



## Program Kader Kesehatan Jiwa sebagai Pelaksanaan Upaya Kesehatan Jiwa

### *The Mental Health Cadre Program as a Means of Implementing Mental Health Efforts*

Dian Wahyu Hastari<sup>1\*</sup>, Tri Kurniati Ambarini<sup>2</sup>

<sup>1-2</sup> Universitas Airlangga, Indonesia

Jl. Airlangga 4-6, Surabaya, Indonesia, 60286

Korespondensi penulis: [dian.wahyu.hastari-2020@psikologi.unair.ac.id](mailto:dian.wahyu.hastari-2020@psikologi.unair.ac.id)

#### Article History:

Received: Juli 09, 2025;

Revised: Juli 25, 2025;

Accepted: Agustus 13, 2025;

Online Available: Agustus 15, 2025;

**Keywords:** Community Health Centers; Early Detection; Mental Health Cadres; Mental Health Efforts; Mental Health Workers;

**Abstract.** This study aims to report on the development of mental health workers as part of mental health efforts in primary health care, specifically Community Health Centers (PKM). As the frontline of health services, PKM plays a crucial role in the handling and management of mental health issues in the community. However, not all mental health disorders are optimally reported. Data shows that the number of mental health disorder cases continues to increase annually, while only around 50% are successfully treated. Contributing factors include limited access to services and the uneven distribution of mental health workers. To address these issues, a mental health cadre program was developed. This program is designed to facilitate requests for mental health services through reporting, indexing, outreach, and home visits to patients. Cadres also act as liaisons between patients and primary health care services. The implementation phase begins with a needs assessment through interviews with health workers, patients, and community representatives. Next, selection is carried out based on cadre criteria, followed by recruitment and cognitive behavioral training. Training materials include knowledge of mental disorders, screening techniques, first aid, and evaluation methods. The results of the study using the 4-Level Evaluation Model indicate that the cadres are highly enthusiastic about their new role. There was a significant increase in knowledge between before and after cognitive behavioral training ( $p < 0.001$ ). Furthermore, the number of reported cases of mental health disorders increased, and the program was shown to align with the mission of primary healthcare services. Therefore, the formation of mental health cadres is considered effective in assisting healthcare workers in detecting and identifying patients with mental health problems in the Community Health Center (PKM) work area.

#### Abstrak

Penelitian ini bertujuan untuk melaporkan pembentukan tenaga kesehatan mental sebagai bagian dari upaya kesehatan mental di layanan kesehatan primer, khususnya Pusat Kesehatan Masyarakat (PKM). Sebagai garda terdepan pelayanan kesehatan, PKM memiliki peran krusial dalam penanganan dan pengelolaan masalah kesehatan mental di masyarakat. Namun, tidak semua gangguan kesehatan mental dapat dilaporkan secara optimal. Data menunjukkan bahwa setiap tahun jumlah kasus gangguan kesehatan mental terus meningkat, sementara hanya sekitar 50% yang berhasil ditangani. Faktor penyebabnya antara lain keterbatasan akses layanan dan distribusi tenaga kesehatan mental yang tidak merata. Untuk mengatasi permasalahan tersebut, dikembangkan program kader kesehatan mental. Program ini dirancang untuk memfasilitasi permintaan layanan kesehatan mental melalui pelaporan, pengindeksan, sosialisasi, dan kunjungan rumah kepada pasien. Kader juga berperan sebagai penghubung antara pasien dan layanan kesehatan primer. Tahapan pelaksanaan dimulai dari penilaian kebutuhan melalui wawancara dengan tenaga kesehatan, pasien, dan perwakilan masyarakat. Selanjutnya, dilakukan seleksi berdasarkan kriteria kader, diikuti perekrutan dan pelatihan perilaku kognitif. Materi pelatihan meliputi pengetahuan tentang gangguan mental, teknik skrining, pertolongan pertama, serta metode evaluasi. Hasil penelitian menggunakan Model Evaluasi 4 Tingkat menunjukkan bahwa para kader memiliki antusiasme

tinggi terhadap peran barunya. Terdapat peningkatan pengetahuan yang signifikan antara sebelum dan sesudah pelatihan perilaku kognitif ( $p < 0,001$ ). Selain itu, jumlah pelaporan kasus gangguan kesehatan mental meningkat, dan program terbukti selaras dengan misi pelayanan kesehatan primer. Dengan demikian, pembentukan kader kesehatan mental dinilai efektif membantu tenaga kesehatan dalam mendeteksi dan mengidentifikasi pasien dengan masalah kesehatan mental di wilayah kerja PKM.

