



Pengaruh Peran Edukator Perawat Perkesmas Terhadap Kemandirian Keluarga dalam Merawat Klien Gangguan Jiwa

Hertiana¹, Ariyanti Saleh²

¹Program Studi Ilmu Keperawatan Stikes Mega Buana ,Palopo

²Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Kedokteran, Unhas, Makassar

Email: herthy_ana@yahoo.com

Artikel info

Artikel history:

Received; 09-10-2019

Revised; 16-10-2019

Accepted; 30-10-2019

Keywords:

Educators'role;

Health education;

Independency

Abstract. *The role of the community health nurse educator is expected to increase the independence of the family. The aim of public health nurse educator by giving health education with modelling approach to family regarding family independency. The research used quasi experiment pre-post control group design. The intervention given was health education with modeling approach about the treatment of psychiatric clients. The research was conducted in the working area of Palopo City. The samples were 42 people consisted of 21 people of intervention group and 21 people of control group. The results of wilcoxon test indicate that there is a significant difference between intervention group and control group regarding independency ($p=0.000$, $p=0,157$). Mann Whitney test of the two groups indicate independency ($=p=0.000$). health education with modeling approach performed by perkesmas nurses is effective to improve independency of family in giving treatment to family members suffering from mental disorder.*

Abstrak. Peran edukator perawat khususnya perawat kesehatan masyarakat (Perkesmas) diharapkan mampu meningkatkan kemandirian keluarga. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi efektivitas peran edukator perawat perkesmas melalui pemberian pendidikan kesehatan terhadap kemandirian keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Penelitian ini menggunakan desain *quasi eksperiment pre-post control group design*. Intervensi yang diberikan berupa pemberian pendidikan kesehatan dengan pendekatan *modelling* tentang perawatan klien gangguan jiwa. Penelitian ini dilaksanakan di wilayah Kota Palopo. Keseluruhan sampel berjumlah 42 orang terdiri atas 21 orang kelompok intervensi dan 21 orang kelompok kontrol. Hasil uji *wilcoxon* membuktikan ada perbedaan yang pada kelompok intervensi dan kontrol yaitu kemandirian ($p=0,000$, $p=0,157$). Uji *mann whitney* antara kedua kelompok didapat data kemandirian $p=0,000$. Pendidikan kesehatan yang dilakukan perawat perkesmas efektif dalam meningkatkan kemandirian keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa.

Kata Kunci:

Peran edukator;
Pendidikan kesehatan;
Kemandirian

Corresponden author:

Email: herthy_ana@yahoo.com



artikel dengan akses terbuka dibawah lisensi CC BY -4.0

PENDAHULUAN

Keberhasilan dalam menyelenggarakan tugas pembangunan kesehatan sangat dipengaruhi oleh kinerja perawat dalam memberikan pelayanan kesehatan sesuai peran dan fungsinya, khususnya perawat kesehatan masyarakat yang merupakan ujung tombak pelayanan kesehatan masyarakat di Indonesia (Sulaeman, 2011). Peran edukator perawat perkesmas merupakan salah satu peran yang dapat membantu meningkatkan kemandirian masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatan yang dihadapi, sehingga tercipta derajat kesehatan yang optimal. Peran perawat sebagai edukator (pendidik kesehatan) diharapkan mampu mengkaji kebutuhan klien, mengajarkan cara pencegahan tingkat pertama dan menyusun program penyuluhan kesehatan, baik untuk topik sehat maupun sakit, memberi informasi yang tepat tentang penyakit, perawatan dan lain-lain (Depkes, 2006).

Sebuah penelitian yang dilakukan oleh Farida (2009) memperoleh beberapa hasil, diantaranya bahwa peran perawat dalam pemberian askep keluarga adalah sebagai pelaksana, pendidik/penyuluh dan motivator. Penelitian terkait pelaksanaan kegiatan perkesmas hasilnya menunjukkan bahwa pelaksanaan perkesmas dipengaruhi oleh manajemen puskesmas yakni perencanaan, pengorganisasian dan pengendalian serta kompetensi perawat puskesmas (Tafwidhah, Nurachmah & Hariyati, 2012; Ratnasari 2012). Salah satu program pengembangan puskesmas yang terintegrasi dengan kegiatan perkesmas adalah *Community Mental Health Nursing* (CMHN).

CMHN merupakan salah satu upaya yang digunakan untuk membantu masyarakat menyelesaikan masalah-masalah kesehatan jiwa. CMHN berfokus pada masyarakat yang sehat jiwa, rentan terhadap stres, dan gangguan jiwa dengan harapan dapat membantu pelayanan kesehatan jiwa masyarakat menuju Indonesia sehat jiwa (Keliat & Akemat, 2007).

Di Indonesia jumlah penderita gangguan kesehatan jiwa cukup tinggi dan cenderung meningkat setiap tahun. Hasil riset kesehatan dasar (Riskesdas) yang dilakukan oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan RI pada tahun 2007 menunjukkan data prevalensi nasional untuk gangguan jiwa berat pada usia > 15 tahun adalah 0,46%, gangguan mental emosional pada usia > 15 tahun adalah 11,6% sedangkan hasil Riskesdas tahun 2013 menunjukkan data prevalensi nasional untuk gangguan jiwa berat pada usia > 15 tahun adalah 1,7%, gangguan mental emosional pada usia > 15 tahun adalah 6,0 %. Hasil ini menunjukkan bahwa ada peningkatan prevalensi pada gangguan jiwa berat yakni dari 0,46% menjadi 1,7 %. Sebagian besar penderita gangguan jiwa berat ada di masyarakat yang memerlukan pelayanan kesehatan jiwa yang optimal (Depkes, 2008; 2013).

