

**IPTEKS BAGI MASYARAKAT (IbM) KELOMPOK KADER KESEHATAN
JIWA DI DESA PASURUHAN KIDUL KABUPATEN KUDUS DALAM UPAYA
PEMBERDAYAAN KADER KESEHATAN JIWA UNTUK MENINGKATKAN
KEMANDIRIAN DENGAN METODE “ONE VOLUNTER ONE PATIENT”**

Anny Rosiana M¹⁾, Yuli Setyaningrum²⁾, Noor Azizah³⁾
^{1,2,3}Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Kudus
 Email: anny_rosiana@yahoo.com

ABSTRAK

Kesehatan merupakan investasi untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia dalam rangka memperingati Hari Kesehatan Nasional pada tanggal 12 November 2010 memberikan tema “ Keluarga Sehat adalah Investasi Negara “. Kesehatan tidak hanya dilihat secara fisik tetapi juga dilihat dari sisi kejiwaannya. Masalah kejiwaan tidak hanya menjadi masalah secara pribadi atau individu pasien tetapi juga menjadi beban keluarga maupun masyarakat. Dalam mencegah terjadinya gangguan jiwa dibutuhkan kerjasama yang erat antara keluarga dengan masyarakat. Adapun masyarakat disini dapat dilihat pemberdayaannya salah satunya melalui kader. Tujuan penelitian ini adalah meningkatkan peran serta kader kesehatan Jiwa melalui kegiatan pengabdian masyarakat ipteks berbasis masyarakat dengan pemberdayaan kader kesehatan jiwa dengan Metode “ One Volunter One Patient. Metode penelitian menggunakan deskriptif yaitu dengan menggambarkan proses berjalannya kegiatan. Adapun kegiatannya meliputi rekrutment kader, pelatihan kader sehat jiwa dan pendampingan kader pada pasien gangguan Jiwa. Hasil : rekrutmen kader kesehatan jiwa sebanyak 25 orang sekaligus terbentuknya struktur organisasi kader kesehatan jiwa yang di syahkan oleh Pemerintah Desa Pasuruhan kidul, pelatihan kader kesehatan jiwa dengan bekerjasama dengan Pemerintah Desa Pasuruhan Kidul, dan Team IBM pada Tanggal 31 Mei sd 4 Juni 2016. Setelah mengikuti Pelatihan Kader Kesehatan Jiwa, bapak ibu kader terdapat peningkatan pengetahuan dan dihasilkan data Kesehatan penduduk di RW 10 saat deteksi dini Metode klasifikasi berupa keluarga sehat, keluarga resiko, keluarga dengan gangguan serta adanya pendampingan pasien oleh kader terdekat.

Kata Kunci : Kader, Kemandirian, pendampingan

1. PENDAHULUAN

Pendahuluan mencakup latar belakang atas isu atau permasalahan serta urgensi dan rasionalisasi kegiatan (penelitian atau pengabdian). Tujuan kegiatan dan rencana pemecahan masalah disajikan dalam bagian ini. Tinjauan pustaka yang relevan dan pengembangan hipotesis (jika ada) dimasukkan dalam bagian ini. [Times New Roman, 11, normal]. Kesehatan merupakan investasi untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia dalam rangka memperingati Hari Kesehatan Nasional pada tanggal 12 November 2010 memberikan

tema “ Keluarga Sehat adalah Investasi Negara “. Keluarga sehat dapat tercapai apabila seluruh anggota keluarganya dalam keadaan sehat baik secara fisik maupun psikososial serta produktif.

Undang-Undang No : 36 tahun 2009 tentang kesehatan jiwa, menyatakan bahwa upaya kesehatan jiwa ditujukan untuk menjamin setiap orang dapat menikmati kehidupan kejiwaan yang sehat, bebas dari ketakutan, tekanan dan gangguan lain yang dapat mengganggu kesehatan jiwa. Upaya tersebut terdiri atas preventif, promotif, kuratif, rehabilitatif pasien gangguan jiwa dan masalah psikososial. Setiap warga negara berhak mendapatkan hak dalam upaya

kesehatan jiwa yang meliputi persamaan perlakuan dalam setiap aspek kehidupan di berbagai tatanan di masyarakat.

