

# SKRIPSI

## PENGARUH PELATIHAN POSYANDU LANSIA TERHADAP KINERJA KADER DI KELURAHAN BULUKERTO MAGETAN

PENELITIAN *PRA EXPERIMENTAL*  
DI KELURAHAN BULUKERTO KECAMATAN MAGETAN  
KOTA MAGETAN

Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)  
Pada Program Studi Sarjana Keperawatan  
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga



Oleh :

**FITRIA TRISNA KUSUMA**

NIM : 010410695 B

PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA

2008

## **SURAT PERNYATAAN**

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di Perguruan Tinggi manapun

Surabaya, 25 Juli 2008

Yang Menyatakan



Fitria Trisna Kusuma

010410695 B

**LEMBAR PERSETUJUAN**  
**SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI**  
**TANGGAL 25 Juli 2008**

Oleh:

**Pembimbing I**



Dr. Florentina Sustini, dr, MS

NIP. 130 934 631

**Pembimbing II**



Retno Indarwati, S.Kep.Ns

NIP. 139 050 656

Mengetahui

Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan  
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya


Dr. Nursalam, M. Nurs (Honours)  
NIP: 140 238 226

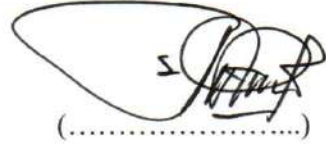
**LEMBAR PENETAPAN PANITIA PENGUJI**

**SKRIPSI TELAH DIUJI**

**Pada tanggal 4 Agustus 2008**

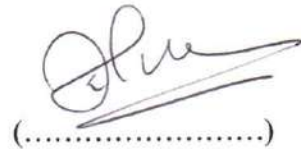
**PANITIA PENGUJI**

**Ketua** : 1. Joni Haryanto, S.Kp. M.Si  
NIP. 140 271 745



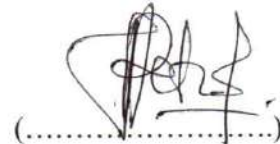
(.....)

**Anggota** : 1. Dr. Florentina Sustini, dr, MS  
NIP. 130 934 631




(.....)

2. Retno Indarwati, S.Kep.Ns  
NIP. 139 050 656



(.....)

Mengetahui  
Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan  
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya



Dr. Nursalam, M. Nurs (Honours)  
NIP. 140 238 226

**MOTTO**

**ORANG-ORANG YANG BERJIWA SUKSES,  
ANTUSIASNYA TIDAK PERNAH PADAM,  
TIDAK ADA KATA MENUNDA,  
TIDAK ADA KATA MUNDUR,  
DAN TIDAK ADA KATA MENYESAL**

## UCAPAN TERIMA KASIH

Alhamdulillah, puji dan syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT, karena atas berkat rahmat dan karunia-Nya kami dapat menyelesaikan skripsi dengan judul **“Pengaruh Pelatihan Posyandu Lansia terhadap Kinerja Kader Posyandu Lansia di Kelurahan Bulukerto”** ini. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan (S.Kep) pada Program Studi Sarjana Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Bersamaan ini perkenankanlah penulis menyampaikan ungkapan terima kasih yang mendalam kepada :

1. Prof. Dr. H. Muhammad Amin, dr., Sp.P. (K), selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Studi Sarjana Keperawatan.
2. Dr. Nursalam, M. Nurs (Honours), selaku Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah banyak memberikan ilmu, dorongan dan bimbingan sehingga penulis dapat menyempurnakan dan menyelesaikan skripsi ini.
3. Dr.Florentina Sustini, dr, MS selaku pembimbing I yang telah membantu penulis, mendampingi penulis saat ada kesulitan , pemikiran dan perhatian, meluangkan waktu dalam membimbing serta mengarahkan penulis dalam menyelesaikan skripsi ini.
4. Retno Indarwati S.Kep.Ns sebagai pembimbing II yang telah bersedia memberikan saran, motivasi, bimbingan, dan waktu kepada penulis.

5. Joni Haryanto, S.Kp. M.Si sebagai dosen penguji yang telah bersedia memberikan saran kepada penulis.
6. Dokter Nanik Yuliana selaku Kepala Puskesmas Candirejo Magetan yang telah mengizinkan penulis melakukan penelitian di Posyandu Lansia I, II dan II Kelurahan Bulukerto Magetan.
7. Ibu Katinem, Amd selaku petugas puskesmas yang selalu mendampingi penulis saat melakukan penelitian di Posyandu Lansia I, II dan III di Kelurahan Bulukerto Magetan.
8. Semua pihak yang tidak bisa disebutkan satu persatu.
9. Seluruh responden di Kelurahan Bulukerto Magetan yang telah meluangkan waktunya selama proses penelitian.

Semoga Allah SWT memberikan ridho bagi semua pihak yang telah memberikan kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan skripsi ini. Kami menyadari bahwa skripsi ini kiranya jauh dari kesempurnaan, namun besar harapan kami skripsi ini dapat bermanfaat bagi semua pihak khususnya profesi keperawatan

Surabaya, Juli 2008

Penulis

## ABSTRACT

### THE EFFECT OF ELDERLY POSYANDU COURSE ON ELDERLY POSYANDU CADRE'S PERFORMANCE IN BULUKERTO VILLAGE

Pra-Experimental Study at Bulukerto Village  
of Magetan District of Magetan City

By : Fitria Trisna Kusuma

Cadre of elderly posyandu has important role in attainment of elderly health status. Their performance can be seen when they doing service in table I,II and III. In reality, the cadre's performance is still far from good so it must be increased. The effort that must be done is by giving course to elderly posyandu cadre in order to give more skill and knowledge in which also to increase quality of service.

The purpose of this study to analyze the effect elderly posyandu course on elderly posyandu cadre's performance in Bulukerto village.

This study was conducted by pre experimental one group pre-post test design. The sample of this study are 20 cadres, the Independent variable is the course of elderly posyandu cadre. The dependent variable is elderly posyandu cadre's performance. Data were collected by using interview and observation. Data were analyzed by Wilcoxon Signed Rank Test, with significance level is  $p \leq 0,05$ . This study result that were significant influence of elderly posyandu's course to cadre's knowledge, attitude, and performance. There were increasing level of cadre's knowledge about 14,28%, attitude about 9,61%, and performance about 9,31%.

Conclusion: the course of elderly posyandu's cadre influence to increase the performance of elderly posyandu's cadre. Suggestion: needed the course of elderly posyandu's cadre periodically by health provider from public health center with the course standardized modul, and give reward for cadre which is a good performance.

**Keywords : course, cadre, elderly posyandu, performance**



## DAFTAR ISI

Halaman Judul.....	i
Surat Pernyataan.....	ii
Lembar Persetujuan.....	iii
Lembar Penetapan Panitia Penguji.....	iv
Motto.....	v
Ucapan Terima Kasih.....	vi
Abstract.....	viii
Daftar Isi.....	ix
Daftar Tabel.....	xii
Daftar Gambar.....	xiii
Daftar Lampiran.....	xiv

### **BAB 1 PENDAHULUAN**

1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	5
1.3 Tujuan.....	5
1.3.1 Tujuan Umum.....	5
1.3.2 Tujuan Khusus.....	5
1.4 Manfaat.....	5
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	5
1.4.2 Manfaat Praktis.....	6

### **BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA**

2.1 Konsep Dasar Posyandu Lansia .....	7
2.1.1 Posyandu Lansia .....	7
2.1.2 Sasaran Pembinaan Posyandu Lansia.....	7
2.1.3 Tujuan Posyandu Lansia.....	8
2.1.4 Kegiatan Pelayanan Posyandu Lansia.....	8
2.1.5 Pelayanan Kesehatan Posyandu Lansia.....	9
2.1.6 Waktu dan Tempat Pelaksanaan Posyandu Lansia... ..	10
2.1.7 Sarana yang Dibutuhkan dalam Pelaksanaan Posyandu.....	11
2.1.8 Mekanisme Pelayanan Posyandu.....	11
2.1.9 Matrik Kegiatan Pelayanan Kesehatan di Posyandu Lansia.....	13
2.1.10 Penyuluhan di Posyandu Lansia.....	14
2.2 Kader Posyandu Lansia.....	15
2.2.1 Definisi Kader.....	15
2.2.2 Kader kesehatan.....	15
2.2.3 Syarat-Syarat Seorang Kader.....	16
2.2.4 Fungsi Kader.....	16
2.2.5 Tugas Pokok Kader.....	17
2.3 Kinerja.....	17
2.3.1 Definisi Kinerja.....	17
2.3.2 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kinerja.....	18

2.3.3	Langka-Langkah Peningkatan Kinerja.....	21
2.3.4	Penilaian Kinerja.....	22
2.4	Pelatihan Posyandu Lansia.....	25
2.4.1	Definisi Pelatihan.....	25
2.4.2	Tujuan Pelatihan.....	25
2.4.3	Metode Pelatihan.....	27
2.4.4	Prinsip-Prinsip Program Pelatihan.....	30
2.4.5	Evaluasi Program Pelatihan.....	30
2.5	Konsep Perilaku.....	31
2.5.1	Definisi Perilaku.....	31
2.5.2	Bentuk Perilaku.....	32
2.5.3	Proses Adopsi Perilaku.....	32
2.5.4	Domain Perilaku.....	33
2.5.5	Perubahan Perilaku.....	38
2.6	Konsep Keperawatan.....	39
2.6.1	Definisi Keperawatan.....	39
2.6.2	Model Konsep dan Teori Keperawatan.....	39
2.6.3	Paradigma Keperawatan.....	50
2.6.4	Peran dan Fungsi Perawat.....	53
2.6.5	Penggabungan Proses Keperawatan dan Proses Pelatihan.....	55
<b>BAB 3</b>	<b>KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS</b>	
3.1	Kerangka konseptual.....	57
3.2	Hipotesis.....	58
<b>BAB 4</b>	<b>METODE PENELITIAN</b>	
4.1	Desain penelitian.....	59
4.2	Kerangka kerja.....	60
4.3	Desain sampling.....	61
4.4	Identifikasi variabel.....	62
4.5	Definisi operasional.....	63
4.6	Pengumpulan dan pengolahan data.....	66
4.7	Masalah etik.....	68
4.8	Keterbatasan.....	71
<b>BAB 5</b>	<b>HASIL DAN PEMBAHASAN</b>	
5.1	Hasil Penelitian.....	72
5.1.1	Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	72
5.1.2	Data Umum.....	75
5.1.3	Variabel Pengetahun, Sikap dan Kinerja.....	78
5.2	Pembahasan.....	85
5.2.1	Pengetahuan Kader sebelum dan sesudah pelatihan Posyandu lansia.....	85
5.2.2	Sikap kader sebelum dan sesudah pelatihan posyandu lansia.....	88
5.2.3	Kinerja kader sebelum dan sesudah pelatihan Posyandu lansia.....	91

<b>BAB 6</b>	<b>SIMPULAN DAN SARAN</b>	
6.1	Simpulan.....	95
6.2	Saran.....	95
<b>Daftar Pustaka</b>	.....	<b>96</b>

## DAFTAR TABEL

Tabel 4.1	Definisi Operasional.....	63
Tabel 5.1	Pengetahuan responden sebelum dan sesudah dilakukan pelatihan.....	82
Tabel 5.2	Sikap kader Posyandu Lansia sebelum dan sesudah dilakukan pelatihan Posyandu Lansia.....	83
Tabel 5.3	Kinerja kader Posyandu Lansia sebelum dan sesudah dilakukan pelatihan Posyandu Lansia.....	84

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Pengaruh Pelatihan Posyandu Lansia terhadap Kinerja Kader Posyandu Lansia Di Kelurahan Bulukerto Magetan.....	57
Gambar 4.1 Desain Penelitian.....	59
Gambar 4.2 Kerangka Operasional Penelitian.....	60
Gambar 5.1 Distribusi responden berdasarkan umur kader posyandu lansia Di Kelurahan Bulukerto Juni 2008.....	75
Gambar 5.2 Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin kader posyandu lansia Di Kelurahan Bulukerto Juni 2008.....	76
Gambar 5.3 Distribusi responden berdasarkan status perkawinan kader posyandu lansia Di Kelurahan Bulukerto Juni 2008.....	76
Gambar 5.4 Distribusi responden berdasarkan pendidikan terakhir kader posyandu lansia Di Kelurahan Bulukerto Juni 2008.....	77
Gambar 5.5 Distribusi responden berdasarkan pendidikan terakhir kader posyandu lansia Di Kelurahan Bulukerto Juni 2008.....	77
Gambar 5.6 Distribusi responden berdasarkan proses pelatihan Posyandu Lansia di Kelurahan Bulukerto Juni 2008.....	78
Gambar 5.7 Distribusi responden berdasarkan pengetahuan sebelum dan Sesudah pelatihan posyandu lansia.....	80
Gambar 5.8 Distribusi responden berdasarkan sikap sebelum dan Sesudah pelatihan posyandu lansia.....	81
Gambar 5.9 Distribusi responden berdasarkan kinerja sebelum dan Sesudah pelatihan posyandu lansia.....	82

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Lembar pengumpulan data awal.....	99
Lampiran 2	Lembar surat ijin penelitian.....	100
Lampiran 3	Surat keterangan ijin.....	101
Lampiran 4	Surat keterangan penelitian.....	102
Lampiran 5	Informed Consent.....	103
Lampiran 6	Lembar persetujuan.....	104
Lampiran 7	Kuesioner.....	105
Lampiran 8	Satuan acara pembelajaran.....	110
Lampiran 9	Materi Pelatihan.....	114
Lampiran 10	Daftar hadir pelatihan posyandu lansia.....	146
Lampiran 11	Foto pelaksanaan posyandu lansia.....	151
Lampiran 12	Tabulasi data umum responden.....	153
Lampiran 13	Analisa data umum.....	164



