

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep *Community Mental Health Nursing* (CMHN)

2.1.1 Pengertian *Community Mental Health Nursing* (CMHN)

Keperawatan kesehatan jiwa komunitas adalah layanan keperawatan yang komprehensif, holistik, dan paripurna yang berfokus pada masyarakat yang sehat jiwa, rentan terhadap stres (resiko gangguan jiwa) dan dalam tahap pemulihan serta pencegahan kekambuhan (gangguan jiwa). Pelayanan keperawatan komprehensif adalah pelayanan yang difokuskan pada pencegahan primer pada anggota masyarakat yang sehat jiwa, pencegahan sekunder pada anggota masyarakat yang mengalami masalah psikososial (resiko gangguan jiwa) dan pencegahan tersier pada pasien gangguan jiwa dengan proses pemulihan (Keliat *et al*, 2012).

Pelayanan keperawatan holistik adalah pelayanan menyeluruh pada semua aspek kehidupan manusia yaitu aspek bio-psiko-sosial-kultural dan spiritual, (1) Aspek (bio-fisik) dikaitkan dengan masalah masalah kesehatan fisik seperti kehilangan organ tubuh yang dialami anggota masyarakat akibat bencana yang memerlukan pelayanan dalam rangka adaptasi mereka terhadap kondisi fisiknya. Demikian pula dengan penyakit fisik lain baik yang akut, kronis maupun terminal yang memberi dampak pada kesehatan jiwa, (2) Aspek psikologis dikaitkan dengan berbagai masalah psikologis yang di alami masyarakat seperti ketakutan, trauma, kecemasan maupun kondisi yang lebih berat yang memerlukan pelayanan agar mereka dapat beradaptasi dengan situasi tersebut, (3) Aspek sosial dikaitkan dengan kehilangan suami/isteri/anak, keluarga dekat, kehilangan pekerjaan, tempat tinggal, dan harta

benda yang memerlukan pelayanan dari berbagai sektor terkait agar mereka mampu mempertahankan kehidupan sosial yang memuaskan., (4) Aspek kultural dikaitkan dengan budaya tolong menolong dan kekeluargaan yang dapat digunakan sebagai sistem pendukung sosial dalam mengatasi berbagai permasalahan yang ditemukan, (5) Aspek spiritual dikaitkan dengan nilai-nilai keagamaan yang kuat yang dapat diberdayakan sebagai potensi masyarakat dalam mengatasi berbagai konflik dan masalah kesehatan yang terjadi (Keliat *et al*, 2012).

Pelayanan keperawatan paripurna adalah pelayanan pada semua jenjang pelayanan yaitu dari pelayanan kesehatan jiwa spesialis, pelayanan kesehatan jiwa integratif dan pelayanan kesehatan jiwa yang bersumber daya masyarakat. Pemberdayaan seluruh potensi dan sumber daya yang ada dimasyarakat diupayakan akan terwujud masyarakat yang mandiri dalam memelihara kesehatannya. Pelayanan keperawatan paripurna akan diuraikan lebih mendalam dalam modul pengorganisasian masyarakat. Pelayanan keperawatan diberikan secara terus menerus (*Continuity of care*) dari kondisi sehat maupun sakit dan sebaliknya, baik di rumah maupun di rumah sakit, (di mana saja orang berada), dari dalam kandungan sampai lanjut usia (Keliat *et al*, 2012).

2.1.2 Tujuan *Community Mental Health Nursing* (CMHN)

Tujuan dari *Community Mental Health Nursing* (CMHN) adalah memberikan pelayanan, konsultasi dan edukasi, atau memberikan informasi mengenai prinsip-prinsip kesehatan jiwa kepada para age n komunitas lainnya. Tujuan lainnya adalah menurunkan angka resiko terjadinya gangguan jiwa dan meningkatkan penerimaan komunitas terhadap praktek kesehatan jiwa melalui edukasi (Yosep & Titin, 2014).

2.1.3 Program *Community Mental Health Nursing* (CMHN)

Marthoenis *et al*, 2016 program *Community Mental Health Nursing* (CMHN) yang diterapkan di Aceh adalah Desa Siaga Sehat Jiwa, kegiatan yang dilakukan antara lain mendeteksi kasus gangguan mental di lingkungan mereka, mengunjungi rumah pasien, dan memastikan bahwa pasien minum obat. Desa Siaga Sehat Jiwa merupakan bentuk layanan keperawatan kesehatan jiwa komunitas yang mempunyai visi “Meningkatkan kesehatan jiwa masyarakat, mencegah masalah kesehatan jiwa masyarakat, dan mengoptimalkan kemampuan hidup pasien gangguan jiwa yang ada di masyarakat sesuai dengan kemampuannya dengan memberdayakan keluarga dan masyarakat. Contoh visi Desa Siaga Sehat Jiwa adalah “Masyarakat Sehat Jiwa Melalui Desa Siaga Sehat Jiwa” (Keliat *et al*, 2010).

Desa Siaga Sehat Jiwa merupakan gambaran masyarakat yang sadar, mau, dan mampu untuk mencegah dan mengatasi masalah kesehatan secara mandiri. Desa Siaga Sehat Jiwa merupakan gambaran masyarakat yang sadar, mau, dan mampu untuk mencegah dan mengatasi berbagai ancaman terhadap kesehatan masyarakat, seperti kurang gizi, kejadian bencana, dengan memanfaatkan potensi setempat secara gotong royong menuju desa sehat (Dinkes UPTD Puskesmas Bantur, 2013). Keliat dkk, 2007 (dalam Dinkes UPTD Puskesmas Bantur, 2013) Desa Siaga Sehat Jiwa adalah bagian terintegrasi dari desa siaga, yang penduduknya memiliki sumber dan kemampuan untuk mengatasi masalah kesehatan jiwa secara mandiri.

Fokus utama program *community Mental Health Nursing* (CMHN) di Desa Siaga Sehat Jiwa adalah: (a) kegiatan perawat CMHN : pendidikan kesehatan jiwa bagi kelompok masyarakat yang sehat (keluarga dengan bayi, anak-anak, usia pra-sekolah, usia sekolah, remaja, dewasa muda, dewasa, dan lanjut usia), pendidikan kesehatan jiwa bagi kelompok pasien yang resiko masalah psikososial (pasien dengan perilaku

kekerasan, isolasi sosial, harga diri rendah, halusinasi, kurang perawatan diri), kegiatan terapi aktivitas kelompok TAK bagi pasien gangguan jiwa mandiri, kegiatan rehabilitasi bagi pasien jiwa mandiri, asuhan keperawatan untuk keluarga pasien gangguan jiwa. (b) kegiatan kader kesehatan jiwa : mendeteksi keluarga di Desa Siaga Sehat Jiwa, resiko masalah psikososial dan gangguan jiwa, menggerakkan keluarga sehat untuk penyuluhan kesehatan jiwa sesuai dengan usia, menggerakkan keluarga resiko untuk penyuluhan resiko masalah psikososial, menggerakkan keluarga gangguan jiwa untuk penyuluhan cara merawat, menggerakkan pasien gangguan jiwa untuk mengikuti terapi aktivitas kelompok dan rehabilitasi, melakukan kunjungan rumah pada pasien gangguan jiwa yang telah mandiri, merujuk pasien gangguan jiwa ke perawat CMHN, mendokumentasikan semua kegiatan (Keliat *et al*, 2013).

Intervensi *Community Mental Health Nursing* (CMHN) meliputi : (1) Primer : intervensi yang dilakukan Health Promotion & Mental Health Prevention, promosi kesehatan jiwa, prevensi dan pencegahan gangguan jiwa, targetnya anggota masyarakat yang tidak mengalami gangguan sesuai dengan kelompok usia anak-anak, remaja, dewasa, dan orang tua, (2). Sekunder : intervensi yang dilakukan berupa deteksi dini masalah psikososial dan masalah gangguan jiwa dimasyarakat, pembinaan anggota masyarakat yang beresiko atau menunjukkan masalah psikososial dan gangguan mental. (3). Tersier : intervensi berupa peningkatan fungsi, sosialisasi dan pencegahan dari relaps selama gangguan jiwa, targetnya anggota masyarakat yang mengalami gangguan mental dalam proses rehabilitasi (Yosep & Titin, 2014).

2.1.4 Pelayanan Keperawatan Jiwa Komunitas

Pelayanan keperawatan jiwa komprehensif adalah pelayanan keperawatan jiwa yang diberikan pada masyarakat pascabencana dan konflik, dengan kondisi

masyarakat yang sangat beragam dalam rentang sehat-sakit yang memerlukan pelayanan keperawatan pada tingkat pencegahan primer, sekunder, dan tersier. Pelayanan keperawatan kesehatan jiwa yang komprehensif mencakup 3 tingkat pencegahan yaitu pencegahan primer, sekunder, dan tersier (Keliat *et al*, 2012).

a.Pencegahan Primer

Tatanan pelayanan primer dapat menjadi tempat kontak yang paling penting antara klien dengan masalah kesehatan jiwa dengan sistem pelayanan kesehatan. Sebagian besar orang akan mencari bantuan terkait dengan masalah kesehatan jiwanya melalui pemberi layanan primer. Pelayanan kesehatan jiwa di tatanan pelayanan primer juga dapat menjangkau orang yang tidak menerima tindakan kesehatan jiwa. Hal tersebut memberikan keahlian terkait diagnosis dan tindakan untuk masalah yang tidak terlihat di tatanan medis secara umum, yang berakibat pada peningkatan pengetahuan dan kemampuan dalam deteksi dini dan penanganan masalah kesehatan jiwa di komunitas medis (Stuart *et al*, 2016).