Menurut *U.S. Department of Health* (1999, dalam Varcarolis, 2006), kesehatan jiwa didefinisikan sebagai suatu keberhasilan pencapaian fungsi mental, mampu untuk beraktivitas secara produktif, menikmati hubungan dengan orang lain dan menerima perubahan atau mampu mengatasi hal yang tidak menyenangkan. Individu dengan mental yang sehat memiliki kapasitas berpikir rasional, ketrampilan berkomunikasi, belajar, pertumbuhan emosional, kemampuan bertahan dan harga diri. Definisi di atas menunjukkan bahwa kesehatan jiwa sangat menunjang seseorang dalam menjalani kehidupan secara optimal karena mempunyai sikap positif terhadap diri sendiri, orang lain, dan lingkungan.

Depkes (2008) hasil data Riset Kesehatan Dasar (RisKesDas, 2007), menunjukkan prevalensi gangguan mental emosional seperti gangguan kecemasan dan depresi sebesar 11,6% dari populasi orang dewasa dengan prevalensi tertinggi di Kota Bogor sendiri 24,2 % dan disusul oleh Jawa Barat yaitu 20,0%. Sedangkan gangguan jiwa berat di Indonesia sebesar 0,46 % dengan prevalensi tertinggi di DKI Jakarta yaitu 2,03%, kota bogor 0,40% dan Jawa Barat 0,20%. Angka ini lebih tinggi dari data prevalensi gangguan jiwa WHO yaitu 1-3 % (WHO, 2003).

2. KAJIAN LITERATUR

Gangguan jiwa menurut Townsend (2009) merupakan respon maladaptif terhadap stresor dari dalam dan luar lingkungan yang berhubungan dengan perasaan dan perilaku yang tidak sejalan dengan kebiasaan atau norma setempat, mempengaruhi interaksi sosial individu, kegiatan dan fungsi tubuh. Secara umum gangguan jiwa dikarakteristikkan dengan adanya gangguan pikiran, perasaan, dan perilaku.

Skizofrenia merupakan sekelompok reaksi psikotik yang mempengaruhi berbagai area fungsi individu, termasuk fungsi

berpikir dan berkomunikasi, menerima dan menginterpretasikan realitas, merasakan dan menunjukkan emosi dan berperilaku yang dapat diterima secara rasional (Stuart & Laraia, 2005). Menurut Halgin dan Whitbourne (2007) skizofrenia merupakan kumpulan gejala berupa gangguan isi dan bentuk pikiran, persepsi, emosi/perasaan, perilaku dan hubungan interpersonal. Dengan demikian pada skizofrenia terjadi kesulitan berfikir dengan benar, gangguan persepsi, gangguan emosi/perasaan, tidak mampu membuat keputusan, serta gangguan perilaku.

Stuart & Laraia (2003 dalam Keliat, 2009) mengatakan perilaku yang sering muncul pada pasien skizofrenia antara lain : motivasi kurang (81%), isolasi sosial (72%), perilaku makan dan tidur yang buruk (72%), sukar menyelesaikan tugas (72%), sukar mengatur keuangan (72%), penampilan yang tidak rapi/bersih (64%), lupa melakukan sesuatu (64%), kurang perhatian pada orang lain (56%), sering bertengkar (47%), bicara pada diri sendiri (41%), dan tidak teratur makan obat (40%). Penjelasan ini dapat diartikan bahwa pada pasien dengan skizofrenia mengalami penurunan motivasi yang tinggi (81%) dalam melakukan kebersihan diri dan penampilan.

