

**HUBUNGAN PERAN KADER KESEHATAN JIWA  
DENGAN TINGKAT KUNJUNGAN PASIEN  
GANGGUAN JIWA DI WILAYAH KERJA  
PUSKESMAS GALUR II KULON PROGO  
YOGYAKARTA**

**NASKAH PUBLIKASI**



**Disusun Oleh :  
DENNY WIDYATI  
090201044**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN 'AISYIYAH  
YOGYAKARTA**

**2013**

**HUBUNGAN PERAN KADER KESEHATAN JIWA  
DENGAN TINGKAT KUNJUNGAN PASIEN  
GANGGUAN JIWA DI WILAYAH KERJA  
PUSKESMAS GALUR II KULON PROGO  
YOGYAKARTA**

**NASKAH PUBLIKASI**

Diajukan Guna Melengkapi Sebagian Syarat Mencapai Gelar Sarjana Keperawatan  
Pada Program Pendidikan Ners – Program Studi Ilmu Keperawatan  
di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan ‘Aisyiyah  
Yogyakarta



**Disusun Oleh :  
DENNY WIDYATI  
090201004**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN ‘AISYIAH  
YOGYAKARTA  
2013**

**HALAMAN PERSETUJUAN**

**HUBUNGAN PERAN KADER KESEHATAN JIWA  
DENGAN TINGKAT KUNJUNGAN PASIEN  
GANGGUAN JIWA DI WILAYAH KERJA  
PUSKESMAS GALUR II KULON PROGO  
YOGYAKARTA**

**NASKAH PUBLIKASI**



**Disusun Oleh :**  
**DENNY WIDYATI**  
**090201004**

Telah disetujui oleh pembimbing, pada tanggal: 30 Juli 2013

Pembimbing

  
Mamnu'ah, M.Kep.,Sp.Kep.J.

# HUBUNGAN PERAN KADER KESEHATAN JIWA DENGAN TINGKAT KUNJUNGAN PASIEN GANGGUAN JIWA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS GALUR II KULON PROGO YOGYAKARTA

Denny Widyati, Mamnu'ah  
STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta  
[deniwidyati@yahoo.co.id](mailto:deniwidyati@yahoo.co.id)

**Abstrak :** Tujuan penelitian ini untuk mengetahui hubungan peran kader kesehatan jiwa dengan tingkat kunjungan pasien gangguan jiwa di wilayah kerja Puskesmas Galur II Kulon Progo Yogyakarta tahun 2013. Desain yang digunakan adalah studi korelasional dengan pendekatan *crosssectional*. Populasi dalam penelitian ini yaitu pasien gangguan jiwa di wilayah kerja Puskesmas Galur II Kulon Progo Yogyakarta sebanyak 161 pasien. Cara pengambilan sampel yaitu dengan cara *purposive sampling* diambil 32 pasien gangguan jiwa sebagai responden. Analisis data menggunakan rumus *Kendall Tau*. *Instrument* penelitian peran kader menggunakan kuesioner tertutup dengan jumlah 21 pernyataan. Uji analisis dengan *Kendall Tau* didapatkan p sebesar 0,031 ( $<0,05$ ) dan nilai  $\pi$  sebesar 0,356. Sebagian besar pasien menilai peran kader dalam kategori baik sebanyak 17 pasien (53,1%) dan tingkat kunjungan pasien dalam kategori rutin sebanyak 18 pasien (56,3%). Ada hubungan antara peran kader kesehatan jiwa dengan tingkat kunjungan pasien gangguan jiwa dengan nilai signifikan  $p < 0,05$  yaitu 0,031. Kader diharapkan lebih aktif dalam memotivasi pasien agar melakukan kunjungan ke puskesmas.

**Kata Kunci :** Peran kader kesehatan jiwa, kunjungan, pasien

**Abstract :** To examine correlation between the role mental health cadres and the level of patient mental disorder visits in the primary care unit working area Galur II Kulon Progo Yogyakarta in 2013. The design used was a correlational study with cross-sectional approach. Population in this research that mental patients in primary care unit Galur II Kulon Progo Yogyakarta as many as 161 patients. Method of sampling is taken by purposive sampling 32 mental patients as responders. Analysis of the data using the formula Kendall Tau. Instrument research using questionnaires covered the role of cadres by the number of 21 statements. Kendall Tau test analysis with p obtained was 0.031 ( $<0.05$ ) and the value of  $\pi$  at 0.356. Most patients assess the role of volunteers in both categories were 17 patients (53.1%) and the level of the category of routine patient visits by 18 patients (56.3%). There is a relationship between the role of mental health workers by level of mental patients visits with a significant value of  $p < 0.05$  is 0.031. Cadres are expected to be more active in motivating patients to make a visit to the primary care unit.

**Keywords :** The role of mental health cadres, visits, patients

## PENDAHULUAN

Dewasa ini gangguan jiwa masih menjadi salah satu masalah kesehatan utama dunia, hal ini dilihat dari akibat dan kerugian yang timbul. Meskipun gangguan jiwa tidak dianggap sebagai penyebab kematian secara langsung, namun adanya ketidakmampuan baik secara individu maupun kelompok akan menghambat pembangunan karena mereka tidak produktif dan tidak efisien. Permasalahan gangguan jiwa tidak hanya berpengaruh terhadap produktivitas manusia, tapi juga berkaitan dengan kasus bunuh diri. Temuan WHO menunjukkan, diperkirakan 873.000 orang bunuh diri setiap tahun. Lebih dari 90% kasus bunuh diri berhubungan dengan gangguan jiwa seperti depresi, skizofrenia dan ketergantungan terhadap alkohol (Febriani, 2008).

