

PENGARUH PELATIHAN KADER TERHADAP PENGETAHUAN DAN SIKAP TENTANG DETEKSI DINI GANGGUAN JIWA

The Candidate Training Impact Towards Participants' Cognitive and Behavior of Mental Illness Early Detection

Susi Susanti^{1*}, Nani Avianti², Muryati³

^{1*)}Jurusan Keperawatan Bandung Politeknik Kesehatan Kemenkes Bandung
E-mail : susiwayyudi@gmail.com

²Jurusan Keperawatan Bandung Politeknik Kesehatan Kemenkes Bandung

³Jurusan Keperawatan Bandung Politeknik Kesehatan Kemenkes Bandung

ABSTRACT

This study is to reveal the impact of the candidate training of mental illness early detection to participants' cognitive and behaviour towards mental illness detection. It is expected that participants able to recognize the symptom of mental illness and detect in early stage to tackle it. The candidate could identify as part of mental health service then report this to the nearest Puskesmas. This would solve some problems of mental health in community in detecting the indication that occurs and influence the community in 10 hamlets which have 24 integrated healthcare centre covered 25.753 population. This big sub-district that lays near education area and having immigrant from other areas has potential to raise the psychosocial problems as mental illness. The research population is 80 of participants or candidates by proportional sampling and use quasi-experimental dengan one group pretest and posttest design. The statistic test used is Wilcoxon Signed Ranks Test to test the candidates' cognitive and pairs sample t for candidates' behavior. The result showed that candidates' cognitive increased significantly after they discussed in small groups with the module of early detection ($P_{value} = 0,000 < 0,05$). The behavior has increased significantly as well with the same method ($P_{value} = 0,008 < 0,05$).

Key words: candidate training, early detection of mental illness, candidates

ABSTRAK

Pelatihan kader tentang deteksi dini gangguan jiwa yaitu agar kader dapat mengetahui dan dapat menanggulangi gangguan jiwa secara dini dari tanda dan gejala yang muncul. Keterlibatan dan peranan kader sebagai pelayanan kesehatan jiwa akan membantu mengidentifikasi (mendeteksi dini) dan melaporkan kejadian gangguan jiwa di masyarakat yang dapat berdampak pada kesehatan jiwa masyarakat, membantu dalam memberikan pemecahan masalah kesehatan yang sederhana kepada masyarakat. Kelurahan Pajajaran terdiri dari 10 RW, memiliki 24 posyandu, dengan jumlah penduduk 25.753 jiwa Sebagai sebuah kelurahan dengan jumlah penduduk yang cukup besar dan berada di kawasan pendidikan dengan jumlah pendatang yang cukup banyak, menyebabkan kelurahan ini berpotensi untuk berkembang dengan baik sekaligus berpotensi menimbulkan permasalahan psikososial (kesehatan jiwa). Tujuan penelitian untuk menganalisis pengaruh pelatihan kader terhadap pengetahuan dan sikap tentang deteksi dini gangguan jiwa. Besar sampel penelitian sebanyak 80 orang kader yang diambil dengan cara proporsional sampling. Jenis penelitian menggunakan *quasi-experimental* dengan *one group pretest and posttest design*. Uji statistik yang digunakan adalah uji *Wilcoxon Signed Ranks Test* untuk pengetahuan dan uji *pairs sample t test* untuk sikap. Hasil penelitian menunjukkan pengetahuan kader mengalami peningkatan rerata secara signifikan, setelah diberikan pendidikan kesehatan dengan metode diskusi kelompok

kecil dan menggunakan modul tentang deteksi dini, dan mempunyai pengaruh secara bermakna ($P_{value} = 0,000 < 0,05$). Sikap kader mengalami peningkatan rerata secara signifikan pula, setelah diberikan pendidikan kesehatan dengan metode diskusi kelompok kecil dan menggunakan modul tentang deteksi dini, ternyata ada pengaruh secara bermakna ($P_{value} = 0,008 < 0,05$).

Kata kunci : pelatihan kader, deteksi dini gangguan jiwa, kader

PENDAHULUAN

Gangguan jiwa adalah kelainan perilaku yang disebabkan oleh gangguan fungsi jiwa, sehingga menyebabkan hambatan dalam melakukan fungsi sosial yang akan menunjukkan tanda gangguan jiwa seperti sedih berkepanjangan, kemampuan melakukan aktivitas sehari-hari berkurang, motivasi melakukan ^{kegiatan} menurun, marah- marah tanpa sebab, bicara atau tertawa sendiri, mengamuk, menyendiri, tidak mau bergaul, tidak memperhatikan kebersihan diri, dan mencoba bunuh diri.¹

Hasil Riskesdas (2013) menyebutkan bahwa prevalensi gangguan jiwa di Jawa Barat dari total penduduk Jawa Barat sebanyak 45 juta jiwa, jumlah orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) di Jawa Barat mencapai 1,6 persen atau 72.000 orang, sedangkan orang dengan masalah kejiwaan (ODMK) mencapai 9,3 persen atau sekitar tiga juta orang. Tiga juta warga yang mengalami gangguan mental emosional seperti depresi dan cemas. Dengan kata lain, 1 dari 10 warga Jabar memiliki masalah kejiwaan, sehingga diperlukan peran serta masyarakat dalam penanggulangan gangguan jiwa. Penanganan masalah gangguan jiwa berdasarkan paradigma sehat yang dicanangkan Kementerian Kesehatan lebih menekankan pada upaya pencegahan (preventif) dan promotif, namun upaya ini tidak akan tercapai bila hanya dilakukan di rumah sakit. Saat ini penanganan kesehatan jiwa telah mengalami pergeseran dari *hospital based* menjadi *community based*.² Pergeseran bentuk pelayanan ini didasari atas adanya konsep bahwa komunitas merupakan sistem pendukung bagi pasien yang mengalami gangguan jiwa. Proses ini merupakan suatu upaya reformasi dari bentuk pelayanan kesehatan jiwa. Reformasi ini

juga mengandung arti pemberdayaan sumber - sumber yang tersedia di komunitas dengan tujuan untuk meningkatkan program pelayanan kesehatan jiwa. Bentuk pendekatan manajemen pelayanan kesehatan jiwa komunitas ini salah satunya melalui pendekatan dini gangguan jiwa yang dapat dilakukan sendiri oleh masyarakat melalui kader kesehatan.

