

BAB VI

Konseptual Model dalam Keperawatan Jiwa

Hanim Nur Faizah, S.Kep., Ns., M.Kep.

A. Model Konseptual

Model konseptual merupakan kerangka kerja konseptual, system atau skema yang menerangkan tentang serangkaian ide global tentang keterlibatan individu, kelompok, situasi atau kejadian terhadap suatu ilmu dan perkembangannya. Konsep model keperawatan jiwa tentunya mengarah pada kesehatan jiwa seseorang, yaitu perasaan sehat dan bahagia serta mampu mengatasi tantangan hidup, dapat menerima orang lain sebagaimana adanya, serta mempunyai sikap positif pada diri sendiri dan orang lain.

Kesehatan jiwa seseorang meliputi, perasaan terhadap diri sendiri, terhadap orang lain, mengatasi persoalan hidup sehari-hari. Model konseptual keperawatan jiwa mengurai situasi yang terjadi dalam lingkungan atau stresor yang mengakibatkan seseorang individu menciptakan perubahan yang adaptif baik secara mandiri maupun bantuan perawat. Model konseptual keperawatan jiwa merupakan upaya yang dilakukan baik oleh perawat untuk menolong seseorang dalam mempertahankan keseimbangan melalui mekanisme coping yang positif untuk mengatasi stresor yang dialaminya (Videbeck, 2008). Oleh karena itu, berbagai teori keperawatan yang sering digunakan dalam keperawatan kesehatan jiwa sangat banyak, mulai dari teori tentang psikodinamika bagaimana gangguan jiwa itu terjadi sampai pada semua tindakan dan intervensi untuk membantu pasien gangguan jiwa.

Teori model yang paling banyak digunakan dalam keperawatan kesehatan jiwa dan wajib diketahui bagi tenaga kesehatan yang bekerja di area keperawatan kesehatan jiwa, pemerhati masalah kesehatan jiwa atau termasuk *care giver* anatar lain tentang perkembangan kepribadian dan pengaruhnya terhadap penyimpangan perilaku sehingga menimbulkan gangguan jiwa, teori model psikobiologi dari gangguan jiwa dan teori pengaruh budaya dan spiritualitas pada gangguan jiwa (Alligood, 2010).

Tabel 2.5. Teori dalam lingkup kesehatan jiwa

Teori Model	Ruang Lingkup Pembahasan Teori	Tokoh Pengembang
Perkembangan Kepribadian	Psikoanalisa	Sigmund Frued
	Hubungan interpersonal	Sullivan
	Perkembangan psikososial	Erikson
	Teori terkait tujuan	Mohler
	Perkembangan kognitif	Piaget
	Perkembangan moral	Kohelberg's
	Model keperawatan	Hildegard E. Peplau
Psikobiologi	Sistem syaraf dan anatomi otak	
	Neuroendokrinologi	
	Genetik	
	Psikoimunologi	
Budaya dan Spiritualitas	Budaya	Griffin
	Spiritual	Smucker

Konsep teori yang secara khusus digunakan untuk mempelajari penyimpangan perilaku dan bagaimana proses terapeutik dikembangkan antara lain teori psikoanalisa, interpersonal, sosial, eksistensial, komunikasi, supportif, perilaku, model medik dan stress adaptasi, secara ringkas seperti pada tabel berikut :

Teori 2.6. Teori yang mempelajari penyimpangan perilaku

MODEL	TOKOH	KONSEP INTI
Psikoanalisa	Sigmund Frued Erikson Klien Horney Fromm- Reichmann Menninger	Penyimpangan perilaku didasarkan pada perkembangan dini dan resolusi konflik yang tidak adekuat
Interpersonal	Sullivan Peplau	Ansietas timbul dan dialami secara interpersonal, rasa takut yang mendasar adalah takut terhadap penolakan. Seseorang membutuhkan rasa aman dan kepuasan yang diperoleh melalui hubungan interpersonal yang positif
Sosial	Szasz Caplan	Faktor sosial dan lingkungan menciptakan stres, menyebabkan ansietas, mengakibatkan timbulnya gejala. Perilaku yang tidak dapat diterima atau menyimpang diartikan secara sosial dan memenuhi kebutuhan sistem sosial

