

Pengalaman Hidup Kader Kesehatan dalam Mendukung Proses *Recovery* di Melong Kota Cimahi

Mery Tania¹, Suryani², Tati Hernawaty³

¹Universitas BSI, merytania10592@gmail.com

²Universitas Padjadjaran, suryani@unpad.ac.id

³Universitas Padjadjaran, taty.hernawaty@unpad.ac.id

ABSTRAK

Kader kesehatan memiliki peran dalam penyediaan akses informasi dan pendidikan kesehatan, memberikan dukungan sosial, advokasi dari tindakan diskriminasi serta melakukan pemberdayaan atas kemampuan yang dimiliki ODGJ sehingga dapat hidup produktif dalam proses *recovery*. Sumber daya manusia yang berkualitas dapat meningkatkan kualitas hidup dan prognosis penyakit pada ODGJ. Tujuan penelitian ini yaitu untuk mengeksplorasi dan mendeskripsikan pengalaman hidup kader kesehatan dalam mendukung proses *recovery* pada ODGJ di Wilayah Kerja Puskesmas Melong Asih Kota Cimahi. Rancangan penelitian ini menggunakan deskriptif kualitatif dengan pendekatan fenomenologi deskriptif. Populasi dalam penelitian yaitu kader kesehatan. Jumlah partisipan ditentukan melalui *purposive sampling* sehingga didapatkan 6 partisipan yakni kader kesehatan yang berpendidikan minimal SMA, berpengalaman minimal 6 bulan dan kooperatif. Pengalaman kader kesehatan digali melalui wawancara mendalam dan metode Colaizzi (1978) digunakan untuk analisa data. Hasil penelitian diperoleh 6 tema yaitu obat membantu proses *recovery* ODGJ, tulus ikhlas penting dalam mendukung proses *recovery* ODGJ, perasaan takut dalam menghadapi ODGJ, hambatan kader dalam menangani stigma ODGJ, walaupun lelah tapi puas mendukung proses *recovery* dan pelatihan dibutuhkan untuk optimalisasi peran kader. Dua tema merupakan *new insight* dalam penelitian ini yaitu tulus ikhlas penting dalam mendukung proses *recovery* ODGJ dan walaupun lelah tapi puas mendukung proses *recovery*. Disimpulkan bahwa dalam mendukung proses *recovery* ODGJ peran dari kader kesehatan ikut terlibat. Pengalaman yang dirasakan kader kesehatan dalam mendukung proses *recovery* ODGJ merupakan gambaran perasaan, hambatan, dan harapan yang muncul dalam menjalankan perannya sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan di komunitas sehingga dapat meningkatkan derajat kesehatan terutama dalam mendukung proses *recovery* pada ODGJ.

Kata Kunci: *Orang Dengan Gangguan Jiwa, Pengalaman Kader Kesehatan, Proses Recovery*

ABSTRACT

Mental health cadres have a role in providing access to information and health education, providing social support, advocating of discriminatory actions and empowering the capabilities of ODGJ so as to live productively. Community mental health services require quality human resources to improve the quality of life and disease prognosis in people with mental illness. The purpose of the study was to explore life experiences and description of community health worker who responsibility in handling people with mental illness in the recovery process. This research design using descriptive qualitative with descriptive phenomenology approach. The population in the study were health cadres. The number of participants was determined through purposive sampling so that there were 6 participants namely health cadres with at least high school education, at least 6 months of experience and cooperating. Health cadre experiences were explored through in-depth interviews and the Colaizzi (1978) method was used for data analysis. The research results obtained 6 themes, namely medicine to help the ODGJ recovery process, sincere importance in supporting the ODGJ recovery process, fear in dealing with ODGJ, cadre obstacles in dealing with ODGJ stigma, although tired but satisfied supporting the recovery process and training needed to optimize the role of cadres. Two themes are new insights in this study, namely sincerity is important in supporting the ODGJ recovery process and although tired but satisfied, supports the recovery process. It was concluded that in supporting the ODGJ recovery process the role of health cadres was involved. Experience experienced by health cadres in supporting the ODGJ recovery process is a description of feelings, obstacles, and

expectations that arise in carrying out their role as the spearhead of health services in the community so that they can improve their health status, especially in supporting the recovery process in ODGJ.

Keyword: People With Mental Disorders, Community Mental Workers Experience, Recovery Process.

Naskah diterima: 5 Januari 2019, direvisi: 3 April 2019, dipublikasi : 15 April 2019

PENDAHULUAN

Kontekstual penelitian ini berdasarkan pengalaman peneliti selama melakukan *field experience*. Hasil wawancara kepada salah satu kader kesehatan bernama Ny.R menceritakan bahwa selama menjalani tugasnya sebagai seorang kader kesehatan Ny.R banyak mendapatkan pengalaman baik yang menyenangkan ataupun yang kurang menyenangkan. Beberapa hambatan dialami Ny.R dalam membantu warganya tersebut, dimulai dari penerimaan keluarga klien yang tidak ingin orang lain ikut campur dalam masalah kesehatan anggota keluarganya karena mereka beranggapan bahwa masalahnya itu adalah aib bagi keluarganya bahkan Ny. R pun sempat dimarahi oleh anggota keluarga tersebut. Ny. R mengalami kesulitan untuk memberi pengarahan karena merasa belum memiliki pengetahuan yang cukup serta keluarga klien pun sulit untuk diajak kerjasama. Ny. R pun mengatakan di lingkungan tempat tinggalnya stigma terhadap orang dengan gangguan jiwa masih cukup tinggi.

