

**TESIS**  
**PERAN KADER KESEHATAN JIWA DALAM**  
**PROGRAM KESEHATAN JIWA KOMUNITAS**  
**DI MASYARAKAT**



Oleh :  
**SAHRIANA**  
**131614153109**

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

**PERAN KADER KESEHATAN JIWA DALAM PROGRAM KESEHATAN  
JIWA KOMUNITAS DI MASYARAKAT**

**TESIS**

Untuk Memperoleh Gelas Magister Keperawatan (M.Kep)  
dalam Program Studi Magister Keperawatan  
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

Oleh :

SAHRIANA

NIM. 131614153109

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

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,  
Semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk  
Telah saya nyatakan dengan benar

Nama : Sahriana

Nim : 131614153109

Tanda tangan :



Tanggal : 1 November/ 2018

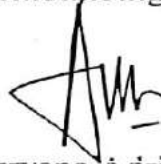
**LEMBAR PENGESAHAN TESIS**  
**PERAN KADER KESEHATAN JIWA DALAM PROGRAM**  
**KESEHATAN JIWA KOMUNITAS DI MASYARAKAT**

SAHRIANA  
131614153109

TESIS INI TELAH DISETUJUI  
PADA TANGGAL 1 NOVEMBER /2018

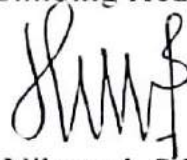
Oleh

Pembimbing Ketua



Prof. Dr. Merryana Adriani, SKM.,M.Kes  
NIP. 195905171994032001

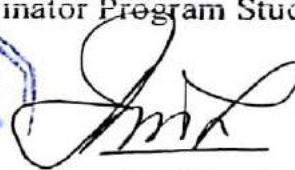
Pembimbing Kedua



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

Mengetahui,

Koordinator Program Studi



Dr. Tiptin Sukartini, SKp..M.Kes  
NIP. 197212172000032001

**LEMBAR PENETAPAN PANITIA PENGUJI TESIS**

Seminar tesis ini diajukan oleh :

Nama : Sahriana  
NIM : 131614153109  
Program Studi : Magister Keperawatan  
Judul : Peran kader kesehatan jiwa dalam program kesehatan jiwa komunitas di masyarakat

Tesis ini telah diuji dan dinilai  
Oleh panitia penguji pada  
Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga  
Pada tanggal 1 November/ 2018

Panitia penguji,

1. Ketua Penguji : Dr. Shrimarti Rukmini Devy, Dra.M.Kes (.....)  
NIP. 196602152002122002
2. Anggota : Prof. Dr. Merryana Adriani, SKM.,M.Kes (.....)  
NIP. 195905171994032001
3. Anggota : Dr. Hanik Endang Nihayati, S.Kep.,Ns.,M.Kep (.....)  
NIP. 197606162014092006
4. Anggota : Dr. Rizki Fitriyasari P.K, S.Kep.,Ns.,M.Kep (.....)  
NIP. 198002222006042001
5. Anggota : Dinarwiyata, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.J (.....)  
NIP. 197401142002121002



Mengetahui,  
Koordinator Program Studi

**Dr. Tintin Sukartini, SKp.,M.Kes**  
NIP. 197212172000032001

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah Yang Maha Esa atas rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Tesis dengan judul “Pengalaman kader kesehatan jiwa dalam meningkatkan derajat kesehatan jiwa komunitas di masyarakat”. berkenan dengan ini, penyusun mengucapkan terimah kasih yang sebesar – besarnya kepada :

1. Prof. Dr. Moh. Nasih, SE., MT., Ak., CMA., selaku Rektor Universitas Airlangga Surabaya beserta pawa Wakil Rektor Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada saya untuk menempuh pendidikan Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya
2. Prof. Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons), selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga; Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes selaku Wakil Dekan I; Eka Misbahatul M. Has, S.Kep.,Ns., M.Kep selaku Wakil Dekan II Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga; Dr. Ah Yusuf, S.Kp., M.Kes selaku Wakil Dekan III Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga beserta seluruh staf yang telah memberikan kesempatan, fasilitas dan kelancaran kepada penulis dalam menempuh pendidikan Program Magister Keperawatan di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.
3. Dr. Tintin Sukartini, S.Kp., M.Kes, selaku Koordinator Prodi Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan fasilitas dan motivasi dalam penyelesaian tesis ini.
4. Prof. Dr. Merryana Adriani, SKM., M.Kes selaku Pembimbing Ketua yang telah memberikan bimbingan dan arahan dalam penyusunan tesis ini.
5. Dr. Hanik Endang Nihayati, S.Kep.,Ns., M.Kep, selaku Pembimbing kedua yang telah memberikan bimbingan dan arahan dalam penyusunan tesis ini.
6. Dr. Rizki Fitryasari P.K, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku penguji yang sabar dalam memberikan masukan dan arahan sehingga hasil penelitian ini dapat diselesaikan.

7. Dr. Shrimarti Rukmini Devy, Dra., M.Kes selaku penguji yang telah memberikan masukan dan saran sehingga tesis ini dapat terselesaikan.
8. Dinarwiyata, S.Kep.,Ns., M.Kep., Sp.Kep.J selaku penguji yang telah memberikan masukan dan arahan sehingga tesis ini dapat diselesaikan.
9. Kepala Dinas Kesehatan Kota Surabaya yang telah memberikan izin, fasilitas dan bantuan dalam penelitian ini.
10. Kepala UPTD Puskesmas Wonokromo yang telah telah memberikan izin, fasilitas dan bantuan dalam penelitian ini.
11. Petugas Pegelola Program Kesehatan Jiwa yang telah telah memberikan izin, fasilitas dan bantuan dalam penelitian ini.
12. Partisipan yang telah bersedia memberikan waktu dan pasrtisipasinya selama pengambilan data dalam penelitian ini.
13. Ketua Stikes Yahya Bima, Ibu Wahidah, S.Pd.,SKM.,M.Kes atas segala dukungan baik moril maupun materiil yang telah diberikan kepada penulis selama menempuh studi di Universitas Airlangga.
14. Ayahanda Syarkawi, S.Pd.,MH dan Ibunda ST. Nursiah, S.Pd yang tak henti – hentinya memberikan motivasi dan doa kepada peneliti dalam proses penyusunan tesis ini.
15. Segenap dosen Program Studi Magister Keperawatan Jiwa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang bersedia memberikan ilmu yang sangat bermanfaat, sabar dan penuh kasih sayang sehingga penulis dapat menyelesaikan pendidikan Magister Keperawatan.
16. Suami tercinta Ns. Zulkarnain, S.Kep.,M.Kep yang selalu setia mendengarkan keluhan dan memberikan motivasi bagi peneliti.
17. Bapak Fatikhul Arifin dan Bapak Drs. Hendy yang telah membantu dengan sabar sehingga tesis ini dapat diselesaikan.
18. Bapak ibu staff pengajar dan karyawan program Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah banyak memberikan ilmu dalam meningkatkan pengetahuan di bidang keperawatan.

19. Saudara-saudaraku yang senantiasa memberikan motivasi dalam menyelesaikan tesis ini.
20. Teman rasa saudara Nurarifah yang selalu menjadi pendengar dan memberikan motivasi dalam penyusunan tesis ini.
21. Teman – teman Magister Angkatan IX Universitas Airlangga khususnya peminatan Jiwa yang selalu mendukung dalam penyelesaian tesis ini.

Penulis menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari kata sempurna, maka saran dan kritik yang membangun penulis harapkan demi kesempurnaan tesis ini. Semoga tesis ini dapat memberikan manfaat yang sebaik – baiknya.

Surabaya, 1 November 2018

Sahriana



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

Sebagai civitas akademika Universitas Airlangga, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Sahriana  
NIM : 131614153109  
Program Studi : Magister Keperawatan  
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 yang berjudul

**PERAN KADER KESEHATAN JIWA DALAM PROGRAM KESEHATAN  
JIWA KOMUNITAS DI MASYARAKAT**

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non Eksklusif ini Universitas Airlangga berhak menyimpan, mengalih media/ formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Di buat di : Surabaya

Pada tanggal : 1 November/ 2018

Yang menyatakan



Sahriana

**RINGKASAN**  
**PERAN KADER KESEHATAN JIWA DALAM PROGRAM KESEHATAN**  
**JIWA KOMUNITAS DI MASYARAKAT**

Oleh : Sahriana

Kader kesehatan jiwa merupakan perpanjangan tangan dari puskesmas memiliki peranan penting dalam program kesehatan jiwa komunitas di karenakan mampu untuk menjangkau masyarakat, lebih dekat dengan masyarakat hal ini dikarenakan kader adalah bagian dari masyarakat. Orang dengan gangguan jiwa cenderung untuk di jauhi oleh orang disekitarnya menyebabkan pasien cenderung untuk menutup diri. Pendekatan dengan menggunakan sikap empati membuat kader dapat menjalin komunikasi dan interaksi yang lebih produktif dengan pasien dan keluarganya. Kader bersikap ramah dan terbuka yang menimbulkan hubungan akrab, menerima dan memandang kondisi orang dengan gangguan jiwa apa adanya. Sikap ini menjadi aspek dukungan emosional bagi pasien dan keluarganya.

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi bertujuan untuk mengeksplorasi peran kader kesehatan jiwa dalam program kesehatan jiwa komunitas di masyarakat. Pengambilan data dengan melakukan wawancara dan observasi kegiatan kader kesehatan jiwa. Data dikumpulkan dengan menggunakan pendekatan uji analisis Colaizzi. Hasil penelitian yang dilakukan pada 18 partisipan didapatkan faktor yang mempengaruhi peran kader kesehatan jiwa meliputi faktor pendukung meliputi pengetahuan, motivasi dan harapan; faktor penguat dukungan sosial; dan faktor pemungkin, ketersediaan pelayanan kesehatan, aksesibilitas pelayanan, peraturan dan komitmen.

Teori *proced – proceed* L. Green terdapat faktor yang mempengaruhi perilaku yakni faktor pendukung, faktor penguat dan faktor pemungkin. Faktor pendukung meliputi pengetahuan, motivasi diri dan harapan. Pengetahuan didapatkan dari proses belajar, dalam hal ini mengikuti pelatihan dasar kesehatan jiwa. Pelatihan memberikan informasi kepada kader tentang masalah kesehatan jiwa, penyebab, tanda dan gejala serta peran kader kesehatan jiwa. Pelatihan yang diberikan kepada kader kesehatan jiwa menjadi dasar bagi kader dalam melaksanakan peran, kader memperlihatkan peningkatan keterampilan setelah diberikan pelatihan (Sutarjo et, al.,2016). Faktor penguat berupa dukungan sosial dalam hal ini kader kesehatan jiwa mendapatkan dukungan dari keluarga. Faktor pemungkin meliputi ketersediaan layanan, aksesibilitas pelayanan serta komitmen dan aturan. Kegiatan posyandu jiwa merupakan kegiatan yang disediakan untuk memberikan pelayanan kepada pasien dan keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Keaktifan kader kesehatan jiwa dalam melakukan sosialisasi dan, mengajak pasien beserta keluarga untuk ikut posyandu berpengaruh terhadap suksesnya kegiatan posyandu jiwa (Denny, 2012).

Peran kader kesehatan jiwa dalam program pencegahan primer yakni melakukan identifikasi primer berupa pendataan, pemberian pendidikan kesehatan dan memberikan motivasi. Peran kader kesehatan jiwa dalam program pencegahan sekunder yakni deteksi dini dan sosialisasi. Peran kader kesehatan jiwa dalam program pencegahan tersier yakni memberikan motivasi dan mengingatkan kepada pasien untuk rutin minum obat, selain itu kader menyampaikan kepada keluarga untuk memantau pasien minum obat.

Implikasi terhadap keperawatan ditemukan bahwa kerjasama antara kader, keluarga, masyarakat dan pelayanan kesehatan di perlukan untuk mengatasi masalah kesehatan jiwa di komunitas. Temuan ini dapat menjadi dasar informasi yang dapat digunakan sebagai rujukan untuk mengembangkan program kesehatan jiwa komunitas.

**EXECUTIVE SUMMARY**  
**THE ROLE OF MENTAL HEALTH CADRES IN THE COMMUNITY'S**  
**MENTAL HEALTH PROGRAMS**

**By: Sahriana**

Mental health cadres are an extension of the health center having an important role in community mental health programs because they are able to reach out to the community, closer to the community because cadres are part of the community. People with mental disorders tend to be shunned by people around them causing patients to tend to close themselves. The approach to using empathy makes the cadres able to establish communication and interaction that is more productive with patients and their families. Cadres are friendly and open, which creates close relationships, accepts and views the condition of people with mental disorders as they are. This attitude is an aspect of emotional support for patients and their families.

This research is a qualitative research with a phenomenology approach with purpose to explore the role of mental health cadres in community mental health programs in the community. Retrieving data by conducting interviews and observing mental health cadres activities. Data were collected using the Colaizzi analysis test approach. The results of research conducted on 18 participants found that the factors that influence the role of mental health cadres include supporting factors including knowledge, motivation and expectations; strengthening factors of social support; and enabling factors, availability of health services, accessibility of services, regulations, and commitment.

Theory of procedure - Green L. there are factors that influence behavior, namely supporting factors, reinforcing factors and enabling factors. Supporting factors include knowledge and expectations. Knowledge is obtained from the learning process, in this case following basic mental health training. Training provides information to cadres about mental health problems, causes, signs, and symptoms and the role of mental health cadres. The training given to mental health cadres became the basis for cadres in carrying out their roles, cadres showed improvement in skills after being given training (Sutarjo et, al., 2016). Strengthening factors in the form of social support, in this case, mental health cadres get support from the family. Enabling factors include the availability of services, service accessibility, and commitment and rules. The integrated mental health services activity is an activity provided to provide services to patients and families who experience mental disorders. The activeness of mental health cadres in conducting socialization and, inviting patients and their families to join in integrated mental health services influences the success of mental health post activities (Denny, 2012).

The role of mental health cadres in primary prevention programs is to conduct primary identification in the form of data collection, providing health education and providing motivation. The role of mental health cadres in secondary prevention programs is early detection and socialization. The role of mental health cadres in tertiary

prevention programs is to provide motivation and remind patients to routinely take medication, in addition, cadres convey to families to monitor patients taking medication.

The implications for nursing are found that cooperation between cadres, families, communities and health services is needed to overcome mental health problems in the community. This finding can be a basis for information that can be used as a reference for developing community mental health programs.

**ABSTRAK**

**PERAN KADER KESEHATAN JIWA DALAM PROGRAM KESEHATAN  
JIWA KOMUNITAS DI MASYARAKAT**

**Oleh : Sahriana**

Kader berperan terhadap peningkatan derajat kesehatan masyarakat baik secara fisik maupun secara mental. Penanganan dini di masyarakat yang dilakukan oleh kader dapat mencegah peningkatan masalah gangguan jiwa di masyarakat. Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi peran kader kesehatan jiwa dalam program kesehatan jiwa komunitas di masyarakat. Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif. Delapan belas partisipan dilakukan wawancara dan diobservasi saat melakukan kegiatan. Wawancara dilakukan berdasarkan pedoman wawancara yang telah disusun dan dilakukan perekaman saat wawancara. Data dianalisis dengan menggunakan metode analisis Colaizzi. Hasil penelitian yang dilakukan pada 18 partisipan didapatkan faktor yang mempengaruhi peran kader kesehatan jiwa meliputi faktor pendukung meliputi pengetahuan, motivasi dan harapan; faktor penguat dukungan sosial; dan faktor pemungkin, ketersediaan pelayanan kesehatan, aksesibilitas pelayanan, peraturan dan komitmen. Peran kader kesehatan jiwa dalam program pencegahan primer yaitu melakukan identifikasi kelompok resiko, memberikan pendidikan dan memberikan motivasi. Peran kader kesehatan jiwa dalam program pencegahan sekunder meliputi deteksi dini dan sosialisasi. Peran kader kesehatan jiwa dalam program pencegahan tersier meliputi memotivasi untuk rutin berobat dan rutin kontrol. Kader kesehatan jiwa berperan dalam mengidentifikasi kelompok resiko melalui pendataan, melakukan deteksi dini, memberikan pendidikan kesehatan, memotivasi pasien dan keluarga serta melakukan sosialisasi program kepada masyarakat.

Kata kunci : Kader kesehatan jiwa, Program kesehatan jiwa komunitas, Kualitatif

**ABSTRACT**

**THE ROLE OF MENTAL HEALTH CADRES IN THE COMMUNITY'S  
MENTAL HEALTH PROGRAMS**

**By: Sahriana**

Cadres play a role in improving the level of public health both physically and mentally. Early treatment in the community by cadres can prevent an increase in mental disorders in the community. This study aims to explore the role of mental health cadres in community mental health programs in the community. This study is used as a qualitative approach. Eighteen participants were interviewed and observed during the activity. Interviews were conducted based on interview guidelines that had been compiled and recorded during interviews. Data were analyzed using the Colaizzi analysis method. The results of research conducted on 18 participants found that factors that influence the role of mental health cadres include supporting factors including knowledge, motivation and expectations; strengthening factors of social support; and enabling factors, availability of health services, accessibility of services, regulations, and commitment. The role of mental health cadres in primary prevention programs is to identify risk groups, provide education and provide motivation. The role of mental health cadres in secondary prevention programs includes early detection and socialization. The role of mental health cadres in tertiary prevention programs includes motivating routine medical care and routine control. Mental health cadres play a role in identifying risk groups through data collection, conducting early detection, providing health education, motivating patients and families and conducting socialization program to the community.

Keywords: Mental Health Cadres, Community Mental Health Program, Qualitative

## DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul .....	i
Prasyarat Gelar .....	ii
Pernyataan Orisinalitas .....	iii
Lembar Pengesahan .....	iv
Lembar Penetapan Panitia Ujian hasil .....	v
Kata Pengantar .....	vi
Pernyataan Persetujuan Publikasi .....	ix
Ringkasan .....	x
Executive Summary .....	xii
Abstrak .....	xiv
Abstract .....	xv
Daftar isi.....	xvi
Daftar gambar .....	xviii
Daftar tabel .....	xix
Daftar lampiran .....	xx
Daftar lambang, singkatan dan istilah.....	xxi
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
1.1. Latar Belakang .....	1
1.2. Rumusan Masalah .....	4
1.3. Tujuan .....	4
1.3.1 Tujuan umum .....	4
1.3.2 Tujuan khusus .....	5
1.4. Manfaat .....	5
1.4.1 Pelayanan keperawatan .....	5
1.4.2 Masyarakat .....	5
1.4.3 Ilmu keperawatan .....	6
1.4.4 Metodologi penelitian .....	6
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	<b>7</b>
2.1. Tinjauan teori gangguan jiwa .....	7
2.2. Tinjauan teori model pencegahan psikiatrik Caplan .....	15
2.3. Tinjauan teori derajat kesehatan jiwa.....	18
2.4. Tinjauan teori <i>Community Mental Health Nursing</i> (CMHN).....	21
2.5. Tinjauan teori kader kesehatan jiwa.....	27
2.6. Tinjauan teori PROCED PRECEED.....	34
2.7. Keaslian penelitian .....	40
2.8. Kerangka pikir .....	44
<b>BAB 3 METODE PENELITIAN</b> .....	<b>45</b>
3.1 Desain penelitian .....	45



3.2 <i>Sicial situation</i> , partisipan dan sampling .....	46
3.3 Instrumen penelitian .....	46
3.4 Lokasi dan waktu penelitian .....	50
3.5 Pegumpulan data .....	50
3.6 Kerangka kerja .....	51
3.7 Analisis data .....	52
3.8 Etika penelitian .....	53
<b>BAB 4 HASIL PENELITIAN .....</b>	<b>56</b>
4.1 Gambaran lokasi penelitian .....	56
4.2 Karakteristik demografi partisipan .....	61
4.3 Tema .....	63
4.3.1 Faktor yang mempengaruhi peran kader .....	63
4.3.2 Peran kader kesehatan jiwa .....	75
<b>BAB 5 PEMBAHASAN .....</b>	<b>97</b>
5.1. Interpretasi hasil penelitian .....	97
5.1.1 Faktor yang mempengaruhi peran kader kesehatan jiwa .....	97
5.1.2 Peran kader kesehatan jiwa .....	104
5.2. Temuan penelitian .....	117
5.3. Keterbatasan penelitian .....	119
<b>BAB 6 PENUTUP .....</b>	<b>120</b>
6.1 Kesimpulan .....	121
6.2 Saran .....	122
Daftar Pustaka .....	123
Daftar Gambar .....	xviii
Daftar Tabel .....	xix
Daftar Singkatan .....	xx

## DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Gambar <i>Procede – Preceed Model</i> .....	30
Gambar 2.2 Kerangka pikir .....	40
Gambar 3.1 Kerangka kerja .....	51
Gambar 4.1 Letak geografis kelurahan Wonokromo .....	49
Gambar 4.2 Faktor pendukung peran kader kesehatan jiwa .....	69
Gambar 4.3 Faktor penguat peran kader kesehatan jiwa .....	71
Gambar 4.4 Faktor pemungkin peran kader kesehatan jiwa .....	75
Gambar 4.5 Peran kader dalam program pencegahan primer .....	85
Gambar 4.6 Peran kader dalam program pencegahan sekunder .....	94
Gambar 4.7 Peran kader dalam program pencegahan tersier .....	96

**DAFTAR TABEL**

	Halaman
Tabel 2.1 Keaslian Penelitian .....	40
Tabel 3.4 Alokasi waktu penelitian .....	50
Tabel 4.1 Jumlah penduduk menurut usia.....	57
Tabel 4.2 Tingkat pekerjaan masyarakat .....	58
Tabel 4.3 Sarana dan prasarana .....	61
Tabel 4.4 Distribusi frekuensi partisipan berdasarkan usia.....	62
Tabel 4.5 Distribusi frekuensi partisipan berdasarkan tingkat pendidikan .....	62
Tabel 4.6 Distribusi frekuensi partisipan berdasarkan pekerjaan .....	62
Tabel 4.7 Tema .....	63

**DAFTAR LAMPIRAN**

	Halaman
Lampiran 1 .....	126
Lampiran 2 .....	128
Lampiran 3 .....	129
Lampiran 4 .....	130
Lampiran 5 .....	131
Lampiran 6 .....	132
Lampiran 7 .....	133
Lampiran 8 .....	134
Lampiran 9 .....	135
Lampiran 10 .....	136
Lampiran 11 .....	141

## DAFTAR ISTILAH DAN SINGKATAN

WHO	: <i>World Health Organization</i>
UKBM	: Unit Kegiatan Berbasis Masyarakat
Riskesdas	: Riset Kesehatan Dasar
Keswa	: Kesehatan Jiwa
Karsewa	: Kader Kesehatan Jiwa
<i>Predisposing Factor</i>	: Faktor Predisposisi
<i>Enabling factors</i>	: Faktor Pemungkin
<i>Reinforcing factors</i>	: Faktor Penguat
<i>Figh or flight</i>	: Bertarung atau Lari
Permenkes	: Peraturan Kementrian Kesehatan
CMHN	: <i>Community Mental Health Nurse</i>
PKK	: Perkumpulan Kesejahteraan Keluarga
ODGJ	: Orang Dengan Gangguan Jiwa

## **BAB 1**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1.Latar Belakang**

Pemberdayaan masyarakat melalui pembentukan kader kesehatan jiwa bertujuan untuk membantu menangani masalah kesehatan jiwa yang ada di masyarakat mulai dilaksanakan, namun pada pelaksanaannya masih belum maksimal karena masih tahap awal pelaksanaan. Pengalaman kader dalam menangani masalah kesehatan jiwa di komunitas masih kurang, selain itu kader masih belum fokus dalam melaksanakan tugas dan perannya dalam menangani masalah kesehatan jiwa yang mana kader masih dilibatkan dalam program kesehatan lainnya yang mengakibatkan upaya untuk menangani masalah kesehatan jiwa di komunitas menjadi tidak maksimal hingga pada akhirnya peningkatan derajat kesehatan jiwa di komunitas tidak terealisasikan.

Penanganan kesehatan jiwa tidak hanya berfokus pada upaya proses penyembuhan saja, melainkan membutuhkan pendidikan kepada keluarga dan kepada penderita gangguan jiwa itu sendiri, oleh karena itu sangat dibutuhkan kader kesehatan jiwa. Pendidikan kesehatan adalah sebagai proses membantu individu untuk menegaskan pengontrolan dari faktor yang mempengaruhi kehidupan mereka. Proses tersebut meliputi rasa tanggung jawab individu terhadap kesehatan maupun tanggung jawab secara meluas seperti kelembagaan, organisasi atau masyarakat untuk mengajak bertanggung jawab terhadap kesehatan diri mereka sendiri (Gibson, 2011).

Peran kader dalam program kesehatan jiwa adalah berfungsi untuk membantu tenaga kesehatan dalam pengelolaan program desa siaga melalui kegiatan UKBM (Upaya Berbasis Masyarakat), membantu memantau kegiatan dan evaluasi desa siaga, membantu mengembangkan dan mengelola UKBM serta hal yang terkait, membantu mengidentifikasi dan melaporkan kejadian di masyarakat yang dapat berdampak pada masyarakat, membantu dalam memberikan pemecahan masalah kesehatan yang sederhana kepada masyarakat. Kader memiliki peran yang sangat besar terhadap peningkatan derajat kesehatan masyarakat, baik kesehatan fisik maupun kesehatan mental. Tugas terpenting kader kesehatan jiwa adalah mempertahankan yang sehat jiwa tetap sehat, yang resiko menjadi sehat dan yang gangguan menjadi sembuh atau produktif. Maka dari itu pemberdayaan kader kesehatan jiwa dapat memungkinkan mencapai seluruh masyarakat (Astuti R., Amin K, 2009).

Data WHO (2016) terdapat sekitar 35 juta orang terkena depresi, 60 juta orang terkena bipolar, 21 juta terkena skizofrenia, serta 47,5 juta terkena dimensia. Faktor biologis, psikologis dan sosial dengan keanekaragaman penduduk di Indonesia menyebabkan jumlah gangguan jiwa terus bertambah yang berdampak pada penambahan beban negara dan penurunan produktifitas manusia untuk jangka panjang. Prevalensi gangguan mental emosional yang ditunjukkan dengan gejala-gejala depresi dan kecemasan untuk usia 15 tahun ke atas mencapai sekitar 14 juta orang atau 6% dari jumlah penduduk Indonesia. Hal ini berarti terdapat lebih dari 1 juta jiwa di Indonesia yang menderita gangguan jiwa ringan, sedangkan prevalensi gangguan jiwa berat, seperti skizofrenia mencapai sekitar 400.000 orang atau

sebanyak 1,7 per 1.000 penduduk (Risikesdas, 2013). Gangguan jiwa berat pada provinsi Jawa Timur menunjukkan angka 2,2 % dari jumlah penduduk sebanyak 38.005.413 jiwa atau sebanyak 83.612 jiwa mengalami gangguan jiwa berat. Sedangkan untuk gangguan mental emosional, provinsi Jawa Timur menunjukkan angka yang cukup tinggi yakni sebanyak 6,5% (Risikesdas, 2013). Kasus gangguan jiwa di wilayah kerja Puskesmas Wonokromo sebanyak 99 kasus dari 42.620 penduduk (Puskesmas Wonokromo, 2018)

Survey awal pada bulan Maret, 2018 didapatkan data bahwa kader kesehatan jiwa di wilayah kota Surabaya masih sangat terbatas, dari 10 puskesmas yang dilakukan survey didapatkan data 5 puskesmas memiliki kader kesehatan jiwa yakni Puskesmas Mojo sebanyak 2 orang kader kesehatan jiwa, Puskesmas Sawahan sebanyak 3 orang, Puskesmas Pacar Keling sebanyak 4 orang, Puskesmas Wonokromo sebanyak 23 orang, Puskesmas Banyu Urip 1 orang, dan 5 Puskesmas yang tidak memiliki kader kesehatan jiwa yakni Puskesmas Keputih, Puskesmas Simolawang, Puskesmas Lidah Kulon, Puskesmas Simomulyo serta Puskesmas Tembok dukuh.

Tingginya masalah kesehatan jiwa memerlukan partisipasi aktif dari berbagai pihak termasuk kader kesehatan jiwa. Upaya penanganan masalah kesehatan jiwa yang dilakukan meliputi pencegahan primer, sekunder dan tersier. Pencegahan primer, kader keswa melakukan identifikasi kelompok resiko, memberikan informasi tentang masalah kesehatan jiwa pada masyarakat, memberikan dukungan sosial dan emosional untuk klien atau keluarga yang berada dalam situasi stress. Pencegahan sekunder, kader kesehatan jiwa terlibat dalam melakukan deteksi dini selain itu kader



memotivasi keluarga atau masyarakat untuk terlibat dalam program kesehatan jiwa. Pencegahan tersier, kader kesehatan jiwa dapat membantu klien dalam proses rehabilitasi serta memotivasi klien untuk melakukan kontrol dan mendapatkan terapi (Neeraja, 2009; Nursalam, 2014).

Kader kesehatan dalam melaksanakan perannya di pengaruhi oleh berbagai faktor. Faktor yang mempengaruhi kader dalam pelaksanaan peranya meliputi sikap, motivasi, pengetahuan dan masa kerja (Ratih, dkk ; 2012) hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Zulkarnain (2012) dimana pengetahuan dan sikap mempengaruhi peran kader. Hasil wawancara didapatkan informasi bahwa kader saat melakukan tugas dan perannya dimasyarakat kerap kali mendapatkan penolakan dari keluarga klien, selain itu minimnya pengalaman yang dimiliki kader menjadi hambatan saat melakukan pelaksanaan peran dan tugasnya. Melihat dari hal tersebut, maka peneliti bermaksud untuk mengeksplorasi peran kader kesehatan jiwa dalam program kesehatan jiwa komunitas di masyarakat.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Penelitian ini bermaksud untuk mengeksplorasi peran kader kesehatan jiwa dalam program kesehatan jiwa komunitas di masyarakat

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Untuk menguraikan peran kader kesehatan jiwa dalam program kesehatan jiwa komunitas di masyarakat

### 1.3.2 Tujuan Khusus

1. Diuraikannya faktor yang mempengaruhi peran kader kesehatan jiwa
2. Diuraikannya peran kader kesehatan jiwa dalam program pencegahan primer kesehatan jiwa komunitas di masyarakat.
3. Diuraikannya peran kader kesehatan jiwa dalam program pencegahan sekunder kesehatan jiwa komunitas di masyarakat.
4. Diuraikannya peran kader kesehatan jiwa dalam program pencegahan tersier kesehatan jiwa komunitas di masyarakat

## 1.4 Manfaat

Penelitian ini diharapkan bermanfaat bagi semua pihak dalam pengembangan pelayanan keperawatan jiwa baik ditingkat pemerintahan maupun masyarakat. manfaat penelitian meliputi :

### 1.4.1 Bagi Pelayanan Keperawatan

Dapat menjadi data awal tentang permasalahan kesehatan jiwa sehingga dapat merumuskan model asuhan keperawatan jiwa yang tepat pada wilayah komunitas.

### 1.4.2 Bagi Masyarakat

Dapat menjadi bahan masukan dalam penanganan masalah kesehatan jiwa di masyarakat

#### 1.4.3 Bagi Ilmu Keperawatan

Diharapkan dapat menjadi sumber data dasar untuk mengembangkan konsep maupun teori keperawatan jiwa di rumah sakit jiwa maupun dikomunitas dalam upaya pendekatan lebih mendalam dalam peningkatan kemampuan kader kesehatan jiwa.

#### 1.4.4 Bagi Metodologi Penelitian

Diharapkan menjadi salah satu bahan rujukan bagi peneliti selanjutnya terkait dengan pengembangan kemampuan kader kesehatan jiwa di masyarakat.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Tinjauan Teoritis Gangguan Jiwa**

Gangguan jiwa merupakan pola perilaku atau psikologis yang ditunjukkan oleh individu yang menyebabkan distress, disfungsi dan penurunan kualitas hidup. Hal ini mencerminkan disfungsi psikologis dan bukan sebagai akibat dari penyimpangan sosial atau konflik dengan masyarakat. Tingkat derajat atau keparahan dan persistensi beberapa gangguan jiwa menyebabkan ketegangan dan mempengaruhi individu, keluarga, komunitas dan sistem pelayanan kesehatan yang lebih luas. Terdapat peningkatan resiko kematian prematur mulai dari yang bersifat alamiah hingga tidak alamiah pada orang yang mengalami gangguan jiwa (Drus dan Boneman, 2010; Stuart, 2016). Gejala yang paling menonjol pada gangguan jiwa adalah unsur psikis, tetapi yang sakit dan menderita tetap sebagai manusia yang utuh (Ah. Yusuf, et.al., 2014).

*Global Burden Disease* (1996) meneliti tentang dampak dari 107 penyakit didunia, dari 15 penyebab spesifik dari ketidakmampuan di negara maju, terdapat lima masalah kesehatan jiwa yakni gangguan depresi mayor, penggunaan alkohol, skizofrenia, cedera karena diri sendiri dan gangguan bipolar (Murray dan Lopez, 1996; Stuart, 2016). Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesda) tahun 2013 mengklasifikasikan gangguan jiwa menjadi dua bagian, yaitu gangguan jiwa berat/ kelompok psikosa dan gangguan jiwa ringan meliputi semua gangguan mental emosional (kecemasan, panik, gangguan alam perasaan dsb).

Faktor penyebab gangguan jiwa meliputi faktor predisposisi dan faktor presipitasi. Faktor predisposisi merupakan faktor resiko dan protektif yang mempengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat digunakan seseorang untuk mengatasi stres. Faktor predisposisi terdiri dari aspek biologis, psikologis dan sosial budaya. Faktor presipitasi mengarah kepada stimulus yang menantang, mengancam atau menuntut individu. Mereka membutuhkan energi tambahan dan mengakibatkan suatu ketegangan dan stres. Stimulus ini bisa berasal dari lingkungan internal atau lingkungan eksternal. Penting untuk mengkaji stressor, yang mencakup kejadian stressor, lama terpapar dengan stressor dan seberapa sering terjadi. Selain itu, jumlah stressor yang dialami individu dalam masa tertentu karena kejadian yang menimbulkan stres mungkin lebih sulit diatasi apabila terjadi beberapa kali dalam waktu yang berdekatan (Stuart, 2016)

Penilaian terhadap stressor melibatkan penetapan makna dan pemahaman tentang dampak dari suatu situasi yang menimbulkan stres pada individu. Hal ini termasuk respon kognitif, afektif, fisiologis, perilaku dan sosial. Penilaian merupakan evaluasi tentang kemaknaan suatu peristiwa terkait dengan kesejahteraan seseorang. Stressor mengandung arti, intensitas dan interpretasi yang unik serta bermakna yang diberikan oleh seseorang yang beresiko sakit. Respon terhadap stressor terbagi menjadi:

1. Respon kognitif

Respon kognitif merupakan bagian penting karena memainkan peran sentral dalam adaptasi. Ketika terjadi stres, kognitif berperan dalam menentukan pilihan coping yang digunakan, reaksi emosional, fisiologis, perilaku dan sosial.

Penilaian kognitif memediasi secara fisiologis antara manusia dan lingkungan pada tiap saat menghadapi stres. Kondisi ini berarti bahwa kerusakan atau potensi kerusakan dari suatu situasi ditentukan berdasarkan pemahaman seseorang tentang situasi yang dapat membahayakan serta ketersediaan sumber yang dimiliki seseorang untuk menetralkan atau mentoleransi bahaya. Tiga jenis kognitif terhadap stres adalah sebagai berikut:

- a. Bahaya/ kehilangan yang sudah terjadi
- b. Ancaman tentang antisipasi bahaya atau bahaya yang akan terjadi
- c. Tantangan yang lebih berfokus pada potensi pertumbuhan atau penguasaan daripada resiko yang mungkin terjadi.

## 2. Respon afektif

Respon afektif merupakan suatu perasaan yang muncul pada penilaian stressor, respon afektif yang utama adalah reaksi gembira, sedih, takut, marah, menerima, tidak percaya, antisipasi atau takjub. Emosi diuraikan menurut jenis, lama dan intensitas karakteristik yang berubah setiap saat dan sebagai dampak dari kejadian. Sebagai contoh, apabila emosi berlangsung dalam waktu yang lama dapat dipandang sebagai sikap. Penghayatan, optimis dan sikap positif dalam menghadapi peristiwa kehidupan dapat mengarahkan pada perasaan sejahtera yang lebih besar dan bahkan mungkin kehidupan yang lebih panjang (Lazarus, 1991; Stuart, 2016).

## 3. Respon fisiologis

Respon ini merefleksikan interaksi dari beberapa akses neuroendokrin yang melibatkan pertumbuhan hormon, prolactin, hormon adrenokortikotropik

(ACTH), hormon luteinizing, hormon stimulasi folikel, hormon stimulasi tiroid, vasopresin, oksitosin, insulin, epinefrin, norepinefrin dan berbagai neurotransmitter lain di otak. Respon fisiologis *fight or flight* menstimulasi divisi simpatetik sistem saraf otonom dan meningkatkan aktifitas aksis pituitari – adrenal. Sebagai tambahan, telah dibuktikan bahwa stres mempengaruhi sistem kekebalan tubuh, sehingga mempengaruhi kemampuan seseorang untuk melawan penyakit.

