

LAPORAN PENELITIAN

**PELAKSANAAN AKTIVITAS-AKTIVITAS PRIMARY PREVENTION
KESEHATAN MENTAL OLEH TENAGA KESEHATAN DI PUSKESMAS
DALAM WILAYAH KABUPATEN KUPANG TAHUN 2010**

**PENELITIAN
RISET PEMBINAAN TENAGA KESEHATAN (DOSEN) TAHUN 2010**

OLEH :

**Sabina Gero, SKp. MSc, NIP : 19560829 198502 2001
Sebastianus Banggut, SST, NIP : 19570323 198103 1002**



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
JURUSAN KEPERAWATAN
KUPANG, 2010**

LAPORAN PENELITIAN

**PELAKSANAAN AKTIVITAS-AKTIVITAS PRIMARY PREVENTION
KESEHATAN MENTAL OLEH TENAGA KESEHATAN DI PUSKESMAS
DALAM WILAYAH KABUPATEN KUPANG TAHUN 2010**

**PENELITIAN
RISET PEMBINAAN TENAGA KESEHATAN (DOSEN) TAHUN 2010**

OLEH :

**Sabina Gero, SKp. MSc, NIP : 19560829 198502 2001
Sebastianus Banggut, SST, NIP : 19570323 198103 1002**



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
JURUSAN KEPERAWATAN
KUPANG, 2010**

LEMBAR PENGESAHAN

1. Judul :
PELAKSANAAN AKTIVITAS-AKTIVITAS PRIMARY PREVENTION KESEHATAN MENTAL OLEH TENAGA KESEHATAN DI PUSKESMAS DALAM WILAYAH KABUPATEN KUPANG TAHUN 2010
2. Ketua Peneliti :
 - a. Nama : Sabina Gero, SKp. MSc
 - b. Jenis Kelamin : Perempuan
 - c. Pangkat/Gol : Pembina Tk I / IV -b
 - d. Jabatan Fungsional: Lektor Kepala
 - e. Institusi : Poltekkes Kemenkes Kupang
3. Jumlah Tim Peneliti : 1 (satu) orang
4. Lokasi Penelitian : Wilayah Kabupaten Kupang
5. Waktu Penelitian : 3 (tiga) bulan (September - Nopember 2010)
6. Biaya : Rp. 10.000.000 (Sepuluh juta rupiah)

Ketua Peneliti,



Sabina Gero, SKp. MSc

NIP : 19560829 198502 2001

Peneliti I,



Sebastianus Banggut, SST

NIP: 19570323 198103 1002

Mengetahui,

Direktur Poltekkes Kemenkes Kupang



Jefrin Sambara, Apt. Msi

NIP: 19630612 199508 1001

DAFTAR ISI

LEMBAR JUDUL	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
DAFTAR ISI	iii
KATA PENGANTAR	iv
ABSTRAK	v
BAB I. PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Perumusan Masalah	2
C. Tujuan	3
D. Maksud	3
E. Sistematika Penulisan	4
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	5
A. Konsep Model Asuhan Keperawatan Jiwa	5
B. Primary Prevention Kesehatan Jiwa Komunitas	13
C. Pedoman Pelaksanaan Kesehatan Jiwa Komunitas di Indonesia	16
D. Kerangka Konsep Penelitian	28
BAB III. METODOLOGI PENELITIAN	29
BAB IV. HASIL	31
A. Situasi Kabupaten Kupang	31
B. Hasil Penelitian	34
BAB V. PEMBAHASAN	43
BAB VI. PENUTUP	48
A. Kesimpulan	48
B. Saran	49
DAFTAR KEPUSTAKAAN	50
LAMPIRAN-LAMPIRAN	

KATA PENGANTAR

Puji dan Syukur kami panjatkan kepada Tuhan yang Mahakuasa, atas berkat dan Rahmat-Nya, laporan penelitian ini dapat selesai pada waktunya. Oleh karena itu, ucapan terima kasih kami sampaikan kepada :

1. Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang, yang telah menyediakan kesempatan dan dana bagi dosen keperawatan untuk melaksanakan kegiatan penelitian
2. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Kupang, yang telah memberi ijin melaksanakan penelitian ini di Puskesmas dalam wilayah kerjanya
3. Ketua Unit Penelitian dan Pengabdian Kepada Masyarakat, Poltekkes Kemenkes Kupang, dan para tim penilai penelitian yang telah memfasilitasi kelancaran penelitian ini
4. Ketua Jurusan Keperawatan Kupang, yang mengatur berbagai penelitian dalam jurusan keperawatan Kupang, termasuk penelitian kami ini
5. Para Tenaga Kesehatan di Puskesmas Tarus, Baumata, Batakte, Baun, Oesao, Sulamu, Sonraen, Oekabiti, Uitao, Camplong, Oelbiteno, dan Oepoli, yang telah berpartisipasi dalam penelitian ini.
6. Suami, istri, anak, kami berdua yang telah mendukung pelaksanaan penelitian ini
7. Semua pihak yang tidak dapat kami sebutkan namanya satu persatu, yang telah membantu kami baik langsung maupun tidak langsung dalam penelitian ini.

Semoga Tuhan yang mahakuasa membalas semua budi baik bapak-ibu sekalian.

Kami menyadari bahwa dalam melaksanakan penelitian ini ada banyak kesalahan dan kekurangan baik sengaja ataupun tidak, yang kami lakukan untuk semuanya ini kami mohon maaf. Terima kasih atas pengertian bapak ibu sekalian.