**Kata Kunci:** Deteksi Dini; Kader Kesehatan Mental; Pusat Kesehatan Masyarakat; Tenaga Kesehatan Mental; Upaya Kesehatan Mental;

## **1. LATAR BELAKANG**

Kesehatan jiwa merupakan bagian penting dalam kehidupan seseorang. Menurut Undang-Undang No. 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa, kesehatan jiwa atau yang disingkat menjadi keswa adalah kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan stress, dapat bekerja secara produktif dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya (Kemenkes RI, 2020). Kesehatan jiwa mempengaruhi cara seseorang berpikir, merasa, dan bertindak. Hal ini mendukung kemampuan mereka untuk membuat keputusan, membangun hubungan, dan membentuk dunia tempat mereka hidup. Kesehatan jiwa juga berkaitan erat dengan kondisi fisik (CDC, 2021). Berbagai gangguan kesehatan fisik dapat dipengaruhi dari kondisi kesehatan jiwa, seperti stress yang dapat berakibat pada menurunnya sistem imun sehingga tubuh menjadi lebih mudah terserang penyakit (Glaser, & Kiecolt-Glaser, 2009).

Sayangnya, kasus gangguan jiwa semakin meningkat setiap tahunnya. Data mengenai gangguan kesehatan jiwa menunjukkan bahwa sebanyak 970 juta orang di seluruh dunia hidup dengan gangguan mental pada tahun 2019 (WHO, 2022). Jika dibandingkan dengan 3 tahun sebelumnya, terdapat kenaikan sebanyak 33 juta kasus gangguan kesehatan jiwa, atau sebanyak 4% (Dattani, Ritchie, & Roser, 2021). Di Indonesia sendiri, jumlah penderita gangguan jiwa mencapai lebih dari 27 juta jiwa di tahun 2019 (Dattani, Ritchie, & Roser, 2021). Secara berturut-turut mulai dari tahun 2016, rata-rata kenaikan kasus gangguan jiwa yaitu sebanyak 200 ribu kasus, bahkan pada tahun 2019, kasus gangguan jiwa meningkat sebanyak 321 ribu kasus (Dattani, Ritchie, & Roser, 2021).

Meskipun begitu, banyaknya kasus gangguan jiwa, tidak sebanding dengan penanganan yang diberikan. Masih terdapat banyak dari kasus-kasus gangguan jiwa yang tidak tertangani dengan baik. Data dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia tahun 2020 menyebutkan bahwa kasus gangguan jiwa berat yang mendapatkan pelayanan hanya sebesar 58,9%, sedangkan untuk kasus depresi dan gangguan mental emosional lainnya kurang dari 10% kasus

yang mendapatkan pelayanan kesehatan jiwa (Kemenkes RI, 2021). Hal ini menunjukkan bahwa penanganan kasus gangguan jiwa di Indonesia masih sangat rendah.

Rendahnya pelayanan kesehatan jiwa dapat ditinjau dari penyedia layanan kesehatan jiwa dan kesadaran masyarakat sendiri. Jika ditinjau dari penyedia layanan kesehatan, terdapat beberapa faktor yang menyebabkan terkendalanya layanan kesehatan jiwa, di antaranya adalah sumber daya manusia, tenaga spesialis dan subspecialis jiwa masih terbatas, dan penyebarannya yang masih belum merata; terbatasnya fasilitas pelayanan kesehatan jiwa dan akses terhadap fasilitas kesehatan jiwa yang masih sulit, serta sistem rujukan juga belum berjalan optimal; sistem pelaporan kesehatan jiwa yang belum optimal, dimana pelapor kesehatan jiwa belum memahami tentang tata cara pelaporan kesehatan jiwa; ketersediaan obat yang belum optimal, terutama di layanan kesehatan tingkat pertama; dan koordinasi dan kerjasama lintas program maupun lintas sektoral belum optimal (Ditjen P2 Masalah Keswa dan NAPZA Kemenkes RI, 2020).

Seperti yang terjadi pada salah satu Puskesmas di Kota Malang, dimana hasil wawancara awal menunjukkan bahwa pelayanan kesehatan jiwa baru diberikan berdasarkan laporan Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) yang bermasalah saja, sehingga banyak kasus-kasus gangguan jiwa yang sebenarnya banyak dan beragam tetapi tidak terdeteksi dan pada akhirnya tidak tertangani. Hal ini menyebabkan data mengenai jumlah ODGJ yang ada di wilayah Puskesmas tersebut belum mencakup gangguan jiwa secara keseluruhan. Selama ini, kasus gangguan jiwa yang ditangani hanya kasus gangguan jiwa berat saja, itu pun baru akan ditangani apabila ada laporan bahwa ODGJ sudah mengganggu lingkungan sekitar, atau ODGJ yang memang sudah pernah mendapat diagnosis dari rumah sakit, kemudian datang ke Puskesmas untuk mengambil obat. Sedangkan untuk gangguan jiwa lainnya masih jarang dilayani karena tidak banyak yang melapor untuk mendapat pelayanan kesehatan jiwa. Tentunya hal ini berpotensi menyebabkan banyaknya masalah kesehatan jiwa yang tidak terdeteksi dan tidak mendapatkan penanganan yang tepat.