#### 4. Respon perilaku

Respon perilaku sebagai hasil respon fisiologis dan emosional, begitu juga analisis kognitif dari situasi yang menimbulkan stress. Terdapat empat fase respon perilaku individu yang menimbulkan stress (Caplan, 1981); fase pertama; perilaku yang mengubah lingkungan yang menimbulkan stress atau memungkinkan individu untuk menghindar. Fase kedua; perilaku yang memungkinkan individu untuk mengubah lingkungan eksternal dan hasilnya. Fase ketiga; perilaku intrapsikis yang berguna untuk mempertahankan suasana emosi yang tidak menyenangkan. Fase keempat; perilaku intrapsikis yang membantu seseorang untuk memahami kejadian melalui penyesuaian internal.

#### 5. Respon sosial

Respon sosial ditampilkan terhadap stress dan penyakit cukup banyak dan dibagi menjadi tiga aktifitas (Mechanic, 1997) yaitu; *mencari makna*: individu mencari informasi tentang masalah mereka. Hal ini diperlukan untuk menyiapkan strategi koping karena hanya dengan memiliki pandangan tentang apa yang terjadi, seseorang dapat merespon dengan tepat. *Atribut sosial*: dimana seseorang

mencoba untuk mengidentifikasi faktor yang berkontribusi pada situasi. Klien yang melihat masalah mereka sebagai akibat dari pengabaian mereka sendiri yang memungkinkan menghambat penggunaan koping yang tepat. Mereka cenderung melihat masalah mereka sebagai tanda dari kegagalan pribadi mereka dan menyalahkan diri sendiri serta berperilaku pasif, pesimis dan menarik diri.

*Perbandingan sosial*: dimana orang membandingkan keterampilan dan kapasitas dengan orang lain yang mempunyai masalah yang sama. Pengkajian diri seseorang tergantung pada hal – hal yang mereka bandingkan. Hasilnya adalah evaluasi terhadap kebutuhan dukungan dari jejaring sosial atau sistem dukungan. Faktor predisposisi seperti usia, tingkat perkembangan dan latar belakang budaya serta karakteristik stressor presipitasi menentukan kebutuhan yang dipersepsikan untuk dukungan sosial.

### **2.1.1 Gangguan Jiwa Ringan**

Gangguan jiwa ringan merupakan masalah kesehatan jiwa yang sering di temui di masyarakat pada umumnya. Gangguan jiwa ringan meliputi cemas, depresi dan psikosomatis.

#### **1. Kecemasan**

Merupakan respon adaptif yang wajar dan pernah dialami oleh setiap orang. Kecemasan dalam sebuah situasi tertentu menjadi berlebihan dan mengganggu aktifitas merupakan gangguan kecemasan. Gangguan kecemasan tergolong gangguan psikologis yang paling sering dialami oleh orang dewasa. Hawari (2001) menggolongkan tanda dan gejala dari gangguan jiwa ringan yakni cemas sebagai berikut:



- a. Perasaan khawatir, firasat buruk, takut akan pikirannya sendiri dan mudah tersinggung.
- b. Merasa tegang, tidak tenang, gelisah dan mudah terkejut
- c. Takut sendirian, takut pada keramaian
- d. Gangguan pola tidur dan mengalami mimpi yang menegangkan
- e. Gangguan konsentrasi dan daya ngat
- f. Keluhan somatic seperti rasa sakit pada otot dan tulang, pendengaran berdenging (*tinnitus*), berdebar – debar, sesak napas, gangguan pencernaan, gangguan perkemihan serta sakit kepala

Kecemasan di kategorikan menjadi empat yakni a) kecemasan ringan (terjadi saat ketegangan hidup sehari – hari), pada tahap ini seseorang waspada dan lapang persepsi meningkat, kemampuan untuk melihat, mendengar dan menangkap lebih dari sebelumnya. b) kecemasan sedang (fokus dan persepsi menyempit pada hal yang penting), seseorang memblokir area tertentu tetapi masih mampu mengikuti perintah jika diarahkan. c) kecemasan berat (penurunan lapang persepi yang signifikan), individu cenderung untuk memfokuskan pada hal yang detail dan tidak berpikir tentang hal lain. d) panik dikaitkan dengan rasa takut dan terror. Panic ditandai dengan peningkatan aktifitas motorik, penurunan kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain, persepsi menyempit dan kehilangan pemikiran rasional. Kondisi panic yang berkepanjangan akan menghasilkan kelelahan dan kematian (Stuart, 2013).

## 2. Depresi

Merupakan kondisi emosional yang ditandai dengan kesedihan yang amat sangat, perasaan tidak berarti dan bersalah, menarik diri dari orang lain, mengalami gangguan tidur, kehilangan selera makan, hasrat seksual dan minat serta kesenangan dalam aktifitas yang biasa dilakukan serta berkurangnya energy yang menyebabkan keadaan mudah lelah (Maslim, 2013) . Pada buku PPDGJ III menguraikan gejala lain yang di temukan pada individu yang mengalami depresi seperti konsentrasi dan perhatian berkurang; harga diri dan kepercayaan diri berkurang; gagasan tentang rasa bersalah dan tidak berguna; pesimistik; kecenderungan untuk membahayakan diri; tidur terganggu; nafsu makan berkurang. Episode depresi di bagi menjadi; depresi ringan, depresi sedang, depresi berat tanpa gejala psikotik, depresi berat dengan gejala psikotik, depresi lainnya dan depresi yang tidak terklasifikasikan (DSM III, 2013).

## 3. Psikosomatis

Merupakan komponen psikologik yang diikuti gangguan fungsi badaniah, sering terjadi perkembangan neurotic yang memperlihatkan sebagian besar atau semata – mata karena gangguan fungsi alat – alat tubuh yang dikuasai oleh susunan saraf vegetative. Gangguan psikomatik juga dinamakan gangguan psikofisiologik karena hanya mengalami gangguan pada fungsi faal saja (Maramis, 1994).

### 2.1.2 Gangguan Jiwa Berat (Skizofrenia)

Skizofrenia berasal dari Yunani, yaitu *schizein* “untuk membagi” dan *phren* “pikiran”. Kata ini tidak mengacu kepada kepribadian ganda, melainkan menggambarkan buruknya hubungan atau terpecahnya proses berpikir pada aspek

kepribadian yaitu kognitif dan emosional penderita. Videbeck (2008) mendefinisikan skizofrenia adalah suatu penyakit yang mempengaruhi otak dan menyebabkan timbulnya pikiran, persepsi, emosi gerakan dan perilaku aneh.

Penyebab skizofrenia belum diketahui secara pasti, namun telah disepakati bahwa skizofrenia disebabkan oleh interaksi beberapa faktor yaitu faktor biologis, psikologis dan lingkungan. Faktor biologis meliputi predisposisi genetika, abnormalitas perkembangan syaraf, abnormalitas struktur otak dan ketidakseimbangan neurokimia. Faktor psikologis meliputi pola asuh dan deprivasi sosial. Pola asuh mengarah kepada teori perkembangan, yakni kurangnya perhatian yang hangat dan kasih sayang dimasa awal kehidupan menyebabkan kurangnya identitas diri, salah interpretasi terhadap realitas dan menarik diri dari lingkungan sekitar. Sedangkan faktor lingkungan meliputi stressor psikososial; status ekonomi rendah, lingkungan yang penuh kekerasan dan penggunaan NAPZA.

Beberapa klasifikasi skizofrenia meliputi paranoid, hebefrenik, katatonik, skizofrenia tak terinci, depresi pasca skizofrenia, skizofrenia residual, simplek, skizofrenia lainnya dan skizofrenia yang tak tergolongkan. Skizofrenia memiliki tanda dan gejala sebagai berikut;

1. Gejala positif
  - a. Halusinasi, paling sering halusinasi auditorik
  - b. Waham, berupa waham curiga, waham bizzare dll
  - c. Agitasi (gaduh gelisah)
  - d. Pikiran yang kacau (*disorganized thinking*)

2. Gejala Negatif

- a. Penarikan diri dari situasi sosial
- b. Apatis atau penumpukan afek
- c. Mutisme
- d. Penelantaran diri
- e. Katatonia (posisi aneh, mempertahankan posisi)

3. Gejala Afektif

- a. Depresi
- b. Elasi
- c. Ide bunuh diri

4. Gejala kognitif

- a. Gangguan memori terutama *working memory*
- b. Defisit atensi
- c. Gangguan fungsi eksekutif (*problem solving, judgement, abstract thinking* dll)

**2.2.TinjauanTeori Model Pencegahan Psikiatrik Caplan**

Dalam Model pencegahan primer yang dikembangkan oleh Gerald Caplan membahas tentang level intervensi pencegahan pada klien dengan gangguan emosional dan sakit jiwa. Model ini lebih di peruntukkan untuk psikiatrik komunitas dan pelayanan kesehatan jiwa yang berbasis dengan komunitas, seperti puskesmas, pendekatan tim multidisiplin, perawatan berlanjut melalui pencegahan, perlindungan dan pengobatan serta untuk menghindari pengobatan di rumah sakit. Level intervensi

pencegahan psikiatrik terbagi menjadi tiga yakni pencegahan primer, sekunder dan tersier. (Nursalam, 2014 hal 98)

*Pencegahan primer*, komponen penting dari level ini adalah promosi kesehatan dan perlindungan khusus. Adapun pencegahan primer tujuan 1) untuk mengurangi kasus baru melalui identifikasi kelompok resiko tinggi, situasi stress, kejadian stress dalam kehidupan yang berpotensi terjadinya sakit jiwa. 2) pemberian pendidikan kepada komunitas dengan memanfaatkan strategi koping untuk mengatasi stres dan cara mengatasi dan memecahkan masalah. 3) menguatkan kemampuan individu dengan menurunkan stres, tekanan, cemas yang bisa menyebabkan sakit jiwa. Karakteristik pencegahan primer adalah promosi kesehatan untuk membangun adaptasi menggunakan sumber sumber koping yang dapat menjaga kesehatan mental seseorang. Perhatikan total populasi, khususnya berfokus melayani kelompok resiko tinggi. Alat utama untuk pencegahan primer adalah pendidikan dan perubahan sosial berupa pemanfaatan agen di masyarakat yang menjaga kesejahteraan masyarakat, seperti penyembuhan tradisional, tenaga sukarela dan lain – lain. Selain itu membekali diri dengan sumber – sumber personal dan lingkungan terutama strategi koping. Efektifkan hubungan interpersonal, tingkatkan tugas – tugas yang sesuai dengan kelompok umur, kembangkan kemampuan kontrol dalam kelompok. Peroleh kepuasan terhadap diri sendiri dan keberadaannya, pendidikan kesehatan, motivasi untuk melakukan aktifitas mengurangi stres, bekali diri dengan dukungan psikososial. Tingkatkan pola hidup sehat, pertahankan standar hidup yang tinggi dan implementasi kebijakan Kementrian Kesehatan dalam hal pencegahan. (Nursalam, 2014 hal 99).

Komponen perlindungan khusus dalam pencegahan primer dengan cara mengembangkan kompetensi sosial, ajarkan teknik pencegahan dan kontrol masalah sosial, hindari kejadian dari kondisi sosial yang patologis, tingkatkan kontrol diri dan kemampuan pengambilan keputusan sosial. Memberdayakan sistem asuhan yang ada, kembangkan interaksi dan pola perilaku; kembangkan partisipasi sebagai warga, tingkatkan kontrol dan buta keputusan – keputusan kritis dalam hidup, efektifkan strategi koping untuk menangani masalah stres. Lakukan pengenalan stres untuk menghindari stres. Menangani kelompok beresiko untuk menghindari atau atasi stres dengan strategi koping. Lakukan manajemen stres, berikan dukungan sosial dan emosional untuk menolong orang lain dalam situasi stres.

*Pencegahan sekunder* memiliki komponen berupa diagnosis dini dan penemuan kasus serta program *skinning*. Pencegahan untuk diagnosis dini dan penemuan kasus berupa memberikan pendidikan kepada masyarakat tentang manifestasi dini sakit jiwa; memberikan motivasi kepada pemimpin masyarakat, LSM dan swasta lainnya dimasyarakat untuk pelatihan atau program kampanye kepada kelompok – kelompok tentang pentingnya identifikasi dini kasus jiwa untuk *skinning* dan pengobatan sejak periode awal sakit. Program ini menggunakan kuesioner dalam bahasa lokal untuk mengidentifikasi sakit jiwa.

*Pencegahan tersier* meliputi rehabilitasi ketidakmampuan maupun keterbatasan dan mencegah komplikasi. Komponen dalam mencegah tersier adalah mengurangi prevalensi gejala sisa atau ketidakmampuan. Mengurangi lama rawat inap di RS jiwa, mencegah keretakan keluarga. Membuat klien berguna bagi diri sendiri secara fisik, mental, sosial, kerja dan ekonomi. Mendidik keluarga dan masyarakat agar

mengobati klien secara individual. Meningkatkan motivasi klien untuk kontrol dan mendapatkan terapi (termasuk terapi okupasi). Rujuk klien ke agen kesehatan jiwa profesional. Pasien dibekali untuk mampu merawat diri sehari – hari dan merencanakan aktifitas harian. Sosialisasi penanganan pasien jiwa kronis di masyarakat. gunakan sumber yang ada dikeluarga dan masyarakat (Neeraja, 2009 dalam Nursalam, 2014).

### **2.3.Tinjauan Teori Derajat Kesehatan Jiwa**

Derajat kesehatan merupakan gambaran profil kesehatan individu atau kelompok individu (masyarakat) di suatu daerah. Derajat kesehatan masyarakat diukur dengan menggunakan indicator seperti Angka Kematian Bayi (AKB), Angka Kematian Balita (AKABA), Angka Kematian Ibu (AKI) dan angka morbiditas beberapa penyakit (Kementrian kesehatan RI, 2014). Derajat kesehatan merupakan salah satu indikator keberhasilan pembangunan dan menjadi isu global yang terungkap secara tegas dalam sasaran – sasaran pembangunan Milenial Indonesia (MDGS). Derajat kesehatan dipengaruhi oleh banyak faktor, baik berupa faktor dari sector kesehatan maupun di luar kesehatan. Sektor kesehatan meliputi pelayanan kesehatan, ketersediaan sarana dan prasarana sedangkan dari sector luar meliputi ekonomi, pendidikan, lingkungan social, keturunan dan perilaku (Arrista, 2016)

Kesehatan jiwa merupakan kondisi dimana individu dapat berkembang baik secara fisik, mental, spiritual dan sosial sehingga dapat menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif serta mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya (UU Kesehatan jiwa, 2014). Kesehatan jiwa merupakan bagian *integral* dari kesehatan secara umum dan merupakan salah satu unsur utama yang menunjang kualitas hidup manusia. Undang – undang

kesehatan jiwa tahun 2014 mengatur tentang upaya kesehatan jiwa, system pelayanan kesehatan jiwa, sumber daya dalam upaya kesehatan jiwa, hak dan kewajiban, pemeriksaan kesehatan, serta tugas, tanggung jawab dan wewenang yang ditujukan menjamin setiap orang agar dapat mencapai kualitas hidup yang baik, menikmati kehidupan jiwa yang sehat, bebas dari ketakutan, tekanan dan gangguan dari orang lain yang dapat mengganggu kesehatan jiwa.

Undang – Undang No. 36 tahun 2009 tentang kesehatan jiwa menyatakan; upaya kesehatan jiwa meliputi preventif, promotif, kuratif, rehabilitatif pasien gangguan jiwa dan masalah psikososial. Setiap warga negara berhak mendapatkan hak dalam upaya kesehatan jiwa yang meliputi persamaan perlakuan dalam setiap aspek kehidupan di berbagai tatanan masyarakat (Anny, et.al, 2015). Pasal 6 sampai dengan pasal 9 mengatur mengenai upaya promotif sebagai suatu rangkaian kegiatan penyelenggaraan pelayanan kesehatan jiwa yang bersifat promosi kesehatan jiwa. Pasal 10 sampai pasal 16 mengatur mengenai upaya preventif yakni kegiatan pencegahan masalah gangguan jiwa. Pasal 17 sampai dengan pasal 24 mengatur upaya kuratif atau kegiatan pemberian pelayanan kesehatan terhadap ODGJ yang meliputi proses dan diagnosis dan penatalaksanaan yang tepat sehingga ODGJ dapat berfungsi kembali secara wajar di keluarga, lingkungan, lembaga dan masyarakat. Pasal 25 sampai dengan pasal 32 mengatur upaya rehabilitatif yang merupakan kegiatan pelayanan kesehatan yang ditujukan untuk memulihkan fungsi sosial serta mempersiapkan dan memberi kemampuan ODGJ agar mandiri di masyarakat. (UU Kesehatan jiwa, 2009 dalam Arrista, 2016).



Sistem pelayanan kesehatan jiwa ditujukan untuk mengatasi gangguan jiwa yang diderita ODGJ karena gangguan jiwa yang menimbulkan berbagai hambatan bagi ODGJ untuk beraktifitas secara normal yang pada akhirnya menyebabkan daya guna ODGJ ikut menurun drastis. Kerugian yang disebabkan oleh hilangnya produktifitas, beban ekonomi serta biaya kesehatan yang harus di tanggung keluarga dan Negara. Pelayanan kesehatan jiwa di rumah sakit umum terbatas yakni dari 1.678 rumah sakit umum yang terdata, hanya 2 % yang memiliki layanan kesehatan jiwa. Di rumah sakit umum daerah milik pemerintah kabupaten/kota sebanyak 441, hanya 15 rumah sakit yang memiliki layanan psikiatrik, sedangkan untuk puskesmas, sekitar 9.000 puskesmas yang ada di Indonesia hanya ada 1.235 puskesmas yang memberikan layanan kesehatan jiwa (Rs. Online, 2013; Arrista, 2016).

Mengatasi masalah tersebut, pemerintah membangun sistem pelayanan kesehatan yang komprehensif yang diatur dalam pasal 33 Undang – Undang kesehatan jiwa. Sistem pelayanan kesehatan jiwa di bagi menjadi dua yakni system pelayanan kesehatan dasar dan system pelayanan kesehatan rujukan. Pelayanan kesehatan dasar merupakan pelayanan kesehatan jiwa yang diselenggarakan dalam pelayanan kesehatan umum di Puskesmas dan jejaring, klinik pratama, praktik dokter dengan kompetensi pelayanan kesehatan jiwa, rumah perawatan serta fasilitas pelayanan di luar sector kesehatan dan fasilitas rehabilitasi berbasis masyarakat. Pelayanan kesehatan rujukan terdiri dari pelayanan kesehatan jiwa di rumah sakit jiwa, pelayanan kesehatan jiwa yang terintegrasi dalam pelayanan kesehatan umum dirumah sakit, klinik utama dan praktik dokter spesialis jiwa (Arrista, 2016)

Sumber daya dalam upaya kesehatan jiwa yang diatur dalam undang – undang kesehatan jiwa pada pasal 36 terdiri dari : SDM di bidang kesehatan jiwa, fasilitas pelayanan, perbekalan, teknologi dan produk teknologi dan pendanaan kesehatan jiwa (UU kesehatan jiwa, 2014)

## **2.4. Tinjauan Teoritis *Community Mental Health Nursing* (CMHN)**

### **2.4.1. Kesehatan jiwa komunitas**

*Community Mental Health Nursing* (CMHN) atau Keperawatan kesehatan jiwa komunitas adalah pelayanan keperawatan yang komprehensif, holistik, dan paripurna yang berfokus pada masyarakat yang sehat jiwa, rentan terhadap stress (resiko gangguan jiwa) dan dalam tahap pemulihan serta pencegahan kekambuhan (gangguan jiwa). Pelayanan keperawatan komprehensif adalah pelayanan yang berfokuskan pada pencegahan primer pada anggota masyarakat yang sehat jiwa, pencegahan sekunder pada anggota masyarakat yang mengalami masalah psikososial (resiko gangguan jiwa) dan pencegahan tersier pada pasien gangguan jiwa dengan proses pemulihan (Keliat, 2011; Rachmawati, 2014).

Pelayanan jiwa komunitas yang holistik merupakan pelayanan yang difokuskan pada aspek bio-psiko-sosio-kultural dan spiritual. Pelayanan keperawatan paripurna adalah pelayanan yang lengkap jenjang pelayanannya yaitu dari jenjang pelayanan kesehatan jiwa spesialis, pelayanan kesehatan jiwa integrative yang bersumber daya masyarakat. Pelayanan kesehatan jiwa diberikan secara terus menerus dari kondisi sehat sampai sakit dan sebaliknya dengan tujuan untuk meningkatkan kesehatan jiwa, mencegah gangguan jiwa,

mempertahankan dan meningkatkan kemampuan klien dan keluarga dalam memelihara kesehatan jiwa sehingga tidak perlu dirujuk segera ke rumah sakit jiwa (Towsend, 2009; Keliat, et al, 2010; Stuart, 2010; Rachmawati, 2014)

Stigma yang disandang oleh ODGJ mengakibatkan banyak kasus gangguan jiwa yang akhirnya disembunyikan dari lingkungan. Pemisahan dari akses sosial menyebabkan kendala bagi ODGJ mendapatkan kemudahan akses ke pelayanan kesehatan. Tingkat partisipasi lingkungan sekitar yang rendah menyebabkan keluarga di hadapkan pada pilihan layanan yang tepat bagi ODGJ. Proses perawatan ODGJ yang lama diakibatkan oleh kronisitas penyakit, sedangkan akses pelayanan kesehatan jiwa berbasis rumah sakit memiliki daya tampung yang terbatas (Permenkes RI, 2016)

Undang – undang kesehatan jiwa memunculkan paradigma baru dalam pelayanan kesehatan jiwa, Pemerintah mencoba untuk mendekatkan layanan kesehatan jiwa melalui pendekatan puskesmas, petugas melakukan kunjungan rumah untuk melakukan perawatan. Tantangan yang dihadapi oleh puskesmas yakni jumlah sumber daya manusia dengan keterampilan kesehatan jiwa yang sangat terbatas, masalah lain yang muncul adalah keterbatasan ketersediaan obat terutama kasus rujuk balik. Akibatnya keluarga dihadapkan pilihan untuk kembali ke pelayanan tingkat tersier, keterbatasan ekonomi menjadi alasan bagi keluarga untuk tidak melanjutkan keberlangsungan perawatan yang harus dijalani oleh ODGJ (Permenkes RI, 2016)

Kebijakan kesehatan jiwa di Indonesia mengacu pada Undang – undang No 18 tahun 2014 tentang kesehatan jiwa yakni pada pasal 1 ayat 1 disebutkan

bahwa upaya kesehatan jiwa adalah setiap kegiatan yang untuk mewujudkan derajat kesehatan jiwa yang optimal bagi seluruh individu, keluarga dan masyarakat dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative yang diselenggarakan secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah dan atau masyarakat. Kebijakan tersebut mendorong pemerintah untuk memfasilitasi kemudahan akses ke pelayanan kesehatan jiwa, salah satunya adalah dengan mendekatkan akses pelayanan kesehatan jiwa ke masyarakat melalui penyelenggaraan kesehatan jiwa di fasilitas pelayanan tingkat pertama (Permenkes RI, 2016)

Pengembangan akses layanan kesehatan jiwa dilakukan dengan memberikan kewajiban kepada puskesmas untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan jiwa dengan memenuhi aksesibilitas obat – obatan jiwa di puskesmas. Puskesmas sebagai layanan primer yang terdekat dengan tempat tinggal pasien. Upaya mendekatkan layanan dari puskesmas dapat ditingkatkan dengan upaya pos kesehatan, puskesmas keliling maupun kegiatan penjangkauan seperti perawatan kesehatan masyarakat. Peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan jiwa dan rujukan didukung dengan penguatan system kesehatan dan peningkatan pembiayaan kesehatan jiwa. Perluasan akses layanan kesehatan jiwa dilakukan dengan melakukan skrining atau deteksi masalah kesehatan jiwa dan kasus pemasangan secara luas dimasyarakat. upaya ini tidak hanya dilakukan oleh tenaga kesehatan tetapi juga dengan pemberdayaan komunitas.

Pemberdayaan komunitas melalui manajemen CMHN sangat dibutuhkan dalam mengelola masalah kesehatan jiwa komunitas sehingga ODGJ dapat

bebas dari tanda gejala, mandiri dan produktif CMHN memberikan perawatan dengan metode yang efektif dalam merespon kebutuhan kesehatan jiwa individu, keluarga atau kelompok. Konsep dari CMHN ditujukan kepada kesehatan jiwa secara kolektif bagi semua orang yang tinggal di masyarakat (Mohr, 2006; Marlina, 2013). Tujuan dari CMHN yaitu memberikan pelayanan, konsultasi dan edukasi, informasi mengenai prinsip – prinsip kesehatan jiwa kepada para agen komunitas lainnya, menurunkan angka resiko terjadinya gangguan jiwa dan meningkatkan penerimaan komunitas penerimaan komunitas terhadap praktek kesehatan jiwa melalui edukasi (Marlina, 2013). Upaya pemberdayaan masyarakat terhadap kesehatan jiwa dapat dicapai dengan manajemen pelayanan kesehatan khususnya pelayanan kesehatan jiwa berbasis komunitas (Rosiana, et al, 2016). Pemberdayaan masyarakat melalui pembentukan kader kesehatan jiwa mempermudah penanganan gangguan jiwa yang ada dimasyarakat.

#### **2.4.2. Pilar Manajemen Kesehatan Jiwa Komunitas**

##### **1. Pilar 1 Manajemen Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas**

###### **a. Perencanaan**

Perencanaan merupakan keseluruhan proses pemikiran dan penentuan secara matang hal – hal yang akan dikerjakan dimasa mendatang dalam rangka mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Siagian, 1990, Keliat, 2011). Hierarki perencanaan kegiatan yang ditetapkan dilayaan keperawatan kesehatan jiwa komunitas meliputi perumusan visi, misi, filosofi, kebijakan dan perencanaan (Marquis dan Huston, 1998; Keliat, 2011).

b. Pengorganisasian

Pengelompokkan aktifitas untuk mencapai tujuan, penugasan suatu kelompok tenaga keperawatan untuk proses koordinasi aktifitas yang tepat baik vertical maupun horizontal, yang bertanggung jawab untuk mencapai tujuan Desa Siaga Sehat Jiwa (DSSJ). Pengorganisasian di Desa Siaga Sehat Jiwa terdiri dari struktue organisasi petuga petugas layanan keperawatan kesehatan jiwa komunitas dan pengelompokkan keluarga pada Desa Siaga Sehat Jiwa (Keliat, 2011; Marliana, 2013)

c. Pengarahan

Pengarahan merupakan langkah pengejawantahan rencana kegiatan dalam bentuk tindakan guna mencapai tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya. kegiatan pengarahan dilaksanakan pada layanan keperawatan kesehatan jiwa komunitas yaitu menciptakan budaya motivasi, menerapkan manajemen waktu, melaksanakan pendelegasian, melaksanakan supervise dan komunikasi yang efektif, melakukan manajemen konflik dan melakukan advokasi serta negosiasi (Keliat, et al, 2011).

d. Pengendalian

Pengendalian atau pengontrolan sebagai metode pemeriksaan untuk mengethuia apakah segala sesuatu berjalan dengan menurut rencana yang telah disepakati, instruksi yang dikeluarkan, serta prinsip – prinsip yang ditentukan yang bertujuan untuk menemukan kekurangan dan kesalahan sehingga dapat diperbaiki (Fayol, 1984; Keliat, 2011). Perawat CMHN

memonitor Kader Kesehatan Jiwa (KKJ) dalam melaksanakan program CMHN diwilayahnya.

2. Pilar 2 Pemberdayaan Masyarakat

Pemberdayaan masyarakat merupakan proses pengembangan potensi pengetahuan maupun ketrampilan masyarakat agar mampu mengontrol diri dan terlibat dalam pemenuhan kebutuhan mereka sendiri (Helvi, 1998; Keliat, 2011). Manajemen pemberdayaan masyarakat dalam hal ini adalah Kader Kesehatan Jiwa (KKJ) (Marliana, 2013)

3. Pilar 3 Kemitraan Lintas Sektor dan Lintas Program

Kemitraan adalah upaya membangun dan mempertahankan hubungan dengan berbagai profesi dan sektor terkait masyarakat dengan tujuan menyelesaikan masalah, merancang program baru dan mempertahankan dukungan guna meningkatkan kesehatan masyarakat (Helvie, 1998; Keliat, 2011). Kemitraan dalam layanan kesehatan di komunitas merupakan bentuk strategi kemitraan lalu lintas program dan lintas sector yang terintegrasi berdasarkan prinsip kesetaraan, keterpaduan, kesepakatan dan keterbukaan (Depkes RI, 2000; Keliat, 2011)

4. Pilar 4 Manajemen Kasus Kesehatan Jiwa Komunitas

Pendekatan keperawatan yang digunakan adalah proses keperawatan yang meliputi pengkajian, penetapan diagnose keperawatan, perencanaan tindakan, implementasi dan evaluasi. Perawat CMHN memberikan asuhan keperawatan dibantu oleh kader kesehatan jiwa. Kader bertanggung jawab untuk memantau perkembangan klien yang sudah mandiri.

## **2.5. Tinjauan Teoritis Tentang Kader Kesehatan Jiwa (KKJ)**

### **2.5.2. Defenisi Kader Kesehatan Jiwa**

WHO (1998) mendefinisikan bahwa kader merupakan laki – laki atau wanita yang dipilih oleh masyarakat dan dilatih untuk menangani masalah kesehatan perorangan maupun yang amat dekat dengan tempat pemberian pelayanan kesehatan. Kader menurut Depkes RI (2003) adalah anggota masyarakat yang dipilih dari dan oleh masyarakat, aktif, mau dan mampu bekerjasama dalam berbagai kegiatan kemasyarakatan secara sukarela. Kader kesehatan merupakan tenaga kesehatan sukarela yang dipilih oleh masyarakat, yang dimana kader kesehatan bekerjasama dengan petugas kesehatan dalam memberikan layanan kesehatan di masyarakat atau sebagai perpanjangan tangan dari petugas kesehatan (Zulkifli, 2007; Elsa kristiani edi, Suwarsi, 2013).

Kader adalah siapa saja dari anggota masyarakat yang mau bekerjasama secara sukarela dan ikhlas, mau dan sanggup menggerakkan masyarakat dalam penanganan berbagai penyakit. Kader sebagai penggerak dalam hal membantu serta mendukung keberhasilan pemerintah dibidang kesehatan tanpa mengharapkan imbalan melainkan bekerja secara sukarela. Kader sebagai ujung tombak dalam kegiatan yang mendukung permasalahan kesehatan melalui cara edukatif, inovatif dan motivatif (Betty, 2008)

Kader Kesehatan jiwa adalah seorang warga yang bersedia secara sukarela untuk aktif berpartisipasi dalam membantu penanganan kesehatan pada penderita gangguan jiwa di masyarakat. Kader kesehatan jiwa (KKJ/ Keswa) merupakan sumber daya masyarakat yang perlu dikembangkan di desa siaga sehat jiwa.



Pemberdayaan kader kesehatan jiwa sebagai tenaga potensial yang ada di masyarakat diharapkan mampu mendukung program CMHN yang diterapkan di masyarakat. Kader kesehatan akan mampu melaksanakan tugas dengan baik apabila telah mendapatkan pembekalan sejak awal, diperlukan metode yang teratur, sistematis dan rasional.

Kemampuan kader kesehatan jiwa dalam melakukan kegiatan perlu dipertahankan, dikembangkan serta ditingkatkan melalui manajemen pemberdayaan kader yang konsisten dan sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi saat ini. Pengembangan kader kesehatan jiwa digambarkan sebagai suatu proses pengelolaan motivasi kader sehingga mereka dapat melaksanakan kegiatan dengan baik. 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. Kader secara sukarela bersedia berperan melaksanakan dan mengelola kegiatan kesehatan dimasyarakat (Astuti R., Amin K, 2009)

### **2.5.3. Proses Pembentukan Kader Kesehatan Jiwa**

Manajemen pemberdayaan kader kesehatan jiwa berfokus pada proses rekrutmen, seleksi, orientasi, penilaian kinerja dan pengembangan kader (Keliat, 2011).

#### **1. Proses rekrutmen kader kesehatan jiwa**

Rekrutmen kader kesehatan jiwa merupakan salah satu proses pencarian dan pemilihan para calon kader yang mempunyai kemampuan dalam mengembangkan desa siaga sehat jiwa. Proses awal dalam merekrut kader adalah

dengan melakukan sosialisasi tentang pembentukan desa siaga sehat jiwa disertai dengan kriteria kader yang dibutuhkan. Kriteria kader meliputi

- 1) Bertempat tinggal di desa siaga sehat jiwa
- 2) Sehat jasmani dan rohani
- 3) Mampu membaca dan menulis dengan lancar menggunakan bahasa Indonesia
- 4) Bersedia menjadi kader kesehatan jiwa sebagai tenaga sukarela
- 5) Bersedia berkomitmen untuk melaksanakan program kesehatan jiwa komunitas
- 6) Menyediakan waktu untuk kegiatan *Community Mental Health Nursing* (CMHN)
- 7) Mendapatkan izin dari suami atau istri atau keluarga

Rekrutmen dilakukan di tiap desa pada wilayah puskesmas yang akan dikembangkan menjadi desa siaga sehat jiwa. Kader kesehatan jiwa direkrut dengan data KKJ bertanggung jawab terhadap 15 – 20 keluarga. Proses rekrutmen dilakukan dengan melibatkan tokoh masyarakat yang dapat menentukan calon kader yang mampu dan mau melakukan kegiatan kesehatan jiwa dilingkungan tempat tinggalnya. Perawat CMHN (*Community Mental Health Nursing*) melakukan koordinasi dengan kepala desa, kepala dusun atau organisasi masyarakat yang ada di wilayah kerjanya, seperti PKK. Proses rekrutmen kader dilakukan sebagai berikut:

- 1) Perawat CMHN mengadakan pertemuan dengan kepala desa dan tokoh masyarakat setempat untuk menjelaskan pembentukan desa siaga sehat jiwa dan kebutuhan kader kesehatan jiwa.

- 2) Perawat CMHN menjelaskan kriteria kader dan jumlah kader yang dibutuhkan tiap desa dan dusun.
- 3) Tokoh masyarakat melakukan pencarian calon kader berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan.
- 4) Kader yang telah direkrut mengisi biodata pada formulir yang telah disiapkan untuk proses seleksi selanjutnya.

5. Proses seleksi kader kesehatan jiwa

Proses seleksi adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan untuk memutuskan apakah calon kader diterima atau tidak sebagai kader kesehatan jiwa. Proses ini penting dilakukan untuk mendapatkan sumber daya manusia yang mempunyai motivasi dan kemampuan yang tepat sesuai dengan yang dibutuhkan. Proses seleksi sebagai berikut;

- 1) Perawat CMHN melakukan koordinasi dengan tokoh masyarakat atau organisasi masyarakat dalam menentukan calon kader yang memenuhi syarat.
  - 2) Kader terpilih harus mengisi surat pernyataan bersedia menjadi kader kesehatan jiwa dan bersedia menjalankan program CMHN
  - 3) Kader terpilih diwajibkan mengikuti pelatihan kader kesehatan jiwa.
6. Proses orientasi kader kesehatan jiwa

Setelah terpilih menjadi kader kesehatan jiwa, langkah selanjutnya adalah pelaksanaan orientasi program CMHN dan pelatihan kader kesehatan jiwa. Orientasi yang diikuti mencakup informasi budaya kerja dan informasi umum tentang visi, misi, filosofi, kebijakan dan kemampuan kader kesehatan jiwa. Kegiatan orientasi menggunakan metode klasik selama 2 hari, praktik lapangan

selama 3 hari, dan dilanjutkan dengan praktik penerapan desa siaga sehat jiwa.