**BAB 1**  
**PENDAHULUAN**

# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar belakang

Kader Posyandu Lanjut Usia (Lansia) memiliki peranan yang sangat penting dalam pencapaian derajat kesehatan para lansia karena mereka dapat berperan sebagai tenaga promotif dan preventif bagi kesehatan lansia. Pengertian Kader adalah warga masyarakat setempat yang dipilih dan ditunjuk oleh masyarakat dan dapat bekerja secara sukarela (Depkes RI, 2000). Para Kader Posyandu Lansia diharapkan dapat melaksanakan pelayanan / kinerja dengan baik agar lansia merasa puas dengan pelayanan yang diberikan. Peran kader Posyandu Lansia di meja I adalah melakukan pendaftaran lansia dalam buku register, melakukan penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan. Peran kader di meja II adalah melakukan pengukuran tekanan darah dan melakukan pengisian Kartu Menuju Sehat (KMS) lansia. Sedangkan peran kader di meja III adalah melakukan penyuluhan individu pada lansia sesuai hasil deteksi pada KMS lansia. Tetapi pada kenyataannya, berdasarkan pengamatan yang dilakukan oleh peneliti pada bulan April 2008, peran kader di masing-masing meja tidak dilaksanakan dengan baik, seperti tidak dilakukannya pengukuran tinggi badan, kurang tepat dalam melakukan penimbangan berat badan, dan kurangnya penyuluhan yang dilakukan oleh kader. Semua itu dikarenakan terbatasnya informasi yang diterima oleh kader tentang Posyandu Lansia. Hal ini terbukti dari hasil wawancara yang dilakukan dengan para kader. Sebagian besar dari kader mengatakan bahwa mereka tidak begitu memahami tentang tugas mereka sebagai kader, karena



pelatihan kader yang terakhir diadakan pada tahun 2003. Materinya hanya tentang Kartu Menuju Sehat (KMS) lansia, tidak ada penjelasan tentang pengertian Posyandu Lansia dan tidak ada penjelasan tentang tugas yang harus dikerjakan oleh kader Posyandu Lansia. Informasi yang di peroleh kader dari pelatihan yang pernah di dapatkan pada tahun 2003 lalu tidak sesuai dengan acuan yang dikeluarkan oleh Dinas Kesehatan Magetan tentang Posyandu Lansia, sedangkan pada saat pengambilan data awal, peneliti menjumpai permasalahan yaitu belum ada standar yang baku tentang pelatihan kader Posyandu Lansia. Standar yang sudah dikeluarkan oleh Depkes adalah standar tentang kader Posyandu Balita. Padahal dari 20 kader Posyandu Lansia, ada 9 kader yang masa kerjanya kurang dari 60 bulan (5 tahun), sehingga mereka tidak pernah mendapat pelatihan Posyandu Lansia. Hanya ada 11 kader yang pernah ikut pelatihan Posyandu Lansia, sehingga sebagian besar kader memiliki pengetahuan yang kurang tentang Posyandu Lansia. Hal ini sangat berpengaruh terhadap kinerja mereka selama ini. Kinerja kader yang kurang juga disebabkan karena selama ini kader tidak pernah diberikan penghargaan. Sehingga banyak lansia menyatakan ketidakpuasan terhadap kinerja kader Posyandu Lansia tersebut. Ketidakpuasan tersebut karena pelayanan yang diberikan oleh kader tidak optimal sehingga menyebabkan sedikitnya jumlah lansia yang hadir ke posyandu tersebut, hal ini dapat dilihat berdasarkan data yang diperoleh dari jumlah lansia yang hadir di Posyandu Lansia pada bulan April 2008 yaitu sejumlah 63 lansia (10,9%) dari 578 lansia yang ada di daerah Bulukerto.

Jumlah Posyandu Lansia yang ada di Jawa Timur sebanyak 2345 posyandu, kemudian berdasarkan data dari Puskesmas Candirejo Magetan, jumlah

Posyandu Lansia di Magetan sejumlah 25 posyandu, sedangkan jumlah posyandu yang ada di Kelurahan Bulukerto Magetan ada 3 posyandu dengan jumlah lansia sebanyak 578 jiwa dengan rincian : penduduk yang berusia 45-59 tahun berjumlah 348 jiwa atau 12,86% dari 2705 jiwa dan penduduk yang berusia > 59 tahun berjumlah 230 jiwa atau 8,5% dari 2705 jiwa. Masing-masing posyandu memiliki jumlah kader yang berbeda, yaitu Posyandu Lansia I memiliki 10 orang kader, Posyandu Lansia II memiliki 6 orang kader, dan Posyandu Lansia III memiliki 4 orang kader. Dari 20 kader Posyandu Lansia yang ada di Kelurahan Bulukerto Magetan tersebut, hanya terdapat 1 kader yang bisa melakukan pengukuran tekanan darah. Sedangkan kader yang lain tidak bisa melakukan pengukuran tekanan darah, padahal pengukuran tekanan darah adalah tugas seorang kader di Meja II. Apabila pelayanan yang diberikan di meja I,II dan III tersebut tidak sesuai dengan tugas seorang kader, maka identifikasi tentang kesehatan akan salah.

Kinerja kader Posyandu Lansia akan nampak ketika mereka melakukan pelayanan yang diberikan di meja I,II dan III. Pelayanan yang diberikan tersebut dipengaruhi oleh adanya faktor individu dan faktor lingkungan. Faktor individu tersebut adalah pendidikan, tingkat penghasilan, motivasi, sikap mental, kemampuan kerja, usia, jenis kelamin, ras, kepribadian, kepemimpinan dan stress. Sedangkan faktor lingkungan yang mempengaruhi kinerja seseorang adalah lingkungan dan iklim kerja, norma aturan, sanksi dan hukuman. Jika kinerja kader Posyandu Lansia tidak ditingkatkan, maka akan berpengaruh pada jumlah lansia yang hadir di Posyandu Lansia yaitu hanya sedikit lansia yang akan datang ke posyandu karena mereka merasa kurang puas dengan pelayanan yang

diberikan, selain itu lama kelamaan kegiatan yang ada di Posyandu Lansia tidak akan berjalan dengan lancar karena kinerja kader yang kurang. Hal ini akan menyebabkan kemungkinan pada suatu saat Posyandu Lansia akan tutup, ini akan menimbulkan pengaruh pada kesehatan para lansia di daerahnya. Apabila Posyandu Lansia tutup maka kesehatan lansia tidak ada yang memantau dan demikian maka tingkat kesehatan lansia akan menurun dan akan menyebabkan rendahnya angka harapan hidup pada lansia (Suyono. H, 2006).

Berdasarkan masalah tersebut, upaya yang sebaiknya dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan dan kinerja para kader Posyandu Lansia adalah adanya pelatihan kader Posyandu Lansia, yang tujuannya untuk menambah keterampilan dan pengetahuan kader posyandu agar dapat meningkatkan mutu pelayanan yang diberikan. Dengan meningkatnya kinerja kader Posyandu Lansia maka pelayanan yang diberikan oleh kader akan sesuai dengan perannya di masing-masing meja. Hal ini akan membawa dampak yang positif bagi kesehatan para lansia di daerahnya. Pada proses pelatihan, perawat mempunyai peranan yang penting yaitu melakukan pengkajian, dalam hal ini menganalisis kebutuhan, motivasi dan kemampuan klien untuk belajar. Perawat menetapkan tujuan pelatihan khusus dan mengimplementasikan rencana pelatihan dengan menggunakan prinsip belajar mengajar untuk menjamin bahwa kader memperoleh pengetahuan dan keahlian. Akhirnya, proses pelatihan membutuhkan evaluasi pelatihan yang dilakukan berdasarkan tujuan pelatihan yang telah ditetapkan.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Apakah ada pengaruh pelatihan Posyandu Lansia terhadap kinerja kader Posyandu Lansia di Kelurahan Bulukerto Magetan?

## **1.3 Tujuan**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mempelajari pengaruh pelatihan Posyandu Lansia terhadap kinerja kader Posyandu Lansia di Kelurahan Bulukerto Magetan

### **1.3.2 Tujuan khusus**

1. Mengidentifikasi pengaruh pelatihan Posyandu Lansia terhadap perubahan pengetahuan kader
2. Mengidentifikasi pengaruh pelatihan Posyandu Lansia terhadap perubahan sikap kader
3. Mengidentifikasi pengaruh pelatihan Posyandu Lansia terhadap perubahan kinerja kader
4. Menganalisis pengaruh pelatihan Posyandu Lansia terhadap kinerja kader Posyandu Lansia.

## **1.4 Manfaat**

### **1.4.1 Teoritis**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat mendukung teori keperawatan gerontik yang sudah ada yaitu tentang manfaat adanya pelatihan Posyandu Lansia bagi para kader Posyandu Lansia.

#### **1.4.2 Praktis**

1. Memberikan masukan kepada petugas puskesmas tentang pentingnya manfaat pelatihan Posyandu Lansia
2. Memberikan masukan kepada petugas puskesmas dalam meningkatkan kinerja kader Posyandu Lansia
3. Memberikan masukan pada Dinas Kesehatan untuk lebih sering mengadakan pelatihan Posyandu Lansia mengingat manfaatnya sangat penting bagi para kader Posyandu Lansia



**BAB 2**

**TINJAUAN PUSTAKA**

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep dasar Posyandu Lanjut Usia**

##### **2.1.1 Posyandu Lansia**

Posyandu Lansia adalah upaya kesehatan lanjut usia di suatu wilayah tertentu yang sudah disepakati, yang digerakkan oleh masyarakat dan tempat dimana mereka bisa mendapatkan pelayanan kesehatan dengan tujuan agar masyarakat lanjut usia menjadi sehat, bahagia, mandiri dan produktif (Depkes RI, 2000).

##### **2.1.2 Sasaran Pembinaan Posyandu Lansia**

Pembinaan kesehatan lanjut usia melalui posyandu dilakukan terhadap sasaran lanjut usia yang dikelompokkan sebagai berikut:

###### **1. Sasaran langsung**

- 1) Pra lanjut usia 45-59 tahun
- 2) Lanjut usia 60-69 tahun
- 3) Lanjut usia resiko tinggi yaitu usia lebih dari 70 tahun atau lanjut usia berumur 60 tahun atau lebih dengan masalah kesehatan.

###### **2. Sasaran tidak langsung**

- 1) Keluarga dimana lanjut usia berada
- 2) Masyarakat di lingkungan lanjut usia berada
- 3) Organisasi sosial yang bergerak di dalam pembinaan kesehatan lanjut usia
- 4) Masyarakat luas

### **2.1.3 Tujuan Posyandu Lansia**

#### **1. Tujuan Umum**

Meningkatkan derajat kesehatan lansia untuk mencapai masa tua yang bahagia dan berdaya guna dalam kehidupan keluarga dan masyarakat. Sesuai dengan eksistensinya dalam strata kemasyarakatan dalam mencapai mutu kehidupan lansia yang optimal.

#### **2. Tujuan Khusus**

Meningkatkan kesadaran lansia untuk membina sendiri kesehatannya, meningkatkan kemampuan dan peran serta masyarakat dalam menghayati dan mengatasi masalah kesehatan lansia secara optimal. meningkatnya jangkauan pelayanan kesehatan lansia, meningkatnya jenis dan mutu pelayanan kesehatan lansia.

### **2.1.4 Kegiatan Pelayanan Posyandu Lansia**

Adapun kegiatan pelayanan bagi lanjut usia meliputi:

#### **1. Kegiatan Promotif**

Kegiatan promotif dilakukan kepada lanjut usia berupa penyuluhan tentang perilaku hidup sehat, gizi untuk lanjut usia, proses degeneratif, upaya meningkatkan kebugaran jasmani, pemeliharaan kemandirian serta produktivitas lanjut usia.

#### **2. Kegiatan Preventif**

Kegiatan ini bertujuan untuk mencegah sedini mungkin terjadinya penyakit dan komplikasinya akibat proses degeneratif. Kegiatan berupa deteksi dini dan pemantauan kesehatan lanjut usia yang dapat dilakukan di Kelompok Lanjut usia dengan menggunakan Kartu Menuju Sehat (KMS) Lanjut usia.



### 3. Kegiatan Kuratif

Kegiatan pengobatan ringan bagi lanjut usia yang sakit bila dimungkinkan dapat dilakukan di Kelompok Lanjut usia. Pengobatan lebih lanjut ataupun perawatan bagi lanjut usia yang sakit dapat dilakukan di posyandu. Bila sakit yang diderita lanjut usia membutuhkan penanganan dengan fasilitas yang lebih lengkap, maka dilakukan rujukan ke Rumah Sakit setempat.

### 4. Kegiatan Rehabilitatif

Upaya bersifat medis, psikososial, edukatif dan pengembangan keterampilan atau hobi untuk mengembalikan semaksimal mungkin kemampuan fungsional dan kepercayaan diri pada lansia.

#### 2.1.5 Pelayanan Kesehatan Posyandu Lansia

Jenis pelayanan kesehatan yang dapat diberikan kepada lanjut usia di Posyandu/Kelompok Lanjut usia adalah sebagai berikut (Dinkes Magetan,2007):

1. Pemeriksaan kegiatan sehari-hari, meliputi kegiatan dasar dalam kehidupan, seperti makan/minum, berjalan, mandi, berpakaian, naik turun tempat tidur, buang air besar/kecil, dan sebagainya.
2. Pemeriksaan status mental. Pemeriksaan ini berhubungan dengan mental emosional.
3. Pemeriksaan status gizi melalui penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan dan dicatat pada grafik indeks massa tubuh (IMT).
4. Pengukuran tekanan darah dengan menggunakan tensimeter dan stetoskop serta penghitungan denyut nadi selama satu menit.
5. Pemeriksaan Hemoglobin.

6. Pemeriksaan adanya gula dalam air seni sebagai deteksi awal adanya penyakit gula (diabetes mellitus).
7. Pemeriksaan adanya zat putih telur (protein) dalam air seni sebagai deteksi awal adanya penyakit ginjal.
8. Pelaksanaan rujukan ke Puskesmas bilamana ada keluhan.
9. Penyuluhan bisa dilakukan di dalam maupun di luar Posyandu/Kelompok Lanjut usia.
10. Kunjungan rumah oleh kader disertai petugas Puskesmas bagi anggota Posyandu/Kelompok Lanjut usia yang tidak datang.

Kegiatan lain yang dapat dilakukan sesuai kebutuhan dan kondisi setempat, antara lain:

1. Pemberian Makanan Tambahan (PMT) Penyuluhan sebagai contoh menu makanan dengan memperhatikan aspek kesehatan dan gizi lanjut usia serta menggunakan bahan makanan yang berasal dari daerah tersebut.
2. Kegiatan olahraga antara lain senam lanjut usia, gerak jalan santai, dan lain sebagainya untuk meningkatkan kebugaran.

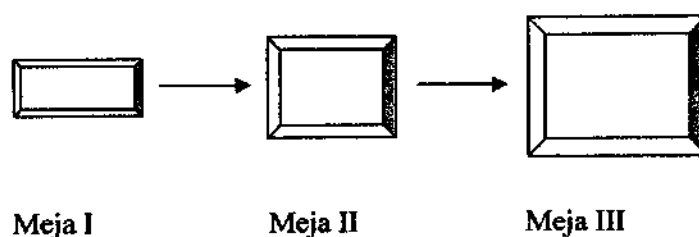
#### **2.1.6 Waktu dan tempat pelaksanaan posyandu**

Posyandu dilaksanakan sekurang-kurangnya satu kali setiap bulan. Hari bukanya ditetapkan berdasarkan kesepakatan masyarakat dan pelaksana, bisa berdasarkan hari atau tanggal. Penentuan jam buka harus disepakati oleh pihak masyarakat, petugas/kader posyandu dan petugas Puskesmas. Waktu yang diutamakan adalah waktu dimana sasaran posyandu bisa hadir sebanyak-banyaknya. Apabila diperlukan dapat dibuka lebih dari satu kali dalam satu bulan.

