

Melatih dan Memberdayakan Kader Kesehatan Dalam Pelaksanaan Program Kesehatan Jiwa Di Masyarakat

Oleh: Shanti Wardaningsih

Staf Pengajar Departemen Keperawatan Jiwa PSIK FKIK UMY

Peningkatan status kesehatan di masyarakat tidak bisa terlepas dari peran masyarakat itu sendiri. Pemberdayaan masyarakat bermanfaat sangat signifikan di negara-negara berkembang seperti Indonesia. Mengapa demikian, karena masyarakat sendirilah yang mengetahui kondisi mereka, tahu potensi dan juga apa yang perlu ditingkatkan dari mereka. Mungkin belum banyak diketahui *World Health Organization* (WHO) telah menetapkan terminologi tersendiri terhadap pionier dalam masyarakat yang bekerja untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. WHO mengistilahkannya sebagai *Community Health Worker (CHW)*, bagi mereka yang bekerja dalam masyarakat dimana mereka berasal, yang secara sukarela, terpilih dan terlatih. Definisi tertulisnya adalah "*Community health workers should be members of the communities where they work, should be selected by the communities, should be answerable to the communities for their activities, should be supported by the health system but not necessarily a part of its organization, and have shorter training than professional workers*" (WHO, 1987). Sebutan bagi mereka di masing-masing Negara berbeda-beda, misalnya di India disebut *Aganwandi*, di Pakistan sebagai *Lady health Worker*, sedangkan di Indonesia mereka lebih dikenal sebagai Kader (dalam WHO juga terdaftar dengan istilah ini).

Peran *Community Health Worker (CHW)* di negara berkembang

Pemberdayaan masyarakat sebagai bentuk kemitraan terhadap pelayanan kesehatan telah menjadi metode untuk mengaktifkan program kesehatan masyarakat paling sedikit 50 tahun (WHO, 2007). Di negara berpenghasilan rendah dan menengah-rendah, pekerja kesehatan masyarakat (*community health worker / CHW*) adalah mitra umum untuk profesi kesehatan. Mereka harus bertanggung jawab kepada masyarakat atas aktivitas

mereka, dan harus didukung oleh sistem kesehatan namun tidak harus menjadi bagian dari organisasinya dan memiliki pelatihan yang lebih pendek daripada pekerja profesional (WHO, 2007). Pentingnya CHW telah ditekankan oleh WHO setidaknya selama lima puluh tahun, dan *World Health Report 2006* mengajukan banding untuk bekerja sama untuk melibatkan CHW kesehatan untuk intervensi pencegahan, kuratif, dan rehabilitasi.

Kader dan kesehatan masyarakat di Indonesia

Di Indonesia, CHW yang disebut Kader telah bekerja selama tiga dekade. Mereka adalah relawan kesehatan masyarakat untuk kesehatan umum baik penduduk perkotaan maupun pedesaan, terutama yang bekerja di bidang kesehatan ibu dan anak (Zulkifli, et al., 2007; Iswarawanti, 2010) dan juga untuk kesehatan di kalangan orang tua (Suwarsono, 2010). Mereka adalah rekan kerja penting dari proyek kesehatan yang disediakan oleh Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas), sebuah cabang pemerintah daerah. Puskesmas terletak di setiap kecamatan termasuk sekitar 30.000 tempat tinggal. Dalam kerjasama dengan Kader, perawat di Puskesmas kontak dengan masyarakat secara langsung dan juga bekerja untuk manajemen kasus (Departemen Kesehatan RI, 2001).

Sekedar mengingatkan Sejarah Kader di Indonesia, berawal dari pencanangan Kader adalah kebutuhan dari pelaksanaan Posyandu pada sekitar tahun 1987 yang dicanangkan oleh Dr. SuryonoYahya. Pada saat pencanangan tersebut dibutuhkan tenaga sukarela yang membantu pelaksanaan dari program posyandu. Kader mulai berpartisipasi dalam program kesehatan yang diberikan melalui Posyandu (Iswarawanti, 2010). Peran kader selama ini memang sangat baik dan berimbas pada kesuksesan program pemerintah untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian pada ibu dan anak.

Tidak hanya itu, kader yang sering dikatakan sebagai ujung tombak dan ujung tombok bagi kegiatan di masyarakat, juga diberdayakan dalam kegiatan lain, misalnya jumantik, survey pertanian, kader lansia dan lain.

