melaksanakan praktik keperawatan di komunitas, sekolah, kesehatan rumah, klinik, rumah sakit, dan area lainnya. Nies & Mc. Ewen, (2019) menyatakan secara umum pencegahan masalah kesehatan jiwa diartikan sebagai tindakan yang bertujuan untuk mengurangi gejala dan gangguan jiwa dengan menggunakan strategi promosi kesehatan jiwa. Pencegahan masalah psikososial menurut model kesehatan jiwa masyarakat adalah tindakan-tindakan

yang bertujuan untuk mengurangi risiko penyakit jiwa untuk seluruh populasi dengan memberikan layanan kepada kelompok berisiko tinggi. Menurut Caplan (1964) tiga tingkatan tindakan pencegahan masalah psikososial dikomunitas yakni pencegahan primer, pencegahan sekunder, dan pencegahan tersier. Upaya pencegahan primer dilakukan pada anggota masyarakat yang sehat jiwa, pencegahan sekunder pada anggota masyarakat yang mengalami masalah kesehatan jiwa (risiko gangguan jiwa) dan pencegahan tersier pada klien yang mengalami gangguan jiwa dengan proses pemulihan. Zaini (2019) menyebutkan tentang prioritas pelayanan primer diberikan kepada anggota masyarakat yang belum mengalami risiko kesehatan jiwa mulai dari usia anak sampai dengan lanjut usia. Kegiatan yang dilakukan seperti memberikan pendidikan kesehatan, melakukan stimulasi perkembangan, program sosialisasi kesehatan jiwa serta manajemen stres.

Pencegahan sekunder adalah tindakan yang berfokus pada penurunan prevalensi gangguan jiwa melalui deteksi dini, skrining dan penanganan segera masalah psikososial dan gangguan jiwa. Tujuan pencegahan sekunder adalah mencegah dan menurunkan kejadian gangguan jiwa (telah memiliki faktor risiko) dan memperlihatkan tanda-tanda masalah psikososial dan gangguan jiwa merupakan target pelayanan dari pencegahan sekunder. Aktivitas-aktivitas yang dilakukan pada pencegahan sekunder meliputi menemukan kasus sedini mungkindengan cara memperoleh informasi dari berbagai sumber seperti masyarakat, tim kesehatan lain, penemuan langsung dan melakukan penjarangan kasus (Nies & Mc. Ewen, 2019). Pencegahan tersier diberikan kepada anggota masyarakat yang mengalami gangguan jiwa pada tahap pemulihan. Kegiatan keperawatan pada pencegahan tersier dilakukan melalui program dukungan social dari masyarakat, program rehabilitasi untuk memberdayakan klien dan keluarga, program sosialisasi serta program pencegahan terhadap stigma (Zaini, 2019).

Saat ini telah terjadi pergeseran paradigma dalam gerakan kesehatan mental yang lebih mengedepankan pada aspek

pengecahan gangguan mental serta bagaimana peran komunitas dalam membantu optimalisasi fungsi mental individu (Dewi, 2012). WHO mencanangkan visi dari rencana aksi kesehatan mental 2013–2020 yaitu dunia dimana kesehatan mental dihargai, dipromosikan dan dilindungi, gangguan mental dicegah dan orang yang terkena gangguan ini dapat melakukan berbagai hak asasi manusia dan mendapat akses kualitas tinggi, kesehatan sesuai budaya dan pelayanan sosial pada waktu yang tepat untuk mendorong pemulihan, yang memungkinkan untuk mencapai kesehatan pada level tertinggi dan berpartisipasi sepenuhnya dalam masyarakat dan di tempat kerja, bebas dari stigmatisasi dan diskriminasi (WHO, 2013). Pelayanan asuhan keperawatan di masyarakat pada masalah kesehatan fisik maupun kesehatan jiwa menggunakan pendekatan pelayanan kesehatan jiwa di komunitas atau *Community Mental Health Nursing* (CMHN), yang merupakan salah satu strategi program untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan yang diberikan kepada petugas kesehatan melalui pelatihan dalam rangka membantu masyarakat menyelesaikan masalah kesehatan jiwa (Zaini, 2019). CMHN adalah pelayanan keperawatan yang komprehensif, holistic, dan paripurna, berfokus pada masyarakat yang sehat jiwa, rentan terhadap stress dan dalam tahap pemulihan serta pencegahan kekambuhan. Pelatihan yang dilakukan pada CMHN terdiri dari tiga tahapan, yaitu Basic, Intermediate dan Advance Nursing Training (Nies & Mc. Ewen, 2019).

*Basic Course* CMHN (BCMHN) berhasil meningkatkan kemampuan pasien dan keluarga dalam merawat pasien secara mandiri. Untuk mempertahankan dan meningkatkan kemampuan pasien, telah dikembangkan Desa Siaga Sehat Jiwa (DSSJ) pada Intermediate Course CMHN dengan melatih Kader Kesehatan Jiwa (KKJ) yang bertugas memantau kemandirian pasien dan keluarga (Stuart, 2007). Perawat CMHN dalam melakukan kegiatan pelayanan di masyarakat menggunakan pendekatan 5 tugas dan fungsi perawat CMHN di masyarakat. Lima tugas dan fungsi tersebut yaitu perencanaan pelayanan keperawatan kesehatan jiwa di komunitas,

pengorganisasian, pengarahan, asuhan keperawatan, monitoring dan evaluasi (Zaini, 2019).