Fokus pelayanan keperawatan jiwa adalah pada peningkatan kesehatan dan pencegahan terjadinya gangguan jiwa. Tujuan pelayanan adalah mencegah terjadinya gangguan jiwa, mempertahankan dan meningkatkan kesehatan jiwa. Target pelayanan yaitu anggota masyarakat yang belum mengalami gangguan jiwa sesuai dengan kelompok umur yaitu anak, remaja, dewasa, dan lanjut usia. Aktivitas pada pencegahan primer adalah program pendidikan kesehatan, program stimulasi perkembangan, program sosialisasi kesehatan jiwa, manajemen stres, Persiapan menjadi orang tua (Keliat *et al*, 2012).

Kegiatan yang dilakukan adalah: 1). Memberikan pendidikan kesehatan pada orang tua antara lain seperti pendidikan menjadi orang tua, pendidikan tentang perkembangan anak sesuai dengan usia, memantau dan menstimulasi perkembangan,

mensosialisasikan anak dengan lingkungan. 2). Pendidikan kesehatan mengatasi stres seperti stres pekerjaan, stres perkawinan, stres sekolah dan stres pascabencana. 3). Program dukungan sosial diberikan pada anak yatim piatu, individu yang kehilangan pasangan, kehilangan pekerjaan, kehilangan rumah/tempat tinggal, yang semuanya ini mungkin terjadi akibat bencana. Kegiatan yang dilakukan Memberikan informasi tentang cara mengatasi kehilangan, mengerakkan dukungan masyarakat seperti menjadi orang tua asuh bagi anak yatim piatu, melatih keterampilan sesuai dengan keahlian masing-masing untuk mendapat pekerjaan, mendapat dukungan pemerintah dan LSM untuk memperoleh tempat tinggal. 4). Program pencegahan penyalahgunaan obat. Penyalahgunaan obat sering digunakan sebagai koping untuk mengatasi masalah. Kegiatan yang dapat dilakukan adalah pendidikan kesehatan melatih koping positif untuk mengatasi stres, latihan asertif yaitu mengungkapkan keinginan dan perasaan tanpa menyakiti orang lain, latihan afirmasi dengan menguatkan aspek-aspek positif yang pada diri seseorang. 5). Program pencegahan bunuh diri. Bunuh diri merupakan salah satu cara penyelesaian masalah oleh individu yang mengalami keputusasaan. Oleh karena itu perlu dilakukan program: Memberikan informasi untuk meningkatkan kesadaran masyarakat tentang tanda-tanda bunuh diri, menyediakan lingkungan yang aman untuk mencegah bunuh diri, melatih keterampilan koping yang adaptif (Keliat *et al*, 2012).

b. Pencegahan Sekunder

Pencegahan sekunder diarahkan pada mereka yang telah terkena penyakit tertentu supaya kondisinya tidak memburuk (Setiadarma, 2002). Menurut (Keliat *et al*, 2012), fokus pelayanan keperawatan pada pencegahan sekunder adalah deteksi dini dan penanganan dengan segera masalah psikososial dan gangguan jiwa. Tujuan pelayanan adalah menurunkan angka kejadian gangguan jiwa. Target pelayanan adalah

anggota masyarakat yang berisiko atau memperlihatkan tanda-tanda masalah psikososial dan gangguan jiwa. Aktivitas pada pencegahan sekunder adalah:

1. Menemukan kasus sedini mungkin dengan cara memperoleh informasi dari berbagai sumber seperti masyarakat, tim kesehatan lain, dan penemuan langsung.
2. Melakukan penjaringan kasus dengan melakukan langkah-langkah sebagai berikut:
 - a. Melakukan pengkajian dua menit untuk memperoleh data fokus pada semua pasien yang berobat ke puskesmas dengan keluhan fisik (format terlampir pada modul pencatatan dan pelaporan)
 - b. Jika ditemukan tanda-tanda yang berkaitan dengan kecemasan dan depresi maka lanjutkan pengkajian dengan menggunakan pengkajian keperawatan kesehatan jiwa.
 - c. Mengumumkan kepada masyarakat tentang gejala dini gangguan jiwa (di tempat-tempat umum).
 - d. Memberikan pengobatan cepat terhadap kasus baru yang ditemukan sesuai dengan standar pendelegasian program pengobatan (bekerjasama dengan dokter) dan memonitor efek samping pemberian obat, gejala, dan kepatuhan pasien minum obat.
 - e. Bekerjasama dengan perawat komunitas dalam pemberian obat lain yang dibutuhkan pasien untuk mengatasi gangguan fisik yang dialami (jika ada gangguan fisik yang memerlukan pengobatan).
 - f. Melibatkan keluarga dalam pemberian obat, mengajarkan keluarga agar melaporkan segera kepada perawat jika ditemukan adanya tanda-tanda yang tidak biasa, dan menginformasikan jadwal tindak lanjut.

- g. Menangani kasus bunuh diri dengan menempatkan pasien di tempat yang aman, melakukan pengawasan ketat, menguatkan koping, dan melakukan rujukan jika mengancam keselamatan jiwa. Menempatkan pasien di tempat yang aman sebelum dirujuk dengan menciptakan lingkungan yang tenang, dan stimulus yang minimal.
- h. Melakukan terapi modalitas yaitu berbagai terapi keperawatan untuk membantu pemulihan pasien seperti terapi aktivitas kelompok, terapi keluarga, dan terapi lingkungan.
- i. Memfasilitasi *Self-help group* (kelompok pasien, kelompok keluarga, atau kelompok masyarakat pemerhati) berupa kegiatan kelompok yang membahas masalah-masalah yang terkait dengan kesehatan jiwa dan cara penyelesaiannya.
- j. Menyediakan *Hotline service* untuk intervensi krisis yaitu pelayanan dalam 24 pukul melalui telepon berupa pelayanan konseling.
- k. Melakukan tindak lanjut (*follow-up*) dan rujukan kasus.

c. Pencegahan Tersier

Setiadarma, 2002 Mengemukakan bahwa pencegahan tersier berlaku bagi mereka yang terkena gangguan penyakit cukup parah agar tidak terancam jiwanya. Menurut (Keliat *et al*, 2012) Pencegahan Tersier adalah pelayanan keperawatan yang berfokus pelayanan keperawatan adalah pada peningkatan fungsi dan sosialisasi serta pencegahan kekambuhan pada pasien gangguan jiwa. Tujuan pelayanan adalah mengurangi kecacatan atau ketidakmampuan akibat gangguan jiwa. Target pelayanan yaitu anggota masyarakat yang mengalami gangguan jiwa pada tahap pemulihan. Aktivitas pada pencegahan tersier meliputi:

1. Program pendukung sosial dengan mengerakkan sumber-sumber dimasyarakat seperti sumber pendidikan, dukungan masyarakat (tetangga, teman dekat, tokoh masyarakat), dan pelayanan terdekat yang terjangkau masyarakat. Beberapa kegiatan yang dilakukan adalah: (a) Pendidikan kesehatan tentang perilaku dan sikap masyarakat terhadap penerimaan pasien gangguan jiwa, (b) Penjelasan tentang pentingnya pemanfaatan pelayanan kesehatan dalam penanganan pasien yang mengalami kekambuhan.
2. Program rehabilitasi untuk memberdayakan pasien dan keluarga hingga mandiri terfokus pada kekuatan dan kemampuan pasien dan keluarga dengan cara: (a) Meningkatkan kemampuan koping yaitu belajar mengungkapkan dan menyelesaikan masalah dengan cara yang tepat, (b) Mengembangkan sistem pendukung dengan memberdayakan keluarga dan masyarakat, (c) Menyediakan pelatihan kemampuan dan potensi yang perlu dikembangkan oleh pasien, keluarga dan masyarakat agar pasien dapat produktif kembali, (c) Membantu pasien dan keluarga merencanakan dan mengambil keputusan untuk dirinya.
3. Program sosialisasi: (a) Membuat tempat pertemuan untuk sosialisasi, (b) Mengembangkan keterampilan hidup (aktivitas hidup sehari-hari ADL), mengelola rumah tangga, mengembangkan hobi, (c) Program rekreasi seperti nonton bersama, jalan santai, pergi ke tempat rekreasi, (d) Kegiatan sosial dan keagamaan, (arisan bersama, pengajian, mejelis taklim, kegiatan adat).
4. Program mencegah stigma. Stigma merupakan anggapan yang keliru dari masyarakat terhadap gangguan jiwa. Oleh karena itu, perlu diberikan program mencegah stigma untuk menghindari isolasi dan deskriminasi terhadap pasien gangguan jiwa. Beberapa ke giatan yang dilakukan yaitu: (a) Memberikan

pendidikan kesehatan kepada masyarakat tentang kesehatan jiwa dan gangguan jiwa, serta tentang sikap dan tindakan menghargai pasien gangguan jiwa, (b) Melakukan pendekatan kepada tokoh masyarakat atau orang yang berpengaruh dalam rangka mensosialisasikan kesehatan jiwa dan gangguan jiwa.

