

PEMBERDAYAAN KELUARGA DAN KADER KESEHATAN JIWA DALAM PENANGANAN PASIEN HARGA DIRI RENDAH KRONIK DENGAN PENDEKATAN MODEL PRECEDE L. GREEN DI RW 06, 07 DAN 10 TANAH BARU BOGOR UTARA

Desi Pramujiwati, Budi Anna Keliat, dan Ice Yulia Wardani

Keperawatan Jiwa, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia, Kampus UI Depok, Kota Depok, Indonesia

E-mail: deasy.pram@gmail.com

ABSTRAK

Harga diri rendah kronik adalah perasaan tidak berharga, tidak berarti dan rendah diri yang berkepanjangan akibat evaluasi diri negatif terhadap diri sendiri dan kemampuan diri. Harga diri rendah kronik yang dibiarkan menyebabkan isolasi sosial, halusinasi dan bunuh diri. Latihan melawan pikiran negatif *cognitive behaviour therapy* (CBT), dukungan sosial melalui *family psychoeducation* (FPE) dan terapi suportif diharapkan memperbaiki harga diri rendah kronik. Karya ilmiah akhir ini bertujuan menjelaskan hasil asuhan keperawatan spesialis jiwa pada pasien harga diri rendah kronik yang diberikan CBT, FPE dan terapi suportif. Metode yang digunakan adalah serial studi kasus pada 16 pasien yang terdiri dari 11 pasien skizofrenia, 4 pasien retardasi mental dan 1 pasien epilepsy. Hasil asuhan keperawatan menunjukkan penurunan tanda dan gejala harga diri rendah kronik disertai peningkatan kemampuan pasien lebih tinggi pada kelompok pasien yang mendapatkan CBT, FPE dan terapi suportif daripada kelompok yang mendapatkan CBT dan FPE maupun yang mendapatkan CBT. Dukungan sosial di komunitas terutama memberdayakan keluarga dan kader dalam merawat pasien harga diri rendah kronik disarankan.

Kata kunci : harga diri rendah kronik, dukungan sosial, *Cognitif Behaviour Therapy*, Psychoedukasi Keluarga, Terapi Suportif

Abstract

Chronic low self-esteem is a feeling of worthlessness, not mean and low self esteem due to negative self evaluation to self and self efficacy.. Prolonged chronic low self-esteem can caused social isolation, hallucination and suicide. Trained against negative thoughts with cognitive behavior therapy (CBT), giving social support with family psychoeducation (FPE) and supportive therapy is addresses to improve chronic self-esteem. This paper is aimed to explain the result of psychiatric nursing care specialist management for chronic low self-esteem patient whose given the CBT, FPE and supportive therapy. The method used is case serial with 16 patient, contains of 16 schizophrenic patient, 4 mental retardation patient and 1 patient with epilepsy. The result shows a higher decrease of chronic low self-esteem sign and symptoms with an increase of patient ability more on the group that given CBT, FPE and supportive therapy than the CBT and FPE group or the CBT group only. Community social support, especially to empower family and cadre to caring chronic low self-esteem patient is recommended.

Keyword: low self esteem, social support, cognitif behaviour therapy, family psychoeducation, suportif therapy

PENDAHULUAN

Skizofrenia adalah gangguan otak yang mempengaruhi seseorang dalam berfikir, bahasa, emosi, perilaku sosial, dan kemampuan untuk menerima realita dengan benar (Varcarolis, dkk, 2006). Skizofrenia merupakan suatu sindrom klinis atau proses penyakit yang mempengaruhi kognisi, persepsi, emosi, perilaku, dan fungsi sosial, tetapi skizofrenia mempengaruhi setiap individu dengan cara yang berbeda (Videbeck, 2008). Dari pernyataan tersebut dapat dilihat bahwa selain berbahaya, penyakit ini juga berdampak buruk pada keluarga dan menjadi beban bagi masyarakat.

Orang dengan *schizophrenia* akan mengalami gangguan dalam kemandiriannya menjalankan fungsi dan peran dalam kehidupan sehari-hari, seperti merawat diri sendiri, sekolah atau bekerja dan fungsi lainnya. Oleh karena itu, pasien dengan *schizophrenia* memerlukan bantuan dari pihak lain untuk tetap bertahan hidup, atau dengan kata lain bergantung pada bantuan orang lain (NIMH, 2012).

