

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Gangguan jiwa adalah pola perilaku atau psikologis yang ditunjukkan oleh individu yang menyebabkan distress, disfungsi, dan menurunkan kualitas kehidupan. Hal ini mencerminkan disfungsi psikobiologis dan bukan sebagai akibat dari penyimpangan sosial atau konflik dengan masyarakat (Stuart, 2017).

Menurut *World Health Organization* (WHO) terdapat sekitar 35 juta orang terkena depresi, 60 juta orang terkena bipolar, 21 juta terkena skizofrenia, serta 47,5 juta terkena demensia (Kemenkes, 2016). Prevalensi gangguan jiwa berat pada penduduk Indonesia 7 per mil. Gangguan jiwa berat terbanyak di Bali, Yogyakarta, Nusa Tenggara Barat, Aceh, dan Jawa Tengah (Riskesdas, 2018). Data yang dihimpun oleh Dinas Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta pada tahun 2016, dengan total penduduk Yogyakarta sekitar 3.594 juta, terdapat 12.322 diantaranya yang merupakan Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ). Gunungkidul terdapat (2.730), Kulonprogo (2.730), Kota Yogyakarta (1.954), dan untuk kota Sleman sebanyak 1.768 jiwa (Aka, 2018 dalam *jogja.tribunnews.com*).

Jumlah penderita gangguan jiwa menurut data kunjungan ke puskesmas di Kabupaten Sleman pada tahun 2016 sebanyak 27.320 jiwa, dan pada tahun 2017 meningkat menjadi 31.275 jiwa. Pada tahun 2018, cakupan kunjungan jiwa dalam 6 bulan terakhir di seluruh Puskesmas Kabupaten

Sleman adalah 671.438 dengan 19.206 jiwa. Puskesmas di Kecamatan Gamping menempati urutan 6 besar untuk wilayah Puskesmas Gamping I terdapat 827 penderita dengan 37.395 kunjungan, sedangkan di Puskesmas Gamping II terdapat 1009 penderita dengan 38.837 kunjungan. Pembinaan kesehatan jiwa secara lintas sektoral di Kabupaten Sleman diantaranya melalui Desa Siaga Sehat Jiwa. Program Desa Siaga Sehat Jiwa (DSSJ) di seluruh Puskesmas Kabupaten Sleman mengalami peningkatan. Pada tahun 2017 terdapat 37 program DSSJ, dan pada tahun 2018 meningkat menjadi 43 program yang dilaksanakan, hal ini dikarenakan banyaknya kunjungan kasus gangguan jiwa pada sarana pelayanan kesehatan umum (Dinkes Kab. Sleman, 2018).

Puskesmas Gamping II menaungi tiga wilayah kelurahan yaitu Desa Banyuraden, Desa Trihanggo, dan Desa Nogotirto. Terdapat banyak kasus gangguan jiwa di wilayah kerja Puskesmas Gamping II. Dari semua kasus yang ada, terdapat lima besar kasus gangguan jiwa antara lain; skizofrenia, gangguan depresi, gangguan tidur, psikosomatis dan gangguan kecemasan. Hasil studi pendahuluan di Puskesmas Gamping II menunjukkan bahwa kasus gangguan jiwa dengan kunjungan tertinggi adalah kasus skizofrenia yaitu 258 kunjungan.

Penyebab meningkatnya angka gangguan jiwa baik kasus baru atau kekambuhan yang dialami pasien disebabkan ketidakpatuhan pasien yang mengalami pengobatan.(Nurjanah dalam Kallo, Kanine, Kaunang, 2015). Menurut dr. Eniarti M.Sc. Sp.Kj, Direktur Medik dan Keperawatan RSJ

Prof.Dr.Soerojo Magelang, Jateng, kekambuhan penderita gangguan jiwa sebagian besar disebabkan oleh kurangnya perhatian dari lingkungan dan keluarga sehingga berakibat pada lambatnya proses penyembuhan. Akibat pola pikir yang keliru di masyarakat, banyak keluarga pasien penyakit jiwa yang tidak mau menerima anggota keluarganya setelah sembuh secara medis (Anna,2012 dalam <https://nasional.kompas.com>).