2.1.5 Tingkatan *Community Mental Health Nursing* (CMHN)

Menurut Keliat *et al*, (2011) Pelayanan *Community Mental Health Nursing* (CMHN) terdiri dari tiga tingkatan yaitu:

a. *Basic Course* (BC) CMHN

Sasaran : Perawat Keswamas (Puskesmas)

Kegiatan : Perawat diberikan pelatihan cara memberikan asuhan keperawatan (7 Diagnosa Keperawatan) pada klien dan keluarga pasien gangguan jiwa dirumah.

b. *Intermediate Course* (IC) CMHN

Sasaran : Kader Keswa dan Perawat Keswa (Puskesmas).

Kegiatan : Membentuk Desa Siaga Sehat Jiwa, Merekrut dan melatih kader keswa untuk skreening gangguan jiwa dimasyarakat, masalah psikososial dan sehat jiwa, Melatih perawat keswa mengintervensi klien dengan masalah psikososial dan mengembangkan rehabilitasi pasien gangguan jiwa.

c. *Advance Course* (AC) CMHN

Sasaran : Individu, keluarga, staf puskesmas, kelompok formal dan informal serta masyarakat.

Kegiatan : Manajemen keperawatan kesehatan jiwa dan kerjasama Lintas sektor.

Pelayanan *Community Mental Health Nursing* (CMHN) yang telah diimplementasikan di Bantur adalah BC, IC, dan yang sekarang sedang berjalan adalah AC-CMHN. Pelayanan BC-CMHN merupakan kompetensi dasar bagi perawat CMHN. Perawat yang telah dilatih diharapkan mampu merawat pasien gangguan jiwa yang ada dimasyarakat, dengan kompetensi sebagai berikut:

1. Melakukan asuhan keperawatan pada pasien gangguan jiwa
2. Melakukan kunjungan rumah 2 kali perminggu minimal kepada 3 pasien dan keluarga untuk melakukan asuhan keperawatan.
3. Melakukan dokumentasi dan pelaporan
4. Melakukan pertemuan rutin (*reguler meeting*) 1 bulan sekali.

Pelayanan IC-CMHN merupakan kompetensi *Intermediate* bagi perawat CMHN. Pelayanan ini terdiri dari tiga tahap yaitu:

1. Tahap Pertama: Melaksanakan manajemen keperawatan kesehatan jiwa komunitas di Desa Siaga Sehat Jiwa. Perawat dalam hal ini melakukan pengembangan Desa Siaga Sehat Jiwa, memberdayakan kader kesehatan jiwa, melaksanakan kemitraan lintas sektor (tingkat kabupaten, kecamatan dan desa) dan kemitraan lintas program (pada tingkat kabupaten, dan tingkat puskesmas: koordinasi dengan GP+ dalam rangka pelayanan dokter, penegakan diagnosa medis, pemberian terapi) melakukan manajemen kasus kesehatan jiwa.
2. Tahap Kedua: Melakukan manajemen keperawatan masyarakat sehat dan masalah psikososial dengan melakukan asuhan keperawatan bagi individu dan keluarga sehat yaitu sesuai dengan tingkat perkembangan psikososial.

3. Tahap Ketiga: Melakukan pendidikan kesehatan pada individu dan keluarga yang sehat, mengalami masalah psikososial, dan gangguan jiwa, melakukan Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) bagi kelompok pasien gangguan jiwa yang terdiri dari 4 jenis TAK, yaitu TAK sosialisasi, orientasi realita, sensori, stimulasi persepsi, melakukan terapi rehabilitasi bagi kelompok pasien gangguan jiwa yang terdiri dari keterampilan hidup (*Living Skills*), Keterampilan belajar (*Learning Skills*), dan keterampilan bekerja (*Working Skills*). Pelayanan AC-CMHN ini terdiri dari yaitu:

1. Keluarga yang memiliki anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa diberikan penjelasan bagaimana cara merawat orang dengan gangguan jiwa.
2. Menjalinkan kerja sama dengan komunitas peduli ODGJ (Orang dengan gangguan jiwa), anggota dari peduli ODGJ yakni masyarakat yang ada di Bantur yang bersedia memberikan tempat guna menjalankan kegiatan dalam program *Community Mental Health Nursing* (CMHN) seperti kegiatan Terapi Aktivitas Kelompok (TAK).
3. Menjalinkan kerja sama dengan komunitas kelompok TKI “Wong Bantur”, mereka adalah masyarakat asli Bantur yang bekerja di luar negeri (Korea) yang mendonasikan setengah dari penghasilan mereka untuk ODGJ di Bantur.
4. Menjalinkan kerja sama dengan kelompok formal yang ada di Bantur yakni Muspika (Kecamatan, Polsek, Koramil, Kepala Desa), sebagai *Stakeholder* dalam menjalankan program *Community Mental Health Nursing* (CMHN).
5. Menjalinkan kerja sama dengan Dinas Kesehatan Kabupaten Malang.
6. Menjalinkan kerja sama dengan Universitas Brawijaya Fakultas Kedokteran Jurusan Keperawatan.
7. Menjalinkan kerja sama dengan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

2.2 Konsep Kemandirian

2.2.1 Pengertian Kemandirian

Kemandirian berasal dari kata “Diri”, yang berarti ia tidak dapat dilepaskan dari perkembangan diri seorang individu. Diri adalah inti dari kepribadian dan merupakan titik pusat yang menyelaraskan dan mengkoordinasikan seluruh aspek kepribadian. Dengan kata lain, kemandirian adalah kesiapan dan kemampuan individu untuk berdiri sendiri yang ditandai dengan keberanian mengambil inisiatif, mencoba mengatasi masalah tanpa meminta bantuan orang lain, berusaha dan mengarahkan tingkah laku menuju kesempurnaan (Oktavia dkk, 2014).

Kemandirian Menurut Bernadib (dalam Syafaruddin dkk, 2012) adalah keadaan seseorang yang dapat menentukan diri sendiri dimana dapat dinyatakan dalam tindakan atau perilaku seseorang dan dapat dinilai, meliputi perilaku mampu berinisiatif, mampu mengatasi hambatan atau masalah, mempunyai rasa percaya diri dan dapat melakukan sesuatu sendiri tanpa bantuan orang lain. Kemandirian memiliki empat aspek, aspek intelektual (kemauan untuk berfikir dan menyelesaikan masalah sendiri), aspek sosial (kemauan untuk membina relasi secara aktif), aspek emosi (kemauan untuk mengelola emosinya sendiri), dan aspek ekonomi (kemauan untuk mengatur ekonomi sendiri).

Kemandirian adalah perilaku mampu berinisiatif, mampu mengatasi hambatan atau masalah, mempunyai rasa percaya diri dan dapat melakukan sesuatu tanpa bantuan orang lain, hasrat untuk mengerjakan segala sesuatu bagi diri sendiri. Secara singkat kemandirian mengandung pengertian suatu keadaan dimana seseorang yang memiliki hasrat bersaing untuk maju demi kebajikannya. Mampu mengambil keputusan dan inisiatif untuk mengatasi masalah yang dihadapi. Kemandirian merupakan suatu sikap individu yang diperoleh secara kumulatif selama

perkembangan dimana individu akan terus belajar untuk bersikap mandiri dalam menghadapi berbagai situasi di lingkungan sehingga individu pada akhirnya akan mampu berfikir dan bertindak sendiri (Anwar, 2015).

Dari berbagai pengertian kemandirian di atas, secara singkat dapat disimpulkan bahwa kemandirian merupakan keadaan dimana seseorang memiliki kemampuan melakukan sesuatu atas dorongan diri sendiri, berkeinginan untuk mengerjakan sesuatu tanpa bantuan orang lain, mampu berfikir, mampu mengambil keputusan dan inisiatif untuk mengatasi masalah yang dihadapi dan mempunyai rasa tanggung jawab terhadap apa yang dilakukannya.

