

TESIS

**PENGARUH PELATIHAN KESEHATAN JIWA *CARING* DAN
SPIRITUALITY (KESWACARRI) TERHADAP KOMITMEN
DAN PERAN KADER KESEHATAN JIWA DI WILAYAH
KERJAPUSKESMAS WIDANG
KABUPATEN TUBAN**



HANIM NUR FAIZAH
NIM. 131614153044

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2018**

**PENGARUH PELATIHAN KESEHATAN JIWA *CARING* DAN
SPIRITUALITY (KESWACARRI) TERHADAP KOMITMEN
DAN PERAN KADER KESEHATAN JIWA DI WILAYAH
KERJAPUSKESMAS WIDANG
KABUPATEN TUBAN**

TESIS

Untuk memperoleh gelar magister keperawatan (M.Kep.)
Dalam Program Studi Magister Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

Oleh :

Nama : Hanim Nur Faizah
NIM. 131614153044

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2018**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan
dengan benar.**

Nama : Hanim Nur Faizah

NIM : 131614153044

Tanda Tangan : The image shows a handwritten signature in black ink over a green 6000 Rupiah stamp. The stamp features the Garuda Pancasila emblem and the text 'METERAI TEMPEL', 'E24DEAFF130660208', '6000', and 'ENAM RIBU RUPIAH'.

Tanggal : 17 Juli 2018

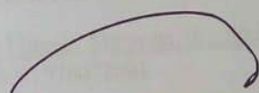
LEMBAR PENGESAHAN PEMBIMBING TESIS

**PENGARUH PELATIHAN KESEHATAN JIWA *CARING* DAN
SPIRITUALITY (KESWACARRI) TERHADAP KOMITMEN
DAN PERAN KADER KESEHATAN JIWA DI WILAYAH
KERJA PUSKESMAS WIDANG
KABUPATEN TUBAN**

Oleh :
Hanim Nur Faizah
NIM. 131614153044

Tesis Ini Telah Disetujui
Pada Tanggal, 17 Juli 2018

Oleh:
Pembimbing Ketua



Dr. Ah. Yusuf, S.Kp., M.Kes.
NIP. 196701012000031002

Pembimbing Kedua



Dr. Sestu Retno DA, S. Kp., M.Kes.
NIP. 196303151984092002

Mengetahui,
Koordinator Program Studi



Dr. Tutin Sukartini, S.Kp., M.Kes.
NIP. 197212172000032001

LEMBAR PENGESAHAN TESIS

PENGARUH PELATIHAN KESEHATAN JIWA *CARING* DAN
SPIRITUALITY (KESWACARRI) TERHADAP KOMITMEN
DAN PERAN KADER KESEHATAN JIWA DI WILAYAH
KERJA PUSKESMAS WIDANG
KABUPATEN TUBAN

Oleh :

Hanim Nur Faizah

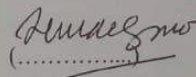
NIM. 131614153044

Telah diuji

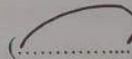
Pada Tanggal, 17 Juli 2018

PANITIA PENGUJI

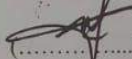
Ketua : 1. Prof. Hendy Muagiri Margono, dr., Sp.KJ (K)
NIP. 194809091976032001


(.....)

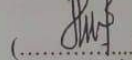
Anggota : 2. Dr. Ah. Yusuf, S.Kp., M.Kes.
NIP. 196701012000031002


(.....)

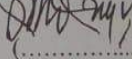
3. Dr. Sestu Retno DA., S.Kp., M.Kes.
NIP. 196303151984092002


(.....)

4. Dr. Hanik Endang Nihayati, S.Kep.,Ns., M.Kep.
NIP. 197606162014092006


(.....)

5. Dr. Mundakir, S.Kep.,Ns., M.Kep.
NIP. 197403232005011002


(.....)



Mengetahui,
Koordinator Program Studi

Dr. Lintim Sukartini, S.Kp., M.Kes
NIP. 197212172000032001

KATA PENGANTAR



Pujidansyukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT, karena berkat rahmat dan bimbingan-Nya peneliti dapat menyelesaikan tesis dengan judul **”Pengaruh Pelatihan Kesehatan Jiwa *Caring* dan *Spirituality* (Keswacarri) terhadap Komitmen dan Peran Kader Kesehatan Jiwa di Wilayah Kerja Puskesmas Widang Kabupaten Tuban”** dengan baik. Bersama ini perkenankanlah peneliti mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada:

1. Prof. Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons), selaku Dekan yang telah menyediakan fasilitas kepada kami untuk mengikuti pendidikan di Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga.
2. Dr. Tintin Sukartini, S.Kp., M.Kes, selaku Koordinator Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberi masukan dalam penyusunan tesis ini.
3. Dr. Ah. Yusuf, S.Kp., M.Kes. dan Dr. Sestu Retno DA, S.Kp., M.Kes. selaku Pembimbing yang telah membimbing dan memberi pengarahan dalam penyusunan tesis ini dengan ikhlas dan sabar.
4. Prof. Hendy Muagiri Margono, dr.Sp.KJ.(K), Dr.Hanik Endang Nihayati, S.Kep.,Ns.,M.Kep. dan Dr.Mundakir, S.Kep.,Ns.,M.Kep. selaku penguji yang telah memberikan berbagai masukan untuk perbaikan tesis ini dengan ikhlas dan sabar.

5. Suami, Ni'amurRohman, kedua orang tua, Bapak Hasyim Ro'isdanibuKasiyatun serta saudara-saudara Mbak Nis, Mbak Yun, Kak Ud, Kak Kharis dan Kak Amin yang telah memberikan do'a serta dukungan baik moril maupun materil sehingga penulis dapat menyelesaikan Program Studi Magister Keperawatan, serta motivasi terbesar Putriku Abidah Nur Rohmah.
6. Bapak Soebagijono, Programmer Kesehatan Jiwa Puskesmas Bantur Malang, yang telah bersedia dengan ikhlas memberikan arahan tentang masalah Kesehatan Jiwa dan Perkeswamas di Puskesmas Bantur, sehingga peneliti menemukan tema yang akan peneliti ambil untuk penelitian.
7. Kesatuan bangsa dan politik (Kesbangpol) dan Dinas Kesehatan Kabupaten Tuban, yang telah memberikan izin dan fasilitas untuk pelaksanaan penelitian.
8. dr. Shinta Puspitasari selaku Kepala Puskesmas Kecamatan Widang beserta jajarannya yang telah memberikan izin kepada penulis untuk melaksanakan penelitian di wilayah kerja Puskesmas Widang.
9. Bapak Mulyo, S.Kep.,Ns, selaku Programmer Keperawatan Kesehatan Jiwa Puskesmas Widang yang dengan senang hati telah bersedia membantu peneliti selama proses penelitian.
10. Bapak Sartono, selaku Camat dan Bapak Agung Dian Cahyono, selaku Kepala Desa, Desa Patihan Kecamatan Widang yang telah memberikan izin kepada peneliti untuk melaksanakan penelitian.
11. Kader Kesehatan yang bersedia menjadi responden penelitian

12. Bapak dan Ibu Dosen beserta Staf Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya
13. Bapak Dr. H. Miftahul Munir, SKM.,M.Kes.,DIE dan Bapak/Ibu Dosen STIKES NU Tuban
14. Bapak/Ibu dan teman-teman “Mahasiswa Bahagia” Pak Nurhadi, Pak Lukman, Bu Maya, Bu Nia, Mbak Nikita, Mbak Lilia, Dyah, Tiara, Mei dan Hyan.
15. Teman-teman Magister Keperawatan angkatan IX, khususnya peminatan Keperawatan Jiwa, terkhusus lagi untuk saudaraku Endri Ekayamti dan Titik Nuryanti serta Komting Henry Wiyono yang telah saling memberi semangat dan dukunganselama proses penyelesaian tesis ini
16. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan.

Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan tesis ini. Peneliti sadar bahwatesis ini jauh dari kata sempurna, tetapi penelitiberharap tesis ini bermanfaat bagi pembaca dan bagi Keperawatan.

Surabaya, Juli2018

Peneliti

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS
AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademika Universitas Airlangga, saya akan bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Hanim Nur Faizah

NIM : 131614153044

Program Studi : Magister

Departemen : Keperawatan Jiwa

Fakultas : Keperawatan

Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Airlangga **Hak Bebas Royalti Non Eksklusif (*Non Exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul:

“Pengaruh Pelatihan Kesehatan Jiwa *Caring dan Spirituality (Keswacarri)* terhadap Komitmen Dan Peran Kader Kesehatan Jiwa di Wilayah Kerja Puskesmas Widang Kabupaten Tuban”

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan hak bebas royalti noneksklusif ini Universitas Airlangga berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya

Dibuat di : Surabaya

Pada tanggal : Juli 2018

Yang menyatakan



Hanim Nur Faizah
(Hanim Nur Faizah)

RINGKASAN PENELITIAN**PENGARUH PELATIHAN KESEHATAN JIWA CARING DAN SPIRITUALITY (KESWACARRI) TERHADAP KOMITMEN DAN PERAN KADER KESEHATAN JIWADI WILAYAH KERJA PUSKESMAS WIDANG KABUPATEN TUBAN**

Oleh: Hanim Nur Faizah

Kader kesehatan jiwa merupakan sekelompok individu yang berasal dari masyarakat itu sendiri dan memegang peranan penting dalam meningkatkan kesehatan jiwa dimasyarakat. Kader kesehatan jiwa mempunyai beberapa peran yang harus dijalankan yaitu deteksi dini keluarga, menggerakkan masyarakat, melakukan kunjungan rumah, melakukan rujukan dan pendokumentasian. Peran-peran tersebut dipengaruhi oleh beberapa faktor meliputi pendidikan, pekerjaan, usia, minat, pengalaman, kebudayaan dan informasi (Mubarak, 2007).

Saat ini peran kader kesehatan jiwa di Kabupaten Tuban khususnya di Kecamatan Widang belum berjalan dengan baik, hal tersebut dikarenakan belum adanya pelatihan yang maksimal untuk para kader kesehatan jiwa. Pelatihan pada kader keswa hanya dilakukan pada awal sosialisasi pembentukan kader yang dilakukan pada bulan Oktober 2017. Studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti kepada 5 (100%) responden di Kecamatan Widang tentang peran kader bahwa 80% peran kader kesehatan jiwa belum optimal. Peran kader kesehatan jiwa lebih difokuskan pada masalah-masalah yang berhubungan dengan psikososial, oleh karena itu komitmen kader kesehatan jiwa menempati ruang tersendiri dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat. Komitmen yang baik pada diri kader juga dibutuhkan agar peran kader dapat berjalan dengan optimal.

Upaya untuk membangun komitmen diri dalam suatu organisasi meliputi banyak hal, salah satunya yaitu *caring*. Unsur *caring* Swanson yang telah dikembangkan oleh Caroline terdiri dari *compassion* dan *competence*. *Caring* akan lebih terasa bila disertai adanya unsur spiritual, karena dalam dimensi spiritual terdapat unsur makna hidup yaitu menumbuhkan keinginan untuk meneladani orang lain dan mewariskan sesuatu yang bernilai tinggi bagi kehidupan.

Rancangan penelitian ini menggunakan jenis eksperimental, dengan tipe *quasy experimental*. Populasi dalam penelitian ini adalah kader yang ada di Desa Patihan dan Desa Ngadipuro Kecamatan Widang yang berjumlah 34 kader kelompok perlakuan (Desa Patihan) dan 30 kader kelompok kontrol (Desa Ngadipuro). Teknik pengambilan sampel dengan *simple random sampling* dan didapatkan sampel pada kelompok perlakuan sejumlah 31 responden dan kelompok kontrol sejumlah 28 responden. Variabel independen dalam penelitian ini adalah pelatihan kesehatan jiwa *caring* dan *spirituality* (keswacarri), sedangkan variabel dependen dalam penelitian ini adalah komitmen dan peran kader kesehatan jiwa. Alat ukur dalam penelitian ini adalah kuesioner dan *check list*, serta bahan penelitian ini menggunakan modul pelatihan Keswacarri.

Penelitian ini dilakukan selama 4 hari pada akhir bulan maret sampai awal april di Desa Patihan (kelompok perlakuan) dan Desa Ngadipuro (kelompok kontrol) yang kedua tempat tersebut mempunyai demografi yang hampir sama, keduanya sama-sama daerah rawan banjir. Penelitian ini dilakukan selama 4 hari, hari pertama dan kedua adalah materi, hari ketiga kader melakukan deteksi dini dan presentasi hasil deteksi dini, selanjutnya pada hari keempat dilakukan *road show* dengan kelompok keluarga ODGJ (orang dengan gangguan jiwa) dan ODGJ (orang dengan gangguan jiwa).

Analisa data dalam penelitian ini menggunakan uji *mann whitney* dan uji *wilcoxon* dengan tingkat kemaknaan $\alpha = < 0,005$. Hasil penelitian tentang komitmen kader dapat dinyatakan bahwa hampir seluruhnya komitmen kader kesehatan jiwa yang diberikan pelatihan kesehatan jiwa *caring* dan *spirituality* (keswacarri) memiliki komitmen baik sebanyak 28 responden (90%) dan hampir seluruhnya komitmen kader kesehatan jiwa yang tidak diberikan pelatihan kesehatan jiwa *caring* dan *spirituality* (keswacarri) memiliki komitmen baik sebanyak 25 responden (89%). Hal ini menunjukkan ada pengaruh antara pelatihan kesehatan jiwa *caring* dan *spirituality* (keswacarri) terhadap komitmen kader kesehatan jiwa.

Hasil penelitian tentang peran kader kesehatan jiwa dapat dinyatakan bahwa hampir seluruhnya peran kader kesehatan jiwa yang diberikan pelatihan kesehatan jiwa *caring* dan *spirituality* (keswacarri) memiliki peran optimal sebanyak 28 responden (90%) dan seluruhnya peran kader kesehatan jiwa yang tidak diberikan pelatihan kesehatan jiwa *caring* dan *spirituality* (keswacarri) memiliki peran yang belum optimal sebanyak 28 responden (100%). Hasil tersebut menunjukkan ada pengaruh antara pelatihan kesehatan jiwa *caring* dan *spirituality* (keswacarri) terhadap peran kader kesehatan jiwa.

Pelatihan kesehatan jiwa *caring* dan *spirituality* (keswacarri) memberikan dampak positif terhadap komitmen dan peran kader kesehatan jiwa sehingga diharapkan pelatihan keswacarri bisa digunakan sebagai panduan untuk melakukan pelatihan di Desa lain dalam upaya meningkatkan kesehatan jiwa di masyarakat.

SUMMARY

THE EFFECT OF CARING AND SPIRITUALITY MENTAL HEALTH TRAINING (KESWACARRI) ON COMMITMENT AND ROLE OF MENTAL HEALTH CADRE IN THE DISTRICT OF WIDANG TUBAN

By :HanimNurFaizah

Mental health cadre is a group of individuals from the community itself who play an important role in improving the mental health community. Mental health cadres have some roles to play; they are early detection, community movement, home visit, referral and documentation. The roles are influenced by several factors including education, employment, age, interest, experience, culture and information (Mubarak, 2007).

Currently the role of mental health workers in Tuban, especially in Widang, does not run well for there is no maximum training for mental health cadres. Training for the cadres of Keswa was only done at the socialization of cadre formation that was conducted in October 2017. A preliminary study conducted by researchers to 5 (100%) of respondents in District Widang about the role of cadres said that 80% of the role of mental health workers has not been optimal. The role of mental health workers is focused more on issues related to psychosocial; therefore the commitment of mental health cadres occupies its own space in providing services to the public. Commitment to good self-cadre is also needed so that the role of cadres to run optimally.

Effort to build commitment in an organization involves many things, one of them is caring. Swanson caring element that has been developed by Caroline consists of compassion and competence. Caring may be more pronounced when accompanied by spiritual element, since in the spiritual dimension, there are elements of the meaning of life that fosters a desire to imitate others and pass on something of high value for life.

The design of this study was experimental, with its type of quasi-experimental. The population in this study was a cadre in the village of Ngadipuro and Patihan in the Widang district totaling 34 cadres of the treatment group (Patihan village) and 30 cadres of the control group (Ngadipuro village). Sampling techniques with simple random sampling were administered to 31 respondents of the experimental group and the control group as many 28 respondents. The independent variable in this study was the training of mental health caring and spirituality (Keswacarri), while the dependent variable in this study was the commitment and the role of mental health workers. The instrument of research in this study was questionnaire and checklist as well as the research material using Keswacarri training modules.

This study was conducted over four days in 27 March to 03 April in the village of Patihan (the treatment group) and Ngadipuro village (control group). The two sites have similar demographic which is equally prone to flooding. This study was conducted over four days, the first and second day were for delivering the training material, in the third day the cadres did early detection and presented the result, and

on the fourth day a road show was held with the ODGJ family group (people with mental disorders).

Analysis of the data in this study used Mann Whitney test and Wilcoxon test with significance level $\alpha = <0.005$. The result of the research on the commitment of volunteers denoted that almost all cadres of mental health who were given training in mental health caring and spirituality (Keswacarri) had good commitment (28 respondents or 90%) and almost all cadres of mental health who were not given training in mental health caring and spirituality (Keswacarri) had good commitment (25 respondents or 90%). It showed that caring and spirituality mental health training (Keswacarri) gave effect to the commitment of mental health cadres.

The result of research on the role of a cadre of mental health showed that as many 28 respondents (90%) of those who were given training in mental health caring and spirituality (Keswacarri) had the optimal role. On the other hand, as many 28 respondents (100%) of those who werenot given training in mental health caring and spirituality (Keswacarri) were not optimal in their role. The results showed there was an effect of caring and spirituality mental health training (Keswacarri) on the role of mental health workers.

The training of caring and spirituality mental health (Keswacarri) gave positive impact on the commitment and the role of mental health workers, thus it is expected that Keswacarri training can be used as a guide to conduct training in another village in an effort to improve mental health in the community.

ABSTRAK**PENGARUH PELATIHAN KESEHATAN JIWA CARING DAN SPIRITUALITY (KESWACARRI) TERHADAP KOMITMEN DAN PERAN KADER KESEHATAN JIWADI WILAYAH KERJA PUSKESMAS WIDANG KABUPATEN TUBAN**

Oleh: Hanim Nur Faizah

Pendahuluan: Kader kesehatan jiwa mempunyai beberapa peran yang harus dijalankan, dalam hal ini berfokus pada masalah kesehatan jiwa, baik pada orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) atau keluarga ODGJ. Stigma negatif yang ada di masyarakat tentang gangguan jiwa, menempati ruang tersendiri dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat sehingga diperlukan juga adanya suatu asupan untuk menumbuhkan komitmen baik pada diri kader kesehatan dalam hal ini adalah pelatihan Keswacarri. Metode: Desain penelitian quasi eksperimental. Populasi 34 kader (perlakuan) dan 30 kader (kontrol). Teknik pengambilan sampel menggunakan simple random sampling (n=31 responden dan 28 responden). Variabel Independen adalah Keswacarri, sedangkan variabel dependen adalah komitmen kader kesehatan dan peran kader kesehatan jiwa. Tempat penelitian ini Desa Patihan dan Ngadipuro, tanggal 27 Maret-03 April 2018. Penelitian menggunakan kuesioner dan checklist serta analisa data menggunakan uji *mann whitney* dan *wilcoxon* dengan tingkat signifikan $\alpha=0,05$. Hasil dan analisis: there was in increasing percentage from pre test and post test. Hasil Uji *Wilcoxon* pada komitmen dan peran didapatkan nilai $p=0,000$, artinya ada pengaruh pelatihan Keswacarri terhadap komitmen dan peran kader kesehatan jiwa. Diskusi dan kesimpulan: Pelatihan keswacarri dapat mempengaruhi komitmen dan peran kader kesehatan jiwa, sehingga diharapkan pelatihan Keswacarri bisa digunakan sebagai acuan untuk melakukan pelatihan di tempat lain.

Kata kunci: Kader, Komitmen, Kesehatan jiwa, *Caring*, *Spirituality*

ABSTRACT

THE EFFECT OF CARING AND SPIRITUALITY MENTAL HEALTH TRAINING (KESWACARRI) ON COMMITMENT AND ROLE OF MENTAL HEALTH CADRES IN THE DISTRICT OF WIDANG TUBAN

By: Hanim Nur Faizah

Introduction: The mental health cadres have several roles to play, in this case focusing on mental health issues, either in people with mental disorders (ODGJ) or ODGJ families. Negative stigma in public about mental disorder, occupying its own space in providing services to the community so it is also necessary an intake to cultivate a good commitment to the health cadres, in this case, is Keswacarri training. Method: Experiment research with quasi-experiment. The Population of the research is 34 cadres (treatment) and 30 cadres (control). Sampling was conducted by using simple random sampling technique (n=31 respondents and 28 respondents). The independent variable is the Keswacarri, while the dependent variable is the commitment of health cadres and role mental health cadres. The location in this research is Patihan Village and Ngadipuro Village at 27 March-03 April 2018. Collecting samples using questioner and checklist and analysis using Mann Whitney test and Wilcoxon signed rank test with a significant level of $\alpha=0,05$. Result and Analysis: there was an increasing percentage of pretest and post-test. Result: The result of Wilcoxon Signed Rank Tests for commitment and role obtained value $p=0,000$, and the mean there is an effect of caring and spirituality mental health training (Keswacarri) on commitment and role of mental health cadres. Discussion: Keswacarri training can affect the commitment and role of mental health cadres, so hopefully Keswacarri training can be used as a reference to conduct training elsewhere.

Keyword: Cadre, Commitment, Mental health, Caring, Spirituality

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PRASYARAT GELAR MAGISTER	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
LEMBARPERSETUJUAN PEMBIMBING	iv
LEMBAR PENGESAHAN PENGUJI SEMINAR HASIL.....	v
KATA PENGANTAR	vi
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS.....	ix
RINGKASAN PENELITIAN	x
SUMMARY	xii
ABSTRAK	xiv
ABSTRACT	xv
DAFTAR ISI	xvi
DAFTAR TABEL	xx
DAFTAR GAMBAR	xxii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xxiii
DAFTAR SINGKATAN	xxiv
DAFTAR LAMBANG	xxv
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Identifikasi Masalah.....	7
1.3. Rumusan Masalah.....	7
1.4. Tujuan Penelitian	7
1.4.1 Tujuan umum	7
1.4.2 Tujuan khusus.....	7
1.5. Manfaat Penelitian	8
1.5.1 Teoritis	8
1.5.2 Praktis	8
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	10
2.1. Konsep Dasar Kader	10
2.1.1 Definisi Kader	10
2.1.2 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kader	11

2.1.3	Dasar Pemikiran	13
2.1.4	Tujuan Pembentukan Kader	14
2.1.5	Fungsi Kader	15
2.1.6	Persyaratan menjadi Kader	17
2.1.7	Peran Kader Kesehatan	19
2.1.8	Karakteristik Keluarga dengan Risiko Masalah Psikososial dan Gangguan Jiwa	33
2.2.	Konsep Dasar Desa Siaga Sehat Jiwa (DSSJ).....	36
2.2.1	Pengertian Desa Siaga Sehat Jiwa (DSSJ).....	36
2.2.2	Karakteristik Desa Siaga Sehat Jiwa (DSSJ).....	36
2.2.3	Tujuan Desa Siaga Sehat Jiwa (DSSJ)	37
2.2.4	Sasaran Desa Siaga Sehat Jiwa (DSSJ)	37
2.2.5	Indikator Desa Siaga Sehat Jiwa (DSSJ).....	38
2.2.6	Langkah-langkah Pembentukan DSSJ	38
2.3.	Konsep Dasar Stigma.....	39
2.3.1	Definisi Stigma	39
2.3.2	Contoh Stigma.....	40
2.3.3	Mekanisme Stigma	41
2.3.4	Tipe Stigma	42
2.3.5	Dimensi Stigma	42
2.3.6	Proses Stigma	45
2.4	Konsep Dasar <i>Caring</i>	46
2.4.1	Definisi <i>Caring</i>	46
2.4.2	Dasar Teori <i>Caring</i> Swanson.....	46
2.4.3	Struktur <i>Caring</i>	48
2.4.4	Dimensi <i>Caring</i>	50
2.4.5	Model <i>Caring</i> Caroline.....	56
2.4.6	Manfaat <i>Caring</i>	57
2.4.7	Perilaku <i>Caring</i>	58
2.4.8	Faktor Perilaku <i>Caring</i>	59
2.4.9	Bentuk Perubahan Perilaku.....	59
2.4.10	Perilaku <i>Caring</i> Swanson dalam Praktik.....	59
2.5	Konsep Dasar Spiritual dan Spiritualitas	61
2.5.1	Pengertian Spiritual	61

2.5.2 Faktor yang Mempengaruhi Spiritual.....	63
2.5.3 Perkembangan Spiritual.....	67
2.5.4 Karakteristik Spiritual	78
2.5.5 Dimensi Spiritual	85
2.6 Konsep Dasar Komitmen	87
2.6.1 Definisi Komitmen.....	87
2.6.2 Komponen Komitmen Organisasi	89
2.6.3 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Komitmen.....	91
2.6.4 Pembentukan Komitmen	94
2.6.5 Menciptakan Komitmen	97
2.7 Pelatihan Keswacarri	99
2.7 <i>Theoretical Mapping</i>	101
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS	109
3.1. Kerangka Konseptual.....	109
3.2. Hipotesis Penelitian	110
BAB 4 METODE PENELITIAN	112
4.1. Desain Penelitian	112
4.2. Populasi, Sampel, Besar Sampel, Sampling.....	113
4.2.1. Populasi.....	113
4.2.2. Sampel.....	113
4.2.3. Tehnik Sampling	113
4.3 Kerangka Kerja Penelitian	115
4.4 Identifikasi Variabel dan Definisi Operasional	115
4.4. Identifikasi Variabel.....	115
4.4.2 Definisi Operasional.....	116
4.5 Alat dan Bahan Penelitian.....	119
4.6 Instrumen Penelitian	114
4.7 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	124
4.8 Prosedur Pengambilan dan Pengumpulan Data.....	125
4.9 Analisa Data	128
4.10 <i>Ethical Clearance</i>	129
BAB 5 HASIL DAN ANALISIS PENELITIAN	132
5.1 Data Umum.....	132
5.1.1 Gambaran Umum Tempat Penelitian	132

5.2 Data Khusus	136
5.2.1 Data Demografi	136
5.2.3 Data Hasil Penelitian.....	138
BAB 6 PEMBAHASAN	146
6.1 Identifikasi Komitmen Kader Kesehatan Sebelum dan Sesudah diberikan Pelatihan keswacarri	146
6.2 Identifikasi Peran Kader Kesehatan Jiwa Sebelum dan Sesudah diberikan Pelatihan Keswacarri.....	149
6.3 Analisis Pengaruh Pelatihan Keswacarri terhadap Komitmen Kader Kesehatan	156
6.4 Analisis Pengaruh Pelatihan Keswacarri terhadap Peran Kader Kesehatan Jiwa	165
6.5 Keterbatasan Penelitian.....	170
BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN	172
7.1 Kesimpulan	172
7.2 Saran	173
DAFTAR PUSTAKA	176
LAMPIRAN-LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Risiko Masalah Psikososial	33
Tabel 2.2	Perilaku yang Menunjukkan Tanda Gejala Gangguan Jiwa	34
Tabel 2.3	Aspek dan Pelaksana <i>Caring</i> Swanson	53
Tabel 2.4	<i>Neurosains Spiritual</i>	84
Tabel 2.5	<i>Theoretical Mapping</i> Pengaruh Pelatihan Keswacarriterhadap Komitmen Peran Kader dalam Meningkatkan Kesehatan Jiwa di Masyarakat	99
Tabel 4.1	Desain Penelitian Pengaruh Pelatihan Keswacarriterhadap Komitmen Peran Kader dalam Meningkatkan Kesehatan Jiwa di Masyarakat	107
Tabel 4.2	Definisi Operasional Pengaruh Pelatihan Keswacarriterhadap Komitmen Peran Kader dalam Meningkatkan Kesehatan Jiwa di Masyarakat	111
Tabel 4.3	Uji Validitas Kuesioner Komitmen Kader Kesehatan dengan Menggunakan pearson	115
Tabel 4.4	Uji Reliabilitas Kuesioner Komitmen Kader Kesehatan dengan Menggunakan <i>Cronbach's a Alpha</i>	116
Tabel 4.5	Uji Validitas Format Evaluasi Peran Kader Kesehatan Jiwa dengan Menggunakan <i>pearson</i>	117
Tabel 4.6	Uji Reliabilitas Format Evaluasi Peran Kader Kesehatan Jiwa dengan Menggunakan <i>Cronbach's a Alpha</i>	117
Tabel 4.7	<i>Blue Print</i> Alat Ukur Penelitian Komitmen Kader Kesehatan	118
Tabel 4.8	<i>Blue Print</i> Alat Ukur Penelitian Peran Kader Kesehatan Jiwa	119
Tabel 4.9	Demografi Tempat Penelitian	120
Tabel 4.10	Jadwal Pelatihan Keswacarri	121
Tabel 4.11	Jadwal Penggerakan Masyarakat di Desa Patihan Kecamatan Widang Kabupaten Tuban Tanggal 03 April 2018	122

Tabel 5.1	Distribusi Karakteristik Responden berdasarkan Umur, Jenis Kelamin, Tingkat Pendidikan dan Lama menjadi Kader Kesehatan	130
Tabel 5.2	Analisis Pengaruh Pelatihan Keswacarri terhadap Komitmen Kader Kesehatan Sebelum dan Sesudah Perlakuan	134
Tabel 5.3	Analisis Pengaruh Pelatihan Keswacarri terhadap Peran Kader Kesehatan Jiwa Sebelum dan Sesudah Perlakuan	137

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1	Identifikasi Masalah Pengaruh Pelatihan Keswacarri terhadap Komitmen dan Peran Kader dalam Meningkatkan Kesehatan Jiwa di Masyarakat	7
Gambar 2.1	Teori <i>Caring</i> Swanson	47
Gambar 2.2	<i>Framing the Culture of Caroline Care</i>	54
Gambar 2.3	<i>Drivers of Overall Organizational Commitment</i>	87
Gambar 3.1	Kerangka Konsep Pengaruh Pelatihan Keswacarri terhadap Komitmen dan Peran Kader dalam Meningkatkan Kesehatan Jiwa di Masyarakat	104
Gambar 4.1	Kerangka Kerja Pengaruh Pelatihan Keswacarri terhadap Komitmen dan Peran Kader dalam Meningkatkan Kesehatan Jiwa di Masyarakat	110
Gambar 5.1	Distribusi Komitmen Kader Kesehatan Sebelum dan Sesudah diberikan Pelatihan Keswacarri pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol di Wilayah Kerja Puskesmas Widang Kabupaten Tuban	132
Gambar 5.2	Distribusi Peran Kader Kesehatan Jiwa Sebelum dan Sesudah diberikan Pelatihan Keswacarri pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol di Wilayah Kerja Puskesmas Widang Kabupaten Tuban	133

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Surat izin penelitian	179
Lampiran 2	Surat balasan penelitian	180
Lampiran 3	Uji layak etik	181
Lampiran 4	Lembar penjelasan penelitian	182
Lampiran 5	<i>Informed consent</i>	183
Lampiran 6	Kuesioner komitmen kader kesehatan	184
Lampiran 7	Format evaluasi kemampuan peran kader kesehatan jiwa	186
Lampiran 8	Satuan acara kegiatan (SAK)	187
Lampiran 9	Kurikulum Vitae	193
Lampiran 10	Data Mentah	194
Lampiran 11	Hasil Analisis Penelitian	198
Lampiran 12	Modul pelatihan	209
Lampiran 13	Form Deteksi Dini	222
Lampiran 14	Sertifikat untuk kader yang mengikuti pelatihan	223
Lampiran 15	Dokumentasi penelitian	224

DAFTAR SINGKATAN

CMHN	: <i>Community Mental Health Nursing</i>
Depkes	: Departemen Kesehatan
DSSJ	: Desa Siaga Sehat Jiwa
Jatim	: Jawa Timur
Keswa	: Kesehatan Jiwa
Keswacarri	: Kesehatan Jiwa <i>Caring</i> dan <i>Spirituality</i>
KK	: Kepala Keluarga
KKJ	: Kader Kesehatan Jiwa
MONEV	: Monitoring dan Evaluasi
ODGJ	: Orang dengan Gangguan Jiwa
ODMK	: Orang dengan Masalah Kejiwaan
Permenkes	: Peraturan Menteri Kesehatan
Riskesdas	: Riset Kesehatan Daerah
RTL	: Rencana Tindak Lanjut
TAK	: Terapi Aktivitas Kelompok
TL	: Tindak Lanjut
WHO	: <i>World Health Organization</i>

DAFTAR LAMBANG

,	: Koma
.	: Titik
?	: Tanda Tanya
<	: Kurang dari
>	: Lebih dari
D	: Tingkat Signifikasi
K	: Subjek
N	: Populasi
N	: Sampel
A	: Tingkat Kemaknaan

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kader Kesehatan Jiwa merupakan sekelompok individu yang berasal dari masyarakat itu sendiri dan memegang peranan penting dalam meningkatkan Kesehatan Jiwa dimasyarakat. Kader Kesehatan Jiwa mempunyai beberapa peran yang harus dijalankan yaitu deteksi dini keluarga, menggerakkan masyarakat, melakukan kunjungan rumah, melakukan rujukan dan pendokumentasian. Peran-peran tersebut dipengaruhi oleh beberapa faktor meliputi pendidikan, pekerjaan, usia, minat, pengalaman, kebudayaan dan informasi (Mubarak, 2007).

Peran kader Kesehatan Jiwa lebih menekankan pada masalah-masalah psikososial. Contohnya, pada deteksi dini keluarga akan terklasifikasi kelompok keluarga sehat sesuai dengan tumbuh kembang psikososialnya, begitupun kelompok risiko serta kelompok gangguan (Keliat, Helena & Farida 2011)

Harapan dari adanya klasifikasi kelompok keluarga pada masyarakat tersebut akan dapat mengatasi masalah-masalah sosial yang muncul, dan munculnya masalah-masalah tersebut seringkali karena adanya berbagai masalah psikososial yang terabaikan. Misalnya, kejadian *burden of disease*, kenakalan remaja dan masalah tumbuh kembang psikososial lain yang kurang diperhatikan, oleh karena itu keberadaan kader Kesehatan Jiwa akan melengkapi tugas kader yang selama ini hanya terfokus pada masalah fisik saja.

Kader kesehatan yang aktif di Kecamatan Widang antara lain: kader balita, kader remaja, kader lansia, kader posbindu, kader PTM (penyakit tidak menular)

serta kader Kesehatan Jiwa, dan masing-masing kader tersebut mempunyai peran tersendiri (Dok. SK Penetapan Kader Kesehatan Widang).

Saat ini peran kader Kesehatan Jiwa di Kabupaten Tuban khususnya di Kecamatan Widang belum berjalan dengan baik, hal tersebut dikarenakan belum adanya pelatihan untuk para kader Kesehatan Jiwa. Pelatihan pada kader keswa hanya dilakukan pada awal sosialisasi pembentukan kader yang dilakukan pada bulan Oktober 2017. Studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti kepada 5 (100%) responden di Kecamatan Widang tentang peran kader bahwa 80% peran kader Kesehatan Jiwa belum optimal.

Dampak yang akan terjadi jika peran kader tidak berjalan dengan optimal yaitu program pemerintah yang sudah direncanakan untuk meningkatkan Kesehatan Jiwa dimasyarakat tidak akan tercapai dengan baik, sehingga dibutuhkan adanya pelatihan agar kader Kesehatan Jiwa dapat melaksanakan peran dengan optimal.

Kelompok dengan gangguan dalam undang-undang Kesehatan Jiwa no. 18 tahun 2014 disebut dengan ODGJ (orang dengan gangguan jiwa), sedangkan pada kelompok risiko disebut dengan ODMK (orang dengan masalah kejiwaan), sehingga keluarganya disebut dengan keluarga ODMK dan keluarga ODGJ (UU Kesehatan Jiwa, 2014).

Beban keluarga yang hidup dengan ODGJ meliputi beberapa faktor baik secara ekonomi maupun verbal, salah satunya yaitu karena stigma. Goofman (1963) menyatakan bahwa stigma merupakan kumpulan dari sikap, keyakinan, pikiran, dan perilaku negatif yang berpengaruh pada individu atau masyarakat umum untuk takut, menolak, menghindar, berprasangka, dan membedakan seseorang.

Stigma tersebut juga dapat menimbulkan kekuatan negatif dalam keseluruhan aspek jaringan dan hubungan sosial pada kualitas hidup, hubungan dengan keluarga dan kontak sosial dalam masyarakat.

Berangkat dari definisi stigma di atas, maka komitmen kader Kesehatan Jiwa menempati ruang tersendiri dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat. Komitmen yang baik pada diri kader juga dibutuhkan agar peran kader dapat berjalan dengan optimal. Komitmen merupakan sesuatu yang membuat seseorang membulatkan hati, tekad berjerih payah, berkorban dan bertanggung jawab demi mencapai tujuan dirinya dan tujuan kelompok yang telah disepakati atau ditentukan sebelumnya.

Prevalensi masalah Kesehatan Jiwa di Indonesia menurut Riskesdas 2013, gangguan jiwa berat (ODGJ berat) adalah 0,17% dari jumlah penduduk, gangguan mental emosional (ODGJ Ringan) adalah 6,0% dari jumlah penduduk Indonesia, sedangkan prevalensi ODGJ yang masih dipasung adalah 14,3% dari jumlah gangguan jiwa berat (ODGJ berat). Jumlah penduduk di Indonesia tahun 2017 diperkirakan sebanyak 250 juta jiwa, prevalensi gangguan jiwa berat (ODGJ berat) di Indonesia sebesar 425.000 jiwa dan gangguan mental emosional (ODGJ ringan) sebesar 15 juta jiwa sedangkan ODGJ berat yang masih dipasung adalah 60 ribu jiwa

Menurut Riskesdas (2013) prevalensi gangguan jiwa berat (ODGJ berat) adalah 0,22% dari jumlah penduduk dan prevalensi gangguan mental emosional (ODGJ ringan) adalah 6,50% dari jumlah penduduk sedangkan prevalensi ODGJ yang masih dipasung adalah 14,3% dari jumlah ODGJ berat. Jumlah penduduk di

Jawa Timur pada tahun 2017 ±38 juta jiwa, prevalensi gangguan jiwa berat (ODGJ berat) di Jawa Timur sebanyak 83,600 jiwa dan prevalensi gangguan mental emosional (ODGJ ringan) sebanyak 2.470.000 jiwa sedangkan prevalensi ODGJ berat yang masih dipasung sebanyak 11.955 jiwa.

Prevalensi gangguan jiwa berat (ODGJ berat) di Kabupaten Tuban sebanyak 2.530 jiwa dan prevalensi gangguan mental emosional (ODGJ ringan) sebanyak 74.750 jiwa sedangkan prevalensi ODGJ berat yang masih dipasung sebanyak 362 jiwa (Dinas Kesehatan Kabupaten Tuban, 2016)

Widang adalah salah satu Kecamatan yang ada di Kabupaten Tuban dengan jumlah penduduk 32.784 jiwa. Daerah tersebut berada di perbatasan timur selatan antara Kabupaten Tuban dan Kabupaten Lamongan yang dilewati aliran sungai Bengawan Solo dan merupakan daerah rawan banjir. Mayoritas mata pencaharian penduduk di Kecamatan Widang adalah petani dan masih terdapat daerah rawan banjir diantaranya yaitu Desa Patihan dan desa Ngadipuro, karena pada kedua daerah tersebut masih banyak rumah warga yang terletak disebelah selatan tanggul, oleh karena itu saat musim hujan mulai tiba para petani sudah merasa gelisah karena sawah mereka pasti terendam air dari aliran sungai bengawan Solo, paska trauma tersebut menjadi salah satu faktor risiko terjadinya gejala gangguan jiwa di Desa Patihan dan Desa Ngadipuro (Profil Kecamatan Widang, 2016)

Data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten Tuban bahwa jumlah gangguan jiwa berat (ODGJ berat) di Kecamatan Widang diperkirakan sebanyak 72 jiwa, dan gangguan mental emosional (ODGJ ringan) diperkirakan sebanyak 213 jiwa, sedangkan penderita gangguan jiwa berat (ODGJ berat) yang masih

dipasung diperkirakan sebanyak 30 jiwa. Data ODGJ yang diperoleh oleh peneliti dari Puskesmas Widang baik gangguan jiwa berat (ODGJ berat) dan gangguan mental emosional (ODGJ ringan) saat ini teridentifikasi sebanyak 83 jiwa (Dok. PKM Widang).

Upaya untuk membangun komitmen diri dalam suatu organisasi meliputi banyak hal, salah satunya yaitu *Caring*. *Caring* menurut Swanson, 1991 merupakan sentral dalam praktik keperawatan dengan cara memelihara hubungan dan menghargai nilai-nilai yang lain, dimana nantinya seseorang dapat merasakan komitmen dan tanggungjawab pribadi. Tujuan utama *Caring* adalah memungkinkan individu dalam mencapai suatu kebahagiaan, dan terdapat beberapa komponen dalam *Caring*.

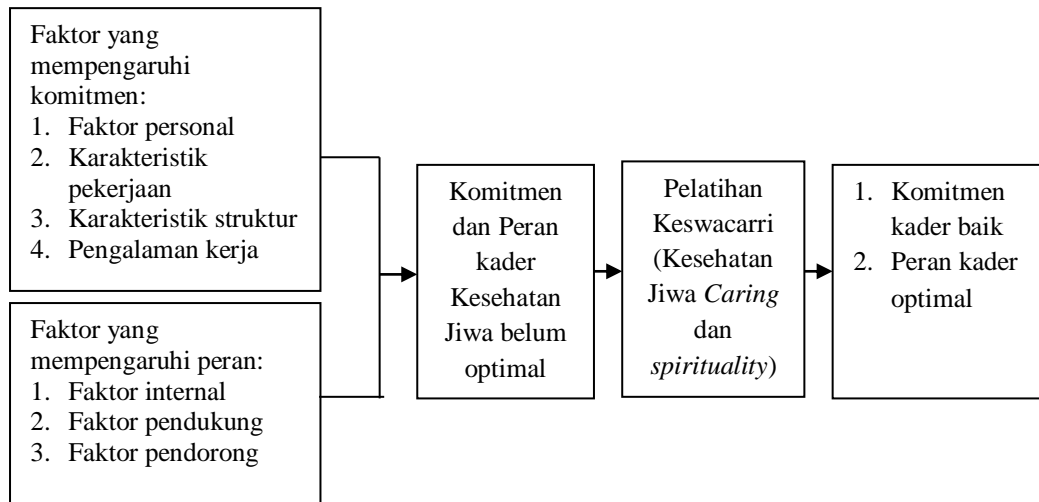
Komponen *Caring* (Caroline) diantaranya adalah *compassion* (kasih sayang) dan *competence* (kemampuan/keahlian). *Compassion* (kasih sayang) adalah kepekaan terhadap kesulitan dan kepedihan orang lain, dapat berupa membantu seseorang tetap bertahan, memberi kesempatan berbagi, dan memberi ruang pada orang lain untuk berbagi perasaan, serta memberikan dukungan secara penuh. *Competence* (keahlian) yaitu memiliki ilmu pengetahuan, pengalaman, energi dan motivasi sebagai rasa tanggung jawab terhadap profesi (Swanson, 1991).

Caring akan lebih terasa bila disertai adanya unsur spiritual, karena dalam dimensi spiritual terdapat unsur makna hidup yaitu menumbuhkan keinginan untuk meneladani orang lain dan mewariskan sesuatu yang bernilai tinggi bagi kehidupan. Indikator dari unsur makna hidup yaitu menolong dengan spontan, memegang teguh janji, memaafkan diri dan orang lain, berperilaku jujur, menjadi

teladan bagi orang lain, dan mengutamakan keselarasan dan kebersamaan. Dimensi spiritual selanjutnya adalah emosi positif, yaitu dengan selalu bersyukur atas segala sesuatu yang telah diberikan oleh Tuhan Yang Maha Esa tanpa melalui usaha sendiri. Indikator dari unsur emosi positif diantaranya senang terhadap kebahagiaan orang lain, menikmati dengan kesadaran bahwa segala sesuatu diciptakan atas tujuan tertentu/mengambil hikmah, bersikap optimis akan pertolongan Tuhan Yang Maha Esa, bisa berdamai dengan keadaan sesulit apapun, mampu mengendalikan diri dan bahagia bila melakukan kebaikan (Passiak, 2012 dalam Yusuf, Nihayati, Iswari dan Okviansati, 2017).

Penjelasan di atas membuktikan bahwa *Caring* dan *Spirituality* dapat memberikan manfaat positif untuk meningkatkan komitmen khususnya pada kader Kesehatan Jiwa, karena di dalam komponen *Caring* dan *Spirituality* terdapat dimensi-dimensi yang bisa dilakukan untuk bisa membangun dan meningkatkan komitmen pada diri individu dalam organisasi/kelompoknya. Pernyataan tersebutlah yang melatarbelakangi peneliti untuk mengambil judul penelitian “Pengaruh pelatihan Kesehatan Jiwa *Caring* dan *Spirituality* (Keswacarri) terhadap komitmen dan peran kader Kesehatan Jiwa di Wilayah Kerja Puskesmas Widang Kabupaten Tuban”.

1.2 identifikasi Masalah



Gambar 1.1. Identifikasi Masalah Pengaruh Pelatihan Kesehatan Jiwa *Caring* dan *Spirituality* (Keswacarri) terhadap Komitmen dan Peran Kader Kesehatan Jiwa di Wilayah Kerja Puskesmas Widang Kabupaten Tuban

1.3 Rumusan Masalah

Bagaimana pengaruh pelatihan Kesehatan Jiwa *Caring* dan *Spirituality* (Keswacarri) terhadap komitmen dan peran kader Kesehatan Jiwa di wilayah kerja Puskesmas Widang Kabupaten Tuban?

1.4 Tujuan

1.4.1 Tujuan Umum

Mengetahui pengaruh pelatihan Kesehatan Jiwa *Caring* dan *Spirituality* (Keswacarri) terhadap komitmen dan peran kader Kesehatan Jiwa di wilayah kerja Puskesmas Widang Kabupaten Tuban.

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi komitmen kader kesehatan sebelum dan sesudah diberikan pelatihan Kesehatan Jiwa *Caring* dan *Spirituality* (Keswacarri)

2. Mengidentifikasi peran kader Kesehatan Jiwa sebelum dan sesudah diberikan pelatihan Kesehatan Jiwa *Caring* dan *Spirituality* (Keswacarri)
3. Menganalisis komitmen kader kesehatan sebelum dan sesudah diberikan pelatihan Kesehatan Jiwa *Caring* dan *Spirituality* (Keswacarri)
4. Menganalisis peran kader Kesehatan Jiwa sebelum dan sesudah diberikan pelatihan Kesehatan Jiwa *Caring* dan *Spirituality* (Keswacarri)

1.5 Manfaat

1. Kader kesehatan

Menumbuhkan dan meningkatkan komitmen kader kesehatan agar dalam menjalankan peran sebagai kader Kesehatan Jiwa (deteksi dini, penggerakan masyarakat, kunjungan rumah, melakukan rujukan dan pendokumentasian) kader kesehatan memegang prinsip peduli, sabar, santun dan ikhlas serta dalam menjalankan peran sebagai kader Kesehatan Jiwa, kader kesehatan tidak hanya hadir secara fisik saja akan tetapi hadir juga secara emosional.

2. Masyarakat

Meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang Kesehatan Jiwa dan menumbuhkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya menjaga Kesehatan Jiwa.

3. Puskesmas

Sebagai bahan pertimbangan dalam memberikan pelayanan Kesehatan Jiwa kepada masyarakat serta sebagai pertimbangan dalam memberikan pelatihan kepada kader Kesehatan Jiwa di Desa lain yang ada di Wilayah

kerja Puskesmas Widang, bahwa bukan hanya aspek kognitif/pengetahuan saja yang harus difahami oleh kader Kesehatan Jiwa dalam menjalankan perannya, akan tetapi juga perlu adanya aspek afektif dan psikomotor baik yang harus dimiliki oleh kader Kesehatan Jiwa.

4. Institusi

Sebagai bahan pertimbangan mata ajar keperawatan Kesehatan Jiwa berbasis masyarakat (CMHN) dan Desa binaan Institusi kesehatan yang ada di Kabupaten Tuban khususnya STIKES NU Tuban.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Kader

2.1.1 Definisi Kader

Kader kesehatan masyarakat adalah laki-laki atau wanita yang dipilih oleh masyarakat dan dilatih untuk menangani masalah-masalah kesehatan perseorangan maupun masyarakat untuk bekerja dalam hubungan yang sangat dekat dengan tempat-tempat pemberian pelayanan kesehatan (WHO, 1995).

Secara umum istilah kader kesehatan yaitu tenaga yang berasal dari masyarakat, dipilih oleh masyarakat itu sendiri dan bekerja secara sukarela untuk menjadi penyelenggara Posyandu (Tim Pengajar Keperawatan Komunitas Poltekes Depkes Jakarta III, 2008).

Menurut L.A. Gunawan (1980) dalam Efendi dan Makhfudli (2009) memberikan batasan tentang kader kesehatan bahwa kader kesehatan dinamakan juga sebagai Promotor Kesehatan Desa (Prokes) adalah tenaga sukarela yang dipilih oleh dan dari masyarakat itu sendiri, yang bertugas untuk mengembangkan masyarakat.

Direktorat bina peran serta masyarakat Depkes RI dalam Efendi dan Makhfudli (2009) memberikan batasan tentang pengertian kader, bahwa kader adalah warga masyarakat setempat yang dipilih dan ditinjau oleh masyarakat dan dapat bekerja secara sukarela.

Kader kesehatan adalah tenaga yang berasal dari masyarakat yang dipilih oleh masyarakat dan bekerja bersama untuk masyarakat secara sukarela (Mantra, 1983).

Kader sebagai warga masyarakat setempat yang dipilih dan ditinjau oleh masyarakat dan dapat bekerja secara sukarela. Kader secara sukarela bersedia berperan melaksanakan dan mengelola kegiatan keluarga berencana di Desa (Karwati, dkk, 2010).

Kader merupakan tenaga masyarakat yang dianggap paling dekat dengan masyarakat dan diharapkan mereka dapat melakukan pekerjaannya secara sukarela tanpa menuntut imbalan berupa uang atau materi lainnya. Namun ada juga kader kesehatan yang disediakan sebuah rumah atau sebuah kamar serta beberapa peralatan secukupnya oleh masyarakat setempat (Meilani, N., dkk, 2009).

Kader kesehatan di Kabupaten Tuban khususnya di Kecamatan Widang dipilih dengan cara pihak Puskesmas mengusulkan nama-nama calon kader kesehatan dan diserahkan kepada kepala desa, yang selanjutnya nama-nama kader disetujui oleh kepala desa melalui musyawarah dengan perangkat desa, kemudian kepala desa menurunkan SK nama-nama kader kesehatan dan dilakukan sosialisasi pembentukan kader kesehatan bersama para kader, perawat Puskesmas dan perwakilan perangkat desa.