Kader kesehatan dituntut untuk mempunyai pengetahuan dan sikap yang baik guna mencegah, mendekripsi dan meningkatkan kesehatan masyarakat, terlebih dalam kesehatan jiwa. Pengetahuan sendiri menurut Notoatmodjo (2011) merupakan hasil dari tahu atau mengerti, dan hal ini terjadi dari proses pengindraan melalui panca indera terhadap sebuah objek tertentu, biasanya melalui indera penglihatan dan pendengaran. Sedangkan sikap adalah bentuk keadaan dalam rangka merespon stimulus yang ada. Sehingga sikap melibatkan pikiran, perasaan, perhatian, dan gejala kejiwaan lain. Sikap sendiri memiliki tiga komponen, yaitu kognitif, afektif, dan perilaku.³

Pengetahuan dan sikap kader yang baik, dapat dicapai dengan cara memberikan pendidikan kesehatan. Pendidikan kesehatan merupakan sebuah kegiatan atau cara untuk meningkatkan kesejahteraan seseorang, keluarga, kelompok maupun komunitas dalam mempertahankan kondisi kesehatan yang maksimal sehingga mampu mengurangi ketergantungan⁴. Pendidikan kesehatan dapat dilakukan dengan berbagai media, salah satunya melalui leaflet, poster, kuesioner dan lembar bolak-balik³.

Pentingnya pelatihan kader tentang deteksi dini gangguan jiwa yaitu agar kader dapat mengetahui dan dapat menanggulangi gangguan jiwa secara dini dari tanda dan gejala yang muncul, selain

memberikan kondisi yang kondusif bagi pasien. Deteksi dini juga berfungsi meningkatkan dan mempertahankan kesehatan mental pasien dan keluarganya sebagai sumber problem mengenai persoalan kejiwaan keluarga⁵. Keterlibatan dan peranan kader sebagai pelayanan kesehatan jiwa akan membantu mengidentifikasi dan melaporkan kejadian di masyarakat yang dapat berdampak pada masyarakat, membantu dalam memberikan pemecahan masalah kesehatan yang sederhana kepada masyarakat⁶.

Peningkatan kemampuan kader untuk deteksi dini gangguan jiwa memerlukan pelatihan kader. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Sulistiowati, et all. menyatakan bahwa setelah kader kesehatan jiwa diberikan pelatihan, terjadi peningkatan kemampuan kader dalam berkomunikasi. Hal ini diperkuat dengan hasil penelitian Titin Sutini dan Nur Oktavia Hidayati yang menjelaskan adanya peningkatan skor pengetahuan antara sebelum dan sesudah pelatihan dalam pemberdayaan kader kesehatan jiwa dalam deteksi dini masalah kesehatan jiwa.⁷ Hasil Penelitian Efri Widianti dan Imas Rafiyah pula menyebutkan bahwa dengan pemberdayaan masyarakat dalam pelaksanaan deteksi dini permasalahan kesehatan jiwa, pengetahuan kader tentang masalah kesehatan jiwa masyarakat mengalami peningkatan, kader bisa melakukan deteksi dini masalah kesehatan jiwa⁸.

Kelurahan Pajajaran terdiri dari 10 RW, memiliki 21 posyandu, dengan jumlah penduduk 25.753 jiwa. Sebagai sebuah kelurahan dengan jumlah penduduk yang cukup besar dan berada di kawasan pendidikan dengan jumlah pendatang yang cukup banyak, menyebabkan kelurahan ini berpotensi untuk berkembang dengan baik sekaligus berpotensi menimbulkan permasalahan psikososial (kesehatan jiwa).

Masyarakat kelurahan Pajajaran dalam hal ini kader kesehatan, memiliki kemampuan untuk bisa meningkatkan derajat kesehatan masyarakatnya secara mandiri dalam deteksi kesehatan jiwa di masyarakat. Menidaklanjuti hasil

penelitian Achmad Husni dan Desmaniarti di Kelurahan Pajajaran, yang menyarankan perlunya pelatihan kader untuk persiapan desa siaga sehat jiwa.⁹ Berdasarkan hal tersebut peneliti ingin melakukan penelitian bagaimana pelatihan kader akan dapat mempengaruhi pengetahuan dan sikap kader di Kelurahan Pajajaran Wilayah Kerja Puskesmas Pasirkaliki Kota Bandung.

Tujuan pada penelitian ini adalah untuk menganalisis bagaimana pengaruh pelatihan kader terhadap pengetahuan dan sikap tentang deteksi dini gangguan jiwa di Kelurahan Pajajaran Wilayah Kerja Puskesmas Pasirkaliki Kota Bandung.

METODE

Desain penelitian ini adalah *quasi-experimental* dengan *one group pretest and posttest design*. Desain ini digunakan untuk mengetahui perbedaan pengetahuan dan sikap kader sebelum dan setelah dilakukan pelatihan kader tentang deteksi gangguan jiwa di Wilayah Kerja Puskesmas Pasirkaliki Kota Bandung.

Pelatihan ini dilakukan sebagai salah satu upaya untuk meningkatkan pengetahuan kader dalam melakukan deteksi dini gangguan jiwa. Pelatihan kader diberikan dengan metode diskusi kecil (ceramah dan tanya jawab), menggunakan modul tentang deteksi gangguan jiwa. Pelatihan diberikan sebanyak 2 kali pertemuan, dengan durasi waktu 2 jam untuk setiap pertemuan.

Instrumen untuk mengukur pengetahuan dan sikap yang digunakan pada penelitian ini adalah dengan menggunakan "kuesioner penelitian", instrumen ini dibuat sendiri oleh peneliti, yang merupakan modifikasi dari instrumen yang dikembangkan dari Penelitian Achmad Husni & Desmaniarti.