2.2.2 Faktor-faktor yang mempengaruhi Kemandirian

Faktor-faktor yang mempengaruhi kemandirian seseorang menurut Parker (2005), (dalam Wanto, 2014) yaitu:

a. Tanggung jawab

Tanggung jawab berarti memiliki tugas untuk menyelesaikan sesuatu dan diminta pertanggung jawaban atas hasil kerjanya. Anak-anak sebaiknya tumbuh dengan pengalaman tanggung jawab yang sesuai dan terus meningkat, misalnya anak-anak diberi tanggung jawab yang dimulai dengan tanggung jawab untuk mengurus dirinya sendiri. Anak-anak yang diberi tanggung jawab sesuai dengan usianya akan merasa dipercaya dan dihargai.

b. Mandiri

Percaya diri dan mandiri adalah dua hal yang saling menguatkan. Semakin anak dapat mandiri, dia akan semakin mampu mengelola kemandirian, kemudian mengukuhkan kepercayaan diri dan keterampilan untuk mengembangkan kemandiriannya.

c. Pengalaman praktis dan akal sehat yang relevan

Akal yang sehat berkembang melalui pengalaman yang praktis dan relevan. Seseorang yang memiliki kemandirian akan memahami diantaranya mampu untuk: memenuhi kebutuhan makan untuk dirinya sendiri, lebih-lebih tahu bagaimana cara memasaknya, membuat keputusan rasional bagaimana membelanjakan uang sesuai kebutuhan bukan keinginan, menggunakan sarana transportasi umum dan menyebrang jalan, bereaksi secara cepat dan tepat dalam berbagai situasi dan kondisi.

d. Otonomi

Merupakan kemampuan untuk menentukan arah sendiri (*self determination*) yang berarti mengendalikan atau mempengaruhi apa yang terjadi pada dirinya. Dalam pertumbuhannya, anak-anak semestinya memakai pengalaman dalam menentukan pilihan tentunya dengan pilihan yang terbatas dan terjangkau yang dapat mereka selesaikan dan tidak membawa mereka dalam masalah besar.

e. Kemampuan untuk memecahkan masalah

Dengan adanya dukungan dan arahan yang memadai, anak-anak akan terdorong untuk mencari jalan keluar bagi persoalan-persoalan yang praktis dan berhubungan dengan mereka sendiri.

2.2.3 Ciri-Ciri Kemandirian

Lovinger (dalam Ali & Asrori, 2012) mengemukakan tingkatan kemandirian beserta ciri-cirinya sebagai berikut:

1. Tingkatan pertama, adalah tingkat impulsif dan melindungi diri

Ciri-ciri tingkatan ini adalah : a) peduli terhadap kontrol dan keuntungan yang dapat diperoleh dari interaksinya dengan orang lain, b) mengikuti aturan secara

oportunistik dan hedonistik, c) berfikir tidak logis dan tertegun pada cara berfikir tertentu (*stereotype*) dan, d) cenderung melihat kehidupan sebagai *zero sum game*.

2. Tingkatan kedua, adalah tingkatan konformistik

Ciri-ciri tingkatan ini adalah: a) peduli terhadap penampilan diri dan penerimaan sosial, b) cenderung berfikir (*stereotype*) dan klise, c) peduli akan konformitas terhadap aturan eksternal, d) bertindak dengan motif yang dangkal untuk memperoleh pujian, e) menyamakan diri dalam ekspresi emosi dan kurangnya introspeksi, f) perbedaan kelompok didasarkan atas cirri-ciri eksternal, g) takut tidak diterima kelompok, h) tidak sensitif terhadap keindividualan, i) merasa berdosa jika melanggar aturan.

3. Tingkatan ketiga, adalah tingkatan kesadaran diri

Ciri-ciri tingkatan ini adalah : a) mampu berfikir alternative, b) melihat harapan dan berbagai kemungkinan dalam situasi, c) peduli untuk mengambil manfaat dari kesempatan yang ada, d) menekankan pada pentingnya pemecahan masalah, e) pemikiran cara hidup, f) penyesuaian terhadap situasi dan peranan.

4. Tingkatan keempat, adalah tingkatan saksama (*conscientious*)

Ciri-ciri tingkatan ini adalah : a) bertindak atas dasar nilai-nilai internal, b) mampu melihat diri sebagai pembuat pilihan dan pelaku tindakan, c) mampu melihat keragaman emosi, motif, dan perspektif diri sendiri maupun orang lain, d) sadar akan tanggung jawab, e) mampu melakukan kritik dan penilaian diri, f) peduli akan hubungan mutualistik, g) memiliki tujuan jangka panjang, h) cenderung melihat peristiwa dalam konteks sosial, j) berfikir lebih kompleks dan dasar pola analitis.

5. Tingkatan kelima, adalah tingkatan individualistis

Ciri-ciri tingkatan ini adalah : a) peningkatan kesadaran individualistik, b) kesadaran akan konflik emosional antara kemandirian dengan ketergantungan, c) menjadi lebih toleransi terhadap diri sendiri dan orang lain, d) mengenal eksistensi perbedaan individual, e) mampu bersikap toleransi terhadap pertentangan dalam kehidupan, f) membedakan kehidupan internal dengan kehidupan luar dirinya, g) mengenal kompleksitas diri, h) peduli akan perkembangan dan masalah-masalah sosial.

6. Tingkatan keenam, adalah tingkatan kemandirian

Ciri-ciri tingkatan ini adalah : a) memiliki pandangan hidup sebagai suatu keseluruhan, b) cenderung bersikap realistis dan objektif terhadap diri sendiri maupun orang lain, c) peduli terhadap pemahaman abstrak, seperti keadilan sosial, d) mampu mengintegrasikan nilai-nilai yang bertentangan.

2.2.4 Kemandirian Pada Orang Gangguan Jiwa

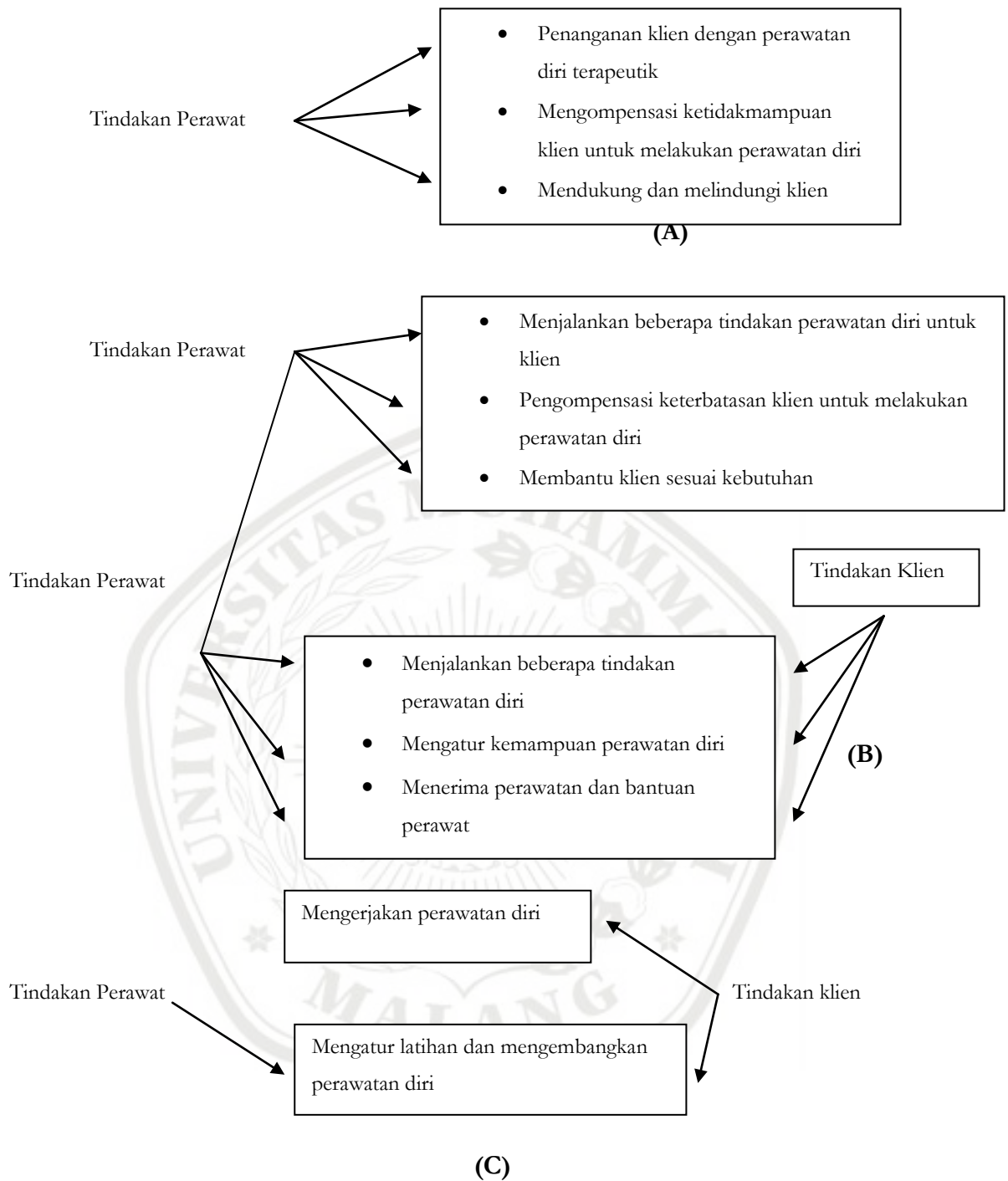
Pada umumnya pasien gangguan jiwa tidak mampu melaksanakan fungsi dasar secara mandiri, misalnya kebersihan diri, penampilan, dan sosialisasi. Pada pasien gangguan jiwa juga Kemampuan dasar sering terganggu seperti *Activities Of Daily Living* (ADL) (Maryatun, 2015). Menurut Agung 2006, (dalam Primadayanti, 2011) *Activities Of Daily Living* (ADL) adalah pengukuran terhadap aktivitas yang akan di lakukan rutin oleh manusia setiap hari. Aktivitas tersebut antara lain: memasak, berbelanja, merawat/mengurus rumah, mencuci, mengatur keuangan, minum obat, dan memanfaatkan sarana transportasi.

