

Pelatihan Skrining Masalah Kesehatan Jiwa Meningkatkan Pengetahuan Kader: Studi Kuasi-Eksperimental

Mental Health Problem Screening Training Increase Community Health Workers' Knowledge: A Quasi-Experimental Study

Zacky Aulia Rahman¹, Warih Andan Puspitosari^{2*}, Melly Novalia³

^{1,2} Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

³ Universitas Muhammadiyah Riau

ABSTRACT

The burden of mental health problems is increasing, necessitating early diagnostic confirmation and intervention. Screening for mental health problems is a preventive strategy that can be carried out by trained community health cadres; however, cadres' performance in screening practice remains variable. This study aimed to analyze the effectiveness of mental-health screening training on cadres' knowledge and to examine whether demographic factors influence training effectiveness. One-group pretest-posttest quasi-experimental design is used and involving 55 community health cadres recruited via purposive sampling. The research instrument was a questionnaire consisting of nine statements to measure the level of knowledge of cadres regarding screening for mental health problems, the validity and reliability of which had been tested. Changes in knowledge were tested using the Wilcoxon Signed-rank test. Training effectiveness was assessed with normalized gain and compared across age group, marital status, and occupation using the Mann-Whitney U test, and education level using the Kruskal-Wallis test. Results showed a significant increase in knowledge after the training ($p < 0.001$). There were no significant differences in effectiveness by occupation ($p = 0.640$), marital status ($p = 0.942$), age group ($p = 0.342$), or education ($p = 0.698$). Mental-health screening training improves cadres' knowledge, while the demographic factors do not affect training effectiveness. Studies with control groups and effect-size reporting are recommended to strengthen the inference.

ABSTRAK

Masalah kesehatan jiwa semakin meningkat sehingga perlu dilakukan penegakan diagnosis dan intervensi secara dini. Skrining masalah kesehatan jiwa merupakan upaya preventif yang dapat dilakukan kader kesehatan terlatih di komunitas, namun kinerja kader kesehatan dalam praktik skrining masalah kesehatan jiwa masih bervariasi. Penelitian ini bertujuan menganalisis efektivitas pelatihan skrining masalah kesehatan jiwa terhadap pengetahuan kader kesehatan serta menguji pengaruh faktor demografis terhadap efektivitas pelatihan. Desain penelitian adalah quasi-experiment pre-post-test one group yang melibatkan 55 kader kesehatan yang dipilih secara purposive sampling. Instrumen penelitian ini berupa kuesioner yang terdiri dari sembilan pernyataan untuk mengukur tingkat pengetahuan kader kesehatan tentang skrining masalah kesehatan jiwa yang telah diuji validitas dan reliabilitasnya. Perubahan pengetahuan diuji menggunakan Wilcoxon Signed-rank Test. Efektivitas pelatihan dianalisis dengan normalized gain, lalu dibandingkan menurut kelompok usia, status pernikahan, dan pekerjaan dengan uji Mann-Whitney U serta tingkat pendidikan dengan uji Kruskal-Wallis. Hasil menunjukkan peningkatan pengetahuan yang bermakna setelah pelatihan ($p < 0,001$). Selain itu, tidak terdapat perbedaan efektivitas berdasarkan pekerjaan ($p = 0,640$), status pernikahan ($p = 0,942$), kelompok usia ($p = 0,342$), maupun pendidikan ($p = 0,698$). Pelatihan skrining kesehatan jiwa meningkatkan pengetahuan kader kesehatan, sedangkan faktor demografis yang diteliti tidak memengaruhi efektivitas pelatihan. Studi dengan kelompok pembandingan dan pelaporan ukuran efek dianjurkan sebagai penelitian lanjutan untuk memperkuat inferensi.

Keywords : community health cadres, knowledge, mental health problem, screening, training

Kata Kunci : kader kesehatan, masalah kesehatan jiwa, pelatihan, pengetahuan, skrining

Corresponding author : Warih Andan Puspitosari

Email : warih.andan@umy.ac.id

• Received 4 Oktober 2025 • Accepted 26 November 2025 • Published 30 November 2025
• p - ISSN : 2088-7612 • e - ISSN : 2548-8538 • DOI: <https://doi.org/10.25311/keskom.Vol11.Iss3.2361>

Copyright ©2017. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution and reproduction in any medium

