

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Menurut *World Health Organization* (WHO) tahun 2012, Kesehatan Jiwa didefinisikan sebagai keadaan sejahtera dimana setiap individu menyadari potensi dirinya sendiri, dapat mengatasi tekanan yang normal dalam kehidupan, mampu bekerja secara produktif dengan baik, dan mampu memberikan kontribusi kepadanya komunitasnya. Dimensi positif dari kesehatan mental ditekankan dalam definisi WHO tentang kesehatan sebagaimana tercantum dalam konstitusinya (WHO,2012).

Kesehatan jiwa merupakan bagian integral dari kesehatan. Kesehatan jiwa adalah keadaan sejahtera ditandai dengan perasaan bahagia, keseimbangan, merasa puas, pencapaian diri dan optimis (Stuart & Laraia, 2005). Kesehatan jiwa merupakan kondisi yang sangat dibutuhkan oleh setiap orang. Memiliki jiwa yang sehat akan mempengaruhi seseorang dalam menghadapi kehidupan, sehingga akan menghasilkan kehidupan yang berkualitas. Sehat jiwa mengacu kepada perasaan nyaman terhadap diri, dapat menerima diri dan orang lain apa adanya, mampu mengendalikan emosi yang diungkapkan secara subjektif, dan terlihat dari perilaku sehari-hari.

WHO menyebutkan tidak kurang dari 450 juta penderita gangguan jiwa ditemukan di dunia. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan terhadap masyarakat di negara Asia Timur menunjukkan adanya peningkatan jumlah pasien dengan psikiatri syaraf. Pada waktu bersamaan kemiskinan dan tidak

adanya akses kepada asuransi kesehatan membuat masalah ini makin parah (Gemari, 2009).

Indikator kesehatan jiwa yang dinilai pada Riskesdas 2013 antara lain gangguan jiwa berat dan gangguan mental emosional serta cakupan pengobatannya. Gangguan jiwa berat yang ditandai oleh terganggunya kemampuan menilai realitas. Biasanya dikenal dengan sebutan psikosis dan salah satu psikosis adalah skizofrenia. Berkaitan dengan kasus gangguan jiwa berat di Indonesia didapatkan data prevalensi psikosis tertinggi salah satunya di DIY yaitu 2,7 %. Prevalensi gangguan jiwa berat nasional sebesar 1,7 %. Prevalensi penduduk yang mengalami gangguan mental emosional secara nasional adalah 6,0% (37.728 orang dari subyek yang dianalisis).

Pada Riskesdas tahun 2013, prevalensi gangguan mental emosional dinilai kembali dengan menggunakan alat ukur serta metode yang sama. Daerah Istimewa Yogyakarta tergolong provinsi yang memiliki kasus gangguan jiwa berat terbanyak. Proporsi RT (Rumah Tangga) yang pernah memasung ART (Anggota Rumah Tangga) gangguan Jiwa berat 14,3 persen dan terbanyak pada penduduk yang tinggal di perdesaan (18,2%). Provinsi DIY adalah daerah ke 4 dengan prevalensi gangguan mental emosional tertinggi setelah Jawa Barat (Riskesdas 2013).

Menurut UU Kesehatan Jiwa No. 18 tahun 2014, Kesehatan Jiwa adalah kondisi dimana seorang individu dapat secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan

kontribusi untuk komunitasnya. Upaya pencegahan gangguan kesehatan jiwa ada tiga, yaitu pencegahan primer, sekunder, tersier. Pencegahan primer dilakukan pada kelompok masyarakat yang sehat dimana pencegahan ini bertujuan untuk mencegah timbulnya gangguan jiwa serta untuk mempertahankan dan meningkatkan kesehatan jiwa masyarakat. Pencegahan sekunder fokus kegiatan pada masyarakat yang beresiko, tujuan dari pencegahan ini untuk menurunkan kejadian gangguan jiwa. Pada pencegahan tersier, fokus kegiatan pada kelompok masyarakat yang mengalami gangguan jiwa (Kemendagri, 2014).