Menurut WHO, masalah gangguan jiwa di seluruh dunia sudah menjadi masalah yang sangat serius. Berdasarkan Laporan World Health Organization (WHO) tahun 2007, prevalensi penderita tekanan psikologis ringan sebesar 20%-40%, dan mereka tidak membutuhkan pertolongan spesifik. Prevalensi penderita tekanan psikologis sedang sampai berat sebesar 30-50%, membutuhkan intervensi sosial dan dukungan psikologis dasar, sedangkan gangguan jiwa ringan sampai sedang (depresi, dan gangguan kecemasan) sebesar 20%, dan gangguan jiwa berat (depresi berat, gangguan psikotik) sebesar 3-4% memerlukan penanganan kesehatan jiwa yang dapat diakses melalui pelayanan kesehatan umum dan pelayanan kesehatan jiwa komunitas (Kaplan, 2007).

Peningkatan kejadian gangguan jiwa dapat diakibatkan karena pasien yang sudah baik tidak melanjutkan pengobatan dengan berkunjung secara rutin ke pelayanan kesehatan terdekat sehingga pasien dapat mengalami kekambuhan. Selain itu biaya perawatan yang tinggi dan kurangnya perhatian serta dukungan dari keluarga maupun masyarakat akan membuat pasien gangguan jiwa akan mengalami kekambuhan. Oleh sebab itu, peranan keluarga dan masyarakat sangat dibutuhkan dalam mengantisipasi kekambuhan pasien dengan cara membawa pasien berkunjung secara teratur pada pelayanan kesehatan terdekat (Keliat, 1996).

Dampak apabila pasien gangguan jiwa melakukan kunjungan ke puskesmas secara rutin maka akan mempercepat kesembuhan serta mencegah kekambuhan. Sebaliknya apabila tidak melakukan kunjungan secara rutin akan berdampak pada kegagalan dalam pengobatan dalam hal ini dapat menyebabkan kekambuhan. Menurut Ashwin dalam Pratiwi (2011), pasien yang tidak patuh pada pengobatan akan memiliki resiko kekambuhan lebih tinggi dibandingkan dengan pasien yang patuh pada pengobatan. Ketidapatuhan berobat ini yang merupakan alasan pasien kembali dirawat di rumah sakit.

Perhatian masyarakat dan pemerintah akhir-akhir ini semakin meningkat terhadap permasalahan kesehatan jiwa. Hal tersebut dibuktikan dengan adanya program Desa Siaga Sehat Jiwa (DSSJ), sebagai salah satu program unggulan dari Dinas Kesehatan di berbagai wilayah kabupaten di wilayah DIY. DSSJ sebagai manifestasi terhadap pengembangan *Community Mental Health Nursing* (CMHN) melibatkan seluruh lapisan masyarakat di wilayah tersebut. Diantaranya petugas kesehatan dalam hal ini adalah perawat di puskesmas, dokter puskesmas, tokoh masyarakat, kader kesehatan serta pejabat yang terkait dalam masalah kesehatan di masyarakat. Dalam program tersebut masyarakat diberdayakan untuk dapat merawat salah satu anggota masyarakatnya yang



mengalami masalah kesehatan mental serta dapat melakukan deteksi dini gangguan jiwa serta pencegahannya (Keliat dkk, 2006).

Berdasarkan studi pendahuluan di Puskesmas Galur II pada tanggal 07 Desember 2012, didapatkan data bahwa dari tahun ke tahun penderita gangguan jiwa terus meningkat. Pada tahun 2010 tercatat 128 pasien gangguan jiwa dan pada tahun 2011 meningkat menjadi 161 pasien. Prevalensi tertinggi yaitu penyakit psikososial dengan prosentase 65%, skizofrenia 27%, psikotik 6% dan depresi 2%. Tidak adanya izin dari keluarga menjadi kendala dalam penyembuhan pasien. Hal ini dapat dilihat dari minat kunjungan ulang pasien gangguan jiwa di Puskesmas Galur II yang rendah, data kunjungan pasien gangguan jiwa pada tahun 2010 tercatat sebanyak 59% pasien tidak melakukan kunjungan, 26% pasien melakukan kunjungan tidak rutin dan hanya 15% pasien yang melakukan kunjungan secara rutin. Puskesmas Galur II memiliki tenaga kesehatan di bidang jiwa yang terdiri dari satu orang dokter spesialis jiwa, tiga orang perawat *Community Mental Health Nursing* (CMHN), serta 48 kader kesehatan jiwa binaan yang tersebar pada tiga desa yaitu desa Banaran, Kranggan dan Nomporejo.

Sepanjang pengetahuan peneliti belum pernah ada penelitian tentang peran kader kesehatan jiwa dengan tingkat kunjungan pasien gangguan jiwa, namun ada beberapa penelitian yang mendekati yaitu penelitian Nirmala (2011), dengan judul Hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan berobat klien skizofrenia di Poliklinik GMO RSJ Prof. dr. HB Sa'anin Padang. Belum banyaknya penelitian tentang peran kader kesehatan jiwa maka peneliti tertarik untuk meneliti "Hubungan peran kader kesehatan jiwa dengan tingkat kunjungan pasien gangguan jiwa di wilayah kerja Puskesmas Galur II Kulon Progo Yogyakarta".

