

MASALAH PSIKOSOSIAL

Konsep dan Aplikasi dalam

Aruh

by Siti Kotijah 3

Submission date: 12-Apr-2023 02:50AM (UTC+0700)

Submission ID: 2061853563

File name: JURNAL_8.pdf (5.81M)

Word count: 89315

Character count: 598036

118

MASALAH PSIKOSOSIAL

Konsep dan Aplikasi dalam Asuhan Keperawatan

Siti Kotijah

Ah. Yusuf

Titik Sumiatin

Verantika Setya Putri


**Mitra
Wacana
Media**
PENERBIT

Siti Kotijah

Ah. Yusuf

Titik Sumiatin

Verantika Setya Putri



Edisi Asli

Hak Cipta © 2021

Diterbitkan

Telp.

111

Website

E-mail

: Penulis

: Penerbit Mitra Wacana Media

: (021) 824-31931

: (021) 824-31931

: <http://www.mitrawacanamedia.com>: mitrawacanamedia@gmail.com

Hak cipta dilindungi undang-undang. Dilarang memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini dalam bentuk apa pun, baik secara elektronik maupun mekanik, termasuk memfotokopi, merekam, atau dengan menggunakan sistem penyimpanan lainnya, tanpa izin tertulis dari Penerbit.

UNDANG-UNDANG NOMOR 28 TAHUN 2014 TENTANG HAK CIPTA

18

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).**
3. 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 a, huruf b, huruf e, dan/atau huruf g untuk Penggunaan Secara Komersial **dipidana dengan pidana penjara paling lama 4 (empat) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).**
4. Setiap Orang yang memenuhi unsur sebagaimana dimaksud pada ayat (3) yang dilakukan dalam bentuk pembajakan, **dipidana dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp4.000.000.000,00 (empat miliar rupiah).**

Siti Kotijah

Ah. Yusuf

Titik Sumiatin

Verantika Setya Putri

MASALAH PSIKOSOSIAL Konsep dan Aplikasi dalam Asuhan Keperawatan

— Jakarta: Mitra Wacana Media, 2021

Anggota IKAPI No: 410/DKI/2010

1 jil., 17 × 24 cm, 340 hal.

ISBN:

1. Keperawatan

I. Judul

118

2. Konsep dan Aplikasi dalam Asuhan Keperawatan

II. Siti Kotijah, Ah. Yusuf, Titik Sumiatin, Verantika Setya Putri



KATA PENGANTAR

Dengan memanjatkan puji syukur kehadirat Allah SWT, Tuhan Yang Maha Esa, penulis dapat menyelesaikan buku “Masalah Psikososial; Konsep dan Aplikasi dalam Asuhan Keperawatan” ini dengan baik. Buku ini diselesaikan untuk menambah khasanah masyarakat dan perawat dalam mengenali masalah psikososial dan dampak menyeluruh terhadap sistem tubuh, khususnya dipandang dari perspektif ilmu keperawatan.

Masalah psikososial dapat berupa; cemas, khawatir berlebihan, takut, mudah tersinggung, sulit konsentrasi, ragu atau merasa rendah diri, kecewa, marah atau agresif. Reaksi fisik masalah psikososial dapat berupa jantung berdebar, otot tegang, sakit kepala dan gangguan regulasi hormonal lainnya. Masalah psikososial sering tidak disadari, dianggap tidak berkaitan langsung dengan masalah kesehatan fisik secara umum seperti tekanan darah tinggi, diabetes mellitus, gangguan jantung, lambung dan sebagainya. Permasalahan ini terjadi karena stres persepsi yang dibangun akan mempengaruhi stres respon yang ditimbulkan. Stres persepsi dikelola oleh sistem kognitif tubuh, stres respon dikelola oleh pengaturan hormon tubuh, termasuk dampak pada immunitas (kekebalan) tubuh seseorang terhadap penyakit.

Upaya mencari pertolongan atau pengobatan sering dilakukan berdasarkan gejala fisik yang timbul, seperti; sakit kepala, hipertensi, asam lambung meningkat, gula darah meningkat dan sebagainya. Padahal semua itu hanya merupakan simptomatis dari masalah psikososial, belum mengurangi sumber masalah utama yaitu psikososial.

Kunci utama menghadapi masalah psikososial adalah pada kemampuan adaptasi, diawali dari penentuan makna hidup “*Meaning of Life*”, inilah hidup; sedih, bahagia, suka, duka adalah sebuah peristiwa yang dipersepsikan. Tidak semua yang manis berarti nikmat, gula bisa berarti penyakit, kopi pahit bisa terasa sangat nikmat, oseng-oseng daun pepaya bisa berasa sangat lezat, sementara sate gule bisa meningkatkan kolesterol. Bagaimana kita menilai sebuah peristiwa dalam kehidupan bisa jadi sangat berarti dalam menentukan makna hidup. Oleh karena itu “*positive beliefs, positive feeling dan positive thinking*” sangat perlu dikembangkan untuk membangun *positive stress perceptions* sehingga menghasilkan *stress respons yang adaptive*.

Buku ini membahas tentang konsep psikososial, berbagai bentuk gangguan masalah psikososial, kriteria diagnosis dan alternatif tindakan yang dapat dilakukan, dilengkapi hasil penelitian pada berbagai kasus. Beberapa hasil penelitian tentang analisis faktor yang berhubungan dengan kesadaran diri mahasiswa dalam melakukan skrining masalah psikososial dan dukungan psikososial pada ibu menopause juga dibahas pada buku ini. Harapan kami, semoga buku ini bermanfaat bagi perawat yang ingin meningkatkan kompetensi asuhan keperawatan masalah psikososial, klien, maupun peneliti yang konsern dengan masalah psikososial dalam keperawatan.

Surabaya, Agustus 2021.

Penulis,





Sekapur Sirih

Alhamdulillah, sujud syukur kupersembahkan kepada Mu ya Allah, Tuhan yang maha agung dan maha tinggi. Atas takdir-Mu saya bisa menjadi pribadi yang berpikir, berilmu, beriman dan bersabar. Semoga keberhasilan ini menjadi langkah awal untuk masa depan dalam meraih cita-cita.

Buku ini merupakan sarana untuk berbagi ilmu pengetahuan dalam menyikapi masalah psikososial yang sering kita temukan dalam kehidupan sehari-hari. Seperti yang kita ketahui setiap orang beriman pasti akan diuji dengan keburukan dan kebaikan. Hal itu tidak lain untuk meningkatkan derajatnya di sisi Allah serta menjadi pribadi yang tangguh dan penuh empati terhadap sesama manusia. Ketika manusia lahir ke dunia, bahkan ketika masih di dalam kandungan, ia sudah mengalami banyak fase ujian. Misalnya, saat dilahirkan ke dunia yang difikirkan adalah tempat yang penuh kebahagiaan, tapi ternyata jalan menuju kebahagiaan itu sendiri sangatlah sulit dan menyakitkan. Sehingga, ia terlahir dalam kondisi menangis yang justru membawa kebahagiaan untuk orang lain (orang tua). Itulah indikator bahwa hidup didunia adalah tempat ujian, dan tidak selamanya ujian berisi sebuah kesengsaraan. Kita tidak akan pernah mengetahui ujian apa yang akan datang menghampiri. Kehidupan didunia bisa diibaratkan layaknya seperti naik roller coaster. Acceptance adalah kunci dalam hidup, tidak semua permasalahan bisa di selesaikan saat itu juga. Kadangkala masalah akan selesai dengan sendirinya tanpa harus kita lawan. Selain itu yang paling terpenting adalah support dari orang tercinta. Sesulit apapun hidup kita, dukungan psikososial dari orang terdekat adalah segalanya.

Pada akhirnya, saya ucapkan terima kasih sebesar-besarnya untuk semua pihak yang memberikan kontribusi besar dalam penyelesaian buku ini. *Especially for family..., my lovely husband... Thank you, my heart is the luckiest and happiest in the universe because you live in it. There are no words that can describe how grateful I am to be the recipient of your love and support. We hold hands each other's to strengthen in facing life's problems that come in our lives.*

Surabaya, Agustus 2021

Penulis





DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	III
SEKAPUR SIRIH	V
DAFTAR ISI	VII
BAB 1 KONSEP PSIKOSOSIAL	1
Latar Belakang	1
Psikososial	2
Kebutuhan Psikososial	20
Masalah Psikososial	32
Stres Adaptasi.....	37
Teori Stress Adaptasi.....	42
Teori Double Abcx Model	67
Kehilangan Dan Berduka.....	71
Kesejahteraan Psikologis	78
Daftar Pustaka	82
BAB 2 KEPERAWATAN MASALAH PSIKOSOSIAL	85
Proses Keperawatan	85
KEPERAWATAN MASALAH PSIKOSOSIAL	94
DAFTAR PUSTAKA.....	182
BAB 3 PSYCHOLOGICAL FIRST AIDS (PFA)	183
Pendahuluan	183
Potensi Bencana Di Indonesia	184
Stress Pasca Bencana.....	188
Psychological First Aids (PFA)	190
Dukungan Psikososial Pada Penderita Covid-19	199
Dukungan Psikososial Pada Orang Sehat	200
Daftar Pustaka	208
Latar Belakang	209

BAB 4	KESADARAN DIRI MAHASISWA KEPERAWATAN DALAM MELAKUKAN SKRINING MASALAH PSIKOSOSIAL	211
	Latar Belakang	211
	Dasar Pemikiran	213
	Masalah Psikososial	216
	Mahasiswa Keperawatan.....	216
	Hasil Riset	225
	Children Depression Inventory	240
	Penilaian Children Depression Inventory.....	242
	Instrumen Skrining Gejala Cemas & Depresi (SRQ 20).....	250
	Hasil Penelitian	250
	Kesimpulan	270
	Daftar Pustaka	271
BAB 5	DUKUNGAN PSIKOSOSIAL PEREMPUAN MENOPOUSE.....	277
	Latar Belakang	277
	Dasar Pemikiran.....	279
	Uraian Kegiatan	283
	Pelaksanaan Kegiatan	283
	Kuesioner Model Dukungan Psikososial Perempuan Menopause.....	296
	Hasil Penelitian	302
	Daftar Pustaka	321
	TENTANG PENULIS	325





BAB 1

KONSEP PSIKOSOSIAL

LATAR BELAKANG

Manusia adalah makhluk biopsikososial yang unik dan menerapkan sistem terbuka serta saling berinteraksi. Manusia selalu berusaha mempertahankan keseimbangan hidup untuk keberlangsungan kehidupan, memenuhi kebutuhan, meningkatkan keadaan dan mencapai prestasi optimal. Tuntutan pemenuhan kebutuhan ini dapat berupa pemenuhan kebutuhan biologis, psikologis, sosial termasuk spiritual. Keseimbangan ini dipertahankan untuk mencapai kondisi optimal yang disebut sehat. Satu pesan yang harus diingat adalah *"Healthy is not state but a dynamic condition"*, kesehatan bukanlah kondisi yang statis atau tetap, melainkan selalu bergerak dinamis sesuai irama kehidupan. Kesehatan berada pada satu rentang respon antara hidup optimal dan mati, antara sehat wal-afiat dan sakit menjelang ajal.



Tetaplah jaga keseimbangan, bila perlu usahakan lebih sering berada pada posisi optimal, disitulah keberhasilan dan prestasi peningkatan hidup dapat tercapai. Status kesehatan tidak pernah berhenti pada satu titik, karena kehidupan bukanlah flat. Tuhan juga tidak pernah menjanjikan langit selalu biru, selalu saja ada awan ber-arak, panas, hujan dan badai datang silih berganti. Beginilah realitas kehidupan, walaupun rencana dan keinginan kita selalu indah.



Realitas kehidupan yang sangat berat ini, harus tetap dijalani ketika kita menghendaki tujuan tercapai, jangan pernah berhenti ditengah jalan ketika cita-cita belum tercapai, jangan mengeluh, tetaplah berjalan, karena setiapak demi setiapak langkah kita itu, dapat mengukir sejarah ketika cita-cita telah tercapai. Tetap semangat menjalani kehidupan, karena hanya kita yang tahu, betapa beratnya rintangan yang harus kita lewati. Manusia lain hanya bisa melihat apa yang tampak dari kejauhan. Ketika kita berhasil sukses, mereka akan berkomentar; enak yaa... hidupmu. Ketika kita gagal, mungkin diantara mereka ada yang peduli dan membantu, walaupun tak jarang diantara mereka yang mencibir. Tetaplah semangat, karena orang-orang hebat terbentuk dari lingkungan dan kondisi yang keras. Kehidupan baru dimulai ketika kita berani keluar dari zona nyaman "*Life begins at the end of your comfort zone*".

Rahasia sukses menjalani kehidupan adalah terletak pada kemampuan adaptasi, menerima kenyataan dan membuat kenyataan itu menjadi lebih baik. Kuncinya pada pemberian makna hidup, sebuah persepsi yang dibangun atas peristiwa kehidupan, tergantung pada latar belakang, pengalaman, norma, nilai dan supporting yang dimiliki. Kopi pahit bisa terasa sangat nikmat, rokok yang hanya berupa asap terasa teman sejati, gula yang manis katanya penyakit, sate yang lezat katanya asam urat, kolesterol dan sebagainya. Semua itu tergantung pada persepsi dan makna hidup yang diberikan. Konsep ini dapat diperkuat dengan nilai spiritualitas, karena spiritual merupakan sumber internal dalam diri terutama yang terkait filosofi dan makna hidup.

Psikososial merupakan suatu kondisi yang terjadi pada individu menunjuk pada hubungan yang dinamis antara faktor psikis dan sosial, yang saling berinteraksi dan mempengaruhi satu sama lain. Psikososial sendiri berasal dari kata psiko dan sosial. Kata psiko mengacu pada aspek psikologis dari individu (pikiran, perasaan dan perilaku) sedangkan sosial mengacu hubungan eksternal individu dengan orang di sekitar. Masalah psikososial menurut undang-undang kesehatan nomor 18 tahun 2014 adalah masalah sosial yang mempunyai dampak negatif dan berpengaruh terhadap gangguan jiwa. Masalah sosial yang muncul sebagai dampak dari gangguan jiwa. Permasalahan psikososial terjadi antara lain: berduka, keputusan, ansietas, ketidakberdayaan, gangguan citra tubuh, dan harga diri rendah situasional.

PSIKOSOSIAL

Pengertian Psikososial

Psikososial adalah relasi yang dinamis antara aspek psikologis dan sosial seseorang. Psikososial berasal dari kata *psiko* dan sosial. Kata *Psiko* mengacu aspek psikologis dari individu meliputi pikiran, perasaan maupun perilaku. Sosial mengacu pada hubungan antara individu dengan orang disekitar (deWit & O'Neill, 2014). Menurut Arulappan Judie (2016) Psikososial merupakan istilah yang berhubungan dengan faktor sosial,

pemikiran individu serta perilaku. Menurut kamus lengkap psikologi, psikososial diartikan sebagai “sesuatu yang berhubungan dengan relasi sosial mencakup faktor psikologis.

Psikososial berarti hubungan sosial mencakup aspek psikologis meliputi pikiran, perasaan dan tingkah laku. Selain itu psikososial juga digunakan menggambarkan hubungan antara kondisi sosial seseorang dengan kesehatan mental emosional. Hal ini dapat diilustrasikan jika sebuah keluarga pindah ke lingkungan rumah baru memiliki karakter masyarakat berbeda jauh dengan tempat tinggal sebelumnya. Keluarga tersebut merasa cemas, apakah mampu untuk beradaptasi dan menyesuaikan diri dengan lingkungan barunya. Cemas yang dialami oleh keluarga merupakan bentuk masalah psiko (mental) sedangkan lingkungan baru merupakan kondisi sosial yang menyebabkan kecemasan.

Komponen Psikososial

Psikososial terdiri dari kata psiko dan sosial. Psiko yang dimaksud adalah psikologi, Menurut kamus besar bahasa Indonesia, psikologi adalah sesuatu yang berkaitan dengan proses mental, baik normal maupun abnormal dan pengaruhnya pada perilaku. Komponen psikologi terdiri pengetahuan, emosi, motivasi, konsep diri dan personality. Pengetahuan adalah segala sesuatu yang diketahui, kepandaian atau segala sesuatu yang diketahui berkenaan dengan hal (mata pelajaran). Emosi menurut KBBI adalah luapan perasaan yang berkembang dan surut dalam waktu singkat, keadaan dan reaksi psikologis dan fisiologis (seperti; kegembiraan, kesedihan, keharuan, kecintaan), keberanian yang bersifat subjektif. Motivasi diartikan sebagai dorongan yang timbul pada diri seseorang secara sadar atau tidak sadar untuk melakukan tindakan dengan tujuan tertentu, usaha yang dapat menyebabkan seseorang atau kelompok tergerak melakukan sesuatu karena ingin mencapai tujuan yang dikehendakinya atau mendapat kepuasan dengan perbuatannya. Konsep diri adalah cara pandang dan sikap seseorang terhadap diri sendiri, meliputi; bentuk, ukuran, struktur dan fungsi tubuh seseorang. Personality menggambarkan perilaku, watak dan kepribadian seseorang. Semua komponen ini dapat diidentifikasi sebagai komponen psikologis.

Pengertian sosial adalah hal yang berkenaan dengan masyarakat atau sifat kemasyarakatan yang memperhatikan kepentingan umum. Komponen sosial antara lain; masyarakat, luas wilayah, keadaan tanah, lokasi, dan aparatur pemerintahan. Semua komponen ini dapat diidentifikasi sebagai komponen sosial.

Komponen psikososial menyangkut komponen psikologis dan sosial, maka ketika individu mengalami gangguan psikososial, akan terjadi perubahan pada beberapa aspek kesehatan mental, kesehatan emosional, keseimbangan emosi dan kesehatan spiritual (Arulappan Judie, 2016).

Kesehatan Mental

Menurut WHO kesehatan mental merupakan kondisi dari kesejahteraan yang disadari oleh individu, seperti kemampuan untuk mengelola stres agar tetap dapat menjalani kehidupan yang wajar, untuk bekerja secara produktif dan menghasilkan, serta berperan serta di komunitasnya.

Kesehatan mental adalah bagaimana cara manusia menyesuaikan diri dengan dunia, dan efektif, bahagia, efisien, puas, dan memelihara amarah, kecerdasan yang waspada, perilaku perhatian sosial dan watak bahagia (Nick Wrycraft, 2009).

Kesehatan mental disebut juga dengan kesehatan jiwa. Sehat mental atau sehat jiwa bukan berarti seseorang tidak menderita gangguan jiwa, tetapi mengandung berbagai karakter atau ciri positif, bisa menggambarkan keselarasan dan keseimbangan jiwa seseorang dan mencerminkan kedewasaan kepribadiannya. Pendapat lain tentang kesehatan jiwa atau mental menurut kementerian kesehatan Australia, kemampuan individu dalam suatu kelompok dan lingkungan untuk berinteraksi, sebagai upaya untuk mencapai kesejahteraan, perkembangan optimal, dengan menggunakan kemampuan mentalnya yaitu kognisi, afeksi dan relasi, memiliki prestasi individu dan kelompok yang konsisten dengan hukum yang ada. Menurut UU Kesehatan Jiwa no 18 tahun 2014 dijelaskan bahwa kesehatan jiwa merupakan kondisi yang memungkinkan perkembangan fisik, intelektual, dan emosional secara optimal dari individu, dan perkembangan tersebut berjalan selaras dengan orang lain.

Sehat jiwa menurut Yahoda adalah sikap positif terhadap diri sendiri, tumbuh kembang dan aktualisasi diri, integrasi (keseimbangan, keutuhan, keselarasan antara apa yang diucapkan dan dilakukan), otonomi, persepsi realitas, *enviroment mastery* yaitu kecakapan dalam beradaptasi dengan lingkungan. Kriteria sehat jiwa menurut WHO adalah mampu menyesuaikan diri secara konstruktif dengan kenyataan, memperoleh kepuasan dari usahanya, merasa lebih puas memberi daripada menerima, mampu mengembangkan hubungan antar manusia saling menolong dan memuaskan, menerima sebuah kekecewaan sebagai pelajaran, mempunyai rasa kasih sayang, mengarahkan rasa bermusuhan pada penyelesaian yang kreatif dan konstruktif.

Kesehatan Emosional

Emosi berasal dari bahasa Latin; *emovere*, yang berarti bergerak menjauh. Arti kata ini menggambarkan bahwa kecenderungan bertindak merupakan hal mutlak dalam emosi. Daniel Goleman (2002) mengatakan bahwa emosi merujuk pada suatu perasaan dan pikiran yang khas, suatu keadaan biologis dan psikologis dan serangkaian kecenderungan untuk bertindak. Emosi merupakan reaksi terhadap rangsangan dari luar dan dalam diri individu, sebagai contoh emosi gembira mendorong perubahan

suasana hati seseorang, sehingga secara fisiologi terlihat tertawa, emosi sedih mendorong seseorang berperilaku menangis.

Saputra dan Safaria (2009) merumuskan emosi sebagai suatu keadaan yang terangsang dari organisme mencakup berbagai perubahan yang disadari, sifatnya mendalam, dan perubahan perilaku. Maramis (2009) dalam buku "Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa" mendefinisikan emosi sebagai suatu keadaan yang kompleks, berlangsung tidak lama, mempunyai komponen pada badan dan jiwa individu.

Emosi menurut (Rakhmat, 2013) menunjukkan perubahan organisme yang disertai gejala kesadaran, keperilakuan dan proses fisiologis. Kesadaran apabila seseorang mengetahui tentang makna situasi yang sedang terjadi. Jantung berdetak lebih cepat, kulit memberikan respon dengan mengeluarkan keringat, napas terengah-engah termasuk dalam proses fisiologis dan terakhir apabila seseorang melakukan tindakan sebagai suatu akibat yang terjadi.

Berdasarkan berbagai pengertian diatas, dapat disimpulkan bahwa emosi adalah pengalaman sadar, kompleks, meliputi unsur perasaan, mengikuti keadaan psikologis dan mental, penyesuaian batiniah dan mengekspresikan diri dalam tingkah laku yang nampak.

Kesehatan emosional yaitu suatu kondisi bagaimana kita merasakan kesejahteraan, menghadapi peristiwa dalam kehidupan, mengakui kondisi emosi pada diri sendiri dan orang lain. Kesehatan emosional merupakan bagian penting dari kesehatan tubuh secara keseluruhan. Orang yang sehat secara emosional akan memiliki kemampuan mengendalikan pikiran, perasaan, dan perilaku mereka. Orang yang sehat secara emosional juga membuat dirinya mampu mengatasi tantangan hidup. Emosi berperan penting dalam mengendalikan kesehatan emosional. Semakin terganggu emosi kita, atau semakin tidak mampu individu mengendalikan emosinya maka akan semakin terganggu kesehatan emosionalnya.

Ada banyak macam emosi yang ditampilkan seseorang. Beberapa tokoh memberikan batasan tampilan emosi sebagai berikut:

Lazarus (1991)	<i>Anger</i> (marah), <i>anxiety</i> (cemas), <i>fright</i> (takut), <i>jealously</i> (perasaan bersalah), <i>shame</i> (malu), <i>disgust</i> (jijik), <i>happiness</i> (gembira), <i>pride</i> (bangga), <i>relief</i> (lega), <i>hope</i> (harapan), <i>love</i> (kasih sayang), <i>compassion</i> (kasihan)
Descrates (Gunarsa, 2003)	Enam emosi dasar: <i>desire</i> (hasrat), <i>hate</i> (benci), <i>sorrow</i> (sedih/duka), <i>wonder</i> (heran atau ingin tahu), <i>love</i> (cinta) dan <i>joy</i> (kegembiraan).
JB Watson	<i>Fear</i> (ketakutan), <i>rage</i> (kemarahan), <i>love</i> (cinta).
Daniel Goleman	Amarah, kesedihan, rasa takut, kenikmatan, cinta, terkejut, jengkel, dan malu

Goleman menjelaskan bahwa perilaku individu yang muncul sebagian besar diwarnai oleh emosi. Emosi dasar individu meliputi emosi positif dan emosi negatif. Emosi negatif adalah perasaan yang tidak diinginkan, menjadikan kondisi psikologis yang tidak nyaman. Emosi positif yaitu perasaan yang diinginkan dan menjadikan psikologis merasa lebih nyaman.

Scherer (2001) menjelaskan bahwa emosi terdiri dari 5 komponen, yaitu; penilaian, gejala fisiologis, ekspresi motorik, kecenderungan berperilaku, perasaan subyektif dan reaksi.

1. Penilaian (*appraisal*), penilaian secara kognitif terhadap suatu peristiwa atau stimulus. Penilaian ini dapat terbentuk karena ada pengalaman, membentuk memori seseorang dan mempengaruhi emosi yang terbentuk akibat suatu yang terjadi.
2. Gejala fisiologis (*physiological symptoms*), merupakan reaksi tubuh secara fisiologis yang disebabkan oleh suatu *event* ataupun stimulus.
3. Ekspresi motorik (*motor expression*), merupakan reaksi individu terhadap suatu *event* ataupun stimulus yang dilihat dari ekspresi wajah. Ekspresi tertentu dapat menggambarkan seseorang sedang mengalami emosi tertentu juga.
4. Kecenderungan perilaku (*actiontendencies*), merupakan kecenderungan individu untuk menjauhi atau mendekati *event* atau stimulus. Kecenderungan perilaku ini juga dapat dinilai sebagai bentuk emosi seseorang. Pada umumnya seseorang yang mengalami emosi positif terhadap suatu *event* maka orang tersebut cenderung untuk mendekati.
5. Perasaan subjektif (perasaan subjektif), merupakan penilaian individu terhadap emosi yang dirasakannya. Perasaan subjektif ini merupakan representasi dari interkorelasi keempat komponen diatas. Dengan adanya penilaian (*appraisal*) yang dibuat oleh individu, gejala fisiologis yang dirasakannya, kecenderungan perilaku, dan ekspresi motorik yang dibentuk, maka individu mendefinisikan emosi yang dialami dengan memberikan nama label emosi tersebut.
6. Reaksi terhadap emosi, misalnya marah menjadi agresi, gembira hingga meneteskan air mata, lucu menjadi tertawa dan sebagainya.

Keseimbangan Emosi

Menurut kamus psikologi, keseimbangan emosi disebut dengan *emotional*

stability, karakteristik seseorang yang memiliki kontrol emosional baik. Istilah *emotional maturity* (kedewasaan emosional) adalah satu keadaan dalam tingkat kedewasaan dari perkembangan emosional. Sebaliknya, emosi yang tidak seimbang dapat mengakibatkan kecemasan (*anxiety*), kegelisahan (*nerveus*), kekhawatiran yang berlebih dan sikap tidak bertanggung jawab. Kondisi semacam ini bisa menghambat sistem kerja otak untuk menalar setiap masalah secara optimal, sehingga dapat menyebabkan kebingungan yang berlarut.

Keseimbangan emosi merupakan ciri pribadi yang sehat, menjadi faktor penting bagi efektifitas nalar untuk mampu bekerja secara baik. Rasulullah SAW pernah bersabda, “bukanlah orang kuat itu adalah orang yang hebat bergulat, tapi orang yang kuat adalah orang yang dapat menahan emosinya ketika ia marah” (HR Bukhari dan Muslim).

Pengelolaan atau manajemen emosi menjadi sesuatu yang sangat penting, sebuah proses mengendalikan berbagai reaksi emosi yang muncul pada diri seseorang. Beberapa hal yang dapat dilakukan antara lain; melawan pikiran negatif dengan hal yang logis, membuat *image* bahwa segala sesuatu itu membahagiakan, menerima pikiran negatif dan bertindak positif, pendekatan spiritual, *support social* dan bantuan dari orang lain, merasa selalu bahagia.

Kesehatan sosial

Kesehatan sosial berkaitan dengan hubungan individu terhadap orang lain di sekitarnya. Orang yang sehat secara sosial tidak akan mengalami masalah dalam berhubungan dan berinteraksi dengan orang lain, lingkungan dan komunitas dimana ia tinggal.

Menurut Corey Keyes, seorang sosiolog sekaligus ahli bidang psikologi positif, ada tiga unsur penting dalam kesehatan sosial seorang individu, yaitu: 1) sifatnya subjektif dan pribadi terkait bagaimana cara melihat hubungan dengan teman, keluarga, dan orang lain, 2) kualitas, yaitu individu tetap mampu merasa sehat sosial walaupun hanya memiliki sedikit teman, 3) hubungan sosial yang dilihat tidak hanya antara dua orang, tetapi melibatkan lingkungan yang lebih luas seperti teman kerja, teman sekolah, atau tetangga.

Hubungan sosial yang baik dapat memberikan rasa tenang dan kebahagiaan, hubungan sosial yang tidak baik dapat menimbulkan berbagai masalah psikososial, dan berpengaruh terhadap mental atau jiwa seseorang. Sebagai contoh seseorang yang mengalami masalah berat, hanya dengan menceritakan masalahnya kepada teman atau tetangga yang ia percaya, bisa membuat beban pikiran maupun perasaannya berkurang.

Beberapa gangguan kesehatan yang bisa muncul akibat kesehatan sosial yang terganggu diantaranya; mudah stress, cenderung mengisolasi diri atau menarik diri, kesulitan menndapatkan solusi dalam menghadapi setiap masalah, menurunnya

sistem imun karena stress dan berdampak pada berbagai masalah fisik seperti; jantung, diabetes mellitus, obesitas, hipertensi, dan sebagainya.

Kesehatan Spiritual

Menurut Stefanus C. Haryono, spiritualitas berasal dari bahasa Latin *spiritus* yang artinya roh, jiwa atau semangat. Kata ini memiliki padanan arti dengan *ruakh* dalam bahasa Ibrani, atau *pneuma* dalam bahasa Yunani, dalam bahasa Indonesia bisa diartikan sebagai “semangat yang menggerakkan”. Kata “spiritualitas” tergolong sebagai kata universal yang berarti bisa digunakan oleh semua agama. Kata spiritual diartikan sebagai energi kehidupan, yang dapat membuat kita dapat hidup, bernapas dan bergerak termasuk pikiran, perasaan, tindakan dan karakter kita.

Spiritualitas adalah inti dari keberadaan seseorang dan biasanya dikonseptualisasikan sebagai pengalaman hubungan personal dengan yang tertinggi (seperti Tuhan) atau transendensi diri sendiri. Spiritualitas mencakup perasaan dan pikiran yang membawa arti dan tujuan keberadaan manusia atau perjalanan hidup seseorang. Ketika penyakit atau kehilangan menimpa seseorang, hal tersebut dapat mengancam dan menantang proses perkembangan spiritualitas (Potter & Perry, 2005).

Kesehatan spiritual merupakan Kondisi psikososial yang memiliki makna dalam kehidupan individu, percaya pada kekuatanyang lebih tinggi yang dapat menginspirasi harapan, mencari resolusi, dan mengatasi kendala fisik dan kesadaran yang dihadapi.”(Arulappan Judie, 2016).

192 Berdasarkan beberapa pendapat diatas dapat disimpulkan bahwa kesehatan spiritual adalah kondisi psikososial individu tentang kepercayaan pada kekuatan yang lebih tinggi dan menjadi energi bagi individu untuk menggerakkan pikiran, perasan, tindakan dan karakter yang dimiliki, sehingga dapat menjadi sumber harapan, solusi dan mengatasi berbagai konflik yang dihadapi dalam kehidupan.

Tahap Perkembangan Spiritual:

James Fowler (1993) mengemukakan bahwa kebutuhan kognitif dan emosional merupakan dua kebutuhan yang tidak dapat dipisahkan dalam perkembangan spiritual. Spiritual tidak dapat berkembang lebih cepat dari kemampuan intelektual dan tergantung bagaimana perkembangan kepribadian. Menurut Fowler ada 6 fase perkembangan spiritual yaitu:

1. Intuitive-projective faith

Fase ini minimal terjadi setelah usia 4 tahun. Pada fase ini Tuhan dianggap sebagai sesuatu yang gaib. Manusia fokus pada kualitas secara permukaan saja, seperti yang digambarkan oleh orang dewasa dan tergantung pada luasnya fantasi manusia itu sendiri.

2. **Mythical-literal faith**
Minimal terjadi di usia 5-6 tahun. Pada fase ini diperlukan adanya pembuktian fakta, bukan berasal dari pengalaman aktual yang dialami sendiri, tetapi berasal dari sesuatu yang dianggap lebih ahli, seperti guru, orang tua, buku, dan tradisi. Kepercayaan di fase ini mengarah pada sesuatu yang konkrit dan tergantung dari kredibilitas orang yang bercerita.
3. **Poetic-Conventional Faith**
Minimal terjadi di usia 12 sampai 13 tahun. Pada fase ini kepercayaan tergantung pada konsensus dari pendapat orang lain, yang lebih ahli. Mempelajari fakta masih menjadi sumber informasi, tetapi individu mulai percaya pada penilaian mereka sendiri, meskipun belum sepenuhnya.
4. **Individuating-reflective faith**
Minimal terjadi di usia 18 sampai 19 tahun. Pada fase ini individu mulai mengambil tanggungjawab atas kepercayaannya, perilaku, komitmen, dan gaya hidupnya. Tetapi individu pada tahap ini tetap masih membutuhkan figure yang bisa diteladani.
5. **Paradoxical-Consolidation Faith**
Terjadi pada usia minimal 30 tahun. Pada fase ini individu mulai bisa memahami dan mengintegrasikan elemen spiritual seperti simbolisasi, ritual, dan kepercayaan. Individu juga menganggap bahwa semua orang termasuk dalam kelompok yang universal dan memiliki rasa kekeluargaan terhadap semua orang.
6. **Universalizing Faith**
Terjadi pada usia minimal 40 tahun. Fowler menganggap bahwa sangat sedikit orang yang mampu mencapai fase ini, sama seperti fase terakhir dari perkembangan moral Kohlberg.

Karakteristik Spiritual

Karakteristik spiritual menggambarkan hubungan dengan diri sendiri, orang lain, alam sekitar dan Tuhan. Karakteristik spiritual berhubungan dengan faktor yang tidak tampak, tidak dapat diraba akan mempengaruhi pikiran dan perilaku individu. Karakteristik spiritual dibangun oleh agama, keyakinan, intuisi, pengetahuan, cinta yang tulus, rasa memiliki, rasa berhubungan dengan alam semesta, penghormatan pada kehidupan dan pemberian kekuatan pribadi. Oleh karena itu, akan tercermin pada hubungan dengan diri sendiri, orang lain dan hubungan dengan Tuhan. Menurut (Yusuf, 2016) terdapat empat karakteristik spiritual yaitu, hubungan diri sendiri, dengan alam, orang lain, dan hubungan dengan Tuhan.

1. Hubungan diri sendiri

Individu dengan spiritual yang baik mengetahui siapa dirinya, apa yang bisa dilakukannya, mempunyai sikap percaya pada diri sendiri, mempunyai ketenangan

pikiran, percaya pada masa depan dan harmoni dengan diri sendiri.

2. Hubungan dengan alam harmonis

Tingkat spiritual seseorang dapat dilihat dengan melihat hubungannya dengan alam. Seseorang akan mengetahui tentang iklim, margasatwa, pohon, tanaman, cara berkomunikasi dengan alam, cara melindungi alam dan cara mengabadikan alam apabila memiliki spiritual yang baik.

3. Hubungan dengan orang lain harmonis

Menciptakan hubungan harmonis dengan orang lain adalah karakteristik seseorang yang memiliki spiritual baik. Berbagi waktu pengetahuan dan sumber secara timbal balik dengan orang lain, mengasuh anak, mengasuh orang tua, mengasuh orang sakit, mengunjungi orang lain dan melayat ke rumah orang yang meninggal untuk meyakini kehidupan dan kematian adalah cara seseorang yang baik secara spiritual untuk menciptakan hubungan harmonis dengan orang lain.

Hubungan dengan ketuhanan

Melaksanakan sholat dan berdoa dengan perlengkapan keagamaan, bersatu dengan alam adalah cara berhubungan dengan Tuhan bagi individu yang memiliki spiritual yang baik.

Menurut Kozier (2008) beberapa indikator individu yang sehat spiritual antara lain;

1. Beriman
2. Berharap
3. Memiliki makna dari tujuan hidup
4. Perasaan damai
5. Kemampuan mencitai
6. Kemampuan memaafkan
7. Kemampuan berdoa
8. Kemampuan beribadah
9. Memiliki pengalaman spiritual
10. Melakukan kegiatan ibadah dan membaca ayat
11. Berpartisipasi dalam meditasi
12. Berekspresi melalui lagu
13. Berekspresi melalui seni
14. Berekspresi melalui tulisan
15. Keterhubungan dengan diri sendiri
16. Keterhubungan dengan orang lain, Berinteraksi dengan orang lain untuk berbagi pikiran, perasaan dan keyakinan.

Komponen psikososial yang telah dibahas diatas lebih menyangkut komponen

psikologis dan sosial, dan lebih fokus pada aspek kesehatan mental, kesehatan emosional, keseimbangan emosi dan kesehatan spiritual. Sebenarnya, jika memperhatikan manusia sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual, maka pokok bahasan akan menjadi lebih komprehensif. Setiap komponen tidak akan pernah berdiri sendiri, melainkan merupakan kombinasi antara satu dengan lainnya. Kombinasi ini terus bergerak dinamis, sesuai situasi dan kondisi yang dialami seseorang. Tidak pernah statis pada satu keadaan, selalu saja ada komponen yang kurang. Hal terbaik adalah utamakan memfungsikan komponen yang positif, sehingga apa bila terdapat kekurangan atau gangguan pada satu komponen, dapat ditutupi dengan fungsi komponen lain.

Tabel berikut merupakan ilustrasi kondisi sehat sakit seseorang dengan memperhatikan semua komponen tubuh.

No.	FISIK	PSIKOLOGIS	SOSIAL	SPIRITUAL
1	Sehat Wal Afiat			
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16	Sakit Parah – Menjelang Ajal			

Keterangan:

- Komponen tubuh pada kondisi baik/sehat/optimal
- Komponen tubuh pada kondisi gangguan/sakit/buruk

Kondisi sehat wal afiat dapat dicapai ketika semua komponen tubuh (fisik, psikologis, sosial dan spiritual) dalam keadaan baik. Kondisi sakit parah atau menjelang ajal akan dialami ketika seluruh komponen tubuh dalam keadaan terganggu. Dua keadaan ini menjadi ujung maksimal antara sehat dan sakit, antara hidup dan mati.

Keadaan inilah yang disebut rentang respon, selalu dinamis dan tidak pernah statis.

Andai kita diciptakan Tuhan dengan kondisi fisik yang kurang beruntung, bangunlah sikap mental (psikologis) bahwa setiap manusia pasti memiliki kekurangan dan kelebihan. Optimalkan kelebihan itu dan tunjukkan pada perilaku sosial yang tetap baik, optimal, jangan ragu, jangan minder, setiap manusia memiliki keistimewaan tersendiri. Sikap mental seperti ini dapat dibangun dengan menguatkan nilai spiritual yang akurat, berilah makna hidup yang positif, bahwa Tuhan menciptakan manusia dalam bentuk yang paling sempurna untuk menjadi khalifah dimuka bumi ini. Satu kelebihan manusia adalah memiliki daya nalar (pikir) dengan akal budi. *Spirituality* adalah sumber internal dalam diri manusia, terutama terkait dengan falsafah dan makna hidup.

Oleh karena itu, bagaimanapun kondisi tubuh kita, sebaiknya teruslah berupaya maksimal, teruslah berbuat baik, biarlah jasad kita terus bermanfaat untuk diri sendiri, orang lain maupun lingkungan. Andai kita sudah sakit parah, tetaplah berbaik sangka, sabar, syukur dan ihlas menjalani semua kehidupan yang dianugerahkan untuk kita. Setidaknya andai kita akan meninggal, biarlah kita meninggal dalam keadaan damai.

Perkembangan Psikososial

72 Pembahasan perkembangan psikososial disini akan dikupas berdasar berbagai teori pertumbuhan dan perkembangan manusia. Beberapa teori yang membahas pertumbuhan dan perkembangan antara lain menurut Sigmund Freud, Erik Erikson, dan Harry Stack Sullivan.

Sigmund Freud

Sigmund Freud membahas tahap pertumbuhan dan perkembangan manusia lebih berorientasi pada perilaku psikologis berdasar kematangan seksual. Oleh karena itu, teori Freud lebih dikenal dengan teori psikoseksual. Tahapan pertumbuhan dan perkembangannya adalah sebagai berikut:

1. Usia 1 tahun, Fase oral.
Pada tahap ini bayi memperoleh sumber kenyamanan utama mereka dari mengisap ASI ibu, dan kepuasan dari nutrisi atau makanan. Di akhir tahap oral ini bayi akan menyadari bahwa ibu atau orangtuanya merupakan bagian terpisah dari dirinya. Adanya gangguan kemampuan fisik dan emosi pada orang tua akan mempengaruhi perkembangan bayi.
2. Usia 2 dan 3 tahun, Fase Anal.
Pada tahap ini area anus dan buang air besar merupakan sumber kesenangan. Anak disibukkan dengan belajar mengontrol tubuh dengan motivasi orang tua atau pengasuh, melalui *toilet training*.

3. Usia 4 dan 5 tahun, Fase Phalilic atau Oedipal.
Fokus kesenangan pada tahap ini daerah organ genital. Anak laki-laki tertarik pada penis, dan pada anak perempuan menyadari bahwa ia tidak memiliki penis. Pada tahap ini anak berfantasi mencintai orang tua yang berbeda gender (*Oedipus* atau *Electra complex*). Akhir tahap ini anak berusaha mengurangi konflik dengan menerima orang tua yang sama gendernya. Masalah kecemasan dan neurosis dapat ditemukan di sini jika keberhasilan transisi ke tahap berikutnya dapat dicegah
4. Usia 6 sampai 11 tahun, Fase Laten.
Fase ini mempunyai karakter dimana anak bisa bersikap lebih tenang, setelah mengalami emosi.
5. Usia 12 sampai 18 tahun
Tahap genital di mana individu menjadi tertarik pada pasangan yang berlawanan jenis, sebagai pengganti orang tua lawan jenis, dan cara untuk memecahkan ketegangan dari *oedipus* dan *electra complex*.

Setelah usia 18 tahun, pertumbuhan dan perkembangan akan berlanjut sampai dewasa dan tua, tetapi tugas pertumbuhan dan perkembangan akan mengulang pada fase-fase sebelumnya. Dengan demikian, bisa jadi orang yang berusia 20 tahun sensasi pemuasan dan pemenuhan kebutuhan kembali pada oral. Setelah itu sensasi kembali ke anal, dan seterusnya sampai tahap genital. Setelah itu sensasi pemuasan kebutuhan akan terulang kembali. Keadaan inilah yang disebut puber pertama, kedua, dan mungkin ketiga.

Erik Erikson

Erik Erikson (1902-1994) mempelajari pertumbuhan dan perkembangan manusia berdasarkan tugas perkembangan yang harus dijalani. Tugas ini terkait dengan individu untuk mengembangkan interpersonal menjadi hubungan sosial. Teori Erikson ini dikenal dengan teori psikososial. Erikson telah membagi delapan tahap perkembangan psikososial beserta komponennya. Keberhasilan perkembangan di tiap tahapnya akan mempengaruhi perkembangan tahap berikutnya. Delapan tahap perkembangan psikososial menurut Erikson:

1. **Masa bayi, lahir-18 bulan**
Pada tahap ini krisis psikososial ada pada fase percaya vs tidak percaya, tugas pada fase ini yaitu keterikatan dengan ibu, keberhasilan pada fase ini akan menumbuhkan rasa keyakinan dan harapan terhadap lingkungan dan masa depan. Sebaliknya kegagalan pada fase ini akan mengakibatkan kesulitan berhubungan secara efektif dengan orang lain, kecurigaan, konflik kepercayaan dan ketakutan, dan ketakutan akan masa depan.
2. **Masa anak, umur 18 bulan - 3 tahun**

Pada tahap ini krisis psikososial ada pada fase otonomi vs malu dan ragu. tugas pada fase ini adanya beberapa kendali dasar dari diri dan lingkungan. Keberhasilan pada fase ini akan menghasilkan pengendalian diri, kecukupan dan kemauan, sedangkan kegagalan pada fase ini mengakibatkan konflik ketakutan, kebebasan dan perasaan ragu yang parah.

3. Masa pra sekolah, umur tahun 3-6 tahun

Pada tahap ini krisis psikososial ada pada fase inisiatif vs rasa bersalah. Tugas pada fase ini menjadi terarah dan direktif. Keberhasilan pada fase ini akan memunculkan kemampuan untuk memulai suatu aktifitas yang memiliki tujuan, sedangkan kegagalan pada fase ini mengakibatkan konflik agresi dan ketakutan, persaan tidak mampu dan bersalah.

4. Masa usia sekolah (6-12 tahun)

Pada tahap ini krisis psikososial ada pada fase industri vs rendah diri. Tugas pada fase ini mengembangkan ketrampilan sosial, fisik dan belajar. Keberhasilan pada fase ini akan meningkatkan kompetensi, kemampuan belajar dan bekerja, dan kegagalan pada fase ini mengakibatkan munculnya rasa inferior, kesulitan dalam belajar dan bekerja.

4. Masa remaja (12-20 tahun)

Pada tahap ini krisis psikososial ada pada fase identitas vs keraguan. Tugas pada fase ini mengembangkan rasa identitas. Keberhasilan pada fase ini akan membentuk identitas pribadi, dan kegagalannya mengakibatkan kebingungan akan identitasnya dan hilangnya identitas dalam hubungan dan keanggotaan suatu kelompok.

5. Masa dewasa awal (20-35 tahun)

Pada tahap ini krisis psikososial ada pada fase keakraban vs perasaan terasing. Tugas pada fase ini membangun ikatan cinta dan persahabatan yang intim. Keberhasilan pada fase ini mengakibatkan kemampuan mencintai secara mendalam dan komitmen dengan dirinya sendiri.

6. Massa dewasa (35-65 tahun)

Pada tahap ini krisis psikososial ada pada fase produktif vs pasif. Tugas pada fase ini memenuhi tujuan hidup yang meliputi keluarga, karir dan masyarakat. Keberhasilan pada fase ini menghasilkan kemampuan untuk memberi dan saling menjaga. Kegagalannya mengakibatkan penyerapan diri dan ketidakmampuan tumbuh sebagai pribadi.

7. Masa Tua (65 tahun keatas)

Pada tahap ini krisis psikososial ada pada fase integritas vs putus asa. Tugas pada fase ini melihat kembali kehidupan seseorang dan memahami maknanya. Keberhasilan pada fase ini menumbuhkan integritas dan kepuasan, kegagalannya mengakibatkan ketidakpuasan dalam hidup.

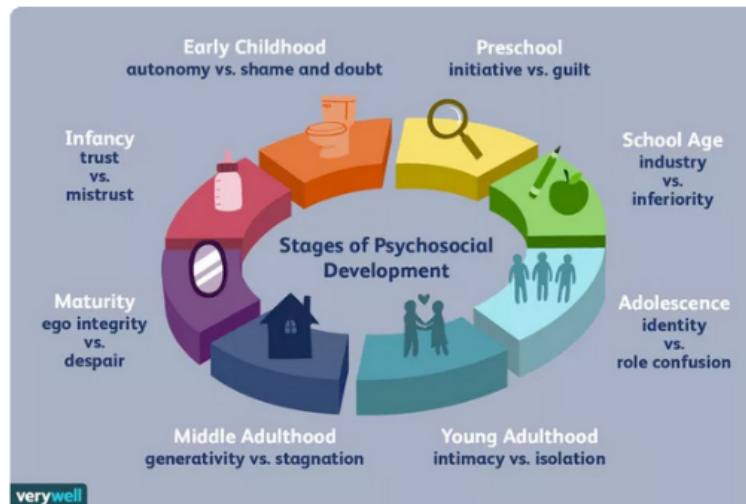
Menurut Orenstein GA & Lewis L. (2020) tahapan perkembangan psikososial

Erikson adalah teori yang diperkenalkan pada 1950-an oleh psikolog dan psikoanalisis Erik Erikson ini dibangun di atas teori perkembangan psikoseksual Freud dengan menggambar paralel pada tahap masa kanak-kanak dan diperluas dengan memasukkan pengaruh dinamika sosial serta perluasan perkembangan psikososial hingga dewasa. Ini mengemukakan delapan tahap berurutan perkembangan manusia yang dipengaruhi oleh faktor biologis, psikologis, dan sosial sepanjang umur. Pendekatan bio-psikososial ini telah mempengaruhi beberapa bidang studi, termasuk gerontologi, pengembangan kepribadian, pembentukan identitas, pengembangan siklus hidup, dan banyak lagi lainnya.

Tahapan muncul sebagai individu tumbuh dalam menghadapi keputusan baru dan titik balik selama masa kanak-kanak, remaja, dan dewasa. Setiap tahap ditentukan oleh dua kecenderungan psikologis yang berlawanan yaitu positif atau sintaksis dan negatif atau distonik. Dari sini masing-masing mengembangkan kebajikan/kekuatan ego perkembangan yang salah. Jika kekuatan ego diadopsi, dapat membantu menyelesaikan keputusan atau konflik saat ini. Ini juga akan membantu tahap perkembangan selanjutnya dan berkontribusi pada fondasi yang stabil untuk sistem kepercayaan inti dalam kaitannya dengan diri dan dunia luar. Hal sebaliknya terjadi dengan adopsi kualitas yang kurang berkembang. Sebagai contoh, identitas ego pada tahap lima dalam siklus perkembangan, selama masa remaja. Dua kualitas yang berlawanan adalah identitas ego vs kebingungan/difusi identitas. Mereka yang mengembangkan identitas ego menghasilkan kebaikan, kesetiaan, sedangkan bagi individu yang tidak mampu melakukannya akan mengalami kebingungan ego dengan menciptakan kualitas penolakan. Dengan rasa identitas ego yang lebih kuat, interaksi dengan dunia luar dan dalam adalah penolakan evaluasi diri yang tidak sesuai dan penurunan tingkat kecemasan, masing-masing.

Meskipun mengadopsi atribut sintaksis yang jelas bermanfaat dalam contoh ini, melakukannya harus dilakukan dengan alasan. Identitas ego yang ekstrim dapat menjadi fanatisme, yang dapat menciptakan interaksi yang tidak sehat dengan diri sendiri dan orang lain. Seseorang harus menavigasi dua nilai yang berlawanan di setiap tahap untuk menemukan keseimbangan, bukan hanya berjuang untuk kualitas positif. Melewati terlalu jauh ke arah kecenderungan positif bisa menjadi maladaptif, sementara condong terlalu jauh ke arah negatif bisa berbahaya.

Beberapa ahli telah mencoba untuk membatasi tahapan pada usia tertentu, tetapi Erikson pada awalnya tidak mendefinisikan ini. Sebaliknya, ada periode dalam masa kanak-kanak, remaja, dan dewasa. Setiap tahap memberikan contoh di mana atribut positif dapat dilanjutkan. Berikut adalah ilustrasi gambar delapan tahapan perkembangan menurut Erik Erikson.



Verywell / Joshua Seong

Tahap I : *Trust vs Mistrust* (0-1 tahun)

Dalam tahap ini, bayi berusaha keras untuk mendapatkan pengasuhan dan kehangatan, jika ibu berhasil memenuhi kebutuhan anaknya, sang anak akan mengembangkan kemampuan untuk dapat mempercayai dan mengembangkan asa (*hope*). Jika krisis ego ini tidak pernah terselesaikan, individu tersebut akan mengalami kesulitan dalam membentuk rasa percaya dengan orang lain sepanjang hidupnya, selalu meyakinkan dirinya bahwa orang lain berusaha mengambil keuntungan dari dirinya.

Tahap II : *Autonomy vs Shame and Doubt* (1-3 tahun)

Dalam tahap ini, anak akan belajar bahwa dirinya memiliki kontrol atas tubuhnya. Orang tua seharusnya menuntun anaknya, mengajarkannya untuk mengontrol keinginan atau impuls-impulsnya, namun tidak dengan perlakuan yang kasar. Mereka melatih kehendak mereka, tepatnya otonomi. Harapan idealnya, anak bisa belajar menyesuaikan diri dengan aturan-aturan sosial tanpa banyak kehilangan pemahaman awal mereka mengenai otonomi, inilah resolusi yang diharapkan.

Tahap III : *Initiative vs Guilt* (3-6 tahun)

Pada periode inilah anak belajar bagaimana merencanakan dan melaksanakan tindakannya. Resolusi yang tidak berhasil dari tahapan ini akan membuat sang anak takut mengambil inisiatif atau membuat keputusan karena takut berbuat salah. Anak memiliki rasa percaya diri yang rendah dan tidak mau mengembangkan harapan-

harapan ketika ia dewasa. Bila anak berhasil melewati masa ini dengan baik, maka keterampilan ego yang diperoleh adalah memiliki tujuan dalam hidupnya.

Tahap IV: *Industry vs Inferiority* (6-12 tahun)

Pada saat ini, anak-anak belajar untuk memperoleh kesenangan dan kepuasan dari menyelesaikan tugas khususnya tugas-tugas akademik. Penyelesaian yang sukses pada tahapan ini akan menciptakan anak yang dapat memecahkan masalah dan bangga akan prestasi yang diperoleh. Keterampilan ego yang diperoleh adalah kompetensi. Disisi lain, anak yang tidak mampu untuk menemukan solusi positif dan tidak mampu mencapai apa yang diraih teman-teman sebaya akan merasa inferior.

Tahap V : *Identity vs Role Confusion* (12-18 tahun)

Pada tahap ini, terjadi perubahan pada fisik dan jiwa di masa biologis seperti orang dewasa sehingga tampak adanya kontra indikasi bahwa di lain pihak ia di anggap dewasa tetapi di sisi lain ia dianggap belum dewasa. Tahap ini merupakan masa standarisasi diri yaitu anak mencari identitas dalam bidang seksual, umur dan kegiatan. Peran orang tua sebagai sumber perlindungan dan nilai utama mulai menurun. Adapun peran kelompok atau teman sebaya tinggi.

Tahap VI : *Intimacy vs Isolation* (masa dewasa muda)

Dalam tahap ini, orang dewasa muda mempelajari cara berinteraksi dengan orang lain secara lebih mendalam. Ketidakmampuan untuk membentuk ikatan sosial yang kuat akan menciptakan rasa kesepian. Bila individu berhasil mengatasi krisis ini, maka keterampilan ego yang diperoleh adalah cinta.

Tahap VII : *Generativity vs Stagnation* (masa dewasa menengah)

Pada tahap ini, individu memberikan sesuatu kepada dunia sebagai balasan dari apa yang telah dunia berikan untuk dirinya, juga melakukan sesuatu yang dapat memastikan kelangsungan generasi penerus di masa depan. Ketidakmampuan untuk memiliki pandangan generatif akan menciptakan perasaan bahwa hidup ini tidak berharga dan membosankan. Bila individu berhasil mengatasi krisis pada masa ini maka keterampilan ego yang dimiliki adalah perhatian.

Tahap VIII : *Ego Integrity vs Despair* (masa dewasa akhir)

Pada tahap usia lanjut ini, mereka juga dapat mengingat kembali masa lalu dan melihat makna, ketentraman dan integritas. Refleksi ke masa lalu itu terasa

menyenangkan dan pencarian saat ini adalah untuk mengintegrasikan tujuan hidup yang telah dikejar selama bertahun-tahun. Kegagalan dalam melewati tahapan ini akan menyebabkan munculnya rasa putus asa.

Jean Piaget

Jean Piaget (1896-1980) berpendapat semua orang terlahir untuk belajar dan beradaptasi terhadap lingkungan. Dua hal yang ditekankan Piaget yaitu pertama pengorganisasian (kita mencoba untuk merasakan dunia kita sendiri) dan adaptasi (kita menemukan informasi baru dan menyesuaikan dengan pola pikiran kita. Piaget juga membagi tahapan dalam perkembangan kognitif, dimana perkembangan setiap tahapnya mempengaruhi tahap berikutnya.

Tahapan perkembangan kognitif menurut Piaget, adalah:

1. Usia 0-1,5 tahun

Tahap sensori motorik, yaitu bayi mengeksplorasi fisik mereka dan memodifikasi refleks sampai mereka dapat bereksperimen dengan objek dan membangun gambaran mental tentang hal-hal di sekitar mereka

2. Usia 1,5 – 7 tahun

Tahap pra operasional ketika anak memperoleh bahasa, membuat gambar dan berpartisipasi dalam permainan imajinatif. Anak cenderung egois dan terpaku pada pemikirannya, mereka bertanggung jawab terhadap peristiwa diluar.

3. Usia 7-12 tahun

Tahap operasional konkret yaitu ketika seorang anak dapat memahami dan menerapkan tugas-tugas yang lebih abstrak seperti menyortir atau mengukur. Tahap ini ditandai dengan pemikiran yang kurang egosentris dan pemikiran yang lebih relasional: perbedaan antara berbagai hal. Pada tahap ini Kompleksitas dunia luar sudah mulai dihargai.

4. Usia 12 – 18 tahun

Tahap operasional formal yang ditandai dengan penggunaan aturan dan kemampuan memecahkan masalah. Anak masuk dalam masa remaja dan meningkatkan kemampuan berpikir abstrak dan merefleksikan tugas dengan cara yang deduktif dan logis.

Harry Stack Sullivan

21

Harry Stack Sullivan 1892-1949 adalah psikiater kebangsaan Amerika yang mengembangkan teori perkembangan kepribadian, mencakup arti hubungan interpersonal. Sullivan yakin bahwa kepribadian individu melibatkan lebih dari dekade

karakteristik individual, terutama bagaimana individu berinteraksi dengan orang lain. Ia berpikir bahwa hubungan yang tidak adekuat atau tidak memuaskan menimbulkan ansietas, menurutnya merupakan dasar untuk semua masalah emosional. Pentingnya dan arti hubungan interpersonal dalam kehidupan individu mungkin merupakan kontribusi terbesar Sullivan pada bidang kesehatan jiwa.

Sullivan menetapkan lima tahap perkembangan kehidupan masa bayi, kanak-kanak, juvenil, praremaja, dan remaja. Setiap tahapan berfokus pada hubungan interpersonal. Sullivan juga menjelaskan tiga mode pengalaman kognitif persistensi salah satu mode sebelumnya. Mode prototaksis, karakteristik masa bayi dan anak kanak, mencakup pengalaman singkat yang tidak berhubungan satu sama lain. Mode parataksis dimulai pada masa kanak-kanak awal ketika anak mulai menghubungkan pengalamannya secara berurutan. Anak mungkin tidak memahami makna logis pengalamannya dan mungkin melihat pengalaman tersebut sebagai kebetulan atau peristiwa yang terjadi begitu saja. Anak berupaya mengurangi ansietas dengan mengulangi pengalaman yang dikenalnya walaupun ia mungkin tidak memahami apa yang dilakukannya. Sullivan menjelaskan ide paranoid dan salah bicara sebagai hal yang dilakukan individu dalam metode parataksis. Pada mode sintaksis, mulai tampak pada masa praremaja, individu mulai mempersepsikan dirinya dan dunia dalam konteks lingkungan dan dapat menganalisis pengalaman di berbagai keadaan. Maturitas dapat didefinisikan sebagai bentuk utama mode sintaksis.

Tahap Kehidupan Menurut Sullivan		
Tahap	Usia	Fokus
Masa Bayi	Lahir sampai mulai dapat berbahasa	Kebutuhan primer untuk kontak fisik dan kebutuhan. Metode protaksis mendominasi (tidak ada hubungan antara pengalaman) Zona primer ialah mulut dan anus Apabila kebutuhan terpenuhi, bayi merasa sejahtera; kebutuhan yang tidak dipenuhi menyebabkan rasa takut dan ansietas.
Masa Kanak – kanak	Mulai dapat berbahasa sampai 5 tahun	Orang tua dipandang sebagai sumber pujian dan dukungan. Pergeseran ke mode parataksis (pengalaman di hubungkan secara berurutan satu sama lain). Zona primer ialah anus Kepuasan menyebabkan harga diri positif Ansietas sedang menyebabkan ketidakpastian dan rasa tidak aman; ansietas berat menimbulkan pola perilaku mudah menyerah.

Tahap Kehidupan Menurut Sullivan		
Tahap	Usia	Fokus
Juvenil	5-8 tahun	Perpindahan ke mode sintaksis dimulai (berpikir tentang diri sendiri dan orang lain berdasarkan analisis pengalaman di berbagai situasi). Kesempatan untuk disetujui dan diterima orang lain. Belajar menegosiasikan kebutuhan sendiri. Ansietas berat dapat menimbulkan kebutuhan untuk mengontrol atau sikap restriktif dan berprasangka.
Praremaja	8-12 tahun	Membina keintiman yang tulus dengan teman sesama jenis. Menjauh dari keluarga merupakan sumber kepuasan dalam hubungan. Perpindahan utama ke mode sintaksis Kemampuan berkasih sayang, cinta, dan kolaborasi muncul atau gagal berkembang.
Remaja	Pubertas sampai masa dewasa	Birahi timbul dalam hubungan interpersonal. Kebutuhan hubungan saling

KEBUTUHAN PSIKOSOSIAL

Kebutuhan Psikososial

Kebutuhan psikososial adalah segala tuntutan yang diperlukan untuk memenuhi kebutuhan psikologis dan sosial. Kondisi psikologis lebih mudah diamati pada sifat-sifat kepribadian, temperamen, watak, karakter, walaupun sebenarnya lebih luas terkait seluruh komponen perilaku manusia. Sifat-sifat kepribadian merupakan suatu susunan dinamis dari sistem psikofisis seseorang yang menentukan penyesuaian diri dengan lingkungan. Setiap orang mempunyai kepribadian berbeda, seperti; pemalu, pendiam, introvert, ekstrovet, pemaarah, sombong, angkuh, congkak, ramah dan berbagai karakteristik sifat seseorang yang tampil dari perilakunya.

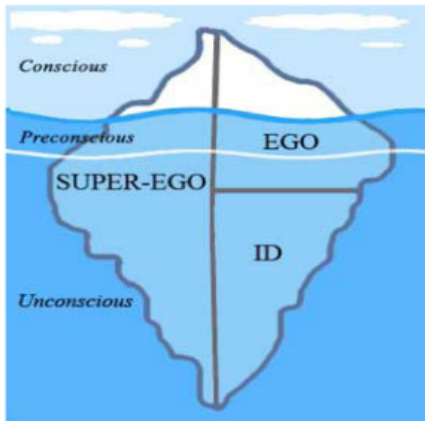
Sigmund Freud mengatakan kepribadian manusia terdiri atas id, ego dan super ego. Id adalah dorongan manusia untuk memenuhi tuntutan kebutuhan yang dibawa sejak lahir, seperti makan, minum, istirahat, rangsangan agresivitas dan seksualitas. Setiap makhluk hidup mempunyai kebutuhan dasar seperti itu, oleh karena itu Id sering disebut sebagai bagian orisinil dari kebutuhan dasar manusia. Upaya dalam memenuhi kebutuhan itu akan membentuk kepribadian manusia terkait tingkah laku pemenuhan kebutuhan dasar. Id menganut prinsip kenikmatan atau kesenangan (*pleasure principle*) dimana setiap makhluk hidup harus memenuhi kebutuhan dasarnya (makan, minum, istirahat, aktivitas dan seksualitas), tidak peduli bagaimana caranya, yang penting harus terpenuhi dan memperoleh kenikmatan. Apabila dibiarkan tanpa kendali, maka

perilaku ini akan menyerupai perilaku hewan, tanpa adanya aturan dalam pemenuhan kebutuhan dasar.

Ego adalah dorongan manusia untuk memenuhi kebutuhan yang disesuaikan dengan tuntutan perkembangan. Setiap makhluk hidup perlu makan, tetapi makanan bayi berbeda dengan makanan untuk remaja, dewasa atau lanjut usia. Bayi butuh makan bubur yang akan menjadi berbeda dengan remaja sesuai dengan gaya hidup mereka. Pada saat remaja, dalam menjalin kedekatan dengan lawan jenis makan harus di tempat khusus, terkenal, wisata kuliner yang khas, dan selalu berganti menu antara pagi, siang dan malam. Tetapi ketika sudah menjadi keluarga baru, anak pertama sudah lahir, maka gaya pemenuhan kebutuhan makan pun akan berganti, menyesuaikan pertumbuhan dan perkembangan anaknya, demikian juga saat sudah menjadi lansia. Semua pemenuhan kebutuhan dasar berubah menyesuaikan dengan tingkat perkembangan usia. Ego merupakan alat yang digunakan untuk membantu Id dalam mencapai kontak sosial. Dengan demikian, ego menggunakan prinsip realitas (*reality principle*), berusaha memenuhi kebutuhan dan disesuaikan dengan tuntutan pertumbuhan dan perkembangan.

Super ego adalah dorongan manusia untuk memenuhi tuntutan kebutuhan yang disesuaikan dengan nilai-nilai moral, aturan dan etika yang berlaku di masyarakat dan harus tertanam dalam diri individu. Setiap manusia butuh makan, tetapi ada makanan yang halal dan haram. Manusia yang baik harus memilih makanan yang halal. Setiap manusia boleh memilih makanan jenis apa saja, tetapi yakinkan makanan itu milik sendiri, tidak mencuri atau mengambil dari hak orang lain. Setiap manusia butuh memenuhi kebutuhan aktivitas seksual, tetapi yakinkan aktivitas seksual itu dilakukan secara adaptif; antara dua orang dewasa yang sah, saling memuaskan individu yang terlibat, secara fisik dan psikologis tidak berbahaya bagi kedua belah pihak, tidak terdapat paksaan atau kekerasan, dilakukan di tempat tertutup.

Demikianlah peran super ego dalam membentuk perilaku manusia dalam memenuhi tuntutan kebutuhan dasarnya. Jiwa sebagai sistem perilaku, harus dibangun atas dasar norma dan nilai moral yang berlaku dimasyarakat. Terlalu dominan Id, membuat seseorang berperilaku seperti binatang, yang penting makan, minum, istirahat, tidur, eliminasi, dan beraktivitas seksual, tanpa mempedulikan baik buruk, milik siapa, halal atau haram dan sebagainya. Terlalu dominan Ego membuat seseorang menjadi sombong, hanya mengutamakan tuntutan perkembangan, bergaya, pamer, tanpa mempedulikan kondisi lingkungan sekitarnya. Terlalu dominan Super Ego, membuat seseorang menjadi takut melangkah, khawatir melanggar norma dan nilai masyarakat. Ketiga komponen kepribadian yang membentuk perilaku ini harus seimbang, kebutuhan dasar terpenuhi, sesuai tuntutan perkembangan, didasarkan pada tatakrama sosial. Inilah kepribadian yang matang, menuju jiwa yang sehat, tidak terdapat konflik, saling menghargai, menyenangkan dan kebutuhan dasar terpenuhi.



Pemenuhan kebutuhan psikososial akan tampak karakteristik kepribadian dengan berbagai sifatnya untuk membangun hubungan interpersonal untuk memenuhi kebutuhan sosialnya. Oleh karena itu pemenuhan kebutuhan psikososial akan tampak pada; kesan atau penampilan umum, sifat-sifat kepribadian, kesadaran, afek, emosi, proses berpikir, persepsi sensori, dan sebagainya. Kesan umum tampak pada penampilan, gaya bicara, aktifitas motorik, dan interaksi selama wawancara. Penampilan akan tampak pada kesesuaian penampilan dengan usia, cara berpakaian, kebersihan, sikap

tubuh, cara berjalan, ³⁷ ekspresi wajah, kontak mata, dilatasi atau konstiksi pupil, status kesehatan dan gizi secara umum. Interaksi selama wawancara akan tampak pada sikap bermusuhan, tidak kooperatif, mudah tersinggung, berhati-hati, apatis, defensif, curiga dan lain-lain. Kesemua itu akan menggambarkan hubungan sosial dengan orang lain. Secara lengkap pemenuhan kebutuhan psikososial seperti tampak pada komponen pengkajian.

Komponen Pengkajian Psikososial

Komponen pengkajian psikososial lebih difokuskan pada masalah psikologis dan sosial, walaupun komponen penyakit fisik lainnya masih harus tetap dikaji. Berikut adalah beberapa komponen pengkajian psikososial.

Komponen Pengkajian Psikososial	
Riwayat <ul style="list-style-type: none"> ✓ Usia ✓ Tahap perkembangan ✓ Pertimbangan budaya ✓ Keyakinan spiritual ✓ Riwayat sebelumnya 	Penampilan umum dan perilaku motorik <ul style="list-style-type: none"> ✓ Higiene dan berhias ✓ Pakaian yang pantas ✓ Postur ✓ Kontak mata ✓ Perilaku atau gerak gerak yang tidak biasa ✓ Cara bicara
Mood dan afek <ul style="list-style-type: none"> ✓ Emosi yang diungkapkan ✓ Ekspresi wajah ✓ Dorongan bunuh diri atau mencelakai diri 	Proses dan isi pikir <ul style="list-style-type: none"> ✓ Isi (apa yang klien pikirkan) ✓ Proses cara klien berpikir ✓ Kejelasan ide

Komponen Pengkajian Psikososial	
Sensorium dan proses intelektual <ul style="list-style-type: none"> ✓ Orientasi ✓ Bingung ✓ Memori ✓ Pengalaman sensori abnormal atau salah persepsi ✓ Konsentrasi ✓ Kemampuan berpikir abstrak 	Penilaian dan daya tilik <ul style="list-style-type: none"> ✓ Penilaian interpretasi lingkungan ✓ Kemampuan membuat keputusan ✓ Daya tilik (memahami peran diri sendiri dalam situasi saat ini)
Konsep diri <ul style="list-style-type: none"> ✓ Pandangan personal tentang diri ✓ Kualitas atau sifat personal ✓ Gambaran fisik dan kualitas fisik diri 	Peran dan hubungan <ul style="list-style-type: none"> ✓ Peran saat ini ✓ Kepuasan dalam peran ✓ Keberhasilan pada peran ✓ Hubungan yang signifikan ✓ Sistem pendukung
Pertimbangan fisiologis dan perawatan diri <ul style="list-style-type: none"> ✓ Kebiasaan makan ✓ Pola tidur ✓ Masalah kesehatan ✓ Kepatuhan terhadap pengobatan yang diprogramkan ✓ Kemampuan melakukan aktivitas hidup sehari-hari 	

Riwayat

Pengkajian latar belakang mencakup riwayat klien, usia dan tahap perkembangan, keyakinan budaya dan spiritual, serta keyakinan tentang sehat dan sakit. Riwayat klien, juga termasuk riwayat keluarga klien dapat memberi suatu pemahaman tentang situasi klien saat ini, misalnya; apakah klien mengalami kesulitan yang sama di masa lalu?, apakah klien pernah masuk rumah sakit, dan jika ya, seperti apa pengalaman tersebut?, adanya alkoholisme, gangguan bipolar, atau bunuh diri dalam riwayat keluarga merupakan informasi yang signifikan karena hal itu membuat klien berisiko lebih tinggi mengalami masalah tersebut.

Usia kronologis dari tahap perkembangan klien merupakan faktor yang paling penting dalam pengkajian psikososial. Perawat mengevaluasi kesesuaian usia dari tahap perkembangan klien dengan standar normal. Misal, klien mungkin berjuang mencari identitas diri dan berupaya mandiri dari orang tuanya. Apabila klien berusia 17 tahun, upaya tersebut mungkin normal dan dapat diantisipasi karena keduanya merupakan tugas perkembangan utama pada remaja. Akan tetapi, jika klien berusia 35 tahun dan masih berjuang mencari identitas diri dan kemandirian, perawat perlu mengeksplorasi masalah ini. Usia dan tahap perkembangan klien mungkin juga tidak sesuai dengan standar yang diharapkan jika klien mengalami keterlambatan perkembangan atau retardasi mental.

Keyakinan budaya dan spiritual klien perlu diperhatikan agar terhindar dari membuat asumsi yang tidak akurat tentang fungsi psikososial klien (Schultz & Videbeck, 2008). Banyak budaya memiliki keyakinan dan nilai tentang peran individu dalam masyarakat atau perilaku personal atau perilaku sosial yang dapat diterima, yang mungkin berbeda dari budaya lainnya. Budaya Barat, biasanya diharapkan bahwa ketika individu mencapai kedewasaan, ia menjadi mandiri secara finansial, meninggalkan rumah, dan membuat keputusan hidupnya sendiri. Sebaliknya, dalam beberapa budaya Timur, tiga generasi dapat tinggal dalam satu rumah tangga dan keputusan hidup yang utama dibuat oleh orang yang lebih tua dalam keluarga. Contoh lain ialah pengkajian kontak mata, dalam budaya Barat, kontak mata yang baik dianggap sebagai karakteristik positif, yang menunjukkan harga diri dan memerhatikan. Bagi budaya Indonesia, Jawa hal itu merupakan tanda tidak hormat dan berani menentang orang tua.

Perawat tidak boleh membuat stereotip pada klien. Hanya karena karakteristik fisik individu cocok dengan suatu ras tertentu, individu tersebut belum tentu memiliki sikap, keyakinan, dan perilaku yang secara tradisional sama dengan yang dimiliki kelompok ras tersebut.

Keyakinan klien tentang sehat dan sakit juga harus dipertimbangkan ketika perawat mengkaji fungsi psikososial klien. Beberapa individu mungkin memandang masalah emosional atau masalah kejiwaan sebagai masalah keluarga, yang hanya diangani di antara anggota keluarga. Mencari bantuan profesional atau bantuan dari luar dapat dipandang sebagai tanda kelemahan, individu-individu lain mungkin yakin bahwa masalah mereka dapat diselesaikan hanya dengan pengobatan yang benar dan tidak menerima bentuk terapi lain. Masalah lain yang umum ditemui adalah kesalahpahaman bahwa individu harus meminum obat hanya ketika merasa sakit. Banyak gangguan jiwa, seperti beberapa kondisi medis, mengharuskan klien meminum obat dalam jangka panjang bahkan mungkin seumur hidup. Seperti penderita diabetes yang harus menggunakan insulin dan penderita tekanan darah tinggi yang memerlukan antihipertensi, individu yang mengalami depresi berulang memerlukan antidepresan dalam jangka panjang.

Penampilan Umum dan Perilaku Motorik

Penampilan klien secara keseluruhan, termasuk pakaian, *hygiene*, dan berhias sangat perlu diperhatikan. Apakah klien berpakaian sesuai dengan usia dan cuaca pada saat itu? Apakah klien tampak tidak rapi? Apakah klien terlihat sesuai dengan usia yang dikatakannya? Perawat juga mengobservasi postur, kontak mata, ekspresi wajah klien, serta adanya tik atau tremor yang tidak lazim. Observasi dan contoh perilaku harus di dokumentasikan untuk menghindari penilaian pribadi atau interpretasi yang keliru.

Istilah khusus yang digunakan dalam melakukan pengkajian tentang penampilan umum dan perilaku motorik meliputi: 1) automatism, yaitu perilaku berulang dan tanpa tujuan yang sering menunjukkan ansietas, misalnya mengetuk jari, memuntir ikatan rambut, atau menghentakkan kaki, 2) retardasi psikomotor: gerakan yang secara keseluruhan lambat, 3) *flexibilitas cerea*: mempertahankan postur atau posisi sepanjang waktu walaupun posisi atau postur tersebut canggung atau tidak nyaman.

Perawat mengkaji cara bicara klien untuk mengetahui kualitas, kuantitas, dan setiap abnormalitas yang ada. Beberapa pertanyaan yang perlu diajukan antara lain;

- ✓ Apakah klien berbicara tanpa henti?
- ✓ Apakah klien terus mengulang pembicaraan (tampak terus berbicara tentang suatu topik tanpa mampu beralih ke gagasan yang lain)
- ✓ Apakah respons yang ditunjukkan minimal berupa jawaban “ya” atau “tidak” tanpa penjelasan lain?
- ✓ Apakah isi bicara klien berhubungan dengan pertanyaan yang diajukan?
- ✓ Apakah kecepatan bicaranya cepat atau lambat?, apakah nada suaranya dapat didengar atau keras?
- ✓ Apakah klien berbicara dengan cara seperti berpuisi?
- ✓ Apakah klien menggunakan neologisme (kata-kata yang dibuat klien dan hanya dimengerti olehnya)?
- ✓ Catat setiap kesulitan bicara yang dialami klien, misalnya gagap atau cadel.

Mood dan Afek

Mood (alam perasaan) mengacu pada status emosional klien yang meresap dan menetap. Afek adalah ekspresi status emosional klien yang terlihat. Klien mungkin membuat pernyataan tentang perasaan, seperti, “Saya depresi” atau “Saya merasa sangat bahagia.” atau perawat dapat menilai mood klien dari data seperti postur, gestur, nada suara, dan ekspresi wajah. Perawat juga perlu mengkaji konsistensi antara mood, afek, dan situasi klien. Misalnya, klien mungkin terlihat marah dari ekspresi wajahnya, tetapi menyangkal merasa marah atau kesal dengan berbagai cara. Klien mungkin berbicara tentang kehilangan seorang anggota keluarga baru-baru ini sambil tertawa dan tersenyum. Ketidak konsistenan tersebut perlu dicatat.

Istilah umum yang digunakan dalam mengkaji mood dan afek meliputi antara lain;

- ✓ Afek tumpul: memperlihatkan sedikit ekspresi; ekspresi wajah lambat dalam berespons
- ✓ Afek datar : tidak ada ekspresi wajah
- ✓ Mood yang labil: perubahan mood yang cepat dan tidak dapat diperkirakan dari depresi dan menangis sampai euforia tanpa disertai stimulus yang nyata.

Meminta klien memperkirakan intensitas moodnya sendiri kadang kala membantu. Hal ini dapat dilakukan dengan meminta klien menilai moodnya pada skala 1 sampai 10, jika klien melapor sedang merasa depresi. perawat dapat bertanya, “pada skala 1 sampai 10 untuk depresi yang paling ringan dan 10 untuk depresi yang paling berat. Anda berada pada angka berapa saat ini?”

Klien yang mengalami depresi atau putus asa, perawat harus menentukan apakah klien tersebut memiliki gagasan bunuh diri atau rencana untuk mati. Hal ini dilakukan dengan menanyakan klien secara langsung. “Apakah Anda memiliki pikiran bunuh diri?” atau “Gagasan bunuh diri apa yang Anda pikirkan?”

Jika klien marah atau memperlihatkan sikap bermusuhan atau mengeluarkan kata-kata ancaman tentang anggota keluarga, pasangan atau orang lain, perawat harus menanyakan apakah klien memiliki pikiran atau rencana untuk menyakiti orang tersebut. Hal ini dilakukan dengan menanyakan klien secara langsung; apa yang Anda pikirkan tentang menyakiti (nama orang)?, apa rencana Anda?, apa yang Anda ingin lakukan kepada [nama orang]

Ketika klien membuat ancaman yang spesifik atau merencanakan untuk mencelakai orang lain pemberi perawatan kesehatan secara hukum berkewajiban untuk memperingatkan individu yang merupakan target ancaman atau rencana klien. Istilah legal untuk hal ini adalah kewajiban untuk memperingatkan. Ini merupakan suatu situasi ketika kerahasiaan klien dilanggar untuk melindungi individu yang diancam.

Isi dan Proses Pikir

Proses pikir mengacu pada cara klien berpikir. Proses pikir disimpulkan dari cara bicara dan pola bicara klien. Isi pikir adalah ucapan klien yang sebenarnya. Perawat mengkaji apakah kata-kata klien masuk akal, apakah ide-ide yang disampaikan saling terkait dan mengalir secara logis dari satu ide ke ide berikutnya. Perawat juga harus menentukan apakah klien tampak asyik sendiri, seolah-olah sedang berbicara atau memperhatikan seseorang atau sesuatu yang lain. Apabila perawat menghadapi klien yang mengalami kesulitan yang nyata dalam proses dan isi pikir, akan bermanfaat jika perawat mencoba mengajukan pertanyaan terfokus yang membutuhkan jawaban singkat.

Istilah umum yang digunakan dalam mengkaji proses dan isi pikir antara lain:

Pemikiran sirkumstansial	Klien pada akhirnya menjawab pertanyaan yang diajukan, tetapi hanya setelah diberi banyak penjelasan rinci yang tidak perlu
Waham	Suatu keyakinan yang salah dan menetap, tidak berdasarkan kenyataan
Flight of ideas	Jumlah dan kecepatan bicara yang berlebihan dan terdiri atas ide yang terpecah-pecah atau tidak berhubungan

Gagasan rujukan	Interpretasi klien yang tidak akurat bahwa peristiwa umum ditujukan pada klien secara personal, misalnya klien mendengar suatu pidato dalam berita dan meyakini pesan yang disampaikan memiliki makna personal bagi dirinya.
Asosiasi longgar	Pemikiran yang tidak beraturan, yang melompat dari satu ide ke ide lain, dengan sedikit atau tidak ada hubungan antara pikiran tersebut
Pemikiran tangensial	Klien berputar-putar pada satu topik dan tidak pernah memberi informasi yang diminta
Bloking pikiran	Klien berhenti secara tiba-tiba di tengah-tengah sebuah kalimat atau rangkaian pikiran, kadang-kadang tidak mampu melanjutkan ide yang dibicarakannya.
41 Siar pikir	Keyakinan waham bahwa orang lain dapat mendengar atau mengetahui apa yang klien pikirkan
Sisip pikir	Keyakinan waham bahwa orang lain memasukkan ide atau pikiran ke dalam kepala klien—yakni, ide tidak berasal dari pikiran klien.
Skizofasia	Aliran kata yang tidak berkaitan dengan, yang tidak menyampaikan makna bagi pendengar

Sensorium dan Proses Intelektual

Orientasi

Orientasi mengacu pada pengenalan klien terhadap orang, tempat, dan waktu. Klien mengetahui siapa dan dimana dirinya serta hari, tanggal, dan tahun yang benar. Hal ini sering didokumentasikan sebagai “terorientasi tiga kali.” Kadang situasi atau lingkungan keempat ditambahkan (apakah klien mempersepsikan lingkungannya saat ini dengan akurat). Tidak adanya informasi yang benar tentang orang, tempat, dan waktu disebut disorientasi atau “terorientasi satu kali” (hanya orang) atau “terorientasi dua kali” (orang dan tempat). Urutan orang, tempat, dan waktu signifikan. Ketika individu mengalami disorientasi, mula-mula ia kehilangan kesadaran akan waktu, kemudian tempat, dan yang terakhir orang. Orientasi kembali dalam urutan yang sebaliknya: pertama, individu mengetahui siapa dirinya, kemudian menyadari tempat, dan yang terakhir waktu.

Disorientasi tidak sinonim dengan bingung. Individu yang bingung tidak dapat menemukan makna dari lingkungan sekitarnya atau tidak mampu memahaminya walaupun dia terorientasi penuh.

Memori

Memori baik saat ini maupun masa lalu, dikaji. Memori dikaji secara langsung dengan mengajukan pertanyaan yang jawabannya dapat dipastikan perawat, misal; Siapa nama presiden saat ini?, Siapa nama presiden sebelumnya?, Di wilayah mana Anda tinggal?, Apa ibu kota negara ini?, Berapa nomor jaminan sosial Anda?.

Kemampuan untuk berkonsentrasi

Kemampuan untuk berkonsentrasi dikaji dengan meminta klien melakukan tugas tertentu, misalnya:

- ✓ Sebutkan huruf-huruf yang membentuk kata “dunia” dengan urutan terbalik.
- ✓ Mulai dengan angka 100, kurangi tujuh, kurangi dengan tujuh lagi, dan seterusnya. Kegiatan ini disebut “rangkaian tujuh.”
- ✓ Sebutkan hari-hari dalam satu minggu dengan urutan terbalik.
- ✓ Minta klien melakukan tugas yang terdiri atas tiga bagian, memberi instruksi pada satu waktu, misalnya, “Ambil selembar kertas dengan tangan kanan Anda, lipat menjadi dua, dan letakkan di atas lantai.”

Kemampuan Berpikir Abstrak dan Kemampuan Intelektual

Ketika mengkaji fungsi intelektual, perawat harus ingat tingkat pendidikan formal klien. Kurangnya pendidikan formal dapat menghambat pelaksanaan banyak tugas pada bagian ini.

Perawat menangkap kemampuan klien dalam menggunakan pemikiran abstrak, atau membuat asosiasi atau interpretasi tentang suatu situasi atau komentar. Hal ini biasanya dapat dikaji dengan meminta klien menginterpretasikan pepatah yang umum, misalnya “satu jahitan menghemat sembilan jahitan.” Apabila klien dapat menjelaskan pepatah tersebut dengan benar, berarti kemampuan berpikir abstraknya utuh. Akan tetapi, jika klien memberi terjemahan harfiah pada pepatah tersebut dan tidak dapat menginterpretasi maknanya, berarti kemampuan berpikir abstraknya kurang. Apabila klien terus-menerus memberi terjemahan harfiah, ini merupakan bukti pemikiran kongkret, misalnya:

- **Pepatah: Satu jahitan menghemat sembilan jahitan.**

Makna abstrak : Apabila Anda meluangkan waktu untuk memperbaiki sesuatu saat ini, Anda akan menghindari masalah yang lebih besar di masa mendatang.

Terjemahan harfiah: Jangan lupa menjahit lubang pada pakaian Anda (pemikiran kongkret).

- **Pepatah Orang yang tinggal di rumah kaca tidak boleh melempar batu.**

Makna abstrak: Jangan mengkritik orang lain untuk hal-hal yang juga dapat membuat Anda merasa bersalah ketika melakukannya.

Terjemahan harfiah: Apabila Anda melempar batu ke rumah kaca, maka rumah tersebut akan pecah (pemikiran kongkret).

Perawat juga dapat mengkaji fungsi intelektual klien dengan memintanya mengidentifikasi kesamaan antara dua benda, misalnya; “Apa yang sama antara apel dan jeruk?” atau “Apa persamaan antara surat kabar dan televisi?”

Perubahan Persepsi Sensori

Beberapa klien mengalami halusinasi, yaitu persepsi sensorial yang salah, atau pengalaman persepsi yang sebenarnya tidak ada. Halusinasi adalah ketidakmampuan seseorang untuk membedakan rangsangan internal dan eksternal. Tidak ada apa-apa (rangsangan eksternal) dianggap ada. Halusinasi dapat melibatkan kelima indra dan sensasi pada tubuh. Halusinasi pendengaran (mendengar suara-suara) adalah halusinasi yang paling banyak ditemukan dan halusinasi penglihatan (melihat sesuatu yang sebenarnya tidak ada) merupakan jenis halusinasi kedua yang paling sering ditemukan. Klien pada awalnya mempersepsikan halusinasi sebagai pengalaman yang nyata tetapi pada tahap sakit yang selanjutnya, mereka mengenalinya sebagai halusinasi.

Penilaian dan Daya Tilik

Penilaian mengacu pada kemampuan untuk menginterpretasi lingkungan dan situasi diri dengan benar dan mengadaptasi perilaku dan keputusan diri secara tepat (Chow & Cummings, 2000), masalah penilaian dapat terlihat ketika klien menjelaskan perilaku dan aktivitasnya saat ini yang menggambarkan tidak ada perhatian yang cukup terhadap diri sendiri atau orang lain. Klien mungkin mengeluarkan sejumlah besar uang untuk hal yang kurang penting ketika ia tidak dapat mengupayakan kebutuhan dasar, seperti makanan atau pakaian. Perilaku berisiko seperti menjemput orang asing di bar atau aktivitas seksual tanpa perlindungan juga dapat mengindikasikan penilaian yang buruk. Penilaian juga dapat dikaji dengan mengajukan pertanyaan hipotetis kepada klien misalnya, “Apabila anda menemukan sebuah amplop yang tercantum alamat dan dibubuhi prangko di tanah, apa yang akan Anda lakukan?”

Daya tilik merupakan kemampuan untuk memahami sifat situasi diri yang sebenarnya dan menerima beberapa tanggung jawab pribadi untuk situasi tersebut. Daya tilik sering kali dapat dilihat dari kemampuan klien menjelaskan kekuatan dan kelemahan perilaku mereka secara realistis. Contoh daya tilik yang buruk adalah klien yang menyalahkan orang lain untuk perilakunya sendiri, dengan mengatakan, “Salah istri saya mabuk dan bertengkar karena dia selalu mamarahi saya,” Klien ini tidak menerima tanggung jawab untuk perilaku mabuk dan pertengkarannya. Contoh daya tilik yang buruk lainnya ialah klien yang mengharapkan semua masalah selesai dengan sedikit atau tanpa usaha pribadi, dengan mengatakan, “Masalahnya adalah pengobatan saya. Segera setelah dokter memberikan pengobatan yang tepat, saya akan baik-baik saja.”

Konsep Diri

Konsep diri adalah cara individu memandang dirinya meliputi bentuk, struktur dan fungsi tubuh yang dimiliki. Komponen konsep diri terdiri dari; *body image* atau citra tubuh, ideal diri, harga diri, peran dan integrasi. Bagaimana seseorang memandang citra tubuhnya, dapat mempengaruhi ideal diri yang dibangun. Seberapa banyak ideal diri tercapai, disitulah konsep harga diri terbangun. Seseorang boleh saja memandang citra tubuhnya jelek, tetapi struktur dan fungsinya harus diberikan makna optimal, sehingga setiap orang masih mampu memberikan kontribusi dan manfaat bagi sekitar. Tubuh boleh cacat, tetapi fungsinya harus tetap optimal.

Pertanyaan untuk mengkaji konsep diri antara lain, perawat dapat meminta klien mendeskripsikan dirinya dan karakteristik yang ia sukai serta apa yang ia akan ubah. Deskripsi klien tentang dirinya dalam hal karakteristik fisik memberi informasi kepada perawat tentang citra tubuh klien, yang juga merupakan bagian konsep diri.

Pengkajian tentang konsep diri juga mencakup emosi yang sering klien alami, misalnya kesedihan atau kemarahan, dan apakah klien merasa nyaman dengan emosi tersebut. Strategi koping klien perlu dikaji, Hal ini dapat dilakukan dengan bertanya, "Apa yang Anda lakukan ketika Anda memiliki masalah? Bagaimana Anda menyelesaikannya? Cara apa yang biasanya Anda gunakan dalam mengatasi marah atau kecewa?"

Peran dan Hubungan

Individu berfungsi dalam masyarakat melalui berbagai peran, misalnya sebagai ibu, istri, anak laki-laki, anak perempuan, guru, sekretaris, dan sukarelawan. Perawat mengkaji peran yang klien lakukan, kepuasan terhadap peran tersebut, serta apakah klien yakin bahwa ia melakukan peran tersebut dengan adekuat (Roy & Andrews, 1991). Jumlah dan tipe peran dapat bervariasi, tetapi peran tersebut biasanya mencakup keluarga, pekerjaan, dan hobi atau aktivitas. Peran keluarga mencakup peran sebagai anak laki-laki atau anak perempuan, saudara kandung, orang tua, anak, dan suami atau pasangan. Peran pekerjaan dapat berhubungan dengan karir atau sekolah, atau keduanya. Kemampuan untuk memenuhi peran atau tidak adanya peran yang diinginkan sering kali menjadi pusat perhatian dalam fungsi psikososial klien. Perubahan peran juga dapat menjadi bagian kesulitan klien.

Hubungan dengan orang lain adalah hal yang penting untuk kesehatan emosional dan kesehatan sosial individu. Hubungan bervariasi dalam hal signifikansi, tingkat keintiman atau kedekatan, dan intensitas. Ketidakmampuan mempertahankan hubungan yang memuaskan dapat terjadi akibat masalah kesehatan jiwa atau dapat membuat beberapa masalah semakin memburuk. Perawat perlu mengkaji hubungan dalam kehidupan klien, kepuasan klien terhadap hubungan tersebut, atau setiap putusannya hubungan. Pertanyaan yang umum diajukan meliputi:

- ✓ Apakah Anda merasa dekat dengan keluarga Anda?
- ✓ Apakah Anda memiliki atau menginginkan hubungan dengan orang terdekat?
- ✓ Apakah hubungan yang Anda miliki memenuhi kebutuhan Anda akan persahabatan atau keintiman?
- ✓ Dapatkah Anda memenuhi kebutuhan seksual Anda dengan cara yang memuaskan?
- ✓ Apakah Anda pernah terlibat dalam suatu hubungan yang di dalamnya terjadi penganiayaan?

Jika hubungan keluarga klien tampaknya merupakan sumber stres yang signifikan, atau jika klien memiliki hubungan yang dekat dengan keluarganya, pengkajian yang lebih mendalam pada area ini dapat bermanfaat.

Pertimbangan Fisiologis dan Perawatan Diri

Fungsi fisiologis merupakan suatu data yang harus diperoleh perawat ketika melakukan pengkajian psikososial. Walaupun pengkajian kesehatan fisik yang lengkap mungkin tidak diindikasikan, seperti; tekanan darah, kadar gula darah, gangguan pencernaan, perkemihan sampai fungsi neurologis.

Beberapa area fungsi fisiologis sering kali diperburuk oleh masalah emosional, pola makan dan tidur sangat dipengaruhi oleh masalah emosional di bawah pengaruh stres, individu mungkin makan secara berlebihan atau tidak makan sama sekali dan tidur sampai 20 jam dalam sehari atau tidak bisa tidur lebih dari dua atau tiga jam pada malam hari. Klien yang mengalami gangguan afektif bipolar mungkin tidak makan atau tidur selama sehari-hari. Klien yang mengalami depresi mayor mungkin tidak dapat bangkit dari tempat tidur. Oleh karena itu, perawat harus mengkaji pola kebiasaan makan dan tidur klien kemudian menentukan bagaimana pola tersebut berubah (Chow & Cummings, 2000).

Perawat juga harus menanyakan klien apakah ia mengalami masalah kesehatan utama atau penyakit kronis, apakah meminum obat sesuai yang diprogramkan dan mengikuti rekomendasi diet. Penggunaan alkohol dan obat yang dijual bebas atau obat terlarang oleh klien juga harus dikaji. Pertanyaan ini perlu diajukan dengan cara yang tidak menghakimi. Klien harus diyakinkan kembali bahwa informasi yang benar diperlukan untuk menentukan rencana perawatannya.

Ketidakpatuhan terhadap pengobatan yang diprogramkan merupakan area yang penting. Apabila klien berhenti minum obat atau minum obat selain dari yang diprogramkan, perawat harus membantu klien merasa cukup nyaman untuk menyampaikan informasi ini. Perawat juga harus mengkaji hambatan dalam mematuhi program pengobatan. Apakah klien memilih untuk tidak mematuhi program pengobatan karena efek samping yang tidak diinginkan? Apakah obat tidak menghasilkan efek yang diharapkan? Apakah klien mengalami kesulitan untuk memperoleh obat? Apakah obat terlalu mahal bagi klien?.

MASALAH PSIKOSOSIAL

Pengertian Masalah Psikososial

Masalah psikososial adalah setiap perubahan dalam kehidupan individu baik bersifat psikologis ataupun sosial yang mempunyai pengaruh timbal balik dan dianggap berpotensi cukup besar sebagai faktor penyebab terjadinya gangguan jiwa (gangguan kesehatan) secara nyata, atau sebaliknya masalah kesehatan jiwa berdampak pada lingkungan sosial (Zaini, 2019).

Masalah psikososial merupakan masalah yang banyak terjadi dimasyarakat. Menurut (Nanda, 2012) masalah psikososial terdiri dari berduka, keputusan, ansietas, ketidakberdayaan, resiko penyimpangan perilaku sehat, gangguan citra tubuh, koping tidak efektif, koping keluarga tidak efektif, sindroma post trauma, penampilan peran tidak efektif dan HDR. Pendapat lainnya menurut (Hawari, 2013) masalah psikososial meliputi stress, cemas dan depresi.

Menurut UU No 36 tahun 2009 tentang kesehatan masalah psikososial adalah masalah psikis atau kejiwaan yang timbul sebagai akibat terjadinya perubahan sosial, misalnya:

1. Gelandangan yaitu orang yang berkeliaran di tempat umum dan kemungkinan menderita gangguan jiwa dan dianggap sebagai pengganggu ketertiban
2. Penderita gangguan jiwa yang dipasung
3. Anak jalanan
4. Masalah pada remaja seperti perkelahian, kenakalan, narkoba.
5. Masalah penyimpangan perilaku seksual yaitu hubungan seksual antara kerabat yang memiliki hubungan darah, free seks dan lain-lain
6. Kekerasan sosial, bentuk dari kekerasan social seperti menelantarkan anggota keluarga, kemiskinan, kekerasan pada anak, dan lain-lain
7. Stress pascatrauma, contohnya yaitu cemas, gangguan emosional, perassan trauma, bencana alam, penganiayaan baik fisik atau seksual, teroris dan lain-lain
8. Pengungsi atau imigrasi mempunyai masalah terhadap kondisi psikis atau kejiwaan akibat perubahan sosial seperti cemas, depresi, stress pasca trauma, korban bencana alam, dan lain-lain
9. Masalah pada lansia seperti penelantaran, gangguan tidur, depresi, gangguan daya ingat, dan lain-lain.
10. Masalah kesehatan pada tenaga kerja, biasanya para pekerja menderita stress, menurunnya produktivitas, adaptasi dengan kondisi lingkungan kerja, dan lain-lain.

Ciri Masalah Psikososial

Masalah psikososial hampir tidak pernah disadari sebagai gangguan oleh mayoritas individu yang mengalami. Walaupun demikian, dampaknya sangat luar biasa terhadap regulasi hormonal dan imunitas tubuh. Kebanyakan pasien datang berobat karena keluhan fisik; hipertensi, diabetes, sakit lambung, mual muntah, nyeri kepala dan sebagainya. Padahal tidak jarang semua keluhan itu yang ternyata penyebabnya adalah masalah psikososial.

Seorang ibu mertua, selalu mengeluh tekanan darahnya tinggi, sudah terlalu sering dibawa berobat, tetapi hasilnya tetap saja hipertensi. Setelah dikaji lebih mendalam, ternyata penyebab utamanya adalah sang ibu mertua sangat benci dengan menantu wanitanya. Semua keburukan dialamatkan kepada menantu wanita yang telah mengambil putra kesayangannya. Apapun kebaikan yang telah dilakukan menantu wanita, tetap saja salah. Bangun terlalu pagi, katanya tidak sayang suami. Bangun terlalu siang katanya malas. Bantu memasak, katanya masakannya tidak sesedap masakan ibu mertua. Beli makanan katanya malas dan pemborosan. Setiap ketemu sang menantu, ibu mertua langsung pening kepala. Itulah yang menyebabkan hipertensi tidak pernah turun. Ketika minum obat, memang turun, begitu ketemu menantu, muntap lagi. Inilah masalah psikososial yang berdampak langsung terhadap penyakit fisik. Demikian pula yang sering terjadi pada penderita diabetes, asam urat, kolesterol, ataupun stroke.

Masalah psikososial dapat menjadi stressor, langkah selanjutnya adalah membangun stress persepsi dan akan mengembangkan stress respon. Stress persepsi dikendalikan faktor kognitif dan psikososial lainnya, stress respon dikendalikan oleh regulasi hormonal dan imunitas tubuh.

Menurut Zaini (2019) ⁵⁰ ciri masalah psikososial antara lain:

1. **Cemas, khawatir berlebihan dan takut**

Perasaan cemas, khawatir berlebihan, takut dan stress adalah mekanisme pertahanan diri baik yang ia lakukan secara sadar ataupun tidak. Pada dasarnya strategi ini tidak mengubah kondisi objektif bahaya dan hanya mengubah cara individu mempersepsikan atau memikirkan masalah itu. Aspek pertahanan diri membuat seorang individu mampu untuk menyimpan keburukan dari dirinya dan tampil dengan baik sesuai yang diharapkan oleh lingkungan dari dirinya. Aspek pertahanan diri yang meliputi cemas, khawatir berlebihan dan sebagainya merupakan aspek dari konsep diri yang mana konsep diri dipengaruhi oleh pengalaman serta interaksi sosial di masyarakat, sehingga permasalahan terkait konsep diri dapat mempengaruhi sikap dan tindakan seseorang dalam kehidupan bermasyarakat.

2. **Mudah tersinggung**

Sensitifitas seseorang berbeda dari orang satu dan orang lainnya. Sensitifitas seseorang dipengaruhi oleh hormonal dan juga kondisi lingkungan. Sebagai

contoh ketika kita kehilangan seseorang atau benda kesayangan kita, kita akan menjadi lebih sensitive dari kondisi biasanya, ketika individu dipaksa kembali mengingat kehilangan tersebut dengan pertanyaan yang dilontarkan oleh orang lain hal tersebut akan membangkitkan kembali perasaan sedih yang dialami akibat kehilangan. Hal tersebut terjadi karena kondisi psikologis kita masih belum stabil, sehingga manifestasi yang akan timbul dalam kondisi ini adalah merasa mudah tersinggung

3. **Sulit konsentrasi**

Ketika dihadapkan dengan kondisi yang tidak sesuai dengan harapan, seringkali fokus kita teralihkan berfokus kepada hal tersebut, sedangkan hal lainnya kadang terabaikan. Pengendalian diri yang baik akan bisa mengatasi manifestasi **sulit berkonsentrasi**

4. **Bersifat ragu atau merasa rendah diri**

Bersifat ragu dan merasa rendah diri merupakan tanda efektif dari kecemasan, perasaan tersebut muncul menjadi tanda atau warning bahwa tubuh dalam kondisi yang berbahaya atau mendapat ancaman. Ancaman ini dapat membahayakan identitas, harga diri dan fungsi sosial seseorang.

5. **Merasa kecewa**

Perasaan kecewa timbul karena kenyataan tidak sesuai dengan harapan. Kecewa terhadap sesuatu atau seseorang dapat menyebabkan menurunnya interaksi sosial yang biasa dilakukan oleh seorang individu.

6. **Pemarah dan agresif**

Pemarah dan agresif merupakan reaksi manusia yang bila tidak diikuti perilaku maka tidak menetap mewarnai persepsi seorang terhadap sekelilingnya atau dunianya. Perasaan emosi berupa marah dan agresif merupakan perasaan emosi **negatif**.

7. **Reaksi fisik seperti jantung berdebar-debar, otot tegang dan sakit kepala**

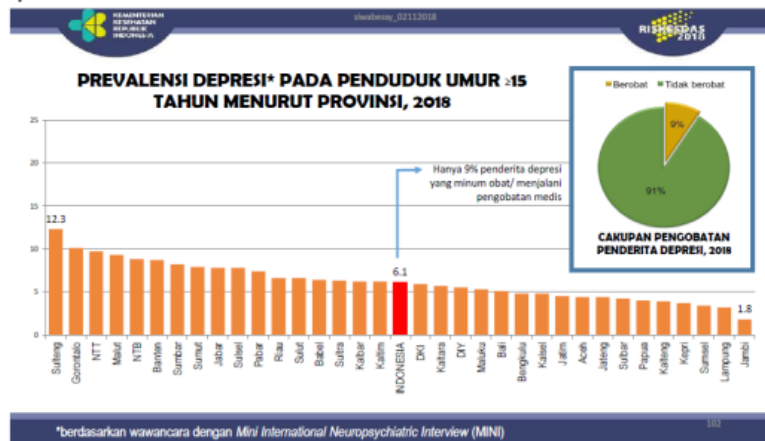
Masalah **psikososial** mempengaruhi respon fisiologis tubuh, **jantung berdebar, otot tegang dan sakit kepala** merupakan **respon** tubuh ketika terdapat suatu masalah yang sedang dihadapi. Ketika terdapat suatu masalah, otak dipaksa untuk berfikir mencari solusi akan masalah yang dihadapi. otak dapat bekerja optimal jika kebutuhan akan oksigen dan glukosa terpenuhi, kebutuhan oksigen dan glukosa tersebut dibawa oleh darah ke otak dan keseluruh tubuh. Peningkatan kerja di otak meningkatkan pula kerja jantung untuk memompa darah keseluruh tubuh, sehingga manifestasi yang timbul adalah jantung berdebar, sakit kepala dan juga otot tegang.

Masalah Psikososial dan Kesehatan Jiwa

Masalah psikososial adalah setiap perubahan dalam kehidupan individu, baik yang bersifat psikologik maupun sosial yang mempunyai pengaruh timbal balik. Masalah psikososial dapat diartikan sebagai masalah kejiwaan dan kemasyarakatan yang mempunyai pengaruh timbal balik, sebagai akibat terjadinya perubahan sosial atau gejala sosial dalam masyarakat, gejala sosial ini bermula dari permasalahan internal dari individu seperti salah satu contohnya adalah perasaan cemas dan khawatir berlebihan. Ketika individu merasa cemas akan muncul perasaan tidak nyaman atau takut atau mungkin memiliki firasat akan ditimpa malapetakan padahal ia tidak mengerti emosi apa yang mengancam tersebut terjadi. Perasaan tidak nyaman atau kekhawatiran biasanya disertai dengan respon autonom dan perasaan takut yang disebabkan olehantisipasi terhadap bahaya. Perasaan tidak nyaman dan khawatir merupakan gangguan dari psikologis individu yang mana jika hal ini terus berlanjut dapat menyebabkan gangguan jiwa. Gangguan jiwa disebabkan oleh berbagai faktor diantaranya adalah faktor somatik organobiologis atau somatogenic, faktor psikologik, dan faktor sosio-budaya (Yusuf, 2015).