Selain itu, Puskesmas sendiri juga belum memiliki tenaga kesehatan khusus yang menangani masalah kesehatan jiwa. Selama ini, jika ada ODGJ yang datang, maka akan dilayani oleh dokter dan perawat saja. Laporan ODGJ yang bermasalah juga melalui kader kesehatan yang bertugas di Posyandu, atau petugas RT/RW setempat. Untuk penanganan yang diberikan juga hanya diberikan obat, atau diberi rujukan ke rumah sakit. Selebihnya belum ada pengawas minum obat atau pengawas yang mengingatkan untuk melakukan kontrol rutin. Penanggung jawab bidang jiwa yang saat ini bertugas pun masih baru menjalani masa jabatannya dan belum pernah mendapatkan pelatihan mengenai kesehatan jiwa. Tenaga

kesehatan di Puskesmas juga belum banyak turun lapangan ke masyarakat untuk melihat langsung kondisi kesehatan jiwa di wilayah Puskesmas. Hal ini tentunya dapat menghambat penanganan kesehatan jiwa, karena tenaga kesehatan sendiri masih belum mampu menjangkau masyarakat secara keseluruhan, sehingga pelayanan kesehatan jiwa belum bisa berjalan optimal.

Sedangkan dari masyarakat sendiri, faktor yang menyebabkan rendahnya pelayanan kesehatan jiwa antara lain adalah pengetahuan masyarakat yang rendah tentang gangguan jiwa, serta stigma negatif tentang gangguan jiwa yang akhirnya menghambat seseorang untuk mencari bantuan layanan kesehatan jiwa (Jung, von Sternberg, & Davis, 2017). Sama halnya yang terjadi pada masyarakat di wilayah Puskesmas, masih banyak masyarakat yang belum mengetahui tentang kesehatan jiwa dan masih punya stigma negatif tentang gangguan jiwa. Masih banyak masyarakat yang menyembunyikan anggota keluarganya yang memiliki gangguan jiwa, atau menarik diri dari lingkungan ketika memiliki anggota keluarga yang merupakan ODGJ. Baru ketika ODGJ sudah mengganggu lingkungan atau terjadi kekambuhan, maka warga sekitar yang akan melapor pada pihak Puskesmas. Hal ini tentunya dapat menyebabkan gangguan kesehatan jiwa yang ada di masyarakat tidak dapat tertangani dengan baik dan menghambat pemulihan ODGJ.

Untuk meningkatkan penanganan masalah kesehatan jiwa, maka perlu adanya upaya kesehatan jiwa yang dilakukan oleh tenaga kesehatan sebagai penyedia layanan kesehatan jiwa, dan masyarakat. Upaya kesehatan jiwa mencakup upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang dilakukan untuk mewujudkan derajat kesehatan jiwa yang optimal bagi masyarakat (Kemenkes RI, 2020). Agar upaya kesehatan jiwa dapat terlaksana secara menyeluruh, perlu adanya kerja sama antara tenaga kesehatan dan masyarakat. Tenaga kesehatan dapat memberdayakan masyarakat dalam upaya kesehatan jiwa. Salah satunya adalah dengan membentuk kader kesehatan jiwa.

Kader kesehatan jiwa merupakan seseorang yang bersedia untuk membantu masyarakat menyelesaikan masalah yang berkaitan dengan kesehatan jiwa, seperti gangguan jiwa, atau masalah psikososial lainnya secara sukarela (Isnawati & Yunita, 2019). Kader kesehatan jiwa dapat dipilih dari perwakilan kader kesehatan yang sudah ada, atau dari masyarakat yang mengajukan diri.

Program kader jiwa sendiri belum ada di Puskesmas yang menjadi tempat penelitian ini. Padahal, kader kesehatan jiwa dapat membantu meningkatkan upaya kesehatan jiwa. Kader kesehatan jiwa berperan untuk membagikan informasi mengenai kesehatan jiwa melalui penyuluhan, melakukan kunjungan rumah pada keluarga ODGJ, memantau perkembangan

ODGJ, dan membantu menggerakkan keluarga untuk melakukan rujukan pada ODGJ (Iswanti, Lestari, & Hapsari, 2018). Kader kesehatan jiwa menjadi perpanjangan tangan dari tenaga kesehatan untuk melaksanakan upaya kesehatan jiwa.

Sesuai dengan permasalahan yang ditemui pada penanganan kesehatan jiwa di Puskesmas, kader kesehatan jiwa dapat membantu tenaga kesehatan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat mengenai kesehatan jiwa, dengan memberikan penyuluhan sehingga dapat mengurangi stigma negatif mengenai gangguan jiwa. Kader kesehatan jiwa juga mampu melaksanakan deteksi dini melalui kunjungan rumah, membantu merujuk ODGJ, dan melaporkan kasus-kasus gangguan jiwa yang ada di masyarakat. Hal ini tentunya dapat membantu tenaga kesehatan untuk menemukan kasus gangguan jiwa selain gangguan jiwa berat, sehingga lebih banyak gangguan jiwa yang dapat tertangani. Terakhir, kader kesehatan jiwa dapat membantu tenaga kesehatan untuk memantau perkembangan ODGJ pasca diberikan penanganan. Hal ini dapat mengurangi munculnya kekambuhan dan mengurangi kemungkinan keluarga yang menyembunyikan kondisi anggota keluarganya yang merupakan ODGJ. Dibentuknya kader kesehatan jiwa, maka upaya kesehatan jiwa di Puskesmas dapat berjalan secara optimal dan menyeluruh. Kader kesehatan jiwa juga diharapkan mampu membantu tenaga kesehatan untuk menjangkau masyarakat secara lebih luas, sehingga semakin banyak masalah kesehatan jiwa yang mendapatkan penanganan yang tepat.