### 2.1.7 Sarana yang dibutuhkan dalam pelaksanaan posyandu

1. Tempat kegiatan (gedung, ruan
2. gan atau tempat terbuka)
3. Meja dan kursi
4. Alat tulis
5. Buku pencatatan kegiatan
6. Kit lanjut usia, yang berisi: timbangan dewasa, meteran pengukuran tinggi badan, stetoskop, tensimeter, thermometer, dan peralatan laboratorium sederhana.
7. Daftar hadir kader
8. Sarana penyuluhan
  - 1) Buku pegangan kader
  - 2) Kartu Menuju Sehat (KMS) yaitu suatu alat untuk mencapai kesehatan pribadi lanjut usia baik fisik maupun mental emosional. Kegunaan Kartu Menuju Sehat (KMS) untuk memantau dan menilai kemajuan kesehatan lanjut usia.
  - 3) Bahan penyuluhan
  - 4) Alat peraga lain yang diperlukan sesuai topik penyuluhan

### 2.1.8 Mekanisme pelayanan posyandu



## **1. Kegiatan di meja I**

### **1. Pendaftaran lanjut usia dalam register lansia**

Bila lansia sudah punya Kartu Menuju Sehat (KMS) berarti bulan lalu sudah datang di Posyandu. Bila belum punya Kartu Menuju Sehat (KMS) berarti kunjungan baru. Kolomnya harus diisi secara lengkap sesuai petunjuk pengisian KMS lansia.

### **2. Penimbangan lansia dan pengukuran tinggi badan**

- 1) Timbangan dewasa sudah disiapkan.
- 2) Kemudian ditimbang dan diukur tinggi badannya.
- 3) Hasil penimbangan dan pengukuran tinggi badan dicatat pada secarik kertas, diselipkan pada kartu KMS.
- 4) Setelah selesai, lanjut usia menuju ke Meja II sambil membawa KMS.

## **2. Kegiatan di meja II**

### **1. Pencatatan**

- 1) Buku KMS lansia yang bersangkutan.
- 2) Pindahkan hasil penimbangan dan pengukuran tinggi badan lansia dari secarik kertas ke KMSnya.
- 3) Catatlah kegiatan sehari-hari yang dilakukan lansia.
- 4) Pada kunjungan pertama isilah semua kolom pada KMS.
- 5) Tulislah titik berat badannya pada titik temu garis tegak sesuai dengan tinggi badan, dengan garis datar sesuai dengan hasil penimbangan dalam kilogram.
- 6) Pada penimbangan selanjutnya kedua titik dihubungkan dengan garis.

- 7) Apabila pada bulan berikutnya tidak hadir di Posyandu usila maka titik berat badannya pada bulan berikutnya jangan dihubungkan.
- 8) Kemudian kita mengamati catatan hasil pemantauan. Semua kejadian yang diderita para lansia.

## 2. Pemeriksaan, Pelayanan Kesehatan

- 1) Dilaksanakan pengukuran tekanan darah, pemeriksaan kesehatan dan pemeriksaan status mental.
- 2) Pengobatan sederhana.
- 3) Rujukan kasus apabila tidak bisa teratasi.
- 4) Pemeriksaan air seni dan kadar darah (laboratorium sederhana).

## 3. Kegiatan di meja III

Pemberian Penyuluhan dan Konseling. Penyuluhan dilaksanakan sesuai hasil deteksi pada KMS lansia, diantaranya:

- 1) Perkuat ketaqwaan kepada Tuhan Yang Maha Esa
- 2) Periksa kesehatan secara berkala
- 3) Makanan dan minuman
- 4) Kegiatan fisik
- 5) Keluhan yang perlu diperhatikan

### 2.1.9 Matrik Kegiatan Pelayanan Kesehatan di Posyandu Lansia

Meja	Kegiatan	Sarana yang dibutuhkan	Pelaksana
I	1. Pendaftaran	1. Meja kursi 2. Alat tulis 3. Buku Register dan buku pencatatan kegiatan	Kader (2)
	2. Penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan	1. KMS 2. Timbangan dan microtois	

Meja	Kegiatan	Sarana yang dibutuhkan	Pelaksana
II	1. Pencatatan kegiatan sehari-hari	1. Meja kursi 2. Alat tulis 3. Kartu Menuju Sehat 4. Buku pencatatan kegiatan 5. Buku bantuan yang lain	1. Kader 2. Petugas Kesehatan
	2. Pemeriksaan pelayanan kesehatan	1. Tensimeter 2. Stetoskop 3. Obat-obat sederhana 4. Pemeriksaan laboratorium sederhana, meliputi: 1) Hemoglobin 2) Reduksi urine 3) Protein urine	1. Kader 2. Petugas Kesehatan
III	1. Penyuluhan dan Konseling	1. Meja kursi 2. Kartu Menuju Sehat 3. Leaflet 4. Poster	1. Kader (2) 2. Petugas Kesehatan

### 2.1.10 Penyuluhan di dalam posyandu

#### 1. Pelaksanakan penyuluhan di dalam Posyandu

- 1) Penyuluhan di posyandu dilaksanakan oleh kader
- 2) Penyuluhan perorangan dilakukan di meja III, penyuluhan kelompok dapat dilakukan sebelum pendaftaran dan penimbangan.
- 3) Penyuluhan kelompok dapat dilakukan di meja I, sambil mengundang pengunjung atau menunggu datangnya para lansia. Penyuluhan dapat menggunakan alat bantu penyuluhan seperti: lembar balik, *food model*, dan lain-lain.
- 4) Materi lebih banyak mengenai kesehatan lansia.
- 5) Penyuluhan tidak selalu dalam bentuk ceramah, tetapi bisa dalam bentuk demonstrasi, simulasi permainan dan sebagainya.

## 2. Topik penyuluhan

Topik penyuluhan perorangan di meja III disesuaikan dengan masalah/kondisi lansia berdasarkan catatan pada buku Kartu Menuju Sehat saat itu.

## 3. Hal-hal yang perlu diperhatikan saat memberikan penyuluhan

- 1) Informasi/saran yang disampaikan sesuai dengan permasalahan atau kebutuhan
- 2) Gunakan bahasa sehari-hari, jelas dan mudah dimengerti
- 3) Gunakan alat peraga
- 4) Bersikap ramah
- 5) Berikan kesempatan untuk bertanya

## 2.2 Kader Posyandu Lansia

### 2.2.1 Definisi kader

Kader adalah warga masyarakat setempat yang dipilih dan ditinjau oleh masyarakat dan dapat bekerja secara sukarela (Depkes RI, 2000).

### 2.2.2 Kader kesehatan

Kriteria kader kesehatan menurut Mubarak (2006) adalah sebagai berikut:

1. Tenaga sukarela
2. Dipilih, dipercaya dan berasal dari masyarakat setempat
3. Telah mengikuti latihan kader dibidang kesehatan
4. Sebagai pelaksana, pemelihara, dan pengembang kegiatan yang ada dimasyarakat dalam upaya pembangunan kesehatan dan kesejahteraan.

### **2.2.3 Syarat-syarat seorang kader**

Syarat-syarat yang harus dimiliki seorang kader posyandu menurut Mubarak (2006) adalah sebagai berikut :

1. Dapat membaca dan menulis.
2. Berjiwa sosial dan mau bekerja secara relawan.
3. Mengetahui adat istiadat serta kebiasaan masyarakat.
4. Mempunyai waktu yang cukup.
5. Bertempat tinggal di wilayah Posyandu.
6. Berpenampilan ramah dan simpatik.
7. Diterima masyarakat setempat.

### **2.2.4 Fungsi kader**

Fungsi yang harus dilakukan oleh kader bidang kesehatan menurut Mubarak (2006) adalah sebagai berikut :

1. Penyuluhan kesehatan di wilayah RT/RW nya
2. Perencanaan kegiatan posyandu bersama masyarakat
3. Pelaksanaan kegiatan posyandu bersama masyarakat
4. Pembina dalam pemeliharaan kegiatan posyandu
5. Pelopor kegiatan-kegiatan di masyarakat yang berkaitan dengan pembangunan kesehatan di wilayah RT/RW nya
6. Menjadi penghubung masyarakat dengan lembaga pemerintahan dan lembaga swadaya masyarakat yang menunjang pelaksanaan pembangunan dibidang kesehatan



### **2.2.5 Tugas pokok kader**

Tugas pokok kader dibidang kesehatan menurut Mubarak (2006) adalah :

1. Mengadakan pendekatan sosial
2. Melakukan survey mawas diri
3. Mengadakan musyawarah masyarakat selingkungan RT/RW
4. Membantu pelaksanaan pelatihan kader pembangunan bidang kesehatan
5. Mengadakan kegiatan pelayanan kesehatan di posyandu dan siluar posyandu.
6. Menjalin hubungan kerjasama yang baik dengan dinas/instansi dan lembaga swadaya masyarakat dalam rangka pembinaan posyandu
7. Mengembangkan program-program lain diluar bidang kesehatan yang mendukung peningkatan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat seperti:
  - 1) Dana sehat
  - 2) Kios koperasi
  - 3) Pusat-pusat pelayanan kesehatan
  - 4) Kesehatan kerja

## **2.3 Kinerja**

### **2.3.1 Definisi kinerja**

Pengertian kinerja menurut Mangkunegara (2005), adalah hasil kerja secara kualitas dan kuantitas yang dicapai seorang karyawan dalam melaksanakan tugasnya sesuai dengan tanggung jawab yang diberikan kepadanya.

Pengertian kinerja menurut Maluyu S.P. Hasibuan (2001) yang dikutip dari Wikipedia (2007) mengemukakan “kinerja (prestasi kerja) adalah suatu hasil

kerja yang dicapai seseorang dalam melaksanakan tugas tugas yang dibebankan kepadanya yang didasarkan atas kecakapan, pengalaman dan kesungguhan serta waktu”.

### **2.3.2 Faktor –faktor yang mempengaruhi kinerja**

Perilaku yang berhubungan dengan kinerja dipengaruhi oleh dua factor, yaitu (1) faktor individu (2) faktor lingkungan.

#### **2.3.2.1 Faktor Individu**

##### **1. Pendidikan**

Dalam bekerja seringkali faktor pendidikan merupakan syarat paling pokok untuk fungsi-fungsi tertentu sehingga dapat tercapainya kesuksesan dalam bekerja. Demikian pula pada pekerjaan tertentu, pendidikan akademi sudah tecukupi, akan tetapi pada pekerjaan lainnya menurut jenjang pendidikan yang lebih tinggi, sehingga jenjang pendidikan seseorang harus sesuai dengan jabatan yang dipegang (Mangkunegara, 2005).

##### **2. Tingkat Penghasilan**

Apabila tingkat penghasilan memadai, maka dapat menimbulkan konsentrasi kerja dan kemampuan yang dimiliki dapat dimanfaatkan untuk meningkatkan kualitas kerja (Sedarmayanti, 2001).

##### **3. Motivasi**

Motivasi terbentuk dari sikap (*attitude*) seorang pegawai dalam menghadapi situasi kerja. Motivasi merupakan kondisi yang menggerakkan diri pegawai yang terarah untuk mencapai tujuan kerja (Mangkunegara, 2005).

#### 4. Sikap Mental

Sikap mental merupakan kondisi mental yang mendorong diri pegawai untuk berusaha mencapai prestasi kerja secara maksimal. Sikap mental seorang pegawai harus sikap mental yang siap secara psikofisik (siap secara mental, fisik, tujuan, dan situasi). Artinya, seorang pegawai harus siap mental, mampu secara fisik, memahami tujuan utama dan target kerja yang akan dicapai, serta mampu memanfaatkan dan menciptakan situasi kerja yang nyaman (Mangkunegara, 2005).

#### 5. Kemampuan Kerja

Kemampuan adalah sesuatu hal yang dilakukan oleh seseorang baik yang bersifat fisik maupun mental. Secara psikologis, kemampuan pegawai terdiri dari kemampuan potensi (IQ) dan kemampuan realitas (*knowledge and skill*), artinya bahwa seseorang yang memiliki IQ diatas rata-rata dengan pendidikan yang memadai untuk jabatannya dan terampil dalam mengerjakan pekerjaan sehari-hari, maka ia akan lebih mudah mencapai kinerja yang diharapkan. Oleh karena itu, pegawai perlu ditempatkan pada pekerjaan yang sesuai dengan keahliannya (Mangkunegara, 2005).

#### 6. Usia, Jenis Kelamin dan Keragaman Ras

Ada kecenderungan pegawai yang tua lebih merasa puas daripada pegawai yang berumur relatif muda. Hal ini diasumsikan bahwa pegawai yang tua lebih berpengalaman menyesuaikan diri dengan lingkungan pekerjaan, sedangkan pegawai yang lebih muda biasanya mempunyai harapan yang ideal tentang dunia kerjanya, sehingga apabila secara harapannya dengan realita kerja terdapat

kesenjangan atau ketidakseimbangan dapat menyebabkan mereka tidak puas (Mangkunegara, 2005)

Berdasarkan penelitian menunjukkan bahwa jenis kelamin pria dan wanita adalah sama dalam kemampuan belajar, daya ingat, kemampuan penalaran, kreativitas dan kecerdasan. Namun demikian masih ada yang memperdebatkan adanya perbedaan antara pria dan wanita mengenai prestasi dalam pekerjaannya, absensi dan tingkat pergantian. Wanita mempunyai tingkat absensi lebih tinggi daripada pria.

Keragaman adalah sebuah istilah yang digunakan untuk menjelaskan mutu manusia seperti ras, etnis yang berbeda dari kelompok sendiri dan kelompok diluar dari tempat mereka berada, yang mempunyai kemampuan yang berbeda-beda dalam bekerja.

#### 7. Kepribadian

Kepribadian adalah sesuatu yang terdapat dalam diri individu yang membimbing dan memberi arah kepada seluruh tingkah laku individu yang bersangkutan. Pada pekerjaan-pekerjaan tertentu, sifat-sifat kepribadian seseorang sangat berhubungan dengan kesuksesan dalam bekerja (Gibson, 1996).

#### 8. Kepemimpinan

Kepemimpinan adalah keseluruhan aktivitas dalam rangka mempengaruhi seseorang agar mau bekerja untuk mencapai suatu tujuan yang diinginkan bersama. Kepemimpinan yang baik perlu dikembangkan dan dipelihara sebaik-baiknya, karena pemimpin yang baik akan menentukan keberhasilan dari suatu pekerjaan (Gibson, 1996).

## 9. Stress

Stress adalah suatu kondisi ketegangan yang mempengaruhi emosi, proses berfikir dan kondisi seseorang. Stress yang terlalu besar dapat mengancam kemampuan seseorang untuk menghadapi lingkungan yang akhirnya mengganggu pelaksanaan tugas-tugasnya , berarti mengganggu prestasi kerjanya (Gibson, 1996).

