



**FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KINERJA KADER DALAM
KEGIATAN PROGRAM PERENCANAAN PERSALINAN
DAN PENCEGAHAN KOMPLIKASI (P4K) DI
PUSKESMAS SEMBORO TAHUN 2013**

SKRIPSI

Oleh

**SUHARTINI
NIM 102110101154**

**BAGIAN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2014**



**FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KINERJA KADER DALAM
KEGIATAN PROGRAM PERENCANAAN PERSALINAN
DAN PENCEGAHAN KOMPLIKASI (P4K) DI
PUSKESMAS SEMBORO TAHUN 2013**

SKRIPSI

Diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan Pendidikan Strata Satu (S1) Fakultas Kesehatan Masyarakat dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat (S.KM.)

Oleh

**SUHARTINI
NIM 102110101154**

**BAGIAN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2014**

MOTTO

Tak jadi soal apakah Anda berpikir anda akan berhasil atau tidak, Anda tetap Benar

Henry Ford

Ingatlah 5 perkara sebelum 5 perkara

Kaya sebelum Miskin

Sempit sebelum Sempit

Sehat sebelum Sakit

Muda Sebelum Tua

Hidup sebelum Mati

(Hadist Qudsy)

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawahini:

NAMA : Suhartini

NIM : 102110101154

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwakaryailmiah yang berjudul “Faktor Yang Berhubungan Dengan Kinerja Kader Dalam Kegiatan Program Perencanaan Persalinan Dan Pencegahan Komplikasi (P4K) Di Puskesmas Semboro Tahun 2013 “ adalah benar – benar hasil karya sendiri, kecuali kutipan yang sudah saya sebutkan sumbernya, belum pernah diajukan pada instansi mana pun, dan bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa ada tekanan dan paksaan dari pihak mana pun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata dikemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, 18 Mei 2014

Yang menyatakan,

Suhartini

NIM 102110101154

PEMBIMBINGAN

SKRIPSI

**FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KINERJA KADER DALAM
KEGIATAN PROGRAM PERENCANAAN PERSALINAN
DAN PENCEGAHAN KOMPLIKASI (P4K) DI
PUSKESMAS SEMBORO TAHUN 2013**

Oleh
Suhartini
NIM. 102110101154

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Abu Khoiri, S.KM., M.Kes

Dosen Pembimbing Anggota : Eri Witcahyo, S.KM., M.Kes

PENGESAHAN

Skripsi yang berjudul *Faktor Yang Berhubungan Dengan Kinerja Kader Dalam Kegiatan Program Perencanaan Persalinan Dan Pencegahan Komplikasi (P4K) Di Puskesmas Semboro Tahun 2013* telah disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember pada:

Hari : Rabu

Tanggal : 19 Mei 2014

Tempat : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Tim Penguji

Ketua,

Sekretaris,

Nuryadi, S.KM.,M.Kes.
NIP. 19720916 200112 1 001

Eri Witcahyo, S.KM., M.Kes.
NIP. 19820723 201012 1 003

Anggota I,

Anggota II,

Abu Khoiri, S.KM., M.Kes
NIP. 19790305 20050 1 1002

dr.I.Y.Sugiarto
NIP.197607072012121003

Mengesahkan,
Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Jember

Drs. Husni Abdul Gani, M.S.
NIP. 19560810 198303 1 003

PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Suamiku Kartaji yang selama ini telah membimbing dengan kasih sayang dan tiada henti mengucapkan serangkaian doa terbaik dengan ketulusan hati untuk keberhasilan dan kebahagiaanku.
2. Anakku Bayu dan Nanda yang selalu memahami dan memberikan dukungan, senyum, canda, serta kritikan yang membangun.
3. Bapak Ibu guru, terima kasih atas ilmu yang telah diajarkan kepada saya.
4. Bapak dr.I.Y.Sugiarto dan teman teman yang telah mendukung terselesaikannya tugasku.
5. Teman-temanku semuanya yang tak bisa kusebutkan namanya satu persatu.
6. Almamater Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Faktor yang Berhubungan Dengan Kinerja Kader dalam Kegiatan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) Di Puskesmas Semboro Tahun 2013 (*Factors Associated With performance's cadre of health in Delivery Planning and Prevention of Complication (P4K) At Semboro Health Center in 2013*)

Suhartini

Departement of Health Administration and Policy, School of Public Health Jember University

ABSTRACT

The gap between the coverage of the detection of high risk pregnant women is still low due to essentially have established a partnership between the village midwives and cadres, but has not run optimally. The role and performance of cadres and community leaders in improving service delivery assistance is still not optimal. The purpose of this study were to identify intrinsic motivation, extrinsic motivation and ability factors on the workers performance of health in P4K activities as well as to analyze the relationship between intrinsic motivation, extrinsic motivation and ability to the performance of P4K activities. This type of research used were analytical research. This research was conducted at Puskesmas Semboro. The research was conducted in October 2013. Design of the study were analytical. The samples of study were 74 cadres by simple random samplig. The results showed the distribution of respondents based on intrinsic motivation with a majority of 98.7 % of respondents were motivated and 1 % had a low level of intrinsic motivation. Extrinsic motivation with a majority of 74% of respondents had a moderate level of extrinsic motivation. Ability with a majority of 70% of respondents have a moderate ability. The results showed that there is a relationship between intrinsic motivation with the performance of health cadres. The relationship between intrinsic motivation by health worker performance is indicated by the count $r = 0.283$ means that there is a weak correlation between intrinsic motivation with the performance of health workers. Extrinsic motivation is related to the performance of cadres by the count $r = 0.276$. The test results showed that the relationship between the performance capabilities of health cadres. The relationship between the ability of the health worker performance is indicated by the count $r = 0.338$ means there is a high correlation between the performance capabilities of health cadres .

Keyword: *performance, cadre of health, motivation, Delivery Planning and Prevention of Complication (P4K)*

RINGKASAN

Faktor Yang Berhubungan Dengan Kinerja Kader Dalam Kegiatan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) Di Puskesmas Semboro Tahun 2013. Suhartini. 102110101154; 92halaman; Bagian AdminitrasiKebijakanKesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Metode sosialisasi Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) untuk menekan jumlah kematian ibu, bayi. Adanya sosialisasi P4Kdi seluruh puskesmas dengan tenaga kesehatan sebagai sasarannya, sosialisasi kepada masyarakat kepada ibu hamil dan suami, kader sebagai pendamping ibu hamil, dan melakukan promosi keberbagai media, antara lain media cetak, elektronik,dan media *cyber* dilakukan kepada seluruh lapisan masyarakat melalui sosialisasi program. Pelaksanaan P4K akan berjalan dengan baik apabila kinerja kader dan seluruh masyarakat terlaksana dengan adanya komitmen yang baik. Komitmen bidan desa dan kinerja semua komponen lapisan masyarakat desa diperlukan untuk mencapai keberhasilan P4K. Bidan desa merupakan motor penggerak sehingga P4K dapat dilakukan dengan baik untuk menanggulangi kegawatdaruratan ibu hamil dan bersalin. Berdasarkan data yang diperoleh dari Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS-KIA) Puskesmas Semboro, kasus AKI pada tahun 2010 sebanyak 0 kasus, tahun 2011 sebanyak 1 kasus, tahun 2012 sebanyak 1 kasus. Sedangkan Kasus AKB pada Tahun 2010 sebanyak 14 kasus, Tahun 2011 sebanyak 11 kasus Tahun 2012 sebanyak 12 kasus, cakupan Deteksi Risiko Tinggi (DRT) oleh masyarakat (kader) yang masih rendah sebanyak 28 (19%) dari 149 sasaran dan pemasangan stiker sebanyak 30%.sampai bulan Agustus.

Permasalahan dalam penelitian ini adalah bagaimana hubungan antara motivasi ekstrinsik dan intrinsik serta kemampuan terhadap kinerja kader kesehatan dalam kegiatan P4K di wilayah kerja Puskesmas Semboro Kabupaten Jember tahun 2013. Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk menganalisis faktor yang

berhubungan dengan kinerja kader kesehatan dalam kegiatan P4K di wilayah kerja Puskesmas Semboro Kabupaten Jember Tahun 2013. Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian analitik. Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Semboro. Waktu penelitian dilaksanakan pada bulan Oktober 2013. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh kader kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Semboro sejumlah 315 orang. Sampel penelitian ini sebanyak 74 kader kesehatan.

Hasil penelitian menunjukkan distribusi responden berdasarkan motivasi intrinsik dengan mayoritas responden memiliki motivasi sedang dan sebagian kecil memiliki tingkat motivasi intrinsik rendah. Distribusi responden berdasarkan motivasi ekstrinsik, sebagian besar memiliki tingkat motivasi ekstrinsik sedang. Distribusi responden berdasarkan kemampuan sebagian besar responden memiliki kemampuan sedang. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara motivasi intrinsik dengan kinerja kader kesehatan ($p = 0,046$). Hubungan antara motivasi intrinsik dengan kinerja kader kesehatan terdapat korelasi yang lemah antara motivasi intrinsik dengan kinerja kader kesehatan. Motivasi ekstrinsik berhubungan terhadap kinerja kader ($p = 0,017$). Hal itu berarti motivasi ekstrinsik dapat menyebabkan peningkatan kinerja kader karena seorang kader dalam memberikan pelayanan tidak mengharapkan imbalan yang tidak seberapa besar tetapi benar-benar tulus dan sukarela mengemban tugas sebagai seorang kader. Terdapat hubungan antara kemampuan dengan kinerja kader kesehatan ($p = 0,003$) terdapat korelasi yang lemah antara kemampuan dengan kinerja kader kesehatan. Kesimpulan dalam penelitian ini bahwa Distribusi responden berdasarkan motivasi intrinsik mayoritas memiliki motivasi sedang dan terdapat hubungan antara motivasi intrinsik dengan kinerja kader kesehatan, distribusi responden berdasarkan motivasi ekstrinsik mayoritas memiliki motivasi sedang dan terdapat hubungan antara motivasi ekstrinsik dengan kinerja kader kesehatan, distribusi responden berdasarkan kemampuan mayoritas memiliki kategori sedang dan terdapat hubungan antara kemampuan dengan kinerja kader.

PRAKATA

Puji syukur kehadiran Allah SWT. atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang disusun untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan pendidikan strata satu (S1) pada Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis menyampaikan terima kasih kepada:

1. Drs. Husni Abdul Gani, M.S, selaku Dekan Fakultas Kesehatan masyarakat Universitas Jember.
2. Abu Khoiri, S.KM, M.Kes selaku Ketua Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember dan selaku Dosen Pembimbing I yang telah meluangkan waktu dan pikiran serta perhatiannya guna memberikan bimbingan dan pengarahan demi terselesaikannya penulisan skripsi ini.
3. Eri Witcahyo, S.KM, M.Kes selaku Dosen Pembimbing II yang telah meluangkan waktu dan pikiran serta perhatiannya guna memberikan bimbingan dan pengarahan demi terselesaikannya penulisan skripsi ini.
4. Semua Dosen Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember atas ilmu yang diberikan di bangku kuliah.
5. Semua karyawan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
6. Semua pihak yang telah membantu terselesainya skripsi ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu-persatu.

Penulis juga menerima segala kritik dan saran dari semua pihak demi kesempurnaan skripsi ini. Akhirnya penulis berharap, semoga skripsi ini dapat bermanfaat.

Jember, 18 Mei 2014

Penulis

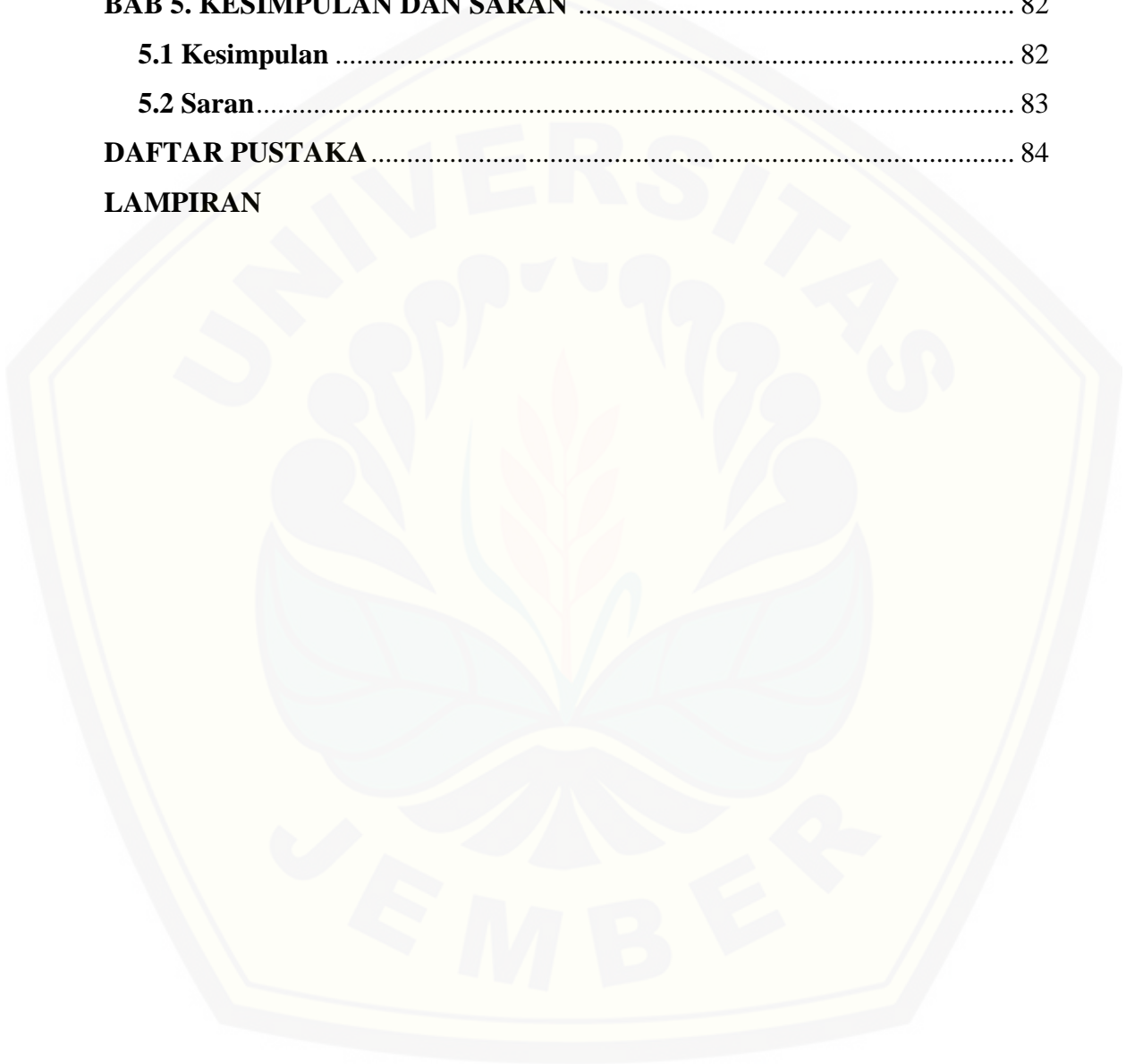
DAFTAR ISI

| | Halaman |
|--------------------------------------|---------|
| HALAMAN SAMBUNG | i |
| HALAMAN JUDUL | ii |
| HALAMAN MOTTO | iii |
| HALAMAN PERNYATAAN | iv |
| HALAMAN PEMBIMBINGAN | v |
| HALAMAN PENGESAHAN | vi |
| PERSEMBAHAN | vii |
| ABSTRACT | viii |
| RINGKASAN | ix |
| PRAKATA | xi |
| DAFTAR ISI | xii |
| DAFTAR TABEL | xvi |
| DAFTAR GAMBAR | xvii |
| DAFTAR LAMPIRAN | xviii |
| BAB 1. PENDAHULUAN | 1 |
| 1.1. Latar Belakang | 1 |
| 1.2. Rumusan Masalah | 5 |
| 1.3. Tujuan Penelitian | 5 |
| 1.3.1 Tujuan Umum | 5 |
| 1.3.2 Tujuan Khusus | 5 |
| 1.4. Manfaat Penelitian | 6 |
| BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA | 7 |
| 2.1 Landasan Teori | 7 |
| 2.1.1 Puskesmas | 7 |
| 2.1.2 Kader Kesehatan | 8 |
| 2.1.3 Pelayanan P4K..... | 18 |
| 2.1.4 Kehamilan | 26 |

| | |
|---|-----------|
| 2.1.5 Kinerja..... | 29 |
| 2.1.6 Teori Motivasi..... | 34 |
| 2.1.7 Kemampuan | 37 |
| 2.2 Tinjauan Penelitian Terdahulu | 41 |
| 2.3 Kerangka Konseptual..... | 43 |
| BAB 3. METODE PENELITIAN | 45 |
| 3.1 Jenis Penelitian | 45 |
| 3.2 Tempat dan Waktu Penelitian | 45 |
| 3.3 Populasi, Sampel, Unit Sampel dan Teknik Pengambilan | |
| Sampel Penelitian | 45 |
| 3.3.1 Populasi Penelitian | 45 |
| 3.3.2 Sampel Penelitian..... | 45 |
| 3.3.3 Unit Sampel Penelitian | 46 |
| 3.3.4 Teknik Pengambilan Sampel | 47 |
| 3.4 Variabel dan Definisi Operasional..... | 47 |
| 3.4.1 Variabel Penelitian | 47 |
| 3.4.2 Definisi Operasional | 48 |
| 3.5 Sumber, Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data..... | 51 |
| 3.5.1 Sumber Data | 51 |
| 3.5.2 Tehnik Pengumpulan Data | 52 |
| 3.5.3 Instrumen Pengumpulan Data | 52 |
| 3.6 Teknik Pengolahan, Penyajian dan Analisis Data | 53 |
| 3.6.1 Teknik Pengumpulan Data | 53 |
| 3.6.2 Teknik Penyajian Data | 53 |
| 3.6.3 Teknik Analisis Data..... | 54 |
| 3.7 Uji Instrumen Data | 54 |
| 3.7.1 Uji Validitas | 54 |
| 3.7.2 Hasil Uji Reliabilitas | 55 |

