

KEPERAWATAN PSIKOLOGI HOLISTIK

ADAPTASI, DUKUNGAN, DAN INTERVENSI UNTUK KESEHATAN MENTAL

Ely Rahmatika Nugrahani • Abdul Ghofur • Mamnuah
Titik Nuryanti • Ira Sri Budiarti



KEPERAWATAN PSIKOLOGI HOLISTIK: ADAPTASI, DUKUNGAN, DAN INTERVENSI UNTUK KESEHATAN MENTAL

Penulis

Ns. Ely Rahmatika Nugrahani, S.Kep., M.Kep.

Dr. Abdul Ghofur, SKp., M.Kes.

Dr. Ns. Mamnuah, M. Kep. Sp. Kep. J.

Titik Nuryanti, S.Kep., Ns., M.Kep.

Ns. Ira Sri Budiarti, M.Kep.



**Nuansa
Fajar
Cemerlang**

KEPERAWATAN PSIKOLOGI HOLISTIK: ADAPTASI, DUKUNGAN, DAN INTERVENSI UNTUK KESEHATAN MENTAL

Penulis: Ns. Ely Rahmatika Nugrahani, S.Kep., M.Kep.
Dr. Abdul Ghofur, SKp., M.Kes.
Dr. Ns. Mamnuah, M. Kep. Sp. Kep. J.
Titik Nuryanti, S.Kep., Ns., M.Kep.
Ns. Ira Sri Budiarti, M.Kep.

Desain Sampul: Ivan Zumarano

Tata Letak: Helmi Syaukani

ISBN: 978-634-7097-42-2

Cetakan Pertama: Januari, 2025

Hak Cipta 2025

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang

Copyright © 2025

by Penerbit Nuansa Fajar Cemerlang Jakarta

All Right Reserved

Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit.

Website : www.nuansafajarcemerlang.com

Instagram : @bimbel.optimal



PENERBIT:
Nuansa Fajar Cemerlang
Grand Slipi Tower, Lantai 5 Unit F
Jakarta Barat, 11480
Anggota IKAPI (624/DKI/2022)

Perpustakaan Nasional RI : Katalog Dalam Terbitan (KDT)

JUDUL DAN	Keperawatan psikologi holistik : adaptasi, dukungan, dan intervensi untuk kesehatan mental /
PENANGGUNG JAWAB	penulis, Ns. Ely Rahmatika Nugrahani, S.Kep., M.Kep., Dr. Abdul Ghofur, S.Kp., M.Kes., Dr. Ns. Mamnuah, M.Kep. Sp.Kep.J., Titik Nuryanti, S.Kep., Ns., M.Kep., Ns. Ira Sri Budiarti, M.Kep.
EDISI	Cetakan pertama, Januari 2025
PUBLIKASI	Jakarta Barat : PT Nuansa Fajar Cemerlang, 2025
DESKRIPSI FISIK	vi, 84 halaman ; 30 cm
IDENTIFIKASI	ISBN 978-634-7097-42-2
SUBJEK	Kesehatan mental
KLASIFIKASI	616.89 [23]
PERPUSNAS ID	https://isbn.perpusnas.go.id/bo-penerbit/penerbit/isbn/data/view-kdt/1073660

PRAKATA

Puji syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas rahmat dan karunia-Nya, sehingga buku dengan judul ***“Keperawatan Psikologi Holistik: Adaptasi, Dukungan, dan Intervensi untuk Kesehatan Mental”*** ini dapat diselesaikan. Buku ini hadir sebagai panduan komprehensif untuk para perawat dan tenaga kesehatan yang ingin mendalami pendekatan holistik dalam mendukung kesehatan mental individu di berbagai rentang usia dan kondisi.

Keperawatan tidak hanya berfokus pada aspek fisik, tetapi juga mencakup perhatian mendalam terhadap kesehatan mental dan kesejahteraan psikososial. Buku ini dirancang untuk membantu para perawat memahami peran penting mereka dalam mendukung individu yang menghadapi tantangan psikologis. Pendekatan holistik yang menyeimbangkan aspek bio-psiko-sosio-spiritual menjadi dasar dalam setiap bab buku ini, selaras dengan kebutuhan masyarakat yang semakin kompleks.

Kami berharap buku ini dapat menjadi referensi penting bagi mahasiswa keperawatan, perawat profesional, serta praktisi kesehatan lainnya. Buku ini juga dilengkapi dengan studi kasus, hasil penelitian, panduan praktis, dan rekomendasi berbasis bukti yang dapat diterapkan langsung dalam praktik keperawatan sehari-hari.

Akhir kata, kami menyampaikan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada semua pihak yang telah membantu dalam proses penyusunan buku ini. Semoga buku ini dapat memberikan manfaat besar bagi pembaca dan menjadi kontribusi untuk dunia keperawatan, khususnya dalam bidang kesehatan mental.

Januari, 2025

Penulis

DAFTAR ISI

PRAKATA.....	iii
DAFTAR ISI.....	iv

BAB 1 Adaptasi Psikologi Individu Berdasarkan Model Adaptasi Roy Pada

Kelompok Berisiko	1
A. Pendahuluan.....	1
B. Kerangka Pemikiran	3
C. Adaptasi Psikologi Masyarakat.....	5
D. Dampak Adaptasi Psikologi Masyarakat.....	6
E. Penutup.....	8
Referensi	9

BAB 2 Peran Perawat dalam Mencegah dan Mengatasi Korban

Perundungan Di Sekolah.....	11
A. Pendahuluan.....	11
B. Korban Perundungan	12
C. Dampak Korban Perundungan	14
D. Pencegahan dan Penanganan Korban Bullying di Sekolah Dasar	16
E. Penanganan Korban Bullying	17
F. Peran Perawat dalam Meningkatkan Kesehatan Mental Siswa Sekolah Dasar	18
G. Asuhan Keperawatan Jiwa dengan Masalah Psikososial anak Korban Perundungan.....	19
H. Asuhan Keperawatan Jiwa dengan Masalah Psikososial: Stigma Korban Perundungan.....	21
Referensi	30

BAB 3 Kepatuhan Minum Obat pada Pasien Skizofrenia.....

A. Pendahuluan.....	39
---------------------	----

B. Tingkat Kepatuhan Minum Obat	39
C. Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Minum Obat.....	40
D. Intervensi untuk Meningkatkan Kepatuhan Minum Obat	44
E. Penutup.....	47
Referensi	48
Glosarium	50

BAB 4 Dukungan Kesehatan Jiwa Psikososial dalam Menurunkan Kecemasan dan Depresi pada Dewasa.....51

A. Pendahuluan.....	51
B. Ansietas	51
C. Depresi.....	53
F. Dukungan Kesehatan Jiwa Psikososial.....	54
G. Dukungan Kesehatan Jiwa Psikososial Terhadap Ansietas.....	58
H. Dukungan Kesehatan Jiwa Psikososial Terhadap Depresi	59
I. Penutup.....	61
Referensi	62

BAB 5 Depresi pada Lansia.....65

A. Pendahuluan.....	65
B. Konsep Usia Lanjut.....	66
C. Ciri-Ciri Lansia	66
D. Klasifikasi Lansia	67
E. Perubahan Yang Terjadi Pada Lansia	68
F. Konsep Depresi	71
G. Faktor Resiko Depresi	72
H. Tingkatan Depresi.....	72
I. Depresi Pada Lansia.....	74
J. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Depresi.....	75
K. Penatalaksanaan Psikoterapi Pada Lansia Depresi	76

L. Penutup.....	78
Referensi	79
PROFIL PENULIS.....	81

BAB 1

Adaptasi Psikologi Individu Berdasarkan Model Adaptasi Roy Pada Kelompok Berisiko

A. Pendahuluan

Indonesia merupakan negara yang menempati urutan kedua dari 198 negara dengan 55 wilayah memiliki garis pantai terpanjang, dengan demikian Indonesia disebut dengan Negara Maritim (*The World Factbook*, 2016). Indonesia memiliki pulau sebanyak 17.504 sehingga ditetapkan menjadi negara dengan pulau terbanyak ke enam di dunia (Nurhadi, 2021). Data tersebut menunjukkan bahwa Indonesia memiliki sumber daya alam melimpah dibuktikan oleh banyaknya pulau, sehingga tentu saja kegiatan terbesar penduduk Indonesia tidak lepas dari bidang perairan dan perikanan. Data menyebutkan bahwa 60% atau 140 juta penduduk Indonesia bertempat tinggal dan beraktivitas disekitar pantai yakni sekitar 50 meter dari pesisir pantai (Sodikin, 2016). Banyaknya aktivitas dan kehidupan dipesisir pantai menjadikan masyarakat Indonesia lebih rentan mengalami bencana. Lingkungan pesisir sangat rentan terhadap terjadinya bencana alam, terutama apabila lingkungan pesisir telah mengalami kerusakan yang berdampak pada berkurangnya daya dukung lingkungan (Dinas Kelautan dan Perikanan, 2022).

Indonesia sebagai negara maritim dengan dukungan modernisasi dunia perikanan dan perairan yang berlangsung cukup lama, belum menunjukkan adanya peningkatan keamanan penduduk yang tinggal disekitarnya. Ancaman seperti penurunan kesehatan, peningkatan kemiskinan, kerusakan sumber daya pesisir, dan perubahan iklim menyebabkan individu rentan mengalami kesakitan baik secara fisik maupun psikologis (Widuri, 2012). Masalah kesehatan yang sering terjadi adalah penyakit menular (diare, batuk pilek, dan gatal-gatal), penyakit tidak menular (hipertensi, jantung koroner, stroke, diabetes mellitus, dan stroke), serta penyakit psikologis (ansietas dan post trauma stress disorder) (Latif, 2017).

Kondisi alam yang buruk dan berubah-ubah disertai dengan badai petir, hujan lebat, angin kencang dan ombak besar, membuat masyarakat di pesisir pantai merasa terancam secara keselamatan. Kondisi tersebut juga mempengaruhi nelayan kesulitan untuk bekerja, mengingat mayoritas pekerjaan masyarakat pesisir pantai adalah sebagai nelayan. Kondisi ini membuat masyarakat pesisir pantai menjadi

khawatir akan penurunan pendapatan akibat tidak bisa mencari ikan. Kondisi tersebut menyebabkan masyarakat mengalami kesulitan untuk beradaptasi terhadap kondisi perubahan yang tidak menentu. Studi mengatakan bahwa individu yang mengalami stress termasuk masyarakat pesisir pantai akan menunjukkan beberapa respon psikologis seperti perubahan kognisi, emosi, dan perilaku sosial (Andriani and Nuraini, 2021). Kognisi yang terganggu khususnya pada pekerja nelayan akan mengakibatkan kelumpuhan memori. Kondisi ini apabila terjadi secara terus menerus akan mengakibatkan kondisi stres yang lebih berat. Hasil penelitian menyebutkan bahwa masyarakat pesisir khususnya yang memiliki anggota keluarga bekerja sebagai nelayan, memiliki stress sedang (89,19%) akibat lapangan pekerjaan yang dianggap membahayakan dan kondisi lingkungan yang tidak menentu (Cahyani et al., 2022).

Kemampuan adaptasi dibutuhkan oleh masyarakat sekitar pesisir pantai karena perubahan iklim yang tidak menentu. Model adaptasi Roy memandang manusia merupakan makhluk biopsikososial sebagai satu kesatuan utuh, dan dalam memenuhi kebutuhannya manusia selalu dihadapkan dalam berbagai persoalan yang kompleks sehingga membutuhkan suatu adaptasi atau penyesuaian diri. Model adaptasi Roy menjelaskan bahwa setiap manusia akan berperilaku sesuatu dengan kebutuhannya sehingga manusia tersebut berespon melalui upaya atau perilaku tertentu. Roy menjelaskan bahwa respon manusia terhadap stressor ada yang adaptif maupun maladaptif.

Ermawan (2014); Wibowo and Satria (2015) menjelaskan bahwa faktor yang mempengaruhi adaptasi masyarakat pesisir pantai adalah karakteristik penduduk yang terdiri dari umur, tingkat pendidikan, jumlah pendapatan, teknologi, lama bekerja, pengalaman melaut atau tinggal di pesisir pantai, dan hubungan sosial. Faktor adaptasi masyarakat pesisir pantai dikelompokkan dalam dua yaitu karakteristik dan persepsi masyarakat. Karakteristik masyarakat merupakan latar belakang yang dimiliki oleh masyarakat tersebut. Karakteristik berpengaruh pada pemilihan strategi adaptasi karena berkaitan dengan ketersediaan sumberdaya yang dimiliki (Putra, 2014). Persepsi masyarakat berkaitan dengan risiko yang ditimbulkan dan berpengaruh dalam pemilihan strategi adaptasi (Escudero & Mendoza, 2021).

Acheson (1981) menyatakan bahwa permasalahan yang dialami oleh masyarakat sekitar pesisir pantai tidak hanya terkait dengan lingkungan, seperti ketidakpastian gelombang besar, hujan badai disertai angin kencang dan berbagai masalah biotik lainnya, namun permasalahan yang sering dihadapi menyangkut masalah sosial, yakni tentang persaingan antar nelayan baik secara individu maupun kelompok, perebutan wilayah operasi penangkapan ikan, dan kesejahteraan akibat ketidakpastian ekonomi. Kegagalan adaptasi pada masyarakat pesisir pantai akan

mempengaruhi pemenuhan kebutuhan dasar manusia menurut Abraham Maslow yaitu kebutuhan aman dan nyaman. Keamanan berkaitan dengan keadaan bebas dari cedera fisik dan psikologis, sedangkan kenyamanan berkaitan dengan kondisi dimana individu mengalami sensasi yang tidak menyenangkan akibat suatu rangsangan (Asmadi, 2008). Adaptasi berhubungan dengan kebutuhan aman dan nyaman karena dipengaruhi oleh kondisi psikologis individu sehingga mampu menyesuaikan diri pada kondisi sulit sekalipun. Ketidakmampuan dalam pemenuhan kebutuhan aman dan nyaman akan menyebabkan individu tidak mampu melanjutkan pemenuhan kebutuhan selanjutnya yaitu kebutuhan penghargaan dan aktualisasi diri. Penjelasan diatas melatarbelakangi penulis untuk melakukan studi lebih lanjut tentang analisis adaptasi psikologis masyarakat pesisir pantai payangan melalui pendekatan model adaptasi roy di Kabupaten Jember.

Tujuan eksplorasi adalah mengidentifikasi faktor determinan adaptasi psikologis masyarakat pesisir pantai payangan, dan analisa adaptasi psikologis melalui pendekatan model adaptasi roy.

- Peningkatan pengetahuan tentang masyarakat pesisir pantai: peningkatan pengetahuan masyarakat tentang kemampuan adaptasi psikologis masyarakat di pesisir pantai.
- Pengembangan Program Intervensi: gambaran kemampuan adaptasi psikologis dapat digunakan sebagai dasar untuk mengembangkan program intervensi yang sesuai dengan intervensi seutuhnya.

B. Kerangka Pemikiran

Penelitian membentuk dasar teoritis dan konseptual yang akan digunakan untuk menjawab pertanyaan penelitian dengan bantuan kerangka pemikiran penelitian. Kerangka pemikiran ini membantu peneliti memahami fenomena dan mengorganisir dan menginterpretasikan data. Berikut ini adalah beberapa bagian dari kerangka pemikiran penelitian:

1. Generalisasi kondisi psikologis masyarakat pesisir pantai. Studi mengatakan tidak banyak peneliti yang berfokus pada kondisi psikologis terutama psikologi adaptasi masyarakat pesisir pantai akibat iklim yang tidak menentu. Hasil penelitian mengatakan bahwa sebenarnya masyarakat mengetahui perubahan iklim yang terjadi namun tidak mengetahui apa yang harus dilakukan. Masyarakat perlu diberikan penguatan mental karena kondisi psikologisnya terancam akibat perubahan iklim (Berlianti et al., 2024).
2. Kondisi iklim yang cenderung fluktuatif. Kondisi iklim di Indonesia akhir-akhir ini tidak mampu diprediksi dengan baik, diakibatkan adanya perubahan pola hidup masyarakat, perubahan angin muson, perbedaan geografis dan perubahan iklim secara global. Kondisi tersebut dapat meningkatkan risiko kesakitan apabila

masyarakat dipesisir pantai memiliki kewaspadaan dan kesiapsiagaan secara fisik dan mental yang rendah.

3. Metode adaptasi roy. Penelitian ini menggunakan kerangka konseptual Adaptasi Roy. Model ini menekankan pentingnya memahami respon individu terhadap stresor, baik secara fisik, emosional, maupun sosial. Perawat berfungsi sebagai penghubung untuk membantu individu mengidentifikasi dan mengatasi stresor, serta memfasilitasi proses adaptasi yang sehat. Model Adaptasi Roy digunakan untuk merancang intervensi keperawatan yang mendukung individu dalam menghadapi tantangan dan meningkatkan kesejahteraan mereka.

Penelitian ini memiliki urgensi dalam bidang keperawatan jiwa, keperawatan dasar, dan keperawatan gawatdarurat. Hasil studi pendahuluan didapatkan bahwa masyarakat pesisir pantai payangan memiliki tingkat stress sedang (89,19%) akibat lapangan pekerjaan yang dianggap membahayakan dan kondisi lingkungan yang tidak menentu (Izzah Regita Cahyani et al., 2022). Penelitian ini akan memberikan kebermanfaatan dalam hal mempersiapkan masyarakat sekitar pesisir pantai untuk mampu beradaptasi pada perubahan cuaca yang ekstrim terutama pada masyarakat yang memiliki keluarga dengan bermatapencarian sebagai nelayan. Penelitian ini juga membantu mengidentifikasi dan menganalisis masyarakat pesisir pantai payangan terkait dengan kemampuan adaptasi selama tinggal di daerah pesisir pantai. Dengan demikian masyarakat memiliki ketahanan secara psikologis sehingga mampu beradaptasi pada perubahan kondisi ekstrim.

Hasil penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Izzah Regita Cahyani *et al.* (2022) mengatajan bahwa masyarakat pesisir pantai payangan memiliki tingkat stress sedang (89,19%) akibat lapangan pekerjaan yang dianggap membahayakan dan kondisi lingkungan yang tidak menentu, dan sisanya sebesar 10,81% memiliki tingkat stress ringan. Walaupun masyarakat sudah lama tinggal di pesisir pantai bahkan ada masyarakat yang sejak lahir sudah berada disana, pada kenyataannya masyarakat masih memiliki tingkat stress sedang. Kondisi ini akan mempengaruhi respon psikologis terhadap stres yang dihadapi, sehingga menimbulkan beberapa gangguan seperti perubahan kognisi, emosi, dan perilaku sosial. Kognisi yang terganggu khususnya pada pekerja nelayan akan mengakibatkan kelumpuhan memori, hal ini terjadi karena tekanan yang dialami nelayan akibat tekanan terus menerus yang mengakibatkan kondisi stres yang lebih berat. Umur, tingkat pendidikan, jumlah pendapatan, teknologi, lama bekerja, pengalaman melaut, dan hubungan social, merupakan faktor yang mempengaruhi adaptasi pada masyarakat pesisir pantai yang mayoritas bekerja sebagai nelayan (Ermawan, 2014); (Wibowo and Satria, 2015).

C. Adaptasi Psikologi Masyarakat

Adaptasi psikologi pada penelitian ini merupakan suatu kemampuan individu untuk menyesuaikan diri dengan lingkungan terutama yang berkaitan dengan kondisi psikologis pada masyarakat yang tinggal dipesisir pantai payangan. Adaptasi psikologis bertujuan untuk menumbuhkan mekanisme pertahanan dengan harapan dapat melindungi diri atau bertahan pada kondisi yang tidak baik akibat stressor yang dihadapi. Adaptasi psikologi menuntut individu untuk mampu mengatasi tuntutan lingkungan yang beragam terutama respon mental dan tingkah laku supaya dapat mengatasi konflik dan tercapai keharmonisan diantara keduanya (Devi, Y. R., & Fourianalistyawati, 2018); (Rahma & Nurchayati, 2021). Ketidakmampuan beradaptasi dengan lingkungan akan membuat individu menjadi stress dan memiliki koping maladaptive.

Hasil akhir yang diharapkan pada penelitian ini adalah mengetahui seberapa besar adaptasi psikologi masyarakat yang tinggal di pesisir pantai payangan. Hasil penelitian didapatkan mayoritas masyarakat pesisir pantai payangan memiliki koping maladaptif. Koping ini menunjukkan bahwa masyarakat tidak mampu melakukan adaptasi psikologi dengan baik. Hasil penelitian tersebut sejalan dengan hasil penelitian Alberth et al., (2022) yang menunjukkan bahwa masyarakat pesisir pantai Ohoi Uat dan Ohoi Weduarfer memiliki kemampuan adaptasi buruk, yang disebabkan oleh naiknya air laut yang cukup sering, terjadinya erosi pantai dan intrusi air laut, dampak infrastruktur di wilayah pesisir, kenaikan suhu permukaan laut, dan perubahan pola cuaca yang tidak menentu. Faktor tersebut sejalan dengan penyebab masyarakat pesisir pantai payangan yang tidak mampu melakukan adaptasi psikologi dengan baik, yaitu cuaca yang tidak menentu, penghasilan rendah, dan kondisi alam yang tidak kondusif.

Proses adaptasi psikologi pada manusia dimulai dari adanya stressor dalam tubuh. Kemampuan individu dalam beradaptasi akan merubah stressor negatif menjadi positif, namun pada kondisi dimana individu tidak mampu beradaptasi dengan baik maka tubuh akan mengalami stress. Kondisi ini digambarkan seperti jam dengan sistem alarm yang tidak berhenti hingga tenaganya habis dengan sendirinya. General Adaptation Syndrome (GAS) menjelaskan bahwa terdapat tiga tahapan individu dalam menghadapi stressor yaitu tahap reaksi waspada, tahap resistensi, dan tahap kelelahan tiba-tiba. Reaksi waspada terjadi untuk mempertahankan diri, yang diawali oleh otak secara otonom berjuang untuk melarikan diri (Nevid, Rathus & Greene, 2003). Reaksi ini jika terjadi dan tidak tertangani maka akan menimbulkan kelelahan secara tiba-tiba, sehingga tidak mampu berespon dengan baik. Hal inilah yang menyebabkan individu tidak mampu memiliki adaptasi psikologi yang baik.

Komponen adaptasi psikologi pada penelitian ini dibangun oleh kondisi stabilitas emosi individu, kemampuan mencari penyelesaian masalah, kemampuan

berfikir secara rasional dan objektif terhadap suatu masalah, kemauan untuk belajar, dan kemampuan membandingkan pengalaman diri sendiri dengan pengalaman orang lain. Hasil penelitian didapatkan bahwa kemampuan berfikir secara rasional dan objektif terhadap suatu masalah pada masyarakat yang tinggal di pesisir pantai payangan adalah baik, sedangkan komponen lainnya bernilai rendah. Hasil penelitian tersebut dapat disimpulkan bahwa masyarakat yang tinggal di pesisir pantai payangan memiliki kemampuan adaptasi psikologi yang rendah sehingga cenderung berperilaku maladaptif. Maladaptif merupakan suatu keadaan dimana individu tidak mampu atau kesulitan dalam menyesuaikan diri dengan kondisi yang baru. Jika ditinjau dari lama tinggal di pesisir pantai yang mayoritas telah tinggal selama 31-40 tahun, sebenarnya masyarakat memiliki pengalaman yang luar biasa. Kondisi ini berubah sejak adanya pandemic Covid-19 yang menyebabkan banyak perubahan terjadi terutama kondisi ekonomi yang tidak stabil. Kondisi ini menyebabkan masyarakat mengalami kekhawatiran khususnya untuk mencukupi kebutuhan sehari-hari. Selain itu adanya perubahan cuaca dan kondisi alam yang akhir-akhir ini tidak menentu menyebabkan masyarakat tidak dapat melaut dengan leluasa, sehingga berdampak pada kondisi ekonomi masyarakat setempat.

D. Dampak Adaptasi Psikologi Masyarakat

Hasil uji regresi logistik didapatkan bahwa terdapat pengaruh positif antara penghasilan setiap bulan dengan kemampuan adaptasi psikologi masyarakat pesisir pantai payangan. Hasil ini juga sejalan dengan hasil penelitian Alberth et al., (2022) yang menyebutkan bahwa penghasilan yang rendah berpengaruh positif terhadap kemampuan adaptasi masyarakat pesisir pantai. Hal ini diakibatkan adanya perasaan khawatir yang dirasakan nelayan beserta keluarganya akibat perubahan cuaca yang tidak dapat diprediksi, sehingga strategi adaptasi yang dilakukan tidak dapat maksimal. Kekhawatiran inilah yang menyebabkan kemampuan adaptasi psikologi masyarakat rendah, sehingga perlu adanya perhatian khusus pada berbagai pihak.

Hasil uji regresi logistic juga didapatkan bahwa jenis kelamin berpengaruh positif terhadap adaptasi psikologi masyarakat pesisir pantai payangan. Jenis kelamin pada penelitian ini mayoritas adalah laki-laki. Jenis kelamin pada umumnya memiliki ciri biologis dan karakter tertentu, dimana ciri biologis tidak dapat berubah namun karakter tidak selamanya menetap. Pada laki-laki ciri biologis yang terlihat adalah memiliki tubuh tinggi besar, memiliki jenggot, dan suara besar, sedangkan karakter pada laki-laki umumnya adalah berfikir secara rasional, kuat, cerdas, pemberani, dan superior (Mufidah, 2013). Moerti (2012) menambahkan bahwa karakter merupakan ciri-ciri yang dapat dipertukarkan, artinya laki-laki juga dapat memiliki karakter seperti perempuan yaitu emosional, lemah, dan sensitif. Adanya karakter yang tidak menetap ini menyebabkan masyarakat pesisir pantai payangan memiliki adaptasi psikologi yang rendah.

Kondisi rendahnya adaptasi psikologi yang dipengaruhi oleh karakter individu ini juga ditunjang oleh hasil penelitian yang menyatakan bahwa komponen stabilitas emosi masyarakat pesisir pantai payangan adalah rendah. Kondisi ini sesuai dengan hasil penelitian Sembayang (2015) yang mengatakan bahwa stabilitas emosi pada laki-laki dan perempuan tidak ada perbedaan secara signifikan, namun demikian laki-laki memiliki stabilitas emosi yang lebih rendah yakni 79% sedangkan pada perempuan 83,3%. Hasil tersebut menunjukkan bahwa walaupun laki-laki terkesan memiliki stabilitas emosi yang lebih baik dari pada perempuan, tetapi pada kenyataannya karakter tersebut tidak selalu menetap. Dengan demikian dapat diambil kesimpulan bahwa masyarakat laki-laki di pesisir pantai payangan memiliki stabilitas emosi yang rendah sehingga berpengaruh terhadap adaptasi psikologi yang dimiliki.