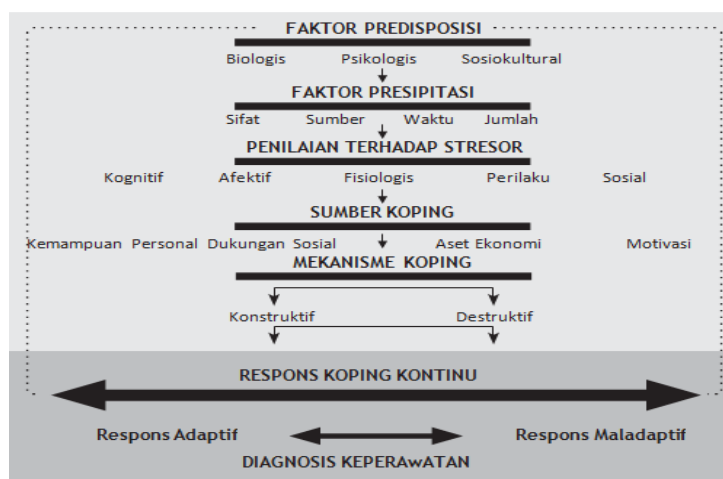
MODEL	TOKOH	KONSEP INTI
Eksistensial	Perls Glesser Ellis Rogers Frankl	Hidup ini akan sangat berarti apabila seseorang dapat mengalami dan menerima <i>self</i> (diri) sepenuhnya. Penyimpangan perilaku terjadi jika individu gagal dalam upayanya untuk menemukan dan menerima diri
Supportif	Werman Rockland	Masalah terjadi sebagai akibat dari faktor biologis, psikologis dan sosial. Penekanan pada respon koping maladaptif saat ini
Komunikasi	Berne Watzlawick	Gangguan perilaku terjadi apabila pesan tidak dikomunikasikan dengan jelas. Bahasa dapat digunakan untuk merusak makna pesan bisa diteruskan secara serentak pada berbagai tingkatan. Kesan verbal dan non verbal mungkin tidak selaras.
Perilaku	Bandura Pavlov Wolpe Skinner	Perilaku dapat dipelajari. Penyimpangan terjadi karena manusia telah membentuk kebiasaan perilaku yang tidak diinginkan. Karena perilaku dapat dipelajari, maka perilaku juga dapat tidak dipelajari. Perilaku menyimpang terjadi berulang karena berguna untuk mengurangi ansietas. Jika demikian, perilaku lain yang dapat mengurangi ansietas dapat dipakai sebagai pengganti
Medik	Meyer Kraepelin Spritzer Frances	Gangguan perilaku disebabkan oleh penyakit biologis. Gejala timbul sebagai akibat dari kombinasi faktor fisiologis, genetik, lingkungan dan sosial. Perilaku menyimpang berhubungan dengan toleransi pasien terhadap stress
Stress Adaptasi	Stuart	Mengidentifikasi sehat sakit sebagai hasil berbagai karakteristik individu yang berinteraksi dengan faktor lingkungan, terdiri dari; faktor predisposisi, stressor presipitasi, penilaian terhadap stres, sumber koping dan mekanisme koping

Teori filosofis dan grand teori dalam keperawatan telah menjadi titik tolak pengembangan ilmu keperawatan, termasuk dalam keperawatan jiwa. Beberapa jenis teori telah dikembangkan dengan objek studi yang lebih spesifik melalui berbagai riset, sehingga disebut kelompok middle range teori, beberapa juga telah dikembangkan untuk menjadi panduan praktis pemberian asuhan keperawatan. Beberapa teori middle range yang sering dipakai dalam keperawatan jiwa diantaranya; Cheryl Tetano Back, Merle Helaine Mishel, Phill Barker, Kristen Swanson, Shirley M. Moore dan Georgene Gaskill Easkes, teori middle range.

B. Model Konsep Keperawatan Jiwa

1. Deskripsi Model Adaptasi Stres Gail Stuart

Model adaptasi stres yang pertama kali dikembangkan oleh Gail Stuart pada tahun 1983 mengemukakan model stres adaptif untuk pelayanan keperawatan jiwa bahwa perilaku manusia dari perspektif holistik yang menyatukan beberapa aspek meliputi aspek biologis, psikologis dan sosial budaya dari layanan praktik keperawatan holistik. Semua aspek tersebut mengkaji individu dan lingkungannya. Sedangkan aspek psikososial biologis model adaptasi Stuart ditunjukkan dalam skema berikut:

Gambar 1. Pengkajian model adaptasi stres gail stuart.

Sumber: Gail Stuart dan Laraia, 2005 dalam Yusuf, Fitriyarsi dan Nihayati, 2015

Gambar pengkajian model stres adaptif terdiri dari faktor predisposisi, faktor presipitasi, penilaian terhadap stresor, sumber coping dan mekanisme coping serta coping stres terdiri dari adaptif dan maladaptif.

2. Komponen Pengkajian Model Adaptasi Stres Gail Stuart

Komponen pengkajian model adaptasi stres Gail Stuart dalam keperawatan kesehatan jiwa sebagai berikut:

a) Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi adalah faktor risiko yang menjadi sumber terjadinya stres yang berasal dari faktor biologis, psikososial dan sosiokultural. Faktor tersebut akan memengaruhi seseorang dalam memberikan arti dan nilai terhadap stres serta pengalaman stres yang dialaminya. Beberapa faktor predisposisi meliputi sebagai berikut:

- 1) Biologi: latar belakang genetik, status gizi, sensitivitas biologis, kesehatan umum dan paparan racun.
- 2) Psikologis: kecerdasan, keterampilan lisan, budi pekerti, pengalaman pribadi, pengalaman masa lalu, konsep diri, motivasi, pertahanan psikologis dan lain-lain.
- 3) Sosiokultural: usia, gender, pendidikan, pendapatan, pekerjaan, latar belakang budaya, keyakinan, politik, pengalaman sosial dan tingkatan sosial.

b) Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi adalah dorongan yang mengancam individu. Faktor presipitasi membutuhkan energi untuk menghadapi stres atau tekanan hidup. Faktor presipitasi ini dapat bersifat biologis, psikologis dan sosiokultural. Beberapa faktor presipitasi meliputi sebagai berikut:

1) Kejadian yang menekan (stressful)

Ada tiga jenis kejadian yang menekan kehidupan, yaitu aktivitas sosial, lingkungan sosial dan keinginan sosial.