Masalah psikososial yang sering dialami masyarakat sering tidak dirasakan menjadi hal yang perlu segera diatasi dan gejala yang muncul sering dianggap sebagai hal biasa, masalah psikososial ini juga termasuk kedalam gangguan mental emosional karena muncul dari permasalahan emosi yang ada, sehingga Riskesdas tahun 2018 memunculkan data prevalensi mengenai gangguan mental emosional sebagai berikut.

Menurut data Riskesdas (2018) prevalensi gangguan mental emosional pada penduduk yang berumur lebih dari 15 tahun, dapat diketahui bahwa pada tahun 2018 provinsi tertinggi yang penduduknya menderita gangguan mental emosional pada provinsi Sumatera Tengah yaitu sebanyak 19,8% dan Provinsi yang terendah angka prevalensi gangguan mental emosional pada tahun 2018 adalah pada Provinsi Jambi yaitu sebanyak 3,6%.



Depresi merupakan salah satu gejala dari gangguan mental emosional, menurut **24** a Riskesdas diatas pada kelompok umur lebih dari 15 tahun prevalensi gangguan jiwa di Indonesia semakin signifikan dilihat dari data Riskesdas tahun 2018. Riskesdas mendata masalah gangguan kesehatan mental emosional berupa depresi dan kecemasan sebanyak 9,8%. Hal ini terlihat peningkatan jika dibandingkan data Riskesdas tahun 2013 sebanyak 6%. Tingginya peningkatan masalah kesehatan mental emosional berdasarkan kelompok umur, persentase tertinggi pada usia 65-75 tahun keatas sebanyak 28,6%, disusul kelompok umur 55-64 tahun sebanyak 11%, kemudian kelompok umur 45-54 tahun dan 15-24 tahun memiliki persentase yang sama sebanyak 10% (Riskesdas, 2018). Prevalensi penduduk diatas 15 tahun yang mengalami Depresi 3 propinsi terbesar di Indonesia yaitu Sulawesi Tengah, Gorontalo dan Maluku Utara. Banyak dialami oleh perempuan dan sebagian besar dialami penduduk usia diatas 65 tahun, tidak sekolah, tidak bekerja dan yang tinggal di perkotaan.

Selain depresi yang termasuk kedalam gangguan mental emosional, stress juga digolongkan kedalam masalah psikososial. Stres menjadi ciri masalah psikososial yang dapat dialami oleh semua kalangan mulai dari yang muda bahkan sampai usia tua. Stres ini termasuk kedalam ciri dari masalah psikososial yang telah dibahas diatas, dan seluruh proses penyelesaian dilakukan dalam proses adaptasi melalui mekanisme koping. Masalah psikososial dan gangguan jiwa adalah merupakan peristiwa kehidupan yang terjadi dalam sebuah rentang respon.

83

Tabel 1.1 Rentang Sehat-Sakit Jiwa

Respon adaptif	←————→	Respon Maladaptif
Sehat jiwa	Masalah psikososial	Gangguan jiwa
Pikiran logis	Pikiran kadang menyimpang	Waham
Persepsi akurat	Ilusi	Halusinasi
Emosi konsisten	Reaksi emosional	Ketidakmampuan mengendalikan emosi
Perilaku sesuai	Perilaku kadang tidak sesuai	Perilaku kacau
Hubungan sosial memuaskan	Menarik diri	Isolasi sosial

Respon adaptif adalah respon tubuh yang baik ketika terjadi permasalahan terkait kejiwaan sedangkan respon maladaptive adalah respon tubuh yang negatif ketika terjadi suatu permasalahan terkait kejiwaan. Individu yang sehat jiwa adalah individu yang adaptif, ketika terjadi suatu permasalahan namun timbul respon seperti kecemasan dan stres hal tersebut mengartikan individu mengalami permasalahan psikososial tahap selanjutnya setelah individu mengalami masalah psikososial yang tidak teratasi adalah timbulnya gangguan jiwa yang mana termasuk kedalam respon maladaptive. Respon

selanjutnya mulai dari respon adaptif yaitu individu memiliki pikiran yang logis ini adalah individu yang sehat selanjutnya tahap yang akan dialami individu adalah pikiran yang kadang menyimpang dan respon maladaptivenya adalah timbulah waham atau gangguan dalam proses pikir. Individu yang sehat akan memiliki persepsi yang akurat sedangkan individu yang memiliki masalah psikososial akan mengalami ilusi atau khayalan, dan individu yang mengalami sakit kejiwaan akan mengalami halusinasi atau perubahan sensori persepsi, merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecap, perabaan atau penghiduan. Klien merasakan stimulus yang sebetulnya tidak ada.

Individu yang sehat jiwa akan memiliki emosi yang konsisten, sedangkan individu yang mengalami masalah psikososial akan menimbulkan reaksi emosional seperti mudah tersinggung dan merasa kecewa, sehingga individu yang memiliki kondisi kejiwaan yang sakit akan sulit dalam mengendalikan emosinya dan dapat menunjukkan perilaku kekerasan. Individu yang dalam kondisi sehat jiwa akan menunjukkan perilaku yang sesuai, sedangkan individu dengan respon maladaptive akan menunjukkan perilaku yang kacau. Hubungan sosial yang baik akan ditunjukkan oleh individu dengan respon adaptif, bagi individu yang memiliki masalah psikososial sikap yang timbul yaitu menarik diri, menarik diri ini bisa disebabkan dari banyak hal seperti khawatir berlebihan akan sesuatu, tidak percaya diri dan bersifat ragu, dari menarik diri individu yang mengalami sakit kejiwaan dapat mengalami isolasi sosial yang mana individu tidak mau melakukan apapun atau berinteraksi dengan orang lain, isolasi sosial adalah respon maladaptive yang dialami oleh individu yang sakit kejiwaan.

STRES ADAPTASI

35

Pengertian stress

Stress adalah reaksi tubuh terhadap situasi yang tami 35 berbahaya atau sulit, baik berbentuk biologis, psikologis, sosial maupun spiritual. Stres membuat tubuh untuk memproduksi hormone adrenaline yang berfungsi untuk mempertahankan diri. Stres merupakan bagian dari kehidupan manusia. Stres menurut kamus besar bahasa Indonesia adalah gangguan atau kekacauan mental dan emosional yang disebabkan oleh faktor luar atau ketegangan.

Gejala Stres

148 Gejala stress pada diri seseorang seringkali tidak disadari karena perjalanan awal tahapan stress timbul secara lambat dan baru dirasakan bilamana tahapan gejala sudah lanjut dan mengganggu fungsi kehidupannya sehari-hari baik di rumah, di tempat kerja ataupun pergaulan lingkungan sosialnya. Gejala stres dapat berupa; gugup,

malas, insomnia, sakit kepala, pusing, pingsan, sampai mimpi buruk. Belum lagi gejala perilaku dan psikososial yang menjadi manifestasinya.

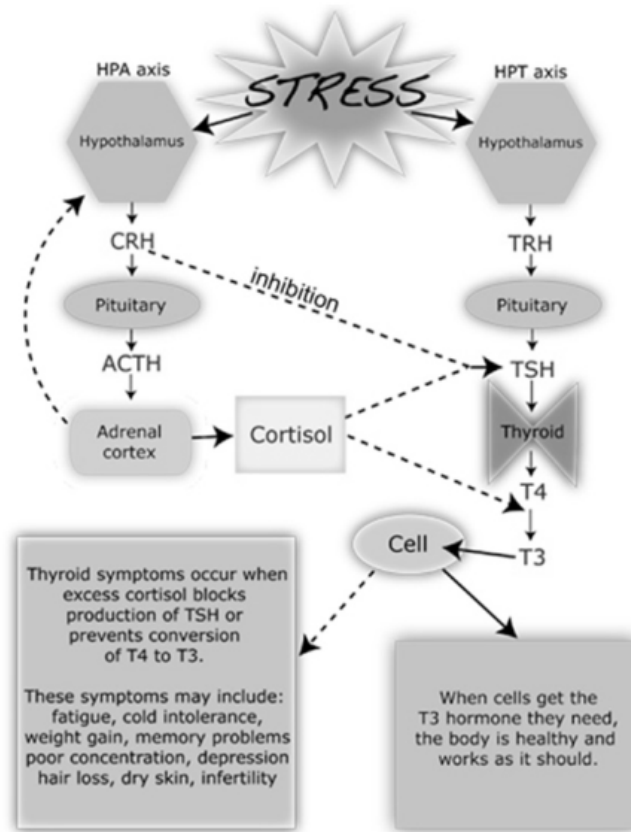
1. Gugup.
Gugup diartikan sebagai kondisi individu yang berbuat dan berkata dalam keadaan tidak tenang, gagap, sangat tergesa-gesa bingung (KBBI).
2. Malas
Malas identik dengan definisi jika seseorang atau individu tidak mau bekerja atau mengerjakan sesuatu, ketika mengalami lelah dalam fisik maupun psikologis kadang perilaku malas akan timbul pada diri seseorang, malas dapat dikondisikan oleh individu tersebut dengan adanya motivasi internal maupun eksternal.
3. Insomnia
Insomnia adalah keadaan tidak dapat tidur karena gangguan jiwa (KBBI), insomnia ini dapat dialami oleh berbagai kalangan baik anak muda maupun lansia. Insomnia ini timbul bisa dari banyak factor seperti kondisi psikologis yang kurang sehat dan adanya penyakit lain yang diderita.
4. Sakit kepala
Kondisi tubuh yang tidak seimbang seperti tekanan darah yang tinggi, kurangnya asupan karbohidrat dalam tubuh dapat menimbulkan sensasi sakit atau nyeri dikepala. Terlalu banyak pikiran dan tidur yang kurang juga menyebabkan timbulnya sakit kepala
5. Pusing
Pusing adalah sakit kepala, pening, keadaan keseimbangan terganggu seperti berputar dan tidak dapat berfikir.
6. Pingsan
Pingsan didefinisikan sebagai kondisi tidak sadar dan tidak ingat. Penyebab dari pingsan itu sendiri cukup bervariasi mulai dari masalah psikososial sampai akibat kondisi fisik.
7. Mimpi buruk
Individu yang sedang tidak dalam kondisi jiwa yang sehat mudah sekali mengalami mimpi buruk, karena ketakutan yang dialami. Kekhawatiran akan sesuatu dan rasa takut yang terus dialami oleh individu membuat individu kesulitan untuk tidur dan mudah mengalami mimpi buruk.

187

Bila dikaji lebih dalam, maka keluhan atau gejala sebagaimana digambarkan diatas lebih didominasi oleh keluhan fisik yang disebabkan oleh gangguan faal (fungsional) organ tubuh, sebagai akibat stressor psikososial yang melebihi kemampuan seseorang untuk mengatasinya.

Pengaruh Stress Terhadap Tubuh

Stress akan merangsang hipotalamus untuk menghasilkan *corticotropic-releasing hormone* (CRH) yang menyebabkan pelepasan *adreno corticotroprin hormone* (ACTH) di hipofisis. Pelepasan ACTH akan menimbulkan perangsangan korteks adrenal dan pada akhirnya dilepaskan kortisol. ACTH mungkin berperan dalam mengatasi stress, karena ACTH adalah salah satu dari peptide yang mempermudah proses belajar dan perilaku, masuk akal jika peningkatan ACTH selama stress psikososial membantu tubuh agar lebih siap menghadapi stressor serupa dimasa mendatang dengan perilaku yang sesuai.



Peran kortisol dalam membantu tubuh mengatasi stress, diperkirakan berkaitan dengan efek metaboliknya. Kortisol mempunyai efek metabolik yaitu meningkatkan konsentrasi glukosa darah dengan menggunakan simpanan protein dan lemak. Suatu anggapan yang logis adalah bahwa peningkatan simpanan glukosa, asam amino dan asam lemak tersedia untuk digunakan bila diperlukan, misalnya dalam keadaan stress. Efek dari kortisol adalah sebagai berikut:

1. Kalorigenik, kortisol meningkatkan pembentukan energy dari pemecahan cadangan karbohidrat, lemak dan protein, ini akan menyebabkan penurunan berat badan yang cukup bermakna.
2. Meningkatkan respon simpatis, respon ini akan meningkatkan curah jantung yang akan memberikan keluhan berupa dada berdebar-debar.
3. Menurunkan akumulasi sel darah putih dan reaksi peradangan pada tempat cedera. Hal ini akan menyebabkan kerentanan terjadinya infeksi dan memperlama penyembuhan luka.
4. Merangsang sekresi lambung, hal ini menyebabkan rusaknya mukosa lambung, biasanya terbentuk ulkus peptikum.
5. Menurunkan hormone gonadotropin releasing faktor, pada wanita akan menghambat ovulasi, libido sedangkan pada laki-laki menghambat spermatogenesis dan libido.
6. Merangsang somatostatin, hal ini menyebabkan gangguan pertumbuhan.

Stres yang berkepanjangan akan menurunkan cadangan endofrin yaitu peptide kecil yang dilepaskan oleh hipotalamus atau hipofisis anterior serta jaringan lain sebagai respon stress fisik dan mental. Endofrin merupakan opiate endogen yang berfungsi untuk mengurangi persepsi nyeri, memperbaiki suasana hati, dan meningkatkan perasaan sejahtera. Stress yang berkepanjangan akan meningkatkan persepsi nyeri yang membuat orang mengeluh nyeri dan rasa putus asa. Stress akan meningkatkan pembentukan katekolamin di medulla adrenal. Pelepasan katekolamin (epinefrin dan norepinefrin) akan menyebabkan:

1. Peningkatan aliran darah ke otak, jantung dan otot rangka yang meningkatkan resiko stroke dan gangguan jantung.
2. Relaksasi otot polos usus yang menyebabkan konstipasi.
3. Glukoneogenesis yang meningkatkan pemecahan cadangan energy sehingga membuat lebih kurus.
4. Peningkatan denyut dan kontraktilitas jantung yang memberikan keluhan dada berdebar-debar.

Epinephrine mempengaruhi metabolisme glukosa, menyebabkan cadangan makanan di otot diubah menjadi energi untuk aktivasi yang cepat. Aktivasi hormone juga menyebabkan aliran darah ke otot menjadi lebih cepat, tekanan darah menjadi lebih tinggi yang bila terjadi dalam jangka waktu yang lama dapat menyebabkan penyakit kardiovaskuler. Penyakit kardiovaskuler adalah penyakit jantung dan pembuluh darah. Penyakit ini dapat menyebabkan serangan jantung dan stroke. Serangan jantung terjadi bila pembuluh darah yang melayani jantung buntu, sedangkan penyakit stroke melibatkan pembuluh darah ke otak. Faktor resiko penyakit kardiovaskuler yang penting adalah tekanan darah tinggi dan konsentrasi kolesterol yang tinggi di dalam darah.

Norepinefrin selain bertindak sebagai hormone stress, juga disekresikan di otak dan bertindak sebagai neurotransmitter. Dengan teknik mikrodialisa, didapatkan bahwa situasi stress meningkatkan pelepasan norepinefrin di hipotalamus, korteks frontal dan lateral basal forebrain. Pelepasan norepinefrin di otak, mungkin dihasilkan oleh jalur dari central nucleus of amygdale ke daerah yang memproduksi norepinefrin di batang otak. Hormone stress lainnya adalah kortisol, yaitu steroid yang diproduksi oleh korteks adrenal. Kortisol disebut juga dengan hormone glukokortikoid, karena mempunyai pengaruh besar terhadap metabolisme glukosa, sedangkan aldosteron adalah steroid yang dihasilkan oleh korteks adrenal dan disebut dengan mineralokortikoid karena pengaruhnya terhadap metabolisme sodium.

Pengaruh buruk stress disebabkan oleh sekresi glukokortikoid yang terus menerus. Walaupun pengaruh glukokortikoid dalam jangka pendek adalah bermanfaat, pengaruhnya jangka panjang ternyata merugikan. Pengaruh jangka panjang berupa antara lain peningkatan tekanan darah, kerusakan jaringan otot, tidak subur, menghambat pertumbuhan, menghambat reaksi peradangan dan menekan system kekebalan tubuh. Tekanan darah tinggi bisa mengakibatkan serangan jantung dan stroke. Hambatan pertumbuhan pada anak yang mengalami stress dalam jangka waktu lama dapat menyebabkan gangguan pertumbuhan. Hambatan reaksi peradangan akan menyebabkan tubuh sulit sembuh setelah cedera. System kekebalan tubuh yang tertekan menyebabkan seseorang rentan terhadap infeksi bakteri maupun virus.

Demikianlah keterkaitan antara stress yang merupakan masalah psikososial dan berdampak langsung terhadap masalah fisik dengan berbagai penyakit yang ditimbulkan. Padahal masalah psikososial itu sendiri jarang disadari sebagai suatu gangguan dan hampir tidak pernah mendapat perhatian untuk dicarikan solusi dan pengobatannya.

Stress Adaptasi

Adaptasi adalah proses penyesuaian diri terhadap beban lingkungan agar organisme dapat bertahan hidup. Adaptasi atau penyesuaian diri adalah mengubah diri sesuai dengan keadaan lingkungan, tetapi juga mengubah lingkungan sesuai dengan keadaan (keinginan diri). Adaptasi perlu dilakukan untuk menghadapi tuntutan keadaan secara sadar, realistik, obyektif dan rasional.

Adaptasi dapat dilakukan dengan cara fisiologis, psikologis, sosial dan spiritual. Adaptasi fisiologis dilakukan secara lokal dan general (Hans Selye), adaptasi psikologis dilakukan dengan identifikasi tugas dan pembelaan ego, adaptasi sosial dilakukan dengan mengkaji stresor dan sumber coping dalam dimensi sosial mencakup penggalan tentang besarnya, tipe dan kualitas dari interaksi sosial yang ada. Stresor pada keluarga dapat menimbulkan efek disfungsi yang mempengaruhi klien atau keluarga

secara keseluruhan. Adaptasi spiritual dilakukan dengan menggunakan sumber spiritual untuk mengadaptasi. ada banyak cara yang dapat dilakukan, tetapi stres dapat juga bermanifestasi dalam dimensi spiritual. Intinya adalah pemberian arti kehidupan, khususnya terhadap filosofi dan makna hidup.

Istilah lain yang sering digunakan untuk membahas stress adaptasi adalah mekanisme koping, yaitu suatu cara yang dilakukan individu dalam menyelesaikan masalah, menyesuaikan diri dengan perubahan, serta respon terhadap situasi yang mengancam (Keliat, 2005). Sedangkan menurut Lazarus (2005), koping adalah perubahan kognitif dan perilaku secara konstan dalam upaya mengatasi tuntutan internal atau eksternal khusus yang melelahkan atau melebihi sumber individu.

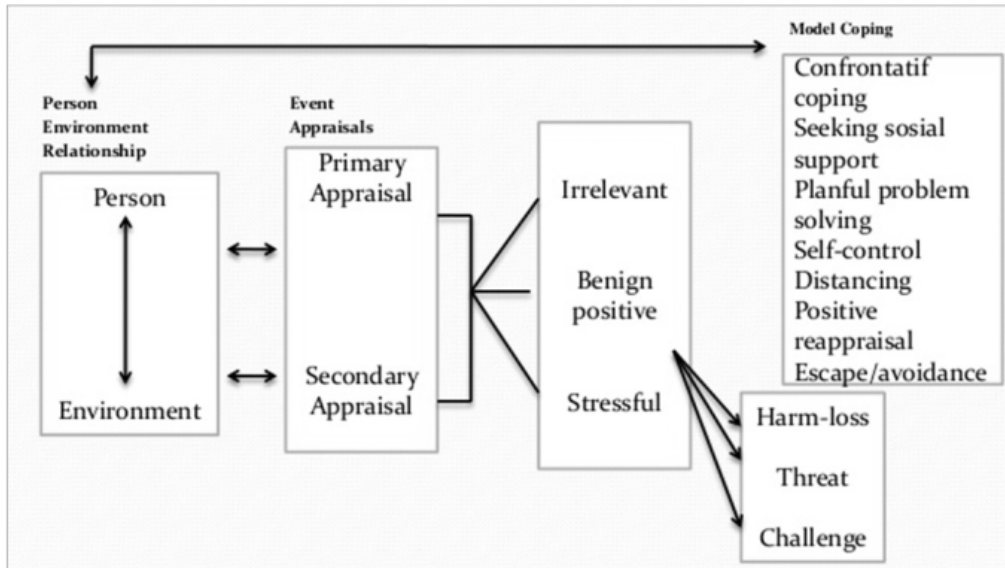
TEORI STRESS ADAPTASI

LAZARUS

Lazarus (1976) berpendapat stres terjadi jika seseorang mengalami tuntutan yang melampaui sumber daya yang dimiliki untuk melakukan penyesuaian diri, hal ini berarti kondisi stres terjadi apabila terdapat kesenjangan atau tidak seimbangan antara tuntutan dan kemampuan.

Tuntutan adalah sesuatu yang jika tidak dipenuhi akan menimbulkan konsekuensi tidak menyenangkan bagi individu. Stres tidak hanya bergantung pada kondisi eksternal melainkan juga mekanisme pengolahan kognitif terhadap kondisi yang dihadapi. Tuntutan tersebut dapat dibedakan dalam dua bentuk, yakni: tuntutan internal yang timbul sebagai tuntutan biologis, dan tuntutan eksternal yang muncul dalam bentuk fisik dan sosial. Tuntutan eksternal dapat merefleksikan aspek yang berbeda dari pekerjaan seseorang, seperti tugas yang diberikan dan bagaimana cara menyelesaikan tugas tersebut, lingkungan fisik, lingkungan psikososial dan kegiatan di luar lingkungan kerja.

Lazarus telah mempresentasikan teori stresnya sejak 1966, dan teorinya telah mengalami beberapa revisi yang penting (Lazarus 1991, Lazarus & Folkman 1984, Lazarus & Launier 1978). Pada revisi terakhir, stres diperlakukan sebagai suatu konsep relasi, hubungan, tidak diidentifikasi sebagai suatu hal rangsangan spesifik dari luar ataupun sebagai bentuk pola fisiologis, perilaku atau reaksi subyektif. Definisi ini merupakan konsep stres transaksional (Lazarus & Folkman 1984). Ditegaskan lagi dengan pernyataan Lazarus & Folkman (1986) bahwa stres secara psikologis mengacu pada hubungan dengan lingkungan. Stres dideskripsikan sebagai sebuah proses interaksional antara individu dengan lingkungannya.



Gambar; Konsep Stres Transaksional (Lazarus & Folkman, 1986)

Kategori Stressor

Penyebab stress yang biasa disebut dengan istilah stressor. Lazarus dan Cohen (1979) mengidentifikasi kategori dari stressor, yaitu; *cataclysmic stressor*, *personal stressor*, *background stressor*.

1. Cataclysmic Stressor

Istilah ini mengacu pada perubahan besar atau kejadian yang berdampak yang beberapa orang atau seluruh komunitas dalam waktu yang sama, serta diluar kendali siapapun. Contohnya bencana alam seperti gempa bumi, badai, perang, dipenjara dan sebagainya. Pada stressor, individu seringkali menemukan banyak dukungan dan sumber daya yang dapat digunakan untuk membandingkan perilaku dari orang lain.

2. Personal Stressor

Stressor yang mempengaruhi secara individual. Stressor ini dapat atau tidak dapat diprediksi, akan tetapi memiliki pengaruh yang kuat dan membutuhkan upaya coping yang cukup besar dari seseorang seperti menderita penyakit yang mematikan, dipecat, bercerai, kematian orang yang dicintai, dan sebagainya. Stressor ini seringkali lebih sulit ditanggulangi daripada *cataclysmic Stressor* karena kurangnya dukungan dari individu lain yang memiliki nasib yang sama.

3. Background Stressor

Stressor yang merupakan “masalah sehari-hari” dalam kehidupan. Stressor ini berdampak kecil namun berlangsung terus-menerus, sehingga dapat mengganggu dan menimbulkan stress negatif pada individu (Lazarus & Folkman, 1984)

seperti contohnya mempunyai banyak tanggung jawab, merasa kesepian, beradu argument dengan pasangan, dan sebagainya. Walaupun masalah sehari-hari tidak seberat perubahan besar dalam hidup seperti perceraian, kemampuan untuk bisa beradaptasi dengan masalah sehari-hari tersebut menjadi sangat penting dan hal ini juga berkaitan dengan masalah kesehatan (Lazarus & Folkman, 1984).

Sumber Stres

Faktor yang menjadi sumber munculnya stress disebut stressor. Pada dasarnya keadaan stress yang dihadapi sama namun penghayatan derajat stress berbeda antara individu yang satu dengan yang lainnya. Hal ini disebabkan karena adanya penilaian kognitif dalam diri individu yang akan memberi bobot pada keadaan atau situasi stress yang dialami, dimana keadaan tersebut dihayati sebagai suatu keadaan yang mengancam atau tidak bagi individu yang bersangkutan.

Lazarus (1976) membagi beberapa sumber stres antara lain; frustasi, konflik, tekanan, dan ancaman.

1. Frustrasi

Akan muncul apabila usaha yang dilakukan individu untuk mencapai suatu tujuan mendapat hambatan atau kegagalan. Hambatan ini dapat bersumber dari lingkungan maupun dari dalam diri individu itu sendiri.

2. Konflik

Stress akan muncul apabila individu dihadapkan pada keharusan memilih satu di antara dua dorongan atau kebutuhan yang berlawanan atau yang terdapat pada saat yang bersamaan.

3. Tekanan

Stress juga akan muncul apabila individu mendapat tekanan atau paksaan untuk mencapai hasil tertentu dengan cara tertentu. Sumber tekanan dapat berasal dari lingkungan maupun dari dalam diri individu yang bersangkutan.

4. Ancaman

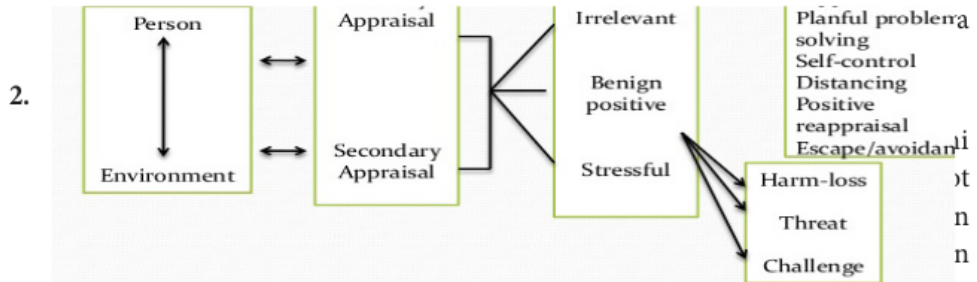
Antisipasi individu terhadap hal atau situasi yang merugikan atau tidak menyenangkan bagi dirinya juga merupakan suatu yang dapat memunculkan stress.

Reaksi Terhadap Stres

Ketika mengalami suatu situasi yang dapat menimbulkan stress, reaksi setiap individu berbeda. Beberapa respon ini merupakan reaksi yang tidak disadari, sedangkan sebagian lagi disadari oleh individu untuk segera melakukan coping. Lazarus (1984) membagi reaksi ini kedalam 4 kategori yaitu; reaksi kognitif, fisiologis, emosional, dan reaksi tingkah laku.

1. **Reaksi kognitif**

Reaksi kognitif terhadap stress meliputi hasil proses appraisal seperti adanya keyakinan mengenai bahaya atau ancaman yang terkandung dalam suatu kejadian atau keyakinan mengenai penyebabnya. Respon kognitif juga memasukkan respon stress tidak sadar seperti membuat jarak, ketidakmampuan konsentrasi, gangguan performance dalam pekerjaan kognitif, dan pikiran yang mengganggu, berulang dan abnormal. Simptom



mergi dari aktivitas fisik. Denyut jantung, tekanan darah, dan pernafasan meningkat serta otot menjadi tegang. Pada saat yang sama, aktifitas yang tidak dibutuhkan seperti digestif dikurangi, saliva dan lendir akan mengering dan sebagai gantinya meningkatnya jumlah udara yang dihirup. Respon psikologis tersebut merupakan hasil dari bekerjanya beberapa sistem tubuh untuk menghadapi stress.

3. **Reaksi emosional**

Penilaian atau interpretasi kognitif terhadap lingkungan yang dikaitkan dengan kebutuhan, tujuan, harapan, atau perhatiannya adalah hal yang menentukan bagaimana respon emosi seseorang. Menurut (Lazarus & Folkman, 1984) mengungkapkan bahwa dominansi emosi negatif seperti cemas, depresi, dan marah merupakan indikasi bahwa individu yang bersangkutan menilai situasi sebagai sesuatu yang menimbulkan stress dan dirasakan melukai atau merugikan (harm/loss), atau memberikan ancaman bahwa akan muncul sesuatu yang dapat melukai atau merugikan keberadaan individu tersebut.

4. **Reaksi tingkah laku**

Reaksi tingkah laku berhubungan dengan memunculkannya suatu perilaku baru sebagai upaya individu untuk mengurangi atau menghilangkan kondisi stress yang dialaminya. Perilaku yang muncul seperti merokok, mengurangi atau makan berlebih, berolahraga berlebihan, mengkonsumsi alkohol atau obat terlarang, dan sebagainya. Reaksi tingkah laku ini muncul tergantung pada stressor yang dihadapi, perilaku melawan stressor secara langsung (*fight*) dan menjauh atau menarik diri dari ancaman (*flight*) merupakan dua reaksi yang paling ekstrim.

Penilaian Kognitif

Penilaian kognitif (*cognitive appraisal*) berlangsung secara terus-menerus di sepanjang kehidupan. Penilaian kognitif merupakan suatu proses evaluatif yang menentukan mengapa atau dalam keadaan seperti apa suatu interaksi antara manusia dan lingkungannya dapat menimbulkan stress (Lazarus & Folkman, 1984). Pada dasarnya penilaian kognitif merefleksikan kekhasan dan perubahan relasi yang berlangsung antara individu dengan karakteristik personal tertentu (seperti nilai motivasi, gaya berpikir, dan penerimaan) dan juga karakteristik lingkungannya yang harus diprediksi dan dimaknakan.

Konsep ini akan lebih mudah dipahami dengan cara mengamatinya sebagai suatu proses pemberian kategori terhadap pengalaman serta memperhatikan pula signifikannya terhadap kesejahteraan individu. Proses ini tidak sekedar Penilaian kognitif (*cognitive appraisal*) berlangsung secara terus-menerus di sepanjang kehidupan. Penilaian kognitif merupakan suatu proses evaluatif yang menentukan mengapa atau dalam keadaan seperti apa suatu interaksi antara manusia dan lingkungannya dapat menimbulkan stress (Lazarus & Folkman, 1984). Pada dasarnya penilaian kognitif merefleksikan kekhasan dan perubahan relasi yang berlangsung antara individu dengan karakteristik personal tertentu (seperti nilai motivasi, gaya berpikir, dan penerimaan) dan juga karakteristik lingkungannya yang harus diprediksi dan dimaknakan.

Konsep ini akan lebih mudah dipahami dengan cara mengamatinya sebagai suatu proses pemberian kategori terhadap pengalaman serta memperhatikan pula signifikannya terhadap kesejahteraan individu. Proses ini tidak sekedar proses pengolahan informasi tetapi lebih bersifat evaluatif yang difokuskan pada makna dan signifikansi, serta terjadi secara terus-menerus sepanjang kehidupan. Dalam teori appraisal ini telah dibuat perbedaan antara penilaian primer (*primary appraisal*) dan penilaian sekunder (*secondary appraisal*). Penilaian primer dan penilaian sekunder tidak dapat dipandang sebagai proses yang terpisah, mereka berinteraksi satu sama lain dan membentuk derajat stress serta kekuatan dan kualitas reaksi emosional saling mempengaruhi antara kedua proses ini sehingga saling menjadi sangat kompleks. Penilaian kognitif merupakan proses berlangsungnya terus-menerus sepanjang hidup, maka turut berperan pada faktor penilaian kembali (*reappraisal*).

Penilaian Primer (*Primary appraisal*)

Penilaian primer merupakan suatu proses mental yang berhubungan dengan aktivitas evaluasi terhadap situasi yang dihadapi. Proses ini terjadi untuk menentukan apakah suatu stimulus atau situasi yang dihadapi individu berada dalam kategori tertentu. Penilaian primer ini terdiri dari tiga kategori, yaitu:

1. **Irrelevant (tidak relevan)**

Situasi yang terjadi tidak berpengaruh pada kesejahteraan individu, situasi tersebut dianggap tidak bermakna sehingga dapat diabaikan.

2. **Benign positive reappraisal (penilaian positif)**

Situasi yang terjadi dirasakan dan dihayati sebagai hal yang positif dan dianggap dapat meningkatkan kesejahteraan individu

3. **Stressful appraisal (penilaian yang menimbulkan stress)**

Situasi yang terjadi menimbulkan makna gangguan, kehilangan, ancaman, dan tantangan bagi individu.

Penilaian Sekunder (Secondary Appraisal)

Penilaian sekunder (*Secondary appraisal*) merupakan proses yang digunakan untuk menentukan apa yang dapat atau harus dilakukan untuk meredakan stress yang sedang dihadapi. Pada tahap inilah individu akan memilih cara yang menurutnya efektif untuk meredakan stress. Proses ini mencakup:

Evaluasi mengenai coping stress yang digunakan yang dinilai paling efektif dalam menghadapi situasi tertentu dengan mempertimbangkan konsekuensi yang muncul sehubungan dengan coping tersebut.

Evaluasi terhadap potensi yang dimiliki individu yang dapat mendukung upaya coping stress. Proses ini berusaha mempertimbangkan berbagai sumber yang dimiliki individu dengan memperhitungkan tuntutan yang ada dalam menentukan coping stress yang digunakan.

Penilaian Kembali (Reappraisal)

Penilaian kembali (*reappraisal*) merupakan perubahan yang terjadi karena adanya informasi yang baru, baik yang bersumber dari lingkungan yang dapat menahan atau memperkuat tekanan bagi individu, maupun informasi dari reaksi individu itu sendiri. Melalui tahapan penilaian tersebut, seseorang mempertimbangkan makna dan pengaruh situasi terhadap kesejahteraan dirinya. Dengan demikian, selain karakteristik dari suatu situasi yang dapat menimbulkan stress, proses penilaian kognitif sangat berpengaruh bagi seseorang dalam menghayati keadaan stress. Ada bentuk lain penilaian kembali yang disebut *defensive appraisal*. *Defensive appraisal* termasuk pada beberapa usaha untuk menginterpretasi hal yang lalu dengan positif, atau menghubungkan dengan kekerasan atau ancaman dengan memandang mereka di dalam sedikit kerusakan dan atau cara mengancam.

Derajat Stres

Tinggi rendahnya stress yang dialami oleh setiap individu berbeda, tergantung proses penilaian kognitif. Seseorang yang mengevaluasi stressor sebagai sesuatu yang *irrelevant* akan beranggapan bahwa stressor tersebut tidak penting dan cenderung memiliki derajat stress yang rendah. Seseorang yang mengevaluasi stressornya sebagai *benign positive appraisal* akan menganggap bahwa stressornya positif yaitu sebagai suatu tantangan yang harus dihadapinya dan cenderung memiliki derajat stress yang moderate. Sedangkan seseorang yang mengevaluasi stressornya sebagai sesuatu yang *stressful appraisal* menganggap stressornya sebagai suatu gangguan atau ancaman bagi kehidupannya dan cenderung memiliki derajat stress yang tinggi.

Derajat stres dapat juga diamati berdasarkan reaksi yang muncul. Individu yang memunculkan banyak reaksi baik dalam reaksi kognitif, fisiologis, emosi dan tingkah laku menghayati stress yang mereka alami sebagai stress yang berat atau tinggi. Sebaliknya, Individu yang sedikit memunculkan reaksi baik reaksi kognitif, fisiologis, emosi maupun tingkah laku menghayati stress yang mereka alami sebagai stress yang rendah (Lazarus, 1984). Pada derajat stress tertentu, stress dapat memicu seseorang untuk melakukan suatu hal yang lebih baik, namun pada derajat stress yang berlebihan, stress dapat menghambat seseorang mencapai tujuannya. Menurut (Lazarus, 1976), individu mengalami derajat stress yang tinggi biasanya tidak bisa tidur nyenyak, malas, bosan, memiliki motivasi rendah, sedangkan individu yang mengalami derajat stress rendah akan lebih termotivasi.

Faktor yang Mempengaruhi Proses Penilaian

Faktor yang dapat mempengaruhi proses penilaian seorang individu terdiri dari *person factor (commitment, beliefs)* dan *situation factor (novelty, predictability, temporal factors)*. *Commitment* menggambarkan apa yang dianggap penting dan bermakna oleh seseorang. *Commitment* dapat pula berarti pilihan yang dibuat seseorang atau dipersiapkan untuk menjaga nilai ideal mereka atau untuk mencapai tujuan yang mereka inginkan. *Beliefs* menetapkan apa yang menjadi fakta, bagaimana suatu kejadian di lingkungan, dan mereka membentuk keyakinan dari kejadian tersebut. *Novelty* adalah suatu situasi dimana individu belum pernah mempunyai pengalaman sebelumnya. Apabila suatu situasi benar baru baginya dan tidak ada aspek yang sebelumnya dihubungkan secara psikologis dengan sesuatu yang merugikan maka individu tidak akan menilai kejadian tersebut sebagai suatu ancaman. Namun, jika individu sudah memiliki pengalaman sebelumnya, maka individu akan merasa bahwa kejadian tersebut merupakan suatu tantangan. *Predictability* merujuk pada karakteristik lingkungan yang sudah bisa diramalkan dan bisa dikenali, dipelajari, dan diketahui. *Temporal factors* terdiri dari *imminence, duration, dan temporal uncertainty*.

Imminence yaitu merujuk pada seberapa banyak waktu yang tersedia sebelum suatu kejadian terjadi. Semakin banyak waktu yang tersedia maka kejadian tersebut semakin dapat diantisipasi oleh individu. *Duration* merujuk pada berapa lama kejadian yang dianggap stressful terjadi. *Temporal uncertainty* merujuk pada tidak diketahuinya kapan satu kejadian akan terjadi.

Coping Stress

Lazarus (1976) mengatakan bahwa coping stress memiliki kesamaan dengan *adjustment* (penyesuaian diri), hanya saja konsep mengenai *adjustment* lebih luas dan mengarah pada seluruh reaksi individu terhadap lingkungan dan tuntutan internal. Coping stress merupakan suatu konsep yang lebih mengarah pada apa yang dilakukan individu untuk mengatasi situasi stress atau tuntutan yang membebani secara emosional.

Coping stress menurut (Lazarus,1984) merupakan perubahan kognitif dan tingkah laku yang terus menerus sebagai suatu usaha individu untuk mengatasi tuntutan eksternal dan internal yang dianggap sebagai beban atau melampaui sumber daya yang dimilikinya dan membahayakan keberadaan atau kesejahteraannya. Coping stress merupakan proses yang terus berubah, dimana pada suatu waktu tertentu individu akan lebih mengandalkan pada satu bentuk coping stress yang disebut sebagai strategi penanggulangan *defensive* dan pada kesempatan yang lain memilih untuk menggunakan strategi pemecahan masalah. Perubahan yang terjadi merupakan fungsi dari *appraisal* dan *reappraisal* yang berkelanjutan terhadap perubahan hubungan individu dengan lingkungannya (Lazarus & Folkman, 1984).

Fungsi Coping Stress

Coping stress sebagai disposisi menunjukkan pada suatu kecenderungan untuk menggunakan tipe coping stress tertentu pada peristiwa menekan. Kita tidak ingin menyamakan fungsi coping dengan hasil dari coping. Fungsi coping mengacu pada tujuan strategi melayani, sedangkan hasil coping mengacu pada efek strategi setelahnya. Merupakan hal yang umum bagi fungsi coping dijelaskan sebagai perbedaan yang kita yakini sebagai kepentingan utama antara coping yang diarahkan untuk mengelola atau mengubah masalah yang menyebabkan penderitaan, dan coping yang diarahkan pada mengatur respon emosional terhadap masalah. (Lazarus dan Folkman,1980) menyebutnya sebagai *problem focus coping* dan *emotional focus coping*.

Problem Focus Coping

Problem fokus coping merupakan coping stress yang digunakan untuk memecahkan masalah. Upaya yang dilakukan berpusat pada masalah, diarahkan

pada mendefinisikan masalah, memunculkan alternatif tindakan dan tingkah laku. *Problem focus coping* berbeda dengan *problem solving*, *problem focus coping* berpusat pada masalah dan diarahkan pula pada kondisi dalam diri individu. Strategi coping ini mencakup perubahan motivasi dan kognitif seperti mengubah level *appraisal*, mengurangi keterlibatan ego, menemukan alternatif lain, mengembangkan standar atau perilaku baru, dan juga mempelajari keterampilan baru. Lazarus menjelaskan bahwa *problem focus coping* memiliki dua bentuk, yaitu:

1. **Planful problem solving**

Yaitu strategi dimana individu berusaha untuk mengubah keadaan secara hati-hati dengan menganalisis masalah yang dihadapi, membuat perencanaan pemecahan masalah, lalu memilih alternatif pemecahan masalah tersebut.

2. **Confrontative coping**

Yaitu strategi dimana individu secara aktif atau agresif mencari cara untuk mengatasi keadaan yang menekan dirinya.

Emotional Focus Coping

Emotional focus coping merupakan bentuk coping stress yang diarahkan untuk mereduksi, mengurangi, membatasi atau mentolerir stress emosional yang dihasilkan oleh stressor. Bentuk coping ini mencakup pengurangan distress emosional, yang mencakup strategi seperti menghindari, meminimalisir, membuat jarak, melakukan selective attention, positive comparison, serta menilai positif mengenai kejadian yang dialami. Bentuk kognitif dari *emotional focus coping* ini mengacu pada perubahan cara pandang situasi tanpa mengubah situasi objektif itu sendiri. Strategi coping ini ekuivalen dengan *reappraisal*.

Lazarus mengistilahkan penghilangan penilaian dengan mengubah makna dari situasi yang dihadapi sebagai *defensive reappraisal*. Kata *defensive* disini bukan berarti bahwa adanya distorsi akan kenyataan yang dihadapi, beberapa *reappraisal* seperti *positive comparison* atau memunculkan makna positif dari situasi negatif merupakan contoh dilakukannya distorsi terhadap suatu situasi. Tidak semua *reappraisal* mengarah pada regulasi emosi secara langsung. *Reappraisal* yang menggunakan tindakan kognitif untuk mengubah makna tanpa mengubah situasi secara objektif, Lazarus menyebutnya sebagai *cognitive reappraisal*. Hal ini mencakup penggunaan kognitif untuk mendapatkan interpretasi realistis ataupun dengan mendistorsi situasi. Strategi lain yang berpusat pada emosi tidak mengubah secara langsung makna situasi itu seperti halnya *cognitive reappraisal*. Pada beberapa situasi, makna dapat tetap sama walaupun beberapa aspek telah dihilangkan atau pemikiran mengenai situasi dihilangkan untuk sementara.

Beberapa bentuk *emotional focus coping* antara lain;

1. **Seeking social support**

Merupakan strategi dimana individu berusaha mencari dukungan dari pihak diluar dirinya yang berupa dukungan emosional ataupun informasi.

2. **Distancing**

Merupakan strategi dimana individu berusaha melepaskan diri sejenak dan mengambil jarak dari masalah yang dihadapi.

3. **Avoidance**

Strategi dimana individu berusaha menghindari atau melarikan diri dari permasalahannya dengan cara menyangkal.

4. **Positive appraisal**

Strategi dimana individu akan berusaha untuk menciptakan makna positif yang lebih ditujukan untuk pengembangan pribadi, juga melibatkan hal yang religius.

5. **Self control**

Merupakan strategi dimana individu akan berusaha untuk meregulasi perasaan maupun tindakan yang akan diambil.

6. **Accepting responsibility**

Strategi dimana individu sadar akan perannya dalam permasalahan yang dihadapinya dan mencoba memperjelas masalahnya secara objektif. Walaupun *emotional focus coping* nampak tidak sehat karena sering melibatkan *self-deception* (penipuan diri) ataupun pembiasaan diri akan realitas, akan tetapi (Lazarus,1983) menyatakan bahwa sedikit ilusi merupakan sesuatu yang diperlukan demi kebaikan kesehatan mental individu.

Faktor yang Mempengaruhi Keberhasilan Koping Stres

Menurut (Lazarus & Folkman,1984), terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi keberhasilan penggunaan coping yaitu:

1. Kesehatan dan energi

Merupakan sumber fisik yang sering dapat mempengaruhi upaya menangani atau menanggulangi masalah, individu lebih mudah menanggulangi upaya jika ia memiliki kondisi tubuh yang sehat. Saat individu sakit atau dalam keadaan lemah, maka ia akan memiliki energi yang kurang cukup untuk melakukan coping stress secara efektif. Maka dari itu semakin baik kesehatan seseorang, maka orang tersebut akan memiliki kecenderungan untuk memilih menggunakan problem focused coping dalam menghadapi beban Stresss mereka.

2. Keterampilan dalam memecahkan masalah

Keterampilan memecahkan masalah termasuk kemampuan untuk mencari informasi, menganalisa situasi dengan tujuan mengidentifikasi masalah dalam rangka mengembangkan dan mempertimbangkan alternatif tindakan, melakukan

antisipasi dari suatu alternatif, serta memilih mengimplementasikan rencana tersebut pada suatu bentuk tindakan. Semakin tinggi kemampuan problem solving seseorang maka dia akan memilih untuk menggunakan problem focused coping dalam menghadapi beban stress mereka, karena dengan problem solving yang tinggi akan secara efektif mencari alternatif pemecahan masalah yang dihadapi, membantu mengurangi beban stress dan dapat memfokuskan diri untuk menyelesaikan masalah yang dihadapi.

3. Keyakinan diri yang positif

Melihat diri sendiri secara positif dapat menjadi sumber psikologis yang sangat penting untuk coping stress. Pemikiran positif bahwa seseorang dapat mengontrol sesuatu, serta keyakinan positif akan keadilan, kebebasan, maupun Tuhan juga menjadi sumber yang penting. Keyakinan (*Belief*) diartikan sebagai suatu lensa perseptual yang menjadi landasan dalam memperkirakan suatu kejadian, menentukan kenyataan apa yang sedang dihadapi, bagaimana sesuatu berlangsung dalam lingkungan, dan mempengaruhi pemahaman terhadap suatu makna.

4. Dukungan Psikososial

Dukungan Psikososial tidak hanya mengacu pada jumlah teman yang dimiliki untuk memberikan suatu dukungan, Dukungan Psikososial lebih mengacu pada sejauh mana kepuasan yang didapat atau dirasakan individu dari dukungan yang diberikan. Istilah Dukungan Psikososial biasanya mengacu pada persepsi kenyamanan, perhatian yang berlebihan, atau bantuan yang diterima individu dari individu lainnya.

5. Sumber daya material

Sumber daya material mengacu pada ketersediaannya uang dalam memperoleh atau mendapatkan barang maupun jasa yang diinginkan oleh individu. Selain hal diatas, keberhasilan individu untuk melakukan suatu coping juga dipengaruhi oleh hambatan yang menghalangi penggunaan sumber daya. Hambatan tersebut dapat berupa hambatan personal dan hambatan lingkungan. Hambatan personal meliputi nilai budaya yang diinternalisasikan serta keyakinan yang dimiliki untuk mengatasi kekurangan dalam diri individu. Hambatan dari lingkungan merupakan suatu tuntutan yang bertentangan dalam mempergunakan sumber daya individu, sehingga mengancam penggunaan coping. Semakin tinggi tingkat ancaman yang diberikan lingkungan, semakin menghalangi individu untuk menggunakan sumber daya dalam menangani masalah secara lebih efektif.

Hambatan dalam Menggunakan Koping Stres

Meskipun individu memiliki sumber daya yang cukup besar dan adekuat untuk digunakan, seringkali terjadi kekurangan kemampuan untuk menggunakan sumber daya tersebut secara baik, adapun hambatan yang terjadi antara lain:

1. *Personal constraints*

Mengacu pada belief internal dan nilai budaya yang terinternalisasi, yang melarang beberapa tindakan atau perasaan, serta kekuarangan secara psikologis karena perkembangan individu yang unik, seperti humor yang secara efektif dapat mengurangi rasa tegang, ternyata menjadi sesuatu yang tidak perlu atau tidak semestinya ketika dilakukan saat pemakaman. Contoh lainnya yaitu keengganan individu untuk meminta pertolongan orang lain karena tidak ingin dipandang sebagai seseorang yang lemah dan tidak ingin memiliki hutang budi.

2. *Environment constraints*

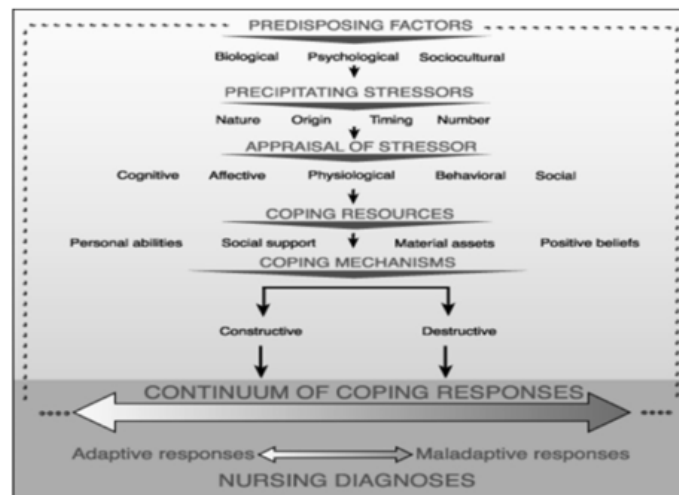
Dapat memunculkan tuntutan yang sama untuk suatu sumber daya, hal ini dikarenakan adanya keterbatasan dalam penggunaan sumber yang ada dalam lingkungan seperti uang, dimana keputusan harus diambil untuk bagaimana uang tersebut harus dialokasikan.

3. *Level of threat*

Bergradasi dari tingkatan terendah hingga yang ekstrim. Sangat penting untuk diperhatikan bahwa ancaman dengan tingkatan yang tinggi, tidak selalu berarti bahwa salah satu maupun kedua jenis coping akan berkurang kualitasnya.

STUART & LARAIA

Stuart & Laraia mendefinisikan stress adaptasi sebagai suatu rentang respon antara adaptif dan mal-adaptif. Stress adaptasi dipengaruhi oleh faktor predisposisi, presipitasi, penilaian terhadap stressor, sumber koping, dan mekanisme koping yang digunakan pasien. Tujuan dari model teori ini adalah membantu pasien lebih adaptif dalam menghadapi stressor.



Gambar; Model Stress Adaptasi (Stuart dan Laraia, 2005)

53

Faktor predisposisi

Faktor predisposisi adalah faktor risiko yang menjadi sumber terjadinya stress yang mempengaruhi tipe dan sumber dari individu untuk menghadapi stress baik biologis, psikosial, dan sosiokultural. Secara bersama-sama faktor ini akan mempengaruhi seseorang dalam memberikan arti dan nilai terhadap stress pengalaman stress yang dialaminya. Adapun faktor predisposisi meliputi kondisi biologis, psikologis dan sosio kultural.

53

1. Biologi

Latar belakang genetik, status nutrisi, kepekaan biologis, kesehatan umum dan terpapar racun

2. Psikologis

Kecerdasan, keterampilan verbal moral, personal, pengalaman masa lalu, konsep diri, motivasi, pertahanan psikologis, dan control

3. Sosiokultural

Usia, gender, Pendidikan, pendapatan, okupasi, posisi sosial, latar belakang budaya, keyakinan, politik, pengalaman social, dan tingkatan sosial.

Stressor presipitasi

Stressor presipitasi adalah stimulus yang mengancam individu. Stressor presipitasi memerlukan energi yang besar dalam menghadapi stress atau tekanan hidup. Stressor presipitasi ini dapat bersifat *nature, origin, timing, and number*.

Nature merupakan sifat alami atau tidak alamiahnya sebuah stressor, apabila sudah biasa terjadi mungkin tidak terlalu bermasalah bagi seseorang, tetapi apabila stressor itu tidak alamiah maka akan menjadi stressor yang sangat berat bagi seseorang.

Origin, asal muasal terjadinya stressor menjadi menjadi factor yang mepercepat terjadinya stress. Apabila stressor berasal dari sumber yang sudah diprediksi, mungkin tidak terlalu bermasalah, tetapi ketika stressor berasal dari sumber yang belum diprediksi, pasti akan menimbulkan keterkejutan dan belum siyap untuk diantaisipasi.

Waktu merupakan dimensi yang mempengaruhi terjadinya stress, berapa lama terpapar, berapa kali frekuensi terjadinya stress, pada saat kondisi dan situasi pribadi yang sedang baik atau buruk dapat memperparah terjadinya stress. Ketika seseorang dalam kondisi yang fiks, sehat wal afiat, sedang banyak uang mungkin stressor tidak akan terlalu berdampak bagi seseorang.

Number adalah merupakan besar kecilnya stressor. Meskipun ini bersifat subyektif, tetapi besar kecilnya stressor akan menjadi penyebab semakin cepat atau lambatnya stress. Biar bagaimanapun kehilangan uang sepuluh juta jauh lebih besar daripada kehilanga satu juta, kehilangan sahabat sejati lebih berat daripada teman biasa, dan sebagainya.

Adapun stressor presipitasi yang sering terjadi adalah sebagai berikut.

1. Kejadian yang menekan (stressful)

Ada tiga cara mengategorikan kejadian yang menekan kehidupan yaitu aktivitas sosial, lingkungan sosial dan keinginan social. Aktivitas sosial meliputi keluarga, pekerjaan, pendidikan, sosial, kesehatan, keuangan, aspek legal, dan krisis komunitas. Lingkungan sosial adalah kejadian yang dijelaskan sebagai jalan masuk dan jalan keluar. Jalan masuk adalah seseorang yang baru memasuki lingkungan social. Keinginan sosial adalah keinginan secara umum seperti pernikahan

2. Ketegangan hidup

Stress dapat meningkat karena kondisi kronis yang meliputi ketegangan keluarga yang terus-menerus, ketidakpuasan kerja, dan kesendirian. Beberapa ketegangan hidup yang umum terjadi adalah perselisihan yang dihubungkan dengan hubungan perkawinan, perubahan orang tua yang dihubungkan dengan remaja dan anak, ketegangan yang dihubungkan dengan ekonomi keluarga, serta overload yang dihubungkan dengan peran .

Penilaian terhadap stressor

Penilaian terhadap stressor meliputi penentuan arti dan pemahan terhadap pengaruh situasi yang penuh dengan stress bagi individu. Penilaian terhadap stres ini meliputi respon kognitif, afektif, fisiologis, perilaku dan respons social. Penilaian adalah dihubungkan dengan evaluasi terhadap pentingnya suatu kejadian yang berhubungan dengan kondisi sehat.

1. Respons kognitif

Respon kognitif merupakan bagian kritis dari model ini. Factor kognitif memainkan peran sentral dalam adaptasi. Factor kognitif mencatat kejadian yang menekan, memilih pola koping yang digunakan, serta emosional, fisiologis, perilaku dan reaksi social seseorang. Penilaian kognitif merupakan jembatan psikologis antara seseorang dengan lingkungannya dalam menghadapi kerusakan dan potensial kerusakan. Terdapat tiga tipe penilaian stressor primer dari stress yaitu kehilangan, ancaman, dan tantangan.

2. Respons afektif

Respons afektif adalah membangun perasaan. Dalam penilaian terhadap stressor respons afektif utama adalah reaksi tidak spesifik atau umumnya merupakan reaksi kecemasan, yang hal ini diekspresikan dalam bentuk emosi. Respons afektif meliputi sedih, takut marah, tidak percaya, menerima, antisipasi, atau kaget. Emosi juga menggambarkan tipe, durasi, dan karakter yang berubah sebagai hasil

32 i suatu kejadian.

3. Respons fisiologis

Respons fisiologis merefleksikan interaksi beberapa neuroendokrin yang meliputi

hormone, prolactin, hormone adrenokortikotropik (ACTH), vasopressin, oksitosin, insulin, epinefrin, norepinefrin dan neurotransmitter lain di otak. Respons fisiologis melawan atau menghindari menstimulasi divisi simpatik dari sistem saraf autonomy dan meningkatkan aktivitas kelenjar adrenal. Sebagai tambahan, stress dapat mempengaruhi system imun dan memengaruhi kemampuan seseorang untuk melawan penyakit.

4. Respons perilaku

Respons perilaku hasil dari respon emosional dan fisiologis

5. Respon sosial

Respon ini didasarkan pada tiga aktivitas, yaitu mencari arti, atribut social, dan perbandingan social.

Sumber koping

Sumber koping meliputi asset ekonomi, kemampuan dan keterampilan, teknik pertahanan, dukungan social, serta motivasi.

Mekanisme koping

Koping mekanisme adalah suatu usaha langsung dalam manajemen stress. Ada tiga tipe mekanisme koping yaitu sebagai berikut:

1. Mekanisme koping problem focus

Mekanisme ini terdiri atas tugas dan usaha langsung untuk mengatasi ancaman diri. Contoh: negosiasi, konfrontasi, dan mencari nasihat

2. Mekanisme koping cognitively focus

Mekanisme ini berupa seseorang dapat mengontrol masalah dan menetralkannya. Contoh: perbandingan positif, selective ignorance, substitution of reward, dan devaluation of desired object

3. Mekanisme koping emotion focus

Pasien menyesuaikan diri terhadap distress emosional secara tidak berlebihan. Contoh : menggunakan mekanisme pertahanan ego seperti denial, supresi atau proyeksi.

Stuart dan Sundeen (2005) mengklasifikasikan tingkat stres, yaitu:

1. Stres Ringan

Pada tingkat stres ini sering terjadi pada kehidupan sehari-hari dan kondisi ini dapat membantu individu menjadi waspada dan bagaimana mencegah berbagai kemungkinan yang akan terjadi.

2. Stres Sedang

Pada stres tingkat ini individu lebih memfokuskan hal penting saat ini dan mengesampingkan yang lain sehingga mempersempit lahan persepsinya.

3. Stres Berat

Pada tingkat ini lahan persepsi individu sangat menurun dan cenderung memusatkan perhatian pada hal lain. Semua perilaku ditujukan untuk mengurangi stres. Individu tersebut mencoba memusatkan perhatian pada lahan lain dan memerlukan banyak pengarahan.

HANS SELYE

Menurut Selye (2005) dalam menggolongkan stres menjadi dua golongan yang didasarkan atas persepsi individu terhadap stres yang dialami yaitu; *distres* dan *eustres*.

Distres atau stres negatif, merupakan stress yang merusak atau bersifat tidak menyenangkan. Stres dirasakan sebagai suatu keadaan dimana individu mengalami rasa cemas, ketakutan, khawatir atau gelisah. Sehingga individu mengalami keadaan psikologis yang negatif, menyakitkan dan timbul keinginan untuk menghindarinya.

Eustres atau stres positif bersifat menyenangkan dan merupakan pengalaman yang memuaskan, frase *joy of stress* untuk mengungkapkan hal yang bersifat positif yang timbul dari adanya stres. *Eustres* dapat meningkatkan kesiagaan mental, kewaspadaan, kognisi dan performansi kehidupan. *Eustres* juga dapat meningkatkan motivasi individu untuk menciptakan sesuatu, misalnya menciptakan karya seni.

Stres memberikan reaksi berbeda kepada setiap individu yang mengalami, baik reaksi fisiologis maupun psikologis. Tingkat stress juga mempengaruhi durasi dan reaksi yang ditimbulkan akibat stress. Respon psikologis terhadap stress dapat berupa kecemasan, kemarahan atau agresi, dan depresi. Kecemasan merupakan respons yang paling umum, merupakan tanda bahaya yang menyatakan diri dengan suatu penghayatan khas, sukar digambarkan, emosi yang tidak menyenangkan, khawatir, tegang, prihatin, takut seperti jantung berdebar, keluar keringan dingin, mulut kering, tekanan darah tinggi dan susah tidur. Kemarahan dan agresi merupakan perasaan jengkel sebagai respons terhadap kecemasan yang dirasakan sebagai ancaman. Merupakan reaksi umum lain terhadap situasi stress yang mungkin dapat menyebabkan agresi. Depresi adalah keadaan yang ditandai dengan hilangnya gairah dan semangat, terkadang disertai rasa sedih

Respon Adaptasi terhadap Stres

Tubuh memberikan respon secara fisiologis, psikologis, perkembangan, sosial budaya dan spiritual terhadap stress. berikut akan diuraikan mengenai jenis adaptasi dan responnya.

1. Adaptasi fisiologis

Proses dimana respon tubuh terhadap stresor untuk mempertahankan fungsi kehidupan, dirangsang oleh faktor eksternal dan internal, respons dapat dari

sebagian tubuh atau seluruh tubuh serta setiap tahap perkembangan punya stresor tertentu.

Mekanisme fisiologis adaptasi berfungsi melalui umpan balik negatif, yaitu suatu proses dimana mekanisme kontrol merasakan keadaan abnormal seperti penurunan suhu tubuh dan membuat suatu respons adaptif seperti mulai mengigil untuk membangkitkan panas tubuh. Ketiga dari mekanisme utama yang digunakan dalam menghadapi stressor dikontrol oleh medula oblongata, formasi retikuler dan hipofisis.

Riset klasik yang telah dilakukan oleh Hans Selye telah mengidentifikasi dua respons fisiologis terhadap stres, yaitu; *local adaptation syndrome (LAS)* dan *general adaptation syndrome (GAS)*.

1). LAS (Local Adaptation Syndrome)

Tubuh menghasilkan banyak respons setempat terhadap stres, responnya berjangka pendek. Digigit nyamuk, terasa gatal, memerah di lokasi gigitan, bengkak, digaruk, selesai, ini adalah adaptasi secara lokal. Jika masalah sudah teratasi, tidak gatal lagi, maka masalah selesai. Terkadang masalah tidak selesai diadaptasi secara lokal maka akan berlanjut pada adaptasi secara general; memerah, gatal berlanjut, urtikaria, dan melibatkan seluruh sistem tubuh, menimbulkan reaksi menyeluruh. Keadaan ini disebut *general adaptation syndrome*.

Karakteristik dari LAS:

- a. Respon yang terjadi hanya setempat dan tidak melibatkan semua sistem.
- b. Respons bersifat adaptif, diperlukan stressor untuk menstimulasikan.
- c. Respons bersifat jangka pendek dan tidak terus menerus.
- d. Respons bersifat restorative.

2). GAS (General Adaptation Syndrome)

Merupakan respons fisiologis dari seluruh tubuh terhadap stres. Respons yang terlibat didalamnya adalah sistem saraf otonom dan sistem endokrin. Di beberapa buku teks GAS sering disamakan dengan Sistem Neuroendokrin.

GAS diuraikan dalam tiga tahapan berikut:

a. Fase alarm

Melibatkan pengerahan mekanisme pertahanan dari tubuh dan pikiran untuk menghadapi stressor seperti pengaktifan hormon yang berakibat meningkatnya volume darah dan akhirnya menyiapkan individu untuk bereaksi. Aktifitas hormonal yang luas ini menyiapkan individu untuk melakukan respons melawan atau menghindari. Respons ini bisa berlangsung dari menit sampai jam. Bila stressor menetap maka individu akan masuk kedalam fase resistensi.

b. Fase resistensi (melawan)

Individu mencoba berbagai macam mekanisme penanggulangan psikologis dan pemecahan masalah serta mengatur strategi. Tubuh berusaha menyeimbangkan kondisi fisiologis sebelumnya kepada keadaan normal dan tubuh mencoba mengatasi faktor penyebab stres. Bila teratasi, gejala stres menurun atau normal. Bila gagal maka individu tersebut akan jatuh pada tahapan terakhir dari GAS yaitu: Fase kehabisan tenaga.

c. Fase exhaustion (kelelahan)

Merupakan fase perpanjangan stres yang belum dapat tertanggulangi pada fase sebelumnya. Tahap ini cadangan energi telah menipis atau habis, akibatnya tubuh tidak mampu lagi menghadapi stres. Ketidakmampuan tubuh untuk mempertahankan diri terhadap stresor inilah yang akan berdampak pada kematian individu tersebut.

2. Adaptasi psikologis

Perilaku adaptasi psikologi membantu kemampuan seseorang untuk menghadapi stresor, diarahkan pada penatalaksanaan stres dan didapatkan melalui pembelajaran dan pengalaman sejalan dengan pengidentifikasian perilaku yang dapat diterima dan berhasil. Perilaku adaptasi psikologi dapat konstruktif atau destruktif. Perilaku konstruktif membantu individu menerima tantangan untuk menyelesaikan konflik. Perilaku destruktif mempengaruhi orientasi realitas, kemampuan pemecahan masalah, kepribadian dan situasi yang sangat berat, kemampuan untuk berfungsi. Perilaku adaptasi psikologis juga disebut sebagai mekanisme koping.

Mekanisme ini dapat berorientasi pada tugas, yang mencakup penggunaan teknik pemecahan masalah secara langsung untuk menghadapi ancaman atau dapat juga mekanisme pertahanan ego, yang tujuannya adalah untuk mengatur distress emosional dan dengan demikian memberikan perlindungan individu terhadap ansietas dan stres. Mekanisme pertahanan ego adalah metode koping terhadap stres secara tidak langsung.

1). *task-oriented behavior (orientasi tugas)*

Perilaku berorientasi tugas mencakup penggunaan kemampuan kognitif untuk mengurangi stres, memecahkan masalah, menyelesaikan konflik dan memenuhi kebutuhan (Stuart & Sundeen, 2005). Tiga tipe umum perilaku yang berorientasi tugas adalah:

- a. Perilaku menyerang
- b. Tindakan untuk menyingkirkan atau mengatasi suatu stresor.
- c. Perilaku menarik diri
- d. Menarik diri secara fisik atau emosional dari stresor.

- e. Perilaku kompromi
- f. Mengubah metode yang biasa digunakan, mengganti tujuan atau menghilangkan kepuasan terhadap kebutuhan untuk memenuhi lain atau untuk menghindari stres.

2). *Ego defense mechanism (pembelaan ego)*

Perilaku tidak sadar yang memberikan perlindungan psikologis terhadap peristiwa yang menegangkan (Sigmund Frued). Mekanisme ini sering kali diaktifkan oleh stressor jangka pendek dan biasanya tidak mengakibatkan gangguan psikiatrik. Ada banyak mekanisme pertahanan ego, antara lain:

a. **Represi**

Menekan keinginan, impuls atau dorongan, ⁶¹ pikiran yang tidak menyenangkan ke alam tidak sadar dengan cara tidak sadar.

b. ⁶¹ **Supresi**

Menekan secara sadar pikiran, impuls, perasaan yang tidak menyenangkan ke alam tidak sadar.

c. **Reaksi formasi**

Tingkah laku berlawanan dengan perasaan yang mendasari tingkah laku ⁶¹sebut.

d. **Kompensasi**

Tingkah laku menggantikan kekurangan dengan kelebihan yang lain, terdapat dua jenis kompensasi yaitu kompensasi langsung dan kompensasi tidak langsung.

e. **Rasionalis** ⁶¹

Berusaha memperlihatkan tingkah laku yang tampak sebagai pemikiran ⁶¹ yang logis bukan karena keinginan yang tidak disadari.

f. **Substitusi**

Mengganti obyek yang bernilai tinggi dengan obyek yang kurang bernilai tetapi dapat diterima oleh masyarakat.

g. **Restitusi**

⁶¹ Mengurangi rasa bersalah dengan tindakan pengganti.

h. **Displacement**

Memindahkan perasaan emosional dari obyek sebenarnya kepada obyek ⁶¹ pengganti.

i. **Proyeksi**

Memproyeksikan keinginan, perasaan, impuls, pikiran pada orang lain/obyek lain/lingkungan untuk mengingkari.

j. **Simbolisasi** ⁶¹

Menggunakan obyek untuk mewakili ide/emosi yang menyakitkan untuk diekspresikan

- k. **61 Regresi**
Ego kembali pada tingkat perkembangan sebelumnya dalam pikiran, perasaan dan tingkah lakunya.
- l. **Denial**
Meningkari pikiran, keinginan, fakta dan kesedihan.
- m. **Sublimasi**
Memindahkan energi mental (dorongan) yang tidak dapat diterima kepada tujuan yang dapat diterima masyarakat.
- n. **Konvesi**
Pemindahan konflik mental pada gejala fisik
- o. **Introyeksi**
Mengambil alih semua sifat dari orang yang berarti menjadi bagian dari kepribadiannya sekarang.

3. **47 Adaptasi perkembangan**

Tahap perkembangan, seseorang biasanya menghadapi tugas perkembangan dan menunjukkan karakteristik perilaku dari tahap perkembangan tersebut. Stres yang berkepanjangan dapat mengganggu atau menghambat kelancaran menyelesaikan tahap perkembangan tersebut. Dalam bentuk ekstrem, stres yang terlalu berkepanjangan dapat mengarah pada krisis pendewasaan.

Bayi atau anak kecil umumnya menghadapi stresor di rumah. Jika diasuh dalam lingkungan yang responsif dan empati, mereka mampu mengembangkan harga diri yang sehat dan pada akhirnya belajar respons koping adaptif yang sehat.

Anak usia sekolah biasanya mengembangkan rasa kecukupan. Mereka mulai menyadari bahwa akumulasi pengetahuan dan penguasaan keterampilan dapat membantu mereka mencapai tujuan, dan harga diri berkembang melalui hubungan berteman dan saling berbagi diantara teman. Pada tahap ini, stres ditunjukkan oleh ketidakmampuan atau ketidakinginan untuk mengembangkan hubungan berteman.

Remaja biasanya mengembangkan rasa identitas yang kuat tetapi pada waktu yang bersamaan perlu diterima oleh teman sebaya. Remaja dengan sistem pendukung sosial yang kuat menunjukkan suatu peningkatan kemampuan untuk menyesuaikan diri terhadap stresor, tetapi remaja tanpa sistem pendukung sosial sering menunjukkan peningkatan masalah psikososial (Dubos, 2002).

Dewasa muda berada dalam transisi dari pengalaman masa remaja ke tanggung jawab orang dewasa. Konflik dapat berkembang antara tanggung jawab pekerjaan dan keluarga. Stresor mencakup konflik antara harapan dan realitas, antara keinginan dan kenyataan.

Usia setengah baya biasanya terlibat dalam membangun keluarga, menciptakan karier yang stabil dan kemungkinan merawat orang tua mereka. Mereka biasanya dapat mengontrol keinginan dan pada beberapa kasus menggantikan kebutuhan pasangan, anak, atau orang tua dari kebutuhan mereka.

Usia lansia biasanya menghadapi adaptasi terhadap perubahan dalam keluarga dan kemungkinan terhadap kematian dari pasangan atau teman hidup. Usia dewasa tua juga harus menyesuaikan terhadap perubahan penampilan fisik dan fungsi fisiologis.

4. **Adaptasi sosial budaya**

Mengkaji stresor dan sumber coping dalam dimensi sosial mencakup penggalan tentang besarnya, tipe dan kualitas dari interaksi sosial yang ada. Stresor pada keluarga dapat menimbulkan efek disfungsi yang mempengaruhi klien atau keluarga secara keseluruhan.

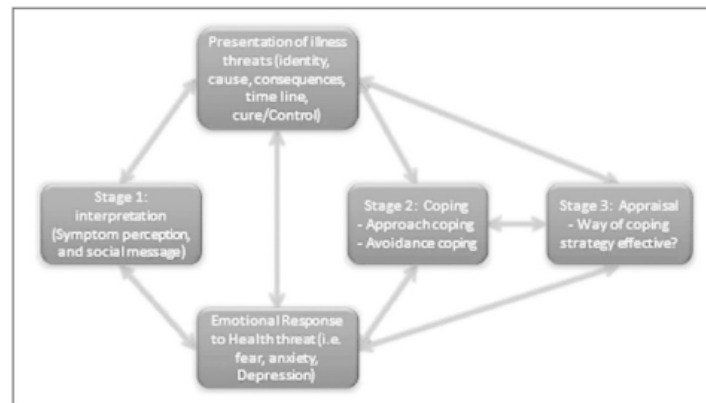
5. **Adaptasi spiritual**

Orang menggunakan sumber spiritual untuk mengadaptasi stres dalam banyak cara, tetapi stres dapat juga bermanifestasi dalam dimensi spiritual. Stres yang berat dapat mengakibatkan kemarahan pada Tuhan, atau individu mungkin memandang stresor sebagai hukuman. Adaptasi spiritual yang baik, akan dapat menuntun individu untuk menemukan jalan kedamaian, menerima apapun yang terjadi dalam hidup, berusaha maksimal, sabar, syukur dan ihlas.

Adaptasi spiritual yang baik, jika diterapkan oleh mereka yang sudah mengalami penderitaan dan menjelang ajal, maka dia akan dapat menerima apapun, tanpa menyalahkan Tuhan, dan dia dapat meninggal dengan damai.

LEVENTHAL

Leventhal (1980) membahas bahwa stres adaptasi dikelola dalam sebuah regulasi diri (*self regulation model*). Seseorang yang mengalami penyakit, terdapat dua proses regulasi yang berjalan secara paralel aktif yaitu persepsi atau pengenalan terhadap keberadaan penyakit dan respon emosi yang terjadi.



Gambar Teori Self Regulatory Model of Illness Behavior (Leventhal, 1980)

Model regulasi diri dari perilaku sakit menggambarkan pemecahan masalah dalam tiga tahap yaitu: 1) interpretasi dengan penafsiran permasalahan atau penyakit yang dialami, 2) koping merupakan strategi mengelola masalah untuk mencapai status keseimbangan, dan 3) penilaian dengan mengkaji seberapa sukses tahap koping yang diterapkan.

Model regulasi diri dari Leventhal menekankan pada aspek pengenalan sakit (*illness cognition*) dan penilaian pengenalan sakit. *Illness perception* merupakan inti dari Leventhal's *self-regulation model*. Pada awalnya *illness perception* terdiri dari empat dimensi, yaitu *identity*, *consequences*, *timeline*, dan *cause*. Kemudian Lau and colleagues (1989, dalam Weinman, 1996) menambahkan dimensi *cure or controllability*. Adapun cara mengukur *illness perception* melalui pendekatan kualitatif, yaitu *indepth* dan *semi structured interview*. Seiring dengan berjalannya waktu, banyak peneliti melakukan penelitian tentang *illness perception* (berpijak pada *self-regulation model* dari Leventhal) dengan mengembangkan pengukuran secara kuantitatif.

Menurut (Weinman et.al,1996) mengembangkan alat ukur *The Illness Perception Questionnaire* (IPQ) untuk mengukur lima dimensi dari *illness perception*, yaitu *identity*, *consequences*, *timeline*, *cause* dan *cure or controllability*. Kemudian (Moss-Morris et.al,2002) mengembangkan alat ukur *The Revised Illness Perception Questionnaire* (IPQ-R) untuk mengukur sembilan dimensi dari *illness perception*, yaitu *consequences*, *timeline (acute/chronic)*, *personal control*, *treatment control*, *identity*, *illness coherence*, *timeline cyclical*, *emotional representations*, dan *cause*. Terakhir (Broadbent et.al, 2006), mengembangkan alat ukur *The Brief Illness Perception Questionnaire* (BIPQ) untuk mengukur sembilan dimensi *illness perception*, yaitu *consequences*, *timeline*, *personal control*, *treatment control*, *identity*, *concern*, *illness comprehensibility*, *emotions* dan *causal representation*.

Illness perception dapat mempengaruhi tingkah laku pencegahan kesehatan seseorang (*preventive health behaviors*), reaksi ketika mengalami gejala atau didiagnosa menderita penyakit, kepatuhan terhadap rekomendasi pengobatan, dan harapan terhadap kesehatan di masa depan. *Illness perception* bersifat individual, dimana setiap individu yang menderita penyakit yang sama sekalipun akan mengembangkan *illness perception* yang berbeda dan bervariasi, walaupun secara pribadi tidak terdeteksi.

Illness perception terdiri dari 9 dimensi, yaitu:

1. Consequences

Dimensi *consequences* termasuk dalam dimensi yang menggambarkan representasi kognitif terhadap penyakit yang diderita. Dimensi ini merupakan dimensi *illness perception* yang dibuat oleh Leventhal dalam *Self-Regulation Model*. Dimensi *consequences* menggambarkan “...the individual beliefs about the illness severity and likely impact on physical, social and psychological functioning.” Artinya keyakinan individu tentang beratnya penyakit dan kemungkinan besar berdampak pada pemfungsian fisik, sosial dan psikologis. Dimensi *consequences* juga dapat diartikan sebagai “...its symptoms and the treatments that results, as well as the extent to which the person believes the illness has ramifications for his or her life atau hasil dari gejala dan pengobatan, sebaik tingkatan dimana seseorang meyakini bahwa penyakit memiliki pengaruh terhadap kehidupannya.

2. Timeline

Dimensi *timeline* mengindikasikan “...perceptions of the likely duration of their health problems and these have been categorized as acute/shortlasting, chronic or cyclical/episodic.” atau persepsi mengenai lamanya permasalahan kesehatan berlangsung yang dapat dikategorikan menjadi akut atau jangka pendek, kronis dan siklus atau episodik. Selain itu, dimensi *timeline* dapat didefinisikan “...the length of time the illness is expected to last” atau lamanya waktu dari penyakit yang diharapkan untuk berakhir. Dimensi *timeline* termasuk dalam dimensi yang menggambarkan representasi kognitif terhadap penyakit yang diderita. Dimensi ini merupakan dimensi *illness perception*. Dimensi *timeline* terbagi menjadi akut, kronis, dan klinikal.

a. Timeline acute

Penyakit yang diyakini akan bertahan dalam waktu singkat dapat dikategorikan sebagai penyakit akut. Penyakit akut ini diyakini disebabkan oleh virus dan bakteri dan berlangsung dalam waktu yang singkat serta tidak memiliki konsekuensi dalam jangka waktu panjang. Contohnya adalah penyakit flu.

b. Timeline chronic

Penyakit ini diyakini disebabkan oleh banyak faktor (termasuk kebiasaan kesehatan), berlangsung dalam jangka panjang dan seringkali disertai dengan konsekuensi yang berat disebut dengan penyakit kronis. Contohnya adalah penyakit jantung, hipertensi dan diabetes mellitus.

c. **Timeline cyclical**

Penyakit yang diyakini dengan periode waktu berganti dimana kadangkala tidak ditandai dengan gejala atau malah dengan banyak sekali gejala disebut dengan penyakit siklus. Contohnya adalah penyakit herpes.

3. **Personal control**

Merupakan keyakinan (*belief*) tentang bagaimana diri sendiri mampu untuk mengontrol gejala dari penyakit yang diderita. *Personal control* juga diartikan sebagai “*feeling that they can make decisions and take effective action to produce desirable outcomes and avoid undesirable ones.*” Atau perasaan dimana mereka dapat membuat keputusan dan mengambil tindakan yang efektif untuk menghasilkan outcomes yang menyenangkan dan menghindari hal yang tidak menyenangkan. Dimensi *personal control* merupakan pengembangan dimensi *control/cue*. Dimensi ini termasuk dalam dimensi yang menggambarkan representasi kognitif terhadap penyakit yang diderita. *Personal control* mungkin menggambarkan keyakinan tentang internal *locus control*. Dimana individu yang memiliki kontrol terhadap kesuksesan dan kegagalan. Individu yang menyakini bahwa sangat mungkin mengontrol penyakitnya akan memperlihatkan penyesuaian diri yang lebih baik. Kemungkinan besar untuk menghadapi rehabilitasi dan lebih patuh pada pengobatan.

4. **Treatment control**

Dimensi *treatment control* merupakan “*...beliefin the treatment or recomended advice (o.e outcime expectancies).*” Atau keyakinan terhadap pengobatan atau nasihat yang direkomendasikan (seperti harapan terhadap hasil). Dimensi *treatment control* merupakan pengembangan dimensi *control/cue*. Dimensi ini termasuk dalam dimensi yang menggambarkan representasi kognitif terhadap penyakit yang diderita. *Treatment control* mungkin menggambarkan keyakinan tentang *external locus of control*. Individu yang memiliki *external locus of control* mempercayai bahwa kehidupannya di kontrol oleh kekuatan dari luar dirinya, contoh takdir. Individu usia dewasa hingga lanjut usia cenderung memiliki *locus of control* lebih eksternal. Hal ini dikarenakan mereka mempercayai bahwa kesempatan mempengaruhi peningkatan kehidupan mereka. Dimana ketika menderita penyakit yang serius, mereka cenderung lebih suka memiliki tenaga profesional untuk mengambil keputusan yang berhubungan dengan kesehatannya.

5. **Identity**

Dimensi *identity* merupakan dimensi *illness perception* yang dibuat oleh Leventhal dalam *self-regulation model*. Dimensi ini termasuk dalam dimensi yang menggambarkan representasi kognitif terhadap penyakit yang diderita. Dimensi *identity* dapat diartikan sebagai “*...patient's idea about the label, the nature of their*

condition(i.e associated symptoms) and the links between these.” Atau ide pasien tentang nama, kondisi mereka pada dasarnya (gejala yang berhubungan), dan hubungan diantara keduanya. Selain itu, dimensi *identity* juga dapat didefinisikan sebaga “...*identity, label, for an illness is its name*”. Label untuk sebuah penyakit adalah namanya.

6. Concern

Dimensi *concern* dapat diartikan sebagai keyakinan pasien bahwa dirinya sangat memberikan perhatian terhadap penyakit yang diderita. Dimensi ini merupakan dimensi *illness perception* yang dikembangkan pada alat ukur *The Brief Illness Perception Questionnaire (BIPQ)*. Dimensi *concern* ini termasuk dalam dimensi yang menggambarkan representasi emosi terhadap penyakit yang diderita.

7. Illness comprehensibility

Dimensi *illness comprehensibility* merupakan dimensi *illness perception* yang dikembangkan dalam alat ukur *The Brief Illness Perception Questionnaire (BIPQ)*. Adapun nama lain dari dimensi ini adalah *illness coherence*, yang juga merupakan dimensi *illness perception*. Dimensi *illness comprehensibility* didefinisikan sebagai “...*a type of meta-cognition reflecting the way in which the patient evaluates the coherence or usefulness of his or her illness representation.*” Atau sebuah tipe metakognisi yang menggambarkan arah dimana pasien mengevaluasi kelogisan atau manfaat dari *illness representation* mereka. Selain itu juga dapat didefinisikan sebagai “...*whether a person thinks about the treat in a coherent way.*” Atau apakah seseorang memikirkan ancaman dalam arah yang masuk akal. Dimensi *illness comprehensibility* memberikan gambaran mengenai bagaimana penyakit dapat dipahami sebagai sebuah konsep keseluruhan bagi diri pasien dan memainkan peranan penting dalam penyesuaian diri jangka panjang dan berespon terhadap penyakit. Studi pada pasien rawat inap penderita infark miokard menghasilkan bahwa mereka memiliki *illness comprehensibility* berhubungan hampir konsisten dengan pemfungsian mental dan fisik pada 3 bulan follow up setelah keluar dari rumah sakit.

8. Emotions

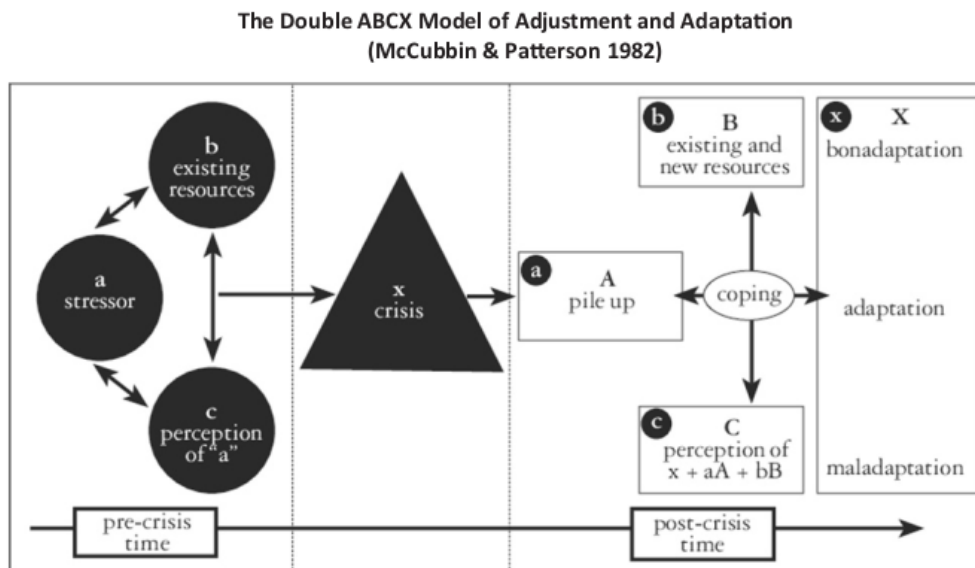
Dimensi *emotions* merupakan “...*beliefs about emotional reactions of the person ti their illness.*” Atau keyakinan tentang reaksi emosi seseorang terhadap penyakit yang dideritanya. Dimensi *emotions* terdiri dari “...*negative reactions such as fear, anger and distress.*” Atau reaksi emosi negatif, seperti takut, marah dan distres. Dimensi *emotions* merupakan dimensi *illness perception*. Dimana itemnya menjadi sensitif pada perbedaan dalam *illness perception* dan memprediksi respon yang berhubungan dengan kesehatan seperti mencari perawatan kesehatan. Dimensi *emotions* merupakan dimensi yang menggambarkan representasi emosi terhadap penyakit yang diderita.

9. Causal representation

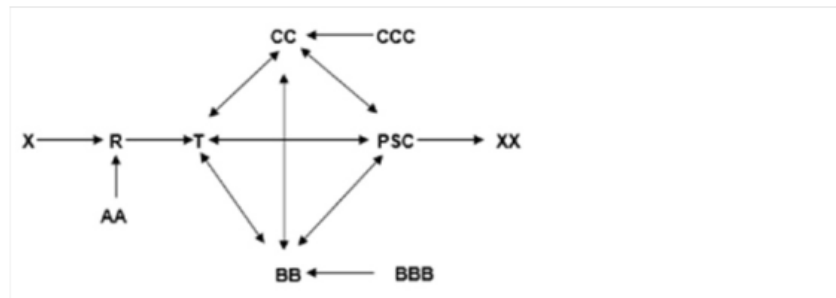
Dimensi *causal representation* merupakan dimensi yang menggambarkan representasi emosi terhadap penyakit yang diderita. Dimensi *causal representation* merupakan dimensi *illness perception*. Dimensi *causal representation* merupakan "...the factors that the person believes gave rise to the illness, such as environmental or behavioral factors." Atau faktor yang diyakini menyebabkan berkembangnya penyakit oleh seseorang, seperti faktor lingkungan faktor tingkah laku. Selain itu juga dapat didefinisikan sebagai "...the patient's views about what may have caused their problem such as genetic factors, poor diet, trauma, etc." Atau pandangan para pasien mengenai apa saja yang mungkin menjadi penyebab dari penyakit mereka, seperti faktor gen, diet yang buruk dan sebagainya.

TEORI DOUBLE ABCX MODEL

Model ABCX dari McCubbin dan Patterson (1987) merupakan bentuk pengembangan dari teori ABCX-nya Hill. Sebenarnya teori ini merupakan teori stres adaptasi keluarga. Mengingat teori Hill meliputi variabel krisis, teori McCubbin dan Patterson menjelaskan perbedaan dalam adaptasi keluarga pasca krisis. Setiap variabel asli (ABCX) diuji kembali dan definisi dimodifikasi. Setiap variabel dalam model digambarkan secara ringkas pada Gambar 1.



Gambar. Model T Ganda ABCX (McCubbin & Patterson 1980)



Keterangan :

- X = Krisis keluarga/masalah keluarga
- R = Tingkat regeneratif keluarga
- T = Tipologi keluarga
- AA = Setumpuk stresor keluarga
- BB = Sumberdaya copingkeluarga
- BBB = Dukungan Psikososial
- CC = Persepsi rumahtangga terhadap stresor
- CCC = Skema keluarga
- XX = Adaptasi Keluarga
- PSC = Penyelesaian masalah keluarga

Model ABCX T ganda setumpuk stresor keluarga (AA) yaitu beberapa stresor utama, yang bertumpuk menjadi “stresor keluarga”, ini berpengaruh penting dalam tingkat adaptasi keluarga, karena krisis keluarga berkembang dan berubah dalam satu kurun waktu, penumpukan stresor (AA) juga diakibatkan oleh perubahan siklus hidup dan ketegangan yang tidak terselesaikan. Persepsi keluarga terhadap stresor (CC) pada dasarnya menyangkut penilaian keluarga terhadap stres yang dialami. Penilaian dan adanya tuntutan keluarga, secara sadar atau tidak sadar memunculkan interpretasi dari pengalaman sebelumnya. Untuk memenuhi berbagai tuntutan, keluarga memiliki potensi yaitu sumberdaya dan kemampuan.

Model ABCX T ganda, sumberdaya dan kemampuan keluarga terdiri dari sumberdaya pribadi anggota keluarga dan sumber internal dan sistem keluarga (faktor BBB) mencakup semua karakteristik, kompetensi dan makna personal termasuk pendidikan, kesehatan, karakteristik kepribadian dan dukungan masyarakat yang merupakan lembaga di luar keluarga yang dapat diakses untuk memenuhi tuntutan keluarga. Dalam model ABCX T ganda, faktor tipologi keluarga menjadi suatu hal penting karena tipologi keluarga (faktor T) merupakan suatu kekuatan yang dapat mempengaruhi bagaimana penyesuaian dan adaptasi keluarga dilakukan, karena keluarga memegang teguh kepercayaan atau asumsi yang disebut skema keluarga yakni hubungan satu sama lain dan hubungan keluarga dengan masyarakat dan sistem. Hal tersebut dapat digunakan untuk mengatasi berbagai stresor dan krisis, keluarga melakukan copingadaptif (PSC).

Proses coping keluarga mengalokasikan sumberdaya dan kemampuan semua anggota keluarganya untuk memenuhi berbagai tuntutan yang dihadapi keluarga. Adaptasi Keluarga (XX) dalam model ABCX Ganda terdiri dari tiga tingkat analisis yaitu anggota keluarga (individu), unit keluarga dan komunitas. Masing unit ini memiliki tuntutan dan kemampuan. Adaptasi keluarga dicapai lewat hubungan timbal balik, tuntutan dari satu unit keluarga dipenuhi lewat kemampuan dari yang lain, untuk mencapai suatu keseimbangan secara simultan pada dua tingkat interaksi primer antara individu dan sistem keluarga dan antara sistem keluarga dengan komunitas diperlukan adanya adaptasi keluarga. Adaptasi keluarga (faktor XX) merupakan outcome dari upaya keluarga untuk mencapai tingkatan baru dari keseimbangan dan penyesuaian setelah krisis keluarga.

Model ABCX ganda dari stres dan adaptasi keluarga (McCubbin dan Patterson, 1982, 1983a, 1983b), ditunjukkan pada Gambar 1, dibangun di atas model ABCX stres dan krisis keluarga Hill (1949, 1958). Ini mendefinisikan ulang variabel prakrisis dan menambahkan variabel pascakrisis dalam upaya untuk menggambarkan (a) tekanan dan tekanan hidup tambahan, sebelum atau setelah peristiwa yang menimbulkan krisis, yang mengakibatkan penumpukan permintaan; (b) kisaran hasil dari proses keluarga dalam menanggapi tumpukan stresor ini (maladaptation to bonadaptation); dan (c) faktor yang mempengaruhi jalannya adaptasi: sumber daya keluarga, koherensi dan makna, dan strategi coping terkait.

Penumpukan (Faktor aA) Penumpukan permintaan mengacu pada efek kumulatif, dari waktu ke waktu, dari stres dan ketegangan sebelum dan sesudah krisis. Stres dipandang sebagai suatu proses, serangkaian kondisi perubahan yang kompleks yang memiliki sejarah dan masa depan, daripada stimulus tunggal jangka pendek. Efek pengelompokan peristiwa normatif dan nonnormatif juga telah dicatat oleh orang lain. Stresor tambahan seperti perubahan peran yang diperlukan, ketegangan yang belum terselesaikan sebelumnya, ikatan antar keluarga semuanya mungkin merupakan tuntutan untuk perubahan dan sumber ketegangan yang dihadapi keluarga saat berjuang dengan peristiwa stresor utama.

Sumber Daya Adaptif Keluarga (Faktor bB) Sumber daya adaptif merujuk pada sumber daya yang ada dan sumber daya yang diperluas yang dikembangkan dan diperkuat sebagai respons terhadap tuntutan yang ditimbulkan oleh peristiwa stresor. Sumber daya ini menjadi perantara antara tumpukan permintaan dan adaptasi. Dengan demikian, mereka dapat mengurangi dampak dari peristiwa pada keluarga dan / atau membantu keluarga beradaptasi dengan perubahan yang diperlukan.

Sumber daya adaptif keluarga dapat mencakup (a) sumber daya pribadi yaitu, karakteristik anggota keluarga individu seperti harga diri, pengetahuan, dan keterampilan yang berpotensi tersedia bagi keluarga pada saat dibutuhkan; (b) sumber daya sistem keluarga yaitu, atribut internal dari unit keluarga seperti kohesi, kemampuan

beradaptasi, dan komunikasi; dan (c) Dukungan Psikososial yaitu, kemampuan orang atau lembaga di luar keluarga di mana keluarga dapat menarik atau jaringan di mana keluarga dirawat dan dicintai, dihargai dan dihargai, dan di mana ia merasa memiliki.

Persepsi dan Koherensi (Faktor cC) faktor ini mengacu pada orientasi umum keluarga terhadap keadaan secara keseluruhan. Orientasi ini sebagai perasaan percaya diri yang meresap, abadi, meskipun dinamis bahwa lingkungan internal dan eksternal dapat diprediksi. Ini mencerminkan rasa penerimaan dan pemahaman tentang situasi, kerangka kerja di mana definisi situasi dibuat dan di mana persepsi dinilai. Ketika diterapkan pada unit keluarga, koherensi secara dinamis dipengaruhi oleh pengalaman keluarga baik lingkungan internalnya (seperti kekuatan yang dirasakan) dan efek kumulatif dari pengalaman (positif dan negatif) dengan lingkungan luar. Pada gilirannya, hal itu membentuk makna yang diberikan keluarga terhadap situasi krisis total, termasuk peristiwa stresor, sumber ketegangan tambahan (tumpukan), dan sumber daya yang dimiliki keluarga untuk memenuhi permintaan. Koherensi, dengan demikian, merupakan faktor perantara antara krisis dan adaptasi dan merupakan fasilitator lain dari kekuatan adaptasi keluarga.

Adaptasi Keluarga (Faktor xX) Adaptasi keluarga adalah hasil dari proses keluarga dalam menanggapi krisis dan permintaan yang menumpuk. Adaptasi tidak berarti bahwa disorganisasi atau perubahan dalam sistem belum terjadi; ini hanya berarti bahwa sistem tersebut telah kembali ke tingkat operasi rutinnya setelah harus menghadapi perubahan. Adaptasi keluarga merupakan variabel kontinu, mulai dari maladaptation sampai bonadaptation. Maladaptation, ujung negatif dari kontinum, diartikan sebagai ketidakseimbangan yang berlanjut antara tumpukan permintaan dan kemampuan keluarga untuk memenuhi permintaan tersebut. Ini mungkin ditandai dengan kemerosotan integritas keluarga, perasaan sejahtera anggota keluarga, dan kesehatan fisik dan / atau psikologis mereka. Bonadaptation, tujuan positif dari kontinum, didefinisikan sebagai ketidaksesuaian minimal antara tumpukan permintaan dan kemampuan keluarga, untuk mencapai keseimbangan dalam fungsi keluarga. Itu ditandai baik oleh pemeliharaan atau penguatan integritas keluarga dan oleh perasaan sejahtera anggota keluarga.

Proposisi berikut diturunkan dari model adaptasi keluarga ABCX ganda untuk situasi stres: (a) tingkat keparahan ketegangan yang terkait dengan situasi krisis dipengaruhi oleh sumber permintaan lain (stres dan ketegangan) pada keluarga, dan ini adalah positif hubungan; (b) tingkat adaptasi keluarga terhadap situasi krisis dipengaruhi oleh parahnya tumpukan stressor dan strain, dan ini merupakan hubungan negatif; (c) jumlah sumber daya pribadi, sumber daya sistem keluarga, dan Dukungan Psikososial yang dimiliki keluarga memengaruhi adaptasinya terhadap tumpukan stres dan ketegangan, dan ini merupakan hubungan yang positif; (d) jumlah sumber daya pribadi, sumber daya sistem keluarga, dan Dukungan Psikososial

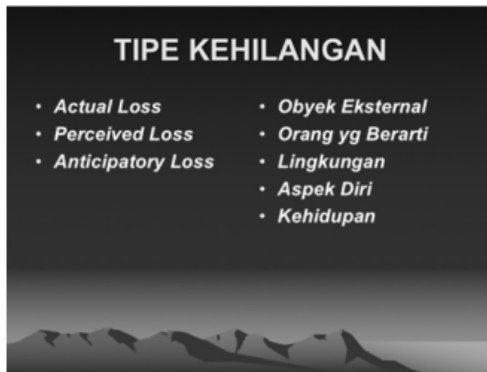
mempengaruhi beratnya ketegangan yang diciptakan oleh tumpukan permintaan, dan ini adalah hubungan negatif; dan (e) tingkat rasa koherensi keluarga mengenai situasi total (tuntutan dan kemampuan) mempengaruhi adaptasinya, dan ini merupakan hubungan yang positif.

Berbagai teori stress adaptasi yang sudah disampaikan, dapat menjelaskan bagaimana seseorang beradaptasi terhadap berbagai stressor yang dihadapi. Kegagalan beradaptasi dapat menimbulkan masalah psikososial. Satu lagi teori yang perlu dipahami dalam mempelajari masalah psikososial adalah teori kehilangan dan berduka.

KEHILANGAN DAN BERDUKA

Kehilangan

Kehilangan dan berduka adalah sebuah realitas yang sering terjadi dalam kehidupan. Kehilangan adalah situasi tidak adanya sesuatu yang sebelumnya ada atau



dimiliki. Kehilangan terjadi ketika seseorang tidak dapat lagi ditemui, diraba, didengar, diketahui, atau dialami dari sebuah peristiwa. Demikian pula dengan kehilangan sebuah keadaan, misal sakit adalah kehilangan dari keadaan sehat.

Kehilangan dapat bersifat *actual*, *perceived* atau *anticipatory*. Kehilangan yang bersifat nyata lebih mudah diidentifikasi, misalnya seorang anak yang teman bermainnya pindah rumah, atau

orang dewasa yang kehilangan pasangan akibat bercerai.

Kehilangan yang dipersepsikan bersifat kurang nyata dan dapat disalah artikan, seperti kehilangan kepercayaan diri harga diri atau prestise.

Kehilangan yang diantisipasi adalah ketika seseorang merasakan ada sesuatu yang akan hilang, sehingga dia mengantisipasi terlebih dahulu, misal orang yang mengalami penyakit, dia bisa mengantisipasi dengan menjaga hidup sehat.

Makin dalam makna dari apa yang hilang, maka makin besar perasaan kehilangan tersebut. Seseorang mungkin mengalami kehilangan maturasional, yaitu kehilangan yang diakibatkan oleh transisi kehidupan normal untuk pertama kalinya, dan kehilangan situasional, yaitu kehilangan yang terjadi secara tiba-tiba dalam respon kejadian eksternal spesifik seperti kematian mendadak dari orang yang dicintai, atau kehilangan keduanya.

Kategori Kehilangan

Kehilangan dapat dikelompokkan kedalam 5 kategori, eksternal, orang yang berarti, lingkungan, aspek diri dan kehidupan:

1. Kehilangan benda eksternal

Kehilangan benda eksternal mencakup segala kepemilikan yang telah menjadi usang, berpindah tempat, dicuri, atau rusak karena bencana alam. Kedalaman berduka yang dirasakan seseorang terhadap benda yang hilang bergantung pada nilai yang dimiliki orang tersebut terhadap benda yang dimilikinya, dan kegunaan dari benda tersebut

2. Kehilangan lingkungan yang telah dikenal

Kehilangan yang berkaitan dengan perpisahan dari lingkungan yang telah dikenal mencakup meninggalkan lingkungan yang telah dikenal selama periode tertentu atau kepindahan secara permanen. Contohnya termasuk pindah ke kota baru, mendapat pekerjaan baru, atau perawatan di rumah sakit. Kehilangan melalui perpisahan dari lingkungan yang telah dikenal dapat terjadi melalui situasi maturasional, misalnya ketika seorang lansia pindah ke rumah perawatan atau situasional, contohnya kehilangan rumah akibat bencana alam atau mengalami cedera atau penyakit. Kesepian akibat lingkungan yang tidak dikenal dapat mengancam harga diri dan membuat berduka menjadi lebih sulit.

3. Kehilangan orang yang dicintai

Orang terdekat mencakup orang tua, pasangan, anak-anak, saudara sekandung, guru, teman, tetangga dan rekanan kerja. Artis atau atlet yang terkenal mungkin menjadi orang terdekat bagi orang muda. Kehilangan dapat terjadi akibat perpisahan, pindah, melarikan diri, promosi di tempat kerja dan kematian.

4. Kehilangan aspek diri

Kehilangan aspek dalam diri dapat mencakup bagian tubuh, fungsi fisiologis, atau psikologis. Kehilangan bagian tubuh dapat mencakup anggota gerak, mata, rambut, gigi, atau payudara. Kehilangan fungsi fisiologis mencakup kehilangan kontrol kandung kemih atau usus, mobilitas, kekuatan, atau fungsi sensoris. Kehilangan fungsi psikologis termasuk kehilangan ingatan, rasa humor, harga diri, percaya diri, kekuatan, respek atau cinta. Kehilangan aspek diri ini dapat terjadi akibat penyakit, cedera atau perubahan perkembangan atau situasi.

5. Kehilangan hidup

Seseorang yang menghadapi kematian menjalani hidup, merasakan, berfikir dan merespon terhadap kejadian dan orang sekitarnya sampai terjadinya kematian. Perhatian utama sering bukan kepada kematian itu sendiri tetapi mengenai nyeri dan kehilangan kontrol. Doka (1993) menggambarkan respon terhadap penyakit yang mengancam hidup kedalam empat fase. *Fase prediagnostik* terjadi ketika diketahui ada gejala klien atau faktor resiko penyakit. *Fase akut* berpusat pada

krisis diagnosis. Klien dihadapkan pada serangkaian keputusan, termasuk medis, interpersonal, psikologis seperti halnya cara menghadapi awal krisis penyakit. Dalam *fase kronis* klien bertempur dengan penyakit dan pengobatannya, yang sering melibatkan serangkaian krisis yang diakibatkan. Akhirnya terdapat *pemulihan atau fase terminal*. Kadang dalam fase akut atau kronis seseorang dapat mengalami pemulihan. Klien yang mencapai fase terminal ketika kematian bukan lagi hanya kemungkinan, tetapi pasti terjadi. Pada setiap hal dari penyakit ini klien dan keluarga dihadapkan dengan kehilangan yang beragam dan terus berubah.

Kehilangan mengancam konsep diri, harga diri, keamanan dan rasa makna diri. Perawat harus mengenal makna dari setiap kehilangan bagi klien dan dampaknya pada fungsi fisik dan psikologis.

Berduka - Dukacita

Dukacita adalah proses mengalami reaksi psikologis, sosial, dan fisik terhadap kehilangan yang dipersepsikan (Rando, 1991). Respon ini termasuk keputusan, kesiapan, ketidakberdayaan, kesedihan, rasa bersalah dan marah. Dukacita mencakup pikiran, perasaan dan perilaku. Tujuan dukacita adalah untuk mencapai fungsi yang lebih efektif dengan mengintegrasikan kehilangan ke dalam pengalaman hidup klien. Pencapaian ini membutuhkan waktu dan upaya.