## **2. KAJIAN TEORITIS**

### **Konsep Dasar dan Peran Strategis Kader Kesehatan Jiwa**

Program kader kesehatan jiwa merupakan bagian dari strategi pelayanan kesehatan jiwa berbasis masyarakat yang menekankan pada pemberdayaan komunitas melalui partisipasi aktif warga. Kader dipilih dari lingkungan sekitar dan diberikan pelatihan untuk melaksanakan fungsi promotif, preventif, deteksi dini, dan pendampingan terhadap Orang dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) serta keluarganya. Undang-Undang No. 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa secara eksplisit mendorong pelibatan masyarakat dalam sistem layanan kesehatan jiwa yang menyeluruh dan berkesinambungan (Kementerian Kesehatan RI, 2014). Kader menjadi perpanjangan tangan tenaga profesional untuk menjangkau kelompok masyarakat yang rentan namun sulit diakses oleh layanan kesehatan formal.

Kader memainkan peran strategis dalam menjembatani layanan kesehatan dengan komunitas. Mereka berfungsi sebagai fasilitator sosial yang mampu membangun komunikasi interpersonal yang efektif dan berbasis budaya lokal. Selain menyampaikan edukasi tentang kesehatan jiwa, kader juga melakukan identifikasi awal terhadap individu yang menunjukkan

gejala gangguan mental serta memfasilitasi rujukan ke tenaga kesehatan (Pinilih et al., 2020). Peran ini menjadi semakin penting dalam mengurangi stigma terhadap ODGJ dan membangun dukungan sosial di lingkungan mereka.

### **Pendekatan Pelaksanaan Upaya Kesehatan Jiwa melalui Kader**

Pendekatan pelaksanaan upaya kesehatan jiwa melalui kader terbagi dalam tiga tingkatan pencegahan. Pencegahan primer dilakukan melalui edukasi dan promosi kesehatan mental seperti pengelolaan stres dan gaya hidup sehat, sedangkan pencegahan sekunder berfokus pada deteksi dini dan intervensi awal terhadap kasus-kasus gangguan jiwa ringan (Reza, 2022). Pada tahap pencegahan tersier, kader berperan mendampingi proses pemulihan ODGJ, memantau kepatuhan minum obat, dan mendukung proses reintegrasi sosial agar pasien dapat kembali berfungsi dalam masyarakat (Fitria et al., 2024).

Untuk melaksanakan tugasnya secara efektif, kader dibekali pelatihan teknis yang mencakup komunikasi terapeutik, penanganan gejala ringan, serta teknik psikoedukasi keluarga. Kegiatan lapangan seperti kunjungan rumah dan pendampingan pasien menjadi bagian dari strategi intervensi komunitas yang diintegrasikan dalam program Puskesmas. Pelatihan ulang dan supervisi dari tenaga kesehatan profesional menjadi kunci keberhasilan program kader, disertai pelibatan kader dalam sistem pencatatan dan pelaporan (Ningrum et al., 2015). Hal ini memastikan bahwa kader tidak hanya bekerja berdasarkan pengalaman personal, tetapi juga memiliki rujukan ilmiah dan metodologis yang tepat.

### **Faktor Penunjang dan Tantangan Implementasi Program Kader Jiwa**

Beberapa faktor yang menunjang keberhasilan program kader kesehatan jiwa antara lain adalah kualitas pelatihan, keberlanjutan pendidikan, dan motivasi kader. Studi menunjukkan bahwa pelatihan yang menanamkan nilai spiritualitas dan empati, seperti pendekatan caring spirituality, dapat memperkuat komitmen kader dalam menjalankan tugas mereka (Faizah, 2018). Selain itu, dukungan dari Puskesmas, pemerintah desa, serta keberadaan regulasi yang jelas turut memberikan legitimasi dan keberlangsungan operasional kader di tingkat lapangan (Yati et al., 2024). Meski begitu, program ini tidak lepas dari tantangan. Kurangnya insentif, beban kerja emosional, serta keterbatasan sumber daya menjadi kendala utama dalam pelaksanaan. Banyak kader mengalami kelelahan psikologis karena harus menghadapi langsung pasien dengan kondisi kompleks tanpa dukungan profesional yang memadai. Oleh karena itu, penting untuk membentuk sistem pendampingan bagi kader, seperti kelompok dukungan sebaya, forum evaluasi rutin, dan pelatihan manajemen stres (Ulfa et al., 2019).