2.1.2 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kader

Faktor-faktor yang mempengaruhi peran kader meliputi:

1. Pendidikan

Pendidikan berarti bimbingan yang di berikan seseorang pada orang lain terhadap sesuatu hal agar mereka dapat memahami.

2. Pekerjaan

Lingkungan pekerjaan dapat menjadikan seseorang memperoleh pengalaman dan pengetahuan baik secara langsung maupun secara tidak langsung.

3. Umur

Bertambahnya umur seseorang akan terjadi perubahan pada aspek fisik dan psikologis (mental).

4. Minat

Sebagai suatu kecenderungan atau keinginan yang tinggi terhadap sesuatu.

5. Pengalaman

Yaitu suatu kejadian yang pernah dialami seseorang dalam berinteraksi dengan lingkungannya.

6. Kebudayaan

Lingkungan sekitar dimana kita hidup dan di besarkan mempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan sikap kita.

7. Informasi

Kemudahan memperoleh informasi dapat membantu mempercepat seseorang memperoleh pengetahuan yang baru (Mubarak, *et.al*, 2007).

Faktor-faktor yang mempengaruhi peran kader kesehatan yang digunakan dalam penelitian ini antara lain (1) faktor internal yaitu pendidikan dan pengetahuan dan (2) faktor pendorong yaitu dukungan petugas kesehatan, dukungan teman/sesama kader kesehatan, dukungan keluarga dan dukungan pihak lain seperti perangkat Desa atau yang lainnya.

2.1.3 Dasar Pemikiran

1. Dari segi kemampuan masyarakat

Dalam rangka mensukseskan pembangunan nasional, khusus dalam bidang kesehatan, bentuk pelayanan kesehatan diarahkan pada prinsip bahwa masyarakat bukanlah sebagai objek, akan tetapi merupakan subjek dari pembangunan itu sendiri. Pada hakekatnya kesehatan dipolakan mengikutsertakan masyarakat dalam meningkatkan efisiensi pelayanan adalah atas dasar terbatasnya sumber dana dan sumber daya yang ada dalam operasional pelayanan kesehatan masyarakat, sehingga perlu memanfaatkan sumber daya yang ada pada masyarakat seoptimal mungkin. Menurut Santoso, kader yang dinamis dengan pendidikan rata-rata tingkat desa (SD atau SMP) ternyata mampu melaksanakan beberapa hal yang sederhana dan berguna bagi masyarakat sekelompoknya.

2. Dari segi kemasyarakatan

Perilaku kesehatan pada masyarakat tidak terlepas dari kebudayaan masyarakat itu sendiri. Dalam upaya untuk menumbuhkan partisipasi masyarakat perlu memperhatikan keadaan sosial budaya masyarakat, sehingga untuk mengikutsertakan masyarakat dalam upaya pembangunan dibidang kesehatan, harus berusaha menumbuhkan kesadaran untuk dapat memecahkan permasalahan sendiri dengan memperhitungkan sosial budaya setempat.

(Tim Pengajar Keperawatan Komunitas Poltekes Depkes Jakarta III, 2008)

Masyarakat disekitar kita banyak yang belum mengetahui tentang apa itu Kesehatan Jiwa, pentingnya Kesehatan Jiwa dan bagaimana cara menjaga Kesehatan Jiwa karena memang belum adanya sosialisasi dari pihak Puskesmas kepada masyarakat. Keberadaan kader Kesehatan Jiwa diharapkan dapat mengubah cara pandang masyarakat tentang Kesehatan Jiwa, sehingga program pemerintah yang telah dicanangkan untuk meningkatkan Kesehatan Jiwa dimasyarakat dapat tercapai.

2.1.4 Tujuan Pembentukan Kader

Dalam rangka mensukseskan pembangunan nasional, khusus dibidang kesehatan, bentuk pelayanan kesehatan diarahkan pada prinsip bahwa masyarakat bukanlah sebagai objek akan tetapi merupakan subjek dari pembangunan itu sendiri.

Hakekat kesehatan dipolakan mengikut sertakan masyarakat secara aktif dan bertanggung jawab. Keikutsertaan masyarakat dalam meningkatkan efisiensi pelayanan adalah atas dasar terbatasnya daya dan dana dalam operasional pelayanan kesehatan masyarakat akan memanfaatkan sumber daya yang ada dimasyarakat seoptimal mungkin. Pola pikir yang semacam ini merupakan penjabaran dari karsa pertama yang berbunyi, meningkatkan kemampuan masyarakat untuk menolong dirinya dalam bidang kesehatan (Efendi dan Makhfudli, 2009).

Menurut K. Santoso (1979) dalam Efendi dan Makhfudli (2009), kader yang dinamis dengan pendidikan rata-rata tingkat dasar ternyata mampu melaksanakan

beberapa hal yang sederhana, akan tetapi berguna bagi masyarakat sekelompoknya meliputi:

1. Pengobatan/ringan sederhana, pemberian obat cacing pengobatan terhadap diare dan pemberian larutan gula garam, obat-obatan sederhana dan lain-lain
2. Penimbangan dan penyuluhan gizi
3. Pemberantasan penyakit menular, pencarian kasus, pelaporan vaksinasi, pemberian distribusi obat/alat kontrasepsi KB penyuluhan dalam upaya menanamkan NKKBS
4. Penyediaan dan distribusi obat/alat kontasepsi KB penyuluhan dalam upaya menamakan NKKBS
5. Penyuluhan kesehatan dan bimbingan upaya keberhasilan lingkungan, pembuatan jamban keluarga da sarana air sederhana
6. Penyelenggaraan dana sehat dan pos kesehatan desa.

Tujuan dibentuknya kader Kesehatan Jiwa di Kabupaten Tuban khususnya di Kecamatan Widang selain dari program pemerintah yang mencanangkan bebas pasung, diharapkan dapat melengkapi tugas kader kesehatan pada umumnya yang hanya menangani masalah fisik saja, karena fisik dan jiwa itu sama pentingnya untuk dijaga.

2.1.5 Fungsi Kader

1. Merencanakan kegiatan, antara lain: menyiapkan data-data, melaksanakan survey mawas diri, membahas hasil survey, menyajikan dalam Musyawarah Masyarakat Desa (MMD), menentukan kegiatan

penanggulangan masalah kesehatan ada bersama-sama masyarakat, membahas pembagian tugas menurut jadwal kerja

2. Melakukan komunikasi, informasi dan motivasi, kunjungan dengan menggunakan alat peraga dan percontohan
3. Menggerakkan masyarakat, mendorong masyarakat untuk bergotong royong, memberikan informasi dan mengadakan kesepakatan kegiatan apa yang akan dilaksanakan dan lain-lain.
4. Memberikan pelayanan yaitu:
 - 1) Membagi obat
 - 2) Membantu mengumpulkan bahan pemeriksaan
 - 3) Mengawasi pendatang didesanya dan melakukan pelaporan
 - 4) Melakukan pertolongan pemantauan penyakit
 - 5) Memberikan pertolongan pada kecelakaan dan lainnya
5. Melakukan pencatatan tentang:
 - 1) Jumlah akseptor KB atau jumlah PUS (perempuan usia subur), jumlah peserta aktif dan sebagainya
 - 2) KIA: jumlah ibu hamil, vitamin A yang dibagikan dan sebagainya
 - 3) Imunisasi: jumlah imunisasi TT bagi ibu hamil dan jumlah bayi dan balita yang diimunisasi
 - 4) Gizi: jumlah bayi yang ada, jumlah bayi dan balita yang mempunyai KMS (Kartu Menuju Sehat), balita yang ditimbang dan catatan pertumbuhan bayi

- 5) Diare: jumlah oralit yang dibagikan, penderita yang ditemukan dan dirujuk
- 6) Melakukan pembinaan keluarga mengenai lima program keterpaduan KB kesehatan. Keluarga binaan untuk masing-masing kader berjumlah 10-20 KK atau sesuai dengan kemampuan kader setempat
(Tim Pengajar Keperawatan Komunitas Poltekes Depkes Jakarta III, 2008).

Fungsi kader Kesehatan Jiwa disini lebih menekankan pada masalah-masalah psikososial, seperti pada deteksi dini keluarga akan terklasifikasi kelompok keluarga sehat sesuai dengan tumbuh kembang psikososialnya. Selain itu, fungsi kader Kesehatan Jiwa disini adalah menjadi jembatan antara masyarakat dengan tenaga kesehatan atau Puskesmas setempat, karena yang lebih dekat dengan masyarakat adalah kader. Kader yang lebih mengetahui kondisi masyarakat setempat, karena kader juga dipilih dari masyarakat setempat itu sendiri sehingga diharapkan dengan adanya kader Kesehatan Jiwa dimasyarakat, semua informasi tentang Kesehatan Jiwa yang dibutuhkan oleh masyarakat dan program-program yang dicanangkan oleh pemerintah dapat tersampaikan melalui kader, sehingga tujuan Desa Siaga Sehat Jiwa (DSSJ) untuk meningkatkan Kesehatan Jiwa dimasyarakat dapat tercapai.

2.1.6 Persyaratan menjadi Kader

Proses pemilihan kader hendaknya melalui musyawarah dengan masyarakat dan para pamong desa harus ikut serta member dukungan.

Dibawah ini persyaratan umum yang dapat dipertimbangkan untuk pemilihan calon kader :

1. Bisa baca, tulis dengan bahasa Indonesia
2. Secara fisik dapat melaksanakan tugas-tugas sebagai kader
3. Mempunyai penghasilan sendiri dan tinggal tetap di desa yang bersangkutan
4. Aktif dalam kegiatan-kegiatan sosial maupun pembangunan desanya
5. Dikenal masyarakat dan dapat bekerjasama dengan masyarakat calon kader lainnya dan berwibawa
6. Sanggup membina paling sedik 10 KK untuk meningkatkan keadaan kesehatan lingkungan
7. Diutamakan telah mengikuti KPD atau mempunyai keterampilan.

(Tim Pengajar Keperawatan Komunitas Poltekes Depkes Jakarta III, 2008)

Persyaratan lain bagi seorang kader antara lain:

1. Berasal dari masyarakat setempat
2. Tinggal di desa tersebut
3. Tidak sering meninggalkan tempat untuk waktu yang lama
4. Diterima oleh masyarakat setempat
5. Masih cukup waktu bekerja untuk masyarakat disamping mencari nafkah lain
6. Sebaiknya yang bisa baca tulis

(Bagus Ida dalam Tim Pengajar Keperawatan Komunitas Poltekes Depkes Jakarta III, 2008).

Adapun persyaratan Kader Kesehatan Jiwa diantaranya:

1. Bertempat tinggal di DSSJ
2. Sehat jasmani rohani
3. Mampu baca tulis
4. Bersedia menjadi KKJ dengan tenaga sukarela
5. Mempunyai komitmen menjalankan CMHN
6. Menyediakan waktu untuk CMHN
7. Mendapatkan izin dari suami/istri/keluarga

(Tim CMHN Jatim, 2017).

Persyaratan menjadi kader Kesehatan Jiwa di Kecamatan Widang Kabupaten

Tuban antara lain:

1. Bertempat tinggal di DSSJ
2. Sehat jasmani dan rohani
3. Mampu baca tulis
4. Mendapatkan izin dari suami/istri/keluarga

2.1.7 Peran Kader Kesehatan

Kader bukanlah tenaga profesional melainkan hanya membantu dalam pelayanan kesehatan. Hal tersebut perlu adanya pembatasan tugas yang diemban, baik menyangkut jumlah maupun jenis pelayanan. Kegiatan pokok yang perlu diketahui oleh kader dan semua pihak dalam rangka melaksanakan kegiatan antara lain:

1. Kegiatan di Posyandu:
 - 1) Melaksanakan pendaftaran

- 2) Menimbang bayi dan balita, bumil/ibu menyusui, WUS atau PUS
 - 3) Melaksanakan pencatatan hasil penimbangan
 - 4) Mengisi KMS
 - 5) Memberikan penyuluhan
 - 6) Memberi dan membantu pelayanan.
2. Kegiatan diluar Posyandu:
- 1) Mengajak kelompok ibu untuk datang mengikuti posyandu
 - 2) Melaksanakan kegiatan yang menunjang upaya kesehatan lainnya sesuai dengan permasalahan kesehatan yang ada, misalnya:
 - a. Pemberantasan penyakit menular
 - b. Penyehatan rumah dan pembuangan sampah
 - c. Pembersihan sarang nyamuk
 - d. Penyediaan sarana air bersih
 - e. Penyediaan sarana jamban keluarga
 - f. Pembuatan sarana pembuangan air limbah
 - g. Pemberian pertolongan pertama pada penyakit
 - h. P3K dan dana sehat

(Tim Pengajar Keperawatan Komunitas Poltekes Depkes Jakarta III, 2008).

Adapun peran kader Kesehatan Jiwa antara lain:

1. Deteksi dini

Deteksi adalah kemampuan kader Kesehatan Jiwa untuk mengetahui kondisi Kesehatan Jiwa keluarga yang tinggal di Desa Siaga Sehat Jiwa.

Hasil deteksi adalah kondisi sehat jiwa, risiko masalah psikososial dan gangguan jiwa (Keliat *et al*, 2011)

Deteksi dilakukan untuk memperoleh gambaran tentang Kesehatan Jiwa di satu wilayah yang ditunjukkan dengan:

- 1) Jumlah keluarga yang sehat jiwa
- 2) Jumlah keluarga yang berisiko mengalami masalah psikososial
- 3) Jumlah keluarga yang mempunyai anggota keluarga dengan gangguan jiwa

Kegiatan yang dilakukan dalam mendeteksi keluarga di Desa Siaga Sehat Jiwa, adalah sebagai berikut:

a. Persiapan

Kegiatan yang dilakukan adalah sebagai berikut:

- a) Kader mempelajari buku pedoman deteksi keluarga
- b) Kader mempelajari tanda-tanda individu/ keluarga yang berisiko mengalami masalah psikososial atau individu/ keluarga yang mengalami gangguan jiwa
- c) Kader mengidentifikasi individu/ keluarga yang diduga memiliki risiko masalah psikososial atau gangguan jiwa
- d) Kader melakukan kontrak/ janji bertemu dengan individu dan keluarga

b. Pelaksanaan

Kegiatan yang dilakukan adalah sebagai berikut:

- a) Setiap dusun memiliki kader Kesehatan Jiwa dengan rasio satu kader bertanggung jawab terhadap 15-20 keluarga yang ada disekitar tempat tinggalnya
- b) Seluruh keluarga yang ada di Desa Siaga Sehat Jiwa mempunyai kader Kesehatan Jiwa (kader membagi seluruh jumlah keluarga yang ada didusun dan dikelola bersama)
- c) Kader menilai Kesehatan Jiwa setiap keluarga yang tinggal diwilayahnya dengan cara wawancara dan pengamatan sesuai dengan petunjuk pada buku pedoman deteksi keluarga, untuk menilai perilaku yang menunjukkan adanya risiko masalah psikososial atau gangguan jiwa, kader perlu mengetahui tanda/perilaku pada semua anggota keluarga
- d) Berdasarkan hasil penilaian, kader mengelompokkan keluarga yang tinggal diwilayahnya menjadi tiga kelompok, yaitu sebagai berikut:
 - (a) Kelompok keluarga sehat adalah keluarga yang tinggal diwilayah kerja kader dan tidak menunjukkan perilaku menyimpang, baik risiko masalah psikososial maupun gangguan jiwa
 - (b) Kelompok keluarga yang berisiko mengalami masalah psikososial adalah keluarga yang tinggal diwilayah kerja

kader dengan kondisi seperti yang terdapat pada tabel di atas

- (c) Kelompok keluarga yang anggota keluarganya mengalami gangguan jiwa adalah keluarga yang tinggal di wilayah kerja kader dan mempunyai anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa

c. Pelaporan

Kegiatan yang dilakukan adalah sebagai berikut:

- a) Kader mencatat nama seluruh keluarga yang tinggal di wilayahnya
- b) Kader mencatat data keluarga yang mempunyai risiko masalah psikososial
- c) Kader mencatat data keluarga yang mengalami gangguan jiwa
- d) Hasil penghitungan jumlah keluarga untuk masing-masing kelompok dicatat
- e) Hasil pencatatan disampaikan kepada perawat CMHN yang bertanggungjawab

(Keliat *et al*, 2011).

2. Menggerakkan masyarakat

Menurut Keliat *et al* (2011), terdapat 4 komponen dalam menggerakkan masyarakat, antara lain:

- 1) Penggerakan kelompok keluarga sehat untuk penyuluhan Kesehatan Jiwa

Penggerakan kelompok keluarga sehat adalah kegiatan memobilisasi keluarga yang sehat untuk mengikuti kegiatan penyuluhan Kesehatan Jiwa oleh perawat CMHN yang dilakukan sesuai dengan jadwal yaitu dua minggu sekali.

Tujuan menggerakkan masyarakat pada kelompok sehat yaitu untuk memotivasi dan mendorong keluarga sehat agar menghadiri penyuluhan kesehatan yang akan dilaksanakan.

Kegiatan yang dilakukan dalam menggerakkan kelompok keluarga sehat untuk penyuluhan Kesehatan Jiwa, adalah sebagai berikut:

a. Persiapan

Kegiatan yang dilakukan adalah sebagai berikut:

- a) Kader mengidentifikasi keluarga sehat jiwa yang akan mengikuti penyuluhan sesuai dengan topik penyuluhan (misalnya, keluarga dengan bayi)
- b) Kader mengundang keluarga yang akan menjadi sasaran penyuluhan satu minggu sebelum kegiatan penyuluhan
- c) Kader mengingatkan peserta penyuluhan satu hari sebelumnya untuk menghadiri penyuluhan
- d) Kader mengingatkan peserta penyuluhan untuk hadir satu jam sebelum penyuluhan
- e) Kader mempersiapkan daftar hadir untuk peserta penyuluhan
- f) Kader mempersiapkan tempat penyuluhan

b. Pelaksanaan

Kegiatan yang dilakukan adalah sebagai berikut:

- a) Kader mengingatkan peserta untuk mengikuti penyuluhan
- b) Kader mengumpulkan peserta penyuluhan
- c) Kader mendampingi perawat CMHN yang memberikan penyuluhan
- d) Kader memotivasi peserta untuk bertanya

c. Pelaporan

Kegiatan yang dilakukan adalah membuat laporan kegiatan penyuluhan dan kehadiran peserta

- 2) Penggerakan kelompok keluarga yang berisiko mengalami masalah psikososial untuk penyuluhan Kesehatan Jiwa

Penggerakan kelompok keluarga yang berisiko mengalami masalah psikososial adalah kegiatan menggerakkan keluarga yang mengalami resiko masalah psikososial untuk mengikuti penyuluhan kesehatan oleh perawat yang dilakukan 2 minggu sekali.

Tujuan menggerakkan masyarakat pada kelompok resiko yaitu untuk memotivasi dan mendorong keluarga yang risiko masalah psikososial untuk menghadiri penyuluhan kesehatan yang akan dilaksanakan.

Kegiatan yang dilakukan dalam menggerakkan kelompok keluarga yang berisiko mengalami masalah psikososial untuk mengikuti penyuluhan Kesehatan Jiwa adalah sebagai berikut:

a. Persiapan

Kegiatan yang dilakukan adalah sebagai berikut:

- a) Kader mengidentifikasi keluarga yang berisiko mengalami masalah psikososial yang akan mengikuti penyuluhan
- b) Kader mengundang keluarga yang akan menjadi sasaran penyuluhan satu minggu sebelum kegiatan penyuluhan
- c) Kader mengingatkan peserta penyuluhan satu hari sebelumnya untuk menghadiri penyuluhan
- d) Kader mengingatkan peserta penyuluhan untuk hadir satu jam sebelum penyuluhan
- e) Kader mempersiapkan daftar hadir untuk peserta penyuluhan
- f) Kader mempersiapkan tempat penyuluhan

b. Pelaksanaan

Kegiatan yang dilakukan adalah sebagai berikut:

- a) Kader mengingatkan peserta untuk mengikuti penyuluhan
- b) Kader mengumpulkan peserta penyuluhan
- c) Kader mendampingi perawat CMHN yang memberikan penyuluhan
- d) Kader memotivasi peserta untuk bertanya

c. Pelaporan

Kegiatan yang dilakukan adalah membuat laporan kegiatan penyuluhan dan kehadiran peserta

3) Penggerakan kelompok keluarga dengan gangguan jiwa untuk penyuluhan Kesehatan Jiwa

Penggerakan kelompok keluarga yang mengalami gangguan jiwa adalah kegiatan menggerakkan keluarga yang mengalami gangguan jiwa untuk mengikuti penyuluhan kesehatan oleh perawat yang dilakukan 2 minggu sekali.

Tujuan menggerakkan masyarakat pada kelompok gangguan yaitu untuk memotivasi dan mendorong keluarga yang mempunyai gangguan jiwa untuk menghadiri penyuluhan Kesehatan Jiwa.

Kegiatan yang dilakukan dalam Penggerakan kelompok keluarga dengan gangguan jiwa untuk penyuluhan Kesehatan Jiwa adalah sebagai berikut:

a. Persiapan

Kegiatan yang akan dilakukan adalah sebagai berikut:

- a) Kader mengidentifikasi keluarga yang mengalami gangguan jiwa yang akan mengikuti penyuluhan
- b) Kader mengundang keluarga yang akan menjadi sasaran penyuluhan satu minggu sebelum kegiatan penyuluhan
- c) Kader mengingatkan peserta penyuluhan satu hari sebelumnya untuk menghadiri penyuluhan
- d) Kader mengingatkan peserta penyuluhan untuk hadir satu jam sebelum penyuluhan
- e) Kader mempersiapkan daftar hadir untuk peserta penyuluhan

f) Kader mempersiapkan tempat penyuluhan

b. Pelaksanaan

Kegiatan yang akan dilakukan adalah sebagai berikut:

- a) Kader mengingatkan peserta untuk mengikuti penyuluhan
- b) Kader mengumpulkan peserta penyuluhan
- c) Kader mendampingi perawat CMHN yang memberikan penyuluhan
- d) Kader memotivasi peserta untuk bertanya

c. Pelaporan

Kegiatan yang akan dilakukan adalah membuat laporan kegiatan penyuluhan dan kehadiran peserta

4) Penggerakan kelompok pasien gangguan jiwa untuk Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) dan rehabilitasi

Penggerakan kelompok pasien gangguan jiwa adalah kegiatan menggerakkan ODGJ untuk mengikuti Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) oleh perawat yang dilakukan 2 minggu sekali.

Tujuan menggerakkan masyarakat pada kelompok ODGJ yaitu untuk memotivasi dan mendorong ODGJ untuk menghadiri Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) dan rehabilitasi.

Kegiatan yang dilakukan dalam Penggerakan kelompok pasien gangguan jiwa untuk TAK dan rehabilitasi adalah sebagai berikut:

a. Persiapan

Kegiatan yang dilakukan adalah sebagai berikut:

- a) Kader bersama perawat CMHN mengidentifikasi pasien gangguan jiwa yang akan mengikuti TAK dan rehabilitasi
- b) Kader bersama perawat CMHN menyampaikan rencana TAK dan rehabilitasi
- c) Kader bersama keluarga menyediakan alat dan bahan TAK dan rehabilitasi
- d) Kader mengundang pasien dan keluarga untuk mengikuti TAK dan rehabilitasi
- e) Kader mengingatkan pasien dan keluarga untuk hadir pada kegiatan TAK dan rehabilitasi yang akan dilakukan
- f) Kader mempersiapkan daftar hadir peserta kegiatan TAK dan rehabilitasi
- g) Kader mempersiapkan tempat untuk kegiatan TAK dan rehabilitasi

b. Pelaksanaan

Kegiatan yang dilakukan adalah sebagai berikut:

- a) Kader mengumpulkan peserta TAK dan rehabilitasi
- b) Kader mendampingi perawat CMHN untuk melakukan kegiatan TAK dan rehabilitasi
- c) Kader memotivasi peserta untuk aktif mengikuti kegiatan TAK dan rehabilitasi

c. Pelaporan

Kegiatan yang akan dilakukan adalah membuat laporan kegiatan TAK dan rehabilitasi dan kehadiran peserta.

3. Kunjungan rumah

Kunjungan rumah adalah kunjungan kader Kesehatan Jiwa ke keluarga yang anggota keluarganya mengalami gangguan jiwa dan telah dirawat oleh perawat CMHN dan telah mandiri. Kunjungan dilakukan 2 minggu sekali. Saat melakukan kunjungan rumah, kader melakukan penilaian terhadap kemampuan pasien gangguan jiwa (anggota keluarga) dan keluarga dalam perawatan pasien.

Kunjungan rumah dilakukan untuk memperoleh informasi terkini tentang kemampuan pasien mengatasi masalahnya dan keterlibatan keluarga dalam perawatan pasien dirumah. Sasaran kunjungan rumah oleh kader adalah pasien dan keluarga yang mengalami masalah harga diri rendah (HDR), menyendiri, mendengar suara-suara (halusinasi), mengamuk dan kurang perawatan diri yang telah mandiri.

Kegiatan yang dilakukan dalam kunjungan rumah adalah sebagai berikut:

1) Persiapan

Kegiatan yang dilakukan adalah sebagai berikut:

- a. Kader menyiapkan buku supervisor kader
- b. Kader mempelajari isi buku
- c. Kader melakukan perjanjian/kontrak dengan keluarga

2) Pelaksanaan

- a. Kader memberikan salam terapeutik
- b. Kader memberikan perjanjian/kontrak
- c. Kader mengobservasi perilaku pasien dan keluarga tentang kemampuan pasien, misalnya kegiatan sehari-hari, kemampuan sosialisasi, kemampuan menyelesaikan masalah, dan kepatuhan minum obat serta tindak lanjut
- d. Kader menyampaikan pujian terhadap kemampuan pasien dan keluarga
- e. Kader membuat perjanjian untuk kunjungan pada minggu berikutnya dengan tujuan tertentu atau rujukan yang diperlukan

3) Pelaporan

Kegiatan yang dilakukan adalah menuliskan hasil observasi pada buku pegangan kader sesuai dengan kasus pasien.

4. Rujukan kasus

Rujukan adalah mengirimkan pasien kepada perawat CMHN yang bertanggung jawab. Rujukan dilakukan agar pasien gangguan jiwa mendapatkan perawatan yang lebih baik lagi. Rujukan dilakukan jika saat supervisi/kunjungan rumah/deteksi keluarga, kader menemukan:

- 1) Pasien mengalami kemunduran perilaku berdasarkan penilaian terhadap perilaku pasien saat kunjungan rumah
- 2) Pasien baru

Kegiatan yang dilakukan dalam rujukan kasus adalah sebagai berikut:

1) Persiapan

Kegiatan yang dilakukan adalah sebagai berikut:

- a. Kader menyiapkan laporan kunjungan rumah/supervisi yang menunjukkan kemunduran perilaku pasien atau adanya masalah kesehatan baru
- b. Kader mengisi format rujukan kasus

2) Pelaksanaan

Kegiatan yang dilakukan adalah sebagai berikut:

- a. Kader menyampaikan laporan hasil kunjungan rumah kepada perawat CMHN
- b. Kader memberikan surat rujukan kepada perawat CMHN

3) Pelaporan

Kegiatan yang dilakukan adalah menuliskan hasil observasi pada buku pegangan kader sesuai dengan kasus pasien.

5. Pendokumentasian

Pendokumentasian adalah menuliskan seluruh tindakan yang dilakukan kader (deteksi, penggerakan, kunjungan rumah dan rujukan kasus) dengan menggunakan panduan pelaporan yang tersedia (buku pegangan kader Kesehatan Jiwa). Pendokumentasian dilakukan agar perkembangan kondisi kesehatan pasien dan keluarga serta seluruh kegiatan yang telah dilakukan di Desa Siaga Sehat Jiwa (DSSJ) tercatat dengan baik.

Bentuk dokumentasi laporan kader, adalah sebagai berikut:

- 1) Buku pegangan kader : deteksi keluarga
- 2) Buku pegangan kader : penyuluhan Kesehatan Jiwa
- 3) Buku pegangan kader : supervisi pasien gangguan jiwa
- 4) Surat rujukan

Peran kader Kesehatan Jiwa dalam penelitian yang dilakukan ini tidak mencakup semua aspek dari keseluruhan peran kader Kesehatan Jiwa, akan tetapi hanya difokuskan pada dua peran, yaitu:

1. Deteksi dini

Setelah kader mendapatkan materi tentang peran kader Kesehatan Jiwa, pada hari ke 4 pelatihan, semua kader kesehatan dibagi menjadi 4 kelompok sesuai dengan pos kader kesehatan, yaitu kemuning 1, kemuning 2, kemuning 3 dan kemuning 4. Masing-masing kelompok kader tersebut dikoordinatori oleh kader Kesehatan Jiwa, dengan tugas sebagai berikut:

- 1) Setiap kelompok terdiri dari 11-12 kader kesehatan, dan masing-masing kader kesehatan bertanggungjawab minimal melakukan deteksi dini pada 5 KK yang ada disetiap pos dan difokuskan pada keluarga yang sebelumnya sudah terdeteksi terdapat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Pembagian kader pada setiap wilayah disesuaikan dengan tempat tinggal kader, agar lebih memudahkan kader dalam proses deteksi dini.

- 2) Kader menilai Kesehatan Jiwa setiap keluarga yang tinggal diwilayahnya dengan cara wawancara dan menggunakan format deteksi dini yang telah disediakan oleh peneliti sesuai dengan petunjuk pada buku pedoman deteksi keluarga, untuk menilai perilaku yang menunjukkan adanya risiko masalah psikososial atau gangguan jiwa yang sebelumnya kader harus mengetahui terlebih dahulu tanda/perilaku pada semua anggota keluarga
- 3) Berdasarkan penilaian/hasil deteksi dini yang dilakukan, kader mengelompokkan keluarga yang tinggal di wilayahnya menjadi tiga kelompok yaitu: kelompok sehat, kelompok resiko dan kelompok gangguan. Saat deteksi dini kader menandai rumah warga dengan kertas warna. Warna hijau untuk keluarga sehat, warna kuning untuk keluarga resiko dan warna merah untuk keluarga gangguan, sehingga nantinya akan memudahkan kader untuk melakukan peran selanjutnya yaitu penggerakan masyarakat.
- 4) Kader mengumpulkan hasil deteksi dini pada kelompoknya masing-masing untuk ditabulasi, sehingga terlihat hasil deteksi dini pada setiap dusun, berapa keluarga yang masuk kelompok sehat, berapa keluarga yang masuk kelompok resiko dan berapa jumlah keluarga yang masuk kelompok gangguan, selanjutnya hasil deteksi dini dipresentasikan oleh koordinator kelompok.

2. Menggerakkan masyarakat

Penggerakkan masyarakat pada penelitian difokuskan pada kelompok keluarga dengan gangguan untuk mengikuti penyuluhan Kesehatan Jiwa dan kelompok orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) untuk mengikuti TAK sesuai jadwal yang telah ditentukan.

2.1.8 Karakteristik Keluarga dengan Risiko Masalah Psikososial dan Gangguan Jiwa

1. Risiko masalah psikososial

Tabel 2.1. Risiko Masalah Psikososial

No.	Faktor Risiko
1.	Kehilangan anggota keluarga atau orang yang dicintai
2.	Kehilangan pekerjaan
3.	Kehilangan harta benda
4.	Kehilangan anggota tubuh
5.	Penyakit fisik kronis: hipertensi, tuberculosis (TBC), diabetes mellitus (DM), jantung, ginjal, reumatik, <i>stroke</i> .
6.	Hamil dan pascapartum

Sumber: Keliat *et al*, 2011

2. Gangguan jiwa

Gangguan jiwa adalah kelainan perilaku yang disebabkan oleh gangguan fungsi jiwa (ingatan, pikiran, penilaian/persepsi, komunikasi, aktivitas, motivasi, belajar) sehingga menyebabkan hambatan dalam melakukan fungsi sosial (interaksi/bergaul). Penyebab gangguan jiwa adalah ketidakmampuan seseorang beradaptasi dengan masalah. Gangguan jiwa dapat terjadi pada siapa saja dan dimana saja, perilaku yang menunjukkan seseorang mengalami gangguan jiwa sangat beragam.

Tabel 2.2. Perilaku yang Menunjukkan Tanda Gangguan Jiwa

No.	Ciri perilaku
1.	Sedih berkepanjangan dalam waktu lama
2.	Kemampuan melakukan kegiatan sehari-hari (kebersihan, makan, minum, aktivitas) berkurang
3.	Motivasi untuk melakukan kegiatan menurun (malas)
4.	Marah-marah tanpa sebab
5.	Bicara atau tertawa sendiri
6.	Mengamuk
7.	Menyendiri
8.	Tidak mau bergaul
9.	Tidak memperhatikan penampilan/ kebersihan diri
10.	Mengatakan atau mencoba bunuh diri

Sumber: Keliat *et al*, 2011

2.2 Konsep Dasar Desa Siaga Sehat Jiwa (DSSJ)

2.2.1 Pengertian Desa Siaga Sehat Jiwa (DSSJ)

Desa siaga adalah desa yang penduduknya memiliki kesiapan sumber daya dan kemampuan untuk mengatasi masalah kesehatan secara mandiri (Tim CMHN Provinsi Jatim, 2017).

Desa siaga sehat jiwa adalah desa yang penduduknya memiliki kesiapan sumber daya dan kemampuan untuk mengatasi masalah Kesehatan Jiwa secara mandiri (Tim CMHN Provinsi Jatim, 2017).

2.2.2 Karakteristik Desa Siaga Sehat Jiwa (DSSJ)

1. Memiliki kader Kesehatan Jiwa
2. Memiliki kelompok tokoh agama, pengobat tradisional, guru, petugas keamanan
3. Memiliki kantor DSSJ
4. Mempunyai survei keluarga kondisi Kesehatan Jiwa keluarga
5. Memiliki sistem rujukan Kesehatan Jiwa
6. Memiliki dana masyarakat

7. Menerapkan perilaku sehat jiwa

(Tim CMHN Provinsi Jatim, 2017).

2.2.3 Tujuan DSSJ

Tujuan umum DSSJ adalah terwujudnya masyarakat desa yang sehat, peduli dan tanggap terhadap permasalahan Kesehatan Jiwa diwilayah desanya

Tujuan khusus DSSJ adalah sebagai berikut:

1. Meningkatkan pengetahuan masyarakat desa tentang pentingnya Kesehatan Jiwa
2. Meningkatkan kemampuan masyarakat desa menolong dirinya dalam bidang Kesehatan Jiwa
3. Meningkatkan kesiap siagaan masyarakat desa risiko bahaya Kesehatan Jiwa
4. Meningkatkan dukungan dan peran aktif *stakeholders*
5. Meningkatnya masyarakat desa melaksanakan perilaku sehat jiwa

(Tim CMHN Provinsi Jatim, 2017).

2.2.4 Sasaran DSSJ

1. *Primary goal* (sasaran primer):

Individu yaitu semua individu (kepala keluarga) desa mampu hidup sehat, peduli dan tanggap terhadap Kesehatan Jiwa

2. *Secondary goal* (sasaran sekunder):

Individu dan kelompok yaitu tokoh agama, perempuan, pemuda, kader desa, professional dan petugas kesehatan

3. *Tertiary goal* (sasaran tersier)

Individu, kelompok dan istitusi yaitu Kades, camat, pejabat, swasta, donator dan *stakeholders*.

(Tim CMHN Provinsi Jatim, 2017).

2.2.5 Indikator Desa Siaga

1. Forum masyarakat kelurahan/desa
2. Sarana pelayanan kesehatan dasar dan sistem rujukan
3. Usaha kesehatan berbasis masyarakat yang dikembangkan
4. Sistem pengamatan penyakit dan faktor resiko berbasis masyarakat
5. Sistem kesiapsiagaan penanggulangan kegawatdaruratan dan bencana berbasis masyarakat
6. Upaya menciptakan dan terwujudnya PHBS (perilaku hidup bersih dan sehat)
7. Upaya menciptakan dan terwujudnya kader gizi

(Tim CMHN Provinsi Jatim, 2017).

2.2.6 Langkah-Langkah Pembentukan DSSJ

1. Pemilihan desa untuk DSSJ
2. Sosialisasi DSSJ kepada Tokoh agama melalui MMD
3. Pemilihan calon KKJ oleh Kades (1 KKJ untuk 20 KK)
4. Pelatihan Kader Kesehatan Jiwa
5. Melaksanakan peran Kader Kesehatan Jiwa
6. MONEV (Monitor dan evaluasi)

(Tim CMHN Provinsi Jatim, 2017).

2.3 Konsep Dasar Stigma

2.3.1 Definisi Stigma

Stigma adalah stempel negatif terhadap sekelompok orang karena adanya kondisi khas pada kelompok tersebut, yang menyebabkan mereka dianggap berbeda dan terpisah dari kelompok masyarakat lainnya. Stigma merupakan atribut buruk yang dilekatkan pada individu atau sekelompok orang, sehingga individu atau kelompok tersebut tidak lagi dikenali sebagai individu atau kelompok yang utuh dengan berbagai sifat yang dimiliki, melainkan hanya berdasarkan sifat atau atribut buruknya saja (Djuari dan Karimah, 2015).

Goofman (1963) menyatakan bahwa stigma merupakan kumpulan dari sikap, keyakinan, pikiran, dan perilaku negatif yang berpengaruh pada individu atau masyarakat umum untuk takut, menolak, menghindar, berprasangka, dan membedakan seseorang. Stigma tersebut juga dapat menimbulkan kekuatan negatif dalam keseluruhan aspek jaringan dan hubungan sosial pada kualitas hidup, hubungan dengan keluarga dan kontak sosial dalam masyarakat.

Stigma adalah stempel negatif yang biasanya diawali dengan pengalaman yang terbatas, pemahaman yang salah serta prasangka buruk terhadap suatu kondisi tertentu. Stigma merupakan rangkaian proses kognitif menyimpang yang berbuah perilaku deskriminasi. Sayangnya, perilaku yang mencerminkan stigma terhadap gangguan jiwa dilakukan secara luas, baik secara sengaja maupun tidak oleh keluarga, masyarakat awam hingga para profesional dibidang kesehatan mental, pembuat kebijakan, penyedia asuransi kesehatan bahkan oleh individu penderita

gangguan jiwa sendiri, hal tersebut bermula dari pemahaman yang salah tentang gangguan jiwa (Djuari dan Karimah, 2015).

Stigma terhadap gangguan jiwa menyebabkan penderita dijauhi, kurang dipahami dan didukung oleh lingkungan terdekat, mengurangi kesempatan untuk mendapatkan pekerjaan, mempersulit individu memperoleh haknya dalam pendidikan, pelayanan kesehatan, penggunaan fasilitas umum, mencari tempat tinggal dan melakukan aktivitas sosial (Djuari dan Karimah, 2015). Stigma dapat membangkitkan rasa malu, sikap menyalahkan, rasa kehilangan harapan, perasaan tertekan, yang bisa menyebabkan penderita dan keluarga menarik diri dan memunculkan rasa enggan untuk mencari atau mendapatkan pertolongan yang diperlukan (Djuari dan Karimah, 2015). Stigma juga menjadi penyebab sulitnya perawatan psikiatris serta upaya mendapatkan pembiayaan asuransi. Perawatan yang tidak optimal dapat menyebabkan penderita sulit lepas dari kondisi klinisnya dan semakin memperbesar kemungkinannya mendapatkan stigma (Djuari dan Karimah, 2015).

2.3.2 Contoh Stigma

Ada beberapa contoh stigma yang terjadi dimasyarakat diantaranya:

1. Contoh pertama, julukan si tuli adalah stigma, karena orang dengan julukan tersebut hanya dikenali karena cacat pada pendengarannya dan tidak lagi dikenal sebagai manusia utuh yang mungkin bersifat pemurah atau rajin bekerja. Julukan tersebut seakan memisahkannya dari anggota masyarakat lainnya yang tidak memiliki cacat pendengaran.

2. Contoh kedua, sebagian masyarakat akan tersenyum geli ketika berkenalan dengan seorang psikiater, karena yang terbayang oleh mereka adalah pasien-pasiennya yang aneh, padahal tidak semua pasien yang datang ke psikiater menunjukkan perilaku aneh dan pasien yang anehpun tidak selamanya dalam kondisi aneh.
3. Contoh ketiga, setelah mengetahui bahwa X menderita gangguan jiwa, maka teman-teman X mulai menjauh karena takut, walaupun mereka tidak pernah menjumpai X dalam kondisi psikosis yang menakutkan
(Djuari dan Karimah, 2015)

2.3.3 Mekanisme Stigma

Menurut Major dan O'Brien (2005) mekanisme stigma terbagi menjadi empat antara lain:

1. Adanya perlakuan negatif dan diskriminasi secara langsung

Mekanisme stigma yang pertama yaitu adanya perlakuan negatif dan diskriminasi secara langsung yang artinya terdapat pembatasan pada akses kehidupan dan diskriminasi secara langsung sehingga berdampak pada status sosial, *psychological well-being* dan kesehatan fisik. Stigma dapat terjadi di beberapa tempat seperti di sebuah toko, tempat kerja, *setting* pendidikan, pelayanan kesehatan dan sistem peradilan pidana (Eshiemann, dalam Major & O'Brien, 2005).

2. Proses konfirmasi terhadap harapan atau *self fulfilling prophecy*

Stigma menjadi sebuah proses melalui konfirmasi harapan atau *self fulfilling prophecy* (Jussim dkk., dalam Major dan O'Brien, 2005).

Persepsi negatif, *stereotipe* dan harapan bisa mengarahkan individu untuk berperilaku sesuai dengan stigma yang diberikan sehingga berpengaruh pada pikiran, perasaan dan perilaku individu tersebut.

3. Munculnya *stereotip* secara otomatis

Stigma dapat menjadi sebuah proses melalui aktivasi *stereotip* otomatis secara negatif pada suatu kelompok.

4. Terjadinya proses ancaman terhadap identitas dari individu

2.3.4 Tipe Stigma

Menurut Goffman (dalam Scheid dan Brown, 2010) mendefinisikan 3 tipe stigma sebagai berikut :

1. Stigma yang berhubungan dengan cacat tubuh yang dimiliki oleh seseorang
2. Stigma yang berhubungan dengan karakter individu yang umum diketahui seperti bekas narapidana, pasien rumah sakit jiwa dan lain sebagainya
3. Stigma yang berhubungan dengan ras, bangsa dan agama. Stigma semacam ini ditransmisikan dari generasi ke generasi melalui keluarga.

2.3.5 Dimensi Stigma

Menurut Link dan Phelan (dalam Scheid & Brown, 2010) stigma mengacu pada pemikiran Goffman (1961), komponen-komponen dari stigma sebagai berikut :

1. *Labeling*

Labeling adalah pembedaan dan memberikan label atau penamaan berdasarkan perbedaan-perbedaan yang dimiliki anggota masyarakat tersebut (Link & Phelan dalam Scheid & Brown, 2010). Sebagian besar perbedaan individu tidak dianggap relevan secara sosial, namun beberapa perbedaan yang diberikan dapat menonjol secara sosial. Pemilihan

karakteristik yang menonjol dan penciptaan label bagi individu atau kelompok merupakan sebuah prestasi sosial yang perlu dipahami sebagai komponen penting dari stigma.

2. *Stereotip*

Stereotip adalah kerangka berpikir atau aspek kognitif yang terdiri dari pengetahuan dan keyakinan tentang kelompok sosial tertentu dan *traits* tertentu (Judd, Ryan & Parke dalam Baron & Byrne, 2003). Menurut Rahman (2013) *stereotip* merupakan keyakinan mengenai karakteristik tertentu dari anggota kelompok tertentu. *Stereotip* adalah komponen kognitif yang merupakan keyakinan tentang atribut personal yang dimiliki oleh orang-orang dalam suatu kelompok tertentu atau kategori sosial tertentu (Taylor, Peplau dan Sears 2009).

3. *Separation*

Separation adalah pemisahan “kita” (sebagai pihak yang tidak memiliki stigma atau pemberi stigma) dengan “mereka” (kelompok yang mendapatkan stigma). Hubungan label dengan atribut negatif akan menjadi suatu pembenaran ketika individu yang dilabel percaya bahwa dirinya memang berbeda sehingga hal tersebut dapat dikatakan bahwa proses pemberian stereotip berhasil (Link dan Phelan dalam Scheid dan Brown, 2010).

4. Diskriminasi

Diskriminasi adalah perilaku yang merendahkan orang lain karena keanggotaannya dalam suatu kelompok (Rahman, 2013). Menurut Taylor,

Peplau, dan Sears (2009) diskriminasi adalah komponen *behavioral* yang merupakan perilaku negatif terhadap individu karena individu tersebut adalah anggota dari kelompok tertentu.

Menurut Jones (dalam Link, Yang, Phelan & Collins, 2001) mengidentifikasi dimensi dari stigma yang terdiri dari enam dimensi, yaitu :

1. *Concealability*, menunjukkan atau melakukan deteksi tentang karakteristik dari individu lain. *Concealability* bervariasi tergantung pada sifat stigma tersebut. Individu yang mampu menyembunyikan kondisinya, biasanya sering melakukan stigma tersebut.
2. *Course*, menunjukkan kondisi stigma *reversibel* atau *ireversibel*. Individu yang mengalami kondisi *ireversibel* maka cenderung untuk memperoleh sikap yang lebih negatif dari orang lain.
3. *Disruptiveness*, menunjukkan tanda-tanda yang diberikan oleh orang lain kepada individu yang mengakibatkan ketegangan atau menghalangi interaksi interpersonal.
4. *Aesthetic*, mencerminkan persepsi seseorang terkait dengan hal yang menarik atau menyenangkan.
5. *Origin*, merujuk kepada bagaimana munculnya kondisi yang menyebabkan stigma.
6. *Peril*, merujuk pada perasaan bahaya atau ancaman yang dialami orang lain. Ancaman dalam pengertian ini dapat mengacu pada bahaya fisik atau perasaan yang tidak nyaman.

2.3.6 Proses Stigma

Menurut Crocker, *et al.* (dalam Major dan O'Brien, 2005) stigma terjadi karena individu memiliki beberapa atribut dan karakter dari identitas sosialnya namun akhirnya terjadi devaluasi pada konteks tertentu. Menurut Link dan Phelan dalam Scheid dan Brown (2010) stigma terjadi ketika muncul beberapa komponen yang saling berkaitan. Adapun komponen-komponen tersebut, yaitu :

1. Komponen pertama adalah individu membedakan dan memberikan label atas perbedaan yang dimiliki oleh individu tersebut
2. Komponen kedua adalah munculnya keyakinan dari budaya yang dimiliki individu terhadap karakteristik individu atau kelompok lain dan menimbulkan *stereotip*
3. Komponen ketiga adalah menempatkan individu atau kelompok yang telah diberikan label pada individu atau kelompok dalam kategori yang berbeda sehingga terjadi *separation*
4. Komponen keempat adalah individu yang telah diberikan label mengalami diskriminasi

Proses diatas menunjukkan bahwa stigma terjadi dalam jangka waktu tertentu yang merupakan suatu proses yang terdiri dari empat dimensi yaitu terjadinya *labeling* dilanjutkan dengan munculnya *stereotip*, *separation* dan diskriminasi.

2.4 Konsep Dasar *Caring*

2.4.1 Definisi *Caring*

Caring adalah hubungan dan transaksi yang diperlukan antara pemberi dan penerima asuhan untuk meningkatkan dan melindungi klien sebagai manusia sehingga dapat mempengaruhi kesanggupan klien untuk sembuh (Watson, 1979).

Caring dapat juga didefinisikan sebagai aktivitas, proses, dan pengambilan keputusan yang bersifat memelihara, baik secara langsung maupun tidak langsung, untuk meningkatkan status kesehatan (Leininger, 1991).

Caring merupakan hubungan yang saling memelihara pribadi yang berlandaskan komitmen dan tanggung jawab. *Caring* merupakan inti dari keperawatan. (Swanson, 1991)

Caring dalam penelitian ini adalah sikap saling memiliki, melindungi yang harus dimiliki oleh seorang kader Kesehatan Jiwa, agar peran yang dijalankan dimasyarakat dapat berjalan dengan baik, *Caring* yang dimiliki oleh kader dapat menumbuhkan komitmen pada diri kader.

2.4.2 Dasar Teori *Caring* Swanson

Teori *Caring* Swanson masuk dalam *level middle-range theory* yang mempelajari tentang perawat dapat merawat klien dengan tetap menghargai martabat klien dengan komitmen dan tanggung jawab. Dasar teori *Caring* Swanson berdasar riset yang dilakukan terhadap studi perinatal, studi perinatal yang pertama tentang pengalaman para wanita yang mengalami keguguran, studi kedua pada orangtua dan para profesional kesehatan sebagai *caregiver* diruang *Newborn Intensive Care Unit* (NICU), dan kelompok calon ibu dengan risiko

tinggi. Fokus teori *Caring* dari Swanson yaitu mengembangkan lima proses dasar. Kelima proses dasar tersebut adalah *knowing*, *being with*, *doing for*, *enabling*, dan *maintaining belief*. Teori ini menekankan bahwa tujuan keperawatan adalah mempromosikan kesejahteraan orang lain. *Caring* dapat juga diartikan sebagai “*a nurturing way of relating to valued other toward whom one feels a personal sense of commitment and responsibility*”, yaitu cara perawat dapat merawat klien dengan tetap menghargai martabat berlandaskan komitmen dan tanggung jawab. Selain itu, dapat juga diartikan sebagai sebuah cara untuk menciptakan atau memelihara kesehatan yang dapat dilakukan dengan menjalin hubungan yang bernilai dengan orang lain sehingga mempunyai hubungan yang intim dengan komitmen dan tanggung jawab (Swanson, 1991, 1993, 1999, dalam Alligood, 2010).

Komponen *Caring* Swanson (1991) mendeskripsikan lima proses *Caring* menjadi lebih praktis, yaitu:

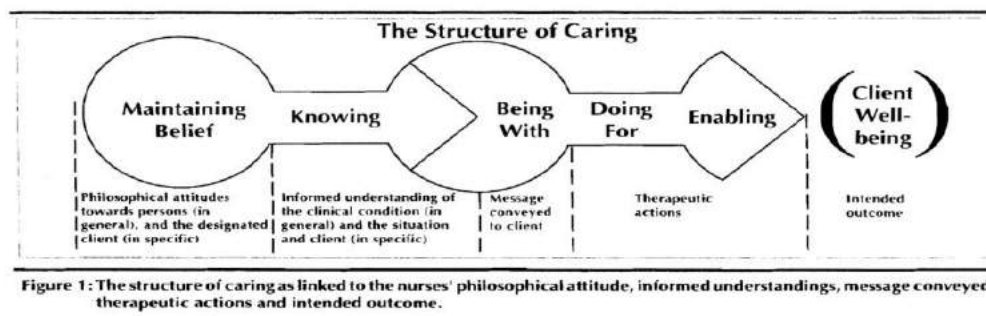
1. Komponen mempertahankan keyakinan, mengaktualisasi diri untuk menolong orang lain, mampu menolong orang lain dengan tulus, memberikan ketenangan kepada klien, dan memiliki sikap yang positif
2. Komponen pengetahuan, memberikan pemahaman klinis tentang kondisi dan situasi klien, melakukan setiap tindakan berdasarkan aturan dan menghindari terjadinya komplikasi.
3. Komponen kebersamaan, hadir secara emosional dengan orang lain, mampu berbagi dengan klien secara tulus, dan membangun kepercayaan dengan orang lain.

