

**PENGARUH PELATIHAN DETEKSI DINI GANGGUAN JIWA TERHADAP
MOTIVASI KADER DALAM PENANGANAN GANGGUAN JIWA DI
WILAYAH KERJA PUSKESMAS BULULAWANG KABUPATEN
MALANG**

TUGAS AKHIR

**Untuk Memenuhi Persyaratan
Memperoleh Gelar Sarjana Ilmu Keperawatan**



**Oleh :
Riska Anisa
NIM.145070200111007**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
MALANG
2017**

HALAMAN PENGESAHAN

TUGAS AKHIR

**PENGARUH PELATIHAN DETEKSI DINI GANGGUAN JIWA
TERHADAP MOTIVASI KADER DALAM PENANGANAN GANGGUAN
JIWA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS BULULAWANG
KABUPATEN MALANG**

Oleh:
Riska Anisa
NIM 145070200111007

Telah diuji pada
Hari : Kamis
Tanggal: 17 Mei 2018
dan dinyatakan lulus oleh:

Penguji-I,

Dr. Titin Andri W, S.Kep., M.Kep
NIP. 197702262003122001

Pembimbing-I/Penguji-II,

Pembimbing-II/Penguji-III,

Ns. Lilik Supriati, S.Kep., M. Kep
NIP. 198305052010122006

Ns. Bintari Ratih Kusumaningrum, S. Kep., M. Kep
NIP. 2013098604092001

Mengetahui,
Ketua Jurusan Keperawatan

Dr. Ahsan S.Kp., M.Kes
NIP. 196408141984011001

KATA PENGANTAR

Segala puji hanya bagi Allah SWT yang telah memberi petunjuk dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Tugas Akhir dengan judul “Pengaruh Pelatihan Deteksi Dini Gangguan Jiwa Terhadap Motivasi Kader Dalam Penanganan Gangguan Jiwa”. Tugas akhir ini ditujukan untuk membuktikan adanya pengaruh pelatihan deteksi dini gangguan jiwa terhadap motivasi kader dalam penanganan gangguan jiwa.

Terselesaikannya tugas akhir ini berkat bantuan dari berbagai pihak, untuk itu dalam kesempatan yang baik ini dengan rasa hormat, peneliti mengucapkan terimakasih kepada:

1. Dr. dr. Sri Andarini, M.Kes, selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya yang telah memberikan saya kesempatan menuntut ilmu di Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya.
2. Dr. Ahsan, S.Kp, M.Kes, selaku Ketua Jurusan Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya yang selalu memberi motivasi untuk selalu bersemangat dalam menjalani perkuliahan..
3. Ns. Lilik Supriati, S.Kep, M. Kep. sebagai pembimbing pertama yang telah membimbing penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan tugas akhir.
4. Ns. Bintari Ratih Kusumaningrum, S. Kep., M. Kep. sebagai pembimbing kedua yang telah membimbing penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan tugas akhir..

5. Dr. Titin Andri W., S. Kep., M.Kep. sebagai Ketua Tim Penguji Ujian Akhir yang telah memberikan masukan untuk menyempurnakan naskah Tugas Akhir
6. Segenap anggota Tim Pengelola Tugas Akhir FKUB, yang telah membantu melancarkan urusan administrasi, sehingga penulis dapat melaksanakan Tugas Akhir dengan lancar
7. Ayahanda Ahmad Dahlan dan ibunda Siti Katiyah serta kakak Siti Nurhamidah dan kakak Saiful Huda yang aku cintai dan hormati yang selalu mendoakan dan memberikan dorongan secara material dan spiritual.
8. Shabat-sahabat tercinta serta yang terkasih keluarga besar PSIK angkatan 2014 yang selalu memberikan semangat, doa, serta motivasi kepada penulis.
9. Semua pihak yang turut berperan dalam penyelesaian tugas akhir ini yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu.

Penulis menyadari bahwa karya ilmiah ini masih jauh dari sempurna, untuk itu penulis membuka diri untuk kritik dan saran yang bersifat membangun.

Semoga Tugas Akhir ini nantinya dapat bermanfaat bagi yang membutuhkan.

Malang, 06 Mei 2017

Penulis

ABSTRAK

Anisa, Riska. 2018. Pengaruh Pelatihan Deteksi Dini Gangguan Jiwa Terhadap Motivasi Kader Dalam Penanganan Gangguan Jiwa Di Wilayah Kerja Puskesmas Bululawang Kabupaten Malang. Pembimbing : (1) Ns. Lilik Supriati, S.Kep., M.Kep. (2) Ns. Bintari Ratih Kusumaningrum, S.Kep.

Dari data WHO, terdapat sekitar 35 juta orang terkena depresi, 60 juta bipolar, 21 juta skizofrenia dan sekitar 47,5 juta dimensia. Sedangkan dari Reskesdas, sebanyak 400.000 orang mengalami skizofrenia. Kader berperan penting dalam tercapainya program kesehatan masyarakat. Dalam menjalankan perannya dapat dipengaruhi oleh motivasi. Motivasi dapat dipengaruhi oleh adanya pelatihan untuk peningkatan pengetahuan dan keterampilan yang dapat meningkatkan rasa percaya diri kader sehingga mendorong atau memotivasi kader untuk menjalankan peran atau tugasnya. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi pengaruh pelatihan deteksi dini gangguan jiwa terhadap motivasi kader dalam penanganan gangguan jiwa di wilayah kerja Puskesmas Bululawang Kabupaten Malang. Metode yang digunakan pada penelitian ini adalah metode *pre-experimental one group pretest-posttest design* dengan menggunakan jenis sampling jenuh (*total sampling*) berjumlah 27 responden. Dengan menggunakan uji wilcoxon didapatkan hasil adanya perbedaan yang signifikan antara motivasi sebelum dan sesudah pelatihan deteksi dini gangguan jiwa yaitu nilai *p-value*=0,006 dengan skor rata-rata motivasi sebelum pelatihan 30,4 yang berarti dalam katagori sedang dan skor rata-rata setelah pelatihan 33,4 yang berarti pada katagori tinggi. Kesimpulan dari penelitian ini mengasilkkan adanya perbedaan yang signifikan antara motivasi sebelum dan sesudah pelatihan deteksi dini gangguan.

Keyword : Pelatihan, Motivasi Kader, Gangguan Jiwa

ABSTRACT

Anisa, Riska. 2018. The Effect of Early Detection Mental Disorder Training Towards Motivation of Cadre in Handling Mental Disorder In Work Area of Puskesmas Bululawang Malang Regency. Supervisor: (1) Ns. Lilik Supriati, S.Kep., M.Kep. (2) Ns. Bintari Ratih Kusumaningrum, S.Kep

From WHO data, there are about 35 million people affected by depression, 60 million bipolar, 21 million schizophrenia and about 47.5 million dementia. While from Reskesdas, as many as 400,000 people have schizophrenia. Kadres play an important role in the achievement of public health programs. In running perannya can be influenced by motivation. Motivation can be influenced by training to improve knowledge and skills that can increase cadre confidence so as to encourage or motivate cadres to perform their roles or tasks. The purpose of this research is to identify the influence of early detection of mental disorder training on cadre motivation in handling mental disorder in work area of Puskesmas Bululawang Malang Regency. The method used in this research is pre-experimental one group pretest-posttest design method using saturated sampling (total sampling) amounted to 27 respondents. Using wilcoxon test showed that there was a significant difference between motivation before and after the early detection of psychiatric training that is $p\text{-value} = 0,006$ with mean score of motivation before training 30,4 which mean in medium category and average score after training 33.4 which means in the high category. The conclusions of this study resulted in a significant difference between motivation before and after counseling early detection of disorders.

Keyword: Training, Motivation Cadres, Mental Disorders

DAFTAR ISI

Halaman

Halaman Judul	i
Halaman Persetujuan	ii
Kata Pengantar	iii
Abstrak	v
Daftar Isi	vii
Daftar Tabel	x
Daftar Gambar	xii
Daftar Lampiran	xiii
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan Penelitian	3
1.3.1 Tujuan Umum	3
1.3.2 Tujuan Khusus	3
1.4 Manfaat Penelitian	4
1.4.1 Manfaat Peneliti Lain	4
1.4.2 Bagi Program	4
1.4.3 Bagi Responden	4
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Kesehatan Jiwa	5
2.2 Konsep Gangguan Jiwa	5
2.2.1. Definisi Gangguan Jiwa	5
2.2.2. Penyebab Gangguan Jiwa	6
2.2.3. Klasifikasi	7
2.2.4. Tanda-tanda Gagguan Jiwa	9
2.2.5. Klasifikasi Gangguan Jiwa Berdasarkan Keperawatan Jiwa...	10
2.2.6. Penanganan Gangguan Jiwa	10
2.3 Kader	11
2.3.1. Definisi Kader	11
2.3.2. Persyaratan Menjadi Kader	12
2.3.3. Kegiatan Kader Kesehatan Jiwa	12
2.4 Motivasi	13
2.4.1. Definisi Motivasi	13
2.4.2. Fungsi Motivasi	15
2.4.3. Jenis Motivasi	15
2.4.4. Bentuk dan Cara Menumbuhkan Motivasi	16
2.4.5. Alat-alat Motivasi	17
2.4.6. Faktor Pendukung Motivasi	18
2.4.7. Aspek Motivasi	19
2.5 Pelatihan	20
2.5.1. Definisi Pelatihan	20
2.5.2. Tujuan Pelatihan	20
2.5.3. Jenis Pelatihan	21
2.5.4. Metode Pelatihan	21
2.5.5. Faktor yang Mempengaruhi Pelatihan	23

2.5.6. Langkah-langkah Pelaksanaan Pelatihan	23
2.6 Deteksi Dini Gangguan Jiwa	25
2.6.1. Definisi Deteksi Dini	25
2.6.2. Tujuan Deteksi Dini Gangguan Jiwa.....	26
2.6.3. Prinsip.....	26
2.7 Pelatihan Deteksi Dini Gangguan Jiwa Kader	27
2.7.1. Definisi	27
2.7.2. Tujuan.....	27
2.7.3. Pelaksanaan Kegiatan Deteksi Dini.....	28
2.8 Hubungan Antara Pelatihan dan Motivasi	30

BAB 3 KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS

3.1 Kerangka Konsep	32
3.2 Hipotesis.....	36

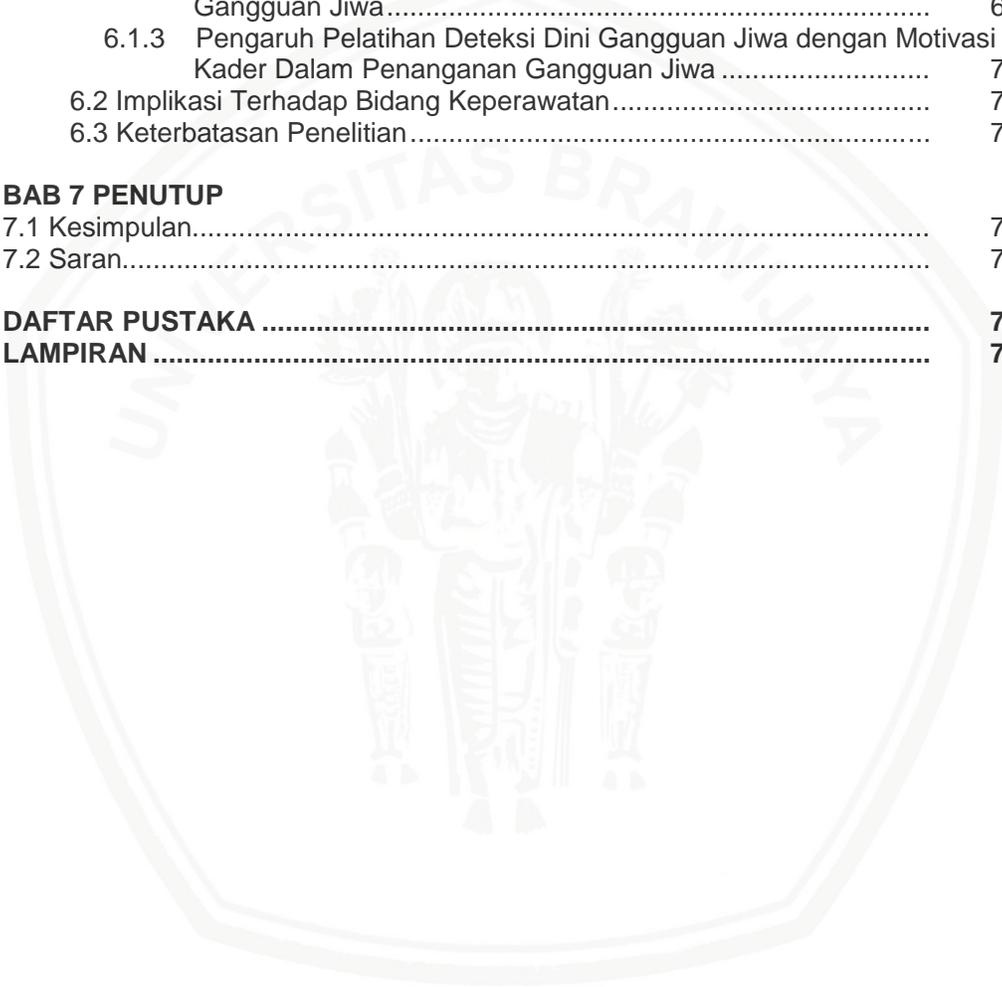
BAB 4 METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian.....	34
4.2 Populasi, Sampel, dan Teknik Sampling	35
4.2.1 Populasi	35
4.2.2 Sampel dan Sampling	35
4.3 Variabel Penelitian.....	35
4.3.1 Variabel Independen	35
4.3.2 Variabel Dependen	36
4.4 Tempat dan Waktu Penelitian	36
4.5 Instrumen Penelitian	36
4.6 Uji Validitas dan Reliabilitas	39
4.6.1 Uji Validitas	49
4.6.2 Uji Reliabilitas	41
4.7 Definisi Operasional.....	42
4.8 Prosedur Penelitian dan Teknik Pengumpulan Data	44
4.9 Analisis Data.....	45
4.9.1 Pre Analisis	45
4.9.2 Analisis	46
4.10 Alur Penelitian.....	47
4.11 Etika Penelitian	49

BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN ANALISA DATA

5.1 Analisa Univariat.....	52
5.1.1 Distribusi Berdasarkan Jenis Kelamin	52
5.1.2 Distribusi Berdasarkan Usia	53
5.1.3 Distribusi Berdasarkan Pendidikan.....	53
5.1.4 Distribusi Berdasarkan Pekerjaan	54
5.1.5 Distribusi Berdasarkan Lamanya menjadi Kader Kesehatan Jiwa.....	54
5.1.6 Distribusi Berdasarkan Menjadi Kader Lain dan Jenisnya	55
5.1.7 Distribusi Berdasarkan Keaktifan dan Alasannya	55
5.1.8 Distribusi Berdasarkan Alasan Awal Menjadi Kader Kesehatan Jiwa.....	56
5.2 Data Khusus Penelitian.....	57
5.2.1 Data Motivasi Sebelum Pelatihan Deteksi Dini Gangguan Jiwa	57

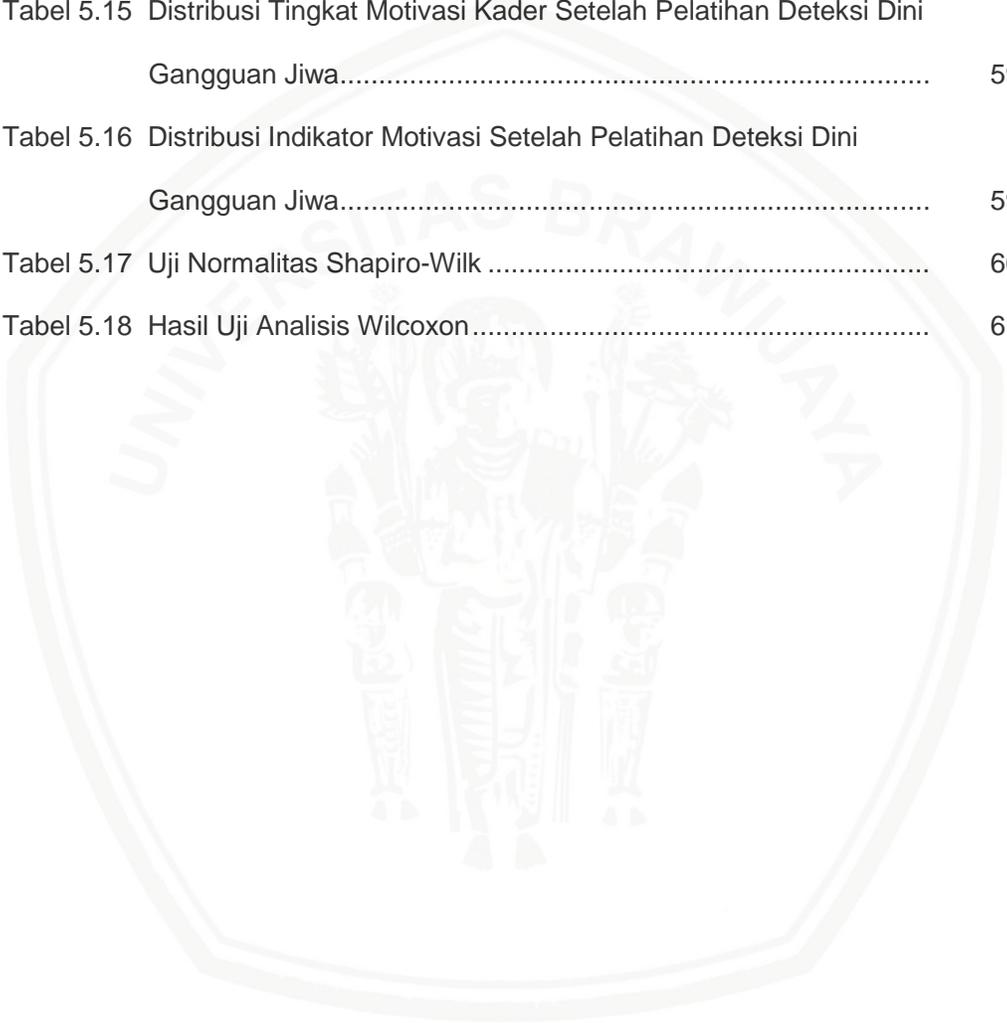
5.2.2 Data Motivasi Setelah Deteksi Dini Gangguan Jiwa	58
5.3 Uji Normalitas	60
5.4 Analisa Bivariat (Uji Wilcoxon)	60
BAB 6 PEMBAHASAN	
6.1 Pembahasan Hasil Penelitian	62
6.1.1 Motivasi Kader Kesehatan Jiwa Sebelum Pelatihan Deteksi Dini Gangguan Jiwa.....	62
6.1.2 Motivasi Kader Kesehatan Jiwa Setelah Pelatihan Deteksi Dini Gangguan Jiwa.....	67
6.1.3 Pengaruh Pelatihan Deteksi Dini Gangguan Jiwa dengan Motivasi Kader Dalam Penanganan Gangguan Jiwa	70
6.2 Implikasi Terhadap Bidang Keperawatan.....	72
6.3 Keterbatasan Penelitian.....	73
BAB 7 PENUTUP	
7.1 Kesimpulan.....	74
7.2 Saran.....	74
DAFTAR PUSTAKA	76
LAMPIRAN	79



DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 4.1 Desain Penelitian.....	34
Tabel 4.2 Materi SAP	36
Tabel 4.3 Interpretasi Skala Linkert untuk Pernyataa Bersifat Positif.....	37
Tabel 4.4 Interpretasi Skala Linkert untuk Pernyataan Bersifat Negatif.....	37
Tabel 4.5 Kisi-kisi Kuisisioner Motivasi Kader Kesehata Jiwa	38
Tabel 4.6 Pembagian Pernyataan Positif dan Pernyataan Negatif.....	38
Tabel 4.7 Hasil Uji Validitas	39
Tabel 4.8 Pengubahan Nomor Pertanyaan.....	41
Tabel 4.9 Definisi Operasional.....	42
Tabel 5.1 Distribusi Berdasarkan Jenis Kelamin.....	52
Tabel 5.2 Distribusi Berdasarkan Usia.....	53
Tabel 5.3 Distribusi Berdasarkan Pendidikan	53
Tabel 5.4 Distribusi Berdasarkan Pekerjaan	54
Tabel 5.5 Distribusi Berdasarkan Lamanya Menjadi Kader Kesehatan Jiwa	54
Tabel 5.6 Distribusi Berdasarkan Menjadi Kader Lain	55
Tabel 5.7 Distribusi Jenis Kader Selain Menjadi Kader Kesehatan Jiwa.....	55
Tabel 5.8 Distribusi Berdasarkan Keaktifan Kader Kesehatan Jiwa.....	55
Tabel 5.9 Distribusi Berdasarkan Alasan Kader Kesehatan Jiwa Aktif.....	56
Tabel 5.10 Distribusi Alasan Awal Menjadi Kader Kesehatan Jiwa.....	56
Tabel 5.11 Distribusi Skor Motivasi Kader Kesehatan Jiwa Sebelum Pelatihan Deteksi Dini Gangguan Jiwa.....	57
Tabel 5.12 Distribusi Tingkat Motivasi Kader Kesehatan Jiwa Sebelum Pelatihan Deteksi Dini Gangguan Jiwa.....	57

Tabel 5.13 Distribusi Indikator Motivasi Sebelum Pelatihan Deteksi Dini	
Gangguan Jiwa.....	58
Tabel 5.14 Distribusi Skor Motivasi Kader Setelah Pelatihan Deteksi Dini	
Gangguan Jiwa.....	58
Tabel 5.15 Distribusi Tingkat Motivasi Kader Setelah Pelatihan Deteksi Dini	
Gangguan Jiwa.....	59
Tabel 5.16 Distribusi Indikator Motivasi Setelah Pelatihan Deteksi Dini	
Gangguan Jiwa.....	59
Tabel 5.17 Uji Normalitas Shapiro-Wilk	60
Tabel 5.18 Hasil Uji Analisis Wilcoxon.....	61



DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 3.1 Kerangka Konsep	32
Gambar 4.1 Alur Penelitian	47



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1	Pernyataan Keaslian Tulisam 79
Lampiran 2	Penjelasan Untuk Mengikuti Penelitian 80
Lampiran 3	Pernyataan Persetujuan Untuk Partisipasi Dalam Penelitian ... 82
Lampiran 4	Kisi-kisi Kuisisioner MotivasiKader Kesehatan Jiwa 83
Lampiran 5	Lembar Angket 84
Lampiran 6	Satuan Acara Penyuluhan 91
Lampiran 7	Leaflet Pelatihan Deteksi Dini Gangguan Jiwa 105
Lampiran 8	Power Point Pelatihan Deteksi Dini Gangguan Jiwa 107
Lampiran 9	Tabulasi Data Validitas dan Reabilitas 112
Lampiran 10	Tabulasi Data Responden..... 116
Lampiran 11	Tabulasi Data Pre Test 120
Lampiran 12	Tabulasi Data Post Test..... 124
Lampiran 13	Output SPSS Uji Validitas dan Reabilitas..... 128
Lampiran 14	Hasil Output Analisa Data SPSS..... 132
Lampiran 15	Lembar Konsultasi Tigas Akhir 140
Lampiran 16	Surat Ijin Penelitian 145
Lampiran 17	Surat Keterangan Kelaikan Etik 146
Lampiran 18	Surat Telah Melakukan Penelitian..... 147
Lampiran 19	Surat Bebas Plagiasi..... 148
Lampiran 20	Dokumentasi Acara..... 149
Lampiran 21	Daftar Riwayat Hidup 152

Lampiran 22 Lembar Kerja 160



TUGAS AKHIR

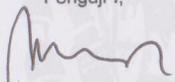
PENGARUH PELATIHAN DETEKSI DINI GANGGUAN JIWA
TERHADAP MOTIVASI KADER DALAM PENANGANAN GANGGUAN
JIWA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS BULULAWANG
KABUPATEN MALANG

Oleh:

Riska Anisa
NIM 145070200111007

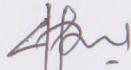
Telah diuji pada
Hari : Kamis
Tanggal: 17 Mei 2018
dan dinyatakan lulus oleh:

Penguji-I,


Dr. Titin Andri W. S. Kep., M. Kep

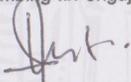
NIP. 197702262003122001

Pembimbing-I/Penguji-II,


Ns. Lilik Supriati, S. Kep., M. Kep

NIP. 198305052010122006

Pembimbing-II/Penguji-III,


Ns. Bintari Ratih Kusumaningrum, S. Kep., M. Kep

NIP. 2013098604092001

Mengetahui,

Ketua Jurusan Keperawatan


Dr. Ahsan S. Kp., M. Kes

NIP. 196408141984011001



ABSTRAK

Anisa, Riska. 2018. Pengaruh Pelatihan Deteksi Dini Gangguan Jiwa Terhadap Motivasi Kader Dalam Penanganan Gangguan Jiwa Di Wilayah Kerja Puskesmas Bululawang Kabupaten Malang. Pembimbing : (1) Ns. Lilik Supriati, S.Kep., M.Kep. (2) Ns. Bintari Ratih Kusumaningrum, S.Kep.

Dari data WHO, terdapat sekitar 35 juta orang terkena depresi, 60 juta bipolar, 21 juta skizofrenia dan sekitar 47,5 juta dimensia. Sedangkan dari Reskesdas, sebanyak 400.000 orang mengalami skizofrenia. Kader berperan penting dalam tercapainya program kesehatan masyarakat. Dalam menjalankan perannya dapat dipengaruhi oleh motivasi. Motivasi dapat dipengaruhi oleh adanya pelatihan untuk peningkatan pengetahuan dan keterampilan yang dapat meningkatkan rasa percaya diri kader sehingga mendorong atau memotivasi kader untuk menjalankan peran atau tugasnya. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi pengaruh pelatihan deteksi dini gangguan jiwa terhadap motivasi kader dalam penanganan gangguan jiwa di wilayah kerja Puskesmas Bululawang Kabupaten Malang. Metode yang digunakan pada penelitian ini adalah metode *pre-experimental one group pretest-posttest design* dengan menggunakan jenis sampling jenuh (*total sampling*) berjumlah 27 responden. Dengan menggunakan uji wilcoxon didapatkan hasil adanya perbedaan yang signifikan antara motivasi sebelum dan sesudah pelatihan deteksi dini gangguan jiwa yaitu nilai *p-value*=0,006 dengan skor rata-rata motivasi sebelum pelatihan 30,4 yang berarti dalam katagori sedang dan skor rata-rata setelah pelatihan 33,4 yang berarti pada katagori tinggi. Kesimpulan dari penelitian ini mengasilkkan adanya perbedaan yang signifikan antara motivasi sebelum dan sesudah pelatihan deteksi dini gangguan.

Keyword : Pelatihan, Motivasi Kader, Gangguan Jiwa

ABSTRACT

Anisa, Riska. 2018. The Effect of Early Detection Mental Disorder Training Towards Motivation of Cadre in Handling Mental Disorder In Work Area of Puskesmas Bululawang Malang Regency. Supervisor: (1) Ns. Lilik Supriati, S.Kep., M.Kep. (2) Ns. Bintari Ratih Kusumaningrum, S.Kep

From WHO data, there are about 35 million people affected by depression, 60 million bipolar, 21 million schizophrenia and about 47.5 million dementia. While from Reskesdas, as many as 400,000 people have schizophrenia. Kadres play an important role in the achievement of public health programs. In running perannya can be influenced by motivation. Motivation can be influenced by training to improve knowledge and skills that can increase cadre confidence so as to encourage or motivate cadres to perform their roles or tasks. The purpose of this research is to identify the influence of early detection of mental disorder training on cadre motivation in handling mental disorder in work area of Puskesmas Bululawang Malang Regency. The method used in this research is pre-experimental one group pretest-posttest design method using saturated sampling (total sampling) amounted to 27 respondents. Using wilcoxon test showed that there was a significant difference between motivation before and after the early detection of psychiatric training that is $p\text{-value} = 0,006$ with mean score of motivation before training 30,4 which mean in medium category and average score after training 33.4 which means in the high category. The conclusions of this study resulted in a significant difference between motivation before and after counseling early detection of disorders.

Keyword: Training, Motivation Cadres, Mental Disorders

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan jiwa adalah kondisi mental yang yang sejahtera dan produktif dalam mencapai kebutuhan dan kualitas hidup dan jika terdapat perubahan pada fungsi jiwa dapat mengakibatkan penderitaan (Keliat dkk, 2011). Dari data WHO (*World Health Organization*) (2016), sekitar 35 juta orang terkena depresi, 60 juta bipolar, 21 juta skizofrenia dan sekitar 47,5 dimensia. Sedangkaann dari Riskesdas (2013), untuk prevalensi gangguan jiwa berat seperti skizofrenia mencapai 400.000 orang atau 1,7 per 1.000 penduduk (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2016).

Berdasarkan data tersebut WHO, WFMH (*World Federation for Mental Health*) dan Direktorat Jendral Pencegahan dan Pengendalian Penyakit menegaskan upaya untuk menjaga kesehatan jiwa diperlukan adanya pemberdayaan masyarakat dan dukungan dalam keluarga untuk menjaga kesehatan anggota keluarga dan memberi pertolongan pertama psikologis pada masalah kesehatan jiwa (Kementrian Kesehata Republik Indonesia, 2016).

Upaya pemberdayaan masyarakat dalam menjaga kesehatan jiwa bisa diwujudkan dengan pembentukan kader poskesdes yang bertugas untuk memotivator dan inovator dalam pelayanan kesehatan (Keliat dkk, 2011). Pada studi pendahuluan yang dilakukan pada 17 Oktober 2017 di Puskesmas Bululawang dari hasil wawancara dengan perawat penanggung jawab CMHN Puskesmas Bululawang didapatkan bahwa kader jiwa yang dibentuk pada awal tahun 2016 didapatkan sebanyak 40 kader kesehatan jiwa. Kader terdiri dari 2

orang per RT dan diadakan pertemuan kader setiap bulan sekali. Kader telah diberi pengetahuan tentang deteksi dini gangguan jiwa, namun kader yang aktif di posyandu jiwa hanya 6 orang.

Dalam menjalankan peran sebagai kader dan untuk mencapai tujuan kesehatan jiwa dibutuhkan dukungan atau dorongan untuk memperbaiki dan meningkatkan kinerja serta mewujudkan potensi para kader (Kok *et al.*, 2017). Dukungan atau dorongan untuk mencapai tujuan atau kebutuhan ini bisa disebut dengan motivasi (Maulana, 2009). Dalam wawancara bersama perawat penanggung jawab kader kesehatan jiwa desa Sukonolo dan bidan desa Sukonolo didapatkan bahwa kurangnya kemampuan kader dalam deteksi dini gangguan jiwa dan adanya penolakan dari keluarga penderita gangguan jiwa mempengaruhi motivasi kader untuk menjalankan tugasnya. Selain itu karena kader memiliki kegiatan lain juga mempengaruhi keaktifan kader dalam menjalankan tugasnya.

Motivasi dapat didukung dengan pemberian pelatihan, karena dengan adanya pelatihan dapat meningkatkan keinginan untuk mendapatkan lebih banyak pengetahuan (Rabani *et al.*, 2016). Adanya pelatihan dapat meningkatkan pengetahuan kader sehingga menimbulkan adanya rasa percaya diri kader dalam berinteraksi dan berkomunikasi dengan tenaga kesehatan lain dan pasien (Lawn *et al.*, 2016). Hal ini juga dapat mendorong kader untuk bekerja keras dalam menyelesaikan pekerjaan serta dapat mengembangkan kreativitas dan kemampuan dalam mengoptimalkan pelayanan kesehatan (Trisanti dan Risnawanti, 2017).

Berdasarkan fenomena diatas maka penulis tertarik untuk membahas salah satu faktor yang mempengaruhi kinerja kader yaitu motivasi. Motivasi merupakan

salah satu dorongan seseorang untuk mencapai tujuannya sendiri maupun tujuan program dalam organisasi. Oleh karena itu penulis tertarik untuk melakukan penelitian tentang pengaruh pelatihan deteksi dini gangguan jiwa terhadap motivasi kader dalam penanganan gangguan jiwa di wilayah kerja Puskesmas Bululawang Kabupaten Malang.

1.2 Rumusan Masalah

Dari penjelasan diatas maka peneliti merumuskan masalah tentang pengaruh pelatihan deteksi dini gangguan jiwa terhadap motivasi kader dalam penanganan gangguan jiwa di wilayah kerja Puskesmas Bululawang Kabupaten Malang

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini untuk mengidentifikasi pengaruh pelatihan deteksi dini gangguan jiwa terhadap motivasi kader dalam penanganan gangguan jiwa di wilayah kerja Puskesmas Bululawang Kabupaten Malang.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus dalam penelitian ini adalah:

- a. Mengidentifikasi motivasi kader sebelum dilakukan pelatihan deteksi dini gangguan jiwa
- b. Mengidentifikasi motivasi kader sesudah dilakukan pelatihan deteksi dini gangguan jiwa

- c. Menganalisa perbedaan antara sebelum dilakukan pelatihan deteksi dini gangguan jiwa dan sesudah pelatihan deteksi dini gangguan jiwa pada kader

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Peneliti Lain

Hasil dari penelitian dapat dijadikan sebagai bahan referensi atau data dasar untuk penelitian yang lebih lanjut.

1.4.2 Bagi Program

Memberikan masukan bagi pengembangan pengetahuan tentang pengaruh pelatihan deteksi dini gangguan jiwa terhadap motivasi kader.

1.4.3 Bagi Responden

Sebagai bahan informasi mengenai pengaruh pelatihan deteksi dini gangguan jiwa terhadap motivasi kader jiwa..

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Kesehatan Jiwa

Kesehatan jiwa adalah suatu kondisi mental sejahtera yang memungkinkan hidup harmonis dan produktif sebagai bagian yang utuh dari kualitas hidup seseorang dengan memperhatikan semua segi kehidupan manusia (Keliat dkk, 2011). Menurut Undang-undang No. 3 Tahun 1996, kesehatan jiwa adalah keadaan yang sehat menurut ilmu kedokteran sebagai unsur kesehatan dan disebutkan bahwa kesehatan jiwa adalah suatu kondisi yang memungkinkan perkembangan fisik, intelektual dan emosional yang optimal dan selaras dengan keadaan orang lain (Efendi dan Makhfudi, 2013).

2.2. Konsep Gangguan Jiwa

2.2.1. Definisi Gangguan Jiwa

Gangguan jiwa merupakan suatu sindrom atau pola perilaku atau psikologik seseorang, yang secara klinik cukup bermakna dan secara khas berkaitan dengan suatu gejala penderitaan (*distress*) atau hendaya (*impairment/disability*) di dalam satu atau lebih fungsi yang penting dari manusia. Disfungsi dalam hal ini adalah disfungsi dari segi perilaku, psikologik, atau biologik dan gangguan itu tidak semata-mata terletak di dalam hubungan antara orang dengan masyarakat (Muslim, 2013). Gangguan jiwa yaitu suatu perubahan pada fungsi jiwa yang menyebabkan adanya

gangguan pada fungsi jiwa, yang menimbulkan penderitaan pada individu dan hambatan dalam pelaksanaan peran sosial (Keliat dkk, 2011).

Dapat disimpulkan bahwa gangguan jiwa adalah suatu perilaku yang dapat merubah perilaku yang menyimpang dan menimbulkan penderitaan yang karena adanya gangguan fungsi jiwa seseorang. Gangguan jiwa juga dapat mempengaruhi hubungan seseorang terhadap orang lain maupun terhadap lingkungan masyarakat.

