

**LAPORAN KEMAJUAN PENELITIAN
(PROGRESS REPORT)**



**EFEKTIVITAS PELATIHAN KADER KESEHATAN
TERHADAP TINGKAT PENGETAHUAN KADER
TENTANG GANGGUAN JIWA**

Oleh :

**dr. Ekorini Listiowati, MMR
NIDN : 0531017001**

Dibiayai oleh

**KOPERTIS WILAYAH V DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA DIPA
KOPERTIS WILAYAH V TA 2013 NOMOR: 023-04.2.1.189971/2013
TANGGAL 5 DESEMBER 2013, sesuai Surat Perjanjian Pelaksanaan
BANTUAN PENELITIAN KOPERTIS WILAYAH V DIY
Nomor: 1675a.5/K5/KL/2013 tertanggal 1 Juli 2013**

**FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA
2013**

HALAMAN PENGESAHAN

1. Judul penelitian : Efektivitas Pelatihan Kader Kesehatan Terhadap Tingkat Pengetahuan Kader Tentang Gangguan Jiwa
2. Bidang Penelitian : Ilmu Kesehatan Masyarakat (IKM)
- R
3. Ketua Peneliti:
 - a. Nama : dr. Ekorini Listiowati, MMR
 - b. Jenis Kelamin : Perempuan
 - c. NIK : 173 049
 - d. Pangkat / Gol. : Asisten Ahli / III b
 - e. Jabatan : Wakil Dekan FKIK UMY
 - f. Perguruan Tinggi : Universitas Muhammadiyah Yogyakarta
 - g. Program Studi : Kedokteran Umum
 - h. Status Dosen : Dosen Tetap Yayasan
4. Jumlah Tim Peneliti : 1 orang
5. Lokasi Penelitian : Dusun Kembaran, Tamantirto, Kasihan, Bantul
7. Lama Penelitian : 5 bulan
8. Jumlah Biaya : Rp.2.500.000
(Dua Juta Lima Ratus Ribu Rupiah)

Yogyakarta, 20 September 2013

Mengetahui
Dekan

Peneliti

Dr. Ardi Pramono, Sp. An., M. Kes
NIK. 173008

dr. Ekorini Listiowati, MMR
NIK : 173049

Menyetujui
Ketua Lembaga Penelitian

DR. Mukti Fajar ND, SH, M.Hum
NIK. 153019

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Gangguan jiwa didefinisikan oleh Depkes RI (2003), adalah gangguan pikiran, perasaan dan tingkah laku seseorang sehingga menimbulkan penderitaan dan terganggunya fungsi sehari-hari (fungsi pekerjaan dan fungsi sosial dari orang tersebut). Gangguan jiwa merupakan sindrom atau pola perilaku atau psikologi seseorang yang secara klinis cukup bermakna, dan yang secara khas berkaitan dengan sesuatu gejala penderitaan (*distress*) di dalam satu atau lebih fungsi penting dari manusia (Muslim, 2002).

World Health Organization (WHO) menyatakan bahwa 26 juta penduduk Indonesia mengalami gangguan kejiwaan, dari tingkat ringan hingga berat. Hal ini didukung oleh Maramis (2009) yang memperkirakan 2-3% dari jumlah penduduk Indonesia menderita gangguan jiwa berat. Menurut Riset kesehatan dasar (2007), gangguan mental emosional pada penduduk yang berumur lebih dari 15 tahun adalah 11,6%. Prevalensi ini bervariasi antar provinsi dengan kisaran antara 5,1% sampai dengan 20%.

Gangguan jiwa merupakan masalah prioritas global menjadi tema Hari Kesehatan Jiwa sedunia tahun 2008, salah satunya disebabkan karena gangguan ini dapat membuat penderita menjadi tidak produktif dan bergantung pada orang lain, sehingga menyebabkan penderitaan berkepanjangan baik bagi penderita, keluarga, masyarakat, maupun negara

(Maramis, 2009). Gangguan jiwa menjadi *burden of disease* tertinggi walaupun tidak sebagai penyebab kematian secara langsung (WHR, 2001).

Selama ini penderita gangguan jiwa kerap mendapatkan perlakuan diskriminatif dari masyarakat, baik berupa isolasi sosial, pembatasan memperoleh akses kesehatan, hingga pemasungan. Hal ini disebabkan adanya stigma yang berkembang di masyarakat yang menganggap penderita gangguan jiwa adalah orang aneh, berbahaya dan tidak dapat disembuhkan. Stigma yang berkembang di masyarakat mengakibatkan penderita dan keluarga merasa malu dan terhina, sehingga mereka cenderung untuk menutupi penyakitnya dan menghindari pengobatan (Rahman, 2010).

Gangguan jiwa merupakan tanggung jawab masyarakat dan pemerintah untuk mengobatinya, bukan untuk disembunyikan. Dampak lain dari stigma gangguan jiwa mengakibatkan sikap masyarakat kurang bisa menerima kondisi mereka di lingkungan tempat tinggalnya, sehingga mendapatkan perlakuan yang salah. Bentuk perlakuan yang tidak menyenangkan berupa kekerasan emosional misal di caci maki, penelantaran berupa dikucilkan dan mereka juga mendapatkan kekerasan fisik yang dilakukan oleh pihak keluarga maupun di lingkungannya (Keliat, 2006).

Pengetahuan keluarga dan masyarakat terhadap gangguan jiwa masih menganggap bahwa gangguan jiwa disebabkan oleh pengaruh jahat, roh halus, lemah iman dan guna-guna sehingga menyebabkan pasien dibawa berobat ke dukun dan paranormal, hal ini dipengaruhi karena kurangnya pengetahuan mengenai gangguan jiwa dan juga faktor stigma maka perlu

diketahui beberapa tingkat pengetahuan masyarakat mengenai gangguan jiwa. Kurangnya pengetahuan keluarga maupun masyarakat sehingga mengakibatkan terlambatnya pemulihan dan meningkatnya resiko kekambuhan, sedangkan pemahaman yang baik dari masyarakat akan muncul perlakuan yang tepat bagi pasien (Keliat, 2006).