Materi pelatihan mencakup;

- 1) Program desa siaga sehat jiwa
- 2) Deteksi keluarga di masyarakat; kelompok keluarga sehat, kelompok keluarga dengan resiko gangguan psikososial dan keluarga dengan gangguan jiwa.
- 3) Peran dalam menggerakkan masyarakat pada kegiatan; penyuluhan kesehatan untuk keluarga sehat jiwa dan penyuluhan kesehatan untuk kelompok

#### 7. Penilaian kinerja kader keswa

Penilaian kinerja kader kesehatan jiwa dilakukan untuk memantau dan mengevaluasi kemampuan kader dalam melaksanakan program kesehatan jiwa komunitas. Penilaian kinerja kader dilakukan melalui supervisi langsung (observasi) dan tidak langsung (dokumentasi laporan). Perawat CMHN melakukan supervisi kinerja kader kesehatan jiwa satu kali seminggu, disesuaikan dengan kegiatan yang dilakukan. Penilaian kinerja didasarkan pada standar kinerja yang ditentukan yaitu kemampuan kader dalam melaksanakan program CMHN. Kemampuan yang dinilai disini adalah kemampuan dalam:

- 1) Deteksi pada keluarga; sehat, resiko dan gangguan
- 2) Menggerakkan keluarga sehat untuk mengikuti penyuluhan sehat jiwa sesuai dengan usia anak.
- 3) Menggerakkan keluarga yang beresiko untuk mengikuti penyuluhan risiko gangguan jiwa

- 4) Menggerakkan keluarga pasien gangguan jiwa untuk mengikuti penyuluhan tentang cara merawat pasien
  - 5) Menggerakkan pasien jiwa untuk mengikuti kegiatan TAK dan rehabilitasi
  - 6) Melakukan kunjungan rumah ke keluarga pasien gangguan jiwa yang telah mandiri
  - 7) Merujuk
  - 8) Mendokumentasikan kegiatan yang dilakukan
8. Pengembangan kader keswa

Pengembangan kemampuan kader keswa jiwa merupakan salah satu proses yang berhubungan dengan manajemen SDM. Tujuan pengembangan tenaga kader kesehatan jiwa akan membantu masing – masing kader mencapai kinerja sesuai dengan posisinya dan sebagai penghargaan terhadap kinerja yang telah dicapai. Kegiatan yang dapat dilakukan berupa penyegaran dan pelatihan lanjutan. Kader kesehatan jiwa yang mempunyai kinerja baik dapat dijadikan narasumber bagi kader baru (Keliat, 2011)

#### **2.5.4. Peran Kader Kesehatan Jiwa**

Dalam program kesehatan jiwa, kader berfungsi untuk membantu tenaga kesehatan dalam pengelolaan program desa siaga melalui kegiatan UKBM (upaya berbasis masyarakat), membantu memantau kegiatan dan evaluasi desa siaga, membantu mengembangkan dan mengelola UKBM serta hal yang terkait, membantu mengidentifikasi dan melaporkan kejadian di masyarakat yang dapat berdampak pada masyarakat, membantu dalam memberikan pemecahan masalah kesehatan yang sederhana kepada masyarakat. Selain itu, peran kader sangat besar terhadap

peningkatan derajat kesehatan masyarakat, baik kesehatan fisik maupun kesehatan mental. Tugas terpenting kader adalah mempertahankan yang sehat jiwa tetap sehat, yang resiko menjadi sehat dan yang gangguan menjadi sembuh atau produktif. Maka dari itu pemberdayaan kader kesehatan jiwa dapat memungkinkan mencapai seluruh masyarakat (Astuti R., Amin K, 2009). Kader kesehatan jiwa memiliki peran sebagai berikut :

1. Pencegahan Primer

- 1) Mengidentifikasi kelompok resiko tinggi, situasi stress kejadian yang berpotensi terjadinya sakit jiwa.
- 2) Pemberian pendidikan kesehatan kepada komunitas dengan memanfaatkan strategi koping untuk mengatasi stress dan cara memecahkan masalah.
- 3) Memperkuat kemampuan individu dengan menurunkan stress, tekanan, cemas yang bisa menyebabkan sakit jiwa.

2. Pencegahan Sekunder

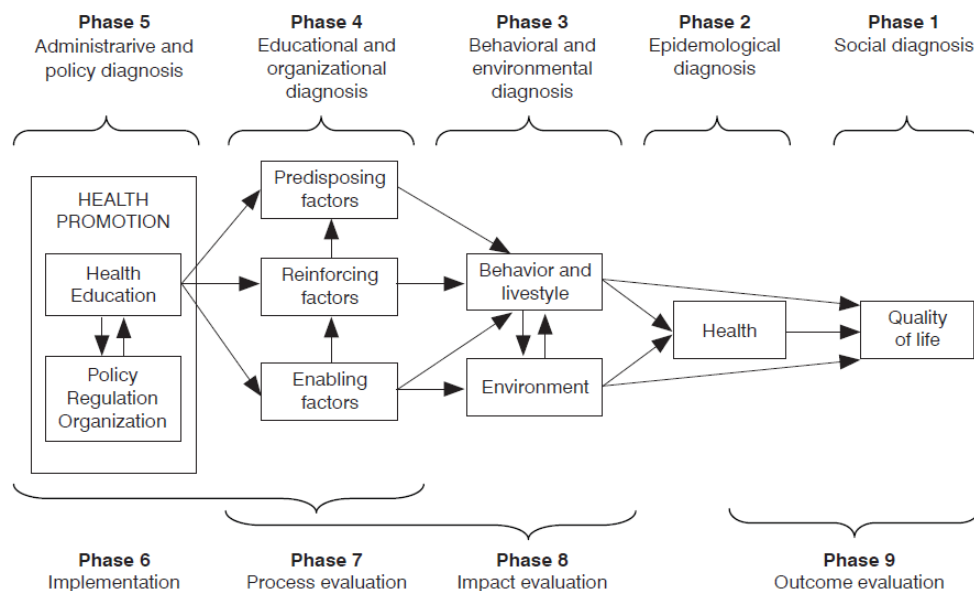
- 1) *Skriming* atau deteksi dini untuk menemukan kasus masalah kesehatan jiwa di masyarakat
- 2) Menggerakkan individu, keluarga dan masyarakat untuk mengikuti kegiatan kesehatan jiwa yang dilaksanakan di komunitas

3. Pencegahan Tersier

- 1) Membantu dalam proses rehabilitasi dan mencegah komplikasi dari gangguan jiwa
- 2) Melakukan pendampingan kepada pasien dan keluarga terkait pengobatan
- 3) Merujuk klien ke agen kesehatan profesional.

**2.6. Tinjauan Teori PRECED PROCEED Model**

Model perilaku Preced – Proceed dari Lawrence Green dan M. Kreuter (2005) menyatakan bahwa terdapat dua faktor penting yang mempengaruhi tingkat kesehatan seseorang atau masyarakat. Faktor tersebut meliputi faktor perilaku (*behaviour causes*) dan faktor luar lingkungan (*non behaviour causes*). Dalam program promosi kesehatan dikenal dengan adanya model pengkajian dan penindaklanjutan. Tahap pengkajian pada PRECED (*Predisposing, Reinforcing, Enabling, Constructs in, Educational/Ecological, Diagnosis, Evaluation*). Tahap penindaklanjutan pada tahap PROCEED (*Policy, Regulatory, Organizational, Construct in, Educational, Enviromental, Development*). Model ini sangat baik digunakan dalam perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi program promosi kesehatan (Nursalam, 2017).



Gambar 2.1 *Procede – Preceed Model* (Green LW & Kreuter MW, 1991), dikutip dari Nursalam (2017)

Pada gambar diatas, *Precede* terdapat pada fase 1 – 4 berfokus pada perencanaan program dan bagian *Preceed* terdapat pada fase 5-8 berfokus pada implementasi dan evaluasi. Delapan fase dari model panduan dalam menciptakan program promosi kesehatan, dimulai dengan hasil yang lebih umum dan pindah ke hasil yang lebih spesifik. Proses mengarah ke penciptaan sebuah program dan evaluasi program terjadi secara bertahap (Fertman, 2010).

#### Fase 1 Penilaian Sosial

Pada fase ini, program menyoroti kualitas dari hasil keluaran secara spesifik, indikator utama dari kesehatan dalam populasi spesifik (misalnya, tingkat pendidikan yang rendah, derajat kemiskinan, rata – rata kriminalitas) yang berefek terhadap kesehatan dan kualitas hidup. Semakin tinggi derajat kesehatan seseorang, maka kualitas hidup juga semakin tinggi.

#### Fase 2 Penilaian Epidemiologi

Dalam fase ini, program mengidentifikasi mana masalah kesehatan atau faktor lain yang berperan dalam perburukan kualitas hidup. Masalah akan dianalisis berdasarkan berdasarkan dua faktor; pentingnya dalam artian bagaimana hubungannya dengan masalah kesehatan untuk mengidentifikasi indikator sosial dalam penilaian sosial dan bagaimana menerima untuk merubah masalah kesehatan yang ada. Setelah prioritas utama masalah kesehatan stabil, identifikasi dari determinan yang mengarah pada munculnya masalah kesehatan. Kepentingan yang sama dan analisis perubahan akan menampilkan identifikasi faktor mana yang menjadi target dalam program promosi kesehatan.



### Fase 3 Ekologi dan Pendidikan

Fase ketiga berganti menjadi faktor mediasi yang membantu atau menghindarkan sebuah lingkungan positif atau perilaku positif. Faktor ini di kelompokkan kedalam tiga kategori; faktor predisposisi, faktor pemungkin dan faktor penguat.

1. Faktor predisposisi (*Predisposing Factors*) merupakan faktor yang mempengaruhi dan mendasari untuk terjadinya perilaku tertentu. Kader kesehatan jiwa dalam melaksanakan peran, tugas dan tanggung jawab di pengaruhi oleh pengetahuan, sikap, nilai budaya, motivasi, persepsi dan karakteristik individu.

#### 1) Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari ‘tahu’ dan hal ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengindraan terjadi melalui pancaindra manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga dan secara nyata terkandung dalam otaknya (*Notoatmodjo, 2007:143*). Dalam domain kognitif, terdapat enam tingkatan pengetahuan yakni:

- a. Tahu (*know*) : seseorang dapat mengingat kembali materi yang pernah dipelajari sebelumnya dengan cara menyebutkan, menguraikan dan seterusnya.
- b. Memahami (*comprehension*) : yakni kemampuan untuk menjelaskan sesuatu yang telah dipelajari sebelumnya dengan jelas serta dapat membuat suatu kesimpulan dari suatu materi.

- c. Aplikasi (*application*) : berarti seseorang mampu menerapkan materi yang telah dipelajari kedalam sebuah tindakan yang nyata.
- d. Analisis (*analysis*) : merupakan tahap dimana seseorang dapat menjabarkan masing – masing materi, tetapi masih memiliki suatu kaitan satu sama lain. Dalam menganalisis, seseorang bisa membedakan atau mengelompokkan materi berdasarkan kriteria yang sudah ditentukan.
- e. Sintesis (*synthesis*) : merupakan kemampuan seseorang dalam membuat temuan ilmu yang baru berdasarkan ilmu lama yang sudah dipelajari sebelumnya.
- f. Evaluasi (*evaluation*) : merupakan tingkat pengetahuan yang paling tinggi. Hasil pembelajaran yang sudah dilakukan, seseorang dapat mengevaluasi seberapa efektifnya pembelajaran yang sudah ia lakukan, dari hasil evaluasi tersebut dapat dinilai dan dijadikan acuan untuk meningkatkan strategi pembelajaran baru yang lebih efektif.

Proses pembelajaran yang di berikan kepada kader melalui pelatihan – pelatihan membantu meningkatkan pegetahuan kader kesehatan jiwa dalam menagani masalah kesehatan jiwa dimasyarakat (Kurniawan & Sulistyarini, 2016.)

## 2) Sikap

Sikap merupakan reaksi atau respon seseorang yang masih tertutup terhadap suatu *stimulant* atau objek. Setiap tindakan selalu diawali oleh proses yang cukup kompleks. Sebagai titik awal penerimaan suatu stimulus, sementara dalam individu terjadi dinamika berbagai psikofisik seperti kebutuhan,

perasaan, perhatian, dan pengambilan keputusan (*Soekidjo Notoatmodjo, 2007*). Secara garis besar sikap terdiri dari komponen kognitif (ide yang dipelajari), komponen perilaku (berpengaruh terhadap respon, sesuai atau tidak sesuai) serta komponen emosi (menimbulkan respon – respon yang konsisten). Sikap terdiri dari berbagai tingkatan (Notoatmodjo, 2010 dalam Zulkarnain, 2014) yakni meliputi:

- a. Menerima (*receiving*): diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek).
  - b. Merespon (*responding*) : memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap. Karena dengan suatu usaha untuk menjawab pertanyaan atau mengerjakan tugas yang di berikan, terlepas dari pekerjaan itu benar atau salah adalah berarti bahwa orang menerima ide tersebut.
  - c. Menghargai (*valuing*) : mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga.
  - d. Bertanggung jawab (*responsible*): bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko merupakan sikap yang paling tinggi.
- 3) Persepsi merupakan identifikasi dan interpretasi awal dari suatu stimulus berdasarkan informasi yang diterima melalui panca indra (Stuart, 2006). Faktor yang berperan dalam pembentukan persepsi adalah pengetahuan,

afektif, kepribadian dan budaya yang dimiliki seseorang yang berasal dari kenyataan yang ada di lingkungannya (Pritchard, 1986).

4) Karakteristik individu

Karakteristik individu meliputi :

- a. Umur
- b. Pendidikan
- c. Pengetahuan
- d. Pekerjaan
- e. Pendapatan

2. Faktor pemungkin (*Enabling Factors*)

Berikut beberapa faktor pemungkin:

- 1) Ketersediaan pelayanan kesehatan
- 2) Aksesibilitas dan kemudahan pelayanan kesehatan, baik dari segi jarak maupun biaya dan sosial.
- 3) Adanya peraturan dan komitmen dalam masyarakat dalam menunjang perilaku tersebut.

Faktor pemungkin menjadi target antar dari intervensi dan program pada masyarakat atau organisasi. Terdiri dari sumber daya dan keterampilan baru untuk membuat suatu tindakan kesehatan dan tindakan organisasi yang dibutuhkan untuk merubah lingkungan. Sumber daya berupa organisasi dan aksesibilitas fasilitas pelayanan kesehatan, petugas, sekolah, klinik penjangkauan atau sumber daya sejenis. Keterampilan dan pengaruhnya terhadap masyarakat, melalui perubahan organisasi dan kegiatan sosial, dapat memungkinkan tindakan

untuk secara langsung mempengaruhi lingkungan fisik atau lingkungan pelayanan kesehatan.

### 3. Faktor penguat (*Reinforcing Factors*)

Merupakan faktor yang memperkuat (atau sebaliknya justru memperlunak) untuk terjadinya suatu perilaku. Faktor penguat merupakan konsekuensi dari tindakan yang menentukan apakah perilaku menerima umpan balik positif dan akan mendapat dukungan sosial. Kelompok faktor penguat meliputi pendapat, dukungan sosial, pengaruh teman, kritik baik dari teman – teman sekerja atau lingkungan, bahkan juga saran dan umpan balik dari petugas kesehatan. faktor ini juga meliputi konsekuensi fisik dari perilaku yang mungkin terpisah dari konteks sosial. Misalnya perasaan nyaman atau sakit yang disebabkan oleh latihan fisik, perasaan nyaman atas pengakuan dari orang lain. Selain itu, faktor penguat juga meliputi konsekuensi yang berlawanan atau hukuman yang dapat membawa pada perilaku yang positif.

## 2.7. Keaslian Penelitian

No.	Judul dan Author	Desain Penelitian	Sampel/ Partisipan	Hasil
1.	Becoming and remaining community health workers: Perspectives from Ethiopia and Mozambique (Maes & Kalofonos, 2013)	Ethnography dengan <i>Indepth interview</i>	13 orang partisipan	Menunjukkan bahwa tantangan ini, serta nilai sosio-moral yang harus dipegang oleh orang-orang. Contoh orang tua dan komunitas religius, mempengaruhi mengapa dan bagaimana pria dan wanita menjadi CHWs. Hubungan dengan penerima manfaat yang dituju sangat mempengaruhi mengapa orang tetap menjadi CHW, dan mengapa beberapa orang mungkin akan mengalami frustrasi dan kesusahan. Ada alasan rumit mengapa CHW datang untuk mencari kompensasi yang lebih

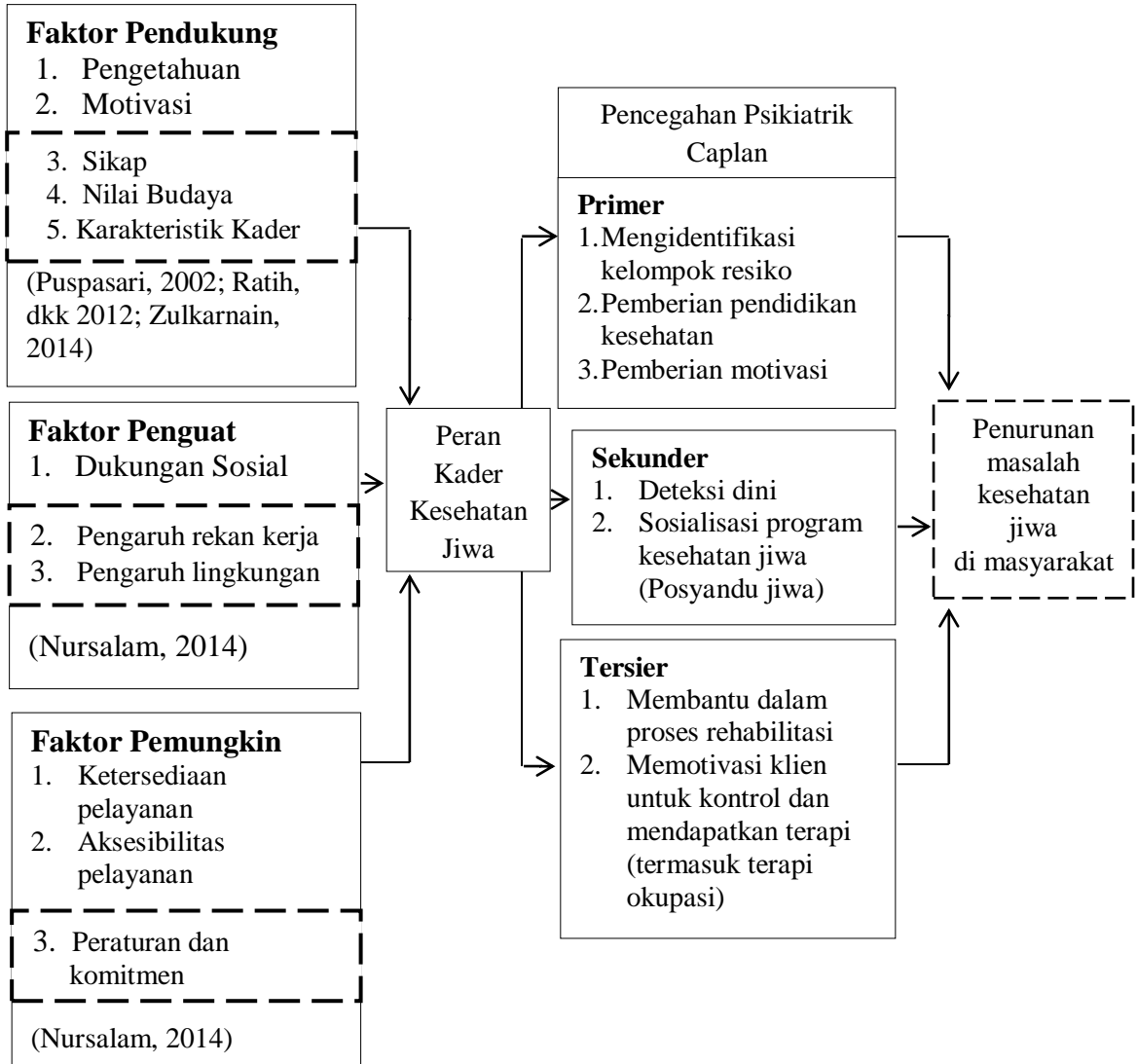
2.	Perception of community health workers in Indonesia toward patients with mental disorders ((Wardaningsih & Kageyama, 2016))	<i>Descriptive explorative, Survey study</i> dengan Kuesioner	Sampel 619 responden	<p>besar, termasuk keinginan untuk lolos dari kemiskinan dan untuk secara material mendukung keluarga dan keluarga lainnya anggota masyarakat, rasa pantas mengingat kerja emosional dan sosial yang terlibat menjaga hubungan dengan penerima manfaat, dan ketidakadilan berhadapan dengan elit bergaji tinggi.</p> <p>Pengalaman aktual dalam pertemuan berkontribusi terhadap peningkatan persepsi kader . kader dengan pengalaman yang sedikit harus diberikan pelatihan dengan kurikulum yang terstruktur dan rekomendasi perekrutan kader dilakukan pada generasi muda.</p>
3.	Place, health and community attachment: is community capacity associated with self rated health at the individual level ? (Lovell, Gray, & Boucher, 2017)	<i>Cross sectional survey</i> dengan Kuesioner	Sampel 259 responden	<p>Temuan mengindikasi hubungan antara kapasitas komunitas individu dan laporan kesehatan pribadi tidak meyakinkan ketika pengaruh pendapat digabungkan. Artinya, orang yang menilai kapasitas komunitas mereka lebih tinggi tidak memiliki nilai diri yang lebih baik. Bukti yang jauh lebih kuat mendukung hubungan antara pendapatan dan kapasitas masyarakat individu yang lebih tinggi dan kesehatan diri yang lebih tinggi. Kami menyimpulkan bahwa kapasitas komunitas idividu dapat memediasi hubungan positif antara pendapatan dan kesehatan, namun secara keseluruhan kami tidak menemukan bukti yang menunjukkan bahwa intervensi untuk meningkatkan kapasitas masyarakat individu cenderung memperbaiki hasil kesehatan.</p>
4.	Community leaders' perspectives on facilitators and inhibitors of health promotion among the youth in rural africa (Aziato, Majee, Jooste, & Teti, 2017)	<i>Explonatory, descriptive and contextual qualitative</i> dengan kuesioner	Sampel 21 partisipan <i>Purposive sampling</i>	<p>Temuan menemukan bahwa fasilitator promosi kesehatan adalah akses terhadap pendidikan mengenai manfaat kegiatan promosi kesehatan, usaha organisasi dan pemimpin masyarakat/ guru. Akses terhadap pelayanan kesehatan dan keterlibatan dalam aktifitas fisik dan motivasi pemuda dan pemodelan peran positif. Tema yang menggambarkan</p>

				<p>penghambat promosi kesehatan adalah fasilitas rekreasi, kesehatan yang tidak memadai dan personil kesehatan, dampak doktrin keagamaan ketat, pengangguran, keburukan sosial dan pola asu yang buruk.</p>
5.	<p>Komunitas SEHATI (sehat jiwa dan hati) sebagai intervensi kesehatan mental berbasis masyarakat (Kurniawan &amp; Sulistyarini, 2016)</p>	<p>Action research dengan FGD dan Observasi</p>	<p>45 partisipan</p>	<p>Hasil utama Penelitian aksi ini adalah pembentukan kader kesehatan mental yang bertugas membantu profesional kesehatan mental di Puskesmas. Oleh karena itu, perlu diadakan pelatihan rutin untuk meningkatkan kemampuan kader kesehatan mental.</p>
6.	<p>Layanan kesehatan mental di Puskesmas, apakah dibutuhkan ?</p>	<p>Kualitatif; studi kasus FGD dan indepth interview</p>	<p>Partisipan meliputi masyarakat, petugas kesehatan di Puskesmas dan pemangku kebijakan</p>	<p>Masalah yang didapatkan yakni, program keswa masih sebagai program penunjang sehingga masalah keswa di masyarakat tidak mendapat perhatian, sementara jumlah gangguan jiwa di masyarakat terus meningkat. SDM di setiap puskesmas berbeda. Masyarakat merasa pemerintah kurang perhatian terhadap pasien jiwa yang mandiri, tidak sekedar pengobatan di RSJ.</p>
7.	<p>Peran kader dan klien adat dalam upaya meningkatkan kemandirian posyandu di provinsi Bali (Studi kasus di kabupaten Badung, Gianyar, Klungkung dan Tabanan) (Barida &amp; Putro, 2008)</p>	<p>Kualitatif - observasional Indepth interview</p>	<p>Sampel 20 orang <i>Purposive sampling</i></p>	<p>Peran serta para kader dan klien tradisional sangat penting dalam mendukung aktivitas Posyandu agar masyarakat, terutama para wanita dan anak – anak yang menggunakan fasilitas akan mendukung aktifitas posyandu agar masyarakat terutama para wanita dan anak – anak menggunakan fasilitas akan lebih sering datang setiap bulan ke posyandu.</p>
8.	<p>Integrasi kesehatan jiwa pada pelayanan primer di Indonesia: sebuah tantangan di masa sekarang</p>	<p>Literatur review</p>		<p>Sebagai negara berkembang, Indonesia memiliki sumber daya kesehatan jiwa yang terbatas maka dari itu langkah yang tepat dilakukan yaitu mengintegrasikan pelayanan kesehatan jiwa di pelayanan primer. Pemberdayaan masyarakat dan keluarga pasien, dukungan pemerintah lokal maupun pusat dalam hal anggaran perlu dipertimbangkan dalam mengintegrasikan pelayanan kesehatan jiwa di pelayanan primer.</p>
9.	<p>Integrasi kesehatan jiwa</p>	<p>Literature review</p>		<p>Review ini menjelaskan</p>

- pada pelayanan primer di Indonesia: sebuah tantangan di masa sekarang (Carla R. Marchira, 2011)
- perubahan kebijakan pemerintah mengenai pelayanan kesehatan jiwa, tantangan dalam mengintegrasikan kesehatan jiwa pada pelayanan primer dan beberapa saran untuk mengatasi permasalahan yang timbul. Saran-saran di sini termasuk pelatihan pekerja kesehatan, kampanye nasional anti stigma, dan pengembangan program kesehatan jiwa sesuai kebutuhan daerah setempat.
- Hasil penelitian ini menemukan empat tema meliputi senang mempunyai kesempatan untuk membantu semampunya, prihatin akibat belum optimalnya dukungan semua pihak, puas melihat upayanya membuahkan hasil yang baik, dan merasa iba dengan kondisi yang dialami oleh pasien. Masyarakat yang memiliki stigma negative terhadap klien gangguan jiwa cenderung menghindari dan tidak mau memberikan bantuan terhadap orang yang menderita gangguan jiwa sehingga mempersulit dalam proses penyembuhan.
- Upaya meningkatkan kesehatan jiwa dapat dilakukan melalui metode Proverasi (Promosi, Prevensi, Kurasi dan Rehabilitasi) dengan memberdayakan masyarakat desa Kreet kecamatan jambon kabupaten Ponorogo.
- Hasil analisis penelitian ini, baik secara kualitatif maupun secara kuantitatif, memperlihatkan adanya hubungan antara kepemimpinan dengan sikap kader; demikian juga kehadiran kader di Posyandu secara signifikan. Dapat disimpulkan bahwa adanya angka putus kader (drop-out) adalah karena kepemimpinan kades yang tidak berjalan dengan semestinya, yang juga sangat berpengaruh, baik terhadap sikap kader maupun kehadirannya di Posyandu/peran-serta masyarakat.
- 10** Studi fenomenologi; pengalaman kader desa siaga sehat jiwa (DSSJ) di wilayah kerja puskesmas kecamatan Bantur Malang (Dedi Kurniawan, Indah Winarni & Fransiska, 2 ) Fenomonologi
- 11.** Pemberdayaan masyarakat retardasi mental sebagai upaya meningkatkan kesehatan jiwa melalui metode proverasi (Dahlia & Dian, 2010)
- 12** Kepala desa dan kepemimpinan perdesaan persepsi kader posyandu di kecamatan Mlono kabupaten Jepara, Jawa Tengah (Laksmono, 2000) *Mix Methode* Kualitatif untuk mendapatkan ciri kepemimpinan Kuantitatif untuk membuktikan makna tidaknya pengaruh kepemimpinan



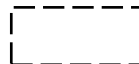
2.8. Kerangka Pikir



Keterangan :



: Diteliti



: Tidak diteliti

Gambar. 2.1. Kerangka pikir peran kader kesehatan jiwa dalam program kesehatan jiwa komunitas di masyarakat berdasarkan Proceed – Preceed L Green (2005) dan Pencegahan Psikiatrik Caplan (1981); Nursalam (2014), Puspasari 2002; Ratih et.al. 2012; Zulkarnain (2014).

**BAB 3****METODE PENELITIAN****3.1 Desain Penelitian**

Penelitian ini menggunakan desain riset kualitatif karena penelitian ini mencoba untuk mengeksplorasi peran kader kesehatan jiwa dalam program kesehatan jiwa komunitas di masyarakat. Penelitian yang dilakukan menggunakan fenomena deskriptif yakni dengan mengeksplorasi secara langsung, menganalisis serta mendeskripsikan fenomena peran kader kesehatan jiwa dalam program kesehatan jiwa komunitas di masyarakat.

Penelitian dilaksanakan berdasarkan dengan rencana penelitian yang telah di buat sebelumnya. Penelitian dilakukan terdiri dari tiga tahap yaitu dimulai dengan tahap *intuiting*, pada tahap peneliti mulai masuk secara total atau menyatu dengan fenomena yang akan diteliti. Peneliti berbaur dengan partisipan, melihat dan ikut dalam kegiatan yang dilaksanakan oleh partisipan, hal ini dilakukan agar data – data yang diberikan partisipan bersifat alami dan bebas dari asumsi peneliti. Tahap *analyzing* peneliti mengidentifikasi esensi/ intisari fenomena dari peran kader kesehatan jiwa dalam program kesehatan jiwa dengan mengeksplorasi hubungan dan keterkaitan elemen – elemen yang terkait dengan fenomena. Tahap *describing* merupakan tahap terakhir dari fenomenologi deskriptif, pada tahap ini peneliti membuat narasi yang luas dan mendalam tentang fenomena, yaitu mendeskripsikan peran kader kesehatan jiwa dalam bentuk hasil penelitian.

### **3.2 Social Situation, Partisipan dan Sampling**

#### **2.4.2. Social Situation**

*Social situation* dalam penelitian kualitatif menggambarkan populasi yang diteliti. *Social situation* terdiri atas tiga elemen yang berinteraksi secara sinergis yaitu tempat (*place*), pelaku (*actor*) dan aktifitas (*activity*) (Sugiyono, 2015). Penelitian ini dilaksanakan di lingkup wilayah kerja Puskesmas Wonokromo Surabaya. Partisipan dalam penelitian ini adalah kader kesehatan jiwa, aktifitas yang diteliti adalah peran kader kesehatan jiwa.

#### **2.4.3. Partisipan**

Penelitian kualitatif menekankan pada aspek kecocokan dengan konteks penelitian dari pada banyaknya jumlah partisipan. Penelitian kualitatif tidak memberikan batasan jumlah partisipan melainkan menekankan pada tingkat saturasi dari jawaban masing –masing partisipan.

Delapan belas (18) Partisipan yang memenuhi kriteria inklusi sesuai yang telah ditetapkan oleh peneliti. Kriteria inklusi penelitian meliputi :

1. Kader kesehatan jiwa
2. Memiliki klien dengan gangguan jiwa di wilayah kerjanya
3. Pernah menangani klien gangguan jiwa
4. Bersedia menjadi informan dengan menandatangani lembar *inform consent*.

Kader kesehatan jiwa merupakan partisipan utama dalam penelitian ini, selain itu terdapat sumber lain yang dapat menunjang hasil penelitian. Sumber informasi lain dalam penelitian ini adalah pasien, keluarga pasien dan petugas penanggung jawab program kesehatan jiwa.

#### 2.4.4. Sampling

Pengambilan sampling dalam penelitian ini menggunakan teknik *Purposive Sampling* dimana peneliti memilih sampel berdasarkan pada tujuan penelitian dan kriteria inklusi yang telah ditetapkan oleh peneliti.

### 3.3 Instrumen penelitian

Pada penelitian kualitatif yang menjadi instrumen penelitian adalah peneliti itu sendiri. Hal ini karena dalam penelitian kualitatif, umumnya data dikumpulkan secara partisipatif (pengamatan berperan serta). Instrumen atau alat yang dimaksud adalah semenjak awal hingga akhir penelitian dilakukan peneliti sendiri yang berfungsi penuh atau terlibat aktif dalam penelitian yang dilakukan, bukan orang lain atau asisten peneliti (Herdiansyah, 2010). Instrumen lain yang digunakan adalah alat pengumpulan data yang menunjang proses penelitian adalah pedoman wawancara, catatan lapangan dan alat perekam.

Pedoman wawancara mendalam disusun berdasarkan tujuan penelitian yang diharapkan mampu untuk mengeksplorasi informasi secara mendalam dan luas dari partisipan. Catatan lapangan (*field note*) digunakan untuk mencatat semua kejadian saat pengambilan data yang bisa dilakukan oleh peneliti. Instrumen lain berupa alat perekam yang dimanfaatkan peneliti yang digunakan untuk merekam semua informasi yang didapatkan selama wawancara. Untuk mendapatkan data yang luas dan mendalam, peneliti menggunakan teknik komunikasi terapeutik dalam mengeksplorasi informasi. Peneliti berusaha mendengar dengan sabar, bersikap empati pada partisipan, mengemas pertanyaan dengan jelas, mengelaborasi dengan halus apa yang ditanyakan bila partisipan belum memberikan informasi yang cukup

sesuai dengan harapan peneliti serta tidak memaksakan partisipan untuk menjawab pertanyaan jika partisipan belum siap.

Penelitian kualitatif harus mempunyai komponen keabsahan, penelitian ini menggunakan uji keabsahan meliputi derajat kepercayaan (*credibility*), keteralihan (*transferability*), kebergantungan (*dependability*), dan kepastian (*confirmability*).

#### 1. Derajat kepercayaan (*Credibility*)

Uji kredibilitas atau validitas internal merupakan uji keabsahan data yang memungkinkan penemuan yang dapat dipercaya hal ini dibuktikan oleh peneliti terhadap fenomena yang diteliti (Lincoln, Y & Guba, 1985). Uji kredibilitas dalam penelitian ini menggunakan triangulasi sumber, yakni melakukan pengecekan data yang telah diperoleh melalui beberapa sumber.

#### 2. Keteralihan (*Transferability*)

*Transferability* merupakan suatu bentuk validitas eksternal, menunjukkan derajat ketepatan atau dapat diterapkannya hasil penelitian ke populasi dimana sampel diambil, untuk menerapkan hal tersebut, maka peneliti dalam membuat laporan harus memberikan uraian yang rinci, jelas, sistematis dan dapat dipercaya sehingga pembaca dapat memutuskan dapat tidaknya penelitian tersebut diaplikasikan. Bila pembaca laporan memperoleh gambaran jelas bagaimana suatu penelitian itu mampu diberlakukan atau diterapkan maka penelitian tersebut sudah memenuhi standar transferabilitas. Uji transeferibiltas dari penelitian dilakukan dengan proses konsultasi terhadap hasil penelitian dan analisis data serta melampirkan transkrip yang dapat dibaca oleh pembimbing dan penguji tesis (Sugiyono, 2015).

### 3. Kebergantungan (*Dependability*)

Uji *dependability* dilakukan dengan melakukan audit terhadap keseluruhan proses penelitian. Auditor yang independen atau pembimbing mengaudit keseluruhan aktifitas penelitian dalam melakukan penelitian. Bagaimana peneliti mulai menentukan masalah atau fokus, memasuki lapangan, menentukan sumber data, melakukan analisis data, melakukan uji keabsahan data sampai membuat kesimpulan. Uji *dependability* dilakukan oleh pembimbing pada peneliti saat kegiatan konsultasi sejak penentuan awal masalah penelitian, selama proses penelitian, cara melakukan analisis data sampai dengan penyusunan laporan kegiatan penelitian, menunjukkan *log book* setiap kegiatan konsultasi dan melakukan *sharing* transkrip wawancara.

### 4. Kepastian (*Confirmability*)

Dalam penelitian ini, *Confirmability* dilakukan dengan *inquiry audit* melalui penerapan *audit trail*. Peneliti mengumpulkan hasil wawancara, catatan lapangan dan meminta dosen pembimbing tesis membandingkan sebagai *eksternal reviewer* dengan melakukan analisis pembandingan untuk menjalani hasil penelitian. Uji *confirmability* dalam penelitian ini dilakukan oleh peneliti bersama dengan pembimbing saat menentukan tema hasil penelitian. Peneliti dan pembimbing beberapa kali melakukan revisi sampai dapat menentukan tema – tema hasil analisis yang tepat.

### 3.4 Lokasi dan waktu penelitian

Penelitian ini akan dilaksanakan di Puskesmas Wonokromo kota Surabaya pada bulan Juli 2018 – Agustus 2018.