4. Komponen tindakan yang dilakukam, tindakan terapeutik seperti membuat nyaman, antisipasi bahaya, dan intervensi yang kompeten.
5. Komponen memungkinkan, memberikan *informed consent* pada setiap tindakan, memberikan respon yang positif terhadap keluhan pasien.

2.4.3 Struktur *Caring* Menurut Swanson

Caring merupakan proses multifase yang terus ada dalam dinamika hubungan klien dan perawat. Proses ini ada yang menganggap sebagai hubungan *linear*, namun juga harus dianggap siklik, dan proses yang terjadi harus selalu diperbarui karena peran perawat untuk membantu klien dalam mencapai kesehatan dan kesejahteraan (Swanson. 1993)

Proses *Caring* yang terjadi yaitu perawat membantu klien mempertahankan keyakinan yang berarti perawat mendorong dan membantu klien untuk memperkuat dan harapan dalam mengatasi kesulitan (Swanson& Wojnar, 2004). Langkah selanjutnya yaitu proses *knowing*, dalam proses ini, perawat berusaha memahami arti situasi yang terjadi bagi klien, hal ini muncul dalam bentuk latihan sebagai perawat yang menciptakan seseorang dengan rasa tertentu sehingga kondisi fisik dan psikologis dapat mempengaruhi seseorang secara keseluruhan. Selanjutnya yaitu proses "*do for*", yang artinya memberikan tindakan terapi dan intervensi bagi klien, yang terakhir yaitu proses "*enabling*" yang artinya memperkuat dalam mengatasi kesulitan memungkinkan klien untuk mencapai kesehatan dan kesejahteraan



sumber: www.google.com-structure of Caring

Gambar 2.1. *The structure of Caring* (Swanson, 1993)

Perawat dalam memberikan bantuan kepada klien untuk memperoleh kembali kesehatan mempunyai dasar filosofi sikap yang mengandung nilai-nilai tertentu dan mempunyai pemahaman informasi tentang situasi serta kondisi klien sebagai landasan pengetahuan, mampu memberikan pesan kepada klien, Prinsip perilaku *Caring* menurut Swanson mengandung makna kemampuan *softskill* yang harus dimiliki perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien, seperti kemampuan beradaptasi dengan klien, mempunyai rasa percaya yang tinggi, memiliki kemampuan berkomunikasi sehingga dapat memberikan informasi secara adekuat, memiliki ketelitian dan kedisiplinan dalam melaksanakan praktik keperawatan, serta memiliki kemampuan untuk menyelesaikan masalah, baik yang dihadapi klien maupun pribadi. Penampilan perilaku perawat yang dapat berdampak pada kepuasan klien adalah perawat yang memiliki jiwa *Caring* yang senantiasa dipelihara dan diperbaharui secara terus menerus sehingga dapat memperbaiki citra *softskill* dari perawat yang positif. Perawat yang memiliki *Caring* berarti perawat tersebut mempunyai empati yang sangat baik, memiliki kepedulian terhadap orang lain, mampu menghadirkan rasa nyaman bagi orang yang berada disampingnya (Swanson, 1993)

2.4.4 Dimensi *Caring* Menurut Swanson

Lima dimensi yang mendasari konsep *Caring*, yaitu (Swanson, 1991, 1993, 1999, dalam Alligood, 2010)

1. *Maintaining belief*

Maintaining belief merupakan kepekaan diri terhadap harapan yang diinginkan oleh orang lain atau membangun harapan. Indikator yang terdapat pada kepekaan diri, yaitu:

- 1) Selalu mempunyai rasa diri yang tinggi
- 2) Mempertahankan perilaku yang siap memberikan harapan bagi orang lain lain
- 3) Selalu berfikir realistis
- 4) Selalu berada disisi klien dan siap memberikan bantuan

Tujuan dari *maintaining belief* adalah memungkinkan orang lain terbantu dalam batas-batas kehidupan sehingga mampu menemukan makna dan mempertahankan sikap yang penuh harapan, karena memelihara dan mempertahankan keyakinan nilai hidup seseorang adalah dasar *Caring* dalam praktik keperawatan. Subdimensi *maintaining belief*, yaitu:

- 1) *Believing in* artinya perawat menanggapi apa yang klien rasakan dan percaya bahwa perasaan-perasaan tersebut bisa terjadi dan wajar terjadi pada siapapun yang sedang dalam masa transisi.

- 2) *Offering a hope-filled attitude* artinya menunjukkan perilaku jika perawat sepenuhnya memang peduli terhadap masalah yang dialami klien dengan sikap tubuh, kontak mata, dan intonasi bicara perawat.
 - 3) *Maintaining realistic optimism* artinya menjaga dan menunjukkan optimisme perawat dan harapan terhadap apa yang menimpa klien secara realistis dan berusaha mempengaruhi agar klien mempunyai optimisme dan harapan yang sama.
 - 4) *Helping to find meaning* artinya membantu klien menemukan makna akan masaiah yang terjadi sehingga klien perlahan-lahan menerima bahwa setiap orang dapat mengalami apa yang dialami klien.
 - 5) *Going the distance* (menjaga jarak) semakin jauh menjalin hubungan dengan tetap menjaga hubungan sebagai perawat-klien yang tujuan akhir dalam tahap ini adalah kepercayaan klien sepenuhnya terhadap perawat, tanggung jawab dan *Caring* secara total oleh perawat kepada klien
2. *Knowing*

Knowing adalah mengetahui praktik keperawatan harus mengetahui arti dan kejadian kehidupan, fenomena-fenomena yang terjadi, proses pikir yang berfokus pada perhatian atau empati, dan selalu berusaha menambah pengetahuan. Perawat diharapkan berjuang untuk memahami peristiwa yang memiliki makna dalam kehidupan klien. *Knowing* adalah memahami pengalaman hidup klien dengan mengesampingkan asumsi perawat dalam mengetahui kebutuhan klien, mengenali informasi klien secara detail,

sensitif terhadap petunjuk verbal dan nonverbal, fokus pada satu tujuan keperawatan serta melibatkan orang yang memberi asuhan dan orang yang diberi asuhan serta menyamakan persepsi antara perawat dan klien.

Subdimensi *knowing* adalah :

- 1) *Avoiding assumptions* (menghindari asumsi)
- 2) *Assessing throughh* (melakukan pengkaran menyeluruh meliputi bio psiko, sosial, spiritual dan kultural)
- 3) *Seeking clues* (menggali informasi secara mendalam)
- 4) *Centering on the one cared for* (berfokus pada klien dalam melakukan asuhan keperawatan)

3. *Being with*

Being with adalah keberadaan atau kehadiran, tidak hanya secara fisik, tetapi juga komunikasi, berbagi perasaan tanpa beban dan secara emosional bersamalah dengan klien menawarkan dukungan, kenyamanan, pemantauan, dan mengurangi intensitas perasaan tanpa ada batasan penghalang dalam hal ini dapat diharapkan merasakan sesuatu yang ada disekelilingnya, bekerja dengan sepenuh hati atau ikhlas.

Subdimensi :

- 1) *Non burdening* adalah perawat bekerjasama dengan klien tanpa memaksa kehendak kepada klien dalam melakukan tindakan keperawatan.

- 2) *Convering availability* adalah menunjukkan kesediaan perawat dalam membantu klien dalam memfasilitasi klien untuk mencapai tahap kesejahteraan/*well being*
 - 3) *Enduring with* mempunyai arti bersama-sama berkomitmen dan berusaha dengan klien dalam meningkatkan kesehatan klien
 - 4) *Sharing feelings* mempunyai arti berbagi pengalaman bersama klien yang berkaitan dengan usaha peningkatan kesehatan klien.
4. *Doing for*

Doing for adalah melakukan tindakan atas mengerjakan suatu keterampilan yang berhubungan dengan praktik keperawatan. Praktik keperawatan didasarkan pada *evidence based* atau berdasarkan data yang ada untuk mengantisipasi kebutuhan dan kenyamanan klien serta mencegah kejadian yang tidak diinginkan dengan cara meningkatkan kedisiplinan dan ketelitian.

Subdimensi :

- 1) *Comforting* mempunyai arti memberikan kenyamanan yaitu dalam melakukan tindakan keperawatan dilakukan dengan memberikan kenyamanan pada klien dan menjaga kerahasiaan klien
- 2) *Performing competently* berarti menunjukkan Keterampilan yaitu perawat tidak hanya berkomunikasi dan memberikan kenyamanan dalam tindakan, perawat juga menunjukkan kompetensi atau kemampuan sebagai perawat profesional.

- 3) *Preserving dignity* berarti menjaga martabat klien yaitu perawat menjaga martabat klien sebagai individu atau memanusiakan manusia
- 4) *Anticipating* berarti mengantisipasi yaitu perawat dalam melakukan tindakan selalu meminta persetujuan klien dan keluarga
- 5) *Protecting* berarti melindungi, yaitu perawat melindungi hak-hak klien dalam memberikan asuhan keperawatan dan tindakan medis.

5. *Enabling*

Enabling adalah faktor pemungkin berupa empowerment atau pemberdayaan, dimana perawat memfasilitasi perubahan hidup dan kejadian yang tidak familiar yang dirasakan oleh klien, seperti memfokuskan pada kejadian yang dialami, memberi informasi dengan komunikasi yang baik, mencoba cara penyelesaian masalah, memberi dukungan, memvalidasi perasaan klien, memperbaharui alternatif tindakan yang dapat diberikan, berpikir positif serta mampu memberikan umpan balik kepada klien pada saat berkomunikasi. Pola pikir melalui masalah dan menghasilkan alternatif pemecahan masalah sehingga meningkatkan penyembuhan klien atau klien mampu melakukan tindakan yang tidak biasa dia lakukan dengan cara memberikan dukungan, memvalidasi perasaan dan memberikan umpan balik (*feed back*)

Subdimensi:

- 1) *Validating* (memvalidasi) mempunyai arti perawat memvalidasi semua tindakan yang telah dilakukan

- 2) *Informing* (memberikan informasi) berarti perawat memberikan informasi yang berkaitan dengan peningkatan kesehatan klien dalam rangka memberdayakan klien dan keluarga klien.
- 3) *Supporting* (mendukung) mempunyai arti perawat memberikan dukungan kepada klien dalam mencapai kesejahteraan sesuai kapasitas sebagai perawat
- 4) *Feedback* (memberikan umpan balik) mempunyai arti perawat memberikan umpan balik terhadap apa yang dilakukan oleh klien dalam mencapai kesembuhan
- 5) *Helping patients to focus generate alternatives* (membantu klien untuk fokus dan membuat alternatif) mempunyai arti perawat menolong klien untuk selalu fokus dan terlibat dalam tindakan keperawatan maupun tindakan medis (Potter & Perry, 2009)

Caring dapat diintegrasikan dengan asuhan keperawatan dalam membuat asuhan keperawatan. Pengkajian berkaitan erat dengan *knowing* dan *being with* diagnosa dan intervensi berkaitan erat dengan *enabling* dan *maintaining belief an evsluasi* berkaitan dengan *doing for*.

Tabel 2.3. Asuhan keperawatan dan pelaksanaan *Caring* Swanson

Asuhan keperawatan	<i>Caring</i> Swanson
Pengkajian	<i>Knowing</i> dan <i>being with</i>
Diagnosa	<i>Doing for</i>
Intervensi	<i>Doing for</i>
Implementasi	<i>Enabling</i> dan <i>maintaining belief</i>
Evaluasi	<i>Doing for</i>

Sumber: Swanson, 1993

2.4.5 Model *Caring* Caroline

Model *Caring* Caroline merupakan pengembangan implementasi dari *Caring* Swanson



Sumber: www.google.com- *framing the Culture of Caroline Caring*
Gambar 2.2. *Framing the Culture of Caroline Caring*

1. *Compassion* (kasih sayang)

Compassion adalah kepekaan terhadap kesulitan dan kepedihan orang lain dapat berupa membantu seseorang tetap bertahan, memberi kesempatan berbagi, dan memberi ruang pada orang lain untuk berbagi perasaan, serta memberikan dukungan secara penuh, yang terdiri dari komponen *knowing* dan *being with*. Penyampaian kasih sayang dijumpatani oleh *maintaining belief* dapat berupa ekspresi *Caring* yang meningkatkan kepercayaan pada klien tanpa mengabaikan kemampuan orang dengan sikap penuh kasih sayang, yang dapat ditunjukkan dengan kemampuan yang profesional dalam merawat klien.

Compassion dalam penelitian ini diartikan dengan bagaimana seorang kader Kesehatan Jiwa selalu memberikan dukungan kepada keluarga/masyarakat binaannya dalam menjalankan perannya, selalu berusaha memahami perasaan keluarga/masyarakat, selalu menunjukkan

perhatian/empati kepada keluarga/masyarakat, dalam menjalankan perannya kader tidak hanya hadir secara fisik tapi juga hadir secara batin, kader bersedia berbagi perasaan dengan keluarga/masyarakat.

2. *Competence* (kemampuan)

Competence adalah memiliki ilmu pengetahuan, pengalaman, energi, dan motivasi sebagai rasa tanggungjawab terhadap profesi. Kemampuan berarti perawat harus mampu memahami kesehatan individu dan kebutuhan sosial pasien. Keahlian perawat pengetahuan klinis dan teknis penting bagi proses asuhan keperawatan dan harus berdasar penelitian dan kejadian yang sesuai dengan pasien. Komponen kompetensi terdiri dari *enabling* dan *doing for*.

Competence dalam penelitian ini diartikan dengan bagaimana kader Kesehatan Jiwa mengerjakan suatu keterampilan untuk kemajuan Kesehatan Jiwa ditempatnya, kader ikut serta memberikan sumbang saran untuk kemajuan Kesehatan Jiwa di Desa.

2.4.6 Manfaat *Caring*

Pemberian pelayanan keperawatan yang didasari oleh perilaku *Caring* perawat mampu meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Penerapan *Caring* yang diintegrasikan dengan pengetahuan biofisikal dan pengetahuan mengenai perilaku manusia akan dapat meningkatkan kesehatan individu dan memfasilitasi pemberian pelayanan kepada klien.

Caring merupakan sentral dalam praktik keperawatan dengan cara memelihara hubungan dan menghargai nilai-nilai yang lain, dimana nantinya seseorang dapat merasakan komitmen dan tanggung jawab pribadi.

Tujuan utama *Caring* adalah memungkinkan klien didalam mencapai suatu kebahagiaan (Swanson, 1991)

2.4.7 Perilaku *Caring*

Perilaku *Caring* merupakan suatu sikap, rasa peduli, hormat, dan menghargai orang lain yang berarti memberikan perhatian lebih kepada seseorang dan bagaimana seseorang itu bertindak. Perilaku *Caring* merupakan perpaduan perilaku manusia yang berguna dalam peningkatan derajat kesehatan dalam membantu klien yang sakit. Perilaku *Caring* sangat penting dalam layanan keperawatan karena akan memberikan kepuasan pada klien dan perawatan akan lebih memahami konsep *Caring*, khususnya perilaku *Caring*. *Caring* sangat penting untuk keperawatan. *Caring* adalah fokus pemersatu untuk praktik keperawatan, yang sangat penting untuk tumbuh kembang, memperbaiki dan meningkatkan kondisi atau cara hidup manusia (Blais, 2007). *Caring* mengandung tiga hal yang tidak dapat dipisahkan yaitu perhatian, tanggung jawab, dan dilakukan dengan ikhlas (Sitorus, 2007). *Caring* tidak hanya perasaan emosional atau tingkah laku yang sederhana, karena *Caring* merupakan kepedulian untuk mencapai perawatan yang lebih baik, dan berfungsi membangun struktur sosial, pandangan hidup, dan nilai budaya setiap orang yang berbeda pada satu tempat (Dwidiyanti, 2007)

2.4.8 Faktor Perilaku *Caring*

Perilaku *Caring* dapat dibedakan menjadi dua, yaitu:

1. Faktor internal, yakni karakteristik yang berasal dari dalam individu atau yang melekat pada diri individu dalam melakukan tindakan, misal pengetahuan, sikap, motivasi, kecerdasan emosional, dan jenis kelamin.
2. Faktor eksternal dapat disebut juga faktor lingkungan, baik lingkungan fisik, sosial, budaya, ekonomi, politik dan lain-lain. Faktor ini merupakan faktor yang dapat mempengaruhi perilaku seseorang

2.4.9 Bentuk Perubahan Perilaku

WHO dalam Notoatmodjo (2003) menyatakan bahwa perubahan perilaku dapat dikelompokkan menjadi tiga, yaitu:

1. Perubahan alamiah yang dapat disebabkan oleh perubahan alam yang terjadi. Masyarakat yang mengalami perubahan lingkungan fisik atau sosial budaya dan ekonomi, maka anggota masyarakat di tempat tersebut juga akan mengalami perubahan.
2. Perubahan terencana terjadi karena direncanakan sendiri oleh subjek.
3. Kesiediaan untuk berubah terjadi apabila suatu inovasi atau program didalam masyarakat, maka yang sering terjadi adalah sebagian orang akan mengadopsi inovasi tersebut dengan cepat dan sebagian mengadopsi secara lambat.

2.4.10 Perilaku *Caring* Swanson dalam Praktik Keperawatan

Keperawatan menurut Swanson (1993) yaitu siapa yang dilayani, bagaimana memberikan pelayanan dan kenapa terus melayani merupakan keharusan bagi

perawat untuk dapat mengintegrasikan ilmu pengetahuan, diri sendiri, fokus pada kemanusiaan dan *Caring*. Tindakan *Caring* bertujuan untuk memberikan asuhan fisik dengan memperhatikan emosi dan meningkatkan rasa aman dan keselamatan klien.

Caring juga menekankan harga diri individu, yang berarti dalam melakukan praktik keperawatan perawat senantiasa selalu menghargai klien dengan menerima kelebihan dan kekurangan klien sehingga dapat memberikan pelayanan kesehatan yang tepat. Penilaian terhadap perawat dapat terlihat dari perilaku *Caring* yang dimiliki perawat. Teori ini menjelaskan tentang proses *Caring* yang terdiri dari bagaimana perawat mengerti kejadian yang berarti di dalam hidup seseorang, hadir secara emosional, melakukan suatu hal kepada orang lain sama seperti melakukan terhadap diri sendiri, memberi informasi dan memudahkan jalan seseorang dalam menjalani transisi kehidupan serta menaruh kepercayaan seseorang dalam menjalani hidup (Potter & Perry, 2009).

Penerapan teori Swanson dalam melakukan tindakan keperawatan untuk mencegah infeksi dan pemberian terapi medik, yang mempunyai hasil terjadi penurunan kejadian infeksi dan dekubitus, selain itu juga meningkatkan kepuasan klien dan perawat serta menurunkan *turn over* perawat.

Caring mempunyai manfaat besar dalam keperawatan dan tercermin dalam interaksi perawat dengan klien. Pelaksanaan *Caring* akan meningkatkan mutu asuhan keperawatan, memperbaiki gambaran perawat dimata masyarakat dan membuat profesi keperawatan memiliki tempat khusus dimata pengguna jasa pelayanan kesehatan.

Perilaku *Caring* dalam penelitian ini diantaranya, siapa yang dilayani oleh kader, bagaimana kader memberikan pelayanan dan kenapa terus melayani merupakan keharusan bagi kader untuk dapat mengintegrasikan ilmu pengetahuan, diri sendiri, berfokus pada kemanusiaan dan *Caring*.

Tindakan *Caring* dalam penelitian bertujuan untuk memberikan pelayanan terbaik kepada masyarakat berupa pelayanan yang lebih ditekankan pada masalah psikososial dan kejiwaan dengan memperhatikan emosi dan meningkatkan rasa aman/rasa empati kepada masyarakat.

Caring dalam penelitian ini juga menekankan pada harga diri keluarga/masyarakat, yang berarti dalam menjalankan setiap perannya, kader senantiasa selalu menghargai keluarga/masyarakat dengan selalu menerima kelebihan dan kekurangan keluarga/masyarakat sehingga dapat memberikan pelayanan yang tepat. Penilaian terhadap kader dapat terlihat dari perilaku *Caring* yang dimiliki oleh kader.

2.5 Konsep Dasar Spiritual dan Spiritualitas

2.5.1 Pengertian Spiritual

Spiritual menurut kamus besar Bahasa Indonesia adalah sesuatu yang berhubungan dengan atau bersifat jiwa, semangat, kepedulian antar sesama manusia, makhluk lain, dan alam sekitar berdasarkan keyakinan akan adanya Tuhan Yang Maha Esa. Spiritual meliputi kesadaran suara hati, internalisasi nilai, aktualisasi, dan keikhlasan, sebagai wujud aktualisasi hubungan dengan Tuhan. Spiritual juga disebut sebagai sesuatu yang dirasakan tentang diri sendiri dan hubungan dengan orang lain, dapat diwujudkan dengan sikap mengasihi orang

lain, baik, ramah, menghormati dan menghargai setiap orang untuk membuat perasaan senang seseorang. Spiritual adalah sebuah kehidupan, tidak hanya doa, mengenal dan mengakui Tuhan (Bown & Williams 1993; Hamid, 1999; Nelson, 2002). Berdasarkan berbagai pengertian di atas, spiritual dapat digambarkan sebagai pengalaman seseorang atau keyakinan seseorang tentang bagaimana seharusnya menjalani hidup, menghargai orang lain dengan menggunakan keyakinan akan kekuatan Yang Maha Esa. Spiritual merupakan bagian dari kekuatan yang ada pada diri seseorang dalam memaknai kehidupan. Spiritual merupakan upaya seseorang untuk mencari makna hidup.

Mickey (1992) menguraikan spiritual sebagai suatu yang multidimensi yaitu dimensi eksistensial dan dimensi agama. Dimensi eksistensial berfokus pada tujuan dan arti kehidupan, dimensi agama lebih fokus pada hubungan seseorang dengan Tuhan Yang Maha Kuasa. Spiritual juga sebagai konsep dua dimensi, dimensi vertikal sebagai hubungan dengan Tuhan Yang Maha Tinggi yang menuntun kehidupan seseorang, sedangkan dimensi horizontal adalah hubungan dengan diri sendiri, dengan orang lain dan lingkungan. Terdapat hubungan terus-menerus antara dua dimensi tersebut. Spiritualitas memotivasi manusia untuk mencari arti dan tujuan hidup. Spiritualitas merupakan pola pikir yang mensintesis kepribadian dan mengarahkan energi menjadi lebih tertib. Dimensi spiritual tidak bisa dipisahkan dari jiwa dan tubuh, melainkan memberikan kekuatan integratif. Spiritualitas mempengaruhi dan dipengaruhi oleh keadaan fisik, perasaan, pikiran dan hubungan diantara. Dimensi spiritual mencoba menjadi selaras dengan alam semesta, berusaha menjawab tentang yang tidak terbatas, dan menjadi fokus

sandaran pada saat stres emosional, penyakit fisik dan mental, kerugian, kehilangan dan kematian (Ellison, 1991; Murray & Zentner, 1989; Passiak, 2012 dalam Yusuf, Nihayati, Iswari dan Okviansati, 2017).

Spiritualitas adalah faktor kultural penting yang memberi struktur dan arti pada nilai manusia, perilaku dan pengalamannya (Asy'arie, 2012). Spiritualitas adalah dimensi yang dalam dari kehidupan suatu agama, menjadi substansi dari ajaran seagama (Yusuf et.al, 2017)

2.5.2 Faktor yang Mempengaruhi Spiritual

Beberapa faktor yang mempengaruhi perkembangan spiritual seseorang (Taylor, 1997 Craven & Hirnle, 1996; Hamid, 2000) antara lain:

1. Tahap perkembangan

Perkembangan bahasa, sifat dan ciri kepribadian telah dimulai sejak berfungsinya panca indera. Sejak bayi dilahirkan apa yang didengar, dilihat, dicium, dan diraba akan disimpan dalam memori dan akan terus berkembang dalam menjalani tahap tumbuh kembang berikutnya. Konsep baik buruk, boleh atau tidak, pantas atau tidak, sudah mulai dipelajari pada fase ini, termasuk konsep spiritualitas seseorang. Keluarga adalah tempat yang pertama dan utama dalam proses sosialisasi anak (Yusuf et.al, 2015). Oleh karena itu peran keluarga sangat penting dalam menginisiasi perkembangan spiritual sejak dini. Spiritual berhubungan dengan kekuasaan non material, seseorang harus memiliki beberapa kemampuan berpikir abstrak sebelum mulai mengerti spiritual dan menggali suatu hubungan dengan Yang Maha Kuasa. Hal ini berarti bahwa spiritual lebih

menekankan sebuah makna, arti dan nilai dari sebuah benda. Manusia harus menyadari bahwa tidak ada sesuatu yang sia-sia dari apa yang telah diciptakan di dunia ini, tugas manusia adalah menemukan makna dari semua ciptaan Tuhan. Semua ini harus dibangun sejak diawalinya proses pertumbuhan dan perkembangan

2. Peranan keluarga penting dalam perkembangan spiritual individu

Setiap manusia menginginkan anak dan keturunannya menjadi lebih unggul dari dirinya. Berbagai upaya dilakukan untuk mendidik, mengajari, mempertahankan dan meningkatkan konsep sukses dalam hidup. Ada begitu banyak yang diajarkan keluarga tentang Tuhan, kehidupan beragama, berperilaku kepada orang lain, bahkan kehidupan untuk diri sendiri dan orang lain. Oleh karena itu keluarga merupakan lingkungan terdekat dan dunia pertama dimana individu mempunyai pandangan pengalaman terhadap dunia yang diwarnai oleh pengalaman dengan keluarganya.

3. Latar belakang etnik dan budaya

Etnik adalah seperangkat keadaan atau kondisi spesifik yang dimiliki oleh kelompok masyarakat tertentu. Kelompok ini akan membangun sebuah budaya sosial sesuai dengan ide, gagasan dan hasil karya yang diperoleh dari pengalaman, belajar dan tatakrama yang dikembangkan. Budaya merupakan suatu kompleks, menyeluruh dari unsur pengetahuan, seni, kepercayaan, moral, hukum maupun adat istiadat. Budaya ini akan dijalani dan diajarkan kepada generasi berikutnya

4. Pengalaman hidup sebelumnya

Pengalaman adalah guru yang terbaik. Hikayat tanpa risalah, hanya mereka yang mau memahami, merenung dan berpikir akan menemukan hikmah, mengambil pelajaran dari pengalaman yang telah dilalui. Pengalaman hidup baik yang positif maupun negatif dapat mempengaruhi spiritual seseorang dan sebaliknya dipengaruhi oleh bagaimana seseorang mengartikan secara spiritual pengalaman tersebut. Tidak ada yang sia-sia dari segala apa yang telah diciptakan Tuhan di bumi ini.

Peristiwa dalam kehidupan seseorang dapat dianggap sebagai suatu cobaan, ujian atau bahkan hukuman dari segala amal perbuatan yang telah dilakukan. Ketika seseorang merasa sudah berhati-hati, sudah beribadah dengan baik, hidup sesuai perintah dan larangan, tetapi masih juga mendapatkan penderitaan. Mungkin ini adalah ujian dari Tuhan agar kita dapat menjadi manusia yang lebih baik, taat, dan meningkatkan amal ibadah. Setiap yang akan naik kelas pasti akan ada ujian. Semakin tinggi derajat kedudukan, semakin berat pula ujian yang harus dijalani.

Ketika seseorang sudah mulai lalai dengan perintah Tuhan, kemudian memperoleh penderitaan. Mungkin ini adalah cobaan, untuk mengingatkan manusia agar kembali pada jalan yang baik. Ketika seseorang sudah benar-benar lalai, menjalani hidup tanpa aturan, hanya sesuai dengan keinginan belaka, ketika memperoleh penderitaan, baginya adalah sebuah hukuman. Pengalaman hidup seperti ini, dapat mempengaruhi konsep spiritualitas seseorang

5. Krisis dan perubahan

Krisis dan perubahan dapat menguatkan atau bahkan melemahkan keadaan spiritual seseorang. Tergantung sikap positif atau negatif yang biasa dikembangkan. Krisis sering dialami ketika seseorang menghadapi penyakit, penderitaan, proses penuaan, kehilangan dan bahkan kematian. Keadaan ini sering terjadi pada klien dengan penyakit terminal, kronis atau dengan prognosis yang buruk. Perubahan dalam kehidupan dan krisis yang dihadapi tersebut merupakan pengalaman spiritual yang bersifat fisik dan emosional (Toth, 1992, dikutip dari Craven & Hirnle, 1996 dalam Yusuf *et.al*, 2017)

6. Terpisah dari ikatan spiritual

Menderita sakit terutama yang bersifat akut, seringkali membuat individu merasa terisolasi dan kehilangan kebebasan pribadi dan sistem dukungan sosial. Kebiasaan hidup sehari-hari juga berubah, antara lain tidak dapat menghadiri acara resmi, mengikuti kegiatan keagamaan atau tidak dapat berkumpul dengan keluarga atau teman dekat yang bisa memberikan dukungan setiap saat diinginkan

7. Isu moral terkait dengan terapi

Pada kebanyakan agama, proses penyembuhan dianggap sebagai cara Tuhan untuk menunjukkan kebesaran-Nya, walaupun ada juga agama yang menolak intervensi pengobatan. Kepercayaan ini akan membangun sebuah efikasi, keyakinan apakah penyakit ini merupakan sebuah fenomena karena kegagalan dalam pemenuhan kebutuhan dasar harian, atau karena

faktor lain. Keyakinan ini akan membangun sebuah model kepercayaan kesehatan, menentukan upaya mencari pengobatan dan semangat untuk mengembangkan pola hidup sehat.

Isu moral terkait dengan terapi ini masih terus berjalan, meskipun sudah ada pemisahan dan orientasi yang tegas dari pengobatan modern dan pengobatan paradoksikal, berlawanan arah dengan pengobatan modern. Pengobatan modern berbasis pada penemuan obat-obat baru, radiasi dan pembedahan. Pengobatan paradoksikal berbasis pada kombinasi energi tubuh, spirit, dan pikiran (*body, mind, and spirit*) dengan unsur akhir keajaiban (*miracle*). Kenyataannya semua jenis pengobatan ini terus berjalan dan tetap berkembang sesuai karakter masyarakat dengan tokoh yang mengembangkan.

2.5.3 Perkembangan Spiritual

1. Masa Bayi

Perkembangan spiritual telah dimulai sejak bayi. Haber (1987) menjelaskan perkembangan spiritual bayi merupakan dasar untuk perkembangan spiritual selanjutnya. Bayi memang belum memiliki moral untuk mengenal arti spiritual, tetapi dengan berfungsinya panca indera, seluruh stimulasi pendengaran, penglihatan, perabaan, rasa dan aroma telah ditanamkan. Keluarga yang spiritualnya baik menjadi sumber terbentuknya perkembangan spiritual yang baik pada bayi. Sebagian budaya, kepercayaan keagamaan tertentu, misalnya islam, sangat menganjurkan mengumandangkan suara adzan pada telinga bayi baru

lahir. Keadaan ini digunakan untuk memberikan stimulasi agar suara yang pertama terdengar oleh bayi adalah kalimat panggilan melaksanakan ibadah (kalimah toyyibah), demikian seterusnya stimulasi untuk panca indera yang lain. Makanan, dianjurkan untuk hanya memberikan air susu ibu (ASI Eksklusif) sampai umur 6 bulan, bahkan dianjurkan untuk melanjutkan sampai 2 tahun, meskipun dengan tambahan makanan pendamping ASI. Ternyata ASI adalah salah satu jenis makanan bayi yang sangat terjamin kandungan, jumlah dan komposisi zat gizinya, kebersihan, serta bebas dari gangguan mikroorganisme dari luar. Subhaanallah, cukup bayi, hanya dengan mendapatkan ASI eksklusif selama 6 bulan. Keluarga yang baik, wajib hukumnya memberikan stimulasi terbaik pada seluruh komponen panca indera, agar perkembangan spiritual dapat diperkenalkan sejak dini, mengukur memori terbaik, dan akan mewarnai sikap spiritualitas manusia yang akan datang. Menurut teori pertumbuhan dan perkembangan psikososial, ada suatu tugas perkembangan yang harus dicapai pada masa bayi ini adalah percaya atau tidak percaya (*Trust vs Mistrust*). Bagaimana bayi dapat mengembangkan sikap percaya atau tidak padahal bayi belum bisa berbuat apa-apa, menurut teori perkembangan psikoseksual, masa bayi adalah merupakan fase oral, dimana semua sensasi pemenuhan kebutuhan difokuskan pada mulut. Lapar, menangis, mengantuk, bangun tidur, ngompol, atau apa saja, dikomunikasikan dengan menangis. Disinilah peran ibu, orang tua, atau pengasuh untuk segera cepat tanggap, responsif dengan apa yang terjadi pada bayi. Apabila

sang bayi yang menangis segera mendapatkan belaian, pertolongan dan pemenuhan kebutuhan dengan segera, maka sikap percaya (*trust*) dengan ibu/orang tua atau pengasuh dapat terbangun dengan baik, demikian pula sebaliknya. Bayi yang dikembangkan dengan suasana penuh percaya, toleransi, rasa aman dan penuh penerimaan maka ia akan belajar sabar, percaya diri, menghargai orang lain dan mengembangkan kasih sayang (Yusuf, Fitriyasari dan Nihayati, 2015). Bayi yang dikembangkan dalam suasana penuh kritik, ejekan, atau permusuhan, maka ia akan mudah merasa bersalah, mengutuk dan berkelahi.

2. Masa Anak Awal

Pada masa anak awal (umur 18 bulan sampai 3 tahun), dimensi spiritual mulai menunjukkan perkembangan. Anak sudah mengalami peningkatan kemampuan kognitif, dapat belajar membandingkan hal yang baik dan buruk untuk melanjutkan peran kemandirian yang lebih besar dan pada masa ini, semua komponen panca indera telah berfungsi optimal dengan baik, perkembangan motorik halus maupun kasar terus meningkat. Oleh karena itu, stimulasi pertumbuhan dan perkembangan sangat penting untuk diperhatikan.

Perkataan yang diajarkan saat melatih berbicara, bacaan basmalah, do'a-do'a pendek, berkenalan, salam, ucapan sopan santun, bahkan lagu pilihan untuk menghibur anak sangat penting diperkenalkan pada fase ini. Masa latihan berbicara adalah masa yang paling lucu bagi anak. Orang tua sangat bangga bila anak sudah mulai dapat menirukan apa yang diucapkan

orang disekitarnya. Akhir-akhir ini, anak se usia ini sudah mulai mengenal berbagai lagu dan mainan pada *gadget* dan *ipad*. Suatu pilihan yang sulit bagi orang tua untuk tidak memberikan mainan anak dengan media ini. belum lagi semakin mudahnya akses internet, *game online* dan berbagai permainan lainnya. Diperlukan kebijakan khusus bagi orang tua dalam memberikan permainan jenis ini, bila perlu dipilihkan berbagai stimulasi yang dapat mengajarkan baik buruk untuk menjadi sarana belajar anak. Perkembangan tahap ini memperlihatkan bahwa anak mulai berlatih untuk berpendapat dan menghormati acara ritual di mana mereka merasa tinggal dengan aman. Observasi kehidupan spiritual anak dapat dimulai dari kebiasaan yang sederhana seperti cara berdo'a sebelum tidur dan berdo'a sebelum makan, atau cara anak memberi salam dalam kehidupan sehari-hari. Anak akan lebih merasa senang jika menerima pengalaman baru, termasuk pengalaman spiritual.

Perkembangan spiritual pada anak masa pra sekolah (3-6 tahun) berhubungan erat dengan kondisi psikologis dominannya yaitu *super-ego*. *Super ego* adalah segala tuntutan perkembangan yang diperoleh dari norma dan nilai yang diajarkan orang tua dan lingkungannya. Super ego ini harus terus dapat menjadi penyeimbang antara tuntutan kebutuhan yang dibawa sejak lahir (*id*) dan tuntutan kebutuhan yang sesuai dengan usia perkembangan (*ego*). Anak usia pra sekolah mulai memahami kebutuhan sosial, norma dan harapan, serta berusaha menyesuaikan dengan norma keluarga. Anak tidak hanya membandingkan sesuatu benar atau salah,

tetapi membandingkan norma yang dimiliki keluarganya dengan norma keluarga lain. Kebutuhan anak pada masa pra sekolah adalah mengetahui filosofi yang mendasar tentang isu spiritual. Kebutuhan spiritual ini harus diperhatikan karena anak sudah mulai berpikiran konkrit. Mereka kadang sulit menerima penjelasan mengenai Tuhan yang abstrak dengan berbagai ritual keagamaan yang dijalankan orang tuanya. Meskipun demikian keluarga harus tetap memberikan stimulasi spiritualitas, karena tidak jarang anak lebih suka menirukan apa yang dilakukan orang tua dan orang-orang disekitarnya (*imitasi*).

3. Usia Sekolah

Usia sekolah merupakan masa yang paling banyak mengalami peningkatan kualitas kognitif pada anak. Anak usia sekolah (6-12 tahun) sudah mulai berpikir secara konkrit, tetapi mereka sudah dapat menggunakan konsep abstrak untuk memahami gambaran dan makna spiritual dan agama mereka. Minat anak sudah mulai ditunjukkan dalam suatu ide, dan anak dapat diajak berdiskusi dan menjelaskan keyakinan. Orang tua dapat mengevaluasi pemikiran sang anak terhadap dimensi spiritual mereka, karena pada masa ini anak sudah mulai mengembangkan tatakrama sosial. Anak dapat membandingkan norma dan nilai yang diajarkan orang tua dengan norma dan nilai orang tua teman atau keluarga lainnya.

Pada masa usia sekolah ini, orang yang paling penting bagi anak adalah teman dan guru. Hampir seluruh perkataan guru adalah benar, cara

mengerjakan pekerjaan rumah (PR), sistem kerja dan tata aturan yang berlaku adalah aturan guru. Diluar jam sekolah, tata nilai yang dianut adalah tata nilai teman. Untuk itu, peran orang tua mendampingi pertumbuhan perkembangan anak sangat di perlukan. Jangan sampai anak mengadopsi tata nilai teman atau orang lain yang tidak sejalan dengan orang tua. Pemilihan tempat sekolah bagi anak, merupakan hal yang tidak kalah penting dibandingkan peran orang tua. Sekolah tempat belajar anak, harus dipilih sesuai yang mengajarkan tata nilai, dan tata krama sosial orang tua. Apalagi apabila kedua orang tua harus bekerja. Sekolah yang paling tepat adalah sekolah yang satu visi dengan ajaran orang tua, dengan sistem *full day school*. Pagi, orang tua mengantar anak, dilanjutkan bekerja, dan setelah jam pulang kerja, dapat menjemput anak kembali untuk bersama kembali pada sistem keluarga.

4. Remaja

Remaja adalah masa dimana seseorang berusia belasan tahun (12-18 tahun). Remaja berasal dari kata latin *adolensence* yang berarti tumbuh atau tumbuh menjadi dewasa. *Adolensence* juga mempunyai arti lebih luas mencakup kematangan mental, emosional dan fisik. Pencapaian kemandirian dan identitas menjadi sangat menonjol, pemikiran semakin logis, abstrak dan idealistis. Fase ini menjadi penting karena anak sedang menentukan identitas diri, sementara anak lebih dekat dengan teman sebaya dan menghabiskan waktu di luar keluarga. Masa ini, sebenarnya merupakan masa yang tidak jelas, anak bukan, dewasa juga bukan.

Menjadi fase transisi, peralihan dari anak menuju dewasa. Oleh karena itu, penanaman fondasi spiritualitas sebelumnya harus terus ditindak lanjuti keluarga dan tetap memberikan pendampingan untuk perkembangan remaja.

Pada tahap ini individu sudah mengerti akan arti dan tujuan hidup. Menggunakan pengetahuan misalnya untuk mengambil keputusan saat ini dan yang akan datang. Kepercayaan berkembang dengan mencoba dalam hidup. Remaja menguji nilai dan kepercayaan orang tua mereka dan dapat menolak atau menerimanya. Secara alam mereka dapat bingung ketika menemukan perilaku dan *role model* yang tidak konsisten. Pada tahap ini kepercayaan pada kelompok paling tinggi perannya daripada keluarga, walaupun mereka protes dan memberontak saat remaja. Bagi orang tua ini adalah tahap paling sulit karena orang tua harus melepas otoritasnya tetapi harus tetap membimbing anak untuk bertanggung jawab. Seringkali muncul konflik orang tua dan remaja, tetapi tanggung jawab untuk mejadi pribadi unggul selanjutnya harus menjadi fokus utama pendampingan orang tua. Orang tua harus mendidik anak seperti apa yang diinginkan, tetapi jangan lupa anak akan hidup pada jamannya, bahwa tuntutan, tantangan dan harapan berbeda sesuai dengan masanya. Anak bukanlah miniatur orang dewasa, biarkan dia mengembangkan kehidupan pribadinya berdasar norma dan nilai yang diajarkan orang tua pada fase sebelumnya.

5. Dewasa Muda

Dewasa muda, ketika seseorang berusia antara 18 sampai 25 tahun adalah masa awal pencapaian prestasi, kemampuan mempraktikkan seluruh potensi intelektual, bakat, minat dan keterampilan yang telah dirancang semasa remaja. Pada tahap ini individu menjalani proses perkembangannya dengan melanjutkan pencarian identitas spiritual memikirkan untuk memilih nilai dan kepercayaan mereka yang dipelajari saat kanak-kanak, remaja dan berusaha melaksanakan sistem kepercayaan mereka sendiri.

Spiritual bukan merupakan perhatian utama pada usia ini, mereka lebih banyak memudahkan hidup walaupun mereka tidak memungkiri bahwa mereka sudah dewasa. Kemampuan membuat keputusan, kemandirian ekonomi, mendapatkan pekerjaan mapan adalah fokus utama pada fase ini. Berbagai faktor pendidikan, kemampuan, kemauan menjadi penentu keberhasilan pada fase ini. Mendapatkan kemandirian ekonomi, terlepas dari peran orang tua bukanlah proses yang tiba-tiba, harus berlangsung secara bertahap. Oleh karena itu, campur tangan orang tua masih sangat diperlukan untuk menentukan keberhasilan anaknya, termasuk pemantapan norma, nilai, kegigihan, semangat dan etos kerja. Apabila orang tua berhasil melaksanakan peran pada masa ini dengan sukses, tidak jarang anak yang pekerjaan mapan tetap memilih tinggal se rumah dengan orang tuanya, atau justru melanjutkan dan mengembangkan usaha orang tuanya.

Kondisi seperti ini, menjadi kesempatan besar bagi orang tua, untuk melanjutkan pembekalan spiritual bagi anak.

6. Dewasa Pertengahan

Dewasa pertengahan, ketika seseorang berusia antara 25 sampai 38 tahun dapat disebut sebagai masa *klimakterium*. Masa penyesuaian diri dan kesadaran bahwa ia bukan lagi muda dan masa depannya tidak lagi dapat dianggap sebagai percobaan. Hasilnya dapat membawa keberhasilan dan kesuksesan, atau bahkan krisis kepercayaan yang mendalam. Tahap ini, seseorang dituntut mendapatkan keseimbangan antara pekerjaan, keuangan, hidup berkeluarga, dan peran sosial. Tahap ini dapat menjadi berbahaya apabila tidak diperoleh keseimbangan pertumbuhan perkembangan fisik, mental, intelektual, psikologis, fiskal termasuk sosial. Dewasa pertengahan merupakan tahap perkembangan spiritual yang sudah mengetahui konsep yang benar dan yang salah, mereka menggunakan keyakinan moral, agama dan etik sebagai dasar dari sistem nilai. Mereka sudah merencanakan kehidupan, mengevaluasi apa yang sudah dikerjakan terhadap kepercayaan dan nilai spiritual.

7. Dewasa Akhir

Dewasa akhir pada umur sekitar 38 sampai 65 tahun, merupakan puncak pertumbuhan fisik manusia. Setelah itu, dengan perlahan semua kondisi fisik akan menurun. Kondisi ini akan berpengaruh terhadap peran dan hubungan dirinya dengan lingkungan. Menurut teori perkembangan

psikososial, masa dewasa akhir ditandai perkembangan tiga gejala penting, yaitu; keintiman, generatif dan integritas.

Keintiman adalah suatu kemampuan memperhatikan orang lain dan membagi pengalaman dengan mereka. Bagi yang tidak dapat mengembangkan hubungan baik dengan orang lain, maka dia akan terisolasi. Pembentukan hubungan baik merupakan tantangan utama yang harus dihadapi oleh orang yang memasuki masa dewasa akhir. Perkembangan degeneratif seseorang mendekati usia dewasa akhir, cenderung mengalami perubahan dalam hal memandang jarak kehidupan. Mereka mulai memikirkan mengenai tahun yang tersisa untuk hidup. Pada masa ini, banyak mereka yang membangun kembali kehidupan dengan prioritas apa yang paling penting dilakukan dalam waktu yang tersisa. Perkembangan integritas menggambarkan keberhasilan seseorang dalam memelihara orang, benda, produk, dan ide-ide hidup. Keberhasilan menciptakan kebahagiaan, kegagalan akan menimbulkan keputusasaan dalam menghadapi kehidupan pribadi, kondisi sosial, historis, dan persiapan menghadapi kematian.

Periode perkembangan spiritual pada tahap ini digunakan untuk introspeksi dan mengkaji kembali dimensi spiritual, kemampuan introspeksi ini sama baik dengan dimensi yang lain dari individu tersebut. Biasanya kebanyakan pada tahap ini kebutuhan ritual spiritual meningkat.

8. Lanjut Usia

Lanjut usia, umur sekitar 65 tahun sampai kematian, merupakan periode akhir dalam rentang kehidupan manusia. Ada banyak hal penting yang harus disiapkan dalam menghadapi masa usia lanjut, perubahan kemampuan fisik dan psikologis menjadi kondisi utama yang harus di hadapi. Perubahan fisik nampak pada berkurangnya fungsi panca indera, kemampuan otak, paru, *gastro intestinal*, saluran kemih, sistem endokrin, *kardiovaskuler*, otot dan tulang. Semua peristiwa ini menimbulkan gangguan kesehatan fisik, timbul berbagai gejala penyakit, asam urat, hipertensi, diabetes mellitus, *stroke* dan sebagainya. Keadaan ini, menjadi beban penderitaan berat dan mengakibatkan gangguan psikologis. Gangguan psikologis yang paling sering muncul adalah paranoid akibat berkurangnya penglihatan atau pendengaran, menjadi pencuriga, bertambah satu sifat buruk setiap ada perubahan fisik, gangguan tingkah laku, demensia, sampai pada kondisi *post power syndrome*. Semua keadaan ini bertentangan dengan harapan psikologis, bahwa semakin tua seseorang seharusnya mendapat penghormatan lebih, dihargai, dan dimuliakan oleh semua orang.

Pada tahap usia lanjut, bayangan kematian sering dominan mewarnai peran spiritual. Keberhasilan kehidupan, ekonomi, agama, dan rasa berguna bagi orang lain dapat menjadi faktor penentu utama perasaan bahagia atau menderita. Segala kemampuan yang sudah mulai menurun, ditambah bayangan kematian, maka penguatan penerapan spiritualitas

untuk mempersiapkan masa akhir dengan damai harus dioptimalkan. Saat usia lanjut harus lebih banyak mendekatkan diri kepada sang Pencipta, mensyukuri segala nikmat yang telah diperoleh, memperbanyak manfaat bagi orang lain dan meningkatkan upaya ritual keagamaan menjadi prioritas dalam pemenuhan kebutuhan spiritual.

2.5.4 Karakteristik Spiritual

Karakteristik spiritual tergambarkan pada hubungan dengan diri sendiri, orang lain, alam dan hubungan dengan Tuhan (Kozier, Erb, Blais & Wilkinson, 1995; Grimm, 1991 dalam Puchalski, 2004 dalam Yusuf *et al*, 2017).

Karakteristik spiritual menunjukkan bahwa pengenalan faktor alam yang tidak tampak, tidak dapat diraba akan mempengaruhi pikiran dan perilaku. Karakteristik spiritual dibangun oleh agama, keyakinan, intuisi, pengetahuan, cinta yang tulus, rasa memiliki, rasa berhubungan dengan alam semesta, penghormatan pada kehidupan dan pemberian kekuatan pribadi. Oleh karena itu, akan tercermin pada hubungan dengan diri sendiri, orang lain dan hubungan dengan Tuhan.

1. Hubungan dengan diri sendiri

Merupakan kekuatan dari dalam diri sendiri seseorang, meliputi pengetahuan dan sikap tentang diri. Pengetahuan diri adalah semua jawaban dari pertanyaan tentang siapa dirinya dan apa yang dapat dilakukan. Sikap diri terkait dengan kepercayaan pada diri sendiri, percaya pada kehidupan atau masa depan, ketenangan pikiran serta keselarasan dengan diri sendiri. Kekuatan yang timbul dari diri seseorang membantunya menyadari makna dan tujuan hidupnya, diantaranya

memandang pengalaman hidupnya sebagai pengalaman yang positif, kepuasan hidup, optimis terhadap masa depan dan tujuan hidup yang semakin jelas.

Beberapa konsep karakteristik spiritual terkait hubungan dengan diri sendiri antara lain; kepercayaan, harapan dan makna hidup.

1) Kepercayaan (*Faith*)

Menurut Fowler dan Keen (1995) dalam Yusuf *et. al* (2017) kepercayaan bersifat universal, dimana merupakan penerimaan individu terhadap kebenaran yang tidak dapat dibuktikan dengan pikiran yang logis. Kepercayaan dapat memberikan arti hidup dan kekuatan bagi individu ketika mengalami kesulitan dan stres. Mempunyai kepercayaan berarti mempunyai komitmen terhadap sesuatu atau seseorang sehingga dapat memahami kehidupan manusia dengan wawasan yang lebih luas.

2) Harapan (*Hope*)

Harapan berhubungan dengan ketidakpastian dalam hidup dan merupakan suatu proses interpersonal yang merupakan suatu hubungan yang saling terbina melalui hubungan saling percaya dengan orang lain, termasuk dengan Tuhan. Harapan sangat penting bagi individu untuk mempertahankan hidup, tanpa harapan banyak orang menjadi depresi dan lebih cenderung terkena penyakit.

3) Makna atau arti dalam hidup (*Meaning of live*)

Perasaan mengetahui makna hidup, yang kadang diidentikkan dengan perasaan dekat dengan Tuhan, merasakan hidup sebagai suatu pengalaman yang positif seperti membicarakan tentang situasi yang nyata, membuat hidup lebih terarah, penuh harapan tentang masa depan, merasa mencintai dan dicintai oleh orang lain.