Addai & Andres, (2015) mengemukakan bahwa orang dengan gangguan mental atau gangguan jiwa memiliki gejala dan perilaku yang dapat mengganggu

kemampuan mereka dalam bekerja, memberikan kebutuhan kasih sayang, mengganggu akses pada perawatan kesehatan fisik, pendidikan, pekerjaan rumah tangga, transportasi, pengambilan keputusan, dan memanfaatkan waktu luang.

Teori yang dapat dipergunakan pada konsep kemandirian pasien adalah teori keperawatan *Self Care Defisit* yang dikembangkan oleh Orem (Fitri, 2007). Menurut Asmadi, 2008 didalam teori *Self Care* disebutkan pula mengenai *therapeutic self-demand*, yaitu totalitas aktivitas perawatan diri yang dilakukan untuk jangka waktu tertentu guna memenuhi kebutuhan perawatan diri dengan menggunakan metode yang valid. Perawatan diri sendiri memiliki beberapa prinsip. Pertama perawatan diri dilakukan secara holistik, mencakup delapan komponen kebutuhan perawatan diri, Kedua perawatan diri dilakukan sesuai dengan tahap tumbuh kembang manusia. Ketiga perawatan diri dilakukan karena adanya masalah kesehatan atau penyakit dengan tujuan mencegah penyakit dan meningkatkan kesehatan.

Menurut Asmadi (2008) ada 3 klasifikasi sistem keperawatan dalam perawatan diri. *Pertama, wholly compensatory nursing system*: perawat memberi bantuan kepada klien karena tingkat ketergantungan klien yang tinggi. *Kedua, partly compensatory nursing system*: perawat dan klien saling bekerja sama dalam melakukan tindakan keperawatan. *Ketiga, supportive educative nursing system*: klien melakukan perawatan diri dengan bantuan perawat (*supportive dan educative*) saat klien sudah mampu melakukannya.



Gambar 2.1 Sistem perawatan dasar. (A) wholly compensatory nursing system, (B) partly compensatory nursing system, dan (C) supportive-educative nursing system.

Pada konsep manajemen keperawatan pasien yang dirawat inap akan dikategorikan berdasarkan tingkat ketergantungan yang dialaminya. Swasburgh dan Swasburgh 1999 (dalam Fitri 2007) mengelompokkan ketergantungan pasien menjadi lima kategori, yaitu:

- a. Kategori I : perawatan mandiri, yang meliputi : 1) aktivitas sehari-hari, pada kategori ini, seperti makan dan minum; dapat dilakukan secara mandiri atau dengan sedikit bantuan, merapikan diri, kebutuhan eliminasi dan kenyamanan posisi tubuh; dapat dilakukan secara mandiri, 2) keadaan umum; baik, seperti klien yang masuk rumah sakit untuk keperluan pemeriksaan/ *check up* atau bedah minor, 3) kebutuhan pendidikan kesehatan dan dukungan emosi, membutuhkan penjelasan tiap prosedur tindakan, membutuhkan penjelasan untuk persiapan pulang dan emosi stabil, 4) pengobatan dan tindakan; tidak ada atau hanya pengobatan dan tindakan sederhana.
- b. Kategori II: Perawatan Minimal, yang meliputi: 1) Aktivitas sehari-hari. Pada kategori ini, seperti makan, dan minum; perlu bantuan dalam persiapannya dan masih dapat makan sendiri, merapikan diri; perlu sedikit bantuan. Kebutuhan eliminasi; perlu dibantu ke kamar mandi atau menggunakan urinal. Kenyamanan posisi tubuh; dapat melakukan sendiri dengan bantuan; 2) keadaan umum; tampak sakit ringan, perlu pemantauan tanda vital; 3) kebutuhan pendidikan kesehatan dan dukungan emosi; membutuhkan waktu 10-15 menit per shif, sedikit bingung atau agitasi, tapi terkendali dengan obat; 4) pengobatan dan tindakan; membutuhkan waktu 20-30 menit per shif, perlu sering dievaluasi keefektifan pengobatan dan tindakan, perlu observasi status mental tiap 2 jam.
- c. Kategori III: Perawatan Moderat, meliputi: 1) Aktivitas sehari-hari, pada kategori ini; seperti makan dan minum; harus disuapi, masih dapat mengunyah dan menelan. Merapikan diri, tidak dapat melakukan sendiri. Kebutuhan eliminasi; disediakan pispot.urinal, sering ngompol. Kenyamanan posisi tubuh; bergantung pada bantuan perawat; 2) keadaan umum; gejala akut, bisa hilang timbul, perlu pemantauan fisik dan emosi tiap 2-4 jam. Klien dengan infuse, perlu dipantau

setiap 1 jam; 3) kebutuhan pendidikan kesehatan dan dukungan emosi; membutuhkan waktu 10-30 menit per shif, gelisah, menolak bantuan, cukup dikendalikan dengan obat; 4) pengobatan dan tindakan; membutuhkan waktu 30-60 menit per shif, perlu sering diawasi terhadap efek samping pengobatan dan tindakan, perlu observasi status mental setiap 1 jam.

- d. Kategori IV: Perawatan Ekstensi (Semi total), meliputi; 1) Aktivitas sehari-hari, pada kategori ini, seperti makan dan minum; tidak bisa mengunyah dan menelan, perlu makan lewat sonde. Merapikan diri; perlu diurus semua, dimandikan, penataan rambut dan kebersihan mulut. Kebutuhan eliminasi; sering ngompol lebih dari 2 kali per shif. Kenyamanan posisi tubuh; perlu dibantu oleh 2 orang; 2) keadaan umum; tanpa sakit berat, dapat kehilangan cairan atau darah, gangguan sistem pernafasan akut dan perlu sering dipantau; 3) keadaan pendidikan kesehatan dan dukungan emosi; membutuhkan waktu lebih dari 30 menit per shif, gelisah, agitasi dan tidak dapat dikendalikan dengan obat; 4) pengobatan dan tindakan; membutuhkan waktu lebih dari 60 menit per shif, perlu observasi status mental setiap kurang dari 1 jam.
- e. Kategori V: Perawatan Intensif (Total); pada kategori ini, pemenuhan kebutuhan dasar seluruhnya bergantung pada perawat. Keadaan umum; harus diobservasi secara terus-menerus. Perlu frekuensi pengobatan dan tindakan yang lebih sering, maka klien harus dirawat oleh seorang perawat per shif.

Menurut Wilson dan Kneisl 1983 (dalam Fitri 2007), bahwa format pengkajian yang dilakukan pada klien dengan masalah psikologi fokusnya, meliputi:

- a. Kemampuan untuk bertanggung jawab terhadap perawatan mandiri, meliputi;
- 1) perawatan fisik yaitu menjaga kebersihan diri, mempertahankan fungsi tubuhnya;
 - 2) observasi terhadap rasa aman dan nyaman;
 - 3) penggunaan

keterampilan secara manual; 4) penggunaan keterampilan kognitif; 5) penggunaan keterampilan hubungan interpersonal, yaitu secara relative, dengan kelompok, dengan figure yang otoritas, dengan perawat.

- b. Pemenuhan kebutuhan terhadap tugas perkembangan, meliputi; pembinaan rasa percaya, kemampuan otonomi, kemampuan inisiatif, kemampuan produktif, identitas diri, keakraba, generatif, dan integritas diri.
- c. Kemampuan komunikasi, meliputi; akurasi, kejelasan, dekstripsi kemampuan, ketepatan, penggunaan istilah yang konkrit, penggunaan istilah abstrak, penggunaan asosiasi secara logis.
- d. Persepsi terhadap realitas, meliputi; pandangan terhadap diri sendiri, gambaran dirinya, interpretasi terhadap lingkungannya sendiri, interpretasi terhadap lingkungan lainnya.