## **METODE PENELITIAN**

Jenis penelitian ini adalah penelitian non-eksperimen dengan desain studi korelasional yaitu penelitian yang mengkaji hubungan antar variabel dengan tujuan mengungkapkan hubungan korelatif antara variabel (Nursalam, 2003). Penelitian ini melihat ada tidaknya hubungan antara peran kader kesehatan jiwa dengan tingkat kunjungan pasien. Metode yang dilakukan untuk pengambilan data menggunakan rancangan *crosssectional* yaitu suatu penelitian di mana data yang menyangkut variabel bebas dan variabel terikat akan dikumpulkan dalam waktu yang bersamaan. Artinya setiap subjek penelitian hanya dilakukan dan diukur sekali saja dalam waktu yang sama (Notoatmodjo, 2005). Variabel bebas pada penelitian ini yaitu peran kader kesehatan jiwa dan variabel terikatnya yaitu tingkat kunjungan pasien gangguan jiwa. Populasi dalam penelitian ini adalah 161 pasien gangguan jiwa di wilayah kerja Puskesmas Galur II Kulon Progo Yogyakarta. Pengambilan sampel dilakukan dengan cara *nonprobability* sampling (tidak acak) dengan metode *purposive sampling*. Metode *purposive sampling* yaitu pengambilan responden/subyek penelitian berdasarkan tujuan tertentu/berdasarkan pertimbangan peneliti yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi (Notoatmodjo, 2010). Sampel pada penelitian ini diambil 20% dari populasi yaitu sebanyak 32 pasien gangguan jiwa binaan Puskesmas Galur II, yang terdiri dari 20 pasien dari Banaran, 10 pasien dari Kranggan dan 2 pasien dari Nomporejo pemilihan responden disesuaikan dengan jumlah kader di masing-masing desa tersebut.

Alat pengumpulan data untuk peran kader kesehatan jiwa menggunakan daftar pertanyaan identitas responden dan kuesioner tertutup dengan jumlah 21 pernyataan yang sudah menyediakan dua pilihan jawaban “ya” atau “tidak” yang masing-masing memiliki nilai tersendiri. Untuk data kunjungan pasien ke puskesmas. Alat ukur yang digunakan untuk mengetahui tingkat kunjungan pasien ke puskesmas yaitu dengan studi dokumentasi pada catatan rekam medis pasien gangguan jiwa dari Puskesmas Galur II Kulon Progo. Dalam kurun waktu tiga bulan terakhir yakni bulan Oktober, November dan Desember tahun 2012. Penelitian dilakukan dengan cara berkunjung ke setiap rumah pasien, sehingga peneliti dapat mendampingi saat pengisian kuesioner. Penelitian ini dibantu oleh 1 orang petugas puskesmas dan 1 asisten peneliti. Uji validitas dihitung menggunakan rumus *product moment* dilakukan dengan bantuan komputer. Hasil  $r_{hitung}$  berkisar antara 0,483 – 0,904; di mana  $r_{hitung} > r_{tabel}$  ( $r_{tabel} = 0,444$ ). Hasil analisis uji reliabilitas dengan rumus *K-R 20* pada responden 20 pasien, diketahui nilai koefisien reliabilitas peran kader 0,478. Analisa data yang digunakan adalah statistik *nonparametrik* teknik *bivariat* dengan *Kendall Tau*,

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan pada bulan Juni 2013 dengan sampel 32 responden. Berdasarkan hasil penelitian mengenai karakteristik responden maka didapatkan hasil sebagai berikut:

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Karakteristik Pasien Gangguan Jiwa di Wilayah Kerja Puskesmas Galur II Kulon Progo Tahun 2013.

Karakteristik Responden	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
<b>Usia</b>		
20-55 tahun	30	93,8
>55 tahun	2	6,3
<b>Jumlah</b>	<b>32</b>	<b>100,0</b>
<b>Jenis Kelamin</b>		
Laki-laki	20	62,5
Perempuan	12	37,5
<b>Jumlah</b>	<b>32</b>	<b>100,0</b>
<b>Tingkat pendidikan</b>		
Tidak sekolah	2	6,3
SLB	2	6,3
SD	7	21,9
SMP	6	18,8
SMA	15	49,9
<b>Jumlah</b>	<b>32</b>	<b>100,0</b>
<b>Pekerjaan</b>		
Tidak bekerja	24	75,0
Tani	1	3,2
Buruh	1	3,2
Wiraswasta	6	18,8
<b>Jumlah</b>	<b>32</b>	<b>100,0</b>
<b>Jarak tempat tinggal</b>		
< 2 Km	29	90,6
2 -5 Km	3	9,4
<b>Jumlah</b>	<b>32</b>	<b>100,0</b>

Sumber: Data Primer 2013

Berdasarkan tabel 1 karakteristik responden berdasarkan usia terbanyak adalah pada kelompok usia antara 20-55 tahun yaitu sebanyak 30 orang (93,8%), berdasarkan jenis kelamin terbanyak adalah laki-laki yaitu sebanyak 20 orang (62,5%), berdasarkan tingkat pendidikan terbanyak adalah SMA yaitu sebanyak 15 orang (49,9%), berdasarkan pekerjaan terbanyak adalah tidak bekerja yaitu sebanyak 24 orang (75,0%), berdasarkan jarak tempat tinggal terbanyak memiliki jarak tempat tinggal kurang dari 2 km yaitu 29 orang (90,6%).