Istilah “upaya melewati dukacita” berasal dari seorang psikiater Erich Lindemann (1965) yang menggambarkan tugas dan proses yang harus diselesaikan dengan berhasil agar dukacita terselesaikan. Orang yang mengalami dukacita mencoba berbagai strategi untuk menghadapinya. Worden (1982) menggaris bawahi empat tugas dukacita yang memudahkan penyesuaian yang sehat terhadap kehilangan, dan Harper (1987) merancang tugas dalam akronim “TEAR” :

1. T – Untuk menerima realitas dari kehilangan
2. E – Mengalami kepedihan akibat kehilangan
3. A – Menyesuaikan lingkungan yang tidak lagi mencakup orang, benda atau aspek diri yang hilang
4. R – Memberdayakan kembali energi emosional kedalam hubungan yang baru

Tugas ini tidak terjadi dalam urutan yang khusus. Pada kenyataannya, orang yang berduka mungkin melewati keempat tugas tersebut secara bersamaan, atau hanya satu atau dua yang menjadi prioritas. Seseorang dapat tumbuh dari pengalaman kehilangan melalui keterbukaan, dorongan dari orang lain dan dukungan yang adekuat.

Respon duka cita dapat berupa dukacita adaptif dan dukacita yang terselubung;

1. Dukacita adaptif termasuk proses berkabung, koping, interaksi, perencanaan dan pengenalan psikososial. Hal ini dimulai dalam merespon terhadap kesadaran

tentang suatu ancaman kehilangan dan pengenalan tentang kehilangan yang berkaitan dengan masa lalu, saat ini dan masa mendatang. Dukacita yang adaptif terjadi pada mereka yang menerima diagnosis yang mempunyai efek jangka panjang terhadap fungsi tubuh, seperti pada lupus eritomatosus sistemik. Dukacita adaptif bagi klien menjelang ajal mencakup melepas harapan, impian dan harapan terhadap masa depan jangka panjang. Dukacita adaptif bagi klien menjelang ajal mempunyai akhir yang pasti. Hal tersebut akan menghilang sejalan dengan kematian klien; meskipun dukacita berlanjut, tetapi dukacita tersebut tidak lagi adaptif. Klien, keluarganya dan perawat dihadapkan dengan serangkaian tugas adaptasi dalam proses dukacita adaptif (Rando, 1986).

2. Dukacita terselubung terjadi ketika seseorang mengalami kehilangan yang tidak atau tidak dapat dikenali, rasa berkabung yang luas, atau didukung secara sosial. Dukacita mungkin terselubung dalam situasi dimana hubungan antara yang berduka meninggalkan tidak didasarkan pada ikatan keluarga yang dikenal. Seseorang dapat juga mengungkapkan kematian "psikologis" di mana kepribadian seseorang telah berubah sedemikian signifikannya sehingga keluarganya menganggap orang tersebut yang sebelumnya ada, sebagai mati misalnya dalam kasus penyakit mental kronis yang melumpuhkan (Doka, 1991).

Teori Kehilangan dan Berduka

ENGEL

Engel (1964) mengajukan bahwa proses berduka mempunyai tiga fase yang dapat diterapkan pada seseorang yang berduka dan menjelang kematian, yaitu menyangkal, tiba-tiba dan realitas kehilangan.

Pada fase pertama individu menyangkal realitas kehilangan dan mungkin menarik diri, duduk tidak bergerak atau menerawang tanpa tujuan. Hal tersebut mungkin dipandang oleh pengamat bahwa orang tersebut tidak menyadari apa makna kehilangan. Reaksi fisik dapat mencakup pingsan, berkeringat, mual, diare, frekuensi jantung cepat, gelisah, insomnia dan keletihan.

Fase kedua adalah individu mulai merasa kehilangan secara tiba-tiba dan mungkin mengalami keputusasaan. Secara mendadak terjadi marah, rasa bersalah, frustrasi, depresi dan kehampaan. Menangis adalah khas sejalan dengan individu menerima kehilangan.

Fase ketiga dikenali realitas kehilangan. Marah dan depresi tidak lagi dibutuhkan. Kehilangan telah jelas bagi individu yang mulai mengenali hidup. Dengan mengalami fase ini seseorang beralih dari tingkat fungsi emosi dan intelektual yang lebih rendah ke tingkat yang lebih tinggi, berkembang kesadaran diri.

RANDO

Meskipun proses berduka mempunyai perjalanan yang secara umum dapat diperkirakan dan mempunyai gejala yang jelas, tidak ada dua orang individu yang berkembang melalui proses tersebut dalam cara yang sama atau dalam waktu yang sama. Individu menunjukkan kemajuan kemudian kemunduran dan pada akhirnya kehilangan dapat dipecahkan.

Rando (1993) mendefinisikan kembali respon berduka menjadi tiga kategori; penghindaran, konfrontasi dan akomodasi. Penghindaran, dimana terjadi syok, menyangkal dan ketidakpercayaan. Konfrontasi dimana terjadi luapan emosi yang sangat tinggi ketika klien secara berulang melawan kehilangan mereka dan kedukaan mereka paling dalam dan dirasakan paling akut. Akomodasi ketika terdapat secara bertahap penurunan kedukaan akut dan mulai memasuki kembali secara emosional dan sosial dunia sehari-hari dimana klien belajar untuk menjalani hidup dengan kehilangan mereka.

KUBLER-ROSS

Kerangka kerja yang diberikan oleh Kubler-Ross (1969) berfokus pada perilaku dan mencakup lima tahapan, menyangkal, marah, bargaining, depresi, dan menerima.

1. Menyangkal (*denial*).

Pada tahap ini seseorang tidak percaya, shock, diam terpaku, gelisah, bingung, mengingkari kenyataan, mengisolasi diri thd kenyataan, berperilaku spt tak terjadi apa-apa, pura-pura senang. Pada tahap menyangkal individu bertindak seperti tidak terjadi sesuatu dan dapat menolak untuk mempercayai bahwa terjadi kehilangan. Pernyataan seperti “tidak, tidak mungkin seperti itu, “atau” tidak akan terjadi pada saya!” umum dilontarkan klien.

Manifestasi yang sering muncul pada seseorang pada tahap menyangkal antara lain:

- ✓ “Tidak, tidak mungkin terjadi padaku.”
- ✓ “Diagnosa dokter itu salah”
- ✓ Fisik = otot-otot lemas, tremor, menarik napas dalam, panas atau dingin dan kulit lembab, berkeringat banyak, anoreksia, merasa tak nyaman
- ✓ Denial = pertahanan sementara atau defense mechanism terhadap rasa cemas.
- ✓ Klien perlu waktu beradaptasi.
- ✓ Klien secara bertahap akan meninggalkan penyangkalannya dan menggunakan
- ✓ Pertahanan yang tidak radikal.
- ✓ Secara intelektual seseorang dapat menerima hal-hal yang berkaitan dengan kematian, tapi tak demikian dengan emosional.

2. Marah (*anger*)

Pada tahap marah individu melawan kehilangan dan dapat bertindak pada seseorang dan segala sesuatu di lingkungan sekitarnya. Respon klien yang sering muncul antara lain;

- ✓ Emosional tak terkontrol;
“Mengapa aku ?”
“Apa yang telah saya perbuat sehingga tuhan menghukum saya !”
- ✓ Kemarahan terjadi pada Sang Pencipta, diproyeksikan terhadap orang atau lingkungan
- ✓ Kadang klien menjadi sangat rewel, mengeritik;
“Peraturan RS terlalu keras/kaku.”
- ✓ “Perawat tidak becus!”
- ✓ Tahap marah sangat sulit dihadapi klien dan sangat sulit diatasi dari sisi pandang keluarga dan staf RS.
- ✓ Perlu diingat bahwa adalah wajar bila klien marah untuk mengutarakan perasaan yang akan mengurangi tekanan emosi dan menurunkan stress.

3. Tawar Menawar (*Bargaining*)

Tahap tawar menawar terdapat penundaan realitas kehilangan. Individu mungkin berupaya untuk membuat perjanjian dengan cara yang halus atau jelas untuk mencegah kehilangan. Klien sering kali mencari pendapat orang lain selama tahapan ini. Klien yang dirawat di rumah sakit mungkin menunjukkan model perilaku karena percaya bahwa staf perawatan akan menemukan penyembuhan jika mereka menjadi klien yang baik.

Respon klien yang sering muncul antara lain;

- ✓ Klien mencoba menawar, menunda realitas dengan merasa bersalah pada masa hidupnya, kemarahan mereda.
- ✓ Ada beberapa permintaan: kesembuhan total, perpanjangan waktu hidup, terhindar dari rasa kesakitan secara fisik, bertobat.
- ✓ Klien berupaya membuat perjanjian pada Tuhan. Hampir semua tawar-menawar dibuat dengan Tuhan, dan biasanya dirahasiakan atau diungkapkan secara tersirat, atau diungkapkan diruang kerja pribadi.
- ✓ “Bila Tuhan memutuskan untuk mengambil saya dari dunia ini dan tidak menanggapi permintaan yang diajukan dengan marah, Ia mungkin akan lebih berkenan bila kuajukan permintaan itu dengan cara yang lebih baik.”
- ✓ “Bila saya sembuh, saya akan.....”
- ✓ Klien mulai dapat memecahkan masalah dengan berdo’a, menyesali perbuatannya, menangis mencari pendapat orang lain.

4. Depresi (*depression*)

Tahap depresi terjadi ketika kehilangan disadari dan timbul dampak nyata dari makna kehilangan tersebut timbul. Seseorang merasa terlalu sangat kesepian dan

menarik diri. Tahapan depresi memberi kesempatan untuk berupaya melewati kehilangan dan mulai memecahkan masalah. Respon yang sering muncul antara lain;

- ✓ Klien sadar akan penyakitnya yang sebenarnya tidak dapat ditunda lagi.
- ✓ Klien tidak banyak bicara; sedih, kehilangan kegembiraan, aktivitas atau pekerjaan, tujuan hidup; merasa sepi, putus asa.
- ✓ Fokus pikiran ditujukan pada orang-orang yang dicintai
- ✓ “Apa yang terjadi pada anak-anak, bila saya tidak ada.”
- ✓ “Dapatkah keluarga saya mengatasi permasalahannya tanpa kehadiran saya?”
- ✓ Depresi; tahap menuju orientasi realitas, tahap yang penting dan bermanfaat agar klien dapat meninggal dalam tahap penerimaan dan damai.
- ✓ Hanya klien yang dapat mengatasi kesedihan dan kegelisahannya

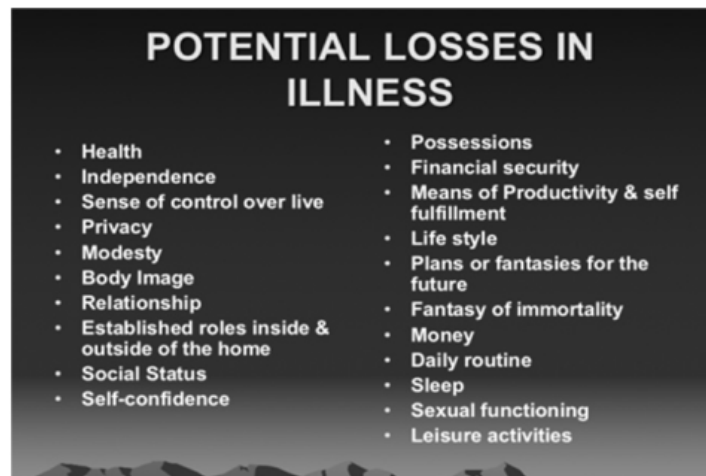
5. Menerima (*acceptance*)

Pada tahap kelima dicapai suatu penerimaan. Reaksi fisiologis menurun dan interaksi sosial berlanjut. Kubler Ross mendefinisikan *penerimaan* lebih sebagai menghadapi situasi ketimbang menyerah untuk pasrah atau putus asa.

- ✓ Menerima keadaan, tenang, damai, lebih memperhatikan keadaan sekitar.
- ✓ Tidak banyak bicara, minat bersosialisasi turun, sering membatasi pengunjung dan lebih menyukai kunjungan singkat.
- ✓ Berharap dibiarkan sendiri/tenang atau setidaknya tidak mau dipusingkan oleh berita-berita dan masalah dunia luar.
- ✓ Komunikasi lebih banyak non verbal, ingin ditemani oleh keluarga atau perawat, kadang-kadang ingin menyampaikan pesan terakhir.

Kehilangan dan Berduka pada Penyakit Kronis

Peroses kehilangan dan berduka pada seseorang yang mengalami penyakit kronis akan menimbulkan sangat banyak yang hilang, mulai dari; kesehatan, rasa saling ketergantungan, kemampuan untuk mengontrol kehidupan, *privacy*, *modesty* atau gaya hidup, citra tubuh, relasi, status sosial, kepercayaan diri, dan sebagainya. Secara lengkap seperti pada gambar berikut;



Berbagai macam kemungkinan yang hilang pada seseorang dengan penyakit kronis ini akan menimbulkan berbagai masalah psikososial yang harus diperhatikan terapis untuk menentukan alternatif solusinya. Dengan demikian, gangguan masalah psikososial ada yang terkait dengan pertumbuhan perkembangan individu, ada juga yang terkait dengan sakit dan dirawat di rumah sakit, termasuk pasien yang mengalami penyakit kronis.

Dukungan psikososial perlu diberikan khususnya untuk mencapai kondisi psikologis yang sejahtera.

KESEJAHTERAAN PSIKOLOGIS

Definisi Kesejahteraan Psikologis

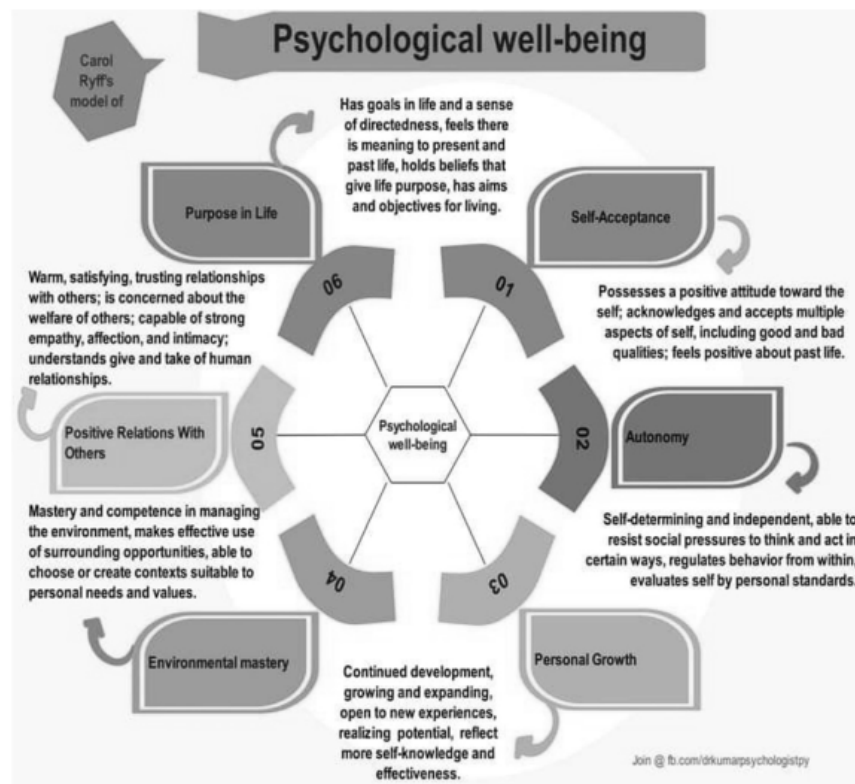
Teori kesejahteraan psikologis (*psychological well being*) dicetuskan oleh Carol D Ryff dengan mengintegrasikan beberapa teori psikologi. Teori itu antara lain; konsep aktualisasi diri Abraham Maslow, konsep kematangan dari Allport, konsep *fully functioning* oleh Rogers, dan konsep individuasi dari Jung. Kesejahteraan psikologis merupakan refleksi dari *happiness*, *emotional well being*, dan *positive mental health*, dimana *emotional well being* berkenaan dengan perasaan depresi, *anxiety* dan frustrasi, harapan hidup, kemampuan untuk rilek, dan berbahagia dengan hidup.

Kesejahteraan psikologis merupakan kondisi kesehatan mental dan kemampuan beradaptasi terhadap stress, orang dengan kesejahteraan psikologis baik, maka akan memiliki fungsi psikologis yang positif. Ketika individu memiliki *psychological well-being* yang baik maka dipastikan bawa individu tersebut memiliki penyesuaian diri yang baik terhadap stress dan mampu beradaptasi. Penyesuaian diri ini berlangsung secara terus menerus dalam diri individu dan lingkungan.

Kesejahteraan psikologis adalah suasana perasaan dan kesadaran bahwa telah terjadi pencapaian penuh dari potensi diri dan terpenuhinya kebutuhan psikologis serta situasi yang menggambarkan individu mampu menerima hal positif dan negatif yang ada pada dirinya, memiliki tujuan hidup yang ingin dicapai, mampu membina hubungan positif, mandiri, mampu beradaptasi serta mengalami pertumbuhan dan perkembangan secara personal. Seseorang dikatakan memiliki kesejahteraan psikologis positif jika individu tersebut mampu menerima keadaannya, mandiri, mempunyai tujuan hidup, mempunyai hubungan positif dengan lingkungannya, mampu menyesuaikan diri dengan lingkungannya serta terus berkembang secara personal.

Dimensi Kesejahteraan Psikologis

Kesejahteraan psikologis terdiri dari enam dimensi yang merupakan intisari dari teori-teori *positive functioning psychology* yang dirumuskan oleh Ryff (1989) adalah sebagai berikut :



Gambar Carol Ryff's Model of Psychological Well – Being (Ryff, 1989).

1. Penerimaan diri

Penerimaan diri adalah karakteristik utama aktualisasi diri, kesehatan mental, keberfungsian yang optimal. Dimensi ini merupakan pandangan positif kepada diri dan masa yang lalu. Penerimaan ini merujuk kepada individu yang mampu menerima dirinya sendiri secara apa adanya baik dari segi positif atau negative dirinya. Penerimaan diri juga dapat didefinisikan sebagai karakteristik aktualisasi diri, fungsi optimal dan kematangan perjalanan hidup. Penerimaan diri dapat dikaitkan dengan rasa percaya diri, cara memandang masa lalu adalah poin utama dalam keberhasilan mencapai kesejahteraan psikologis.

Penerimaan diri yang positif, individu mampu menerima sudut pandang pribadi serta dapat mengakui hal negatif dan positif dari potensi diri. Semakin individu dapat menerima dirinya sendiri, maka anak makin tinggi sikap positif terhadap diri sendiri, memahami dan menerima semua aspek diri termasuk kualitas diri yang buruk dan memandang masa lalu sebagai sesuatu yang baik. Sedangkan, Individu dinilai memiliki penerimaan diri negatif jika tidak memiliki penghargaan pada dirinya sendiri, mempunyai masalah dengan kemampuan dirinya, dan tidak menginginkan dirinya sebagaimana keadaannya saat ini.

2. Otonomi.

Dimensi ini merupakan kecakapan individu untuk mengambil keputusan sendiri dan tidak bergantung pada orang lain. Individu yang menunjukkan nilai yang baik pada domain ini mampu bertindak sesuai dengan keinginan dan kemampuannya, menentukan keputusan tanpa bantuan orang lain, memiliki kesiapan saat menghadapi tekanan dan mampu menentukan sikap saat menghadapi masalah.

3. Pertumbuhan personal

Dimensi ini merupakan kecakapan seseorang untuk meningkatkan kemampuan dan potensi diri yang dimiliki, serta perubahan pribadi yang mencerminkan pengetahuan diri. Individu yang berkembang secara personal melihat dirinya sebagai individu yang terbuka terhadap pengalaman baru, mempunyai kemampuan dalam menyadari potensi diri, mampu merasakan perubahan yang terjadi pada diri dan tingkah lakunya, serta mampu berubah menjadi pribadi yang lebih baik dan memiliki pengetahuan yang baik.

3. Penguasaan lingkungan.

Dimensi ini mencakup kompetensi serta kemampuan individu dalam beradaptasi dengan suasana yang kondusif, terlibat dalam aktivitas di lingkungannya serta cakap dalam mengendalikan suasana yang kurang kondusif. Penguasaan lingkungan dapat menjadi sumber daya psikologis yang penting. Kemampuan individu untuk dapat beradaptasi dengan lingkungan merupakan salah satu tanda kesehatan secara mental. Dimensi ini dapat mengacu pada kemampuan individu menggunakan peluang yang terdapat pada lingkungannya.

4. Hubungan positif dengan orang lain.

Dimensi ini berhubungan dengan kecakapan individu membangun hubungan baik dengan orang lain dan saling percaya. Dimensi ini mendeskripsikan individu yang memiliki aktualisasi diri baik, mempunyai empati dan kasih sayang. Tahap perkembangan dewasa menekankan kesesuaian pencapaian hubungan dan kemampuan memberi saran kepada orang lain. Sehingga domain ini sangat penting dan sering dijelaskan pada konsep kesejahteraan psikologis. Seseorang yang menunjukkan nilai yang baik pada domain ini mampu membangun relasi yang baik dengan orang-orang di sekitarnya.

5. Tujuan hidup.

Dimensi ini meliputi kesadaran terhadap tujuan dan makna hidup. Keyakinan yang membuat individu sadar bahwa ada tujuan dan makna dalam hidupnya. Individu yang mempunyai tujuan hidup yang lebih terarah, mampu mengambil makna kehidupannya saat ini, mempunyai keyakinan terhadap tujuan hidup yang ingin diraih dan adanya cita-cita yang ingin dicapai di masa depan. Bertolak belakang dengan individu yang menunjukkan nilai yang negatif pada domain ini, akan merasa hidupnya tidak terarah, tidak yakin dan tidak mampu memaknai segala kejadian dalam hidupnya di masa lalu.

Faktor yang berhubungan dengan Kesejahteraan Psikologis

Kesejahteraan psikologis dipengaruhi oleh faktor psikologis seperti kecemasan dan resiliensi. Pasien yang mempunyai tingkat kecemasan yang rendah, cenderung memiliki kesejahteraan psikologis yang positif dan individu yang memiliki tingkat resiliensi yang tinggi mampu beradaptasi dengan stresor, sedangkan tingkat resiliensi yang rendah akan mempengaruhi perkembangan pribadi. Pasien yang memiliki tingkat resiliensi yang tinggi akan mempunyai kesejahteraan psikologis yang positif. Faktor sosial yang mempengaruhi kesejahteraan psikologis antara lain budaya, status sosial ekonomi, situs jejaring sosial, dukungan keluarga dan sosial serta kelompok program dukungan. Budaya yang dianut dalam masyarakat berkaitan dengan norma yang berlaku, nilai-nilai dan kebiasaan masyarakat tersebut. Individualisme dan kebersamaan dalam masyarakat juga mempengaruhi kesejahteraan psikologis.

Kesejahteraan psikologis juga dipengaruhi oleh status sosial ekonomi, pendidikan dan status pekerjaan. Penerimaan diri dan tujuan hidup individu dengan tingkat pendidikan tinggi dan pekerjaan yang baik akan lebih tinggi. Selain itu individu dengan status sosial ekonomi yang tinggi mampu memaknai kehidupannya saat ini dan di masa lalu, serta memiliki hidup yang lebih terarah. Dukungan keluarga yang tinggi akan menimbulkan perasaan positif pada pasien. Dukungan keluarga mempengaruhi dimensi hubungan dengan orang lain dan adaptasi dengan lingkungan. Seseorang dengan dukungan keluarga yang baik akan memiliki kesejahteraan psikologis yang positif.

Faktor psikologis lain yang mempengaruhi kesejahteraan psikologis adalah efikasi diri, penerimaan dan optimisme. Harapan telah terbukti menjadi factor predictor terhadap kesejahteraan dan terbukti meningkatkan *pain threshold* dan toleransi terhadap nyeri kronik. Motivasi dapat mendorong pasien untuk melakukan perubahan perilaku kesehatan. Individu yang optimis akan mempunyai tendensi lebih besar untuk percaya bahwa mereka mampu menangani masalah dan memiliki tujuan hidup yang positif dengan kondisi sakit yang dialami. Selain itu Intervensi psikologis yang berbasis peningkatan harapan juga telah memberikan bukti terhadap kesejahteraan dan resiliensi pasien dalam menangani nyeri yang dialami.

Religi dan variabel spiritual berhubungan dengan srarus kesehatan fisik dan mental. Aspek spiritual seperti belief termasuk keterikatan emosional dengan Tuhan; praktik agama seperti beribadah, dan dukungan sosial keagamaan merupakan hal penting yang menentukan bagaimana seseorang mempunyai tujuan hidup dan berbubungan dengan kesehatan dan fungsi mental yang lebih baik, termasuk mempengaruhi kemampuan dalam mengatasi stressor dalam kehidupan lebih baik. Spiritual merujuk pada kelekatan emosional secara *transendent* kepada Tuhan dan mungkin tidak selalu berhubungan dengan aspek religi.

DAFTAR PUSTAKA

- Adam, R. L, & Culberton, J. L. (2000). Personality assessment: Adults and children. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds), *Comprehensive textbook of psychiatry. Vol. 1* (7th ed., pp. 702-722). Philadelphia: Lippincott William & Wilkins
- Arulapan. (2016). Psicho Social Care For Better Patient Outcome Nurse Care Open Acces. 1. DOI.: 10.15406/ncoaj.2016.01.00004
- Barbara, Kozier, 2008, Fundamental of Nursing, Seventh Edition, Vol.2, Jakarta:EGC.
- Cohen, F. and Lazarus, R. (1979) Coping with the stresses of illness, in *Health Psychology: A Handbook*, (eds George C. Stone, Frances Cohen and Nancy E. Adler), Jossey-Bass, San Francisco, Washington, London, pp. 217-54.
- Dubos, (2002). Fuzzy Sets and Systems: Theory and Applications, Academic Press, Boston
- Folkman, S., & Lazarus, R.S. (1980). An analysis of coping in a middle aged community sample. *Journal Health Social Behavior*, 21, 219-239.
- Goleman, Daniel. (2002). Kecerdasan Emosional Untuk Mencapai Puncak Prestasi. Alih bahasa : Alex Tri Kantjono Widodo. Jakarta : PT. Gramedia Pustaka.
- Gunarsa, S. D. dan Yulia S. D. G. (2003). Psikologi Perkembangan Anak dan Remaja. Jakarta: BPK Gunung Mulia.
- Hawari, Dadang. (2013). Stress, Cemas, dan Depresi. Jakarta : FK UI
- Kemkes. (2009). Diakses pada Februari 2021

- https://infeksiemerging.kemkes.go.id/download/UU_36_2009_Kesehatan.pdf
Kemenkes. (2018) Diakses pada Maret 2021
- https://kesmas.kemkes.go.id/assets/upload/dir_519d41d8cd98f00/files/Hasil-riskesdas-2018_1274.pdf
- James W. Fowler. (1993). Sebuah Gagasan Dalam Psikologi Agama. Editor: Supratiknya
., Yogyakarta : Penerbit Kanisius.
- Keliat, B.A, dkk. 2005. Keperawatan Jiwa : Terapi Aktivitas Kelompok. Jakarta: EGC.
- Lazarus, A. A. (2005). Multimodal therapy. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.),
Handbook of psychotherapy integration (pp. 105–120). Oxford University
- Lazarus, R.S & Folkman, S. 1984. Stress appraisal and coping. Newyork : Springer
Publishing Company.Inc.
- Lazarus, R.S. 1991. Emotion and Adaptation. New York: Oxford University Press.
- NANDA. (2012). Diagnosis Keperawatan Definisi dan Klasifikasi 2012-2014. Jakarta.
EGC
- O'Neill de Wit. (2014). Fundamental Concepts and Skills for Nursing. Edisi 4. Elsevier
Saunders. USA
- Orenstein GA, Lewis L. (2020). *Eriksons Stages of Psychosocial Development*. In:
StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan.
Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK556096/>
- 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.
- Rakhmat, Jalaludin. 2013. Psikologi Komunikasi. Bandung: PT. Remaja Rosda Karya
- Safaria, T dan Saputra, N.E. 2009. Managemen Emosi. Jakarta: PT Bumi Aksara.
- Scherer, K. R. & Zentner, M. R. (2001). Emotional effects of music : production rules.
Music and Emotion : Theory and Research. New York : Oxford University Press.
- Sundeen & Stuart. (2005). Buku Saku Keperawatan Jiwa, edisi 3. Jakarta : EGC.
- UU Kesehatan nomor 18 tahun 2014 diakses pada tanggal 23 Maret 2021 [https://
ipkindonesia.or.id/media/2017/12/uu-no-18-th-2014-ttg-kesehatan-jiwa.pdf](https://ipkindonesia.or.id/media/2017/12/uu-no-18-th-2014-ttg-kesehatan-jiwa.pdf)
- Videbeck, Sheila. (2008). Psychiatric-Mental Health Nursing. Edisi 4. Philadelphia
- Willy F.Maramis, Albert A.Maramis. Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa Edisi 2. Surabaya:
Airlangga University Press, 2009; p.38
- Wrycraft, Nick. (2009). An Introduction to Mental Health Nursing. New York.
University Press
- Yusuf dkk, (2016) *KEBUTUHAN SPIRITUAL: Konsep dan Aplikasi dalam Asuhan
Keperawatan*. Mitra Wacana Media, Jakarta, pp. 1-316.
- Yusuf, A., Fitriyasaki, P. K., & Nihayati, H. E. (2015). Buku ajar keperawatan kesehatan
jiwa.
- Zaini, M. (2019). Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Psikososial Di Pelayanan Klinis
Dan Komunitas. Deepublish.





BAB 2

KEPERAWATAN MASALAH PSIKOSOSIAL

PROSES KEPERAWATAN

Keperawatan

Keperawatan adalah kegiatan pemberian asuhan kepada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat, baik dalam keadaan sakit maupun sehat (UU No 38/2014 tentang Keperawatan). Lokakarya nasional Indonesia tahun 1983 mendefinisikan keperawatan sebagai “Suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan, didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan, berbentuk pelayanan bio-psiko-sosial-spiritual yang komprehensif, ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat baik yang sehat maupun yang sakit yang mencakup seluruh siklus hidup manusia”. Berdasarkan definisi ini, maka keperawatan dapat diterima sebagai sebuah Profesi di Indonesia sejak tahun 1983. Keadaan ini jauh berbeda dengan keberadaan profesi perawat di dunia yang sudah dapat diterima sebagai *the first modern in nursing* sejak tahun 1854 atas perjuangan dan pengabdian Florence Nightingale dalam memperbaiki pelayanan kesehatan di kamp penampungan tentara korban perang. Atas ketulusan pengabdian ini Florence dikenal dengan julukan *the ladies of the lamp*.

Perkembangan berikutnya, Konsorsium Ilmu Kesehatan Indonesia (KIKI) memberikan Batasan tentang ilmu keperawatan adalah suatu ilmu yang mencakup ilmu-ilmu dasar (alam, sosial, perilaku), ilmu biomedik, ilmu kesehatan masyarakat, ilmu dasar keperawatan, ilmu keperawatan klinik, dan ilmu keperawatan komunitas, yang pada aplikasinya menggunakan pendekatan dan metode menyelesaikan masalah secara saintifik/ilmiah, ditujukan untuk mempertahankan, menopang, memelihara, dan meningkatkan integritas seluruh kebutuhan dasar manusia. Wawasan ilmu keperawatan adalah mencakup ilmu-ilmu yang mempelajari bentuk dan sebab tidak terpenuhinya kebutuhan dasar manusia, melalui pengkajian mendasar tentang hal-hal yang melatarbelakangi, serta mempelajari berbagai upaya untuk mencapai kebutuhan dasar tersebut, melalui pemanfaatan semua sumber yang ada dan potensial. Dengan demikian, bidang garapan dan fenomena yang menjadi objek studi ilmu keperawatan adalah penyimpangan atau tidak terpenuhinya kebutuhan dasar manusia (biologis, psikologis, sosial termasuk didalamnya kultural dan spiritual), mulai dari tingkat

individu utuh, mencakup seluruh siklus kehidupan, sampai pada tingkat masyarakat, yang juga tercerminkan pada tidak terpenuhinya kebutuhan dasar pada tingkat sistem organ fungsional sampai molekular. Berdasarkan definisi inilah, maka struktur kurikulum pada pendidikan keperawatan dibangun dan dikembangkan.

Memperhatikan bidang garapan yang menjadi objek studi ilmu keperawatan di atas, seharusnya perawat selalu melakukan asuhan keperawatan kepada klien dengan memperhatikan semua komponen kebutuhan biologis, psikologis, sosial, kultural dan spiritual. Kenyatannya, perawat dalam melaksanakan pekerjaan rutin harian lebih sering berfokus pada pemenuhan kebutuhan fisik klien dan berperan sebagai penunjang pelayanan medis yang ada di fasilitas pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, pada buku ini akan mencoba membahas lebih banyak tentang peran dan fungsi perawat secara holistik, memandang manusia dari aspek biologis, psikologis, sosial, kultural dan spiritual. Gangguan jiwa bukan hanya masalah pasien, tetapi juga masalah keluarga, kelompok, masyarakat, dan pemerintah melalui upaya lintas sektor dan lintas program dapat seluruh profesi. Definisi tentang perawat dan keperawatan dalam buku ini berfokus pada acuan terkini yang berlaku bagi profesi keperawatan di Indonesia, yaitu Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang keperawatan.

Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan adalah rangkaian interaksi perawat dengan klien dan lingkungannya untuk mencapai tujuan pemenuhan kebutuhan dan kemandirian klien dalam merawat dirinya. Menurut Undang-Undang Keperawatan Tahun 2014, sasaran pemberian asuhan keperawatan adalah menggunakan istilah klien, bukan pasien atau penderita. Hal ini dilakukan dengan pertimbangan bahwa sasaran pemberian asuhan keperawatan bukan hanya pada mereka yang sakit, tetapi juga pada mereka yang berisiko diberikan asuhan agar tidak jatuh sakit. Bahkan kepada mereka yang sehat diberikan asuhan agar mampu mempertahankan kesehatan dan hidup lebih produktif. Sasaran pemberian asuhan keperawatan bukan hanya kepada individu, tetapi juga pada kelompok, keluarga dan masyarakat. Dengan demikian, batasan pengertian klien menurut undang-undang keperawatan adalah perseorangan, keluarga, kelompok, atau masyarakat yang menggunakan jasa pelayanan keperawatan.

Pelayanan keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat, baik sehat maupun sakit. Sebagai bagian integral dari pelayanan kesehatan, maka setiap perawat dalam memberikan asuhan keperawatan harus memperhatikan sistem pelayanan kesehatan yang berlaku. Dalam memberikan asuhan keperawatan, perawat wajib patuh pada standar pelayanan atau ketentuan peraturan perundang-undangan

berlaku, juga harus patuh pada standar profesi, standar prosedur operasional dan kode etik profesi keperawatan.

Standar profesi adalah tahapan kegiatan yang wajib di lalui seorang perawat dalam menjalankan asuhan keperawatan. Standar ini meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan dan pelaksanaan tindakan keperawatan serta evaluasi dari tindakan yang telah diberikan. Standar profesi ini bersifat sirkuler, dan harus terus dilaksanakan sejak klien menjalani asuhan keperawatan sampai hasil evaluasi dinyatakan dapat memenuhi kebutuhan dasar atau merawat dirinya sendiri (*self care*).

Standar prosedur operasional adalah serangkaian tindakan keperawatan yang telah ditetapkan dan di sahkan oleh pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan untuk menyelesaikan masalah keperawatan klien atau diagnosa keperawatan yang telah ditegakkan. Standar prosedur operasional ini harus dibuat oleh tim keperawatan di masing-masing fasilitas kesehatan. Pihak yang harus bertanggung jawab dalam menetapkan standar prosedur operasional adalah manager keperawatan dibantu semua kepala bangsal di ruangan (kepala ruangan), di koordinir oleh komite keperawatan dan atau ketua organisasi profesi perawat di tingkat komisariat. Standar prosedur operasional dibuat berdasarkan fakta masalah keperawatan terbanyak (*evidence based practice in nursing*) di masing-masing bagian. Kemudian dicariberbagai literatur (*literature rievew*) tentang alternatif tindakan keperawatan yang dapat digunakan untuk menyelesaikan masalah keperawatan, lakukan penilaian atau telaah kritis (*critical appraisal*) dari alternatif tindakan yang telah dipilih, tentukan berbagai tindakan terpilih untuk ditetapkan sebagai standar prosedur operasional sementara sesuai sarana dan prasarana fasilitas kesehatan setempat.

Standar prosedur operasional sementara ini harus di uji coba, dilakukan evaluasi dan telaah kritis kembali, diskusi kelompok terfokus (*focus group discussion*) sampai didapatkan suatu standar prosedur operasional tiap diagnosa keperawatan, pada masing-masing ruangan. Standar prosedur operasional sementara ini kemudian diusulkan kepada pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan (direktur rumah sakit, kepala dinas kesehatan atau kepala puskesmas) untuk disahkan sebagai standar prosedur operasional. Standar prosedur operasional inilah yang digunakan standar penilaian kinerja perawat, sesuai standar atau tidak.

Pedoman tindakan yang juga harus dipatuhi perawat dalam menjalankan asuhan keperawatan adalah kode etik keperawatan. Kode etik adalah suatu pedoman kegiatan yang harus dilakukan seorang perawat berdasarkan tata-nilai dan kebutuhan masyarakat. Karena berdasarkan tata-nilai dan kebutuhan masyarakat setempat, maka kode etik ini menjadi tolok ukur baik buruknya seorang perawat dalam menjalankan peran dan fungsinya di masyarakat. Oleh karena itu, kode etik ini harus dipatuhi dan dikembangkan menjadi kebiasaan dalam berperilaku sehari-hari, sehingga terbentuklah perilaku, karakter atau watak perawat dalam menjalankan perkerjaan profesinya.

Kode etik adalah sebuah tata-nilai, baru dapat bermakna apabila diterapkan dalam kehidupan sehari-hari. Kode etik perawat Indonesia terdiri dari 5 (lima) prinsip tanggung jawab perawat dalam menjalankan pekerjaan profesinya, yaitu tanggung jawab terhadap klien, tugas, teman sejawat, profesi dan tanggung jawab terhadap masyarakat atau negara. Prinsip kode etik perawat Indonesia adalah sebagai berikut:

1. Tanggung jawab perawat terhadap klien. Perawat dalam melaksanakan pengabdianya senantiasa:
 - a). Berpedoman kepada tanggung jawab yang bersumber dari adanya kebutuhan akan keperawatan individu, keluarga dan masyarakat.
 - b). Memelihara suasana lingkungan yang menghormati nilai-nilai budaya, adat istiadat dan kelangsungan hidup beragama dari individu, keluarga dan masyarakat.
 - c). Dilandasi dengan rasa tulus ikhlas sesuai dengan martabat dan tradisi luhur keperawatan.
 - d). Menjalinkan hubungan kerja sama dengan individu, keluarga dan masyarakat dalam mengambil prakarsa dan mengadakan upaya kesehatan khususnya serta upaya kesejahteraan umum sebagai bagian dari tugas kewajiban bagi kepentingan masyarakat.
2. Tanggung jawab perawat terhadap tugas.
 - a). Perawat senantiasa memelihara mutu pelayanan keperawatan yang tinggi disertai kejujuran profesional dalam menerapkan pengetahuan serta keterampilan keperawatan sesuai dengan kebutuhan individu keluarga dan masyarakat.
 - b). Perawat wajib merahasiakan segala sesuatu yang diketahui sehubungan dengan tugas yang dipercayakan kepadanya kecuali jika diperlukan oleh yang berwenang sesuai dengan ketentuan hukum yang berlaku.
 - c). Perawat tidak akan menggunakan pengetahuan dan keterampilan keperawatan untuk tujuan yang bertentangan dengan norma-norma kemanusiaan.
 - d). Perawat dalam menunaikan tugas dan kewajibannya senantiasa berusaha dengan penuh kesadaran agar tidak terpengaruh oleh pertimbangan kebangsaan, kesukuan, warna kulit, umur, jenis kelamin, aliran politik dan agama yang dianut serta kedudukan sosial.
 - e). Perawat senantiasa mengutamakan perlindungan dan keselamatan klien dalam melaksanakan tugas keperawatan serta matang dalam mempertimbangkan kemampuan jika menerima atau mengalih tugaskan tanggung jawab yang ada hubungannya dengan keperawatan.
3. Tanggung jawab perawat terhadap sesama perawat dan profesi kesehatan lain (teman sejawat), perawat senantiasa:

- a). Memelihara hubungan baik antar sesama perawat dan dengan tenaga kesehatan lainnya, baik dalam memelihara keserasian suasana lingkungan kerja maupun dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan secara menyeluruh.
 - b). Menyebarluaskan pengetahuan, keterampilan dan pengalamannya kepada sesama perawat serta menerima pengetahuan dan pengalaman dari profesi lain dalam rangka meningkatkan kemampuan dalam bidang keperawatan.
4. Tanggung jawab perawat terhadap profesi, perawat senantiasa:
- a). Berupaya meningkatkan kemampuan profesional secara sendiri-sendiri dan atau bersama-sama dengan jalan menambah ilmu pengetahuan, keterampilan dan pengalaman yang bermanfaat bagi perkembangan keperawatan.
 - b). Menjunjung tinggi nama baik profesi keperawatan dengan menunjukkan perilaku dan sifat-sifat pribadi yang luhur.
 - c). Berperan dalam menentukan pembakuan pendidikan dan pelayanan keperawatan serta menerapkan dalam kegiatan pelayanan dan pendidikan keperawatan.
 - d). Secara bersama-sama membina dan memelihara mutu organisasi profesi keperawatan sebagai sarana pengabdian.
5. Tanggung jawab perawat terhadap pemerintah, bangsa dan tanah air (negara), perawat senantiasa:
- a). Melaksanakan ketentuan-ketentuan sebagai kebijaksanaan yang digariskan oleh pemerintah dalam bidang kesehatan dan keperawatan.
 - b). Berperan secara aktif dalam menyumbangkan pikiran kepada pemerintah dalam meningkatkan pelayanan kesehatan dan keperawatan kepada masyarakat.

Asas praktik keperawatan

Praktik Keperawatan adalah pelayanan yang diselenggarakan oleh perawat dalam bentuk asuhan keperawatan (UU 38/2014). Keperawatan sebagai bagian integral dari pelayanan kesehatan di Indonesia, menyadari bahwa kebutuhan akan pelayanan keperawatan bersifat universal bagi klien (individu keluarga kelompok dan masyarakat), oleh karenanya pelayanan yang diberikan perawat selalu berdasarkan pada cita-cita luhur, niat murni untuk keselamatan dan kesejahteraan umat tanpa membedakan kebangsaan, kesukuan, warna kulit, umur, jenis kelamin, aliran politik dan agama yang dianut serta kedudukan sosial. Oleh karena itu, penataan praktik keperawatan beraskan pada; perikemanusiaan, nilai ilmiah, etika, manfaat, keadilan, perlindungan, kesehatan dan keselamatan klien.

1. Perikemanusiaan; yang dimaksud dengan “asas perikemanusiaan” adalah asas yang harus mencerminkan perlindungan dan penghormatan hak asasi manusia serta harkat dan martabat setiap warga negara dan penduduk tanpa membedakan suku, bangsa, agama, status sosial, dan ras.

2. Nilai ilmiah, yang dimaksud dengan “nilai ilmiah” adalah praktik keperawatan dilakukan berdasarkan pada ilmu pengetahuan dan teknologi yang diperoleh, baik melalui penelitian, pendidikan maupun pengalaman praktik
3. Etika dan profesionalitas, yang dimaksud dengan “asas etika dan profesionalitas” adalah bahwa pengaturan praktik keperawatan harus dapat mencapai dan meningkatkan keprofesionalan perawat dalam menjalankan praktik keperawatan serta memiliki etika profesi dan sikap profesional.
4. Manfaat; asas ini bermaksud agar keperawatan dapat memberikan manfaat yang sebesar-besarnya bagi kemanusiaan dalam rangka mempertahankan dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.
5. Keadilan; yang dimaksud dengan “asas keadilan” adalah keperawatan harus mampu memberikan pelayanan yang merata, terjangkau, bermutu, dan tidak diskriminatif dalam pelayanan kesehatan.
6. Pelindungan; yaitu pengaturan praktik keperawatan harus memberikan pelindungan yang sebesar-besarnya bagi perawat dan masyarakat. ¹⁷⁶
7. Kesehatan dan keselamatan klien. Yang maksud dengan “asas kesehatan dan keselamatan klien” adalah perawat dalam melakukan asuhan keperawatan harus mengutamakan kesehatan dan keselamatan klien.

Berdasarkan berbagai pengertian perawat dan keperawatan di atas dapat disimpulkan bahwa pelayanan keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan, didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat, baik sehat maupun sakit. Perawat dalam memberikan asuhan keperawatan, tidak hanya memperhatikan aspek fisik pasien saja, tetapi juga masalah psikologis (bagaimana respon psikologis pasien terhadap penyakit fisik yang dialami), pengaruh terhadap hubungan antar sesama (sosial), keyakinan dan sikap hidup pasien terhadap penyakit, sehingga menentukan upaya mencari pengobatan yang ditempuh oleh pasien. Jika yakin penyebabnya adalah masalah fisik-medis, maka dia akan mencari pengobatan pada dokter atau tenaga kesehatan lainnya, tetapi apabila dia yakin bahwa penyebab penyakit adalah masalah non medis, maka dia akan mencari pengobatan pada orang pintar atau alternatif lainnya. Tugas perawat atau tenaga kesehatan tidak hanya merawat fisik saja tetapi juga masalah kejiwaan pasien.

Proses Keperawatan

Proses keperawatan digunakan untuk menilai kualitas pelayanan keperawatan diperlukan adanya standar praktik keperawatan yang merupakan pedoman bagi perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan yang diwujudkan dalam bentuk proses keperawatan baik dari pengkajian sampai evaluasi (Nursalam, 2008). ¹⁰

1. Pengertian proses keperawatan.

Proses keperawatan adalah serangkaian tindakan yang sistematis, berurutan, berkelanjutan/berkesinambungan dimulai dari pengumpulan data, menentukan masalah keperawatan, menyusun desain rencana tindakan keperawatan, melaksanakan tindakan dan atau menugaskan orang lain untuk melaksanakan tindakan dan mengevaluasi keberhasilan. Proses keperawatan merupakan metode yang digunakan dalam memberikan asuhan kepada pasien. Sasaran asuhan yang diberikan dapat individu, kelompok, keluarga, masyarakat, baik sehat maupun sakit. Oleh karena itu maka masalah yang menjadi perhatian pada asuhan keperawatan adalah sedang terjadi, atau beresiko terjadi, maupun masalah yang positif. Area asuhan dapat berupa promotif, preventif, dan rehabilitatif (Rohmah, N, dan Walid, 2012).

Proses keperawatan merupakan metode ilmiah yang dipakai dalam memberikan asuhan keperawatan yang profesional. Perawat, dimana saja ia bertugas, menghadapi klien dengan segala macam kasus, dan melayani klien pada semua tingkat usia juga harus menggunakan proses keperawatan. Perawat diharapkan memahami tentang konsep proses keperawatan dan mampu menerapkan serta menyusunnya dalam sebuah dokumen status kesehatan klien. Proses keperawatan adalah aktivitas yang mempunyai maksud yaitu praktik keperawatan yang dilakukan dengan cara yang sistematis. Selama melaksanakan proses keperawatan, perawat menggunakan dasar pengetahuan yang komprehensif untuk mengkaji status kesehatan klien, membuat penilaian yang bijaksana dan mendiagnosa, mengidentifikasi hasil akhir kesehatan klien dan merencanakan, menerapkan dan mengevaluasi tindakan keperawatan yang tepat guna mencapai hasil akhir tersebut (Dermawan, 2012).

2. Tujuan proses keperawatan.

- a. Menggunakan metode yang baku dan standar
- b. Menggunakan pendekatan penyelesaian masalah secara ilmiah
- c. Menggunakan identitas profesi yang mandiri
- d. Pembagian kewenangan dan tanggung jawab yang jelas
- e. Meningkatkan profesionalisme perawat

3. Manfaat proses keperawatan.

- a. Meningkatkan mutu pelayanan keperawatan
- b. Secara administrasi diperhitungkan sebagai beban kerja perawat praktis
- c. Secara hukum semua aspek yang berkaitan dengan asuhan pada pasien dapat dipertanggung jawabkan
- d. Dapat digunakan untuk mengambil data-data penelitian
- e. Pelaksanaan asuhan yang efektif dan efisien

4. Tahap proses keperawatan.

a. ⁶ Pengkajian

Pengkajian adalah upaya mengumpulkan data secara lengkap dan sistematis untuk dikaji dan dianalisis sehingga masalah kesehatan dan keperawatan yang di hadapi pasien baik fisik, mental, sosial maupun spiritual dapat ditentukan. Tahap ini mencakup tiga kegiatan, yaitu pengumpulan data, analisis data dan penentuan masalah kesehatan serta keperawatan.

1). Tujuan

- a). Membangun ²² hubungan saling percaya antara perawat dengan pasien dan keluarga.
- b). Mengidentifikasi data penting yang diperlukan untuk mengidentifikasi masalah pasien.
- c). Membantu pasien dan keluarga untuk sharing informasi adekuat sehingga terhindar dari bias informasi
- d). Berkolaborasi secara efektif dengan tim kesehatan lain untuk mengidentifikasi data sesuai bidang keahliannya.
- e). Menggali data dari berbagai sumber untuk mendapatkan data yang lengkap biopsikososial spiritual dan kultural.

2). Pengumpulan data dalam pengkajian keperawatan

Macam ⁵⁴ data dilihat dari adanya kesenjangan dibagi menjadi dua macam:

a). Data dasar

Data dasar adalah seluruh informasi tentang status kesehatan pasien. Data dasar ini meliputi: data umum, data demografi, riwayat keperawatan, pola fungsi kesehatan, dan pemeriksaan, dimana data yang dihasilkan berada dibatas normal.

b). ⁵⁴ Data fokus

Data fokus adalah informasi tentang status kesehatan pasien yang menyimpang dari keadaan normal. Data fokus dapat berupa ungkapan pasien maupun hasil pemeriksaan langsung oleh perawat.

Macam data bila dilihat berdasarkan cara memperoleh data:

- ❖ Data subjektif adalah data yang diperoleh dari keluhan yang dirasakan pasien, atau dari keluarga pasien/saksi lain misalnya; ⁶ pala pusing, nyeri dan mual.
- ❖ Data objektif adalah data yang diperoleh melalui suatu pengukuran, pemeriksaan, dan pengamatan, misalnya suhu tubuh, tekanan darah, serta warna kulit.

Sumber data terdiri dari dua macam:

- ❖ Sumber data primer adalah pasien. ⁵⁴
- ❖ Sumber data sekunder adalah selain dari pasien, yaitu keluarga, orang terdekat, teman dan orang lain yang tahu tentang status

kesehatan pasien. Selain itu tenaga kesehatan yang lain seperti dokter, ahli gizi, ahli fisioterapi, laboratorium, radiologi juga termasuk sumber data sekunder.

Teknik⁵⁴ pengumpulan data terdiri dari dua macam yaitu:

- ❖ Anamnesis adalah tanya jawab atau komunikasi secara langsung dengan pasien maupun tak langsung dengan keluarganya untuk menggali informasi tentang status kesehatan pasien.
- ❖ Pemeriksaan terbagi atas dua macam yaitu pemeriksaan fisik (inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi), yang kedua yaitu pemeriksaan penunjang, dilakukan sesuai dengan indikasi contoh foto thoraks, laboratorium, rekam jantung⁷⁴ lain-lain.

Kegiatan dalam pengkajian adalah pengumpulan data. Pengumpulan data adalah kegiatan untuk menghimpun informasi tentang status kesehatan pasien. Status kesehatan pasien yang normal maupun yang senjang hendaknya dapat dikumpulkan, hal ini dimaksudkan untuk mengidentifikasi pola fungsi kesehatan pasien, baik yang efektif optimal maupun bermasalah.

- b. ⁶Diagnosa keperawatan
Diagnosa Keperawatan adalah suatu pernyataan yang menjelaskan respon manusia (status kesehatan atau resiko perubahan pola) dari individu atau kelompok dimana perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan menurunkan, membatasi, mencegah dan merubah (Carpenito, 2001).
- c. ⁶Rencana keperawatan.
Semua tindakan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien beralih dari status kesehatan⁶ saat ini ke status kesehatan yang diuraikan dalam hasil yang di harapkan. Rencana asuhan keperawatan tertulis mengatur pertukaran informasi oleh perawat dalam laporan pertukaran dinas. Rencana⁶ perawatan tertulis juga mencakup kebutuhan klien jangka panjang. Merupakan pedoman tertulis untuk perawatan klien. Rencana perawatan terorganisasi sehingga setiap perawat dapat dengan cepat mengidentifikasi tindakan perawatan yang diberikan. Rencana asuhan keperawatan yang di rumuskan dengan tepat memfasilitasi kontinuitas asuhan perawatan dari satu perawat ke perawat lainnya. Sebagai hasil, semua perawat mempunyai kesempatan untuk memberikan asuhan yang berkualitas tinggi dan konsisten.
- d. ⁶Implementasi keperawatan
Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan pada *nursing orders* untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Oleh karena itu rencana tindakan yang spesifik dilaksanakan

untuk memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan klien.

- e. Evaluasi 94
Perencanaan evaluasi memuat kriteria keberhasilan proses dan keberhasilan tindakan keperawatan. Keberhasilan proses dapat dilihat dengan jalan membandingkan antara proses dengan pedoman/rencana proses tersebut. Sedangkan keberhasilan tindakan dapat dilihat dengan membandingkan antara tingkat kemandirian pasien dalam kehidupan sehari-hari dan tingkat kemajuan kesehatan pasien dengan tujuan yang telah di rumuskan sebelumnya.
5. Sifat proses keperawatan.
- a. 94 Fleksibel, proses keperawatan dapat digunakan dimana saja, dengan sasaran individu, kelompok, keluarga, masyarakat, baik sehat maupun sakit dalam seluruh rentang kehidupan 10 dalam keadaan darurat maupun elektif.
 - b. Siklikal, tahapan pada proses keperawatan berjalan secara siklus, yang dimulai dari tahap 1 sampai dengan tahap 5, kemudian akan kembali tahap 1 apabila asuhan pasien belum berhasil, atau keluar dari siklus proses keperawatan apabila pasien telah mencapai seluruh tujuan keperawatan yang ditetapkan.
 - c. Interdependen, tahap dari proses keperawatan saling tergantung satu sama lain, dan saling mempengaruhi tahap diagnosis dan seterusnya. Tahap diagnosis keperawatan tergantung dari kelengkapan data yang diperoleh pada tahap pengkajian.
 - d. Dinamis, proses keperawatan dapat berubah sesuai dengan perubahan yang terjadi pada pasien. Baik perubahan itu mengarah pada perbaikan kondisi pasien maupun sebaliknya.

KEPERAWATAN MASALAH PSIKOSOSIAL

Asuhan Keperawatan pada Masalah Psikososial

Asuhan keperawatan pada masalah psikososial difokuskan pada berbagai masalah keperawatan yang timbul, khususnya pada masalah psikososial (beberapa masalah fisik lainnya dibahas tersendiri pada referensi yang lain). Sebagai kerangka acuan, pada buku ini akan dibahas berbagai kriteria diagnosis dan tindakan yang lazim digunakan oleh mahasiswa maupun perawat klinik pada umumnya, diantaranya menggunakan kriteria NANDA dengan NIC-NOC nya, SDKI dengan SLKI dan SIKI nya. Stuart maupun klasifikasi Mary C Townsend.

Diagnosa Keperawatan NANDA merupakan standar diagnosis keperawatan yang disusun dan disepakati oleh *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA). Pada awalnya dikhususkan untuk perawat di Amerika, namun seiring perkembangan

standar diagnosa NANDA diakui dan digunakan acuan di seluruh dunia. Saat ini NANDA telah dilengkapi dengan *nursing intervention classification* (NIC) dan *nursing outcome criteria* (NOC) yang sangat bermanfaat untuk acuan perawat dalam menentukan pilihan tindakan dan hasil yang diharapkan. Standar diagnosis oleh NANDA bersifat umum atau menyeluruh, tetapi ada beberapa diagnosis terkait masalah psikososial.

Standar diagnosis keperawatan Indonesia (SDKI) merupakan standar diagnosis yang ditetapkan oleh organisasi profesi keperawatan Indonesia (PPNI - Persatuan Perawat Nasional Indonesia). SDKI disusun dari berbagai sumber rujukan dan diharapkan dapat menjadi acuan bagi perawat dalam menegakkan diagnosis keperawatan, meningkatkan ²²⁴otomomi perawat dalam memberikan pelayanan kesehatan. SDKI telah dilengkapi dengan standar luaran keperawatan Indonesia (SLKI) dan standar intervensi keperawatan Indonesia (SIKI). SLKI merupakan standar luaran asuhan keperawatan dari diagnosis yang telah ditetapkan pada SDKI, untuk membantu perawat menetapkan luaran keperawatan sehingga lebih jelas target yang akan dicapai dalam setiap diagnosis yang muncul. SIKI merupakan standar intervensi dari diagnosis yang ditetapkan dalam SDKI. SIKI menjadi acuan intervensi bagi perawat terutama di Indonesia untuk menyusun rencana tindakan perawatan sesuai diagnosis keperawatan yang dialami pasien. Seperti halnya NANDA, SDKI dibuat secara komprehensif untuk seluruh diagnosis keperawatan yang mungkin muncul, dan ada beberapa diagnosis terkait masalah psikososial.

Stuart & Sundeen adalah penulis buku keperawatan kesehatan jiwa yang sangat populer dengan bukunya *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*, yang sampai saat ini terus di update. Stuart membahas dan mengembangkan bukunya dengan memperhatikan daftar diagnosis NANDA dan DSM (*diagnostic and statistical manual of mental disorders*), sehingga fokus diagnosis yang ada merupakan rujukan diagnosis keperawatan kesehatan jiwa, salah satunya masalah psikososial. Mary C Townsend adalah penulis buku diagnosis keperawatan psikiatri yang telah dilengkapi kriteria diagnosis dan intervensinya.

Klasifikasi diagnosis masalah psikososial secara keseluruhan dapat dilihat pada tabel berikut. Tabel ini, sengaja menampilkan seluruh klasifikasi agar memudahkan perawat atau pembaca untuk membandingkan antara kriteria diagnosis satu dengan lainnya.

DIAGNOSIS MASALAH PSIKOSOSIAL			
NANDA, NIC, NOC	SDKI, SLKI, SIKI	Stuart & Sundeen	Mary C Townsend
<ul style="list-style-type: none"> • Kehilangan/berduka • Ansietas • Ketidakberdayaan • Koping individu tidak efektif • Ketakutan • Ketidakefektifan koping keluarga • Keputusan • Gangguan Harga diri • Isolasi sosial • Distres Spiritual • Sindroma Pasca Trauma • Gangguan citra tubuh 	<ul style="list-style-type: none"> • Ansietas • Berduka • Distress Spiritual • Gangguan citra tubuh • Gangguan identitas diri • Harga diri kronis • Harga diri situasional • Keputusan • Kesiapan peningkatan konsep diri • Kesiapan peningkatan koping komunitas • Ketidakberdayaan • Koping defensif • Ketidakmampuan koping keluarga • Sindroma pasca trauma 	<ul style="list-style-type: none"> • Ansietas • Gangguan konsep diri • Gangguan emosional 	<ul style="list-style-type: none"> • Harga diri rendah Kronis • Ketidakberdayaan • Gangguan harga diri • Ketidakefektifan koping individu

Dari masing-masing standar diagnosis ini telah dilengkapi dengan pengertian atau definisi masalah, batasan karakteristik, faktor yang berhubungan, standar luaran dan intervensi yang dapat dilakukan.

Bagi perawat yang bekerja di rumah sakit atau fasilitas pelayanan kesehatan dan keperawatan lainnya, apabila akan menyusun standar prosedur operasional (SPO) dapat menggunakan beberapa kriteria diatas dengan memperhatikan standar intervensi dan luaran yang ingin dicapai. Standar diagnosis yang akan dipilih, harus dibandingkan dengan hasil observasi kasus nyata di lapangan (fakta masalah keperawatan yang terjadi), baru disusun beberapa standar intervensi sesuai keadaan, fasilitas, sarana pelayanan, dan kemampuan sumber daya yang dimiliki. Hasil SPO ini di uji coba, diperbaiki, hasil terbaik akan dijadikan sebagai SPO yang disahkan pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan sebagai pedoman standar pelayanan.

Secara keseluruhan standar diagnosis, intervensi dan luaran dapat dilihat pada tabel berikut;

Masalah Psikososial Menurut NANDA (2012)

Definisi Masalah	Batasan Karakteristik	Faktor Yang Berhubungan	NOC	NIC
<p>Kehilangan/berduka Proses kompleks normal yang meliputi respons dan perilaku emosional, fisik, spiritual, sosial, dan intelektual yaitu individu, keluarga dan komunitas memasukkan kehilangan yang aktual, adaptif, atau dipersepsikan dalam kehidupan sehari-hari.</p>	<p>Perubahan tingkat aktivitas Perubahan pola mimpi Perubahan fungsi imun Gangguan fungsi endokrin orang terdekat Kematian orang terdekat Kehilangan obyek penting</p> <p>48</p> <p>Menyalahkan Berpisah/menarik diri Putus asa Disorganisasi/kacau Gangguan pola tidur Mengalami kelegaan Memelihara hubungan dengan almarhum Membuat makna kehilangan Kepedihan Perilaku panik Pertumbuhan personal Distress Psikologik Menderita</p>	<p>Mengantisipasi kehilangan hal yang bermakna Mengantisipasi kehilangan orang terdekat Kematian orang terdekat Kehilangan obyek penting</p>	<p>Hasil yang Disarankan NOC</p> <ul style="list-style-type: none"> - Koping: Tindakan untuk mengatasi stresor yang membebani ber-sumber milik individu. - Penyelesaian Duka Cita: Menyesuaikan kehilangan aktual atau yang akan datang. - Penyesuaian Psikososial: Perubahan Hidup: Adaptasi psikososial individu terhadap perubahan hidup. <p>123</p> <p>Tujuan/Kriteria Evaluasi Contoh Penggunaan Bahasa NOC: Pasien berhasil mengatasi duka cita adaptif yang ditunjukkan dengan koping yang berhasil, penyelesaian duka cita, dan penyesuaian psikososial: perubahan hidup. Pasien menunjukkan koping, dibuktikan dengan indikator berikut (sebutkan nilainya 1-5: tidak pernah, jarang, kadang-kadang sering, atau secara konsisten ditunjukkan).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi dan menggunakan pola koping yang efektif; - Mencari informasi tentang penyakit dan pengobatannya; - Menggunakan dukungan sosial yang tersedia; - Mencari bantuan profesional, sesuai dengan kebutuhan; - Melaporkan penurunan gejala fisik dari 	<p>Intervensi Prioritas NIC</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memfasilitasi penyelesaian duka cita: bantuan dengan mengatasi kehilangan yang berarti. - Memfasilitasi penyelesaian duka cita: kematian perinatal: bantuan dengan mengatasi kehilangan perinatal. <p>Aktivitas Keperawatan Pengkajian:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kaji pengalaman masa lalu pasien/keluarga tentang kehilangan keberadaan sistem pendukung, dan penyelesaian duka cita saat ini. - Tentukan penyebab dan lamanya waktu sejak diagnosis kemati fetus/bayi. - Memfasilitasi penyelesaian duka cita (NIC): Mengidentifikasi hilangan. <p>173</p> <p>Pendidikan untuk Pasien/Keluarga:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan karakteristik proses berduka yang normal dan tidak normal. - Diskusikan perbedaan pola proses berduka individual (laki-laki vs perempuan). - Bantu anak untuk mengklarifikasi kesalahan persepsi tentang kematian, menjelang ajal, atau kehilangan. - Memfasilitasi penyelesaian duka cita

Definisi Masalah	Batasan Karakteristik	Faktor Yang Berhubungan	NOC	NIC
			<p>stres dan perasaan negatif.</p> <p>Contoh Lain:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menunjukkan kemampuan untuk membuat keputusan yang benar - Pasien/keluarga akan: manfaat tentang kehilangan yang dirasakan; - Mengungkapkan pikiran, perasaan, dan kepercayaan spiritual - tentang kehilangan; - Menyatakan secara verbal ketakutan/kekhawatiran tentang tensial kehilangan; - Berpartisipasi dalam penyelesaian duka cita; - Tidak terlarut dengan kehilangan; - Tidak menunjukkan distres somatik; - Mengungkapkan perasaan tentang produktivitas, penggunaan kekuasaan, dan optimisme. 	<p>(NIC): Ajarkan fase-fase proses duka cita, sesuai dengan kebutuhan. Rujuk ke sumber-sumber yang diperlukan, seperti kelompok pendukung, bantuan hukum, bantuan keuangan, layanan sosial,</p> <p>Aktivitas Kolaboratif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rujukan ke sumber-sumber yang diperlukan, seperti kelompok pendukung, layanan sosial, pemuka agama, konselor duka cita, konselor genetik. - Memfasilitasi Penyelesaian Duka Cita (NIC): Mengidentifikasi sumber-sumber dukungan dalam komunitas. <p>Aktivitas Lain:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bantu pasien/keluarga untuk menyatakan ketakutan/kekhawatirannya secara verbal terhadap potensial kehilangan, termasuk dampak pada unit keluarga. - Bantu pasien/keluarga untuk mengungkapkan ketakutan, rencana, kekhawatiran, dan harapan satu sama lainnya. - Untuk kehilangan perinatal, dukung orang tua untuk mendekap bayinya pada saat/setelah bayi meninggal, bila perlu. - Memfasilitasi Penyelesaian Duka Cita

Definisi Masalah	Batasan Karakteristik	Faktor Yang Berhubungan	NOC	NIC
<p>Ansietas Perasaan tidak nyaman atau kekwatiran yang samar disertai respon autonom (sumber sering kali tidak spesifik atau tidak diketahui oleh individu), perasaan takut yang disebabkan antisipasi terhadap bahaya.</p>	<p>Perilaku Penurunan produktivitas Gerakan yang irrelevant Gelisah Melihat sepintas Insomnia Kontak mata buruk Mengekspresikan kekwatiran Agitasi Mengintai Tampak waspada</p>	<p>Perubahan dalam (status ekonomi, lingkungan, status kesehatan, pola interaksi, fungsi peran, status peran) Pemajam toksin Terkait keluarga Herediter Infeksi Penularan penyakit interpersonal</p>	<p>Hasil yang disarankan NOC Belum dikembangkan</p> <p>Tujuan/kriteria evaluasi Pasien akan: - Mempertahankan kenyamanan psikologis selama proses menjelang ajal; - Mengungkapkan perasaan (misalnya, marah, sedih, atau kehilangan) dan pikiran dengan staf perawat dan/atau orang penting bagi pasien;</p>	<p>(NIC): Bantu pasien untuk mengidentifikasi sifat kehilangan terhadap benda atau orang yang hilang; Anjurkan untuk mengekspresikan perasaan tentang kehilangan; - Anjurkan mengidentifikasi perasaan yang paling dalam tentang kehilangan; - Libatkan orang yang berarti dalam mendiskusikan dan memutuskan, bila perlu; - Gunakan kata-kata yang jelas, seperti "sudah meninggal" atau "menjelang ajal", bukan eufimisme; - Anjurkan pasien untuk mengimplementasikan kebiasaan kebudayaan, agama, dan sosial yang berhubungan dengan kehilangan; - Anjurkan pengungkapan perasaan dalam memberi kenyamanan terhadap anak, seperti menulis, menggambar, atau bermain.</p>

Definisi Masalah	Batasan Karakteristik	Faktor Yang Berhubungan	NOC	NIC
<p>Afektif</p> <p>Gelisah</p> <p>Distres</p> <p>Ketakutan</p> <p>Perasaan tidak adekuat</p> <p>Berfokus pada diri sendiri</p> <p>Peningkatan kewaspadaan</p> <p>Iritabilitas</p> <p>Gugup</p> <p>Senang berlebihan</p> <p>Rasa nyeri yang meningkatkan ketidak berdayaan</p> <p>Peningkatan rasa ketidakberdayaan yang persisten</p> <p>Bingung</p> <p>Menyesal</p> <p>Ragu/tidak percaya diri</p> <p>Khawatir</p> <p>Fisiologis</p> <p>Wajah tegang</p> <p>Tremor tangan</p> <p>Peningkatan keringat</p> <p>Peningkatan ketegangan</p> <p>Gemetar</p> <p>Suara bergetar</p> <p>Simpatik</p> <p>Anoreksia</p> <p>Eksitasi kardiovaskuler</p>	<p>Krisis maturasi</p> <p>Krisis situasional</p> <p>Stres</p> <p>Penyalahgunaan zat</p> <p>Ancaman kematian</p> <p>Ancaman pada (status ekonomi, lingkungan, status kesehatan, pola interaksi, fungsi peran, status peran, konsep diri)</p> <p>Konflik yang tidak disadari</p> <p>Kebutuhan yang tidak dipenuhi</p>	<p>- Mengidentifikasi area kontrol pribadi, Mengekspresikan perasaan yang positif tentang hubungan dengan orang yang penting bagi pasien;</p> <p>- Menerima keterbatasan dan mencari bantuan sesuai kebutuhan.</p>	<p>tidak berdaya (misalnya, "Aku tidak dapat").</p> <p>- Tentukan sumber ansietas (misalnya, nyeri, malfungsi tubuh, penghinaan, pengabaian, kegagalan, konsekuensi negatif dari penyintas)</p> <p>Pendidikan untuk Pasien/Keluarga:</p> <p>- Berikan informasi tentang penyakit dan prognosis pasien.</p> <p>- Berikan kejujuran dan jawaban langsung terhadap pertanyaan pasien tentang proses menjelang kematian.</p> <p>Aktivitas Kolaboratif</p> <p>- Rujuk ke perawatan rumah atau perawatan hospice, sesuai dengan kebutuhan.</p> <p>- Atur akses ke pendeta atau penasihat spiritual sesuai dengan yang diinginkan pasien.</p> <p>- Hubungkan pasien dan keluarga dengan kelompok pendukung sesuai.</p> <p>Tindakan lain:</p> <p>- Dukung keyakinan spiritual tanpa menekankan kepercayaan diri dari perawat pada pasien.</p> <p>- Gunakan keterampilan komunikasi terapeutik untuk membangun hubungan saling percaya dan memfasilitasi ekspresi dari kebutuhan.</p>	

Definisi Masalah	Batasan Karakteristik	Faktor Yang Berhubungan	NOC	NIC
	<p>Mulut kering Wajah merah Jantung berdebar Peningkatan tekanan darah Peningkatan denyut nadi Peningkatan reflek Peningkatan frekuensi pernafasan Pupil melebar Kesulitan bernafas Vasokonstriksi superfisial Kedinginan pada otot Lemah</p> <p>Parasimpatik Nyeri abdomen Penurunan tekanan darah Penurunan denyut nadi Diare Vertigo Lethargik Mual</p> <p>Gangguan tidur Kesemutan pada ekstremitas Sering berkemih Anyang-anyangan dorongan segera berkemih</p> <p>Kognitif Menyadari gejala fisiologis Bloking pikiran Konfusi</p>			<p>pasien.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dengarkan dengan penuh perhatian. - Tawarkan dukungan bila ada perasaan sulit tanpa menawarkan keyakinan yang salah atau terlalu banyak nasihat. - Dorong pasien untuk mengekspresikan perasaan pada orang yang penting bagi pasien. - Bantu pasien untuk mengidentifikasi area pengontrolan personal, tawarkan pilihan terhadap tingkat kemampuan pasien. - Luangkan waktu bersama dengan pasien untuk menentukan ketakutan agar menjadi diri sendiri. - Bantu pasien untuk membicarakan dan mengulang kembali ke kehidupan personal pasien secara positif. - Identifikasi dan dukung strategi koping yang biasa digunakan oleh pasien. - Berikan kenyamanan fisik dan keamanan.

Definisi Masalah	Batasan Karakteristik	Faktor Yang Berhubungan	NOC	NIC
<p>Ketidakterampilan Persepsi bahwa tindakan seseorang secara signifikan tidak akan mempengaruhi hasil dan persepsi kurang kendali terhadap situasi saat ini atau situasi yang akan terjadi</p>	<p>27 Penurunan lapang persepsi Kesulitan konsentrasi Penurunan kemampuan belajar Penurunan kemampuan memecahkan masalah Ketakutan terhadap konsekuensi yang tidak spesifik Lupa Gangguan perhatian Khawatir Melamun cenderung menyalahkan orang lain</p>	<p>Lingkungan perawatan kesehatan Regimen terkait penyakit Interaksi personal yang tidak memuaskan</p>	<p>Hasil yang Disarankan NOC - Kepercayaan kesehatan: Pengakuan pribadi yang mempengaruhi perilaku kesehatan. - Kepercayaan kesehatan: merasa mampu untuk melakukan: Pengakuan pribadi bahwa seseorang dapat melakukan perilaku kesehatan diberikan. - Kepercayaan kesehatan: merasa dapat mengendalikan: Pengakuan pribadi bahwa seseorang dapat mempengaruhi hasil - Kepercayaan kesehatan: merasa mempunyai sumber-sumber: Pengakuan pribadi bahwa seseorang mempunyai alat yang adekuat dalam melaksanakan perilaku kesehatan</p>	<p>Intervensi Prioritas NIC - Peningkatan Harga Diri: Membantu pasien untuk meningkatkan penilaian pribadi terhadap harga diri. - Fasilitasi Tanggung Jawab Diri: Mendorong pasien untuk menerima tanggung jawab yang lebih terhadap perilakunya sendiri Aktivitas Keperawatan Pengkajian: - Peningkatan harga diri (NIC): Tentukan lokasi kontrol pasien; Tentukan kepercayaan pasien terhadap keputusannya sendiri Pantau tingkat harga diri sepanjang waktu, dengan tepat - Fasilitasi Tanggung Jawab Diri (NIC):</p>

Definisi Masalah	Batasan Karakteristik	Faktor Yang Berhubungan	NOC	NIC
<p>raguan terhadap penampilan peran</p> <p>Takut terhadap pengasingan</p> <p>Rasa bersalah</p> <p>Enggan mengungkapkan perasaan yang sebenarnya 41</p> <p>Obyektif:</p> <p>Ketergantungan terhadap orang lain</p> <p>Tidak memantau kemajuan</p> <p>Tidak mampu mencari informasi tentang perawatan</p> <p>Tidak berpartisipasi dalam perawatan</p> <p>Kepasifan</p> <p>Marah</p> <p>Rendah</p> <p>Subyektif :</p> <p>Pengungkapan ketidakpastian tentang fluktuasi tingkat energi</p> <p>Obyektif:</p> <p>kepasifan</p>	<p>Partisipasi: Keputusan Perawatan Kesehatan:</p> <p>Keterlibatan pribadi dalam memilih dan mengevaluasi pilihan-pilihan perawatan kesehatan.</p> <p>Tujuan/Kriteria Evaluasi</p> <p>Contoh Penggunaan Bahasa NOC:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menunjukkan kepercayaan kesehatan: merasa mampu untuk melakukan, merasa dapat mengendalikannya, dan merasakan ada sumber-sumber (sebutkan nilainya 1-5: sangat lemah, lemah, sedang, kuat, atau sangat kuat). - Menunjukkan partisipasi: keputusan perawatan kesehatan, ditandai dengan indikator menunjukkan sebagai berikut (sebutkan nilainya 1-5: tidak pernah, jarang, kadang-kadang, sering, atau secara konsisten). - Mengidentifikasi prioritas hasil kesehatan. - Menggunakan teknik penyelesaian masalah untuk mencapai hasil yang diinginkan. Bermegosiasi dengan pilihan perawatan. <p>Contoh Lain</p> <p>Pasien akan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengungkapkan dengan kata-kata tentang segala perasaan tidakberdayaan, - Mengidentifikasi tindakan yang berada dalam kendalinya; 	<p>Pantau tingkat tanggung jawab yang diterima pasien</p> <p>Tentukan apakah pasien mempunyai pengetahuan yang adekuat tentang kondisi perawatan kesehatan</p> <p>Aktivitas Kolaboratif:</p> <p>adakah suatu konferensi multidisiplin untuk mendiskusikan dan mengembangkan perawatan rutin pasien</p> <p>Aktivitas Lain:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bantu pasien untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat berpengaruh pada ketidakberdayaan 41 - Diskusikan dengan pasien pilihan yang realistis dalam perawatan, berikan penjelasan untuk pilihan ini - Libatkan pasien dalam pembuatan keputusan tentang rutinitas perawatan - Jelaskan alasan setiap perubahan perencanaan perawatan kepada pasien - Peningkatan Harga Diri (NIC): Eksplorasi pencapaian keberhasilan sebelumnya; Dukung kekuatan-kekuatan diri yang dapat didenotifikasi oleh pasien; Sampaikan kepercayaan diri terhadap kemampuan pasien untuk menanggapi keadaan 	<p>Partisipasi: Keputusan Perawatan Kesehatan:</p> <p>Keterlibatan pribadi dalam memilih dan mengevaluasi pilihan-pilihan perawatan kesehatan.</p> <p>Tujuan/Kriteria Evaluasi</p> <p>Contoh Penggunaan Bahasa NOC:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menunjukkan kepercayaan kesehatan: merasa mampu untuk melakukan, merasa dapat mengendalikannya, dan merasakan ada sumber-sumber (sebutkan nilainya 1-5: sangat lemah, lemah, sedang, kuat, atau sangat kuat). - Menunjukkan partisipasi: keputusan perawatan kesehatan, ditandai dengan indikator menunjukkan sebagai berikut (sebutkan nilainya 1-5: tidak pernah, jarang, kadang-kadang, sering, atau secara konsisten). - Mengidentifikasi prioritas hasil kesehatan. - Menggunakan teknik penyelesaian masalah untuk mencapai hasil yang diinginkan. Bermegosiasi dengan pilihan perawatan. <p>Contoh Lain</p> <p>Pasien akan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengungkapkan dengan kata-kata tentang segala perasaan tidakberdayaan, - Mengidentifikasi tindakan yang berada dalam kendalinya; 	<p>Pantau tingkat tanggung jawab yang diterima pasien</p> <p>Tentukan apakah pasien mempunyai pengetahuan yang adekuat tentang kondisi perawatan kesehatan</p> <p>Aktivitas Kolaboratif:</p> <p>adakah suatu konferensi multidisiplin untuk mendiskusikan dan mengembangkan perawatan rutin pasien</p> <p>Aktivitas Lain:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bantu pasien untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat berpengaruh pada ketidakberdayaan 41 - Diskusikan dengan pasien pilihan yang realistis dalam perawatan, berikan penjelasan untuk pilihan ini - Libatkan pasien dalam pembuatan keputusan tentang rutinitas perawatan - Jelaskan alasan setiap perubahan perencanaan perawatan kepada pasien - Peningkatan Harga Diri (NIC): Eksplorasi pencapaian keberhasilan sebelumnya; Dukung kekuatan-kekuatan diri yang dapat didenotifikasi oleh pasien; Sampaikan kepercayaan diri terhadap kemampuan pasien untuk menanggapi keadaan

Definisi Masalah	Batasan Karakteristik	Faktor Yang Berhubungan	NOC	NIC
<p>Keputusan</p> <p>Kondisi subjektif yang ditandai dengan individu memandang hanya ada sedikit bahkan tidak ada alternatif atau pilihan pribadi dan tidak mampu memobilisasi energi untuk kepentingan sendiri</p>	<p>Menutup mata</p> <p>Penurunan afek</p> <p>Penurunan selera makan</p> <p>Penurunan respons terhadap stimulus</p> <p>Penurunan verbalisasi</p> <p>Kurang inisiatif</p> <p>Kurang keterlibatan dalam asuhan</p> <p>Pasif</p> <p>Mengangkat bahu sebagai respons terhadap orang yang mengajak bicara</p> <p>Gangguan pola tidur</p> <p>Meninggalkan orang yang mengajak bicara</p> <p>Isyarat verbal (seperti "saya tidak dapat", menghela napas)</p>	<p>Diasingkan</p> <p>Penurunan kondisi fisiologis</p> <p>Stres jangka panjang</p> <p>Kehilangan kepercayaan pada kekuatan spiritual</p> <p>Kehilangan kepercayaan pada nilai penting</p> <p>Pembatasan aktivitas jangka panjang</p> <p>Isolasi sosial</p>	<p>Menghubungkan tidak adanya penghalang untuk bertindak</p> <p>Mengungkapkan dengan kata-kata kemampuan untuk melakukan tindakan yang diperlukan;</p> <p>Melaporkan dukungan yang adekuat dari orang dekat, teman dan tetangga;</p> <p>Melaporkan waktu, keuangan pribadi, dan asuransi kesehatan yang memadai;</p> <p>Melaporkan ketersediaan alat, bahan, pelayanan dan transportasi</p> <p>Tujuan/Kriteria Evaluasi</p> <p>Contoh Penggunaan Bahasa NOC:</p> <ul style="list-style-type: none"> Keputusan akan berkurang, dibuktikan dengan konsisten membuat keputusan, adanya harapan, keseimbangan mood, status gizi yang adekuat; asupan makanan dan minuman, tidur yang adekuat, dan mengungkapkan kepuasan dengan kualitas hidup. Membuat Keputusan akan ditunjukkan, dibuktikan dengan indikator sebagai berikut (sebutkan nilainya 1-5: tidak pernah, jarang, kadang-kadang, sering atau menunjukkan secara konsisten), menimbang dan memilih di antara alternatif. Harapan akan ditampakan, dibuktikan dengan indikator sebagai berikut (sebutkan nilainya 1-5: tidak ada, terbatas, sedang, berat, atau berlebihan): Eksresi dari keyakinan, keinginan untuk 	<ul style="list-style-type: none"> Fasilitasi Tangung Jawab Diri (NIC): Dorong pengungkapan perasaan, persepsi, dan ketakutan tentang rasa tanggung jawab Dorong kemandirian, tetapi bantu pasien jika tidak dapat melakukan <p>Intervensi Prioritas NIC</p> <p>Mbangkitkan harapan: memfasilitasi pengembangan penampilan yang positif dalam situasi yang ada.</p> <p>Aktivitas Keperawatan</p> <p>Pengkajian:</p> <ul style="list-style-type: none"> Kaji dan dokumentasikan kemungkinan bunuh diri. Pantau afek dan kemampuan membuat keputusan. Pantau nutrisi: asupan dan berat badan. Kaji kebutuhan spiritual. Tentukan keadequatan hubungan dan dukungan sosial <p>Pendidikan untuk Pasien/Keluarga:</p> <ul style="list-style-type: none"> Berikan informasi tentang sumber-sumber di komunitas, seperti lembaga komunitas, lembaga sosial, pelajaran untuk meningkatkan diri, menurunkan

Definisi Masalah	Batasan Karakteristik	Faktor Yang Berhubungan	NOC	NIC
			<p>hidup, alasan untuk hidup, keberartian hidup, optimisme, serta percaya pada diri sendiri dan orang lain.</p> <p>Menunjukkan semangat untuk hidup.</p> <p>Contoh Lain</p> <p>Pasien akan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi kekuatan pribadi. - Melakukan perilaku yang dapat menurunkan perasaan keputusasaan. - Melaporkan keberadaan dan pola tidur yang adekuat untuk menghasilkan/membangun kembali mental dan fisik. - Mendemonstrasikan mood dan afek yang sesuai. - Mempertahankan kebersihan dan berpakaian yang sesuai. - Memakan makanan dan minuman yang cukup untuk mempertahankan berat badan yang stabil. - Mendemonstrasikan minat dalam hubungan sosial dan pribadi. - Menampakkan ketertarikan atau kepuasan dengan pencapaian tujuan hidup. 	<p>stres, dan konseling.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Membangkitkan Harapan (NIC): Ajari pengenalan terhadap realita dengan meninjau situasi dan membuat rencana yang mungkin. <p>Aktivitas Kolaboratif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dapatkan konsultasi psikiatri - Membangkitkan Harapan (NIC): Berikan kesempatan kepada pasien/keluarga untuk terlibat dengan kelompok pendukung. <p>Aktivitas Lain:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dukung partisipasi aktif dalam aktivitas kelompok untuk memberikan kesempatan terhadap dukungan sosial dan penyelesaian masalah. - Gali faktor yang berkontribusi terhadap perasaan keputusasaan dengan pasien - Beri penguatan positif terhadap perilaku yang menunjukkan inisiatif, seperti kontak mata, membuka diri, penurunan jumlah waktu tidur, perawatan diri, peningkatan nafsu makan - Jadwalkan waktu bersama pasien untuk memberikan kesempatan menggalai tindakan koping alternatif. - Membangun Harapan (NIC): Bantu pasien/keluarga untuk mengidentifikasi area harapan dalam kehidupan;

Definisi Masalah	Batasan Karakteristik	Faktor Yang Berhubungan	NOC	NIC
<p>Koping tidak efektif Ketidakmampuan untuk membentuk penilaian yang valid terhadap stressor, tidak adekuat pilihan respons yang dilakukan, dan ketidakmampuan menggunakan sumberdaya yang dimiliki.</p>	<p>Perubahan pola komunikasi yang biasa 96 Penurunan penggunaan dukungan Perilaku destruktif terhadap orang lain/diri sendiri Letih Angka penyakit yang tinggi Ketidakmampuan memperhatikan informasi Ketidakmampuan memenuhi kebutuhan dasar Ketidakmampuan memenuhi harapan peran Pemecahan masalah tidak adekuat Konsentrasi buruk Gangguan tidur Penyalahgunaan zat</p>	<p>Gangguan dalam penilaian pola ancaman 96 Gangguan dalam pola melepaskan tekanan Perbedaan gender dalam strategi koping Tingkat percaya diri yang tidak adekuat Ketidakadekuan bersiap terhadap stressor Tingkat persepsi kontrol yang tidak adekuat 96 Sumber yang tersedia tidak adekuat Ragu Krisis situasi Krisis maturasi Dukungan psikososial tidak adekuat</p>	<p>Hasil yang Disarankan NOC Akan dikembangkan</p> <p>Tujuan/Kriteria Evaluasi Contoh Penggunaan Bahasa NOC - Menunjukkan Koping yang efektif, ditandai dengan indikator sebagai berikut (ditunjukkan dengan ketentuan 1-5: tidak pernah, jarang, kadang-kadang, sering, atau secara konsisten). Mengidentifikasi pola koping yang efektif (dan tidak efektif). Mencari informasi terkait dengan penyakit dan pengobatan. Menggunakan perilaku untuk menurunkan stres. Mengidentifikasi dan menggunakan berbagai strategi koping. Melaporkan penurunan perasaan negatif. - Menunjukkan pengendalian impuls</p>	<p>Demonstrasikan harapan dengan mengenalkan penilaian intrisik pasien dan memandang penyakitnya pandang individu; hanya dari sudut Bantu pasien memperluas spirituai diri; Arahkan mengingat kembali kehidupan/atau mengungkap kenangan, sesuai dengan kebutuhan; 30 Hindari menutupi kebenaran; Libatkan pasien secara aktif untuk merawat dirinya; Dukung hubungan terapeutik dengan orang yang berarti.</p> <p>Intervensi Prioritas NIC - Peningkatan Koping: Membantu pasien untuk beradaptasi dalam menerima stressor, perubahan, atau ancaman yang berpengaruh pada pemenuhan kebutuhan dan peran dalam kehidupan. 115 - Dukungan Pembuatan Keputusan: Memberikan informasi dan dukungan untuk pasien yang akan membuat keputusan terkait dengan perawatan kesehatan.</p> <p>Aktivitas Keperawatan Pengkajian: - Pantau perilaku agresif. - Identifikasi pandangan pasien terhadap kondisinya dan kesesuaiannya dengan pandangan pemberi layanan kesehatan. - Peningkatan Koping (NIC): Nilai</p>

Definisi Masalah	Batasan Karakteristik	Faktor Yang Berhubungan	NOC	NIC
	<p>Mengungkapkan ketidakmampuan meminta bantuan</p> <p>Mengungkapkan ketidakmampuan mengungkapkan masalah</p>	<p>dengan mempertahankan pengendalian diri tanpa pengawasan secara konsisten.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menunjukkan pemrosesan informasi yang normal dengan menunjukkan proses berpikir logis secara konsisten. <p>Contoh Lain</p> <p>Pasien akan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menunjukkan minat terhadap aktivitas untuk mengisi waktu luang; - Mengidentifikasi kekuatan personal yang dapat mengembangkannya yang efektif; - Menimbang serta memilih di antara alternatif dan konsekuensinya; - Mengawali pembicaraan; - Berpartisipasi dalam aktivitas kehidupan sehari-hari; - Berpartisipasi dalam proses pembuatan keputusan; - Menggunakan pernyataan verbal dan nonverbal yang sesuai dengan situasi; - Mengungkapkan secara verbal tentang rencana baik menerima atau mengubah situasi. 	<p>kesesuaian pasien terhadap perubahan gambaran diri, sesuai dengan indikasi;</p> <p>Nilai dampak dari situasi kehidupan pasien terhadap peran dan hubungannya dengan orang lain;</p> <p>Evaluasi kemampuan pasien dalam membuat keputusan; Eksplorasi metode yang digunakan pasien pada masa sebelumnya dalam mengatasi masalah kehidupannya;</p> <p>Tentukan kemungkinan terjadinya risiko menyakitinya.</p> <p>Pendidikan untuk Pasien/Keluarga:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Peningkatan Koping (NIC): Berikan informasi faktual yang terkait dengan diagnosis, pengobatan, dan prognosis; - Anjurkan pasien untuk menggunakan teknik relaksasi, sesuai dengan kebutuhan; - Berikan pelatihan keterampilan sosial yang sesuai. <p>Aktivitas Kolaboratif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Awali diskusi tentang perawatan pasien untuk melihat kembali mekanisme koping yang dimiliki pasien dan buat rencana perawatan. - Libatkan sumber-sumber yang ada di rumah sakit dalam memberikan dukungan emosional untuk pasien dan 	<p>30</p> <p>106</p>

Definisi Masalah	Batasan Karakteristik	Faktor Yang Berhubungan	NOC	NIC
				<p>keluarga.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fasilitasi pasien untuk mengenal kelompok yang mendukungnya, pemberi layanan kesehatan lainnya, dan sumber-sumber di komunitas (misalnya, kelompok pendukung). <p>Aktivitas Lain:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bantu pasien dalam mengembangkan rencana untuk menerima atau mengubah situasi. - Bantu pasien dalam mengidentifikasi kekuatan personal. - Dukung pasien untuk: <ul style="list-style-type: none"> Terlibat dalam perencanaan aktivitas perawatan; Mengawali percakapan dengan orang lain; Berpartisipasi dalam aktivitas. - Minta keluarga untuk mengunjungi bila memungkinkan. - Peningkatan Koping (NIC): <ul style="list-style-type: none"> Anjurkan pasien untuk mengidentifikasi gambaran perubahan peran yang realists; Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan; Turunkan rangsangan lingkungan yang dapat disalahartikan sebagai suatu ancaman; Ciptakan suasana penerimaan. Hindari pembuatan keputusan pada saat pasien berada dalam stres berat.

Definisi Masalah	Batasan Karakteristik	Faktor Yang Berhubungan	NOC	NIC
<p>Syndrom pasca trauma Respons maladaptif yang berkelanjutan terhadap peristiwa traumatis, luar biasa dan penuh tekanan</p>	<p>Subjektif Marah dan/atau mengamuk Ketakutan Kilas balik Rasa bersalah Sakit kepala Pikiran terganggu Mati rasa Palpitasi Malu</p> <p>Objektif Agresi</p>	<p>Penghancuran rumah Peristiwa diluar jangkauan manusia Bencana alam Terpapar epidemi Terpapar kematian bertubi-tubi Perang Riwayat penganiayaan (psikologis, fisik, seksual) Riwayat pernah menjadi tawanan perang Riwayat tindakan kriminal</p>	<p>Hasil yang Disarankan NOC - Penghentian Penganiayaan: bukti bahwa korban tidak lagi dianiaya. - Perlindungan dari penganiayaan: Perindungan dari penganiayaan oleh diri sendiri atau bergantung pada orang lain. - Pemulihan dari penganiayaan: Emosi: Penyembuhan cedera psikologis karena penganiayaan. - Pemulihan dari Penganiayaan: Seksual: Penyembuhan setelah mengalami penganiayaan seksual atau eksploitasi. Koping: Tindakan untuk mengelola stresor</p>	<p>Bantu penyaluran kemarahan dan rasa bermusuhan secara konstruktif; Eksplorasi alasan pasien terhadap kritik diri; Atur situasi yang mendukung autonomi pasien; Bantu pasien dalam mengidentifikasi respons positif dari orang lain Dukung penggunaan mekanisme pertahanan yang sesuai; Dukung pengungkapan secara verbal tentang perasaan, persepsi, dan ketakutan; Bantu pasien untuk mengklarifikasi kesalahpahaman; Bantu pasien untuk mengidentifikasi sistem pendukung yang tersedia; Nilai dan diskusikan respons alternatif terhadap situasi.</p>

Definisi Masalah	Batasan Karakteristik	Faktor Yang Berhubungan	NOC	NIC
	<p>Pengasingan</p> <p>Perubahan status mood</p> <p>Ansietas</p> <p>Menghindar</p> <p>Perilaku kompulsif</p> <p>Menyangkal</p> <p>Depresi</p> <p>Kurang terlibat</p> <p>Kesulitan konsentrasi</p> <p>Enuresis (pada anak) Respons kaget yang berlebihan</p> <p>Iritabilitas lambung</p> <p>Berduka</p> <p>Tidak berdaya</p> <p>Kengerian</p> <p><i>Hypervigilant</i></p> <p>Mimpi yang mengganggu</p> <p>Iritabilitas</p> <p>Iritabilitas sensori</p> <p>Mimpi buruk</p> <p>Serangan panik</p> <p>Amnesia psikogenik Represi</p> <p>Penyalahgunaan obat</p>	<p>Riwayat penyiksaan</p> <p>Perilaku merugikan diri sendiri</p> <p>Kecelakaan serius</p> <p>Cedera serius pada orang yang dicintai</p> <p>Menyaksikan mutilasi</p>	<p>yang membebani sum ber-sumber individu.</p> <p>123</p> <p>- Pengendalian Impuls: Kemampuan untuk menahan diri dari perilaku kompulsif atau impulsif.</p> <p>- Restrein Mutilasi Diri: Kemampuan untuk menahan diri cedera disebabkan diri sendiri yang disengaja (tidak leta).</p> <p>Tujuan/Kriteria Evaluasi</p> <p>Contoh Penggunaan Bahasa NOC</p> <p>Menunjukkan Pemulihan dari</p> <p>Penganiayaan: Seksual, ditandai dengan indikator sebagai berikut (sebutkan nilainya 1-5: tidak ada, terbatas, menengah, besar atau luas),</p> <p>- Detail penganiayaan Perasaan tentang penganiayaan</p> <p>- Rasa bersalah yang sesuai dan tidak sesuai</p> <p>Informasi yang akurat tentang fungsi seksual</p> <p>- Yakin dengan orientasi seksual</p> <p>- Hak untuk dilindungi dari penganiayaan</p> <p>- Harapan</p> <p>Menunjukkan Pemulihan dari</p> <p>Penganiayaan: Emosional, ditan dai dengan indikator sebagai berikut (sebutkan nilainya 1-5: tidak ada, terbatas, menengah, besar atau luas).</p> <p>- Menunjukkan afek terhadap situasi dengan tepat.</p>	<p>Pengkajian:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kaji respons psikologis terhadap trauma. - Kaji keadekuatan dan ketersediaan sistem dukungan ber-sumber komunitas. - Kaji situasi keluarga <p>Pendidikan untuk Pasien/Keluarga:</p> <p>Jelaskan kepada orang yang berarti tentang bagaimana mereka dapat memberikan dukungan.</p> <p>Aktivitas Kolaboratif:</p> <p>Taati kebijakan rumah sakit/institusi menyangkut tanggung jawab legal untuk melaporkan pada pihak yang berwajib.</p> <p>Aktivitas Lain:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pantau/tahan panggilan telepon sesuai permintaan pasien. - Pantau/batasi kunjungan. - Pertimbangkan tugas pribadi dan tugas semi-pribadi dan pilihan teman sekamar. - Lakukan pengawasan untuk mencegah kerusakan fisik terhadap pasien atau yang lain. - Konseling (NIC): Bina hubungan terapeutik berdasarkan kepercayaan dan rasa hormat; - Tunjukkan empati, kehangatan, dan kesejatian;

Definisi Masalah	Batasan Karakteristik	Faktor Yang Berhubungan	NOC	NIC
<p>HDR situasional Perkembangan persepsi yang negatif tentang harga diri sebagai respon terhadap situasi saat ini</p>	<p>Evaluasi diri bahwa individu tidak mampu menghadapi suatu peristiwa/situasi Perilaku bimbang Perilaku tidak asertif Melaporkan secara verbal tantangan situasional terhadap harga diri saat ini Ekspres ketidakterdayaan Ekspres^{ketidakterdayaan} Secara verbal meniadakan diri</p>	<p>Perilaku tidak sesuai dengan nilai Perubahan perkembangan Gangguan citra tubuh Kegagalan Gangguan fungsional Kurang penghargaan Kehilangan Penolakan Perubahan peran sosial</p>	<p>- Tidak berusaha bunuh diri. - Melaporkan perasaan depresi ringan. - Mampu mengontrol impuls - Melaporkan kepuasan dalam interaksi sosial. Contoh Lain Pasien akan: - Menyadari nilai konseling; - Mengidentifikasi perasaan dan situasi yang menyebabkan tin dakan impulsif; - Mengendalikan impuls destruktif/membahayakan tanpa supervisi; - Mencari bantuan ketika tidak mampu mengontrol impuls; - Melaporkan pengurangan gejala fisik (misalnya, sakit kepala, dan gangguan gastrointestinal).</p>	<p>- Gunakan teknik refleksi dan klarifikasi untuk memfasilitasi pengungkapan perhatian; - Dorong pengungkapan perasaan dengan cara yang tidak merusak; - Paparkan aspek tertentu pengalaman seseorang atau pengalaman pribadi untuk membangun kesejatan dan kepercayaan, dengan tepat; - Hindari membuat keputusan pada saat pasien berada dalam keadaan stres berat.</p>
	<p>156 Evaluasi diri bahwa individu tidak mampu menghadapi suatu peristiwa/situasi Perilaku bimbang Perilaku tidak asertif Melaporkan secara verbal tantangan situasional terhadap harga diri saat ini Ekspres ketidakterdayaan Ekspres^{ketidakterdayaan} Secara verbal meniadakan diri</p>	<p>156 Perilaku tidak sesuai dengan nilai Perubahan perkembangan Gangguan citra tubuh Kegagalan Gangguan fungsional Kurang penghargaan Kehilangan Penolakan Perubahan peran sosial</p>	<p>Hasil yang Disarankan NOC - Pembuatan Keputusan: Kemampuan untuk memilih antara dua atau lebih alternatif. - Harga Diri: Penilaian diri terhadap penghargaan diri. Tujuan/Kriteria Evaluasi Contoh Penggunaan Bahasa NOC - Menunjukkan Harga Diri, ditandai dengan indikator berikut (sebutkan nilainya 1-5: tidak pernah, jarang, kadang-kadang, sering, dan dilakukan secara konsisten).</p>	<p>Intervensi Prioritas NIC Peningkatan Harga Diri: Bantu pasien untuk meningkatkan penilaian dirinya terhadap penghargaan diri 117 Aktivitas Keperawatan Lihat juga "Aktivitas Keperawatan" pada "Harga Diri, Rendah Kronis" Pendidikan untuk Pasien/Keluarga: Ajarkan keterampilan perilaku yang efektif melalui bermain peran, model peran, diskusi dan sebagainya</p>

133

22

23

23

23

23

23

23

23

23

23

23

23

23

23

23

23

23

23

23

23

23

23

23

23

23

23

23

23

23

23

23

23

23

23

Definisi Masalah	Batasan Karakteristik	Faktor Yang Berhubungan	NOC	NIC
Gangguan citra tubuh Konfusi gambaran mental terhadap diri dan fisik individu	Perilaku mengenal/menghindari tubuh individu Perilaku memantau tubuh individu Respon nonverbal akibat		<p>Mengungkapkan penerimaan diri. Komunikasi terbuka. 23 Pemenuhan peran yang signifikan. Penerimaan kritikan dari orang lain. Keinginan untuk melawan orang lain. Penjelasan tentang keberhasilan dalam pekerjaan, sekolah, dan kelompok sosial.</p> <p>- Menunjukkan Pembuatan Keputusan, ditandai dengan indikator berikut (sebutkan nilainya 1-5; tidak pernah, jarang, kadang kadang, sering, dilakukan secara konsisten). Mengidentifikasi alternatif dan kemungkinan konsekuensi yang mungkin timbul. Mengidentifikasi sumber-sumber yang diperlukan untuk mendukung setiap alternatif. Menimbang dan memilih setiap alternatif.</p> <p>Contoh Lain 23 Pasien akan: - Mengetahui kekuatan pribadi, - Melakukan perilaku yang dapat meningkatkan kepercayaan diri - Mengungkapkan perubahan/kehilangan yang episodik.</p> <p>Citra tubuh : persepsi yang positif terhadap penampilan dan fungsi tubuh sendiri. Perkembangan anak : 2 tahun : Milestones kemajuan fisik, kognitif, dan psikososial pada usia 2 tahun. Catatan : NOC juga menyarankan hasil perkembangan anak</p>	<p>Aktivitas Kolaboratif: - Rujuk ke sumber-sumber di masyarakat yang sesuai. - Temukan bantuan dari sumber-sumber rumah sakit (pekerja sosial, perawat spesialis klinis, dan pelayanan keagamaan). 46</p> <p>Aktivitas Lain: 23 - Kaji perubahan terbaru pada pasien yang dapat ber pengaruh terhadap harga diri rendah. - Peningkatan Harga Diri (NIC): - Percayakan pada kemampuan pasien untuk mengatasi situasi. 30 Dukung peningkatan tanggung jawab diri, jika diperlukan, Kaji alasan-alasan untuk mengkritik atau menyalahkan diri, Dukung pasien untuk menerima tantangan baru</p> <p>Pencapaian citra tubuh : peningkatan kesadaran pasien dan ketidaksadaran persepsi dan tingkah laku terhadap tubuh pasien Aktivitas Keperawatan Pengkajian</p>

Definisi Masalah	Batasan Karakteristik	Faktor Yang Berhubungan	NOC	NIC
<p>perubahan aktual pada tubuh</p> <p>Respon nonverbal terhadap persepsi perubahan pada tubuh</p> <p>Mengungkapkan perasaan adanya perubahan pandangan terhadap tubuhnya</p> <p>Mengungkapkan persepsi yang menggambarkan perubahan pandangan tentang tubuh individu</p> <p>Obyektif</p> <p>Perubahan aktual pada fungsi Secara sengaja menyembunyikan bagian tubuh</p> <p>Secara sengaja menonjolkan bagian tubuh</p> <p>Kehilangan bagian tubuh</p> <p>Tidak menyentuh bagian tubuh</p> <p>Trauma bagian tubuh yang tidak berfungsi</p> <p>Perubahan dalam keterlibatan sosial</p> <p>Perluasan batasan tubuh untuk menggabungkan obyek lingkungan</p> <p>Subyektif</p> <p>Depersonalisasi kehilangan</p>	<p>Perseptual</p> <p>Psikososial</p> <p>Spiritual</p> <p>Pembedahan</p> <p>Trauma</p> <p>Terapi penyakit</p> <p>156</p> <p>156</p> <p>117</p>	<p>untuk usia 3, 4, 5 tahun ; masa anak menengah (6-11 tahun) ; dan remaja (12-17 tahun), semua mempunyai definisi yang sama.</p> <p>Kontrol pikir yang di distorsi : kemampuan untuk menahan diri terhadap gangguan pada persepsi, proses pikir dan isi pikir.</p> <p>Resolusi berduka : penyesuaian terhadap kehilangan aktual atau tertunda.</p> <p>Penyesuaian psikososial : perubahan kehidupan : adaptasi psikososial pada individu terhadap perubahan kehidupan.</p> <p>Harga diri : penyesuaian diri dari harga diri.</p> <p><u>Tujuan atau kriteria evaluasi</u></p> <p>Contoh penggunaan NOC</p> <p>- Gangguan citra tubuh berkurang yang ditunjukkan dengan citra tubuh yang positif, tidak ada keterlambatan pada perkembangan anak, secara konsisten menunjukkan distrosi kontrol pikir, resolusi berduka terhadap tingkat yang luas), penyesuaian psikososial substansial</p> <p>: perubahan kehidupan, dan harga diri yang positif.</p> <p>- Menunjukkan citra tubuh, ditandai dengan indikator kekonsistenan sebagai berikut (dengan ketentuan 1-5: tidak pernah, jarang, kadang – kadang, sering atau positif).</p> <p>Kongruen antara realitas tubuh, ideal tubuh, dan wujud tubuh</p> <p>Kepuasan terhadap penampilan dan</p> <p>9</p> <p>22</p> <p>28</p>	<p>46</p> <p>- Kaji dan dokumentasikan respons verbal dan non verbal pasien tentang tubuh pasien</p> <p>- Pencapaian citra tubuh (NIC) :</p> <p>- Tentukan bagaimana respons a terhadap reaksi orang tua, sesuai dengan kebutuhan</p> <p>Tentukan harapan pasien tentang harapan tubuh berdasarkan tahap perkembangan</p> <p>Tentukan apakah ketidaksukaan yang di dapat terhadap karakteristik fisik tertentu membuat paralisis sosial yang dis fungsional bagi remaja dan pada kelompok risiko tinggi lainnya</p> <p>Tentukan apakah perubahan fisik saat ini telah dikaitkan kedalam citra tubuh pasien</p> <p>Identifikasi budaya, agama, ras, jenis kelamin, dan usia dari orang penting bagi pasien menyangkut citra tubuh</p> <p>Pantau frekuensi pernyataan yang mengkritik diri</p> <p>228</p> <p>Pendidikan untuk pasien atau keluarga</p> <p>- Pencapaian citra tubuh (NIC) : ajarkan orang tua tentang pentingnya respons mereka terhadap perubahan perubahan tubuh anak dan penyesuaian di kemudian hari, sesuai dengan kebutuhan.</p> <p>123</p>	

Definisi Masalah	Batasan Karakteristik	Faktor Yang Berhubungan	NOC	NIC
	<p>melalui kata ganti netral</p> <p>Penekanan pada kekuatan yang tersisa</p> <p>Ketakutan terhadap reaksi orang lain</p> <p>Fokus pada penampilan masa lalu</p> <p>Fokus pada fungsi masa lalu</p> <p>Meningkatkan pencapaian</p> <p>Perasaan negatif terhadap tubuhnya</p> <p>Fokus pada perubahan</p> <p>Fokus pada kehilangan</p> <p>Mengungkapkan perubahan gaya hidup</p>		<p>fungsi tubuh.</p> <p>Keinginan untuk beresnyentuh bagian tubuh yang mengalami gangguan...</p> <p>Contoh lain</p> <p>Pasien akan :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi kekuatan personal - Pengakuan terhadap dampak dari situasi pada hubungan antara keberadaan personal dan gaya hidup - Pengakuan terhadap perubahan aktual pada penampilan tubuh - Menggambarkan perubahan aktual pada fungsi tubuh - Mengungkapkan keinginan untuk menggunakan sumber yang disarankan setelah keluar dari rumah sakit - Memelihara hubungan sosial yang dekat dan hubungan personal 	<p>Aktivitas kolaboratif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rujuk kepada layanan sosial untuk merencanakan perawatan dengan pasien atau dengan keluarga - Tawarkan untuk melakukan panggilan pada sumber – sumber komunitas yang tersedia untuk pasien atau keluarga. <p>Aktivitas lain</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dengarkan pasien atau keluarga secara aktif dan akui realitas adanya perhatian terhadap perawatan, kemajuan dan prognosis - Beri dorongan kepada pasien atau keluarga untuk mengungkapkan perasaan dan untuk berduka. - Bantu pasien atau keluarga untuk mengidentifikasi mekanisme coping dan kekuatan personal dan pengakuan keterbatasan - Berikan perawatan dengan cara yang tidak menghakimi, pelihara privasi dan martabat pasien - Beri dorongan kepada pasien : <ul style="list-style-type: none"> Pertahankan kebiasaan berpakaian sehari – hari yang rutin dilakukan Mengungkapkan perhatian tentang hubungan personal yang dekat Mengungkapkan konsekuensi perubahan fisik dan emosional yang dapat mempengaruhi konsep diri - Pencapaian citra tubuh (NIC) :

Definisi Masalah	Batasan Karakteristik	Faktor Yang Berhubungan	NOC	NIC
<p>Isolasi sosial Pengalaman kesendirian dari seorang individu dan diterima sebagai perlakuan dari orang lain serta sebagai kondisi yang negatif atau mengancam.</p>	<p>Subjektif Mengungkapkan perasaan kesendirian yang dibebankan orang lain. Mengungkapkan perasaan perbedaan dari orang lain. Mengungkapkan perasaan penolakan. Mengungkapkan nilai-nilai yang dapat diterima di subkultur, tetapi tidak dapat diterima di kelompok kultur yang dominan. Memproyeksikan</p>	<p>Perubahan penampilan fisik. Perubahan kondisi kesejahteraan. Faktor yang berpengaruh terhadap ketidakpuasan dalam berhubungan (misalnya, perlambatan dalam pemenuhan tugas perkembangan). Minat yang belum mantap. Ketidakmampuan untuk terlibat dalam suatu hubungan yang</p>	<p>Hasil yang Disarankan NOC - Kesiapan: Tingkat respons emosi, sosial, atau eksistensial. - Keseimbangan mood: penyesuaian yang tepat terhadap keadaan emosi sebagai respons terhadap keadaan tertentu. - Partisipasi dalam permainan: penggunaan aktivitas sesuai yang dibutuhkan untuk kesenangan, hiburan, dan perkembangan anak. - Keterampilan interaksi sosial: penggunaan perilaku interaksi yang efektif oleh individu. - Keterlibatan sosial: seringnya individu</p>	<p>Identifikasi cara – cara untuk mengurangi dampak dari segala kesalahan penggambaran melalui berpakaian, rambut palsu, atau kosmetik sesuai dengan kebutuhan. Fasilitasi kontak dengan individu sebagai suatu mekanisme untuk mengevaluasi persepsi citra tubuh anak. Gunakan lukisan gambaran diri sebagai mekanisme untuk mengevaluasi persepsi citra tubuh pada anak. Instruksikan anak tentang fungsi dari bermacam bagian tubuh, sesuai dengan kebutuhan. Gunakan latihan pengungkapan diri dengan kelompok remaja atau pengungkapan keraguan atau atribut fisik yang normal lainnya.</p>
			<p>Intervensi Prioritas NIC Peningkatan Sosialisasi: Fasilitasi kemampuan berinteraksi dengan orang lain. Aktivitas Keperawatan Lihat juga "Aktivitas Keperawatan" pada "Interaksi Sosial Hambatan" Aktivitas Lain: - Bantu pasien untuk membedakan antara persepsi dan kenyataan. - Identifikasi dengan pasien faktor-faktor</p>	

Definisi Masalah	Batasan Karakteristik	Faktor Yang Berhubungan	NOC	NIC
<p>permusuhan melalui suara, perilaku.</p> <p>Objektif Ketidadaan dukungan dari orang lain yang penting (misalnya, keluarga, teman, dan kelompok). Adanya cacat fisik/mental atau perubahan kondisi kesejahteraan. Ketidakmampuan untuk memenuhi harapan orang lain.</p> <p>Ketidakekuatan atau ketidadaan tujuan yang penting dalam hidup. Ketidaksesuaian atau imaturitas aktivitas/perhatian dalam tahapan perkembangan. Merasa tidak aman berada dalam masyarakat. Tidak ada kontak mata. Sibuk dengan pikirannya sendiri.</p> <p>Tindakan yang tidak berarti dilakukan secara berulang.</p> <p>Sedih, afek tumpul.</p> <p>Lebih senang sendiri atau berada di dalam subkultur.</p> <p>Menunjukkan perilaku tidak dapat diterima di kelompok</p>	<p>memuaskan.</p> <p>Ketidakekuatan sumber-sumber pribadi. Perilaku atau nilai sosial yang tidak diterima.</p>	<p>berinteraksi dengan orang lain, kelompok, dan organisasi.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dukungan sosial: ketersediaan yang dirasakan dan kelengkapan bantuan dari orang lain yang mungkin. - Kesejahteraan: pengungkapan kepuasan individu terhadap status kesehatannya. <p>Tujuan/Kriteria Evaluasi</p> <p>Contoh Penggunaan Bahasa NOC:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menunjukkan Keterlibatan Sosial, ditandai dengan indikator berikut (ebutkan nilainya 1-5; tidak ada, terbatas, sedang, banyak, atau luas). <p>Melaporkan adanya interaksi dengan teman dekat, tetangga, anggota keluarga, dan/atau kelompok kerja.</p> <p>Melaporkan adanya partisipasi sebagai anggota kelompok keagamaan, klub, atau kelompok sukarelawan.</p> <p>Berpartisipasi dalam aktivitas pengalihan.</p> <p>Contoh Lain</p> <p>Pasien akan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi dan menerima karakteristik pribadi atau perilaku yang berpengaruh pada isolasi sosial. - Mengidentifikasi sumber-sumber di komunitas yang akan membantu mengurangi isolasi sosial setelah pemulangan. - Mengungkapkan perasaan/pengalaman 	<p>yang berpengaruh pada perasaan isolasi sosial.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kurangi stigma isolasi dengan menghormati matabat pasien. - Kurangi ansietas pengunjung dengan menjelaskan alasan untuk kewaspadaan isolasi dan/atau peralatan. - Dukung usaha-usaha yang dilakukan pasien, keluarga, dan te man-teman untuk berinteraksi. - Peningkatan Sosialisasi (NIC): Dukung hubungan dengan orang lain yang mempunyai ketertarikan dan tujuan yang sama; - Berikan uji pembatasan interpersonal; Berikan umpan balik tentang peningkatan dalam perawatan; penampilan diri atau aktivitas lainnya; Hadapkan pasien pada hambatan penilaian, jika memungkinkan; Dukung pasien untuk mengubah lingkungan, seperti pergi jala jalan dan menonton film. 	