Penderita gangguan jiwa membutuhkan dukungan sosial yang besar dari orang-orang terdekatnya untuk bisa mengatasi masalah kejiwaannya. Individu tersebut membutuhkan peran orang lain di sekitarnya yaitu keluarga dan masyarakat sekitar. Oleh karena itu, pemberdayaan keluarga dan masyarakat sangatlah dibutuhkan guna mengatasi masalah kesehatan terutama masalah kesehatan jiwa. Sementara pengetahuan keluarga dan masyarakat yang masih kurang, menjadi kendala bagi penderita untuk mendapatkan dukungan tersebut, sehingga membuat penderita seringkali tidak bisa mencapai fungsi atau kualitas hidup yang baik. Untuk itu diperlukan upaya-upaya terus-menerus untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat yang akan memperbaiki sikap dan perilaku masyarakat dalam masalah gangguan jiwa dan menghapuskan stigma tentang gangguan jiwa. Pelatihan kader kesehatan jiwa diperlukan agar masyarakat mendapatkan pelayanan kesehatan secara optimal, sehingga dapat mencegah timbulnya gangguan jiwa serta mempertahankan kesehatan jiwa pada masyarakat. Pelatihan kader kesehatan jiwa dirancang dalam bentuk Pelatihan Desa Siaga Sehat Jiwa (DSSJ).

Desa Siaga merupakan gambaran masyarakat yang sadar, mau dan mampu mencegah dan mengatasi berbagai ancaman terhadap kesehatan

masyarakat, seperti kurang gizi, kejadian bencana, termasuk didalamnya gangguan jiwa, dengan memanfaatkan potensi setempat secara gotong royong, menuju Desa Siaga. Desa Siaga Sehat Jiwa merupakan satu bentuk pengembangan dari pencahangan Desa Siaga yang bertujuan agar masyarakat ikut berperan serta dalam mendeteksi pasien gangguan jiwa yang belum terdeteksi, dan membantu pemulihan pasien yang telah dirawat di rumah sakit, serta siaga terhadap munculnya masalah kesehatan jiwa di masyarakat.

Kader kesehatan berasal dari masyarakat, dipilih oleh masyarakat sendiri dan bekerja secara sukarela. Menurut Depkes RI, dalam buku panduan praktikum komunitas (2012) kader adalah warga masyarakat setempat yang dipilih dan ditinjau oleh masyarakat dan dapat bekerja secara sukarela. Dengan terbentuknya kader kesehatan, pelayanan kesehatan yang selama ini dikerjakan oleh petugas kesehatan saja dapat dibantu oleh masyarakat sebagai wujud dari pemberdayaan masyarakat. Dengan demikian, adanya kader dapat menyampaikan pesan-pesan kepada masyarakat akan lebih mudah dan merupakan perwujudan dari pembangunan dalam bidang kesehatan (Huriah, 2012). Pembentukan kader merupakan salah satu cara untuk memberdayakan masyarakat agar mandiri dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri. Oleh karena itu masyarakat harus diberikan kemampuan untuk memfasilitasi dirinya sendiri untuk hidup sehat (Notoatmodjo, 2012).

Pelatihan kader kesehatan dalam DSSJ akan memberikan bekal bagi kader dalam berpartisipasi dalam pengenalan dan penanganan gangguan jiwa di masyarakat. Kader kesehatan akan mengerti dan memahami tentang

gangguan jiwa yang harapannya akan disebar luaskan kepada seluruh masyarakat. Dengan demikian pemahaman gangguan jiwa ini akan mencapai seluruh lapisan masyarakat dan gangguan jiwa dapat diatasi secara bersama antara petugas kesehatan di pelayanan primer dengan partisipasi aktif seluruh masyarakat. Meningkatnya tingkat pemahaman kader menjadi awal dari pemahaman yang benar di kalangan masyarakat karena kader kesehatan menjadi mitra petugas kesehatan dalam mempromosikan kesehatan jiwa di masyarakat.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah bagaimanakah efektivitas pelatihan kader kesehatan tentang gangguan jiwa terhadap tingkat pengetahuan kader kesehatan terhadap gangguan jiwa?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum :

Menganalisis efektivitas pelatihan kader kesehatan tentang gangguan jiwa terhadap tingkat pengetahuan kader kesehatan terhadap gangguan jiwa.

2. Tujuan khusus

- a. Untuk mengetahui tingkat pengetahuan kader kesehatan tentang gangguan jiwa sebelum pelatihan.
- b. Untuk mengetahui perubahan pengetahuan kader kesehatan setelah pelatihan.

D. Manfaat Penelitian

a. Bagi Puskesmas

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan kepada pihak Puskesmas Kasihan I Bantul untuk meningkatkan pelayanan asuhan keperawatan khususnya asuhan keperawatan pada pasien gangguan jiwa. Sangat penting bagi Puskesmas untuk memberikan edukasi pada masyarakat secara terus menerus, sehingga dapat memberdayakan masyarakat.

b. Bagi Peneliti

Penelitian ini sangat berguna untuk menambah wawasan dan mengembangkan pengetahuan manajemen asuhan keperawatan yang di dapat selama mengikuti pendidikan.

c. Bagi Responden

Dari penelitian ini diharapkan kader kesehatan dapat mengetahui tentang kesehatan jiwa lebih dalam, sehingga dapat mendukung perawatan pasien gangguan jiwa secara optimal.

d. Bagi masyarakat

Menambah pengetahuan serta perhatian dan kepedulian masyarakat tentang masalah kesehatan jiwa di masyarakat. Sehingga dapat merubah stigma masyarakat bahwa gangguan jiwa tidak dapat disembuhkan dan kembali bersosialisasi ke masyarakat.

e. Bagi penderita

Penelitian ini diharapkan dapat mempermudah penderita dalam mengakses pelayanan kesehatan secara menyeluruh. Sehingga dapat mempercepat proses kesembuhan dalam hal kemandirian penderita. Perawatan yang optimal dan dukungan social yang penuh dari keluarga dan masyarakat akan menjadikan kualitas hidup penderita lebih baik.

E. Keaslian Penelitian

Terdapat beberapa penelitian sebelumnya yang memiliki kemiripan dengan penelitian ini yaitu:

1. Rahman (2010), dengan judul “Efektifitas Pengembangan Desa Siaga Sehat Jiwa (DSSJ) Terhadap Sikap masyarakat Tentang Masalah Kesehatan Jiwa di Wilayah Kerja Puskesmas Kasihan II Bantul Yogyakarta”. Penelitian ini adalah penelitian deskriptif eksploratif dengan pendekatan *cross sectional*. Hasil penelitian ini adalah DSSJ efektif dalam merubah sikap masyarakat di Dusun Jomengatan tentang masalah kesehatan jiwa.
2. Wahyuni (2009), dengan judul ”Hubungan Pengetahuan tentang Gangguan Jiwa Terhadap Sikap Masyarakat Kepada Pasien Gangguan Jiwa di Wilayah Kerja Puskesmas Kasihan I Bantul. Jenis penelitian ini adalah non ekperimental bersifat corerlation dengan pendekatan *cross sectional*. Hasil penelitian ini adalah ada hubungan antara pengetahuan tentang gangguan jiwa terhadap sikap masyarakat kepada pasien gangguan jiwa di wilayah kerja Puskesmas I Bantul.

