

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Penelitian

Penanganan masalah kesehatan jiwa telah bergeser dari *hospital based* menjadi *community based psychiatric services*. Hal ini sejalan dengan terus meningkatnya jumlah penderita gangguan jiwa sehingga pelayanan tidak hanya berfokus terhadap upaya kuratif tetapi lebih menekankan upaya proaktif yang berorientasi pada upaya pencegahan (*preventif*) dan promotif (WHO, 2013). Penderita gangguan jiwa mengalami peningkatan yang signifikan setiap tahun di berbagai belahan dunia. Berdasarkan data dari *World Health Organization* (WHO, 2013), sekitar 450 juta orang di dunia mengalami gangguan jiwa yang terdiri dari 150 juta mengalami depresi, 90 juta gangguan zat dan alkohol, 38 juta epilepsi, 25 juta skizofrenia serta 1 juta melakukan bunuh diri setiap tahun. Berarti setidaknya terdapat satu dari empat orang mengalami masalah mental dan gangguan kesehatan jiwa, sehingga menjadi masalah yang serius.

Di Indonesia dalam kurun waktu lima tahun terakhir jumlah penderita gangguan jiwa telah mencapai 11,6 % dari 238 juta orang, dengan kata lain sebanyak 26.180.000 orang penduduk Indonesia menderita gangguan jiwa (Menteri Kesehatan RI, 2013). Besarnya jumlah tersebut mencerminkan jumlah penderita gangguan jiwa yang menunjukkan progresifitas tiap tahun, sehingga membutuhkan penanganan dan pemahaman yang tepat untuk mengatasi masalah tersebut. Gangguan jiwa di Indonesia menunjukkan bahwa prevalensi gangguan jiwa berat atau dalam istilah medis disebut psikosis/skizofrenia di daerah pedesaan

ternyata lebih tinggi dibandingkan daerah perkotaan. Di daerah pedesaan, proporsi rumah tangga dengan minimal salah satu anggota rumah tangga mengalami gangguan jiwa berat dan pernah mengalami pemasangan mencapai 18,2 %. Sementara di daerah perkotaan hanya mencapai 10,7% (Risikesdas, 2015).

Pelayanan kesehatan jiwa saat ini tidak lagi hanya difokuskan pada upaya penyembuhan klien gangguan jiwa saja, tetapi juga pada upaya promosi kesehatan jiwa dan pencegahan dengan sasaran selain klien gangguan jiwa. Klien dengan penyakit kronis dan individu yang sehat juga menjadi sasaran dalam upaya preventif (Stuart, 2016). Upaya ini tidak hanya dilakukan oleh tenaga kesehatan tetapi juga dengan pemberdayaan masyarakat melalui kegiatan memberikan pemahaman, menumbuhkan kesadaran dan kepedulian masyarakat terhadap masalah kesehatan jiwa di komunitas (Keliat *et al.*, 2014). Salah satu upaya yang dilakukan dalam menangani masalah kesehatan jiwa masyarakat adalah dengan pengembangan Desa Siaga Sehat Jiwa (DSSJ) yang merupakan pengembangan program kesehatan mental berbasis masyarakat (Keliat *et al.*, 2011). Pengembangan DSSJ bertujuan agar masyarakat di desa binaan tanggap terhadap masalah kesehatan jiwa masyarakat, dapat mencegah timbulnya masalah kesehatan jiwa serta dapat menanggulangi masalah kesehatan jiwa di masyarakat. Program DSSJ melibatkan masyarakat dalam mencegah, serta mengatasi masalah kesehatan jiwa. Kerjasama dengan anggota masyarakat dalam DSSJ salah satunya adalah dengan adanya kader kesehatan jiwa (Keliat *et al.*, 2011; Syukri *et al.*, 2013; Winahayu *et al.*, 2014).