Definisi Masalah	Batasan Karakteristik	Faktor Yang Berhubungan	NOC	NIC
<p>Distres spiritual Risiko perubahan rasa keterikatan yang selaras dengan seluruh kehidupan dan alam semesta yang mengganggu dimensi-dimensi yang memperkuat diri.</p>	<p>kultural yang dominan. Tidak komunikatif. Menarik diri.</p>	<p>Hambatan untuk mencintai diri Pelepasan energi karena ansietas Ketidakmampuan untuk memanfaatkan Kehilangan orang yang dicintai Harga diri rendah Kehilangan mautrasional Penyakit mental Bencana alam Penyakit fisik Stress fisik atau psikologis Hubungan yang buruk Kehilangan situasional Ketergantungan obat – obatan</p>	<p>lebih sedikit dilibatkan. - Memulai berhubungan dengan orang lain. - Mengembangkan hubungan satu sama lainnya. Menunjukkan afek yang sesuai terhadap situasi. - Mengembangkan keterampilan sosial yang dapat mengurangi isolasi (misalnya, bekerja sama, persetujuan, pertimbangan, ke hangatan, dan keterikatan). - Melaporkan adanya peningkatan dukungan sosial (misalnya, bantuan dari orang lain dalam bentuk bantuan emosi, waktu, keuangan, tenaga, atau informasi).</p>	<p>Intervensi Prioritas NIC Belum diidentifikasi. Di bawah ini tampaknya merupakan pilihan yang sesuai: Dukungan Spiritual: Bantu pasien merasakan keseimbangan dan keterikatan dengan kekuatan yang lebih besar. Aktivitas Keperawatan Lihat "Aktivitas Keperawatan" pada "Distres Spiritual" Pengkajian: Kaji situasi yang dapat menyebabkan distres spiritual (misalnya, harga diri rendah, ansietas, dan kurangnya hubungan yang mendukung). Aktivitas Lain: - Lakukan tindakan berikut untuk</p>
<p>Hasil yang Disarankan NOC Belum dikembangkan; di bawah ini tampaknya sesuai: Kesejahteraan Spiritual: Pengungkapan pribadi akan keterikatan dengan diri, orang lain, kekuatan yang lebih tinggi, seluruh kehidupan, alam, dan semesta yang memperkuat diri.</p>	<p>Tujuan/Kriteria Evaluasi Lihat "Tujuan/Kriteria Evaluasi" pada "Distres Spiritual"</p>			

Definisi Masalah	Batasan Karakteristik	Faktor Yang Berhubungan	NOC	NIC
<p>Ketidakefektifan koping keluarga</p> <p>Perilaku orang terdekat bagi pasien (anggota keluarga atau orang dekat lainnya) yang membuat ketidakmampuan kapasitas mereka dan kapasitas klien untuk secara efektif melaksanakan tugas yang esensial, baik untuk adaptasi pasien terhadap masalah kesehatan.</p>	<p>Subjektif</p> <p>Depresi</p> <p>Distorsi terhadap kenyataan tentang masalah kesehatan pasien, termasuk pengingkaran ekstrem tentang eksistensi atau beralnya masalah kesehatan.</p> <p>Objektif</p> <p>Penundaan</p> <p>Agresi/bermusuhan</p> <p>Agitasi</p> <p>Melakukan rutinitas yang tidak biasa, tidak menghargai</p>	<p>Melakukan penanganan yang sembarangan akibat resistensi keluarga terhadap perawatan, cenderung untuk memperkuat kedefensifan saat gagal mengatasi ansietas yang mendasari secara adekuat.</p> <p>Ketidakesesuaian tipe koping untuk bekerja sama pada tugas adaptif oleh orang yang penting dan klien atau di antara orang-orang yang penting.</p>	<p>Hasil yang Disarankan NOC</p> <p>Akan dikembangkan</p> <p>Tujuan/Kriteria Evaluasi keluarga akan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menyadari kebutuhan unit keluarga; - Menyadari kebutuhan pasien; - Mulai menunjukkan keterampilan interpersonal secara efektif; - Menunjukkan kemampuan untuk menyelesaikan konflik tanpa kekerasan; - Mengungkapkan perasaan yang tidak terselesaikan; Mengidentifikasi dan mempertahankan batasan seksual dalam keluarga; 	<p>meningkatkan harga diri.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bantu pasien dalam mengidentifikasi kekuatan diri. - Dukung pasien untuk mengungkapkan keluhan tentang hubungan dekat. - Dukung pasien/keluarga untuk berbagi perasaan dan kesedihan. - Berikan perawatan dengan cara tidak mengadili, pertahankan privasi dan martabat pasien. - Dukungan Spiritual (NIC): <p>Gunakan teknik klarifikasi nilai untuk membantu mengklarifikasi keyakinan dan nilai pasien, bila memungkinkan. Dengarkan dengan cermat komunikasi pasien dan kembangkan arti pentingnya waktu berdoa atau aktivitas keagamaan.</p>
<p>Ketidakefektifan koping keluarga</p> <p>Perilaku orang terdekat bagi pasien (anggota keluarga atau orang dekat lainnya) yang membuat ketidakmampuan kapasitas mereka dan kapasitas klien untuk secara efektif melaksanakan tugas yang esensial, baik untuk adaptasi pasien terhadap masalah kesehatan.</p>	<p>Subjektif</p> <p>Depresi</p> <p>Distorsi terhadap kenyataan tentang masalah kesehatan pasien, termasuk pengingkaran ekstrem tentang eksistensi atau beralnya masalah kesehatan.</p> <p>Objektif</p> <p>Penundaan</p> <p>Agresi/bermusuhan</p> <p>Agitasi</p> <p>Melakukan rutinitas yang tidak biasa, tidak menghargai</p>	<p>Melakukan penanganan yang sembarangan akibat resistensi keluarga terhadap perawatan, cenderung untuk memperkuat kedefensifan saat gagal mengatasi ansietas yang mendasari secara adekuat.</p> <p>Ketidakesesuaian tipe koping untuk bekerja sama pada tugas adaptif oleh orang yang penting dan klien atau di antara orang-orang yang penting.</p>	<p>Hasil yang Disarankan NOC</p> <p>Akan dikembangkan</p> <p>Tujuan/Kriteria Evaluasi keluarga akan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menyadari kebutuhan unit keluarga; - Menyadari kebutuhan pasien; - Mulai menunjukkan keterampilan interpersonal secara efektif; - Menunjukkan kemampuan untuk menyelesaikan konflik tanpa kekerasan; - Mengungkapkan perasaan yang tidak terselesaikan; Mengidentifikasi dan mempertahankan batasan seksual dalam keluarga; 	<p>108</p> <p>meningkatkan harga diri.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bantu pasien dalam mengidentifikasi kekuatan diri. - Dukung pasien untuk mengungkapkan keluhan tentang hubungan dekat. - Dukung pasien/keluarga untuk berbagi perasaan dan kesedihan. - Berikan perawatan dengan cara tidak mengadili, pertahankan privasi dan martabat pasien. - Dukungan Spiritual (NIC): <p>Gunakan teknik klarifikasi nilai untuk membantu mengklarifikasi keyakinan dan nilai pasien, bila memungkinkan. Dengarkan dengan cermat komunikasi pasien dan kembangkan arti pentingnya waktu berdoa atau aktivitas keagamaan.</p>
<p>Ketidakefektifan koping keluarga</p> <p>Perilaku orang terdekat bagi pasien (anggota keluarga atau orang dekat lainnya) yang membuat ketidakmampuan kapasitas mereka dan kapasitas klien untuk secara efektif melaksanakan tugas yang esensial, baik untuk adaptasi pasien terhadap masalah kesehatan.</p>	<p>Subjektif</p> <p>Depresi</p> <p>Distorsi terhadap kenyataan tentang masalah kesehatan pasien, termasuk pengingkaran ekstrem tentang eksistensi atau beralnya masalah kesehatan.</p> <p>Objektif</p> <p>Penundaan</p> <p>Agresi/bermusuhan</p> <p>Agitasi</p> <p>Melakukan rutinitas yang tidak biasa, tidak menghargai</p>	<p>Melakukan penanganan yang sembarangan akibat resistensi keluarga terhadap perawatan, cenderung untuk memperkuat kedefensifan saat gagal mengatasi ansietas yang mendasari secara adekuat.</p> <p>Ketidakesesuaian tipe koping untuk bekerja sama pada tugas adaptif oleh orang yang penting dan klien atau di antara orang-orang yang penting.</p>	<p>Hasil yang Disarankan NOC</p> <p>Akan dikembangkan</p> <p>Tujuan/Kriteria Evaluasi keluarga akan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menyadari kebutuhan unit keluarga; - Menyadari kebutuhan pasien; - Mulai menunjukkan keterampilan interpersonal secara efektif; - Menunjukkan kemampuan untuk menyelesaikan konflik tanpa kekerasan; - Mengungkapkan perasaan yang tidak terselesaikan; Mengidentifikasi dan mempertahankan batasan seksual dalam keluarga; 	<p>84</p> <p>meningkatkan harga diri.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bantu pasien dalam mengidentifikasi kekuatan diri. - Dukung pasien untuk mengungkapkan keluhan tentang hubungan dekat. - Dukung pasien/keluarga untuk berbagi perasaan dan kesedihan. - Berikan perawatan dengan cara tidak mengadili, pertahankan privasi dan martabat pasien. - Dukungan Spiritual (NIC): <p>Gunakan teknik klarifikasi nilai untuk membantu mengklarifikasi keyakinan dan nilai pasien, bila memungkinkan. Dengarkan dengan cermat komunikasi pasien dan kembangkan arti pentingnya waktu berdoa atau aktivitas keagamaan.</p>
<p>Ketidakefektifan koping keluarga</p> <p>Perilaku orang terdekat bagi pasien (anggota keluarga atau orang dekat lainnya) yang membuat ketidakmampuan kapasitas mereka dan kapasitas klien untuk secara efektif melaksanakan tugas yang esensial, baik untuk adaptasi pasien terhadap masalah kesehatan.</p>	<p>Subjektif</p> <p>Depresi</p> <p>Distorsi terhadap kenyataan tentang masalah kesehatan pasien, termasuk pengingkaran ekstrem tentang eksistensi atau beralnya masalah kesehatan.</p> <p>Objektif</p> <p>Penundaan</p> <p>Agresi/bermusuhan</p> <p>Agitasi</p> <p>Melakukan rutinitas yang tidak biasa, tidak menghargai</p>	<p>Melakukan penanganan yang sembarangan akibat resistensi keluarga terhadap perawatan, cenderung untuk memperkuat kedefensifan saat gagal mengatasi ansietas yang mendasari secara adekuat.</p> <p>Ketidakesesuaian tipe koping untuk bekerja sama pada tugas adaptif oleh orang yang penting dan klien atau di antara orang-orang yang penting.</p>	<p>Hasil yang Disarankan NOC</p> <p>Akan dikembangkan</p> <p>Tujuan/Kriteria Evaluasi keluarga akan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menyadari kebutuhan unit keluarga; - Menyadari kebutuhan pasien; - Mulai menunjukkan keterampilan interpersonal secara efektif; - Menunjukkan kemampuan untuk menyelesaikan konflik tanpa kekerasan; - Mengungkapkan perasaan yang tidak terselesaikan; Mengidentifikasi dan mempertahankan batasan seksual dalam keluarga; 	<p>115</p> <p>meningkatkan harga diri.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bantu pasien dalam mengidentifikasi kekuatan diri. - Dukung pasien untuk mengungkapkan keluhan tentang hubungan dekat. - Dukung pasien/keluarga untuk berbagi perasaan dan kesedihan. - Berikan perawatan dengan cara tidak mengadili, pertahankan privasi dan martabat pasien. - Dukungan Spiritual (NIC): <p>Gunakan teknik klarifikasi nilai untuk membantu mengklarifikasi keyakinan dan nilai pasien, bila memungkinkan. Dengarkan dengan cermat komunikasi pasien dan kembangkan arti pentingnya waktu berdoa atau aktivitas keagamaan.</p>

Definisi Masalah	Batasan Karakteristik	Faktor Yang Berhubungan	NOC	NIC
	<p>kebutuhan</p> <p>Berkembangnya ketidakberdayaan pasien, kemandirian tidak aktif klien</p> <p>Keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh keluarga yang mengganggu ekonomi atau kesejahteraan sosial</p> <p>Pembelotan</p> <p>Kebutuhan yang tidak dihargai</p> <p>Kerusakan individualisasi</p> <p>Gangguan restrukturisasi dari kehidupan yang berarti bagi diri</p> <p>Intoleransi</p> <p>Mengabaikan perawatan terhadap pasien menyangkut kebutuhan dasar manusia dan/atau perawatan terhadap penyakit anggota keluarga yang lain</p> <p>Perhatian berlebih terhadap klien secara berkepanjangan</p> <p>Gejala psikosomatis</p> <p>Penolakan</p> <p>Mengikuti tanda-tanda penyakit klien</p>	<p>Hubungan keluarga yang sangat ambivalen.</p> <p>Orang yang penting dengan perasaan yang tidak diungkapkan secara cemas, bersalah, tidak ada harapan, dan seterusnya).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi gaya coping yang bertentangan; - Berpartisipasi dalam penyelesaian masalah yang efektif; - Berpartisipasi dalam perencanaan perawatan. 	<p>yang telah terjadi.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kaji interaksi antara pasien dan keluarga, sadari potensial tingkah laku yang merusak (misalnya, kekerasan pada lansia, kekerasan pada anak). - Tentukan sumber-sumber fisik, emosi, dan pendidikan untuk anggota keluarga. - Kaji motivasi/keinginan untuk menyelesaikan area yang tidak menyenangkan dan/atau konflik pada anggota keluarga. - Dukungan Keluarga (NIC): <ul style="list-style-type: none"> Tentukan batasan prognosis psikologis untuk keluarga; Identifikasi sifat dukungan spiritual untuk keluarga. <p>Pendidikan untuk Pasien/Keluarga:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diskusikan bagaimana kekerasan merupakan perilaku yang di pelajari dan dapat ditularkan kepada keturunan. - Diskusikan dengan keluarga tentang cara yang efektif untuk menunjukkan perasaan. <p>Aktivitas Kolaboratif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rujuk anggota keluarga/individu kepada kelompok dukungan, penanganan psikiatrik, layanan sosial (misalnya, program ketergantungan kimia, layanan perlindungan anak, dan tempat penampungan istri korban pemukulan).

Definisi Masalah	Batasan Karakteristik	Faktor Yang Berhubungan	NOC	NIC
				<ul style="list-style-type: none"> - Laporkan indikasi kekerasan fisik/seksual yang diatur oleh hukum kepada pejabat yang tepat. - Dukungan Keluarga (NIC): Berikan sumber-sumber spiritual untuk keluarga dengan tepat; Adakan respite care yang terus-menerus, bila diindikasikan dan diinginkan. <p>Aktivitas Lain:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pada diskusi keluarga, mulai dengan subjek yang paling tidak mengancam secara emosi. - Bantu keluarga dalam mengidentifikasi kebutuhan pasien unit keluarga secara realistis. - Bantu keluarga dalam mengenali masalah (misalnya, penatalaksanaan konflik kekerasan, kekerasan seksual). - Anjurkan partisipasi keluarga dalam seluruh pertemuan kelompok - Anjurkan keluarga untuk memperlihatkan perhatian dan untuk membantu merencanakan perawatan pascahospitalisasi. - Bantu motivasi keluarga untuk berubah. - Bantu keluarga dalam perilaku disfungsi. menemukan cara terbaik untuk menangani - Berikan "pekerjaan rumah" untuk anggota keluarga (misalnya tidak

Definisi Masalah	Batasan Karakteristik	Faktor Yang Berhubungan	NOC	NIC
<p>Ketakutan Takut adalah ansietas yang disebabkan oleh sesuatu yang dikenali secara sadar dan bahaya nyata. Hal ini dipersepsikan sebagai ancaman yang nyata atau dipersepsikan. Secara operasional, takut adalah</p>	<p>Subjektif Takut Gusar Khawatir Menurunnya keyakinan diri Takut terhadap sesuatu Ditakuti Horor Meningkatnya tekanan Perasaan menyerasamkan</p>	<p>Pengondisian klasikal Ketidakcocokan Stimulus lingkungan Takut terhadap orang lain Ide-ide Berpenampilan pendiam Defisit pengetahuan Hambatan bahasa Respons yang dipelajari Berpembawaan</p>	<p>Hasil yang Disarankan NOC Kontrol Ketakutan: Kemampuan untuk mengurangi atau menurunkan perasaan tidak mampu membangkitkan kewaspadaan oleh sumber-sumber yang dapat diidentifikasi. Tujuan/Kriteria Evaluasi Contoh Penggunaan Bahasa NOC: - Pasien akan memperlihatkan</p>	<p>menonton televisi pada malam hari atau makan malam bersama anggota keluarga). - Bantu anggota keluarga dalam mengklarifikasi apa yang diharapkan dan butuhkan satu sama lain. - Dukungan Keluarga (NIC): Tingkatkan harapan yang realistis; Dengarkan keluhan, perasaan, dan pertanyaan keluarga; Fasilitasi pengkomunikasian keluhan/perasaan antara pasien dan keluarga atau antara anggota keluarga; - Jawab semua pertanyaan anggota keluarga atau bantu mereka untuk memperoleh Jawaban; - Berikan umpan balik kepada keluarga yang berkaitan dengan koping mereka; - Berikan perawatan kepada pasien selain keluarga untuk mengurangi beban mereka dan atau saat keluarga tidak mampu untuk memberikan perawatan.</p> <p>Intervensi Prioritas NIC - Pengurangan Ansietas: Meminimalkan rasa khawatir, perasaan takut, frustasi atau kesulitan yang berhubungan dengan suatu sumber bahaya yang tidak teridentifikasi yang mungkin terjadi - Peningkatan Koping: Membantu pasien beradaptasi untuk mengartikan stresor, perubahan, atau ancaman yang berpengaruh pada</p>

Definisi Masalah	Batasan Karakteristik	Faktor Yang Berhubungan	NOC	NIC
adanya perasaan ketakutan pada sesuatu yang akan terjadi dan benar-benar takut terhadap sesuatu, sumbernya diketahui dan spesifik, respons subjektif yang bertindak sebagai penguat, tetapi tidak dapat diobservasi dan tanda objektif yang dihasilkan dari transformasi energi ke dalam gambaran perilaku dan respons.	Perasaan mengirikan Perasaan cemas Objektif Perilaku menyerang Tidur berkeingat Konsentrasi pada sumber (ketakutan) Perilaku menantang-agresi Perilaku menantang-memarik diri Berkokus pada "sesuatu" yang berada di luar Identifikasi objek dari ketakutan Berespons cepat terhadap objek dari ketakutan Impulsif Meningkatnya kewaspadaan Meningkatnya denyut nadi Gugup Panik Gemetar Waspada Melotot	alami/halus Stimulus fobik atau fobia Kondisi fisik/sosial Menurunnya kemampuan sensoris Terpisah dari sistem pendukung dalam situasi yang secara potensial penuh dengan stres	pengendalian ketakutan, dibuktikan dengan indikator sebagai berikut (ketentuan 1-5; tidak per nah, jarang, kadang-kadang, sering, atau secara konsisten me nampilkan): Mencari informasi untuk menurunkan ketakutan; Menghindari sumber ketakutan bila mungkin; Menggunakan teknik relaksasi untuk menurunkan ketakutan Melaporkan penurunan durasi episode; Melaporkan peningkatan lamanya waktu antara episode; Mempertahankan kontrol terhadap kehidupan; Mempertahankan penampilan peran dan hubungan sosial; Mengendalikan respons ketakutan; Tetap produktif.	pemenuhan tuntutan hidup dan peran. aman fisik dan psikologis pasien. - Peningkatan Keamanan: Meningkatkan psikologis pasien. Aktivitas Keperawatan Lihat juga "Aktivitas Keperawatan" pada "Ansietas" - Kaji respons takut subjektif dan objektif pasien. - Peningkatan Koping (NIC): Nilai pemahaman pasien terhadap proses penyakitnya. Pendidikan untuk Pasien/Keluarga: Jelaskan semua pemeriksaan dan pengobatan untuk pasien/keluarga. Aktivitas Kolaboratif: - Kaji kebutuhan akan layanan sosial dan/atau intervensi psikiatrik. - Dukung diskusi pasien-dokter tentang ketakutan pasien. - Adakan konferensi perawatan multidisiplin untuk membuat rencana perawatan. Aktivitas Lain: - Sering berikan penguatan positif bila pasien mendemonstrasikan perilaku yang dapat menurunkan atau mengurangi takut.

Definisi Masalah	Batasan Karakteristik	Faktor Yang Berhubungan	NOC	NIC
				<ul style="list-style-type: none"> - Tetap bersama pasien selama dalam situasi baru. - Jauhkan sumber ketakutan pasien apabila memungkinkan. - Sampaikan penerimaan terhadap persepsi ketakutan pasien untuk mendukung komunikasi terbuka mengenai sumber ketakutan. - Berikan perawatan yang berkelanjutan melalui penugasan dan penggunaan rencana perawatan. - Sering berikan penguatan verbal dan nonverbal yang dapat membantu menurunkan ketakutan pasien. - Hindari kata-kata klise. - Berikan dot untuk bayi. - Gendong atau ayun-ayun anak. - Letakkan lampu tidur dalam kamar. - Dukung orang tua untuk menghabiskan malam di rumah sakit dengan anaknya. - Peningkatan Koping (NIC): Nilai dan diskusikan respons alternatif terhadap situasi. - Gunakan pendekatan yang tenang, meyakinkan. - Bantu pasien dalam membangun penilaian yang objektif terhadap suatu peristiwa. - Dukung sikap harapan yang realistis sebagai suatu cara mengatasi perasaan tidak berdaya. - Tidak membuat keputusan pada saat

93

93

93

Definisi Masalah	Batasan Karakteristik	Faktor Yang Berhubungan	NOC	NIC
				<p>pasien berada dalam stres berat. ⁹³</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dukung untuk menguasai situasi sebagai bertahap. - Kenalkan pasien kepada orang lain (atau kelompok) yang me miliki keberhasilan dalam mengatasi pengalaman yang sama. - Dukung untuk menyatakan perasaan, persepsi, dan ketakutan secara verbal. - Kurangi stimulasi dalam lingkungan yang dapat disalah interpretasikan sebagai ancaman.

Masalah Psikososial Penurut SDKI, SLKI, SIKI (2018) :

DEFINISI MASALAH	PENYEBAB	TANDA & GEJALA	LUARAN	INTERVENSI
<p>Ansietas Kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap obyek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu untuk melakukan tindakan dalam menghadapi ancaman</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Krisis situasional - Kebutuhan tidak terpenuhi - Krisis maturasional - Ancaman konsep diri - Ancaman kematian - Kwatir mengalami kegagalan - Dysfungsi sistem keluarga - Hubungan oran tua-anak yang tidak memuaskan - Faktor keturunan (temperamen) - Penyalahgunaan zat - Terpapar bahaya lingkungan (toksin, polutan dll) - Kurang terpapar informasi 	<p>Mayor</p> <ul style="list-style-type: none"> - Merasa bingung - Merasa kwatir akibat kondisi yang dihadapi - Sulit konsentrasi - Tampak gelisah - Tampak tegang - Sulit tidur <p>Minor</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengeluh pusing - Anoreksia - Palpitasi - Merasa tidak berdaya - RR meningkat - Nadi meningkat - Tekanan darah meningkat - Diaforesis - Tremor - Muka pucat - Suara bergetar 	<ul style="list-style-type: none"> - Mengatakan secara verbal kebingungannya/kekawatiran menurun/cukup menurun - Perilaku gelisah menurun/cukup menurun - Perilaku tegang menurun/cukup menurun - Keluhan pusing menurun/cukup menurun - Anoreksia menurun/cukup menurun - Palpitasi menurun/cukup menurun - Frekwensi pernafasan (dalam batas normal) - Tekanan darah (dalam batas normal) - Diaforesis menurun/cukup menurun - Tremor menurun/cukup menurun - Pucat menurun/cukup menurun - Pola tidur membaik/cukup membaik - Perasaan keberdayaan membaik/cukup membaik - Kontak mata membaik/cukup membaik - Pola berkemih membaik/cukup 	<p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. kondisi, waktu, stresor) - Identifikasi kemampuan mengambil keputusan - Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal) <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan - Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan - Pahami situasi yang membuat ansietas - Dengarkan dengan penuh perhatian - Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan - Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan - Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan - Diskusikan perencanaan realistik tentang peristiwa yang akan datang <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami - Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis - Anjurkan keluarga untuk tetap bersama

DEFINISI MASALAH	PENYEBAB	TANDA & GEJALA	LUARAN	INTERVENSI
<p>Berduka Respon psikososial yang ditunjukkan oleh pasien akibat kehilangan (orang, obyek, fungsi, status, bagian tubuh atau hubungan)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Kematian keluarga atau orang yang berarti - Antisipasi kematian keluarga atau orang yang berarti - Kehilangan (obyek, fungsi, status, pekerjaan, bagian tubuh, hubungan sosial) - Antisipasi kehilangan (obyek, fungsi, status, pekerjaan, bagian tubuh, hubungan sosial) 	<p>Mayor</p> <p>Subyektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Merasa sedih - Merasa bersalah atau menyalahkan orang lain - Menolak kehilangan - Merasa tidak ada harapan <p>Obyektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menangis - Perubahan pola tidur - Tidak mampu konsentrasi <p>Minor</p> <p>Subyektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adanya mimpi buruk - Merasa tidak berguna - Fobia <p>Obyektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Marah - Panik 	<p>membalik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientasi membaik/cukup membaik 	<p>pasien, jika perlu</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan - Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi - Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan - Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat - Latih teknik relaksasi <p>Kolaborasi Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi kehilangan yang dihadapi - Identifikasi proses berduka yang dialami - Identifikasi sifat keterikatan pada benda yang hilang atau orang yang meninggal - Identifikasi reaksi awal terhadap kehilangan <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tunjukkan sikap menerima dan empati - Motivasi agar mau mengungkapkan perasaan kehilangan - Motivasi untuk menguatkan dukungan keluarga atau orang terdekat - Fasilitasi melakukan kebiasaan sesuai dengan budaya, agama dan norma social - Fasilitasi mengekspresikan perasaan dengan cara yang nyaman (mis,
<p>Berduka Respon psikososial yang ditunjukkan oleh pasien akibat kehilangan (orang, obyek, fungsi, status, bagian tubuh atau hubungan)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Kematian keluarga atau orang yang berarti - Antisipasi kematian keluarga atau orang yang berarti - Kehilangan (obyek, fungsi, status, pekerjaan, bagian tubuh, hubungan sosial) - Antisipasi kehilangan (obyek, fungsi, status, pekerjaan, bagian tubuh, hubungan sosial) 	<p>Mayor</p> <p>Subyektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Merasa sedih - Merasa bersalah atau menyalahkan orang lain - Menolak kehilangan - Merasa tidak ada harapan <p>Obyektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menangis - Perubahan pola tidur - Tidak mampu konsentrasi <p>Minor</p> <p>Subyektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adanya mimpi buruk - Merasa tidak berguna - Fobia <p>Obyektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Marah - Panik 	<p>membalik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientasi membaik/cukup membaik 	<p>pasien, jika perlu</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan - Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi - Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan - Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat - Latih teknik relaksasi <p>Kolaborasi Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi kehilangan yang dihadapi - Identifikasi proses berduka yang dialami - Identifikasi sifat keterikatan pada benda yang hilang atau orang yang meninggal - Identifikasi reaksi awal terhadap kehilangan <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tunjukkan sikap menerima dan empati - Motivasi agar mau mengungkapkan perasaan kehilangan - Motivasi untuk menguatkan dukungan keluarga atau orang terdekat - Fasilitasi melakukan kebiasaan sesuai dengan budaya, agama dan norma social - Fasilitasi mengekspresikan perasaan dengan cara yang nyaman (mis,

DEFINISI MASALAH	PENYEBAB	TANDA & GEJALA	LUARAN	INTERVENSI
<p>Ditres Spiritual Gangguan pada keyakinan atau sistem nilai berupa kesulitan merasakan makna dan tujuan hidup melalui hubungan dengan diri, orang lain, lingkungan atau Tuhan</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Menjelang ajal - Kondisi penyakit kronis - Kematian orang terdekat - Perubahan pola hidup - Kesepian - Mengasingkan diri - Pengasingan sosial - Gangguan sosial kultural - Peningkatan ketertarikan pada orang lain - Kejadian hidup yang tidak diharapkan 	<p>Mayor Subyektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mempertanyakan makna/tujuan hidupnya - Menyatakan hidupnya kurang/tidak bermakna - Merasa menderita/tidak berdaya <p>Obyektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak mampu beribadah - Marah pada Tuhan <p>Minor Subyektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menyatakan hidupnya terasa kurang/tidak tenang 	<ul style="list-style-type: none"> - Mengatakan menerima kehilangan dan memiliki harapan - Mengatakan perasaan berguna - Mengatakan perasaan sedih menurun - Mengatakan perasaan bersalah mulai menurun - Menurunnya pernyataan 95 menyalahkan orang lain - Mena ngis - Mimpi buruk - Fobia - Marah - Panik - Pola tidur membaik - Konsentrasi membaik 	<ul style="list-style-type: none"> - membaca buku, menulis, menggambar atau bermain) - Diskusikan strategi koping yang dapat digunakan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan kepada pasien dan keluarga bahwa depresi dan menerima adalah wajar dalam sikap mengingkari, marah, tawar menawar menghadapi kehilangan - Anjurkan mengidentifikasi ketakutan terbesar pada kehilangan - Anjurkan mengekspresikan perasaan tentang kehilangan - Ajarkan melewati proses berduka secara bertahap <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi perasaan khawatir, kesepian dan ketidakberdayaan - Identifikasi pandangan tentang hubungan antara spiritual dan kesehatan - Identifikasi harapan dan kekuatan pasien - Identifikasi ketaatan dalam beragama <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan kesempatan mengekspresikan perasaan tentang penyakit dan kematian - Berikan kesempatan mengekspresikan dan meredakan marah secara tepat - Yakinkan bahwa perawat bersedia

DEFINISI MASALAH	PENYEBAB	TANDA & GEJALA	LUARAN	INTERVENSI
<p>Gangguan citra tubuh Perubahan persepsi tentang penampilan, struktur dan fungsi fisik dari individu</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Perubahan dari struktur/bentuk tubuh - Perubahan fungsi tubuh - Perubahan fungsi kognitif - Ketidaksiaraan budaya, keyakinan atau sistem nilai - Transisi perkembangan - Gangguan psikososial - Efek tindakan/pengobatan 	<ul style="list-style-type: none"> - Mengeluh tidak dapat menerima - Merasa bersalah - Merasa terasing - Mengatakan telah diabaikan - Obyektif - Menolak untuk berinteraksi dengan orang terdekat - Tidak mampu berkreaitifas - Koping tidak efektif - Tidak berminat pada alam 	<ul style="list-style-type: none"> - Imunitas membaik 	<p>mendukung selama masa ketidakberdayaan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sediakan privasi dan waktu tenang untuk aktivitas spiritual - Diskusikan keyakinan tentang makna dan tujuan hidup, jika perlu - Fasilitasi melakukan kegiatan ibadah <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan berinteraksi dengan keluarga, teman, dan/atau orang lain - Anjurkan berpartisipasi dalam kelompok pendukung - Ajarkan metode relaksasi, meditasi, dan Imajinasi terbimbing <p>Kolaborasi</p> <p>Atur kunjungan dengan rohaniawan (mis. ustadz, pendeta, romo, biksu)</p>
<p>Gangguan citra tubuh Perubahan persepsi tentang penampilan, struktur dan fungsi fisik dari individu</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Perubahan dari struktur/bentuk tubuh - Perubahan fungsi tubuh - Perubahan fungsi kognitif - Ketidaksiaraan budaya, keyakinan atau sistem nilai - Transisi perkembangan - Gangguan psikososial - Efek tindakan/pengobatan 	<p>Mayor</p> <ul style="list-style-type: none"> - Subyektif - Mengungkapkan kehilangan/kecacatan bagian tubuh - Obyektif - Kehilangan bagian tubuh - Fungsi/struktur tubuh berubah atau hilang <p>Minor</p> <ul style="list-style-type: none"> - Subyektif - Tidak mau mengungkapkan kondisi kecacatan/kehilangan 	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengungkapkan kepuasan terhadap citra tubuh 	<p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi kegiatan jangka pendek dan panjang sesuai tujuan - Identifikasi kemampuan yang dimiliki - Identifikasi sumber daya yang tersedia untuk memenuhi tujuan - Identifikasi pemahaman proses penyakit - Identifikasi dampak situasi terhadap peran dan hubungan - Identifikasi metode penyelesaian masalah - Identifikasi kebutuhan dan keinginan terhadap dukungan sosial

DEFINISI MASALAH	PENYEBAB	TANDA & GEJALA	LUARAN	INTERVENSI
		<p>bagian tubuh</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengungkapkan perasaan negatif tentang perubahan tubuh - Mengungkapkan kekwatiran penolakan orang lain - Mengungkapkan adanya perubahan gaya hidup <p>Obyektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menyembunyikan/menunjukkan bagian tubuh secara berlebihan - Menghindari melihat/menyentuh bagian tubuh - Fokus yang berlebihan terhadap perubahan tubuh - Respon nonverbal pada perubahan dan persepsi tubuh - Fokus pada penampilan dan kekuatan masa lalu - Hubungan sosial berubah 		<p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diskusikan perubahan peran yang dialami - Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan - Diskusikan alasan mengkritik diri sendiri - Diskusikan untuk mengklarifikasi kesalahpahaman dan mengevaluasi - Diskusikan konsekuensi tidak menggunakan rasa bersalah dan rasa malu - Diskusikan risiko yang menimbulkan bahaya pada diri sendiri - Fasilitasi dalam memperoleh informasi yang dibutuhkan - Berikan pilihan realistik mengenai aspek-aspek tertentu dalam perawatan - Motivasi untuk menentukan harapan yang realistis tinjau kembali kemampuan dalam pengambilan keputusan - Hindari mengambil keputusan saat pasien berada di bawah tekanan - Motivasi terlibat dalam kegiatan sosial - Motivasi mengidentifikasi sistem pendukung yang tersedia - Perkenalkan dengan orang atau kelompok yang berhasil mengalami pengalaman sama - Dukung penggunaan mekanisme pertahanan yang tepat - Kurangi rangsangan lingkungan yang mengancam

DEFINISI MASALAH	PENYEBAB	TANDA & GEJALA	LUARAN	INTERVENSI
<p>Gangguan identitas diri Ketidakmampuan mempertahankan keutuhan persepsi terhadap identitas diri</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Gangguan peran sosial - Tugas perkembangan tidak terpenuhi - Gangguan neurologis - Stimulasi sensori tidak adekuat 	<p>Mayor</p> <ul style="list-style-type: none"> - Persepsi terhadap diri berubah - Bingung tentang nilai-nilai budaya, tujuan hidup, jenis kelamin atau nilai-nilai ideal - Perasaan yang fluktuatif/berubah-ubah terhadap diri <p>Obyektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perilaku tidak konsisten - Hubungan yang tidak efektif - Tidak efektifnya strategi koping - Tidak efektifnya penampilan 	<ul style="list-style-type: none"> - Mengungkapkan kepuasan terhadap identitas diri - Hubungan yang efektif - Strategi koping efektif - Kebingungan tentang tujuan hidup menurun - Kebingungan tentang jenis kelamin menurun - Kebingungan dengan nilai-nilai ideal menurun 	<p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan menjalin hubungan yang memiliki kepentingan - Anjurkan penggunaan sumber spiritual, jika perlu - Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi - Anjurkan keluarga terlibat - Anjurkan membuat tujuan yang lebih spesifik - Ajarkan cara memecahkan masalah secara konstruktif - Latih penggunaan teknik relaksasi - Latih keterampilan sosial, sesuai kebutuhan - Latih mengembangkan penilaian obyektif <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor perubahan orientasi - Monitor perubahan kognitif dan perilaku <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perkenalkan nama saat memulai interaksi - Orientasikan orang, tempat, dan waktu - Hadirkan realita (mis. beri penjelasan alternatif, hindari perdebatan) - Sediakan lingkungan dan rutinitas secara konsisten - Atur stimulus sensorik dan lingkungan (mis. kunjungan, pemandangan, suara,

DEFINISI MASALAH	PENYEBAB	TANDA & GEJALA	LUARAN	INTERVENSI
<p>Harga diri rendah Kronis Perasaan negatif terhadap sendiri atau kemampuan pasien seperti merasa tidak berarti, tidak berharga, tidak berdaya, berlangung dalam waktu lama dan terus menerus</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pernah mengalami trauma - Kegagalan yang berulang - Kurang pengakuan dari orang lain - Ketidakefektifan dalam mengatasi masalah kehilangan - Gangguan Psikiatri - Penguatan negatif berulang - Ketidaksesuaian budaya 	<p>Mayor</p> <p>Subyektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menilai diri negatif - Merasa malu/bersalah - Merasa tidak mampu melakukan apapun - Meremehkan kemampuan dalam mengatasi masalah - Merasa tidak memiliki kelebihan - Berlebihan dalam menilai negatif terhadap diri sendiri - Menolak penilaian positif terhadap dirinya <p>Obyektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enggan mencoba hal baru - Berjalan menunduk 	<ul style="list-style-type: none"> - Penilaian diri positif - Perasaan memiliki kelebihan atau kemampuan positif - Penerimaan terhadap diri positif - Menampakkan wajah 	<p>pencapaian, bau, dan sentuhan)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gunakan simbol dalam mengorientasikan lingkungan (mis. tanda, gambar, warna) - Libatkan dalam terapi kelompok orientasi - Berikan waktu istirahat dan tidur yang cukup, sesuai kebutuhan - Fasilitasi akses informasi (mis. televisi, surat kabar, radio), jika perlu <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan perawatan diri secara mandiri - Anjurkan penggunaan alat bantu (mis. kaca mata, alat bantu dengar, gigi palsu) - Ajarkan keluarga dalam perawatan orientasi realita <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi harapan untuk mengendalikan perilaku <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diskusikan tanggung jawab terhadap perilaku Jadwalkan kegiatan terstruktur - Ciptakan dan pertahankan lingkungan dan kegiatan perawatan konsisten setiap dinas Tingkatkan aktivitas fisik sesuai kemampuan - Batasi jumlah pengunjung Bicara dengan nada rendah dan tenang - Lakukan kegiatan pengalihan terhadap sumber agitasi - Cegah perilaku pasif dan agresif

DEFINISI MASALAH	PENYEBAB	TANDA & GEJALA	LUARAN	INTERVENSI
<p>Harga diri rendah Situasional Perasaan negatif terhadap diri sendiri atau kemampuan pasien sebagai respon terhadap situasi saat ini</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Perubahan pada citra tubuh - Perubahan peran sosial - Pemahaman yang tidak adekuat - Perilaku yang tidak konsisten dengan nilai - Kegagalan hidup yang berulang - Riwayat kehilangan - Riwayat penolakan - Transisi perkembangan 	<ul style="list-style-type: none"> - Postur tubuh menunduk Minor Subyektif <ul style="list-style-type: none"> - Sulit konsentrasi - Sulit tidur - Mengungkapkan keputusasaan Obyektif <ul style="list-style-type: none"> - Kontak mata kurang - Lesu dan tidak bergairah - Berbicara pelan dan lirih - Pasif - Tidak asertif - Mencari penguatan secara berlebihan - Bergantung pada pendapat orang lain - Sulit membuat keputusan Mayor <ul style="list-style-type: none"> - Menilai diri negatif - Merasa malu atau bersalah - Penilaian negatif terhadap diri secara berlebihan - Menolak penilaian positif tentang diri sendiri Obyektif <ul style="list-style-type: none"> - Bicara pelan dan lirih - Menolak berinteraksi dengan orang lain - Jalan menunduk - Postur tubuh menunduk 	<ul style="list-style-type: none"> - Penilaian diri positif - Perasaan memiliki kelebihan atau kemampuan positif - Penerimaan terhadap diri positif - Menampakkan wajah 	<ul style="list-style-type: none"> - Beri penguatan positif terhadap keberhasilan mengendalikan perilaku - Lakukan pengeangan fisik sesuai indikasi - Hindari bersikap menyudutkan dan menghentikan pembicaraan - Hindari sikap mengancam dan berdebat - Hindari berdebat atau menawar batas perilaku yang telah ditetapkan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informasikan keluarga bahwa keluarga sebagai dasar pembentukan kognitif <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi harapan untuk mengendalikan perilaku <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diskusikan tanggung jawab terhadap perilaku - Jadwalkan kegiatan terstruktur - Ciptakan dan pertahankan lingkungan dan kegiatan perawatan konsisten setiap dinas - Tingkatkan aktivitas fisik sesuai kemampuan - Batasi jumlah pengunjung - Bicara dengan nada rendah dan tenang - Lakukan kegiatan pengalihan terhadap

DEFINISI MASALAH	PENYEBAB	TANDA & GEJALA	LUARAN	INTERVENSI
<p>Keputusasaan Kondisi individu yang memandang adanya keterbatasan atau tidak tersedianya alternatif pemecahan masalah yang dihadapi</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Stres jangka panjang - Penurunan kondisi fisiologis - Kehilangan kepercayaan pada kekuatan spiritual - Kehilangan kepercayaan pada nilai-nilai penting - Pembatasan aktivitas dalam jangka panjang - Pengasingan 	<p>Minor</p> <ul style="list-style-type: none"> - Subyektif - Sulit konsentrasi <p>Obyektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kontak mata kurang - Lesu dan tidak bergairah - Pasif - Tidak mampu membuat keputusan 	<p>- Verbalisasi keputusan</p> <p>- Perilaku pasif</p>	<p>sumber agitasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cegah perilaku pasif dan agresif - Beri penguatan positif terhadap keberhasilan mengendalikan perilaku - Lakukan pengkangan fisik sesuai indikasi - Hindari bersikap menyudutkan dan menghentikan pembicaraan - Hindari sikap mengancam dan berdebat - Hindari berdebat atau menawar batas perilaku yang telah ditetapkan <p>Edukasi Informasikan keluarga bahwa keluarga sebagai dasar pembentukan kognitif</p>
<p>Keputusasaan Kondisi individu yang memandang adanya keterbatasan atau tidak tersedianya alternatif pemecahan masalah yang dihadapi</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Stres jangka panjang - Penurunan kondisi fisiologis - Kehilangan kepercayaan pada kekuatan spiritual - Kehilangan kepercayaan pada nilai-nilai penting - Pembatasan aktivitas dalam jangka panjang - Pengasingan 	<p>Mayor</p> <ul style="list-style-type: none"> - Subyektif - Mengungkapkan keputusan - Obyektif - Berperilaku pasif <p>Minor</p> <ul style="list-style-type: none"> - Subyektif - Sulit tidur - Nafsu makan menurun <p>Obyektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Afek datar - Kurang inisiatif - Meninggalkan lawan bicara - Kurang terlibat dalam aktivitas perawatan - Mengangkat bahu saat berespon dengan lawan bicara 	<p>- Verbalisasi keputusan</p> <p>- Perilaku pasif</p>	<p>19</p> <p>Observasi Identifikasi fungsi marah, frustrasi, dan amuk bagi pasien. Identifikasi hal yang telah memicu emosi</p> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fasilitasi mengungkapkan perasaan cemas, marah, atau sedih - Buat pernyataan suportif atau empati selama fase berduka - Lakukan sentuhan untuk memberikan dukungan (misal merangkul, menepuk-nepuk) - Tetap bersama pasien dan pastikan keamanan selama ansietas, jika perlu - Kurangi tuntutan berpikir saat sakit atau lelah <p>Edukasi. - Jelaskan konsekuensi tidak menghadapi</p>

DEFINISI MASALAH	PENYEBAB	TANDA & GEJALA	LUARAN	INTERVENSI
<p>Kesiapan peningkatan Konsep diri Pola persepsi diri yang cukup untuk merasakan kesejahteraan dan dapat ditingkatkan</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Perilaku upaya peningkatan kesehatan 	<p>Mayor Subyektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengekspresikan keinginan untuk meningkatkan konsep diri - Mengekspresikan kepuasan dengan diri, harga diri, penampilan peran, citra tubuh dan identitas pribadi <p>Obyektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Minor Subyektif - Merasa percaya diri - Menerima Kelebihan dan Keterbatasan <p>Obyektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tindakan sesuai perasaan dan pikiran yang diekspresikan 	<ul style="list-style-type: none"> - Verbalisasi kepuasan terhadap diri - Verbalisasi kepuasan terhadap harga diri - Verbalisasi kepuasan terhadap penampilan peran - Verbalisasi kepuasan terhadap citra tubuh - Verbalisasi kepuasan terhadap identitas diri 	<p>rasa bersalah dan malu</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan mengungkapkan perasaan yang dialami (misal, ansietas, marah, sedih) - Anjurkan mengungkapkan pengalaman emosional sebelumnya dan pola respons yang biasa digunakan - Ajarkan penggunaan mekanisme pertahanan yang tepat <p>Kolaborasi Rujuk untuk konseling, jika perlu</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi budaya, agama, ras, jenis kelamin, dan usia terhadap harga diri - Monitor verbalisasi yang merendahkan diri sendiri - Monitor tingkat harga diri setiap waktu, sesuai kebutuhan <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Motivasi terlibat dalam verbalisasi positif untuk diri sendiri - Motivasi menerima tantangan atau hal baru - Diskusikan pernyataan tentang harga diri - Diskusikan kepercayaan terhadap penilaian diri - Diskusikan pengalaman yang meningkatkan harga diri - Diskusikan persepsi negatif diri - Diskusikan alasan mengkritik diri atau

DEFINISI MASALAH	PENYEBAB	TANDA & GEJALA	LUARAN	INTERVENSI
<p>Kesiapan peningkatan koping komunitas Pola adaptasi dan</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Penurunan tingkat penyakit - Kecelakaan atau 	<p>Mayor Subyektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perencanaan yang aktif oleh 	<ul style="list-style-type: none"> - Perasaan diabaikan - Kekhawatiran tentang anggota keluarga 	<p>rasa bersalah</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disukusikan penetapan tujuan realitis untuk mencapai harga diri yang lebih tinggi - Diskusikan bersama keluarga untuk menetapkan harapan dan batasan yang jelas - Berikan umpan balik positif atas peningkatan mencapai tujuan - Fasilitasi lingkungan dan aktiviti yang meningkatkan harga diri <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan kepada keluarga pentingnya dukungan dalam perkembangan konsep positif diri pasien - Anjurkan mengidentifikasi kekuatan yang dimiliki saat berkomunikasi - Anjurkan mempertahankan kontak mata - Anjurkan membuka diri terhadap kritik negatif - Anjurkan mengevaluasi perilaku - Ajarkan cara mengatasi bullying - Latih peningkatan tanggung jawab untuk diri sendiri - Latih pernyataan/kemampuan positif diri - Latih cara berfikir dan berperilaku positif - Latih meningkatkan kepercayaan pada kemampuan dalam menangani situasi <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi masalah yang sebenarnya dialami kelompok - Identifikasi

DEFINISI MASALAH	PENYEBAB	TANDA & GEJALA	LUARAN	INTERVENSI
<p>penyelesaian masalah komunitas yang memenuhi tuntutan atau kebutuhan masyarakat, dan dapat ditingkatkan untuk penatalaksanaan masalah saat ini dan yang akan datang</p>	<p>kekerasan</p>	<p>komunitas mengenai prediksi stressor</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pemecahan masalah aktif oleh komunitas saat menghadapi masalah <p>Obyektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adanya sumber-sumber daya yang adekuat untuk mengatasi stressor <p>Minor</p> <p>Subyektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adanya kesepakatan bahwa komunitas bertanggung jawab terhadap penatalaksanaan stres - Komunikasi positif diantara anggota komunitas 	<ul style="list-style-type: none"> - Perilaku mengabaikan anggota keluarga - Kemampuan memenuhi kebutuhan anggota keluarga - Komitmen pada perawatan atau pengobatan - Komunikasi antar anggota keluarga 	<p>kelompok memiliki masalah yang sama</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi hambatan menghadiri sesi kelompok (mis, stigma, cemas, tidak aman) - Identifikasi aturan dan norma yang perlu dimodifikasi pada sesi selanjutnya, jika perlu <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Siapkan lingkungan terapeutik dan rileks - Bentuk kelompok dengan pengalaman dan masalah yang sama - Mulai sesi kelompok dengan mengenalkan semua anggota kelompok dan terapis - Mulai dengan percakapan ringan, berbagi informasi tentang diri masing-masing dan alasan terlibat dalam kelompok - Buat aturan dan norma dalam kelompok dalam kelompok, terutama kerahasiaan dalam - kelompok - Sepakati jumlah sesi yang diperlukan dalam kelompok - Bangun rasa tanggung jawab dalam kelompok - Diskusikan penyelesaian masalah dalam kelompok - Berikan kesempatan individu untuk berhenti sejenak saat merasa distress akibat topik tertentu sampai mampu berpartisipasi kembali

DEFINISI MASALAH	PENYEBAB	TANDA & GEJALA	LUARAN	INTERVENSI
				<ul style="list-style-type: none"> - Berikan kesempatan istirahat di setiap sesi untuk memfasilitasi percakapan individual dalam saling mendukung dalam kelompok terkait masalah dan penyelesaian kelompok - Berikan kesempatan masalah - Berikan kesempatan kelompok menyimpulkan masalah, penyelesaian masalah dan dukungan yang diperlukan untuk setiap anggota kelompok - Hindari percakapan ofensif, tidak sensitif, seksual atau humor yang tidak perlu/tidak pada tempatnya. - Sediakan media untuk kebutuhan berkomunikasi di luar kelompok (mis. email, telepon, SMS, WA) - Lakukan refleksi manfaat dukungan kelompok pada setiap awal dan akhir pertemuan - Akhiri kegiatan sesuai sesi yang disepakati <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan anggota kelompok mendengarkan dan memberi dukungan saat mendiskusikan masalah dan perasaan - Anjurkan bersikap jujur dalam menceritakan perasaan dan masalah - Anjurkan setiap anggota kelompok mengemukakan ketidakpuasan, keluhan, kritik dalam kelompok dengan cara santun

DEFINISI MASALAH	PENYEBAB	TANDA & GEJALA	LUARAN	INTERVENSI
<p>Ketidakberdayaan Persepsi bahwa tindakan seseorang tidak mempengaruhi hasil secara signifikan (persepsi kurang kontrol yang terjadi saat ini maupun yang akan datang)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Program perawatan/pengobatan yang memerlukan waktu lama - Lingkungan yang tidak mendukung perawatan dan pengobatan - Interaksi interpersonal yang tidak memuaskan 	<p>Mayor</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menyatakan frustrasi atau ketidakmampuan melaksanakan aktivitas <p>Obyektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bergantung pada orang lain <p>Minor</p> <ul style="list-style-type: none"> - Merasa diasingkan - Menyatakan keraguan tentang peran - Menyatakan kurang kontrol - Menyatakan rasa malu - Merasa tertekan <p>Obyektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak berpartisipasi dalam perawatan - Pengasingan 	<ul style="list-style-type: none"> - Pernyataan mampu melaksanakan aktivitas - Pernyataan frustrasi ketergantungan pada orang lain 	<ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan kelompok untuk menuntaskan ketidakepuasan, keluhan dan kritik - Ajarkan relaksasi pada setiap sesi, jika perlu <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi harapan pasien dan keluarga dalam pencapaian hidup <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sadarkan bahwa kondisi yang dialami memiliki nilai penting - Pandu mengingat kembali kenangan yang menyenangkan - Libatkan pasien secara aktif dalam perawatan - Kembangkan rencana perawatan yang melibatkan tingkat pencapaian tujuan sederhana sampai dengan kompleks - Berikan kesempatan kepada pasien dan keluarga terlibat dengan dukungan kelompok - Ciptakan lingkungan yang memudahkan mempraktikkan kebutuhan spiritual <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan mengungkapkan perasaan terhadap kondisi dengan realistik - Anjurkan mempertahankan hubungan (misal menyebutkan nama orang yang dicintai) - Anjurkan mempertahankan hubungan terapeutik dengan orang lain - Latih menyusun tujuan yang sesuai

DEFINISI MASALAH	PENYEBAB	TANDA & GEJALA	LUARAN	INTERVENSI
<p>Koping Defensif Proyeksi evaluasi untuk melindungi diri terhadap ancaman harga diri</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Konflik antara persepsi diri dan sistem nilai - Takut mengalami kegagalan - Takut mengalami penghinaan - Takut akibat dari situasi yang dihadapi - Kurang rasa percaya diri - Kurang percaya pada orang lain - Kurangnya sistem pendukung - Harapan tidak realistis 	<p>Mayor</p> <ul style="list-style-type: none"> - Subyektif - Menyalahkan orang lain - Menyangkal adanya masalah - Menyangkal kelemahan diri - Merasionalisasi kegagalan <p>Obyektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terlalu sensitif terhadap kritik <p>Minor</p> <ul style="list-style-type: none"> - Subyektif - Meremehkan orang lain - Obyektif - Melepas tanggung jawab - Bermusuhan - Superior terhadap orang lain - Tidak dapat membedakan realita - Kurang minta mengikuti perawatan/pengobatan - Sulit membangun/mempertahankan hubungan 	<p>95</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kemampuan memenuhi peran sesuai usia - Perilaku koping adaptif - Verbalisasi kemampuan mengatasi masalah - Verbalisasi penguasaan masalah - Verbalisasi kelemahan diri - Perilaku asertif - Verbalisasi mengalahkannya orang lain - Verbalisasi rasionalisasi kegagalan - Hipersensitif terhadap kritik 	<p>dengan harapan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Latih cara mengembangkan spiritual diri - Latih cara mengenang dan menikmati masa lalu (misal prestasi, pengalaman) <p>123</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi budaya, agama, ras, jenis kelamin, dan usia terhadap harga diri - Monitor verbalisasi yang merendahkan diri sendiri - Monitor tingkat harga diri setiap waktu, sesuai kebutuhan <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Motivasi terlibat dalam verbalisasi positif untuk diri sendiri - Motivasi menerima tantangan atau hal baru - Diskusikan pernyataan tentang harga diri - Diskusikan kepercayaan terhadap penilaian diri - Diskusikan pengalaman yang meningkatkan harga diri - Diskusikan persepsi negatif diri - Diskusikan alasan mengkritik diri atau rasa bersalah - Disiskusikan penetapan tujuan realists untuk mencapai harga diri yang lebih tinggi - Diskusikan bersama keluarga untuk menetapkan harapan dan batasan yang jelas - Berikan umpan balik positif atas

DEFINISI MASALAH	PENYEBAB	TANDA & GEJALA	LUARAN	INTERVENSI
				<p>peningkatan mencapai tujuan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fasilitasi lingkungan dan aktivitas yang meningkatkan harga diri <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan kepada keluarga pentingnya dukungan dalam perkembangan konsep positif diri pasien - Anjurkan mengidentifikasi kekuatan yang dimiliki saat berkomunikasi - Anjurkan mempertahankan kontak mata - Anjurkan membuka diri terhadap kritik negatif - Anjurkan mengevaluasi perilaku - Ajarkan cara mengatasi bullying - Latih peningkatan tanggung jawab untuk diri sendiri - Latih pernyataan/kemampuan positif diri - Latih cara berfikir dan berperilaku positif - Latih meningkatkan kepercayaan pada kemampuan dalam menanggapi situasi - Promosi harga diri <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi masalah yang sebenarnya dialami kelompok - Identifikasi kelompok memiliki masalah yang sama - Identifikasi hambatan menghadapi sesi kelompok (mis, stigma, cemas, tidak aman) - Identifikasi aturan dan norma yang

DEFINISI MASALAH	PENYEBAB	TANDA & GEJALA	LUARAN	INTERVENSI
				<p>perlu dimodifikasi pada sesi selanjutnya, jika perlu</p> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Siapkan lingkungan terapeutik dan rileks - Bertuk kelompok dengan pengalaman dan masalah yang sama - Mulai sesi kelompok dengan mengenalkan semua anggota kelompok dan terapis - Mulai dengan percakapan ringan, berbagi informasi tentang diri masing-masing dan alasan terlibat dalam kelompok - Buat aturan dan norma dalam kelompok dalam kelompok, terutama kerahasiaan dalam Kelompok - Sepakati jumlah sesi yang diperlukan dalam kelompok - Bangun rasa tanggung jawab dalam kelompok - Diskusikan penyelesaian masalah dalam kelompok - Berikan kesempatan individu untuk berhenti sejenak saat merasa distress akibat topik tertentu sampai mampu berpartisipasi kembali - Berikan kesempatan istirahat di setiap sesi untuk memfasilitasi percakapan individual dalam saling mendukung dalam kelompok terkait masalah dan penyelesaian kelompok - Berikan kesempatan masalah

DEFINISI MASALAH	PENYEBAB	TANDA & GEJALA	LUARAN	INTERVENSI
Ketidakmampuan koping keluarga	- Hubungan keluarga ambivalen	Mayor Subyektif	- Perasaan diabaikan - Kekhawatiran tentang	<ul style="list-style-type: none"> - Berikan kesempatan kelompok menyimpulkan masalah, penyelesaian masalah dan dukungan yang diperlukan untuk setiap anggota kelompok - Hindarkan percakapan ofensif, tidak sensitif, seksual atau humor yang tidak perlu/tidak pada tempatnya. - Sediakan media untuk kebutuhan berkomunikasi di luar kelompok (misal email, telepon, SMS, WA) - Lakukan refleksi manfaat dukungan kelompok pada setiap awal dan akhir pertemuan - Akhiri kegiatan sesuai sesi yang disepakati <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan anggota kelompok mendengarkan dan memberi dukungan saat mendiskusikan masalah dan perasaan - Anjurkan bersikap jujur dalam menceritakan perasaan dan masalah - Anjurkan setiap anggota kelompok mengemukakan ketidakpuasan, keluhan, kritik dalam kelompok dengan cara santun - Anjurkan kelompok untuk menuntaskan ketidakpuasan, keluhan dan kritik - Ajarkan relaksasi pada setiap sesi, jika perlu <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi respons emosional terhadap

DEFINISI MASALAH	PENYEBAB	TANDA & GEJALA	LUARAN	INTERVENSI
<p>Perilaku orang terdekat yang membatasi kemampuan dirinya dan pasien untuk beradaptasi dengan masalah yang dihadapi pasien</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pola koping yang berbeda antara pasien dan orang terdekat - Resistensi keluarga terhadap perawatan/pengobatan yang kompleks - Ketidakmampuan orang terdekat mengungkapkan perasaan 	<ul style="list-style-type: none"> - Merasa diabaikan - Obyektif - Tidak memenuhi kebutuhan anggota keluarga - Tidak toleran - Mengabaikan anggota keluarga <p>Minor Subyektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terlalu kwatir dengan anggota keluarga - Merasa tertekan <p>Obyektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perilaku menyering - Perilaku menghasut (agitasi) - Tidak komitmen - Menunjukkan gejala psikosomatis - Perilaku menolak - Perawatan yang mengabaikan kebutuhan dasar pasien - Mengabaikan perawatan /pengobatan anggota keluarga - Perilaku bermusuhan - Perilaku individualistik - Upaya membangun hidup bermakna terganggu - Perilaku sehat terganggu - Ketergantungan anggota keluarga meningkat - Realitas kesehatan anggota keluarga terganggu 	<p>anggota keluarga</p> <p>52</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perilaku mengabaikan anggota keluarga - Kemampuan memenuhi kebutuhan anggota keluarga - Komitmen pada perawatan atau pengobatan - Komunikasi antar anggota keluarga 	<p>kondisi saat ini.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi beban prognosis secara psikologis - Identifikasi pemahaman tentang keputusan perawatan setelah pulang - Identifikasi kesesuaian antara harapan pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dengarkan masalah, perasaan, dan pertanyaan keluarga - Terima nilai-nilai keluarga dengan cara yang tidak menghakimi - Diskusikan rencana medis dan perawatan - Fasilitasi pengungkapan perasaan antara pasien dan keluarga atau antar anggota keluarga - Fasilitasi pengambilan keputusan dalam merencanakan perawatan jangka panjang, jika perlu - Fasilitasi anggota keluarga dalam mengidentifikasi dan menyelesaikan konflik nilai - Fasilitasi pemenuhan kebutuhan dasar keluarga (mis. tempat tinggal, makanan, pakaian) - Fasilitasi anggota keluarga melalui proses kematian dan berduka, jika perlu - Fasilitasi memperoleh pengetahuan, keterampilan, dan peralatan yang diperlukan untuk mempertahankan keputusan perawatan pasien

DEFINISI MASALAH	PENYEBAB	TANDA & GEJALA	LUARAN	INTERVENSI
<p>Sindrom Pasca Trauma Respon maladaptif yang berkelanjutan terhadap kejadian trauma</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Bencana - Peperangan - Riwayat korban kekerasan - Kecelakaan - Saksi pembunuhan 	<p>Mayor Subyektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengungkapkan secara berlebihan kejadian trauma - Menghindari berbicara kejadian trauma - Merasa cemas - Teringat kejadian traumatis - Menyalahkan diri sendiri - Obyektif - Memori masa lalu terganggu - Mimpi buruk berulang - Ketakutan berulang - Menghindari aktivitas, tempat atau orang yang membangkitkan kejadian 	<ul style="list-style-type: none"> - Verbalisasi harapan yang positif - Menggunakan strategi koping yang efektif - Verbalisasi perasaan menunjukkan harga diri positif - Mengambil tanggung jawab mencari dukungan emosional - Menganggap kesulitan sebagai tantangan 	<ul style="list-style-type: none"> - Bersikap sebagai pengganti keluarga untuk menenangkan pasien dan/atau jika keluarga tidak dapat memberikan perawatan - Harga dan dukung mekanisme koping adaptif yang digunakan - Berikan kesempatan berkunjung bagi anggota keluarga <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informasikan kemajuan pasien secara berkala - Informasikan fasilitas perawatan kesehatan yang tersedia <p>Kolaborasi</p> <p>Rujuk untuk terapi keluarga, jika perlu</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi kehilangan yang dihadapi - Identifikasi proses berduka yang dialami - Identifikasi sifat keterikatan pada benda yang hilang atau orang yang meninggal - Identifikasi reaksi awal terhadap kehilangan <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tunjukkan sikap menerima dan empati - Motivasi agar mau mengungkapkan perasaan kehilangan - Motivasi untuk menguatkan dukungan keluarga atau orang terdekat - Fasilitasi melakukan kebiasaan sesuai dengan budaya, agama dan norma sosial

DEFINISI MASALAH	PENYEBAB	TANDA & GEJALA	LUARAN	INTERVENSI
		trauma Minor Subyektif - Tidak percaya pada orang lain - Menyalahkan diri sendiri Obyektif - Minat beinteraksi dengan orang lain menurun - Konfusi/disosiasi - Gangguan interpretasi realitas - Sulit konsentrasi - Waspada berlebihan - Pola hidup terganggu - Tidur terganggu - Merusak diri sendiri		- Fasilitasi mengekspresikan perasaan dengan cara yang nyaman (misal membaca buku, menulis, menggambar atau bermain) - Diskusikan strategi koping yang dapat digunakan Edukasi - Jelaskan kepada pasien dan keluarga bahwa sikap mengingkasi, marah, tawar menawar, sepresi dan menerima adalah wajar dalam menghadapi kehilangan - Anjurkan mengidentifikasi ketakutan terbesar pada kehilangan - Anjurkan mengekspresikan perasaan tentang kehilangan - Ajarkan melewati proses berduka secara bertahap

Masalah Psikososial menurut Stuart & Sundeen (1998):

DEFINISI MASALAH	PENYEBAB	TANDA & GEJALA	TUJUAN	INTERVENSI
<p>Ansietas</p> <p>Ansietas berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya, artinya ansietas adalah respons emosional terhadap penilaian tersebut.</p>	<p>Tingkatan ansietas dibedakan menjadi beberapa macam yaitu ansietas ringan (25) berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari dan menyebabkan seseorang menjadi waspada dan meningkatkan lahan perseptifnya), ansietas sedang (25) (memungkinkan seseorang memusatkan hal yang penting dan mengesampingkan yang lain), ansietas berat (sangat 25) mengurangi lahan persepsi seseorang), dan tingkat panik dari ansietas (berhubungan dengan terperangah, ketakutan, dan teror).</p> <p>Faktor Predisposisi</p> <p>1. Dalam pandangan psikoanalitik ansieta (25) adalah konflik emosional yang terjadi antara dua elemen kepribadian id dan superego. Id mewakili dorongan insting dan impuls primitif seseorang.</p>	<p>Respon fisiologis</p> <p>Kardiovaskular</p> <p>Respons :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Palpitasi (15) - Jantung berbar (15) - Tekanan darah meninggi - Rasa mau pingsan - Pingsan - Tekanan darah menurun - Denyut nadi menurun <p>Pernapasan</p> <p>Respons :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Napas cepat (15) - Napas pendek (15) - Tekanan pada dada - Napas dangkal - Pembengkakan pada tenggorok - Sensasi tercekik - Terengah-engah <p>Neuromuskular</p> <p>Respons :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Refleks meningkat - Reaksi kejutan - Mata berkedip-kecip - Insomnia - Tremor - Rigiditas 	<p>Ansietas tingkat berat/panik</p> <p>Tujuan jangka pendek :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien akan terlindung dari bahaya 2. Pasien akan mengalami situasi yang membangkitkan ansietas lebih sedikit 	<ul style="list-style-type: none"> - Pada awalnya terima dan dukung, ketimbang menyerang, pertahanan diri pasien. - Kenalkan realitas nyeri yang berhubungan dengan mekanisme koping pasien sekarang. Jangan fokuskan pada fobia, ritual, atau keluhan fisik itu sendiri. - Berikan umpan balik pada pasien tentang perilaku, stresor, penilaian stresor, dan sumber koping. - Perkuat idea bahwa kesehatan fisik berhubungan dengan kesehatan emosional dan bahwa area ini akan membutuhkan penggalan di masa depan. - Sementara itu, mulailah untuk menerapkan batasan perilaku maladaptif pasien dengan cara yang mendukung. - Lakukan cara yang tenang dengan pasien. - Kurangi stimulasi lingkungan. - Batasi interaksi pasien dengan pasien lain untuk meminimalkan aspek menularnya ansietas.

DEFINISI MASALAH	PENYEBAB	TANDA & GEJALA	TUJUAN	INTERVENSI
	<p>15</p> <p>sedangkan superego mencerminkan hati nurani seseorang dan dikendalikan oleh norma-norma budaya seseorang. Ego atau Aku, berfungsi menengahi tuntutan dari dua elemen yang bertentangan, dan fungsi ansietas adalah mengingatkan ego bahwa ada bahaya.</p> <p>2. Menurut pandangan interpersonal ansietas timbul dari perasaan takut terhadap tidak adanya penerimaan dan penolakan interpersonal. Ansietas juga berhubungan dengan perkembangan trauma, seperti perpisahan dan kehilangan, yang menimbulkan kelemahan spesifik. Orang dengan harga diri rendah terutama mudah mengalami</p>	<p>15</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gelisah - Wajah t¹⁵ng - Kelemahan umum - Kaki goyah - Gerakan yang janggal <p>Gastrointestinal</p> <p>Respons :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kehilangan nafsu makan - Menolak makanan - Rasa tidak nyaman pada abdomen - Mual - Rasa terbakar pada jantung - Diare <p>Traktus urinarius</p> <p>Respons :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak dapat menahan kencing - Sering berkemih <p>Kulit</p> <p>Respons :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wajah kemerahan - Berkeringat setempat (telapak tangan) - Gatal - Rasa panas dan dingin pada kulit - Wajah pucat - Berkeringat seluruh tubuh <p>Respons perilaku, kognitif dan afektif</p> <p>Perilaku</p>	<p>3 Pasien akan terlibat dalam aktivitas yang dijadwalkan sehari-hari</p> <p>4 Pasien akan mengalami perubahan dari gejala-gejala ansietas berat</p> <p>Ansietas tingkat sedang</p> <p>1 Pasien akan mengidentifikasi dan menguraikan perasaan tentang ansietas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi dan modifikasi situasi yang bagi pasien dapat membangkitkan ansietas. - Berikan tindakan yang mendukung fisik, seperti mandi hangat dan masase. - Awalnya berbagi aktivitas dengan pasien untuk memberikan dukungan dan penguatan perilaku produktif secara sosial. - Berikan beberapa jenis latihan fisik. - Rencanakan jadwal atau daftar aktivitas yang dapat dilakukan setiap hari. - Libatkan keluarga dan sistem pendukung lainnya sebanyak mungkin. - Berikan medikasi yang dapat membantu mengurangi rasa tak nyaman pasien. - Amati efek samping medikasi dan lakukan penyuluhan kesehatan yang relevan - Bantu pasien mengidentifikasi dan menguraikan perasaan yang mendasari. - Kaitkan perilaku pasien dengan perilaku dengan perasaan tersebut. - Validasikan semua perubahan dan asumsi dengan pasien - Gunakan pertanyaan terbuka untuk beralih dari topik yang tidak mengancam ke isu-isu konflik. - Variasikan besarnya ansietas untuk meningkatkan motivasi pasien.

25

DEFINISI MASALAH	PENYEBAB	TANDA & GEJALA	TUJUAN	INTERVENSI
	perkembangan ansietas yang berat. 3. Menurut pandangan perilaku ansietas merupakan produk frustrasi yaitu segala sesuatu yang mengganggu kemampuan seseorang untuk mencapai tujuan yang diinginkan. Pakar perilaku lain menganggap ansietas sebagai suatu dorongan untuk belajar berdasarkan keinginan dari dalam untuk menghindari kepedihan. Pakar tentang pembelajaran meyakini bahwa individu yang terbiasa dalam kehidupan dirinya dihadapkan pada ketakutan yang berlebihan lebih sering menunjukkan ansietas pada kehidupan selanjutnya. 4. Kajian keluarga menunjukkan bahwa	Respons : <ul style="list-style-type: none"> - Gelisah - Ketegangan fisik - Tremor - Gugup - Bicara cepat - Kurang koordinasi - Cenderung mendapat cedera - Menarik diri dari hubungan interpersonal - Menghalangi - Melarikan diri dari masalah - Menghindar - Hiperventilasi Kognitif Respons : <ul style="list-style-type: none"> - Perhatian terganggu - Konsentrasi buruk - Pelupa - Salah dalam memberikan penilaian - Preokupasi - Hambatan berpikir - Bidang persepsi menurun - Kreativitas menurun - Produktivitas menurun - Bingung - Sangat waspada - Kesadaran diri meningkat - Kehilangan objektivitas - Takut kehilangan kontrol - Takut pada gambaran visual - Takut cedera atau kematian Afektif Respons :	2. Pasien akan mengidentifikasi antesedens ansietas 3. Pasien akan menguraikan respons koping maladaptif dan adaptif 4. Pasien akan mengimplementasikan dua respons adaptif untuk mengatasi ansietas	<ul style="list-style-type: none"> - Sementara itu, dapat digunakan konfrontasi suportif dengan bijaksana - Bantu pasien mengambarkan situasi dan interaksi yang mendahului ansietas. - Tinjau penilaian pasien terhadap stresor, nilai-nilai yang terancam, dan cara konflik berkembang. - Hubungkan pengalaman pasien sekarang dengan pengalaman yang relevan pada masa lalu. - Gali bagaimana pasien menurunkan ansietasnya di masa lalu dan tindakan apa yang digunakan untuk menurunkannya. - Tunjukkan efek maladaptif dan destruktif dari respons koping sekarang. - Berikan dorongan pada pasien untuk menggunakan respons adaptif yang efektif di masa lalu. - Fokuskan tanggung jawab pada pasien. - Dengan aktif bantu pasien menghubungkan penyebab dan efek hubungan sementara mempertahankan ansietas dalam batasan yang sesuai. - Bantulah pasien dalam menilai kembali nilai, sifat, dan arti stresor pada saat yang sesuai. - Bantu pasien mengidentifikasi cara untuk membangun kembali pikiran, memodifikasi perilaku, menggunakan

DEFINISI/MASALAH	PENYEBAB	TANDA & GEJALA	TUJUAN	INTERVENSI
	<p>gangguan ansietas merupakan hal yang 25.5a ditemui dalam suatu keluarga. Ada tumpang tindih dalam gangguan ansietas dan antara gangguan ansietas dengan depresi.</p> <p>5. Kajian biologis menunjukkan bahwa otak mengandung reseptor khusus untuk benzodiazepines. Reseptor ini mungkin membantu mengatur ansietas. Penghambat asam aminobutirik-gamma neroregulator (GABA) juga mungkin memainkan peran utama dalam mekanisme biologis berhubungan dengan ansietas, sebagaimana halnya dengan endofrin. Selain itu, telah dibuktikan bahwa kesehatan umum seseorang mempunyai</p>	<p>15</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mudah terganggu - Tidak sabar - Gelisah - Tegang - Nervus - Ketakutan - Alarm - Teror - Gugup - Gelisah 		<p>sumber-sumber dan menguji respons koping yang baru.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan dorongan untuk melakukan aktivitas fisik untuk mengeluarkan energi. - Libatkan orang terdekat sebagai sumber dan dukungan sosial dalam membantu pasien belajar tentang respons koping yang baru. - Ajarkan pasien latihan relaksasi untuk meningkatkan kendali dan relians diri serta mengurangi astres.

DEFINISI MASALAH	PENYEBAB	TANDA & GEJALA	TUJUAN	INTERVENSI
	<p>akibat nyata sebagai predisposisi terhadap ansietas. ⁴⁵ Ansietas mungkin disertai dengan gangguan fisik dan selanjutnya menurunkan kapasitas seseorang untuk mengatasi stresor.</p> <p>Stresor Pencetus</p> <p>Stresor pencetus mungkin berasal dari sumber internal atau eksternal. Stresor pencetus dapat dikelompokkan dalam dua kategori :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ancaman terhadap integritas seseorang meliputi <ul style="list-style-type: none"> ketidakmampuan fisiologis yang akan datang atau menurunnya kapasitas untuk melakukan aktivitas hidup sehari-hari. 2. Ancaman terhadap sistem diri seseorang dapat membahayakan identitas, harga diri, dan fungsi sosial yang terintegrasi seseorang. 			

DEFINISI MASALAH	PENYEBAB	TANDA & GEJALA	TUJUAN	INTERVENSI
	<p>Sumber koping Individu dapat mengatasi stres dan ansietas dengan menggerakkan sumber koping di lingkungan. Sumber koping tersebut sebagai modal ekonomik, kemampuan penyelesaian masalah, dukungan sosial, dan keyakinan budaya dapat membantu seseorang mengintegrasikan pengalaman yang menimbulkan stres dan mengadopsi strategi koping yang berhasil.</p> <p>Mekanisme Koping Ketika mengalami ansietas, individu menggunakan berbagai mekanisme koping untuk mencoba mengatasinya, dan ketidakmampuan mengatasi ansietas secara konstruktif merupakan penyebab utama terjadinya perilaku patologis. Pola yang cenderung digunakan seseorang untuk mengatasi ansietas ringan cenderung tetap dominan</p>			

DEFINISI MASALAH	PENYEBAB	TANDA & GEJALA	TUJUAN	INTERVENSI
	<p>ketika ansietas menghebat. Ansietas tingkat ringan sering ditanggulangi tanpa pemikiran yang serius. Tingkat ansietas sedang dan berat menimbulkan dua jenis mekanisme koping:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Reaksi yang berorientasi pada tugas yaitu upaya yang disadari, dan berorientasi pada tindakan untuk memenuhi secara realistis tuntutan situasi stres. <ol style="list-style-type: none"> a. Perilaku menyerang ²² digunakan untuk mengubah atau mengatasi hambatan pemenuhan kebutuhan. ²² diri b. Perilaku men ²² diri digunakan baik secara fisik maupun psikologik untuk memindahkan seseorang dari sumber stres. c. Perilaku kompromi digunakan untuk 			

DEFINISI MASALAH	PENYEBAB	TANDA & GEJALA	TUJUAN	INTERVENSI
<p>Gangguan Konsep diri 55 Semua pikiran, keyakinan, kepercayaan yang membuat seseorang mengetahui tentang dirinya dan mempengaruhi hubungannya dengan orang lain.</p>	<p>mengubah cara seseorang mengoperasikan, mengganti tujuan, atau mengorbankan aspek kebutuhan personal seseorang.</p> <p>2. Mekanisme pertahanan ego membantu mengatasi ansietas ringan dan sedang, tetapi jika berlangsung pada tingkat tidak sadar dan melibatkan penipuan diri dan distorsi realitas, maka mekanisme ini dapat merupakan respons maladaptif terhadap stres.</p>	<p>Perilaku yang berhubungan dengan harga-diri yang rendah 38</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengertik diri sendiri dan/atau orang lain 38 - Penurunan produktivitas 38 - Destruktif yang diarahkan pada orang lain 38 - Gangguan dalam berhubungan 38 - Rasa diri penting yang berlebihan 	<p>Meluaskan kesadaran pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bina hubungan terbuka, saling percaya. 22 2. Bekerja dengan pasien 	<ul style="list-style-type: none"> - Tawarkan penerimaan tanpa syarat - Dengarkan pasien - Dukung pembiasaan tentang pikiran dan perasaan pasien - Berespons tanpa mendakwa - Sampaikan bahwa pasien adalah seseorang yang berharga dan bertanggung jawab serta mampu menolong dirinya sendiri. - Identifikasi kekuatan ego pasien.

DEFINISI MASALAH	PENYEBAB	TANDA & GEJALA	TUJUAN	INTERVENSI
<p>persepsi dan pengalaman yang baru.</p> <p>2. <i>Ideal diri</i>-persepsi individu tentang bagaimana dia seharusnya berperilaku berdasarkan standar, aspirasi, tujuan, atau nilai personal tertentu.</p> <p>3. <i>Harga diri</i>-penilaian individu tentang nilai personal yang diperoleh dengan menganalisa seberapa baik perilaku seseorang sesuai dengan ideal-diri. Harga diri yang tinggi adalah perasaan yang berakar dalam penerimaan diri sendiri tanpa syarat, walaupun melakukan kesalahan, kekalahan, dan kegagalan, tetap merasa sebagai seorang yang penting dan berharga.</p> <p>4. <i>Penerimaan peran</i>-serangkaian pola perilaku yang diharapkan oleh lingkungan sosial berhubungan dengan fungsi individu di berbagai kelompok sosial. Peran yang ditetapkan adalah peran dimana seseorang</p>	<p>Perasaan tidak mampu</p> <p>Rasa bersalah</p> <p>Mudah tersinggung atau marah yang berlebihan</p> <p>Perasaan negatif mengenai tubuhnya sendiri</p> <p>Ketegangan peran yang dirasakan</p> <p>Pandangan hidup yang pesimis</p> <p>Keluhan fisik</p> <p>Pandangan hidup yang bertentangan</p> <p>Penolakan terhadap kemampuan personal</p> <p>Destruktif terhadap diri sendiri</p> <p>Pengurangan diri</p> <p>Menarik diri secara sosial</p> <p>Penyalahgunaan zat</p> <p>Menarik diri dari realitas</p> <p>Khawatir</p> <p>Perilaku yang berhubungan dengan kerancuan identitas</p> <p>Tidak ada kode moral</p> <p>Sifat kepribadian yang bertentangan</p> <p>Hubungan interpersonal eksploitatif</p> <p>Perasaan hampa</p> <p>Perasaan mengambang tentang diri sendiri</p>	<p>bagaimanapun kekuatan egonya.</p> <p>3 Maksimalikan peran serta pasien dalam hubungan terapeutik.</p> <p>Mendukung eksplorasi diri pasien</p> <p>1 Bantu pasien untuk menerima perasaan-perasaan dan</p>	<p>- Pedoman bagi pasien dengan sumber ego yang terbatas :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Mulai dengan meyakinkan identitas pasien 2 Berikan dukungan untuk mengurangi tingkat ansietas panik 3 Dekati pasien dengan cara tidak menuntut 4 Terima dan upayakan klarifikasi komunikasi verbal dan nonverbal. 5 Cegah pasien dari pengisolasian diri. 6 Bina rutinitas yang sederhana bagi pasien. 7 Tetapkan batasan untuk perilaku yang tidak tepat. 8 Orientasi pasien terhadap realitas. 9 Kuatkan perilaku yang sesuai 10 Tingkatkan aktivitas dan tugas yang dapat memberikan pengalaman positif secara bertahap. 11 Bantu dalam kebersihan dan kecantikan diri 12 Dukung pasien dalam asuhan mandiri. <p>- Tingkatkan peran serta pasien secara bertahap dalam membuat keputusan yang berkaitan dengan asuhan dirinya.</p> <p>- Sampaikan bahwa pasien adalah individu yang bertanggungjawab.</p>	

DEFINISI MASALAH	PENYEBAB	TANDA & GEJALA	TUJUAN	INTERVENSI
<p>tidak mempunyai pilihan. Peran yang diterima adalah peran yang terpilih atau dipilih oleh individu.</p> <p>5. Identitas personal—pengorganisasian diri dari kepribadian yang bertanggung jawab terhadap kesatuan, kesinambungan, konsistensi, dan keunikan individu. Mempunyai konotasi otonomi dan meliputi persepsi seksualitas seseorang.</p> <p>37</p> <p>Pembentukan identitas dimulai pada masa bayi dan terus berlangsung sepanjang kehidupan tapi merupakan tugas utama pada masa remaja.</p> <p>Keperibadian yang sehat Individu dengan kepribadian yang sehat akan mengalami hal-hal berikut ini :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Citra tubuh yang positif dan sesuai. 2. Ideal-diri yang realistis. 3. Konsep-diri yang positif. 4. Harga-diri yang tinggi. 5. Penampilan peran yang memuaskan. 	<p>202</p> <p>Kerancuan gender Tingkat ansietas yang tinggi Ketidakmampuan untuk empati terhadap orang lain Kehilangan keautentikan Masalah intimasi</p> <p>Perilaku yang berhubungan dengan depersonalisasi</p> <p>Aktif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengalami kehilangan identitas - Perasaan terpisah dari diri sendiri - Perasaan tidak aman, rendah, takut, malu - Perasaan takrealistis - Rasa terisolasi yang kuat - Kurang rasa kesinambungan dalam diri - Ketidakmampuan untuk mencari kesenangan atau perasaan untuk mencapai sesuatu. <p>Perseptual</p> <ul style="list-style-type: none"> - Halusinasi pendengaran dan penglihatan - Kebingungan tentang seksualitas diri sendiri - Kesulitan membedakan diri sendiri dari orang lain - Gangguan citra tubuh - Mengalami dunia seperti 	<p>51</p> <p>51</p> <p>2 Bantu pasien mengklarifikasi konsep diri dan hubungan dengan orang lain melalui pengungkapan diri.</p> <p>3 Waspada dan kendalikan perasaan anda sendiri</p>	<p>51</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dukung ekspresi emosi, keyakinan, perilaku, dan pikiran pasien—secara verbal, nonverbal, simbolik, atau langsung. - Gunakan keterampilan komunikasi terapeutik dan respons empati. - Catat penggunaan pemikiran logik dan tidak logik pasien serta laporkan dan amati respons emosinya. - Bangkitkan persepsi pasien tentang kelebihan dan kekurangan diri yang dimiliki. - Bantu pasien untuk menguraikan keyakinan tentang bagaimana ia berhubungan dengan orang lain dan dengan peristiwa. - Terbuka terhadap perasaan anda sendiri. - Terima perasaan positif dan negatif. - Gunakan diri secara terapeutik dengan : <ol style="list-style-type: none"> 1 Berbagi perasaan anda dengan pasien 2 Mengungkapkan tentang apa yang mungkin orang lain rasakan 3 Mencerminkan persepsi anda terhadap perasaan pasien - Gunakan respons empatik dan pantau diri anda terhadap perasaan simpati atau kasihan. - Tegaskan bahwa pasien bukan tidak berdaya atau tak kuasa dalam menghadapi masalah - Tunjukkan pada pasien baik secara 	

DEFINISI MASALAH	PENYEBAB	TANDA & GEJALA	TUJUAN	INTERVENSI
<p>6. Rasa identitas yang jelas. Respons konsep-diri sepanjang rentang sakit-berkisar dari status aktualisasi-diri yang paling adaptif sampai status kerancuan identitas yang lebih maladaptif serta depersonalisasi. Kerancuan identitas merupakan suatu kegagalan individu untuk mengintegrasikan berbagai identitas masa kanak-kanak ke dalam kepribadian psikososial dewasa yang harmonis. Depersonalisasi ialah suatu perasaan terrealistis dan keasingan dari diri sendiri. Ini berhubungan dengan tingkat ansietas panik dan kegagalan dalam pengujian realitas. Individu mengalami kesulitan untuk membedakan diri sendiri dari orang lain, dan tubuhnya sendiri merasa tidak nyata dan asing baginya.</p> <p>Faktor Predisposisi Faktor ini dapat dibagi sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Faktor yang mempengaruhi harga-diri 	<p>dalam mimpi</p> <p>Perilaku yang berhubungan dengan depersonalisasi Kognitif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bingung - Disorientasi waktu - Gangguan berpikir - Gangguan daya ingat - Gangguan penilaian - Adanya kepribadian yang terpisah dalam diri orang yang sama. <p>Perilaku</p> <ul style="list-style-type: none"> - Afek yang tumpul - Keadaan emosi yang pasif dan tidak berespons - Komunikasi yang tidak serasi atau idiosinkratik - Kurang spontanitas dan animasi - Kehilangan kendali terhadap impuls - Kehilangan kemampuan untuk memulai dan membuat keputusan - Menarik diri secara sosial 	<p>Membantu evaluasi diri pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bantu pasien untuk menjabarkan masalah secara jelas 2. Gali respons adaptif dan maladaptif pasien terhadap masalah. 	<p>verbal maupun melalui perilaku bahwa pasien bertanggung jawab terhadap perilakunya sendiri, termasuk memiliki respons koping yang adaptif atau maladaptif.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gunakan sistem pendukung dari keluarga dan kelompok untuk memfasilitasi eksplorasi diri pasien. - Bantu pasien dalam mengenali sifat konflik dan respons koping maladaptif. <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi stresor yang relevan dan penilaian pasien terhadap stresor. - Klarifikasi bahwa keyakinan pasien mempengaruhi perasaan dan perilakunya. - Identifikasi bersama keyakinan yang salah, persepsi yang tidak benar, ilusi dan tujuan yang tidak realistis. - Identifikasi bersama area kekuatan. - Tempatkan konsep keberhasilan dan kegagalan dalam pandangan yang sesuai. - Gali penggunaan sumber koping pasien. - Uraikan kepada pasien bahwa semua respons koping dapat dipilih dan mempunyai akibat baik positif maupun negatif. - Bandingkan respons adaptif dan maladaptif. - Identifikasi bersama kerugian respons koping yang maladaptif. 	

DEFINISI MASALAH	PENYEBAB	TANDA & GEJALA	TUJUAN	INTERVENSI
<p>mempengaruhi orang tua, harapan orang tua yang tidak realistis, kegagalan yang berulang kali, kurang mempunyai tanggung jawab personal, ketergantungan pada orang lain, dan ideal diri yang tidak realistis.</p> <p>2. Faktor yang mempengaruhi penampilan peran adalah stereotipik peran seks, tuntutan peran kerja, dan harapan peran kultural.</p> <p>3. Faktor yang mempengaruhi identitas personal meliputi ketidakpercayaan orang tua, tekanan dari kelompok sebaya, dan perubahan dalam struktur sosial.</p> <p>Stresor Pencetus Mungkin ditimbulkan dari sumber internal dan eksternal:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Trauma seperti penganiayaan seksual dan psikologis atau menyaksikan kejadian 	<p>104</p> <p>104</p>		<p>Membantu pasien dalam merumuskan rencana tindakan yang realistis</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Bantu pasien mengidentifikasi solusi alternatif. 	<ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi bersama keuntungan, atau "hasil" respons koping adaptif. - Bahas bagaimana hasil tersebut mendukung penggunaan respons koping adaptif selanjutnya. - Gunakan berbagai keterampilan terapeutik, seperti : <ol style="list-style-type: none"> 1 Komunikasi fasilitatif 2 Konfrontasi suportif 3 Klarifikasi peran 4 Reaksi transferens dan kontertransferens dalam hubungan perawat-pasien 5 Psikodrama <p>51</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bantu pasien memahami bahwa hanya dia yang dapat mengubah dirinya, bukan orang lain. - Jika pasien berpegang pada persepsi yang tidak konsisten, bantu pasien untuk melihat bahwa dia dapat mengubah : <ol style="list-style-type: none"> 1 Keyakinan atau ideal mendekati suatu kenyataan 2 Lingkungan membuatnya konsisten dengan keyakinan pasien. - Jika konsep diri tidak konsisten dengan perilaku, pasien dapat mengubah : <ol style="list-style-type: none"> 1 Perilaku yang sesuai dengan <p>51</p>

DEFINISI MASALAH	PENYEBAB	TANDA & GEJALA	TUJUAN	INTERVENSI
	<p>yang mengancam kehidupan.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Ketegangan peran berhubungan dengan peran atau posisi yang diharapkan di mana individu mengalaminya sebagai frustrasi. Ada tiga jenis transisi peran. <ol style="list-style-type: none"> a. Transisi peran perkembangan b. Transisi peran situasi c. Transisi peran sehat-sakit <p>Sumber-Sumber Koping Semua orang, betapun terganggu perilakunya, tetap mempunyai beberapa kelebihan personal yang mungkin meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aktivitas olahraga dan aktivitas lain di luar rumah 2. Hobi dan kerajinan tangan 3. Seni yang ekspresif 4. Kesehatan dan perawatan diri 5. Pekerjaan, vokasi, atau posisi 6. Bakat tertentu 7. Kecerdasan 8. Imaginasi dan kreativitas 		<ol style="list-style-type: none"> 2. Bantu pasien mengkonsepualisasi tujuan yang realistik. <p>Membantu pasien agar bertekad untuk membuat keputusan dan mencapainya sendiri</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bantu pasien melakukan tindakan yang diperlukan untuk mengubah respons koping maladaptif dan mempertahankan respons koping yang adaptif 	<p>konsep diri</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Keyakinan yang melatar belakangi konsep diri termasuk perilaku 3. Ideal diri. <ul style="list-style-type: none"> - Tinjau bersama bagaimana pasien dapat lebih baik menggunakan sumber koping. - Dorong pasien untuk merumuskan tujuannya sendiri (bukan tujuan an ⁹⁰ - Bahas bersama konsekuensi yang bersifat emosional, praktikal dan realistis dari tiap tujuan. - Bantu pasien untuk menjabarkan secara jelas perubahan konkrit yang diinginkan. ⁹⁰ - Gunakan latihan peran, contoh peran, permainan peran, dan visualisasi jika sesuai. - Berikan kesempatan kepada pasien untuk mengalami suatu keberhasilan. - Dukung kekuatan, keterampilan, dan aspek yang sehat dari kepribadian pasien. - Dukung pasien untuk memperoleh bantuan (pekerjaan, finansial, pelayanan masyarakat). - Gunakan kelompok untuk meningkatkan harga diri pasien. - Tingkatkan perbedaan diri pasien dalam keluarga.

DEFINISI MASALAH	PENYEBAB	TANDA & GEJALA	TUJUAN	INTERVENSI
	<p>9. Hubungan interpersonal</p> <p>Mekanisme Koping Mekanisme koping termasuk pertahanan koping jangka pendek dan jangka panjang serta penggunaan mekanisme pertahanan ego untuk melindungi diri sendiri dalam menghadapi persepsi diri yang menyakitkan.</p> <p>Pertahanan jangka pendek termasuk berikut ini:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aktivitas yang dapat memberikan pelarian sementara dari krisis identitas (misal: konser musik, bekerja keras, menonton televisi secara obsesif). 2. Aktivitas yang dapat memberikan identitas pengganti sementara (misal: ikut serta dalam aktivitas sosial, agama, klub politik, kelompok atau geng) 3. Aktivitas yang secara sementara menguatkan perasaan diri (misal: olah raga yang kompetitif, pencapaian akademik, kontes untuk 		<p>Respons konsep diri maladaptif Tujuan jangka pendek</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien akan membina hubungan terapeutik dengan perawat 2. Pasien akan mengekspresikan perasaan, perilaku, dan pikiran yang berhubungan dengan situasi stres yang ada sekarang 	<ul style="list-style-type: none"> - Beri pasien waktu yang cukup untuk berubah. - Beri sejumlah dukungan yang sesuai dan positif untuk membantu pasien mempertahankan kemajuannya. - Perkuat identitas pasien. - Berikan dukungan untuk mengurangi tingkat ansietas panik. - Tetapkan batasan terhadap perilaku yang tidak sesuai. - Bantu papun kekuatan ego yang ditunjukkan pasien. - Kuatkan perilaku adaptif. - Bantu pasien mengidentifikasi kekuatan diri dan kelemahannya, ideal diri, serta kritik diri.
			<ol style="list-style-type: none"> 3. Pasien akan mengevaluasi konsekuensi positif dan negatif dari respons konsep dirinya 4. Pasien akan mengidentifikasi suatu tujuan baru dan dua respons koping yang adaptif 	<ul style="list-style-type: none"> - Bantu pasien untuk mengekspresikan dan menggambarkan perasaan serta pikirannya. - Berespons dengan empatik, tekankan bahwa kekuatan untuk berubah tergantung pada pasien sendiri. - Identifikasi stresor yang relevan dan penilaian pasien terhadap stresor tersebut. - Klarifikasi keyakinan yang salah dan distorsi kognitif. - Evaluasi keuntungan dan kerugian dari respons koping terakhir.