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Karakteristik Kader Kesehatan Jiwa di Wilayah Kerja Puskesmas Galur II Kulon Progo Tahun 2013.

Karakteristik kader kesehatan jiwa	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
<b>Usia</b>		
20-55 tahun	15	88,2
>55 tahun	2	11,8
<b>Jumlah</b>	<b>17</b>	<b>100,0</b>
<b>Jenis Kelamin</b>		
Laki-laki	4	23,5
Perempuan	13	76,5
<b>Jumlah</b>	<b>17</b>	<b>100,0</b>
<b>Tingkat pendidikan</b>		
SD	2	11,8
SMP	3	17,6
SMA	11	64,7
D3	1	5,9
<b>Jumlah</b>	<b>17</b>	<b>100,0</b>
<b>Pekerjaan</b>		
Tidak bekerja	3	17,6
Dukuh	1	5,9
Tani	5	29,4
IRT	6	35,3
Pensiunan	1	5,9
Sopir	1	5,9
<b>Jumlah</b>	<b>17</b>	<b>100,0</b>
<b>Status pernikahan</b>		
Belum menikah	1	5,9
Menikah	15	88,2
Janda / duda	1	5,9
<b>Jumlah</b>	<b>17</b>	<b>100,0</b>
<b>Alamat</b>		
Banaran	10	58,8
Kranggan	5	11,8
Nomporejo	2	29,4
<b>Jumlah</b>	<b>17</b>	<b>100,0</b>

Sumber: Data Primer 2013

Berdasarkan tabel 2 karakteristik kader berdasarkan usia terbanyak adalah pada kelompok usia antara 20-55 tahun yaitu sebanyak 15 orang (88,2%), berdasarkan jenis kelamin terbanyak adalah perempuan yaitu sebanyak 13 orang (76,5%), berdasarkan tingkat pendidikan terbanyak adalah SMA yaitu sebanyak 11 orang (64,7%), berdasarkan pekerjaan terbanyak adalah ibu rumah tangga yaitu sebanyak 6 orang (35,5%), berdasarkan status pernikahan terbanyak



memiliki status menikah yaitu 15 orang (88,2%), Kader terbanyak beralamat di Banaran sebanyak 10 orang (58,8%).

Deskripsi data mengenai peran kader kesehatan jiwa pada penelitian ini akan disajikan pada tabel berikut:

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Peran Kader Kesehatan Jiwa Puskesmas Galur II Kulon Progo Yogyakarta Tahun 2013.

Peran kader kesehatan jiwa	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
Baik	17	53,1
Sedang	11	34,4
Kurang	4	12,5
Jumlah	32	100,0

Sumber: Data Primer 2013.

Berdasarkan tabel 3 menunjukkan bahwa peran kader paling banyak dalam kategori baik yaitu 17 orang (53,1%) dan paling sedikit dalam kategori kurang sebanyak 4 orang (12,5%).

Data tentang kunjungan pasien gangguan jiwa setelah dianalisis, kemudian selanjutnya dapat dikategorikan menjadi kategori rutin, kategori tidak rutin, dan kategori tidak berkunjung. Berdasarkan data penelitian dapat disimpulkan bahwa kunjungan pasien gangguan jiwa sebagian besar dalam kategori rutin.

Tabel 4. Distribusi Frekuensi Kunjungan Pasien Gangguan Jiwa di Wilayah Kerja Puskesmas Galur II Kulon Progo Yogyakarta Tahun 2013.

Kunjungan	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
Rutin	18	56,3
Tidak rutin	9	28,1
Tidak berkunjung	5	15,7
Jumlah	32	100,0

Sumber: Data primer 2013.

Berdasarkan tabel 4 menunjukkan bahwa kunjungan pasien gangguan jiwa ke puskesmas terbanyak adalah dalam kategori rutin yaitu sebanyak 18 pasien (56,3%) dan paling sedikit dalam kategori tidak berkunjung 5 pasien (15,7%).

Tabel 5. Tabulasi Silang Peran Kader Kesehatan Jiwa dengan Kunjungan Pasien Gangguan Jiwa di Puskesmas Galur II Kulon Progo Yogyakarta Tahun 2013.

Peran kader	Kunjungan						Jumlah	p value	
	Rutin		Tidak rutin		Tidak berkunjung				
	(f)	%	(f)	%	(f)	%			
Baik	11	34,4	5	15,6	1	3,1	17	53,1	0,031
Sedang	7	21,9	4	12,5	0	0	11	34,4	
Kurang	0	0	0	0	4	12,5	4	12,5	
<b>Jumlah</b>	18	56,3	9	28,1	5	15,6	32	100	

Sumber: Data Primer 2013.

Tabel 5 menunjukkan bahwa 11 orang (34,4%) responden yang menyatakan peran kader baik dengan tingkat kunjungan rutin dan tidak ada yang menyatakan kader yang berperan kurang dengan tingkat kunjungan tidak berkunjung sebanyak 4 pasien (12,5%).