Penggerakan dan kerjasama masyarakat seperti kader dan tokoh masyarakat adalah bagian yang tidak terpisahkan dari pengembangan

desa siaga. Kader berperan sebagai salah satu pelaku utama dalam program pengembangan dan pemberdayaan masyarakat di desa binaan (Winahayu *et al.*, 2014). Peran kader yang dijalankan dalam terwujudnya DSSJ yaitu melakukan deteksi dini, kader memberikan motivasi kepada pasien untuk teratur berobat, memberikan penjelasan kepada keluarga untuk mengawasi pengobatan pasien, memotivasi pasien dan keluarga untuk mengikuti kegiatan kelompok maupun penyuluhan kesehatan serta menganjurkan pasien untuk teratur melakukan pemeriksaan maupun pelaporan rujukan ke Puskesmas (Keliat *et al.*, 2011). Melalui kegiatan yang dilakukan oleh kader, pasien dan keluarga mendapatkan informasi bahwa pengobatan mudah dan murah didapat (Syukri *et al.*, 2013). Selain itu, pasien dan keluarga dapat lebih memahami manfaat dari pengobatan dan perawatan, sehingga termotivasi untuk teratur menjalani pengobatan dan perawatan (Rosiana *et al.*, 2015). Terlaksananya peran kader tersebut secara optimal tersebut menjadi salah satu indikator keberhasilan DSSJ.

Kerjasama dan koordinasi dengan kader kesehatan jiwa sebagai tenaga potensial yang ada di masyarakat menjadi aspek penting dalam terwujudnya program *Community Mental Health Nursing* (CMHN) atau keperawatan kesehatan jiwa berbasis masyarakat (Keliat *et al.*, 2011). Perawat CMHN memiliki tanggung jawab untuk merawat pasien di wilayahnya. Masing-masing Puskesmas memiliki dua perawat CMHN. Perawatan pasien dilakukan secara berkesinambungan sampai pasien mampu mandiri. Pasien yang sudah mandiri dilakukan perawatan oleh kader, sementara perawat CMHN merawat pasien yang belum mampu mandiri (Syukiri *et al.*, 2014).

Terwujudnya DSSJ tentunya membutuhkan komitmen dan motivasi yang besar dari semua kalangan yang ikut andil dalam prosesnya, salah

satunya tentunya bagi kader tersebut (Marchira, 2014). Kader DSSJ dituntut memiliki kemampuan untuk tetap komitmen dan konsisten dalam menjalankan perannya baik dalam situasi sulit maupun tidak menguntungkan (Syukri *et al.*, 2013). Secara tidak langsung kader bekerja dibawah tuntutan dan tantangan serta sering melakukan pengambilan keputusan dibawah tatanan publik atau yang menyangkut orang banyak (Syukiri *et al.*, 2013; Winahayu *et al.*, 2014). Kader DSSJ sering kali beresiko mengalami kondisi yang sulit dan mengancam seperti kemungkinan mengalami konflik peran, kelelahan (*fatigue*), kekerasan fisik maupun verbal (Syukri *et al.*, 2013). Pengalaman tersebut juga yang dialami oleh kader DSSJ di wilayah kerja Puskesmas Bantur yang diperoleh peneliti dari hasil wawancara kepada salah satu kader.

Studi pendahuluan yang dilakukan peneliti melalui hasil wawancara kepada kader di Desa Bantur menyebutkan bahwa hambatan yang dialami dan dirasakan selama melakukan tugas mereka sebagai kader jiwa yaitu meliputi kurangnya kesadaran dan kerjasama keluarga, sulitnya akses dalam melakukan kunjungan rumah, konflik peran yang dialami kader, minimnya jumlah petugas kader yang tidak sebanding dengan cakupan wilayah dan jumlah keluarga yang dikunjungi, kurangnya monitor dan evaluasi serta tindak lanjut dari Puskesmas juga menjadi beberapa hambatan tersendiri yang dialami kader dalam melakukan tugasnya. Salah satu kader senior juga menceritakan perlunya regenerasi untuk kader-kader baru. Menurutnya selama ini kader muda belum melaksanakan peran sebagai kader yang sesuai dengan tugasnya. Data tersebut juga didukung dengan hasil wawancara dengan perawat Puskesmas bahwa selama ini telah ada sebanyak 5 orang kader jiwa yang mengundurkan diri sebagai kader jiwa. Beberapa alasan yang menjadi penyebab mereka

mengundurkan diri yaitu diantaranya karena tugas kader yang tumpang tindih dengan tugas kader lain, kurang dukungan masyarakat, stigma masyarakat, dan masalah insentif bagi kader, kemudian larangan dari suami karena istrinya sebagai kader jiwa dirasa menyita waktu dan juga jarak kunjungan rumah dan kegiatan jiwa yang cukup jauh, selain itu alasan ingin berkerja dan membantu ekonomi keluarga juga menjadi salah satu alasan mereka mengundurkan diri menjadi kader jiwa. Beberapa alasan tersebut yang menjadi penyebab tidak optimalnya kinerja dan regenerasi kader baru.

