

# Pengaruh Pelatihan Terapi Suportif Kelompok Terhadap Peningkatan Peran Kader Kesehatan Jiwa di Desa Paremono, Kecamatan Mungkid, Kabupaten Magelang

Ubaidillah<sup>1\*</sup>, Sambodo Sriadi Pinilih<sup>2</sup>, Retna Tri Astuti<sup>3</sup>, Kartika Wijayanti<sup>4</sup>  
<sup>1,2,3,4</sup> Ilmu Keperawatan/Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Magelang  
\*Email: [ubaidillah2307@gmail.com](mailto:ubaidillah2307@gmail.com)

## Abstrak

**Keywords:**  
Terapi Suportif  
Kelompok; Peran;  
Kader Kesehatan Jiwa

*Latar Belakang: Kader kesehatan sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan masyarakat Desa Paremono harus memiliki keterampilan dalam melakukan upaya preventif, salah satunya dengan melakukan terapi suportif kelompok. Tujuan: penelitian ini bertujuan mengetahui pengaruh pelatihan terapi suportif kelompok terhadap peningkatan peran kader kesehatan jiwa. Metode: Penelitian ini menggunakan desain Quasy Experimental group pre test and post test design with control group dengan teknik pengambilan sampel menggunakan purposive sampling dan sample berjumlah 46 kader kesehatan jiwa (23 kelompok intervensi dan 23 kelompok kontrol). Data diolah dengan uji statistik Paired Sample T-test. Hasil Penelitian: Hasil uji statistik menunjukkan pengaruh pelatihan terapi suportif kelompok terhadap peningkatan peran kader kesehatan jiwa di Desa Paremono, Kecamatan Mungkid, Kabupaten Magelang dengan nilai signifikansi sebesar 0,000 ( $p < 0,05$ ). Sebelum intervensi, rerata nilai kader pada kemampuan kognitif sebesar 2,52 (kurang) dan psikomotor sebesar 2,57 (kurang). Sedangkan setelah intervensi, rerata nilai kader pada kemampuan kognitif sebesar 4,09 (baik) dan kemampuan psikomotor sebesar 5,89 (sangat baik). Kesimpulan: Terdapat pengaruh pelatihan terapi suportif kelompok terhadap peningkatan peran kader kesehatan jiwa di Desa Paremono, Kecamatan Mungkid, Kabupaten Magelang.*

## 1. PENDAHULUAN

Kesehatan jiwa merupakan bagian yang harus terpenuhi untuk mencapai kesehatan manusia secara holistik. Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2014 menyatakan bahwa kesehatan jiwa adalah kondisi ketika seseorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi positif untuk komunitasnya (Republik Indonesia, 2014). Masalah pada kesehatan jiwa disebut gangguan jiwa atau Orang Dengan

Gangguan Jiwa (ODGJ). Kasus gangguan jiwa di Indonesia oleh pemerintah disebut dengan fenomena gunung es dimana menurut Ikrar (2014) data ODGJ pada pelayanan kesehatan hanya digambarkan pada puncak gunung es dari seluruh kasus gangguan jiwa yang ada di masyarakat.

Prevalensi gangguan jiwa menurut WHO pada tahun 2007 dalam Yosep (2013), sekitar 450 juta orang di dunia mengalami gangguan jiwa, sekitar 10% orang dewasa mengalami gangguan jiwa dan 25% penduduk akan mengalami gangguan jiwa ketika memasuki usia tertentu selama hidupnya. Usia tersebut

adalah dewasa muda antara usia 18-21 tahun. Hasil Riskesdas (2013) menunjukkan bahwa prevalensi gangguan jiwa berat di Indonesia adalah 1,7%. Prevalensi tertinggi terdapat di Provinsi Aceh dan DI Yogyakarta (2,7%), kemudian prevalensi terendah terdapat di Provinsi Kalimantan Barat (0,7%). Provinsi Jawa Tengah terdapat pada peringkat ketiga dengan prevalensi 2,3 %, dibawah peringkat Provinsi Sulawesi Selatan (2,6%). Berdasarkan data Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah pada tahun 2015, penderita gangguan jiwa berjumlah 34.571 orang dari 33.264.339 penduduk. Sedangkan di Kabupaten Magelang, berjumlah 731 orang dari 1.176.681 penduduk. Jumlah penderita gangguan jiwa di Kabupaten Magelang lebih besar dari jumlah penderita di Kota Magelang (638 ODGJ) (Dinkes Prov. Jateng, 2015).

Gangguan jiwa bukan penyebab utama kematian, tetapi menjadi masalah yang serius di Indonesia. Hal ini dianggap serius karena gangguan jiwa akan mempengaruhi produktivitas dan kualitas kesehatan perseorangan maupun masyarakat, menimbulkan penderitaan bagi individu dan beban berat bagi keluarga baik mental maupun materi karena penderita menjadi tidak produktif (Maramis, 2008).

Upaya pemerintah dalam meningkatkan kesehatan jiwa ditunjukkan dengan disahkannya Undang-Undang No. 18 tahun 2014 tentang kesehatan jiwa yang memiliki tujuan salah satunya adalah menjamin setiap orang dapat mencapai kualitas hidup yang baik, menikmati kehidupan kejiwaan yang sehat, bebas dari ketakutan, tekanan, dan gangguan lain yang dapat menyebabkan gangguan jiwa. Penanganan masalah gangguan jiwa memerlukan pelayanan kesehatan jiwa yang komprehensif, holistik dan paripurna. Penanganan bagi penderita gangguan

gangguan jiwa harus dilakukan oleh keluarga dan masyarakat. Keikutsertaan masyarakat dalam penanganan gangguan jiwa akan menjadikan penderita merasa diterima

kembali di lingkungan masyarakat. Tokoh masyarakat merupakan target pelayanan kesehatan jiwa, karena mereka juga bagian dari kelompok perawatan mandiri individu dan keluarga pada gangguan jiwa. Salah satu pelayanan kesehatan jiwa masyarakat terdekat adalah dengan melibatkan tokoh masyarakat yaitu kader kesehatan yang menjadi ujung tombak pelayanan kesehatan jiwa.

Kader kesehatan merupakan warga yang bekerja secara sukarela dan mampu bertanggung jawab dalam melaksanakan kegiatannya melalui Lembaga Kesehatan Masyarakat Desa (LKMD) (Mubarak, 2012). Kader kesehatan harus melakukan upaya promotif dan preventif terhadap masalah kesehatan di masyarakat. Beberapa daerah di Indonesia terdapat Kader kesehatan jiwa (KKJ), yaitu kader yang aktif berpartisipasi dalam menggerakkan masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan jiwa serta memantau kondisi jiwa masyarakat agar mencapai kesehatan jiwa yang optimal. Kader memiliki peran penting di komunitas, dimana menurut Keliat (2007) Kader kesehatan jiwa berperan serta dalam meningkatkan, memelihara serta mempertahankan kesehatan jiwa masyarakat. Menurut Keliat, dkk (2011), Kader dapat menjadi mitra tim kesehatan jiwa komunitas yang diintegrasikan dengan perannya di masyarakat.