PENDAHULUAN

Berdasarkan *Global Burden of Disease* (GBD) 2021, prevalensi gangguan jiwa di dunia berjumlah lebih dari satu miliar jiwa, yaitu sekitar 14% dari total seluruh penyakit lainnya. Indonesia memiliki lebih dari 32 juta jiwa yang memiliki masalah kesehatan jiwa, yaitu sekitar 12% dari total seluruh penyakit lainnya [1]. Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) memiliki 1,9% penduduk berusia ≥ 15 tahun mengalami masalah kesehatan jiwa. DIY juga menempati posisi pertama sebagai provinsi di Indonesia dengan jumlah orang dengan gangguan skizofrenia terbanyak [2]. Angka gangguan jiwa yang tinggi belum diimbangi dengan akses pelayanan kesehatan yang memadai. Terdapat kurang dari 10% kasus gangguan jiwa yang mendapatkan pelayanan standar, sedangkan lebih dari 90% masih mengalami kesenjangan dalam pengobatan. Fasilitas kesehatan primer, yaitu puskesmas, yang merupakan pelayanan awal masyarakat masih banyak yang belum memiliki pelayanan kesehatan jiwa, baru 4.873 Puskesmas (47,46%) yang masuk kategori mampu layanan jiwa dari total 10.268 Puskesmas [3]. Kesenjangan pelayanan menyulitkan masyarakat mengakses layanan dan menunda pengobatan. Keterlambatan pengobatan dapat memperparah gejala-gejala gangguan jiwa dan mempengaruhi fungsi fisik dan psikis dalam kehidupan sehari-hari [4]. Banyak pasien psikiatri datang dengan gejala yang sudah berat dan stadium yang sudah lanjut dari gangguannya pada kunjungan pertama ke psikiater. Pasien yang terlambat mencari penanganan masalah kesehatan jiwa lebih dari 1-2 tahun cenderung memperparah masalah kesehatan jiwanya menjadi lebih kronis dan terkomplikasi sehingga meningkatkan beban pada pasien [5]. Skrining masalah kesehatan jiwa memungkinkan untuk mendeteksi masalah kesehatan jiwa secara dini sehingga gangguan jiwa bisa segera ditegakkan dan penanganan dapat dilakukan secara cepat dan tepat yang menjadikan prognosis menjadi lebih baik [6]. Skrining masalah kesehatan jiwa tidak harus dilaksanakan oleh tenaga kesehatan namun juga dapat dilaksanakan oleh kader kesehatan yang telah diberikan

pelatihan. Hal ini dapat menjadi solusi untuk mengatasi kurangnya tenaga kesehatan di Puskesmas sehingga skrining dapat dilaksanakan secara luas di masyarakat.

Kader kesehatan terlibat dalam mendukung tenaga kesehatan dalam upaya pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan. Kader kesehatan juga memiliki tugas menemukan masalah kesehatan masyarakat untuk dilaporkan kepada tenaga kesehatan [7] termasuk kesehatan jiwa. Kader kesehatan merupakan bagian dari masyarakat itu sendiri sehingga dapat mengatasi hambatan berupa kesulitan akses pelayanan kesehatan primer dan menurunkan stigma di masyarakat [8]. Keterlibatan kader kesehatan bermanfaat menurunkan stigma masyarakat dan meningkatkan motivasi orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) untuk pulih [9], serta berperan dalam dukungan sosial mendampingi perawatan ODGJ di komunitas [10]. Kader kesehatan juga berperan dalam rehabilitasi berbasis komunitas yang berpengaruh dalam meningkatkan kualitas hidup orang dengan gangguan jiwa di masyarakat [11]. Penelitian menunjukkan bahwa dukungan kader yang baik berhubungan dengan peningkatan pemanfaatan fasilitas kesehatan [12]. Berbagai laporan menunjukkan peran penting kader kesehatan, namun kinerjanya yang belum optimal dalam menjalankan peran masih sering ditemukan [13]. Salah satu peran penting kader kesehatan adalah melakukan skrining masalah kesehatan jiwa, namun penelitian menunjukkan masih banyak kader kesehatan yang belum memahami cara melakukan skrining masalah kesehatan jiwa [14]. Kader kesehatan membutuhkan pelatihan untuk melakukan skrining agar mampu mengenali secara dini anggota masyarakat yang mengalami masalah kesehatan jiwa [15]. Peran kader kesehatan menjadi lebih optimal dengan pelatihan. Pengetahuan dan pengalaman kader kesehatan dalam pelatihan menjadi bekal dalam melakukan perannya membantu peran puskesmas di masyarakat [16]. Pelatihan terbukti meningkatkan kinerja dalam melakukan tugas yang lebih baik dibandingkan tidak mendapatkan pelatihan [17].

Pelatihan merupakan bentuk modal sumber daya manusia (SDM) untuk memperbaiki kemahiran, sikap, pengetahuan, dan kapabilitas kerja sehingga berpotensi meningkatkan kinerja [18]. Sejumlah bukti menunjukkan bahwa faktor demografis dapat berperan terhadap hasil pelatihan. Faktor usia berpengaruh, usia yang lebih muda berkaitan dengan pemahaman pasca pelatihan yang lebih baik. Pengaruh tingkat pendidikan terhadap kinerja kognitif juga secara signifikan mempengaruhi, namun pengaruhnya kecil [19]. Faktor pekerjaan juga memiliki pengaruh, karena pekerjaan aktif berhubungan positif dengan kesehatan otak dan kemampuan kognitif. Pekerjaan aktif mendorong seseorang dalam keterlibatan sosial, mempelajari keterampilan dan rutinitas yang bertujuan, adanya peningkatan pendapatan yang berkontribusi dalam kemampuan kognitif seseorang [20]. Penelitian lain mendapatkan faktor pernikahan sebagai faktor yang berpengaruh, status pernikahan berkaitan dengan fungsi kognitif yang lebih baik dibandingkan status tidak menikah di beberapa negara [21].