Undang – undang Nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan ditetapkan bahwa kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomi. Hal ini memberikan makna bahwa kesehatan harus dilihat secara holistik dan kesehatan jiwa merupakan bagian dari kesehatan yang tidak dapat dipisahkan. Kementerian Kesehatan RI dalam rangkaian kegiatan peringatan Hari Kesehatan Jiwa Sedunia pada tanggal 10 Oktober 2010 memberikan satu motto yaitu “ Tidak Ada Kesehatan Tanpa Kesehatan Jiwa “.Motto ini memberikan arti bahwa kesehatan jiwa itu selalu melekat pada kesehatan setiap orang atau dengan kata lain seseorang belum dapat dikatakan sehat apabila jiwanya belum sehat.

Pelayanan kesehatan jiwa tidak lagi difokuskan pada upaya penyembuhan klien

gangguan jiwa saja, tetapi juga pada upaya promosi kesehatan jiwa atau upaya pencegahan dengan sasaran selain klien gangguan jiwa, juga klien dengan penyakit kronis dan individu yang sehat sebagai upaya preventif. Upaya ini tidak hanya dilakukan oleh tenaga kesehatan tetapi juga dengan pemberdayaan masyarakat melalui kegiatan memberikan pemahaman, menumbuhkan kesadaran dan kepedulian masyarakat terhadap masalah kesehatan jiwaarganya.

Upaya untuk pemberdayaan masyarakat terhadap kesehatan jiwa dapat dicapai dengan suatu manajemen pelayanan kesehatan khususnya pelayanan kesehatan jiwa berbasis komunitas. Bentuk pendekatan manajemen pelayanan kesehatan jiwa komunitas ini salah satunya dengan pengenalan deteksi dini gangguan jiwa yang dapat dilakukan sendiri oleh masyarakat (kader). Hal ini dapat mempermudah penanganan gangguan jiwa yang ada di masyarakat.

Salah satu pendekatan CMHN adalah melalui pembentukan Desa Siaga Sehat Jiwa (DSSJ) yaitu desa yang penduduknya memiliki kesiapan sumber daya dan kemampuan untuk mengatasi masalah kesehatan jiwa secara mandiri. Pengembangan DSSJ di wilayah Propinsi NAD memerlukan keterlibatan masyarakat desa setempat melalui strategi pemberdayaan masyarakat yaitu dengan memilih orang-orang yang tepat. Kader Kesehatan Jiwa (KKJ) merupakan sumber daya masyarakat yang perlu dikembangkan dalam pengembangan DSSJ. Pemberdayaan KKJ sebagai tenaga potensial yang ada di masyarakat diharapkan mampu mendukung program CMHN yang diterapkan di masyarakat (IC-CMHN, 2007). Dengan kata lain CMHN memberikan perawatan dengan metode yang efektif dalam merespon kebutuhan kesehatan jiwa individu, keluarga atau kelompok. Pada akhirnya diharapkan CMHN, GP+ dan KKJ secara bersama-sama dapat menjadi kelompok terlatih yang kuat sehingga memungkinkan Kabupaten Bireuen menyediakan pelayanan kesehatan primer bagi individu dengan gangguan mental.

Pelayanan kesehatan jiwa tidak lagi difokuskan pada upaya penyembuhan klien gangguan jiwa saja, tetapi juga pada upaya promosi kesehatan jiwa atau upaya pencegahan dengan sasaran selain klien gangguan jiwa, juga klien dengan penyakit kronis dan individu yang sehat sebagai upaya preventif. Upaya ini tidak hanya dilakukan oleh tenaga kesehatan tetapi juga dengan pemberdayaan masyarakat melalui kegiatan memberikan pemahaman, menumbuhkan kesadaran dan kepedulian masyarakat terhadap masalah kesehatan jiwaarganya.

Tujuan Kegiatan :

Tujuan Umum :

Mewujudkan Desa Pasuruhan Kidul menjadi Desa Siaga Sehat Jiwa melalui Pemberdayaan kader dengan Metode “ One Volunter One Patient”.