### 2.3.2.2 Faktor Lingkungan

#### 1. Lingkungan dan iklim kerja

Lingkungan dan iklim kerja yang baik akan mendorong tenaga kerja menjadi senang bekerja dan meningkatkan rasa tanggung jawab untuk melakukan pekerjaan dengan lebih baik (Sedarmayanti, 2001).

#### 2. Norma Aturan

Norma aturan umumnya merupakan standar yang disepakati individu dan perilaku kelompok yang dikembangkan sebagai akibat interaksi anggota setiap saat. Norma prestasi berkaitan erat dengan evaluasi prestasi kerja yang memuaskan (As'Ad, 2001 dalam Wikipedia, 2007)

#### 3. Sangsi dan Hukuman

Sangsi atau hukuman adalah konsekwensi yang kurang menyenangkan untuk suatu respon perilaku tertentu atau penghilangan terhadap penguat dalam pekerjaan karena merupakan respon perilaku tertentu (As'Ad, 2001 dalam Wikipedia, 2007)

### 2.3.3 Langkah-langkah Peningkatan Kinerja

Dalam rangka peningkatan kinerja, paling tidak terdapat tujuh langkah yang dapat dilakukan sebagai berikut (Holle & Blatchley 1987):

1. Mengetahui adanya kekurangan dalam kinerja.

Dapat dilakukan dengan tiga cara, yaitu:

- 1) Mengidentifikasi masalah melalui data dan informasi yang dikumpulkan terus menerus mengenai fungsi-fungsi kinerja
  - 2) Mengidentifikasi masalah melalui karyawan
  - 3) Memperhatikan masalah yang ada
2. Mengenali kekurangan dan tingkat keseriusan dalam bekerja
  3. Mengidentifikasi hal-hal yang mungkin menjadi penyebab kekurangan, baik yang berhubungan dengan sistem maupun dengan karyawan itu sendiri
  4. Mengembangkan rencana tindakan untuk menanggulangi penyebab kekurangan tersebut
  5. Melakukan rencana tindakan tersebut
  6. Melakukan evaluasi apakah masalah tersebut sudah teratasi apa belum
  7. Mulai dari awal, apabila perlu

#### **2.3.4 Penilaian Kinerja**

Menurut Henry Simamora (2004) yang dikutip Wikipedia (2007), penilaian kinerja adalah proses yang dipakai oleh organisasi untuk mengevaluasi pelaksanaan kerja individu karyawan. Sedangkan menurut Suroso Santoso (2003), penilaian kinerja adalah proses ketika organisasi mengevaluasi hasil kerja/prestasi kerja para pemegang jabatan.

Beberapa alasan kinerja harus dinilai menurut Santoso (2003), adalah sebagai berikut :

1. Penilaian kinerja memberikan informasi bagi pertimbangan pemberian promosi dan penetapan gaji.

2. Penilaian kinerja memberikan umpan balik bagi para manager maupun karyawan untuk melakukan introspeksi dan meninjau kembali perilaku selama ini, baik yang positif maupun negatif untuk kemudian dirumuskan kembali sebagai perilaku yang mendukung tumbuh kembangnya budaya organisasi secara keseluruhan.
3. Penilaian kinerja diperlukan untuk pertimbangan pelatihan dan pelatihan kembali, serta pengembangan.

Terdapat berbagai hal yang mungkin dihadapi pada tahap penilaian kinerja, antara lain :

1. Tidak tersedia standar kinerja.
2. Standar bersifat subjektif dan kurang relevan.
3. Standar kurang realistis atau terlalu rendah.
4. Terjadi kesalahan yang dilakukan oleh penilai.
5. Menjadi umpan balik yang buruk bagi karyawan.
6. Tumbuh komunikasi yang negatif.
7. Terjadi kegagalan dalam menerapkan data evaluasi kinerja.

Menurut Ruky (2001) yang dikutip Santoso (2003), terdapat akibat negative yang timbul dari penilaian kinerja, yaitu

1. Penurunan tingkat produktivitas yang biasanya terjadi dalam waktu 1 – 6 bulan pertama setelah evaluasi kinerja dilakukan. Penurunan tingkat produktivitas dalam skala besar dapat menimbulkan kerugian yang bermakna.
2. Penurunan kinerja jangka panjang terjadi apabila standar kinerja yang dibuat “hanya yang realistis“ dan mudah dicapai, sehingga dalam jangka panjang yang terjadi justru kemerosotan kinerja.

3. Setiap penilaian menimbulkan dampak emosional seperti stress, depresi, dan kegelisahan.
4. Apabila sistem penilaian dianggap tidak adil, dapat merusak moral dan motivasi.
5. Hanya menekankan kepada kinerja individu dan bukan kinerja tim.
6. Mendorong pandangan jangka pendek dan berfokus pada kinerja jangka pendek. Hal ini terjadi apabila penilaian kinerja yang dilakukan adalah untuk kinerja jangka pendek sehingga karyawan kurang mementingkan kinerja jangka panjang.

Menurut Cascio (1992) dalam Santoso (2003), manajemen kinerja yang efektif harus memiliki syarat berikut :

1. *Relevance* – Hal-hal yang dapat diukur ( baik yang bersifat input maupun output ) relevan dengan pekerjaannya.
2. *Sensitivity* – Harus cukup peka untuk membedakan mereka yang berprestasi dan yang tidak berprestasi.
3. *Reliability* – Harus dapat diandalkan, objektif, akurat, konsisten dan stabil.
4. *Acceptability* – Dapat dimengerti dan diterima oleh penilai maupun yang dinilai sehingga memfasilitasi komunikasi yang konstruktif.
5. *Practicality* – Semua formulir / instrumen harus mudah digunakan oleh penilai maupun yang dinilai.



## **2.4 Pelatihan Posyandu Lansia**

### **2.4.1 Definisi pelatihan**

Menurut Nitisemito (1994) dalam Kustini (2006) “Pelatihan adalah suatu kegiatan dari perusahaan yang bermaksud untuk dapat memperbaiki dan mengembangkan sikap, tingkah laku, ketrampilan dan pengetahuan dari para karyawan yang sesuai dengan keinginan perusahaan yang bersangkutan.”

Menurut Simamora (1997) dalam Kustini (2006) “Pelatihan adalah proses sistematis perubahan perilaku para karyawan dalam suatu arah guna meningkatkan tujuan-tujuan organisasional.”

### **2.4.2 Tujuan pelatihan**

Tujuan-tujuan utama pelatihan menurut Simamora (1997) dalam Kustini (2006), yaitu:

1. Perlunya mengorientasikan tenaga kerja baru. Tenaga kerja yang baru memasuki dunia kerja dalam suatu organisasi/perusahaan/lembaga perlu mengenal dan memahami bidang pekerjaannya.
2. Perlunya melakukan reorientasi bagi tenaga kerja lama yang telah sekian lama tidak melaksanakan pekerjaannya.
3. Memperbaiki kinerja. Pelatihan dapat memperbaiki kualitas dari pekerjaan yang dilakukan oleh seseorang. Pelatihan yang sering diberikan, akan terus meningkatkan kinerjanya seseorang sesuai dengan pelatihan yang telah didapatkan.
4. Memutakhirkan keahlian para karyawan sejalan dengan kemajuan teknologi. Melalui pelatihan, pelatih (trainer) memastikan bahwa karyawan dapat secara efektif menggunakan teknologi-teknologi baru. Perubahan teknologi, pada

gilirannya, berarti bahwa pekerjaan-pekerjaan sering berubah dan keahlian serta kemampuan karyawan haruslah dikembangkan melalui pelatihan sehingga kemajuan teknologi tersebut secara sukses dapat diintegrasikan ke dalam organisasi.

5. Mengurangi waktu belajar bagi karyawan baru supaya menjadi kompeten dalam pekerjaan. Sering seorang karyawan baru tidak memiliki keahlian-keahlian dan kemampuan yang dibutuhkan untuk menjadi "*job competent*," yaitu mampu mencapai output dan standar kualitas yang diharapkan.
6. Membantu memecahkan permasalahan operasional. Meskipun persoalan persoalan organisasional menyerang dari berbagai penjuru, pelatihan adalah sebagai salah satu cara terpenting guna memecahkan banyak dilema yang harus dihadapi oleh pekerja.
7. Mempersiapkan karyawan untuk promosi. Salah satu cara untuk menarik, menahan, dan memotivasi karyawan adalah melalui program pengembangan karir yang sistematis. Mengembangkan kemampuan promosional karyawan adalah konsisten dengan kebijakan personalia untuk promosi dari dalam pelatihan adalah unsur kunci dalam sistem pengembangan karir. Organisasi-organisasi yang gagal menyediakan pelatihan untuk memobilitas vertikal akan kehilangan karyawan yang berorientasi-pencapaian (*achievement oriented*) yang merasa frustrasi karena tidak adanya kesempatan untuk promosi dan akhirnya memilih keluar dari perusahaan dan mencari perusahaan lain yang menyediakan pelatihan bagi kemajuan karir mereka.
8. Mengorientasikan karyawan terhadap organisasi. Selama beberapa hari pertama pada pekerjaan, karyawan baru membentuk kesan pertama mereka

terhadap organisasi dan tim manajemen. Kesan ini dapat meliputi dari kesan yang menyenangkan sampai yang tidak menyenangkan, dan dapat mempengaruhi kepuasan kerja dan produktivitas keseluruhan karyawan. Karena alasan inilah, beberapa pelaksana orientasi melakukan upaya bersama supaya secara benar mengorientasikan karyawan-karyawan baru terhadap organisasi dan pekerjaan.

9. Memenuhi kebutuhan-kebutuhan pertumbuhan pribadi. Pelatihan dan pengembangan dapat memainkan peran ganda dengan menyediakan aktivitas-aktivitas yang membuahkan efektifitas organisasional yang lebih besar dan meningkatkan pertumbuhan pribadi bagi semua karyawan. Dari pendapat diatas mengenai tujuan pelatihan maka dapat disimpulkan bahwa adanya pelatihan diharapkan dapat mengembangkan karyawan sesuai dengan kompetensinya, dapat menggunakan keahliannya sesuai dengan perubahan teknologi, karyawan akan lebih berorientasi pada pengembangan perusahaan, meningkatkan kinerja karyawan dan untuk pengembangan karir, sehingga adanya pelatihan diharapkan akan dapat meningkatkan pertumbuhan pribadi setiap karyawan.

#### **2.4.3 Metode Pelatihan**

Menurut Hamalik (2001), metode pelatihan yang digunakan adalah sebagai berikut:

1. **Model Komunikasi Ekspositif**

Pengajaran kelas menggunakan berbagai strategi dan taktik. Prosedur tergantung pada keterlibatan pelatih, tujuan yang hendak dicapai, besar kelompok dan faktor lain. Ada dua sistem yang termasuk dalam model ini, ialah:

- 1) Sistem satu arah. Tanggung jawab untuk menstransferkan informasi terletak pada pelatihan. Para peserta bersikap pasif terhadap apa, bagaimana perlu tidaknya komunikasi itu, tak ada baliknya efektif dari pihak peserta kepada pelatih kecuali menunjukkan rasa senang atau tidak senang. Pola ini berorientasi pada isi materi bukan pada tujuan yang hendak dicapai.
- 2) Sistem dua arah. Pada sistem ini terdapat pola balikan untuk memeriksa apakah peserta menerima informasi dengan tepat.

## 2. Model Komunikasi Diskoveri

Model ini lebih efektif bila dilaksanakan dalam kelompok kecil, namun dapat juga dilaksanakan dalam kelompok yang lebih besar. Kendati tidak semua peserta terlibat dalam proses diskoversi namun model ini bermanfaat bagi peserta latihan. Pola ini dapat dilaksanakan dalam bentuk komunikasi dua arah, bergantung pada besarnya kelas.

## 3. Teknik Komunikasi Kelompok Kecil

Kelompok kecil yang terdiri dari 10 orang peserta dapat melakukan komunikasi dua arah secara efektif.

## 4. Pembelajaran Berprogram

Model ini dapat dilihat sebagai proses yakni proses umum untuk merancang materi pelajaran dan dapat dilihat sebagai produk yakni suatu bentuk sistem pembelajaran di mana peserta belajar sendiri untuk mencapai tujuan tingkah laku dengan menggunakan materi pelajaran yang telah disiapkan sebelumnya, serta tidak memerlukan dukungan dari pihak pelatih.

## 5. Pelatihan dalam Industri

Metode ini mengembangkan pendekatan standar pengajaran dan latihan dalam pekerjaan. Prosedur latihan lebih sederhana terutama dalam latihan industry. Metode ini diterapkan dalam berbagai bentuk, seperti: latihan kepemimpinan, latihan keselamatan, latihan untuk perbaikan, dan latihan pekerjaan.

## 6. Teknik Simulasi

Teknik simulasi dapat digunakan hampir pada semua program pelatihan yang berorientasi pada tujuan-tujuan tingkah laku. Latihan keterampilan menuntut praktek yang dilaksanakan dalam situasi nyata atau dalam situasi simulasi yang mengandung ciri-ciri kehidupan yang nyata. Latihan simulasi adalah berlatih melaksanakan tugas-tugas yang akan dikerjakan sehari-hari.

## 7. Metode Studi Kasus

Metode ini merupakan suatu bentuk simulasi yang bertujuan untuk memberikan pengalaman kepada peserta tentang cara membuat keputusan mengenai apa yang harus dikerjakan lebih lanjut, latihan memecahkan kasus-kasus sosial. Kasus-kasus yang dipelajari berdasarkan kejadian nyata, menggunakan informasi yang ada, tidak terlalu sederhana, sesuai dengan minat peserta, dan punya dampak tertentu terhadap peserta. Pelaksanaan studi kasus dimulai dari menghimpun data dari berbagai sumber tentang kasus itu, menafsirkannya, merumuskan kesimpulan dan upaya pemecahan serta upaya perbaikan.