Menurut Muhith (2015), bahwa format pengkajian aktivitas sehari-hari (ADL) yang dilakukan pada klien dengan gangguan jiwa, meliputi: (1) Makan; observasi dan tanyakan tentang; frekuensi, jumlah, variasi, macam (suka/tidak suka/pantang) dan cara makan, observasi kemampuan klien dalam menyiapkan dan membersihkan alat makan. (2) BAK/BAB; observasi kemampuan klien untuk BAB/BAK: pergi, menggunakan, dan membersihkan WC, membersihkan diri dan merapikan pakaian. (3) Mandi; observasi dan tanyakan tentang frekuensi, cara mandi, menyikat gigi, mencuci rambut, gunting kuku, cukur (kumis, jenggot dan rambut), observasi kebersihan tubuh dan bau badan. (4) Berpakaian; observasi kemampuan klien dalam mengambil, memilih, dan mengenakan pakaian dan alas kaki, obserasi penampilan dandanan klien, tanyakan dan observasi frekuensi ganti pakaian, nilai kemampuan yang harus dimiliki klien; mengambil, memilih, dan mengenakan pakaian. (5)Istirahat dan tidur; obsevasi dan tanyakan tentang: lama dan waktu tidur

siang/malam, mempersiapkan sebelum tidur seperti; menyikat gigi, cuci kaki dan berdoa, aktivitas sesudah tidur seperti: merapikan tempat tidur, mandi/cuci muka, dan menyikat gigi. (6) Penggunaan obat; observasi dan tanyakan kepada klien dan keluarga tentang: penggunaan obat; frekuensi, jenis, dosis, waktu, dan cara pemberian, reaksi obat. (7) Pemeliharaan kesehatan; tanyakan kepada klien dan keluarga tentang; apa, bagaimana, kapan dan kemana perawatan lanjut, siapa saja sistem pendukung yang dimiliki (keluarga, teman, institusi, dan lembaga pelayanan kesehatan) dan cara penggunaannya. (8) Aktivitas di dalam rumah; tanyakan kemampuan klien dalam: merencanakan, mengolah, dan menyajikan makanan, merapikan rumah (kamar tidur, dapur, menyapu, mengepel), mencuci pakaian sendiri, mengatur kebutuhan biaya sehari-hari. (9) Aktivitas di luar rumah; tanyakan kemampuan klien: belanja untuk keperluan sehari-hari, dalam melakukan perjalanan mandiri dengan berjalan kaki, menggunakan kendaraan pribadi, kendaraan umum, aktivitas lain yang dilakukan di luar rumah (membayar listrik/telepon/air, pergi ke kantor pos dan bank).

Aktivitas kegiatan sehari-hari pasien didefinisikan oleh Stanhope dan Knollmueller 1992 (dalam Fitri 2007), sebagai hal-hal yang dilakukan oleh seorang terhadap dirinya sendiri dalam mempertahankan hidup, kesehatan, dan kesejahteraan. Pengkajian keperawatan dari kebutuhan dan kemampuan fungsi pasien, meliputi: menentukan kemampuan untuk berkomunikasi secara verbal dan non verbal, mengkaji keinginan untuk terlibat dalam kegiatan sehari-hari dan pengkajian terhadap dirinya sendiri untuk perawatan mandiri, riwayat medis yang relevan dengan ketidakmampuan pasien dan status kesehatan sebelumnya, riwayat sosial, tanggung jawab di rumah, kemudahan pencapaian kebutuhan di rumah,

pendidikan, status pekerjaan, kemampuan untuk bekerja, hal yang terkait dengan transportasi, daya tahan tubuh dan tingkat kelelahan.

Menurut Fitri (2007) berdasarkan penjelasan beberapa sumber teori di atas, maka untuk mengukur kemampuan pasien perlu dilakukan beberapa modifikasi. Pada penelitian ini di fokuskan pada tiga kategori kemandirian pasien berdasarkan teori Orem yaitu *Self care*, *partial care*, dan *total care*, sedangkan untuk kemampuan pada tiap kategori dimodifikasi dari konsep Swansburg dan Swansburg (1991), Stanhope dan Knollmueller (1992), serta konsep dari Wilson dan Kneisl (1983).

Tabel 2.2 Pengkajian kemampuan pasien

NO	Wilson dan Kneisl (1983)	Swansburg dan Swansburg (1991)	Stanhope dan Knollmueller (1992)
1	Kemampuan bertanggung jawab terhadap perawatan mandiri	Aktivitas sehari-hari	Kemampuan komunikasi verbal dan non verbal
2	Pemenuhan kebutuhan terhadap tahap tugas perkembangan	Keadaan umum	Kegiatan sehari-hari untuk perawatan mandiri
3	Kemampuan komunikasi	Kebutuhan pendidikan dan dukungan emosi	Riwayat medis terkait dengan status kesehatan sebelumnya
4	Persepsi terhadap realitas	Pengobatan dan tindakan	Riwayat social
5	-	-	Tanggung jawab di rumah
6	-	-	Kemudahan pencapaian kebutuhan di rumah
7	-	-	Pendidikan
8	-	-	Kemampuan untuk bekerja
9	-	-	Transportasi
10	-	-	Daya tahan tubuh

Penjelasan berikut merupakan hasil modifikasi dari kemampuan pasien yang ada dalam tiap kategori yang meliputi:

- a. Aktivitas sehari-hari, seperti mandi, berpakaian, berdandan, makan dan minum, BAK dan BAB, membersihkan rumah.
- b. Aktivitas sosial, seperti bergaul dengan orang lain, bicara jelas dan sesuai, memberi pendapat yang sesuai, berbelanja dan berkendara serta terlibat kegiatan di masyarakat (pengajian, gotong royong, penyuluhan).
- c. Cara mengatasi masalah, meliputi: aktif meminta dan mendengarkan seran dari orang lain, mengungkapkan perasaannya pada orang lain, membicarakan masalah pribadinya pada orang lain yang dipercaya. Latihan keterampilan sesuai dengan yang diajarkan perawat, membuat jadwal latihan dan jadwal kegiatan sehari-hari. Ikut dalam terapi aktivitas kelompok dan rehabilitasi yang dilakukan oleh perawat di masyarakat.
- d. Pengobatan, meliputi: kepatuhan minum obat sesuai dengan waktu dan dosis yang dianjurkan dokter, pergi ke puskesmas untuk mendapatkan penjelasan dokter tentang penyakit yang dialaminya.

Tiga kategori yang dapat diukur dalam penelitian ini, adalah *kategori self care*, semua kemampuan dapat dilakukan sendiri oleh pasien. *Kategori parsial care*, semua kemampuan dapat dilakukan pasien dengan bantuan orang lain. *Kategori total care*, semua kemampuan yang tidak dapat dilakukan sendiri, tetapi dalam memenuhi kebutuhan tersebut sepenuhnya dibantu orang lain.

2.3 Konsep Gangguan Jiwa

2.3.1 Pengertian Gangguan jiwa

Gangguan jiwa adalah suatu penyimpangan proses pikir, alam perasaan, dan perilaku seseorang. Gangguan jiwa adalah sebuah penyakit dengan manifestasi dan atau ketidakmampuan psikologis atau perilaku yang disebabkan oleh gangguan pada

fungsi sosial, psikologis, genetik, fisik/kimiawi, biologis. Mereka dengan gangguan jiwa mengalami distress, yaitu suatu perasaan tidak nyaman, tidak tenang, rasa nyeri dan disabilitas atau ketidakmauan mengerjakan pekerjaan sehari-hari (Thong, D, *et al.* 2011). Gangguan jiwa adalah sindrom atau pola perilaku yang secara klinis bermakna yang berhubungan dengan distress atau penderitaan dan menimbulkan hendaya pada satu atau lebih fungsi kehidupan manusia (Keliat *et al.*, 2012).

Gangguan jiwa ialah gejala-gejala patologik dominan berasal dari unsur Psiko. Hal ini tidak berarti bahwa unsur yang lain tidak terganggu. Sekali lagi, yang sakit dan menderita ialah manusia seutuhnya dan bukan hanya badannya, jiwanya atau lingkungannya. Hal-hal yang dapat mempengaruhi perilaku manusia ialah keturunan dan konstitusi, umur dan jenis kelamin, keadaan badaniah, keadaan psikologik, keluarga, adat istiadat, kebudayaan dan kepercayaan, pekerjaan, pernikahan dan kehamilan, kehilangan dan kematian orang yang dicintai, agresi, rasa permusuhan, hubungan antar manusia, dan sebagainya, dari berbagai penyelidikan dapat dikatakan bahwa gangguan jiwa adalah kumpulan dari keadaan-keadaan tidak normal, baik yang berhubungan dengan fisik, maupun mental (Yosep, I., & Titin., S. 2014).