Stabilitas emosi yang rendah pada laki-laki dapat berpengaruh terhadap kemampuannya dalam mencari penyelesaian masalah secara rasional. Hasil uji regresi logistic didapatkan bahwa kemampuan individu untuk mencari penyelesaian masalah secara rasional adalah rendah. Emosi yang tidak stabil dapat mempengaruhi kemampuan otak seseorang untuk berfikir secara rasional terutama dalam mencari penyelesaian masalah. Hasil tersebut sejalan dengan hasil penelitian Giri (2020) yang menyebutkan bahwa emosi menyertai individu untuk berfikir dengan penuh prasangka, sangat personal, dan irasional. Emosi yang tidak stabil tercermin dari verbalisasi yang digunakan dan dapat dipengaruhi oleh lingkungan sekitar. Dengan demikian dapat diambil kesimpulan bahwa kemampuan mencari penyelesaian masalah secara rasional yang rendah dapat dipengaruhi oleh adanya ketidakstabilan emosi, dan berpengaruh terhadap kemampuan adaptasi psikologi masyarakat pesisir pantai payangan.

Hasil uji regresi logistic juga didapatkan bahwa pendidikan berpengaruh positif terhadap adaptasi psikologi masyarakat pesisir pantai payangan. Hasil penelitian didapatkan bahwa mayoritas pendidikan masyarakat adalah lulusan sekolah dasar. Hal ini dapat berpengaruh pada rendahnya kemauan untuk belajar dan kemampuan membandingkan masalah dengan orang lain. Pendidikan merupakan tonggak utama seseorang untuk memperoleh kehidupan yang lebih baik. Seseorang dengan pendidikan tidak memadai akan berpengaruh pada keinginannya untuk menjadi lebih baik yakni salah satunya dengan belajar. Pembelajaran ini dapat berupa belajar secara formal maupun dari pengalaman orang lain. Hasil penelitian mengatakan bahwa terdapat pengaruh positif antara pendidikan dan kemampuan adaptasi seseorang. Pendidikan yang baik akan membantu individu untuk mudah beradaptasi karena merasa mampu dengan bekal dan pengalamannya. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa pendidikan yang tidak memadai pada masyarakat pesisir pantai payangan dapat menyebabkan rendahnya adaptasi psikososial.

E. Penutup

Adaptasi psikologi merupakan kemampuan yang harus dimiliki individu untuk mempertahankan diri dari lingkungan yang sulit. Adaptasi psikologi pada masyarakat pesisir pantai payangan berdasarkan hasil penelitian dipengaruhi oleh beberapa faktor yakni jenis kelamin, pendidikan, dan pendapatan. Jenis kelamin berpengaruh positif terhadap adaptasi psikologi dikarenakan adanya karakter yang tidak menetap pada individu sehingga menyebabkan stabilitas emosi dan kemampuan mencari penyelesaian masalah secara rasional adalah rendah. Pendidikan berpengaruh positif terhadap adaptasi psikologi dikarenakan adanya ketidakmampuan aktivitas otak dalam berfikir sehingga mempengaruhi kemauan belajar dan kemampuan membandingkan masalah yang rendah. Pendapatan juga berpengaruh positif terhadap adaptasi psikologi dikarenakan adanya kekhawatiran masyarakat akibat cuaca yang tidak menentu, penghasilan rendah, dan kondisi alam yang tidak kondusif. Dapat disimpulkan bahwa adaptasi psikologi masyarakat pesisir pantai payangan adalah rendah, sehingga perlu adanya perhatian khusus pada berbagai pihak. Saran bagi peneliti selanjutnya adalah memperkuat analisa tentang faktor pendapatan, dimana faktor ini merupakan faktor yang paling berpengaruh positif terhadap kondisi adaptasi psikologi masyarakat.

Referensi

- Alberth, R., Far, F., & Tuhumury, S. F. (2022). *Strategi Adaptasi Masyarakat Pesisir Terhadap Dampak Perubahan Iklim di Kepulauan Kei Besar Maluku Tenggara The Adaptation Strategy Coastal Community of Climate Change Impact in Kei Large Islands, Southeast Maluku*. 6(1), 53–61.
- Andriani, I. Wi., & Nuraini, I. (2021). Analisis Tingkat Kesejahteraan Buruh Nelayan di Kecamatan Bantur Kabupaten Malang. *Jurnal Ilmu Ekonomi JIE*, 5(2), 202–216. <https://doi.org/10.22219/jie.v5i2.13773>
- Asmadi. (2008). *Konsep Dasar Keperawatan*. EGC.
- Berlianti, D. F., Abid, A. Al, & Ruby, A. C. (2024). *Jurnal Review Pendidikan dan Pengajaran, Volume 7 Nomor 1, 2024 / 1861*. 7, 1861–1864.
- Devi, Y. R., & Fourianalistyawati, E. (2018). Hubungan antara self esteem dengan penyesuaian diri sebagai peran ibu rumah tangga pada ibu berhenti bekerja di Jakarta. *Psibernetika*, 11(1), 9–20. <https://journal.ubm.ac.id/index.php/psibernetika/article/view/1154/1005>
- Dinas Kelautan dan Perikanan. (2022). *Mengenal Mitigasi Bencana Pesisir dan Laut*. <https://mmc.kalteng.go.id/berita/read/36868/mengenal-mitigasi-bencana-pesisir-dan-laut>
- Ermawan, F. (2014). *Hubungan antara persepsi dan bentuk adaptasi nelayan terhadap perubahan iklim*. Departemen Sains dan Pengembangan Masyarakat Institut Pertanian Bogor.
- Escudero, M., & Mendoza, E. (2021). Community perception and adaptation to climate change in coastal areas of mexico. *Water (Switzerland)*, 13(18). <https://doi.org/10.3390/w13182483>
- Giri, P. A. S. P. (2020). KONSELING MODEL RASIONAL EMOTIF DALAM MENANGGULANGI GANGGUAN EMOSIONAL SISWA. *Widyadari*, 21(2), 665–675. <https://doi.org/10.5281/zenodo.4049442>
- Izzah Regita Cahyani, N., Purwandari, R., Rosyidi Muhammad Nur, K., Ardiana, A., & Tri Afandi, A. (2022). An Overview of Stress Levels on Fishermen on The Payangan Coastal Jember. *Nursing and Health Sciences Journal (NHSJ)*, 2(2), 63–68. <https://doi.org/10.53713/nhs.v2i2.93>
- Latif, I. (2017). Analisis Deskriptif Masalah Kesehatan Masyarakat Pesisir Desa Karangsong - Indramayu. *Jurnal Kesehatan Indra Husada*, 4(2), 29–36. <https://doi.org/10.36973/jkih.v4i2.1>
- Moerti, H. S. (2012). *Kekerasan Dalam Rumah Tangga Dalam Perspektif Yuridis-Viktimologis*. Sinar Grafika.
- Mufidah, C. (2013). *Paradigma Gender*. Bally Media Publishing.

- Nurhadi. (2021). 10 Daftar Negara dengan Pulau Terbanyak di Dunia, Swedia Urutan Pertama. *Tempo.Co*. <https://dunia.tempo.co/read/1530671/10-daftar-negara-dengan-pulau-terbanyak-di-dunia-swedia-urutan-pertama>
- Putra, G. A. (2014). *Strategi Adaptasi Nelayan Pelabuhanratu Terhadap Perubahan Iklim*. Skripsi Departemen Sains dan Pengembangan Masyarakat. Institut Pertanian Bogor.
- Rahma, H., & Nurchayati. (2021). Penyesuaian Diri Perempuan Bekerja Meninggalkan Karir Untuk Rumah Tangga. *Penelitian Psikologi*, 8(6).
- Saputra, A., Kusdiana, A., & Rahmatillah, T. (2020). Rufaidah Al-Aslamiyah: Perawat Pertama di Dunia Islam (Abad 6-7 M.). *Historia Madania: Jurnal Ilmu Sejarah*, 4, 1–30. <https://doi.org/10.15575/hm.v4i1.9184>
- Sembayang, D. A. (2015). *Perbedaan Kecerdasan Emosional Ditinjau Dari Jenis Kelamin*.
- Sodikin. (2016). Karakteristik Dan Pemanfaatan Sumberdaya Pesisir Dan Laut Di Kawasan Pantai Kabupaten Indramayu. *Jurnal Geografi Gea*, 11(2), 200–208. <https://doi.org/10.17509/gea.v11i2.1630>
- Statistik, B. P. (2019). *Kecamatan Ambulu Dalam Angka Tahun 2021 i*.
- Wibowo, A., & Satria, A. (2015). Strategi Adaptasi Nelayan di Pulau-Pulau Kecil terhadap Dampak Perubahan Iklim (Kasus: Desa Pulau Panjang, Kecamatan Subi, Kabupaten Natuna, Kepulauan Riau). *Sodality: Jurnal Sosiologi Pedesaan*, 3(2), 107–124.
- Widuri, R. T. (2012). *Masyarakat Pesisir Hadapi Empat Masalah*. <https://bisnis.tempo.co/read/447914/masyarakat-pesisir-hadapi-empat-masalah>

BAB 2

Peran Perawat dalam Mencegah dan Mengatasi Korban Perundungan Di Sekolah

Abdul Ghofur

A. Pendahuluan

Bullying berasal dari bahasa Inggris, yaitu *bull* yang berarti banteng, yang menggambarkan adanya tindakan yang merusak. Sementara itu pengertian perundungan di Norwegia, Denmark dan Finlandia dimaknai sebagai *mobbing* (Zaitun, 2016) atau setara dengan situasi *all-against-one* yang merupakan bentuk dari kekerasan berkelompok yang ditujukan pada individu, dalam konteks apapun, baik oleh keluarga, teman sebaya, sekolah, lingkungan sekitar, masyarakat maupun melalui online (Wikipedia, 2017; Schott, 2014), sedangkan berdasarkan Kamus Besar Bahasa Indonesia, *bullying* dimaknai dari asal kata "rundung" sebagai kata kerja yang memberikan makna mengganggu; mengusik terus-menerus; menyusahkan (KKBI, 2018). Jika ditambahkan awalan "pe" dan akhiran "an" sehingga kata tersebut menjadi perundungan yang berarti suatu perlakuan yang mengganggu, mengusik terus-menerus dan juga menyusahkan. Berdasarkan padanan kata *bullying* dalam bahasa Indonesia berarti perundungan, maka tulisan berimut ini kata *bullying* digantikan dengan sebutan perundungan.

Tiga karakteristik perilaku yang dikategorikan sebagai perundungan: yaitu: (a) perilaku agresif atau tindakan yang secara sengaja menyakiti (*harm doing*) (Olweus, 2007, Olweus & Limber, (2010) (b) yang dilakukan berulang kali dan terus menerus (c) hubungan interpersonal ditandai dengan ketidakseimbangan kekuatan (*power*). Definisi ini memperjelas bahwa intimidasi dapat dianggap sebagai bentuk pelecehan, label pelecehan sebaya (*peer abuse as a label*). Perundungan bertujuan untuk menyakiti, merendahkan serta melecehkan (Olweus, 1997) dan ini berbeda dengan dengan *teasing* (bercanda), *teasing* biasa digunakan anak-anak untuk mengungkapkan keceriaan dan persahabatan. Seiring dengan berjalannya waktu, peneliti lain yaitu Waseem et al., (2016), mendefinisikan perundungan dalam konteks lebih luas yang terkait dengan grup dan era digital. Perundungan merupakan sebagai perilaku agresif yang tidak diinginkan oleh pemuda lain, atau kelompok pemuda, melibatkan ketidakseimbangan kekuatan yang diamati atau dirasakan dan

diulang berkali-kali atau sangat mungkin diulangi (Waseem et al., 2016). Karakteristik perundungan ini membedakan dengan perilaku agresif dan perilaku kenakalan lainnya pada anak.

Perundungan dapat bersifat verbal, fisik, atau relasional. Perundungan verbal dapat mencakup penghinaan, penggodaan, ejekan, dan pemanggilan nama. Perundungan fisik termasuk mendorong, mencubit, meludah, memukul, berkelahi. Perundungan relasional adalah bentuk perundungan yang berbahaya. Perundungan jenis ini ditunjukkan dengan dengan cara yang pasif yang biasanya melibatkan perilaku rekan dan kelompok, contohnya adalah mengacuhkan atau mengeluarkan (dari grup). Perundungan juga bisa terjadi melalui pesan teks, *e-mail* dan media sosial. Bentuk perundungan elektronik ini dikenal sebagai *cyberbullying*. Berbagai bentuk perundungan yang menggambarkan bagaimana korban mengalami perundungan.

Efek perundungan mengakibatkan dampak psikologis bagi yang mengalaminya. Peristiwa ini menjadikan seseorang menjadi korban, pelaku maupun bystander (saksi kejadian). Jika dia menjadi pelaku, maka perilaku perundungan yang menjadi fokus perhatian, sedangkan jika menjadi korban, maka dampaknya menjadi bahan kajian. Sementara itu, jika seseorang menjadi bystander, maka fokus perhatian bagaimana peristiwa itu berdampak pada dirinya, dan bagaimana partisipasinya dalam upaya mencegah perundungan terjadi.

Istilah *Cyber* perundungan ini juga digunakan oleh Chan & Wong, (2015) juga menyebutkan istilah '*traditional school bullying*' yang menunjukkan lawan dari *cyberbullying* dan terjadinya di sekolah. Olthof, et al. (2011) menyatakan bahwa perundungan adalah salah satu jenis agresi dari perilaku yang sangat berbahaya dimana seseorang diserang, dipermalukan, dan/atau dikucilkan oleh individu atau sekelompok individu, tanpa ada kemampuan untuk melakukan pembelaan dari korban, tujuan melakukan *perundungan* ini untuk mendapatkan dominasi dalam kelompok sebaya. Evans, et al, (2014) mendefinisikan perundungan sebagai perilaku sosial dinamis dan kompleks yang melibatkan niat untuk menyakiti, mengulangi, dan ketidakseimbangan kekuatan. Selain itu, perundungan dapat mengambil beberapa bentuk termasuk perundungan fisik, relasional, verbal, dan *cyber*.

B. Korban Perundungan

Anak yang tidak diterima atau ditolak secara aktif oleh teman sebaya berisiko lebih besar untuk mengalami korban perundungan (Zych, Izabela, Ortega-ruiz & Del, 2015). Anak yang menjadi korban perundungan menunjukkan suatu pengalaman yang dirasakan anak yang terjadi dalam proses dinamis dengan teman sebaya (Salmivalli, 2010). Korban perundungan umumnya memiliki keterbatasan secara fisik,

tidak memiliki keterampilan sosial yang memadai, memiliki kepribadian yang tidak menyenangkan, serta kurang populer (Garaigordobil & Machimbarrena, 2019). Korban perundungan merupakan proses dinamis dimana anak berinteraksi dengan teman sebaya. Ciri siswa yang menjadi korban perundungan umumnya memiliki keterbatasan fisik, kepribadian yang tidak menyenangkan serta ketrampilan dalam membina hubungan dengan siswa lain buruk.

Profil korban dari hasil studi longitudinal menunjukkan bahwa anak yang menjadi korban perundungan memiliki masalah internalisasi yang cukup serius seperti adanya mudah khawatir, bingung, dan takut (Lister, et al., 2015) dan pada akhirnya anak menjadi kurang percaya diri (Wang & Goldberg, 2017). Jika anak mengalami penolakan secara sosial di kelas, pada masa perkembangan berikutnya anak akan memiliki risiko yang sama. Berdasarkan hal tersebut, dapat disebutkan bahwa terdapat hubungan antara korban perundungan dan masalah internalisasi atau hal ini bersifat timbal balik dan mungkin menjadi suatu siklus yang tidak terputus dari waktu ke waktu (Juvonen & Graham, 2014). Korban umumnya mengalami kesulitan dalam mengungkapkan perundungan yang dialaminya saat itu karena masalah internalisasi, sehingga berdampak pada masalah kesehatan mental seperti stres, cemas bahkan sampai depresi.

Siswa menjadi korban perundungan umumnya terjadi saat anak berada di sekolah. Oleh karena itu, guru yang memiliki kemampuan dalam mengelola kelas dan memiliki riwayat positif dalam menangani perundungan di kelas membantu menurunkan risiko siswa menjadi korban perundungan. Peran guru sangat efektif dalam mencegah perilaku perundungan siswa yang menjadi tanggung jawabnya (Oldenburg, *et al.*, 2014). Kualitas hubungan antara siswa-guru dan preferensi sosial yang terjadi di kelas dapat membantu mencegah munculnya perilaku perundungan dan menjadi indikator munculnya *peer victims* (Elledge, et al, 2015). Faktor guru dalam menjadi sangat penting dalam kaitannya dengan insiden perundungan di sekolah dasar.

Faktor risiko perundungan

Perundungan berisiko terjadi pada siswa sekolah dasar dengan kondisi sebagai berikut

1. Faktor individual: gender, etnis dan *obesitas* (Borualogo & Gumilang, 2019; Wolke, Copeland, Angold, & Costello, 2013), status sosial ekonomi (Lister, et al. 2015); *orientasi religious*, keterampilan sosial buruk dan superior, prestasi akademik rendah (Chaux et al., 2017; Hymel & Swearer, 2015; Wang & Goldberg 2017). Faktor lainnya adalah orientasi seksual, eksternalisasi perilaku (Eastman et al., 2018), gejala internalisasi seperti karakteristik *narcissism* merupakan etiologis terjadinya *bullying perpetration*. *narsisisme* yang melibatkan rasa berhak, dan kesombongan (Kerig & Stellwagen, 2010).

2. Faktor risiko *peer group* seperti *homophily* (Cook, et al., 2010), norma kelompok (Rosen, et al., 2017; Olthof et al., 2011), *delinquency*, penggunaan alkohol/narkoba persaingan untuk mendapatkan dominasi kelompok (Olthof, et al., 2011), status sosial (Hymel & Swearer, 2015).
3. Faktor risiko sekolah seperti iklim sekolah (Jiménez-Barbero et al., 2016; Lereya, et al., 2015; Wang et al., 2017), sikap guru (Chaux et al., 2017), karakteristik kelas yang memicu munculnya tindakan *perundungan* adalah (1) persahabatan yang negatif, (2) hubungan guru-siswa minim, (3) kekurangan pengendalian diri, dan (4) pemecahan masalah yang buruk di antara siswa; keterlibatan dalam kegiatan akademis di kelas; mewariskan kekerasan pada adik kelasnya; serta situasi di sekolah yang tidak kondusif untuk belajar (Swearer & Susan, 2011).
4. Faktor risiko keluarga: karakteristik orang tua, perselisihan keluarga (Kim, 2018); pola asuh negatif seperti pelecehan, pengabaian dan respon maladaptif terhadap stressor (Lereya et al., 2013); bahkan keluarga dengan pola asuh *permissive* dan otoriter (Rosen, et al., 2017; Gómez-Ortiz, et al., 2016).
5. Faktor risiko sosial: media, intoleransi (Coyne et al., 2011). Penentuan faktor risiko didasarkan adanya laporan dari siswa, guru dan orang tua. Pelaporan yang paling akurat mengenai kecenderungan keterlibatan dalam tindakan perundungan adalah melalui laporan dari siswa, guru dan orang tua (Wolke et al., 2016). Jika siswa menjadi korban atau terdapat kecenderungan masalah kesehatan mentalnya, maka pelaporannya cenderung dilebih-lebihkan. Hal ini juga terjadi dengan orang tua yang menganggap perilaku anak sebagai kenakalan biasa (Green et al., 2013; Beran et al., 2012).

C. Dampak Korban Perundungan

Dampak siswa menjadi korban perundungan mengakibatkan masalah kesehatan mental (Huang et al., 2018) dan psikososial (Eastman et al., 2018). Kondisi ini memicu tubuh menghasilkan hormon kortisol yang berlebihan, menyebabkan anak mengalami stress (Chen, et al., 2017) seperti gangguan sistem kekebalan tubuh, kinerja kognitif, dan regulasi emosi/perilaku (Camodeca & Nava, 2020). Sementara itu, anak usia 10 tahun mengalami peningkatan hormon kortisol secara bermakna (Chen et al., 2016; Ouellet-Morin et al., 2014). Akibat dari peningkatan hormon tersebut, korban umumnya akan melakukan *cognitive distancing*, menyalahkan diri sendiri dan perilaku eksternalisasi (Parris et al., 2019). Kondisi ini menyebabkan anak mengalami kesulitan dalam berhubungan dengan teman sebaya maupun orang dewasa (Lee & Vaillancourt, 2018; Shannon et al., 2010); dan kesulitan dalam menangani stressor secara efektif dan mungkin memicu respon stres maladaptif (Troop-gordon & Rudolph, 2018). Oleh karena itu siswa yang mengalami stres ini enggan untuk melaporkan pada orang dewasa (Lee & Vaillancourt, 2019), selain karena faktor malu dan takut pembalasan serta selalu diawasi oleh guru (Rigby,

2014; Wolke & Lereya, 2015). Selain faktor hormonal yang mencapai puncaknya pada usia ini, korban perundungan mengalami stres yang menyebabkan kesulitan dalam beradaptasi dengan perubahan lingkungan. Akibatnya korban mengalami hambatan dalam mengungkapkan peristiwa yang dialami kepada guru atau orang tua dikarenakan malu dan takut pembalasan dari siswa lainnya.

Stres yang dialami korban mengakibatkan kesulitan dalam berinteraksi dengan guru maupun dengan teman sebaya. Kondisi seperti ini, umumnya korban mengalami masalah psikososial yang tampak dari keluhan simptomatik korban. Masalah psikososial korban ditunjukkan dengan perilaku internalisasi (kecemasan, stres, dan depresi), perhatian dan gejala eksternalisasi (kenakalan dan kekerasan terhadap teman sebaya) (Eastman et al., 2018). Korban umumnya mengalami perilaku eksternalisasi yang tinggi dengan keterampilan empati yang rendah (Elliott et al., 2019). Masalah psikososial menimbulkan kerentanan bagi korban untuk mengalami *perundungan* kembali (Huang et al., 2018).

Sulitnya mendeteksi korban perundungan, diperlukan kecurigaan yang tinggi dalam melakukan assesmen setiap keluhan untuk mendeteksi siswa mengalami perundungan (Waseem et al., 2016). Untuk itu, kemampuan pengkajian perawat dalam menghadapi korban mampu mendeteksi siswa korban perundungan. Perawat sekolah tidak hanya membiasakan kehidupan sehat, tetapi juga meningkatkan dan mempromosikan kesehatan mental seperti dalam penanganan perundungan di sekolah (Kub, & Feldman, 2015). Bentuk penanganan perundungan di sekolah dapat berupa mengidentifikasi pelaku dan-atau korban perundungan melalui penilaian fisik dan psikososial; merencanakan dan melaksanakan intervensi yang efektif seperti advokasi, konseling, psiko-edukasi, skrining aktif dan wawancara motivasi (Mbadugha et al., 2019).

Dampak siswa menjadi korban perundungan mengakibatkan masalah kesehatan mental (Huan et al., 2018) dan psikososial (Eastman et al., 2018; Kozasa et al., 2017). Kondisi ini memicu tubuh menghasilkan hormon kortisol yang berlebihan, menyebabkan anak mengalami stress (Chen et al., 2017) seperti gangguan sistem kekebalan tubuh, kinerja kognitif, dan regulasi emosi/perilaku (Camodeca & Nava, 2020). Sementara itu, anak usia 10 tahun mengalami peningkatan hormon kortisol secara bermakna (Ouellet-Morin et al., 2014). Akibat dari peningkatan hormon tersebut, korban umumnya akan melakukan *cognitive distancing*, menyalahkan diri sendiri dan perilaku eksternalisasi (Parris et al., 2019). Kondisi ini menyebabkan anak mengalami kesulitan dalam berhubungan dengan teman sebaya maupun orang dewasa (Lee & Vaillancourt, 2019); dan kesulitan dalam menangani stressor secara efektif dan mungkin memicu respon stres maladaptif (Troop-gordon & Rudolph, 2018). Oleh karena itu siswa yang mengalami stres ini enggan untuk melaporkan

pada orang dewasa, selain karena faktor malu dan takut pembalasan serta selalu diawasi oleh guru (Rigby, 2014; Wolke & Lereya, 2015). Selain faktor hormonal yang mencapai puncaknya pada usia ini, korban perundungan mengalami stres yang menyebabkan kesulitan dalam beradaptasi dengan perubahan lingkungan.

Berikut adalah kerangka dan analisis untuk naskah monograf yang membahas dampak bullying terhadap korban anak sekolah dasar. Dalam lima tahun terakhir, penelitian menunjukkan bahwa bullying berdampak serius pada kesehatan mental dan sosial anak-anak, yang berakibat pada kecemasan, depresi, bahkan keinginan bunuh diri pada beberapa kasus.

1. Dampak Psikologis:

Anak korban bullying umumnya mengalami stres, depresi, rendah diri, dan ketakutan yang mengganggu kehidupan sehari-hari mereka. Efek psikologis ini membuat mereka enggan berinteraksi dengan teman sebaya dan menarik diri dari lingkungan sosial. Trauma mendalam yang dialami korban dapat menyebabkan gangguan emosi dan bahkan PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder) jika tidak ditangani secara baik.

2. Dampak Sosial:

Korban bullying cenderung merasa tidak aman di lingkungan sosial, terutama di sekolah. Mereka menghindari kegiatan sosial dan cenderung lebih tertutup, yang akhirnya mempengaruhi kemampuan mereka dalam berkomunikasi dan menjalin persahabatan. Hal ini dapat menimbulkan isolasi sosial yang lebih lanjut menurunkan rasa percaya diri anak dan menghambat perkembangan sosial emosional mereka.

3. Dampak pada Prestasi Akademik:

Stres akibat bullying mengganggu konsentrasi belajar korban sehingga berdampak buruk pada prestasi akademik. Anak-anak yang sering dibully juga merasa takut untuk pergi ke sekolah, yang pada akhirnya meningkatkan angka absensi dan menurunkan capaian akademik mereka.

4. Intervensi dan Penanganan:

Pendidikan dan pendekatan dari pihak sekolah, guru, serta orang tua sangat penting dalam menangani kasus bullying. Intervensi berupa konseling atau program dukungan sosial di sekolah dapat membantu korban pulih secara emosional dan kembali berpartisipasi dalam aktivitas sosial di sekolah.

D. Pencegahan dan Penanganan Korban Bullying di Sekolah Dasar

Bullying merupakan masalah yang sangat serius di sekolah dasar dan dapat berdampak negatif pada perkembangan psikologis, sosial, dan akademik siswa. Pencegahan dan penanganan kasus bullying membutuhkan keterlibatan semua pihak, termasuk guru, siswa, orang tua, dan tenaga kesehatan.

Pencegahan Bullying

1. Pendidikan Karakter dan Sosial-Emosional Program pendidikan karakter dan pembelajaran sosial-emosional membantu siswa memahami empati, mengelola emosi, serta meningkatkan keterampilan sosial. Program ini bisa mengurangi perilaku agresif dan meningkatkan rasa menghargai teman (Fauziyah et al., 2022; Kusumardi, 2024)
2. Kebijakan Anti-Bullying di Sekolah Sekolah perlu mengimplementasikan kebijakan anti-bullying yang tegas, termasuk sanksi terhadap pelaku, prosedur pelaporan yang mudah, serta langkah-langkah perlindungan bagi korban. Kebijakan ini dapat menimbulkan efek jera bagi pelaku dan rasa aman bagi siswa (Sulistyowati, 2020; Rahman, 2022).
3. Penguatan Peran Guru dan Staf Sekolah Guru dan staf sekolah harus dilatih dalam mengenali tanda-tanda bullying serta cara meresponsnya secara efektif. Mereka dapat berperan sebagai pengawas di lingkungan sekolah untuk mencegah terjadinya bullying (Arifin & Rohmah, 2022; Pratama & Hidayat, 2021).
4. Penguatan Pendidikan Orang Tua Orang tua juga perlu mendapatkan pendidikan terkait dampak bullying dan cara membantu anak mengatasi serta mencegah situasi tersebut. Pelatihan ini dapat memperkuat kerjasama antara sekolah dan keluarga dalam menciptakan lingkungan yang aman bagi anak (Haryati & Aditya, 2021; Mulyadi et al., 2020).
5. Program Teman Sebaya dan Pendekatan Kelompok Program "peer support" atau dukungan teman sebaya membantu siswa saling mendukung dan menciptakan rasa saling percaya di antara mereka. Program ini efektif dalam mengurangi perilaku agresif karena siswa merasa didukung oleh rekan sebayanya (Putri, 2021; Yulianti & Setiawan, 2019).