Uji validitas dilakukan dengan pengujian validitas konstruksi, diujicobakan kepada 30 responden. Setelah data terkumpul peneliti melakukan uji validitas konstruksi menggunakan rumus *Pearson Product Moment*, pada variabel pengetahuan nilai koefisien validitas (r_{hitung}) dari setiap item pernyataan berkisar 0.382-0.640 lebih besar dari r -

tabel 0,361, sedangkan pada variabel sikap nilai koefisien validitas (r_{hitung}) dari setiap item pernyataan berkisar 0.420-0.744 lebih besar dari r -tabel 0,361.

Uji reliabilitas yang dilakukan peneliti, dengan menggunakan rumus Alpha Cronbach pada variabel pengetahuan **0.754** lebih besar dari nilai kritis 0,70, sedangkan pada variabel sikap **0.800** lebih besar dari nilai kritis 0,70.

Modul dibuat untuk digunakan pada saat melaksanakan pelatihan kader untuk peningkatan pengetahuan tentang deteksi dini gangguan jiwa yang akan diberikan kepada kader kesehatan.

Langkah pertama peneliti membuat blue print modul berisi materi tentang konsep kesehatan jiwa (pengertian sehat jiwa, ciri-ciri sehat jiwa), konsep gangguan jiwa (pengertian gangguan jiwa, penyebab gangguan jiwa, jenis gangguan jiwa yang sering ditemukan di masyarakat, pengertian dan tujuan deteksi dini kesehatan jiwa di masyarakat, fungsi kader kesehatan bagi kesehatan jiwa masyarakat, dan upaya penanganan pasien gangguan jiwa di masyarakat serta cara mengenal atau mendeteksi secara dini tanda dan gejala gangguan jiwa menggunakan daftar check list (cara mengenali gangguan jiwa ringan, gangguan jiwa berat) serta pengenalan tentang *Self-Reporting Questionnaire-29* (SRQ-29) yang dikeluarkan oleh Pusat Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia, dan sudah baku digunakan di Puskesmas dan Rumah Sakit, yaitu skrining / cara yang paling sederhana untuk mengetahui kondisi kesehatan jiwa (kesehatan jiwa nya baik atau memiliki masalah/gangguan kejiwaan).

Langkah kedua peneliti melakukan revisi modul sesuai masukkan expert. Selanjutnya langkah ketiga modul diperbanyak sesuai kebutuhan dan digunakan pada saat Pelatihan Kader. Modul ini juga akan diberikan kepada enumerator (alumni Mahasiswa Jurusan Keperawatan) untuk dipelajari secara mandiri.

- 1) Membuat alat ukur penelitian berupa kuesioner pernyataan tertutup untuk mengukur pengetahuan dan sikap tentang konsep kesehatan jiwa (pengertian sehat jiwa, ciri-ciri sehat jiwa), konsep gangguan jiwa (pengertian gangguan jiwa, gangguan jiwa, jenis gangguan jiwa yang penyebab sering ditemukan di masyarakat, serta melakukan uji validitas dan reliabilitas alat ukur kepada 30 kader yang tidak menjadi responden.
- 2) Melatih enumerator untuk menjadi fasilitator dalam pelaksanaan diskusi kelompok kecil, melatih menggunakan modul dan cara mengisi kuesioner pengetahuan dan sikap.
- 3) Melakukan koordinasi dengan Ketua Pokja IV (sebagai fasilitator) Kelurahan Pajajaran, untuk penentuan responden sesuai perhitungan besar sampel secara *proposional random sampling*, dan yang telah memenuhi syarat kriteria inklusi yang telah ditentukan peneliti.
- 4) Peneliti berkoordinasi dengan Ketua Pokja IV menentukan teknis pelaksanaan pelatihan kader. Pelatihan dilaksanakan dalam 2 (dua) gelombang pertemuan dan membagi subjek menjadi 2 (dua) kelompok, sehingga jumlahnya masing masing 40 subjek setiap pertemuan.

Tahap Pelaksanaan

Pada tahap ini peneliti melakukan mengumpulan data kepada responden dengan langkah sebagai sebagai berikut :

- 1) Pelaksanaan Pelatihan Kader yang dimulai dengan acara pembukaan dihadiri oleh Kepala Kelurahan dan Ketua Pokja IV (Pokja Kesehatan) Kelurahan Pajajaran.
- 2) Menyelesaikan informed consent, sebelumnya kader diberi beberapa penjelasan, termasuk tentang manfaat penelitian bagi subjek.

- 3) Selanjutnya, peneliti membagi subjek menjadi kelompok kecil, dengan anggota terdiri dari 10 orang kader, sehingga dari 40 subjek menjadi 4 kelompok, setiap kelompok di bimbing oleh 1 orang fasilitator (enumerator / peneliti).
- 4) Melakukan pre tes tentang pengetahuan dan sikap tentang deteksi dini gangguan jiwa. Selama pengisian kuesioner responden didampingi oleh pembimbing kelompok (enumerator / peneliti).
- 5) Selanjutnya kepada seluruh responden diberikan materi oleh para peneliti dan 2 orang fasilitator dengan metode diskusi kelompok kecil, ceramah dan tanya jawab, menggunakan media modul berisi materi tentang deteksi dini gangguan jiwa di masyarakat dengan durasi waktu 2 jam.
- 6) Selanjutnya kepada seluruh responden diberikan tata cara pengisian daftar check list cara mengenal atau mendeteksi secara dini tanda dan gejala gangguan jiwa menggunakan (cara mengenali gangguan jiwa ringan, gangguan jiwa berat) serta pengisian tentang Self-Reporting Questionnaire-29 (SRQ-29) dengan durasi waktu 2 jam .
- 7) Setelah pemberian materi selesai, peneliti melakukan post tes tentang pengetahuan dan sikap responden tentang deteksi dini gangguan jiwa.