2.2.2. Penyebab Gangguan Jiwa

Faktor penyebab gangguan jiwa dapat dibedakan menjadi tiga, yaitu:

a. Faktor somatik (*somatogenik*)

Faktor somatik disebabkan akibat gangguan pada neuroanatomi, neurofisiologi, dan neurokimia, termasuk pada tingkat kematangan dan perkembangan organik, serta faktor prenatal dan perinatal (Yusuf dkk, 2015)

b. Faktor psikologik (psikogenik)

Faktor psikologik terkait dengan interaksi antara ibu dan anak, peranan dalam masyarakat, faktor intelegensi, tingkat perkembangan emosi, konsep diri dan pola adaptasi yang mempengaruhi kemampuan dalam menghadapi masalah (Yusuf dkk, 2015)

c. Faktor sosial budaya

Faktor sosial budaya meliputi faktor kesetabilan keluarga, pola asuh anak, ekonomi, perumahan dan masalah kelompok minoritas yang meliputi prasangka, fasilitas kesehatan, dan kesejahteraan yang tidak memadai, serta pengaruh rasial dan keagamaan (Yusuf dkk, 2015)

Sedangkan menurut Stuart dan Suddden (1998), penyebab gangguan jiwa dibagi dalam faktor predisposisi dan faktor pencetus adalah sebagai berikut:

- a. Faktor predisposisi
 1. Faktor biologis (gender, usia, penyakit fisik)
 2. Faktor psikologis (system keyakinan)
 3. Faktor sosial (lingkungan, suku bangsa, pendidikan, penghasilan)
- b. Faktor pencetus
 1. Trauma seperti pengniayaan seksual dan psikologis
 2. Ketegangan peran berhubungan dengan peran atau posisi yang diharapkan dimana individu mengalaminya sebagai frustrasi.

2.2.3. Klasifikasi

Menurut Keliat dkk (2011), klasifikasi gangguan jiwa berdasarkan pendekatan medis adalah sebagai berikut:

a. Psikotik

Psikotik adalah gangguan jiwa yang ditandai dengan ketidakmampuan individu menilai kenyataan yang terjadi. Psikotik sendiri dibagi menjadi psikotik akut dan kronik.

1. Gangguan psikotik akut

Gangguan psikotik akut adalah gangguan yang terjadi awitan yang akut (dalam masa 2 minggu atau kurang) dengan gejala-gejala psikotik yang menjadi nyata dan mengganggu sedikitnya beberapa aspek kehidupan dan pekerjaan sehari-hari (Keliat dkk, 2011).

2. Gangguan psikotik kronik

Gangguan psikotik kronik merupakan suatu gangguan dengan gejala negatif dari skizofrenia yang menonjol, sedikitnya ada riwayat satu episode psikotik yang jelas di masa lampau, sedikitnya sudah melampaui kurun waktu satu tahun dengan intensitas dan frekuensi gejala yang nyata seperti waham dan halusinasi telah sangat berkurang dan telah timbul sindrom negative dari skizofrenia, tidak terdapat demensia atau penyakit/gangguan otak organik lain, depresi kronis atau institusionalisasi yang dapat menjelaskan disabilitas negative tersebut (Keliat dkk, 2011).

b. Non-psikotik

Non-psikotik merupakan gangguan jiwa yang berhubungan dengan neurotik yang menyebabkan perubahan tingkah laku yang tidak wajar karena adanya gangguan fisiologis atau fisik

1. Depresi

Depresi adalah gangguan jiwa yang ditandai dengan sedih yang berkepanjangan, proses pikir yang melambat disertai penurunan motivasi dan perilaku lamban yang terkesan malas (*trias depresi*). Depresi bukan merupakan ketidakberdayaan pasien untuk mengatasi masalahnya (Keliat dkk, 2011)

2. Panik

Panic adalah gangguan akibat kecemasan yang memuncak dan perasaan yang tidak dapat dijelaskan, seringkali disertai dengan keluhan fisik atau

aktivitas motorik tertentu. Ansietas seringkali menghasilkan sensasi fisik yang menakutkan seperti nyeri dada, pusing, atau nafas pendek (Keliat dkk, 2011).

3. Gangguan penyesuaian

Gangguan penyesuaian adalah keluhan kejiwaan dalam berbagai bentuk setelah mengalami trauma. Perilaku yang mencerminkan gangguan penyesuaian seperti merasa tidak berdaya, kewalahan atau tidak mampu menyesuaikan diri dan mungkin disertai gejala fisik yang berkaitan dengan stress (tidak dapat tidur, sakit kepala, nyeri perut, nyeri dada dan *palpitasi*)

2.2.4. Tanda-tanda Gangguan Jiwa

Menurut modul CMHN (2012), perilaku yang menunjukkan tanda gejala gangguan jiwa adalah

- a. Sedih berkepanjangan dalam waktu lama
- b. Kemampuan melakukan kegiatan sehari – hari (kebersihan, makan, minum, aktivitas) berkurang
- c. Motivasi untuk melakukan kegiatan menurun (malas)
- d. Marah – marah tanpa sebab
- e. Bicara atau tertawa sendiri
- f. Mengamuk
- g. Menyendiri
- h. Tidak mau bergaul
- i. Tidak memperhatikan penampilan/kebersihan diri
- j. Mengatakan atau mencoba bunuh diri

2.2.5. Klasifikasi Gangguan Jiwa Berdasarkan Keperawatan Jiwa

Menurut Modul CMHN (2013), klasifikasi kelompok kesehatan jiwa dibedakan menjadi:

- a. Kelompok sehat adalah kelompok yang tidak menunjukkan perilaku menyimpang; baik risiko masalah psikososial maupun gangguan jiwa.
- b. Kelompok berisiko masalah psikososial adalah kelompok yang memiliki risiko gangguan jiwa atau berperilaku cenderung menyimpang karena kehilangan bentuk struktur, fungsi tubuh dan kehilangan/perpisahan dengan orang yang dicintai, pekerjaan, tempat tinggal, sekolah, harta benda.
- c. Kelompok gangguan jiwa adalah kelompok yang mengalami gangguan jiwa seperti perilaku kekerasan, isolasi sosial, harga diri rendah, halusinasi dan kurang perawatan diri.

2.2.6. Penanganan Gangguan Jiwa

Penanganan gangguan jiwa menurut Keliat (2011) adalah sebagai berikut:

- a. Berikan informasi pada pasien dan keluarga. Informasi yang dapat diberikan pada pasien dan keluarga tentang gangguan yang dialami. Beberapa informasi yang perlu diketahui adalah:
 1. Efek dari gangguan yang dialami
 2. Gejala-gejala yang berkaitan dengan gangguan
 3. Motivasi untuk melakukan kegiatan yang biasa dilakukan dalam beberapa minggu

- b. Konseling pasien dan keluarga. Dalam melakukan konseling pada pasien dengan gangguan jiwa, focus konseling adalah pada:
1. Bantu pasien mengenali hikmah dari gangguan yang dialami
 2. Bimbing pasien mengidentifikasi cara positif untuk menghadapi gangguan yang dialami
 3. Bimbing pasien mengidentifikasi langkah yang dapat dilakukan untuk memodifikasi keadaan
 4. Bantu pasien untuk mengidentifikasi sumber coping atau system pendukung pasien

2.3. Kader

2.3.1. Definisi Kader

Direktorat Bina Peran Masyarakat Depkes (2004) dalam Efendi dan Makhfudi (2013) memberikan batasan kader, bahwa kader adalah warga masyarakat setempat yang dipilih dan ditinjau oleh masyarakat dan dapat bekerja secara sukarela. Sedangkan menurut Swarjana (2017), kader kesehatan adalah salah satu sumberdaya untuk kepentingan promosi kesehatan di masyarakat yang berperan dalam kegiatan posyandu dan kegiatan lainnya yang dipantau kemampuannya oleh petugas kesehatan. Jadi dapat disimpulkan bahwa kader adalah sekelompok masyarakat yang memiliki tugas untuk promosi kesehatan dan berupaya untuk meningkatkan kegiatan lainnya dalam upaya peningkatan kesehatan.

Pembentukan dari kader merupakan perwujudan dari pembangunan dalam bidang kesehatan. Keikutsertaan masyarakat secara aktif dan bertanggung jawab

dijadikan pendorong pemanfaatan sumber daya yang ada seoptimal mungkin. Masyarakat bukan hanya sebagai objek pembangunan, tetapi juga mitra pembangunan itu sendiri dimana dalam pelayanan kesehatan petugas kesehatan dapat dibantu oleh masyarakat. Selain itu pembentukan kader bertujuan untuk meningkatkan kemampuan masyarakat untuk menolong dirinya dalam bidang kesehatan (Efendi dan Makhfudi, 2013).

2.3.2. Persyaratan Menjadi Kader

Dalam memilih kader merupakan pilihan masyarakat dan mendapat dukungan dari kepala desa setempat yang kadang-kadang tidak mudah. Proses pemilihan kader hendaknya melalui musyawarah dengan masyarakat. Kriteria pemilihan kader kesehatan antara lain sanggup bekerja secara sukarela, mendapat kepercayaan masyarakat serta mempunyai kredibilitas yang baik dimana perilakunya menjadi panutan masyarakat, memiliki jiwa pengabdian yang tinggi, mempunyai pengasihan yang tetap, pandai membaca dan menulis serta sanggup membina masyarakat sekitarnya. Selain itu, kader ikut serta dalam membina masyarakat dalam bidang kesehatan melalui kegiatan yang dilakukan di posyandu (Efendi Makhfudi, 2013).

2.3.3. Kegiatan Kader Kesehatan Jiwa

Menurut Keliat dkk (2011), kegiatan yang dilakukan oleh kader kesehatan jiwa adalah sebagai berikut:

- a. Mendeteksi keluarga di Desa Siaga Sehat Jiwa: sehat, risiko masalah psikososial dan gangguan jiwa.
- b. Menggerakkan keluarga sehat untuk mengikuti penyuluhan kesehatan jiwa sesuai dengan usia.
- c. Menggerakkan keluarga risiko untuk mengikuti penyuluhan risiko masalah psikososial.
- d. Menggerakkan keluarga dengan gangguan jiwa untuk mengikuti penyuluhan tentang cara merawat anggota keluarga.
- e. Menggerakkan pasien gangguan jiwa untuk mengikuti Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) dan rehabilitasi.
- f. Melakukan kunjungan rumah pada pasien gangguan jiwa yang telah mandiri.
- g. Merujuk pasien gangguan jiwa kepada perawat CMHN (*Community Mental Health Nursing*).
- h. Mendokumentasikan semua kegiatan

2.4. Motivasi

2.4.1. Definisi Motivasi

Motivasi berasal dari kata *motif* yang berarti “dorongan” rangsangan atau “daya penggerak” yang ada pada diri seseorang yang menyebabkan seseorang melakukan suatu tindakan atau aktivitas. Suatu motif umumnya terdapat dua unsur pokok, yaitu unsur dorongan atau kebutuhan dan unsur tujuan yang saling berinteraksi di dalam tubuh manusia (Herijulianti, 2001).

Motivasi adalah karakteristik psikologi manusia yang memberi kontribusi pada tingkat komitmen seseorang. Motivasi mendorong seseorang untuk melakukan sesuatu seperti melakukan pekerjaan atau menjalankan kekuasaan, terutama dalam berperilaku. Motivasi memiliki tiga unsur utama yaitu kebutuhan, dorongan dan tujuan. Kebutuhan terjadi bila individu merasa ada ketidakseimbangan antara apa yang mereka miliki dengan apa yang mereka harapkan. Dorongan merupakan kekuatan mental yang berorientasi pada penumbuhan harapan atau pencapaian tujuan. Dorongan yang berorientasi pada tujuan tersebut merupakan inti dari motivasi (Nursalam dan Efendi, 2015).

Motivasi mempunyai sifat siklus (melingkar) dimana motivasi timbul yang akan memicu perilaku pencapaian tujuan (*goal*) dan setelah tujuan tercapai motivasi akan berhenti. Namun motivasi akan kembali pada keadaan semula apabila ada suatu kebutuhan lagi (Nursalam dan Efendi, 2015). Motivasi juga penting karena dengan motivasi diharapkan setiap individu mau bekerja keras dan antusias untuk mencapai produktifitas yang tinggi (Haribuan, 2009).

Dapat disimpulkan bahwa motivasi adalah dorongan pada diri seseorang untuk melakukan kegiatan dalam mencapai tujuan atau harapan dan pemenuhan kebutuhan. Motivasi akan berlangsung secara melingkar yang dimulai dari pencapaian tujuan sampai berhenti dan kembali lagi dalam pencapaian tujuan lainnya.

2.4.2. Fungsi Motivasi

Fungsi motivasi menurut Herijulianti (2001) adalah untuk:

- a. Mendorong seseorang untuk berbuat sesuatu sehingga motivasi berfungsi sebagai penggerak di setiap kegiatan yang akan di kerjakan.
- b. Menentukan arah perbuatan, kearah tujuan yang hendak dicapai.
- c. Menyeleksi perbuatan dalam menentukan perbuatan apa yang harus dikerjakan

2.4.3. Jenis Motivasi

Menurut Sadirman (2003) dalam Nursalam dan Efendi (2015), motivasi dapat dibedakan menjadi dua, yaitu:

a. Motivasi internal

Motivasi yang berasal dari dalam diri seorang yang ditimbulkan oleh keperluan dan keinginan seseorang. Hal ini akan mempengaruhi pikiran yang akan mengarahkan perilaku orang tersebut. Motivasi internal dikelompokkan menjadi dua, yaitu:

1. Fisiologis, yang merupakan motivasi alamiah seperti rasa lapar, haus dan lain-lain.
2. Psikologis yang dapat dikelompokkan menjadi 3 kategori, yaitu:
 - I. Kasih sayang dimana motivasi untuk menciptakan kehangatan, keharmonisan, kepuasan batin/emosi dalam berhubungan dengan orang lain.
 - II. Mempertahankan diri dalam usaha melindungi kepribadian, menghindari luka fisik dan psikologis, menghindari dari rasa malu dan ditertawakan

orang atau kehilangan muka, mempertahankan gengsi dan mendapatkan kebanggan diri.

III. Memperkuat diri, mengembangkan kepribadian, berprestasi, mendapatkan pengakuan dari orang lain, memuaskan diri dengan penguasaannya terhadap orang lain.

b. Motivasi eksternal

Motivasi yang timbul dari luar /lingkungan. Misalnya motivasi eksternal dapat belajar antara lain berupa penghargaan, pujian, hukuman, atau celaan yang diberikan oleh guru, teman atau keluarga.

2.4.4. Bentuk dan Cara Menumbuhkan Motivasi

Cara menumbuhkan motivasi menurut Herijulianti (2001) adalah:

a. Pemberian hadiah

Pemberian hadiah akan menumbuhkan keinginan peserta didik untuk mempertahankan atau meningkatkan prestasinya dan merangsang peserta lainnya untuk meningkatkan prestasi.

b. Meningkatkan persaingan/kompetitif

Persaingan, baik pesaing individu maupun persaingan kelompok dalam meningkatkan prestasi.

c. *Ego involvement*

Menumbuhkan kesadaran kepada peserta didik agar melaksanakan pentingnya tugas dan menerima tantangan untuk bekerja keras dengan mempertaruhkan harga diri.

d. Mengetahui hasil

Dengan mengetahui hasil pekerjaan yang telah dikerjakannya apalagi bila terlihat kemajuan akan meningkatkan kegiatan belajar.

e. Pujian

Apabila seseorang sukses melaksanakan tugas, dengan baik perlu diberikan pujian karena merupakan *reinforcement* positif dan sekaligus merupakan motivasi yang baik.

f. Hukuman

Hukuman merupakan *reinforcement* negatif tetapi jika dilakukan secara tepat dan bijaksana, merupakan motivasi yang baik.

g. Hasrat untuk belajar

Hasrat untuk belajar berarti ada unsur kesengajaan dengan maksud untuk belajar yang sangat berarti bagi peserta didik.

h. Minat

Minat merupakan alat komunikasi yang tepat karena proses belajar akan berjalan dengan lancar.

2.4.5. Alat-alat Motivasi

Alat alat motivasi menurut Hasibuan (2014) adalah

- a. *Materiil insentif* merupakan alat motivasi berupa barang atau uang yang memiliki nilai pasar dan dapat diberikan untuk kebutuhan ekonomis.

- b. *Nonmaterial insentif* merupakan alat motivasi yang diberikan berupa alat atau benda yang tidak ternilai, namun dapat memberikan rasa kepuasan/kebanggaan rohani saja. Misalnya medali, piagam, bintang jasa dan lain-lainnya.
- c. Kombinasi *materiil* dan *nonmaterial intensif* merupakan alat motivasi yang diberikan itu berupa *materiil* (uang dan barang) dan *nonmaterial* (medali dan piagam) sehingga memberikan kebutuhan ekonomis dan kepuasan/kebanggaan rohani.

2.4.6. Faktor Pendukung Motivasi

Menurut Greenspan *et al.* (2013), kerangka konsep dalam motivasi pekerja kesehatan masyarakat adalah:

- a. Tingkat individu

Di tingkat individu, motivator mencakup mencintai pekerjaan, komitmen terhadap pelayanan masyarakat/rasa sukarela, keinginan untuk pengetahuan dalam membantu diri sendiri dan keluarga, keinginan untuk mendidik masyarakat (Greenspan *et al.*, 2013).

- b. Tingkat keluarga

Di tingkat keluarga, motivator mencakup dukungan moral, dukungan *moneter* termasuk penginapan/perumahan, membantu dalam pekerjaan termasuk bertani dan pekerjaan rumah tangga dan tugas CHW (*Community Health Worker*) (Greenspan *et al.*, 2013).

- c. Tingkat masyarakat

Di tingkat masyarakat, motivator mencakup peningkatan rasa hormat dan penghargaan, kontribusi meneter untuk mendapatkan pelayanan, dukungan material termasuk makanan, membantu pekerjaan, harapan untuk dukungan financial di masa depan atau pekerjaan di masa depan (Greenspan *et al.*, 2013).

d. Tingkat organisasi

Di tingkat organisasi, motivator mencakup dukungan *moneter* termasuk gaji, dukungan material termasuk bantuan sepeda/kendaraan dan pekerjaan, pelatihan, dan pengawasan (Greenspan *et al.*, 2013).

2.4.7. Aspek Motivasi

Menurut Smith (2014) penilaian motivasi dilihat dari 3 aspek yaitu:

a. Otonomi

Otonomi menyangkut pengalaman tindakan yang dipilih, kehendak, dan penentuan nasib sendiri. Otonomi terdiri dari ketertarikan pekerjaan, etik, pertumbuhan, fleksibilitas, kebebasan, pencapaian, dan usaha (*business*).

b. Kompetensi

Kopetensi menyakut kepercayaan seseorang terhadap kemampuan dan keterampilan untuk mempengaruhi orang lain, pencapaian tujuan dan sasaran. Kompetensi terdiri dari tekanan, klien (*customer*), aktivitas, manajemen, kompetisi dan kerjasama tim.

c. Keterkaitan

Keterkaitan menyangkut pengalaman dalam hubungan sosial yang memuaskan dan dukungan yang ada di tempat kerja maupun di luar tempat kerja. Keterkaitan

terdiri dari kekuatan, status, perkembangan, pengakuan, takut gagal, *remunirasi*, dan keamanan pekerjaan

2.5. Pelatihan

2.5.1. Definisi Pelatihan

Pelatihan adalah suatu aktivitas pembelajaran yang lebih menekankan praktek dari pada teori yang dilakukan seseorang atau kelompok yang bertujuan untuk meningkatkan kemampuan atau keterampilan sesuai dengan tuntutan tertentu. Pelatihan berhubungan dengan proses memperoleh suatu keahlian atau pengetahuan tertentu dengan melakukan kegiatan yang sudah direncanakan agar menjadikan individu atau kelompok menjadi lebih baik dari kondisi sebelumnya (Santoso, 2013).