2) Ketegangan hidup

Kondisi kronis dapat meningkatkan stres yang disebabkan oleh ketegangan keluarga yang terus-menerus, ketidakpuasan kerja dan kesendirian.

3) Penilaian terhadap Stresor

Penilaian terhadap stresor melibatkan penentuan arti dan pemahaman terhadap dampak situasi stres bagi individu.

Respon dalam keperawatan kesehatan jiwa sebagai berikut:

a) Respons kognitif

Respons kognitif merupakan bagian penting dari model ini. Faktor kognitif memainkan peran sentral dalam adaptasi. Faktor kognitif menangkap kejadian yang menimbulkan stres, memilih pola coping yang akan digunakan, serta menangkap respon emosional, fisiologis, perilaku dan reaksi sosial seseorang. Penilaian kognitif adalah jembatan psikologis antara seseorang dengan lingkungannya dalam menghadapi kehancuran dan potensial kehancuran. Ada tiga jenis utama penilaian stresor stres yaitu kehilangan, ancaman dan tantangan.

b) Respons afektif

Respons afektif adalah membangun perasaan. Dalam menilai terhadap stresor respons afektif utama adalah reaksi non-spesifik atau reaksi kecemasan yang diekspresikan dalam bentuk emosi. Respons afektif seperti kesedihan, ketakutan, kemarahan, penerimaan, ketidakpercayaan, antusias atau kejuatan. Emosi juga menggambarkan jenis, waktu dan karakter yang berubah sebagai hasil dari suatu kejadian.

c) Respons fisiologis

Respons fisiologis merefleksikan interaksi beberapa hormon neuroendokrin seperti prolaktin, hormon adrenokortikotropik (ACTH), vasopresin, oksitosin, insulin, epineprin morepineprin dan neurotransmitter lain di otak. Respons fisiologis melawan atau menghindari (*the fight-or-flight*) merangsang divisi simpatik dari sistem saraf otonom dan meningkatkan aktivitas kelenjar adrenal. Selain itu, stres dapat memengaruhi sistem kekebalan tubuh untuk melawan penyakit.

d) Respons perilaku

Respons perilaku dihasilkan dari respons emosional dan fisiologis.

e) Respons sosial

Respons ini didasarkan pada tiga aktivitas, yaitu pencarian makna, tanda pengenal sosial dan perbandingan sosial.

f) Sumber Koping

Sumber koping meliputi aset keuangan, kemampuan dan keterampilan, keterampilan pertahanan, dukungan sosial dan motivasi.

g) Mekanisme Koping

Mekanisme koping adalah usaha langsung dalam mengatasi stres. Ada tiga jenis mekanisme koping sebagai berikut:

1) Mekanisme koping *problem focus*

Mekanisme ini terdiri atas tugas dan upaya langsung untuk mengatasi ancaman diri.

2) Mekanisme koping *cognitively focus*

Berfokus kepada seseorang dapat mengontrol masalah dan menetralkannya.

3) Mekanisme koping *emotion focus*

Mampu menyesuaikan diri terhadap distress emosional secara tidak berlebihan.

Kristen Swanson (Theory of Caring)

Asal teori Swanson ditemukan dalam wawancara pada wanita yang mengalami keguguran, orangtua yang memiliki anak di unit perawatan intensif dan ibu yang secara sosial berisiko serta telah melalui sistem untuk menerima berbagai macam bentuk perawatan kesehatan (Potter & Perry, 2005). Melalui wawancara ini, Swanson mampu memahami ruang lingkup *caring* secara keseluruhan. Salah satu hal paling penting yang memberikan kontribusi pada teori keperawatan adalah argumen bahwa pasien seharusnya tidak hanya dilihat sebagai individu yang terpisah, melainkan sebagai manusia seutuhnya antara pikiran, perasaan dan perilaku.

Tingkat dan ruang lingkup teori memerlukan segala sesuatu baik hubungan antara pasien dan perawat, maupun keseluruhan hubungan antara profesi keperawatan dan masyarakat. Hal ini karena konsep Swanson tentang “person” tergantung pada tingkat analisis dan disposisi yang sedang dilakukan perawat dalam merawat pasien. Dalam beberapa kasus, “person” dapat diartikan hanya satu orang saja yaitu pasien, sementara dalam kasus lain bisa diartikan juga anggota keluarga yang secara langsung sangat erat terlibat. Menurut Swanson, yang lain bahkan bisa menjadi konsep dan ideal yang harus diperjuangkan perawat, termasuk hak asasi manusia, akses ke perawatan kesehatan dan keadilan sosial.

Konsep utama teori Caring Swanson adalah:

1. *Caring* adalah cara mengasihi orang lain dengan adanya komitmen dan tanggungjawab terhadap orang tersebut
2. *Knowing*, dalam hal ini dimaksudkan memahami arti sebuah peristiwa yang terjadi dalam hidup orang lain, menghindari asumsi-asumsi, berfokus pada orang yang dirawat/pasien, mengkaji, serta melibatkan orang yang memberi asuhan dan orang yang diberi asuhan dalam proses “*knowing*” atau pengenalan
3. *Being with*, dalam hal ini dimaksudkan mendukung orang lain secara emosional termasuk keberadaannya untuk orang lain dan berbagi kesedihan dengan orang tersebut
4. *Doing for* adalah melakukan sesuatu demi kepentingan orang lain termasuk memenuhi kebutuhan, kenyamanan dan melindungi orang tersebut
5. *Enabling*, yaitu memfasilitasi orang lain untuk melalui masa-masa transisi dalam hidupnya dan melewati setiap peristiwa hidupnya dengan berfokus pada peristiwa tersebut, mendukungnya, memberi penjelasan, memvalidasi apa yang dirasakan, menemukan alternatif penyelesaian dan memberikan *feedback*/umpan balik
6. *Maintaining belief*, yaitu menumbuhkan keyakinan seseorang dalam melalui setiap peristiwa hidup dan masa-masa transisi hidupnya serta menghadapi masa depan dengan penuh keyakinan, meyakini kemampuan orang lain, menumbuhkan sikap optimis, membantu menemukan arti atau mengambil hikmah dari setiap peristiwa dan selalu ada untuk orang lain dalam situasi apapun.