Populasi, Jumlah Sampel

Populasi pada penelitian ini adalah seluruh kader posyandu di 10 RW Kelurahan Pajajaran Wilayah Kerja Puskesmas Pasirkaliki sebanyak 185 orang yang tersebar pada 21 posyandu.

Sampel

Besar Sampel

Besar sampel diperoleh dengan perhitungan jumlah minimal sampel 80 orang kader, dengan perhitungan sebagai berikut :

$$N = \frac{\{(z\alpha + z\beta)s\}^2}{x_1 - x_2}$$

Dari hasil penelitian sejenis (Eni Hidayati, et all, 2015), diperoleh hasil perhitungan , sebagai berikut :

$$\begin{aligned}\delta^2 &= \{ 1,96 + 0,84 \} (1,6) \}^2 \\ &= (8,96)^2 \\ (x_1 - x_2) &= 8,5 - 8,0 = 0,5 \\ N &= 80,28 \sim 80\end{aligned}$$

Berdasarkan penelitian sejenis (Eni Hidayati, et all, 2015), dan hasil perhitungan rumus di atas dengan menggunakan derajat kepercayaan sebesar 95 % atau $\alpha = 5 \%$ dan kekuatan uji 95%, diperoleh jumlah sampel minimal sebesar 80 subjek.

Teknik Sampling

Teknik sampling yang digunakan adalah *probability sampling* dengan teknik yang diambil yaitu *Proportional Random Sampling*. Dalam random sampling setiap kader dalam populasi 10 RW memiliki kesempatan untuk menjadi sampel. Proporsional digunakan untuk menentukan jumlah sampel pada masing-masing kader di setiap RW.

Kriteria inklusi kader sebagai responden ditentukan peneliti. Responden yang diambil adalah yang memenuhi kriteria tertentu, diantaranya bisa membaca dan menulis / tidak buta huruf, sehat secara jasmani dan rohani, serta tinggal menetap di daerah tersebut (berdomisili), belum pernah mendapatkan materi tentang pelatihan kader deteksi dini gangguan jiwa.

Distribusi sampel dengan menggunakan *Proportional Random Sampling*, dapat dilihat pada tabel 1 :

**Tabel 1. Jumlah Sampel Kader di 10 RW
Kelurahan Pajajaran Wilayah Kerja Puskesmas Pasirkaliki**

No.	RW	Jumlah Kader	Jumlah Sampel
1.	01	16	$16 / 185 \times 80 = 7$
2.	02	10	$10 / 185 \times 80 = 4$
3.	03	30	$30 / 185 \times 80 = 13$
4.	04	18	$18 / 185 \times 80 = 8$
5.	05	18	$18 / 185 \times 80 = 8$
6.	06	24	$24 / 185 \times 80 = 10$
7.	07	11	$11 / 185 \times 80 = 5$
8.	08	22	$22 / 185 \times 80 = 9$
9.	09	16	$16 / 185 \times 80 = 7$
10.	10	20	$20 / 185 \times 80 = 9$
Jumlah		185	80

Etika penelitian diterapkan sejak sebelum penelitian dilakukan sampai akhir proses penelitian. Sebelum pelaksanaan penelitian, peneliti memperoleh ijin penelitian dari lokasi penelitian, serta *ethical clearance* dari Komisi Etik Poltekkes Kemenkes Bandung.

Dalam pelaksanaan penelitian, beberapa prinsip etika penelitian menjadi acuan, yaitu :

- (1) Menghargai hak serta menghormati hak dan martabat subjek penelitian sebagai manusia melalui penyediaan informasi yang terbuka berkaitan dengan proses penelitian dan kebebasan subjek untuk berpartisipasi atau menolak ikut serta dalam kegiatan penelitian.
- (2) Memberi penjelasan tentang manfaat penelitian, kemungkinan risiko dan ketidaknyamanan yang dapat ditimbulkan serta hak subjek termasuk hak mengundurkan diri kapan saja.
- (3) Menghargai *privacy* dan kerahasiaan subjek dengan tidak menampilkan informasi mengenai nama dan alamat jelas subjek dalam alat pengumpul data maupun formulir untuk menjaga anonimitas dan kerahasiaan identitas subjek. Untuk

menghindari munculnya '*labelling*' pada kader, intervensi diberikan pada semua kader di satu kelurahan, akan tetapi jumlah sampel yang digunakan sebanyak 80 orang kader ditentukan dengan teknik *proporsional random sampling*.

- (4) Menghargai keadilan dengan memperlakukan subjek secara adil dengan melakukan penelitian secara jujur, hati-hati, profesional dan berprikemanusiaan.
- (5) Memperhatikan keseimbangan antara manfaat dan kerugian yang ditimbulkan terhadap subjek dengan peneliti berkata jujur dan memberikan bantuan pelayanan kesehatan bilamana subjek mengalami hal-hal yang tidak diinginkan baik secara fisik maupun emosional selama penelitian berlangsung.

HASIL

Berdasarkan analisis univariat diperoleh hasil penelitian yang disajikan dalam bentuk tabel dan diorientasikan sesuai

kategori distribusi frekuensi. Hasil penelitian tersebut dijelaskan secara lebih rinci pada tiap tabel dibawah ini :

Tabel 2.
Distribusi Frekuensi Karakteristik Kader (n=80)

Karakteristik	f	%
Usia		
■ 17-25 (Remaja akhir)	1	1.2
■ 26-35 (Dewasa awal)	1	1.2
■ 36-40 (Dewasa akhir)	24	30.0
■ 41-55 (Lansia awal)	37	46.2
■ 56-65 (Lansia akhir)	17	21.2
Jenis Kelamin		
■ Laki laki	0	0
■ Perempuan	80	100
Status Perkawinan		
• Menikah	80	100
• Belum Menikah	0	0
Pekerjaan		
■ Ibu Rumah Tangga	77	96.25
■ Guru	2	2.5
■ Wirausaha	1	1.25
Riwayat Pendidikan		
■ Tamat SD	16	20
■ Tamat SMP	17	21.25
■ Tamat SMA/SMK	43	53.75
■ Tamat PT	4	5