Gangguan jiwa merupakan manifestasi dari bentuk penyimpangan perilaku akibat adanya distorsi emosi sehingga ditemukan ketidakwajaran dalam bertindak laku. Hal ini terjadi karena menurunnya semua fungsi kejiwaan. Dengan demikian, gangguan jiwa dapat didefinisikan sebagai berikut: (1) Keadaan adanya gangguan pada fungsi kejiwaan. Fungsi kejiwaan meliputi: proses berfikir, emosi, kemauan, dan perilaku psikomotorik, termasuk bicara (Undang-undang No. 3 Tahun 1966), (2) Adanya kelompok gejala atau perilaku yang ditemukan secara klinis yang disertai adanya penderitaan distress pada kebanyakan kasus dan berkaitan dengan terganggunya fungsi seseorang (PPDGJ III) (Nasir & Muhith, 2011).

2.3.2 Penyebab Gangguan Jiwa

Manusia bereaksi secara keseluruhan, secara holistik, atau dapat dikatakan juga secara somato-psiko-sosial. Dalam mencari penyebab gangguan jiwa, unsur ini harus diperhatikan, gejala gangguan jiwa yang menonjol adalah unsure psikisnya, tetapi yang sakit dan menderita tetap sebagai manusia seutuhnya Maramis, 2010 (dalam Yusuf dkk, 2015).

- a. Faktor-faktor somatik (somatogenik) atau organobiologis, seperti neuroanatomi, neurofisiologi, neurokimia, tingkat kematangan dan perkembangan organik, faktor-faktor pre dan peri-natal.
- b. Faktor-faktor psikologik (psikogenik) atau psikoedukatif, seperti interaksi ibu-anak: normal (rasa percaya dan rasa aman) atau abnormal berdasarkan kekurangan, distorsi, dan keadaan yang terputus (perasaan tak percaya dan kebimbangan), peranan ayah, persaingan antara saudara kandung, inteligensi, hubungan dalam keluarga pekerjaan permainan, dan masyarakat, kehilangan yang mengakibatkan kecemasan depresi rasa malu atau rasa salah, konsep diri: pengertian identitas diri sendiri lawan peranan yang tidak menentu, keterampilan bakat dan kreativitas, pola adaptasi dan pembelaan sebagai reaksi terhadap bahaya, tingkat perkembangan emosi.
- c. Faktor-faktor sosio-budaya (sosiogenik) atau sosiokultural seperti kestabilan keluarga, pola mengasuh anak, tingkat ekonomi, perumahan, dan masalah kelompok minoritas yang meliputi prasangka, fasilitas kesehatan, dan kesejahteraan yang tidak memadai, serta pengaruh rasial dan keagamaan.

2.3.3 Tanda dan Gejala Gangguan Jiwa

Menurut (Yosep, I., & Titin.S. 2014) tanda dan gejala gangguan jiwa adalah:

- a. Gangguan kognisi: Kognisi adalah suatu proses mental yang dengannya seseorang individu menyadari dan mempertahankan hubungan dengan lingkungannya baik lingkungan dalam maupun lingkungan luarnya (fungsi mengenal). Bagian-bagian dari proses kognisi bukan merupakan kekuatan yang terpisah-pisah, tetapi sebenarnya ia merupakan cara dari seseorang individu untuk berfungsi dalam hubungannya dengan lingkungannya, proses kognisi seperti: sensari dan presepsi, perhatian, ingatan, asosiasi, pertimbangan, pikiran dan kesadaran.
- b. Gangguan perhatian: Perhatian adalah pemusatan dan konsentrasi energi menilai dalam suatu proses kognitif yang timbul dari luar akibat suatu rangsang. Agar supaya suatu perhatian dapat memperoleh hasil, harus ada 3 syarat yang dipenuhi yaitu: inhibisi, disini semua rangsang yang tidak termasuk objek perhatian harus disingkirkan, apersepsi yang dikemukakan hanya hal yang berhubungan erat dengan objek perhatian, adaptasi alat-alat yang digunakan harus berfungsi baik karena diperlukan untuk menyesuaikan terhadap objek pekerjaan. Beberapa bentuk gangguan perhatian: distraktibiliti, aproseksia, dan hiperproseksia.
- c. Gangguan ingatan: Ingatan (kenangan, memori) adalah kesanggupan untuk mencatat, menyimpan, memproduksi isi dan tanda-tanda kesadaran. Jadi proses ingatan terdiri dari 3 unsur yaitu: pencatatan (mencamkan, *reception and registration*), menyimpan (menahan, *retention, preservation*), pemanggilan kembali (*recalling*). Gangguan ingatan terjadi bila terdapat gangguan pada satu/lebih dari 3 unsur tersebut, faktor yang mempengaruhi adalah keadaan jasmaniah (kelelahan, sakit kegelisahan), dan umur. Sesudahusia 50 tahun fungsi ingatan akan berkurang

secara bertaha. Berikut beberapa bentuk gangguan pada ingatan: Amnesia, hipernemisia, paramnesia (pemalsuan/pemiuhan ingatan).

- d. Gangguan asosiasi: Asosiasi adalah proses mental yang dengannya suatu perasaan, kesan atau gambaran ingatan cenderung untuk menimbulkan kesan atau gambaran ingatan respon/konsep lain, yang memang sebelumnya berkaitan dengannya. Beberapa bentukgangguan asosiasi adalah: retardasi, kemiskinan ide, perseversi, flight of ideas (lari cita, pikiran melompat-lompat), inkohorensi, blocking, dan aphasia.
- e. Gangguan pertimbangan: Pertimbangan (penilaian) adalah suatu proses mental untuk membandingkan/menilai beberapa pilihan dalam suatu kerangka kerja dengan dengan memberikan nilai-nilai untuk memutuskan maksud dan tujuan dari suatu aktivitas. Membandingkan disini meliputi istilah tentang “besarnya kepentingan, kebenaran, kebajikannya, kecantikannya” dan sebaiinya. Tiga hal yang akan mendukung berfungsinya pertimbangan yaitu: aparat sensoris yan mampu mempunyai persepsi diskriminasi yang teliti. Ingatan yang penuh dengan data-data sebagai dasar untuk membandingkan. Aparat motoris yang mempunyai keterampilan atau kemampuan untuk memutuskan serta adanya mekanisme inhibisi untuk aktivitas yang berlebihan. Dalam beberapa buku, masalah pertimbangan ini dibahas dalam gangguan proses berfikir (isi pikira) beberapa bentuk waham.
- f. Gangguan pikiran: Pikiran umum adalah meletakkan hubungan antara berbagai bagian dari pengetahuan seseorang. Berpikir merupakan suatu proses dalam mempersatukan atau menghubungkan ide-ide dengan membayangkan, membentuk pengertian untuk menarik kesimpulan, serta proses-proses yang lain

untuk membentuk ide-ide baru. Jadi dalam proses berpikir meliputi proses pertimbangan pemahaman, ingatan serta penalaran.

- g. Gangguan kesadaran: Kesadaran adalah kemampuan seseorang untuk mengadakan hubungan dengan lingkungan serta dirinya sendiri melalui pancaindera dan mengadakan pembatasan terhadap lingkungan serta dirinya sendiri. bila kesadaran itu baik, maka terjadi orientasi (waktu tempat dan orang) dan pengertian yang baik pula serta informasi akan digunakan secara efektif (melalui ingatan dan pertimbangan). Bentuk-bentuk gangguan kesadaran: kesadaran kuantitatif, kesadaran kualitatif, dan gangguan orientasi.
- h. Gangguan kemauan: Kemauan adalah suatu proses dimana keinginan-keinginan diperimbangkan untuk kemudian diputuskan untuk dilaksanakan sampai mencapai tujuan. Kemauan dapat dirusak oleh gangguan emosional, gangguan-gangguan kognisi, kerusakan otak organik, dalam keadaan tidak terlatih atau bahkan terlalu banyak latihan, bentuk-bentuk gangguan kemauan; abulia (kemauan yang lemah) suatu keadaan inaktivitas sebagai akibat ketidaksanggupan membuat keputusan atau memulai suatu tingkah laku, negativism: ketidaksanggupan dalam bertindak atas sugesti dan tidak jarang terjadi melaksanakan sesuatu yang bertentangan dengan yang disugestikan, kekakuan (rigiditas): ketidakmampuan memiliki keleluasaan dalam memutuskan untuk merubah suatu tingkah laku, kompulsi: suatu keadaan dimana seorang merasa didorong untuk melakukan suatu tindakan, yang disadari sebagai suatu irasional atau tidak ada gunanya.
- i. Gangguan emosi dan afek: Emosi adalah suatu pengalaman yang sadar dan memberikan pengaruh pada aktivitas tubuh dan menghasilkan sensasi organik dan kinetik. Afek adalah kehidupan perasaan atau nada perasaan emosional seseorang, menyenangkan atau tidak, yang menyertai suatu pikiran, biasa berlangsung lama

dan jarang disertai komponen fisiologik. Dikaitkan dengan pengertian afek, maka emosi merupakan manifestasi afek keluar disertai oleh banyak komponen fisiologik, biasanya berlangsung relative singkat. Kadang-kadang istilah emosi dan afek tidak dibedakan dan dipakai bersama-sama. Bentuk gangguan emosi dan afek; euforia, elasi, eksaltasi, eklasi (kegairahan), inappropriate afek (afek yang tidak sesuai), afek yang kaku (rigid), emosi labil, cemas dan depresi, ambivalensi, apatis, emosi yang timbul dan datar.