### **Kesehatan Mental di Negara Berkembang**

Masalah kesehatan mental di negara berkembang merupakan masalah kesehatan masyarakat yang masih perlu penanganan dan perhatian. Data WHO (2004) menyebutkan bahwa jumlah kasus kesehatan mental saat ini masih mengkhawatirkan. Terdapat sekitar 450 juta orang menderita gangguan mental dan perilaku di seluruh dunia. Diperkirakan satu dari empat orang akan menderita gangguan mental selama masa hidup mereka. Sistem kesehatan di dunia dianggap belum cukup menanggapi beban gangguan mental, sehingga terdapat kesenjangan antara kebutuhan akan perawatan dan persediaannya yang sangat besar. Sekitar 85% orang dengan gangguan mental parah di negara berkembang tidak mendapat pengobatan atas gangguannya (WHO, 2013). Banyak individu yang mengalami masalah kesehatan mental tidak mendapatkan penanganan yang tepat di layanan spesialis maupun layanan kesehatan secara umum (Kohn, Saxena, Levav, & Saraceno, 2004). Di banyak konteks negara-negara dengan pendapatan menengah ke bawah, gangguan mental lebih banyak ditangani oleh penyembuh tradisional (Burns, 2014). Penelitian di Afrika, Arab, Asia, dan India menunjukkan kebanyakan individu lebih memilih untuk mencari pertolongan ke penyembuh lokal terlebih dahulu sebelum mencoba jalur medis (Angermeyer, Breier, Dietrich, Kenzine, & Matschinger, 2005; Ediriweera, Fernando & Pai, 2012; Uwakwe & Otake, 2014).

Di Indonesia, hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskedas) menunjukkan prevalensi gangguan jiwa berat nasional sebesar 1,7 per mil, yang artinya 1-2 orang dari 1000 penduduk Indonesia mengalami gangguan jiwa. Prevalensi penduduk yang mengalami gangguan mental emosional secara nasional pada tahun 2013 sebesar enam persen (37.728 orang dari subjek yang dianalisis). Prevalensi tertinggi ada pada kelompok usia lebih dari 75 tahun dibandingkan kelompok usia lainnya, kelompok perempuan daripada laki-laki, dan kelompok tidak

sekolah (Kementerian Kesehatan RI, 2013). Nies & Mc. Ewen, (2019) menyebutkan dampak dari permasalahan kesehatan mental diantaranya seperti penurunan status kesehatan fisik, produktifitas kerja, dan kualitas sumber daya manusia yang secara signifikan menghambat pembangunan bangsa. Masalah kesehatan jiwa yang umum ditemukan di Indonesia adalah skizofrenia, depresi, gangguan bipolar, gangguan ansietas, gangguan ansietas umum, gangguan panic, fobia, gangguan obsesif-kompulsif, gangguan stres pasca trauma, gangguan makan, gangguan defisit perhatian/hiperaktivitas, bunuh diri, dan lain-lain.

Hingga saat ini, masih terdapat stigma dan diskriminasi terhadap orang dengan gangguan mental di negara berkembang pada umumnya dan di Indonesia khususnya. Laporan Human Rights Watch Indonesia (2016) menyebutkan buruknya penanganan di Indonesia terhadap warga yang mengalami gangguan kesehatan jiwa. Adanya stigma keliru tentang gangguan jiwa yang menghambat akses ke pelayanan kesehatan sehingga mengakibatkan penanganan yang salah. Diketahui bahwa lebih dari 57.000 orang dengan disabilitas psikososial (kondisi kesehatan mental), setidaknya sekali dalam hidup mereka pernah dipasung. Berdasarkan data pemerintah yang tersedia, sekitar 18.800 orang masih di pasung, padahal pemerintah sudah melarang pasung sejak tahun 1977. Oleh karena itu perlu dilakukan upaya promotif kesehatan jiwa di lingkungan keluarga dan masyarakat. Upaya promotif kesehatan jiwa bertujuan untuk mempertahankan dan meningkatkan derajat kesehatan jiwa masyarakat, menghilangkan stigma, diskriminasi, pelanggaran hak asasi ODGJ, serta meningkatkan pemahaman, keterlibatan, dan penerimaan masyarakat terhadap kesehatan jiwa (Undang-undang RI Nomor 18, 2014). Kemudian pentingnya meningkatkan pengetahuan dan pemahaman masyarakat tentang kesehatan mental karena pengetahuan mengenai gangguan mental akan mendorong seseorang mencari pertolongan dari tenaga formal dibandingkan informal (Kutcher et al., 2016).

## **Daftar Pustaka**

- Adelman, H.S., & Taylor, L. (1999). Mental health in school and system restructuring. *Clinical Psychology Review*, 19 (2), 137-163.
- Andri Priyatna. (2010). *Lets end bullying: memahami, mencegah, dan mengatasi bullying*. Jakarta: PT. Elex Media Komputindo
- Angermeyer, M.C., Breier, P., Dietrich, S., Kenzine, D., & Matschinger, H. (2005). Public attitudes toward psychiatric treatment: An international comparison. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(11), 855-864.
- Baumgardner, S.R. & Crother, M.K. (2010). *Positive Psychology*. Upper Saddle River, New Jersey: Pearson Education Inc.
- Burns, J.K. (2014). The burden of untreated mental disorders in KwaZulu-Natal Province-Mapping the treatment gap. *South African Journal of Psychology*, 20(1), 6-10
- Clarke, A. M. & Barry, M. (2010). An evaluation of the Zippy's Friends emotional well-being program for primary school in Ireland. Diunduh dari: <http://www.healthpromotion.cywhs.sa.gov.au/Content.aspx?p=154>
- Dewi, Kartika Sari. (2012). *Buku Ajar Kesehatan Mental*. Semarang: Lembaga Pengembangan dan Penjaminan Mutu Pendidikan Universitas Diponegoro.
- D. Setyawan, (2016). KPAI: Kasus bullying dan pendidikan karakter Komisi Perlindungan Anak Indonesia (KPAI). Diakses dari <http://www.kpai.go.id/berita/kpai-kasus-bullying-dan-pendidikan-karakter/>, hal 1
- Douglas Vanderbilt & Marilyn Augustyn. (2010). The effects of bullying. *Paediatrics and Child Health*, 20(7), 315-320, (2010), hal. 316.