2. Hubungan dengan orang lain

Karakteristik spiritualitas seseorang dalam berhubungan dengan oranglain didasari oleh kepercayaan, harapan dan makna hidup yang terbangun dalam spiritualitas pribadi. Hubungan ini terbagi atas harmonis dan tidak harmonisnya hubungan dengan orang lain. Keadaan harmonis meliputi pembagian waktu, pengetahuan dan sumber secara timbal-balik, mengasuh anak, mengasuh orang tua dan orang yang sakit, serta meyakini kehidupan dan kematian, sedangkan kondisi yang tidak harmonis mencakup konflik dengan orang lain dan resolusi yang menimbulkan ketidakharmonisan dan friksi serta keterbatasan asosiasi. Hubungan dengan orang lain dijelaskan dengan keharmonisan hidup dalam berbagi waktu, mengasuh anak orang tua dan orang sakit serta meyakini kehidupan dan kematian. Konflik sering juga dikarakteristikkan dalam hubungan dengan orang lain.

Hubungan dengan orang lain lahir dari kebutuhan akan keadilan dan kebaikan, menghargai kelemahan dan kepekaan orang lain, rasa takut akan kesepian, keinginan dihargai dan diperhatikan dan lain sebagainya.

Beberapa sikap hidup yang dapat dikembangkan terkait hubungan dengan orang lain adalah memaafkan, mengembangkan kasih sayang dan dukungan sosial. Dengan demikian apabila seseorang mengalami kekurangan ataupun mengalami stres, maka orang dapat memberi bantuan psikologis dan sosial.

Tindakan memaafkan (*forgiveness*), dilakukan dengan menyadari kemampuan untuk menggunakan sumber dan kekuatan dalam diri sendiri seperti marah, mengingkari, rasa bersalah, malu, bingung, meyakini bahwa Tuhan sedang menghukum serta mengembangkan arti penderitaan dan meyakini hikmah dari suatu kejadian atau penderitaan. Dengan pengampunan, seorang individu dapat meningkatkan coping terhadap stres, cemas, depresi dan tekanan emosional penyakit fisik serta meningkatkan perilaku sehat dan perasaan damai.

Cinta kasih dan dukungan sosial (*love and social support*) adalah keinginan untuk menjalin dan mengembangkan hubungan antar manusia yang positif melalui keyakinan, rasa percaya dan cinta kasih. Teman dan keluarga dekat dapat memberikan bantuan dan dukungan emosional untuk melawan banyak penyakit. Orang yang mempunyai pengalaman cinta kasih dan dukungan sosial yang kuat cenderung untuk menentang perilaku tidak sehat dan melindungi individu dari penyakit jantung (Hart, 2002)

3. Hubungan dengan alam

Karakteristik spiritualitas seseorang dalam berhubungan dengan alam lebih menekankan pada keselarasan dalam mengetahui dan berkomunikasi

dengan alam. Pengetahuan, kepercayaan, keyakinan tentang alam, tanah, air, udara, warna, aroma, tanaman, satwa dan lain-lain akan menciptakan pola perilaku manusia terhadap alam. Keadaan ini akan menciptakan keselarasan (harmoni), rekreasi dan kedamaian bersama alam atau sebaliknya.

Rekreasi merupakan kebutuhan spiritual seseorang dalam menumbuhkan keyakinan, rahmat, rasa terima kasih, harapan dan cinta kasih terhadap alam yang telah dianugerahkan oleh Tuhan. Dengan keindahan alam seseorang dapat merasakan betapa menakjubkan ciptaan Tuhan. Keimanan akan bertambah, seseorang akan berupaya menyelaraskan antara jasmani dan rohani sehingga timbul perasaan kesenangan dan kepuasan dalam pemenuhan hal yang dianggap penting dalam hidup. Terciptalah kedamaian. Kedamaian merupakan keadilan rasa kasihan dan kesatuan antara manusia dengan semesta. Dengan kedamaian seseorang akan merasa lebih tenang dan dapat meningkatkan status hubungannya dengan kehidupan alam

4. Hubungan dengan Tuhan

Hubungan manusia dengan Tuhan tampak pada sikap dan perilaku agamis atau tidak agamis. Keadaan ini membangun berbagai upaya ritual keagamaan seperti bersyukur, sembahyang, puasa atau berdoa.

Spiritualitas tidak berhubungan secara langsung dengan agama, meskipun beberapa kalangan cenderung menyamakan antar keduanya. Agama (*religion*) lebih berkaitan dengan spiritualitas yang menekankan

pada aspek kesamaan, keyakinan dan praktik keagamaan yang dikembangkan suatu komunitas terkait kekuatan diluar dirinya. Dengan demikian spiritualitas berkaitan dengan hubungan individu dan kekuasaan lain di luar dirinya.

Seseorang terpenuhi kebutuhan spiritual apabila mampu merumuskan mengembangkan arti penderitaan serta meyakini hikmah dari satu kejadian personal yang positif tentang tujuan keberadaannya didunia atau kehidupan, mengembangkan arti penderitaan atau meyakini hikmah dari suatu kejadian atau penderitaan, menjalin hubungan yang positif dan dinamis, membina integritas melalui harapan dan mengembangkan hubungan antar manusia yang positif.

Kebutuhan spiritual merupakan kebutuhan yang tidak dapat dipisahkan satu sama lain. Penelitian Salem (2003) disitasi oleh (Awara, 2008) pada Grup Dukungan Spiritual, menunjukkan bahwa spiritualitas merupakan sumber kenyamanan, keamanan, makna dan rasa memiliki, tujuan dan kekuatan yang mempromosikan dalam pandangan yang positif dan optimis. Menurut Al Gazali (1989) kebahagiaan yang sempurna akan diraih seorang hamba ketika ia telah mampu ikhlas dalam beragama, yang berarti ikhlas dalam melaksanakan seluruh ibadah yang diwajibkan kepadanya secara terus-menerus.

Karakteristik spiritual menurut Hamid (2008):

1. Hubungan dengan diri sendiri. Kekuatan dalam atau/ dan *self reliance*:
 - 1) Pengetahuan diri (siapa dirinya, apa yang yang dapat dilakukannya)

- 2) Sikap (percaya diri pada diri sendiri, percaya pada kehidupan/ masa depan, ketenangan pikiran, harmoni/ keselarasan dengan diri sendiri)
2. Hubungan dengan alam harmonis
 - 1) Mengetahui tentang tanaman, pohon, margasatwa dan iklim
 - 2) Berkomunikasi dengan alam (bertanam dan berjalan kaki), mengabadikan dan melindungi alam
 3. Hubungan dengan alam harmonis/ suportif
 - 1) Berbagi waktu, pengetahuan dan sumber secara timbale balik
 - 2) Mengasuh anak, orang tua dan orang sakit
 - 3) Meyakini kehidupan dan kematian (mengunjungi, melayat dan lain-lain)

Bila tidak harmonis akan terjadi:

 - 1) Konflik dengan orang lain
 - 2) Resolusi yang menimbulkan ketidakharmonisan dan friksi
 4. Hubungan dengan Tuhan Yang Maha esa
 - 1) Sembahyang/berdo'a/meditasi
 - 2) Perlengkapan keagamaan
 - 3) Bersatu dengan alam

Secara ringkas, dapat dinyatakan bahwa seseorang dikatakan terpenuhi kebutuhan spiritualnya jika seseorang itu mampu:

 1. Merumuskan arti personal yang positif tentang tujuan keberadaannya didunia/kehidupan

2. Mengembangkan arti penderitaan dan meyakini hikmah dari suatu kejadian atau penderitaan
3. Menjalin hubungan positif dan dinamis melalui keyakinan, rasa percaya dan cinta
4. Membina integritas personal dan merasa diri berharga
5. Merasakan kehidupan yang terarah terlihat melalui harapan
6. Mengembangkan hubungan antar manusia yang positif.

(Hamid, 2008)

2.5.5 Dimensi Spiritual

Menurut Passiak (2012) terdapat empat dimensi spiritualitas manusia, yaitu:

1. Makna hidup

Spiritualitas merupakan penghayatan intrapersonal yang bersifat unik, ditunjukkan dalam hubungan sosial (interpersonal) yang bermanfaat, menginspirasi dan mewariskan sesuatu yang bernilai bagi kehidupan manusia.

2. Emosi Positif

Manifestasi spiritual berupa kemampuan mengelola pikiran dan perasaan dalam hubungan intrapersonal sehingga seseorang memiliki nilai kehidupan yang mendasari kemampuan bersikap dengan tepat.

3. Pengalaman spiritual

Manifestasi spiritual didalam diri seseorang berupa pengalaman spesifik dan unik terkait hubungan dirinya dengan Allah SWT dalam berbagai tingkatannya.

4. Ritual

Manifestasi spiritual berupa tindakan terstruktur, sistematis, berulang, melibatkan aspek motorik, kognisi dan afeksi yang dilakukan menurut suatu tata cara tertentu baik individual maupun komunal

Tabel 2.4. *Neurosains* Spiritual dan Indikatornya

Dimensi	Kata kunci	Indikator	Aspek <i>Neurosains</i>
Makna hidup	<i>Inspiring</i> yaitu menumbuhkan keinginan meneladani orang lain <i>Legacy</i> yaitu mewariskan sesuatu yang bernilai tinggi bagi kehidupan	1. Menolong dengan spontan 2. Memegang teguh janji 3. Memaafkan (diri dan orang lain) 4. Berperilaku jujur 5. Menjadi teladan bagi orang lain 6. Mengutamakan keselarasan dan kebersamaan	<i>Pre frontal korteks</i> (struktur otak unik manusia)
Emosi positif	Syukur (atas segala sesuatu yang telah diberikan oleh Tuhan tanpa melalui usaha sendiri. Syukur jika diberi keberhasilan setelah melakukan usaha adalah syukur yang lebih rendah nilainya dibandingkan dengan bersyukur atas sesuatu yang diberikan tanpa adanya usaha sama sekali)	1. Senang terhadap kebahagiaan orang lain 2. Menikmati dengan kesadaran bahwa segala sesuatu diciptakan atas tujuan tertentu/ mengambil hikmah 3. Optimis akan pertolongan Tuhan 4. Bisa berdamai dengan keadaan sesulit apapun 5. Mampu mengendalikan diri 6. Senang bila melakukan kebaikan	<i>CPF, gyrus cingulatus dan system limbic</i> (terutama <i>amigdala</i>)
Pengalaman spiritual	1. Estetika (pengalaman indrawi biasa yang bersifat estetis) 2. Takjub (pengalaman indrawi yang sensasional) 3. Penyatuan (Pengalaman non indrawi)	1. Merasakan dekat dan bersahabat dengan alam semesta 2. Menemukan Tuhan dibalik semua peristiwa 3. Merasakan kehadiran Tuhan dalam keseharian 4. Merasakan teguran Tuhan ketika melakukan kesalahan 5. Merasakan kesan istimewa pada semua peristiwa, dekat dan bersahabat dengan alam semesta 6. Mengalami perasaan menyatu dengan Tuhan	<i>AAO (Area Asosiasi Orientalis)</i> terutama <i>dilobus occipitalis dan AAA (Area Asosiasi Atensi)</i> terutama <i>dilobus frontal</i>
Ritual	1. Kebutuhan (ritual yang didorong oleh kebutuhan dan merasa tergantung pada Tuhan Yang Maha Esa)	1. Merasa ketergantungan dan membutuhkan Tuhan 2. Merasakan adanya dialog/ berkomunikasi dengan Tuhan 3. Merasakan kasih sayang Tuhan 4. Merasakan ketentraman dan	Prefrontal cortex, cortex somatosensorik, sistem limbic lobus temporalis,

Dimensi	Kata kunci	Indikator	Aspek Neurosains
	2. Rasa kehilangan sesuatu (terasa ada yang kurang dalam hidupnya jika tidak melaksanakan ritual tertentu yang telah menjadi kebiasaan)	ketenangan 5. Peka dengan kebaikan 6. Takut melakukan dosa	ganglia basalis

Sumber: Passiak, 2012 dalam Yusuf, Nihayati, Iswari dan Okviansati, 2017

Spitituality untuk membangun komitmen dalam penelitian ini adalah menjelaskan pada kader bahwa, dengan menjadi kader Kesehatan Jiwa kader telah mewariskan sesuatu yang bernilai bagi kehidupan manusia, memberikan pengertian pada kader tentang pentingnya selalu bersyukur atas nikmat yang telah diberikan oleh Tuhan Yang Maha Esa, bersyukur dengan posisi menjadi kader Kesehatan Jiwa, kader diberi kesempatan untuk bisa mengabdikan diri membantu saudara-saudara kita/masyarakat yang membutuhkan dan selalu mendekatkan diri pada Sang Pencipta serta selalu menjaga hubungan dengan diri sendiri, orang lain, alam serta hubungan dengan Tuhan Yang Maha Esa.

2.6 Konsep Dasar Komitmen

2.6.1 Definisi Komitmen

Komitmen berasal dari kata Latin “*Committer*” yang berarti menggabungkan, menyatukan, mempercayai dan mengerjakannya (Snyder,1994).

Komitmen adalah kemampuan dan kemauan untuk menyelaraskan perilaku pribadi dengan kebutuhan, prioritas dan tujuan organisasi. Hal ini mencakup cara-cara mengembangkan tujuan atau memenuhi kebutuhan organisasi yang intinya mendahulukan misi organisasi dari pada kepentingan pribadi (Soekidjan, 2009).

Menurut Meyer dan Allen (1991) dalam Soekidjan (2009), komitmen dapat juga berarti penerimaan yang kuat individu terhadap tujuan dan nilai-nilai

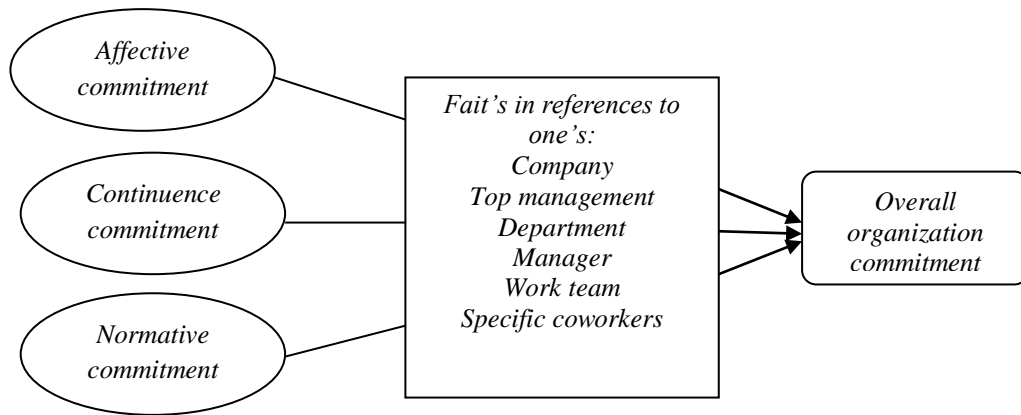
organisasi, dan individu berupaya serta berkarya dan memiliki hasrat yang kuat untuk tetap bertahan diorganisasi tersebut. Komitmen adalah sesuatu yang membuat seseorang membulatkan hati, bertekad berjerih payah, berkorban dan bertanggung jawab demi mencapai tujuan.

Menurut Robbins (2001) bahwa komitmen adalah tingkatan dimana seseorang mengidentifikasi diri dengan organisasi dan berkeinginan untuk memelihara keanggotaannya dalam organisasi, sedangkan menurut Bansal, Irving dan Taylor (2004) mendefinisikan komitmen sebagai kekuatan yang mengikat seseorang pada suatu tindakan yang memiliki relevansi dengan satu atau lebih sasaran.

Organizational commitment is defined as the desire on the part of an employee to remain a member of the organization. Organizational commitment influences wheter an amployee stays a member of the organization (is retained) or leaves to pursue another job (turns over). It is important to acknowledge that turnover can be both voluntary and involuntary. Voluntary turnover occurs when employees themselves decide to quit; involuntary turnover occurs when employees are fired by the organization for some reason. Our attention in this chapter is focused primarily on reducing voluntary turnover- keeping the employees that the organization wants to keep.(Qolquitt Jason A., Lepine Jeffery A., & Wesson Michael J. 2009)

Komitmen organisasi itu sendiri memiliki dasar yang berbeda-beda secara psikologis. Untuk itu perlu meneliti komitmen organisasi dengan menggunakan pendekatan secara multidimensional. Allen & Meyer (1991) melakukan penelitian secara multidimensional tentang komitmen organisasi. Ia mendefinisikan komitmen organisasi sebagai kondisi psikologis yang menunjukkan karakteristik hubungan antara pekerja dengan organisasi dan mempunyai pengaruh dalam keputusan untuk tetap melanjutkan keanggotaannya di dalam organisasi tersebut.

2.6.2 Komponen Komitmen



Sumber. (Qolquitt Jason A., et.al. 2009)

Gambar 2.3 *Drivers of Overall Organizational Commitment*

Menurut Allen dan Meyer (1991) terdapat tiga komponen dalam komitmen organisasi, yaitu:

1. Komponen *affective*

Affective commitment berkaitan dengan hubungan emosional anggota terhadap organisasi/kelompok dan keterlibatan anggota dengan kegiatan diorganisasi/kelompok. Anggota organisasi dengan *affective commitment* yang tinggi akan terus menjadi anggota dalam organisasi karena memang memiliki keinginan untuk itu. Individu dengan *affective commitment* yang tinggi memiliki kedekatan emosional yang erat terhadap organisasi, hal ini berarti bahwa individu tersebut akan memiliki motivasi dan keinginan untuk berkontribusi secara berarti terhadap organisasi dibandingkan individu dengan *affective commitment* yang lebih rendah.

(Allen & Meyer, 1997)

2. Komponen *continuance*

Continuance commitment berkaitan dengan kesadaran anggota organisasi/kelompok akan mengalami kerugian jika meninggalkan organisasi/kelompok. Anggota organisasi dengan *continuance commitment* yang tinggi akan terus menjadi anggota dalam organisasi/kelompok karena mereka memiliki kebutuhan untuk menjadi anggota organisasi/kelompok tersebut. *Continuance commitment* yang tinggi akan bertahan dalam organisasi, bukan karena alasan emosional, tapi karena adanya kesadaran dalam individu tersebut akan kerugian besar yang dialami jika meninggalkan organisasi. Berkaitan dengan hal ini, maka individu tersebut tidak dapat diharapkan untuk memiliki keinginan yang kuat untuk berkontribusi pada organisasi. Jika individu tersebut tetap bertahan dalam organisasi, maka pada tahap selanjutnya individu tersebut dapat merasakan putus asa dan frustrasi yang dapat menyebabkan kinerja yang buruk (Allen & Meyer, 1997).

3. Komponen *normative*

Normative commitment menggambarkan perasaan keterikatan untuk terus berada dalam organisasi. Anggota organisasi/kelompok dengan *normative commitment* yang tinggi akan terus menjadi anggota dalam organisasi/kelompok tersebut, karena merasa dirinya harus berada dalam organisasi/kelompok tersebut. Individu dengan *normative commitment* yang tinggi akan tetap bertahan dalam organisasi karena merasa adanya suatu kewajiban atau tugas. Meyer & Allen (1991) menyatakan bahwa

perasaan semacam itu akan memotivasi individu untuk bertingkah laku secara baik dan melakukan tindakan yang tepat bagi organisasi. Namun adanya *normative commitment* diharapkan memiliki hubungan yang positif dengan tingkah laku dalam pekerjaan, seperti *job performance*, *work attendance* dan *organizational citizenship*. *Normative commitment* akan berdampak kuat pada suasana pekerjaan (Allen & Meyer, 1997).

2.6.3 Faktor- faktor yang Mempengaruhi Komitmen

Komitmen di dalam suatu organisasi dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor. Pendekatan multidimensional akan lebih menjelaskan hubungan pekerja dengan organisasi yang mempekerjakannya (Cetin, 2006). Van Dyne dan Graham dalam Coetzee (2005) menyebutkan beberapa faktor yang mempengaruhi komitmen organisasi seseorang berdasarkan pendekatan multidimensional, yaitu:

1. *Personal Factors*

Ada beberapa faktor personal yang mempengaruhi latar belakang pekerja, antara lain usia, latar belakang pekerja, sikap dan nilai serta kebutuhan intrinsik pekerja. Ada banyak penelitian yang menunjukkan bahwa beberapa tipe pekerja memiliki komitmen yang lebih tinggi pada organisasi yang mempekerjakannya. Berdasarkan hasil penelitian tersebut, pekerja yang lebih teliti, *ekstrovert*, dan mempunyai pandangan positif terhadap hidupnya (optimis) cenderung lebih berkomitmen. Selain itu, pekerja yang berorientasi kepada kelompok, memiliki tujuan serta menunjukkan kepedulian terhadap kelompok, juga merupakan tipe pekerja yang lebih terikat kepada keanggotaannya. Sama halnya dengan pekerja

yang berempati, mau menolong sesama (*altruistic*) juga lebih cenderung menunjukkan perilaku sebagai anggota kelompok pada pekerjaannya.

2. *Situational Factors*

1) *Workpace values*

Pembagian nilai merupakan komponen yang penting dalam setiap hubungan atau perjanjian. Nilai yang tidak terlalu kontroversial (kualitas, inovasi, kerjasama, partisipasi) akan lebih mudah dibagi dan akan membangun hubungan yang lebih dekat. Jika pekerja percaya pada nilai kualitas produk organisasi, mereka akan terikat pada perilaku yang berperan dalam meningkatkan kualitas. Jika pekerja yakin pada nilai partisipasi organisasi, mereka akan lebih merasakan bahwa partisipasi mereka akan membuat suatu perbedaan. Konsekuensinya, mereka akan lebih bersedia untuk mencari solusi dan membuat saran untuk kesuksesan suatu organisasi.

2) *Subordinate-supervisor interpersonal relationship*

Perilaku dari supervisor merupakan suatu hal yang mendasar dalam menentukan tingkat kepercayaan interpersonal dalam unit pekerjaan. Perilaku dari supervisor yang termasuk ke dalamnya seperti berbagi informasi yang penting, membuat pengaruh yang baik, menyadari dan menghargai unjuk kerja yang baik dan tidak melukai orang lain. Butler dalam Coetzee (2007) mengidentifikasi 11 perilaku supervisor yaitu memfasilitasi kepercayaan interpersonal yaitu kesediaan, kompetensi, konsistensi, bijaksana, adil, jujur, loyalitas, terbuka,

menepati janji, mau menerima, dan kepercayaan. Secara lebih luas apabila supervisor menunjukkan perilaku yang disebutkan ini maka akan mempengaruhi tingkat komitmen bawahannya.

3) *Job characteristics*

Berdasarkan Jernigan, Beggs dan Kohut (dalam Coetzee, 2007) kepuasan terhadap otonomi, status, dan kepuasan terhadap organisasi adalah prediktor yang signifikan terhadap komitmen organisasi. Hal inilah yang merupakan karakteristik pekerjaan yang dapat meningkatkan perasaan individu terhadap tanggung jawabnya, dan keterikatan terhadap organisasi.

4) *Organizational support*

Ada hubungan yang signifikan antara komitmen pekerja dan kepercayaan pekerja terhadap keterikatan dengan organisasinya. Berdasarkan penelitian, pekerja akan lebih bersedia untuk memenuhi panggilan di luar tugasnya ketika mereka bekerja di organisasi yang memberikan dukungan serta menjadikan keseimbangan tanggung jawab pekerjaan dan keluarga menjadi lebih mudah, mendampingi mereka menghadapi masa sulit, menyediakan keuntungan bagi mereka dan membantu anak mereka melakukan sesuatu yang tidak dapat dilakukan oleh mereka.

3. *Positional Factors*

1) *Organizational tenure*

Beberapa penelitian menyebutkan adanya hubungan antara masa jabatan dan hubungan pekerja dengan organisasi. Penelitian menunjukkan bahwa pekerja yang telah lama bekerja diorganisasi akan lebih mempunyai hubungan yang kuat dengan organisasi tersebut.

2) *Hierarchical job level*

Penelitian menunjukkan bahwa status sosial ekonomi menjadi satu-satunya prediktor yang kuat dalam komitmen organisasi. Hal ini terjadi karena status yang tinggi akan merujuk pada peningkatan motivasi dan kemampuan untuk terlibat secara aktif. Secara umum, pekerja yang jabatannya lebih tinggi akan memiliki tingkat komitmen organisasi yang lebih tinggi pula bila dibandingkan dengan para pekerja yang jabatannya lebih rendah, dikarenakan posisi atau kedudukan yang tinggi membuat pekerja dapat mempengaruhi keputusan organisasi, mengindikasikan status yang tinggi, menyadari kekuasaan formal dan kompetensi yang mungkin, serta menunjukkan bahwa organisasi sadar bahwa para pekerjanya memiliki nilai dan kompetensi dalam kontribusi mereka.

2.6.4 Pembentukan Komitmen

Komitmen dalam berorganisasi dapat terbentuk karena adanya beberapa faktor, baik dari organisasi, maupun dari individu sendiri. Dalam perkembangannya

affective commitment, *continuance commitment*, dan *normative commitment*, masing-masing memiliki pola perkembangan tersendiri (Allen & Meyer, 1997).

1. Proses terbentuknya *affective commitment*

Ada beberapa penelitian mengenai *antecedents* dari *affective commitment*. Berdasarkan penelitian tersebut didapatkan tiga kategori besar. Ketiga kategori tersebut yaitu :

- 1) Karakteristik Organisasi. Karakteristik organisasi yang mempengaruhi perkembangan *affective commitment* adalah sistem desentralisasi (Bateman & Strasser, 1984; Morris & Steers, 1980), adanya kebijakan organisasi yang adil, dan cara menyampaikan kebijakan organisasi kepada individu (Allen & Meyer, 1997).
- 2) Karakteristik Individu. Ada beberapa penelitian yang menyatakan bahwa *gender* mempengaruhi *affective commitment*, namun ada pula yang menyatakan tidak demikian (Aven, Parker, & McEvoy; Mathieu & Zajac dalam Allen & Meyer, 1997). Selain itu usia juga mempengaruhi proses terbentuknya *affective commitment*, meskipun tergantung dari beberapa kondisi individu sendiri (Allen & Meyer, 1993), *organizational tenure* (Cohen; Mathieu & Zajac dalam Allen & Meyer, 1997), status pernikahan, tingkat pendidikan, kebutuhan untuk berprestasi, etos kerja, dan persepsi individu mengenai kompetensinya (Allen & Meyer, 1997)
- 3) Pengalaman Kerja. Pengalaman kerja individu yang mempengaruhi proses terbentuknya *affective commitment* antara lain *Job scope*,

yaitu beberapa karakteristik yang menunjukkan kepuasan dan motivasi individu (Hackman & Oldham, 1980 dalam Allen & Meyer, 1997). Hal ini mencakup tantangan dalam pekerjaan, tingkat otonomi individu, dan variasi kemampuan yang digunakan individu. Selain itu peran individu dalam organisasi tersebut (Mathieu & Zajac, 1990 dalam Allen & Meyer, 1997) dan hubungannya dengan atasan. Pengalaman berorganisasi individu didapatkan dari pelayanan yang dilakukannya dalam organisasi tersebut dan juga interaksinya dengan anggota organisasi lain seperti pemimpinnya.

2. Proses terbentuknya *continuance commitment*

Continuance commitment dapat berkembang karena adanya berbagai tindakan atau kejadian yang dapat meningkatkan kerugian jika meninggalkan organisasi. Beberapa tindakan atau kejadian ini dapat dibagi ke dalam dua variabel, yaitu investasi dan alternatif. Selain itu proses pertimbangan juga dapat mempengaruhi individu (Allen & Meyer, 1997).

Investasi termasuk sesuatu yang berharga, termasuk waktu, usaha ataupun uang, yang harus individu lepaskan jika meninggalkan organisasi. Sedangkan alternatif adalah kemungkinan untuk masuk ke organisasi lain. Proses pertimbangan adalah saat di mana individu mencapai kesadaran akan investasi dan alternatif, dan bagaimana dampaknya bagi mereka sendiri (Allen & Meyer, 1997).

Investasi dan alternatif yang dialami individu dalam organisasi organisasi berbeda dengan organisasi lain. Investasi dan alternatif yang terjadi lebih terkait dengan kegiatan-kegiatan khas organisasi dibandingkan keuntungan materi atau kedudukan yang bisa didapat dari organisasi profit biasa.

3. Proses terbentuknya *normative commitment*

Wiener (Allen & Meyer, 1997) menyatakan *normative commitment* terhadap organisasi dapat berkembang dari sejumlah tekanan yang dirasakan individu selama proses sosialisasi (dari keluarga atau budaya) dan selama sosialisasi saat individu baru masuk ke dalam organisasi. Selain itu *normative commitment* juga berkembang karena organisasi memberikan sesuatu yang sangat berharga bagi individu yang tidak dapat dibalas kembali (Allen & Meyer; Scholl dalam Allen & Meyer, 1997). Faktor lainnya adalah adanya kontrak psikologis antara anggota dengan organisasinya (Argyris; Rousseau; Schein dalam Allen & Meyer, 1997). Kontrak psikologis adalah kepercayaan dari masing-masing pihak bahwa masing-masing akan timbal balik memberi.

2.6.5 Menciptakan Komitmen

Menurut Martin dan Nicholas (dalam Kurniasari, 2004) ada tiga pilar besar yang membentuk komitmen. Ketiga pilar itu meliputi:

1. Adanya perasaan menjadi bagian dari organisasi/kelompok (*a sense of belonging to the organization*).

Untuk mencapai rasa memiliki tersebut, maka salah satu pihak dalam manajemen harus mampu membuat pekerja:

- 1) Mampu mengidentifikasi dirinya terhadap organisasi.
 - 2) Merasa yakin bahwa apa yang dilakukannya/pekerjaannya adalah berharga bagi organisasi tersebut.
 - 3) Merasa nyaman dengan organisasi tersebut.
 - 4) Merasa mendapatkan dukungan yang penuh dari organisasi dalam bentuk misi yang jelas (apa yang direncanakan untuk dilakukan), nilai- nilai yang ada (apa yang diyakini sebagai hal yang penting oleh manajemen) dan norma-norma yang berlaku (cara-cara berperilaku yang bisa diterima oleh organisasi).
2. Perasaan bergairah terhadap pekerjaan (*a sense of excitement in the job*)

Perasaan seperti ini bisa dimunculkan dengan cara:

- 1) Mengenal faktor-faktor motivasi intrinsik dalam mengatur desain pekerjaan (*job design*).
- 2) Kualitas kepemimpinan
- 3) Kemauan dari manajer dan supervisor untuk mengenali bahwa motivasi dan komitmen karyawan bisa meningkat jika ada perhatian yang terus menerus, memberi delegasi atas wewenang serta memberi kesempatan serta ruang yang cukup bagi karyawan untuk menggunakan keterampilan dan keahliannya secara maksimal.

3. Pentingnya rasa memiliki (*ownership*)

Rasa memiliki bisa muncul jika pekerja merasa bahwa mereka benar-benar diterima menjadi bagian atau kunci penting dari organisasi. Konsep penting dari *ownership* akan meluas dalam bentuk partisipasi dalam membuat keputusan-keputusan dan mengubah praktik kerja, yang pada akhirnya akan mempengaruhi keterlibatan pekerja. Jika pekerja merasa dirinya dilibatkan dalam membuat keputusan dan jika mereka merasa idenya didengar serta kontribusi yang ada pada hasil yang dicapai, maka mereka akan cenderung menerima keputusan-keputusan atau perubahan-perubahan yang dilakukan. Hal ini dikarenakan mereka merasa dilibatkan, bukan karena dipaksa.

2.7 Konsep Dasar Pelatihan Keswacarri

2.7.1 Definisi Pelatihan Keswacarri

Keswacarri merupakan kepanjangan dari Kesehatan Jiwa *Caring* dan *Spirituality*. Pelatihan Keswacarri merupakan suatu pelatihan yang diberikan kepada seluruh kader kesehatan, baik itu kader Kesehatan Jiwa atau kader kesehatan lain yang ada di Desa dalam upaya meningkatkan komitmen kader kesehatan untuk mempersiapkan kader kesehatan menjalankan perannya sebagai kader kesehatan jiwa.

Ayat Al-Qur'an dalam surat Al-Isro' ayat 7 yang artinya "Jika kamu berbuat baik, maka kamu berbuat baik kepada dirimu sendiri, dan jika kamu berbuat jahat, maka kejahatan itu bagi dirimu sendiri", serta surat Al-Ma'idah ayat 2 yang artinya "Tolong menolonglah kamu dalam (mengerjakan) kebaikan dan taqwa,

dan jangan tolong menolong dalam berbuat dosa dan pelanggaran. Dan bertaqwalah kamu kepada Allah, sesungguhnya Allah amat berat siksa Nya”.

Terjemahan ayat tersebut menerangkan bahwa dalam firman-Nya, Allah SWT menganjurkan agar selalu berbuat baik pada sesama, dengan ikhlas dan tanpa pamrih, karena kebaikan itu akan kembali kepada diri kita sendiri dengan cara yang berbeda, dan sebaliknya apabila kita berbuat buruk pada sesama, maka keburukan itu juga akan kembali kepada diri kita sendiri. Penjelasan tersebut membuktikan bahwa sangat penting berbuat baik pada sesama dan menolong sesama yang membutuhkan, dalam hal ini adalah kader kesehatan kepada masyarakat. Peran yang dijalankan oleh seorang kader kesehatan sebagai kader kesehatan jiwa harus menunjukkan rasa empati/peduli kepada keluarga/masyarakat. Kader Kesehatan Jiwa harus hadir bukan hanya secara fisik saja, tapi juga hadir secara emosional, menolong orang lain dengan tulus, membangun kepercayaan dengan keluarga/masyarakat serta menumbuhkan rasa cinta kasih antar sesama.

Unsur *Spirituality* juga harus ditumbuhkan pada diri kader kesehatan sebagai kader Kesehatan Jiwa dengan selalu bersyukur atas nikmat yang telah diberikan oleh Allah SWT kepada kita, serta yakin bahwa menjadi bagian dari kader Kesehatan Jiwa berarti telah mewariskan sesuatu yang bernilai tinggi bagi kehidupan. Perasaan tersebut dapat diwujudkan dengan sikap mengasihi orang lain, baik, ramah, menghormati dan menghargai keluarga/masyarakat untuk membuat perasaan senang pada keluarga/masyarakat.

Abu Hurairah berkata, Rasulullah saw. bersabda, “pada hari kiamat Allah SWT akan berfirman, ‘di manakah orang yang saling terkasih sayang karena kebesaran-Ku, kini aku naungi di bawah naungan-Ku, pada saat tiada naungan, kecuali naungan-Ku’ ”

Orang yang mencintai dan menyayangi saudaranya karena Allah SWT akan memandang bahwa, dirinya merupakan salah satu anggota masyarakat yang harus membangun suatu tatanan untuk kebahagiaan bersama. Apapun yang dirasakan oleh saudaranya baik kebahagiaan dan kesedihan, maka dia menganggap kebahagiaan dan kesedihan itu sebagai kebahagiaan dan kesedihannya jug, dengan demikian terjadi keharmonisan hubungan antar individu yang akan memperkokoh persatuan dan kesatuan.

Stigma masyarakat terhadap orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) seperti takut, menolak, menghindar, berprasangka tentang ODGJ bahwa ODGJ akan melakukan kekerasan pada masyarakat, akan mengganggu masyarakat, dan lain sebagainya. Fenomena tentang stigma terhadap orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) tersebut dapat menimbulkan kekuatan negatif dalam keseluruhan aspek jaringan dan hubungan sosial pada kualitas hidup, hubungan dengan keluarga serta kontak sosial dalam masyarakat. Stigma negatif tersebut juga dapat menambah beban moril pada keluarga, yang salah satu anggota keluarganya terdapat orang dengan gangguan jiwa (ODGJ).

Stigma tersebut membuat komitmen kader Kesehatan Jiwa menempati ruang tersendiri dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat. Kader kesehatan jiwa selain membantu ODGJ untuk bisa mandiri dan hidup layak dimasyarakat, juga

harus membantu keluarga untuk membantu meringankan beban dan kesusahan keluarga ODGJ agar dapat menerima anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa, sehingga keluarga dapat berpartisipasi untuk ikut serta membantu anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa agar bisa mandiri dan hidup layak kembali dimasyarakat, sehingga stigma negatif yang ada masyarakat tentang ODGJ dapat luntur dengan sendirinya.

Salah satu hadist yang dikeluarkan oleh Imam Muslim “Abu Hurairah berkata, Rasulullah saw. bersabda, “Barangsiapa melepaskan dari seorang muslim satu kesusahan dari sebagian kesusahan dunia, niscaya Allah akan melepaskan kesusahannya dari sebagian kesusahan hari kiamat; dan barangsiapa memberi kelonggaran dari orang yang susah, niscaya Allah akan memberi kelonggaran baginya di dunia dan akhirat; dan barangsiapa menutupi aib seorang muslim, niscaya Allah akan menutupi aib dia dunia dan akhirat; Allah akan senantiasa menolong seorang hamba selagi hamba tersebut menolong saudaranya.”

2.7.2 Tujuan Pelatihan Keswacarri

Tujuan dari pelatihan Keswacarri yaitu:

1. Membangun dan meningkatkan komitmen kader kesehatan untuk menjadi kader Kesehatan Jiwa
2. Meningkatkan pengetahuan kader kesehatan tentang peran yang harus dijalankan sebagai kader Kesehatan Jiwa

Pelatihan Keswacarri disini tidak hanya sekedar memberikan wawasan kepada kader kesehatan tentang peran apa saja yang harus dijalankan sebagai kader Kesehatan Jiwa saja, akan tetapi didalamnya juga mengandung unsur *Caring* dan

Spirituality yang diperuntukkan untuk membangun komitmen kader Kesehatan Jiwa. Komitmen baik sangat dibutuhkan oleh seorang kader Kesehatan Jiwa, dikarenakan peran kader Kesehatan Jiwa tidak hanya menangani keluarga/masyarakat sehat fisik, akan tetapi juga menangani keluarga/masyarakat yang mengalami gangguan jiwa.

Pelatihan Keswacarri untuk kader Kesehatan Jiwa ini tidak hanya bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan kader dalam aspek kognitif saja, akan tetapi juga bertujuan untuk meningkatkan aspek afektif dan psikomotor kader Kesehatan Jiwa. Harapan setelah diberikan pelatihan Keswacarri ini tidak hanya aspek kognitif kader Kesehatan Jiwa saja yang bertambah tapi juga aspek afektif dan psikomotor.

2.8 Theoretical Mapping

Tabel 2.5. *Theoretical Mapping* Pengaruh Pelatihan Kesehatan Jiwa *Caring* dan *Spirituality* (Keswacarri) terhadap Komitmen dan Peran Kader Kesehatan Jiwa di Wilayah Kerja Puskesmas Widang Kabupaten Tuban

No	Judul karya ilmiah dan penulis	Variabel	Jenis penelitian	Hasil
1	<i>Simulation in mental health nurse education: the development, Implementation and evaluation of an educational innovation</i> (anne felton*, nicola wright , 2017)	Pengembangan, implementasi dan evaluasi dari suatu inovasi kesehatan mental	Kualitatif dan kuantitatif	Temuan menunjukkan bahwa simulasi memberikan gambaran yang realistis Lingkungan di mana siswa mampu mengembangkan keterampilan dan mengelola situasi klinis secara mandiri Tanpa takut dinilai atau membuat kesalahan
2	<i>Depression screening at a community health fair: descriptives and Treatment linkage</i> (Kiel j. Opperman , devin m. Hanson, & paul a. Toro, 2017)	Skrining depresi di pameran kesehatan masyarakat	Deskriptif	Lebih dari seperempat dari peserta diskriming positif setidaknya simtomalaogi depresi sedang. Yang diskriming positif, 35,8% bertemu dengan perawat psikiatrik setempat untuk konsultasi. Dalam enam bulan kunjungan, tidak ada peserta yang telahdiberikan rujukan

No	Judul karya ilmiah dan penulis	Variabel	Jenis penelitian	Hasil
3	Pelatihan kader Kesehatan Jiwa desa undaan lor dengan cara deteksi dini dengan metode klasifikasi (anny rosiana, rizka himawan ² , suksesih, 2015)	Pelatihan kader Kesehatan Jiwa, deteksi dini	Deskriptif dengan gambaran rangkaian proses pelayanan komunitas	membuat janji di badan kesehatan mental masyarakat. Kader, menyadari adanya masalah Kesehatan Jiwa, kader mampu menjelaskan tentang Kesehatan Jiwa itu sendiri dan cara penanganannya, mampu melakukan deteksi dini, menggerakkan masyarakat untuk ikut serta dalam penyuluhan kelompok sehat, resiko dan gangguan. Penggerakan masyarakat yang mengalami gangguan jiwa untuk mengikuti tak. Kader juga mampu melakukan perujukan kasus dan pelaporan.
4	<i>Sustainability factor related with the implementation of community mental health nursing (cmhn) in south and west jakarta</i> (Neng esti winahayu*, budi anna keliat, ice yulia wardani, 2015)	Faktor <i>sustainability</i> yang berhubungan dengan implementasi <i>community mental health nursing (cmhn)</i>	Deskriptif Korelasi	Hasil penelitian menunjukkan hubungan yang signifikan antara faktor keberlanjutan dengan pelaksanaan cmhn. Hasil wawancara dengan analisis <i>stakeholder</i> tentang 8 faktor keberlanjutan dibagi menjadi beberapa tema: opini positif dari pemangku kepentingan terhadap cmhn (adanya asuhan keperawatan kepada pasien, mendeteksi kasus baru, dan mengurangi stigma) dan usaha untuk keberlanjutan dari cmhn (meningkatkan persepsi, perencanaan anggaran, dan sosialisasi)
5	Gambaran deteksi dini Kesehatan Jiwa di desa ranjeng dan cilopang kabupaten sumedang (Titin sutini dan Nur oktavia hidayati, 2017)	Gambaran deteksi dini Kesehatan Jiwa	Deskriptif kuantitatif	Hasil penelitian menunjukkan adanya peningkatan skor pengetahuan antara sebelum dan sesudah pelatihan. Kenaikan pengetahuan masyarakat desa ranjeng total rata-rata (65), dan kenaikan pengetahuan masyarakat desa cilopang (64). Kegiatan ini belum dapat menjangkau sebagian besar dari masyarakat di ke dua desa
6	<i>A systems approach to healthcare: agent-based modeling, community</i>		<i>The study explores the utility of translating</i>	<i>Section 3 explains the models using data from the case study and thereby establishes feasibility of the approach for</i>

No	Judul karya ilmiah dan penulis	Variabel	Jenis penelitian	Hasil
	<i>mental health, and population well-being</i> (Silvermana, Nancy Hanrahanb, Gnana Bharathya, Kim Gordona, dan Johnson, 2015)		<i>an existing (prize winning) software for modeling complex societal systems and agent's daily life activities (like a simulation software), into a desired decision support system.</i>	<i>modeling a real system. The models were trained and tuned using national epidemiologic datasets and various domain expert inputs. To avoid co-mingling of training and testing data, the simulations were then run and compared (section 4.1) to an analysis of 250,000 philadelphia patient hospital admissions for the year 2010 in terms of re-hospitalization rate, number of doctor visits, and days in hospital. Based on the student t-test, deviations between simulated vs. Real world outcomes are not statistically significant. Validity is thus established for the 2008–2010 timeframe. We computed models of various types of interventions that were ineffective as well as 4 categories of interventions (e.g., reduced per-nurse caseload, increased check-ins and stays, etc.) That result in improvement in well-being and cost.</i>
7	Pengaruh pelatihan kader terhadap kemampuan Kader melakukan perawatan pasien Gangguan jiwa dirumah (Ni Made Dian Sulistiowati, Kadek Eka Swedarma, Made Oka Ari K, Komang Menik Sri K, 2015)	Pelatihan kader dan Kemampuan kader melakukan perawatan pasien gangguan jiwa dirumah	Kuantitatif pra eksperimen pre-post test design	Dari keseluruhan kegiatan, dapat terlihat terjadi peningkatan kemampuan antara sebelum dan sesudah dilakukan pelatihan kader Kesehatan Jiwa
8	Pelatihan siaga sehat jiwa terhadap peningkatan pengetahuan kader di rw 06 dan rw 07 desa rowosari kecamatan tembalang kota semarang (Eni Hidayati, Khoiriyah, Muhammad Fatkul	Pelatihan siaga sehat jiwa Dan peningkatan pengetahuan kader	Deskriptif kuantitatif	Pengetahuan dan keterampilan kader mengalami peningkatan di delapan pelatihan yang diselenggarakan tim

No	Judul karya ilmiah dan penulis	Variabel	Jenis penelitian	Hasil
9	Pemberdayaan keluarga dan kader Kesehatan Jiwa dalam Penanganan pasien harga diri rendah kronik dengan Pendekatan model precede I. Green di rw 06, 07 dan 10 tanah Baru bogor utara (Desi Pramujiwati, Budi Anna Keliat, Dan Ice Yulia Wardani, 2013)	Pemberdayaan keluarga dan kader Kesehatan Jiwa Penanganan pasien harga diri rendah	Studi kasus	Hasil asuhan Keperawatan menunjukkan penurunan tanda dan gejala harga diri rendah kronik disertai peningkatan Kemampuan pasien lebih tinggi pada kelompok pasien yang mendapatkan cbt, fpe dan terapi suportif Daripada kelompok yang mendapatkan cbt dan fpe maupun yang mendapatkan cbt
10	Ipteks bagi masyarakat kelompok kesehatan Jiwa di desa pasuruhan kidul kabupaten kudus dalam upaya Pemberdayaan kader Kesehatan Jiwa untuk meningkatkan Kemandirian dengan metode "one volunter one patient" (Anny Rosiana M, Yuli Setyaningrum, Noor Azizah, 2016)	Pelatihan kader Kesehatan Jiwa Pemberdayaan kader Kesehatan Jiwa Kemandirian kader Kesehatan Jiwa	Deskriptif kuantitatif	Setelah mengikuti pelatihan kader Kesehatan Jiwa, bapak ibu kader Terdapat peningkatan pengetahuan dan dihasilkan data kesehatan penduduk di rw 10 saat Deteksi dini metode klasifikasi berupa keluarga sehat, keluarga resiko, keluarga dengan Gangguan serta adanya pendampingan pasien oleh kader terdekat
11	<i>Innovative nursing care models and culture of health: Early evidence</i> (Grant R. Martsof, PhD, MPH, RN, Tamika Gordon, MS, Linnea Warren May, MPH, Diana Mason, PhD, RN, FAAN, Cheryl Sullivan, MSES, Antonia Villarruel, PhD, FAAN, 2016)	<i>Innovative nursing care models</i> <i>Culture of health</i>	Kualitatif	Model yang dirancang perawat sangat berfokus pada isu-isu yang berkaitan dengan budaya kesehatan, menjadikannya konteks yang berpotensi serta berguna untuk memeriksa bagaimana hal lain penyedia layanan mungkin berkontribusi pada budaya kesehatan.
12	<i>Health Care Professionals Attitudes Towards Mental Illness:</i>	Sikap professional kesehatan Penyakit mental	Observasi , deskriptif	<i>A total of 170 healthcare professionals worked within the mental health facilities at the time of</i>

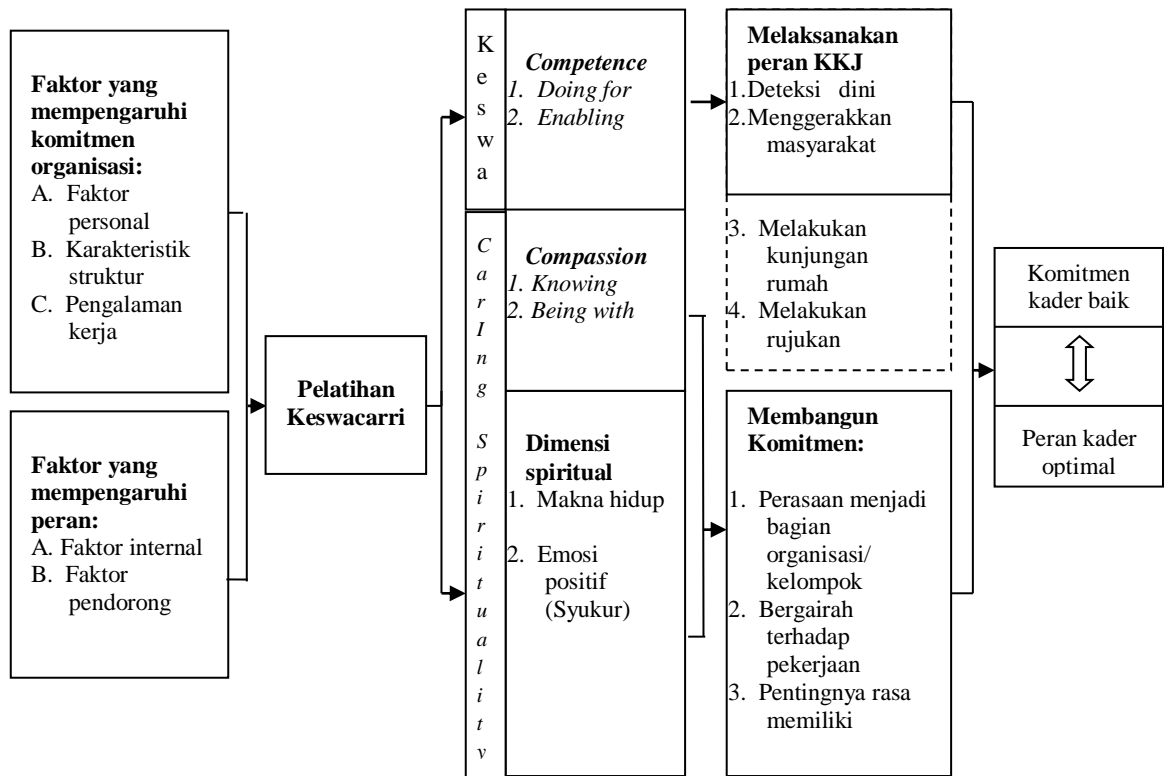
No	Judul karya ilmiah dan penulis	Variabel	Jenis penelitian	Hasil
	<i>Observational Study Performed at a Public Health Facility in Northern Italy</i> (Valeria Cremoninia Valeria Cremonini, Nicola Pagnucci, Franco Giacometti & Ivan Rubbi, 2017)			<i>this research project. Information supplied by heads of service highlighted that personnel was distributed as follows: mental ward: 29 staff (17%), mental home care and outpatients: 55 staff (32%), day care mental health centre: 33 staff (20%), Community-based residential mental care: 31 staff (31%).</i>
13	<i>Skills acquired in research and public health in the specialty of family and community nursing in the Valencian Community</i> (Pedro García-Martínez, Ruth Lozano-Vidala, María del Carmen Herraiz-Ortiz, Eladio Collado-Boira (2017)	<i>Skills acquired in research and public health in the specialty of family and community nursing</i>	Deskriptif dan studi analitik	<i>Sixteen of the 41 specialists responded. The four year groups of nurses who had finished their training were represented as well as seven national teaching units. The results show high heterogeneity in the activities developed in the training. The average rotation in public health is 7.07 weeks, with range of 0---16 weeks. The mean number of educational sessions is 2.69 in the two years. The average number of research projects is 1.19.</i>
14	<i>The training of specialists in Family and Community Health Nursing according to the supervisors of the teaching units</i> (Enrique Oltra-Rodríguez, José Ramón Martínez-Rierab, María Isabel Mármol-López, Francisco Javier Pastor-Gallardod, Elvira Gras-Nietoe, Ana Holgado-Fernández, on behalf of the Grupo Investigador “AEC-especialidad EFyC, 2017)	<i>The training of specialists in Family and Community Health Nursing according to the supervisors</i>	Analisis eksplorasi	<i>The emerging categories on the strengths and difficulties encountered related to the tutors, the environment where the training took place, the structure of the teaching unit, the organisation of the teaching and the official programme of the speciality, the external supports and the theoretical training.</i>
15	<i>The Factors that Influence Health</i>	<i>age, education, experience,</i>	<i>descriptive analytic</i>	<i>Results showed that education (p= 0,035), experience (p=</i>

No	Judul karya ilmiah dan penulis	Variabel	Jenis penelitian	Hasil
	<i>Volunteers' Behavior in Early Detection of Children Development Puskesmas Babat, Lamongan</i> (Yolanda Eka*, Cicilia Kristiawati, Praba Diyan)	knowledge, attitude, available facility, and support from health workers. early detection of children development	design	0,027), knowledge ($p= 0,007$), attitude ($p= 0,033$), available facility ($p= 0,014$), and support from health workers ($p= 0,002$) did have influence with health volunteer's behavior in early detection of children development. While, age had no influence.