E. Penanganan Korban Bullying

1. Pendampingan Psikologis Korban bullying sering kali mengalami trauma psikologis, sehingga penting untuk memberikan pendampingan psikologis. Konselor atau psikolog di sekolah dapat membantu anak untuk mengekspresikan perasaan dan memulihkan harga diri mereka (Andriani et al., 2022; Susanto, 2021).
2. Program Restoratif dan Mediasi Pendekatan ini mengutamakan pemulihan hubungan antara korban dan pelaku, dengan tujuan mencapai rekonsiliasi. Dengan bantuan mediator, pelaku dan korban dapat berkomunikasi secara terbuka untuk saling memahami dampak dari tindakan bullying (Wibowo & Setiadi, 2020; Utami et al., 2021).

3. Edukasi tentang Keterampilan Coping bagi Korban Mengajarkan keterampilan coping atau cara menghadapi tekanan membantu korban bullying untuk lebih tangguh dan siap menghadapi situasi sulit di kemudian hari. Edukasi ini dapat mencakup teknik pernapasan, berpikir positif, dan mencari dukungan (Kurniawati et al., 2019; Astuti, 2021).
4. Dukungan Sosial dari Teman dan Keluarga Dukungan sosial dari teman dan keluarga sangat penting untuk membantu korban pulih dari pengalaman buruk bullying. Dengan adanya dukungan, korban merasa lebih dihargai dan dicintai, sehingga mampu meningkatkan kepercayaan diri mereka (Fahmi & Ananda, 2021; Susilawati, 2020).
5. Intervensi Konseling Kelompok Konseling kelompok membantu korban bullying dalam berbagi pengalaman dengan korban lainnya sehingga mereka merasa tidak sendirian. Terapi ini juga efektif untuk memfasilitasi komunikasi dan membangun rasa solidaritas di antara para korban (Sari & Ningsih, 2022; Yuliana al., 2021).

F. Peran Perawat dalam Meningkatkan Kesehatan Mental Siswa Sekolah Dasar

Perawat sekolah memiliki peran yang signifikan dalam mencegah dan menangani kasus bullying di sekolah dasar. Mereka tidak hanya bertugas memberikan penanganan pertama pada korban, tetapi juga bertindak sebagai fasilitator untuk menciptakan lingkungan sekolah yang aman dan mendukung. Intervensi yang dilakukan oleh perawat sekolah meliputi pemantauan kesehatan mental dan fisik siswa, penyuluhan kesehatan terkait bullying, serta pemberian edukasi tentang dampak bullying kepada seluruh elemen sekolah, termasuk siswa, guru, dan orang tua.

Menurut penelitian terbaru, program berbasis komunitas, seperti konseling kelompok, diskusi kelompok terarah (Focus Group Discussion), dan pendidikan kesehatan tentang empati dan kontrol diri, efektif dalam menurunkan tingkat bullying di lingkungan sekolah. Peran perawat sekolah dalam mengimplementasikan metode ini dapat membantu meningkatkan kesadaran akan pentingnya lingkungan yang bebas dari kekerasan serta mendorong siswa untuk melaporkan perilaku bullying yang mereka alami atau saksikan.

Studi juga menunjukkan bahwa pendekatan preventif, seperti integrasi program anti-bullying dalam kurikulum dan ekstrakurikuler sekolah, terbukti efektif. Perawat sekolah, bekerja sama dengan guru, dapat melakukan intervensi yang mendukung pembentukan lingkungan belajar yang kondusif dan aman. Hal ini penting terutama mengingat tren peningkatan kasus bullying, di mana kasus di tingkat sekolah dasar mencapai 30% dari total kasus di tahun 2023.

G. Asuhan Keperawatan Jiwa dengan Masalah Psikososial anak Korban Perundungan

Masalah Psikososial Anak Korban Perundungan di Sekolah Dasar

Pendahuluan Perundungan di sekolah dasar memiliki dampak yang signifikan terhadap psikososial anak. Korban seringkali mengalami gangguan emosional, sosial, dan perubahan perilaku yang berpotensi berkelanjutan hingga dewasa. Anak-anak yang menjadi korban kerap merasa tidak aman, kehilangan kepercayaan diri, dan kesulitan dalam membangun hubungan yang sehat dengan teman sebaya.

Dampak Emosional Anak korban perundungan sering menunjukkan tanda-tanda depresi, kecemasan, dan rendahnya harga diri. Perasaan takut, malu, dan ketidakberdayaan biasanya muncul akibat tindakan perundungan yang berulang (Fallahnda, 2023; Rahmawati et al., 2022). Dalam beberapa kasus, korban bahkan menunjukkan gejala stres pasca-trauma akibat pengalaman buruk ini (Saputri et al., 2020).

Dampak Sosial Anak yang mengalami perundungan cenderung menarik diri dari lingkungan sosialnya. Mereka merasa tidak diterima dan takut untuk berinteraksi dengan orang lain. Hal ini dapat mengakibatkan isolasi sosial dan trust issue yang membuat anak sulit menjalin hubungan sosial yang saling percaya di masa depan (KlikDokter, 2022; Emilda, 2022).

Perkembangan Psikologis Perundungan dapat menyebabkan gangguan psikologis jangka panjang, termasuk depresi dan kecemasan yang kronis. Bahkan, beberapa korban mengalami pikiran untuk mengakhiri hidup karena tekanan yang dirasakan sangat berat (Adiyono et al., 2022). Studi lain menunjukkan bahwa anak-anak ini juga dapat mengalami kesulitan belajar dan penurunan prestasi akademis akibat hilangnya fokus dan motivasi (Afni et al., 2022).

1. Pengkajian (Assessment)

- a. Data Subyektif: Pasien melaporkan perasaan cemas, rendah diri, isolasi sosial, atau takut menghadapi situasi sosial.
- b. Data Obyektif: Terlihat gelisah, menarik diri dari lingkungan, penurunan komunikasi, ekspresi wajah sedih, dan berkurangnya minat pada aktivitas.

2. Diagnosa Keperawatan (SDKI)

Berdasarkan SDKI, beberapa diagnosa keperawatan yang dapat diterapkan pada pasien dengan masalah psikososial antara lain:

- a. Harga Diri Rendah Situasional: Ditandai dengan ketidakmampuan atau kekurangan dalam menghadapi tantangan atau kritik dari orang lain.
- b. Ansietas: Ditandai dengan kecemasan atau ketidaknyamanan berlebihan, terutama dalam situasi sosial.

- c. Isolasi Sosial: Ditandai dengan keinginan untuk menarik diri dari hubungan sosial.
- d. Gangguan Interaksi Sosial: Ditandai dengan ketidakmampuan atau kesulitan dalam menjalin dan mempertahankan hubungan dengan orang lain.

3. Intervensi Keperawatan (SIKI)

Berikut adalah beberapa intervensi keperawatan berdasarkan SIKI untuk pasien dengan masalah psikososial:

a. Harga Diri Rendah Situasional:

- 1) Tujuan: Meningkatkan harga diri dan kepercayaan diri pasien.
- 2) Intervensi:
 - a) Berikan dukungan emosional dan validasi perasaan pasien.
 - b) Dorong pasien untuk mengidentifikasi kekuatan pribadi dan capaian yang pernah diraih.
 - c) Lakukan teknik penguatan positif untuk meningkatkan harga diri pasien setelah setiap usaha yang dilakukan pasien dalam menghadapi tantangan.

b. Ansietas:

- 1) Tujuan: Mengurangi tingkat kecemasan pasien.
- 2) Intervensi:
 - a) Ajak pasien melakukan teknik relaksasi, seperti pernapasan dalam atau teknik meditasi sederhana.
 - b) Berikan informasi terkait kondisi yang dihadapi untuk mengurangi ketidakpastian.
 - c) Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan dan pikirannya sebagai cara untuk menyalurkan kecemasan.

c. Isolasi Sosial:

- 1) Tujuan: Membantu pasien meningkatkan partisipasi dalam aktivitas sosial.
- 2) Intervensi:
 - a) Fasilitasi pasien untuk bergabung dalam aktivitas kelompok sesuai minat mereka.
 - b) Ajarkan keterampilan komunikasi dasar dan berikan umpan balik positif pada setiap usaha pasien berinteraksi.
 - c) Dorong pasien untuk bertemu dengan teman sebaya atau anggota keluarga yang suportif.

d. Gangguan Interaksi Sosial:

- 1) Tujuan: Meningkatkan kemampuan interaksi sosial pasien.
- 2) Intervensi:

- a) Berikan pendidikan kesehatan tentang keterampilan sosial dan komunikasi.
- b) Lakukan role-play (bermain peran) untuk melatih keterampilan dalam situasi sosial yang sulit.
- c) Anjurkan pasien untuk bertemu dengan kelompok pendukung atau komunitas yang bisa mendukung perkembangan keterampilan sosial.

4. Evaluasi

Evaluasi asuhan keperawatan ini dilakukan secara berkala untuk menilai kemajuan pasien. Kriteria hasil yang diharapkan antara lain:

- a. Pasien menunjukkan peningkatan harga diri dan mengungkapkan perasaan dengan lebih terbuka.
- b. Tingkat kecemasan pasien berkurang, yang ditunjukkan dengan ketenangan selama sesi interaksi.
- c. Pasien mulai berpartisipasi dalam aktivitas sosial dan menunjukkan peningkatan minat dalam hubungan interpersonal.
- d. Pasien berhasil menunjukkan keterampilan komunikasi yang lebih baik dan mulai terlibat dalam lingkungan sosial tanpa rasa takut atau cemas berlebihan.

H. Asuhan Keperawatan Jiwa dengan Masalah Psikososial: Stigma Korban Perundungan

Stigma terhadap korban bullying di kalangan siswa sekolah dasar merupakan fenomena yang sangat kompleks dan berimplikasi luas. Stigma ini tidak hanya memperburuk kondisi psikologis korban, tetapi juga dapat memperpanjang dampak bullying yang mereka alami. Dalam lingkungan sekolah, stigma dapat muncul dari rekan sebaya yang memandang korban sebagai pihak yang "lemah" atau "bermasalah", yang pada akhirnya mengucilkan mereka dari pergaulan sosial.

Faktor Terjadinya Stigma

Stigma ini dipengaruhi oleh banyak faktor, termasuk kurangnya pemahaman siswa lain tentang dampak negatif bullying dan minimnya upaya intervensi efektif dari pihak sekolah (Utami et al., 2019). Selain itu, persepsi bahwa korban adalah individu yang "berbeda" atau "kurang mampu membela diri" sering kali melekat, terutama di lingkungan sekolah dasar yang cenderung homogen (Rahmawati et al., 2022).

Dampak Stigma pada Korban

Stigma yang diterima korban bullying tidak hanya berdampak pada kesehatan mental tetapi juga pada perkembangan sosial dan akademisnya. Anak-anak yang distigmatisasi sering merasa terisolasi, cemas, bahkan depresi, yang akhirnya menghambat kemampuan mereka untuk berinteraksi dengan teman sebaya (Tri et

al., 2023). Mereka juga berisiko mengalami penurunan motivasi belajar dan prestasi akademis yang buruk akibat stres yang terus-menerus (Rahayu, 2019).

Peran Sekolah dalam Mengatasi Stigma

Sekolah memiliki peran penting dalam menekan stigma terhadap korban bullying. Program seperti psikoedukasi dapat meningkatkan empati siswa dan mengurangi persepsi negatif terhadap korban (Saputri et al., 2020). Pendekatan whole-school approach juga terbukti efektif dalam menciptakan lingkungan yang suportif, di mana korban dapat merasa lebih aman dan didukung oleh lingkungan sekitar (Firdaus, 2021).

Penanganan stigma bagi korban bullying di sekolah melibatkan berbagai strategi yang bertujuan untuk mengembalikan kepercayaan diri korban, mengubah persepsi negatif di lingkungan sosial, dan mencegah efek jangka panjang dari pengalaman bullying. Berikut adalah beberapa pendekatan yang bisa diterapkan:

1. Pendampingan Psikologis

Memberikan dukungan psikologis sangat penting bagi korban bullying yang mengalami stigma. Konselor atau psikolog sekolah dapat membantu korban untuk mengekspresikan perasaannya, membangun kembali harga diri, dan mengatasi rasa takut atau trauma. Teknik-teknik seperti konseling individu dan terapi kognitif perilaku (CBT) sering digunakan untuk mengurangi dampak negatif stigma (Andriani et al., 2022).

2. Dukungan Teman Sebaya (Peer Support)

Program dukungan teman sebaya membantu korban merasa diterima dan didukung oleh lingkungan sosial mereka. Interaksi positif dengan teman-teman sebaya dapat mengurangi perasaan kesepian dan rasa tidak berharga yang sering dialami korban bullying. Program ini bisa melibatkan siswa dalam kegiatan berbasis kelompok, seperti permainan kolaboratif atau kelompok diskusi yang aman dan suportif (Putri, 2021; Sari & Ningsih, 2022).

3. Pendidikan Sosial-Emosional

Mengajarkan keterampilan sosial dan emosional di sekolah membantu siswa memahami empati, menghargai perbedaan, dan mengenali dampak bullying pada korban. Pendidikan ini bisa membantu mengurangi stigma dan mengubah pola pikir siswa terhadap korban bullying, yang pada gilirannya dapat mendorong mereka untuk lebih peduli dan menyadari peran mereka dalam mencegah bullying (Fauziyah et al., 2022; Nasution, 2021).

4. Pengembangan Kebijakan Anti-Bullying di Sekolah

Sekolah perlu mengembangkan kebijakan yang tidak hanya berfokus pada hukuman untuk pelaku, tetapi juga pada perlindungan dan dukungan bagi korban. Kebijakan ini harus mencakup prosedur pelaporan yang mudah diakses, ruang aman bagi korban, dan komitmen untuk menghilangkan stigma dengan

cara melibatkan komunitas sekolah dalam menciptakan lingkungan yang lebih inklusif (Rahman, 2022; Sulistyowati, 2020).

5. Pelatihan Keterampilan Mengatasi Stigma (Coping Skills)

Mengajarkan keterampilan coping kepada korban membantu mereka menghadapi stigma secara lebih efektif. Keterampilan seperti berpikir positif, self-talk yang mendukung, dan teknik pernapasan dapat membantu korban mengatasi stres dan mengurangi dampak psikologis negatif dari stigma yang mungkin mereka alami (Astuti, 2021; Kurniawati et al., 2019).

6. Pelibatan Orang Tua dalam Pendampingan Anak

Orang tua berperan penting dalam mendukung korban bullying. Sekolah dapat memberikan pelatihan kepada orang tua tentang bagaimana cara mendampingi anak yang mengalami stigma. Dukungan emosional dari keluarga dapat membantu korban merasa aman dan lebih kuat dalam menghadapi lingkungan sekolah yang kadang tidak bersahabat (Haryati & Aditya, 2021; Mulyadi et al., 2020).

7. Program Restoratif untuk Mengurangi Stigma

Pendekatan restoratif memungkinkan pelaku bullying dan korban untuk berdialog dalam suasana yang aman dengan bantuan mediator. Program ini bertujuan untuk memulihkan hubungan sosial antara pelaku dan korban, serta membangun kembali rasa hormat dan pengertian di antara keduanya. Dengan cara ini, stigma yang melekat pada korban dapat berkurang, dan pelaku diharapkan memahami dampak tindakannya (Utami et al., 2021; Wibowo & Setiadi, 2020).

a. Pengkajian (Assessment)

- 1) Data Subjektif: Pasien mengungkapkan perasaan tidak berharga, malu, takut berinteraksi sosial, atau merasa tidak diterima oleh orang lain karena pengalaman perundungan.
- 2) Data Objektif: Menarik diri dari interaksi sosial, enggan berbicara tentang pengalaman perundungan, tampak cemas atau rendah diri, menundukkan kepala, atau menunjukkan ekspresi murung.

b. Diagnosa Keperawatan (SDKI)

Berdasarkan SDKI, beberapa diagnosa keperawatan jiwa yang relevan pada pasien dengan stigma akibat perundungan antara lain:

- 1) Harga Diri Rendah Kronis: Ditandai dengan perasaan rendah diri yang berkelanjutan dan ketidakpercayaan pada diri sendiri.
- 2) Isolasi Sosial: Ditandai dengan menghindari atau menarik diri dari interaksi sosial.
- 3) Ansietas Situasional: Ditandai dengan kecemasan yang muncul pada situasi sosial tertentu, terutama dalam lingkungan yang mengingatkan pada pengalaman perundungan.

- 4) Risiko Gangguan Identitas Personal: Ditandai dengan adanya konflik atau kebingungan mengenai identitas diri akibat pengalaman trauma.
- c. Intervensi Keperawatan (SIKI)
- Berikut adalah beberapa intervensi keperawatan berdasarkan SIKI untuk pasien yang mengalami stigma akibat perundungan:
- 1) Harga Diri Rendah Kronis:
 - a) *Tujuan*: Meningkatkan harga diri dan persepsi positif terhadap diri sendiri.
 - b) *Intervensi*:
 - Bantu pasien mengenali kekuatan dan prestasi pribadi mereka.
 - Dorong pasien untuk menulis atau menceritakan hal-hal positif tentang diri mereka.
 - Berikan penguatan positif setiap kali pasien menunjukkan perubahan kecil dalam sikap atau perilaku yang mendukung harga diri.
 - 2) Isolasi Sosial:
 - a) *Tujuan*: Meningkatkan interaksi sosial yang positif.
 - b) *Intervensi*:
 - Fasilitasi interaksi pasien dengan kelompok atau teman sebaya yang suportif.
 - Ajak pasien terlibat dalam aktivitas kelompok yang sesuai minat untuk membangun kepercayaan diri.
 - Bimbing pasien dalam keterampilan komunikasi dasar, seperti kontak mata dan menyampaikan pendapat, agar lebih nyaman dalam situasi sosial.
 - 3) Ansietas Situasional:
 - a) *Tujuan*: Mengurangi kecemasan pasien saat berhadapan dengan situasi sosial.
 - b) *Intervensi*:
 - Ajarkan teknik relaksasi seperti pernapasan dalam dan meditasi untuk mengelola kecemasan.
 - Diskusikan strategi penanganan kecemasan, seperti self-talk positif ketika muncul perasaan takut atau cemas.
 - Berikan edukasi mengenai respons normal terhadap kecemasan agar pasien lebih memahami kondisi dirinya.
 - 4) Risiko Gangguan Identitas Personal:
 - a) *Tujuan*: Membantu pasien dalam pengembangan identitas diri yang sehat dan positif.
 - b) *Intervensi*:
 - Diskusikan bersama pasien tentang nilai dan tujuan hidup untuk membantu memperkuat identitas mereka.

- Berikan dukungan pada pasien dalam mengeksplorasi minat dan bakat mereka.
- Anjurkan pasien untuk terlibat dalam kegiatan yang dapat memperkuat konsep diri, seperti kegiatan seni atau olahraga.

d. Evaluasi

Evaluasi dilakukan secara bertahap untuk menilai apakah tujuan asuhan keperawatan telah tercapai:

- 1) Pasien mulai menunjukkan penerimaan terhadap dirinya dan mengidentifikasi hal-hal positif dalam diri.
- 2) Pasien mulai terlibat dalam interaksi sosial dengan sedikit kecemasan.
- 3) Pasien menunjukkan penurunan gejala kecemasan dan merasa lebih nyaman dalam situasi sosial.
- 4) Pasien menunjukkan peningkatan dalam pengembangan identitas diri yang lebih positif dan sehat.

a. Pengkajian (Assessment)

- 1) Data Subjektif: Pasien mengungkapkan perasaan tidak berharga, malu, takut berinteraksi sosial, atau merasa tidak diterima oleh orang lain karena pengalaman perundungan.
- 2) Data Objektif: Menarik diri dari interaksi sosial, enggan berbicara tentang pengalaman perundungan, tampak cemas atau rendah diri, menundukkan kepala, atau menunjukkan ekspresi murung.

b. Diagnosa Keperawatan (SDKI)

Berdasarkan SDKI, beberapa diagnosa keperawatan jiwa yang relevan pada pasien dengan stigma akibat perundungan antara lain:

- 1) Harga Diri Rendah Kronis: Ditandai dengan perasaan rendah diri yang berkelanjutan dan ketidakpercayaan pada diri sendiri.
- 2) Isolasi Sosial: Ditandai dengan menghindari atau menarik diri dari interaksi sosial.
- 3) Ansietas Situasional: Ditandai dengan kecemasan yang muncul pada situasi sosial tertentu, terutama dalam lingkungan yang mengingatkan pada pengalaman perundungan.
- 4) Risiko Gangguan Identitas Personal: Ditandai dengan adanya konflik atau kebingungan mengenai identitas diri akibat pengalaman trauma.

c. Intervensi Keperawatan (SIKI)

Berikut adalah beberapa intervensi keperawatan berdasarkan SIKI untuk pasien yang mengalami stigma akibat perundungan:

- 1) Harga Diri Rendah Kronis:
 - a) *Tujuan*: Meningkatkan harga diri dan persepsi positif terhadap diri sendiri.
 - b) *Intervensi*:

- Bantu pasien mengenali kekuatan dan prestasi pribadi mereka.
- Dorong pasien untuk menulis atau menceritakan hal-hal positif tentang diri mereka.
- Berikan penguatan positif setiap kali pasien menunjukkan perubahan kecil dalam sikap atau perilaku yang mendukung harga diri.

2) Isolasi Sosial:

a) *Tujuan*: Meningkatkan interaksi sosial yang positif.

b) *Intervensi*:

- Fasilitasi interaksi pasien dengan kelompok atau teman sebaya yang suportif.
- Ajak pasien terlibat dalam aktivitas kelompok yang sesuai minat untuk membangun kepercayaan diri.
- Bimbing pasien dalam keterampilan komunikasi dasar, seperti kontak mata dan menyampaikan pendapat, agar lebih nyaman dalam situasi sosial.

3) Ansietas Situasional:

a) *Tujuan*: Mengurangi kecemasan pasien saat berhadapan dengan situasi sosial.

b) *Intervensi*:

- Ajarkan teknik relaksasi seperti pernapasan dalam dan meditasi untuk mengelola kecemasan.
- Diskusikan strategi penanganan kecemasan, seperti self-talk positif ketika muncul perasaan takut atau cemas.
- Berikan edukasi mengenai respons normal terhadap kecemasan agar pasien lebih memahami kondisi dirinya.

4) Risiko Gangguan Identitas Personal:

a) *Tujuan*: Membantu pasien dalam pengembangan identitas diri yang sehat dan positif.

b) *Intervensi*:

- Diskusikan bersama pasien tentang nilai dan tujuan hidup untuk membantu memperkuat identitas mereka.
- Berikan dukungan pada pasien dalam mengeksplorasi minat dan bakat mereka.
- Anjurkan pasien untuk terlibat dalam kegiatan yang dapat memperkuat konsep diri, seperti kegiatan seni atau olahraga.

d. Evaluasi

Evaluasi dilakukan secara bertahap untuk menilai apakah tujuan asuhan keperawatan telah tercapai:

1) Pasien mulai menunjukkan penerimaan terhadap dirinya dan mengidentifikasi hal-hal positif dalam diri.

- 2) Pasien mulai terlibat dalam interaksi sosial dengan sedikit kecemasan.
- 3) Pasien menunjukkan penurunan gejala kecemasan dan merasa lebih nyaman dalam situasi sosial.
- 4) Pasien menunjukkan peningkatan dalam pengembangan identitas diri yang lebih positif dan sehat.

Berikut adalah contoh Asuhan Keperawatan Jiwa untuk pasien yang mengalami stigma berdasarkan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) terbaru.

a. Pengkajian (Assessment)

- 1) Data Subjektif: Pasien menyatakan perasaan malu, rendah diri, takut berinteraksi dengan orang lain, atau merasa dirinya berbeda dan tidak diterima oleh lingkungan sekitar.
- 2) Data Objektif: Pasien menunjukkan perilaku menarik diri, ekspresi wajah murung, suara lemah, atau menghindari kontak mata saat berbicara.

b. Diagnosa Keperawatan (SDKI)

Berdasarkan SDKI, beberapa diagnosa keperawatan jiwa yang dapat diberikan pada pasien dengan masalah stigma antara lain:

- 1) Harga Diri Rendah Kronis: Ditandai dengan perasaan rendah diri atau ketidakberhargaan yang berkepanjangan dan kecenderungan menghindari interaksi sosial.
- 2) Isolasi Sosial: Ditandai dengan keengganan berpartisipasi dalam aktivitas sosial dan keinginan untuk menjauh dari orang lain.
- 3) Ansietas: Ditandai dengan kecemasan dan ketegangan berlebihan, terutama dalam situasi yang melibatkan pertemuan sosial.
- 4) Gangguan Identitas Personal: Ditandai dengan kebingungan terkait konsep diri yang stabil akibat pengalaman trauma atau stigma yang diterima.

c. Intervensi Keperawatan (SIKI)

Berikut adalah beberapa intervensi keperawatan berdasarkan SIKI untuk pasien dengan masalah stigma:

1) Harga Diri Rendah Kronis:

- a) *Tujuan*: Pasien menunjukkan peningkatan harga diri dan penerimaan terhadap diri sendiri.

b) *Intervensi*:

- Berikan dukungan emosional dan berikan kesempatan pada pasien untuk mengungkapkan perasaannya terkait stigma yang dialami.
- Ajarkan teknik penguatan diri, seperti menulis hal positif tentang dirinya atau mengingat pencapaian yang telah diraih.
- Berikan pujian pada setiap kemajuan kecil yang dicapai pasien untuk meningkatkan perasaan berharga.

2) Isolasi Sosial:

- a) *Tujuan*: Pasien mampu berpartisipasi dalam aktivitas sosial dan berinteraksi dengan orang lain tanpa rasa takut atau malu.
- b) *Intervensi*:
 - Dorong pasien untuk terlibat dalam kegiatan sosial kecil di lingkungan yang aman dan mendukung.
 - Bantu pasien membangun keterampilan komunikasi dasar seperti menjaga kontak mata dan berbicara dengan suara jelas.
 - Diskusikan manfaat interaksi sosial bagi kesejahteraan psikologisnya dan identifikasi orang atau kelompok yang dapat memberikan dukungan.