- j. Gangguan psikomotor: Psikomotor adalah gerakan badan yang dipengaruhi oleh keadaan jiwa, sehingga merupakan afek bersama yang mengenai badan dan jiwa. Juga meliputi kondisi, prilaku motorik atau aspek motorik dari suatu prilaku. Bentuk bentuk gangguan psikomotor; aktivitas yang meningkat, aktivitas yang menurun, aktivitas yang terganggu atau tidak sesuai, aktivitas yang berulang-ulang, otomatisme perintah dia menurut sebuah perintah secara otomatis tanpa disadari, negativism, dan aversi.

2.3.4 Klasifikasi Gangguan Jiwa

Secara umum klasifikasi gangguan jiwa menurut hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2013 dibagi menjadi dua bagian, yaitu (1) gangguan jiwa berat/kelompok psikosa dan (2) gangguan jiwa ringan meliputi semua gangguan mental emosional yang berupa kecemasan, panic, gangguan alam perasaan, dan sebagainya. Untuk skizofrenia masuk dalam keompok gangguan jiwa berat.

Klasifikasi diagnosis keperawatan pada pasien gangguan jiwa dapat ditegakkan berdasarkan criteria NANDA (*North American Nursing Diagnosa Association*) ataupun NIC (*Nursing Intervention Classification*) NOC (*Nursing Outcome Criteria*). Untuk di Indonesia menggunakan hasil penelitian terhadap berbagai masalah keperawatan

yang sering terjadi di rumah sakit jiwa. Pada penelitian tahun 2000, didapatkan tujuh masalah keperawatan utama yang paling sering terjadi di rumah sakit jiwa di Indonesia, yaitu: 1) perilaku kekerasan, 2) halusinasi, 3) menarik diri, 4) waham, 5) bunuh diri, 6) defisit perawatan diri (berpakaian/berhias, kebersihan diri, makan, aktivitas sehari-hari, buang air), dan 7) harga diri rendah.

Hasil penelitian terakhir, yaitu tahun 2005, didapatkan sepuluh diagnosis keperawatan terbanyak yang paling sering ditemukan di rumah sakit jiwa di Indonesia adalah sebagai berikut: 1) perilaku kekerasan, 2) resiko perilaku kekerasan (pada diri sendiri, orang lain, lingkungan, verbal), 3) gangguan persepsi sensori: halusinasi (pendengaran, penglihatan, pengecap, peraba, penciuman), 4) gangguan proses pikir, 5) kerusakan komunikasi verbal, 6) resiko bunuh diri, 7) isolasi sosial, 8) kerusakan interaksi sosial, 9) defisit perawatan diri (mandi, berhias, makan, eliminasi), dan 10) harga diri rendah kronis (Yusuf dkk, 2015).

Penggolongan gangguan jiwa secara umum dibagi menjadi dua, yaitu sebagai berikut: (1). Psikotik : Organik (delirium, epilepsy, demensia), Non-Organik (skizofrenia: simplek, hebefrenik, katatonik, paranoid, latent, residual), waham, gangguan mood, psikosa (mania, depresi, gaduh gelisah, halusinasi), (2). Non-psikotik (neurotik) : gangguan cemas, gangguan psikoseksual, gangguan kepribadian, (paranoid, pasif-agresif, schizoid), alkoholisme, dan menarik diri (Hartono & Kusumawati, 2010).

2.4 Hubungan Community Mental Health Nursing (CMHN) terhadap Tingkat Kemandirian Orang Dengan Gangguan jiwa (ODGJ).

Keperawatan kesehatan jiwa komunitas di Indonesia pertama kali diaplikasikan secara nyata pada tahun 2005 di Nanggroe Aceh Darusalam (NAD)

yang dilakukan berdasarkan kerjasama antara kelompok keilmuan keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK UI), Forum Komunikasi Keperawatan Jiwa Jakarta, Depkes RI dan WHO untuk menangani masalah psikososial atau gangguan jiwa lainnya akibat terjadinya bencana tsunami dan gempa bumi tanggal 26 Desember 2004 dengan membentuk “desa siaga sehat jiwa”. (Yosep & Titin, 2014). *Community Mental Health Nursing* ini merupakan pelayanan keperawatan yang komprehensif, holistik, dan paripurna yang berfokus pada masyarakat yang sehat jiwa, rentan terhadap stress (resiko gangguan jiwa) dan dalam tahap pemulihan serta pencegahan kekambuhan (gangguan jiwa) (Keliat *et al*, 2012).

Gangguan jiwa adalah pola perilaku atau psikologis yang ditunjukkan oleh individu yang menyebabkan distress, disfungsi, dan menurunkan kualitas hidup (Stuart, 2016). Orang dengan gangguan mental atau gangguan jiwa memiliki gejala dan perilaku yang dapat mengganggu kemampuan mereka dalam bekerja, memberikan kebutuhan kasih sayang, mengganggu akses pada perawatan kesehatan fisik, pendidikan, rumah tangga, transportasi, pengambilan keputusan, dan pemanfaatan waktu luang (Addai & Adress, 2015). Pada pasien gangguan jiwa juga kemampuan dasar sering terganggu seperti *Activities Of Daily Living* (ADL) (Maryatun, 2015). Dengan pernyataan tersebut dapat disimpulkan bahwa orang yang mengalami gangguan jiwa dalam melakukan kegiatan dikehidupannya mengalami keterbatasan atau dapat dikatakan memerlukan bantuan (tidak mandiri) dalam melakukan setiap kegiatan atau *Activities Of Daily Living* (ADL) dikehidupannya.

Masalah kesehatan jiwa di masyarakat memerlukan pendekatan dan strategi melibatkan masyarakat diawasi petugas kesehatan (Keliat *et al*, 2011). Pelayanan keperawatan jiwa komunitas komprehensif mencakup 3 tingkat pencegahan yakni pencegahan primer, sekunder dan tersier (Yosep & Titin, 2014). Pada pencegahan

tersier terdapat: 1) program dukungan sosial dengan mengerakkan sumber-sumber dimasyarakat seperti sumber pendidikan, dukungan masyarakat (tetangga, teman dekat, tokoh masyarakat), dan pelayanan terdekat yang terjangkau masyarakat. 2) Program rehabilitasi untuk memberdayakan pasien dan keluarga hingga mandiri berfokus pada kekuatan dan kemampuan pasien dan keluarga dengan cara: meningkatkan kekuatan koping yaitu belajar mengungkapkan dan menyelesaikan masalah dengan cara yang tepat, mengembangkan sistem pendukung dengan memberdayakan keluarga dan masyarakat. Menyediakan pelatihan kemampuan dan potensi yang perlu dikembangkan oleh pasien, keluarga dan masyarakat agar pasien dapat produktif kembali, membantu pasien dan keluarga merencanakan dan mengambil keputusan untuk dirinya. 3) program sosialisasi; membuat tempat pertemuan untuk sosialisasi, mengembangkan keterampilan hidup (aktivitas hidup sehari-hari ADL), mengelola rumah tangga, mengembangkan hobi, program rekreasi seperti nonton bersama, jalan santai, pergi ke tempat rekreasi, kegiatan sosial dan keagamaan (arisan bersama, pengajian, mejelis taklim, kegiatan adat), dan 4) program mencegah stigma (Keliat *et al*, 2012).

Adanya intervensi pelayanan CMHN seperti pecegahan sekunder tersebut otomatis dapat memberikan dampak positif dan dapat meningkatkan kemandirian pada orang gangguan jiwa dikarenakan CMHN sendiri tidak hanya berfokus pada pengobatan farmaka saja, melainkan didalam CMHN memberikan suatu intervensi seperti melatih dan mengajarkan sesuatu hal sesuai kemampuan pasien sehingga dapat meningkatkan kemandirian pasien gangguan jiwa seperti melakukan terapi aktivitas kelompok (TAK), CMHN sendiri juga melibatkan keluarga dan pasien secara langsung, guna menjadikan pasien gangguan jiwa untuk kembali produktif dan mandiri.

Konsep CMHN yang paling penting adalah pemberian asuhan keperawatan kepada klien, keluarga, kelompok, dan masyarakat dalam kondisi sehat mental, beresiko gangguan jiwa dan mengalami gangguan jiwa tanpa melibatkan rumah sakit (Keliat *et al*, 2012). Di tahapan proses keperawatan kesehatan jiwa terdiri dari: pengkajian awal, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, tindakan keperawatan, dan evaluasi asuhan keperawatan (Keliat *et al*, 2012). Pembahasan diatas dapat ditarik kesimpulan bahwasanya dengan adanya suatu layanan kesehatan yang komprehensif, holistik, dan paripurna seperti *Community Mental Health Nursing* (CMHN) dapat memberikan pengaruh yang besar dalam meningkatkan kemandirian pada orang dengan gangguan jiwa.