Kementrian Kesehatan Republik Indonesia sudah mengesahkan rancangan undang-undang mengenai kesehatan jiwa. Diharapkan dengan lahirnya Undang-Undang Kesehatan Jiwa, maka upaya kesehatan jiwa dapat ditingkatkan mutunya dengan berasaskan keadilan, perikemanusiaan, manfaat, transparansi, akuntabilitas, komprehensif, perlindungan dan non diskriminasi (Kemenkes, 2014).

UU Kesehatan Jiwa No. 18 tahun 2014, diharapkan dapat memberikan perlindungan dan menjamin pelayanan kesehatan jiwa bagi Orang dengan Masalah Kejiwaan (ODMK) dan Orang dengan Gangguan Jiwa (ODGJ), memberikan pelayanan kesehatan secara terintegrasi, komprehensif dan berkesinambungan melalui upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif bagi setiap orang terutama ODMK dan ODGJ serta meningkatkan mutu upaya kesehatan jiwa sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi (Kemenkes, 2014).

Salah satu upaya pemerintah untuk menangani kasus gangguan jiwa adalah dengan mengadakan pelatihan CMHN kepada perawat jiwa di puskesmas serta perwakilan masyarakat sekitar. Pelatihan CMHN yaitu suatu pendekatan asuhan keperawatan jiwa masyarakat yang dapat dilakukan oleh perawat dengan pengawasan dokter melalui pelatihan khusus untuk kesehatan jiwa yang ditempatkan disetiap pelayanan kesehatan dasar atau puskesmas, bertugas membantu masyarakat menyelesaikan masalah- masalah kesehatan jiwa akibat dampak tsunami, konflik dan masalah sosial lainnya (Keliat, dkk., 2010). Berdasarkan hasil wawancara dengan petugas kesehatan di puskesmas kasihan II didapatkan bahwa sudah terbentuknya kader kesehatan jiwa namun kinerja kader jiwa belum maksimal. Sehingga mereka diberikan pelatihan CMHN (*Community Mental Health Nurse*) pada tahun 2009.

Banyaknya kasus gangguan jiwa serta kerugian yang didapatkan, pemerintah dalam hal ini mengembangkan berbagai program untuk kasus gangguan jiwa. Salah satu program tersebut adalah membentuk Desa Siaga Sehat Jiwa. Desa Siaga Sehat Jiwa merupakan bentuk pelayanan kesehatan keperawatan jiwa komunitas yang mempunyai visi "meningkatkan kesehatan jiwa masyarakat, memelihara kesehatan jiwa masyarakat, mengoptimalkan kemampuan hidup pasien gangguan jiwa yang ada di masyarakat sesuai dengan kemampuannya dengan memberdayakan keluarga dan masyarakat" (Keliat, dkk., 2010).

Pergerakan dan pemberdayaan masyarakat bagi kader dan tokoh masyarakat adalah bagian yang tidak terpisahkan dari pengembangan desa

siaga. Kader serta tokoh masyarakat yang merupakan pelaku utama dalam program pengembangan dan pemberdayaan masyarakat di desa binaan, perlu di bekali dengan prinsip penggerakan dan pemberdayaan masyarakat.

Indikator dari DSSJ adalah deteksi, kunjungan rumah, penggerakan masyarakat sehat jiwa, penggerakan masyarakat resiko, penggerakan masyarakat gangguan jiwa, rujukan kasus, serta dokumentasi (Keliat,2010). Berdasarkan hasil wawancara dengan salah satu perawat di Puskesmas Kasihan II didapatkan data bahwa Program Desa Siaga Sehat Jiwa (DSSJ) terdapat di beberapa dusun binaan yaitu Desa Ngestiharjo adalah Dusun Sonopakis Kidul, Jomegatan, Soragan, Cungkuk, dan Janten. Sedangkan Desa Tirtonirmolo ada 3 dusun yaitu Dusun Jogonalan Kidul, Plurugan, dan Mrisi. Pengembangan DSSJ bekerjasama dengan FKIK FKU dan PSIK Universitas Muhammadiyah Yogyakarta serta swadaya masyarakat. Berdasarkan wawancara kepada 6 orang kader di wilayah Puskesmas Kasihan II didapatkan data dari masing-masing kader terkait dengan motivasi dinyatakan sangat antusias.

