



Dukungan Kesehatan Jiwa dan Psikososial

(Mental Health and Psychosocial Support):

KEPERAWATAN JIWA

Prof.Dr. Budi Anna Kelliat, S.Kp., M.App.Sc

Ns. Thika Marlana, M.Kep., Sp.Kep.I

Penyusun:

Prof.Dr. Budi Anna Keliat, S.Kp., M.App.Sc : Guru Besar Keperawatan Jiwa
Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
(FIK UI)

Dewan Pakar PP IPKJI

Ns. Thika Marlana, M.Kep., Sp.Kep.J : Ketua Departemen Keperawatan Jiwa Profesi Ners
Universitas Respati Indonesia (URINDO)

Sekretaris PP IPKJI



DUKUNGAN KESEHATAN JIWA DAN PSIKOSOSIAL (*MENTAL HEALTH AND PSYCHOSOCIAL SUPPORT*): KEPERAWATAN JIWA

Diterbitkan pertama kali oleh Penerbit Universitas Indonesia

ISBN 978-602-1283-51-6

Hak cipta di lindungi Undang-Undang

Dilarang mengutip, memperbanyak dan menerjemahkan sebagian atau seluruh isi buku tanpa izin tertulis dari penerbit.



Cetakan 1: September 2018

Perpustakaan Nasional: Katalog Dalam Terbitan (KDT)

Keliat, Budi Anna., Thika Marlina. 2018. Dukungan Kesehatan Jiwa Dan Psikososial (*Mental Health And Psychosocial Support*): Keperawatan Jiwa. Edisi 1. Depok, Jawa Barat.

ISBN 978-602-1283-51-6

KATA PENGANTAR

Indonesia merupakan Negara kepulauan yang rentan terhadap potensi bencana alam geologi, seperti: gempa bumi, gunung meletus, tsunami, tanah longsor, banjir, angin topan, kekeringan dan sebagainya. Hal ini dipertegas dengan bencana-bencana alam yang sering kita temui sehari-hari. Banjir bandang di Wasior, Nabire, Lamongan, Bandung atau berbagai daerah saat musim hujan. Tsunami yang terjadi di Aceh, Palu dan Kepulauan Mentawai. Gunung meletus yaitu Merapi, Sinabung, Lokon, Gunung Agung, Rinjani, demikian pula gempa bumi di Padang, Lombok dan sekitarnya, merupakan gambaran kerentanan Indonesia terhadap potensi terjadinya bencana alam geologi.

Keperawatan bencana bertujuan untuk memastikan bahwa perawat mampu untuk mengidentifikasi, mengadvokasi dan merawat dampak dari semua fase bencana termasuk didalamnya berpartisipasi aktif dalam perencanaan dan kesiapsiagaan bencana. Perawat harus mempunyai ketrampilan teknis dan pengetahuan tentang epidemiologi, struktur budaya dan sosial serta masalah kesehatan yaitu kesehatan fisik, faktor risiko masalah kesehatan jiwa, masalah psikososial dan gangguan jiwa sehingga dapat membantu dalam kesiapsiagaan bencana, selama bencana dan sampai tahap pemulihan.

Perawat Jiwa yang berkontribusi dalam penatalaksanaan asuhan keperawatan dalam bencana berhimpun dalam Ikatan Perawat Kesehatan Jiwa Indonesia (IPKJI) di bawah koordinasi Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) merupakan bagian dari sistem pelayanan kesehatan dalam kondisi bencana yang bertugas memberikan pelayanan keperawatan kesehatan jiwa. Perawat jiwa dapat memberikan dukungan dan pelayanan kesehatan jiwa dan psiko sosial agar masyarakat yang mengalami dampak bencana mempunyai ketahanan dalam menghadapi perubahan kehidupan yang terjadi akibat bencana. Buku ini menjelaskan Konsep Bencana dan Dampaknya pada Kesehatan Jiwa dan Psikososial, Masalah Keperawatan Jiwa dalam Bencana, Strategi Pelaksanaan Keperawatan Jiwa dalam Bencana.

Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi dunia keperawatan di Indonesia khususnya bagi perawat, tenaga kesehatan dan relawan yang bekerja dalam kondisi bencana. Kritik dan saran sangat kami harapkan untuk menyempurnakan buku ini.

Penyusun

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	3
DAFTAR ISI	4
PENDAHULUAN	5
BAGIAN 1	BENCANA
	Definisi Bencana..... 9
	Tahapan Bencana..... 10
	Respons Individu Tiap Tahap Bencana..... 12
	Dampak Psikososial pada Kelompok Rentan 17
	Dampak Bencana Pada Komunitas..... 21
BAGIAN 2	MASALAH KESEHATAN JIWA PADA BENCANA 23
BAGIAN 3	STRATEGI DUKUNGAN PSIKOSOSIAL DALAM BENCANA
	Keperawatan Kesehatan Jiwa Bencana..... 31
	Pertolongan Pertama Psikologis dan Kesehatan Jiwa..... 35
	Kegiatan Dukungan Kesehatan Jiwa Dan Psikososial Pada Bencana..... 37
REFERENSI	64
LAMPIRAN	KUESIONER KEKUATAN DAN KESULITAN ANAK 4-10 TAHUN 67
	KUESIONER KEKUATAN DAN KESULITAN ANAK 11-17 TAHUN.... 70
	SELF REPORTING QUESTIONARE UNTUK DEWASA..... 73
	GERIATRI DEPRESSION SCALE UNTUK LANSIA..... 81
	ASSESMENT INDIKATOR KELUARGA SEHAT..... 87
	PEDOMAN ASSESSMENT BENCANA DI LOMBOK 90

PENDAHULUAN

Rangkaian bencana yang dialami Indonesia, khususnya pada tahun 2004 dan 2005 melalui bencana tsunami di Nangroe Aceh Darussalam dan Kepulauan Mentawai, telah menggambarkan kesadaran mengenai kerawanan dan kerentanan masyarakat. Sikap reaktif dan pola penanggulangan bencana yang dilakukan dirasakan tidak memadai, dan dirasakan kebutuhan untuk mengembangkan sikap baru yang lebih proaktif, menyeluruh, dan mendasar dalam menyikapi bencana dari semua pihak, termasuk perawat.

Perawat yang merupakan mayoritas tenaga kesehatan baik secara global (80%) dan nasional di Indonesia (60%), berkontribusi pada pelayanan kesehatan melalui praktik keperawatan yang unik yaitu bersifat konstan, kontinyu, koordinatif dan advokatif dengan garapan ilmu keperawatan (Alligood, 2006). Perawat jiwa berada dalam posisi kunci dalam membantu proses pemulihan dan memberikan dukungan bagi masyarakat yang memerlukan asuhan keperawatan kesehatan jiwa yang spesifik secara mandiri dan berkolaborasi dengan profesi lain.

Wujud nyata kontribusi perawat jiwa bagi Negara sudah di mulai sejak Bencana Tsunami Aceh tahun 2004 silam, melalui kegiatan deteksi dini, pelatihan perawat dan kader di masyarakat untuk penanganan masalah kesehatan jiwa dan psikososial. Kegiatan serupa telah direplikasi di daerah lainnya yaitu Gempa Gunungsitoli dan Kepulauan Mentawai pada tahun 2005, gempa bumi Nabire tahun 2004 dan banjir besar tahun 2016, gempa bumi di Bengkulu tahun 2000 dan 2017, meletus Gunung Merapi 2010, Erupsi Gunung Sinabung 2010, letusan Gunung Lokon di Sulawesi tahun 2015, meletusnya Gunung Agung Bali tahun 2018, dan tahun 2018 ini juga terjadi gempa Lombok di NTB, Tsunami di Sulawesi Tengah (Palu, Donggala, Sigi). Pelayanan psikososial juga diberikan pada bencana banjir di beberapa Propinsi seperti Wasior yang mengalami kerusakan parah karena banjir bandang pada tahun 2010, Jawa Tengah hampir setiap tahun sejak tahun 2016, banjir di Pacitan Jawa Timur pada tahun 2017, bencana banjir bandang dan tanah longsor di sejumlah titik di Bali pada tahun 2017, kebakaran di Bogor Jawa Barat pada tahun 2018, serta banjir tahunan yang selalu dialami warga DKI Jakarta.

Bencana merupakan stresor tidak terduga yang dapat mengakibatkan respons stres dari individu. Lebih dari 500 tahun yang lalu, istilah stres mulai menggunakan untuk menggambarkan respons manusia terhadap perubahan kehidupan termasuk lingkungan hidup yang terjadi di luar prediksi dan harapan normal manusia. Respons umum terhadap kejadian yang tidak diharapkan terbagi menjadi 3 tahap. Tahap pertama adalah reaksi alarm, reaksi alarm terjadi ketika ancaman atau tantangan mengaktifkan respons stres fisiologis. Pada kejadian bencana individu tiba-tiba mengalami kondisi yang mengagetkan baik karena guncangan besar, runtuhnya bangunan, banjir yang menghanyutkan harta benda, luka yang parah di tubuh atau bahkan sampai kehilangan anggota tubuh dan kehilangan orang berarti. Hal ini akan menimbulkan reaksi fisik pada individu seperti kesulitan tidur, mimpi buruk, merasa sesak, sakit kepala, gangguan makan. Selanjutnya tahap kedua adalah perlawanan, mengaktifkan berbagai mekanisme biokimia, psikologis, dan perilaku untuk mengatasi atau menghilangkan sumber stres. Untuk memfokuskan energi pada sumber stres, tubuh mengurangi sumber daya untuk sistem kekebalan tubuh selama tahap ini. Tahap akhir dari dua reaksi sebelumnya adalah kelelahan, hal ini menjelaskan mengapa orang lebih cenderung mengalami penyakit seperti flu, sesak, sulit tidur atau beberapa penyakit lainnya ketika mereka mengalami stres yang berkepanjangan. Orang memiliki kapasitas perlawanan terbatas, dan jika sumber stres berlanjut, individu akhirnya akan pindah ke tahap ketiga, yaitu kelelahan. Orang yang mencapai fase kelelahan berisiko mengalami masalah fisiologis berupa penyakit fisik, dan pada jangka panjang mengalami masalah psikologis dan sosial.

Tata laksana keperawatan jiwa dalam bencana bukan hanya saat terjadi bencana, namun jauh kedepan yaitu bagaimana menguatkan ketahanan individu maupun keluarga setelah kejadian bencana. Stres yang dialami ketika bencana sesegera mungkin dipulihkan karena kondisi stres dapat memicu masalah fisik lainnya. Stres yang sangat berlebihan dapat menyebabkan tingginya frekuensi merokok, tidur terganggu, berubahnya pola makan, dan tidak beraktivitas. Begitu juga lingkungan yang harus disiapkan setelah pengungsi kembali dari pengungsian maupun barak.

Dengan demikian penatalaksanaan masalah keperawatan jiwa tidak akan terlepas dari penatalaksanaan pemenuhan kebutuhan dasar, perawatan luka fisik maupun pemenuhan logistik untuk keberlangsungan kehidupan. Jika penyintas bencana memiliki ketahanan mental yang baik selama di pengungsian tentu proses rehabilitasi dan rekonstruksi dapat lebih cepat tercapai.

Buku ini bertujuan untuk memberi pedoman penatalaksanaan pelayanan keperawatan jiwa bencana. Segini mungkin perawat membantu mendeteksi tanda dan gejala masalah kesehatan jiwa, psikososial, dan gangguan jiwa serta memberikan asuhan keperawatan jiwa untuk memberikan kemampuan beradaptasi terhadap masalah yang dialami maka dapat mempercepat pemulihan kesehatan dan mencegah terjadinya gangguan jiwa. TIADA KESEHATAN TANPA KESEHATAN JIWA.



BAGIAN 1

BENCANA

1.1 Definisi Bencana

Pola penanggulangan bencana mendapatkan dimensi baru dengan dikeluarkannya Undang-Undang No. 24 tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana yang diikuti beberapa aturan pelaksana terkait. Peraturan lainnya yang harus dijadikan rujukan antara lain Peraturan Presiden No. 08 tahun 2008 tentang Badan Nasional Penanggulangan Bencana, Peraturan Pemerintah (PP) No. 21 tahun 2008 tentang Penyelenggaraan Penanggulangan Bencana, PP No. 22 tahun 2008 tentang Pendanaan dan Pengelolaan Bantuan Bencana.

Bencana adalah peristiwa atau rangkaian peristiwa yang mengancam dan mengganggu kehidupan dan penghidupan masyarakat yang disebabkan baik oleh alam dan/atau non alam maupun faktor manusia sehingga mengakibatkan timbulnya korban jiwa manusia, kerusakan lingkungan, kerugian harta benda dan dampak psikologis (Undang-Undang Nomor 24 tahun 2007).

Bencana adalah kejadian yang menyebabkan kerusakan fungsi masyarakat yang meliputi kerusakan pada tubuh manusia (luka, patah tulang dll) sampai hilangnya nyawa manusia, kerusakan sarana dan prasarana (tempat tinggal, kantor dan tempat bekerja), terganggunya perekonomian masyarakat (tidak dapat bekerja atau hilangnya pekerjaan dan transportasi), gangguan ekologi kehidupan, dan segala dampaknya yang menyebabkan masyarakat yang terkena tidak sanggup mengatasinya sendiri.

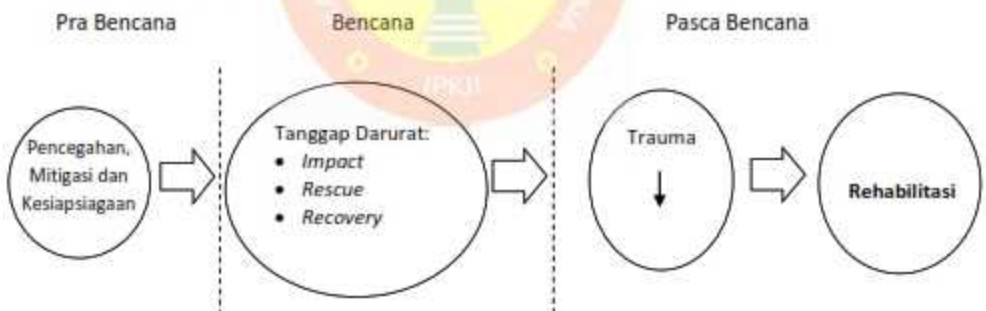
Bencana dapat dibagi tiga yaitu bencana alam, bencana non alam, bencana sosial. Bencana alam berupa bencana yang diakibatkan oleh peristiwa alam seperti gempa bumi, banjir bandang, tsunami, gunung meletus, angin puting beliung, dan tanah longsor. Bencana non alam adalah bencana yang diakibatkan oleh peristiwa non alam seperti kegagalan teknologi, epidemi, dan wabah penyakit, contohnya: ledakan pabrik pupuk Petro Widada Gresik pada tahun 2004 dan lumpur panas Lapindo di Jawa Timur pada tahun 2006. Bencana sosial adalah bencana yang diakibatkan oleh ulah

manusia seperti konflik sosial dan terror, contohnya: konflik vertikal dan konflik horizontal yang menimbulkan kerusuhan di Sampit Sambas, Poso, Ambon, Papua, dan bencana sosial ledakan bom Bali dan bom Jakarta.

Setiap jenis bencana memiliki karakteristik dan sangat berkaitan erat dengan masalah yang dapat diakibatkannya. Dengan mengenal karakteristik setiap bencana, kita dapat mengetahui perilaku yang muncul tersebut dan menyusun langkah-langkah pencegahan, mitigasi dan kesiapsiagaan termasuk dalam penyusunan rencana operasional saat terjadi bencana. Masalah kesehatan merupakan masalah besar bagi masyarakat yang terkena dampak bencana, khususnya masalah kesehatan jiwa meningkat sebagai akibat dari bencana (WHO, 2005).

1.1.1 Tahapan Bencana

Kejadian bencana sekitar kehidupan manusia selalu berada dalam empat kondisi meliputi kondisi stabil, pra bencana, kondisi bencana, dan kondisi pasca bencana yang masing-masing memiliki dampak yang berbeda terhadap kondisi manusia. Kondisi tersebut digambarkan dalam diagram berikut ini:



Gambar 1. Proses terjadinya bencana

Tindakan keperawatan jiwa akan efektif bila dilakukan sesuai dengan kebutuhan penyintas pada tiap tahap bencana. Berikut ini adalah tahapan bencana:

a. Pra bencana (*Preparedness*)

Kondisi non bencana adalah kondisi tidak ada bencana pada lokasi rawan bencana seperti daerah pantai atau pegunungan, daerah jalur gempa, daerah pinggiran sungai, lokasi pemukiman padat, gedung-gedung tinggi dan lain-lain. Upaya yang dilakukan selama pra bencana adalah: pencegahan, mitigasi dan kesiapsiagaan.

Tabel 1. Karakteristik Tahap Pra Bencana

Tujuan	Persiapan menghadapi bencana, Meningkatkan koping bagaimana menanggapi bencana
Perilaku yang muncul	Menerima VS Menyangkal
Peran dari relawan	Persiapan, melatih masyarakat, meningkatkan pengetahuan masyarakat
Peran tenaga kesehatan jiwa profesional	Merencanakan kesiagaan, latihan simulasi keadaan darurat bencana, melatih tenaga kesehatan setempat, meningkatkan pengetahuan mitigasi, kolaborasi dengan pemerintah setempat yang berwenang, menginformasikan kebijakan yang dapat dipertanggung jawabkan, menyusun tim pertolongan pertama dengan terstruktur, membangun sistem peringatan dini bencana.

b. Saat Bencana (*Emergency*)

Kondisi bencana adalah ketika bencana benar-benar sedang terjadi. Lama waktu kondisi ini berbeda-beda. Beberapa kondisi yang biasanya menyertai bencana antara lain adalah kematian, kerusakan dan kehilangan harta benda, serta perpisahan dengan orang yang dicintai. Tahapan saat bencana ini terbagi menjadi 3:

- **Tahapan Impact**, yaitu 0-48 jam setelah kejadian bencana

Tabel 2 Karakteristik Tahap Impact Saat Bencana

Tujuan	Bertahan dalam kondisi bencana, komunikasi intensif
Perilaku yang muncul	Agresif/pasif, pasrah, menyerah, dll
Peran dari relawan	Memberikan pertolongan, melindungi, evakuasi dan pengungsian
Peran tenaga kesehatan jiwa profesional	Pemenuhan kebutuhan dasar* - Menjamin keamanan, keselamatan - Memastikan ketersediaan makanan dan pengungsian - Memberikan pendampingan orientasi kejadian - Memfasilitasi komunikasi dengan keluarga, teman, maupun komunitas - Mengkaji lingkungan dari kemungkinan ancaman bahaya Melakukan pertolongan pertama pada psikologis (Psychological First Aid/PFA)* - Mempertahankan dukungan dan menunjukkan kehadiran bagi mereka yang mengalami distress - Menjaga agar keluarga dapat tetap bersama - Memberikan informasi adekuat yang dibutuhkan penyintas - Melindungi penyintas dari kemungkinan bahaya - Mengurangi dampak perubahan fisiologis Monitor dampak bencana terhadap lingkungan - Mengobservasi dan mendengarkan korban yang paling terpengaruh - Pantau lingkungan yang dapat mencetuskan stress Memberikan bantuan teknis, konsultasi, dan pelatihan - Meningkatkan kapasitas organisasi dan caregiver untuk menyediakan apa yang diperlukan untuk membangun

	kembali struktur komunitas, mendorong pemulihan/ketahanan keluarga, dan menjaga masyarakat.
--	---

- **Tahapan Rescue** adalah 0 – 1 minggu setelah terjadi bencana

Tabel 3. Karakteristik Tahap Rescue Saat Bencana

Tujuan	Penyesuaian diri
Perilaku yang muncul	Resiliensi VS Kelelahan
Peran dari relawan	Orientasi, Penyediaan kebutuhan, pencarian dan penyelamatan
Peran tenaga kesehatan jiwa profesional	Pengkajian kebutuhan lanjutan* - Mengkaji status terkini, seberapa baik kebutuhan di tangani, perbaikan lingkungan, intervensi tambahan apa yang diperlukan untuk individu, keluarga maupun kelompok. Triase Bencana* - Pengkajian status klinis - Rujukan kasus bila dibutuhkan - Mengidentifikasi kelompok rentan maupun individu yang beresiko tinggi - Pemberian asuhan keperawatan dalam rumah sakit darurat maupun rawat jalan Sosialisasi dan penyebaran informasi - Melakukan kontak dan identifikasi penyintas yang belum terjangkau - Menginformasikan secara adekuat mengenai pelayanan yang lain, koping, proses recovery melalui pembentukan struktur komunitas sementara di pengungsian, flyer maupun website

	Meningkatkan kemampuan bertahan* - Memotivasi interaksi sosial - Melatih kemampuan menyelesaikan masalah - Penyuluhan mengenai: respon stres, trauma, koping, respon normal versus abnormal dalam situasi abnormal, faktor resiko, pelayanan yang tersedia - Dukungan keluarga dan sosial - Merawat yang berduka - Dukungan spiritual
--	---