Puskesmas biasanya memiliki beberapa posyandu, yang masing-masing bertanggung jawab atas 100-150 penduduk. Kader dipilih oleh masing-masing komunitas sesuai dengan rekrutmen Posyandu, didukung oleh tokoh masyarakat. Dikarenakan Kader adalah sukarelawan untuk bekerja di masyarakat, tidak ada persyaratan khusus selain dapat membaca, kesehatan fisik, dan pendapatan mereka sendiri, menjadi penduduk tetap di desa setempat, aktif di masyarakat, dan dapat bekerja (Zulkfli, 2003).

Beberapa penelitian sebelumnya telah menunjukkan bagaimana keberhasilan kinerja Kader untuk sistem perawatan kesehatan di Indonesia; misalnya Survei Nasional 2007 menekankan pentingnya Posyandu yang dikelola oleh Kader sebagai alat kesehatan masyarakat. Ada peningkatan cakupan layanan kesehatan, terutama untuk layanan kesehatan ibu dan anak, dan juga meningkatkan kebutuhan gizi, melalui pendidikan kesehatan, membantu pemeriksaan kesehatan, dan menemukan kasus dengan kebutuhan kesehatan khusus (Iswarawanti, 2010). Selain itu, Kader telah memainkan peran mereka dengan baik untuk tugas perawatan kesehatan masyarakat di bidang kesehatan lansia, melibatkan masyarakat dalam program kesehatan, mengelola pertemuan dan pelaporan bulanan (Suwarsono, 2011). Melihat hal tersebut, maka dirasakan bahwa Kader juga potensial untuk dapat berperan dalam penanganan kesehatan jiwa.

Kesehatan Mental sebagai masalah kesehatan masyarakat

Menurut WHO, Tidak ada Kesehatan tanpa Kesehatan Jiwa, memang kesehatan mental adalah bagian penting dari kesehatan. Menurut survei WHO tahun 2007, tingkat prevalensi skizofrenia cenderung lebih tinggi di Oseania, Timur Tengah, dan Asia Tenggara sementara Australia, Jepang, Amerika Serikat (AS), dan Eropa Barat menunjukkan tingkat prevalensi yang rendah. Penderita gangguan jiwa sering mengalami kualitas hidup rendah (*Quality of Life*) (Prasetyawan, et.al, 2006). Mereka yang memiliki gangguan mental

memiliki beberapa kesulitan dalam menghadapi kondisi mereka. Meskipun QOL mereka dapat ditingkatkan dengan dukungan dari masyarakat, pengalaman negatif dalam pertemuan dengan mereka yang memiliki masalah kesehatan mental dikacaukan oleh stigma dan akses terhadap layanan kesehatan mental yang buruk.

Meskipun memiliki kedekatan geografis yang relative dekat, *Disability Life Years* (DALY) skizofrenia di Indonesia hampir dua kali lipat dari Australia dengan 321.870. Sedangkan untuk depresi, tidak ada data pasti mengenai tingkat prevalensinya, walaupun WHO memperkirakan tingkat bunuh diri di Indonesia adalah 24 per 105 orang. Depresi sebagai salah satu penyebab cacat paling sering didiagnosis dan diobati. Stigma di masyarakat sering mencegah penemuan dan penanganan kasus untuk gangguan mental ini (Kaligis, dkk., 2011).

Karena kesadaran akan pentingnya gangguan jiwa sebagai masalah kesehatan masyarakat telah meningkat pesat, dan kesehatan mental telah muncul dalam agenda kebijakan di banyak negara, negara-negara ini telah mengembangkan atau merevisi kebijakan, program, dan sistem perundang-undangan mereka yang terkait dengan kesehatan mental. Namun, sumber daya yang disediakan untuk pencegahan, perawatan, dan rehabilitasi kesehatan mental tetap singkat. Sepertiga negara yang tergabung dalam WHO masih belum memiliki anggaran khusus untuk kesehatan mental. Indonesia, salah satu negara berkembang, juga belum memprioritaskan anggaran untuk kesehatan mental, sedangkan kesehatan mental merupakan masalah besar di Indonesia.

Namun, perawatan kesehatan mental di Indonesia masih jauh dari standar negara maju. Banyak orang dengan penyakit jiwa tidak memiliki akses terhadap layanan kesehatan mental. Pelayanan kesehatan primer tidak mengutamakan masalah kesehatan mental. Keterampilan dokter kesehatan primer tidak begitu bagus. Kualitas pelayanan kesehatan mental di rumah sakit umumnya buruk, dan pengobatan konvensional seperti pemberian psikotik khas tanpa perawatan lainnya sangat dominan di rumah sakit jiwa. Di antara 2.404 rumah sakit umum dan swasta di Indonesia, hanya 27 yang memiliki spesialisasi untuk kesehatan mental. Tidak semua rumah sakit umum di Indonesia menyediakan layanan unit

rawat inap bagi mereka yang memiliki gangguan jiwa, walaupun beberapa di antaranya memiliki klinik kejiwaan. Akibatnya, banyak orang dengan gangguan jiwa tidak didukung oleh sarana dan prasarana yang memadai, dan hak asasi mereka tidak dilindungi. Penelitian Kesehatan Dasar (Riskesdas, 2007) yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan menunjukkan bahwa lebih dari satu juta orang di Indonesia berisiko tinggi mengalami gangguan jiwa berat, menerima perawatan di rumah sakit jiwa.