#### **2.4.4 Prinsip-prinsip Program Pelatihan**

Menurut Hamalik (2001), penyusunan program pelatihan berdasarkan prinsip-prinsip sebagai berikut:

1. Program pelatihan harus memiliki tujuan yang jelas sehubungan dengan upaya mencapai tujuan organisasi
2. Program pelatihan disusun berdasarkan kebutuhan lapangan dan tujuan tertentu
3. Ruang lingkup pelatihan ditentukan berdasarkan kebijakan
4. Penetapan metode dan teknik serta proses-proses dalam suatu program pelatihan harus dikaitkan secara langsung dengan upaya memenuhi kebutuhan dan mencapai tujuan pelatihan itu
5. Pelatihan yang efektif berdasarkan prinsip-prinsip belajar, antara lain belajar aktif, perpaduan antara teori dan praktik
6. Penyelenggaraan pelatihan sebaiknya di dalam lingkungan pekerjaan, sehingga benar-benar terkait dengan kebutuhan, kondisi dan situasi

#### **2.4.5 Evaluasi Program Pelatihan**

Suatu pelatihan harus dievaluasi dengan sistematis, yaitu mendokumentasikan hasil-hasil pelatihan dari segi bagaimana sesungguhnya peserta pelatihan berperilaku kembali pada pekerjaan mereka. Dalam menilai manfaat atau kegunaan program pelatihan, perusahaan mencoba menjawab empat pertanyaan (Simamora, 1997 dalam Kustini, 2006):

1. Apakah terjadi perubahan?
2. Apakah perubahan disebabkan oleh pelatihan?

3. Apakah perubahan secara positif berkaitan dengan pencapaian tujuan-tujuan organisasi?
4. Apakah perubahan yang serupa terjadi pada partisipan yang baru dalam program pelatihan yang sama?

Evaluasi membutuhkan adanya penilaian terhadap dampak program pelatihan pada perilaku sikap dalam jangka pendek maupun jangka panjang. Adapun pengukuran efektivitas penilaian meliputi penilaian (Simamora, 1997 dalam Kustini, 2006):

1. Reaksi-reaksi yaitu bagaimana perasaan partisipan terhadap program
2. Belajar yaitu pengetahuan, keahlian dan sikap-sikap yang diperoleh sebagai hasil dari pelatihan.
3. Perilaku yaitu perubahan-perubahan yang terjadi pada pekerjaan sebagai akibat dari pelatihan.
4. Hasil-hasil yaitu dampak pelatihan pada keseluruhan efektivitas organisasi atau pencapaian pada tujuan-tujuan organisasi

## **2.5 Konsep Perilaku**

### **2.5.1 Definisi Perilaku**

Perilaku adalah suatu aktivitas pada diri manusia itu sendiri. Perilaku manusia mempunyai bentangan yang sangat luas, mencakup berjalan, berbicara, bereaksi. Bahkan kegiatan internal seperti berpikir, persepsi dan emosi (Notoatmodjo, 2003).

### 2.5.2 Bentuk Perilaku

Secara lebih operasional perilaku dapat diartikan suatu respons organisme atau seseorang terhadap rangsangan (stimulus) dari luar subjek tersebut. Respons ini berbentuk dua macam (Notoatmodjo,2003), yakni:

1. Bentuk pasif adalah respon internal, yaitu yang terjadi dalam diri manusia dan tidak secara langsung dapat terlihat oleh orang lain. Misalnya berpikir, tanggapan atau sikap batin dan pengetahuan
2. Bentuk aktif, yaitu apabila perilaku jelas dapat diobservasi secara langsung.

Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa pengetahuan dan sikap merupakan respons seseorang terhadap stimulus atau rangsangan yang masih bersifat tersembunyi, dan disebut "*covert behaviour*". Sedangkan tindakan nyata seseorang sebagai respons seseorang terhadap stimulus adalah merupakan "*overt behaviour*".

### 2.5.3 Proses Adopsi Perilaku

Menurut Rogers (1974) yang dikutip oleh Notoatmodjo (2003) menjelaskan bahwa orang sebelum mengadopsi perilaku baru, maka dalam diri orang tersebut akan terjadi proses yang berurutan sebagai berikut:

1. *Awareness* (kesadaran)

Orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui lebih dulu terhadap stimulus.

2. *Interest* (merasa tertarik)

Orang mulai tertarik terhadap stimulus. Dimana sikap subyek sudah mulai timbul.



3. *Evaluation* (menimbang-nimbang)

Menimbang-nimbang terhadap baik dan tidaknya stimulus itu bagi dirinya.

Berarti sikap subyek sudah lebih baik lagi.

4. *Trial* (mencoba)

Responden sudah mulai mencoba melakukan sesuatu sesuai dengan yang dikehendaki oleh stimulus.

5. *Adaption* (adaptasi)

Responden atau subjek sudah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus.

#### 2.5.4 Domain Perilaku

Perilaku manusia itu sangat kompleks dan mempunyai ruang lingkup yang sangat luas. Notoatmodjo (2003) membagi perilaku ke dalam 3 domain, yaitu:

1. Pengetahuan (*knowledge*)

Pengetahuan adalah merupakan hasil “tahu”, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indra manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Tingkat pengetahuan dipengaruhi oleh faktor internal dan faktor eksternal. Faktor Internal adalah karakteristik orang yang bersangkutan, yakni tingkat pendidikan, jenis kelamin, tingkat emosional dan usia. Sedangkan faktor eksternal adalah lingkungan, baik lingkungan fisik, sosial, budaya, ekonomi dan politik. Tingkat pendidikan mempengaruhi pengetahuan seseorang, yaitu semakin tinggi tingkat pendidikan maka semakin tinggi juga tingkat pengetahuan yang didapat. Sedangkan

pengalaman mempengaruhi pengetahuan seseorang karena pengalaman akan lebih mendalam dan lebih lama berbekas di ingatan seseorang (Azwar, 1998).

Pengetahuan atau kognitif merupakan doamin yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*overt behaviour*). Pengetahuan yang dicakup dalam doamin kognitif mempunyai 6 tingkat, yakni:

1) Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk kedalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu, "tahu" ini adalah merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain: menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan dan sebagainya.

2) Memahami (*Comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari.

3) Aplikasi (*Application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi riil (sebenarnya). Aplikasi disini dapat diartikan aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.

#### 4) Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau objek kedalam komponen-komponen, tetapi masih dalam suatu struktur organisasi tersebut, dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata-kata kerja: dapat menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan dan sebagainya.

#### 5) Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis menunjuk pada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru dengan kata lain sintesis itu suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi yang ada.

#### 6) Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian itu berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

### 2. Sikap atau tanggapan (*attitude*)

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek (Notoatmodjo, 2003). Menurut Newcomb yang dikutip oleh Notoatmodjo (2003) sikap juga merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Berdasarkan teori tersebut, sikap seseorang ada yang positif dan ada yang negative. Menurut Baron dan Byrne (1991) dan Kassin (1990) dalam Azwar

(1998), sikap merupakan afek atau penilaian positif atau negative yang dibuat manusia terhadap suatu obyek baik untuk dirinya sendiri, orang lain, objek atau isu-isu. Bentuk perilaku dalam bersikap tidak hanya dapat dilihat secara langsung akan tetapi juga meliputi bentuk perilaku yang berupa pernyataan atau perkataan yang diucapkan oleh seseorang (Azwar, 1998). Manifestasi sikap tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu. Dalam kehidupan sehari-hari adalah merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial.

Menurut Allport (1954) yang dikutip oleh Notoatmodjo (2005) dijelaskan bahwa sikap memiliki 3 komponen pokok yaitu:

1. Kepercayaan (keyakinan), ide dan konsep terhadap suatu objek.

Berarti bagaimana keyakinan dan pendapat seseorang terhadap suatu objek.

2. Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek.

Berarti bagaimana penilaian (didalamnya terkandung faktor emosi) seseorang terhadap objek.

3. Kecenderungan untuk bertindak.

Berarti sikap merupakan komponen yang mendahului tindakan atau perilaku terbuka.

Menurut Notoatmodjo (2005), sikap memiliki tingkatan berdasarkan intensitasnya yaitu:

1. Menerima (*receiving*)

Orang mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan objek.

2. Merespon (*responding*)

Memberikan tanggapan apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas merupakan indikasi dari sikap. Karena dengan usaha untuk menjawab jika ditanya atau mengerjakan tugas yang diberikan berarti orang menerima ide tersebut terlepas dari pekerjaan itu benar atau salah.

3. Menghargai (*valuing*)

Seseorang memberikan nilai positif terhadap stimulus. Mengajak orang lain mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah.

4. Bertanggung jawab (*responsible*)

Bertanggung jawab terhadap apa yang telah diyakininya merupakan tingkatan sikap yang paling tinggi. Seseorang yang sudah mengambil sikap tertentu berdasarkan keyakinannya harus berani mengambil risikonya.

3. Praktik atau tindakan (*practice*)

Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*overt behaviour*). Untuk terwujudnya sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan antara lain adalah fasilitas. Disamping faktor fasilitas juga diperlukan faktor dukungan dari pihak lain Notoatmodjo (2003). Adapun tingkatan praktek menurut Notoatmodjo (2003), yaitu:

1. Persepsi (*Perception*)

Mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil adalah merupakan praktek tingkat pertama.

## 2. Praktik Terpimpin (*Guided Response*)

Dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar dan sesuai dengan contoh.

## 3. Mekanisme (*Mechanisme*)

Apabila seseorang telah melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan

## 4. Adaptasi (*Adaption*)

Adaptasi adalah suatu praktek atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya sudah dimodifikasi sendiri tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut.

### 2.5.5 Perubahan Perilaku

Bentuk perubahan perilaku sangat bervariasi, sesuai dengan konsep yang digunakan oleh para ahli dalam pemahamannya terhadap perilaku. Dibawah ini diuraikan bentuk perubahan perilaku menurut WHO yang dikutip dari Notoatmodjo (2003), yakni:

#### 1. Perubahan Alamiah (*Natural Change*)

Perilaku manusia selalu berubah, dimana sebagian perubahan itu disebabkan karena kejadian alamiah. Apabila dalam masyarakat sekitar terjadi suatu perubahan lingkungan fisik atau sosial budaya dan ekonomi, maka anggota-anggota masyarakat yang ada di dalam juga mengalami perubahan.

#### 2. Perubahan Rencana (*Planned Change*)

Perubahan perilaku terjadi karena memang direncanakan sendiri oleh subjek.

#### 3. Kesiediaan untuk Berubah (*Readiness to Change*)

Apabila terjadi suatu inovasi atau program-program pembangunan didalam masyarakat maka yang sering terjadi adalah sebagai orang sangat cepat untuk menerima inovasi atau perubahan tersebut (bentuk perilaku). Sebagian orang ada yang sangat lambat untuk menerima inovasi atau perubahan tersebut. Hal ini disebabkan karena pada setiap orang mempunyai kesediaan untuk berubah (*readines of change*) yang berbeda-beda.

## **2.6 Konsep Keperawatan**

### **2.6.1 Definisi Keperawatan**

Berdasarkan hasil Lokakarya Nasional 1983 yang dikutip Kusnanto (2004) definisi keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan, didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan, berbentuk pelayanan bio-psiko-sosial-spiritual yang komprehensif, ditujukan pada individu, keluarga dan masyarakat baik sakit maupun sehat yang mencakup seluruh proses kehidupan manusia.

### **2.6.2 Model Konsep dan Teori Keperawatan**

Model konsep dan teori keperawatan digunakan untuk memberikan pengetahuan untuk meningkatkan praktik, penuntun penelitian dan kurikulum serta mengidentifikasi bidang dan tujuan dari praktik keperawatan (Potter & Perry, 2005).

Berikut adalah teori dan model keperawatan menurut Potter & Perry (2005), diantaranya:

## 1. Teori Nightingale

Meleis (1985) mencatat bahwa konsep Nightingale menempatkan lingkungan sebagai fokus asuhan keperawatan dan perhatian dimana perawat tidak perlu memahami seluruh proses penyakit yang merupakan upaya awal memisahkan antara profesi keperawatan dan kedokteran.

Nightingale tidak memandang perawat secara sempit yang hanya sibuk dengan masalah pemberian obat dan pengobatan, tetapi lebih berorientasi pada pemberian udara, lampu, kenyamanan lingkungan, kebersihan, ketenangan, dan nutrisi yang adekuat. Melalui observasi dan pengumpulan data, Nightingale menghubungkan antara status kesehatan klien dengan faktor lingkungan dan sebagai hasil yang menimbulkan perbaikan kondisi higiene dan sanitasi selama perang *Crimean*.

Torres (1986) mencatat bahwa Nightingale memberikan konsep dan penawaran yang dapat divalidasi dan digunakan untuk menjalankan praktek keperawatan. Nightingale dalam teori deskripsinya memberikan cara berpikir tentang keperawatan dan kerangka rujukan yang berfokus pada klien dan lingkungannya. Surat Nightingale dan tulisan tangannya menuntun perawat untuk bekerja atas nama klien. Prinsipnya mencakup bidang pelayanan, penelitian dan pendidikan. Hal paling penting adalah konsep dan prinsip yang membentuk dan melingkupi praktek keperawatan. Nightingale berpikir dan menggunakan proses keperawatan. Ia mencatat bahwa observasi (pangkajian) bukan demi berbagai informasi atau fakta yang mencurigakan, tetapi demi penyelamatan hidup dan meningkatkan kesehatan dan kenyamanan.



## 2. Teori Peplau

Teori Hildegard Peplau (1952) berfokus pada individu, perawat dan proses interaktif (Peplau, 1952); yang menghasilkan hubungan antara perawat dan klien. Berdasarkan teori ini klien adalah individu dengan kebutuhan perasaan dan keperawatan adalah proses interpersonal dan terapeutik. Tujuan keperawatan adalah untuk mendidik klien dan keluarga dan untuk membantu klien mencapai kematangan perkembangan kepribadian, oleh sebab itu perawat berupaya mengembangkan hubungan antara perawat dan klien dimana perawat bertugas sebagai narasumber, konselor dan wali.

Klien yang mencari bantuan, pertama mendiskusikan masalah dan menjelaskan jenis pelayanan yang tersedia dengan berkembangannya hubungan antara perawat dan klien, perawat dan klien bersama-sama mendefinisikan masalah dan kemungkinan penyelesaian masalahnya. Hubungan ini mendapatkan keuntungan dengan memanfaatkan pelayanan yang tersedia untuk memenuhi kebutuhannya dan perawat membantu klien dalam hal menurunkan kecemasan yang berhubungan dengan masalah kesehatannya. Teori Peplau merupakan teori yang unik karena hubungan kolaborasi perawat klien membentuk suatu kekuatan mendewasakan melalui hubungan interpersonal yang efektif dalam membantu pemenuhan kebutuhan klien. Ketika kebutuhan dasar telah diatasi kebutuhan yang baru mungkin muncul. Hubungan interpersonal perawat-klien digambarkan sebagai fase-fase yang saling tumpang tindih seperti: orientasi, identifikasi, penjelasan dan resolusi.

Teori dan gagasan Peplau dikembangkan untuk memberikan bentuk praktek keperawatan psikiatri. Penelitian keperawatan tentang kecemasan, empati, instrumen perilaku dan instrumen untuk mengevaluasi respon verbal dihasilkan dari model konseptual Peplau.