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL

3.1 Kerangka Konsep



Keterangan :

- : Diteliti
- : Tidak diteliti

Gambar 3.1. Kerangka Konsep Pengaruh Pelatihan Kesehatan Jiwa *Caring* dan *Spirituality* (Keswacarri) terhadap Komitmen dan Peran Kader Kesehatan Jiwa di Wilayah Kerja Puskesmas Widang Kabupaten Tuban

Keterangan kerangka konsep

Komitmen organisasi dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya (1) faktor personal berupa jenis kelamin, usia dan tingkat pendidikan, (2) Karakteristik struktur berupa dukungan dan (3) Pengalaman kerja. Faktor yang mempengaruhi peran kader diantaranya (1) Faktor internal yaitu pendidikan dan pekerjaan (2) Faktor pendorong yaitu dukungan petugas kesehatan, dukungan teman dan dukungan keluarga, selanjutnya diberikan pelatihan Keswacarri.

Pelatihan Kesehatan Jiwa *Caring* dan *Spirituality* (Keswacarri) diambil dari model konsep *Caring* Swanson dengan komponen *doing for*, *enabling*, *maintaining belief*, *knowing* dan *being with* yang telah dikembangkan oleh Caroline berupa *competence* dan *compassion*. Dimensi *competence* (keahlian) terdapat 2 komponen yaitu *doing for* (memberikan tindakan terapi atau intervensi) dan *enabling* yaitu memperkuat dalam mengatasi kesulitan pemberdayaan, dari komponen *competence* tersebut diharapkan kader dapat melaksanakan peran sebagai kader Kesehatan Jiwa dengan baik.

Dimensi *Compassion* (kasih sayang) terdapat 2 komponen yaitu *knowing* (memahami situasi yang terjadi) dan *being with* (kehadiran kader, tidak hanya kehadiran fisik tapi juga berbagi perasaan) dan *maintaining belief* (kepekaan diri terhadap harapan yang diinginkan) merupakan jembatan dari *competence* dan *compassion*, selain itu untuk menumbuhkan komitmen dibutuhkan adanya spiritualitas. Dimensi spiritualitas diantaranya: (1) Makna hidup yang berarti penghayatan intrapersonal yang bersifat unik, ditunjukkan dalam hubungan sosial (interpersonal) yang bermanfaat, menginspirasi dan mewariskan sesuatu yang

bernilai bagi kehidupan manusia dan (2) Emosi Positif berarti kemampuan mengelola pikiran dan perasaan dalam hubungan intrapersonal sehingga seseorang memiliki nilai kehidupan yang mendasari kemampuan bersikap dengan tepat, dari komponen *Caring* dan spiritualitas tersebut diharapkan komitmen kader dapat tercipta dengan baik sehingga kader bisa menjalankan perannya dengan optimal pula.

3.2 Hipotesis Penelitian

Hipotesis merupakan proporsi keilmuan yang dilandasi oleh kerangka konseptual penelitian dan merupakan jawaban sementara terhadap permasalahan yang dihadapi serta dapat diuji kebenarannya berdasarkan fakta empiris (Nursalam, 2017).

H1 : Pelatihan Kesehatan Jiwa *Caring* dan *Spirituality* (Keswacarri) dapat meningkatkan komitmen dan peran kader Kesehatan Jiwa di wilayah kerja Puskesmas Widang Kabupaten Tuban

BAB 4**METODE PENELITIAN****4.1. Desain Penelitian**

Rancangan penelitian ini menggunakan jenis eksperimental, dengan tipe *quasy experimental*. Rancangan ini berupaya untuk mengungkapkan hubungan sebab akibat dengan cara melibatkan kelompok kontrol disamping kelompok eksperimen, tapi pemilihan kedua kelompok tidak menggunakan teknik acak. Rancangan ini menggunakan kelompok subjek yang telah terbentuk secara wajar (teknik rumpun), sehingga sejak awal bisa saja kedua kelompok subjek telah memiliki karakteristik yang berbeda. Apabila pada paska tes ternyata kedua kelompok itu berbeda, mungkin perbedaannya bukan disebabkan oleh perlakuan tapi karena sejak awal kelompok sudah berbeda (Nursalam, 2017)

Tabel 4.1. Desain Penelitian Pengaruh Pelatihan Kesehatan Jiwa *Caring* dan *Spirituality* (Keswacarri) terhadap Komitmen dan Peran Kader Kesehatan Jiwa di Wilayah Kerja Puskesmas Widang Kabupaten Tuban

Subjek	Pra	Perlakuan	Pasca tes
K-A	O	I	O1-A
K-B	O Waktu 1	- Waktu 2	O1-B Waktu 3

Keterangan :

- K-A : Subjek (Kader) perlakuan
 K-B : Subjek (Kader) kontrol
 — : Melakukan aktivitas seperti biasanya
 O : *Pre test* komitmen dan peran kader (kelompok perlakuan)
 I : Pelatihan Keswacarri
 O1(A+B) : *Post test* komitmen dan peran kader (kelompok perlakuan dan kontrol)

4.2 Populasi, Sampel dan Teknik Sampling

4.2.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah kader yang ada di Desa Patihan dan Desa Ngadipuro Kecamatan Widang yang berjumlah 34 kader kelompok perlakuan (Desa Patihan) dan 30 kader kelompok kontrol (Desa Ngadipuro).

Peneliti menggunakan Desa Patihan sebagai kelompok perlakuan karena di Desa Patihan terdapat temuan ODGJ yang dipasung, selain itu *programmer* jiwa Puskesmas Widang bertugas di Puskesmas Pembantu Desa Patihan.

4.2.2 Sampel

Sampel dalam penelitian ini dihitung dengan menggunakan rumus:

$n = \frac{N}{1 + N (d)^2}$ $= \frac{34}{1 + 34 (0,05)^2}$ $= \frac{34}{1 + 34 (0,0025)}$ $= \frac{34}{1,085}$ $= 31 \text{ responden}$	$n = \frac{N}{1 + N (d)^2}$ $= \frac{30}{1 + 30 (0,05)^2}$ $= \frac{30}{1 + 30 (0,0025)}$ $= \frac{30}{1,075}$ $= 28 \text{ responden}$
(Kelompok perlakuan)	(Kelompok kontrol)

Keterangan :

- n = Besar sampel
- N = Besar populasi
- d = tingkat signifikansi (d = 0,05)

4.2.3 Teknik Sampling

Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian terdapat dua jenis yaitu *probability sampling* dan *non probability sampling* (Nursalam, 2017)

Teknik sampling dalam penelitian ini menggunakan *probability sampling* dengan jenis *simple random sampling*, yaitu mengambil secara acak sampel yang akan dijadikan responden penelitian. Nomor calon responden (sesuai urutan absen) dari nomor 1-34 (kelompok perlakuan) dan nomor 1-30 (kelompok kontrol) ditulis dalam secarik kertas, dilipat dan dimasukkan ke dalam satu kotak, kemudian dikocok lalu dikeluarkan satu persatu. Misalnya nomor 1 yang keluar, ditulis “1 (satu)”, selanjutnya seperti itu sampai keluar sejumlah sampel yang sudah dihitung sesuai rumus penghitungan sampel. Kelompok perlakuan sejumlah 31 responden dan kelompok kontrol sejumlah 28 responden.

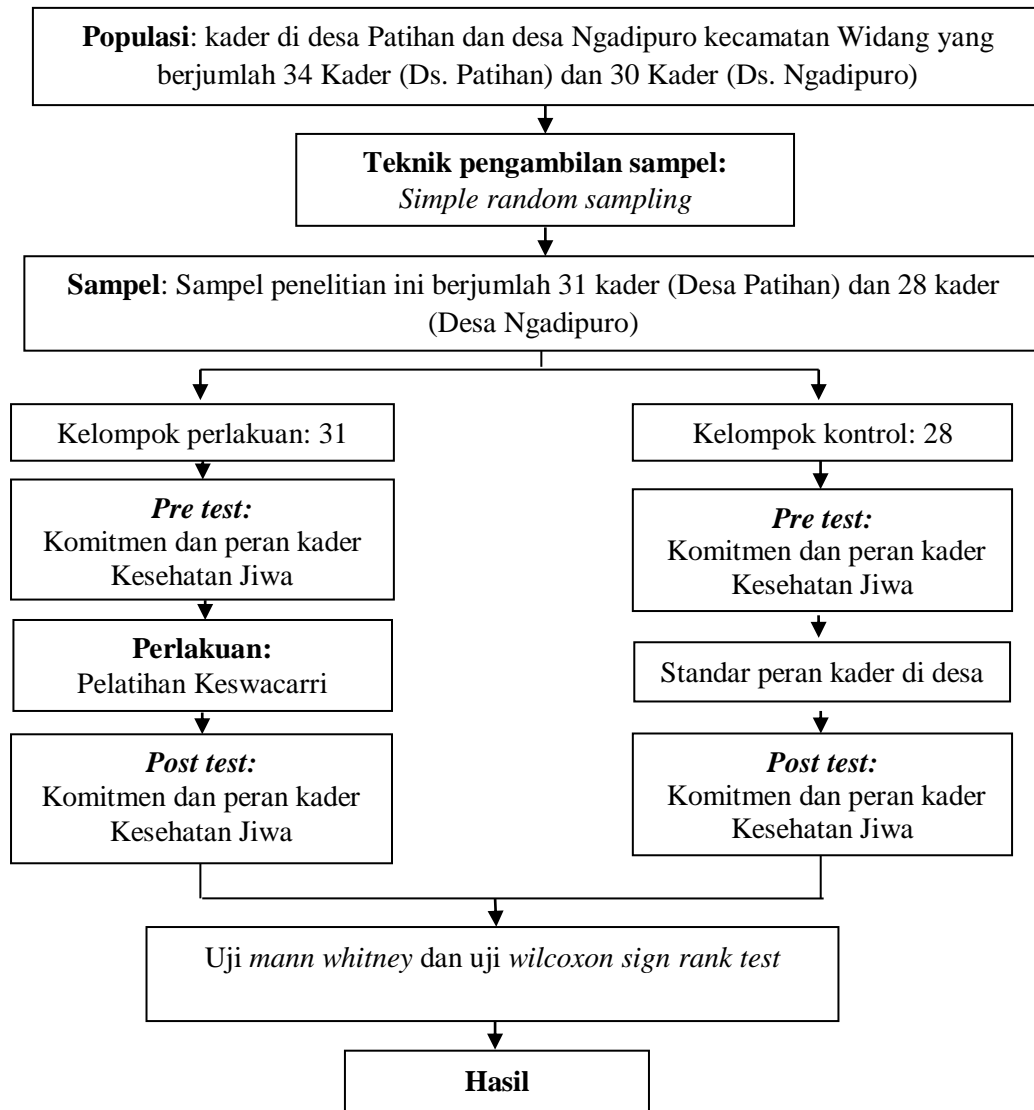
1. Kriteria inklusi :

- 1) Kader kesehatan di Desa Patihan dan Desa Ngadipuro
- 2) Sehat
- 3) Bersedia menjadi responden

2. Kriteria Eksklusi :

- 1) Tidak bisa mengikuti pelatihan karena alasan tertentu
- 2) Mengundurkan diri/*droup out*

4.3 Kerangka Kerja



Gambar 4.1 Kerangka Kerja Pengaruh Pelatihan Kesehatan Jiwa *Caring* dan *Spirituality* (Keswacarri) terhadap Komitmen dan Peran Kader Kesehatan Jiwa di Wilayah Kerja Puskesmas Widang Kabupaten Tuban

4.4 Identifikasi Variabel dan Definisi Operasional

4.4.1 Identifikasi Variabel

Variabel adalah karakteristik yang dimiliki oleh subjek (orang, benda, situasi) yang berbeda dengan yang dimiliki oleh kelompok tersebut. Semua variabel yang

diteliti harus diidentifikasi, mana yang termasuk variabel bebas (*independent variable*), variabel terikat (*dependent variable*) dan variabel pengontrol, serta variabel perancu (Nursalam, 2017).

1. Variabel Independen : Pelatihan Kesehatan Jiwa *Caring* dan *Spirituality*
(Keswacarri)

2. Variabel Dependen : Komitmen dan peran kader Kesehatan Jiwa

4.4.2 Definisi Operasional

Tabel 4.2 Definisi Operasional Pengaruh Pelatihan Kesehatan Jiwa *Caring* dan *Spirituality* (Keswacarri) terhadap Komitmen dan Peran Kader Kesehatan Jiwa di Wilayah Kerja Puskesmas Widang Kabupaten Tuban

No.	Variabel	Definisi operasional	Parameter	Alat ukur	Skala	Skor
1	Independen: Pelatihan Keswacarri	Pelatihan yang diberikan kepada kader selama 3x5 jam yang diberikan selama 3 hari dengan unsure Kesehatan Jiwa, <i>Caring</i> dan <i>Spirituality</i> Kesehatan Jiwa Kegiatan untuk meningkatkan pengetahuan, keahlian dan kompetensi kader terhadap perannya sebagai kader Kesehatan Jiwa Caring Hubungan yang saling	Materi yang diberikan: 1. Kesehatan Jiwa 2. <i>Caring</i> 3. <i>Spirituality</i> 1. Kesehatan Jiwa 2. Peran kader 1) Deteksi dini 2) Menggerakkan masyarakat 1. Kader selalu memberikan dukungan kepada klien/	Modul pelatihan	-	-

No.	Variabel	Definisi operasional	Parameter	Alat ukur	Skala	Skor
		memelihara pribadi yang berlandaskan komitmen dan tanggung jawab, bagaimana kader mengerti kejadian yang berarti dari hidup seseorang dan hadir secara emosional untuk masyarakat serta menjalankan peran sebagai kader dengan sepenuh hati	keluarga dalam setiap menjalankan perannya 2. Kader mengerjakan suatu keterampilan untuk kemajuan Kesehatan Jiwa di tempat/ desanya 3. Harus selalu berusaha memahami perasaan keluarga/ masyarakat 4. Kader selalu menunjukkan perhatian/ empati kepada keluarga/ masyarakat 5. Dalam setiap menjalankan perannya, kader tidak hanya hadir secara fisik saja tapi secara batin juga (sepuh hati) 6. Kader bersedia berbagi perasaan dengan keluarga/ masyarakat 7. Kader selalu menjalankan perannya dengan sepenuh hati dan ikhlas			
		<i>Spirituality</i> Pengalaman kader Kesehatan Jiwa atau pengalaman seseorang/ keyakinan seseorang	Menumbuhkan komitmen pada kader dengan : 1. Memberi pengertian pada kader, bahwa dengan menjadi kader Kesehatan			

No.	Variabel	Definisi operasional	Parameter	Alat ukur	Skala	Skor
		tentang bagaimana seharusnya menjalani hidup, menghargai orang lain dengan menggunakan keyakinan akan kekuatan Yang Maha Esa	Jiwa, kader telah mewariskan sesuatu yang bernilai bagi kehidupan manusia 2. Memberikan pengertian pada Kader tentang pentingnya selalu bersyukur atas nikmat yang telah diberikan oleh Tuhan Yang Maha Esa 3. Selalu mendekatkan diri pada Sang Pencipta 4. Menjaga hubungan dengan diri sendiri, orang lain, alam serta hubungan dengan Tuhan Yang Maha Esa			
2	Dependen: Komitmen kader kesehatan	Sesuatu yang membuat seseorang membulatkan hati, bertekad berjerih payah, berkorban dan bertanggung jawab demi mencapai tujuan	1. Komponen afektif (kelekatan emosional kader pada kelompok) 2. Komponen kontinuan (kesadaran kader tentang kerugian bila meninggalkan kelompok) 3. Komponen <i>normative</i> (Mencerminkan perasaan tentang kewajiban untuk tetap	Kuesioner komitmen	Ordinal	1= kurang (10-40) 2= cukup (>40-70) 3= baik (>70-100)

No.	Variabel	Definisi operasional	Parameter	Alat ukur	Skala	Skor
			mengabdikan diri di masyarakat sebagai kader kesehatan)			
3	Dependen: Peran kader Kesehatan Jiwa	Peran kader Kesehatan Jiwa disini adalah kemampuan kader dalam menjalankan perannya dalam Kesehatan Jiwa dimasyarakat	Kemampuan kader dalam: 1. Deteksi dini 2. Menggerakkan masyarakat 1) Kelompok keluarga dengan ODGJ 2) Kelompok ODGJ	Format evaluasi peran kader dalam mende- teksi dini dan mengge- rakkan masyara- kat	Nominal	1 = Belum optimal (50-<75) 2 = Optimal (75-100)

4.5 Alat dan Bahan penelitian

1. Alat yang digunakan dalam penelitian ini adalah PPT (*Power Point Templates*), ATK (alat tulis kantor), *projector* dan layar.
2. Bahan yang digunakan dalam penelitian ini adalah modul, SAK, kuesioner dan *check list*

4.6 Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini antara lain:

1. Modul pelatihan Keswacarri yang berisi tentang konsep Kesehatan Jiwa masyarakat, desa siaga sehat jiwa (DSSJ), membangun komitmen dengan *Caring* dan *Spirituality*, peran kader keswa dalam deteksi dini, menggerakkan masyarakat, kunjungan rumah dan rujukan.
2. Kuesioner komitmen yang terdiri dari komponen afektif, kontinuan dan normatif, masing-masing item terdiri dari 5 pernyataan.

Cara penilaian : Jumlah skor ÷ poin tertinggi x100.

3. *Check list* format evaluasi peran kader, yang terdiri dari masing-masing item diantaranya; deteksi dini dan menggerakkan masyarakat

Masing-masing item terdiri dari beberapa kriteria penilaian, diantaranya:

- 1) Deteksi dini terdiri dari 6 kriteria evaluasi
- 2) Menggerakkan masyarakat terdiri dari 6 item kriteria evaluasi,

Cara Penilaian = jumlah skor ÷ nilai tertinggi x 100.

Tabel 4.3. Uji Validitas Kuesioner Komitmen Kader Kesehatan dengan menggunakan *Pearson*

No.	Item pernyataan	Korelasi	Nilai Batas	Kesimpulan
1	Saya akan sangat bahagia untuk menghabiskan sisa karir saya sebagai kader kesehatan di desa	0,5	0,3550	Valid
2	Saya merasa bahwa masalah yang berkaitan dengan masyarakat di desa bukan merupakan masalah saya	0,5	0,3550	Valid
3	Saya merasa bahwa saya adalah bagian dari kader kesehatan	0,7	0,3550	Valid
4	Saya merasa tidak ada keterikatan emosional sebagai kader kesehatan	0,7	0,3550	Valid
5	Peran saya sebagai kader kesehatan, memiliki makna yang besar bagi diri saya	0,4	0,3550	Valid
6	Saya akan melakukan tugas saya sebagai kader dalam waktu yang lama	0,5	0,3550	Valid
7	Saya bekerja sama dengan banyak tim dan terlibat dalam setiap kegiatan yang ada di desa	0,6	0,3550	Valid
8	Pekerjaan saya sebagai kader tidak menggunakan kemampuan dan keterampilan yang saya miliki, sehingga tidak menguntungkan saya	0,5	0,3550	Valid
9	Saya menyukai wewenang dan tanggung jawab saya sebagai kader kesehatan	0,8	0,3550	Valid
10	Keuntungan yang disediakan setelah saya berhenti menjadi kader kesehatan tidak berdampak baik pada saya	0,4	0,3550	Valid
11	Saya merasa ada keharusan untuk tetap bekerja sebagai kader kesehatan	0,5	0,3550	Valid
12	Saya merasa benar jika saya mengundurkan diri dari anggota kader kesehatan, meskipun itu tidak menguntungkan saya	0,4	0,3550	Valid
13	Saya merasa bersalah jika saya mengundurkan diri sebagai kader kesehatan	0,4	0,3550	Valid
14	Kesehatan yang ada di desa saya tidak pantas mendapatkan loyalitas saya	0,5	0,3550	Valid

No.	Item pernyataan	Korelasi	Nilai Batas	Kesimpulan
15	Saya merasa belum memberikan banyak kontribusi terhadap tugas saya sebagai kader kesehatan	0,5	0,3550	Valid

Tabel hasil uji validitas diatas menunjukkan bahwa seluruh poin pernyataan yaitu sebanyak 15 pernyataan yang terdapat pada kuesioner komitmen kader kesehatan mempunyai korelasi $>0,3550$, oleh karena itu seluruh poin pernyataan pada kuesioner komitmen kader kesehatan dinyatakan valid.

Tabel 4.4 Uji reliabilitas kuesioner komitmen dengan menggunakan *Cronbach'a Alpha*

No.	Item pernyataan	<i>Cronbach'a Alpha</i>	Nilai Batas	Kesimpulan
1	X1	.826	0,3	Reliabel
2	X2	.826	0,3	Reliabel
3	X3	.821	0,3	Reliabel
4	X4	.821	0,3	Reliabel
5	X5	.834	0,3	Reliabel
6	X6	.825	0,3	Reliabel
7	X7	.820	0,3	Reliabel
8	X8	.826	0,3	Reliabel
9	X9	.834	0,3	Reliabel
10	X10	.826	0,3	Reliabel
11	X11	.834	0,3	Reliabel
12	X12	.834	0,3	Reliabel
13	X13	.834	0,3	Reliabel
14	X14	.826	0,3	Reliabel
15	X15	.826	0,3	Reliabel

Tabel hasil uji reliabilitas diatas menunjukkan bahwa seluruh poin pernyataan yaitu sebanyak 15 pernyataan yang terdapat pada kuesioner komitmen kader kesehatan mempunyai nilai *cronbach alpha* $>0,3$, oleh karena itu seluruh poin pernyataan pada kuesioner komitmen kader kesehatan dinyatakan reliabel.

Tabel 4.5 Format Evaluasi Peran Kader Kesehatan Jiwa dengan Menggunakan *Product Moment*

No.	Item pernyataan	Korelasi	Nilai Batas	Kesimpulan
1	Memiliki daftar KK yang akan dikunjungi	0,9	0,3550	Valid
2	Menyiapkan Buku Deteksi Keluarga	0,6	0,3550	Valid

No.	Item pernyataan	Korelasi	Nilai Batas	Kesimpulan
3	kader mencatat nama seluruh keluarga yang tinggal diwilayahnya	0,9	0,3550	Valid
4	Kader mencatat data keluarga yang mempunyai risiko masalah psikososial	0,6	0,3550	Valid
5	Kader mencatat data keluarga yang mengalami gangguan jiwa	0,8	0,3550	Valid
6	Kader mencatat hasil perhitungan jumlah keluarga untuk masing-masing kelompok	0,8	0,3550	Valid
7	Kader mengundang keluarga yang akan mengikuti penyuluhan	0,6	0,3550	Valid
8	Kader mengingatkan peserta untuk hadir 30 menit lebih awal sebelum penyuluhan dimulai	0,9	0,3550	Valid
9	Kader mempersiapkan daftar hadir untuk peserta penyuluhan	0,8	0,3550	Valid
10	Kader mengingatkan dan mengumpulkan peserta untuk mengikuti penyuluhan	0,9	0,3550	Valid
11	Kader mendampingi perawat yang memberikan penyuluhan	0,9	0,3550	Valid
12	Kader memotivasi peserta untuk bertanya	0,9	0,3550	Valid

Tabel hasil uji validitas diatas menunjukkan bahwa seluruh poin evaluasi yaitu sebanyak 12 pernyataan yang terdapat pada format evaluasi peran kader Kesehatan Jiwa mempunyai korelasi $>0,3550$, oleh karena itu seluruh poin pernyataan pada format evaluasi peran kader Kesehatan Jiwa dinyatakan valid.

Tabel 4.6. Uji Reliabilitas Peran Kader Kesehatan Jiwa dengan menggunakan *product momen*

No.	Item pernyataan	Cronbach'a Alpha	Nilai Batas	Kesimpulan
1	X1	0.886	0,3	Reliabel
2	X2	0.916	0,3	Reliabel
3	X3	0.904	0,3	Reliabel
4	X4	0.912	0,3	Reliabel
5	X5	0.918	0,3	Reliabel
6	X6	0.897	0,3	Reliabel
7	X7	0.935	0,3	Reliabel
8	X8	0.886	0,3	Reliabel
9	X9	0.908	0,3	Reliabel
10	X10	0.886	0,3	Reliabel
11	X11	0.886	0,3	Reliabel
12	X12	0.886	0,3	Reliabel

Tabel hasil uji reliabilitas diatas menunjukkan bahwa seluruh poin evaluasi yaitu sebanyak 12 poin yang terdapat pada format evaluasi peran kader Kesehatan Jiwa mempunyai nilai *cronbach alpha* >0,3, oleh karena itu seluruh poin evaluasi pada format evaluasi peran kader Kesehatan Jiwa dinyatakan reliabel.

Tabel 4.7. *Blue Print* Alat Ukur Penelitian Komitmen Kader Kesehatan

No.	Kuesioner Komitmen Rincian Pernyataan	Jenis	
		<i>Favorable</i>	<i>Unfavorable</i>
1	Saya akan sangat bahagia untuk menghabiskan sisa karir saya sebagai kader kesehatan di desa	√	
2	Saya merasa bahwa masalah yang berkaitan dengan masyarakat di desa bukan merupakan masalah saya		√
3	Saya merasa bahwa saya adalah bagian dari kader kesehatan	√	
4	Saya merasa tidak ada keterikatan emosional sebagai kader kesehatan		√
5	Peran saya sebagai kader kesehatan, memiliki makna yang besar bagi diri saya	√	
6	Saya akan melakukan tugas saya sebagai kader dalam waktu yang lama	√	
7	Saya bekerja sama dengan banyak tim dan terlibat dalam setiap kegiatan yang ada di desa	√	
8	Pekerjaan saya sebagai kader tidak menggunakan kemampuan dan keterampilan yang saya miliki, sehingga tidak menguntungkan saya		√
9	Saya menyukai wewenang dan tanggung jawab saya sebagai kader kesehatan	√	
10	Keuntungan yang disediakan setelah saya berhenti menjadi kader kesehatan tidak berdampak baik pada saya		√
11	Saya merasa ada keharusan untuk tetap bekerja sebagai kader kesehatan	√	
12	Saya merasa benar jika saya mengundurkan diri dari anggota kader kesehatan, meskipun itu tidak menguntungkan saya		√
13	Saya merasa bersalah jika saya mengundurkan diri sebagai kader kesehatan	√	
14	Kesehatan yang ada di desa saya tidak pantas mendapatkan loyalitas saya		√
15	Saya merasa belum memberikan banyak kontribusi terhadap tugas saya sebagai kader kesehatan	√	

Kuesioner komitmen yang digunakan dalam penelitian ini terdiri dari jenis pernyataan *favorable* (setuju) dan *unfavorable* (Tidak setuju). Jenis pernyataan *favorable* terdapat pada poin nomor 1, 3, 5, 6, 7, 9, 11, 13 dan 15, sedangkan jenis pernyataan *unfavorable* terdapat pada poin nomor 2, 4, 8, 10, 12, 14.

Tabel 4.8. *Blue Print* Format Evaluasi Peran Kader Kesehatan Jiwa

Evaluasi Peran Kader Kesehatan Jiwa		Jenis	
No.	Rincian evaluasi	<i>Favorable</i>	<i>Unfavorable</i>
A Kemampuan Deteksi			
1	Memiliki daftar KK yang akan dikunjungi	√	
2	Menyiapkan Buku Deteksi Keluarga	√	
3	kader mencatat nama seluruh keluarga yang tinggal diwilayahnya	√	
4	Kader mencatat data keluarga yang mempunyai risiko masalah psikososial	√	
5	Kader mencatat data keluarga yang mengalami gangguan jiwa	√	
6	Kader mencatat hasil perhitungan jumlah keluarga untuk masing-masing kelompok	√	
B Kemampuan Penggerakan			
1	Kader mengundang keluarga yang akan mengikuti penyuluhan		
2	Kader mengingatkan peserta untuk hadir 30 menit lebih awal sebelum penyuluhan dimulai	√	
3	Kader mempersiapkan daftar hadir untuk peserta penyuluhan	√	
4	Kader mengingatkan dan mengumpulkan peserta untuk mengikuti penyuluhan	√	
5	Kader mendampingi perawat yang memberikan penyuluhan	√	
6	Kader memotivasi peserta untuk bertanya	√	

Format evaluasi peran kader Kesehatan Jiwa yang digunakan dalam penelitian ini terdiri dari jenis *favorable* (setuju) dan terdiri dari 2 kategori yaitu: deteksi dini dan penggerakan masyarakat. Masing-masing kategori terdiri dari 6 kriteria evaluasi.

4.7 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di dua tempat yang ada di wilayah kerja Puskesmas Widang Kabupaten Tuban yaitu Desa Patihan untuk kelompok perlakuan/kelompok yang diberikan pelatihan Keswacari dan Desa Ngadipuro untuk kelompok kontrol/kelompok yang melakukan standar peran kader kesehatan di Desa pada tanggal 27 Maret-29 Maret 2018 dan 03 April 2018.

Tabel 4.9. Demografi Tempat Penelitian di Wilayah Kerja Puskesmas Widang Kabupaten Tuban tahun 2018

No.	Wilayah	
	Desa Patihan	Desa Ngadipuro
1	Luas wilayah = 3,40	Luas wilayah = 2,54
2	Jumlah penduduk : 3.544 Jiwa Laki-laki = 1.749 Jiwa Perempuan = 1.795 Jiwa	Jumlah penduduk : 3.778 Jiwa Laki-laki = 1.864 Jiwa Perempuan = 1.914 Jiwa
3	Daerah bagian selatan di Kecamatan Widang	Daerah bagian selatan di Kecamatan Widang
4	Mayoritas mata pencaharian penduduk adalah petani	Mayoritas mata pencaharian penduduk adalah petani
5	Rumah penduduk banyak terletak di selatan tanggul yang rawan banjir	Rumah penduduk banyak terletak di selatan tanggul yang rawan banjir
6	Hampir semua masyarakat menggunakan perawat/puskesmas untuk berobat	Hampir semua masyarakat menggunakan perawat/puskesmas untuk berobat

4.8 Prosedur Pengambilan atau Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Nursalam, 2017).

Tahap awal penelitian ini yaitu penelitian menyerahkan surat izin penelitian di Kesbangpol, setelah mendapat surat balasan izin penelitian dari Kesbangpol, peneliti melakukan pendekatan dengan Camat dan Kepala Puskesmas Kecamatan Widang untuk menjelaskan maksud dan tujuan penelitian, selanjutnya peneliti menemui Kepala Desa Desa Patihan dan Desa Ngapiduro untuk meminta izin penelitian, kemudian peneliti mengambil data dan melakukan penetapan subyek penelitian sesuai persyaratan sampel yang sudah ditentukan pada kriteria inklusi.

Sebelumnya peneliti menjelaskan maksud dan tujuan dari penelitian yang akan dilakukan kepada kader kesehatan selama 8 hari ke depan kepada responden kemudian meminta persetujuan dari responden melalui *informed consent*,

selanjutnya peneliti melakukan *pre test* pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol tentang komitmen dan peran kader Kesehatan Jiwa dengan menggunakan kuesioner dan *check list* yang sudah disediakan oleh peneliti.

Tahap selanjutnya perlakuan, yaitu pelatihan Kesehatan Jiwa *Caring* dan *Spirituality* (Keswacarri) selama 3 hari dan 1 hari penggerakan masyarakat.

Berikut jadwal pelatihan yang akan dilaksanakan:

Tabel 4.10 Jadwal Pelatihan Kesehatan Jiwa *Caring* dan *Spirituality* (Keswacarri) di Desa Patihan Kecamatan Widang Kabupaten Tuban pada Tanggal 27 Maret- 03 April 2018

No.	Hari/ tanggal	Waktu	Kegiatan	Nara- sumber	Metode	Tempat	Sarana / pra- sarana
1	Selasa, 27 Maret 2018	08.00- 12.00 wib	1. Pembukaan 2. Penjelasan maksud dan tujuan penelitian serta <i>informed consent</i> 3. <i>Pre test</i> kelompok perlakuan 4. Pengantar Kesehatan Jiwa, DSSJ, kader dan peran kader	Peneliti	Ceramah, Diskusi dan pemu- taran video- video	Balai desa Desa patihan	LCD, <i>Projec- tor</i> , papan tulisan, ATK, dll
2	Rabu, 28 Maret 2018	08.00- 12.00 wib	1. Keswacarri 1) Konsep dasar Kesehatan Jiwa 2) DSSJ 3) Peran kader dengan unsur <i>Caring</i> dan <i>Spirituality</i>	Peneliti	Ceramah dan diskusi	Balai desa Desa patihan	LCD, <i>Projec- tor</i> , papan tulisan, ATK, dll
3	Kamis, 29 Maret 2018	08.00- 14.00 wib	Deteksi dini keluarga dan presentasi oleh masing-masing kelompok kader	Peneliti dan semua kader	Terjun ke lapangan dan presentasi hasil deteksi dini	Balai desa Desa patihan	Form deteksi dini, LCD, <i>Projec- tor</i>
4	Selasa, 03 April 2018	08.00- 12.00 wib	1. Penggerakan masyarakat kelompok keluarga ODGJ dan ODGJ 2. penutupan	Peneliti dan Semua kader	<i>Road show</i>	Balai desa Desa patihan	LCD, <i>Project- or</i>

Hari pertama sampai hari kedua dilakukan pelatihan kepada kader kesehatan, selanjutnya pada hari ketiga kader kesehatan/responden penelitian yang berjumlah 31 kader dibagi menjadi 4 kelompok dan akan dibagi dalam 4 wilayah sesuai dengan masing-masing pos kader kesehatan yaitu kemuning 1, kemuning 2, kemuning 3 dan kemuning 4 untuk melakukan deteksi dini. Deteksi dini dilakukan di Desa Patihan yang masing-masing kader mempunyai kewajiban melakukan deteksi dini minimal 5 KK. Deteksi dini difokuskan pada keluarga yang salah satu/lebih anggota keluarganya terdapat ODGJ sesuai format yang telah diberikan kepada kader kesehatan, selanjutnya tabulasi masing-masing kelompok dan presentasi oleh masing-masing kelompok kader tentang hasil deteksi dini keluarga yang telah didapatkan meliputi kelompok keluarga sehat, kelompok keluarga resiko dan kelompok keluarga gangguan.

Temuan deteksi dini yang dilakukan oleh kader kesehatan di Desa Patihan pada 254 KK didapatkan bahwa terdapat 14 orang masuk kelompok gangguan, 93 orang masuk kelompok risiko dan 147 masuk kelompok sehat.

Langkah berikutnya, membuat jadwal penggerakan masyarakat yang dilakukan setiap satu bulan sekali yang difokuskan pada kelompok keluarga dengan ODGJ dan kelompok ODGJ, dengan kegiatan sebagai berikut:

Tabel 4.11. Jadwal Penggerakan Masyarakat di Desa Patihan Kecamatan Widang Kabupaten Tuban pada Tanggal 03 April 2018

No.	Jadwal	Kegiatan
1	Minggu 1	Penggerakan kelompok keluarga dengan gangguan jiwa untuk penyuluhan Kesehatan Jiwa
2	Minggu 1	Penggerakan kelompok pasien gangguan jiwa untuk TAK (Terapi Aktivitas Kelompok) dan rehabilitasi (penyaluran bakat dan minat)

Penggerakan masyarakat dalam penelitian ini difokuskan pada penggerakan kelompok keluarga dengan gangguan jiwa untuk penyuluhan Kesehatan Jiwa dan penggerakan kelompok pasien gangguan jiwa untuk TAK (Terapi Aktivitas Kelompok) dan rehabilitasi.

Langkah berikutnya dilakukan *post test* pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol tentang komitmen dan peran kader Kesehatan Jiwa dengan menggunakan kuesioner dan *check list* yang sudah disediakan oleh peneliti. Kuesioner dan *check list* tersebut sama dengan alat ukur yang digunakan untuk melakukan *pre test* sebelumnya.

Pre test dan *post test* pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol dilakukan ditempat yang berbeda, untuk kelompok perlakuan dilakukan di Balai Desa Patihan dan kelompok kontrol dilakukan di Balai Desa Ngadipuro pada hari dan tanggal yang sama dengan jam yang berbeda. *Pre test* pada kelompok perlakuan dilakukan pada hari pertama perlakuan yaitu selasa, 27 Maret 2018 jam 09.00 wib, sedangkan kelompok kontrol pada jam 14.00 wib. *Post test* untuk deteksi dini pada kelompok perlakuan dilakukan pada hari ketiga penelitian yaitu hari kamis, 29 Maret 2018 jam 13.00 wib dan *post test* untuk penggerakan masyarakat dan komitmen kader kesehatan dilakukan pada hari ke 4 penelitian yaitu selasa, 03 April 2018 jam 13.00 wib, sedangkan *post test* pada kelompok kontrol untuk deteksi dini, penggerakan masyarakat dan komitmen kader kesehatan sama-sama dilakukan pada hari ke 4 penelitian yaitu selasa, 03 April 2018 jam 14.00 wib.

4.9 Analisa Data

Analisa data dalam penelitian ini menggunakan derajat kemaknaan atau tingkat signifikansi ($\alpha = 0,05$) dan penelitian ini menggunakan 2 uji:

1. Uji *wilcoxon* digunakan untuk membandingkan hasil *pre test* dan *post test* antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol pada variabel komitmen dan peran kader Kesehatan Jiwa
2. Uji *mann whitney* digunakan untuk mengukur derajat kemaknaan *post test* antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol pada variabel komitmen dan peran kader Kesehatan Jiwa

4.10 Ethical Clearance

Penelitian ini telah dilakukan uji etik oleh Komisi Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya dan telah dinyatakan lolos kaji etik dengan nomor : 666-KEPK serta disahkan oleh Ketua Komisi Etik Bapak Dr. Joni Haryanto, S.Kp.,M.Si di Surabaya pada tanggal 26 Februari 2018 (sertifikat uji etik terlampir).

Ethical clearance dalam penelitian antara lain:

1. Menghormati harkat dan martabat manusia (*respect for human dignity*)

Peneliti memberikan *informed consent* pada responden penelitian, yang mencakup:

- 1) Penjelasan manfaat penelitian
- 2) Penjelasan manfaat yang didapatkan
- 3) Persetujuan peneliti dapat menjawab setiap pertanyaan yang diajukan responden berkaitan dengan prosedur penelitian

- 4) Persetujuan responden dapat mengundurkan diri sebagai objek penelitian kapan saja
 - 5) Jaminan anonimitas dan kerahasiaan terhadap identitas dan informasi yang diberikan oleh responden
2. Menghormati privasi dan kerahasiaan subjek penelitian (*respect for privacy and confidentiality*)

Peneliti menjaga privasi responden dengan cara menggunakan kode berupa nomor urut absen responden dan tanpa mencantumkan nama responden dalam kuesioner dan rekapan hasil penelitian

3. Keadilan dan inklusivitas/keterbukaan (*respect for justice and inclusiveness*)

1) Peneliti menjelaskan tentang prosedur penelitian kepada semua responden baik pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol sebelum penelitian dilakukan

2) Peneliti akan memberikan perlakuan yang sama kepada kelompok kontrol berupa pelatihan Keswacarri (Kesehatan Jiwa *Caring* dan *Spirituality*) setelah penelitian yang dilakukan oleh peneliti selesai, yang direncanakan pada bulan September 2018.

4. *Reward* untuk reponden

Sebagai ucapan terimakasih kepada responden, peneliti memberikan *reward* berupa:

- 1) Memberikan insentif berupa *transport* sesuai hari kerja yang ditinggalkan karena telah berpartisipasi dalam penelitian ini sesuai berapa hari penelitian berlangsung
- 2) Menyediakan *snack* dan makan siang selama penelitian berlangsung
- 3) Peneliti memberikan sertifikat kepada kader yang mengikuti pelatihan
- 4) Peneliti memberikan hadiah dan piagam penghargaan kepada kader terbaik dan terdisiplin
- 5) Peneliti memberikan layanan konsultasi terkait Kesehatan Jiwa dan peran kader Kesehatan Jiwa pada responden walaupun penelitian selesai dilakukan

BAB 5

HASIL DAN ANALISIS PENELITIAN

Bab ini membahas tentang hasil dan analisis penelitian yang meliputi gambaran umum tempat penelitian dan data variabel yang diteliti yaitu pelatihan kader Kesehatan Jiwa *Caring* dan *Spirituality* (Keswacarri), komitmen dan peran kader Kesehatan Jiwa. Bab ini membahas pula tentang bagaimana pengaruh pelatihan kader Kesehatan Jiwa *Caring* dan *Spirituality* (Keswacarri) terhadap komitmen dan peran kader Kesehatan Jiwa.

5.1 Data Umum

5.1.1 Gambaran Umum Tempat Penelitian

1. Peta Wilayah Kerja Puskesmas Widang

Wilayah kerja Puskesmas Widang terletak di Kecamatan Widang memanjang di Utara sungai bengawan Solo. Batas Utara dengan Kecamatan Palang Kabupaten Tuban, bagian Timur berbatasan dengan Kecamatan Laren Kabupaten Lamongan, bagian Selatan berbatasan dengan Kecamatan Babat Kabupaten Lamongan dan bagian barat berbatasan dengan Kecamatan Plumpang Kabupaten Tuban.

Letak geografi Kecamatan Widang berada didaerah rendah dan berdampingan dengan bengawan Solo, apabila musim hujan tiba sampai saat ini masih terdapat dua daerah yang terkena banjir jika terjadi luapan air sungai bengawan Solo. Luapan tersebut mengenai daerah yang berada disebelah selatan tanggul yaitu wilayah Desa Ngadipuro dan Desa Patihan.

2. Peta Wilayah Desa Patihan

1) Letak

Desa Patihan merupakan salah satu Desa yang terletak ± 4 Km dari Ibukota Kecamatan Widang dan berjarak 35 Km dari Ibu Kota Kabupaten Tuban. Luas $\pm 641,24$ Ha Ha, yang terdiri dari sawah irigasi teknis, perladangan, pemukiman penduduk, bangunan umum, jalan, lapangan dan tanah pemakaman umum. Desa Patihan sebagai Desa yang berada ditepi bengawan Solo dan merupakan daerah rawan banjir dengan batas-batas sebagai berikut:

- a. Sebelah utara : Desa Bunut
- b. Sebelah Timur : Desa Ngadipuro
- c. Sebelah Selatan : Bengawan Solo
- d. Sebelah Barat : Desa Sisir

2) Dusun

Desa Patihan terbagi menjadi 4 dusun yaitu Dusun Patihan, Dusun Tanggir, Dusun Pomahan dan Dusun Lerep.

3) Luas wilayah = $\pm 641,24$ Ha

4) Jumlah penduduk

Jumlah penduduk = 3.544 Jiwa

Laki-laki = 1.749 jiwa

Perempuan = 1.795 jiwa

3. Peta Wilayah Desa Ngadipuro

1) Letak

Desa Ngadipuro terletak 4 Km dari Ibukota Kecamatan Widang dan berjarak 35 Km dari Ibu Kota Kabupaten Tuban. Luas 2,54 Ha, yang terdiri dari sawah irigasi teknis, perladangan, pemukiman penduduk, bangunan umum, jalan, lapangan dan tanah pemakaman umum. Desa Ngadipuro sebagai Desa yang berada ditepi Bengawan Solo dan merupakan daerah rawan banjir dengan batas-batas sebagai berikut:

- a. Sebelah utara : Desa Bunut
- b. Sebelah Timur : Desa Ngadirejo
- c. Sebelah Selatan : Kecamatan Babat Kabupaten Lamongan
- d. Sebelah Barat : Desa Patihan

2) Dusun

Desa Ngadipuro terbagi menjadi 4 Dusun yaitu Dusun Kandangan, Dusun Nguleg, Dusun Jepuro dan Dusun Klewer

3) Luas Wilayah = $\pm 2,54$ Ha

4) Jumlah penduduk

Jumlah penduduk = 3.778 jiwa

Laki-laki = 1.864 jiwa

Perempuan = 1.914 jiwa

4. Visi Misi

1) Visi Misi Puskesmas Widang

Visi:

Menjadi pilihan utama masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang terpadu dan berkualitas prima menuju kecamatan Widang sehat dan mandiri

Misi:

- a. Menggerakkan pembangunan berwawasan lingkungan
- b. Mendorong kemandirian hidup sehat bagi masyarakat
- c. Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan
- d. Menjadi pusat penggerak peran serta masyarakat

2) Visi Misi Program Kesehatan Jiwa Puskesmas Widang:

Visi:

Mewujudkan masyarakat untuk mendapatkan pelayanan terpadu dan berkualitas prima, menuju kecamatan widang sehat jiwa dan mandiri

Misi:

- a. Mendorong kemandirian sehat jiwa berbasis masyarakat
- b. Menggerakkan program Kesehatan Jiwa bersama lintas program dan lintas sektor
- c. Meningkatkan mutu pelayanan Kesehatan Jiwa
- d. Menjadi pusat penggerak peran serta masyarakat

Program Kesehatan Jiwa yang telah dilakukan oleh Puskesmas Widang dalam upaya untuk meningkatkan Kesehatan Jiwa dimasyarakat adalah sebagai berikut:

- a. Sosialisasi tentang Kesehatan Jiwa dan DSSJ pada masyarakat awam dimasing-masing Desa sesuai jadwal yang dirancang, selain itu sosialisasi juga dilakukan oleh pihak Puskesmas di Lembaga pendidikan formal maupun non formal serta kegiatan-kegiatan yang ada dimasyarakat
- b. Pemilihan calon kader Kesehatan Jiwa oleh Kades
- c. Pembentukan kader Kesehatan Jiwa
- d. Pelantikan kader Kesehatan Jiwa

5.2 Data Khusus

5.2.1 Data Demografi

Data karakteristik demografi ini baik kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol akan diuraikan berdasarkan jenis kelamin, umur, tingkat pendidikan dan lama menjadi kader kesehatan.

Tabel 5.1. Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Umur, Jenis Kelamin, Tingkat Pendidikan dan Lama menjadi Kader di Wilayah Kerja Puskesmas Widang Kabupaten Tuban Pada Tanggal 27 Maret-03 April 2018

Karakteristik Responden	Kelompok Perlakuan (31)		Kelompok Kontrol (28)	
	Jumlah		Jumlah	
	N	%	N	%
Umur				
17-25 tahun	5	16	3	11
26-35 tahun	14	45	16	57
36-45 tahun	4	13	7	25
46-55 tahun	5	16	2	7
56-65 tahun	3	10	0	0
Total	31	100	28	100

Karakteristik Responden	Kelompok Perlakuan (31)		Kelompok Kontrol (28)	
	Jumlah		Jumlah	
	N	%	N	%
Jenis kelamin				
Laki-laki	8	26	5	18
Perempuan	23	74	23	82
Total	31	100	28	100
Tingkat pendidikan				
Pendidikan dasar	4	13	3	11
Pendidikan menengah	24	77	23	82
Pendidikan tinggi	3	10	2	7
Total	31	100	28	100
Pekerjaan				
Swasta	4	13	6	21
Wiraswasta	1	3	0	0
Petani	0	0	2	7
Lain-lain	26	84	20	71
Total	31	100	28	100
Lama menjadi kader				
< 1 tahun	3	10	5	18
1-5 tahun	16	52	16	57
5-10 tahun	4	13	7	25
>10 tahun	8	26	0	0
Total	31	100	28	100

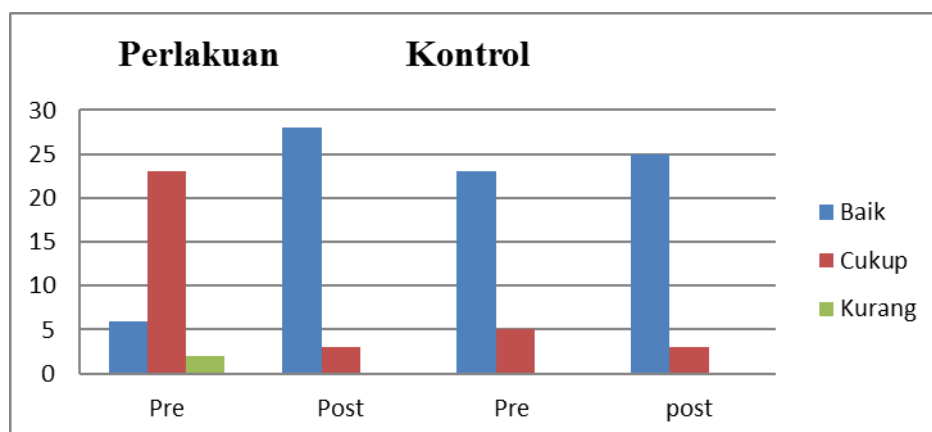
Sumber data primer peneliti, tahun 2018

Hasil tabel 5.1 diatas bahwa karakteristik responden berdasarkan umur pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol mayoritas berumur 26-35 tahun yaitu sebanyak 14 responden (45%) pada kelompok perlakuan dan 16 responden (57%) pada kelompok kontrol. Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol mayoritas mempunyai jenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 23 respoonden (74%) pada kelompok perlakuan dan 23 responden (82%) pada kelompok kontrol. Karakteristik responden berdasarkan tingkat pendidikan pada pada kelompok perlakuan mayoritas pendidikan menengah yaitu sebanyak 24 responden (77%) dan pada kelompok kontrol juga mayoritas tingkat pendidikan responden adalah pendidikan menengah yaitu sebanyak 23 responden (82%). Karakteristik responden berdasarkan pekerjaan

pada kelompok perlakuan mayoritas pekerjaan responden adalah lain-lain yaitu ibu rumah tangga sebanyak 26 responden (84%) dan 20 responden (71%) pada kelompok kontrol. Karakteristik responden berdasarkan lama menjadi kader pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol juga mempunyai kesamaan, mayoritas lama menjadi kader adalah 1-5 tahun yaitu sebanyak 16 responden (52%) pada kelompok perlakuan dan 16 responden (57%) pada kelompok kontrol.