WHO merekomendasikan pada tahun 2005 bahwa setiap negara harus memulai layanan kesehatan mental berbasis masyarakat. Karena pentingnya gangguan mental sebagai masalah kesehatan masyarakat telah diketahui, kesehatan mental telah muncul dalam agenda kebijakan di banyak negara. Negara-negara ini telah mengembangkan atau merevisi kebijakan, program, dan sistem perundang-undangan mereka yang terkait dengan gangguan mental. Namun, sumber daya yang disediakan untuk pencegahan, perawatan, dan rehabilitasi kesehatan mental tetap singkat. Hampir sepertiga negara anggota WHO masih belum memiliki anggaran khusus untuk kesehatan mental dan sumber daya manusia terkait, termasuk di Indonesia.

Peran baru Kader untuk kesehatan mental

Karena Kader di Indonesia terutama diorganisir untuk kesehatan ibu dan anak, dan juga untuk kesehatan di antara orang tua, peran

mereka untuk kesehatan mental oleh karena itu belum lama ditekan bahkan dalam situasi sulit di atas mengenai kesehatan mental. Namun demikian, sebuah peristiwa pembuatan zaman bagi Indonesia dan Kader mengalami gempa dahsyat yang melanda Pulau Sumatera pada tahun 2005. Sejak sejumlah besar penduduk menderita bencana tsunami, beberapa profesional kesehatan mental dari sebuah organisasi nonpemerintah mulai bekerja untuk Membantu korban selamat dari bencana tsunami, berinisiatif untuk mengembangkan sebuah proyek untuk memberdayakan Kader dalam pekerjaan kesehatan mental (Keliat, et al., 2011). Pelopor Kader terlibat dalam program kesehatan mental dari organisasi nonpemerintah yang bekerja di Nangroe Aceh Darusalam (NAD), sebuah provinsi yang terletak di Pulau Sumatera, Indonesia, sejak bencana tsunami setelah gempa bumi pada tahun 2005.

Dalam proyek percontohan ini, pelatihan kesehatan mental diberikan kepada Kader di Provinsi NAD (Good et.al, 2013). Pelatihan dibutuhkan tiga hari; Dua hari di kelas dan satu hari untuk praktikum di mana mereka langsung menghubungi pasien dengan gangguan mental di masyarakat. Materi pelatihan meliputi definisi gangguan jiwa, tanda dan gejala gangguan jiwa, bagaimana mendeteksi masalah kesehatan mental di masyarakat, pengobatan pasien dengan gangguan mental di masyarakat, bagaimana merujuk pasien ke Puskesmas, memantau dan mengevaluasi aktivitas, dan pencatatan.

Tabel Topik Pelatihan Kesehatan Jiwa untuk Kader Kesehatan Jiwa

Hari ke 1	Hari ke 2	Hari ke 3
<ul style="list-style-type: none"> - Definisi kesehatan mental - Tanda dan gejala gangguan jiwa - Cara deteksi kemungkinan pasien di masyarakat - Bagaimana mengkategorikan individu menjadi tiga kelompok sehat, berisiko dan gangguan jiwa - Bagaimana merujuk Pasien 	<ul style="list-style-type: none"> - Kunjungan ke rumah - Bagaimana cara mengawasi pasien dan keluarga dengan penyakit jiwa - Bagaimana mobilisasi masyarakat untuk mengikuti pendidikan psiko - Pelaporan 	Praktek Langsung di Masyarakat <ul style="list-style-type: none"> - Deteksi individu\kunjungan rumah - Monitoring dan Evaluasi di masyarakat

Kemudian Kader dilakukan untuk membantu kegiatan perawat puskesmas dalam program ini. Mereka memiliki beberapa tugas seperti menemukan kemungkinan kasus gangguan jiwa, mengelompokkan mereka di antara masyarakat, mengunjungi rumah mereka, merujuk mereka ke Puskesmas, memotivasi masyarakat untuk menghadiri kegiatan yang disediakan oleh Puskesmas, dan dokumentasi dan pelaporan ke Puskesmas (Keliat, dkk., 2011). Banyak pasien dan keluarga yang menderita tsunami dapat dibantu oleh Kader. Menurut evaluasi di NAD, Kader mendeteksi 2.602 kasus dengan gangguan mental serius (kebanyakan psikosis kronis), dan merawat mereka bekerjasama dengan tim puskesmas pada saat tsunami tersebut.