Perbedaan kedua penelitian diatas dengan penelitian ini terletak pada kasus yang diteliti, responden dan tempat penelitian. Penelitian ini mengenai “Efektifitas Pelatihan Kader Kesehatan tentang Gangguan Jiwa terhadap Pengetahuan Kader Kesehatan tentang Gangguan Jiwa”. Penelitian ini bersifat *eksperimen* dengan *one group pre test-post test design* berupa tingkat pengetahuan kader tentang gangguan jiwa meliputi definisi, cirri-ciri, penyebab, cara perawatan pasien gangguan jiwa.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Gangguan jiwa

a. Definisi gangguan jiwa

Gangguan jiwa/gangguan mental atau gangguan psikiatri adalah kesehatan mental seseorang mengalami gangguan. Menurut Kaplan dan Sadock (2007) dalam Notosudiro (2005), gangguan mental merupakan penyimpangan dari keadaan ideal atau jauh dari kewajaran dari suatu kesehatan mental. Gangguan mental merupakan penyimpangan dari norma-norma perilaku, yang mencakup pikiran, perasaan dan tindakan (Notosoedirdjo, 2005).

Gangguan jiwa merupakan kondisi yang memberikan indikasi tentang adanya gejala psikologik dan terdapatnya hendaya yang dapat meningkatkan resiko adanya kehilangan kebebasan dan meningkatnya resiko kematian (Maslim, 2001). Gangguan jiwa menurut Suliswati (2005), adalah kondisi terganggunya fungsi mental, emosi, pikiran, kemauan, perilaku psikomotorik dan verbal, yang menjelma dalam kelompok gejala klinis yang disertai oleh penderitaan dan mengakibatkan terganggunya fungsi humanistik individu.

b. Ciri-ciri dan gejala gangguan jiwa

- i. Perubahan yang berulang dalam pikiran, daya ingat, persepsi yang bermanifestasi sebagai kelainan bicara dan kelainan perilaku.
- ii. Perubahan ini menyebabkan ketegangan batin dan penderitaan pada individu sendiri dan orang lain di lingkungannya.
- iii. Perubahan perilaku akibat dari penderitaan ini menimbulkan gangguan dalam kehidupan sehari-hari, efisiensi kerja dan hubungan dengan orang lain dalam bidang sosial ataupun pekerjaan (Suliswati, 2005)

Ciri-ciri gangguan jiwa menurut Stuart dan Sundeen (1991) psikosa merupakan bentuk kekalutan mental yang ditandai dengan adanya halusinasi, waham, afek yang tidak sesuai. Individu tersebut memiliki ciri-ciri sebagai berikut :

- i. Individu tidak mampu melakukan fungsi dasar secara mandiri, misalnya kebersihan diri dan sosialisasi.
- ii. Individu menarik diri, apatis, terisolasi dari teman-teman dan keluarga, memiliki keterampilan interpersonal yang minimal.
- iii. Individu tidak dapat merespon secara adaptif dalam menghadapi stress dan mudah masuk ke dalam keadaan kritis.

Gejala gangguan jiwa menurut (Maramis, 2004) ialah hasil interaksi yang kompleks antara unsur somatik, psikologik, sosiobudaya. Gejala ini mempengaruhi proses adaptasi terlihat dalam pemikiran, perasaan dan perilaku. Gejala gangguan jiwa berupa gangguan pada :

- i. Kesadaran

Kesadaran merupakan kemampuan individu dalam mengadakan hubungan dengan lingkungannya dan dengan dirinya sendiri (melalui panca indera) dan melakukan pembatasan (melalui perhatian). Jika kesadaran tidak baik, tidak akan terjadi orientasi (tentang waktu, tempat dan orang). Jika kesadaran turun maka kemampuan persepsi perhatian, pemikiran berkurang secara keseluruhan.

ii. Orientasi

Gangguan orientasi timbul sebagai akibat dari gangguan kesadaran dan apat menyangkut waktu, tempat, orang perlu dibedakan “ilusi” dan “depersonalisasi”.

iii. Psikomotor

Psikomotor adalah gerakan badan yang dipengaruhi oleh keadaan jiwa dan merupakan efek bersama mengenai badan dan jiwa misal gerakan salah satu anggota badan yang berkali-kali dan tidak bertujuan (*stereotip*).

iv. Kepribadian

Kepribadian adalah cara yang khas seseorang berperilaku. Kepribadian menunjuk kepada keseluruhan pola pikiran, perasaan dan perilaku yang digunakan seseorang dalam usaha adaptasi yang terus-menerus terhadap hidupnya.

Gejala gangguan jiwa menurut Nasir dan Muhith (2011) dapat berupa :

i. Gangguan Kognitif

Kognitif adalah suatu proses mental dimana seseorang individu menyadari dan mempertahankan hubungan dengan lingkungannya, baik lingkungan dalam maupun lingkungan luar (fungsi mengenal). Proses kognitif meliputi : sensasi dan persepsi, perhatian, ingatan, asosiasi, pertimbangan, pikiran, kesadaran.

i. Gangguan perhatian

Perhatian adalah pemusatan dan konsentrasi energi, menilai dalam suatu proses kognitif yang timbul dari luar akibat suatu rangsangan.

ii. Gangguan ingatan

Ingatan (kenangan, memori) adalah kesanggupan untuk mencatat, menyimpan, memproduksi isi, dan tanda-tanda kesadaran.

iii. Gangguan asosiasi

Asosiasi adalah proses mental yang dengannya suatu perasaan, kesan, atau gambaran ingatan cenderung untuk menimbulkan kesan atau gambaran ingatan respon/konsep lain, yang sebelumnya berkaitan dengannya.