Menurut Al Quran Surat (QS: Ar-Ra'd Ayat: 11):

حَتَّىٰ يَهْوَيْ مَا آتَيْنَهُمْ لَا إِلَهَ إِلَّا اللَّهُ رَبُّكَ أَعْلَمُ مَا تُكْتُمُونَ ﴿١١﴾
 وَإِلَّا يَهْوَيْ مَا آتَيْنَهُمْ لَا إِلَهَ إِلَّا اللَّهُ رَبُّكَ أَعْلَمُ مَا تُكْتُمُونَ ﴿١١﴾

Yang artinya adalah Bagi manusia ada malaikat-malaikat yang selalu mengikutinya bergiliran, di muka dan di belakangnya, mereka menjaganya atas perintah Allah. Sesungguhnya Allah tidak merubah keadaan sesuatu kaum sehingga mereka merubah keadaan yang ada pada diri mereka sendiri. Dan apabila Allah menghendaki keburukan terhadap sesuatu kaum, maka tak ada yang dapat menolaknya; dan sekali-kali tak ada pelindung bagi mereka selain Dia.

Motivasi merupakan faktor terpenting yang mempengaruhi pencapaian kinerja yang baik adalah faktor motivasi karena motivasi berperan untuk mengubah perilaku seorang pekerja (Rahmayani, 2013). Sehingga berdasarkan motivasi para kader didorong oleh beberapa faktor antara lain yaitu ingin membantu mengembangkan desa sehat jiwa, kemudian merasa bahwa menjadi kader adalah ladang pahala, dan para kader tidak merasa terbebani oleh tugas yang diberikan.

Menurut data yang didapat dari perawat koordinator Puskesmas Kasihan II jumlah kader kesehatan jiwa yang sudah mengikuti pelatihan CMHN di wilayah Puskesmas adalah 56 orang pada tahun 2014. Sekian jumlah kader yang telah didapat, diperoleh dari dua desa binaan yaitu desa Ngestiharjo dan Tirtonirmolo. Deteksi dini dan penanganan kasus jiwa yang berobat di Puskesmas Kasihan II dari tahun ke tahun semakin meningkat tetapi masih di bawah target. Hal tersebut dikarenakan masih tidak meratanya ketrampilan petugas dan penegakan diagnosa yang lebih sering mengacu pada diagnosa fisik saja.

Oleh karena itu peneliti ingin meneliti mengenai hubungan antara motivasi dengan kemampuan kerja kader kesehatan jiwa yang nantinya dapat sebagai bahan pembelajaran dan masukan terkait usaha meratakan ketrampilan petugas kesehatan jiwa di wilayah Puskesmas Kasihan II Bantul Yogyakarta.

B. Rumusan Masalah

Apakah ada hubungan antara motivasi dengan kemampuan kader kesehatan jiwa di wilayah kerja Puskesmas Kasihan II Bantul Yogyakarta?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengidentifikasi hubungan antara motivasi dengan kemampuan kader kesehatan jiwa di wilayah kerja Puskesmas Kasihan II Bantul Yogyakarta.

2. Tujuan Khusus

- a. Diketuainya motivasi kader kesehatan jiwa di wilayah kerja Puskesmas Kasihan II Bantul Yogyakarta.
- b. Diketuainya kemampuan kader kesehatan jiwa dalam menerapkan peran dan tugasnya di wilayah kerja Puskesmas Kasihan II Bantul Yogyakarta.

D. Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan bermanfaat bagi :

1. Teoritis

Dapat digunakan sebagai bahan masukan bagi profesi keperawatan untuk mengembangkan ilmu pengetahuan dalam membina masyarakat sebagai kader kesehatan jiwa yang berkemampuan baik.

2. Praktisi

a. Kader Kesehatan Jiwa

Monitoring evaluasi dari peran kader kesehatan jiwa mengenai seberapa jauh kemampuan yang sudah dicapai dalam pengembangan kesehatan jiwa masyarakat, sehingga dapat meningkatkan kinerja kader.

b. PSIK FKIK UMY

Menjadi salah satu upaya untuk meningkatkan pengetahuan di lapangan komunitas terhadap pengembangan kesehatan jiwa

masyarakat serta yang berkaitan dengan pasien gangguan jiwa di lingkungan masyarakat.

c. Puskesmas

Meningkatkan program pelayanan jiwa masyarakat yang sudah ada.

d. Kesehatan Jiwa

Mengoptimalkan kerja perawat Jiwa dalam mensupervisi kader di wilayah kerja Puskesmasnya.