Akhirnya, kami menyadari bahwa penelitian ini masih jauh dari kesempurnaan, segala usul saran dari para pembaca untuk perbaikan laporan penelitian ini akan kami terima dengan senang hati. Semoga penelitian ini bermanfaat bagi semua yang membacanya khususnya tenaga kesehatan (perawat, bidan) dan pada dosen Keperawatan.

Kupang, Desember 2010

Tim Peneliti : Sabina, Sebastianus

ABSTRAK

Pendahuluan. Penelitian ini dilakukan karena kami adalah dosen keperawatan jiwa di Jurusan dan peneliti ingin mengembangkan diri dalam bidang kesehatan mental. Memilih Kabupaten Kupang oleh karena dari hasil RISKESDAS 2007, angka gangguan mental-emosional di Kabupaten Kupang (4,4 %) paling rendah dari kabupaten lain di seluruh NTT (14,5 %). Angka ini biasanya berhubungan dengan dilaksanakannya aktivitas-aktivitas Primary Prevention dalam wilayah tersebut. Maka, pertanyaan masalah adalah ,
" **Bagaimana pelaksanaan aktivitas-aktivitas primary prevention kesehatan mental oleh tenaga kesehatan di puskesmas, Kabupaten Kupang, tahun 2010?**"
tujuan penelitian ini. Tujuan umum penelitian adalah mendapatkan gambaran pelaksanaan aktivitas-aktivitas primary preventif kesehatan mental-emosional oleh Puskesmas dalam wilayah Kabupaten Kupang. Tujuan khusus gambaran pelaksanaan aktivitas primary prevention pada, Periode ibu hamil, Periode BBL/bayi, Periode balita, Periode anak usia sekolah(SD), Periode remaja, Periode dewasa, Periode lansia, Periode situasi krisis, Periode penduduk cacat fisik, Hubungan antara rata-rata aktivitas dan angka sakit jiwa tahun 2009, dampak pelaksanaan masing-masing aktivitas terhadap angka sakit jiwa tahun 2009.

Tinjauan Pustaka, menyangkut 4 hal, Konsep Model Asuhan Keperawatan Jiwa; Primary Prevention Kesehatan Jiwa Komunitas; Pedoman Pelaksanaan Kesehatan Jiwa Komunitas di Indonesia dan Kerangka konsep penelitian.

Metodologi. Merupakan penelitian kuantitatif, deskripsi observasional, metode survey. Populasinya adalah Puskesmas sebagai unit analisis dalam wilayah kabupaten Kupang, dan sampelnya adalah tenaga kesehatan yang ada di Puskesmas. Analisa menggunakan statistic deskripsi, dan diangkat 2 (dua) hipotesis statistik tes korelasi dan tes regresi.

Hasil Penelitian. Pelaksanaan aktivitas, semua Puskesmas melakukan, tapi hanya 1 yang berkategori cukup. Tes korelasi dan regresi terhadap variabel dependen angka sakit jiwa $p > 0,05$, sehingga disimpulkan tidak ada hubungan antara keduanya. Kegiatan yang paling sering dilakukan yaitu ANC, Bayi, Balita, remaja dan usila, kegiatan 4 yang lain terhadap anak SD, dewasa, situasi krisis dan cacat, kurang.

Kesimpulan. Kegiatan primary prevention sudah dilaksanakan di Puskesmas, tetapi belum terintegrasi dengan program rutin lain yang sudah dijalankan di Puskesmas. Tim Pelaksana Kesehatan Jiwa di Masyarakat perlu diaktifkan kembali sesuai kebutuhan. Manfaat penelitian ini untuk peneliti, Jurusan Keperawatan, Tenaga Kesehatan & Dinas Kesehatan Kabupaten Kupang.

Kata Kunci : Aktivitas, Primary Prevention, Kesehatan Mental,

BAB I.

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan jiwa di Indonesia belum mendapat penanganan serius (Surya Karya.com, 2006), lebih dari 50 % penderita gangguan jiwa di negara-negara berkembang, termasuk Indonesia, belum mendapat pelayanan kesehatan. Menurut Direktur Kesehatan Jiwa WHO, pada Kongres Federasi Psikiatri dan Kesehatan Jiwa Asean ke 10 di Jakarta, 29 Juni 2006 hal ini disebabkan karena belum tersedianya pelayanan kesehatan jiwa di komunitas, pelayanan yang kurang, biaya perawatan yang mahal, stigma yang melekat pada pasien/keluarga penderita gangguan jiwa. Menurut UU No 3 tahun 1966 tentang Kesehatan Jiwa (sampai saat ini belum ada UU pengganti), kesehatan jiwa adalah suatu kondisi yang memungkinkan perkembangan fisik, intelektual dan emosional yang optimal dari seseorang dan perkembangan itu berjalan selaras dengan keadaan orang-orang lain. Dalam UU no 36 tahun 2009, tentang Kesehatan, orang yang mempunyai kehidupan kejiwaan yang sehat, adalah yang bebas dari ketakutan, tekanan dan gangguan lain yang dapat mengganggu kesehatan jiwa.