Keterangan: n=jumlah, f=frekuensi, %=persentase

Dari tabel 2 di atas dapat disimpulkan bahwa sebagian besar responden (97,4%) usia 36 – 65 tahun, merupakan usia dewasa sampai lansia, mempunyai banyak pengalaman hidup tetapi masih memerlukan keterpaparan pengetahuan deteksi dini gangguan jiwa. Seluruh kader berjenis kelamin wanita dan menikah (100%). Hampir sebagian responden (53,75%) mempunyai latar belakang pendidikan terakhir tamat SMA/SMK, hal ini memudahkan dalam penyampaian pemberian pelatihan kader dengan menggunakan modul. Hampir semua responden (96,25%) merupakan

Berdasarkan analisis bivariat diperoleh hasil penelitian yang disajikan dalam bentuk tabel dan diorientasikan sesuai kategori distribusi frekuensi.

ibu rumah tangga, dengan demikian mereka lebih banyak waktu di masyarakat untuk melakukan deteksi dini gangguan jiwa pada keluarga atau masyarakat di lingkungan sekitarnya.

Hasil uji normalitas data menunjukkan bahwa pengetahuan pra dan post intervensi berdistribusi tidak normal. Dengan demikian, analisis bivariate yang dilakukan menggunakan *Wilcoxon Signed Ranks Test*. Sedangkan hasil uji normalitas data sikap pra intervensi dan post intervensi berdistribusi normal. Dengan demikian, analisis bivariat yang dilakukan menggunakan uji t berpasangan.

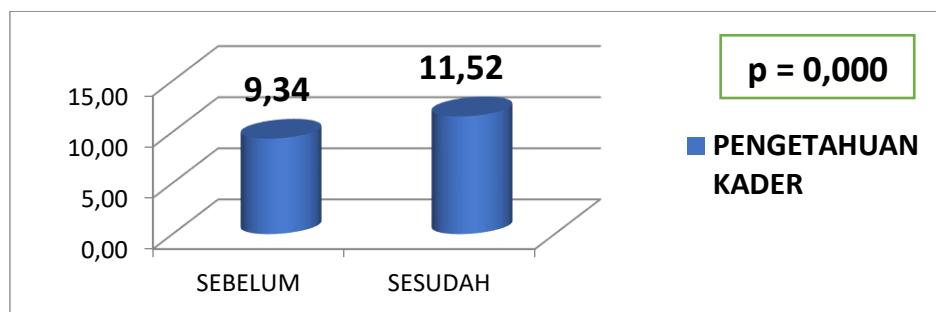
Hasil penelitian tersebut dijelaskan secara lebih rinci pada tiap tabel dibawah ini :

Tabel 3. Pengaruh pelatihan terhadap pengetahuan

Pengetahuan	Mean	z	P value
sebelum	9,34	-7.640	0.000
sesudah	11,52		

* analisis menggunakan Wilcoxon Signed Ranks Test

Perubahan pengetahuan sebelum dan sesudah, dapat digambarkan dan dilihat pada grafik 2 :



Berdasarkan table 3 dan grafik 1 di atas, sebelum diberikan pelatihan kader tentang deteksi dini gangguan jiwa, nilai rerata dari pengetahuan adalah 9,34 dan setelah diberikan pelatihan kader tentang deteksi dini gangguan jiwa, mengalami peningkatan nilai rerata, nilai rerata

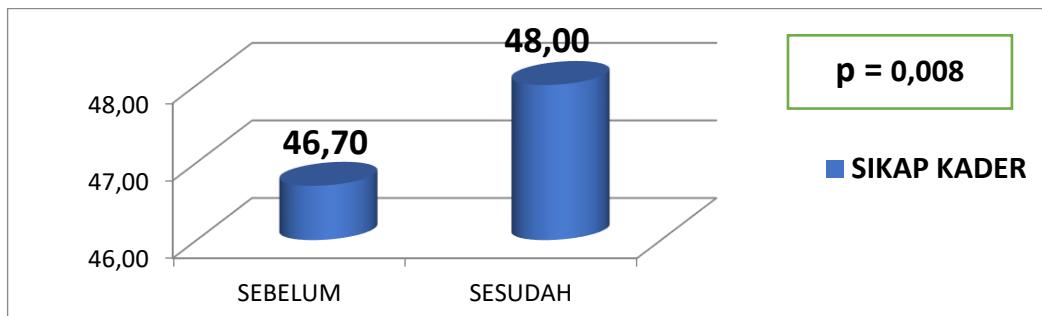
pengetahuan adalah 11,52, peningkatannya sebesar 2,18, dapat disimpulkan bahwa pemberian pelatihan menggunakan modul berpengaruh secara signifikan terhadap peningkatan pengetahuan kader tentang deteksi gangguan jiwa ($p<0.05$).

Tabel 4. Pengaruh pelatihan terhadap sikap

Sikap	Mean	t test	P value
sebelum	46.70	-2.731	0.008
sesudah	48.62		

* analisis menggunakan pairs sample t test

Perubahan sikap sebelum dan sesudah, dapat digambarkan dan dilihat pada grafik 2 :



Berdasarkan table 4 dan grafik 2 diatas, sebelum diberikan pelatihan kader tentang deteksi dini gangguan jiwa, nilai rerata dari sikap adalah 46,70, sedangkan nilai rerata sikap setelah diberikan

pelatihan kader tentang deteksi dini gangguan jiwa, nilai rerata dari adalah 48,62, peningkatannya sebesar 1,92 dan dapat disimpulkan bahwa pemberian pelatihan menggunakan modul

berpengaruh secara signifikan terhadap peningkatan sikap kader tentang deteksi gangguan jiwa ($p<0.05$).

PEMBAHASAN

Hasil penelitian menunjukkan adanya perubahan dan terjadinya peningkatan yang bermakna untuk pengetahuan dan sikap kader dalam deteksi dini gangguan jiwa ini. Hal tersebut dipengaruhi faktor tingkat pendidikan, pengalaman selama mereka menjadi kader kesehatan.

