

ANALISIS FAKTOR – FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEBERHASILAN PELAKSANAAN KEGIATAN *COMMUNITY MENTAL HEALTH NURSING* DI ACEH

Factors Analysis That Related To Successful Implementation Of The Community Mental Health Nursing (CMHN) In Aceh

¹Junardi, ²Budi Anna Keliat, ³Novy Helena Chatarina Daulima

¹ Staf Pengajar Poltekkes Aceh.

²Staf Pengajar Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

³Staf Pengajar Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Email: junardiarsyad79@gmail.com

ABSTRAK

Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas / *CMHN* adalah pelayanan keperawatan yang komprehensif, holistik dan paripurna berfokus pada masyarakat sehat jiwa, rentan terhadap stress dan dalam tahap pemulihan serta pencegahan kekambuhan. Perawat bekerja sama dengan klien, keluarga dan tim kesehatan lain dalam melakukan tindakan. Tujuan penelitian untuk mengetahui faktor - faktor yang berhubungan dengan keberhasilan pelaksanaan kegiatan *CMHN* di Kabupaten Aceh Besar dan Kota Banda Aceh. Penelitian dilakukan pada 30 orang perawat *CMHN* dan 48 orang *stakeholder* (total *sampling*) dengan menggunakan desain *cross sectional study*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan bermakna ($p - value \alpha \leq 0,05$) antara persepsi perawat *CMHN* dan *stakeholder* tentang faktor dukungan politik, stabilitas dana, *partnership*, kapasitas organisasi, evaluasi program, program adaptasi, komunikasi, rencana strategis dan sosial dengan keberhasilan pelaksanaan kegiatan *CMHN*. Dari hasil penelitian direkomendasikan perlunya evaluasi faktor-faktor yang berhubungan dengan keberhasilan pelaksanaan kegiatan *CMHN* secara periodik, penyegaran dan pelatihan *CMHN* yang terus menerus dan terstruktur.

Kata kunci: *CMHN*, persepsi perawat *CMHN*, persepsi *stakeholder*, keberhasilan pelaksanaan kegiatan *CMHN*.

ABSTRACT

Community Mental Health Nursing (CMHN) is comprehensive nursing care, holistic and adequate, focus in community whose healthy in mentally, far from stressing vulnerability and in the recovery phase also in avoiding to having a relapse. Nurse work together with client, family and other medical team in effort to doing practice. This research aim to know the factors which related with successful implementation of program CMHN in County Aceh Besar and Banda Aceh city. Research design using cross sectional study. Respondents consist of 30 nurse who execute CMHN who work in Central of Community (Puskesmas) and 48 stakeholder, soo its done with total sampling 78 person. Result of this research show that there is significant correlation ($p - value \alpha \leq 0,05$) on perception of nurse CMHN and stakeholder about politic support, budget stability, partnership, organization capacity, programs evaluation, adaptation programs, communication, strategic plan and social to successful implementation of program CMHN . Recommendation based on this research result among other : its need to periodically evaluating factors that related to successful of implementation CMHN, continuously updating and training CMHN.

Keywords: *CMHN, CMHN nurse's perception, stakeholder's's perception, CMHN program, successful implementation of program CMHN*

PENDAHULUAN

Gangguan jiwa merupakan karakteristik dari respon maladaptif terhadap stressor yang berasal dari lingkungan internal dan eksternal seseorang, yang dibuktikan dengan pikiran, perilaku dan perasaan yang bertentangan dengan budaya dan norma setempat dan mempengaruhi fungsi baik fisik, pekerjaan maupun sosial seseorang. Penegasan batasan penyebab gangguan jiwa tidaklah mudah karena merupakan multi faktor yang dapat

dijadikan sebagai tolak ukur menentukan seseorang terkena gangguan jiwa dan sampai saat ini belum diketahui dengan pasti penyebab tunggalnya. Pemicu terjadinya gangguan jiwa yaitu kemiskinan, kesulitan ekonomi, pendidikan rendah dan pengangguran (Townsend, 2009). Bencana alam merupakan salah satu penyebab gangguan jiwa (WHO, 2005), dimana angka kejadian gangguan jiwa pasca bencana rata – rata meningkat hingga dua kali lipat (dari 5 %

menjadi 10%). Kondisi sosial masyarakat seperti adanya konflik politik juga menjadi penyebab terjadinya gangguan jiwa. Kondisi tersebut merupakan salah satu pemicu munculnya stres, depresi dan berbagai masalah kesehatan jiwa. Penjelasan pernyataan di atas dapat bermakna bahwa gangguan jiwa merupakan kumpulan dari keadaan - keadaan yang tidak normal, baik yang berhubungan dengan fisik maupun dengan jiwa yang dianggap tidak sesuai dengan konsep norma yang ada, dan mengenai faktor - faktor pemicu gangguan jiwa di atas, maka dapat di pergunakan untuk mengidentifikasi penyebab gangguan jiwa yang terjadi di Indonesia yang merupakan salah satu negara di dunia yang memiliki multi faktor penyebab terjadinya gangguan jiwa. Upaya penanganan yang bertujuan untuk mencegah dan mengatasi masalah psikososial dan gangguan jiwa sudah harus dilakukan. Upaya kesehatan jiwa terdiri atas preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif klien.