- Faizah, Firsta & Amna, Zaujatul, Zaujatul. (2017). Bullying dan Kesehatan Mental pada Remaja SMA di Banda Aceh. *Gender Equality: International Journal of Child and Gender Studies*. Volume 3 Nomor 1, Maret 2017 hal 77-84
- Hanurawan, Fattah. (2012). Strategi Pengembangan Kesehatan Mental di Lingkungan Sekolah. *Jurnal Psikopedagogia*, Volume 1 No.1 , Juni 2012.
- Human Rights Watch. (2016). Hidup di Neraka, kekerasan terhadap penyandang Disabilitas Psikososial di Indonesia. Human Rights Watch Organization. <http://www.hrw.org>. Jakarta.
- Hyojin Koo. (2007). A time line of the evolution of school bullying in differing social contexts, *Asia Pacific Education Review*, 8(1), 107-116, hal. 112.
- Karyani, Usmi. (2016). Merancang perubahan di sekolah untuk menjadi sekolah yang mempromosikan kesehatan mental. *Jurnal Indigenous Vol.1, No.1* , Mei 2016: 48-60
- Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan (2012). *Pedoman dan Pembinaan Usaha Kesehatan Sekolah*. Direktorat Pendidikan Dasar: Jakarta.
- Kementrian Kesehatan RI. (2013). *Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2013*. Laporan Penelitian (tidak dipublikasikan). Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- Ken Rigby & Peter K Smith. (2011). Is school bullying really on the rise?. *Social Psychology of Education*.14(4), 441-455. hal.453
- Ken Rigby & Philip T. Slee. (1993). Dimensions of interpersonal relation among Australian children and implications for psychological well-being. *The Journal of Social Psychology*, 133(1), 33-42, hal. 40.
- Kohn, R., Saxena, S., Levav, I., & Saraceno, B. (2004). The treatment gap in mental healthcare. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(11), 858-866



- Kutcher, S., Wei, Y., & Coniglio, C. (2016). Mental health literacy: Past, present, and future. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61(3), 154-158.
- Lopis, J., & Barry, M.M. (2005). What makes mental health promotion effective? *Promotion and Education*, 2, 47 - 55.
- Michelle Faye Wright. (2016). Bullying among adolescents in residential programs and in public school: the role of individual and contextual predictors. *Journal of Aggression, Conflict, and Peace Research*, 8(2). hal. 1.
- Nies & Mc.Ewen. (2019). *Keperawatan Kesehatan Komunitas dan Keluarga (Edisi Indonesia pertama)*. Jakarta: Elsevier
- Rashmi Shetgiri, Hua Lin, Rosa M. Avila, & Glenn Flores. (2012). Parental characteristics associated with bullying perpetration in US children aged 10 to 17 years. *American Journal of Public Health*, 102(12), 2280-2286, hal. 2281.
- Rittakerttu Kaltiala-Heino, Matti Rimpelä, Paivi Rantanen, & Arja Rimpelä. (2000). Bullying at school—an indicator of adolescent at risk for mental disorders. *Journal of Adolescence*, 23(6), 661-674, (2000), hal. 668-670
- Samdal, O., Rowling, L.(2010). Theoretical and empirical base for implementation components of health-promoting schools. *Health Education*, 111(5), 367-390
- Stuart, Garl W. 2007. *Buku Saku Keperawatan Jiwa Edisi 5*. Dialih bahasakan oleh R.P Yuda E.K. Jakarta: EGC
- Undang-undang Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa. Jakarta. Republik Indonesia.
- World Health Organization (1998). *Health Promoting School*. Diunduh dari [http://www.who.int/school\\_youth\\_health/media/en/92.pdf](http://www.who.int/school_youth_health/media/en/92.pdf).

- WHO. (2004). Prevention of Mental Disorders.Effective Intervention and Policy Options (Summary Report). Geneva: World Health Organization collaboration with the Prevention Research Centre of the Universities of Nijmegen and Maastricht.
- Williams,S.M., Saxena, S., & McQueen, D.V. (2005). The Momentum for mental health promotion. Promotion and Education, 2, 6-8
- World Health Organization (2005). Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: A Report of the World Health Organization,Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and The University of Melbourne. Diunduh dari [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/MH\\_Promotion\\_Book.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/MH_Promotion_Book.pdf)
- WHO. 2013. Mental Health Action Plan 2013 – 2020. Geneva: World Health Organization.
- Zaini, Mad. 2019. Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Psikososial di Pelayanan Klinis dan Komunitas. Yogyakarta: Deepublish

## **Profil Penulis**



### **Rima Berlian Putri**

Saat ini adalah pengajar aktif di STIKes Tarumanagara Jakarta. Mata kuliah yang biasa diampu adalah Keperawatan Komunitas, Keperawatan Keluarga, Keperawatan Gerontik, Promosi Kesehatan dan Nursing English.

Pendidikan strata-1 ditempuh di Universitas Andalas Padang pada program studi ilmu keperawatan. Pendidikan strata-2 dan spesialis Keperawatan di tempuh di Universitas Indonesia pada program studi Ilmu keperawatan kekhususan Keperawatan Komunitas. Tertarik pada riset yang membahas tema tentang keperawatan komunitas, keperawatan keluarga, keperawatan gerontik, HIV/AIDS dan kesehatan remaja. Penulis aktif dalam beberapa komunitas dan kegiatan sosial di masyarakat.

Penulis bisa dihubungi melalui email:

[rimaberlianputri@gmail.com](mailto:rimaberlianputri@gmail.com)

# KONSEP DIRI DAN HUBUNGAN INTERPERSONAL

**Ns. Yade Kurnia Sari, M.Kep.**

Universitas Sumatra Barat

## **Konsep Diri**

### 1. Defenisi Konsep Diri

Konsep Diri adalah cara pandang seorang individu mulai dari perasaan, persepsi sadar dan bawah sadar, termasuk karakteristik yang dimiliki, gambaran fisik, kelebihan dan kekurangan, motivasi dan dorongan, termasuk sesuatu yang bisa membuat berhasil ataupun gagal, mulai dari hal yang sederhana sampai bersifat kompleks, yang bisa mempengaruhi individu tersebut dalam bersikap dan berinteraksi dengan lingkungan dan individu lain. Dibawah ini akan dipaparkan beberapa pendapat para ahli terkait defenisi konsep diri:

- a. Stuart & Sudden dalam Heidemans tahun 2009, konsep diri adalah ide, pikiran, kepercayaan dan pendirian yang melekat pada individu yang mempengaruhi individu dalam berhubungan dengan orang lain.
- b. Potter dan Perry menjelaskan bahwa konsep diri adalah gambaran subjektif dari diri individu dan perpaduan yang kompleks mulai dari perasaan, persepsi sampai kepada sikap.
- c. Menurut Calhaoun dan Acocella (dalam Ghufroon dan Risnawita, 2012) mendefenisikan konsep diri

sebagai gambaran mental seorang individu, terkait cara pandang, keyakinan, gambaran, perasaan terhadap apa yang dimiliki orang tentang dirinya sendiri.