- **Tahapan Recovery** pada 1 - 4 minggu setelah terjadi bencana

Tabel 4. Karakteristik Tahap Recovery Saat Bencana

Tujuan	Menilai kejadian yang telah dilalui dan merencanakan keberlanjutan
Perilaku yang muncul	Berduka, penilaian kembali, muncul kenangan buruk
Peran dari relawan	Responsif dan sensitif dengan respon penyintas
Peran tenaga kesehatan jiwa profesional	Monitor lingkungan yang mendukung untuk pemulihan* - Observasi dan mendengarkan lebih dalam penyintas yang terkena dampak lebih berat - Monitor ancaman lingkungan - Monitor ancaman yang pernah muncul maupun yang masih terjadi - Monitor pelayanan yang tersedia untuk keberlanjutan

c. Pasca Bencana (Rehabilitasi)

Pasca bencana dihitung mulai empat minggu setelah bencana sampai dengan pemulihan telah terjadi. Individu yang mengalami bencana dapat dipastikan akan mengalami trauma baik fisik maupun psikologis. Perubahan yang terjadi secara tiba-tiba akibat sesuatu kejadian akan menimbulkan ketidakseimbangan emosi, pikiran dan perilaku yang dapat mengarah pada kesehatan jiwa

Tabel 5 Karakteristik Tahap Pasca Bencana (Rehabilitasi)

Tujuan	Re-Integrasi
Perilaku yang muncul	Penyesuaian VS fobia, PTSD, penghindaran, depresi
Peran dari relawan	Bantuan berkesinambungan
Peran tenaga kesehatan jiwa profesional	Terapi secara langsung khususnya bagi yang mengalami dampak lebih berat Mengurangi atau memperbaiki gejala atau meningkatkan fungsi melalui pendekatan: individual, keluarga, dan komunitas Farmakoterapi Perawatan jangka pendek maupun jangka panjang

1.1.2 Respons Tiap tahap Bencana

a. Reaksi Individu segera setelah bencana (24 jam setelah bencana):

- Tegang, cemas, panik
- Terpaku, linglung, syok, tidak percaya
- Gembira atau euforia, tidak terlalu merasa menderita
- Lelah, bingung
- Gelisah, menangis, menarik diri
- Merasa bersalah

Tindakan yang tepat pada tahap ini diantaranya: pertolongan kedaruratan untuk masalah-masalah fisik, memenuhi kebutuhan dasar, membantu individu melalui

fase krisisnya maka perawat perlu memfasilitasi kondisi yang dapat menyeimbangkan krisis seperti menjadi sumber koping bagi klien.

b. Reaksi individu minggu pertama – ketiga setelah bencana:

- Ketakutan, waspada, sensitif, mudah marah, sulit tidur
- Khawatir, sangat sedih
- Mengulang-ulang kembali (*flashback*) kejadian
- Bersedih
- Reaksi positif yang masih dimiliki: berharap atau berpikir tentang masa depan, terlibat dalam kegiatan menolong dan menyelamatkan
- Menerima bencana sebagai takdir

Tindakan yang dapat dilakukan pada tahap ini antara lain: Berikan informasi yang sederhana dan mudah diakses tentang lokasi jenazah, Dukung keluarga jika jenazah dimakamkan tanpa upacara tertentu, bantu mencari anggota keluarga yang terpisah pada individu yang beresiko (lansia, ibu hamil, anak, remaja), anjurkan pasien dan keluarga untuk melakukan aktivitas kelompok yang terorganisir seperti ibadah bersama, motivasi anggota tim lapangan untuk terlibat dalam proses berkabung (tahlilan, takziah), Lakukan aktifitas rekreasi bagi anak-anak, Informasikan pada korban tentang reaksi psikologis normal yang terjadi setelah bencana, yakinkan mereka bahwa hal tersebut normal dan berlangsung sementara; akan hilang dengan sendirinya dan dialami oleh semua orang, Informasikan tentang reaksi stres yang normal pada masyarakat secara massal (libatkan ulama, guru dan pemimpin sosial lainnya).

c. Reaksi individu Lebih dari minggu ketiga setelah bencana:

- Kelelahan
- Merasa panik
- Kesedihan terus berlanjut, pesimis dan berpikir tidak realistis
- Tidak beraktivitas, isolasi dan menarik diri
- Kecemasan; yang dimanifestasikan dengan : palpitasi, pusing, letih, mual, sakit kepala, dll.

Tindakan pada tahap ini yaitu mobilisasi dukungan sosial (tapi jangan memaksa), cegah timbulnya bahaya lain (seperti terjangkitnya penyakit menular), tetap mensupervisi perawatan sampai reaksi berlalu.

1.2 Dampak Psikososial pada Kelompok Rentan

Kelompok rentan adalah kelompok masyarakat berisiko tinggi, karena berada dalam situasi dan kondisi yang kurang memiliki kemampuan mempersiapkan diri dalam menghadapi risiko bencana atau ancaman bencana. Penekanan pada “berisiko tinggi” karena kelompok jenis ini akan menanggung dampak terbesar dari munculnya risiko bencana atau akan terdampak oleh sebuah ancaman bencana dibanding kelompok masyarakat lain. Bahkan, dalam situasi normal saja, kelompok rentan sudah mesti dilihat menghadapi risiko karena keterbatasan tertentu yang dimilikinya. UU Penanggulangan bencana pada pasal 55 hanya memasukkan kelompok rentan terdiri dari: bayi, balita, dan anak-anak; ibu yang sedang mengandung atau menyusui; penyandang cacat; dan orang lanjut usia.

a. Reaksi umum pada anak dalam bencana

Anak-anak rentan terhadap ancaman bencana karena fisik mereka tidak sekuat orang dewasa. Rasa aman anak-anak adalah orang dewasa disekitar mereka (orangtua dan guru) serta keteraturan jadwal, sehingga reaksi dari anak akan di pengaruhi oleh reaksi orang dewasa disekitarnya juga. Jika orangtua dan guru menunjukkan panik, anak akan semakin ketakutan. Saat mereka tinggal di pengungsian, tidak ada jadwal teratur untuk kegiatan belajar dan bermain sehingga hal ini akan membuat anak kehilangan kendali atas hidupnya. Berikut reaksi umum yang muncul pada anak:

- Sulit mengungkapkan apa yang dirasakan / dipikirkan secara lisan
- Masih tergantung pada orang tua
- Terkadang belum paham akan apa yang terjadi (yg mati tidak akan kembali, tidak punya rumah lagi)
- Sangat terpengaruh oleh reaksi orang yang lebih dewasa
- Takut ditinggal sendirian

- *Magical thinking*

Untuk mengukur kekuatan dan kesulitan pada anak dapat menggunakan kuesioner *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ). SDQ adalah sebuah instrumen skrining perilaku singkat untuk anak yang memberikan gambaran singkat dari perilaku yang berfokus pada kekuatan dan juga kesulitan mereka (Black, Pulford, Christie, & Wheeler, 2010). Kemampuan prediksi struktur lima faktor SDQ (masalah emosi, masalah tingkah laku, inatensi-hiperaktivitas, masalah teman sebaya, dan kemampuan prososial) dapat dikonfirmasi. Kuesioner SDQ untuk anak 4-10 tahun diisi oleh orangtua, format terlampir di bagian akhir buku ini.

b. Reaksi umum pada remaja dalam bencana

Remaja perlu perhatian khusus karena merupakan transisi dari anak-anak menuju dewasa, sehingga perubahan-perubahan pada perilaku (gangguan tidur, mengompol), emosi (takut, cemas, depresi, marah, rasa bersalah), fisik (pusing, sakit perut, gangguan makan), kognitif (bingung, sulit konsentrasi, masalah belajar), perilaku berisiko tinggi (narkoba, seks bebas) perlu untuk dikenali. Berikut reaksi umum remaja dalam kondisi bencana yang umumnya muncul:

- Perubahan fisik menyebabkan rasa tidak nyaman dengan diri sehingga remaja perlu dilatih untuk mampu beradaptasi
- Reaksi mirip dengan orang dewasa
- Mampu berpikir logis, memecahkan masalah, melihat sebab-akibat, membuat rencana, melakukan analisa, remaja sudah memahami apa yang terjadi, paham mengenai konsep "permanent loss"
- Tema sentral kehidupan pada remaja adalah teman-teman

Pengukuran kekuatan dan kesulitan menggunakan SDQ remaja 11-17 tahun dapat diisi langsung oleh remaja (format terlampir). Di dalam penilaian SDQ, terdapat 25 poin penilaian aspek psikologi yang dibagi menjadi 5 (lima) bagian, yaitu: gejala emosional, masalah perilaku, hiperaktivitas/inatensi, masalah hubungan antar sesama, dan perilaku sosial. Masing-masing bagian tersebut terdiri dari 5 (lima pertanyaan). Setiap pertanyaan mengandung 3 (tiga) jawaban, yaitu: tidak benar,

agak benar, dan benar yang dapat dipilih oleh remaja dengan cara memberi tanda pada pernyataan yang sesuai. Setelah kuesioner terisi, jawaban diberi skor sesuai dengan nilai yang telah ditentukan. Kemudian dapat diinterpretasi: normal, borderline, atau abnormal (Goodman, 2000).

C. Reaksi umum pada perempuan dalam bencana

Jumlah korban perempuan dalam situasi bencana relatif lebih besar hingga empat kali lipat jika dibandingkan dengan jumlah korban laki-laki (KPPPA, 2017). Korban perempuan umumnya terperangkap di dalam rumah ketika bencana datang, karena aktivitas domestik yang tengah mereka lakukan. Karakteristik penyintas perempuan yang perlu dipahami sebagai berikut:

- Harus menjadi tulang punggung keluarga ketika bencana datang
- Sangat rentan mengalami kekerasan. Contoh: perkosaan, KDRT
- Malu / tidak berani lapor pada yang berwenang.
- Trauma berulang sehingga berisiko terkena penyakit menular seksual, hamil di luar nikah, dsb.
- Perempuan cenderung lebih rentan terhadap depresi, kecemasan dan gejala psikosomatis.
- Perempuan memiliki kekuatan dan kemampuan untuk membantu orang lain.

Tingkat stress pada perempuan dewasa merupakan hasil penilaian terhadap berat ringannya dampak kejadian bencana yang dialami. Pengukuran tingkat stress pada dewasa menggunakan instrument Self Reporting Questionnaire (SRQ), yang terdiri dari 20 pertanyaan. SRQ-20 terdiri dari pertanyaan mengenai gejala yang lebih mengarah kepada neurosis. Gejala depresi terdapat pada butir nomor 6,9,10,14,15,16,17; gejala cemas pada butir nomor 3, 4,5; gejala kognitif pada butir 8,12,13; gejala penurunan energi pada butir 8, 11,12,13,18,20; gejala psikosomatis (fisik) pada butir 1,2, 7, dan 19.

d. Reaksi umum pada lansia dalam bencana

Peningkatan usia adalah sebuah proses yang normal dan fungsi fisiologis menurun secara perlahan-lahan. Pengaruh dari bencana terhadap lansia beragam sesuai dengan fungsi fisiologis yang dimiliki oleh setiap individu. Sangat penting adanya upaya untuk memahami ciri khas lansia yang tampak kontradiksi, mendengarkan apa yang lansia ceritakan, membantu lansia mengekspresikan perasaannya sehingga diharapkan dapat meringankan stres. Reaksi umum yang muncul pada lansia diantaranya:

- Perasaan takut yang diikuti dengan rasa marah dan frustrasi
- Merasa gelisah, sendiri dan putus asa
- Meningkatnya ketergantungan pada keluarga dan menolak bantuan dari pihak yang berwenang
- Menarik diri, sering menangis, depresi

Lansia yang berada di pengungsian terpaksa harus beradaptasi atau harus menyesuaikan diri terhadap lingkungan baru. Jika komunitasnya berubah lansia akan kehilangan bantuan dari orang terdekat atau yang ia kenal, dan sulit menciptakan hubungan yang baru, maka mudah berubah menjadi pergaulan yang dangkal, menyendiri dan terisolasi. Instrumen pengukuran yang digunakan untuk mengetahui depresi yang mungkin muncul pada lansia yaitu *Geriatric Depression Scale* (GDS).

e. Reaksi umum pada penyandang disabilitas dalam bencana

Penyandang disabilitas adalah setiap orang yang mengalami gangguan, kelainan, kerusakan, dan /atau kehilangan fungsi organ fisik, mental, intelektual atau sensorik dalam jangka waktu tertentu atau permanen dan menghadapi hambatan lingkungan fisik dan sosial. Kebanyakan kesiapsiagaan dan respon rencana untuk menghadapi kejadian darurat dan bencana tidak memperhitungkan kebutuhan penyandang disabilitas dan bahkan tidak umum bagi penyandang disabilitas untuk dimasukkan dalam pengelolaan rencana ini. Oleh karena penolong harus memahami reaksi umum yang muncul dari penyandang disabilitas, yaitu:

- Memiliki kebutuhan berbeda dari orang normal
- Akibat bencana menyebabkan penyandang disabilitas kehilangan perawatan dan pelayanan yang biasa diperoleh;
- Lebih diacuhkan oleh orang lain
- Tidak berdaya, tidak bisa minta tolong
- Terpinggirkan, terisolasi, menjadi korban untuk kedua kalinya
- Berisiko besar mengalami kekurangan nutrisi, tertular penyakit, dan kekurangan perawatan kesehatan

1.3 Dampak Bencana pada Komunitas

Bencana tidak hanya berdampak pada pribadi tapi juga pada komunitas. Pasca bencana dapat saja tercipta masyarakat yang mudah meminta (padahal sebelumnya adalah pekerja yang tangguh), masyarakat yang saling curiga (padahal sebelumnya saling peduli), masyarakat yang mudah melakukan kekerasan (padahal sebelumnya cinta damai). Bencana yang tidak ditangani dengan baik akan mampu merusak nilai-nilai luhur yang sudah dimiliki masyarakat.

Saat penyintas dipaksa untuk meninggalkan tanah mereka dan bermigrasi di tempat lain, tanpa pelatihan dan bekal yang memadai, tidak hanya kehidupan mereka yang terancam, namun juga identitas dirinya. Mereka dipaksa menjadi peladang padahal sepanjang hidupnya adalah nelayan, ataupun sebaliknya. Sebagai akibat jangka panjangnya, konflik perkawinan meningkat, kenaikan tingkat perceraian pada tahun-tahun setelah bencana dapat terjadi dan juga meningkatnya kekerasan intra-keluarga (kekerasan pada anak dan pasangan).

Bantuan yang tidak terorganisir dan menempatkan penyintas sebagai objek pada akhirnya, sama menghancurkannya dengan efek psikologis individual. Pemberian bantuan yang tidak terpolakan menempatkan penyintas sebagai objek yang tidak berdaya, pada akhirnya merusak etos kerja mereka dan terjadi ketergantungan pada pemberi bantuan.

Bencana fisik bisa menghancurkan lembaga masyarakat, seperti sekolah dan komunitas agama, atau dapat mengganggu fungsi mereka karena efek langsung dari bencana pada orang yang bertanggung jawab atas lembaga-lembaga, seperti guru atau imam. Saat guru, tokoh adat atau tokoh agama menjadi penyintas dari bencana dan tidak dapat menjalankan fungsinya, maka sarana dukungan sosial dalam komunitas menjadi terganggu. Beberapa penelitian menunjukkan meningkatnya kekerasan, agresi, penggunaan narkoba dan alkohol pada saat sistem masyarakat tidak berjalan dengan baik. Oleh karena itu beberapa lembaga keagamaan merespons cepat, dengan mengirim ustad-ustad, pendeta atau tokoh agama lainnya ke daerah bencana. Para tokoh agama memberikan kontribusi penting untuk menghidupkan kembali aktivitas dan ritual agama.

Potensi perubahan komunitas akibat dampak bencana, seyogyanya perawat juga tidak hanya memberikan pelayanan individu namun juga rekonstruksi komunitas. Salah satunya yang telah dikembangkan oleh perawat jiwa adalah pembentukan desa siaga sehat jiwa. Desa siaga sehat jiwa merupakan pengembangan kesehatan mental berbasis masyarakat yang bertujuan agar masyarakat di desa binaan tanggap terhadap masalah kesehatan jiwa masyarakat, dapat mencegah timbulnya masalah kesehatan jiwa yang lebih berat setelah kejadian bencana. Pendekatan yang sudah dilakukan adalah melalui kegiatan musyawarah masyarakat desa untuk persamaan persepsi perihal penanganan masalah kesehatan jiwa, rekrutmen kader kesehatan jiwa untuk kemudian di bekali pelatihan deteksi dini kesehatan jiwa, kunjungan rumah, dan rujukan kasus. Begitu juga tenaga kesehatan yang berada di tingkat puskesmas dilatih untuk mampu melakukan deteksi dini, kunjungan rumah, terapi aktifitas kelompok, dan rujukan ke RS.

Implementasi pengembangan desa siaga sehat jiwa dapat di mulai sejak penyintas berada di pengungsian atau barak, sehingga setiap barak memiliki struktur organisasi masyarakat yang menyerupai tempat tinggalnya kelak. Dengan demikian perasaan kekeluargaan dalam satu barak sudah terbina. Setelah mereka kembali ke tempat tinggal permanen hal tersebut tinggal dilanjutkan. Hal ini juga merupakan salah satu

mitigasi bencana yang dapat dijadikan sebagai kekuatan masyarakat untuk menghadapi bencana lainnya yang tidak dapat diperkirakan.



BAGIAN 2

MASALAH KESEHATAN JIWA PADA BENCANA

2.1 Masalah Kesehatan Jiwa Segera dan Sampai Enam Bulan Setelah Bencana

Stresor yang terjadi pada bencana meliputi stresor fisik, lingkungan dan pikiran. Stresor fisik adalah cedera fisik yang diakibatkan oleh bencana dari tingkat ringan sampai berat, dan dapat pula mengakibatkan korban meninggal. Masyarakat yang selamat dan tinggal di pengungsian juga rentan mengalami gangguan kesehatan fisik. Stresor lingkungan adalah rusak dan hilangnya harta benda (rumah, sawah, ladang dll). Stresor pikiran adalah persepsi terhadap kejadian yang dapat realistis dapat pula tidak realistik. Kehilangan orang yang dicintai merupakan stresor yang sangat berat, terlebih kejadian ini tidak terduga sebelumnya.

Respons individu terkait bencana dan stresor yang menyertainya bervariasi sesuai dengan kemampuan dalam melakukan adaptasi dengan kondisi kehidupan yang berubah. Ansietas dan depresi merupakan respons yang paling sering ditemukan sejalan dengan proses kehilangan yang terjadi. Kondisi ini dapat cepat pulih, namun pada individu tertentu dapat berakibat lebih lanjut. Untuk itu diperlukan penanganan segera agar ketahanan mental dan pemulihan kondisi kejiwaan dapat terjadi sehingga masyarakat dapat membangun kembali kehidupan dengan semangat baru yang penuh harapan. Tanda dan gejala ansietas dapat dilihat dari konsentrasi yang kurang, sakit kepala, tidak nafsu makan, tidur yang terganggu. Demikian pula tanda dan gejala depresi seperti sedih yang berkepanjangan, kehilangan minat, merasa lelah walau tidak bekerja, ada pikiran untuk mengakhiri kehidupan.

Pada saat situasi telah stabil, perhatian beralih ke solusi jangka panjang. Disisi lain, euforia bantuan mulai menurun, sebagian sukarelawan sudah tidak datang lagi dan bantuan dari luar secara bertahap berkurang. Para penyintas mulai menghadapi realitas. Mereka harus membuat penilaian yang lebih realistis tentang hidup mereka. Pada fase ini kekecewaan dan kemarahan sering menjadi gejala dominan yang sangat terasa.

Masalah kesehatan jiwa terjadi sejak awal terjadinya bencana, yang dapat diidentifikasi sebagai berikut:

2.1.1 Reaksi Stres Akut terjadi sejak awal sampai satu bulan. Stresor utama adalah kehilangan berbagai aspek yang berkaitan dengan biologis yaitu cedera, yang berkaitan dengan psikologis adalah situasi yang tidak terduga dan tidak menyenangkan, yang berkaitan dengan aspek sosial adalah perubahan hubungan sosial dengan adanya keluarga yang cedera, yang hilang dan meninggal, sedangkan yang berkaitan dengan lingkungan adalah kerusakan tempat tinggal, tempat bekerja, tempat ibadah, tempat sekolah dll. Gejala-gejala dibawah ini adalah normal, sebagai reaksi atas kejadian yang tidak normal (traumatik). Biasanya gejala-gejala diawah ini akan menghilang seiring dengan berjalannya waktu.