Seiring jalannya waktu, kegiatan ini berkembang dan tereplikasi di beberapa Provinsi di Indonesia, termasuk di Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY). Pada tahun 2009 dilaksanakan Pelatihan Basic Course CMHN (yaitu pelatihan kesehatan jiwa di Masyarakat bagi Perawat), kerjasama antara Dinas Kesehatan Profinsi DIY dan Ikatan Perawat Kesehatan Jiwa Indonesia DIY. Pada kegiatan tersebut tersebut terdeteksi sekitar 800 orang dengan gangguan jiwa di kurang lebih 15 Puskesmas di Kabupaten Bantul. Pasca kegiatan tersebut maka tercetus ide untuk menindaklanjuti dengan pembentukan Desa Siaga Sehat Jiwa, dimana para masyarakatnya akan bersama-sama secara sadar untuk mengatasi masalah kesehatan jiwa di wilayahnya. Pemilihan awal berdasarkan lokasi terdekat dari kota, jumlah penderita gangguan jiwa, akhirnya terpilih Puskesmas Kasihan 2 Bantul. Selanjutnya diadakan rekrutmen dan pelatihan Kader. Hasil dari pelatihan tersebut membuahkan hasil yaitu terbentuknya kegiatan-kegiatan dan kelompok keluarga, pasien ODGJ serta Kader yang sering mengadakan pertemuan. Kelompok tersebut dinamakan Gelimasjiwa (Gerakan Masyarakat Peduli Kesehatan Jiwa). Kegiatan yang sering mereka lakukan antara lain, Psikoedukasi, Rehabilitasi Kerja, Pameran hasil produksi dan juga kegiatan keagamaan seperti berqurban. Semua itu tidak lepas dari peran Kader, karena merekalah yang berinisiatif untuk rutin mengunjungi pasien, menggerakkan masyarakat ketika ada kegiatan kesehatan jiwa, dan juga merujuk pasien ke rumah sakit jiwa maupun Puskesmas jika diperlukan.

Kader juga merasakan manfaat dari pelatihan itu antara lain, mereka dapat merawat keluarga mereka, tetangga mereka atau kenalan mereka yang mengalami Gangguan Jiwa. Bahkan ada beberapa kader yang aktif untuk diundang pada acara-acara di Dinas Kesehatan, LSM yang menangani kesehatan jiwa, untuk dimintai testimony tentang kegiatan kesehatan jiwa di wilayahnya. Semua itu tidak bisa bisa dihitung dengan materi, karena mereka memang tidak digaji dan dibayar. Harapan mereka satu, yaitu agar bisa memberikan kemanfaatan dunia akhirat. Tentu tidak banyak orang-orang seperti itu, itulah yang patut kita apresiasi dari seorang Kader sebagai mitra tenaga kesehatan di masyarakat.

Referensi

- Department of Health-Social Welfare (2001) Indonesian national mental health policy. Republic of Indonesia. Jakarta
- Dinas Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta (2011) Profil promosi kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta. Yogyakarta
- Health Service Executive (2007) Mental health in Ireland: awareness and attitudes, ISBN 978-0-9553854-1
- Indiana Consortium for Mental Health Services Research (1996) Americans' views of mental health and illness at century's end: continuity and change. Bloomington
- Iswarawanti, Dwi N (2010) Posyandu cadres: their roles and challenges in empowerment for improving children nutritional status in Indonesia. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 13: 169-173
- Kaligis, Fransiska et.al (2011) How depression is treated in Indonesia. *Symposium of Psychiatria et Neurologia Japonica* 106. Japan
- Keliat, B.A, et.al (2011) Keperawatan kesehatan komunitas: CMHN (Basic Course). Jakarta: EGC Press
- Prasetyawan, et.al (2006) Mental health model of care programmes after the tsunami in Aceh, Indonesia. *Int Rev Psychiatry*. Dec;18(6):559-62
- Suwarsono (2007) Analysis on roles and tasks role of health kader in implementation of elderly's integrated service post (Posyandu) in working area of Temanggung district. Central of Java; Master Thesis
- World Health Organization (2007) Evidence and information for policy: department of human resources for health. *Community health worker: what do we know about them?*. Geneva
- World Health Organization (2009) Estimated total DALYs (per 100,000), by cause and WHO member state. Department of measurement and health information. Geneva