Asumsi dasar dari teori ini ditemukan dalam gagasan *caring* yang dijelaskan Swanson. Menurut Swanson, *caring* adalah proses multifaset yang terus ada dalam dinamika hubungan pasien-perawat. Ada yang melihat proses ini sebagai hubungan yang linier, namun juga harus dianggap sebagai hubungan siklik dan proses yang terjadi harus selalu diperbarui karena peran perawat untuk membantu klien mencapai kesehatan dan kesejahteraan.

Secara umum, proses yang terjadi sebagai berikut, pertama perawat membantu klien mempertahankan keyakinannya, yang berarti bahwa perawat mendorong pasien dan membantu untuk memperkuat harapan mereka mengatasi kesulitan saat ini. Hal ini sangat penting terutama dalam kasus dimana pasien menghadapi penyakit yang mengancam nyawa seperti kanker atau peristiwa yang traumatis seperti keguguran (Wojnar & Swanson, 2007).

Sebagai pelengkap dan langkah berikutnya dalam proses untuk mempertahankan keyakinan, adalah “*knowing*”. Dalam proses “*knowing*”, perawat berusaha untuk memahami apa arti situasi yang terjadi saat ini bagi pasien, hal ini muncul dalam bentuk latihan sebagai seorang perawat, yang menciptakan seseorang dengan rasa tertentu bagaimana kondisi fisik dan psikologis dapat mempengaruhi seseorang secara keseluruhan. Dengan mengetahui apa yang dialami pasien, perawat

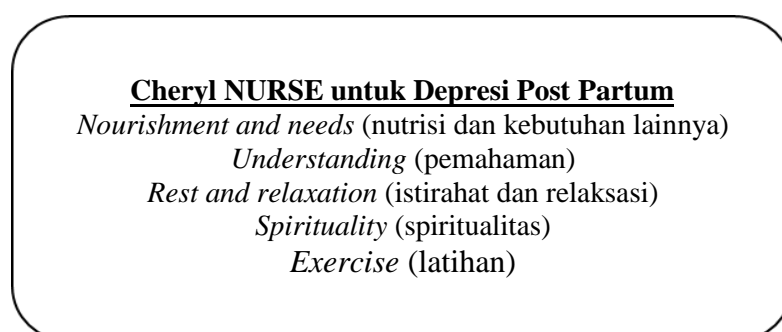
kemudian dapat melanjutkan proses “*do for*”, ada untuk memberikan tindakan terapi dan intervensi bagi pasien. Proses “*do for*”, diikuti dengan proses “*enabling*” yang memungkinkan pasien untuk mencapai kesehatan dan kesejahteraannya.

Cheryl Tatano Beck (Teori Depresi Postpartum)

Cheryl adalah seorang profesor di University of Connecticut, telah menerima berbagai penghargaan seperti Eastern Nursing Research Society’s Distinguished Researcher Award, the Distinguished Alumna Award from Yale University and the Connecticut Nurses’ Association’s Diamond Jubilee Award untuk kontribusinya dalam penelitian keperawatan. Selama 20 tahun terakhir Cheryl memfokuskan program penelitian pada *mood postpartum* dan gangguan kecemasan. Beliau telah meneliti secara ekstensif menggunakan metode penelitian kualitatif dan kuantitatif. Beberapa pertemuan dari beberapa penelitian kualitatifnya, Cheryl telah mengembangkan *Skala Skrining Depresi Postpartum* atau *Postpartum Depression Screening Scale (PDSS)* yang diterbitkan oleh Western Psychological Services.

Depresi Postpartum adalah gangguan *mood* yang secara historis sering diabaikan dalam perawatan kesehatan, membiarkan ibu menderita dalam ketakutan, kebingungan dan keheningan. Jika hal ini tidak terdiagnosa, dapat mempengaruhi hubungan ibu-bayi dan menyebabkan masalah emosional jangka panjang bagi anak. Teori ini membedakan depresi postpartum dari gangguan *mood* dan kecemasan postpartum lainnya dan aspek-aspek depresi postpartum: gejala, prevalensi, faktor risiko, intervensi dan efek pada hubungan dan perkembangan anak. Juga dibahas tentang instrumen yang tersedia yang digunakan untuk skrining depresi postpartum. Cheryl menegaskan bahwa depresi merupakan hasil dari kombinasi stres fisiologis, psikologis dan lingkungan dan bahwa gejala bervariasi dan kemungkinan akan muncul beberapa gejala. Cheryl memperkenalkan istilah NURSE program untuk menangani depresi postpartum, yaitu:

Gambar 2. Model konsep Cheryl Tatano Beck



Sumber: Yusuf, et al., 2019

Setiap aspek didiskusikan secara terpisah dan dikolaborasikan dengan ibu yang bersangkutan. Mereka seringkali hanya bisa berfokus pada satu atau dua aspek dalam satu waktu, namun program ini harus diselesaikan dalam setiap tahap penyembuhan mereka. Cheryl Tatano Beck menggunakan ide-ide dari Jean Watson yaitu perawat sebagai pusat perawatan. Beck juga menggunakan studi phenomenology dalam penelitiannya terhadap bagaimana wanita mengalami depresi postpartum (pendekatan Colaizzi's 1978). Selanjutnya Beck menggunakan teori grounded sebagai pengaruh dari ide-ide teori dan filosofi glasser (1978), Gkasser dan Strauss (1967) dan Hutchinson (1986). Sumber teori yang tidak seperti biasanya juga diambil oleh Beck dari Sichel dan Driscoll (1999).

1. Depresi Postpartum

Beck mengemukakan (2002) dalam Records, Rice, Beck (2007), depresi postpartum adalah episode depresi mayor yang bisa terjadi selama 12 bulan pertama setelah melahirkan.

2. Faktor penyebab depresi postpartum

Beck mengemukakan, faktor-faktor yang menyebabkan depresi postpartum ada 13, yaitu (Varney, et al., 2008) :

- a. Depresi prenatal
- b. Stress merawat anak
- c. Stress dalam kehidupan
- d. Dukungan social
- e. Ansietas prenatal
- f. Kepuasan perkawinan
- g. Riwayat depresi sebelumnya
- h. Maternity blues
- i. Harga diri
- j. Status sosio ekonomi
- k. Status perkawinan
- l. Kehamilan tidak diinginkan atau tidak direncanakan

Merle Helaine Mishel (Uncertainty in Illness Theory)

Merle H. Mishel lahir di Boston, Massachusetts. Dia lulus dari University of Boston dengan gelar B.A tahun 1961 dan memperoleh gelar M.S di bidang keperawatan psikiatrik dari Universitas California tahun 1966. Mishel menyelesaikan gelar M.A dan Ph. D pada area psikologi social di sekolah Claremont Graduate School di Claremont, California tahun 1976 dan tahun 1980. Penyusunan penelitian desertasi didukung oleh *Nation Research Service Award* untuk mengembangkan dan menguji alat ukur *Perceived Ambiguity in Illnes Scale*, yang sekarang dikenal dengan *Mishel Uncertainly in Illness Scale* (MUISA).

Mishel memiliki gelar master dalam keperawatan jiwa dan PhD dalam psikologi sosial. Dia dikenal karena penelitiannya tentang keraguan dan manajemen dalam penyakit kronis dan mengancam jiwa. Dia memiliki keahlian dalam respon psikososial untuk pasien penyakit kanker dan penyakit kronis serta intervensi untuk mengelola keraguan. Dia juga mengembangkan instrumen yang digunakan di seluruh dunia tentang keraguan terhadap penyakit yaitu *Uncertainty in Illness Scale-Community Form* (MUIS-C).

Teori ini menjelaskan bahwa keraguan dapat mempengaruhi kemampuan pasien untuk beradaptasi pada suatu penyakit. Keraguan dalam hal ini diartikan sebagai “ketidakmampuan pasien untuk menentukan makna kejadian suatu penyakit dan kemungkinan memprediksi secara akurat akibat yang ditimbulkan oleh penyakit tersebut”. Konsep keraguan terhadap penyakit yang berlaku untuk penyakit akut dan kronis dijelaskan sebagai stressor kognitif, rasa kehilangan kontrol dan persepsi keraguan bahwa terjadi perubahan keadaan dari waktu ke waktu.

Keraguan terhadap penyakit berhubungan dengan penyesuaian yang buruk dan sering perlu dinilai sebagai ancaman yang memiliki efek merusak. Dalam populasi sakit, keraguan terhadap penyakit terkait dengan kepekaan yang meningkat terhadap nyeri dan toleransi yang menurun terhadap rangsangan nyeri. Keraguan terhadap penyakit juga terkait dengan koping maladaptif, distress psikologis yang lebih tinggi dan penurunan kualitas hidup. Literatur mengenai keraguan terhadap penyakit dalam kaitannya dengan nyeri agak terbatas tetapi jelas menunjukkan potensi dampak negatif terhadap persepsi dan penyesuaian terhadap nyeri.

Mishel menyatakan keraguan pada awalnya merupakan tingkatan netral kognitif yang mewakili ketidakmampuan pasien dengan kondisi kronis atau yang mengancam jiwa untuk menginterpretasi kejadian yang terkait dengan penyakit dan bahwa intervensi keperawatan harus membantu pasien beradaptasi dan mengatasi keraguan ini secara produktif, mengintegrasikannya kedalam kehidupan mereka dan meningkatkan kualitas hidup. Keraguan tiap pasien harus dipahami sebagai karakteristik masalah dari pengalaman penyakit individu terlepas dari sifat akut atau kronis berbagai penyakit.