- (1) **Emosi.** Mudah menangis ataupun sebaliknya yakni mudah marah, emosinya labil, mati rasa dan kehilangan minat untuk melakukan aktivitas, gelisah, perasaan ketidakefektifan, malu dan putus asa.
- (2) **Pikiran.** Mimpi buruk, mengalami halusinasi ataupun disosiasi, mudah curiga (pada penyintas kasus bencana karena manusia), sulit konsentrasi, menghindari pikiran tentang bencana dan menghindari tempat, gambar, suara mengingatkan penyintas bencana; menghindari pembicaraan tentang hal itu
- (3) **Tubuh.** Sakit kepala, perubahan siklus menstruasi, sakit punggung, sariawan atau sakit magh yang terus menerus sakit kepala, berkeringat dan menggigil, tremor, kelelahan, rambut rontok, perubahan pada siklus haid, hilangnya gairah seksual, perubahan pendengaran atau penglihatan, nyeri otot
- (4) **Perilaku.** Menarik diri, sulit tidur, putus asa, ketergantungan, perilaku lekat yang berlebihan atau penarikan sosial, sikap permusuhan, kemarahan, merusak diri sendiri, perilaku impulsif dan mencoba bunuh diri

2.1.2 Berduka (*Grieving/Bereavement*) adalah reaksi berduka yang terjadi sejak awal sampai enam bulan. Respons awal terhadap kehilangan adalah berduka. Berdasarkan konsep kehilangan maka respons yang muncul dimulai dengan meningkari keadaan dan merasa tak mungkin terjadi karena sangat tidak terduga. Respons berikut berlanjut dengan marah yang dapat ditujukan kepada diri sendiri, ataupun orang lain

yang menganggap kurang responsive terhadap kejadian. Respons selanjutnya adalah tawar menawar, seandainya rumah sayatentu kejadian ini tidak terjadi, seandainyatentu Respons ini akan diikuti dengan perasaan sedih, murung dan berduka. Di akhir respons adalah menerima, kejadian dianggap situasi yang realistis yang harus dihadapi dan diatasi. Pada situasi ini individu telah bangkit semangatnya untuk bergerak mengatasi masalah yang terjadi. Berdasarkan teori Kübler Ross's terdapat 5 respons pada tahap berduka seperti yang tertuang dalam tabel 6.

Tabel 6. Respons berduka terhadap kehilangan (Kübler Ross's)

Tahapan	Respons perilaku
1. Mengingkari : Mengingkari kenyataan yang ada	• Menolak mempercayai bahwa kehilangan itu terjadi Contoh : "Tidak , berita itu tidak benar kejadian ini hanya mimpi, saya tau ini tidak benar-benar terjadi" • Tidak siap menangani masalah yang berhubungan dengan praktik atau prosedural Contoh : "Saya biasa biasa saja setelah gempa ini, itu dokter salah periksanya untuk apa saya mengikuti anjurannya"
2. Marah : Mencari orang yang salah dalam peristiwa kematian	• Klien atau keluarga langsung marah pada petugas kesehatan Contoh : "Kalian itu tidak tau rasanya kehilangan keluarga dan barang berharga jadi tidak usah banyak bicara". "Jangan bicara, itu ! "Tuhan tidak adil".
3. Tawar menawar : Keinginan menunda realitas kematian	• Meminta perundingan (menawar) untuk menghindari kehilangan Contoh : "Seandainya saya tidak memarahi nya dan menguncinya di kamar pasti dia tidak akan tertimpa runtuhnya bangunan" • Mengekspresikan perasaan kesalahannya atau takut

	hukuman atas dosa yang lalu, kenyataan atau kesan/imagined Contoh : "Kalau saja saya dulu saya tidak tinggal di tempat ini mungkin saya tidak akan menjadi korban sekarang".
4. Depresi : Kenyataan tidak dapat dipungkiri	• Berkabung yang berlebihan • Tidak dapat melakukan apapun • Bicara sesuka hati • Menarik diri, Termenung • Sedih, Menangis Contoh : "Ia. Saya tidak mau anak saya pergi lagi". "Saya sudah tidak punya harapan untuk bangkit lagi tidak ada yang bisa di harapkan". "Biar saja tidak perlu makan, tidak ada gunanya jika tinggal sendiri" "Saya tidak perlu bantuan oranglain, biarkan saja saya sendiri".
5. Penerimaan : Berusaha menerima dan adaptasi	• Mulai menerima arti kehilangan • Menurunnya ketertarikan dengan lingkungan • Tidak tergantung pada orang yang mensupport • Mulai membuat perencanaan Contoh : "Ya Allah maha segalanya semua atas kehendakNya". "Mungkin saya harus lebih banyak ibadah". "Betapa besar kuasa Allah hanya sekejap semua terjadi".

2.1.3 Depresi, Ansietas Disorders, PTSD, Psychosis, Schizophrenia, Adjustment Disorders, Relaps

Depresi dapat terjadi setelah dua minggu bencana, lalu diikuti oleh ansietas dan PTSD setelah empat minggu bencana, psikosis dan skizofrenia dapat terjadi sejak bencana, gangguan penyesuaian dapat terjadi mulai satu minggu setelah bencana. Respons individu terkait bencana dan stresor yang menyertainya bervariasi sesuai dengan kemampuan dalam melakukan adaptasi dengan kondisi kehidupan yang berubah. Ansietas dan depresi merupakan respons yang paling sering ditemukan sejalan dengan proses kehilangan yang terjadi. Kondisi ini dapat cepat pulih, namun pada individu tertentu dapat berakibat lebih lanjut. Untuk itu diperlukan penanganan segera agar ketahanan mental dan pemulihan kondisi kejiwaan dapat terjadi sehingga masyarakat dapat membangun kembali kehidupan dengan semangat baru yang penuh harapan. Tanda dan gejala ansietas dapat dilihat dari konsentrasi yang kurang, sakit kepala, tidak nafsu makan, tidur yang terganggu. Demikian pula tanda dan gejala depresi seperti sedih yang berkepanjangan, kehilangan minat, merasa lelah walau tidak bekerja, ada pikiran untuk mengakhiri kehidupan.

Post traumatic stress disorder (PTSD) merupakan salah satu masalah kejiwaan yang dapat terjadi pada penyintas. PTSD adalah gangguan ansietas yang terjadi akibat peristiwa traumatic/bencana yang mengancam keselamatan dan membuat individu merasa tidak berdaya. PTSD ada tiga macam yaitu PTSD akut terjadi 1-3 bulan setelah bencana, PTSD kronik terjadi setelah tiga bulan, dan PTSD dengan onset yang memanjang (*with delayed onset*). Tanda dan gejala PTSD dapat dikelompokkan menjadi tiga yaitu:

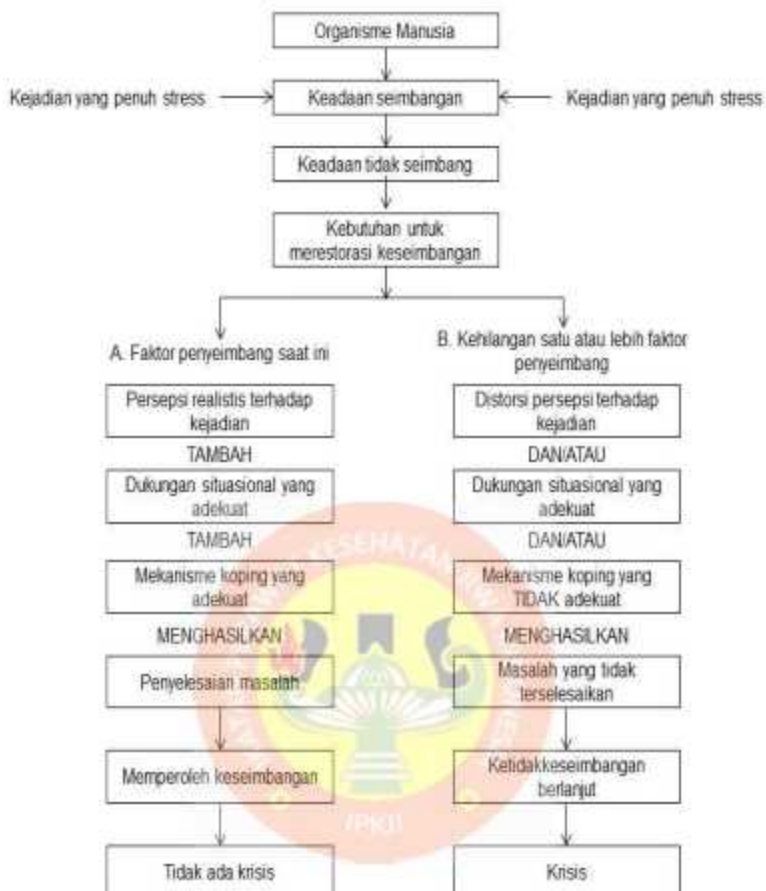
- Merasakan kembali peristiwa traumatic (*reexperiencing symptom*), merasakan kejadian terjadi kembali, muncul dalam bentuk bayangan, mimpi buruk, bertindak seakan peristiwa terulang kembali, merasa sangat menderita jika mengingatnya dan disertai detakan jantung yang hebat dan berkeringat.
- Menghindar (*avoidance symptom*), yaitu menghindar terhadap hal yang mengingatkan terhadap peristiwa trauma. Hal ini dapat distimulus dari pikiran sendiri atau lingkungan yang menimbulkan perasaan yang tidak menyenangkan.

Tanda dan gejala yang muncul adalah usaha keras menghindari pikiran, perasaan atau perbincangan tentang peristiwa traumatis, menghindari orang atau tempat yang mengingatkan peristiwa traumatis, sulit mengingat kejadian traumatis, kehilangan minat melakukan hal-hal positif, merasa jauh dari orang lain, sulit merasakan kesenangan, tidak punya harapan dan merasa kehidupan terputus.

- c. Waspada (*hyperarousal symptom*), mengalami peningkatan mekanisme fisiologik tubuh pada saat tubuh istirahat. Tanda dan gejala yang muncul seperti sulit tidur, tidur tetapi gelisah, mudah dan lekas marah dan meledak-ledak, sulit berkonsentrasi, selalu awas seakan bahaya mengincar, gelisah, tidak tenang dan mudah terpicu/waspada.

Faktor risiko dan resiliensi pada tiap individu mempengaruhi terjadinya masalah kejiwaan. Faktor risiko adalah faktor yang sudah ada sebelum terjadi bencana seperti pengalaman traumatis yang lalu, riwayat masalah kesehatan jiwa, kehilangan anggota keluarga, kehilangan pekerjaan, kehilangan harta benda, dan beberapa faktor penyerta lain seperti kemiskinan, pendidikan rendah. Faktor resiliensi merupakan faktor yang memperkuat kemampuan individu mengatasi masalah yang dihadapi.

Dalam menghadapi bencana agar tidak terjadi krisis, terdapat tiga faktor penyeimbang yaitu persepsi yang realistis terhadap kejadian, dukungan situasional yang adekuat, dan mekanisme koping yang adekuat (Stuart, Keliat, Pasaribu, 2016). Keinginan mencari dan menggunakan sistem pendukung sosial yang tersedia, atau ketersediaan sistem pendukung sosial, reaksi yang realistis dalam menghadapi bahaya yang terjadi, dan kemampuan koping dalam menghadapi masalah secara efektif. Gambar dibawah ini menjelaskan tentang paradigma efek faktor penyeimbang dalam kejadian yang penuh stress.



Gambar 2. Paradigma: Efek faktor penyeimbang dalam kejadian yang penuh stress.
(Dari Aguilera DC. 1998. *Crisis Intervention: theory and methodology*, ed 8, Mosby, dalam Stuart, Keliat & Pasaribu, 2016)

2.2 Masalah Kesehatan Jiwa Dua Belas Bulan Setelah Bencana

Masalah kesehatan jiwa telah diteliti oleh WHO (2005) setelah 12 bulan dari terjadinya bencana. Pada saat ini prevalensi orang dengan gangguan jiwa berat (psikosis/skizofrenia) sebesar 1.7 permil (Riskesdas, 2013) pada kondisi biasa atau tanpa bencana, kondisi ini akan meningkat 3-4 persen (WHO, 2005) pada 12 bulan setelah bencana. Demikian pula dengan gangguan mental emosional saat ini (Riskesdas 2013)

sebesar 6 persen, dan akan meningkat menjadi 15 sampai 20 persen yang disebut sebagai *mild to moderate mental disorder* (WHO, 2005) pada 12 bulan setelah bencana. WHO (2005) juga menyebutkan bahwa pada situasi bencana akan ditemukan distres psikososial ringan atau berat sebesar 30 – 50 persen dan distres psikososial ringan 20 – 40 persen.

Penanganan masalah kesehatan jiwa berkaitan dengan faktor risiko dan resiliensi pada tiap individu mempengaruhi terjadinya masalah kejiwaan. Faktor risiko adalah faktor yang sudah ada sebelum terjadi bencana seperti pengalaman traumatis yang lalu, riwayat masalah kesehatan jiwa, kehilangan anggota keluarga, kehilangan pekerjaan, kehilangan harta benda, dan beberapa faktor penyerta lain seperti kemiskinan, pendidikan rendah. Faktor resiliensi merupakan faktor yang memperkuat kemampuan individu mengatasi masalah yang dihadapi.

Resolusi krisis yang sukses terjadi jika individu memiliki pandangan yang realistis terhadap kejadian, situasi pendukung yang siap untuk menolong menyelesaikan masalah, dan mekanisme koping yang efektif (Aguilera, 1998, dalam Stuart, Keliat, Pasaribu, 2016) dapat mencegah masalah kesehatan jiwa yang berlanjut.

BAGIAN 3

DUKUNGAN KESEHATAN JIWA DAN PSIKOSOSIAL: KEPERAWATAN JIWA

3.1 Keperawatan Jiwa

Keperawatan jiwa adalah suatu proses interpersonal yang berupaya untuk meningkatkan dan mempertahankan perilaku yang berkontribusi pada sistem klien. Sistem klien yang dimaksud adalah individu, keluarga, kelompok khusus atau komunitas (Stuart, Keliat, Pasaribu, 2016). Definisi keperawatan kesehatan jiwa menurut ANA (*American Nurses Association*) adalah *"Suatu bidang spesialisasi praktik keperawatan yang menerapkan teori perilaku manusia sebagai ilmunya dan penggunaan diri sendiri secara terapeutik sebagai kiatnya"*.

Perawat jiwa menerapkan melakukan asuhan keperawatan secara komprehensif yaitu promosi kesehatan jiwa, pencegahan terjadinya masalah kesehatan pada situasi telah ditemukan stresor yang dapat mengakibatkan masalah kesehatan jiwa, kuratif dan rehabilitatif pada orang dengan gangguan jiwa melalui asuhan keperawatan generalis (ners) dan asuhan keperawatan spesialis (ners spesialis). Promosi kesehatan jiwa dilakukan untuk mempertahankan kesehatan jiwa pada kondisi yang sehat dengan melakukan stimulasi perkembangan pada tiap tahap perkembangan dari sejak dalam kandungan sampai dengan lanjut usia.

Pencegahan kesehatan jiwa dilakukan pada kelompok yang mengalami masalah kesehatan jiwa artinya telah terjadi stresor atau faktor risiko, sehingga asuhan keperawatan ditujukan kepada pengembangan kemampuan individu agar tidak terjadi gangguan jiwa. Hal ini sesuai dengan kondisi bencana, dimana stresor atau faktor risiko terjadi pada banyak hal kehidupan.

Kuratif dan rehabilitatif ditujukan pada orang dengan gangguan jiwa dengan tujuan asuhan keperawatan adalah 1) memberi kemampuan mengendalikan tanda dan gejala yang dialami, 2) memberi kemampuan merawat diri sendiri (*self care*), 3) memberi kemampuan bersosialisasi, 4) memberi kemampuan melakukan kegiatan hidup sehari –

hari (*activity daily living*) yang sering disebut sebagai life skill, 5) memberi kemampuan bekerja agar dapat produktif kembali.

3.2 Keperawatan Kesehatan Jiwa Bencana

Salah satu peran penting perawat jiwa dalam kondisi bencana adalah melakukan intervensi psikososial. Intervensi psikososial merupakan pemberian layanan kesehatan mental yang tidak hanya berbasis pada layanan yang diberikan di rumah sakit jiwa, namun lebih mengarah pada layanan yang diberikan di area komunitas yang sifatnya lebih informal. Intervensi ini berupaya untuk mendekatkan psikologi dan psikiatri ke dalam kehidupan sehari-hari dan memberikan layanan kepada kelompok-kelompok yang ada di masyarakat baik yang mengalami masalah psikiatri (gangguan jiwa berat), yang berisiko, maupun yang sehat.

Intervensi psikososial yang diberikan diharapkan dapat meningkatkan kemampuan dan kemandirian penyintas dengan gangguan jiwa berat. Bagi kelompok yang berisiko tidak menjadi gangguan jiwa, dan bagi kelompok sehat tidak menjadi berisiko mengalami masalah mental (CMHN, 2005). Intervensi psikososial selain diberikan kepada masyarakat yang menjadi penyintas, namun juga diberikan kepada relawan atau tenaga kesehatan yang memberikan pertolongan kepada penyintas.

Dalam situasi bencana ketrampilan mengenai intervensi krisis juga menjadi hal penting yang harus dikuasai oleh perawat. Intervensi krisis merupakan terapi jangka pendek yang berfokus pada penyelesaian masalah segera. Biasanya dibatasi menjadi 6 minggu. Tujuan dari intervensi krisis adalah mengembalikan seseorang kepada level fungsi pra krisis. Bagi seorang perawat penting untuk diingat bahwa budaya mempengaruhi proses intervensi krisis dengan kuat, termasuk gaya komunikasi dan respons pekerja krisis.

Langkah pertama dari intervensi krisis adalah pengkajian. Pada saat pengkajian, data tentang terjadinya bencana dan efeknya pada klien harus dikumpulkan. Data tersebut dapat digunakan untuk mengembangkan tindakan keperawatan. Walaupun situasi krisis merupakan fokus dari suatu pengkajian, perawat dapat mengidentifikasi masalah yang

lebih bermakna dan sangat lama. Individu dengan masalah psikologis yang telah ada sebelumnya dapat memiliki masalah kesehatan yang lebih berat pada pasca bencana. Sebagai contoh, seseorang dengan gangguan jiwa berat akan membutuhkan pertolongan untuk meyakinkan akses terhadap pengobatan dan sabilitas perawatan mereka (Milligan dan McGuinness, 2009). Untuk mengidentifikasi kejadian presipitasi, perawat harus mengeksplorasi kebutuhan klien, kejadian yang mengancam kebutuhan tersebut, dan waktu saat gejala muncul.

Langkah selanjutnya dari intervensi krisis adalah perencanaan dan implementasi. Alternatif penyelesaian masalah di eksplorasi dan langkah-langkah untuk pencapaian penyelesaian diidentifikasi. Adapun secara umum implementasi yang diberikan pada intervensi yaitu: manipulasi lingkungan, dukungan umum, pendekatan kelompok besar, pendekatan individu. Perawat jiwa harus kreatif dan fleksibel mencoba berbagai teknik yang berbeda. Teknik ini haruslah aktif, fokus dan eksploratif yang dapat mencapai target intervensi. Beberapa dari teknik ini mencakup katarsis, klarifikasi, memberikan saran, penguatan perilaku, dukungan terhadap sikap defensive, peningkatan harga diri dan mengeksplorasi penyelesaian masalah.

Katarsis merupakan pelepasan perasaan yang terjadi ketika klien berbicara tentang area emosional. **Klarifikasi** digunakan ketika perawat membantu mengidentifikasi hubungan antara kejadian, perilaku dan perasaan. **Pemberian saran** dapat mempengaruhi seseorang untuk menerima suatu ide atau keyakinan. Dalam intervensi krisis klien dipengaruhi perawat sebagai seseorang yang percaya diri, tenang, berpengharapan, empati yang dapat menolong, dengan mempercayai perawat dapat menolong klien akan merasa lebih optimis dan tidak ansietas. **Penguatan perilaku** terjadi ketika kesehatan, perilaku adaptif klien dikuatkan oleh perawat, dengan menguatkan respons positif klien tersebut. **Dukungan defensif** terjadi ketika perawat mendorong menggunakan defensive yang sehat dan mengabaikan yang bersifat maladaptive. **Meningkatkan harga diri** sesungguhnya merupakan teknik yang penting. Perawat harus menyatakan bahwa klien merupakan manusia yang berharga melalui mendengarkan dan menerima perasaan klien, menghargai klien, dan memuji usaha

klien dalam mencari pertolongan. **Eksplorasi solusi** merupakan tindakan mengkaji alternatif cara untuk menyelesaikan masalah dengan segera. Tabel dibawah ini menjelaskan intervensi keperawatan untuk menolong individu dan keluarga menghadapi stress akibat krisis.

Tabel 7. Tindakan Keperawatan Untuk Kejadian Krisis dan Bencana

Area Target	Tindakan Keperawatan
Kebutuhan Dasar	Siapkan penghubung (liaison) dengan agen sosial
Deisit Fisik	Fokus kepada kedaruratan fisik Rujuk kepada pemberi layanan kesehatan jika di butuhkan
Efek Psikologis	
Syok	Perhatikan secara seksama pada kejadian krisis yang diceritakan
Kebingungan	Berikan dukungan yang mengutakan, izinkan perilaku agresi
Pengingkaran	Izinkan pengingkaran yang terjadi secara intermitten, identifikasi perhatian utama klien
Ansietas	Siapkan kegiatan terstruktur, lakukan tindakan antiansietas
Kelelahan/heroisme	Dorong sublimasi dan aktivitas konstruktif
Faktor Protektif	
Koping	Dorong mekanisme koping klien yang adaptif dan disukainya, tekankan rasionalisasi, humor dan sublimasi
Kemampuan Diri	Dukung keberhasilan klien yang telah dicapai sebelumnya dan yakin terhadap kemampuan dirinya sendiri, turunkan keraguan diri yang irrasional, tekankan kekuatan harapan untuk memproduksi hasil
Dukungan	Tambahkan dukungan sosial kepada kehidupan klien, berikan dukungan profesional, rujuk untuk konseling jika dibutuhkan, bantu klien mengembangkan strategi koping yang baru.