Pelatihan kader kesehatan telah dilaporkan pada berbagai program kesehatan, namun bukti terstandar mengenai efektivitas pelatihan skrining masalah kesehatan jiwa pada kader di Indonesia, khususnya di DIY, masih terbatas, dan peran faktor demografis (pendidikan terakhir, status pernikahan, kelompok usia, dan pekerjaan) sebagai penentu perbedaan pengetahuan jarang dilaporkan atau hasilnya tidak konsisten. Berdasarkan latar belakang tersebut, tujuan penelitian ini adalah mengetahui efektivitas pelatihan skrining masalah kesehatan jiwa terhadap pengetahuan kader kesehatan. Selain itu, penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh sejumlah faktor demografis, yaitu pendidikan terakhir, status pernikahan, kelompok usia, dan pekerjaan terhadap efektivitas pelatihan terhadap pengetahuan kader kesehatan.

METODE

Penelitian ini menggunakan metode penelitian kuantitatif dengan desain *quasi-experimental pre-test and post-test with one group*.

Penelitian dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Kasihan I, Kapanewon Kasihan, Kabupaten Bantul, Daerah Istimewa Yogyakarta. Intervensi pelatihan dilaksanakan pada bulan Juni 2025, dan seluruh pengukuran *pre-test* serta *post-test* dilakukan sebelum dan setelah pelatihan.

Populasi penelitian ini adalah kader kesehatan di Kabupaten Bantul. Populasi terjangkau adalah kader kesehatan yang aktif di wilayah Puskesmas Kasihan I. Kriteria inklusi meliputi: (1) kader kesehatan aktif; (2) usia ≥ 20 tahun; (3) berdomisili/bertugas di wilayah Puskesmas Kasihan I; (4) bersedia mengikuti penelitian dan menandatangani *informed consent*. Kriteria eksklusi adalah: (1) pengisian kuesioner tidak lengkap; (2) tidak mengikuti seluruh kegiatan pelatihan. Teknik pengambilan sampel adalah *purposive sampling* dengan mempertimbangkan keterwakilan tiap dusun ($\pm 2-3$ kader kesehatan per dusun) dan keterlibatan aktif kader kesehatan dalam kegiatan posyandu. Jumlah partisipan yang memenuhi kriteria adalah 55 orang ($n=55$).

Prosedur penelitian adalah sebagai berikut: (1) penjelasan penelitian dan pengisian *informed consent*; (2) *pre-test*; (3) pelatihan skrining masalah kesehatan jiwa; (4) *post-test*. Pelatihan merupakan upaya terstruktur untuk memodifikasi sikap, pengetahuan, atau keterampilan melalui pengalaman belajar. Bentuk pelatihan meliputi ceramah interaktif, diskusi dua arah, *role-play*, penggunaan modul, dan penugasan lapangan. Materi inti adalah pemahaman tentang skrining masalah kesehatan jiwa dan praktik melakukan skrining masalah kesehatan jiwa menggunakan kuesioner SDQ (*Strengths and Difficulties Questionnaire*) dan SRQ-20 (*Self-Reporting Questionnaire-20*) sesuai dengan instrument standar yang digunakan oleh Kementerian Kesehatan secara nasional. Instrumen pengetahuan disusun oleh peneliti yang terdiri dari 9 soal. Validitas isi/konstruksi ditelaah pakar (dokter spesialis ilmu kedokteran jiwa/psikiater). Uji validitas empiris dilakukan dengan menggunakan korelasi *Product Moment Pearson* terhadap 55 partisipan ($n=55$), yang merupakan uji validitas terpakai. Uji validitas menghasilkan nilai r hitung

antara 0,271-0,524 yang seluruhnya melebihi r tabel (0,266) sehingga dinyatakan valid. Uji realibilitas menghasilkan koefisien 0,681 yang berada dalam kategori dapat diterima untuk instrumen pengetahuan dalam jumlah item terbatas, sehingga secara metodologis instrumen dinyatakan layak digunakan dalam penelitian ini [22].

Variabel penelitian didefinisikan sebagai berikut: (1) kader kesehatan adalah anggota masyarakat non-nakes yang secara sukarela dan aktif berperan dalam upaya kesehatan berbasis komunitas di wilayah kerja puskesmas; (2) pengetahuan adalah skor hasil tes pengetahuan (0–9) pada *pre-test* dan *post-test* terkait skrining SDQ dan SRQ-20; (3) efektivitas pelatihan diukur dengan *normalized gain score* (g_{ind}) rentang 0–1 menggunakan rumus $g = (post-pre)/(maks-pre)$; kategori: rendah $<0,3$; sedang $0,3-0,7$; tinggi $>0,7$ [15]; (4) kelompok usia dibagi menjadi dewasa muda (20–24 tahun), dewasa (25–59 tahun), dewasa lebih tua/lansia (≥ 60 tahun) [23]; (5) status pernikahan dikategorikan menjadi menikah, tidak menikah, janda/duda; (6) Tingkat pendidikan dikelompokkan menjadi SD, SMP, SMA, Perguruan Tinggi; (7) pekerjaan dibagi menjadi bekerja, yaitu kader kesehatan yang memiliki pekerjaan yang menghasilkan dari kegiatan ekonomi yang dilakukan secara formal atau informal, dan tidak bekerja, yaitu kader kesehatan yang tidak memiliki penghasilan (termasuk ibu rumah tangga/IRT).