### 3. METODE PENELITIAN

#### *Partisipan*

Kader kesehatan jiwa, merupakan kader kesehatan yang ditunjuk secara khusus untuk menangani masalah kesehatan jiwa yang ada di masyarakat di wilayah Puskesmas. Kader kesehatan jiwa yang ditunjuk merupakan perwakilan dari kader kesehatan yang selama ini telah bertugas di Posyandu Puskesmas. Dari keseluruhan 5 kecamatan yang berada di bawah naungan Puskesmas, terdapat sebanyak 434 kader kesehatan yang aktif berpartisipasi dalam kegiatan Posyandu. Untuk kader kesehatan jiwa, hanya dipilih 1 orang perwakilan kader dari masing-masing RW di setiap kecamatan, sehingga total kader kesehatan jiwa yang dipilih ada sebanyak 36 orang.

#### *Desain*

Penelitian ini menggunakan pendekatan deskriptif kualitatif dengan memberikan intervensi komunitas yang bertujuan untuk mengembangkan dan mengevaluasi program pemberdayaan kader kesehatan jiwa di salah satu Puskesmas di Kota Malang. Intervensi diberikan dengan memberikan pelatihan berbasis psikoedukasi dengan pendekatan kognitif-perilaku, yang difokuskan pada penguatan kapasitas tenaga kesehatan dan kader jiwa dalam melaksanakan upaya promotif dan preventif kesehatan jiwa.

#### *Prosedur*

Pelaksanaan penelitian dimulai dengan mengajukan perizinan kepada pihak Puskesmas dan melakukan asesmen awal dengan melakukan wawancara dan observasi baik kepada tenaga kesehatan, kader Posyandu, dan keluarga ODGJ. Intervensi diberikan dalam beberapa tahap, di antaranya adalah:

- Psikoedukasi Upaya Kesehatan Jiwa kepada Tenaga Kesehatan, yang bertujuan agar tenaga kesehatan dapat mengetahui dan memahami bagaimana memberdayakan kader jiwa dalam upaya kesehatan jiwa. Pelaksanaan psikoedukasi dilakukan secara luring di Puskesmas.
- Pembentukan Kader Jiwa, yang dilaksanakan dengan mengumpulkan anggota kader jiwa dalam satu wadah untuk memudahkan koordinasi antara kader jiwa dan tenaga kesehatan, dalam hal ini adalah dengan menggunakan media sosial berupa *group chat* pada aplikasi *WhatsApp*.
- Psikoedukasi Gangguan Jiwa dan Upaya Kesehatan Jiwa pada Kader Jiwa, yang bertujuan agar kader jiwa mampu memahami mengenai kesehatan jiwa dan gangguan kesehatan jiwa, serta mampu memahami dan melaksanakan tugas mereka dalam upaya kesehatan jiwa. Pelaksanaan psikoedukasi dilakukan secara luring di Puskesmas.

- Pelaksanaan Upaya Kesehatan Jiwa yang dilaksanakan dengan menggerakkan kader jiwa untuk melaporkan kasus gangguan kesehatan jiwa di lingkungan mereka melalui *group chat* yang telah terbentuk.
- Evaluasi dan Terminasi yang dilaksanakan dengan meninjau hal-hal yang telah dilakukan dan dicapai selama proses intervensi.

### ***Teknik analisis***

Evaluasi pelatihan ini akan dilakukan berdasarkan Model Evaluasi Empat Level Kirkpatrick (dalam Nurhayati, 2018) yaitu level *reaction*, *learning*, *behavior* dan *result*. Evaluasi level *reaction* akan dilakukan dengan cara melihat jumlah tenaga kesehatan dan kader jiwa yang hadir dalam pelatihan selama empat pertemuan. Selain itu, keaktifan dan antusiasme tenaga kesehatan dan kader jiwa selama pelatihan juga dapat digunakan sebagai kriteria penilaian dari level *reaction*. Evaluasi level kedua yaitu level *learning*, dilakukan dengan cara memberikan *pretest* untuk mengetahui pengetahuan awal baik pada tenaga kesehatan maupun kader jiwa sebelum mengikuti pelatihan, dan memberikan *posttest* untuk mengetahui pengetahuan setelah diberikannya pelatihan. Hasil *pretest* dan *posttest* dianalisis dengan menggunakan Uji Wilcoxon melalui program Jamovi. Evaluasi level tiga atau level *behavior* dapat dilihat dari adanya perubahan perilaku yang muncul karena tenaga kesehatan dan kader jiwa mengikuti program pelatihan. Evaluasi level empat atau evaluasi *result* dapat dilihat hasil pelatihan yaitu peningkatan kualitas, produktivitas, atau tingkat keselamatan (Kirkpatrick dalam Nurhayati, 2018). Pada tahap *result* atau hasil bertujuan untuk mengevaluasi apakah program pelatihan bermanfaat dalam mencapai tujuan organisasi.