Peningkatan pengetahuan didukung oleh umur dan pengalaman responden yang hampir sebagian besar berada pada usia dewasa dan lansia serta tingkat pendidikan para responden, yang sebagian besar responden lulusan SMA/SMK (53,75%), pengalaman disini berkaitan dengan umur dan tingkat pendidikan seseorang, maksudnya pendidikan yang tinggi pengalaman akan lebih luas sedangkan umur semakin bertambah³. Tingkat pendidikan responden akan berpengaruh dalam memberi respon terhadap sesuatu yang datang dari luar. Orang yang berpendidikan tinggi akan memberikan respon yang lebih rasional terhadap informasi yang datang dan akan berpikir sejauh mana keuntungan yang mungkin akan mereka peroleh dari gagasan tersebut⁵.

Adanya perubahan dan terjadinya peningkatan yang bermakna untuk aspek sikap kader dalam deteksi dini gangguan jiwa ini, tentunya dipengaruhi pula oleh beberapa faktor, menurut Kristina sikap yang diperoleh lewat pengalaman (mengikuti pelatihan kader) akan menimbulkan pengaruh langsung terhadap perilaku berikutnya, selain itu sikap kader pun dipengaruhi oleh orang lain, dalam hal ini seseorang cenderung akan memiliki sikap yang disesuaikan atau sejalan dengan sikap yang dimiliki orang yang dianggap berpengaruh, dalam hal ini orang tua, teman dekat, teman sebaya, sesama kader kesehatan. Pelatihan kader dijadikan

sebagai sarana dan media komunikasi, mempunyai pengaruh dalam membawa pesan-pesan yang berisi sugesti yang dapat mengarah pada opini yang kemudian dapat mengakibatkan adanya landasan kognisi sehingga mampu membentuk sikap. Pemahaman akan benar dan salah tentang materi yang diterima saat diberikan pendidikan kesehatan yang diperoleh pada saat pelatihan. Tidak semua bentuk sikap ditentukan oleh situasi lingkungan dan pengalaman pribadi seseorang. Kadang-kadang suatu bentuk sikap merupakan pernyataan yang didasari oleh emosi, yang berfungsi sebagai semacam penyaluran frustasi atau pengalihan bentuk mekanisme pertahanan ego. Sikap demikian dapat merupakan sikap yang sementara dan segera berlalu, begitu frustasi telah hilang, akan tetapi dapat pula merupakan sikap lebih persisten dan bertahan lama. Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan untuk terwujudnya agar sikap menjadi suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain harus didukung dengan fasilitas, sikap yang positif.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Shahed, menunjukkan bahwa pendidikan kesehatan dapat merubah sikap secara signifikan kearah yang lebih positif. Perbedaan sikap ini diperoleh setelah responden mendapatkan pendidikan kesehatan¹⁰.

Sesuai tujuan yang ditetapkan, dari hasil penelitian tergambar bahwa pengetahuan kader tentang deteksi dini mengalami peningkatan secara signifikan, setelah diberikan pelatihan kader melalui pendidikan kesehatan dengan menggunakan modul tentang deteksi dini, serta mempunyai pengaruh secara bermakna dengan $pvalue = 0.000$ ($p<0.05$). Demikian pula dengan aspek sikap, tergambar sikap kader tentang deteksi dini

mengalami peningkatan secara signifikan, setelah diberikan pelatihan kader melalui pendidikan kesehatan dengan menggunakan modul tentang deteksi dini, juga mempunyai pengaruh secara bermakna dengan pvalue = 0.008 ($p<0.05$).

Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Sulistiowati, et all., yang menyatakan bahwa setelah kader kesehatan jiwa diberikan pelatihan, terjadi peningkatan kemampuan kader dalam berkomunikasi, hal ini diperkuat dengan hasil penelitian Titin Sutini dan Nur Oktavia Hidayati yang menjelaskan adanya peningkatan skor pengetahuan antara sebelum dan sesudah pelatihan dalam pemberdayaan kader kesehatan jiwa dalam deteksi dini masalah kesehatan jiwa.⁷ Hasil Penelitian Efri Widianti dan Imas Rafiyah pula menyebutkan bahwa dengan pemberdayaan masyarakat dalam pelaksanaan deteksi dini permasalahan kesehatan jiwa, pengetahuan kader tentang masalah kesehatan jiwa masyarakat mengalami peningkatan, kader bisa melakukan deteksi dini masalah kesehatan jiwa. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Rosiana, Himawan, dan Sukaesih tentang pelatihan kader kesehatan jiwa di Desa Lor Undaran Lor dengan cara deteksi dini dengan metode klasifikasi menemukan kader mampu menjelaskan tentang kesehatan jiwa itu sendiri dan cara penangannya. Hasil Penelitian lain pula yang dilakukan oleh Retna Tri Astuti, dkk menyebutkan, bahwa pelatihan kader dapat merubah pengetahuan perawatan penderita gangguan jiwa.¹¹

Deteksi dini kesehatan jiwa yang dilakukan di masyarakat bisa dijadikan data awal untuk membuat desa siaga sehat jiwa. Pada modul dijelaskan bahwa tujuan deteksi dini adalah untuk mengetahui jumlah keluarga yang sehat, yang bermasalah masalah psikososial, dan yang mengalami gangguan jiwa. Videback menyatakan pengetahuan masyarakat tentang kesehatan jiwa bisa menjadi dasar untuk membuat keluarga dan masyarakat sehat jiwanya.

Masalah kesehatan jiwa di masyarakat memerlukan pendekatan strategi melibatkan masyarakat, diawasi petugas kesehatan karena dengan melibatkan peran serta masyarakat diharapkan pendidikan kesehatan jiwa bagi kelompok keluarga yang sehat, pasien yang beresiko mengalami masalah psikososial, kelompok keluarga yang mempunyai gangguan jiwa bisa dilaksanakan pada program desa/kelurahan siaga sehat jiwa, oleh karena itu peran kader kesehatan jiwa sangat diperlukan.