Analisis univariat digunakan untuk mendeskripsikan karakteristik responden dalam persentase (%), serta median dan IQR (untuk data tidak normal). Uji normalitas terhadap skor pengetahuan kader sebelum dan sesudah pelatihan menggunakan uji *Kolmogorov Smirnov*. Hasil menunjukkan nilai signifikansi sebesar 0,000 ($<0,05$) untuk kedua variabel, sehingga data dinyatakan tidak berdistribusi normal (Tabel 1). Berdasarkan hasil tersebut, analisis perbedaan skor *pre-test* dan *post-test* dilakukan menggunakan uji nonparametrik *Wilcoxon Signed-Rank*. Pengaruh faktor demografi (usia, status pernikahan, pekerjaan, tingkat pendidikan) terhadap efektivitas

pelatihan dianalisis menggunakan uji *Mann-Whitney U* (variabel dikotomi) dan *Kruskal-Wallis* (variabel ≥ 3 kategori). Uji lanjut *Dunn* dengan koreksi *Bonferroni* dilakukan bila uji *Kruskal-Wallis* bermakna. Taraf signifikansi ditetapkan pada $\alpha=0,05$ (dua ekor). Efek ukuran dilaporkan sebagai r (*Wilcoxon/Mann-Whitney*) atau η^2H (*Kruskal-Wallis*) bila relevan. Nilai r diukur menggunakan rumus $|r| = Z/\sqrt{N}$ [24]. Analisis dilakukan menggunakan perangkat lunak statistik. Penelitian telah memperoleh *ethical clearance* dari Komite Etik Penelitian Universitas Muhammadiyah Yogyakarta dengan nomor 172/EC-KEPK FKIK UMY/V/2025.

Tabel 1. Hasil Uji Normalitas Kolmogorov-Smirnov

Variabel	Statistik K-S	p-value	Keterangan
Skor Pengetahuan (Pretest)	0,196	0,000	Tidak normal ($p < 0,05$)
Skor Pengetahuan (Posttest)	0,186	0,000	Tidak normal ($p < 0,05$)

Sumber: Data primer, 2025

HASIL

Analisis karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin, kelompok usia, pekerjaan, pendidikan terakhir, dan status pernikahan disajikan dalam Tabel 2 yang menunjukkan bahwa seluruh partisipan adalah perempuan. Sebagian besar partisipan berada di kelompok usia dewasa, yaitu 25-59 tahun. Tingkat pendidikan terakhir sebagian besar partisipan adalah SMA. Mayoritas partisipan sudah menikah dan tidak ada yang tidak menikah. Partisipan yang tidak bekerja lebih banyak dibandingkan partisipan yang bekerja.

Tabel 2. Karakteristik Responden

Variabel	N	%
Jenis kelamin		
Laki-laki	0	0
Perempuan	55	100
Kelompok usia		
Dewasa muda	0	0
Dewasa	51	92,7
Lansia	4	7,3
Pekerjaan		
Bekerja	16	29,1
Tidak bekerja	39	70,9
Pendidikan terakhir	55	
SD	3	5,5
SMP	9	16,4
SMA	33	60
Perguruan tinggi	10	18,2
Status pernikahan		
Menikah	47	85,5
Tidak menikah	0	0
Janda/duda	8	14,5

Sumber: Data primer, 2025

Tabel 3 menunjukkan peningkatan rata-rata nilai *post-test* dibandingkan dengan nilai *pre-test*. Sebagian besar peserta mendapatkan skor di rentang 3-6 pada *pre-test*, sedangkan pada *post-test* sebagian besar peserta mendapatkan skor di rentang 5-8. Berdasarkan uji normalitas *Kolmogorov-Smirnov* ($p=0,000$), data pengetahuan kader tidak berdistribusi normal sehingga disajikan dalam bentuk median dan IQR. Nilai median skor pengetahuan meningkat dari 5,0 (IQR 4,0-6,0) pada *pre-test* menjadi 7,0 (IQR 6,0-8,0) pada *post-test*. Nilai median *normalized gain score* adalah 0,40 (IQR 0,20-0,60) menunjukkan peningkatan pengetahuan sebesar 40% dari skor maksimum setelah pelatihan. *Normalized gain score* pada penelitian ini menggunakan skala 0-1.