Pemberdayaan masyarakat, khususnya keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa sangat diperlukan agar keluarga tetap bersemangat dalam memberikan perawatan terhadap klien gangguan jiwa. Keluarga merupakan sistem pendukung terdekat yang memberi perawatan langsung pada setiap kondisi klien. Pemberdayaan keluarga bukan hanya memulihkan keadaan klien tetapi bertujuan untuk mengembangkan dan meningkatkan kemampuan keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan keluarga tersebut (Jhonson & Leny, 2010).

Penelitian terkait tentang pemberdayaan keluarga menunjukkan bahwa pembentukan kelompok supportif keluarga meningkatkan kemampuan secara bermakna dalam merawat klien gangguan jiwa di rumah serta pembentukan kelompok swabantu berdampak secara bermakna pada peningkatan kemampuan kognitif dan psikomotor keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa (Utami, Keliat, Gayatri, & Utami, 2011; Hernawaty, 2009).

Kemandirian masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatan sangat dipengaruhi oleh peran perawat perkesmas. Pelayanan perawat perkesmas dititik beratkan pada peningkatan pengetahuan dan keterampilan, bimbingan dan mendidik individu, keluarga, kelompok, masyarakat untuk menanamkan kebiasaan berperilaku hidup sehat sehingga mampu memelihara dan meningkatkan derajat kesehatannya. Oleh karena itu, diperlukan upaya peningkatan pengetahuan, keterampilan masyarakat khususnya keluarga dalam memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan yang optimal (Unhas et al., 2008).

Upaya peningkatan pengetahuan, ketrampilan dapat dilakukan melalui pendidikan kesehatan. Pendidikan kesehatan ditujukan untuk meningkatkan kemandirian keluarga. Ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Wardaningsih, Keliat & Susanti (2008) bahwa psikoedukasi ternyata dapat menurunkan beban kerja secara bermakna dan meningkatkan kemampuan keluarga dalam merawat klien dengan halusinasi.

Berdasarkan pengamatan dilapangan masih banyak ditemukan praktek perawatan klien gangguan jiwa belum meningkatkan derajat kesehatan yang optimal bagi individu dan seluruh anggota keluarga sehingga keluarga mempunyai kemampuan dalam mengatasi masalah kesehatan anggota keluarga yang kurang manusiawi, misalnya memasung klien, menempatkan klien di rumah kosong, tidak pernah membawa klien ke pelayanan atau petugas kesehatan dan sebagainya. Untuk itu diperlukan pendidikan kesehatan yang dapat merubah perilaku keluarga melalui pengetahuan, sikap, dukungan keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa. Beberapa studi menunjukkan bahwa pendidikan kesehatan memberikan dampak yang positif terhadap peningkatan pengetahuan dan kemampuan keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa.

Penelitian tentang pengaruh pendidikan kesehatan menunjukkan bahwa edukasi yang diberikan pada keluarga sangat berpengaruh terhadap peningkatan pengetahuan, sikap, kemampuan serta kemandirian keluarga (Sjattar, Nurrahmah, Bahar & Wahyuni 2011; Kustiawan, 2013). Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kota Palopo tahun 2014, menunjukkan bahwa terdapat 162 orang penderita gangguan jiwa yang ada di puskesmas Kota Palopo. Mengingat Kota Palopo belum memiliki fasilitas

pelayanan kesehatan untuk merawat klien gangguan jiwa maka puskesmas merupakan ujung tombak dalam memberikan pelayanan terhadap penderita gangguan jiwa yang ada di masyarakat. Berbagai upaya telah dilakukan dalam mengatasi masalah kesehatan jiwa di masyarakat namun upaya tersebut belum membawa

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan *quasi experiment pre-post control group design*. Desain ini berupaya untuk mengungkapkan pengaruh sebab akibat dengan cara melibatkan kelompok kontrol di samping kelompok perlakuan/intervensi. Dalam rancangan ini, kelompok intervensi diberi perlakuan berupa pendidikan kesehatan dengan pendekatan *modelling* sedangkan kelompok kontrol tidak diberi pendidikan kesehatan dengan pendekatan *modelling*, hanya intervensi sesuai standar oleh perawat perkesmas di puskesmas. Pada kedua kelompok diawali dengan *pre-tes*, dan setelah pemberian penkes selesai, diadakan pengukuran kembali (*post-tes*) baik kepada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol (waktu internalisasi 1 minggu dan 1 bulan).

Populasi dalam penelitian ini adalah semua keluarga penderita gangguan jiwa yang tinggal di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kota Palopo. Teknik sampling yang digunakan adalah *purposive sampling*, dimana teknik penetapan sampel dengan cara memilih sampel populasi sesuai yang dikehendaki peneliti sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi yang ada. Jumlah sampel dalam penelitian ini sebanyak 42 orang terdiri dari 21 orang kelompok intervensi dan 21 orang kelompok kontrol. Kriteria inklusi dan eksklusi dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

a. Kriteria Inklusi :

- 1) Keluarga dengan anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa
- 2) Keluarga yang tinggal serumah dengan pasien gangguan jiwa
- 3) Keluarga yang dekat dengan klien
- 4) Keluarga bersedia mengikuti penelitian

b. Kriteria eksklusi :

- 1) Keluarga dengan klien gangguan jiwa yang dirawat di RS
- 2) Keluarga pada tingkat mandiri IV
- 3) Keluarga yang tidak mengikuti seluruh kegiatan penelitian

Data kemandirian keluarga diukur dengan lembar observasi menggunakan kriteria kemandirian keluarga berdasarkan tingkat kemandirian Depkes RI (2006) dan dimodifikasi oleh peneliti. Data tingkat kemandirian keluarga akan diukur sebanyak 2 kali yaitu pada saat kunjungan rumah pertamadan kunjungan rumah yang kedua setelah intervensi.