Kader kesehatan masyarakat adalah laki-laki atau wanita yang dipilih oleh masyarakat dan dilatih untuk menangani masalah-masalah kesehatan perorangan maupun masyarakat serta untuk bekerja dalam hubungan yang amat dekat dengan tempat-tempat pemberian pelayanan kesehatan (WHO, 1995). Tantangan terbesar untuk penanganan masalah gangguan jiwa terletak pada keluarga dan masyarakat. Masyarakat tidak hanya bertugas membawa anggota keluarga ke rumah sakit jiwa jika ada yang menderita gangguan jiwa, tetapi juga aktif untuk menerima penderita setelah pulang dari rumah sakit jiwa, melibatkannya dalam kegiatan masyarakat, dan hal yang paling penting memantau perilakunya. Kader kesehatan merupakan salah satu ujung tombak peran masyarakat dalam perawatan ODGJ di rumah perlu ditingkatkan pengetahuan dan keterampilannya sehingga peran mereka lebih sesuai dengan tujuan perawatan ODGJ (Moersalin, 2009). Berpedoman dari pernyataan WHO mengenai pelayanan terhadap masalah kesehatan jiwa. Pelayanan kesehatan jiwa saat ini

tidak lagi difokuskan dalam upaya penyembuhan klien gangguan jiwa saja, tetapi juga pada upaya promosi kesehatan jiwa dan pencegahan dengan sasaran selain klien gangguan jiwa. Klien dengan penyakit kronis dan individu yang sehat juga menjadi sasaran dalam upaya preventif (Stuart, 2016). Upaya ini tidak hanya dilakukan oleh tenaga kesehatan tetapi juga dengan pemberdayaan masyarakat melalui kegiatan memberikan pemahaman, menumbuhkan kesadaran dan kepedulian masyarakat terhadap masalah kesehatan jiwa di komunitas (Winahayu, Keliat, & Wardani, 2014).

Pemulihan merupakan suatu proses interaksional yang dinamis dan berkelanjutan antara kekuatan, kelemahan, sumber daya lingkungan, dan lain-lain. Bagaimana individu mengatasi tantangan setiap harinya, untuk mandiri dan berkontribusi terhadap masyarakat serta adanya harapan, keyakinan, dan kekuatan pribadi dalam menentukan nasibnya sendiri (Suryani, 2013). Dalam proses *recovery* orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) membutuhkan kerjasama dengan masyarakat seperti kader dan tokoh masyarakat. Kader berperan sebagai salah satu pelaku utama dalam program pengembangan dan pemberdayaan masyarakat (Winahayu, Keliat, & Wardani, 2014).

Kader kesehatan jiwa memiliki beberapa tugas seperti menemukan kemungkinan kasus gangguan jiwa, mengelompokkan mereka di antara masyarakat, mengunjungi rumah mereka, merujuk mereka ke puskesmas, memotivasi dan pelaporan ke Puskesmas (Keliat dkk, 2011). Berdasarkan studi pendahuluan di Dinas Kesehatan Kota Cimahi, didapatkan data bahwa dari tahun ketahun penderita gangguan jiwa terus meningkat. Data terakhir tahun 2017 tercatat 492 pasien dengan gangguan jiwa yang terbagi di beberapa puskesmas wilayah kota cimahi. Salah satu puskesmas yang tercatat memiliki kasus terbanyak penderita dengan gangguan jiwa yakni Puskesmas Kelurahan Melong (puskesmas melong asih dan puskesmas melong tengah) sebanyak 62 pasien.

Hasil observasi saat peneliti melakukan *Field Experience* di salah satu RW di Kelurahan Melong didapatkan data bahwa kader kesehatan di wilayah tersebut hanya melaksanakan tugas seperti posyandu, posbindu dan pendataan kesehatan di wilayahnya padahal, kasus gangguan jiwa di wilayah tersebut cukup banyak. Kader kesehatan seringkali mengingatkan anggota keluarga untuk senantiasa mengawasi kondisi ODGJ dan segera membawa ke rumah sakit ketika menunjukkan kekambuhan. Namun demikian, peneliti juga menemui bahwa kader-kader kesehatan tersebut hanya bisa memberikan himbauan kepada keluarga untuk membawa ODGJ ke rumah sakit jika mengalami kekambuhan, mereka tidak memiliki pengetahuan tentang bagaimana cara-cara pencegahan kekambuhan ODGJ. Para kader di Kelurahan Melong belum mendapatkan pelatihan khusus mengenai kesehatan jiwa oleh karena itu, mereka menangani masalah kesehatan yang ada di wilayahnya dengan kemampuan yang mereka miliki seperti menenangkan warga yang mengamuk dengan mengikatnya dan merujuk warga tersebut ke rumah sakit jiwa.

Berdasarkan uraian diatas peneliti mencoba untuk mendapatkan gambaran yang lebih mendalam mengenai “Pengalaman Hidup Kader Kesehatan Dalam Mendukung Proses *Recovery* ODGJ di Wilayah Melong Kota Cimahi” dengan menggunakan desain penelitian kualitatif *phenomenology*.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mendeskripsikan pengalaman hidup kader kesehatan dalam mendukung proses *recovery* di wilayah Melong Kota Cimahi.

KAJIAN LITERATUR

Peran Kader Kesehatan

Kader kesehatan yaitu tenaga yang berasal dari masyarakat, yang dipilih oleh masyarakat sendiri dan bekerja secara sukarela untuk menjadi penyelenggara di Desa Siaga (Fallen & Budi, 2010). Hal ini di perkuat oleh WHO (2007) dimana petugas kesehatan masyarakat (kader) harus menjadi anggota masyarakat tempat mereka bekerja, dipilih oleh masyarakat, harus bertanggung jawab kepada masyarakat untuk kegiatan mereka dan harus didukung oleh sistem kesehatan namun belum tentu menjadi bagian dari organisasinya, dan memiliki lebih pendek pelatihan dari pada pekerja profesional.

Peran kader kesehatan diantaranya pemberi pendidikan kesehatan, penyedia layanan kesehatan (Posyandu dan Posbindu) dan pemberi dukungan pada masyarakat (Lehmann & Sanders, 2007). Hal yang sama pun dijelaskan dalam penelitian Lehmann dan Gilson (2012) kader juga membantu masyarakat dalam menentukan tindakan penanganan kesehatan yang sesuai dengan keluhan yang dirasakan pada waktu yang tepat.