Tabel 3. Gambaran Nilai Pretest dan Posttest

Variabel	Mean	Standar deviasi	Min.	Maks.	Median	IQR
Pengetahuan						
<i>Pretest</i>	4,78	1,449	3	8	5,00	2
<i>Posttest</i>	6,44	1,561	2	9	7,00	3
<i>Gain</i>	0,41	0,313	0	1	0,40	0,75

Tabel 4 menunjukkan bahwa terdapat pengaruh signifikan pada pelatihan skrining masalah kesehatan jiwa terhadap pengetahuan

kader kesehatan ($p\text{-value} < 0,05$). *Z-score* dengan hasil -4,646 dan nilai *pre-test* lebih rendah daripada *post-test* menunjukkan adanya pengaruh positif.

Tabel 4. Analisis Bivariat Nilai Pretest-Posttest

Variabel	Mean	Z	p-value	Median	IQR
<i>Pretest</i>	4,78	-4,646	0,000	5,00	2
<i>Posttest</i>	6,44			7,00	3

Tabel 5 menunjukkan bahwa faktor demografis berupa kelompok usia, pendidikan terakhir, status pernikahan, dan pekerjaan tidak berpengaruh secara signifikan menurut statistik

terhadap efektivitas pelatihan terhadap peningkatan pengetahuan kader kesehatan ($p\text{-value} > 0,05$).

Tabel 5. Analisis Bivariat Faktor Demografis

Variabel	Mean	Z	p-value
Pekerjaan			
Bekerja	29,56	-0,468	0,640
Tidak bekerja	27,38		
Kelompok usia			
Dewasa	28,57	-0,950	0,342
Lansia	20,75		
Pendidikan terakhir			
SD	27,67	1,430	0,698
SMP	32,83		
SMA	27,88		
Perguruan tinggi	24,15		
Status pernikahan			
Menikah	29,56	-0,072	0,953
Janda/duda	27,38		

PEMBAHASAN

Pelatihan skrining masalah kesehatan jiwa berpengaruh secara signifikan dalam meningkatkan pengetahuan kader kesehatan tentang skrining masalah kesehatan jiwa. Temuan ini sejalan dengan penelitian Rokayah, dkk., yang melaporkan peningkatan pengetahuan kader kesehatan tentang kegawatdaruratan kesehatan jiwa setelah pelatihan [15]. Penelitian ini juga konsisten dengan Marastuti, dkk., bahwa program pelatihan bagi pekerja kesehatan komunitas yang tidak memiliki pendidikan formal atau edukasi kesehatan jiwa tetap mampu meningkatkan pengetahuan secara signifikan [25].

Berdasarkan perspektif teori pembelajaran orang dewasa (andragogi), Rusdin menekankan bahwa pelatihan bertujuan meningkatkan pengetahuan, keterampilan, dan kemampuan untuk membentuk SDM yang berkualitas [18]. Knowles menyatakan bahwa orang dewasa belajar lebih baik saat materi relevan dengan peran dan masalah yang dihadapi [26]. Kader kesehatan dalam konteks ini berhadapan langsung dengan isu kesehatan jiwa di masyarakat, sehingga relevansi materi, keterlibatan aktif (diskusi, *roleplay*), dan fokus pada pemecahan masalah menjadi kunci peningkatan pengetahuan yang diamati. Belajar pada orang dewasa adalah proses internal, yaitu berasal dari

dalam diri peserta. Faktor-faktor internal tersebut adalah konsep tentang diri sebagai pembelajar yang mandiri, peran pengalaman pembelajar, kesiapan untuk belajar, dan orientasi terhadap belajar. Pelatihan ini melibatkan kader kesehatan secara aktif, bukan hanya pasif mendengarkan, dengan demikian ada pembelajaran yang bersifat *mandiri*. Kader kesehatan memiliki pengalaman dan kebutuhan nyata terhadap pelatihan untuk menghadapi perannya di masyarakat, dengan demikian faktor peran pengalaman pembelajar dan kesiapan untuk belajar terpenuhi. Selain itu, pelatihan pada orang dewasa harus bersifat berbasis masalah. Oleh karena itu, simulasi berbasis pada pemecahan masalah dapat meningkatkan efektivitas belajar.

Analisis faktor demografis tidak menemukan pengaruh bermakna dari faktor usia, pendidikan, pekerjaan, maupun status pernikahan subjek terhadap efektivitas pelatihan. Hasil ini sejalan dengan Adefolarin dkk., yang melaporkan bahwa usia dan tingkat pendidikan tidak berpengaruh signifikan terhadap *gain score* pengetahuan petugas fasilitas pelayanan kesehatan primer dalam intervensi edukasi terkait depresi pasca melahirkan [27]. Penelitian yang dilakukan Ardiana dkk., juga memberikan kesimpulan yang sama bahwa usia, jenis kelamin, dan lama kerja

tidak berpengaruh terhadap peningkatan pengetahuan dokter umum pasca pelatihan skrining dan tata laksana penyakit kardiovaskular pada kehamilan [28].