### 3. Teori Handerson

Teori keperawatan Virginia Handerson (Harmer dan Handerson, 1955) mencakup seluruh kebutuhan dasar manusia. Handerson (1964) mendefinisikan keperawatan sebagai:

Membantu individu yang sakit dan sehat dalam memiliki aktivitas yang memiliki kontribusi terhadap kesehatan dan penyembuhannya, sehingga individu tersebut akan mampu mengerjakannya tanpa bantuan bila ia memiliki kekuatan, pengetahuan dan kemauan yang dibutuhkan. Hal ini dilakukan dengan cara membantu mendapatkan kembali kemandiriannya secepat mungkin.

### 4. Teori Orlando

Bagi Ida Orlando (1961), klien adalah individu dengan suatu kebutuhan, dimana bila kebutuhan tersebut dipenuhi maka stress akan berkurang, meningkatkan kepuasan atau mendorong pencapaian kesehatan optimal. Teori Orlando secara radikal mengubah fokus keperawatan dari diagnosa medis klien dan kegiatan otomatis ke perilaku klien menurut kebutuhan klien yang mendesak dan ditentukan jika kebutuhan dapat dipenuhi dengan tindakan keperawatan. Teori Orlando terdiri dari kerangka konsep bagi profesi keperawatan. Tiga elemen perilaku klien, reaksi perawat dan tindakan keperawatan membentuk situasi keperawatan, setelah perawat melakukan

kebutuhan klien, mereka mendapatkan dampak kebutuhan pada tingkat kesehatan klien dan akan bertindak secara otomatis atau direncanakan untuk memenuhi kebutuhan yang pada akhirnya untuk menurunkan tekanan atau stress yang dialami oleh klien.

#### 5. Teori Levine

Teori keperawatan Myra Levine dirumuskan pada tahun 1966 dan dipublikasikan 1973, menggambarkan klien sebagai makhluk hidup terintegrasi yang saling berinteraksi dan beradaptasi terhadap lingkungannya. Levine percaya bahwa intervensi keperawatan merupakan aktivitas konservasi, dengan konservasi energi sebagai pertimbangan utama. Sehat dipandang dari sudut konservasi energi dalam lingkup area sebagai berikut, Levine menyebutnya sebagai empat prinsip konservasi dalam keperawatan:

- 1) Konservasi energi klien
- 2) Konservasi struktur integritas
- 3) Konservasi integritas personal
- 4) Konservasi Integritas sosial

Melalui pendekatan ini, asuhan keperawatan meliputi konservasi aktivitas yang ditujukan pada penggunaan secara optimal sumber-sumber kekuatan klien.

#### 6. Teori Johnson

Teori Dorothy Johnson tentang keperawatan (1968) berfokus pada bagaimana klien beradaptasi terhadap kondisi sakitnya dan bagaimana stress aktual atau potensial dapat mempengaruhi kemampuan beradaptasi. Tujuan dari keperawatan adalah menurunkan stress sehingga klien dapat bergerak

lebih mudah melewati masa penyembuhannya. Teori Johnson berfokus pada kebutuhan dasar yang mengacu pada pengelompokan perilaku berikut:

- 1) Perilaku mencari keamanan
- 2) Perilaku mencari perawatan
- 3) Menguasai diri sendiri dan lingkungan sesuai dengan standar internalisasi prestasi
- 4) Mengakomodasi diet dengan cara yang diterima secara sosial dan kultural
- 5) Mengeluarkan sampah tubuh dengan cara yang diterima secara sosial dan kultural
- 6) Perilaku seksual dan identitas peran
- 7) Perilaku melindungi diri sendiri

Menurut Johnson, perawat mengkaji kebutuhan klien berdasarkan kategori perilaku diatas, yang disebut *sub sistem perilaku*. Dalam kondisi normal klien berfungsi secara efektif dalam lingkungannya, akan tetapi ketika stress mengganggu adaptasi normal, perilaku klien jadi tidak dapat diduga dan tidak jelas. Perawat mengidentifikasi ketidakmampuan beradaptasi seperti ini dan memberikan asuhan keperawatan untuk mengatasi masalah dalam memenuhi kebutuhan tersebut.

## 7. Teori Rogers

Martha Rogers (1970) mempertimbangkan manusia (kesatuan manusia) sebagai sumber energi yang menyatu dengan alam semesta. Manusia berada dalam interaksi yang terus menerus dengan lingkungan, selain itu manusia merupakan satu kesatuan utuh, memiliki integritas diri dan menunjukkan karakteristik yang lebih dari sekedar gabungan beberapa bagian (Rogers,

1970). Manusia yang utuh merupakan "empat sumber dimensi energi yang diidentifikasi oleh pola dan manifestasi karakteristik spesifik yang menunjukkan kesatuan dan yang tidak dapat ditinjau berdasarkan bagian pembentuknya". Empat dimensi yang digunakan oleh teori Rogers sumber energi, keterbukaan, keteraturan dan pengorganisasian dan empat dimensionalitas manusia, digunakan untuk menentukan prinsip mengenai bagaimana manusia berkembang.

Intinya Rogers memandang keperawatan sebagai ilmu dan mendukung adanya penelitian keperawatan, oleh sebab itu keperawatan mengembangkan pengetahuan dari ilmu-ilmu dasar fisiologi, begitu juga dengan ilmu keperawatan itu sendiri:

Ilmu keperawatan bertujuan untuk memberikan inti dari pengetahuan abstrak untuk mengembangkan penelitian ilmiah dan analisis logis dan kemampuan menerapkannya dalam praktik keperawatan. Inti pengetahuan ilmiah keperawatan merupakan hasil penemuan terbaru mengenai keperawatan. Keperawatan merupakan ilmu tentang humanistik.

#### 8. Teori Orem

Dorothea Orem (1971) mengembangkan definisi keperawatan yang menekankan pada kebutuhan klien tentang perawatan diri sendiri. Orem menggambarkan filosofi tentang keperawatan dengan cara seperti berikut:

Keperawatan memiliki perhatian tertentu pada kebutuhan manusia terhadap tindakan perawatan dirinya sendiri dan kondisi serta penatalaksanakannya secara terus-menerus dalam upaya mempertahankan kehidupan dan kesehatan, penyembuhan dari penyakit atau cedera dan mengatasi bahaya yang

ditimbulkannya. Perawatan diri sendiri dibutuhkan oleh setiap manusia, baik laki-laki, perempuan maupun anak-anak. Ketika perawatan diri tidak dapat dipertahankan, akan terjadi kesakitan atau kematian. Keperawatan kadang-kadang berupaya mengatur dan mempertahankan kebutuhan perawatan diri secara terus-menerus bagi mereka yang secara total tidak mampu melakukannya. Situasi lain, perawat membantu klien untuk mempertahankan kebutuhan mempertahankan diri dengan melakukannya sebagian tapi tidak seluruh prosedur, melalui pengawasan pada orang yang membantu klien dan dengan memberikan instruksi dan pengarahan secara individual sehingga secara bertahap klien mampu melakukannya sendiri.

Tujuan dari teori Orem adalah membantu klien melakukan perawatan diri sendiri. Menurut Orem, asuhan keperawatan diperlukan ketika klien tidak mampu memenuhi kebutuhan biologis, psikologis, perkembangan dan sosial. Perawat menilai mengapa klien tidak mampu memenuhi kebutuhan tersebut, apa yang harus dilakukan untuk meningkatkan kemampuan klien dalam memenuhi kebutuhannya dan menilai seberapa jauh klien mampu memenuhinya sendiri. Tujuan dari keperawatan adalah untuk meningkatkan kemampuan klien memenuhi kebutuhannya secara mandiri.

#### 9. Teori King

Tujuan yang ingin dicapai dari teori Imogene King (1987) berfokus pada interaksi tiga sistem: sistem personal, sistem interpersonal dan sistem sosial. Ketiganya membentuk hubungan personal antara perawat dan klien. Hubungan perawat dan klien merupakan sarana dalam pemberian asuhan keperawatan, dimana proses interpersonal yang dinamis yang ditampilkan

oleh perawat dan klien dipengaruhi oleh perilaku satu dengan yang lain, demikian juga oleh sistem asuhan kesehatan yang berlaku. Tujuan perawat adalah memanfaatkan komunikasi untuk membantu klien dalam menciptakan dan mempertahankan adaptasi positif terhadap lingkungan.

#### 10. Teori Neuman

Betty Neuman (1972) mendefinisikan manusia secara utuh merupakan gabungan dari konsep holistik dan pendekatan sistem terbuka. Model konseptual dari Neuman ini memberi penekanan pada penurunan stress dengan memperkuat garis pertahanan diri yang bersifat fleksibel, normal dan resisten. Intervensi diarahkan terhadap ketiga garis pertahan tersebut yang terkait dengan tiga level prevensi (Mubarak, 2005). Bagi Neuman, manusia merupakan makhluk dengan kombinasi kompleks yang dinamis dari fisiologis, sosiokultural dan variabel perkembangan yang berfungsi sebagai sistem terbuka. Sebagai sistem terbuka, manusia berinteraksi, beradaptasi dengan dan disesuaikan oleh lingkungan yang digambarkan sebagai stressor. Lingkungan internal terdiri dari segala sesuatu yang mempengaruhi (interpersonal) yang berasal dari diri klien. Lingkungan eksternal segala sesuatu pengaruh yang berasal dari luar diri klien (interpersonal). Pembentukan lingkungan merupakan usaha klien untuk menciptakan lingkungan yang aman, yang mungkin terbentuk oleh mekanisme yang disadari maupun tidak disadari. Lingkungan memiliki kemungkinan terganggu oleh stressor yang dapat merusak sistem. Model Neuman mencakup stressor interpersonal, intrapersonal dan ekstrapersonal.

Neuman meyakini bahwa keperawatan memperhatikan manusia secara utuh. Tujuan dari keperawatan adalah membantu individu, keluarga dan kelompok dalam mencapai dan mempertahankan tingkat kesehatan yang optimal. Perawat mengkaji, mengatur dan mengevaluasi sistem klien. Perawatan berfokus pada variabel-variabel yang mempengaruhi respons klien terhadap stressor. Tindakan keperawatan terdiri dari pencegahan primer, sekunder dan tersier. Pencegahan primer berfokus pada peningkatan pertahanan tubuh melalui identifikasi faktor-faktor resiko yang potensial dan aktual terjadi akibat stressor tertentu. Pencegahan sekunder berfokus pada penguatan pertahanan dan sumber internal melalui penetapan prioritas dan rencana pengobatan pada gejala yang tampak, sedangkan pencegahan tersier berfokus pada proses adaptasi kembali. Prinsip dari pencegahan tersier adalah untuk memberikan penguatan pertahanan tubuh terhadap stressor melalui pendidikan kesehatan dan untuk membantu dalam mencegah terjadinya masalah yang sama.

#### 11. Teori Roy

Teori adaptasi Suster Callista Roy (Roy dan Obloy, 1979; Roy, 1989) memandang klien sebagai suatu sistem adaptasi. Sesuai dengan model Roy, tujuan dari model keperawatan adalah membantu seseorang untuk beradaptasi terhadap perubahan kebutuhan fisiologis, konsep diri, fungsi peran dan hubungan interdependensi selama sehat dan sakit. Kebutuhan asuhan keperawatan muncul, ketika klien tidak dapat beradaptasi terhadap kebutuhan lingkungan internal dan eksternal. Seluruh individu harus beradaptasi terhadap kebutuhan berikut:



- 1) Pemenuhan kebutuhan fisiologis dasar.
- 2) Pengembangan konsep diri positif.
- 3) Penampilan peran sosial.
- 4) Pencapaian keseimbangan antara kemandirian dan ketergantungan.

Perawat menentukan apakah kebutuhan diatas menyebabkan timbulnya masalah bagi klien dan mengkaji bagaimana klien beradaptasi terhadap hal tersebut. Kemudian asuhan keperawatan diberikan dengan tujuan untuk membantu klien beradaptasi.

## 12. Teori Watson

Filosofi Watson tentang asuhan keperawatan (1988) berupaya untuk mendefinisikan hasil dari aktivitas keperawatan yang berhubungan dengan aspek humanistik dari kehidupan. Tindakan keperawatan mengacu langsung pada pemahaman hubungan antara sehat, sakit dan perilaku manusia. Keperawatan memperhatikan peningkatan dan mengembalikan kesehatan serta pencegahan terjadinya penyakit.

Model watson dibentuk melingkupi proses asuhan keperawatan, pemberian bantuan bagi klien dalam mencapai atau mempertahankan kesehatan atau mencapai kematian yang damai. Intervensi keperawatan berkaitan dengan proses perawatan manusia. Perawatan manusia membutuhkan perawat yang memahami perilaku dan respons manusia terhadap masalah kesehatan yang aktual ataupun yang potensial, kebutuhan manusia dan bagaimana berespons terhadap orang lain dan memahami kekurangan dan kelebihan klien dan keluarganya, sekaligus pemahaman pada dirinya sendiri. Selain itu perawat juga memberikan kenyamanan dan perhatian serta empati pada klien dan

keluarganya. Asuhan keperawatan tergambar pada seluruh faktor-faktor yang digunakan oleh perawat dalam pemberian pelayanan keperawatan pada klien.

### **2.6.3 Paradigma Keperawatan**

Paradigma keperawatan adalah suatu cara pandang yang mendasar atau cara kita melihat, memikirkan, memberi makna, menyikapi dan memilih tindakan terhadap berbagai fenomena yang ada dalam keperawatan. Paradigma keperawatan memberi arah kepada perawat dalam menyikapi dan menyelesaikan berbagai persoalan yang melingkupi profesi keperawatan seperti aspek pendidikan dan pelayanan keperawatan serta kehidupan profesi (Kusnanto, 2004).

Keperawatan berpandangan bahwa manusia dan kemanusiaan merupakan titik sentral upaya pembangunan dengan menjunjung tinggi nilai-nilai kemanusiaan sesuai Pancasila dan Undang-Undang Dasar 1945. Bertolak dari pandangan ini disusun paradigma keperawatan yang terdiri atas empat konsep dasar, yaitu: manusia, lingkungan, kesehatan dan keperawatan (Kusnanto, 2004).

#### **1. Manusia**

Manusia adalah ciptaan Tuhan Yang Maha Esa, sebagai pribadi yang utuh dan unik mempunyai aspek bio-psiko-sosial-kultural dan spiritual. Manusia sebagai sistem terbuka yang selalu berinteraksi dan berespons terhadap lingkungan, mempunyai kemampuan untuk mempertahankan integritas diri melalui mekanisme adaptasi. Manusia sebagai titik sentral dari upaya pelayanan keperawatan dan sebagai penerima asuhan keperawatan berhak mengambil keputusan bagi dirinya (Kusnanto, 2004).