Sebagai upaya meningkatkan pelayanan kesehatan jiwa, kader memberikan kontribusi yang cukup besar. Program Community Mental Health Nursing (CMHN) merupakan salah satu upaya perawatan gangguan jiwa. Program ini juga telah dilaksanakan di Kabupaten Magelang. Kader kesehatan jiwa terbentuk di 6 wilayah puskesmas, kader tersebut telah mendapatkan pelatihan dan bimbingan terkait Desa Siaga Sehat Jiwa (DSSJ). Wilayah puskesmas tersebut adalah Grabag II, Kajoran II, Mertoyudan I, Sawangan, Kota Mungkid dan Kecamatan Mungkid. Salah satu kader kesehatan jiwa yang aktif adalah KKJ di Desa Paremono yang

masuk dalam wilayah Puskesmas Kecamatan Mungkid.

Kader kesehatan yang sudah ada dan aktif melakukan kegiatan di Desa Paremono telah diberikan pelatihan dan pendampingan tentang kesehatan jiwa pada saat melaksanakan Program Hibah Bina Desa (PHBD) oleh Universitas Muhammadiyah Magelang. Kader ini berjumlah 56 kader dan sudah diberikan pelatihan seperti deteksi dini, teknik wawancara, pemetaan lokasi, psikoedukasi, sistem rujukan penderita gangguan jiwa, perencanaan program serta penyampaian materi yang mendukung terlaksananya program Desa Siaga Sehat Jiwa. Pelatihan ini dilakukan selama 4 hari di balai Desa Paremono. Setelah dilaksanakan pelatihan tersebut, kader kesehatan Desa Paremono sudah mengimplementasikan beberapa kegiatan seperti melakukan sosialisasi kesehatan jiwa kepada masyarakat desa, deteksi dini, pemetaan denah sebagai data untuk puskesmas dan melakukan psikoedukasi keluarga dengan penderita gangguan jiwa. Sosialisasi kesehatan jiwa kepada masyarakat dilakukan dengan harapan agar masyarakat dapat membuka pemikirannya tentang penyembuhan penderita gangguan jiwa, mengingat masih kuatnya stigma masyarakat mengenai orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) di desa tersebut. Deteksi dini yang dilakukan oleh kader kesehatan Desa Paremono pada Bulan Juli 2016 menghasilkan data 72 orang menderita gangguan jiwa. Sedangkan data yang diperoleh dari puskesmas pada Bulan Februari 2016, penderita gangguan jiwa di Desa Paremono hanya berjumlah 36 orang. Dari data tersebut, dapat dilihat bahwa keberadaan kader kesehatan khususnya kader kesehatan jiwa (KKJ) dapat memberikan nilai positif pada pelayanan kesehatan di Desa Paremono.

Kader kesehatan merupakan pelayanan kesehatan terdekat untuk masyarakat di Desa Paremono. Salah satu komponen yang membutuhkan peran kader adalah pemberi

perawatan (caregiver) ODGJ. Karena Caregiver rentan mengalami masalah psikologi yang diakibatkan oleh masalah ekonomi, tanggung jawab dalam memberikan obat dan tidak efektifnya coping individu pada saat memberikan perawatan kepada ODGJ. Menurut Fadilla (2014), caregiver rentan mengalami gangguan jiwa ringan seperti depresi, frustrasi, atau stres. Untuk mengurangi resiko tersebut kader dapat memberikan pelayanan kesehatan yang sesuai, dimana menurut Keliat, dkk (2015) dalam menangani masalah kejiwaan dapat dilakukan dengan pencegahan primer, sekunder dan tersier. Pencegahan primer bertujuan untuk mencegah terjadinya gangguan jiwa, mempertahankan dan meningkatkan kesehatan jiwa. Kegiatan yang dapat dilakukan kader pada pencegahan primer seperti memberikan pendidikan kesehatan, memberikan informasi masalah kesehatan dan melaksanakan program Desa Siaga Sehat Jiwa (DSSJ). Pencegahan sekunder bertujuan untuk menurunkan angka kejadian gangguan jiwa. Kegiatan yang dapat dilakukan kader pada pencegahan sekunder seperti deteksi dini, mengkaji masalah kesehatan jiwa di lingkungannya, melakukan psikoterapi, memfasilitasi Self-Help Group (SHG), dan melakukan rujukan. Sedangkan pencegahan tersier bertujuan untuk mengurangi kecacatan/ketidakmampuan akibat gangguan jiwa. kegiatan yang dapat dilakukan kader pada pencegahan tersier seperti program rehabilitasi dengan memberdayakan ODGJ dan menggerakkan untuk mengikuti kegiatan sosial. Dari ketiga pencegahan tersebut, kader kesehatan Desa Paremono sudah melakukan beberapa kegiatan seperti memberikan edukasi kepada masyarakat, deteksi dini dan psikoedukasi keluarga, namun belum melakukan psikoterapi kepada caregiver. Psikoterapi memiliki banyak jenis dengan kriteria yang berbeda. Dari berbagai psikoterapi, yang tepat untuk dilatihkan kepada kader dan berguna dalam mengoptimalkan pemberdayaan keluarga dalam merawat klien

gangguan jiwa, terapi suportif kelompok (TSK) merupakan alternatif pilihan terapi yang ditujukan untuk meningkatkan keluarga menjadi support system. Berdasarkan penelitian Hasmilasari (2010) dan Hernawati (2009) dalam Hidayati (2011), tentang pemberian terapi suportif, anggota kelompok mendapatkan efek positif berupa peningkatan kognitif yang berpengaruh terhadap kemampuan keluarga merawat penderita gangguan jiwa.

Pelatihan terapi suportif kepada kader kesehatan merupakan upaya dalam meningkatkan keterampilan dalam melakukan terapi untuk mendukung peningkatan peran kader kesehatan. Sasaran dari pelatihan terapi suportif kelompok pada kader kesehatan adalah untuk mengembangkan pelayanan kesehatan masyarakat dalam memberikan dukungan kepada caregiver dengan masalah kesehatan tertentu agar menambah pengetahuan dan kemampuan caregiver merawat orang yang sakit. Namun belum pernah dilakukan penelitian terkait pelatihan terapi suportif kelompok pada kader kesehatan, sehingga peneliti tertarik untuk meneliti tentang pengaruh pelatihan terapi suportif kelompok pada peran kader kesehatan jiwa (KKJ).

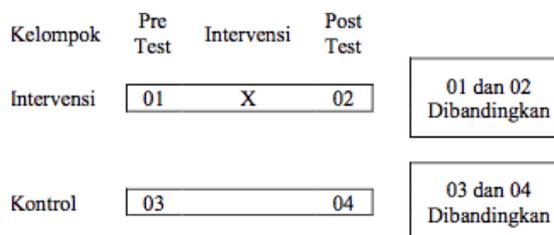
## 2. METODE

Dalam rancangan penelitian ini, peneliti menggunakan desain *Quasy Experimental group pre-post test design with control group*. Tujuan dari penelitian ini untuk mengetahui apakah ada pengaruh pelatihan terapi suportif kelompok terhadap peningkatan peran kader kesehatan jiwa yang dibandingkan dengan peran kader yang tidak diberikan pelatihan terapi suportif kelompok (Sastroasmoro, 2011).