Berdasarkan data tersebut terkait hambatan dan kesulitan yang dialami kader jiwa tentunya dapat berdampak pada kesejahteraan fisik dan mental para kader itu sendiri (Okefee & Mason, 2010). Adanya hambatan dan kesulitan yang dialami diketahui akan dapat berdampak terhadap aspek seperti keuangan, sosial dan kehidupan keluarga termasuk motivasi pribadi dan komitmen dalam bekerja, sehingga dalam hal ini menjadi tantangan dan tekanan tersendiri yang sering memengaruhi kader sebagai ujung tombak yang sangat penting dalam mewujudkan dan terciptanya DSSJ (Jenner, 2007; Marchira, 2014; Winahayu *et al.*, 2014).

Puskesmas Bantur merupakan Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Kabupaten Malang yang berada di Kecamatan Bantur. Jumlah penduduk wilayah kerja Puskesmas Bantur pada tahun 2014 tercatat 32.469 jiwa yang tersebar di 5 Desa yaitu Desa Bantur, Wonorejo, Srigonco, Sumberbening, dan Bandungrejo. Menurut hasil survey yang dilakukan oleh Puskesmas Kecamatan Bantur bekerja sama dengan kader kader posyandu tahun 2014 didapat data *track record* pasien gangguan dan pasien resiko cukup tinggi. Desa Srigonco jumlah pasien gangguan jiwa sebanyak 28 orang, desa Sumberbening sebanyak 15 orang, dan desa

Wonorejo sebanyak 5 orang, serta Bantur dan Bandungrejo yang masing-masing sejumlah 5 dan 7 orang. Tingginya jumlah warga yang mengalami masalah gangguan jiwa sebagian besar disebabkan karena faktor ekonomi rendah (Dinas Kabupaten Malang, 2015).

Wilayah kerja Puskesmas Kecamatan Bantur pada tahun 2014 telah dinobatkan sebagai Desa Siaga Sehat Jiwa (DSSJ) dan bebas pasung di provinsi Jawa Timur. Dengan pencapaian tersebut, penting untuk dieksplorasi lebih dalam terkait pengalaman petugas pelaksana dan tokoh masyarakat dapat mewujudkan kondisi tersebut, salah satunya yaitu mengeksplorasi pengalaman kader jiwa dapat berperan dan berfungsi sebagaimana mestinya dengan berbagai situasi, kondisi, hambatan dan tekanan yang dialami seperti yang telah dijelaskan di atas. Berdasarkan kondisi tersebut perlu dilakukan penelitian lebih jauh guna mengeksplorasi pengalaman kader yang menjadi ujung tombak terciptanya Desa Siaga Sehat Jiwa (DSSJ) di Kecamatan Bantur Malang.

1.2 Rumusan Masalah Penelitian

Hambatan dan tekanan yang dialami kader dalam mewujudkan DSSJ berdampak terhadap aspek seperti keuangan, sosial dan kehidupan keluarga termasuk motivasi pribadi dan komitmen dalam bekerja. Kondisi tersebut didukung dengan adanya fakta bahwa selama ini telah ada sebanyak 5 orang kader jiwa yang mengundurkan diri sebagai kader jiwa dan kesulitan kader melakukan regenerasi kader baru. Beberapa alasan yang menjadi penyebab mereka mengundurkan diri yaitu diantaranya karena tugas kader yang tumpang tindih dengan tugas kader lain, kemudian adanya larangan dari suami karena istri mereka yang berperan sebagai kader jiwa dirasa menyita waktu dan juga jarak kunjungan rumah

dan kegiatan jiwa yang cukup jauh, selain itu alasan ingin berkerja dan membantu ekonomi keluarga juga menjadi salah satu alasan mereka mengundurkan diri menjadi kader jiwa.