Banyaknya kasus gangguan jiwa, mendorong pemerintah dalam mengembangkan berbagai program untuk kasus gangguan jiwa. Pelayanan kesehatan jiwa tidak lagi difokuskan pada upaya penyembuhan klien gangguan jiwa saja, tetapi juga pada upaya promosi kesehatan jiwa atau upaya pencegahan dengan sasaran selain klien gangguan jiwa, juga klien dengan penyakit kronis dan individu yang sehat sebagai upaya preventif (M.Anny, Rizka & Sukesih, 2015). Upaya promosi kesehatan juga dapat dilakukan pada keluarga karena keluarga memiliki tanggung jawab untuk merawat klien di rumah *pasca* hospitalisasi (Hadi , Sari & Wijayanti, 2016)

Salah satu program pemerintah dalam kasus gangguan jiwa yaitu dengan membentuk Desa Siaga Sehat Jiwa (DSSJ). DSSJ merupakan kegiatan pembinaan kesehatan jiwa yang terintegrasi dengan Desa Siaga sebagai upaya kesehatan yang berbasis masyarakat (Dinkes Kab.Sleman, 2018). Faktor pendorong upaya preventif dan promotif dalam kasus gangguan jiwa diantaranya adalah keterlibatan aparat desa setempat, kader kesehatan dan petugas dari puskesmas. (Oktavia & Titin, 2017).

Kader di Indonesia merupakan sosok insan yang menarik perhatian khalayak. Keberadaannya yang selalu dekat dengan masyarakat membuat alih pengetahuan dan olah keterampilan dari kader kepada tatanganya menjadi mudah. Kedekatannya dengan petugas kesehatan puskesmas telah membuat mereka menjadi penghubung yang handal antara petugas kesehatan dengan masyarakat (Adisasmito, 2012). Kader kesehatan jiwa merupakan salah satu unsur penting dalam DSSJ, terutama dalam menemukan secara dini penderita gangguan jiwa dan dalam kelanjutan perawatan pasien gangguan jiwa setelah pulang dari rumah sakit jiwa (Iratvi,Sutarjo & Prabandari, 2016).

Peran kader sendiri sangat penting sebagai peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Tugas terpenting kader yaitu untuk mempertahankan yang sehat jiwa tetap sehat, yang risiko menjadi sehat, serta yang gangguan menjadi sembuh dan produktif. Kader juga sangat berperan dalam memberikan sosialisasi dan informasi pelayanan kesehatan jiwa. Oleh sebab itu, pemberdayaan kader di desa dapat memantau dan mempertahankan kesehatan jiwa pada keluarga di lingkup masyarakat.

Pemberdayaan keluarga adalah titik awal untuk lebih meningkatkan kebahagiaan bagi semua orang yang terkena penyakit mental. Dukungan keluarga yang meliputi dukungan informasional, dukungan penilaian, dukungan instrumental dan dukungan emosional terhadap anggota keluarga gangguan jiwa. Keluarga dengan anggota gangguan jiwa bertanggung jawab atas perawatan anggota keluarga, mendorong anggota keluarga dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari, mendampingi dan mengawasi anggota

keluarga minum obat benar-benar diminum, melakukan perawatan seperti mengantarkan klien berobat ke RS. Jiwa, mengajak klien bersosialisasi (Suryenti, 2017).

Puskesmas Gamping II merupakan puskesmas yang mempunyai desa siaga sehat jiwa yaitu di Desa Banyuraden. Terdapat seorang perawat Community Mental Health Nursing (CMHN) dan 8 kader kesehatan jiwa yang mendapatkan bimbingan terkait pelaksanaan DSSJ (Desa Siaga Sehat Jiwa) sejak tahun 2015. Deteksi dini menurut studi pendahuluan pada tanggal 15 Oktober 2018, ditemukan hasil dalam 6 bulan terakhir yaitu terdapat 80 penderita gangguan jiwa di 3 desa yaitu Desa Banyuraden 44 orang, Desa Trihanggo terdapat 28 orang, dan Desa Nogotirto sebanyak 18 orang. Desa Banyuraden merupakan desa yang memiliki kasus gangguan jiwa terbanyak dibandingkan dengan kedua desa lainnya (Puskesmas Gamping II, 2018)