Pengumpulan data dilakukan setelah mendapat izin dengan pengurusan izin dari pihak instansi tempat penelitian dalam hal ini Dinas Kesehatan Kota Palopo dan diteruskan ke Puskesmas tempat penelitian. Pengumpulan data dilakukan dengan cara menyerahkan kuisioner (instrumen penelitian) kepada responden yang telah memenuhi kriteria penelitian dan yang sebelumnya telah

menandatangani lembar persetujuan menjadi responden. Data tentang kemandirian keluarga diukur sebelum dan sesudah intervensi pendidikan kesehatan.

Data yang telah terkumpul dianalisa dengan menggunakan program komputer. Uji statistik yang digunakan antara lain: uji deskriptif untuk mengetahui karakteristik sampel, uji *mann whitney* dan uji t tidak berpasangan untuk melihat perbedaan berbagai variabel antara kelompok perlakuan dan kontrol. Uji *wilcoxon* dan uji t berpasangan untuk melihat perubahan atau peningkatan yang terjadi sebelum dan sesudah intervensi, baik pada kelompok perlakuan dan kontrol. Uji chi-square dan regresi logistik sederhana untuk mengetahui mekanisme hubungan antara variabel.

Kemandirian keluarga adalah kemampuan keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa berdasarkan kriteria kemandirian keluarga. Alat ukur : lembar observasi yang terdiri dari 15 item yang dinilai. Kriteria objektif Mandiri I : bila total nilai responden 1-3, Mandiri II bila total nilai responden 4-10, Mandiri III bila total nilai responden 11-14 dan Mandiri IV bila total nilai responden >14.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden

Karakteristik Responden	Kelompok Intervensi		Kelompok Kontrol	
	Frekuensi	Presentase	Frekuensi	Persentase
Umur (Tahun)				
a. Dewasa muda (26-35)	4	19,0	1	4,8
b. Dewasa akhir (36-45)	7	33,3	2	9,5
c. Lansia awal (46-55)	9	42,9	5	23,8
d. Lansia akhir (56-65)	1	4,8	13	61,9
Jenis Kelamin				
a. Laki-laki	7	33,3	6	28,6
b. Perempuan	14	66,7	15	71,4
Pendidikan				
a. Rendah (SD-SMP)	4	19,0	18	85,7
b. Menengah (SMA/SMK)	12	57,1	3	14,3
c. Tinggi (D3/S1)	5	23,8	0	0
Pekerjaan				
a. IRT	10	47,6	15	71,4
b. PNS/Polri	6	28,6	0	0
c. Swasta	5	23,8	3	14,3
d. Buruh	0	0	3	14,3
Penghasilan (UMP)				
a. < 2 juta	14	66,7	17	81,0
b. ≥ 2 juta	7	33,3	4	19,0
Hubungan klien				
a. Ortu	10	47,6	16	76,2
b. Saudara	9	42,9	4	19,0
c. Anak	1	4,8	0	0
d. Keluarga (bukan keluarga inti)	1	4,8	1	4,8

Pada tabel 1 memperlihatkan karakteristik umur terbanyak responden pada kelompok intervensi berada pada umur lansia awal 9 orang (42,9%), sedangkan pada kelompok kontrol terbanyak pada lansia akhir 13 orang (61,9%). Jenis kelamin kedua kelompok mayoritas perempuan 29 orang (64,4%), pendidikan pada kelompok intervensi terbanyak tingkat pendidikan menengah (57,1%), sedangkan kelompok kontrol tingkat pendidikan rendah (85,7%). Pekerjaan terbanyak dari kedua kelompok adalah ibu rumah tangga (IRT) sebanyak 25 keluarga (59,5%).

Hasil penelitian mendapatkan umur terbanyak responden pada kelompok intervensi berada pada umur lansia awal sebanyak 9 orang (42,9%), sedangkan pada kelompok kontrol berada pada umur lansia akhir sebanyak 13 orang (61,9%).

Hasil tes homogenitas terhadap umur responden pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol memiliki nilai $\rho = 0,511$, artinya pada kedua kelompok tidak terdapat perbedaan bermakna berdasarkan umur. Pada varian jenis kelamin responden pada kelompok intervensi dan kontrol memiliki nilai $\rho = 0,519$, artinya tidak terdapat perbedaan bermakna berdasarkan jenis kelamin. Untuk pendidikan responden pada kelompok intervensi dan kontrol memiliki nilai $\rho = 0,013$, artinya kedua kelompok tidak homogen berdasarkan pendidikan.