3) Ansietas:

- a) *Tujuan*: Mengurangi tingkat kecemasan pasien dan meningkatkan rasa aman dalam situasi sosial.
- b) *Intervensi*:
 - Ajarkan teknik relaksasi seperti pernapasan dalam dan visualisasi untuk membantu pasien mengelola kecemasan.
 - Diskusikan pemicu kecemasan yang terkait dengan pengalaman stigma dan ajarkan teknik self-talk positif.
 - Temani pasien pada awalnya saat dia mulai berinteraksi dengan orang lain untuk memberikan rasa dukungan dan keamanan.

4) Gangguan Identitas Personal:

- a) *Tujuan*: Pasien menunjukkan penerimaan terhadap identitas dirinya secara positif.
- b) *Intervensi*:
 - Diskusikan nilai-nilai dan tujuan hidup bersama pasien untuk memperkuat konsep dirinya.
 - Dorong pasien untuk mengidentifikasi aspek positif dari dirinya yang mungkin terlewatkan akibat pengalaman stigma.
 - Fasilitasi kegiatan yang memungkinkan pasien mengekspresikan dirinya, seperti seni atau menulis jurnal pribadi.

d. Evaluasi

Evaluasi dilakukan secara berkala untuk menilai apakah tujuan asuhan keperawatan telah tercapai. Kriteria hasil yang diharapkan antara lain:

- 1) Pasien menunjukkan peningkatan harga diri dan mengungkapkan perasaan dengan lebih terbuka.
- 2) Pasien mulai terlibat dalam interaksi sosial dan menunjukkan minat dalam hubungan interpersonal.
- 3) Pasien mengalami penurunan tingkat kecemasan dalam situasi sosial.

- 4) Pasien memiliki persepsi yang lebih positif terhadap identitas diri dan mampu mengelola pengalaman stigma secara lebih baik.

Referensi

- Adiyono, D., et al. (2022). Efek Jangka Panjang Bullying terhadap Kesehatan Mental. *Jurnal Pendidikan Karakter*.
- Afni, N., Suarni, N.K., & Margunayasa, I.G. (2022). Pengaruh Bullying terhadap Prestasi Akademik Anak SD. *Indonesian Journal of Education and Learning*.
- Andriani, T., et al. (2022). Pengaruh Konseling terhadap Pemulihan Korban Bullying di Sekolah. *Jurnal Pendidikan dan Psikologi*.
- Arifin, Z., & Rohmah, R. (2022). Peran Guru dalam Mencegah Bullying di Sekolah Dasar. *Jurnal Pendidikan Anak*.
- Astuti, R. (2021). Strategi Coping pada Anak Korban Bullying di Sekolah Dasar. *Jurnal Ilmu Pendidikan*.
- Beran, T., Stanton, L., Hetherington, R., Mishna, F., & Shariff, S. (2012). Development of the bullying and health experiences scale. *Journal of Medical Internet Research*, 14(6), 1–9. <https://doi.org/10.2196/ijmr.1835>
- Borualogo, I. S., & Gumilang, E. (2019). Kasus Perundungan Anak di Jawa Barat: Temuan Awal Children's Worlds Survey di Indonesia. *Psymphatic: Jurnal Ilmiah Psikologi*, 6(1), 15-30
- Camodeca, M., & Nava, E. (2020). The long-term effects of perundungan, victimization, and bystander behavior on emotion regulation and its physiological correlates. *Journal of interpersonal violence*, 0886260520934438
- Chan, H. C., & Wong, D. S. W. (2015). Traditional school bullying and cyberbullying in Chinese societies: Prevalence and a review of the whole-school intervention approach. *Aggression and Violent Behavior*, 23, 98-108. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.avb.2015.05.010>
- Chen, L., Ho, S. S., & Lwin, M. O. (2016). A meta-analysis of factors predicting cyber bullying perpetration and victimization: From the social cognitive and media effects approach. *New Media & Society*, 18, 2–20. <http://dx.doi.org/10.1177/1461444816634037>
- Chen, G., Kong, Y., Deater-Deckard, K., & Zhang, W. (2018). Bullying victimization heightens cortisol response to psychosocial stress in chinese children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1–9. <https://doi.org/10.1007/s10802-017-0366-6>.
- Chaux, E., Barrera, M., Molano, A., Velásquez, A. M., Castellanos, M., Chaparro, M. P., & Bustamante, A. (2017). Classrooms in peace within violent contexts: Field evaluation of Aulas en Paz in Colombia. *Prevention science*, 18(7), 828-838.

- Cook, C.R., Williams, K.R., Guerra, N.G., Kim, T.E., & Sadek, S. (2010). Predictors of bullying and victimization in childhood and adolescence: A meta-analytic investigation. *School Psychology Quarterly*, 25, 65-83.
- Coyne, S. M., Nelson, D. A., & Underwood, M. K. (2011). Aggression in childhood. In P. K. Smith & C. H. Hart (Eds.), *The Wiley-Blackwell handbook of childhood social development* (pp. 491–509). West Sussex, UK: Wiley-Blackwell.
- Eastman, M., Foshee, V., Ennett, S., Sotres-Alvarez, D., Reyes, H. L. M., Faris, R., & North, K. (2018). Profiles of internalizing and externalizing symptoms associated with bullying victimization. *Journal of adolescence*, 65, 101-110.
- Eastman, M., Foshee, V., Ennett, S., Sotres-Alvarez, D., Reyes, H. L. M., Faris, R., & North, K. (2018). Profiles of internalizing and externalizing symptoms associated with bullying victimization. *Journal of adolescence*, 65, 101-110.
- Elliott, S. N., Hwang, Y. S., & Wang, J. (2019). Teachers' ratings of social skills and problem behaviors as concurrent predictors of students' bullying behavior. *Journal of applied developmental psychology*, 60, 119-126.
- Elledge, L. C., Elledge, A. R., Newgent, R. A., & Cavell, T. A. (2016). Social risk and peer victimization in elementary school children: The protective role of teacher-student relationships. *Journal of abnormal child psychology*, 44(4), 691-703
- Evans, C. B. R., Fraser, M. W., & Cotter, K. L. (2014). Aggression and violent behavior the effectiveness of school-based bullying prevention programs : A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, 19(5), 532–544. <http://doi.org/10.1016/j.avb.2014.07.004>.
- Emilda, S. (2022). Bentuk dan Dampak Bullying di Pesantren. *Jurnal Pendidikan Karakter*.
- Evgin, D., & Bayat, M. (2020). The Effect of Behavioral System Model-Based Nursing Intervention on Adolescent Bullying. *Journal of Health Education*.
- Fahmi, A., & Ananda, R. (2021). Dukungan Sosial bagi Anak Korban Bullying. *Jurnal Psikologi*.
- Fauziyah, N., et al. (2022). Pendidikan Karakter untuk Pencegahan Bullying di Sekolah Dasar. *Jurnal Pendidikan Karakter*.
- Fallahnda, B. (2023). Dampak Psikososial Anak Korban Perundungan. *Tirto.id*.
- Garaigordobil, M., & Machimbarrena, J. M. (2019). Victimization and perpetration of bullying/cyberbullying: Connections with emotional and behavioral problems and childhood stress. *Psychosocial Intervention*, 28(2), 67-73.
- Gómez-Ortiz, O., Romera, E. M., & Ortega-Ruiz, R. (2016). Parenting styles and bullying. The mediating role of parental psychological aggression and physical punishment. *Child Abuse and Neglect*, 51, 132–143. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.10.025>.

- Green, V. A., Harcourt, S. E., Mattioni, L., & Prior, T. (2013). Bullying in New Zealand schools: A final report. Wellington: Victoria University of Wellington.
- Huang, F. L., Lewis, C., Cohen, D. R., Prewett, S., & Herman, K. (2018). Bullying involvement, teacher–student relationships, and psychosocial outcomes. *School Psychology Quarterly*, 33(2), 223–234. <https://doi.org/10.1037/spq0000249>
- Hymel, S., & Swearer, S. M. (2015). Four decades of research on school bullying: An introduction. *American Psychologist*, 70(4), 293.
- Haryati, R., & Aditya, S. (2021). Pelatihan Parenting sebagai Pencegahan Bullying. *Jurnal Pendidikan dan Pengembangan Anak Usia Dini*.
- Juvonen, J. & Graham, S. (2014). Bullying in Schools : The power of bullies and the plight of victims. *The annual review of psychology*, 65, 159–85. <http://doi.org/10.1146/annurev-psych-010213-115030>.
- Kurniawati, R., et al. (2019). Pendidikan Keterampilan Coping bagi Korban Bullying. *Jurnal Bimbingan dan Konseling*.
- KlikDokter. (2022). Dampak Bullying terhadap Hubungan Sosial Korban. KlikDokter.com.
- Khaatimah, T., & Wibawa, A. (2017). Metode Pengumpulan Data Kualitatif dalam Studi Bullying. *Jurnal Pendidikan Nasional*.
- Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI). 2018, Makna kata"bullying". Kamus versi online/daring (dalam jaringan), <https://kbbi.web.id/rundung>, diakses 6 Juli 2018.
- Kerig, Patricia K, and Kurt K Stellwagen. (2010). "Roles of callous-unemotional traits , narcissism , and machiavellianism in childhood aggression." *Journal Psychopathol Behavior Assess* 32: 343–52.
- Kim, D. (2018). Bullying and student wellbeing in Finnish primary schools: a consideration of gender and family affluence.
- Kub, J., & Feldman, M. A. (2015). Bullying prevention: A call for collaborative efforts between school nurses and school psychologists. *Psychology in the Schools*, 52(7), 658-671.
- Kozasa, S., Oiji, A., Kiyota, A., Sawa, T., & Kim, S. Y. (2017). Relationship between the experience of being a bully/victim and mental health in preadolescence and adolescence: a cross-sectional study. *Annals of general psychiatry*, 16(1), 37.
- Lee, K. S., & Vaillancourt, T. (2019). A four-year prospective study of bullying, anxiety, and disordered eating behavior across early adolescence. *Child Psychiatry & Human Development*, 50(5), 815-825.

- Lister, C. E., Merrill, R. M., Vance, D. L., West, J. H., Hall, P. C., & Crookston, B. T. (2015). Victimization among peruvian adolescents: insights into mental/emotional health from the Young Lives study. *Journal School Health*, 85(7), 433-440
- Mulyadi, E., et al. (2020). Peran Orang Tua dalam Menangani Anak Korban Bullying. *Jurnal Pendidikan*.
- Mbadugha, C. J., Omotola, N. J., & Chukwujama, N. A. (2019). Bullying Behavior among Children and Adolescents: The Psychiatric-Mental Health Perspective. *International Journal of Health Sciences and Research*, 9(9), 224-233.
- Kusumardi, A. (2024). Strategi pembelajaran sosial emosional dalam pencegahan perundungan, bullying pada kurikulum merdeka. *LENTERNAL: Learning and Teaching Journal*, 5(1), 10-26.
- Nurprihatini, D., Lestari, S., & Wulansari, N. M. (2022, October). Description Of Bullying Behavior In Elementary School Ages 5 And 6 Class: Gambaran Perilaku Bullying Pada Anak Usia Sekolah Dasar KelaS 5 DAN 6. In *Prosiding Seminar Nasional STIKES Telogorejo Semarang* (Vol. 1, No. 1, pp. 1-9)..
- Nurfitriyanti, M., Candra, E. N., & Suharyati, H. (2024). Peran Sekolah dalam Mencegah Bullying di Sekolah ditinjau dari Filsafat Etika. *EDUKATIF: JURNAL ILMU PENDIDIKAN*, 6(3), 2041-2048.
- NANDA International. (2020). *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2018–2020*. NANDA International.
- Olweus, D. (1997). Bully / victimproblems in school : *European Journal of Psychology of Education*, XII, 495–510.
- Olweus, D. (2007). A useful evaluation design , and effects of the Olweus Bullying Prevention Program. *Psychology, Crime & Law*, 11 (4), 37–41.
- Oldenburg, B., van Duijn, M., Sentse, M., Huitsing, G., van der Ploeg, R., Salmivalli, C., & Veenstra, R. (2015). Teacher characteristics and peer victimization in elementary schools: A classroom-level perspective. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 43(1)
- Ouellet-Morin, C. C. Y. Wong, A. Danese, C. M. Pariante, A. S. Papadopoulos, J., & Mill1, and L. A. (2014). NIH Public Access. *Psychology Medicine*, 43(9), 1813–1823. <https://doi.org/10.1017/S0033291712002784>
- Pratama, A. P. (2023). Identifikasi Faktor Penyebab Perilaku Bullying Di Sekolah Dan Implikasi Untuk Guru Bimbingan Konseling. *Realita: Jurnal Bimbingan Dan Konseling*, 8(2), 2053-2065.
- PPNI. (2021). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) Edisi Terbaru*. Jakarta: Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

- PPNI. (2017). Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI). Jakarta: Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Prasanti, D., & Fitriani, D. R. (2018). Pembentukan karakter anak usia dini: Keluarga, sekolah, dan komunitas?(Studi kualitatif tentang pembentukan karakter anak usia dini melalui keluarga, sekolah, dan komunitas). *Jurnal Obsesi: Jurnal Pendidikan Anak Usia Dini*, 2(1), 13-19.
- Parris, L., Varjas, K., Meyers, J., Henrich, C., & Brack, J. (2019). Coping with bullying: The moderating effects of self-reliance. *Journal of school violence*, 18(1), 62-76.
- Rahman, A. P., Zuhroh, N., Fahma, A., Rahma, M. F., Tazkia, M. N., Zultianda, R., ... & Nihayah, A. Z. (2024). Penguatan Nilai Etika dan Moral Melalui Sosialisasi Anti Bullying: Studi Kasus SD Negeri 02 Desa Banyuurip. *Jurnal Pelayanan Masyarakat*, 1(3), 25-34..
- Rahmawati, I. (2023). Kesehatan Mental Siswa Korban Bullying (Studi Kasus Pada Siswa di SDN 1 Sambilawang, Kec. Bungkal Ponorogo) (Doctoral dissertation)..
- Rosen,L.H, Scott, S.R., & De Ornellas, K, (2017), An overview of school bullying (pp 1-22). In Rosen, L.H, Scott, S.R., & De Ornellas, K. *Bullying in School Perspectives from School Staff, Students, and Parents*, ISBN 978-1-137-59298-9, Palgrave.
- Rigby. K, (2012). *Bullying interventions in schools : six basic approaches* (pp.1-13). Wiley-Blackwell. 350 Main Street, Malden, MA 02148-5020, USA. ISBN 978-1-118-34588-7.
- Suntoro, F., Arridho, N., & Azzahro, S. N. (2023). Pengaruh Pendampingan Psikologis Menurut Islam Terhadap Pelaku dan Korban Bullying di Lingkungan Sekolah. *Islamic Education*, 1(3), 797-810.
- Schott,R.M, 2014, The social concept of bullying: philosophical reflections on definitions. In Schott, R.M & Søndergaard, D.M., *School bullying: new theories in context* (pp 21-46), Cambridge University Press, New York .terusan salit.
- Salmivalli, C. (2010). Bullying and the peer group: a review. *Aggression and Violent Behavior*, 15, 112–120. Doi:10.1016/j.avb.2009.08.007.
- Shannon, R. A., Bergren, M. D., & Matthews, A. (2010). Frequent visitors: Somatization in school-age children and implications for school nurses. *The Journal of School Nursing*, 26(3), 169-182
- Troop-gordon, W., & Rudolph, K. D. (2018). Responses to Interpersonal Stress: Normative Changes Across Childhood and the Impact of Peer Victimization. *Child Dev*, 88(2), 640–657. <https://doi.org/10.1111/cdev.12617>.
- Utami, W., et al. (2021). Mediasi Restoratif dalam Penyelesaian Kasus Bullying di Sekolah Dasar. *Jurnal Ilmu Sosial*.

- Zaitun, Z. (2016). Islamic Intervention Program Model Reduction of Bullying Behavior At Senior High Schools Pekanbaru. *Jurnal Pendidikan Islam*, 1(3), 423-445.
- Zych Rivara, Izabela, Rosario Ortega-ruiz, and Rosario Del. (2015). "Aggression and violent behavior systematic review of theoretical studies on bullying and cyberbullying : facts , knowledge , prevention , and intervention." *Aggression and Violent Behavior*.
- Wang, C., & Goldberg, T. S. (2017). Using children's literature to decrease moral disengagement and victimization among elementary school students. *Psychology in the Schools*, 54(9), 918-931
- Waseem, M., Paul, A., Schwartz, G., Pauze, D., Eakin, P., Barata, I., . . . Joseph, M. (2016). Role of Pediatric Emergency Physicians in Identifying Bullying. *Journal Emergency Medicine*, 52(2), 246-252.
- Wolke, D., Copeland, W. E., Angold, A., & Costello, E. J. (2013). Impact of bullying in childhood on adult health, wealth, crime, and social outcomes. *Psychol Sci*, 24(10), 1958-1970
- Wolke, D., Lereya, T., & Tippet, N. (2016). Individual and social determinants of bullying and cyberbullying. In T. Völlink, F. Dehue, & C. McGuckin (Eds.), *Current issues in social psychology. Cyberbullying: From theory to intervention* (p. 26–53). Routledge/Taylor & Francis Group.

B

Bullying (Perundungan) adalah Bullying adalah tindakan penindasan atau kekerasan yang dilakukan secara sengaja dan berulang kali untuk menyakiti orang lain. Bullying dapat dilakukan secara fisik, lisan, atau non-verbal, seperti tatapan sinis, menjulurkan lidah, atau ekspresi merendahkan.

Byastander adalah orang yang menyaksikan suatu kejadian, tetapi tidak melakukan apa-apa untuk menghentikannya.

Bullying perpetration adalah tindakan melakukan perundungan

C

Cyberbullying adalah perilaku agresif yang dilakukan secara berulang-ulang terhadap seseorang melalui media elektronik

Cognitive distancing adalah pembatasan kognitif, di mana individu menjauhkan diri dari pikiran dan emosi negatif,

D

Delinquency adalah perilaku menyimpang atau melanggar hukum yang dilakukan oleh remaja.

H

Homophily adalah istilah yang menggambarkan tingkat kesamaan sifat antara individu yang berinteraksi

N

Narsisisme adalah perasaan cinta yang berlebihan terhadap diri sendiri sehingga seseorang menjadi taasub. Orang yang memiliki narsisisme disebut sebagai orang yang bersifat narsistik

P

Peer victims adalah korban perundungan atau pelecehan yang dilakukan oleh teman sebaya

Preferensi sosial adalah berkaitan dengan bagaimana individu memberi peringkat kemungkinan kombinasi keuntungan pribadi dan keuntungan orang lain.

PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder) adalah gangguan mental jangka panjang yang berkembang setelah seseorang mengalami atau menyaksikan peristiwa traumatis

T

Taasub adalah istilah dalam Islam yang berarti fanatik buta atau keyakinan yang terlalu kuat terhadap sesuatu atau seseorang

BAB 3

Kepatuhan Minum Obat pada Pasien Skizofrenia

Mamnuaah

A. Pendahuluan

Skizofrenia adalah salah satu jenis gangguan jiwa berat. Angka gangguan jiwa di dunia hampir mencapai 450 juta. Angka gangguan jiwa di Indonesia adalah 1,8 per mil sedangkan angka gangguan jiwa di Yogyakarta adalah 3,5 per mil, tertinggi nomor dua di Indonesia (Riskesdas, 2018). Survei terbaru data tahun 2023, prevalensi (Permil) Rumah Tangga yang memiliki angka rumah tangga (ART) dengan gangguan jiwa psikosis/skizofrenia di Indonesia adalah 4 per mil sedangkan di Yogyakarta adalah 9,3 per mil (Kemenkes RI, 2023). Angka gangguan jiwa di Yogyakarta melebihi angka di Indonesia.

Obat antipsikotik merupakan pengobatan lini pertama skizofrenia. Namun, ketidakpatuhan sering terjadi meskipun berdampak negatif terhadap perjalanan penyakit. Salah satu penyebab kekambuhan pada pasien gangguan jiwa adalah ketidakpatuhan dalam pengobatan.

B. Tingkat Kepatuhan Minum Obat

Tingkat kepatuhan pasien gangguan jiwa terhadap pengobatan di setiap negara berbeda dan dipengaruhi banyak factor. Beberapa penelitian dapat dilihat sebagai berikut. Tingkat kepatuhan setelah satu tahun didapatkan data bahwa 65,5% patuh minum obat secara rutin, 18,7% patuh sebagian dan 15,8% tidak patuh. Ketidakpatuhan berkorelasi dengan jenis kelamin laki-laki, tinggal sendiri dan memiliki penilaian dan insight yang lebih buruk. Kepatuhan sebagian dikaitkan dengan etnis Melayu dan telah menjalani perawatan. Kepatuhan pengobatan lazim terjadi pada episode pertama psikosis dan dikaitkan dengan berbagai faktor. Studi ini mendukung penggunaan intervensi yang sesuai secara budaya dalam mengatasi hambatan kepatuhan (Tan et al., 2019).

Penelitian yang lain menjelaskan bahwa pemulihan klinis dan fungsional biasanya tercapai setelah perawatan untuk episode pertama psikosis. Sayangnya, kekambuhan berikutnya masih umum terjadi, terjadi dalam waktu satu tahun untuk sekitar 30% individu dan hingga 80% selama 5 tahun. Faktor-faktor yang membuat

kekambuhan lebih mungkin terjadi pada setiap individu masih kurang dipahami. Penelitian ini menyajikan studi kohort naturalistik dari orang muda (usia 15-24 tahun) yang mengakses layanan intervensi dini dalam psikosis di Melbourne, Australia antara 1 Januari 2011 dan 31 Desember 2016. Prediktor demografi dan klinis kekambuhan dikumpulkan dan dianalisis menggunakan analisis regresi Cox. Hasilnya sebanyak 1220 orang muda datang dengan episode pertama psikosis selama periode penelitian; 37,7% (N=460) mengalami setidaknya 1 kekambuhan selama episode perawatan mereka. Lebih dari separuh dari semua kekambuhan mengakibatkan rawat inap di rumah sakit. Ketidakpatuhan terhadap pengobatan, penggunaan zat, dan stresor psikososial umumnya dicatat sebagai presipitasi klinis kekambuhan. Prediktor signifikan kekambuhan (vs tidak ada kekambuhan) adalah diagnosis gangguan spektrum skizofrenia (rasio bahaya yang disesuaikan [aHR=1,62) atau gangguan psikotik afektif (aHR=1,37), penggunaan amfetamin seumur hidup (aHR=1,48), dan penggunaan zat apa pun selama pengobatan (aHR=1,63). Temuan ini menunjukkan bahwa kekambuhan sering terjadi pada orang muda yang telah mengalami episode pertama psikosis. Ini adalah salah satu studi pertama yang melaporkan bahwa penggunaan amfetamin (terutama metamfetamin ilegal) meningkatkan risiko kekambuhan. Layanan klinis, terutama di Australia, perlu mempertimbangkan cara terbaik untuk mengelola komorbiditas ini pada orang muda dengan episode pertama psikosis (Brown et al., 2020).

C. Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Minum Obat

Kepatuhan pengobatan pasien skizofrenia merupakan masalah kesehatan masyarakat yang terus berkembang. Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan minum obat dijelaskan pada beberapa penelitian berikut. Hasil meta-analisis terhadap faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan pengobatan pada pasien skizofrenia. Data base yang ditelusuri adalah *PubMed*, *Embase*, *Cochrane Library*, dan *Web of Science* untuk artikel relevan yang diterbitkan hingga 22 Desember 2022. Gabungan rasio odds (OR) dan interval kepercayaan (CI) 95% digunakan untuk menilai faktor-faktor yang mempengaruhi. Uji Egger, plot corong, metode trim and fill, dan analisis meta-regresi digunakan untuk menilai bias publikasi. Sebanyak 20 artikel dimasukkan dalam analisis. Dua puluh faktor yang mempengaruhi dibagi menjadi tujuh kategori: faktor obat (OR = 1.96, 95% CI: 1.48–2.59), perilaku bermasalah (OR = 1.77, 95% CI: 1.43–2.19), pendapatan dan kualitas hidup (OR = 1.23, 95% CI: 1.08–1.39), karakteristik pribadi (OR = 1.21, 95% CI: 1.14–1.30), faktor penyakit (OR = 1.14, 95% CI: 1.08–1.21), tingkat dukungan (OR = 0.54, 95% CI: 0.42–0.70), dan sikap dan perilaku positif (OR = 0.52, 95% CI: 0.45–0.62). Meta-analisis ini menemukan bahwa faktor obat, faktor penyakit, perilaku bermasalah, rendahnya

pendapatan dan kualitas hidup, serta faktor yang berhubungan dengan karakteristik pribadi tampaknya menjadi faktor risiko kepatuhan pengobatan pada pasien skizofrenia. Dan tingkat dukungan, sikap dan perilaku positif tampaknya menjadi faktor protektif (Guo et al., 2023).

Penelitian yang lain dapat ditunjukkan bahwa analisis deskriptif dan ANOVA menunjukkan tidak terdapat perbedaan signifikan kepatuhan pengobatan jika dinilai berdasarkan karakteristik demografi seperti jenis kelamin, status perkawinan, dan tingkat pendidikan ($p > 0,05$). Analisis korelasi menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara kepatuhan pengobatan dengan gejala mental ($p > 0,05$) namun terdapat hubungan positif dengan efikasi diri, kualitas hidup, dan aktivitas sehari-hari ($p < 0,01$). Analisis regresi linier menunjukkan bahwa efikasi diri, faktor psikososial, gejala/efek samping, dan aktivitas sehari-hari berpengaruh signifikan terhadap kepatuhan minum obat ($F = 30,210$, $p < 0,001$). Temuan ini menunjukkan bahwa efikasi diri, kualitas hidup, dan fungsi sosial pasien skizofrenia merupakan faktor diri yang penting yang mempengaruhi kepatuhan pengobatan di lingkungan institusi Tiongkok (Yu et al., 2021).

Penelitian lainnya adalah untuk mendeskripsikan hubungan antara kepatuhan terhadap pengobatan antipsikotik dan kualitas hidup pada sampel individu yang didiagnosis skizofrenia. Dua ratus lima puluh tiga pasien dilibatkan dari tiga layanan kesehatan mental masyarakat dari Bolivia, Peru, dan Chile. Data dikumpulkan menggunakan *Drug Attitude Inventory (DAI-10)* dan kuesioner versi pendek *Schizophrenia Quality of Life (SQoL-18)*, yang mempertimbangkan 8 dimensi. Hasil: Ditemukan hubungan yang signifikan antara kepatuhan terhadap pengobatan obat antipsikotik dan kualitas hidup (indeks S-QoL-18: $\beta = 0.26$, $p = 0.004$; harga diri: $\beta = 0.37$, $p = 0.000$; dan kehidupan sentimental: $\beta = 0.20$, $p = 0,033$). Asosiasi variabel klinis dan sosio-demografis dengan kualitas hidup diidentifikasi: tingkat keparahan gejala psikotik, kesadaran akan penyakit, jenis kelamin, usia, dan etnis ditemukan berhubungan dengan tingkat kualitas hidup yang lebih rendah (β dari 0,14 –0,56). Penelitian ini memberikan bukti adanya hubungan antara kepatuhan pengobatan dengan kualitas hidup pada pasien yang didiagnosis skizofrenia. Oleh karena itu, seperti halnya di negara-negara maju, peningkatan kepatuhan terhadap pengobatan antipsikotik tampaknya menjadi isu penting yang harus diatasi guna meningkatkan kualitas hidup pasien di negara-negara Amerika Latin (Caqueo-Úrizar et al., 2020).