2.5.2. Tujuan Pelatihan

Secara umum tujuan dari pelatihan yaitu agar peserta pelatihan baik individu, kelompok atau organisasi dapat menguasai pengetahuan, keterampilan dan perilaku yang dilatihkan dalam program pelatihan sehingga dapat diaplikasikan baik dalam jangka waktu yang pendek maupun jangka waktu yang panjang. Biasanya pelatihan dibuat untuk memenuhi suatu level kompetensi yang telah ditentukan dalam pemenuhan level kompetensi berikutnya (Santoso, 2013).

2.5.3. Jenis Pelatihan

Dari segi materi pelatihan digolongkan menjadi dua jenis, yaitu:

a. Pelatihan wacana (*knowledge base training*)

Pelatihan wacana adalah pelatihan mengenai sebuah wacana baru yang harus disosialisasikan kepada peserta pelatihan dengan tujuan wacana baru tersebut dapat meningkatkan pencapaian tujuan seseorang, kelompok, organisasi atau lembaga (Santoso, 2013).

b. Pelatihan keterampilan (*skil based training*)

Pelatihan keterampilan adalah sebuah pelatihan mengenai pengenalan atau pendalaman keterampilan seseorang, kelompok, organisasi atau lembaga baik secara teknis (*Hard Skill*) maupun bersifat secara non teknis yang lebih bersifat pada pengembangan pribadi (*Soft Skill*) (Santoso, 2013).

2.5.4. Metode Pelatihan

Menurut Keliat dkk (2011) beberapa metode yang dapat digunakan saat pelatihan kader kesehatan jiwa sesuai tujuan adalah sebagai berikut:

a. Ceramah interaktif

Penyampaian materi diberikan secara lisan/verbal oleh pelatih. Metode ini efektif jika menggunakan alat bantu yang tepat seperti transparansi, *slide*, video. Ceramah interaktif dilakukan dengan susunan pembukaan, penyampaian informasi yang dilanjutkan dengan diskusi dan tanya jawab (Keliat dkk, 2011).

b. Diskusi kelompok

Diskusi kelompok dilakukan untuk materi yang perlu dipelajari dan dibahas lebih mendalam atau dipraktikkan. Dalam diskusi kelompok perlu dipilih ketua dan sekretaris kelompok yang akan memimpin diskusi. Hasil diskusi dicatat dan disampaikan kepada seluruh anggota kelompok agar terjadi kesepahaman atau kesamaan persepsi antar anggota kelompok (Keliat dkk, 2011).

c. Demonstrasi atau simulasi

Demonstrasi dilakukan untuk materi yang memerlukan aktivitas motorik atau penampilan dan sikap yang sesuai. Materi tersebut perlu diperagakan untuk memperoleh gambaran yang utuh. Selain diperagakan peserta juga melakukan simulasi serta dapat mengajukan pertanyaan selama atau setelah demonstrasi (Keliat dkk, 2011).

d. Bermain peran

Bermain peran adalah melakukan simulasi dengan bermain *acting* secara spontan. Peserta diberi tugas untuk memperagakan perilaku tertentu secara total. Misalnya peserta dapat berperan sebagai keluarga atau pasien dan peserta lainnya dapat berperan sebagai kader kesehatan jiwa yang memberi penyuluhan (Keliat dkk, 2011).

e. Studi kasus

Metode ini digunakan dalam kelompok kecil dan menggunakan kasus nyata dan fiktif yang berfokus pada isu, masalah, tujuan atau topik yang spesifik. Peserta mempelajari dan memberikan tanggapan terhadap kasus secara tertulis atau lisan. Metode ini dapat digabungkan dengan bermain peran jika pelatih menginginkan hasil yang lebih efektif (Keliat dkk, 2011).

f. Praktik dan supervise

Metode praktik dilakukan untuk melaksanakan serangkaian aktivitas tertentu dalam situasi nyata guna mencapai kemampuan yang ditetapkan. Melalui praktik dalam situasi nyata, peserta diharapkan lebih mudah mengingat dan mempunyai pengalaman tersendiri dalam melakukan aktivitasnya. Hal ini dilakukan untuk memperbaiki kinerja dan memotivasi peserta agar lebih giat melakukan tindakan (Keliat dkk, 2011).

2.5.5. Faktor yang Mempengaruhi Pelatihan

Menurut Hariandja (2002) ada beberapa faktor yang perlu diperhatikan dalam pelatihan, yaitu:

- a. *Cost-effectivness*
- b. *Desired program content*
- c. *Appropriatness of facilities*
- d. *Trainee preference and capabilities*
- e. *Trainer preference and capabilities*
- f. *Learning principle*

2.5.6. Langkah-langkah Pelaksanaan Pelatihan

Langkah-langkah pelaksanaan pelatihan menurut Sutadji (2010) adalah sebagai berikut:

- a. Mengidentifikasi kebutuhan pelatihan

Dalam mengidentifikasi kebutuhan pelatihan dilakukan evaluasi dan survey untuk menentukan siapa yang akan diberi pelatihan dan apa saja yang akan dipelajari dalam pelatihan (Sutadji, 2010).

b. Menentukan tujuan pelatihan

Pelatihan harus ditentukan bentuk pelaksanaannya, apakah dalam bentuk keterampilan, teknis, keterampilan konseptual atau keterampilan *human*. Dalam hal ini tujuan pelatihan untuk mengidentifikasi keterampilan yang dibutuhkan untuk memperbaiki kinerja dan produktivitas, memastikan sesuai dengan tingkat peserta pelatihan (Sutadji, 2010).

c. Merencanakan dan mengembangkan program pelatihan

Setelah tujuan teridentifikasi, maka perlu membuat perencanaan sekaligus mengembangkan program dengan merencanakan tujuan instruksional, metode, gambaran dan uraian dari isi, contoh latihan kerja yang dapat dibuat menjadi sebuah kurikulum (Sutadji, 2010).

d. Implementasi program

Implementasi program dapat dilakukan dengan 2 metode yaitu *one job training* dan *off job training*. *One job training* adalah pelatihan untuk mempelajari bidang pekerjaan sambil benar-benar mengerjakannya. Sedangkan *off job training* adalah pelatihan dengan metode ceramah, presentasi, simulasi atau dengan pembuatan kasus (Sutadji, 2010).

e. Evaluasi dan monitoring program

Dalam tahap ini dilakukan pendokumentasian mengenai reaksi, umpan balik dengan menggunakan ukuran tertentu dan perilaku dari peserta serta pendokumentasian tingkatan hasil yang dicapai (Sutadji, 2010).

2.6. Deteksi Dini Gangguan Jiwa

2.6.1. Definisi Deteksi Dini

Deteksi dini adalah usaha untuk mengidentifikasi penyakit atau kelainan dengan menggunakan serangkaian tes, pemeriksaan, atau prosedur tertentu yang dapat digunakan secara cepat dan tepat untuk membedakan orang-orang yang kelihatan sehat dengan tampak sejahtera tetapi sesungguhnya menderita kelainan (Rasjidi, 2009).

Deteksi dini adalah usaha-usaha untuk mengetahui ada tidaknya kelainan atau kerusakan fisik atau gangguan perkembangan mental atau perilaku yang menyebabkan kecacatan secara dini dengan melakukan berbagai upaya. Upaya dilakukan dengan cara promotif dan preventif untuk mencegah terjadinya masalah kejiwaan, mencegah timbulnya dan/atau kambuhnya gangguan jiwa, meminimalisasi faktor risiko masalah kesehatan jiwa, serta mencegah timbulnya dampak psikososial (Depkes, 2014).

Dari penjelasan tersebut dapat disimpulkan bahwa deteksi dini gangguan jiwa adalah segala upaya untuk mengidentifikasi atau mengetahui adanya masalah psikososial atau jiwa seawal mungkin sebagai tindakan pencegahan masalah kesehatan jiwa.

2.6.2. Tujuan Deteksi Dini Gangguan Jiwa

Menurut Agustina Konginan Staff Psikiatri dan Paliatif RSUD Dr. Soetomo Surabaya dalam *Sosialisasi Kesehatan jiwa Bagi Kader Tahun 2013*, tujuan dan manfaat deteksi dini gangguan jiwa yaitu untuk memberikan pengetahuan dan pemahaman serta perhatian terhadap kondisi psikologis, sehingga bisa menghindari dan menanggulangi terjadinya gangguan-gangguan jiwa (mental).

2.6.3. Prinsip

Prinsip dalam pelayanan kesehatan adalah *konfrehensif* yang difokuskan pada pasien dengan cara:

- a. Pencegahan primer pada anggota masyarakat yang sehat jiwa. Pencegahan primer merupakan upaya dalam peningkatan kesehatan dan pencegahan terjadinya gangguan jiwa melalui program pendidikan kesehatan, dukungan sosial, pencegahan dan penyalahgunaan obat dan peningkatan coping adaptif untuk meminimalkan gangguan jiwa (Kusumawati dan Hartono, 2012).
- b. Pencegahan sekunder pada anggota masyarakat yang mengalami masalah psikososial dan gangguan jiwa. Pencegahan primer merupakan upaya dalam deteksi dini masalah psikososial dalam gangguan jiwa melalui program penemuan kasus sedini mungkin, melakukan *skrining* dan langkah lanjut, peningkatan sumber respon alami dan tingkat kondisi klien, mengidentifikasi sumber-sumber yang terkait, mengoptimalkan respon coping adaptif serta berkolaborasi dengan keluarga dan professional kesehatan mental (Kusumawati dan Hartono, 2012).

- c. Pencegahan tersier pada pasien gangguan jiwa yang sedang dalam proses pemulihan. Pencegahan tersier merupakan upaya peningkatan fisik dan sosial serta pencegahan kekambuhan dengan melakukan program manajemen stres, edukasi, pencegahan kekambuhan, meningkatkan coping yang adaptif, dan penguatan kekuatan klien (Kusumawati dan Hartono, 2012).

2.7. Pelatihan Deteksi Dini Gangguan Jiwa Kader

2.7.1. Definisi

Menurut Modul CMHN (2012), pelatihan deteksi dini gangguan jiwa adalah usaha untuk meningkatkan kemampuan kader kesehatan jiwa untuk mengetahui kondisi kesehatan jiwa keluarga yang tinggal di desa siaga sehat jiwa. Hasil dari deteksi dini gangguan jiwa adalah sehat jiwa, risiko masalah psikososial dan gangguan jiwa.

2.7.2. Tujuan

Menurut Modul CMHN (2012), tujuan dari pelatihan adalah:

- a. Memperoleh gambaran tentang kesehatan jiwa satu wilayah yang ditunjukkan melalui jumlah keluarga yang sehat jiwa, jumlah keluarga yang berisiko mengalami masalah psikososial dan jumlah keluarga yang mempunyai pasien gangguan jiwa.
- b. Kader kesehatan dapat berperan serta dalam meningkatkan, memelihara dan meningkatkan kesehatan jiwa masyarakat
- c. Setelah mengikuti pelatihan, kader mempunyai kemampuan:

1. Melaksanakan program desa siaga sehat jiwa
2. Melakukan deteksi keluarga: sehat jiwa, risiko masalah psikososial dan gangguan jiwa di masyarakat
3. Menggerakkan individu, keluarga dan kelompok sehat jiwa untuk mengikuti penyuluhan kesehatan jiwa
4. Menggerakkan individu, keluarga dan kelompok yang berisiko mempunyai masalah psikososial untuk mengikuti pendidikan kesehatan jiwa
5. Menggerakkan individu, keluarga dan kelompok yang mempunyai gangguan jiwa untuk mengikuti pendidikan kesehatan jiwa
6. Menggerakkan pasien gangguan jiwa yang mandiri untuk mengikuti program TAK dan rehabilitasi
7. Melakukan kunjungan rumah pada keluarga yang mengalami masalah psikososial atau gangguan jiwa yang telah mandiri
8. Melakukan rujukan kasus masalah psikososial atau gangguan jiwa pada perawat CMHN atau puskesmas
9. Membuat dokumentasi perkembangan kondisi kesehatan jiwa pasien

2.7.3. Pelaksanaan Kegiatan Deteksi Dini

Menurut modul CMHN (2012) pelaksanaan kegiatan deteksi melalui beberapa tahapan, yaitu:

a. Persiapan

1. Kader mempelajari buku pedoman deteksi keluarga

2. Kader mempelajari tanda – tanda orang/keluarga yang berisiko mengalami masalah psikososial atau orang/keluarga yang mengalami gangguan jiwa
 3. Kader mengidentifikasi orang/keluarga yang diduga mengalami risiko masalah psikososial atau gangguan jiwa
 4. Melakukan kontrak/janji untuk bertemu dengan pasien dan keluarga
- b. Pelaksanaan
1. Setiap dusun memiliki 2 orang kader kesehatan jiwa
 2. Setiap kader mengelola setengah dari jumlah keluarga di dusun (kader membagi habis jumlah keluarga di dusun untuk di kelola bersama)
 3. Kader menilai kesehatan jiwa tiap keluarga yang tinggal di wilayahnya dengan cara wawancara dan pengamatan sesuai dengan petunjuk pada buku pedoman deteksi keluarga.
 4. Berdasarkan penilaian yang dilakukan kader mengelompokkan keluarga yang tinggal di wilayahnya menjadi 3 kelompok :
 - a) Kelompok keluarga sehat adalah keluarga yang tinggal di wilayah kerja kader dan tidak menunjukkan perilaku menyimpang; baik risiko masalah psikososial maupun gangguan jiwa.
 - b) Kelompok keluarga yang berisiko masalah psikososial adalah keluarga yang tinggal di wilayah kerja kader yang mempunyai kondisi yang berisiko mengalami masalah psikososial.
 - c) Kelompok keluarga yang anggota keluarganya mengalami gangguan jiwa adalah keluarga yang tinggal di wilayah kerja kader dan mempunyai anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

c. Pelaporan

1. Kader mencatat nama seluruh keluarga yang tinggal di wilayahnya
2. Kader mencatat data – data keluarga yang mempunyai risiko masalah psikososial
3. Kader mencatat data – data keluarga yang mengalami gangguan jiwa
4. Hasil penghitungan jumlah keluarga untuk masing – masing kelompok dicatat
5. Hasil pencatatan disampaikan pada perawat CMHN yang bertanggungjawab

2.8. Hubungan Antara Pelatihan dan Motivasi

Pelatihan merupakan suatu kegiatan dalam meningkatkan pengetahuan dan keterampilan menggunakan metode tertentu yang disesuaikan dengan tujuan dari pelatihan itu sendiri. Hasil dari kegiatan pelatihan diharapkan dapat diaplikasikan dalam kegiatan seseorang untuk mencapai tujuan baik dalam jangka waktu yang pendek maupun dalam jangka waktu yang panjang. Pelatihan berpengaruh terhadap kemampuan/*skill* pekerja. Dengan pelatihan seseorang juga akan merasa lebih percaya diri terhadap kemampuannya. Ketidakadekuatan *skill* tidak hanya berefek pada kualitas pekerjaan, tetapi memiliki keterlibatan secara langsung terhadap motivasi untuk bekerja atau melakukan tugas (Santoso, 2013)

Motivasi merupakan sebuah dorongan atau keinginan untuk mencapai tujuan pribadi maupun tujuan organisasi. Motivasi bisa terbentuk dari sikap dan berasal dari faktor intrinsik maupun faktor ekstrinsi yang dapat meningkatkan seseorang dalam melakukan pekerjaan dan bisa juga untuk mempengaruhi orang lain. Motivasi merefleksikan tingkat kemauan dalam menerapkan dan memelihara upaya menuju

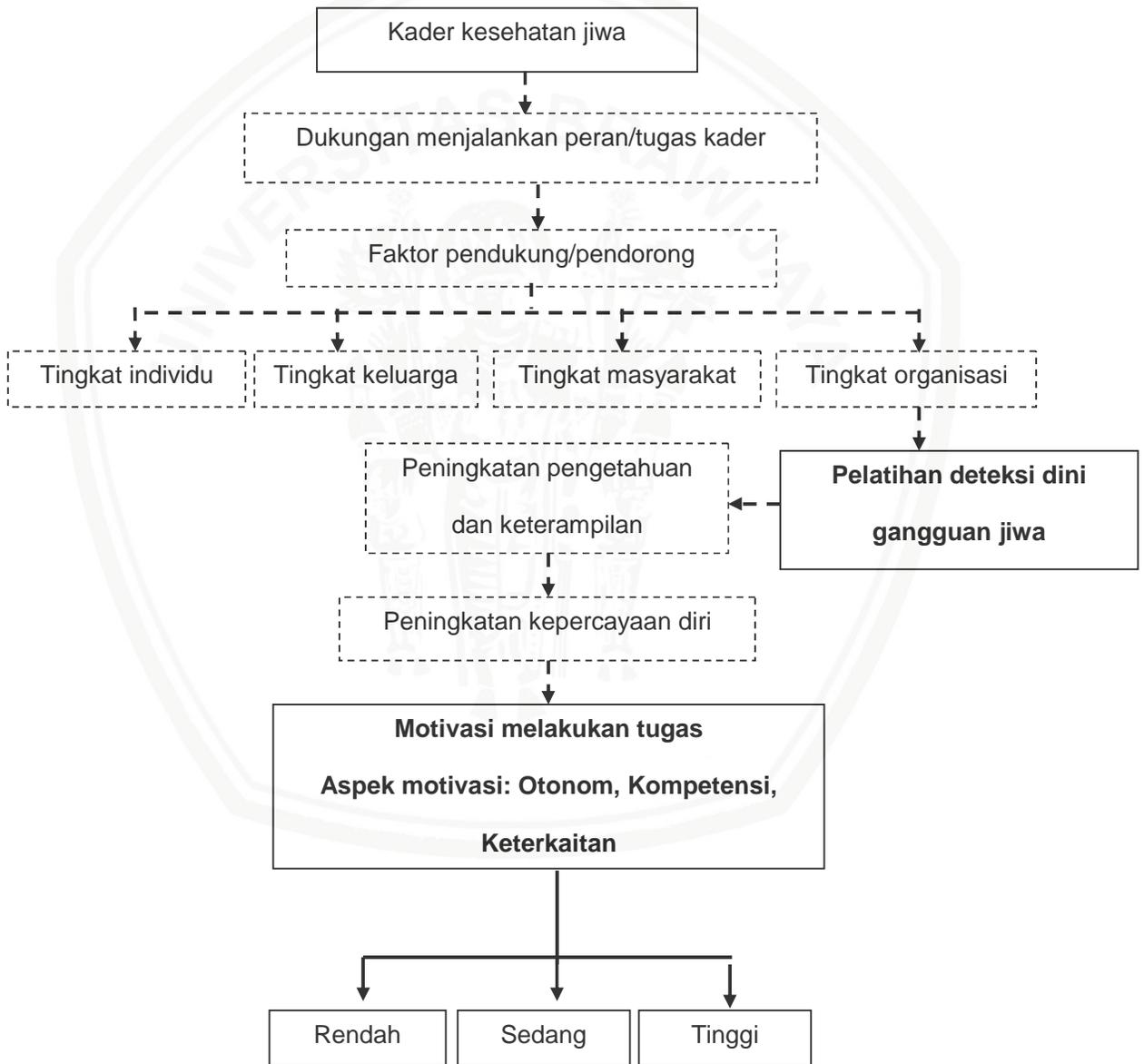
sasaran program. Motivasi individu dapat menggerakkan pelaksanaan pekerjaan dan keberlanjutan pekerjaan (Brunie, 2014). Motivasi dapat memengaruhi kinerja seseorang karena dengan motivasi seseorang memiliki kekuatan atau keinginan untuk melakukan pekerjaan.

Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa melakukan pelatihan yang efektif dan sesuai dengan kebutuhan akan meningkatkan pengetahuan atau keterampilan (*skill*) yang akan berdampak pada kepercayaan diri seseorang. Adanya rasa percaya diri akan menumbuhkan motivasi untuk melakukan kegiatan dalam pencapaian tujuan, baik itu tujuan pribadi atau tujuan bersama.

BAB III

KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS

3.1 Kerangka Konsep



Gambar 3.1 Kerangka Konsep

Keterangan:

□ : Diteliti

□ : Tidak diteliti

— : Berhubungan

→ : Berpengaruh

Kader kesehatan jiwa dalam menjalankan peran/tugasnya dibutuhkan suatu dukungan untuk mengoptimalkan kinerja kader dalam pelaporan deteksi dini gangguan jiwa. Dukungan dalam menjalankan tugas kader dapat dipengaruhi oleh faktor pendukung kinerja kader. Salah satu faktor pendukung/pendorong dalam melakukan tugas sebagai kader berasal dari tingkat organisasi dimana organisasi dapat memberikan pelatihan berupa pelatihan deteksi dini gangguan jiwa terhadap kader kesehatan jiwa.

Pemberian pelatihan terhadap kader kesehatan jiwa dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan kader. Pengetahuan dan keterampilan yang meningkat/bertambah dapat menimbulkan perasaan percaya diri kader yang dapat menumbuhkan motivasi kader dalam menjalankan tugasnya dalam deteksi dini gangguan jiwa.

3.2 Hipotesis

Hipotesis pada penelitian adalah ada pengaruh pelatihan deteksi dini gangguan jiwa terhadap motivasi kader dalam penanganan gangguan jiwa di wilayah kerja Puskesmas Bululawang.

BAB IV

METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian ini menggunakan pre-experimental dengan pendekatan *one group pretest-posttest design*. *Pretest-posttest design* dilakukan dengan memberikan *pretest* (pengamatan awal) terlebih dahulu sebelum diberikan intervensi. Setelah itu diberikan intervensi yang dilanjutkan dengan *posttest* (pengamatan akhir) (Hidayat, 2014). Dengan rancangan ini diperoleh pengaruh pelatihan deteksi dini (sebagai variabel independen) dengan motivasi kader (sebagai variabel dependen) dalam penanganan gangguan jiwa di wilayah kerja Puskesmas Bululawang Kabupaten Malang.

Bentuk rancangan ini adalah sebagai berikut:

Tabel 4.1. Desain Penelitian

<i>Pre-test</i>	Perlakuan	<i>Post-test</i>
01	X	02

Keterangan:

01 : pengukuran motivasi kader kesehatan jiwa sebelum diberi pelatihan deteksi dini gangguan jiwa

02 : pengukuran motivasi kader setelah diberi pelatihan deteksi dini (pengukuran dilakukan 1 bulan setelah pelatihan deteksi dini gangguan jiwa)

X : perlakuan dengan melakukan pelatihan deteksi dini gangguan jiwa selama 120 menit

4.2 Populasi, Sample, dan Teknik Sampling

4.2.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah kader jiwa yang ada di wilayah kerja Puskesmas Bululawan Kabupaten Malang dengan jumlah 40 orang kader kesehatan jiwa.

4.2.2 Sampel dan Sampling

Jumlah sampel dalam penelitian ini adalah seluruh anggota populasi yang dapat menggambarkan karakteristik populasi. Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah *nonprobability sampling* dengan menggunakan jenis sampling jenuh (*total sampling*). Sampling jenuh adalah cara pengambilan sampel dengan mengambil semua anggota populasi menjadi sampel atau bisa dikatakan bahwa semua anggota populasi dijadikan sampel (Hidayat, 2014). Dari 40 orang kader, hanya berjumlah 27 orang kader yang mengikuti penelitian. 13 orang kader yang tidak mengikuti penelitian tidak bisa datang ke pelatihan deteksi dini gangguan jiwa karena terdapat acara di tempat lain yang tidak bisa ditinggalkan dan terdapat kepentingan keluarga.

4.3 Variabel Penelitian

4.3.1 Variabel Independen

Variabel independen yaitu variabel yang dimanipulasi oleh peneliti untuk menciptakan suatu dampak pada variabel terikat (*dependent variabel*) (Setiadi, 2013). Dalam penelitian ini variabel independen yang digunakan adalah pelatihan deteksi dini.

4.3.2 Variabel Dependen

Variabel dependen yaitu variabel yang dipengaruhi variabel independen (Setiadi, 2013). Dalam penelitian ini variabel dependen yang digunakan adalah motivasi kader.

4.4 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas Bululawang tepatnya di Desa Sukonolo pada bulan November-Desember

4.5 Instrumen Penelitian

Alat yang digunakan sebagai dasar pemberian pelatihan deteksi dini gangguan jiwa adalah satuan acara penyuluhan (SAP), Metode yang digunakan dalam SAP adalah metode ceramah dan diskusi dengan durasi waktu 120 menit. Pelatihan deteksi dini diberikan oleh dosen pembimbing 1 selaku dosen keperawatan jiwa yang telah tersertifikasi CMHN bersama perawat Desa Sukonolo dan bidan Desa Sukonolo

Tabel 4.2. Materi SAP

No	Materi
1	Pengertian sehat jiwa, risiko gangguan jiwa, gangguan jiwa
2	Tanda sehat jiwa, risiko gangguan jiwa, tanda gejala gangguan jiwa
3	Klasifikasi gangguan jiwa
4	Penanganan gangguan jiwa
5	Tugas dan peran kader dalam penanganan gangguan jiwa
6	Konsep deteksi dini gangguan jiwa
7	Cara dokumentasi deteksi dini gangguan jiwa

Alat ukur motivasi peneliti mengambil kuisisioner motivasi John Smith yang dikembangkan dan dimodifikasi oleh peneliti. Kuisisioner motivasi John Smith masih berbentuk bahasa Inggris sehingga peneliti merubahnya dalam bentuk bahasa Indonesia. Kuisisioner motivasi John Smith dirancang untuk membantu memahami dan mengeksplorasi kondisi yang meningkatkan dan mengurangi antusiasme dan motivasi kerja. Kuisisioner motivasi menilai dua puluh dimensi motivasi yang mencakup tiga bidang utama, yaitu teori penentuan nasib sendiri (otonomi), kompetensi, dan keterkaitan. Dalam kuisisioner terdapat pernyataan positif dan pernyataan negatif.

Standar skor dalam kuisisioner motivasi dimodifikasi dari standar skala 1-10 menjadi *skala linkert* dengan 4 bentuk pernyataan dimana cara interpretasi dapat dipresentasikan sebagai berikut:

Tabel 4.3. Interpretasi Skala Linkert untuk Pernyataan Bersifat Positif

No	Angka	Pernyataan	Nilai
1	0-25%	Sangat tidak setuju	1
2	26-50%	Tidak setuju	2
3	51-75%	Setuju	3
4	76-100%	Sangat setuju	4

Tabel 4.4. Interpretasi Skala Linkert untuk Pernyataan Bersifat Negatif

No	Angka	Pernyataan	Nilai
1	0-25%	Sangat tidak setuju	4
2	26-50%	Tidak setuju	3
3	51-75%	Setuju	2
4	76-100%	Sangat setuju	1

Tabel 4.5. Kisi-kisi Kuisisioner Motivasi Kader Kesehatan Jiwa

No	Variabel	Definisi	Nomor Soal
1	Motivasi kader	Aspek-aspek motivasi :	
		Otonomi	1,2,7,8,12,15,16
		Berkaitan	3,6,9, 14,19,20
		Kompetensi	4,5,10,11,13,17,18

Tabel 4.6. Pembagian Pernyataan Positif dan Pernyataan Negatif

No	Pernyataan	Nomor Soal
1	Positif	1,3,7,8,10,13,15,18,19,20
2	Negatif	2,4,5,6,9,11,12,14,16,17

Setelah diberikan skor, data motivasi kader kesehatan jiwa dihitung dengan menggunakan rumus sebagai berikut :

$$i = \frac{R}{n}$$

Keterangan :

i = Panjang interval

R = Skor maksimal

n = Jumlah kelas (Hidayat, 2007)

Setelah dilakukan uji validitas instrument kuisisioner motivasi kader hanya 10 butir pertanyaan yang valid maka panjang interval motivasi kader adalah sebagai berikut:

$$i = \frac{R}{n} = \frac{40 - 10}{3} = 10$$

Untuk rentang 10-20 termasuk dalam kategori motivasi kader kesehatan jiwa rendah. Untuk rentang 21-30 termasuk dalam kategori motivasi kader kesehatan jiwa sedang dan rentang 31-40 termasuk dalam kategori motivasi kader kesehatan jiwa tinggi.

4.6 Uji Validitas dan Reliabilitas

4.6.1 Uji Validitas

Instrument kuisisioner motivasi kader yang telah dimodifikasi oleh peneliti, diuji kevaliditasannya menggunakan *Person Product Moment* dengan program komputer *SPSS 17*. Validitas dilakukan pada kader kesehatan jiwa yang ada di Wilayah Kerja Puskesmas Bantur Kabupaten Malang sebanyak 15 orang kader kesehatan jiwa. Butir soal pada kuisisioner motivasi kader valid bila r hitung $>$ r tabel dengan nilai signifikan 5%, dimana hasil pengujian validitas yaitu:

Tabel 4.7 Hasil Uji Validitas

No. butir pertanyaan	r hasil	r tabel	Keterangan
		5%	
1	0.589	0.5140	Valid
2	0.647	0.5140	Valid
3	-0.021	0.5140	Tidak Valid
4	0.524	0.5140	Valid
5	-0.107	0.5140	Tidak Valid
6	0.537	0.5140	Valid
7	0.627	0.5140	Valid

8	0.612	0.5140	Valid
9	0.425	0.5140	Tidak Valid
10	-0.83	0.5140	Tidak Valid
11	0.105	0.5140	Tidak Valid
12	0.442	0.5140	Tidak Valid
13	0.388	0.5140	Tidak Valid
14	-0.039	0.5140	Tidak Valid
15	0.589	0.5140	Valid
16	0.225	0.5140	Tidak Valid
17	0.268	0.5140	Tidak Valid
18	0.633	0.5140	Valid
19	-0.680	0.5140	Valid
20	0.695	0.5140	Valid

Dari hasil uji validitas tersebut didapatkan 10 butir soal yang valid meliputi

1. Aspek otonom : 1,2,7,8,15
2. Aspek berkaitan : 6,19, 20
3. Aspek Kompetensi : 4, 18

Untuk butir kuisisioner yang tidak valid dihilangkan dari lembar kuisisioner motivasi kader sehingga kuisisioner motivasi kader yang awalnya terdapat 20 butir pertanyaan menjadi 10 butir pertanyaan yang sudah memenuhi semua parameter motivasi kader dan diubah nomor pertanyaannya sebagai berikut:

Tabel 4.8 Pengubahan Nomor Pertanyaan

Sebelum diubah	1	2	4	6	7	8	15	18	19	20
Setelah diubah	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

4.6.2 Uji Reabilitas

Uji reabilitas yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Cronbach Alpha*. Penguji menggunakan aplikasi *SPSS 1*. Hasil uji reabilitas dikatakan reliabel bila nilai *alpha* >0.60. Dalam uji reabilitas penelitian ini diperoleh nilai *alpha* sebesar 0.660, sehingga dapat disimpulkan bahwa kuisisioner dalam penelitian ini reliable atau konsisten dan dapat digunakan untuk instrumen penelitian.

4.7 Definisi Operasional

Tabel 4.9. Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi	Indikator	Alat Ukur	Skala	Skor
1	Independen: Pelatihan deteksi dini	Sebuah kegiatan untuk memberikan informasi deteksi dini gangguan jiwa pada kader jiwa dengan menggunakan metode ceramah dan diskusi selama 120 menit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengertian sehat jiwa, risiko gangguan jiwa dan gangguan jiwa 2. Tanda dan gejala sehat jiwa, risiko gangguan jiwa dan gangguan jiwa 3. Klasifikasi gangguan jiwa 4. Penanganan gangguan jiwa 5. Tugas dan peran kader dalam penanganan 	SAP	Nominal	-

			<p>gangguan jiwa</p> <p>6. Konsep deteksi dini gangguan jiwa</p> <p>7. Cara dokumentasi deteksi dini gangguan jiwa</p>			
2	Depnden: Motivasi kader	Dorongan secara intrinsik maupun ekstrinsik kader dalam melaukan deteksi dini gangguan jiwa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Otonomi 2. Berkaitan 3. Kompetensi 	Kuisisioner	Interval	<p>Skor motivasi minimum 10 dan maksimum 40 dengan kategori:</p> <p>Motivasi rendah: skor 10-20</p> <p>Motivasi sedang: skor 21-30</p> <p>Motivasi tinggi: Skor 31-40</p>

4.8 Prosedur Penelitian dan Teknik Pengumpulan Data

- a. Persiapan konsep dan materi pendukung penelitian.
- b. Penyusunan proposal penelitian dan dikonsultasikan kepada dosen pembimbing I dan dosen pembimbing II.
- c. Permintaan ijin kepada Kepala Puskesmas Bululawang untuk studi pendahuluan.
- d. Permintaan ijin kepada Kepala Desa Solorejo untuk studi pendahuluan dan pengambilan data.
- e. Pengajuan uji proposal penelitian sebelum melakukan penelitian.
- f. Melakukan uji validitas dan reabilitas instrument ke kader jiwa Desa Solorejo sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi.
- g. Mengajukan proposal penelitian ke *Ethical Clereance* komisi etik Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya.
- h. Melakukan koordinasi antara peneliti, dosen pembimbing 1 yang tersertifikasi CMHN, perawat Puskesmas Bululawang, perawat Desa Sukonolo, bidan Desa Sukonolo dan kepala desa atau aparat Desa Solorejo untuk waktu dan tempat pelatihan.
- i. Melakukan persiapan penelitian yang dilaksanakan di Solorejo.
- j. Mengidentifikasi responden dan pemberian souvenir ke responden.
- k. Menjelaskan tujuan dan manfaat penelitian, hak-hak responden dan prosedur penelitian.
- l. Responden diberikan lembar persetujuan untuk menjadi subjek penelitian dan apabila responden setuju maka diminta untuk mengisi lembar persetujuan dan tanda tangan responden.
- m. Responden diberi lembar *pre-test* kuisioner motivasi untuk disisi responden.

- n. Responden mengembalikan atau mengumpulkan lembar *pre-test* ke peneliti.
- o. Dosen pembimbing 1 selaku dosen keperawatan jiwa bersama perawat Desa Sukonolo dan Bidan Desa Sukonolo memberikan pelatihan tentang deteksi dini gangguan jiwa dengan metode ceramah selama 120 menit.
- p. Peneliti memberikan lembar *post-test*. 1 bulan setelah pelatihan yang diisi dan dikumpulkan kader kesehatan jiwa. Pemberian lembar *post-test* dilakukan ketika ada pertemuan harian kader kesehatan jiwa dan untuk kader yang tidak mengikuti pertemuan harian kader kesehatan jiwa dilakukan *dor to dor* (ditemui di rumah kader kesehatan jiwa) dan dikumpulkan pada saat pemberian lembar *post-test*.
- q. Setelah data terkumpul maka dilakukan analisa data oleh peneliti.
- r. Hasil analisis disampaikan pada laporan tugas akhir.
- s. Mengajukan uji laporan tugas akhir.

4.9 Analisa Data

4.9.1 Pre analisis

Proses pre analisis dilakukan setelah pengambilan data dan sebelum dilakukan analisis

a. *Editing* (memeriksa)

Editing adalah memeriksa daftar pertanyaan yang telah diserahkan oleh responden. Daftar pertanyaan diperiksa kembali tentang kelengkapan jawaban, keterbacaan tulisan, dan relevansi jawaban (Setiadi, 2013). Selain itu, peneliti memeriksa kembali kelengkapan identitas responden.

b. Member tanda kode/*coding*

Coding adalah mengklarifikasi jawaban-jawaban dari para responden ke dalam bentuk angka/bilangan. Biasanya klasifikasi dilakukan dengan cara member tanda/kode berbentuk angka pada masing-masing jawaban. Koding dilakukan untuk mempermudah pada saat analisis data dan juga mempercepat pada saat entry data (Setiadi, 2013).

c. *Processing*

Setelah kuisisioner terisi penuh dan benar, serta sudah melewati pengkodean, maka langkah selanjutnya adalah memproses data agar data yang sudah di entry dapat dianalisis. Pemrosesan data dilakukan dengan cara meng-entry data dari kuisisioner ke paket program computer (Setiadi, 2013).

d. *Cleaning*

Cleaning merupakan kegiatan pengecekan kembali data yang sudah di-entry, apakah ada kesalahan atau tidak. Kesalahan yang ada mungkin terjadi pada saat meng-entry data ke computer (Setiadi, 2013).