## 2. Lingkungan

Lingkungan adalah faktor – faktor yang dapat mempengaruhi kesehatan manusia, baik faktor dari dalam diri (internal) maupun dari luar (eksternal). Lingkungan internal meliputi aspek-aspek genetika, struktur dan fungsi tubuh serta psikologis, sedangkan lingkungan eksternal meliputi lingkungan sekitar manusia, baik lingkungan fisik, biologik, sosial, kultural dan spiritual. Lingkungan internal dan eksternal akan mempengaruhi sikap dan perilaku manusia termasuk persepsinya tentang sehat, sakit, cara-cara memelihara dan mempertahankan kesehatan serta menanggulangi penyakit. Ketidakmampuan manusia merespons pengaruh lingkungan akan mengakibatkan gangguan kesehatan atau pergeseran status kesehatan dalam rentang sehat-sakit (Kusnanto, 2004).

## 3. Kesehatan

Kesehatan adalah kondisi dinamis manusia dalam rentang sehat sakit yang merupakan hasil interaksi dengan lingkungan. Undang-undang No. 23 tahun 1992 tentang kesehatan memuat bahwa kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial ekonomi. Sehat merupakan keadaan seimbang bio-psiko-sosio-spiritual yang dinamis yang memungkinkan individu untuk menyesuaikan diri sehingga dapat berfungsi secara optimal guna memenuhi kebutuhan dasar melalui aktivitas hidup sehari-hari sesuai dengan tingkat tumbuh kembangnya.

Sehat sebagai salah satu unsur kesejahteraan umum adalah hak dan tanggung jawab setiap individu yang harus diwujudkan. Oleh karena itu harus

dipertahankan dan ditingkatkan melalui upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.

Sakit merupakan keadaan yang tidak seimbang antar bio-psiko-sosio-spiritual, sebagai respon tubuh terhadap interaksinya dengan lingkungan . Respon ini menyebabkan terganggunya individu untuk berfungsi optimal dalam pemenuhan kebutuhan dasar sesuai dengan tingkat tumbuh kembang. Respon yang adekuat terhadap lingkungan dapat disebabkan oleh karena ketidaktahuan, ketidakmauan dan ketidakmampuan.

(Kusnanto, 2004)

#### 4. Keperawatan

Keperawatan adalah suatu profesi yang mengabdikan kepada manusia dan kemanusiaan, mendahulukan kepentingan kesehatan masyarakat diatas kepentingan sendiri, suatu bentuk pelayanan/asuhan yang bersifat humanistik, menggunakan pendekatan holistik, dilaksanakan berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan berpegang pada standar pelayanan/asuhan keperawatan serta menggunakan kode etik keperawatan sebagai tuntutan utama dalam melaksanakan pelayanan/asuhan keperawatan (kusnanto, 2004).

Keperawatan berupa bantuan yang diberikan karena adanya kelemahan fisik dan atau mental, keterbatasan pengetahuan serta kurangnya kemauan melaksanakan kegiatan sehari-hari secara mandiri. Bantuan juga ditujukan kepada penyediaan pelayanan kesehatan utama dalam upaya mengadakan perbaikan sistem pelayanan kesehatan sehingga memungkinkan setiap orang mencapai hidup sehat dan produktif.

#### 2.6.4 Peran dan Fungsi Perawat

Perawat kontemporer menuntut perawat yang memiliki pengetahuan dan keterampilan dalam berbagai bidang. Peran perawat telah berubah menjadi lebih luas dengan penekanan pada peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit, juga memandang klien secara komprehensif. Peran dan fungsi perawat antara lain (Potter & Perry, 2005):

##### 1. Pemberi perawatan

Sebagai pemberi asuhan keperawatan, perawat membantu klien mendapatkan kembali kesehatannya melalui proses penyembuhan. Perawat memfokuskan asuhan pada kebutuhan kesehatan klien secara holistik, meliputi upaya mengembalikan kesehatan emosi, spiritual, dan sosial.

##### 2. Pembuat keputusan klinis

Sebelum mengambil tindakan keperawatan, baik dalam pengkajian kondisi klien, pemberi perawatan, dan mengevaluai hasil, perawat menyusun rencana tindakan dengan menetapkan pendekatan terbaik bagi klien. Perawat membuat keputusan ini sendiri atau berkolaborasi dengan klien dan keluarga. Setiap situasi seperti ini, perawat bekerja sama dan berkonsultasi dengan pemberi perawatan keperawatan profesional lainnya.

##### 3. Pelindung dan advokat klien

Sebagai pelindung, perawat membantu mempertahankan lingkungan yang aman bagi klien dan mengambil tindakan untuk mencegah terjadinya kecelakaan dan melindungi klien dari kemungkinan efek yang tidak diinginkan dari suatu tindakan diagnostik dan pengobatan. Perawat melindungi

hak klien sebagai manusia dan secara hukum, serta membantu klien dalam menyatakan hak-haknya bila dibutuhkan.

#### 4. Manajer kasus

Sebagai manajer kasus, perawat mengkoordinasi aktivitas anggota tim kesehatan lain, misalnya ahli gizi dan ahli terapi fisik, ketika mengatur kelompok yang memberikan perawatan pada klien. Selain itu perawat juga mengatur waktu kerja dan sumber yang tersedia di tempat kerjanya

#### 5. Rehabilitator

Rehabilitasi merupakan proses dimana individu kembali ke tingkat fungsi maksimal setelah sakit, kecelakaan, atau kejadian yang menimbulkan ketidakberdayaan lainnya. Seringkali klien mengalami gangguan fisik dan emosi yang mengubah kehidupan mereka dan perawat membantu klien beradaptasi semaksimal mungkin dengan keadaan tersebut.

#### 6. Pemberi kenyamanan

Peran sebagai pemberi kenyamanan, merawat klien sebagai seorang manusia, merupakan peran tradisional dan historis dalam keperawatan dan telah berkembang sebagai suatu peran yang penting dimana perawat melakukan peran baru.

#### 7. Komunikator

Peran sebagai komunikator merupakan pusat dari seluruh peran perawat yang lain. Keperawatan mencakup komunikasi dengan klien dan keluarga, antar sesama perawat dan profesi kesehatan lainnya, sumber informasi dan komunitas.

## 8. Penyuluh

Sebagai penyuluh, perawat menjelaskan kepada klien konsep dan data-data tentang kesehatan, mendemonstrasikan prosedur seperti aktivitas perawatan diri, menilai apakah klien memahami hal-hal yang dijelaskan dan mengevaluasi kemajuan dalam pembelajaran. Beberapa topik mungkin dapat diajarkan tanpa direncanakan terlebih dahulu dan dilakukan secara informal, misalnya pada saat perawat berespon terhadap pertanyaan yang mengacu pada isu-isu kesehatan dalam pembicaraan sehari-hari. Aktivitas pendidikan yang lain mungkin perlu direncanakan dan disusun secara formal, misalnya ketika perawat mengajarkan cara menyuntikkan insulin secara mandiri pada klien diabetes. Perawat menggunakan metode pengajaran yang sesuai dengan kemampuan dan kebutuhan klien serta melibatkan sumber-sumber yang lain misalnya keluarga dalam pengajaran yang direncanakan.

## 9. Peran Karier

Sejumlah peran dan fungsi dibebankan pada perawat di berbagai lingkungan kerja. Berkariier, merupakan kebalikan dari semuanya, di mana perawat ditempatkan di posisi jabatan tertentu. Karena kesempatan kerja bagi perawat meningkat, perkembangan perawat sebagai profesi dan meningkatnya perhatian pada keahlian dalam pekerjaan, maka profesi perawat menawarkan peran tambahan dan kesempatan berkariier lebih luas.

### 2.6.5 Penggabungan Proses Keperawatan dan Proses Pelatihan

Terjadi hubungan antara proses keperawatan dan proses pelatihan dimana perawat melakukan seluruh pengkajian sehingga tampak kebutuhan perawatan

tentang kesehatan klien. Ketika pelatihan menjadi suatu bagian dari rencana asuhan, maka proses pelatihan akan dimulai.

Pada proses pelatihan membutuhkan pengkajian, dalam hal ini menganalisis kebutuhan, motivasi dan kemampuan klien untuk belajar. Perawat menetapkan tujuan pelatihan khusus dan mengimplementasikan rencana pelatihan dengan menggunakan prinsip belajar mengajar untuk menjamin bahwa klien memperoleh pengetahuan dan keahlian. Akhirnya, proses pelatihan membutuhkan evaluasi pelatihan yang dilakukan berdasarkan tujuan pelatihan yang telah ditetapkan. Hal ini sama dengan proses keperawatan yang juga melakukan pengkajian.





**BAB 3**

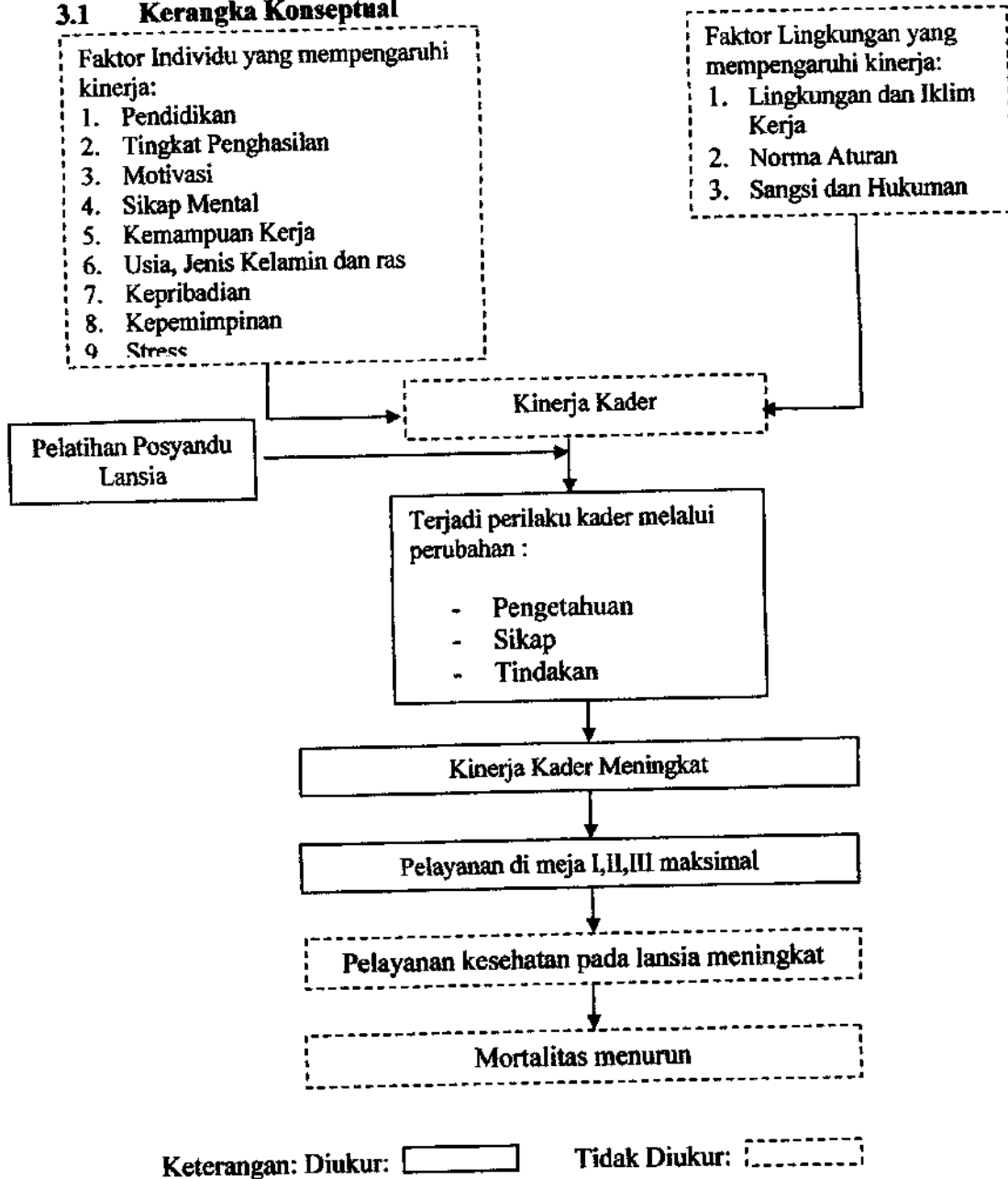
**KERANGKA KONSEPTUAL DAN  
HIPOTESIS PENELITIAN**



## BAB 3

### KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

#### 3.1 Kerangka Konseptual



Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Pengaruh Pelatihan Posyandu Lansia terhadap Kinerja Kader Posyandu Lansia di Kelurahan Bulukerto Magetan

Dari gambar 3.1 dapat diterangkan dengan lebih jelas mekanisme pengaruh pelatihan Posyandu Lansia terhadap kinerja kader Posyandu Lansia di Kelurahan Bulukerto Kecamatan Magetan.

Adanya faktor individu dan lingkungan akan mempengaruhi kinerja seseorang. Faktor individu tersebut adalah pendidikan, tingkat penghasilan, motivasi, sikap mental, kemampuan kerja, usia, jenis kelamin, ras, kepribadian, kepemimpinan dan stress. Sedangkan faktor lingkungan yang mempengaruhi kinerja seseorang adalah lingkungan dan iklim kerja, norma aturan, sanksi dan hukuman. Kedua faktor tersebut sangat berpengaruh pada kinerja kader Posyandu Lansia. Dengan diberikannya pelatihan tentang Posyandu Lansia, maka akan terjadi perubahan perubahan perilaku yaitu pengetahuan, sikap dan tindakan. Tindakan yang diharapkan dari proses belajar tersebut adalah peningkatan kinerja kader Posyandu Lansia. Peningkatan kinerja tersebut dapat dilihat dari pelayanan yang diberikan di meja I,II,III secara maksimal. Selanjutnya peningkatan kinerja ini akan menyebabkan peningkatan pelayanan yang diberikan pada para lansia. Dengan peningkatan pelayanan pada lansia maka akan mengurangi angka mortalitas pada lansia

### **3.2 Hipotesis**

**H1 : Pelatihan Posyandu Lansia dapat Meningkatkan Kinerja Kader Posyandu Lansia di Kelurahan Bulukerto Magetan.**



**BAB 4**

**METODE PENELITIAN**



## BAB 4

### METODE PENELITIAN

Hal yang akan dibahas dalam metode penelitian ini antara lain: (1) Desain, (2) Kerangka Operasional, (3) Desain Sampling, (4) Identifikasi Variable, (5) Definisi Operasional, (6) Pengumpulan dan Pengolahan Data, (7) Masalah Etik (*Ethical Clearence*) dan (8) Keterbatasan.

#### 4.1 Desain Penelitian

Pada penelitian ini desain penelitian yang digunakan adalah *Pre-Eksperiment* dengan pendekatan *One-Group Pra-test-posttest design*. Memilih cara ini karena untuk meningkatkan kinerja kader posyandu dengan memberikan pelatihan. Kemudian tidak menggunakan kelompok control karena adanya keterbatasan waktu.