Phil Barker (Tidal Model of Mental Health Recovery)

Tidal model adalah sebuah model pemulihan untuk promosi kesehatan mental yang dikembangkan oleh Profesor Phil Barker, Poppy Buchanan-Barker dan rekan-rekan mereka. Tidal model berfokus pada proses perubahan yang ada pada semua orang. Model ini berusaha mengungkapkan arti dari pengalaman seseorang, menekankan pentingnya suara mereka sendiri dan kebijaksanaan melalui kekuatan metafora. Tujuannya memberdayakan seseorang untuk memimpin pemulihannya sendiri bukannya diarahkan oleh para profesional.

Model Pemulihan Kesehatan Mental Tidal Barker banyak digunakan dalam keperawatan kesehatan mental. Ini berfokus pada proses perawatan dasar keperawatan, dapat diterapkan secara universal, dan merupakan panduan praktis untuk keperawatan psikiatri dan kesehatan mental. Menggambarkan nilai-nilai tentang berhubungan dengan orang lain dan membantu orang lain di saat-saat kesusahan mereka. Nilai-nilai Model Pasang Surut terungkap dalam Sepuluh Komitmen: Menghargai suara, Menghormati bahasa, Mengembangkan rasa ingin tahu yang tulus, Menjadi murid magang, Menggunakan toolkit yang tersedia, Membuat langkah lebih jauh, Memberikan hadiah waktu, Mengungkapkan kebijaksanaan pribadi, Mengetahui bahwa perubahan itu konstan, dan Jadilah transparan.

Filosofi yang mendasari model ini adalah hasil penelitian tentang apa yang dibutuhkan untuk perawatan kesehatan jiwa. Tidal model diaplikasikan melalui enam kunci asumsi filosofis yaitu:

1. Keyakinan tentang keingintahuan dalam arti positif
2. Pengakuan atas kekuatan sumber daya, daripada berfokus pada masalah, kekurangan atau kelemahan
3. Menghormati keinginan seseorang, bukannya paternalistik
4. Penerimaan paradoks krisis sebagai peluang
5. Mengakui bahwa semua tujuan berfokus pada seseorang
6. Keutamaan mengejar elegan dengan cara sederhana yang mungkin harus dicari.

Proses keterlibatan, agar praktisi dapat memulai proses keterlibatan dalam menggunakan teori tidal model, beberapa hal yang perlu diperhatikan antara lain :

1. Bahwa pemulihan mungkin terjadi
2. Bahwa perubahan tidak bisa dihindari, tidak ada yang tetap
3. Bahwa pada akhirnya, orang tahu apa yang terbaik untuk mereka
4. Bahwa orang memiliki sumber daya yang mereka butuhkan untuk memulai perjalanan pemulihan
5. Bahwa orang tersebut adalah guru dan tenaga penolong atau praktisi adalah muridnya
6. Bahwa renega penolong atau praktisi harus kreatif dan mempunyai rasa ingin tahu dalam mempelajari apa yang perlu dilakukan untuk membantu seseorang

Proses keterlibatan dengan orang yang dalam masalah dan kesusahan terjadi dalam tiga domain atau dimensi; *self, world and others*. Praktisi mengeksplorasi dimensi tersebut untuk sadar akan situasi saat ini dan menentukan apa yang harusnya terjadi sekarang.

1. Domain diri (*self domain*) adalah suatu keadaan dimana seseorang merasakan pengalaman mereka. Ada penekanan untuk membuat orang merasa lebih aman dan praktisi membantu mengembangkan “rencana keamanan” atau *security plan* untuk mengurangi ancaman terhadapnya atau orang lain disekitarnya.
2. Domain dunia (*world domain*) adalah posisi dimana orang berpegang pada kisah mereka dibandingkan kejadian atau peristiwa dunia lainnya. Praktisi tidal model menggunakan cara khusus untuk mengeksplorasi cerita ini bersama-sama, mengungkapkan makna yang tersembunyi, menggali sumber daya yang ada dan untuk mengidentifikasi apa yang perlu dilakukan untuk membantu pemulihan.
3. Domain lainnya (*others domain*) menggambarkan berbagai hubungan yang dimiliki seseorang dimasa lalu, masa sekarang dan masa depan. Hubungan ini tidak hanya terkait praktisi tidal model tetapi juga anggota lain dari tim perawatan kesehatan, sosial, teman, keluarga dan pendukung lainnya.

Kekuatan metafora, tidal model menggunakan metafora atau filosofi air dan menjelaskan bagaimana manusia dalam kesusahan atau distress bisa menjadi rapuh secara emosional, fisik dan spiritual. Filosofi ini memandang pengalaman sehat dan sakit seperti zat cair, bukan sebuah fenomena yang stabil, kehidupan sebagai sebuah perjalanan yang dilakukan di lautan pengalaman. Filosofi ini menyatakan bahwa kesehatan jiwa, faktor yang terkait dengan krisis kejiwaan, bisa beragam serta kumulatif. Dengan berprinsip pada filosofi ini, perawat atau tenaga penolong lainnya akan mendapatkan pemahaman yang lebih tentang situasi yang saat itu sedang dihadapi seseorang dan perlunya suatu perubahan. Praktisi atau tenaga penolong, seiring berjalannya waktu akan dibimbing untuk merawat atau mengasuh seseorang mulai dari awal perjalanan mereka hingga terdampar, tenggelam atau sebaliknya dicampakkan oleh permasalahan hidup mereka. Eksplorasi kemudian dapat dilakukan untuk mengetahui apa yang sebenarnya menyebabkan badai dan apa yang perlu dilakukan segera untuk dapat berlayar lagi.