Studi Fitriyaningsih dkk., menunjukkan hasil yang berbeda yang menyimpulkan bahwa usia dan pendidikan berpengaruh terhadap pengetahuan HIV, sementara pekerjaan tidak berpengaruh [29]. Hasil tersebut juga sejalan dengan Mediani dkk., yang menemukan pendidikan dan status perkawinan memengaruhi pengetahuan kader secara signifikan, sedangkan pekerjaan dan usia tidak memengaruhi [30]. Perbedaan dengan temuan studi ini kemungkinan dipengaruhi oleh desain yang digunakan, kedua studi tersebut desainnya potong lintang (tanpa intervensi), sedangkan penelitian ini mengevaluasi perubahan pengetahuan akibat pelatihan (*pre-test pos-ttest*) serta menghitung efektivitas menggunakan *normalized gain*. Dengan demikian, pelatihan berpotensi bertindak sebagai “penyetara” (*equalizer*) terhadap variasi karakteristik demografis awal.

Studi Zalela dkk., menyimpulkan bahwa usia berpengaruh signifikan terhadap hasil pelatihan, sedangkan pendidikan tidak berpengaruh terhadap peningkatan kompetensi dan keterampilan [31]. Perbedaan ini dapat dijelaskan oleh metrik evaluasi, bahwa studi tersebut menggunakan nilai *posttest* sebagai luaran utama, sementara penelitian ini menggunakan *normalized gain score* yang mengakomodasi *baseline* pengetahuan sehingga lebih sensitif menilai peningkatan relatif. Faktor lain yang mungkin turut berperan adalah ukuran sampel ($n=55$), durasi intervensi yang singkat, dan potensi efek plafon (*ceiling effect*) pada beberapa peserta dengan nilai awal tinggi, seluruhnya dapat mereduksi variabilitas antar-subkelompok demografis. Secara keseluruhan, temuan ini memperkuat pentingnya desain pelatihan yang berorientasi masalah, berpusat pada pembelajar dewasa, dan memanfaatkan strategi aktif (ceramah interaktif, diskusi, dan *roleplay*). Implementasi rutin pada jaringan puskesmas berpotensi memperluas

dampak peningkatan literasi skrining masalah kesehatan jiwa di komunitas.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan efektivitas pelatihan berdasarkan faktor demografis seperti usia, status pernikahan, pekerjaan, maupun tingkat pendidikan. Temuan ini menunjukkan bahwa pelatihan berperan sebagai faktor penyetara, di mana seluruh partisipan memperoleh materi, metode, dan pengalaman belajar yang seragam, sehingga meningkatkan pengetahuan secara relatif merata tanpa dipengaruhi latar belakang individu. Kemungkinan lain yang menjelaskan tidak signifikannya perbedaan tersebut adalah keterbatasan variasi dalam karakteristik sampel. Mayoritas responden berada pada rentang usia dewasa menengah dan berpendidikan SMA, sehingga distribusi karakteristik tidak cukup beragam untuk menunjukkan perbedaan yang bermakna secara statistik. Subkelompok tertentu seperti lansia juga hanya diwakili oleh jumlah kecil (misalnya $n=4$), yang dapat menurunkan kekuatan statistik (*statistical power*) dalam mendeteksi efek yang mungkin sebenarnya ada.

Faktor lain yang mungkin turut berperan adalah ukuran sampel total yang relatif kecil ($n=55$), sehingga sensitivitas uji statistik nonparametrik yang digunakan (*Mann-Whitney U* dan *Kruskal-Wallis*) menjadi terbatas. Menurut Hair *et al.*, ukuran sampel kecil dapat meningkatkan risiko *Type II error*, yaitu kegagalan mendeteksi pengaruh yang sebenarnya ada [21]. Dengan demikian, hasil penelitian ini perlu diinterpretasikan secara hati-hati, dan disarankan penelitian berikutnya melibatkan jumlah partisipan yang lebih besar dengan sebaran karakteristik yang lebih beragam untuk memperoleh hasil yang lebih representatif dan kuat secara statistik.

Penelitian ini memiliki keterbatasan berupa ukuran sampel yang terbatas, yaitu sebanyak 55 kader kesehatan. Selain itu, desain penelitian ini menggunakan *one group pretest-posttest* tanpa adanya kelompok kontrol. Penilaian pada penelitian ini hanya berfokus pada aspek pengetahuan, aspek lain seperti sikap dan keterampilan kader kesehatan belum diuji. Selain

itu, pengukuran pengetahuan pasca intervensi dilakukan langsung tanpa adanya jeda. Oleh karena itu, ketahanan peningkatan pengetahuan dalam jangka panjang belum diketahui.

SIMPULAN

Pelatihan skrining masalah kesehatan jiwa berpengaruh secara signifikan meningkatkan pengetahuan kader kesehatan tentang skrining masalah kesehatan jiwa. Faktor demografis yaitu kelompok usia, pekerjaan, pendidikan terakhir, dan status pernikahan tidak berpengaruh terhadap efektivitas pelatihan. Pelatihan skrining masalah kesehatan jiwa meningkatkan pengetahuan kader kesehatan tentang skrining masalah kesehatan jiwa tanpa adanya pengaruh dari usia, pekerjaan, pendidikan, dan status pernikahan. Hal ini mengindikasikan bahwa intervensi pelatihan bekerja relatif konsisten lintas subkelompok demografis. Saran untuk penelitian selanjutnya untuk melakukan intervensi menggunakan ukuran sampel yang lebih besar dan mengukur variabel lain seperti motivasi, pengalaman lapangan serta dukungan institusional. Selain itu, perlu dilakukan penelitian yang mengevaluasi keterampilan dan retensi pengetahuan peserta jangka menengah atau panjang. Penelitian dengan menggunakan kelompok kontrol sebagai pembanding juga disarankan untuk penelitian selanjutnya.