No	Kegiatan	Bulan Pelaksanaan											
		Des	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Juli	Ags	Sep	Okt	
1	Penyusunan proposal dan ujian praproposal												
2.	Revisi Praproposal												
2	Ujian proposal tesis												
3	Uji etik												
4	Pengumpulan dan pengolahan data												
5	Ujian hasil dan sidang tesis												

### 3.5 Pengumpulan data

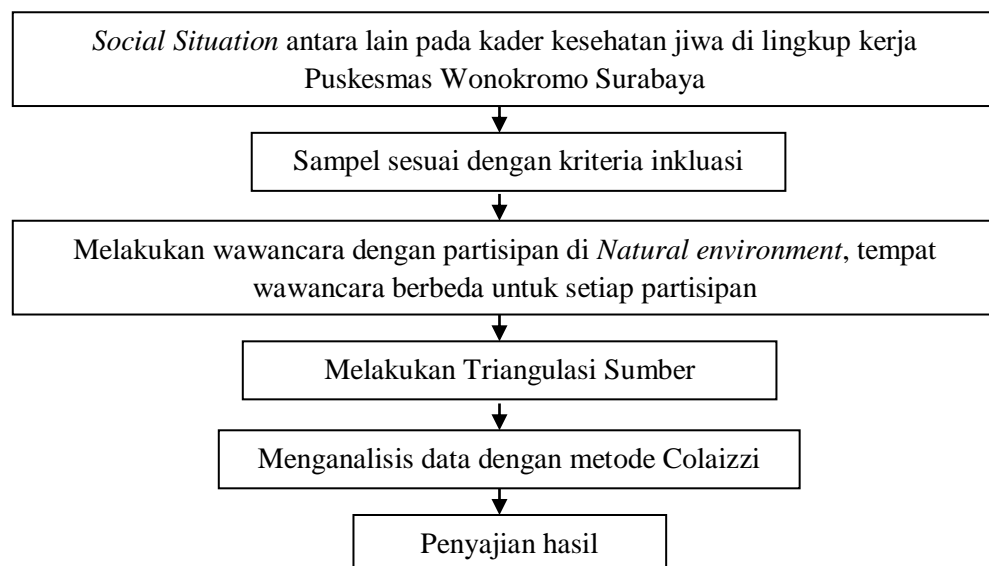
Teknik pengumpulan data yang telah dilakukan peneliti adalah sebagai berikut:

1. Peneliti mengajukan permohonan penelitian dari Magister Keperawatan Universitas Airlangga yang selanjutnya melalui Bakesbangpol Kota Surabaya, peneliti meminta izin ke Dinas Kesehatan Kota Surabaya untuk rekomendasi perizinan ke UPTD Puskesmas Wonokromo Surabaya.
2. Melalui UPTD Puskesmas Wonokromo peneliti diarahkan ke petugas pendamping program kesehatan jiwa di lingkup wilayah kerja UPTD Puskesmas yang bersangkutan. Melalui petugas pendamping program kesehatan jiwa, peneliti meminta data kader kesehatan jiwa.
3. Setelah mendapatkan data kader kesehatan jiwa, peneliti mendatangi kader dan meminta persetujuan untuk menjadi narasumber atau partisipan penelitian. Peneliti memberikan *inform consent* kepada calon partisipan, setelah partisipan memahami dan menyatakan bersedia peneliti meminta partisipan untuk menandatangani lembar persetujuan menjadi partisipan penelitian. Peneliti

melakukan kontrak waktu pelaksanaan wawancara serta meminta izin untuk merekam pada saat berlangsungnya wawancara.

4. Setelah mendapatkan kesepakatan jadwal wawancara, peneliti menemui partisipan untuk melakukan wawancara. Setiap wawancara berlangsung selama 30 – 60 menit dan wawancara dilakukan minimal 2 kali untuk setiap partisipan.
5. Dari hasil wawancara dan catatan lapang yang peneliti kumpulkan kemudian dari hasil analisis data ditranskripsikan.
6. Peneliti mengolah data yang telah dikumpulkan dianalisis dengan metode Colaizzi untuk mengidentifikasi tema – tema yang muncul.
7. Peneliti melakukan triangulasi sumber untuk validasi data, setelah itu peneliti menarik kesimpulan dan menyajikan data.

### 3.7 Kerangka Kerja





### 3.8. Analisis Data

Pengolahan data pada tahap analisis melalui cara pengorganisasian data yang dilakukan untuk membantu dan memudahkan peneliti dalam melakukan analisis data. Data yang diperoleh peneliti melalui wawancara dianalisis dengan menggunakan teknik analisis data kualitatif studi fenomenologi.

Analisis data pada penelitian ini menggunakan metode Colaizzi (1978) yang terdiri dari 6 tahapan sebagai berikut :

1. Peneliti membaca seluruh deskripsi fenomena yang telah disampaikan oleh semua partisipan
2. Membaca kembali transkrip hasil wawancara dan mengutip pernyataan – pernyataan yang bermakna dari semua partisipan. Setelah mampu memahami pengalaman partisipan, peneliti membaca kembali transkrip hasil wawancara, memilih pernyataan – pernyataan dalam naskah transkrip yang signifikan dan sesuai dengan tujuan khusus penelitian dan memilih kata kunci pada pernyataan yang telah dipilih.
3. Menguraikan arti yang ada dalam pernyataan – pernyataan signifikan, peneliti membaca kembali kata kunci yang telah diidentifikasi dan mencoba menemukan *essence* atau makna kata kunci untuk membentuk kategori.
4. Mengorganisir kumpulan makna yang terumuskan kedalam kelompok tema. Peneliti membaca seluruh kategori yang ada, membandingkan dan mencari persamaan diantara kategori tersebut dan pada akhirnya mengelompokkan kategori yang serupa ke dalam tema.

5. Menuliskan deskripsi yang lengkap, peneliti merangkai tema yang ditemukan selama proses analisis data dan menuliskannya menjadi sebuah deskripsi dalam bentuk hasil penelitian.
6. Menggabungkan data hasil validasi ke dalam deskripsi hasil analisis. Peneliti menganalisis kembali data yang telah diperoleh dan menambahkan jiwa mendapatkan data tambahan kedalam deskripsi hasil analisis.

### **3.9 Etika penelitian**

Pelaksanaan penelitian ini berpegang teguh pada etika penelitian yang ditempuh melalui prosedur dan legalitas penelitian. Persetujuan dan kerahasiaan partisipan merupakan hal utama yang perlu diperhatikan. Sebelum melakukan penelitian, peneliti mengajukan *ethical clearance* terlebih dahulu kepada pihak yang terlibat maupun yang tidak terlibat dalam penelitian agar tidak melanggar hak - hak azasi dan otonomi manusia sebagai subjek penelitian.

Tahap uji etik penelitian dengan mendapatkan lolos etik penelitian dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dengan nomor surat :1157 – KEPK yang terbit pada tanggal 7 Agustus 2018. Penelitian ini dimulai dengan melakukan berbagai prosedur yang berhubungan dengan etika penelitian meliputi;

#### **3.9.1. *Respect to Human Dignity* (Menghargai Hak Asasi Manusia)**

##### **1. *Informed Consent***

*Informed Consent* diberikan kepada partisipan untuk mengetahui maksud dan tujuan dari penelitian serta dampak yang diteliti selama pengumpulan data. Peneliti dan responden dapat mencapai persetujuan tentang hak dan kewajiban selama

penelitian. Responden yang bersedia untuk diteliti menandatangani lembar persetujuan sebagai bukti bahwa responden bersedia untuk memberikan informasi terkait dengan penelitian yang dilakukan. Responden yang menolak tetap di hormati haknya dan peneliti tidak memaksakan calon responden tersebut untuk diteliti.

## 2. *Anonimity*

Untuk menjaga kerahasiaan identitas partisipan, peneliti tidak akan mencantumkan nama partisipan pada lembar pengumpulan data yang diisi oleh partisipan, lembar tersebut diberikan nomer kode tertentu.

## 3. *Confidentiality*

Kerahasiaan informasi yang telah diperoleh dari partisipan akan dijamin kerahasiaannya. Segala informasi berkaitan dengan penelitian akan dirahasiakan oleh peneliti dan hanya peneliti yang mempunyai wewenang terkait penelitian ini.

## 4. *Fidelity*

Prinsip *fidelity* dibutuhkan peneliti untuk menghargai janji dan komitmennya terhadap partisipan. Peneliti setia pada komitmennya dan menepati janji serta menyimpan rahasia partisipan. Ketaatan, kesetiaan adalah kewajiban peneliti untuk mempertahankan komitmen yang dibuatnya

## 5. *Autonomy*

Prinsip otonomi didasarkan pada keyakinan bahwa peneliti mampu berpikir logis dan memutuskan. Prinsip otonomi ini adalah bentuk respek peneliti terhadap partisipan, juga dipandang sebagai persetujuan tidak memaksa dan bertindak secara rasional.

## 6. *Freedom*

Partisipan dalam penelitian ini bebas menentukan pilihan yang menurut pandangannya sesuatu yang terbaik, tanpa ada paksaan dari siapapun.

### **3.9.2. *Beneficence & Non Maleficence***

*Beneficence* berarti hanya mengerjakan sesuatu yang baik, kebaikan memerlukan pencegahan dari kesalahan atau kejahatan. Kadang – kadang dalam situasi pelayanan kesehatan kebaikan menjadi konflik dengan otonomi.

Untuk memenuhi prinsip *maleneficence* peneliti harus memastikan bahwa penelitian ini bebas dari bahaya (fisik maupun emosional) dan eksploitasi serta menjamin bahwa manfaat dari penelitian ini lebih besar dari risiko yang mungkin ditimbulkan.

### **3.9.3. *Justice***

Keterlibatan subjek penelitian berdasarkan kriteria inklusi yang dilakukan peneliti dan semua subjek diperlakukan sama dan adil. Keadilan dalam penelitian ini diterapkan dengan memenuhi hak subjek untuk mendapatkan penanganan yang adil dan sama rata dengan memberikan kesempatan yang sama dan menghormati persetujuan dalam *inform consent* yang telah disepakati.

## **BAB 4**

### **HASIL PENELITIAN**

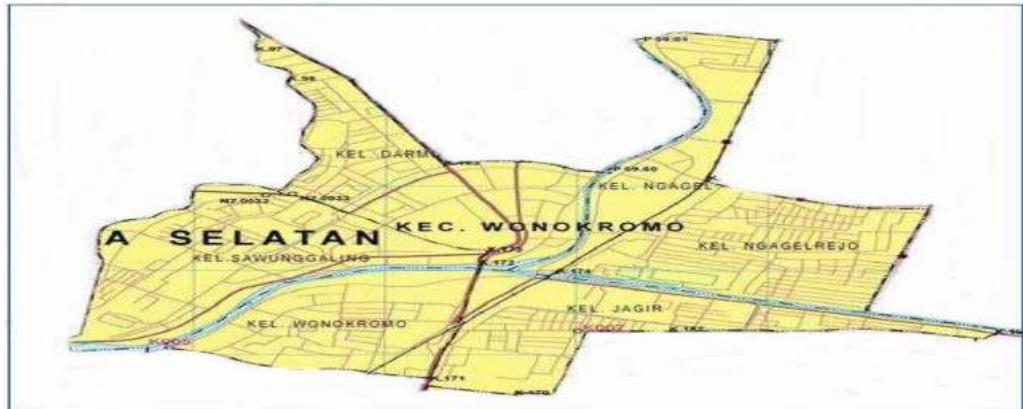
Bab ini akan menguraikan hasil penelitian dengan judul peran kader kesehatan jiwa pada program kesehatan jiwa komunitas di masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Wonokromo. Hasil penelitian di tampilkan dengan paparan yang diikuti oleh narasi, menyusul laporan tema – tema pada masing – masing individu di sertai beberapa hasil eksplorasi berupa narasi sebagai rangkuman dari keseluruhan hasil wawancara partisipan. Eksplorasi lapangan didapatkan beberapa data yang peneliti sajikan dalam data sebagai berikut:

#### **4.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian**

##### **4.1.1 Kelurahan Wonokromo**

Wonokromo merupakan salah satu kelurahan di kota Surabaya, Provinsi Jawa Timur. Lima lingkungan yang tersebar di kelurahan Wonokromo yaitu, lingkungan Karang Rejo Sawah, Karang Rejo, Pulo Wonokromo, Jetis Kulon dan Wonokromo. Kelurahan Wonokromo memiliki potensi yang sangat besar baik dari potensi ekonomi, potensi sosial budaya dan sumber daya manusia. Terdapat Puskesmas Wonokromo yang letaknya di tengah kota. Kantor Kelurahan Wonokromo terletak di jalan Pulo Wonokromo No. 253 B, dengan batas – batas wilayah sebagai berikut:

1. Batas Wilayah Utara : Kali Surabaya
2. Batas Wilayah Timur : Kelurahan Jangir
3. Batas Wilayah Selatan : Kelurahan Ketintang
4. Batas Wilayah Barat : Kelurahan Ketintang



Gambar 4.1 Letak Geografis Kelurahan Wonokromo Surabaya.

Kelurahan Wonokromo memiliki luas sebesar 104 Ha, dengan jumlah penduduk sekitar 42.620 jiwa, terdiri dari laki – laki sebanyak 21.370 jiwa dan untuk perempuan sebanyak 21.250 jiwa, berikut pemaparan dalam bentuk tabel.

Tabel 4.1 Jumlah Penduduk Menurut Usia di Kelurahan Wonokromo tahun 2015

Kelompok Umur (tahun)	Jumlah
0 – 3	2.250 orang
4 – 6	4.830 orang
7 – 12	2.110 orang
13 – 15	9.245 orang
16 – 18	7.480 orang
> 19	16.705 orang
<b>Kelompok tenaga kerja</b>	
10 – 14	618 orang
15 – 19	4.744 orang
20 – 26	4.150 orang
27 – 40	10.303 orang
41 – 56	6.468 orang
>57	16.337 orang
<b>Jumlah</b>	<b>42.620</b>

Tabel 4.2 Tingkat Pekerjaan Masyarakat Kelurahan Wonokromo tahun 2015

No	Jenis Pekerjaan	Jumlah
1	Pegawai Negeri Sipil (PNS)	952
2	TNI/POLRI	164
3	Swasta	4.928
4	Wirausaha	14.437
5	Dagang	8.509
6	Ibu Rumah Tangga	3.126
7	Pensiunan	4.272
8	Pelajar/ Mahasiswa	6.184
	Jumlah	42.571

#### 4.1.2 Puskesmas Wonokromo

Puskesmas Wonokromo didirikan pada tahun 1984, tipe Puskesmas non perawatan (rawat jalan), beralamat di Jalan Karang Rejo Gang IV No. 4, kelurahan Wonokromo kecamatan Wonokromo kota Surabaya. Luas tanah  $\pm 250\text{m}^2$ , jumlah penduduk  $\pm 42.581$  orang, luas wilayah kerja yakni  $1,04\text{ Km}^2$  yang terdiri dari wilayah daratan rendah (100%) dan wilayah daratan tinggi (0%). Jumlah desa/ kelurahan di wilayah kerja Puskesmas Wonokromo 1 kelurahan, terdiri dari 96 RT dan 8 RW dengan kondisi dapat dijangkau kendaraan roda 4 (40%), dapat dijangkau dengan kendaraan roda 2 (60%) serta tidak dapat dijangkau dengan kendaraan roda 4 dan roda 2 (0%).

Visi dari puskesmas Wonokromo yakni memberdayakan masyarakat secara mandiri demi terwujudnya masyarakat sehat. Misi puskesmas yakni melalui upaya preventif, promotif dan kuratif ke masyarakat tanpa adanya perbedaan untuk menuju masyarakat sehat. Tujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Wonokromo sesuai dengan tujuan pembangunan kesehatan.

Data gangguan jiwa yang di temukan di Puskesmas Wonokromo yakni sekitar 99 kasus dari 42.620 penduduk pada akhir September 2016. Puskesmas Wonokromo sudah memiliki kebijakan untuk penanganan masalah kesehatan jiwa di komunitas, yakni dengan melakukan kunjungan pasien gangguan jiwa setiap bulannya. Puskesmas Wonokromo telah memiliki manajemen pelayanan kesehatan jiwa di masyarakat namun masih memiliki keterbatasan sumber daya manusia untuk mengelola sedangkan jumlah penderita gangguan jiwa cukup tinggi. Mengatasi hal tersebut akhirnya di bentuklah Karsewa (Kader Kesehatan Jiwa).

Pembentukan Kader Kesehatan Jiwa (Karsewa) di Puskesmas Wonokromo di pelopori oleh mahasiswa UNUSA dalam program kreatifitas mahasiswa pengabdian masyarakat yang dalam hal ini sejalan dengan program inovatif kesehatan jiwa yang ada di Puskesmas Wonokromo. Pembentukan Karsewa di laksanakan pada bulan Juli tahun 2017, dimulai dengan pemberian pelatihan selama 2 hari. Hari pertama berupa penjelasan materi tentang pengertian Karsewa, tujuan serta peran Karsewa, hari kedua di lanjutkan dengan mengadakan simulasi. Kader di berikan pendampingan saat melakukan kunjungan ke rumah pasien ODGJ.

Keterbatasan kader yang di miliki oleh Puskesmas menyebabkan kader yang di ikutkan pelatihan adalah kader yang telah aktif di program yang sebelumnya telah ada di puskesmas. Jumlah kader kesehatan jiwa tercatat sebanyak 23 orang. Seiring berjalannya waktu, sejauh ini kader yang aktif hanya tersisa 20 orang saja, selebihnya ada yang mengundurkan diri dan ada yang tidak aktif dalam kegiatan – kegiatan yang dilakukan oleh kader kesehatan jiwa.



Kegiatan yang rutin dilakukan oleh kader kesehatan jiwa setiap bulan yakni melakukan pendataan ke rumah warga, melakukan deteksi dini, melakukan pertemuan rutin serta mengadakan Posyandu jiwa. Setiap kader di haruskan untuk mendeteksi dan melaporkan 3 sampai dengan 5 KK di setiap pertemuan rutin bulanan, selain itu kader di haruskan untuk mengajak 3 orang pasien atau keluarga pada saat posyandu jiwa. Posyandu jiwa di laksanakan di tiap pos kesehatan yang telah dibentuk di tiap RW.

Posyandu jiwa dikelurahan Wonokromo di laksanakan sekali dalam dua bulan secara bergilir di setiap pos kesehatan yang telah di bentuk. Kelurahan Wonokromo memiliki empat pos kesehatan yakni pos 1 untuk RW 1 dan 2; pos 2 untuk RW 3 dan 4; pos 3 untuk RW 4 dan 6; serta pos 4 untuk RW 7 dan 8. Petugas kesehatan bekerjasama dengan kader kesehatan jiwa dalam pelaksanaan posyandu jiwa, peserta posyandu jiwa adalah pasien dan keluarga yang berada di wilayah tempat pelaksanaan posyandu jiwa.

### **1. Jenis pelayanan Puskesmas**

Jenis pelayanan utama yang dimiliki oleh Puskesmas Wonokromo ada Sembilan yakni poli umum, poli gizi, poli KIA, poli KB, poli konsultasi gizi dan kesling, unit laboratorium, unit obat, puskesmas pembantu. Puskesmas keliling. Program Wajib Puskesmas Wonokromo dalam upaya kesehatan masyarakat meliputi upaya promosi kesehatan, kesehatan lingkungan, gizi, kesehatan ibu dan anak, upaya pencegahan dan pemberantasan penyakit serta perawatan kesehatan. Program Inovatif Puskesmas Wonokromo meliputi kesehatan jiwa, kesehatan gizi

masyarakat, kesehatan usia lanjut, usaha kesehatan sekolah dan pelayanan kesehatan peduli remaja.

## 2. Sarana dan Prasarana

Sarana Puskesmas Wonokromo meliputi:

Tabel 4.3 Sarana dan Prasarana Puskesmas Wonokromo Tahun 2016

No	Sarana
1	Poli kesehatan gigi dan mulut
2	Unit obat
3	Gudang obat
4	Laboratorium
5	Pojok laktasi
6	Poli konsultasi
7	Kesehatan lingkungan
8	Poli konsultasi
9	Psikologi
10	Pojok TB
11	Ruang sterilisasi
12	Gudang PMT
13	Gudang alat kesehatan
14	Ruang gudang umum
Prasarana	
1	Jaringan WIFI
2	Telpon
3	Tabung O2
4	Tabung APAR

### 4.2 Karakteristik Demografi Partisipan

Data demografi partisipan ini menguraikan tentang karakteristik partisipan meliputi umur, jenis kelamin, pendidikan, dan pekerjaan. Partisipan dalam peneliti ini berjumlah 18 (delapan belas) orang Kader Kesehatan Jiwa (Karsewa) sebagai subjek utama yang didapat di lapangan dan beberapa dari *signifanct other* yang terdiri dari pasien, keluarga dengan ODGJ, Petugas pengelola Program Kesehatan Jiwa serta tetangga/ masyarakat di sekitar pasien. Semua kader Karsewa beragama

islam, dengan mayoritas di dominasi oleh perempuan hanya terdapat 1 orang laki – laki. Berikut tabel distribusi berdasarkan usia partisipan :

Tabel 4.4 Berdasarkan Usia Partisipan di Wilayah Kerja Puskesmas Wonokromo tahun 2018

Usia (Th)	n	(%)
28 – 35 tahun	1	5,6
36 – 45 tahun	3	16,6
46 – 55 tahun	9	50
56 – 65 tahun	4	22,2
> 65 tahun	1	5,6
Total	18	100

Berdasarkan tabel 4.6 di tinjau dari usia terdapat 1 (5,6%) partisipan yang berusia 28 – 35 tahun, 3 (16,6%) partisipan yang berusia 36 – 45 tahun, 9 (50%) partisipan berusia 46 – 55 tahun, 4 (22,2%) partisipan berusia 56 – 65 tahun dan 1 (5,6%) partisipan berusia > 65 tahun.

Tabel 4.5 Berdasarkan Tingkat Pendidikan Partisipan di Wilayah Kerja Puskesmas Wonokromo 2018

Tingkat pendidikan	n	(%)
SMP	4	22,2
SMA	10	55,6
S1	4	22,2
Total	18	100

Berdasarkan tabel 4.7 di tinjau dari tingkat Pendidikan terdapat 4 (22,2%) partisipan dengan pendidikan SMP, 10 (55,6%) partisipan dengan pendidikan SMA, dan 4 (22,2%) dengan pendidikan S1.

Tabel 4.6 Berdasarkan Pekerjaan Partisipan di Wilayah Kerja Puskesmas Wonokromo 2018

Pekerjaan	n	(%)
IRT	17	94,4
Pensiunan	1	5,6
Total	18	100

Berdasarkan table 4.8 di tinjau dari tingkat Pekerjaan terdapat 17 (94,4%) partisipan dengan pekerjaan IRT, 1 (5,6%) dengan pekerjaan Pensiunan, 1 (5,6%) .

### 4.3 Tema

Tema sebagai hasil dari penelitian dirumuskan berdasarkan jawaban partisipan terhadap pertanyaan wawancara dan catatan lapangan selama proses pengambilan data. Berikut tema dari hasil penelitian :

Faktor yang mempengaruhi peran kader	
Faktor Pendukung	Pengetahuan
	Motivasi
	Harapan
Faktor Penguat	Dukungan sosial
Faktor Pemungkin	Posyandu jiwa
	Pos kesehatan
Peran kader kesehatan jiwa	
Pencegahan Primer	Pendataan
	Pendidikan kesehatan
	Memotivasi pasien dan keluarga
Pencegahan sekunder	Deteksi dini
	Sosialisasi
Pencegahan tersier	Memotivasi minum obat
	Rutin kontrol

#### 4.3.1. Faktor yang mempengaruhi peran kader kesehatan jiwa

##### 1. Faktor Pendukung

Faktor pendukung merupakan faktor yang mempengaruhi dan mendasari untuk terjadinya perilaku tertentu. Hasil penelitian didapatkan tema pengetahuan, motivasi diri dan harapan kader kesehatan jiwa.

a. Pengetahuan

Kader kesehatan jiwa mendapatkan pengetahuan tentang kesehatan jiwa, dengan cara mengikuti pelatihan yang dilaksanakan di Puskesmas Wonokromo. Kader mendapatkan penjelasan tentang tanda dan gejala dari gangguan jiwa, penanganan gangguan jiwa, cara melakukan deteksi dini, bagaimana memotivasi keluarga. Hasil wawancara didapatkan bahwa gangguan jiwa dapat disebabkan oleh berbagai masalah seperti masalah ekonomi, beban belajar pada anak sekolah, ketidakmampuan untuk mengelola stres serta tidak mampu untuk menghadapi masalah. Kader mengaku bahwa kader kesehatan jiwa juga beresiko untuk mengalami masalah kesehatan jiwa jika tidak mampu untuk mengelola stres. Berikut petikan wawancara dengan kader :

“Wong ini ceritanya mba, kita itu pertama kali dijadikan kader Karsewa kita mengikuti pelatihan tahun 2017 itu sekitar bulan juni yah. Itu kita ada pelatihan lagi, nah disitulah kita apa namanya ini, dijadikan kader Karsewa (Ps 02)”

“kita di beri pembekalan mengenai bagaimana caranya kami untuk lebih dekat dengan para ODGJ itu, para pasien ODGJ dan juga para pasien terdeteksi resiko memiliki gangguan jiwa. Jadi kita diajarkan bagaimana cara bertemu dengan yang memang ODGJ, bagaimana cara bertemu dengan ODMK. Setelah di beri pelatihan itu, kita di beri suatu microteaching istilahnya kita bermain peran. Ada yang jadi ODGJnya, ada yang jadi orang tuanya, ada yang jadi kadernya. Di situ kita di lihat, di nilai bagaimana caranya kita memberikan penyuluhan atau pengarahan kepada keluarganya. Bagaimana mengarahkan kalau ODGJ kita sakit atau misalkan bagaimana kita mengajarkan untuk biar itu bisa mandiri mau makan sendiri, mau pake baju sendiri dan terutama mau mandi sendiri, itu kita di ajarkan oleh para mahasiswa,..(Ps 15).”

“Kayak salah satunya misalnya kayak yang beresiko itu kayak e beban beban hidup, kayak perekonomian, bisa juga beban dari anak sekolah itu dari mulai anak - anak sekolah itu juga ada, nanti tingkatannya dari ibu rumah tangga dengan banyak beban hidup keluarga kayak tuntutan ekonomi terus banyaklah ... (Ps 01)”

“Kadang dari kita juga sendiri beresiko ketika kita menghadapi masalah, kita tidak ada cara solusi atau apa untuk lebih apa ya, ada perubahan untuk e ya itu juga bisa di bilang resiko ketika kita tidak bisa menghadapi cobaan...(Ps 01)”

“Kita bisa tahu penyebab gangguan jiwa itu apa, trus faktor – faktornya apa yang menyebabkan gangguan jiwa itu ada yang faktor resiko ada yang sehat (P02)”  
“orang sakit yang menahun yang nggak sembuh, itukan nanti menjurusnya kesitu kan. Soalnya kepikiran, “kok saya sakit tidak sembuh – sembuh” lah itu jadikan menghambat pemikirannya..(Ps 04)”

b. Motivasi diri

Motivasi mempengaruhi individu dalam berbuat untuk mencapai tujuan yang ingin dicapai. Wawancara yang dilakukan dengan kader kesehatan jiwa didapatkan bahwa kader kesehatan jiwa dalam melaksanakan peran di masyarakat memiliki motivasi yang beragam. Berikut petikan wawancara dengan kader

“Tapi memang kita senang, disini kita bisa berbagi peran bisa mengetahui “oh ini orang yang kena gangguan jiwa itu seperti apa,” jadi kita bisa tau, dari situ kita, apa ya “belajar gitu loh mba” kita masih belajar untuk mengetahui, “oh wong loro sakit jiwa itu seperti ini” gitu loh. Jadi kita menambah ilmu kita gitu loh mba, menambah ilmu kita tentang kejiwaan (Ps 02)”

“Mungkin itu apa, anggap aja apa ya mbak, sadaqoh ia mba , nanti yang bayarkan yang diatas kan selama ini Karsewa memang nggak ada fee, nggak dapat apa – apa..(Ps 03)”

“kita enjoy saja sih, kita menolong apa itu “sosial” mudah – mudahan jadi berkah begitu (Ps 14) ”

“supaya nggak terlalu banyak sampai kesehatan jiwanya jadi parah dan yang mungkin ya sudah kena mungkin bisa di tangani atau disembuhkan, istilahnya bisa melalui ke masyarakat yang seperti biasa, seperti orang normal (Ps 13)”.

“sebetulnya saya tidak tau dengan apa yang dimaksud itu yo, kesehatan jiwa kan belum pengalaman sehingga dengan hati yang ikhlas lah saya ikuti meskipun saya belum pernah pengalaman. Tapi saya ikhlas melakukan itu dan lagi saya mencari yang lain itu susah, untuk kader – kader yang lain itu memang susah untuk menjadi kader dengan hati nurani yang artinya ikhlas ya, gitu. Memang kader – kader juga membutuhkan bukan permintaan atau suruhan, harus dari hatinya sendiri terbuka. Saya itu ikhlas melakukan kegiatan seperti itu memang mulai dulu itu saya senang, suka kegiatan sosial (Ps 12)”

“Pengalaman ayah saya di bunuh ODGJ, saya ikut Karsewa ini supaya ODGJ tidak semuanya membunuh atau merasa berbuat kejam lah, jadi bisa tertangani, terobati jadi bisa sembuh seperti semula (Ps 14)”

“Motivasinya kita menjaga ODGJ jangan sampai kambuh itu caranya kita harus rutin control terus dan berobat rutin (Ps 13)”

“Jiwaku malah kayak tersentuh lihat orang yang kayak gitu, dulu kan “ih kok jijik ma wong gila” kan takutnya gitu, tapi malah nggak, orang seperti itu kudu di rangkul (Ps 8)”

“Buat pengalaman, gitu. yah seneng bisa tau kasus – kasus orang yang kelihatannya sehat tapi dalemnya ada yang bermasalah (Ps 18)”

Kader memiliki motivasi yang beragam dalam menjalankan peran. Ada kader menyatakan senang dengan kegiatan sosial, senang untuk berbagai, bermanfaat untuk masyarakat, senang mendapatkan pengetahuan tentang masalah kesehatan jiwa. Ada kader yang mengatakan bahwa kegiatan yang di lakukan sebagai sedekah untuk mendapatkan pahala, mencegah pasien kambuh. Kader melakukan perannya dengan hati yang ikhlas tanpa mengharapkan imbalan apapun. Kader mengaku tersentuh setelah melihat dan berinteraksi dengan pasien. Salah satu kader menginginkan agar pengalaman buruk yang dimilikinya tidak terjadi pada orang lain.

#### c. Harapan

Tema ini menggambarkan harapan yang dimiliki oleh kader kesehatan jiwa terkait dengan masalah kesehatan jiwa di masyarakat. Berikut pemaparan hasil wawancara dengan kader

“harapannya kedepan ya itu tadi loh mba, biar bisa di terima di tengah masyarakat lagi, lebih di manusiawikan lah, kayak - kayak gitu kan kadang ada yang dikucilkan, terus ada sama keluarga merasa itu adalah aib atau apa.. (Ps 13)”

“Kalau kedepannya gimana ya mba, ya ini diketahui si.. apa yang orang – orang yang ODGJ ini seperti puskesmas, perangkat desa, kampung, kelurahan itu

harusnya tau, di cover bisa dibantu karena kadang ada yang tinggal sendiri itu ada, tapi kita nggak berani masuk, laki – laki kan, tapi kalau diajak ngomong iya, jadi kedepannya saya kepingin mereka ini di tolong yah gitu, dari kesehatannya, permakanannya, kebutuhan sehari – harinya. Ya saya pingin pemerintah menjamin orang – orang dengan seperti itu (Ps 15)”

“Kepinginku ya walau nggak sembuh total yo, tapi setidaknya nggak ngamukan, bisa mengontrol dirinya , meskipun ndak sembuh total bisa merawat dirinya sendiri, itukan yang diminta kader..(Ps 10)”

“Ya kalau Karsewa mengharapkan untuk bisa normal, bisa seperti kita walaupun mungkin tidak sepenuhnya ya mungkin, itu semua kan mungkin karena tergantung obatnya, keluarganya, tergantung masyarakatnya bagaimana menerima pasien yang tadi ya, mungkin masyarakat bisa menerima terus obatnya rutin, periksanya rutin saya rasa akan menjadi baik.. (Ps 07)”

“Yah ingin masyarakat di ini semuanya sehat, nggak ada yang ODGJ sehingga dengan hadirnya Karsewa ini mudah – mudahan ODGJ yang ndak nemen – nemen seperti saya pertama terjun..(Ps 3)”

“Ya harapannya yang ODGJ yang sudah rutin ke menur itu ada perbaikan, sembuh ya kalau bisa. Harapannya kita kan semua ODGJ disini bisa ceria, ndak murung gitu. bisa bergaul sama tetangga sekitarnya gitu. kalau bisa ya sembuh semua (Ps 16)”

“Kalau harapan saya sebetulnya itu saya bisa membantu memberikan informasi seperti itu harapan saya ya ODGJnya sendiri itu bisa mengurangi penderitaannya jadi harapannya bisa pulih kembali meski ndak 100% (Ps 13)”

“Ya harapan kita ada perubahan baik lah, yang gejala bisa sembuh, yang sudah parah bisa jadi gejala, itu aja. Kuncinya cuman di pendekatan kok mba, sampai kalau di kasih obat kan dari puskesmas, kalau dari pengawasan kan dokter sudah ngasih obat, secara rutin diminum itu mesti ada perubahannya (Ps 11)

“kayak kami sih dari Karsewanya wonokromo berharap pasien kami mendapatkan perawatan medis layaknya pasien -pasien umum lainnya.. (Ps 15)”

“Harapannya sih bagaimana pemerintah lebih memperhatikan kelangsung hidup dari pasien – pasien tersebut (Ps 15)”

“ya berkuranglah, terus bisa secepatnya orang – orang seperti itu di atasi biar nggak terlalu banyak. Tapi banyak sih orang kyak gitu, soalnya kendalanya ekonomi kadang kadang kendalanya ekonomi. Terus orang seperti itu jangan terlalu di pojokkan apo, diasingkan gitu loh mba. Jadi kita berusaha semampunya kita, tetap mengajak pasien berkomunikasi supaya ada perubahan sedikit gitu loh. Orang sudah seperti itu terus kita biarkan, ia kan, malah diasingkan. Kan kasian



malah. Tetep berusaha merangkul, jalan satu – satunya ya tadi kita adakan kunjungan supaya itu tadi, tidak melebar (Ps 12)”

Kader memiliki harapan kepada masyarakat untuk tidak menjauhi, membatasi, mengucilkan pasien yang mengalami gangguan jiwa. Tujuan hadirnya Karsewa adalah untuk membantu pasien, merawat pasien sehingga pasien dapat kembali berbaur dengan masyarakat. Partisipan berharap masalah kesehatan jiwa di komunitas dapat berkurang, individu yang mengalami gangguan jiwa sembuh, dapat mengontrol dirinya sendiri. Partisipan mengharapkan agar pemerintah memberikan perhatian kepada pasien terkait pengobatan dan pemenuhan kebutuhan sehari – hari pasien. Kader memiliki harapan agar mampu membantu mengatasi masalah kesehatan jiwa di masyarakat, berikut petikan wawancara dengan kader

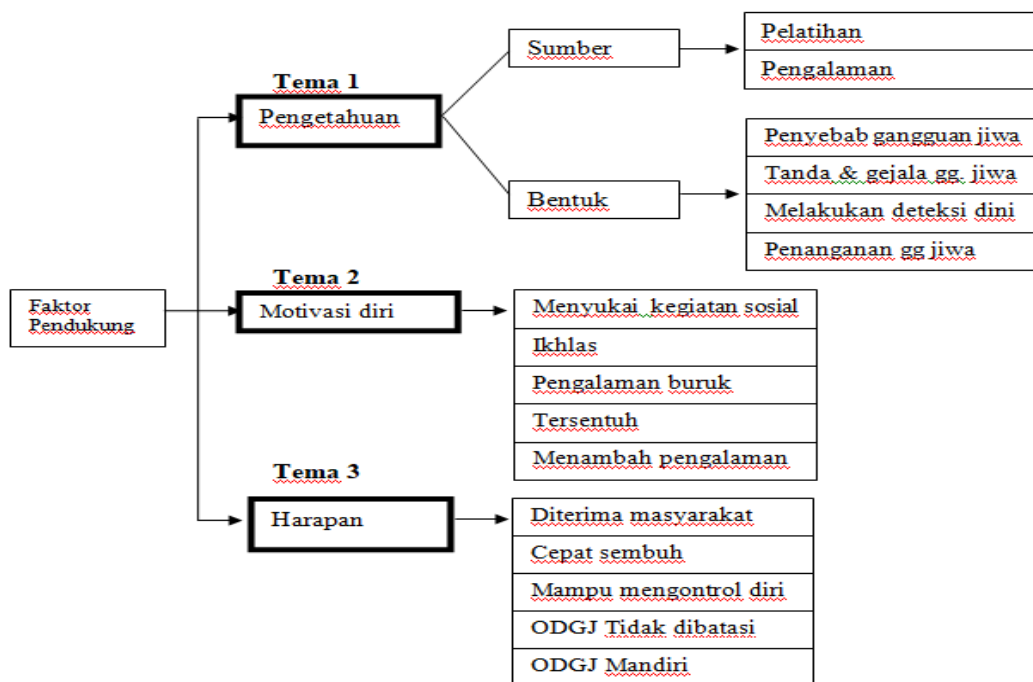
“Ya saya harap bisa semakin maju, kalau bisa kita ini kader Karsewa bisa bersemangat untuk memajukan ini, kader Karsewa supaya apa ya, soalnya kita juga kadang –kadang bingung “awa e dewe bisa apa ngga?”. Tapi wes insha Allah kita berharap Karsewa ini bisa maju. Kita juga semakin guyub ya, semakin kompak untuk memajukan Karsewa itu, gini . kedepannya itu kita bisa untuk ODGJ itu bisa mandiri, Kita bisa mengkoordinir, mendeteksi, kita bisa berbaur dengan para penderita itu biar bisa akrab, seneng gitu loh mba. Kita bisa membuat ODGJ itu senang, berkreasi, bisa beraktifitas jadi tidak bergantung pada orang tuanya, mandiri, sehat, bisa berkreatifitas dan beraktifitas dengan sehari – hari, itu aja. Ya bisa bermanfaatlah untuk masyarakat. (Ps 06)”

“Kedepannya dengan Karsewa ini, ODGJ tidak lagi terasing gitu, di terima di masyarakat gitu, jadi kalau misalnya sudah sembuh, sudah bisa bersosialisasi tidak akan di jauhi. “Aku loh, iso ini” begitu..(Ps 05)”

“Ya harapannya pokoknya Karsewa dapat mengatasi orang yang terganggu jiwanya. (Ps 07)”

“Ya harapan saya ya semoga dengan adanya Karsewa ini bisa meminimalkan jangan sampai ada istilahnya warga yang sampai menjadi istilahnya apa gangguan jiwa. Jangan sampai menjadi gangguan jiwa yang berat, itu aja dan yang sudah terkena diharapkan bisa sembuh dan normal, bisa beraktifitas untuk minimal untuk dirinya sendiri, tidak merepotkan keluarga, itu saja mba yang diharapkan (Ps 13)”

Harapan untuk Karsewa agar tetap kompak dan mampu untuk terus membantu penanganan masalah kesehatan jiwa di masyarakat, memberikan pendampingan kepada pasien dan keluarga, mengontrol perkembangan kesehatan pasien, membantu memandirikan pasien sehingga pasien mampu beraktifitas secara mandiri dan tidak tergantung lagi kepada orang lain.