Sebenarnya, gangguan jiwa mempunyai lingkup yang luas, bukan hanya sakit/gangguan jiwa tetapi juga masalah gangguan emosional seperti depresi, perilaku kekerasan, mental retardasi, perilaku bunuh diri, penyimpangan seksual, dll. Masalah kesehatan di Indonesia, termasuk NTT, masih berfokus pada masalah kesehatan fisik. Untuk mengantisipasi masalah kesehatan mental kedepan, sosialisasi kepada pemerintah, tentang macam-macam gangguan kesehatan jiwa penting, untuk menggeser paradigma tentang kesehatan jiwa yang keliru. Paradigma baru yang sedang dikembangkan saat ini adalah berorientasi pada bio-psiko-sosial, tidak semata biomedikal, berorientasi jangka panjang, berbentuk pelayanan dan pendekatan kesehatan masyarakat lebih utama daripada pendekatan klinis.

Menurut hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) Indonesia tahun 2007, gangguan mental emosional di Provinsi NTT 14,5 %, lebih tinggi dari angka Nasional (11,6 %).

Prevalensi gangguan mental-emosional pada usia diatas lima belas tahun di NTT, angka tiga terbesar berturut-turut pada Kabupaten Manggarai (32,4 %), Ngada (27,9 %), menyusul Sumba Barat (22,6 %). Menurut karakteristik penduduk, kelompok wanita, tingkat pendidikan rendah, kelas ekonomi rendah, dan penduduk tidak bekerja merupakan kelompok yang tertinggi mengalami gangguan mental emosional di NTT. Mungkin saja kita tidak menyadari kondisi ini, karena kita terlalu sibuk mengurus kesehatan tubuh/fisik semata, sehingga kurang peka melihat kondisi ini di masyarakat sekitar kita.

Kabupaten Kupang, mempunyai prevalensi masalah Kesehatan Jiwa, khusus gangguan mental emosional untuk penduduk >/ 15 tahun, paling rendah (4,4 %) di NTT. Rata-rata prevalensi gangguan mental-emosional NTT, 14,5 %. Prevalensi tertinggi Kabupaten Manggarai, 32,4 %. Ditengah kurangnya pelayanan kesehatan jiwa di NTT, Kabupaten Kupang menunjukkan angka prevalensi terendah (Hasil Riskesdas 2007). Menurut Saraceno (2006), penanganan masalah kesehatan jiwa bukan hanya dengan membangun RS Jiwa, tetapi yang lebih penting adalah dengan tindakan preventiv dan promosi kesehatan mental di masyarakat. Hasil penelitian bank dunia tahun 1995 di beberapa negara menunjukkan bahwa 8,1 % persen produktifitas kerja hilang akibat masalah kesehatan jiwa. Masyarakat NTT yang sebagian besar menganut paham patriarkat, memiliki adat-istiadat yang bervariasi & sangat memegang adat istiadat tersebut, sangat rentan mengalami gangguan mental-emosional ini.

B. Permasalahan

Memperhatikan rendahnya angka gangguan mental emosional di Kabupaten Kupang, dibandingkan dengan kabupaten lain di NTT, dan melihat tingginya angka gangguan mental emosional provinsi NTT jika dibandingkan dengan angka sakit jiwa nasional, maka peneliti tertarik untuk mengetahui lebih mendalam latar belakang kondisi ini di kabupaten Kupang. Angka gangguan mental – emosional yang rendah, berhubungan dengan adanya tindakan pencegahan terhadap terjadinya masalah kesehatan mental disuatu daerah. Oleh sebab itu masalah yang diangkat dalam penelitian ini, ” **Bagaimana pelaksanaan aktivitas-aktivitas primary prevention kesehatan mental oleh tenaga kesehatan di puskesmas, Kabupaten Kupang, tahun 2010?**”

C. Tujuan Penelitian

Tujuan umum penelitian adalah mendapatkan gambaran pelaksanaan aktivitas-aktivitas primary preventif kesehatan mental-emosional oleh Puskesmas dalam wilayah Kabupaten Kupang.

Tujuan khusus gambaran pelaksanaan aktivitas primary prevention pada,

1. Periode ibu hamil
2. Periode BBL/bayi
3. Periode balita
4. Periode anak usia sekolah(SD)
5. Periode remaja
6. Periode dewasa,
7. Periode lansia,
8. Periode situasi krisis
9. Periode penduduk cacat fisik
10. Hubungan antara rata-rata aktivitas dan angka sakit jiwa tahun 2009
11. Dampak pelaksanaan masing-masing aktivitas terhadap angka sakit jiwa tahun 2009

D. Manfaat Penelitian

- a. Bagi Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kupang :

Laporan penelitian ini dapat menambahkan jumlah reference/buku dalam bidang Kesehatan mental di Perpustakaan Jurusan

- b. Bagi peneliti /dosen:

- Mendapatkan informasi akurat praktek primary prevention kesehatan mental emosional di kabupaten Kupang
- Mendapatkan data awal penelitian lanjutan dalam bidang kesehatan mental emosional di waktu yang akan datang

c. Bagi tenaga Kesehatan :

Mendapatkan informasi pelaksanaan praktik primary prevention kesehatan mental – emosional pada Puskesmas-Puskesmas dalam wilayah Kabupaten Kupang.

d. Dinas Kesehatan Kabupaten Kupang :

Mendapatkan informasi program-program kesehatan mental yang telah dilaksanakan dalam wilayah Kabupaten Kupang

E. SISTEMATIKA PENULISAN

Laporan penelitian ini disusun dengan sistematis sebagai berikut; BAB I. PENDAHULUAN, terdiri dari Latar Belakang; Permasalahan; Tujuan; Manfaat dan Sistematika Penulisan; BAB II. TINJAUAN PUSTAKA, Konsep Model Asuhan Keperawatan Jiwa; Primary Prevention pada Kesehatan Jiwa Komunitas; Standar Kesehatan Jiwa di Indonesia, dan Kerangka konsep penelitian; BAB III. METODOLOGI; BAB IV. HASIL; BAB V. PEMBAHASAN dan BAB VI. PENUTUP, terdiri dari Kesimpulan dan Saran.