- d. Hurlock tahun 1993 menjelaskan bahwa konsep diri adalah gambaran mental yang dimiliki seseorang tentang dirinya yang mencakup fisik dan psikologis.
- e. Budi Annakeliat, menjelaskan konsep diri adalah cara pandang individu dalam memandang dirinya, baik secara utuh, fisik, intelektual, emosional, spiritual, maupun sosial.

Berdasarkan beberapa sumber di atas dapat disimpulkan konsep diri adalah sesuatu yang kompleks, meliputi fisik dan psikologis, termasuk hal hal yang bisa memotivasi ataupun yang menjatuhkan motivasi individu, dalam berinteraksi dengan orang lain, dengan memegang dua konsep diri kognitif dan afektif.

## 2. Komponen Konsep Diri

Komponen konsep diri dapat dijelaskan dengan rentang dari kiri ke kanan (kuat sampai lemah) atau (positif sampai negatif) yang semua kriteria tersebut tergantung pada kemampuan individu dalam mengontrol kelima komponen dari konsep diri (Stuart, 2013). Adapun komponen konsep diri tersebut adalah:

- a. Citra Diri (*Self Image*) atau dikenal juga dengan citra tubuh.

Menurut Benfield dan MC Cabe (2001) dalam (Modeling, 2013) citra tubuh ditandai dengan evaluasi seseorang yang mencakup perasaan tentang penampilan fisiknya, persepsi remaja mengenai penampilannya apakah sudah menarik atau tidak dan perilaku remaja yang mementingkan dan membentuk penampilannya dengan berbagai cara. Sementara citra tubuh menurut Cash &Pruzinsky dalam (Basuki, 2019)didefinisikan sebagai gambaran tubuh

meliputi pemikiran, persepsi, dan peradsaan yang dibentuk dalam pikiran diri sendiri. Sejalan dengan Muth dan Cash ((Basuki, 2019), mengungkapkan bahwa body image atau citra tubuh adalah persepsi , perasaan dan pikiran seseorang tentang tubuhnya dan biasanya meliputi estimasi ukuran tubuh, evaluasi terhadap tubuh dan emosi terkait dengan bentuk dan ukuran tubuh.

Muth dan Cash (1997) dalam (Basuki, 2019) menyatakan terdapat 3 aspek yang terkait dengan citra tubuh, antara lain :

- 1) *Evaluation* (Evaluasi), yaitu sikap puas atau tida puas seseorang terhadap penampilan fisik yang dimilikinya.
  - 2) *Affect* (Perasaan), yaitu berdasarkan pengalaman masing- masing individu yang pada akhirnya mempengaruhi emosi seseorang.
  - 3) *Investment* (investasi), yaitu penilaian individu terhadap tubuhnya dan tindakan seseorang dalam usaha untuk meningkatkan penampilannya.
- b. Citra Tubuh dipengaruhi oleh beberapa faktor. Menurut Basuki, 2013 diantaranya:
- 1) Jenis kelamin. Jenis kelamin pria cenderung memandang tubuhnya secara fungsional dan aktif agar dapat menunjang aktivitas. Sedangkan wanita lebih memandang tubuhnya dari estetika, sehingga wanita biasanya memiliki kepuasan lebih rendah dibandingkan kaum pria dalam memandang dan menerima tubuhnya.
  - 2) Orang tua. Beberapa penelitian menjelaskan bahwa terdapat hubungan antara sikap dan perilaku orang tua dalam menghargai citra tubuh anak mereka. Orang tua berperan penting dalam menentukan pemilihan

pakaian anak ataupun dalam konsumsi makanan tertentu.

- 3) Hubungan interpersonal juga berpengaruh dalam citra tubuh. Seseorang akan mampu membandingkan dirinya lebih baik atau lebih buruk setelah membandingkan dirinya dengan orang lain.
- 4) Media massa juga berpengaruh dalam pembentukan citra tubuh, karena media selalu menampilkan seseorang yang dianggap ideal dengan kriteria yang telah ditetapkan. Dengan adanya interaksi tersebut, biasanya individu membandingkan tubuhnya dengan *image* yang ditampilkan oleh media.
- 5) Tingkat religi. Religi atau keagamaan mengajarkan bahwa jika seseorang bersyukur, maka tuhan akan menambah nikmatnya, termasuk dalam bersyukur menerima semua kondisi tubuh yang dimiliki seseorang. Seseorang yang bersyukur dan taat kepada tuhan yme lebih mampu mengontrol rasa ketidakpuasan dalam menerima kondisi tubuh yang dirasa tidak ideal, dengan demikian kebesyukuran dapat menjadi cara yang inovatif untuk membantu para wanita dan pria dalam menerima tubuhnya. Beberapa penelitian menyimpulkan, bahwa semakin tinggi tingkat bersyukur seseorang, maka semakin *positif body image* seseorang.