Tujuan Khusus :

1. Terbentuknya Struktur Organisasi desa Siaga Sehat Jiwa
2. Terbentuknya Kader Kesehatan Jiwa
3. Meningkatkan pengetahuan kader kesehatan jiwa di masyarakat dalam melakukan kegiatan penanganan gangguan jiwa dirumah dan Masyarakat
4. Meningkatkan kemampuan kader kesehatan jiwa dalam mendampingi pasien dan keluarga dalam melakukan perawatan pasien gangguan jiwa dirumah dan Masyarakat
5. Membuat embrio tempat rehabilitasi

3. METODE PENELITIAN

Metode yang digunakan dalam pengabdian masyarakat ini adalah :

1. Mengadakan rekrutment kader kesehatan jiwa bekerja sama pemerintah desa Pasuruhan Kidul dan puskesmas ngemplak sebagai puskesmas yang menaungi wilayah desa Pasuruhan Kidul.
2. Terbentuknya struktur organisasi Kader Kesehatan Jiwa
3. Mengadakan Pelatihan tentang kesehatan jiwa
4. Mengadakan pelatihan pendampingan kader dengan pasien gangguan jiwa

dengan metode “One volunter one patient”

5. Mengadakan pendataan Penduduk di wilayah Penduduk di RW 10 dengan menggunakan Metode klasifikasi keluarga sehat, keluarga resiko dan keluarga dengan gangguan jiwa
6. Membuat embrio Kegiatan Rehabilitasi untuk kader kesehatan Jiwa beserta pasien gangguan jiwa dan keluarganya

Responden dalam hal ini kader kesehatan jiwa dipilih berdasarkan kesedian, keaktifan dan masukan dari perangkat desa Pasuruhan kidul. Setelah terdata calon kader yang bersedia, calon kader diminta mengisi surat pernyataan kesediaan, surat kesediaan ini juga atas persetujuan yang diisi oleh suami atau istri.

Setelah dilakukan proses rekrutmen kader maka dilakukan pelatihan kader kesehatan jiwa yaitu tanggal 31 Mei sd 4 Juni 2016 dengan sebelumnya dilakukan pre dan post test. Pada hari pertama dan Kedua pelatihan kader kesehatan jiwa para kader diberikan materi deteksi dini dan simulasi, pemutaran CD penanganan pasien gangguan jiwa dirumah. Pada hari ketiga dilakukan praktek atau aplikasi langsung tehnik melakukan deteksi dini dengan metode klasifikasi. Hari keempat di simulasikan pendampingan kader pada pasien gangguan jiwa secara langsung.

Selesai pelatihan Kader Kesehatan Jiwa maka dibentuklah struktur organisasi kader kesehatan jiwa dan dilanjutkan dengan pendataan deteksi dini dengan metode klasifikasi keluarga sehat, keluarga resiko dan keluarga dengan gangguan jiwa. Struktur organisasi ini di syahkan oleh Pemerintah Desa Pasuruhan Kidul. Proses selanjutnya setelah pelatihan kader yaitu, pendataan deteksi dini yang difokuskan pada 1 RW yaitu RW 10 selama 2 minggu.

Selama 2 minggu proses pendataan juga diikuti dengan pembuatan percontohan kegiatan rehabilitasi pada pasien gangguan jiwa dan keluarganya yang dikelola oleh kader kesehatan jiwa. Adapun kegiatan tersebut berupa ternak lele dan ternak bebek. Adapun kegiatan ini juga merupakan salah

satu media promosi dan percontohan kegiatan rehabilitasi yang mempunyai tujuan supaya pasien gangguan jiwa juga mempunyai kegiata yang berarti. Hal ini juga merupakan sarana sosialisasi ada pasien dan keluarga dengan kader kesehatan jiwa dan masyarakat pada umumnya. Kegiatan ini diharapkan dapat meningkatkan harga diri pasien dan membantu produktifitas pasien.