Hasil tes homogenitas responden berdasarkan pekerjaan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol memiliki nilai $\rho = 0,779$, artinya kedua kelompok homogen berdasarkan pekerjaan. Uji berdasarkan penghasilan keluarga pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol didapatkan nilai $\rho = 0,010$, artinya kedua kelompok tidak homogen berdasarkan penghasilan keluarga. Hasil berdasarkan hubungan dengan klien pada kelompok intervensi dan kontrol didapat nilai $\rho = 0,235$ artinya kedua kelompok homogen berdasarkan hubungan dengan klien.

Tabel 2. Distribusi Responden berdasarkan Kemandirian Keluarga pada Kelompok Intervensi

Kemandirian Keluarga (KM)	Kelompok Intervensi			
	Pretest		Posttest	
	Frekuensi	Persentase	Frekuensi	Persentase
KM 1	0	0%	0	0%
KM 2	15	71,4%	0	0%
KM 3	6	28,6%	14	66,7%
KM 4	0	0%	7	33,3%

Tabel 2 memberikan gambaran tentang kemandirian keluarga kelompok intervensi pada *pretest* didapatkan bahwa yang mempunyai KM 2 sebanyak 15 keluarga (71,4%), KM 3 sebanyak 6 keluarga (28,6%) dan pada *posttest* didapatkan yang memiliki KM 3 sebanyak 14 keluarga (66,7%), KM 4 sebanyak 7 keluarga (33,3%).

Tabel 3. Distribusi Responden berdasarkan Kemandirian Keluarga pada Kelompok Kontrol

Kemandirian Keluarga (KM)	Kelompok Kontrol			
	Pretest		Posttest	
	Frekuensi	Persentase	Frekuensi	Persentase
KM 1	19	90,5%	18	85,7%
KM 2	2	9,5%	3	14,3%
KM 3	0	0%	0	0%
KM 4	0	0%	0	0%

Tabel 4. Distribusi berdasarkan Perbedaan kemandirian keluarga sebelum dan sesudah intervensi

Kelompok	Kemandirian Keluarga			ρ^*
	Sebelum	Sesudah	Perubahan	
	Median \pm SD	Median \pm SD	Median \pm SD	
Intervensi (n=21)	8,00 \pm 2,38	12,00 \pm 1,74	5,00 \pm 2,10	0,000
Kontrol (n=21)	3,00 \pm 0,57	3,00 \pm 0,59	0,00 \pm 0,30	0,157

Hasil penelitian memperlihatkan bahwa pada kelompok intervensi, nilai median sebelum perlakuan 8,00, setelah perlakuan median 12,00, dan nilai median perubahan sebesar 5,00, berdasarkan uji *Wilcoxon* didapatkan nilai $\rho = 0,000$. Hal ini berarti terdapat perbedaan kemandirian keluarga pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah di berikan pendidikan kesehatan dalam merawat klien gangguan jiwa. Pada kelompok kontrol nilai median sebelum perlakuan 3,00, setelah perlakuan 3,00, dan medianperubahan 0,00, berdasarkan uji *Wilcoxon* didapatkan nilai $\rho = 0,157$, hal ini menunjukkan bahwa tidak terjadi perbedaan kemandirian keluarga pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah perlakuan. Uji *Mann-whitney* menunjukkan hasil yang bermakna $\rho = 0,000$, hal ini berarti ada perbedaan kemandirian antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah diberikan pendidikan kesehatan.

Tabel 5. Distribusi berdasarkan Perubahan kemandirian keluarga sesudah intervensi

Kemandirian Keluarga (KM)	Kelompok			
	Intervensi		Kontrol	
	Frekuensi	Persentase	Frekuensi	Persentase
Meningkat	20	95,2%	2	9,5%
Menurun	0	0%	0	0%
Tetap	1	4,8%	19	90,5%

Pada tabel 5 diatas menunjukkan bahwa kemandirian keluarga pada kelompok intervensi didapatkan sebanyak 20 (95,2%) keluarga yang mengalami peningkatan kemandirian, dan 1 keluarga (4,8%) yang memiliki kemandirian tetap sesudah diberikan pendidikan kesehatan dengan pendekatan *modelling*, sedangkan pada kelompok kontrol terdapat sebanyak 2 keluarga (9,5) mengalami peningkatan kemandirian dan 19 keluarga (90,5%) memiliki kemandirian tetap. Hasil uji *Chi-square* didapat nilai $p=0,000$, artinya terdapat perbedaan kemandirian antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol setelah diberikan pendidikan kesehatan dengan pendekatan *Modelling*.

Tabel 6 Perubahan kemandirian keluarga setelah Internalisasi

Kemandirian Keluarga (KM)	Kelompok			
	Intervensi		Kontrol	
	Frekuensi	Persentase	Frekuensi	Persentase
Meningkat	0	0%	1	4,8%
Menurun	17	81%	6	28,6%
Tetap	4	19%	14	66,6%

Pada tabel 6 diatas menunjukkan bahwa kemandirian keluarga pada kelompok intervensi didapatkan sebanyak 17 (81,0%) keluarga yang mengalami penurunan kemandirian, dan 4 keluarga (19,0%) yang memiliki kemandirian tetap sesudah dilakukan internalisasi, sedangkan pada kelompok kontrol terdapat sebanyak keluarga (4,8%) mengalami peningkatan kemandirian, 6 (28,6%) keluarga yang mengalami penurunan kemandirian dan 14 keluarga (66,6%) memiliki kemandirian tetap. Hasil uji *Chi-square* didapat nilai $p=0,015$, artinya terdapat perbedaan kemandirian antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol setelah dilakukan observasi internalisasi.