Recovery

Recovery merupakan proses yang harus di lewati semua orang dengan gangguan jiwa. Hal ini pun diungkapkan oleh Green (2004) dalam Rahmawati (2015) bahwa *recovery* merupakan proses yang dinamis dari individu dalam mencapai dan mempertahankan kesejahteraan dalam kehidupannya, sadar bahwa gangguan mental yang dialami berdampak pada diri sendiri dan lingkungan, kemudian individu tersebut berjuang sampai pada suatu titik dan pada akhirnya individu tersebut pulih seperti orang yang tidak memiliki masalah kesehatan mental. Sejalan dengan penelitian Ware *et al* (2008) *recovery* merupakan proses dimana seseorang mampu untuk hidup, bekerja, belajar dan berpartisipasi secara penuh dalam komunitasnya sehingga berimplikasi terhadap penurunan atau pengurangan gejala secara keseluruhan. *Recovery* pun merupakan suatu proses perjalanan mencapai kesembuhan dan tranformasi yang memampukan seseorang dengan gangguan jiwa untuk hidup bermakna di komunitas yang dipilihnya dalam mencapai potensi yang dimilikinya (USDHHS, 2006).

Faktor-faktor yang mempengaruhi prose *recovery* ODGJ

Menurut Suryani (2018) faktor keberhasilan ODGJ dalam menjalankan proses *recovery* terdiri dari faktor internal dan faktor eksternal. Hal ini diperkuat oleh penelitian yang dilakukan Onken *et al* (2007) dimana teridentifikasi empat dimensi yang mempengaruhi proses *recovery* yakni, faktor internal, perawatan mandiri, factor eksternal, dan pemberdayaan.

Faktor internal yang diungkapkan dalam penelitian Onken *et al* (2007) diperkuat oleh penelitian yang dilakukan oleh Repper, Perkins, Shepherd, dan Boardman (2011) yakni faktor-faktor yang membantu ODGJ dalam keberhasilan proses *recovery* adalah harapan (*hope*),

kesempatan dengan wawasan yang dimiliki, dan kontrol.

Faktor eksternal keberhasilan proses *recovery* disampaikan oleh Onken *et al* (2007) yakni keterkaitan hubungan dengan orang lain, dukungan yang diberikan oleh keluarga, teman dan tenaga kesehatan serta memiliki orang – orang yang yakin akan proses pemulihan yang dilakukan. Hal ini diperkuat oleh penelitian Mancini (2007) yang didapatkan hasil bahwa faktor-faktor yang berkontribusi terhadap keberhasilan proses *recovery* yaitu ODGJ mampu melakukan aktifitas yang bermakna, mempunyai dukungan yang kuat dari tenaga kesehatan dan teman sebaya dan mempunyai berbagai macam alternative layanan pengobatan serta mempunyai ketahanan diri selama proses *recovery* terjadi.

Peran Kader Kesehatan Jiwa dalam Proses Recovery ODGJ

Dalam proses *recovery* orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) membutuhkan kerjasama dengan masyarakat seperti kader dan tokoh masyarakat. Kader berperan sebagai salah satu pelaku utama dalam program pengembangan dan pemberdayaan masyarakat (Winahayu, Keliat, & Wardani, 2014). Hal ini diperkuat oleh penelitian Brownstein, Hirsch, Ronsentbal dan Rush (2011) kader kesehatan dalam proses *recovery* memiliki peran dalam penyediaan akses informasi dan pendidikan kesehatan sesuai dengan kebutuhan, memberikan dukungan sosial (*peer support*), advokasi dari tindakan diskriminasi serta melakukan pemberdayaan atas kemampuan yang dimiliki ODGJ sehingga dapat hidup dengan kondusif.

METODE PENELITIAN

Rancangan (*design*) penelitian ini adalah penelitian deskriptif kualitatif untuk menggali dan memahami makna yang terjadi pada kader kesehatan (Creswell, 2010). Partisipan penelitian berjumlah 6 orang yang berada di wilayah Melong Kota Cimahi dengan mempergunakan teknik *snowball sampling*. Wawancara mendalam dilakukan dan dihentikan setelah mencapai saturasi data.

PEMBAHASAN

Hasil Penelitian

Jumlah partisipan yang berpartisipasi pada penelitian ini sebanyak 6 orang. Partisipan seluruhnya berjenis kelamin perempuan. Tingkat pendidikan partisipan bervariasi mulai dari SMA

sederajat sampai Sarjana dan selain menjadi seorang kader kesehatan sebagian besar kader bekerja sebagai Ibu Rumah Tangga (IRT) hanya 1 orang yang bekerja di Kantor Kelurahan Melong. Lama menjadi kader dari 6 partisipan berkisar dari 2-10 tahun.

Partisipan 1 (P1)

Ny. Ho berusia 60 tahun, alamat Melong Asih RW. 10, seorang ibu rumah tangga, agama islam, suku sunda dan sudah menikah. Ny. Ho merupakan kader kesehatan yang sudah menjalankan perannya selama 10 tahun dan kini memegang program Posyandu. Selain tugasnya sebagai pemegang program Posyandu Ny. Ho pun ikut menangani kasus ODGJ yang terjadi diwilayahnya. Terdapat 3 kasus ODGJ diwilayahnya dan Ny. Ho dipercaya oleh masyarakat untuk membantu menangani ODGJ tersebut bersama tokoh masyarakat lainnya.

Pertama kali Ny. Ho menangani kasus ODGJ adalah membantu satu keluarga yang memiliki ODGJ yang berusia remaja. Ny. Ho mengungkapkan perasaan cemas karena ODGJ sering berkeliaran atau berjalan-jalan sendiri dilingkungan rumahnya yang kebetulan merupakan tetangga dari Ny. Ho. Perasaan cemas yang dirasakan Ny. Ho yaitu ketika ODGJ diganggu oleh orang-orang sekitar salah satunya pedagang keliling yang sering kali terlihat oleh Ny. Ho mengganggu ODGJ tersebut. Ny. Ho merasa perannya sebagai kader tidak hanya melaksanakan posyandu tetapi juga harus menjaga warga sekitarnya dari hal-hal yang merugikan terutama saat melihat ODGJ tersebut diganggu oleh pedagang keliling Ny. Ho menegur pedagang tersebut dan membawa pulang ODGJ ke rumahnya sekaligus menjelaskan kepada keluarga untuk menjaganya agar tidak keluar rumah seorang diri. Hal yang membuat Ny. Ho merasa kecewa, sedih dan kesal yaitu respon keluarga yang menganggap Ny. Ho ikut campur masalah keluarga mereka dan mereka tidak ada rasa khawatir jika terjadi sesuatu terhadap anggota keluarganya. Walaupun begitu Ny. Ho tetap memantau ODGJ tersebut jika sedang berjalan-jalan disekitar rumah.