Untuk mengetahui hubungan peran kader kesehatan jiwa dengan tingkat kunjungan pasien maka selanjutnya dilakukan uji analisis korelasi *Kendal Tau*.

Berdasarkan hasil uji korelasi Kendal Tau didapatkan bahwa nilai *significancy p* sebesar 0,031. Karena nilai  $p < 0,05$  maka  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara peran kader kesehatan jiwa dengan kunjungan pasien gangguan jiwa di wilayah kerja Puskesmas Galur II Kulon Progo Yogyakarta tahun 2013.

### **Peran Kader Kesehatan Jiwa di Wilayah Kerja Puskesmas Galur II Kulon Progo Yogyakarta Tahun 2013.**

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan pada tanggal 24 Juni 2013 dengan sampel 32 responden yang ditunjukkan pada tabel 3 bahwa sebagian besar responden menyatakan kader sudah pada tingkat berperan baik sebanyak 17 orang (53,1%). Hal ini menjelaskan bahwa kader telah melakukan tugasnya dengan baik. Kader memiliki peranan yang penting dalam mensosialisasikan kesehatan jiwa, hal ini dikarenakan kader merupakan ujung tombak untuk melakukan pelaporan sekaligus penanganan dan tindak lanjut masalah kejiwaan yang ada di lingkungannya (Kancee, 2010). Penelitian Hutabarat (2008) yang menyatakan bahwa kader kesehatan yang melaksanakan perannya dengan baik maka akan mempengaruhi sikap seseorang menjadi positif, sehingga peran aktif kader menentukan keberhasilan dari tugas yang kader kerjakan.

Kader berperan sebagai pelaku penggerak masyarakat untuk memelihara, meningkatkan kesehatan mental dan memantau kondisi kesehatan mental masyarakat di wilayahnya serta sebagai pengembang Desa Siaga (Keliat dkk, 2006). Kader yang berperan baik diharapkan dapat meningkatkan, memelihara, dan mempertahankan kesehatan jiwa masyarakat, sehingga terwujud masyarakat sehat jiwa yang optimal (Keliat dkk, 2011).

Peran kader berdasarkan karakteristik umur, terbanyak dilakukan oleh kelompok umur 20-55 tahun sebanyak 15 orang (88,2%). Hal tersebut menjelaskan bahwa umur antara 20-55 memiliki kesadaran yang tinggi untuk melakukan tugasnya. Menurut Bahri (1981), Sumardilah (1985) menyatakan ciri-ciri kader yang aktif sebaiknya berumur antara 25 - 35 tahun, karena pada masa muda kader mempunyai motivasi yang positif, merasa lebih bertanggung jawab dan inovatif. Dikaitkan dengan tingkat kedewasaan teknis, anggapan yang berlaku ialah bahwa makin dewasa individu, kedewasaan teknisnya pun mestinya meningkat semakin dewasa umurnya semakin bertanggung jawab terhadap tugas dan kewajibannya (Notoatmodjo, 2003).

Berdasarkan jenis kelamin, peran kader kesehatan jiwa terbanyak dilakukan oleh kader yang berjenis kelamin perempuan sebanyak 13 orang (76,5%), hal ini menjelaskan bahwa perempuan lebih sabar dan ulet dalam menjalankan perannya sebagai kader kesehatan jiwa.

Berdasarkan pendidikan, peran kader terbanyak dilakukan oleh kader dengan pendidikan SMA sebanyak 11 orang (64,7%). Pendidikan adalah segala cara yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain baik individu, kelompok atau masyarakat sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidikan (Notoatmodjo, 2003). Pendidikan yang tinggi yang dimiliki seseorang akan lebih mudah memahami suatu informasi, bila pendidikan tinggi, maka dalam menjaga kesehatan sangat diperhatikan. Sebaliknya dengan pendidikan rendah sangat sulit menterjemahkan informasi yang didapatkan, baik dari petugas kesehatan maupun dari media-media lain. Pendidikan akan meningkatkan pengetahuan individu dan selanjutnya akan mempengaruhi produktivitas dan kemampuan seseorang (Puspasari, 2002).

Berdasarkan pekerjaan, peran kader kesehatan jiwa terbanyak dilakukan oleh kader yang menjadi ibu rumah tangga sebanyak 6 orang (35,3%), hal ini menjelaskan bahwa meskipun kader menjadi ibu rumah tangga tidak mempengaruhi perannya sebagai kader. Kader yang tidak bekerja pada dasarnya memiliki banyak waktu sehingga dapat melakukan kegiatan perkaderan (Notoadmodjo,2010).

Berdasarkan status pernikahan, peran kader kesehatan jiwa terbanyak dilakukan oleh kader yang sudah menikah sebanyak 15 orang (88,2%), hal ini menjelaskan bahwa meskipun kader menikah tidak mempengaruhi perannya sebagai kader. Kader yang tidak sudah berkeluarga minat kader untuk aktif dalam perkaderan masih cukup tinggi (Puspasari, 2002).