PEMBAHASAN

Penelitian ini merupakan penelitian intervensi berupa pendidikan kesehatan. Tujuan pendidikan kesehatan adalah untuk mengubah perilaku keluarga ke arah positif yang didasarkan pada pengetahuan dan kesadaran melalui proses pembelajaran. Menurut Notoatmodjo (2011), tujuan pendidikan kesehatan adalah untuk memotivasi sasaran agar sasaran mampu berperilaku sesuai dengan tuntutan nilai-nilai kesehatan. Proses belajar yang digunakan dalam pendidikan kesehatan pada penelitian ini adalah berdasarkan pada teori belajar sosial oleh Banduru yang telah dikembangkan oleh Saleh, dengan konsep utamanya adalah *modeling* yang mengedepankan pelaksanaan praktek pada pelaksanaan pendidikan kesehatannya. Perubahan perilaku yang dimaksudkan dalam proses belajar *modeling* adalah perubahan pengetahuan dan sikap (kemampuan) keluarga yang dapat digambarkan melalui kemandirian keluarga (Saleh, 2012).

Penkes dalam penelitian ini dilaksanakan satu kali selama 20 sampai 30 menit tentang perawatan klien gangguan jiwa oleh keluarga. Kunjungan rumah dilakukan kembali sebanyak 2 kali

selama satu minggu (internalisasi) untuk memvalidasi apa yang telah diterima keluarga melalui penkes, kemudian dilakukan pengukuran kemandirian keluarga (post test) minggu kedua setelah internalisasi. Pengukuran kemandirian keluarga dilakukan kembali satu bulan setelah internalisasi yang kedua. Pendidikan kesehatan merupakan upaya terencana untuk perubahan perilaku masyarakat sesuai dengan norma-norma kesehatan. Pendidikan kesehatan merupakan strategi penting dalam asuhan keperawatan komunitas karena pendidikan kesehatan merupakan upaya transformasi pengetahuan tertentu dari perawat kepada keluarga atau masyarakat (Achjar, 2011).

Pada pendidikan kesehatan, pengetahuan yang diberikan tentang perawatan klien gangguan jiwa yang meliputi : pengertian, tanda dan gejala gangguan jiwa, jenis-jenis gangguan jiwa, pengobatan klien gangguan jiwa, cara perawatan klien gangguan jiwa meliputi: melibatkan klien dalam akti vitas sehari-hari, cara menghardik halusinasi, mempertahankan berkomunikasi dengan klien, memberikan perhatian dan kasih sayang serta selalu menjaga hubungan yang baik dengan anggota keluarga.

Menurut Bandura dan Bastebel (dikutip dalam Saleh 2012), proses belajar *modeling* memiliki 4 fase yaitu atensi, retensi, reproduksi dan motivasi, yang sebagian besar fase-fase tersebut merupakan proses internal dari subjek belajar dalam menjalani pembelajaran sosial. Pelaksanaan pemberian pendidikan kesehatan, dimulai dengan meningkatkan fase perhatian (atensi) keluarga. Fase atensi merupakan awal dalam mengobservasi peran keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa dan merupakan suatu kondisi yang diperlukan agar pembelajaran terjadi.

Petugas pemberi penkes adalah petugas yang memiliki kemampuan yang memadai melalui kegiatan pelatihan CMHN. Petugas memulai pemberian penkes dengan membina hubungan saling percaya, menanyakan kebutuhan keluarga tentang informasi terkait dengan perawatan klien gangguan jiwa, mengkaji hambatan keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa serta mempertahankan kondisi yang kondusif.

Model peran yang menarik, mampu membina hubungan saling percaya dan lebih mempercepat serta meningkatkan timbulnya atensi (Saleh, 2012). Sesuatu yang menarik perhatian peserta didik adalah hal yang terkait dengan kepentingan dirinya, sesuai dengan aktifitasnya. Prestasi belajar yang dicapai peserta didik berhubungan dengan intensitas atensi yang terjadi secara spontan dan disengaja, dimana semakin besar atensi peserta didik terhadap proses belajar maka semakin tinggi prestasi belajar yang dimiliki oleh peserta didik (Notoatmodjo 2010; 2011).

Upaya untuk meningkatkan atensi keluarga ketika memberikan penkes dan upaya untuk mempertahankan atensi selama penkes berlangsung maka digunakan alat bantu pendidikan berupa leaflet, lembar balik dengan gambar berwarna. Tujuan penggunaan alat bantu pendidikan adalah untuk meningkatkan atensi, meningkatkan daya ingat (retensi) terhadap suatu informasi dan untuk menjelaskan fakta-fakta, prosedur dan tindakan (Saleh, 2012 & Notoatmodjo, 2011).

Fase kedua dari penkes dengan pendekatan *modelling* adalah fase retensi, fase ini berkaitan dengan penyimpanan dan mengingat kembali apa yang diamati selama proses penkes berlangsung. Menurut Saleh (2012), pada fase ini terjadi pengolahan dan representasi dalam memori keluarga

sebagai peserta didik. Penggunaan alat bantu pendidikan dan berbagai metode belajar antara lain demonstrasi, redomenstrasi, dan simulasi memberi kesempatan dan memfasilitasi keluarga agar dapat meningkatkan pengertian baru baginya dalam mengingat dan menginternalisasi serta merupakan pendorong untuk melakukannya.