World Health Report (WHR, 2001) telah memberikan berbagai rekomendasi dalam pelayanan kesehatan jiwa, salah satu rekomendasinya adalah memberikan pelayanan keperawatan kesehatan jiwa di masyarakat (komunitas). Pengembangan pelayanan kesehatan jiwa masyarakat yang sudah di lakukan adalah intervensi krisis, rawat jalan, rawat inap di Rumah Sakit Umum /klinik, program *daycare*, *home care* dan pelayanan klien dalam keluarga (WHO, 1999). Pelayanan ditekankan pada kemandirian klien, keluarga dan masyarakat. Dengan demikian biaya dapat ditekan dan klien lebih dekat dengan keluarga dan masyarakat sebagai pendukungnya. Keperawatan kesehatan jiwa komunitas /*CMHN* adalah pelayanan keperawatan yang komprehensif, holistik dan paripurna berfokus pada masyarakat yang sehat jiwa, rentan terhadap stres dan dalam tahap pemulihan serta pencegahan kekambuhan. Perawat bekerja sama dengan klien, keluarga dan tim kesehatan lain dalam melakukan tindakan. Kegiatan *CMHN* ini merupakan suatu pendekatan asuhan keperawatan jiwa masyarakat yang dapat di lakukan oleh perawat melalui pelatihan khusus untuk kesehatan jiwa yang ditempatkan di setiap pelayanan kesehatan dasar atau puskesmas, bertugas membantu masyarakat menyelesaikan masalah - masalah kesehatan jiwa akibat dampak tsunami, konflik dan

masalah sosial lainnya. Kegiatan ini juga bertujuan untuk memberdayakan masyarakat khususnya klien dan keluarga agar mampu mandiri memenuhi kebutuhannya serta meningkatkan kemampuan menyelesaikan masalah. Tindakan yang dilakukan oleh perawat *CMHN* adalah memberikan asuhan keperawatan pada klien sehat, resiko dan gangguan jiwa. Keluarga sebagai bagian dari masyarakat merupakan sumber daya yang memiliki potensi untuk dilibatkan dalam pelayanan terhadap klien gangguan jiwa, psikososial maupun klien sehat jiwa. Kegiatan ini dinyatakan sukses dalam mengatasi masalah kesehatan jiwa masyarakat di Aceh maupun di Kepulauan Nias, oleh sebab itu program ini diikuti oleh berbagai daerah di Indonesia (Keliat, Daulima & Farida, 2011).

Pelaksanaan program *CMHN* di Provinsi Aceh telah dimulai dari tahun 2005 sampai sekarang. Kabupaten Aceh Besar telah melaksanakan kegiatan *BC - CMHN* sebanyak 1 tahap, *IC - CMHN* sebanyak 3 tahap dan *AC - CMHN* sebanyak 2 tahap. Perawat *CMHN* telah direkrut sebanyak 44 orang dari 28 puskesmas yang ada di wilayah tersebut dan perawat *CMHN* telah merawat sebanyak 1.621 klien gangguan jiwa. Sementara itu untuk Kota Banda Aceh telah dilakukan pelaksanaan kegiatan *BC - CMHN* sebanyak 1 tahap, *IC - CMHN* sebanyak 3 tahap dan *AC - CMHN* sebanyak 2 tahap. Perawat *CMHN* telah direkrut sebanyak 8 orang dan telah merawat sebanyak 810 klien gangguan jiwa dari 11 puskesmas yang ada wilayah tersebut. Kegiatan ini dinyatakan sukses dalam mengatasi masalah kesehatan jiwa masyarakat di Aceh (Dinkes Provinsi Aceh, 2013)

Keberlanjutan kegiatan *CMHN* masih dilaksanakan sampai saat ini, namun belum ada penelitian mengenai analisis faktor - faktor yang berhubungan dengan keberhasilan pelaksanaan kegiatan *CMHN* dengan skala luas (provinsi atau negara). Umumnya penelitian hanya dalam skala lokal (*community nursing home* atau *home care*). Secara teknikal dan manajerial kegiatan *CMHN* belum pernah di evaluasi ulang terhadap analisis faktor - faktor yang berhubungan dengan keberhasilan pelaksanaan kegiatan *CMHN* Kabupaten Aceh Besar dan Kota Banda Aceh.

METODE

Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif dengan desain “*Cross Sectional Study*” (potong lintang). Metode pengambilan sampel yang digunakan adalah *total sampling*, dimana semua populasi diambil menjadi sampel untuk proses generalisasi dan meminimalkan kesalahan (Sugiyono, 2011). Sampel dalam penelitian ini adalah perawat *CMHN* di Kabupaten Aceh Besar dan Kota Banda Aceh sebanyak 30 orang dan *stakeholder* sebanyak 48 orang.

Instrumen dalam penelitian ini terdiri dari instrumen A yang berisi tentang karakteristik responden yang meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan dan lama bekerja. sementara instrumen B berisi faktor – faktor yang berhubungan dengan keberhasilan pelaksanaan kegiatan *CMHN* dirancang oleh peneliti dengan mendeskripsikan teori yang sudah dikembangkan *University of Washington* (2012) dan Haris (2000 dalam Fauzi 2004) dan Instrumen C berisi keberhasilan kegiatan *CMHN* dirancang oleh peneliti dengan mendeskripsikan teori yang sudah dikembangkan oleh Keliat, Akemat, Daulima dan Nurhaeni (2011) dan Keliat, Panjaitan dan Riasmini (2010). Kuesioner ini untuk mengukur variabel dependen yaitu keberhasilan pelaksanaan program *CMHN* dengan jumlah pernyataan 213 item dan terdiri dari kegiatan *BC – CMHN* dengan jumlah pernyataan 87, kegiatan *IC – CMHN* dengan jumlah pernyataan 124 dan kegiatan *AC – CMHN* dengan jumlah 2.