Pre dan Post test dilakukan dilakukan untuk mengetahui peran kader kesehatan jiwa yang dinilai dari kemampuan kognitif dan psikomotornya. Intervensi dilakukan dengan cara memberikan pelatihan terapi suportif

kelompok kepada kader kesehatan jiwa Desa Paremono yang menjadi kelompok intervensi. Hasil terakhirnya yaitu membandingkan antara peran kader kesehatan jiwa sebelum dan sesudah mendapatkan pelatihan terapi suportif kelompok.

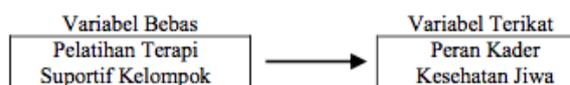
Rancangan penelitian dalam skema dari desain penelitian adalah sebagai berikut :



**Gambar 1.** Rancangan Penelitian

Keterangan Skema Rancangan Penelitian :

- X : Eksperimen dengan memberikan intervensi pelatihan terapi suportif kelompok kepada responden.
- 01 : Peran kader kesehatan jiwa dalam memberikan pelayanan kesehatan jiwa di masyarakat sebelum mendapatkan pelatihan terapi suportif kelompok.
- 02 : Peran kader kesehatan jiwa dalam memberikan pelayanan kesehatan jiwa di masyarakat sesudah mendapatkan pelatihan terapi suportif kelompok
- 01=02 : Terdapat perbedaan tingkat peran kader kesehatan jiwa pada sebelum dan sesudah mendapatkan pelatihan terapi suportif kelompok
- 01=03 : Tidak ada perbedaan atau perubahan kondisi sebelumnya.



**Gambar 2.** Kerangka Konsep

Populasi dalam penelitian ini adalah kader kesehatan di Desa Paremono yang sudah diberikan pelatihan tentang kesehatan jiwa oleh tim Hibah Bina Desa (PHBD) Universitas Muhammadiyah Magelang. Jumlah keseluruhan populasi kader kesehatan jiwa Desa Paremono adalah 56 kader. Pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan teknik *purposive sampling*. Sampel yang

digunakan dalam penelitian ini berjumlah 46 kader. Dari jumlah tersebut dibagi menjadi kelompok intervensi dan kontrol yang masing-masing beranggotakan 23 kader. Adapun pemilihan kelompok tersebut berdasarkan Klaster (berada dalam satu wilayah yang berdekatan). Klaster tersebut yaitu Klaster 1 (Dusun Simpang, Tirto dan Krapyak), Klaster 2 (Dusun Citran, Bentinegan, Dowo, Japun 1 dan Japun 2), Klaster 3 (Dusun Paremono, Trojayan dan Namengan), dan Klaster 4 (Dusun Mertan, Gamol 1 dan Gamol 2). Sampel pada kelompok intervensi diambil dari Klaster 1 dan 2, sedangkan pada kelompok kontrol diambil dari Klaster 3 dan 4. Pemilihan tersebut dilakukan agar antara kelompok intervensi dan kontrol tidak saling bertemu.

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah untuk mengetahui data demografi, kemampuan kognitif dan kemampuan psikomotor kader dengan menggunakan kuesioner. Kemudian Analisa Data menggunakan analisis univariat dan bivariat berupa Paired Sample T-test.

### 3. HASIL DAN PEMBAHASAN

#### 3.1. Hasil Penelitian

##### a. Analisis Univariat

Analisis ini dilakukan untuk mengetahui distribusi frekuensi masing-masing variabel penelitian, yaitu karakteristik kader. Berdasarkan penelitian yang dilakukan, beberapa jenis karakteristik kader yang didapatkan adalah usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, dan penyakit kronis. Berikut adalah analisa karakteristik kader kesehatan jiwa di Desa Paremono.

##### 1) Karakteristik Kader Berdasarkan Usia

Karakteristik usia merupakan data numerik yang data numerik yang dianalisis dengan explore untuk mendapatkan nilai mean, median, standar deviasi, nilai minimum dan maksimum, serta CI 95%, yang disajikan pada tabel 1.

**Tabel 1.** Analisis Karakteristik Berdasarkan Usia

Var	Jenis Kelompok	N	Mean	Median	SD	Min-Maks	95% CI
Usia	Intervensi	23	43,65	44,00	8,077	24 – 62	40,16 – 47,14
	Kontrol	23	41,74	42,00	11,250	25 – 64	36,87 – 46,60
Total		46	42,70	43,50	9,732	24 – 64	

Berdasarkan hasil analisa pada tabel 1 diketahui bahwa terdapat rata-rata usia kader adalah 42,70 tahun dengan usia termuda 24 tahun dan usia paling tua 64 tahun.

Kesetaraan usia kader kesehatan jiwa di Desa Paremono pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dianalisis dengan menggunakan uji *Analysis of Variance* (ANOVA) dan disajikan pada tabel 2.

**Tabel 2.** Analisis Kesetaraan Karakteristik Kader Berdasarkan Usia

Var	Jenis Kelompok	N	Mean	SD	SE	Homogenitas
Usia	Intervensi	23	43,22	8,323	1,735	0,615
	Kontrol	23	41,74	11,250	2,346	

Berdasarkan hasil analisa pada tabel 4.2 diketahui bahwa tidak ada perbedaan usia pada kader kesehatan jiwa di Desa Paremono pada kelompok intervensi dan kontrol dengan p value sebesar 0,615 ( $p > 0,05$ ).

##### 2) Karakteristik Kader Berdasarkan Jenis Kelamin, Pendidikan, dan Pekerjaan.

Karakteristik jenis kelamin, pendidikan dan pekerjaan kader kesehatan jiwa dianalisis dengan menggunakan uji chi-square dan disajikan pada tabel 4.3.

**Tabel 3.** Distribusi Karakteristik Kader Berdasarkan Jenis Kelamin, Pendidikan, dan Pekerjaan

Karakteristik	Kategori	Intervensi		Kontrol		Jumlah	
		n	(%)	n	(%)	n	(%)
Jenis Kelamin	Laki-Laki	0	0	0	0	0	0
	Perempuan	23	100	23	100	46	100
Pendidikan	SD	2	8,70	4	17,4	6	13,0
	SMP	4	17,4	4	17,4	8	17,4
	SMA	17	73,9	15	65,2	32	69,6
Pekerjaan	Bekerja	7	30,4	0	0	7	15,2
	Tidak Bekerja	16	69,6	23	100	39	84,8

Berdasarkan tabel 3. diketahui bahwa jenis kelamin kader kesehatan di Desa Paremono seluruhnya adalah perempuan (100%), berpendidikan SMA (69,6%), dan tidak bekerja (84,8%).

Kesetaraan jenis kelamin, pendidikan, dan pekerjaan kader kesehatan jiwa di Desa Paremono pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dianalisis dengan menggunakan uji Analysis of Variance (ANOVA) dan disajikan pada tabel 4.