Konsep utama tidal model berawal dari empat poin penting, yaitu; fokus terapeutik, perubahan, kekuatan dan perawat. Fokus terapeutik yang utama dalam kesehatan jiwa adalah dalam komunitas. Manusia hidup di “lautan pengalaman” dan krisis kejiwaan hanyalah satu dari sekian banyak hal yang dapat “menenggelamkan” mereka. Tujuan keperawatan atau asuhan kesehatan jiwa untuk mengembalikan mereka ke “lautan pengalaman” tersebut sehingga mereka dapat melanjutkan perjalanan hidup mereka. Perubahan merupakan proses yang terus berjalan dan konstan. Manusia

akan terus berubah, namun kadang mereka tidak menyadarinya. Salah satu tujuan utama intervensi yang dilakukan adalah untuk membantu klien membangun kesadaran bahwa sekecil apapun perubahan itu akan membawa dampak yang besar bagi hidupnya. Kekuatan terletak pada proses asuhan. Perawat membantu klien untuk mengidentifikasi bagaimana pasien dapat lebih berperan dalam hidupnya. Perawat dan klien adalah satu, tidak dapat dipisahkan.

Shirly M. Moore (Teori Hidup Damai di Akhir)

Teori akhir hidup yang damai (*end of life - EOL*) adalah sejumlah langkah dalam memajukan pembangunan manusia dengan menggabungkan konsep nyeri, nyaman dan damai. Sebuah konsep tunggal terkait dengan manajemen gejala fisik psikologis. Proses dan konsep nyeri adalah sebuah kondisi yang memerlukan monitoring, pengelolaan rasa sakit dan menerapkan intervensi farmakologis dan non-farmakologis. Kenyamanan adalah kondisi yang harus diupayakan, memantau, mencegah dan menghilangkan ketidaknyamanan fisik merupakan prioritas dari konsep ini. Damai diartikan sebagai upaya pemantauan pasien yang memenuhi kebutuhan obat anti ansietas. Intervensi non-farmakologis seperti musik, humor atau relaksasi dan lain-lain berfungsi sebagai upaya distraksi bagi pasien untuk menghilangkan nyeri, kecemasan dan ketidaknyamanan fisik secara umum.

Proses keperawatan didefinisikan sebagai tindakan keperawatan yang dirancang untuk mempromosikan hasil positif dari:

1) Bebas dari nyeri

Bebas dari menderita atau gejala distress adalah bagian utama dari pengalaman banyak pasien di akhir kehidupan. Nyeri adalah mempertimbangkan pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan berhubungan dengan kerusakan jaringan baik aktual maupun potensial (Lenz, Suppe, Gift, Pugh, & Milligan, 1995; Pain term, 1979, dalam Tomey & Alligood, 2010). Kriteria hasil yang diinginkan adalah terbebas dari nyeri

2) Mendapatkan kenyamanan

Kenyamanan dalam teori ini didefinisikan sebagai bebas dari ketidaknyamanan, keadaan yang mudah, puas dan damai, serta apa pun yang membuat hidup mudah atau menyenangkan (Ruland dan Moore 1998). Kriteria hasil yang diinginkan adalah: (i) Pasien tidak merasa mual, (ii) Pasien tidak merasa kehausan, (iii) Pasien merasakan kenyamanan yang optimal dan (iv) orang terdekat yang bermakna bagi klien merasakan lingkungan yang menyenangkan.

3) Merasa bermartabat dan dihormati

Setiap pasien dengan penyakit terminal menginginkan dihormati dan dinilai layak sebagai manusia. Dasar konsep ini adalah ide dari nilai personal yang diekspresikan oleh prinsip otonomi atau rasa hormat seseorang. Ini termasuk, yang diakui dan dihormati bersama dan tidak melanggar nilai-nilai integritas pasien (Ruland dan Moore 1998). Kriteria hasil yang ingin dicapai

adalah: (i) pasien keluarga berpartisipasi dalam pengambilan keputusan mengenai perawatan pasien, dan (ii) pasien dan keluarga dirawat dengan bermartabat dan dihormati sebagai manusia

4) Dalam Kedamaian

Definisi untuk menjadi damai untuk teori ini melibatkan perasaan ketenangan, harmoni dan kepuasan (Ruland dan Moore 1998). Untuk bebas dari kecemasan, ketakutan dan kekhawatiran. Kriteria hasil yang ingin dicapai adalah: (i) pasien dan keluarga mempertahankan harapan dan kebermaknaan, (ii) pasien dan keluarga mendapatkan bantuan dalam menjelaskan isu-isu praktis dan ekonomis terkait prognosa dan sebuah akhir kehidupan, (iii) Pasien tidak mati sendirian dan (iv) Pasien damai.

5) Kedekatan dengan keluarga dan orang lain yang bermakna

Kedekatan dengan keluarga dan orang lain yang bermakna untuk teori ini adalah perasaan keterhubungan dengan orang lain yang peduli (Ruland dan Moore 1998). Kriteria hasil yang ingin dicapai adalah: (i) berperan serta dalam merawat pasien seperti yang mereka inginkan, (ii) Bisa mengucapkan selamat tinggal dengan pasien sesuai dengan keyakinan mereka, ritual budaya dan keinginan, (iii) Mendapatkan informasi mengenai prosedur pemakaman yang kemungkinan berbeda.