BAB II.

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Model Asuhan Keperawatan Jiwa

Pengertian. *Kesehatan Jiwa* adalah Perasaan Sehat dan Bahagia serta mampu mengatasi tantangan hidup, dapat menerima orang lain sebagaimana adanya serta mempunyai sikap positif terhadap diri sendiri dan orang lain. **Kesehatan jiwa meliputi**, bagaimana perasaan anda terhadap diri sendiri; bagaimana perasaan anda terhadap orang lain dan bagaimana kemampuan anda mengatasi persoalan hidup anda sehari - hari.

Kriteria Sehat Mental. Sehat mental menurut Yahoda adalah dapat bertumbuh, berkembang dan aktualisasi; Integrasi : Masa lalu dan sekarang; Otonomi dalam pengambilan keputusan; Persepsi sesuai kenyataan; dan Menguasai lingkungan (mampu beradaptasi). Rentang Sehat Jiwa pada kondisi Dinamis bukan titik statis; Rentang dimulai dari sehat optimal – mati; Ada tahap-tahap; Adanya variasi tiap individu; Menggambarkan kemampuan adaptasi; Berfungsi secara efektif : sehat

a. Menurut American Nurses Associations (ANA), Keperawatan jiwa adalah area khusus dalam praktek keperawatan yang menggunakan ilmu tingkah laku manusia sebagai dasar dan menggunakan diri sendiri secara terapeutik dalam meningkatkan, mempertahankan, memulihkan kesehatan mental klien dan kesehatan mental masyarakat dimana klien berada (American Nurses Associations).

b. Menurut WHO

Kesehatan Jiwa bukan hanya suatu keadaan bebas gangguan jiwa, melainkan mengandung berbagai karakteristik seperti perawatan langsung, komunikasi dan management, bersifat positif yang menggambarkan keselarasan dan keseimbangan kejiwaan yang mencerminkan kedewasaan kepribadian yang bersangkutan.

c. Menurut UU KES. Jiwa NO 03 THN 1966

Kondisi yg memungkinkan perkembangan fisik, intelektual emosional secara optimal dari seseorang dan perkembangan ini selaras dgn orang lain.

2. Keperawatan jiwa adalah pelayanan keperawatan profesional didasarkan pada ilmu perilaku, ilmu keperawatan jiwa pada manusia sepanjang siklus kehidupan dengan respons psiko-sosial yang maladaptif yang disebabkan oleh gangguan bio-psiko-sosial, dengan menggunakan diri sendiri dan terapi keperawatan jiwa (komunikasi terapeutik dan terapi modalitas keperawatan kesehatan jiwa) melalui pendekatan proses keperawatan untuk meningkatkan, mencegah, mempertahankan dan memulihkan masalah kesehatan jiwa klien (individu, keluarga, kelompok komunitas). Keperawatan jiwa adalah proses interpersonal yang berusaha untuk meningkatkan dan mempertahankan perilaku sehingga klien dapat berfungsi utuh sebagai manusia.

Prinsip keperawatan jiwa terdiri dari empat komponen yaitu *manusia, lingkungan, kesehatan dan keperawatan*.

Manusia. Fungsi seseorang sebagai makhluk holistik yaitu bertindak, berinteraksi dan beraksi dengan lingkungan secara keseluruhan. Setiap individu mempunyai kebutuhan dasar yang sama dan penting. Setiap individu mempunyai harga diri dan martabat. Tujuan individu adalah untuk tumbuh, sehat, mandiri dan tercapai aktualisasi diri. Setiap individu mempunyai kemampuan untuk berubah dan keinginan untuk mengejar tujuan personal. Setiap individu mempunyai kapasitas coping yang bervariasi. Setiap individu mempunyai hak untuk berpartisipasi dalam pengambilan keputusan. Semua perilaku individu bermakna dimana perilaku tersebut meliputi persepsi, pikiran, perasaan dan tindakan.

Lingkungan. Manusia sebagai makhluk holistik dipengaruhi oleh lingkungan dari dalam dirinya dan lingkungan luar, baik keluarga, kelompok, komunitas. Dalam berhubungan dengan lingkungan, manusia harus mengembangkan strategi coping yang efektif agar dapat beradaptasi. Hubungan interpersonal yang dikembangkan dapat menghasilkan perubahan diri individu.