Kepatuhan terhadap pengobatan antipsikotik sangat penting untuk pengobatan pasien dengan skizofrenia. Insight yang terganggu terhadap penyakit merupakan salah satu pendorong utama ketidakpatuhan pengobatan, yang berkontribusi terhadap hasil klinis yang negatif. Penelitian ini bertujuan untuk

memeriksa hubungan antara insight yang terganggu dan (1) tingkat ketidakpatuhan pengobatan antipsikotik, dan (2) waktu hingga ketidakpatuhan pengobatan menggunakan data dari studi Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE). Wawasan dinilai menggunakan Skala Sindrom Positif dan Negatif (PANSS) item G12 (kurangnya penilaian dan wawasan). Pasien dibagi menjadi 3 kelompok berdasarkan tingkat gangguan insight, yaitu tidak ada gangguan (PANSS G12 = 1), gangguan minimal (PANSS G12 = 2–3), dan gangguan insight sedang hingga berat (PANSS G12 $\geq$ 4). Ketidakpatuhan pengobatan didefinisikan sebagai meminum kurang dari 80% dari jumlah pil bulanan. Analisis survival Kaplan-Meier dan regresi Cox dilakukan untuk memeriksa perbedaan waktu hingga ketidakpatuhan pengobatan antara kelompok wawasan. Ada perbedaan signifikan antara kelompok insight dalam persentase pasien yang tidak patuh pada 6 bulan ($\chi^2(2) = 8,80$, $p=0,012$) dan 18 bulan ($\chi^2(2)=10,04$, $p=0,007$) setelah dimulainya studi. Gangguan insight sedang hingga berat dikaitkan dengan ketidakpatuhan lebih awal dibandingkan dengan gangguan minimal ($\chi^2= 4,70$, $p=0,030$) atau tidak ada gangguan ($\chi^2=11,92$, $p=0,001$). Hubungan tersebut tetap signifikan setelah penyesuaian untuk tingkat keparahan penyakit, penggunaan zat, sikap terhadap pengobatan, kognisi, tingkat permusuhan, dan depresi. Hasil studi ini menunjukkan hubungan yang kuat antara gangguan insight dan ketidakpatuhan pengobatan antipsikotik. Intervensi untuk meningkatkan insight sejak dini selama perawatan dapat membantu meningkatkan kepatuhan pengobatan, dan pada gilirannya, hasil klinis dan fungsional jangka panjang pada pasien dengan skizofrenia (Kim et al., 2020).

Penelitian yang lain mencari faktor apa saja yang mempengaruhi ketidakpatuhan. Masih belum jelas faktor-faktor apa yang berhubungan dengan ketidakpatuhan primer terhadap pengobatan antipsikotik dan apakah agen dan rute pemberian tertentu berbeda dalam cara pasien mematuhi. Penelitian ini melakukan dengan cara mengumpulkan resep elektronik dan pengeluarannya dari basis data resep elektronik Finlandia untuk 29.956 pasien dengan skizofrenia yang diberi resep antipsikotik melalui resep elektronik selama 2015-2016. Penelitian ini mendefinisikan ketidakpatuhan primer sebagai antipsikotik yang diresepkan, yang tidak dikeluarkan dari apotek dalam waktu satu tahun sejak resep. Dengan menggunakan regresi logistik, penelitian ini menganalisis apakah beberapa faktor sosiodemografi dan klinis terkait dengan ketidakpatuhan. Penelitian ini menemukan bahwa 31,7% (N=9506) pasien menunjukkan ketidakpatuhan primer terhadap salah satu antipsikotik yang diresepkan. Penelitian ini menemukan bahwa usia muda (OR=1,77, 95%CI=1,59-1,96), benzodiazepin bersamaan (OR=1,47, 95%CI=1,40-1,55) dan penstabil suasana hati (OR=1,29, 95%CI=1,21-1,36), penyalahgunaan zat

(OR=1,26 95%CI=1,19-1,35), percobaan bunuh diri sebelumnya (OR = 1,21, 95%CI = 1,11-1,31), diabetes (OR=1,15, 95%CI=1,06-1,25), asma/PPOK (OR=1,14, 95%CI=1,04-1,25), dan penyakit kardiovaskular (OR=1,12, 95%CI=1,05-1,19), berhubungan dengan primer ketidakpatuhan terhadap pengobatan antipsikotik. Pasien yang menggunakan clozapine menunjukkan ketidakpatuhan terendah (4,77%, 95%CI = 4,66-4,89), dan pasien yang menggunakan suntikan jangka panjang lebih patuh terhadap pengobatan (7,27%, 95%CI=6,85-7,71) jika dibandingkan dengan agen oral masing-masing (10,26%, 95%CI=10,02-10,49). Hasil ini menunjukkan bahwa pemilihan antara agen farmakologis dan rute pemberian yang berbeda sambil mempertimbangkan pengobatan pasien secara bersamaan (terutama benzodiazepin) dan komorbiditas memainkan peran penting dalam ketidakpatuhan primer terhadap pengobatan antipsikotik (Lieslehto et al., 2022).

Kepatuhan minum obat juga dipengaruhi oleh sikap. Sikap terhadap pengobatan psikiatri merupakan faktor penting yang memengaruhi keberhasilan pengobatan. Perawatan kesehatan mental di kawasan Eropa Tengah dan Timur masih berorientasi biologis, namun sikap orang-orang dengan penyakit mental berat sebagian besar belum diketahui. Penelitian ini untuk menganalisis faktor-faktor sikap terhadap obat-obatan psikofarmakologis di antara orang-orang dengan gangguan spektrum skizofrenia yang menggunakan layanan sosial masyarakat di Republik Ceko. Inventaris Sikap terhadap Obat (DAI) digunakan sebagai instrumen penelitian utama dan data dianalisis menggunakan regresi linier multivariabel. Mayoritas responden (78%) memiliki sikap positif terhadap pengobatan psikofarmakologis. Selain itu, sikap terhadap obat-obatan psikofarmakologis tidak berbeda berkenaan dengan karakteristik sosiodemografi kecuali status keluarga. Ada korelasi negatif yang signifikan dengan tingkat stigmatisasi diri dan korelasi positif yang signifikan dengan durasi pengobatan. Responden yang memiliki pengalaman berulang dengan penghentian pengobatan tanpa konsultasi sebelumnya dengan psikiater memiliki sikap yang jauh lebih buruk terhadap pengobatan daripada responden tanpa pengalaman ini. Studi ini mengungkap bukti adanya hubungan yang kuat antara sikap terhadap pengobatan dan riwayat penghentian pengobatan serta durasi pengobatan. Oleh karena itu, sebaiknya intervensi difokuskan untuk mencegah internalisasi sikap stigmatisasi terhadap penyakit mental harus tersedia bagi pasien gangguan spektrum skizofrenia, terutama pada tahap awal penyakit tanpa memandang usia pasien (Kondráťová et al., 2019).

Salah satu instrumen untuk mengukur kepatuhan adalah *Medication Adherence Rating Scale (MARS)*. MARS merupakan cara cepat dan non-intrusif untuk mengukur kepatuhan terhadap pengobatan guna meningkatkan pengelolaan

pasien skizofrenia. Studi cross-sectional terkini mengevaluasi keandalan MARS versi Mandarin dan mengeksplorasi korelasi klinis dan demografis terhadap kepatuhan pengobatan pada sampel besar pasien yang terkena skizofrenia dengan perjalanan penyakit episodik di Tiongkok. Sebanyak 1.198 pasien direkrut dari 37 rumah sakit berbeda di 17 provinsi/kotamadya di Tiongkok dan dievaluasi dengan *Medication Adherence Rating Scale (MARS)*, *Clinical Global Impression-Severity of Illness (CGI-SI)*, dan *Sheehan Disability Scale-versi Tiongkok (SDS-C)*. MARS menunjukkan konsistensi internal yang baik; alpha Cronbach dari total MARS adalah 0,83. Di antara kelompok pasien yang terkena skizofrenia dengan perjalanan penyakit episodik, 28,5% memenuhi kriteria kepatuhan yang baik terhadap pengobatan antipsikotik; usia, pendapatan tetap, dan tingkat keparahan penyakit memiliki pengaruh yang signifikan terhadap kepatuhan pengobatan. Kepatuhan pengobatan pasien yang terkena skizofrenia di daratan Tiongkok ditemukan relatif rendah, sehingga memerlukan perhatian dan intervensi yang mendesak. Faktor risiko ketidakpatuhan terhadap pengobatan di antara pasien yang terkena skizofrenia dengan perjalanan penyakit episodik meliputi usia lanjut, pendapatan tidak tetap, berada dalam periode akut penyakit, dan tingkat keparahan penyakit (Wang et al., 2020).

Faktor yang mempengaruhi kekambuhan pasien gangguan jiwa adalah peran keluarga, yaitu bagaimana penerimaan, pendampingan, harapan, dan komunikasi dari keluarga. Pendampingan dari keluarga ini berupa mengantar dan menemani pasien ketika menjalani pengobatan atau kontrol ke layanan kesehatan. Keluarga juga membantu mengingatkan pasien untuk minum obat. Kepatuhan minum obat dipengaruhi oleh peran keluarga (Mamnua, 2021).

D. Intervensi untuk Meningkatkan Kepatuhan Minum Obat

Berbagai intervensi telah dilakukan untuk meningkatkan kepatuhan. Beberapa penelitian telah dilakukan untuk meningkatkan kepatuhan pasien gangguan jiwa. Penelitian yang telah dilakukan yaitu bertujuan untuk menyelidiki postingan media sosial tentang antipsikotik untuk lebih memahami lingkungan online. Metode yang digunakan dengan cara mengumpulkan tweet yang berisi penyebutan obat antipsikotik yang diposting antara 1 Januari 2019 hingga 31 Oktober 2020. Konten setiap tweet dan karakteristik pengguna dianalisis serta jumlah retweet dan suka yang dihasilkan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengguna Twitter, terutama yang diidentifikasi sebagai pasien, menunjukkan minat terhadap obat antipsikotik, terutama berfokus pada topik disfungsi seksual dan sedasi. Menariknya, paliperidone, meskipun termasuk salah satu antipsikotik terbaru, hanya mendapat sedikit tweet dan tidak menarik banyak minat. Sebaliknya, rasio retweet dan like lebih tinggi pada tweet yang meminta atau menawarkan bantuan, pada tweet yang

diposting oleh institusi, dan pada tweet yang menyebutkan keluhan kognitif. Selain itu, para profesional kesehatan tidak memiliki pengaruh yang kuat dalam postingan tweet, begitu pula institusi medis. Akhirnya, hal yang remeh-temeh sering terlihat. Penelitian ini menyimpulkan bahwa analisis tweet tentang obat antipsikotik ini memberikan wawasan tentang pengalaman dan opini terkait pengobatan ini. Oleh karena itu, perspektif pengguna Twitter merupakan masukan berharga yang dapat membantu meningkatkan pengetahuan dokter tentang obat antipsikotik dan komunikasi mereka dengan pasien mengenai pengobatan ini (Alvarez-Mon et al., 2021).

Intervensi yang lain untuk meningkatkan kepatuhan minum obat pasien juga dilakukan dengan cara pengambilan keputusan bersama (SDM). *Shared decision-making* (SDM) adalah proses di mana dokter memberikan informasi medis yang jelas dan lengkap kepada pasien tentang perawatan mereka, dan pasien memberikan informasi tentang preferensi mereka. Pasien dan dokter membawa pengetahuan yang berbeda, tetapi sama pentingnya, ke dalam proses pengambilan keputusan. Melalui penerapan SDM, hambatan yang menghalangi penerimaan antipsikotik suntik kerja lama *Long-acting Antipsychotics Injection* (LAI) oleh pasien, dan sering kali juga oleh psikiater, seharusnya dapat diatasi. Studi ini merupakan penilaian kritis terhadap literatur terkini tentang dampak SDM dalam meningkatkan kepatuhan terhadap perawatan farmakologis dan dalam menerapkan penggunaan LAI dalam perawatan pasien dengan skizofrenia. SDM diakui sebagai strategi yang menjanjikan untuk meningkatkan kolaborasi antara dokter dan pasien dalam mencapai pemulihan. Ketika mempertimbangkan perawatan obat, dokter harus mengevaluasi preferensi, harapan, dan perhatian pasien terhadap pengembangan strategi perawatan yang dipersonalisasi. Selain itu, keterlibatan aktif dalam proses pengambilan keputusan dapat mengurangi persepsi pasien tentang pemaksaan penggunaan LAI. Melibatkan pasien dalam pemilihan terapi tidaklah cukup untuk meningkatkan kepatuhan farmakologis jika, pada saat yang sama, tidak ada upaya perbandingan dan komunikasi yang konstan dengan tim psikiatri rujukan. SDM dapat sangat efektif untuk resep LAI, karena pasien dapat memiliki prasangka dan ketakutan yang tidak beralasan terkait dengan formulasi LAI, yang harus diatasi oleh dokter (Fiorillo et al., 2020).

Penelitian lainnya upaya untuk meningkatkan kepatuhan minum obat dengan cara mengevaluasi intervensi panggilan telepon dan pesan teks untuk meningkatkan kepatuhan terhadap pengobatan di antara pasien dengan penyakit mental yang parah. Metode penelitian yang dilakukan melalui uji klinis acak, dan pasien rawat jalan dengan skizofrenia atau gangguan bipolar dimasukkan ke dalam kelompok intervensi atau kelompok kontrol perawatan biasa. Intervensi diberikan oleh perawat

terlatih. Kepatuhan pengobatan diukur dengan Skala Laporan Kepatuhan Pengobatan. Hasil: Sampel penelitian terdiri dari 120 peserta. Analisis regresi logistik menunjukkan bahwa peserta kelompok intervensi secara signifikan lebih mungkin daripada peserta kelompok kontrol untuk menjadi patuh pengobatan pada 6 bulan (rasio peluang = 4,11, $p = 0,007$). Keunggulan intervensi muncul selama bulan ke-4 hingga ke-6. Keinginan sosial, diagnosis, dan pengobatan tidak memengaruhi hasil. Penelitian ini menyimpulkan bahwa *telemedicine* melalui telepon dapat memberikan dukungan ambang batas rendah kepada pasien yang berisiko tinggi mengalami ketidakpatuhan progresif terhadap pengobatan psikotropika mereka setelah 6 bulan (Schulze et al., 2019).

Ketidakpatuhan terhadap pengobatan sangat umum terjadi pada pasien skizofrenia. Banyak metode telah diterapkan untuk meningkatkan kepatuhan pengobatan. Penelitian ini bertujuan untuk menentukan intervensi apa yang telah digunakan dan untuk menilai efektivitas intervensi tersebut dalam meningkatkan kepatuhan pengobatan pada penderita skizofrenia. Dua basis data elektronik (PubMed dan Science Direct) dan pencarian manual digunakan untuk menemukan penelitian RCT yang meneliti intervensi dalam kepatuhan pengobatan untuk skizofrenia, yang diterbitkan antara tahun 2011 dan 2022. Enam belas penelitian disertakan, dan data yang relevan diekstraksi dan dipilih. Enam belas penelitian menggunakan intervensi yang melibatkan keluarga, profesional kesehatan (psikiater, psikolog, perawat, dan apoteker), SMS, dan pengingat elektronik pintar. Kepatuhan pengobatan diukur menggunakan catatan pengisian ulang pengobatan dari catatan keluar rumah sakit atau basis data klaim, perangkat elektronik, konsentrasi plasma darah, dan pelaporan diri peserta. Tiga belas dari 15 penelitian menunjukkan peningkatan kepatuhan yang signifikan dibandingkan dengan perawatan rutin. Tiga penelitian lainnya tidak menghasilkan peningkatan kepatuhan pengobatan. Intervensi dengan berbagai strategi yang diberikan kepada individu dengan skizofrenia menunjukkan potensi untuk mengurangi ketidakpatuhan pengobatan pada orang dengan skizofrenia sehingga dapat digunakan sebagai alternatif untuk mendukung pengobatan pada orang dengan skizofrenia selain pengobatan antipsikotik. Dalam strategi penelitian di masa mendatang, perlu untuk mengidentifikasi masalah utama mengenai ketidakpatuhan pada orang dengan skizofrenia secara individual dan juga mengidentifikasi persepsi pasien tentang pengobatan, penyakit, dan perilaku saat minum obat untuk menentukan intervensi berikutnya yang akan sesuai berdasarkan kebutuhan pasien untuk meningkatkan kepatuhan (Cahaya et al., 2022).

Penelitian lain untuk meningkatkan kepatuhan minum obat pasien gangguan jiwa yaitu dari 512 artikel yang diidentifikasi melalui pencarian basis data,

diidentifikasi 17 artikel yang dikategorikan berdasarkan intensitas intervensi dan dinilai berdasarkan kualitas bukti. Ada 3 intervensi intensitas rendah, 3 sedang, dan 11 tinggi. Jenis teknologi yang paling umum digunakan adalah telepon. Keberhasilan untuk kepatuhan ditunjukkan oleh 9 penelitian. *Telemedicine* dapat meningkatkan kepatuhan pengobatan pada pasien dengan depresi, gangguan bipolar, atau skizofrenia. Penelitian selanjutnya diperlukan untuk lebih memahami bagaimana teknologi dapat disesuaikan dengan berbagai jenis ketidakpatuhan (Basit et al., 2020).

E. Penutup

Kepatuhan minum obat pada pasien gangguan jiwa berbeda di setiap negara. Kepatuhan minum obat tahun pertama ada yang mencapai 65,5%. Kekambuhan di tahun pertama 30% dan di tahun kelima tingkat kekambuhan mencapai 80%.

Banyak factor yang mempengaruhi ketidakpatuhan pasien gangguan jiwa dalam melakukan pengobatan. Ketidakpatuhan berkorelasi dengan jenis kelamin laki-laki, tinggal sendiri dan memiliki penilaian dan insight yang lebih buruk. Ketidakpatuhan juga dipengaruhi oleh perilaku bermasalah, laki-laki, hidup sendiri, pendapatan tidak tetap, kualitas hidup, karakteristik pribadi, factor penyakit, stigmatisasi diri, efikasi diri, aktifitas sehari-hari, gangguan insight, riwayat putus obat sebelumnya, usia lanjut, berada dalam periode akut penyakit, tingkat keparahan penyakit, dan jenis pengobatan. Pasien yang diberikan suntikan jangka panjang lebih patuh daripada yang diberikan secara oral. Faktor protektif dalam kepatuhan pasien minum obat adalah tingkat dukungan, sikap, perilaku positif dan pendampingan dari keluarga dalam pengobatan.

Berbagai intervensi dilakukan untuk meningkatkan kepatuhan pasien dalam menjalani pengobatan. Analisis tweet tentang obat antipsikotik ini memberikan wawasan tentang pengalaman dan opini terkait pengobatan. Shared decision-making (SDM) sangat efektif untuk resep *Long-acting Antipsychotics Injection* (LAI), karena pasien dapat memiliki prasangka dan ketakutan yang tidak beralasan terkait dengan formulasi LAI, yang harus diatasi oleh dokter. Dokter memberikan informasi medis yang jelas dan lengkap kepada pasien tentang perawatan mereka. *Telemedicine* dapat meningkatkan kepatuhan pengobatan pada pasien dengan depresi, gangguan bipolar, atau skizofrenia *Telemedicine* melalui telepon dapat memberikan dukungan kepada pasien yang berisiko tinggi mengalami ketidakpatuhan setelah 6 bulan. Intervensi lain untuk meningkatkan kepatuhan minum obat dengan melibatkan keluarga, profesional kesehatan (psikiater, psikolog, perawat, dan apoteker), SMS, dan pengingat elektronik pintar.

Referensi

- Alvarez-Mon, M. A., Donat-Vargas, C., Santoma-Vilaclara, J., Anta, L. de, Goena, J., Sanchez-Bayona, R., Mora, F., Ortega, M. A., Lahera, G., Rodriguez-Jimenez, R., Quintero, J., & Álvarez-Mon, M. (2021). Assessment of Antipsychotic Medications on Social Media: Machine Learning Study. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.737684>
- Basit, S. A., Mathews, N., & Kunik, M. E. (2020). Telemedicine interventions for medication adherence in mental illness: A systematic review. In *General Hospital Psychiatry* (Vol. 62, pp. 28–36). <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2019.11.004>
- Brown, E., Bedi, G., McGorry, P., & O'Donoghue, B. (2020). Rates and Predictors of Relapse in First-Episode Psychosis: An Australian Cohort Study. *Schizophrenia Bulletin Open*, 1(1). <https://doi.org/10.1093/schizbullopen/sgaa017>
- Cahaya, N., Kristina, S. A., Widayanti, A. W., & Green, J. (2022). Interventions to Improve Medication Adherence in People with Schizophrenia: A Systematic Review. In *Patient Preference and Adherence* (Vol. 16, pp. 2431–2449). <https://doi.org/10.2147/PPA.S378951>
- Caqueo-Urizar, A., Urzúa, A., Mena-Chamorro, P., Fond, G., & Boyer, L. (2020). Adherence to antipsychotic medication and quality of life in Latin-American patients diagnosed with Schizophrenia. *Patient Preference and Adherence*, 14, 1595–1604. <https://doi.org/10.2147/PPA.S265312>
- Fiorillo, A., Barlati, S., Bellomo, A., Corrivetti, G., Nicolò, G., Sampogna, G., Stanga, V., Veltro, F., Maina, G., & Vita, A. (2020). The role of shared decision-making in improving adherence to pharmacological treatments in patients with schizophrenia: a clinical review. In *Annals of General Psychiatry* (Vol. 19, Issue 1). Springer. <https://doi.org/10.1186/s12991-020-00293-4>
- Guo, J., Lv, X., Liu, Y., Kong, L., Qu, H., & Yue, W. (2023). Influencing factors of medication adherence in schizophrenic patients: a meta-analysis. *Schizophrenia*, 9(1). <https://doi.org/10.1038/s41537-023-00356-x>
- Kemenkes RI. (2023). *Survei Kesehatan Indonesia (SKI) Dalam Angka*.
- Kim, J., Ozzoude, M., Nakajima, S., Shah, P., Caravaggio, F., Iwata, Y., De Luca, V., Graff-Guerrero, A., & Gerretsen, P. (2020). Insight and medication adherence in schizophrenia: An analysis of the CATIE trial. *Neuropharmacology*, 168, 107634. <https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2019.05.011>
- Kondráťová, L., König, D., Mladá, K., & Winkler, P. (2019). Correlates of Negative Attitudes towards Medication in People with Schizophrenia. *Psychiatric Quarterly*, 90(1), 159–169. <https://doi.org/10.1007/s11126-018-9618-z>

- Lieslehto, J., Tiihonen, J., Lähteenvuo, M., Tanskanen, A., & Taipale, H. (2022). Primary Nonadherence to Antipsychotic Treatment among Persons with Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 48(3), 655–663. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbac014>
- Mamnua, M. (2021). The Role of the Family in Preventing Relapse of Schizophrenia Patient. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 9(T4), 44–49. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2021.5789>
- Riskesdas. (2018). *Laporan Nasional Riskesdas, from Kementrian Kesehatan RI Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan*.
- Schulze, L. N., Stentzel, U., Leipert, J., Schulte, J., Langosch, J., Freyberger, H. J., Hoffmann, W., Grabe, H. J., & Van Den Berg, N. (2019). Improving medication adherence with telemedicine for adults with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 70(3), 225–228. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800286>
- Tan, C., Abidin, E., Liang, W., Poon, L. Y., Poon, N. Y., & Verma, S. (2019). Medication adherence in first-episode psychosis patients in Singapore. *Early Intervention in Psychiatry*, 13(4), 780–788. <https://doi.org/10.1111/eip.12559>
- Wang, D., Ross, B., Xi, C., Pan, Y., Zhou, L., Yang, X., Wu, G., Ouyang, X., Si, T., Liu, Z., & Hu, X. (2020). Medication adherence and its correlates among patients affected by schizophrenia with an episodic course: A large-scale multi-center cross-sectional study in China. *Asian Journal of Psychiatry*, 53. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102198>
- Yu, W., Tong, J., Sun, X., Chen, F., Zhang, J., Pei, Y., Zhang, T., Zhang, J., & Zhu, B. (2021). Analysis of medication adherence and its influencing factors in patients with schizophrenia in the chinese institutional environment. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9). <https://doi.org/10.3390/ijerph18094746>

Glosarium

A

aHR: Adjusted Hazard Ratio

C

CATIE: Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness

CGI-SI: Clinical Global Impression-Severity of Illness

CI: Confidence Interval

D

DAI: Drug Attitude Inventory

L

LAI: Long-acting Antipsychotics Injection

M

MARS: Medication Adherence Rating Scale

O

OR: Odds Ratio

S

SDS-C: Sheehan Disability Scale-versi Tiongkok

SqOI: Schizophrenia Quality of Life

SDM: Shared decision-making

P

PANSS: Positive and Negative Syndrome Scale

BAB 4

Dukungan Kesehatan Jiwa Psikososial dalam Menurunkan Kecemasan dan Depresi pada Dewasa

Titik Nuryanti

A. Pendahuluan

Kesehatan mental merupakan komponen penting dalam menjaga keseimbangan kehidupan seseorang. Pada populasi dewasa sehat, tekanan dari lingkungan kerja, hubungan interpersonal, dan tantangan kehidupan sehari-hari sering kali memicu kecemasan dan depresi. Dukungan kesehatan jiwa dan psikososial (DKJP) telah diakui sebagai intervensi yang efektif untuk mencegah dan mengatasi kecemasan dan depresi. DKJP mencakup pendekatan yang mengintegrasikan aspek biologis, psikologis, dan sosiokultural untuk membantu individu mengembangkan mekanisme koping yang sehat serta memperkuat hubungan sosial. Studi menunjukkan bahwa dukungan sosial yang kuat dari keluarga, teman, dan komunitas dapat mengurangi risiko gangguan psikologis secara signifikan. Selain itu, aktivitas berbasis komunitas seperti terapi kelompok dan edukasi kesehatan mental telah terbukti meningkatkan kesejahteraan psikologis individu dewasa sehat. Tujuan utama dalam penulisan ini bahwa dukungan kesehatan jiwa dan psikososial dapat mencegah kecemasan dan depresi pada individu dewasa sehat. Dengan dukungan kesehatan jiwa dan psikososial yang tepat, individu dewasa sehat diharapkan dapat mengembangkan daya tahan mental yang lebih kuat, mengurangi risiko kecemasan dan depresi, serta meningkatkan kualitas hidup mereka secara keseluruhan.