### **Ideal Diri**

Ideal diri adalah persepsi individu tentang bagaimana seseorang harus berperilaku berdasarkan standart, aspirasi, tujuan atau penilaian seseorang ( Stuart and Sundeen , 1991 dalam (Salbiyah, 2003). Penetapan ideal diri dipengaruhi oleh kebudayaan, keluarga, ambisi, keinginan dan kemampuan individu dalam menyesuaikan diri dengan norma dan prestasi masyarakat setempat. Ideal diri harus cukup tinggi supaya mendukung respek terhadap diri, tetap tidak terlalu tinggi, terlalu menuntut,

serta samar samar atau kabur. Ideal diri akan melahirkan harapan individu terhadap dirinya saat berada ditengah masyarakat dengan norma tertentu. Ideal diri berperan dalam pengaturan internal dan membantu individu mempertahankan kemampuannya menghadapi konflik atau kondisi yang membuat bingung. Ideal diri sangat penting untuk mempertahankan kesehatan dan keseimbangan mental. (Lazim et al., 2005). Menurut Farida, Rochimah dan sulistiawati (2009) dalam (Agustin et al., 2019) menyatakan bahwa individu yang memiliki ideal diri yang positif akan mengembangkan perilaku yang positif sesuai caranya memandang diri di lingkungan.

Ideal diri sebenarnya dimulai pada masa kanak-kanak dipengaruhi oleh orang-orang terdekat seperti keluarga, dengan memberikan harapan atau tuntutan tertentu. Dengan berjalannya waktu individu tersebut secara lambat laun menginternalisasikan harapan tersebut dan akan membentuk dasar dari suatu ideal diri. Ideal diri pada masa remaja terbentuk melalui proses identifikasi keluarga khususnya orang tua, guru di sekolah dan teman, sedangkan ideal diri pada usia lebih tua diidentifikasi melalui penyesuaian yang direfleksikan dari penurunan kekuatan fisik, perubahan peran dan tanggung jawab (Wicaksono, 2015).

Beberapa faktor yang mempengaruhi ideal diri, diantaranya: a) menetapkan ideal diri sebatas kemampuan, b) faktor kultur dibandingkan dengan standar orang lain, c) hasrat melebihi orang lain, d) hasrat untuk berhasil, e) hasrat untuk memenuhi kebutuhan realistik, f) hasrat menghindari kegagalan, g) Adanya perasaan cemas dan rendah diri.

### **Harga Diri (*Self Esteem*)**

Harga diri adalah penilaian pribadi terhadap hasil yang dicapai dengan menganalisa seberapa jauh perilaku memenuhi ideal diri (stuart & sudden, 1998) dalam (Wicaksono, 2015). Sering gagal atau tidaknya individu maka harga diri akan cenderung rendah. Harga diri diperoleh dari diri sendiri dan orang lain. Karakteristik gangguan harga diri, meliputi: tampak atau tersembunyi,



menyatakan kekurangan dirinya, mengekspresikan rasa malu atau bersalah, menilai diri sebagai individu yang tidak memiliki kesempatan, ragu- ragu untuk mencoba sesuatu/ situasi yang baru, mengingkari masalah yang nyata pada orang lain, melemparkan tanggung jawab terhadap masalah, mencari alasan untuk kegagalan diri, sangat sensitive terhadap kritikan, merasa hebat.

Menurut pandangan Rosenberg (1965) dalam (Srisayekti & Setiady, 2015) dua hal yang berperan penting dalam pembentukan harga diri adalah *Reflected appraisals* dan komparasi sosial (*social comparisons*). Mereka yang memiliki harga diri rendah diduga memiliki kecenderungan menjadi rentan terhadap depresi, penggunaan narkoba, dan dekat dengan kekerasan, sedangkan harga diri yang tinggi membantu meningkatkan inisiatif, resiliensi dan perasaan puas pada diri seseorang. Harga diri yang tinggi mencerminkan kondisi pribadi positif, yang akan memunculkan sikap yang baik dalam berinteraksi dengan orang lain. Harga diri dipandang sebagai salah satu aspek yang penting dalam pembentukan kepribadian seseorang. Manakala seseorang tidak dapat menghargai dirinya sendiri, maka akan sulit baginya untuk dapat menghargai orang-orang di sekitarnya. Dengan demikian harga-diri (self-esteem) merupakan salah satu elemen penting bagi pembentukan konsep diri seseorang, dan akan ber-dampak luas pada sikap dan perilakunya (Srisayekti & Setiady, 2015). Perilaku seseorang dalam keluarga dapat mempengaruhi perilaku anggota keluarga yang lainnya. Didalam keluarga, seseorang dapat merasakan dirinya dicintai, diinginkan, diterima dan dihargai yang pada akhirnya membantu dirinya untuk lebih dapat menghargai diri sendiri. Situasi keluarga yang tidak bahagia kurang dapat menghasilkan pribadi yang memiliki harga diri positif.

Penelitian terkait harga diri sepanjang siklus kehidupan menyatakan bahwa harga diri cenderung lebih tinggi pada anak-anak, menurun pada masa remaja dan meningkat kembali selama masa awal sampai masa dewasa madya, dan kembali menurun pada masa dewasa akhir. Harga

diri pria cenderung lebih tinggi dibandingkan wanita sepanjang siklus kehidupan.

### 1. Peran Diri

Peran diri adalah serangkaian pola sikap, perilaku, nilai dan tujuan yang diharapkan oleh masyarakat, dihubungkan dengan fungsi individu di dalam kelompok sosial. Peran memberikan sarana untuk berperan serta dalam kehidupan sosial dan merupakan cara untuk mengaktualisasikan identitas diri, dan harga diri. (Jhoni Putra, 2019). Beberapa faktor tertentu bisa menyebabkan terganggunya peran, sehingga mengganggu identitas diri, ideal diri dan harga diri seseorang, sehingga munculah kepuasan peran dan ketidakpuasan peran. Kepuasan peran merupakan hasil dari kemampuan individu dalam menyesuaikan diri terhadap kondisi yang terjadi selama rentang sehat sakit. Sementara ketidakpuasan peran muncul akibat ketidakmampuan dalam menyesuaikan diri dari kondisi sehat ke kondisi sakit, hal ini tentunya dapat menimbulkan konflik peran pada individu tersebut.