Kesehatan. Kesehatan merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia yang menunjukkan salah satu segi kualitas hidup manusia, oleh karena itu, setiap individu mempunyai hak untuk memperoleh kesehatan yang sama melalui perawatan yang adekuat.

keperawatan. Dalam keperawatan jiwa, perawat memandang manusia secara holistik dan menggunakan diri sendiri secara terapeutik. Pendekatan dalam keperawatan jiwa adalah menggunakan diri sendiri secara terapeutik dan interaksinya interpersonal dengan menyadari diri sendiri, lingkungan, dan interaksinya dengan lingkungan. Kesadaran ini merupakan dasar untuk perubahan. Klien bertambah sadar akan diri dan kemampuannya, sehingga lebih akurat mengidentifikasi kebutuhan dan masalah serta memilih cara yang tepat untuk mengatasinya. Perawat memberi stimulus yang konstruktif sehingga akhirnya klien belajar cara penanganan masalah yang merupakan modal dasar dalam menghadapi berbagai masalah. Dalam pelaksanaan perawatan kesehatan jiwa, dikenal beberapa model yang dapat dipakai sebagai acuan, dan model yang populer dipakai seperti dalam table 2.1 ini.

Model	Melihat penyimpangan perilaku yang terjadi	Proses Terapi	Peran pasien dan terapis
Psikoanalisis (Sigmund Freud, Erik Erikson, A. Freud, Hans Selye, Carl Jung, Melanie Klein, Anna Freud, Sigmund Freud, Elisabeth Kubler-Ross, Elisabeth Kubler-Ross)	Berdasarkan ego diri yang tidak memadai menyelesaikan konflik yang terjadi -Ego pertahanan tidak memadai untuk mengontrol kecemasan Gejala → hasil dalam upaya untuk mengatasi kecemasan dan berhubungan dengan konflik yang belum diselesaikan	-Menggunakan teknik asosiasi bebas dalam analisis mimpi Mengidentifikasi masalah-daerah melalui interpretasi resistensi pasien dan transferences untuk memperbaiki traumatic masa lalu	-Pasien verbalizes semua pikiran dan mimpi: menanggapi interpretasi terapis -Therapis menginterpretasi pikiran & mimpi untuk mendorong pengembangan dan menafsirkan transferensi dari pikiran dan mimpi pasien
Interpersonal (Chalbrun, Peplau)	-Kecemasan muncul dan dialami dari pengalaman interpersonal yang terjadi - Ketakutan dasar adalah takut ditolak -Seseorang butuh keamanan dan kepuasan yang dihasilkan dari hubungan interpersonal yang positif	-Hubungan antara terapis dan pasien membangun rasa aman -Therapist membantu pengalaman pasien untuk saling percaya dan mendapatkan kepuasan hubungan interpersonal	- Pasien-sharing kecemasan dan perasaan dengan terapis - Therapist menggunakan empati untuk melihat perasaan pasien dg. sabar, dan menggunakan hubungan sebagai koreksi pengalaman interpersonal yang negatif

	<p>Sosial dan faktor lingkungan menciptakan stres, yang menyebabkan kecemasan dan gejala</p> <p>Tidak dapat diterima (penyimpangan) perilaku sosial yang didefinisikan/ditemukan</p>	<p>-Pasien dibantu untuk menangani sistem socialnya yang kurang baik</p> <p>-Menggunakan krisis intervensi, manipulasi lingkungan, dan dukungan sosial.</p>	<p>-Pasien menyampaikan masalah, bekerja dengan terapis, dan menggunakan sumber dl.masy.</p> <p>-Therapist mengeksplorasi sistem sosial pasien dan sumber daya yang tersedia</p>
	<p>-Hidup ini umumnya terjadi bila seseorang berarti sepenuhnya, dapat mengalami dan menerima diri</p> <p>-Diri sendiri bisa dialami melalui hubungan otentik dengan orang lain</p>	<p>-Seseorang dibantu untuk mengalami eksistensi diri dalam hubungan kelompok</p> <p>-Terapi sering dilakukan dalam kelompok-kelompok</p> <p>-Pasien didorong untuk menerima diri dan untuk mengambil kendali perilaku</p>	<p>-Pasien berpartisipasi dalam pengalaman berarti untuk belajar diri yang sebenarnya.</p> <p>-Terapis membantu pasien mengenali nilai diri, memperjelas realita situasi, dan mengeksplorasi perasaan</p>
	<p>-Masalah adalah akibat faktor biopsikososial.</p> <p>-Penekanan pada respon koping maladaptive</p>	<p>-Realitas pengujian dan tindakan meningkatkan harga diri</p> <p>-Memperkuat respon adaptif yang ditunjukkan pasien</p>	<p>-Pasien aktif terlibat dalam identifikasi koping.</p> <p>-Therapist hangat, empatik, dan bersahabat dengan pasien</p>
	<p>-Perilaku gangguan hasil dari suatu proses gabungan antara penyakit biologis, genetic & sosial</p> <p>Gejala-hasil dari kombinasi, genetik, lingkungan, social, dan faktor psikologis</p>	<p>-Pengobatan berhubungan dengan diagnosik,terapi somatic, farmakologi dan berbagai teknik interpersonal.</p> <p>-Pengobatan Pendekatan disesuaikan tergantung pada respon gejala.</p>	<p>-Pasien menjalani prosedur diagnostic &terapi jangka panjang.</p> <p>-Therapist diagnosa penyakit, dampak, laporan dan terapinya menentukan pendekatan terapeutik.</p>

model-model keperawatan yang sering dipakai dalam praktek, seperti tertulis diatas,

1) Psychoanalytical (Freud, Erickson)

Model ini menjelaskan bahwa gangguan jiwa dapat terjadi pada seseorang apabila ego (akal) tidak berfungsi dalam mengontrol id (kehendak nafsu atau insting). Ketidakmampuan seseorang dalam menggunakan akal (ego) untuk mematuhi tata tertib, peraturan, norma, (superego/super ego/das uber ich), akan mendorong terjadinya penyimpangan perilaku (deviation of Behavioral).