Adapun kegiatan pasien gangguan jiwa di dampingi oleh kader kesehatan dan keluarga terutama pemberdayaan pada embrio rehabilitasi gangguan jiwa.

4. HASIL DAN PEMBAHASAN

Bagian ini menyajikan hasil penelitian. Hasil penelitian dapat dilengkapi dengan tabel, grafik (gambar), dan/atau bagan. Bagian pembahasan memaparkan hasil pengolahan data, menginterpretasikan penemuan secara logis, mengaitkan dengan sumber rujukan yang relevan. Kemungkinan tindaklanjut kegiatan dapat juga disampaikan pada bagian ini [Times New Roman, 11, normal]. Kader merupakan tenaga masyarakat yang dianggap paling dekat dengan masyarakat dan diharapkan mereka dapat melakukan pekerjaannya secara sukarela tanpa menuntut imbalan berupa uang atau materi lainnya. Namun ada juga kader kesehatan yang disediakan sebuah rumah atau sebuah kamar serta beberapa peralatan secukupnya oleh masyarakat setempat (Meilani, N., dkk, 2008).

Peran dan fungsi kader sebagai pelaku penggerakan masyarakat :

1. Prilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)
2. Pengamatan terhadap maslaah kesehatan di desa
3. Upaya penyehatan lingkungan
4. Peningkatan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)
5. Pemasyarakatan Keluarga sadar gizi (Kadarzi) (Meilani, N., dkk, 2009).

Hasil dari pelatihan pada kader kesehatan jiwa adalah kader , menyadari adanya masalah kesehatan jiwa, kader

mampu menjelaskan tentang kesehatan jiwa itu sendiri dan cara penanganannya, mampu melakukan deteksi dini, menggerakkan masyarakat untuk ikut serta dalam penyuluhan kelompok sehat, resiko dan gangguan. Penggerakan masyarakat yang mengalami gangguan jiwa untuk mengikuti TAK. Kader juga mampu melakukan perujukan kasus dan pelaporan. Kegiatan yang dilakukan oleh Kader Kesehatan Jiwa mendapat supervisi dari penanggung jawab program kesehatan jiwa dari Puskesmas Jati.

Adapun kegiatan Pelatihan Kader KKJ DSSJ, sebaiknya dilanjutkan dengan melakukan pelayanan kesehatan jiwa komunitas dengan pendekatan *Community Mental Health Nursing* (CMHN) yang terdiri dari empat pilar.

Pilar I Manajemen Pelayanan yang meliputi empat kegiatan yaitu, perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengendalian.

Pilar II Pemberdayaan masyarakat meliputi proses rekrutmen kader, proses orientasi, penilaian dan pengembangan kader. Sebelum pelatihan penulis bekerja sama dengan TOMA, TOGA, Koordinator kader dan Puskesmas melakukan rekrutmen, setelah menemukan calon kader dilakukan proses orientasi dan menandatangani beberapa surat pernyataan persetujuan dari keluarganya. Selanjutnya pelatihan dilakukan selama 3 hari, hari pertama dan hari kedua pemberian materi dilanjutkan hari ketiga praktek.

Pilar III Kemitraan Lintas Program dan Sektoral, kolaborasi dengan dokter dan program rujukan bolak-balik. Dalam hal lintas sektor Puskesmas Pasuruhan Kidul sudah bekerjasama dengan Puskesmas Ngemplak. Kerjasama lintas program dilakukan dengan cara penemuan kasus baru dengan bekerjasama dengan tenaga kesehatan yang lain

Pilar IV Manajemen Kasus Keperawatan sehat jiwa yang meliputi pemberian asuhan keperawatan jiwa, pemberian pendidikan kesehatan pada kelompok sehat, resiko dan gangguan.