**Tabel 4.** Kesetaraan Karakteristik Kader Berdasarkan Jenis Kelamin, Pendidikan dan Pekerjaan

Karakteristik	Kategori	Intervensi		Kontrol		Jumlah	Homogenitas
		n	(%)	n	(%)		
Jenis Kelamin	Laki-Laki	0	0	0	0	0	* <sup>†</sup>
	Perempuan	23	100	23	100	46	
Pendidikan	SD	2	8,70	4	17,4	6	0,419
	SMP	4	17,4	4	17,4	8	
	SMA	17	73,9	15	65,2	32	
Pekerjaan	Bekerja	7	30,4	0	0	7	0,003
	Tidak Bekerja	16	69,6	23	100	39	

Berdasarkan hasil analisa pada tabel 4. diketahui bahwa semua kader kesehatan jiwa di Desa Paremono berjenis kelamin perempuan. Hasil analisis kesetaraan pada data pendidikan kader menunjukkan nilai homogenitas sebesar 0,419 ( $p > 0,05$ ) yang berarti bahwa data pendidikan kader homogen/setara. Sedangkan hasil analisis kesetaraan pada pekerjaan kader menunjukkan nilai homogenitas sebesar 0,003 ( $p < 0,05$ ) yang berarti bahwa data pekerjaan kader tidak homogen/setara.

b. Analisis Bivariat

Hasil uji bivariat menjelaskan tentang perbedaan peran kader (kemampuan kognitif dan psikomotor) sebelum dan sesudah diberikan pelatihan terapi suportif kelompok baik kelompok intervensi maupun kelompok kontrol.

1) Analisis Peran Kader Kesehatan Jiwa di Desa Paremono Sebelum Diberikan Pelatihan Terapi Suportif Kelompok

Peran kader kesehatan jiwa di desa paremono dinilai dari kemampuan kognitif dan psikomotornya. Nilai kemampuan kognitif dan psikomotor kader merupakan data ordinal dan dianalisis dengan *crosstabs* guna mendapatkan jumlah n dan prosentase kader. Hasil analisa data tersebut disajikan pada tabel 5.

**Tabel 5.** Peran Kader (Kemampuan Kognitif dan Psikomotor) Sebelum Diberikan Pelatihan Terapi Suportif Kelompok

Var	Kategori	Intervensi		Kontrol		Total	
		N	%	n	%	n	%
Kemampuan Kognitif	Sangat Kurang	3	13,0	4	17,4	7	15,2
	Kurang	9	39,1	8	34,8	17	37,0
	Cukup	8	34,8	11	47,8	19	41,3
	Baik	2	8,7	-	-	2	4,3
	Sangat Baik	1	4,3	-	-	1	2,2
<b>Total</b>		<b>23</b>		<b>23</b>		<b>46</b>	
Kemampuan Psikomotor	Sangat Kurang	-	-	-	-	-	-
	Kurang	10	43,5	5	21,7	15	32,6
	Cukup	13	56,5	18	78,3	31	67,4
	Baik	-	-	-	-	-	-
	Sangat Baik	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>		<b>23</b>		<b>23</b>		<b>46</b>	

Berdasarkan hasil analisa tabel 5. diketahui bahwa kemampuan kognitif kader kesehatan jiwa di Desa Paremono sebelum diberikan pelatihan terapi suportif kelompok, paling banyak mendapatkan nilai Cukup dengan jumlah kader 19 orang (41,3%). Sedangkan kemampuan psikomotor kader kesehatan jiwa di Desa Paremono sebelum diberikan

pelatihan terapi suportif kelompok, paling banyak mendapatkan nilai Cukup dengan jumlah kader 31 orang (67,4%). Uji kesetaraan peran kader kesehatan jiwa di Desa Paremono dilakukan menggunakan *analysis of variance* (ANOVA) dan disajikan pada tabel 6.

**Tabel 6.** Analisis Kesetaraan Peran Kader (Kemampuan Kognitif dan Psikomotor)

Var	Kel	N	Mean	Median	SD	Min-Maks	lomogenitas
Kemampuan	Intervensi	23	2,52	2,00	0,994	1 – 5	0,410
	Kontrol	23	2,30	2,00	0,765	1 – 3	
Kognitif	Total	46	2,41	2,00	0,884	1 – 5	
Kemampuan Psikomotor	Intervensi	23	2,57	3,00	0,507	2 – 3	0,121
	Kontrol	23	2,78	3,00	0,442	2 – 3	
	Total	46	2,67	3,00	0,474	2 – 3	

Berdasarkan tabel 6. diketahui bahwa hasil analisis kesetaraan kemampuan kognitif dan psikomotor kader kesehatan jiwa di Desa Paremono sebelum dilakukan pelatihan terapi suportif kelompok memiliki nilai p value 0,410 dan 0,121 ( $p > 0,05$ ).

2) Analisis Peran Kader Kesehatan Jiwa Sesudah Diberikan Pelatihan Terapi Suportif Kelompok

**Tabel 7.** Peran Kader (Kemampuan Kognitif dan Psikomotor) Sesudah Diberikan Pelatihan Terapi Suportif Kelompok

Var	Kategori	Intervensi		Kontrol	
		n	%	n	%
Kemampuan Kognitif	Sangat Kurang	-	-	3	13,0
	Kurang	-	-	9	39,1
	Cukup	5	21,7	8	34,8
	Baik	11	47,8	2	8,7
	Sangat Baik	7	30,4	1	4,3
	<b>Total</b>	<b>23</b>		<b>23</b>	
Kemampuan Psikomotor	Sangat Kurang	-	-	-	-
	Kurang	-	-	6	26,1
	Cukup	-	-	14	60,9
	Baik	4	17,4	3	13,0
	Sangat Baik	19	82,6	-	-
	<b>Total</b>	<b>23</b>		<b>23</b>	

Berdasarkan hasil analisa tabel 7 diketahui bahwa kemampuan kognitif kader sesudah diberikan perlakuan, pada kelompok intervensi paling banyak mendapatkan nilai Baik dengan prosentase 47,8% dan kelompok kontrol paling banyak mendapatkan nilai Kurang dengan prosentase 39,1%. Sedangkan kemampuan psikomotor kader sesudah diberikan perlakuan, pada kelompok intervensi paling banyak mendapatkan nilai Sangat Baik dengan prosentase 82,6% dan kelompok kontrol paling banyak mendapatkan nilai Cukup dengan prosentase 60,9%.

3) Analisis Perbedaan Peran Kader Kesehatan Jiwa di Desa Paremono Sebelum dan Sesudah Diberikan Terapi Suportif Kelompok

Analisis perbedaan peran (kemampuan kognitif dan psikomotor) kader kesehatan jiwa di Desa Paremono dilakukan menggunakan uji Paired t-test dan disajikan pada tabel 8 dan tabel 9.

**Tabel 8.** Perbedaan Peran (Kemampuan Kognitif) Kader Kesehatan Jiwa Sebelum dan Sesudah Diberikan Intervensi

Var	Kel	Identitas	N	Mean	SD	SE	T	df	P value
Kemampuan Kognitif	Intervensi	Sebelum	23	2,52	0,994	0,207	-6,466	22	,000
		Sesudah	23	4,09	0,733	0,153			
	Selisih			1,57	0,261	0,054			
Kontrol	Sebelum	Sebelum	23	2,30	0,765	0,159	-15,744	22	0,423
		Sesudah	23	2,52	0,994	0,207			
	Selisih			0,22	0,229	0,048			

Berdasarkan tabel 4.7 diketahui ada perbedaan yang signifikan pada kemampuan kognitif kelompok intervensi sebelum dan sesudah perlakuan dengan nilai p value 0,000 ( $p < 0,05$ ). Sedangkan perbedaan kemampuan kognitif kelompok kontrol sebelum dan sesudah perlakuan menunjukkan nilai p value 0,423 ( $p > 0,05$ ).