HASIL

Hasil penelitian ini menjelaskan tentang karakteristik keluarga dengan skizofrenia di wilayah Puskesmas Kalasan Yogyakarta sebagai responden yang terlibat, dukungan keluarga dan kepatuhan minum obat pada anggota keluarga dengan skizofrenia sebelum dan sesudah di berikan terapi psikoedukasi keluarga dan perbedaan dukungan keluarga dan kepatuhan minum obat pada anggota keluarga dengan skizofrenia pada kelompok yang mendapatkan terapi dan yang tidak mendapatkan terapi. Penjelasan hasil penelitian yang dilakukan adalah sebagai berikut :

Tabel 5.1. Karakteristik Perawat *CMHN* Berdasarkan Usia dan Lama Bekerja di Kabupaten Aceh Besar dan Kota Banda Aceh Tahun 2014 (n = 30).

Karakteristik Perawat <i>CMHN</i>	Mean	Median	Stand ar Deviasi	Mi n – ma x	95 % CI
Usia	38,15	35,00	10,070	25 – 55	35,16 – 40,15
Lama kerja	12,10	12,00	9,00	5 – 25	10,08 – 12,90

Berdasarkan tabel 5.1, maka diketahui karakteristik Perawat *CMHN* di Kabupaten Aceh Besar dan Kota Banda Aceh. **a)** Usia rata - rata adalah 38,15 dengan variasi sebesar 10,070 tahun dan median 35 tahun. Umur perawat *CMHN* yang paling muda adalah 25 tahun, sedangkan yang paling tua adalah 55 tahun. **b)** Rata - rata lama bekerja perawat *CMHN* adalah 12,10 dengan variasi sebesar 9,00 tahun dan median 12 tahun, lama bekerja perawat *CMHN* yang paling rendah adalah 5 tahun, sedangkan yang paling lama adalah 25 tahun.

Tabel 5.2. Karakteristik Perawat *CMHN* Berdasarkan Jenis Kelamin dan Pendidikan Terakhir di Kabupaten Aceh Besar dan Kota Banda Aceh Tahun 2014 (n = 30)

Karakteristik perawat <i>CMHN</i>	Frekuensi	Persentase
Jenis kelamin		
- Laki - laki	2	6,7
- Perempuan	28	93,3
Pendidikan terakhir		
- SPK	10	33,3
- Diploma III Keperawatan	19	63,3
- S.Kep, Ners	1	3,3

Berdasarkan tabel 5.2, maka diketahui karakteristik perawat *CMHN* di Kabupaten Aceh Besar dan Kota Banda Aceh yaitu jenis kelamin perempuan sebanyak 28 orang (93,3 %). Sebagian besar perawat *CMHN* belatar belakang pendidikan Diploma III Keperawatan, yaitu 19 orang (63,3 %).

Tabel 5.3. Keberhasilan Pelaksanaan Kegiatan BC – CMHN di Kabupaten Aceh Besar dan Kota Banda Aceh Tahun 2014 (n = 30).

Keberhasilan Pelaksanaan Kegiatan BC -CMHN	Mean	Median	Standar Deviasi	Min – max	95% CI
Kegiatan BC – CMHN	244.13	238.00	55.070	169 – 346	198.09 – 290.16
Penerapan konsep dasar	33.25	33.50	6.944	22 – 42	27.44 – 39.06
Medical problem	9.50	10.00	2.070	6 – 12	7.77 – 11.23
Penerapan 11 Diagnosis	179.50	177.00	48.949	102 – 264	138.58 – 220.42
Pencatatan, monitoring evaluasi	21.88	21.50	4.291	14 – 28	18.29 – 25.46

Berdasarkan tabel 5.3 diketahui rata-rata keberhasilan pelaksanaan kegiatan BC - CMHN yang memiliki score standar 78 – 348 didapatkan hasil sebesar 244,13 (70,15 %) dengan standar deviasi sebesar 55,070.

Tabel 5.4. Keberhasilan pelaksanaan kegiatan IC – CMHN di Kabupaten Aceh Besar dan Kota Banda Aceh Tahun 2014 (n = 22)

Keberhasilan Pelaksanaan Kegiatan IC -CMHN	Mean	Median	Standar Deviasi	Min – max	95% CI
Kegiatan IC – CMHN	265.80	254.00	104.485	147 – 485	190.87 – 340.73
Pendekatan manajemen	42.50	46.50	12.972	16 – 61	33.22 – 51.78
Pemberdayaan kader	8.10	9.00	3.900	4 – 14	5.31 – 10.89
Kemitraan lintas sektoral	8.00	9.00	3.091	4 – 12	5.79 – 10.21
Asuhan keperawatan kesehatan jiwa komunitas	207.20	188.50	88.194	123 – 399	144.11 – 270.29

Berdasarkan tabel 5.4 diketahui rata-rata keberhasilan pelaksanaan kegiatan IC – CMHN yang memiliki score standar 78 – 348 didapatkan hasil sebesar 265,80 (53,58 %)

Tabel 5.5. Keberhasilan Pelaksanaan Kegiatan AC – CMHN di Kabupaten Aceh Besar dan Kota Banda Aceh Tahun 2014 (n = 12)

Keberhasilan Pelaksanaan Kegiatan AC - CMHN	Mean	Median	Standar Deviasi	Min – max	95% CI
Kegiatan AC – CMHN	4.92	5.50	2.466	2 – 8	3.35 – 6.48
1. Menjadi Koordinator CMHN	2.33	2.50	1.303	1 – 4	1.51 – 3.16
2. Advokasi	2.58	3.00	1.311	1 – 4	1.75 – 3.42

dengan standar deviasi sebesar 104,744.