Adanya perubahan dan terjadinya peningkatan pengetahuan dan sikap kader dalam deteksi dini gangguan jiwa ini, ini membuktikan bahwa kader dapat dibina dan didayagunakan menjadi kader kesehatan jiwa (KKJ) sebagai langkah awal dalam pembentukan desa/kelurahan siaga sehat jiwa nantinya.

Kader kesehatan jiwa (KKJ) merupakan sumber daya masyarakat yang perlu dikembangkan di Desa Siaga Sehat Jiwa. Pemberdayaan kader kesehatan jiwa sebagai tenaga potensial yang ada di masyarakat diharapkan mampu mendukung program CMHN (*Community Mental Health Nursing*) yang diterapkan di masyarakat¹.

Kader kesehatan jiwa adalah kader yang mampu mengenali masalah kesehatan jiwa, kader mampu menjelaskan tentang kesehatan jiwa itu sendiri, mampu melakukan deteksi dini, menggerakkan masyarakat untuk ikut serta dalam penyuluhan kelompok sehat, resiko dan gangguan jiwa. Pergerakkan masyarakat yang mengalami gangguan jiwa untuk mengikuti terapi aktifitas kelompok. Kader juga mampu melakukan perujukan kasus dan pelaporan. Kegiatan yang dilakukan oleh kader kesehatan jiwa mendapat supervisi dari perawat CHMN atau penanggung jawab program kesehatan jiwa dari Puskesmas.

Upaya pemberdayaan masyarakat terhadap kesehatan jiwa dapat dicapai dengan suatu manajemen pelayanan kesehatan khususnya pelayanan kesehatan jiwa berbasis komunitas. Bentuk pendekatan manajemen pelayanan kesehatan jiwa komunitas ini salahsatunya dengan pengenalan deteksi dini gangguan jiwa yang dapat dilakukan oleh masyarakat (kader). Hal ini dapat mempermudah penanganan gangguan jiwa yang ada di masyarakat.

Dengan adanya kader kesehatan jiwa, diharapkan dapat menjadi ujung tombak untuk promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif pasien gangguan jiwa dan keluarganya di lingkungan masyarakat. Hal ini dapat meningkatkan produktifitas pasien gangguan jiwa dan dapat meningkatkan kesehatan jiwa di masyarakat.

Hasil penelitian yang telah dilakukan menunjukkan ada pengaruh yang signifikan bahwa pelatihan kader dengan menggunakan modul dan metode diskusi kelompok kecil, terhadap peningkatan pengetahuan dan sikap kader dalam melakukan deteksi dini gangguan jiwa di masyarakat. Ada beberapa tindakan yang dapat dilakukan oleh kader kesehatan jiwa dalam menangani kelanjutan kasus gangguan jiwa yang ada di wilayahnya yaitu diantaranya penggerakkan para kader yang telah mengikuti pelatihan kader deteksi gangguan jiwa untuk melakukan penyuluhan kesehatan (pendidikan kesehatan) tentang gangguan jiwa kepada masyarakat secara langsung, baik itu dalam kegiatan formal maupun informal. Misalnya pada kegiatan posyandu dan posbindu bulanan. Para kader bisa menularkan ilmu yang didapat kepada para kader lain yang tidak mengikuti pelatihan atau masyarakat nya secara luas.

Pendidikan kesehatan merupakan upaya untuk mengurangi perbedaan status atau derajat kesehatan akibat ketidaktahuan atau ketidakmampuan melalui pemberdayaan masyarakat. Pendidikan kesehatan jiwa yang diberikan

kepada kelompok, individu atau keluarga yang sehat jiwa, beresiko mengalami gangguan masalah psikososial dan gangguan jiwa.

Upaya pelatihan kader yang telah dilakukan dapat ditindaklanjuti untuk pembentukan desa siaga sehat jiwa. Kader kesehatan jiwa diharapkan mampu menjalankan kegiatan secara rutin minimal satu bulan satu kali dibawah arahan, binaan dan monitoring Puskesmas Pasirkaliki Kota Bandung.

Program berkelanjutan dalam pemberdayaan kader kesehatan jiwa dalam deteksi dini masalah kesehatan jiwa oleh stakeholder terkait dan aparat setempat sangat diperlukan. Hal ini dapat dilakukan dengan bekerjasama dengan perguruan tinggi setempat yang dapat berkontribusi dalam pengembangan wilayahnya. Perlu adanya pendampingan khusus pelaksanaan kegiatan pemberdayaan masyarakat dalam deteksi dini masalah kesehatan jiwa masyarakat, khususnya oleh tenaga kesehatan setempat, untuk persiapan pembentukan desa/kelurahan siaga sehat jiwa.

Upaya pencegahan dan penanggulangan gangguan jiwa di masyarakat ada 3 macam, antara lain pencegahan secara primer, pencegahan sekunder dan pencegahan tersier¹². Pencegahan primer dilakukan pada kelompok masyarakat yang sehat dimana pencegahan ini bertujuan untuk mencegah timbulnya gangguan jiwa serta untuk mempertahankan dan meningkatkan kesehatan jiwa masyarakat (World Health Organization, 2008). Pada pencegahan sekunder fokus kegiatan pada masyarakat yang beresiko, tujuan dari pencegahan ini untuk menurunkan kejadian gangguan jiwa¹³. Pencegahan tersier, fokus kegiatan pada kelompok masyarakat yang mengalami gangguan jiwa. Kegiatan pada pencegahan ini berupa rehabilitasi dengan memberdayakan pasien dan keluarga hingga dapat mandiri.