B. Ansietas

Ansietas atau kecemasan merupakan respons emosional yang kompleks terhadap ancaman yang dirasakan, baik ancaman nyata maupun yang hanya dibayangkan. Menurut Kaplan and Sadock dalam *Synopsis of Psychiatry*, ansietas adalah kondisi psikologis yang disertai ketegangan fisik, kekhawatiran berlebihan, dan gejala somatik. Ansietas menjadi patologis ketika intensitasnya tidak sesuai dengan stimulus atau tidak dapat dikendalikan sehingga mengganggu fungsi

sehari-hari (Robert Boland;M.D; Marcia L. Verduin; M.D, 2015). Selain emosional yang kompleks, ansietas adalah respons emosional yang terjadi akibat persepsi ancaman atau bahaya, baik nyata maupun tidak nyata, yang dapat memengaruhi individu secara fisik, kognitif, dan emosional. Pada individu dewasa, ansietas sering dikaitkan dengan tekanan pekerjaan, tanggung jawab sosial, masalah hubungan, dan situasi tidak pasti seperti pandemi. Menurut American Psychological Association (APA), ansietas merupakan keadaan emosional yang ditandai oleh rasa khawatir yang berlebihan, kesulitan dalam mengendalikan pikiran, serta respons fisiologis seperti peningkatan denyut jantung dan napas cepat (Ridlo, 2020). Buku *Abnormal Psychology* karya Barlow dan Durand juga menyebutkan bahwa ansietas melibatkan komponen kognitif, fisik, dan perilaku. Gejala kognitif meliputi kekhawatiran berlebih terhadap masa depan, sedangkan gejala fisik mencakup peningkatan denyut jantung, napas cepat, keringat berlebih, dan ketegangan otot. Perubahan perilaku, seperti menghindari situasi yang memicu kecemasan, juga sering terjadi. (Hofmann, 2017). Secara klinis, ansietas dapat dibagi menjadi dua kategori utama: ansietas normal dan ansietas patologis. Ansietas normal adalah respons adaptif yang membantu individu menghadapi tantangan, sedangkan ansietas patologis menjadi gangguan ketika menyebabkan penderitaan yang signifikan dan mengganggu fungsi harian (Ika Sukmawati et al, 2023). Dalam *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*, ansietas diklasifikasikan menjadi berbagai gangguan, seperti Generalized Anxiety Disorder (GAD), panic disorder, dan phobia spesifik. Ansietas normal adalah respons adaptif yang membantu individu menghadapi ancaman, sedangkan ansietas patologis adalah kondisi kronis dan berlebihan yang menyebabkan disfungsi (del Barrio, 2004). Penyebab dari ansietas di antaranya interaksi antara faktor biologis, psikologis, dan lingkungan. Faktor genetik memengaruhi kerentanan seseorang terhadap ansietas, sedangkan pengalaman traumatis dan stres kronis dapat memicu atau memperburuk kondisi ini. Selain itu, disregulasi neurotransmitter seperti serotonin dan GABA juga berkontribusi pada perkembangan gangguan ansietas (YUDOFKY, 1985).

Ansietas adalah respons emosional terhadap ancaman yang dirasakan, baik nyata maupun tidak nyata, yang melibatkan komponen fisiologis, kognitif, dan perilaku. Pada individu dewasa, ansietas dapat muncul sebagai reaksi terhadap tuntutan pekerjaan, konflik interpersonal, atau ketidakpastian situasional seperti pandemi. Ansietas yang normal membantu individu untuk mengatasi tantangan, sedangkan ansietas yang berlebihan atau tidak terkendali dapat berkembang menjadi gangguan. (Nuryanti et al., 2021). Ansietas pada dewasa sering terjadi dalam bentuk gangguan ansietas umum (*generalized anxiety disorder, GAD*), gangguan panik, dan fobia sosial. GAD, salah satu bentuk yang paling umum,

ditandai oleh kekhawatiran berlebihan yang berlangsung selama enam bulan atau lebih. Dalam populasi dewasa, prevalensi GAD berkisar antara 3-6%, dengan wanita memiliki risiko lebih tinggi dibanding pria (Arini & Syarli, 2020).

C. Depresi

Depresi adalah kondisi gangguan mental yang ditandai dengan perasaan sedih yang mendalam, kehilangan minat atau kebahagiaan dalam aktivitas sehari-hari, dan gangguan emosi lainnya. Menurut Kaplan & Sadock dalam buku "Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry" (2015), depresi termasuk dalam kategori gangguan mood yang mempengaruhi pikiran, perasaan, perilaku, dan bahkan fisik seseorang. Depresi dapat disebabkan oleh berbagai faktor, termasuk genetik, lingkungan, biologis, dan psikologis. Faktor-faktor tersebut bekerja bersama-sama untuk meningkatkan kerentanannya terhadap gangguan ini. Beck dalam bukunya "Cognitive Therapy and the Emotional Disorders" (1976) menekankan pentingnya pola pikir negatif dalam perkembangan depresi. Menurut Beck, individu yang cenderung berpikir negatif tentang dirinya, dunia, dan masa depannya lebih rentan mengalami depresi. Terdapat berbagai jenis depresi, seperti depresi mayor, yang ditandai dengan gejala yang lebih parah dan berlangsung lebih lama, serta distimia atau depresi ringan yang lebih kronis. Depresi dapat mengganggu kehidupan sehari-hari, seperti dalam hal pekerjaan, hubungan sosial, dan kesehatan fisik. Depresi juga dapat dibagi menjadi dua kategori besar berdasarkan penyebabnya: depresi endogen (yang berasal dari faktor internal tubuh, seperti ketidakseimbangan kimiawi di otak) dan depresi eksogen (yang dipicu oleh faktor eksternal, seperti trauma atau stres). Gejala depresi meliputi perasaan putus asa, kelelahan yang berlebihan, gangguan tidur (insomnia atau hipersomnia), perubahan nafsu makan, dan kadang-kadang munculnya pikiran untuk menyakiti diri sendiri atau bunuh diri. Seseorang yang menderita depresi sering kali merasa terisolasi, kehilangan minat dalam kegiatan yang sebelumnya menyenangkan, dan merasa tidak berharga. Dalam buku "The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)" oleh American Psychiatric Association (2013), depresi mayor didefinisikan sebagai kondisi yang mempengaruhi suasana hati dan fungsionalitas seseorang dalam banyak aspek kehidupan. Pengobatan depresi biasanya melibatkan kombinasi terapi psikologis, seperti terapi perilaku kognitif (CBT), dan pengobatan dengan antidepresan.

Depresi adalah gangguan mental yang ditandai dengan suasana hati yang tertekan, kehilangan minat atau kesenangan dalam aktivitas sehari-hari, serta penurunan energi yang dapat memengaruhi fungsi sosial, pekerjaan, dan kehidupan sehari-hari (WHO, 2017). Dalam jurnal nasional oleh Rohmad et al. (2019), depresi dijelaskan sebagai gangguan mood yang serius dengan durasi gejala minimal dua

minggu. Depresi tidak hanya berdampak pada psikologis, tetapi juga pada kondisi fisik, termasuk gangguan tidur, perubahan berat badan, dan penurunan konsentrasi. Faktor penyebab depresi dapat bersifat biologis, psikologis, maupun sosial. Penelitian oleh Khairani et al. (2020) dalam *Jurnal Psikologi Indonesia* menyoroti peran stresor psikososial, seperti trauma masa kecil dan tekanan pekerjaan, sebagai pemicu utama depresi. Secara biologis, jurnal internasional oleh Hasler (2018) dalam *Nature Neuroscience* menunjukkan bahwa ketidakseimbangan neurotransmitter, seperti serotonin dan dopamin, berperan penting dalam perkembangan depresi. Selain itu, genetik juga meningkatkan kerentanan individu terhadap depresi, terutama bila dikombinasikan dengan peristiwa kehidupan yang penuh tekanan. Gejala utama depresi meliputi suasana hati yang rendah, perasaan putus asa, kehilangan energi, dan munculnya pikiran untuk bunuh diri (APA, 2013). Penelitian yang dipublikasikan dalam *Journal of Affective Disorders* oleh Smith et al. (2019) menggarisbawahi pentingnya diagnosis yang tepat dengan menggunakan alat diagnostik standar, seperti DSM-5 atau ICD-10. Depresi tidak hanya memengaruhi individu, tetapi juga lingkungan sekitar, termasuk keluarga dan masyarakat. Dalam jurnal nasional oleh Wibowo et al. (2021), disebutkan bahwa individu yang mengalami depresi cenderung memiliki produktivitas kerja yang rendah, konflik interpersonal, serta risiko kesehatan fisik, seperti penyakit kardiovaskular. Jurnal internasional oleh Kessler et al. (2018) menambahkan bahwa depresi memiliki kontribusi signifikan terhadap meningkatnya angka disabilitas global.

A. Dukungan Kesehatan Jiwa Psikososial

Dukungan kesehatan jiwa psikososial (DKJPS) merupakan bagian integral dalam penanganan masalah kesehatan mental, khususnya pada situasi darurat seperti pandemi atau bencana. Dukungan ini berfungsi mengatasi dampak psikologis dan sosial yang timbul akibat stres berkepanjangan, trauma, serta ketidakpastian, sehingga mampu mendorong individu dan komunitas untuk pulih secara holistik. DKJPS mencakup intervensi yang dirancang untuk memenuhi kebutuhan mental dan sosial individu. Dukungan ini melibatkan pendekatan multidisiplin yang mencakup layanan psikologis, pendampingan sosial, penguatan kapasitas komunitas, serta penyediaan sumber daya untuk meringankan dampak psikososial. Sebagai contoh, dalam konteks pandemi COVID-19, DKJPS diterapkan untuk membantu kelompok rentan seperti lansia, petugas kesehatan, dan individu yang terpapar langsung oleh krisis kesehatan ini. Salah satu tantangan utama dalam implementasi DKJPS di Indonesia adalah minimnya akses terhadap layanan kesehatan mental yang berkualitas, terutama di wilayah terpencil. Selain itu, stigma terhadap masalah kesehatan mental juga memperparah situasi. Pemerintah

Indonesia, melalui berbagai kebijakan, telah mengintegrasikan DKJPS ke dalam upaya mitigasi krisis seperti pandemi, misalnya dengan menyediakan panduan bagi tenaga kesehatan dan masyarakat untuk mendeteksi serta menangani stres atau trauma akibat bencana. Penelitian menunjukkan bahwa penerapan DKJPS yang efektif dapat mengurangi tingkat kecemasan, depresi, dan stres pascatrauma (PTSD) pada populasi terdampak. Selain itu, intervensi ini dapat memperbaiki hubungan sosial dan meningkatkan resiliensi individu. Studi global juga mengungkap bahwa pada situasi pandemi, dukungan psikososial membantu petugas medis mengelola tekanan kerja yang ekstrem, sehingga menjaga kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan.(Tristanto, 2020)(Ridlo, 2020).

Dukungan Kesehatan Jiwa dan Psikososial (DKJPS) atau Mental Health and Psychosocial Support (MHPSS) adalah pendekatan terpadu yang bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan psikologis dan sosial individu maupun komunitas. Pendekatan ini mencakup serangkaian intervensi untuk mengatasi dampak emosional, sosial, dan mental akibat situasi krisis, bencana, atau keadaan darurat lainnya. DKJPS bersifat holistik, melibatkan berbagai sektor seperti kesehatan, pendidikan, sosial, dan kemanusiaan. Kelompok sasaran dari DKJPS ini menargetkan orang sehat dalam pencegahan gangguan psikososial, pelaku perjalanan dan kontak erat dalam mengurangi stress selama isolasi (pada pandemi covid), pasien covid-19 dengan layanan psikologi dan psikiatri dan kelompok rentan seperti lansia, anak-anak, ibu hamil dan penyandang disabilitas.

Menurut Inter-Agency Standing Committee (IASC), DKJPS bertujuan untuk mendorong pemulihan, meningkatkan resiliensi, dan mengurangi dampak negatif dari kondisi psikososial pada individu serta masyarakat. Layanan ini melibatkan langkah-langkah seperti menyediakan dukungan emosional, menciptakan lingkungan sosial yang mendukung, serta menghubungkan individu ke layanan kesehatan mental yang lebih spesifik jika diperlukan (Inter-Agency Standing Committee., 2007).

Berdasarkan berbagai literatur, termasuk buku dan panduan organisasi internasional, DKJPS memiliki beberapa elemen utama, yaitu:

1. Dukungan Psikologis: Meliputi konseling individu atau kelompok untuk mengatasi trauma, depresi, atau kecemasan yang diakibatkan oleh krisis atau bencana. Buku *Psychological First Aid* dari WHO menyoroti pentingnya pemberian dukungan psikologis segera setelah kejadian traumatis untuk mencegah dampak jangka panjang pada kesehatan mental (World Health Organization, War Trauma Foundation, 2011).
2. Pendampingan Sosial: Melibatkan aktivitas untuk membangun kembali hubungan sosial dan komunitas yang rusak akibat bencana atau konflik.

Dukungan ini sering kali mencakup pengorganisasian kegiatan komunitas yang memperkuat hubungan sosial dan menciptakan rasa solidaritas.

3. Pendidikan dan Penyadaran: Memberikan informasi kepada masyarakat tentang kesehatan mental dan bagaimana cara mengatasi stres. Dalam buku *Social Gerontology: A Multidisciplinary Perspective*, Hooyman dan Kiyak (2014) menekankan pentingnya edukasi masyarakat sebagai langkah untuk mengurangi stigma terhadap gangguan Kesehatan mental (Hooyman & Kiyak, 2014).
4. Penguatan Kapasitas Komunitas: Melibatkan pelatihan kepada tokoh masyarakat, guru, atau tenaga kesehatan agar dapat mendeteksi dan merespons kebutuhan psikososial secara mandiri.
5. Akses ke Layanan Khusus: DKJPS juga mencakup rujukan ke layanan kesehatan mental yang lebih mendalam bagi individu dengan kebutuhan kompleks.

Kerangka konseptual DKJPS dirancang untuk memberikan pendekatan yang sistematis dan terintegrasi dalam menangani kebutuhan psikologis dan sosial individu serta komunitas di situasi darurat, bencana, atau krisis. Salah satu model yang sering digunakan adalah Kerangka Piramida Intervensi DKJPS, seperti yang dikembangkan oleh Inter-Agency Standing Committee (IASC). Model ini menjelaskan berbagai tingkatan dukungan, mulai dari layanan dasar hingga layanan khusus. Berikut adalah elemen utama dalam kerangka konseptual DKJPS:

1. Pemenuhan Kebutuhan Dasar atau Pertimbangan sosial dalam layanan dasar dan keamanan dasar

Lapisan pertama dalam kerangka DKJPS berfokus pada menyediakan kebutuhan dasar seperti makanan, air, tempat tinggal, dan rasa aman. Aspek ini penting karena kebutuhan primer yang tidak terpenuhi dapat memperburuk stres psikososial. Dukungan dalam tahap ini juga mencakup memastikan masyarakat mendapatkan informasi yang akurat mengenai situasi yang dihadapi. Hal ini juga didasari pada advokasi layanan dasar yang aman, dapat diterima di masyarakat dan melindungi harga diri.

2. Memperkuat dukungan masyarakat atau dukungan komunitas

Pada tingkatan ini, DKJPS berupaya membangun dan memperkuat hubungan sosial melalui aktivitas kolektif seperti:

- a. Meningkatkan solidaritas di dalam komunitas melalui kegiatan bersama.
- b. Melibatkan tokoh masyarakat, pemimpin agama, atau kelompok lokal untuk menciptakan lingkungan yang suportif.
- c. Buku *Social Support and Resilience* oleh Ungar (2013) menjelaskan pentingnya dukungan komunitas dalam meningkatkan ketahanan psikologis individu dalam situasi sulit.

Selain itu mengaktivasi hubungan sosial, ruang ramah anak yang mendukung, dukungan tradisional dari masyarakat.

3. Dukungan Non-spesialis terfokus (orang lain)

Tingkatan ini mencakup intervensi yang lebih terarah, seperti konseling kelompok, dukungan emosional melalui pendampingan, dan pelatihan keterampilan mengatasi stres (stress management). Contohnya adalah program Psychological First Aid (PFA) yang ditujukan untuk membantu individu mengatasi trauma awal akibat bencana. Selain itu layanan Kesehatan jiwa dasar oleh dokter layanan Kesehatan primer dan dukungan emosional dari praktisi Kesehatan (kader Kesehatan) juga sangat penting dalam dukungan non-spesialis.

4. Layanan Klinis Spesifik

Lapisan puncak dalam piramida DKJPS adalah intervensi klinis untuk individu dengan gangguan kesehatan mental yang berat seperti depresi, PTSD, atau psikosis. Layanan ini biasanya membutuhkan kehadiran profesional kesehatan mental, seperti psikolog atau psikiater, dokter spesialis jiwa dan perawat jiwa. Buku *Clinical Handbook of Psychological Disorders* (Barlow, 2014) menyoroti bahwa intervensi klinis harus berbasis bukti dan disesuaikan dengan kebutuhan individu.

Kerangka konseptual DKJPS juga sering diintegrasikan dengan model multidimensi yang melibatkan berbagai aspek seperti:

1. Kesehatan Mental: Fokus pada penanganan emosi, pikiran, dan perilaku individu.
2. Sosial dan Budaya: Melibatkan nilai-nilai budaya, adat istiadat, serta norma sosial dalam merancang intervensi.
3. Ekonomi: Meningkatkan kapasitas ekonomi masyarakat untuk mengurangi stres finansial.
4. Konteks dan Lingkungan: Mempertimbangkan situasi geografis dan politik yang memengaruhi implementasi dukungan.

Beberapa Strategi dalam Pelaksanaan DKPS sebagai berikut:

1. Promosi dan Edukasi

Strategi ini bertujuan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya kesehatan mental selama pandemi. Beberapa langkah yang dapat dilakukan meliputi:

- a. Memberikan edukasi melalui media cetak, daring, dan sosial tentang cara menjaga kesehatan mental.
- b. Menyebarkan informasi terkait teknik manajemen stres, seperti latihan pernapasan, pola hidup sehat, dan relaksasi.
- c. Menyediakan materi edukasi sederhana yang mudah dipahami untuk berbagai kelompok, termasuk anak-anak, lansia, dan individu dengan disabilitas.

2. Dukungan Psikologis

Teknik dukungan psikologis difokuskan pada:

- a. Konseling: Melibatkan tenaga ahli, seperti psikolog atau pekerja sosial, untuk membantu individu menghadapi stres atau trauma.

- b. Afirmasi Positif: Membantu individu mengubah pola pikir negatif dengan cara mengucapkan pernyataan positif tentang diri sendiri dan situasi yang dihadapi.
- c. Latihan Relaksasi: Melatih individu untuk melepaskan ketegangan fisik dan mental melalui teknik seperti relaksasi otot progresif dan meditasi

3. Kolaborasi Lintas Sektor

Kolaborasi ini memastikan bahwa layanan DKJPS dapat diakses oleh semua lapisan masyarakat. Komponen pentingnya adalah:

- a. Pekerja Sosial: Berperan dalam memberikan pendampingan emosional dan membantu individu mengakses sumber daya sosial.
- b. Tenaga Kesehatan: Menyediakan layanan klinis dan non-klinis, seperti konsultasi psikologis atau psikiatrik.
- c. Tokoh Masyarakat: Mendukung inisiatif dengan menyampaikan informasi yang benar, mengurangi stigma, dan mendorong solidaritas komunitas

Strategi-strategi ini tidak hanya membantu individu, tetapi juga memperkuat ketahanan sosial secara kolektif dalam menghadapi dampak psikologis pandemi. Jika diperlukan, saya dapat membantu mendalami langkah-langkah praktis dari setiap strategi ini.

B. Dukungan Kesehatan Jiwa Psikososial Terhadap Ansietas

Dukungan kesehatan jiwa dan psikososial (DKJPS) untuk individu dengan ansietas bertujuan untuk membantu mereka mengatasi perasaan cemas yang berlebihan akibat situasi tertentu, seperti pandemi atau krisis. Ansietas sering kali ditandai dengan gejala fisik seperti jantung berdebar, napas pendek, dan otot tegang, serta gejala psikologis seperti rasa takut yang tidak terkendali dan kekhawatiran terus-menerus. DKJPS melibatkan pendekatan multidisiplin, termasuk konseling psikologis untuk membantu individu mengenali dan mengelola pola pikir negatif, latihan relaksasi untuk mengurangi gejala fisik ansietas, dan teknik afirmasi positif untuk membangun kepercayaan diri (Dinas Kesehatan, 2019). Dukungan kesehatan jiwa dan psikososial (DKJPS) memainkan peran penting dalam membantu individu yang mengalami ansietas, terutama dalam situasi krisis seperti pandemi atau bencana. Intervensi DKJPS dirancang untuk mengurangi gejala kecemasan melalui pendekatan multidisiplin, termasuk manajemen stres, teknik relaksasi seperti pernapasan dalam, latihan otot progresif, dan dukungan emosional yang berbasis komunitas. Penelitian menunjukkan bahwa aktivitas ini dapat mengurangi aktivitas otak yang terkait dengan stres dan membantu menurunkan tingkat ansietas secara signifikan. (Niman et al., 2023)

DKJPS juga mencakup edukasi kepada masyarakat tentang pentingnya kesehatan mental, serta menyediakan akses ke layanan psikologi dan psikiatri

berbasis teknologi, seperti telenursing. Pendekatan ini efektif dalam meningkatkan resiliensi dan memberikan dukungan bagi penyintas COVID-19 yang menghadapi gangguan kecemasan akibat isolasi atau trauma (Wicaksana & Widiarta, 2021). Selain itu, dukungan berbasis komunitas, seperti penyuluhan kesehatan, meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang cara mengelola kecemasan dan mengurangi stigma terhadap masalah psikososial. Strategi ini menjadi landasan penting untuk memastikan kesehatan jiwa masyarakat tetap terjaga dalam situasi penuh tekanan (Wetik et al., 2021).

Dukungan Kesehatan Jiwa dan Psikososial (DKJPS) berperan penting dalam membantu individu mengatasi kecemasan (ansietas) yang sering muncul akibat situasi krisis seperti pandemi COVID-19. Dalam konteks ini, DKJPS mengintegrasikan pendekatan biologis, psikologis, dan sosial untuk memberikan intervensi yang efektif. Ansietas yang muncul selama pandemi, seperti dilaporkan dalam berbagai survei, memengaruhi individu dengan gejala seperti rasa takut, stres berat, dan bahkan depresi. Sebuah penelitian menunjukkan bahwa sekitar 55% responden di Bojonegoro mengalami kecemasan sedang selama pandemi. DKJPS menggunakan berbagai metode untuk mengurangi ansietas, termasuk konseling, latihan relaksasi, dan promosi gaya hidup sehat. Teknik-teknik seperti hipnosis lima jari, relaksasi otot progresif, dan pernapasan dalam dapat menurunkan tingkat kecemasan dengan memengaruhi sistem saraf untuk menurunkan respons stres. Selain itu, dukungan dari keluarga dan komunitas memperkuat efek positif dari intervensi ini, karena hubungan sosial yang sehat diketahui dapat melindungi individu dari stres berlebihan. Intervensi DKJPS juga fokus pada pencegahan melalui promosi kesehatan. Peningkatan imunitas, baik fisik maupun psikososial, dilakukan dengan mendorong kebiasaan sehat seperti olahraga, nutrisi seimbang, dan menjaga emosi positif. Program DKJPS mencakup edukasi masyarakat tentang pentingnya menjaga kesehatan mental dan mengurangi stigma terhadap gangguan psikologis, sehingga meningkatkan kesiapan individu menghadapi stresor di masa depan. (Nuryanti et al., 2021)

C. Dukungan Kesehatan Jiwa Psikososial Terhadap Depresi

Dukungan Kesehatan Jiwa Psikososial (DKJPS) terbukti efektif dalam mengatasi dan mencegah depresi, terutama dalam situasi krisis atau kedaruratan seperti pandemi dan bencana alam. DKJPS mengintegrasikan pendekatan biologis, psikologis, dan sosiokultural untuk memberikan intervensi yang komprehensif, mencakup konseling psikologis, manajemen stres, dan edukasi kesehatan mental. Studi oleh Nuryanti et al. (2021) menunjukkan bahwa DKJPS dapat secara signifikan

mengurangi gejala depresi melalui peningkatan dukungan sosial dan promosi kesehatan mental.

Selain itu, penelitian dari IASC dan WHO menyoroti bahwa DKJPS memainkan peran penting dalam membangun resiliensi individu yang mengalami depresi akibat trauma atau kehilangan. Teknik seperti relaksasi, hipnosis lima jari, dan terapi kelompok telah terbukti efektif dalam membantu individu memahami dan mengelola emosi negatif mereka. Dengan intervensi ini, depresi yang awalnya berada pada tingkat ringan hingga sedang dapat dikendalikan, sehingga mencegah perkembangan ke gangguan yang lebih serius. Dukungan berbasis komunitas, seperti program kesehatan mental berbasis telenursing, juga telah digunakan untuk memberikan akses yang lebih luas kepada individu di wilayah terpencil. Studi Pasaribu et al. (2024) menemukan bahwa DKJPS yang diterapkan melalui teknologi dapat meningkatkan kesejahteraan psikososial, mengurangi tingkat depresi, dan membangun kembali hubungan sosial yang sehat pada penyintas COVID-19. Melalui intervensi yang dirancang secara terintegrasi, DKJPS berperan penting tidak hanya dalam mengurangi gejala depresi, tetapi juga dalam mempromosikan ketahanan psikologis di tingkat individu dan komunitas (Pasaribu, Jesika; Keliat, Budi Anna, promotor; Daulima, Novy Helena Catharina, co-promotor; Sutanto Priyo Hastono, co-promotor; Purnawan Junadi, examiner; Nana Mulyana, 2024). Melalui intervensi yang dirancang secara terintegrasi, DKJPS berperan penting tidak hanya dalam mengurangi gejala depresi, tetapi juga dalam mempromosikan ketahanan psikologis di tingkat individu dan komunitas. Dukungan Kesehatan Jiwa Psikososial (DKJPS) memberikan kontribusi signifikan dalam mencegah dan menangani depresi, terutama dalam situasi darurat seperti pandemi COVID-19. DKJPS dirancang untuk mengintegrasikan pendekatan biologis, psikologis, dan sosiokultural guna mendukung kesejahteraan mental individu. Penelitian oleh Nuryanti et al. (2021) menunjukkan bahwa intervensi DKJPS secara signifikan menurunkan tingkat depresi pada individu dewasa melalui promosi kesehatan mental dan dukungan emosional dari keluarga serta komunitas. Selain itu, program-program DKJPS, seperti teknik relaksasi, hipnosis lima jari, dan aktivitas peningkatan emosi positif, telah terbukti efektif dalam mengurangi gejala depresi dengan memengaruhi mekanisme fisiologis seperti pernapasan dan detak jantung. Intervensi ini juga membantu individu membangun kembali stabilitas emosional dengan mendorong pola pikir positif dan hubungan sosial yang sehat. Depresi yang tidak ditangani dengan baik dapat berdampak buruk pada fungsi sosial dan fisiologis seseorang. Oleh karena itu, DKJPS menekankan perlunya dukungan holistik, yang mencakup promosi perilaku hidup bersih dan sehat, edukasi tentang manajemen stres, dan penguatan imunitas melalui gaya hidup sehat.