**Tabel 9.** Perbedaan Peran (Kemampuan Psikomotor) Kader Kesehatan Jiwa Sebelum dan Sesudah Dilakukan Intervensi

Var	Kel	Identitas	N	Mean	SD	SE	T	df	P value			
Kemampuan Psikomotor	Intervensi	Sebelum	23	2,57	0,507	0,106	-,816	22	,000			
		Sesudah	23	4,83	0,388	0,081						
		Selisih		2,26	0,119	0,025						
	Kontrol	Sebelum	23	2,78	0,422	0,088						
		Sesudah	23	2,87	0,626	0,130				-,575	22	0,575
		Selisih		0,09	0,204	0,042						

Berdasarkan tabel 4.7 diketahui ada perbedaan yang signifikan pada kemampuan psikomotor kelompok intervensi sebelum dan sesudah perlakuan dengan nilai p value 0,000 ( $p < 0,05$ ). Sedangkan perbedaan kemampuan psikomotor kelompok kontrol sebelum dan sesudah perlakuan menunjukkan nilai p value 0,423 ( $p > 0,05$ ).

### 3.2. Pembahasan

#### a. Karakteristik Kader Kesehatan Jiwa

Karakteristik responden pada penelitian ini adalah usia, jenis kelamin, pendidikan, dan pekerjaan. Usia berperan penting dalam menentukan tingkat pemahaman dan pengalaman responden menjalankan tugas dan peran sebagai kader kesehatan.

##### 1) Karakteristik Kader Kesehatan Jiwa Berdasarkan Usia

Usia responden dalam penelitian ini rata-rata berusia 43 tahun (kelompok intervensi) dan 42 tahun (kelompok kontrol). Rata-rata usia tersebut menurut Depkes RI (2009) termasuk dalam kategori masa dewasa akhir tahun (36 – 45 tahun). Semakin dewasa, semakin tinggi tingkat kematangan dan kekuatan seseorang dalam berpikir dan bekerja. Hal ini didukung oleh penelitian Wahyuni (2013) yang menyatakan bahwa seseorang yang lebih dewasa dipercayai karena pengalaman dan kematangan jiwa. Namun beberapa responden masuk dalam kategori lansia (>45 tahun). Pada usia lansia, tingkat produktivitas seseorang akan mengalami penurunan. Hal ini

sejalan dengan Nurayu (2013), yang menyatakan bahwa perlu dilakukan regenerasi dengan kader yang berusia <35 tahun dan untuk kader yang berusia lansia dapat diberikan tugas yang lebih ringan sesuai dengan kemampuan fisiknya.

##### 2) Karakteristik Kader Kesehatan Jiwa Berdasarkan Jenis Kelamin

Berdasarkan hasil penelitian, dapat diketahui bahwa kader kesehatan jiwa di Desa Paremono seluruhnya adalah perempuan. Hal ini disebabkan karena mayoritas perempuan sebagai ibu rumah tangga (IRT)/tidak bekerja. Sehingga memiliki waktu lebih untuk memberikan pelayanan kesehatan dasar kepada masyarakat. Selain itu, perempuan lebih sabar dan tekun dalam menghadapi masalah kesehatan. Hal ini didukung dengan pernyataan Fitriani (2007), bahwa perempuan lebih berperan dalam perawatan kesehatan daripada laki-laki. Sehingga perempuan lebih sering ditunjuk sebagai kader kesehatan. Menurut Meilani, dkk (2009) kader kesehatan adalah seseorang baik laki-laki maupun perempuan yang dipilih oleh masyarakat dan dilatih untuk menangani masalah-masalah kesehatan yang terjadi pada perseorangan atau masyarakat serta untuk bekerja dalam hubungan yang dekat dengan tempat pelayanan kesehatan. Kader kesehatan jiwa juga berperan serta meningkatkan, memelihara serta mempertahankan kesehatan jiwa masyarakat (Keliat, 2007). Namun, jenis kelamin seseorang tidak mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang. Hal ini didukung dengan hasil penelitian Lestari (2011), bahwa tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan tingkat pengetahuan.

##### 3) Karakteristik Kader Kesehatan Jiwa Berdasarkan Pendidikan

Pendidikan berperan penting dalam menentukan tingkat pengetahuan

responden. Hasil penelitian ini menunjukkan pendidikan terakhir yang ditempuh oleh responden mayoritas adalah SMA. Apabila pendidikan mereka lebih tinggi, maka tingkat pengetahuan juga akan semakin tinggi. Hal ini sejalan menurut Wawan dan Dewi (2010) bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan maka akan mudah menerima hal baru dan mudah menyesuaikan hal baru tersebut. Seseorang yang berpendidikan lebih tinggi akan mempunyai wawasan lebih luas dibandingkan dengan seseorang yang memiliki tingkat pendidikan rendah. Notoadmojo dalam Yusniah (2012) menyatakan bahwa sumber informasi dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang.

#### 4) Karakteristik Kader Kesehatan Jiwa Berdasarkan Pekerjaan

Pekerjaan berperan penting dalam menentukan waktu keikutsertaan dalam kegiatan kader kesehatan. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pekerjaan responden mayoritas adalah sebagai ibu rumah tangga. Responden yang tidak bekerja memiliki lebih banyak waktu luang untuk melakukan kegiatan kader kesehatan. Hal ini sejalan dengan Sari (2014), yang menyatakan bahwa kader dengan kesibukan tertentu akan mengurangi keefektifan dalam melaksanakan kegiatan kader kesehatan. Menurut Suryani (2013), sebaiknya sebagai seorang kader kesehatan tidak memiliki pekerjaan yang tetap. Sehingga responden yang bekerja harus dapat membagi waktu, agar dapat menjalankan peran kader kesehatan secara optimal.