Dimodifikasi dari Hardin SB: Catastrophic stress. In McBride AB, Austin JK, Editor: Psychiatric-mental health nursing. Philadelphia, 1996. Saunders, dalam Stuart, Keliat dan Pasaribu, 2016.

3.3 STRATEGI DUKUNGAN KESEHATAN JIWA DAN PSIKOSOSIAL PADA BENCANA

Dukungan Kesehatan Jiwa dan Psiko Sosial pada bencana didasari pada Pertolongan Pertama Psikologis dan Pertolongan Pertama Kesehatan Jiwa yang dicanangkan pada Hari Kesehatan Jiwa Sedunia 2016 (World Mental Health Day 2016). Menurut Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder edisi empat dan PPDGJ, Post Traumatic Disorder pada korban bencana muncul setelah enam bulan kejadian. Sebelum enam bulan, yang muncul adalah Acute Stress Disorder. Sehingga kondisi yang dialami oleh penyintas pada masa sebelum enam bulan bukan merupakan trauma. Oleh karena itu, istilah intervensi yang tepat adalah dukungan psikososial.

Dukungan Psikososial merupakan dukungan terhadap individu dan masyarakat yang terkena bencana yang bertujuan untuk memulihkan kesejahteraan psikologis dan sosial masyarakat yang terdampak bencana. Merupakan suatu pendekatan kepada para korban bencana (alam atau kekerasan) yang bertujuan mendorong ketahanan individu dan masyarakat. Dukungan psikososial dibutuhkan oleh semua orang yang mengalami bencana dalam derajat yang berbeda-beda.

Harapan dari strategi dukungan kesehatan jiwa dan psikososial yang diberikan bukan hanya sekedar penyintas mendapatkan ketahanan diri namun juga memiliki kehidupan yang lebih baik (*growth*). Ketika individu merasakan pertumbuhan setelah mengatasi stres dan trauma akibat bencana, ia juga melihat dirinya sebagai orang kuat yang telah melampaui kesulitan dan penderitaan (Ford, Tennen, & Albert, 2008). Karakteristik kehidupan yang lebih baik setelah masa krisis (*Post Traumatic Growth*) meliputi lima domain.

Pertama **Apresiasi terhadap hidup** yang sangat besar sebagai hasil dari rekonstruksi kognitif karena konfrontasi dengan trauma, survivor memiliki rasa kerentanan individu dan memahami bahwa dia tidak dapat memprediksi atau mengendalikan peristiwa tertentu (Calhoun & Tedeschi, 2001). Kedua, **Hubungan hangat**, lebih intim dengan oranglain, setelah terjadinya krisis, penyintas mungkin mencari bantuan dan dukungan dari keluarga dan teman-teman mereka, sebagai hasil dari menerima bantuan yang

diberikan oleh orang lain, individu tersebut dapat merasakan hubungan emosional yang lebih tinggi dengan orang lain, serta perasaan kedekatan dan keintiman. dalam hubungan interpersonal. Ketiga, **Kekuatan personal** yang lebih besar, persepsi kekuatan individu yang lebih besar terkait dengan pengakuan kemampuan lebih untuk menghadapi tantangan dan kesulitan dimasa depan dan bahkan untuk mengubah situasi yang perlu di rubah. Keempat, **Pengembangan spiritual**, sebagai hasil dari kekuatan individu dalam konfrontasi dengan kondisi yang penuh tekanan, iman dalam entitas keagamaan yang lebih tinggi dapat meningkat setelah trauma dan juga berkontribusi sebagai koping dalam proses kognitif menemukan makna. Kelima, **Peluang baru** dalam keberlanjutan hidup yang lebih positif, selama proses perjuangan bertahan dengan kesulitan, penyintas menemukan kemungkinan baru untuk hidup mereka yang tidak ada sebelum bencana datang. Gambar di bawah ini menjelaskan mengenai konsep *Post Traumatic Growth* (PTG).



Gambar 3. Domain of Post Traumatic Growth. Lawrence G. Calhoun & Richard G. Tedeschi, 2006. *Handbook of Post Traumatic Growth: Research and Practice*

3.3.1 Pertolongan Pertama Psikologis (*Psychological First Aid /PFA*)

Pertolongan pertama psikologis merupakan bantuan yang manusiawi, suportif dan praktis kepada sesama manusia yang telah mengalami peristiwa krisis yang serius seperti bencana. Pertolongan psikologis dapat dilakukan oleh saudara yang mungkin terpanggil sebagai sukarelawan untuk membantu dalam bencana besar, atau saudara sedang berada ditempat kejadian dimana ada orang terluka, atau pada kejadian bencana yang lain, maka saudara dapat melakukannya.

Prinsip utama dalam pertolongan psikologis adalah: 1) Menyediakan pertolongan dan bantuan (*Providing practical care and support, which does not intrude*), 2) Mengkaji kebutuhan dan hal yang penting (*Assessing needs and concerns*), 3) Membantu memenuhi kebutuhan dasar (*Helping people to address basic needs, e.g., food and water, information*), 3) Mendengarkan tanpa memaksa untuk bicara (*Listening to people, but not pressuring them to talk*), 4) Memberi rasa nyaman dan menolongnya untuk merasa tenang (*Comforting people and helping them to feel calm*), 5) Menolong menghubungkan dengan informasi, pelayanan dan dukungan sosial (*Helping people connect to information, services and social supports*), 6) Melindungi dari bahaya yang lebih lanjut (*Protecting people from further harm*). Secara singkat dikenal dengan **3L**:

LOOK : Observasi, Perhatikan, Lihat Tanda-tanda

LISTEN : Dengarkan Curhatannya dan keluhannya

LINK : Rujuk, Hubungkan dengan pendukung yang dapat menolong

PFA merupakan serangkaian keterampilan yang bertujuan untuk mengurangi dampak negatif stres dan mencegah timbulnya gangguan kesehatan mental yang lebih buruk yang disebabkan oleh bencana atau situasi kritis yang dihadapi individu (Everly, Phillips, Kane & Feldman, 2006). PFA juga merupakan perawatan dasar yang bersifat praktis dan *non-intrusive* (pendekatan yang tidak memaksa). Fokus pada mendengarkan, mengenali dan memenuhi kebutuhan dasar, mendorong pendampingan dari orang-orang yang signifikan di sekitar penyintas, dan melindungi dari dampak negatif lebih lanjut (Sphere, 2004).

Langkah 1: Persiapan

Dalam proses pemberian bantuan pada komunitas yang terkena dampak bencana, penyedia layanan PFA harus memiliki pengetahuan awal tentang bencana apa yang terjadi. Pengetahuan ini meliputi jenis bencana, pada tahap apa penanganan yang dilakukan tahap kedaruratan atau pemulihan, kebutuhan penyintas serta bantuan apa yang dibutuhkan.

Selain itu menjadi penting juga untuk menintegrasikan layanan PFA ini kedalam struktur pemberian bantuan yang sudah ada, misalnya melalui posko penanganan atau puskesmas. Hal ini akan lebih mempermudah kontak awal yang dibangun dan mempermudah kita sebagai pemberi layanan mendapatkan informasi yang terpercaya tentang apa yang sedang terjadi. Informasi ini akan berguna ketika kita memberikan layanan PFA nantinya.

Penyedia layanan PFA perlu memperhatikan keberadaan kelompok rentan dalam sebuah situasi bencana. Kelompok rentan ini adalah kelompok dengan potensi mengalami gangguan lebih daripada kelompok yang lain. Kelompok ini misalnya adalah:

- Mereka yang mengalami kehilangan anggota keluarga atau anggota keluarganya meninggal.
- Anak, terutama di dalamnya adalah: anak yang terpisah dari orang tua atau keluarganya, anak yang anggota keluarganya hilang atau meninggal, dan anak yang sedang dalam perawatan karena mengalami cedera atau luka yang serius.
- Mereka yang terluka atau sedang menjalani perawatan.
- Perempuan hamil.
- Ibu dengan bayi atau anak kecil.
- Orang lanjut usia.
- Orang atau anak dengan kebutuhan khusus.

Langkah 2: Memperkenalkan Diri dan Memulai Kontak

Tujuan: Memperkenalkan diri dengan cara yang membuat penyintas nyaman dan mendukung proses pemulihan.

Cara memperkenalkan diri dan memulai kontak awal dengan penyintas menjadi sesuatu yang penting untuk proses selanjutnya. Jika kita sebagai penyedia layanan berhasil menjalin hubungan yang penuh pengertian dan hangat maka hubungan yang mendukung proses pemulihan akan terbangun dan rasa percaya penyintas kepada penyedia layanan akan meningkat.

Lakukan:

1. Perkenalkan nama, pekerjaan, dan tugas anda di daerah bencana kepada penyintas.
2. Mintalah ijin untuk melakukan pembicaraan.
3. Sampaikan tentang tujuan keberadaan anda di sana.
4. Tanyakan apa yang bisa anda lakukan untuk dapat membantu.
5. Jaga kerahasiaan informasi pribadi dari penyintas. Jika anda ingin meneruskan informasi kepada pihak lain mintalah persetujuan dari penyintas tersebut terlebih dahulu,

Jangan Lakukan:

1. Memotong pembicaraan lawan bicara saat sedang memulai kontak awal. Biarkan penyintas menyampaikan ekspresi perasaannya.
2. Jangan memaksa penyintas menceritakan informasi yang tidak ingin diceritakan atau cerita yang memicu pengalaman traumatis.

Langkah 3 – Memberikan Rasa Aman

Tujuan: mengembalikan rasa aman dan menyediakan kebutuhan dasar penyintas.

Mengembalikan rasa aman menjadi tujuan penting pada saat setelah terjadinya bencana. Hal ini dapat mengurangi stres dan kekhawatiran yang dirasakan oleh

penyintas. Membantu penyintas mengatasi situasi sulit seperti kehilangan orang yang dicintai, mendapat kabar bahwa ada anggota keluarga yang meninggal, mendampingi penyintas yang anggota keluarganya sedang mendapatkan perawatan serius merupakan gambaran situasi yang akan dijumpai seorang penyedia layanan PFA.

Hal-hal yang bisa dilakukan antara lain:

Pastikan keamanan penyintas dengan membawanya ke tempat yang aman, hal ini akan meningkatkan kondisi fisik maupun emosional dari para penyintas. Adapun tindakan yang bisa dilakukan adalah sebagai berikut:

- Koordinasikan dengan posko atau aparat terkait tentang tempat-tempat aman yang dapat digunakan menampung para penyintas.
- Ketika penyintas sudah berada di tempat tersebut, jauhkan benda-benda yang berbahaya yang ada di sekitar tempat itu. Misalnya, perabotan yang tajam, pecahan gelas, potongan seng dan lain-lain.
- Pastikan anak mendapatkan ruang yang aman, di mana mereka dapat bermain dan mendapatkan pengawasan dari orang tuanya.
- Tanyakan kebutuhan dasar para penyintas yang bisa dipenuhi. Kebutuhan ini bisa berupa pakaian, alas tidur, keperluan mandi, maupun bahan makanan dan alat memasaknya.
- Tanyakan apakah ada diantara penyintas yang memerlukan pertolongan medis atau pengobatan.
- Identifikasi penyintas yang memiliki kebutuhan khusus,
- Pastikan koordinasi dengan aparat terkait untuk pemenuhan kebutuhan dari para penyintas.

Sediakan informasi tentang kegiatan respons bencana yang ada beserta layanan-layanan yang tersedia. Informasi yang terpercaya akan menghindarkan penyintas akan paparan informasi yang menyesatkan atau akan menyebabkan penyintas merasa sedih yang berlebihan. Informasi ini dapat berupa:

- Bencana apa yang sedang terjadi dan informasi terakhir situasi dari sumber yang terpercaya.
- Kegiatan dan rencana apa saja yang akan dilakukan dari pemerintah atau pihak-pihak penyedia layanan. Hal ini akan memberikan dampak positif kepada para penyintas karena mereka tidak akan merasa sendiri di saat bencana.
- Layanan-layanan apa yang tersedia dan dapat diakses oleh para penyintas.
- Reaksi-reaksi psikologis pasca bencana. Tekankan bahwa yang mereka alami merupakan reaksi normal dalam situasi yang tidak normal. Dengan memahami reaksi-reaksi ini para penyintas tidak akan merasa aneh atau hanya dirilah yang merasakan situasi sulit ini.
- Informasi tentang cara-cara yang dapat dilakukan untuk mengatasinya maupun kegiatan-kegiatan *self-care* yang bisa dilakukan.

Memfasilitasi kegiatan-kegiatan yang mempromosikan kedekatan sosial. Pada saat bencana biasanya kedekatan sosial ini terganggu karena penyintas terpisah dari keluarga, tetangga, atau orang-orang yang dikenalnya. Tidak jarang mereka harus tinggal di tempat penampungan sementara dengan orang-orang yang tidak mereka kenal sebelumnya. Kegiatan ini misalnya, membuat kegiatan bermain anak yang difasilitasi orang tua atau remaja dari tempat tersebut, membuat kelompok pengajian atau kelompok ibadah bersama, membuat kelompok piket memasak atau piket kebersihan.

Memberikan perhatian pada anak yang terpisah dari orang tuanya. Bantu orang tua yang kehilangan anak untuk dapat mengakses layanan pencarian yang ada atau menginformasikan kehilangan anaknya kepada para pihak yang terkait.

Hindarkan penyintas dari situasi yang menyebabkan atau mengingatkan akan pengalaman traumatik. Dalam situasi bencana seperti ini, kita akan banyak menjumpai orang-orang dengan niat baik yang mungkin tidak mengetahui atau menyadari bahwa apa yang mereka lakukan dapat merugikan atau melukai orang yang ingin mereka bantu. Hal-hal itu antara lain seperti menyarankan pada penyintas

untuk menolak wawancara atau pembicaraan dengan orang-orang tersebut jika mereka memang tidak ingin bercerita. Sampaikan pada penyintas bahwa mereka berhak melakukan itu.

Selain itu sebagai penyedia layanan PFA kita perlu mengingat hal-hal sebagai berikut:

- Berikan layanan dengan penuh rasa hormat, kepedulian yang tinggi dan respek.
- Reaksi duka cita atau kesedihan antara satu orang dan orang lainnya mungkin saja berbeda.
- Tidak ada satu resep manjur yang bisa diterapkan untuk berbagai macam reaksi bencana.
- Kehilangan dan duka cita akan sangat mungkin membuat konsumsi zat adiktif dan berbahaya meningkat (rokok, minuman keras, dan obat terlarang). Sampaikan pada penyintas bahwa hal-hal tersebut merupakan bentuk adaptasi yang merugikan.

Ada beberapa kalimat yang perlu dihindari para penyedia layanan PFA saat menjalin komunikasi dengan penyintas:

- Saya tahu bagaimana mana perasanmu
- Mungkin inilah yang terbaik untuk anda semua
- Kamu menjadi lebih baik sekarang
- Inilah cara yang terbaik untuk dia (istri/suami/anak) untuk pergi
- Kamu harus bisa bangkit dengan cepat
- Kamu tidak perlu bersedih lagi
- Kamu harus bisa menghibur diri

Langkah 4 – Mendorong Keberfungsian

Tujuan: memberikan kenyamanan, menenangkan, mengupayakan kondisi yang lebih stabil pada penyintas (jika diperlukan)

Tidak semua orang yang terkena bencana akan mengembangkan gangguan psikologis. Oleh sebab itu tidak semua orang yang terkena bencana membutuhkan

upaya stabilisasi baik secara medis (dengan memberikan obat atau suntikan) maupun psikologis (konseling dan terapi).

Akan tetapi ketika reaksi itu muncul dengan kuat penyedia layanan PFA jika memungkinkan melakukan stabilisasi secara langsung atau dapat juga melakukan proses rujukan pada profesional kesehatan jiwa atau psikolog yang ada. Berikut adalah tanda-tanda yang bisa mengindikasikan adanya gangguan yang terjadi pada penyintas:

- Mengalami disorientasi tempat dan waktu.
- Mengalami penurunan kapasitas berpikir atau konsentrasi.
- Tidak responsif terhadap pertanyaan lisan atau perintah yang diberikan.
- Menunjukkan reaksi sedih yang berlebihan dan tak terkontrol.
- Tidak dapat mengontrol reaksi fisik seperti anggota tubuh bergetar terus menerus.
- Merasa tidak mampu melakukan apapun lagi.

Adapun hal-hal yang bisa dilakukan dalam rangka mendorong keberfungsian penyintas adalah sebagai berikut:

- Berikan rasa nyaman melalui perilaku verbal dan non-verbal pada penyintas, terutama jika penyintas yang tampak sangat emosional, penyintas yang berduka karena kehilangan anggota keluarga, penyintas yang sangat terpapar dengan pengalaman traumatis.
- Mengajarkan keterampilan mengelola stres yang sederhana, misalnya: mengatur nafas, relaksasi.
- Jaga keluarga penyintas agar tetap bersama dan berhubungan satu sama lain.
- Pertemukan kembali penyintas yang terpisah dengan keluarganya.
- Tanyakan pada penyintas adakah pihak lain yang ingin diberitahu penyintas sehubungan dengan bencana yang baru saja terjadi
- Hubungkan penyintas kepada sumber bantuan yang tersedia dan penyintas lain.

Langkah 5 – Memfasilitasi Penyintas Untuk Pemulihan

Tujuan: Mendorong penyintas untuk berpartisipasi dalam proses pemulihan pasca bencana dan membantu penyintas menyusun rencana tindak lanjut.

Kehilangan merupakan tema besar yang dirasakan penyintas dalam berbagai bencana. Kehilangan menjadi benang merah antara bencana yang satu dengan lainnya. Kehilangan bisa berdampak pada terganggunya keseimbangan kondisi psikologis seseorang; Ketidakseimbangan kondisi psikologis dapat dirasakan dalam bentuk terganggunya fungsi psikologis seseorang seperti fungsi pikiran, perasaan, dan tingkah laku.

Ada beberapa hal yang bisa dilakukan dalam rangka memfasilitasi proses pemulihan, antara lain adalah:

- Mendorong penyintas untuk kembali pada rutinitasnya.
- Libatkan penyintas secara aktif dalam tugas-tugas pemulihan dan perilaku bantu diri
- Berikan kesempatan pada penyintas untuk saling menolong

Adapun tahapan-tahapan yang bisa dilakukan adalah sebagai berikut:

- Identifikasi kebutuhan yang mendesak. Dalam situasi bencana kita akan dihadapkan dengan berbagai keterbatasan. Jika penyintas menyebutkan banyak daftar kebutuhan, perlu dilakukan penentuan skala prioritas berdasarkan ketersediaan sumber daya dan mana yang paling perlu untuk segera dipenuhi.
- Klarifikasi kebutuhan tersebut.
- Mendiskusikan rencana tindak lanjut.
- Fasilitasi rencana tindak lanjut tersebut.

Perlu disadari bahwa PFA adalah layanan awal dimana tidak semua masalah bisa diselesaikan oleh seorang penyedia layanan. Oleh karena itu menjadi penting untuk menghubungkannya ke dalam layanan yang lebih kolaboratif. Dalam situasi bencana,

penyintas akan dihadapkan pada situasi-situasi yang membuat dia memerlukan layanan lebih lanjut. Layanan-layanan yang diperlukan antara lain:

- Layanan medis.
- Layanan kesehatan mental.
- Layanan sosial.
- Layanan perlindungan anak dan perempuan.
- Layanan pendidikan.

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam melakukan rujukan:

- Rujuk penyintas pada penyedia layanan pemulihan dan dukungan berdasarkan kebutuhan.
- Sampaikan kepada penyintas tentang berbagai pilihan layanan rujukan yang ada.
- Libatkan penyintas dalam menentukan layanan mana yang akan dipilih.
- Jangan lupa membuat catatan tertulis tentang rujukan yang dilakukan kepada pihak yang menerima rujukan.

3.3.2 Pertolongan Pertama Kesehatan Jiwa

Pertolongan pertama kesehatan jiwa adalah bantuan yang ditawarkan kepada seseorang yang mengalami risiko masalah kesehatan mental, memburuknya masalah kesehatan jiwa ada atau dalam krisis kesehatan jiwa atau bahkan mengalami gangguan jiwa. Keterampilan dasar pertolongan pertama kesehatan mental yang dapat dipelajari oleh siapa pun di masyarakat dan harus dilihat sebagai bagian dari tanggung jawab setiap orang untuk merawat orang lain di komunitas mereka. Secara singkat dikenal dengan **ALGEE**:

A: approach, assess and assist with any crisis dengan cara 1) Dekati dan sampaikan kepedulian saudara (*Approach the person about your concerns*), 2) Temukan waktu dan tempat yang tepat bagi anda berdua (*Find suitable time and space where you both feel comfortable*), 2) Jika pasien tidak mau memulai percakapan dengan anda tentang perasaannya, saudara harus mengucapkan sesuatu tetapi tidak memaksa (*If the person does not initiate a conversation with you about how they are feeling, you should say something to them*), 3) Hargai privasi dan kerahasiaan individu (*Respect*

the person's privacy and confidentiality). Kondisi krisis mungkin terjadi, maka perlu mengidentifikasi individu yang membahayakan dirinya (*the person may harm themselves*), individu yang sangat stres (*the person experiences extreme distress*), individu yang sangat mengganggu orang lain (*the person's behaviour is very disturbing to others*).