Penggunaan alat bantu pendidikan dan metode belajar berdasarkan prinsip bahwa pengetahuan yang ada pada setiap manusia itu diterima atau ditangkap melalui panca indra. Semakin banyak indra yang digunakan untuk menerima sesuatu maka semakin banyak dan semakin jelas pula pengertian/pengetahuan yang diperoleh (Notoatmodjo, 2011).

Pemberian leaflet berisi pesan tentang perawatan klien gangguan jiwa, ketika petugas sudah tidak ada, memberikan pengalaman tersendiri bagi keluarga mendukung proses retensi terhadap materi penkes. Menurut Notoatmodjo (2011), retensi adalah proses mengingat dan lupa terhadap sesuatu untuk mencapai proporsi yang diingat agar cukup memadai, maka materi tersebut (pesan dalam leaflet) harus dibaca dan dipelajari berulang-ulang dalam jangka waktu yang tidak terlalu lama, dengan harapan dapat merubah pengetahuan dan sikap (kemampuan) keluarga.

Penggunaan metode demonstrasi dan redemonstrasi cara perawatan klien gangguan jiwa pada saat pendidikan kesehatan, dapat meningkatkan memori keluarga untuk mewujudkan perilaku yang diamati dari petugas pendidikan kesehatan tsb. Model atau petugas yang menarik dalam memberikan pengetahuan dan keterampilan adalah cara yang terbaik untuk meningkatkan kemampuan dan meningkatkan motivasi melalui kemandirian keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa.

Hasil pendidikan kesehatan dengan pendekatan *modeling* fase reproduksi dan motivasi dapat dilihat pada hasil observasi keluarga pada tabel 3 yang menunjukkan hasil uji *Wilcoxon pada* kelompok intervensi didapatkan nilai $p=0,000$. Hal ini berarti terdapat perubahan kemandirian keluarga sebelum dan sesudah perlakuan. Pada kelompok kontrol hasil uji *Wilcoxon* didapatkan nilai $p=0,157$, hal ini berarti tidak terjadi perbedaan kemandirian keluarga sebelum dan sesudah perlakuan pada kelompok kontrol.

Berdasarkan uji *Mann-Whitney*, diperoleh hasil bermakna ($p=0,000$), artinya terdapat perbedaan kemandirian keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah dilakukan perlakuan.

Berdasarkan kategorisasi skor perubahan pada tabel 4 terlihat, terjadi peningkatan perubahan kemandirian pada kelompok intervensi sebanyak 20 keluarga (95,2%), dan 1 keluarga (4,8%) yang memiliki kemandirian tetap sedangkan pada kelompok kontrol sebanyak 2 keluarga (9,5%) yang mengalami peningkatan kemandirian dan 19 keluarga (90,5%) mengalami kemandirian yang tetap/menurun, dengan nilai $p=0,000$. Hasil ini menunjukkan bahwa kemandirian keluarga dapat meningkat setelah diberikan pendidikan kesehatan dengan pendekatan *modelling* pada kelompok intervensi.

Meningkatnya kemandirian pada kelompok intervensi disebabkan karena keluarga telah memahami cara merawat anggota keluarga yang mengalamigangguan jiwa melalui pendidikan

kesehatan. Pendidikan kesehatan dapat membantu meningkatkan pengetahuan dan sikap keluarga dalam menjalankan tugas kesehatan keluarga mulai dari keluarga mampu mengenal masalah kesehatan, mengambil keputusan yang tepat, melakukan perawatan yang tepat bagi anggota keluarga yang sakit, menjaga lingkungan yang sehat dan memanfaatkan fasilitas kesehatan (Achjar, 2011).

Hasil observasi terhadap keluarga kelompok kontrol yang hanya berada pada KM 1 dan 2 dikarenakan pendidikan yang rendah dan *value* (nilai) yang dimiliki oleh keluarga sehingga keluarga tidak mampu mengambil keputusan tindakan kesehatan yang tepat dan kurang memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan. Keluarga lebih memilih membawa klien berobat ke paranormal atau dukun dan mendapatkan pengobatan secara tradisional, karena pemahaman keluarga yang mengatakan bahwa gangguan jiwa disebabkan oleh makhluk gaib atau guna-guna bukan merupakan suatu penyakit.

Terbentuknya perilaku dapat terjadi karena proses kematangan dan dari proses interaksi dengan lingkungan. Perubahan perilaku dapat terjadi melalui proses belajar. Perilaku yang didasarkan pada pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasarkan pada pengetahuan. Perilaku dapat berubah apabila stimulus (rangsangan) yang diberikan dapat melebihi dari stimulus semula, artinya bahwa stimulus yang diberikan harus dapat meyakinkan organisme (Notoatmodjo 2010; 2011).

Peran perawat perkesmas sebagai edukator mempunyai tugas untuk memberikan pendidikan kesehatan atau motivasi kepada individu, keluarga dan masyarakat agar sadar, mau dan mampu untuk hidup sehat. Tujuan dari perkesmas adalah untuk meningkatkan kemandirian masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatan yang optimal. Dalam upaya pencapaian derajat kesehatan yang optimal dilakukan melalui peningkatan kesehatan (promotif) dan pencegahan penyakit (preventif) di semua tingkat pencegahan dengan menjamin keterjangkauan pelayanan kesehatan (Depkes, 2006). Berkaitan dengan peningkatan yang terjadi pada kemampuan kognitif, afektif dan psikomotor, kemungkinan karena adanya pemberian pendidikan kesehatan dengan pendekatan *modelling*.