Asumsi Utama PEOL

Teori peacefull EOL adalah turunan dari standar perawatan yang ditulis oleh para ahli dibidang keperawatan yang ditujukan untuk masalah praktis, suatu konsep metaparadigma yang melekat pada tujuan perawatan. Menurut Ruland & Moore (1998), Dalam pengaplikasiannya PEOL terdapat dua asumsi utama yang harus diperhatikan, yaitu:

1. Setiap perasaan dan kejadian pada pengalaman diakhir kehidupan bersifat personal dan individual
2. Pelayanan keperawatan merupakan sesuatu hal yang sangat penting dalam menciptakan akhir hidup yang tenang.

Secara implisit terdapat 2 asumsi tambahan, meliputi

1. Keluarga sebagai support sistim dalam pelayanan keperawatan klien *end of life*.
2. Memaksimalkan pelayanan demi pencapaian kualitas hidup dan kematian yang penuh kedamaian.

Penggunaan bukti empiris, Ruland dan Moore (1998, dalam Aligood & Tomey, 2014) mengidentifikasi enam pernyataan teoritis untuk teori mereka sebagai berikut:

1. Monitoring dan mengelola rasa sakit dan menerapkan intervensi farmakologis dan nonpharmacologic kontribusi dari pengalaman pasien tidak sakit.
2. Mencegah, pemantauan dan menghilangkan ketidaknyamanan fisik, memfasilitasi istirahat, relaksasi dan kepuasan serta mencegah komplikasi berkontribusi dengan pengalaman pasien kenyamanan.
3. Termasuk yang lain pasien dan signifikan dalam pengambilan keputusan tentang perawatan pasien, memperlakukan pasien dengan martabat, empati dan rasa hormat dan menjadi perhatian terhadap pasien menyatakan kebutuhan, keinginan dan preferensi berkontribusi dengan pengalaman pasien martabat dan rasa hormat.
4. Memberikan dukungan emosional, pemantauan dan pertemuan pasien menyatakan kebutuhan untuk obat antiansietas, kepercayaan inspirasi, memberikan yang lain pasien dan signifikan dengan bimbingan dalam masalah-masalah praktis dan memberikan kehadiran fisik orang lain peduli apakah berkontribusi diinginkan untuk pengalaman pasien merasa damai.
5. Fasilitasi dan berpartisipasi signifikan dalam perawatan pasien, empati kesedihan orang lain, kekhawatiran dan pertanyaan dan memfasilitasi peluang untuk kedekatan keluarga kepada orang lain yang signifikan atau orang yang peduli.
6. Pengalaman pasien tidak sakit, kenyamanan, martabat dan rasa hormat yang damai, kedekatan dengan orang lain yang signifikan atau orang-orang yang peduli berkontribusi sampai akhir hidup damai.

Georgene Gaskill Eakes (Chronicsorrow)

Konsep kesedihan kronis berasal dari karya Olshansky Tahun 1962. Para ahli mengutip pengamatan Olshanskys, orang tua mengalami kesedihan berulang dan kesedihan kronis jangka panjang. Konsep aslinya digambarkan secara luas sebagai deskripsi sederhana reaksi psikologis untuk situasi tragis. Peneliti lain mulai mengamati pengalaman orang tua dari anak-anak baik secara fisik atau cacat mental. Karya ini divalidasi sebagai kesedihan berulang dan duka tiada akhir yang dialami oleh orang tua. Apabila anak mengalami cacat fisik atau mental, beban orang tua akan tetap tinggi sepanjang hayat, sepanjang kehidupan tanpa ada harapan dapat diselesaikan. Selama orang tua masih hidup tidak masalah, tetap ketika orang tua meninggal, siapa yang akan melanjutkan asuhan kepada anak. Inilah cerminan penderitaan kronis yang harus diberikan perhatian khusus oleh perawat. Burke dalam studinya anak-anak dengan spina bifida, kesedihan kronis merupakan kesedihan luas yang bersifat permanen, periodik dan progresif di alam.

Chronic sorrow tidak membatasi teori mereka hanya pada adanya kesedihan kronis tetapi berusaha untuk memeriksa respon terhadap duka. Mereka memasukkan konsep Lazarus dan Folksmans, tentang stres dan adaptasi sebagai dasar untuk metode manajemen efektif dalam model mereka (Eakes *et al*, 1998). Kesedihan kronis adalah kesenjangan yang sedang berlangsung yang dihasilkan dari kerugian ditandai dengan pervasif dan permanen. Gejala kesedihan berulang secara periodik dan gejala ini berpotensi progresif. Metode manajemen kesedihan kronis merupakan sarana yang mungkin bersifat internal dari strategi koping pribadi atau eksternal dari praktisi perawatan kesehatan atau orang lain yang memberikan intervensi.

Referensi

- Agustini, N. (2010). Petunjuk praktis manajemen pengelolaan limbah pertanian untuk pakan ternak sapi. Kementerian Pertanian Badan Penelitian dan Pengembangan Pertanian BB Pengkajian dan Pengembangan Teknologi Pertanian.
- BPS. (2015, November 17). Upah nominal dan riil buruh tani di Indonesia (Rupiah), 2014-2015 (2012=100). <http://www.bps.go.id/linkTabelStatis/view/id/1465>
- Rifai, M. A. (2005). Pegangan gaya penulisan, penyuntingan dan penerbitan: Karya-ilmiah-Indonesia. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.