| | |
|--|----|
| 3.8 Uji Korelasi | 56 |
| 3.9 Kerangka Operasional | 58 |
| BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN | 59 |
| 4.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian | 59 |
| 4.1.1 Gambaran Puskesmas Semboro | 59 |
| 4.1.2 Visi, Misi dan Motto Puskesmas Semboro | 59 |
| 4.1.3 Pelayanan Medis secara Umum di Puskesmas Semboro | 60 |
| 4.1.4 Jumlah Tenaga Medis dan Nonmedis di Puskesmas Semboro | 60 |
| 4.1.5 Sarana | 61 |
| 4.1.6 Sasaran | 61 |
| 4.2 Deskripsi Karakteristik Responden | 62 |
| 4.3 Hasil Penelitian | 63 |
| 4.3.1 Identifikasi Faktor Motivasi Intrinsik Kader Kesehatan | 63 |
| 4.3.2 Identifikasi Faktor Motivasi Ekstrinsik Kader Kesehatan | 64 |
| 4.3.3 Identifikasi Faktor Kemampuan | 65 |
| 4.3.4 Identifikasi Faktor Kinerja Kader Kesehatan | 65 |
| 4.3.5 Hubungan Motivasi Instrinsik terhadap Kinerja Kader Kesehatan | 66 |
| 4.3.6 Hubungan Motivasi Ekstrinsik terhadap Kinerja Kader Kesehatan | 67 |
| 4.3.7 Hubungan Kemampuan terhadap Kinerja Kader Kesehatan | 68 |
| 4.4.Pembahasan | 68 |
| 4.4.1 Identifikasi Faktor Motivasi Intrinsik Kader Kesehatan | 68 |
| 4.4.2 Identifikasi Faktor Motivasi Ekstrinsik Kader Kesehatan | 70 |
| 4.4.3 Identifikasi Faktor Kemampuan | 73 |
| 4.4.4 Identifikasi Faktor Kinerja Kader Kesehatan | 75 |
| 4.4.5 Hubungan Motivasi Instrinsik terhadap Kinerja Kader Kesehatan | 76 |

| | |
|--|-----------|
| 4.4.6 Hubungan Motivasi Ekstrinsik terhadap Kinerja Kader Kesehatan | 77 |
| 4.4.7 Hubungan Kemampuan terhadap Kinerja Kader Kesehatan | 80 |
| BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN | 82 |
| 5.1 Kesimpulan | 82 |
| 5.2 Saran..... | 83 |
| DAFTAR PUSTAKA | 84 |
| LAMPIRAN | |

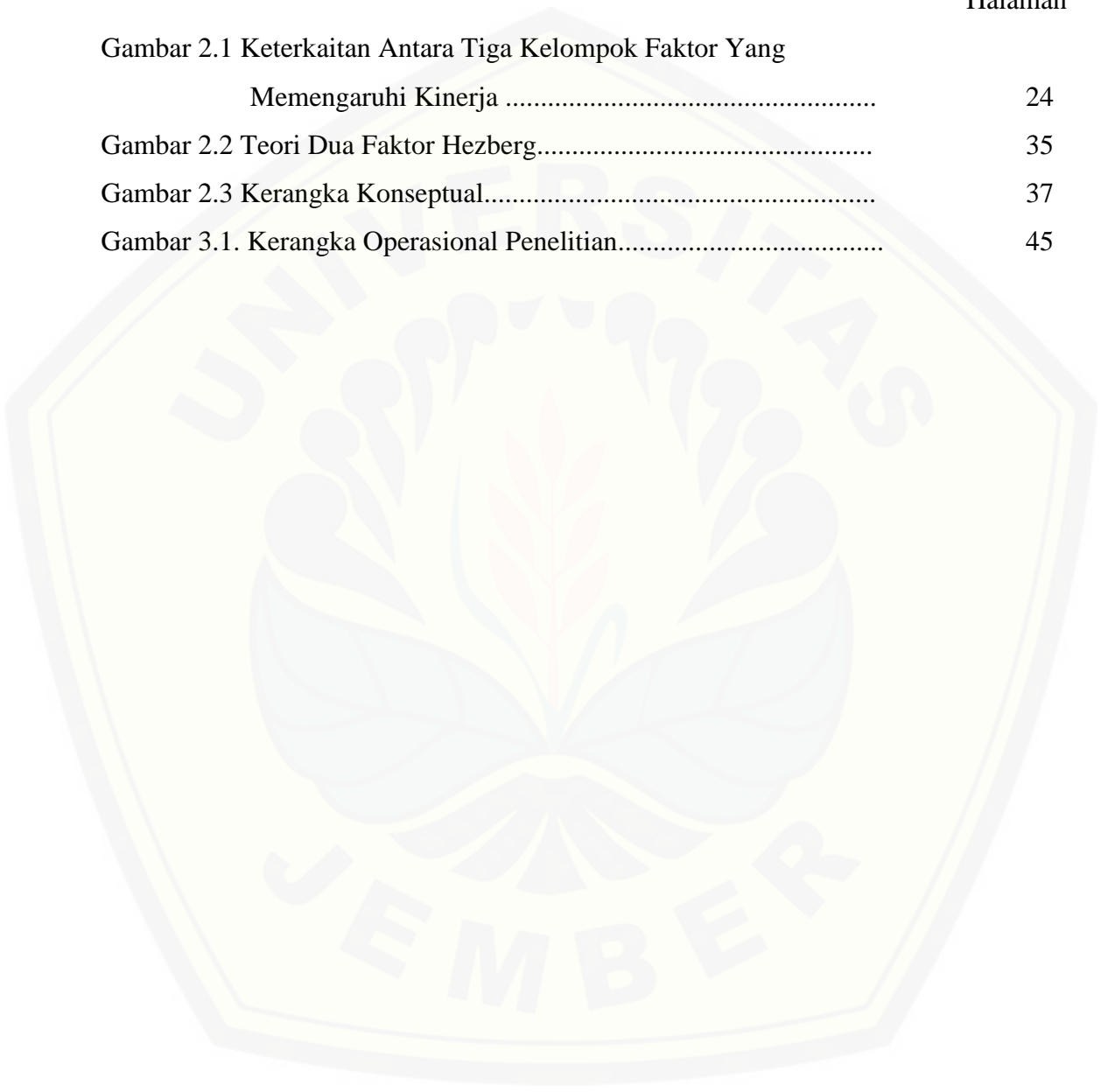


DAFTAR TABEL

| | Halaman |
|--|---------|
| Tabel 1.1. Jumlah Kader yang Tersebar di Wilayah Kerja Puskesmas Semboro..... | 2 |
| Tabel 3.1 Sampel pada Masing-Masing Sub Populasi..... | 48 |
| Tabel 3.2 Definisi Operasional Variabel..... | 49 |
| Tabel 3.3 Hasil Uji Validitas Kuesioner..... | 56 |
| Tabel 3.4 Reliabilitas Instrumen Penelitian..... | 57 |
| Tabel 4.1 Distribusi Responden Menurut Jenis Kelamin Puskesmas Semboro..... | 64 |
| Tabel 4.2 Distribusi Responden Menurut Usia Puskesmas Semboro, | 65 |
| Tabel 4.3 Distribusi Responden Menurut Pendidikan Puskesmas Semboro Tahun 2013..... | 65 |
| Tabel 4.4. Distribusi Faktor Motivasi Intrinsik Kader Kesehatan..... | 66 |
| Tabel 4.5. Distribusi Faktor Motivasi Ekstrinsik Kader Kesehatan..... | 67 |
| Tabel 4.6. Distribusi Faktor Kemampuan Kader Kesehatan..... | 67 |
| Tabel 4.7. Distribusi Faktor Kinerja Kader Kesehatan..... | 68 |
| Tabel 4.8 Hasil Tabulasi Silang Antara Motivasi Intrinsik dengan Kinerja Kader Kesehatan..... | 68 |
| Tabel 4.9 Hasil Tabulasi Silang Antara Motivasi Ekstrinsik dengan Kinerja Kader Kesehatan..... | 70 |
| Tabel 4.10 Hasil Tabulasi Silang Antara Kemampuan dengan Kinerja Kader Kesehatan..... | 71 |

DAFTAR GAMBAR

| | Halaman |
|--|---------|
| Gambar 2.1 Keterkaitan Antara Tiga Kelompok Faktor Yang Memengaruhi Kinerja | 24 |
| Gambar 2.2 Teori Dua Faktor Herzberg..... | 35 |
| Gambar 2.3 Kerangka Konseptual..... | 37 |
| Gambar 3.1. Kerangka Operasional Penelitian..... | 45 |



DAFTAR LAMPIRAN

| | Halaman |
|---|---------|
| Lampiran A. Lembar <i>Informed Consent</i> | 88 |
| Lampiran B. Lembar Kuesioner..... | 89 |
| Lampiran C. Distribusi Hasil Responden..... | 93 |
| Lampiran D. Hasil Reliabilitas Data..... | 118 |
| Lampiran E. Hasil Analisis Korelasi Spearman..... | 120 |
| Lampiran F. Dokumentasi Penelitian..... | 121 |
| Lampiran G. Surat Ijin Penelitian..... | 123 |

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu indikator derajat kesehatan masyarakat. Tingginya AKI di suatu negara menunjukkan bahwa negara tersebut dikategorikan buruk dan belum berhasil dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Departemen Kesehatan (Depkes) Republik Indonesia pada tahun 2009 menargetkan AKI di Indonesia menjadi 226 per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini masih jauh dari target *Millenium Development Goals* (MDGs) yang menetapkan AKI 102/100.000 kelahiran pada tahun 2015. Berdasarkan Rencana Strategis Nasional *Making Pregnancy Safer* (MPS) di Indonesia tahun 2001-2010, Depkes RI (2001) menyebutkan bahwa dari lima juta kelahiran yang terjadi di Indonesia setiap tahunnya, diperkirakan 20.000 ibu meninggal akibat komplikasi kehamilan dan persalinan (Depkes RI, 2009).

Menurut data jumlah kematian ibu Kabupaten/Kota se Jatim tahun 2011, Kabupaten Jember menduduki peringkat teratas. Berdasarkan sumber data Dinas Kesehatan Kabupaten Jember pada tahun 2009 kematian ibu sebesar 51 orang dan kematian bayi sebesar 348 bayi, tahun 2010 kematian ibu sebesar 55 orang dan kematian bayi sebesar 428 bayi, tahun 2011 kematian ibu sebesar 54 orang dan kematian bayi sebesar 439. Faktor penyebab dari kematian ibu yang tertinggi adalah penyakit jantung, perdarahan, PEB atau eklamsia

Masalah kematian ibu dan bayi tidak terlepas dari pelaksanaan proses persalinan. Hal ini juga terjadi di Puskesmas Semboro, Kecamatan Semboro, Kabupaten Jember. Berdasarkan data yang diperoleh dari profil Puskesmas Semboro, Kecamatan Semboro, Kabupaten Jember, jumlah persalinan pada tahun 2012 sampai dengan bulan Agustus sebanyak 556 (78%) persalinan dari 713 sasaran ibu bersalin. Persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan sebanyak 556 (78%), persalinan tenaga kesehatan difasilitas kesehatan sebanyak 550 (77%) sedangkan persalinan yang ditolong oleh tenaga non kesehatan sebanyak 0 orang (0%). Cakupan

kunjungan ibu hamil K1 sebanyak 542 (73%) dari 747 ibu hamil, cakupan deteksi risiko tinggi (DRT) oleh masyarakat yang masih rendah di Puskesmas Semboro sebanyak 28 (19%) dari 149 sasaran. Sedangkan cakupan kunjungan ibu hamil K4 sebanyak 477 (64%) dari ibu hamil.

Berdasarkan data yang diperoleh dari Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS-KIA) Puskesmas Semboro, kasus AKI pada tahun 2010 sebanyak 0 kasus, tahun 2011 sebanyak 1 kasus, tahun 2012 sebanyak 1 kasus. Sedangkan Kasus AKB pada Tahun 2010 sebanyak 14 kasus, Tahun 2011 sebanyak 11 kasus dan 2012 sebanyak 12 kasus sampai bulan Agustus. Hasil studi pendahuluan yang dilakukan penulis, diketahui terdapat 8 orang bidan desa dan 5 orang bidan desa yang bertempat tinggal di desa. Poskesdes ada 3 di wilayah kerja Puskesmas Semboro, yaitu di Desa Rejo Agung Desa Pondok Joyo dan Desa Pondok Dalem Puskesmas ini melayani 6 desa yang ada di wilayah kerja yaitu Desa Semboro, Desa Sidomekar, Desa Rejo Agung, Desa Sidomulyo, Desa Pondok Joyo dan Desa Pondok Dalem. Sedangkan jumlah kader kesehatan yang tersebar di Wilayah kerja Puskesmas Semboro sebanyak 315 kader dari 6 desa yang ada, meliputi Semboro 90 kader, Sidomekar 85, Rejo Agung 35 kader, Sidomulyo 35 kader, Pondok Joyo 40 kader, dan Pondok Dalem 30 kader (Puskesmas Semboro Tahun 2011).

Adanya kesenjangan antara cakupan deteksi resiko tinggi ibu hamil yang masih tergolong rendah (19%) disebabkan karena pada dasarnya telah terjalin kemitraan antara bidan desa dan kader, namun belum berjalan secara optimal. Peranan dan kinerja kader dan tokoh masyarakat dalam peningkatan pelayanan pertolongan persalinan juga masih belum optimal. Hal itu dapat dibuktikan dengan adanya ketidak sesuaian antara data kader kesehatan dengan pelaksanaan pelayanan secara nyata di lapangan, pemasangan stiker yang belum menyeluruh (30%), kunjungan kader terhadap ibu hamil yang belum maksimal dilakukan sehingga ibu hamil lebih awal berkunjung pada tenaga kesehatan dari pada didata oleh kader setempat dan banyaknya kasus yang ada di beberapa desa yang termasuk wilayah Puskesmas Semboro.

Pemerintah pada tahun 2007, melakukan upaya terobosan untuk percepatan penurunan AKI di seluruh Indonesia, yaitu dengan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) untuk menekan jumlah kematian ibu, bayi. P4K dengan stikerisasi merupakan “upaya terobosan” dalam penurunan percepatan angka kematian ibu, bayi. Stiker diharapkan dapat menjadi media pesan, ibu hamil, keluarga dan seluruh elemen masyarakat, sehingga antara elemen-elemen terkait terjadi hubungan yang baik dengan satu tujuan, yaitu menurunnya angka kematian ibu, bayi. Bentuk kemitraan antara bidan desa, kader dan tokoh masyarakat terdapat pada P4K yang merupakan suatu kegiatan di keluarga dan masyarakat yang difasilitasi oleh bidan dalam rangka meningkatkan peran aktif suami, keluarga dan masyarakat dalam merencanakan persalinan yang aman dan persiapan dalam menghadapi kemungkinan terjadinya komplikasi pada saat hamil, bersalin dan nifas (Depkes RI, 2011).

Dinas Kesehatan Kabupaten Jember mengenalkan P4K kepada masyarakat dengan berbagai cara. Adanya sosialisasi P4K di seluruh puskesmas dengan tenaga kesehatan sebagai sasarannya, sosialisasi kepada masyarakat kepada ibu hamil dan suami, kader sebagai pendamping ibu hamil, dan melakukan promosi ke berbagai media, antara lain media cetak, elektronik, dan media *cyber* dilakukan kepada seluruh lapisan masyarakat melalui sosialisasi program.

P4K dilakukan dengan menggunakan metode stikerisasi. P4K dengan stiker adalah merupakan suatu kegiatan yang difasilitasi oleh bidan di desa dalam rangka peran aktif suami, keluarga dan masyarakat dalam merencanakan persalinan yang aman dan persiapan menghadapi komplikasi bagi ibu hamil, termasuk perencanaan penggunaan KB pasca persalinan dengan menggunakan stiker sebagai media notifikasi sasaran dalam rangka meningkatkan cakupan dan mutu pelayanan kesehatan bagi ibu dan bayi baru lahir. Hal ini dapat dibuktikan dengan hasil survey yang menunjukkan bahwa pemasangan stiker di wilayah Puskesmas Semboro hanya sekitar 30%. Selain itu, kunjungan wanita hamil yang dilakukan oleh kader hanya 30% dari keseluruhan wanita hamil (140) yaitu sebesar 42 orang.

Pelaksanaan P4K akan berjalan dengan baik apabila kinerja kader dan seluruh masyarakat terlaksana dengan adanya komitmen yang baik. Komitmen bidan desa dan kinerja semua komponen lapisan masyarakat desa diperlukan untuk mencapai keberhasilan P4K. Bidan desa merupakan motor penggerak sehingga P4K dapat dilakukan dengan baik untuk menanggulangi kegawatdaruratan ibu hamil dan bersalin. Kinerja kader Posyandu dalam pelaksanaan Posyandu di tempat penelitian dikatakan kurang, dimana kader kurang memberikan motivasi kepada ibu hamil, ibu balita untuk masalah balita yang tidak hadir dalam pelaksanaan Posyandu dan kurang memberikan motivasi kepada ibu balita untuk kesadaran memberikan ASI eksklusif, dimana sebagian besar kader merupakan kader baru dalam pelaksanaan Posyandu.