Salah penyebab lain gangguan jiwa dalam teori ini adalah adanya konflik intrapsikis terutama pada masa anak-anak. Misalnya ketidakpuasan pada masa oral dimana anak tidak mendapatkan air susu secara sempurna, tidak adanya stimulus untuk belajar berkata-kata, dibuang dengan kekerasan untuk memasukkan benda pada mulutnya pada fase oral dan sebagainya. Hal ini akan menyebabkan traumatic yang membekas pada masa dewasa.

Proses terapi pada model ini adalah menggunakan metode asosiasi bebas dan analisa mimpi, transferen untuk memperbaiki traumatic masa lalu. Misalnya klien dibuat dalam keadaan ngantuk yang sangat. Dalam keadaan tidak berdaya pengalaman alam bawah sadarnya digali dengan pertanyaan-pertanyaan untuk menggali traumatic masa lalu. Hal ini lebih efektif dengan metode hypnotic yang memerlukan keahlian dan latihan yang khusus.

Dengan cara demikian, klien akan mengungkapkan semua pikiran dan mimpinya, sehingga therapist berupaya untuk menginterpretasi pikiran dan mimpi pasien.

Peran perawat adalah berupaya melakukan assessment atau pengkajian mengenai keadaan-keadaan traumatic atau stressor yang dianggap bermakna pada masa lalu misalnya (pernah disiksa orang tua, pernah disodomi, diperlakukan secara kasar, diterlantarkan, diasuh dengan kekerasan, diperkosa pada masa anak), dengan menggunakan pendekatan komunikasi empatik setelah terjalin trust (saling percaya).

3) Interpersonal (Sullivan, peplau)

Menurut konsep model ini, kelainan jiwa seseorang bias muncul akibat adanya ancaman. Ancaman tersebut menimbulkan kecemasan (*Anxiety*). Ansietas timbul dan alami seseorang akibat adanya konflik saat berhubungan dengan orang lain (*interpersonal*). Menurut konsep ini perasaan takut seseorang didasari adanya ketakutan ditolak atau tidak diterima oleh orang sekitarnya.

Proses terapi menurut konsep ini adalah *Build Feeling Security* (berupaya membangun rasa aman pada klien), *Trusting Relationship and interpersonal Satisfaction* (menjalin hubungan yang saling percaya) dan membina kepuasan dalam bergaul dengan orang lain sehingga klien merasa berharga dan dihormati.

Peran perawat dalam terapi adalah *share anxieties* (berupaya melakukan sharing mengenai apa yang dirasakan klien, apa yang biasa dicemaskan oleh klien saat berhubungan dengan orang lain), *therapist use empathy and relationship* (perawat berupaya bersikap

dan turut merasakan apa-apa yang dirasakan oleh klien). Perawat memberikan verbal yang mendorong rasa aman klien dalam berhubungan dengan orang lain.

3) Social (Caplan, Szasz)

Menurut konsep ini seseorang akan mengalami gangguan jiwa atau penyimpangan perilaku apabila banyaknya factor social dan factor lingkungan yang akan memicu munculnya stress pada seseorang (*social and environmental factors create stress, which cause anxiety and*).

Proses terapi yang sangat penting dalam konsep model ini adalah environment manipulation & social support (pentingnya modifikasi lingkungan & adanya dukungan sosial). Perawat dalam memberikan terapi menurut model ini adalah pasien harus menggunakan masalah menggunakan sumber yang ada di masyarakat melibatkan teman, teman sejawat, keluarga atau suami-istri. Sedangkan therapist berupaya : menggali system nilai klien seperti suasana di rumah, di kantor, di sekolah, di masyarakat atau tempat kerja.

4) Eksistensial (Ellis, Rogers)

Menurut teori model eksistensial gangguan perilaku atau gangguan jiwa terjadi bila individu gagal menemukan jati dirinya dan tujuan hidupnya. Individu tidak memiliki kebanggaan akan dirinya. Membenci diri sendiri dan mengalami gangguan dalam Bodi-image-nya

Proses dalam proses terapinya adalah : mengupayakan individu agar berpengalaman bergaul dengan orang lain, memahami riwayat hidup orang lain yang dianggap sukses atau dapat dianggap sebagai panutan (experience in relationship), memperluas kesadaran diri dengan self inspeksi (self assessment), bergaul dengan kelompok sosial dan kemanusiaan (connected in group), mendorong untuk menerima jati dirinya sendiri dan menerima kritik dan feedback tentang perilakunya dari orang lain (encouraged to accept self and control behavior).

Proses keperawatannya adalah : klien dianjurkan untuk berperan serta dalam memperoleh pengalaman yang berarti untuk mempelajari dirinya dan mendapatkan feed back dari orang lain, misalnya melalui terapi aktivitas kelompok. Terapist berupaya untuk memperluas kesadaran diri klien melalui feed back, kritik, saran atau *reward & punishment*.