## **4. HASIL DAN PEMBAHASAN**

### **Evaluasi Level *Reaction***

Untuk tenaga kesehatan, mereka cenderung terlihat kurang menunjukkan antusiasme selama jalannya pelatihan, baik ketika psikoedukasi dilaksanakan secara daring, maupun luring. Akan tetapi, tenaga kesehatan menunjukkan antusiasme yang cukup besar untuk melaksanakan upaya kesehatan jiwa, dengan membantu menyebarkan poster berisi informasi mengenai gangguan kesehatan jiwa. Untuk kader jiwa, mereka menunjukkan antusiasme yang besar dalam mengikuti kegiatan yang dilaksanakan, mulai dari psikoedukasi yang dilaksanakan secara daring dan luring, maupun pelaksanaan upaya kesehatan jiwa. Hal ini terlihat dari jumlah peserta yang menghadiri kegiatan psikoedukasi, serta keaktifan selama mengikuti psikoedukasi yang terlihat dari peserta memberikan pertanyaan seputar materi yang

disampaikan. Kemudian untuk pelaksanaan upaya kesehatan jiwa, beberapa kader juga langsung aktif melaporkan warga yang sudah bisa mereka deteksi sebagai ODGJ.

### Evaluasi Level *Learning*

Pada pengukuran awal tingkat pengetahuan tenaga kesehatan dan kader jiwa, diketahui bahwa tingkat pengetahuan tenaga kesehatan sudah cukup baik ( $M=5,61$ ), sedangkan untuk kader jiwa, tingkat pengetahuan mereka tergolong rendah ( $M=3,40$ ). Sayangnya, untuk tenaga kesehatan tidak diketahui tingkat pengetahuan pasca dilakukan psikoedukasi, karena tenaga kesehatan tidak mengisi *posttest* yang diberikan. Sedangkan untuk kader jiwa, hasil *posttest* menunjukkan bahwa terdapat peningkatan tingkat pengetahuan yang signifikan, dimana tingkat pengetahuan kader jiwa menjadi lebih tinggi dibandingkan dengan sebelumnya ( $M=6,07$ ).

#### *Paired Samples T-Test*

		Statistic	df	p	Mean difference	SE difference	Effect Size	
Pretest	Post-test	Student's t	-11.5	14.0	<.001	-2.67	0.232 Cohen's d	-2.96
		Wilcoxon W	0.00		<.001	-2.50	0.232 Rank biserial correlation	-1.00

Hasil uji menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan pada pengetahuan kader jiwa sebelum dan sesudah pelatihan ( $p<0,001$ ). Oleh karena itu dapat disimpulkan terdapat pengaruh pemberian psikoedukasi pada pelatihan kader jiwa dapat meningkatkan pengetahuan kader jiwa mengenai kesehatan jiwa dan upaya kesehatan jiwa.

### Evaluasi Level *Behavior*

Untuk tenaga kesehatan, perubahan perilaku terutama pada penanggung jawab bidang jiwa, dari yang sebelumnya jarang menghubungi kader untuk menanyakan masalah kesehatan jiwa, setelah mengikuti pelatihan yang diberikan menjadi lebih aktif untuk berkomunikasi dengan kader, serta mau untuk turun langsung ke lapangan untuk mengunjungi warga yang terindikasi mengalami masalah gangguan jiwa. Selain dari penanggung jawab bidang jiwa, bidang promosi kesehatan juga mau untuk aktif menyebarkan informasi mengenai kesehatan jiwa di media sosial milik Puskesmas. Untuk kader jiwa, perubahan perilaku tampak pada kader yang mulai mau untuk aktif melaporkan warga yang mengalami gangguan jiwa di wilayahnya. Tidak hanya mereka yang bermasalah, tetapi juga yang mulai menunjukkan gejala.

### **Evaluasi Level Result**

Sistem deteksi dini yang terbentuk antara tenaga kesehatan dan kader jiwa di Puskesmas mampu membantu meningkatkan upaya kesehatan jiwa, terutama pada fungsi promotif dan preventif. Sistem yang terbentuk antara tenaga kesehatan dan kader jiwa dapat membantu memenuhi misi memenuhi pelayanan bagi masyarakat karena dengan adanya sistem deteksi dini, maka dapat membantu tenaga kesehatan memberikan pelayanan bagi masyarakat yang membutuhkan bantuan dalam kesehatan jiwa. Selain itu, kader juga mampu untuk menggerakkan masyarakat agar mau terlibat aktif dalam menjaga kesehatan jiwa. Kehadiran kader jiwa membantu bidang pelayanan kesehatan jiwa untuk mengetahui kasus-kasus gangguan kesehatan jiwa yang ada di wilayah Puskesmas, sehingga tenaga kesehatan bisa menjangkau masyarakat secara lebih luas dan memberikan pelayanan pada mereka yang membutuhkan.

Tujuan intervensi yang ingin dicapai adalah untuk membentuk kader kesehatan jiwa sebagai perpanjangan tangan dari tenaga kesehatan untuk melaksanakan upaya kesehatan jiwa di wilayah Puskesmas, terutama pada upaya promotif dan upaya preventif. Upaya promotif dilakukan dengan membagikan informasi mengenai kesehatan jiwa pada masyarakat. Untuk melaksanakan upaya promotif tersebut, maka tenaga kesehatan dan kader jiwa perlu memiliki pengetahuan mengenai kesehatan jiwa. Oleh karena itu, perlu dilakukan psikoedukasi bagi tenaga kesehatan dan kader jiwa.