L: listen non-judgement, dengarkan, kebanyakan individu ingin didengar dengan empati saat mereka mengekspresikan emosi dan pikirannya, gunakan ketrampilan verbal dan non-verbal, ciptakan suasana pada individu agar bebas berbicara, dan jangan menghakimi/menduga/menilai/menuduh.

G: give support and information. Berikan dukungan emosional, harapan untuk pulih dan praktik "*Self Care*". Berikan informasi yang terkini dan akurat, tanyakan apakah mereka memerlukan informasi tertentu, edukasi individu dan keluarga atau "*Care giver*".

E: encourage appropriate professional help. Sampaikan tenaga Profesional yang tersedia, pelayanan dan tenaga kesehatan yang tersedia, Pengobatan, Perawatan, konseling, terapi psikososial, dukungan pada keluarga, dukungan vocational and educational dll (*any options available to them for help and support*).

E: encourage other support, dapat berupa kelompok swabantu (*self help group*), dapat pula dibentuk kelompok swabantu antara individu yang mengalami bencana.

3.4 KEGIATAN DUKUNGAN KESEHATAN JIWA DAN PSIKOSOSIAL PADA BENCANA

Masalah psikososial pada penyintas dapat dikelompokkan sesuai dengan dampak bencana yang dialami yaitu:

1. Masyarakat yang selamat disertai orang yang dicintai juga selamat dan harta bendapun selamat.
2. Masyarakat yang selamat tetapi harta benda rusak dan hancur; atau masyarakat yang selamat tetapi kehilangan orang yang dicintai.
3. Masyarakat yang selamat disertai dengan kehilangan orang yang dicintai dan kehilangan harta benda

Masyarakat yang kena dampak bencana umumnya tinggal di pengungsian, namun ada juga yang mengungsi ke rumah keluarga (yang mempunyai sistem pendukung sosial). Untuk itu strategi penanggulangan atau pendekatan psikososial dibagi sebagai berikut: Kegiatan di tempat pengungsian, Kegiatan di tempat barak pengganti rumah, Kegiatan di rumah atau kembali ke desa.

3.4.1 Kegiatan di Tempat Pengungsian

Kegiatan di tempat pengungsian dibagi dalam tiga yaitu:

3.4.1.1 Kelompok besar yang diikuti oleh semua pengungsi yang menempati tempat pengungsian dengan fokus utama manajemen stres dan adaptasi dengan kegiatan di pengungsian.

3.4.1.2 Kelompok kecil yaitu semua pengungsi yang tinggal di satu tempat pengungsian dibagi dalam kelompok kecil berdasarkan kelompok usia dengan fokus utama bercakap-cakap (*let's talk*), memberi kesempatan mengungkapkan perasaan, dan membangun harapan dengan berpikir secara positif

3.4.1.3 Keluarga dan atau individu yaitu individu dan keluarga yang teridentifikasi mengalami masalah kesehatan jiwa. Asuhan keperawatan yang diberikan berdasarkan diagnosis keperawatan yang ditemukan. Perawat harus dapat memutuskan apakah individu memerlukan rujukan ke pelayanan kesehatan sekunder.

3.4.2 Kegiatan di barak pengungsian pengganti rumah tempat tinggal

Kegiatan yang dilakukan pada tahap pertama dapat didelegasikan kepada tokoh masyarakat (*community leader*) yang berada pada kelompok besar dan kelompok kecil, yang menyerupai ketua RW atau RT. Kegiatan psikososial yang dilakukan menyerupai pengembangan DESA SIAGA SEHAT JIWA, dimana tokoh masyarakat berperan sebagai kader kesehatan jiwa (KKJ). KKJ dilatih mendeteksi kelompok sehat sesuai dengan usia (bayi, kanak-kanak, anak pra sekolah, anak sekolah, remaja, dewasa dan lansia). KKJ juga mendeteksi kelompok risiko yaitu yang menderita penyakit kronis, cacat fisik akibat bencana, kehilangan anggota keluarga, kehilangan tempat tinggal, kehilangan harta benda, kehilangan pekerjaan, putus sekolah dan jenis kehilangan yang lain. KKJ juga mendata apakah ada gangguan jiwa.

Berdasarkan pengelompokan tersebut maka perawat akan menyiapkan program sbb:

- Kelompok sehat: stimulasi perkembangan
- Kelompok risiko: penjelasan perawatan penyakit atau penyelesaian masalah, memberikan perawatan psikososial sebagai akibat faktor risiko
- Kelompok gangguan: memberikan perawatan sesuai dengan kondisi kesehatan jiwanya dengan prinsip sedapatnya dirawat di masyarakat dan jika perlu lakukan rujukan ke puskesmas atau rumah sakit.

3.4.3 Kegiatan di rumah atau kembali ke desa

Kegiatan di barak pengungsian dilanjutkan ke desa yaitu:

3.4.4 Pembentukan Desa Siaga Sehat Jiwa disertai kader kesehatan jiwa yang dibimbing oleh perawat kesehatan jiwa dari puskesmas

3.4.5 Perawat dan dokter puskesmas dilatih tentang pelayanan kesehatan jiwa masyarakat.

Kegiatan pelayanan kesehatan jiwa setelah kembali ke desa perlu dilanjutkan untuk terus melakukan pencegahan masalah kesehatan jiwa yang dapat berlanjut.

3.5 TEKNIK PENANGGULANGAN MASALAH PSIKOSOSIAL PADA BENCANA

Teknik penanggulangan dan pencegahan masalah psikososial pada bencana, pelaksanaannya disesuaikan dengan strategi yang telah ditetapkan. Pada kesempatan ini akan dijelaskan teknik pada tempat pengungsian saja.

3.5.1 TEKNIK PADA KELOMPOK BESAR

Kegiatan dilakukan pada seluruh penghuni tempat pengungsian yang mungkin antara 100 sampai ribuan orang. Jumlah anggota tim relawan disesuaikan dengan jumlah pengungsi dengan rasio satu orang banding 50-100 orang pengungsi, dan ditetapkan satu orang sebagai leader.

Strategi Pelaksanaan Teknik Komunikasi (Sp) Pada Kelompok Besar

1. PRA INTERAKSI

Pada saat mengunjungi tempat pengungsian lakukan koordinasi dengan KORLAP (koordinator lapangan) pada tempat pengungsian dan menjelaskan tujuan kegiatan yang akan dilakukan. Tujuannya adalah membantu pengungsi mengatasi pikirannya yang susah agar tetap bersemangat menghadapi kehidupan. Upayakan melakukan kegiatan diantara waktu makan misalnya antara jam 09.00 – 12.00 dan 15.00 – 17.00.

Lakukan juga koordinasi dengan tim kesehatan yang ada di tempat pengungsian tentang kegiatan yang akan dilakukan (sda). Selain itu tanyakan keluhan sakit para pengungsi untuk mendapat gambaran kondisi kesehatan para pengungsi. Penting pula menanyakan apakah ada pasien gangguan jiwa, jika ada lakukan pendekatan individu atau keluarga dengan kebutuhan khusus.

2. ORIENTASI

Salam: beri salam, perkenalkan diri leader dan anggota tim yang menyebar diantara pengungsi. Sampaikan pula tujuan yaitu: menolong mengatasi pikiran yang susah akibat bencana dan mengungsi.

Evaluasi: tanyakan sudah berapa lama di pengungsian, apakah sering sakit kepala, apakah sudah minta obat ke petugas kesehatan, apakah ada perbaikan. Tanyakan pula apakah badan pegal-pegal, katakan hal itu karena biasa bekerja ke ladang dsb tetapi di tempat pengungsian tidak ada kegiatan. Tanyakan pula tentang makan, apakah selera makan biasa atau tidak selera makan. Tanyakan pula tentang tidur, apakah susah tidur, tidur terganggu, sering terbangun dan mimpi buruk.

Validasi: katakan bahwa pikiran susah dapat disebabkan tiga hal yaitu (1) kondisi kesehatan fisik seperti sakit kepala, sakit perut, kelelahan, sesak nafas dsb, (2) lingkungan yang berubah yaitu biasa tinggal di rumah sendiri sekarang beramai-ramai, biasa ke ladang sekarang diam saja dsb, (3) pikiran yang tertuju kepada kondisi yang terjadi.

Kontrak: tanyakan apakah setuju melakukan kegiatan agar pikiran yang susah kita atasi dengan kegiatan yang akan dilakukan yaitu membuat badan tetap segar, mengatur pikiran agar tidak susah dan menata lingkungan agar nyaman.

Waktu: katakan waktunya kira-kira satu jam

Posisi: ajak untuk mengatur duduk, boleh kakinya diluruskan atau duduk bersimpuh

3. KERJA

Mulai dengan **slogan** yaitu BOLEH TINGGAL DI PENGUNGSIAN TETAPI TETAP SEHAT dengan memperagakan semangat. Kita mulai latihan mengembalikan dan menjaga kesehatan fisik, kemudian mengelola pikiran, dan mengelola lingkungan

- a. **Asesmen** umum tentang masalah fisik, lingkungan dan pikiran yang membuat pikiran menjadi susah.
- b. **Latihan nafas dalam** dengan menghela nafas dari hidung dan mengeluarkannya dari mulut (kedua bibir menyatu) dan memperhatikan mengembang dan mengempisnya perut
 1. **Jelaskan dan beri contoh:** posisi tegak, tarik nafas dari hidung, tahan lalu tiup dari mulut pelan-pelan. Dilakukan empat kali
 2. **Peragaan bersama** yang dibantu oleh anggota tim yang menyebar diantara pengungsi: mari kita lakukan bersama – sama, bisa kita mulai: tarik nafas dari hidung, oke tahan, tiup/lepaskan dari mulut pelan-pelan sampai habis. Ulangi sampai empat kali
 3. **Evaluasi:** tanyakan perasaan pengungsi: bagaimana, ada perasaan lega di dada. Beri pujian. Mari kita lanjutkan kegiatan berikut
- c. **Latihan relaksasi progresif** dengan memperhatikan pengencangan dan pengenduran otot sambil nafas dalam: mata, mulut, tengkuk, bahu, tangan, punggung, perut, bokong/pervis, kaki dan telapak kaki
Jelaskan: latihan seluruh badan agar peredaran darah lancar dan tidak ada kaku dan pegal, dimulai dari mata, mulut, tengkuk, bahu, tangan, punggung, perut, bokong, dan kaki dengan cara mengencangkan dan mengendurkan

1. Latihan mata:

Jelaskan dan beri contoh: tarik nafas dalam sambil mengencangkan/mengerutkan mata dan dahi sekencang-kencangnya, lalu tahan dan kendurkan pelan-pelan sambil mengeluarkan nafas, dilakukan empat kali

Peragaan bersama: mari kita lakukan bersama, bisa kita mulai: tarik nafas dalam sambil kencangkan mata dan dahi, tahan dan lepaskan pelan-pelan sampai lemas dan kendur. Bagus, kita lakukan lagi, sampai empat kali

Evaluasi: tanyakan perasaan pada mata, agak enak karena juga kena debu dan tidur terganggu

2. Latihan pipi dan mulut

Ada tiga latihan untuk mulut yaitu pipi digembungkan, dimonyongkan/mencucu, dan lidah kelangit-langit.

Pipi digembung

Jelaskan dan beri contoh: tarik nafas dalam, gembungkan pipi, tahan, tiup pelan-pelan

Peragaan bersama: mari kita lakukan bersama, bisa kita mulai: tarik nafas dalam, gembungkan mulut, tahan, tiup pelan-pelan. Ulangi sampai empat kali

Evaluasi: tanyakan perasaan pada pipi, katakan nanti tambah muda pada saat kembali ke kampung. Minta mengangkat tangan semua dan tepuk tangan

Mulut dimonyongkan/mencucu

Jelaskan dan beri contoh: tarik nafas dalam tahan, sambil mulut dimonyongkan, keluarkan nafas pelan-pelan

Peragaan bersama: mari kita lakukan bersama, bisa kita mulai: tarik nafas dalam, tahan, mulut dimonyongkan/mencucu, keluarkan nafas pelan-pelan. Ayo kita lakukan sampai empat kali

Evaluasi: tanyakan perasaannya, agak lemas, dan relaks.

Lidah ditarik kebelakang/nyengir

Jelaskan dan beri contoh: tarik nafas dalam sambil menaruh lidah di langit-langit dan tarik kebelakang sekuatnya, tahan lalu lepaskan pelan-pelan sambil mengeluarkan nafas

Peragaan bersama: mari kita lakukan bersama, bisa kita mulai: tarik nafas dalam sambil tarik lidah ke belakang, tahan, keluarkan nafas pelan – pelan, dan lidah dilepaskan. Ayo kita lakukan lagi sampai empat kali

Evaluasi: tanyakan perasaannya, katakan sudah selesai latihan untuk muka. Minta angkat tangan semua dan tepuk tangan

3. Latihan tengkuk

Jelaskan dan beri contoh: dagu ditempelkan ke dada, lalu tarik nafas dalam sampai menengadah sejauh-jauhnya ke belakang, tahan sebentar lalu keluarkan nafas pelan-pelan sambil mengembalikan posisi dagu menempel ke dada. Lakukan sampai empat kali

Peragaan bersama: mari kita lakukan bersama, bisa kita mulai: tempelkan dagu di dada, tarik nafas dalam sambil pelan-pelan menengadah sejauh-jauhnya ke belakang, tahan sebentar, **keluarkan nafas** sambil mengembalikan posisi dagu menempel ke dada. Ayo kita lakukan empat kali

Evaluasi: tanyakan perasaannya, apakah terasa tengkuk relaks

4. Latihan bahu

Jelaskan dan beri contoh: tarik nafas dalam sambil mengangkat bahu sampai menyentuh telinga, tahan sebentar lalu keluarkan nafas sambil menurunkan bahu ke posisi semula. Lakukan sampai empat kali.

Peragaan bersama: mari kita lakukan bersama, bisa kita mulai: tarik nafas dalam sambil menaikkan bahu sampai menyentuh telinga, tahan sebentar, lalu keluarkan nafas sambil menurunkan bahu sampai posisi semula. Ayo kita lakukan sampai empat kali

Evaluasi: bagaimana perasaannya, terasa enakan bahunya. Mari angkat tangan semua

5. Latihan kedua tangan

Jelaskan dan beri contoh: kedua tangan letakkan diletakkan diatas pangkuan, tarik nafas dalam sambil mengepalkan telapak tangan dan mengencangkan

kedua tangan, tahan sebentar, lalu keluarkan nafas sambil mengendurkan tangan dan membuka telapak tangan dan meletakkannya diatas pangkuan.

Peragaan bersama: mari kita lakukan bersama, bisa kita mulai: letakkan kedua tangan diatas pangkuan, tarik nafas dalam sambil mengepalkan telapak tangan dan mengencangkan kedua tangan, tahan sebentar, hembuskan nafas sambil mengendurkan tangan dan membuka kepala dan meletakkannya diatas pangkuan. Ayo kita lakukan empat kali.

Evaluasi: bagaimana perasaannya, terasa relaks tangannya? Mari angkat kedua tangan semua.

6. Latihan meregangkan otot punggung

Jelaskan dan beri contoh: tarik nafas dalam sambil membusungkan dada dan melengkungkan punggung kebelakang, tahan sebentar kemudian keluarkan nafas pelan-pelan sambil mengendurkan punggung.

Peragaan bersama: mari kita lakukan bersama, bisa kita mulai: tarik nafas dalam sambil membusungkan dada dan melengkungkan punggung kebelakang, tahan sebentar kemudian keluarkan nafas pelan-pelan sambil mengendurkan punggung. Ayo kita lakukan empat kali.

Evaluasi: bagaimana perasaannya? Terasa enak punggungnya?

7. Latihan meregangkan otot perut

Jelaskan dan beri contoh: tarik nafas dalam sambil mengempiskan perut sekempis-kempisnya, tahan sebentar kemudian keluarkan nafas sambil mengendurkan perut kembali

Peragaan bersama: mari kita lakukan bersama, bisa kita mulai: tarik nafas dalam sambil mengempiskan perut sekempis-kempisnya, tahan sebentar kemudian keluarkan nafas sambil mengendurkan perut kembali. Ayo kita lakukan sebanyak empat kali

Evaluasi: bagaimana perasaannya? Mari angkat tangan semua

8. Latihan otot kaki

Jelaskan dan beri contoh: luruskan kedua kaki sambil duduk, tarik nafas dalam sambil menarik telapak kaki kearah perut dan kedua tangan berusaha menggapai ibu jari kaki, tahan sebentar, kemudian keluarkan nafas pelan-pelan sambil mengendurkan kaki dan telapak kaki.

Peragaan bersama: mari kita lakukan bersama, bisa kita mulai: luruskan kedua kaki sambil duduk, tarik nafas dalam sambil menarik telapak kaki kearah perut dan kedua tangan berusaha menggapai ibu jari kaki, tahan sebentar, kemudian keluarkan nafas pelan-pelan sambil mengendurkan kaki dan telapak kaki. Ayo kita lakukan empat kali.

Evaluasi: bagaimana perasaannya? Angkat tangan semua, dan tepuk tangan. Seluruh latihan otot badan telah selesai, bagaimana perasaannya? Jangan lupa di muka ada latihan mata, latihan mulut tiga macam, tengkuk, bahu, kedua tangan, punggung, perut dan kedua kaki. diharapkan dapat dilakukan tiga kali sehari secara bersama-sama atau sendiri-sendiri.

- d. **Latihan Berfokus pada lima jari** sambil mengingat kondisi tubuh yang segar; orang-orang yang memperhatikan dan peduli; pujian/ penghargaan/ keberhasilan yang pernah dirasakan; tempat indah yang pernah dikunjungi

Jelaskan dan beri contoh: tarik nafas dalam, pejamkan mata, kosongkan pikiran, angkat tangan kanan, pertemukan **ibu jari dengan telunjuk** kemudian bayangkan saat tubuh sangat segar pada masa muda, atau pulang dari ladang kemudian mandi dan terasa segar sekali; pertemukan **ibu jari dengan jari tengah** kemudian bayang semua orang yang memperhatikan saudara dan peduli pada saudara, mereka sangat baik sekali; pertemukan **ibu jari dan jari manis** kemudian bayangkan pujian yang pernah saudara dapatkan karena perilaku saudara yang baik atau keberhasilan ladang saudara, bayangkan betapa senangnya saudara saat itu; pertemukan **ibu jari dengan kelingking** kemudian bayangkan tempat-tempat indah yang pernah saudara kunjungi, ladang saudara yang menguning siap dipanen, pantai dll. Tarik nafas dalam dan buka mata.

Peragaan bersama: mari kita lakukan bersama, bisa kita mulai: tarik nafas dalam, pejamkan mata, kosongkan pikiran, angkat tangan kanan, pertemukan ibu jari dengan telunjuk kemudian bayangkan saat tubuh sangat segar pada masa muda, atau pulang dari ladang kemudian mandi dan terasa segar sekali; pertemukan ibu jari dengan jari tengah kemudian bayang semua orang yang memperhatikan saudara dan peduli pada saudara, mereka sangat baik sekali; pertemukan ibu jari dan jari manis kemudian bayangkan pujian yang pernah saudara dapatkan karena perilaku saudara yang baik atau keberhasilan ladang saudara, bayangkan betapa senangnya saudara saat itu; pertemukan ibu jari dengan kelingking kemudian bayangkan tempat-tempat indah yang pernah saudara kunjungi, ladang saudara yang menguning siap dipanen. Tarik nafas dalam dan buka mata. Ayo kita lakukan sekali lagi.

Evaluasi: Bagaimana perasaan saudara? Apa yang muncul pada pikiran saudara? Adakah muncul pikiran positif?

- e. **Latihan menghentikan pikiran** yang susah dengan mengatakan stop setiap kali pikiran susah muncul dan pikirkan hal positif yang masih dimiliki

Jelaskan dan beri contoh: Jika pikiran susah masih muncul juga, maka dapat dilakukan penghentian pikiran dengan mengatakan STOP. Caranya dimulai dengan tarik nafas dalam, tutup mata dan kosongkan pikiran, kemudian ingat pikiran saudara yang paling susah selama hitungan tertentu dan pada hitungan sepuluh atau lima katakan STOP pada pikiran tersebut. Kemudian sehari-hari dapat saudara STOP setiap muncul pikiran yang susah diganti dengan pikiran positif tentang kehidupan saudara.

Peragaan bersama: mari kita lakukan bersama, bisa kita mulai: tarik nafas dalam, keluarkan, bernafas biasa, tutup mata, kosongkan pikiran, jangan memikirkan apapun fokus saja pada pernafasan saudara, kemudian ingat pikiran saudara yang paling susah dan pada hitungan kelima saya akan katakan STOP, saya mulai hitung satu ...terus pikirkan pikiran yang saudara susahkan, dua...tiga....empat....lima...STOP, tarik nafas dalam dan buka mata. Ayo kita ulangi sekali lagi, dan saudara bisa hitung sendiri

Evaluasi: bagaimana perasaannya? Apakah hilang pikirannya yang susah?
Silahkan lakukan setiap muncul pikiran susah katakan STOP

- f. **Latihan membangun hubungan sosial** dalam keluarga (suami, istri, anak), teman sekampung yang sama-sama tinggal dipengungsian, saudara lain yang tinggal di satu tempat pengungsian.