Faktor yang mempengaruhi kinerja kader antara lain motivasi baik motivasi intrinsik dan ekstrinsik. Faktor yang mempengaruhi timbulnya kinerja dapat terlihat, diantaranya faktor motivasi baik intrinsik dan ekstrinsik (Setya, 2009). Hubungan antara motivasi dengan kerelawanan membentuk kinerja. Dengan adanya motivasi yang tinggi maka kinerja juga akan meningkat terbukti dengan kegiatan pelayanan yang dijalankan oleh para kader dalam proses pelayanan kesehatan. Motivasi yang dimiliki oleh para kader diwujudkan dalam kinerja kader dalam menjalankan tugasnya. Kinerja ditunjukkan dalam sikap dan tindakan kader sebagai pelaksana ketika menyelenggarakan pelayanan seperti pelayanan fasilitas posyandu, seperti penyuluhan ibu hamil pengisian KMS/ KIA, buku pencatatan kegiatan pelaksanaan, penyediaan alat timbangan, penimbangan bayi maupun balita, serta pelaksanaan imunisasi yang dibantu oleh kader.

Faktor kemampuan kerja secara individual berpengaruh terhadap kinerja. Menurut Gibson (1996) bahwa kemampuan kerja seseorang secara individual dalam organisasi merupakan salah satu hal yang penting diperhatikan organisasi, karena variabel kemampuan, latar belakang, dan demografis mempengaruhi perilaku kerja personal yang selanjutnya berefek kepada kinerja secara organisasi. Ditinjau dari kemampuan kader dalam menjalankan kegiatan posyandu belum optimal, salah satu penyebabnya adalah kader belum mampu untuk menggerakkan lansia dalam

memanfaatkan posyandu, hal ini dapat dilihat dari partisipasi dan kesadaran masyarakat dalam mendukung pelaksanaan kegiatan posyandu lansia yang masih rendah.

Ada beberapa penelitian tentang motivasi dan kemampuan terhadap kinerja kader. Andira (2012) meneliti tentang faktor yang berhubungan dengan kinerja kader. Hasil penelitian menemukan bahwa kinerja kader di Kecamatan Bontobahari Kabupaten Bulukumba pada umumnya kurang. Sikap, motivasi, pengetahuan, masa kerja merupakan faktor yang berhubungan dengan kinerja kader. Studi yang dilakukan Eva (2013) menemukan bahwa secara statistik variabel motivasi dan kemampuan kerja berpengaruh signifikan terhadap kinerja kader posyandu lansia di Puskesmas Lampahan Kabupaten Bener Meriah.

Berdasarkan latar belakang tersebut diatas ,maka perlunya dilakukan penelitian tentang faktor yang mempengaruhi kinerja kader kesehatan dalam kegiatan P4K di wilayah kerja Puskesmas Semboro Kabupaten Jember Tahun 2013.

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka dirumuskan permasalahan penelitian yaitu bagaimana hubungan antara motivasi ekstrinsik dan intrinsik serta kemampuan terhadap kinerja kader kesehatan dalam kegiatan P4K di wilayah kerja Puskesmas Semboro Kabupaten Jember tahun 2013.

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk menganalisis faktor yang berhubungan dengan kinerja kader kesehatan dalam kegiatan P4K di wilayah kerja Puskesmas Semboro Kabupaten Jember Tahun 2013.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penelitian ini antara lain:

- a. Mengidentifikasi faktor motivasi intrinsik kader kesehatan dalam kegiatan P4K di Puskesmas Semboro
- b. Mengidentifikasi faktor motivasi ekstrinsik kader kesehatan dalam kegiatan P4K di Puskesmas Semboro
- c. Mengidentifikasi faktor kemampuan kader kesehatan dalam kegiatan P4K di Puskesmas Semboro
- d. Mengidentifikasi faktor kinerja kader kesehatan dalam kegiatan P4K di Puskesmas Semboro
- e. Menganalisis hubungan antara motivasi intrinsik dengan kinerja kader dalam kegiatan P4K di Puskesmas Semboro
- f. Menganalisis hubungan antara motivasi ekstrinsik dengan kinerja kader dalam kegiatan P4K di Puskesmas Semboro
- g. Menganalisis hubungan antara kemampuan dengan kinerja kader dalam kegiatan P4K di Puskesmas Semboro

1.4. Manfaat Penelitian

Manfaat penelitian ini antara lain:

- a. Manfaat Teoretis
 - 1) Sebagai bahan pengembangan ilmu pengetahuan kesehatan masyarakat khususnya bidang administrasi dan kebijakan kesehatan mengenai pelaksanaan P4K.
 - 2) Sebagai bahan informasi yang dapat dijadikan referensi bagi penelitian selanjutnya.
- b. Manfaat praktis
 - 1) Sebagai masukan bagi Puskesmas Semboro agar lebih mengembangkan pelaksanaan kemitraan dalam pertolongan persalinan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan maternal dan neonatal di wilayah kerjanya.
 - 2) Sebagai masukan bagi bidan koordinator Puskesmas Semboro dalam mendorong dan meningkatkan peran kader kesehatan program KIA-KB.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Landasan Teori

2. 1.1 Puskesmas

Puskesmas adalah unit pelaksana teknis dinas kesehatan Kabupaten/Kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja. Puskesmas merupakan unit pelaksana teknis dinas kesehatan kabupaten atau kota (UPTD). Puskesmas berperan menyelenggarakan sebagian dari tugas teknis operasional dinas kesehatan Kabupaten/Kota dan merupakan unit pelaksana tingkat pertama serta ujung tombak pembangunan kesehatan di Indonesia (Sulastomo, 2007).

Pelaksanaan kegiatan upaya puskesmas meliputi:

- a. Upaya kesehatan wajib Puskesmas meliputi upaya promosi kesehatan, upaya kesehatan lingkungan, upaya perbaikan gizi, upaya pencegahan dan pemberantasan penyakit menular, upaya kesehatan ibu, anak dan KB serta upaya pengobatan dasar
- b. Upaya kesehatan pengembangan Puskesmas dimana upaya kesehatan ini dilaksanakan sesuai dengan masalah kesehatan masyarakat yang ada dan kemampuan Puskesmas. Bila ada masalah kesehatan, tetapi Puskesmas tidak mampu menangani, maka pelaksanaan dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Upaya Laboratorium (medis dan kesehatan masyarakat) dan Perkesmas serta Pencatatan Pelaporan merupakan kegiatan penunjang dari tiap upaya wajib atau pengembangan.

Menurut Sulastomo (2007), fungsi puskesmas adalah:

- a. Sebagai pusat pengembangan kesehatan masyarakat melalui pengenalan masalah kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya dan mengembangkan upaya-upaya kesehatan untuk mengatasi masalah-masalah kesehatan yang dihadapi.
- b. Pusat pembinaan peran serta masyarakat di wilayah kerjanya dalam rangka meningkatkan kemampuan sehat secara mandiri.
- c. Pusat pelayanan kesehatan yang diberikan dalam bentuk kegiatan pokok

Berdasarkan buku pedoman kerja puskesmas yang terbaru, dalam menjalankan tugasnya puskesmas mempunyai 20 tugas pokok, itupun sangat tergantung kepada faktor tenaga, sarana dan prasarana, biaya yang tersedia serta kemampuan manajemen dari tiap-tiap puskesmas. Adapun kegiatan pokok puskesmas tersebut meliputi : (Sulastomo, 2007)

- a. Upaya kesehatan ibu dan anak
- b. Upaya keluarga berencana
- c. Upaya kesehatan gizi
- d. Upaya kesehatan lingkungan
- e. Upaya pencegahan dan pemberantasan penyakit menular
- f. Upaya pengobatan termasuk pelayanan darurat karena kecelakaan
- g. Upaya penyuluhan kesehatan
- h. Upaya kesehatan sekolah
- i. Upaya kesehatan olah raga
- j. Upaya perawatan kesehatan masyarakat
- k. Upaya kesehatan kerja
- l. Upaya kesehatan gigi dan mulut
- m. Upaya kesehatan jiwa
- n. Upaya kesehatan mata
- o. Upaya laboratorium sederhana
- p. Upaya pencatatan dan pelaporan dalam rangka sistem informasi kesehatan
- q. Upaya kesehatan usia lanjut
- r. Upaya pembinaan pengobatan tradisional
- s. Upaya kesehatan remaja
- t. Dana sehat.

2.1.2. Kader Kesehatan

Kader adalah warga masyarakat setempat yang dipilih dan ditinjau oleh masyarakat dan dapat bekerja secara sukarela mengelola posyandu (Zulkifli, 2003).

Kader adalah pria atau wanita yang berbadan sehat jasmani dan rohani serta mau bekerja secara sukarela mengelola posyandu (Dinkes. Prov. Jatim, 2006). Kader adalah seorang tenaga sukareka yang direkrut dari, oleh dan untuk masyarakat, yang bertugas membantu kelancaran pelayanan kesehatan (Cahyo, 2010).

Kader kesehatan merupakan pilar utama penggerak pembangunan khususnya di bidang kesehatan. Mereka secara swadaya dilibatkan oleh puskesmas dalam kegiatan pelayanan kesehatan desa yang salah satunya adalah pemberian imunisasi Polio. Tanpa mereka kegiatan pelayanan kesehatan di desa tidak banyak artinya (Mardiati, 2006). Kader kesehatan sebaiknya mampu menjadi pengelola posyandu, karena merekalah yang paling memahami masyarakat di wilayahnya (Dinkes.Prov. Jatim, 2006). Kader bertugas melaksanakan penyuluhan di posyandu, salah satunya penyuluhan tentang bayi / balita mengenai jadwal pemberian imunisasi dan manfaatnya (Dinkes.Prov.Jatim, 2005).

Adapun persyaratan menjadi kader (Dinkes Prov Jatim, 2005)

- a. Setiap warga desa setempat laki-laki maupun perempuan.
- b. Bisa membaca dan menulis huruf latin.
- c. Mempunyai waktu luang.
- d. Memiliki kemampuan.
- e. Mau bekerja sukarela, tulus ikhlas.

Adapun tugas kader kesehatan antara lain (Depkes RI, 2011)

- a. Memberikan penyuluhan kepada masyarakat termasuk dkun bayi, tokoh agama dan tokoh masyarakat tentang pentingnya meningkatkan kesehatan ibu dan bayi pada setiap kesempatan di desa/kelurahan dan persalinan yang aman dan sehat agar ibu dan bayi sehat.
- b. Melakukan pendataan ibu hamil dan bayi di setiap Dasawisma melalui kunjungan rumah dan sekaligus memasang stiker P4K di setiap rumah ibu hamil termasuk memberikan penyuluhan menggunakan Buku KIA. Satu BUKU KIA dan stiker P4K diberikan kepada satu orang ibu hamil.

- c. Memotivasi ibu, suami dan keluarga untuk memeriksa kehamilan sesuai ketentuan, menjaga kesehatan ibu hamil/bersalin di fasilitas kesehatan, menyediakan dana persalinan melalui Tabungan Ibu Bersalin (Tabulin).
- d. Menganjurkan ibu/suami dan keluarga untuk menandatangani “Perjanjian Tertulis/Amanat Persalinan” serta meminta dan memanfaatkan Buku KIA.
- e. Mengusulkan kepada pemerintah desa agar menggerakkan masyarakat dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan untuk memeriksakan kehamilan, pertolongan persalinan, pelayanan ibu nifas dan memeriksakan kesehatan bayi.
- f. Menggerakkan dan mengorganisasi masyarakat untuk mendukung pelaksanaan kegiatan P4K seperti melakukan kegiatan Calon Pendorong Darah dan Ambulan Desa.
- g. Membantu ibu dan keluarga mendapatkan kemudahan dalam pelayanan penanganan komplikasi kehamilan, persalinan dan nifas melalui Posyandu dan upaya kesehatan bersumber masyarakat (UKBM) lainnya.
- h. Membantu ibu hamil untuk mendapatkan kemudahan dalam pelayanan KIA, misalnya, menunjukkan cara mendapatkan Surat Keterangan Tidak Mampu, Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas).
- i. Meminta bimbingan teknis kepada petugas kesehatan terkait dengan kesehatan ibu dan bayi.
- j. Melakukan pencatatan dan pelaporan tentang KIA kepada petugas kesehatan yang meliputi: kehamilan, persalinan, kematian ibu dan anak.
Tugas-tugas petugas kesehatan yaitu:
 - a. Memeriksa kehamilan ibu, segera setelah tidak mengalami haid
 - b. Menemukan ibu hamil sedini mungkin, ibu melahirkan/ibu nifas dan bayi di wilayah kerja melalui pendataan di Posyandu, Pondok Bersalin Desa, Pos Kesehatan Desa, Kunjungan Rumah ataupun di Puskesmas.
 - c. Membantu pemetaan ibu hamil dan bayi di wilayah kerjanya.
 - d. Membuat Kantong Persalinan di wilayah kerjanya.

- e. Melakukan pemeriksaan kehamilan turin di fasilitas kesehatan/sekurang-kurangnya 4 kali selama masa kehamilan.
- f. Menemukan secara dini kemungkinan adanya penyakit lain pada ibu hamil sewaktu pemeriksaan kehamilan.
- g. Menetapkan status imunisasi tetanus toksoid ibu hamil.
- h. Memberikan Buku KIA dan menjelaskan manfaat dan cara penggunaannya.
- i. Meningkatkan pengetahuan ibu dan keluarga tentang perubahan-perubahan selama kehamilan, persalinan dan nifas.
- j. Melaksanakan Kelas ibu dalam rangka menjelaskan Buku KIA dan senam ibu hamil.
- k. Melakukan pemeriksaan kadar HB dalam darah dan menjelaskan pentingnya mini Tablet Tambah Darah (TTD), minimal 90 tablet selama kehamilan.
- l. Melakukan pemeriksaan laboratorium rutin dan khusus.
- m. Bersama kader melakukan kunjungan rumah pada ibu hamil, bersalin dan nifas pada kasus yang mempunyai faktor risiko dan merujuk ibu jika terjadi komplikasi.

Seorang warga masyarakat dapat diangkat menjadi seorang kader apabila memenuhi persyaratan sebagai berikut :

- a. Dapat membaca dan menulis
- b. Berjiwa sosial dan mau bekerja secara relawan
- c. Mengetahui adat istiadat serta kebiasaan masyarakat
- d. Mempunyai waktu yang cukup
- e. Bertempat tinggal di wilayah posyandu
- f. Berpenampilan ramah dan simpatik
- g. Mengikuti pelatihan-pelatihan sebelum menjadi kader. b.

Menurut Niken (2009:130), peran dan fungsi kader sebagai pelaku penggerak masyarakat :

- a. Perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS)
- b. Pengamatan terhadap masalah kesehatan di desa

- c. Upaya penyehatan lingkungan
- d. Peningkatan kesehatan ibu, bayi dan anak balita
- e. Pemasarakatan keluarga sadar gizi (Kadarzi)

Adapun tugas kader secara garis besar adalah sebagai berikut :

a. Melakukan kegiatan bulanan posyandu

1) Mempersiapkan pelaksanaan posyandu

Tugas-tugas kader pada saat persiapan hari buka posyandu, meliputi :

- a) Menyiapkan alat dan bahan, yaitu alat penimbangan bayi, KMS, alat peraga, LILA, alat pengukur, obat-obat yang dibutuhkan (pil besi, vitamin A, oralit), bahan/materi penyuluhan.
- b) Mengundang dan menggerakkan masyarakat, yaitu memberitahu ibu-ibu untuk datang ke posyandu.
- c) Menghubungi pokja posyandu, yaitu menyampaikan rencana kegiatan kepada kantor desa dan meminta mereka untuk memastikan apakah petugas sektor bisa hadir pada hari buka posyandu.
- d) Melaksanakan pembagian tugas, yaitu menentukan pembagian tugas diantara kader baik untuk persiapan maupun pelaksanaan kegiatan.

2) Tugas kader pada kegiatan bulanan posyandu

Tugas kader pada hari buka posyandu disebut juga dengan tugas pelayanan 5 meja , meliputi :

- a) Meja 1, yaitu bertugas mendaftarkan bayi atau balita, yaitu menuliskan nama balita pada KMS dan secarik kertas yang disalipkan pada KMS dan mendaftarkan ibu hamil, yaitu menuliskan nama ibu hamil pada Formulir atau Register Ibu Hamil.
- b) Meja 2, yaitu bertugas menimbang bayi atau balita dan mencatat hasil penimbangan pada secarik kertas yang akan dipindahkan pada KMS.
- c) Meja 3, yaitu bertugas untuk mengisi KMS atau memindahkan catatan hasil penimbangan balita dari secarik kertas ke dalam KMS anak tersebut.
- d) Meja 4, yaitu bertugas menjelaskan data KMS atau keadaan anak

berdasarkan data kenaikan berat badan yang digambarkan dalam grafik KMS kepada ibu dari anak yang bersangkutan dan memberikan penyuluhan kepada setiap ibu dengan mengacu pada data KMS anaknya atau dari hasil pengamatan mengenai masalah yang dialami sasaran.

e) Meja 5, yaitu merupakan kegiatan pelayanan sektor yang biasanya dilakukan oleh petugas kesehatan, PLKB, PPL, dan lain-lain. Pelayanan yang diberikan antara lain : pelayanan imunisasi, Pelayanan keluarga Berencana, pengobatan Pemberian Pil penambah darah (zat besi), vitamin A, dan obat- obatan lainnya.

b. Kegiatan setelah pelayanan bulanan posyandu

Tugas-tugas kader setelah hari buka posyandu, meliputi :

- 1) Memindahkan catatan-catatan dalam Kartu menuju Sehat (KMS) ke dalam buku register atau buku bantu kader.
- 2) Menilai (mengevaluasi) hasil kegiatan dan merencanakan kegiatan hari posyandu pada bulan berikutnya. Kegiatan diskusi kelompok (penyuluhan kelompok) bersama ibu-ibu yang rumahnya berdekatan (kelompok dasawisma).
- 3) Kegiatan kunjungan rumah (penyuluhan perorangan) merupakan tindak lanjut dan mengajak ibu-ibu datang ke posyandu pada kegiatan bulan berikutnya.

c. Melakukan kegiatan diluar posyandu :

- 1) Melaksanakan kunjungan rumah
 - a) Setelah kegiatan di dalam posyandu selesai, rumah ibu-ibu yang akan dikunjungi ditentukan bersama.
 - b) Tentukan keluarga yang akan dikunjungi oleh masing-masing kader. Sebaiknya diajak pula beberapa ibu untuk kunjungan rumah.
 - c) Mereka yang perlu dikunjungi adalah :
 - (1) Ibu yang anak balitanya tidak hadir 2 (dua) bulan berturut-turut di posyandu.
 - (2) Ibu yang anak balitanya belum mendapat kapsul vitamin.