5.2.2 Data Hasil Penelitian

1. Identifikasi komitmen kader kesehatan sebelum dan sesudah diberikan pelatihan Kesehatan Jiwa *Caring* dan *Spirituality* (Keswacarri)



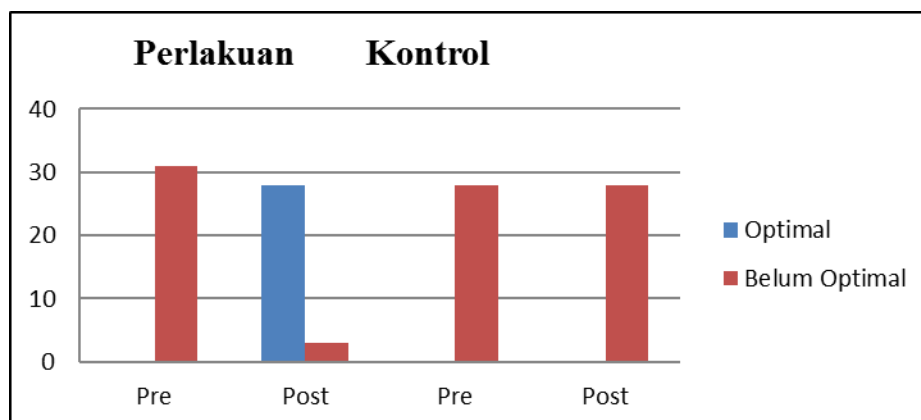
Sumber data primer peneliti, tahun 2018

Gambar 5.1. Distribusi Komitmen Kader Kesehatan Sebelum dan Sesudah diberikan Pelatihan Kesehatan Jiwa *Caring* dan *Spirituality* pada Kelompok Perlakuan dan kelompok Kontrol (Keswacarri) di Wilayah Kerja Puskesmas Widang Kabupaten Tuban pada Tanggal 27 Maret-03 April 2018

Grafik 5.1 diatas menunjukkan adanya perbedaan komitmen kader kesehatan saat *pre test* dan *post test* pada kelompok perlakuan bahwa komitmen kader kesehatan sebelum perlakuan hampir seluruhnya 23 responden (74%) memiliki komitmen cukup dan sesudah diberikan

perlakuan hampir seluruhnya 28 responden (90%) memiliki komitmen baik, sedangkan komitmen kader kesehatan pada kelompok kontrol menunjukkan tidak adanya perbedaan antara *pre test* dan *post test* bahwa saat dilakukan *pre test* hampir seluruhnya 23 responden (82%) memiliki komitmen baik dan saat *post test* didapatkan hampir seluruhnya 25 responden (89%) memiliki komitmen baik.

2. Identifikasi peran kader kesehatan sebelum dan sesudah diberikan pelatihan Kesehatan Jiwa *Caring* dan *Spirituality* (Keswacarri)



Sumber data primer peneliti, tahun 2018

Gambar 5.2. Distribusi Peran Kader Kesehatan Jiwa Sebelum dan Sesudah diberikan Pelatihan Kesehatan Jiwa *Caring* dan *Spirituality* (Keswacarri) pada Kelompok Perlakuan dan kelompok Kontrol di Wilayah Kerja Puskesmas Widang Kabupaten Tuban pada Tanggal 27 Maret-03 April 2018

Grafik 5.2 diatas menunjukkan adanya perbedaan peran kader kesehatan saat *pre test* dan *post test* pada kelompok perlakuan bahwa peran kader kesehatan sebelum perlakuan seluruhnya 31 responden (100%) memiliki peran belum optimal dan sesudah diberikan perlakuan hampir seluruhnya 28 responden (91%) memiliki peran optimal, sedangkan peran kader kesehatan pada kelompok kontrol menunjukkan

tidak adanya perbedaan antara *pre test* dan *post test* bahwa saat dilakukan *pre test* seluruhnya 28 responden (100%) memiliki peran optimal dan saat *post test* didapatkan seluruhnya 28 responden (100%) memiliki peran belum optimal.

3. Analisis pengaruh pelatihan Kesehatan Jiwa *Caring* dan *Spirituality*

(Keswacarri) terhadap komitmen kader kesehatan

Tabel 5.2. Analisis Pengaruh Pelatihan Kesehatan Jiwa *Caring* dan *Spirituality* (Keswacarri) terhadap Komitmen Kader Kesehatan pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol di Wilayah Kerja Puskesmas Widang Kabupaten Tuban pada Tanggal 27 Maret-03 April 2018

Komitmen kader kesehatan	Perlakuan				Kontrol			
	Pre		Post		Pre		Post	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Baik	6	19	28	90	23	82	25	89
Cukup	23	74	3	10	5	18	3	11
Kurang	2	6	0	0	0	0	0	0
Total	31	100	31	100	28	100	28	100
Uji Wilcoxon Sign Rank Test	Asymp. Sig. (2-tailed) = 0,000				Asymp. Sig. (2-tailed) = 0,102			
<i>Positive ranks</i>	28				3			
<i>Negative ranks</i>	0				0			
<i>Ties</i>	3				25			
Total	31				28			
Uji Mann whitney	Asymp. Sig (2-tailed) = 0,000							

Sumber data primer peneliti, tahun 2018

Tabel 5.2 menunjukkan hasil penelitian tentang komitmen kader kesehatan dapat dinyatakan bahwa hampir seluruhnya komitmen kader kesehatan yang diberikan pelatihan Kesehatan Jiwa *Caring* dan *Spirituality* (Keswacarri) memiliki komitmen baik sebanyak 28 responden (90%) dan hampir seluruhnya komitmen kader Kesehatan Jiwa yang tidak diberikan pelatihan Kesehatan Jiwa *Caring* dan *Spirituality* (Keswacarri) memiliki komitmen baik sebanyak 25 responden (89%). Tabel tersebut

menunjukkan ada pengaruh antara pelatihan Kesehatan Jiwa *Caring* dan *Spirituality* (Keswacarri) terhadap komitmen kader kesehatan.

Uji *Wilcoxon Signed Rank Test* untuk variabel komitmen kader kesehatan pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol didapatkan hasil:

1) Kelompok perlakuan:

Tingkat kemaknaan yang digunakan adalah $\alpha = 0,05$ dengan hasil:

- a. *Negative ranks* atau selisih negatif antara komitmen kader untuk *pre test* dan *post test* pada kelompok perlakuan adalah 0, baik itu pada nilai *N*, *mean rank*, maupun *sum rank*. Nilai 0 ini menunjukkan tidak adanya penurunan (pengurangan) dari nilai *pre test* ke nilai *post test*.
- b. *Positive ranks* atau selisih positif antara komitmen kader untuk *pre test* dan *post test* didapatkan 28 data positif (*N*) yang artinya ke 28 kader kesehatan mengalami peningkatan komitmen dari *pre test* ke *post test*.
- c. *Mean rank* atau rata-rata peningkatan tersebut sebesar 14,50, sedangkan jumlah ranking positif atau *sum of ranks* adalah sebesar 406,00.
- d. *Ties* adalah kesamaan nilai *pre test* dan *post test*, disini nilai *ties* adalah 3, sehingga dapat dikatakan bahwa terdapat 3 nilai yang sama antara *pre test* dan *post test*.

Kesimpulan: ada perbedaan antara komitmen kader kesehatan di Desa Patihan sebelum diberikan perlakuan/pelatihan Keswacarri dan sesudah diberikan perlakuan/pelatihan Keswacarri serta terdapat 3 nilai yang sama antara sebelum dan sesudah diberikan perlakuan/pelatihan Keswacarri

2) Kelompok kontrol

- a. *Negative ranks* atau selisih negatif antara komitmen kader untuk *pre test* dan *post test* kelompok perlakuan adalah 0, baik itu pada nilai *N*, *mean rank*, maupun *sum rank*. Nilai 0 ini menunjukkan tidak adanya penurunan (pengurangan) dari nilai *pre test* ke nilai *post test*.
- b. *Positive ranks* atau selisih positif antara komitmen kader untuk *pre test* dan *post test*, nilainya adalah 3, yang artinya terjadi 3 peningkatan positif pada kader kesehatan ketika dilakukan *post test*.
- c. *Mean rank* nilainya adalah 2,00 dan nilai *sum of ranks* adalah 6,00, sedangkan nilai *ties* adalah 25, sehingga dapat dikatakan bahwa nilai antara *pre test* dan *post test* dari ke 28 responden terdapat 25 nilai yang sama.
- d. *Ties* adalah kesamaan nilai *pre test* dan *post test*, disini nilai *ties* adalah 25, sehingga dapat dikatakan bahwa terdapat 25 nilai yang sama antara *pre test* dan *post test*

Kesimpulan : tidak ada perbedaan antara komitmen kader kesehatan pada kelompok kontrol (Desa Ngadipuro) saat dilakukan *pre test* dan *post test*.

4. Analisis pengaruh pelatihan Kesehatan Jiwa *Caring* dan *Spirituality*

(Keswacarri) terhadap peran kader Kesehatan Jiwa

Tabel 5.3. Analisis Pengaruh Pelatihan Kesehatan Jiwa *Caring* dan *Spirituality* (Keswacarri) terhadap Peran Kader Kesehatan pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol di Wilayah Kerja Puskesmas Widang Kabupaten Tuban pada Tanggal 27 Maret-03 April 2018

Peran Kader Kesehatan Jiwa	Perlakuan				Kontrol			
	Pre		Post		Pre		Post	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Optimal	0	0	28	90	0	0	0	0
Belum optimal	31	100	3	10	28	100	28	100
Total	31	100	31	100	28	100	28	100
Uji Wilcoxon Sign Rank Test	Asymp. Sig (2-tailed) = 0,000				Asymp. Sig (2-tailed) = 1,000			
<i>Positive ranks</i>	28				0			
<i>Negative ranks</i>	0				0			
<i>Ties</i>	3				28			
Total	31				28			
Uji Mann whitney	Asymp. Sig (2-tailed) = 0,000							

Sumber data primer peneliti, tahun 2018

Hasil penelitian tentang peran kader Kesehatan Jiwa dapat dinyatakan bahwa hampir seluruhnya peran kader Kesehatan Jiwa yang diberikan pelatihan Kesehatan Jiwa *Caring* dan *Spirituality* (Keswacarri) memiliki peran optimal sebanyak 28 responden (90%) dan seluruhnya peran kader Kesehatan Jiwa yang tidak diberikan pelatihan Kesehatan Jiwa *Caring* dan *Spirituality* (Keswacarri) memiliki peran yang belum optimal sebanyak 28 responden (100%). Hasil tersebut menunjukkan ada pengaruh antara pelatihan Kesehatan Jiwa *Caring* dan *Spirituality* (Keswacarri) terhadap peran kader Kesehatan Jiwa.

1) Kelompok perlakuan:

Tingkat kemaknaan yang digunakan adalah $\alpha = 0,05$ dan didapatkan hasil:

- a. *Negative ranks* atau selisih negatif antara komitmen kader untuk *pre test* dan *post test* kelompok perlakuan adalah 0, baik itu pada nilai N, *mean rank*, maupun *sum of rank*. Nilai 0 ini menunjukkan tidak adanya penurunan (pengurangan) dari nilai *pre test* ke nilai *post test*.
- b. *Positive ranks* atau selisih positif antara peran kader untuk *pre test* dan *post test*, terdapat 0 data positif (N) yang artinya ke 28 kader kesehatan mengalami peningkatan peran kader dari *pre test* ke *post test*. *Mean rank* atau rata-rata peningkatan tersebut sebesar 14,50. Sedangkan jumlah ranking positif atau *sum of ranks* adalah sebesar 406,00.
- c. *Ties* adalah kesamaan nilai *pre test* dan *post test*, disini nilai *ties* adalah 3, sehingga dapat dikatakan bahwa terdapat nilai yang sama antara *pre test* dan *post test*.

Kesimpulan: ada perbedaan antara kemampuan peran kader kesehatan di Desa Patihan sebelum diberikan perlakuan dan sesudah diberikan perlakuan.

2) Kelompok kontrol

- a. *Negative ranks* atau selisih negatif antara komitmen kader untuk *pre test* dan *post test* kelompok perlakuan adalah 0, baik itu pada nilai N, *mean rank*, maupun *sum of rank*. Nilai 0 ini menunjukkan tidak adanya penurunan (pengurangan) dari nilai *pre test* ke nilai *post test*.

- b. *Positive ranks* atau selisih positif antara peran kader untuk *pre test* dan *post test*, nilainya adalah 0, yang artinya tidak ada kader kesehatan yang mengalami peningkatan saat dilakukan *pre test* dan *post test*, begitupun pada *mean rank* dan *sum of ranks*.
- c. Nilai *ties* adalah 28, sehingga dapat dikatakan bahwa nilai antara *pre test* dan *post test* dari ke 28 responden semuanya adalah sama.

Kesimpulan: tidak ada perbedaan antara kemampuan peran kader Kesehatan Jiwa pada kelompok kontrol (Desa Ngadipuro) saat dilakukan *pre test* dan *post test*.

BAB 6

PEMBAHASAN

Bab ini akan menguraikan hasil penelitian tentang pengaruh pelatihan Kesehatan Jiwa *Caring* dan *Spirituality* (Keswacarri) terhadap komitmen dan peran kader Kesehatan Jiwa yang dilakukan di Desa Patihan (kelompok perlakuan) dan Desa Ngadipuro (kelompok kontrol) Kecamatan Widang Kabupaten Tuban.

6.1 Identifikasi Komitmen Kader Kesehatan Sebelum dan Sesudah diberikan Pelatihan Kesehatan Jiwa *Caring* dan *Spirituality* (Keswacarri) di Wilayah Kerja Puskesmas Widang Kabupaten Tuban

Hasil penelitian tentang komitmen kader kesehatan sebelum dan sesudah diberikan pelatihan Kesehatan Jiwa *Caring* dan *Spirituality* (Keswacarri) pada kelompok perlakuan menunjukkan adanya perbedaan komitmen kader kesehatan saat *pre test* dan *post test* pada kelompok perlakuan. Komitmen kader kesehatan sebelum perlakuan hampir seluruhnya memiliki komitmen cukup dan sesudah diberikan perlakuan hampir seluruhnya memiliki komitmen baik.

Hasil penelitian tentang komitmen kader kesehatan pada kelompok kontrol menunjukkan tidak adanya perbedaan antara komitmen kader kesehatan pada kelompok kontrol saat dilakukan *pre test* dan *post test*. Komitmen kader kesehatan saat *pre test* didapatkan hampir seluruhnya memiliki komitmen baik dan saat *post test* didapatkan hampir seluruhnya memiliki komitmen baik.

Komitmen adalah kemampuan dan kemauan untuk menyelaraskan perilaku pribadi dengan kebutuhan, prioritas dan tujuan organisasi. Hal ini mencakup cara untuk mengembangkan tujuan atau memenuhi kebutuhan organisasi yang intinya

mendahulukan misi organisasi dari pada kepentingan pribadi (Soekidjan, 2009). Komitmen didalam suatu organisasi dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu, *personal factor* : usia, *organizational support*: ada hubungan yang signifikan antara komitmen pekerja dan kepercayaan pekerja terhadap keterikatan dengan organisasinya dan *positional Factors*: beberapa penelitian menyebutkan adanya hubungan antara masa jabatan dan hubungan pekerja dengan organisasi. Penelitian menunjukkan bahwa pekerja yang telah lama bekerja diorganisasi akan lebih mempunyai hubungan kuat dengan organisasi tersebut (Allen & Meyer, 1997)

Kader adalah ujung tombak sekaligus tulang punggung kontinuitas sebuah organisasi. Kader kesehatan masyarakat adalah laki-laki atau wanita yang dipilih oleh masyarakat dan dilatih untuk menangani masalah-masalah kesehatan perseorangan maupun masyarakat untuk berkerja dalam hubungan yang sangat dekat dengan tempat-tempat pemberian pelayanan kesehatan (WHO, 1995). Menurut L.A. Gunawan (1980) dalam Efendi dan Makhfudli (2009) memberikan batasan tentang kader kesehatan bahwa kader kesehatan dinamakan juga sebagai promotor kesehatan desa (*prokes*) adalah tenaga sukarela yang dipilih oleh dan dari masyarakat itu sendiri, bertugas untuk mengembangkan masyarakat (Efendi dan Makhfudli, 2009).

Komitmen pada kader kesehatan yang baik sebelum diberikan pelatihan Kesehatan Jiwa *Caring* dan *Spirituality* (Keswacarri) salah satunya karena faktor lama menjadi kader (*positional factors*), seperti halnya terdapat 3 orang kader kesehatan di Desa Patihan yang selama kurang lebih 36 tahun menjadi kader

kesehatan di Desa Patihan, menurut pengakuan responden bahwa dirinya ingin mengabdikan diri seumur hidup untuk menjadi kader kesehatan dan tidak bersedia untuk diberhentikan dari kader kesehatan. Kader yang sudah lama menjabat sebagai kader kesehatan di Desa Patihan mempunyai rasa kepemilikan dan keterikatan emosional yang sudah terbentuk dalam diri sendiri dan bahkan tidak mau melepaskan profesinya sebagai kader kesehatan. Faktor umur juga dapat mempengaruhi komitmen kader kesehatan, karena semakin matangnya umur seseorang dari segi kepercayaan masyarakat seseorang/kader kesehatan yang lebih matang usianya/lebih lama menjadi kader akan lebih dipercaya oleh masyarakat daripada seseorang/kader kesehatan yang usianya masih muda. Faktor-faktor tersebut dapat menjadi pemicu tumbuhnya komitmen baik pada kader kesehatan.

Komitmen kader kesehatan di Desa Ngadipuro (kelompok kontrol) mayoritas baik dikarenakan beberapa faktor, salah satunya yaitu faktor motivasi organisasi berupa dukungan dari perangkat Desa terutama Kepala Desa setempat yang selalu memberikan dukungan kepada kader kesehatan agar selalu bekerja dengan ikhlas dan sepenuh hati, serta selalu melibatkan kader kesehatan dalam setiap kegiatan yang ada di Desa.

Terbukti saat peneliti menanyakan kepada kader kesehatan di Desa Ngadipuro, menurut pengakuan kader kesehatan sejak Desa Ngadipuro dibawah naungan Ibu Fatmawati, kader kesehatan sangat antusias melaksanakan perannya, hal tersebut dikarenakan Kepala Desa selalu memberikan motivasi kepada kader kesehatan, selain itu kader kesehatan selalu dilibatkan pada setiap kegiatan yang ada di Desa maupun luar Desa. Menurut pengakuan kader kesehatan, Kepala Desa Ngadipuro

selalu menghargai kader kesehatan dan masyarakat sehingga kader kesehatanpun antusias untuk menjalankan tugas sebagai kader kesehatan.

Komitmen baik sangat penting ditanamkan dan dimiliki oleh diri kader kesehatan khususnya kader Kesehatan Jiwa, hal tersebut dikarenakan seorang kader Kesehatan Jiwa tidak hanya menangani masalah kesehatan pada keluarga/masyarakat yang sehat jasmani dan rohani. Kader Kesehatan Jiwa juga menangani masalah anggota keluarga/masyarakat yang memiliki disabilitas mental/gangguan kejiwaan, sehingga sedikit sekali kader kesehatan yang mau peduli dengan kondisi mereka walaupun mereka adalah anggota masyarakat ditempat kader kesehatan tersebut tinggal.

Fenomena itu terjadi tak lain karena sudah adanya stigma negatif yang ada dimasyarakat terhadap gangguan jiwa, bahwa orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) tidak akan sembuh maka harus diabaikan. Stigma negatif lainnya seperti orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) dapat membahayakan orang lain dan lingkungan sekitar, maka harus dihindari. Berangkat dari fenomena tersebut, maka diperlukan adanya komitmen baik pada diri kader kesehatan sebelum kader kesehatan melaksanakan perannya dimasyarakat sebagai kader Kesehatan Jiwa.

6.2 Identifikasi Peran Kader Kesehatan Jiwa Sebelum dan Sesudah diberikan Pelatihan Kesehatan Jiwa *Caring* dan *Spirituality* (Keswacarri) di Wilayah Kerja Puskesmas Widang Kabupaten Tuban

Hasil penelitian tentang peran kader kesehatan sebelum dan sesudah diberikan pelatihan Kesehatan Jiwa *Caring* dan *Spirituality* (Keswacarri) pada kelompok perlakuan menunjukkan adanya perbedaan peran kader kesehatan saat *pre test* dan *post test* pada kelompok perlakuan. Peran kader kesehatan sebelum diberikan

perlakuan bahwa seluruhnya memiliki peran belum optimal dan sesudah diberikan perlakuan hampir seluruhnya memiliki peran optimal.

Hasil penelitian tentang peran kader kesehatan sebelum dan sesudah diberikan pelatihan Kesehatan Jiwa *Caring* dan *Spirituality* (Keswacarri) pada kelompok kontrol menunjukkan adanya persamaan peran kader kesehatan saat *pre test* dan *post test* pada kelompok kontrol. Peran kader kesehatan saat *pre test* seluruhnya memiliki peran belum optimal dan saat dilakukan *post test* seluruhnya 28 juga memiliki peran belum optimal.

Evaluasi kemampuan peran kader Kesehatan Jiwa pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol sama-sama memiliki kemampuan peran kader Kesehatan Jiwa belum optimal, hal tersebut dikarenakan belum ada pelatihan untuk kader kesehatan. Pelatihan tersebut baik itu pada kader kesehatan secara umum maupun pada kader Kesehatan Jiwa di Desa Patihan dan Desa Ngadipuro tentang peran apa saja yang harus dijalankan oleh kader Kesehatan Jiwa.

Peran kader Kesehatan Jiwa diantaranya: (1) Deteksi dini, yaitu kemampuan kader Kesehatan Jiwa untuk mengetahui kondisi Kesehatan Jiwa keluarga yang tinggal di Desa Siaga Sehat Jiwa. Hasil deteksi adalah kondisi sehat jiwa, risiko masalah psikososial dan gangguan jiwa, (2) Penggerakan kelompok keluarga sehat, kelompok keluarga risiko, kelompok keluarga dengan gangguan dan kelompok ODGJ (orang dengan gangguan jiwa), (3) Kunjungan rumah adalah kunjungan kader Kesehatan Jiwa ke rumah keluarga yang anggota keluarganya mengalami gangguan jiwa dan telah dirawat oleh perawat CMHN (*Community Mental Health Nursing*) dan telah mandiri. Kunjungan dilakukan 2 minggu sekali

dan saat melakukan kunjungan rumah kader melakukan penilaian terhadap kemampuan pasien gangguan jiwa (anggota keluarga) dan keluarga dalam perawatan pasien, (4) Rujukan adalah mengirimkan pasien kepada perawat CMHN (*Community Mental Health Nursing*) yang bertanggung jawab. Rujukan dilakukan agar pasien gangguan jiwa mendapatkan perawatan yang lebih baik lagi dan (5) Pendokumentasian adalah menuliskan seluruh tindakan yang dilakukan kader (deteksi, penggerakan, kunjungan rumah dan rujukan kasus) dengan menggunakan panduan pelaporan yang tersedia (buku pegangan kader Kesehatan Jiwa) (Keliat *et al*, 2011). Peran kader Kesehatan Jiwa yang dilakukan evaluasi pada penelitian ini hanya berfokus pada deteksi dini dan penggerakan kelompok keluarga ODGJ dan kelompok orang dengan gangguan jiwa (ODGJ).

Aktivitas sehari-hari kader kesehatan di Desa Patihan dan Desa Ngadipuro mayoritas adalah ibu rumah tangga, ada juga yang berprofesi sebagai guru TK dan guru SD, sehingga kader kesehatan banyak mempunyai waktu luang untuk melaksanakan perannya sebagai kader kesehatan di Desa. Selama ini kader kesehatan di Desa Patihan dan Desa Ngadipuro menjalankan masing-masing perannya sesuai dengan tugas kelompok kader (kader balita, kader lansia, kader PTM, kader posbindu, kader remaja, dll) yang hanya berfokus menangani masalah fisik saja, serta mengesampingkan sesuatu yang berhubungan dengan masalah Kesehatan Jiwa, karena memang keperawatan Kesehatan Jiwa masih dianggap sesuatu yang kurang enak didengar/tabu ditelinga masyarakat awam.

Program Kesehatan Jiwa mulai aktif di Kecamatan Widang pada tahun 2016 dan pada bulan Oktober tahun 2017 barulah dibentuk kader Kesehatan Jiwa

dimasing-masing Desa yang ada di Kecamatan Widang. Kader Kesehatan Jiwa di Desa Patihan dan Desa Ngadipuro berjumlah 12 orang yang dimana kader Kesehatan Jiwa tersebut merupakan kader kesehatan yang sudah ada di Desa dan kader Kesehatan Jiwa dipilih melalui musyawarah perangkat Desa dengan kriteria kader kesehatan yang selama ini aktif menjalankan perannya sebagai kader kesehatan di Desa. Pelantikan kader Kesehatan Jiwa di wilayah kerja Puskesmas Widang dilakukan pada bulan Nopember 2017 yang sekaligus dilakukan sosialisasi pembentukan kader Kesehatan Jiwa kepada masyarakat, selanjutnya akan dilakukan pelatihan oleh perawat CMHN (*Community Mental Health Nursing*). Pelatihan kader Kesehatan Jiwa belum dilakukan karena berhubungan dengan anggaran dana Desa yang belum keluar, oleh karena itu peran kader Kesehatan Jiwa belum bisa dijalankan oleh kader Kesehatan Jiwa sepenuhnya karena para kader Kesehatan Jiwa belum mengetahui peran dan tugas apa yang harus dilakukan oleh seorang kader Kesehatan Jiwa.

Peran kader kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Widang khususnya Desa Patihan sebelum mengetahui peran apa saja yang harus dijalankan oleh kader Kesehatan Jiwa, para kader kesehatan hanya melakukan pendataan dan mencoba mengunjungi kelompok keluarga dengan gangguan bersama perawat CMHN (*Community Mental Health Nursing*) yang sudah rutin melakukan pengobatan di Puskesmas untuk mengetahui bagaimana kemandirian klien, akan tetapi peran tersebut tidak dijalankan oleh semua kader Kesehatan Jiwa, hanya sebagian saja yang melakukan peran tersebut.

Hari pertama pelatihan tanggal 27 Maret 2018 respon yang ditanyakan oleh kader kesehatan yaitu “apa pentingnya Kesehatan Jiwa dan apa untungnya menjadi kader Kesehatan Jiwa, karena kita semua sudah menjadi kader kesehatan?”, peneliti menjawab “semua manusia punya jiwa bapak/ibu mulai usia bayi sampai lansia, banyak penyakit fisik yang terjadi karena adanya tekanan pada jiwa orang tersebut seperti ada masalah yang tidak terselesaikan dan menjadi beban difikiran sampai nafsu makan berkurang dan tidak mau makan, akhirnya menyebabkan sakit lambung. Misal orang dengan karakter pemarah, ada masalah sedikit langsung marah, bisa juga menyebabkan hipertensi dan *stroke*, dan masih banyak penyakit fisik lain yang disebabkan oleh masalah jiwanya. Keuntungan yang akan bapak/ibu dapatkan bila bapak/ibu menjadi kader Kesehatan Jiwa yaitu bapak/ibu semua telah mewariskan sesuatu yang bernilai bagi kehidupan manusia, bahwa bapak/ibu adalah orang-orang pilihan untuk bisa membantu masyarakat disekitar bapak/ibu yang mempunyai masalah Kesehatan Jiwa. Apabila bapak/ibu semua ikhlas menjalankannya, ini akan menjadi tabungan bapak/ibu untuk bekal diakhirat”

Evaluasi kemampuan peran kader Kesehatan Jiwa pada kelompok perlakuan (Desa Patihan) sesudah diberikan pelatihan Kesehatan Jiwa *Caring* dan *Spirituality* (Keswacarri) hampir seluruhnya memiliki kemampuan peran yang optimal, evaluasi kemampuan peran kader sesudah diberikan pelatihan Kesehatan Jiwa *Caring* dan *Spirituality* (Keswacarri) tersebut tidak lepas dari faktor yang mempengaruhi peran kader kesehatan.

Faktor yang mempengaruhi peran kader diantaranya yaitu umur, pendidikan, pekerjaan, minat, pengalaman, kebudayaan dan informasi (Mubarak, *et.al*, 2007). Faktor yang mempengaruhi peran kader kesehatan salah satunya yaitu faktor umur. Umur merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi individu dalam memperoleh pengetahuan. Bertambah lanjutnya usia seseorang diharapkan semakin matang jiwa dan semakin bijaksana, semakin berfikir secara rasional, semakin mampu mengontrol emosi, semakin toleran dengan perilaku dan pandangan yang berbeda dari perilaku sendiri.

Umur dewasa memiliki banyak pengalaman, sehingga dapat diartikan bahwa semakin dewasa umur seseorang maka semakin tinggi tingkat pengalamannya. (Notoatmodjo, 2003). Menurut Sarwono (2000) bahwa usia produktif maksimal umur 40 tahun lebih mampu berkinerja dalam ilmu pengetahuan dan kesenian karena kreatifitasnya lebih tinggi dibanding umur diatas 40 tahun. Teori Robbins (2003) mengatakan bahwa semakin bertambah umur kemampuan dan motivasi akan menurun, sebaliknya semakin muda umur seseorang maka akan semakin kreatif dan inovatif.

Mayoritas kader kesehatan di Desa Patihan berumur 26-35 tahun, dimana rentang umur pada usia tersebut adalah rentang umur dewasa awal dan usia produktif, dimana ciri perkembangan dalam rentang umur tersebut diantaranya berorientasi pada tugas, bukan pada ego, lebih mementingkan kepentingan organisasi daripada kepentingan pribadi, selain itu rentang usia produktif dalam menjalankan peran sebagai kader Kesehatan Jiwa juga lebih cekatan daripada yang sudah berusia lanjut.

Terdapat 3 orang kader kesehatan yang sudah berumur >60 tahun dan sudah menjabat sebagai kader kesehatan selama ± 35 tahun, dari hasil penelitian tentang peran kader Kesehatan Jiwa didapatkan bahwa 3 responden yang mempunyai peran belum optimal. Ketiga responden tersebut adalah responden yang berumur >60 tahun, usia dalam kategori tersebut adalah usia lanjut dimana sudah tidak produktif dan terjadi perubahan fungsi tubuh baik fungsi fisik maupun psikologis, sehingga bisa mempengaruhi kemampuan peran kader Kesehatan Jiwa dalam hal deteksi dini dan penggerakan masyarakat.

Respon yang ditanyakan oleh responden pada hari ke empat penelitian, saat dilakukan *road show* dengan ODGJ “Bu, kita saja masih takut dengan saudara kita yang mengalami sakit jiwa, bagaimana kita mau melaksanakan peran kita sebagai kader Kesehatan Jiwa?”, peneliti menjawab “Bapak/Ibu, kita merasa takut dengan sesuatu karena difikiran kita sudah tertanam stigma negatif terhadap sesuatu itu, padahal kita belum tahu kebenarannya sesuatu itu menakutkan atau tidak, seperti bapak/ibu takut dengan saudara kita yang ada didepan ini (ODGJ) karena bapak/ibu belum pernah bertatap muka dan berbicara langsung dengan mereka, oleh karena itu diadakan kegiatan *road show* ini dengan tujuan agar bapak/ibu semua bertatap muka langsung dengan saudara kita yang ada didepan ini. Mereka semua sama dengan kita bapak/ibu, hanya saja saudara kita ini mendapat cobaan dari Allah mempunyai sakit mental dan dihadapan Allah kita semua ini adalah sama, belum tentu saya atau bapak/ibu semua lebih baik daripada mereka dihadapan Allah.

Bagaimana agar kita tidak takut dengan saudara-saudara kita yang sakit jiwanya bapak/ibu?, dengan kita mengibaratkan seandainya yang sakit jiwa itu adalah keluarga kita sendiri, kalau kita sudah mempunyai pikiran seperti itu insyaallah kita tidak canggung untuk membantu mereka, selain itu kita bisa mantapkan dalam hati “saya adalah kader Kesehatan Jiwa”, ucapkan berulang kali dalam hati. Bila bapak/ibu mampu menerapkan peran bapak/ibu sebagai kader kesehatan, maka sedikit demi sedikit stigma negatif pada saudara kita yang mengalami sakit jiwa dimasyarakat akan luntur dan masyarakat akan semakin sadar tentang pentingnya menjaga Kesehatan Jiwa.

6.3 Analisis Pengaruh Pelatihan Kesehatan Jiwa *Caring* dan *Spirituality* (Keswacarri) terhadap Komitmen Kader Kesehatan di Wilayah Kerja Puskesmas Widang Kabupaten Tuban

Hasil penelitian tentang pengaruh pelatihan Kesehatan Jiwa *Caring* dan *Spirituality* (Keswacarri) terhadap komitmen kader kesehatan pada kelompok perlakuan bahwa dari 31 responden didapatkan 28 data positif yang berarti 28 kader kesehatan mengalami peningkatan komitmen dari *pre test* ke *post test*, sedangkan selisih negatif antara komitmen kader untuk *pre test* dan *post test* pada kelompok perlakuan adalah 0 yang berarti menunjukkan tidak adanya penurunan (pengurangan) dari nilai *pre test* ke nilai *post test* dan terdapat 3 nilai yang sama antara nilai *pre test* dan *post test*. Hasil tersebut menunjukkan ada pengaruh antara pelatihan Kesehatan Jiwa *Caring* dan *Spirituality* (Keswacarri) terhadap komitmen kader Kesehatan Jiwa.

Hasil *post test* pada kelompok kontrol bahwa dari 28 responden didapatkan 2 data positif yang berarti 2 kader kesehatan mengalami peningkatan komitmen dari

pre test ke *post test*, sedangkan selisih negatif antara komitmen kader untuk *pre test* dan *post test* pada kelompok kontrol adalah 0 yang berarti menunjukkan tidak adanya penurunan (pengurangan) dari nilai *pre test* ke nilai *post test* dan terdapat 23 nilai yang sama antara nilai *pre test* dan *post test*. Hasil tersebut menunjukkan ada pengaruh antara pelatihan Kesehatan Jiwa *Caring* dan *Spirituality* (Keswacarri) terhadap komitmen kader Kesehatan Jiwa.

Stigma masyarakat terhadap orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) seperti takut, menolak, menghindar, berprasangka tentang ODGJ bahwa ODGJ akan melakukan kekerasan pada masyarakat, akan mengganggu masyarakat, dan lain sebagainya. Fenomena tentang stigma terhadap orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) tersebut dapat menimbulkan kekuatan negatif dalam keseluruhan aspek jaringan dan hubungan sosial pada kualitas hidup, hubungan dengan keluarga serta kontak sosial dalam masyarakat. Stigma negatif tersebut juga dapat menambah beban moril pada keluarga, yang salah satu anggota keluarganya terdapat orang dengan gangguan jiwa (ODGJ).

Stigma tersebut membuat komitmen kader Kesehatan Jiwa menempati ruang tersendiri dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat. Kader kesehatan jiwa selain membantu ODGJ untuk bisa mandiri dan hidup layak dimasyarakat, juga harus membantu keluarga untuk membantu meringankan beban dan kesusahan keluarga ODGJ agar dapat menerima anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa, sehingga keluarga dapat berpartisipasi untuk ikut serta membantu anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa agar bisa mandiri dan hidup

layak kembali dimasyarakat, sehingga stigma negatif yang ada masyarakat tentang ODGJ dapat luntur dengan sendirinya.

Pelatihan Keswacarri merupakan suatu pelatihan yang diberikan kepada seluruh kader kesehatan, baik itu kader Kesehatan Jiwa atau kader kesehatan lain yang ada di Desa dengan tujuan untuk meningkatkan pengetahuan kader tentang peran apa saja yang harus dijalankan sebagai kader Kesehatan Jiwa. Pelatihan Keswacarri disini tidak hanya sekedar memberikan pelatihan kepada kader kesehatan tentang peran kader Kesehatan Jiwa saja, akan tetapi didalamnya juga mengandung unsur *Caring* dan *Spirituality* yang diperuntukkan untuk membangun komitmen kader Kesehatan Jiwa.

Caring didefinisikan sebagai aktivitas, proses dan pengambilan keputusan yang bersifat memelihara, baik secara langsung maupun tidak langsung untuk meningkatkan status kesehatan (Leininger, 1991). *Caring* merupakan hubungan yang saling memelihara pribadi yang berlandaskan komitmen dan tanggung jawab (Swanson, 1991). Komponen *Caring* yang dapat digunakan untuk meningkatkan komitmen diantaranya yaitu (1) komponen mempertahankan keyakinan: mengaktualisasi diri untuk menolong orang lain, mampu menolong orang lain dengan tulus, memberikan ketenangan kepada klien, serta memiliki sikap yang positif dan (2) komponen kebersamaan: hadir secara emosional dengan orang lain, mampu berbagi dengan klien secara tulus, dan membangun kepercayaan dengan orang lain (Swanson, 1991, 1993, 1999, dalam Alligood, 2010)

Rasa *caring* yang dimiliki oleh kader kesehatan di Desa Patihan atau kelompok perlakuan bertujuan untuk memberikan pelayanan terbaik kepada masyarakat

berupa pelayanan yang lebih menekankan pada masalah psikososial dan kejiwaan dengan memperhatikan emosi dan meningkatkan rasa aman atau rasa empati kepada masyarakat. *Caring* dalam penelitian ini juga menekankan pada harga diri keluarga/masyarakat, yang berarti dalam menjalankan setiap perannya kader senantiasa selalu menghargai keluarga/masyarakat dengan selalu menerima kelebihan dan kekurangan keluarga/masyarakat sehingga kader kesehatan dapat memberikan pelayanan yang tepat.

Spirituality digambarkan sebagai pengalaman seseorang atau keyakinan seseorang tentang bagaimana seharusnya menjalani hidup, menghargai orang lain dengan menggunakan keyakinan akan kekuatan Yang Maha Esa. *Spirituality* merupakan bagian dari kekuatan yang ada pada diri seseorang dalam memaknai kehidupan. *Spirituality* merupakan upaya seseorang untuk mencari makna hidup. Dimensi dalam *Spirituality* diantaranya (1) makna hidup, yaitu menumbuhkan keinginan meneladani orang lain serta mewariskan sesuatu yang bernilai tinggi bagi kehidupan dan (2) emosi positif, yaitu selalu bersyukur atas segala sesuatu yang telah diberikan oleh Tuhan tanpa melalui usaha sendiri, senang terhadap kebahagiaan orang lain, menikmati dengan kesadaran bahwa segala sesuatu diciptakan atas tujuan tertentu serta bahagia bila melakukan kebaikan. *Spiritual* juga disebut sebagai sesuatu yang dirasakan tentang diri sendiri dan hubungan dengan orang lain, dapat diwujudkan dengan sikap mengasihi orang lain, baik, ramah, menghormati dan menghargai setiap orang untuk membuat perasaan senang pada seseorang.

Caring dan *Spirituality* merupakan salah satu cara yang bisa digunakan untuk meningkatkan komitmen pada kader Kesehatan Jiwa, karena dalam dimensi *Caring* dan *Spirituality* terdapat unsur-unsur yang bisa dilakukan agar tercipta komitmen baik pada diri kader Kesehatan Jiwa. Cara menumbuhkan komitmen pada kader kesehatan tersebut diantaranya (1) Ada perasaan menjadi bagian dari kader yaitu menumbuhkan keinginan meneladani orang lain (Pasien/keluarga), bersyukur, sabar dan ikhlas, (2) Ada perasaan senang menjadi bagian dari kader, yaitu dengan menjadi kader Kesehatan Jiwa bahwa telah mewariskan sesuatu yang bernilai tinggi bagi kehidupan (ada perasaan menjadi kader adalah pekerjaan yang mulia) dan (3) Pentingnya rasa memiliki yaitu dengan menumbuhkan rasa kasih sayang, kader mau memahami klien/keluarga dan mau berbagi perasaan dengan klien/keluarga.

Abu Hurairah berkata, Rasulullah saw. bersabda, “pada hari kiamat Allah SWT akan berfirman, ‘dimanakah orang yang saling terkasih sayang karena kebesaran-Ku, kini aku naungi di bawah naungan-Ku, pada saat tiada naungan, kecuali naungan-Ku’”. Orang yang mencintai dan menyayangi saudaranya karena Allah SWT akan memandang bahwa, dirinya merupakan salah satu anggota masyarakat yang harus membangun suatu tatanan untuk kebahagiaan bersama. Apapun yang dirasakan oleh saudaranya baik kebahagiaan dan kesedihan, maka dia menganggap kebahagiaan dan kesedihan itu sebagai kebahagiaan dan kesedihannya juga, dengan demikian terjadi keharmonisan hubungan antar individu yang akan memperkokoh persatuan dan kesatuan.

Unsur *caring* dan *spirituality* dalam Keswacarri ini juga digunakan untuk membangun komitmen pada kader kesehatan jiwa. Penjelasan hadist diatas membuktikan bahwa rasa peduli/empati/kasih sayang dibutuhkan oleh seseorang untuk membangun keharmonisan dalam tatanan masyarakat, dalam hal ini adalah kader kesehatan jiwa. Seorang kader kesehatan jiwa harus terlebih dahulu menumbuhkan rasa peduli/kasih sayang dalam dirinya kepada masyarakat, tanpa membedakan suku dan kasta, menganggap semua makhluk adalah sama dimata Tuhan Yang Maha Esa, terutama pada keluarga/masyarakat yang mengalami gangguan jiwa. Apabila rasa itu telah tumbuh dalam diri kader kesehatan jiwa, maka komitmen baik pun akan terbangun dalam diri kader kesehatan jiwa.

Komitmen pada kader kesehatan setelah diberikan pelatihan Kesehatan Jiwa *Caring* dan *Spirituality* (Keswacarri) menunjukkan adanya peningkatan, dari yang semula mempunyai komitmen kurang menjadi cukup, dari yang komitmennya cukup menjadi baik. Komitmen pada kader kesehatan yang sudah baik sebelum diberikan pelatihan Kesehatan Jiwa *Caring* dan *Spirituality* (Keswacarri) salah satunya karena faktor lamanya kader tersebut menjadi kader kesehatan di Desanya sehingga rasa kepemilikan dan keterikatan emosionalnya sudah terbentuk dalam diri sendiri dan bahkan tidak mau melepaskan jabatannya sebagai kader kesehatan. Faktor umur juga menjadi salah satu faktor pembentuk komitmen baik, mayoritas umur kader kesehatan di Desa Patihan dan Desa Ngadipuro adalah 26-35 tahun.

Menurut Hurlock (1998) yang dikutip oleh Nursalam dan Pariani (2001) bahwa semakin cukup umur seseorang maka perilaku seseorang lebih matang dalam

bekerja. Semakin cukup umur tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja, dari segi kepercayaan masyarakat seseorang yang lebih dewasa akan lebih dipercaya daripada orang yang belum cukup tinggi kedewasaannya. Hal ini sebagai akibat dari pengalaman dan kematangan jiwanya (Soetjiningsih, 1998; Notoadmojo, 2007).

Melakukan suatu tindakan atau pekerjaan, umur mempengaruhi produktivitas, pada umumnya umur yang masih muda dan baru menginjak dewasa memiliki tingkat kinerja yang baik dan optimal dibandingkan dengan tenaga kerja yang usianya sudah dewasa. Kelemahan umur yang masih muda diantaranya masih labil dalam membuat suatu keputusan, lebih tidak peduli dengan lingkungan sekitar, tingkat emosi yang tinggi dan tidak sabar dalam menyelesaikan suatu pekerjaan (Sukiarko, 2007).

Menurut Allen dan Meyer (1991) terdapat tiga komponen dalam komitmen organisasi yaitu *affective commitment*, *continuance commitment* dan *normative commitment* dan masing-masing komitmen tersebut memiliki pola perkembangan tersendiri (Allen dan Meyer, 1997). Komitmen yang terbentuk dalam diri kader kesehatan setelah diberikan pelatihan Keswacari adalah *normative commitment*. *Normative commitment* dapat berkembang dari sejumlah tekanan yang dirasakan individu selama proses sosialisasi, selain itu *normative commitment* juga berkembang karena organisasi memberikan sesuatu yang sangat berharga bagi individu yang tidak dapat dibalas kembali (Allen dan Meyer, 1997), seperti halnya dalam penelitian ini perubahan tampak terlihat pada hasil *post test* komitmen kader kesehatan, yang semula (*pre test*) pada komponen *normative commitment*

banyak responden yang menyatakan ragu-ragu atau tidak setuju, tetapi ketika dilakukan *post test*, banyak kader kesehatan yang memilih setuju pada kuesioner komitmen komponen *normative commitment* dan itulah yang menyebabkan semula kader kesehatan memiliki komitmen cukup menjadi komitmen baik.

Komitmen kader kesehatan di Desa Patihan mayoritas baik sesudah diberikan pelatihan Keswacarri, salah satunya dikarenakan kader kesehatan mendapat dukungan langsung dari Kepala Desa. Kepala Desa menyampaikan pada saat penutupan bahwa Kepala Desa sendiri yang akan memandu jalannya Posyandu Jiwa setiap bulannya dan Kepala Desa juga menyampaikan kepada kader kesehatan bahwa dengan menjalankan tugas mulia sebagai kader Kesehatan Jiwa harus diniati pula menjalankan amanah karena Tuhan Yang Maha Esa.

Sebagian besar responden/kader kesehatan di Desa Patihan mengalami peningkatan komitmen sesudah diberikan pelatihan Keswacarri, akan tetapi terdapat 3 responden/kader kesehatan yang tidak mengalami peningkatan komitmen ketika dilakukan *post test*, responden tersebut berada direntang usia 17-25 tahun dan lama responden menjadi kader <1 tahun. Kelemahan umur yang masih muda belum ada keterikatan emosional dengan anggota kelompoknya, masih mementingkan ego daripada kepentingan orang lain serta masih mempunyai emosi tinggi. Terbukti ketika dilaksanakan *road show* pada hari Selasa tanggal 03 April 2018. 3 orang kader kesehatan yang berada direntang usia 17-25 tahun tersebut diminta maju ke depan untuk bersalaman dan berbicara dengan ODGJ, kader kesehatan tersebut seperti acuh yang ditunjukkan dengan sikap saat bersalaman dengan ODGJ dan langsung lari setelah bersalaman dengan

ODGJ, saat ditanya oleh peneliti “kenapa lari mbak?”, 3 kader kesehatan tersebut menjawab “takut bu”, “peneliti bertanya lagi “takut kenapa mbak?”, salah satu kader menjawab “takut dipukul bu”.

Pernyataan diatas membuktikan bahwa luar biasanya stigma negatif tentang ODGJ yang ada dikalangan masyarakat, ODGJ selalu dianggap akan menyakiti orang-orang yang berada disekitarnya. Kenyataannya tidak demikian seperti sejumlah ODGJ yang ada di Desa Patihan Kecamatan Widang Kabupaten Tuban, mayoritas ODGJ yang sudah rutin menjalani pengobatan di Puskesmas Pembantu Desa Patihan bisa mempunyai penghasilan sendiri seperti membuka usaha potong rambut, menjadi buruh tani, bekerja diternak ayam, mempunyai warung kopi dan lain sebagainya.

Harapan setelah terbentuknya komitmen kader kesehatan sebagai kader Kesehatan Jiwa dapat sedikit demi sedikit menghilangkan stigma negatif tentang gangguan jiwa dimasyarakat yang dimulai dari kader kesehatan terlebih dahulu. Peneliti mencoba melakukan *road show* bersama ODGJ dan keluarga dengan tujuan agar kader kesehatan bertemu langsung dengan ODGJ dan keluarga, menunjukkan pada kader kesehatan bahwa ODGJ tidak seperti berbagai macam stigma negatif yang selama ini dibayangkan. Apabila stigma negatif pada ODGJ dapat sedikit demi sedikit dihilangkan oleh kader kesehatan, maka masyarakat sekitar juga akan dapat sedikit demi sedikit menghilangkan stigma negatif tentang ODGJ. Akhirnya masyarakat akan sadar bahwa sangat penting menjaga Kesehatan Jiwa dan menerapkan Kesehatan Jiwa sehingga tujuan dari DSSJ untuk meningkatkan Kesehatan Jiwa dimasyarakat dapat tercapai.

6.4 Analisis Pengaruh Pelatihan Kesehatan Jiwa *Caring* dan *Spirituality* (Keswacarri) terhadap Peran Kader Kesehatan Jiwa di Wilayah Kerja Puskesmas Widang Kabupaten Tuban

Hasil penelitian tentang pengaruh pelatihan Kesehatan Jiwa *Caring* dan *Spirituality* (Keswacarri) terhadap kemampuan peran kader Kesehatan Jiwa pada kelompok perlakuan bahwa dari 31 responden didapatkan 28 data positif yang berarti 28 kader kesehatan mengalami peningkatan pada kemampuan peran sebagai kader Kesehatan Jiwa dari *pre test* ke *post test*, sedangkan selisih negatif antara kemampuan peran kader untuk *pre test* dan *post test* pada kelompok perlakuan adalah 0 yang berarti menunjukkan tidak adanya penurunan (pengurangan) dari nilai *pre test* ke nilai *post test* dan terdapat 3 nilai yang sama antara nilai *pre test* dan *post test*. Hasil tersebut menunjukkan ada pengaruh antara pelatihan Kesehatan Jiwa *Caring* dan *Spirituality* (Keswacarri) terhadap kemampuan peran kader Kesehatan Jiwa.

Peran yang dijalankan kader Kesehatan Jiwa harus menunjukkan rasa empati kepada keluarga/masyarakat. Kader hadir bukan hanya secara fisik saja tapi juga hadir secara emosional, menolong orang lain dengan tulus, membangun kepercayaan dengan keluarga/masyarakat, menumbuhkan rasa cinta kasih antar sesama, selain itu unsur *Spirituality* juga harus ditumbuhkan pada diri kader Kesehatan Jiwa dengan selalu bersyukur atas nikmat yang telah diberikan oleh Allah SWT kepada kita serta yakin bahwa menjadi bagian dari kader Kesehatan Jiwa berarti telah mewariskan sesuatu yang bernilai tinggi bagi kehidupan yang diwujudkan dengan sikap mengasihi orang lain, baik, ramah, menghormati dan

menghargai keluarga/masyarakat untuk membuat perasaan senang pada keluarga/masyarakat.

Peran kader Kesehatan Jiwa setelah dilakukan pelatihan Kesehatan Jiwa *Caring* dan *Spirituality* (Keswacarri) memiliki dampak positif. Semula kader kesehatan belum mengetahui sama sekali tentang apa itu Kesehatan Jiwa sampai bagaimana peran yang harus dijalankan oleh kader Kesehatan Jiwa sampai akhirnya kader kesehatan mengetahui apa saja peran yang harus dijalankan oleh kader kesehatan sebagai kader Kesehatan Jiwa.