E. Penelitian Terkait

Sejauh pengetahuan peneliti, ada beberapa topik penelitian terkait dengan kader kesehatan jiwa, seperti penelitian yang dilakukan oleh:

1. Rahman, Azmi Yuni. (2010). Efektifitas Pengembangan Desa Siaga Sehat Jiwa (DSSJ) Terhadap Sikap Masyarakat Tentang Masalah Kesehatan Jiwa di Wilayah Kerja Puskesmas Kasihan II Bantul Yogyakarta. Perbedaannya penelitian ini menggunakan teknik penelitian *deskriptif eksploratif* dengan pendekatan *cross sectional*. Penelitian ini dilakukan di Dusun Jomegatan dan di Dusun Senopakis Kidul Bantul Yogyakarta. Persamaannya adalah teknik pengambilan sampel dengan *purposive sampling*. Jumlah sampel yang diambil adalah 97 responden di Dusun Jomegatan dan 96 responden di Dusun Sonopakis Kidul. Instrumen yang digunakan adalah kuisioner checklist untuk masyarakat yang menjadi responden, serta wawancara langsung dengan kader jiwa. Uji analisis statistik yang digunakan adalah *regresi linier sederhana*. Hasil penelitian didapatkan besarnya pengaruh DSSJ terhadap sikap masyarakat tentang masalah kesehatan jiwa di Dusun Jomegatan sebesar 0,128 atau 12,8% dengan nilai sig 0,00 ($p < 0.05$). Kesimpulan penelitian ini adalah DSSJ

efektif dalam merubah sikap masyarakat di Dusun Jomegatan tentang masalah kesehatan jiwa, sedangkan di Dusun Sonopakis Kidul tidak efektif dalam merubah sikap masyarakat tentang masalah kesehatan jiwa.

2. Rahmayani, (2013). Pengaruh Motivasi Kerja Terhadap Kinerja Petugas Kesehatan Jiwa CMHN (*Community Mental Health Nurse*) Dalam Pelayanan Kesehatan Jiwa Komunitas di Kabupaten Bireuen. Perbedaannya penelitian ini menggunakan teknik penelitian *explanatory research* yang bertujuan untuk menganalisis pengaruh motivasi kerja (internal dan eksternal) terhadap kinerja petugas *Community Mental Health Nurse* (CMHN) di Kabupaten Bireuen. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh petugas kesehatan jiwa CMHN yang berada di Puskesmas wilayah kerja Kabupaten Bireuen yang berjumlah 50 orang dan sekaligus menjadi sampel penelitian. Persamaannya adalah menggunakan 2 variabel yg sama. Data diperoleh sama-sama dengan wawancara namun penelitian ini menggunakan kuesioner, dianalisis dengan menggunakan regresi linear berganda. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada pengaruh antara motivasi kerja terhadap kinerja petugas CMHN di Kabupaten Bireuen.
3. Kusuma, I.H, (2014). Hubungan Kinerja Kader Kesehatan Jiwa dengan Kemampuan Keluarga dalam Merawat Pasien Gangguan Jiwa di Desa Sriharjo Dampingan Puskesmas Imogiri II. Perbedaannya penelitian ini merupakan penelitian survei analitik dengan rancangan survey *cross sectional*. Persamaannya sampel sama-sama menggunakan kader dan

jumlahnya banyak. Sampel dalam penelitian ini sebanyak 39 kader kesehatan jiwa dan 44 keluarga keluarga pasien gangguan jiwa. Teknik pengambilan sampel menggunakan *purposive sampling*. Instrumen penelitian menggunakan kuisisioner. Hasil penelitian menunjukkan signifikansi ($p=0,548>0,05$). Kinerja kader kesehatan jiwa menunjukkan baik yaitu 37 responden 94,9%. Kemampuan keluarga dalam merawat pasien menunjukkan mampu yaitu 36 responden 81,8%. Hasil penelitian ini adalah tidak ada hubungan antara kinerja kader kesehatan jiwa dengan kemampuan keluarga dalam merawat pasien gangguan jiwa di Desa Sriharjo dampingan Puskesmas Imogiri II.