Gambar 4.2. Analisis Tema Faktor pendukung kader kesehatan jiwa dalam melaksanakan peran di masyarakat

## 2. Faktor penguat

### a. Dukungan Sosial

Tema tentang dukungan sosial menggambarkan tentang sumber dukungan yang dimiliki oleh kader kesehatan jiwa. Berikut penuturan kader kesehatan jiwa terkait dengan dukungan yang dimiliki

“Ya, pertama dukungan dari keluarga, terutama dari suami saya, pokoknya harus jaga ya istilahnya jaga kesehatan kita (Ps 01)

“Keluarga mendukung, kebetulan saya kan single ya mba yo. Saya punya anak 2 itu kan “yah ndak apa – apa mamanya jadi kader apa saja” yang penting halal, wes ndak apa (Ps 04)”

“Kalau keluarga sih apa yang saya lakukan mendukung aja, istilahnya apa sih. Ya kalau mampu melaksanakan selama tidak mengganggu tugas rumah tangga, ya sudah (Ps 07) ”

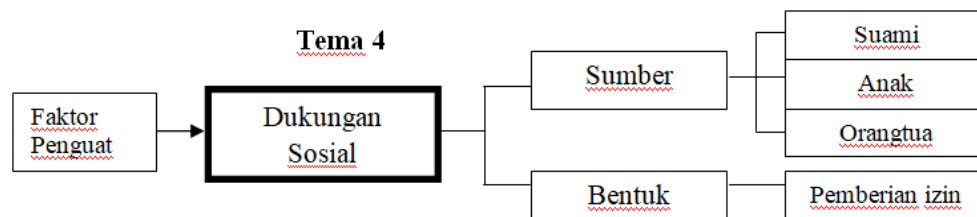
Ya kebetulan juga di keluarga saya terjun juga di senam untuk membina jiwa juga, dan ibu juga sebagai pencetus juga, putri saya juga yang memegang PAUD itu juga dan kebetulan juga kami sekeluarga adalah pelatih – pelatih senam itu. Sampai disitu, kami kamu juga memberikan terapi – terapi pada orang. Yah tanggapannya jika hal bermaslahat untuk masyarakat, ya kita terima (Ps 09)

“Saya kan kepala keluarga ndak ada suami, keluarga ndak pernah melarang cuman kita harus bisa bagi waktu (Ps 10)”

“Ya Alhamdulillah anak – anak saya ya mendukung ndak apa – apa, dari pada di rumah menganggur kan, ya wes mending mengikuti kegiatan. Kata anak – anak saya gitu (Ps 11)”

“Alhamdulillah memang dari keluarga saya, terutama ibu saya sendiri ya. Kebetulan ibu saya ketua kelsi (kelurahan siaga) istilahnya ketuanya para kader kesehatan lah ya mba. jadi sudah ndak kaget ya mba, ndak apa – apa (Ps 16) “

Hasil wawancara di dapatkan bahwa kader mendapatkan dukungan dari keluarga. Partisipan mengatakan bahwa harus mampu untuk membagi waktu dengan baik agar keluarga dan kegiatannya tidak terbengkalai. Awalnya keluarga merasa khawatir saat mengetahui partisipan menjadi kader kesehatan jiwa namun setelah partisipan menjelaskan tentang kegiatan apa saja yang dilakukan, akhirnya keluarga bisa menerima dan tidak membatasi kader dalam melaksanakan kegiatan dimasyarakat.



Gambar 4.3. Analisis Tema Faktor penguat kader kesehatan jiwa dalam melaksanakan peran di masyarakat

### 3. Faktor pemungkin

#### a. Posyandu jiwa

Posyandu (Pos Pelayanan Terpadu) merupakan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat oleh petugas kesehatan bersama kadernya secara lengkap. Posyandu jiwa mulai diadakan setelah dibentuknya Karsewa, berikut petikan wawancara dengan kader kesehatan jiwa:

“Kita sudah melakukan posyandu jiwa mulai bulan juli itu kurang lebih empat kali di bulan yang tujuh belas yang kemarin – kemarin, terus yang 2018 ini juga sudah 2x (Ps 01)”

“Ini setiap bulan kita ada posyandu mbak, orang itu kan kita kumpulkan dari kan ada 8 RW. setiap RW itu harus mengirimkan yang benar – benar ODGJ tadi, kita bentuk sebuah posyandu dan disitu ada pemeriksaan, ada obat gratis semuanya. Nah kalau memang itu tidak dapat mengatasi nah kita kirim ke menur, gitu ya. Gitu tugas kader mendampingi sampai kesana sampai ke menur. Kalau memang benar – benar orang yang seperti di RW 5 kan ada, apa itu ODGJnya yang ngamuk – ngamuk. Lah kebetulan ada kader kesitu, dibawa kesana (menur) kader ikut kesana mba. Kader ikut kesana juga menunggu sampai selesai, gitu. jadi kader itu intinya sebagai kader itu kita kan sosial yo, semua totalitas. Kita itu sampai ke menur sampai selesai, gitu kader (Ps 04)”

“Karsewa satu bulan 2 kali, yang satu pertemuan khusus kader, terus yang satunya posyandu jadi yang ODGJnya setiap RW dikirim 2 bergilir ke RW – RW lain. disini kan ada 8 RW, tapi ada 4 pos, jadi RW 1 – RW 2, RW 3 – 4, 5 – 6, 7 – 8, itu, jadi digabung mba, mengirimkan 2 orang ODGJ. Satu kader mengirimkan 2, nanti ada pemeriksaan, transport untuk ODGJnya ada, ada obat. Itu banyak sekali, wes kita pokok e setiap RW, itu kan yang dibawa ke posyandu itukan seng benar – benar sing parah, tiap kayak yang di RW saya ya, RW 4 kan

saya, kemarin itu ada 4 yang dari RW 4, belum RW 1, RW 2 gitu, kan 2 RW dikumpulkan. Tapi setiap RW itu membawa 2 pasien gitu, dua pasien – dua pasien di kali 8 kan 16, itu baru bulan ini, belum bulan depan kan ada lagi, gitu (Ps 09)”

“Awalnya itu posyandu Karsewa itu diadakan di Puskesmas, satu kader bawa 3 pasien ya. Kalau pasiennya sudah mandiri bisa berangkat sendiri, kalau yang belum diantar keluarganya. Dengan itu kita sebagai kader Karsewa yah harus tau diri kalau kesana itu naik becak, kan nggak mungkin jalan kaki kasian, jadi kita mengeluarkan sendiri buat bayar becaknya. Dari kader sendiri supaya mau datang, gitu. tapi sekarang sudah di kasih transport (Ps 10)”

“Alhamdulillah kemarin ada Karsewa ini, ada perkembangan ya mba. Pasiennya bisa di ajak ngobrol, kemarin kayak mba Linda ndak mau mandi, apa ya sekarang sudah mau mandi, sudah mau merawat dirinya sendiri, sudah bisa ganti baju sendiri. Kadang juga ada pasien datang sendiri mba kalau ada posyandu (Ps 05)”

Kegiatan posyandu jiwa meliputi pencatatan, penimbangan, pemeriksaan kesehatan, penyuluhan dan pemberian obat. Setiap kader bertugas untuk membawa pasien beserta keluarganya untuk di ikutkan dalam kegiatan posyandu. Akhir kegiatan posyandu jiwa diadakan *sharing* bersama, pasien dan keluarga saling menceritakan tentang pengalaman dan keluhan yang dialaminya. Setiap pasien dan keluarga di berikan kesempatan untuk menceritakan pengalamannya.

Kader mengatakan bahwa kegiatan posyandu di lakukan secara bergilir di setiap pos kesehatan yang telah di bentuk. Pasien yang diikutkan adalah pasien yang sudah di rutin minum obat, pasien yang sudah mampu untuk mengontrol diri sendiri. Pasien yang sudah mandiri dapat datang dengan sendirinya ke posyandu, sedangkan pasien yang belum mandiri di damping oleh keluarga.

Kader dalam mengajak pasien dan keluarga untuk ikut dalam kegiatan posyandu jiwa memiliki beberapa kendala baik bersifat dari dalam diri kader sendiri, dari keluarga maupun dari pasien. Berikut petikan wawancara dengan kader:

“Pertama kalinya juga itu saya kadang ragu yah, mau ndak di ajak terutama yang sudah ODGJ yah. Mau ndak ikut pertemuan posyandu, nanti disana di lakukan penimbangan, di ukur tekanan darahnya, ada psikolognya. Nanti tanya jawab sama psikolog. “mau, mau mbak” akhirnya mau. “besok dateng ya” terus besoknya saya datengi lagi atau saya telpon ibunya. “ibu, dateng yah” iya. mba Yuli dateng ya, Iya katanya. Nanti saya ulangi lagi. Yah datang pada saat posyandu. Kemarin pada saat pertemuan itu, ODGJnya saya datangkan 4 orang dari sini. Yah 3 hari sebelum pertemuan itu saya datengi, “tak kemana – mana tah bu? Ndak” terus yang ODGJnya juga saya tanya “mau yah” ngono, mau. Ada yang tidur, ndak mau katanya. Tidur ndak mau ketemu sama saya. Tapi besoknya saya datangi lagi atau saya telpon lagi akhirnya hari H dateng, gitu (Ps 02)”

“Pernah ngajak warga mba, cuman ada yang keberatan, yah yang keberatan biasanya pasien ndak mau. Ndak bersedia, kadang kalau sudah lihat kita itu sudah lari. Kadang kalau gitu biasanya kita laporan kalau ada kader yang dag jilbaban ya yang kader non muslim itu kadang rambutnya di jambak gitu, tau – tau ada yang agresif gitu mba. Ya kalau gitu – gitu kan kita ndak berani, terus lepas ya opo (Ps 03)”

“Jadi kemarin itu ada posyandu, mereka mau diajak, susahnya itu kalau memang berbeda dari posyandu yang lain ya, yang diajak ini kan orang – orang berbeda. Kadang kalau balita mungkin tinggal gendong, nganter ini, terus kemudian lansia tinggal diajak, terus ini kan orang yang dengan dunia lainnya itu ndak bisa diajak komunikasi dengan cepat, perlahan, jadi itu kadang ada yang mau kadang ada yang ndak, tapi kalau ada dukungan dari keluarga yang membujuk, kita membujuk keluarga sebelum membujuk ke pasien (Ps 11)”

“kebanyakan pasien kalau mau diajak harus ada iming – imingnya ya baru mau, “kalau disangonin mau yo,” ya kadang dikasih uang. Kalau pertama dulu kan ndak ada, posyandu kan ndak ada hanya transport utuk itu tadi. Jadi kader hanya mengeluarkan uang sendiri untuk mengganti ongkos naik becak, sekarang sudah ada jadi istilahnya jadi ada kayak iming – imingan terpenuhi jadi dia bisa diajak memantau, mengecek kesehatan juga enak. Susah kalau memang tidak di gitukan mba, trus kyak gitu nanti terus mencari “nggak anu lagi toh, tak sangone, ngku tak ngane jajanan toh?” ia tak kasih jajanan. Tapi ya orangnya sudah berumur semua, kader e ya kayak mengimbangi kejiwaannya mereka, (Ps 06)”

“Sebenarnya banyak mba, kendalanya yo itu tadi, ndak ada yang ngantar no jadi kita juga ndak berani bawa, cuman kita ya itu tadi kendalanya, dari pihak keluarga yang tidak bisa menemani pasien.kita sendiri ya yang penting sudah menyarankan, sudah ngasih wawasan gini – gini, tergantung dari pihak keluarga Pihak keluarga welcome semua sebenarnya, cuman itu tadi pasiennya ini loh yang sulit di ajak. Anu pasiennya kadang susah di ajak, kadang sudah di ajak, “temen mba yo, besok teko yo, besok tak kasih uang saku, dikasih transport” iyo.

Ternyata juga tidak datang. Kan gitu pikirannya cepat berubah kalau orang seperti itu (Ps 10)”

Kader mengalami beberapa kendala saat mengajak pasien untuk mengikuti posyandu jiwa. Kebanyakan pasien susah untuk diajak dan jika ingin di ajak harus ada iming – imingnya, saat ini untuk pelaksanaan program kesehatan jiwa telah mendapatkan dana untuk penyelenggaraan kegiatan posyandu, setiap pasien yang datang di berikan *snack* dan uang transport. Hal ini berbeda saat pertama kali posyandu jiwa di adakan. Partisipan mengatakan tidak memiliki dana untuk mengadakan kegiatan posyandu, untuk menunjang kegiatan tersebut kader mengumpulkan uang secara sukarela.

Partisipan saat membujuk pasien di lakukan dengan perlahan di karenakan pasien lebih nyaman dengan dunianya sendiri, perasaan pasien yang mudah berubah menyulitkan kader untuk mengajak pasien sehingga kader membutuhkan peran dari keluarga untuk membujuk dan mengajak pasien ikut serta dalam kegaitan posyandu.

#### b. Pos kesehatan

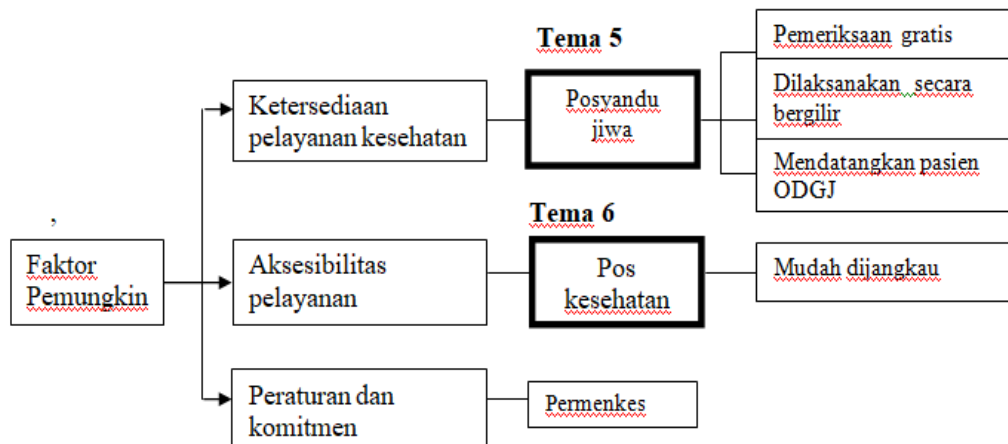
Untuk memudahkan masyarakat menjangkau pelayanan kesehatan jiwa maka dibentuklah pos kesehatan di kelurahan Wonokromo. Adanya pos kesehatan ini masyarakat dapat menjangkau pelayanan kesehatan jiwa dengan lebih mudah. Kegiatan Posyandu jiwa awalnya di adakan hanya di Puskesmas sehingga hanya sebagian kecil dari pasien yang datang ke posyandu jiwa. Kader harus menyiapkan uang transportasi bagi pasien dan keluarga, setelah dibentuk pos kesehatan, kegiatan posyandu mulai diadakan secara bergilir di tiap pos. Posyandu bergilir ini lebih efisien dilaksanakan karena lokasi kegiatan lebih mudah dijangkau oleh masyarakat.

“Awalnya itu di Puskesmas, kalau sekarang itu di giliran ke RW – Rw, dari RW 1 – RW 8, tapi gabungan RW 1 dan RW 2, RW 3 dan R4, 5 dan 6, 7 sama 8 (Ps 10)”

“Karsewa satu bulan 2 kali, yang satu pertemuan khusus kader, terus yang satunya posyandu jadi yang ODGJnya setiap RW dikirim 2 bergilir ke RW – RW lain. disini kan ada 8 RW, tapi ada 4 pos, jadi RW 1 – RW 2, RW 3 – 4, 5 – 6, 7 – 8, itu, jadi digabung mba (Ps 10)”

“kita kerjanya di bagi kelompok ya, ada pos 1, pos 2, pos 3. Saya di pos 3, jadi saya ketua pos 3 disini di RW 5 dan RW 6 itu di gabung. Di RW 6 ada 2 orang, disini di RW 5 ada 4 orang. Setiap kelompok itu di bagi (Ps 09)”

“setelah dibentuk pos kesehatan, kalau posyandu lebih dekat mba jadi pasien dan keluarga tidak jauh – jauh lagi ke puskesmas (Ps 02)”



Gambar 4.4. Analisis Tema Faktor pemungkin kader kesehatan jiwa dalam melaksanakan peran di masyarakat

#### 4.3.2. Peran kader kesehatan jiwa

Kader kesehatan jiwa memiliki peran yang sangat besar terhadap peningkatan derajat kesehatan masyarakat, baik dari kesehatan fisik maupun mental. Kader berperan untuk mempertahankan yang sehat jiwa tetap sehat, yang resiko menjadi sehat serta yang gangguan menjadi produktif. Hasil penelitian yang dilakukan di



wilayah kerja Puskesmas Wonokromo, didapatkan peran yang di lakukan oleh kader kesehatan jiwa meliputi:

**1. Peran kader kesehatan jiwa dalam program pencegahan primer kesehatan jiwa komunitas di masyarakat.**

Berikut pemaparan tema peran kader kesehatan jiwa dalam program pencegahan primer kesehatan jiwa di komunitas:

1) Mengidentifikasi kelompok resiko

a. Pendataan

Pendataan merupakan kegiatan yang di lakukan oleh kader setiap bulan, pada kegiatan ini kader melakukan pendataan ke rumah tiap warga di wilayah kerjanya. Berikut petikan wawancara dengan kader :

“Kita melakukan kayak istilahnya e pendataan dini dulu, apakah dia masuk apa, dari beresiko e apa atau sudah dengan gangguan jiwa yang beresiko tadi itu terus nantinya naiknya dari gangguan jiwa berat. Yang kita titik beratkan selama ini yang ini malah yang beresiko itu, iya karena selama ini kita terfokusnya sama ya udah gangguan jiwa berat, yang sudah dijalan – jalan gitu yang ini, justru dengan yang kita lalai atau yang kita abaikan yang beresiko itu atau yang sudah anu tapi belum berat, nah itu yang kita fokuskan (Ps 01)”

“Jadi kita sebagai kader Karsewa harus sabar, ngomongnya jangan sampai tersinggung walau ke ibunya “bu saya cari orang dengan ODGJ” ya nggak gitu. “bu, saya mau mendata bu ya” gitu caranya. Kalau ndak kayak gitu “opo?” ada yang kayak gitu, memang ada. Tapi saya kesana nggak langsung cari ODGJ ndak, pertama salaman dulu, iya gitu mba. Jadi orang itu kan harus tau, oh keadaan bagaimana. (Ps 08)”

“kita mendata semua keluarga ada yang masalah, belum masuk ODGJ. ODMK, orang dengan masalah kejiwaan itu, ya mungkin kalau ada masalah. Tiap bulan kita mendeteksi 3 kepala keluarga, ada yang semua sehat, ada yang warganya kena darah tinggi, ada yang diabet ada yang satu kena epilepsy, ada yang suka ngamuk – ngamuk. Dibilangi sama orang tuanya suka ngamuk – ngamuk, itukan sudah ada apa, maksudnya sudah ada tanda – tanda mba kalau sering ngamuk dan setiap bulan itu di 3 kk kami melaporkan ke ketuanya itu, gitu. (Ps 10)”

“kebanyakan itu dapat informasi dari ibu – ibu, bapak – bapak biasanya ndak mau tau. Sama ibu – ibu nanyanya sambil santai – santai itu udah dapat informasi, kalau bapak – bapak cuek. Kalau ada omong – omongan begitu saya baru masuk. Walaupun begitu tetap saya informasikan, sempat mereka ketemu sama tetangganya atau keluarganya yang seperti itu nah iyo, itu ono kader e (Ps 12)”

“Saya pertama itu minta data kader kita, mungkin bisa bu RT kita yang jadi kader Bumantik, posyandu saya tanya – tanya apa disini ada. Terus pas ada pertemuan di RW saya ngumumkan mungkin kalau ada tetangganya, yang mengalami setres, gangguan jiwa mohon untuk di laporkan ke saya. Gitu. jadi mungkin, oh saya ini ada ini – ini. Namanya saya suruh nyatat saya kunjungi jadi saya jelaskan. Saya ini kader Karsewa, kader kesehatan jiwa seperti itu. Dan saya ini ingin memantau perkembangan atau kondisi pasien ini. Nah yang namanya yang ini, jadi nanti kalau ada misalnya seperti posyandu jiwa ya, itu saya kabari dan saya ajak, tempatnya dibalai RW saya bilang gitu. jadi bisa di pantau kesehatannya mungkin kalau memerlukan obat atau di rujuk ke rumah sakit, nanti yang menentukan dari puskesmas. Jadi dia menerima semua, jadi saya minta data per kader (Ps 14)”

Dari hasil wawancara tentang peran kader dalam melakukan pendaatan di dapatkan bahwa kader melakukan pendataan tidak hanya pada individu yang mengalami gangguan jiwa berat, juga kepada individu yang beresiko untuk mengalami gangguan jiwa berat seperti pada individu yang memiliki penyakit yang tidak kunjung sembuh yang hal ini dapat mengarahkan individu tersebut untuk mengalami masalah kejiwaan. Kelurahan Wonokromo terdiri dari delapan RW yang kemudian didirikan empat pos kesehatan. Setiap kader pos bertugas untuk mendata kembali, memantau kondisi pasien dan keluarga, memeriksa kegiatan pasien dirumah. Data yang didapatkan kemudian di laporkan pada saat pertemuan Karsewa yang dilaksanakan setiap bulan.

Kader mendapatkan informasi kebanyakan dari ibu – ibu di sekitar tempat tinggalnya, partisipan menyebutkan bahwa ibu – ibu lebih mudah untuk di tanyai di bandingkan oleh bapak – bapak dikarenakan cenderung cuek. Kader mendapatkan data dari kader lain. Partisipan terlebih dahulu meminta kader lain untuk melaporkan jika menemukan keluarga atau individu yang menunjukkan gejala gangguan jiwa, selanjutnya dilakukan pencatatan dan kunjungan. Jika kader menemukan pasien yang beresiko untuk membahayakan, kader hanya menemui keluarga pasien.

a) Pengalaman berbeda

Tiap kader memiliki pengalaman tersendiri dalam saat menghadapi pasien dengan ODGJ. Kader menceritakan tentang pengalaman salah satu kader lain saat melakukan pendataan, kader tersebut menemukan pasien yang belum pernah berobat, pasien tersebut mulai menunjukkan gejala gangguan jiwa. Pasien terkadang marah dan menuding serta melempari orang di sekitarnya sehingga keluarga mengunci pasien di kamar. Hal ini menyebabkan kader merasa takut untuk melakukan wawancara dan mendekati pasien. Berbeda dengan pengalaman yang dialami oleh Kader tersebut, pasien yang dimiliki adalah pasien yang pernah berobat dan pasien yang suka menyendiri.

“kadang – kadang kita juga menemukan pasien yang masih resiko. Maksudnya itu ada pasien yang belum pernah berobat gitu, resikonya sudah kelihatan jadi waktu kita wawancara itu kita jadi takut sendiri, kita di ndut – ndutin, itu yang dialami oleh ibu Ruces. Kalau saya sih belum, saya Cuma istilahnya kalau saya pengalamannya cuman mendekati yang memang sudah pernah berobat gitu ya ndak ada masalah, ngak parah yang saya hadapi . belum sampai istilahnya dimarahi karena memang

yang disekitar saya ini yang istilahnya, menyendiri, resiko dengan gejala yang suka menyendiri gitu aja. Itu yang ada disekitar ini, kalau dengar dari kader lain itu ada yang marah – marah, tuding – tuding gitu, ada yang ndak berani masuk hanya di isolasi, apa ditaruh di kamar karena memang suka marah, melempar – lempar, jadi ndak berani untuk mendekat (Ps 06)”

“Awalnya saya juga ngeri, orang gangguan jiwa kan juga bisa membunuh, ia tidak bisa apa, emosinya tidak terkontrol. Itu makanya saya masih ngeri, sampai nggak berani kalau ketemu sama ODGJ itu nggak berani mendekat, itu awal – awal saya jadi kader, sekang sesuai dengan berjalannya waktu, lama – lama ya udah. Anu.. ikuti aja ya kalau memang berbahaya, saya menemui keluarganya kalau memang ndak bisa ditemui. Kan kadang – kadang ada yang berbahaya ya seperti itu awal mulanya (Ps 03)”

“Kan dari awalnya takut, lama – lama ya ndak takut sih, karena selain di damping oleh ibunya mereka juga kan sudah diberi obat ya mba, diberi obat itu membuat dia agak stabil. saya kira dulu orang begitu itu ngamuk atau apa gitu ya, ternyata ndak. Memang ada sih yang ngamuk, ada yang pendiam, ada yang jalan kan begitu ya di itunya, orangnya maksudnya ciri – cirinya ya begitu. Tapi selama ini ya kita nikmati aja, malahan ibunya seneng karena merasa ada perhatian dari puskesmas melewati kita kader ini jadi merasa di diperhatikan, begitu..(Ps 07)”

b) Penerimaan keluarga

Saat melakukan pendataan, Kader mengatakan ada keluarga yang menerima dan ada yang menolak jika didatangi untuk dilakukan pendataan. Berikut petikan wawancara

“Keluarga kadang ada yang menerima mba, kalau yang ODGJ ya mba selama ini yang saya kunjungi menerima. Pertama – tama kita dekati, kita bilang kalau kami dari puskesmas diminta datang untuk mendata apa benar kalau di sini ada ODGJ, gitu. kami mendatangi berdasarkan data yang ada di puskesmas mba (Ps 02)”

“Ia itu ada yang terbuka, ada yang ndak. Kalau terbuka ya enak kalau mendata, terus terang kalau ini ada keluarga saya yang kayak gini jadi saya data. Ada juga yang malu kalau punya keluarga yang kayak gitu, jadi kita dekati, kita datangi, kita rayu. Nanti kalau punya orang dengan gangguan itu, monggo kami data ibu. Setiap bulannya ada posyandunya, jadi kita laporkan ke puskesmas. Nanti pihak puskesmas yang mendatangi (Ps 13)”

Sebelum melakukan pendataan, Kader melakukan pendekatan terlebih dahulu kepada keluarga dan mendata berdasarkan data yang didapatkan dari puskesmas. Kader mengatakan keluarga yang terbuka memudahkan dalam melakukan pendataan. Jika kader menemukan keluarga yang merasa malu memiliki keluarga yang ODGJ, kader mendekati keluarga dan merayu keluarga untuk melaporkannya agar bisa mendapatkan penanganan segera dari Puskesmas. Saat berinteraksi dengan keluarga pasien, kader mengatakan harus bersabar, menggunakan bahasa yang halus sehingga tidak menyinggung orang tua pasien. Partisipan tidak langsung menyatakan keinginannya untuk mendata ODGJ, terlebih dahulu partisipan bersalaman dengan keluarga dan memperkenalkan diri. Menurut pengakuan kader, ibu pasien merasa senang karena merasa mendapatkan perhatian dari puskesmas melewati kader kesehatan jiwa. Hal ini sesuai dengan data triangulasi sumber yang dilakukan kepada keluarga pasien.

## 2) Memberikan motivasi

“Ibu yang sabar ya, yang telaten, anaknya gangguan jiwa, ibu tetap sabar ya, tetap semangat biar anaknya nanti cepat sembuh (Ps 02)”

“Orang yang kayak gini nggak harus minder, kalau punya anak kayak gini nggak boleh minder, kita harus fear ” jadi bisa dibantu sama puskesmas (Ps 04)”

“Mbak jangan sedih, ndak usah susah sampean, trus ta kasih semangat sampean jangan pake daster kayak gini dirumah, sampean merias diri, loh sampean dulunya kerja, cantik. . Akhirnya dia mau, ya wes sekarang cantik tapi ya masih ada, masih berobat.(Ps 05)”

Pasiennya kalau di tanya kadang ketawa aja, kadang diem gitu. jawabannya ya kadang – kadang gimana ya. Opo’o nggak gelem keluar rumah? malu, isin

aku. Ya kita menyarankan jangan malu – malu, sudah biasa aja, ndak apa – apa keluar rumah biar ndak di dalam kamar terus, ada ketemu orang gitu. bisa ndak diem diri gitu loh.., (Ps 10)

kita sebagai kader itu bagaimana caranya kita memotivasi atau menguatkan, jangan sampai ojo' sampai itu pasien kita biarkan atau tidak kita urus. Kalau misalnya pasien seperti itu tidak di urus takutnya malah mengganggu warga di sekitarnya (Ps 15)

Hasil wawancara dengan partisipan tentang peran kader kesehatan jiwa dalam memberikan motivasi kepada pasien dan keluarga didapatkan bahwa Partisipan memberikan motivasi kepada keluarga untuk sabar dalam merawat pasien, menganggap sebagai cobaan, selain itu keluarga dimotivasi untuk selalu mengingatkan pasien untuk minum obat secara rutin agar cepat sembuh. Sama halnya dengan pasien. partisipan memotivasi pasien untuk lebih bersabar, tidak merasa minder dengan penyakitnya, menganjurkan pasien untuk merawat diri serta rutin meminum obatnya serta di motivasi untuk beraktifitas.

Partisipan mengatakan bahwa seorang kader kesehatan jiwa harus mampu menguatkan pasien, meminta keluarganya untuk merawat pasien sehingga tidak mengganggu warga di sekitarnya. Hal ini sejalan dengan hasil triangulasi sumber, pasien menyatakan merasa senang saat di kunjungi oleh partisipan. Pasien memiliki teman untuk curhat, selain itu keluarga merasa senang dan merasa terbantu untuk merawat pasien. Keluarga menceritakan bahwa dulunya ia tidak tahu harus bagaimana merawat pasien, sedangkan warga disekitarnya membatasi diri untuk berinteraksi dengan keluarga.

Setelah rutin mendapatkan kunjungan, mendapatkan arahan dari partisipan keluarga mengatakan senang karena mendapatkan perhatian dari Puskesmas.

### 3) Pendidikan kesehatan

Pendidikan kesehatan merupakan suatu upaya yang dilakukan oleh kader kesehatan jiwa berupa memberikan informasi yang dapat meningkatkan pengetahuan dan kesadaran keluarga atau individu tentang kesehatan.

Terdapat beberapa kategori pada sub tema ini meliputi

#### a. Memandirikan pasien

Berikut petikan wawancara dengan partisipan:

“Kita memberikan penyuluhan kepada keluarga terdekat untuk memberikan kemandirian kepada pasien agar tidak merepotkan keluarganya (Ps 15)”

“Kita bisa membuat ODGJ itu senang, bisa beraktifitas jadi tidak bergantung pada orang tuanya, mandiri, sehat, bisa berkreatifitas dan beraktifitas dengan sehari – hari (Ps 02)”

“diajari kerjaan di rumah, mungkin disuruh nyapu, cuci piring walaupun laki – laki ndak masalah. Kalau mandinya 2 hri sekali mugkin di ruitnin 2 kali sehari. Jadi kita memberi tahu itu keluarganya yang sehat jadi biar bisa apa istilah jawanya, momong atau ngasuh keluarganya gitu. (Ps 14)

#### b. Mengajak pasien berkomunikasi

Partisipan menganjurkan kepada keluarga untuk mengajak pasien berkomunikasi. Berikut petikan wawancara dengan partisipan

“Awalnya saya ndak peduli, ndak menghiraukan oh anak ini, orang bilang memang banyak wangi “setres bu Sas” orang bilang gitu. Ya saya waktu belum jadi Karsewa ya ndak ambil pusing, ndak peduli ya mba. Setelah saya di tunjuk Puskesmas untuk menjadi Karsewa ya itu saya dekati, saya amati. Yah begitulah mba. itu juga diberi penjelasan, di beri pengetahuan oleh bu Ruces. Kalau mandi harus begini, harus 2 kali sehari, kalau minum obat telaten.. ya begitu dia juga ya bisa menerima kok, jadi ndak setres – setres banget, ndak sampai ngamuk, ndak. Jadi saya pikir kayaknya masih bisa

terobati lah, jadi kita merasa senang kalau mereka itu sudah menyambut kita gitu loh mba. Jadi sama – sama ndak takutlah, kita ndak takut sama dia, dia juga ndak takut sama kita, begitu. Akhirnya kalau kita lewat ya saya bilang “nanti kalau ketemu nyapo ya” gitu, tapi dia mungkin lupa. Kalau saya ketemu ya saya nyopo “eh Dodo, piye kabar e” gitu. ya kadang dia menjawab, kadang dia hanya tertawa saja. Gitu, tapi saya tahu melalui ibunya bahwa dia sudah lebih baik dari pada sebelum diperiksa ke menur dan bisa interaksi dengan orang lain..(Ps 07)”

“Anaknya sering – sering di ajak berkomunikasi biar ndak semakin parah (Ps 02)”

“Di ajak ngomong kan paling tidak ODGJnya itu tau kalau ini utamanya tentang kebersihan diri sendiri (Ps 12)”

“Kalau diajak komunikasi itu udah ada kemajuan walaupun masih dikit ya.(Ps 12)”

Salah satu kader mengatakan bahwa awalnya tidak begitu peduli dengan orang yang mengalami gangguan jiwa, setelah menjadi kader kesehatan jiwa dan mendapatkan peyuluhan tentang kesehatan jiwa partisipan mengaku mulai tertarik untuk aktif. Partisipan mulai mendekati dan mengamati pasien, melihat perkembangan kondisi pasien membuat kader merasa bahwa pasien yang mengalami gangguan jiwa masih bisa sembuh walaupun tidak sembuh secara total. Partisipan sering menyapa pasien ketika bertemu di jalan.