- (3) Berat badannya tidak naik 2(dua) bulan berturut-turut.
 - (4) Berat badanya di bawah garis merah KMS.
 - (5) Sasaran posyandu yang sakit.
 - (6) Ibu hamil yang tidak mengahidri kegiatan posyandu 2 (dua) bulan berturut-turut.
 - (7) Ibu hamil yang bulan lalu dikirim atau dirujuk kepuskesmas.
 - (8) Ibu yang mengalami kesulitan menyusui anaknya.
 - (9) Ibu hamil dan ibu menyusui yang belum mendapat kapsul iodium
 - (10) Balita yang terlalu gemuk.
- d) Menggerakkan masyarakat untuk menghadiri dan ikut serta dalam kegiatan posyandu
 - e) Langsung ketengah masyarakat
 - f) Melalui tokoh masyarakat atau pemuka agama atau adat
- 2) Membantu petugas kesehatan dalam pendaftaran, penyuluhan, dan berbagai usaha kesehatan masyarakat.
 - 3) Melakukan kegiatan bulanan posyandu :
- d. Mempersiapkan pelaksanaan posyandu
- 1) Sehari sebelum pelaksanaan posyandu, kader memberikan informasi kepada seluruh peserta posyandu mengenai kegiatan yang akan dilaksanakan di posyandu.
 - 2) Alat dan bahan yang diperlukan dipersiapkan. Bila ada alat yang belum tersedia, dapat diusahakan dengan meminjam, meminta bantuan pada petugas kesehatan atau bila mungkin membuat sendiri.
 - 3) Membagi tugas diantara para kader, dan bila perlu dapat menyertakan ibu-ibu yang lain.
- b) Kegiatan bulanan posyandu
- c) Kegiatan setelah pelayanan bulanan posyandu
- 1) Mencatat seluruh hasil kegiatan posyandu
 - 2) Membahas kegiatan-kegiatan posyandu lainnya.

(3) Menetapkan jenis kegiatan yang akan dilaksanakan pada bulan berikutnya (Cahyo, 2010).

Partisipasi kader adalah keikutsertaan kader dalam suatu kegiatan kelompok masyarakat atau pemerintah (Depkes RI, 2006).

Peran kader secara umum yaitu melaksanakan kegiatan pelayanan kesehatan bersama dalam rangka meningkatkan kesehatan masyarakat sedangkan peran kader secara khusus terdapat beberapa tahap yang meliputi :

a. Tahap persiapan

Memotivasi masyarakat untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan dan bersama-sama masyarakat merencanakan kegiatan pelaksanaan kegiatan ditingkat desa.

b. Tahap pelaksanaan

Melaksanakan penyuluhan kesehatan terpadu, mengelola kegiatan UKBM.

c. Tahap pembinaan

Menyelenggarakan pertemuan bulanan dengan dasawisma untuk membahas perkembangan program dan masalah yang dihadapi keluarga, melakukan kunjungan kerumah pada keluarga binaannya, membina kemampuan diri melalui pertukaran pengalaman antar kader

Partisipasi kader didalam suatu kegiatan posyandu dapat dibagi dalam beberapa tingkat :

a. Pemakai atau pengguna

Pelaksanaan kegiatan posyandu memerlukan alat-alat yang diperlukan seperti alat penimbangan, sehingga dalam hal ini kader mempunyai hak untuk menggunakan alat tersebut saat melakukan penimbangan balita.

b. Pelaksana

Pelaksanaan kegiatan posyandu ada sebagian kader yang ikut membantu dalam kegiatan posyandu (seperti penimbangan) tetapi tidak bersedia ikut dalam kegiatan lainnya, seperti pertemuan kegiatan posyandu. Kader seperti ini sudah berpartisipasi tetapi dalam peningkatan pelaksana.

c. Pengelola

Tingkat partisipasi yang dilakukan sudah lebih tinggi lagi karena yang bersangkutan ikut aktif dalam berbagai kegiatan bukan hanya dalam pelaksanaan tetapi juga hal-hal lain yang bersifat pengelolaan, seperti merencanakan kegiatan dan pelaporan, pertemuan kader dan sebagainya.

d. Faktor-faktor yang mempengaruhi partisipasi kader

1) Faktor dari masyarakat pada umumnya dipengaruhi oleh :

a) Manfaat kegiatan yang dilakukan

Jika kegiatan yang diselenggarakan memberikan manfaat yang nyata dan jelas bagi kader maka kesediaan kader untuk berpartisipasi lebih besar.

b) Adanya kesempatan untuk berperan serta

Kesediaan berpartisipasi juga dipengaruhi oleh adanya kesempatan atau ajakan untuk berpartisipasi dan kader melihat bahwa memang ada hal-hal yang berguna dalam kegiatan itu.

c) Memiliki keterampilan tertentu yang bisa disumbangkan

Jika kegiatan yang dilaksanakan membuktikan orang-orang memiliki keterampilan tertentu, maka hal ini akan menarik bagi orang-orang yang memiliki keterampilan tersebut.

d) Rasa memiliki

Rasa memiliki suatu kegiatan akan tumbuh jika sejak awal kegiatan masyarakat sudah diikutsertakan. Jika rasa memiliki bisa ditumbuhkan dengan baik, maka partisipasi kader dalam kegiatan di desa akan dapat dilestarikan.

2) Faktor tokoh masyarakat

Jika dalam kegiatan yang diselenggarakan masyarakat melihat bahwa tokoh-tokoh masyarakat yang disegani ikut serta maka mereka akan tertarik juga untuk berpartisipasi.

3) Faktor petugas

Petugas yang memiliki sikap yang baik seperti akrab dengan masyarakat, menunjukkan perhatian pada kegiatan masyarakat dan mampu mendekati para

tokoh masyarakat untuk berpartisipasi.

e. Bentuk-bentuk partisipasi

Bentuk partisipasi dapat dibedakan dalam :

1) Partisipasi karena terpaksa

Disini masyarakat berpartisipasi karena adanya ancaman atau sanksi.

2) Partisipasi karena imbalan

Disini partisipasi terjadi karena imbalan tertentu yang diberikan, baik dalam bentuk imbalan materi maupun imbalan kedudukan.

3) Partisipasi karena kesadaran

Ini adalah bentuk partisipasi yang diinginkan, karena disini kader ikut berpartisipasi atas dasar kesadaran (Depkes RI, 1989: 37-43)

f. Elemen- Elemen Partisipasi Masyarakat

Elemen-elemen partisipasi masyarakat adalah sebagai berikut (Notoatmodjo, 2007:127-128):

a. Motivasi

Persyaratan utama masyarakat untuk berpartisipasi adalah motivasi. Tanpa motivasi masyarakat sulit untuk berpartisipasi disegala program. Timbulnya motivasi harus dari masyarakat itu sendiri dan pihak luar hanya merangsangnya saja. Untuk itu maka pendidikan kesehatan sangat diperlukan dalam rangka merangsang tumbuhnya motivasi.

b. Komunikasi

Suatu komunikasi yang baik adalah yang dapat menyampaikan pesan, ide, dan informasi masyarakat. Media massa seperti TV, radio, poster, film, dan sebagainya. Sebagian adalah sangat efektif untuk menyampaikan pesan yang akhirnya dapat menimbulkan partisipasi.

c. Kooperatif

Kerja sama dengan instansi-instansi di luar kesehatan masyarakat dan instansi kesehatan sendiri adalah mutlak diperlukan. Adanya team work antara mereka ini akan membantu menumbuhkan partisipasi.

d. Mobilisasi

Hal ini berarti bahwa partisipasi itu bukan hanya terbatas pada tahap pelaksanaan program. Partisipasi masyarakat dapat dimulai seawal mungkin sampai ke akhir mungkin, dari identifikasi masalah, menentukan prioritas, perencanaan, program, pelaksanaan sampai dengan monitoring dan program. Juga hanya terbatas pada bidang kesehatan saja, melainkan bersifat multidisiplin.

2.1.3 Pelayanan P4K

Masalah kesehatan ibu dan anak (KIA) menjadi perhatian khusus dalam setiap pelayanan kesehatan khususnya di Puskesmas. Program Perencanaan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) dengan stiker merupakan upaya terobosan percepatan penurunan angka kematian ibu, yang menjadi salah satu kegiatan Desa Siaga. Terlaksananya pemasangan stiker P4K ini memiliki banyak tujuan dan manfaat, terutama untuk mempercepat penurunan angka kematian ibu, sehingga setiap ibu dapat menjalani proses persalinan yang aman dan selamat.

Tujuan P4K dengan stiker (Dipkes, 2011) antara lain:

- a. Terdatanya sasaran ibu hamil dan terpasangnya stiker P4K di rumah ibu hamil agar diketahui :
 - 1) Lokasi tempat tinggal ibu hamil
 - 2) Identitas ibu hamil
 - 3) Taksiran persalinan
 - 4) Penolong persalinan, pendamping persalinan dan fasilitas tempat persalinan
 - 5) Calon donor darah, transportasi yang akan digunakan serta pembiayaannya.
- b. Adanya Perencanaan Persalinan termasuk pemakaian metode KB pasca melahirkan yang sesuai dan disepakati ibu hamil, suami, keluarga dan bidan.
- c. Terlaksananya pengambilan keputusan yang cepat dan tepat bila terjadi komplikasi selama kehamilan, persalinan dan nifas.
- d. Adanya hubungan dari tokoh masyarakat, kader dan dukun.

Sedangkan manfaat P4K dengan stiker (Dipkes, 2011):

- a. Mempercepat berfungsinya desa siaga
- b. Meningkatnya cakupan pelayanan ANC sesuai standar
- c. Meningkatnya cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan terampil.
- d. Meningkatnya kemitraan bidan dan dukun
- e. Tertanganinya kejadian komplikasi secara dini
- f. Meningkatnya peserta KB pasca melahirkan
- g. Terpantaunya kesakitan dan kematian ibu dan bayiMenurunnya kejadian kesakitan dan kematian ibu.

2.1.4 Desa Siaga

Desa siaga merupakan strategi baru pembangunan kesehatan. Desa siaga lahir sebagai respon pemerintah terhadap masalah kesehatan di Indonesia yang tak kunjung selesai. Tingginya angka kematian ibu dan bayi, munculnya kembali berbagai penyakit lama seperti tuberkulosis paru, merebaknya berbagai penyakit baru yang bersifat pandemik seperti SARS, HIV/AIDS dan flu burung serta belum hilangnya penyakit endemis seperti diare dan demam berdarah merupakan masalah utama kesehatan di Indonesia. Bencana alam yang sering menimpa bangsa Indonesia seperti gunung meletus, tsunami, gempa bumi, banjir, tanah longsor dan kecelakaan massal menambah kompleksitas masalah kesehatan di Indonesia.

Desa siaga merupakan salah satu bentuk reorientasi pelayanan kesehatan dari sebelumnya bersifat sentralistik dan top down menjadi lebih partisipatif dan bottom up. Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 564/MENKES/SK/VI II/2006, tentang Pedoman Pelaksanaan Pengembangan Desa siaga, desa siaga merupakan desa yang penduduknya memiliki kesiapan sumber daya dan kemampuan serta kemauan untuk mencegah dan mengatasi masalah-masalah kesehatan, bencana dan kegawatdaruratan kesehatan secara mandiri. Desa siaga adalah suatu konsep peran serta dan pemberdayaan masyarakat di tingkat desa, disertai dengan pengembangan kesiagaan dan kesiapan masyarakat untuk memelihara kesehatannya secara mandiri.

Desa yang dimaksud di sini dapat berarti kelurahan atau nagari atau istilah-istilah lain bagi kesatuan masyarakat hukum yang memiliki batas-batas wilayah, yang berwenang untuk mengatur dan mengurus kepentingan masyarakat setempat, berdasarkan asal-usul dan adat-istiadat setempat yang diakui dan dihormati dalam sistem Pemerintahan Negara Kesatuan Republik Indonesia (Depkes, 2007).

Konsep desa siaga adalah membangun suatu sistem di suatu desa yang bertanggung jawab memelihara kesehatan masyarakat itu sendiri, di bawah bimbingan dan interaksi dengan seorang bidan dan 2 orang kader desa. Di samping itu, juga dilibatkan berbagai pengurus desa untuk mendorong peran serta masyarakat dalam program kesehatan seperti imunisasi dan posyandu (Depkes 2009).

Desa siaga adalah suatu konsep peran serta dan pemberdayaan masyarakat desa di sertai dengan pengembangan kesiagaan dan kesiapan masyarakat untuk memelihara kesehatannya secara mandiri.

Desa siaga didukung oleh sistem kesehatan formal berupa Poskesdes yang dikelola oleh bidan. Desa siaga dikelola oleh pengurus desa siaga yang terdiri dari penduduk desa setempat dan didukung oleh sejumlah kader desa siaga. Peningkatan pengetahuan dan keterampilan Pengurus dan kader desa siaga melalui pelatihan dalam rangka untuk mampu melaksanakan survailans masalah kesehatan yang berbasis masyarakat menggunakan hasil survailens tersebut sebagai salah satu bahan dalam merumuskan rencana kegiatannya.

Desa Siaga merupakan gambaran masyarakat yang sadar, mau dan mampu untuk mencegah dan mengatasi berbagai ancaman terhadap kesehatan masyarakat seperti kurang gizi, penyakit menular dan penyakit yang berpotensi menimbulkan Kejadian Luar Biasa (KLB), bencana, kecelakaan, dll dengan memanfaatkan potensi setempat secara gotong royong. Kriteria desa siaga adalah apabila desa tersebut telah memiliki sekurang-kurangnya sebuah Pos Kesehatan Desa (POSKESDES), minimal dengan 1 tenaga bidan dan 2 kader. Sejak dicanangkannya Desa Siaga tahun 2006, sasaran pelatihan dalam rangka penyiapan desa siaga adalah Bidan Poskesdes yang berada di desa siaga.

Hal ini yang menjadi perhatian pemerintah daerah khususnya Dinas Kesehatan yang mempunyai peran besar terhadap pembangunan kesehatan. Pembangunan yang dimulai dari tingkatan dasar yaitu di desa melalui peran langsung masyarakat yaitu Kader Kesehatan Desa dan juga Bidan Poskesdes yang mempunyai peran penting terhadap pembangunan kesehatan.

Dalam pengembangan desa siaga, bidan Poskesdes diharapkan mempunyai kompetensi

- a. Membimbing dan melaksanakan gerakan pemberdayaan masyarakat melalui kemitraan
- b. Membimbing dan melaksanakan pelayanan kegawat daruratan kesehatan sehari-hari dan berencana
- c. Membimbing dan melaksanakan tanggap darurat bencana (safe community)
- d. Melaksanakan pelayanan medis dasar sesuai dengan kompetensi dan kewenangan.

Bidan Poskesdes ini merupakan ujung tombak dari pembangunan kesehatan bangsa. Secara umum, tujuan pengembangan desa siaga adalah terwujudnya masyarakat desa yang sehat, peduli dan tanggap terhadap permasalahan kesehatan di wilayahnya. Selanjutnya, secara khusus, tujuan pengembangan desa siaga (Depkes, 2006), adalah :

- a. Meningkatnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat desa tentang pentingnya kesehatan.
- b. Meningkatnya kewaspadaan dan kesiapsiagaan masyarakat desa.
- c. Meningkatnya keluarga yang sadar gizi dan melaksanakan perilaku hidup bersih dan sehat.
- d. Meningkatnya kesehatan lingkungan di desa.

Suatu desa dikatakan menjadi desa siaga apabila memenuhi kriteria berikut (Depkes, 2006) :

- a. Memiliki 1 orang tenaga bidan yang menetap di desa tersebut dan sekurang-kurangnya 2 orang kader desa.

- b. Memiliki minimal 1 bangunan pos kesehatan desa (poskesdes) beserta peralatan dan perlengkapannya. Poskesdes tersebut dikembangkan oleh masyarakat yang dikenal dengan istilah upaya kesehatan bersumber daya masyarakat (UKBM) yang melaksanakan kegiatan-kegiatan minimal :
- 1) Pengamatan epidemiologis penyakit menular dan yang berpotensi menjadi kejadian luar biasa serta faktor-faktor risikonya.
 - 2) Penanggulangan penyakit menular dan yang berpotensi menjadi KLB serta kekurangan gizi.
 - 3) Kesiapsiagaan penanggulangan bencana dan kegawatdaruratan kesehatan.
 - 4) Pelayanan kesehatan dasar, sesuai dengan kompetensinya.
 - 5) Kegiatan pengembangan seperti promosi kesehatan, kaderzi, PHBS, penyehatan lingkungan dan lain-lain.