c. Penyebab gangguan jiwa

Gangguan jiwa disebabkan beberapa stresor yang sudah tidak dapat ditanggulangi lagi. Stresor tersebut dapat berupa stresor fisik,

psikososial atau sosial tetapi gangguan yang aktual terjadi karena proses psikososial. Masalah psikososial adalah masalah psikis atau kejiwaan yang timbul sebagai akibat dari perubahan sosial (Suliswati, 2005). Gangguan jiwa menurut Suliswati (2005), disebabkan beberapa faktor sebagai berikut :

i. Suasana rumah

Suasana rumah yang tidak harmonis (sering bertengkar, salah pengertian di antara anggota keluarga, kurang kebahagiaan dan kepercayaan dalam keluarga) sehingga timbul efek yang tidak diinginkan dan jika terjadi stress dan ketergantungan dalam hidupnya dapat menyebabkan sakit karena tidak dapat beradaptasi dan tidak dapat menghadapi situasi dan pengendalian emosi.

ii. Pengealaman masa kana-kanak

Kasih sayang yang didapat dari keluarga memberikan semangat dan disiplin, hal ini penting untuk pertumbuhan yang sehat dari seseorang. Bila tidak memadai dan terdapat pengalaman yang tidak menyenangkan dan terjadi secara berulang pada masa kana-kanak dapat menyebabkan gangguan jiwa waktu dewasa.

iii. Faktor keturunan

Pada beberapa kasus gangguan jiwa kemungkina didapatkan pula anggota keluarga lainnya yang menderita penyakit yang sama. Pada beberapa kasus gangguan jiwa lain, tidak ditemukan

seorang pun dalam keluarganya dengan gangguan yang serupa. Berkembangnya suatu gangguan jiwa dapat diturunkan pada seorang individu, tetapi apakah orang tersebut akan sakit, tergantung pada faktor lain yang dapat mempengaruhi.

iv. Perubahan dalam otak

Perubahan dalam struktur/fungsi otak dapat menyebabkan gangguan jiwa. Perubahan biokimiawi dalam sel-sel adalah penyebab yang banyak dari gangguan jiwa psikotik. Kerusakan otak yang dapat menyebabkan gangguan jiwa sebagian karena pemakaian alkohol jangka panjang dan epilepsi yang tidak diobati.

Faktor lain bila individu tidak memperoleh kesempatan yang cukup untuk hidup sebagai anggota masyarakat yang diterima dan dihargai, kemiskinan, pengangguran, ketidakadilan, ketidakamanan, persaingan yang berat dan diskriminatif sosial dapat menimbulkan gangguan jiwa.

Sumber penyebab utama gangguan jiwa dari badan (*somatogenik*), dilingkungan sosial (*sosiojenik*), psiko (*psikogenik*) yang berasal dari badan Somatik misalnya tingkat kematangan dan perkembangan organik, fakto-faktor prenatal dan perinatal sedangkan dilingkungan sosial hubungan dalam keluarga, pekerjaan dan masyarakat, kehilangan menyebabkan kecemasan, depresi malu atau rasa salah, tingkat perkembangan

emosi dan untuk faktor sosio-budaya misalnya pola asuh anak, kestabilan keluarga, masalah kelompok minoritas yang meliputi prasangka dan fasilitas kesehatan, pendidikan dan kesejahteraan yang tidak memadai (Maramis, 2004).

2. Pengetahuan

a. Definisi

Teori *World Health Organization (WHO)* dalam Notoadmodjo (2003), pengetahuan diperoleh dari pengalaman sendiri atau pengalaman orang lain. Pengetahuan adalah merupakan asal tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Penginderaan menggunakan panca indera manusia yaitu penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan diperoleh manusia melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting bagi terbentuknya tindakan seseorang. Perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan (Notoatmodjo, 2003).

Menurut Sonny (2001) dalam Rizkia (2011), pengetahuan merupakan segala sesuatu yang diketahui oleh orang yang didapat secara formal dan informal. Pengetahuan formal diperoleh dari pendidikan sekolah sedangkan pengetahuan informal didapat dari luar sekolah. Selain itu, pengetahuan juga dapat diperoleh dari media informasi yaitu media cetak seperti buku, majalah, surat kabar, dan

lain-lain, juga dari media elektronika seperti televisi, radio, dan internet.

Pengetahuan tentang sehat dan sakit adalah pengalaman seseorang tentang keadaan sehat dan sakitnya seseorang yang menyebabkan seseorang tersebut bertindak untuk mengatasi masalah sakitnya dan bertindak untuk mempertahankan kesehatannya atau bahkan meningkatkan status kesehatannya. Rasa sakit akan menyebabkan seseorang bertindak pasif atau aktif dengan tahapan-tahapannya (Meliono *et al*, 2007) dalam Rizkia (2011).

b. Tingkat pengetahuan

Pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan menurut Notoatmodjo (2003) yaitu :

- i. Tahu (*know*) yaitu suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya, mengingat kembali (*recall*) seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima.
- ii. Memahami (*comprehension*) yaitu kemampuan menjelaskan secara terperinci tentang objek yang diketahui, menginterpretasikan materi yang telah diketahui secara benar dan dapat menjelaskan, menyimpulkan objek yang dipelajari
- iii. Aplikasi (*aplication*) yaitu kemampuan menggunakan materi sesuai dengan apa yang telah dipelajari pada situasi dan kondisi sebenarnya seperti penggunaan hukum-hukum, rumus dan situasi yang lain.

- iv. Analisis (*analysis*) yaitu kemampuan dalam menjabarkan dan mengidentifikasi materi kedalam komponen-komponen tetapi tidak melenceng dari suatu struktur organisasi tersebut dan masih saling terkait.
 - v. Sintesis (*synthesis*) yaitu kemampuan meletakkan, menerapkan, menghubungkan bagian-bagian dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.
 - vi. Evaluasi (*evaluation*) yaitu kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek.
- c. Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2003) faktor-faktor yang mempengaruhi perkembangan pengetahuan diantaranya adalah :

- i. Tingkat pendidikan : merupakan upaya yang memberikan pengetahuan sehingga terjadi perilaku positif yang meningkat.
- ii. Informasi : sumber informasi yang lebih banyak akan memberikan pengetahuan yang lebih jelas dan bermanfaat bagi penerima.
- iii. Budaya : kebudayaan setempat dan kebebasan dalam keluarga dapat mempengaruhi pengetahuan, persepsi dan sikap seseorang.
- iv. Pengalaman : pengalaman sendiri maupun orang lain. Pengalaman yang dialami atau diperoleh seseorang dapat menambah pengetahuan tentang sesuatu yang bersifat abnormal.