Berdasarkan tabel 5.5. diketahui bahwa secara umum rata-rata keberhasilan pelaksanaan kegiatan AC - CMHN yang memiliki score standar 2 - 8 didapatkan hasil sebesar 4,92 (61,5 %) dengan standar deviasi sebesar 2,466.

Tabel 5.6. Persepsi perawat CMHN tentang keberhasilan kegiatan CMHN di Kabupaten Aceh Besar dan Kota Banda Aceh Tahun 2014 (n = 30)

Persepsi Perawat CMHN	Mean	Median	Standar Deviasi	Min – max	95% CI
Persepsi Perawat CMHN	229.77	234.00	31.742	174 – 242	217.91 – 241.62
Dukungan Politik	45.90	48.50	9.312	22 – 64	42.42 – 49.38
Stabilitas Dana	30.97	29.00	8.958	13 – 52	27.62 – 34.31

Partnership	42.83	43.00	9.770	2859	39.19
Kapasitas Organisasi	16.87	17.00	2.113	1220	16.08
Evaluasi Program	30.23	31.00	3.830	2036	28.80
Adaptasi Program	16.43	16.50	2.402	1220	15.54
Komunikasi	17.40	19.00	2.884	1220	16.32
Rencana Strategis	13.73	14.00	2.180	816	12.92
Sosial	15.40	16.00	3.865	820	13.96

Berdasarkan tabel 5.6, maka diketahui rata-rata persepsi perawat CMHN yang memiliki score standar 78– 312 didapatkan hasil sebesar 229.77 (73,64 %) dengan standar deviasi sebesar 31.742.

Tabel 5.7. Persepsi stakeholder tentang keberhasilan kegiatan CMHN di Kabupaten Aceh Besar dan Kota Banda Aceh Tahun 2014 (n = 48)

Persepsi Stakeholder	Mean	Median	Standard Deviasi	Min - Max	95% CI
Persepsi Stakeholder	232.31	230.00	34.518	164 - 294	222.29 - 242.34
Dukungan Politik	47.75	48.00	10.288	24 - 66	44.76 - 50.74
Stabilitas Dana	33.19	33.00	6.939	22 - 46	31.17 - 35.

Partnership	44.42	43.00	10.427	2460	41.39
Kapasitas Organisasi	17.42	18.00	2.728	1120	16.62
Evaluasi Program	30.21	31.00	4.890	1736	28.79
Adaptasi Program	16.13	16.00	3.153	1020	15.21
Komunikasi	16.63	16.50	3.207	820	15.69
Rencana Strategis	12.48	13.50	3.313	416	11.52
Sosial	14.10	15.00	3.447	620	13.10

Berdasarkan tabel 5.7, maka diketahui diketahui rata-rata persepsi stakeholder adalah 232.31 (74,46 %) dengan standar deviasi sebesar 34.518.

Tabel 5.8. Hubungan antara persepsi perawat BC - CMHN dengan faktor - faktor yang berhubungan dengan keberhasilan pelaksanaan kegiatan CMHN di Kabupaten Aceh Besar dan Kota Banda Aceh Tahun 2014 (n = 30)

Variabel	r	p value
Persepsi Perawat BC - CMHN	0,777	0,023
Dukungan politik	0,876	0,008
Stabilitas dana	0,804	0,028
Partnership	0,727	0,006
Kapasitas organisasi	0,849	0,043
Evaluasi program	0,765	0,045
Adaptasi program	0,767	0,026
Komunikasi	0,826	0,011
Rencana Strategi	0,751	0,040
Sosial	0,873	0,037

Berdasarkan tabel 5.8 dapat dilihat bahwa : Persepsi perawat BC - CMHN tentang faktor - faktor berhubungan secara bermakna

(p value \leq 0,05) dengan keberhasilan pelaksanaan kegiatan CMHN dan diketahui nilai r adalah 0,777 yang artinya terdapat hubungan positif yang sangat kuat.

Tabel 5.9. Hubungan antara persepsi perawat IC - CMHN dengan faktor - faktor yang berhubungan dengan keberhasilan pelaksanaan kegiatan CMHN di Kabupaten Aceh Besar dan Kota Banda Aceh Tahun 2014 (n = 22)

Variabel	r	p value
Persepsi Perawat IC - CMHN	0,980	0,003
Dukungan politik	0,893	0,044
Stabilitas dana	0,747	0,007
Partnership	0,879	0,022
Kapasitas organisasi	0,799	0,037
Evaluasi program	0,724	0,018
Adaptasi program	0,723	0,018
Komunikasi	0,836	0,010
Rencana Strategi Sosial	0,746	0,028
	0,840	0,004

Berdasarkan tabel 5.9 dapat dilihat bahwa persepsi perawat IC - CMHN tentang faktor – faktor berhubungan secara bermakna (p value \leq 0,05) dengan keberhasilan pelaksanaan kegiatan CMHN dan diketahui nilai r adalah 0,980 yang artinya terdapat hubungan positif yang sangat kuat.