Sebanyak 4 orang (12,5%) responden menyatakan bahwa peran kader kesehatan jiwa dalam kategori kurang hal ini dikarenakan kader tidak melaksanakan tugasnya dengan baik beberapa responden menyatakan bahwa kader tidak pernah berkunjung dan tidak pernah memberikan motivasi untuk melakukan kunjungan ke puskesmas. Hal ini sesuai dengan penelitian Hutabarat (2008) yang menyatakan bahwa tidak adanya kader kesehatan yang melaksanakan perannya dengan baik maka akan mempengaruhi sikap seseorang menjadi negatif.

Kader yang tidak melakukan perannya dengan baik berarti tidak menjalankan tanggung jawabnya sebagai kader yang sudah dipercaya untuk melaksanakan tugas-tugas yang sudah diberikan dan juga tidak amanah dalam menjalankan peran yang diembannya. Allah berfirman dalam Al Qur'an Surat A l Ahzab ayat 72 yang artinya:

إِنَّا عَرَضْنَا الْأَمَانَةَ عَلَى السَّمَوَاتِ وَالْأَرْضِ وَالْجِبَالِ فَأَبَيْنَ أَنْ

يَحْمِلْنَهَا وَأَشْفَقْنَ مِنْهَا وَحَمَلَهَا الْإِنْسَانُ إِنَّهُ كَانَ ظَلُومًا جَهُولًا

“*Sesungguhnya Kami telah mengemukakan amanat kepada langit, bumi dan gunung-gunung maka semuanya enggan untuk memikul amanah itu dan mereka khawatir akan mengkhianatinya dan dipikullah amanah itu oleh manusia. Sesungguhnya manusia itu amat dzalim dan amat bodoh*”.

Ayat tersebut berisi tentang pentingnya menjaga amanah atau janji yang tidak mengingkari tanggung jawab yang telah dipercayakan terhadap dirinya. Sebagai seorang kader yang memiliki tanggung jawab dan amanah yang diembannya yaitu mendeteksi keluarga sehat dan resiko masalah gangguan jiwa di masyarakat, menggerakkan pasien gangguan jiwa untuk mengikuti penyuluhan dan terapi, melakukan kunjungan rumah dan melakukan rujukan kasus dengan baik sesuai kemampuan yang dimilikinya. Jika kader sudah mempunyai potensi dan kemampuan tetapi tidak melaksanakan tanggung jawab dan amanahnya maka di akhirat nanti akan dimintai pertanggungjawabannya. Apabila kader tidak mampu tetapi sanggup untuk menerima tanggung jawab, maka tanggung jawab itu akan terus mengikutinya. Ketidakmampuan manusia harus dapat diatasi oleh dirinya sendiri sehingga menjadi pribadi yang dapat menjaga amanah atau janji.

## **Kunjungan Pasien Gangguan Jiwa di Wilayah Kerja Puskesmas Galur II Kulon Progo Yogyakarta Tahun 2013.**

Berdasarkan Tabel 4 menunjukkan bahwa sebagian besar 18 orang (56,3%) pasien gangguan jiwa di Wilayah Kerja Puskesmas Galur II Kulon Progo Yogyakarta memiliki tingkat kunjungan rutin. Responden yang memiliki tingkat kunjungan tidak rutin sebanyak 9 orang (28,1%). Hasil dari penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Nirmala (2008) hasil dari penelitian Nirmala adalah lebih dari separuh (61,1%) klien tidak patuh berobat di Poliklinik GMO RSJ Prof. dr HB Sa'anin Padang. Lebih dari separuh (58,3%) responden kurang memberikan dukungan (dukungan negatif) kepada anggota keluarga yang sakit di Poliklinik GMO RSJ Prof. dr. HB Sa'anin Padang. Hal ini dikarenakan perbedaan lokasi penelitian pada penelitian Nirmala lokasi bertempat di RSJ sedangkan pada penelitian ini bertempat di puskesmas yang lokasinya dekat dengan pasien. Puskesmas sebagai penyelenggara pembangunan kesehatan, puskesmas bertanggung jawab menyelenggarakan upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat, yang ditinjau dari Sistem Kesehatan Nasional merupakan pelayanan kesehatan tingkat pertama yang berada di masyarakat (Depkes RI, 2009).

Kunjungan pasien dilihat berdasarkan karakteristik umur, kunjungan kategori rutin terbanyak dilakukan oleh kelompok umur 20-25 tahun sebanyak 5 orang (15,6%). Hal tersebut menjelaskan bahwa umur antara 20-25 memiliki kesadaran yang tinggi untuk melakukan kunjungan secara rutin. Umur mempunyai kaitan erat dengan tingkat kedewasaan seseorang yang berarti kedewasaan teknis dalam arti ketrampilan melaksanakan tugas maupun kedewasaan psikologis. Dikaitkan dengan tingkat kedewasaan teknis, anggapan yang berlaku ialah bahwa makin dewasa individu, kedewasaan teknisnya pun mestinya meningkat semakin dewasa umurnya semakin bertanggung jawab terhadap dirinya (Notoatmodjo, 2003).

Berdasarkan pendidikan, kunjungan kategori rutin terbanyak dilakukan oleh pasien dengan pendidikan SMA sebanyak 10 orang (31,3%). Tingkat pendidikan mempengaruhi pengambilan keputusan seseorang, dengan pendidikan yang baik maka seseorang dapat mengambil keputusan dengan bijaksana sehingga dapat mempertahankan kesehatan dan dapat memilih pengobatan yang tepat saat sedang sakit. Selain itu pendidikan sangat berpengaruh terhadap kunjungan, hal ini dibuktikan dengan hasil penelitian Natsir (2008) bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan maka akan semakin tinggi pula keinginannya untuk melakukan kunjungan ke puskesmas dalam mendapatkan pelayanan kesehatan.