1. Bercakap-cakap

Sampaikan pada pengungsi bahwa kesempatan sepanjang hari berkumpul dengan keluarga, sanak keluarga dan teman sekampung. Bercakap-cakaplah dengan suami/istri/anak/sanak keluarga/teman secara individu maupun berkelompok membicarakan masa depan dan lain-lain

2. Ibadah bersama

Upayakan menjalankan ibadah bersama-sama berkelompok dengan agama yang sama memohon Tuhan Yang Maha Esa pencipta segalanya memberi pertolongan.

3. Peran serta kegiatan sosial

Semua pengungsi remaja dan dewasa dapat dilibatkan secara bergiliran atau berkelompok untuk mengelola tempat pengungsian dengan baik, seperti dapur umum, kebutuhan pengungsi, pembagian makanan dan kebutuhan lain, kebersihan, kamar mandi (MCK).

8.5.2 TEKNIK PADA KELOMPOK KECIL

Setelah selesai kegiatan kelompok besar maka dilanjutkan dengan kegiatan kelompok kecil yang dibagi sesuai dengan kelompok usia. Fokus utama pada kelompok kecil adalah membekali kemampuan pada kelompok usia untuk dapat bercakap-cakap (*let's talk*), memberi kesempatan mengungkapkan perasaan, dan membangun harapan dengan berpikir secara positif. Hal ini sesuai dengan tema peringatan Hari Kesehatan Sedunia pada tanggal 7 April 2017. Tema HKS 2017 adalah '*Depression: Lets Talk*' dengan tema nasional adalah 'Depresi: Yuk Curhat!'. Dengan tujuan membangun sistem pendukung sehingga dapat mencegah dan mengatasi depresi.

3.5.2.1 Kelompok dewasa

Kegiatan yang dilakukan pada kelompok dewasa adalah bercakap-cakap tentang perasaan, harapan, keinginan, hal positif yang masih dapat disyukuri. Kelompok menjadi dukungan sosial bagi para anggota kelompok, dan membangun harapan masa depan yang realistis. Perawat dapat melatih bagaimana klien dapat memulai komunikasi antar suami-istri, saling curhat antar kakak-beradik dalam extended family.

3.5.2.2 Kelompok remaja

Kegiatan yang dapat dilakukan adalah olah raga, musik, tari, bernyanyi, menulis, aktivitas sosial. Dapat pula dilakukan latihan membangun percaya diri dan harga diri. Di dalam kelompok remaja perawat dapat menstimulasi remaja untuk dapat saling curhat tentang sahabat, hobby/kegemaran, pengalaman sekolah.

3.5.2.3 Kelompok anak

Kegiatan yang dapat dilakukan dengan anak-anak adalah bermain, menggambar, bernyanyi, menari, musik, bercerita dan olah raga. Dapat pula memutar film kartun atau film anak-anak. Pada kelompok ini anak-anak diberikan stimulasi untuk dapat mengungkapkan perasaannya melalui menggambar, bermain, dan bercerita.

3.5.2.4 Kelompok lansia

Kegiatan yang dapat dilakukan adalah bercakap-cakap tentang perasaan, berikan informasi tentang kegiatan yang dilakukan di pengungsian, berbagi pengalaman masa lalu yang sukses, lakukan pendampingan untuk masalah dan kebutuhan lansia. Lansia merupakan kelompok yang butuh perhatian dan rentan. Lansia harus di stimulasi dengan mengenang semua keberhasilan dan pengalaman hidup yang sudah berhasil dilalui, mereka diberikan kesempatan bercerita tentang pengalaman masa lalu yang menyenangkan.

3.5.3 KELUARGA DAN INDIVIDU

Pada saat kegiatan kelompok kecil dapat diidentifikasi anggota kelompok yang mempunyai kebutuhan khusus misalnya yang kehilangan anggota keluarga, rumah, harta benda, cedera, gangguan jiwa. Lakukan perawatan sesuai dengan masalah yang dialami secara profesional yaitu oleh perawat jiwa atau dokter jiwa. Diagnosa keperawatan yang dapat diidentifikasi adalah Ansietas, PTSD, Harga diri rendah (situasional/kronik), Keputusan, Ketidakberdayaan, Gangguan citra tubuh, Risiko perilaku kekerasan, Gangguan sensori persepsi: halusinasi, Isolasi sosial, Risiko bunuh diri, Defisit perawatan diri. Pertimbangkan rujukan yang diperlukan ke puskesmas, dan rumah sakit. Namun, dalam buku edisi ini akan dipaparkan asuhan keperawatan **ansietas, gangguan citra tubuh, dan ketidakberdayaan**.

1. Asuhan Keperawatan Ansietas

Ansietas adalah perasaan was-was, kuatir, atau tidak nyaman seakan-akan terjadi sesuatu yang dirasakan sebagai ancaman. Ansietas atau Kecemasan adalah respons emosi tanpa objek yang spesifik yang secara subjektif dialami dan dikomunikasikan secara interpersonal. Kecemasan adalah kebingungan atau kekhawatiran pada sesuatu yang terjadi dengan penyebab tidak jelas dan dihubungkan dengan perasaan tidak menentu dan tidak berdaya.

Ansietas dapat disebabkan oleh: adanya perasaan takut tidak diterima dalam satu lingkungan tertentu, adanya pengalaman traumatis seperti trauma akan perpisahan, kehilangan atau bencana, adanya rasa frustrasi akibat kegagalan dalam mencapai tujuan, adanya ancaman terhadap integritas diri, meliputi ketidakmampuan fisiologis atau gangguan terhadap kebutuhan dasar, adanya ancaman terhadap konsep diri: identitas diri, harga diri, dan perubahan peran (Modul IC-CMHN, 2006). Adapun tanda gejala ansietas adalah:

A. Respons fisik:

- | | |
|-----------------------|-------------------------------|
| - Sering napas pendek | - Nadi dan tekanan darah naik |
| - Mulut kering | - Anoreksia |
| - Diare/konstipasi | - Gelisah |

- Berkeringat
- Tremor
- Sakit kepala
- Sulit tidur

B. Respons kognitif:

- Lapang persepsi menyempit
- Tidak mampu menerima informasi dari luar
- Berfokus pada apa yang menjadi perhatiannya

C. Respons perilaku dan emosi:

- Gerakan meremas tangan
- Bicara berlebihan dan cepat
- Perasaan tidak aman dan menangis

D. Tujuan Tindakan:

- a. Pasien mampu mengenal ansietas
- b. Pasien mampu mengatasi ansietas melalui tehnik relaksasi
- c. Pasien mampu memperagakan dan menggunakan tehnik relaksasi untuk mengatasi ansietas

E. Tindakan keperawatan:

- 1) Bina hubungan saling percaya
- a) Mengucapkan salam terapeutik, memperkenalkan diri, panggil pasien sesuai nama panggilan yang disukai
- b) Menjelaskan tujuan interaksi: melatih pengendalian ansietas agar proses penyembuhan lebih cepat
- 2) Membuat kontrak (*inform consent*) dua kali pertemuan latihan pengendalian ansietas
- 3) Bantu pasien mengenal ansietas:
 - a) Bantu pasien untuk mengidentifikasi dan menguraikan perasaannya.
 - b) Bantu pasien mengenal penyebab ansietas
 - c) Bantu klien menyadari perilaku akibat ansietas
- 4) Latih tehnik relaksasi: Tarik napas dalam
- 5) Latihan Distraksi: Mengisi berbagai kegiatan yang disukai
- 6) Teknik berfokus pada 5 jari
- 7) Melakukan kegiatan spiritual

F. Tindakan keperawatan pada Keluarga dengan anggota keluarga ansietas

- 1) Keluarga mampu mengenal masalah ansietas pada anggota keluarganya
- 2) Keluarga mampu mengambil keputusan dalam merawat anggota keluarga yang mengalami ansietas
- 3) Keluarga mampu menciptakan suasana yang mendukung anggota keluarga yang mengalami ansietas
- 4) Keluarga mampu menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan yang tersedia

2. Asuhan Keperawatan Gangguan Citra Tubuh

Citra tubuh merupakan komponen dari konsep diri yang dipengaruhi oleh pertumbuhan kognitif dan perkembangan fisik. Citra tubuh adalah kumpulan dari sikap individu yang disadari dan tidak disadari terhadap tubuhnya, termasuk persepsi masa lalu dan sekarang, serta perasaan tentang ukuran, fungsi, penampilan dan potensi. Gangguan citra tubuh adalah perasaan tidak puas terhadap perubahan bentuk, struktur dan fungsi tubuh karena tidak sesuai dengan yang diinginkan. Tanda dan gejala yang dapat diobservasi pada gangguan citra tubuh adalah:

- Hilangnya bagian tubuh
- Perubahan anggota tubuh baik bentuk maupun fungsi
- Menyembunyikan atau memamerkan bagian tubuh yang terganggu
- Menolak melihat bagian tubuh
- Menolak menyentuh bagian tubuh
- Aktivitas sosial menurun

Sedangkan data yang bisa didapatkan saat wawancara adalah pasien :

- Menolak perubahan anggota tubuh saat ini, misalnya tidak puas dengan hasil operasi
- Mengatakan hal negatif tentang anggota tubuhnya yang tidak berfungsi.
- Mengungkapkan perasaan tidak berdaya, tidak berharga, keputusasaan.
- Menolak berinteraksi dengan orang lain.

- Mengungkapkan keinginan yang terlalu tinggi terhadap bagian tubuh yang terganggu.
- Sering mengulang-ulang mengatakan kehilangan yang terjadi.
- Merasa asing terhadap bagian tubuh yang hilang.

a. Tujuan Tindakan Keperawatan Pada Pasien

- Pasien dapat mengidentifikasi citra tubuhnya
- Pasien dapat mengidentifikasi potensi (aspek positif) dirinya
- Pasien dapat mengetahui cara-cara untuk meningkatkan citra tubuh
- Pasien dapat melakukan cara-cara untuk meningkatkan citra tubuh
- Pasien dapat berinteraksi dengan orang lain tanpa terganggu

b. Tindakan Keperawatan Pada Pasien

- 1) Diskusikan persepsi pasien tentang fungsi, bentuk dan struktur tubuh yang masih sehat dan yang terganggu.
- 2) Bantu pasien menggunakan anggota tubuh yang masih sehat.
- 3) Bantu pasien untuk meningkatkan fungsi bagian tubuh yang terganggu.
 - a) Motivasi pasien untuk melihat bagian yang hilang secara bertahap.
 - b) Bantu pasien menyentuh bagian tersebut.
 - c) Motivasi pasien untuk melakukan aktifitas yang mengarah pada pembentukan tubuh yang ideal
- 4) Lakukan interaksi secara bertahap dengan cara :
 - a) Susun jadwal kegiatan sehari-hari
 - b) Dorong melakukan aktifitas sehari-hari dan terlibat dalam aktifitas dalam keluarga dan sosial
 - c) Dorong untuk mengunjungi teman atau orang lain yang berarti/mempunyai peran penting baginya.
 - d) Beri pujian terhadap keberhasilan pasien melakukan interaksi

b. Tindakan keperawatan untuk keluarga dengan anggota keluarga gangguan citra tubuh:

- 1) Keluarga mampu mengenal masalah gangguan citra tubuh pada anggota keluarganya
- 2) Keluarga mampu mengambil keputusan dalam merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan citra tubuh
- 3) Keluarga mampu menciptakan suasana yang mendukung anggota keluarga yang mengalami gangguan citra tubuh
- 4) Keluarga mampu menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan yang tersedia

3. Asuhan Keperawatan Ketidakberdayaan

Ketidakberdayaan adalah persepsi yang menggambarkan perilaku seseorang yang tidak akan berpengaruh secara signifikan terhadap hasil; suatu keadaan di mana individu kurang dapat mengendalikan kondisi tertentu atau kegiatan yang baru dirasakan. Ketidakberdayaan disebabkan oleh kurangnya pengetahuan, ketidakadekuatan coping sebelumnya (seperti: depresi), serta kurangnya kesempatan untuk membuat keputusan (Carpenito, 2009). Faktor terkait ketidakberdayaan menurut Townsend (2008) yaitu:

- a. Kesehatan lingkungan : hilangnya privasi, milik pribadi dan kontrol terhadap terapi
- b. Hubungan interpersonal : penyalahgunaan kekuasaan, hubungan yang kasar
- c. Penyakit yang berhubungan dengan rejimen : penyakit kronis atau yang melemahkan kondisi.
- d. Gaya hidup ketidakberdayaan : mengulangi kegagalan dan ketergantungan

a. Tujuan tindakan keperawatan pada pasien:

1. Membina hubungan saling percaya
2. Mengenali dan mengekspresikan emosinya
3. Memodifikasi pola kognitif yang negatif
4. Berpartisipasi dalam pengambilan keputusan yang berkenan dengan perawatannya sendiri
5. Termotivasi untuk aktif mencapai tujuan yang realistis

b. Tindakan keperawatan pada pasien:

1. Lakukan pendekatan yang hangat, bersifat empati, tunjukkan respons emosional dan menerima pasien apa adanya.
2. Mawas diri dan cepat mengendalikan perasaan dan reaksi diri perawat sendiri (mis; rasa marah, frustrasi, dan simpati).
3. Sediakan waktu untuk berdiskusi dan bina hubungan yang sifatnya suportif, beri waktu klien untuk berespons.
4. Gunakan tehnik komunikasi terapeutik terbuka, eksplorasi dan klarifikasi.
5. Bantu klien untuk mengidentifikasi kemampuan yang dimiliki.
6. Bantu klien untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat menghambat untuk melaksanakan kemampuan yang dimiliki.
7. Melatih kemampuan yang masih dimiliki dan berikan pujian untuk keberhasilannya.
8. Bantu pasien untuk meningkatkan pemikiran yang positif terhadap pencapaian kemampuan.
9. Dorong kemandirian, tetapi bantu klien jika tidak melakukan. Libatkan klien dalam pembuatan keputusan tentang rutinitas keperawatan. Jelaskan alasan setiap perubahan perencanaan perawatan kepada klien

c. Tindakan keperawatan untuk keluarga dengan anggota keluarga ketidakberdayaan:

1. Keluarga mampu mengenal masalah ketidakberdayaan pada anggota keluarganya
2. Keluarga mampu mengambil keputusan dalam merawat anggota keluarga yang mengalami ketidakberdayaan
3. Keluarga mampu menciptakan suasana yang mendukung anggota keluarga yang mengalami ketidakberdayaan
4. Keluarga mampu menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan yang tersedia

REFERENSI

- Australian emergency management Institute and Australian society for traumatic distress studies. (2004). Psychological Service in disaster.
- Black, S., Pulford, J., Christie, G., & Wheeler, A. (2010). Differences in New Zealand School Student's reported Strength and Difficulties. *New Zealand Journal of Psychology*, 39(9).
- Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., Cann, A., & McMillan, J. (2000). A correlational test of the relationship between post traumatic growth, religion, and cognitive processing. *Journal of Traumatic Stress*, 13(3), 521-527. doi:10.1023/A:1007745627077
- DEPKES RI (2005). Panduan bagi relawan untuk pemulihan kondisi korban selamat dan masalah kesehatan mental yang biasa muncul pasca bencana. Jakarta
- DEPKES RI (2005). Panduan bagi petugas dan relawan kesehatan mental. Jakarta
- DEPKES RI (2005). Panduan untuk melakukan penyuluhan, bimbingan kelompok dan konseling. Jakarta
- Erwina, I., Keliat, B.A, Nasution, Y., Helena, N.C.D. (2010). Pengaruh *cognitive behavior therapy* terhadap post traumatic stress disorder pada penduduk pasca gempa di Padang Sumatera Barat. Jakarta: Tesis
- Evans, L., & Oehler-Stinnett, J. (2006). Children and natural disasters: A primer for school psychologists. *School Psychology International*, 27(1), 33-55.
- Goodman R, Ford T, Simmons H, Gatward H, Meltzer H. (2000). Using The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorder in community sample. *BJPsych*; 177:524-9.
- Herrman Helen. (2012). Promoting Mental Health and Resilience after a Disaster. *Journal of Experimental and Clinical Medicine*; 4(2):82-87
- Keliat, B.A, Helena, N.C.D., Nurhaeni, H., Akemat. (2010). Keperawatan kesehatan jiwa komunitas: Basic course. Jakarta: EGC
- Keliat, B.A, Pasaribu, Jesika. (2016). Prinsip dan Praktik: Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart. Edisi bahasa Indonesia. Elsevier

- Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak – KPPPA. (2017). Panduan Teknis Perlindungan Hak Perempuan dan Anak dari Kekerasan Berbasis Gender pada Situasi Bencana. Jakarta.
- King N David. (2006). The Psychological Impact of Natural Disasters on Children. The national children's advocacy center.
- Lindstrom, C. M., Cann, A., Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2013). The relationship of core belief challenge, rumination, disclosure, and sociocultural elements to posttraumatic growth. *Psychological Trauma*, 5(1), 50-55. doi:10.1037/a002220
- Sciraldi, G.R. (2009). *The post traumatic stress disorder: Sourcebook. (second edition)*. New York: Mc Graw Hill
- Stuart, G.W. (2009). *Principles and practice: Psychiatric nursing. (9th edition)*. St. Louis: Mosby Elsevier
- Undang-undang No. 24 Tahun 2007 Tentang Penanggulangan Bencana Alam



LAMPIRAN 1

Format SDQ untuk anak 4-10 tahun



Kuesloner Kekuatan dan Kesulitan Pada Anak 4 – 10 Tahun

Untuk setiap pernyataan, beri tanda (✓) pada kotak Tidak Benar, Agak Benar atau Benar. Akan sangat membantu kami apabila kamu mau menjawab semua pernyataan sebaik mungkin meskipun kamu tidak yakin benar. Berikan jawabanmu menurut bagaimana segala sesuatu telah terjadi pada dirimu selama enam bulan terakhir.

Nama Anak : _____ Jenis Kelamin : Laki-laki / Perempuan ^{*) (Cocok tidak perlu)}
 Tanggal Lahir : _____ Nama Sekolah : _____
 Nama Ibu : _____ Alamat Rumah : _____

No.	Pertanyaan	Kode	Tidak benar	Skor Agak benar	Benar	Skor anak
1.	Dapat memperdulikan perasaan orang lain	Pr-1				
2.	Gelisah, terlalu aktif, tidak dapat diam untuk waktu lama	H-1				
3.	Sering mengeluh sakit kepala, sakit perut atau sakit-sakit lainnya	E-1				
4.	Kalau mempunyai mainan, kesenangan, atau pensil, anak bersedia berbagi dengan anak-anak lain	Pr-2				
5.	Sering sulit mengendalikan kemarahan	C-1				
6.	Cenderung menyendiri, lebih suka bermain seorang diri	P-1				
7.	Umumnya bertingkah laku baik, biasanya melakukan apa yang disuruh oleh orang dewasa	C-2*				
8.	Banyak kekhawatiran atau sering tampak khawatir	E-2				
9.	Suka menolong jika seseorang terluka, kecewa atau merasa sakit	Pr-3				
10.	Terus menerus bergerak dengan resah atau menggeliat-geliat	H-2				
11.	Mempunyai satu atau lebih teman baik	P-2*				
12.	Sering berkelahi dengan anak-anak lain atau mengintimidasi mereka	C-3				
13.	Sering merasa tidak bahagia, sedih atau menangis	E-3				
14.	Pada umumnya disukai oleh anak-anak lain	P-3*				
15.	Mudah teralih perhatiannya, tidak dapat berkonsentrasi	H-3				
16.	Gugup atau sulit berpisah dengan orang tua/pengasuhnya pada situasi baru, mudah kehilangan rasa percaya diri	E-4				
17.	Bersikap baik terhadap anak-anak yang lebih muda	Pr-4				
18.	Sering berbohong atau berbuat curang	C-4				
19.	Diganggu, di permalahkan, di intimidasi atau diancam oleh anak-anak lain	P-4				
20.	Sering menawarkan diri untuk membantu orang lain (orang tua, guru, anak-anak lain)	Pr-5				
21.	Sebelum melakukan sesuatu ia berpikir dahulu tentang akibatnya	H-4*				
22.	Mencuri dari rumah, sekolah atau tempat lain	C-5				
23.	Lebih mudah berteman dengan orang dewasa daripada dengan anak-anak lain	P-5				
24.	Banyak yang ditakuti, mudah menjadi takut	E-5				
25.	Memiliki perhatian yang baik terhadap apapun, mampu menyelesaikan tugas atau pekerjaan rumah sampai selesai	H-5*				

Diisi oleh _____ Orang tua/Guru/Orang Lain ^{*) (Cocok tidak perlu)}

Tanda Tangan _____ Tanggal Hari Ini _____

Catatan: **E** = Emotional; **C** = Conduct problems; **H** = Hyperactivity;

P=Peer problems; **Pr** = Prosocial

$$E = E1 + E2 + E3 + E4 + E5 =$$

$$C = C1 + C2 + C3 + C4 + C5 =$$

$$H = H1 + H2 + H3 + H4 + H5 =$$

$$P = P1 + P2 + P3 + P4 + P5 =$$

$$Pr = Pr 1 + Pr 2 + Pr 3 + Pr 4 + Pr 5 =$$

$$\text{Skor total} = E + C + H + P =$$

INTERPRETASI SKOR KEKUATAN DAN KESULITAN (SDQ) PADA ANAK

Pengisian	Kategorisasi		
	Normal	Borderline	Abnormal
<u>Orangtua</u>			
Skor total kesulitan	0-13	14-16	17-40
Skor masalah emosional	0-3	4	5-10
Skor masalah tingkah laku	0-2	3	4-10
Skor hiperaktifitas	0-5	6	7-10
Skor masalah temansebaya	0-2	3	4-10
Skor prososial	6-10	5	0-4
<u>Guru</u>			
Skor total kesulitan	0-11	12-15	16-40
Skor masalah emosional	0-4	5	6-10
Skor masalah tingkah laku	0-2	3	4-10
Skor hiperaktifitas	0-5	6	7-10
Skor masalah temansebaya	0-3	4	5-10
Skor prososial	6-10	5	0-4
<u>Diri sendiri</u>			
Skor total kesulitan	0-15	16-19	20-40
Skor masalah emosional	0-5	6	7-10
Skor masalah tingkah laku	0-3	4	5-10
Skor hiperaktifitas	0-5	6	7-10
Skor masalah temansebaya	0-3	4-5	6-10
Skor prososial	6-10	5	0-4

LAMPIRAN 2

Format SDQ untuk Remaja 11-17 tahun



Kuesioner Kekuatan dan Kesulitan Pada Anak 11 – 17 Tahun

Untuk setiap pernyataan, beri tanda (√) pada kotak Tidak Benar, Agak Benar atau Benar. Akan sangat membantu kami apabila kamu mau menjawab semua pernyataan sebaik mungkin meskipun kamu tidak yakin benar. Berikan jawabanmu menurut mu bagaimana segala sesuatu telah terjadi pada dirimu selama enam bulan terakhir.