DEFINISI MASALAH	PENYEBAB	TANDA & GEJALA	TUJUAN	INTERVENSI
	<p>mendapatkan popularitas)</p> <p>4. Aktivitas yang mewakili upaya jangka pendek untuk membuat masalah identitas menjadi kurang berarti dalam kehidupan individu (misal: penyalahgunaan obat).</p> <p><i>Pertahanan jangka panjang</i> termasuk berikut ini:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penutupan identitas adopsi identitas prem yang diinginkan oleh orang yang penting bagi individu tanpa memperhatikan keinginan, aspirasi dan potensi diri individu tersebut. 2. Identitas negatif-asumsi identitas yang tidak untuk dapat diterima oleh nilai dan harapan masyarakat Mekanisme pertahanan ego termasuk penggunaan fantasi, disosialisasi, isolasi, proyeksi, pergeseran (displacement), peretakan (splitting), berbalik marah terhadap diri sendiri, dan amuk. 		<p>5. Pasien akan mengimplementasikan respons konsep diri adaptif yang baru</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dukung pasien untuk merumuskan tujuan baru. - Bantu pasien menjabarkan secara jelas perubahan yang diinginkan. - Pergunakan pelatihan peran, contoh peran, dan visualisasi untuk mempraktekkan perilaku baru. - Beri kesempatan kepada pasien untuk mengalami keberhasilan. - Dukung kekuatan, keterampilan dan respons coping yang adaptif. - Beri pasien waktu yang cukup untuk berubah. - Tingkatkan keterlibatan keluarga dan kelompok. - Beri sejumlah dukungan yang sesuai dan positif bagi pasien untuk mempertahankan kemajuan dan pertumbuhannya.
Gangguan emosional	Rentang Respons Emosional	Perilaku yang berhubungan	Respons Emosional Maladaptif	

DEFINISI MASALAH	PENYEBAB	TANDA & GEJALA	TUJUAN	INTERVENSI
<p>Alam perasaan merujuk pada perpanjangan keadaan emosional seseorang. Alam perasaan meliputi perilaku dan penyerapan emosi seseorang dan mempunyai arti yang sama dengan afek, keadaan perasaan, dan emosi. Sama halnya dengan aspek lain dari kepribadian, emosi atau alam perasaan memberikan suatu peran adaptif terhadap individu.</p>	<p>1. Respons emosional termasuk dipengaruhi oleh dan berperan aktif dalam dunia internal dan eksternal seseorang. Tersirat bahwa orang tersebut terbuka dan sadar akan perasaannya sendiri.</p> <p>2. Reaksi berduka tak terkomplikasi terjadi sebagai respons terhadap kehilangan dan tersirat bahwa seseorang sedang menghadapi suatu kehilangan yang nyata serta terbenam dalam proses berdukanya.</p> <p>3. Supresi emosi mungkin tampak sebagai penyangkalan (denial) terhadap perasaan sendiri, pelepasan dari keterikatan dengan emosi, atau penalaran terhadap semua aspek dari dunia afektif seseorang.</p> <p>4. Penundaan reaksi berkabung adalah ketidakadaan yang persisten respons emosional terhadap</p>	<p>dengan depresi Afektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kemarahan - Ansietas - Apatis - Kepahitan - Kekesalan - Penyangkalan perasaan - Kemurungan - Rasa bersalah - Ketidakberdayaan - Keputusan - Kesepian - Harga diri rendah - Kesedihan - Rasa tidak berharga <p>FISIOLOGIK</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nyeri abdomen - Anoreksia - Sakit punggung - Nyeri dada - Konstipasi - Pusing - Kelelahan - Sakit kepala - Impoten - Gangguan pencernaan - Insomnia - Kelesuan - Perubahan haid - Nausea - Makan berlebihan 	<p>Tujuan jangka pendek</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lingkungan pasien aman dan terlindung. 2. Pasien akan menjalin hubungan terapeutik dengan perawat. 3. Pasien akan menjalin hubungan terapeutik dengan perawat 	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluasi potensi pasien untuk bunuh diri secara bersinambungan. - Rawat inap semua pasien yang berisiko bunuh diri. - Bantu pasien untuk pindah ke lingkungan yang baru jika memungkinkan (mis., pekerjaan baru, kelompok teman sebaya, penataan keluarga). - Gunakan pendekatan yang hangat, menerima dan empatik. - Sadar dan dapat mengendalikan perasaan dan reaksi diri sendiri (misal: kemarahan, frustrasi, simpati). - Dengan pasien depresi: Bina hubungan melalui pembagian waktu dan persahabatan yang mendukung. - Beri pasien waktu untuk berespons. - Berikan asuhan yang bersifat individual dengan memperhatikan nilai manusiawi pasien. - Dengan pasien manik: Beri respons sederhana dan tulus. - Waspada terhadap kemungkinan manipulasi. - Tetapkan batasan yang konstruktif terhadap perilaku negatif. - Gunakan pendekatan yang sama oleh semua anggota tim kesehatan. - Pertahankan komunikasi yang terbuka dan berbagi persepsi antara anggota tim - Kuatkan kendali diri dan aspek positif

DEFINISI MASALAH	PENYEBAB	TANDA & GEJALA	TUJUAN	INTERVENSI
<p>kehilangan. Ini dapat terjadi pada awal proses berkabung, dan menjadi nyata pada kemunduran proses, mulai terjadi atau keduanya. Penundaan dan penolakan proses berduka kadang terjadi bertahun-tahun.</p> <p>5. Depresi, atau melankolia, suatu kesedihan atau perasaan duka yang berkepanjangan. Dapat digunakan untuk menunjukkan berbagai fenomena tanda, gejala, sindrom, keadaan emosional, reaksi, penyakit, atau klinik.</p> <p>6. Mania ditandai dengan elevasi alam perasaan, berkepanjangan atau mudah tersinggung. Hipomania digunakan untuk menggambarkan sindrom klinik tetapi tidak separah mania atau episode manik. Serupa tetapi tidak separah mania atau episode manik</p> <p>Faktor Predisposisi Berbagai teori telah diajukan</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tidak responsif secara seksual - Gangguan tidur - Muntah - Perubahan berat badan <p>KOGNITIF</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ambivalens - Kebingungan - Ketidakmampuan berkonsentrasi - Tidak dapat mengambil keputusan - Kehilangan minat dan motivasi - Menyalahkan diri sendiri - Mencela diri sendiri - Pikiran yang destruktif tentang diri sendiri - Pesimis - Ketidakpastian <p>PERILAKU</p> <ul style="list-style-type: none"> - Agresif - Agitasi - Alkoholisme - Perubahan tingkat aktivitas - Kecaduan obat - Intoleransi mudah tersinggung - Kurang spontanitas - Sangat tergantung - Kebersihan diri yang kurang - Keterbelakangan psikomotor 	<p>4. Pasien akan stabil secara fisiologis dan mampu memenuhi kebutuhan perawatan diri.</p> <p>5. Pasien akan mampu mengenali dan mengekspresikan emosi yang berhubungan dengan peristiwa kehidupan sehari-hari.</p> <p>6. Pasien akan mengevaluasi pemikiran yang tidak benar dan negatif.</p> <p>7. Pasien akan menerapkan dua</p>	<p>dari perilaku pasien.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bantu pasien memenuhi kebutuhan perawatan diri, terutama nutrisi, tidur dan hygiene personal. - Dukung kemandirian pasien apabila memungkinkan. - Berikan medikasi dan pengobatan somatik. - Berespons dengan penuh empati dan berfokus pada perasaan daripada fakta. - Kenali kepedihan pasien dan tunjukkan harapan untuk sembuh. - Bantu pasien mengalami perasaan dan kemudian mengekspresikannya. - Bantu pasien untuk mengekspresikan kemarahannya dengan tepat. - Tinjau konsekuensiasi masalah pasien tetapi jangan menerima kesimpulannya. - Identifikasi pikiran negatif pasien dan bantu untuk menguranginya. - Bantu meningkatkan pemikiran positif pasien. - Periksa keakuratan persepsi, logik, dan kesimpulan. - Identifikasi persepsi yang salah, penyimpangan, dan keyakinan yang tidak rasional. - Bantu dia untuk beralih dari tujuan tak realistik ke tujuan yang realistik. - Kurangi tujuan yang tidak mungkin dicapai. - Batasi jumlah evaluasi negatif pasien. - Berikan tugas terapeutik yang ber- 	

DEFINISI MASALAH	PENYEBAB	TANDA & GEJALA	TUJUAN	INTERVENSI
<p>untuk menjelaskan gangguan alam perasaan yang parah. Teori ini menunjukkan rentang faktor-faktor penyebab yang mungkin bekerja sendiri atau dalam kombinasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Faktor genetik dianggap mempengaruhi transmisi gangguan afektif melalui riwayat keluarga atau keturunan. 2. Teori agresi menyerang ke dalam menunjukkan bahwa depresi terjadi karena perasaan marah yang ditujukan kepada diri sendiri. 3. Teori kehilangan objek merujuk kepada perpisahan, traumatik individu dengan benda atau yang sangat berarti. 4. Teori organisasi kepribadian menguraikan bagaimana konsep diri yang negatif dan harga diri rendah mempengaruhi sistem keyakinan dan penilaian seseorang terhadap stresor. 5. Model kognitif 	<p>75</p> <ul style="list-style-type: none"> - Isolasi sosial - Mudah menangis - Kurang mampu mencapai hasil - Menarik diri <p>Perilaku berhubungan dengan mania</p> <p>Afektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kegembiraan yang berlebihan atau euforia - Perasaan meluap - Humor - Harga diri yang melambung (sombong) - Tidak menta - Kurang rasa malu atau rasa bersalah <p>Fisiologik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dehidrasi - Gizi tidak adekuat - Kebutuhan tidur sedikit - Penurunan berat badan <p>Kognitif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ambisi - Menyangkal bahaya yang realistis - Mudah terganggu - Ide yang berloncatan (<i>flight of idea</i>) - Waham kebesaran - Ilusi 	<p>128</p> <p>8. Pasien akan menguraikan interaksi sosial yang berharga.</p>	<p>orientasi pada aksi sesuai.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dukung aktivitas secara bertahap, tingkatkan sejalan dengan mobilisasi energi pasien. - Berikan program yang nyata dan terstruktur - Tetapkan tujuan yang realistis, relevan dengan kebutuhan dan minat pasien, fokuskan pada aktivitas positif - Dukung secara positif keberhasilan kinerja pasien - Sertakan latihan fisik dalam rencana asuhan pasien - Kaji keterampilan sosial, dukungan dan minat pasien - Tinjau sumber-sumber sosial potensial dan yang ada - Instruksikan dan contohkan keterampilan sosial yang efektif - Gunakan bermain peran dan melatih interaksi sosial - Beri umpan balik dan dukungan positif terhadap keterampilan interpersonal yang efektif - Kerahkan keluarga untuk mendukung respons emosional adaptif pasien - Dukung atau libatkan keluarga atau kelompok terapi jika sesuai 	

DEFINISI MASALAH	PENYEBAB	TANDA & GEJALA	TUJUAN	INTERVENSI
<p>menyatakan bahwa ³¹ depresi merupakan masalah kognitif yang didominasi oleh evaluasi negatif seseorang terhadap diri seseorang, dunia seseorang, dan masa depan seseorang.</p> <p>6. Model ketidakberdayaan yang dipelajari menunjukkan bahwa bukan semata-mata trauma menyebabkan depresi tetapi keyakinan bahwa seseorang tidak mempunyai kendali terhadap hasil yang penting dalam kehidupannya, oleh karena itu ia mengulang respons yang adaptif.</p> <p>7. Model perilaku berkembang dari kerangka teori belajar sosial, yang mengasumsikan penyebab depresi terletak pada kurangnya keinginan positif dalam berinteraksi dengan lingkungan.</p> <p>8. Model biologik menguraikan perubahan kimia dalam tubuh yang terjadi selama masa</p>	<p>Kurang dalam penilaian</p> <p>Asosiasi beban</p> <p>Perilaku</p> <ul style="list-style-type: none"> - Agresif ¹²⁸ - Sangat boros - Tindakan sombong - Hiperaktivitas - Aktivitas motorik meningkat - Tidak bertanggung jawab - Mudah terganggu oleh perdebatan - Penampilan personal kurang ¹²⁸ - Provokasi - Overaktivitas seksual - Aktivitas sosial - Pembicaraan yang bertele-tele <p>Faktor-faktor resiko depresi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Episode depresi sebelumnya ³¹ - Riwayat keluarga tentang depresi - Percobaan bunuh diri sebelumnya - Jenis kelamin wanita - Usia saat awitan depresi (< 40 tahun) - Masa postpartum - Komorbiditas medik - Kurang dukungan sosial - Peristiwa kehidupan yang penuh stres 			

DEFINISI MASALAH	PENYEBAB	TANDA & GEJALA	TUJUAN	INTERVENSI
	<p>depresi, termasuk defisiensi katekolamin, disfungsi endokrin, hipersekreasi kortisol, variasi periodik dalam irama biologis.</p> <p>Stresor Pencetus Ada empat sumber utama stresor yang dapat mencetuskan gangguan alam perasaan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kehilangan keterikatan, yang nyata atau yang dibayangkan, termasuk kehilangan cinta, seseorang, fungsi fisik, kedudukan, atau harga diri. Karena elemen aktual dan simbolik melibatkan konsep kehilangan, maka persepsi pasien merupakan hal yang sangat penting. 2. Peristiwa besar dalam kehidupan sering dilaporkan sebagai pendahulu episode depresi dan mempunyai dampak terhadap masalah-masalah yang dihadapi sekarang dan kemampuan 	<ul style="list-style-type: none"> - Riwayat personal tentang penganiayaan seksual - Penyalahgunaan zat terakhir 		

DEFINISI MASALAH	PENYEBAB	TANDA & GEJALA	TUJUAN	INTERVENSI
	<p>menyelesaikan masalah.</p> <p>Peran dan ketegangan peran telah dilaporkan mempengaruhi perkembangan depresi, terutama pada wanita.</p> <p>4. Perubahan fisiologik diakibatkan oleh obat-obatan atau berbagai penyakit fisik, seperti infeksi, neoplasma, dan gangguan keseimbangan metabolik, dapat mencetuskan gangguan alam perasaan. Diantara obat-obatan tersebut terdapat obat anti hipertensi dan penyalahgunaan zat yang menyebabkan kecanduan. Kebanyakan penyakit kronik yang melemahkan tubuh juga sering disertai dengan depresi. Depresi yang terdapat pada usia lanjut biasanya bersifat kompleks, karena untuk menegakkan diagnosis sering melibatkan evaluasi dari kerusakan otak organik dan depresi klinik.</p>			

DEFINISI MASALAH	PENYEBAB	TANDA & GEJALA	TUJUAN	INTERVENSI
	<p>Model Integratif Model penggabungan dari gangguan alam perasaan yang pernah diajukan berupaya untuk mengintegrasikan berbagai faktor predisposisi dan pencetus. Model ini memandang depresi sebagai suatu interaksi umpan balik dari tiga set variabel pada tingkat kimiawi, eksperimental, dan perilaku, dengan dien sefalon otak berfungsi sebagai lahan tindakan. Kerusakan dari salah satu variabel mempengaruhi dua variabel yang lain. Bentuk spesifik penyakit tergantung pada interaksi dari faktor-faktor berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keren (genetik) 2. Peristiwa perkembangan 3. Stresor fisiologis 4. Stresor psikososial <p>Model integratif ini menyajikan suatu kerangka acuan bagi perawat karena model ini bersifat holistik dan menekankan pada pengkajian perilaku dalam mengembangkan intervensi keperawatan yang tepat.</p>			

DEFINISI MASALAH	PENYEBAB	TANDA & GEJALA	TUJUAN	INTERVENSI
	<p>Sumber-sumber koping Sumber-Sumber koping meliputi status sosioekonomik, keluarga, jaringan interpersonal, dan organisasi sekunder yang dinaungi oleh lingkungan sosial yang lebih luas. Kurangnya sumber personal tersebut menambah stres bagi individu.</p> <p>Mekanisme koping Reaksi berduka yang mencerminkan penggunaan eksagregasi dari mekanisme pertahanan penyangkal (denial) dan supresi yang berlebihan dalam upayanya untuk menghindari distress hebat yang berhubungan dengan berduka. Depresi adalah suatu perasaan berduka abortif, yang menggunakan mekanisme represi, supresi, denial, dan disosiasi. Ada yang mempercayai bahwa mania merupakan cerminan dari depresi walaupun perilakunya tidak sama, tetapi dinamika dan mekanisme kopingnya berhubungan.</p>			

Masalah Psikososial menurut Mary C. Townsend (2010) :

DEFINISI MASALAH	FAKTOR RISIKO / BERHUBUNGAN	BATASAN KARAKTERISTIK	TUJUAN	INTERVENSI
<p>Risiko perilaku kekerasan Terhadap diri sendiri atau orang lain adalah perilaku individu yang dapat membahayakan diri sendiri atau orang lain secara fisik, emosi, dan/atau seksual.</p>	<p>[Keterbelakangan ego] Hubungan orang tua-anak yang tidak memuaskan [Perubahan neurologis berhubungan dengan kelahiran prematur, gawat janin, partus presipitatus atau partus lama] [Disfungsi sistem keluarga] [Lingkungan yang gaduh atau kacau] [Penganiayaan atau pengabaian anak] [Watak lahir] [Perasaan takut ditinggalkan] Bahasa tubuh, antara lain postur kaku, tangan mengepal dan rahang mengatupkuat, hiperaktivitas, melangkah dengan cepat, terengah-engah, cara berdiri yang mengancam. [Riwayat atau mengancam melakukan kekerasan terhadap diri sendiri atau orang lain atau merusak barang milik orang lain] Impulsif Riwayat kejam terhadap binatang Gagasan, rencana, dan cara untuk bunuh diri.</p>	<p>-</p>	<p>- Tujuan jangka pendek : Klien akan menemui staf setiap kali poikiran untuk mencederai diri atau orang lain muncul. - Tujuan jangka panjang : Klien tidak akan mencederai diri atau orang lain.</p>	<p>1. Observasi perilaku klien secara sering. Lakukan hal ini selama aktivitas dan intreraksi rutin untuk mencegah tampak memata-matai atau mencurigai. Klien yang beresiko tinggi melakukan kekerasan memerlukan observasi yang ketat untuk mencegah klien mencederai diri sendiri atau orang lain. 2. Observasi perilaku bunuh diri : pernyataan verbal seperti, " Saya akan bunuh diri" atau "Sebentar lagi Ibu saya tidak perlu khawatir lagi tentang diri saya" atau perilaku nonverbal, seperti membagi-bagikan barang yang disukainya, dan alam perasaan yang berubah-ubah. Keanyakan klien yang berusaha untuk bunuh diri telah mengomunikasikan maksud mereka, secara verbal atau nonverbal. 3. Pastikan maksud bunuh diri dan cara yang tersedia untuk melaksanakannya. Tanyakan, "Apakah Anda berencana untuk bunuh diri?" Pertanyaan langsung dan tertutup tepat digunakan untuk keadaan ini. Klien yang memiliki rencana yang dapat digunakan lebih beresiko tinggi daripada mereka yang</p>

DEFINISI MASALAH	FAKTOR RISIKO / BERHUBUNGAN	BATASAN KARAKTERISTIK	TUJUAN	INTERVENSI
				<p>tidak memiliki rencana.</p> <p>4. Dapatkan kontrak verbal atau tertulis dari klien bahwa ia setuju untuk tidak mencederai dirinya serta setuju untuk untuk menemui staf pada saat ide tersebut muncul. Berdiskusi dengan orang yang di percaya dengan ide bunuh diri membuat klien sedikit lebih lega. Kontrak menyingkirkan keinginan bunuh diri secara terbuka dan memberi klien tanggung jawab atas keselamatannya sendiri. Sikap penerimaan terhadap klien sebagai individu yang berharga juga disampaikan.</p> <p>5. Bantu klien mengenali kapan klien marah dan menerima perasaan tersebut sebagai bagian dirinya. Anjurkan klien memiliki "catatan marah" yang mencatat semua kejadian marah dalam 24 jam. Juga catat informasi mengenai penyebab marah, respons perilaku, dan persepsi klien terhadap situasi tersebut. Diskusikan catatan tersebut dengan klien, beri respons perilaku alternatif untuk catatan yang teridentifikasi sebagai maladaptif.</p> <p>6. Bertindaklah sebagai model peran untuk ekspresi rasa marah yang tepat, serta beri penguatan yang positif kepada klien untuk upayanya</p>

DEFINISI MASALAH	FAKTOR RISIKO / BERHUBUNGAN	BATASAN KARAKTERISTIK	TUJUAN	INTERVENSI
				<p>menyesuaikan diri. Penting bagi klien untuk mengekspresikan perasaan marah karena bunuh diri dan perilaku merusak diri lainnya sering dipandang sebagai akibat kemarahan yang diarahkan ke dalam diri sendiri.</p> <p>7. Singkirkan benda-benda yang berbahaya dari lingkungan klien. Keselamatan fisik klien merupakan prioritas keperawatan.</p> <p>8. Upayakan untuk mengalihkan perilaku kekerasan dengan kegiatan fisik ketika klien ansietas (mis., memukul kantong tinju, jogging, bola voli). Ansietas dan ketegangan dapat hilang dengan aman dan cara ini menguntungkan klien.</p> <p>9. Siap sedia untuk menemani klien ketika tingkat ansietas dan ketegangan mulai meningkat. Kehadiran orang yang dipercaya memberikan perasaan aman.</p> <p>10. Staf perlu mempertahankan sikap yang tenang kepada klien. Ansietas memular memular dan dapat ditularkan dari staf ke klien, begitu juga sebaliknya. Sikap tenang menunjukkan rasa kendali dan rasa aman kepada klien.</p> <p>11. Pastikan jumlah staf yang tersedia mencukupi untuk menunjukkan</p>

DEFINISI MASALAH	FAKTOR RISIKO / BERHUBUNGAN	BATASAN KARAKTERISTIK	TUJUAN	INTERVENSI
<p>Koping defensif Keadaan ketika individu berulang kali memproyeksikan secara tidak tepat evaluasi diri positif berdasarkan pola perlindungan diri untuk membela diri melawan persepsi ancaman</p>	<p>[Harga diri rendah] [Keterbelakangan ego] [Model peran negatif] [Kurang umpan balik positif] [Umpan balik negatif berulang, mengakibatkan perasaan berkurangnya harga diri] [Hubungan orang tua-anak yang tidak memuaskan]</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Menyangkal masalah yang telah jelas atau menyangkal kelemahan - Memproyeksikan kesalahan atau tanggung jawab - Merasionalkan kegagalan - Hipersensitif terhadap kritik - Waham kebesaran - Bersikap superior terhadap 	<ul style="list-style-type: none"> - Tujuan jangka pendek: Klien akan mengatakan bahwa ia bertanggung jawab secara pribadi atas kesulitan yang dialami dalam hubungan interpersonal. - Tujuan jangka panjang: Klien menunjukkan 	<p>kepada klien, jika perlu, bahwa staf memiliki kekuatan. Hal ini menunjukkan kepada klien bahwa staf dapat mengendalikan situasi, sekaligus memberikan keamanan secara fisik bagi staf perawat.</p> <p>12. Berikan obat penenang sesuai program dokter, atau minta program dokter apabila diperlukan. Pantau ke efektifan obat dan efek samping yang ditimbulkan. Obat-obat antiansietas (mis., diazepam, kloridazepoksida, alparazolam) menyembuhkan klien dari efek imobilisasi ansietas dan memfasilitasi kerja sama klien untuk terapi.</p> <p>13. Restrain mekanik atau ruang isolasi mungkin diperlukan apabila intervensi yang kurang restriktif tidak berhasil. Klien berhak atas penggunaan teknik yang memastikan keselamatan klien dan orang lain dengan cara yang paling tidak restrain</p> <p>1. Kenali dan dukung kekuatan ego dasar. Berfokus pada aspek positif kepribadian dapat membantu meningkatkan konsep diri.</p> <p>2. Dorong klien untuk mengenali dan mengungkapkan perasaan adanya kekurangan dan kebutuhan untuk diterima oleh orang lain, serta bagaimana perasaan ini memicu</p>

DEFINISI MASALAH	FAKTOR RISIKO / BERHUBUNGAN	BATASAN KARAKTERISTIK	TUJUAN	INTERVENSI
<p>mendasar terhadap harga diri positif.</p>	<p>[Lingkungan yang gaduh kacau] [Perubahan neurologis berhubungan dengan kelahiran prematur, gawat janin, partus presipitatus atau partus lama]</p>	<p>orang lain</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kesulitan membina atau mempertahankan hubungan - Tertawa sinis atau mengejek orang lain - Kesulitan dalam uji realitas terhadap persepsi - Kurang mematuhi atau berpartisipasi dalam perawatan atau terapi 	<p>kemampuan berinteraksi dengan orang lain tanpa menjadi defensif, berperilaku rasionalisasi, atau mengekspresikan gagasan yang dibesar-besarkan.</p>	<p>perilaku defensif, seperti menyalahkan orang lain atas perilakunya sendiri. Pengenalan masalah langkah awal dalam proses berubah menuju pemecahan masalah.</p> <p>3. Berikan segera umpan balik yang tidak mengancam dan tidak terbelit-belit untuk perilaku yang tidak dapat diterima. Klien mungkin tidak memiliki informasi yang cukup mengenai bagaimana persepsi orang lain terhadap dirinya.</p> <p>Menginformasikan hal ini dengan cara yang tidak mengancam dapat membantu menghilangkan perilaku yang tidak diinginkan.</p> <p>4. Bantu klien mengidentifikasi situasi yang memicu sikap defensif serta mempraktikkan respons yang lebih tepat melalui bermain peran. Bermain peran memberikan keyakinan untuk menghadapi situasi sulit saat situasi itu benar-benar terjadi.</p> <p>5. Berikan segera umpan balik positif untuk perilaku yang dapat diterima. Umpan balik positif meningkatkan harga diri dan mendorong pengulangan perilaku yang diinginkan.</p> <p>6. Bantu klien menyusun tujuan yang konkret dan realistis serta</p>

DEFINISI MASALAH	FAKTOR RISIKO / BERHUBUNGAN	BATASAN KARAKTERISTIK	TUJUAN	INTERVENSI
<p>Hambatan interaksi sosial Kondisi ketika individu berpartisipasi dalam pertukaran sosial yang kuantitasnya tidak cukup atau berlebihan, atau kualitasnya tidak efektif.</p>	<p>[Gangguan konsep diri] 160 [eterbelakangan ego] [Perubahan neurologis berhubungan dengan kelahiran prematur, gawat janin, partus presipitatus atau partus lama] [Disfungsi sistem keluarga] [Lingkungan yang kacau atau gaduh] [Penganiayaan dan pengabaian anak] [Hubungan orang tua-anak yang tidak memuaskan] [Model peran negatif]</p>	<p>- Mengatakan atau tampak tidak nyaman dalam situasi sosial - Mengatakan atau tampak tidak mampu menerima atau mengkomunikasikan rasa memiliki, perhatian, minat atau berbagi cerita yang memuaskan - Tampak menggunakan perilaku interaksi sosial yang tidak berhasil - Disfungsi interaksi dengan klien lain, keluarga, atau orang lain - [Perilaku tidak dapat diterima untuk individu seusianya oleh kelompok budaya dominan]</p>	<p>- Tujuan jangka pendek: Klien akan berinteraksi menggunakan cara yang sesuai usianya, dengan perawat dalam hubungan satu-satu dalam satu minggu. - Tujuan jangka panjang : Klien akan mampu berinteraksi dengan staf dan klien lain pada saat perawatan akan berakhir, tanpa indikasi ketidakyamanan.</p>	<p>menentukan tindakan yang tepat untuk mencapai tujuan tersebut. Keberhasilan meningkatkan harga diri. 7. Bersama klien, evaluasi keefektifan perilaku yang baru dan diskusikan setiap modifikasi untuk perbaikan. Karena kemampuan penyelesaian masalah yang terbatas, bantuan mungkin diperlukan untuk mengkuji ulang dan mengembangkan strategi baru beberapa metode koping baru terbukti tidak efektif. 2</p>
				<p>1. Bina hubungan saling percaya dengan klien, jujur, tepat semua janji, perhatikan bahwa diri klien diterima, terpisah dari perilakunya yang tidak dapat diterima. (" Bukan dirimu, melainkan perlakumu yang tidak dapat diterima"). Penerimaan meningkatkan perasaan berharga bagi klien. 2. Tawarkan untuk menemani klien saat interaksi awal dengan klien lain di unit perawatan. Kehadiran orang yang dipercaya memberi rasa aman. 3. Berikan kritik konstruktif dan penguatan positif untuk setiap usaha yang dilakukan. Umpan balik positif meningkatkan harga diri dan mendorong pengulangan perilaku yang diharapkan. 229</p>

DEFINISI MASALAH	FAKTOR RISIKO / BERHUBUNGAN	BATASAN KARAKTERISTIK	TUJUAN	INTERVENSI
<p>Ketidakefektifan koping individu Ketidakmampuan memberi penilaian valid terhadap stresor, ketidakadekuatan pemilihan respons yang tepat, dan/atau ketidakmampuan menggunakan sumber yang tersedia</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Krisis situasi - Krisis maturasi - Sistem pendukung yang tidak adekuat [Strategi koping tidak adekuat] [Model peran negatif] [Perubahan neurologis berhubungan dengan kelahiran prematur, gawat janin, partus precipitatus atau partus lama] [Keterbelakangan ego] [Harga diri rendah] [Disfungsi sistem keluarga] [Lingkungan yang gaduh atau kacau] [Penganiayaan atau pengabaian anak] 	<ul style="list-style-type: none"> - Ketidakmampuan memenuhi harapan peran [sesuai usia] - Penyelesaian masalah yang tidak efektif - Konsentrasi buruk [Memanipulasi orang lain didalam lingkungan untuk memenuhi keinginan sendiri] [Berkata kasar kepada staf dan klien lain] [Hiperaktivitas, ditandai dengan aktivitas motorik berlebihan, mudah terdistraksi, rentang perhatian pendek] [Tidak mampu menunda kegembiraan] 	<ul style="list-style-type: none"> - Tujuan jangka pendek Dalam 7 hari, klien akan menunjukkan kemampuan dan keinginan untuk mengikuti peraturan di unit perawat. - Tujuan jangka panjang Pada saat perawatan akan berakhir, klien akan mengembangkan dan menggunakan ketrampilan koping yang sesuai usia dan dapat diterima secara sosial. 	<p>4. Hadapi klien, dan jangan beri perhatian, apabila interaksi dengan orang lain bersifat manipulatif atau eksploitatif. Perhatian terhadap perilaku yang tidak dapat diterima dapat menguatkan hal tersebut.</p> <p>5. Bertindaklah sebagai model peran bagi klien melalui interaksi yang sesuai dengan klien lain dan anggota staf.</p> <p>6. Sediakan situasi kelompok untuk klien. Melalui interaksi dalam kelompok, klien akan mempelajari perilaku yang dapat diterima secara sosial, beserta umpan balik positif dan negatif dari klien lain.</p>
				<p>1. Apabila klien hiperaktif, ciptakan lingkungan yang aman untuk pergerakan otot besar secara kontinu. Atur kembali letak furnitur dan benda lain untuk mencegah cedera. Keamanan fisik klien merupakan prioritas keperawatan.</p> <p>2. Sediakan aktivitas motorik besar yang dapat dilakukan oleh klien. Perawat dapat bergabung pada beberapa aktivitas untuk memfasilitasi terbinanya hubungan. Ketegangan dilepaskan secara aman dan klien mendapat manfaat melalui aktivitas fisik.</p> <p>3. Sering berikan makanan ringan bergizi yang langsung dapat dimakan oleh</p>

DEFINISI MASALAH	FAKTOR RISIKO / BERHUBUNGAN	BATASAN KARAKTERISTIK	TUJUAN	INTERVENSI
		<p>[Respon menentang dan melawan permintaan atau peraturan orang dewasa]</p>		<p>klien, agar kebutuhan kalori terpenuhi untuk menyeimbangkan pengeluaran energi berlebihan oleh klien.</p> <p>4. Tetapkan batasan untuk perilaku manipulatif ("saya mengerti mengapa pa Anda mengatakan [atau melakukan] hal ini, tetapi saya tidak akan menolerir perilaku tersebut")</p> <p>5. Perkenalkan konsekuensi perilaku manipulatif kepada klien. Semua staf harus menerapkannya dan bersikap konsisten. Klien dapat mempermainkan satu staf dengan staf lainnya sehingga konsisten sangat penting agar intervensi berhasil. Konsekuensi negatif dapat berhasil mengurangi perilaku yang tidak dapat diterima.</p> <p>6. Jangan berdebat, berargumentasi, merasionalisasi, atau tawar-menawar dengan klien. Tidak melakukan hal-hal ini dapat mengurangi perilaku manipulatif.</p> <p>7. Kewaspadaan perlu dilakukan untuk menghindari menguatkan perilaku manipulatif dengan memberikan perhatian yang diinginkan.</p> <p>8. Hadapi klien yang menggunakan perilaku manipulatif dan gali efek merusak yang dihasilkan pada hubungan interpersonal. Klien</p>

DEFINISI MASALAH	FAKTOR RISIKO / BERHUBUNGAN	BATASAN KARAKTERISTIK	TUJUAN	INTERVENSI
<p>Ansietas (sedang samapi berat) Rasa khawatir yang tidak jelas akan ketidaknyaman atau ketakutan disertai respon otonom; sumbernya sering kali tidak spesifik atau tidak diketahui oleh individu; perasaan khawatir karena antisipasi terhadap bahaya. Ansietas merupakan perubahan tanda yang menjadi</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Krisis situasi dan maturasi - Ancaman terhadap konsep diri [Persepsi atau nyata] - [Ancaman (atau persepsi ancaman) terhadap integrasi fisik] - [Kebutuhan yang tidak terpenuhi] - [Perasaan takut gagal] - [Disfungsi sistem keluarga] - [Hubungan orang tua-anak yang tidak memuaskan] - [Perasa, atau mudah agitasi] 	<ul style="list-style-type: none"> - Gembira berlebihan - Sangat ketakutan - Perasaan kurang - Takut terhadap konsekuensi yang tidak spesifik - Gelisah - Insomnia - Kontak mata buruk - Fokus pada diri sendiri - [Perilaku mencari perhatian yang terus menerus] - [Sulit berkonsentrasi; tidak perhatian selektif] 	<ul style="list-style-type: none"> - Tujuan jangka pendek <ul style="list-style-type: none"> • Klien mampu menyebutkan perilaku yang timbul ketika ansietas mulai meningkat dalam 7 hari • Klien mampu menyebutkan strategi untuk memutuskan peningkatan ansietas dalam 7 hari - Tujuan jangka panjang <ul style="list-style-type: none"> • Klien akan mampu 	<p>manipulatif sering tidak mau bertanggung jawab atas perilakunya.</p> <p>9. Dorong klien untuk mendiskusikan perasaan marah. Bantu klien mengidentifikasi sasaran sebenarnya dari sikap bermusuhan.</p> <p>Menghadapi perasaan secara jujur dan langsung akan mencegah pemindahan rasa marah ke orang lain.</p> <p>10. Gali bersama klien tentang cara alternatif yang paling cocok dengan gaya hidupnya untuk mengatasi frustrasi. Beri dukungan dan umpan balik positif kepada klien saat mencoba strategi koping yang baru.</p> <p>Umpan balik positif mendorong penggunaan perilaku yang dapat diterima.</p>
<p>267</p>	<p>109</p>	<p>109</p>	<p>109</p>	<p>2</p>

DEFINISI MASALAH	FAKTOR RISIKO / BERHUBUNGAN	BATASAN KARAKTERISTIK	TUJUAN	INTERVENSI
<p>peringatan bahaya yang akan datang dan memampukan individu bertindak menghadapi ancaman tersebut.</p>	<p>sejak lahir]</p>	<p>- Peningkatan frekuensi napas dan frekuensi jantung</p>	<p>mempertahankan ansietas dibawah tingkat sedang, yang ditandai dengan tidak terdapatnya perilaku-lumpuh (<i>disabling behavior</i>) sebagai respons terhadap stress, pada saat perawatan akan berakhir.</p>	<p>dan ansietas dilepaskan dengan aman dan klien mendapatkan manfaat melalui aktivitas fisik.</p> <p>3. Dukung klien untuk mengidentifikasi perasaan yang sesungguhnya dan untuk mengakui bahwa ia memiliki perasaan tersebut. Klien ansietas sering menyangkal hubungan antara masalah emosi dan ansietas yang dialami. Mekanisme pertahanan diri proyeksi dan pemindahan emosi digunakan secara berlebihan.</p> <p>4. Perawat harus mempertahankan suasana yang tenang; ansietas mungkin ditularkan dari satu orang ke orang lainnya.</p> <p>5. Tawarkan dukungan selama peningkatan ansietas. Tenangkan klien mengenai keamanan fisik dan psikologis. Keamanan klien merupakan prioritas keperawatan</p> <p>6. Sentuhan membuat beberapa klien merasa lebih nyaman. Akan tetapi perawat harus berhati-hati dalam melakukannya karena nasietas dapat meningkatkan kecurigaan pada beberapa orang yang mungkin menyalahartikan sentuhan sebagai serangan.</p> <p>7. Ketika ansietas berkurang, bantu klien mengenali kejadian spesifik yang menyebabkan awitan ansietas. Cari</p>

DEFINISI MASALAH	FAKTOR RISIKO / BERHUBUNGAN	BATASAN KARAKTERISTIK	TUJUAN	INTERVENSI
				<p>respons alternatif lain untuk kejadian ansietas dimasa mendatang. Rencana tindakan memberikan rasa aman untuk lebih mampu / berhasil dalam menghadapi situasi yang sulit apabila terjadi kembali.</p> <p>8. Bantu klien mengenali tanda-tanda peningkatan ansietas, dan cari cara yang dapat digunakan oleh klien sebelum perilaku menjadi perilaku-lumpuh.</p> <p>9. Berikan obat penenang, sesuai program. Kaji keefektifan, dan beri tahu klien mengenai kemungkinan efek samping merugikan. Obat anti ansietas (mis. Diazepam, klordiazepoksida, alprazolam) menghilangkan efek imobilisasi ansietas dan dapat memfasilitasi kerja sama klien untuk menjalani terapi.</p>

DEFINISI MASALAH	FAKTOR RISIKO / BERHUBUNGAN	BATASAN KARAKTERISTIK	TUJUAN	INTERVENSI
<p>Ketidak patuhan Sejauh mana perilaku seseorang seseorang dan/atau pemberi asuhan sejalan atau tidak sejalan dengan rencana promosi kesehatan atau rencana terapeutik yang disebut [atau antara orang tersebut [atau pemberi asuhan] dan profesional layanan kesehatan.</p>	<p>[Perubahan biokimia] [Perubahan neurologis berhubungan dengan kelahiran prematur, gawat janin, partus presipitatus atau partus lama] [Watak negatif] [Disfungsi sistem keluarga] [Model peran negatif] [Keterbelakangan ego] [Rendahnya toleransi terhadap frustrasi dan rentang perhatian pendek] [Menyangkal masalah]</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Perilaku menunjukkan ketidakpatuhan (terhadap program pengobatan) [Tidak bisa duduk tenang untuk menyelesaikan tugas] [Ekspresi menentang permintaan untuk berpartisipasi] - Menolak mengikuti petunjuk atau saran dari tim perawat 	<ul style="list-style-type: none"> - Tujuan jangka pendek Klien akan berpartisipasi dan bekerja sama selama aktivitas terapeutik - Tujuan jangka panjang Klien akan menyelesaikan tugasnya secara mandiri dan atas keinginan sendiri atau dengan bantuan minimal 	<p>(untuk klien yang hiperaktif dan kurang perhatian)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ciptakan lingkungan untuk penyelesaian tugas yang sedapat mungkin bebas dari distraksi. Klien sangat mudah terdistraksi dan tidak mampu menyelesaikan tugas jika ada stimulasi walaupun sangat sedikit. 2. Beri bantuan berdasarkan hubungan satu-satu, dimulai dengan instruksi yang sederhana dan konkret. Klien kurang mampu memahami informasi yang rumit atau memiliki arti abstrak. 3. Minta klien untuk mengulangi instruksi yang diberikan guna menilai tingkat pemahaman 4. Susun tujuan yang memungkinkan klien untuk menyelesaikan bagian dari tugas, berikan penghargaan setiap kali menyelesaikan satu langkah dengan memberikan waktu istirahat untuk aktivitas fisik. Tujuan jangka pendek tidak terlalu berlebihan bagi orang yang memiliki rentang perhatian pendek. Penguatan positif (aktivitas fisik) meningkatkan harga diri dan memberikan motivasi bagi klien untuk menyelesaikan tugas. 5. Kurangi secara bertahap bantuan untuk melakukan tugas, sambil meyakinkan klien bahwa bantuan

DEFINISI MASALAH	FAKTOR RISIKO / BERHUBUNGAN	BATASAN KARAKTERISTIK	TUJUAN	INTERVENSI
				<p>masih diberikan apabila dianggap perlu. Hal ini mendorong klien untuk melakukan tugas secara mandiri sekaligus memberikan rasa aman dengan kehadiran orang yang dipercaya. (untuk klien yang kecenderungan menentang)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mulai melaksanakan rencana aktivitas terapeutik yang terstruktur. Awali dengan tujuan minimal lalu tingkatan apabila klien mulai menunjukkan tanda-tanda kepatuhan. Keteraturan memberikan keamanan, dan satu atau dua aktivitas tidak tampak berlebihan seperti keseluruhan jadwal aktivitas yang diberikan sekaligus. 2. Buat sistem penghargaan untuk kepatuhan menjalani terapi dan konsekuensi atas ketidakpatuhan. Pastikan penghargaan dan konsekuensi merupakan konsep nilai bagi klien. Penguatan positif dan negatif dapat berperan pada perubahan perilaku yang diinginkan. 3. Sampaikan bahwa penerimaan terhadap klien berbeda dari perilaku yang tidak diinginkan yang ditunjukkannya. ("bukan dirimu, tetapi perilakumu yang tidak dapat diterima"). Penerimaan tanpa syarat meningkatkan harga diri dan dapat berperan dalam penurunan kebutuhan perilaku pasif-agresif terhadap orang lain.



DAFTAR PUSTAKA

- Blackwell, Wiley. (2016). *Nursing Diagnoses Definitions and Classification 2015-2017*. Edisi 10. Oxford: Wiley Blackwell
- Carpenito, Lynda Jual. (2001). *Buku Saku Diagnosa Keperawatan*. Edisi 8. Jakarta. EGC
- Carpenito, Lynda Juall. (2009). *Diagnosis Keperawatan Aplikasi pada Praktik Klinis*. Jakarta : EGC
- 10 Dermawan, D. (2012). *Proses Keperawatan Penerapan Konsep & Kerangka Kerja (1st ed.)*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- 136 NANDA. (2012). *Diagnosis Keperawatan Definisi dan Klasifikasi 2012-2014*. Jakarta. EGC
- 99 NANDA. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan NANDA Edisi Revisi. Jilid 1. Mediaction* Jogja. Yogyakarta
- 99 NANDA. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan NANDA Edisi Revisi. Jilid 2. Mediaction* Jogja. Yogyakarta
- 83 NANDA. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan NANDA Edisi Revisi. Jilid 3. Mediaction* Jogja. Yogyakarta
- Nursalam. (2008). *Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan* (2nd ed.). Jakarta: salemba medika.
- 77 PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik, Edisi 1*. Jakarta: DPP PPNI
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Definisi dan Tindakan Keperawatan, Edisi 1*. Jakarta: DPP PPNI
- PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan, Edisi 1*. Jakarta: DPP PPNI
- Rohmah & Walid. (2012). *Proses Keperawatan: Teori Dan Aplikasi*. Yogyakarta : Ar-Ruzz
- 210 Townsend, Mary. (2010). *Buku Saku Diagnosa Keperawatan Psikiatri. Rencana Asuhan dan Medikasi Psikotropik*. Edisi 5. Jakarta. EGC
- 176 Undang-Undang Republik Indonesia No. 38 Tahun 2014 tentang keperawatan. Jakarta. 2014.
- 90 Wilkinson, Judith. (2012). *Buku saku Diagnosis Keperawatan dengan intervensi NIC dan kriteria hasil NOC*. Edisi 7. Jakarta. EGC
- Wilkinson, Judith. (2017). *Diagnosis Keperawatan*. Edisi 10. Jakarta. EGC



BAB 3

KEPE PSYCHOLOGICAL FIRST AIDS (PFA)

PENDAHULUAN

Psychological first aids (PFA) atau Pertolongan pertama psikologis diberikan oleh tenaga kesehatan, khususnya tenaga kesehatan jiwa dan tanggap bencana lainnya. Tugas utamanya adalah memberikan bantuan dini kepada anak, keluarga, dan orang tua segera setelah mengalami gangguan psikologis. Terdapat banyak faktor pemicu terjadinya gangguan psikologis, mulai dari menderita penyakit tertentu sampai mengalami stres akibat peristiwa traumatis, seperti ditinggal mati orang yang disayang, kehilangan pekerjaan, atau terisolasi untuk waktu yang lama, bencana dan terorisme yang selanjutnya kita sebut sebagai krisis, termasuk krisis akibat wabah Covid-19.

Kondisi krisis dapat membuat seseorang mengalami gangguan psikologis level ringan maupun berat, seperti stres, cemas, depresi sampai percobaan bunuh diri. Gangguan psikologis dapat diidentifikasi dari perilaku, seperti; kehilangan fungsi hidup (sulit tidur, konsentrasi terganggu, absen bekerja), tidak bisa mengendalikan emosi, hubungan sosial terganggu, dan berbicara negatif tentang diri sendiri.

Pertolongan pertama psikologis dirancang untuk mengurangi tekanan awal yang disebabkan peristiwa traumatis, mendorong fungsi dan coping adaptif baik jangka pendek atau panjang. Prinsip dan teknik pertolongan pertama psikologis memenuhi empat standar dasar meliputi; 1) konsisten dengan bukti penelitian tentang risiko dan ketahanan setelah trauma, 2) berlaku dan praktis dalam kondisi di lapangan, 3) sesuai dengan tingkat perkembangan sepanjang masa kehidupan manusia, dan 4) informasi diberikan secara budaya dan disampaikan dengan cara yang fleksibel.

Pertolongan pertama psikologis tidak berasumsi bahwa semua korban akan mengalami gangguan psikologi parah, tetapi didasarkan pada pemahaman bahwa para penyintas bencana dan orang lain yang terkena dampak akan mengalami berbagai reaksi awal yang berpengaruh pada kondisi fisik, psikologis, perilaku, dan spiritual seseorang.

Pertolongan pertama psikologis didesain untuk memberikan pelayanan di tempat penampungan populasi umum, tempat penampungan kebutuhan khusus, rumah sakit lapangan dan area triase medis, fasilitas perawatan akut (unit gawat darurat), maupun area pusat istirahat pertama kalinya korban mengalami kondisi krisis.

POTENSI BENCANA DI INDONESIA

Bentuk Bencana di Indonesia

16

Indonesia adalah negara yang secara geografis sangat berpotensi terjadi bencana seperti gunung meletus, gempa bumi, tsunami, banjir, longsor, kebakaran hutan, badai, kecelakaan lalu lintas, wabah penyakit, sampai konflik antar suku dan terorisme. Peristiwa ini sangat mungkin terjadi di seluruh wilayah Nusantara tanpa terkecuali, sehingga dapat menimbulkan banyak korban, kerusakan, kerugian dan kehilangan yang menyisakan berbagai traumatik termasuk trauma psikologis.



Hampir semua peta wilayah Provinsi di Indonesia tidak lepas dari adanya risiko terjadinya bencana, hanya berbeda bentuk bencana yang mungkin terjadi. Jawa Timur lebih rentan terjadi bencana gunung meletus, gempa bumi, banjir, angin ribut, konflik sosial budaya, terorisme, outbreak penyakit, kekeringan, kecelakaan industri, tsunami, dan kecelakaan lalu lintas.

DKI Jakarta risiko terjadi bencana; banjir, longsor, konflik sosial budaya, terorisme dan outbreak penyakit, dan kecelakaan lalu lintas. Daerah Nangroe Aceh Darussalam, berisiko terjadi bencana; gunung meletus, banjir, longsor, angin ribut, konflik, terorisme, tsunami dan kecelakaan lalu lintas. Bentuk bencana lain secara lengkap seperti pada peta risiko bencana.

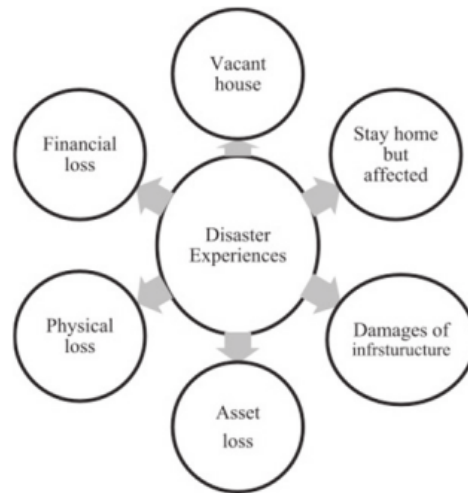


Potensi bencana ini terjadi secara riil di berbagai daerah dengan korban dan dampak yang luar biasa. Dampak terbesar terjadi saat gempa dan tsunami di Aceh 26 Desember 2004. Ribuan korban nyawa, harta benda, finansial, pekerjaan, hampir semuanya musnah. Korban bencana ini tidak pandang bulu, siapa saja, dari ras dan budaya manapun, di wilayah itu disapu bersih. Bagi mereka yang selamat, semuanya telah hilang; suami, istri, anak, orang tua, saudara, pekerjaan, rumah, bahkan harta yang dimiliki hanya yang menempel di badan. Betapa *chaos*-nya kondisi saat itu, hampir semua jadi korban, tidak ada lagi tenaga kesehatan (dokter, perawat, bidan, kader kesehatan) yang dapat membantu memberikan pelayanan untuk menolong para korban. Sejak saat itulah dibangun dengan segera bantuan layanan melibatkan lintas sector dan lintas program. Dari sisi bantuan layanan kesehatan, diberikan dukungan psikososial, pertolongan pertama pada masalah psikologis dan dukungan kesehatan jiwa, yang dikemas dalam salah satunya berbentuk *community mental health nursing* (CMHN).

Demikian juga kondisi *chaos* terjadi saat gunung merapi meletus di Yogyakarta, maupun pada beberapa kondisi konflik antara ras budaya dan terorisme. Saat ini, pandemic covid-19 menjadi bencana yang luar biasa dampaknya pada individu, keluarga masyarakat. Berbagai issue negative (hoax) muncul dan tak jarang menghambat upaya pencegahan yang komprehensif.

Pengaruh Kejadian Krisis terhadap Psikologi Manusia

Berbagai kejadian krisis dan mengancam yang terjadi dapat menyebabkan kehilangan tempat tinggal, orang terkasih, terpisah dari keluarga, komunitas, menjadi korban atau saksi dari tindakan kekerasan, kehancuran, atau kematian. Akibatnya, kejadian krisis dapat berdampak terhadap kondisi hidup individu, keluarga, atau seluruh lapisan masyarakat.



Berbagai dampak krisis yang nyata antara lain; kehilangan rumah, pekerjaan, aset, keuangan, psikologis, tinggal di rumah tapi terdampak akibat kerusakan infrastruktur; jalan, jembatan, bangunan, listrik dan fasilitas umum lainnya.

Meskipun setiap orang mengalami dampak dari kejadian krisis, ada banyak ragam reaksi dan perasaan yang dimiliki setiap individu. Banyak orang mungkin merasa kewalahan, bingung, atau sangat tidak memahami apa yang sedang terjadi. Mereka dapat merasa sangat takut, cemas, kaku karena ketakutan dan memiliki keinginan untuk melepaskan diri dari situasi tersebut. Sebagian individu mungkin dapat bereaksi dalam kadar yang sedang, sementara individu lainnya dapat bereaksi lebih intens.



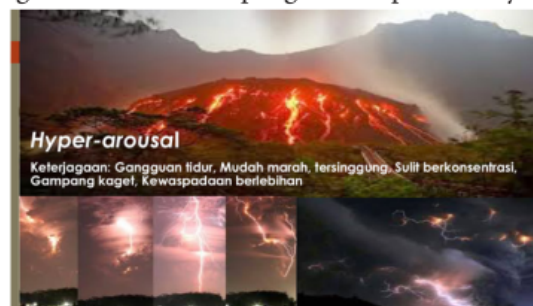
Apa yang terjadi ketika seseorang atau masyarakat mengalami bencana, antara lain; *re-experience*, *avoidance*, dan *hyper-arousal*. Semua peristiwa ini dapat berbentuk khayalan, mimpi, halusinasi, dan flash back. Seolah-olah peristiwa tersebut sungguh terulang kembali. Korban akan bereaksi panik, tekanan bathin secara terus-menerus sehingga dapat mempengaruhi fungsi kehidupan sehari-hari. Jika hal ini terjadi pada anak, dapat berupa memori traumatis, murung, susah tidur, nafsu makan berkurang dan sebagainya.

Re-eksperiens adalah perasaan korban yang selalu merasa; seperti mengalami kembali, terbayang-bayang akan peristiwa traumatik yang dialami, dan ketegangan psikologis yang terus-menerus. Perasaan ini terus terbawa terlebih ketika sedang bertemu dengan orang lain, berkumpul di tempat penampungan sementara atau pengungsian. Belum lagi suasana hidup di pengungsian, yang serba kekurangan dan tidak nyaman.



161

Avoidens adalah penghindaran; penyintas selalu berusaha menghindari hal yang mengingatkan pada pengalaman traumatisnya, sejenak merasa amnesia (amnesia psikogenik), hilang minat terhadap berbagai aktifitas, perilaku menarik diri, afek atau kehidupan emosi menumpul, dan takut memikirkan masa depan. Penyintas selalu berusaha menghindari ketika ada kepulan asap yang mengingatkan pengalaman traumatis dia ketika melihat gunung meletus dan berusaha menyelamatkan diri. Berbagai upaya telah dilakukan, tetapi mereka mengalami traumatis ketika melihat peristiwa serupa dengan ketika melihat pengalaman pertamanya.



161

Hiperausoral adalah penyintas menjadi selanjutnya (keterjagaan), waspada dan hati-hati yang berlebihan. Penyintas mengalami gangguan tidur, mudah marah, mudah tersinggung, sulit konsentrasi, mudah kaget dan kewaspadaan berlebihan. Penyintas korban banjir dan longsor, akan sangat traumatis dan waspada berlebihan ketika menyaksikan air menggenang. Penyintas gunung meletus menjadi sangat traumatis dengan adanya cahaya terang, kilatan petir atau lampu blitz dari kamera. Spontan mereka mengalami traumatis, ketakutan seolah-olah peristiwa traumatis itu terjadi kembali. Penyintas kebakaran atau kebakaran hutan akan menjadi sangat waspada

dengan asap dan cahaya yang merona, seolah peristiwa traumatis itu terulang kembali. Semua peristiwa ini (*re-experience, avoidance, dan hyper-arousal*) dapat menimbulkan perubahan perilaku yang dapat dievaluasi sebagai peristiwa *post traumatic stress disorder* (PTSD).

Berbagai akibat terjadinya bencana antara lain; perubahan hubungan interpersonal antar manusia, lingkungan tempat tinggal, gaya hidup, dan stress psikososial. Perubahan gaya hidup terkait penyakit yang diderita, seperti; fraktur, sakit kepala, hipertensi, diabetes dan berbagai penyakit hormonal lain akibat terjadinya penekanan imunitas tubuh.

Bagaimana seseorang bereaksi atas kejadian krisis akan bergantung pada beberapa faktor, seperti;

1. Bentuk dan keparahan kejadian krisis yang dialami,
2. Pengalaman mereka dengan kejadian buruk sebelumnya,
3. Dukungan yang didapatkan dari orang lain dalam hidup mereka,
4. Kesehatan fisik,
5. Riwayat kesehatan mental pribadi maupun keluarga,
6. Latar belakang budaya dan tradisi, serta
7. Usia, akan mempengaruhi bagaimana bentuk reaksi mereka terhadap bencana.

Setiap orang memiliki kekuatan dan kemampuan untuk menghadapi tantangan dalam hidupnya. Namun, pada beberapa orang yang sedang berada di posisi rawan karena sedang menghadapi kejadian krisis, mereka akan membutuhkan bantuan lebih untuk menyelesaikan tantangan hidupnya. Misalkan: sebuah kelompok berisiko akan membutuhkan bantuan tambahan karena usia mereka (anak, lanjut usia), disabilitas fisik dan mental yang dimilikinya, atau karena mereka masuk dalam kategori kelompok yang terpinggirkan/minoritas, sehingga rentan menjadi sasaran kekerasan.

STRESS PASCA BENCANA

Bencana adalah suatu peristiwa yang menyakitkan, mengancam kehidupan dan melampaui ambang kemampuan rerata orang untuk menanggungnya. Bagaimanapun kondisi yang dialami penyintas setelah bencana dapat menimbulkan stress pasca trauma yang dulu lebih sering dikenal dengan istilah *post traumatic stress disorder* (PTSD). PTSD adalah sebuah sindroma yang muncul setelah seseorang melihat, mendengar atau terlibat dalam stresor traumatis yang ekstrem. PTSD terjadi karena paparan peristiwa traumatis dan didefinisikan berdasarkan cluster gejala yang berbeda antara lain kembali merasakan sedang dalam peristiwa trauma atau flashback, menghindar, emosi tumpul/numbing dan gejala tersebut tetap bertahan selama lebih dari 1 bulan. (Sadock, B.J. & Sadock, V.A., 2007).

3 Tidak semua peristiwa traumatis yang dialami oleh individu dapat menyebabkan PTSD, kecuali jika peristiwa tersebut menjadi stresor yang kuat dalam kehidupan individu. Stresor tersebut dapat timbul dari pengalaman perang, kekerasan, bencana alam, pemerkosaan, dan kecelakaan lalu lintas yang serius. Kriteria peristiwa menjadi stresor untuk mendiagnosis PTSD adalah; ancaman serius terhadap keselamatan individu baik secara fisik maupun psikologis, menyaksikan ancaman kekerasan dan kematian, kerusakan yang terjadi tiba-tiba baik rumah dan komunitas. Kriteria tersebut dapat menimbulkan respon subjektif antara lain ketakutan dan intensitas maupun durasi dari suatu peristiwa traumatis yang mempengaruhi kepribadian individu sehingga menimbulkan distress.

Kriteria diagnosis PTSD menurut pedoman penggolongan dan diagnosis gangguan jiwa 3 Indonesia (PPDGJ)-III, antara lain:

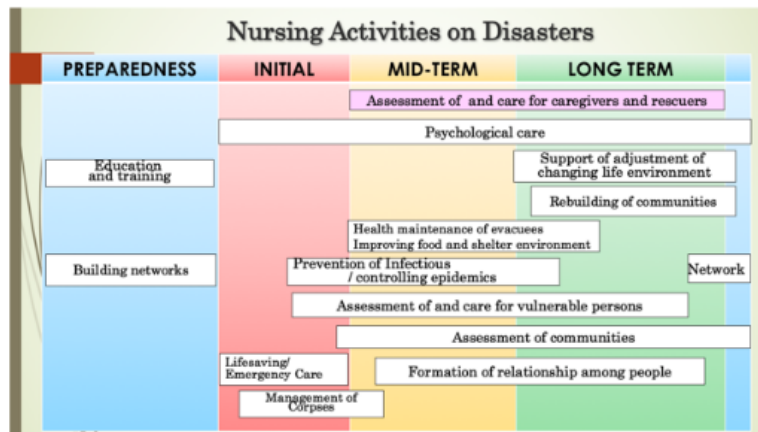
1. Diagnosis baru ditegakan bilamana gangguan ini timbul dalam kurun waktu 6 bulan setelah kejadian traumatis berat (masa laten yang berkisar antara beberapa minggu sampai beberapa bulan, jarang sampai melampaui 6 bulan). Kemungkinan diagnosis masih dapat ditegakan apabila tertundanya waktu mulai saat kejadian dan onset gangguan melebihi waktu 6 bulan, asal saja manifestasi klinisnya adalah khas dan tidak didapat alternatif kategori gangguan lainnya.
2. Sebagai bukti tambahan selain trauma, harus didapatkan bayang-bayang atau mimpi- mimpi dari kejadian traumatis tersebut secara berulang-ulang kembali (*flashback*).
3. Gangguan otonomik, gangguan afek dan kelainan tingkah laku semuanya dapat mewarnai diagnosis tetapi tidak khas.
4. Suatu “*sequelae*” menahun yang terjadi lambat setelah stres yang luar biasa, misalnya saja beberapa puluh tahun setelah trauma, diklasifikasikan dalam kategori F62.0 (perubahan kepribadian yang berlangsung lama setelah mengalami katasfora).

Aktifitas Keperawatan pada Kondisi Bencana

Aktifitas asuhan keperawatan yang harus dilakukan pada kondisi bencana harus dilakukan secara komprehensif, mulai dari kondisi; menyiapkan masyarakat untuk menghadapi bencana, saat terjadinya bencana, keperawatan jangka pendek dan jangka panjang.

Saat terjadi bencana diperlukan penolong penyelamat kehidupan dan tenaga gawat darurat, selain itu diperlukan koordinator penanganan bencana. Kondisi ini biasanya dilakukan oleh pemerintah melalui badan nasional penanggulangan bencana (BNPB) sesuai level dan tingkat keparahan bencana. Pengkajian tentang kebutuhan sumberdaya pemberi bantuan harus dilakukan sesaat setelah terjadi bencana, khususnya fase

menengah dan jangka panjang. Pengkajian komunitas dilakukan pada fase menengah dan panjang, sementara membangun kembali kondisi masyarakat dilakukan pada jangka panjang. Beberapa tindakan lain secara lengkap seperti pada gambar berikut;



Pemberian pertolongan pertama psikologis harus dilakukan pada fase initial, awal mula terjadinya bencana, fase tengah sampai kondisi jangka panjang dimana bencana itu terjadi. Pada saat awal terjadinya bencana, banyak sekali peristiwa mengejutkan yang tidak pernah diduga oleh korban. Respon psikologis mulai menyangkal, marah, bingung, depresi, menerima atau putus harapan mungkin akan terus berkecamuk pada para korban, belum lagi kehilangan keluarga, tempat tinggal atau harta benda yang dialami. Semua itu menimbulkan peristiwa traumatis yang memerlukan bantuan adaptasi psikologis dengan segera.

PSYCHOLOGICAL FIRST AIDS (PFA)

Pengertian PFA

PFA adalah harfiah bermakna pemberian pertolongan pertama pada masalah psikologis. PFA adalah sebuah respon praktis yang manusiawi dan mendukung untuk orang-orang yang mengalami paparan stres serius dan mungkin membutuhkan dukungan. PFA merupakan salah satu pendekatan untuk mengatasi dampak dari situasi kegawatan atau bencana yang menimbulkan peristiwa traumatis dan meminimalkan dampak psikologis, baik ditimbulkan karena kejadian kegawatan ataupun bencana pada individu (Kitchener dkk, 2008).

Inter-Agency Standing Committee (IASC) tahun (2007) menyatakan bahwa PFA bertujuan untuk mengurangi gejala stres dan membantu pemulihan yang sehat setelah peristiwa traumatis, bencana alam, darurat kesehatan masyarakat, atau bahkan krisis

pribadi. Ini adalah pendekatan membantu orang untuk pulih dengan menanggapi kebutuhan dasar mereka dan menunjukkan kepedulian dan perhatian mereka, dengan cara menghormati harapan mereka, budaya, martabat serta kemampuan mereka.

Berdasarkan pendapat di atas dapat disimpulkan bahwa PFA atau pemberian pertolongan pertama masalah psikologis adalah respons manusiawi dan suportif yang dirancang untuk mengurangi tekanan awal pada anak-anak, orang dewasa dan keluarga yang disebabkan oleh peristiwa traumatis serta mendorong fungsi dan koping adaptif jangka pendek dan jangka panjang.

Respons dan dukungan yang termasuk dalam kajian PFA antara lain;

1. Memberikan perawatan dan dukungan praktis sesuai kebutuhan, namun tidak menginterupsi individu
2. Merencanakan kebutuhan dan sesuatu hal yang bersifat segera dan berkelanjutan
3. Membantu orang-orang untuk mendapatkan akses terhadap kebutuhan dasar (contohnya: makanan dan minuman, obat, kebutuhan pakaian, informasi dan sarana lainnya)
4. Menjadi pendengar baik dengan cara tidak memaksa individu untuk berbicara
5. Menghibur individu agar mereka merasa tenang walaupun berada dalam situasi krisis
6. Membantu individu untuk terhubung pada penyedia informasi, pelayanan lain, dan penyedia bantuan sosial
7. Melindungi individu dari bahaya lebih lanjut yang tidak diinginkan

Pertolongan pertama psikologis mencakup teknik pengumpulan informasi dasar untuk membantu penyedia membuat penilaian cepat terhadap kekhawatiran dan kebutuhan mendesak para penyintas, dan untuk menerapkan kegiatan pendukung dengan cara yang fleksibel.

Pertolongan pertama psikologis bergantung pada strategi berbasis bukti yang teruji di lapangan yang dapat diberikan dalam berbagai situasi bencana. Pertolongan pertama psikologis menekankan intervensi yang sesuai dengan perkembangan dan budaya untuk para penyintas dari berbagai usia dan latar belakang. Pertolongan pertama psikologis mencakup selebaran yang memberikan informasi penting bagi remaja, dewasa, dan keluarga untuk digunakan selama pemulihan.

Peran dan Tujuan PFA

Manusia selalu menghadapi problematika kehidupan sehari-hari yang disebut sebagai stressor. Individu memiliki cara dan mekanisme berbeda dalam beradaptasi dengan perubahan lingkungan sekitar. Jika mereka gagal beradaptasi terhadap perubahan, maka terjadilah tekanan emosional. Tekanan emosional tidak selalu terlihat seperti cedera fisik, tetapi sama menyakitkan dan melemahkan. Setelah

melalui pengalaman yang mengubah hidup, terjadilah perubahan secara emosional pada seseorang. Setiap orang yang menghadapi peristiwa traumatis akan mengalami kondisi stres.

Reaksi stres bermanifestasi secara berbeda pada periode waktu yang berbeda selama dan setelah kejadian. Beberapa reaksi stres yang umum terjadi antara lain; kebingungan, ketakutan, perasaan putus asa dan tidak berdaya, gangguan tidur, sakit fisik, kecemasan, kemarahan, kesedihan, *shock*, agresivitas, menarik diri, bersalah, perubahan keyakinan, hilangnya rasa percaya diri pada diri sendiri atau orang lain

Peran pertolongan pertama masalah psikologis adalah strategi untuk mengurangi rentang emosi dan respons menyakitkan bagi orang yang terpapar stres tinggi. Sementara pertolongan pertama fisik digunakan untuk mengurangi ketidaknyamanan fisik akibat cedera tubuh,

Menurut (Nancy.J.Carlson, 2013) dalam ¹³ *Minnesota Department of Health (MDOH)* PFA bertujuan untuk mempertahankan lingkungan dan menciptakan; keamanan, ketenangan dan kenyamanan, keterhubungan, pemberdayaan diri, dan harapan.

Elemen penting PFA

Menurut Juniarta (2019) terdapat ¹³ empat elemen penting dalam pemberian PFA yaitu;

1. *Stay close*, individu yang berada dalam situasi krisis akan kehilangan rasa aman dan kenyamanannya, sehingga penuhi kebutuhan rasa aman tersebut. Gali informasi, tanyakan apa yang mereka butuhkan. Seringkali segelas air minum dan selimut dapat membantu kekhawatiran mereka.
2. *Listen actively*, jangan lupa memulai interaksi dengan memperkenalkan siapa diri kita, beritahu kita berasal dari mana, sangat penting untuk meluangkan waktu bercakap-cakap secara aktif. Berikan kesempatan penyintas bercerita terkait apa yang terjadi. Dengarkan dengan penuh perhatian menggunakan seluruh pancaindera kita dan lakukan klarifikasi apa yang dikatakan penyintas, sehingga ¹³ mengerti dengan benar apa yang mereka sampaikan.
3. *Accept their feelings, jaga pikiran* terkait apa yang kita dengar dan terima. Apa yang dikatakan seseorang yang mengalami krisis tersebut. Jangan mencoba mengoreksi informasi, hanya mengakui dan menghargai perasaan mereka. Biarkan orang itu diam, menangis, marah, apapun ekspresi emosi yang mereka pilih. Tetapi yang paling penting kita harus tetap tenang, berikan kenyamanan karena dapat membantu orang tersebut juga tetap tenang. Dorong orang tersebut untuk mengambil langkah-langkah kecil dalam mengatasi masalah jika mereka bisa, tetapi jangan memaksakan mereka dengan cara apa pun. Ingatlah untuk tidak menghakimi, menghormati orang tersebut dan perasaan mereka.

4. *Provide practical help*, kita mungkin perlu menilai kebutuhan orang tersebut jika mereka tidak dapat melakukannya sendiri. Beri mereka apa yang mereka butuhkan. Berikan informasi terperinci dan tepat waktu agar dapat membantu mereka belajar mengatasinya, memberi mereka makanan, air, detail kontak untuk tempat tinggal atau konseling. Jangan memberi saran dan jangan memaksa seseorang untuk membuat penilaian atau keputusan tertentu. Cobalah untuk membantu orang tersebut menemukan solusi untuk masalah mereka, hanya jika orang tersebut telah menunjukkan bahwa mereka tidak dapat memikirkan hal-hal itu sendiri. Biarkan mereka memutuskan dan memilih untuk bertanggung jawab ketika mereka siap.

Pertolongan pertama psikologis memenuhi kebutuhan dasar dan mengurangi tekanan psikologis dengan memberikan kehadiran yang menghibur, penuh perhatian, dan pendidikan tentang reaksi stres yang umum terjadi. Ini memberdayakan individu dengan mendukung kekuatan dan mendorong keterampilan koping yang ada. Ini juga menyediakan koneksi ke jaringan dukungan alami, dan rujukan ke layanan profesional bila diperlukan.

Pertolongan pertama psikologis merupakan alat yang dapat digunakan untuk mengurangi tingkat stres. Dengan memahami reaksi stres dan memanfaatkan prinsip-prinsip pertolongan pertama psikologis, dapat meningkatkan ketahanan dalam diri, keluarga, tempat kerja, dan masyarakat.

Pedoman PFA

Beberapa hal yang perlu diperhatikan untuk dilakukan atau dihindari dalam memberikan pertolongan pertama masalah psikologis antara lain;

1. Amati dengan sopan terlebih dahulu; jangan mengganggu. Kemudian ajukan pertanyaan sederhana dengan penuh hormat untuk menentukan bagaimana kita dapat membantu.
2. Seringkali, cara terbaik untuk melakukan kontak adalah dengan memberikan bantuan praktis (makanan, air, selimut).
3. Lakukan kontak hanya setelah kita mengamati situasi dan orang atau keluarga tersebut, dan telah menentukan bahwa kontak tersebut tidak akan mengganggu.
4. Bersiaplah bahwa orang yang selamat akan menghindari kita atau sering mengkontak kita.
5. Bicaralah dengan tenang, sabar, responsif, dan sensitif.
6. Bicaralah perlahan, dalam istilah konkret sederhana; tidak menggunakan akronim atau jargon.
7. Jika para penyintas ingin berbicara, bersiaplah untuk mendengarkan. Saat kita mendengarkan, fokuslah untuk mendengarkan apa yang ingin mereka katakan kepada kita, dan bagaimana kita bisa membantu.
8. Berikan informasi secara langsung yang membahas tujuan langsung penyintas

dan klarifikasi jawaban berulang kali sesuai kebutuhan.

9. Berikan informasi yang akurat dan sesuai usia audiens kita.
10. Saat berkomunikasi melalui penerjemah atau juru bahasa, lihat dan bicaralah dengan orang yang kita ajak bicara, bukan pada penerjemah atau juru bahasa.
11. Ingat bahwa tujuan pertolongan pertama psikologis adalah untuk mengurangi penderitaan, membantu kebutuhan saat ini, dan meningkatkan fungsi adaptif, bukan untuk memperoleh rincian pengalaman traumatis dan kehilangan.
Beberapa perilaku yang harus dihindari, antara lain:
 1. Jangan membuat asumsi tentang apa yang dialami oleh para penyintas atau apa yang telah mereka alami.
 2. Jangan berasumsi bahwa setiap orang yang terkena bencana akan mengalami trauma.
 3. Jangan patologis. Sebagian besar reaksi akut dapat dimengerti dan diharapkan mengingat apa yang dialami oleh orang-orang yang mengalami kondisi krisis. Jangan melabeli reaksi sebagai “gejala”, atau berbicara dalam istilah “diagnosis”, “kondisi”, “patologi”, atau “gangguan”.
 4. Jangan merendahkan atau menggurui orang yang selamat, atau berfokus pada ketidakberdayaan, kelemahan, kesalahan, atau kecacatannya. Alih-alih berfokuslah pada apa yang telah dilakukan orang tersebut yang efektif atau mungkin telah berkontribusi untuk membantu orang lain yang membutuhkan, baik selama menghadapi situasi traumatis maupun dalam situasi saat ini.
 5. Jangan berasumsi bahwa semua orang yang selamat ingin berbicara atau perlu berbicara dengan kita. Seringkali, hadir secara fisik dengan cara yang suportif dan tenang membantu orang yang terkena dampak merasa lebih aman dan lebih mampu mengatasinya.
 6. Jangan “bertanya” dengan menanyakan detail tentang apa yang terjadi.
 7. Jangan berspekulasi atau menawarkan informasi yang mungkin tidak akurat.
 8. Jika kita tidak dapat menjawab pertanyaan orang yang selamat, lakukan yang terbaik untuk mempelajari faktanya.

PFA pada Anak dan Remaja

Pemberian pertolongan pertama masalah psikologis pada anak dan remaja, perhatikanlah beberapa hal berikut;

1. Untuk anak kecil, duduk atau berjongkoklah setinggi mata anak.
2. Bantu anak usia sekolah mengungkapkan perasaan, kekhawatiran, dan pertanyaan mereka secara verbal; berikan label sederhana untuk reaksi emosional yang umum (misalnya, marah, sedih, takut, khawatir). Jangan menggunakan kata-kata ekstrem seperti “takut” atau “ngeri” karena ini dapat meningkatkan penderitaan mereka.
3. Dengarkan baik-baik dan hubungi anak untuk memastikan kita memahaminya.

4. Sadarilah bahwa anak-anak mungkin menunjukkan kemunduran perkembangan dalam perilaku dan penggunaan bahasa mereka.
5. Sesuaikan bahasa Anda dengan tingkat perkembangan anak. Anak-anak yang lebih kecil biasanya kurang memahami konsep abstrak seperti “kematian”. Gunakan bahasa yang lugas dan sederhana mungkin.
6. Bicaralah dengan remaja “dewasa-dewasa”, sehingga Anda menyampaikan pesan bahwa Anda menghargai perasaan, kekhawatiran, dan pertanyaan mereka.
7. Perkuat teknik ini dengan orang tua/pengasuh anak untuk membantu mereka memberikan dukungan emosional yang sesuai kepada anak mereka.

PFA pada Orang Dewasa yang Lebih Tua

Pemberian pertolongan pertama masalah psikologis pada orang dewasa yang lebih tua usianya dibanding pemberi dukungan, perhatikanlah beberapa hal berikut;

1. Orang dewasa yang lebih tua memiliki kekuatan dan juga kerentanan. Banyak orang dewasa yang lebih tua telah memperoleh keterampilan coping yang efektif selama seumur hidup dalam menghadapi kesulitan.
2. Bagi mereka yang mungkin mengalami kesulitan mendengar, berbicaralah dengan jelas dan dengan nada rendah.
3. Jangan membuat asumsi hanya berdasarkan penampilan fisik atau usia, misalnya, bahwa penatua (penyintas tua) yang bingung memiliki masalah ingatan, penalaran, atau penilaian yang tidak dapat diubah. Alasan kebingungan yang tampak mungkin termasuk: disorientasi terkait peristiwa traumatis karena perubahan lingkungan; penglihatan atau pendengaran yang buruk; gizi buruk atau dehidrasi; kurang tidur; kondisi medis atau masalah dengan obat-obatan; isolasi sosial; dan merasa tidak berdaya atau rentan.
4. Orang dewasa yang lebih tua dengan cacat kesehatan mental mungkin lebih kesal atau bingung di lingkungan yang tidak dikenalnya. Jika kita mengidentifikasi individu seperti itu, bantu untuk membuat pengaturan konsultasi atau rujukan kesehatan mental.

PFA pada Korban Penyandang Disabilitas

Pemberian pertolongan pertama masalah psikologis pada korban penyandang disabilitas, perhatikanlah beberapa hal berikut;

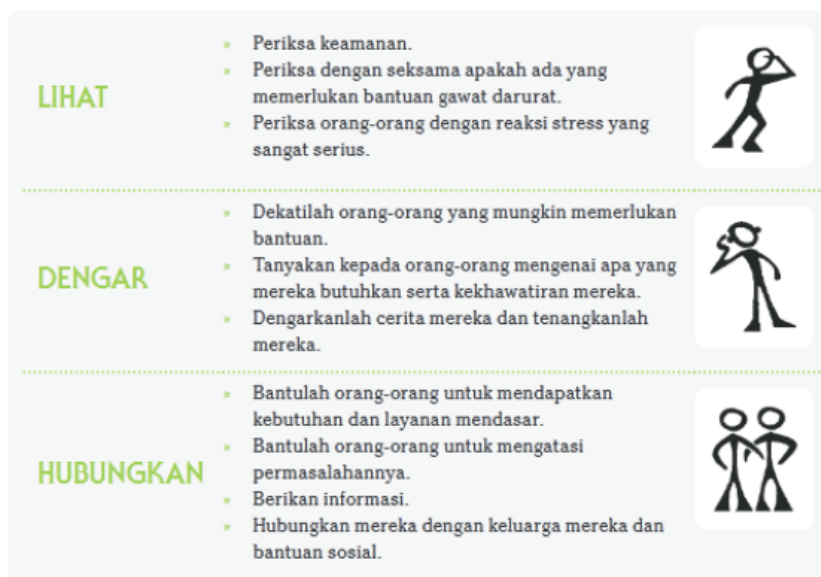
1. Bila diperlukan, cobalah untuk memberikan bantuan di area dengan sedikit kebisingan atau rangsangan lainnya.
2. Bicaralah dengan orang tersebut secara langsung, bukan dengan pengasuhnya, kecuali jika komunikasi langsung sulit dilakukan.
3. Jika komunikasi (pendengaran, ingatan, bicara) tampak terganggu, bicaralah

- dengan sederhana dan perlahan.
4. Ambillah kata-kata seseorang yang mengaku memiliki disabilitas, bahkan jika disabilitasnya tidak jelas atau familiar sebagai model komunikasi.
 5. Ketika tidak yakin bagaimana membantu, tanyakan, “Apa yang bisa saya lakukan untuk membantu?” dan percaya apa yang dikatakan orang itu kepada kita.
 6. Jika memungkinkan, bantu orang tersebut untuk mandiri.
 7. Tawarkan bantuan kepada orang buta atau tunanetra untuk membantunya bergerak di lingkungan yang tidak dikenalnya.
 8. Jika perlu, tawarkan untuk menuliskan informasi dan mengatur agar orang tersebut menerima pengumuman tertulis.
 9. Simpan alat bantu penting (seperti obat-obatan, tangki oksigen, peralatan pernapasan, dan kursi roda) bersama orang tersebut.

34

Penatalaksanaan Pemberian PFA

Tiga hal mendasar mengenai standar operasi PFA adalah lihat, dengar, dan hubungkan. Sistem penatalaksanaan (*standard operational procedure* – SOP) ini akan membantu serta mengarahkan kita untuk melihat dan memasuki area krisis dengan aman, mendekati warga terdampak dan memahami mereka, serta menghubungkan mereka dengan bantuan dan informasi yang dibutuhkan.



Gambar: Standard Operational Procedure – SOP PFA (WHO, 2011)

Situasi krisis dapat berubah dengan sangat cepat. Apa yang ditemukan saat di lapangan kemungkinan sudah berbeda dari informasi awal yang didapat sebelum kita

tiba. Oleh karena itu, sangat penting untuk meluangkan waktu, sehingga dapat melihat kondisi di sekitar sebelum menawarkan bantuan. Kita diharapkan mampu melakukan analisis cepat jika secara tiba-tiba diharuskan terjun pada kondisi krisis tanpa ada persiapan sebelumnya. Melalui informasi awal, diharapkan kita dapat tenang, aman, dan berpikir sebelum bertindak. Berikut

LIHAT	PERTANYAAN	PESAN PENTING
<i>Keamanan</i>	<ul style="list-style-type: none"> Bahaya apakah yang terlihat di lokasi? Contohnya: konflik, jalan yang rusak, gedung yang tidak stabil, adanya api, atau banjir. Apakah Anda dapat berada di sana tanpa membahayakan diri Anda dan orang lain? 	<p>Jika Anda tidak yakin mengenai keamanan dari suatu lokasi, janganlah Anda pergi ke lokasi tersebut. Cobalah untuk mencari bantuan untuk orang-orang yang membutuhkan. Jika memungkinkan, komunikasikan dengan orang-orang yang mengalami stres pada jarak yang aman.</p>
<i>Orang-orang yang terlihat jelas membutuhkan pertolongan kebutuhan dasar dengan segera</i>	<ul style="list-style-type: none"> Apakah ada yang terlihat terluka dan kritis sehingga memerlukan penanganan medis? Adakah yang terlihat memerlukan pertolongan? Contohnya: orang-orang yang tertimbun atau terjebak Adakah orang yang memerlukan kebutuhan dasar dengan segera, misalnya membutuhkan perlindungan dari kondisi cuaca tertentu atau pakaian yang sudah tidak layak digunakan? Stapakah yang memerlukan bantuan untuk mengakses kebutuhan dasar dan perhatian khusus untuk dilindungi dari kekerasan dan diskriminasi? Stapa sajakah yang ada di lokasi sekitar yang siap untuk membantu? 	<p>Ketahui peran Anda dan cobalah untuk mencari bantuan untuk orang-orang yang sangat membutuhkan kebutuhan dasar dan bersifat darurat. Alihkan orang-orang dengan kondisi dan cedera kritis kepada personel media atau orang-orang yang terlatih dalam bidang P3K.</p>
<i>Orang-orang yang menunjukkan reaksi tertekan yang serius/intens</i>	<ul style="list-style-type: none"> Apakah ada orang-orang yang terlihat sangat tertekan, menunjukkan perilaku seperti tidak dapat bergerak sendiri, tidak merespons, dan dalam kondisi tertekan? Di mana dan siapakah yang terlihat sangat tertekan? 	<p>Pertimbangkan siapa sajakah yang memerlukan PFA dan siapa yang dapat tertolong dengan maksimal.</p>

Tabel: Panduan PFA pada kondisi krisis (WHO, 2011)

Sebagian orang mungkin hanya menunjukkan sedikit reaksi atas suatu peristiwa yang dialaminya, bahkan beberapa orang mungkin juga tidak terlihat tertekan sama sekali. Kebanyakan orang akan pulih seiring berjalannya waktu, terutama jika mereka

bisa mendapatkan kembali kebutuhan dasar mereka dan menerima dukungan dari orang di sekitar mereka dan atau PFA.

Namun, orang dengan kondisi yang parah atau mengalami stres dalam waktu yang lama akan memerlukan bantuan yang lebih dari bantuan PFA, terutama jika mereka tidak bisa menjalankan kegiatan sehari-hari atau jika mereka berada dalam kondisi yang dapat membahayakan dirinya maupun orang lain. Pastikan bahwa orang yang mengalami stres tinggi tidak ditinggalkan sendirian dan cobalah menjaga mereka supaya tetap dalam kondisi aman hingga reaksi yang dirasakannya berkurang, atau hingga mereka mendapatkan bantuan dari personel kesehatan, pimpinan setempat, atau anggota komunitas lain di area tersebut. Selain itu, perhatikan populasi yang terdampak, seperti siapakah yang sepertinya memerlukan penanganan dan perhatian khusus untuk keamanan mereka.

DENGAR

- Dekatilah orang-orang yang mungkin memerlukan bantuan.
- Tanyakan kepada orang-orang mengenai apa yang mereka butuhkan serta kekhawatiran mereka.
- Dengarkanlah cerita mereka dan tenangkanlah mereka.



34

Mendengarkan dengan baik saat membantu orang lain merupakan hal yang penting. Dengan menjadi pendengar, dapat memahami situasi dan kebutuhan mereka serta membantu mereka agar merasa tenang, sehingga kita dapat memberikan bantuan yang tepat. Belajarlah untuk mendengarkan dengan:

1. Mata: berikan perhatian yang utuh
2. Telinga: dengarkan kekhawatiran mereka dengan sungguh
3. Hati: tunjukkan kepedulian dan rasa hormat.

HUBUNGAN

- Bantulah orang-orang untuk mendapatkan kebutuhan dan layanan mendasar.
- Bantulah orang-orang untuk mengatasi permasalahannya.
- Berikan informasi.
- Hubungkan mereka dengan keluarga mereka dan bantuan sosial.



Walaupun setiap krisis kondisinya akan berbeda, orang yang terkena dampak peristiwa krisis biasanya akan membutuhkan hal seperti di bawah ini.

YANG SERING DIBUTUHKAN

- ✦ Kebutuhan dasar, seperti tempat berteduh, makanan, air, dan sanitasi.
- ✦ Layanan kesehatan untuk mereka yang mengalami cedera atau bantuan untuk mereka dengan penyakit kronis.
- ✦ Informasi yang benar dan dapat dimengerti mengenai kejadian krisis tersebut, orang-orang terdekatnya, dan bantuan yang tersedia.
- ✦ Kemampuan untuk mengontak orang terdekatnya, teman-temannya, dan bantuan.
- ✦ Akses untuk keperluan khusus terkait budaya atau agama mereka.
- ✦ Dilibatkan dalam menentukan keputusan penting.

Orang mungkin akan merasa rentan, terisolasi, atau tidak berdaya setelah adanya kejadian yang tidak menyenangkan. Pada beberapa situasi, kehidupan sehari-hari mungkin akan terganggu. Mereka mungkin tidak mampu melakukan kebiasaan mereka atau akan terkejut dengan tekanan dan kondisi penuh stres yang tiba-tiba harus mereka jalani. Menghubungkan orang dengan bantuan praktis adalah hal yang penting dari PFA. Ingatlah bahwa PFA digunakan sebagai “*one time intervention*”, sehingga bantuan yang diberikan oleh PFA hanya diberikan dalam waktu singkat. Orang yang terdampak akan memerlukan kemampuan bertahan hidup dalam menangani diri mereka sendiri untuk pemulihan jangka panjang. Bantulah orang lain untuk dapat membantu mereka sendiri, sehingga mereka dapat mengontrol dirinya untuk menghadapi berbagai situasi.

DUKUNGAN PSIKOSOSIAL PADA PENDERITA COVID-19

163

Pandemi Covid-19 yang melanda Indonesia sejak ditemukannya kasus pertama kali pada tanggal 2 maret 2020, hingga saat ini masih terus mengalami peningkatan. Meskipun sempat menurun beberapa bulan, namun ternyata pandemic covid-19 mengalami lonjakan kasus lagi di bulan Juni 2021. Hal ini sangat berdampak terhadap seluruh aspek kehidupan manusia baik fisik, psikologis, social, maupun spiritual.

Pemerintah dengan segala upaya telah melakukan berbagai langkah untuk menekan lonjakan kasus covid-19 di Indonesia melalui pencegahan maupun penanganan kasus. Mulai penerapan protokol ditempat-tempat umum, protokol di lingkungan pendidikan, protokol komunikasi dan protokol kesehatan. Dari berbagai dampak yang dirasakan oleh masyarakat, masalah psikososial menjadi sesuatu yang tidak boleh diabaikan. Hingga saat ini, pandemi Covid-19 telah menimbulkan kekwatiran dan kecemasan bagi individu, keluarga maupun masyarakat. Padahal bila kita cermati, masalah psikososial baik itu kecemasan, kekhawatiran, ketakutan dan lain-lain, mempunyai pengaruh yang besar terhadap ketahanan imunitas individu. Individu yang telah dinyatakan positif covid-19 akan mengalami tiga stressor sekaligus pertama stressor virus yang masuk kedalam tubuh, kedua stressor isolasi di rumah

sakit dan ketiga stressor dari lingkungan sekitar baik keluarga maupun orang-orang terdekatnya. *Stigma* (pandangan masyarakat) terhadap penderita covid-19 yang negatif, juga mempunyai peran penting dalam mendukung tingkat kesembuhan penderita, meskipun hal ini hanya disadari oleh sedikit kalangan. Oleh karena itu, sangat penting bagi kita untuk memberikan dukungan psikososial bagi individu-individu yang telah terinfeksi covid-19 dan kepada seluruh masyarakat yang saat ini berjuang untuk *survive* dalam menghadapi kondisi pandemi nasional.

Menurut Kemenkes (2020) secara global istilah 'Dukungan Kesehatan Jiwa Psikososial (DKJPS) atau *Mental Health and Psychosocial Support (MHPSS)*' digunakan dalam Panduan *Inter Agency Standing Committee (IASC)* dalam Situasi Kedaruratan, berarti dukungan jenis apa pun baik dari luar atau lokal yang bertujuan untuk melindungi atau meningkatkan kesejahteraan psikologis dan atau mencegah serta mengurangi kondisi kesehatan jiwa dan psikososial. DKJPS dipakai oleh berbagai pihak untuk merespons kondisi kedaruratan maupun bencana, salah satunya pandemi COVID-19. DKJPS mengintegrasikan pendekatan biologis, psikologis, dan sosiokultural di bidang kesehatan, sosial, pendidikan dan komunitas, serta untuk menekankan perlunya pendekatan-pendekatan yang beragam dan saling melengkapi dari berbagai profesi dalam memberikan dukungan yang sesuai. DKJPS dalam Situasi Kedaruratan mengedepankan berbagai tingkatan intervensi agar diintegrasikan dalam kegiatan respons pandemi. Tingkatan-tingkatan ini disesuaikan dengan spektrum kebutuhan kesehatan jiwa dan psikososial, mulai dari mempertimbangkan aspek sosial dan budaya dalam layanan-layanan dasar, hingga memberikan layanan spesialis untuk orang dengan masalah kesehatan jiwa dan psikososial yang lebih berat. Prinsip-prinsip utamanya adalah:

1. Jangan menyakiti
2. Menjunjung hak asasi manusia dan kesetaraan
3. Menggunakan pendekatan partisipatif
4. Meningkatkan sumber daya dan kapasitas yang sudah ada
5. Menjalankan intervensi berlapis
6. Menjalankan tugas dengan sistem dukungan terintegrasi.

DUKUNGAN PSIKOSOSIAL PADA ORANG SEHAT

Kondisi kesehatan jiwa dan kondisi optimal dari psikososial dapat tingkatkan melalui:

1. Emosi positif
Dapat berupa perasaan gembira, senang dengan cara melakukan kegiatan dan hobby yang disukai, baik sendiri maupun bersama keluarga atau teman;

103

2. Pikiran positif

Menjauhkan dari informasi hoax, mengenang semua pengalaman yang menyenangkan, bicara pada diri sendiri tentang hal yang positif (*positive self-talk*), responsif (mencari solusi) terhadap kejadian, dan selalu yakin bahwa pandemi akan segera teratasi

3. Hubungan sosial yang positif

Dapat dilakukan dengan memberi pujian, memberi harapan antar sesama, saling mengingatkan cara-cara positif, meningkatkan ikatan emosi dalam keluarga dan kelompok, menghindari diskusi yang negatif, dan saling memberi kabar dengan rekan kerja, teman atau seprofesi

4. Secara rutin tetap beribadah di rumah atau secara daring.

Pencegahan kesehatan jiwa psikososial

Masalah kesehatan jiwa dan psikososial dapat berupa ketakutan, cemas, dan panik terhadap kejadian COVID-19. Orang semakin enggan bertemu dengan orang lain dan muncul curiga orang lain dapat menularkan. Perasaan ini akan memberikan respons pada tubuh untuk cepat melakukan perlindungan untuk memastikan keamanan. Gejala awal yang terjadi adalah khawatir, gelisah, panik, takut mati, takut kehilangan kontrol, takut tertular, dan mudah tersinggung. Jantung berdebar lebih kencang, nafas sesak, pendek dan berat, mual, kembung, diare, sakit kepala, pusing, kulit terasa gatal, kesemutan, otot-otot terasa tegang, dan sulit tidur yang berlangsung selama dua minggu atau lebih.

Sikap mental dalam menghadapi situasi seperti ini dapat berupa:

1. Sikap Reaktif

Yaitu sikap mental yang ditandai dengan reaksi yang cepat, tegang, agresif terhadap keadaan yang terjadi dan menyebabkan kecemasan dan kepanikan. Contoh perilakunya adalah: memborong bahan makanan, masker, hands-sanitizer, vitamin dll. Sikap reaktif ini dapat dikendalikan dengan cara mencari berbagai info atau masukan dari banyak orang sebelum mengambil keputusan.

2. Sikap Responsif

Yaitu sikap mental yang ditandai dengan sikap tenang, terukur, mencari tahu apa yang harus dilakukan dan memberikan respons yang tepat dan wajar. Sikap responsif dapat dikembangkan agar tidak terjadi masalah kesehatan jiwa dan psikososial.

Pencegahan masalah kesehatan jiwa dan psikososial dapat dilakukan di lingkungan keluarga, sekolah maupun tempat kerja.

1. Dilingkungan keluarga

Kegiatan keluarga yang konstruktif semakin menguatkan ikatan emosional dan

keluarga semakin harmonis. Keluarga dapat merencanakan kegiatan 5B: belajar, beribadah, bermain, bercakap-cakap dan berkreasi bersama

2. Dilingkungan sekolah dan tempat kerja
Proses pembelajaran yang dilakukan secara daring dapat menimbulkan kebosanan atau kejenuhan, sehingga mengakibatkan meningkatnya stress pada anak didik. Sekolah dan kampus dapat mengorganisasikan proses pembelajaran yang menarik dan komunikatif seperti voice note atau video mengajar, pertemuan lewat daring yang santai dan fleksibel, serta dapat menggunakan surel dan media sosial. Di tempat kerja, dibuat jadwal bekerja yang fleksibel, sehingga membuat lebih nyaman dalam bekerja untuk mencegah penurunan imunitas karyawannya. Pimpinan harus memiliki protokol standar kesehatan dan keselamatan dalam bekerja.

Dukungan Psikososial pada Orang Tanpa Gejala (OTG)

Orang tanpa gejala (OTG) memiliki kontak erat dengan kasus konfirmasi COVID-19. upaya promotif kesehatan jiwa dan psikososial OTG dapat dilakukan melalui:

1. Mengurangi stresor
Dilakukan dengan mengurangi membuka media sosial, mendapatkan informasi yang benar tentang COVID-19
2. Relaksasi fisik
Dapat dilakukan dengan latihan Tarik nafas dalam, Progressive Muscle Relaxation (Relaksasi Otot Progresif), Olah raga secara rutin
3. Berpikir positif
Dengan melakukan *Afirmasi-positive self talk* (mengucapkan pernyataan positif tentang diri sendiri, keluarga, kehidupan, dan sebagainya), Hipnotik 5 jari (menggunakan kelima jari untuk memikirkan hal yang positif, satukan jempol dan telunjuk sambil membayangkan kondisi tubuh yang sehat, jempol dengan jari tengah sambil membayangkan orang-orang yang sayang dan perhatian, jempol dengan jari manis sambil membayangkan prestasi, penghargaan dan pujian yang pernah dialami, jempol dengan kelingking sambil membayangkan tempat yang paling indah yang pernah dikunjungi sambil membayangkan keindahannya), Penghentian pikiran (jika ada pikiran negatif yang mengganggu jangan biarkan berlama-lama langsung katakan stop)
4. Mempertahankan dan meningkatkan hubungan interpersonal
Saling menyapa, memberi pujian atau penghargaan dan harapan dengan memanfaatkan teknologi informasi.

Dukungan Kesehatan Jiwa dan Psikososial pada Orang dalam Pemantauan

(ODP)

68

Dukungan kesehatan jiwa dan psikososial pada orang dalam pemantauan antara lain:

1. Orang yang mengalami demam ($\geq 38^{\circ}$) atau riwayat demam; atau gejala gangguan sistem pernapasan seperti pilek/sakit tenggorokan/batuk DAN pada 14 hari terakhir sebelum timbul gejala memiliki riwayat perjalanan atau tinggal di negara/wilayah yang melaporkan transmisi lokal
2. Orang yang mengalami gejala gangguan sistem pernapasan seperti pilek/sakit tenggorokan/batuk DAN pada 14 hari terakhir sebelum timbul gejala memiliki riwayat kontak dengan kasus konfirmasi atau probabel covid-19. Penanganan yang diberikan untuk dukungan kesehatan jiwa dan psikososial pada Orang sehat dan OTG dapat pula dilakukan oleh ODP. Jika gejala tidak teratasi dapat menggunakan layanan online kesehatan jiwa yang tersedia di wilayah masing-masing.

Dukungan Keluarga untuk ODP dapat dilakukan dengan:

1. Mempertahankan komunikasi rutin keluarga dengan ODP melalui media sosial.
2. Fasilitas kesehatan menyediakan media komunikasi antara ODP dan keluarga.
3. KIE untuk keluarga, termasuk diberikan dukungan kesehatan jiwa dan psikososial OTG.
4. Memfasilitasi keluarga mengidentifikasi dan menghubungkan sumber-sumber di sekitar dalam memenuhi kebutuhan.

Pelayanan psikologi

Pelayanan psikologi ada ODP dapat diberikan bagi klien ODP, keluarga dan sekitarnya dalam bentuk dukungan sosial (dukungan informasi, emosi, penghargaan dan instrumental) dan mempersiapkan kondisi psikologisnya agar mampu menghadapi permasalahan dan dapat kembali beradaptasi dengan lingkungan sosialnya. Layanan psikologi dapat berbentuk KIE, PFA, telekonseling maupun pemberdayaan komunitas.

Pelayanan pekerja sosial

Pelayanan pekerja sosial terhadap ODP diberikan pada ODP itu sendiri, keluarga dan sistem sosial lainnya yang penting bagi ODP. Pekerja Sosial harus memperhatikan aspek biopsikososial-Spiritual dari ODP dan keluarganya. Fokus layanan pekerja sosial adalah mengidentifikasi kebutuhan dan tantangan (resiko) ODP dan keluarganya, mengidentifikasi sistem sumber penting yang terkait dalam pemenuhan kebutuhan serta membantu memfasilitasi ODP dan keluarga kepada semua sistem sumber yang dibutuhkan dalam situasi ini. Pelayanan pekerja sosial dalam situasi ini dapat bekerja sama dengan tenaga kesejahteraan sosial lainnya, yaitu satuan bakti pekerja sosial (Sakti Peksos), Pendamping PKH dan penyuluh sosial serta tenaga kesejahteraan

sosial lainnya yang berbasis sukarela seperti pekerja sosial masyarakat (PSM), tenaga kesejahteraan Sosial (TKS), karang taruna dan tagana.

Pelayanan kesehatan masyarakat

158 Peran tenaga kesehatan masyarakat (Kesmas) secara umum pada dukungan kesehatan jiwa & psikososial terkait covid-19 adalah sbb :

1. Upaya promotif-preventif (termasuk PFA) di masyarakat/komunitas
2. Melakukan pencegahan terjadinya stigma terkait covid-19
3. Memberdayakan masyarakat/komunitas untuk dukungan psikososial
4. Memahami/memfasilitasi kebutuhan khusus pada kelompok rentan
5. Melakukan kerja sama dengan stake holder di masyarakat/komunitas
6. Memahami alur koordinasi dan rujukan : kesehatan fisik, kesehatan jiwa dan psikososial

Dukungan psikososial Pasien dalam Pengawasan

1. Layanan Psikiatri (konseling psikiatri selama masa pandemi covid-19 dilakukan secara daring baik melalui media sosial PDSKJI Jaya atau melalui aplikasi SEHATPEDIA atau aplikasi sejenis)
2. Asuhan Keperawatan (asuhan keperawatan di fasilitas pelayanan keperawatan dilakukan berdasarkan diagnosis keperawatan yang ditetapkan berdasarkan pengkajian kondisi kesehatan pasien dan tindakan keperawatan ditujukan kepada pasien dan keluarganya disertai kolaborasi dengan tim kesehatan jiwa yang lain)
3. Layanan Psikologi (layanan psikologi dalam masa tanggap darurat covid-19 pada PDP dapat dilakukan oleh Psikolog, Psikolog Klinis, Sarjana Psikologi, Asisten Psikolog dan Praktisi Psikologi sesuai dengan kompetensi dan kewenangan masing-masing)
4. Layanan Pendampingan Pekerja Sosial (pelayanan pekerja sosial terhadap ODP diberikan baik bagi ODP itu sendiri juga terhadap keluarga dan sistem sosial lainnya yang penting bagi ODP. Pekerja Sosial harus memperhatikan aspek BiopsikososialSpiritual dari ODP dan keluarganya. Fokus layanan Pekerja Sosial adalah mengidentifikasi kebutuhan dan tantangan (resiko) ODP dan keluarganya, mengidentifikasi sistem sumber penting yang terkait dalam pemenuhan kebutuhan serta membantu memfasilitasi ODP dan keluarga kepada semua sistem sumber yang dibutuhkan dalam situasi ini.

Semua konsep dan standar operasional prosedur diatas merupakan pedoman standar yang dapat diikuti oleh pemberi pertolongan. Pada pelaksanaannya di lapangan harus menyesuaikan dengan situasi dan kondisi di lapangan, buatlah secara fleksibel sesuai dengan tuntutan kebutuhan masyarakat. Oleh karena itu keterampilan intelektual,

teknikal dan interpersonal harus diutamakan oleh pemberi pertolongan.

Keterampilan intelektual meliputi semua pengetahuan tentang substansi materi yang harus diberikan sebagai bahan edukasi. Keterampilan teknikal meliputi berbagai tindakan operasional dari pengetahuan ilmiah yang dimiliki. Keterampilan interpersonal meliputi kemampuan untuk mempelajari karakteristik dan sifat individu, keluarga dan masyarakat yang akan dilayani. Tuntutan dan kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan dan atau keperawatan, termasuk pemberian bantuan dukungan psikososial ini, sangatlah bervariasi.



Situasi bencana, termasuk bencana pandemi covid ini sangat mempengaruhi kepercayaan, keyakinan masyarakat dalam bersikap dan berperilaku dan mencari pertolongan (*health seeking behavior*). Oleh karena itu, bagaimana pengetahuan, pendapat dan persepsi masyarakat sangat penting diidentifikasi sebagai dasar dalam memberik komunikasi, informasi dan edukasi pemberi bantuan.

Beberapa pendapat masyarakat tentang covid ada yang positif dan banyak juga yang negatif, seperti; apa benar covid ini penyakit menular?, jangan-jangan ini hanya masalah politis? yang diciptakan oleh orang tertentu di negara kita dengan maksud dan tujuan tertentu, jangan-jangan ini ulah China?, proyek pemerintah atau hanya akal-akalan rumah sakit?, dengan harapan agar semua pasien yang berkunjung selalu diperiksa atau di test covid, laboratoriumnya jadi laku, jika terpaksa harus dirawat semua beban alat pelindung diri (APD) yang digunakan tenaga kesehatan akan dibebankan kepada pasien.

Fakta dilap diperhatikan un akurat, karena k informasi bisa di benar, sumber y sosial, menjadi covid.



arokat ini harus informasi yang ar biasa, semua informasi yang terhadap media edukasi tentang

Bangunlah awareness, kesadaran diri bahwa covid ini adalah nyata, penyakit menular yang pertama ditemukan di Wuhan, China pada bulan Desember 2019, dan dalam waktu singkat menyebar ke seluruh dunia. Penularan covid sangat cepat, masif, menyeluruh, parah, mematikan, membawa korban sangat banyak. Belum ada obat akurat, vaksin yang dikembangkanpun telah dilakukan walaupun dengan kontradiksi di masyarakat. Inilah yang menjadi stressor luar biasa pada seluruh masyarakat dunia. Belum lagi berbagai varian baru yang ditemukan, menyebabkan penyebaran covid pada gelombang kedua menjadi lebih parah, menyebabkan banyak masalah psikososial, kesakitan, kematian bahkan melumpuhkan perekonomian negara pada seluruh sektor. Oleh karena itu, himbauan pemerintah baik dari pusat maupun daerah, bahkan pemerintahan global melalui WHO untuk menjalani hidup normal baru perlu diperhatikan dan dilakukan dengan baik.



Asumsinya adalah Covid tetap ada, berdampak masif pada semua bidang tetapi kehidupan harus terus berjalan. Kembangkanlah budaya kehidupan normal baru, Covid ada tetapi kehidupan tetap harus survive. Bagaimana covid tetap ada, tetapi kita bisa hidup damai berdampingan dengan covid, tanpa terpengaruh oleh sifat buruknya virus covid.