Dari pengabdian masyarakat yang dilakukan didapatkan hasil sebagai berikut :

Tabel 1.
Karakteristik Kader Kesehatan Jiwa

Karakteristik	n = 25	Prosentase
Jenis kelamin		
Laki-laki	2	8
Perempuan	23	92
Pendidikan terakhir		
Pendidikan saat ini		
SD	0	0
SMP	7	28
SMA	18	72
Sarjana	0	0
Status pekerjaan		
Ya	22	88
Tidak	3	12

Tabel 1. diatas menggambarkan bahwa keseluruhan kader mempunyai jenis kelamin perempuan, hal ini dikarenakan hampir seluruh laki laki di desa Pasuruhan Kidul tidak berminat untuk menjadi kader jiwa. Adapun pendidikan terakhir yang dari SD 0%, SMP 28%, SMA 72%, Sarjana 0%. Status pekerjaan kader 88% bekerja dan 12% kader tidak bekerja.

Menurut Stuart dan Laraia (2005) bahwa aspek intelektual merupakan salah satu faktor penyebab terjadinya gangguan jiwa karena berhubungan dengan kemampuan seseorang dalam menyampaikan ide atau pendapatnya, selanjutnya akan berpengaruh pada kemampuan seseorang untuk memenuhi harapan dan keinginan yang ingin dicapai dalam hidupnya

Tingkat pendidikan sangat terkait dengan kemampuan berpikir. Semakin tinggi tingkat pendidikan semakin baik pula kemampuan seseorang dalam berpikir dan mengambil keputusan. Pendidikan tinggi dapat pula dikaitkan dengan perilaku mencari bantuan pelayanan kesehatan (Stuart, 2009). Semakin tinggi pendidikan semakin tinggi pula kemampuan mencari bantuan pelayanan karena individu tersebut mampu menilai masalah dengan lebih rasional.

Pekerjaan berhubungan dengan pendapatan ekonomi. Pendapatan yang diterima akan mempengaruhi kemampuan seseorang memenuhi kebutuhan hidupnya. Ketidakmampuan memenuhi kebutuhan hidup merupakan sumber stressor yang menyebabkan perilaku kekerasan (Stuart & Laraia, 2005).

Tabel 2.
**Keikutsertaan Dalam Pelatihan
Kader Kesehatan Jiwa**

Keikutsertaan	n=25	Prosentase Hari
Pertama	25	100
Hari Kedua	24	96
Hari Ketiga	25	100

Tabel 2. diatas menggambarkan tentang kehadiran dan keikutsertaan kader selama tiga hari dalam acara pelatihan kader kesehatan jiwa. Hari pertama kegiatan ini dihadiri 100%, hari kedua dihadiri 96% karena ada 1 yang sakit dan hari ketiga dihadiri 100%.

Tabel 3.
**Pengetahuan Kader tentang kesehatan
Jiwa**

Karakteristik	n=25	Prosentase
Definisi	24	90
Penyebab	22	88
Pencegahan	22	88
Penanganan pasien gg jiwa dirumah	20	80
Deteksi Dini	24	90

Tabel 3. Pengetahuan kader tentang kesehatan jiwa dibagi menjadi 4 komponen, dimana komponen definisi 90% kader memahami, penyebab 88% dipahami oleh kader, pencegahan 88% dipahami oleh kader, dan penanganan gangguan jiwa dipahami 80% oleh kader, Deteksi dini dipahami 90 % oleh Kader.

Adanya variasi pengetahuan untuk menunjukkan pengetahuan seseorang dipengaruhi oleh berbagai faktor antara lain : pendidikan, terpapar oleh media (media massa, media elektronik), buku petunjuk,

petugas kesehatan, poster, ekonomi, hubungan sosial, dan pengalaman, pengetahuan ini dapat membentuk keyakinan tertentu sehingga seseorang berperilaku sesuai keyakinan tersebut (Notoatmodjo, 2007).

Pengetahuan adalah merupakan hasil tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indra manusia, yaitu indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga sehingga seseorang akan lebih mudah mendapatkan pengetahuan terutama mengetahui tentang diabetes mellitus. (Notoatmodjo, 2007).