Melihat fenomena tersebut tentunya menjadi tantangan dan tekanan tersendiri yang dihadapi oleh kader sebagai ujung tombak yang sangat penting dalam mewujudkan dan terciptanya DSSJ. Berdasarkan kondisi tersebut tentunya menjadi hal yang sangat penting untuk petugas kesehatan komunitas dalam hal ini kader dapat mencapai tujuan dan peran yang optimal seperti yang dicapai oleh desa Bantur yang telah ditetapkan sebagai DSSJ di Jawa Timur. Berdasarkan pemaparan di atas, maka pertanyaan yang muncul dan menjadi fokus pada penelitian ini adalah “mengeksplorasi makna pengalaman kader Desa Siaga Sehat Jiwa (DSSJ) di wilayah kerja Puskesmas Kecamatan Bantur Malang”.

1.3 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengeksplorasi makna pengalaman kader Desa Siaga Sehat Jiwa (DSSJ) di wilayah kerja Puskesmas Kecamatan Bantur Malang.

2.4.1 Tujuan Khusus:

1. Mengeksplorasi perasaan partisipan saat dipilih sebagai kader Desa Siaga Sehat Jiwa (DSSJ) di wilayah kerja Puskesmas Kecamatan Bantur Malang.
2. Mengeksplorasi hambatan yang dirasakan kader Desa Siaga Sehat Jiwa (DSSJ) di wilayah kerja Puskesmas Kecamatan Bantur Malang.
3. Mengeksplorasi perasaan selama menjadi kader Desa Siaga Sehat Jiwa (DSSJ) di wilayah kerja Puskesmas Kecamatan Bantur Malang.

4. Mengeksplorasi upaya dalam menghadapi hambatan yang dialami kader Desa Siaga Sehat Jiwa (DSSJ) di wilayah kerja Puskesmas Kecamatan Bantur Malang.
5. Mengeksplorasi motivasi menjadi kader Desa Siaga Sehat Jiwa (DSSJ) di wilayah kerja Puskesmas Kecamatan Bantur Malang.
6. Mengeksplorasi harapan kader Desa Siaga Sehat Jiwa (DSSJ) di wilayah kerja Puskesmas Kecamatan Bantur Malang.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat untuk pengembangan teori di bidang keperawatan jiwa khususnya keperawatan jiwa komunitas.

1.4.2 Manfaat Praktis

Selain itu penelitian ini secara praktis bisa bermanfaat untuk memberikan masukan kebijakan dalam pengelolaan kepada daerah lainnya yang ingin mengembangkan Desa Siaga Sehat Jiwa (DSSJ) khususnya dari aspek SDM petugas yang terlibat dalam mewujudkan kesehatan jiwa yang seutuhnya.

1.4 Batasan Istilah

1.4.1 Pengalaman

Pengalaman merupakan kejadian yang pernah dialami (dijalani, dirasakan, ditanggung dsb) tentang sesuatu yang diperoleh lewat keterlibatan atau berkaitan dengannya selama periode tertentu.

1.4.2 Kader Kesehatan Jiwa

Kader kesehatan jiwa merupakan anggota masyarakat yang menjadi perpanjangan tangan dari Puskesmas dalam meningkatkan derajat kesehatan jiwa masyarakat yang juga memiliki *sense of community* karena dituntut dapat berinteraksi dengan masyarakat yang ditinggal di wilayah kerjanya, bersifat sukarela, memiliki nilai moral, memiliki peran dan tujuan dalam meningkatkan kesehatan jiwa yang ada di wilayah kerjanya.

1.4.3 Desa Siaga Sehat Jiwa (DSSJ)

Manajemen pelayanan kesehatan jiwa berbasis komunitas untuk menangani masalah kesehatan jiwa masyarakat dengan menciptakan masyarakat yang tanggap terhadap masalah kesehatan jiwa, mencegah timbulnya masalah kesehatan jiwa dan menanggulangi masalah kesehatan jiwa serta meningkatkan derajat kesehatan jiwa di wilayah tersebut.