Selain itu perannya terhadap ODGJ yang ada di wilayahnya lebih banyak memberikan pendidikan kesehatan terutama dalam hal pengobatan walaupun dengan pengetahuan Ny. Ho yang seadanya karena belum pernah mendapatkan pelatihan atau pun seminar mengenai masalah gangguan jiwa. Dalam perannya Ny. Ho

membantu ODGJ dari mulai membawanya ke Puskesmas sampai dirujuk ke Rumah Sakit Jiwa. Pasca di rawat di RSJ, kader membantunya agar dapat menjalani kegiatan sehari-harinya dengan optimal yakni mengajak ODGJ melakukan kegiatan-kegiatan dimasyarakat tapi, masih dalam pantauan kader.

Saat ini Ny. Ho mengungkapkan masih ada rasa takut dalam dirinya dalam menangani ODGJ tapi partisipan mencoba mengatasi ketakutannya sendiri dengan berfikir positif dan berharap semuanya bisa menjadi amal. Sampai pada akhirnya 1 ODGJ mampu mendirikan usaha kecil-kecilan dirumahnya.

Partisipan 2 (P2)

Ny. I merupakan rekomendasi yang diberikan oleh Ny. Ho yang dianggap sama memiliki pengalaman dalam membantu proses penyembuhan ODGJ dan juga Ny. I tinggal di wilayah yang terdapat sekitar 3 ODGJ. Ny. I berusia 46 tahun, seorang ibu rumah tangga, beragama islam, suku sunda, dan sudah menikah. Ny. I tinggal di RT 07 RW 26 dan pernah menangani sekitar 3 ODGJ yang merupakan tetangga dan keluarga partisipan. Ny. I belum mendapatkan pelatihan spesifik terkait penanganan masalah kejiwaan tapi, selama menjalankan perannya kurang lebih 10 tahun partisipan sudah membantu dalam menangani kasus ODGJ. Ny. I membantu dalam pengobatan ODGJ mulai dari transportasi dan biaya rumah sakit. Sampai pada akhirnya kembali ke masyarakat Ny. I pun ikut dalam membantu proses pemulihan ODGJ tersebut dengan selalu mengajak dalam kegiatan-kegiatan yang diadakan oleh RW.

Awalnya Ny. I dipilih menjadi seorang kader kesehatan karena dianggap bisa membantu suaminya yang kebetulan merupakan ketua RT. Ny. I menceritakan pengalamannya sebagai kader kesehatan dimana dulu setiap melakukan pendataan sering tidak diterima oleh warga sekitar karena dianggap kader itu bertugas untuk menjual abate (obat penghilang jentik nyamuk). Walaupun Ny. I dianggap seperti itu tidak membuatnya patah semangat, Ny. I tetap berusaha agar warga mau menerima perannya sebagai kader yang bukan hanya menjual abate. Dalam kaitannya dengan pengalaman Ny. I terhadap ODGJ, Ny. I pernah menghadapi ODGJ yang mengalami amuk sampai membawa senjata tajam dan mengancam Ny. I. Pada saat kejadian itu Ny. I mencoba menenangkan ODGJ tersebut

tapi, tidak bisa dan pada akhirnya meminta bantuan kepada warga lain untuk menenangkan ODGJ tersebut dengan cara mengikatnya. Ny. I dan warga membawa ODGJ tersebut ke RSJ dengan harapan mendapatkan penanganan yang baik dan dapat membuat ODGJ tersebut pulih kembali. Ny. I membantu pemulihan ODGJ yang ada dilingkungannya dengan mengajak mereka dalam kegiatan-kegiatan yang diadakan RW dan juga sering menanyakan kondisi terkini dari ODGJ tersebut. Ny. I pun selalu mengingatkan keluarga untuk tidak lupa mengambil obat jika telah habis dan menjelaskan gejala-gejala yang akan muncul jika putus obat.

Partisipan 3 (P3)

Ny. E berusia 56, ibu rumah tangga, agama islam, suku sunda dan sudah menikah. Ny. E merupakan kader kesehatan yang sudah menjalankan perannya selama 2 tahun dan kini memegang program Posbindu. Selain tugasnya sebagai pemegang program Posbindu Ny. E pun ikut menangani kasus ODGJ yang terjadi diwilayahnya.

Ny. E menceritakan pada awalnya masih takut untuk menjelaskan kepada keluarga ODGJ tersebut bahwa salah satu anggota keluarganya terlihat gejala-gejala yang menunjukkan bahwa mengalami gangguan jiwa karena Ny. E takut keluarganya tersinggung. Selain itu, Ny. E menjelaskan beratnya beban sebagai kader yang harus mengurus masalah-masalah kesehatan yang terjadi dimasyarakat. Kader juga harus melakukan dokumentasi seluruh kegiatan yang dilakukan yang menurut Ny. E sedikit mengganggu kegiatannya sehari-hari yang kadang membuat kerjaan rumah tidak selesai. Ny. E dipilih sebagai kader kesehatan karena sebelumnya pernah menjadi kader kesehatan juga di RW 17 yang pada awalnya Ny. E kurang setuju dengan keputusan itu.

Partisipan 4 (P4)

Ny. He berusia 45 tahun, alamat Melong Asih RT. 02 RW. 26, ibu rumah tangga, agama islam, suku jawa dan sudah menikah. Ny. He merupakan kader kesehatan yang sudah menjalankan perannya selama 3 tahun dan kini menjalani tugasnya sebagai bendahara kader kesehatan sekaligus membantu program Posyandu. Ny. He menceritakan pengalamannya selama menjadi kader kesehatan banyak hal yang dialami terutama dalam mendukung proses pemulihan ODGJ.