Prinsip pengembangan desa siaga (Depkes, 2008), yaitu :

- a. Desa siaga adalah titik temu antara pelayanan kesehatan dan program kesehatan yang diselenggarakan oleh pemerintah dengan upaya masyarakat yang terorganisir.
- b. Desa siaga mengandung makna “kesiapan” dan “kesiagaan” Kesiagaan masyarakat dapat didorong dengan memberi informasi yang akurat dan cepat tentang situasi dan masalah-masalah yang mereka hadapi.
- c. Prinsip respons segera. Begitu masyarakat mengetahui adanya suatu masalah, mereka melalui desa siaga, akan melakukan langkah-langkah yang perlu dan apabila langkah tersebut tidak cukup, sistem kesehatan akan memberikan bantuan (termasuk puskesmas, Dinkes, dan RSUD).
- d. Desa siaga adalah “wadah” bagi masyarakat dan sistem pelayanan kesehatan untuk menyelenggarakan berbagai program kesehatan.

Secara organisasi, koordinasi dan kontrol proses pengembangan desa siaga dilakukan oleh sebuah organisasi desa siaga. Organisasi desa siaga ini berada di tingkat desa/kelurahan dengan penanggung jawab umum kepala desa atau lurah.

Sedangkan pengelola kegiatan harian desa siaga, bertugas melaksanakan kegiatan lapangan seperti pemetaan balita untuk penimbangan dan imunisasi, pemetaan ibu hamil, membantu tugas administrasi di poskesdes dan lain-lain.

Kegiatan pokok desa siaga antara lain:

- a. Surveilans dan pemetaan : Setiap ada masalah kesehatan di rumah tangga akan dicatat dalam kartu sehat keluarga. Selanjutnya, semua informasi tersebut akan direkapitulasi dalam sebuah peta desa (spasial) dan peta tersebut dipaparkan di poskesdes.
- b. Perencanaan partisipatif: Perencanaan partisipatif di laksanakan melalui survei mawas diri (SMD) dan musyawarah masyarakat desa (MMD). Melalui SMD, desa siaga menentukan prioritas masalah. Selanjutnya, melalui MMD, desa siaga menentukan target dan kegiatan yang akan dilaksanakan untuk mencapai target tersebut. Selanjutnya melakukan penyusunan anggaran.
- c. Mobilisasi sumber daya masyarakat : Melalui forum desa siaga, masyarakat dihimbau memberikan kontribusi dana sesuai dengan kemampuannya. Dana yang terkumpul bisa dipergunakan sebagai tambahan biaya operasional poskesdes. Desa siaga juga bisa mengembangkan kegiatan peningkatan pendapatan, misalnya dengan koperasi desa. Mobilisasi sumber daya masyarakat sangat penting agar desa siaga berkelanjutan (sustainable).
- d. Kegiatan khusus: Desa siaga dapat mengembangkan kegiatan khusus yang efektif mengatasi masalah kesehatan yang diprioritaskan. Dasar penentuan kegiatan tersebut adalah pedoman standar yang sudah ada untuk program tertentu, seperti malaria, TBC dan lain-lain. Dalam mengembangkan kegiatan khusus ini, pengurus desa siaga dibantu oleh fasilitator dan pihak puskesmas.
- e. Monitoring kinerja : Monitoring menggunakan peta rumah tangga sebagai bagian dari surveilans rutin. Setiap rumah tangga akan diberi Kartu Kesehatan Keluarga untuk diisi sesuai dengan keadaan dalam keluarga tersebut. Kemudian pengurus desa siaga atau kader secara berkala mengumpulkan data dari Kartu Kesehatan Keluarga untuk dimasukkan dalam peta desa.

- f. Manajemen keuangan: Desa siaga akan mendapat dana hibah (block grant) setiap tahun dari DHS-2 guna mendukung kegiatannya. Besarnya sesuai dengan proposal yang diajukan dan proposal tersebut sebelumnya sudah direview oleh Dewan Kesehatan Desa, kepala desa, fasilitator dan Puskesmas. Untuk menjaga transparansi dan akuntabilitas, penggunaan dana tersebut harus dicatat dan dilaporkan sesuai dengan pedoman yang ada.

Pengembangan desa siaga merupakan aktivitas yang berkelanjutan dan bersifat siklus. Setiap tahapan meliputi banyak aktivitas.

- a. Pada tahap 1 dilakukan sosialisasi dan survei mawas diri (SMD), dengan kegiatan antara lain : Sosialisasi, Pengenalan kondisi desa, Membentuk kelompok masyarakat yang melaksanakan SMD, pertemuan pengurus, kader dan warga desa untuk merumuskan masalah kesehatan yang dihadapi dan menentukan masalah prioritas yang akan diatasi.
- b. Pada tahap 2 dilakukan pembuatan rencana kegiatan. Aktivitasnya, terdiri dari penentuan prioritas masalah dan perumusan alternatif pemecahan masalah. Aktivitas tersebut, dilakukan pada saat musyawarah masyarakat 2 (MMD-2). Selanjutnya, penyusunan rencana kegiatan, dilakukan pada saat musyawarah masyarakat 3 (MMD-3). Sedangkan kegiatan antara lain memutuskan prioritas masalah, menentukan tujuan, menyusun rencana kegiatan dan rencana biaya, pemilihan pengurus desa siaga, presentasi rencana kegiatan kepada masyarakat, serta koreksi dan persetujuan masyarakat.
- c. Tahap 3, merupakan tahap pelaksanaan dan monitoring, dengan kegiatan berupa pelaksanaan dan monitoring rencana kegiatan.
- d. Tahap 4, yaitu : kegiatan evaluasi atau penilaian, dengan kegiatan berupa pertanggung jawaban.

Pada pelaksanaannya, tahapan diatas tidak harus berurutan, namun disesuaikan dengan kondisi masing-masing desa/kelurahan

Indikator keberhasilan pengembangan desa siaga dapat diukur dari 4 kelompok indikator, yaitu : indikator input, proses, *output* dan *outcome* (Depkes, 2009).

a. Indikator Input

- 1) Jumlah kader desa siaga.
- 2) Jumlah tenaga kesehatan di poskesdes.
- 3) Tersedianya sarana (obat dan alat) sederhana.
- 4) Tersedianya tempat pelayanan seperti posyandu.
- 5) Tersedianya dana operasional desa siaga.
- 6) Tersedianya data/catatan jumlah KK dan keluarganya.
- 7) Tersedianya pemetaan keluarga lengkap dengan masalah kesehatan yang dijumpai dalam warna yang sesuai.
- 8) Tersedianya data/catatan (jumlah bayi diimunisasi, jumlah penderita gizi kurang, jumlah penderita TB, malaria dan lain-lain).

b. Indikator proses

- 1) Frekuensi pertemuan forum masyarakat desa (bulanan, 2 bulanan dan sebagainya).
- 2) Berfungsi/tidaknya kader desa siaga.
- 3) Berfungsi/tidaknya poskesdes.
- 4) Berfungsi/tidaknya UKBM/posyandu yang ada.
- 5) Berfungsi/tidaknya sistem penanggulangan penyakit/masalah kesehatan berbasis masyarakat.
- 6) Ada/tidaknya kegiatan kunjungan rumah untuk kadarzi dan PHBS.
- 7) Ada/tidaknya kegiatan rujukan penderita ke poskesdes dari masyarakat.

c. Indikator Output

- 1) Jumlah persalinan dalam keluarga yang dilayani.
- 2) Jumlah kunjungan neonates (KN2).
- 3) Jumlah BBLR yang dirujuk.
- 4) Jumlah bayi dan anak balita BB tidak naik ditangani.
- 5) Jumlah balita gakin umur 6-24 bulan yang mendapat M P-AS I.
- 6) Jumlah balita yang mendapat imunisasi.
- 7) Jumlah pelayanan gawat darurat dan KLB dalam tempo 24 jam.

- 8) Jumlah keluarga yang punya jamban.
 - 9) Jumlah keluarga yang dibina sadar gizi.
 - 10) Jumlah keluarga menggunakan garam beryodium.
 - 11) Adanya data kesehatan lingkungan.
 - 12) Jumlah kasus kesakitan dan kematian akibat penyakit menular tertentu yang menjadi masalah setempat.
 - 13) Adanya peningkatan kualitas UKBM yang dibina.
- d. Indikator *outcome*
- 1) Meningkatnya jumlah penduduk yang sembuh/membaik dari sakitnya.
 - 2) Bertambahnya jumlah penduduk yang melaksanakan PHBS.
 - 3) Berkurangnya jumlah ibu melahirkan yang meninggal dunia.
 - 4) Berkurangnya jumlah balita dengan gizi buruk.

2.1.4 Kehamilan

Kehamilan adalah suatu anugrah dari Tuhan yang perlu mendapatkan perhatian dan dukungan dari seluruh anggota keluarga (BKKBN, 2003). Kehamilan adalah hasil dari pertemuan sperma dan sel telur. Dalam prosesnya, perjalanan sperma untuk menemui sel telur (ovum) betul-betul penuh perjuangan (Maulana, 2008).

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Pertumbuhan dan perkembangan janin intra uterine mulai sejak konsepsi dan berakhir sampai permulaan persalinan (Hanafiah, 2008).

Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir. Kehamilan dibagi dalam 3 triwulan, yaitu triwulan pertama dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan, triwulan kedua dari bulan keempat sampai 6 bulan, triwulan ketiga dari bulan ke-7 sampai 9 bulan (Prawiroharjo, 2008).

Tanda dan gejala kehamilan menurut Prawiroharjo (2008) dibagi menjadi 3

bagian, yaitu:

a. Tanda tidak pasti kehamilan

1) *Amenorea* (tidak dapat haid)

Gejala ini sangat penting karena umumnya wanita hamil tidak dapat haid lagi. Dengan diketahuinya tanggal hari pertama haid terakhir supaya dapat ditaksir umur kehamilan dan taksiran tanggal persalinan akan terjadi, dengan memakai rumus *Neagie*: $HT - 3$ (bulan + 7).

2) Mual dan muntah

Biasa terjadi pada bulan-bulan pertama kehamilan hingga akhir triwulan pertama. Sering terjadi pada pagi hari disebut "*morning sickness*".

3) Mengidam (ingin makanan khusus)

Sering terjadi pada bulan-bulan pertama kehamilan, akan tetapi menghilang dengan makin tuanya kehamilan.

4) Pingsan

Bila berada pada tempat-tempat ramai yang sesak dan padat. Biasanya hilang sesudah kehamilan 16 minggu.

5) Anoreksia (tidak ada selera makan)

Hanya berlangsung pada triwulan pertama kehamilan, tetapi setelah itu nafsu makan timbul lagi.

6) *Mamae* menjadi tegang dan membesar.

Keadaan ini disebabkan pengaruh hormon estrogen dan progesteron yang merangsang duktus dan alveoli payudara.

7) Miksi sering

Sering buang air kecil disebabkan karena kandung kemih tertekan oleh uterus yang mulai membesar. Gejala ini akan hilang pada triwulan kedua kehamilan. Pada akhir kehamilan, gejala ini kembali karena kandung kemih ditekan oleh kepala janin.

8) Konstipasi atau obstipasi

Ini terjadi karena tonus otot usus menurun yang disebabkan oleh

pengaruh hormon steroid yang dapat menyebabkan kesulitan untuk buang air besar.

9) Pigmentasi (perubahan warna kulit)

Pada areola mammae, genital, cloasma, linea alba yang berwarna lebih tegas, melebar dan bertambah gelap terdapat pada perut bagian bawah.

10) Epulis

Suatu *hipertrofi papilla gingivae* (gusi berdarah). Sering terjadi pada triwulan pertama.

11) Varises (pemekaran vena-vena)

Karena pengaruh dari hormon estrogen dan progesteron terjadi penampakan pembuluh darah vena. Penampakan pembuluh darah itu terjadi disekitar genetalia eksterna, kaki dan betis, dan payudara.

2) Tanda kemungkinan kehamilan

a) Perut membesar

Setelah kehamilan 14 minggu, rahim dapat diraba dari luar dan mulai pembesaran perut.

b) Uterus membesar

Terjadi perubahan dalam bentuk, besar, dan konsistensi dari rahim. Pada pemeriksaan dalam dapat diraba bahwa uterus membesar dan bentuknya makin lama makin bundar.

c) Tanda *Hegar*

Konsistensi rahim dalam kehamilan berubah menjadi lunak, terutama daerah ismus. Pada minggu-minggu pertama ismus uteri mengalami hipertrofi seperti korpus uteri. Hipertrofi ismus pada triwulan pertama mengakibatkan ismus menjadi panjang dan lebih lunak.

d) Tanda *Chadwick*

Perubahan warna menjadi kebiruan atau keunguan pada vulva, vagina, dan serviks. Perubahan warna ini disebabkan oleh pengaruh hormon estrogen.

e) Tanda *Piscaseck*

Uterus mengalami pembesaran, kadang–kadang pembesaran tidak rata tetapi di daerah telur bernidasi lebih cepat tumbuhnya. Hal ini menyebabkan uterus membesar ke salah satu jurusan hingga menonjol jelas ke jurusan pembesaran.

f) Tanda *Braxton-Hicks*

Bila uterus dirangsang mudah berkontraksi. Tanda khas untuk uterus dalam masa hamil. Pada keadaan uterus yang membesar tetapi tidak ada kehamilan misalnya pada mioma uteri, tanda Braxton-Hicks tidak ditemukan.

g) Teraba ballotemen

Merupakan fenomena bandul atau pantulan balik. Ini adalah tanda adanya janin di dalam uterus.

h) Reaksi kehamilan positif

Cara khas yang dipakai dengan menentukan adanya human chorionic gonadotropin pada kehamilan muda adalah air kencing pertama pada pagi hari. Dengan tes ini dapat membantu menentukan diagnosa kehamilan sedini mungkin.

3) Tanda pasti kehamilan

a) Gerakan janin yang dapat dilihat, dirasa atau diraba, juga bagian-bagian janin.

b) Denyut jantung janin

- 1) Didengar dengan stetoskop-monoral Laennec
- 2) Dicatat dan didengar dengan alat doppler
- 3) Dicatat dengan fetoelektrokardiogram
- 4) Dilihat pada ultrasonograf.

c) Terlihat tulang-tulang janin dalam foto-rontgen

2.1.5. Kinerja

Kata kinerja merupakan terjemahan dari kata *performance* yang dalam bahasa Indonesia seringkali juga diterjemahkan dengan unjuk kerja, hasil karya, pelaksanaan kerja maupun hasil pelaksanaan kerja. Beach (Putti, 1990) menyebutkan kinerja

adalah: “a *systematic evaluation on an individual employee regarding his/her performance on his/her job and his/her potentials for development.*” Jadi, kinerja adalah penilaian sistematis atas diri kader terkait dengan prestasinya dan potensinya yang dapat dikembangkan. Belows (Putti, 1990) mengemukakan definisi senada, dengan menambahkan bahwa penilaian tersebut dilakukan oleh pihak atasan atau pihak lain yang diberi tugas melakukan penilaian. Dikemukakannya, kinerja adalah : “*evaluation on the value of an individual employee for his/her organization conducted by his/her superior or by someone in position to evaluate his/her performance.*”

Menurut Amstrong dan Baron (1998), kinerja merupakan hasil pekerjaan yang berhubungan kuat dengan tujuan strategis organisasi, kepuasan konsumen dan memberikan kontribusi ekonomi. Menurut Bernadin dan Russell (Sulistiyani dan Rosidah, 2003), kinerja merupakan catatan *outcome* yang dihasilkan dari fungsi kader atau kegiatan yang dilakukan selama periode waktu tertentu. Hasibuan (2001) menyatakan, kinerja (prestasi kerja) adalah suatu hasil kerja seseorang dalam melaksanakan tugas-tugas yang dibebankan yang didasarkan atas kecakapan, pengalaman dan kesungguhan serta waktu. Gibson, (1996) menyebutkan kinerja adalah hasil yang diinginkan dari perilaku dan kinerja individu adalah dasar kinerja organisasi.

Berdasarkan beberapa definisi di atas dapat disimpulkan bahwa kinerja adalah tingkat keberhasilan seorang kader dalam menjalankan tugas dan fungsinya. Dalam penelitian ini, kinerja PKB adalah tingkat keberhasilan mereka dalam menjalankan tugas penyuluh KB sesuai dengan kemampuan yang dibutuhkan.

Blanchard dan Spencer (1982) menjelaskan bahwa, penilaian prestasi kerja atau kinerja merupakan proses organisasi yang mengevaluasi karyawan terhadap pekerjaannya. Esensinya, supervisor dan karyawan secara formal melakukan evaluasi terus menerus. Kebanyakan mereka mengacu pada prestasi kerja sebelumnya dan mengevaluasi untuk mengetahui apa yang akan dilakukan selanjutnya. Ketika kinerja atau prestasi kerja tidak memenuhi syarat, maka manajer atau supervisor harus

mengambil tindakan, demikian juga apabila prestasi kerjanya bagus maka perilakunya perlu dipertahankan.

Penilaian kinerja dilaksanakan dengan beberapa tujuan. Menurut Ruky (2006:20-21), tujuannya adalah: (1) meningkatkan prestasi kerja seseorang dengan memberikan kesempatan untuk memenuhi kebutuhan aktualisasi diri dalam kerangka pencapaian tujuan, (2) merangsang minat dalam pengembangan pribadi agar meningkatkan hasil karya dan prestasi serta potensi laten dengan cara memberikan umpan balik tentang prestasi yang bersangkutan, (3) membantu menyusun program pengembangan dan pelatihan yang lebih tepat guna, dan (4) sebagai pertimbangan obyektif dalam sistem penghargaan (*reward -punishment*).