3) Supportive Therapy (Wermon, Rockland)

Menurut gangguan jiwa dalam konsep ini adalah: factor biopsikososial dan respon adaptif saat ini. Aspek biologisnya menjadi masalah seperti: sering sakit maag, migraine, dan lain-lain. Aspek psikologisnya mengalami banyak keluhan seperti : mudah cemas, kurang percaya diri, perasaan bersalah, ragu-ragu, pemarah. Aspek sosialnya memiliki masalah seperti : susah bergaul, menarik diri, tidak disukai, bermusuhan, tidak mampu mendapatkan perhatian, dan sebagainya. Semua hal tersebut terakumulasi menjadi penyebab gangguan jiwa. Fenomena tersebut muncul akibat ketidakmampuan dalam beradaptasi pada masalah-masalah yang muncul saat ini dan tidak ada kaitannya dengan masa lalu.

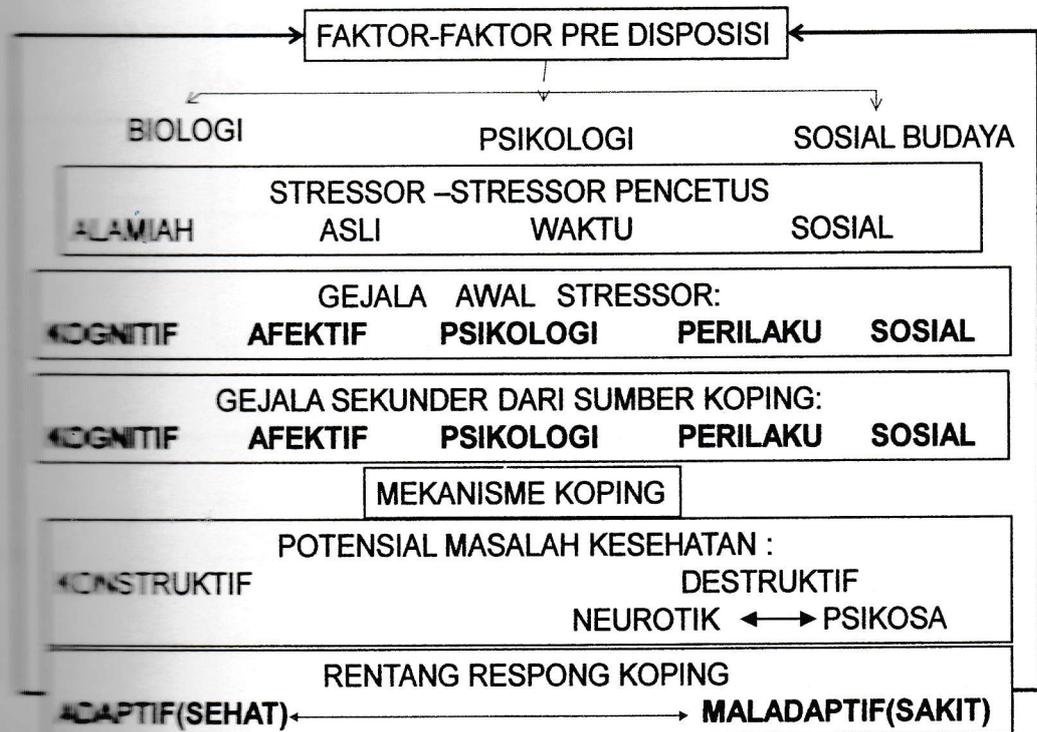
Proses terapinya adalah menguatkan respon coping adaptif, individu diupayakan untuk melihat dahulu kekuatan-kekuatan apa yang ada pada dirinya; kekuatan mana yang dapat dipakai alternative pemecahan masalahnya.

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

4) Medical (Meyer, Kraepelin)

Menurut konsep ini gangguan jiwa cenderung muncul akibat multifactor yang kompleks meliputi: aspek fisik, genetic, lingkungan dan factor sosial. Sehingga focus perawatannya harus lengkap melalui pemeriksaan diagnostic, terapi somatic, farmakologi dan teknik interpersonal. Perawat berperan dalam berkolaborasi dengan tim kesehatan dalam melakukan prosedur diagnostic dan terapi jangka panjang, therapist berperan dalam pemberian terapi, laporan mengenai dampak terapi, menentukan diagnose, dan menentukan jenis pendekatan terapi yang digunakan.