Pengetahuan bertambah dengan bertambahnya usia sejalan dengan banyaknya pengalaman yang sudah diterima.

- v. Fasilitas : radio, televisi, majalah, koran, buku, sebagai sumber informasi yang dapat menambah pengetahuan seseorang.
- vi. Keyakinan : diperoleh secara turun temurun dan tanpa adanya pembuktian terlebih dahulu.
- vii. Tingkat ekonomi : tingkat kemampuan seseorang untuk memenuhi kebutuhan hidup seseorang yang mempunyai sumber informasi yang lebih banyak akan memberikan pengetahuan yang lebih jelas. Usia juga mempengaruhi dengan pendidikan yang bertambah maju dalam tahun-tahun terakhir dan orang muda lebih berpendidikan.

3. Sikap

a. Definisi

Sikap adalah penilaian (bisa berupa pendapat) seseorang terhadap stimulus atau objek (Notoatmodjo, 2003). Sikap menurut WHO dalam Notoadmodjo (2003), sikap menggambarkan suka atau tidak suka seseorang terhadap objek. Sikap diperoleh dari pengalaman sendiri atau pengalaman orang lain, sikap membuat seseorang mendekati atau menjauhi orang lain atau objek lain.

b. Komponen sikap

Sikap merupakan respon seseorang yang masih tertutup terhadap suatu stimulus/objek. Sikap tidak dapat dilihat secara

langsung sehingga sikap hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Tiga komponen sikap yaitu kepercayaan (keyakinan), ide dan konsep, kehidupan emosional/ evaluasi emosial terhadap suatu objek, kecenderungan untuk bertindak menurut Notoatmodjo (1997) dalam Wahyuni (2009).

c. Faktor pembentuk sikap

Faktor yang mempengaruhi pembentukan sikap menurut Azwar (2005) dalam Rahman (2010) yaitu :

i. Pengalaman pribadi

Pengalaman pribadi yang diperoleh langsung berkaitan dengan suatu persoalan membuat kita lebih banyak memikirkannya dibanding jika kita hanya mendengar pengalaman tersebut dari orang lain. Kita akan memiliki sikap yang lebih kuat terhadap objek sikap kita jika memiliki pengalaman langsung terhadap objek tersebut.

ii. Pengalaman orang lain yang dianggap penting

Individu pada umumnya cenderung untuk memiliki sifat yang sama atau searah dengan sikap orang yang dianggap penting, didorong oleh keinginan untuk menghindari konflik.

iii. Pengaruh kebudayaan

Pembentukan sikap seseorang tergantung dari kebudayaan tempat orang tersebut dibesarkan. Kebudayaan membentuk

kepribadian seseorang, memberi corak pengalaman dan menjadi arah bagi setiap individu.

iv. Media masa

Media masa baik melalui media elektronik maupun media cetak berpengaruh terhadap pembentukan opini dan kepercayaan. Jika pesan yang disampaikan melalui media masa tersebut cukup kuat, akan memberi dasar bagi seseorang dalam menilai sesuatu, sehingga membentuk sikap tertentu.

v. Lembaga pendidikan dan lembaga agama

Lembaga pendidikan dan lembaga agama meletakkan dasar pengertian dan konsep moral dalam diri individu. Pemahaman baik buruk, salah benar menentukan sistem kepercayaan yang pada akhirnya sebagai penentu sikap seseorang.

vi. Faktor emosional

Suatu bentuk sikap terkadang didasari oleh emosi, yang berfungsi sebagai penyalur frustrasi atau pengalihan bentuk mekanisme pertahanan ego. Sikap seperti ini dapat merupakan sikap yang sementara dan segera berubah setelah frustrasi hilang, dan dapat juga merupakan sikap yang bertahan lama.

4. Kader kesehatan

a. Definisi

Menurut WHO (2000) dalam Kurniawati (2009), Kader kesehatan adalah laki-laki atau perempuan yang dipilih masyarakat dan dilatih untuk menangani masalah-masalah kesehatan perseorangan maupun masyarakat serta untuk bekerja dalam hubungan yang amat dekat dengan tempat-tempat pemberian pelayanan kesehatan.

b. Kondisi kerja

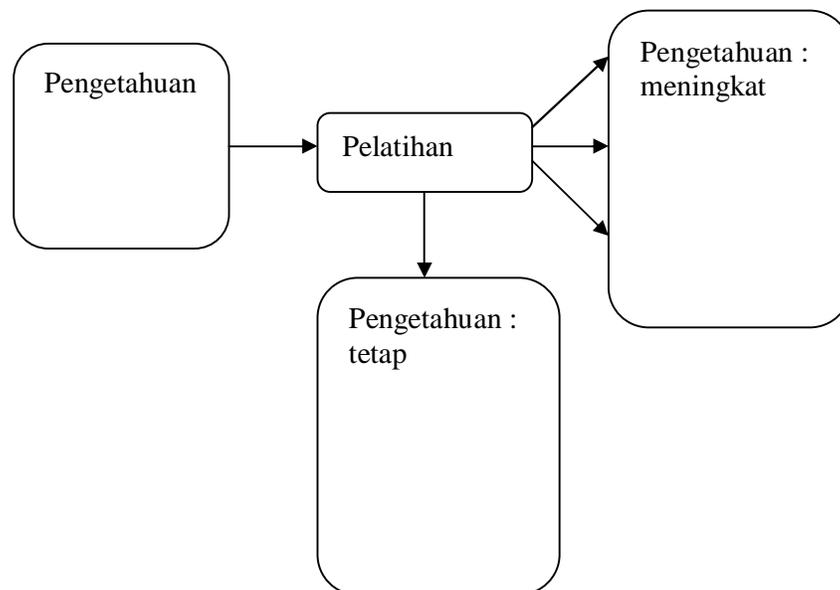
Kader kesehatan bertanggung jawab terhadap masyarakat setempat serta pimpinan-pimpinan yang ditunjuk oleh pusat-pusat pelayanan kesehatan (Puskesmas). Para kader kesehatan masyarakat itu mungkin saja bekerja secara *full time* atau *part time* di bidang kesehatan dan tidak menerima bayaran uang atau bentuk lainnya oleh masyarakat setempat atau Puskesmas (Dep Kes RI, 2002).