### 2. Identitas Diri

Identitas diri adalah hal-hal yang menyangkut kualitas (eksistensi) seseorang, yang berarti bahwa seseorang memiliki ciri khas yang unik dan berbeda dengan individu lainnya. Identitas diri secara tidak langsung artinya adalah mempertahankan kharismatik atau gaya keindividualitasan diri sendiri. (Jhoni Putra, 2019). Perkembangan Salah satu faktor yang bisa mempengaruhi identitas diri adalah sumber daya. Sumber daya ini bisa berasal dari internal, ataupun eksternal. Sumber daya internal meliputi motivasi, persepsi dan aktualisasi diri dari dalam diri pasien itu sendiri. Sedangkan sumber daya eksternal antara lain persepsi dan sikap masyarakat.

### **Karakteristik Konsep Diri**

Karakter seseorang secara umum dapat dinilai oleh individu itu sendiri dengan dua kemungkinan bersifat

positif dan negatif. Karakter individu yang memiliki konsep diri positif antara lain:

1. Mempunyai keyakinan bahwa dirinya mampu untuk mengatasi berbagai masalah. Dengan kata lain, dirinya percaya bahwa setiap masalah pasti ada solusinya.
2. Memiliki perasaan sama dengan makhluk lain
3. Memiliki keinginan untuk introspeksi diri dan kemampuan dalam memperbaiki diri
4. Memiliki kesadaran bahwa individu lain juga mempunyai keinginan, perasaan dan sikap yang belum tentu diterima oleh semua anggota masyarakat atau kelompok sosial tertentu
5. Dapat menerima pujian dari individu lain tanpa rasa malu
6. Tidak tersinggung dan merasa terancam apabila dikritik oleh orang lain
7. Mampu menerima dengan lapang dada informasi negatif terkait dirinya.

Konsep diri negatif biasanya terjadi pada individu yang tidak banyak tahu informasi akan dirinya sendiri dan tidak melihat dirinya secara utuh. Contohnya, ia hanya melihat kelemahan pada dirinya atau bahkan kelebihan – kelebihan yang ada pada dirinya. Karakter individu yang memiliki konsep diri negatif diantaranya:

1. Merasa pesimis setiap kali menghadapi suatu kompetisi dengan individu lain
2. Memiliki sifat yang sensitif atau peka apabila mendapat kritikan dari individu lain
3. Memiliki sikap yang responsif apabila mendapat pujian dari individu lain
4. Cenderung memiliki sikap yang suka mengkritik, bahkan hingga kepada persoalan kecil
5. Memiliki perasaan bahwa dirinya tidak disenangi oleh individu lain

6. Tidak mampu untuk menghargai dan mengakui kelebihan dari individu lain.

### **Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Konsep Diri**

Permasalahan yang terjadi pada diri manusia sebagian besar ada pada perspektif terhadap dirinya sendiri. Pemahaman ini akan muncul dari pikiran negatif terhadap dirinya sendiri, seperti merasa dirinya tak berguna, rendah diri atau inferior, tidak cantik atau ganteng, tidak menarik, tidak memiliki keterampilan, dan segala macam kritik terhadap dirinya sendiri yang malah menyebabkan suatu problem. Berikut ini ada beberapa faktor yang memengaruhi konsep diri seorang individu, di antaranya:

1. Kegagalan

Sadar atau tidak sadar, kegagalan yang terjadi pada diri individu secara terus menerus akan memberikan pertanyaan besar pada potensi atau kemampuan dirinya sendiri sehingga berujung pada persepsi bahwa dirinya lemah dan tak dapat diandalkan.

2. *Overthinking*

Seorang individu yang terlalu sering *overthinking* sangatlah tidak baik. Hal itu karena dapat mengarahkan pikiran buruk terhadap penilaian dirinya sendiri sehingga terciptalah *konsep diri* yang negatif. Individu tersebut cenderung terus menerus memikirkan kegagalan yang dialaminya, tanpa ada keinginan untuk mencari solusinya. Sikap seperti ini harus segera dihentikan.

### **Pentingnya Konsep Diri**

Konsep Diri yang sehat dan positif akan menimbulkan manfaat untuk diri sendiri. Berikut adalah manfaat yang didapatkan dengan memiliki *konsep diri* yang sehat dan positif, di antaranya:

1. Memaksimalkan Potensi Diri

Apabila individu memiliki konsep diri yang positif, individu itu akan percaya bahwa ia dapat melakukan berbagai hal, mampu menyelesaikan masalah yang ada dengan mencari peluang dan solusi, membuka

potensi yang dimiliki kepada hal-hal yang belum pernah dipikirkan sebelumnya.

2. Membantu Dirinya Sendiri dalam Mencapai Tujuan Hidupnya

Individu yang memiliki konsep diri positif, cenderung memiliki sikap yang optimis dan realistis terhadap tujuan yang diinginkannya. Dengan begitu, peluang dirinya untuk berhasil akan semakin besar sehingga tujuan yang diinginkannya pun akan tercapai.

3. Menghindari *Self Sabotaging Behavior*

Individu yang memiliki konsep diri positif mampu menghindari *self-sabotaging behavior*. *Self-sabotaging behavior* sebagai bentuk pemikiran, sikap, ataupun tindakan yang menahan dirinya untuk meraih apa yang ia mau, misalnya, *goals* dalam hidupnya.

Memiliki konsep diri yang positif akan membentuk diri menjadi pribadi yang lebih positif, optimis, dan yakin bahwa dirinya mampu mendapatkan apa yang diinginkan atau dituju. Akan tetapi, sebaliknya, apabila *konsep diri* pada diri individu itu negatif atau dapat dikatakan tak sehat, hal itu tak akan membawa dirinya dalam mencapai keinginan dan tujuannya.

4. Mampu Memengaruhi Fisik dalam Menghadapi Masalah

Memengaruhi perspektif bagaimana individu itu menggunakan fisiknya dalam menghadapi suatu masalah atau tantangan dalam kehidupannya sehari-hari. Contoh simpelnya, seorang individu ingin mengikuti suatu perlombaan lari, apabila ia memiliki *konsep diri* bahwa dirinya terlalu gemuk untuk dapat mengikuti perlombaan lari tersebut dan akan menjadi orang terakhir yang sampai di garis *finish*, mungkin saja itu akan terjadi.