Pendidikan kesehatan dilakukan dengan berorientasi pada pencapaian perubahan perilaku masyarakat yang ditekankan pada faktor predisposisi perilaku, peningkatan pengetahuan dan sikap (Notoatmodjo, 2011). Kegiatan reproduksi dan motivasi dalam pendidikan kesehatan, selain memberikan keterampilan tentang cara mencegah terjadinya halusinasi dan perawatan klien gangguan jiwa (halusinasi), keluarga juga diberikan latihan-latihan cara mencegah terjadinya halusinasi. kegiatan ini dilakukan dengan berbagai strategi seperti diskusi, demonstrasi, redemonstrasi dimana keluarga diberi kesempatan untuk melakukan latihan yang telah diajarkan, *booklet/leaflet* tentang cara perawatan klien gangguan jiwa (halusinasi) di rumah, sebagai media cetak yang sewaktu-waktu dapat dipelajari keluarga dan klien di rumah.

Hasil ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Rahmawati, Bahar dan Salam (2013) yang menyatakan bahwa ada hubungan peran petugas kesehatan dalam memberikan pendidikan kesehatan dengan pemberian ASI eksklusif di wilayah kerja Puskesmas Bonto Cani Kabupaten Bone.

Menurut Lie (dikutip dalam Sjattar 2012) kemandirian adalah kemampuan untuk melakukan kegiatan atau tugas sehari-hari sesuai dengan tahapan perkembangan dan kapasitasnya. Kemandirian

merupakan suatu sikap individu yang diperoleh secara kumulatif selama perkembangan, dimana individu akan terus belajar untuk bersikap mandiri dalam menghadapi berbagai situasi lingkungan, sehingga individu mampu berfikir dan bertindak sendiri. Dengan kemandirian seseorang dapat memilih jalan hidupnya untuk berkembang yang lebih mantap (Mu'tadin dikutip dalam Sjattar 2012).

Ada beberapa kriteria kemandirian keluarga berdasarkan tingkat kemandirian keluarga (tingkat kemandirian I - IV), diantaranya : menerima petugas kesehatan, menerima pelayanan kesehatan sesuai rencana keperawatan keluarga, keluarga tau dan dapat mengungkapkan masalah kesehatan dengan benar, memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan sesuai anjuran, melakukan tindakan keperawatan sederhana sesuai anjuran, melakukan tindakan pencegahan secara aktif, dan melakukan tindakan promotif secara aktif (Depkes RI, 2006).

Penelitian ini mendukung penelitian yang dilakukan oleh Sutandi (2012) yang mengatakan bahwa penggunaan metode DSME (*Self management education*) sebagai metode alternatif yang dapat digunakan untuk meningkatkan kemandirian perawatan pasien DM (Diabetes Militus) di rumah. Pemberian pemahaman yang benar tentang perawatan mandiri pasien DM kepada pasien dan keluarga, membuat penderita DM dapat hidup layak seperti orang lain yang sehatn dan pada akhirnya dapat meningkatkan produktivitas dan tingkat kesejahteraan keluarga dimana pasien itu tinggal.

Penelitian ini sesuai dengan penelitian oleh Sjattar, Nurachmah, Bahar dan Wahyuni (2011) menunjukkan bahwa keluarga sebagai model atau sebagai keluarga untuk keluarga (KUK) terbukti dapat meningkatkan kemandirian keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita TB paru.

Hasil observasi internalisasi yang dilakukan satu bulan setelah post test pada tabel 13 menunjukkan hasil uji *Wilcoxon* pada kelompok intervensi didapatkan $p=0,001$. Hal ini berarti terdapat perubahan kemandirian keluarga setelah internalisasi, sedangkan pada kelompok kontrol hasil uji *Wilcoxon* didapatkan $p=0,059$, hal ini berarti tidak ada perbedaan kemandirian keluarga setelah internalisasi. Berdasarkan uji *Mann-Whitney*, diperoleh hasil bermakna yaitu $p=0,000$, artinya terdapat perbedaan kemandirian keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa setelah internalisasi.

Berdasarkan kategori perubahan pada tabel 14 terlihat terjadi penurunan kemandirian pada kelompok intervensi sebanyak 15 keluarga dan 6 keluarga yang memiliki kemandirian tetap, sedangkan pada kelompok kontrol terdapat 1 keluarga yang mengalami peningkatan kemandirian, 6 keluarga yang mengalami penurunan kemandirian dan 14 keluarga yang mengalami kemandirian tetap setelah observasi internalisasi.

Menurunnya kemandirian pada kelompok intervensi disebabkan kurangnya motivasi keluarga untuk memberikan perawatan pada klien dengan alasan klien tidak mau melakukan apa yang diajarkan atau dianjurkan oleh keluarga. Selain itu hasil wawancara dengan keluarga mengatakan bahwa banyak kesibukan di bulan ramadhan, sehingga keluarga tidak memiliki waktu untuk memberi perawatan kepada klien, keluarga hanya sebatas mengingatkan klien untuk minum obat. Oleh karena itu diperlukan *follow up* yang berkesinambungan oleh perawat perkesmas lewat kunjungan rumah

terhadap kemandirian keluarga agar keluarga selalu termotivasi untuk mau melakukan perawatan pada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

KESIMPULAN

Ada perbedaan kemandirian keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa antara keluarga yang diberi pendidikan kesehatan dengan pendekatan *modelling* dengan keluarga tanpa diberikan pendidikan kesehatan. .