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Karena dari pengalaman dan penelitian ternyata perilaku yang didasari oleh pengetahuan (Benyamin Bloom, 1908 dalam Notoatmodjo, 2007).

Berdasarkan pendidikan responden diperoleh bahwa sebagian besar responden memiliki pendidikan SMA. Tingkat pendidikan responden akan berpengaruh dalam memberi respon terhadap sesuatu yang datang dari luar. Orang yang berpendidikan tinggi akan memberikan respon yang lebih rasional terhadap informasi yang datang dan akan berfikir sejauh mana keuntungan yang mungkin akan mereka peroleh dari gagasan tersebut. Rendahnya tingkat pengetahuan seseorang atau masyarakat sangat berpengaruh juga terhadap peningkatan derajat kesehatan, oleh karena sikap masyarakat yang belum terbuka dengan hal-hal atau inovasi baru (Notoatmodjo, 2007).

Pendidikan adalah segala upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain, baik individu maupun masyarakat sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidikan. Tingkat pendidikan yang cukup merupakan dasar pengembangan wawasan serta sarana untuk memudahkan seseorang untuk menerima pengetahuan, sikap dan perilaku, motivasi baru. (Rahman, A., 2008)

Berdasarkan pekerjaan responden dapat dilihat bahwa sebagian besar responden memiliki pekerjaan sebagai buruh. Pekerjaan sangat berpengaruh terhadap ekonomi, dalam memenuhi kebutuhan pokok maupun kebutuhan sekunder dengan status ekonomi yang baik akan lebih mudah tercukupi dibanding keluarga dengan status ekonomi rendah (Notoatmodjo, 2007).

Tabel 4.
**Klasifikasi Data Deteksi Dini di RW 10
Desa Pasuruhan Kidul**

Karakteristik	n=473	Prosentase
Keluarga Sehat	298	63
Keluarga Resiko	172	36
Keluarga Gangguan Jiwa	2	1

Tabel 5.
**Klasifikasi Data Deteksi Dini di RW 10
Desa Pasuruhan Kidul**

Karakteristik	n=276	Prosentase
Keluarga Sehat	213	77
Keluarga Resiko	61	22
Keluarga Gangguan Jiwa	2	1

Dari tabel 4 diatas dapat dilihat bahwa keluarga sehat di RW 3 menempati porsi tertinggi yaitu 63%, Keluarga Resiko menempati porsi kedua yaitu 36% dan terakhir keluarga dengan gangguan jiwa 1%.

Dari tabel 5 diatas dapat dilihat bahwa keluarga sehat di RW 4 menempati porsi tertinggi yaitu 77%, Keluarga Resiko menempati porsi kedua yaitu 22% dan terakhir keluarga dengan gangguan jiwa 1%.

5. SIMPULAN

Upaya untuk pemberdayaan masyarakat terhadap kesehatan jiwa dapat dicapai dengan suatu manajemen pelayanan kesehatan khususnya pelayanan kesehatan jiwa berbasis komunitas. Bentuk pendekatan manajemen pelayanan kesehatan jiwa komunitas ini salah satunya dengan pengenalan deteksi dini gangguan jiwa yang

dapat dilakukan sendiri oleh masyarakat (kader). Hal ini dapat mempermudah penanganan gangguan jiwa yang ada di masyarakat.

Kader kesehatan Jiwa diharapkan mampu menjalankan kegiatan secara rutin minimal 1 bulan sekali di bawah arahan puskesmas Jati dan Pemerintah Desa Pasuruhan Kidul

Institusi Pelayanan di Komunitas : menjadikan program kesehatan jiwa sebagai program utama dan ada alokasi dana untuk Program DSSJ, Menambah sumber daya manusia (SDM) perawat kesehatan jiwa Puskesmas yang mengembangkan kelurahan siaga sehat jiwa, melakukan kerjasama lintas sektor terkait dengan program kesehatan jiwa

Pemerintah Desa Pasuruhan Kidul : dapat mengoptimalkan program kesehatan jiwa sebagai bagian dari program kelurahan siaga, meningkatkan supervisi terhadap kegiatan kesehatan jiwa di masyarakat, melibatkan seluruh aparatur kelurahan, RW, RT, PKK dalam kegiatan kesehatan jiwa.