## **Hubungan Interpersonal**

Hubungan interpersonal yaitu hubungan yang dibangun oleh dua orang atau lebih yang saling tergantung dan memiliki cara- cara interaksi yang konsisten menjadi penting dalam kehidupan mengingat sebagai makhluk sosial manusia tidak dapat lepas dari adanya interaksi dengan orang lain. (Rubani, 2011).

Faktor-faktor yang mempengaruhi hubungan interpersonal diantaranya:

1. Tingkat hubungan dan konteks. Seseorang yang baru berinteraksi, tidak akan membuat seseorang mengalami ketergantungan satu dengan yang lain, begitu juga dengan perbedaan perilaku saat bertemu di tempat yang berbeda, contohnya seorang murid dengan guru yang berbeda tingkah dan logatnya saat berinteraksi di kelas atau saat bertemu di pasar. Sehingga kehangatan komunikasi bisa lebih baik saat diluar kelas dibandingkan saat dalam kondisi belajar.

2. Kebutuhan interpersonal dan gaya komunikasi.

Kebutuhan ini misalnya kebutuhan akan kasih sayang atau mengontrol orang lain. Orang yang ingin mengontrol orang lain akan berlaku defensif. Selain itu gaya komunikasi juga bisa mempengaruhi pola yang mungkin berkembang dalam suatu hubungan. Pada saat berinteraksi dengan orang lain komunikasi sangat mempengaruhi hubungan interpersonal. Apabila terjadi komunikasi yang efektif, maka hubungan interpersonal akan terjalin dengan baik.

3. Kekuasaan

Kekuasaan yang dimiliki seseorang juga mempengaruhi pola komunikasi yang berkembang. Jika seseorang lebih berkuasa dibandingkan yang lain, tidak mungkin akan terjadi hubungan yang sejajar, yang satu pasti lebih tergantung pada yang lain. Sebaliknya, jika mungkin terjadi hubungan yang ditandai oleh kesejajaran, tidak ada yang lebih berkuasa dibandingkan yang lain.

#### 4. Konflik

Kehadiran suatu konflik adalah bagian dari dinamika komunikasi manusia. Konflik yang dapat diselesaikan dengan baik dapat menyebabkan hubungan interpersonal lebih baik. Dan sebaliknya jika suatu konflik tidak bisa diselesaikan dengan baik maka hubungan interpersonal menjadi rusak.

## Daftar Pustaka

- Abarca, R. M. (2021). Konsep Harga Diri. *Nuevos Sistemas de Comunicación e Información*, 2013–2015.
- Agustin, D., Iqomh, M. K. B., & Prasetya, H. A. (2019). Gambaran Harga Diri, Citra Tubuh, Dan Ideal Diri Remaja Putri Berjerawat. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 6(1), 8. <https://doi.org/10.26714/jkj.6.1.2018.8-12>
- Basuki, K. (2019). Pengertian Body Image. ISSN 2502-3632 (Online) ISSN 2356-0304 (Paper) *Jurnal Online Internasional & Nasional Vol. 7 No.1*, Januari – Juni 2019 Universitas 17 Agustus 1945 Jakarta, 53(9), 1689–1699. [www.journal.uta45jakarta.ac.id](http://www.journal.uta45jakarta.ac.id)
- Jhoni Putra, G. (2019). 1. Buku Konsep Diri.pdf (pp. 1–59).
- Lazim, O. K. dan, Morphology, T. C., Wylęgała, L., Morphology, T. C., Ibrahim, H. 2011. F. – faktor yang berhubungan dengan kejadian I. pada anak B. di wilayah P. B. K. B. T. 2011. T. P. P. U., 0, & Morphology, T. C. (2005). Title. *Materia Japan*, 5(1), 1–12  
[http://joi.jlc.jst.go.jp/JST.Journalarchive/materia1994/44.24?from=CrossRef%250Ahttps://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/MT\\_Globalization\\_Report\\_2018.pdf%250Ahttp://eprints.lse.ac.uk/43447/1/India\\_globalisation%25](http://joi.jlc.jst.go.jp/JST.Journalarchive/materia1994/44.24?from=CrossRef%250Ahttps://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/MT_Globalization_Report_2018.pdf%250Ahttp://eprints.lse.ac.uk/43447/1/India_globalisation%25)
- Modeling. (2013). Pengertian Citra Tubuh. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 19.
- Rubani, M. (2011). Efektivitas Layanan Bimbingan Kelompok Untuk Meningkatkan Hubungan Interpersonal Siswa Berprestasi Sekolah Menengah Atas Negeri 5 Pekanbaru. 10–34.
- Salbiyah. (2003). Respon Adaptif Respon Maladaptif Aktualisasi Diri Konsep Diri Positif Harga Diri Rendah Kekacauan Identitas Depersonalisasi. *USU Digital Library*, 1–8.



- Srisayekti, W., & Setiady, D. A. (2015). Harga-diri (Self-esteem) Terancam dan Perilaku Menghindar. *Jurnal Psikologi*, 42(2), 141.  
<https://doi.org/10.22146/jpsi.7169>
- Wicaksono, A. (2015). Hubungan Antara Komponen Konsep Diri Dengan Tingkat Depresi Pasien Gagal Ginjal.  
[https://Scholar.Google.Com/Scholar?hl=id&as\\_sdt=0%2C5&q=hubungan+antara+komponen%2CAdi+Wicaksono&oq,11-40](https://Scholar.Google.Com/Scholar?hl=id&as_sdt=0%2C5&q=hubungan+antara+komponen%2CAdi+Wicaksono&oq,11-40).
- Zamrodah, Y. (2016). No Title No Title No Title. 15(2), 1-23.