Berdasarkan pekerjaan, kunjungan kategori rutin terbanyak dilakukan oleh pasien yang tidak bekerja sebanyak 11 orang (34,4%), pasien yang tidak bekerja pada dasarnya memiliki banyak waktu sehingga dapat melakukan kunjungan secara rutin, seorang pasien bekerja, maka ia tidak akan mempunyai waktu yang cukup untuk melaksanakan kegiatan kunjungan (Notoadmodjo, 2010).

Berdasarkan jarak tempat tinggal, kunjungan kategori rutin terbanyak dilakukan oleh pasien dengan jarak tempat tinggal  $\leq 2$  km sebanyak 15 orang (46,9%), kunjungan tidak rutin terbanyak dilakukan oleh pasien dengan jarak tempat tinggal  $\leq 2$  km sebanyak 9 orang (28,1%) dan kategori tidak berkunjung terbanyak dilakukan oleh pasien dengan jarak tempat tinggal  $\leq 2$  km sebanyak 5 orang (15,6%). Dari hasil penelitian Natsir (2008) Semakin dekat jarak tempuh



untuk menjangkau pelayanan kesehatan maka semakin baik kunjungan pasien, sebaliknya apabila layanan kesehatan sulit untuk dijangkau maka minat kunjungan rendah.

### **Peran Kader Kesehatan Jiwa dengan Kunjungan Pasien Gangguan Jiwa di Puskesmas Galur II Kulon Progo Yogyakarta Tahun 2013.**

Table 5 menjelaskan bahwa pasien yang tidak berkunjung sebanyak 5 orang (15,7%). Kunjungan dikatakan rutin apabila pasien melakukan kunjungan 3 kali dalam satu bulan yang meliputi pengambilan obat maupun konsultasi kesehatan jiwa. Kunjungan pasien gangguan jiwa ke puskesmas sangat mempengaruhi kesembuhan pasien. Keberhasilan pengobatan pasien jiwa juga dapat dilihat dari kepatuhan pasien dalam melakukan kunjungan. Bila pasien berobat pada tahun pertama dan serangan pertama 1/3 dari mereka akan sembuh total, 1/3 lagi dikembalikan ke masyarakat tetapi masih memerlukan pemeriksaan dan pengobatan, serta 1/3 lainnya mempunyai prognosa jelek (Keliat, 1996). Selain itu menurut Sullinger (dalam Keliat 1996), menyatakan bahwa 25% sampai dengan 50% pasien pulang dari rumah sakit jiwa tidak minum obat secara teratur, sehingga pasien sering kali kambuh dan kembali ke rumah sakit untuk rawat inap.

Sesuai dengan firman Allah SWT pada surat Ar Ra'd ayat 11

*“11. bagi manusia ada malaikat-malaikat yang selalu mengikutinya bergiliran, di muka dan di belakangnya, mereka menjaganya atas perintah Allah[767]. Sesungguhnya Allah tidak merobah Keadaan sesuatu kaum sehingga mereka merobah keadaan[768] 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. [768] Tuhan tidak akan merobah Keadaan mereka, selama mereka tidak merobah sebab-sebab kemunduran mereka.*

Ayat tersebut menjelaskan bahwa Allah tidak akan merubah keadaan seseorang apabila orang tersebut tidak berusaha merubahnya sendiri, seseorang yang mengalami sakit sebaiknya berusaha untuk mengobati penyakitnya apabila tidak berobat maka dapat berdampak buruk pada penyakitnya.

Berdasarkan Tabel 4 dapat diketahui bahwa hasil analisis dengan uji *Kendall's Tau* diperoleh nilai  $\pi_{hitung}$  sebesar 0,356 dengan signifikan 0,031 ( $sig < 0,05$ ), artinya ada hubungan yang bermakna antara peran kader kesehatan jiwa dengan kunjungan pasien gangguan jiwa di Wilayah Kerja Puskesmas Galur II Kulon Progo Yogyakarta dengan keeratan hubungan bersifat rendah. Hal ini menjelaskan bahwa peran kader yang baik akan menyebabkan kunjungan ulang pasien gangguan jiwa menjadi rutin. Dukungan tenaga kesehatan atau kader kesehatan dikaitkan dengan faktor penguat, tenaga kesehatan memiliki peranan untuk memotivasi pasien gangguan jiwa untuk melakukan kunjungan berobat. Semakin baik motivasi yang diberikan dapat mempengaruhi minat pasien untuk melakukan kunjungan (Notoatmodjo, 2007).

Koefisien nilai  $\pi_{hitung}$  memiliki arah positif yang berarti bahwa semakin baik peran kader kesehatan jiwa, maka tingkat kunjungan pasien gangguan jiwa di Wilayah Kerja Puskesmas Galur II Kulon Progo Yogyakarta akan terus meningkat. Hal ini sesuai dengan penelitian Hutabarat (2008) yang menyatakan bahwa tidak adanya kader kesehatan yang melaksanakan perannya dengan baik maka akan mempengaruhi sikap seseorang menjadi negatif sehingga peran aktif



kader kesehatan merupakan salah satu faktor pendorong seseorang melakukan kunjungan ke puskesmas.