4.9.2 Analisis

a. Analisis Univariat

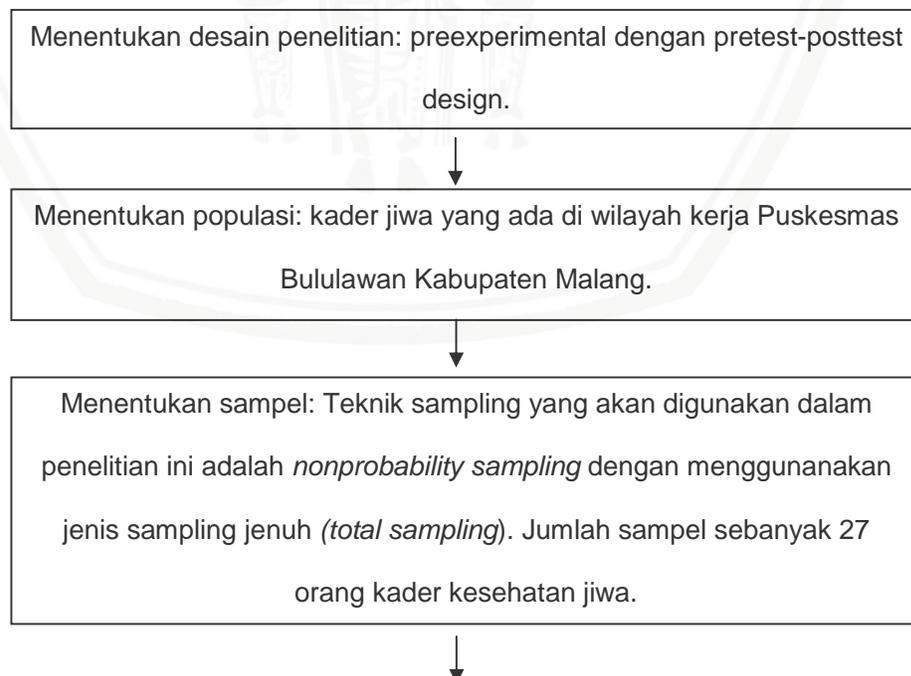
Pada analisis univariat, semua data karakteristik responden yaitu jenis kelamin, usia, pendidikan, pekerjaan dan motivasi disajikan dalam diagram kolom dan diagram garis. Peneliti mengumpulkan data penelitian dengan menggunakan lembar kuisisioner berjumlah 10 pertanyaan kemudian responden diminta untuk menjawab pertanyaan dengan memilih salah satu jawaban yang dianggap benar yang dilakukan sebelum pelatihan, setelah 1 bulan pelatihan. Pengambilan data yang ke dua dilakukan 1 bulan setelah pelatihan karena biasanya motivasi tidak bisa bertahan lama dan semangat dalam

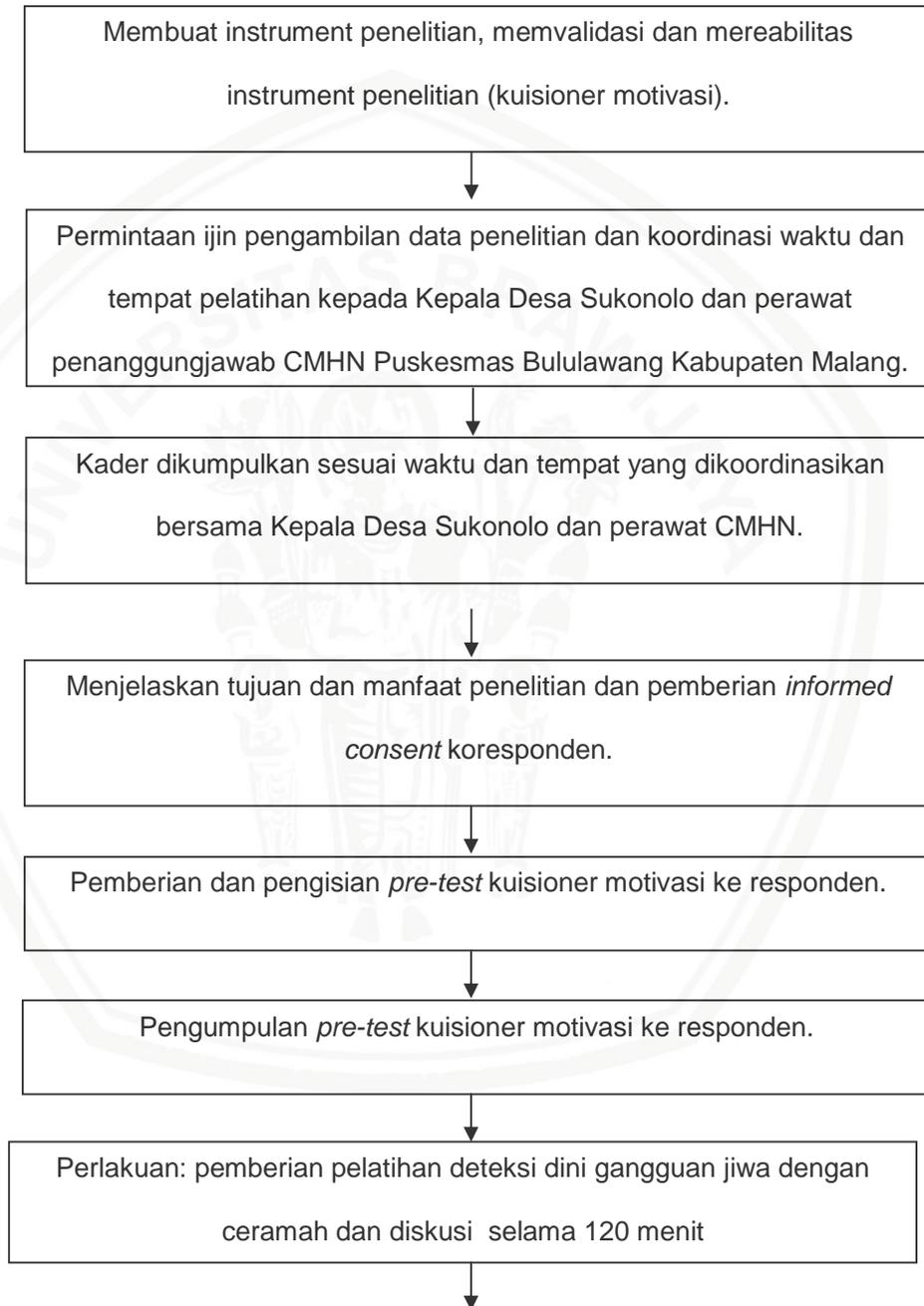
melakukan pekerjaan kembali kepada keadaan semula. Selain itu penulis ingin memberikan kesempatan kepada responden untuk melakukan tindakan atau praktek setelah mendapat stimulus pelatihan. Setelah data diperoleh maka data dikumpulkan oleh peneliti untuk kemudian dianalisa. Selanjutnya dianalisa pada masing-masing variabel tingkat motivasi kader kesehatan jiwa serta data karakteristik responden menggunakan bantuan software SPSS.

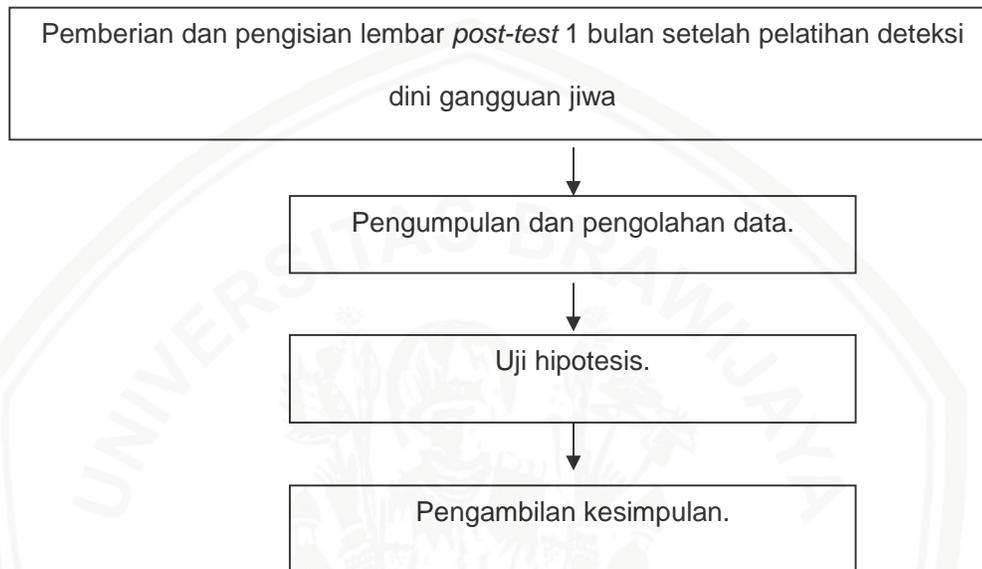
b. Analisis Bivariat

Tahap ini digunakan untuk membandingkan nilai *pre-test* dan *post-test* pelatihan deteksi dini gangguan jiwa. Untuk menganalisa hasil eksperimen, mengenai ada tidaknya pengaruh pelatihan terhadap motivasi dengan dilakukan uji statistic. Karena data *pre-test* dan *post-test* tidak berdistribusi normal (sig. <0,05) maka dapat menggunakan uji non-parametik *Wilcoxon*

4.10 Alur Penelitian







Gambar 4.1 Alur Penelitian

4.11 Etika Penelitian

Karena penelitian ini yang menjadi subjek penelitian adalah manusia maka peneliti harus memperhatikan beberapa prinsip etika penelitian yaitu:

a. Prinsip manfaat

Dalam prinsip ini diharapkan penelitian yang dihasilkan memberikan manfaat dan mempertimbangkan antara aspek risiko dengan aspek manfaat. Prinsip ini dapat ditegakkan dengan membebaskan, tidak menjadikan manusia untuk dieksplorasi (Hidayat, 2014).

b. Prinsip menghormati manusia

Dalam prinsip ini manusia harus dihormati dan berhak untuk menentukan pilihan antara mau dan tidak untuk diikutsertakan menjadi subjek penelitian (Hidayat, 2014).

c. Prinsip keadilan

Prinsip ini dilakukan untuk menjunjung tinggi keadilan manusia dengan menghargai hak atau memberikan pengobatan seara adil, hak menjaga privasi manusia, dan tidak berpihak dalam perlakuan terhadap manusia (Hidayat, 2014).

d. Nonmaleficence (tidak merugikan)

Dalam penelitian ini tidak menimbulkan efek samping yang membahayakan atau mencederai responden. Dalam penelitian ini lembar informasi tidak menyinggung hal- hal yang tidak disukai responden. (Hidayat, 2014).

e. *Informed consent*

Informed consent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden peneliti dengan memberikan lembar persetujuan yang diberikan sebelum penelitian dilakukan.dengan tujuan agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian seta dampak penelitian (Hidayat, 2014).

f. *Anonymity* (tanpa nama)

Tujuan dari *anonymity* adalah memberikan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alt ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian disajikan (Hidayat, 2014).

g. *Confidentiality* (kerahasiaan)

Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang dilaporkan pada hasil riset. Hal

ini dilakukan untuk memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian (Hidayat, 2014).



BAB V

HASIL PENELITIAN DAN ANALISA DATA

Penelitian telah dilakukan pada 27 responden yaitu kader jiwa yang berada di Desa Sukonolo, Bululawang Kabupaten Malang dengan desain penelitian *pre-eksperimen* dengan pendekatan *one group pretest-posttest design*. Pelatihan deteksi dini gangguan jiwa telah diberikan oleh dosen pembimbing I selaku perawat yang telah tersertifikasi CMHN bersama perawat Desa Sukonolo dan bidan Desa Sukonolo. Pelatihan deteksi dini gangguan jiwa telah diberikan selama 120 menit dengan metode ceramah, diskusi dan *roleplay*. Data hasil penelitian berupa data karakteristik responden seperti jenis kelamin, kelompok umur, pendidikan, pekerjaan, lama menjadi kader, menjadi kader selain kader jiwa dan jenisnya, keaktifan dan alasannya, dan alasan menjadi kader jiwa.

5.1. Analisa Univariat

5.1.1. Distribusi Berdasarkan Jenis Kelamin

Tabel 5.1 Distribusi Berdasarkan Jenis Kelamin

No	Jenis Kelamin	Jumlah	
		n	%
1	Laki-laki	0	0
2	Perempuan	27	100,0
	Total	27	100,0

Berdasarkan tabel 5.1 dapat dilihat karakteristik jenis kelamin dari 27 responden (100%) berjenis kelamin perempuan.

5.1.2. Distribusi Berdasarkan Usia

Tabel 5.2 Distribusi Berdasarkan Usia

No	Kelompok umur (tahun)	Jumlah	
		n	%
1	17-25	1	3,7
2	26-35	12	44,4
3	36-45	9	33,3
4	46-55	5	18,5
Total		27	100,0

Berdasarkan tabel 5.2 diketahui bahwa karakteristik dari 27 responden berdasarkan usianya sebagian besar berusia 26-35 tahun yaitu sejumlah 12 responden (44,4%).

5.1.3. Distribusi Berdasarkan Pendidikan

Tabel 5.3 Distribusi Berdasarkan Pendidikan

No	Pendidikan	Jumlah	
		n	%
1	Tidak Sekolah	5	18,5
2	SD	4	14,8
3	SMP	9	33,3
4	SMA	7	25,9
5	Perguruan Tinggi	2	7,4
Total		27	100,0

Dari tabel 5.3 dapat dilihat bahwa pendidikan dari 27 responden sebagian besar lulusan pendidikan SMP yaitu 9 responden (33.3%).

5.1.4. Distribusi Berdasarkan Pekerjaan

Tabel 5.4 Distribusi Berdasarkan Pekerjaan

No.	Pekerjaan	Jumlah	
		n	%
1	Ibu Rumah Tangga	24	88,9
2	Guru	2	7,4
3	Perawat	1	3,7
	Total	27	100,0

Berdasarkan tabel 5.4 dapat dilihat bahwa dari 27 responden kader kesehatan jiwa sebagian besar bekerja sebagai ibu rumah tangga yaitu 24 responden (88,9%).

5.1.5. Distribusi Berdasarkan Lamanya Menjadi Kader Kesehatan Jiwa

Tabel 5.5 Distribusi Berdasarkan Lamanya Menjadi Kader Kesehatan Jiwa

No.	Lama Menjadi Kader Jiwa (tahun)	Jumlah	
		n	%
1	<2	3	11,1
2	2	24	88,9
	Total	27	100,0

Berdasarkan tabel 5.5 dapat dilihat bahwa dari 27 responden kader kesehatan jiwa sebagian besar telah menjadi kader selama ≥ 2 tahun yaitu 24 responden (88,9%).

5.1.6. Distribusi Berdasarkan Menjadi Kader Lain dan Jenisnya

Tabel 5.6 Distribusi Berdasarkan Menjadi Kader Lain Selain Kader Kesehatan Jiwa

No.	Menjadi Kader Lain	Jumlah	
		n	%
1	Ya	25	92,6
2	Tidak	2	7,4
	Total	27	100,0

Berdasarkan tabel 5.6 dari 27 responden sebagian besar responden menjadi kader lain selain kader kesehatan jiwa, yaitu 25 responden (92,6%).

Tabel 5.7 Distribusi Jenis Kader Selain Menjadi Kader Kesehatan Jiwa

No.	Jenis Kader Lain	Jumlah	
		n	%
1	Tidak Menjadi Kader lain	2	7,4
2	Balita	21	77,8
3	Lansia	1	3,7
4	Balita dan Lansia	3	11,1
	Total	27	100,0

Dari tabel 5.7 dari 27 responden sebagian besar responden selain menjadi kader kesehatan jiwa juga menjadi kader balita yaitu sejumlah 21 responden (77,8%).

5.1.7. Distribusi Berdasarkan Keaktifan dan Alasannya

Tabel 5.8 Distribusi Berdasarkan Keaktifan Kader Kesehatan Jiwa

No.	Keaktifan	Jumlah	
		n	%
1	Aktif	25	92,6
2	Tidak Aktif	2	7,4
	Total	27	100,0

Berdasarkan tabel 5.8, dari 27 responden sebagian besar mengaku aktif menjadi kader kesehatan jiwa yaitu sebanyak 25 responden (92%).

Tabel 5.9 Distribusi Berdasarkan Alasan Kader Kesehatan Jiwa Aktif

No.	Alasan Aktif Menjadi Kader Jiwa	Jumlah	
		n	%
1	Kewajiban/Tanggung Jawab	15	55,6
2	Membantu Orang Lain	3	11,1
3	Memajukan Desa	3	11,1
4	Lain-lain	6	22,2
	Total	27	100,0

Berdasarkan tabel 5.9, dari 27 responden sebagian besar kader kesehatan jiwa aktif dengan alasan aktif karena merupakan suatu kewajiban/tanggung jawab yaitu sebanyak 15 responden (55,6%)

5.1.8. Distribusi Berdasarkan Alasan Awal Menjadi Kader Kesehatan Jiwa

Tabel 5.10 Distribusi Alasan Awal Menjadi Kader Kesehatan Jiwa

No.	Alasan Menjadi Kader Jiwa	Jumlah	
		n	%
1	Tidak Beralasan	5	18,5
2	Membantu dan Menolong	10	37,0
3	Keinginan/Panggilan Sosial	3	11,2
4	Tanggung Jawab	3	11,1
5	Lain-lain	6	22,2
	Total	27	100,0

Dari tabel 5.10 dapat dilihat bahwa sebagian besar responden beralasan menjadi kader kesehatan jiwa karena keinginan untuk membantu dan menolong yaitu sebanyak 10 responden (37,0%)

5.2. Data Khusus Penelitian

5.2.1. Data Motivasi Sebelum Pelatihan Deteksi Dini Gangguan Jiwa

Tabel 5.11 Distribusi Skor Motivasi Kader Kesehatan Jiwa Sebelum Pelatihan Deteksi Dini Gangguan Jiwa

Variabel	N	Mean	Med	Max-min
Motivasi sebelum pelatihan	27	30,4	30	25-37

Dari tabel 5.11 menunjukkan bahwa nilai rata-rata motivasi sebelum pelatihan adalah 30,4 dengan nilai minimal 25 dan maksimal 37.