Ny. He pernah mengalami kejadian yang kurang menyenangkan saat awal-awal menjadi kader kesehatan yakni pernah dikejar-kejar oleh ODGJ dengan membawa senjata tajam yang pada akhirnya ODGJ tersebut diamankan oleh RT dan warga sekitar. Hal tersebut membuat Ny. He merasa takut dalam menangani ODGJ. Selain itu, Ny. He mengungkapkan rasa lelah menjadi seorang kader kesehatan karena banyak tugas yang harus dikerjakan sedangkan Ny. He memiliki keluarga yang terkadang sering terlupakan jika sedang ada tugas. Ny. He merasa perannya sebagai kader terutama dalam membantu proses pemulihan ODGJ diantaranya mengingatkan keluarga untuk menebus obat jika obatnya habis dan membujuk ODGJ ikut dalam kegiatan-kegiatan yang diadakan RW dengan pantauan kader.

Partisipan 5 (P5)

Ny. N berusia 55 tahun, seorang kader kelurahan, beragama islam, dan sudah menikah. Ny. N merupakan kader kesehatan yang sudah menjalankan perannya selama 13 tahun. Ny. N menceritakan pengalamannya dari awal dipilih menjadi kader kesehatan karena keinginannya sendiri. Ny. N menganggap menjadi seorang kader kesehatan merupakan tugas yang mulia sekaligus menjadi ladang amal.

Ny. N pernah membantu ODGJ dari awal dibawa ke Puskesmas sampai harus dirujuk ke RSJ. Selain itu Ny. N pun membantu mengurus kartu jaminan kesehatan masyarakat bagi warga yang membutuhkan. Ny. N merasa kegiatan apa lagi yang bisa dilakukan diusia sekarang kalau bukan banyak-banyak menolong orang lain. Walaupun pada awalnya banyak warga yang beranggapan bahwa kader kesehatan seperti orang yang meminta sumbangan dengan menjual abate tapi, Ny. N tidak memperdulikannya dan masih tetap berusaha menjalankan perannya sebagai kader kesehatan dengan baik. Selain itu juga Ny. N aktif dalam program di kelurahan dalam menangani masalah anak gelandangan.

Partisipan 6 (P6)

Partisipan ke 6 merupakan rekomendasi dari Ny. N karena memiliki pengalaman yang sama dalam hal menangani ODGJ. Ny. D berusia 50 tahun, ibu rumah tangga, beragama islam dan sudah menikah. Ny. D menceritakan pengalamannya selama menjadi kader kesehatan banyak suka dan duka yang dirasakan. Ny. D sudah menjadi kader kesehatan selama 10 tahun, diwilayah nya

terdapat 2 ODGJ yang dari awal gejala muncul Ny. D yang membantu keluarga dalam penanganannya. Ny. D membawa ODGJ tersebut ke RSJ untuk diberikan penanganan. Setelah kembali dari RSJ Ny. D membantu ODGJ agar mempunyai kegiatan yakni dengan mengikut sertakan dalam kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan diwilayahnya misalkan, pengajian dan kerja bakti.

Ny. D belum pernah mendapatkan pelatihan tentang gangguan jiwa. Ny.D mengungkapkan bahwa memberikan penjelasan kepada keluarga dan ODGJ dari pengetahuan yang pernah sedikit didapat dari penjelasan perawat pemegang program jiwa di Puskesmas. Ny. D berharap bisa mengikuti pelatihan sehingga dapat membantu ODGJ dengan baik dan sesuai kebutuhan.

Pembahasan

Dari hasil analisis colaizzi, diperoleh 6 tema, diantaranya sebagai berikut.

Kader berperan dalam mengingatkan keluarga tentang obat-obatan ODGJ.

Pada tema ini 4 dari 6 partisipan mengungkapkan bahwa menurut pengalaman kader klien kambuh jika tidak minum obat, minum obat dengan rutin pasien akan sedikit demi sedikit membaik dan kader sudah melakukan berbagai upaya agar obat tetap optimal bagi klien sehingga tidak berdampak buruk.

Menurut Keliat, *et al* (2011) dalam proses pemulihan digunakan obat antipsikotik untuk mengatasi gejala psikotik (perubahan perilaku, agitasi, agresif, sulit tidur, halusinasi, waham, dan proses pikir kacau). Obat-obatan dapat mengontrol sebagian besar gejala psikologis pada pasien gangguan jiwa. Obat-obat gangguan jiwa dapat menurunkan frekuensi dan tingkat keparahan gejala-gejala psikotik (Richard dan Susan, 2010).

Menurut Nevid, *et al* (2005) konsumsi obat-obatan antipsikotik secara teratur setelah atau saat pemeliharaan periode akut dapat membantu mengendalikan pola perilaku yang lebih mencolok pada skizofrenia dan mengurangi kebutuhan untuk lamanya perawatan Rumah Sakit. Dalam penelitian ini partisipan P3 mengungkapkan bahwa menganjurkan pasien untuk konsumsi obat secara rutin agar tidak terjadi hal yang lebih parah, berikut salah satu ungkapan pernyataannya:

P2.9”.... diobatin kata saya tuh gitukan emm sedikit-sedikit diobatin mah..... sedikit-sedikit

jadikan tau jadi bisa sembuh supaya kalau ga diobatin mah suka ngamuk-ngamuk kan kalau udah diobatin mah sekarang udah agak mendingan....”.

Tulus ikhlas penting dalam mendukung proses pemulihan ODGJ

Tema tulus ikhlas penting dalam mendukung proses pemulihan ODGJ diungkapkan partisipan 1,2,3,4,dan 6 selaku kader kesehatan. Berdasarkan analisa dan membaca transkrip partisipan yang berulang-ulang peneliti menghayati dari informasi tersebut bahwa tema ini cukup penting untuk diangkat. Selain itu, belum ada hasil penelitian sebelumnya yang melaporkan tentang tema tulus ikhlas penting dalam mendukung proses pemulihan ODGJ. Hal ini menjadi temuan yang merupakan *new insight* pada penelitian ini. Sejalan dengan penelitian Aryani (2017), yakni diperlukan pendidikan dan keterampilan khusus agar dapat menangani ODGJ. Namun selain pendidikan dan keterampilan khusus, diperlukan juga “Ketulusan, Kesabaran, dan rasa mengasihi”. Partisipan 1 dan 6 mengungkapkan rasa ikhlas dan tulus karena perannya sebagai pengurus demi masyarakat, berikut pernyataannya:

P1.24”.... soalnya kan ini demi masyarakat namanya juga kan harus gitu kalau pengurus kan harus gitu harus tulus, jangan pamrih...”