Tabel 5.10. Hubungan antara persepsi perawat AC - CMHN dengan faktor - faktor yang berhubungan dengan keberhasilan pelaksanaan kegiatan CMHN di Kabupaten Aceh Besar dan Kota Banda Aceh Tahun 2014 (n = 12)

Variabel	r	p value
Persepsi Perawat AC - CMHN	0,919	0,044
Dukungan politik	0,823	0,007
Stabilitas dana	0,763	0,045
Partnership	0,869	0,030
Kapasitas organisasi	0,774	0,031
Evaluasi program	0,871	0,004
Adaptasi program	0,847	0,040
Komunikasi	0,901	0,006
Rencana Strategi Sosial	0,804	0,009
	0,727	0,049

Berdasarkan tabel 5.10 dapat dilihat bahwa Persepsi perawat AC - CMHN tentang faktor - faktor berhubungan secara bermakna

(p value \leq 0,05) dengan keberhasilan pelaksanaan kegiatan CMHN dan diketahui nilai r adalah 0,919 yang artinya terdapat hubungan positif yang sangat kuat.

Tabel 5.11. Hubungan antara persepsi stakeholder dengan faktor - faktor yang berhubungan dengan keberhasilan pelaksanaan kegiatan BC - CMHN di Kabupaten Aceh Besar dan Kota Banda Aceh Tahun 2014 (n = 48)

Variabel	r	p value
Persepsi Stakeholder	0,958	0,001
Dukungan politik	0,769	0,040
Stabilitas dana	0,858	0,044
Partnership	0,856	0,003
Kapasitas organisasi	0,988	0,036
Evaluasi program	0,717	0,008
Adaptasi program	0,861	0,007
Komunikasi	0,812	0,014
Rencana Strategi Sosial	0,764	0,009
	0,875	0,043

Berdasarkan tabel 5.11 dapat dilihat bahwa Persepsi stakeholder dengan faktor - faktor berhubungan secara bermakna (p value \leq 0,05) dengan keberhasilan pelaksanaan kegiatan BC - CMHN dan diketahui nilai r adalah 0,958 yang artinya terdapat hubungan positif yang sangat kuat.

Tabel 5.12. Hubungan antara persepsi Stakeholder dengan faktor - faktor yang berhubungan dengan keberhasilan pelaksanaan kegiatan IC - CMHN di Kabupaten Aceh Besar dan Kota Banda Aceh Tahun 2014 (n = 48).

Variabel	r	p value
Persepsi Stakeholder	0,637	0,048
Dukungan politik	0,858	0,021
Stabilitas dana	0,745	0,036
Partnership	0,890	0,009
Kapasitas organisasi	0,650	0,042
Evaluasi program	0,898	0,025
Adaptasi program	0,708	0,022
Komunikasi	0,694	0,026
Rencana Strategi Sosial	0,758	0,011
	0,624	0,054

Berdasarkan tabel 5.12 dapat dilihat bahwa persepsi stakeholder dengan faktor - faktor berhubungan secara bermakna (p value

$\leq 0,05$) dengan keberhasilan pelaksanaan kegiatan *IC - CMHN* dan diketahui nilai *r* adalah 0,637 yang artinya terdapat hubungan positif yang kuat.

Tabel 5.13. Hubungan antara persepsi *stakeholder* dengan faktor - faktor Yang berhubungan dengan keberhasilan pelaksanaan kegiatan *AC - CMHN* di Kabupaten Aceh Besar dan Kota Banda Aceh Tahun 2014 (n = 48).

Variabel	r	p value
Persepsi	0,863	0,010
<i>Stakeholder</i>	0,663	0,019
Dukungan	0,611	0,024
politik	0,900	0,007
Stabilitas dana	0,577	0,050
<i>Partnership</i>	0,775	0,026
Kapasitas	0,816	0,026
organisasi	0,881	0,013
Evaluasi	0,702	0,009
program	0,752	0,038
Adaptasi		
program		
Komunikasi		
Rencana Strategi		
Sosial		

Berdasarkan tabel 5.13 dapat dilihat bahwa persepsi *stakeholder* dengan faktor – faktor berhubungan secara bermakna (*p* value $\leq 0,05$) dengan keberhasilan pelaksanaan kegiatan *AC - CMHN* dan diketahui nilai *r* adalah 0,863 yang artinya terdapat hubungan positif yang sangat kuat.

PEMBAHASAN

Pelaksanaan kegiatan *BC - CMHN* yang telah dimulai sejak tahun 2005 dalam katagori baik Hal ini menunjukkan bahwa keberhasilan pelaksanaan kegiatan *BC - CMHN* sudah baik dalam beberapa segi, misalnya penerapan konsep dasar, *medical problem*, dan pencatatan, pelaporan, *monitoring* dan evaluasi, namun masih ada dalam katagori yang cukup baik, yaitu penerapan 11 diagnosis keperawatan. Hal ini juga di pengaruhi oleh beberapa hal diantaranya diagnosis keperawatan yang jarang ditemukan perawat *CMHN* bahkan tidak ada sama sekali ditemukan kasusnya, seperti diagnosis keperawatan resiko bunuh diri dan depresi pada anak . Proses waktu yang hampir 10 tahun pasca musibah gempa dan tsunami dan didukung penerimaan dan pendewasaan diri klien yang jauh lebih baik, juga menjadi dasar langkanya ditemukan beberapa diagnosis keperawatan tersebut.