#### **b. Peran Kader Kesehatan Jiwa Sebelum Diberikan Pelatihan Terapi Suportif Kelompok**

Peran kader kesehatan jiwa di Desa Paremono dilihat dari kemampuan kognitif dan psikomotor kader. Pada hasil penelitian

sebelum dilakukan terapi suportif kelompok, terdapat kemampuan kognitif kader paling banyak adalah Cukup yang diperoleh 19 kader (41,3%). Sedangkan kemampuan psikomotor kader paling banyak adalah Cukup yang diperoleh 31 kader (67,4%). Hasil tersebut merupakan nilai gabungan antara kelompok intervensi dan kontrol. Perbedaan kemampuan kognitif dan psikomotor pada kelompok intervensi maupun kontrol dijelaskan lebih mendalam sebagai berikut:

##### 1) Kemampuan Kognitif Kader Kesehatan Jiwa Sebelum Diberikan Pelatihan Terapi Suportif Kelompok

Berdasarkan hasil frekuensi data kemampuan kognitif pada kelompok intervensi sebelum diberikan pelatihan terapi suportif kelompok, responden dalam kategori Sangat Baik sebanyak 1 orang (4,3%), responden dalam kategori Baik sebanyak 2 orang (8,7%), responden dalam kategori Cukup sebanyak 8 orang (34,8%), responden dalam kategori Kurang sebanyak 9 orang (39,1%), dan responden dalam kategori Sangat Kurang sebanyak 3 orang (13,0%). Sedangkan pada kelompok kontrol sebelum diberikan pelatihan terapi suportif kelompok, responden dalam kategori Cukup sebanyak 11 orang (47,8%), responden dalam kategori Kurang sebanyak 8 orang (34,8%), dan responden dalam kategori Sangat Kurang sebanyak 4 orang (17,4%). Pada kelompok kontrol, tidak ada responden yang memiliki kemampuan kognitif dengan kategori Baik dan Sangat Baik seperti pada responden kelompok intervensi. Akan tetapi, pada data kemampuan kognitif sudah dilakukan uji kesetaraan yang menghasilkan nilai homogenitas sebesar 0,410 ( $p \text{ value} > 0,05$ ) dan dapat dinyatakan bahwa tidak terdapat perbedaan (homogen) pada data kelompok intervensi maupun kontrol.

2) Kemampuan Psikomotor Kader Kesehatan Jiwa Sebelum Diberikan Pelatihan Terapi Suportif Kelompok

Berdasarkan hasil frekuensi data kemampuan psikomotor pada kelompok intervensi sebelum diberikan pelatihan terapi suportif kelompok, responden dalam kategori Cukup sebanyak 13 orang (56,5%), dan responden dalam kategori Kurang sebanyak 10 orang (43,5%). Sedangkan pada kelompok kontrol sebelum diberikan pelatihan terapi suportif kelompok, responden dalam kategori Cukup sebanyak 18 orang (78,3%), dan responden dalam kategori Kurang sebanyak 5 orang (21,7%). Pada kelompok intervensi dan kontrol, tidak ada responden yang memiliki kemampuan psikomotor dengan kategori Sangat Baik, Baik, dan Sangat Kurang seperti pada responden kelompok intervensi. Hasil uji kesetaraan kemampuan psikomotor menghasilkan nilai homogenitas sebesar 0,121 ( $p$  value > 0,05) dan dapat dinyatakan bahwa tidak ada perbedaan (homogen) pada data kelompok intervensi maupun kontrol.

Sebagian besar kemampuan kognitif maupun psikomotor sebelum dilakukan pelatihan masih banyak yang belum mencapai kategori Baik atau Sangat Baik. Hal ini sejalan dengan tujuan pelatihan menurut Soekidjo (2003) dalam Purnomo (2014), yang salah satunya adalah menambah atau meningkatkan pengetahuan (kognitif) dan tindakan (psikomotor). Kemampuan kognitif dan psikomotor baik didukung dengan adanya pendidikan responden yang mayoritas berpendidikan SMA, dimana pada pendidikan tersebut masih mampu menerima informasi dan belajar untuk menambah pengetahuan serta keterampilan individu kader. Seperti yang telah diketahui bahwa pengetahuan dan keterampilan dipengaruhi oleh beberapa

faktor diantaranya faktor usia, pendidikan, dan pekerjaan (Notoatmodjo, 2007)

Kemampuan kognitif (pengetahuan) yang harus dimiliki kader kesehatan jiwa meliputi pengertian, peran dan tugas kader kesehatan jiwa. Jika kader kesehatan jiwa memiliki kemampuan kognitif yang baik, maka kader dapat memiliki kemampuan psikomotor (keterampilan) yang baik juga. Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Azwar (2008) yang menyatakan bahwa salah satu faktor yang mempengaruhi tindakan (keterampilan) seseorang adalah pengetahuannya.

**c. Peran Kader Kesehatan Jiwa Sesudah Diberikan Pelatihan Terapi Suportif Kelompok**

Peran kader kesehatan jiwa di Desa Paremono yang dinilai dari kemampuan kognitif dan psikomotor kader setelah dilakukan pelatihan terapi suportif kelompok terdapat perbedaan dari hasil sebelumnya. Nilai kemampuan kognitif maupun psikomotor pada kelompok intervensi mengalami kenaikan lebih cepat dibandingkan dengan nilai pada kelompok kontrol. Hal ini disebabkan karena pada kelompok intervensi diberikan tindakan berupa pelatihan terapi suportif kelompok, sedangkan pada kelompok kontrol tidak diberikan perlakuan apapun. Perbedaan kemampuan kognitif dan psikomotor pada kelompok intervensi maupun kontrol dijelaskan lebih mendalam sebagai berikut:

1) Kemampuan Kognitif Kader Kesehatan Jiwa Sesudah Diberikan Pelatihan Terapi Suportif Kelompok

Berdasarkan hasil frekwensi data kemampuan kognitif pada kelompok intervensi sesudah diberikan pelatihan terapi suportif kelompok, responden dalam kategori Cukup sebanyak 5 orang (21,7%), responden dalam kategori Baik

sebanyak 11 orang (47,8%), dan responden dalam kategori Sangat Baik sebanyak 7 orang (30,4%). Tidak ada responden pada kelompok intervensi dalam kategori Kurang dan Sangat Kurang. Sedangkan pada kelompok kontrol sesudah diberikan pelatihan terapi suportif kelompok, responden dalam kategori Sangat Kurang sebanyak 3 orang (13,0%), responden dalam kategori Kurang sebanyak 9 orang (39,1%), responden dalam kategori Cukup sebanyak 8 orang (34,8%), responden dalam kategori Baik sebanyak 2 orang (8,7%), dan responden dalam kategori Sangat Baik sebanyak 1 orang (4,3%).

Pada kelompok intervensi yang sebelumnya terdapat nilai Kurang dan Sangat Kurang, sekarang tidak ada lagi. Berbeda dengan kelompok kontrol yang masih terdapat responden dengan nilai di bawah Cukup. Pada kelompok kontrol sekarang terdapat kader dengan nilai Baik dan Sangat Baik, dibandingkan dengan data sebelumnya yang tidak ada nilai tersebut. Namun, jumlah kader kelompok kontrol yang mendapat nilai Baik dan Sangat Baik masih sedikit karena didominasi oleh kader dengan nilai Cukup.

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Purnomo (2014) bahwa pelatihan yang diberikan kepada kader dapat meningkatkan pengetahuan (kognitif) kader. Pelatihan memberikan ilmu tentang hal yang dilatihkan sehingga dapat meningkatkan pengetahuan kader dengan cepat, dibandingkan kader yang tidak pernah mendapatkan pelatihan. Dengan adanya pelatihan pada kader, wawasan kader yang sebelumnya tidak tahu menjadi tahu.