Kader menganjurkan kepada keluarga untuk sering mengajak pasien berkomunikasi sebagai bagian dari terapi sehingga mencegah keparahan penyakit pasien.



c. Melakukan kegiatan

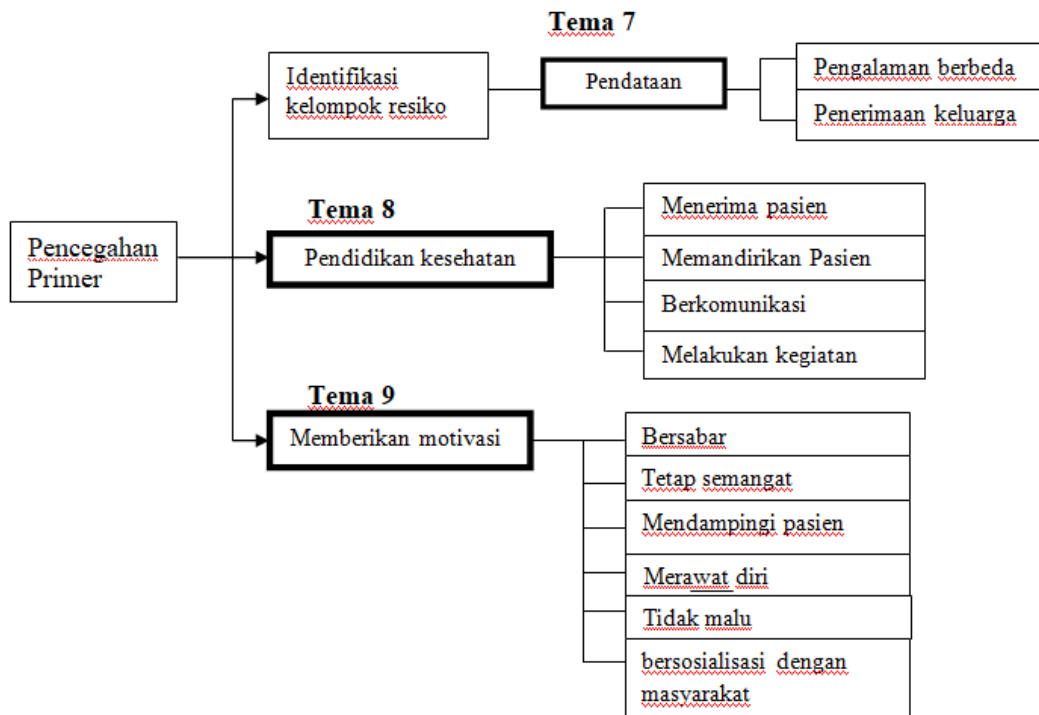
Melakukan kegiatan membantu pasien untuk lebih aktif sekaligus membantu pasien untuk mengalihkan perhatiannya dari halusinasi yang di rasakan oleh pasien. Berikut petikan wawancara dengan partisipan

“Orang – orang suka moyo’I, kamu lakukan kegiatan, di mesjid kamu bersih – bersih, kamu kerja kamu dapat pahala, nanti suara itu akan hilang sendiri (Ps 09)”

“Kamu jangan sering melamun lakukan kegiatan – kegiatan apa, dia ikut bantu di sekolah sana, ikut bersih – bersih (Ps 09)”

“Ya kamu bantu – bantu disana (sekolah), bayaran jangan kamu jadikan target. Berapa – berapa yang dikasih di sana kamu terima, kamu syukuri apa yang kamu dikasih (Ps 09)”

Kader menganjurkan kepada keluarga untuk memberikan aktifitas kepada pasien, sehingga pasien tidak hanya berdiam diri, memandirikan pasien agar pasien tidak menjadi beban bagi keluarga serta memantau pasien untuk rutin minum obat. Kader menceritakan tentang pasiennya yang mulai ingin membantu keluarga namun keluarga masih membatasi pasien untuk beraktifitas. Pasien tidak di ijin untuk membantu sehingga pasien sering berdiam diri, pasien mengatakan mulai mendengarkan suara yang menakutinya. Partisipan kemudian menyarankan pasien untuk melakukan aktifitas misalnya ikut membantu membersihkan mushola yang ada di dekat rumah pasien, menganjurkan pasien untuk beribadah, dengan begitu pasien mampu mengalihkan pikirannya dari suara yang didengarkan



Gambar 4.5. Analisis Tema Peran kader kesehatan jiwa dalam program pencegahan primer jiwa komunitas di masyarakat

## 2. Peran kader kesehatan jiwa dalam program pencegahan sekunder kesehatan jiwa komunitas di masyarakat.

Pada bagian ini, terdapat dua peran kader kesehatan jiwa dalam program pencegahan sekunder yaitu deteksi dini dan sosialisasi. Berikut penjelasannya;

### 1) Deteksi dini

Deteksi dini merupakan upaya awal yang dilakukan untuk mengenali atau menandai suatu gejala atau ciri – ciri yang ada pada individu terkait adanya gangguan jiwa. Setiap bulannya partisipan melakukan deteksi dini pada 3 sampai dengan 5 KK. Deteksi dini dilakukan dengan cara survey, melakukan kunjungan ke rumah keluarga yang berada disekitar tempat tinggal kader. Ada kader

melakukan deteksi dini berdasarkan laporan dari kader lain, ada yang melakukan deteksi dini berdasarkan KK, kader kemudian mencatat riwayat penyakit yang dialami oleh keluarga. Kader menanyakan bagaimana awalnya sehingga pasien mengalami gangguan jiwa. Berikut petikan wawancara dengan kader

“Untuk deteksi dini yah setiap bulannya itu 5 warga kita datangi jadi urut mulai sini, jadi misal kayak kelompok dasa wisma sini 5 orang gitu, semuanya saya data. Terus nanti bulan berikutnya 5 orang lagi atau pindah ke RT lain. Kita sebelum masuk ke RT lain itu memang sudah tanya ke kadernya “sing keluarga yang sering marah – marah atau sering kadang anaknya ndak sekolah atau kena penyakit, kadang punya masalah “seperti itu nanti saya di arahkan kemana nanti kader wilayahnya yang lebih tau. Kalau masuk ke wilayah lain kan harus ke kadernya dulu, ndak langsung jalan sendiri ya. Nanti saya juga di dampingi sama kader wilayahnya itu jadikan lebih dekat. Tapi biasanya sing ngerti, oh bu santi, kalau sering keliling ya mesti ngerti (Ps 05)”

“Jadi ini untuk deteksi dininya, kadang – kadang warga di deket sini ya berdasarkan KK aja. Kita kan tau, kadang kita juga menanyakan, e sakit apa nggak, gitu. Warga yang deket – deket sini juga kita kenal, jadi nanti kalau kita tau sakit, kita tanya “berobatnya kemana?” gitu, seperti itu aja. Kita tiap bulan melaporkan tiga warga, tiga warga (Ps 02)”

“Kalau deteksi dini, kita kan dapat informasi dari RW 3 ya pasti dapat informasi dari kader lain. Untuk kelompok resiko ya gitu tadi, kadang melalui kader lain, deteksinya seperti itu. Nanti kadernya bilang orang itu kayak gini – gini, saya tanya bersedia kah kalau daya datangi ? ia bersedia katanya. Nanti saya wawancara dengan keluarganya, kiranya yang masih bisa di ajak ngomong, gitu (Ps 03)”

“Untuk deteksi dini kan, kita melakukan survey ke rumah – rumah itu kan ya. Nah itu kan kita tanya dalam keluarga itu kan ada laki dan perempuan, umur berapa? Kan gitu, punya riwayat penyakit apa?..(Ps 04)”

Sebelum melakukan deteksi dini, terlebih dahulu kader meminta ijin kepada keluarga untuk melakukan wawancara. Sebagian keluarga masih menutup diri, pasien di sembunyikan oleh keluarganya. Ketika menemukan masalah seperti itu, partisipan tidak berani untuk mendatangi keluarga tersebut di karenakan khawatir

jika menyinggung keluarga tersebut. Kader mengaku bahwa deteksi dini dilakukan secara perlahan, melakukan pendekatan terlebih dahulu, mencari informasi dari tetangga keluarga yang di curigai mengalami masalah kejiwaan. Kader melakukan pendekatan secara halus kepada keluarga, partisipan menanyakan kondisi pasien ketika bertemu dengan keluarga. Kader melakukan pengecekan kesehatan terlebih dahulu agar keluarga tidak merasa tersinggung.

Berikut petikan wawancara dengan kader

“Kalau deteksi dini, kita kan dapat informasi dari RW 3 ya pasti dapat informasi dari kader lain. Untuk kelompok resiko ya gitu tadi, kadang melalui kader lain, deteksinya seperti itu. Nanti kadernya bilang orang itu kayak gini – gini, saya tanya bersedia kah kalau saya datangi ? ia bersedia katanya. Nanti saya wawancara dengan keluarganya, kiranya yang masih bisa di ajak ngomong, gitu (Ps 03)”

Ada pertama itu ya pendekatan dulu di tiap yang sekiranya di anggap opo “kok rumah ini tiap hari rame aja, ada apa?” kita kan bisa di sekitar warganya itu, kita Tanya – Tanya atau tetangga sebelahnya kita Tanya “ia mba, tetangga sebelah itu tiap hari tukang gini - gini”, kita bisa interaksi langsung mba, kadang sambil mba ngopo sambil tukaran ae, iki loh mba. Nanti gini – gini, itu jadinya nggak orang yang minum obat terus di katakan opo, nggak sehat. Tapi yang nggak minum obat juga bisa jiwanya nggak sehat, bertengkar – bertengkar terus (Ps 17)

Jadi pendekatan secara halus lah mba, jadi kadang ada orang di bilangi ini “kamu gini – gini”langsung kan nggak enak. Alus – alusan, sambil berjalan gitu loh mba saya tanyai kalau mau belanja. Didepan ini kan ada yang alumni brawijaya, belum sampai lulus tapi. Terus ininya sudah terganggu, ya ada. Kurus itu sekarang. Tapi ya, nggak pernah ketemu anaknya. Jadi orang tuanya aja yang di tanyai, kalau di lihat orang tuanya juga ndak apa – apa, baik ndak masalah. Saya Cuma ta’ tanyain, gimana minum obat? ia minum obat. Dibawa kemana, kesini – sini udah. (Ps 17)”

“Waktu pas kita di RW ada pertemuan atau PKK, terus saya suruh menyebarkan terus kita sendiri, wilayahnya sendiri jadi saya memberi info begini. Pertama – tama gini, kita mau cek kesehatan, bukan kita langsung ada gangguan jiwa, ndak. Akhirnya orang bisa tersinggung. Pertama saya datang kerumah warga permisi dulu mau negcek kesehatan, mungkin ada yang punya riwayat darah tinggi, atau diabet gitu. jadi tidak semata – mata ada yang sakit jiwa ? gitu, ndak. Untuk deteksi dini tiap bulan 4, jadi tiap bulan rutin (Ps 14)”

Salah satu kader menyebutkan bahwa deteksi dini dimulai dari keluarganya kemudian berlanjut ke tetangga di sekitarnya, terkadang melakukan deteksi dini di sela kegiatan PKK, kader menanyakan dengan santai kepada orang yang ikut dalam kegiatan tersebut. Kader menyebutkan bahwa Sebagian keluarga lainnya sudah mulai terbuka, ada pasien yang sudah mandiri, mampu untuk mengambil obatnya sendiri.

Kader dalam melakukan deteksi dini dengan mengunjungi pasien dan keluarga pasien. Kader melakukan kunjungan untuk mendapatkan informasi kesehatan pasien dan keluarga. Ketika menemukan individu yang beresiko, kader mengundang untuk ikut kegiatan posyandu. Kader melakukan kunjungan bersama dengan tim yang terdiri dari perawat puskesmas, psikolog dan dokter untuk melihat kondisi pasien apakah harus di rujuk atau tidak. Keluarga dengan ODGJ lebih menutup diri karena menganggap itu aib, menganggap kutukan dan memalukan untuk disekitarnya. Untuk mendekati keluarga dengan masalah tersebut, kader mencoba untuk bekerjasama dengan lintas sektoral seperti tokoh masyarakat dan kader wilayah. Berikut petikan wawancara dengan kader

“Kita dekati keluarganya, kalau yang masih beresiko, kalau ini kita nanti kita undang, kita lihat tahapannya dari mana, kalau memang misalnya sudah beresiko, nanti kita ajukan apa untuk di rujuk ke puskesmas, nanti dari puskesmas juga ada tim yang ikut melakukan kunjungan rumah. Apakah ini e perlu dirujuk lagi ke istilahnya ke rumah sakit jiwa apa nda..(Ps 01)”

“Biasanya kan kita lihat dulu, apa orangnya bersedia apa ndak. Makanya dulu, kita lihat kadernya dulu yang maju, mau ndak di kunjungi, kalau mau baru kita kunjungi. Kadang kan ada yang ndak mau, soalnya apa malu, gitu (Ps 03)”

“Selama ini kita, kan pandangan orang – orang ketika ada keluarga dengan atau sanak saudaranya dengan gangguan jiwa berat lebih banyak menutup diri karena menganggap itu aib, menganggap itu kutukan atau menganggap itu apa bikin malu sekitarnya, makanya kenapa kita butuh bantuan lintas sector itu tadi dari tokoh masyarakat kayak pak RT bpk/ibu BPKK. Kalau kita sudah memegang kader - kader tokoh masyarakat di wilayah masing - masing, otomatis kita terbantu ketika memberi apa, penyuluhan, nanti kita melakukan kunjungan rumah, kita juga didampingi dari kader di tingkat RW. Jadi ketika keluarga didampingi, kita juga melakukan kunjungan sudah tidak kaget lagi gitu loh mba (Ps 01)”

Sebelum melakukan kunjungan, kader melakukan kontrak waktu terlebih dahulu dengan keluarga yang akan di kunjungi untuk mengetahui kesiapan dari keluarga. Kader melakukan kunjungan bersama kader lain yang lebih mengetahui kondisi pasien dan keluarganya. Ini dilakukan karena kader wilayah cenderung lebih dekat dengan pasien dan keluarga sehingga partisipan lebih mudah untuk berinteraksi dengan keluarga. Kader menyebutkan bahwa sebagian keluarga menerima keadaan pasien, sabar dalam merawat dan mendampingi pasien seperti pada orang tua Nona M dan ibu dari Tuan D. Ibu pasien rutin mendampingi pasien ketika melakukan control serta memantau obat pasien. Ibu tuan D menceritakan bahwa anaknya di rawat di Rumah sakit jiwa namun saat dirawat pasien merasa gelisah dan tempramen. Ibu merasa sedih melihat anaknya tidak memiliki begitu banyak kemajuan dan akhirnya memutuskan untuk membawa pulang. Sesampainya di rumah, pasien menjadi lebih tenang dan tidak pernah marah – marah lagi, pasien pun mau meminum obatnya secara rutin.

“Biasanya kan kita lihat dulu, apa orangnya bersedia apa ndak. Makanya dulu, kita lihat kadernya dulu yang maju, mau ndak di kunjungi, kalau mau baru kita kunjungi. Kadang kan ada yang ndak mau, soalnya apa malu, gitu (Ps 03)”

“mereka ya menerima keadaannya, ya memang seperti itu, tapi mereka juga sabar. Sabar untuk mengantarkan berobat ke rumah sakit tiap bulan. Itu, kadang – kadang ada yang penderitanya nggak mau ya sudah, gitu aja. Ini yang kemarin

itu ada yang di RT 5 itu ada yang satu tu ada yang ngamuk. Itukan memang sudah berobat sampai kerumah sakit jiwa dirawat tetapi tetap saja nggak bisa. Ya akhirnya keluarganya putus asa mungkin itu saja. Namun justru disitu dirumah lebih baik begitu, jadi jarang ngamuk, jarang apa, lebih tenang (Ps 02)”

“Ada yang ndak mau di kunjungi orang tuanya juga ada, ada yang terbuka. Tapi kita sebagai kader, kayak di RT sebelah, kita harus menemui dulu kadernya di RT sebelah. Permissi dulu lah mba, istilahnya. Iya, nanti saya antar. Jadinya saling berhubungan gitu mba. Kita juga langsung datang ke rumahnya orang, malu juga ndak berani takutnya menyalahi. Kadang – kadang kan ada yang marah di datangi, ada. Ada yang diem, ada yang orang tuanya nggak terima. Tapi ya, kalau kita kader kita bisa ngomong secara halus, sama itu juga puskesmas nanti bisa membantu. Gitu mba. Nah sekarang kan enak, ada posyandu jadi bisa di ajak jalan, diajak interaksi, omong – omongan. Kalau mau kunjungan itu harus janjian dulu, takutnya ndak enak sama kader yang bersangkutan (Ps 17)”

Saat melakukan kunjungan kader memantau kondisi pasien, menanyakan bagaimana cara pasien meminum obat, menanyakan aktifitas apa saja yang telah dilakukan. Partisipan melakukan pendekatan kepada pasien, merangkul dan mengajak pasien untuk berkomunikasi hal ini dilakukan untuk melatih pasien untuk berinteraksi dengan orang lain, Kader juga menyarankan kepada keluarga untuk melakukan pendekatan kepada pasien dan lebih mengakrabkan diri dengan pasien. Kader menganjurkan kepada keluarga untuk tidak menyembunyikan jika memiliki anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, di laporkan sehingga pasien bisa mendapatkan penanganan dengan cepat. Kader memotivasi keluarga untuk bersabar dalam merawat pasien. Berikut petikan wawancara dengan kader:

“Kita datang, kita tanya riwayat sakit apa, kan ada mba yang diabet. Ibu itu yang saya tanya, istrinya kan yang sakit suaminya, nggak sembuh – sembuh. Tapi yah yang penting berobatnya di telatenin saya bilang gitu ke si istri tadi, ibu itu. Kan yang sakit suaminya, gitu. tapi yah mba ,kayak orang linglung karena obat ya masuk terus ya mba, terus dia nggak sembuh – sembuh, makan ini ngak boleh kan. Yah kita cuman menyarankan ya sabar, obatnya yang rutin. Gitu aja. Kalau

nggak sembuh kan, tergantung cara kita ngasih suplay makanan, ngasih support (Ps 04)”

“Pertama kunjungan ke orang yang dengan ODGJ, trus pertama ya permisi dulu opo’o sama pasiennya atau sama keluarganya. Kalau dia parah kan gak mau di datangi seperti itu, seperti tamu nggak mau. Kalau yang pertama saya pegang ini, ODGJnya sudah berobat ke Menur. Ke rumah sakit Menur, terus saya datangi itu obatnya sudah berkurang kemarin itu, sudah berapa ya obatnya. Sudah 6 obat, terus saya datangi tiap bulan, terus mari tiap bulan kok de e pertama tu jalannya seperti robot, kalau membuka pintu itu ya “sapaa”. Iya seperti robot trus diajak komunikasi, tapi tidak dirumahnya karena rumahnya itu kayak ribet gitu loh mba (Ps 05)”

“Untuk ODGJnya saya ingatkan untuk minum obatnya, ke ibunya atau ke bapaknya atau keluarganya yang mendampingi ya. Kadang sudah minum obat? Obatnya sudah diambil ? kadang kan males kalau control ya, jadi selalu saya ingatkan. Kalau yang sehat atau yang resiko kadang kan juga biasanya ada obatnya kayak diabet, darah tinggi. Dia kan punya obat kan yang setiap hari diminum selalu saya ingatkan, jaga kesehatan. Mengurangi makanan yang tidak boleh (Ps 05)”

Terus pendekatan, kita sampaikan ke keluarganya kalau punya ODGJ jangan sampai di asingkan gitu loh apa lagi sampai di pasung itu kan kasian, gitu loh. Kalau kita dekati orang itu, namanya orang ya mba punya rasa kayak gitu. kalau datang kita rangkul, kita cium, kita Tanya tadi sudah mandi belum ? tadi sudah gosok gigi belum? Sudah minum obat belum? Jadi kalau dekat gitu ini kok merasa dia (menatap peneliti, mata berkaca – kaca), kalau i di wong no, iya. Tapi kalau itu kita juga minta keluarganya seperti itu ke dia, jadi kita suruh keluarga untuk pendekatan... (Ps 13)”

Kader menyebutkan bahwa terkadang merasa khawatir, takut menghadapi pasien terutama yang pasien yang tempramen, sedangkan dari keluarga pasien tersebut sudah tidak mampu mengurus merawat pasien.

“Tapi yang di wilayahnya bu Aryani sendiri itu ada warga yang disebelah rumahnya bu Aryani itu yang parah. Pernah saya datangi juga, sebetulnya orang tuanya mau sih mba kerumah sakit ya, tapi kendalanya itu sudah lansia semua, nggak ada yang jaga. Saya datang itu saya juga takut, pertama saya datang itu ndak mau ketemu sama sekali sama orang itu. Cuman kalau malam itu sering keluar kamar terus pergi di jemuran trus triak – teriak seperti orang dak kuat,



sperti itu. Terus saya tu konsultasi sama mbak Anita, sama kemarin dokter Dwi, terus dia kesini kunjungan. “tolong mba ini, soalnya orang tuanya minta di bawa ke rumah sakit”. Punya BPJS juga. “dibawa kesana juga ya saya” ia tak antarkan kerumahnya. Begitu di bukakan pintunya.. itu matanya mendelik – mendelik, gini mba melotot – melotot Ya takut, kitakan perempuan – perempuan. (Ps 05)”

“Wah itu macem – macem, ada juga yang keberatan karena ya.. dia kan apa ya, dia kekurangan harus merawat si pasien ini, itu biasanya seperti itu keluhannya, dia merasa kerepotan tapi ya bagaimana lagi, siapa yang mau menerima, biasanya adiknya atau kakaknya yang seperti ini ya harus dia yang merawat gitu. (Ps 03)”

“kemarin pas ada orangnya ngamu’an, muncul rasa takut, tapi coba, di coba, pasiennya bisa di ajak komunikasi. Akhirnya rasa takutnya rodo hilang. Seng bahaya nemen yah weddi lah , kadang mau masuk seng baca bismillah (tertawa), Ya takutnya kan marah (Ps 16)”

Kader merasa bingung untuk menentukan tindakan yang harus di lakukan.

Salah satu kader menyebutkan bahwa keluarga lebih terbuka kepada kader Karsewa di dibandingkan dengan kader paliatif. Saat melakukan kunjungan, pasien yang sudah rutin berobat ikut bergabung, mengobrol dengan kader dan keluarganya. Kader mengajak pasien untuk mengobrol di tempat lain selain rumah pasien, ini di lakukan untuk memberikan suasana baru bagi pasien.

Berikut petikan wawancara dengan kader :

“Kalau untuk Karsewa biasanya welcome mereka, keluarganya baik malah kalau yang seperti kayak paliatif malah lebih disembunyikan. Kalau yang Karsewa ini ndak, mereka welcome. Malah kalau saya kesitu itu anaknya ada yang sudah sembuh, notok minum obat itu keluar, ikut nimbrung, ikut ngomong itu. Kalau yang ndak bisa ya ndak ditemui, yang membahayakan (Ps 03)”

“saya ajak keluar, sama bu ruces juga, saya sama mbak sinta maksudnya keluar dari rumahnya gitu mba, soalnya rumahnya juga pengap, kita kan juga takut ya kalau misalnya terus – terus ya, terus sama orang kayak gitu kan juga takut. “ayo bu, di luar aja, di teras” di rumah saudaranya itu ada teras luas gitu, akhirnya dia mau keluar kesitu. Yang parah itu ibunya, ngomong terus, ngelantur terus (Ps 16)”

## 2) Sosialisasi

Partisipasi aktif dari masyarakat menunjang kesuksesan program dalam hal ini posyandu jiwa yang dilaksanakan oleh kader kesehatan jiwa. Upaya yang dilakukan oleh kader kesehatan jiwa yakni melakukan sosialisasi kepada masyarakat menyangkut hari dan tempat penyelenggaraan sebelum hari buka posyandu. Sosialisasi program dilaksanakan pada saat kegiatan pertemuan rutin bulanan yang diadakan dibalai RW. Sosialisasi program dilaksanakan pada saat kegiatan pertemuan rutin bulanan yang diadakan dibalai RW. Berikut petikan wawancara dengan kader kesehatan jiwa:

“Tiap jumat ada pertemuan tingkat RW di kelurahan Wonokromo mba, di situ setiap akhir pertemuan kita mengumumkan kalau di sini itu ada yang namanya Karsewa yang menangani masalah kesehatan jiwa. Jadi kalau ada yang punya keluarga atau tau kalau di sekitarnya ada yang kena gangguan jiwa, itu bisa menyampaikan ke kita mba, begitu. Tapi yah, orang – orang ya, masih kurang peduli mba..(Ps 02)”

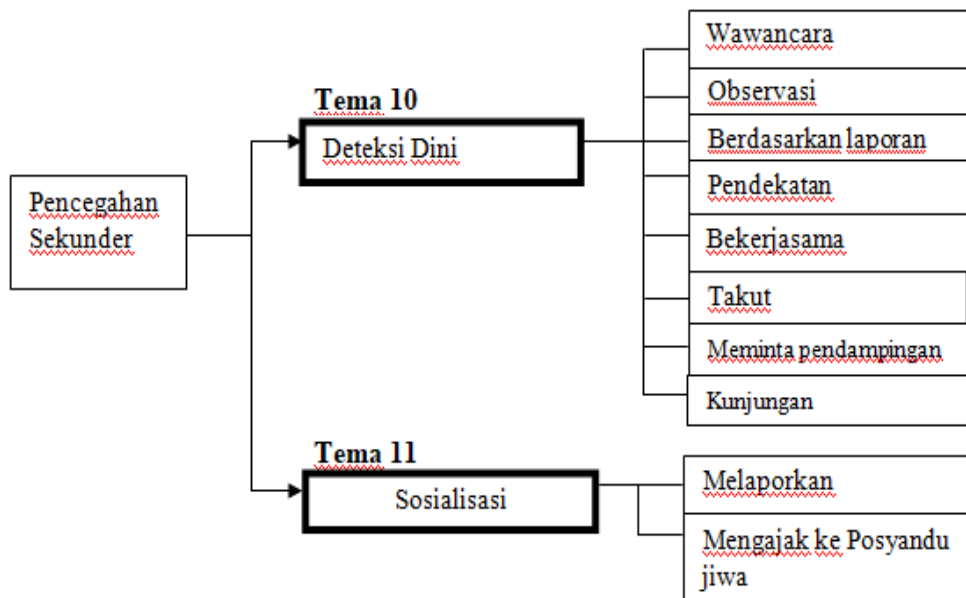
“Waktu pertemuan PKK RW ya pasti saya umumkan bahwa di RW 3 ada Karsewa/ kader kesehatan jiwa, ini siapa yang ada gangguan jiwa seperti ODGJ, pokok e orang disinyalir ada gangguan mohon dilaporkan ke saya atau ke mba siska untuk RW 3 (Ps 03)”

“Sebelum adanya Karsewa, banyak ya yang mengucilkan dalam istilah kurang memperhatikan. Tapi setelah ada Karsewa, warga mulai turut membantu kami, misalnya contoh pasien yang memiliki penyakit diabet. Malah warga di situ iku mengingatkan kala, misalnya pasien kami sudah tau kalau mengalami diabet. Kok malah minum – minum yang manis, kok malah makan makanan yang tidak sesuai dengan orang yang diabet. “nggak boleh makan ini ya, ganti yang ini ya” tapi juga mengingatkan bukan dengan berteriak, marah – marah tidak. Tapi yang dengan sopan sehingga orang yang kita ajak bicara bisa menerima “oh iya, ndak boleh makan ini, aku ganti makan yang lainnya” begitu mba (Ps 15)”

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan, didapatkan bahwa kader kesehatan jiwa telah melakukan upaya untuk melakukan sosialisasi program

dalam hal ini posyandu jiwa kepada masyarakat. Sosialisasi di lakukan saat ada kegiatan pertemuan rutin di RW, partisipan menyampaikan kepada warga untuk melaporkan jika mendapatkan pasien yang beresiko mengalami gangguan jiwa.

Salah satu partisipan mengatakan bahwa sebagian warga masih kurang peduli dengan informasi yang di sampaikan oleh kader. Di sisi lain, beberapa partisipan menceritakan bahwa tetangga pasien dan masyarakat sudah memaklumi kondisi pasien. Tetangga mengaku lebih senang setelah kader rutin mengunjungi pasien karena menganggap bahwa ada pemantauan dari Puskesmas. Rasa takut pada pasien yang mengalami gangguan jiwa sudah mulai berkurang. Selain itu, masyarakat terkadang membantu kader untuk mengingatkan pasien agar rutin minum obat.



Gambar 4.6. Analisis Tema Peran kader kesehatan jiwa dalam program pencegahan sekunder jiwa komunitas di masyarakat

### 3. Peran kader kesehatan jiwa dalam program pencegahan tersier kesehatan jiwa komunitas di masyarakat

Tema ini menggambarkan tentang peran kader kesehatan jiwa dalam memotivasi pasien untuk rutin meminum obat. Berikut petikan wawancara dengan kader:

“ODGJnya saya ingatkan untuk minum obatnya, ke ibunya atau ke bapaknya atau keluarganya yang mendampingi ya. Kadang sudah minum obat? Obatnya sudah diambil ? kadang kan males kalau control ya, jadi selalu saya ingatkan.. (Ps 05)

“mengingatkan pasiennya untuk minum obat yang rutin. Untuk mengingatkan keluarga untuk control, mengawasi obat ini untuk terus di minum jangan sampai tidak. (Ps 16)”

“pasien kita ada yang wis mandiri mba, bisa berobat sendiri ke menur. Kalau obat dia habis, orang tuanya mengingatkan “besok pergi” bisa pergi sendiri ambil obatnya. Ini masih di RT 1, mas hyan, itu ngambil sendiri obatnya. Malah kalau dia ndak minum obat kata ibunya itu gelisah, jalan muter – muter (Ps 02)”

“kita menjaga ODGJ jangan sampai kambuh itu caranya kita harus rutin control terus dan berobat rutin (Ps 13)”

Berdasarkan hasil wawancara dengan kader didapatkan bahwa kader memberikan motivasi dan mengingatkan kepada pasien untuk rutin minum obat, selain itu kader menyampaikan kepada keluarga untuk memantau pasien minum obat. Pasien yang rutin minum obat secara perlahan menunjukkan perubahan yang perilaku yang lebih baik jika dibandingkan sebelum meminum obat, pasien menjadi lebih tenang. Salah satu pasien sudah mampu untuk mengambil obatnya sendiri di Menur, kader menuturkan bahwa pasien merasa gelisah ketika tidak minum obat. Rutin kontrol dan meminum obat mencegah pasien untuk mengalami kekambuhan.



Gambar 4.7. Analisis Tema Peran kader kesehatan jiwa dalam program pencegahan tersier jiwa komunitas di masyarakat

## **BAB 5**

### **PEMBAHASAN**

Bab ini menguraikan interpretasi hasil penelitian, implikasi hasil penelitian terhadap pelayanan keperawatan serta keterbatasan penelitian. Pembahasan interpretasi hasil penelitian dilakukan dengan melakukan studi literatur pada penelitian sebelumnya. Keterbatasan penelitian dibahas dengan membandingkan proses penelitian yang telah dilaksanakan dengan kondisi ideal seharusnya.

#### **5.1. Interpretasi Hasil Penelitian**

##### **5.1.1. Faktor yang mempengaruhi peran kader kesehatan jiwa komunitas di masyarakat**

Teori *proced – proceed* L. Green menunjukkan bahwa terdapat faktor yang mempengaruhi perilaku yakni faktor pendukung, faktor penguat dan faktor pemungkin. Faktor pendukung kader dalam melaksanakan peran meliputi pengetahuan, motivasi diri dan harapan. Faktor penguat terdiri dari dukungan sosial dan faktor pemungkin meliputi ketersediaan layanan, aksesibilitas pelayanan serta komitmen dan aturan.

Temuan penelitian didapatkan bahwa pengetahuan memiliki pengaruh terhadap kemampuan kader kesehatan jiwa dalam melaksanakan peran di masyarakat. Pengetahuan didapatkan dari proses belajar, dalam hal ini mengikuti pelatihan dasar kesehatan jiwa. Pelatihan memberikan informasi kepada kader tentang masalah kesehatan jiwa, penyebab, tanda dan gejala serta peran kader kesehatan jiwa. Pelatihan yang diberikan kepada kader kesehatan jiwa menjadi dasar bagi kader

dalam melaksanakan peran dalam program kesehatan jiwa masyarakat. Data yang didapatkan bahwa kader hanya pernah mengikuti pelatihan sebanyak satu kali yakni saat pembentukan kader kesehatan jiwa. Hal ini terbilang masih kurang, namun terlihat dilapangan kader dapat melaksanakan peran dengan baik. Kader mampu menyebutkan penyebab gangguan jiwa, tanda dan gejala, cara melakukan deteksi dini serta penanganan masalah kesehatan jiwa dimasyarakat.

Notoatmojo (2007) pengetahuan seseorang dipengaruhi oleh tingkat pendidikan, pengalaman, budaya dan ekonomi. Kurniawan & Sulistyarini (2016) telah meneliti hubungan pemberian pelatihan membantu kader meningkatkan pengetahuan dalam menangani masalah kesehatan jiwa dimasyarakat. Penelitian yang dilakukan oleh Rosiana et, al (2016) menemukan bahwa hasil dari pelatihan pada kader kesehatan jiwa, kader menyadari adanya masalah kesehatan jiwa, mampu menjelaskan tentang kesehatan jiwa dan cara penanganannya, kader mampu melakukan deteksi dini, menggerakkan masyarakat untuk ikut serta dalam penyuluhan. Sutarjo et, al.,(2016) dalam penelitiannya memperlihatkan peningkatan keterampilan kader setelah diberikan pelatihan.

Tingkat pendidikan kader kesehatan jiwa mayoritas yakni tingkat pendidikan menengah. Kader kesehatan jiwa yang ada di Wonokromo adalah kader kesehatan yang sebelumnya telah aktif di beberapa program kesehatan lainnya. Pengalaman yang dimiliki oleh kader sebelum menjadi kader kesehatan jiwa dapat menjadi faktor yang paling menunjang terhadap pengetahuan dan kemampuan kader kesehatan jiwa dalam melaksanakan peran dalam program kesehatan jiwa komunitas dimasyarakat.

Kader memiliki motivasi yang mempengaruhi kader dalam melaksanakan peran. Motivasi yang paling mempengaruhi kader adalah motivasi intrinsik kader. Perasaan senang untuk berbagi, perasaan tersentuh dengan kondisi ODGJ membuat kader merasa ingin untuk merawat dan merangkul pasien ODGJ. Pengalaman masa lalu yang dialami oleh kader membuat kader ingin turut serta membantu penanganan masalah kesehatan jiwa sehingga yang dialami oleh kader tidak terjadi lagi pada orang lain.

Motivasi merupakan konsep yang menggambarkan kondisi ekstrinsik yang merangsang perilaku tertentu maupun respon intrinsik yang menampakkan perilaku manusia (Swanburg, 2000; Nevi, et al, 2014). Motivasi juga di artikan sebagai keyakinan dan emosi yang mempengaruhi perilaku seseorang (Nevi, et al, 2014). Penelitian yang dilakukan oleh Prang, et al (2013) menunjukkan hubungan yang signifikan antara motivasi kader dengan keaktifan kader, faktor ini merupakan faktor yang paling dominan dalam melakukan suatu tindakan. Teori *motivation new directions for theory* menyatakan bahwa motivasi mewakili proses psikologik yang akan menyebabkan timbulnya tanggung jawab dan merupakan tahap awal kemauan bertindak untuk mencapai tujuan. Setiap orang ingin di percaya, diikutsertakan dan diakui sebagai orang berpotensi sehingga timbul rasa percaya diri dan siap untuk memikul tanggung jawab (Djuhaeni, 2010).

Motivasi yang dimiliki kader kesehatan jiwa mampu menggerakkan kader dalam melaksanakan peran dimasyarakat. Sikap peduli kader didasari karena motivasi kader tersebut senang dengan menolong orang lain, kebutuhan masyarakat akan dirinya juga menjadi motivasi kader dalam menjalankan perannya di posyandu.



Tujuan kader kesehatan jiwa adalah untuk membantu penanganan masalah kesehatan jiwa di komunitas untuk mencapai tujuan tersebut, di perlukan tanggung jawab untuk melaksanakan peran sebagai kader kesehatan jiwa dengan sebaik-baiknya.

Terbentuknya kader kesehatan jiwa memunculkan harapan tersendiri bagi para kader, harapan yang memberikan motivasi untuk melakukan terus aktif dalam menjalankan peran di masyarakat. Harapan di artikan sebagai emosi yang diarahkan oleh kognisi dan di pengaruhi oleh kondisi lingkungan, harapan sebagai keinginan atau tenaga positif yang mendorong seseorang untuk mencapai tujuan (J.Lopez, 2009). Pada teori *proced – proceed* L. Green tidak ditemukan harapan yang dapat mempengaruhi perilaku.

Harapan kader kesehatan jiwa dalam penelitian ini yaitu pasien ODGJ dapat diterima di masyarakat. Upaya yang dilakukan oleh kader kesehatan jiwa untuk mencapai tujuan tersebut adalah dengan aktif melakukan kunjungan, mengajak pasien untuk berkomunikasi serta mengingatkan pasien untuk rutin meminum obat. Kader memberikan informasi terkait dengan gangguan jiwa kepada masyarakat. Kader menyampaikan kepada keluarga sebisa mungkin untuk tidak menyembunyikan pasien, hal ini bertujuan agar pasien bisa mendapatkan penanganan atau pengobatan yang tepat sehingga pasien tidak menjadi semakin parah.

Kader kesehatan jiwa berharap bisa membantu menangani masalah kesehatan jiwa di komunitas, memberikan pendampingan dan pengontrolan terhadap pasien dan keluarga dengan harapan agar pasien bisa lebih produktif. Pasien yang produktif

akhirnya tidak di kucilkan, tidak di batasi lagi sehingga dapat di terima oleh masyarakat. Kader juga berharap agar pemerintah lebih memperhatikan pasien yang mengalami ODGJ, difasilitasi dari kebutuhan makanan dan kebutuhan sehari – hari.

Faktor penguat dalam penelitian ini adalah dukungan sosial yang mempengaruhi kader kesehatan jiwa dalam melaksanakan peran. Kader mendapatkan dukungan dari keluarga, Kader mengatakan bahwa harus mampu untuk membagi waktu dengan baik agar keluarga dan kegiatannya tidak terbengkalai. Keluarga pada awalnya merasa khawatir saat mengetahui partisipan menjadi kader kesehatan jiwa, namun setelah partisipan menjelaskan tentang kegiatan apa saja yang dilakukan, akhirnya keluarga bisa menerima dan tidak membatasi partisipan.

Dukungan keluarga merupakan sikap, tindakan penerimaan terhadap anggota keluarga yang bersifat mendukung, selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan dalam hal ini penerima dukungan keluarga akan tahu bahwa ada orang lain yang memperhatikan, menghargai dan mencintainya (Friedman, 2010). Dukungan keluarga menjadi penting bagi kader kesehatan jiwa, dukungan berarti penguatan bagi kader untuk tetap aktif dalam melaksanakan perannya. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Fitri, et al (2012) yaitu dukungan keluarga dapat memperkuat individu, menciptakan kekuatan keluarga, memperbesar penghargaan terhadap diri sendiri, mempunyai potensi sebagai strategi pencegahan utama bagi seluruh keluarga dalam menghadapi tantangan kehidupan sehari – hari serta relevansi dalam masyarakat yang berada dilingkungan yang penuh dengan tekanan.

Faktor Pemungkin dalam penelitian ini adalah ketersediaan pelayanan kesehatan, aksesibilitas pelayanan, peraturan dan komitmen. Kegiatan posyandu jiwa merupakan kegiatan yang disediakan untuk memberikan pelayanan kepada pasien dan keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Teori pencegahan psikiatrik Caplan dan CMHN tidak ditemukan peran kader dalam melaksanakan Posyandu jiwa.