Komunikasi, informasi dan edukasi tentang covid yang sebenarnya menjadi prioritas tindakan dalam memberikan dukungan psikososial, gunakan media sosial seakurat mungkin, hindari hoax, saringlah informasi sebelum di share adalah sangat penting. Beberapa motivasi spiritual yang dapat ditambahkan antara lain;

- ✓ Terkadang rencana Tuhan memang sulit dimengerti, tetapi yakinlah kita selalu memperoleh hikmah dibalikinya.
- ✓ Ketika hati sedang resah, gelisah, dan dipenuhi keputus-asaan, ingatlah hanya kepada Allah kita mengadu, tak perlu berkecil hati, betapapun besar masalah kita, masih ada Sang Maha Besar bersama Kita
- ✓ Jika kamu merasa sangat bosan, kecewa atau lelah atas pekerjaanmu, terasa berat dan hampir putus asa, pikirkanlah ada jutaan manusia lain yang tidak punya pekerjaan, iri kepadamu, dan sangat mau menggantikan dirimu

- ✓ Hidup terlalu singkat untuk dijalani dengan penuh penyesalan, cintai mereka yang mencintai kita, dan lupakan mereka yang telah menyakiti kita
- ✓ Ujian itu pasti, Sabar itu pilihan
- ✓ “**73** *mi akan menguji kalian dengan keburukan dan **73** kebaikan sebagai cobaan,” (Q.S Al-Anbiya: 35). Sebagai orang yang beriman, Allah memerintahkan kepada kita untuk senantiasa bersabar dan tawakkal dalam menjalani ujian dan cobaan tersebut.*
- ✓ Berbagai cobaan hidup **73** manusia tujuannya adalah untuk mengetahui siapa saja diantara hamba²-Nya yang pandai bersyukur dan siapa saja yang kufur (mengingkari nikmat), siapa saja di antara mereka yang bisa bersabar dan siapa **73** di antara mereka yang justru menyikapinya dengan cepat berputus asa.
- ✓ Barangkali cobaan ini tidak akan berakhir sampai kita bisa mengambil pelajaran dari **73** an yang menimpa kita.
- ✓ Allah tidak membebani seseorang melainkan sesuai dengan kesanggupannya. – (Q.S Al-Baqarah: 286)



Demikianlah beberapa motivasi spiritual yang dapat ditambahkan dalam memberikan komunikasi, informasi dan edukasi kepada masyarakat, disamping beberapa materi utama yang harus disampaikan. Kementerian informasi dan komunikasi, menyampaikan beberapa pesan terkait pengembangan budaya kehidupan baru antara lain, siapkan dan cek: peralatan makan sendiri, botol minum, sabun cuci tangan, hand sanitizer, masker kain, masker cadangan, peralatan ibadah, tissue basah dan kering, selalu dalam tas perbekalan selama dalam perjalanan atau bepergian.

Tetap lakukan yang terbaik, semua memang Tuhan yang menentukan, tetapi kita wajib berusaha. Pepatah Jawa mengatakan “Sak bejo-bejone wong kang lali, panggah untung wong kang eling lan wasposo”, seberuntung beruntungnya manusia yang lupa, tetap beruntung manusia yang selalu hati-hati dan waspada.

Hadapi kondisi pandemi covid-19 ini dengan tindakan nyata melalui tetap menjaga 5 M;

- ✓ mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir,
 - ✓ memakai masker dengan benar,
 - ✓ menjaga jarak antara satu dengan lainnya minimal 2 meter,
 - ✓ menghindari kerumunan dimanapun tempat dan jenis kegiatan, serta
 - ✓ membatasi mobilisasi dan interaksi dengan lainnya.
- Boleh juga ditambah dengan tindakan hati-hati lainnya.

Jangan pernah menyerah, sudah terlalu banyak jatuh korban, lihatlah mereka yang berjuang di garda terdepan; Tenaga kesehatan, TNI, Polri, Satpol PP, Satgas Pemerintah Daerah, Sukarelawan dan lainnya. Mereka semua juga manusia, jangan dibiarkan terus dalam tekanan, mereka mempunyai hak untuk capek, mempunyai keluarga, anak, istri, suami. Marilah semua bahu-membahu menjaga hidup sehat, berjuang melawan pandemi covid ini. Jika Anda manusia hebat, jangan pernah kesombongan Titanic.

Jangan Mengulang....

KESOMBONGAN TITANIC

Julukan Titanic
“THE UNSINKABLE”
 (Tidak Bisa Tenggelam)

KAPTEN TITANIC
SMITH MURDOCH

“Ini adalah kapal yang tak bisa tenggelam bahkan Tuhan sekalipun tidak dapat menenggelamkan Titanic “



Kapten Smith Murdoch, sang kapten kapal Titanic yang sangat luar biasa megah, besar, dan canggih, memperkenalkan kepada semua penumpang bahwa “kapal ini adalah kapal yang tidak bisa tenggelam, bahkan Tuhan sekalipun tak dapat menenggelamkan Titanic”. Janganlah demikian, apa yang terjadi setelah itu.

Tetaplah santun, kita hanyalah manusia biasa, teruslah berjuang dan berusaha, selebihnya, biarlah Tuhan yang menentukan. Setidak-tidaknya kita harus terus berbuat baik dan bermanfaat untuk alam semesta.

DAFTAR PUSTAKA

A Guide to Psychological First Aid for Red Cross and Red Crescent Societies <https://pscentre.org/?resource=a-guide-to-psychological-first-aid-for-red-cross-red->

crescent-societies.

- Inter-Agency Standing Committee (IASC). 2007. IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Geneva: IASC. Diakses dari http://www.who.int/mental_health_psychosocial_mei_2021.pdf
- Juniarta Sinaga & Lusya Y. Lestari. (2019). "Psychological First-Aid (PFA) Training Pada Jemaat All Saints Anglican Church di Jakarta". *Prosiding PKM-CSR, Vol. 2*. e-ISSN:2655-3570.
- Keliat, dkk. (2020). Dukungan Kesehatan Jiwa dan Psikososial (*Mental Health and Psychosocial Support covid-19*). Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
- Kemenkes. (2020). Pedoman Dukungan Kesehatan Jiwa dan Psikososial pada Pandemi Covid-19. Direktorat Jendral Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kitchener, Betty A; Jorm, Anthony F. (2008). Early Intervention in the Real World: Mental Health First Aid: An Internasional Programme for early intervention . *Early Intervention in Psychiatry*, 55-61.
- Nancy.J.Carlson. (2013). Psychological First Aid (PFA). *Minnesota Department of Health (MDOH)*. Office of Emergency Preparedness Education, Exercises, and Planning Unit.P.O. Box 64975St. Paul, MN 55164-0975
- Psychological first aid: Guide for field workers, https://www.who.int/mental_health/publications/guide_field_workers/en/
- Sadock, B.J., Sadock, V. A. 2007. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences / Clinical Psychiatry. Ed. 10. Lippincott Williams & Wilkins
- WHO. (2011). Psychological First Aid: Guide for field workers. Editor: Margaretha & Dita Kencana Sari (2020). Penerbit Airlangga University Press.
- WHO. (2016). Psychological First Aid For All. Supporting People in the Aftermath of Crisis Events.





BAB 4

KEPERA KESADARAN DIRI MAHASISWA KEPERAWATAN DALAM MELAKUKAN SKRINING MASALAH PSIKOSOSIAL

LATAR BELAKANG

Kecemasan merupakan salah satu gejala masalah psikososial, dialami sebanyak 75 % mahasiswa keperawatan Universitas Airlangga. Berdasarkan studi pendahuluan permasalahan diatas 56,4% disebabkan karena koping kurang baik dan sebanyak 49,1% disebabkan karena manajemen waktu yang kurang baik. Penyebab lainnya yaitu tugas terlalu banyak sebesar 34,5 %, jadwal *reschedule* serta beban sks yang berat dengan presentase yang kecil yang menyebabkan mahasiswa mengalami kelelahan fisik maupun psikologis. Kecemasan yang dialami mahasiswa keperawatan UNAIR adalah kecemasan sedang hal ini ditunjukkan melalui studi pendahuluan yang diukur menggunakan skala SRAS (*Self-Rating Anxiety Scale*). Hasil studi pendahuluan mengatakan bahwa mahasiswa fakultas keperawatan tidak menganggap masalah kecemasan yang berlanjut kepada stress fisik dan psikologis menjadi hal yang harus segera diatasi, mereka menganggap masalah tersebut menjadi hal yang wajar terjadi. Fenomena tersebut menggambarkan kesadaran mahasiswa keperawatan terhadap kesehatan psikososial masih rendah (Ormel, Cuijpers, Jorm, & Schoevers, 2020).

Dampak yang dirasakan mahasiswa akibat permasalahan diatas meliputi pusing, diare, asam lambung meningkat, dan sariawan (Benner, Margaret P, 1993). Dampak lainnya seperti tugas kuliah yang selesai namun tidak maksimal dalam mengerjakan sebesar 92,3 % serta tugas kuliah yang tidak selesai sebesar 13,5 %. Sebagian besar dari mahasiswa tersebut membiarkan masalah tersebut terjadi meskipun mereka mengetahui bahwa masalah psikososial berdampak kepada kesehatan tubuh secara umum dan produktifitas (Kulygina & Loginov, 2015).

Sebanyak 190 juta orang menderita depresi, 60 juta orang menderita bipolar, 21 juta orang menderita skizofrenia, serta 47,5 juta orang menderita demensia (WHO, 2016). Prevalensi gangguan mental berat penduduk Indonesia 1,7% dan gangguan mental emosional mencapai sekitar 6.1% pada tahun 2013 dan meningkat menjadi 9,8% pada tahun 2018. (Riskesdas, 2018). Penelitian mengenai gambaran tingkat stres mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara tahun 2012, menunjukkan bahwa

35 mahasiswa (35%) mengalami stres ringan, 61 mahasiswa (61%) mengalami stres sedang, dan 4 mahasiswa (4%) mengalami stres tinggi. Lebih dari 19 juta penduduk usia di atas 15 tahun terkena gangguan mental emosional. (WHO, 2010) menyebutkan angka bunuh diri di Indonesia mencapai 1,6 – 1,8% per 100.000 jiwa.

Dampak masalah psikososial yang luas mencakup seluruh aspek kehidupan manusia salah satunya produktifitas, hal ini menjadi perhatian yang perlu diatasi melalui upaya preventif. Pencegahan sekunder atau preventif ditujukan kepada anggota masyarakat yang mengalami masalah psikososial (risiko gangguan jiwa) (Maramis, W.F, 1994). Tujuan pelayanan ini menurunkan angka kejadian gangguan jiwa. Target pelayanan adalah anggota mahasiswa yang berisiko atau memperlihatkan tanda masalah psikososial dan gangguan jiwa (Maramis, W.F, 1994).

Skrining dilakukan sebagai upaya pencegahan sekunder pada mahasiswa keperawatan yang memperlihatkan tanda masalah psikososial dan gangguan jiwa (Maramis, W.F, 1994). Skrining digunakan sebagai deteksi dini masalah kesehatan. Hal ini sesuai dengan program pemerintah dengan adanya konselor kesehatan dan skrining (Prince, 2015). Namun upaya tersebut belum menunjukkan hasil maksimal, karena kepedulian kesehatan mental yang rendah, termasuk proses skrining yang tidak dapat sejalan dengan keadaan masyarakat, kurangnya sumberdaya manusia, dan fasilitas kesehatan yang tersedia (Andriyani & Semarang, 2017).

Kesadaran diri rendah berkaitan dengan ketidaksinambungan perkembangan yang muncul dengan tekanan kehidupan yang terjadi, kualitas interaksi sosial tertentu, seperti hubungan yang rumit dengan orang tua, dan transisi sekolah atau lingkungan yang memberikan dampak pada penyesuaian diri (Chen, Mechanic, & Hansell, 1998); (Yee & Flanagan, (1985); Ryan & Kuczkowski (1994); dan (Lord, Eccles, & McCarthy, 1994)). Kondisi kesadaran diri yang rendah perlu diperbaiki agar dapat berfungsi sebagaimana mestinya (Mualwi, 2018). Permasalahan yang terjadi pada mahasiswa keperawatan Universitas Airlangga terkait masalah psikososial yang tinggi dibuktikan dengan studi pendahuluan oleh peneliti, sehingga perlu penanganan terkait masalah tersebut.

Kesadaran diri dipengaruhi oleh faktor demografi, diantaranya jenis kelamin, pendidikan, usia, dan riwayat penyakit sebelumnya. (Lisnaifahya, 2018). Faktor karakteristik psikologis mempengaruhi keberanian untuk melakukan skrining maupun pengobatan, faktor sosial budaya yang terdiri dari interaksi sosial dan dukungan keluarga berpengaruh terhadap kesadaran dalam melakukan skrining, semakin sering seseorang berinteraksi dengan orang lain semakin banyak pengalaman dan kebiasaan bersosialisasi dengan baik. Pengaruh sosial budaya ini mempengaruhi persepsi dan kepercayaan orang terhadap masalah gangguan mental. Faktor tersebut sesuai dengan teori *Health Belief Model* (HBM) yaitu suatu model yang digunakan untuk menggambarkan kepercayaan individu terhadap perilaku hidup sehat, sehingga

individu akan melakukan perilaku sehat, perilaku sehat tersebut dapat berupa perilaku pencegahan maupun penggunaan fasilitas kesehatan. *Health belief model* ini sering digunakan untuk memprediksi perilaku kesehatan preventif.

Kegunaan kesadaran diri untuk seseorang antara lain, meningkatkan prestasi akademik dan produktivitas kerja, mengelola diri sendiri, mengatur tujuan hidup dengan baik dan memilih karir yang pantas, mengatasi stres dengan baik, memahami diri perbedaan diri sendiri dan orang lain serta dapat mengembangkan *skill* interpersonal (Kalaiyaran & Solomon, 2016). Berdasarkan permasalahan diatas peneliti tertarik melakukan penelitian terhadap kesadaran diri pada mahasiswa keperawatan dalam melakukan skrining masalah psikososial.

Tujuan penelitian ini adalah menganalisis faktor yang berhubungan dengan kesadaran diri mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dalam melakukan skrining masalah psikososial, secara khusus bertujuan untuk:

1. Menganalisis hubungan parsial pengetahuan dengan kesadaran diri mahasiswa keperawatan dalam melakukan skrining psikososial.
2. Menganalisis hubungan parsial interaksi sosial dengan kesadaran diri mahasiswa keperawatan dalam melakukan skrining psikososial.
3. Menganalisis hubungan parsial dukungan keluarga dengan kesadaran diri mahasiswa keperawatan dalam melakukan skrining psikososial.
4. Menganalisis hubungan parsial kerentanan yang dirasakan dengan kesadaran diri mahasiswa keperawatan dalam melakukan skrining psikososial.
5. Menganalisis hubungan parsial keparahan yang dirasakan dengan kesadaran diri mahasiswa keperawatan dalam melakukan skrining psikososial.
6. Menganalisis hubungan parsial manfaat yang dirasakan dengan kesadaran diri mahasiswa keperawatan dalam melakukan skrining psikososial.
7. Menganalisis hubungan parsial hambatan yang dirasakan dengan kesadaran diri mahasiswa keperawatan dalam melakukan skrining psikososial.
8. Menganalisis hubungan parsial kepercayaan diri yang dirasakan dengan kesadaran diri mahasiswa keperawatan dalam melakukan skrining psikososial.
9. Menganalisis hubungan simultan pengetahuan, interaksi sosial, dukungan keluarga, kerentanan yang dirasakan, keparahan yang dirasakan, manfaat yang dirasakan, hambatan yang dirasakan dan kepercayaan diri dengan kesadaran diri mahasiswa keperawatan dalam melakukan skrining psikososial.

DASAR PEMIKIRAN

Skrining Psikososial

Skrining adalah suatu penerapan uji atau tes terhadap orang yang tidak menunjukkan gejala dengan tujuan mengelompokkan mereka ke dalam kelompok

yang mungkin menderita penyakit tertentu. Skrining merupakan deteksi dini penyakit, bukan merupakan alat diagnostik. Bila hasil skrining positif, akan diikuti uji diagnostik atau prosedur untuk memastikan adanya penyakit. upaya mendeteksi atau mencari penderita penyakit tertentu dalam masyarakat dengan melaksanakan pemisahan berdasarkan gejala yang ada atau pemeriksaan laboratorium untuk memisahkan yang sehat dan kemungkinan sakit, selanjutnya diproses melalui diagnosis dan pengobatan.

Menurut WHO pengertian skrining adalah upaya pengenalan penyakit atau kelainan yang belum diketahui dengan menggunakan tes, pemeriksaan atau prosedur lain yang dapat secara cepat membedakan orang yang tampak sehat tetapi sesungguhnya menderita kelainan.

Tujuan Skrining

Tujuan skrining untuk mendapatkan keadaan penyakit dalam keadaan dini untuk memperbaiki prognosis, karena pengobatan dilakukan sebelum penyakit mempunyai manifestasi klinis. Program skrining sangat dibutuhkan karena adanya isu yang mendasari:

1. Penemuan gejala penyakit secara dini akan lebih baik dibandingkan dengan jangka waktu yang lama.
2. Pencegahan sebelum terjadinya penyakit akan lebih baik dibandingkan dengan sudah terjadinya penyakit.
3. Pencegahan membutuhkan biaya yang lebih ringan.

Evaluasi yang matang perlu dilakukan sebelum skrining masal dilakukan. Jenis penyakit yang tepat untuk skrining:

1. Penyakit serius. Alasan penyakit serius merupakan penyakit yang tepat dalam program skrining adalah:
 - 1) Cost-effective, biaya skrining harus sesuai dengan hilangnya konsekuensi kesehatan
 - 2) Aspek etik, konsekuensi tidak terdiagnosis, dan pengobatan dini harus lebih menguntungkan daripada akibat yang didapat dan prosedur skrining.
 - 3) Menyelamatkan hidup.
 - 4) Pengobatan sebelum gejala muncul (fase preklinik) harus lebih menguntungkan dalam pengertian mortalitas dan morbiditas dibanding setelah gejala yang muncul.
 - 5) Kegiatan skrining yang dilakukan harus mempertimbangkan tahap mana yang lebih menghasilkan manfaat baik dari segi materi dan material. Pengobatan pada fase preklinik terdeteksi lebih baik sebelum gejala muncul.

2. Prevalens penyakit preklinik harus tinggi pada populasi yang di skrining. Kegiatan skrining sangat bermanfaat bila kejadian di masyarakat sering dijumpai dan dapat terdeteksi dengan cepat sehingga kegiatan ini dengan biaya program skrining yang murah dapat dideteksi kasus yang terjadi di masyarakat. Dalam melakukan tes skrining, agar mencapai tujuan yang diinginkan hendaknya berpedoman pada kriteria dibawah ini:
 - 1) Harus tersedia
 - 2) Tidak mahal
 - 3) Mudah dilakukan
 - 4) Mengakibatkan ketidaknyamanan
 - 5) Valid, reliabel, dapat digandakan

Syarat Skrining

Skrining yang digunakan untuk menyusun suatu program penyaringan, diharuskan memenuhi beberapa kriteria atau ketentuan khusus yang merupakan persyaratan suatu tes penyaringan, berikut ini merupakan syarat skiring menurut (Rajab, 2008):

1. Penyakit yang dituju harus merupakan masalah kesehatan yang berarti dalam masyarakat dan dapat mengancam derajat kesehatan masyarakat tersebut.
2. Tersedianya obat yang potensial dan memungkinkan pengobatan bagi mereka yang dinyatakan menderita penyakit yang mengalami tes. Keadaan penyediaan obat dan jangkauan biaya pengobatan dapat mempengaruhi tingkat atau kekuatan tes yang dipilih.
3. Tersedianya fasilitas dan biaya untuk diagnosis pasti bagi mereka yang dinyatakan positif serta tersedianya biaya pengobatan bagi mereka yang dinyatakan positif melalui diagnose klinis.
4. Tes penyaringan terutama ditujukan pada penyakit yang masa latennya cukup lama dan dapat diketahui melalui pemeriksaan atau tes khusus.
5. Tes penyaringan hanya dilakukan bila memenuhi syarat untuk tingkat sensitivitas dan spesifitasnya karena kedua hal tersebut merupakan standar untuk mengetahui apakah di suatu daerah yang dilakukan skrining berkurang atau bertambah.
6. Semua bentuk atau teknis dan cara pemeriksaan dalam tes penyaringan harus dapat diterima oleh masyarakat secara umum.

Manfaat Program Skrining

Program skrining yang ditujukan untuk memberikan manfaat yang lebih besar daripada efek negative yang ditimbulkan memberikan banyak manfaat, diantaranya manfaat program skrining antara lain;

1. Angka mortalitas menjadi lebih rendah, penurunan angka kesakitan, dan biaya kesehatan lebih rendah.
2. Meningkatkan harapan hidup sehat dan kualitas hidup, berkurang rasa nyeri, kecemasan, dan ketidakmampuan.
3. Menemukan orang yang terdeteksi menderita suatu penyakit sedini mungkin sehingga dengan segera memperoleh pengobatan
4. Mencegah meluasnya penyakit di masyarakat.
5. Mendidik dan membiasakan masyarakat untuk memeriksakan diri sedini mungkin.

MASALAH PSIKOSOSIAL

Definisi Masalah Psikososial

Masalah psikososial adalah setiap perubahan dalam kehidupan individu baik bersifat psikologis ataupun sosial yang mempunyai pengaruh timbal balik dan dianggap berpotensi cukup besar sebagai faktor penyebab terjadinya gangguan jiwa (gangguan kesehatan) secara nyata, atau sebaliknya masalah kesehatan jiwa berdampak pada lingkungan sosial (Zaini, 2019). Konsep dan definisi masalah psikososial secara lengkap telah dibahas pada bab 1 buku ini.

Ciri Masalah Psikososial

Menurut (Zaini, 2019), ciri masalah psikososial adalah:

1. Cemas, khawatir berlebihan, takut.
2. Mudah tersinggung
3. Sulit konsentrasi
4. Bersifat ragu-ragu atau merasa rendah diri
5. Merasa kecewa
6. Pemarah dan agresif
7. Reaksi fisik seperti jantung berdebar, otot tegang, sakit kepala.

MAHASISWA KEPERAWATAN

Pengertian Mahasiswa Keperawatan

Mahasiswa keperawatan adalah seseorang yang dipersiapkan untuk dijadikan perawat profesional dimasa yang akan datang. Perawat profesional wajib memiliki rasa tanggung jawab atau akuntabilitas pada dirinya, akuntabilitas merupakan hal utama dalam praktik keperawatan yang profesional dimana hal tersebut wajib ada pada diri mahasiswa keperawatan sebagai perawat dimasa mendatang (Black, 2014).

Seorang mahasiswa merupakan golongan akademis dengan intelektual yang

terdidik dengan segala potensi yang dimiliki untuk berada didalam suatu lingkungan sebagai agen perubahan. Mahasiswa mempunyai tanggung jawab yang besar untuk dapat memecahkan masalah dalam bangsanya, maka dari itu mahasiswa bertanggung jawab dan mempunyai tugas dalam hal akademis ataupun organisasi (Oharella, 2011).

Mahasiswa keperawatan perlu memahami dan mengerti mengenai fungsi dan peran perawat, peran ini menjadi hal yang harus dikuasai oleh mahasiswa keperawatan nantinya ketika sudah berada di dunia kerja, asuhan keperawatan merupakan fokus utama bagi seorang perawat agar klien dapat merasa sejahtera secara biopsikososiospiritual.

Peran merupakan rangkaian perilaku yang dilakukan seseorang sesuai dengan apa yang menjadi profesinya, serta dilandasi oleh keadaan sosial dan bersifat abadi (Hapsari, 2013). Begitu juga dengan profesi perawat dalam menjalankan ⁹⁴annya harus sesuai dengan standar praktik asuhan keperawatan yang ditetapkan. Menurut konsorsium ilmu kesehatan tahun 1989 dalam Syaiful (2015) peran perawat terdiri dari:

1. Pemberi asuhan keperawatan

Seorang perawat dalam memberikan asuhan keperawatan harus melalui beberapa tahap meliputi pengkajian, penetapan diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi. Seorang perawat dikatakan profesional apabila telah melakukan asuhan keperawatan sesuai standar, setelah melakukan asuhan keperawatan selanjutnya perawat memantau kondisi klien dan memberikan pendidikan kesehatan terkait informasi yang menunjang kesehatan klien (Susanto, 2012).

2. *Advocate*

Advocate atau pelindung merupakan peran perawat dimana perawat menjadi penengah antara klien dengan tenaga kesehatan maupun instansi kesehatan. Artinya perawat membantu klien dalam pengambilan keputusan yang tepat, misalkan pengambilan keputusan terkait tindakan medis bagi klien, selain itu perawat membantu menjelaskan terkait informasi yang diterima klien (Hapsari, 2013).

3. Pendidik

Menjadi tenaga pendidik merupakan salah satu peran perawat yang akan memberikan manfaat berupa pengetahuan, informasi, dan ketrampilan baru. Sasaran perawat dalam melakukan pendidikan yaitu klien, keluarga, anggota masyarakat, dan mahasiswa sebagai upaya meningkatkan derajat kesehatan (Susanto, 2012).

4. Agen perubahan

Tidak hanya tenaga kesehatan yang fokus di pelayanan kesehatan, perawat juga menjadi agen perubahan yang membuat inovasi untuk mendukung dalam meningkatkan derajat kesehatan. Disisi lain perawat harus mampu mengubah

pola berpikir masyarakat agar dapat mengatasi permasalahan sehingga hidup sehat dan damai bisa terwujud (Susanto, 2012).

5. Peneliti

Perawat sebagai peneliti berperan dalam menciptakan temuan baru yang digunakan untuk memajukan dunia keperawatan. Menemukan sebuah masalah atau kesenjangan kemudian perawat menerapkan konsep teori yang sudah ada untuk menyelesaikan penelitian, sehingga penelitian yang dilakukan mempunyai manfaat untuk peningkatan mutu keperawatan dan sekaligus informasi baru didunia keperawatan (Susanto, 2012).

6. Konsultan

Perawat mempunyai peran sebagai konsultan yaitu sebagai tempat berkonsultasi klien maupun keluarga untuk mengungkapkan permasalahan. Perawat memberikan solusi sesuai kemampuannya agar masalah klien dan keluarga teratasi, peran sebagai konsultan ini diperankan perawat sesuai permintaan klien maupun keluarga (Kusnanto dalam Hapasari 2013).

7. Kolaborasi

Perawat bekerja sama dengan anggota tim kesehatan lain seperti dokter, farmasi, gizi, dll untuk memberikan pelayanan kepada klien agar tercapai derajat kesehatan yang optimal bagi klien (Susanto, 2012).

Karakteristik Perkembangan Mahasiswa

Transisi dari sekolah dasar menuju sekolah menengah pertama yang melibatkan perubahan dan kemungkinan stres, begitu pula masa transisi dari sekolah menengah atas menuju universitas. Transisi ini melibatkan gerakan menuju satu struktur sekolah lebih besar dan tidak bersifat pribadi, seperti interaksi dengan kelompok sebaya dari daerah yang lebih beragam dan peningkatan perhatian pada prestasi dan penilaiannya (Santrock, 2002). Perguruan tinggi dapat menjadi masa penemuan intelektual dan pertumbuhan kepribadian. Mahasiswa berubah saat merespon terhadap kurikulum yang menawarkan wawasan dan cara berpikir baru seperti, terhadap mahasiswa lain yang berbeda dalam soalpandangan dan nilai, terhadap kultur mahasiswa berbeda dengan kultur pada umumnya, dan terhadap anggota fakultas yang memberikan model baru.

Ciri perkembangan remaja lanjut atau remaja akhir (usia 18 sampai 21 tahun) dapat dilihat dalam tugas perkembangan yaitu (Gunarsa, 2001):

1. Menerima keadaan fisiknya, perubahan fisiologis dan organ yang sedemikian hebat pada tahun sebelumnya, pada masa remaja akhir sudah lebih tenang. Struktur dan penampilan fisik sudah menetap dan harus diterima sebagaimana adanya. Kekecewaan karena kondisi fisik tertentu tidak lagi mengganggu dan sedikit demi sedikit mulai menerima keadaannya.

2. Memperoleh kebebasan emosional, masa remaja akhir sedang pada masa proses melepaskan diri dari ketergantungan secara emosional dari orang yang dekat dalam hidupnya (orang tua). Kehidupan emosi yang sebelumnya banyak mendominasi sikap dan tindakannya mulai terintegrasi dengan fungsi lain sehingga lebih stabil dan lebih terkendali. Dia mampu mengungkapkan pendapat dan perasaannya dengan sikap yang sesuai dengan lingkungan dan kebebasan emosionalnya.
3. Mampu bergaul, dia mulai mengembangkan kemampuan mengadakan hubungan sosial baik dengan teman sebaya maupun orang lain yang berbeda tingkat kematangan sosialnya. Dia mampu menyesuaikan dan memperlihatkan kemampuan bersosialisasi dalam tingkat kematangan sesuai dengan norma sosial yang ada.
4. Menemukan model untuk identifikasi, dalam proses ke arah kematangan pribadi, tokoh identifikasi sering kali menjadi faktor penting, tanpa tokoh identifikasi timbul kekecewaan akan model yang ingin ditiru dan memberikan pengarahan bagaimana bertingkah laku dan bersikap baik.
5. Mengetahui dan menerima kemampuan sendiri, pengertian dan penilaian yang objektif mengenai keadaan diri sendiri mulai terpupuk. Kekurangan dan kegagalan yang bersumber pada keadaan kemampuan tidak lagi mengganggu berfungsinya kepribadian dan menghambat prestasi yang ingin dicapai.
6. Memperkuat penguasaan diri atas dasar skala nilai dan norma, nilai pribadi yang tadinya menjadi norma dalam melakukan sesuatu tindakan bergeser ke arah penyesuaian terhadap norma di luar dirinya. Baik yang berhubungan dengan nilai sosial ataupun nilai moral.
7. Meninggalkan reaksi, dunia remaja mulai ditinggalkan dan dihadapannya terbentang dunia dewasa yang akan dimasuki. Ketergantungan secara psikis mulai ditinggalkan dan ia mampu mengurus dan menentukan sendiri. Masa ini adalah masa persiapan ke arah tahapan perkembangan berikutnya yakni masa dewasa muda.

Tugas Perkembangan Mahasiswa

Istilah adult atau dewasa awal berasal dari bentuk lampau *adultus* yang berarti telah tumbuh menjadi kekuatan atau ukuran yang sempurna atau telah menjadi dewasa. (Santrock, 1999) mengatakan orang dewasa muda termasuk masa transisi, baik transisi secara fisik, transisi secara intelektual dan transisi secara peran sosial. (Hurlock, 1999) menjelaskan masa dewasa awal adalah masa pencarian kemandirian dan masa reproduktif yaitu suatu masa yang penuh dengan masalah dan ketegangan emosional, periode isolasi sosial, periode komitmen dan masa ketergantungan, perubahan nilai, kreatifitas dan penyesuaian diri pada pola hidup yang baru. Hurlock mengatakan masa dewasa awal dimulai pada umur 18 tahun sampai umur 40 tahun, saat perubahan fisik

dan psikologis yang menyertai berkurangnya kemampuan reproduktif. Berikut ini tugas perkembangan masa dewasa awal:

1. Masa pengaturan, hal ini dimana individu sudah mampu bertanggung jawab dalam kehidupannya sendiri.
2. Masa bermasalah, masalah yang baru dihadapi seorang individu di tahap dewasa awal ini berbeda dengan masalah yang dialaminya saat berada pada masa remaja. Individu diharapkan mampu untuk menyesuaikan diri dalam menghadapi masalah yang dihadapinya.
3. Masa ketegangan emosional, ketegangan emosional individu yang mendekati masa dewasa seringkali ditempatkan dalam ketakutan atau kekhawatiran dalam menghadapi siklus kehidupan.
4. Masa keterasingan sosial, dalam hal ini hubungan individu dengan teman-teman kelompok sebaya berkurang karena sibuk mempersiapkan karier. Sebagai akibatnya individu akan mengalami krisis keterasingan.
5. Masa ketergantungan, status dewasa awal memberikan kebebasan kepada individu untuk mandiri sehingga tidak bergantung kepada orang tua, teman lainnya.
6. Masa perubahan nilai, hal ini terjadi karena beberapa alasan seperti ingin diterima pada kelompok orang dewasa, kelompok sosial, dan ekonomi orang dewasa awal.
7. Masa kreatif, bentuk kreatifitas yang akan terlihat tergantung pada minat dan kemampuan individu. hal ini tercapai ketika individu mengembangkan kemampuannya melalui hobi, dan ada juga yang menyalurkan melalui pekerjaannya.

Masa dewasa dikatakan sebagai masa sulit bagi individu karena pada masa ini seseorang dituntut untuk melepaskan ketergantungannya terhadap orang tua dan berusaha untuk dapat mandiri, juga diharapkan untuk siap terhadap karier yang nanti ditekuni.

KESADARAN DIRI

Definisi kesadaran diri

Teori kesadaran diri pertama kali diperkenalkan oleh George Herbert Mead (dalam Ferrari dan Stemberg, 1998), Mead menjelaskan kesadaran diri yaitu memusatkan perhatian individu kedalam dirinya. Teori Mead kemudian dikembangkan oleh Duval & Winclund (1972) yang menyatakan kesadaran diri adalah rangkaian langkah kognitif yang muncul ketika individu mengarahkan perhatian pada dimensi diri tertentu, selanjutnya Duval & Wiclund menambahkan bahwa kesadaran diri adalah kondisi dimana individu menjadi objek dari perhatian diri sendiri. Adanya perhatian terhadap

diri sendiri menyebabkan individu lebih menyadari perilaku dan keyakinannya. Kesadaran diri berfungsi untuk mengendalikan diri dalam upaya memenuhi kebutuhan hidupnya, agar ia berhasil mengatasi masalah (Duval & Silvia, 2002).

Goleman (2007) menjelaskan kesadaran diri adalah kemampuan seseorang memahami, menerima dan mengelola seluruh potensi untuk pengembangan hidup di masa depan. Kesadaran diri yaitu perhatian terus menerus terhadap keadaan batin seseorang. Keadaan refleksi diri ini, pemikiran mengamati dan menggali pengalaman termasuk emosi. Kesadaran diri, seseorang berupaya untuk mengetahui seluruh aspek hidup yang berhubungan dengan kelebihan maupun kekurangan dalam dirinya. Ketidakmampuan dalam mencermati perasaan yang sesungguhnya membuat diri berada dalam kekuasaan perasaan, sehingga tidak peka akan perasaan diri dan orang lain yang berpengaruh terhadap pengambilan keputusan atas suatu masalah.

Kegunaan kesadaran diri untuk seseorang antara lain: meningkatkan prestasi akademik dan produktivitas kerja, mengelola diri sendiri, mengatur tujuan hidup dengan baik dan memilih karir yang pantas, mengatasi stres dengan baik, memahami diri perbedaan diri sendiri dan orang lain serta dapat megembangkan skill interpersonal (Kalaiyarasan & Solomon, 2016).

Dari penjelasan di atas dapat disimpulkan bahwa kesadaran diri merupakan kemampuan seseorang untuk memahami, mengidentifikasi pikiran dan perasaan serta menyadari atas kelemahan dan kelebihan yang ia miliki. Penelitian Rogers (1974) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru, di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yaitu:

1. *Awareness* (kesadaran), orang tersebut menyadari dalam arti mnegetahui stimulus (objek) terlebih dahulu.
2. *Interest*, orang mulai tertarik kepada stimulus
3. *Evaluation*, menimbang-nimbang baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya. Hal ini sikap responden sudah lebih baik lagi.
4. *Trial*, orang telah mulai mnecoba perilaku baru.
5. *Adoption*, subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus.

Apabila penerimaan perilaku baru atau adopsi perilaku melalui proses seperti ini didasari oleh kesadaran, pengetahuan dan sikap yang positif, maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng (*long lasting*).

Dimensi kesadaran diri

Jika merujuk pada kamus besar Bahasa Indonesia, pengertian dimensi adalah ukuran yang mencakup Panjang, lebar, tinggi, luas, dan lainnya. Definisi dimensi juga bermakna salah satu aspek yang meliputi atribut, elemen, item, fenomena, situasi atau

factor yang membentuk suatu entitas, sehingga dimensi kesadaran diri adalah factor yang membentuk kesadaran diri. Menurut Goleman (2007) dimensi kesadaran diri mengandung 3 kompetensi, yaitu:

1. Kesadaran diri emosional (*Emotional Self Awareness*)

Kesadaran diri emosional yaitu mencerminkan pentingnya mengenali perasaan sendiri dan bagaimana mereka mempengaruhi performa. Pada tingkat lain, kesadaran emosional diri adalah kunci untuk menyadari kekuatan dan kelemahan sendiri (Goleman, 2007). Seseorang yang dapat mengenali emosi diri dan pengaruhnya, maka orang tersebut mampu untuk:

- 1) Mengetahui emosi makna yang sedang mereka rasakan dan mengapa terjadi.
- 2) Menyadari keterkaitan antara perasaan mereka dengan yang mereka pikirkan.
- 3) Mengetahui bagaimana perasaan mereka mempengaruhi kinerja.
- 4) Mempunyai kesadaran yang menjadi pedoman untuk nilai dan sasaran mereka.

2. Penilaian diri secara akurat (*Accurate Self Assesment*)

Individu dengan penilaian diri yang akurat mampu mengenali kekuatan dan kelemahan, mencari umpan balik dan belajar dari kesalahan, mengetahui bagaimana cara mengembangkan diri dan kapan harus bekerja sama dengan orang lain yang dapat mengimbangi kekurangan mereka. Individu dengan kecakapan ini akan mampu untuk:

- 1) Sadar tentang kekuatan dan kelemahannya.
- 2) Menyempatkan diri untuk merenung, belajar dari pengalaman, terbuka bagi umpan balik yang tulus, perspektif baru, mau terus belajar dan mengembangkan diri.
- 3) Mampu menunjukkan rasa humor dan bersedia memandang diri sendiri dengan perspektif yang luas.

3. Percaya diri (*Self Confidence*)

Kepercayaan disini adalah keyakinan seseorang bahwa dia mampu melakukan tugas. Dampak positif dari kepercayaan diri pada suatu penampilan telah menunjukkan dalam berbagai studi. Menurut Saks (1995) tingkat dari kepercayaan diri itu sebenarnya adalah faktor terkuat yang dapat memprediksi dari suatu forma dibandingkan tingkat keahlian atau pelatihan sebelumnya. Seseorang dengan kemampuan ini akan mampu untuk:

- 1) Berani tampil dengan keyakinan diri, berani menyatakan “keberadaannya”.
- 2) Berani menyuarakan pandangan yang tidak populer dan bersedia berkorban demi kebenaran.
- 3) Tegass, mampu membuat keputusan yang baik kendati dalam keadaan tidak pasti.

Aspek Kesadaran Diri

Solso (1995) mengungkapkan aspek utama dalam kesadaran diri meliputi, atensi, kesiagaan, arsitektur, mengingat pengetahuan dan emosi.

1. **Atensi**
Kesadaran diri individu yang diarahkan dengan memusatkan perhatian terhadap kejadian yang terjadi pada dirinya sendiri maupun orang lain disekitarnya. Individu juga dapat mengalihkan perhatian kedalam diri dan merenungkan pikiran pribadi memori dan cita-cita visual saat sadar dengan keadaan yang sedang dialaminya.
2. **Kesiagaan**
Kesadaran individu yang siaga dengan kejadian yang dialaminya terpengaruh oleh kejadian tertentu. kesiagaan ini merupakan suatu kondisi mental yang dialami seorang sepanjang hidupnya dalam setiap hari.
3. **Arsitektur**
Aspek definitive dalam kesadaran dimana kesadaran bukanlah sebuah proses tunggal yang dilakukan oleh sebuah neuron tunggal, melainkan dipertahankan melalui sejumlah proses neurologis yang diasosiasikan dengan interpretasi terhadap fenomena sensorik, sematik, kognitif, dan emosional yang ada secara fisik maupun imajinatif. Tindakan tersebut tampaknya berlangsung otomatis sebagai hasil dari pengalaman.
4. **Mengingat pengetahuan**
Proses pengambilan informasi tentang pribadi yang bersangkutan dan dunia disekelilingnya. Kesadaran memungkinkan manusia mendapatkan akses ke pengetahuan melalui proses *recall* dan *recognisi* terhadap informasi mengenai diri pribadi dan mengenai dunia.
5. **Emosi**
Sebuah kondisi sadar, yang biasa dianggap sebagai suatu bentuk perasaan atau emosi (berbeda dengan pikiran atau persepsi). Emosi ditimbulkan oleh kondisi internal saat merespon peristiwa eksternal.

Dari penjelasan diatas maka dapat disimpulkan bahwa semua aspek kesadaran diri memiliki hubungan satu sama lain.

Tahapan kesadaran diri

Kesadaran diri memiliki langkah atau proses yang harus dilakukan oleh individu agar individu tersebut sadar terhadap apa yang akan dilakukan. Proses individu untuk menuju kesadaran diri ini memiliki beberapa tahapan diantaranya tahapan kesadaran diri menurut Geller (2000) antara lain:

26

1. *Unconscious Incompetence*, yaitu tahapan pertama dimana seseorang tidak mengerti apa yang harus dilakukannya.
2. *Conscious incompetence*, yaitu tahapan kedua dimana seseorang mengerti atau tahu apa yang seharusnya dilakukan, tetapi perlu adanya pembelajaran bagaimana untuk melakukannya secara benar
3. *Conscious competence*, yaitu tahapan ketiga dimana seseorang dapat melakukannya dengan benar dikarenakan telah mengikuti aturan yang telah ditetapkan
4. *Unconscious competence*, yaitu tahapan akhir dimana seseorang telah mempunyai kebiasaan dan mengetahui secara benar apa yang dilakukannya.

Faktor pembentuk kesadaran diri

Campbell (1980) kesadaran diri menurut model keperawatan secara holistik meliputi:

1. Komponen psikologik yaitu pengetahuan, emosi, konsep diri dan personaliti.
2. Komponen fisik yaitu pengetahuan tentang fisiologi personal dan umum juga termasuk sensasi tubuh, gambaran diri dan potensial fisik.
3. Komponen lingkungan berisi tentang lingkungan sosiokultural, hubungan dengan orang lain dan pengetahuan tentang hubungan antara manusia dan alam.
4. Sikap, Keramahan yang tulus dan santun adalah penghormatan dan penghargaan terhadap orang lain. Artinya, orang lain mendapat tempat di hati kita yang termasuk kategori pribadi yang sadar terhadap diri pribadi adalah jika individu bersikap baik terhadap orang lain. Dengan keramahan yang tulus dan santun, ulet dan tangguh, kreatifitas dan kelincahan dalam bertindak, ditambah dengan kepemilikan jiwa yang pantang menyerah.

Upaya meningkatkan kesadaran diri

Joseph Luth dan Johari Window dan Harry Ingham (1998) mengungkapkan bahwa kesadaran diri berhubungan dengan komunikasi interpersonal. Semakin tinggi kesadaran diri semakin mengetahui bagaimana orang berkomunikasi dengan orang lain. Sebaliknya, komunikasi dengan orang lain akan membantu meningkatkan pengetahuan tentang diri seseorang. Karenanya kesadaran diri adalah suatu hal yang harus ditingkatkan. De Vito (1980) menyebutkan empat hal yang dapat dilakukan

untuk meningkatkan kesadaran diri:

1. Bertanya tentang diri kepada diri sendiri. *Self talk* (berbicara dengan diri sendiri), melakukan monolog dengan diri sendiri adalah salah satu cara mengetahui tentang diri dan pada gilirannya meningkatkan kesadaran diri. Mendengarkan orang lain. Mendapatkan *feedback* dari orang lain dalam komunikasi interpersonal adalah hal yang membuat seseorang mendapatkan *self knowledge* (pengetahuan

- tentang diri). sehingga akan meningkatkan kesadaran diri pada diri seseorang.
2. Secara aktif mencari informasi tentang diri sendiri. Tindakan ini akan memperkecil wilayah *blind self* sekaligus meningkatkan kesadaran diri.
 3. Melihat dari sisi yang lain. Setiap orang memiliki pandangan sendiri tentang orang lain. Mencoba melihat dari sudut pandang orang lain mengenai seseorang akan membantu seseorang tersebut untuk menambah kesadaran tentang diri seseorang itu sendiri.
 4. Meningkatkan *open self*. Dengan meluaskan wilayah terbuka pada diri sendiri berarti mengurangi wilayah *hidden self*. Ini berarti juga membuka diri kepada orang lain. Membuka diri akan memberikan pengetahuan tentang diri dan meningkatkan kesadaran diri.

Kesadaran diri biasanya berkurang atau menurun, sehingga menyebabkan kita akan bertindak tanpa mengindahkan standar atau tidak sesuai dengan nilai diri sendiri.

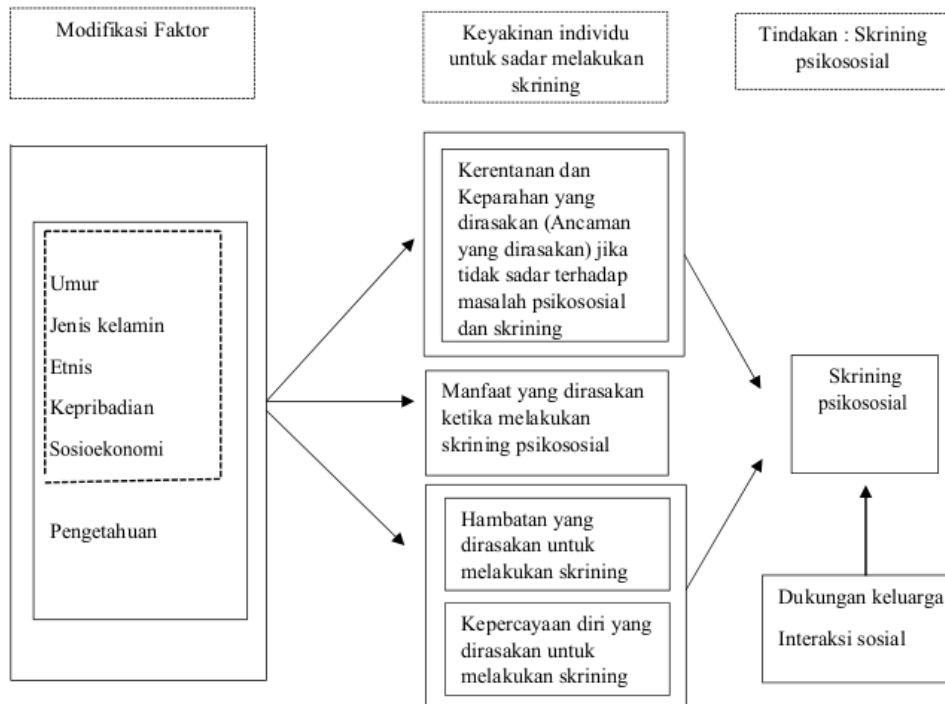
HASIL RISET

Kesadaran Diri Mahasiswa dalam Melakukan Skrining Masalah Psikososial

Kerangka konsep

Pada gambar dibawah ini dapat³⁶ dijelaskan bahwa kerangka konsep dibangun dan dikembangkan berbasis teori *health belief model* (HBM) tentang model yang menspesifikkan bagaimana individu secara kognitif menunjukkan perilaku sehat maupun usaha untuk menuju sehat atau penyembuhan suatu penyakit. HBM ini didasari oleh keyakinan atau kepercayaan individu tentang perilaku sehat maupun pengobatan tertentu yang bisa membuat diri individu tersebut sehat ataupun sembuh. Meningkatnya kesadaran seseorang dalam upaya pencegahan penyakit dipengaruhi oleh faktor sosiodemografis dan pengetahuan. Semakin tinggi tingkat pengetahuan responden maka kemauan untuk melaksanakan skrining kesehatan akan meningkat.

Faktor yang mempengaruhi kesadaran diri lainnya adalah adanya faktor pendorong baik dari internal maupun eksternal, dari internal ada dukungan keluarga yang berkaitan dengan kepedulian seseorang akan³⁶ meningkatkan kesadaran individu dalam bertindak. Faktor eksternal seperti keadaan ekonomi, individu yang berasal dari kelas sosial ekonomi menengah kebawah memiliki pengetahuan yang kurang tentang faktor yang menjadi penyebab suatu penyakit (Hossack & Leff, 1987 dalam Sarafino, 1994), kondisi ekonomi yang baik akan membuat individu mudah dalam bertindak dan membuat keputusan dalam mengambil kebijakan kesehatan pada dirinya, namun dalam penelitian ini keadaan ekonomi tidak diteliti karena responden yang diharapkan adalah mahasiswa dari program reguler sehingga kebanyakan masih dalam keadaan ekonomi yang sama. Interaksi sosial yang baik akan berpengaruh dalam penyebaran informasi dan dukungan sosial individu terkait.



Gambar; Kerangka Konsep Penelitian Kesadaran Diri Mahasiswa dalam Melakukan Skrining Masalah Psikososial

221

Desain penelitian ini menggunakan rancangan desain kuantitatif dengan metode deskriptif analitik dengan pendekatan *cross-sectional*. Menurut (Nursalam, 2016), jenis penelitian ini menggunakan pengukuran atau observasi data variabel hanya sekali tanpa adanya tindak lanjut. Populasi dalam penelitian ini adalah mahasiswa keperawatan program A semester 6 dan 8 di Universitas Airlangga yang telah mendapatkan mata kuliah keperawatan jiwa 2. Jumlah sampel yaitu 160 mahasiswa, pengambilan sampel menggunakan teknik *probability sampling* dengan jenis *simple random sampling* yaitu pemilihan sampel dengan cara ini merupakan probabilitas yang paling sederhana. Variabel independen (bebas) yang diteliti pada penelitian ini adalah pengetahuan, dukungan keluarga, interaksi sosial, *perceived susceptibility*, *perceived severity*, *perceived benefit*, *perceived barrier* dan *perceived self efficacy* sedangkan untuk variabel dependen adalah kesadaran diri mahasiswa keperawatan dalam melakukan skrining masalah psikososial di Universitas Airlangga Surabaya. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah berupa kuesioner yang disebar kepada seluruh responden. Analisis data menggunakan analisis regresi berganda atau MRA (*Multiple Regression Analysis*).

Definisi Operasional

Definisi operasional dalam penelitian ini berfungsi untuk mendefinisikan variabel secara operasional dan berdasarkan karakteristik yang diamati, sehingga memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena.

Tabel berikut merupakan Definisi Operasional Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Kesadaran Diri Mahasiswa Keperawatan dalam melakukan Skrining Masalah Psikososial.

Variabel	Definisi operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
Independen Pengetahuan	Segala sesuatu yang diketahui responden tentang masalah psikososial, tanda dan bahaya jika masalah tersebut tidak segera diatasi dengan tepat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengertian masalah psikososial 2. Tanda masalah psikososial pada mahasiswa (psikis) 3. Manfaat skrining masalah psikososial 4. Dampak dari masalah psikososial 5. Kriteria Skrining yang baik 	Kuesioner (Notoadmo djo, 2003)	nominal	Dari total 10 item Kategori (Skala Guttman): Salah=1 Benar=2 Skor maks: 20 Skor min : 10 Rendah : 1-13,3 Sedang : 13,4-16,5 Tinggi : 16,6-20
Interaksi sosial	Hubungan timbal balik antar individu dengan orang lain	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kerjasama 2. Persaingan 3. Pertentangan 4. Persesuaian 	Kuesioner interaksi sosial (Muthmainah, 2017)	Nominal	Total pertanyaan 20. Skoring terdiri dari 5 Selalu = 5 Sering = 4 Kadang = 3 Jarang = 2 Tidak pernah = 1 Tinggi : ≥ median Rendah : < median

Variabel	Definisi operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
Dukungan keluarga	Keterlibatan orang-orang terdekat individu dalam memotivasi, mendorong individu untuk melakukan skrining	<ol style="list-style-type: none"> Dukungan informasional Dukungan Penilaian Dukungan instrumen Dukungan emosional 	Kuesioner (Friedman, 2010)	nominal	Total pertanyaan 28. Kategori: Tidak Setuju=1 Kadang-kadang=2 Sering=3 Selalu=4 Tinggi : \geq median Rendah : $<$ median
Kerentanan yang dirasakan	Keyakinan Mahasiswa akan timbul resiko akibat tidak melakukan skrining psikososial.	<ol style="list-style-type: none"> Menerima hasil diagnose Perkiraan pribadi terhadap adanya kerentanan terkena suatu penyakit 	Kuesioner (Givental, 1983)	Interval	1=Sangat Tidak Setuju 2= Tidak Setuju 3= Netral 4= Setuju 5= Sangat Setuju Skor maks: 15 Skor min : 3 Rendah : 1-6 Sedang : 7-10 Tinggi : 11-15
Keparahan yang dirasakan	Keyakinan mahasiswa akan timbul masalah kesehatan lebih lanjut	<ol style="list-style-type: none"> Evaluasi konsekuensi klinis dan medis (kematian, cacat, dan sakit) Konsekuensi sosial (kehidupan keluarga teman, hubungan sosial) 	Kuesioner (Givental, 1983)	Interval	1=Sangat Tidak Setuju 2= Tidak Setuju 3= Netral 4= Setuju 5= Sangat Setuju Skor maks: 15 Skor min: 3 Rendah : 1-6 Sedang : 7-10 Tinggi : 11-15
Manfaat yang dirasakan	Keyakinan mahasiswa akan keuntungan tindakan skrining masalah psikososial	Pendapat seseorang mengenai kegunaan skrining dalam menemukan resiko terkena gangguan jiwa	Kuesioner (Givental, 1983)	Interval	1=Sangat Tidak Setuju 2= Tidak Setuju 3= Netral 4= Setuju 5= Sangat Setuju Skor maks: 20 Skor min : 4 Rendah : 1-9,3 Sedang : 9,4-14,5 Tinggi : 14,6-20

Variabel	Definisi operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
Hambatan Yang dirasakan	Keyakinan mahasiswa terhadap kondisi yang menghalangi untuk melakukan skrining, hambatan tersebut seperti informasi yang masih terbatas, stigma yang negative mengenai kesehatan jiwa, fasilitas kesehatan yang belum banyak menyediakan pelayanan tersebut dan dukungan dari orang terdekat yang masih belum optimal	<ol style="list-style-type: none"> Mahasiswa takut memeriksakan kesehatan mental emosional Kurang sumber informasi mengenai skrining masalah psikososial 	Kuesioner (Givental, 1983)	Interval	<p>57</p> <p>1=Sangat Tidak Setuju 2= Tidak Setuju 3= Netral 4= Setuju 5= Sangat Setuju</p> <p>Skor maks: 25 Skor min : 5 Rendah : 1-12,4 Sedang : 12,5-17,4 Tinggi : 17,5-25</p>
Kepercayaan diri yang dirasakan	Keyakinan kemampuan seseorang untuk melakukan skrining masalah psikososial	<ol style="list-style-type: none"> Kepercayaan pada diri sendiri untuk melakukan sesuatu Keyakinan untuk mengambil tindakan 	Kuesioner	Interval	<p>57</p> <p>1=sangat tidak setuju 2=tidak setuju 3=netral 4=setuju 5=sangat setuju</p> <p>Skor maks: 20 Skor min : 4</p> <p>kurang : 1-9,3 cukup : 9,4-14,5 baik : 14,6-20</p>
Variabel dependen					

Variabel	Definisi operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
Kesadaran diri	Kemampuan seseorang untuk memahami, menerima dan mengelola seluruh potensi diri untuk melakukan skrining masalah psikososial	1. Kesadaran diri emosional 2. Penilaian diri secara akurat 3. Kepercayaan diri	Kuesioner (Goleman, 2007)	nominal	97 Skala Likert Selalu = 4 Sering = 3 Jarang = 2 Tidak pernah = 1 Skor maks: 40 Skor min : 10 Rendah : < median Tinggi : ≥ median

Instrumen Penelitian

Kuesioner penelitian variabel pengetahuan ini disusun oleh peneliti berdasarkan modifikasi pada penelitian Iftitahul Musta'adah tahun 2019 mengenai *Background Factors* yang Mempengaruhi Ibu Hamil dalam Pengambilan Keputusan Rujukan, dimana Iftitahul Musta'adah berpedoman pada faktor yang mendasari pengetahuan berdasarkan (Notoadmodjo, 2003).

Instrumen penelitian pada variabel interaksi sosial ini disusun oleh peneliti berdasarkan modifikasi pada penelitian Eva Surya Oktavia tahun 2018 mengenai Hubungan Interaksi Sosial dan *Self Efficacy* dengan Kesejahteraan Psikologis Lansia yang Tinggal di Panti Werdha, yang berpedoman pada (Sunaryo, 2004) mengenai bentuk interaksi sosial yang meliputi kerjasama, persaingan, pertentangan, dan akomodasi atau penyesuaian diri yang kemudian di adopsi oleh (Muthmainnah, 2016) terkait dengan kualitas hidup lansia.

Instrumen penelitian pada variabel dukungan keluarga disusun oleh peneliti berdasarkan modifikasi pada penelitian Wasis Purwo Wibowo mengenai Pengaruh Konsep Diri, Kecerdasan Emosional dan Dukungan Keluarga terhadap *Student Engagement* Siswa Madrasah Alim, yang berpedoman pada aspek dukungan keluarga menurut (Friedman, 2010) yang meliputi dukungan informasional, dukungan penilaian, dukungan instrumen, dan dukungan emosional.

Instrumen penelitian dalam pengukuran HBM dalam penelitian ini menggunakan modifikasi kuesioner dari penelitian (Given et al, 1983) tentang pengembangan skala untuk pengukuran keyakinan pasien Diabetes Melitus (kerentanan, keparahan, manfaat, hambatan). Kuesioner *self efficacy* yang digunakan untuk pengukuran HBM

dalam penelitian ini menggunakan pengembangan skala CIDS (*Confidence in Diabetes Self Care*) untuk menilai kepercayaan diri pasien Diabetes Melitus.

Kuesioner penelitian kesadaran diri yang digunakan peneliti adalah kuesioner yang disusun peneliti berdasarkan pengembangan dimensi kesadaran diri yang diungkapkan oleh (Goleman, 2007) dalam penelitian Sabila Okta Syarafina mengenai Pengaruh Optimisme dan Kesadaran Diri Terhadap *Adversity Quotient* pada Mahasiswa Universitas Negeri Malang yang Menempuh Skripsi Sambil Bekerja, skala ini terdiri dari 3 dimensi yaitu kesadaran diri emosional, penilaian diri akurat dan kepercayaan diri.

Kuesioner Penelitian

Pilihlah jawaban yang menurut anda paling benar, tepat dan sesuai dengan diri anda. Pada pertanyaan ini tidak ada jawaban benar atau salah. Kerjakan kuesioner ini dengan sejujurnya tanpa khawatir dengan jawaban teman atau tanpa perlu melihat lihat jawaban teman anda.

1. Pengetahuan

No.	Pernyataan	Benar	Salah
1.	Perubahan dalam kehidupan individu yang bersifat psikologis disebut dengan masalah psikososial.		
2.	Cemas, khawatir berlebihan dan takut merupakan gejala dari gangguan jiwa bukan gejala dari masalah psikososial		
3.	Skrining masalah psikososial tidak bisa mengobati gangguan Jiwa		
4.	Skrining kesehatan jiwa memiliki biaya kesehatan yang mahal.		
5.	Gangguan mental emosional dapat terdeteksi hanya dengan melakukan skrining kesehatan mental		
6.	Masalah psikososial memiliki gejala jantung berdebar, otot tegang dan sakit kepala.		
7.	Masalah psikososial hanya berdampak pada penurunan produktifitas.		
8.	Skrining kesehatan mental tersedia di seluruh pelayanan Kesehatan		
9.	Skrining harus bisa digandakan agar masuk dalam kriteria skrining yang baik.		
10	Masalah kesehatan jiwa berdampak pada lingkungan sosial.		

2. Interaksi sosial Keterangan :

SL : Selalu

SR : Sering

K : Kadang

J : Jarang

TP : Tidak Pernah

No.	Pernyataan	SL	SR	K	J	TP
Kerjasama						
92						
No.	Pernyataan	SL	SR	K	J	TP
1.	Saya suka membicarakan mengenai masalah psikososial dan skrining masalah psikososial					
2.	Saya merasa mampu jika saya melakukan skrining psikososial bersama teman-teman.					
3.	Saya suka membantu orang lain dalam melakukan skrining psikososial dan menyediakan informasi yang dibutuhkan.					
Persaingan						
4.	Saya berlomba mengajak teman saya untuk membantu menyelesaikan masalah dengan melakukan skrining psikososial.					
5.	Saya bersaing mendapatkan informasi terkait masalah psikososial untuk mengajak orang lain mengatasi masalahnya tersebut.					
6.	Saya berlomba menolong orang lain yang memerlukan bantuan untuk melakukan skrining psikososial.					
Pertentangan						
7.	Saya memarahi teman saya ketika ia tidak mau melakukan skrining masalah psikososial setelah ia sadar bahwa ia telah mengalami kecemasan berat yang mengganggu aktivitas.					
8.	Saya memaksa teman saya untuk melakukan skrining psikososial sesuai kemauan saya dan demi kebaikan teman saya					
9.	Jika saya ada masalah dengan orang lain maka saya akan mengatakan langsung pada orang tersebut.					
Persesuaian						
10	Saya mengajak teman dekat saya untuk melakukan skrining psikososial.					

11	Saya akan memposting apa yang saya rasakan setelah melakukan skrining, bertujuan untuk mengajak teman-teman untuk melakukan skrining.					
12	Saya memberikan informasi terkait skrining psikososial.					

3. **227** Dukungan keluarga

Pilihlah jawaban dengan memberikan tanda centang (V) dari pernyataan dibawah ini yang menggambarkan tentang anda.

No.	Pernyataan	SS	S	N	TS	STS
1.	Keluarga saya menyarankan saya melakukan skrining psikososial.					
2.	Keluarga saya memberi info tentang tanda dan gejala masalah psikososial.					
3.	Saya mendapatkan informasi yang penting dari keluarga sehingga mudah untuk menentukan keputusan.					
4.	Keluarga saya memberikan saran yang baik terhadap permasalahan yang saya alami.					
No.	Pernyataan	SS	S	N	TS	STS
5.	Keluarga saya mengucapkan selamat jika saya berhasil melakukan sesuatu.					
6.	Keluarga saya peduli dengan masalah yang sedang saya hadapi.					
7.	Orang tua saya memberi uang bulanan yang layak untuk aktifitas sehari-hari.					
8.	Keluarga saya sering menanyakan apakah saya mempunyai masalah.					
9.	Saya bercerita kepada keluarga saya ketika saya mendapat masalah.					
10.	Keluarga saya mendukung apapun pilihan saya.					
11.	Saya merasa nyaman saat dekat dengan keluarga saya.					
12.	Keluarga saya membelikan atau memberikan makanan yang sehat untuk saya konsumsi.					
13.	Saya lebih suka beraktifitas diluar rumah.					
14.	Saya merasa kurang nyaman jika menceritakan masalah saya kepada keluarga saya.					
15.	Saya sering menelefon keluarga ketika saya berada di luar kota.					

16.	Saya merasa aman ketika saya menceritakan masalah saya					
17.	Saya merasa lebih aman tinggal di dalam rumah.					
18.	Saya merasa keluarga saya mampu membuat saya nyaman.					

4. Teori Health Belief Model

No.	Pernyataan	SS	S	N	TS	STS
Persepsi Kerentanan						
1.	Menurut saya masalah psikososial memiliki resiko mengganggu kesehatan fisik dan produktifitas saya.					
2.	Saya tidak melakukan skrining karena cemas hasil yang akan keluar tidak sesuai dengan apa yang saya harapkan.					
3.	Menurut saya kalau saya tidak bisa mengontrol kecemasan dan pikiran negatif maka saya akan beresiko mengalami masalah psikososial.					
Persepsi Keparahan						
4.	Menurut saya kalau tidak melakukan skrining akan mengalami dampak yang buruk untuk kesehatan jangka panjang.					
5.	Masalah gangguan jiwa berat bisa terjadi ketika saya tidak melakukan skrining psikososial.					
No.	Pernyataan	SS	S	N	TS	STS
6.	Saya merasa kalau tidak melakukan skrining dengan benar maka masalah psikososial yang saya alami akan bertambah parah.					
Persepsi Manfaat						
7.	Saya yakin bahwa masalah psikososial dapat terkontrol apabila saya melakukan skrining masalah psikososial.					
8.	Saya yakin bahwa masalah psikososial dapat terkontrol apabila saya melakukan skrining dengan cara yang benar.					
9.	Saya merasa kalau masalah psikososial dapat terkontrol dengan baik maka dapat meningkatkan kualitas hidup.					

10.	Saya merasa kalau masalah psikososial dapat terkontrol dengan baik makakomplikasi penyakit tidak akan terjadi.					
Persepsi Hambatan						
11.	Saya malu jika orang-orang mengetahui saya melakukan tes kejiwaan.					
12.	Skrining psikososial perlu biaya yang mahal.					
13.	Saya tidak mengetahui tempat dan aplikasi yang menyediakan layanan skrining psikososial.					
14.	Saya belum pernah mendengar teman saya melakukan skrining kejiwaan termasuk skrining psikososial.					
15.	Saya tidak punya waktu untuk melakukan skrining psikososial dan juga informasi yang masih terbatas mengenai skrining psikososial.					
Persepsi Kepercayaan Diri						
16.	Saya yakin kalau saya tepat waktu dalam melakukan skrining, maka masalah psikososial dapat teratasi dengan tepat.					
17.	Saya yakin dapat melakukan skrining setiap kali saya merasa mendapat masalah psikososial.					
18.	Saya yakin sruing kesehatan jiwa itu perlu ketika saya merasa cemas, khawatir berlebihan dan jantung berdebar.					
19.	Saya yakin bisa pergi mendapatkan skrining tanpa bantuan dari siapapun.					

5. Kesadaran diri

92 Keterangan pilihan jawaban:

SL : Selalu

SR : Sering

KD :Kadang

JR : Jarang

TP : Tidak Pernah

No.	Pernyataan	SL	SR	KD	JR	TP
1.	Saat dalam diri saya muncul gejala cemas, khawatir berlebihan, mudah tersinggung dan sakit kepala saya melakukan skrining psikososial					

No.	Pernyataan	SL	SR	KD	JR	TP
2.	Jika saya merasa cemas dan khawatir berlebih akan membuat kinerja saya menurun.					
3.	Saya merasa sedih tanpa sebab yang jelas.					
4.	Saya tidak bisa mengontrol emosi saat saya sedang marah.					
5.	Saya cenderung menyimpan masalah dalam diri saya.					
6.	Jika saya diberikan kritik dan saran akan saya jadikan bahan untuk intropeksi diri saya.					
7.	Saya tersinggung jika saya dijadikan bahan candaan oleh orang lain.					
8.	Saya langsung menyampaikan pendapat saya jika tidak sesuai dengan apa yang saya pikirkan.					
9.	Saya tetap melakukan skrining ketika saya mengalami tanda dan gejala meskipun teman saya tidak melakukan skrining kesehatan jiwa.					
10.	Meski ada pandangan negative terkait skrining kesehatan jiwa, saya akan tetap melakukan skrining jika dirasa perlu.					

Selain instrumen tentang kesadaran diri berikut adalah beberapa alat ukur untuk mengukur masalah psikososial diantaranya adalah tes adiksi internet, *back depression inventory*, *children depression inventory*, *Hamilton rating scale for anxiety (HRS-A)*, *strengths and difficulties questionnaire*, skrining gejala cemas dan depresi (SRQ 20). Berikut instrument yang dapat digunakan untuk mengkaji masalah psikososial:

TES ADIKSI INTERNET

No.	PERNYATAAN	YA	TIDAK
	Apakah anda menghabiskan lebih banyak waktu ketika memakai smartphone?		
	Apakah anda mendapati diri anda menghabiskan lebih banyak waktu pada ponsel smartphone daripada yang anda sadari?		
	Apakah anda seperti lalai terhadap waktu ketika memakai smartphone?		
	Apakah anda menghabiskan lebih banyak waktu untuk berkirin SMS, buat cuitan atau kirim surel daripada berbicara secara langsung?		
	Apakah waktu yang anda habiskan ketika memakai ponsel menjadi lebih lama?		
	Apakah anda berharap seandainya anda bisa mengurangi waktu memakai ponsel?		
	Apakah anda tidur dengan smartphone masih menyala dibawah bantal atau didekat ranjang setiap hari?		

	Apakah anda mendapati diri anda menjawab SMS, cuitan atau surel pada setiap jam siang dan malam, meskipun itu menyela hal lain yang sedang anda lakukan?		
	Apakah anda kirim SMS, cuitan atau berselancar di internet saat sedang melakukan hal serupa yang membutuhkan perhatian dan konsentrasi anda?		
	Apakah anda merasa bahwa smartphone mengurangi produktivitas anda setiap waktu?		
	Apakah anda merasa gamang saat tanpa smartphone, bahkan meskipun sebentar?		
	Apakah anda merasa galau atau tidak nyaman ketika anda tanpa sengaja meninggalkan smartphone di mobil atau di rumah, atau sedang diperbaiki atau dalam kondisi rusak?		
	Ketika anda makan, apakah smartphone anda juga berada di meja makan?		
	Ketika smartphone anda berdering atau bergetar, apakah anda merasa hal yang mendesak untuk segera melihat SMS, cuitan, surel, pembaharuan dan lain lain?		
	Apakah anda mendapati diri anda mengecek smartphone seringkali tanpa berpikir tiap hari meskipun anda tahu kecil kemungkinan ada hal penting atau hal baru?		

PENILAIAN TES ADIKSI INTERNET

1-2	:	Perilaku anda normal tapi itu bukan berarti anda tidak akan terkena adiksi smartphone
3-4	:	Perilaku anda mengarah ke adiksi atau bermasalah dengan smartphone
5-7	:	Kemungkinan besar anda adiksi atau bermasalah dengan smartphone
≥ 8	:	Kemungkin perlu berkonsultasi ke Psikiater atau Psikolog yang kompeten

Sumber:

© 2013, 2017 Dr. David Greenfield | The Center for Internet and Technology Addiction.

BECK DEPRESSION INVENTORY

1	0	Saya tidak merasa sedih
	1	Saya merasa sedih
	2	Sepanjang waktu saya sedih dan tidak bisa menghilangkan perasaan ini
	3	Saya demikian sedih atau tidak bahagia sehingga saya tidak tahan lagi rasanya
2	0	saya tidak terlalu berkecil hati mengenai masa depan
	1	192 merasa kecil hati mengenai masa depan
	2	saya merasa bahwa tidak ada sesuatu pun yang dapat saya harapkan
	3	saya merasa bahwa masa depan saya tanpa harapan dan bahwa semuanya tidak akan dapat membaik

3	0	saya tidak menganggap diri saya sebagai orang yang gagal
	1	saya merasa bahwa saya telah gagal lebih daripada kebanyakan orang
	2	saya menengok masa lalu, maka yang terlihat oleh saya hanyalah kegagalan
	3	saya merasa bahwa saya adalah orang yang gagal total
4	0	saya memperoleh banyak kepuasan dari hal-hal yang saya lakukan, sama seperti sebelumnya
	1	saya tidak lagi menikmati berbagai hal, seperti yang pernah saya rasakan dulu
	70	saya tidak memperoleh kepuasan sejati dari apapun
	3	saya tidak puas atau bosan dengan segalanya
5	0	saya tidak terlalu merasa bersalah
	1	saya merasa 60 bersalah hampir di seluruh waktu
	2	saya agak merasa bersalah di sebagian besar waktu
	3	saya merasa bersalah di sepanjang waktu
6	70	saya tidak merasa seolah saya sedang dihukum
	1	saya merasa saya sedang dihukum
	2	saya pikir saya akan dihukum
	3	saya merasa saya sedang dihukum
7	0	saya tidak merasa kecewa terhadap diri saya sendiri
	1	saya kecewa dengan diri saya sendiri
	2	saya muak terhadap diri saya sendiri
	70	saya membenci diri saya sendiri
8	0	saya tidak merasa lebih buruk daripada orang lain
	1	saya cela diri saya sendiri karena kelemahan-kelemahan atau kesalahan saya
	60	saya menyalahkan diri saya sepanjang waktu karena kesalahan-kesalahan saya
	3	saya menyalahkan diri saya untuk semua hal buruk yang terjadi
9	0	saya tidak mempunyai sedikitpun pikiran untuk bunuh diri
	1	saya mempunyai pikiran untuk bunuh diri, namun saya tidak akan melakukannya
	2	saya ingin bunuh diri
	3	saya akan bunuh diri jika ada kesempatan
10	0	saya tidak lebih banyak menangis dibanding biasanya
	1	sekarang saya lebih sering menangis daripada sebelumnya
	2	sekarang saya menangis sepanjang waktu
	3	biasanya saya mampu menangis, namun kini saya tidak lagi dapat menangis walaupun saya menginginkannya
11	0	saya tidak lebih terganggu oleh berbagai hal dibandingkan biasanya
	1	kini saya lebih sedikit pemarah daripada biasanya
	2	saya agak jengkel atau terganggu disebagian besar waktu saya
	3	kini saya merasa jengkel sepanjang waktu
12	0	saya tidak kehilangan minat saya terhadap orang lain
		Saya agak kurang berminat terhadap orang lain dibandingkan biasanya
		Saya kehilangan hampir seluruh minat saya pada orang lain
		Saya telah kehilangan seluruh minat saya pada orang lain

13	0	saya mengambil keputusan-keputusan hampir sama baiknya dengan yang biasanya saya lakukan
	1	Saya menunda mengambil keputusan-keputusan lebih sering dari yang biasanya saya lakukan
	2	Saya mengalami kesulitan lebih besar dalam mengambil keputusan-keputusan daripada sebelumnya
	3	Saya sama sekali tidak dapat mengambil keputusan-keputusan lagi
14	0	saya merasa bahwa keadaan saya tampak lebih buruk dari yang biasanya
	1	saya khawatir saya tampak lebih tua atau tidak menarik
	2	saya merasa ada perubahan-perubahan yang permanen dalam penampilan saya sehingga membuat saya tampak tidak menarik
	3	saya yakin bahwa saya tampak jelek
15	0	saya dapat bekerja sama baiknya dengan waktu-waktu sebelumnya
	1	saya membutuhkan suatu usaha ekstra untuk memulai melakukan sesuatu
	2	saya harus memaksa diri sekuat tenaga untuk melakukan sesuatu
	3	saya tidak mampu mengerjakan apapun
16	0	saya dapat tidur seperti biasanya
	1	tidur saya tidak senyenyak biasanya
	2	saya bangun 1-2 jam lebih awal dari biasanya dan merasa sukar sekali untuk bisa tidur kembali
	70	saya bangun beberapa jam lebih awal dari biasanya serta tidak dapat tidur kembali
17	0	saya tidak merasa lebih lelah dari biasanya
	1	saya merasa lebih mudah lelah dari biasanya
	2	saya merasa lelah setelah melakukan apa saja
	3	saya terlalu lelah untuk melakukan apapun
18	0	nafsu makan saya tidak lebih buruk dari biasanya
	1	nafsu makan saya tidak sebaik biasanya
	2	nafsu makan saya kini jauh lebih buruk
	3	saya tidak memiliki nafsu makan lagi
19	0	Berat badan saya tidak turun banyak atau bahkan tetap akhir-akhir ini
	1	berat badan saya turun lebih dari 5 pon (2,5kg)
	2	berat badan saya turun lebih dari 10 pon (5kg)
	3	berat badan saya turun lebih dari 15 pon (7,5kg)
20	0	saya tidak lebih cemas mengenai kesehatan saya daripada biasanya
	1	saya cemas mengenai masalah-masalah fisik seperti rasa sakit dan tidak enak badan, atau perut mual atau sembelit
	2	saya sangat cemas mengenai masalah-masalah fisik dan sukar untuk memikirkan banyak hal lainnya
	3	saya begitu cemas mengenai masalah fisik saya sehingga tidak dapat berpikir tentang hal lainnya
21	0	saya tidak melihat adanya perubahan dalam minat saya terhadap seks
	1	saya kurang berminat di bidang seks dibandingkan biasanya
	2	kini saya sangat kurang berminat terhadap seks
	3	saya telah kehilangan minat terhadap seks sama sekali
		JUMLAH SKOR:

INTERPRETASI:

NILAI TOTAL	TINGKAT DEPRESI
1 – 10	Naik turunnya ini tergolong wajar
11 – 16	Gangguan mood atau rasa murung ringan
17 – 20	Garis batas depresi klinis
21 – 30	Depresi sedang
31 – 40	Depresi parah
40 KE ATAS	Depresi ekstrim

CHILDREN DEPRESSION INVENTORY

Ingatlah, pilihlah kalimat yang menggambarkan pikiran dan perasaanmu dalam 2 (dua) minggu terakhir ini.

NO	PERNYATAAN	SKOR
1	a Saya kadang-kadang merasa sedih	
	b Saya sering merasa sedih	
	c Saya selalu merasa sedih	
2	a Saya tidak pernah berhasil	
	b Saya tidak yakin apakah saya akan berhasil	
	c Biasanya saya berhasil	
3	a Saya hampir selalu melakukan segala-galanya secara benar	
	b Saya melakukan banyak hal secara salah	
	c Saya melakukan segalanya secara salah	
4	a Saya menyenangkan banyak hal	
	b Saya menyenangkan beberapa hal	
	c Saya tidak menyenangkan apapun	
5	a Saya selalu tidak baik	
	b Saya sering tidak baik	
	c Saya kadang-kadang tidak baik	
6	a Saya kadang-kadang memikirkan hal-hal yang buruk yang dapat menimpa diri saya	
	b Saya cemas mengenai hal-hal buruk yang akan menimpa diri saya	
	c Saya yakin bahwa hal yang buruk akan menimpa diri saya	
7	a Saya membenci diri saya	
	b Saya tidak menyukai diri saya	
	c Saya menyukai diri saya	

NO	PERNYATAAN	SKOR
8	a Semua hal yang buruk adalah salah saya	
	b Banyak hal yang buruk adalah salah saya	
	c Hal-hal yang buruk biasanya bukan salah saya	
9	a Saya tidak memikirkan untuk bunuh diri	
	b Saya memikirkan untuk bunuh diri tapi tak akan melakukannya	
	c Saya ingin bunuh diri	
10	a Setiap hari saya merasa ingin menangis	
	b Pada banyak hari saya merasa ingin menangis	
	c Kadang-kadang saya merasa ingin menangis	
11	a Saya selalu merasa diri disusahkan	
	b Saya seringkali merasa diri disusahkan	
	c Saya kadang-kadang merasa diri disusahkan	
12	a Saya senang berada bersama-sama orang lain	
	b Saya sering merasa tidak senang berada bersama orang lain	
	c Saya sama sekali tidak senang berada bersama orang lain	
13	a Saya tidak bisa mengambil keputusan	
	b Saya sukar memutuskan sesuatu	
	c Saya mudah untuk memutuskan sesuatu	
14	a Penampilan saya baik	
	b Ada beberapa hal pada penampilan saya yang tidak baik	
	c Penampilan saya buruk	
15	a Saya selalu harus memaksa diri saya untuk membuat PR	
	b Saya seringkali harus memaksa diri saya untuk membuat PR	
	c Mengerjakan PR bagi saya bukan masalah besar	
16	a Saya sukar tidur setiap malam	
	b Saya sukar tidur pada banyak malam	
	c Saya tidur cukup baik	
17	a Saya kadang merasa lelah	
	b Saya pada banyak hari merasa lelah	
	c Saya setiap saat merasa lelah	
18	a Hampir setiap hari saya tidak ingin makan	
	b Pada banyak hari saya merasa tidak ingin makan	
	c Saya makan cukup baik	
19	a Saya tidak cemas mengenai nyeri dan rasa sakit	
	b Saya seringkali cemas mengenai nyeri dan rasa sakit	
	c Saya selalu cemas mengenai nyeri dan rasa sakit	

NO	PERNYATAAN	SKOR
20	a Saya tidak merasa sendirian	
	b Saya sering merasa sendirian	
	c Saya selalu merasa sendirian	
21	a Saya tidak pernah merasa senang di sekolah	
	b Saya kadang-kadang merasa senang di sekolah	
	c Saya sering merasa senang di sekolah	
22	a Saya punya banyak kawan	
	b Saya punya beberapa kawan tapi ingin punya lebih banyak	
	c Saya tidak punya kawan	
23	a Hasil pekerjaan sekolah saya baik	
	b Hasil pekerjaan sekolah saya tidak sebaik dahulu	
	c Hasil pekerjaan sekolah saya buruk dalam mata pelajaran yang dahulu saya kuasai	
24	a Saya tidak pernah akan sebaik anak lain	
	b Saya bisa sebaik anak lain bila saya mau	
	c Saya sama baiknya dengan anak lain	
25	a Tak seorangpun benar-benar mencintai saya	
	b Saya tidak yakin apakah ada seorang yang mencintai saya	
	c Saya yakin bahwa ada orang yang mencintai saya	
26	a Saya biasanya melakukan apa yang disuruh	
	b Saya sering tidak melakukan apa yang disuruh	
	c Saya tidak pernah melakukan apa yang disuruh	
27	a Saya dapat bergaul dengan anak lain	
	b Saya seringkali terlibat perkelahian	
	c Saya hampir selalu terlibat dalam perkelahian	

PENILAIAN CHILDREN DEPRESSION INVENTORY

Setiap kalimat yang dipilih menggambarkan kondisi anak dalam dua minggu terakhir. Masing-masing *item* memiliki kriteria penilaian yaitu 0 = tidak ada gejala; 1 = gejala sedang, 2 = gejala berat

CDI digunakan untuk anak berusia 7-17 tahun. CDI terdiri dari 27 *items*. Penentuan validitas dan reliabilitas CDI versi Indonesia telah diteliti oleh Yongky (1990), didapatkan nilai sensitivitas 99,02% dan spesifisitas sebesar 94,29%, dengan *cutoff score* 12 untuk mendeteksi sindroma depresi dan *cutoff score* 13 untuk menyaring sindroma depresi (Yongky, 1990; Rivera et al, 2005).

HAMILTON RATING SCALE for ANXIETY (HRS-A)

No	PERTANYAAN	Tidak Ada	Ringan	Sedang	Berat	Sangat Berat
1.	22. PERASAAN CEMAS					
	A. Cemas					
	B. Firasat buruk					
	C. Takut akan pikiran sendiri					
	D. Mudah tersinggung					
2.	KETEGANGAN					
	A. Merasa tegang					
	B. Lesu					
	C. Tidak dapat istirahat tenang					
	D. Mudah terkejut					
	E. Mudah menangis					
	F. Gemetar					
	G. Gelisah					
3.	KETAKUTAN					
	A. Ada gelap					
	B. Pada orang asing					
	C. Ditinggal sendiri					
	D. Pada binatang besar					
	E. Pada keramaian lalu lintas					
	F. Pada kerumunan orang banyak					
4.	GANGGUAN TIDUR					
	A. Sukar masuk tidur					
	B. Terbangun malam hari					
	C. Tidak pulas					
	D. Bangun dengan lesu					
	E. Mimpi-mimpi					
	F. Mimpi buruk					
	G. Mimpi yang menakutkan					
5.	GANGGUAN KECERDASAN					
	A. Sulit berkonsentrasi					
	B. Daya ingat buruk					
6.	PERASAAN DEPRESI					
	A. Hilangnya minat					
	B. Berkurangnya kesenangan pada hobi					
	C. Sedih					

No	PERTANYAAN	Tidak Ada	Ringan	Sedang	Berat	Sangat Berat
	D. Bangun dini hari					
	E. Perasaan berubah-ubah sepanjang hari					
7.	GEJALA SOMATIK (OTOT)					
	A. Sakit & nyeri di otot					
	B. Kaku					
	C. Kedutan otot					
	D. Gigi gemerutuk					
	E. Suara tidak stabil					
8.	GEJALA SOMATIK (SENSORI)					
	A. Tinnitus (berdenging)					
	B. Penglihatan kabur					
	C. Muka merah/pucat					
	D. Merasa lemas					
	E. Perasaan ditusuk-tusuk					
9.	GEJALA KARDIOVASKULER					
	A. Takikardia					
	B. Berdebar					
	C. Nyeri di dada					
	D. Denyut nadi mengeras					
	E. Rasa lesu/lemah seperti mau pingsan					
	F. Detak jantung hilang (berhenti sekejap)					
10.	GEJALA RESPIRATORI					
	A. Rasa tertekan/sempit di dada					
	B. Persaaan tercekik					
	D. Sering menarik nafas					
	E. Nafas pendek/sesak					
11.	GEJALA GASTROINTESTINAL					
	A. Sulit menelan					
	B. Perut melilit					
	C. Gangguan pencernaan					
	E. Nyeri sebelum & sesudah makan					
	F. Perasaan terbakar di perut					
	G. Rasa penuh & kembung					
	H. Mual					
	I. Muntah					
	J. Buang air besar lembek					
	K. Kehilangan berat badan					

No	PERTANYAAN	Tidak Ada	Ringan	Sedang	Berat	Sangat Berat
	L. Konstipasi					
12.	GEJALA UROGENITAL					
	A. Sering kencing					
	B. Tidak dapat menahan kencing					
	C. Amenorrhoe					
	D. Menjadi dingin (frigid)					
	E. Ejakulasi prekoks					
	F. Ereksi hilang					
	G. Impotensi					
13.	GEJALA OTONOM					
	A. Mulut kering					
	B. Muka merah					
	C. Mudah berkeringat					
	D. Pusing, sakit kepala					
	E. Bulu-bulu berdiri					
14.	TINGKAH LAKU PADA WAWANCARA					
	A. Gelisah					
	B. Tidak tenang					
	C. Jari gemetar					
	D. Kerut kening					
	E. Muka tegang					
	F. Tonus otot meningkat					
	G. Nafas pendek & cepat					
	H. Muka merah					
	JUMLAH SKOR					

SKORING :

1. PERASAAN CEMAS :	8. SOMATIK (SENSORI) :
2. KETEGANGAN :	9. GEJALA KARDIOVASKULER :
3. KETAKUTAN :	10. GEJALA RESPIRATORI :
4. GANGGUAN TIDUR :	11. GEJALA GASTROINTESTINAL :
5. GANGGUAN KECERDASAN :	12. GEJALA UROGENITAL :
6. PERASAAN DEPRESI :	13. GEJALA OTONOM :
7. SOMATIK (OTOT) :	14. TINGKAH LAKU PADA WAWANCARA :

PENILAIAN HAMILTON RATING SCALE for ANXIETY (HRS-A)

0 = TIDAK ADA	1 = RINGAN	2 = SEDANG	3 = BERAT	4 = SANGAT BERAT
---------------	------------	------------	-----------	------------------

< 17 : ringan

18-24 : ringan-sedang

25-30 : sedang ke berat

Nama / Kelas:

Strengths and Difficulties Questionnaire

No	Pernyataan	Kode*	Tidak benar	Agak benar	Benar
1	Saya berusaha bersikap baik kepada orang lain. Saya peduli dengan perasaan mereka	Pr 1			
2	Saya gelisah, saya tidak dapat diam untuk waktu lama	H 1			
3	Saya sering sakit kepala, sakit perut/macam2 sakit lain	E 1			
4	Kalau saya memiliki mainan CD/makanan saya biasanya berb ¹³⁸ dengan orang lain	Pr 2			
5	Saya menjadi sangat marah dan sering tidak bisa men ¹³⁸ alikan kemarahan saya	C 1			
6	Saya lebih suka sendirian daripada bersama dengan orang-orang yang seumur saya	P 1			
7	Saya biasanya melakukan apa yang diperintahkan oleh orang lain	C 2*			
8	Saya banyak merasa cemas/khawatir terhadap apapun	E 2			
9	Saya selalu siap menolong jika ada orang terluka, kecewa/ merasa sakit	Pr 3			
10	Bila sedang gelisah/cemas badan saya sering bergerak-gerak tanpa saya sadari	H 2			
11	Saya mempunyai satu teman baik/lebih	P 2*			
12	Saya sering bertengkar dengan orang lain. Saya dapat memaksa orang lain melakukannya apa yang saya inginkan	C 3			
13	Saya sering merasa tidak bahagia, sedih/menangis	E 3			
14	Orang lain seumur saya pada umumnya menyukai saya	P 3*			
15	Perhatian saya mudah teralihkan. Saya sulit memusatkan perhatian pada apapun	H 3			
16	Saya merasa gugup dalam situasi baru. Saya mudah kehilangan rasa percaya diri	E 4			
17	Saya bersikap baik pada anak-anak yang lebih muda dari saya ¹³⁸	Pr 4			
18	Saya ¹³⁸ g dituduh berbohong atau berbuat curang	C 4			
19	Saya sering diganggu atau dipermainkan oleh anak-anak / remaja lainnya	P 4			
20	Saya sering menawarkan diri untuk membantu orang lain, ¹³⁸ tua, guru atau anak-anak	Pr 5			
21	Sebelum melakukan sesuatu saya berpikir dahulu tentang akibatnya	H 4*			

22	Saya mengambil barang yang bukan milik saya dari rumah, sekolah ¹³⁸ atau darimana saja	C 5			
23	Saya lebih mudah berteman dengan orang dewasa daripada dengan orang seumur saya	P 5			
24	Banyak yang saya takuti. Saya mudah menjadi takut	E 5			
25	Saya menyelesaikan pekerjaan yang sedang saya lakukan. Saya mempunyai perhatian yang baik terhadap apapun	H 5*			

Penilaian: tidak benar = 0, agak benar = 1, benar = 2

- E : emotional
- C : conduct problems
- H : hyperactivity
- P : peer problem
- Pr : prosocial

Jika mengisi kolom tidak benar nilainya 0, agak benar nilainya 1 dan benar nilainya 2

Skor	Perhitungan
Skor gejala emosional (E)	Skor peserta didik pada pertanyaan nomor 3 + 8+ 13 + 16 + 24 =
Skor masalah perilaku (C)	Skor peserta didik pada pertanyaan nomor 5 + 7 +12 + 18 +22=...
Skor hiperaktivitas (H)	Skor peserta didik pada pertanyaan nomor 2+10+15+21+25=....
Skor masalah teman sebaya (P)	Skor peserta didik pada pertanyaan nomor 6+11+14+19+23=...
Skor kekuatan (prosocial (Pr))	Skor peserta didik pada pertanyaan nomor 1+4+9+17+20=...
Skor total kesulitan	Jumlah semua skor gejala emosional (E)+ skor masalah perilaku (C) + skor hiperaktivitas (H) + skor masalah teman sebaya (P) =... (tanpa skor kekuatan prosocial) rentang total skor kesulitan adalah 0-40

Intrepretasi Hasil pemeriksaan SDQ:

1. Skor kesulitan
 - a. Gejala emosional (E)
 - b. Masalah perilaku (C)
 - c. Hiperaktivitas (H)
 - d. Masalah Teman Sebaya (P)

Total skor kesulitan = skor E + C+H+P

Usia 4-10 tahun :

 - Normal : 0-13
 - Borderline : 14-16
 - Abnormal : 17-40

Usia 11-18 tahun:

- Normal : 0-15
- Borderline : 16-19
- Abnormal : 20-40

1) Skor ⁴⁴ gejala emosional (E)

- a. Sering mengeluh sakit pada badan (seperti sakit kepala, perut dan lain-lain)
- b. Banyak kekuatiran
- c. Sering tidak Bahagia, menangis
- d. Gugup atau mudah hilang percaya diri
- e. Mudah takut

Usia ¹⁶⁸ 1-10 tahun:

- Normal : 0-3
- Borderline : 4
- Abnormal : 5-10

Usia 11-18 tahun:

- Normal : 0-5
- Borderline : 6
- Abnormal : 7-10

2) Skor ⁴⁴ masalah perilaku (C)

- a. Sering marah meledak-ledak
- b. Umumnya berperilaku tidak baik, tidak melakukan apa yang diminta orang dewasa
- c. Sering berkelahi
- d. Sering berbohong, sifat curang
- e. Mencuri

Usia ¹⁶⁸ 1-10 tahun:

- Normal : 0-2
- Borderline : 3
- Abnormal : 4-10

Usia ¹⁶⁸ 11-18 tahun:

- Normal : 0-3
- Borderline : 4
- Abnormal : 5-10

3) Skor ⁴⁴ hiperaktivitas (H)

- a. Gelisah, terlalu aktif, tidak dapat diam lama
- b. Terus bergerak dengan resah
- c. Perhatian mudah teralih, konsentrasi buyar
- d. Tidak berpikir sebelum bertindak

e. Tidak mampu menyelesaikan tugas sampai selesai

Usia 4-10 tahun:

- Normal : 0-5
- Borderline : 6
- Abnormal : 7-10

Usia 11-18 tahun:

- Normal : 0-5
- Borderline : 6
- Abnormal : 7-10

4) Skor masalah teman sebaya (P)

- a. Cenderung menyendiri, lebih senang main sendiri
- b. Tidak punya 1 teman baik
- c. Tidak disukai anak atau teman lain
- d. Ganggu atau digertak oleh anak
- e. Lebih senang bergaul dengan orang dewasa daripada anak-anak

Usia 4-10 tahun:

- Normal : 0-2
- Borderline : 3
- Abnormal : 4-10

Usia 10-18 tahun:

- Normal : 0-3
- Borderline : 4-5
- Abnormal : 6-10

2. Skor kekuatan

Perilaku prososial (Pr)

- a. Mampu mempertimbangkan perasaan orang lain
- b. Bersedia berbagi dengan anak lain
- c. Suka menolong
- d. Bersikap baik pada anak yang lebih muda
- e. Sering menawarkan diri membantu orang lain

Usia 4-10 tahun:

- Normal : 6-10
- Borderline : 5
- Abnormal : 0-14

Usia 10-18 tahun:

- Normal : 6-10
- Borderline : 5
- Abnormal : 0-4

INSTRUMEN SKRINING GEJALA CEMAS & DEPRESI (SRQ 20)

20

Untuk lebih mengerti kondisi kesehatan Anda, isilah 20 pertanyaan dibawah ini yang berhubungan dengan keluhan atau masalah tertentu yang dirasa mengganggu selama 30 hari terakhir. Jika keluhan/masalah yang ditanyakan sesuai dengan keadaan Anda, maka berilah tanda cek (√) pada kolom YA, sedangkan jika keluhan/masalah tersebut tidak dialami atau tidak sesuai dengan keadaan Anda maka berilah tanda cek (√) pada kolom TIDAK.

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
1	Apakah anda sering menderita sakit kepala?		
2	Apakah anda tidak nafsu makan?		
3	Apakah anda sulit tidur?		
4	Apakah anda mudah takut?		
5	Apakah anda merasa tegang, cemas atau kuatir?		
6	Apakah tangan anda gemetar?		
7	Apakah pencernaan anda terganggu/ buruk?		
8	Apakah anda sulit untuk berpikir jernih?		
9	Apakah anda merasa tidak bahagia?		
10	Apakah anda menangis lebih sering?		
11	Apakah anda merasa sulit untuk menikmati kegiatan sehari-hari?		
12	Apakah anda sulit untuk mengambil keputusan?		
13	Apakah pekerjaan anda sehari-hari terganggu?		
14	Apakah anda tidak mampu melakukan hal-hal yang bermanfaat dalam hidup?		
15	Apakah anda kehilangan minat pada berbagai hal?		
16	Apakah anda merasa tidak berharga?		
17	Apakah anda mempunyai pikiran untuk mengakhiri hidup?		
18	Apakah anda merasa lelah sepanjang waktu?		
19	Apakah anda mengalami rasa tidak enak di perut?		
20	Apakah anda mudah lelah?		

Jika Anda menjawab YA minimal 8 pertanyaan tersebut diatas, maka disarankan Anda menghubungi Psikiater atau Psikolog terdekat di kota Anda.

HASIL PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan uji MRA (Multiple Regresion Analysis) atau sering dikenal dengan uji regresi berganda, dalam uji hipotesis terdapat dua uji yang perlu dilakukan yaitu uji T (parsial) dan uji F (simultan), dalam uji T digunakan untuk melihat hubungan antar variable secara parsial atau masing-masing variable, sedangkan pada uji F atau simultan yaitu uji hipotesis secara Bersama-sama atau simultan seluruh variable. Berikut hasil uji hipotesis yang telah dilakukan:

Table Uji T (parsial) masing-masing variabel

Variabel	T hitung	Sig
Pengetahuan (X1)	-.592	.555
Interaksi sosial (X2)	3.945	.000
Dukungan keluarga(X3)	-.359	.720
Kerentanan (X4)	4.152	.000
Keparahan (X5)	-1.822	.070
Manfaat (X6)	3.344	.001
Hambatan (X7)	.322	.748
Kepercayaan diri (X8)	4.924	.000

Tabel diatas dapat dijelaskan sebagai berikut, dari perhitungan uji T dapat disimpulkan dengan melihat signifikansi yang mana jika signifikansi kurang dari 0,05 maka dapat dikatakan terdapat hubungan antar variable, dari table tersebut variable pengetahuan, dukungan keluarga, keparahan yang dirasakan, dan hambatan yang dirasakan tidak memiliki hubungan dengan variable kesadaran diri dibuktikan dengan nilai signifikansi lebih dari 0,05.

Tabel uji F (simultan) seluruh variable

Model	R Square	F hitung	F tabel	Sig
1	.560	24.057	2.00	.000 a

Table diatas diperoleh hasil bahwa F hitung sebesar 24,057 > F tabel 2,00 dan nilai signifikansi $0,000 < 0,05$ sehingga dapat diartikan bahwa terdapat pengaruh simultan variabel pengetahuan, interaksi sosial, dukungan keluarga, kerentanan yang dirasakan, keparahan yang dirasakan, manfaat yang dirasakan, hambatan yang dirasakan, kepercayaan diri terhadap variabel kesadaran diri. nilai R square sebesar 0, 560 berarti bahwa variabel independent secara simultan berpengaruh terhadap variabel dependen sebesar 56%. Secara bersama

Pembahasan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya pada tanggal 4-14 April 2020 didapatkan hasil bahwa terdapat hubungan antara faktor interaksi sosial, kerentanan yang dirasakan, manfaat yang dirasakan, dan kepercayaan diri dengan kesadaran diri mahasiswa dalam melakukan

skrining masalah psikososial, sedangkan pada variabel pengetahuan, dukungan keluarga, keparahan yang dirasakan, dan hambatan yang dirasakan tidak terdapat pengaruh terhadap kesadaran diri mahasiswa dalam melakukan skrining masalah psikososial.

Hubungan Pengetahuan dengan Kesadaran Diri Mahasiswa Dalam Melakukan Skrining Masalah Psikososial.

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan parsial antara pengetahuan dengan kesadaran diri mahasiswa dalam melakukan skrining masalah psikososial, hal tersebut dibuktikan dengan hasil uji statistik yang dilakukan mendapatkan hasil nilai signifikansi variabel pengetahuan $0,55 > 0,05$, sehingga dapat diartikan tidak ada hubungan antara pengetahuan dengan kesadaran diri. Berdasarkan jurnal sebelumnya menjelaskan bahwa pengetahuan akan menimbulkan perilaku yang baik jika diikuti oleh kesadaran diri dan sikap yang positif. Menurut asumsi peneliti mengapa pengetahuan tidak berhubungan dengan kesadaran diri karena masing-masing indikator dari pengetahuan maupun kesadaran diri yang belum terpenuhi. Pengetahuan yang terdiri dari enam tingkatan tersebut dalam penelitian ini menunjukkan tingkatan responden dalam tingkatan pertama yaitu tahu, dan indikator kesadaran diri yang terdiri dari pengetahuan, pemahaman, sikap dan pola perilaku atau tindakan. Dalam aspek kesadaran diri responden masih berada di tahap pengetahuan, dikarenakan tahap pengetahuan responden sendiri masih berada di tahap pertama (tahu). Menurut (Aminudin, 2016) Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya yang telah tahu harus dapat mendefinisikan materi atau objek tersebut. tahap kedua yaitu memahami (*comprehension*) yaitu suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi secara benar, tahap interpretasi sendiri terdiri dari deteksi yaitu tahapan pengamatan objek, identifikasi yaitu melihat ciri objek berdasarkan rona, bentuk dan tekstur lainnya, analisis yaitu mengolah dan menggali lebih dalam mengenai ciri-ciri objek tersebut sehingga mendapatkan hasil yang akurat, dan deduksi/klasifikasi yaitu kesimpulan akhir atau penentuan jenis objek (Indarto, 2017). Berdasarkan hasil analisis data diketahui bahwa aspek tanda dan gejala memiliki nilai paling rendah sehingga hal ini yang melatar belakangi tahap pengetahuan responden dalam tahap pertama (tahu) karena belum bisa menginterpretasikan materi dengan tepat. Jika tahap pengetahuan yang pertama sudah dilalui maka akan meningkat ke tahap selanjutnya dan terakhir yaitu tindakan. Hal ini menjelaskan mengapa pengetahuan tidak berhubungan dengan kesadaran diri, karena tahap yang dilalui kesadaran diri untuk menimbulkan suatu tindakan masih berada di tahap pertama sehingga dalam penelitian ini pengetahuan tidak memiliki hubungan dengan kesadaran diri.

Pengetahuan responden yang cukup digambarkan dalam distribusi frekuensi jawaban responden dimana responden mayoritas menjawab benar terkait aspek dampak dari masalah psikososial yang dapat mempengaruhi lingkungan sosial sebanyak 152 responden (95,0%). Menurut asumsi peneliti mengapa pengetahuan responden masih dalam kategori sedang atau cukup dikarenakan kurangnya pemahaman responden akan skrining dan masalah psikososial dan jumlah responden yang menjawab benar dari keseluruhan pertanyaan hanya empat responden dengan nilai 20 yaitu pada responden nomor 86, 138, 146 dan 151. Menurut (Notoatmodjo, 2003), pengetahuan tercakup dalam 6 tingkatan, dimana pada tingkatan pertama adalah tahu (*know*), tahu artinya sebagai pengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Orang telah tahu harus dapat mendefinisikan materi atau objek tersebut. Tahap ke dua yaitu memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat diinterpretasikan materi tersebut secara benar. Namun dalam hal ini pada distribusi jawaban responden, responden masih banyak yang menjawab salah pada aspek tanda dan gejala masalah psikososial. Dimana aspek tanda dan gejala merupakan kategori materi yang berkaitan dengan objek dalam hal ini objek yang dimaksud adalah masalah psikososial, sehingga jika seseorang faham terhadap materi yang telah diterima seseorang tersebut seharusnya dapat mengetahui tanda dan gejala dari suatu topik tertentu. Hal ini dapat menjelaskan mengapa kategori pengetahuan responden dalam kategori sedang, karena responden mayoritas dalam tahap pengetahuan yang pertama (tahu), dan jumlah responden yang menjawab total maksimal skor hanya 4 responden dari total 160 responden.

Responden yang memiliki pengetahuan sedang berdasarkan data demografi adalah responden yang berusia 21 tahun sebanyak 36 responden, responden yang memiliki pengetahuan tinggi mayoritas responden yang berusia 22 tahun sebanyak 27 responden. Mayoritas jenis kelamin responden adalah perempuan yang sebagian besar memiliki pengetahuan sedang yaitu sebanyak 69 responden (50,0%). Rata-rata responden laki-laki juga memiliki pengetahuan yang sedang sebanyak 12 orang (54,5%). Responden paling banyak berasal dari semester 8 sebanyak 104 responden yang memiliki pengetahuan sedang yaitu 53 responden. Berdasarkan hasil analisis data demografi dan variabel pengetahuan dapat disimpulkan bahwa pengetahuan akan semakin meningkat seiring bertambahnya usia seseorang, hal ini sesuai dengan penelitian Notoatmodjo (2014) semakin cukup umur seseorang maka tingkat kemampuan dan kekuatan seseorang dalam berfikir dan bekerja lebih matang. Selain itu, semakin tinggi pendidikan seseorang, maka semakin mudah dalam menerima informasi. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Trisnalia (2018) yang menyebutkan bahwa usia adalah salah satu faktor yang mempengaruhi perilaku kesehatan seseorang. Semakin matang usia seseorang maka pengalaman dan pengetahuan yang dimiliki akan semakin bertambah.