## 2) Kemampuan Psikomotor Kader Kesehatan Jiwa Sesudah Diberikan Pelatihan Terapi Suportif Kelompok

Berdasarkan hasil frekuensi data kemampuan psikomotor pada kelompok intervensi sesudah diberikan pelatihan terapi suportif kelompok, responden dalam kategori Baik sebanyak 4 orang (17,4%), dan responden dalam kategori Sangat Baik sebanyak 19 orang (82,6%). Tidak ada responden pada kelompok intervensi dalam kategori Cukup, Kurang dan Sangat Kurang. Sedangkan pada kelompok kontrol, responden dalam kategori Kurang sebanyak 6 orang (26,1%), responden dalam kategori Cukup sebanyak 14 orang (60,9%), dan responden dalam kategori Baik sebanyak 3 orang (13,0%).

Berdasarkan hasil penelitian sesudah dilakukan pelatihan terapi suportif kelompok, kemampuan psikomotor kader pada kelompok intervensi meningkat. Hal ini dilihat dari nilai kemampuan psikomotor kelompok intervensi yang mendapat nilai Baik dan Sangat Baik, serta mayoritas mendapatkan nilai Baik. Berbeda dengan kader pada kelompok kontrol yang tidak mendapatkan pelatihan terapi suportif kelompok. Beberapa kader pada kelompok kontrol mendapatkan nilai Baik. Tetapi jumlah kader yang mendapat nilai Baik sangat sedikit, dibandingkan dengan kader yang mendapatkan nilai Cukup. Hal ini sejalan dengan penelitian Pratiwi (2017) yang menyatakan bahwa kemampuan psikomotor kader yang diawali dari nilai rendah akan meningkat setelah mendapatkan keterampilan dari pelatihan yang dilakukan. Penelitian ini juga didukung dengan hasil penelitian Purnomo (2014) bahwa selain meningkatkan pengetahuan (kognitif), pelatihan juga meningkatkan keterampilan (tindakan).

Pelatihan terapi suportif kelompok selain memberikan wawasan baru pada kader, juga menambah keterampilan baru kepada kader. Karena pada pelatihan ini kader tidak hanya mendapatkan teori mengenai terapi suportif kelompok, tetapi kader juga mendapatkan kesempatan untuk melakukan simulasi kegiatan terapi suportif kelompok. Pada saat simulasi, kader diminta untuk melakukan terapi suportif kelompok yang diperankan kepada kader lain yang berperan sebagai pemberi perawatan pada penderita gangguan jiwa. Penelitian ini didukung dengan penelitian Sukiarto (2007) yang menyimpulkan bahwa pelatihan dengan metode belajar berdasarkan masalah lebih meningkatkan pengetahuan, sikap, dan keterampilan kader dalam melaksanakan kegiatannya.

#### **d. Pengaruh Pelatihan Terapi Suportif Kelompok Terhadap Peningkatan Peran Kader Kesehatan Jiwa di Desa Paremono**

Kader kesehatan jiwa di Desa Paremono merupakan tenaga sukarela yang dipilih oleh masyarakat dan telah mendapatkan pelatihan tentang kesehatan jiwa. Untuk mendukung optimalisasi peran kader kesehatan jiwa, diperlukan keterampilan kader dalam upaya pencegahan pada masalah kesehatan jiwa (Keliat, 2015). Salah satu upaya pencegahan tersebut adalah dengan melakukan psikoterapi. Melihat fenomena masalah kesehatan jiwa di Desa Paremono, psikoterapi yang dapat diberikan oleh kader kepada masyarakat adalah terapi suportif kelompok. Sejalan dengan penelitian Damayanti (2011), terapi suportif kelompok berguna dalam mengoptimalkan pemberdayaan caregiver dalam merawat penderita gangguan jiwa.

Peran kader dalam penelitian ini dinilai dari kemampuan kognitif dan psikomotornya. Pada awal penelitian, kemampuan kader dinilai kurang dalam

melaksanakan terapi suportif kepada masyarakat dikarenakan kurangnya kegiatan yang dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan kader. Salah satu kegiatan yang dibutuhkan oleh kader adalah pelatihan. Pelatihan memiliki makna efektif untuk meningkatkan kemampuan karena termasuk dalam bagian pendidikan yang menyangkut proses belajar untuk memperoleh dan meningkatkan keterampilan diluar sistem pendidikan yang berlaku dalam waktu yang singkat (George & Jones dalam Mulia, 2010).

Pelatihan terapi suportif kelompok terhadap kader dapat memberikan kontribusi positif pada peran kader kesehatan jiwa di masyarakat. Hal ini dikarenakan kader mendapatkan pengetahuan dan keterampilan baru dalam melaksanakan terapi suportif kelompok. Sesuai dengan hasil penelitian ini yang menunjukkan bahwa terdapat peningkatan pada kemampuan kognitif dan psikomotor kader. Tetapi nilai pada kelompok intervensi lebih tinggi dibandingkan dengan nilai pada kelompok kontrol. Didukung dengan teori yang dikemukakan oleh Notoatmodjo (2008) bahwa pelatihan pada kader sangat berpengaruh terhadap perubahan pengetahuan, sikap dan tindakan kader.

Peningkatan peran kader sesudah diberikan pelatihan terapi suportif kelompok diperkuat dengan hasil pengujian hipotesis menggunakan Paired Sample T-test dengan hasil nilai P value sebesar 0,000 ( $p < 0,05$ ). Dengan adanya peningkatan kemampuan kognitif dan psikomotor dapat dikatakan bahwa peran kader kesehatan jiwa di Desa Paremono meningkat. Sehingga dapat disimpulkan bahwa pelatihan terapi suportif kelompok berpengaruh dengan peningkatan peran kader kesehatan jiwa di Desa Paremono.

#### **4. SIMPULAN**

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan mengenai pengaruh pelatihan terapi

suportif kelompok terhadap peningkatan peran kader kesehatan jiwa di Desa Paremono, Kecamatan Mungkid, Kabupaten Magelang, dapat disimpulkan sebagai berikut:

- a. Hasil penelitian menunjukkan bahwa karakteristik kader kesehatan jiwa di Desa Paremono seluruhnya memiliki jenis kelamin perempuan dengan rata-usia 43 tahun, berpendidikan SMA dan tidak bekerja.
- b. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa kemampuan peran kader kesehatan jiwa di Desa Paremono sebelum dilakukan pelatihan terapi suportif kelompok memiliki peran dengan nilai kemampuan kognitif sebesar 2,52 (Kurang) dan nilai kemampuan psikomotor sebesar 2,57 (Kurang).
- c. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa kemampuan peran kader kesehatan jiwa di Desa Paremono sesudah dilakukan pelatihan terapi suportif kelompok memiliki peran dengan nilai kemampuan kognitif sebesar 4,09 (Baik) dan nilai kemampuan psikomotor sebesar 4,83 (Sangat Baik).
- d. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat pengaruh pelatihan terapi suportif kelompok terhadap peningkatan peran kader kesehatan jiwa di Desa Paremono, Kecamatan Mungkid, Kabupaten Magelang dengan nilai signifikansi sebesar 0,000 ( $p < 0,05$ ).

#### UCAPAN TERIMAKASIH

Terimakasih penulis persembahkan kepada Dosen Pembimbing Ns. Sambodo Sriadi Pinilih, M.Kep. dan Ns. Retna Tri Astuti, M.Kep., tiada kata yang terucap selain kata "Terimakasih". Terimakasih atas segala bimbingan, dukungan, motivasi, arahan, saran yang telah diberikan, serta waktu yang telah diluangkan.