Penatalaksanaan terapi pasien dengan skizofrenia perlu dikelola secara integrasi, baik dari aspek psikofarmakologis (terapi somatik) dan aspek psikologis. Penatalaksanaan yang diberikan secara komprehensif pada pasien skizofrenia menghasilkan perbaikan yang lebih optimal dibandingkan tunggal. Menurut Sulinger (1998) dikutip dari Keliat (2003) pasien skizofrenia akan mengalami kekambuhan 50% pada tahun pertama dan 70% pada tahun kedua. Dr Tun Kurniasih Bastaman, SpKJ (Departemen Psikiatri Fakultas Kedokteran UI) 75-80% pasien gangguan jiwa bisa sembuh, sedangkan sisanya kemungkinan kambuh. Penyebab kekambuhan adalah putus obat. Dari pernyataan di atas dapat dilihat bahwa keteraturan pengobatan dan perawatan sangat penting proses penyembuhan.

Oleh karena itu, penanganan yang efektif memerlukan usaha yang komprehensif,

melibatkan multidisiplin, termasuk terapi farmaka dan berbagai bentuk perawatan psikososial, seperti kemampuan untuk menjalani hidup sehari-hari dan keterampilan sosial, rehabilitasi dan terapi keluarga (Townsend, 2009). Karena itu, penanganan *schizophrenia* memerlukan kombinasi antara terapi farmaka dan terapi lain seperti psikoterapi, rehabilitasi dan sebagainya.

Perilaku yang sering muncul pada skizofrenia adalah motivasi kurang, isolasi sosial, perilaku makan dan tidur yang buruk, sukar menyelesaikan tugas, sukar mengatur keuangan, penampilan tidak rapi, lupa melakukan sesuatu, kurang perhatian, sering bertengkar, bicara pada diri sendiri dan tidak teratur minum obat. Berdasarakan tanda dan gejala ini skizofrenia banyak ditemukan masalah resiko perilaku kekerasan, halusinasi, harga diri rendah dan waham.

Harga diri rendah kronik merupakan salah satu respon maladaptif dalam rentang respon neurobiologi. Proses terjadinya harga diri rendah kronik pada pasien skizofrenia dapat dijelaskan dengan menganalisa stressor predisposisi dan presipitasi yang bersifat biologis, psikologis, dan sosial budaya sehingga menghasilkan respon bersifat maladaptif yaitu perilaku harga diri rendah kronik. Respon terhadap stressor pada pasien harga diri rendah memunculkan respon secara kognitif, afektif, fisiologis, perilaku dan sosial. Respon-respon tersebut akan dianalisis lebih lanjut, sehingga memunculkan rentang respon (Stuart, 2009). Kemampuan pasien dalam mengatasi harga diri rendah merupakan coping yang dimiliki pasien dalam berespon terhadap setiap stressor. Sumber coping terdiri dari empat hal yaitu kemampuan individu (*personal abilities*), dukungan sosial (*social support*), ketersediaan materi (*material assets*) dan kepercayaan (*positif belief*) (Stuart, 2009).

Tindakan keperawatan diberikan kepada pasien dengan tujuan supaya pasien

memiliki kemampuan-kemampuan yang dapat digunakan untuk hidup mandiri dan produktif (Keliat, Akemat, Susanti, 2011). Tindakan keperawatan yang dilakukan tersebut terdiri dari tindakan generalis dan spesialis. Tindakan keperawatan diberikan baik kepada pasien sebagai individu, keluarga sebagai *care giver* dan kelompok atau masyarakat yang dapat meningkatkan kesehatan. Tindakan keperawatan spesialis untuk pasien yaitu *Cognitif Behaviour Therapy* (CBT), untuk keluarga *Family Psychoeducation* (FPE) dan kelompok diberikan terapi suportif.

Pemberdayaan masyarakat dalam keperawatan kesehatan jiwa diwujudkan dengan dikembangkannya model *Community Mental Health Nursing* (CMHN). CMHN / Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas (KKJK) yang merupakan salah satu upaya yang digunakan untuk membantu masyarakat menyelesaikan masalah-masalah kesehatan jiwa akibat dampak konflik, tsunami, gempa maupun bencana lainnya (Keliat dkk, 2011).