Model keperawatan(Stuart & Sundeen-'87) Fenomena sehat-sakit jiwa

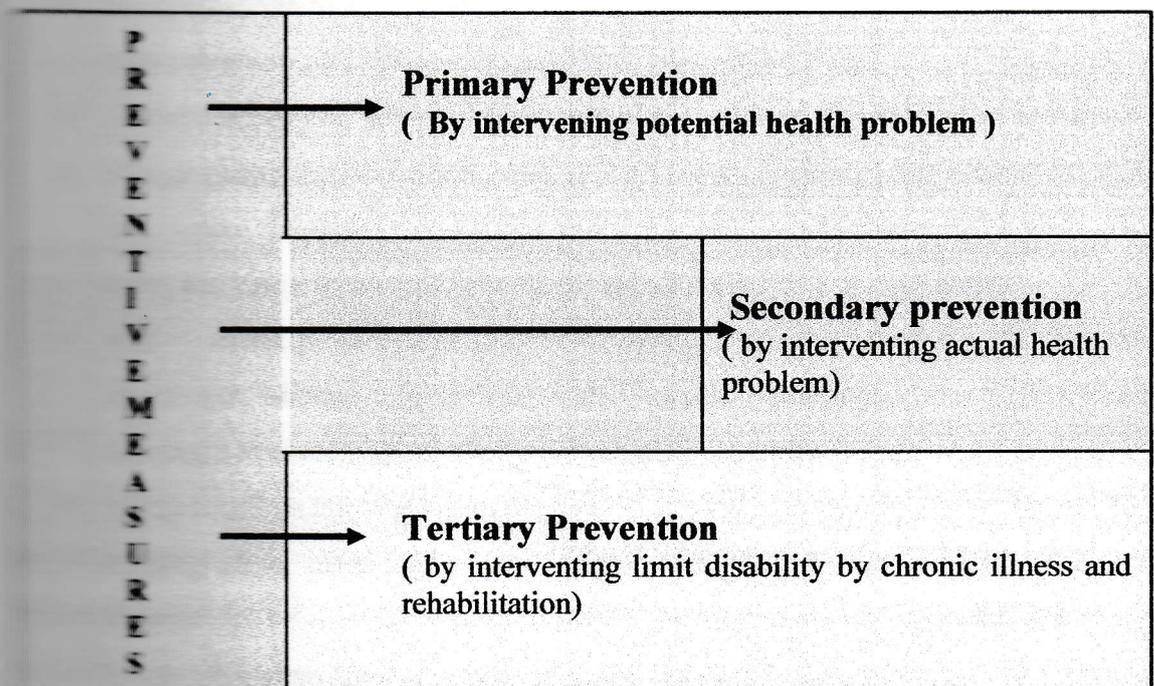


Model ini praktek keperawatan bekerja pada rentang respon koping antara adaptif dan maladaptive. Dalam memberikan asuhan keperawatan, seorang perawat menggunakan proses keperawatan, dengan tahapannya pengkajian, penetapan diagnose keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Tahap pertama pengkajian, perawat dapat melihat bagan model ini, untuk mewawancarai pasien dan keluarganya, sehingga dapat menentukan diagnose keperawatan yang sesuai kondisi pasien. Berdasarkan pengkajian dan diagnose keperawatan yang akurat dan benar, tahap implementasi dan evaluasi akan mengikuti proses tersebut dengan baik. Pasien akan menerima asuhan keperawatan yang berkualitas untuk penyembuhan masalah jiwanya.

2. Primary Prevention Kesehatan Jiwa Komunitas

Pencegahan primer di komunitas/masyarakat merupakan bagian dari "model public health" yang dikembangkan oleh Caplan tahun 1974 dengan 3 level pencegahan. Dalam penelitian ini hanya berfokus pada level pertama, primary prevention, sebab tujuannya untuk mencegah masalah potensial pada kesehatan jiwa.

Tabel 2.2. Prevention Measure model public health



Pencegahan primer dalam pencegahan sakit jiwa mempunyai tujuan, komponen-komponen, karakteristik-karakteristik, factor-faktor perlindungan dan peran tenaga kesehatan sebagai berikut.

Tujuan primary prevention adalah menurunkan kasus baru gangguan mental-emosional yang dapat terjadi melalui mengidentifikasi kelompok resiko tinggi, situasi-situasi stresful, kejadian hidup yang stresfull yang merupakan predisposisi sakit mental. Mendidik masyarakat untuk menggunakan strategi koping untuk menangani stres atau menggunakan cara-cara menangani masalah dan pemecahan situasi penyebab masalah. Mengkuatkan kemampuan individual dengan menurunkan stress, tegangan, trauma, yang merupakan presipitasi gangguan mental-emosional dan gejalanya.

Komponen dari primary prevention adalah promosi kesehatan (meningkatkan kesehatan psikologis) dan perlindungan khusus (melindungi masyarakat dari ancaman akibat kekerasan dan kejadian stressful)

Karakteristik primary prevention terdiri dari 15 item sebagai berikut :

- Membangun kekuatan adapti, dengan menggunakan sumber-sumber coping dan menjaga kesehatan mental masyarakat
- Memperhatikan total penduduk yang ada dalam wilayah tertentu, dengan berfokus pada pelayanan pada kelompok penduduk yang resiko tinggi
- Alat-alat utama dari primary prevention adalah edukasi dan perubahan social
- Menggunakan agen-agen yang mengurus kesejahteraan di komunitas, dan orang lain, seperti tokoh masyarakat, ketua Rt, Rw atau kepala dusun dan kepala desa, orang tua, pengobatan tradisional, tenaga sukarela/LSM di masyarakat
- Adil terhadap individual-individual dengan sumber-sumber personal dan lingkungan, stretegi coping dan sumber-sumbernya sebagai jalan terbaik untuk mencegah atau menangani masalah-masalah maladaptive
- Mengefektifkan hubungan interpersonal
- Meningkatkan tugas-tugas yang sesuai berhubungan dengan kelompok usia khusus
- Mengembangkan kemampuan control atas nasib diri sendiri
- Mencapai kepuasan diri dan eksistensinya
- Pendidikan kesehatan
- Memotivasi untuk menggunakan aktivitas yang dapat mengurangi stress
- Menyediakan support psikosial
- Meningkatkan gaya hidup sehat yang positive
- Mempertahankan standar-standar hidup yang tinggi
- Mengimplementasikan kebijakan kesehatan nasional dalam aspek-aspek pencegahan

Faktor-faktor perlindungan dalam primary prevention meliputi memformulasikan kemampuan dapat dicapai secara dini, program untuk sehat yang perlu diorganisir, misalnya ANAC yang baik, bantuan terhadap rintangan secara efisien, praktik mengasuh anak dan memuali orang tua. Menyediakan lingkungan sekolah yang positive. Memperbaiki pola