Hari ketiga pelatihan kader kesehatan langsung terjun ke masyarakat untuk melakukan deteksi dini, para kader sudah menyiapkan daftar KK yang akan dikunjungi sesuai dengan kelompok pos nya masing-masing yang selanjutnya dilakukan deteksi dini dengan sistem random. Peneliti memberi batasan kepada kader kesehatan, masing-masing kader kesehatan melakukan deteksi dini minimal 5 KK dan diprioritaskan pada kelompok keluarga yang positif mengalami gangguan jiwa (rutin melakukan pengobatan di Puskesmas pembantu) atau keluarga dengan kelompok risiko. Setelah deteksi dini dilakukan, kemudian kelompok kader melakukan tabulasi dan mempresentasikan hasil deteksi dini. Deteksi dini tersebut dilakukan dengan tujuan aplikasi peran kader kesehatan sebagai kader Kesehatan Jiwa.

Penelitian yang dilakukan oleh Anny Rosiana, Rizka Himawan dan Sukesih (2015) tentang pelatihan kader Kesehatan Jiwa Desa Undaan Lor dengan cara deteksi dini dengan metode klasifikasi, menunjukkan hasil bahwa kader menyadari adanya masalah Kesehatan Jiwa, kader mampu menjelaskan tentang

Kesehatan Jiwa itu sendiri dan cara penanganannya, mampu melakukan deteksi dini, menggerakkan masyarakat untuk ikut serta dalam penyuluhan kelompok sehat, resiko dan gangguan. Penggerakan masyarakat yang mengalami gangguan jiwa untuk mengikuti TAK (Terapi Aktivitas Kelompok), kader juga mampu melakukan perujukan kasus dan pelaporan.

Penelitian selanjutnya tentang pengaruh pelatihan kader terhadap kemampuan kader melakukan perawatan pasien gangguan jiwa dirumah yang dilakukan oleh Ni Made Dian Sulistiowati, Kadek Eka Swedarma, Made Oka Ari K, Komang Menik Sri K. tahun 2015 didapatkan hasil bahwa dari keseluruhan kegiatan, dapat terlihat terjadi peningkatan kemampuan antara sebelum dan sesudah dilakukan pelatihan kader Kesehatan Jiwa.

Penelitian berikutnya dilakukan oleh Eni Hidayati, Khoiriyah, Muhammad Fatkul Mubin tahun 2015 tentang pelatihan siaga sehat jiwa terhadap peningkatan pengetahuan kader di RW 06 dan RW 07 Desa Rowosari Kecamatan Tembalang Kota Semarang, dengan hasil bahwa pengetahuan dan keterampilan kader mengalami peningkatan di delapan pelatihan yang diselenggarakan tim.

Salah satu hadist yang dikeluarkan oleh Imam Muslim “Abu Hurairah berkata, Rasulullah saw. bersabda, “Barangsiapa melepaskan dari seorang muslim satu kesusahan dari sebagian kesusahan dunia, niscaya Allah akan melepaskan kesusahannya dari sebagian kesusahan hari kiamat; dan barangsiapa memberi kelonggaran dari orang yang susah, niscaya Allah akan memberi kelonggaran baginya di dunia dan akhirat; dan barangsiapa menutupi aib seorang muslim,

niscaya Allah akan menutupi aib dia dunia dan akhirat; Allah akan senantiasa menolong seorang hamba selagi hamba tersebut menolong saudaranya.”

Hadist tersebut menjelaskan dan mengajarkan kepada manusia agar selalu memberikan pertolongan pada orang yang sedang mengalami kesusahan atau pada orang yang membutuhkan, baik pertolongan itu diminta maupun tidak diminta sekalipun. Menjadi seorang kader kesehatan jiwa adalah pekerjaan mulia, tidak semua orang mau terjun untuk menjadi kader kesehatan jiwa karena memang seorang kader kesehatan jiwa membutuhkan mental yang kuat dan komitmen tersendiri dalam menjalankan setiap perannya, oleh karena itu dibutuhkan adanya pelatihan tersendiri untuk para kader kesehatan jiwa, dalam hal ini adalah pelatihan Keswacarri.

Berangkat dari pelatihan Kesehatan Jiwa *Caring* dan *Spirituality* (Keswacarri) yang dilakukan oleh peneliti tersebut membuat para kader kesehatan yang semula mempunyai peran kurang optimal menjadi optimal. Hal tersebut dibuktikan dengan hasil deteksi dini dan penggerakan masyarakat kelompok keluarga ODGJ (orang dengan gangguan jiwa) dan ODGJ sendiri, akan tetapi untuk jadwal penggerakan masyarakat kelompok keluarga dengan ODGJ (orang dengan gangguan jiwa) dan kelompok ODGJ (orang dengan gangguan jiwa) yang pertama kali dilakukan pada tanggal 03 April 2018 belum melakukan kegiatan Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) dan rehabilitasi, kegiatan yang dilakukan adalah semacam *road show* dengan keluarga dan ODGJ (orang dengan gangguan jiwa). Kegiatan tersebut dilakukan untuk saling mengenalkan kader Kesehatan Jiwa dengan ODGJ, agar kader Kesehatan Jiwa tidak merasa canggung dan takut pada

ODGJ, dengan cara kader kesehatan satu persatu disuruh maju kedepan untuk berjabat tangan dengan ODGJ dan melakukan wawancara dengan ODGJ.

Peran kader Kesehatan Jiwa yang diterapkan dalam pelatihan Keswacarri ini bahwa dalam menjalankan perannya, kader harus menunjukkan rasa *Caring*/peduli kepada keluarga/masyarakat. Kader hadir bukan hanya secara fisik saja, tapi juga hadir secara emosional, menolong orang lain dengan tulus, membangun kepercayaan dengan keluarga dan masyarakat, menumbuhkan rasa cinta kasih antar sesama, serta menumbuhkan unsur *Spirituality* pada diri dengan selalu bersyukur atas nikmat yang telah diberikan oleh Allah SWT kepada kita, juga mempunyai keyakinan bahwa menjadi bagian dari kader Kesehatan Jiwa berarti telah mewariskan sesuatu yang bernilai tinggi bagi kehidupan yang diwujudkan dengan sikap mengasihi orang lain, baik, ramah, menghormati dan menghargai setiap orang untuk membuat perasaan senang pada seseorang.

Pelatihan Keswacarri untuk kader Kesehatan Jiwa ini tidak hanya bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan kader dalam aspek kognitif saja, akan tetapi juga bertujuan untuk meningkatkan aspek afektif dan psikomotor kader Kesehatan Jiwa, sehingga diharapkan setelah diberikan pelatihan Keswacarri ini tidak hanya aspek kognitif kader Kesehatan Jiwa saja yang bertambah tapi juga aspek afektif dan psikomotor.

Pelatihan Kesehatan Jiwa *Caring* dan *Spirituality* (Keswacarri) yang dilakukan oleh peneliti dalam upaya membangun komitmen dan meningkatkan kemampuan peran kader Kesehatan Jiwa serta memberikan wawasan tentang peran yang harus dijalankan oleh kader Kesehatan Jiwa dengan cara menggabungkan aspek

kognitif, afektif dan psikomotor. Aspek kognitif dalam penelitian ini berupa bagaimana kader harus mengetahui peran yang akan dijalankan sebagai kader Kesehatan Jiwa, sehingga dengan pengetahuan kader tersebut kader bisa menjalankan perannya dengan optimal. Aspek afektif disini adalah bagaimana kader kesehatan menggunakan rasa empati dalam setiap tindakan/peran yang jalankan, misalnya saat kunjungan rumah kader harusnya tidak hanya hadir secara fisik akan tetapi hadir juga secara emosional, menunjukkan rasa peduli dan melindungi. Aspek psikomotor disini yaitu bagaimana sikap/tingkah laku kader ketika menjalankan peran kader harus menunjukkan tingkah laku yang respek/menghormati keluarga/masyarakat dengan menunjukkan sikap bersahabat atau sopan.

Setelah dilakukan evaluasi pelatihan Keswacari yang dilakukan selama 4 hari mulai tanggal 27 Maret-29 Maret 2018 dan 03 April 2018 dari ketiga aspek kognitif, afektif dan psikomotor yang terlihat terjadi perubahan pada kader kesehatan ada pada aspek kognitif/pengetahuan dan afektif/sikap. Pengetahuan kader kesehatan tentang peran apa saja yang harus dijalankan sebagai kader Kesehatan Jiwa dan bagaimana kader kesehatan dalam menjalankan perannya tersebut tidak hanya hadir secara fisik saja, akan tetapi hadir juga secara emosional serta meyakinkan dalam diri bahwa menjadi kader Kesehatan Jiwa berarti telah mewariskan sesuatu yang bernilai bagi kehidupan.

Afektif/sikap kader kesehatan kepada masyarakat khususnya orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) menunjukkan perubahan dari yang semula kader kesehatan takut kepada ODGJ, tidak berani berdekatan dengan ODGJ menjadi

berani untuk berdekatan dengan ODGJ dan melakukan percakapan dengan ODGJ. Diantara para kader kesehatan tersebut ada yang menunjukkan sikap empati saat melakukan percakapan dengan ODGJ dan keluarga, adapula yang menunjukkan sikap acuh selama percakapan dengan ODGJ dan keluarga. Sikap empati pada kader kesehatan ketika melakukan percakapan dengan ODGJ dan keluarga lebih terlihat pada kader Kesehatan Jiwa itu sendiri.

Beradaptasi dengan ODGJ dilakukan melalui cara yakin dan mantapkan dalam hati “saya adalah kader Kesehatan Jiwa” dan diucapkan berulang-ulang dalam hati, selain itu cara yang bisa dilakukan untuk menghilangkan rasa canggung pada ODGJ dengan mengibaratkan kalau seandainya ODGJ tersebut adalah anggota keluarga kader kesehatan sendiri, dengan mempunyai keyakinan seperti itu maka kader kesehatan bisa sedikit demi sedikit menghilangkan rasa takutnya kepada ODGJ.

6.5 Keterbatasan Penelitian

1. Penelitian ini belum bisa digeneralisasi ditempat lain, karena tidak dilakukan uji homogenitas.
2. Kader kesehatan yang dijadikan responden tidak dilihat latar belakang personalnya terlebih dahulu.
3. Penelitian ini menggunakan alat ukur kuesioner, yaitu terkadang jawaban yang diberikan oleh responden tidak menunjukkan keadaan sesungguhnya.

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

1. Peran kader Kesehatan Jiwa sebelum diberikan pelatihan Keswacarri seluruhnya belum optimal. Peran kader Kesehatan Jiwa sesudah diberikan pelatihan Keswacarri sebagian besar memiliki peran kader Kesehatan Jiwa optimal
2. Komitmen kader kesehatan di Desa Patihan (kelompok perlakuan) sebelum diberikan pelatihan Keswacarri mayoritas adalah cukup. Komitmen kader kesehatan sesudah diberikan pelatihan Keswacarri mayoritas adalah baik
3. Kader Kesehatan Jiwa harus mempunyai komitmen baik terlebih dahulu sebelum menjalankan peran sebagai kader Kesehatan Jiwa, hal tersebut dikarenakan adanya stigma negatif dari masyarakat tentang pasien gangguan jiwa, sehingga komitmen baik dari kader Kesehatan Jiwa menjadi prioritas utama
4. Pelatihan Keswacarri dibutuhkan oleh kader Kesehatan Jiwa karena didalam unsur Keswacarri terdapat dimensi yang dapat digunakan untuk membangun komitmen kader kesehatan di Desa Patihan Kecamatan Widang yaitu unsur *Caring* dan *Spirituality*

7.2 Saran

1. Kader

Peneliti menyarankan kepada kader kesehatan yang telah diberikan pelatihan Keswacarri bahwa kader dapat melaksanakan peran sebagai kader Kesehatan Jiwa yang optimal dengan selalu memperhatikan komitmen yang telah terbentuk dalam diri kader kesehatan.

2. Masyarakat

Peneliti menyarankan untuk masyarakat setelah adanya pelatihan Kesehatan Jiwa *Caring* dan *Spirituality* (Keswacarri) pada kader kesehatan, masyarakat dapat turut serta ikut andil untuk menjaga Kesehatan Jiwa dan keluarganya dan stigma negatif tentang gangguan jiwa dapat dihilangkan.

3. Puskesmas

Peneliti menyarankan kepada pihak Puskesmas dengan adanya penelitian ini untuk ke depannya dalam melakukan pelatihan pada kader Kesehatan Jiwa tidak hanya memberikan materi pelatihan saja, akan tetapi harus juga disertai bagaimana cara menumbuhkan komitmen baik pada kader kesehatan karena tanpa adanya komitmen baik pada diri kader kesehatan, peran yang dilaksanakan oleh kader kurang berjalan dengan optimal.

4. Institusi Pendidikan

Peneliti menyarankan kepada Institusi yang ada di Kabupaten Tuban khususnya STIKES NU Tuban agar tempat penelitian ini dapat dijadikan

Desa Binaan dan sebagai lahan praktik departemen keperawatan jiwa khususnya keperawatan kesehatan jiwa berbasis masyarakat.

5. Peneliti selanjutnya

Peneliti menyarankan untuk penelitian selanjutnya agar dilakukan penelitian tentang keberlangsungan pelatihan Keswacarri yang telah dilakukan oleh peneliti, seperti berjalan atau tidaknya pelaksanaan Posyandu Jiwa di Desa Patihan.

Apakah peran kader Kesehatan Jiwa yang sudah diberikan kepada kader kesehatan dijalankan dengan baik dan bagaimana komitmen kader kesehatan setelah penelitian ini selesai, apakah komitmennya tetap baik ataukah hanya sekedar mengisi kuesioner komitmen pada penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Ali, Lukman 1996, Kamus Besar Bahasa Indonesia, Balai Pustaka, Jakarta
- Al-Imam Abul Husain Muslim bin Al-Hajjaj Al-Qusyairi An-Naisaburi,____ Kitab Shahih Muslim. Daarul Ilmi, Surabaya
- Allen & Meyer 1997, *Commitment in the Workplace (Theory, Research and Application)* Sage Publication, London
- Alligood, Martha Raile 2010, *Nursing Theorist and Their Work*, Elsevier, USA
- Alligood, Martha Raile 2014, *Nursing Theorist and Their Work*, Elsevier, USA
- Arikunto, S 2006. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*, Rineka Cipta, Jakarta
- Anny Rosiana, Rizka Himawan, S. 2015, 'Pelatihan Kader Kesehatan Jiwa Desa Undaan Lor dengan Cara Deteksi Dini dengan Metode Klasifikasi', pp. 591–598.
- Cremonini, V. *et al.* 2017, *Archives of Psychiatric Nursing Health Care Professionals Attitudes Towards Mental Illness : Observational Study Performed at a Public Health Facility in Northern Italy*, *Archives of Psychiatric Nursing. Elsevier*, (September), pp. 1–7. doi: 10.1016/j.apnu.2017.09.007.
- Dahlan, M. Sopiudin 2016, *Statistik untuk Kedokteran dan Kesehatan, Deskriptif, Bivariat dan Multivariat dilengkapi Aplikasi dengan Menggunakan SPSS*, edisi 6, Salemba Medika, Jakarta
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia 2006, *Profil Kesehatan 2005*, Jakarta
- Departemen Agama Republik Indonesia, 2015, *Al-Qur'an dan Terjemahnya*, CV Darus Sunnah, Bandung
- Djuari Lilik dan Karimah Azimatul 2015, *Lebih Dekat dengan Skizofrenia*, Biro Koordinasi Kedokteran Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga, Surabaya
- Dwidiyanti M., 2007. *Caring*. Buku Ajar Hapsari, Semarang
- Efendi Ferry dan Makhfudli 2009, *Keperawatan Komunitas: Teori dan Praktik dalam Keperawatan*, Salemba Medika: Jakarta
- Eni Hidayati, Khoiriyah, M. F. M. 2015, 'Pelatihan Siaga Sehat Jiwa Terhadap Peningkatan Pengetahuan Kader Di Rw 06 Dan Rw 07 Desa Rowosari Kecamatan Tembalang Kota Semarang The 2 nd University Research Coloquium 2015 ISSN 2407-9189', pp. 611–616.
- Felton, A. and Wright, N. 2017, *Simulation in mental health nurse education: The development, implementation and evaluation of an educational innovation*, *Nurse Education in Practice. Elsevier Ltd*, 26, pp. 46–52. doi: 10.1016/j.nepr.2017.06.005


- García-martínez, P. *et al.* 2017, *Skills acquired in research and public health in the specialty of family and community nursing in the Valencian Community*, *Enfermería Clínica (English Edition)*. Elsevier España, S.L.U., 27(5), pp. 303–307. doi: 10.1016/j.enfcle.2017.07.004.
- Hamid Achir Yani S. 2008, *Bunga Rampai Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa*, EGC: Jakarta
- Karwati 2010, *Asuhan Kebidanan V (Kebidanan Komunitas)*, Trans Info Media, Jakarta
- Keliat, Panjaitan & Riasmini (ed.) 2010, *Manajemen Keperawatan Jiwa Komunitas Desa Siaga CMHN (Intermediate Course)*, EGC, Jakarta
- Keliat, Helena & Farida (ed) 2011, *Manajemen Keperawatan Psikososial dan Kader Kesehatan Jiwa: CMHN (Intermediate Course)*, EGC, Jakarta
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia 2009, *Pedoman Pelaksanaan Kesehatan Jiwa Komunitas*, Jakarta
- Kurniasari, Luvy 2004, *Pengaruh Komitmen Organisasi dan Job Insecurity Karyawan terhadap Intensi Turnover*, Tesis, Universitas Airlangga Surabaya
- Martsof, G. R. *et al.* 2016, *Innovative nursing care models and culture of health : Early evidence*, *Nursing Outlook*. Elsevier Inc., 64(4), pp. 367–376. doi: 10.1016/j.outlook.2016.02.009
- Meilani, Niken *et al.* 2009, *Kebidanan Komunitas*, Fitramaya, Yogyakarta
- Mubarak, Wahid Iqbal *et al* 2007, *Promosi Kesehatan Sebuah Pengamatan Proses Belajar Mengajar dalam Pendidikan*, Graha Ilmu, Yogyakarta
- Neng Esti Winahayu, Budi Anna Keliat, I. Y. W. 2011, *Sustainability Factor Related with the Implementation of Community Mental Health Nursing (CMHN) in South and West Jakarta*, *Jurnal Ners* Vol. 9 No. 2 Oktober 2014: 305–312
- Notoatmodjo, Soekidjo 2003, *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta
- Notoatmodjo, Soekidjo 2007, *Promosi Kesehatan dan ilmu Perilaku*, Rineka Cipta, Jakarta
- Notoatmodjo, Soekidjo 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta
- Nursalam, 2017, *Metodologi Penelitian ilmu Keperawatan Pendekatan Praktis Edisi 4*. Salemba Medika, Jakarta
- Nursalam dan Pariansi Siti 2001, *Pedoma Praktis Metodologi Riset Keperawatan*, Sagung Seto, Jakarta
- Oltra-rodríguez, E. *et al.* 2017, *The training of specialists in Family and Community Health Nursing according to the supervisors of the teaching units* □', *Enfermería Clínica (English Edition)*. Elsevier España, S.L.U., 27(3), pp. 179–185. doi: 10.1016/j.enfcle.2017.02.004.

- Opperman, K. J., Hanson, D. M. and Toro, P. A. 2017, Depression Screening at a Community Health Fair: Descriptives and Treatment Linkage', *Archives of Psychiatric Nursing*. Elsevier Inc., 31(4), pp. 365–367. doi: 10.1016/j.apnu.2017.04.007.
- Pedro García-Martínez, Ruth Lozano-Vidal, María del Carmen Herraiz-Ortiz, E. C.-B. 2016, *Skills acquired in research and public health in the specialty of family and community nursing in the Valencian Community*, pp. 458–465.
- Potter dan Perry 2009, *Fundamental of Nursing*, Buku 1, Edisi: 7, Salemba Medika, Jakarta
- Puskesmas Widang, 2016, Profil Puskesmas Widang Kabupaten Tuban
- Desa Ngadipuro, 2016, Profil Desa Ngadipuro Kecamatan Widang Kabupaten Tuban
- Desa Patihan, 2016, Profil Desa Patihan Kecamatan Widang Kabupaten Tuban
- Qolquit Jason A., Lepine Jeffery A., Wesson Michael J. 2009, *Organizational Behavior: Improving Performance and Commitment in the Workplace*, The McGraw-Hill Companies, USA
- Soekanto, Soerjono 1990, *Sosiologi Suatu Pengantar*, Raja Grafindo Persada, Jakarta
- Swanson, K.M, 1991. *Emperical Development of A Middle Range Theory of Caring, Nursing Research vol. 40, no. 3*, diakses 11 November 2017 <http://ncbi.nlm.nih.gov>
- Swanson, K.M, 1993, *Nursing As Informed Caring for the Well-Being of Others. Journal of Nursing Scholarship, vol 5, no. 4*, diakses 11 November 2017 <http://www.mc.vanderbilt.edu>
- Swanson, K.M., & Wojnar, D. (2004). *Optimal Healing Environments in Nursing. Journal of Alternative and Complementary Medicine, 10*, S43-S48. diakses 11 November 2017, Google Scholar
- Tim CMHN Provinsi Jawa Timur 2017, Modul Upaya Peningkatan Pelayanan Kesehatan Jiwa Masyarakat Via Desa Siaga Sehat Jiwa (DSSJ)
- Tim Pengajar Keperawatan Komunitas 2008, *Keperawatan Komunitas: Upaya Memandirikan Masyarakat untuk Hidup Sehat*, Program Studi Keperawatan persahabatan Poltekes Depkes Jakarta III
- Titin Sutini, N. O. H. 2017, *Gambaran Deteksi Dini Kesehatan Jiwa Di Desa Ranjeng dan Cilopang Kabupaten Sumedang*, 5(1), pp. 24–28.
- Yolanda Cicilia Eka, Kristiawati, Praba Dian, *The Factors that Influence Health Volunteers' Behavior in Early Detection of Children Development Puskesmas Babat, Lamongan*. Jurnal Ners. Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya, diakses pada tanggal 05 Maret 2018

Yusuf, Ah, Nihayati Hanik Endang, Iswari Miranti Florencia, Okviasanti Fanni 2017, *Kebutuhan Spiritual: Konsep dan Aplikasi dalam Asuhan Keperawatan*, Mitra Wacana Media, Jakarta

Zulkifli 2006, *Posyandu dan Kader Kesehatan*, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara, diakses pada tanggal 30 Desember 2017 <http://library.usu.ac.id/download/fkm/fkm-zulkifli.pdf.html>.

Lampiran 1 Surat Izin Penelitian


KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEPERAWATAN
 Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913754, 5913757, 5913752 Fax. (031) 5913257, 5913752
 Website: <http://www.ners.unair.ac.id> | e-mail : dekan_ners@fkip.unair.ac.id

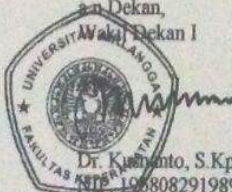
Nomor : 101 /UN3.1.13/PPd/S2/2018 22 Februari 2018
 Lampiran : 1 (Satu) berkas
 Perihal : Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian
 Mahasiswa Prodi Magister Keperawatan – FKp Unair

Kepada Yth.
BAKESBANGPOL
 Kabupaten Tuban


Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun Proposal Penelitian terlampir.

Nama : Hanim Nur Faizah, S.Kep., Ns.
 NIM : 131614153044
 Judul Proposal : Pengaruh Pelatihan Kesehatan Jiwa *Caring* dan *Spirituality* terhadap Komitmen dan Peran Kader Kesehatan Jiwa

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

Dekan,
 Dekan I

 Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes
 NIDN 198808291989031002

Lampiran 2 Surat Balasan Izin Penelitian


PEMERINTAH KABUPATEN TUBAN
KANTOR KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
Jalan Mastrip No. 21 A Telp. (0156) 321023
TUBAN - 62315

REKOMENDASI PENELITIAN/SURVEY/KEGIATAN
Nomor : 070 / 94 / 414.205 / 2018

Dasar

1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian, sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 17 Tahun 2014;
2. Peraturan Bupati Tuban Nomor 15 Tahun 2015 tentang Uraian Tugas, Fungsi dan Tata Kerja Kantor Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Tuban.

Mentimbang Surat Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya Nomor 101/UN3.1.13/PPd/S2/2018 tanggal 22 Februari 2018 perihal Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian Mahasiswa Prodi Magister Keperawatan - FKp Unair atas nama Hanim Nur Faizah, S.Kep., Ns.

Dengan ini menyatakan memberikan rekomendasi kepada :

a. Nama / NIM : HANIM NUR FAIZAH, S.Kep., Ns / 13161415044
b. Alamat : Karang Agung Barat Palang Tuban
c. Pekerjaan / Jabatan : Mahasiswa
d. Fakultas / Program Studi : Keperawatan / Magister Keperawatan UNAIR Surabaya
e. Instansi / Organisasi : Universitas Airlangga Surabaya

Untuk Melakukan Penelitian/Survey/Kegiatan Dengan :


a. Judul : Pengaruh Pelatihan Kesehatan Jiwa *Caring* dan *Spirituality* (KESWACARRI) terhadap Komitmen dan Peran Kader Kesehatan Jiwa
b. Tujuan : Penyusunan Tugas Akhir (Tesis)
c. Anggota/Peserta : 1 (Satu) orang
d. Waktu : 12 Maret s.d 12 Mei 2018
e. Lokasi : Kabupaten Tuban

Dengan Ketentuan

1. Dalam jangka waktu 1 x 24 jam setelah tiba ditempat kegiatan, diwajibkan melapor kedatangannya kepada Camat setempat;
2. Menjaga Tata Tertib keamanan, ketertiban, kesopanan dan kesusilaan serta menghindari perbuatan – perbuatan baik lisan maupun tulisan yang dapat melukai / menyinggung perasaan atau menghina Agama, Bangsa dan Negara dari suatu golongan penduduk;
3. Pelaksanaan penelitian/survey/kegiatan agar tidak disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu kestabilan keamanan dan ketertiban;
4. Melaporkan hasil pelaksanaan penelitian/survey/kegiatan kepada Bupati Tuban Cq. Kantor Kesbangpol Kabupaten Tuban;
5. Dalam pelaksanaan Penelitian yang mengikutsertakan Warga Negara Asing (WNA) sebagai Tenaga Ahli / Petugas Lapangan supaya melaporkan kepada Kepala Kepolisian Resort Tuban;
6. Rekomendasi ini dicabut dan dinyatakan tidak berlaku apabila ternyata pemegang rekomendasi ini tidak memenuhi ketentuan – ketentuan tersebut diatas.

Demikian rekomendasi ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya.


Tuban, 5 Maret 2018
KEPALA KANTOR KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
KABUPATEN TUBAN


Drs. HARI SUNARNO
Pembina Tingkat I
NIP. 19600516 199203 1 004

TEMBUSAN Kepada :

1. Yth. Kepala Kepolisian Resort Tuban
2. Yth. Komandan KODIM 0811 Tuban
3. Yth. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Tuban
4. Yth. Kepala Puskesmas Widang Kabupaten Tuban
5. Yth. Camat Widang Kabupaten Tuban
6. Yth. Kepala Desa Patuhan Kecamatan Widang Kabupaten Tuban
7. Yth. Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya
8. Yang Bersangkutan.

Lampiran 3 Sertifikat Lolos Kaji Etik



KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
FACULTY OF NURSING UNIVERSITAS AIRLANGGA

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL

“ETHICAL APPROVAL”
 No : 666-KEPK

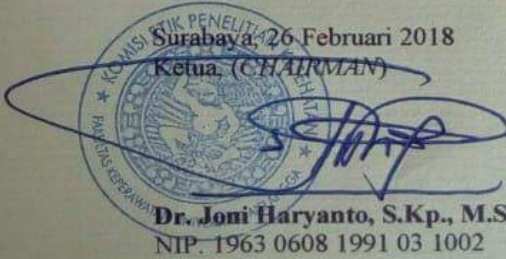
Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian kesehatan, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul :

The Committee of Ethical Approval in the Faculty of Nursing Universitas Airlangga, with regards of the protection of Human Rights and welfare in health research, has carefully reviewed the research protocol entitled :

“PENGARUH PELATIHAN KESEHATAN JIWA, CARING DAN SPIRITUALITY (KESWACARRI) TERHADAP KOMITMEN DAN PERAN KADER KESEHATAN JIWA”

<u>Peneliti utama</u>	: Hanim Nur Faizah
<i>Principal Investigator</i>	
<u>Nama Institusi</u>	: Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
<i>Name of the Institution</i>	
<u>Unit/Lembaga/Tempat Penelitian</u>	: Desa Patihan dan Desa Ngadipuro Kecamatan Widang Kabupaten Tuban
<i>Setting of research</i>	

Dan telah menyetujui protokol tersebut di atas melalui Dipercepat.
And approved the above-mentioned protocol with Expedited..



Surabaya, 26 Februari 2018
 Ketua (CHAIRMAN)
Dr. Joni Haryanto, S.Kp., M.Si.
 NIP. 1963 0608 1991 03 1002

Lampiran 4 Penjelasan Penelitian**LEMBAR PENJELASAN PENELITIAN**

Perkenalkan saya **Hanim Nur Faizah**, adalah mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, akan melakukan penelitian dengan judul “Pengaruh Pelatihan Kesehatan Jiwa *Caring* dan *Spirituality* (Keswacarri) terhadap Komitmen dan Peran Kader Kesehatan Jiwa”. Saya mohon kesediaan bapak / Ibu untuk menjadi responden dalam penelitian tersebut. Adapun hal-hal yang perlu Bapak/ Ibu ketahui adalah:

1. Bahwa tujuan penelitian ini adalah mengetahui Pengaruh Pelatihan Kesehatan Jiwa *Caring* dan *Spirituality* (Keswacarri) terhadap Komitmen dan peran Kader Kesehatan Jiwa
2. Manfaat dari penelitian ini adalah menumbuhkan dan meningkatkan komitmen pada kader serta menambah pengetahuan kader melalui pelatihan tentang bagaimana peran kader kesehatan jiwa dimasyarakat, begitu pula dengan terbentuknya komitmen pada diri kader, kader akan lebih bisa mengabdikan diri dengan sepenuh hati dan ikhlas untuk masyarakat
3. Apabila ditengah penelitian bapak / Ibu muncul hal-hal yang tidak diinginkan, bapak / Ibu diperkenankan mundur dari penelitian ini.
4. Identitas bapak / Ibu akan dirahasiakan sepenuhnya oleh peneliti dan hanya data yang bapak / Ibu sampaikan yang akan digunakan demi kepentingan penelitian.
5. Kerahasiaan informasi yang bapak / Ibu berikan dijamin sepenuhnya oleh peneliti karena hanya kelompok tertentu saja yang akan dilaporkan sebagai hasil penelitian.
6. Peneliti tidak akan memungut biaya apapun dari Bapak/Ibu.

Demikian surat permohonan kami, atas perhatian dan partisipasi bapak/ibu kami ucapkan terimakasih.

Hormat kami,

Peneliti

(Hanim Nur Faizah)

Lampiran 5 Lembar Persetujuan menjadi Responden Penelitian (*Informed Consent*)

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN
(INFORMED CONSENT)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama:

Alamat:

Menyatakan bersedia menjadi responden penelitian yang dilakukan oleh Sdr. (i) Hanim Nur Faizah mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya dengan judul penelitian :

**“PENGARUH PELATIHAN KESEHATAN JIWA *CARING* DAN
SPIRITUALITY (KESWACARRI) TERHADAP KOMITMEN DAN PERAN
 KADER KESEHATAN JIWA”**

Persetujuan ini saya buat dengan sadar dan tanpa paksaan dari siapapun setelah mendapatkan penjelasan dari peneliti. Demikian pernyataan ini saya buat untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Tuban,2018

Peneliti

Yang menyetujui

(Hanim Nur Faizah)

(.....)

Saksi,

()

Lampiran 6 Kuesioner Komitmen Kader Kesehatan**KUESIONER KOMITMEN KADER KESEHATAN****IDENTITAS RESPONDEN**

1. Inisial nama :
 2. Usia :
 3. Jenis kelamin : Laki-laki Perempuan
 4. Pendidikan terakhir :
 5. Berapa lama menjadi kader :bln/ tahun

Berilah tanda centang pada kolom yang tersedia disebelah kanan pada masing-masing pernyataan sesuai dengan yang anda rasakan. Dengan kategori pilihan tersebut:

- TS = tidak setuju
 R = Ragu-ragu
 S = setuju

Pernyataan	Tanggapan		
	S	R	TS
Komitmen afektif			
1. Saya akan sangat bahagia untuk menghabiskan sisa karir saya sebagai kader kesehatan di desa			
2. Saya merasa bahwa masalah yang berkaitan dengan masyarakat di desa bukan merupakan masalah saya			
3. Saya merasa bahwa saya adalah bagian dari kader kesehatan			
4. Saya merasa tidak ada keterikatan emosional sebagai kader kesehatan			
5. Peran saya sebagai kader kesehatan, memiliki makna yang besar bagi diri saya			
Jumlah nilai : jumlah skor/15x100			
Komitmen Kontinuan	S	R	TS
1. Saya akan melakukan tugas saya sebagai kader dalam waktu yang lama			
2. Saya bekerja sama dengan banyak tim dan terlibat dalam setiap kegiatan yang ada di desa			
3. Pekerjaan saya sebagai kader tidak menggunakan kemampuan dan			

Pernyataan	Tanggapan		
keterampilan yang saya miliki, sehingga tidak menguntungkan saya			
4. Saya menyukai wewenang dan tanggung jawab saya sebagai kader kesehatan			
5. Keuntungan yang disediakan setelah saya berhenti menjadi kader kesehatan tidak berdampak baik pada saya			
Jumlah nilai : jumlah skor/15x100			
Komitmen normative	S	R	TS
1. Saya merasa ada keharusan untuk tetap bekerja sebagai kader kesehatan			
2. Saya merasa benar jika saya mengundurkan diri dari anggota kader kesehatan, meskipun itu tidak menguntungkan saya			
3. Saya merasa bersalah jika saya mengundurkan diri sebagai kader kesehatan			
4. Kesehatan yang ada di desa saya tidak pantas mendapatkan loyalitas saya			
5. Saya merasa belum memberikan banyak kontribusi terhadap tugas saya sebagai kader kesehatan			
Jumlah nilai : jumlah skor/15x100			

Keterangan :

Nilai rata-rata :

(Total nilai keseluruhan : Skor masing-masing item/ 3)

Lampiran 7 Format Evaluasi Peran Kader Kesehatan Jiwa**FORMAT EVALUASI PERAN KADER KESEHATAN JIWA**

No. Responden :

No	Kriteria	Skor	
		Ya (2)	Tidak (1)
A	Kemampuan Deteksi		
1	Memiliki daftar KK yang akan dikunjungi		
2	Menyiapkan Buku Deteksi Keluarga		
3	kader mencatat nama seluruh keluarga yang tinggal diwilayahnya		
4	Kader mencatat data keluarga yang mempunyai risiko masalah psikososial		
5	Kader mencatat data keluarga yang mengalami gangguan jiwa		
6	Kader mencatat hasil perhitungan jumlah keluarga untuk masing-masing kelompok		
	Jumlah Skor		
	Nilai: Jumlah skor/12 X 100		
B	Kemampuan Penggerakkan		
1	Kader mngundang keluarga yang akan mengikuti penyuluhan		
2	Kader mengingatkan peserta unutk hadir 30 menit lebih awal sebelum penyuluhan dimulai		
3	Kader mempersiapkan daftar hadir untuk peserta penyuluhan		
4	Kader mengingatkan dan mengumpulkan peserta untuk mengikuti penyuluhan		
5	Kader mendampingi perawat yang memberikan penyuluhan		
6	Kader memotivasi peserta untuk bertanya		
	Jumlah skor		
	Nilai : Jumlah skor/12 X 100		

Daftar Nilai:

Nilai Deteksi :

Nilai Penggerakkan :

Nilai rata-rata :

(jumlah skor nilai/2)

Tuban, 2018

Penilai

(.....)

Lampiran 8 Satuan Acara Kegiatan Pelatihan Keswacarri

**SATUAN ACARA KEGIATAN
PELATIHAN KESWACARRI
(KESEHATAN JIWA, *CARING* DAN *SPIRITUALITY*)**

Pokok bahasan	: Kesehatan Jiwa, <i>Caring</i> dan <i>Spirituality</i>
Sasaran	: Kader Kesehatan Desa Patihan Kec.Widang Kab.Tuban
Tempat	: Balai Desa Desa Patihan
Hari/ Tanggal	: Selasa-Kamis, 27-29 Maret & Selasa, 03 April 2018
Waktu	: 150 menit x 4 hari
Pemateri	: -

A. LATAR BELAKANG

Desa Siaga merupakan gambaran masyarakat yang sadar, mau dan mampu mencegah dan mengatasi berbagai ancaman terhadap kesehatan masyarakat, seperti kurang gizi, kejadian bencana, termasuk didalamnya gangguan jiwa, dengan memanfaatkan potensi setempat secara gotong royong, menuju Desa Siaga. Desa Siaga Sehat Jiwa merupakan satu bentuk pengembangan dari penancangan Desa Siaga yang bertujuan agar masyarakat ikut berperan serta dalam mendeteksi pasien gangguan jiwa yang belum terdeteksi, dan membantu pemulihan pasien yang telah dirawat di rumah sakit, serta siaga terhadap munculnya masalah kesehatan jiwa di masyarakat (Dinkes Prov. Jawa Timur, 2008; CMHN, 2005).

Masyarakat yang mampu mengatasi masalah kesehatan jiwa tersebut menjadi salah satu jawaban untuk mencegah timbulnya kejadian gangguan jiwa. Masyarakat diharapkan mampu merawat anggota keluarga yang sudah sakit (menderita gangguan jiwa), dan mampu mencegah terjadinya gangguan jiwa baru dari masyarakat yang beresiko terjadi gangguan jiwa. Penanganan yang tepat terhadap penderita gangguan jiwa dan masyarakat yang beresiko akan dapat menekan terjadinya kejadian gangguan jiwa (CMHN, 2005).

Kegiatan kader desa siaga sehat jiwa adalah: (1) Mendeteksi keluarga di Desa Siaga Sehat Jiwa: sehat, risiko masalah psikososial dan gangguan jiwa; (2) Menggerakkan keluarga sehat untuk penyuluhan kesehatan jiwa sesuai dengan usia; (3) Menggerakkan keluarga risiko untuk penyuluhan risiko masalah psikososial; (4)

Menggerakkan keluarga gangguan jiwa untuk penyuluhan cara merawat; (5) Menggerakkan pasien gangguan jiwa untuk mengikuti Terapi Aktifitas Kelompok dan Rehabilitasi; (6) Melakukan kunjungan rumah pada pasien gangguan jiwa yang telah mandiri; (7) Merujuk pasien gangguan jiwa ke perawat CMHN; (8) Mendokumentasikan semua kegiatan; serta (9) Melaporkan hasil survei.

Peran kader akan berjalan dengan baik apabila terdapat komitmen yang tinggi pada diri kader, untuk meningkatkan komitmen kader dibutuhkan adanya rasa caring pada kader dan caring bisa terbentuk jika disertai adanya unsur spiritual, karena dalam dimensi spiritual terdapat unsur makna hidup yaitu menumbuhkan keinginan untuk meneladani orang lain dan mewariskan sesuatu yang bernilai tinggi bagi kehidupan.

B. TUJUAN PEMBELAJARAN

1. Tujuan umum

Setelah mengikuti pembelajaran ini, diharapkan komitmen kader bisa terbentuk dengan baik dan kader mampu memahami serta menjalankan perannya sebagai kader kesehatan jiwa dengan baik

2. Tujuan khusus

- 1) Peserta mampu memahami tentang kesehatan jiwa
- 2) Peserta mampu memahami tentang peran kader kesehatan jiwa
- 3) Peserta mampu memahami dan mengaplikasikan caring dan spirituality dalam membangun komitmen diri sebagai kader kesehatan jiwa
- 4) Terbentuk komitmen pada kader kesehatan jiwa di Desa Patihan

C. POKOK BAHASAN

Pokok bahasan yang dibahas dalam pelatihan ini adalah:

1. Pengantar kesehatan jiwa, kader dan peran kader
2. Kesehatan jiwa
3. *Caring* dan *Spirituality*
4. Membangun komitmen dengan *caring* dan *spirituality*
5. Review

D. LANGKAH-LANGKAH KEGIATAN PEMBELAJARAN

1. Langkah 1 : Persiapan proses pembelajaran
 - 1) Kegiatan fasilitator

- a. Fasilitator memulai kegiatan dengan melakukan bina suasana
 - b. Fasilitator menyapa peserta dengan ramah dan hangat
 - c. Menggali pendapat peserta tentang apa itu kesehatan jiwa secara garis besar
 - d. Menyampaikan ruang lingkup bahasan dan tujuan pembelajaran
- 2) Kegiatan peserta
- a. Mempersiapkan diri dan alat tulis yang diperlukan
 - b. Mengemukakan pendapat atas pertanyaan fasilitator
 - c. Mendengar dan mencatat hal-hal yang dianggap penting
 - d. Mengajukan jelas dan perlu diklarifikasi
2. Langkah 2 : penyampaian materi pembelajaran
- 1) Kegiatan fasilitator
- a. Menyampaikan pokok bahasan secara garis besar dalam waktu yang singkat
 - b. Memberikan kesempatan kepada peserta untuk menanyakan hal-hal yang kurang jelas
 - c. Memberikan jawaban jika ada pertanyaan yang diajukan oleh peserta
- 2) Kegiatan peserta
- a. Mendengar, mencatat dan menyimpulkan hal-hal yang dianggap penting
 - b. Mengajukan pertanyaan kepada fasilitator sesuai dengan kesempatan yang diberikan
 - c. Memberikan jawaban atas pertanyaan yang diajukan fasilitator
3. Langkah 3 : Evaluasi hasil pembelajaran
- 1) Kegiatan fasilitator
- a. Menggali pengetahuan peserta setelah dilakukan pelatihan dengan cara studi kasus
 - b. Menyimpulkan materi bersama peserta
 - c. Menutup kegiatan pelatihan dengan salam
- 2) Kegiatan peserta
- a. Mendokumentasikan jawaban studi kasus yang diberikan oleh fasilitator
 - b. Menyimpulkan materi bersama fasilitator

E. SASARAN

Sasaran pelatihan adalah kader kesehatan di Desa Patihan Kecamatan Widang Kabupaten Tuban

F. METODE

Metode yang digunakan adalah ceramah, Tanya jawab dan latihan kasus

G. MEDIA

Media yang digunakan dalam pelatihan ini adalah power point, Projector, dan Modul

H. PENGORGANISASIAN

Moderator : Ilmiyatus Qoyyimah, S.Kep.

Pemateri : Hanim Nur Faizah, S.Kep.,Ns

Fasilitator : Mulyo, S.Kep.,Ns

Operator : Muhammad Dul Efdi, S.Kep.

I. KEGIATAN PENYULUHAN

Tahap	Waktu	Kegiatan Penyuluhan	Kegiatan Peserta	Metode	Media
Pembukaan	20'	<ul style="list-style-type: none"> - Membuka kegiatan dengan mengucap salam - Memperkenalkan diri - Menjelaskan maksud dan tujuan pelatihan - Kontrak waktu - Menggali pengetahuan peserta sebelum diberikan pelatihan 	<ul style="list-style-type: none"> - Menjawab salam - Mendengarkan - Memperhatikan - Menjawab pertanyaan <i>pre test</i> 	Ceramah, Tanya jawab	Lembar <i>pre test</i>
Penyajian	50'	Menjelaskan tentang: <ol style="list-style-type: none"> 1) Pengantar <ol style="list-style-type: none"> a. Kesehatan jiwa b. Kader c. Peran kader Pemutaran video tentang kesehatan jiwa dan gambaran DSSJ	<ul style="list-style-type: none"> - Mendengarkan dan memperhatikan - Memberikan tanggapan dan pertanyaan mengenai hal yang kurang dimengerti 	Ceramah, diskusi, Tanya jawab	Projector dan video
Penyajian, diskusi dan bermain peran	250'	Menjelaskan tentang: <ol style="list-style-type: none"> 1) Review pengantar 2) Kesehatan jiwa <ol style="list-style-type: none"> a. Sehat jiwa b. Masalah psikososial c. Gangguan jiwa 3) Desa Siaga Sehat 	<ul style="list-style-type: none"> - Mendengarkan dan memperhatikan - Memberikan tanggapan dan pertanyaan mengenai hal yang kurang dimengerti 	Ceramah, diskusi, Tanya jawab	Modul pelatihan, <i>power point</i> dan <i>projector</i>

		<p>Jiwa</p> <ol style="list-style-type: none"> 4) Peran kader keswa <ol style="list-style-type: none"> a. Deteksi dini b. Menggerakkan masyarakat c. Kunjungan rumah d. Melakukan rujukan e. Dokumentasi 5) Melakukan review materi 6) Menyimpulkan materi 7) Kontrak waktu untuk besok 8) Menutup dengan salam 			
Studi lapangan dan presentasi	180'	<p>Studi lapangan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Terjun Deteksi dini 2) Presentasi hasil deteksi dini 	- Melakukan deteksi dini dengan masing-masing kelompok pos	Studi lapangan	<p>Form deteksi dini keluarga</p> <p><i>Post test</i> peran kader kesehatan jiwa deteksi dini</p>
Studi lapangan (<i>road show</i> dengan ODGJ dan keluarga ODGJ)	150'	Penggerakan masyarakat kelompok keluarga dengan gangguan dan ODGJ	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Road show</i> dengan ODGJ dan keluarga ODGJ - Pembahasan tindak lanjut posyandu jiwa bersama tim Puskesmas 	<i>Road show</i> dan tanya jawab	<p><i>Post test</i> penggerakan masyarakat dan <i>post test</i> komitmen kader kesehatan</p>
Penutup	30'	<p>Integrasi/ review</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Menggali pengetahuan peserta setelah dilakukan pelatihan dengan post test 2) Menyimpulkan hasil kegiatan pelatihan selama beberapa hari 3) Mengakhiri kegiatan pelatihan 4) Mengucapkan salam 	<ul style="list-style-type: none"> - Menjawab pertanyaan post test - Mendengarkan - Memperhatikan 	Ceramah, Tanya jawab	Lembar <i>post test</i> komitmen kader kesehatan

J. KRITERIA EVALUASI

1. Struktur

- 1) Melakukan koordinasi dengan programmer jiwa Mulyo, S. Kep.,Ns
- 2) Melakukan koordinasi dengan kader Desa Patihan
- 3) Persiapan pelatihan dilakukan beberapa hari sebelum kegiatan penyuluhan
- 4) Persiapan materi pelatihan dan media
- 5) Pelaksanaan pelatihan sesuai dengan yang dirumuskan di proposal Satuan Acara Kegiatan

2. Proses

- 1) Jumlah peserta pelatihan 31 peserta
- 2) Media yang digunakan adalah *power point*, *Projector* dan Modul pelatihan
- 3) Waktu pelatihan adalah 4 hari (680')

3. Hasil

- 1) Komitmen kader mayoritas dari komitmen cukup menjadi baik
- 2) Pengetahuan peserta tentang kesehatan jiwa dan peran kader meningkat
- 3) Antara 3 aspek kognitif, afektif dan psikomotor yang nampak terlihat perubahan pada kader kesehatan setelah diberikan pelatihan keswacarra ada pada aspek kognitif

Lampiran 9 Lembar Kurikulum Vitae**KURIKULUM VITAE****Nama** : Hanim Nur Faizah**Tempat, Tgl. Lahir** : Tuban, 01 April 1990**Alamat** : Ds. Karang Agung Barat RT.010 RW.002 Palang-Tuban**Pendidikan** :

No.	Riwayat Pendidikan	Tahun Lulus
1	TK Muslimat NU Karang Agung	1996
2	MI Salafiyah Karang Agung	2002
3	MTs Manbail Futuh Beji-Jenu-Tuban	2005
4	Mad. Mu'allimin Mu'allimat Sunan Drajat Paciran-Lamongan	2008
5	S1 Keperawatan STIKES Nahdlatul Ulama Tuban	2012
6	Profesi Ners STIKES Nahdlatul Ulama Tuban	2013
7	Magister Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya	Proses

Pekerjaan : STIKES Nahdlatul Ulama Tuban mulai 2013 s/d sekarang

Lampiran 10 Data Mentah

DATA KARAKTERISTIK RESPONDEN

NO.RESP.	KELOMPOK PERLAKUAN				
	USIA	JK	PENDIDIKAN	PEKERJAAN	LAMA MENJADI KADER
1	31th	1	2	4	2
2	29th	1	2	4	2
3	25th	1	2	4	2
4	36th	1	2	4	2
5	27th	2	2	2	2
6	46th	2	2	4	4
7	40th	1	2	4	2
8	18th	2	2	1	1
9	18th	2	2	4	1
10	30th	2	3	4	2
11	32th	2	2	4	2
12	47th	2	1	1	4
13	30th	1	2	4	2
14	24th	2	2	1	2
15	29th	2	3	4	2
16	31th	2	2	4	2
17	63th	2	1	4	4
18	33th	1	2	4	2
19	50th	1	2	4	4
20	18th	2	2	4	1
21	65th	2	1	4	4
22	46th	2	2	4	4
23	47th	2	2	4	4

NO.RESP.	KELOMPOK KONTROL				
	USIA	JK	PENDIDIKAN	PEKERJAAN	LAMA MENJADI KADER
1	23th	2	2	4	1
2	50th	2	1	3	3
3	29th	2	2	4	1
4	38th	2	3	1	3
5	30th	2	2	4	2
6	39th	1	2	4	3
7	29th	2	2	1	2
8	27th	2	2	4	1
9	25th	2	2	4	1
10	33th	2	2	1	2
11	31th	2	2	4	2
12	40th	1	1	3	3
13	37th	2	2	4	2
14	39th	1	3	1	3
15	32th	2	2	4	2
16	30th	2	2	4	2
17	33th	2	2	1	2
18	25th	2	2	4	1
19	31th	2	2	4	2
20	32th	2	2	4	2
21	40th	1	2	4	3
22	34th	2	2	1	2
23	33th	2	2	4	2

24	35th	2	2	4	2
25	30th	2	2	4	2
26	65th	2	1	4	4
27	31th	2	2	1	2
28	34th	2	3	4	2
29	43th	2	2	4	3
30	38th	2	2	4	2
31	32th	2	2	4	2

24	50th	2	1	4	3
25	30th	2	2	4	2
26	37th	2	2	4	2
27	32th	2	2	4	2
28	31th	2	2	4	2

KODE : Jenis Kelamin : 1) Laki-laki 2) Perempuan

Pendidikan : 1) Dasar 2) Menengah 3) Tinggi

Pekerjaan : 1) Swasta 2) Wiraswasta 3) Petani 4) Lain-lain

Lama menjadi kader : 1)<1tahun 2)1-5tahun 3)5-10tahun 4)>10tahun

KOMITMEN KADER KESEHATAN SEBELUM DAN SESUDAH PELATIHAN KESWACARRI**KELOMPOK PERLAKUAN**

NO. RESP.	USIA	KOMITMEN	
		SEBELUM	SESUDAH
1	31th	2	3
2	29th	2	3
3	25th	2	3
4	36th	2	3
5	27th	2	3
6	46th	2	3
7	40th	2	3
8	18th	1	2
9	18th	2	2
10	30th	2	3
11	32th	2	3
12	47th	3	3
13	30th	2	3
14	24th	2	3
15	29th	2	3
16	31th	2	3
17	63th	3	3
18	33th	2	3
19	50th	2	3
20	18th	1	2
21	65th	3	3
22	46th	2	3
23	47th	3	3
24	35th	2	3
25	30th	2	3
26	65th	3	3
27	31th	2	3
28	34th	2	3
29	43th	3	3
30	38th	2	3
31	32th	2	3