Tabel 5.12 Distribusi Tingkat Motivasi Kader Kesehatan Jiwa Sebelum Pelatihan Deteksi Dini Gangguan Jiwa

Tingkat Motivasi Sebelum Pelatihan	Jumlah	
	n	%
Rendah	0	0
Sedang	15	55,6
Tinggi	12	44,4
Total	27	100

Dari tabel 5.12 dapat diketahui bahwa tingkat motivasi kader sebelum dilakukan pelatihan deteksi dini gangguan jiwa sebagian besar memiliki motivasi sedang yaitu 15 responden (55,6%).

Tabel 5.13 Distribusi Indikator Motivasi Sebelum Pelatihan Deteksi Dini Gangguan Jiwa

Indikator Motivasi	Tingkatan						Total	
	Redah		Sedang		Tinggi		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Otonomi	0	0	12	44,4	15	55,6	27	100
Berkaitan	0	0	5	18,5	22	81,5	27	100
Kompetensi	1	3,7	18	66,7	8	29,6	27	100

Berasarkan tabel 5.13 dapat dilihat bahwa pada indikator otonomi dari 27 responden sebagian besar responden pada tingkat tinggi yaitu 15 responden (55,6%), pada indikator berkaitan sebagian besar responden pada tingkat tinggi yaitu 22 responden (81,5%), sedangkan pada indikator kompetensi sebagian besar responden pada tingkat sedang yaitu 18 responden (66,7%).

5.2.2. Data Motivasi Setelah Pelatihan Deteksi Dini Gangguan Jiwa.

Tabel 5.14 Distribusi Skor Motivasi Setelah Pelatihan Deteksi Dini Gangguan Jiwa

Motivasi	N	Mean	Med	Max-min
Motivasi setelah pelatihan	27	33,4	34	28-39

Dari tabel 5.14 menunjukkan bahwa nilai rata-rata motivasi sebelum pelatihan adalah 33 dengan nilai minimum 29 dan nilai maksimum 39.

Tabel 5.15 Distribusi Tingkat Motivasi Setelah Pelatihan Deteksi Dini Gangguan Jiwa

Tingkat Motivasi	Jumlah	
	n	%
Rendah	0	0
Sedang	9	33,3
Tinggi	18	66,7
Total	27	100,0

Berdasarkan tabel 5.15 dapat dilihat bahwa dari 27 responden sebagian besar memiliki motivasi tinggi yaitu sebanyak 18 responden (66,7%).

Tabel 5.16 Distribusi Indikator Motivasi Setelah Pelatihan Deteksi Dini Gangguan Jiwa

Indikator Motivasi	Tingkatan						Total	
	Redah		Sedang		Tinggi		N	%
	n	%	n	%	n	%		
Otonomi	0	0	2	7,4	25	92,6	27	100
Berkaitan	0	0	5	18,5	22	81,5	27	100
Kompetensi	0	0	14	51,9	13	48,1	27	100

Dari tabel 5.16 dapat diketahui bahwa indikator otonomi dari 27 responden sebagian besar berada pada tingkat tinggi yaitu 25 responden (92,6%). Untuk indikator berkaitan dari 27 responden sebagian besar berada pada tingkat tinggi yaitu 22 responden (81,5%). Untuk indikator kompetensi sebagian besar responden berada pada tingkat sedang yaitu sejumlah 14 responden (51,9%)



5.3. Uji Normalitas

Tabel 5.17 Uji Normalitas Shapiro-Wilk

Kelompok	Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.
Pre-test	0,922	27	0,043
Post-test	0,922	27	0,044

Dari tabel 5.17 dapat diketahui bahwa penyebaran data untuk motivasi responden sebelum pelatihan deteksi dini gangguan jiwa (pre-test) memiliki nilai signifikan kurang dari 0,05 (sig. = 0,043) yang berarti data tidak berdistribusi normal. Untuk motivasi responden setelah pelatihan deteksi dini gangguan jiwa (post-test) memiliki nilai signifikan kurang dari 0,05 (sig. = 0,044) yang berarti data tidak berdistribusi normal, sehingga peneliti menggunakan uji non-parametrik Wilcoxon

5.4. Analisa Bivariat (Uji Wilcoxon)

Setelah dilakukan uji normalitas dengan hasil data tidak berdistribusi normal ($p < 0.05$) maka data diolah dengan uji Wilcoxon menggunakan SPSS 17 untuk mengetahui apakah ada pengaruh pelatihan deteksi dini gangguan jiwa dengan melihat perbedaan antara motivasi kader kesehatan jiwa sebelum dan sesudah pelatihan deteksi dini gangguan jiwa.

Tabel 5.18 Hasil Uji Analisis Wilcoxon

Motivasi	N	Mean	Med	Max-min	<i>p-value</i>
Motivasi sebelum pelatihan	27	30,4	30	25-37	0,006
Motivasi setelah pelatihan	27	33,4	34	28-39	

Dari tabel 5.18 menunjukkan bahwa nilai rata-rata motivasi sebelum pelatihan adalah 30,4 yang berarti motivasi dalam kategori tinggi. Sedangkan nilai rata-rata motivasi setelah pelatihan adalah 33,4. Motivasi sebelum pelatihan nilai minimumnya yaitu 25 dan nilai maksimumnya 37. Sedangkan untuk motivasi setelah pelatihan nilai minimumnya 28 dan nilai maksimumnya 39. Dengan uji wilcoxon, diperoleh nilai signifikan 0,006 ($p < 0,05$) artinya dapat disimpulkan bahwa H_0 ditolak, ada perbedaan signifikan antara motivasi kader sebelum pelatihan deteksi dini gangguan jiwa dengan motivasi kader setelah pelatihan deteksi dini gangguan jiwa di wilayah kerja Puskesmas Bululawang Kabupaten Malang.

BAB VI

PEMBAHASAN

Dalam bab ini membahas mengenai hasil penelitian yang dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Bululawang Malang tentang motivasi kader sebelum dan sesudah pelatihan deteksi dini gangguan jiwa. Penelitian ini juga membahas tentang implikasi penelitian terhadap bidang keperawatan dan keterbatasan penelitian. Pembahasan penelitian meliputi motivasi kader kesehatan jiwa sebelum pelatihan deteksi dini gangguan jiwa, motivasi kader kesehatan jiwa setelah pelatihan deteksi dini dan perbedaan motivasi antara sebelum dan sesudah dilakukan pelatihan deteksi dini gangguan jiwa pada kader.

6.1. Pembahasan Hasil Penelitian

6.1.1. Motivasi Kader Kesehatan Jiwa Sebelum Pelatihan Deteksi Dini

Gangguan Jiwa

Berdasarkan hasil penelitian dan analisa data pada tabel 5.11 yang telah dilakukan terhadap kader kesehatan jiwa yang berada di wilayah kerja Puskesmas Bululawang, didapatkan hasil motivasi kader sebelum pelatihan memiliki nilai rata-rata 30,4 dengan nilai maksimum-minimum 25-37. Pada tabel 5.12 tingkat motivasi, sebagian besar motivasi responden sebelum pelatihan adalah 55,6 % (15 responden) pada tingkat sedang, selanjutnya 44,4% (12 responden) motivasi responden pada tingkat tinggi dan tidak ada

motivasi responden pada tingkat rendah (0%). Hal ini sesuai dengan pendapat Nursalam dan Efendi (2015) yang menyebutkan bahwa motivasi mempunyai siklus dimana motivasi akan timbul jika ada pemicu dan akan berhenti jika sudah mencapai tujuan. Selain itu menurut Darmawan (2015), semakin lama menjadi kader maka semakin banyak pengalaman yang dimiliki oleh kader, sehingga pengetahuan dan keterampilan semakin baik yang akan meningkatkan motivasi seseorang untuk melakukan tugasnya.

Dari penelitian Trisanti dan Rismawati (2017), menyebutkan bahwa kader yang bekerja selama >10 tahun sebagian besar memiliki motivasi tinggi dan kader yang bekerja selama <10 tahun sebagian besar memiliki motivasi yang sedang dan aktif dalam menajdlankan tugasnya. Kader kesehatan jiwa yang berada di wilayah kerja Puskesmas Bululawang rata-rata memiliki motivasi sedang, hal ini karena lamanya menjadi kader kesehatan jiwa sebagian besar ≥ 2 tahun dan sebagian besar juga aktif menjadi kader kesehatan jiwa.

Menurut Nursalam dan Efendi (2015) motivasi adalah dorongan seseorang dalam melakukan suatu pekerjaan. Menurut Smith (2014) motivasi dapat dilihat dari 3 aspek yaitu otonomi, kompetensi dan keterkaitan. Otonomi menyangkut pemilihan keinginan, kepatuhan, tindakan, pencapaian dan usaha seseorang. Kompetensi menyangkut adanya suatu kemampuan atau keterampilan dan dorongan dari adanya tekanan dalam mencapai tujuan dan kerjasama dalam tim.

Keterkaitan menyangkut dukungan yang ada dari tempat kerja maupun dari luar tempat kerja.

Dilihat dari aspek otonomi menurut Trisnanti & Risnawati (2017) keinginan dan kepatuhan kader berpengaruh dalam menjalankan tugas sebagai kader. Hal ini sesuai dengan penelitian Diajeng (2009) dalam Trisnanti & Risnawati (2017) yang menyimpulkan adanya pengaruh yang signifikan antara motivasi dengan usaha dan kepatuhan seorang kader dalam menjalankan tugas sebagai kader. Dalam penelitian ini untuk aspek otonom sebagian besar berada pada tingkat tinggi yaitu sebanyak 15 responden (55,6 %), pada tingkat sedang sebanyak 12 responden (44,4 %) dan tidak ada responden yang berada pada tingkat rendah.

Dari aspek kompetensi menurut Widiastuti (2006) menjelaskan bahwa seseorang akan lebih baik bekerja dan menjalankan tugas jika memiliki keterampilan. Menurut Penelitian Lawn *et al.* (2016), komunikasi, kerjasama tim dan keterampilan mempunyai peran penting dalam keberhasilan proses pencapaian tujuan kelompok. Dalam penelitian ini menunjukkan hasil dari aspek berkaitan sebagian besar responden berada pada tingkat tinggi yaitu sebanyak 22 responden (81,5), pada tingkat sedang sebanyak 5 responden (18,5%) dan tidak ada responden yang berada pada tingkat rendah.

Dari aspek keterkaitan, menurut Sadirman (2003) motivasi bisa berasal dari motivasi internal dan motivasi eksternal. Motivasi internal berasal dari dalam diri seseorang dan motivasi eksternal bisa timbul

dari luar diri seseorang atau dari lingkungan. Menurut penelitian Grensapal *et al.* (2013) yang menjadi faktor pendukung motivasi seseorang bisa berasal dari tingkat individu itu sendiri, dari tingkat keluarga, dari tingkat masyarakat dan dari tingkat organisasi. dari hasil penelitian ini, pada aspek otonomi sebagian besar responden berada pada tingkat sedang yaitu sebanyak 18 responden (66,7%), pada tingkat rendah sebanyak 18 responden (66,7) dan pada tingkat rendah sebanyak 1 responden (3,7%).

Faktor yang mempengaruhi motivasi menurut Darmawan (2015) adalah lamanya menjadi kader yang diiringi dengan keaktifan kader. Berdasarkan distribusi lamanya kader pada tabel 5.5 dalam penelitian ini diketahui bahwa lamanya responden menjadi kader kesehatan jiwa sejumlah 3 responden (11,1%) <2 tahun dan sejumlah 24 responden (88,9%) ≥2 tahun. Untuk alasan awal responden menjadi kader kesehatan jiwa pada tabel 5.10, sejumlah 10 responden (37,0%) beralasan untuk membantu dan menolong, sejumlah 3 responden (11,2%) beralasan karena adanya tanggungjawab, sejumlah 6 responden (22,2%) beralasan lain-lain, dan sejumlah 5 responden (18,5%) tidak beralasan.

Sedangkan untuk keaktifan kader pada tabel 5.8, sejumlah 25 responden (92,6%) mengaku aktif dan 2 responden (7,4%) tidak aktif. Alasan keaktifan responden yaitu sejumlah 15 responden (55,6%) mengaku karena kewajiban/tanggungjawab, 3 responden (11,1%)

karena keinginan untuk memajukan desa, dan 6 responden (22,2%) dengan alasan lain-lain.

Menurut Darmawan (2015), semakin lama menjadi kader maka semakin banyak pengalaman yang dimiliki oleh kader, sehingga pengetahuan dan keterampilan yang dimiliki kader akan memberikan rasa percaya diri dan kemampuan dalam menyelesaikan masalah atau persoalan dalam kerja. Semakin lama menjadi kader seharusnya diiringi dengan usaha pelatihan dan penyegaran untuk memelihara semangat dan motivasi kader supaya terjaga serta agar kader bisa melakukan pekerjaannya dengan baik. Hal ini sesuai dengan penelitian Husniyawati & Wulandari (2016) keaktifan kader menunjukkan motivasi kader, semakin kurang aktif menunjukkan motivasi kader rendah dan semakin aktif kader menunjukkan semakin tinggi motivasi kader.

Berdasarkan dari hasil distribusi pekerjaan pada tabel 5.4 diperoleh sejumlah 24 responden (88,9%) bekerja sebagai ibu rumah tangga, 2 responden (7,4%) bekerja sebagai guru dan 1 responden (3,7%) sebagai perawat. Selain itu sejumlah 25 responden (92,6%) menjadi kader lain selain kader kesehatan jiwa dan 2 (7,4) responden tidak menjadi kader lain. Sejumlah 21 responden (77,8%) merangkap menjadi kader balita, 1 responden (3,7%) merangkap menjadi kader lansia, dan 3 (11,1%) responden merangkap menjadi kader balita dan lansia

Menurut Lubis (2010) pekerjaan mempengaruhi kinerja kader dimana kader yang memiliki pekerjaan selain kader posyandu mengalami hambatan dalam menjalankan kegiatan karena kesibukan sehari-hari. Sementara kader yang yang tidak bekerja tetap atau sebagai ibu rumah tangga memiliki waktu lebih banyak untuk ikut serta dalam kegiatan posyandu. Hal ini sesuai dengan penelitian Nuryani dkk (2012) yang menyimpulkan bahwa jenis pekerjaan kader yang mayoritas adalah ibu rumah tangga memiliki waktu lebih banyak untuk ikut serta dalam kegiatan posyandu.

6.1.2. Motivasi Kader Kesehatan Jiwa Setelah Pelatihan Deteksi Dini Gangguan Jiwa

Berdasarkan hasil penelitian dan analisa data motivasi kader kesehatan jiwa setelah pelatihan deteksi dini gangguan jiwa dengan jumlah responden sebanyak 27 kader kesehatan jiwa, didapatkan hasil pada tabel 5.14 yaitu motivasi kader setelah pelatihan memiliki nilai rata-rata 33,4 dengan nilai maksimum-minimum 28-39. Untuk tingkat motivasi kader pada tabel 5.15, sebagian besar berada pada tingkat tinggi yaitu sebanyak 18 responden (66,7%), pada tingkat sedang sejumlah 9 responden (33,3) dan tidak ada responden yang berada pada tingkat rendah. Motivasi kader setelah pelatihan menunjukkan adanya peningkatan motivasi kader sebelum dilakukan pelatihan. Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian

Putriningtyas dan Abu (2016) dimana motivasi kader meningkat sebanyak 33,3%.

Hasil penelitian dan analisa data dari Indikator motivasi setelah pelatihan didapatkan hasil untuk aspek otonomi sebagian besar berada pada tingkat tinggi yaitu sejumlah 25 responden (92,6%), pada tingkat sedang sejumlah 2 responden (7,4%) dan tidak ada responden pada tingkat rendah. Pada aspek berkaitan sebagaimana besar berada pada tingkat tinggi yaitu sejumlah 22 responden (81,5%), pada tingkat sedang sejumlah 5 responden (18,5%) dan tidak ada responden yang berada pada tingkat rendah. Untuk aspek kompetensi sebagian besar reesponden berada pada tingkat sedang yaitu sejumlah 14 responden (51,9%), ddilanjutkan pada tingkat tinggi yaitu sejumlah 13 responden (48,1%), dan tidak ada responden yang berada pada tingkat rendah.

Menurut Herujulianti (2001) terdapat banyak cara dalam menumbuhkan motivasi salah satunya adalah hasrat untuk belajar. Hasrat untuk belajar dapat dilakukan dengan memberikan informasi atau pelatihan terhadap peserta didik. Dalam proses penerimaan informasi dipengaruhi oleh tingkat pendidikan dan tingkat usia.

Hasil penelitian berdasarkan kelompok umur pada tabel 5.2 didapatkan responden berusia 17-25 tahun sejumlah 1 responden (3,7%) yang tergolong pada masa remaja akhir, responden berusia 26-35 tahun yaitu sebanyak 12 responden (44,4%) yang tergolong pada masa dewasa awal, responden yang berusia 36-45 tahun sejumlah 9 responden (33,3%) yang tergolong pada masa dewasa

akhir dan responden yang berusia 46-55 tahun sejumlah 5 responden (18,5%) yang tergolong pada masa lansia awal. Dari hasil data tersebut diketahui bahwa sebagian besar responden berusia 26-35 tahun.

Menurut Purnama (2013), semakin cukup umur tingkat kematangan dan kekuatan seseorang dalam berfikir dan bekerja akan semakin matang. Selain itu umur juga berpengaruh terhadap keaktifan seseorang karena adanya perubahan pengalaman yang didapatkan seseorang semasa hidupnya. Namun, semakin tua umur seseorang akan semakin banyak penurunan terkait kemampuan kognitif maupun afektif seseorang terkait faktor degeneratif. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Hapsari (2015) bahwa terdapat hubungan dalam keaktifan kader dalam menjalankan tugasnya. Semakin bertambahnya umur akan semakin berkeinginan untuk menjalankan tugas sebagai kader karena mempunyai pengalaman yang lebih baik.