BC - CMHN merupakan serangkaian kegiatan pembelajaran untuk perawat komunitas yang dimaksudkan agar perawat memiliki kemampuan dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada klien gangguan jiwa yang ada di masyarakat. Kegiatan *BC- CMHN* berupa pemberian pengetahuan dan praktek langsung bagi perawat dalam mengatasi dan menanggulangi masalah kesehatan jiwa yang diberikan dikelas dan dilapangan oleh tim *BC- CMHN*. Kegiatan *CMHN* ini menggunakan media berupa modul - modul yang bertujuan untuk memudahkan perawat dalam melakukan penanganan masalah kesehatan jiwa (Keliat, Akemat, Daulima & Nurhaeni 2011)

Pelaksanaan kegiatan *IC - CMHN* dalam katagori kurang baik. Keberhasilan yang kurang dari pelaksanaan kegiatan *IC - CMHN* dapat dilihat dari pelaksanaan pemberdayaan kader, penerapan kemitraan lintas sektoral dan program, dan penerapan asuhan keperawatan kesehatan jiwa masyarakat yang masih kurang. Menurut Keliat et al (2011) *IC - CMHN* merupakan kegiatan yang meliputi pengembangan manajemen keperawatan kesehatan jiwa komunitas di desa siaga sehat jiwa, pemberdayaan kader kesehatan jiwa, melakukan kerja sama lintas program dan melakukan asuhan keperawatan pada masyarakat sehat jiwa, masalah psikososial, dan gangguan jiwa di desa siaga sehat jiwa.

Keberhasilan pelaksanaan kegiatan *IC - CMHN* yang masih kurang dapat disebabkan karena belum optimalnya pengembangan masyarakat dan pemberdayaan masyarakat. *IC - CMHN* merupakan pelayanan keperawatan kesehatan jiwa di masyarakat yang menerapkan prinsip *community development* dan *community empowerment*. Prinsip ini memperdayakan potensi yang ada di masyarakat melalui Desa Siaga Sehat Jiwa (Keliat, 2011). Belum optimalnya keberhasilan pelaksanaan kegiatan *IC - CMHN* ini mungkin disebabkan karena persepsi perawat *CMHN* yang belum baik, sehingga belum maksimal dalam mengembangkan iklim motivasi, belum mampu manajemen konflik, belum melakukan pendelegasian, belum melakukan manajemen waktu secara baik, serta supervisi belum berjalan sebagaimana mestinya. Peningkatan keberhasilan pencapaian pelaksanaan kegiatan *IC - CMHN* dapat dilakukan melalui penyegaran kembali tentang materi *IC - CMHN* kepada seluruh perawat *CMHN* serta melakukan supervisi, monitoring dan evaluasi

secara berkala untuk menjamin keberlanjutan kegiatan ini.

Keberhasilan pelaksanaan kegiatan AC - CMHN yang cukup baik ini dapat dilihat bahwa perawat CMHN sudah melakukan tugas advokasi dengan cukup baik, walaupun keberhasilan pelaksanaan AC - CMHN sebagai koodinator CMHN belum baik. Keberhasilan pelaksanaan kegiatan AC - CMHN selain karena advokasi yang harus berjalan dengan baik, juga dipengaruhi oleh pelaksanaan koordinasi yang baik oleh perawat CMHN.

Hasil penelitian didapatkan bahwa adanya korelasi positif yang cukup antara persepsi perawat CMHN tentang faktor - faktor yang berhubungan dengan keberhasilan pelaksanaan kegiatan CMHN. Kegiatan CMHN merupakan suatu sistem dalam bidang kesehatan jiwa. Selanjutnya kegiatan CMHN terdiri dari komponen-komponen yang saling berkaitan dan saling menunjang dalam rangka mencapai suatu tujuan. Komponen kegiatan CMHN adalah bagian-bagian program yang saling terkait dan merupakan faktor-faktor penentu keberhasilan pelaksanaan kegiatan CMHN. Komponen-komponen program dapat dipandang sebagai bagian dari sistem dan dikenal dengan istilah "subsistem". Sebuah sistem, subsistem yang ada saling berkaitan dan saling mempengaruhi. Sistem itu sendiri berada di dalam sebuah naungan yang lebih besar yang dikenal dengan istilah "suprasistem". Sistem-sistem yang ada di bawah naungan suprasistem saling berkaitan dan bekerja sama menuju pencapaian suprasistem yang menjadi tujuan (Rahmi, 2012). Kemampuan perawat CMHN dalam bekerja sama dalam sebuah sistem dan pola berfikir dan persepsi yang baik memberikan hubungan yang cukup baik pula dalam peningkatan keberhasilan pelaksanaan kegiatan CMHN. Hal ini dapat dilihat bahwa persepsi perawat CMHN tentang dukungan politik, *partnership* cukup baik, dan masih ada yang persepsinya kurang baik yaitu tentang stabilitas dana.