Dalam artikel Madani (2011) Ikhlas adalah tulus dan bersih. Adapun menurut istilah, ikhlas adalah mengerjakan sesuatu kebaikan dengan semata-mata mengharap ridha Allah SWT. Ciri-ciri dari tulus ikhlas yakni tidak mengharap imbalan apapun dari manusia, tidak merasa terpaksa atau terbebani dalam melakukan suatu pekerjaan, mengerjakannya dengan sepenuh hati dan sungguh-sungguh, tidak karena ingin dipuji atau disanjung oleh pihak lain dan melakukan dengan penuh pengabdian (Madani, 2011). Kader kesehatan adalah seorang yang karena kecakapannya atau kemampuannya diangkat, dipilih dan atau ditunjuk untuk memimpin pengembangan layanan kesehatan disuatu tempat atau desa. Setiap warga kelurahan setempat laki-laki maupun perempuan yang bisa membaca dan menullis huruf latin, mempunyai waktu luang, memiliki kemampuan dan mau bekerja sukarela dengan tulus ikhlas bisa menjadi kader (Rahayu, 2010).

Takut dalam menghadapi ODGJ

Dalam penelitian ini 4 dari 6 partisipan mengungkapkan bahwa kader merasa takut dalam menghadapi ODGJ. Takut merupakan suatu mekanisme pertahanan hidup dasar yang terjadi sebagai respon terhadap suatu stimulus tertentu, seperti rasa sakit atau ancaman bahaya. Adapun ketakutan suatu tanggapan emosi terhadap ancaman (Wikipedia, 2018). Hasil analisa dari beberapa pernyataan partisipan menggambarkan rasa takut yang dirasakan kader dalam mendukung proses pemulihan pada ODGJ, berikut pernyataannya:

P2.14”...ibu mah takut soalnya suka bawa-bawa golok itu mah kalau lagi parah..”

Hasil penelitian Subu, Waluyo, Edwin, Priscilla, dan Aprina (2017) tentang stigma, stigmasasi, perilaku kekerasan dan ketakutan di antara ODGJ di Indonesia: *Penelitian Constructivist Grounded Theory* mendukung pernyataan yang diungkapkan partisipan pada penelitian ini dimana adanya hubungan erat antara perasaan ketakutan oleh orang lain terhadap ODGJ mendapat label berbahaya. Sebaliknya juga terdapat hubungan erat antara perilaku kekerasan yang dialami oleh ODGJ dengan perasaan takut di antara mereka. Perasaan ketakutan dikalangan masyarakat pada ODGJ terutama karena label perilaku kekerasan terkait dengan perasaan ketakutan masyarakat (Subu, Waluyo, Edwin, Priscilla & Aprina, 2017). Perasaan khawatir (takut) akan keselamatan diri disebabkan oleh adanya beberapa penderita gangguan jiwa yang menunjukkan kecenderungan untuk berperilaku yang membahayakan, misalnya membawa senjata tajam saat berkeliling kampung atau penderita gangguan jiwa yang memiliki riwayat kekerasan seperti tindakan pembunuhan (Putri dkk, 2013).

Hambatan yang Dialami Kader Terkait Stigma tentang ODGJ

Tema ini muncul karena hampir semua partisipan mengungkapkan hambatan yang dirasakan terutama pada keluarga dan masyarakat tidak mau terbuka kepada kader tentang masalah kesehatan anggota keluarganya yang merupakan dampak dari stigma negatif yang dialami. Menurut Agusno (2011) mengatakan akar permasalahan pada kesehatan jiwa berasal dari tiga inti pokok. Pertama adalah pemahaman masyarakat yang kurang mengenai gangguan jiwa, kedua adalah stigma mengenai ODGJ yang

berkembang di masyarakat dan terakhir tidak meratanya pelayanan kesehatan jiwa. Masyarakat yang memiliki stigma negatif terhadap ODGJ cenderung menghindari dan tidak mau memberikan bantuan sehingga mempersulit dalam proses *recovery* (Mestagh & Hansen, 2013). Hal ini dijelaskan juga dalam Kompas (2008) bahwa perilaku keluarga dan masyarakat dalam penanganan ODGJ pada kenyataannya ada yang dirujuk ke Rumah Sakit Jiwa atau tetap tinggal bersama keluarga. Keluarga memiliki beberapa alasan untuk merawat ODGJ di rumah, yaitu faktor utamanya adalah masyarakat tidak tahu bahwa ODGJ dapat diobati, keluarga merasa malu karena memiliki anggota keluarga dengan ODGJ dan keluarga tidak memiliki biaya untuk memeriksakan ODGJ ke pelayanan kesehatan. Seringkali ODGJ mendapatkan stigma dari lingkungan bahkan keluarga nya pun ikut mengalami stigma.

Keluarga yang memiliki ODGJ akan selalu mendapatkan perlakuan yang kurang baik dari lingkungan sekitar. Perlakuan yang seperti inilah yang dapat memperparah kondisi ODGJ tersebut sehingga membuat keluarga acuh dan tidak peduli padahal ODGJ sangat membutuhkan dukungan dari keluarga untuk membantu proses penyembuhan penyakitnya (Nasriati, 2017). Sekaligus menjadi hambatan utama kader kesehatan dalam menjalankan perannya di masyarakat. Stigma yang negatif akan berdampak pada kurangnya dukungan yang diberikan oleh keluarga sehingga keluarga melakukan tindakan pemasangan pada ODGJ. Jumlah tenaga kesehatan yang bertanggung jawab menangani ODGJ masih minim terutama terjadi di daerah-daerah terpencil sehingga faktanya masih ada keluarga yang memilih menggunakan metode pasung dan peran kader kesehatan pun belum bisa optimal dalam mencegah tindakan diskriminasi yang dilakukan keluarga dan masyarakat.

Walaupun lelah tapi merasa puas dalam mendukung proses recovery ODGJ

Tema walaupun lelah tapi merasa puas dan senang dalam mendukung proses *recovery* ODGJ merupakan ungkapan perasaan seluruh partisipan dimana tema tersebut dibagi menjadi 2 sub tema yakni: merasa lelah dalam menjalankan tugas, merasa puas dan senang dengan upaya yang dilakukan sekaligus mendapatkan kesempatan mendukung proses pemulihan. Setiap subtema

dianalisa dari beberapa pernyataan yang diungkapkan hampir sebagian partisipan.