Hasil penelitian berdasarkan tingkat pendidikan responden pada tabel 5.3, didapatkan responden yang tidak sekolah sejumlah 5 responden (18,5%) tidak sekolah, SD sejumlah 4 responden (14,8%), SMP sejumlah 9 responden (33,3%), SMA sejumlah 7 responden (25,9%) dan perguruan tinggi sejumlah 2 responden (7,4%). Menurut Wuku (2012) makin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka makin mudah menerima informasi dan sebaliknya makin rendah pendidikan maka makin sulit dalam menerima informasi. Hal ini sesuai dengan

penelitian Styorini (2015) yang menyatakan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan kader dengan semakin tingginya perilaku kader dalam menjalankan tugasnya

6.1.3. Pengaruh Pelatihan Deteksi Dini Gangguan Jiwa dengan Motivasi

Kader Dalam Penanganan Gangguan Jiwa

Berdasarkan dari hasil analisa data menggunakan uji *Wilcoxon* didapatkan hasil nilai *p-value* 0,006 yang artinya ada pengaruh antara pelatihan deteksi dini gangguan jiwa dengan motivasi kader dalam penanganan gangguan jiwa di wilayah kerja Puskesmas Bululawang. Penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Putriningtyas dan Abu (2016) tentang pengaruh pelatihan deteksi dini tumbuh kembang balita (DTKB) terhadap motivasi dan keterampilan kader di Dusun Soragan Ngestiharjo Kasihan Bantul dengan hasil uji *t-test* antara pelatihan terhadap motivasi menghasilkan nilai *p-value* 0,001 yang berarti terdapat pengaruh pelatihan deteksi dini tumbuh kembang balita terhadap motivasi kader.

Pada penelitian ini dilakukan pelatihan terhadap kader kesehatan jiwa berupa pelatihan deteksi dini gangguan jiwa yang meliputi tujuh materi dan disampaikan dengan cara ceramah dan diskusi selama 120 menit. Materi pertama berupa pengertian sehat jiwa, risiko gangguan jiwa, dan gangguan jiwa. Materi kedua adalah tanda sehat jiwa, risiko gangguan jiwa dan tanda gejala gangguan jiwa. Materi ketiga adalah klasifikasi gangguan jiwa. Materi keempat adalah penanganan

gangguan jiwa, materi kelima adalah tugas dan peran kader dalam penanganan gangguan jiwa. Materi keenam adalah konsep deteksi dini gangguan jiwa. Materi ke tujuh adalah cara dokumentasi deteksi dini gangguan jiwa. Penyemapaian materui menggunakan media ppt dan leaafleat yang akan disampaikan oleh perawat yang sudah tersertifikasi CMHN yang akan dibantu perawat Desa Sukonolo dan biadan Desa Sukonolo.

Keberhasilan individu atau anggota suatu organisasi tergantung pada adanya kesempatan untuk belajar dan mempraktikkan hal-hal baru. Kesempatan pembelajaran tersebut dapat berupa pelatihan yang efektif yang dilakukan di tempat kerja. Adapun manfaat pembelajaran bagi organisasi adalah meningkatkan kepuasan, loyalitas, dan kecerdasan tenaga kerja, membuka aset pengetahuan organisasi, dapat melakukan pembelajaran lintass fungsional, dan memiliki lingkungan kerja yang berkembang dan inovatif (Chatab, 2007).

Pembelajaran seperti pelatihan dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan individu yang dapat menimbulkan adanya rasa percaya diri dalam melakukan pekerjaannya. Rasa percaya diri seorang individu akan meningkatkan motivasi dan semangat kerja serta meningkatkan kemampuan individu dalam menjalankan perannya dan dapat berkontribusi untuk mencapai kinerja yang tinggi (Chatab, 2007)

Kader merupakan pemberdayaan masyarakat yang berperan dalam promosi kesehatan di dalam kegitan posyandu dan kegiatan

lainnya yang dibimbing dan dipantau oleh petugas kesehatan (Swajana, 2017). Pembentukan kader bertujuan untuk meningkatkan kemampuan masyarakat untuk menolong dirinya dalam bidang kesehatan. Selain itu kader merupakan warga masyarakat yang dipilih dan dapat bekerja secara sukarela, mendapat kepercayaan dan menjadi panutan masyarakat serta memiliki jiwa pengabdian yang tinggi (Efendi dan Makhfudi, 2013).

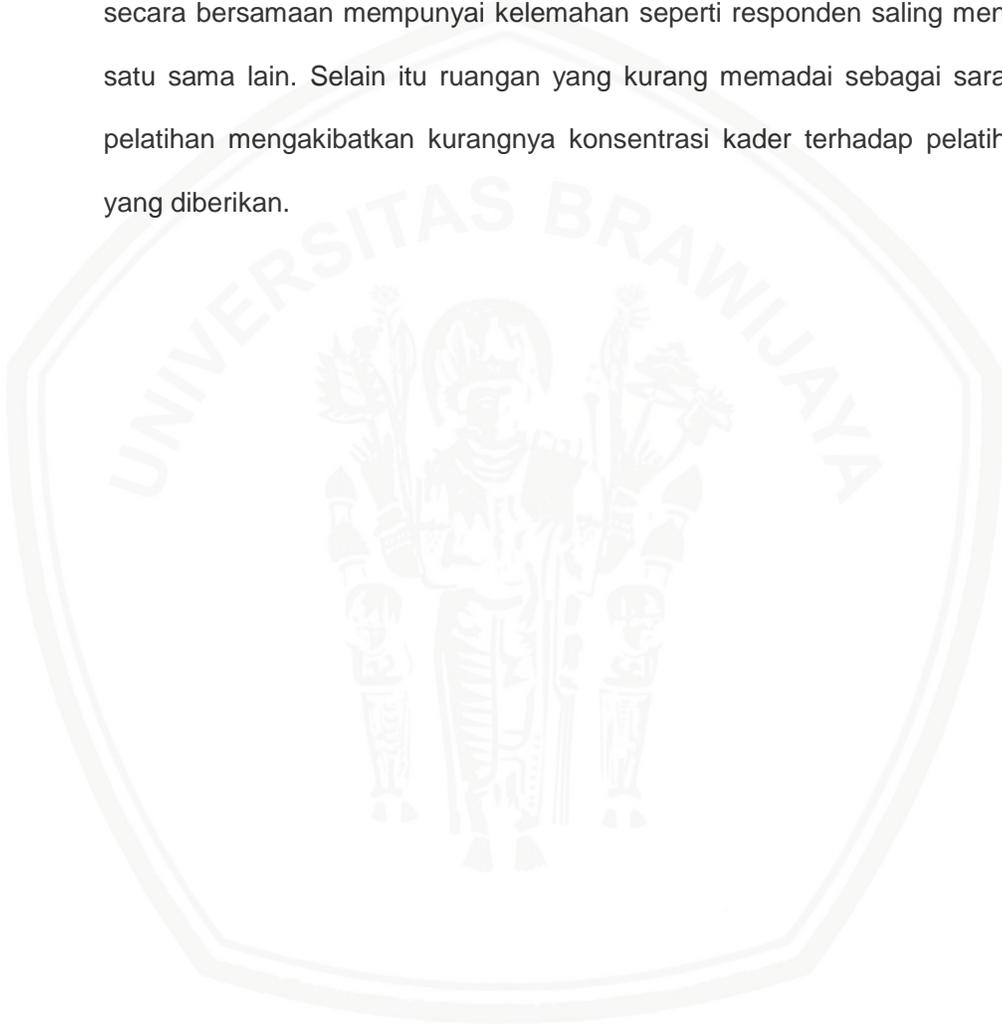
6.2. Implikasi Terhadap Bidang keperawatan

Untuk mencapai tujuan dalam kesehatan masyarakat dibutuhkan kerjasama antara tenaga kesehatan dan masyarakat. Peran serta masyarakat akan mempermudah dalam pelaksanaan program yang dibuat. Masyarakat bisa berperan sebagai kader seperti kader kesehatan jiwa. Dalam melaksanakan tugasnya dengan baik kader kesehatan jiwa harus ada dorongan atau motivasi untuk mencapai tujuan. Untuk meningkatkan motivasi bisa dengan berbagai cara atau bentuk, salah satunya adalah pemberian pelatihan.

Penelitian ini dapat menjelaskan bahwa dengan pemberian pelatihan deteksi dini gangguan jiwa dapat memberikan pengaruh terhadap motivasi kader dalam deteksi dini gangguan jiwa pada kader kesehatan jiwa. Hasil dari penelitian ini juga bisa dijadikan bahan pertimbangan untuk penelitian selanjutnya atau referensi bahwa terdapat pengaruh antara pelatihan deteksi dini gangguan jiwa dengan motivasi kader kesehatan jiwa dalam penanganan gangguan jiwa.

6.3. Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan dalam penelitian ini adalah pengumpulan data motivasi responden sebelum pelatihan dengan menggunakan kuisioner dan pengisian secara bersamaan mempunyai kelemahan seperti responden saling meniru satu sama lain. Selain itu ruangan yang kurang memadai sebagai sarana pelatihan mengakibatkan kurangnya konsentrasi kader terhadap pelatihan yang diberikan.



BAB VII

PENUTUP

7.1 Kesimpulan

Penelitian yang telah dilakukan mengenai pengaruh pelatihan deteksi dini gangguan jiwa terhadap motivasi kader dalam penanganan gangguan jiwa di wilayah kerja Puskesmas Bululawang Kabupaten Malang yang menggunakan penelitian *pre-experimen* dengan pendekatan *one group pretest-posttest design* dengan sampel sebanyak 27 kader kesehatan jiwa yang berada di Desa Sukonolo Bululawang Kabupaten Malang, dapat disimpulkan bahwa:

1. Motivasi kader kesehatan jiwa sebelum pelatihan deteksi dini gangguan jiwa rata-rata memiliki skor 30,4 yang berarti pada katagori sedang.
2. Motivasi kader kehatan jiwa setelah pelatihan deteksi dini gangguan jiwa rata-rata memiliki skor 33,4 yaang berarti pada katagori tinggi.
3. Terdapat perbedaan yang signifikan antara motivasi sebelum pelatihan dan setelah pelatihan deteksi dini gangguan jiwa dengan nilai $p\text{-value} < 0,005$ ($p\text{-value} = 0,006$)

7.2 Saran

Dalam mengembangkan penelitian selanjutnya tentang pengaruh pelatihan terhadap motivasi kader kesehatan jiwa diharapkan peneliti selanjutnya memperhatikan beberapa saran seperti:

1. Mengadakan penelitian dengan menggunakan metode lain seperti metode dengan *non equivalen control grup* dimana terdapat kelompok kontrol dan kelompok perlakuan. Atau bisa juga menggunakan *quasi eksperimental*

design. Apabila menggunakan metode ini usahakan kriteria sampel kontrol dan perlakuan sama.

2. Menggunakan metode pelatihan atau mencari bahan materi pelatihan lainnya yang disesuaikan dengan karakteristik atau kebutuhan kader kesehatan jiwa agar kader kesehatan jiwa memahami dan mengerti mengenai pelatihan yang dilakukan
3. Waktu pelatihan agar lebih efektif dan efisien diagendakan lebih dari 1 hari dan secara bertahap serta dilaksanakan ketika kader kesehatan jiwa tidak ada agenda lain agar materi dapat diserap dan diaplikasikan dalam kegiatan kader kesehatan jiwa.
4. Untuk tenaga kesehatan disarankan untuk memberikan pelatihan dengan frekuensi tertentu. Pelatihan yang mungkin bisa dicontoh adalah pelatihan yang berada pada penelitian di Australia oleh Lawn *et, all* yang melakukan pelatihan dengan menggunakan 3 fase. Setiap fase membutuhkan waktu 3 hari yaitu fase pertama untuk mengidentifikasi faktor risiko dan mengidentifikasi kemampuan kader yang dilakukan di hari pertama, fase kedua di hari kedua untuk pelatihan memotivasi dan mendukung kemampuan kader. Di fase ketiga mempraktikkan pelatihan yang telah diterima dengan tenaga kesehatan untuk selanjutnya dievaluasi. Pelatihan ini dilakukan 1 bulan sekali dan memberikan dampak yang positif antara kader, tenaga kesehatan dan klien dimana terdapat kepuasan antara kader dan klien serta kader termotivasi untuk meningkatkan kemampuan dalam melakukan perannya sebagai kader.

DAFTAR PUSTAKA

- Afifah, Imroatul. 2013. *Kenali Gejala Gangguan Jiwa Sejak Dini*. (Online) (<http://dinkes.surabaya.go.id/portal/berita/kenali-gejala-gangguan-jiwa-sejak-dini/> diakses tanggal 8 Oktober 2017)
- Brunie *et al.* 2014. *Keeping Community Health Worker In Uganda Motivated: Key Challenges, Facilitator, and Preferred Program Inputs*. Global Health: Science and Practice, Vol. 2.
- Chatab, Nevizond. 2007. *Diagnostic Management*. Jakarta: Serambi Ilmu Semesta
- Depkes RI. 2016. *Peran Keluarga Dukung Kesehatan Jiwa Masyarakat*. (Online) (<http://www.depkes.go.id/>. Diakses pada tanggal 20 September 2017)
- Efendi, Ferry, dan Makhfudli. 2013. *Keperawatan Kesehatan Komunitas: Teori dan Praktik dalam Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika..
- Greenspan, Jesse A, et al. 2013. *Source of Community Health Worker Motivation: A Qualitative Study in Morogoro Region, Tanzania*. Human Resource for Health.
- Hariandja, Marihat Tua Efendi. 2017. *Pengadaan, Pengembangan, Pengkompensasian, dan Peningkatan Produktivitas Pegawai* (Y. Hardiwaati Ed.). Jakarta: PT Grasindo.
- Hasibuan, Malayu S.P. 2014. *Organisasi dan Motivasi: Dasar Peningkatan Produktivitas*. Jakarta: PT Bumi Aksara.
- Herijulianti, Eliza. 2001. *Pendidikan Kesehatan Gigi*. Jakarta: EGC.
- Hidayat, A. Aziz Alimul. 2014. *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisa Data*. Jakarta: Salemba Medika.
- Indonesia, Kementrian Kesehatan Republik. 2016. *Peran Keluarga Dukung Kesehatan Jiwa Masyarakat*. (Online) (<http://www.depkes.go.id/article/print/16100700005/peran-keluarga-dukung-kesehatan-jiwa-masyarakat.html> diakses pada tanggal 23 September, 2017)
- Keliat, Budi Ana dkk. 2011. *Manajemen Keperawatan Psikososial dan Kader Kesehatan Jiwa: CMHN* (P. E. Karyuni Ed.). Jakarta: EGC.
- Kok, Maryse C. *et al.*, 2016. Performance of Community Health Worker: Situating Their Intermediary Position Within Complex Adaptive Health System.

Human Resource for Health.

- Kusumawati, Farida, dan Hartono, Yudi. 2012. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa* Jakarta: Salemba Medika.
- Lawn, Sharon, *et al.*, 2016. *Support Worker as Agents for Health Behavior Change: An Australia Study of The Perception of Client With Complex Need, Support Worker, and Care Coordinators*. Gerontology & Geriatrics Education.
- Lubis, E. H. 2010. Pengaruh Karakteristik Kader Posyandu terhadap Kemampuan dalam Penemuan Dini Kasus Tersangka Tuberkulosis di Wilayah Kerja Puskesmas Mandala Kecamatan Medan Tembung. diperoleh tgl 11 april 2018 dari <http://respository.usu.ac.id/bitstream/123456789/2122/3/Chapter%20III-VI.pdf>
- Maulana, Heri D. J. 2009. *Promosi Kesehatan* (E. K. Yudha Ed.). Jakarta: EGC.
- Medin, Doglas L. 2000. *The Psycology of Learning and Motivation* (Vol. 39). California USA: Academic Press.
- Modul CMHN 2012. *Buku Pegangan Kader Kesehatan Jiwa*. Jurusan Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang
- Mpembeni, Rose N M, *et al.*, 2015. *Motivation and Satisfaction Among Community Health Worker in Morogo Regio, Tanzania: Nuanced Need and Varied Ambition*. Human Resource for Health.
- Mubarak, Wahit Iqbal. 2014. *Ilmu Kesehatan Masyarakat: Konsep dan Aplikasi dalam Kebidanan* Jakarta: Salemba Medika.
- Muslim, Rusdi. 2013. *Diagnosis Gangguan Jiwa, Rujukan Ringkas PPDGJ-III dan DSM-5*. Jakarta: Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa FK Unika Atma Jaya.
- Nursalam, dan Efendi, Ferry. 2015. *Pendidikan dalam Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Ojaka, David, *et al.*, 2014. *Factor Affecting Motivation an Retention of Primary Health Care Workers in Three Disprate Regions in Kenya*. Human Resource for Health.
- Rasjidi, Imam. 2009. *Deteksi Dini dan Pencegahan Kanker Pada Wanita*. Jakarta: Salemba Medika.
- Ryadi, Alexander Lucas Slamet. 2016. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Yogyakarta: ANDI.

- Santoso, Budi. 2013. *Skema dan Mekanisme Pelatihan: Panduan Penyelenggaraan Pelatihan*. Yogyakarta: Yayasan Terumbu Krang Indonesia (TERANGI).
- Setiadi. (2013). *Konsep dan Praktik Penulisan Riset Keperawatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Stuart, GW and Sundeen, SJ. 1998. *Buku Saku Keperawatan Jiwa. Edisi 3*. Jakarta: EGC
- Sutadji. 2010. *Perencanaan dan Pengembangan Sumber Daya Manusia*. Yogyakarta: Dee Publish.
- Swarjana, I Ketut. 2017. *Ilmu Kesehatan Masyarakat-Konsep, Strategi dan Praktik*. Yogyakarta: ANDI.
- Trisanti, Ika, dan Risnawati, Indah. 2017). *Motivasi Kader dan Kelengkapan Pengisian Kartu Menuju Sehat Balita Di Kabupaten Kudus*. Indonesia Jurnal Kebidanan, Vol. 1.
- Yunita, Lisa. 2015. *Gambaran motivasi Kader Kesehatan dalam Pelaksanaan Posyandu Balita Desa Danurejo Kecamatan Kedu Kabupaten Temanggung*. Program Studi Diploma III Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Ngudi Waluyo Ungaran.
- Yusuf, AH dkk. 2015. *Buku Ajar Kesehatan Jiwa* Jakarta: Salemba Medika.