Upaya pencegahan dan penanggulangan gangguan jiwa di masyarakat adalah tugas bersama

masyarakat beserta perangkatnya dan petugas kesehatan yang berada di wilayah kerja puskesmas setempat . Upaya pencegahan ini dapat dilakukan dengan beberapa tahapan. Tahapan pertama adalah dengan melakukan pendekatan kepada perangkat wilayah setempat, dan tokoh masyarakat di wilayah setempat, tahap berikutnya adalah melakukan psikoedukasi kepada perangkat wilayah setempat sehingga didapatkan pemahaman yang sama antara petugas kesehatan dan perangkat wilayah serta tokoh masyarakat tentang pentingnya kepedulian terhadap anggota masyarakat dengan gangguan kejiwaan. Tahap berikutnya adalah perangkat wilayah dan tokoh masyarakat menetapkan wakil dari wilayah bertugas menjadi fasilitator bagi masyarakat dalam upaya penanggulangan gangguan jiwa di masyarakat. Perwakilan masyarakat yang mengurus masalah kesehatan jiwa masyarakat ini selanjutnya disebut sebagai kader kesehatan jiwa¹⁴, selanjutnya kader kesehatan jiwa yang telah ditetapkan mengikuti pelatihan kader kesehatan jiwa untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dalam mencegah dan menanggulangi gangguan jiwa di masyarakat sesuai dengan peran dan fungsinya, tugas selanjutnya yang diemban oleh kader kesehatan jiwa adalah melakukan deteksi dini gangguan jiwa sebagai langkah awal untuk melakukan pemetaan masalah kesehatan jiwa di masyarakat sehingga dapat di tentukan langkah langkah pencegahan dan penanggulangan lebih lanjut. Peran yang dijalankan oleh kader kesehatan jiwa ini akan dapat berjalan dengan optimal ketika ada dukungan optimal pula oleh petugas kesehatan di puskesmas terkait dan masyarakat secara umum termasuk didalamnya keluarga klien dengan gangguan jiwa, sehingga harapan terwujudnya masyarakat sehat jiwa produktif dapat menjadi sebuah kenyataan¹⁵.

SIMPULAN

1. sebelum diberikan pelatihan kader tentang deteksi dini gangguan jiwa, nilai rerata dari pengetahuan adalah 9,34 dan sikap adalah 46,70.

2. setelah diberikan pelatihan kader tentang deteksi dini gangguan jiwa, mengalami peningkatan nilai rerata, nilai rerata pengetahuan adalah 11,52, peningkatannya sebesar **2,18**, sedangkan nilai rerata sikap adalah 48,62, peningkatannya sebesar **1,92**.
3. terdapat pengaruh pelatihan kader terhadap pengetahuan tentang deteksi dini gangguan jiwa di Kelurahan Pajajaran wilayah kerja Puskesmas Pasirkaliki Kota Bandung.
4. terdapat pengaruh pelatihan kader terhadap sikap tentang deteksi dini gangguan jiwa di Kelurahan Pajajaran wilayah kerja Puskesmas Pasirkaliki Kota Bandung.

DAFTAR RUJUKAN

1. Keliat, Budi Anna., Novy, Helena C., & Pipin, Farida. Manajemen Keperawatan Psikososial dan Kader Kesehatan Jiwa. Jakarta: EGC: 2011
2. Kemenkes RI. Riset Kesehatan Dasar. Jakarta : Balitbangkes Depkes RI; 2013.
3. Notoatmodjo, Soekidjo., *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Cetakan ke -2- Jakarta: Rineka Cipta; 2014.
4. Nursalam Manajemen Keperawatan Aplikasi Dalam Praktik Keperawatan Profesional. Jakarta : Salemba Medika: 2008
5. Notosoedirdjo dan Latipun. Kesehatan Mental, Konsep dan Penerapan. Malang : UMM Pres; 2005
6. Syafrudin dan Hamidah. *Kebidanan Komunitas*. Jakarta : EGC; 2009
7. Titin Sutini dan Nur Oktavia Hidayati. Gambaran Deteksi Dini Kesehatan Jiwa di Desa Ranjeng dan Cilopang Kabupaten Sumedang. Jurnal Keperawatan BSI, Vol. 5 No.1, April 2017.
<https://ejournal.bsi.ac.id/ejurnal/index.php/jk/article/view/1772>, diakses tanggal Juni, 25, 2019.
8. Efri Widianti dan Imas Rafiyah, Pemberdayaan Masyarakat dalam Pelaksanaan Deteksi Dini Permasalahan Kesehatan Jiwa di Desa Jayaraga Kecamatan Tarogong Kidul Kabupaten

- Garut. Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat UNPAD, Vol. 1, No. 3, Juni 2017: 191 – 195.
- 9. Ahmad Husni dan Desmaniarti. Pengaruh Pendidikan Kesehatan Menggunakan Modul terhadap Peningkatan Pengetahuan Keluarga tentang Deteksi Dini Gangguan Jiwa di Wilayah Kerja Puskesmas Pasirkliki Kota Bandung; 2018.
 - 10. Shahed, S, dkk.. *The Impact Of Health Information Provision On Breast Cancer Related Knowledge and Protective*. ProQuest Social Science Journals. Vol. 18.No. 17.117-133; 2013.
 - 11. Tri Astuti, dkk. Pengaruh Pelatihan Kader Terhadap Peningkatan Pengetahuan Perawatan pada Gangguan Jiwa di Wilayah Puskesmas Sawangan Kabupaten Magelang 2014. <https://media.neliti.com/media/publications/70817-ID-pengaruh-pelatihan-kader-terhadap-pening.pdf>, diakses tanggal 7 Nopember 2019.
 - 12. Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M. R., & Rahman, A. *No health without mental health*. *The lancet*, 370(9590), 859-877, 2007.
 - 13. Knapp, M., McDaid, D., & Parsonage, M. *Mental health promotion and mental illness prevention: The economic case*; 2011.
 - 14. Kiima, D., & Jenkins, R. *Mental health policy in Kenya-an integrated approach to scaling up equitable care for poor populations*. *International Journal of Mental Health Systems*, 4(1), 19; 2010.
 - 15. Kakuma, R., Minas, H., van Ginneken, N., Dal Poz, M.R., Desiraju, K., Morris, J. E., ... & Scheffler, R. M. Human resources for mental health care: current situation and strategies for action. *The Lancet*, 378(9803), 1654-1663, 2011.