Kader tidak hanya memiliki satu peran dalam masyarakat. Kader kesehatan menjalankan berbagai tugas yakni sebagai kader lansia, kader PKK dan juga ikut berperan sebagai kader kesehatan jiwa. Banyak dari kader tersebut juga merupakan ibu rumah tangga yang harus mengurus kebutuhan keluarganya (Putri dkk, 2013). Kesulitan membagi waktu menjadi salah satu hambatan yang disebutkan oleh para partisipan, berikut pernyataannya:

P4.14 "...pasti ada neng cape, kesel sampe ke keluarga sendiri ditinggal gitu yaa..."

Gangguan jiwa yang dialami warga menuntut perhatian penuh dari kader kesehatan. Beban berat harus ditanggung oleh kader yang bahkan kerap kali membuat dirinya tertekan. Kader tersebut disatu sisi harus mendukung penanganan ODGJ sesuai dengan ketentuan. Namun disisi lain, kader tersebut menerima perlakuan yang tidak baik dari keluarga maupun masyarakat yang menganggap membela penderita gangguan jiwa (Putri dkk, 2013). Perasaan terbebani dirasakan oleh kader terkait permasalahan pasien yang harus mereka tangani, harus membagi waktu untuk membantu pasien gangguan jiwa, dan menumbuhkan motivasi untuk bekerja secara sukarela. Kader yang menangani perasaan tertekan yang berpengaruh pada kehidupan sehari-hari (Figley, 2002). Dengan tugas yang banyak dilakukan oleh kader muncul rasa lelah yang terkadang datang jika tugasnya sebagai kader merasa terlalu berat.

Sebaliknya perasaan lelah yang dirasakan partisipan (kader) dalam penelitian ini tidak membuat mereka merasa sangat terbebani bahkan partisipan merasa walaupun lelah dengan tugas yang banyak karena merangkapnya peran sebagai kader dan perlakuan keluarga pasien yang tidak baik muncul perasaan senang dan puas atas kegiatan yang mereka laksanakan. Pernyataan diatas terlihat dalam ungkapan partisipan berikut:

P4.15 "...tapi kepuasan sendiri ajalah jadi kadernya bisa bercanda-canda gitu kalau kumpul-kumpul..."

P4.17 "...ngerasa kalau bantuan yang kita berikan itu bermanfaat buat dia ada rasa puas yang susah diungkapin sama kata-kata yang dirasain tuh neng... itu alasannya kenapa saya

masih tetap bertahan menjadi kader kesehatan sampai sekarang...”

Hasil temuan ini juga merupakan *new insight* selain tema tulus ikhlas penting dalam mendukung proses *recovery*. Hal ini akan menjadi tamahan ilmu pengetahuan terkait peran kader. Penelitian Simanjuntak, Amanah, Tjitropranoto dan Harijati (2013), menerangkan bahwa terdapat hubungan positif sangat nyata antara kinerja kader dengan keberhasilan program dan kegiatan, pada akhirnya keberhasilan tersebut akan mendorong peningkatan kinerja kepada sasaran. Disisi lain, faktor internal dan eksternal dari kader kesehatan dapat mempengaruhi kepuasan kerjanya. Selain merasa puas karena kinerja yang telah dilakukan kader kesehatan dalam pernyataan partisipan penelitian ini pun merasa puas dan senang karena dapat berkontribusi sebagai kader sehingga mendapatkan ilmu baru dan dapat bekerjasama dengan teman kader lainnya.

Pelatihan dibutuhkan untuk optimalisasi kerja kader

Tema pelatihan dibutuhkan untuk optimalisasi kerja kader hampir diungkapkan oleh seluruh partisipan karena dianggap penting. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Isnawati dan Yunita (2018) tentang pengaruh pelatihan kader jiwa terhadap jumlah kunjungan lansia di desa karangbong kecamatan pajarakan kabupaten probolinggo dengan jumlah sampel 25 kader jiwa didapatkan hasil bahwa terdapat pengaruh pelatihan kader jiwa terhadap jumlah kunjungan lansia di desa Karangbong, Pajarakan dengan nilai p value sebesar 0,000. Hasil penelitian tersebut didukung oleh Evita (2009) bahwa pengetahuan, keterampilan, dan kepatuhan kader dalam kegiatan meningkat ketika kader telah mengikuti pelatihan dibandingkan kader yang tidak mengikuti pelatihan.

Pelatihan kader merupakan salah satu upaya dalam meningkatkan pengetahuan, keterampilan, dan kemandirian kader. Biasanya pelatihan kader dilakukan oleh pihak Puskesmas atau pun Dinas Kesehatan daerah setempat, pelatihan yang didapatkan oleh kader posyandu turut meningkatkan keaktifan dan partisipasi kader dalam setiap kegiatan Posyandu (Syafei A, 2010). Dari hasil analisa terdapat beberapa pernyataan partisipan yang menunjukkan bahwa kader sangat memerlukan pelatihan untuk penyegaran dan menambah ilmu dalam

mendukung proses pemulihan pada ODGJ, berikut pernyataannya :

P2.32”... minimal ada pelatihan-pelatihan atau dikasih pendidikan gitu aja lah yah neng...”

P5.23”... jadi pengen ada pengetahuan ohh... ini dari Puskesmas suka ada, jadi ibu teh gak terlalu dilibatkan jadi ibu teh ilmunya jadi kurang teh betul-betul...”

Tingginya tingkat pengetahuan kader menjadikan kinerjanya sebagai kader baik dan berdampak terhadap pelaksanaan program-program. Salah satu faktor yang mempengaruhi tingkat keaktifan kader selain pendidikan adalah tingkat pengetahuan (Legi, Rumagit, Montol dan Lule, 2015). Pegetahuan yang cukup dapat meningkatkan kinerja kader, demikian pula dengan motivasi (Lukwan, 2018).