5. Pelatihan

Pelatihan merupakan kegiatan untuk meningkatkan pengetahuan, keahlian, dan kompetensi. Sebagai hasil dari pengajaran vokasional dan latihan keahlian dan pengetahuan yang berhubungan dengan penggunaan keahlian yang spesifik. Pelatihan diartikan sebagai aktifitas bersama ahli dan pembelajar bekerja sama dalam rangka mentransfer informasi secara efektif dari ahli kepada pembelajar untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan keahlian pembelajar sehingga pembelajar dapat menampilkan tindakan dan pekerjaan lebih untuk selanjutnya, menurut Zifa (2009) dalam Rizkia (2011).

Faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan dalam pelatihan menurut Rizkia (2011) antara lain : Materi yang dibutuhkan, Metode yang digunakan, Kemampuan instruktur pelatihan, Sarana atau prinsip-prinsip pembelajaran, Peserta pelatihan, dan Evaluasi pelatihan.

B. Kerangka Konsep



C. Hipotesis

Pelatihan kader kesehatan efektif menambah pengetahuan kader kesehatan tentang masalah gangguan jiwa.

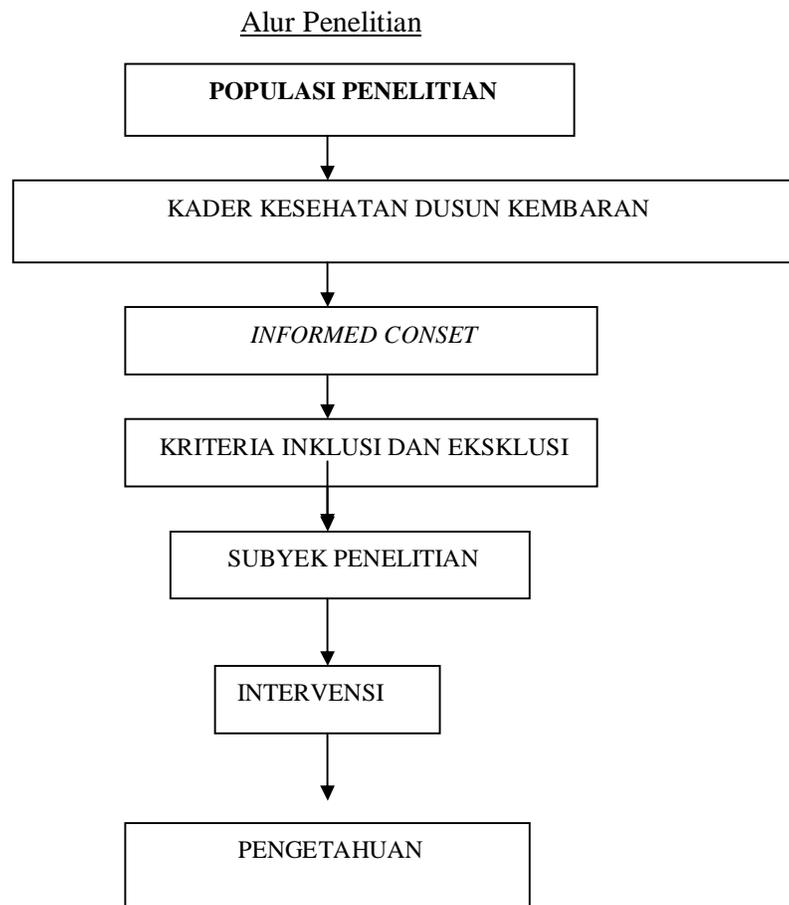
BAB III
METODE PENELITIAN

A. Desain dan Rancangan Penelitian

Desain penelitian ini adalah penelitian *quasi eksperiment* dengan desain *pre test post test design*, yaitu rancangan yang berupaya untuk mengungkapkan hubungan sebab akibat dengan cara membandingkan kondisi sebelum dan setelah intervensi.



Gambar: Bagan Penelitian



B. Subjek Penelitian

Subyek penelitian adalah kader kesehatan di dusun Kembaran, Desa Tamantirto, Kecamatan Kasihan, Bantul yang akan dibentuk Dusun Siaga Sehat Jiwa.

C. Kriteria Inklusi dan Eksklusi

1. Kriteria inklusi

Subyek yang termasuk dalam kriteria ini adalah sebagai berikut: Kader kesehatan, berumur umur 18 sampai 50 tahun, bersedia untuk ikut dalam penelitian, bisa membaca dan menulis.

2. Kriteria eksklusi

Subyek yang termasuk dalam kriteria tidak terpakai adalah sebagai berikut: Menderita gangguan mental berat dan tidak mengikuti pelatihan secara lengkap.

D. Variabel Penelitian

1. Variabel tergantung

Variabel tergantung dalam penelitian ini adalah pengetahuan

2. Variabel bebas

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah pelatihan kesehatan jiwa dengan pembentukan DSSJ

E. Definisi Operasional Variabel

Dalam penelitian ini ditetapkan batasan operasional variabel sebagai berikut :

1. Gangguan Jiwa adalah gangguan pikiran, perasaan dan tingkah laku seseorang sehingga menimbulkan penderitaan dan terganggunya fungsi sehari-hari (fungsi pekerjaan dan fungsi sosial dari orang tersebut).
2. Desa Siaga Sehat Jiwa merupakan satu bentuk pengembangan dari perencanaan Desa Siaga yang bertujuan agar masyarakat ikut berperan serta dalam mendeteksi pasien gangguan jiwa yang belum terdeteksi, dan membantu pemulihan pasien yang telah dirawat di rumah sakit, serta siaga terhadap munculnya masalah kesehatan jiwa di masyarakat.
3. Menurut *WHO* (2000) dalam Kurniawati (2009), Kader kesehatan adalah laki-laki atau perempuan yang dipilih masyarakat dan dilatih untuk menangani masalah-masalah kesehatan perseorangan maupun masyarakat serta untuk bekerja dalam hubungan yang amat dekat dengan tempat-tempat pemberian pelayanan kesehatan.

F. Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner data pribadi mencakup identitas pasien yaitu: nama, umur, jenis kelamin, alamat, pekerjaan, status perkawinan, riwayat penyakit keluarga, pendidikan, onset penyakit, perjalanan penyakit, jenis anti psikotik yang diberikan, lamanya menderita gangguan jiwa.