Hasil penelitian didapatkan bahwa adanya korelasi positif yang cukup antara persepsi *stakeholder* tentang faktor - faktor yang berhubungan dengan keberhasilan pelaksanaan kegiatan CMHN. Kemampuan perawat CMHN dan *stakeholder* dalam bekerja sama dalam sebuah sistem dan pola berfikir dan persepsi yang baik memberikan hubungan yang cukup baik pula dalam

peningkatan keberhasilan pelaksanaan kegiatan CMHN. Hal ini dapat dilihat bahwa persepsi perawat CMHN tentang dukungan politik, *partnership*, kapasitas organisasi, evaluasi program, adaptasi program dan komunikasi baik, dan hanya stabilitas dana ada yang persepsinya kurang baik

KESIMPULAN

Karakteristik perawat CMHN yang terlibat dalam penelitian ini adalah mayoritas berjenis kelamin perempuan, umur antara 25 - 55 tahun, pendidikan terakhir Diploma III Keperawatan dan lama bekerja 12 - 25 tahun.

Keberhasilan pelaksanaan kegiatan BC - CMHN lebih besar dari AC - CMHN dan AC - CMHN lebih besar dari IC - CMHN di Kabupaten Aceh Besar dan Kota Banda Aceh

Persepsi perawat CMHN tentang faktor - faktor (dukungan politik, stabilitas dana, *partnership*, kapasitas organisasi, evaluasi program, program adaptasi, komunikasi, rencana strategis dan sosial) dengan keberhasilan pelaksanaan kegiatan CMHN di Kabupaten Aceh Besar dan Kota Banda Aceh dalam katagori baik.

Persepsi *stakeholder* tentang faktor - faktor (dukungan politik, stabilitas dana, *partnership*, kapasitas organisasi, evaluasi program, program adaptasi, komunikasi, rencana strategis dan sosial) dengan keberhasilan pelaksanaan kegiatan CMHN di Kabupaten Aceh Besar dan Kota Banda Aceh dalam katagori baik.

Terdapat hubungan bermakna antara persepsi perawat CMHN dengan keberhasilan pelaksanaan kegiatan CMHN di Kabupaten Aceh Besar dan Kota Banda Aceh.

Terdapat hubungan bermakna antara persepsi *stakeholder* dengan keberhasilan pelaksanaan kegiatan CMHN di Kabupaten Aceh Besar dan Kota Banda Aceh.

DAFTAR PUSTAKA

- ANA, (2000). *Scope and standars of psychiatric mental health nursing practice*. Washington, DC: American Nurses Publising.
- Arikunto, S. (2005). *Prosedur penelitian suatu praktek*, Jakarta : Rineka Cipta.
- Arikunto, S. (2012). *Evaluasi program pendidikan*. Jakarta : Bumi Aksara.

- African Capacity Building Foundation (ACBF), (2001). *Capacity needs assesment : A conceptual framework* in ACBF Newsletter.
- Adeleye, O.A., & Ofili, A.N, (2010). Strengthening intersectoral collaboration for primary health care in developing countries: Can the health sector play broader roles?. *Journal of Environmental and Public Health* Volume 2 (2010), Article ID 272896, 6 pages. <http://dx.doi.org/10.1155/2010/272896>.
- Butterfoss, F. D., Kegler, M. C, (2009) *Toward a comprehensive understanding of community coalitions: Moving from Practice to Theory*. In diclemente, R., Crosby, L., & Kegler, M. C. (Eds.) *Emerging Theories in Health Promotion Practice and Research*, (2nd ed.). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Butterfoss, F. D., Goodman, R., & Wandersman, A. (1993). Community coalitions for prevention and health promotion. *Health Education Research*, 8(3), 315-330.
- Dinkes Propinsi Aceh, (2013). *Data tahunan penderita gangguan jiwa, dan tenaga kesehatan jiwa Aceh*. (Tidak dipublikasikan).
- Ewen, M. (1998). *Community base nursing : An introduction*. Philadelphia : W.B. Sauder Company.
- Feighery, E., & Rogers, T. (1990). *Building and maintaining effective coalitions*. Palo Alto, CA: Health Promotion Resource Center, Stanford Center for Research in Disease Prevention.
- Fauzi, A. (2004). *Ekonomi sumber daya alam dan lingkungan*. Jakarta ; PT. Gramedia Pustaka Utama.
- Funk, M. and Saraceno, B. (2005). *Human resources and training mental health*. Genewa : WHO Library.
- FIK UI, (2011). *Hasil riset dan karya ilmiah akhir spesialis keperawatan jiwa*. Jakarta: Tidak dipublikasi.
- FIK UI, (2011). *Draf modul terapi spesialis keperawatan jiwa*. Jakarta: Tidak dipublikasi. Management : a system approach, Philadelphia : W
- Giliies, D.A, (2001), *Nursing management : A sistem approach*. Philadelphia: W. B. Saunders Company.
- Gerster, R. (2012). *Sustainable finance: Achievements, challenges, outlook*. Gerster Consulting, Switzerland (www.gersterconsulting.ch). The paper was finalised in February 2011.
- Grenerud, A. (2008). *Social integration for people with mental health problems*. Thesis. Sweden. Nordic School of Public health.
- Hastono, S.P, (2007). *Modul analisa data kesehatan*. Jakarta : Fakultas Kesehatan Masyarakat – Universitas Indonesia (Tidak dipublikasikan).
- Idaiani, S, (2013). *Dampak program kesehatan jiwa berbasis masyarakat dibandingkan program kesehatan jiwa berbasis rumah sakit jiwa terhadap pemeliharaan pasien psikologis*. FIK UI. Jakarta.
- Johnson, K., Hays, C., Hayden, C., & Daley, C. (2004). Building capacity and sustainability prevention innovations: A sustainability planning model. *Evaluation and Program Planning*, 27, 135-149.
- Keliat., Panjaitan., & Riasmini, (2010). *Manajemen keperawatan jiwa komunitas desa siaga; CMHN intermediet course*. Jakarta: EGC.
- Keliat., Daulima., & Farida, (2011). *Manajemen keperawatan psikososial & kader kesehatan jiwa; CMHN intermediet course*. Jakarta: EGC.
- Keliat. B, (2011). *Keperawatan kesehatan jiwa komunitas; CMHN basic course* Jakarta: EGC.
- Keliat. Akemat, Daulima & Nurhaeni, (2011). *Keperawatan kesehatan jiwa komunitas; CMHN basic course* Jakarta: EGC
- Kelana. K. D, (2011). *Metode penelitian keperawatan; Panduan melaksanakan*