#### REFERENSI

Appelbaum, A.H. (2005). *Supportive Therapy*. Diakses Tanggal 20 Februari 2017

- Arikunto, S. (2006). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik Edisi Revisi VI*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Bachtiar, B.A. (2014). *Pengaruh Terapi Suportif: Kelompok Terhadap Perubahan Harga Diri Klien TB Paru di Kecamatan Umbulsari Kabupaten Jember*. Jember: Universitas Jember.
- Chien, W.T., Chan, S.W.C., dan Thompson, D.R. (2006). *Effects of a Mutual Support Groups for Families of Chinese People With Schizophrenia*. Diakses Tanggal 18 Januari 2017
- Damayanti, Rika dan Tati Hernawaty. (2011). *Pengaruh Terapi Suportif Keluarga Terhadap Kemampuan Keluarga Merawat Klien Gangguan Jiwa di Kecamatan Bogor Timur*. Jakarta: Universitas Indonesia.
- Dinkes Prov. Jateng. (2015). *Provil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2015*. Semarang: Dinkes Provinsi Jawa Tengah.
- Dinkes RI. (2013). *Riset Kesehatan Dasar Tahun 2013*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- Fadilla, Lola dan Ahyani Radhiani Fitri, M.A. (2014). *Peran Harapan dan Resiliensi Terhadap Stress, Kecemasan dan Depresi pada Caregiver Penderita Stroke*. Riau: UIN Sultan Sarif Kasim Riau.
- Hasmilasari. (2010). *Pengaruh Terapi Kelompok Suportif Terhadap Ansietas Ibu Hamil Primipara di Kelurahan Balumbang Jaya, Bogor*: Jakarta: Ilmu Keperawatan UI.
- Hernawati, T. (2009). *Pengaruh Terapi Suportif Keluarga Terhadap Kemampuan Keluarga Merawat Klien Gangguan Jiwa di Kelurahan Bubulak Bogor Barat*. Jakarta: Fakultas Ilmu Keperawatan UI.
- Hidayat, A.A.A. (2007). *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data*. Jakarta: Salemba Medika.
- Hidayat, A. Aziz Alimul. (2009). *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data*. Jakarta: Salemba Medika.
- Hidayati, Eni. (2011). *Pengaruh Terapi Kelompok Suportif Terhadap Kemampuan Mengatasi Perilaku Kekerasan pada Klien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Dr. Amino Gondhoutomo Semarang*. Jakarta: Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- Hunt. (2004). *A Resource Kit For Self Help / Support Groups For People Affected by an Eating Disorder*.

- Ikrar, Taruna. (2014). *Kesehatan Pencegahan Penyakit Jiwa Menahun*. Diakses tanggal 31-01-2017..
- Keliat, Budi Anna dan Akemat. (2015). *Keperawatan Jiwa Terapi Aktivitas Kelompok*. Jakarta: EGC.
- Keliat, BA, dkk. (2011). *Manajemen Kasus Gangguan Jiwa CMHN (Intermediate Course)*. Jakarta: EGC
- Keliat, BA. (2007). *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas: CMHN (Basic Course)*. Jakarta: EGC
- Kyoruz & Humphreys. (2008). *A Review of Research on the Effectiveness of Self- Help Mutual AID Groups*. Diakses Tanggal 20 Februari 2017
- Maramis, W.F. (2008). *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Meilani, Niken dkk. (2009). *Kebidanan Komunitas*. Yogyakarta: Fitramaya.
- Mubarak, W.I. (2012). *Promosi Kesehatan Untuk Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nasution, S. (2007). *Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Notoatmodjo, S. (2010). *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Nurayu, AW. (2013). *Hubungan Tingkat Pengetahuan, Pendidikan, Usia dan Lama Menjadi Kader Posyandu Dengan Kualitas Laporan Bulanan Data Kegiatan*. Surakarta: UMS.
- Nurchayani, Fitri dkk. (2016). *Pengaruh Terapi Suportif Kelompok Terhadap Kecemasan pada Klien Pasca Bencana Banjir Bandang di Perumahan Relokasi Desa Suci Kecamatan Panti Kabupaten Jember*. Jember: Universitas Jember.
- Nurhaida. (2012). *Pengaruh Peran Keluarga dan Kader Lansia Terhadap Pemanfaatan Pelayanan Posyandu Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Bandar Khalipah Kecamatan Percut Sei Tuan*. Medan: Universitas Sumatera Utara.
- Nursalam., 2008. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Keperawatan*. Jakarta : Info Medika.
- Potter dan Perry. (2010). *Fundamental Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Pratiwi, Yuyun. (2017). *Pemberdayaan Kader Dengan Meningkatkan Pengetahuan dan Keterampilan Kader Dalam Pelayanan Posbindu di Wilayah Kerja Puskesmas Barat*. Surakarta: UMS.
- Purnomo, Gilang Adi. (2014). *Pengaruh Pelatihan Kader Tentang Posyandu Terhadap Kemampuan Pengelolaan Posyandu di Desa Sendangsari Kecamatan Pengasih Kulon Progo*. Yogyakarta: STIKES AISYIYAH
- Republik Indonesia. (2014). *Undang-Undang No.18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa*. Jakarta: Sekretariat Negara.
- Saragi, Devi Sagita. (2015). *Pengaruh Peran Kader Posyandu Terhadap Pemanfaatan Pelayanan Posyandu Dalam Penimbangan Balita di Kota Padangsidimpuan Tahun 2015*. Medan: Universitas Sumatera Utara
- Sastroasmoro, S., 2011. *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis Edisi ke-3*. Jakarta: Sagung Seto.
- Stuart, G.W. & Laraia, M.T. (2005). *Principles and Practice os Psychiatric Nursing, 8th ed*. St. Louis: Mosby, Inc.
- Stuart, G.W. (2009). *Principles and Practice os Psychiatric Nursing, 9th ed*. Missouri: Mosby, Inc
- Sugiyono. (2010). *Metode Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif*. Bandung: Alfabeta.
- Suryani, Eva Dwi. (2013). *Pengaruh Pelatihan Kader Terhadap Kemampuan Melakukan Pengelolaan Posyandu di Desa Srihandono Pundong Bantul Yogyakarta*. Yogyakarta: Universitas Aisyiyah Yogyakarta.
- Swarjana, I Ketut., 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta : Andi.
- Townsend, C.M. (2009). *Psychiatric of Nursing (3th,ed)*. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Wahyuningsih, Sri Atun. (2011). *Pengaruh Terapi Suportif Terhadap Kemampuan Keluarga Merawat Klien Gagal Ginjal Kronik (GGK) yang Menjalani Hemodialisa di Rumah Sakit PELNI Jakarta*. Jakarta: Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- World Health Organization. (2007). *Mental Health : A State of Well-Being*.
- World Health Organization., 2007. *Mental Health : A State of Well-Being*. Diakses Tanggal 10 Februari 2017.
- Yosep, Iyus. (2013). *Keperawatan Jiwa (Edisi Refisi)*. Bandung: Refika Aditama.
- Yulifah, dkk. (2009). *Asuhan Kebidanan Komunitas*. Jakarta: Salemba Medika