KELOMPOK KONTROL

NO. RESP.	USIA	KOMITMEN	
		SEBELUM	SESUDAH
1	23th	2	2
2	50th	3	3
3	24th	2	2
4	38th	3	3
5	30th	3	3
6	39th	3	3
7	29th	3	3
8	27th	2	3
9	25th	2	3
10	33th	3	3
11	31th	3	3
12	40th	3	3
13	37th	3	3
14	39th	3	3
15	32th	3	3
16	30th	3	3
17	33th	3	3
18	25th	2	2
19	31th	3	3
20	32th	3	3
21	40th	3	3
22	34th	3	3
23	33th	3	3
24	50th	3	3
25	30th	3	3
26	37th	3	3
27	32th	3	3
28	31th	2	3

Kode:

3 = Baik

2 = Cukup

1 = Kurang

**EVALUASI PERAN KADER KESEHATAN JIWA SEBELUM DAN SESUDAH
DIBERIKAN PELATIHAN KESWACARRI**

KELOMPOK PERLAKUAN

NO. RESP.	USIA	PERAN KADER KESEHATAN JIWA	
		SEBELUM	SESUDAH
1	31th	1	2
2	29th	1	2
3	25th	1	2
4	36th	1	2
5	27th	1	2
6	46th	1	2
7	40th	1	2
8	18th	1	2
9	18th	1	2
10	30th	1	2
11	32th	1	2
12	47th	1	2
13	30th	1	2
14	24th	1	2
15	29th	1	2
16	31th	1	2
17	63th	1	1
18	33th	1	2
19	50th	1	2
20	18th	1	2
21	65th	1	1
22	46th	1	2
23	47th	1	2
24	35th	1	2
25	30th	1	2
26	65th	1	1
27	31th	1	2
28	34th	1	2
29	43th	1	2
30	38th	1	2
31	32th	1	2

KELOMPOK KONTROL

NO. RESP.	USIA	PERAN KADER KESEHATAN JIWA	
		SEBELUM	SESUDAH
1	23th	1	1
2	50th	1	1
3	24th	1	1
4	38th	1	1
5	30th	1	1
6	39th	1	1
7	29th	1	1
8	27th	1	1
9	25th	1	1
10	33th	1	1
11	31th	1	1
12	40th	1	1
13	37th	1	1
14	39th	1	1
15	32th	1	1
16	30th	1	1
17	33th	1	1
18	25th	1	1
19	31th	1	1
20	32th	1	1
21	40th	1	1
22	34th	1	1
23	33th	1	1
24	50th	1	1
25	30th	1	1
26	37th	1	1
27	32th	1	1
28	31th	1	1

Kode:

2 = Optimal

1 = Belum optimal

Lampiran 11 Hasil Analisis Penelitian**A. UJI WILCOXON KOMITMEN (KELOMPOK PERLAKUAN)**

		Ranks		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Post test komitmen perlakuan - Pre test komitmen perlakuan	Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
	Positive Ranks	28 ^b	14.50	406.00
	Ties	3 ^c		
	Total	31		

a. Post test komitmen perlakuan < Pre test komitmen perlakuan

b. Post test komitmen perlakuan > Pre test komitmen perlakuan

c. Post test komitmen perlakuan = Pre test komitmen perlakuan

Test Statistics^b

	Post test komitmen perlakuan - Pre test komitmen perlakuan
Z	-4.634 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

B. UJI WILCOXON KOMITMEN (KELOMPOK KONTROL)

		Ranks		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Post test komitmen kontrol - Pre test komitmen kontrol	Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
	Positive Ranks	3 ^b	2.00	6.00
	Ties	25 ^c		
	Total	28		

a. Post test komitmen kontrol < Pre test komitmen kontrol

b. Post test komitmen kontrol > Pre test komitmen kontrol

c. Post test komitmen kontrol = Pre test komitmen kontrol

Test Statistics^b

	Post test komitmen kontrol - Pre test komitmen kontrol
Z	-1.633 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.102

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

C. UJI WILCOXON PERAN KADER KELOMPOK PERLAKUAN

		Ranks		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Post test Peran perlakuan - Pre test Peran perlakuan	Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
	Positive Ranks	28 ^b	14.50	406.00
	Ties	3 ^c		
	Total	31		

a. Post test Peran perlakuan < Pre test Peran perlakuan

b. Post test Peran perlakuan > Pre test Peran perlakuan

c. Post test Peran perlakuan = Pre test Peran perlakuan

Test Statistics ^b	
	Post test Peran perlakuan - Pre test Peran perlakuan
Z	-4.653 ^a
Asymp. Sig. (2- tailed)	.000

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

D. UJI WILCOXON PERAN KADER KELOMPOK KONTROL

		Ranks		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Post test Peran kontrol -	Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
Pre test Peran kontrol	Positive Ranks	0 ^b	.00	.00
	Ties	28 ^c		
	Total	28		

a. Post test Peran kontrol < Pre test Peran kontrol

b. Post test Peran kontrol > Pre test Peran kontrol

c. Post test Peran kontrol = Pre test Peran kontrol

		Test Statistics ^b	
		Post test Peran kontrol - Pre test Peran kontrol	
Z			.000 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)			1.000

a. The sum of negative ranks equals the sum of positive ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

E. UJI MANN WHITNEY KOMITMEN KADER KESEHATAN

Descriptive Statistics					
	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
delta_komitmen	59	5.7119	9.44686	-32.00	34.00
Kelompok	59	1.4746	.50364	1.00	2.00

Ranks				
Kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks	
delta_komitmen intervensi	31	41.47	1285.50	
kontrol	28	17.30	484.50	
Total	59			

Test Statistics ^a	
	delta_komitmen
Mann-Whitney U	78.500
Wilcoxon W	484.500
Z	-5.753
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000

a. Grouping Variable: Kelompok

F. UJI MANN WHITNEY PERAN KADER KESEHATAN JIWA**Descriptive Statistics**

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
delta Peran Kader	59	14.8983	16.33559	.00	42.00
Kelompok	59	1.4746	.50364	1.00	2.00

Mann-Whitney Test**Ranks**

	Kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
delta Peran Kader	1	31	42.65	1322.00
	2	28	16.00	448.00
	Total	59		

Test Statistics^a

	delta Peran Kader
Mann-Whitney U	42.000
Wilcoxon W	448.000
Z	-6.457
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000

a. Grouping Variable: Kelompok

G. UJI VALIDITAS KOMITMEN KADER KESEHATAN

Correlations

		item_1	item_2	item_3	item_4	item_5	item_6	item_7	item_8	item_9	item_10	item_11	item_12	item_13	item_14	item_15	skor_total
item_1	Pearson Correlation	1	1.000**	.405	.405	-.421	.292	.290	1.000**	-.421	1.000**	-.421	-.421	-.421	1.000**	1.000**	.574
	Sig. (2-tailed)		.000	.245	.245	.226	.413	.416	.000	.226	.000	.226	.226	.226	.000	.000	.083
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
item_2	Pearson Correlation	1.000**	1	.405	.405	-.421	.292	.290	1.000**	-.421	1.000**	-.421	-.421	-.421	1.000**	1.000**	.574
	Sig. (2-tailed)	.000		.245	.245	.226	.413	.416	.000	.226	.000	.226	.226	.226	.000	.000	.083
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
item_3	Pearson Correlation	.405	.405	1	1.000**	.251	.284	.375	.405	.251	.405	.251	.251	.251	.405	.405	.701*
	Sig. (2-tailed)	.245	.245		.000	.483	.427	.286	.245	.483	.245	.483	.483	.483	.245	.245	.024
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
item_4	Pearson Correlation	.405	.405	1.000**	1	.251	.284	.375	.405	.251	.405	.251	.251	.251	.405	.405	.701*
	Sig. (2-tailed)	.245	.245	.000		.483	.427	.286	.245	.483	.245	.483	.483	.483	.245	.245	.024
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
item_5	Pearson Correlation	-.421	-.421	.251	.251	1	.309	.380	-.421	1.000**	-.421	1.000**	1.000**	1.000**	-.421	-.421	.487
	Sig. (2-tailed)	.226	.226	.483	.483		.385	.279	.226	.000	.226	.000	.000	.000	.226	.226	.153
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
item_6	Pearson Correlation	.292	.292	.284	.284	.309	1	.203	.292	.309	.292	.309	.309	.309	.292	.292	.590
	Sig. (2-tailed)	.413	.413	.427	.427	.385		.574	.413	.385	.413	.385	.385	.385	.413	.413	.073
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
item_7	Pearson Correlation	.290	.290	.375	.375	.380	.203	1	.290	.380	.290	.380	.380	.380	.290	.290	.666*

	Sig. (2-tailed)	.416	.416	.286	.286	.279	.574		.416	.279	.416	.279	.279	.279	.416	.416	.036
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
item_8	Pearson Correlation	1.000**	1.000**	.405	.405	-.421	.292	.290	1	-.421	1.000**	-.421	-.421	-.421	1.000**	1.000**	.574
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.245	.245	.226	.413	.416		.226	.000	.226	.226	.226	.000	.000	.083
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
item_9	Pearson Correlation	-.421	-.421	.251	.251	1.000**	.309	.380	-.421	1	-.421	1.000**	1.000**	1.000**	-.421	-.421	.487
	Sig. (2-tailed)	.226	.226	.483	.483	.000	.385	.279	.226		.226	.000	.000	.000	.226	.226	.153
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
item_10	Pearson Correlation	1.000**	1.000**	.405	.405	-.421	.292	.290	1.000**	-.421	1	-.421	-.421	-.421	1.000**	1.000**	.574
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.245	.245	.226	.413	.416	.000	.226		.226	.226	.226	.000	.000	.083
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
item_11	Pearson Correlation	-.421	-.421	.251	.251	1.000**	.309	.380	-.421	1.000**	-.421	1	1.000**	1.000**	-.421	-.421	.487
	Sig. (2-tailed)	.226	.226	.483	.483	.000	.385	.279	.226	.000	.226		.000	.000	.226	.226	.153
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
item_12	Pearson Correlation	-.421	-.421	.251	.251	1.000**	.309	.380	-.421	1.000**	-.421	1.000**	1	1.000**	-.421	-.421	.487
	Sig. (2-tailed)	.226	.226	.483	.483	.000	.385	.279	.226	.000	.226	.000		.000	.226	.226	.153
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
item_13	Pearson Correlation	-.421	-.421	.251	.251	1.000**	.309	.380	-.421	1.000**	-.421	1.000**	1.000**	1	-.421	-.421	.487
	Sig. (2-tailed)	.226	.226	.483	.483	.000	.385	.279	.226	.000	.226	.000	.000		.226	.226	.153
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
item_14	Pearson Correlation	1.000**	1.000**	.405	.405	-.421	.292	.290	1.000**	-.421	1.000**	-.421	-.421	-.421	1	1.000**	.574
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.245	.245	.226	.413	.416	.000	.226	.000	.226	.226	.226		.000	.083
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
item_15	Pearson Correlation	1.000**	1.000**	.405	.405	-.421	.292	.290	1.000**	-.421	1.000**	-.421	-.421	-.421	1.000**	1	.574
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.245	.245	.226	.413	.416	.000	.226	.000	.226	.226	.226	.000		.083
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10

skor_total	Pearson Correlation	.574	.574	.701*	.701*	.487	.590	.666*	.574	.487	.574	.487	.487	.487	.574	.574	1
	Sig. (2-tailed)	.083	.083	.024	.024	.153	.073	.036	.083	.153	.083	.153	.153	.153	.083	.083	
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

UJI VALIDITAS KUESIONER KOMITMEN KADER KESEHATAN

H. UJI VALIDITAS FORMAT EVALUASI PERAN KADER KESEHATAN JIWA

Correlations

		item_1	item_2	item_3	item_4	item_5	item_6	item_7	item_8	item_9	item_10	item_11	item_12	skor_total
item_1	Pearson Correlation	1	.598	1.000**	.598	.756*	.756*	.598	1.000**	.756*	1.000**	1.000**	1.000**	.969**
	Sig. (2-tailed)		.089	.000	.089	.018	.018	.089	.000	.018	.000	.000	.000	.000
	N	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
item_2	Pearson Correlation	.598	1	.598	.550	.316	.791*	.100	.598	.791*	.598	.598	.598	.698*
	Sig. (2-tailed)	.089		.089	.125	.407	.011	.798	.089	.011	.089	.089	.089	.037
	N	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
item_3	Pearson Correlation	1.000**	.598	1	.598	.756*	.756*	.598	1.000**	.756*	1.000**	1.000**	1.000**	.969**
	Sig. (2-tailed)	.000	.089		.089	.018	.018	.089	.000	.018	.000	.000	.000	.000
	N	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
item_4	Pearson Correlation	.598	.550	.598	1	.791*	.316	.550	.598	.316	.598	.598	.598	.698*
	Sig. (2-tailed)	.089	.125	.089		.011	.407	.125	.089	.407	.089	.089	.089	.037
	N	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
item_5	Pearson Correlation	.756*	.316	.756*	.791*	1	.500	.791*	.756*	.500	.756*	.756*	.756*	.821**
	Sig. (2-tailed)	.018	.407	.018	.011		.170	.011	.018	.170	.018	.018	.018	.007
	N	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
item_6	Pearson Correlation	.756*	.791*	.756*	.316	.500	1	.316	.756*	1.000**	.756*	.756*	.756*	.821**
	Sig. (2-tailed)	.018	.011	.018	.407	.170		.407	.018	.000	.018	.018	.018	.007
	N	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
item_7	Pearson Correlation	.598	.100	.598	.550	.791*	.316	1	.598	.316	.598	.598	.598	.649
	Sig. (2-tailed)	.089	.798	.089	.125	.011	.407		.089	.407	.089	.089	.089	.059
	N	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
item_8	Pearson Correlation	1.000**	.598	1.000**	.598	.756*	.756*	.598	1	.756*	1.000**	1.000**	1.000**	.969**
	Sig. (2-tailed)	.000	.089	.000	.089	.018	.018	.089		.018	.000	.000	.000	.000
	N	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
item_9	Pearson Correlation	.756*	.791*	.756*	.316	.500	1.000**	.316	.756*	1	.756*	.756*	.756*	.821**
	Sig. (2-tailed)	.018	.011	.018	.407	.170	.000	.407	.018		.018	.018	.018	.007
	N	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

item_10	Pearson Correlation	1.000**	.598	1.000**	.598	.756*	.756*	.598	1.000**	.756*	1	1.000**	1.000**	.969**
	Sig. (2-tailed)	.000	.089	.000	.089	.018	.018	.089	.000	.018		.000	.000	.000
	N	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
item_11	Pearson Correlation	1.000**	.598	1.000**	.598	.756*	.756*	.598	1.000**	.756*	1.000**	1	1.000**	.969**
	Sig. (2-tailed)	.000	.089	.000	.089	.018	.018	.089	.000	.018	.000		.000	.000
	N	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
item_12	Pearson Correlation	1.000**	.598	1.000**	.598	.756*	.756*	.598	1.000**	.756*	1.000**	1.000**	1	.969**
	Sig. (2-tailed)	.000	.089	.000	.089	.018	.018	.089	.000	.018	.000	.000		.000
	N	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
skor_total	Pearson Correlation	.969**	.698*	.969**	.698*	.821**	.821**	.649	.969**	.821**	.969**	.969**	.969**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.037	.000	.037	.007	.007	.059	.000	.007	.000	.000	.000	
	N	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

I. UJI RELIABILITAS KUESIONER KOMITMEN KADER KESEHATAN**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	10	66.7
	Excluded ^a	5	33.3
	Total	15	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.837	15

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
item_1	27.00	31.556	.483	.826
item_2	27.00	31.556	.483	.826
item_3	26.60	32.267	.656	.821
item_4	26.60	32.267	.656	.821
item_5	27.20	31.956	.372	.834
item_6	26.80	32.400	.523	.825
item_7	26.60	31.156	.596	.820
item_8	27.00	31.556	.483	.826
item_9	27.20	31.956	.372	.834
item_10	27.00	31.556	.483	.826
item_11	27.20	31.956	.372	.834
item_12	27.20	31.956	.372	.834
item_13	27.20	31.956	.372	.834
item_14	27.00	31.556	.483	.826
item_15	27.00	31.556	.483	.826

J. UJI RELIABILITAS FORMAT EVALUASI KEMAMPUAN PERAN KADER KESEHATAN JIWA

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	9	60.0
	Excluded ^a	6	40.0
	Total	15	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.911	12

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
item_1	13.2222	9.444	.974	.886
item_2	13.2222	10.944	.390	.916
item_3	13.3333	10.750	.648	.904
item_4	13.0000	10.250	.519	.912
item_5	13.4444	12.278	.000	.918
item_6	13.1111	9.611	.780	.897
item_7	13.3333	12.750	-.245	.935
item_8	13.2222	9.444	.974	.886
item_9	13.3333	11.000	.528	.908
item_10	13.2222	9.444	.974	.886
item_11	13.2222	9.444	.974	.886
item_12	13.2222	9.444	.974	.886

Lampiran 12 Materi Pelatihan Keswacari**MATERI KEGIATAN BELAJAR****KEGIATAN BELAJAR 1****Topik :**

Pengantar Kesehatan Jiwa, Desa Siaga Sehat Jiwa dan Peran kader

Tujuan :

Setelah mengikuti pembelajaran ini, peserta diharapkan mampu:

1. Memahami definisi kesehatan jiwa
2. Memahami tentang DSSJ
3. Memahami definisi kader kesehatan jiwa dan perannya

Sasaran :

Kader kesehatan di Desa Patihan Kecamatan Widang Kabupaten Tuban

Uraian Materi :**A. Definisi Sehat Jiwa**

Sehat jiwa adalah orang yang mempunyai kemampuan untuk menyesuaikan diri pada lingkungan, berinteraksi dengan baik, tepat, dan bahagia.

Orang yang sehat jiwa adalah orang yang bebas dari gejala gangguan mental, serta dapat berfungsi dengan baik sesuai apa yang ada padanya.

Kriteria orang yang sehat jiwanya adalah orang yang dapat melakukan hal berikut:

- 1) Menyesuaikan diri pada kenyataan, meskipun kenyataan itu buruk
- 2) Merasa bebas dari ketegangan dan kecemasan
- 3) Memperoleh kepuasan dari usahanya atau perjuangan hidupnya
- 4) Merasa lebih puas untuk memberi daripada menerima
- 5) Berhubungan dengan orang lain secara tolong-menolong dan saling memuaskan
- 6) Mempunyai daya kasih sayang yang besar.
- 7) Menerima kekecewaan untuk digunakan sebagai pelajaran di kemudian hari
- 8) Mengarahkan rasa permusuhan pada penyelesaian yang kreatif dan konstruktif.

B. Resiko Masalah Psikososial

- 1) Kehilangan anggota keluarga atau orang yang dicintai
- 2) Kehilangan pekerjaan
- 3) Kehilangan harta benda
- 4) Kehilangan anggota tubuh
- 5) Penyakit fisik kronis: hipertensi, tuberculosis (TBC), diabetes mellitus (kencing manis), jantung, ginjal, reumatik, stroke
- 6) Hamil dan pasca melahirkan

C. Gangguan jiwa

Gangguan jiwa adalah kelainan perilaku yang disebabkan oleh gangguan fungsi jiwa (ingatan, pikiran, penilaian/ persepsi, komunikasi, aktivitas, motivasi, belajar) sehingga menyebabkan hambatan dalam melakukan fungsi sosial (interaksi/ bergaul).

Penyebab gangguan jiwa adalah ketidakmampuan seseorang beradaptasi dengan masalah dan gangguan jiwa dapat terjadi pada siapa saja dan dimana saja.

Perilaku yang menunjukkan seseorang mengalami gangguan jiwa sangat beragam, diantaranya:

- 1) Sedih berkepanjangan dalam waktu lama
- 2) Kemampuan melakukan kegiatan sehari-hari (kebersihan, makan, minum, aktivitas, dll) berkurang
- 3) Motivasi untuk melakukan kegiatan menurun (malas)
- 4) Marah-marah tanpa sebab
- 5) Bicara atau tertawa sendiri
- 6) Mengamuk
- 7) Menyendiri
- 8) Tidak mau bergaul
- 9) Tidak memperhatikan penampilan/ kebersihan diri
- 10) Mengatakan atau mencoba bunuh diri

DESA SIAGA SEHAT JIWA (DSSJ)

Departemen Kesehatan berupaya untuk memfasilitasi percepatan pencapaian derajat kesehatan setinggi-tingginya bagi seluruh penduduk dengan mengembangkan kesiap-siagaan di tingkat desa. Desa-desa yang memiliki kesiapan di bidang kesehatan diberi nama Desa Siaga.

A. Pengertian Desa Siaga Sehat Jiwa

Desa siaga adalah desa yang penduduknya memiliki kesiapan sumber daya dan kemampuan untuk mengatasi masalah kesehatan secara mandiri.

Desa siaga sehat jiwa adalah desa yang penduduknya memiliki kesiapan sumber daya dan kemampuan untuk mengatasi masalah kesehatan jiwa secara mandiri

B. Karakteristik DSSJ

- 1) Memiliki kader kesehatan jiwa
- 2) Memiliki kelompok tokoh agama, pengobat tradisional, guru, petugas keamanan
- 3) Memiliki kantor DSSJ
- 4) Mempunyai survey keluarga kondisi kesehatan jiwa keluarga
- 5) Memiliki sistem rujukan kesehatan jiwa
- 6) Memiliki dana masyarakat
- 7) Menerapkan perilaku sehat jiwa

C. Visi Pelayanan

Visi pembangunan kesehatan melalui puskesmas adalah tercapainya Kecamatan Sehat 2010. Kecamatan sehat 2010 merupakan gambaran kesehatan masyarakat kecamatan masa depan yang ingin dicapai melalui pembangunan kesehatan yang ditandai lingkungan sehat dengan penduduknya yang perilaku sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata serta memiliki derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

Desa Siaga Sehat Jiwa yang merupakan suatu pelayanan keperawatan kesehatan jiwa komunitas yang mempunyai visi "memelihara kesehatan jiwa masyarakat dan mengoptimalkan kemampuan hidup pasien gangguan jiwa yang ada di masyarakat sesuai dengan kemampuannya dengan memberdayakan keluarga dan masyarakat".

D. Misi pelayanan

Misi pelayanan keperawatan kesehatan di Desa Siaga Sehat Jiwa adalah pengembangan dan pemberdayaan masyarakat untuk mencapai masyarakat sehat jiwa melalui pengembangan program CMHN dan pembentukan kader kesehatan jiwa.

E. Strategi pelayanan

Untuk mencapai visi dan misi desa siaga sehat jiwa maka strategi yang disiapkan adalah penyusunan dan pelaksanaan beberapa program/kegiatan kesehatan jiwa (CMHN) di desa siaga sehat jiwa. Fokus utama program CMHN di desa siaga adalah

F. Kegiatan perawat CMHN

1. Pendidikan kesehatan jiwa bagi kelompok masyarakat yang sehat :
 - 1) Keluarga dengan bayi
 - 2) Keluarga dengan kanak-kanak
 - 3) Keluarga dengan usia pra sekolah
 - 4) Keluarga dengan usia sekolah
 - 5) Keluarga dengan remaja
 - 6) Keluarga dengan dewasa muda
 - 7) Keluarga dengan dewasa
 - 8) Keluarga dengan lanjut usia
2. Pendidikan kesehatan jiwa bagi kelompok pasien yang risiko masalah psikososial :
 - 1) Kehilangan bentuk, struktur, fungsi tubuh
 - 2) Kehilangan/perpisahan dengan orang dicintai, pekerjaan, tempat tinggal, sekolah, harta benda
3. Pendidikan kesehatan jiwa bagi kelompok pasien yang mengalami gangguan jiwa :
 - 1) Pasien dengan Perilaku kekerasan
 - 2) Pasien dengan Isolasi sosial
 - 3) Pasien dengan Harga diri rendah
 - 4) Pasien dengan Halusinasi
 - 5) Pasien dengan Kurang Perawatan Diri
4. Kegiatan Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) bagi pasien gangguan jiwa mandiri
 - 1) Kegiatan rehabilitasi bagi pasien gangguan jiwa mandiri
 - 2) Asuhan keperawatan untuk keluarga pasien gangguan jiwa.

PERAN KADER KESEHATAN JIWA

Peran kader kesehatan jiwa meliputi :

- A. Deteksi dini
- B. Menggerakkan masyarakat
- C. Melakukan kunjungan rumah
- D. Melakukan rujukan
- E. Dokumentasi

Dalam menjalankan perannya, kader harus menunjukkan rasa *caring*/peduli kepada keluarga/masyarakat. Kader hadir bukan hanya secara fisik saja, tapi juga hadir secara emosional, menolong orang lain dengan tulus, membangun kepercayaan dengan keluarga dan masyarakat, menumbuhkan rasa cinta kasih antar sesama, serta menumbuhkan unsur spiritual pada diri dengan selalu bersyukur atas nikmat yang telah diberikan oleh Allah SWT kepada kita, juga mempunyai keyakinan bahwa menjadi bagian dari kader kesehatan jiwa

berarti telah mewariskan sesuatu yang bernilai tinggi bagi kehidupan yang diwujudkan dengan sikap mengasihi orang lain, baik, ramah, menghormati dan menghargai setiap orang untuk membuat perasaan senang pada seseorang.

I. DETEKSI KELUARGA DI DESA SIAGA SEHAT JIWA

Salah satu peran dan fungsi kader kesehatan jiwa adalah mendeteksi seluruh keluarga yang ada di desa siaga sehat jiwa.

Saat melakukan deteksi dini pada keluarga/masyarakat, kader menunjukkan rasa peduli pada keluarga/masyarakat dengan hadir tidak hanya secara fisik saja, tapi juga secara emosional serta menunjukkan sikap baik, ramah, menghormati dan menghargai setiap orang.

A. Pengertian

Deteksi adalah kemampuan kader kesehatan jiwa untuk mengetahui kondisi kesehatan jiwa keluarga yang tinggal di desa siaga sehat jiwa. Hasil deteksi adalah sehat jiwa, risiko masalah psikososial dan gangguan jiwa.

B. Tujuan

Melalui deteksi diperoleh gambaran tentang kesehatan jiwa satu wilayah yang ditunjukkan melalui :

- 1) Jumlah keluarga yang sehat jiwa
- 2) Jumlah keluarga yang berisiko mengalami masalah psikososial
- 3) Jumlah keluarga yang mempunyai pasien gangguan jiwa

C. Pelaksanaan kegiatan

- 1) Persiapan
 - a. Kader mempelajari buku pedoman deteksi keluarga
 - b. Kader mempelajari tanda-tanda orang/ keluarga yang berisiko mengalami masalah psikososial atau orang/ keluarga yang mengalami gangguan jiwa
 - c. Kader mengidentifikasi orang/keluarga yang diduga mengalami risiko masalah psikososial atau gangguan jiwa
 - d. Melakukan kontrak/janji untuk bertemu dengan pasien dan keluarga
- 2) Pelaksanaan
 - a. Setiap kader mengelola setengah dari jumlah keluarga di dusun (kader membagi habis jumlah keluarga di dusun untuk di kelola bersama)
 - b. Kader menilai kesehatan jiwa tiap keluarga yang tinggal di wilayahnya dengan cara wawancara dan pengamatan sesuai dengan petunjuk pada buku pedoman deteksi keluarga

Berdasarkan penilaian yang dilakukan kader mengelompokkan keluarga yang tinggal di wilayahnya menjadi 3 kelompok :

 - a) Kelompok keluarga sehat adalah keluarga yang tinggal di wilayah kerja kader dan tidak menunjukkan perilaku menyimpang; baik risiko masalah psikososial (lihat tabel 1) maupun gangguan jiwa (lihat tabel 2)
 - b) Kelompok keluarga yang berisiko masalah psikososial adalah keluarga yang tinggal di wilayah kerja kader yang mempunyai kondisi sesuai tabel 1
 - c) Kelompok keluarga yang anggota keluarganya mengalami gangguan jiwa adalah keluarga yang tinggal di wilayah kerja kader dan mempunyai anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa (perilaku seperti pada tabel 2)
- 3) Pelaporan
 - a. Kader mencatat nama seluruh keluarga yang tinggal di wilayahnya
 - b. Kader mencatat data – data keluarga yang mempunyai risiko masalah psikososial

- c. Kader mencatat data – data keluarga yang mengalami gangguan jiwa
- d. Hasil penghitungan jumlah keluarga untuk masing – masing kelompok dicatat
- e. Hasil pencatatan disampaikan pada perawat CMHN yang bertanggungjawab

D. Karakteristik keluarga yang berisiko mengalami masalah psikososial, gangguan jiwa dan sehat jiwa

1) Risiko terjadinya masalah psikososial

Tabel 1 Risiko masalah psikososial

NO	FAKTOR RISIKO
1	Kehilangan anggota keluarga, atau orang yang dicintai
2	Kehilangan pekerjaan,
3	Kehilangan harta benda,
4	Kehilangan anggota tubuh
5	Penyakit fisik kronis : Hipertensi , TBC, DM, Jantung, Ginjal, Rhematik
6	Hamil dan postpartum

2) Gangguan jiwa

Gangguan jiwa adalah kelainan perilaku yang disebabkan oleh rusaknya fungsi jiwa (ingatan, pikiran, penilaian/persepsi, komunikasi, aktivitas, motivasi, belajar) sehingga menyebabkan adanya hambatan dalam melakukan fungsi sosial (interaksi/bergaul). Penyebab gangguan jiwa adalah ketidakmampuan seseorang beradaptasi dengan masalah. Gangguan jiwa dapat terjadi pada siapa saja dan dimana saja. Perilaku yang menunjukkan seseorang mengalami gangguan jiwa adalah sangat beragam (lihat tabel 2).

Tabel 2 Perilaku yang menunjukkan tanda gangguan jiwa

NO	CIRI PERILAKU
1	Sedih berkepanjangan dalam waktu lama
2	Kemampuan melakukan kegiatan sehari – hari (kebersihan, makan, minum, aktivitas) berkurang
3	Motivasi untuk melakukan kegiatan menurun (malas)
4	Marah – marah tanpa sebab
5	Bicara atau tertawa sendiri
6	Mengamuk
7	Menyendiri
8	Tidak mau bergaul
9	Tidak memperhatikan penampilan/kebersihan diri
10	Mengatakan atau mencoba bunuh diri

Keluarga yang sehat jiwa adalah keluarga yang anggota keluarganya tidak ada gangguan jiwa atau risiko masalah psikososial.

Semua hasil deteksi dimasukkan dalam buku deteksi keluarga, kemudian dimasukkan di buku penyuluhan, dimana kelompok sehat jiwa dibagi dalam kelompok, demikian pula risiko dan gangguan jiwa.

II. Menggerakkan Masyarakat

Dalam upaya meningkatkan kesehatan jiwa dimasyarakat, salah satu peran yang harus dijalankan kader yaitu menggerakkan masyarakat. Menggerakkan masyarakat disini adalah menggerakkan kelompok keluarga sehat untuk mengikuti penyuluhan, menggerakkan kelompok keluarga yang mengalami risiko masalah psikososial untuk mengikuti penyuluhan, menggerakkan kelompok keluarga ODGJ untuk mengikuti penyuluhan dan kelompok ODGJ untuk mengikuti kegiatan TAK dan rehabilitasi

Peran kader dalam menggerakkan masyarakat harus disertai dengan adanya rasa empati pada sesama, memberikan bantuan dengan tulus dan membangun kepercayaan dengan masyarakat.

Menggerakkan Kelompok Keluarga Sehat Untuk Penyuluhan Kesehatan

A. Pengertian

Penggerakkan kelompok keluarga sehat adalah kegiatan memobilisasi keluarga yang sehat untuk mengikuti kegiatan penyuluhan kesehatan jiwa oleh perawat CMHN yang dilakukan dua minggu sekali.

B. Tujuan

Kegiatan ini mempunyai tujuan untuk memotivasi dan mendorong keluarga sehat agar menghadiri penyuluhan kesehatan yang akan dilaksanakan

C. Pelaksanaan kegiatan

- 1) Persiapan
 - a. Kader mengidentifikasi keluarga sehat jiwa yang akan mengikuti penyuluhan; sesuai dengan topik penyuluhan (misalnya keluarga dengan anak bayi)
 - b. Kader menyampaikan/mengundang keluarga yang menjadi sasaran penyuluhan 1 minggu sebelum kegiatan penyuluhan
 - c. Kader mengingatkan peserta penyuluhan satu hari sebelumnya untuk hadir penyuluhan
 - d. Kader mengingatkan peserta penyuluhan untuk hadir satu jam sebelum penyuluhan
 - e. Kader mempersiapkan daftar hadir peserta penyuluhan
 - f. Kader mempersiapkan tempat penyuluhan
- 2) Pelaksanaan
 - a. Mengingatkan peserta untuk mengikuti penyuluhan
 - b. Mengumpulkan peserta penyuluhan
 - c. Mendampingi perawat CMHN yang memberikan penyuluhan
 - d. Memotivasi peserta untuk bertanya
- 3) Pelaporan

Membuat laporan topik/judul penyuluhan dan kehadiran peserta (lihat buku pegangan kader : penyuluhan kesehatan jiwa)

Penggerakan Kelompok Keluarga Yang Berisiko Mengalami Masalah Psikososial Untuk Penyuluhan Kesehatan

A. Pengertian

Penggerakan kelompok keluarga yang berisiko mengalami masalah psikososial adalah kegiatan memobilisasi keluarga yang mengalami risiko masalah psikososial untuk mengikuti penyuluhan kesehatan oleh perawat CMHN yang dilakukan dua minggu sekali

B. Tujuan

Kegiatan ini mempunyai tujuan untuk memotivasi dan mendorong keluarga yang risiko masalah psikososial untuk menghadiri penyuluhan kesehatan yang akan dilaksanakan

C. Pelaksanaan kegiatan

- 1) Persiapan
 - a. Kader mengidentifikasi keluarga berisiko masalah psikososial (lihat tabel 1) untuk mengikuti penyuluhan
 - b. Kader menyampaikan/mengundang keluarga yang menjadi sasaran penyuluhan 1 minggu sebelum kegiatan penyuluhan
 - c. Kader mengingatkan peserta penyuluhan 1 hari sebelumnya untuk hadir penyuluhan
 - d. Kader mengingatkan peserta penyuluhan untuk hadir 1 jam sebelum penyuluhan
 - e. Kader mempersiapkan daftar hadir peserta penyuluhan
 - f. Kader mempersiapkan tempat penyuluhan
- 2) Pelaksanaan
 - a. Mengingatkan peserta untuk mengikuti penyuluhan
 - b. Mengumpulkan peserta penyuluhan
 - c. Mendampingi perawat CMHN yang memberikan penyuluhan
 - d. Memotivasi peserta untuk bertanya
- 3) Pelaporan

Membuat laporan topik/ judul penyuluhan dan kehadiran peserta (lihat buku pegangan kader : penyuluhan kesehatan jiwa)

Penggerakan Kelompok Keluarga Gangguan Jiwa Untuk Penyuluhan Kesehatan, TAK dan Rehabilitasi

A. Pengertian

Penggerakan kelompok keluarga yang mempunyai gangguan jiwa adalah kegiatan memobilisasi keluarga untuk mengikuti kegiatan penyuluhan oleh perawat CMHN yang dilakukan dua minggu sekali.

B. Tujuan

Kegiatan ini mempunyai tujuan untuk memotivasi dan mendorong keluarga yang mempunyai gangguan jiwa untuk menghadiri penyuluhan kesehatan jiwa.

C. Pelaksanaan kegiatan

- 1) Persiapan

- a. Kader mengidentifikasi keluarga yang mempunyai gangguan jiwa yang akan mengikuti penyuluhan
 - b. Kader menyampaikan/mengundang keluarga yang menjadi sasaran penyuluhan 1 minggu sebelum kegiatan penyuluhan
 - c. Kader satu hari sebelumnya mengingatkan keluarga yang menjadi sasaran penyuluhan untuk hadir
 - d. Kader mengingatkan keluarga untuk hadir 1 jam sebelum penyuluhan
 - e. Kader mempersiapkan daftar hadir peserta penyuluhan,
 - f. Kader mempersiapkan tempat penyuluhan
- 2) Pelaksanaan
- a. Mengingatkan keluarga untuk mengikuti penyuluhan
 - b. Mengumpulkan peserta penyuluhan
 - c. Mendampingi perawat CMHN yang memberikan penyuluhan
 - d. Memotivasi peserta untuk aktif mengikuti penyuluhan dan mengajukan pertanyaan
- 3) Pelaporan
- Membuat laporan kegiatan penyuluhan serta kehadiran peserta (lihat buku pegangan kader : penyuluhan kesehatan jiwa)

Penggerakan Kelompok Pasien Gangguan Jiwa Untuk Terapi Aktifitas Kelompok (TAK) dan Rehabilitasi

A. Pengertian

Penggerakan kelompok pasien gangguan jiwa adalah kegiatan memobilisasi pasien untuk mengikuti kegiatan TAK dan Rehabilitasi oleh perawat CMHN yang dilakukan dua minggu sekali.

B. Tujuan

Kegiatan ini mempunyai tujuan untuk memotivasi dan mendorong pasien gangguan jiwa untuk mengikuti TAK dan Rehabilitasi.

C. Pelaksanaan kegiatan

- 1) Persiapan
 - a. Kader bersama perawat CMHN mengidentifikasi pasien gangguan yang akan mengikuti TAK dan rehabilitasi
 - b. Kader bersama perawat CMHN menyampaikan rencana TAK dan Rehabilitasi
 - c. Kader bersama keluarga memfasilitasi kebutuhan (alat dan bahan) rehabilitasi
 - d. Kader mengundang pasien dan keluarga yang akan mengikuti TAK untuk hadir
 - e. Kader mengundang pasien yang akan mengikuti TAK untuk hadir
 - f. Kader mengingatkan pasien dan keluarga untuk hadir pada kegiatan TAK dan rehabilitasi yang akan dilaksanakan
 - g. Kader mempersiapkan daftar hadir peserta kegiatan (TAK dan rehabilitasi)
 - h. Kader mempersiapkan tempat pelaksanaan kegiatan TAK dan rehabilitasi
- 2) Pelaksanaan
 - a. Mengumpulkan peserta TAK dan rehabilitasi

- b. Mendampingi perawat CMHN yang melakukan kegiatan (TAK dan rehabilitasi)
 - c. Kader memotivasi peserta untuk aktif mengikuti kegiatan (TAK dan rehabilitasi)
- 3) Pelaporan

Membuat laporan kegiatan TAK dan rehabilitasi serta kehadiran peserta (lihat buku pegangan kader :TAK dan Rehabilitasi)

III. Kunjungan Rumah

Saat melakukan kunjungan rumah, selain melakukan penilaian terhadap kemampuan pasien gangguan jiwa dan keluarga dalam perawatan pasien kader harus memberikan informasi kepada masyarakat tentang apa yang harus dilakukan oleh keluarga dalam merawat anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa, memberikan respon yang positif terhadap keluhan masyarakat, menunjukkan rasa empati pada pasien dan keluarga, selalu memberikan dukungan pada keluarga.

A. Pengertian

Kunjungan rumah adalah kunjungan kader kesehatan jiwa ke keluarga yang anggota keluarganya mengalami gangguan jiwa dan telah dirawat oleh perawat CMHN dan telah mandiri. Kunjungan dilakukan 2 minggu sekali. Saat melakukan kunjungan rumah, kader melakukan penilaian terhadap kemampuan pasien gangguan jiwa dan keluarga dalam perawatan pasien (lihat buku panduan supervisi kader).

B. Tujuan

Melalui kunjungan rumah diperoleh informasi terkini tentang kemampuan pasien mengatasi masalahnya dan keterlibatan keluarga dalam perawatan pasien dirumah

C. Sasaran

Sasaran kunjungan rumah kader adalah pasien dan keluarga yang mempunyai masalah harga diri rendah, menyendiri, mendengar suara-suara (halusinasi), mengamuk dan kurang merawat diri (lihat buku panduan supervisi kader), yang telah mandiri.

D. Pelaksanaan kegiatan

- 1) Persiapan
 - a. Menyiapkan buku supervisi kader
 - b. Mempelajari isi buku
 - c. Melakukan perjanjian/kontrak dengan keluarga
- 2) Pelaksanaan
 - a. Memberikan salam terapeutik
 - b. Melakukan perjanjian/kontrak
 - c. Mengobservasi perilaku pasien dan melakukan wawancara dengan pasien dan keluarga tentang kemampuan pasien
 - d. Menyampaikan pujian terhadap kemampuan pasien dan keluarga,
 - e. Membuat perjanjian untuk kunjungan pada minggu berikutnya dengan tujuan tertentu
- 3) Pelaporan

Tuliskan hasil observasi bp/ibu pada buku pegangan kader sesuai dengan kasus pasiennya (lihat buku pegangan kader : supervisi kader)

IV. Rujukan Kasus

Saat melakukan tindakan yang akan dilakukan kader harus meminta persetujuan terlebih dahulu kepada klien/keluarga, salah satunya yaitu rujukan kasus, memberikan respon positif terhadap keluhan yang dialami masyarakat

A. Pengertian

Rujukan adalah mengirimkan pasien kepada perawat CMHN yang bertanggung jawab. Rujukan dilakukan jika saat supervisi/kunjungan rumah/deteksi keluarga kader menemukan:

- 1) Pasien mengalami kemunduran perilaku; berdasarkan penilaian terhadap perilaku pasien saat kunjungan rumah (lihat buku pegangan kader : supervisi pasien)
- 2) Pasien baru yang ditemukan

B. Tujuan

Melalui rujukan, pasien gangguan jiwa mendapatkan perawatan yang lebih baik lagi

C. Pelaksanaan kegiatan

- 1) Persiapan
 - a. Kader menyiapkan laporan kunjungan rumah/supervisi yang menunjukkan kemunduran perilaku pasien atau adanya masalah kesehatan baru
 - b. Kader mengisi format rujukan kasus
- 2) Pelaksanaan
 - a. Kader menyampaikan laporan hasil kunjungan rumah pada perawat CMHN
 - b. Kader memberikan surat rujukan pada perawat CMHN
- 3) Pelaporan
Tuliskan hasil observasi bp/ibu pada buku pegangan kader sesuai dengan kasus pasiennya (lihat buku pegangan kader : supervisi kader)

V. Pendokumentasian

A. Pengertian

Pendokumentasian adalah menuliskan seluruh tindakan yang dilakukan kader (deteksi, penggerakkan, kunjungan rumah dan rujukan kasus) dengan menggunakan panduan pelaporan yang tersedia (buku pegangan kader kesehatan jiwa).

B. Tujuan

Melalui pendokumentasian yang dilakukan kader, diharapkan perkembangan kondisi kesehatan pasien dan keluarga serta seluruh kegiatan yang telah dilakukan di desa siaga sehat jiwa tercatat dengan baik

- 1) Bentuk dokumentasi
Bentuk dokumentasi laporan kader adalah :
 - a. Buku pegangan kader : deteksi keluarga
 - b. Buku pegangan kader : penyuluhan kesehatan jiwa
 - c. Buku pegangan kader : supervisi pasien gangguan jiwa
 - d. Surat rujukan

KEGIATAN BELAJAR 2

Topik

Caring dan Spiritual

Tujuan

Setelah mengikuti kegiatan belajar ini, peserta diharapkan:

1. Mampu mengetahui dan memahami tentang caring dan spiritual
2. Mampu mengetahui dan memahami arti penting dari caring dan spiritual

Sasaran

Kader kesehatan di Desa Patihan Kecamatan Widang

Uraian Materi

I. Caring

A. Pengertian

Caring merupakan hubungan yang saling memelihara satu sama lain yang berlandaskan komitmen dan tanggung jawab.

Proses caring terdiri dari bagaimana kader mengerti kejadian yang berarti dari hidup seseorang/ masyarakat, hadir secara emosional, melakukan suatu hal kepada orang lain sama seperti melakukan terhadap diri sendiri dan memberi informasi kepada masyarakat

B. Komponen Caring

- 1) Mempertahankan keyakinan,
Mampu menolong orang lain dengan tulus, memberikan ketenangan kepada masyarakat, dan memiliki sikap yang positif
- 2) Pengetahuan
Memberikan informasi kepada masyarakat, melakukan setiap tindakan berdasarkan aturan
- 3) Kebersamaan
Hadir secara emosional dengan orang lain, mampu berbagi dengan orang lain secara tulus, dan membangun kepercayaan dengan orang lain.
- 4) Tindakan yang dilakukan
Tindakan seperti melakukan penyuluhan, kunjungan rumah dan mampu melakukan rujukan
- 5) Memungkinkan
Meminta persetujuan kepada klien/ keluarga/ kelompok/ masyarakat pada setiap tindakan yang akan dilakukan, memberikan respon yang positif terhadap keluhan masyarakat

II. Spiritual

A. Pengertian

Spiritual adalah sesuatu yang berhubungan dengan atau bersifat jiwa, semangat, kepedulian antar sesama manusia, makhluk lain, dan alam sekitar berdasarkan keyakinan akan adanya Tuhan Yang Maha Esa. Spiritual meliputi kesadaran suara hati dan keikhlasan, sebagai wujud aktualisasi hubungan dengan Tuhan. Spiritual juga disebut sebagai sesuatu yang dirasakan tentang diri sendiri dan hubungan dengan orang lain, dapat diwujudkan

dengan sikap mengasihi orang lain, baik, ramah, menghormati dan menghargai setiap orang untuk membuat perasaan senang pada seseorang.

B. Karakteristik Spiritual

1) Hubungan dengan diri sendiri

Kekuatan yang ada dalam diri seseorang. Karakteristik spiritual terkait:

- a. Kepercayaan : Mempunyai kepercayaan berarti mempunyai komitmen terhadap sesuatu atau seseorang sehingga dapat memahami kehidupan manusia dengan wawasan yang lebih luas
- b. Harapan : Harapan sangat penting bagi individu untuk mempertahankan hidup, tanpa harapan banyak orang menjadi depresi dan lebih cenderung terkena penyakit
- c. Makna atau arti dalam hidup : Merasakan hidup sebagai suatu pengalaman yang positif seperti membicarakan tentang situasi yang nyata, membuat hidup lebih terarah, penuh harapan tentang masa depan, merasa mencintai dan dicintai oleh orang lain.

2) Hubungan dengan orang lain

- a. Lahir dari kebutuhan akan keadilan dan kebaikan, menghargai kelemahan dan kepekaan orang lain,
- b. Tindakan memaafkan. Dengan pengampunan, seorang individu dapat meningkatkan koping terhadap stres, cemas, depresi, meningkatkan perilaku sehat dan perasaan damai.
- c. Adanya cinta kasih dan dukungan sosial

3) Hubungan dengan alam

Menekankan pada keselarasan dalam mengetahui dan berkomunikasi dengan alam. Rekreasi merupakan kebutuhan spiritual seseorang dalam menumbuhkan keyakinan, rahmat, rasa terima kasih, harapan dan cinta kasih terhadap alam yang telah dianugerahkan oleh Tuhan

4) Hubungan dengan Tuhan

Hubungan manusia dengan Tuhan tampak pada sikap dan perilaku agamis atau tidak agamis

C. Dimensi Spiritual

1) Makna hidup

- a. Menolong dengan spontan
- b. Memegang teguh janji
- c. Memaafkan (diri dan orang lain)
- d. Berperilaku jujur
- e. Menjadi teladan bagi orang lain
- f. Mengutamakan keselarasan dan kebersamaan

2) Emosi positif (syukur)

- a. Senang terhadap kebahagiaan orang lain
- b. Menikmati dengan kesadaran bahwa segala sesuatu diciptakan atas tujuan tertentu/ mengambil hikmah
- c. Bersikap optimis akan pertolongan Tuhan
- d. Bisa berdamai dengan keadaan sesulit apapun
- e. Mampu mengendalikan diri
- f. Bahagia bila melakukan kebaikan

KEGIATAN BELAJAR 3

Topik

Membangun komitmen kader kesehatan

Tujuan

Setelah mengikuti pembelajaran ini, diharapkan terbentuk komitmen pada diri kader

Sasaran

Kader kesehatan di Desa Patihan Kecamatan Widang

Uraian materi

Membangun Komitmen Kader

- 1) Ada perasaan menjadi bagian dari kader
 - a. Menumbuhkan keinginan meneladani orang lain (Pasien/ keluarga)
 - b. Bersyukur, sabar dan ikhlas
- 2) Ada perasaan senang menjadi bagian dari kader
Kader mewariskan sesuatu yang bernilai tinggi bagi kehidupannya (ada perasaan menjadi kader adalah pekerjaan yang mulia)
- 3) Pentingnya rasa memiliki
 - a. Menumbuhkan rasa kasih sayang
 - b. Kader mau memahami klien/ keluarga
 - c. Kader mau berbagi perasaan dengan klien/ keluarga

DAFTAR PUSTAKA

- Potter dan Perry 2009, *Fundamental of Nursing*, Buku 1, Edisi: 7, Salemba Medika, Jakarta
- Swanson, K.M, 1991. *Emperical Development of A Middle Range Theory of Caring*, *Nursing Research* vol. 40, no. 3, diakses 11 November 2017 <http://ncbi.nlm.nih.gov>
- Swanson, K.M, 1993, *Nursing As Informed Caring for the Well-Being of Others*. *Journal of Nursing Scholarship*, vol 5, no. 4, diakses 11 November 2017 <http://www.mc.vanderbilt.edu>
- Swanson, K.M., & Wojnar, D. (2004). *Optimal Healing Environments in Nursing*. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 10, S43-S48. Google Scholar
- Yusuf, Ah, Nihayati Hanik Endang, Iswari Miranti Florencia, Okviasanti Fanni 2017, *Kebutuhan Spiritual: Konsep dan Aplikasi dalam Asuhan Keperawatan*, Mitra Wacana Media, Jakarta

Lampiran 13 Form Deteksi Dini Keluarga**DETEKSI DINI KELUARGA
KELURAHAN SIAGA SEHAT JIWA**

Nama Kepala Keluarga :
 Umur : tahun
 Jenis Kelamin :
 Status Perkawinan :
 Pendidikan :
 Pekerjaan :
 Alamat :

DATA KEADAAN KELUARGA

No	Nama	L/P	Umur	Pendidikan	Pekerjaan	Kondisi Kesehatan			
						Sehat	Risiko Masalah Psikososial/ Penyakit kronis	Gangguan Jiwa	Keterangan Pengobatan (Berobat di mana)
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

Lampiran 14 Sertifikat untuk Kader Kesehatan yang Mengikuti Pelatih

Lampiran 15 Dokumentasi Penelitian

Hari 1



Hari ke 2



Hari ke 3



Hari ke 4