- dan menerapkan hasil penelitian. Jakarta: Trans Info Media Jakarta.
- Kemendes RI, (2007). *Laporan hasil riset kesehatan dasar (Riskesdas)*. Jakarta.
- Kemendes RI, (1993). *Petunjuk pengelolaan perawatan kesehatan masyarakat*. Jakarta.
- Kelleher, K, (2007). *Tinjauan dan evaluasi modul dasar perawatan kesehatan jiwa komunitas*, Dinkes Aceh.
- Mohr, W.K, (2006). *Psychiatric mental health nursing*. Sixth Editions. Philadelphia : L W W.
- Marris, B.V., and King B, (2007). *Evaluating health promotion programs. The health communication unit at the centre for health promotion departement of public health sciences*, University of Toronto, Health Sciences Building, 155 College Street, Room 400 Toronto, Ontario.
- Maulik, P. K., Eaton, W.W., dan Bradshaw, (2009). The role of social network and support in mental health service use: Findings from the Baltimore ECA study. *Psychiatric Services* 60:1222–1229, 2009.
- Nursalam, (2009). *Proses dan dokumentasi keperawatan: Konsep dan praktik*, Jakarta: Salemba Medika.
- O'Connor., Small, S.A., Cooney, S.M. (2007). *Program fidelity and adaptation: Meeting local needs without compromising program effectiveness*. University of Wisconsin-Madison and University of Wisconsin-Extension.
- Polit, D.F., Beck, C.I & Hungles, B.P. (2008). *Essential of nursing research methods appraisal and utilization*. St. Louis. Mosby Years Book – Inc.
- Roslaini, (2013). *Perbedaan pengetahuan tentang kesiapsiagaan bencana gempa bumi dan tsunami pada perawat kesehatan jiwa masyarakat Kota Banda Aceh dan kabupaten Aceh Besar*. Magister Kebencanaan. UNSYIAH.
- Swerissen, H., & Crisp, B. (2004). The sustainability of health promotion interventions for different levels of social organization. *Health Promotion International*, 19(1):123-130.
- Siagian, S.P. (1998). *Teori motivasi dan aplikasinya*. (Edisi pertama). Jakarta.
- Suliswati, (2005). *Konsep dasar keperawatan kesehatan jiwa*. Jakarta: EGC.
- Sugiyono, (2011). *Metode penelitian kuantitatif, kualitatif dan R & D*. Edisi Revisi, Cetakan ke-12. Bandung: C.V Alfabeta.
- Stuart, G.W and Laraia, M.T (2005). *Principles and practise of psychiatric nursing* (8 th ed). St Louis : Mosby Year Book
- Stuart, G.W., (2013). *Principles and practice of psychiatric nursing* (9 th ed). St Louis: Mosby Year Book.
- Sastroasmoro, S. Ismael, S. (2011). *Dasar - dasar metodologi penelitian klinis*, Jakarta : CV. Sagung Seto.
- Suprpto, R. (2010). *Capacity building for lokal govermance toward good*. World Bank.
- Suryantoro, D (2007). *Definisi dan mamfaat organisasi*. Jakarta : PT. Surya Nusantara.
- Sarriot, E., Ricca, J., Yourkavitch, J., Ryan, L., dan The Sustained Health Outcomes (SHOUT) Group. (2008). *Taking the long view: A practical guide to sustainability planning and measurement in community-oriented health programming*. Calverton, MD: Macro International Inc.
- Soehardi, S. 2003. *Perilaku organisasional*, Yogyakarta Fakultas Ekonomi Sarjanawiyata Tamansiswa Yogyakarta.
- Townsend, Mary C. (2009). *Essentials of psychiatric mental health nursing*, 4th ed. F. A. Davis Company: Philadelphia.
- Undang - Undang RI. No. 23 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
- Undang - Undang Pemerintah Aceh (Undang - Undang RI. No. 11 Tahun 2006 tentang Kesehatan.

- Varcarolis, E. M. (1998). *Foundations of psychiatric mental health nursing*. Third Edition. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Videbeck, S.L. (2001). *Buku ajar keperawatan jiwa (psychiatric mental health nursing)* Edisi bahasa Indonesia (cetakan pertama) alih bahasa Komalasari, R & Hany, A, Jakarta : EGC.
- Videbeck, S.L. (2008). *Psychiatric mental health nursing*. Philadelphia: Lippincott.
- Wilson, B., dan Laschinger, H.K, (1994). Staff nurse perception of job empowerment and organizational commitment. A test of Kanter's theory of structural power in organizations. *Journal Nursing Administration*, 24(4 Suppl):39-47.