SARAN

Perlu meningkatkan pengetahuan perawat perkesmas lewat pelatihan tentang perawatan jiwa agar mampu memberikan pendidikan kesehatan dengan baik dengan pendekatan *modelling*.

UCAPAN TERIMA KASIH

Terima kasih yang sebesar-besarnya penulis ucapkan pada Kepala Dinas Kesehatan Kota Palopo beserta jajarannya yang telah memberikan penulis kesempatan untuk melakukan penelitian di wilayah kerja Dinas Kota Palopo. Penulis juga menyampaikan ucapan terima kasih kepada mereka yang telah berkontribusi besar dalam membantu dalam penelitian ini. Akhir kata penulis mengharapkan penelitian ini dapat bermanfaat bagi semua pihak dan juga semoga Tuhan Yesus membalas semua pihak yang telah berjasa kepada penulis selama penulis melakukan penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Ali, Z. (2010). *Pengantar keperawatan keluarga*. Jakarta: EGC.
- Depkes. (2006). *Pedoman penyelenggaraan upaya keperawatan kesehatan masyarakat di puskesmas*. Jakarta: Depkes RI.
- Depkes RI. (2008). *Riset kesehatan dasar (riskesdas) tahun 2007*. Jakarta: Depkes RI. Diakses dari website http://www.litbang.depkes.go.id/bl_riskesdas2007
- Depkes RI. (2013). *Riset kesehatan dasar (riskesdas) tahun 2013*. Jakarta: Depkes RI. Diakses dari website http://www.litbang.depkes.go.id/sites/download/materi_pertemuan/launch_riskesdas/Riskesdas%20Launching.pdf
- Efendi, F., & Makhfudli (2009). *Keperawatan kesehatan komunitas: teori dan praktik dalam keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Fahdi, F.K., Djuhaeni, H., & Yamin, A. (2014). Pengaruh pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan, sikap dan tindakan merokok pada remaja di desa Jati Kabupaten Garut. *Journal Of Public Health*, 1-15. Diakses dari halaman website <http://pustaka.unpad.ac.id/wp-content/uploads/2015/02/Artikel-Ilmiah-Jurnal-Faisal-Kholid.pdf>.

- Hernawaty, T. (2009). *Pengaruh terapi suportif keluarga terhadap kemampuan keluarga merawat klien gangguan jiwa di Kelurahan Bubulak Bogor Barat*. (Tesis, Universitas Indonesia). Diakses dari halaman website <http://digilib.ui.ac.id/file=pdf/abstrak-125444.pdf>
- Jhonson & Leny (2010). *Keperawatan keluarga*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Keliat, B. A., & Akemat (2007). *Model praktik keperawatan profesional jiwa*. Jakarta: EGC
- Kustiawan, R. (2013). Pengaruh pendidikan keluarga terhadap kemampuan keluarga merawat klien HDR di Kota Tasikmalaya. *Jurnal Cakrawala Galuh*, 2 (7), 91-96. Diakses dari halaman website http://www.unigal.ac.id/ejurnal/Ridwan_Kustiawan_Universitas_Galuh.pdf.
- Maulana, D.J. (2009). *Promosi kesehatan*. Jakarta: EGC.
- Notoatmodjo, S. (2010). *Promosi kesehatan: teori & aplikasi*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2011). *Kesehatan masyarakat: Ilmudan seni*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Rahmawati A., Bahar, B., & Salam, A. (2013). Hubungan antara karakteristik ibu, peran Petugas Kesehatan Dan Dukungan keluarga dengan pemberian asi eksklusif Di Wilayah kerja puskesmas Bonto Cani Kabupaten Bone. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional* 1 (2), 1-16. <http://repository.unhas.ac.id/bitstream/handle/123456789/8413/JURNAL%20Rahmawati.pdf>.
- Sjattar, E.L., Nurrahmah E., Bahar, B., & Wahyuni, S. (2011). Pengaruh penerapan model keluarga untuk keluarga terhadap kemandirian keluarga merawat penderita tb paru peserta dots di Makassar. *JST Kesehatan*, 1, 1-9. Diakses dari halaman website <http://repositori.unhas.ac.id/bitstream/handle/123456789/8212/Abstrak.PDF?sequence=2>.
- Sulaeman, E.S. (2011). *Manajemen kesehatan: teori & praktik di puskesmas*. Yogyakarta: Gajah Mada University Press.
- Suliswati, Payapo, T.A., Maruhawa, J., Sianturi, Y., & Sumijatun (2012). *Konsep dasar keperawatan kesehatan jiwa*. Jakarta: EGC.
- Tafwidhah, Y., Nurachmah, E., & Hariyati, T.S (2012) Kompetensi perawat puskesmas dan tingkat keterlaksanaan kegiatan perawatan kesehatan masyarakat (perkesmas). *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 15 (1), 21-28. Diakses. dari halaman website <http://jki/ui.ac.id/index.php/jki/article/download/43/43>.
- Unhas, Dinkes Sulsel, Poltekkes, & Jica (2008). *Model keperawatan kesehatan masyarakat provinsi sulawesi selatan*. Makassar:
- Utami, T., Keliat B.A., Gayatri D., & Utami, R. (2011). Peningkatan kemampuan keluarga merawat klien gangguan jiwa melalui kelompok swabantu. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 14, 37-44. Diakses dari halaman website <http://jki/ui.ac.id/index.php/jki/article/download/55/55>