KONFLIK KEPENTINGAN

Tidak ada konflik kepentingan dalam penelitian ini.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih kepada Puskesmas Kasihan 1 sebagai pembina kader kesehatan di tempat penelitian, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta sebagai pemberi dana penelitian, serta seluruh kader kesehatan di wilayah Puskesmas Kasihan I yang telah turut berpartisipasi dalam penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

[1] Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease. 2021. Diakses

pada: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>

- [2] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023 dalam Angka. Jakarta: Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan; 2023.
- [3] Direktorat Kesehatan Jiwa Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Rencana Aksi Kegiatan Direktorat Kesehatan Jiwa Tahun 2020-2024. Jakarta; 2022.
- [4] Punton G, Dodd AL, McNeill A. 'You're on the waiting list': An Interpretive Phenomenological Analysis of Young Adults' Experiences of Waiting Lists within Mental Health Services in the UK. *PLoS One*. 2022 Mar 18;17(3). Diakses pada: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0265542>
- [5] Altuwairqi Y. Factors Influencing Delay in Seeking Care for Mental Illness Among a Sample of Adult Saudi Arabian Patients. *Cureus*. 2023 Nov 26;15(11). Diakses pada: <https://doi.org/10.7759/cureus.49438>
- [6] Sari MK. Pengaruh Pelatihan Deteksi Dini dan Home Visit pada ODGJ terhadap Performa Kader Kesehatan Jiwa. *Jurnal Kesehatan*. 2021 Dec 31;12(2):145–51. Diakses pada: https://www.researchgate.net/publication/359266003_Pengaruh_Pelatihan_Deteksi_Dini_Dan_Home_Visit_Pada_Odgj_Terhadap_Performa_Kader_Kesehatan_Jiwa
- [7] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Modul Penelitian bagi Pelatih Kader Kesehatan. Jakarta: Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan; 2018.
- [8] Barnett ML, Gonzalez A, Miranda J, Chavira DA, Lau AS. Mobilizing Community Health Workers to Address Mental Health Disparities for Underserved Populations: A Systematic Review. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. 2018 Mar 20;45(2):195–211. Diakses pada: <https://doi.org/10.1007/s10488-017-0815-0>

- [9] Irmansyah I, Susanti H, James K, Lovell K, Idaiani S, Imah S, et al. Civic Engagement and Mental Health System Strengthening in Indonesia: A Qualitative Examination of the Views of Health Professionals and National Key Stakeholders. *BMC Psychiatry*. 2020 Apr 15;20(1). Diakses pada: <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02575-3>
- [10] Asher L, Birhane R, Teferra S, Milkias B, Worku B, Habtamu A, et al. "Like a doctor, like a brother": Achieving Competence Amongst Lay Health Workers Delivering Community-Based Rehabilitation for People with Schizophrenia in Ethiopia. *PLoS One*. 2021 Feb 1;16(2). Diakses pada: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246158>
- [11] Puspitosari WA, Wardaningsih S, Nanwani S. Improving The Quality of Life of People With Schizophrenia through Community Based Rehabilitation in Yogyakarta Province, Indonesia: A quasi experimental study. *Asian J Psychiatr*. 2019 Apr;42:67–73. Diakses pada: <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2019.03.022>
- [12] Fatimah RN, Wulandari DA, Damayanti S. Determinan Pemanfaatan Posbindu Penyakit Tidak Menular oleh Masyarakat di RW 36 Padukuhan Ngabean Kulon Sinduharjo Ngaglik Sleman. *Jurnal Kesehatan Komunitas*. 2023 Dec 5;9(3):512–20. Diakses pada: <https://doi.org/10.25311/keskom.Vol9.Iss3.1405>
- [13] Handayani R, Nuryani S. Hubungan Karakteristik dengan Kinerja Kader Posyandu dalam Pemantauan Tumbuh Kembang Balita. *Jurnal Bina Cipta Husada*. 2022;18(1):151–64. Diakses pada: <https://jurnal.stikesbch.ac.id/index.php/jurnal/article/view/66/86>
- [14] Febrianto T, PH L, Indrayati N. Peningkatan Pengetahuan Kader tentang Deteksi Dini Kesehatan Jiwa melalui Pendidikan Kesehatan Jiwa. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*. 2019 Nov 30;1(1):33–40. Diakses pada: <https://doi.org/10.37287/jppp.v1i1.17>
- [15] Rokayah C, Jundiah RS, Pratidina E, Irawan S, Imam H. Peningkatan Kapasitas Kader Kesehatan melalui Pelatihan. *Jurnal Peduli Masyarakat*. 2024 Mar;6(1):153–8. Diakses pada: <https://jurnal.globalhealthsciencegroup.com/index.php/JPM/article/view/2685/1988>
- [16] Coletta VP, Steinert JJ. Why Normalized Gain Should Continue to be Used in Analyzing Preinstruction and Postinstruction Scores on Concept Inventories. *Phys Rev Phys Educ Res*. 2020 Feb 6;16(1). Diakses pada: <https://doi.org/10.1103/PhysRevPhysEducRes.16.010108>
- [17] Rahmawati C, Nurhayani E, Karimah H, Elisya Q, Suharyat Y. Perspektif Islam terhadap Manajemen Sumber Daya Manusia. *Journal of Creative Student Research*. 2022;1(4):42–56. Diakses pada: <https://ejurnal.politeknikpratama.ac.id/index.php/jcsr/article/view/2213/2144>
- [18] Rusdin. Pendidikan dan Pelatihan sebagai Sarana Peningkatan Kompetensi Guru di SMP Negeri 02 Linggang Bigung. *Jurnal Administrative Reform*. 2017 Dec 11;5(4):200–12. Diakses pada: <https://doi.org/10.52239/jar.v5i4.885>
- [19] Guerra-Carrillo B, Katovich K, Bunge SA. Does Higher Education Hone Cognitive Functioning and Learning Efficacy? Findings from a Large and Diverse Sample. *PLoS One*. 2017 Aug 23;12(8). Diakses pada: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0182276>
- [20] Vance DE, Cody SL, Yoo-Jeong M, Jones G "Lynn" D, Nicholson WC. The Role of Employment on Neurocognitive Reserve in Adults With HIV: A Review of the Literature. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*. 2015 Jul;26(4):316–29. Diakses pada: <https://doi.org/10.1016/j.jana.2015.04.003>
- [21] Jennings EA, Farrell MT, Liu Y, Montana L. Associations Between Cognitive Function and Marital Status in the United States, South