Penelitian terkait penerapan model CMHN yang dilakukan Keliat, Helena dan Riasmini (2011) yang mengujicobakan model CMHN pada 237 keluarga di DKI Jakarta. Pada penelitian ini perawat CMHN melakukan kunjungan rumah dilakukan sebanyak 12 kali kunjungan. Penelitian dilakukan dengan memberikan asuhan keperawatan kepada pasien dan memberikan *health education* kepada keluarga pasien. Hasil analisis menunjukkan peningkatan kemandirian dan rata-rata waktu produktif pasien. Dari penelitian ini dapat dilihat bahwa penerapan model CMHN berdampak positif terhadap pasien dan keluarga.

Peran kader dalam model CMHN salah satunya adalah melakukan kunjungan rumah ke keluarga pasien gangguan jiwa yang telah mandiri (Keliat, 2010). Kegiatan yang dapat dilakukan saat kader melakukan kunjungan rumah adalah menjalankan peran PMO (Pengawas Minum Obat) seperti yang telah dikembangkan oleh

Departemen Kesehatan untuk penyakit tuberculosis. PMO bertugas untuk menjamin keteraturan pengobatan pasien. Kader juga mampu memberikan motivasi perawatan dan pengobatan untuk menurunkan tanda dan gejala harga diri rendah serta meningkatkan kemampuan positif pasien.

METODE

Metode yang digunakan adalah serial studi kasus yang mengambil total pasien harga diri rendah kronik sebanyak 16. Responden dalam penulisan karya ilmiah ini adalah pasien dengan *schizophrenia*, retardasi mental dan epilepsy yang mengalami harga diri rendah kronik dan tinggal dengan keluarganya sebagai *caregiver*. Karya ilmiah ini melibatkan keluarga dan kader dalam satu paket tindakan keperawatan, berdasarkan jumlah pasien. Keluarga yang mengikuti selama tindakan keperawatan berjumlah 8 dan jumlah kader yang berpartisipasi aktif dalam pelaksanaan tindakan keperawatan berjumlah 22 kader.

Asuhan keperawatan yang diberikan secara paket tindakan keperawatan spesialis yang terdiri dari 3 paket yang berbeda. Paket pertama pasien diberikan tiga tindakan keperawatan spesialis yaitu *cognitif behavior therapy* (CBT), *family psychoeducation* (FPE) dan terapi suportif dimana kader melakukan kunjungan rumah kepada pasien. Paket kedua pasien diberikan tindakan keperawatan spesialis CBT dan FPE, dimana keluarga dan kader diberdayakan dalam perawatan pasien. Paket ketiga pasien diberikan tindakan keperawatan spesialis CBT dimana kader dan keluarga tidak berpartisipasi dalam perawatan pasien.

HASIL PENELITIAN

Hasil penelitian ini dilihat dari penurunan tanda dan gejala serta peningkatan kemampuan pasien setelah diberikan paket tindakan keperawatan spesialis. Paket pertama diberikan kepada 8 pasien dimana keluarga dan kader berpartisipasi dalam

perawatan pasien. Penurunan tanda dan gejala secara kognitif, afektif, fisiologis, perilaku dan sosial menunjukkan perubahan yang bermakna, yaitu pasien menjadi mampu berpikir secara rasional, lebih percaya diri, mampu melakukan kegiatan sehari-hari tanpa bantuan baik di dalam maupun diluar rumah dan berkomunikasi dengan masyarakat.

Paket kedua diberikan pada 6 pasien dimana keluarga dan kader melakukan perawatan. Hasil penurunan tanda dan gejala serta peningkatan kemampuan berupa pasien mampu berpikir rasional, mampu melakukan kegiatan sehari-hari di dalam rumah dan mampu berkomunikasi dengan orang lain dengan motivasi. Paket ketiga diberikan kepada 2 pasien dimana keluarga dan kader tidak berpartisipasi dalam perawatan pasien. Hasil menunjukkan perubahan hanya secara kognitif an afektif sedangkan respon fisiologis, perilaku dan sosial kurang bermakna. Pasien masih menunjukkan perilaku curiga kepada orang lain, kurang mampu berkomunikasi dengan orang lain, tidak mau berinteraksi dengan lingkungan dan kurang motivasi.