Nama : _____ Jenis Kelamin : Laki-laki / Perempuan ^{*(Cisot Tidak Perlu)}
 Tanggal Lahir : _____ Nama Sekolah : _____
 Alamat Rumah : _____

No.	Pertanyaan	Kode	Tidak benar	Skor Agak benar	Benar	Skor anak
1.	Saya berusaha bersikap baik kepada orang lain. Saya peduli dengan perasaan mereka	Pr-1				
2.	Saya gelisah, saya tidak dapat diam untuk waktu lama	H-1				
3.	Saya sering sakit kepala, sakit perut atau macam-macam sakit lainnya	E-1				
4.	Kalau saya memiliki mainan, CD, atau makanan, saya biasanya berbagi dengan orang lain	Pr-2				
5.	Saya menjadi sangat marah dan sering tidak dapat mengendalikan kemarahan saya	C-1				
6.	Saya lebih suka sendirian daripada bersama dengan orang-orang yang seumur saya	P-1				
7.	Saya biasanya melakukan apa yang diperintahkan oleh orang lain	C-2*				
8.	Saya banyak merasa cemas atau khawatir terhadap apa pun	E-2				
9.	Saya selalu siap menolong jika ada orang yang terluka, kecewa, atau merasa sakit	Pr-3				
10.	Bila sedang gelisah atau cemas, badan saya sering bergerak-gerak tanpa saya sadari	H-2				
11.	Saya mempunyai satu orang teman baik atau lebih	P-2*				
12.	Saya sering bertengkar dengan orang lain. Saya dapat memaksa orang lain melakukan apa yang saya inginkan	C-3				
13.	Saya sering merasa tidak bahagia, sedih atau menangis	E-3				
14.	Orang lain seumur saya pada umumnya menyukai saya	P-3*				
15.	Perhatian saya mudah teralihkan, saya sulit memusatkan perhatian pada apa pun	H-3				
16.	Saya merasa gugup dalam situasi baru, saya mudah kehilangan rasa percaya diri	E-4				
17.	Saya bersikap baik terhadap anak-anak yang lebih muda dari saya	Pr-4				
18.	Saya sering dituduh berbohong atau berbuat curang	C-4				
19.	Saya sering diganggu atau dipermainkan oleh anak-anak atau remaja lainnya	P-4				
20.	Saya sering menawarkan diri untuk membantu orang lain (orang tua, guru, anak-anak)	Pr-5				
21.	Sebelum melakukan sesuatu saya berpikir dahulu tentang akibatnya	H-4*				
22.	Saya mengambil barang yang bukan milik saya dari rumah, sekolah atau dari mana saja	C-5				
23.	Saya lebih mudah berteman dengan orang dewasa daripada dengan orang-orang yang seumur saya	P-5				
24.	Banyak yang saya takut, saya mudah menjadi takut	E-5				
25.	Saya menyelesaikan pekerjaan yang sedang saya lakukan. Saya mempunyai perhatian yang baik terhadap apa pun.	H-5*				

Tanda Tangan _____ Tanggal Hari Ini _____

Catatan: **E** = Emotional; **C** = Conduct problems; **H** = Hyperactivity;

P=Peer problems; **Pr** = Prosocial

$$E = E1 + E2 + E3 + E4 + E5 =$$

$$C = C1 + C2 + C3 + C4 + C5 =$$

$$H = H1 + H2 + H3 + H4 + H5 =$$

$$P = P1 + P2 + P3 + P4 + P5 =$$

$$Pr = Pr 1 + Pr 2 + Pr 3 + Pr 4 + Pr 5 =$$

$$\text{Skor total} = E + C + H + P =$$

INTERPRETASI SKOR KEKUATAN DAN KESULITAN (SDQ) PADA ANAK

Pengisian	Kategorisasi		
	Normal	Borderline	Abnormal
<u>Orangtua</u>			
Skor total kesulitan	0-13	14-16	17-40
Skor masalah emosional	0-3	4	5-10
Skor masalah tingkah laku	0-2	3	4-10
Skor hiperaktifitas	0-5	6	7-10
Skor masalah temansebaya	0-2	3	4-10
Skor prososial	6-10	5	0-4
<u>Guru</u>			
Skor total kesulitan	0-11	12-15	16-40
Skor masalah emosional	0-4	5	6-10
Skor masalah tingkah laku	0-2	3	4-10
Skor hiperaktifitas	0-5	6	7-10
Skor masalah temansebaya	0-3	4	5-10
Skor prososial	6-10	5	0-4
<u>Diri sendiri</u>			
Skor total kesulitan	0-15	16-19	20-40
Skor masalah emosional	0-5	6	7-10
Skor masalah tingkah laku	0-3	4	5-10
Skor hiperaktifitas	0-5	6	7-10
Skor masalah temansebaya	0-3	4-5	6-10
Skor prososial	6-10	5	0-4

LAMPIRAN 3

Format SRQ untk dewasa



Self-Reporting Questionnaire

Nama : _____

Tanggal: _____

Umur : _____

Telepon: _____

Alamat: _____

HP : _____

Diagnosa : _____

Petunjuk: Bacalah petunjuk ini seluruhnya sebelum mulai mengisi. Pertanyaan berikut berhubungan dengan masalah yang mungkin mengganggu Anda **selama 30 hari terakhir**. Apabila Anda menganggap pertanyaan itu berlaku bagi Anda dan Anda mengalami masalah yang disebutkan dalam 30 hari terakhir, berilah tanda pada kolom **Y**. Sebaliknya, Apabila Anda menganggap pertanyaan itu tidak berlaku bagi Anda dan Anda tidak mengalami masalah yang disebutkan dalam 30 hari terakhir, berilah tanda pada kolom **T**. Jika Anda tidak yakin tentang jawabannya, berilah jawaban yang paling sesuai di antara Y dan T. Kami tegaskan bahwa, jawaban Anda bersifat rahasia, dan akan digunakan hanya untuk membantu pemecahan masalah Anda.

NO.	PERTANYAAN	Y	T
1.	Apakah Anda sering menderita sakit kepala?		
2.	Apakah Anda kehilangan nafsu makan?		
3.	Apakah tidur Anda tidak lelap?		
4.	Apakah Anda mudah menjadi takut?		
5.	Apakah Anda merasa cemas, tegang dan khawatir?		
6.	Apakah tangan Anda gemetar?		
7.	Apakah Anda mengalami gangguan pencernaan?		
8.	Apakah Anda merasa sulit berpikir jernih?		
9.	Apakah Anda merasa tidak bahagia?		
10.	Apakah Anda lebih sering menangis?		
11.	Apakah Anda merasa sulit untuk menikmati aktivitas sehari-hari?		
12.	Apakah Anda mengalami kesulitan untuk mengambil keputusan?		

13	Apakah aktivitas/tugas sehari-hari Anda terbengkalai?		
14	Apakah Anda merasa tidak mampu berperan dalam kehidupan ini?		
15	Apakah Anda kehilangan minat terhadap banyak hal?		
16	Apakah Anda merasa tidak berharga?		
17	Apakah Anda mempunyai pikiran untuk mengakhiri hidup Anda?		
18	Apakah Anda merasa lelah sepanjang waktu?		
19	Apakah Anda merasa tidak enak di perut?		
20	Apakah Anda mudah lelah?		
21	Apakah Anda minum alkohol lebih banyak dari biasanya atau Apakah Anda menggunakan narkoba?		
22	Apakah Anda yakin bahwa seseorang mencoba mencelakai Anda dengan cara tertentu?		
23	Apakah ada yang mengganggu atau hal yang tidak biasa dalam pikiran Anda?		
24	Apakah Anda pernah mendengar suara tanpa tahu sumbernya atau yang orang lain tidak dapat mendengar?		
25	Apakah Anda mengalami mimpi yang mengganggu tentang suatu bencana/musibah atau adakah saat-saat Anda seolah mengalami kembali kejadian bencana itu?		
26	Apakah Anda menghindari kegiatan, tempat, orang atau pikiran yang mengingatkan Anda akan bencana tersebut?		
27	Apakah minat Anda terhadap teman dan kegiatan yang biasa Anda lakukan berkurang?		
28	Apakah Anda merasa sangat terganggu jika berada dalam situasi yang mengingatkan Anda akan bencana atau jika Anda berpikir tentang bencana itu?		
29	Apakah Anda kesulitan memahami atau mengekspresikan perasaan Anda?		

Interpretasi:

- a. tidak terdapat nilai cut off yang universal yang dapat digunakan
- b. dalam kebanyakan situasi **5 sampai 7 jawaban YA** pada **no 1-20 (gejala neurosis)** mengindikasikan adanya masalah psikologis
- c. No. 21 mengindikasikan adanya penggunaan zat psikoaktif
- d. Satu jawaban **YA** dari no. **22-24 (gejala psikotik)** mengindikasikan adanya masalah serius dan perlu penanganan lebih lanjut
- e. Satu jawaban **YA** dari no. **25-29** mengindikasikan adanya gejala-gejala **PTSD** (Post Traumatic Stres Disorder)



HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE QUESTIONAIRE

1. Bagaimana anda menilai keadaan kesehatan Anda saat ini?
 - a. sempurna
 - b. sangat baik
 - c. baik
 - d. cukup
 - e. buruk
 - f. tidak tahu
2. Dalam 30 hari terakhir, kira-kira berapa hari Anda mengalami gangguan kesehatan fisik (penyakit fisik dan kecelakaan)? _____ hari
3. Dalam 30 hari terakhir, kira-kira berapa hari Anda mengalami masalah dengan mental, emosi, atau perasaan Anda (stres, depresi, dll)? _____ hari
4. Dalam 30 hari terakhir, kira-kira berapa hari masalah/gangguan fisik atau mental yang Anda alami mengganggu kegiatan Anda sehari-hari? _____ hari
5. Apakah saat ini anda mengalami keterbatasan dalam beraktivitas akibat adanya gangguan/masalah kesehatan? A. Ya B. Tidak
6. Pilihlah salah satu masalah/penyakit di bawah ini yang telah menyebabkan keterbatasan Anda dalam beraktivitas:
 - a. artritis
 - b. gangguan punggung atau leher
 - c. patah tulang atau nyeri sendi
 - d. gangguan berjalan
 - e. masalah paru/pernafasan
 - f. gangguan pendengaran
 - g. gangguan mata/penglihatan
 - h. gtangguan jantung
 - i. stroke
 - j. hipertensi/tekanan darah tinggi
 - k. kencing manis
 - l. kanker
 - m. depresi/kecemasan/gangguan emosi

- n. gangguan lain, sebutkan_____
7. Sudah berapa lamakah keterbatasan aktivitas yang disebabkan oleh gangguan kesehatan tersebut Anda alami?_____hari/minggu/bulan/tahun
8. Apakah gangguan kesehatan yang Anda alami menyebabkan Anda memerlukan bantuan dalam perawatan diri sehari-hari (mandi, berpakaian, makan, toilet, dll)?
A. Ya B. Tidak
9. Apakah gangguan kesehatan yang Anda alami menyebabkan Anda memerlukan bantuan dalam kegiatan rutin Anda (tugas rumah sehari-hari, berbelanja, bepergian, dll)?
A. Ya B. Tidak
10. Dalam 30 hari terakhir, berapa lamakah Anda pernah mengalami gangguan dalam kegiatan sehari-hari akibat adanya rasa nyeri?_____hari
11. Dalam 30 hari terakhir, berapa lamakah Anda pernah merasakan sedih/tidak bersemangat/depresi?_____hari
12. Dalam 30 hari terakhir, berapa lamakah Anda pernah merasakan khawatir/tegang/cemas?_____hari
13. Dalam 30 hari terakhir, berapa lamakah Anda pernah merasa tidak cukup istirahat/kurang tidur?_____hari
14. Dalam 30 hari terakhir, berapa lamakah Anda pernah merasa sangat sehat dan penuh semangat?_____hari

INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING (IADL)

Lingkari nilai yang sesuai dengan kemampuan Anda

No	Fungsi	Nilai	Keterangan
1.	Menggunakan Telepon	0	Tidak mampu (termasuk yang tidak/memiliki telepon)
		1	Sebagian dibantu (mampu menjawab telepon, tetapi tidak dapat mengoperasikannya)
		2	Mampu mengoperasikan telepon
2.	Berbelanja	0	Tidak mampu
		1	Mampu belanja sendiri untuk keperluan terbatas (3 buah/kurang, selebihnya perlu bantuan orang lain)
		2	Mandiri
3.	Menyiapkan Makanan	0	Tidak mampu
		1	Mampu menyiapkan makanan bila telah disediakan bahan-bahannya atau menghangatkan makanan yang telah dimasak
		2	Mandiri
4.	Mengurus Rumah	0	Tidak mampu
		1	Mampu mengerjakan tugas harian yang ringan, dengan hasil kurang rapi atau tidak bersih
		2	Mandiri
5.	Mencuci Pakaian	0	Tidak mampu
		1	Mampu mencuci/menyetrika jenis pakaian yang ringan, lainnya perlu bantuan orang lain
		2	Mandiri termasuk yang menggunakan mesin cuci)
6.	Mengadakan Transportasi	0	Tidak mampu bepergian dengan saran transportasi apapun
		1	Bepergian dengan transportasi umum/taksi atau mobil pribadi, bila dibantu/ditemani orang lain
		2	Mandiri
7.	Tanggungjawab	0	Butuh pertolongan orang lain untuk mengkonsumsi

	Pengobatan		obat-obatan
		1	Mampu bila obat telah dipersiapkan sebelumnya
		2	Mandiri
8.	Mengatur Keuangan	0	Tidak mampu
		1	Mampu mengatur belanja harian, tapi butuh pertolongan dalam urusan bank/pembelian dalam jumlah besar
		2	Mampu mengatur masalah keuangan (anggaran rumah tangga, membayar sewa, kwitansi, urusan bank) atau memantau penghasilan
Total nilai			Kriteria

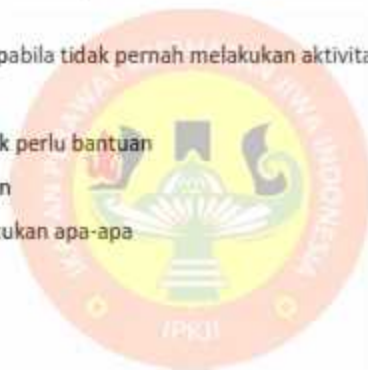
Catatan: Tidak berlaku apabila tidak pernah melakukan aktivitas di atas

Nilai IADL:

9 – 16-- Mandiri/tidak perlu bantuan

1 – 8 -- Perlu bantuan

0--Tidak dapat melakukan apa-apa



LAMPIRAN 4

Format GDS untuk lansia



INSTRUMEN PENGUKURAN
Geriatric Depression Scale (Short Form)

TANGGAL :
NAMA :
TGL LAHIR/UMUR :
PENDIDIKAN :
ALAMAT :
TELP :

Petunjuk Pengisian :

1. Bacalah dengan teliti pertanyaan berikut di bawah ini
2. Isilah jawaban pertanyaan pada tempat yang telah disediakan dengan memberikan tanda satu (1) jika sesuai dengan dengan **Ya/Tdk** yang ditebalkan, tanda nol (0) jika tidak sesuai dengan **Ya/Tdk** yang ditebalkan.

No	Keadaan yang dirasakan selama seminggu terakhir	Nilai Respons	
		Ya/Tidak	Skore
1	Apakah Anda puas dengan kehidupan Anda ?	Ya/Tdk	
2	Apakah Anda tidak lagi melakukan beberapa kegiatan yang biasa dilakukan dan kesenangan Anda ?	Ya/Tdk	
3	Apakah Anda merasa kehidupan Anda hampa ?	Ya/Tdk	
4	Apakah Anda sering merasa bosan ?	Ya/Tdk	
5	Apakah pada sebagian besar waktu Anda masih memiliki semangat yang baik ?	Ya/Tdk	
6	Apakah Anda takut sesuatu yang buruk akan terjadi pada Anda ?	Ya/Tdk	
7	Apakah anda merasa bahagia pada sebagian besar waktu Anda?	Ya/Tdk	
8	Apakah Anda sering merasa tidak berdaya ?	Ya/Tdk	
9	Apakah Anda lebih suka tinggal di rumah, daripada pergi keluar dan mengerjakan sesuatu yang baru ?	Ya/Tdk	

10	Apakah Anda merasa mempunyai banyak masalah dengan daya ingat Anda dibanding orang lain ?	Ya/Tdk	
11	Apakah Anda berpikir hidup sekarang ini menyenangkan?	Ya/Tdk	
12	Apakah Anda merasa tidak cantik / tidak tampan dengan penampilan saat ini?	Ya/Tdk	
13	Apakah Anda merasa kuat dan bertenaga?	Ya/Tdk	
14	Apakah Anda merasa kondisi Anda sekarang tidak ada harapan ?	Ya/Tdk	
15	Apakah Anda berpikir orang lain lebih baik daripada Anda ?	Ya/Tdk	

Skore:

0-5 : Normal

>5 : Kemungkinan Depresi



MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

TANGGAL :
 NAMA :
 TGL LAHIR/UMUR :
 PENDIDIKAN :
 ALAMAT :
 TELP :

Skor Max	Skor Resp	
		Orientasi
5		Sekarang (hari), (tanggal), (bulan), (tahun) berapa dan (musim) apa ?
5		Sekarang kita berada dimana ? (jalan), (nomor rumah), (kota), (kabupaten), (propinsi)
		Registrasi
3		Pewawancara menyebutkan 3 buah nama benda, 1 detik untuk tiap benda. Kemudian mintalah manula mengulang ketiga nama benda tersebut. Berikan 1 angka untuk tiap jawaban yang benar. Bila masih salah, ulanglah penyebutan nama ketiga benda tersebut sampai ia dapat mengulangnya dengan benar. Hitunglah jumlah percobaan dan catatlah (bola, kursi, sepatu). Jumlah percobaan 1 kali.
		Atensi dan Kalkulasi
5		Hitunglah berturut-turut selang 7, mulai dari 100 ke bawah. Berilah 1 angka untuk tiap jawaban yang benar. Berhenti setelah 5 hitungan (93, 86, 79, 72, 65). Kemungkinan lain, ejalah kata "dunia" dari akhir ke awal (a-i-n-u-d). Satu (1) nilai untuk setiap jawaban yang benar.
		Mengingat
3		Tanyalah kembali nama ketiga benda yang telah disebutkan di

		atas. Berilah 1 angka untuk tiap jawaban yang benar.
		Bahasa
9		a. Apakah nama benda-benda ini ? perhatikan pensil dan arloji (2 nilai)
		b. Ulangilah kalimat berikut : "Jika Tidak, dan Atau Tapi" (1 nilai)
		c. Laksanakan 3 buah perintah ini : "Peganglah selembarnya kertas dengan tangan kananmu, lipatlah kertas itu pada pertengahan dan letakkanlah di lantai (3 nilai)
		d. Bacalah dan laksanakan perintah berikut : "PEJAMKAN MATA ANDA" (1 nilai)
		e. Tulislah sebuah kalimat (1 nilai)
		f. Tirulah gambar ini (1 nilai)
Jumlah Nilai		Tandailah tingkat kesadaran manula pada garis aksis di bawah ini dengan huruf "X" : Sadar (X), Somnolen (.), Stupor (-), Koma ()

Lembar lampiran MMSE (bahasa) :

- Baca dan laksanakanlah perintah berikut : "Pejamkan mata anda !"
- Tulislah sebuah kalimat :
- Tirulah gambar berikut ini :



INTERPRETASI

- 26 – 30 : baik
- < 26 : terdapat gangguan pada fungsi kognitif dalam hal

ANJURAN

1. Meneruskan aktivitas
2. Latihan vitalisasi otak :
 - Keselarasan gerak & pernafasan : berbagai gerakan yg melibatkan fungsi otak (visual, imajinasi, auditorik, dan emosi)
 - Melibatkan fungsi dasar otak : fungsi gerak, rasa, menelan, mendengar, sistem pencernaan/pernafasan, peredaran darah, pembuangan
 - Melibatkan fungsi kognisi otak : berpikir, belajar, emosi, berbahasa, perilaku
3. Mencegah dan mengurangi stres
4. Aktivitas mental
 - Pelatihan memori & fungsi kognitif
 - Titian ingatan :
 - a. Jangka pendek : MUKA (minat, upaya, konsentrasi, atensi)
 - b. Jangka lama : LUPA (latihan, ulangan, perhatian, dan asosiasi).