Pada Pasien dan keluarga penulis menyarankan untuk menerapkan ketrampilan dari terapi yang sudah dilatih secara teratur sesuai dengan jadwal kegiatan harian serta teratur berobat ke Puskesmas.

Dalam pelaksanaan kegiatan ini penulis menyampaikan rasa terima kasih yang sebesar-besarnya atas terselenggaranya pengabdian masyarakat ini kepada ;

1. Rusnoto, SKM.,M.Kes.,(Epid), Ketua STIKES Muhammadiyah Kudus
2. Sunarto, Kepala Desa Pasuruhan Kidul
3. Perangkat desa Pasuruhan Kidul
4. Kader Kesehatan Jiwa desa Pasuruhan Kidul
5. Mahasiswa Prodi D III Keperawatan tingkat III
6. Tim IBM
Warga desa Pasuruhan Kidu

6. REFERENSI

Amir, N.(2005). *Depkes Aspek Neurobiologi Diagnosis & Tata Laksana*.Jakarta:FKUI

- Arikunto, S (2009). *Prosedur pengabdian masyarakat: suatu pendekatan praktik. edisi revisi VIII*. Jakarta: Rineka Cipta
- Atchley, R.C. dan Barusch, A.S. (2004). *Social forces and aging ; an introduction to social gerontology*. (10th ed.). USA: Thomson Learning, Inc.
- Bastaman, H.D.(1996). *Meraih hidup bermakna : Kisah Pribadi dengan Pengalaman Tragis*.Jakarta : Paramadina
- , (2004). *Peraturan pemerintah republik indonesia nomor 43 tahun 2004 tentang pelaksanaan upaya peningkatan kesejahteraan sosial lanjut usia*.
<http://www.bpkp.go.id/unit/hukum/p/2004/043-04.pdf>, diperoleh 1 juni 2011
- Bulkeley, R, and cramer, D. (1990). *Social skills training with young adolescent*, Journal of youth and adolecence, 19 (5), 451-463.
- Boyd,M.A., & Nihart, MA. (1998). *Psychiatric nursing contemporary practise*, Philadelphia: Lippincott
- Cartledge, G., Milbun, J.F.(1995). *Teaching social skills to children and youth: Innovative Appoach*, (3rd ed), Boston: Allyn and Bacon.
- Cartledge, G., Milbun, J.F.(1995). *Teaching social skills to children and youth: Innovative Appoach*, (3rd ed), Boston: Allyn and Bacon.
- Cartledge, G., Milbun, J.F.(1995). *Teaching social skills to children and youth: Innovative Appoach*, (3rd ed), Boston: Allyn and Bacon.
- Carson, V.B.(2000). *Mental Health Nursing : The Nurse-Patient Journey*.2nd ed. Philadelphia : W.B. saunders Company.
- Chen, K, & Walk. (2006). *Social Skill Training Intervention for Student With Emotional/Behavioral Disorder : A Literature Review from American Perspective*.
[www.ccbd.net/dokuments/bb/BB.15\(3\)%social%20skills.pdf](http://www.ccbd.net/dokuments/bb/BB.15(3)%social%20skills.pdf). Maret 28, 2011
- Corrigan, P.W.,dkk.(2009). *Principles and Practice of Psychiatric Rehabilitation An Empirical Approach*. New York : The Guilford Press
- CMHN (2006). *Modul basic course community mental health nursing*. Jakarta : WHO FIK UI
- Cutrona, C.E. (1979). *Trantion to College. Dalam Loneliness : A Source of Current Theory*