Strategi ini terbukti mampu meningkatkan resiliensi dan kualitas hidup individu yang rentan terhadap depresi (Nuryanti et al., 2021)

D. Penutup

Sebagai Dukungan Kesehatan Jiwa dan Psikososial (DKJPS) memegang peran penting dalam menghadapi ansietas dan depresi, khususnya dalam situasi krisis seperti pandemi atau bencana. DKJPS tidak hanya membantu individu mengelola stres dan emosi negatif, tetapi juga berkontribusi dalam mencegah gangguan kesehatan mental yang lebih serius. Dengan pendekatan yang mengintegrasikan aspek biologis, psikologis, dan sosial, DKJPS mampu menciptakan lingkungan yang mendukung pemulihan mental dan meningkatkan resiliensi individu serta komunitas. Teknik seperti konseling, relaksasi, serta edukasi kesehatan mental, telah terbukti efektif menurunkan tingkat kecemasan dan depresi. Selain itu, kolaborasi lintas sektor yang melibatkan keluarga, komunitas, dan tenaga profesional menjadi kunci keberhasilan DKJPS. Upaya ini harus terus dikembangkan untuk memastikan akses yang lebih luas, terutama bagi kelompok rentan, sehingga setiap individu dapat menikmati kualitas hidup yang lebih baik dan kesejahteraan mental yang optimal. Dengan demikian, DKJPS bukan hanya solusi jangka pendek untuk krisis, tetapi juga investasi jangka panjang dalam menciptakan masyarakat yang sehat secara mental dan sosial.

Referensi

- Arini, L., & Syarli, S. (2020). Deteksi Dini Gangguan Jiwa Dan Masalah Psikososial Dengan Menggunakan Self Reporting Qustioner (SRQ-29). *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah*, 5(1), 167–172. <https://doi.org/10.30651/jkm.v5i1.4672>
- del Barrio, V. (2004). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. In *Encyclopedia of Applied Psychology, Three-Volume Set* (Vol. 1). <https://doi.org/10.1016/B0-12-657410-3/00457-8>
- Hofmann, D. H. B. V. M. D. S. G. (2017). *Abnormal Psychology: An Integrative Approach 8th Edition*. Cengage Learning.
- Hooyman, N. R., & Kiyak, H. A. T. A.-T. T.-. (2014). *Social gerontology: a multidisciplinary perspective* (9th ed NV-1 online resource). Pearson. <https://doi.org/LK> - <https://worldcat.org/title/964646992>
- Ika Sukmawati et al. (2023). The Relationship Between Socio-Cultural and Self-Care for Mental Health Generation Z: A Cross-Sectional Study on Mataraman Ethnicity, East Java, Indonesia. *Jurnal Keperawatan Malang*, 8(1), 269–282. <https://jurnal.stikespantiwaluya.ac.id/index.php/JPW>
- Inter-Agency Standing Committee. (2007). IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings. *Inter-Agency Standing Commitee (IASC)*, 186.
- Kesehatan, K. (2019). PEDOMAN DUKUNGAN KESEHATAN JIWA DAN PSIKOSOSIAL PADA PANDEMI COVID-19. In *Kementerian Kesehatan RI* (Vol. 11, Issue 1). http://scioteca.caf.com/bitstream/handle/123456789/1091/RED2017-Eng-8ene.pdf?sequence=12&isAllowed=y%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.regsciurbeco.2008.06.005%0Ahttps://www.researchgate.net/publication/305320484_SISTEM_PEMBETUNGAN_TERPUSAT_STRATEGI_MELESTARI
- Niman, S., Rita Rahayu, Adek Setiyani, Aan Somana, Siagian, I. O., Sri Nyumirah, Diah Sukaesti, Yuanita Panma, Habsyah Saparidah Agustina, Keliat, B. A., Wita Oktaviana, & Muchamad Ali Sodikin. (2023). Dukungan Kesehatan Jiwa dan Psikososial sebagai Bentuk Intervensi Perawat Jiwa pada Penyintas Bencana Gempa Bumi. *Warta LPM*, 26(3), 256–264. <https://doi.org/10.23917/warta.v26i3.1503>
- Nuryanti, T., I.P, E. M., & Utami, W. (2021). Mental Health Psychosocial Support (Mhpss) Preventif Depression and Anxiety of Healthy Adult In Bojonegoro. *Jurnal Insan Cendekia*, 8(2), 90–97.
- Pasaribu, Jesika; Keliat, Budi Anna, promotor; Daulima, Novy Helena Catharina, co-promotor; Sutanto Priyo Hastono, co-promotor; Purnawan Junadi, examiner; Nana Mulyana, examiner; Y. S. E. P. (2024). *Efektifitas Model Dukungan*

Kesehatan Jiwa dan Psikososial Berbasis Telenursing Terhadap Ansietas, Resiliensi dan Self Transcendence pada Penyintas Covid-19 = The Effectiveness of Telenursing-Based Mental Health and Psychosocial Support Models on Anxiety,. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. <https://lib.ui.ac.id/detail?id=9999920542042&lokasi=lokal>

- Ridlo, I. A. (2020). Pandemi COVID-19 dan Tantangan Kebijakan Kesehatan Mental di Indonesia. *INSAN Jurnal Psikologi Dan Kesehatan Mental*, 5(2), 162. <https://doi.org/10.20473/jpkm.v5i22020.162-171>
- Robert Boland;M.D; Marcia L. Verduin; M.D. (2015). *Kaplan&Sadock's SYNOPSIS OF PSYCHIATRY*. Wolters Kluwer. <https://www.wolterskluwer.com/>
- Tristanto, A. (2020). Dukungan Kesehatan Jiwa Dan Psikososial (Dkjps) Dalam Pelayanan Sosial Lanjut Usia Pada Masa Pandemi Covid-19. *Sosio Informa*, 6(2), 205–222. <https://doi.org/10.33007/inf.v6i2.2348>
- Wetik, S. V., Grace, P. B., & Fressy, L. N. (2021). Dukungan Kesehatan Jiwa Dan Psikososial (Dkjps) Covid-19 Pada Masyarakat Kategori “Orang Sehat” Di Desa Seretan Kecamatan Lembean Timur, Sulawesi Utara. *Jurnal Kreativitas Pengabdian Kepada Masyarakat (Pkm)*, 4(1), 213–218. <https://doi.org/10.33024/jkpm.v4i1.3247>
- Wicaksana, I. G. A. T., & Widiarta, M. B. O. (2021). Analisis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Ansietas Lansia. *Jurnal Keperawatan Jiwa (JKI)*, 9(2), 349–358.
- World Health Organization, War Trauma Foundation, W. V. I. (2011). Psychological First Aid - Guide for field workers. *Who*, 44(8), 813. http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html
- YUDOFISKY, S. (1985). Oxford Textbook of Psychiatry. In *American Journal of Psychiatry* (Vol. 142, Issue 6). <https://doi.org/10.1176/ajp.142.6.767-a>

BAB 5

Depresi pada Lansia

Ira Sri Budiarti

A. Pendahuluan

Menjadi tua atau lanjut usia adalah suatu keadaan yang terjadi didalam kehidupan manusia, yang merupakan proses sepanjang hidup, tidak hanya di mulai dari suatu waktu tertentu, tetapi dimulai dari sejak permulaan kehidupan. Batas lanjut usia yang diterapkan oleh organisasi kesehatan dunia atau World Health Organization (WHO, 2010) seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih. Penambahan usia dalam masa lansia akan terus menjadikan tanggung jawab bagi kita semua untuk selalu dapat memberikan kesejahteraan bagi lansia semasa hidupnya. Implikasi hal ini dalam pelayanan khususnya pelayanan kesehatan adalah tuntutan untuk selalu dapat meningkatkan kualitas dan kuantitas pelayanan yang diberikan agar lansia dapat menikmati masa tuanya dengan sehat dan sejahtera. Implikasi tersebut dilaksanakan dengan menyediakan program pelayanan kesehatan termasuk pelayanan keperawatan yang cukup panjang, berkualitas dan akurat untuk menciptakan lansia yang sehat bio-psiko-spiritual sepanjang hidupnya (Nugroho, 2009).

Lansia merupakan tahap lanjut dari suatu proses kehidupan yang terjadi secara alamiah. Tingginya stresor dan peristiwa kehidupan yang tidak menyenangkan dapat menimbulkan masalah psikologis, salah satu diantaranya adalah depresi.

Proses menua dapat terjadi beberapa perubahan yang menyangkut biologis, psikologis, sosial dan spiritual. Perubahan-perubahan ini pada setiap individu dapat berbeda-beda, namun tetap mengalami proses perubahan yang sama. Semua perubahan system tubuh pada lansia akibat proses menua mengakibatkan lansia mengalami penurunan kemampuan aktivitas fisik dan perubahan penampilan fisik yang tidak diinginkan, sehingga lansia tidak produktif lagi secara sosial dan ekonomi. Perubahan biologis yang terjadi dalam proses menua dimulai dari perubahan tingkat sel hingga perubahan pada system organ. Perubahan ini akan berdampak pada perubahan system organ seperti perubahan pada kulit, jantung, paru, ginjal, sistem gastrointestinal, sistem musculoskeletal, sistem imun, sistem saraf dan organ sensoris. Semua perubahan sistem tubuh pada lansia akibat proses

menua mengakibatkan lansia mengalami penurunan kemampuan aktifitas fisik dan perubahan penampilan fisik yang tidak diinginkan, sehingga lansia tidak produktif lagi secara sosial dan ekonomi (Ham, 2017).

B. Konsep Usia Lanjut

Menurut Stuart (2002) teori penuaan memberikan perspektif mengenai kemungkinan penyebab dan akibat dari proses menua. Walaupun teori ini tidak berkaitan langsung dengan panduan merawat tetapi dapat menjawab tentang nilai-nilai yang mempengaruhi seseorang memahami, mengevaluasi dan merawat klien geriatric. Pada seseorang yang sudah lanjut usia banyak yang terjadi penurunan salah satunya kondisi fisik maupun biologis, dimana kondisi psikologisnya serta perubahan kondisi sosial dimana dalam proses menua ini memiliki arti suatu proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri atau mengganti diri dan mempertahankan struktur dan fungsi normalnya, sehingga tidak dapat bertahan terhadap lesion atau luka (infeksi) dan memperbaiki kerusakan diderita. Hal ini dikarenakan fisik lansia dapat menghambat atau memperlambat fungsi alat tubuh yang disebabkan bertambahnya umur (Friska et al, 2020).

C. Ciri-Ciri Lansia

Menurut Oktora & Purnawan, (2018) adapun ciri dari lansia diantaranya:

1. Lansia merupakan periode kemunduran Kemunduran pada lansia sebagian datang dari faktor fisik dan faktor psikologis sehingga motivasi memiliki peran yang penting dalam kemunduran pada lansia. Misalnya lansia yang memiliki motivasi yang rendah dalam melakukan kegiatan, maka akan mempercepat proses kemunduran fisik, akan tetapi ada juga lansia yang memiliki motivasi yang tinggi, maka kemunduran fisik pada lansia akan lebih lama terjadi.
2. Penyesuaian yang buruk pada lansia perilaku yang buruk terhadap lansia membuat mereka cenderung mengembangkan konsep diri yang buruk sehingga dapat memperlihatkan bentuk perilaku yang buruk. Akibat dari perlakuan yang buruk itu membuat penyesuaian diri lansia menjadi buruk pula. Contoh: lansia yang tinggal bersama keluarga sering tidak dilibatkan untuk pengambilan keputusan karena dianggap pola pikirnya kuno, kondisi inilah yang menyebabkan lansia menarik diri dari lingkungan, cepat tersinggung dan bahkan memiliki harga diri yang rendah.

D. Klasifikasi Lansia

Menurut Marifatul (2011) W H O m e m b a g i l a n s i a m e n j a d i e m p a t k e l o m p o k lansia berdasarkan batasan umur, yaitu sebagai berikut:

1. Usia pertengahan (middle age), yaitu kelompok usia 45-59 tahun
2. Lansia (edderly), yaitu kelompok usia 60-74 tahun
3. Lansia tua (old), yaitu kelompok usia 75-90 tahun
4. Lansia sangat tua (very old), yaitu kelompok usia lebih dari 90 tahun.

Karakteristik lansia menurut Ratnawati (2017); Darmojo & Martono (2016) yaitu:

1. Usia

Menurut UU No. 13 tahun 1998 tentang kesejahteraan lanjut usia, lansia adalah seseorang yang telah mencapai usia diatas 60 tahun (Ratnawati, 2017). b. Jenis kelamin

Data Kemenkes RI (2015), lansia didominasi oleh jenis kelamin perempuan. Artinya, ini menunjukkan bahwa harapan hidup yang paling tinggi adalah perempuan (Ratnawati, 2017).

2. Status pernikahan

Berdasarkan Badan Pusat Statistik RI SUPAS 2015, penduduk lansia ditilik dari status perkawinannya sebagian besar berstatus kawin (60 %) dan cerai mati (37 %). Adapun rinciannya yaitu lansia perempuan yang berstatus cerai mati sekitar 56,04

% dari keseluruhan yang cerai mati, dan lansia laki-laki yang berstatus kawin ada 82,84 %. Hal ini disebabkan usia harapan hidup perempuan lebih tinggi dibandingkan dengan usia harapan hidup laki-laki, sehingga presentase lansia perempuan yang berstatus cerai mati lebih banyak dan lansia laki-laki yang bercerai umumnya kawin lagi (Ratnawati, 2017).

3. Pekerjaan

Mengacu pada konsep active ageing WHO, lanjut usia sehat berkualitas adalah proses penuaan yang tetap sehat secara fisik, sosial dan mental sehingga dapat tetap sejahtera sepanjang hidup dan tetap berpartisipasi dalam rangka meningkatkan kualitas hidup sebagai anggota masyarakat. Berdasarkan data Pusat Data dan Informasi Kemenkes RI 2016 sumber dana lansia sebagian besar pekerjaan/usaha (46,7%), pensiun (8,5%) dan (3,8%) adalah tabungan, saudara atau jaminan sosial (Ratnawati, 2017).

4. Pendidikan terakhir

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Darmojo menunjukkan bahwa pekerjaan lansia terbanyak sebagai tenaga terlatih dan sangat sedikit yang

bekerja sebagai tenaga profesional. Dengan kemajuan pendidikan diharapkan akan menjadi lebih baik (Darmojo & Martono, 2006).

5. Kondisi kesehatan

Angka kesakitan, menurut Pusat Data dan Informasi Kemenkes RI (2016) merupakan salah satu indikator yang digunakan untuk mengukur derajat kesehatan penduduk. Semakin rendah angka kesakitan menunjukkan derajat kesehatan penduduk yang semakin baik. Angka kesehatan penduduk lansia tahun 2014 sebesar 25,05%, artinya bahwa dari setiap 100 orang lansia terdapat 25 orang di antaranya mengalami sakit. Penyakit terbanyak adalah penyakit tidak menular (PTM) antar lain hipertensi, artritis, stroke, diabetes mellitus (Ratnawati, 2017).

E. Perubahan Yang Terjadi Pada Lansia

Semakin bertambahnya umur manusia, terjadi proses penuaan secara degeneratif yang biasanya akan berdampak pada perubahan- perubahan pada jiwa atau diri manusia, tidak hanya perubahan fisik, tetapi juga kognitif, perasaan, sosial dan sexual (National & Pillars, 2020).

1. Perubahan fisik

Dimana banyak sistem tubuh kita yang mengalami perubahan seiring umur kita seperti:

- a. Sistem Indra Sistem pendengaran; Prebiakusis (gangguan pada pendengaran) oleh karena hilangnya kemampuan (daya) pendengaran pada telinga dalam, terutama terhadap bunyi suara atau nada-nada yang tinggi, suara yang tidak jelas, sulit dimengerti kata-kata, 50% terjadi pada usia diatas 60 tahun.
- b. Sistem Intergumen: Pada lansia kulit mengalami atropi, kendur, tidak elastis kering dan berkerut. Kulit akan kekurangan cairan sehingga menjadi tipis dan berbercak. Kekeringan kulit disebabkan atropi glandula sebacea dan glandula sudoritera, timbul pigmen berwarna coklat pada kulit dikenal dengan liver spot.

2. Perubahan Kognitif

Banyak lansia mengalami perubahan kognitif, tidak hanya lansia biasanya anak- anak muda juga pernah mengalaminya seperti: Memory (Daya ingat, Ingatan) c. Perubahan Psikososial

Faktor yang mempengaruhi kesehatan psikososial lansia menurut Kuntjoro (2002), antara lain:

a. Penurunan Kondisi Fisik

Setelah orang memasuki masa lansia umumnya mulai dihinggapinya adanya penurunan kondisi fisik yang berganda (multiple pathology). Menurut Ratnawati (2017) perubahan fisik terdiri dari:

- 1) Perubahan pada kulit: kulit wajah, leher, lengan, dan tangan menjadi lebih kering dan keriput. Kulit dibagian bawah mata berkantung dan lingkaran hitam dibawah mata menjadi lebih jelas dan permanen. Selain itu warna merah kebiruan sering muncul di sekitar lutut dan di tengah
 - 2) tengkuk. Rambut rontok, warna berubah menjadi putih, kering dan tidak mengkilap.
 - 3) Perubahan otot: otot orang yang berusia madya menjadi lembek dan mengendur di sekitar dagu, lengan bagian atas dan perut.
 - 4) Perubahan pada persendian: masalah pada persendian terutama pada bagian tungkai dan lengan yang membuat mereka menjadi agak sulit berjalan.
 - 5) Perubahan pada gigi: gigi menjadi kering, patah, dan tanggal sehingga lansia kadang-kadang menggunakan gigi palsu.
 - 6) Perubahan pada mata: mata terlihat kurang bersinar dan cenderung mengeluarkan kotoran yang menumpuk di sudut mata, kebanyakan menderita presbiopi, atau kesulitan melihat jarak jauh, menurunnya akomodasi karena penurunan elastisitas mata.
 - 7) Perubahan pada telinga: fungsi pendengaran sudah mulai menurun, sehingga tidak sedikit yang menggunakan alat bantu pendengaran.
 - 8) Perubahan pada sistem pernapasan: napas menjadi lebih pendek dan sering tersengal-sengal, hal ini akibat penurunan kapasitas total paru-paru,
 - 9) residu volume paru dan konsumsi oksigen nasal, ini akan menurunkan fleksibilitas dan elastisitas paru.
- b. Penurunan Fungsi dan Potensi Seksual
- Penurunan fungsi dan potensi seksual pada lanjut usia sering kali berhubungan dengan berbagai gangguan fisik seperti: a) Gangguan jantung.
- 1) Gangguan metabolisme.
 - 2) Baru selesai operasi: misalnya prostatektomi
 - 3) Kekurangan gizi, karena pencernaan kurang sempurna atau nafsu makan sangat kurang.
 - 4) Penggunaan obat-obatan tertentu, seperti antihipertensi atau golongan steroid.
- Faktor psikologis yang menyertai lansia antara lain:
- 1) Rasa tabu atau malu bila mempertahankan kehidupan seksual pada lansia.
 - 2) Sikap keluarga dan masyarakat yang kurang menunjang serta diperkuat oleh tradisi dan budaya.
 - 3) Kelelahan atau kebosanan karena kurang variasi dalam kehidupannya.
 - 4) Pasangan hidup telah meninggal.

5) Disfungsi seksual karena perubahan hormonal atau masalah kesehatan jiwa lainnya misalnya cemas, depresi, pikun dan sebagainya.

c. Perubahan yang Berkaitan Dengan Pekerjaan

Pada umumnya perubahan ini diawali ketika masa pensiun. Meskipun tujuan ideal pensiun adalah agar para lansia dapat menikmati hari tua atau jaminan hari tua, namun dalam kenyatannya sering diartikan sebagai kehilangan penghasilan, kedudukan, jabatan, peran, kegiatan, harga diri dan status. Lansia yang memiliki agenda kerja yang tidak terselesaikan dan menganggap pensiun sebagai sesuatu yang tidak mungkin.

Pensiun merupakan suatu proses bukan merupakan suatu peristiwa. Orang-orang lanjut usia yang menunjukkan penyesuaian yang paling baik terhadap pensiun, adalah mereka yang sehat, memiliki keuangan yang memadai, aktif, lebih terdidik, memiliki jaringan sosial yang luas yang meliputi kawan-kawan dan keluarga, serta biasanya puas dengan kehidupannya sebelum mereka pensiun (Santrock, 2012)

d. Perubahan Dalam Peran Sosial di Masyarakat

Peran merupakan kumpulan dari perilaku yang secara relatif homogen dibatasi secara normative dan diharapkan dari seseorang yang menempati posisi sosial yang diberikan. Peran berdasarkan pada pengharapan atau penetapan peran yang membatasi apa saja yang harus dilakukan oleh individu di dalam situasi tertentu agar memenuhi pengharapan diri atau orang lain terhadap mereka (Friedman, 2014). Peran dapat diartikan sebagai seperangkat tingkah laku yang diharapkan oleh orang lain.

Akibat berkurangnya fungsi indera pendengaran, penglihatan kabur, gerak fisik dan sebagainya maka muncul gangguan fungsional atau bahkan kecacatan pada lansia, dan sebagainya sehingga menimbulkan keterasingan. Hal itu sebaiknya dicegah dengan selalu mengajak lansia melakukan aktivitas, selama lansia masih sanggup, agar tidak merasa diasingkan. Keterasingan yang terjadi pada lansia dapat membuat lansia semakin menolak untuk berkomunikasi dengan orang lain dan dapat muncul perilaku regresi, seperti mudah menangis, mengurung diri, mengumpulkan barang-barang tidak berguna, dan merengekreng seperti anak kecil sehingga lansia tidak bisa menjalankan peran sosialnya dengan baik (Kuntjoro, 2007).

Sebagian orang yang akan mengalami hal ini dikarenakan berbagai masalah hidup ataupun yang kali ini dikarenakan umur seperti:

1) Kesepian Terjadi pada saat pasangan hidup atau teman dekat meninggal terutama jika lansia mengalami penurunan kesehatan, seperti menderita

penyakit fisik berat, gangguan mobilitas atau gangguan sensorik terutama pendengaran.

- 2) Gangguan cemas Dibagi dalam beberapa golongan: fobia, panik, gangguan cemas umum, gangguan stress setelah trauma dan gangguan obsesif kompulsif, gangguan tersebut merupakan kelanjutan dari dewasa muda dan berhubungan dengan sekunder akibat penyakit medis, depresi, efek samping obat, atau gejala penghentian mendadak dari suatu obat.
- 3) Gangguan tidur juga dikenal sebagai penyebab morbilitas yang signifikan. Ada beberapa dampak serius gangguan tidur pada lansia misalnya mengantuk berlebihan di siang hari, gangguan atensi dan memori, mood depresi, sering terjatuh, penggunaan hipnotik yang tidak semestinya, dan penurunan kualitas hidup. Angka kematian, angka sakit jantung dan kanker lebih tinggi pada seseorang yang lama tidurnya lebih dari 9 jam atau kurang dari 6 jam per hari bila dibandingkan dengan seseorang yang lama tidurnya antara 7-8 jam per hari. Berdasarkan dugaan etiologinya, gangguan tidur dibagi menjadi empat kelompok yaitu, gangguan tidur primer, gangguan tidur akibat gangguan mental lain, gangguan tidur akibat kondisi medik umum, dan gangguan tidur yang diinduksi oleh zat.

F. Konsep Depresi

Depresi lebih dikenal sebagai gangguan suasana perasaan pada diri seseorang dan merupakan kondisi disfungsi neurobiologis yang menimbulkan perubahan respon emosional pada diri seseorang yang nampak pada perilaku yang ditampilkan (Viedebeck, 2008), sedangkan menurut Stuart (2009) menyebutkan depresi merupakan gangguan kejiwaan yang ditandai dengan suasana perasaan yang terdepresi, hilangnya minat atau kesenangan dalam hidup seseorang. Stuart (2009) juga menjelaskan kondisi yang terdepresi merupakan suatu tanda, gejala, sekumpulan gejala, suasana emosional, reaksi, masalah atau gangguan klinik akibat berkepanjangannya perasaan sedih dan berduka yang abnormal pada diri seseorang.

Berdasarkan pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa depresi atau gangguan suasana perasaan merupakan suatu bentuk gangguan kejiwaan pada alam perasaan seseorang yang dimanifestasikan dengan adanya kondisi kelemahan, pasif, tidak memiliki gairah hidup, pandangan masa depan yang suram dan pesimistis pada seseorang. Individu dengan gejala gangguan suasana perasaan atau depresi dapat berakibat terhadap menurunnya produktifitas hidup pada seseorang dan menurunnya kemampuan interaksi pada lingkungan sekitar.

G. Faktor Resiko Depresi

Menurut Stuart (20016) faktor resiko kejadian depresi pada diri seseorang yaitu adanya episode depresi sebelumnya, adanya riwayat keluarga dengan depresi, percobaan bunuh diri sebelumnya, jenis kelamin wanita, usia saat awitan depresi < 40 tahun, masa paska melahirkan, kurangnya dukungan sosial, peristiwa kehidupan yang penuh stress, adanya riwayat penganiayaan seksual dan adanya riwayat penyalahgunaan zat saat ini.

Stuart (2016) menyebutkan bahwa resiko kejadian depresi 7% sampai 12% terjadi pada laki-laki dan 20% sampai 30% pada wanita, sedangkan angka kejadian depresi berulang pada individu dengan depresi disebutkan 25%. Sehingga dapat disimpulkan bahwa wanita beresiko lebih besar untuk mengalami kejadian depresi dibandingkan dengan laki-laki.

H. Tingkatan Depresi

Gejala kondisi depresi pada seseorang dapat dilihat pada kondisi keparahan akibat depresi melalui kontinum depresi. Townsend (2003) membagi 4 kondisi kontinum dari depresi yaitu : depresi sementara (transient), depresi ringan, sedang dan berat. Depresi sementara atau transient depresi umumnya terjadi pada peristiwa menyedihkan pada keseharian kehidupan. Depresi sementara dapat terjadi seperti pada situasi kecewa akibat gagal ujian. Kemampuan individu untuk melanjutkan dan maju untuk menyelesaikan konflik kesedihan membuat kondisi depresi hanya sementara. Kondisi atau episode depresi ringan dapat terjadi pada individu ketika proses berduka sebagai pencetus kondisi kehilangan dari objek yang berharga. Kondisi depresi ringan biasa terjadi pada kondisi kehilangan orang yang dicintai, binatang kesayangan, teman, rumah ataupun objek berharga lainnya. Individu yang mampu menyelesaikan tahap berduka maka perasaan kehilangan dapat diterima dengan baik, gejala kehilangan akan berkurang dan individu akan mampu melakukan kembali aktifitas sehari-hari dalam waktu 1-2 minggu. Apabila individu tersebut tidak mampu menyelesaikan tahap berduka dan tidak mampu menerima kehilangan maka berduka akan berkepanjangan dan berlebihan. Individu pada tahapan ini akan kesulitan pada tahap marahnya dari respon berdukanya dan merubah rasa marah pada diri sendiri sehingga tidak mampu melakukan fungsi tanpa bantuan orang lain. Individu yang semakin berat kondisi berduka dan perasaan sedih yang berkepanjangan dan semakin berat membawa kearah kondisi depresi berat. Individu dengan depresi berat menunjukkan kondisi kehilangan kemampuan untuk berinteraksi atau kontak dengan realita, tidak memiliki kemampuan untuk beraktifitas dengan menyenangkan dan pikiran untuk bunuh diri.

Secara garis besar Townsend (2003) membagi gejala depresi kedalam 4 fungsi manusia yaitu afektif, kognitif, perilaku dan psikologis. Dimana 4 fungsi tersebut berbeda menurut berat ringannya gejala dari tiap tingkatan depresi untuk setiap perubahan afektif, perilaku, kognitif dan psikologis seseorang. Dapat disimpulkan bahwa Townsend (2003) membagi depresi menjadi 4 tahapan depresi yaitu depresi sementara, depresi ringan, depresi sedang dan depresi berat.