PEMBAHASAN

Hasil pelaksanaan asuhan keperawatan meliputi karakteristik pasien, stressor predisposisi, presipitasi, respon terhadap stressor dan kemampuan pasien. Karakteristik terdiri dari usia, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan dan status pekerjaan.

Rentang usia terbanyak antara 21-40 tahun mengalami harga diri rendah kronik. Rentang ini merupakan usia dewasa dimana kematangan individu harus dicapai, semakin dewasa seseorang maka semakin lebih baik cara berpikirnya. Usia dewasa adalah usia dimana individu dapat mengaktualisasikan dirinya di masyarakat, apabila terjadi kegagalan maka menunjukkan penurunan motivasi untuk melakukan aktivitas dan merasa kurang mampu atau tidak percaya diri.

Jenis kelamin yang ditemukan terbanyak adalah perempuan. Jenis kelamin mempengaruhi respon terhadap stressor diantaranya perselisihan keluarga, perceraian dan masalah pengasuhan anak. Anak perempuan lebih berat mengalami gangguan jiwa dan berkepanjangan dibandingkan dengan laki-laki (Luthar & Zigler, 1991 dalam WHO, 2002).

Pendidikan terbanyak adalah pendidikan rendah. Menurut Stuart (2009) bahwa aspek intelektual merupakan salah satu faktor penyebab terjadinya gangguan jiwa karena berhubungan dengan kemampuan seseorang dalam menyampaikan idea tau pendapatnya, berpengaruh pada kemampuan seseorang untuk memenuhi harapan dan keinginan yang ingin dicapai dalam hidupnya.

Tidak bekerja banyak ditemukan pada pasien harga diri rendah kronik. Faktor status sosial ekonomi lebih banyak mengalami gangguan jiwa yang menyebabkan kurangnya motivasi untuk melakukan kegiatan sehari-hari dibandingkan pada tingkat social ekonomi tinggi (Towsend, 2005).

Belum menikah banyak ditemukan pada pasien harga diri rendah. Menurut Stuart (2009) bahwa ketidakmampuan mengungkapkan keinginan, termasuk keinginan berumah tangga merupakan salah satu faktor predisposisi harga diri rendah.

Predisposisi pasien harga diri rendah kronik adalah faktor genetik, ketidakmampuan mengungkapkan keinginan dengan baik, kepribadian tertutup dan masalah ekonomi. Resiko 15% jika salah satu orang tua menderita skizofrenia, angka ini dapat meningkat 40-50% jika kedua orang tua biologis menderita skizofrenia (Cancro & Lehman; Videbeck, 2008; Stuart, 2009; Towsend, 2008; Fontaine, 2009). Kepribadian introvert, gangguan kemampuan komunikasi verbal, menutup diri sangat berhubungan sehingga individu tidak memiliki orang terdekat atau orang yang berarti dalam hidupnya. Pengalaman masa lalu yang negative menjadi bottom

line bagi individu berespon dengan lingkungan sehingga individu menjadi rendah diri (Tillman & Kelly, 2008).

Presipitasi yang banyak ditemukan pada pasien harga diri rendah kronik diantaranya putus obat, keinginan yang tidak terpenuhi dan stigma negatif dari masyarakat. Putus obat menyebabkan masa pengobatan menjadi lebih panjang sehingga pasien merasa bosan dan tidak ada motivasi untuk melakukan perubahan. Dengan baik internal maupun eksternal sangat mempengaruhi peningkatan harga diri sehingga perkembangan mental menjadi lebih baik dan sehat. Sebaliknya apabila tidak ada dukungan maka individu menjadi merasa diasingkan, tidak diterima dan harga diri rendah.

Hasil analisa data menunjukkan bahwa rata-rata kemandirian keseluruhan pasien harga diri rendah kronik sebelum dilakukan terapi berada dalam rentang kemandirian menengah. Kebanyakan orang dengan harga diri rendah kronik memiliki kesulitan dalam menjalankan pekerjaannya atau bahkan untuk mengungkapkan keinginan sehingga pasien tidak bersosialisasi dengan lingkungannya. Ini menunjukkan bahwa kemandirian pasien terganggu karena kondisi harga diri rendah kronik.