Melakukan penilaian kinerja akan bermanfaat untuk memperoleh umpan balik atas kinerja, identifikasi kekuatan dan kelemahan individu, penghargaan, dan evaluasi pencapaian tujuan (Kreitner dan Kinicki, 2001), memberikan informasi sebagai pertimbangan untuk promosi dan penetapan gaji dan memberikan peluang bagi atasan dan bawahan untuk meninjau perilaku yang berhubungan dengan kerja bawahan (Dessler, 1997), dan membantu menilai perkembangan seorang dalam melaksanakan tugasnya (Mckirchy, 2004).

Penilaian kinerja juga bermanfaat untuk: (1) penyesuaian dalam kompensasi, (2) perbaikan kinerja, (3) kebutuhan latihan dan pengembangan, (4) pengambilan keputusan dalam hal penempatan promosi, mutasi, pemecatan, pemberhentian, dan perencanaan tenaga kerja, dan (5) membantu diagnosis terhadap kesalahan dalam disain kader (Sulistiyani dan Rosidah, 2003). Dalam konteks organisasi, penilaian kinerja juga sangat membantu pimpinan mengambil langkah perbaikan program-program kekaderan yang telah dibuat maupun program-program organisasi secara menyeluruh (Ruky, 2006).

Menurut Ruky (2006) beberapa manfaat penilaian kinerja terutama dalam: (1) penyusunan program pelatihan dan pengembangan karyawan; karena dengan penilaian kinerja akan teridentifikasi pelatihan tambahan yang masih diperlukan

untuk membantu tercapai standar prestasi yang ditetapkan, (2) penyusunan program suksesi dan kaderisasi; karena dengan catatan (*record*) kinerja dapat mengetahui potensi untuk dikembangkan kariernya, dan (3) pembinaan karyawan; karena dengan penilaian kinerja dapat diketahui hambatan-hambatan untuk meningkatkan prestasinya. Dalam konteks perilaku, penilaian kinerja membantu mengidentifikasi faktor yang membentuk pola perilaku yang menjadi ciri individu, sehingga berguna untuk mengomunikasikan ikhwal mengapa individu berperilaku dan bertindak dengan cara tertentu (Hersey dan Blanchard, 1982).

Berdasarkan uraian tersebut dapat disimpulkan bahwa penilaian kinerja sangat dibutuhkan tidak saja bagi pengembangan organisasi, melainkan juga bagi individu yang bersangkutan. Bagi organisasi publik, kinerja kader yang tinggi di samping meningkatkan kinerja organisasi, juga meningkatkan kualitas pelayanan kepada masyarakat. Jadi, penilaian terhadap kinerja Penyuluh KB dan Kader KB diharapkan akan mendorong peningkatan kualitas pelayanan kepada masyarakat (khususnya pada pasangan usia subur/PUS) untuk berperilaku KB menuju terwujudnya keluarga berkualitas.

Penilaian kinerja dapat dilakukan dengan berbagai pendekatan atau kriteria. Putti (1990) memilah metode penilaian kinerja berdasarkan konsep *Input–Process–Output*. Metode penilaian berorientasi input disebut *person centered approach*. Metode ini bersifat individual yang menekankan pada penilaian ciri-ciri atau karakteristik kepribadian seperti; kejujuran, ketaatan, disiplin, loyalitas, inisiatif, kreativitas, adaptasi, komitmen, motivasi (kemauan), sopan santun dan sebagainya. Faktor-faktor tersebut bukanlah sebagai *prestasi*, tetapi lebih tepat disebut *persyaratan* atau *karakteristik* yang harus dipenuhi oleh seseorang agar mereka mampu atau akan melaksanakan tugas-tugasnya dengan tepat, benar, dan sempurna sehingga akhirnya mempunyai prestasi yang bagus.

Pada metode yang memfokuskan penilaiannya pada proses (disebut *job centered approach*), yang menjadi tolok ukurnya adalah tanggung jawab dan persyaratan. Prestasi diukur dengan cara menilai sikap dan perilaku serta tanggung

jawabnya. Dengan kata lain, penilaian masih tetap difokuskan langsung pada kuantitas dan kualitas hasil yang dicapainya. Jadi cara ini merupakan pergeseran fokus penilaian dari input ke proses. Adapun cara yang *ketiga* yaitu yang berbasis pencapaian hasil individu (*result oriented performance*), yang memfokuskan pada hasil yang diperoleh atau dicapai (output).

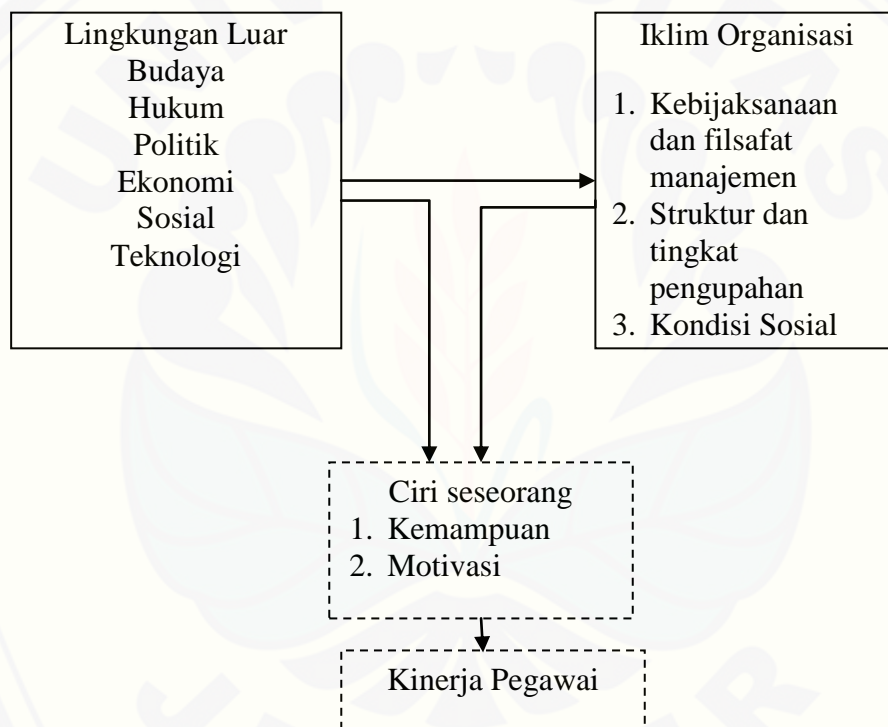
Menurut Ainsworth *et al.*, (2002:15) pengukuran kinerja menggunakan skala dua faktor, yakni *skala hasil* dan *skala usaha*, di mana ukuran ini memfokuskan pada: (1) produktivitas; yang mempertimbangkan ukuran seperti volume dan hasil kerja, (2) biaya; yang diperlukan bagi manusia, pemrosesan, dan bahan mentah, (3) mutu; yaitu hasil yang dapat diterima, kedekatan dengan spesifikasi, tingkat apkiran (produk yang tidak mendekati standar), dan standar yang terpenuhi, (4) kepuasan pelanggan, apakah ditemukan keluhan atau pujian, dan tingkat kepuasan, dan (5) tenggat waktu, mencapai tenggat waktu dan jadwal yang disepakati.

Menurut Klinger dan Nalbandian (1985), fokus penilaian kinerja dapat dikelompokkan menjadi tiga yakni: (1) penilaian berdasarkan hasil akhir (*result-based performance*), yakni penilaian yang didasarkan pada pencapaian tujuan atau hasil akhir (*end result*); (2) penilaian berdasarkan perilaku (*behavior-based performance*), yang memfokuskan pada sarana (*means*) dan sasaran (*goals*), bukan pada hasil akhir; dan (3) penilaian berdasarkan pendapat (*judgment based performance*), yang melakukan penilaian dengan menggunakan peringkat penilaian: sangat bagus – sangat tidak bagus (*rating method*) dan pengurutan: dari paling baik – paling buruk (*ranking method*).

Menurut *K-State Cooperative Extension Service* (Khalil *et al.*, 2008), ukuran kinerja bagi penyuluh dapat dicapai melalui dimensi: (1) kualitas kerja, (2) kuantitas kerja, (3) keterikatan pada jadwal kerja, (4) alokasi kerja, (5) sikap dan ketenangan, dan (6) kepuasan organisasi dan pelanggan. Terziovski dan Dean (Khalil *et al.*, 2008) menyatakan bahwa peningkatan/pengembangan kualitas kerja mengacu pada dimensi yang paling efektif dalam memengaruhi kinerja kader.

Menurut Werther dan Davis (1996), faktor-faktor yang memengaruhi kinerja

adalah faktor kemampuan (*ability*) dan faktor motivasi (*motivation*). Secara psikologis, kemampuan karyawan terdiri dari kemampuan potensi (IQ) dan kemampuan *reality* (*knowledge+skill*). Artinya, pegawai yang memiliki IQ di atas rata-rata dengan pendidikan yang memadai untuk jabatannya dan ketrampilan dalam mengerjakan pekerjaan, maka ia akan lebih mudah mencapai kinerja yang diharapkan. Motivasi mempengaruhi kinerja. Hal ini sesuai dengan pendapat Zainun (1999) yang menjelaskan bahwa motivasi mempengaruhi kinerja sebagai berikut.



Gambar 2.1 Keterkaitan Antara Tiga Kelompok Faktor Yang Memengaruhi Kinerja
Sumber: Zainun (1999)

2.1.6 Teori Motivasi

Motivasi merupakan satu penggerak dari dalam hati seseorang untuk melakukan atau mencapai sesuatu tujuan. Motivasi juga bisa dikatakan sebagai rencana atau keinginan untuk menuju kesuksesan dan menghindari kegagalan hidup. Dengan kata lain motivasi adalah sebuah proses untuk tercapainya suatu tujuan. Seseorang yang

mempunyai motivasi berarti ia telah mempunyai kekuatan untuk memperoleh kesuksesan dalam kehidupan..

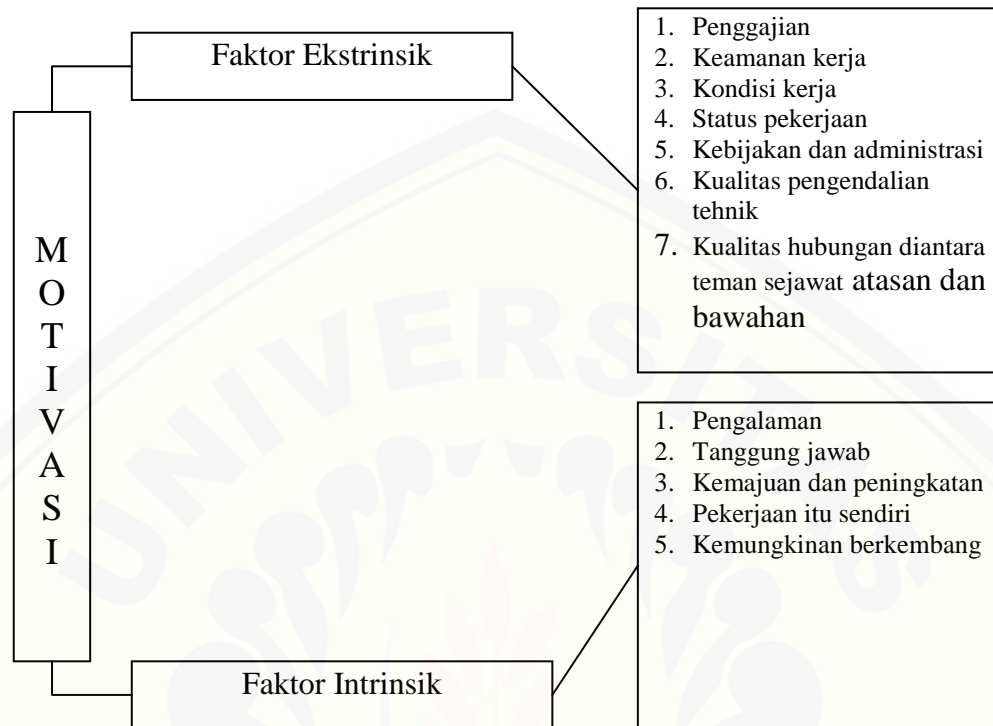
Motivasi dapat berupa motivasi intrinsik dan ekstrinsik. Motivasi yang bersifat intinsik adalah manakala sifat pekerjaan itu sendiri yang membuat seorang termotivasi, orang tersebut mendapat kepuasan dengan melakukan pekerjaan tersebut bukan karena rangsangan lain seperti status ataupun uang atau bisa juga dikatakan seorang melakukan hobynya. Sedangkan motivasi ekstrinsik adalah manakala elemen elemen diluar pekerjaan yang melekat di pekerjaan tersebut menjadi faktor utama yang membuat seorang termotivasi seperti status ataupun kompensasi.

Banyak teori motivasi yang dikemukakan oleh para ahli yang dimaksudkan untuk memberikan uraian yang menuju pada apa sebenarnya manusia dan manusia akan dapat menjadi seperti apa. Landy dan Becker membuat pengelompokan pendekatan teori motivasi ini menjadi 5 kategori yaitu teori kebutuhan,teori penguatan,teori keadilan,teori harapan,teori penetapan sasaran.

a. Teori Motivasi Herzberg (1966)

Menurut Herzberg (1966) dalam Notoatmodjo (2003), ada dua jenis faktor yang mendorong seseorang untuk berusaha mencapai kepuasan dan menjauhkan diri dari ketidakpuasan. Dua faktor itu disebutnya faktorhigiene (faktor ekstrinsik) dan faktor motivator (faktor intrinsik). Faktor higiene memotivasi seseorang untuk keluar dari ketidakpuasan, termasuk didalamnya adalah hubungan antar manusia, imbalan, kondisi lingkungan, dan sebagainya (faktor ekstrinsik), sedangkan faktor motivator memotivasi seseorang untuk berusaha mencapai kepuasan, yang termasuk didalamnya adalah achievement, pengakuan, kemajuan tingkat kehidupan. (faktor intrinsik).

Teori dua faktor yang merupakan hasil penelitian Hezbrerg dalam (Gibson, 1984:95) menyebutkan bahwa dua faktor tersebut dinamakan dua faktor yang memotivasi orang atau faktor ekstrinsik dan intrinsik. Secara diagramatik teori Hezberg disajikan dalam Gambar 2.2 berikut.



Gambar 2.2 Teori Dua Faktor Herzberg
Sumber: Gibson (1984)

1) Motivasi ekstrinsik

Menurut Hunt dalam (Petri, 1981), motivasi ekstrinsik dapat menimbulkan perilaku sehubungan dengan adanya *reward* yang diperoleh pada dunia eksternal. Menurut Hunt, seseorang yang memiliki motivasi ekstrinsik dalam melakukan suatu pekerjaan adalah karena pekerjaan itu memberikan nilai atau imbalan yang meningkatkan kepuasan dirinya. Aktivitas yang dilakukan oleh individu dengan latar belakang motivasi ekstrinsik lebih didasarkan adanya objek eksternal yang diharapkan memenuhi kepuasan. Misalkan memberikan penghargaan dan fakta-fakta yang memberikan makna positif bagi individu dapat menggerakkan perilaku individu dalam mencapai tujuan. Indikator motivasi ekstrinsik antara lain:

- a) Penggajian
- b) Keamanan kerja

- c) Kondisi kerja
- d) Status pekerjaan
- e) Kebijakan dan administrasi
- f) Kualitas dan pengendalian teknik
- g) Kualitas hubungan interpersonal

2) Motivasi intrinsik

Menurut Hunt dalam (Petri, 1981), motivasi instinsik merupakan kondisi yang mendorong individu berperilaku tanpa adanya faktor eksternal yang memengaruhi seperti pemberian reward tetapi perilaku itu timbul karena individu memang menyukai apa yang dilakukan.

Motivasi instrinsik menimbulkan keyakinan pada individu sehingga melakukan semata-mata didorong oleh kondisi yang disukai. Motivasi intrinsik sebagai daya pendorong internal pada diri individu yang menggerakkan tugasnya secara tekun, sungguh-sungguh dan karena individu tersebut menyukai kegiatan yang dilakukan.

- a) Prestasi
- b) Pengakuan
- c) Tanggung jawab
- d) Kemajuan dan peningkatan
- e) Pekerjaan itu sendiri
- f) Kemungkinan berkembang

2.1.7 Kemampuan

Kemampuan menurut Bambang (2003:90) adalah memfokuskan kepada kemampuan pengetahuan, kemampuan keterampilan dan kemampuan sikap. Kemampuan pengetahuan adalah pemahaman yang berkaitan dengan tugas-tugas individu dalam organisasi termasuk pengetahuan tentang tempat kerjanya. Kemampuan keterampilan adalah keterampilan yang berkaitan dengan tugas individu. Sedangkan keterampilan sikap adalah kemampuan yang mempunyai pengaruh

tertentu terhadap tanggapan seseorang kepada orang lain, obyek dan situasi yang berhubungan dengan orang tersebut.

Kemampuan seseorang itu pada dasarnya merupakan hasil proses belajar, yang meliputi aspek-aspek *knowledge* (pengetahuan), *attitude* (sikap) dan *skill* (ketrampilan) (Nadler, 1982; dan Thonthowi, 1991) atau *cognitive*, *attitude*, dan *psychomotor* (Gagne, 1992). Begitu juga dengan Grounlund (1977) yang menyatakan bahwa hasil belajar (*learning outcomes*) yang meliputi tiga domain, yaitu: (a) *cognitive*, (b) *affective* dan (c) *psychomotor*, yang sering juga disebut dengan *taxonomy of education objectives*. Jadi, indikator kemampuan yaitu yang meliputi empat aspek *knowledge* (pengetahuan), *attitude* (sikap), *skill* (keterampilan) dan *EQ* (kematangan emosional) akan mempengaruhi kinerja karyawan kecil.