LAMPIRAN 5

Format Rekapitulasi Indikator Keluarga Sehat



PENGKAJIAN
INDIKATOR KELUARGA SEHAT

Nama KK :
RT/RW :
Kelurahan :
Kecamatan :

NO	INDIKATOR	KETERANGAN	
		YA	TIDAK
1	Mengikuti Program Keluarga Berencana		
2	Ibu Bersalin di Fasilitas Kesehatan		
3	Bayi Mendapat Imunisasi Dasar Lengkap		
4	Bayi Mendapat ASI		
5	Balita Mendapat Pantauan Pertumbuhan dan Perkembangan		
6	Anggota Keluarga Tidak Ada Yang Merokok		
7	Keluarga Menjadi Anggota Jaminan Kesehatan Nasional		

8	Keluarga Memiliki Akses Sarana Air Bersih				
9	Keluarga Memiliki Akses Jamban Sehat				
		YA	TIDAK	BEROBAT	BELUM
10	Penderita TBC Paru Mendapat Pengobatan Standar				
11	Penderita Hipertensi Mendapat Pengobatan Teratur				
12	Penderita Gangguan Jiwa Mendapat Pengobatan dan Tidak Terlantar				



LAMPIRAN 6

Format Assement Dukungan Kesehatan Jiwa dan Psikososial



**PETUNJUK BAGI PETUGAS POSKO
DUKUNGAN KESEHATAN JIWA DAN PSIKOSOSIAL (DKJPS) PADA KEDARURATAN/BENCANA**

File yang ada dalam paket koordinasi ini:

Untuk Petugas Posko	Untuk Relawan/Tim Relawan
1. Petunjuk	1. Petunjuk
2. Rekapitulasi	2. Data organisasi dan Personil
3. Pemetaan pengungsi dan bantuan	3. Laporan kegiatan individu
4. Daftar Kegiatan DKJPS	4. Laporan kegiatan komunitas
	5. Daftar Kegiatan DKJPS

Yang perlu dilakukan:

Persiapan:

1. Membaca Petunjuk bagi Petugas Posko DKJPS
2. Memodifikasi File Tim Relawan_1 dengan menambah Petugas Kontak, nomor HP dan email untuk mengirimkan laporan
3. Memperbanyak formulir untuk relawan/tim relawan yang terdiri dari 5 macam dokumen. Catatan: Formulir Laporan Kegiatan Individu dan Laporan Kegiatan Komunitas dapat diperbanyak lebih sesuai kebutuhan.
4. Petugas Posko Keswa Meminta daftar lokasi pengungsi dan jumlahnya ke Posko Kesehatan dan membuat Tabel Pemetaan guna memantau distribusi harian bantuan DKJPS dan merencanakan kegiatan hari berikutnya untuk memberi pengarahan kepada kelompok-kelompok relawan. (Lihat file Pemetaan Pengungsi dan Bantuan DKJPS)

Pelaksanaan:

1. Setiap individu/organisasi/tim relawan yang datang diminta untuk mengisi formulir Data Organisasi dan Personil untuk mendata siapa melakukan apa, di mana, dan kapan (periode)
2. Setiap organisasi/relawan yang datang diberikan satu paket data dan pelaporan yang terdiri dari 5 dokumen/file seperti daftar di atas dan menjelaskan cara pengisiannya.
3. Petugas mengarahkan relawan ke tempat yang membutuhkan layanan dengan memperhatikan kesinambungan layanan di lokasi tersebut
4. Meminta kelompok relawan setiap hari melaporkan kegiatan pada hari tersebut ke Posko Keswa. Berikan nama, nomor telepon dan email personil kontak.
5. Petugas Posko membuat rekapitulasi harian hasil kegiatan lapangan dari Laporan kelompok relawan serta melaporkannya kepada Posko Kesehatan dan pihak terkait
6. Apabila didapati aktivitas yang tidak sesuai dengan Daftar Kegiatan DKJPS, petugas segera melapor kepada atasan. Hal ini untuk menjaga agar kegiatan DKJPS yang dilakukan adalah yang dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah.

Mataram, 13 Agustus 2018

Albert Maramis

almarams@indo.net.id

almarams@yahoo.co.uk

08158959009

DATA ORGANISASI DAN PERSONIL RELAWAN KEMANUSIAAN
Dukungan Kesehatan Jiwa dan Psikososial

Identitas Organisasi		
	Nama Organisasi	
	Alamat	
	Telepon	
	Email	

Personil				
	Nama	Profesi	HP	Email

Rencana Kegiatan		
	Kegiatan yang direncanakan (Sebutkan semua yang direncanakan. Lihat daftar kegiatan DKJPS)	
	Tanggal mulai:	Tanggal berakhir:
	Lokasi kegiatan yang direncanakan	
	Kelompok sasaran	
	Bantuan yang dibawa	
	Instrumen yang digunakan jika ada	

Yang melaporkan,

(.....)

Dukungan Kesehatan Jiwa dan Psikososial
PEMETAAN LOKASI PENGUNGSI DAN BANTUAN

LOKASI			Tgl.	Tgl.	Tgl.	Tgl.	Tgl.	Tgl.	Tgl.
		Nama titik pengungsian							
	Kecamatan:								
	Puskesmas:								
	Desa:								
	Kecamatan:								
	Puskesmas:								
	Desa:								

Dukungan Kesehatan Jiwa dan Psikososial pada Kedaruratan/Bencana
DATA AKTIVITAS BERFOKUS INDIVIDU

Titik Pengungsian		Nama	
Desa		Organisasi	
Kecamatan		Nomor HP	
Puskesmas		Email	
Kabupaten		Tanggal	

No.	Nama	Umur	Jenis Kelamin	Alamat (Lengkap)	Diagnosis (PPDGJ-III/ICD-10) (Jika tentatif beri tanda *)	Intervensi Farmakologik	Intervensi Non- farmakologik	Identitas Yang Melakukan

Catatan

Dukungan Kesehatan Jiwa dan Psikososial pada Kedaruratan/Bencana
DATA AKTIVITAS BERFOKUS KOMUNITAS

Titik Pengungsian		Nama	
Desa		Organisasi	
Kecamatan		Nomor HP	
Puskesmas		Email	
Kabupaten		Tanggal	

No.	Kegiatan (Lihat daftar jenis kegiatan dan kodenya)	Pelaksana		Penerima Manfaat (Usia berdasarkan ulang tahun terakhir)											
		Jenis SDM	Jumlah	Balita (≤ 5 tahun)		Usia 6 – 12 tahun		Usia 13 – 17 tahun		Usia 18 – 59 tahun		Usia ≥ 60 tahun		Total	
				L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P

Catatan:

Daftar Kegiatan Dukungan Kesehatan Jiwa dan Psikososial dalam Kedaruratan

Kategori	Aktivitas	Berfokus pada individu (mentargetkan individu yang teridentifikasi)	
Berfokus pada komunitas (mentargetkan komunitas atau segmen dari komunitas)		7. Aktivitas psikososial (berfokus individu)	7.1 <i>Psychological first aid (PFA)</i>
1. Diseminasi informasi ke masyarakat umum	1.1 Informasi umum tentang situasi terkini, upaya bantuan atau layanan yang tersedia		7.2 Menghubungkan individu/keluarga yang rentan kepada sumber daya (misalnya, layanan kesehatan, bantuan penghidupan, sumber daya komunitas dsb.) dan menindaklanjuti untuk menyakinkan bahwa dukungan itu disediakan
	1.2 Meningkatkan kesadaran tentang dukungan kesehatan jiwa dan psikososial (misalnya, informasi tentang cara coping yang positif atau tentang ketersediaan dukungan kesehatan jiwa dan psikososial)		7.3 Lainnya (jabarkan di Kolom C di lembar data)
	1.3 Lainnya (jabarkan di Kolom C di lembar data)	8. Intervensi psikologis	8.1 Konseling dasar bagi individu (sebutkan jenisnya di Kolom C di lembar data)
2. Memfasilitasi kondisi untuk mobilisasi masyarakat, pengorganisasian masyarakat, kepemilikan atau kendali komunitas terhadap upaya tanggap bencana secara umum)	2.1 Dukungan terhadap tanggap darurat yang telah dimulai oleh komunitas		8.2 Konseling dasar bagi kelompok/keluarga (sebutkan jenisnya di Kolom C di lembar data)
	2.2 Dukungan terhadap ruang/pertemuan komunitas untuk membicarakan, memecahkan masalah dan merencanakan aksi untuk merespons kedaruratan oleh anggota masyarakat		8.3 Intervensi untuk masalah alkohol/NAPZA (sebutkan jenisnya di Kolom C di lembar data)
	2.3 Lainnya (jabarkan di Kolom C di lembar data)		8.4 Psikoterapi (sebutkan jenisnya di Kolom C di lembar data)
3. Memperkuat dukungan komunitas dan keluarga	3.1 Dukungan terhadap aktivitas dukungan sosial yang dilakukan masyarakat		8.5 Debriefing psikologis (psychological debriefing) bagi individu atau kelompok
	3.2 Memperkuat dukungan pengasuhan/keluarga		8.6 Lainnya (jabarkan di Kolom C di lembar data)
	3.3 Memfasilitasi dukungan komunitas kepada orang-orang yang rentan	9. Manajemen klinis gangguan mental/jiwa oleh pekerja kesehatan non-spesialistik (misalnya, puskesmas, bangsal pasca bedah, dsb.)	9.1 Manajemen non-farmakologis gangguan jiwa oleh tenaga kesehatan non-spesialis (apabila mungkin, sebutkan jenis dukungannya dengan menggunakan kategori 7 dan 8)
	3.4 Aktivitas sosial terstruktur (misalnya, aktivitas kelompok)		9.2 Manajemen farmakologis gangguan jiwa oleh tenaga kesehatan non-spesialis
	3.5 Aktivitas rekreasi/ atau kreatif terstruktur (jangan masukkan aktivitas pada ruang ramah anak yang disebutkan di 4.1)		9.3 Aksi pekerja komunitas untuk mengidentifikasi dan merujuk orang dengan gangguan jiwa dan mem-follow-up mereka untuk menyakinkan ketaatan berobat
	3.6 Aktivitas perkembangan anak dini (Early childhood development/ ECD)		9.4 Lainnya (jabarkan di Kolom C di lembar data)
	3.7 Memfasilitasi kondisi untuk dukungan tradisional atau keagamaan, termasuk praktik penyembuhan di masyarakat	10. Manajemen klinis gangguan jiwa oleh tenaga kesehatan spesialis kesehatan jiwa (misalnya, psikiater, perawat spesialis jiwa, psikolog yang bekerja di Puskesmas/Fasilitas kesehatan	10.1 Manajemen non-farmakologis gangguan jiwa oleh tenaga kesehatan spesialis (apabila mungkin, sebutkan jenis dukungannya dengan menggunakan kategori 7 dan 8)

		umum/Fasilitas kesehatan jiwa)	
	3.8 Lainnya (jabarkan di Kolom C di lembar data)		10.2 Manajemen farmakologis gangguan jiwa oleh tenaga kesehatan spesialis
4. Ruang aman	4.1 Ruang ramah anak (<i>Child-friendly spaces</i>)		10.3 Rawat inap kesehatan jiwa
	4.2 Lainnya (jabarkan di Kolom C di lembar data)		10.4 Lainnya (jabarkan di Kolom C di lembar data)
5. Dukungan psikososial dalam pendidikan	5.1 Dukungan psikososial untuk guru/personel lainnya di sekolah/tempat belajar	Umum	
	5.2 Dukungan psikososial bagi anak dalam kelompok/kelas di sekolah/tempat belajar	11. Aktivitas umum untuk mendukung DK,IPS	11.1 Analisis/asesmen situasi
	5.3 Lainnya (jabarkan di Kolom C di lembar data)		11.2 Monitoring/evaluasi
6. Dukungan, termasuk pertimbangan sosial/psikososial dalam proteksi, layanan kesehatan, nutrisi, bantuan pangan, shelter, perencanaan lokasi, atau air dan sanitasi	6.1 Orientasi bagi atau advokasi kepada pekerja/lembaga kemanusiaan untuk memasukkan pertimbangan sosial/psikososial dalam perencanaan program (sebutkan sektor/bidanganya di Kolom C di lembar data)		11.3 Pelatihan/Orientasi (jelaskan topiknya di Kolom C di lembar data)
	6.2 Lainnya (jabarkan di Kolom C di lembar data)		11.4 Supervisi teknis atau klinis
			11.5 Dukungan psikologis untuk pekerja kemanusiaan (jabarkan di Kolom C di lembar data)
			11.6 Riset/Penelitian
			11.7 Lainnya (jabarkan di Kolom C di lembar data)



REKOMENDASI DIREKTORAT PELAYANAN KESEHATAN JIWA KEMENKES, WHO DAN UNICEF

PADA GEMPA JOGYAKARTA, 2007

YANG BOLEH DAN YANG TIDAK BOLEH DALAM INTERVENSI PSIKOSOSIAL
(DO's AND DON'T's IN PSYCHOSOCIAL INTERVENTION)

YANG BOLEH (DO's)	YANG TIDAK BOLEH (DONT's)
MASALAH PELATIHAN (TRAINING ISSUES)	
Memastikan bahwa petugas memiliki kualifikasi yang sesuai untuk kegiatan yang diadakan. <i>(Ensure that staff are suitably qualified to conduct activities)</i>	
Melatih profesional (psikolog dan psikiater) dalam teknis klinis. <i>(Train professionals (psychologists and psychiatrists) in clinical techniques)</i>	Melatih paraprofesional dalam teknis klinis (seperti EMDR) <i>(Train paraprofessionals in clinical techniques (such as EMDR)</i>
Menyediakan dukungan/supervisi berkelanjutan kepada tenaga yang sudah dilatih <i>(Provide ongoing support/supervision to staff who participate in trainings)</i>	Mengadakan pelatihan tanpa tindak lanjut monitoring/supervisi. <i>(Conduct 1-off trainings)</i>
Mengadakan pelatihan tentang teknik dasar konseling dalam waktu 2 minggu dengan dukungan/supervisi yang teratur. <i>(Conduct training in basic counseling skills for 2 weeks with regular support/supervision)</i>	Mengadakan pelatihan tentang teknik dasar konseling kurang dari 7 hari. <i>(Conduct training in basic counseling skills for less than 7 days).</i>

YANG BOLEH (DO's)	YANG TIDAK BOLEH (DONT's)
Fokuskan pelatihan bagi anggota masyarakat tentang bagaimana menyediakan dukungan psikososial dasar, termasuk sesi tentang bagaimana mengidentifikasi masalah yang berat. <i>(Focus training for community members in how to provide basic psychosocial support. Have small section on how to identify severe problems as part of the training)</i>	Memfokuskan pada melatih orang untuk mengidentifikasi dan merujuk masalah terkait trauma saja. <i>(Focus training on teaching people how to identify and refer trauma related problems)</i>
Melakukan pelatihan singkat tentang dukungan psikososial dasar (psikoedukasi) bagi anggota masyarakat. <i>(Conduct short trainings on basic psychosocial support (psycho education) for members of the community)</i>	Menyebut ini konseling atau penyembuhan trauma atau . . . dsb. <i>(Call this counseling or trauma treatment or... ..)</i>
AKTIVITAS (ACTIVITIES)	
	Mengklaim dapat 'menyembuhkan trauma' dengan aktivitas yang singkat. <i>(Claim to 'heal trauma' with short activities)</i>
Mendukung orang-orang untuk mengambil peran aktif dalam membangun kembali komunitasnya dan kembali kepada aktivitas normal. <i>(Support people to play an active role in rebuilding their community and return to normalcy)</i>	Memperlakukan orang sebagai korban yang memerlukan dukungan dari luar (misalnya memfokuskan hanya pada bicara tanpa dukungan tindakan bersama untuk menangani masalah yang umum). <i>Treat people as victims in need of support from outside (e.g. focus only on talking without supporting joint action to address common problems)</i>
Memasangkan staf dari luar wilayah bencana dengan staf dari daerah bencana. <i>(Pair staff from outside affected area with staff from affected area)</i>	Menggunakan staf dari luar <u>saja</u>. Use <u>only</u> staff from outside affected area
Mendukung proses penyembuhan tradisional yang pantas secara budaya dan religi. <i>(Support indigenous, culturally and religious appropriate healing)</i>	Mendatangkan tenaga teknis dari luar atau asing tanpa mengintegrasikan atau mengkaitkan dengan tradisi penyembuhan setempat. <i>(Import external or foreign techniques without integrating or grounding them in local healing traditions)</i>

YANG BOLEH (DO's)	YANG TIDAK BOLEH (DONT's)
Membawa partisipan melalui proses penyembuhan (masa lampau, kini dan mendatang). <i>(Take participants through a healing process (past, present, future))</i>	Memfokus <u>hanya</u> pada masa lalu (misalnya <i>debriefing</i>). <i>(Focus only on past (e.g. debriefing))</i>
Untuk masyarakat, gunakan istilah yang mudah dimengerti yang menormalkan dan tidak menstigma reaksi seseorang. <i>(For the community, use easily understandable terms that normalize and destigmatise reactions)</i>	Menggunakan istilah teknis atau istilah yang dapat menimbulkan stigma (misalnya trauma, penyakit dsb.) kecuali pada <u>setting</u> klinis. <i>(Use technical terms or terms that can stigmatise (e.g. trauma, illness etc.) except in a clinical setting)</i>
Memfokus pada daya pulih (<i>resilience</i>) dan <i>coping</i> . <i>(Focus on resilience and coping)</i>	Memfokus pada kerentanan, 'trauma' dan penyakit. <i>(Focus on vulnerability, 'trauma' and illness)</i>
Menangani trauma dan juga masalah terkait stress. <i>(Address trauma and stress related problems together)</i>	Hanya memfokus pada masalah terkait trauma dan mengabaikan masalah terkait stress. <i>(Focus only on trauma related problems and ignore stress related problems)</i>
Menyediakan cara yang paling aman bagi orang untuk mengekspresikan peristiwa sulit yang mereka alami (misalnya meminta untuk menggambar, menulis cerita atau berbagi cerita dalam pasangan). Pastikan bahwa jika orang diminta untuk mengekspresikan pengalamannya, hal itu dilakukan sebagai bagian dari proses dukungan yang berkelanjutan dan aman. <i>(Provide the safest way for people to express their difficult events (e.g. asking to draw, write stories and or share in pairs). Ensure that if people are asked to express their experiences it is part of an ongoing, safe and supportive process).</i>	Meminta orang atau anak untuk menceritakan kembali pengalaman yang menyulitkan tanpa dukungan ketrampilan yang sesuai. <i>(Ask people or children to retell their difficult experiences without appropriate skilled support)</i>
Memastikan bahwa hanya orang yang mempunyai <u>relasi yang berkelanjutan</u> dengan anak yang menanyakan pertanyaan yang sensitif. <i>(Ensure that only people with an ongoing relationship with children ask them sensitive questions)</i>	Orang yang tidak begitu dikenal oleh anak menanyakan hal-hal yang sensitif (misalnya tentang pengalaman yang sulit waktu bencana). <i>(People not well known to the child ask sensitive questions (e.g. about difficult experiences during disaster))</i>

YANG BOLEH (DO's)	YANG TIDAK BOLEH (DONT's)
Menguatkan jejaring dukungan. (<i>Strengthen people's support networks</i>)	Menciptakan ketergantungan pada orang yang dibantu atau merusak jejaring dukungan yang dimiliki. (<i>Create dependency among beneficiaries or undermine their existing support network</i>)
Mengintegrasikan pelayanan psikososial dan kesehatan mental dalam pelayanan terintegrasi bagi orang yang menerima (aktivitas kesehatan, pendidikan, sosial, komunitas dsb). (<i>Integrate psychosocial and mental health services within integrated services for beneficiaries (health, education, social, community activities etc.)</i>)	Mendirikan 'trauma center'. (<i>Establish 'trauma centers'</i>)
Mendorong pendekatan terintegrasi dan bertingkat, dengan system rujukan kepada spesialisasi yang lebih tinggi sebagaimana dibutuhkan. (<i>Promote integrated and staged approach, with referral system to higher levels of specialization as required</i>)	Menciptakan pelayanan spesialisik yang berdiri sendiri yang terpisah dari system yang ada. (<i>Create stand-alone specialized services that are disconnected from the existing systems</i>)



Dukungan Kesehatan Jiwa dan Psikososial (*Mental Health and Psychosocial Support*):
Keperawatan Jiwa

ISBN 978-602-1283-51-6