Masalah kemandirian pasien harga diri rendah kronik perlu mendapat perhatian karena akan banyak masalah lain yang ditimbulkan seperti masalah stress pada *caregiver* dan menambah beban keluarga. Hal ini sesuai dengan yang dinyatakan oleh Safier (1997, dalam Townsend, 2009) bahwa keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan harga diri rendah kronik akan mengalami pergolakan yang besar dalam dirinya. Hal ini menunjukkan bahwa kondisi harga diri rendah kronik dapat berdampak pada kondisi keluarga, karena itu keluarga pun memerlukan tindakan keperawatan agar tidak menimbulkan masalah baru.

Penelitian ini menunjukkan adanya penurunan tanda dan gejala serta

peningkatan kemampuan setelah diberikan terapi, yaitu berupa asuhan keperawatan pada pasien dengan CBT, FPE pada keluarga, terapi suportif bagi kelompok dengan harga diri rendah kronik serta peran yang dilakukan oleh kader pada pasien harga diri rendah kronik. Terdapat perbedaan pada perubahan tanda gejala serta peningkatan kemampuan pada pasien harga diri rendah yang diberikan kombinasi tindakan keperawatan dibandingkan yang mendapatkan salah satu tindakan keperawatan. Perbedaan tersebut menunjukkan bahwa pemberian kombinasi tindakan keperawatan spesialis dan kunjungan secara rutin dan terstruktur dapat meningkatkan kemandirian pasien.

Salah satu penelitian dalam *The British Journal of Psychology* menunjukkan efek pemberian FPE pada keluarga yang merawat pasien dengan depresi mayor. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kelompok pada kelompok yang diberikan FPE, waktu kekambuhan pasien secara statistik lebih panjang dibandingkan dengan kelompok keluarga yang tidak diberikan FPE (*Kaplan-Meier survival analysis*, $P=0,002$) (Shimazu, et.al, 2008). Dalam penelitian ini FPE diasumsikan dapat berpengaruh terhadap perawatan keluarga sebagai *caregiver* kepada pasien dengan *schizophrenia*.

Peningkatan tersebut dapat terjadi karena tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien dan keluarga serta peran PMO oleh kader. Seperti dinyatakan dalam penelitian Wardhani (2009) bahwa kepatuhan berobat dapat disebabkan oleh berbagai faktor yaitu diantaranya adalah aspek yang berkaitan dengan pasien, aspek yang berkaitan dengan keluarga dan aspek yang berkaitan dengan tenaga kesehatan.

Peningkatan kemampuan yang dicapai pada pasien harga diri rendah kronik dalam karya ilmiah ini setelah dilakukan kombinasi tindakan keperawatan adalah sebesar 81%. Penurunan tanda dan gejala pada respon kognitif sesudah kombinasi tindakan keperawatan adalah 3%1. Respon afektif

menurun sampai 25%, berupa respon malu, sedih, takut, perasaan tidak mampu dan ketidakmampuan mencari kesenangan / kebanggaan. Respon fisiologis menurun menjadi 18% berupa respon lelah/letih/lesu, nafsu makan menurun dan penurunan berat badan. Respon perilaku menurun menjadi 19% berupa respon kurang spontanitas, diam dan tidak adanya motivasi. Respon sosial menurun menjadi 19% berupa ketidakmampuan berkomunikasi, sulit berinteraksi dan menarik diri. Hal ini berarti adanya penurunan tanda dan gejala serta adanya peningkatan kemampuan pada pasien harga diri rendah setelah dilakukan kombinasi tindakan keperawatan spesialis serta adanya pemberdayaan keluarga dan kader dalam merawat pasien.

Tindakan keperawatan yang dilakukan dalam karya ilmiah ini adalah asuhan keperawatan kepada pasien harga diri rendah kronik sesuai SAK Jiwa, CBT pada pasien, FPE kepada keluarga sebagai *caregiver*, terapi suportif pada kelompok serta peran PMO oleh kader untuk menjamin keteraturan berobat pasien. Intervensi yang diberikan kepada pasien berupa asuhan keperawatan sesuai SAK dapat membantu meningkatkan kepatuhan berobat pasien karena dalam salah satu strategi pelaksanaan asuhan keperawatan tersebut, terdapat satu strategi pelaksanaan mengenai pengobatan pasien.