G. Analisis Statistik

Analisis yang akan dilakukan dengan menggunakan analisis bivariat. Analisis ini untuk mengetahui hubungan antara dua variabel yang meliputi variabel bebas dengan variabel terikat. Analisis yang digunakan adalah analisis Wilcoxon.

H. Jadwal Penelitian

Pelaksanaan penelitian dapat dibagi menjadi 3 tahap, yaitu : tahap persiapan, tahap pelaksanaan dan tahap penyelesaian.

1. Tahap persiapan penelitian

Setelah judul penelitian disetujui, peneliti mempersiapkan instrumen penelitian yaitu kuesioner data pribadi dan panduan kelompok swabantu. Selanjutnya diajukan permohonan keterangan kelaikan etik (*ethical clearance*) ke Komisi Etik Penelitian Kedokteran dan Kesehatan dan surat ijin penelitian untuk mengadakan penelitian di wilayah Puskesmas Kasihan I Bantul.

2. Tahap pelaksanaan

Pelaksanaan pengambilan data dilakukan oleh peneliti dibantu oleh pembantu peneliti dan staf Puskesmas. Subyek penelitian diberikan penjelasan secara lisan mengenai penelitian ini dan diminta kesediaannya untuk berpartisipasi dalam penelitian ini dengan menandatangani *informed consent*

3. Tahap penyelesaian

Pengolahan data dimulai dengan menghitung skor instrumen penelitian, dan selanjutnya data dianalisis dengan menggunakan fasilitas komputer yang

dilakukan oleh seorang analis data supaya tidak terjadi *expected bias*. Setelah dilakukan analisis data, dilakukan pembahasan hasil penelitian dengan merujuk penelitian-penelitian sebelumnya maupun sumber kepustakaan yang ada.

TIME SCHEDULE

| No | Kegiatan | Bulan | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|---|-------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 | | | 2 | | | 3 | | | 4 | | | 5 | | | | | |
| 1 | Persiapan Penelitian | █ | █ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Mengurus ijin penelitian dari Dinkes Bantul dan Bappeda | | | █ | █ | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Koordinasi dengan Puskesmas | | | | █ | █ | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Melakukan seleksi subyek penelitian | | | | | █ | █ | | | | | | | | | | | | |
| 5. | Melaksanakan kegiatan SHG | | | | | | | █ | █ | █ | | | | | | | | | |
| 6. | Entry data | | | | | | | | | | | █ | █ | | | | | | |
| 7. | Analisis Data | | | | | | | | | | | | | █ | █ | █ | █ | | |
| 8. | Menyusun laporan hasil penelitian | | | | | | | | | | | | | | | | | █ | █ |

ANGGARAN

| No | Komponen Biaya | Volume | Satuan Biaya (Rp) | Jumlah (Rp) |
|------------------|--|--------|-------------------|-------------|
| 1 | Penggandaan modul | 30 | Rp 10000 | Rp300000 |
| 2 | Konsumsi (30 peserta, 2 kali kegiatan) | 30x2 | Rp 10000 | Rp600000 |
| 3 | Souvenir dan transport peserta pelatihan | 30x2 | RP 15000 | Rp900000 |
| 4 | Alat Tulis | 1 | Rp100000 | Rp100000 |
| 5 | Dokumentasi | 1 | Rp100000 | Rp100000 |
| 6 | Analisis Data | 1 | Rp200000 | Rp200000 |
| 6 | Penggandaan Proposal | 5 | Rp15000 | Rp75000 |
| 7 | Penggandan Laporan | 5 | Rp25000 | Rp125000 |
| 8 | Penggandaan instumens penelitian | 1 | Rp 100000 | Rp 100000 |
| Sub Total | | | | 2500000 |

BAB IV

LAPORAN KEMAJUAN (*PROGRESS REPORT*)

Pelaksanaan penelitian dapat dibagi menjadi 3 tahap, yaitu : tahap persiapan, tahap pelaksanaan dan tahap penyelesaian.

1. Tahap persiapan penelitian

Setelah judul penelitian disetujui, peneliti mempersiapkan instrumen penelitian yaitu kuesioner data pribadi dan panduan kelompok swabantu. Selanjutnya mengajukan surat ijin penelitian untuk mengadakan penelitian di wilayah Puskesmas Kasihan I Bantul. Perijinan penelitian di wilayah Puskesmas Kasihan I Bantul, diproses pada Bulan Mei 2013.

2. Tahap pelaksanaan

Pelaksanaan pengambilan data dilakukan oleh peneliti dibantu oleh pembantu peneliti dan staf Puskesmas. Subyek penelitian diberikan penjelasan secara lisan mengenai penelitian ini dan diminta kesediaannya untuk berpartisipasi dalam penelitian ini dengan menandatangani *informed consent*

Pelatihan didahului dengan *pre test*, dilaksanakan dalam 2 hari di dalam ruangan dan 1 hari di lapangan. Pelatihan di dalam ruangan, dilaksanakan pada tanggal 13 – 14 Juni 2013 dengan memberikan materi yang terdiri dari 4 modul, yaitu 1) Buku Pegangan Kader Sehat Jiwa, 2) Panduan Penyuluhan Kesehatan Jiwa, 3) Panduan Deteksi Keluarga, dan 4) Panduan Supervisi Pasien. Pelatihan diikuti oleh 35 orang kader

Puskesmas Kasihan I Bantul. Selain tim pengusul, pelatihan kader melibatkan 1 orang perawat di Puskesmas Kasihan 1, 2 orang perawat RSJ Ghrasia, 2 orang mahasiswa tahap profesi dokter dan 2 orang mahasiswa tahap profesi ners. Pelatihan dilakukan dengan metode ceramah dan *role-play*.

Pelatihan di lapangan dilaksanakan pada tanggal 20 Juni 2013 oleh kader dengan pendampingan petugas kesehatan puskesmas dan tim pengusul. Pelatihan di lapangan dilaksanakan dengan mengunjungi keluarga yang mempunyai anggota keluarga dengan gangguan jiwa. Kader peserta pelatihan, mempraktekkan pengisian data dan penyuluhan serta pengawasan sesuai dengan buku panduan. Pelatihan diakhiri dengan *post test*.