Seorang perawat CMHN di Puskesmas Gamping II pada saat studi pendahuluan menyatakan bahwa peran kader sangat penting, karena melihat keterbatasan petugas kesehatan dan waktu dari pihak puskesmas yang tidak memungkinkan untuk terjun langsung ke masyarakat secara *door to door* akan tetapi dalam melakukan kunjungan rumah masih ada sebagian kader yang mempunyai rasa takut menyinggung perasaan keluarga. Perawat mengatakan bahwa terdapat program Puskesmas Gamping II terkait kesehatan jiwa yaitu penyuluhan kesehatan jiwa, Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) dan rehabilitasi, dari ketiga program tersebut program TAK dan rehabilitasi belum dijalankan dan belum dikenalkan kepada kader. Program

TAK dan rehabilitasi tidak dijalankan karena pihak puskesmas belum mampu, hal tersebut terkait kerja sama lintas sektor yaitu Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman yang belum ada dan juga dari segi pendanaan. Berdasarkan wawancara dengan 3 kader kesehatan jiwa, hasilnya adalah ketiga kader sudah pernah mendapatkan bimbingan terkait perawatan klien dan keluarga dengan gangguan jiwa oleh Puskesmas Gamping II, kader menyatakan bahwa tidak ada kasus pemasangan terhadap pasien gangguan jiwa, peran kader yang sudah dilakukan saat ini adalah melakukan kunjungan rumah, melakukan pencatatan dan pelaporan, memberi edukasi dan motivasi pada keluarga, memberi akses pelayanan kesehatan.

Fenomena yang telah terjadi memberi insiprasi peneliti untuk melakukan penelitian mengenai Peran Kader Kesehatan Dalam Memberdayakan Keluarga dengan Anggota Keluarga Gangguan Jiwa di Desa Banyuraden Wilayah Kerja Puskesmas Gamping II Sleman.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang diatas, maka dirumuskan masalah penelitian sebagai berikut: "Bagaimanakah Peran Kader Kesehatan dalam Memberdayakan Keluarga dengan Anggota Keluarga Gangguan Jiwa di Desa Banyuraden Wilayah Kerja Puskesmas Gamping II Sleman?"

### **C. Tujuan Penelitian**

#### 1. Tujuan Umum

Mengetahui Peran Kader Kesehatan dalam Memberdayakan Keluarga dengan Anggota Keluarga Gangguan Jiwa di Desa Banyuraden Wilayah Kerja Puskesmas Gamping II Sleman .

#### 2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus pada penelitian ini adalah diketahuinya peran kader yang terdiri dari:

- a. Deteksi dini terhadap keluarga dengan anggota keluarga gangguan jiwa di desa siaga sehat jiwa
- b. Penggerakan keluarga pasien gangguan jiwa untuk mengikuti penyuluhan kesehatan jiwa
- c. Pemantauan keluarga dalam merawat anggota keluarga gangguan jiwa dirumah
- d. Melakukan rujukan kasus gangguan jiwa kepada perawat CMHN
- e. Pendokumentasian kegiatan yang dilakukan kader

### **D. Ruang Lingkup**

Penelitian ini termasuk dalam ruang lingkup ilmu keperawatan khususnya dalam mata ajar keperawatan jiwa komunitas. Keperawatan jiwa komunitas ditinjau dari kesehatan jiwa masyarakat dengan peran kader kesehatan jiwa dalam memberdayakan keluarga di Desa Banyuraden Wilayah Kerja Puskesmas Gamping II Sleman.

## **E. Manfaat Penelitian**

### 1. Manfaat teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat sebagai bahan pengembangan keilmuan keperawatan jiwa komunitas, mengenai peran kader kesehatan dalam memberdayakan keluarga dengan anggota keluarga gangguan jiwa di Desa Banyuraden Wilayah Kerja Puskesmas Gamping II Sleman.