Adanya perubahan tingkat pengetahuan kader jiwa sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Febrianto, Livana, dan Indrayati (2019) yang menyatakan bahwa penyuluhan kesehatan jiwa pada kader jiwa efektif untuk meningkatkan pengetahuan kader jiwa. Selain itu, penyuluhan mengenai kesehatan jiwa juga dapat membantu kader jiwa agar mampu melaksanakan upaya kesehatan jiwa (Hidayat & Santoso, 2019). Penyuluhan dapat memberikan tambahan pengetahuan bagi kader jiwa mengenai kesehatan jiwa, sehingga dapat membantu kader jiwa untuk merasa yakin dengan kemampuannya dalam melakukan deteksi dini gangguan jiwa, dan kemudian mampu menjadi perpanjangan tangan dari tenaga kesehatan di Puskesmas untuk melaksanakan upaya kesehatan jiwa (Hasan, Pratiwi, & Sari, 2020).

Untuk pelaksanaan upaya preventif, hingga jangka waktu intervensi berakhir, masih belum sepenuhnya terlaksana. Akan tetapi, sejak psikoedukasi selesai diberikan, terutama pada kader jiwa, beberapa kader sudah dapat mengidentifikasi dan melaporkan kasus gangguan jiwa yang ada di wilayah mereka dengan mengacu pada materi psikoedukasi yang diberikan. Koordinasi antara tenaga kesehatan dan kader jiwa juga sudah mulai terbentuk, terlihat dari terbentuknya grup pada aplikasi WhatsApp yang berisi tenaga kesehatan dan kader jiwa,

dimana tenaga kesehatan dan kader jiwa sudah bersama-sama mengagendakan untuk melakukan kunjungan pada ODGJ di salah satu wilayah Puskesmas.

## 5. KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil intervensi, disimpulkan bahwa pembentukkan kader kesehatan jiwa untuk melaksanakan upaya kesehatan jiwa di wilayah Puskesmas sudah terlaksana dan dapat mulai berjalan. Program pelatihan bagi kader kesehatan jiwa berupa psikoedukasi menunjukkan hasil yang efektif, terlihat dari keaktifan kader jiwa selama mengikuti psikoedukasi, dan hasil tes yang menunjukkan adanya perubahan tingkat pengetahuan kader jiwa yang signifikan antara sebelum dan sesudah diberikan psikoedukasi. Tidak hanya bagi kader kesehatan jiwa, tenaga kesehatan selaku penanggung jawab program kader kesehatan jiwa juga mendapat pelatihan berupa psikoedukasi. Sayangnya, psikoedukasi yang diberikan pada tenaga kesehatan menunjukkan hasil yang kurang efektif terlihat dari kurangnya partisipasi tenaga kesehatan untuk terlibat selama pelaksanaan psikoedukasi berlangsung. Upaya kesehatan jiwa terutama fungsi promotif dan preventif dapat berjalan dengan melibatkan kerja sama antara tenaga kesehatan dan kader jiwa..

## DAFTAR REFERENSI

- Direktorat P2 Masalah Kesehatan Jiwa dan Napza Kementerian Kesehatan RI. (2020). *Rencana aksi kegiatan 2020–2024 Direktorat P2 Masalah Kesehatan Jiwa dan Napza*. Kementerian Kesehatan RI.
- Faizah, H. N. (2018). *Pengaruh pelatihan kesehatan jiwa caring dan spirituality (KESWACARRI) terhadap komitmen dan peran kader kesehatan jiwa di wilayah kerja Puskesmas Widang Kabupaten Tuban* (Disertasi doktor, Universitas Airlangga).
- Febrianto, T., Livana, P. H., & Indrayati, N. (2019). Peningkatan pengetahuan kader tentang deteksi dini kesehatan jiwa melalui pendidikan kesehatan jiwa. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 1(1), 33–40. <https://doi.org/10.37287/jppp.v1i1.17>
- Fitria, D., Setyaningsih, T., Puspasari, J., & Yeni, V. (2024). Penyegaran kader kesehatan jiwa sebagai upaya optimalisasi program rehabilitasi berbasis masyarakat. *Service Quality (Jurnal Pengabdian Masyarakat)*, 1(1), 9–18. <https://doi.org/10.33377/sqj.v1i1.199>
- Glaser, R., & Kiecolt-Glaser, J. (2009). Stress damages immune system and health. *Discovery Medicine*, 5(26), 165–169.
- Hasan, L. A., Pratiwi, A., & Sari, R. P. (2020). Pengaruh pelatihan kader kesehatan jiwa dalam peningkatan pengetahuan, keterampilan, sikap, persepsi, dan self efficacy kader kesehatan jiwa dalam merawat orang dengan gangguan jiwa. *Jurnal Health Sains*, 1(6), 377–384. <https://doi.org/10.46799/jhs.v1i6.67>
- Hidayat, E., & Santoso, A. B. (2019). Upaya peningkatan kesehatan jiwa masyarakat melalui pelatihan kader kesehatan jiwa di wilayah kerja Puskesmas Sunyaragi Kota Cirebon.