PENUTUP

Penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Penelitian ini dilakukan dengan wawancara mendalam (*in depth interview*) terhadap 6 orang partisipan. Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan mengenai pengalaman kader kesehatan dalam mendukung proses *recovery* di Wilayah Puskesmas Melong Asih Kota Cimahi, maka dapat diambil kesimpulan bahwa terdapat 6 tema yang muncul. Tema yang muncul pada penelitian ini adalah obat membantu proses pemulihan ODGJ, tulus ikhlas penting dalam mendukung proses *recovery* ODGJ, perasaan takut dalam menghadapi ODGJ, hambatan yang dialami kader terkait stigma tentang ODGJ, walaupun lelah tapi merasa puas dalam mendukung proses *recovery* ODGJ dan pelatihan dibutuhkan untuk optimalisasi peran kader.

REFERENSI

- Agusno, M. (2011). *Global- National Mental Health & Psychosocial Problem & Mental Health Policy*. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada.
- Aryani, M. (2017). *Gambaran Sabar Pada Guru yang Mengajar Anak Retardasi Mental di Yayasan Pembinaan Anak Cacat (YPAC) Palembang. Pages 1-120*
- Creswell, J.W. (2010). *Research Design. Pendekatan Kualitatif, Kuantitatif dan Mixed*. Ed. 3. Jakarta: Pustaka Pelajar

- Fallen. R & Budi. K. (2010). Catatan Kuliah Keperawatan Komunitas. Yogyakarta: Nuha Medika
- Isnawati, I.A & Yunita, R. (2018). Pengaruh Pelatihan Kader Jiwa terhadap Jumlah Kunjungan Lansia di Desa Karangbong Kecamatan Pajajaran Kabupaten Probolinggo. *Jurnal Keperawatan Mencephalon, Vol 4 No. 2*.
- Keliat, B.A, et.al. (2011). *Keperawatan kesehatan komunitas: CMHN (Basic Course)*. Jakarta: EGC Press
- Kurniawan.D, Winarni.I, &Imavike.F.(2017). Studi Fenomenologi: Pengalaman Kader Desa Siaga Sehat Jiwa (DSSJ) Di Wilayah Kerja Puskesmas Kecamatan Bantur Malang.
- Lehmann U & Sanders D. (2007). Community Health Workers: What Do We Know About Them. The State Of The Evidence On Programmes, Activities, Cost, and Impact On Health Outcomes Of Using Community Health Workers. Geneva: *World Health Organization: 1-42*
- Lehmann U & Gilson L. (2012). Actor Interfaces And Practices of Power In A Community Health Worker Programme: A South African Study of Unintended Policy Outcomes. *Health Policy and Planning, vol. 28. 358-366*.
- Mancini, M. A. (2007). The role of self-efficacy in recovery from serious psychiatric disabilities: a qualitative study with fifteen psychiatric survivors. *Qualitative Social Work, 6(1)*, 49-74.
- Mestdagh. A & Hansen. B. (2013). Stigma In Patients With Schizophrenia Receiving Community Mental Health Care. *Soc Psychiatry Epidemiol*.
- Moesalin, M. (2009). Ketika Gubernur Ke Rumah Sakit Jiwa. www.harian-aceh.com.
- Nevid, Jeffrey S., Spencer. A. Rathus, dan Greene, Beverly. (2005). *Psikologi Abnormal*. Terjemahan Tim Psikologi Universitas Indonesia. Edisi Kelima. Jilid 1. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Onken, S *et al.* (2007). An Analysis of The Definitions and Elements of Recovery: A Review of the Literature. *Psychiatric Rehabilitation Journal;31:9-22*.
- Putri, AS, dkk. (2013). Era Baru Kesehatan Mental Indonesia: Sebuah Kisah dari Desa Siaga Sehat Jiwa (DSSJ). *Jurnal Psikologi Vol. 40 No. 2*.
- Rahayu S. (2010). *Peran Kader Paguyuban Perempuan Waspada Kanker (PPWK) dalam Meningkatkan Kesadaran Masyarakat Untuk Deteksi Dini Kanker Cerviks* [tesis]. Solo : Universitas Sebelas Maret.
- Rahmawati, Lina. (2015). *Pengalaman Hidup Survivor Skizofrenia dalam Proses Recovery di Kersamanah Kabupaten Garut*. Tesis. Tidak dipublikasikan
- Repper, J., Perkins, R., Shepherd, G., Boardman, J., & Change, I. R. O. (2011). Recovery Rebuilding Life with Mental Health Problems a Journey of Discovery for Family, Friends and Carers. Implementing Recovery-Organisational change (ImROC) Programme.
- Simanjuntak. M, Amanah. S, Tjitropranoto. P & Harijati. S. (2013). Kepuasan Kerja Kader Posyandu di Desa Ciherang Kecamatan Pramaga. *Jurnal Penyuluhan Vol. 9 No. 1*.
- Stuart Gail W, Keliat BA, & Pasaribu J. (2016). *Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart (edisi Indonesia)*. Jakarta: EGC
- Subu. MA, Waluyo.I, Edwin. A, Priscilla.V, & Aprina.T. (2017). Stigma, Stigmatisasi, Perilaku Kekerasan dan Ketakutan diantara Orang dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) di Indonesia: *Penelitian Constructivist Grounded Theory. Jurnal Kedokteran Brawijaya Vol.30, No.1*
- Suryani. (2013). Orasi Ilmiah Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Padjadjaran. Tema: Trend & Issue Gangguan Jiwa, Pemulihan Pasien Skizofrenia
- Suryani. (2018). Orasi Ilmiah Penerimaan Jabatan Guru Besar dalam Bidang Ilmu Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Padjadjaran. Tema: Pendekatan Model Recovery sebagai Alternatif dalam Penyembuhan dan Pemulihan Gangguan Jiwa Kronis
- United States Departement of Health and Human Services. Mental Health: A Report of the Surgeon General. (2006).
- Ware Norma C., *et al.* (2008). A Theory of Social Integration as Quality of Life. *Psychiatric Services;59 (1):27-33*.

- Winahayu, N.E., Keliat, B.A., & Wardani, I.Y. (2014). Sustainability Factor Related with the Implementation of Community Mental Health Nursing (CMHN) in South and West Jakarta. *Jurnal Ners Vol. 9: 305–312*
- 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, (2013). Mental health action plan 2013–202. Geneva.