Arti kemampuan menurut Casson (1982), yang dikutip Yuyun Wirasasmita (1993) ada beberapa kemampuan yang harus dimiliki seseorang, yaitu:

- a. *Self Knowledge*, yaitu memiliki pengetahuan tentang usaha yang akan dilakukannya atau ditekuninya.
- b. *Imagination*, yaitu memiliki imajinasi, ide dan perspektif serta tidak mengandalkan pada sukses di masa lalu.
- c. *Practical Knowledge*, yaitu memiliki pengetahuan praktis misalnya pengetahuan teknik, desain, prosesi, pembukuan, administrasi dan pemasaran.
- d. *Search Skill*, yaitu kemampuan untuk menemukan, berkreasi dan berimajinasi.
- e. *Foresight*, yaitu berpandangan jauh ke depan.
- f. *Computation Skill*, yaitu kemampuan berhitung dan kemampuan memprediksi keadaan masa yang akan datang.
- g. *Communication Skill*, yaitu kemampuan untuk berkomunikasi, bergaul dan berhubungan dengan orang lain.

Menurut Sofo (2003) istilah kemampuan didefinisikan dalam arti apa yang diharapkan di tempat kerja, dan merujuk pada pengetahuan, keahlian, dan sikap yang dalam penerapannya harus konsisten dan sesuai standar kinerja yang dipersyaratkan dalam pekerjaan. Sedangkan menurut Schumacher dalam Sinamo

(2002), ada tiga komponen penting yang tidak tampak dalam kemampuan diri manusia yaitu; keterampilannya, kemampuannya dan etos kerjanya. Tanpa ketiganya, semua sumber daya tetap terpendam, tidak dapat dimanfaatkan, dan tetap merupakan potensi belaka. Jika di simak ketiga komponen yang tidak kelihatan tersebut memang berada dalam diri manusia, tersimpan dalam bentuk kemampuan insani operasional (*operational human abilities*).

Lowler dan Porter mendefinisikan kemampuan (*ability*) sebagai karakteristik individual seperti intelegensia, *manual skill*, *traits* yang merupakan kekuatan potensial seseorang untuk berbuat dan sifatnya stabil (As'ad, 2000). Selain itu kemampuan dinyatakan sebagai seperangkat tindakan cerdas penuh tanggung jawab yang dimiliki seseorang sebagai syarat untuk dianggap mampu oleh masyarakat dalam melaksanakan tugas-tugas di bidang pekerjaan tertentu (Mendiknas, 045/U/2002 dalam Sedarmayanti, 2003).

Sumber daya manusia yang memiliki kemampuan tinggi sangat menunjang tercapainya visi dan misi organisasi untuk segera maju dan berkembang pesat, guna mengantisipasi kompetisi global. Kemampuan yang dimiliki seseorang akan membuatnya berbeda dengan yang mempunyai kemampuan rata-rata atau biasa saja. Menurut Gibson (1996) faktor kemampuan merupakan salah satu faktor dalam variabel individual yang memengaruhi kinerja secara individu .

Kemampuan pada individu paling tidak ditentukan oleh tiga aspek kondisi dasar yaitu; kondisi sensoris dan kognitif, pengetahuan tentang cara respon yang benar, dan kemampuan melaksanakan respon tersebut. Jadi kemampuan (*ability*) merupakan suatu potensi untuk melakukan sesuatu, atau dengan kata lain kemampuan (*ability*) adalah *what one can do* dan bukanlah *what he does do* (As'ad, 2000).

Sebagai makhluk psikologikal (*psycological being*) manusia ditandai dengan kemampuan dalam 6 (enam) hal;

- a. Kemampuan berpikir persepsional-rasional
- b. Kemampuan berpikir kreatif-imajinatif

- c. Kemampuan berpikir kritis-argumentatif
- d. Kemampuan memilih sejumlah pilihan yang tersedia.
- e. Kemampuan berkehendak secara bebas.
- f. Kemampuan untuk merasakan (Sinamo, 2002).

Sedangkan kemampuan sejati adalah kekuatan yang dapat mendorong terwujudnya sinergi kemampuan konstruktif seluruh potensi yang ada dalam diri manusia perbuatan”. “Kemampuan bisa merupakan kesanggupan bawaan sejak lahir, atau merupakan hasil latihan atau praktek” (Robbin, 2006). Dari pengertian-pengertian tersebut, dapat disimpulkan bahwa kemampuan (*ability*) adalah kecakapan atau potensi menguasai suatu keahlian yang merupakan bawaan sejak lahir atau merupakan hasil latihan atau praktek dan digunakan untuk mengerjakan sesuatu yang diwujudkan melalui tindakannya. Lebih lanjut Robbin (2006) menyatakan bahwa kemampuan terdiri dari dua faktor, yaitu:

- a. Kemampuan intelektual (*Intellectual ability*) merupakan kemampuan melakukan aktivitas secara mental.
- b. Kemampuan fisik (*Physical ability*) merupakan kemampuan melakukan aktivitas berdasarkan stamina kekuatan dan karakteristik fisik.

Menurut Keith Davis dalam Mangkunegara (2002), “secara psikologis, kemampuan (*ability*) terdiri dari kemampuan potensi (IQ) dan kemampuan *reality* (*knowledge + skill*), artinya karyawan yang memiliki IQ di atas rata-rata dengan pendidikan yang memadai untuk jabatannya dan terampil dalam mengerjakan pekerjaan sehari-hari, maka akan lebih mudah mencapai kinerja maksimal”.

Berdasarkan uraian tersebut dapat disimpulkan bahwa kemampuan merupakan potensi yang dimiliki oleh seseorang dalam menyelesaikan tugasnya secara cepat dan tepat, efektif dan efisien sesuai dengan metode atau standar kerja yang diwujudkan dalam pelaksanaan tugasnya.

2.2 Tinjauan Penelitian Terdahulu

Ada beberapa penelitian yang telah dilakukan mengenai motivasi dan kinerja. Andira (2012) meneliti tentang Beberapa penelitian menyebutkan faktor yang berhubungan dengan kinerja kader diantaranya adalah umur, sikap, motivasi, pengetahuan, masa kerja, insentif/penghargaan, dan frekuensi pelatihan. Mengidentifikasi faktor-faktor yang berhubungan dengan kinerja kader dalam kegiatan posyandu di Kecamatan Bontobahari Kabupaten Bulukumba tahun 2012. Jenis penelitian yang digunakan adalah observasional analitik dengan pendekatan *Cross sectional Study*. Populasinya adalah semua kader posyandu di Kecamatan Bontobahari Kabupaten Bulukumba Tahun 2012. Metode pengambilan sampel adalah *exhaustive sampling* dengan jumlah sampel yang diteliti sebanyak 119 orang. Berdasarkan 7 variabel yang diteliti, terdapat 4 variabel yang bermakna, yaitu: sikap ($\rho=0,036$), motivasi ($\rho=0,049$), pengetahuan ($\rho=0,026$), dan masa kerja ($\rho=0,043$), dan 3 variabel yang tidak bermakna, yaitu: umur kader ($\rho=0,535$), insentif/penghargaan ($\rho=151$), dan frekuensi pelatihan ($\rho=0,242$). Kinerja kader di Kecamatan Bontobahari Kabupaten Bulukumba pada umumnya kurang. Sikap, motivasi, pengetahuan, masa kerja merupakan faktor yang berhubungan dengan kinerja kader. Diharapkan kepada kader posyandu agar terus menggali ilmu pengetahuan dan pengalaman untuk meningkatkan kinerja dalam pelaksanaan kegiatan posyandu. Meskipun frekuensi pelatihan dan insentif tidak berhubungan dengan kinerja kader posyandu di Kec. Bontobahari Kab. Bulukumba, namun diharapkan kepada kader posyandu agar sering mengikuti pelatihan kesehatan

Wijaya dkk (2013) melakukan penelitian tentang kader kesehatan. Keberadaan kader kesehatan di masyarakat dalam pengendalian kasus tuberkulosis sangat strategis. Di kabupaten Buleleng aktivitas kader kesehatan ini dalam pengendalian kasus tuberkulosis masih sangat rendah. Aktivitas kader tersebut dapat dipengaruhi oleh faktor pengetahuan, sikap dan motivasi. Penelitian dilakukan pada kader kesehatan di Kabupaten Buleleng. Penelitian ini menggunakan desain studi analitik observasional dengan pendekatan *cross-sectional*. Randomisasi dilakukan

untuk mendapatkan sampel penelitian. Variabel penelitian diukur menggunakan kuesioner dan analisis hubungan antar variabel menggunakan analisis multivariat dengan regresi logistik ganda. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang secara statistik signifikan antara variabel pengetahuan dengan aktivitas kader kesehatan (OR=18.44; CI 95%=1,89-179,91; p=0,012), antara sikap dengan aktivitas kader kesehatan (OR=8.08; CI 95%=1,60-40,71; p=0,011), dan antara motivasi dengan aktivitas kader kesehatan (OR=15.01; CI 95%=1,59-141,65; p=0,018). Hasil ini dapat disimpulkan bahwa: 1) Terdapat hubungan yang secara statistik signifikan antara pengetahuan, sikap, dan motivasi dengan aktivitas kader kesehatan; 2) Kader kesehatan dengan pengetahuan tinggi memiliki kemungkinan untuk aktif 18 kali lebih besar dari pada pengetahuan rendah; 3) Kader kesehatan dengan sikap baik memiliki kemungkinan untuk aktif 8 kali lebih besar dari pada sikap kurang; 4) Kader kesehatan dengan motivasi tinggi memiliki kemungkinan untuk aktif 15 kali lebih besar dari pada motivasi rendah

2.3 Kerangka Konseptual

Kerangka konsep penelitian adalah kerangka hubungan antara konsep-konsep yang ingin diamati atau diukur melalui penelitian-penelitian yang akan dilakukan (Notoatmodjo, 2005). Kerangka konsep penelitian ini disajikan pada Gambar 2.3:



Gambar 2.3 Kerangka Konseptual

Keterangan:

□ : variabel yang diteliti.

□ : variabel yang tidak diteliti

Berdasarkan Gambar 2.3 menjelaskan bahwa kinerja adalah hasil atau tingkat keberhasilan seseorang secara keseluruhan selama periode tertentu di dalam melaksanakan tugas dibandingkan dengan berbagai kemungkinan, seperti standar hasil kerja, target, sasaran/kriteria yang telah ditentukan terlebih dahulu dan telah disepakati bersama. Kinerja merupakan suatu konstruksi multidimensi yang mencakup banyak faktor yang mempengaruhinya. Faktor-faktor tersebut terdiri atas faktor instrinsik individu atau SDM (Sumber Daya Manusia) seperti motivasi ekstrinsik, motivasi intrinsik dan kemampuan.

Penilaian terhadap kinerja merupakan suatu evaluasi proses terhadap penentuan dari berbagai nilai dalam pencapaian tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya. Untuk kinerja kader, indikator penilaian kinerja kader telah disusun berdasarkan Telaah Kemandirian Posyandu (TKP) dalam buku Pedoman ARRIF dikatakan bahwa frekuensi penyelenggaraan posyandu ada 12 kali setiap tahun dan sedikitnya dikatakan posyandu cukup baik bila frekuensi 8 kali setiap tahun. Demikian juga keberadaan kader di posyandu, bila kader kurang aktif dinyatakan jika tidak hadir untuk bekerja diposyandu kurang dari 8 kali dalam satu tahun.

Selain kehadiran kader penilaian kinerja kader juga dapat dilihat dari peran dan fungsi kader posyandu yang dijabarkan dalam kegiatan pelaksanaan posyandu seperti melaksanakan pencatatan dan pelaporan, membuat absensi kehadiran, melaksanakan pelayanan P4K sehingga nantinya kinerja kader juga akan meningkat.

2.4 Hipotesis Penelitian

Hipotesis dalam penelitian ini, adalah sebagai berikut:

1. H_0 : Tidak ada hubungan antara Motivasi Instrinsik dengan kinerja kader.
 H_1 : Ada hubungan antara Motivasi Instrinsik dengan kinerja kader.
2. H_0 : Tidak ada hubungan antara Motivasi Ekstrinsik dengan kinerja kader.
 H_1 : Ada hubungan antara Motivasi Ekstrinsik dengan kinerja kader.
3. H_0 : Tidak ada hubungan antara Kemampuan dengan kinerja kader.
 H_1 : Ada hubungan antara Kemampuan dengan kinerja kader.

BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian analitik yang tidak hanya memaparkan karakteristik tertentu, tetapi juga menganalisis dan menjelaskan mengapa atau bagaimana hal itu terjadi (Hermawan, 2006). Dilihat dari segi waktu, penelitian ini termasuk penelitian *cross sectional* karena penelitian dilakukan dengan cara pendekatan, observasi atau pengumpulan data sekaligus pada satu saat (*point time approach*). Artinya tiap subjek penelitian hanya diobservasi satu kali saja dan pengukuran dilakukan terhadap status karakter atau variabel subyek pada saat pemeriksaan tersebut (Notoatmodjo, 2005).

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Semboro. Waktu penelitian dilaksanakan pada bulan Oktober 2013

3.3 Populasi, Sampel, Unit Sampel dan Teknik Pengambilan Sampel Penelitian

3.3.1 Populasi Penelitian

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek/subyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2009). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh kader kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Semboro sejumlah 315 orang.

3.3.2 Sampel Penelitian

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi. Ukuran sampel yang layak dalam penelitian adalah antara 30 sampai 500 (Sugiyono, 2009). Sampel penelitian ini sebanyak 74 kader kesehatan.

Untuk menghindari pengambilan sampel yang terkonsentrasi pada salah satu dusun saja, maka diambil pada semua dusun dengan menggunakan rumus sebagai berikut (Lemeshow,1997)

Keterangan:

$$n = \frac{NZ^2 1-\alpha/2.P (1-P)}{(n-1) d^2 + Z^2 1-\alpha/2P(1-P)}$$

Dimana: N=besar populasi

n = besar sampel umum

Z = nilai distribusi normal baku (Tabel Z) pada alpha tertentu. Nilai Z sebesar 1,96.

P = harga proporsi di populasi sebesar 0,5

d=kesalahan (absolut) yang ditolerir sebesar 5%-10%

Berdasarkan rumus tersebut maka dapat dihitung jumlah sampel yaitu:

$$n = \frac{315 (1,96)^2 \times 0,5 (0,5)}{(315-1)(0,05)^2 + (1,96)^2 .0,5.0,5}$$

$$n = \frac{302,526}{0,785 + 0,9604}$$

$$n = 74$$

Responden yang akan diwawancarai sebanyak 74 orang dengan melakukan pengambilan secara acak (*random*). Adapun persyaratan responden dalam penelitian ini yaitu responden sering melakukan aktivitas dalam pelayanan P4K.

3.3.3 Unit Sampel Penelitian

Adapun unit sampel dalam penelitian ini dijelaskan Tabel 3.1

Tabel 3.1 Sampel Pada Masing-Masing Sub Populasi

| No. | Nama Dusun | n | N | $n/N \times nh$ | n |
|--------|--------------|-----|-----|----------------------|-----------|
| 1. | Semboro | 90 | 315 | $90/315 \times 74 =$ | 21 |
| 2. | Sidomekar | 85 | 315 | $85/315 \times 74 =$ | 20 |
| 3. | Rejo Agung | 35 | 315 | $35/315 \times 74 =$ | 8 |
| 4. | Sidomulyo | 35 | 315 | $35/315 \times 74 =$ | 8 |
| 5. | Pondok Joyo | 40 | 315 | $40/315 \times 74 =$ | 10 |
| 6. | Pondok Dalem | 30 | 315 | $30/315 \times 74 =$ | 7 |
| Jumlah | | 315 | | | 74 |

3.3.4 Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan *simple random sampling*. Pengambilan sampel secara acak dilakukan pada suatu kluster wilayah tertentu yang dianggap mewakili populasi yang akan diteliti (Azwar dan Prihartono, 2003).