Peran kader kesehatan jiwa akan berpengaruh terhadap tingkat kunjungan pasien gangguan jiwa, peran kader kesehatan jiwa yang baik akan menjadikan kunjungan pasien akan terus meningkat, karena pasien memiliki kepercayaan yang tinggi dalam menilai tugas kader sehingga berdampak pada kunjungan pasien dan rasa percaya pada Puskesmas yang mengampu kader. Tetapi untuk pasien yang menilai peran kader kurang akan menjadikan tingkat kunjungan akan terus berkurang. Hal ini dapat berdampak pada kunjungan pasien berkurang, citra kader sebagai penggerak dan puskesmas sebagai pelayanan kesehatan masyarakat menjadi buruk dan sakit pasien akan menjadi bertambah parah. Hal ini menjelaskan bahwa kader kesehatan jiwa sangat dibutuhkan agar masyarakat lebih dekat dengan pelayanan kesehatan jiwa (Keliat, 2011).

## **SIMPULAN DAN SARAN**

### **Simpulan**

Peran kader kesehatan jiwa sebagian besar termasuk dalam kategori baik yaitu 17 orang (53,1%) sedangkan kunjungan pasien sebagian besar dalam kategori rutin sebanyak 18 orang (56,3%). Ada hubungan peran kader kesehatan jiwa dengan kunjungan pasien gangguan jiwa di Wilayah Kerja Puskesmas Galur II Kulon Progo Yogyakarta. Dibuktikan dengan uji *Kendall's Tau* diperoleh nilai  $\pi_{hitung}$  sebesar 0,356 dengan taraf signifikansi atau  $p = 0,031$  lebih kecil dari nilai  $\alpha = 0,05$  atau  $p < \alpha$ .

### **Saran**

Bagi kader diharapkan lebih aktif dalam memotivasi pasien agar mau melakukan kunjungan ke puskesmas. Sehingga minat kunjungan pasien yang tidak melakukan kunjungan mau melakukan kunjungan dan yang sudah melakukan kunjungan dapat tetap mempertahankan kunjungannya. Bagi peneliti selanjutnya diharapkan untuk mendapatkan data kunjungan pasien gangguan jiwa dengan data primer menggunakan kuesioner maupun observasi langsung untuk mengetahui jumlah kunjungan pada pasien gangguan jiwa dan mencari faktor yang paling dominan yang mempengaruhi kunjungan pasien gangguan jiwa ke puskesmas. Diharapkan buat penanggung jawab program kesehatan jiwa di puskesmas Galur II dapat meningkatkan pelayanan kesehatan, khususnya pelayanan kesehatan jiwa di masyarakat dengan memberdayakan kader yang sudah diberi pelatihan sebelumnya untuk meningkatkan kunjungan pasien gangguan jiwa dengan cara kunjungan rutin ke rumah pasien dan pemberian motivasi agar pasien yang belum melakukan kunjungan agar mau berkunjung ke puskesmas.

## **DAFTAR PUSTAKA**

- Depkes RI. (2008). *Profil Kesehatan Indonesia*, Jakarta.
- Kaplan. (2007). *Study Guide And Self-Examination Review In Psychiatry*. Lippincot Williams
- Keliat, BA. (1996). *Peran Serta Keluarga Dalam Perawatan Klien Gangguan Jiwa*, EGC, Jakarta.
- Keliat, BA, Helena & Farida. (2006). *Model IC CMHN Manajemen Kasus Gangguan Jiwa Dalam Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas*, Jakarta.

- Keliat, BA, Helena & Farida. (2011). *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas CMHN (Basic Corse)*, EGC, Jakarta.
- Natsir, M. (2008). Faktor- faktor yang mempengaruhi kunjungan warga masyarakat dalam pelayanan kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Palanro kabupaten Barru, *Jurnal Keperawatan Poltekes Parepare Makasar*. 1 (1). 63-69.
- Nirmala, AR. (2012). *Hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan berobat klien skizofrenia di Poliklinik GMO RSJ Prof. dr. HB Sa'anin Padang*. Skripsi tidak dipublikasikan, Univesitas Andalas, Padang.
- Notoatmodjo, S. (2003). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta.
- \_\_\_\_\_. (2007). *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*, Rineka Cipta, Jakarta.
- \_\_\_\_\_. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*, PT Rineka Cipta, Jakarta
- Pratiwi, I. (2011). *Faktor-Faktor Apakah yang Berhubungan dengan Kepatuhan Minum Obat Pada Pasien Skizofrenia di Poli Klinik RSJ Prof. Dr. HB Saanin Padang*, Skripsi tidak dipublikasikan, Universitas Andalas, Padang.
- Puspasari, A. (2002). *Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kinerja Kader Posyandu di Kota Sabang Propinsi Nanggroe Aceh Darusalam*, Skripsi tidak dipublikasikan, Institut Pertanian Bogor, Bogor.
- Sullinger, N.S. Relapse: what causes schizophrenic relaps, dalam Keliat,B.A, *Peran Serta Keluarga dalam Perawatan Klien Gangguan Jiwa* (hlm. 7-8). Jakarta. EGC.