Pelatihan ini mempunyai tujuan umum kader kesehatan berperan serta dalam meningkatkan, memelihara dan mempertahankan kesehatan jiwa masyarakat. Sedangkan tujuan khususnya adalah kader mempunyai kemampuan :

- a. Melaksanakan program desa siaga sehat jiwa
- b. Melakukan deteksi dini kelompok keluarga sehat, kelompok keluarga dengan resiko masalah psikososial, dan kelompok keluarga dengan gangguan jiwa di masyarakat
- c. Menggerakkan individu, keluarga dan kelompok yang beresiko mempunyai masalah psikososial untuk mengikuti pendidikan kesehatan

- d. Menggerakkan individu, keluarga dan kelompok yang beresiko mempunyai masalah psikososial untuk mengikuti pendidikan kesehatan jiwa
- e. Menggerakkan individu, keluarga dan kelompok yang beresiko mempunyai gangguan jiwa untuk mengikuti pendidikan kesehatan jiwa
- f. Menggerakkan pasien gangguan jiwa yang mandiri untuk mengikuti program Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) dan rehabilitasi
- g. Melakukan kunjungan rumah pada keluarga yang anggota keluarganya mengalami masalah psikososial atau gangguan jiwa yang mandiri
- h. Melakukan rujukan kasus masalah psikososial atau gangguan jiwa pada perawat CMHN atau pelayanan kesehatan terdekat
- i. Membuat dokumentasi perkembangan kondisi kesehatan jiwa pasien

3. Tahap penyelesaian

Pengolahan data dimulai dengan menghitung skor instrumen penelitian, dan selanjutnya data dianalisis dengan menggunakan fasilitas komputer yang dilakukan oleh seorang analis data supaya tidak terjadi *expected bias*. Setelah dilakukan analisis data, dilakukan pembahasan hasil penelitian dengan merujuk penelitian-penelitian sebelumnya maupun sumber kepustakaan yang ada. Sampai dengan penyusunan laporan

kemajuan (progress report) ini, peneliti masih dalam tahap pengolahan data.

DAFTAR PUSTAKA

- Depkes RI, WHO, *Rencana Startegis Pembangunan Kesehatan Jiwa*, 2004
- Depkes RI, Dirjen Pelayanan Medik, Direktorat Keswa, *Pedoman Pelayanan Keswa di fasilitas Pelayanan Kesehatan Dasar*, 2006
- Irmansyah, dr. Sp.KJ. (2005). *Penatalaksanaan berbagai Gangguan Psikiatrik akibat Peristiwa Traumatik*. Jakarta: Departemen Psikiatri Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Jonli Indra, Jusni Ichsan Solichin, Dan Hidayat, 2006 *Draft Buku Pedoman Pelayanan Kesehatan Jiwa Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan*, . Departemen Kesehatan Ditjen Bina Pelayanan Medik Direktorat Bina Pelayanan Kesehatan Jiwa, Jakarta
- Luvitasari, 2008. Peningkatan Prevalensi Gangguan Jiwa Sesudah Gempa 27 Mei 2006 di Kabupaten Bantul, Karya Tulis Ilmiah (unpublishing)
- Maramis WF, *Kedokteran Jiwa Masyarakat dalam Ilmu Kedokteran Jiwa*, Airlangga University Press, Ceta kan kedelapan, 2004
- Roan WM, *Ilmu Kedokteran Jiwa Darurat*, Widya Medika, Jakarta, 1998; 1-9
WHO, *Preventing suicide a reource for primary health care workers. Mental and behavioral disordes*; Department of Mental Health WHO 2000.
- Sadock BJ, Sadock VA, *Public Psychiatry In Kaplan and Sadock's in Synopsis of Psychiatry*, Wiliams and Wilkins, 7th ed. 1997
- Yoga BH, *Hubungan Antara Jenis Kelamin dengan Cara Bunuh Diri di Gunugkidul Yogyakarta*, Yogyakarta: Universitas Gadjah mada, 2003.
- Vikram Patel, 2001. *Ketika Tidak Ada Psikiater*, Buku Panduan Pelayanan Kesehatan Jiwa. Diterjemahkan oleh Ashra Vina, Nangro Aceh Darussalam
- WHO: *World Healh Report*, 2001.
- Keliat A., Akemat., *et al.*, (2006), *Keperawatan Jiwa Terapi Aktivitas Kelompok* (Cetakan I). Jakarta: penerbit Buku Kedokteran, EGC
- Sadock B.J. and Sadock V.A. (eds.), 2003, *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry, Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*, pp. 471-504, Williams and Wilkins, 9th ed, London.

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

- Nama : dr. Ekorini Listiowati, MMR
- Tempat, tanggal lahir : Surakarta, 31 Januari 1970
- Status : Menikah
- Alamat Rumah : Perum Pesona Kayangan Babadan
Jl. Yogya – Magelang Km 22
Jumoyo, Salam, Kabupaten Magelang
Mobile Phone : 081548528523
e-mail : ekorini_santosa@yahoo.com
- Alamat Kantor : Fakultas Kedokteran, Universitas Muhammadiyah
Yogyakarta, Jalan Lingkar Selatan, Tamantirto,
Kasihan, Bantul, Yogyakarta
Phone : 0274 387656 ext 213
- Pekerjaan Sekarang :
1. Staf Pengajar Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Yogyakarta sejak tahun 2001-sekarang
 2. Wakil Dekan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta 2007 – 2013
 3. Koordinator Mutu Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta 2013 - sekarang
- Pengalaman Penelitian :
1. Pengukuran Kinerja Asri Medical Center dalam Perspektif *Balanced Scorecard*, 2011
 2. Pengaruh SMS dan Konseling Berhenti Merokok selama 1 dan 2 bulan terhadap Perbaikan Perilaku Merokok pada Siswa di SMA Muhammadiyah 3 Yogyakarta, 2012
 3. Efektivitas Metode Pembelajaran *Case Based Learning* pada Praktikum Biomedik Terhadap Peningkatan *Clinical Reasoning*, 2012
- Pengalaman Pengabdian Kepada Masyarakat :
1. Pelatihan Pijat Bayi di BKIA Mungkid Magelang, 2004
 2. Penyuluhan Kesehatan tentang Bahaya Zat-zat tambahan dalam makanan di SMPM Plus Muntilan, 2010
 3. Penyuluhan Masalah Kesehatan Masyarakat dalam forum-forum pertemuan masyarakat

4. Pelaksanaan Posyandu Lansia Sebagai Sarana Untuk Memantau Kesehatan Lansia di Hunian Sementara Plosokerep Sleman Yogyakarta 2011
5. Pelatihan Kader Siaga Sehat Jiwa di Desa Kembaran, Kasihan, Bantul, DIY, 2013