- Africa, Mexico, and China. *SSM Popul Health*. 2022 Dec;20. Diakses pada: <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2022.101288>
- [22] Hair JF, Black WC, Babin BJ. Multivariate Data Analysis. 7th ed. Pearson Prentice Hall; 2010.
- [23] Diaz T, Strong KL, Cao B, Guthold R, Moran AC, Moller AB, et al. A Call for Standardised Age-Disaggregated Health Data. *Lancet Healthy Longev*. 2021 Jul;2(7). Diakses pada: [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(21\)00115-X](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(21)00115-X)
- [24] Pallant J. SPSS Survival Manual. Routledge; 2020.
- [25] Marastuti A, Subandi MA, Retnowati S, Marchira CR, Yuen CM, Good BJ, et al. Development and Evaluation of a Mental Health Training Program for Community Health Workers in Indonesia. *Community Ment Health J*. 2020 Oct 15;56(7):1248–54. Diakses pada: <http://link.springer.com/10.1007/s10597-020-00579-7>
- [26] Knowles MS. The Modern Practice of Adult Education: From Pedagogy to Andragogy. New York: *The Adult Education Company*; 1970.
- [27] Adefolarin AO, Gershim A, Sola AO, Oye G. The Effect of Training and Supervision on Primary Health Care Workers' Competence to Deliver Maternal Depression Inclusive Health Education in Ibadan, Nigeria: a Quasi-experimental Study. *BMC Health Serv Res*. 2021 Dec 30;21(1):1286. Diakses pada: <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07208-3>
- [28] Ardiana M, Andrianto A, Nugrahita Asmarani D, Intan RE, Andira LH, Triastuti F. Knowledge Upgrading of General Practitioners in the Community Health Cares in Surabaya after Joining Virtual Training of Early Cardiovascular Detection in Pregnancy: A Quasi-Experimental Study. *Cor Vasa*. 2023 Sep 1;65(4):610–6. Diakses pada: <https://doi.org/10.33678/cor.2023.001>
- [29] Fitrianingsih RD, Septiyaningsih R, Susilawati. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Tingkat Pengetahuan Kader Kesehatan tentang Penyakit HIV/AIDS. *Sains Indonesia: Jurnal Ilmiah Nusantara*. 2023 Feb;1(1):87–99. Diakses pada: <https://sainsindonesia.id/index.php/sainsindonesia/article/view/12/10>
- [30] Mediani HS, Hendrawati S, Pahria T, Mediawati AS, Suryani M. Factors Affecting the Knowledge and Motivation of Health Cadres in Stunting Prevention Among Children in Indonesia. *J Multidiscip Healthc*. 2022 May;Volume 15:1069–82. Diakses pada: <https://doi.org/10.2147/JMDH.S356736>
- [31] Zalela, Prasiwi WM, Purnamawati D. Efektivitas Pelatihan Kader dalam Rangka Peningkatan Kompetensi dan Keterampilan Kader di Puskesmas Pasar Minggu. 2024 Aug 5;145–57. Diakses pada: <https://proceedings.ums.ac.id/semnasfik/article/view/4322/3970>