Menurut Hawari (2016) gejala klinis yang nampak pada individu dengan depresi yaitu afek disforik yaitu perasaan murung, sedih, gairah hidup menurun, tidak semangat dan merasa tidak berdaya, perasaan bersalah, berdosa dan penyesalan, nafsu makan menurun, berat badan menurun, konsentrasi dan daya ingat menurun, gangguan tidur insomnia (sukar atau tidak dapat tidur) atau sebaliknya hipersomnia (terlalu banyak tidur), agitasi atau retardasi psikomotor (gaduh gelisah atau lemah tak berdaya), hilangnya rasa senang, semangat dan minat, tidak menyukai melakukan hobi, kreativitas dan produktivitas menurun, gangguan seksual (libido menurun) dan adanya pikiran-pikiran tentang kematian atau bunuh diri.

Sedangkan menurut Maryam (2018) tentang gejala utama episode depresi pada derajat ringan, sedang dan berat yaitu adanya efek depresif, kehilangan minat dan kegembiraan dan berkurangnya energi dan menurunnya aktifitas. Gejala lain pada afek depresi yaitu konsentrasi dan perhatian berkurang, harga diri dan kepercayaan diri berkurang, gagasan tentang rasa bersalah dan tidak berguna, pandangan masa depan yang suram dan pesimistis, gagasan atau perbuatan membahayakan diri atau bunuh diri, tidur terganggu dan nafsu makan berkurang. Maslim (2002) membagi depresi kedalam 3 tingkatan yaitu depresi ringan, sedang dan berat.

1. Depresi Ringan

Kriteria gejala depresi ringan menurut Maslim (2002) yaitu:

- a. Sekurang-kurangnya harus ada dua dari tiga gejala utama depresi dan ditambah sekurang-kurangnya dua dari gejala lainnya
- b. Tidak boleh ada gejala yang berat diantaranya
- c. Lamanya seluruh episode berlangsung sekurang-kurangnya sekitar 2 minggu
- d. Hanya sedikit kesulitan dalam pekerjaan dan kegiatan sosial yang bisa dilakukannya

2. Depresi Sedang

Kriteria gejala depresi sedang menurut Maslim (2002) yaitu:

- a. Sekurang-kurangnya harus ada dua dari tiga gejala utama depresi dan ditambah sekurang-kurangnya tiga sampai empat dari gejala lainnya
- b. Lamanya seluruh episode berlangsung minimum sekitar 2 minggu

- c. Menghadai kesulitan nyata untuk meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan dan urusan rumah tangga

3. Depresi Berat Tanpa Gejala Psikotik

Kriteria gejala depresi berat menurut Maslim (2002) yaitu:

- a. Terdapat tiga gejala utama depresi dan ditambah sekurang-kurangnya empat dari gejala lainnya dan beberapa diantaranya harus berintensitas berat.
- b. Bila ada gejala penting misalnya retardasi psikomotor yang mencolok maka pasien mungkin tidak mau atau tidak mampu untuk melaporkan banyak gejalanya secara rinci. Dalam hal demikian, penilaian secara menyeluruh terhadap episode depresi berat masih dapat dibenarkan
- c. Episode depresi berlangsung sekurang-kurangnya 2 minggu, akan tetapi jika gejala amat berat dan beronset sangat cepat, maka masih dibenarkan untuk menegaskan diagnosis dalam kurun waktu kurang dari 2 minggu

Untuk menilai kondisi depresi yang dialami usia lansia diperlukan alat ukur yang khusus mengukur skala depresi. Beberapa skala penelitian untuk mengetahui seseorang mengalami depresi atau tidak telah dikembangkan oleh berbagai profesional kesehatan jiwa. Skala penilaian diri terhadap depresi ini meliputi Zung Self Rating Depression Scale, Beck Depression Inventory (BDI) dan PRIME-MD (Pfizer), Hamilton Rating Scale for Depresiion dan Geriatric Depression Scale merupakan alat ukur yang paling akurat untuk mengukur kondisi depresi pada lansia dibandingkan alat ukur depresi lain (Ebersole, et al., 2005). Pada GDS ini terdapat 15 item pertanyaan yang menekankan pada keluhan-keluhan fisik, libido dan minat (keinginan).

I. Depresi Pada Lansia

Prevalensi kondisi depresi pada lansia secara umum berkisar antara 15% sampai 20 % pada populasi lansia (Stuart, 20016). Lansia yang terdiagnosis gejala depresi hanya 15 % dan sisanya 85 % tidak terdeteksi sebagai gejala depresi pada lansia. Kesenjangan ini disebabkan adanya kesalahan pemahaman bahwa koondisi depresi merupakan bagian normal dari tahapan menjadi lansia, yaitu pemahaman yang salah bahwa lansia biasa untuk merasa sendiri, sepi, berdiam diri, tidak banyak berkomunikasi dan tidak melakukan kegiatan baru atau pensión.

Depresi pada lansia diawali dengan menurunnya ketertarikan terhadap aktivitas sehari-hari dan menurunnya energi. Gejala depresi diikuti dengan meningkatnya perasaan tidak berdaya dan tergantung pada orang lain. Pembicaraan lebih berfokus pada masa lalu. Adanya keluhan fisik tanpa adanya gangguan organik biasa dikeluhkan pada lansia depresi. Berikut pula disertai

dengan keluhan nyeri pada kepala, leher, punggung, dan perut tanpa ada bukti masalah secara fisik (Stuart, 20016).

Wheeler (2008) dan Stuart (2009) menjelaskan bahwa gejala lain pada lansia dengan depresi mengeluhkan perubahan pola tidur, menurunnya berat badan, keluhan gangguan berfikir, gangguan pencernaan, labil, menolak makan dan minum dan resiko bunuh diri. Penyakit fisik pada lansia dapat menjadi penyebab sekunder depresi, begitu juga pengobatan rutin yang didapatkan pada lansia dapat menjadi penyebab depresi pada lansia. Riwayat pengobatan dan penyakit menjadi bagian penting dalam pengkajian lansia. Stuart (2009) menyebutkan bahwa 65% kondisi depresi pada seseorang dapat diatasi dengan medikasi, akan tetapi kondisi depresi akan teratasi secara meningkat menjadi 85% bila depresi diatasi kombinasi antara medikasi dan psikoterapi.

J. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Depresi

1. Umur

Depresi mampu menjadi kronis apabila depresi muncul untuk pertama kalinya pada usia 60 tahun keatas. Berdasarkan hasil studi pasien lanjut usia yang mengalami depresi diikuti selama 6 tahun, kira-kira 80% tidak sembuh namun terus mengalami depresi atau mengalami depresi pasang surut.

Menurut Pudji Astuti (2003) yang dikutip oleh Efendi (2009) mengungkapkan bahwa lansia merupakan tahap lanjut dari suatu proses kehidupan yang ditandai dengan penurunan kemampuan tubuh untuk beradaptasi dengan stress lingkungan. Hal ini karena pada proses penuaan akan terjadi berbagai perubahan dimulai dari perubahan fungsi fisik, kognitif sampai perubahan psikososial yang akan mempermudah terjadinya depresi pada lansia (Kaplan & Sadock, 2007). Bertambahnya usia maka secara alamiah juga akan mempengaruhi terjadi penurunan kemampuan seperti fungsi perawatan diri sendiri, berinteraksi dengan orang lain disekitar dan semakin bergantung dengan yang lain (Rinajumita, 2011).

2. Jenis Kelamin

Menurut Schimeilpfering (2009), beberapa faktor risiko yang telah dipelajari yang mungkin bisa menjelaskan perbedaan gender dalam prevalensi depresi

3. Status perkawinan

Berlangsungnya pernikahan membawa manfaat yang baik bagi kesehatan mental laki-laki dan perempuan. Pernikahan tak hanya melegakan hubungan asmara antara laki-laki dan perempuan, karena ikatan suamiistri ini juga dipercaya dapat mengurangi risiko mengalami depresi dan kecemasan. Namun, bagi pasangan suami istri yang gagal membina hubungan pernikahan atau

ditinggalkan pasangan karena meninggal, justru akan memicu terjadinya depresi. Hasil penelitian para ilmuwan di New Zealand's University of Otago baru-baru ini. Studi yang dipimpin oleh Kate Scott ini meneliti 34.493 orang yang tersebar di 15 negara. Dalam studi itu diketahui bahwa berakhirnya hubungan suami istri karena perceraian atau kematian dapat meningkatkan risiko mengalami gangguan kesehatan mental

4. Pendidikan

Menurut Lievre, Alley & Crimmins (2010) pendidikan yang rendah berkaitan dengan depresi terutama pada usia lanjut, hal ini karena orang-orang dengan pendidikan yang lebih rendah akan mencapai usia tua dengan penurunan kognitif dan kesehatan fisik yang buruk. Proporsi gangguan depresi pada usia 70 tahun atau lebih tua dengan tingkat pendidikan yang rendah adalah 11,5% sedangkan mereka yang berpendidikan tinggi hanya 3,5%. Hasil penelitian ini berbeda karena pada jurnal dijelaskan bahwa lansia dengan tingkat pendidikan yang rendah akan mempengaruhi fungsi kognitif, kesehatan fisik dan kualitas hidupnya.

5. Riwayat penyakit

Penurunan fungsi anatomi yang diakibatkan penyakit yang diderita lansia sangat erat kaitannya dengan depresi. (radnyandari, 2013). Banyak kelainan atau penyakit yang prevalensinya meningkat dengan bertambahnya usia. Makin panjangnya umur harapan hidup merupakan tantangan yang sangat berat akibat dampak penuaan. Semua ini dapat menimbulkan gangguan yang selanjutnya cenderung menimbulkan masalah kesehatan jiwa secara khususnya (Kuntjoro, 2002). Hampir 30% lansia menderita depresi dan timbulnya depresi karena penyakit yang diderita. Penurunan fungsi tubuh yang diakibatkan penyakit akut atau kronis dapat mempengaruhi kesehatan psikologis lansia dimana akan menimbulkan perasaan malu, sedih, merasa menjadi beban keluarga serta terbatasnya aktifitas yang dapat dilakukan lansia yang dikarenakan penyakit yang dideritanya akan berujung depresi (Tuty, 2017)

K. Penatalaksanaan Psikoterapi Pada Lansia Depresi

Wheeler (2018) menyebutkan terdapat beberapa pendekatan psikoterapi yang dapat mengatasi masalah depresi pada lansia yaitu Cognitive Behavior Therapy, Interpersonal Psychotherapy, Psychodynamic Psychotherapy, Reminiscence dan Life Review Therapy.

1. Cognitive Behavior Therapy (CBT)

Melalui CBT diharapkan terjadi perubahan pikiran dan perilaku, meningkatkan keterampilan dan mampu memodifikasi atau merubah emosi

lansia. Peneliti yang melakukan penelitian tentang CBT dalam Stuart (2009) pada lansia antara lain yaitu Granholm (2005), Macklin and Arean (2005), Wetherell et al (2005) dan Granholm et al (2006)

2. Interpersonal Psychotherapy

Interpersonal Psychotherapy (IP) merupakan terapi yang melandaskan bahwa kondisi masalah kejiwaan pada seseorang terjadi akibat hubungan interpersonal dalam konteks sosial, masalah yang dapat diatasi dengan IP yaitu pada kondisi lansia dengan gangguan interpersonal, mengalami transisi peran, berduka dan penurunan hubungan interpersonal (Wheeler, 2008).

Penelitian efektifitas Interpersonal Psychotherapy pada lansia dengan depresi yaitu Hinrichsen dan Clougherty (2006) (Wheeler, 2008).

3. Psychodynamic Psychotherapy (PP)

Psychodynamic Psychotherapy merupakan terapi yang bertujuan untuk membantu lansia mengatur respon emosional terhadap perubahan dan kehilangan yang diakibatkan kondisi menua dan kematian dalam hidup melalui konfrontasi, klarifikasi dan interpretasi yang berfokus pada masalah disini dan saat ini (Wheeler, 2008). Wheeler (2008) menyebutkan Sadavoy (1999) dan Leigh dan Verghese (2001) melakukan penelitian tentang efektifitas Psychodynamic Psychotherapy.

4. Reminiscence

Reminiscence menurut Burnside & Haight (1992) merupakan proses mengingat kembali pengalaman atau peristiwa masa lampau pada diri seseorang dan berfokus pada memori yang menyenangkan (Wheeler, 2008). Terapi Reminiscence ini hanya memberi kesempatan pada lansia untuk mengingat memori tetapi tidak member kesempatan pada lansia untuk melakukan evaluasi terhadap hidup yang dijalani sehingga sangat sulit dilakukan pada lansia yang lebih banyak memiliki memori traumatic dalam hidupnya.

5. Life Review Therapy

Wheeler (2018) menjelaskan bahwa Life review therapy merupakan peninjauan retrospektif atau eksistensi, pembelajaran kritis dari sebuah kehidupan, atau melihat sejenak kehidupan lampau seseorang. Molinari (2009) menyebutkan bahwa life review therapy adalah membangunkan kembali peristiwa hidup ke dalam cerita hidup yang lebih positif. Life review

therapy lebih memberi kesempatan pada lansia untuk melakukan evaluasi dan analisis peristiwa hidup dimasa lampau atau pun saat ini yang berkesan bagi lansia sehingga penerimaan diri dan rasa damai dapat terpenuhi.

L. Penutup

Upaya meningkatkan integritas lansia sehingga terjaminnya kesejahteraan di masa tua yaitu dengan perawatan yang tepat dan berkualitas. Perawat memiliki peran penting dalam hal tersebut, terlebih dengan adanya berbagai ancaman kesehatan seperti terjadinya gangguan mental emosional depresi.

Referensi

- Blazer, Dan G. (2003). Depression In Late Life : Review And Commentary. The Journal of Gerontology; Mar 2003; 58A,3. <http://proquest.umi.com>, diperoleh 20 Desember 2012.
- Collins, C.J. (2006). Life Review And Remniscence Group Therapy Among Senior Adult. http://etd.lib.ttu.com/theses/available/etd-4182006223851/unrestricted/Collin_Cassondra-Diss.pdf diperoleh 17 Januari 2013.
- Copel, L.C. 2007. Kesehatan Jiwa dan Psikiatri : Pedoman Klinis Perawat. Jakarta: EGC.
- Ham, R.J et al. (2008). Interpersonal Psychotherapy As A Treatment For Depression In Later Life. Hinrichsen, Gregory A.. Professional Psychology: Research and Practice 39. 3 (Jun 2008): 306-312. Primary care Geriatrics A case-Base Approach Fifth edition. Philadelphia: Mosby Elsevier.
- Haber, D. (2006). Life Review: Implementation, Theory, Research And Therapy.Int'l J. Aging and Human Development, Vol. 63 (2) 153-171,2006. <http://proquest.umi.com>, diperoleh 20 Desember 2012.
- Herkov, M. (2006). What Is Psychotherapy?. Psych Central. Retrieved on February 1, 2013, from <http://psychcentral.com/lib/2006/what-is-psychotherapy/> diperoleh 20 Desember 2012.
- Keliat, B.A dkk (2011). Manajemen Keperawatan Psikososial dan Kader Kesehatan CMHN (Intermediate course). Jakarta: EGC.
- Korte,J, Bohlmeijer, T.,Cappeliez, P., Smit, F., & Westerhof. (2012). Life Review Therapy For Older Adults With Moderate Depressive Symptomatology: A Pragmatic Randomized Controlled Trial. Psychological Medicine Journal 2012,42, 1163-1173.<http://proquest.umi.com>, diperoleh 20 Desember 2012.
- Lestari, D.R., Hamid,A.Y.,Wardani, I.Y. (2012). Pengaruh Terapi Telaah Pengalaman Hidup Terhadap Tingkat Depresi Pada Lansia Di Panti Werdha Martapura Dan Banjarbaru Kalimantan Selatan Tahun 2012. Tesis. Jakarta: Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- McCann, J.A. et all. Elder Care Strategies Expert Care Plans For Older Adults. Philadelphia: Lipincott Wiliams & Wilkins.
- Miller, C.A. (2014). Nursing For Wellness In Older Adults Theory And Practice. Philadelphia : Lipincott Wiliams & Wilkins.
- Mitchell, S.F. (2019). Life Review Therapy: A Prevention Program For Elderly Who Are Experiencing Life Transitions. Proquest Dissertation & Theses (PQDT). <http://proquest.umi.com>, diperoleh 20 Desember 2012.
- Serrano, J.P., Latorre,J.M., Gatz, M., Montanes, J. (2004). Life Review Therapy Using

- Autobiographical Retrieval Practice For Older Adults With Depressive Symptomatology. *Psychology and Aging* vol 19, no.2, 272-277. <http://proquest.umi.com>, diperoleh 20 Desember 2012.
- Townsend, M.C. (2019). *Psychiatric Mental Health Nursing Concepts of care in Evidencebased Practice*. Philadelphia: F.A Davis Company.
- Videbeck, S.L. (2018). *Psychiatric Mental Health Nursing*. (3rd edition). Philadelphia: Lippincott. Williams & Wilkins.

PROFIL PENULIS



Ns. Ely Rahmatika Nugrahani, S.Kep., M.Kep., Lahir di Jember, 05 Februari 1993. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 pada Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember tahun 2011. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan jenjang Profesi Ners pada Program Studi Prifesi Ners Univeritas Jember tahun 2015. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas Airlangga dan lulus tahun pada tahun 2019. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2020 pada Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jember. Penulis sudah melaksanakan pendidikan, penelitian dan pengabdian dibidang keperawatan. Penulis juga aktif sebagai penulis buku, melakukan publikasi, menjasi pembicara seminar, dan menerbitkan HKI. Tidak hanya sebagai dosen, saat ini penulis diamanahi menjadi Ketua Penjamin Mutu Program Studi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jember. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: elyrahmatikanugrahani@unmuhjember.ac.id



Dr. Abdul Ghofur, SKp.M.Kes, Lahir di Kendal, 10 Januari 1971. Pendidikan tertinggi yang telah di tempuh yaitu PSIK-FKUI tahun 1995, Magister Kesehatan di FKMK-UGM 2024, Doktor Keperawatan di FKMK UGM 2020. Riwayat pekerjaan diawali menjadi Dosen Keperawatan di Poltekkes Kemenkes Yogyakarta dari tahun 2000. Saat ini penulis menjadi Dosen Keperawatan jiwa untuk Prodi DIII dan DIV keperawatan, Mengajar Metodologi penelitian dan Statistik Kesehatan, mengajar *evidence base nursing (EBN)* di Prodi DIV keperawatan, mengajar *evidence base practive (EBP)* di Prodi Diploma IV Anaestesi. Saat ini penulis aktif sebagai reviewer nasional untuk penelitian dan pengabmas untuk Poltekkes Kemenkes. Menjadi peneliti di bidang keilmuan keperawatan jiwa dan perawatan dasr. pada tahun XXXX (**silakan dikembangkan pada bagian ini**). Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: abdghofur1071@gmail.com.

PROFIL PENULIS



Dr. Ns. Mamnu'ah, M.Kep., Sp.Kep.J., Lahir di Indramayu, pada tahun 1973. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu dimulai dari Akademi Keperawatan di AKPER 'Aisyiyah Yogyakarta lulus tahun 1995. Selanjutnya menempuh S1 pada Program Studi Keperawatan, Universitas Gadjah Mada lulus tahun 2001. Pada tahun 2002 penulis selesai menempuh Pendidikan Profesi Ners di Universitas Gadjah Mada. Penulis melanjutkan Pendidikan S2 Program Studi Keperawatan Jiwa pada Universitas Indonesia lulus tahun 2008 dan tahun 2010 lulus Spesialis Keperawatan Jiwa. Pendidikan S3 di Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan (FKMKM), Universitas Gadjah Mada lulus tahun 2019. Bekerja sejak tahun 1996 mulai dari AKPER sampai saat ini menjadi Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta (UNISA). Penulis mengampu mata kuliah Keperawatan Kesehatan Jiwa dan Psikososial, Keperawatan Psikiatri, Biostatistik, dan Metodologi Penelitian. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, seminar, penelitian, pengabdian kepada masyarakat dan sebagainya. Selain menjadi Dosen, penulis juga menjabat sebagai Ketua Pusat Studi Perempuan, Keluarga, dan Bencana (PSPKB) Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta.

Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: mamnuah@unisayogya.ac.id Motto: "Hidup mengalir seperti air."



Titik Nuryanti, S.Kep., Ns., M.Kep., Lahir di Tuban, 21 Januari 1990. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 dan Profesi Ners pada Program Studi Pendidikan Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya tahun 2012. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas Airlangga lulus tahun pada tahun 2018. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2012 sebagai perawat pelaksana di RSUD Koesma Tuban. Saat ini penulis bekerja di STIKes Rajekwesi Bojonegoro mengampu mata kuliah Keperawatan Jiwa, Psikoatri dan Psikososial. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, seminar. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: titiknuryanti01@gmail.com Motto: "Hidup adalah Perjuangan, Siapkan Mental dan Juga Kebesaran Hati".

PROFIL PENULIS



Ns. Ira Sri Budiarti, S.Kep., M.Kep., Lahir di Padang Rantang, 16 Februari 1985. Riwayat Pendidikan formal penulis adalah dimulai dari SD N 31 Harau, Pondok Pesantren ThaPut Padang Panjang, dan MA Model N 1 Bukittinggi . Penulis memulai Pendidikan S1 keperawatan di Universitas Andalas lulus tahun 2008 dan Penulis menyelesaikan Program Profesi Ners di Universitas Andalas pada tahun 2009. Pada tahun 2014 penulis melanjutkan Program Magister Keperawatan (S2). Peminatan Keperawatan Jiwa di Universitas Andalas selesai tahun 2016. Selain pendidikan formal, penulis juga mengenyam pendidikan nonformal

seperti Pelatihan PPGD, BTCLS, Pelatihan penulisan Buku Ajar, Pelatihan Preceptorship, Pelatihan Basic Course Community Mental Health Nursing (BC-CMHN), Narasumber Pelatihan MPKP Jiwa, Konferensi Nasional Keperawatan Keperawatan Jiwa, Workshop Penulisan Karya Tulis Ilmiah Terindeks Scopus, Oral Ilmiah Seminar International, pernah memenangkan hibah penelitian dari Kemendikbudristek. Penulis merupakan dosen tetap di STIKes YPAK (Amanah) Padang pada Program Studi Keperawatan, dengan mengampu Mata Kuliah Keperawatan Jiwa, Komunikasi Dalam Keperawatan dan keperawatan gerontik. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail : iyakirala@gmail.com

Motto : Be The Best Version Of Yourself Today

Sinopsis:

Buku **Keperawatan Psikologi Holistik: Adaptasi, Dukungan, Dan Intervensi Untuk Kesehatan Mental** ini mengupas berbagai isu penting dalam keperawatan psikologi, dengan fokus pada adaptasi individu dalam berbagai situasi berisiko. Mengintegrasikan teori keperawatan, buku ini menawarkan panduan praktis dan berbasis bukti bagi perawat dalam mendukung kesehatan mental pasien. Selain itu, buku ini menjelaskan pendekatan inovatif untuk menangani tantangan kesehatan mental di berbagai kelompok usia dan situasi, seperti masyarakat pesisir pantai, anak-anak korban perundungan, pasien skizofrenia, dan lansia yang mengalami depresi.

Buku ini disusun dengan struktur yang terarah, mencakup lima tema utama:

1. **Adaptasi Psikologi Individu Berdasarkan Model Adaptasi Roy pada Kelompok Berisiko** – Mengulas pendekatan adaptasi berdasarkan teori yang relevan untuk membantu individu menghadapi tekanan psikologis.
2. **Peran Perawat dalam Mencegah dan Mengatasi Korban Perundungan di Sekolah** – Memberikan panduan praktis dalam menciptakan lingkungan aman bagi anak-anak yang menjadi korban perundungan.
3. **Kepatuhan Minum Obat pada Pasien Skizofrenia** – Menyajikan strategi untuk meningkatkan kepatuhan pasien skizofrenia terhadap terapi, yang merupakan tantangan utama dalam pengobatan jangka panjang.
4. **Dukungan Kesehatan Jiwa Psikososial dalam Menurunkan Kecemasan dan Depresi pada Dewasa** – Membahas peran intervensi psikososial dalam mendukung pemulihan kesehatan mental pada orang dewasa.
5. **Depresi pada Lansia** – Mengupas pendekatan holistik untuk mendukung lansia menghadapi depresi dan meningkatkan kualitas hidup mereka.

Keunggulan buku ini adalah disusun berdasarkan teori keperawatan terkini, dilengkapi dengan studi kasus dan hasil penelitian, memberikan panduan praktis untuk perawat dalam berbagai situasi dan kelompok usia, serta fokus pada pendekatan holistik yang mempertimbangkan aspek bio-psiko-sosio-spiritual pasien. Buku ini ditujukan bagi mahasiswa keperawatan, perawat praktik, dan profesional kesehatan lainnya yang ingin memperdalam pengetahuan tentang keperawatan psikologi dan pendekatan adaptif terhadap kesehatan mental pasien.

Buku Keperawatan Psikologi Holistik: Adaptasi, Dukungan, Dan Intervensi Untuk Kesehatan Mental ini mengupas berbagai isu penting dalam keperawatan psikologi, dengan fokus pada adaptasi individu dalam berbagai situasi berisiko. Mengintegrasikan teori keperawatan, buku ini menawarkan panduan praktis dan berbasis bukti bagi perawat dalam mendukung kesehatan mental pasien. Selain itu, buku ini menjelaskan pendekatan inovatif untuk menangani tantangan kesehatan mental di berbagai kelompok usia dan situasi, seperti masyarakat pesisir pantai, anak-anak korban perundungan, pasien skizofrenia, dan lansia yang mengalami depresi.

Buku ini disusun dengan struktur yang terarah, mencakup lima tema utama:

1. Adaptasi Psikologi Individu Berdasarkan Model Adaptasi Roy pada Kelompok Berisiko – Mengulas pendekatan adaptasi berdasarkan teori yang relevan untuk membantu individu menghadapi tekanan psikologis.
2. Peran Perawat dalam Mencegah dan Mengatasi Korban Perundungan di Sekolah – Memberikan panduan praktis dalam menciptakan lingkungan aman bagi anak-anak yang menjadi korban perundungan.
3. Kepatuhan Minum Obat pada Pasien Skizofrenia – Menyajikan strategi untuk meningkatkan kepatuhan pasien skizofrenia terhadap terapi, yang merupakan tantangan utama dalam pengobatan jangka panjang.
4. Dukungan Kesehatan Jiwa Psikososial dalam Menurunkan Kecemasan dan Depresi pada Dewasa – Membahas peran intervensi psikososial dalam mendukung pemulihan kesehatan mental pada orang dewasa.
5. Depresi pada Lansia – Mengupas pendekatan holistik untuk mendukung lansia menghadapi depresi dan meningkatkan kualitas hidup mereka.

Penerbit :

PT Nuansa Fajar Cemerlang (Optimal)

Grand Slipi Tower Lt. 5 Unit F

Jalan S. Parman Kav. 22-24

Kel. Palmerah, Kec. Palmerah

Jakarta Barat, DKI Jakarta, Indonesia, 11480

Telp: (021) 29866919

ISBN 978-634-7097-42-2



9

786347

097422