Intervensi tersebut pasien diberikan penjelasan mengenai obat-obatan yang diminum pasien, fungsi obat-obatan tersebut, berapa lama pasien harus berobat dan apa alasannya, pasien juga diajarkan mengenai pengobatan yang benar, jadwal kontrol dan akibat yang ditimbulkan jika pasien tidak teratur berobat. Penjelasan-penjelasan ini dapat meningkatkan kepatuhan berobat pasien karena pengetahuan yang baik menjadi dasar untuk perilaku yang sesuai. Sesuai dengan teori perilaku yang dikemukakan oleh Bloom (dalam Notoatmodjo, 2002), bahwa perilaku seseorang dipengaruhi oleh pengetahuannya. Berbagai penelitian

membuktikan hubungan searah antara pengetahuan dan perilaku seseorang, dengan arti bahwa semakin baik pengetahuan seseorang maka dapat diasumsikan semakin baik pula perilakunya.

Peran kader yang dijalankan dalam karya ilmiah ini adalah kader memotivasi pasien untuk teratur berobat, memberikan penjelasan kepada keluarga untuk mengawasi pengobatan pasien, memotivasi pasien dan keluarga untuk mengikuti kegiatan kelompok maupun penyuluhan kesehatan serta menganjurkan pasien untuk teratur melakukan pemeriksaan ke puskesmas. Dengan dikunjungi oleh kader, pasien dan keluarga mendapatkan informasi bahwa pengobatan mudah dan murah didapat. Selain itu dengan mendapatkan penjelasan dari kader, pasien dan keluarga dapat lebih memahami manfaat dari pengobatan dan perawatan, sehingga termotivasi untuk teratur menjalani pengobatan dan perawatan. Dalam karya ilmiah ini kader juga memotivasi pasien untuk berobat dengan cara menceritakan keberhasilan pengobatan dan perawatan pada pasien lain.

KESIMPULAN

1. Karakteristik usia pasien adalah rata-rata 20-40 tahun, lebih dari setengah pasien berjenis kelamin perempuan, sebagian besar belum menikah dan tidak mempunyai pekerjaan, sebagian besar memiliki keyakinan positif terhadap pelayanan kesehatan.
2. Pemberian asuhan keperawatan berupa kombinasi tindakan keperawatan spesialis jiwa yaitu CBT pada pasien, FPE pada keluarga, terapi suportif untuk kelompok dan pelaksanaan perawatan oleh kader meningkatkan kemandirian pasien harga diri rendah kronik memberikan perubahan secara bermakna.
3. Perubahan tanda dan gejala serta peningkatan kemampuan pasien harga diri rendah kronik yang tidak mendapatkan kombinasi tindakan

keperawatan spesialis jiwa mengalami perubahan yang tidak bermakna.

Perubahan tanda dan gejala serta peningkatan kemampuan dengan pemberian kombinasi tindakan keperawatan dan pemberdayaan kader memiliki hubungan yang erat. Peningkatan kemampuan akan menyebabkan peningkatan kemandirian pasien harga diri rendah kronik.

SARAN

Perawat dapat memodifikasi dalam pelaksanaan pemberian tindakan keperawatan baik bagi pasien, keluarga dan kelompok .

Perawat jiwa lebih aktif menerapkan asuhan keperawatan dengan memodifikasi tindakan keperawatan baik generalis maupun spesialis serta meningkatkan kemampuan manajemen pelayanan keperawatan jiwa.

Meningkatkan peran perawat CMHN dengan cara monitoring dan evaluasi kemampuan melalui kader kesehatan jiwa, perawat CMHN memberikan tindakan keperawatan kelompok agar kemampuan pasien dapat ditingkatkan, perawat CMHN dapat berkolaborasi dalam pemberian terapi psikofarmaka dengan tenaga medis dan rujukan terkait kondisi pasien.

Hasil pelaksanaan asuhan keperawatan jiwa ini dapat dijadikan *evidence based* dalam penyelesaian masalah gangguan jiwa dengan pendekatan *dual* atau *triple* diagnosis keperawatan.

Pasien diharapkan menerapkan latihan yang sudah diberikan oleh perawat CMHN agar pasien menjadi mandiri dan produktif

Keluarga senantiasa memberikan dukungan selama perawatan agar kemampuan dan kemandirian pasien meningkat

Kader kesehatan selalu berkoordinasi dengan perawat CMHN dalam pemantauan kondisi kesehatan pasien gangguan jiwa

Masyarakat diharapkan menambah wawasan dan kepedulian terhadap kesehatan jiwa untuk masalah harga diri rendah.