Kegiatan posyandu jiwa meliputi pencatatan, penimbangan, pemeriksaan kesehatan, penyuluhan dan pemberian obat, pada akhir kegiatan posyandu jiwa diadakan *sharing* bersama pasien dan keluarga. Pasien dan keluarga di berikan kesempatan untuk menceritakan tentang pengalaman serta keluhan yang di alami. Kegiatan posyandu jiwa rutin diadakan tiap dua bulan sekali dan tempat pelaksanaannya di lakukan secara bergilir di setiap pos kesehatan yang telah dibentuk, hal ini tidak jauh berbeda dengan posyandu yang dijelaskan oleh Barida & Gurendro (2011) yakni kegiatan posyandu merupakan kegiatan memberikan layanan kesehatan dasar meliputi pengukuran tekanan darah, penimbangan BB, pendidikan kesehatan dan konsultasi umum.

Suksesnya kegiatan posyandu jiwa di pengaruhi oleh peran aktif kader untuk mendatangkan pasien beserta keluarganya. Setiap kader di haruskan untuk mengajak 3 orang pasien ODGJ beserta keluarga untuk mengikuti kegiatan posyandu jiwa. Banyak faktor yang mempengaruhi kondisi kader dan masyarakat untuk terlibat dalam kegiatan posyandu, antara lain pengetahuan kader, informasi kegiatan posyandu dan motivasi (Djuhaeni, 2010). Kader dalam pelaksanaan posyandu sebagai titik sentral kegiatan posyandu, keaktifan dan keikutsertaan di harapkan mampu menggerakkan partisipasi masyarakat (Syafei, 2010). Peran kader kesehatan

jiwa akan berpengaruh terhadap tingkat kunjungan pasien gangguan jiwa, peran kader kesehatan jiwa yang baik menjadikan peningkatan kunjungan pasien (Denny, 2012). Pemberian dukungan emosional yang mendukung kader dalam pelaksanaan posyandu, pemberian pujian selama mengikuti posyandu, menanyakan kendala saat kegiatan posyandu dan keluarga juga memperhatikan kesehatan kader.

Mendatangkan pasien ODGJ untuk mengikuti Posyandu jiwa menjadi tantangan bagi kader dikarenakan pikiran pasien yang mudah berubah, kebanyakan pasien saat diajak harus ada iming – imingannya sehingga kader membutuhkan peran dari keluarga untuk membujuk dan mengajak pasien ikut serta dalam kegiatan posyandu.. Saat ini telah ada dana untuk pelaksanaan kegiatan posyandu, setiap pasien yang datang di berikan snack dan uang transport. Hal ini berbeda saat pertama kali posyandu jiwa di adakan. Kader tidak memiliki dana untuk mengadakan kegiatan posyandu, untuk menunjang kegiatan tersebut kader mengumpulkan uang secara sukarela.

Pos kesehatan di bentuk untuk memudahkan pasien dan keluarga untuk menjangkau pelayanan kesehatan. Posyandu jiwa awalnya hanya dilaksanakan di puskesmas sehingga yang dalam melaksanakan posyandu hanya sebagian kecil dari pasien dan keluarga yang dapat mengikuti posyandu jiwa. Kegiatan posyandu jiwa mulai dilaksanakan secara bergiliran setelah dibentuknya pos kesehatan di kelurahan Wonokromo. Posyandu bergilir ini lebih efisien dilaksanakan karena lokasi lebih mudah dijangkau oleh masyarakat.

### **5.1.2 Peran kader kesehatan jiwa dalam program pencegahan primer kesehatan jiwa komunitas di masyarakat**

Kader kesehatan jiwa melakukan identifikasi kelompok resiko melalui pendataan. Pendataan adalah kegiatan yang dilakukan oleh kader kesehatan jiwa setiap bulan dengan cara mendatangi tiap keluarga di wilayah kerjanya untuk mencari informasi tentang kondisi serta riwayat kesehatan keluarga.

Pendataan yang dilakukan oleh kader tidak hanya pada individu yang mengalami gangguan jiwa berat, melainkan juga kepada individu yang beresiko untuk mengalami gangguan jiwa berat seperti pada individu yang memiliki penyakit yang tidak kunjung sembuh yang hal ini dapat mengarahkan individu tersebut untuk mengalami masalah ke jiwaan. Kelurahan Wonokromo terdiri dari delapan RW yang kemudian didirikan empat pos kesehatan. Tiap kader bertugas untuk mendata kembali, memantau kondisi pasien dan keluarga, memeriksa kegiatan pasien dirumah. Data yang didapatkan kemudian di laporkan pada saat pertemuan Karsewa yang dilaksanakan setiap bulan.

Internawati (2013) mengemukakan bahwa pendataan keluarga merupakan kegiatan mencari atau mengumpulkan informasi atau data primer berupa data demografi keluarga dan tahapan keluarga serta data individu yang dilakukan dengan tujuan untuk memperoleh *database* keluarga. Kunjungan keluarga untuk pendataan atau pengumpulan data profil kesehatan keluarga dan peremajaan pangkalan data (Permenkes, 2016). Kader melakukan pendataan untuk mengetahui status kesehatan keluarga dan individu serta untuk menemukan individu yang beresiko untuk

mengalami gangguan jiwa. Kemampuan kader dalam menemukan secara dini penderita gangguan jiwa di masyarakat menentukan keberhasilan perawatan selanjutnya (Sutarjo, Prabandari, & Irvati, 2016). Melalui pendataan dan usulan yang dilakukan kader berdampak terhadap berkembangnya perhatian masyarakat (Surahmiyati, et.al., 2017).

Kader memiliki pengalaman yang berbeda saat menghadapi pasien yang mengalami gangguan jiwa. Ada kader saat melakukan pendataan menemukan pasien yang belum pernah berobat dan menunjukkan gejala gangguan jiwa. Pasien tempramen, mudah marah dan menuding serta melempari orang di sekitarnya, sehingga keluarga mengunci pasien di kamar. Hal ini menyebabkan kader merasa takut untuk melakukan wawancara dan mendekati pasien. Ada kader yang menghadapi pasien yang pendiam dan suka menyendiri.

Informasi yang didapatkan partisipan berasal dari berbagai sumber meliputi kader lain, dari puskesmas serta dari ibu – ibu yang tinggal di sekitar tempat tinggal kader. Kader menyebutkan bahwa lebih mudah untuk mewawancarai ibu – ibu dibandingkan dengan bapak – bapak dikarenakan cenderung cuek. Kader terlebih dahulu meminta kader lain untuk melaporkan jika menemukan keluarga atau individu yang menunjukkan gejala gangguan jiwa, selanjutnya dilakukan pencatatan dan kunjungan. Jika kader menemukan pasien yang beresiko untuk membahayakan, kader hanya menemui keluarga pasien.

Kader melakukan pendekatan kepada keluarga dan pasien ODGJ saat melakukan kunjungan. Pendekatan keluarga pada Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (Permenkes RI) No. 39 tahun 2016 tentang penyelenggaraan

program Indonesia sehat dengan pendekatan keluarga yaitu pengembangan dari kunjungan rumah oleh Puskesmas dan upaya Perawatan Kesehatan Masyarakat yang meliputi kunjungan untuk pendataan/ pengumpulan data profil kesehatan keluarga, kunjungan keluarga dalam rangka promosi kesehatan, untuk menindaklanjuti pelayanan kesehatan dalam gedung dan pemanfaatan data dan informasi dari profil kesehatan keluarga untuk pengorganisasian/pemberdayaan masyarakat.

Kader mempunyai akses menjangkau orang dengan gangguan jiwa yang ada di sekitar atau di lingkungannya. Saat melakukan pendekatan dengan pasien ODGJ dan keluarganya, sikap yang dimunculkan adalah sikap empati. Kader kesehatan jiwa akan dapat mengenali masalah – masalah keluarga secara menyeluruh melalui kunjungan (Permenkes RI, 2016). Kader tidak mengalami hambatan jarak, budaya, bahasa, agama dan status sosial untuk berkomunikasi dan membangun hubungan (Surahmiyati, et.al., 2017).

Orang dengan gangguan jiwa cenderung untuk di jauhi oleh orang – orang disekitarnya menyebabkan pasien cenderung untuk menutup diri. Pendekatan dengan menggunakan sikap empati membuat kader dapat menjalin komunikasi dan interaksi yang lebih produktif dengan pasien dan keluarganya. Kader bersikap ramah dan terbuka yang menimbulkan hubungan akrab, menerima dan memandang kondisi orang dengan gangguan jiwa apa adanya. Sikap ini menjadi aspek dukungan emosional bagi pasien dan keluarganya.

Kader kesehatan jiwa dalam memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga bertujuan untuk membantu keluarga dalam memberikan perawatan yang di

butuhkan oleh pasien. Hal utama yang harus dilakukan oleh kader kesehatan adalah memberikan pengertian terlebih dahulu kepada keluarga untuk dapat menerima kondisi pasien, menerima kader kesehatan jiwa. Keterbukaan dari keluarga memudahkan kader serta pihak puskesmas untuk memantau kondisi pasien. Pemberian informasi yang tepat penting bagi masyarakat agar stigma yang ada di masyarakat dapat di hilangkan dan penderita mendapatkan penanganan yang tepat (Putri et al., 2014).

Kader mampu membantu memberikan perawatan kepada pasien jika keluarga tidak mampu merawat pasien. Kader menyampaikan ke keluarga untuk tidak menyembunyikan jika memiliki keluarga yang mengalami gangguan jiwa, yang harus dilakukan adalah membawanya ke pelayanan kesehatan untuk mendapatkan pengobatan, menganjurkan kepada keluarga untuk sering mengajak pasien berkomunikasi sebagai bagian dari terapi sehingga mencegah keparahan penyakit pasien dan menganjurkan keluarga untuk mengajak pasien yang sudah dapat mengontrol dirinya untuk bersosialisasi dengan masyarakat.

Kader menceritakan tentang pasien yang ingin membantu keluarga namun keluarga masih membatasi pasien untuk beraktifitas. Pasien tidak di ijin untuk membantu sehingga pasien sering berdiam diri, pasien mengatakan mulai mendengarkan suara yang menakutinya. Kader kemudian menyarankan pasien untuk melakukan aktifitas misalnya ikut membantu membersihkan Mushola yang ada di dekat rumah pasien, menganjurkan pasien untuk beribadah, dengan begitu pasien mampu mengalihkan pikirannya dari suara yang didengarkan. Kader meminta keluarga untuk memberikan aktifitas kepada pasien, sehingga pasien tidak



hanya berdiam diri, memandirikan pasien agar pasien tidak menjadi beban bagi keluarga serta memantau pasien untuk rutin minum obat. Kader menyarankan kepada keluarga untuk memandirikan pasien dalam melakukan aktifitas sehari – hari.

Memandirikan pasien ditujukan untuk membantu pasien agar mandiri dalam melakukan kegiatan sehari – hari. Upaya ini di lakukan agar pasien bisa beraktifitas tanpa perlu merepotkan keluarganya. Dengan melakukan aktifitas, pasien dapat memfokuskan pikirannya pada aktifitas yang dilakukan sehingga mencegah pasien untuk berhalusinasi. Aktifitas yang terjadwal, membantu mengurangi intensitas halusinasi yang dialami oleh pasien (Annis, 2017). Intervensi ADL yang dilakukan melalui kunjungan rumah dapat meningkatkan partisipasi keluarga dan kemandirian pasien (Keliat, 2007).

Komunikasi menjadi penting bagi setiap individu di karenakan komunikasi merupakan alat untuk berinteraksi dengan individu lainnya. Keluarga sebagai orang terdekat perlu untuk mengajak pasien mengobrol setiap hari, ini dapat memperkuat hubungan interpersonal dengan pasien dan dapat menjadi terapi bagi pasien serta keluarga dapat lebih memahami pasien. Mengajak pasien mengobrol, menanyakan aktifitas, hal tersebut terbukti dapat membuat pasien akhirnya berbicara setelah 1,5 tahun di rawat (Djati, 2016)

Gangguan jiwa masih menjadi masalah besar bagi keluarga dan masyarakat sebelum ada layanan kesehatan jiwa yang dilakukan oleh kader. Individu yang mengalami gangguan jiwa di bebani dua kali lipat permasalahan, yakni menghadapi gejala dan kecacatan akibat penyakit, di lain sisi individu juga dibebani oleh

stereotip dan prasangka yang diakibatkan oleh gangguan jiwa (Lund, et al, 2011: Surahmiyati, et al, 2017).

Kedudukan kader kesehatan jiwa di masyarakat sangat penting, di karenakan kader sebagai bagian dari masyarakat tentunya lebih mudah atau lebih dekat dengan anggota masyarakat lainnya. Permasalahan yang dialami oleh keluarga dengan ODGJ menjadi beban bagi anggota keluargan. Rasa malu dengan penyakit yang dialami oleh anggota keluarga menyebabkan keluarga cenderung menutup diri, di sisi lain pasien menghindari untuk bersosialisasi dengan tetangga di karenakan merasa malu dengan kondisi yang di alaminya. Melihat masalah tersebut, kader berupaya untuk memberikan motivasi dan dorongan kepada pasien dan keluarga untuk bersabar serta menerima kondisi kesehatannya. Kader memotivasi keluarga untuk tidak menyembunyikan jika memiliki keluarga dengan ODGJ, sehingga pasien bisa segera mendapatkan penanganan. Memberikan semangat, dorongan untuk kembali berbaur dengan masyarakat, mendengarkan permasalahan yang dihadapi oleh keluarga dan pasien.

Kader kesehatan jiwa harus mampu menguatkan pasien, meminta keluarganya untuk merawat pasien sehingga tidak mengganggu warga di sekitarnya. Hal ini sejalan dengan hasil triangulasi sumber, pasien menyatakan merasa senang saat di kunjungi oleh partisipan. Pasien memiliki teman untuk curhat, selain itu keluarga merasa senang dan merasa terbantu untuk merawat pasien. Keluarga menceritakan bahwa dulunya ia tidak tahu harus bagaimana merawat pasien, sedangkan warga disekitarnya membatasi diri untuk berinteraksi dengan keluarga. Setelah rutin

mendapatkan kunjungan, mendapatkan arahan dari partisipan keluarga mengatakan senang karena mendapatkan perhatian dari Puskesmas.

Seseorang dalam menghadapi masalah akan mencari dukungan sosial dari orang – orang sekitarnya sehingga merasa di hargai, diperhatikan dan dicintai. Perhatian yang diberikan oleh Karsewa berupa melakukan kunjungan, memberikan pendidikan kesehatan, mengingatkan untuk rutin minum obat serta pemberian motivasi membuat individu tentu merasa mendapatkan dukungan sosial. Dukungan sosial sebagai informasi verbal atau non verbal, saran, bantuan yang nyata atau tingkah laku yang diberikan oleh orang – orang yang akrab dengan subjek lingkungan sosialnya atau berupa kehadiran dan hal – hal yang dapat memberikan keuntungan emosional atau berpengaruh kepada tingkah laku penerimanya (Kuntjoro, 2005: Muttar, 2011). Menurut Eli, et al (2008) dukungan sosial merupakan ketersediaan sumber daya yang memberikan kenyamanan fisik dan psikologis yang didapat lewat pengetahuan bahwa individu tersebut dicintai, diperhatikan, dihargai oleh orang dan ia juga merupakan anggota dalam suatu kelompok yang berdasar kepentingan bersama, selain itu dukungan sosial merupakan pemberian hiburan, penghargaan atau bantuan yang diterima seseorang dari orang lain atau kelompoknya.

Pemberian motivasi yang dilakukan oleh kader bertujuan untuk memberikan penguatan secara psikologis kepada pasien dan keluarga. Dukungan secara emosional memberikan individu perasaan nyaman, merasa di cintai saat mengalami depresi, bantuan dalam bentuk semangat, empati, rasa percaya, perhatian sehingga individu yang menerimanya merasa berharga (Friedman, 1998; Yusuf, 2017)

### **5.1.2. Peran kader kesehatan jiwa dalam program pencegahan sekunder kesehatan jiwa komunitas di masyarakat.**

Deteksi dini merupakan upaya awal yang dilakukan untuk mengenali atau menandai suatu gejala atau ciri – ciri yang ada pada individu terkait adanya gangguan jiwa. Kader melakukan deteksi dini dengan cara melakukan survey ke rumah warga untuk mencari informasi tentang riwayat penyakit yang dimiliki oleh warga. Hasil dari pendataan yang dilakukan sebelumnya menjadi informasi penting bagi kader dalam melakukan pendeteksian dini. Laporan dari masyarakat memudahkan kader dalam melakukan deteksi dini pada keluarga atau individu yang beresiko mengalami gangguan jiwa. Deteksi dini dilakukan untuk mencegah terjadinya peningkatan gangguan jiwa di komunitas, temuan yang didapatkan dilapangan memudahkan kader untuk memberikan penanganan segera sehingga masalah kesehatan jiwa dapat di cegah. Deteksi dini yang dilakukan oleh masyarakat (kader) dapat mempermudah penanganan gangguan jiwa yang ada di masyarakat (Rosianah, 2015). Gangguan jiwa yang tidak terdeteksi dan mendapat penatalaksanaan yang tidak baik akan menyebabkan timbulnya disabilitas bagi penderitanya baik secara fisik, psikologis maupun sosial – okupasional (Olfson, *et al*, 1997; Murhayanto, 2008)

Kader meminta persetujuan terlebih dahulu kepada keluarga sebelum melakukan wawancara. Kader tidak memiliki keberanian untuk mendatangi keluarga yang menutup diri karena khawatir menyinggung keluarga tersebut. Deteksi dini dilakukan secara perlahan, kader melakukan pendekatan secara halus kepada keluarga, mencari informasi dari tetangga keluarga yang dianggap beresiko

mengalami gangguan jiwa serta melakukan pengecekan kesehatan keluarga terlebih dahulu agar keluarga tidak tersinggung. Kader sering menanyakan kondisi pasien ketika bertemu dengan keluarga, mendengarkan perkembangan kesehatan pasien membuat kader merasa senang. Salah satu kader menyebutkan bahwa deteksi dini dimulai dari keluarganya kemudian berlanjut ke tetangga dan terkadang melakukan deteksi dini di sela kegiatan PKK. Kader memberikan pertanyaan secara santai kepada peserta PKK Kader menyebutkan bahwa sebagian keluarga lainnya sudah mulai terbuka, ada pasien yang sudah mandiri, mampu untuk mengambil obatnya sendiri.

Kunjungan merupakan kegiatan rutin yang dilakukan oleh kader kesehatan jiwa setiap bulan. Kunjungan bertujuan untuk melakukan pendekatan, pendataan sekaligus untuk memantau kondisi kesehatan pasien beserta keluarganya, selanjutnya menanyakan kemampuan keluarga dalam merawat pasien gangguan jiwa. Hal ini sesuai dengan triangulasi teori bahwa peran kader kesehatan dalam kunjungan dilakukan untuk memperoleh informasi terkini tentang kemampuan pasien mengatasi masalah dan keterlibatan keluarga dalam perawatan pasien di rumah (Nasir dan Abdullah, 2011; Iswanti, et al, 2018). Kunjungan rumah membantu kader kesehatan jiwa dalam mengenali masalah – masalah kesehatan yang dihadapi keluarga secara menyeluruh. Informasi yang didapatkan oleh kader menjadi informasi penting bagi puskesmas. Anggota keluarga yang perlu mendapatkan pelayanan kesehatan kemudian dapat dimotivasi untuk memanfaatkan pelayanan puskesmas (Permenkes RI, 2016)

Pernyataan kader diperkuat dengan triangulasi sumber kegiatan kader kesehatan jiwa dalam melakukan kunjungan rumah. Kader setiap bulan mendatangi pasien beserta keluarganya, menanyakan aktifitas pasien, mengingatkan pasien untuk rutin minum obat, menanyakan kondisi kesehatan pasien, serta mengajak pasien untuk ikut dalam kegiatan Posyandu jiwa. Kader mencatat perkembangan pasien dengan menggunakan buku kunjungan kader, informasi yang didapatkan oleh kader kemudian di laporkan pada kegiatan pertemuan bulanan.

Sebelum melakukan kunjungan, kader melakukan kontrak waktu terlebih dahulu dengan keluarga yang akan di kunjungi untuk mengetahui kesiapan dari keluarga. Kader melakukan kunjungan bersama kader lain yang lebih mengetahui kondisi pasien dan keluarganya. Ini dilakukan karena kader wilayah cenderung lebih dekat dengan pasien dan keluarga sehingga kader lebih mudah untuk berinteraksi dengan keluarga.

Kader memantau kondisi pasien, menanyakan bagaimana cara pasien meminum obat, menanyakan aktifitas apa saja yang telah dilakukan. Kader melakukan pendekatan kepada pasien, merangkul dan mengajak pasien untuk berkomunikasi hal ini di lakukan untuk melatih pasien untuk berinteraksi dengan orang lain, kader juga menyarankan kepada keluarga untuk melakukan pendekatan kepada pasien dan lebih mengakrabkan diri dengan pasien. Kader menganjurkan kepada keluarga untuk tidak menyembunyikan jika memiliki anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa dan melaporkannya sehingga pasien bisa mendapatkan penanganan dengan cepat. Kader memotivasi keluarga untuk bersabar dalam merawat pasien.

Kader dalam melakukan kunjungan terkadang merasa khawatir, takut menghadapi pasien terutama yang pasien yang tempramen, sedangkan dari keluarga pasien tersebut sudah tidak mau mengurus merawat pasien. Kader merasa bingung untuk menentukan tindakan yang harus di lakukan. Berbeda dengan yang disampaikan oleh kader lainnya yang mengatakan bahwa keluarga lebih terbuka kepada kader Karsewa di bandingkan dengan kader paliatif. Saat melakukan kunjungan, pasien yang sudah rutin berobat ikut bergabung, mengobrol dengan kader dan keluarganya. Kader mengajak pasien untuk mengobrol di tempat lain selain rumah pasien, ini di lakukan untuk memberikan suasana baru bagi pasien.

Sosialisasi merupakan upaya memasyarakatkan sesuatu sehingga menjadi di kenal, di pahami, di hayati oleh masyarakat (KBBI). Sosialisasi tidak hanya menyampaikan informasi tentang yang akan di sampaikan tetapi juga untuk mendapatkan dukungan berbagai kelompok masyarakat. Upaya sosialisasi program kesehatan jiwa di lakukan oleh kader saat ada kegiatan pertemuan rutin di RW, partisipan menyampaikan kepada warga untuk melaporkan jika mendapatkan pasien yang beresiko mengalami gangguan jiwa.

Permenkes (2016) membagi sosialisasi menjadi dua yakni sosialisasi internal dan sosialisasi eksternal. Pada sosialisasi internal pendekatan keluarga bukan hanya tugas pekerjaan dari Pembina keluarga, memerlukan bantuan teknis profesional dalam pemecahan masalah. Sosialisasi eksternal perlu melakukan sosialisasi tentang pendekatan keluarga kepada camat, lurah serta tokoh masyarakat lain agar pelaksanaan pendekatan keluarga mendapat dukungan dari masyarakat sehingga memunculkan komitmen dalam membantu pelaksanaan kegiatan.

Salah satu partisipan mengatakan bahwa sebagian warga masih cuek dengan informasi yang di sampaikan oleh kader. Di sisi lain, beberapa partisipan menceritakan bahwa tetangga pasien dan masyarakat sudah memaklumi dan menerima kondisi pasien. Tetangga mengaku lebih senang setelah kader rutin mengunjungi pasien karena menganggap bahwa ada pemantauan dari Puskesmas. Rasa takut pada pasien yang mengalami gangguan jiwa sudah mulai berkurang. Selain itu, masyarakat terkadang membantu kader untuk mengingatkan pasien agar rutin minum obat. Sosialisasi dan kegiatan rutin yang telah di laksanakan oleh kader kesehatan jiwa meningkatkan penerimaan masyarakat terhadap orang dengan gangguan jiwa. Sejalan dengan penelitian yang di lakukan oleh Surahmiyati (2017) penerimaan masyarakat semakin baik di tunjukkan dengan bersikap lebih terbuka, menerima, serta tidak meremehkan orang yang mengalami gangguan jiwa.

Keluarga pasien dengan gangguan jiwa cenderung untuk menutup diri dan menyembunyikan pasien. Hal ini dapat memperparah penyakit yang dialami oleh pasien. Menghadapi hal tersebut, kader kesehatan jika berupaya untuk melakukan pendekatan kepada keluarga dan pasien. Pendekatan yang dilakukan oleh kader kesehatan jiwa kepada pasien dan keluarganya untuk menciptakan keakraban dan persahabatan. Kader kesehatan ketika berpapasan atau bertemu dengan pasien selalu menyapa dan mengajak pasien untuk berkomunikasi, begitupun pada saat kader sedang melakukan kunjungan.

Gangguan jiwa masih menjadi masalah besar bagi keluarga dan masyarakat sebelum ada layanan kesehatan jiwa yang dilakukan oleh kader. Individu yang mengalami gangguan jiwa di bebani dua kali lipat permasalahan, yakni menghadapi



gejala dan kecacatan akibat penyakit, di lain sisi individu juga dibebani oleh stereotip dan prasangka yang diakibatkan oleh gangguan jiwa (Lund, et al, 2011: Surahmiyati, et al, 2017).

Kader melakukan pendekatan kepada keluarga dan pasien ODGJ saat melakukan kunjungan. Kader mempunyai akses menjangkau orang dengan gangguan jiwa yang ada di sekitar atau di lingkungannya. Hal ini di sebabkan karena kader tidak mengalami hambatan jarak, budaya, bahasa, agama dan status sosial untuk berkomunikasi dan membangun hubungan (Surahmiyati, et al, 2017). Saat melakukan pendekatan dengan pasien ODGJ dan keluarganya, sikap yang dimunculkan adalah sikap empati.

Orang dengan gangguan jiwa cenderung untuk di jauhi oleh orang – orang disekitarnya menyebabkan pasien cenderung untuk menutup diri. Pendekatan dengan menggunakan sikap empati membuat kader dapat menjalin komunikasi dan interaksi yang lebih produktif dengan pasien dan keluarganya. Kader bersikap ramah dan terbuka yang menimbulkan hubungan akrab, menerima dan memandang kondisi orang dengan gangguan jiwa apa adanya. Sikap ini menjadi aspek dukungan emosional bagi pasien dan keluarganya.

Penerimaan dan keterbukaan pasien beserta keluarganya menjadi faktor penting untuk keberhasilan pelayanan. Sikap keterbukaan keluarga memudahkan kader untuk menyampaikan informasi penanganan masalah gangguan jiwa serta dapat mendorong pasien dan keluarga untuk terlibat dalam penanganan masalah kesehatan jiwa. Kader mendorong partisipasi dan memberikan dukungan, menanggapi kesulitan sosial yang dihadapi oleh keluarga, meningkatkan interaksi sosial,

mendorong untuk kegiatan masyarakat, mengajari untuk menghadapi stigma dan diskriminasi. Intervensi yang di sampaikan oleh kader dapat di terima dan layak untuk mengobati skizofrenia (Balaji, et al, 2012; Surahmiyati, et al, 2017).

### **5.1.3. Peran kader kesehatan jiwa dalam program pencegahan tersier kesehatan jiwa komunitas di masyarakat.**

Kader memberikan motivasi dan mengingatkan kepada pasien untuk rutin minum obat, selain itu kader menyampaikan kepada keluarga untuk memantau pasien minum obat.

Gangguan jiwa berat berkaitan dengan ketidakseimbangan unsur kimiawi di otak, sehingga membutuhkan obat untuk membantu mengurangi gejala yang dialami oleh pasien. Videbeck (2008) mendefinisikan skizofrenia adalah suatu penyakit yang mempengaruhi otak dan menyebabkan timbulnya pikiran, persepsi, emosi gerakan dan perilaku aneh.

Kader menuturkan bahwa pasien merasa gelisah ketika tidak minum obat. Rutin kontrol dan meminum obat mencegah pasien untuk mengalami kekambuhan. Salah satu pasien sudah mampu untuk mengambil obatnya sendiri di Menur. Pasien yang rutin minum obat secara perlahan menunjukkan perubahan yang perilaku yang lebih baik jika dibandingkan sebelum meminum obat, pasien menjadi lebih tenang.

## **1.2 Temuan Penelitian**

Kader kesehatan jiwa dalam melaksanakan peran di pengaruhi oleh faktor pendukung, faktor penguat dan faktor pemungkin. Faktor pendukung meliputi pengetahuan, motivasi dan harapan kader kesehatan jiwa. Faktor penguat yang dimiliki oleh kader kesehatan jiwa yaitu dukungan sosial berupa dukungan keluarga.

Keluarga sebagai sumber pendukung utama bagi kader dalam melaksanakan peran. Faktor pemungkin berupa ketersediaan pelayanan dan aksesibilitas pelayanan. Posyandu jiwa yang dilaksanakan secara bergilir di tiap pos kesehatan yang telah di bentuk di masing – masing kelurahan merupakan upaya yang dilakukan untuk menyediakan layanan kesehatan jiwa yang mudah di jangkau oleh pasien dan keluarganya. Diharapkan dengan hal ini, pasien dan keluarga tidak memiliki kendala dan hambatan lagi untuk mengakses pelayanan kesehatan jiwa.

Peran kader kesehatan jiwa terbagi menjadi tiga yaitu peran kader kesehatan jiwa dalam program pencegahan primer, sekunder dan tersier. Pada program pencegahan primer, kader kesehatan jiwa berperan dalam melakukan indentifikasi kelompok resiko, memberikan pendidikan dan memotivasi pasien beserta keluarga. Kader dalam melakukan identifikasi kelompok resiko melalui pendataan kerumah warga. Pendataan merupakan kegiatan rutin bulanan yang dilakukan oleh kader kesehatan jiwa. Pendidikan kesehatan yang diberikan oleh kader kesehatan jiwa kepada pasien dan keluarga berupa mengajrkan kepada keluarga untuk memandirikan pasien, mengajak pasien berkomunikasi dan meminta pasien melakukan kegiatan. Kader kesehatan jiwa memberikan motivasi kepada keluarga untuk bersabar dalam merawat pasien, selain itu pasien juga dimotivasi untuk merawat diri, tidak merasa minder dengan penyakitnya.

Pada program pencegahan sekunder, kader berperan dalam melakukan deteksi dini dan sosialisasi program posyandu jiwa. Kader dalam melakukan deteksi dini dengan cara melakukan kunjungan ke rumah warga berdasarkan hasil pendataan yang sebelumnya telah didapatkan atau berdasarkan dari laporan warga sekitar

pasien. Sebelum melakukan deteksi dini, kader mendekati keluarga dan meminta persetujuan kepada keluarga untuk melakukan wawancara. Sosialisasi dilakukan oleh kader kesehatan jiwa untuk mengenalkan dan menginformasikan kepada masyarakat tentang kegiatan posyandu jiwa, waktu dan tempat pelaksanaan.

Peran kader kesehatan jiwa dalam program pencegahan tersier yakni memotivasi pasien untuk rutin minum obat dan rutin untuk melakukan kontrol. Pasien yang rutin meminum obat dan melakukan kontrol memperlihatkan perbaikan gejala gangguan jiwa yang dimiliki, pasien merasa lebih tenang dan merasa lebih mampu mengontrol diri sendiri.

### **1.3 Keterbatasan Penelitian**

Peneliti tidak meneliti secara keseluruhan tentang faktor yang mempengaruhi kader kesehatan jiwa dalam melaksanakan peran di masyarakat.

## **BAB 6**

### **PENUTUP**

#### **6.1 Kesimpulan**

1. Faktor yang mempengaruhi kader kesehatan jiwa dalam melaksanakan peran di masyarakat terbagi menjadi tiga yaitu faktor pendukung, faktor penguat dan faktor pemungkin. Faktor penguat terdiri dari pengetahuan dan motivasi. Kader kesehatan jiwa mendapatkan pengetahuan tentang kesehatan jiwa melalui pelatihan telah di laksanakan di puskesmas Wonokromo. Faktor penguat yang dimiliki oleh kader kesehatan jiwa berupa dukungan sosial, yakni dukungan keluarga. Keluarga dalam hal ini suami dan anak kader memberikan dukungan berupa mengizinkan kader untuk melaksanakan peran sebagai kader kesehatan jiwa. Faktor pemungkin terdiri dari ketersediaan pelayanan dan aksesibilitas pelayanan. Posyandu jiwa yang dilaksanakan secara bergilir di setiap pos kesehatan yang telah di bentuk di tiap RW sebagai upaya penyediaan layanan kesehatan jiwa dan untuk memudahkan pasien dan keluarga untuk menjangkau pelayanan kesehatan jiwa.
2. Pada pencegahan primer, kader kesehatan jiwa berperan untuk melakukan identifikasi kelompok resiko melalui pendataan, memberikan pendidikan kesehatan dan memberikan motivasi kepada pasien dan keluarga. Kader memiliki pengalaman berbeda saat menghadapi pasien dan keluarga, penerimaan keluarga membantu dalam proses penyembuhan pasien. Kader memotivasi kepada pasien dan keluarga, meminta kepada keluarga untuk memandirikan

pasien, mengajak pasien untuk berkomunikasi serta menganjurkan pasien untuk melakukan kegiatan.

3. Pada pencegahan sekunder, kader kesehatan jiwa berperan dalam melakukan deteksi dini dan sosialisasi program posyandu jiwa. Deteksi dini dilakukan secara rutin setiap bulan, dilakukan dengan cara melakukan kunjungan ke rumah warga, melakukan wawancara kepada pasien dan keluarga. Sosialisasi dilakukan oleh kader kesehatan jiwa untuk mengenalkan kader kesehatan jiwa kepada masyarakat serta menginformasikan terkait pelaksanaan kegiatan posyandu jiwa.
4. Pada pencegahan tersier kader kesehatan jiwa berperan dalam membantu proses rehabilitasi berupa memotivasi pasien untuk rutin minum obat dan memotivasi pasien untuk rutin kontrol.

## **6.2 Saran**

### **6.2.1. Pelayanan keperawatan jiwa**

Temuan dalam penelitian ini dapat menjadi data dasar bagi perawat jiwa dalam merumuskan asuhan keperawatan jiwa komunitas yang tepat untuk dilakukan di masyarakat. Perlunya peningkatan layanan kesehatan jiwa yang bersifat menyeluruh kepada masyarakat sehingga peningkatan masalah kesehatan jiwa dapat dicegah. Perlu adanya pemberdayaan bagi individu yang mengalami gangguan jiwa sehingga menjadi individu yang lebih produktif dan mandiri.

### **6.2.2. Penelitian**

Temuan dalam penelitian ini berupa tema yang menggambarkan peran kader kesehatan jiwa komunitas di masyarakat. Keberadaan sebuah tema tergantung dari

keberadaan tema lainnya. Perlu ada penelitian lanjutan untuk meneliti hubungan setiap tema yang ada.

#### 6.2.3. Kader kesehatan jiwa

Peran kader kesehatan jiwa dalam program pencegahan tersier masih kurang, perlu diadakan pelatihan untuk meningkatkan pengetahuan serta kemampuan kader kesehatan jiwa dalam melaksanakan peran pada program pencegahan tersier di masyarakat.

**DAFTAR PUSTAKA**

- Abdulmalik, J., & Thornicroft, G. (2016). Neurology , Psychiatry and Brain Research Community mental health : a brief , global perspective. *International Journal of Hygiene and Environmental Health*, 22(2), 101–104. <https://doi.org/10.1016/j.npbr.2015.12.065>
- Ah. Yusuf, Hanik Endang N, R. F. (2014). Buku ajar keperawatan Kesehatan jiwa.
- Anny Rosiana, Yuli Setyaningrum, N. A. (2016). Ipteks Bagi Masyarakat ( IbM ) Kelompok Kader Kesehatan Jiwa Di Desa Pasuruhan Kidul Kabupaten Kudus Dalam Upaya Pemberdayaan Kader Kesehatan Jiwa Untuk Meningkatkan Kemandirian Dengan Metode “ One Volunter One Patient ” The 4 th Univesity Research Coloqu, (The 4 th Univesity Research Coloquium 2016), 458–465.
- Astuti R., Amin K, pnilih S. (2009). Pengaruh Pelatihan kader terhadap peningkatan pengetahuan perawatan pada gangguan jiwa di wilayah Puskesmas Sawangan kabupaten Magelang, 14–21.
- Aziato, L., Majee, W., Jooste, K., & Teti, M. (2017). International Journal of Africa Nursing Sciences Community leaders ’ perspectives on facilitators and inhibitors of health promotion among the youth in rural South Africa, 7(April), 119–125.
- Barida, I., & Putro, G. (2008). Peran Kader dan Klian Adat Dalam Upaya Meningkatkan Kemandirian Posyandu di Provinsi Bali ( Studi Kasus di Kabupaten Badung , Gianyar
- Dinkes. (2013). Riset Kesehatan Dasar.
- Data Puskesmas Wonokromo (2018). Surabaya
- Elsa kristiani edi, Suwarsi, endang nurul syafitri. (2013). Hubungan antara peran kader jiwa dengan motivasi keluarga dalam merawat pasien gangguan jiwa di wilayah kerja Puskesmas Kotagede I.
- Fitrikasari, A., S, A. K., Woroasih, S., S, W. S. A., Pengajar, S., & Psikiatri, P. P.-B. (2012). *Medica Hospitalia*, 1(2), 118–122.
- Hitch, D., Pepin, G., & Stagnitti, K. (2013). Engagement in activities and occupations by people who have experienced psychosis: A metasynthesis of lived experience. *British Journal of Occupational Therapy*, 76(2), 77–86. <https://doi.org/10.4276/030802213X13603244419194>
- Internawati, S. (2013). Studi Pelaksanaan pendataan keluarga miskin dan



pemberdayaan masyarakat dalam mengentaskan kemiskinan di Desa Danau Redan Kecamatan Teluk Pandan, *1*(1), 309–323. Retrieved from [ejournal.an.fisip-unmul.org](http://ejournal.an.fisip-unmul.org)

Keliat, B.A., Helena, N., Faridah, P.(2011). Manajemen keperawatan psikososial dan kader kesehatan jiwa CMHN (*Intermediate Course*).