## Profil Penulis



### **Yade Kurnia Sari**

Anak bungsu dari dua orang saudara, putri dari pasangan Bapak Ngadiyo (Alm) dan Ibu Darwati EN (almrh). Lahir di Kota Bukittinggi, 15 Januari 1986. Awal jenjang pendidikan penulis dimulai dari TK bhayangkari Brimob Padang Panjang (tamat tahun 1992), dilanjutkan ke SDN 012 Padang Panjang (tamat tahun 1998), selanjutnya MTsN Padang Panjang (tamat Tahun 2001), SMAN 02 Padang Panjang (Tamat 2004), dilanjutkan menempuh pendidikan D-III Keperawatan Nabila Padang Panjang (Tamat tahun 2007), Selanjutnya menempuh S1 Keperawatan dan Ners di Universitas Andalas Padang (Tamat tahun 2010) selanjutnya menempuh Pendidikan Magister Keperawatan di Universitas Andalas dan tamat pada tahun 2016 dengan peminatan keperawatan jiwa. Jenjang Karir penulis dimulai pada tahun 2010 sebagai tenaga pengajar di Universitas Muhammadiyah Bukittinggi, selanjutnya pernah menjadi dosen di Institut Kesehatan Prima nusantara Bukittinggi, dan saat ini menjadi dosen tetap di Universitas Sumatra Barat. Pengalaman riset mulai penulis fokuskan sejak tahun 2012 sampai saat ini dengan beberapa kali mendapatkan dana hibah penelitian. Fokus penelitian dititik beratkan pada pasien resiko yang mengalami gangguan psikososial (harga diri rendah, ansietas dan keputusan pada pasien penyakit kronik). Beberapa penelitian tersebut sudah dipublikasikan dalam bentuk jurnal dan proceeding nasional dan internasional.

Email Penulis: [yade\\_pratama@yahoo.com](mailto:yade_pratama@yahoo.com)

- 1 SEJARAH, KONSEP DASAR DAN RUANG LINGKUP KESEHATAN MENTAL  
Ns. Debby Sinthania, S.Kep., M.Kep.
- 2 PARADIGMA DAN PERKEMBANGAN KESEHATAN MENTAL  
Ns. Maryati Agustina Barimbing, S.Kep., M.Kep.
- 3 ISU – ISU KESEHATAN MENTAL  
Fepyani Thresna Feoh, S.Kep., Ns., M.Kep.
- 4 PERSPEKTIF KESEHATAN MENTAL PADA ASPEK AGAMA DAN SOSIAL  
Ns. I Dewa Gede Candra Dharma, S.Kep., M.Kep.
- 5 PREVENSI KESEHATAN MENTAL  
Irna Kartina, S.Kep., Ns., MSN.
- 6 TRANSKULTURAL DALAM KEPERAWATAN JIWA  
Lanawati, S.Kep., Ns., M.Kep.
- 7 BULLYING PADA REMAJA DAN DAMPAK PADA KESEHATAN MENTAL REMAJA  
Nia Agustiniingsih, S.Kep., Ns., M.Kep.
- 8 ETIKA DAN PERAN DALAM KESEHATAN MENTAL  
Ns. Rizka Ausrianti, M.Kep.
- 9 KONSELING KESEHATAN MENTAL DAN KEPERAWATAN SEHAT  
Antonia Helena Hamu, S.Kep., Ns., M.Kep.
- 10 MENTAL YANG SEHAT, GANGGUAN MENTAL DAN KLASIFIKASINYA  
Ns. Miftakhul Ulfa, S.Kep., M.Kep.
- 11 PRINSIP DAN PANDANGAN TENTANG KESEHATAN MENTAL  
Awaliyah M. Suwetty, S.Kep., Ns., M.Kep.
- 12 PRINSIP KESEHATAN MENTAL TERGANGGU, PERSONAL DAN KOMUNITAS  
Ns. Febri Tri Andini, M.Kep.
- 13 PENDEKATAN TERHADAP GANGGUAN JIWA  
Dr. Sabina Gero, S.Kp., M.Sc.
- 14 KESEHATAN MENTAL ANAK SAMPAI LANJUT USIA  
Yuli Fitria, S.Psi., M.Si.
- 15 PENYESUAIAN DIRI DAN PERTUMBUHAN DIRI  
Ns. Eli Saripah, M.Kep., Sp.Kep.J.
- 16 PENYEMBUHAN DAN PENANGANAN KESEHATAN MENTAL  
Ns. Rosmi Eni, M.Kep.
- 17 PEMBERDAYAAN KELUARGA DALAM INTERVENSI KESEHATAN MENTAL  
dr. Ariza Farizca, M.K.M.
- 18 FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KESEHATAN MENTAL  
Triyana Harlia Putri, S.Kep., Ns., M.Kep.
- 19 SKIZOFRENIA DAN GANGGUAN MOOD  
dr. Zulfa Zahra, Sp.KJ.
- 20 MASALAH EMOSI DAN PERILAKU DALAM KONTEKS SOSIAL  
Dewi Rayani, S.Psi., MA.
- 21 DIMENSI KESEHATAN BIOLOGIS DAN PSIKOLOGI KESEHATAN MENTAL  
Zumiarti, S.Sos., M.I.Kom.
- 22 DIMENSI SOSIAL BUDAYA DAN LINGKUNGAN KESEHATAN MENTAL  
Israfil, S.Kep., Ns., M.Kes.
- 23 MANAJEMEN STRES, COPING DAN PENYESUAIAN TERHADAP STRES  
Ns. Dwi Happy Anggla Sari, S.Kep., M.Kep.
- 24 KESEHATAN MENTAL DI SEKOLAH, KOMUNITAS DAN NEGARA BERKEMBANG  
Ns. Rima Berlian Putri, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.Kom.
- 25 KONSEP DIRI DAN HUBUNGAN INTERPERSONAL  
Ns. Yade Kurnia Sari, M.Kep.

*Editor :*

Ns. Arif Munandar, S.Kep., M.Kep.

Untuk akses **Buku Digital**,  
Scan **QR CODE**



**Media Sains Indonesia**

Melong Asih Regency B.40, Cijerah  
Kota Bandung - Jawa Barat  
Email : [penerbit@medsan.co.id](mailto:penerbit@medsan.co.id)  
Website : [www.medsan.co.id](http://www.medsan.co.id)



ISBN 978-623-362-655-2 (PDF)



9

786233

626552