Tindakan keperawatan untuk kelompok gangguan jiwa dilakukan secara rutin bersama dengan kader kesehatan jiwa dan perawat CMHN

Memfasilitasi sarana dan prasarana untuk pelaksanaan pelayanan kesehatan jiwa termasuk tersedianya sumber daya manusia (SDM) dan ketersediaan obat-obatan yang dibutuhkan oleh pasien gangguan jiwa

Perlu disediakan poliklinik kesehatan jiwa di semua puskesmas yang berada di wilayah dinas kesehatan

Dapat memfasilitasi pelaksanaan program *Community Mental Health Nursing* (CMHN) dengan instansi lain seperti Dinas Sosial, Dinas Pertanian maupun Dinas Tenaga Kerja

Memfasilitasi dalam pelayanan kesehatan jiwa termasuk SDM terkait perawat spesialis jiwa komunitas dan pengadaan obat-obatan

Pengembangan pos pelayanan kesehatan jiwa di tiap wilayah agar pelaksanaan deteksi dini terhadap gangguan jiwa dapat dilakukan

Perlu penempatan perawat spesialis jiwa yang akan memberikan asuhan keperawatan jiwa spesialis maupun menjadi konsultan di setiap puskesmas

Referensi

1. Fontaine, K.L. (2009). *Mental health nursing*(6thed). New Jersey: Pearson Prentice Hall.
2. Keliat, B.A. (2007). *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas : CMHN (Basic Course)*. Jakarta : EGC.
3. _____. (2010). *Manajemen Keperawatan Jiwa Komunitas Desa*

- Siaga : CMHN (Intermediate Course)*. Jakarta : EGC.
4. Keliat, B.A., Helena, N. & Riasmini, N.M. (2011). *Efektifitas penerapan model community mental health nursing terhadap kemampuan hidup pasien gangguan jiwa dan keluarganya di wilayah DKI Jakarta*. Hibah riset unggulan UI.
 5. Chien, W.T., Chan, S.W.C & Thompson, D.R. (2006). *Effects of a manual support group for families of Chinese people with schizophrenia: 18-Months follow up*. Januari 2, 2011.
 6. Fortinash & Worret. (2007). *Psychiatric Nursing Care Plans* (5th ed). St. Louis: Mosby Elsevier.
 7. Hidayat. E. (2011). *Pengaruh Cognitif Behaviour Therapy (CBT) dan Rational Emotive Behaviour Therapy (REBT) terhadap Klien Perilaku Kekerasan dan Harga Diri Rendah di RSMM Bogor*. Tesis. Depok_FIK UI. Tidak dipublikasikan
 8. Keliat, B.A. & Akemat, Susanti, H. (2011). *Manajemen Kasus Gangguan Jiwa CMHN (Intermediate Course)*. Jakarta: EGC.
 9. _____. (2011). *Manajemen Keperawatan Jiwa Komunitas Desa Siaga: CMHN (Intermediate Course)*. Jakarta: EGC.
 10. _____. (2011). *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas CMHN (Basic Course)*. Jakarta: EGC.
 11. Lelono. S. K. (2011). *Efektifitas Cognitif Behaviour Therapy dan Rational Emotive Behaviour Therapy terhadap Klien Perilaku Kekerasan, Halusinasi dan Harga Diri Rendah di RSMM Bogor*. Tesis. Depok_FIK UI. Tidak dipublikasikan
 12. Mohr, W.K. (2006). *Psychiatric Mental Health Nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
 13. NANDA International. (2010). *Diagnosis Keperawatan: Definisi dan Klasifikasi 2009-2011*. Jakarta: EGC.
 14. Notoatmodjo, S., (2007). *Pendidikan dan perilaku kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
 15. Stuart, G.W. & Laraia, M.T. (2005). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing* (7thed). St.Louis, Missouri: Mosby Elsevier.
 16. Stuart, G.W. (2009). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing* (9thed). St.Louis, Missouri: Mosby Elsevier.
 17. Townsend, M.C. (2009). *Psychiatric Mental Health Nursing* (6thed). Philadelphia: F.A. Davis Company.
 18. Undang-Undang Republik Indonesia No 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
 19. Videbeck, S.L. (2006). *Psychiatric Mental Health Nursing* (3thed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.