Kalhovde, A. M., Elstad, I., & Talseth, A.-G. (2013). Understanding the Experiences of Hearing Voices and Sounds Others Do Not Hear. *Qualitative Health Research*, *23*(11), 1470–1480. <https://doi.org/10.1177/1049732313507502>

Kermode, M., Bowen, K., Arole, S., Joag, K., & Jorm, A. F. (2009). Community beliefs about treatments and outcomes of mental disorders : A mental health literacy survey in a rural area of Maharashtra , India, *123*, 476–483. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2009.06.004>

Koyanagi, A. (2017). Psychotic-like experiences and happiness in the English general population. *Journal of Affective Disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.07.013>

Kurniawan, Y., & Sulistyarini, I. (2016). Jurnal Psikologi dan Kesehatan Mental Komunitas SEHATI ( Sehat Jiwa dan Hati ) Sebagai Intervensi Kesehatan Mental Berbasis Masyarakat. <https://doi.org/10.20473/JPKM.v1i22016.112-124>

Lovell, S. A., Gray, A. R., & Boucher, S. E. (2017). SSM – Population Health Place , health , and community attachment : Is community capacity associated with self-rated health at the individual level? *SSM - Population Health*, *3*(June 2016), 153–161. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2016.12.002>

Made, N., Sulistiowati, D., Swedarma, K. E., Studi, P., Keperawatan, I., Kedokteran, F., & Udayana, U. (2015). Pengaruh pelatihan kader terhadap kemampuan kader melakukan perawatan pasien gangguan jiwa di rumah.

Maes, K., & Kalofonos, I. (2013). Social Science & Medicine Becoming and remaining community health workers : Perspectives from Ethiopia and Mozambique. *Social Science & Medicine*, *87*, 52–59. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.03.026>

Nursalam. (2014). *Metodolodi penelitian ilmu keperawatan. Pendekatan praktis, edisi 4*, p 80-81

Puspasari, Adliana, 2002. Faktor - faktor yang mempengaruhi kinerja kader posyandu di kota Sabang, Provinsi NAD.

Putri, A. W., Wibhawa, B., Gutama, A. S., Indonesia, D., Mental, G. K., &

- Masyarakat, P. (2014). Kesehatan mental masyarakat Indonesia (Pengetahuan dan keterbukaan masyarakat terhadap gangguan kesehatan mental), 252–258.
- Rizki, F. (2007). Modifikasi Sebagai Alternatif Pengendalian Halusinasi Dengar Pada Klien Skizofrenia.
- Ratih, A., Zulkifli, A., Dian, S. (2012). Factors associated with cadres performance in the posyandu activities in district Bontobahari Bulukumba, 1–13.
- Sutisna, E., Ravik, S., Bhisma, K., Drajat, M., Kartono, T., Rifai, W., (2006). Model Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan , Studi Program Desa Siaga Community Empowerment Model in Health Sector , Study on Village Preparadness Program, (36).
- Surahmiyati, S., Yoga, B. H., & Hasanbasri, M. (2017). Dukungan sosial untuk orang dengan gangguan jiwa di daerah miskin : studi di sebuah wilayah puskesmas di Gunungkidul, 403–410.
- Sutarjo, P., Prabandari, Y. S., & Irvati, S. (2016). Pengaruh pelatihan community mental health nursing pada self efficacy dan keterampilan kader kesehatan jiwa, 67–72.
- UU Kesehatan jiwa. (2014). *Undang-undang kesehatan jiwa RI*.
- Vallières, F., Mcauliffe, E., Hyland, P., Galligan, M., & Ghee, A. (2017). Journal of Work and Organizational Psychology. *Journal of Work and Organizational Psychology*, 33(1), 41–46. <https://doi.org/10.1016/j.rpto.2016.12.001>
- Wardaningsih, S., & Kageyama, T. (2016). Perception of Community Health Workers in Indonesia toward Patients with Mental Disorders, 5(1), 27–35.
- Xu, X., Li, X., Xu, D., & Wang, W. (2017). Archives of Psychiatric Nursing Psychiatric and Mental Health Nursing in China : Past , Present and Future. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(5), 470–476. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.06.009>

Lampiran 1

**PENJELASAN PENELITIAN BAGI RESPONDEN PENELITIAN**  
**(INFORMATION FOR CONSENT)**

**Judul Penelitian :**

Peran kader kesehatan jiwa dalam program kesehatan jiwa komunitas di masyarakat.

**Tujuan Penelitian:**

Untuk mengeksplorasi peran kader kesehatan jiwa dalam program kesehatan jiwa komunitas di masyarakat.

**Perlakuan yang diterapkan pada subjek:**

Dalam penelitian ini, tidak dilakukan perlakuan kepada kader kesehatan jiwa.

**Manfaat penelitian bagi subjek penelitian:**

Partisipan yang terlibat dalam penelitian ini dapat berbagi pengalaman menjadi kader kesehatan jiwa.

**Hak untuk undur diri**

Keikutsertaan dalam penelitian ini bersifat sukarela dan partisipan berhak untuk mengundurkan diri kapanpun, tanpa menimbulkan konsekuensi yang merugikan partisipan dan apabila dalam penelitian ini kader tidak bersedia menjadi partisipan maka peneliti akan mencari partisipan lainnya untuk dijadikan subyek penelitian.

**Bebas eksploitasi**

Keikutsertaan partisipan dalam penelitian tidak akan disalahgunakan sehingga menyebabkan kerugian bagi subjek tersebut.

**Jaminan kerahasiaan data**

Dalam penelitian ini, semua data dan informasi identitas subyek penelitian dijaga kerahasiaannya yaitu dengan tidak mencantumkan identitas subyek penelitian secara jelas dan pada laporan penelitian nama subyek penelitian dibuat kode misalnya A01.

**Adanya insentif untuk subyek penelitian**

Seluruh subyek penelitian memperoleh cinderamata dari peneliti.

**Informasi tambahan:**

Subyek penelitian bisa menanyakan semua hal yang berkaitan dengan penelitian ini dengan menghubungi peneliti:

Sahriana

Telp. : 082347767475

Email : [sahriana014@gmail.com](mailto:sahriana014@gmail.com)

Responden

Peneliti

(.....)

(.....)

Lampiran 2

**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN**  
**(INFORMED CONSENT)**

Setelah mendapat penjelasan yang cukup tentang tujuan penelitian ini, saya bertanda tangan di bawah ini

Nama :  
Usia :  
Tingkat pendidikan :  
Pekerjaan :  
Alamat :  
HP :

Menyatakan bersedia untuk ikut berpartisipasi dalam penelitian yang dilakukan saudari Sahriana dalam menyelesaikan tugas akhir pendidikan akademik pada Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.

Persetujuan ini saya buat dengan sadar dan tanpa paksaan dari siapapun. Demikian pernyataan ini saya buat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Surabaya,.....

Saksi

Responden

(.....)

(.....)

Kode Responden Diisi Peneliti	
----------------------------------	--

Lampiran 3

**PEDOMAN WAWANCARA KADER**

Saya tertarik dengan pengalaman ibu/ bapak/ saudara tentang peran kader kesehatan jiwa dalam program kesehatan jiwa komunitas di masyarakat. Mohon bapak/ibu/saudara mau menjelaskan tentang pengalaman tersebut, termasuk perasaan, peristiwa, pendapat dan pikiran yang bapak/ibu/ saudara alami.

2. Pencegahan Primer

- a. Bagaimana kader dalam menemukan kelompok resiko ?
- b. Bagaimana kader dalam memberikan pendidikan kesehatan kepada klien dan keluarga?
- c. Bagaimana kader dalam memberikan dukungan sosial/ motivasi ?

3. Pencegahan sekunder

- a. Bagaimana kader dalam melakukan deteksi dini ?
- b. Bagaimana kader memberikan motivasi kepada klien dan keluarga ?

4. Bagaimana peran kader dalam menghadapi klien beserta keluarga yang mengalami gangguan jiwa ?

4. Apa harapan kader tentang masalah kesehatan jiwa di komunitas ?

Lampiran 4

**PEDOMAN WAWANCARA KELUARGA KLIEN**

Saya sedang melakukan penelitian tentang peran kader kesehatan jiwa, apa saya bisa menanyakan tentang

1. Apakah ibu/bapak mengetahui tentang kader kesehatan jiwa yang ada di wilayah tempat tinggal ibu/bapak ?
2. Apa kader tersebut pernah mengunjungi keluarga ibu/bapak ?
3. Apa saja yang kader lakukan ketika mengunjungi ibu/bapak?
4. Apa ibu/bapak merasa terbantu dengan tindakan yang dilakukan oleh kader?





Lampiran 6



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 : 1157-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 :*

**“STUDI FENOMENOLOGI PERAN KADER KESEHATAN JIWA DALAM PROGRAM KESEHATAN JIWA KOMUNITAS DI MASYARAKAT”**

<u>Peneliti utama</u>	: Sahriana
<i>Principal Investigator</i>	
<u>Nama Institusi</u>	: Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
<i>Name of the Institution</i>	
<u>Unit/Lembaga/Tempat Penelitian</u>	: Wilayah kerja Puskesmas Wonokromo kota Surabaya
<i>Setting of research</i>	

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



Surabaya, 07 Agustus 2018  
Ketua, (CHAIRMAN)

**Dr. Joni Haryanto, S.Kp., M.Si.**  
NIP. 1963 0608 1991 03 1002

Lampiran 7



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](mailto:dekan_ners@fkip.unair.ac.id)

Nomor : 538 /UN3.1.13/PPd/S2/2018  
Lampiran : 1 (Satu) berkas  
Perihal : Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian  
Mahasiswa Prodi Magister Keperawatan – FKp Unair

17 Juli 2018

Kepada Yth.  
Kepala Bakesbangpol Kota Surabaya  
Surabaya

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 : Sahriana, S.Kep., Ns.  
NIM : 131614153109  
Judul Proposal : Peran Kader Kesehatan Jiwa dalam Program Kesehatan Jiwa  
Komunitas di Masyarakat

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

a.n Dekan,  
Wakil Dekan I  
  
Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes.  
NIP. 196808291989031002

Tembusan:  
1. Kepala Dinas Kesehatan Kota Surabaya  
2. Kepala Puskesmas Wonokromo Surabaya

Lampiran 8



**PEMERINTAH KOTA SURABAYA**  
**BADAN KESATUAN BANGSA, POLITIK DAN PERLINDUNGAN MASYARAKAT**

Jl. Jaks Agung Suprpto No. 2 Surabaya - 60272, Tlp. 5312144 Psw. 112

Surabaya, 20 Juli 2018

Kepada

Yth. Kepala Dinas Kesehatan Kota Surabaya

di - SURABAYA

Nomor : 070/5451 /436.8.5/2018  
 Lampiran : -  
 Hal : Penelitian

REKOMENDASI PENELITIAN

- Dasar : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 Tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian, Sebagaimana Telah Diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 ;  
 2. Peraturan Walikota Surabaya Nomor 37 Tahun 2011 Tentang Rincian Tugas dan Fungsi Lembaga Teknis Daerah Kota Surabaya, Bagian Kedua Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat.
- Memperhatikan : Surat Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya Tanggal 17 Juli 2018 Nomor : 338/UN3.1.13/PPd/2018 Hal : Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian Mahasiswa Prodi Magister Keperawatan - FKp Unair
- Pit. Kepala Badan Kesatuan Bangsa, Politik Dan Perlindungan Masyarakat Kota Surabaya memberikan rekomendasi kepada :
- a. Nama : Sahriana, S.Kep., Ns  
 b. Alamat : Kaluppang, Ds. Masago, Kec. Patimpeng, Bone, Sulawesi Selatan  
 c. Pekerjaan/Jabatan : Mahasiswa  
 d. Instansi/Organisasi : Universitas Airlangga Surabaya  
 e. Kewarganegaraan : Indonesia
- Untuk melakukan penelitian/survey/kegiatan dengan :
- a. Judul / Thema : Peran Kader Kesehatan Jiwa dalam Program Kesehatan Jiwa Komunitas di Masyarakat  
 b. Tujuan : Penelitian  
 c. Bidang Penelitian : Kesehatan  
 d. Penanggung Jawab : Prof. Dr., Merryana Adriani, SKM., M.Kes.  
 e. Anggota Peserta : -  
 f. Waktu : 1 (Satu) Bulan, TMT Surat Dikeluarkan  
 g. Lokasi : Dinas Kesehatan (UPTD Puskesmas Wonokromo) Kota Surabaya
- Dengan persyaratan :
1. Penelitian/survey/kegiatan yang dilakukan harus sesuai dengan surat permohonan dan wajib mentaati persyaratan/peraturan yang berlaku di Lokasi/Tempat dilakukan Penelitian/survey/kegiatan;
  2. Saudara yang bersangkutan agar setelah melakukan Penelitian/survey/kegiatan wajib melaporkan pelaksanaan dan hasilnya kepada Kepala Bakesbang, Politik dan Linmas Kota Surabaya;
  3. Penelitian/survey/kegiatan yang dilaksanakan tidak boleh menimbulkan keresahan dimasyarakat, disintegrasi bangsa atau mengganggu keutuhan NKRI.
  4. Rekomendasi ini akan dicabut/tidak berlaku apabila yang bersangkutan tidak memenuhi persyaratan seperti tersebut diatas.

Demikian atas bantuannya disampaikan terima kasih .

a.n. Pit. KEPALA BADAN,  
 Sekretaris  
  
 Ir. Yusuf Maaruh, M.M.  
 Pembina  
 SNIP 198712241994121001

Tembusan :  
 Yth. 1. Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya  
 2. Saudara yang bersangkutan.

Lampiran 9



## PEMERINTAH KOTA SURABAYA DINAS KESEHATAN

Jalan Jemursari No. 197 Surabaya 60243  
Telp. (031) 8439473, 8439372, 8473729 Fax. (031) 8483393

**SURAT IJIN**  
**SURVEY / PENELITIAN**  
Nomor : 072 / 22.894 / 436.7.2 / 2018

Dari : Sekretaris Kepala Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan  
Perlindungan Masyarakat  
Nomor : 070/5451/436.8.5/2018  
Tanggal : 20 Juli 2018  
Hal : Penelitian  
Dengan ini menyatakan tidak keberatan dilakukan survey / penelitian oleh :  
Nama : **Sahriana, S. Kep., Ns**  
NIM : 131614153109  
Pekerjaan : Mahasiswa Fak. Keperawatan UNAIR  
Alamat : Kalupang Bone Sulawesi Selatan  
Tujuan Penelitian : Menyusun Tesis  
Tema Penelitian : Peran Kader Kesehatan Jiwa Dalam Program Kesehatan Jiwa  
Komunitas di Masyarakat  
Lamanya Penelitian : Bulan Juli s/d Bulan Agustus Tahun 2018  
Daerah / tempat : **Puskesmas Wonokromo**  
Penelitian

Dengan syarat – syarat / ketentuan sebagai berikut :

1. Yang bersangkutan harus mentaati ketentuan-ketentuan/ peraturan yang berlaku dimana dilakukannya kegiatan survey/penelitian.
2. Dilarang menggunakan kuesioner diluar design yang telah ditentukan.
3. Yang bersangkutan sebelum dan sesudah melakukan survey/penelitian harap melaporkan pelaksanaan dan hasilnya kepada Dinas Kesehatan Kota Surabaya.
4. Surat ijin ini akan dicabut/tidak berlaku apabila yang bersangkutan tidak memenuhi syarat-syarat serta ketentuan seperti diatas.

Sehubungan dengan hal tersebut diharapkan kepada Saudara Kepala Puskesmas untuk memberikan bantuan, pengarahan dan bimbingan sepenuhnya.  
Demikian atas perhatian Saudara disampaikan terima kasih.

Surabaya, 20 Juli 2018  
a.n. Kepala Dinas  
Sekretaris,



Lampiran 10



PEMERINTAH KOTA SURABAYA  
DINAS KESEHATAN  
PUSKESMAS WONOKROMO  
JL. KARANGREJO VI / 4 , TELP : ( 031 ) 8281647  
S U R A B A Y A ( 60243 )

**SURAT KETERANGAN**

NOMOR : 800/ 1389 /436.7.2.45/2018

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : dr. Era Kartikawati  
NIP : 197004302006042008  
Pangkat/Golongan : Pembina ; IV/a  
Jabatan : Kepala Puskesmas Wonokromo

Dengan ini menerangkan dengan benar bahwa :

Nama : Sahriana, S.Kep.Ns.  
NIM : 1316141153109  
Pekerjaan : Mahasiswa Fak. Keperawatan UNAIR  
Alamat : Kaluppang Bone Sulowesi Selatan

Telah melaksanakan penelitian dengan tema “ Peran Kader Kesehatan Jiwa dalam Program Kesehatan Jiwa Komunitas di Masyarakat “ di Wilayah Kerja Puskesmas Wonokromo Surabaya pada bulan Juli s/d bulan Agustus 2018 dengan mematuhi ketentuan yang berlaku dengan baik.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Surabaya, 14 September 2018

Kepala Puskesmas Wonokromo  
  
dr. Era Kartikawati  
Pembina  
Nip. 197004302006042008



## Lampiran 11

Kode Partisipan : R01  
 Tanggal : 07/08/2018  
 Waktu Wawancara : Pukul 11.30 – 12.47  
 Tempat : Ruang tamu keluarga  
 Posisi Partisipan : duduk bersila, berhadapan dengan peneliti  
 Kondisi lingkungan saat wawancara :

Ruangan tamu berada tepat setelah pintu masuk rumah, terdapat meja dan beberapa hasil prakarya partisipan yang belum diselesaikan. Partisipan hanya sendirian di rumah, suami dan anaknya sedang keluar rumah. Partisipan duduk bersila berhadapan dengan peneliti.

P : Peneliti

Ps : Partisipan

No.	
P	Assalamu alaikum ibu, saya sahrina mahasiswa dari magister keperawatan unair sedang melakukan penelitian tentang peran kader kesehatan jiwa komunitas di masyarakat. saya bermaksud untuk mewawancarai dan melihat kegiatan apa saja yang ibu lakukan sebagai kader kesehatan jiwa
Ps	Iya, boleh mba
P	Bagaimana kader kesehatan jiwa dalam mengidentifikasi kelompok resiko ?
Ps	Sebentar mba, sebelum itu saya mau menceritakan dulu tentang karsewa
P	Nggeh ibu, silahkan
Ps	Karsewa sendiri terbentuk itu juli tahun 2017 yang kemarin, terus kenapa dibentuk karsewa, salah satunya untuk apa, selama ini kan kayak orang – orang dengan yang gangguan jiwa, maksudnya dalam arti masih dalam tanda kutip gitu kan masih belum tertangani, belum apa istilahnya terekspos ya. e Selama ini yang kita lihat itu, kok kalau ngomong gangguan jiwa itu sudah gangguan jiwa dalam tanda kutip gangguan jiwa berat. Padahal selama ini kita juga e sudah melakukan, yang kita lakukan kayak pendeteksian dini, jadi sebelum kita berangkat ke gangguan jiwa berat itu ada tahap - tahapannya.
P	Apa saja itu bu ?
Ps	Kita melakukan kayak istilahnya e pendataan dini dulu, apakah dia masuk apa, dari beresiko e apa atau sudah dengan gangguan jiwa yang beresiko tadi itu terus nantinya naiknya dari gangguan jiwa berat. Yang kita titik beratkan selama ini yang ini malah yang beresiko itu, iya karena selama ini kita terfokusnya sama ya udah gangguan jiwa berat, yang sudah dijalan – jalan gitu yang ini, justru dengan yang kita lalai atau yang kita abaikan yang beresiko itu atau yang sudah anu tapi belum berat, nah itu yang kita fokuskan.
P	Bagaimana cara ibu dalam melakukan deteksi dini ?
Ps	Kita mencoba menggali penyebab gangguan jiwa yang dialami oleh masyarakat. Kayak salah satunya misalnya kayak yang beresiko itu kayak e beban beban hidup, kayak perekonomian, bisa juga beban dari anak sekolah

	<p>itu dari mulai anak - anak sekolah itu juga ada, nanti tingkatannya dari ibu rumah tangga dengan banyak beban hidup keluarga kayak tuntutan ekonomi terus banyaklah begitu, terus kita data kita deteksi lah istilahnya.</p> <p>Kalau kita sudah mendeteksi kan dari keluarga sehat, atau beresiko nanti kita bisa memetakan mana ini yang beresiko menjadi yang tingkatannya lebih sedang dengan gangguan jiwa dengan masalah dengan kejiwaan atau sudah mengalami gangguan jiwa berat. Kalau kita sudah mendeteksi ini, kita fokuskan, nanti kita beresiko melihat ini, apakah ini dengan gangguan jiwa dengan arti apa dia dengan halusinasi, Kita peta – petakan e lebih kemana dia, ada yang dengan dia lupa dengan perawatan diri, kayak – kayak gitu, kita coba melakukan pendampingan. Kalau misalnya kita sudah mendeteksi kayak gitu tadi, sudah tau ya peta – petanya, kita ini lakukan kunjungan rumah. Kita dekati keluarganya, kalau yang masih beresiko, kalau ini kita nanti kita undang, kita lihat tahapannya dari mana, kalau memang misalnya sudah beresiko, nanti kita ajukan apa untuk di rujuk ke puskesmas, nanti dari puskesmas juga ada tim yang ikut melakukan kunjungan rumah. Apakah ini e perlu dirujuk lagi ke istilahnya ke rumah sakit jiwa apa nda’ kalau memang sudah ada data dari puskesmas, kita juga melakukan kunjungan kita juga memantau cara minum obatnya, cara perawatan dirinya, kayak – kayak gitu. Jadi peran kader kita juga coba bekerja sama dengan lintas sektor, dari kita juga minta bantuan dari BPKK, tokoh masyarakat sekitar, terus e kita juga coba masuk – masuk ke lingkungan sekolah, karena kan kayak – kayak anak sekolah sekarang kan juga banyak beban dari pelajarannya yang segitu banyaknya kadang tingkat stresnya anak - anak kayak gitu istilahnya kalau kita gitu beresiko gangguan jiwa, kayak - kayak gitu. Ya peran kader ya Alhamdulillah karena selama ini memang belum tau apakah ini masuk gangguan jiwa berat atau beresiko kadang tidak tau. Kadang dari kita juga sendiri beresiko ketika kita menghadapi masalah, kita tidak ada cara solusi atau apa untuk lebih apa ya, ada perubahan untuk e ya itu juga bisa di bilang resiko ketika kita tidak bisa menghadapi cobaan, nah itu kita coba pilah – pilah. Nanti kalau kita sudah melakukan pendataan itu kita sudah tau pemetaannya, kita undang.</p>
P	Di undang untuk apa bu ?
Ps	<p>Kita undang ke posyandu jiwa. Kita sudah melakukan posyandu jiwa mulai bulan juli itu kurang lebih empat kali di bulan yang tujuh belas yang kemarin – kemarin, terus yang 2018 ini juga sudah 2x. selama in kita juga sudah kerjasama dengan adek – adek mahasiswa dari UNUSA juga. Salah satunya itu juga, kita juga sudah e mengundang, jadi disini di tingkat kelurahan Wonokromo sendiri kan ada delapan RW. Jadi kita mencoba mempos – poskan, dari wilayah per RW kita gabungkan. Jadi di wilayah Wonokromo sendiri ada empat pos, pos Pustu untuk lebih gampang memetakan gitu mba. Nanti ditingkat RW sendiri juga ada koordinatornya sendiri, jadi nanti untuk pos posyandu itu ada 4 posko, nah itu di tingkat kelurahan. Jadi sekarang kita coba e memantau juga yang resiko itu tadi untuk tiap bulannya kita melakukan deteksi dini ya dari keluarga sehat, keluarga dengan masalah</p>

	<p>kejiwaan itu tadi dengan kejiwaan berat. Kalau sudah ketemu itu tadi kita ajak ke posko apakah nanti ada yang perlu penanganan lebih lanjut, ada kadang ini ada juga perubahan yang ini yang signifikan ya dari kawan - kawan yang dengan gangguan jiwa itu tadinya tidak tau cara merawat diri, tidak ada kemandirian kayak – kayak gitu, akhirnya kemudian diajak dengan keluarganya. Cara – cara ini bisa ada perubahan ...</p>
	<p>Kayak kemarin perawatan dirinya kurang begitu, setelah ikut pos – pos, kita kunjungi, kita pantau cara minum obatnya. Kayak – kayak gitu Alhamdulillah ada perubahan.</p> <p>Iya, selama yang kita sebelum e memberitahu, ya selama ini kita kan pandangan orang – orang ketika ada keluarga dengan atau sanak saudaranya dengan gangguan jiwa berat lebih banyak menutup diri karena menganggap itu aib, menganggap itu kutukan atau menganggap itu apa bikin malu sekitarnya. Jadi ini makanya kenapa kita butuh bantuan lintas sector itu tadi dari tokoh masyarakat kayak pak RT bpk/ibu BPKK kita coba .. dari tokoh – tokoh kader ini, dulu kita istilahnya kita beritahu dulu apa tujuannya dari karsewa ini diadakan. Salah satunya ini untuk itu tadi. Kalau kita sudah memegang kader - kader tokoh masyarakat di wilayah masing - masing, otomatis kita terbantu ketika memberi apa, penyuluhan atau apa gitu kita sudah “oh iniloh kader karsewa” wadahnya kayak gini untuk menangani kayak gini, jadi ketika nanti kita melakukan kunjungan rumah, kita juga didampingi dari kader di tingkat RW itu sudah ada, salah satunya dibentuknya kayak gitu, jadi ketika keluarga didampingi, kita juga melakukan kunjungan sudah tidak kaget lagi gitu loh mba, jadi kita juga mencoba salah satunya nggak langsung <i>menjust</i> “oh ini keluarga anda dengan gangguan jiwa!” nda, kita juga mencoba untuk masuknya melalui lini kesehatan, jadi kita coba apakah ini ada resiko sakit, misalnya diabetes atau apa, nanti kita gali dari situ.</p> <p>Ketika kita sudah tau dengan beban kayak penyakitnya, baru kita bantu tapi dari kaderkan sudah memberi info diwilayahnya bahwa biasanya diwilayahnya ini ada orang kayak gini – gini, berapa gangguan jiwa, berapa yang beresiko nah ini data dari kader perwilayah itu kita kelola, kita kita pantau, kita petakan “oh ini yang perlu di kunjungi loh,” yang ini gitu. Alhamdulillah ya memang ada aja yang orang kayak gitu, tapi cara pendekatan ya salah satunya masuknya kayak lewat kesehatan gitu tadi, em apa kayak memeriksa kesehatan tadi. Kalau langsung ya mungkin orangnya nggak mau, malu gitu. Ada juga yang istilahnya kita coba, apa memang sudah sakit jiwa gitu kan obat ya, kita lihat cara minum obatnya, ini ada yang keliru ada apa? jadi dag langsung ini, kita rangkul terutama memang keluarganya yang kita rangkul untuk memberi pengertian itu tadi.</p>
P	<p>Bagaimana tanggapan keluarga ibu, saat mengetahui bahwa ibu adalah seorang kader kesehatan jiwa?</p>
Ps	<p>Yah mendukung saja mba. pertama dukungan dari keluarga, terutama dari suami saya gitu ya, sudah saya ini. Kalau misal keluarga e adalah rasa khawatir ketika kita mendampingi apalagi orang yang kita hadapi orang -</p>



	<p>orang yang istimewa, kayak – kayak gitu ada kekhawatiran, kayak gitu ya mba. Tapi ya wes kita bismillah, kita niat baik, istilahnya kayak gitu. Mungkin nanti ya Alhamdulillah untuk ininya ya pokoknya harus jaga ya istilahnya jaga kesehatan kita juga gitu (tersenyum) supaya kita juga istilah e dalam arti tidak kecapean, kayak gitu juga kan memaksa pikiran supaya fresh gitu mba, kadang juga rasa kekhawatiran kader ada rasa takut menghadapi, kayak kemaren ada salah satu pasien diwilayah RW 2 itu ini temperamen, terus keluarganya sendiri tidak mau mengurus kayak - kayak gitu kita coba mau masuk melihat secara dekat itu ndag bisa, ndak berani. Kayak keluarganya terutama yang nggak berani, makanya itu juga kita bingung, ini mau kita bawa ke Liponsos itu takutnya nanti keluarganya nanti tidak terima atau gimana, atau masih bisa diobati supaya nggak sampai dibawa kesana, kayak gitu. Kemaren juga ada laporan kayak gitu, ia gitu kemarin Alhamdulillah sempat dibawa ke menur itu juga ada yang di opname gitu.</p>
P	<p>Bagaimana harapan ibu terkait dengan masalah kesehatan jiwa di masyarakat ?</p>
Ps	<p>Ya harapan kedepan, ya kayak orang – orang yang kayak gitu lebih istilah dimanusiawikan lah. Secara ini nantinya bisa diterima lagi dimasyarakat, makanya kita coba melakukan kayak pendeteksian dini, salah satunya untuk perawatan dirinya. Kayak – kayak gitu, supaya kalau dia sudah bisa melakukan minimal bisa e melakukan untuk mengurus dirinya sendiri, itukan sudah apa ya, sudah hal yang besar karena ini kan selama ini selalu orang tuanya yang menghendel, kayak – kayak gitu kita coba berikan pengertian dari orang tuanya. Kadang “ya kasian bu tidak di bantu” tapi ya gini nanti takutnya sampai gitu terus lah kasian anaknya gak belajar mandiri, kita mencoba untuk itu. Ya Alhamdulillah karena kita sering melakukan itu, ada orang yang hapal dengan kita, gitu. ada yang kalau “oh, mba ini - ini” ya Alhamdulillah yang dari ini yang ada juga pengobatannya juga istilahnya agak berubah, dari tingkah lakunya, dari fisiknya, dari perawatan dirinya agak bersih. Kayak - kayak gitu. Oh iya mba, ada juga yang gangguan jiwa berat itu kita juga takut, ada juga yang keluarganya tertutup itu kita juga tidak bisa memaksa untuk anu gitu, ndak.</p> <p>Yang perlu kita kasih pengertian kan keluarganya dulu untuk bisa menerima, salah satunya menerima kita juga ketika kita melakukan. Sebenarnya juga kalau kelaurganya ndak mampu mengurus, istilahnya kita juga coba untuk membantu kayak memberi perawatan diri di lingkungan. Misalnya ada di wilayah RW 4, disini ada orang dengan gangguan jiwa berat dengan yang nggak bisa merawat diri, nanti kita pantau. Kalau memang keluarganya ya ini kita minta tolong kader yang ada diwilayah situ untuk memantau, salah satunya memantau minum obatnya terus kebersihannya, kayak – kayak gitu sudah dilakukan. Kita juga ngasih motivasi kepada keluarga untuk selalu mengingatkan pasien agar rutin minum obatnya, supaya cepat sembuh, gitu loh mba. Walaupun sembuhnya ndak 100% ya, tapi setidaknya bisa lebih baik lah. Ibunya kudu sabar merawat anaknya, yah ini adalah cobaan. Yah kita kasih supportnya gitu kalau kunjungan.</p> <p>Kalau selama ini yang gangguan jiwa berat diwilayah Wonokromo itu kurang</p>

lebih 25 orang. Itu yang istilahnya sudah ada datanya di puskesmas ya, terus yang kemarin yang temuan – temuan di wilayah yang masih beresiko itu ya mungkin ada kurang lebih 10 mba, yang istilahnya masih deteksi yang istilahnya belum terpantau gitu, tapi sudah menunjukkan gejala - gejala, kayak2 gitu. Kayak istilahnya menarik diri di lingkungannya, senangnya kayak merenung tidak mau keluar, kayak – kayak gitu ada juga.

Harapan saya sih, karena melihat karena masalahnya sudah kompleks mulai dari anak - anak kalau kita sudah ngomong jiwa, tingkat stres itu sudah banyak apalagi hidup di perkotaan ya dengan himpitan perekonomian, kayak anak sekolah dengan beban pelajarannya kayak gitu, kayak – kayak nganu. Mungkin meminimal istilahnya memberi kesadaran dari ibu – ibunya ini untuk selalu supaya membikin agar supaya keluarganya sehat jiwa raga. Kalau untuk yang keluarannya memang ada gangguan, udah benar – benar dideteksi sudah gangguan jiwa berat, minimal ya itu tadi bisa di terima di masyarakat lagi, terus bisa ada merawat diri itu tadi perawatan diri secara mandiri agar bisa di terima dimasyarakat lagi. Harapan saya begitu, minimal begitu juga, terus ada, apa ya dari kawan – kawan yang dengan gangguan jiwa berat ini nantinya ada kayak semacam, apa ya, paguyuban apa berupa dikasih pekerjaan yang “ini loh, hasil karya kita, masih bisa dia menghasilkan karya” terus bisa di terima. Makanya kemarin saya di posyandu jiwa nantinya saya akan gali, apakah dia masih bisa diajak dari kayak bikin pekarya – pekarya, nanti mungkin bisa semacam *charity* atau kayak bazaar kan bisa saya pameran “ini loh hasil dari ini, sedikit demi sedikit” gitu loh. Makanya kemarin tidak hanya ada yang suka merawat bunga, kayak – kayak gitu mungkin dia coba pembibitan atau apa, kemaren gitu. Ini kendalanya ya itu tadi, istilahnya juga modal belum ada, gitu loh. Makanya nanti ini ada istilahnya dari yang kecil - kecil dahulu aja, apakah masih bisa diajari atau ndag, gitu akan kita coba. Kemarin saya coba Tanya “suka gak bikin jepit - jepitan yang pake hiasan - hiasan gitu, mau nggak kalau diajak cara jahit kain?” jawabanya “mau”. Iya nanti kita lihat aja dulu nanti. Ya harapannya kedepan ya itu tadi loh mba, biar bisa di terima di tengah masyarakat lagi, lebih di manusiawikan lah, kayak - kayak gitu kan kadang ada yang dikucilkan, terus ada sama keluarga merasa itu adalah aib atau apa, akhirnya dia dipasung dalam arti di pasung ini kebebasannya ini





IR-PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

			apakah dia masuk apa, beresiko apa sudah dengan gangguan jiwa	v																		
			Kita kader mendata warga di sekitar				v	v		v				v						v		
			meneliti orang sakit yang menahun yang nggak sembuh				v	v												v		
			mencari disekitar kita, ada orang – orang terdekat kita sempat ada gejala						v					v		v				v		
			kami melaporkan ke ketuanya						v					v		v						
			Kita mendata semua keluarga yang ada masalah, belum masuk ODGJ																	v		
			Melakukan kegiatan mencari, mendata lah istilahnya											v		v				v		
		Pengalaman berbeda	biasanya keluarga kalau anaknya gitu kan tertutup, orang malu gitu											v							v	
			Ada keluarga wis enak mba, terbuka	v	V																	
			muncul rasa takut, tapi di coba, pasiennya bisa di ajak komunikasi						v					v							v	
			Ada memang yang nggak mau yang parah – parah itu						V					v								
			menghadapi pasien kita ngikuti aja mba, kita ikuti alurnya pasien aja						v		V			v								
			ndak bisa mba, ndak maksa, ngikuti dia aja						v		v			v								
		Penerimaan keluarga	rata – rata keluarga menerima mba.			v										v						
			biasanya keluarga kalau anaknya gitu kan tertutup, orang malu gitu											v							v	
			ibunya terima baik saya ngomong dari awal sampai akhir ibunya denger													v						
	Memberikan motivasi	minum obat	Kita memotivasi untuk rutin minum obatnya	v																v	v	v
		Sabar	Ibunya kudu sabar merawat anaknya, yah ini adalah cobaan	v	v									v							v	v
		telaten	yang telaten			v																v
		tetap semangat	tetap semangat biar anaknya nanti cepat sembuh			v																v
		didampingi	ajak kemana jalan – jalan tapi ya tetep didampingi					v														v
		ke pengajian	kalau apo si pasien ini bisa diajak ngomong diajak ke pengajian						v													
		minder	kalau punya anak kayak gini nggak boleh minder, kita harus <i>fear</i>						v													
		merias diri	sampean jangan pake daster kayak gini dirumah, sampean merias diri							v												
		Lakukan kegiatan	Kamu jangan sering melamun lakukan kegiatan – kegiatan																			v