*Edukasi Masyarakat Sehat Sejahtera (EMaSS): Jurnal Pengabdian kepada Masyarakat*, 1(1), 42–49. <https://doi.org/10.37160/emass.v1i1.189>

- Indonesia. (2014). *Undang-undang Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa*. Lembaran Negara RI Tahun 2014 Nomor 185, Tambahan Lembaran RI Nomor 5571. Sekretariat Negara.
- Isnawati, I. A., & Yunita, R. (2019). *Konsep pembentukan kader kesehatan jiwa di masyarakat*. Yayasan Ahmar Cendekia Indonesia.
- Iswanti, D. I., & Lestari, S. P. (2018). Peran kader kesehatan jiwa dalam melakukan penanganan gangguan jiwa. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 1(1), 33–37. <https://doi.org/10.32584/jikj.v1i1.19>
- Jung, H., von Sternberg, K., & Davis, K. (2017). The impact of mental health literacy, stigma, and social support on attitudes toward mental health help-seeking. *International Journal of Mental Health Promotion*, 19(5), 252–267. <https://doi.org/10.1080/14623730.2017.1345687>
- Kementerian Kesehatan RI. (2020). *Pedoman penyelenggaraan kesehatan jiwa di fasilitas kesehatan tingkat pertama*. Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. (2021). *Profil kesehatan Indonesia tahun 2020*. Kementerian Kesehatan RI.
- Kurniawan, Y., & Sulistyarini, I. (2016). Komunitas SEHATI (Sehat Jiwa dan Hati) sebagai intervensi kesehatan mental berbasis masyarakat. *INSAN Jurnal Psikologi dan Kesehatan Mental*, 1(2), 112–124. <https://doi.org/10.20473/jpkm.V1I22016.112-124>
- Livana, T. F., & Indrayati, N. (2019). Peningkatan pengetahuan kader tentang deteksi dini kesehatan jiwa melalui pendidikan kesehatan jiwa. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 1(1), 33–40. <https://doi.org/10.37287/jppp.v1i1.17>
- Ningrum, N., Widagdo, L., & Jati, S. P. (2015). Analisis faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja perawat gigi dalam pelaksanaan kegiatan UKGS (Usaha Kesehatan Gigi Sekolah) di Puskesmas wilayah Dinas Kesehatan Kabupaten Bandung. *Jurnal Kesehatan Gigi*, 2(2), 64–71. <https://doi.org/10.31983/jkg.v2i02.1116>
- Nurhayati, Y. (2018). Penerapan model Kirkpatrick untuk evaluasi program diklat teknis substantif materi perencanaan pembelajaran di wilayah kerja Provinsi Kepulauan Riau. *Andragogi: Jurnal Diklat Teknis Pendidikan dan Keagamaan*, 6(2), 170–187. <https://doi.org/10.36052/andragogi.v6i2.63>
- Pinilih, S. S., Handayani, E., Shelviana, E., Rositasari, E., & Aziz, M. (2020). Peningkatan kesehatan jiwa melalui peran kader menuju kelurahan siaga sehat jiwa. *Jurdimas (Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat) Royal*, 3(2), 115–122. <https://doi.org/10.33330/jurdimas.v3i2.616>
- Reza, S. (2022). *Faktor yang mempengaruhi keaktifan kader kesehatan jiwa di Puskesmas Andalas tahun 2021* (Disertasi doktor, Universitas Andalas).
- Soerjandari, E., & Kusumawati, B. (2016). *Modul guru pembelajar mata pelajaran kewirausahaan SMK kelompok kompetensi D: Analisis SWOT, pembelajaran yang mendidik*.
- Ulfa, B. N., Nugraheni, D. E., Heryati, K., Yuniarti, Y., & Dewi, R. (2019). Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejenuhan bekerja (burnout) pada bidan di Puskesmas se-Kota Bengkulu tahun 2018 (Disertasi doktor, Poltekkes Kemenkes Bengkulu).

- World Health Organization. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. World Health Organization.
- Yati, I., Herawati, V. D., & Putri, D. R. (2024). Pembentukan dan pelatihan Kanji (kader kesehatan jiwa) untuk mewujudkan desa siaga sehat jiwa berbasis komunitas. *Gemassika: Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat*, 8(1), 31–40. <https://doi.org/10.30787/gemassika.v8i1.1201>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2021, October 20). *About mental health*. <https://www.cdc.gov/mentalhealth/learn/index.htm#:~:text=Mental%20health%20includes%20our%20emotional,others%2C%20and%20make%20healthy%20choices.&text=Mental%20health%20is%20important%20at,childhood%20and%20adolescence%20through%20adulthood>
- Dattani, S., Ritchie, H., & Roser, M. (2021, November 28). *Mental health*. Our World in Data. <https://ourworldindata.org/mental-health>