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan dalam kategori rendah memiliki kesadaran diri yang rendah sebanyak 71 responden (84,6%) pada responden nomor 158, 97, dan 148. Pengetahuan sedang memiliki kesadaran diri yang tinggi sebanyak 50 responden (61,7%) dan pengetahuan dalam kategori tinggi memiliki kesadaran diri yang tinggi sebanyak 92 responden (57,5%) pada responden nomor 86, 138, 146 dan 151. Penelitian ini menunjukkan bahwa mayoritas pengetahuan responden dalam kategori sedang memiliki kesadaran diri yang tinggi. Pengetahuan sangat berkontribusi dalam kesadaran masyarakat. Masyarakat akan sadar terhadap kesehatan jika memiliki pengetahuan yang luas (Sudarsono, 2016). Salah satu cara meningkatkan pengetahuan dengan cara melakukan sosialisasi. Dalam hal ini responden belum mendapatkan sosialisasi mengenai masalah psikososial dan dampaknya, oleh karena itu pengetahuan responden dalam kategori sedang. Berdasarkan penelitian (Andi Sudarsono dan Yudi Suharsono, 2016) pada penelitian mengenai persepsi dan pengetahuan untuk meningkatkan kesadaran dalam membayar asuransi kesehatan didapatkan hasil bahwa masyarakat yang sudah diberikan sosialisasi masih belum mampu meningkatkan kesadaran diri masyarakat untuk membayar asuransi kesehatan, hal ini mengartikan pengetahuan seseorang dalam kategori baik, jika pemahaman masyarakat mengenai kesehatan masih kurang hal tersebut belum bisa meningkatkan kesadaran individu. Sejalan dengan pernyataan Kreck dan Crutched (Andi Sudarsono dan Yudi Suharsono, 2016) bahwa tingkat kesadaran masyarakat terhadap lingkungan terjadi akibat berkembangnya pemahaman terhadap lingkungan itu sendiri. Artinya bahwa mahasiswa yang memahami pentingnya kesehatan mental emosional untuk menjaga kesehatan maka akan mengupayakan melakukan pencegahan terhadap gangguan mental emosional khususnya masalah psikososial dengan melakukan skrining psikososial. Pemahaman responden yang kurang mengenai masalah psikososial dan kesadaran diri untuk melakukan skrining psikososial diakibatkan karena sedikitnya informasi mengenai skrining yang bisa diakses oleh responden, data dari hasil studi pendahuluan bahwa pengalaman melakukan skrining masih rendah, sesuai dengan Notoatmodjo (2014) beberapa faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang antara lain adalah pendidikan baik formal maupun informal, media massa, media sosial, tradisi dan budaya, lingkungan, serta pengalaman sebelumnya. Dimana pengalaman sebelumnya responden dalam melakukan skrining masih rendah. Menurut (Brown, Ryan dan Creswell, 2007) memberikan penjelasan mengenai timbulnya sebuah kesadaran pada diri individu. kesadaran merupakan proses sadar yang bermula dari rangsangan atau stimulus, termasuk kelima indra manusia, indra kinestik dan aktivitas pikiran yang merupakan proses akhir dari sebuah persepsi. Ketika stimulus sangat kuat, maka perhatian termanifestasi dengan perilaku memperhatikan. (Brown, 2007) menyatakan bahwa kesadaran sangat penting untuk pembentukan kualitas pengalaman dan tindakan (Andi Sudarsono dan Yudi Suharsono, 2016).

Hal tersebut sesuai dengan (Ambar Sih,2008) yang menyatakan terdapat 4 indikator kesadaran yang masing-masing merupakan suatu tahapan bagi tahapan berikutnya dan menunjuk pada kesadaran tertentu, mulai dari yang terendah sampai dengan yang tertinggi yaitu pengetahuan, pemahaman, sikap dan pola perilaku atau tindakan.

Lawrence Green dalam (Nursalam,2016) mengungkapkan bahwa pengetahuan merupakan salah satu faktor predisposisi yang dapat mempengaruhi perilaku seseorang. Dalam pembentukan perilaku seseorang dipengaruhi oleh pengetahuan dimana pengetahuan ini akan membentuk suatu perilaku apabila diikuti dengan kesadaran dalam diri dan sikap yang positif (Green & Kreuter, 1991 dalam Nursalam 2016).

Distribusi frekuensi pengetahuan responden dengan persentase terbanyak adalah sedang dan tinggi. Menurut anggapan peneliti, hal ini dipengaruhi oleh latar

belakang pendidikan responden yang berada di jenjang perkuliahan menjadi mahasiswa yaitu di masa remaja akhir dimana mereka memiliki rasa ingin tahu yang besar dan mereka sudah bisa mengakses informasi yang berasal dari media sosial yang sering mereka akses dalam kegiatan sehari-hari. Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas responden memiliki pengetahuan baik yang ditunjukkan dengan hasil jawaban responden yang sudah tepat dalam menjawab pertanyaan dampak dari masalah psikososial. Namun pertanyaan yang mengukur pengetahuan tentang tanda dan gejala masalah masih banyak responden yang menjawab tidak tepat. Pengetahuan seseorang bisa diukur melalui enam tingkatan yaitu tahu, memahami, aplikasi, analisis, sintesis, dan evaluasi (Notoatmodjo, 2014).

Hubungan Interaksi Sosial dengan Kesadaran Diri Mahasiswa Dalam Melakukan Skrining Masalah Psikososial.

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan parsial antara interaksi sosial dengan kesadaran diri mahasiswa dalam melakukan skrining masalah psikososial dengan nilai signifikansi sebesar $0,000 < 0,05$. Interaksi sosial adalah sebuah proses kejadian yang dapat mengubah tingkah laku dan sikap dari orang yang saling berinteraksi. Ini merupakan hubungan sosial antara dua orang atau lebih yang dalam hal ini selalu memiliki hubungan timbal balik secara alami, yang dapat disebut sebagai kondisi respon-stimulus dari seseorang (Umar,2014). Interaksi sosial dipengaruhi oleh beberapa hal salah satunya motivasi, motivasi disini seperti pendidikan, pekerjaan, keinginan untuk mencukupi kebutuhan hidup, keinginan untuk menambah wawasan baru, keinginan terciptanya kerukunan di masyarakat dan menambah pengalaman (Ira, 2017). Jika seseorang sadar akan pentingnya suatu hal (motivasi) tersebut akan meningkatkan interaksi sosial individu guna memenuhi keinginan individu tersebut. Menurut (Farman, 2007) kesadaran diri diperlukan jika individu melakukan

interaksi agar individu mampu menempatkan diri di masyarakat. Kesadaran diri melatarbelakangi adanya interaksi sosial, dimana dengan sikap sadar terhadap apa yang ada di dalam diri individu baik kelemahan dan kelebihan hal tersebut akan membuat mudahnya seseorang memahami potensi yang ada di dalam dirinya, sehingga untuk melakukan hubungan sosial individu tidak mengalami kesulitan. Dalam penelitian ini menunjukkan hubungan interaksi sosial dengan kesadaran diri, hal tersebut berarti semakin baik kesadaran diri seseorang semakin baik pula interaksi sosial responden, atau responden yang memiliki interaksi sosial yang baik akan memiliki kesadaran diri yang tinggi. (Mons, 2002). Mengungkapkan beberapa faktor yang dapat mempengaruhi interaksi sosial yaitu jenis kelamin, kecenderungan laki-laki untuk berinteraksi dengan teman sebaya atau sejawat lebih besar daripada perempuan. (Gunarsa, 2006) menyatakan individu yang sulit berinteraksi dalam lingkungan sosial cenderung sulit bergaul, memiliki sedikit teman, dan merasa rendah diri, sedangkan individu dengan kesadaran diri yang tinggi akan menyadari mengenai dirinya, menyadari emosi yang ada dalam dirinya sehingga ia akan mampu menempatkan diri pada situasi tertentu, orang dengan kesadaran diri yang tinggi akan memiliki banyak relasi karena dianggap mampu memahami dirinya dengan baik. Hal ini membuktikan hipotesis kedua bahwa terdapat hubungan antara interaksi sosial dengan kesadaran diri, semakin tinggi interaksi sosial individu akan meningkatkan kesadaran diri individu tersebut

Interaksi sosial yang tinggi pada usia 20 tahun dengan presentase (59,4%) kemudian usia 21 tahun (55,4%). Dapat disimpulkan bahwa interaksi sosial yang tinggi terjadi pada semester 6, dimana rata-rata usia pada semester 6 adalah usia 20-21 tahun. Syarat terjadinya interaksi sosial dipengaruhi oleh kontak sosial dan komunikasi (Burhan, 2009). Menurut (Burhan, 2009) interaksi sosial akan diawali dengan kontak sosial. Hal ini sesuai dengan pendapat Herimanto dan Winarno yang menyatakan kontak sosial merupakan awal terjadinya interaksi sosial (Herimanto dan Winarno, 2008). Kontak sosial adalah hubungan antara satu orang dengan orang lain dan masing-masing pihak saling bereaksi antara satu dengan yang lain. Kegiatan di kelas merupakan bentuk kegiatan kontak sosial (Hamdani, 2010). Komunikasi merupakan faktor penentu dalam pembentukan interaksi sosial, tanpa komunikasi interaksi sosial belum bisa terjadi. Komunikasi merupakan pertukaran pesan baik verbal maupun non verbal antara si pengirim dan penerima pesan untuk mengubah tingkah laku. Menurut (Danasasmita, 2009) menyatakan bahwa model interaksi sosial di kelas mencakup kerja kelompok, pertemuan kelas, pemecahan masalah, model laboratorium, bermain peran dan simulasi sosial. Berdasarkan penelitian tersebut sesuai dengan fakta yang ada pada responden bahwa pada semester 6 penugasan perkuliahan meliputi kerja kelompok, pertemuan kelas, pemecahan masalah, model laboratorium, bermain peran dan simulasi. Interaksi sosial yang rendah terjadi pada semester 8 dan interaksi sosial yang tinggi terjadi pada angkatan 2017 hal ini membuktikan bahwa pada semester 6

terjadi interaksi sosial yang baik dikarenakan pada semester 6 masih dalam kegiatan perkuliahan dikelas yang aktif begitupun dengan tugas yang ada, tugas yang ada cenderung bertipe kelompok dan individu sehingga interaksi responden semester 6 dalam kategori tinggi, sedangkan pada semester 8 perkuliahan dikelas hanya minimal dikarenakan mata kuliah pada semester 8 hanya ada 2 mata kuliah yaitu skripsi dan manajemen keperawatan sehingga intensitas bertemu dikelas jarang serta tugas skripsi yang membuat intensitas bertemu satu sama lain tidak menentu. Penelitian yang dilakukan oleh (Prita, 2018) didapatkan hasil bahwa interaksi sosial yang rendah pada mahasiswa dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu sikap selalu berkelompok, yang artinya mahasiswa lebih suka membuat kelompok kecil berdasarkan kesamaan yang dimiliki dan kurang membuka diri untuk bergaul dengan orang dari luar kelompoknya, hal tersebut sesuai dengan pendapat (Indrawijaya, 2002) yaitu kelompok informal berkembang atas dasar perasaan saling tertarik, karena kebutuhan akan tukar menukar informasi, untuk saling melengkapi ataupun karena kesamaan sikap.

Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kesadaran Diri Mahasiswa Dalam Melakukan Skrining Masalah Psikososial.

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan kesadaran diri dengan nilai signifikansi $0,720 > 0,05$. Berdasarkan aspek dukungan keluarga pada aspek dukungan instrumental merupakan aspek dengan total skor tertinggi yaitu 695, dan pada aspek dukungan penilaian mendapatkan total skor terendah yaitu 301. Hal ini dikarenakan pada aspek dukungan instrumental responden mayoritas menjawab selalu sebanyak 81 responden (50,6%) dan pada aspek dukungan penilaian mayoritas responden menjawab tidak pernah sebanyak 73 responden (45,6). Dukungan instrumental adalah dukungan yang nyata diberikan orang tua terhadap anaknya, dalam hal ini mahasiswa sebagian besar masih bergantung kepada orang tua sehingga dukungan instrumental memiliki skor tertinggi, sesuai dengan penelitian (Prima dan Yaslinda, 2012) mengenai dukungan keluarga pada lansia. Dukungan penilaian berupa penghargaan positif, dorongan untuk maju dan bimbingan umpan balik sehingga mahasiswa dapat melihat sisi positif yang ada dalam dirinya. Berdasarkan penelitian (Prima dan Yaslinda, 2012) kurangnya dukungan penilaian disebabkan karena kurangnya kepedulian anggota keluarga terhadap apa yang dilakukan oleh responden hal ini sesuai dengan jawaban responden menjawab tidak pernah pada pertanyaan apakah keluarga peduli dengan masalah yang sedang dihadapi, hal ini akan berdampak pada perasaan tidak dihargai atas tindakan yang diambil jika hal ini berkelanjutan akan berdampak kepada depresi. Dukungan keluarga mayoritas responden dalam kategori tinggi hal ini mengartikan bahwa faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga juga baik, menurut (Friedman, 2010) faktor

yang mempengaruhi dukungan keluarga adalah usia pertumbuhan dan perkembangan keluarga, Pendidikan atau tingkat pengetahuan keluarga, faktor emosional keluarga, faktor spiritual keluarga, praktik di keluarga, tingkat ekonomi keluarga dan latar belakang budaya di keluarga.

Dukungan keluarga menurut (Friedman, 2010) adalah sikap, tindakan penerimaan keluarga terhadap anggota keluarganya berupa dukungan informasional, dukungan penilaian, dukungan instrumental dan dukungan emosional. Jadi dukungan keluarga adalah suatu bentuk hubungan interpersonal yang meliputi sikap, tindakan dan penerimaan terhadap anggota keluarga, sehingga anggota keluarga merasa ada yang memperhatikan. Dari hasil kuesioner diketahui bahwa bentuk dukungan keluarga yang paling tinggi adalah dukungan instrumental dan yang paling rendah adalah dukungan penilaian pada aspek perhatian dimana responden mayoritas menjawab tidak pernah, nya keluarga responden peduli dengan masalah yang sedang dihadapi. Dalam penelitian ini diketahui bahwa tidak ada hubungan parsial antara dukungan keluarga dengan kesadaran diri, hal ini disebabkan oleh rendahnya dukungan penilaian pada responden, dimana dukungan penilaian ini digunakan untuk memahami kejadian depresi dengan baik dan juga sumber depresi serta strategi koping yang dapat digunakan dalam menghadapi stressor. Dimana jika seorang individu mampu memahami dengan baik sumber stressor dan strategi koping yang baik individu tersebut memiliki kesadaran diri yang tinggi, harapan dari adanya kesadaran diri yang tinggi adalah individu tersebut mampu memahami dengan baik dirinya, kelemahan, kekuatan sehingga dapat menghadapi situasi dengan tepat. Karena hal tersebut sehingga hipotesis ketiga ditolak, yang artinya tidak ada hubungan parsial antara dukungan keluarga dengan kesadaran diri.

Berdasarkan hasil penelitian yang didapat diketahui mayoritas dukungan keluarga dalam kategori tinggi yaitu sebanyak 83 responden (51,9%). Responden yang memiliki dukungan keluarga dalam kategori tinggi yaitu responden yang sebagian besar berusia 20 tahun sebanyak 30 responden (50,8%). Responden yang memiliki dukungan keluarga rendah mayoritas berusia 21 tahun sebanyak 36 responden (55,4%). Responden yang memiliki skor tertinggi adalah responden nomor 144 dan responden yang memiliki skor terendah adalah responden nomor 43. Sebagian besar responden perempuan memiliki dukungan keluarga yang tinggi yaitu sebanyak 75 responden (54,3%). Responden laki-laki memiliki dukungan keluarga yang rendah yaitu sebanyak 14 responden (63,6%). Semester 6 sebagian besar memiliki dukungan keluarga yang tinggi yaitu sebanyak 34 responden (60,7%), sedangkan pada semester 8 mayoritas dukungan keluarga rendah yaitu sebanyak 55 responden (52,9%). Mayoritas responden yang memiliki dukungan keluarga yang tinggi pada responden yang tinggal dikos sebanyak 62 responden (53,0%). Berdasarkan hasil analisis data didapatkan hubungan antara dukungan keluarga dan kesadaran diri, dimana dukungan keluarga yang tinggi tingkat

kesadaran diri responden juga tinggi yaitu sebanyak 50 responden (60,2%), sedangkan untuk responden yang memiliki dukungan keluarga yang rendah memiliki kesadaran diri yang tinggi yaitu sebanyak 42 responden (54,5%).

Dukungan keluarga berdasarkan data demografi menjelaskan bahwa pada responden yang berada di semester 6 dan tinggal dikos memiliki dukungan keluarga yang tinggi, berdasarkan asumsi peneliti pada responden yang baru 3 tahun merantau di Surabaya akan masih dikhawatirkan oleh orang tua, berbeda pada semester 8 dimana responden sudah 4 tahun di Surabaya sehingga sudah terbentuk jiwa kemandirian pada diri responden sehingga dukungan keluarga tetap ada tapi tidak dalam intensitas yang besar. (Taylor, 2006) menjelaskan bahwa dukungan keluarga adalah segala macam bantuan yang menimbulkan perasaan nyaman secara fisik dan psikologis serta merupakan bagian dari jaringan komunikasi dan kewajiban timbal balik dari orang tua. (Cutrona, 2000) menjelaskan bahwa dukungan keluarga tersebut ditujukan untuk mengatasi cara efektif kondisi stress dan tertekan pada individu yang menghadapi masalah. (Goleman, 2002) menyatakan bahwa individu dengan kesadaran diri yang baik akan memandang dirinya dengan perspektif yang luas dan mampu belajar dari pengalaman yang pernah dialaminya.

Hubungan Kerentanan yang dirasakan dengan Kesadaran Diri Mahasiswa Dalam Melakukan Skrining Masalah Psikososial.

Berdasarkan hasil penelitian dapat diketahui bahwa kerentanan yang dirasakan jika tidak melakukan skrining terdapat hubungan positif parsial dengan kesadaran diri mahasiswa dalam melakukan skrining psikososial dengan nilai signifikansi $0,000 < 0,05$. Orang yang kesadaran dirinya bagus maka ia mampu untuk mengenal dan memilih-milih perasaan, memahami hal yang sedang dirasakan dan mengapa hal itu dirasakan dan mengetahui penyebab munculnya perasaan tersebut (Daniel Goleman, 1996).

Persepsi kerentanan adalah keyakinan individu mengenai kerentanan dirinya atas risiko efek samping dan mendorong orang untuk melakukan perilaku yang lebih sehat. Semakin besar kemungkinan individu terlibat dalam perilaku untuk mengurangi risikonya.

Persepsi kerentanan yang mewakili keyakinan individu terhadap resiko jika tidak melakukan skrining psikososial. Proporsi yang lebih besar mencerminkan keyakinan yang lebih besar tentang resiko. Ketika seorang individu mau melakukan skrining untuk pertama kalinya, secara naluriah ia akan mengumpulkan semua fakta dan cerita termasuk resiko melakukan skrining. Perasaan rentan terhadap masalah psikososial dan dampaknya dapat memicu kesadaran responden terhadap upaya mengatasi masalah psikososial tersebut dengan melakukan skrining. Jika tidak ia

cenderung mengalami dampak dari masalah psikososial. Oleh karena itu, kesadaran dan pengalaman selanjutnya memiliki peran penting untuk menentukan keberhasilan dari skrining (Notoadmojo, 2010). Hal ini sesuai dengan penelitian Yunti F, 2019 mengenai kepatuhan penderita DM dalam mengonsumsi insulin. Kerentanan yang dirasakan adalah keyakinan pada diri seseorang terkait dengan kerentanan dirinya yang akan memberikan dampak pada kesehatan sehingga akan mendorong seseorang untuk perubahan pada perilaku yang lebih sehat. Semakin individu merasakan kerentanan dirinya mengenai kesehatannya maka semakin tinggi pula tingkat kesadaran individu dalam melakukan skrining psikososial. Hasil penelitian ini sesuai dengan konsep yang dikemukakan oleh (Rosenstock, 2004) bahwa seseorang akan bertindak jika merasakan dirinya rentan terhadap penyakit tersebut. Hubungan positif antara kerentanan yang diasakan dan kesadaran diri dalam melakukan skrining psikososial dipengaruhi oleh pengalaman pasien. Pengalaman memiliki peran penting yang akan membentuk persepsi, seperti kognitif, kepribadian dan budaya yang dimiliki individu (Notoadmojo, 2010), sehingga semakin orang tersebut merasa rentan akan membuat individu tersebut sadar untuk melakukan skrining masalah psikososial.

Hasil penelitian diketahui bahwa responden yang merasa rentan mengalami masalah psikososial dan dampak jika tidak melakukan skrining psikososial mayoritas dalam kategori tinggi sebanyak 87 responden (87%). Responden yang merasa rentan dalam kategori tinggi jika tidak melakukan skrining mayoritas berusia 21 tahun yaitu sebanyak 114 responden (53,8%). Responden yang merasa rentan jika tidak melakukan skrining sebagian besar berjenis kelamin perempuan sebanyak 75 responden (54,3%). Pada laki-laki kategori kerentanan yang dirasakan juga tinggi yaitu sebanyak 12 responden (54,5%). Kategori kerentanan yang dirasakan dalam kategori tinggi terjadi pada semester 6 sebanyak 37 responden (66,1%). Semester 8 mayoritas memiliki kerentanan yang sedang yaitu sebanyak 53 responden (51,0%). 71 responden yang merasa rentan dalam kategori tinggi jika tidak melakukan skrining memiliki kesadaran diri yang tinggi yaitu sebanyak 64 responden (73,6%). Responden yang memiliki kerentanan yang rendah memiliki kesadaran diri yang rendah yaitu sebanyak 1 responden (100,0%). Responden yang memiliki kerentanan sedang memiliki kesadaran diri yang rendah yaitu sebanyak 44 responden (61,1%). Responden yang memiliki skor tertinggi adalah responden nomor 94 dan 144, dan responden yang memiliki skor terendah adalah responden nomor 110.

Berdasarkan hasil diatas dapat diketahui bahwa kerentanan yang dirasakan responden jika tidak melakukan skrining dalam kategori tinggi, responden perempuan, usia 21 tahun dan semester 6 memiliki kategori kerentanan yang tinggi jika tidak melakukan skrining psikososial, hal ini sesuai dengan penelitian (Suhardin, 2015) yang menyimpulkan bahwa perbedaan laki-laki dan perempuan pada aspek psikologis adalah pada laki-laki lebih aktif, agresifitas dan rasional sedangkan pada perempuan

lebih penuh perhatian, kasih sayang dan memiliki perasaan yang mendalam hal ini didasarkan oleh aspek biologis dimana pada perempuan memiliki hormone estrogen yang mempengaruhi psikis dan perasaan sedangkan pada laki-laki memiliki hormone testosterone dan progesteron yang mempengaruhi agresifitas, sehingga laki-laki cenderung stabil ketika beraktivitas. Pada angkatan 2017 yang semester ini menempuh semester 6 banyak mendapatkan beban perkuliahan baik tugas individu maupun kelompok, mengikuti kegiatan kampus dan juga fakultas sehingga mayoritas mengalami masalah psikososial akibat beban perkuliahan tersebut dan sulitnya manajemen waktu. Hal ini yang menjadikan responden merasa rentan mengalami dampak jika tidak melakukan skrining psikososial.

Kualitas kesadaran diri merupakan keadaan lebih jelas dan jernihnya pengalaman sadar individu mengenai keadaan disini dan saat ini yang secara efektif menyadari ingatan masa lalu dan mengantisipasi masa depan (Anadya Hasanah, 2019). Hal ini menjelaskan bagaimana kerentanan responden terhadap kejadian masalah psikososial dan dampaknya mempengaruhi dan berhubungan dengan kesadaran diri, jika seorang individu mengerti dirinya rentan terkena suatu masalah individu tersebut secara naluri akan memprediksi apa yang akan terjadi pada dirinya baik itu masa ini maupun masa depan, sehingga timbul perilaku untuk mengantisipasi hal tersebut. komponen utama dari kesadaran diri adalah pemahaman tentang diri sendiri dan kedua kemampuan untuk mengantisipasi bagaimana seseorang dinilai oleh orang lain (Taylor, 2012).

Hubungan Keparahan yang dirasakan dengan Kesadaran Diri Mahasiswa Dalam Melakukan Skrining Masalah Psikososial.

Berdasarkan hasil penelitian dapat diketahui bahwa keparahan yang dirasakan jika tidak melakukan skrining tidak terdapat hubungan parsial yang positif dengan kesadaran diri mahasiswa dalam melakukan skrining psikososial dengan nilai signifikansi $0,720 > 0,05$. Persepsi keparahan adalah keyakinan individu akan keparahan suatu penyakit. Sedangkan persepsi keparahan terhadap penyakit sering didasarkan pada informasi atau pengetahuan pengobatan, mungkin juga berasal dari kepercayaan terhadap orang yang memiliki kesulitan tentang penyakit yang diderita atau dampak dari penyakit terhadap kehidupannya (Buglar et al, 2010).

Ada hubungan negative yang tidak signifikan antara keparahan dengan kesadaran diri dalam melakukan skrining psikososial, artinya semakin rendah persepsi keparahan semakin tinggi kesadaran diri dari individu dalam melakukan skrining, dalam penelitian ini tidak terjadi signifikansi antara kedua variabel tersebut dikarenakan pada penelitian sebelumnya oleh (Yunti E, 2019) menjelaskan bahwa ada hubungan positif dan signifikan antara persepsi keparahan dengan kepatuhan pengobatan pasien DM. keparahan sendiri. Dalam penelitian ini responden tidak merasa keparahan akibat

masalah psikososial dan harus melakukan skrining dikarenakan mereka menganggap masalah psikososial menjadi hal wajar terjadi dan akan hilang seiring berjalannya waktu, kurang adanya niatan untuk mencegah dan mengelola hal tersebut agar tidak timbul lagi. Berdasarkan distribusi pertanyaan pada variabel ini responden mayoritas menjawab benar pada item pertanyaan menurut saya kalau tidak melakukan skrining akan mengalami dampak yang buruk untuk kesehatan jangka panjang, hal ini yang menyebabkan mayoritas responden memiliki kategori tinggi dalam persepsi keparahan, sedangkan pada item pertanyaan dimana responden paling banyak menjawab salah yaitu masalah gangguan jiwa berat bisa terjadi ketika saya tidak melakukan skrining psikososial, hal tersebut menunjukkan bahwa responden memiliki persepsi keparahan namun responden tidak menganggap hal tersebut berdampak luas termasuk kedalam gangguan jiwa berat. Hal ini menjelaskan mengapa variabel keparahan yang dirasakan tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan kesadaran diri, dengan alasan seseorang yang memiliki kesadaran diri yang baik akan tetap memperkirakan jauh kedepan apa yang mungkin bisa terjadi pada kondisi kesehatannya, memiliki persepsi-persepsi kemungkinan yang buruk yang dapat terjadi jika tidak melakukan perilaku kesehatan yang sesuai. Selain hal tersebut, persepsi keparahan juga dapat dikuatkan dari informasi yang diperoleh dari informasi medis dan media massa, sedangkan untuk masalah psikososial sendiri belum menjadi perhatian khusus sehingga masih minim informasi yang disampaikan mengenai masalah psikososial dan skrining. Responden hanya mendapatkan informasi ini dari perkuliahan dikelas karena masuk kedalam mata kuliah di keperawatan jiwa.

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan hasil bahwa responden yang merasa keparahan akibat tidak melakukan skrining psikososial dalam kategori tinggi sebanyak 79 responden (49,4%). Hal tersebut dibuktikan dengan responden menjawab sangat setuju pada item pertanyaan Menurut saya kalau tidak melakukan skrining akan mengalami dampak yang buruk untuk kesehatan jangka panjang yaitu sebanyak 68 responden (42,5%). Responden yang merasa masalah psikososial harus segera diatasi agar tidak menimbulkan keparahan sebegini besar berusia 21 tahun yaitu sebanyak 31 responden (47,7%). Responden yang tidak merasa keparahan jika tidak melakukan skrining mayoritas berusia 21 tahun yaitu sebanyak 6 responden (9,2%). Responden yang merasa jika tidak melakukan skrining akan menimbulkan keparahan mayoritas berjenis kelamin perempuan sebanyak 67 responden (48,6%). Pada laki-laki kategori keparahan yang dirasakan mayoritas dalam kategori tinggi yaitu sebanyak 12 responden (54,5%). Responden yang memiliki skor tertinggi yaitu responden nomor 25, 30, 39, 50, 75, 88, 90, 130, 144 dan 156. Responden yang memiliki skor terendah adalah responden nomor 10, 110.

Kategori keparahan yang dirasakan dalam kategori tinggi terjadi pada semester 6 sebanyak 37 responden (66,1%). Responden semester 8 mayoritas merasa hal

tersebut akan menimbulkan suatu keparahan dalam kategori sedang yaitu sebanyak 52 responden (50,0%). Responden yang merasa timbul keparahan jika tidak melakukan skrining memiliki kesadaran diri yang tinggi yaitu sebanyak 57 responden (72,2%). Responden yang memiliki keparahan yang rendah memiliki kesadaran diri yang rendah yaitu sebanyak 7 responden (58,3%). Responden yang memiliki keparahan sedang memiliki kesadaran diri yang rendah yaitu sebanyak 39 responden (56,5%).

Berdasarkan hasil diatas dapat diketahui bahwa keparahan yang dirasakan responden jika tidak melakukan skrining dalam kategori tinggi, responden perempuan, usia 21 tahun dan semester 6 mendominasi dengan memiliki kategori keparahan yang tinggi jika tidak melakukan skrining psikososial, hal ini sesuai dengan penelitian (Suhardin,2015) yang menyatakan kondisi psikologis perempuan lebih sensitive dan perasa serta pemikir yang mendalam, sehingga perempuan lebih merasa rentan terkena sesuatu akibat dampak dari masalah yang ada, mayoritas usia pada angkatan 2017 adalah usia 20 dan 21 tahun yang pada semester ini menempuh

semester 6 banyak mendapatkan beban perkuliahan baik tugas individu maupun kelompok, sehingga mayoritas mengalami masalah psikososial akibat beban perkuliahan tersebut. Hal ini yang menjadikan individu memiliki keyakinan akan mendapatkan masalah kesehatan. Masalah kesehatan akan menjadi parah jika individu tersebut selalu terpapar dengan faktor penyebab masalah.

Hubungan Manfaat yang dirasakan dengan Kesadaran Diri Mahasiswa Dalam Melakukan Skrining Masalah Psikososial.

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa terdapat hubungan parsial yang positif antara manfaat yang dirasakan melakukan skrining dengan kesadaran diri. Hal ini dibuktikan dengan nilai signifikansi sebesar $0,001 < 0,005$. Hal ini berarti bahwa seseorang yang memiliki kesadaran diri seharusnya menyadari sepenuhnya persepsi, perasaan, impian, atau dunia di luar dirinya sendiri. Manusia memiliki kesanggupan untuk menyadari dirinya sendiri, suatu kesanggupan yang unik dan nyata yang memungkinkan manusia mampu berfikir dan memutuskan (Corey,Gerald, 2007). Hal ini melatarbelakangi bagaimana manfaat berhubungan dengan kesadaran diri, dengan seseorang mempertimbangkan manfaat yang akan didapat setelah mengerjakan sesuatu individu tersebut akan memutuskan hal apa yang akan ia lakukan, dengan kesadaran diri yang dimiliki individu tersebut akan menentukan manfaat yang baik bagi dirinya, sehingga sesuai dengan H6 bahwa manfaat yang dirasakan setelah melakukan skrining psikososial berhubungan parsial dengan kesadaran diri.

Persepsi manfaat adalah keyakinan akan manfaat yang dirasakan pada diri individu jika melakukan perilaku sehat. Konstruksi dari manfaat yang dirasakan adalah pendapat seseorang tentang kegunaan suatu perilaku baru dalam menurunkan risiko

terkena penyakit. Individu cenderung lebih sehat saat mereka percaya perilaku baru akan menurunkan kemungkinan mereka terserang penyakit. Manfaat yang dirasakan mempunyai peranan penting dalam menentukan perilaku untuk pencegahan sekunder (Buglar et al, 2010). Manfaat yang dirasakan oleh pasien setelah melakukan suatu tindakan pencegahan melalui pengobatan, maka pasien akan memiliki keyakinan jika melakukan pengobatan tersebut. DM yang diderita akan sembuh (Yunti F, 2019). Hal tersebut menunjukkan bahwa persepsi manfaat terhadap suatu pencegahan penyakit memiliki hubungan yang positif dengan kesadaran diri mahasiswa dalam melakukan skrining psikososial. Semakin pasien mengetahui manfaat dari perilaku kesehatan tersebut semakin sadar responden dalam melakukan skrining. Oleh karena itu responden harus sadar bahwa manfaat skrining adalah penting bagi diri mereka sendiri untuk semakin sehat

(Vazini dan Barati, 2014).

Berdasarkan hasil penelitian yang didapat diketahui mayoritas responden merasa manfaat dari hasil melakukan skrining psikososial dalam kategori tinggi yaitu sebanyak 98 responden (61,3%). Hal tersebut dibuktikan dengan distribusi pertanyaan responden yang mayoritas menjawab setuju pada item saya merasa kalau masalah psikososial dapat terkontrol dengan baik maka dapat meningkatkan kualitas hidup sebanyak 69 responden (43,1%). Dari hasil tersebut diketahui bahwa responden merasa adanya manfaat dari adanya skrining psikososial. Responden yang memiliki skor tertinggi adalah responden nomor 5, 12, 25,26,30,39,45,50,53,54,105,113,130,132, 139 dan 151. Responden yang memiliki skor terendah adalah responden nomor 110.

Berdasarkan hasil distribusi frekuensi data demografi dan manfaat yang dirasakan, responden usia 21 merasa manfaat dari adanya skrining dalam kategori tinggi yaitu sebanyak 44 responden (67,7%). Responden usia 22 tahun merasa manfaat dari adanya skrining dalam kategori rendah yaitu sebanyak 4 responden (6,8%). Responden perempuan merasa manfaat dari adanya skrining dalam kategori tinggi yaitu sebanyak 86 responden (62,3%). Responden laki-laki juga merasa manfaat dari adanya skrining dalam kategori tinggi yaitu sebanyak 12 responden (54,5%). Responden yang berasal dari semester 8 merasa manfaat dari adanya skrining dalam kategori tinggi yaitu 64 responden (61,5%) sedangkan pada semester 6 yang merasa manfaat akan adanya skrining dalam kategori tingginya sebanyak 34 responden (60,7%). Kesadaran diri yang dimiliki remaja dapat mempengaruhi perkembangan diri sendiri dan bahkan perkembangan sesamanya. Sebab manusia tampil diluar diri dan berefleksi atas keberadaannya. Oleh sebab itu kesadaran diri sangat fundamental bagi pertumbuhan remaja. Responden yang merasa manfaat dari adanya skrining kategori tinggi memiliki kesadaran diri yang tinggi yaitu sebanyak 72 responden (73,5%).

Hubungan Hambatan yang dirasakan dengan Kesadaran Diri Mahasiswa Dalam Melakukan Skrining Masalah Psikososial.

Berdasarkan hasil penelitian dapat diketahui bahwa tidak terdapat hubungan parsial antara hambatan yang dirasakan dengan kesadaran diri mahasiswa keperawatan dalam melakukan skrining psikososial, dibuktikan dengan nilai signifikansi sebesar $0,748 > 0,05$. Kesadaran diri tidak terbentuk secara otomatis, melainkan karena adanya usaha individu. Tahapan kesadaran diri individu, ditentukan oleh beberapa besar atau sejauh mana individu tersebut berusaha mempertinggi kesadaran dirinya. Berdasarkan distribusi frekuensi hambatan yang paling dirasakan oleh individu adalah kurangnya informasi, dimana salah satu upaya meningkatkan kesadaran diri dengan melakukan komunikasi yang berdasarkan informasi sehingga karena terbatasnya sumber informasi mengenai skrining hal tersebut yang menghambat adanya kesadaran diri individu untuk meningkat. Persepsi hambatan adalah aspek negative pada diri individu yang menghalangi individu untuk berperilaku sehat, konstruk dari HBM menangani masalah ini adalah hambatan yang dirasakan untuk berubah. Hal tersebut dimiliki individu sendiri mengevaluasi hambatan dalam cara individu melakukan sebuah perilaku baru dari semua konstruksi, hambatan yang dirasakan adalah hal yang paling signifikan dalam menentukan perubahan perilaku (Buglarn et al, 2010).

Menurut (Yunti F, 2019) *perceived barrier* mendapatkan proporsi persepsi yang rendah karena merupakan satu-staunya faktor yang mewakili keyakinan individu terhadap hambatan melakukan sesuatu. Semakin kecil hambatan maka kepatuhan pasien semakin tinggi. Hambatan yang dirasakan memiliki peran penting dalam menentukan perubahan perilaku pada individu (Buglar et al, 2010). Hal ini membuktikan bahwa responden yang baru mengenal skrining psikososial kemungkinan akan menghadapi sejumlah hambatan yang mempengaruhi kesadaran mereka.

Pada penelitian yang dilakukan oleh (Yunti F, 2019) didapatkan hasil terdapat hubungan negative signifikan terhadap kepatuhan pasien dalam menggunakan insulin yang benar (semakin rendah hambatan semakin patuh).

Hambatan yang dirasakan menjadi komponen yang memberikan dampak negative pada diri individu yang akan menjadi penghalang untuk memiliki perilaku yang sehat, tujuan dari adanya teori HBM dalam menangani suatu masalah adalah hambatan yang dirasakan untuk berubah. Individu akan melakukan evaluasi terkait hambatan yang dialami, evaluasi tersebut dilakukan dengan cara merubah perilaku, karena hambatan yang dirasakan memiliki peran penting dalam menentukan perubahan perilaku pada individu (Buglar et al, 2010). Pada dasarnya mahasiswa sebagai responden memiliki hambatan dalam melakukan skrining psikososial, hambatan ini dapat berupa hambatan internal atau eksternal. Hambatan internal termasuk perasaan takut ketika akan melakukan skrining, ketidaknyamanan jika orang lain mengetahui mahasiswa

tersebut sudah pernah melakukan skrining kejiwaan, dan pemahaman pasien yang buruk terhadap masalah psikososial dan skriningnya. Hambatan eksternal dapat mencakup masalah seperti kurangnya informasi dari penyedia layanan, belum adanya skrining tersebut secara offline atau langsung, dan kurangnya dukungan dari keluarga atau lingkungan sosial. Berdasarkan penelitian didapatkan hasil bahwa responden yang merasakan adanya hambatan dalam melakukan skrining psikososial dalam kategori sedang yaitu sebanyak 86 responden (53,8%). Hal tersebut dibuktikan dengan distribusi jawaban responden yang memilih setuju pada item saya belum pernah mendengar teman saya melakukan skrining kejiwaan termasuk skrining psikososial sebanyak 57 responden (35,6%).

Berdasarkan hasil distribusi frekuensi data demografi dan variabel hambatan, responden yang merasa adanya hambatan dalam melakukan skrining dalam kategori tinggi yaitu responden yang berusia 22 tahun sebanyak 17 responden (28,8%). Mayoritas responden yang merasa adanya hambatan dalam kategori sedang adalah responden yang berusia 21 tahun yaitu sebanyak 38 responden (58,5%). Responden yang merasa hambatan dalam melakukan skrining dalam kategori rendah yaitu pada responden yang berusia 21 tahun yaitu sebanyak 17 responden (26,2%). Responden laki-laki mayoritas merasakan hambatan tersebut dalam kategori sedang yaitu sebanyak 13 responden (59,1%). Sesuai dengan responden perempuan yang juga merasakan hambatan dalam kategori sedang yaitu sebanyak 72 responden (52,2%). Semester 8 merasa adanya hambatan dalam melakukan skrining psikososial mayoritas dalam kategori sedang yaitu sebanyak 58 responden (55,8%). Semester 6 juga merasa hambatan tersebut dalam kategori sedang sebanyak 27 responden (48,2%). Responden yang memiliki skor tertinggi yaitu responden nomor 144,156 dan responden yang memiliki skor terendah adalah responden nomor 110, 111.

Responden yang merasa hambatan dalam melakukan skrining dalam kategori tinggi memiliki kesadaran diri yang tinggi yaitu sebanyak 22 responden (59,5%), dan responden yang merasa adanya hambatan dalam melakukan skrining dalam kategori sedang memiliki kesadaran diri yang tinggi yaitu sebanyak 52 responden (61,2%), hambatan yang dirasakan dalam melakukan skrining psikososial oleh responden yang berkategori rendah memiliki kesadaran diri yang rendah sebanyak 20 responden (52,6%).

Hubungan Kepercayaan diri dengan Kesadaran Diri Mahasiswa Dalam Melakukan Skrining Masalah Psikososial.

Berdasarkan hasil penelitian kepercayaan diri memiliki hubungan yang signifikan dan mempunyai pengaruh positif terhadap kesadaran diri dalam melakukan skrining psikososial. Kepercayaan diri merupakan keyakinan yang dimiliki oleh individu yang

mampu untuk melakukan skrining dengan benar. Adanya kepercayaan pada perilaku baru yang berasal dari manfaat yang dirasakan akan meningkatkan kesadaran diri responden. Keyakinan seseorang terhadap kesembuhan penyakit akan memotivasi untuk melakukan suatu tindakan. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan (Prasetyowati, 2018) menunjukkan bahwa ada efek positif dari kepercayaan diri pada perawatan pencegahan pada pasien DM tipe 2. Pasien dengan kepercayaan diri yang tinggi akan meningkatkan perawatan diri DM 2, dimana seseorang yang memiliki kepercayaan diri yang baik akan lebih patuh pada perilaku preventif untuk melakukan suatu pencegahan.

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan hasil bahwa kepercayaan diri pada mahasiswa dalam melakukan skrining psikososial mayoritas dalam kategori cukup yaitu sebanyak 106 responden (66,3%). Hal ini dibuktikan dengan hasil distribusi jawaban responden mayoritas menjawab setuju pada item pertanyaan saya yakin kalau saya tepat waktu dalam melakukan skrining, maka masalah psikososial dapat teratasi dengan tepat sebanyak 83 responden (51,9%).

Berdasarkan hasil dari distribusi frekuensi data demografi dan variabel kepercayaan diri dapat diketahui bahwa responden yang memiliki kepercayaan diri baik mayoritas berasal dari responden yang berusia 21 tahun yaitu sebanyak 19 responden (29,2%). Mayoritas responden yang memiliki kepercayaan diri cukup berusia 21 tahun yaitu sebanyak 44 responden (67,7%). Responden perempuan mayoritas memiliki kepercayaan diri yang cukup yaitu sebanyak 90 responden (65,2%), dan pada responden laki-laki mayoritas responden memiliki kepercayaan diri yang cukup yaitu sebanyak 16 responden (72,7%). Responden yang berasal dari angkatan 2016 mayoritas memiliki kepercayaan diri yang cukup yaitu sebanyak 72 responden (69,2%). Pada angkatan 2017 responden juga mayoritas memiliki kepercayaan diri yang cukup yaitu sebanyak 34 responden (60,7%). Responden yang memiliki skor tertinggi yaitu responden nomor 120, dan responden yang memiliki skor terendah adalah responden nomor 110. Berdasarkan hasil penelitian responden yang memiliki kepercayaan diri baik memiliki kesadaran diri yang tinggi sebanyak 41 responden (87,2%), responden yang memiliki kepercayaan diri cukup memiliki kesadaran diri rendah sebanyak 55 responden (51,9%), dan responden yang memiliki kepercayaan diri kurang memiliki kesadaran diri yang rendah sebanyak 7 responden (100,0%).

Hasil analisis data didapatkan hasil bahwa terdapat hubungan parsial yang positif antara kepercayaan diri dan kesadaran diri pada mahasiswa dalam melakukan skrining psikososial. Menurut Chaplin kesadaran diri adalah kesadaran mengenai proses mental sendiri atau mengenai eksistensi sebagai individu yang unik (J.P Chaplin, 2002). Ketika seseorang memahami dan sadar akan emosinya, lebih mudah baginya untuk mengakui dan mengendalikan emosi. Mereka juga lebih percaya diri karena tidak membiarkan emosinya keluar dari kontrol kendalinya. Kepercayaan diri adalah kepercayaan pada

diri sendiri kemampuan untuk melakukan sesuatu. Jika seseorang percaya suatu perilaku baru itu bermanfaat tapi tidak berfikir dia mampu melakukannya (*perceived barrier*), kemungkinan itu tidak akan dicoba (Buglar et al, 2010).

Hubungan Variabel Pengetahuan, Interaksi Sosial, Dukungan Keluarga, Kerentanan yang dirasakan, Keparahan yang dirasakan, Manfaat yang dirasakan, Hambatan yang dirasakan, dan Kepercayaan diri dengan Kesadaran Diri Mahasiswa Dalam Melakukan Skrining Masalah Psikososial.

Hasil penelitian menunjukkan adanya hubungan secara simultan antara variabel pengetahuan, interaksi sosial, dukungan keluarga, kerentanan yang dirasakan, keparahan yang dirasakan, manfaat yang dirasakan, hambatan yang dirasakan, kepercayaan diri dengan kesadaran diri pada mahasiswa dalam melakukan skrining masalah psikososial, dengan nilai F hitung sebesar $24,057 > F$ tabel 2,00 dan nilai signifikansi $0,000 < 0,05$ sehingga dapat diartikan terdapat pengaruh simultan variabel pengetahuan, interaksi sosial, dukungan keluarga, kerentanan yang dirasakan, keparahan yang dirasakan, manfaat yang dirasakan, hambatan yang dirasakan, kepercayaan diri terhadap variabel kesadaran diri. Nilai *R square* sebesar 0,560 berarti bahwa variabel independen secara simultan berpengaruh terhadap variabel dependen sebesar 56%, dan terdapat variabel lain yang mempengaruhi kesadaran diri sebesar 44% namun pada penelitian ini tidak diteliti. Berdasarkan hasil dari nilai koefisien regresi (B) diketahui bahwa *self efficacy* mempunyai nilai paling besar yaitu 0,338 dibandingkan dengan variabel lain. Maka kepercayaan diri memiliki pengaruh yang paling besar terhadap kesadaran diri mahasiswa dalam melakukan skrining psikososial. Dimana jika seseorang memiliki *self efficacy* yang tinggi akan meningkatkan perilaku preventif untuk melakukan suatu pencegahan (Prasetyowati, 2018). Skrining psikososial merupakan upaya untuk mencegah adanya dampak yang lebih buruk akibat masalah psikososial yang ada, sehingga skrining psikososial merupakan suatu program preventif untuk pencegahan suatu penyakit. *Self efficacy* merupakan keyakinan individu dalam bertindak sehingga jika dalam individu tersebut sudah ada keyakinan yang tinggi maka akan mudah melakukan suatu perilaku kesehatan. Sesuai dengan penelitian (Karimy et al, 2015) yang menyatakan *self efficacy* adalah faktor yang paling kuat untuk menentukan kepatuhan.

(Brown, Ryan, 2007) juga menjelaskan mengenai manfaat dari tumbuhnya kesadaran (*mindfulness*) pertama menumbuhkan wawasan (*insight*). Wawasan yang luas akan menumbuhkan sikap jeli dan persepsi yang positif. Adanya wawasan maka akan mengubah pola kebiasaan, termasuk obsesi, dan keadaan psikologis yang kaku dan perilaku yang hanya ikut-ikutan. Kedua adalah paparan (*exposure*), paparan ini adalah menjadikan seseorang mampu bertahan atau menantang sebuah peristiwa

dan pengalaman sehingga menurunkan gangguan emosi, kognitif dan adaptif. Ketiga, *non attachment* merupakan rasa penerimaan atau ketersediaan untuk menjadi apa adanya, investasi kesejahteraan hidup dan mengubah keadaan untuk mencapai sebuah tujuan. Keempat, meningkatkan fungsi pikiran dan tubuh yaitu kondisi ini dapat perhatian yang dapat menghasilkan manfaat pada kesehatan tidak hanya melalui mediator psikologis dan perilaku, tetapi juga oleh meningkatkan resistensi imunologi, mempromosikan relaksasi dan toleransi nyeri, dan proses fisik lainnya. Kesadaran yang lebih tinggi mampu mengurangi stres (Brown dan Ryan, 2003). *Mindfulness* dapat membantu menangani masalah stres, mempertahankan kesehatan dan kesejahteraan. Kelima, fungsi terintegrasi, fakta bahwa kesadaran berhubungan dengan peningkatan fungsi secara eksekutif, self-regulasi yang lebih baik, otonomi yang lebih besar, dan kapasitas hubungan ditingkatkan, semua membuktikan bahwa ketika individu lebih sadar mereka lebih mampu bertindak dengan cara-cara yang lebih *choiceful* dan lebih terbuka memperhatikan dan menyadari sendiri dari situasi di mana mereka berada saat ini dan mempertimbangkan semua hal (Sударsono,2016).

Melalui kesadaran, seseorang bisa menjadi sadar atas tanggung jawabnya untuk memilih. Eksistensi manusia merupakan pribadi yang bebas berkehendak dan mampu menentukan masa depannya sendiri, serta mampu mengarahkan perkembangannya. Pada hakekatnya, semakin tinggi kesadaran seseorang, maka sebagaimana dinyatakan oleh Kiergaard, “semakin utuh diri seseorang” (Gerald Corey, 1988). Kesadaran diri, seseorang bisa sadar atas tanggung jawabnya untuk memilih. Menurut Rogers ada lima sifat khas dari seseorang yang berpribadi penuh yaitu; *pertama* keterbukaan pada pengalaman yang berarti bahwa seseorang tidak bersifat kaku dan defensif melainkan bersifat fleksibel terhadap pengalaman. *Kedua* kehidupan eksistensial adalah kondisi orang yang tidak mudah berprasangka ataupun memanipulasi pengalaman melainkan dapat menyesuaikan diri karena kepribadiannya terus-menerus terbuka pada pengalaman baru. *Ketiga* Kepercayaan terhadap organisme orang sendiri yang berarti bertingkah laku menurut apa yang dirasa benar. *Keempat* Perasaan bebas, artinya semakin seseorang sehat secara psikologis semakin mengalami kebebasan untuk memilih dan bertindak (dimungkinkan terjadinya pilihan). *Kelima* kreatifitas yaitu kemampuan untuk mencipta yang berarti bahwa seseorang yang kreatif bertindak bebas dan menciptakan ide dan rencana hidup yang konstruktif, serta dapat mewujudkan kebutuhan dan potensinya secara kreatif dan dengan cara yang memuaskan. (Paulus, 2002).

Faktor yang perlu dialami oleh responden untuk mendukung meningkatkan *self awareness* yaitu memahami dirinya, mempunyai harapan yang realistis, bebas dari hambatan lingkungan, mampu mengelola tekanan di lingkungan sekitar, dan konsep diri yang stabil.

Sebagaimana dinyatakan oleh (May, 2010), manusia adalah makhluk yang bisa menyadari oleh karenanya, bertanggung jawab atas keberadaannya. Individu dengan naluri kesadaran diri yang kuat bisa mengetahui saat mereka merasa kurang bersemangat, mudah kesal, sedih, ataupun bergairah dan menyadari bagaimana berbagai perasaan tersebut bisa mengubah perilaku mereka sehingga menyebabkan orang lain merasa tidak nyaman (Deka, 2016). Kemampuan seseorang untuk mengenali perasaannya dan cara dia menyikapi, membuatnya mampu mengendalikan perilaku yang berpotensi merugikan dirinya. Pengetahuan, interaksi sosial, dukungan keluarga, kerentanan yang dirasakan, keparahan yang dirasakan, hambatan yang dirasakan, manfaat yang dirasakan dan kepercayaan diri bersama-sama mempengaruhi kesadaran diri, dimana dengan adanya wawasan yang luas, dukungan dari eksternal, motivasi untuk melakukan sesuatu sehingga menimbulkan suatu interaksi, persepsi yang positif dan kepercayaan diri yang tinggi sangat diperlukan untuk meningkatkan kesadaran diri.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil analisis dan pembahasan dalam penelitian yang berjudul “Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Kesadaran Diri Mahasiswa Keperawatan dalam Melakukan Skrining Masalah Psikososial” di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya dapat disimpulkan bahwa:

1. Tidak terdapat hubungan antara faktor pengetahuan dengan kesadaran diri mahasiswa dalam melakukan skrining masalah psikososial dimana hubungan antara pengetahuan dan kesadaran diri terdapat hubungan negative dan tidak signifikan. Pengetahuan mahasiswa dalam kategori sedang, pengetahuan harus disertai pemahaman yang baik agar menimbulkan perilaku kesehatan yang sesuai. Terdapat hubungan negative dan nilai tidak signifikan antara pengetahuan dengan kesadaran diri mahasiswa.
2. Terdapat hubungan antara faktor interaksi sosial dengan kesadaran diri mahasiswa dalam melakukan skrining masalah psikososial. Mahasiswa yang memiliki hubungan interaksi sosial yang baik maka akan semakin banyak mendapatkan informasi mengenai skrining sehingga dapat meningkatkan kesadaran diri terhadap skrining psikososial.
3. Tidak terdapat hubungan antara faktor dukungan keluarga dengan kesadaran diri mahasiswa dalam melakukan skrining masalah psikososial.
4. Terdapat hubungan antara faktor kerentanan yang dirasakan dengan kesadaran diri mahasiswa dalam melakukan skrining masalah psikososial, dengan individu merasa rentan akan meningkatkan kesadaran diri untuk melakukan upaya pencegahan penyakit.
5. Tidak terdapat hubungan antara faktor keparahan yang dirasakan dengan

- kesadaran diri mahasiswa dalam melakukan skrining masalah psikososial, karena individu tidak menganggap hal tersebut berdampak sampai pada gangguan jiwa.
6. Terdapat hubungan antara faktor manfaat yang dirasakan dengan kesadaran diri mahasiswa dalam melakukan skrining masalah psikososial. Orang dengan kesadaran diri yang tinggi akan memiliki persepsi yang baik terhadap manfaat dari suatu perilaku kesehatan.
 7. Tidak terdapat hubungan antara faktor hambatan yang dirasakan dengan kesadaran diri mahasiswa dalam melakukan skrining masalah psikososial. Hambatan informasi menjadi hambatan utama dalam melakukan skrining, informasi digunakan sebagai bahan referensi yang dapat meningkatkan kesadaran diri.
 8. Terdapat hubungan antara faktor kepercayaan diri dengan kesadaran diri mahasiswa dalam melakukan skrining masalah psikososial, keyakinan diri terhadap suatu perilaku kesehatan dapat diperkuat dengan adanya kesadaran diri yang baik.
 9. Terdapat hubungan yang simultan antara pengetahuan, interaksi sosial, dukungan keluarga, kerentanan yang dirasakan, keparahan yang dirasakan, manfaat yang dirasakan, hambatan yang dirasakan, dan kepercayaan diri dengan kesadaran diri mahasiswa dalam melakukan skrining masalah psikososial

DAFTAR PUSTAKA

- Agustini, N. M. A. (2018). Gambaran Asuhan Keperawatan Pemberian Terapi Self Awareness Skill untuk Mengatasi Koping Individu tidak Efektif pada Pasien Hipertensi *Studi Kasus ini dilakukan di Puskesmas Tabanan III Kabupaten Tabanan Tahun 2018* (Doctoral dissertation, Jurusan Keperawatan 2018).
- Aminudin, M. B. F. (2016). Hubungan antara pengetahuan dan sikap dengan Perilaku Konsumsi Jajanan di MISulaimaniah Mojoagung Jombang.
- Andriyani, A., & Semarang, U. N. (2017). Model Layanan Screening dalam Konseling Kesehatan Mental Berbasis Android (*E-Couns*) Untuk Mendukung Gerakan Revolusi Mental. 1(1), 96–103.
- Anggraeni, F. D., & Putriningrum, E. (2018). Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Skrining Deteksi Dini Kanker Serviks Berdasarkan *Reasoned Action Theory* (Rat) Puskesmas Sewon I, Bantul, Yogyakarta. *Jurnal Kebidanan*, 10(02).
- Andi Sudarsono dan Yudi Suharsono. (2016). Hubungan Persepsi Terhadap Kesehatan Dengan Kesadaran (Mindfulness) Menyeter Sampah Anggota Klinik Asuransi Sampah Di Indonesia Medika. *Jurnal Ilmiah Psikologi Terapan*, Vol. 04, N, 31–49.
- Buglar, M.E., White, K.M. & Robinson, N.G., (2010). The Role of Self Efficacy in Dental Patient Brushing and Flossing: Test an Extended Health Belief Model. Elsevier, pp.269-272.

- 33
Cutrona, C. E. (2000). *Social Support Principle for Strengthening Families, dalam Family Support, Direction from Diversity, Diedit oleh John Canavan, Pat Dolan dan John*
- 127
Pinkerton. London : Jessica Kingsley Publisher
- Dewi, N. K. (2016). Pengembangan Model Bimbingan Kelompok Berbasis Nilai Karakter Lokal Jawa untuk Meningkatkan Kesadaran Diri (*Self Awareness*) Siswa. *Counsellia: Jurnal Bimbingan dan Konseling*, 3(1).
- Edi, E. (2019). Hubungan *Smartphone Addiction* dengan Gangguan Psikososial pada Remaja Kota Sungai Penuh Tahun 2019 (*Doctoral dissertation*, Universitas Andalas).
- 162
Emiliza, T. (2019). Konsep Psikososial Menurut Teori Erik H. Erikson Terhadap Pendidikan Anak Usia Dini dalam Tinjauan Pendidikan Islam Konsep Psikososial Menurut Teori Erik H. Erikson Terhadap Pendidikan Anak Usia Dini dalam
- 164
Tinjauan Pendidikan Islam (*Doctoral dissertation*, IAIN Bengkulu).
- Fitri, A., Neherta, M., & Sasmita, H. (2019). Faktor-Faktor yang Memengaruhi Masalah Mental Emosional Remaja Di Sekolah Menengah Kejuruan (Smk) Swasta se Kota Padang Panjang Tahun 2018. *Jurnal Keperawatan Abdurrab*, 2(2), 68-72.
- 134
Frieda, N. R. H. (2019). Hubungan antara *Psychological Capital* dan *Happiness* pada Mahasiswa Tahun Pertama dan Kedua Program Studi Kedokteran Universitas Diponegoro. *Empati*, 7(4), 332-338.
- Goleman, D. (1996). *Emotional Intelligence Why it Can Matter More Than IQ*. Batam Books, New York.
- 218
Green, L. W., & Kreuter, M. W. (1991). *Health Promotion Planning. An educational and Environmental Approach* (2nd ed.). Mountain view: Mayfield Publishing Co.
- Hasyim, K., & Sukmana, N. (2016). Menumbuhkan Kesadaran Diri dalam Pembelajaran Melalui Asesmen Berbasis Portofolio. *Prosiding*, 71.
- Hurlock, E.B. (1999). *Psikologi Perkembangan*. Jakarta. Erlangga
- Indarto. (2017). *Penginderaan Jauh : Metode Analisis & Interpretasi Citra*. (June).
- Irawati, D. (2015). Hubungan antara Kesadaran Diri dan Efikasi Diri dengan Prokrastinasi Akademik Mahasiswa (*Doctoral dissertation*, Universitas Muhammadiyah
- 85
Surakarta).
- Ismayani, M., Rostikawati, Y., & Suhara, A. M. (2016). Pengidentifikasian Kemampuan Interpersonal Mahasiswa melalui Model Pembelajaran Pelatihan Kesadaran (*Awarenes Training*). *P2m Stkip Siliwangi*, 3(2), 108- 117.
- 206
Julia M., & Margaret, M. (2018). *International Journal of Africa Nursing Sciences Nurses ' implementation of mental health screening among HIV infected guidelines*.
- 169
International Journal of Africa Nursing Sciences, 8 (October 2016), 8–13.
- Karimy, M. et al., 2016. *Determinants of Adherence to Self Care Behavior Among Women With Type 2 Diabetes: An Explanation Based on Health Belief Model*. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, Volume 30pp.1-8
- 203

- Kulygina, M., & Loginov, I. (2015). *Students mental health and multistage prevention programme : The Russian experience. Mental Health & Prevention*, 3(1-2), 17-20.
- 85 Kurniawati, Y. D., & Kusmuriyanto, K. (2018). Pengaruh *Business Center* dan Lingkungan Keluarga Terhadap Minat Berwirausaha Melalui *Self Awareness. Economic Education Analysis Journal*, 7(3), 832-847.
- 154 Widiyanti, M. M. (2009). Teori Kepemimpinan Sifat. *Bina Ekonomi*, 13(1).
- Marshall, R. E., Milligan-saville, J. S., Mitchell, P. B., & Bryant, R. A. (2017). *A systematic review of the usefulness of pre-employment and pre-duty screening in predicting mental health outcomes amongst emergency workers. Psychiatry Research*, 253 (March), 129-137.
- Maulana, I., Suryani, S., Sriati, A., Sutini, T., Widiyanti, E., Rafiah, I., & DA, I. A. (2019). 165 *Penyuluhan Kesehatan Jiwa untuk Meningkatkan Pengetahuan Masyarakat tentang Masalah Kesehatan Jiwa di Lingkungan Sekitarnya. Media Karya Kesehatan*, 2(2).
- 127 Mumpuni, T. Hubungan *Self Awareness* dengan Kedisiplinan Peserta Didik Kelas Vi Di Mi An N. 196 *Deyangan Mertoyudan Tahun Pelajaran 2017/2018.*
- Nadeak, T. A., Siagian, A., & Sudaryati, E. (2013). Hubungan Status Stres Psikososial dengan Konsumsi Makanan dan Status Gizi Siswa SMU Methodist-8 Medan. *Gizi, Kesehatan Reproduksi dan Epidemiologi*, 2(6).
- NIKE, P. A. (2015). Fenomenologi Psikososial pada Remaja dengan Adiksi Game Online di Kelurahan Surau Gadang Kecamatan Nanggalo Kota Padang Tahun 2015 (*Doctoral dissertation*, UPT. Perpu 36 kaan Unand).
- Notoatmodjo, (2010). Pendidikan dan Perilaku Kesehatan. Jakarta: PT. Rineka Cipta
- Notoatmodjo, S. (2014). *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nugraheni, Hermin et al., 2018. Kesehatan Masyarakat dalam Determinan Sosial 141 *Budaya*. Yogyakarta. Deepublish Budi Utama.
- 201 N. salam. (2016). Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan. Jakarta. Salemba Medika.
- Ormel, J., Cuijpers, P., Jorm, A., & Schoevers, R. A. (2020). Mental Health & Prevention What is needed to eradicate the depression epidemic , and why. *Mental Health & Prevention*, 17(July 2019), 200177.
- Permatasay, N. R. (2013). Interaksi Sosial Penari Bujanganong pada sale creative community di desa sale kabupaten rembang. *Fakultas Bahasa Dan Seni UNES*, 1-15.
- Prasetyowati, U., Tamtoto, D., & MUrti, B. (2018). *Path Analysis: Factors Associated with Self Preventife Care among Patients with Type 2 Diabetes Mellitus in Surakarta. Journal of Helath Promotion and Behavior*, 3(2).
- 199 Prince, J. P. (2015). *University student counseling and mental health in the United States : Trends and challenges. Mental Health & Prevention*, 3(1-2), 5-10.
- 194 Pujiastuti, E., Fadlyana, E., & Garna, H. (2016). Perbandingan Masalah Psikososial pada Remaja Obes dan Gizi Normal Menggunakan *Pediatric Symptom Checklist (PSC)-17*. *Sari Pediatri*, 15(4), 201-6.

- Putri, H. E., & Handoyo, S. pada Mahasiswa Universitas Airlangga Surabaya. ¹⁷⁸ Rahimah, F. Y., & Izzaty, R. E. (2018). *Developing Picture Story Book Media for Building the Self-Awareness of Early Childhood Children*. *Jurnal Obsesi: Jurnal Pendidikan Anak Usia Dini*, 2(2), 219-230. ²¹⁹
- Rahmawati, I., Sit, S., & Kes, M. *Skrining Psikologi Sosial dengan Psc pada Siswa-Siswi Kelas Ix Di Smp Islam Al Hikmah Desa Pelemkerep Kecamatan Mayong Kabupaten Jepara*.
- Rajab, Wahyudin & Epid, M. (2008). *Buku Ajar Epidemiologi untuk Mahasiswa Kebidanan*. Jakarta. EGC
- Sa'diyah, L. G. (2018). *Pengaruh dukungan sosial terhadap komitmen organisasi Musyriyah BTQ (Bait Tahfidz Al-Qur'an), dengan kesadaran diri sebagai variabel mediasi: Studi pada musyriyah Bait Tahfidz Al-Qur'an UIN Maulana Malik Ibrahim Malang (Doctoral dissertation, Universitas Islam Negeri Maulana Malik Ibrahim)*. ²¹⁵
- Sari, T. P., & Rinaldi, R. (2019). *Hubungan Kecanduan Mengakses Instagram dengan Keterampilan Sosial pada Mahasiswa Psikologi UNP*. *Jurnal Riset Psikologi*, 2019(3). ¹⁵²
- Sambonu, F., Aspuri, L., Fariyah, N., & Rosyad, Y. S. (2019). *Deteksi Dini Status Kesehatan Jiwa Warga Sorosutan*. *Jurnal Pengabdian Harapan Ibu (JPHI)*, 1(2), 41-45. ⁷⁶
- Santrock, J.W. (2002). *Life Span Development (Perkembangan Masa Hidup)*, Jilid 2. Jakarta. Erlangga
- Santrock, J.W. (2003). *Adolescence Perkembangan Remaja*. Jakarta. Erlangga.
- Sherdianti, I. (2014). *Self Awareness That Leads Toedna Pontellier's Egoistic Suicide In Kate Chopin's The Awakening Novel*. *Lantern (Journal on English Language, Culture and Literature)*, 3(4). ¹³⁴
- Sihaloho, R. P. (2019). *Hubungan antara Self Awareness dengan Deindividuasi pada Mahasiswa Pelaku Hate Speech*. *Jurnal Ilmiah Mandala Education*, 5(2), 114-123. ⁸⁵
- Simanjuntak, J. (2013). *Membangun Kesehatan Mental Keluarga dan Masa Depan Anak*. Gramedia Pustaka Utama.
- Suryanto, et al. (2012). *Pengantar Psikologi Sosial*. Surabaya. Pusat Penerbitan dan Percetakan Universitas Airlangga. ⁴⁸
- Taylor, S. E. 2006. *Health Psychology, 6th ed. Singapore : Mc. Graw Hill Book Company*.
- Trisnalia, C. I. (2018). *Gambaran Perawatan Organ Reproduksi Remaja saat Menstruasi pada Komunitas Anak Jalanan di Surabaya*. Universitas Airlangga. ¹⁷
- Tzourio, C., & Sylvana, C. (2020). *Journal Pre-proof*. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.02.009>
- Utami, A. P., Probosari, E., & Panunggal, B. (2018). *Faktor Risiko Status Obesitas terhadap Kejadian Gangguan Psikososial pada Remaja Putri di Semarang*. *Media Penelitian dan Pengembangan Kesehatan*, 28(1), 57-68.

- Widiatmoko, M., & Ardini, F. M. (2018). Pendekatan Konseling Analisis Transaksional untuk Mengembangkan Kesadaran Diri Remaja. *Mendidik: Jurnal Kajian Pendidikan Dan Pengajaran*, 4(2), 99-108.
- Wiguna, T., Manengkei, P. S. K., Pamela, C., Rheza, A. M., & Hapsari, W. A. (2016). Masalah emosi dan perilaku pada anak dan remaja di poliklinik jiwa anak dan remaja RSUPN dr. Ciptomangunkusumo (RSCM), Jakarta. *Sari pediatri*, 12(4), 270-7.
- Yusuf, A., Fitryasari, P. K., & Nihayati, H. E. (2015). Buku ajar keperawatan kesehatan jiwa.
- Yusuf, A.h., Riski Fitryasari PK., Hanik Endang Nihayati, and Rr Dian Tristiana. 2019. Kesehatan Jiwa Pendekatan Holistik dalam Asuhan Keperawatan. Pratama. Jakarta: Mitra Wacana Media
- 162 Zaini, M. (2019). *Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Psikososial Di Pelayanan Klinis Dan Komunitas*. Deepublish





BAB 5 DUKUNGAN PSIKOSOSIAL PEREMPUAN MENOPAUSE

LATAR BELAKANG

Menopause merupakan proses perkembangan yang penting dan normal dalam kehidupan seorang perempuan yang ditandai dengan penghentian menstruasi secara permanen akibat hilangnya aktivitas folikel ovarium (Kim MJ, 2014). Sebagian besar orang beranggapan menopause adalah sesuatu yang menakutkan sehingga berdampak pada gangguan psikologis. Kondisi tersebut dipengaruhi oleh perubahan gelombang hormon dan kebutuhan untuk beradaptasi dengan cara-cara baru yang membuat masa menopause menjadi sangat sulit (Jorge et al. 2016). Perubahan tingkat hormon terjadi saat estrogen menurun, kadar *Folikel Stimulating Hormone* (FSH) dan *Luteinizing Hormon* (LH) meningkat, dan juga penurunan kadar hormon prolaktin, tiroid dan paratiroid. Perubahan ini dapat menyebabkan gejala vasomotor, berkeringat di malam hari, *hot flushes*, masalah otot dan tulang, penyakit sistem kardiovaskular, atrofi payudara juga kulit, dan *senile vaginitis* (Gumusay, 2016).

Penelitian yang dilakukan oleh Jorge et al. (2016) dari 11 Negara di Amerika Latin menyatakan perempuan menopause mengalami gangguan kecemasan (61,9%), gangguan berat yang mempengaruhi kualitas hidup (13,7%), urogenital (25,5%), psikologis (18,5%), dan somatik (4,5%). Kecemasan yang terjadi pada perempuan menopause di Amerika Latin berkaitan dengan gangguan *Quality of Life* (QoL). Penelitian lain yang dilakukan oleh Li-Yu Hu et al. (2016) dari *Taiwan National Health Insurance Research* menyatakan bahwa terjadinya gangguan psikologis pada perempuan yang mengalami transisi menopause dengan gangguan psikologis terbanyak adalah gangguan depresi (4,6%), gangguan kecemasan (3,6%) dan gangguan tidur (2,8%). Penelitian tersebut menunjukkan bahwa masa peralihan menopause dapat meningkatkan resiko gangguan psikologis terutama gangguan depresi, kecemasan dan gangguan tidur.

Jumlah perempuan di seluruh dunia yang memasuki masa menopause diperkirakan mencapai 1,2 miliar orang pada tahun 2030 (WHO : 2014). Di Indonesia, pada tahun 2025 diperkirakan akan ada 60 juta perempuan menopause. Jumlah penduduk perempuan usia produktif (15-64 tahun) sebesar 66,27 %. Pada usia tersebut

terdapat perempuan usia subur (15-49 tahun) sebanyak 68,63 juta jiwa dan kelompok umur paling tua atau akhir masa reproduksi, yaitu umur 45-49 tahun (8,23 juta jiwa). Artinya, di Indonesia terdapat 28 juta perempuan ¹³²pause atau 10,7 % dari total populasi yang ada. Hasil Survei yang dilakukan oleh Badan Pusat Statistik (BPS) pada tahun 2015 ¹³²yatakan prevalensi penduduk dengan jenis kelamin perempuan di Jawa Timur pada kelompok usia 45-54 tahun yang diperkirakan sudah mengalami menopause sebesar 14,39% (BPS, 2015).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan peneliti, jumlah Pasangan Usia Subur (PUS) di kota Jombang pada tahun 2016 sebesar 212.042 pasangan. Perempuan yang telah memasuki usia menopause sebanyak 3,406 jiwa dengan kelompok tertinggi terdapat di Kecamatan Diwek sebesar 402 jiwa pada tahun 2017. Kecamatan Diwek terdiri dari 11 desa yang merupakan cakupan wilayah kerja Puskesmas Cukir. Peneliti mengambil sampel pada perempuan menopause di Puskesmas Cukir sebanyak 10 orang dan melakukan wawancara di dapatkan 6 dari 10 perempuan tersebut mengalami gangguan psikologis yang berupa kecemasan, gangguan tidur, mudah emosi dan harga diri rendah.

Perempuan menopause mengalami perubahan fisik, psikologis dan sosial. Transisi menopause yang terjadi pada perempuan dipandang sebagai konstruksi bio-psiko-sosial yang kompleks dengan banyak faktor yang mempengaruhi pengalaman perempuan pada fase kehidupannya. Faktor tersebut adalah demografi sosial, sikap, kepercayaan, pengetahuan, *komorbiditas* dan masalah kesehatan mental. Faktor-faktor tersebut mempengaruhi vasomotor, mood dan stres selama transisi menopause yang berdampak pada kesehatan fisik dan emosional perempuan. Emosi negatif yang terjadi secara terus-menerus dapat memberikan pengaruh terhadap kesehatan psikologi yang berdampak pada gangguan kecemasan (R. Sood et al. 2016).

Kecemasan yang dialami perempuan menopause, mendorong perempuan untuk memecahkan masalah melalui cara mencari bantuan dan dukungan dari keluarga dan teman-temannya. Adanya bantuan tersebut akan membuat perempuan merasa lebih ³⁹tram dan lega sehingga akan menurunkan kecemasannya. Rook dalam Sarafino mendefinisikan Dukungan Psikososial sebagai salah satu fungsi pertalian sosial yang menggambarkan tingkat dan kualitas umum dari hubungan interpersonal yang akan melindungi individu dari konsekuensi cemas bahkan stres (Uly Artha, 2016).

Salah satu upaya yang bisa dilakukan untuk menurunkan kecemasan pada perempuan saat menopause berupa dukungan psikososial. Dukungan psikososial yang dimaksud dalam hal ini adalah bantuan atau tindakan nyata berupa dukungan emosional, penghargaan, instrumental dan informatif yang akan memberikan manfaat emosional atau efek perilaku bagi perempuan dalam masa menopause sehingga kecemasan yang sebenarnya bisa dihindari menjadi tidak terasa sama sekali (Ita & Reni, 2016).

39 Dukungan psikososial yang diterima dapat membuat individu merasa tenang, diperhatikan, timbul rasa percaya diri dan kompeten. Tersedianya dukungan psikososial akan membuat individu merasa dicintai, dihargai dan menjadi bagian dari kelompok. Hasil penelitian oleh Uly Artha (2016), menyatakan bahwa dukungan psikososial dapat menurunkan tingkat kecemasan perempuan menopause di Kelurahan Cikalang Kecamatan Tawang. Sehingga perlunya pengetahuan menopause bukan hanya pada perempuan, tetapi melibatkan peran serta suami dalam menghadapi masa menopause.

102 Keperawatan merupakan bentuk pelayanan profesional berupa pemenuhan kebutuhan dasar yang diberikan kepada individu sehat, resiko maupun sakit yang mengalami gangguan fisik, psikis dan sosial agar dapat mencapai derajat kesehatan yang optimal (Alligood & Tomey, 2006). Bentuk pemenuhan kebutuhan dasar berupa peningkatan kemampuan yang ada pada individu untuk mencegah, memperbaiki, dan melakukan rehabilitasi dari suatu keadaan yang dipersepsikan sakit oleh individu. Perawat memberikan asuhan keperawatan pada perempuan menopause melalui proses interaksi yang mengatur respon terhadap stresor membutuhkan suatu model perawatan yang tepat dalam memberikan dukungan psikososial untuk mengurangi kecemasan.

Salah satu model yang akan dikembangkan oleh peneliti adalah Model Dukungan Psikososial untuk Menurunkan Kecemasan Perempuan Menopause di Kecamatan Diwek Jombang berbasis teori Dukungan Psikososial Sheldon Cohen dengan integrasi teori Adaptasi Lazarus & Folkman.

Konsep teori Adaptasi Lazarus & Folkman bertujuan untuk mengembangkan adaptasi dan mampu memberikan makna dari suatu peristiwa yang dialami terhadap perubahan fisik dan psikologis akibat menopause serta mampu mempersepsikan secara positif melalui penggunaan mekanisme koping yang tepat yang diintegrasikan dengan konsep teori Dukungan Psikososial Sheldon Cohen.

DASAR PEMIKIRAN

Menopause merupakan suatu proses peralihan dari masa produktif menuju perlahan-lahan ke masa non produktif yang disebabkan berkurangnya hormon estrogen dan progesteron pada perempuan yang berada dalam kisaran usia 40 tahun sampai 50 tahun. Masa menopause ini tidak bisa serta-merta diketahui, tetapi biasanya akan diketahui setelah setahun berlalu.

69 Pada perempuan yang menghadapi periode menopause, munculnya simptom-simtom psikologis sangat dipengaruhi oleh adanya perubahan pada aspek fisik-fisiologis sebagai akibat dari berkurang dan berhentinya produksi hormon estrogen. Menopause seperti halnya *menarche* pada gadis remaja (awal dari masuknya hormon estrogen), remaja ada yang cemas gelisah tetapi ada juga yang biasa. Pada perempuan yang mengalami menopause keluhan yang sering dirasakan, antara lain merasa cemas,

lekas marah, mudah tersinggung, sulit konsentrasi, gugup, merasa tidak berguna, tidak berharga, stres dan bahkan ada yang mengalami depresi.

Tetapi apakah semua perempuan akan mengalami gangguan psikologis dalam menghadapi menopause. Kenyataannya tidak semua perempuan setengah baya mengalami kecemasan, ketakutan bahkan depresi saat menghadapi menopause. Jadi ada juga perempuan yang tidak merasakan adanya gangguan pada kondisi psikisnya. Berat ringannya stres yang dialami perempuan dalam menghadapi dan mengatasi menopause sangat dipengaruhi oleh bagaimana penilaiannya terhadap menopause. Penilaian individu terhadap peristiwa yang dialami ada yang negatif dan ada yang positif.

Bagi perempuan yang mencintai atau menganggap menopause itu sebagai peristiwa yang menakutkan (*stressor*) dan berusaha untuk menghindarinya, maka stres pun sulit dihindari. Ia akan merasa sangat menderita karena kehilangan tanda-tanda keperempuanan yang selama ini dibanggakannya. Sebaliknya bagi perempuan yang mengangkat menopause sebagai suatu ketentuan Tuhan yang akan dihadapi semua perempuan, maka ia tidak akan mengalami stres.

Menurut pendekatan kognitif, dalam ilmu psikologis pada dasarnya gangguan emosi (takut, cemas, stres) yang dialami manusia, sangat ditentukan oleh bagaimana individu menilai, menginterpretasi atau mempersepsikan peristiwa yang dialaminya. Jadi, bagaimana individu mempersiapkan atau menilai menopause akan berpengaruh pada kondisi emosi psikologisnya. Bila perempuan memandang menopause sebagai hal yang mengerikan maka ia pun akan mengalami menopause dengan penuh kecemasan ketakutan stres dan depresi. Perubahan-perubahan psikis yang terjadi pada masa menopause akan menimbulkan sikap yang berbeda-beda antara lain yaitu adanya suatu krisis yang dimanifestasikan dalam simptom-simptom psikologis seperti depresi, mudah tersinggung, dan mudah menjadi marah, dan diliputi banyak kecemasan. Aspek psikologis yang terjadi pada lansia atau perempuan menopause amat penting peranan dalam kehidupan sosial manusia terutama dalam menghadapi masalah-masalah yang berkaitan dengan *pension*, hilangnya jabatan atau pekerjaan yang sebelumnya sangat menjadi kebanggaan lansia tersebut. Berbicara tentang aspek psikologis lansia dalam pendekatan eklektik holistik, sebenarnya tidak dapat dipisahkan antara aspek organ-biologis, psikologis, sosial, budaya dan spiritual dalam kehidupan lansia.

Beberapa gejala psikologis yang menonjol ketika menopause adalah mudah tersinggung, sukar tidur, tertekan, gugup, kesepian, tidak sabar, tegang (*tension*), cemas dan depresi. Ada juga lansia yang kehilangan harga diri karena menurunnya daya tarik fisik dan seksual, mereka merasa tidak dibutuhkan oleh suami dan anak-anak mereka, serta merasa kehilangan feminitas karena fungsi reproduksi yang hilang. Gejala psikologis merupakan perubahan-perubahan yang terjadi pada aspek psikologis maupun kognitif perempuan. Berat ringannya gangguan ini sangat

tergantung pada penurunan aktivitas indung telur, sosial budaya, lingkungan, serta penerimaan psikologis seorang perempuan tentang keadaannya. Biasanya perempuan yang mengalami penurunan aktivitas indung telur yang sangat drastis mengalami gangguan psikologis yang lebih parah. Gangguan psikologis yang lebih parah juga akan terjadi jika lingkungan perempuan menopause belum menerima keadaannya dengan sepenuh hati. Pengaruh yang paling besar datang dari pasangan. Jika pasangan tidak memberikan dukungan yang memadai, percaya diri perempuan menopause bisa hilang, takut, dan merasa selalu khawatir.

Faktor internal yang turut memperparah dan lebih sering terjadi, yaitu dikarenakan oleh perempuan itu sendiri. Banyak perempuan menopause yang belum dapat menerima kenyataan ini. Ada berbagai keluhan psikologis yang sering muncul pada perempuan menopause, diantaranya yaitu merasa tua, tidak menarik lagi, rasa tertekan karena takut menjadi tua, mudah kaget, merasa sudah tidak berguna lagi dan tidak menghasilkan sesuatu, merasa memberikan keluarga dan orang lain, rasa lelah dan semangat yang menurun, putus asa, penurunan keinginan seksual, dan sesak nafas.

Perempuan menopause biasanya mengalami perubahan emosional dan kognitif. Gejala ini bervariasi pada setiap individu diantaranya kelelahan mental, masalah daya ingat, lekas marah dan perubahan yang berlangsung cepat. Biasanya, perubahan emosional ini tidak disadari oleh yang bersangkutan. Tidak jarang orang-orang disekitarnya dibuat bingung dengan perubahan ini. Menurut Kurniati (2009), perubahan gejala kognitif yang dialami perempuan menopause yaitu gangguan tidur, grogi, panik, dan sulit konsentrasi. Perempuan menopause mengalami gejala motorik seperti lebih mudah letih bila terlalu banyak melakukan aktivitas. Perempuan menopause mengalami gejala somatik di mana keringat lebih banyak dari biasanya. Perempuan menopause mengalami gejala efektif gelisah karena membayangkan bagaimana bila sudah tidak menstruasi lagi, merasa tidak nyaman, khawatir dan gemeteran berlebihan. Keadaan emosi individu juga bisa disebabkan oleh cara individu memandang berbagai hal. Sebelum individu merasakan suatu peristiwa, individu harus memahami apa yang sedang terjadi pada dirinya. Jika pemahaman individu mengenai apa yang sedang terjadi itu tepat, maka emosinya akan stabil. Jika persepsi individu itu kurang tepat serta menyimpang, maka tanggapan emosional akan menyimpang.

Konflik mengenai perubahan kehidupan itu muncul karena pandangan individu tentang dirinya sangat tidak lengkap, tidak konsisten atau terlalu sederhana. Konflik dapat diringankan oleh perkembangan diri individu itu sendiri. Perasaan individu diciptakan oleh pikiran dan bukan peristiwanya. Semua pengalaman harus diproses melalui otak individu dan diberi makna secara sadar sebelum individu mulai mengalami respon emosional. Pada masa transisi dari periode produktif ke periode non produktif menuntut penyesuaian diri terhadap perubahan fisik dan peranan. Cara perempuan dalam menghadapi masa transisi tergantung pada kestabilan emosi, pengalaman masa

lalu dalam menghadapi perubahan, serta pengharapan di masa mendatang.

Pandangan seseorang mengenai menopause sangat mempengaruhi perubahan psikologis pada masa menopause. Pandangan ini dipengaruhi oleh faktor yang berasal dari dalam diri individu serta faktor yang berasal dari lingkungan sosial. Pada masyarakat yang mengagungkan kemudahan dan kecantikan, menopause bisa dipersepsikan sebagai ancaman. Selain itu mitos yang timbul di masyarakat dan stereotip negatif tentang menopause dapat menimbulkan kecemasan. Parker (dalam Mappiare, 1983 Potter, PA dan Perry, AG, 2006) mengemukakan bahwa kesalahan persepsi tentang menopause mengakibatkan peristiwa menopause dirasakan sebagai takdir yang mengancam atau menyedihkan. Perempuan tersebut menganggap dirinya sebagai barang bekas yang tidak berguna karena tidak subur (Budiman dalam Latipun 2006).

Perubahan emosi tampak pada kelelahan mental, menjadi lekas marah dan perubahan suasana hati yang begitu cepat. Perubahan yang terjadi pada perempuan menopause biasanya tidak disadari. Pendekatan khusus dibutuhkan oleh pihak keluarga agar perempuan tersebut dapat menerima adanya perubahan emosi yang tidak disadari yang dirasakan oleh orang-orang sekitarnya. Terkadang, perubahan tersebut membuat orang-orang sekitarnya kebingungan. Pendekatan tersebut yaitu berupa dukungan psikososial, diharapkan perempuan dapat menerima masukan untuk mengelola emosi yang lebih baik.

Konsep dukungan psikososial oleh Cohen & Syme, 1985 terdiri atas tiga kelas. konsep utama dukungan yang diusulkan yaitu jaringan sosial, dukungan sosial yang dirasakan, dan perilaku dukungan. Jaringan sosial mengacu pada struktur hubungan-sosial, jumlah, dan jenis hubungan. Dukungan sosial dirasakan mengacu pada fungsi persepsi hubungan-sosial bahwa hubungan sosial akan (jika perlu) menyediakan sumber daya seperti dukungan emosional atau informasi. Akhirnya, perilaku dukungan mengacu pada mobilisasi dan penerimaan perilaku dimaksudkan untuk membantu seseorang dalam menghadapi peristiwa stres.

Persepsi dukungan psikososial oleh Cohen & Syme, 1985 dipengaruhi oleh penilaian stres yaitu nilai, pengalaman, kepercayaan dan sumber koping seseorang. Ketika menghadapi suatu situasi yang dapat menimbulkan stres, reaksi setiap individu berbeda-beda. Beberapa respon ini merupakan reaksi yang tidak disadari, sedangkan sebagian lagi disadari oleh individu untuk segera melakukan coping. Lazarus (1984) membagi reaksi-reaksi ini kedalam 4 kategori yaitu reaksi kognitif, reaksi emosional, reaksi fisiologis dan reaksi tingkah laku. Reaksi-raksi yang terjadi mempengaruhi kecemasan seseorang.

Kecemasan merupakan respon terhadap situasi tertentu yang mengancam dan merupakan hal yang normal terjadi menyertai perkembangan, perubahan, pengalaman baru atau yang belum pernah di lakukan, serta dalam menemukan identitas diri dan

arti hidup. Pengukuran kecemasan dilakukan untuk mengukur proses penilaian terhadap perasaan subjektif mengenai ketegangan mental yang menggelisahkan sebagai reaksi umum dari ketidakmampuan mengatasi suatu masalah.

URAIAN KEGIATAN

Penelitian ini terdiri dari dua puluh tiga rangkaian penelitian yang akan digunakan sebagai data dasar maupun eksperimen terhadap berbagai terapi dan tindakan keperawatan yang direncanakan. Tujuan akhir adalah diperolehnya model dukungan psikososial untuk menurunkan kecemasan pada perempuan menopause. Tahap awal dilakukan telaah ulang terhadap buku referensi psikososial yang telah disusun oleh pengusul, melakukan penelitian terhadap berbagai komponen yang berhubungan dengan psikososial.

Tahap berikutnya melakukan *systematic review* terhadap berbagai jurnal keperawatan terkait dampak menopause pada perempuan. Hasil ini dapat digunakan sebagai bahan publikasi nasional maupun internasional. Setelah semua kegiatan ini selesai dapat digunakan sebagai bahan pengajuan hak kekayaan intelektual (HAKI) dari buku “Masalah Psikososial; Konsep dan Aplikasi dalam Asuhan Keperawatan”.

Penelitian ini diawali dengan mempelajari berbagai tanda dan gejala gangguan kecemasan yang paling sering ditemukan pada saat perempuan memasuki masa menopause. Penelitian selanjutnya difokuskan pada pengaruh dukungan psikososial dalam menurunkan kecemasan pada perempuan menopause.

Hasil penelitian ini dapat digunakan meningkatkan kualitas Asuhan Keperawatan dalam menurunkan kecemasan dan kualitas hidup perempuan menopause khususnya keperawatan di komunitas dalam menurunkan kecemasan dan identifikasi kelompok resiko tinggi, situasi stres, kejadian stres dalam kehidupan yang berpotensi bisa menimbulkan gangguan jiwa.

PELAKSANAAN KEGIATAN

Model dukungan psikososial pada perempuan menopause ini diawali dengan perencanaan desain penelitian, menyusun instrumen penelitian, pengumpulan data dan analisa data.

Desain penelitian ini menggunakan rancangan penelitian *eksplanatif survey*. Eksplanasi adalah sebuah cara untuk menggali sesuatu yang baru dan melaporkan hubungan sebab akibat variabel bebas dan variabel terikat (Sugiyono, 2015). Penelitian tersebut kemudian dilanjutkan dengan penelitian deskripsi untuk mengembangkan pengetahuan dari sebuah topik dan menjelaskan (*explain*) temuan penelitian (Rahmawati, 2016). Pendekatan waktu yang digunakan pada penelitian ini adalah *cross*

sectional. Penelitian ini akan melakukan pengamatan atau pengukuran variabel bebas dan variabel terikat pada saat yang bersamaan atau dalam satu waktu (Sugiyono, 2015).

Populasi penelitian adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek/subyek yang mempunyai kuantitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2017). Populasi penelitian sebanyak 402 perempuan menopause di wilayah kerja Puskesmas Cukir Kecamatan Diwek Jombang dengan besar sampel 197 perempuan menopause yang terbagi dalam cluster sebagai berikut ini.

Tabel 4.1 Jumlah Sampel Masing-masing Cluster

No	Desa	Besar Populasi	Besar Sampel
1	Ceweng	29	14
2	Cukir	24	12
3	Bulurejo	14	7
4	Jatirejo	26	13
5	Grogol	64	31
6	Puton	23	11
7	Bendhet	88	43
8	Bandung	39	19
9	Kedawong	35	17
10	Ngudirejo	28	14
11	Kayangan	32	16
	Jumlah	402	197

Penelitian memiliki kriteria inklusi dan kriteria eklusi untuk mendapatkan populasi yang *eligible*. Kriteria inklusi penelitian ini adalah perempuan menopause berusia 45-55 tahun yang mengalami kecemasan, terdaftar dalam rekapan PUS 2017 wilayah Puskesmas Kecamatan Diwek. Sedangkan kriteria eklusinya adalah perempuan menopause yang tidak memiliki suami, menggunakan obat penenang dan menggunakan terapi sulih hormon (TSH).

Teknik sampling penelitian menggunakan *cluster random sampling* yaitu pengambilan sampel dilakukan terhadap *sampling unit* yang terdiri dari satu kelompok (*cluster*). Pada penelitian ini clusternya diambil di setiap desa di wilayah kerja Puskesmas Cukir Kecamatan Diwek Jombang. Variabel Independen penelitian ini meliputi Faktor Individu, Jaringan Sosial, Kejadian Stres, Dukungan Sosial, dan Penilaian Stres. Sementara variabel dependen penelitian ini yaitu Kecemasan.

Tabel 4.2 Variabel Penelitian Model Dukungan Psikososial Perempuan Menopause

Nama Variabel		Definisi	Indikator	Alat Ukur	Skala	Skor
Variabel Independen						
Faktor Individu (X1)						
Usia (X1.1)	Usia responden mendapatkan haid terakhir pada saat dilakukan penelitian	-	KTP	Ordinal	0: Menopause dini (Usia < 50 tahun) 1: Menopause normal (Usia 50-52 tahun) 2: Menopause terlambat (Usia > 52 tahun)	
Tingkat Pendidikan (X1.2)	Jenis pendidikan formal yang terakhir yang diselesaikan oleh responden	-	KK	Ordinal	0: Pendidikan Dasar 1: Pendidikan Menengah 2: Pendidikan Tinggi	
Pekerjaan (X1.3)	Suatu kegiatan atau aktivitas yang dilakukan responden sehari – hari	-	KTP	Ordinal	0: Ibu Rumah Tangga 1: PNS 2: Wiraswasta 3: Honorer 4: Pegawai Swasta 5: Petani	
Jaringan Sosial (X2)						
Aturan Sosial (X2.1)	Kebiasaan umum yang menjadi patokan perilaku dalam suatu kelompok masyarakat dan batasan wilayah tertentu	1. Kebiasaan 2. Perilaku	Norbeck Social Support Questionnaire (NSSQ)	Nominal	0: Tidak 1: Ya	

Nama Variabel	Definisi	Indikator	Alat Ukur	Skala	Skor
Informasi (X2.2)	<p>Pesan (ucapan atau ekspresi) yang terdiri dari order sekuen dari simbol, atau makna yang dapat ditafsirkan dari pesan atau kumpulan pesan.</p>	Norbeck Social Support Questionnaire (NSSQ)	Nominal	0: Tidak 1: Ya	
Konflik Sosial (X2.3)	<p>Suatu proses sosial antara dua pihak atau lebih ketika pihak yang satu berusaha menyingkirkan pihak lain dengan cara menghancurkan atau membuatnya tidak berdaya.</p>	Norbeck Social Support Questionnaire (NSSQ)	Nominal	0: Tidak 1: Ya	
Kejadian Stres (X3)					
Jenis Menopause (X3.1)	<p>Sebuah cara dimana perempuan tidak lagi mendapatkan siklus menstruasi seperti biasanya</p>	Kuesioner	Nominal	0: Menopause medis label Ya 1: Menopause alami label Tidak	
Rentang waktu Menopause (X3.2)	<p>Jarak berhentinya siklus menstruasi pada perempuan karena proses alami atau campuran tangan medis sampai saat dilakukan pengukuran</p>	Kuesioner	Nominal	0: Rentang waktu menopause < 6 bulan label Ya 1: Rentang waktu menopause > 6 bulan label Tidak	

Nama Variabel	Definisi	Indikator	Alat Ukur	Skala	Skor
<p>Dukungan Emosional (X4.1)</p>	<p>Eksresi empati berupa mendengarkan, bersikap terbuka, mau memahami, ekspresi kasih sayang dan perhatian.</p>	<p><i>Social Support Questionnaire (SSQ)</i></p>	<p>Ordinal</p>	<p>Mengelompokkan dan mengkatagorikan jawaban responden Skor: 1 = Sangat Setuju (SS) 2 = Setuju (S) 3 = Tidak Setuju (STS) 4 = Sangat Tidak Setuju (STS)</p> <p>Membuat kategori penilaian dengan cara menginterpretasikan data hasil skor sebagai berikut: 0 : < 20 (Tidak baik) 1 : 21-40 (Kurang baik) 2 : 41-60 (Cukup baik) 3 : 61-80 (Baik) 4 : 81-100 (Sangat baik)</p>	
<p>Dukungan Penghargaan (X4.2)</p>	<p>Dorongan atau persetujuan terhadap ide ataupun perasaan individu, ataupun melakukan perbandingan positif antara individu dengan orang lain</p>	<p><i>Social Support Questionnaire (SSQ)</i></p>	<p>Ordinal</p>	<p>Mengelompokkan dan mengkatagorikan jawaban responden Skor: 1 = 1 = Sangat Setuju (SS) 2 = Setuju (S) 3 = Tidak Setuju (STS) 4 = Sangat Tidak Setuju (STS)</p> <p>Membuat kategori penilaian dengan cara menginterpretasikan data hasil skor sebagai berikut: 0 : < 20 (Tidak baik) 1 : 21-40 (Kurang baik) 2 : 41-60 (Cukup baik) 3 : 61-80 (Baik) 4 : 4 : 81-100 (Sangat baik)</p>	

Nama Variabel	Definisi	Indikator	Alat Ukur	Skala	Skor
Dukungan Instrumental (X4.3)	Bantuan yang diberikan secara langsung, bersifat fasilitas atau materi	<i>Social Support Questionnaire</i> (SSQ)	Ordinal	Mengelompokkan dan mengkatagorikan jawaban responden Skor: 1 = 1 = Sangat Setuju (SS) 2 = Setuju (S) 3 = Tidak Setuju (TS) 4 = Sangat Tidak Setuju (STS) Membuat kategori penilaian dengan cara menginterpretasikan data hasil skor sebagai berikut: 0 : < 20 (Tidak baik) 1 : 21-40 (Kurang baik) 2 : 41-60 (Cukup baik) 3 : 61-80 (Baik) 4 : 81-100 (Sangat baik)	
Dukungan Informatif (X4.4)	Memberikan penjelasan tentang situasi dan segala sesuatu yang berhubungan dengan masalah yang sedang dihadapi individu.	<i>Social Support Questionnaire</i> (SSQ)	Ordinal	Mengelompokkan dan mengkatagorikan jawaban responden Skor: 1 = 1 = Sangat Setuju (SS) 2 = Setuju (S) 3 = Tidak Setuju (TS) 4 = Sangat Tidak Setuju (STS) Membuat kategori penilaian dengan cara menginterpretasikan data hasil skor sebagai berikut: 0 : < 20 (Tidak baik) 1 : 21-40 (Kurang baik) 2 : 41-60 (Cukup baik) 3 : 61-80 (Baik) 4 : 4 : 81-100 (Sangat baik)	

Nama Variabel	Definisi	Indikator	Alat Ukur	Skala	Skor
Nilai (X5.1)	1. Perilaku 2. Sikap 3. Kebiasaan	Stres Appraisal Measure Questionnaire (SAM)	Ordinal	Mengelompokkan dan mengkatagorikan jawaban responden Skor: 1 = 1 = Sangat Setuju (SS) 2 = Setuju (S) 3 = Tidak Setuju (TS) 4 = Sangat Tidak Setuju (STS) Membuat kategori penilaian dengan cara menginterpretasikan data hasil skor sebagai berikut: 0 : < 20 (Tidak baik) 1 : 21-40 (Kurang baik) 2 : 41-60 (Cukup baik) 3 : 61-80 (Baik) 4 : 81-100 (Sangat baik)	59

Nama Variabel	Definisi	Indikator	Alat Ukur	Skala	Skor
Pengalaman (X5.2)	<p>Bagaimana cara seseorang merasakan sesuatu benda atau peristiwa yang diperoleh melalui penglihatan atau pendedahan kepada benda atau peristiwa itu.</p>	<p><i>Stres Appraisal Measure Questionnaire (SAM)</i></p>	<p>Ordinal</p>	<p>Mengelompokkan dan mengkatagorikan jawaban responden Skor: 1 = 1 = Sangat Setuju (SS) 2 = Setuju (S) 3 = Tidak Setuju (TS) 4 = Sangat Tidak Setuju (STS) Membuat kategori penilaian dengan cara menginterpretasikan data hasil skor sebagai berikut: 0 : < 20 (Tidak baik) 1 : 21-40 (Kurang baik) 2 : 41-60 (Cukup baik) 3 : 61-80 (Baik) 4 : 81-100 (Sangat baik)</p>	<p>59</p>
Kepercayaan (X5.3)	<p>suatu keadaan psikologis pada saat seseorang menganggap suatu hal tersebut benar</p>	<p><i>Stres Appraisal Measure Questionnaire (SAM)</i></p>	<p>Ordinal</p>	<p>Mengelompokkan dan mengkatagorikan jawaban responden Skor: 1 = 1 = Sangat Setuju (SS) 2 = Setuju (S) 3 = Tidak Setuju (TS) 4 = Sangat Tidak Setuju (STS) Membuat kategori penilaian dengan cara menginterpretasikan data hasil skor sebagai berikut: 0 : < 20 (Tidak baik) 1 : 21-40 (Kurang baik) 2 : 41-60 (Cukup baik) 3 : 61-80 (Baik) 4 : 81-100 (Sangat baik)</p>	<p>59</p>

Nama Variabel	Definisi	Indikator	Alat Ukur	Skala	Skor
Sumber Koping (X5.4)	Sebuah dukungan yang datang pada individu dalam menyelesaikan masalah	Stres Appraisal Measure Questionnaire (SAM)	Ordinal	Mengelompokkan dan mengkatagorikan jawaban responden Skor: 1 = Sangat Setuju (SS) 2 = Setuju (S) 3 = Tidak Setuju (TS) 4 = Sangat Tidak Setuju (STS) Membuat kategori penilaian dengan cara menginterpretasikan data hasil skor sebagai berikut: 0 : < 20 (Tidak baik) 1 : 21-40 (Kurang baik) 2 : 41-60 (Cukup baik) 3 : 61-80 (Baik) 4 : 81-100 (Sangat baik)	59
Variabel Dependen					
Kecemasan (Y1)					
Reaksi Kognitif (Y1.1)	Perubahan keyakinan seseorang tentang sesuatu yang didapatkan dari proses berpikir tentang seseorang atau sesuatu	Kuesioner Hamilton Rating Scale For Anxiety (HARS)	Ordinal	Mengelompokkan dan mengkatagorikan jawaban responden Skor: 0 = Tidak Ada 1 = Ringan 2 = Sedang 3 = Berat 4 = Berat Sekali	

Nama Variabel	Definisi	Indikator	Alat Ukur	Skala	Skor
				<p>Membuat kategori penilaian dengan cara menginterpretasikan data hasil skor sebagai berikut:</p>	
				<ol style="list-style-type: none"> 1. Skor 0 diberikan bila jumlah HARS < 14 = tidak ada kecemasan 2. Skor 1 diberikan bila jumlah HARS 14 – 20 = kecemasan ringan 3. Skor 2 diberikan bila jumlah HARS 21 – 27 = kecemasan sedang 4. Skor 3 diberikan bila jumlah HARS 28 – 41 = kecemasan berat 5. Skor 4 diberikan bila jumlah HARS 42 – 56 = kecemasan berat sekali 	

Nama Variabel	Definisi	Indikator	Alat Ukur	Skala	Skor
Reaksi Fisiologis (Y1.2)	Perubahan mekanis, fisik, dan biokimia organ dan sistem dalam tubuh individu	Kuesioner <i>Hamilton Rating Scale For Anxiety (HRS-A)</i>	Ordinal	Mengelompokkan dan mengkategorikan jawaban responden Skor: 0 = Tidak Ada 1 = Ringan 2 = Sedang 3 = Berat 4 = Berat Sekali Membuat kategori penilaian dengan cara menginterpretasikan data hasil skor sebagai berikut: 1. Skor 0 diberikan bila jumlah HARS < 14 = tidak ada kecemasan 2. Skor 1 diberikan bila jumlah HARS 14 – 20 = kecemasan ringan 3. Skor 2 diberikan bila jumlah HARS 21 – 27 = kecemasan sedang 4. Skor 3 diberikan bila jumlah HARS 28 – 41 = kecemasan berat 5. Skor 4 diberikan bila jumlah HARS 42 – 56 = kecemasan berat sekali	

Nama Variabel	Definisi	Indikator	Alat Ukur	Skala	Skor
Reaksi Emosional (Y1.3) Perubahan reaksi terhadap seseorang atau kejadian yang ditunjukkan dengan rasa senang, marah, ataupun takut terhadap sesuatu	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perasaan ansietas 2. Ketegangan 3. Gangguan tidur 	Kuesioner <i>Hamilton Rating Scale For Anxiety (HRS-A)</i>	Ordinal	Mengelompokkan dan mengkata gorikan jawaban responden Skor: 0= Tidak Ada 1= Ringan 2= Sedang 3= Berat 4= Berat Sekali Membuat kategori penilaian dengan cara menginterpretasikan data hasil skor sebagai berikut: <ol style="list-style-type: none"> 1. Skor 0 diberikan bila jumlah HARS < 14 = tidak ada kecemasan 2. Skor 1 diberikan bila jumlah HARS 14 – 20 = kecemasan ringan 3. Skor 2 diberikan bila jumlah HARS 21 – 27 = kecemasan sedang 4. Skor 3 diberikan bila jumlah HARS 28 – 41 = kecemasan berat 5. Skor 4 diberikan bila jumlah HARS 42 – 56 = kecemasan berat sekali 	

Nama Variabel	Definisi	Indikator	Alat Ukur	Skala	Skor
Reaksi Tingkah laku (Y1.4)	Perubahan suatu kegiatan atau aktivitas organism yang bersangkutan	Kuesioner <i>Hamilton Rating Scale For Anxiety</i> (HARS)	Ordinal	Mengelompokkan dan mengkategorikan jawaban responden Skor: 0= Tidak Ada 1= Ringan	
yang dapat diamati secara langsung maupun tidak langsung	1. Ketakutan 2. Gelisah 3. Muka tegang			2 = Sedang 3 = Berat 4 = Berat Sekali Membuat kategori penilaian dengan cara: 1. Skor 0 diberikan bila jumlah HARS < 14 = tidak ada kecemasan 2. Skor 1 diberikan bila jumlah HARS 14 – 20 = kecemasan ringan 3. Skor 2 diberikan bila jumlah HARS 21 – 27 = kecemasan sedang 4. Skor 3 diberikan bila jumlah HARS 28 – 41 = kecemasan berat 5. Skor 4 diberikan bila jumlah HARS 42 – 56 = kecemasan berat sekali	

Instrumen penelitian menggunakan kuesioner yang dikembangkan berdasarkan tema penelitian yang telah dilakukan sebelumnya. Kuesioner meliputi data demografi (6 pertanyaan), *social network* (13 pertanyaan), *stressful events* (7 pertanyaan), *psicosocial support* (29 pertanyaan), *stress appraisal* (15 pertanyaan), kecemasan (14 pertanyaan), menopause (5 pertanyaan). Bentuk kuesioner yang telah digunakan adalah sebagai berikut.