3.4 Variabel dan Definisi Operasional

3.4.1 Variabel Penelitian

Variabel merupakan sesuatu yang digunakan sebagai ciri, sifat, atau ukuran yang dimiliki oleh anggota-anggota suatu kelompok yang berbeda dengan yang dimiliki oleh kelompok yang lain (Notoatmodjo, 2010). Adapun variabel yang digunakan dalam penelitian ini adalah :

a. Variabel Bebas (*Independent Variable*)

Variabel bebas adalah variabel yang mempengaruhi atau sebab dari variabel terikat (Notoatmodjo, 2010). Variabel bebas (*Independent variabel*) yaitu motivasi ekstrinsik dan intrinsik serta kemampuan.

b. Variabel Terikat (*Dependent Variable*)

Variabel terikat adalah variabel yang tergantung atas variabel yang lain (Nazir, 2005). Variabel terikat dalam penelitian ini adalah kinerja kader.

| No | Variabel | Definisi Operasional | Pengambilan Data | Skala Data | Kriteria Pengumpulan Data |
|----|---------------------|--|--|------------|--|
| 2. | Motivasi ekstrinsik | <p>adalah motif-motif responden yang aktif dan berfungsi karena adanya perangsang atau pengaruh dari orang lain sehingga kaderberbuat sesuatu</p> <p>a. Penggajian Imbalan dalam bentuk finansial yang diberikan kepada kader</p> <p>b. Keamanan kerja Kondisi rasa aman dan nyaman bagi responden dalam melaksanakan kerja</p> <p>c. Kondisi kerja Keadaan kerja dan lingkungan yang dirasakan oleh responden</p> <p>d. Status pekerjaan Status responden dalam melaksanakan pelayanan P4K</p> <p>e. Kebijakan dan administrasi Ketetapan dan proses yang diterima oleh responden.</p> <p>f. Kualitas pengendalian tehnik Mutu yang diberikan responden dalam melakukan pelayanan</p> <p>g. Kualitas hubungan diantara teman sejawat atasan dan bawahan Tingkatan hubungan antar responden kesehatan dalam melaksanakan tugas</p> | Wawancara dengan menggunakan kuesioner | ordinal | <p>Kriteria</p> <p>Pertanyaan variabel motivasi ekstrinsik pada pertanyaan no 11 sampai 24. Permtayaan 11,13,15,17,19,21,23 adalah pernyataan positif. Skoring yang digunakan adalah (STS:1, TS:2, KS:3, S:4 dan S:5) 12,14,16,18,20,22,23,24 adalah pernyataan negatif. Skoring yang digunakan adalah (STS:5, TS:4 KS:3, S:2 dan S:1)</p> <p>Skor penilaian dan klasifikasi untuk 7 pertanyaan tersebut sebagai berikut: Nilai maksimal: $5 \times 14 = 70$ Nilai minimum: $1 \times 14 = 14$ Selanjutnya dari range 14-70 dikelompokkan menjadi 3 kategori, yaitu tinggi, sedang, rendah:</p> <p>a. Nilai $14 - 32,66 =$ Tingkat motivasi ekstrinsik responden dikategorikan rendah</p> <p>b. Nilai $32,67 - 51,33 =$ Tingkat motivasi ekstrinsik responden dikategorikan sedang.</p> <p>c. Nilai $51,34-70 =$ Tingkat kinerja responden dikategorikan tinggi.</p> |

| No | Variabel | Definisi Operasional | Pengambilan Data | Skala Data | Kriteria Pengumpulan Data |
|----|-------------------|---|--|------------|---|
| 3. | Kemampuan | Segala sesuatu yang dimiliki oleh seorang kader dalam pelayanan P4K | Wawancara dengan menggunakan kuesioner dan observasi | Ordinal | <p>Kriteria</p> <p>Pertanyaan variabel kemampuan pada pertanyaan no 32 sampai 38. Pertanyaan . Skoring yang digunakan adalah (STM:1, TM:2, M:3, SM:4)</p> <p>Skor penilaian dan klasifikasi untuk 7 pertanyaan tersebut sebagai berikut: Nilai maksimal: $4 \times 7 = 28$ Nilai minimum: $1 \times 7 = 7$ Selanjutnya dari range 7-28 dikelompokkan menjadi 3 kategori, yaitu tinggi, sedang, rendah:</p> <ol style="list-style-type: none"> Nilai 7 –14 = Tingkat kinerja responden dikategorikan rendah Nilai 15 – 21 = Tingkat kinerja responden dikategorikan sedang. Nilai 22-28 = Tingkat kinerja responden dikategorikan tinggi. |
| | Variabel dependen | <p>1. <i>Knowledge</i> (pengetahuan) Segala sesuatu yang dimiliki oleh kader sehubungan dengan P4K</p> <p>2. <i>Attitude</i> (sikap) Perilaku kader dalam memberikan pelayanan P4K</p> <p>3. <i>Skill</i> (<i>ketrampilan</i>) Keahlian dan kemampuan untuk memberikan pelayanan P4K</p> <p>Suatu hasil kerja responden dalam melaksanakan tugas-tugas yang dibebankan yang didasarkan atas kecakapan, pengalaman dan kesungguhan serta waktu</p> | | | |
| 4. | Kinerja Kader | <p>Indikator yang dinilai:</p> <ol style="list-style-type: none"> Pemasangan stiker ibu hamil Stiker ibu hamil yang dipasang responden sebagai bukti pelayanan P4K Pendataan ibu hamil Pendataan yang dilakukan oleh responden untuk wanita hamil Pencatatan /pengisian stiker Stiker yang dicatat oleh responden untuk mendeteksi ibu hamil | Wawancara dengan menggunakan kuesioner dan observasi | Ordinal | <p>Kriteria</p> <p>Pertanyaan variabel kinerja kader pada pertanyaan no 25 sampai 31. Skoring yang digunakan adalah (0-25%:1, 25-50%:2, 50-75%:3, 75-100%:4)</p> <p>Skor penilaian dan klasifikasi untuk 6 pertanyaan tersebut sebagai berikut: Nilai maksimal: $4 \times 7 = 28$ Nilai minimum: $1 \times 7 = 7$ Selanjutnya dari range 7-28 dikelompokkan menjadi 3 kategori, yaitu tinggi, sedang, rendah:</p> <ol style="list-style-type: none"> Nilai 7-14 = Tingkat kinerja responden dikategorikan rendah Nilai 15-21 = Tingkat kinerja responden dikategorikan sedang. Nilai 22-28 = Tingkat kinerja responden dikategorikan tinggi. |

| No | Variabel | Definisi Operasional | Pengambilan Data | Skala Data | Kriteria Pengumpulan Data |
|----|----------|--|------------------|------------|---------------------------|
| | | d. Kunjungan rumah ibu hamil Frekuensi responden dalam mengunjungi ibu hamil | | | |
| | | e. Penyuluhan ibu hamil di Posyandu Kegiatan responden dalam memberikan penjelasan kepada ibu hamil | | | |
| | | f. Deteksi Risiko Tinggi ibu hamil Kegiatan responden dalam memberikan score pada ibu hamil yg beresiko | | | |
| | | g. Pencatatan /Pelaporan Kegiatan rutin kader setiap bulan melaporkan hasil kegiatan P4K(ibu hamil,ibu bersalin,dan kematian ibu maupun bayi) | | | |

3.5 Sumber, Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data

3.5.1 Sumber Data

Data yang dikumpulkan dalam penelitian ini adalah data primer dan data sekunder. Data primer merupakan data yang diperoleh di lapangan dengan cara wawancara langsung dengan responden menggunakan kuesioner yang telah ditetapkan (Sugiarto, 2003). Data primer diperoleh dari hasil wawancara kader kesehatan yang terkait dengan P4K. Data sekunder adalah data terolah yang diperoleh dari instansi terkait untuk mendukung hasil penelitian (Sugiarto, 2003) yang berupa hasil dokumentasi atau arsip laporan data dari Puskesmas Semboro Kabupaten Jember.

3.5.2 Teknik Pengumpulan Data

a. Wawancara

Wawancara (*interview*) adalah metode yang digunakan untuk mengumpulkan data, dimana peneliti mendapat keterangan atau pendirian secara lisan dari seorang sasaran peneliti (responden), atau bercakap-cakap berhadapan muka dengan orang tersebut (*face to face*). Wawancara sebagai pembantu utama dari metode observasi. Jenis wawancara yang digunakan adalah wawancara terpimpin (*structured interview*), dimana wawancara ini dilakukan berdasarkan pedoman-pedoman berupa kuesioner yang telah dipersiapkan sebelumnya, sehingga *interviewer* hanya membacakan pertanyaan-pertanyaan tersebut kepada *interviewee* (Notoatmodjo, 2010).

b. Pengamatan (observasi)

Pengamatan adalah suatu prosedur berencana yang meliputi melihat, mendengar, dan mencatat sejumlah taraf aktivitas atau situasi tertentu yang ada hubungannya dengan masalah yang diteliti. Jenis observasi yang dilakukan adalah observasi partisipatif partiil (sebagian), dimana peneliti hanya mengambil bagian pada kegiatan-kegiatan tertentu saja (tingkah laku yang akan timbul) (Notoatmodjo, 2010). Observasi ini dilakukan untuk mengetahui aktivitas pelayanan P4K

3.5.3 Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini meliputi:

- a. Instrumen pengumpulan data yang digunakan pada penelitian ini berupa lembar kuesioner. Kuesioner adalah alat pengumpul data yang dipakai dalam wawancara berisi daftar pertanyaan yang sudah tersusun dengan baik, sudah matang, dimana pewawancara tinggal memberikan jawaban dengan memberikan tanda-tanda (Notoatmodjo, 2010). Kuesioner dalam penelitian ini mencakup pertanyaan tentang karakteristik responden, usia, tingkat pengetahuan dan pekerjaan responden.

b. Lembar Observasi

Lembar observasi adalah lembar kerja yang berfungsi untuk mengobservasi dan mengukur tingkat keberhasilan atau ketercapaian tujuan. Lembar observasi digunakan juga untuk mengukur kinerja kader kesehatan.

3.6 Teknik Pengolahan, Penyajian dan Analisis Data

3.6.1 Teknik Pengolahan Data

a. *Editing*

Editing adalah kegiatan yang dilakukan setelah peneliti menghimpun data di lapangan (Bungin, 2005). *Editing* dilakukan terhadap data yang diperoleh dari hasil wawancara yang berpedoman pada kuesioner. Data yang sudah terkumpul perlu dibaca sekali lagi dan diperbaiki, apabila terdapat hal-hal yang salah dan masih meragukan, misalnya melihat lengkap tidaknya jawaban yang diberikan responden, kejelasan makna dan jawaban, dan kesesuaian antara pertanyaan yang satu dengan yang lain. Hal ini dilakukan untuk memperbaiki kualitas data dan menghilangkan keraguan data.

b. *Scoring*

Scoring merupakan langkah selanjutnya setelah responden memberikan jawaban atas pertanyaan yang terdapat dalam kuesioner (Bungin, 2005). Kegiatan ini dilakukan untuk memberikan skor atau nilai dari jawaban dengan nilai tertinggi sampai nilai terendah dari hasil wawancara yang diajukan kepada responden.

c. *Tabulating*

Tabulating adalah memasukkan data pada tabel tertentu dan mengatur angka-angka serta menghitungnya (Bungin, 2005). Kegiatan ini dilakukan untuk mempermudah peneliti dalam menjumlah skor dari jawaban responden.

3.6.2 Teknik Penyajian Data

Penyajian data merupakan kegiatan yang dilakukan dalam pembuatan laporan hasil penelitian yang dilakukan agar laporan dapat dipahami dan dianalisis agar sesuai

dengan tujuan yang diinginkan, kemudian ditarik kesimpulan sehingga menggambarkan hasil penelitian (Suyanto, 2005). Teknik penyajian data pada penelitian ini dilakukan dengan pemeriksaan data, pemberian nilai, tabulasi, dan deskripsi hasil penelitian disajikan dalam bentuk tabel sebagai hasil dari pengolahan data kuesioner.

3.6.3 Teknik Analisis Data

Analisis data adalah pengelompokan data berdasarkan variabel dan jenis responden, mentabulasi data berdasarkan variabel dari seluruh responden, menyajikan data tiap variabel yang diteliti, melakukan perhitungan untuk menguji hipotesis yang telah diajukan (Sugiyono, 2009).

3.7 Uji Instrumen Data

3.7.1 Uji Validitas

Uji validitas adalah esens kebenaran penelitian. Sebuah *instrument* dikatakan valid apabila mampu, mengukur apa yang hendak diukur serta dapat mengungkapkan data dan variabel yang akan diteliti secara tepat. Kriteria validitas yang dilakukan dengan analisis faktor (*Confirmatory Factor Analysis*) adalah valid jika nilai Keiser Myer Oklin > 0,6 dan *Barlett's Test* dengan signifikansi < 0,05 dan *component loading* masing-masing indikator $\geq 0,60$ (Ghozali, 2002). Hasil uji validitas berikut.

Tabel 3.3 Hasil Uji Validitas Kuesioner

| Variabel | Indikator | r hitung | Signifikansi r | Signifikansi | Keterangan |
|---------------------|-----------|----------|----------------|--------------|------------|
| Motivasi Intrinsik | MI1 | 0,473 | 0,000 | 0,05 | Valid |
| | MI2 | 0,262 | 0,024 | 0,05 | Valid |
| | MI3 | 0,181 | 0,122 | 0,05 | Valid |
| | MI5 | 0,188 | 0,108 | 0,05 | Valid |
| | MI7 | 0,341 | 0,030 | 0,05 | Valid |
| | MI8 | 0,231 | 0,047 | 0,05 | Valid |
| Motivasi Ekstrinsik | ME11 | 0,370 | 0,010 | 0,05 | Valid |
| | ME12 | 0,224 | 0,055 | 0,05 | Valid |
| | ME13 | 0,150 | 0,202 | 0,05 | Valid |

| | | | | | |
|-----------|-------|-------|-------|------|-------|
| | ME17 | 0,335 | 0,040 | 0,05 | Valid |
| | ME18 | 0,325 | 0,050 | 0,05 | Valid |
| | ME19 | 0,073 | 0,534 | 0,05 | Valid |
| | ME20 | 0,406 | 0,000 | 0,05 | Valid |
| | ME21 | 0,468 | 0,000 | 0,05 | Valid |
| | ME24 | 0,413 | 0,040 | 0,05 | Valid |
| Kinerja | KN25 | 0,613 | 0,000 | 0,05 | Valid |
| | KN 26 | 0,732 | 0,000 | 0,05 | Valid |
| | KN27 | 0,751 | 0,000 | 0,05 | Valid |
| | KN28 | 0,770 | 0,000 | 0,05 | Valid |
| | KN29 | 0,724 | 0,000 | 0,05 | Valid |
| | KN30 | 0,732 | 0,000 | 0,05 | Valid |
| | KN31 | 0,635 | 0,000 | 0,05 | Valid |
| Kemampuan | KM32 | 0,706 | 0,000 | 0,05 | Valid |
| | KM33 | 0,772 | 0,000 | 0,05 | Valid |
| | KM34 | 0,615 | 0,000 | 0,05 | Valid |
| | KM35 | 0,601 | 0,000 | 0,05 | Valid |
| | KM36 | 0,539 | 0,000 | 0,05 | Valid |
| | KM37 | 0,511 | 0,000 | 0,05 | Valid |
| | KM38 | 0,442 | 0,000 | 0,05 | Valid |

Sumber: Lampiran 3

Berdasarkan hasil nilai dari Tabel 3.3 menunjukkan bahwa semua kuesioner yang diajukan adalah valid karena nilai koefisien korelasinya positif dan lebih besar dari r kritis = 0,227

3.7.2 Hasil Uji Reliabilitas

Pengujian reliabilitas dalam penelitian ini dilakukan dengan menghitung *Cronbach Alpha* dari masing-masing item pertanyaan dalam suatu variabel (Nasution, 2001).

$$\alpha = \frac{kr}{1 + (k-1)r}$$

Dimana : α = koefisien reliabilitas

r = koefisien rata-rata korelasi antar variabel

k = jumlah variabel dalam persamaan

Setelah diperoleh nilai α , selanjutnya membandingkan nilai tersebut dengan angka kritis reliabilitas pada tabel α , sehingga nilai kritis reliabilitas dapat ditentukan sebesar 0,60 (Ghozali, 2002:42) sehingga dapat dikatakan reliabel jika nilai α lebih besar dari angka kritis reliabilitas. Hasil uji reliabilitas disajikan pada tabel 3.4

Tabel 3.4 Reliabilitas Instrumen Penelitian

| No | Variabel | Conbrach Alpha α | Angka kritis | Keterangan |
|----|------------------------|-------------------------|--------------|------------|
| 1 | Motivasi Esktrinsik | 0,633 | 0,60 | Reliabel |
| 2 | Motivasi Intrinsik | 0,632 | 0,60 | Reliabel |
| 3 | Kemampuan | 0,833 | 0,60 | Reliabel |
| 4 | Kinerja | 0,730 | 0,60 | Reliabel |

Sumber: Lampiran 4

Berdasarkan Tabel 3.4 terlihat bahwa semua nilai α lebih besar dari nilai angka kritis reliabilitas sebesar 0,60, sehingga semua butir pertanyaan dapat dipercaya dan dapat digunakan untuk penelitian selanjutnya.

3.8 Uji Korelasi spearman

Analisis data merupakan suatu langkah yang penting dalam suatu penelitian. Pemilihan metode analisis didasarkan pada jenis data yang terkumpul. Dalam penelitian ini, metode analisis yang digunakan adalah analisis data kuantitatif. Analisis data kuantitatif memiliki ciri khusus yaitu dapat dinilai dengan angka. Metode analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut analisis korelasi spearman dengan menghitung korelasi antar masing-masing pertanyaan ataupun pernyataan dengan skor total pengamatan (Arikunto, 2006) dengan rumus:

$$r = \frac{n(\sum xy) - (\sum x \sum y)}{\sqrt{[n \sum x^2 - (\sum x)^2][n \sum y^2 - (\sum y)^2]}}$$

Dimana :

- r = Koefisien korelasi
- x = Nilai variabel bebas
- y = Nilai variabel terikat
- n = Jumlah responden atau sampel

Penelitian ini menggunakan koefisien korelasi adalah besaran yang dapat menunjukkan kekuatan hubungan antara dua variabel dan dapat diketahui berdasarkan nilai (r) hasil analisis korelasi. Indeks dari korelasi *spearman's* menunjukkan bilangan diantara +1,00 dan -1,00. Bila tidak ada hubungan diantara variabel, nilai sama dengan nol.

Bila tanda r positif, variabel-variabel dikatakan berkorelasi secara positif, artinya bila skor pada variabel x bertambah, skor pada variabel y pun bertambah. Variabel dikatakan berkorelasi negatif, apabila skor pada salah satu variabel meningkat dan variabel yang lain melemah. Menurut Triton dalam bukunya SPSS Terapan, interpretasi kekuatan hubungan antar variabel yang berdasarkan koefisien korelasi r adalah sebagai berikut: < 0,2 Korelasi sangat lemah; 0,20 – 0,40 Korelasi lemah; 0,40 – 0,60 Korelasi cukup kuat; 0,60 – 0,80 Korelasi kuat; > 0,80 Korelasi sangat kuat.