### 2. Manfaat Praktis

#### a. Bagi Puskesmas Gamping II

Hasil penelitian ini memberikan masukan kepada perawat, mengenai peran kader kesehatan dalam memberdayakan keluarga dengan anggota keluarga gangguan jiwa, kader kesehatan jiwa dapat menjalankan perannya secara optimal.

#### b. Bagi Institusi Pendidikan Keperawatan

Penelitian ini dapat dijadikan sebagai referensi bagi mahasiswa Jurusan Keperawatan tentang Keperawatan Jiwa Komunitas khususnya mengenai peran kader kesehatan dalam memberdayakan keluarga dengan anggota keluarga gangguan jiwa

#### c. Bagi Penelitian Selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat dijadikan referensi dan sebagai informasi tambahan bagi peneliti selanjutnya yang akan meneliti dan mengembangkan penelitian mengenai peran kader kesehatan dalam memberdayakan keluarga dengan anggota keluarga gangguan jiwa.

## **F. Keaslian Penelitian**

Penelitian mengenai pelaksanaan program kesehatan jiwa masyarakat sudah banyak dilakukan walaupun dari sudut pandang dan metode yang berbeda, diantaranya yaitu :

1. Iswanti, Lestari, Hapsari (2018) dengan judul “Peran Kader Kesehatan Jiwa dalam Melakukan Penanganan Gangguan Jiwa”.

Jenis penelitian kualitatif, teknik pengambilan data dengan metode wawancara. Hasil penelitian menunjukkan peran kader kesehatan jiwa dalam melakukan deteksi dini dan cara pendokumentasian masih terlihat kurang terampil. Perawat CMHN sangat membantu dalam meningkatkan peran kader kesehatan jiwa.

Perbedaan pada penelitian ini mengenai metode wawancara dan jenis penelitiannya yaitu penelitian kualitatif. Sedangkan persamaannya adalah membahas masalah kesehatan jiwa masyarakat dan menggunakan pendekatan keluarga.

2. Sutini & Hidayati (2017) dengan judul “Gambaran Deteksi Dini Kesehatan Jiwa Di Desa Ranjeng Dan Cilopang Kabupaten Sumedang”.

Jenis penelitian ini penelitian deskriptif kuantitatif serta analisa data dilakukan dengan mencari rata-rata data pre-test dan post test. Teknik sampel yang digunakan adalah total sampling. Teknik pengambilan data menggunakan kuesioner dengan pertanyaan pilihan tunggal. Hasil penelitian menunjukkan bahwa menunjukkan adanya

peningkatan pengetahuan tentang deteksi dini yang dilakukan oleh kader kesehatan jiwa.

Perbedaan penelitian ini adalah menggunakan analisa data dengan mencari rata-rata data *pre-test dan post test*, teknik pengambilan sampel menggunakan total sampling, teknik pengumpulan data menggunakan kuesioner dengan pertanyaan tunggal. Sedangkan persamaannya adalah membahas kesehatan jiwa masyarakat, jenis penelitian ini penelitian deskriptif kuantitatif, penelitian ini melibatkan aparat desa setempat, kader kesehatan dan petugas dari puskesmas.

3. Irvati, Prabandari, Sutarjo, (2016) dengan judul “Pengaruh Pelatihan *Community Mental Health Nursing* pada *Self Efficacy* dan Keterampilan Kader Kesehatan Jiwa”.

Jenis penelitian ini adalah penelitian studi *quasi experimental* dengan rancangan *pretest-posttest with control group design*, Sampel penelitian ditetapkan dengan cara *purposive sampling*. Hasil penelitiannya adalah pelatihan kader kesehatan jiwa memiliki hubungan yang bermakna terhadap perubahan *self efficacy* kader kesehatan jiwa terhadap peningkatan kemampuan kader kesehatan jiwa dalam melakukan deteksi dini gangguan jiwa berat.

Perbedaan penelitian ini adalah jenis penelitian eksperimen, judul penelitian menggunakan 2 variabel, berfokus pada pemberdayaan masyarakat, teknik pengambilan sampel menggunakan *purposive*

*sampling*. Sedangkan persamaannya adalah membahas kesehatan jiwa masyarakat yang berfokus pada keterampilan kader kesehatan jiwa.