KUESIONER MODEL DUKUNGAN PSIKOSOSIAL PEREMPUAN MENOPAUSE

Petunjuk pengisian

1. Berikut ini terdapat beberapa pertanyaan, baca dan pahami dengan benar setiap pernyataan. Anda diminta untuk mengisi sesuai dengan pendapat anda dengan cara mengisi titik atau memberikan tanda (√) pada kolom yang tersedia
2. Bila ada yang kurang dimengerti Bapak/Ibu, dapat dipertanyakan pada peneliti

1. DATA DEMOGRAFI

1. Kode (diisi peneliti) :
2. Nama/Inisial :
3. Usia : Suku:
4. Tingkat pendidikan
 SD SMA
 SMP Perguruan Tinggi
5. Pekerjaan
 Ibu Rumah Tangga PNS Pegawai Swasta
 Wiraswasta Honorer Petani
6. Status perkawinan
 Menikah Tidak Menikah Janda

2. DATA SOCIAL NETWORK

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
1.	Ketika saya sakit kerabat saya mau menjaga saya		
2.	Saya berangkat bersama teman sebaya ketika menghadiri pengajian		
3.	Kegiatan gotong royong di masyarakat membuat saya mudah bergaul		
4.	Jika ada teman yang menyinggung perasaan saya, maka saya menjauhi		
5.	Saya tidak ingin bertemu teman saya setelah terjadi kesalahpahaman		
6.	Saya merasa tidak disukai atau dicintai oleh teman saya		
7.	Saya merasa dihormati atau dikagumi sebagai orang tua		

8.	Saya selalu bercerita tentang pribadi anda pada teman		
9.	Jika saya merasa sakit membutuhkan pengasuhan, tumpangan ke dokter dari keluarga saya selalu siap sedia		
10.	Saya mengenal teman saya sudah sangat lama		
11.	Saya selalu berhubungan dengan teman setiap hari		
12.	Perasaan saya kurang dekat dengan teman saya		
13.	Teman saya selalu ada dalam hidup saya		

3. DATA STRESSFUL EVENTS

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
1.	Saya lebih sering stress setelah tidak lagi menstruasi		
2.	Setiap malam hari saya mengalami gangguan tidur		
3.	Saya tidak mendapatkan menstruasi dalam waktu 6 bulan terakhir		
4.	Saya tidak lagi mendapatkan menstruasi setelah melakukan operasi perut		
5.	Kekuatan fisik saya mulai menurun		
6.	Anggota keluarga terdekat perhatian kepada saya		
7.	Saya merasa terdapat sesuatu yang hilang dalam hidup saya		

4. DATA SOCIAL SUPPORT

No	Pertanyaan	SS	S	TS	STS
1.	Perhatian keluarga kepada saya membuat perasaan saya nyaman				
2.	Kasih sayang yang diberikan keluarga membuat saya semangat				
3.	Setiap kali saya mengalami kesulitan, orang-orang disekitar saya selalu berempati terhadap saya				
4.	Keadaan dirumah selalu membuat saya nyaman dan tentram				
5.	Bila ada masalah keluarga bersedia mendengarkan masalah saya				
6.	Keluarga saya kurang perhatian pada saya untuk selalu berpikir positif				
7.	Saya merasa keluarga saya sangat sayang terhadap saya				
8.	Keluarga saya bersedia mendengarkan setiap keluhan saya				
9.	Bila saya sakit, teman-teman sangat perhatian terhadap saya				
10.	Saya senang ketika teman-teman mau menerima Kekurangan saya				
11.	Keluarga saya tidak pernah memberikan perhatian kepada saya, karena mereka terlalu sibuk dengan bekerja				
12.	Keluarga saya terlalu sibuk, sehingga ia tidak memperdulikan saya				
13.	Teman sebaya saya di pengajian, tidak pernah memperhatikan saya				
14.	Keluarga tidak pernah memperdulikan ketika saya sedang mengalami stres				
15.	Suami saya akan memberikan pujian setiap kali saya mendapat penghargaan di tempat pengajian saya				
16.	Keluarga saya menghargai setiap pendapat saya				
17.	Keluarga saya selalu memuji apa yang saya kerjakan				

18.	Keluarga saya mengakui kelebihan yang saya miliki				
19.	Saya tidak pernah merasa dihargai oleh suami saya				
20.	Saya dianggap remeh oleh suami saya				
21.	Saya merasa tidak dihargai ketika memberikan pendapat				
22.	Keterampilan yang saya miliki tidak pernah diakui oleh keluarga saya				
23.	Suami saya memenuhi semua kebutuhan yang saya perlukan				
24.	Bila saya mendapatkan sebuah penghargaan di masyarakat, suami memberikan pujian				
25.	Keluarga akan membantu kapan saja, bila saya cemas				
26.	Bila saya tidak memiliki uang orang-orang disekeliling saya mau membantu				
27.	Suami saya tidak pernah memenuhi kebutuhan saya				
28.	Setiap ada masalah suami saya tidak pernah membantu saya				
29.	Anak saya akan membantu, bila saya menemui kesulitan dalam bergaul di masyarakat				

5. DATA STRESS APPRAISAL

No	Pertanyaan	SS	S	TS	STS
1.	Apakah menopause merupakan situasi yang benar-benar tanpa harapan				
2.	Menopause menciptakan ketegangan dalam diri saya				
3.	Menopause ini tidak terkendali oleh siapapun				
4.	Menopause membuat saya merasa cemas				
5.	Menopause memiliki dampak negatif bagi saya				
6.	Saya sangat bersemangat menghadapi menopause				
7.	Menopause berdampak positif dalam kehidupan saya				
8.	Saya bisa menjadi orang yang lebih kuat karena menopause				
9.	Saya memiliki kemampuan coping yang baik dalam menghadapi menopause				
10.	Menopause memiliki implikasi serius bagi saya				
11.	Terdapat bantuan yang tersedia bagi saya untuk menangani kecemasan akibat menopause				
12.	Saya bisa mengatasi masalah kecemasan saya terhadap menopause				
13.	Ada orang lain yang bisa membantu saya mengatasi kecemasan akibat menopause				
14.	Menopause memiliki konsekuensi jangka panjang untuk saya				
15.	Menopause akan berdampak negatif terhadap saya				

6. DATA KECEMASAN

No.	Pertanyaan	0	1	2	3	4
1.	Gejala Kecemasan Ansietas - Cemas - Firasat Buruk - Takut Akan Pikiran Sendiri - Mudah Tersinggung					
2.	Ketegangan - Merasa Tegang - Lesu - Tak Bisa Istirahat Tenang - Mudah Terkejut - Mudah Menangis - Gemetar - Gelisah					
3.	Ketakutan - Pada Gelap - Pada Orang Asing - Ditinggal Sendiri - Pada Binatang Besar - Pada Keramaian Lalu Lintas - Pada Kerumunan Orang Banyak					
4.	Gangguan Tidur - Sulit memulai tidur - Terbangun Malam Hari - Tidak Nyenyak - Bangun dengan Lesu - Banyak Mimpi-Mimpi - Mimpi Buruk - Mimpi Menakutkan					
5.	Gangguan Kecerdasan - Sukar Konsentrasi - Daya Ingat Buruk					
6.	Perasaan Depresi - Hilangnya Minat - Berkurangnya Kesenangan Pada Hobi - Sedih - Bangun Dini Hari - Perasaan Berubah-Ubah Sepanjang Hari					
7.	Gejala Somatik (Otot) - Sakit dan Nyeri di Otot-Otot - Kaku - Kedutan Otot - Gigi Gemerutuk - Suara Tidak Stabil					

No.	Pertanyaan	0	1	2	3	4
8.	Gejala Somatik (Sensorik) - Telinga berdengung - Penglihatan Kabur - Muka Merah atau Pucat - Merasa Lemah - Perasaan ditusuk-Tusuk					
9.	Gejala Kardiovaskuler - Denyut jantung berdetak cepat - Berdebar - Nyeri di Dada - Denyut Nadi Mengeras - Perasaan Lesu/Lemas Seperti Mau Pingsan - Detak Jantung Menghilang (Berhenti Sekejap)					
10.	Gejala Respiratori ⁴⁵ - Rasa Tertekan atau Sempit di Dada - Perasaan Tercekik - Sering Menarik Napas - Napas Pendek/Sesak					
11.	Gejala Gastrointestinal - Sulit Menelan - Perut Melilit - Gangguan Pencernaan - Nyeri Sebelum dan Sesudah Makan - Perasaan Terbakar di Perut - Rasa Penuh atau Kembung - Mual - Muntah - Buang Air Besar Lembek - Kehilangan Berat Badan - Sukar Buang Air Besar (Konstipasi)					
12.	Gejala Urogenital - Sering Buang Air Kecil - Tidak Dapat Menahan Air Seni - Tidak haid - Perdarahan sedikit - Menjadi Dingin (Frigid) - Ejakulasi - Ereksi Hilang - Impotensi					
13.	Gejala Otonom - Mulut Kering - Muka Merah - Mudah Berkeringat - Pusing, Sakit Kepala - Bulu-Bulu Berdiri					

No.	Pertanyaan	0	1	2	3	4
14.	Tingkah Laku Pada Wawancara - Gelisah - Tidak Tenang - Jari Gemetar - Kerut Kening - Muka Tegang - Tonus Otot Meningkat - Napas Pendek dan Cepat - Muka Merah					

7. Kuesioner Menopause

1. Jelaskan secara singkat gejala atau kekhawatiran Anda mengenai menopause?

2. Kapan Tanggal Periode Menstruasi Terakhir?

3. Apakah Anda pernah menjalani operasi ovarium atau rahim yang melalui pembedahan?

4. Apakah saat ini Anda sedang menjalani pil KB? Kalau iya jenis apa?

5. Apakah anda mengalami:

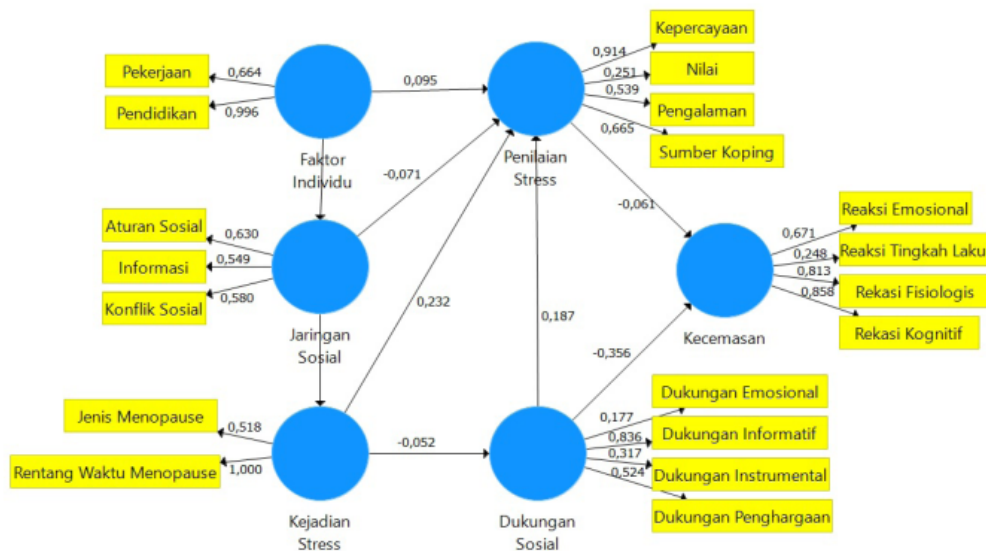
Pertanyaan	Sering	Jarang	tidak
Berkeringan malam hari			
rasa panas yang sangat dengan berkeringat dan detak jantung yang cepat			
Gangguan tidur			
kelelahan			
perubahan suasana perasaan dalam waktu singkat			
Depresi			
cemas			
Sulit konsentrasi			
Sakit pada saat berhubungan			
Rasa panas pada alat kelamin			
Vagina mengering			
Libido seksual menurun			
Respon seksual menurun			
Nyeri sendi			
Sakit kepala			
Frekuensi kencing meningkat			
Kesulitan kencing			
Berat badan naik			

Peneliti menggunakan teknik cluster random sampling untuk melakukan pengumpulan data sebanyak 197 responden di 11 desa yang berada di Kecamatan Diwek. Pengumpulan data kepada responden dengan melakukan pengisian kuesioner penelitian setelah mendapatkan penjelasan tentang tujuan, manfaat, hak dan kewajiban sebagai responden serta memberikan *inform consent* untuk mengikuti penelitian. Responden penelitian mengisi kuesioner data demografi yang meliputi nama/inisial, usia, tingkat pendidikan, pekerjaan, status perkawinan dan kuesioner variabel penelitian. Proses pengisian kuesioner dilaksanakan di rumah masing-masing untuk memberikan privasi pada setiap responden. Data yang telah terkumpul kemudian dilakukan tabulasi untuk dilakukan analisis.

HASIL PENELITIAN

Uji model dukungan psikososial perempuan menopause dimulai dengan mengevaluasi hubungan variabel laten, yaitu variabel yang membentuk variabel penelitian dengan variabel penelitian (X dan Y) melalui uji validitas dan reliabilitas. Hasil uji dalam penelitian ini menunjukkan bahwa tidak semua variabel laten adalah valid dalam membentuk variabel (Gambar 4.1). Validitas variabel laten ditentukan oleh hasil uji, yaitu *loading factor* > 0.5. Variabel laten yang telah valid dapat menjadi

indikator dari variabel penelitian. Keseluruhan indikator dan variabel penelitian yang telah di uji dapat dilihat pada gambar model struktur awal (Gambar 4.1).



Gambar 5.1 Model Struktural Awal

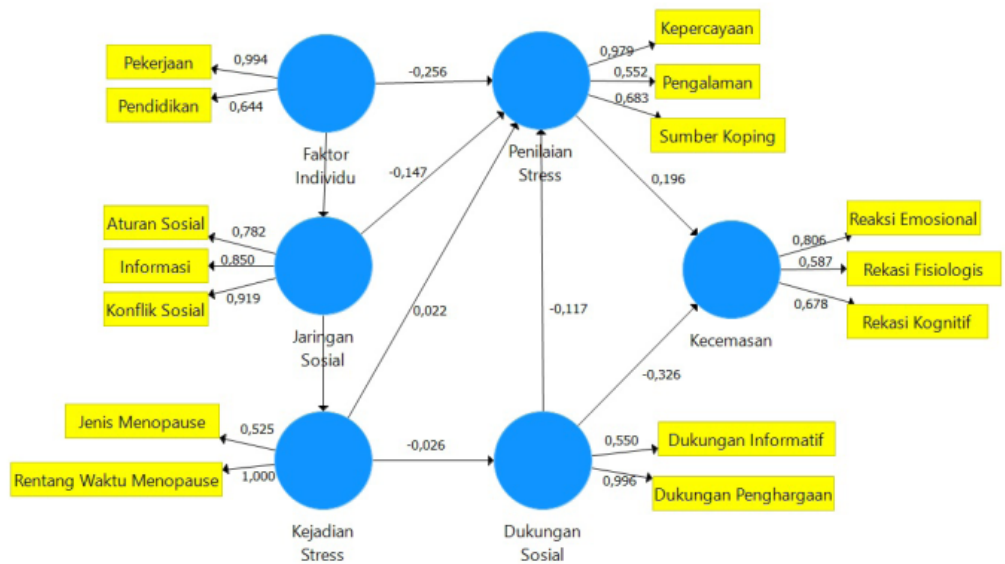
Hasil pengujian model struktur awal dapat dilihat secara lengkap pada Tabel 5.3.

Tabel 5.3 Tabel Hasil Uji Validitas Variabel Laten

Faktor Individu		
Indikator	Loading factor	Keterangan
Pendidikan	0,664	Valid
Pekerjaan	0,996	Valid
Jaringan Sosial		
Indikator	Loading factor	Keterangan
Aturan Sosial	0,630	Valid
Informasi	0,549	Valid
Konflik Sosial	0,580	Valid
Kejadian Stress		
Indikator	Loading factor	Keterangan
Jenis Menopause	0,518	Valid
Rentang Waktu Menopause	1,000	Valid
Dukungan Sosial		
Indikator	Loading factor	Keterangan

Dukungan Emosional	0,177	Tidak Valid
Dukungan Penghargaan	0,836	Valid
Dukungan Instrumental	0,317	Tidak Valid
Dukungan Informatif	0,524	Valid
Penilaian Stress		
Indikator	Loading factor	Keterangan
Nilai	0,251	Tidak Valid
Pengalaman	0,539	Valid
Kepercayaan	0,914	Valid
Sumber Koping	0,665	Valid
Kecemasan		
Indikator	Loading factor	Keterangan
Reaksi Kognitif	0,858	Valid
Reaksi Fisiologis	0,813	Valid
Reaksi Emosional	0,671	Valid
Reaksi Tingkah Laku	0,248	Tidak Valid

Hasil yang diperoleh pada pengujian awal dilanjutkan pada pengujian selanjutnya sampai didapatkan seluruh indikator memiliki nilai *loading factor* >0,5. Gambar 5.2 menjelaskan model struktur akhir dari model dukungan psikososial perempuan menopause.



Gambar 5.2 Model Akhir Dukungan Psikososial Perempuan Menopause

Berdasarkan hasil uji validitas terhadap variabel laten (indikator penelitian ini melibatkan 5 variabel dependen (variabel X) dan 1 variabel independen (Variabel Y) (Gambar 5.2).

Hasil uji validitas dan reliabilitas menunjukkan bahwa variabel faktor individu (X1) dibentuk oleh 2 indikator, yaitu pekerjaan dan pendidikan. Variabel Jaringan sosial (X2) dibentuk oleh 3 indikator, yaitu aturan sosial, informasi dan konflik sosial. Variabel kejadian stres (X3) dibentuk oleh 2 indikator, yaitu jenis menopause dan rentang waktu menopause. Variabel penilaian stress (X4) dibentuk oleh 3 indikator, yaitu kepercayaan, pengalaman, dan sumber koping. Variabel dukungan Psikososial (X5) dibentuk oleh 2 indikator, yaitu dukungan informatif dan dukungan penghargaan. Variabel Kecemasan (Y) dibangun oleh 3 indikator, yaitu reaksi emosional, reaksi fisiologis dan reaksi kognitif.

Selain menguji validitas, variabel laten harus diuji reliabilitas, yaitu dengan menggunakan angka *composite reliability*. Tabel 5.4 menjelaskan tentang *composite reliability* untuk menguji nilai reliabilitas indikator pada suatu konstruk. Suatu konstruk atau variabel laten dikatakan memenuhi uji reliabilitas jika memiliki nilai *composite reliability* dan nilai *cronbachs alpha* > 0,7.

Tabel 5.4 Tabel Hasil Uji Average Variance Extracted (AVE), Composite Reliability, dan Cronbach Alpha model dukungan psikososial perempuan menopause

No	Variabel	AVE	Composite Reliability	Cronbach Alpha	Keterangan
1.	Faktor Individu (X1)	0,709	0,869	0,792	Reliabel
2.	Jaringan Sosial (X2)	0,605	0,743	0,745	Reliabel
3.	Kejadian Stress (X3)	0,713	0,888	0,802	Reliabel
4.	Dukungan Sosial (X4)	0,712	0,817	0,766	Reliabel
5.	Penilaian Stress (X5)	0,582	0,711	0,721	Reliabel
6.	Kecemasan (Y1)	0,585	0,712	0,721	Reliabel

Berdasarkan tabel 4.4 diatas dapat disimpulkan bahwa semua variabel laten (faktor individu, jaringan sosial, kejadian stres, dukungan sosial, penilaian stres, dan kecemasan telah memenuhi uji reliabilitas. Pemeriksaan selanjutnya dari *convergent validity* adalah nilai *average variance extracted* (AVE). Nilai AVE pada masing-masing variabel laten pada tabel 3 diatas > 0,5, sehingga dapat dikatakan sangat direkomendasikan.

Evaluasi *discriminant validity* dimulai dengan melihat *cross loading* pada tabel 4.5 dibawah ini. Nilai *cross loading* menunjukkan besarnya korelasi antara setiap konstruk atau variabel laten dengan indikatornya dan indikator dari konstruk blok lainnya. Suatu model pengukuran memiliki *discriminant validity* yang baik bila korelasi antar konstruk dengan indikatornya lebih tinggi dari pada korelasi dengan indikator dari konstruk blok lainnya.

Tabel 5.5 Hasil Cross Loading Model dukungan psikososial perempuan menopause

	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	Y ₁
Tingkat pendidikan	0,994	0,458	0,495	0,260	0,253	0,815
Pekerjaan	0,644	0,634	0,100	0,272	0,245	0,347
Aturan sosial	0,377	0,582	0,181	0,310	0,106	0,098
Informasi	0,349	0,549	0,142	0,209	0,385	0,447
Konflik sosial	0,421	0,918	0,101	0,613	0,144	0,247
Jenis menopause	0,096	0,016	0,665	0,487	0,631	0,309
Rentang waktu menopause	0,049	0,161	0,716	0,260	0,613	0,223
Dukungan penghargaan	0,203	0,313	0,423	0,649	0,547	0,102
Dukungan informatif	0,425	0,306	0,379	0,996	0,605	0,333
Pengalaman	0,429	0,517	0,526	0,112	0,979	0,466
Kepercayaan	0,302	0,514	0,493	0,147	0,815	0,363
Sumber koping	0,104	0,223	0,355	0,329	0,782	0,351
Reaksi kognitif	0,118	0,211	0,114	0,319	0,622	0,806
Reaksi fisiologis	0,373	0,314	0,233	0,479	0,041	0,586
Reaksi emosional	0,467	0,528	0,828	0,205	0,604	0,871

Berdasarkan tabel 5.5 menunjukkan bahwa semua indikator dalam setiap komponen konstruk memiliki nilai *cross loading* lebih tinggi dengan masing-masing konstraknya. Setelah pemeriksaan *convergent validity* dan *discriminant validity* terpenuhi, selanjutnya adalah melakukan evaluasi model struktural (*inner model*).

135
Evaluasi *inner model* bertujuan untuk mengetahui besarnya pengaruh atau hubungan kausalitas antar variabel-variabel di dalam penelitian atau menguji hipotesis penelitian. Hipotesis penelitian dapat diterima jika nilai t hitung > t tabel dengan 5% yang ditunjukkan oleh nilai t statistik > 1,96. Selanjutnya melakukan mengujian *R Square* atau koefisien determinasi yang merupakan sebuah nilai yang menjelaskan tentang ukuran kebaikan model atau besarnya pengaruh-pengaruh variabel bebas terhadap variabel terikat. Nilai koefisien jalur dan nilai t hitung pada *inner model* disajikan dalam tabel 5.6 berikut ini.

Tabel 5.6 Koefisien Jalur dan t-statistics Model dukungan psikososial perempuan menopause

Jalur	Estimasi	Std. Error		Pvalue
Faktor Individu Jaringan Sosial	0,054	0,072	0,75	0,451
Jaringan Sosial Kejadian Stres	-0,161	0,071	2,28	0,023*
Kejadian Stres Dukungan Psikososial	-0,026	0,072	0,37	0,713
Faktor Individu Penilaian Stres	-0,256	0,068	3,74	0,000*
Jaringan Sosial Penilaian Stres	-0,147	0,069	2,13	0,034*

Jalur	Estimasi	Std. Error		Pvalue
Kejadian Stres Penilaian Stres	0,022	0,069	0,32	0,751
Dukungan Sosial Penilaian Stres	-0,117	0,068	2,02	0,047*
Dukungan Sosial Kecemasan	-0,326	0,068	5,25	0,000*
Penilaian Stres Kecemasan	0,196	0,068	9,07	0,000*

*Signifikan dengan taraf kesalahan 5%

Berdasarkan tabel 5.6 diatas dapat diambil kesimpulan bahwa, Faktor individu (t statistik $0,75 < 1,96$) tidak memiliki pengaruh yang signifikan terhadap jaringan sosial. Jaringan sosial (t statistik $2,28 > 1,96$) memiliki pengaruh yang signifikan terhadap kejadian stres. Kejadian stres (t statistik $0,37 < 1,96$) tidak memiliki pengaruh yang signifikan terhadap dukungan sosial. Faktor individu (t statistik $3,74 > 1,96$) memiliki pengaruh yang signifikan terhadap penilaian stres. Jaringan sosial (t statistik $2,13 > 1,96$) memiliki pengaruh yang signifikan terhadap penilaian stres. Kejadian stres (t statistik $0,32 < 1,96$) tidak memiliki pengaruh yang signifikan terhadap penilaian stres. Dukungan sosial (t statistik $2,02 > 1,96$) memiliki pengaruh yang signifikan terhadap penilaian stres. Dukungan sosial (t statistik $5,25 > 1,96$) memiliki pengaruh yang signifikan terhadap kecemasan. Penilaian stres (t statistik $9,07 > 1,96$) memiliki pengaruh yang signifikan terhadap kecemasan.

Selanjutnya adalah melihat nilai *R square* (R^2) pada tabel 5.7 untuk mengetahui nilai variabel laten dukungan psikososial dalam menurunkan kecemasan pada perempuan menopause.

Tabel 5.7 Goodness of Fit Model dukungan psikososial perempuan menopause

Variabel	<i>R square</i>
Faktor Individu	0,615
Jaringan Sosial	0,745
Kejadian Stres	0,672
Dukungan Sosial	0,851
Penilaian Stres	0,710
Kecemasan	0,600
Goodness of Fit (Q^2)	0,890

Pada tabel 5.7 diatas, dapat diketahui nilai Q^2 atau *goodness of fit* (GoF) yang dihasilkan pada model SEM-PLS pada penelitian ini sebesar 0,890. Hal ini menunjukkan bahwa kecemasan responden dipengaruhi oleh variabel-variabel laten yang digunakan dalam penelitian ini sebesar 89%, sisanya sebesar 11% dipengaruhi oleh faktor lain diluar variabel penelitian ini. Jika merujuk pada (Chin 1998 dalam Sofyan Yamin &

Heri, 2011) nilai ini termasuk dalam kategori tinggi. Nilai *goodness of fit* (GoF) model dukungan psikososial untuk menurunkan kecemasan pada perempuan menopause di atas adalah 0,890 yang berarti bahwa model yang ditemukan adalah model yang baik karena mendekati nilai 1.

Berdasarkan model struktural dengan menggunakan SEM-PLS, didapatkan nilai *direct effect* dan *indirect effect* yang bertujuan untuk memberikan informasi 135 r pengaruh yang dihasilkan. Nilai *direct effect* dan *indirect effect* dapat disajikan pada tabel 5.8 berikut.

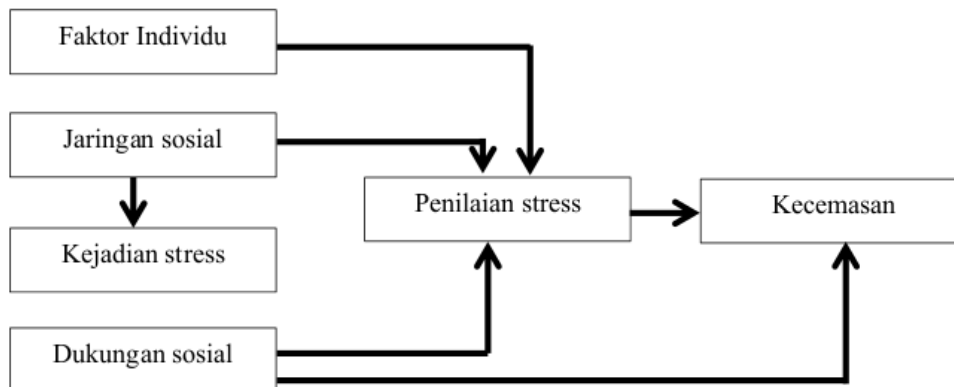
Tabel 5.8 *Direct Effect, Indirect Effect dan Total Effect Model dukungan psikososial menopause*

Variabel	Direct Effect	Indirect Effect	Total Effect
Faktor Individu Jaringan Sosial	0,054	0,000	0,054
Faktor Individu Kejadian Stres	0,000	0,009	0,009
Faktor Individu Dukungan Sosial	0,000	0,000	0,000
Faktor Individu Penilaian Stres	-0,256	-0,008	-0,264
Faktor Individu Kecemasan	0,000	-0,005	-0,005
Jaringan Sosial Kejadian Stres	-0,162	0,000	-0,161
Jaringan Sosial Dukungan Sosial	0,000	0,004	0,004
Jaringan Sosial Penilaian Stres	-0,147	-0,004	-0,151
Jaringan Sosial Kecemasan	0,000	0,004	0,004
Kejadian Stres Dukungan Sosial	-0,026	0,000	-0,026
Kejadian Stres Penilaian Stres	0,022	0,003	0,025
Kejadian Stres Kecemasan	0,000	-0,009	-0,009
Dukungan Sosial Penilaian Stres	-0,118	0,000	-0,117
Dukungan Sosial Kecemasan	-0,327	-0,002	-0,329
Penilaian Stres Kecemasan	0,020	0,000	0,020

Pada tabel 5.8 diatas, dapat dijelaskan bahwa faktor individu berpengaruh positif terhadap jaringan sosial dengan koefisien sebesar 0,054 artinya, apabila faktor individu naik satu satuan, maka jaringan sosial akan naik sebesar 0,054. Faktor individu berpengaruh negatif terhadap penilaian stres dengan koefisien sebesar 0,008 secara tidak langsung sedangkan pengaruh faktor individu terhadap penilaian stres secara langsung sebesar 0,256. Jaringan Sosial berpengaruh negatif terhadap kejadian stres dengan koefisien sebesar -0,162 artinya, apabila faktor individu naik satu satuan, maka kejadian stres akan turun sebesar 0,162. Jaringan Sosial berpengaruh negatif terhadap

penilaian stres dengan koefisien sebesar $-0,147$ artinya, apabila faktor individu naik satu satuan, maka penilaian stres akan turun sebesar $0,147$. Kejadian stres berpengaruh negatif terhadap dukungan sosial dengan koefisien sebesar $-0,026$ artinya, apabila kejadian stres naik satu satuan, maka dukungan sosial akan turun sebesar $0,026$. Kejadian stres berpengaruh positif terhadap penilaian stres dengan koefisien sebesar $0,022$ artinya, apabila kejadian stres naik satu satuan, maka penilaian stres akan naik sebesar $0,022$. Dukungan sosial berpengaruh negatif terhadap penilaian stres dengan koefisien sebesar $-0,118$ artinya, apabila dukungan sosial naik satu satuan, maka penilaian stres akan turun sebesar $0,118$. Dukungan sosial berpengaruh negatif terhadap kecemasan dengan koefisien sebesar $-0,327$ artinya, apabila dukungan sosial naik satu satuan, maka kecemasan akan turun sebesar $0,327$. Penilaian stres berpengaruh positif terhadap kecemasan dengan koefisien sebesar $0,020$ artinya, apabila penilaian stres naik satu satuan, maka kecemasan akan naik sebesar $0,020$.

Sehingga selanjutnya model dukungan psikososial untuk menurunkan kecemasan pada perempuan menopause dapat digambarkan seperti pada gambar 5.3



Gambar 4.3 Model keperawatan dukungan psikososial untuk menurunkan kecemasan perempuan menopause

Model akhir dukungan psikososial untuk menurunkan kecemasan perempuan menopause merupakan isu strategis yang didasarkan dari hasil analisis *Partial Least Square*. Model tersebut menunjukkan faktor individu memiliki pengaruh yang kuat terhadap penilaian stres. Jaringan sosial memiliki pengaruh yang kuat terhadap kejadian stres dan penilaian stres. Dukungan sosial memiliki pengaruh yang kuat terhadap penilaian stres dan kecemasan. Penilaian stres memiliki pengaruh yang kuat terhadap kecemasan.

Hasil penelitian pada faktor individu menunjukkan bahwa sebagian besar responden perempuan menopause yang mengalami kecemasan berada pada kelompok menopause terlambat dalam rentang usia lebih dari 52 tahun. Menurut (Prawirohardjo, 2006)

terdapat beberapa faktor yang menyebabkan menopause terlambat. Faktor tersebut adalah konstitusional, fibromioma uteri dan tumor ovarium yang menghasilkan estrogen. Salah satu faktor yang memungkinkan seorang perempuan mengalami keterlambatan menopause adalah apabila memiliki kelebihan berat badan. Sebagian besar estrogen dibuat di dalam ovarium, akan tetapi sejumlah kecil estrogen juga dibuat di bagian tubuh yang lain, termasuk di sel-sel lemak. Apabila seorang perempuan mengalami obesitas (yaitu indeks massa tubuh atau *body mass index* (BMI) melebihi 30, maka perempuan tersebut memiliki kadar estrogen yang lebih tinggi dalam seluruh masa hidupnya. Oleh karena itu, selain meningkatkan resiko terhadap masalah kesehatan yang serius, seperti kanker payudara dan penyakit jantung, memiliki badan berlebih juga dapat menunda menopause.

Pendidikan merupakan salah satu faktor yang meningkatkan resiko terjadinya kecemasan. Hasil statistik menunjukkan sebagian besar perempuan menopause di Kecamatan Diwek Jombang memiliki pendidikan rendah. Notoatmodjo (2010), menyatakan semakin tinggi tingkat pendidikan maka akan semakin mudah seseorang menerima hal yang baru dan akan mudah menyesuaikan diri. Pendapat tersebut sejalan dengan pendapat Simanungkalit (2011) dalam Mandias (2012), menyatakan semakin tinggi pendidikan seseorang semakin mudah pula ia menerima informasi dan akhirnya semakin banyak pula pengetahuan yang dimilikinya. Sebaliknya, jika tingkat pendidikan seseorang rendah, itu akan menghambat perkembangan perilakunya terhadap penerimaan informasi dan pengetahuan yang baru. Semakin tinggi tingkat pendidikan perempuan menopause diharapkan semakin banyak pula pengetahuan yang dimiliki perempuan tersebut tentang menopause. Sehingga kecemasan pada masa menopause dapat diatasi dengan baik.

Karakteristik lain perempuan menopause yang mempengaruhi kecemasan adalah pekerjaan. Pekerjaan responden sebagian besar adalah ibu rumah tangga (IRT). Menurut Darmojo dan Hadi (2006) seorang perempuan yang mempunyai aktivitas sosial di luar rumah akan lebih banyak mendapat informasi baik misalnya dari teman bekerja atau teman dalam aktivitas sosial. Mereka lebih mudah untuk bertukar pengalaman antara satu sama lain, sehingga status perempuan bekerja atau tidak bekerja berpengaruh terhadap kecemasan dalam menghadapi masa menopause. Aktivitas perempuan sehari-hari dapat mempengaruhi kualitas hidup yang dimiliki. Seorang perempuan yang berperan hanya sebagai ibu rumah tangga saja tingkat pengetahuan yang dimiliki cenderung tidak banyak perubahan.

Pada variabel jaringan sosial, hasil penelitian menunjukkan jaringan sosial yang dimiliki oleh responden cukup rendah. Faktor jaringan sosial yang meliputi aturan sosial yang kuat, informasi yang diterima responden cukup baik tetapi tidak diimbangi dengan konflik sosial yang rendah. Hal ini diperkirakan sebagai salah satu faktor yang berpengaruh terhadap terjadinya kecemasan perempuan menopause di

Kecamatan Diwek Jombang. Penelitian yang dilakukan oleh Cepty (2014) menyebutkan faktor informasi terkait pengetahuan memiliki hubungan positif terhadap kecemasan. Informasi yang dibutuhkan berupa pengetahuan memadai tentang masalah menopause dan solusinya.

Perempuan yang memiliki pengetahuan menopause dapat berpikir secara wajar serta bisa menerima perubahan dalam dirinya. Perempuan tersebut tentu dapat menerima kenyataan dengan bertambahnya umur, setiap perempuan akan mengalami berbagai peristiwa dalam hidupnya, seperti menstruasi, mengandung, melahirkan dan menopause. Apabila dirinya mengalami gangguan atau perubahan fisik, psikologis serta perubahan perilaku seksual biasa terjadi menjelang menopause, maka individu tersebut berusaha menetralkan gangguan yang timbul dengan hal produktif. Didukung pula oleh Hartono (2002) mengatakan bahwa perlunya informasi tentang bagaimana memperlambat proses menopause melalui upaya pendekatan kesehatan, psikologis juga kecantikan. Upaya tersebut misalnya mengikuti seminar tentang menopause, konsultasi ke dokter atau mencari sendiri informasi dari media cetak dan elektronik.

Penelitian menopause telah banyak dilakukan dengan mengaitkan pengaruh jaringan sosial mempengaruhi kecemasan. Dari penelitian ditemukan semakin baik jaringan sosial didapatkan maka terbentuk persepsi positif seorang perempuan tentang menopause, akan semakin rendah tingkat kecemasannya. Seorang perempuan memiliki persepsi negatif menopause menganggap ini menjadi persoalan yang mengganggu dirinya, akibatnya muncul simptom fisiologis dan psikologis abnormal dapat mengakibatkan kecemasan dalam menghadapi menopause. Diharapkan setiap perempuan dapat mempersiapkan diri menghadapi menopause, sehingga keluhan dapat dikurangi.

Pada faktor kejadian stres, hasil penelitian menunjukkan sebagian besar responden mengalami menopause secara spontan dan berada dalam fase menopause terlambat. Tahapan fase menopause terdiri dari pra menopause, menopause, dan pasca menopause (Smart, 2010). Perubahan yang dirasakan perempuan pada setiap tahapan fase menopause berbeda-beda. Saat awal memasuki masa menopause, perempuan akan mengalami kecemasan berat salah satunya dalam melakukan hubungan seksual. Namun, seiring dengan berjalannya waktu kecemasan cenderung berkurang bahkan hampir tidak ada karena telah tercapainya keseimbangan hormon yang baru dalam tubuh perempuan. Penelitian yang dilakukan oleh Sarah,dkk (2016) menunjukkan jenis menopause medis (*ovariectomy*) memiliki interaksi yang signifikan antara ovariectomi terhadap kecemasan. Hal ini terjadi karena ovarium menghentikan produksi estrogen sehingga terjadi ketidakseimbangan hormon yang dapat menyebabkan kecemasan.

Dukungan⁴⁸ adalah suatu keadaan bermanfaat bagi individu diperoleh dari orang lain yang dapat dipercaya, sehingga seseorang tahu bahwa ada orang lain yang memperhatikan, menghargai, mencintai. Dukungan²¹² merupakan bantuan yang diberikan saat menopause dalam bentuk dukungan emosional, penghargaan,

instrumental dan informatif (Depkes, 2008). Berdasarkan hasil penelitian dapat diketahui sebagian besar perempuan menopause mendapatkan dukungan emosional dalam kategori baik. Hal ini dapat diketahui dari pengisian kuisioner yaitu mayoritas suami ataupun anggota keluarga perempuan menopause memberikan dukungan berupa hiburan serta memperhatikan keluhan dari istri. Selain itu, bentuk dukungan suami terhadap istri yang mengalami menopause diantaranya adalah suami sadar bahwa suatu saat istri akan berhenti haid dan tidak dapat hamil lagi. Ketika penampilan fisik istri menurun karena mengalami menopause, misalnya kulit menjadi lebih kasar dan berkerut, suami harus membantu istri agar tidak kehilangan kepercayaan dirinya. Suami harus meyakinkan istri bahwa akan tetap menyayangi istrinya, sehingga istri merasa diterima.

Hasil analisa data menunjukkan sebagian besar suami memberikan dukungan penghargaan kepada istri dalam kategori baik. Hal ini mempunyai arti bahwa suami memberikan perhatian lebih pada kondisi kesehatan istri di saat istri mengalami ketidaknyamanan fisik, seperti rasa panas, tegang, pegal-pegal, jantung berdebar-debar dan lain sebagainya. Suami perlu mengajak istri untuk berolah raga dan memperbaiki pola makan karena berat badan istri akan bertambah pada saat mulai menopause. Perempuan menopause juga mendapatkan dukungan instrumental secara baik yang mengindikasikan bahwa suami sering mengajak berlibur, istri terpenuhi kebutuhan hidupnya dan suami membantu menyelesaikan tugas istri. Selain itu, suami juga memberikan perawatan kepada istri yang sedang sakit, dan memberi keluasaan kepada istri untuk menambah pengetahuan. Dukungan informatif dari suami juga dalam kategori tinggi. Ini dapat diketahui dari pengisian kuisioner mayoritas suami perempuan menopause memberikan saran yang terbaik bagi kesehatan istrinya, suami memberikan saran dalam pemecahan masalah, memberikan solusi dalam mengatasi keluhan istri dan membantu istri ketika mengalami masalah.

Penilaian stres merupakan suatu proses evaluatif yang menentukan mengapa atau dalam keadaan seperti apa suatu interaksi antara manusia dan lingkungannya dapat menimbulkan stress (Lazarus & Folkman, 1984). Penilaian stres terdiri atas empat domain utama yaitu nilai, pengalaman, kepercayaan dan sumber coping. Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan sebagian besar perempuan menopause di Kecamatan Diwek Kabupaten Jombang memiliki nilai kurang baik. Hal ini berarti mereka mempunyai pandangan yang negatif terhadap menopause. Orang dewasa yang mempunyai nilai baik dikarenakan adanya kultur sosial baik dan gaya hidup yang masih tradisional atau rural. Sedangkan nilai yang tidak cukup baik dikarenakan oleh gaya hidup urban dan telah menghilangkan nilai tradisionalnya (Macia *et al.*, 2009). Selain itu, Menurut Mulyani (2013), faktor lingkungan sekitar tempat tinggal dapat mempengaruhi cara berpikir seseorang, baik tentang dirinya atau orang lain. Kecemasan akan timbul jika seseorang merasa tidak aman terhadap lingkungannya.

Hasil penelitian menunjukkan perempuan menopause di Kecamatan Diwek Kabupaten Jombang memiliki pengalaman yang baik dalam menghadapi masa menopause. Responden dikategorikan memiliki pengalaman baik lebih mampu mengatasi kecemasan yang dialaminya. Sedangkan responden dikategorikan memiliki pengalaman kurang cenderung mengatasi kecemasan berat. Pengalaman bisa didapatkan dari pengetahuan mengenai menopause. Kecemasan bukan hanya sakit secara emosional tapi karena ada kesalahan dalam pengetahuan, semakin banyak pengetahuan yang diketahuinya maka pengalamannya juga semakin baik sehingga kecemasan akan lebih mudah untuk diatasi. Setiap perempuan yang memasuki masa menopause harus memiliki pengetahuan memadai agar dapat menjalani masa tersebut dengan lebih tenang sehingga tidak mengalami kecemasan (Kasdu, 2002). Faktor yang mempengaruhi pengetahuan antara lain pendidikan, pengalaman, umur, pekerjaan, pendapatan dan informasi yang diperoleh dari berbagai sumber (Notoatmodjo, 2005).

Kepercayaan merupakan suatu harapan positif, asumsi, atau keyakinan dari proses kognitif seseorang yang dipegang dan ditujukan pada orang lain bahwa orang tersebut akan berperilaku seperti yang diharapkan dan dibutuhkan. Menurut Santrock (2003) kepercayaan adalah dimensi evaluasi menyeluruh yang membawa kekuatan dalam mengatur langkah ke depan. Kepercayaan juga dapat diartikan sebagai keyakinan individu untuk mampu berperilaku sesuai yang diharapkan. Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan kepercayaan yang dimiliki oleh perempuan menopause di Kecamatan Diwek Kabupaten Jombang kurang baik. Hal ini terjadi ketika seseorang memutuskan untuk mempercayai orang lain maka harapannya terhadap orang tersebut adalah dapat mewujudkan harapan yang ada pada dirinya. Apabila individu tidak memiliki kepercayaan diri, akan terdapat banyak masalah yang dihadapi karena kepercayaan diri merupakan komponen kepribadian yang berfungsi penting untuk mengaktualisasikan potensi yang dimiliki.

Hasil analisa data menunjukkan perempuan menopause di Kecamatan Diwek Kabupaten Jombang memiliki sumber coping dalam kategori baik. Perempuan yang memasuki masa menopause dengan biasa karena perempuan tersebut sudah mengetahui dan memiliki kesiapan dalam menghadapi menopause serta menyadari menopause alami terjadi dan tidak bisa dihindari sehingga mereka bisa menerimanya dengan lapang dada. Menurut Bobak (2005) kemampuan perempuan untuk mengatasi cemas melibatkan tiga faktor, yaitu: persepsi perempuan atau pemahaman terhadap kejadian, sistem pendukung, serta mekanisme coping. Mekanisme coping menurut Stuart dan Laraia (2005) adalah upaya apa saja yang diarahkan pada manajemen stress dan terbagi menjadi tiga yaitu mekanisme coping yang memusatkan pada masalah di sini termasuk negosiasi, mencari nasehat dan konfrontasi, yang kedua mekanisme coping yang memusatkan secara kognitif, di sini termasuk perbandingan positif, ketidaktahuan yang selektif, penggantian penghargaan, dan devaluasi objek yang tidak

diinginkan. Ketiga adalah mekanisme koping yang memusatkan pada emosi yang termasuk di dalamnya penolakan, penindasan, dan proyeksi.

Pada variabel kecemasan sebagian besar perempuan menopause di kecamatan Diwek Jombang mengalami kecemasan dalam kategori ringan. Hal ini terjadi karena sebagian besar perempuan menopause di Kecamatan Diwek Jombang mengalami menopause terlambat. Menopause merupakan proses alami yang dialami setiap perempuan, namun bagi sebagian perempuan masa menopause merupakan saat yang paling menyedihkan dalam hidupnya. Ada banyak kekhawatiran yang menyelubungi pikiran perempuan ketika memasuki masa menopause terutama perempuan dengan menopause dini. Masalah psikis yang sering dialami adalah rasa cemas. Cemas karena perasaan menjadi tua, tidak menarik lagi, mudah tersinggung, khawatir keinginan seksual menurun, merasa tidak berguna dan tidak menghasilkan sesuatu (Hawari, 2008).

Kesehatan individu merupakan faktor predisposisi kecemasan. Pada penelitian ini didapatkan terjadi kecemasan ringan pada reaksi kognitif. Gejala kognitif yang responden alami pada saat menghadapi menopause adalah gangguan tidur, dimana responden baru mengalami gejala tersebut baru-baru ini sekitar enam bulanan. Gejala tersebut seperti tidur yang gelisah dan berkeringat. Sesuai yang dikatakan Sue dkk dalam Haber dan Runyon (1984) gejala kognitif dimanifestasikan ke dalam pikiran individu, dimana gejala yang tampak dalam individu seperti gelisah, sulit tidur dan terlalu terpaku pada bahaya yang tidak jelas.

Selain itu pada reaksi fisiologis responden mengalami kecemasan ringan. Responden juga terpaku pada bahaya yang tidak jelas seperti takut akan menghadapi menopause sehingga responden tidak siap untuk menghadapi menopause karena takut tidak cantik lagi, keriput dan tua serta ia takut terlihat tidak menarik lagi bagi suaminya (Kronenberg, 1990). Perubahan fisiologi sering terjadi pada perempuan menopause, seperti gejala respiratori dan gejala kardiovaskuler yang banyak dialami oleh perempuan menopause di Kecamatan Diwek Jombang.

Kecemasan ringan pada reaksi emosional sebanyak 169 orang (85,8%). Perubahan reaksi emosional sebagai bentuk manifestasi dari respon psikis yang merupakan rasa khawatir berlebihan tentang hal-hal yang akan datang, dan kewaspadaan berlebihan. Rasa khawatir berlebihan bisa dalam bentuk cemas, khawatir, takut, bimbang, membayangkan akan datangnya kemalangan terhadap dirinya atau orang lain serta berfirasat buruk. Kewaspadaan terhadap lingkungan secara berlebihan dapat mengakibatkan perhatian mudah teralih, sukar berkonsentrasi, gerakan serba salah, sukar tidur, merasa grogi, mudah tersinggung, dan tidak sabar.

Sebagian besar perempuan menopause mengalami kecemasan ringan pada reaksi tingkah laku sebanyak 146 orang (74,1%) dari 197 responden. Secara motorik,

kecemasan dimanifestasikan kedalam perilaku motorik seperti gerakan tidak beraturan, gerakan yang tidak terarah, yang bermula pada gemeteran secara halus kemudian meningkat intensitasnya. Responden mengalami gejala motorik dimana saat ini responden lebih mudah letih bila terlalu banyak melakukan aktifitas. Responden juga gemetar dalam situasi yang cemas dan akan menggit bibirnya untuk mengurangi rasa cemasnya tersebut.

Pada faktor individu terhadap jaringan sosial dalam menurunkan kecemasan perempuan menopause. Berdasarkan hasil analisis menunjukkan faktor individu berpengaruh signifikan terhadap jaringan sosial dalam menurunkan kecemasan perempuan menopause. Faktor individu yang terdiri dari umur, tingkat pendidikan dan pekerjaan memberikan pengaruh positif terhadap jaringan sosial dengan koefisien sebesar 0,054 artinya, apabila faktor individu naik satu satuan, maka jaringan sosial akan naik sebesar 0,054. Namun demikian, uji *t* pengaruh faktor individu (umur, tingkat pendidikan dan pekerjaan) terhadap jaringan sosial dalam menurunkan kecemasan perempuan menopause menunjukkan tidak memiliki pengaruh yang signifikan terhadap jaringan sosial. Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Dewi Hermawati (2017), mengatakan tidak ada hubungan bermakna antara umur perempuan menopause dengan tingkat kecemasan dalam menghadapi menopause. Seperti pendapat yang dikemukakan oleh Baziad (2003), fase premenopause adalah fase antara usia 40 tahun dan dimulainya fase klimakterium. Keluhan klimakterium pada masa premenopause tidak selalu pada setiap perempuan, tetapi rata-rata munculnya antara usia 40-50 tahun.

Menurut Notoatmodjo (2003), menyebutkan bahwa umur berpengaruh terhadap psikis seseorang. Biasanya semakin dewasa umur seseorang maka cenderung semakin menyadari dan mengetahui tentang permasalahan yang terjadi, semakin bertambah umur maka semakin banyak pengalaman yang diperoleh, sehingga seseorang dapat meningkatkan kematangan mental dan intelektualnya. Tidak semua perempuan premenopause yang akan menghadapi perubahan menjelang menopause akan mengalami gangguan emosi-psikologi, karena sebenarnya semua itu ditentukan oleh faktor kepribadiannya, khususnya bagaimana ia menginterpretasikan dan menilai peristiwa tersebut. Bila perubahan menopause dipandang sebagai hal alamiah yang terjadi, maka patut disyukuri atas kenikmatan yang diberikan oleh Allah SWT, dan ia pun akan menghadapinya dengan penuh keikhlasan sehingga berbagai gangguan fisiologis yang dialaminya tidak berdampak pada gangguan psikologis.

Sedangkan faktor individu yang terdiri atas tingkat pendidikan dan pekerjaan menunjukkan hubungan yang signifikan terhadap jaringan sosial dalam menurunkan kecemasan perempuan menopause. Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Nur Sholichah & Restu Anjarwati (2014) mengatakan bahwa ada hubungan antara tingkat pendidikan dan pekerjaan terhadap kecemasan pada usia 40-50 tahun dalam

menghadapi menopause. Notoatmodjo (2010), menyatakan semakin tinggi tingkat pendidikan maka akan semakin mudah seseorang menerima hal yang baru dan akan mudah menyesuaikan diri. Pendapat tersebut sejalan dengan pendapat Simanungkalit (2011) dalam Mandias (2012), menyatakan semakin tinggi pendidikan seseorang semakin mudah pula ia menerima informasi dan akhirnya makin banyak pula pengetahuan yang dimilikinya. Sebaliknya, jika tingkat pendidikan seseorang rendah, itu akan menghambat perkembangan perilakunya terhadap penerimaan informasi dan pengetahuan yang baru.

Pekerjaan juga menunjukkan hubungan yang signifikan terhadap jaringan sosial dalam menurunkan kecemasan perempuan menopause. Kelompok yang terbanyak mengalami kecemasan adalah kelompok tidak bekerja (IRT). Aktivitas perempuan sehari-hari dapat mempengaruhi kualitas hidup yang dimiliki. Seorang perempuan yang berperan hanya sebagai ibu rumah tangga saja tingkat pengetahuan yang dimiliki cenderung tidak banyak perubahan. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ningtyas (2011) bahwa ibu rumah tangga belum mengetahui banyak mengenai menopause. Sebagian besar responden hanya mengetahui definisi menopause tetapi tidak mengetahui faktor yang mempengaruhi menopause. Perempuan yang bekerja umumnya mempunyai cara berfikir yang tidak sempit, merasa lebih aman dan mempunyai kepercayaan terhadap diri sendiri dan kemampuannya.

Pada faktor individu terhadap penilaian stres dalam menurunkan kecemasan perempuan menopause. Hasil analisis menunjukkan faktor individu berpengaruh terhadap penilaian stres dalam menurunkan kecemasan perempuan menopause. Faktor individu yang terdiri dari umur, tingkat pendidikan dan pekerjaan memberikan pengaruh negatif terhadap penilaian stres dengan koefisien sebesar 0,008 secara tidak langsung sedangkan pengaruh faktor individu terhadap penilaian stress secara langsung sebesar 0,256. Penelitian yang dilakukan oleh Ayunia & Ekorini (2015) menyatakan terdapat pengaruh yang signifikan antara faktor individu (umur, tingkat pendidikan dan pekerjaan) terhadap penilaian stres perempuan menopause. Hal ini sejalan dengan pendapat Eum *et al* (2012) yang menyatakan bahwa pada usia yang sudah dewasa atau tua, mereka menunjukkan sikap kedewasaannya dan mempunyai pandangan yang positif. Pada orang dewasa yang mempunyai baik dikarenakan adanya kultur sosial yang baik dan gaya hidup yang masih tradisional atau rural. Sedangkan penilaian yang tidak cukup baik dikarenakan oleh gaya hidup urban dan telah menghilangkan nilai tradisional (Macia *et al.*, 2009).

Hasil analisa menunjukkan bahwa pekerjaan dan pendidikan juga mempengaruhi penilaian stres terhadap menopause. Ini menunjukkan bahwa proses penilaian stres saat bekerja dan berpendidikan tinggi lebih baik dari pada tidak bekerja dan tidak berpendidikan. Saat pekerjaan seseorang sudah lama atau berpengalaman, seseorang akan cenderung menginterpretasikan stimulus stres melalui persepsi yang baik. Pekerjaan

juga berkaitan dengan kecemasan. Seseorang akan merasa cemas apabila pekerjaannya sulit. Sebuah penelitian menemukan bahwa suatu pekerjaan yang dianggap berbahaya dan sering terkena berbagai situasi yang traumatis mulai dari ancaman untuk diri sendiri dan rekan-rekannya dapat mempengaruhi penilaian stres (Husain *et al.*, 2014). Penilaian stress seseorang sangat dipengaruhi oleh persepsi yang merupakan output dari lingkungan ia bekerja dan pengetahuan yang dimiliki untuk menentukan strategi koping apa yang akan dipakai dalam menghadapi kecemasan sebagai dampak dari menopause.

Pada faktor jaringan sosial terhadap kejadian stress dalam menurunkan kecemasan perempuan menopause. Berdasarkan hasil analisis menunjukkan bahwa jaringan sosial berpengaruh signifikan terhadap kejadian stress dalam menurunkan kecemasan perempuan menopause. Faktor jaringan sosial yang terdiri dari aturan sosial, informasi dan konflik sosial mempengaruhi dalam menurunkan kecemasan perempuan menopause. Hal ini didukung oleh penelitian Wulandari (2015), mengatakan bahwa ada pengaruh yang signifikan antara informasi yang didapatkan dari penyuluhan dengan kejadian stress yang dapat mengakibatkan kecemasan perempuan menopause. Hasil penelitian dari Devi Ertha *et al* (2017), menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara jaringan sosial terhadap kejadian stress dengan *p value* 0,000. Perempuan menopause yang memiliki aturan sosial baik, informasi kesehatan yang memadai dan konflik sosial yang rendah memiliki mekanisme koping yang baik dalam menghadapi menopause sehingga tidak sampai mengalami kecemasan. Kemampuan keluarga dan masyarakat dalam memberikan support sosial dalam menghadapi masa menopause dapat menurunkan rasa kecemasan yang diderita oleh perempuan menopause karena ia merasa diterima di dalam keluarga dan masyarakat.

Pada faktor jaringan sosial terhadap penilaian stress dalam menurunkan kecemasan perempuan menopause. Hasil analisa data menunjukkan bahwa jaringan sosial berpengaruh signifikan terhadap penilaian stress dalam menurunkan kecemasan perempuan menopause. Jaringan sosial terdiri atas aturan sosial, informasi dan konflik sosial berpengaruh negatif terhadap penilaian stress dengan koefisien sebesar -0,147 artinya, apabila faktor individu naik satu satuan, maka penilaian stress akan turun sebesar 0,147. Penelitian yang dilakukan oleh Cepty (2016) menyebutkan bahwa faktor informasi terkait pengetahuan menopause memiliki hubungan yang signifikan antara pengetahuan menopause pada perempuan dengan kecemasan. Informasi yang dibutuhkan adalah pengetahuan yang memadai mengenai berbagai masalah menopause dan solusinya. Sehingga penilaian stress terhadap menopause dapat diminimalkan karena mindset ia sudah terbentuk dari pengetahuan yang sudah ada. Selain itu pengetahuan yang didapat terkait menopause mampu memberikan persepsi yang kuat dalam diri seseorang yang pada akhirnya ia mampu untuk mengontrol kecemasannya.

Pada variabel kejadian stress terhadap penilaian stress dalam menurunkan kecemasan perempuan menopause. Hasil analisa data menunjukkan bahwa kejadian stres berpengaruh positif terhadap penilaian stres. Kejadian stres yang terdiri dari jenis menopause dan rentang waktu menopause memberikan pengaruh yang positif terhadap penilaian stres dalam menurunkan kecemasan perempuan menopause. Penelitian yang dilakukan oleh Sarah,dkk (2016) menunjukkan jenis menopause buatan (*ovariectomy*) memiliki interaksi yang signifikan antara ovariectomi terhadap kecemasan. Hal ini terjadi karena ovarium menghentikan produksi estrogen¹⁰¹ sehingga terjadi ketidakseimbangan hormon yang dapat menyebabkan kecemasan. Responden yang dikategorikan memiliki pengalaman baik maka akan lebih mampu mengatasi kecemasan yang dialaminya. Sedangkan responden yang dikategorikan memiliki pengalaman kurang cenderung mengalami⁸¹ kecemasan berat. Pengalaman bisa didapatkan dari pengetahuan mengenai menopause. Kecemasan bukan hanya sakit secara emosional tapi karena ada kesalahan dalam pengetahuan, semakin banyak⁵⁸ pengetahuan yang diketahuinya maka pengalamannya juga semakin baik sehingga kecemasan akan lebih mudah untuk diatasi. Setiap perempuan yang akan memasuki masa menopause harus memiliki pengetahuan yang memadai tentang menopause agar dapat menjalani masa tersebut dengan lebih tenang sehingga perempuan tersebut tidak mengalami kecemasan. Pengetahuan yang memadai dapat mempengaruhi cara pandang seseorang dalam mempersepsikan sebuah masalah dengan baik yang pada akhirnya dapat mempengaruhi penilaian terhadap stres.

Pada variabel dukungan sosial terhadap penilaian stress dalam menurunkan kecemasan perempuan menopause. Hasil statistika menunjukkan bahwa dukungan sosial memiliki pengaruh yang signifikan terhadap penilaian stres. Penilaian stress terdiri atas nilai, pengalaman, kepercayaan dan sumber coping. Menurut Mardiatmadja (1986), nilai menunjuk pada sikap orang terhadap sesuatu hal yang baik. Nilai-nilai dapat saling berkaitan membentuk suatu sistem dan antara yang satu dengan yang lain koheren dan mempengaruhi segi kehidupan manusia. Nilai yang tidak cukup baik dikarenakan oleh gaya hidup urban dan telah menghilangkan nilai tradisionalnya (Macia *et al.*, 2009). Selain itu, Menurut Mulyani (2013), faktor lingkungan sekitar tempat tinggal dapat mempengaruhi cara berpikir seseorang, baik tentang dirinya atau orang lain. Kecemasan akan timbul jika seseorang merasa tidak aman⁸¹ terhadap lingkungannya. Pengalaman bisa didapatkan dari pengetahuan mengenai menopause. Kecemasan bukan hanya sakit secara emosional tapi karena ada kesalahan dalam pengetahuan, semakin banyak⁵⁸ pengetahuan yang diketahuinya maka pengalamannya juga semakin baik sehingga kecemasan akan lebih mudah untuk diatasi. Setiap perempuan yang akan memasuki masa menopause harus memiliki pengetahuan yang memadai tentang menopause agar dapat menjalani masa tersebut dengan lebih tenang sehingga perempuan tersebut tidak mengalami kecemasan (Kasdu, 2002). Kepercayaan

merupakan⁸⁷ suatu harapan positif, asumsi, atau keyakinan dari proses kognitif seseorang yang dipegang dan ditujukan pada orang lain bahwa orang tersebut akan berperilaku seperti yang diharapkan dan dibutuhkan. Menurut Santrock (2003) kepercayaan adalah dimensi evaluasi menyeluruh yang membawa kekuatan dalam mengatur langkah ke depan. Kepercayaan juga dapat diartikan sebagai keyakinan individu untuk mampu berperilaku sesuai dengan yang diharapkan. Setiap individu tidak pernah lepas dari masalah dan sering kali masalah-masalah tersebut menyebabkan individu mengalami stres. Individu akan memberikan reaksi yang berbeda-beda dalam mengatasi setiap permasalahannya. Cara atau perilaku yang dilakukan individu untuk menghindari atau mengalihkan perasaan hati yang menekan atau stres dengan koping (Smet, B.1994). Upaya individu untuk menekan stres dapat berupa perubahan cara berfikir (kognitif), perubahan perilaku atau perubahan lingkungan yang bertujuan untuk menyelesaikan stres yang dihadapi sehingga menghasilkan koping yang efektif. Koping yang efektif akan menghasilkan adaptasi. Koping dapat diidentifikasi melalui respons, manifestasi (tanda dan gejala) dan pertanyaan klien dalam wawancara.

Pada faktor dukungan sosial dalam menurunkan kecemasan perempuan menopause. Hasil analisa menunjukkan bahwa dukungan sosial memiliki pengaruh yang signifikan terhadap kecemasan. Hal ini juga di dukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Uly Artha Silalahi (2016) menyatakan bahwa terdapat hubungan antara dukungan sosial suami dengan tingkat kecemasan perempuan menopause di Kelurahan Cikalang Kecamatan Tawang dengan nilai P 0,007 lebih kecil dari nilai *level of significance* (121) yaitu 0,05 sehingga hipotesa alternatif diterima atau dapat diartikan terdapat hubungan antara dukungan sosial suami dengan tingkat kecemasan perempuan menopause. Menurut Baziad (2003) kurang lebih 70% perempuan masa menopause mengalami keluhan vasomotorik, depresif, dan keluhan psikis dan somatik lainnya. Perubahan- perubahan fisik dan psikologis yang terjadi pada perempuan menopause dapat mengganggu kinerja dan kehidupan sosialnya. Pernyataan Baziad (2003) diperkuat Nushrotul (2009) yang mengatakan bagi sebagian perempuan krisis kepercayaan diri terkadang timbul pada dirinya apalagi jika telah mengalami menopause karena pengaruh dari perubahan fisik serta psikis pada setiap individu. Perasaan tertekan atau kecemasan yang dialami individu, termasuk kondisi menopause, mendorong perempuan untuk memecahkan masalah melalui cara mencari bantuan dan dukungan dari keluarga dan teman-temannya.

Adanya bantuan tersebut akan membuat perempuan merasa lebih tentram dan lega sehingga akan menurunkan kecemasannya. Suami yang tidak menuntut perempuan untuk tampil dengan kesempurnaan fisik dan meyakinkan pasangannya mengenai datangnya menopause baik dalam perkataan maupun tindakan, akan sangat membantu perempuan untuk meyakini bahwa tidak ada yang perlu dicemaskan ketika hal tersebut tiba. Perempuan menopause yang tidak mampu beradaptasi dengan perubahan yang

terjadi pada dirinya mulai menarik diri dari lingkungan, sehingga terkadang muncul rasa tidak percaya diri dan merasa sudah tidak berguna lagi karena merasa dirinya tua. Individu yang demikian menjadikan kualitas hidupnya negatif dan diliputi banyak kecemasan. Ada pula yang menganggap bahwa menopause merupakan hal yang wajar sehingga mereka ini merupakan perempuan yang memiliki kualitas hidup yang positif. Kualitas hidup yang positif akan terbebas dari kecemasan.

Pada faktor Penilaian stress terhadap kecemasan perempuan menopause. Hasil penelitian menunjukkan terdapat pengaruh yang signifikan antara penilaian stress terhadap kecemasan perempuan menopause. *Appraisal* atau proses penilaian adalah suatu tindakan pengevaluasian, penafsiran, dan tanggapan tentang peristiwa-persitiwa yang ada (Olf, Langeland & Gersons, 2005). Merujuk pada Lazarus dan Folkman (1984), terdapat dua tahap penilaian yang dilakukan oleh manusia ketika sedang mengalami stres yaitu: (1) *primary appraisal* dan (2) *secondary appraisal*. Penilaian tahap awal (*primary appraisal*) dilakukan oleh individu pada saat mulai mengalami sesuatu peristiwa. Secara khusus, individu mengevaluasi pengaruh yang memungkinkan timbul dari adanya tuntutan-tuntutan terhadap sumber daya yang ada pada kondisi kesehatan (Lyon, 2012). *Secondary appraisal* atau penilaian tahap kedua adalah proses penentuan jenis *coping* yang bisa dilakukan dalam menghadapi situasi-situasi yang mengancam (Lyon, 2012). *Coping* tergantung pada penilaian terhadap hal apa yang bisa dilakukan untuk mengubah situasi (Lazarus, 1993). Seseorang yang memiliki penilaian stress yang baik akan lebih mudah untuk mengatasi kecemasan yang terjadi dalam dirinya.

Model dukungan sosial perempuan menopause memiliki *predictive relevance* yang baik dalam menurunkan kecemasan perempuan menopause. Hasil penelitian menunjukkan bahwa model dukungan sosial yang ditemukan baik dalam menurunkan kecemasan pada perempuan menopause di Kecamatan Diwek Kabupaten Jombang yang ditunjukkan dengan nilai *GoF* 0,890 dan *predictive relevance* mendekati 1. Model yang ditemukan diharapkan dapat menurunkan kecemasan perempuan menopause dengan meningkatkan penilaian stres yang baik dan dukungan sosial yang memadai dari orang terdekat.

Hasil penelitian berupa rekomendasi model Dukungan Sosial untuk Menurunkan Kecemasan Perempuan Menopause di Kecamatan Diwek Jombang, berdasarkan hasil penelitian ini, penilaian stres memiliki pengaruh signifikan secara langsung (*direct influence*), dibuktikan oleh *T Statistic* paling besar terhadap kecemasan perempuan menopause. Peneliti merekomendasikan model peningkatan penilaian stres positif perempuan menopause dan dukungan sosial yang memadai sehingga memunculkan mindset positif terhadap perubahan yang terjadi pada masa menopause. Penilaian stres dalam penelitian ini terdiri dari pengalaman, kepercayaan dan sumber coping perempuan menopause. Pengalaman perempuan menopause dalam penelitian

ini yaitu merujuk pada [pengetahuan](#) dan ketrampilan tentang menopause yang diperoleh dari teman sebaya, lingkungan maupun media elektronik selama periode tertentu. Kepercayaan dalam penelitian ini yaitu suatu sikap yang ditunjukkan oleh perempuan menopause saat ia merasa cukup tahu dan menyimpulkan bahwa dirinya telah [mengetahui kebenaran](#) memahami menopause. Sumber koping dalam penelitian ini yaitu [cara yang dilakukan](#) perempuan menopause [dalam menyelesaikan masalah, menyesuaikan diri dengan perubahan dan respon terhadap](#) menopause. Dukungan sosial dalam penelitian ini terdiri dari dukungan informatif dan dukungan penghargaan. Dukungan informatif yaitu pemberian nasehat, saran, pengetahuan, dan informasi tentang menopause. Dukungan penghargaan dalam penelitian ini yaitu melalui [ungkapan hormat atau penghargaan positif untuk](#) perempuan menopause, suatu [dorongan untuk maju atau persetujuan dengan gagasan atau perasaan individu dan perbandingan positif](#) perempuan menopause [dengan orang lain](#). Maka implikasi keperawatan berdasarkan temuan hasil penelitian model dukungan sosial untuk menurunkan kecemasan menopause memiliki *predictive relevance* yang baik dalam menurunkan kecemasan sehingga dapat diterapkan di tatanan pelayanan keperawatan komunitas di Kecamatan Diwek Kabupaten Jombang melalui tindakan promotif seperti pendidikan kesehatan perempuan menopause.

DAFTAR PUSTAKA

- [69](#) A Potter, & Perry, A. G. (2006). Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, Dan Praktik, edisi 4, Volume [226](#). Jakarta: EGC.
- Alligood, M.R. & Tomey, A.N. (2006). *Nursing Theorist and their work*. 6th. Edition, ST. Louis: Mosby Elsevier, Inc. [101](#)
- Ayunia & Ekorini (2015). *Hubungan Persepsi tentang Menopause dengan Kecemasan pada Wanita Premenopause*. Biomedika, Volume 7 Nomor 1.
- Badan Pusat Statistik (BPS). (2015). *Publikasi Hasil Survei Penduduk Antar Sensus* [69](#) (Supas). Jakarta: BPS.
- Baziad, Ali. (2003). *Menopause dan Andropause*. Edisi 1. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka
- Bobak, et. al., (2005). *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*, Edisi 4. Jakarta; EGC.
- Cepty Rusmeirina, (2014). *Pengaruh pengetahuan tentang menopause dengan kecemasan menghadapi menopause pada wanita di kelurahan sumber Surakarta*. [43](#) Talenta Psikologi. Vol. III, No. 2
- Darmojo, R. Boedhi dan Hadi Martono. (2006). *Buku Ajar Geriatri: Ilmu Kesehatan Usia Lanjut*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI. [43](#)
- Devi Ertha et al., (2017). *Pengaruh edukasi terhadap tingkat kecemasan pada ibu dalam menghadapi menopause Di kelurahan oro-oro dowo kota malang*. *Jurnal Ilmu Kesehatan* Vol. 6 No. 1

- Dewi Hermawati, (2017). *Hubungan Karakteristik Wanita Premenopause Dengan Tingkat Kecemasan Dalam Menghadapi Menopause Di Banda Aceh*. *Idea Nursing Journal*. Vol. II No. 2.
- Eum, K.D.,Korrick, S.A., Weuve, J., Okereke, O., Kubznsky, L.D., Howard, H., et al., (2012). *Relation of cumulative low-level lead exposure to depressive and pobic anxiety symptom scores in middle age and elderly women*. *Enviromental health perspectives*. Vol.6, No.817
- Gümüşay, (2016). *Alternative methods in the management of menopausal symptoms*. *Middle Black Sea J Health Sci*. No.2 (Hlm. 20–25).
- Hartono, (2002). *Statistik untuk penelitian*. Yogyakarta:LSFK2. Pustaka Pelajar.
- Hawari. (2008). *Manajemen Stres Cemas dan Depresi*. Jakarta: FKUI.
- Husain, W., Sajad, R., & Rehman, A., (2014). *Depression, Anxiety and stress among female and male police officers*. *Pakistan Journal of clinical psychology*, 13, 3-14.
- Ita Eko Suparni & Reni Yuli Astutik. (2016). *Menopause Masalah dan Penanganannya*. Yogyakarta: Deepublish. Hlm. 1-2.
- Jorge L. Nu'n`ez-Pizarro, Alejandro Gonza'lez-Luna; Edward Mezones-Holgu' n, (2016). "Association between anxiety and severe quality-of-life impairment in postmenopausal women: analysis of a multicenter Latin American cross-sectional study". *The Journal of The North American Menopause Society*. Vol. 24, No. 6 (Hlm. 645-652).
- Kasdu, Dini. (2002). *Kiat Sehat dan Bahagia di Usia Menopause*. Jakarta: Puspa Swara.
- Kim MJ et al., (2014). *Association between physical activity and menopausal symptoms in perimenopausal women*. *BMC Womens Health*. No. 14. (Hlm.122).
- Kronenberg, F. 1990 "Hot flashes: epidemiology and physiology" *Ann N Y Acad Sci*. Vol 592 pp 52-86
- Kurniati dan Rostiana. (2009). *Kecemasan pada wanita yang menghadapi menopause*. *Jurnal Psikologi*, 2 (1)
- 125 pun. (2006). *Psikologi Eksperimen*. Malang : UMM Press.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York, USA: Springer Publishing Company.
- Li-Yu Hu et al., (2016). "Risk of Psychiatric Disorders Following Symptomatic Menopausal Social Support Contributes to Resilience Among Phsyiotherapy Students: A Cross Sectional Survey and Focus Group Study Transition". *Medicine*. No. 95. Vol (6).
- Lyon, B. L. (2012). *Stress, coping, and health*. In Rice, H. V. (Eds.) *Handbook of stress, coping and health: Implications for nursing research, theory, and practice* (pp.3-23). USA: Sage Publication, Inc.
- Macia, E., Lahman, A., Abdelatif, B., Boetsch, G., et al., (2009). *Perception of age stereotypes and self perception of aging: A comparison of french and moroccan populations*, *springer science*. 24, 391-410.

- Mandias. (2012). *Hubungan Tingkat Pendidikan Dengan Perilaku Masyarakat Desa Dalam Memanfaatkan Fasilitas Kesehatan Di Desa Pulisan Kecamatan Likupang Timur Minalabana Utara*. Universitas Klabat.
- Mulyani, S.N., (2013). *Menopause : Akhir siklus menstruasi pada wanita di usia pertengahan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Ningtyas A., Wuryanto A., Yuanita H. (2011). *Gambaran Tingkat Pengetahuan Ibu Usia 45-55 Tahun mengenai Menopause di Desa Karang Kepoh II Salatiga*. Skripsi : Universitas Panti Wilasa.
- Notoatmodjo, S. 2005. *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi Edisi Revisi*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. 2010. *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi Edisi Revisi*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nur Sholichah & Restu, (2014). *Hubungan Tingkat Pendidikan Dengan Tingkat Kecemasan Wanita Usia 40-50 Tahun Dalam Menghadapi Menopause*. Population Health
- Oltf, M., Langeland, W., & Gersons, B. P. (2005). *Effects of appraisal and coping on the neuroendocrine response to extreme stress*. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 29(3), 457-467.
- Prawirohardjo, S. (2006). *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka.
- R. Sood, C. Kuhle et al., (2016). "A negative view of menopause: does the type of symptom matter?". International Menopause Society.
- Smart, Aqila. (2010). *Bahagia di usia menopause*. Yogyakarta: A Plus Books
- Stuart & Laraia. (2005). *Principles and Practice Of Psychiatric Nursing*. Mosby, inc. All Right Reserved.
- Sugiyono, (2015). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif R & B*. Bandung: Alfabeta.
- Sugiyono, (2017). *Statistika untuk penelitian*. Bandung: Alfabeta.
- Uly Artha, (2016). "Hubungan Antara Dukungan Sosial Suami Dengan Tingkat Kecemasan Wanita Menopause Kota Tasikmalaya". *Midwife Journal*. Vol 2, No. 1.
- Wulandari et al, (2015). *Pengaruh penyuluhan tentang menopause terhadap tingkat kecemasan ibu menghadapi menopause di pedukuhan dagaran palbapang bantul Kabupaten bantul yogyakarta*. Skripsi, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan 'Aisyiyah', Yogyakarta.





TENTANG PENULIS



SITI KOTIJAH, Lahir di Jombang pada tanggal 11 Mei 1990, menyelesaikan pendidikan sekolah dasar di SDN 1 Ngumpul tahun 2003, SMPN 1 Jogoroto tahun 2005, SMA Darul Ulum 2 Unggulan BPPT SBI tahun 2008, S1 Keperawatan Universitas Pesantren Tinggi Darul Ulum tahun 2013, Profesi Ners Universitas Pesantren Tinggi Darul Ulum tahun 2014, Program Studi **Magister Keperawatan** Minat Studi Keperawatan Jiwa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga tahun 2018. Penulis aktif pada berbagai organisasi keperawatan, yakni anggota Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) dan Ikatan Perawat Kesehatan Jiwa (IPKJI) Jawa Timur. Saat ini penulis aktif sebagai dosen tetap di STIKes Bina Sehat PPNI Mojokerto.



AH. YUSUF, Guru besar di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya, lahir di Mojokerto pada tanggal 1 Januari 1967, menyelesaikan pendidikan Madrasah Ibtidaiyah Miftakhul Huda Dlanggu Mojokerto tahun 1981, Madrasah Tsanawiyah Al-Hidayah Dlanggu Mojokerto tahun 1984, SMA Al-Hidayah Dlanggu Mojokerto tahun 1987, Akademi Keperawatan Rumah Sakit Islam Surabaya tahun 1990, Program Studi S1 Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran Bandung tahun 1998, Magister Kesehatan Jiwa Masyarakat Universitas Airlangga Surabaya tahun 2003, dan Program Pendidikan S3 Ilmu Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya tahun 2012. Saat ini menjabat sebagai Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya. Penulis aktif pada berbagai organisasi profesi keperawatan, seperti Pengurus Wilayah Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) Provinsi Jawa Timur, Ikatan Perawat

Kesehatan Jiwa (IPKJI) Jawa Timur, anggota Kolegium Keperawatan Jiwa Indonesia, anggota Global Research and Development Services (GRDS) dan anggota International Society of Psychiatric-Mental Health Nurses (ISPN).



TITIK SUMIATIN, lahir di Madiun pada tanggal 4 Juni 1977, menyelesaikan pendidikan Sekolah Dasar di SDN Sidorejo II, Mangirejo, Saradan, Madiun tahun 1989. SMPNI Saradan tahun 1992, SMAN I Caruban tahun 1995, AKPER Depkes Malang tahun 1999, Program Studi Ilmu Keperawatan UNAIR tahun 2005 dan Magister Ilmu Keperawatan UNAIR tahun 2012. Saat ini aktif sebagai Dosen di Poltekkes Kemenkes Surabaya Prodi Keperawatan Tuban, Penulis aktif sebagai Pengurus DPD PPNI Kabupaten Tuban, serta anggota Ikatan Perawat Kesehatan Jiwa (IPKJI) Jawa Timur.



VERANTIKA SETYA PUTRI, lahir di Pacitan pada tanggal 7 Juli 1997, menyelesaikan Pendidikan SDN Tahunan Baru 1 pada tahun 2010, SMPN 3 Tegalombo tahun 2013, SMAN 1 Pacitan tahun 2016, Program Studi S1 Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya tahun 2020. Saat ini penulis sedang menjalani Program Profesi Ners di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

MASALAH PSIKOSOSIAL Konsep dan Aplikasi dalam Asuh

ORIGINALITY REPORT

20%

SIMILARITY INDEX

17%

INTERNET SOURCES

5%

PUBLICATIONS

5%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	kusnadijaya.wordpress.com Internet Source	<1 %
2	blogger-ardi30.blogspot.com Internet Source	<1 %
3	erepo.unud.ac.id Internet Source	<1 %
4	repositori.stikes-ppni.ac.id Internet Source	<1 %
5	www.iesa.or.id Internet Source	<1 %
6	opera90.blogspot.com Internet Source	<1 %
7	repo.upertis.ac.id Internet Source	<1 %
8	anyflip.com Internet Source	<1 %
9	erikacandra.blogspot.com Internet Source	<1 %
10	files.osf.io Internet Source	<1 %

11

Anggreani N. Paat. "PENDAMPINGAN PASTORAL TERHADAP PENYESUAIAN DIRI MAHASWA IAKN KUPANG DALAM MENGHADAPI PANDEMI COVID-19", Voice of Wesley: Jurnal Ilmiah Musik dan Agama, 2021

Publication

<1 %

12

askepkeprawatanku.blogspot.com

Internet Source

<1 %

13

prosiding-pkmcsr.org

Internet Source

<1 %

14

Meinasari Kurnia Dewi. "Pengukuran Empat Faktor yang Mempengaruhi Tingkat Stress pada Wanita Menopause", Jurnal Ilmiah Kebidanan Indonesia, 2018

Publication

<1 %

15

sinta.unud.ac.id

Internet Source

<1 %

16

wahanavisi.org

Internet Source

<1 %

17

repository.ump.ac.id

Internet Source

<1 %

18

www.jogloabang.com

Internet Source

<1 %

19

zakiabakri.blogspot.com

Internet Source

<1 %

20

Submitted to Universitas Sumatera Utara

Student Paper

<1 %

21 jabbarbtj.blogspot.com
Internet Source

<1 %

22 nurseberkarya.blogspot.com
Internet Source

<1 %

23 askep.club
Internet Source

<1 %

24 Submitted to IAIN Surakarta
Student Paper

<1 %

25 portgas911.blogspot.com
Internet Source

<1 %

26 Submitted to Universitas Persada Indonesia
Y.A.I
Student Paper

<1 %

27 kartikaputriani26.wordpress.com
Internet Source

<1 %

28 www.portalkeperawatan.com
Internet Source

<1 %

29 texbuk.blogspot.com
Internet Source

<1 %

30 zh.scribd.com
Internet Source

<1 %

31 kamasutraunderground.blogspot.com
Internet Source

<1 %

Submitted to Hopkinton High School

32

Student Paper

<1 %

33

e-journals.unmul.ac.id

Internet Source

<1 %

34

prosiding.umy.ac.id

Internet Source

<1 %

35

pt.slideshare.net

Internet Source

<1 %

36

e-journal.unair.ac.id

Internet Source

<1 %

37

tugassekolahonline.blogspot.com

Internet Source

<1 %

38

suisusanti28.wordpress.com

Internet Source

<1 %

39

revianirudiantosyahputri.blogspot.com

Internet Source

<1 %

40

Submitted to Konsorsium Turnitin Relawan
Jurnal Indonesia

Student Paper

<1 %

41

repository.stikes-yogyakarta.ac.id

Internet Source

<1 %

42

deniamidwive.blogspot.com

Internet Source

<1 %

43

Devi Ertha Widorini, Surachmindari
Surachmindari, Reni Wahyu Triningsih.
"Pengaruh Edukasi Terhadap Tingkat

<1 %

Kecemasan Pada Ibu Dalam Menghadapi Menopause Di Kelurahan Oro-Oro Dowo Kota Malang", Jurnal Ilmu Kesehatan, 2017

Publication

44	ejurnal.poltekkes-tjk.ac.id Internet Source	<1 %
45	Submitted to Skyline High School Student Paper	<1 %
46	akhmadrahmadi2103.blogspot.com Internet Source	<1 %
47	ranrintansnote.blogspot.com Internet Source	<1 %
48	repository.stikes-bhm.ac.id Internet Source	<1 %
49	Submitted to UIN Sunan Gunung Djati Bandung Student Paper	<1 %
50	jurnal.unimus.ac.id Internet Source	<1 %
51	ramlankaper.blogspot.com Internet Source	<1 %
52	www.coursehero.com Internet Source	<1 %
53	Submitted to Universitas Muhammadiyah Yogyakarta Student Paper	<1 %

alcmuthya.blogspot.com

54

Internet Source

<1 %

55

etheses.iainkediri.ac.id

Internet Source

<1 %

56

Mahmuddah Dewi Edmawati, Bambang Susanto, Muhammad Arief Maulana, Rita Kumalasari. "PSYCHOLOGICAL FIRST AID TRAINING UNTUK MENINGKATKAN MENTAL HEALTH AWARENESS PADA REMAJA DI ERA PANDEMI COVID-19", Jurnal Terapan Abdimas, 2022

Publication

<1 %

57

Submitted to Universitas Sam Ratulangi

Student Paper

<1 %

58

journal.fkm.ui.ac.id

Internet Source

<1 %

59

Maria Finsensia Ansel, Siti Arafat. "Hubungan Antara Dukungan Sosial Orang Tua dengan Motivasi Belajar Siswa SDK St. Ursula Ende", Jurnal PGSD: Jurnal Ilmiah Pendidikan Guru Sekolah Dasar, 2021

Publication

<1 %

60

Submitted to Surabaya University

Student Paper

<1 %

61

Submitted to Universitas Negeri Malang

Student Paper

<1 %

62

journal.unhas.ac.id

Internet Source

<1 %

63

mudaanggie.blogspot.com

Internet Source

<1 %

64

Hardiansyah Hardiansyah, Lukman Hakim, Henny Arwina Bangun. "Implementasi Health Belief Model terhadap pelaksanaan vaksinasi untuk penanggulangan pandemi Corona Virus Diseases-19 (Covid-19) pada tenaga kesehatan Kabupaten Nagan Raya", *Jurnal SAGO Gizi dan Kesehatan*, 2022

Publication

<1 %

65

Submitted to Universitas Negeri Manado

Student Paper

<1 %

66

fliphtml5.com

Internet Source

<1 %

67

library.binus.ac.id

Internet Source

<1 %

68

lppm.ibrahimiy.ac.id

Internet Source

<1 %

69

Fajriatun Zahra, Rita Sopiatus. "Pengaruh Penyuluhan Terhadap Tingkat Kecemasan Dalam Menghadapi Premenopause Di Wilayah Kerja UPT BLUD Puskesmas Gunungsari Tahun 2018", *Jurnal Midwifery Update (MU)*, 2020

Publication

<1 %

70

Submitted to Universiti Sultan Zainal Abidin

Student Paper

<1 %

www.jurnal.unsyiah.ac.id

71	Internet Source	<1 %
72	winggahandika83.blogspot.com Internet Source	<1 %
73	mutiaraislam.net Internet Source	<1 %
74	ismaelstikesperintis.wordpress.com Internet Source	<1 %
75	perawatyulius.blogspot.com Internet Source	<1 %
76	repository.unibos.ac.id Internet Source	<1 %
77	scholar.unand.ac.id Internet Source	<1 %
78	oshi-sirorna.blogspot.com Internet Source	<1 %
79	nanopdf.com Internet Source	<1 %
80	repository.upi.edu Internet Source	<1 %
81	Hetti Setiyani, Suci Musvita Ayu. "HUBUNGAN TINGKAT PENDIDIKAN, PENDAPATAN DAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KECEMASAN PADA WANITA MENOPAUSE DI DESA JOBOHAN, BOKOHARJO, SLEMAN 2016", Medika Respati : Jurnal Ilmiah Kesehatan, 2019	<1 %

82	journal.unair.ac.id Internet Source	<1 %
83	repo.stikesperintis.ac.id Internet Source	<1 %
84	slidetodoc.com Internet Source	<1 %
85	ejournal.radenintan.ac.id Internet Source	<1 %
86	forikes-ejournal.com Internet Source	<1 %
87	Siti Humairah, Christine Vita Gloria Purba, Agus Alamsyah, Yuyun Priwahyuni, Ikhtiyaruddin Udin. "DETERMINAN PENCEGAHAN COVID-19 PADA MASYARAKAT DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS TEMBILAHAN KOTA KECAMATAN TEMBILAHAN", Media Kesmas (Public Health Media), 2022 Publication	<1 %
88	insanq.co.id Internet Source	<1 %
89	Aulia Damayanti, Anabaena Chicade, Halimatus Sadiyah, Kerin Petrisia et al. "Pendekatan Health Belief Model (HBM) Untuk Menganalisis Kepatuhan Pasien Diabetes Mellitus Dalam Menggunakan	<1 %

Insulin Di Kota Banjarmasin", Journal Pharmaceutical Care and Sciences, 2022

Publication

90	ardyanpradana007.blogspot.com Internet Source	<1 %
91	Ina Indriati, Rosyidah Alfitri. "Anemia Terhadap Perdarahan Postpartum Primer di PMB Afita Delianah Kecamatan Turen Kabupaten Malang", Proceedings Series on Health & Medical Sciences, 2023 Publication	<1 %
92	Submitted to UIN Walisongo Student Paper	<1 %
93	kumpulan0askep.wordpress.com Internet Source	<1 %
94	mahmudahcity.blogspot.com Internet Source	<1 %
95	snars.web.id Internet Source	<1 %
96	miramardiana27.blogspot.com Internet Source	<1 %
97	repository.ucb.ac.id Internet Source	<1 %
98	repository.unjaya.ac.id Internet Source	<1 %
99	repository.akperkyjogja.ac.id Internet Source	<1 %

100	veraoctavianers.blogspot.com Internet Source	<1 %
101	Betti Sri Wahyuni, Ruswanti Ruswanti. "Pengetahuan tentang Menopause dengan Tingkat Kecemasan pada Wanita Premenopause di Rumah Sakit", Jurnal Ilmiah Ilmu Keperawatan Indonesia, 2018 Publication	<1 %
102	Submitted to LL Dikti IX Turnitin Consortium Student Paper	<1 %
103	Submitted to Udayana University Student Paper	<1 %
104	afrizalnar.blogspot.com Internet Source	<1 %
105	ejournal.pnp.ac.id Internet Source	<1 %
106	www.lib.ui.ac.id Internet Source	<1 %
107	Suwanti Suwanti, Devi Ratnasari. "HUBUNGAN PENGETAHUAN IBU DENGAN KECAMASAN MENGHADAPI MASA MENOPAUSE DI DUSUN KEBUN INDAH WILAYAH KERJA UPT BLUD PUSKESMAS GUNUNGSARI", Jurnal Midwifery Update (MU), 2020 Publication	<1 %
108	diagnosiskeperawatan.blogspot.com Internet Source	<1 %

109	mariatul280794.blogspot.com Internet Source	<1 %
110	simdos.unud.ac.id Internet Source	<1 %
111	repo.jayabaya.ac.id Internet Source	<1 %
112	suharkeperawatan.wordpress.com Internet Source	<1 %
113	ojs.uho.ac.id Internet Source	<1 %
114	Reza Akmal Wahyudi, Cusmarih Cusmarih. "Effectiveness Of Family Involvement In Self-Care Management Of Hemodialysis Patients At Bekasi District Hospital", Malahayati Nursing Journal, 2022 Publication	<1 %
115	www.perawatkitasatu.com Internet Source	<1 %
116	ejournal.unib.ac.id Internet Source	<1 %
117	mahasiswakeehatan11.blogspot.com Internet Source	<1 %
118	stikesbanyuwangi.ac.id Internet Source	<1 %
119	www.dictio.id Internet Source	<1 %

120	jm.ejournal.id Internet Source	<1 %
121	jom.unri.ac.id Internet Source	<1 %
122	journals.umkt.ac.id Internet Source	<1 %
123	sadasn.blogspot.com Internet Source	<1 %
124	Sri Susanti, Siti Munawaroh, Ririn Nasriati. "Edukasi dan Pemberdayaan Satgas Covid-19 dalam Pencegahan Penularan Covid-19 pada Cluster Pesantren", Warta LPM, 2022 Publication	<1 %
125	Yuliastri Ambar Pambudhi, Citra Marhan, Linda Fajriah, Muhammad Abas. "Strategi Coping Stress Mahasiswa Dalam Menyelesaikan Skripsi Pada Masa Pandemi Covid-19", Jurnal Amal Pendidikan, 2022 Publication	<1 %
126	skripsipedia.wordpress.com Internet Source	<1 %
127	eprints.umsb.ac.id Internet Source	<1 %
128	ewicdewi.blogspot.com Internet Source	<1 %
129	www.msn.com Internet Source	<1 %

130	Submitted to Bentley College Student Paper	<1 %
131	Chatarina Suryaningsih. "Pengalaman Ibu yang Merawat Remaja Skizofrenia Pasca Rawat Inap", Jurnal Keperawatan Silampari, 2021 Publication	<1 %
132	Novita Sari Nopita, Murdiningsih Murdiningsih, Sri Handayani. "HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA, PENGETAHUAN DAN SIKAP IBU DENGAN KESIAPAN MENGHADAPI PERUBAHAN PADA MASA PREMENOPAUSE", PREPOTIF : Jurnal Kesehatan Masyarakat, 2022 Publication	<1 %
133	littleners.blogspot.com Internet Source	<1 %
134	ejournal3.undip.ac.id Internet Source	<1 %
135	repository.poltekkes-manado.ac.id Internet Source	<1 %
136	askep kita.com Internet Source	<1 %
137	repository.uinjambi.ac.id Internet Source	<1 %
138	Arsad Suni. "Analisis Penerapan Instrumen Strengths And Difficulties Questionnaire (SDQ) Terhadap Deteksi Dini Kejadian	<1 %

Depresi Pada Remaja Di SMA Kota Ternate", Jurnal Kesehatan, 2022

Publication

-
- | | | |
|-----|--|------|
| 139 | materi-paksyaf.blogspot.com
Internet Source | <1 % |
| 140 | Submitted to Kolej Universiti Islam Sultan Azlan Shah
Student Paper | <1 % |
| 141 | Edy Kuswantoro, Menik Kustriyani, Arifianto Arifianto. "Hubungan Pemberian Reward dengan Motivasi Kerja Perawat di Ruang Inap Rumah Sakit", Jurnal Ilmiah Ners Indonesia, 2022
Publication | <1 % |
| 142 | Submitted to Pascasarjana Universitas Negeri Malang
Student Paper | <1 % |
| 143 | fitrianygustariny.com
Internet Source | <1 % |
| 144 | ovilla-kesehatan.blogspot.com
Internet Source | <1 % |
| 145 | Dinar Saputra, Dessy Syahniar, Olivia Ayu Sabrina, Kurnia Nurul Hidayah, Muhammad Iqbal Maulana, Devi Wulandari. "PREDIKTOR INTENSI PERILAKU SOCIAL DISTANCING: APLIKASI BERDASARKAN HEALTH BELIEF MODEL", Insight: Jurnal Ilmiah Psikologi, 2021
Publication | <1 % |
-

146	Submitted to Universitas Mulawarman Student Paper	<1 %
147	Submitted to Universiti Kebangsaan Malaysia Student Paper	<1 %
148	Dona Martilova, Husna Farianti Amran. "MENSTRUAL PERIOD ANALISIS OF WOMEN PLWHA WITH ANTI RETROVIRAL THERAPY (ART) IN NGO LANCANG KUNING PEKANBARU CITY", Photon: Jurnal Sain dan Kesehatan, 1930 Publication	<1 %
149	Hidayatus Sya'diyah, Wiwiek Liestyaningrum, Dhian Satya Rachmawati, Sukma Ayu Candra Kirana et al. "Hubungan Antara Tingkat Spiritual Dengan Tingkat Depresi Pada Lansia Di Wilayah Kerja Dinas Sosial Surabaya", Jurnal Ilmiah Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya, 2020 Publication	<1 %
150	Submitted to Nguyen Tat Thanh University Student Paper	<1 %
151	Ronny Suhada Firmansyah. "HUBUNGAN LATAR BELAKANG BUDAYA KELUARGA DENGAN DUKUNGAN KELUARGA DALAM PENCEGAHAN PRIMER HIPERTENSI DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS WINDUSENGKAHAN KABUPATEN	<1 %

KUNINGAN", Journal of Nursing Practice and Education, 2020

Publication

152	jurnal.unprimdn.ac.id Internet Source	<1 %
153	lib.unnes.ac.id Internet Source	<1 %
154	repositorium.sdum.uminho.pt Internet Source	<1 %
155	sichesse.blogspot.co.id Internet Source	<1 %
156	tentangperawat25.blogspot.com Internet Source	<1 %
157	www.pengertianmenurutparaahli.net Internet Source	<1 %
158	Umi Rachmawati Wasil Sardjan, Firman Firman, Mimi Yati. "DUKUNGAN KESEHATAN JIWA DAN PSIKOSOSIAL DI WILAYAH PESISIR KOTA KENDARI", Jurnal Abdi Masyarakat, 2022 Publication	<1 %
159	www.jawapos.com Internet Source	<1 %
160	djihas.wordpress.com Internet Source	<1 %
161	publikasiilmiah.ums.ac.id Internet Source	<1 %

162	repository.unmuhjember.ac.id Internet Source	<1 %
163	www.fkm.ui.ac.id Internet Source	<1 %
164	Awang Saputra, Ahmad Suryadi. "PRINSIP PENGELOLAAN PENDIDIKAN KESEHATAN MENTAL BERBASIS ISLAM", Perspektif, 2022 Publication	<1 %
165	Syenshie Virgini Wetik, Cyntia Lumintang, Wahyuny Langelo. "Peningkatan Pengetahuan Masyarakat Tentang Kesehatan Jiwa pada Situasi Pandemi Covid-19", JURNAL KREATIVITAS PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT (PKM), 2022 Publication	<1 %
166	repository.gunabangsa.ac.id Internet Source	<1 %
167	sultrakini.com Internet Source	<1 %
168	Submitted to University of Melbourne Student Paper	<1 %
169	Submitted to University of Sheffield Student Paper	<1 %
170	garasipsikologis-garasitogel.blogspot.com Internet Source	<1 %
171	journal-medical.hangtuah.ac.id Internet Source	<1 %

<1 %

172 aaadduu.blogspot.com
Internet Source

<1 %

173 asepardi.blogspot.com
Internet Source

<1 %

174 ejurnal.stikeseub.ac.id
Internet Source

<1 %

175 nsprawitoschool.files.wordpress.com
Internet Source

<1 %

176 repository.uki.ac.id
Internet Source

<1 %

177 snaper-ebis.feb.unej.ac.id
Internet Source

<1 %

178 Arvin Kim Arnilla. "Print-based storybook in the mother tongue for teaching COVID-19 prevention in the Philippines", *Cypriot Journal of Educational Sciences*, 2022
Publication

<1 %

179 Submitted to Universitas Negeri Padang
Student Paper

<1 %

180 aya-febriana.blogspot.com
Internet Source

<1 %

181 nursing-community.blogspot.com
Internet Source

<1 %

182 repository.unas.ac.id
Internet Source

<1 %

183 www.inews.id
Internet Source

<1 %

184 Submitted to UIN Sunan Ampel Surabaya
Student Paper

<1 %

185 Submitted to Universitas Jambi
Student Paper

<1 %

186 jurnal.unmuhjember.ac.id
Internet Source

<1 %

187 Submitted to Forum Perpustakaan
Perguruan Tinggi Indonesia Jawa Timur
Student Paper

<1 %

188 Rr Dian Tristiana, Ika Nur Pratiwi, Dianis
Wulan Sari, Ah Yusuf, R Endro Sulistyono.
"Adolescences experience of gender-based
violence: a qualitative study", International
Journal of Public Health Science (IJPHS),
2023
Publication

<1 %

189 blog.usaha321.net
Internet Source

<1 %

190 journal.um-surabaya.ac.id
Internet Source

<1 %

191 journal.unigha.ac.id
Internet Source

<1 %

192 moam.info

<1 %

193

Pomarida Simbolon Simbolon. "HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KONSEP DIRI PASIEN STROKE DI RUMAH SAKIT SANTA ELISABETH MEDAN", Jurnal Ilmu dan Teknologi Kesehatan, 2017

Publication

<1 %

194

etd.repository.ugm.ac.id

Internet Source

<1 %

195

Ayu Fitriani, Nurul Hidayah. "KEPEKAAN HUMOR DENGAN DEPRESI PADA REMAJA DITINJAU DARI JENIS KELAMIN", HUMANITAS: Indonesian Psychological Journal, 2012

Publication

<1 %

196

Submitted to Chungnam National University

Student Paper

<1 %

197

fadiyahns.blogspot.com

Internet Source

<1 %

198

yadnoko.blogspot.com

Internet Source

<1 %

199

Submitted to Loughborough University

Student Paper

<1 %

200

Submitted to University of Wales, Bangor

Student Paper

<1 %

201	Anthony Jorm. "Evaluating the impact of social reforms on mental health: The Finnish basic income experiment as a model of good practice", <i>Mental Health & Prevention</i> , 2021	<1 %
Publication		
202	Retno Ristiasih Utami. "Konsep Diri dan Rasa Bersalah pada Anak Didik Lembaga Pemasyarakatan Anak Kelas IIA Kutoarjo", <i>Indigenous: Jurnal Ilmiah Psikologi</i> , 2016	<1 %
Publication		
203	Submitted to University of Macau	<1 %
Student Paper		
204	teori-konflik.blogspot.com	<1 %
Internet Source		
205	Ahmad Fauzi, Riki Supriyadi, Nurlaelatul Maulidah. "Deteksi Penyakit Kanker Payudara dengan Seleksi Fitur berbasis Principal Component Analysis dan Random Forest", <i>Jurnal Infortech</i> , 2020	<1 %
Publication		
206	Ana Plahuta, Sanja Skrt, Julija Jazbec, Sabina Ličen. "Odnos in pripravljenost zaposlenih v zdravstveni negi za oskrbo pacientov s HIV/AIDS-om", <i>Obzornik zdravstvene nege</i> , 2023	<1 %
Publication		
207	Depi Lukitasari. "Pengaruh Clay Therapy terhadap Kecemasan Anak Usia Prasekolah	<1 %

yang Menjalani Prosedur Invasif di RSUD Al-Ihsan", Jurnal Sehat Masada, 2019

Publication

-
- | | | |
|-------------|--|------|
| 208 | Elinde Yoman, M T Massie, R E.M.F Osak, J Pandey. "ANALISIS PERSEPSI PETANI PETERNAK TERHADAP PERAN PENYULUHAN DALAM PENGEMBANGAN AGRIBISNIS PETERNAKAN BABI DI DESA GIWAN KECAMATAN TIOM KABUPATEN LANNY JAYA", ZOOTECH, 2019 | <1 % |
| Publication | | |
| 209 | edoc.pub
Internet Source | <1 % |
| 210 | kokorpanago.blogspot.com
Internet Source | <1 % |
| 211 | www.neliti.com
Internet Source | <1 % |
| 212 | Andinta Refitlianti, Muhammad Atoillah Isfandiari. "Hubungan Dukungan keluarga Terhadap Kualitas Hidup Penderita Kusta Kecacatan Tingkat 2", Jurnal Ilmiah Kesehatan Media Husada, 2018 | <1 % |
| Publication | | |
| 213 | Célia Samarina Vilaça de Brito Santos. "Representação cognitiva e emocional, estratégias de coping e qualidade de vida no doente oncológico e família", Repositório Aberto da Universidade do Porto, 2013. | <1 % |
| Publication | | |
-

214	Submitted to Universitas Prof. Dr. Moestopo (Beragama) Student Paper	<1 %
215	eprints.mercubuana-yogya.ac.id Internet Source	<1 %
216	mawardipenan.blogspot.com Internet Source	<1 %
217	nursingblogs.wordpress.com Internet Source	<1 %
218	Roger Paxton, Lesley Chaplin, Matthew Selman, Anne Liddon, Georgia Cramb, Guy Dodgson. "Early intervention in psychosis: A pilot study of methods to help existing staff adapt", Journal of Mental Health, 2009 Publication	<1 %
219	akbidalhikmah.ac.id Internet Source	<1 %
220	darajatulaini.blogspot.com Internet Source	<1 %
221	muhabhizar.blogspot.com Internet Source	<1 %
222	repository.stikesdrsoebandi.ac.id Internet Source	<1 %
223	Eduardo Renaldo, Eva Suryani. "Gambaran gangguan mental emosional pada penduduk Desa Banfanu, Timor Tengah	<1 %

Utara, Provinsi Nusa Tenggara Timur",
Jurnal Biomedika dan Kesehatan, 2020

Publication

224 Fauziah Fidya Jahja, Nita Sukamti. "Analisis Asuhan Keperawatan melalui Intervensi Mengajarkan Pasien Berinteraksi Bertahap pada Ny.H dan Ny.A dengan Diagnosa Medis Skizofrenia di Panti Sosial Bina Laras Harapan 2", Jurnal Kreativitas Pengabdian Kepada Masyarakat (PKM), 2023

Publication

225 besseindahpermatasari.blogspot.com

Internet Source

<1 %

226 ojs.dinamikakesehatan.unism.ac.id

Internet Source

<1 %

227 repo.poltekkesdepkes-sby.ac.id

Internet Source

<1 %

228 ridwanaswar.blogspot.com

Internet Source

<1 %

229 wirdatunnisak.blogspot.com

Internet Source

<1 %

Exclude quotes On

Exclude matches < 20 words

Exclude bibliography Off