O<sub>1</sub>                      X                      O<sub>2</sub>

Keterangan :

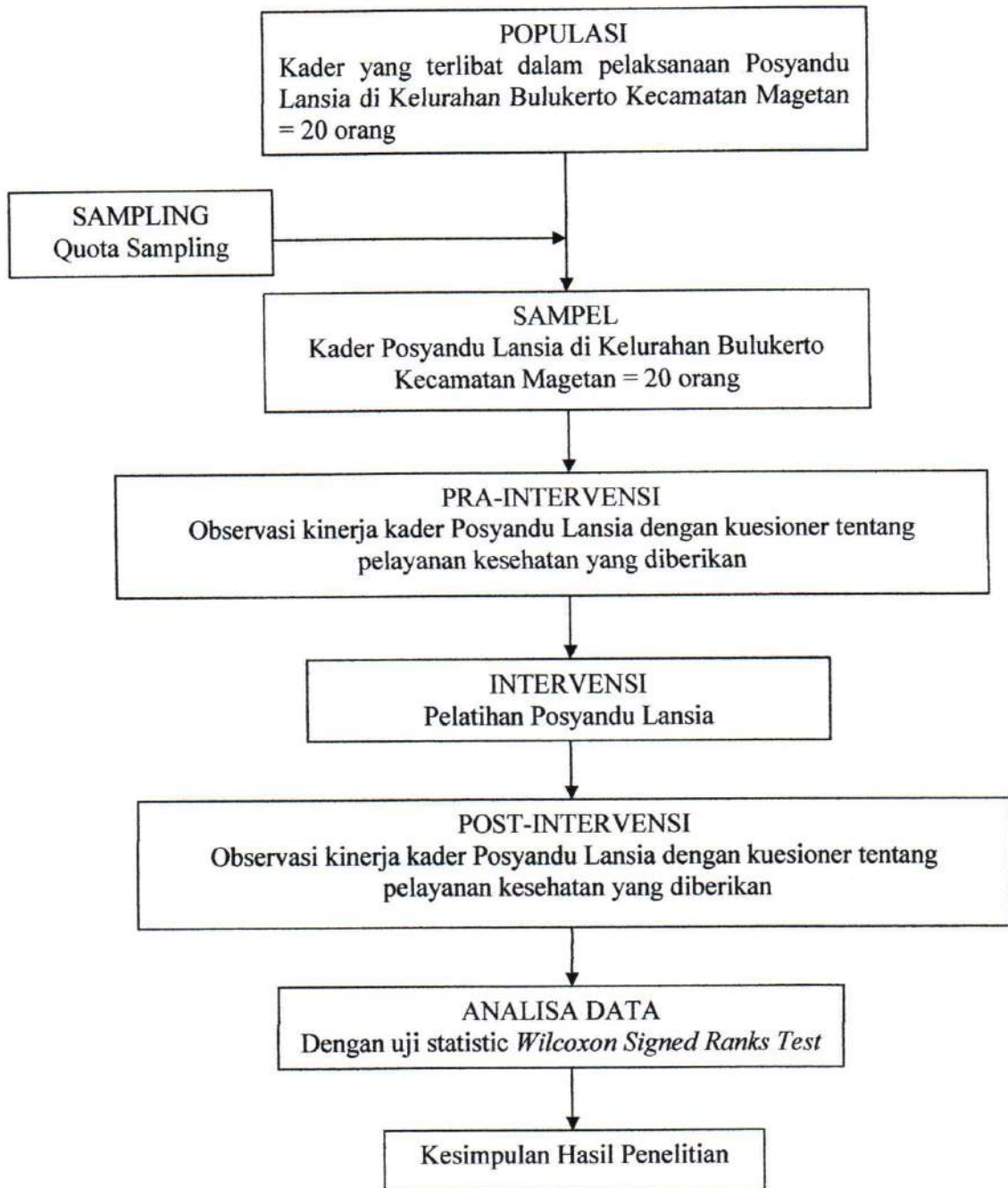
O<sub>1</sub>    : Observasi sebelum intervensi

X        : Intervensi

O<sub>2</sub>    : Observasi sesudah intervensi

Gambar 4.1 Desain Penelitian

## 4.2 Kerangka Kerja



Gambar 4.2 Kerangka kerja penelitian pengaruh pelatihan posyandu lansia terhadap kinerja kader di Kelurahan Bulukerto Magetan.

### 4.3 Desain Sampling

#### 4.3.1 Populasi

Populasi terjangkau pada penelitian ini adalah kader Posyandu Lansia di Kelurahan Bulukerto Kecamatan Magetan.

#### 4.3.2 Sampel

Besar sampel pada penelitian ini hitung berdasarkan rumus:

$$(t-1)(r-1) \geq 15$$

Keterangan:  $t$  = banyak kelompok perlakuan

$r$  = jumlah replikasi

$$(t-1)(r-1) \geq 15$$

$$(20-1)(2-1) \geq 15$$

$$19 \times 1 \geq 15$$

$$19 \geq 15$$

Jadi sampel yang digunakan dalam penelitian ini minimal sejumlah 19

Kader Posyandu Lansia di Kelurahan Bulukerto Magetan.

#### 4.3.3 Sampling

Dalam penelitian ini digunakan sistem *Quota Sampling* yaitu penetapan subyek berdasarkan kapasitas yang diperlukan dalam penelitian, yaitu kader Posyandu Lansia diwilayah Kelurahan Bulukerto yang terdaftar sebagai kader Posyandu Lansia.

#### **4.4 Identifikasi Variabel**

##### **4.4.1 Variabel Independen**

Variabel independen dalam penelitian ini adalah pelatihan Posyandu Lansia. Parameter yang diukur adalah proses dari pelatihan Posyandu Lansia dan materi pelatihan Posyandu Lansia yang telah dibuat oleh peneliti yang sesuai dengan acuan dari Dinas Kesehatan Magetan.

##### **4.4.2 Variabel Dependen**

Variabel dependen dalam penelitian ini adalah kinerja (pengetahuan, sikap dan kinerja kader Posyandu Lansia).



#### 4.5 Definisi Operasional

Tabel 4.1 Definisi Operasional

Variabel	Definisi	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
Independen: Pelatihan Posyandu Lansia	Proses memberikan materi pendidikan, penyuluhan dan keterampilan kepada kader Posyandu Lansia	<p>1. Materi tentang pengukuran tinggi badan, penimbangan berat badan, pengukuran tekanan darah, pengisian Kartu Menuju Sehat dan materi penyuluhan tentang penyakit Diabetes Mellitus, Hipertensi dan Nyeri Sendi.</p> <p>2. Proses pelatihan Posyandu Lansia:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Frekuensi kehadiran kader selama 2 kali pelatihan.</li> <li>2. Peserta pelatihan mendengarkan dan memperhatikan materi pelatihan dengan seksama.</li> <li>3. Peserta pelatihan aktif bertanya</li> <li>4. Peserta pelatihan dapat melakukan demonstrasi setelah dilatih.</li> </ol> <p>3. Masing-masing proses pelatihan diberikan skor 10. Nilai maksimal adalah 40, dikatakan baik jika skor mencapai nilai 76-100%, cukup 56-75% dan kurang jika skor <math>\leq 55\%</math>.</p>	Observasi	Ordinal	<p>Kriteria :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Baik: 76-100%</li> <li>• Cukup: 56-75%</li> <li>• Kurang: <math>\leq 55\%</math></li> </ul>

Variabel	Definisi	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
Dependen: 1. Pengetahuan	Hasil "tahu", dan ini tejai setelah orang melakukan pengingderan terhadap suatu objek tertentu	<ol style="list-style-type: none"> <li>Mampu menjawab tentang Posyandu Lansia, meliputi: batasan lansia, pengertian posyandu lansia, pengujung posyandu lansia, sasaran posyandu lansia, pelaksanaan posyandu lansia, peran kader posyandu lansia di meja I,II dan III, dan manfaat posyandu lansia.</li> <li>Masing-masing item pertanyaan diberikan skor 10. Nilai maksimal adalah 100, dikatakan mempunyai pengetahuan baik jika skor mencapai nilai 76-100%, cukup 56-75% dan kurang jika skor <math>\leq 55\%</math>.</li> </ol>	Kuesioner	Ordinal	Kriteria: •Baik = 76%-100% •Cukup = 56%-75% •Kurang $\leq 55\%$
2. Sikap	Reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek	<ol style="list-style-type: none"> <li>Pernyataan yang mewakili tingkatan sikap yaitu mencakup kedisiplinan kader menghadiri Posyandu Lansia.</li> <li>Masing-masing pernyataan diberikan skor sesuai dengan kriteria, jumlah pernyataan ada 5 kemudian untuk menentukan sikap positif atau negatif dihitung berdasarkan jumlah skor dari pernyataan.</li> </ol>	Kuesioner	Ordinal	Pertanyaan (+) <i>favorable</i> SS: skor 4 S: skor 3 TS: skor 2 STS: skor 1 Pertanyaan(-) <i>Unfavorable</i> STS: skor 4 TS: skor 3 S: skor 2 SS: skor 1

Variabel	Definisi	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
3. Kinerja kader Posyandu Lansia	Suatu hasil kerja yang dicapai seseorang dalam melaksanakan tugas tugas yang dibebankan kepadanya yang didasarkan atas kecakapan, pengalaman dan kesungguhan serta waktu.	<p>1. Kader mampu melakukan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pengukuran tinggi badan lansia</li> <li>2. Penimbangan berat badan lansia</li> <li>3. Pengukuran tekanan darah pada lansia</li> <li>4. Pendaftaran lansia dalam register lanjut usia</li> <li>5. Pencatatan status kesehatan lanjut usia pada Kartu Menuju Sehat (Kartu Menuju Sehat)</li> <li>6. Penyuluhan tentang penyakit yang sering diderita pada lanjut usia, yaitu Diabetes Mellitus, Hipertensi dan Nyeri Sendi</li> </ol> <p>2. Masing-masing kinerja diberikan skor 10. Total nilai skor yaitu 60, dikatakan mempunyai kinerja baik jika skor mencapai nilai 76-100%, cukup 56-75% dan kurang jika skor <math>\leq 55\%</math>.</p>	Observasi	Ordinal	<p>Kriteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Baik = 76% - 100%</li> <li>• Cukup = 56% - 75%</li> <li>• Kurang <math>\leq 55\%</math></li> </ul>

## **4.6 Pengumpulan dan Pengolahan data**

### **4.6.1 Instrumen**

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah lembar kuesioner untuk mengukur tingkat pengetahuan dan sikap kader dan lembar observasi untuk mengukur kinerja kader Posyandu Lansia berdasarkan pelayanan kesehatan yang diberikan pada lansia dan lembar kuesioner. Sedangkan instrumen yang digunakan untuk pelatihan adalah materi pelatihan, timbangan berat badan, microtois, Kartu Menuju Sehat Lansia, stetoskop, sphygmomanometer, leaflet tentang penyakit Diabetes Mellitus, Hipertensi dan Nyeri Sendi, LCD dan laptop.

### **4.6.2 Waktu dan Tempat Penelitian**

#### **1. Lokasi Penelitian**

Penelitian dilakukan di Posyandu Lansia Kelurahan Bulukerto Kecamatan Magetan.

#### **2. Waktu Penelitian**

- |                          |                                |
|--------------------------|--------------------------------|
| 1) Pengumpulan data awal | : 10-15 April 2008             |
| 2) Pembuatan Proposal    | : 16 April -- 20 Mei 2008      |
| 3) Ijin Penelitian       | : 3 Juni 2008                  |
| 4) Prates                | : 8 Juni, 11 Juni, 13 Juni     |
| 5) Pelatihan             | : 16 Juni 2008 dan 2 Juli 2008 |
| 6) Evaluasi              | : 8 Juli, 11 Juli, 114 Juli    |
| 7) Penelitian            | : 8 Juni – 14 Juli 2008        |

#### 4.6.3 Prosedur Pengumpulan Data

Dalam penelitian ini proses pengambilan dan pengumpulan data diperoleh setelah mendapat ijin dari Bantibkesbang Magetan, selanjutnya diberi tembusan untuk Dinas Kesehatan Magetan, Puskesmas Candirejo. Pengumpulan data demografi tentang identitas kader dilakukan dengan wawancara, pengumpulan data tentang pengetahuan dan sikap kader dilakukan dengan mengisi lembar kuesioner, sedangkan pengumpulan data tentang kinerja kader Posyandu Lansia (pengukuran tinggi badan, penimbangan berat badan, pendaftaran lansia, pengisian KMS dan penyuluhan secara individu) dilakukan secara observasi dengan mengisi lembar observasi yang dilakukan oleh peneliti saat kader melakukan pelayanan kesehatan di Posyandu Lansia pada bulan Juni. Setelah dilakukan pengumpulan data maka dilakukan pelatihan I yang bertempat di Kantor Kelurahan Bulukerto Magetan dengan materi pengertian Posyandu Lansia, cara pengukuran tekanan darah, pengukuran tinggi badan, penimbangan berat badan, pengisian KMS dan penyakit yang sering diderita lansia (Diabetes Mellitus, Hipertensi dan Nyeri Sendi) dengan metode ceramah dan simulasi yang dilakukan oleh peneliti dan dibantu oleh petugas puskesmas. Pelatihan dilaksanakan selama 200 menit, kemudian dua minggu lagi dilakukan pelatihan II dengan materi yang sama dengan pelatihan I. Satu minggu kemudian, dilakukan evaluasi tentang pengetahuan dan sikap kader dengan mengisi lembar kuesioner saat dilaksanakan Posyandu Lansia, kemudian evaluasi tentang kinerja para kader dilakukan dengan observasi pada saat dilaksanakan Posyandu Lansia pada bulan Juli.

#### 4.6.4 Analisa Data

Tahap-tahap pengolahan data :

1. Koreksi yaitu melihat apakah kuesioner dan lembar observasi sudah terisi lengkap apa belum.
2. Koding yaitu mengklarifikasi jawaban dari responden menurut macamnya dan memberi kode pada masing-masing jawaban menurut item pada kuesioner.
3. *Entry data*, yaitu mengolah data yang telah diperoleh melalui penelitian.
4. *Cleaning data*, yaitu mencocokkan jumlah data dengan jumlah responden yang ada.

Dari data yang sudah dikumpulkan dilakukan analisa data dimana untuk mengetahui ada pengaruh variabel pelatihan dengan variabel perilaku (pengetahuan, sikap, dan tindakan). Dalam pengambilan keputusan yaitu jika derajat kemaknaan ( $p$ ) bernilai  $p > 0,05$ , maka  $H_1$  ditolak, jika  $p < 0,05$  maka  $H_1$  diterima. Data diolah dengan menggunakan *Wilcoxon Signed Ranks Test* untuk signifikan hasil pengaruh pelatihan Posyandu Lansia terhadap Kinerja Kader. Skala data dalam penelitian ini adalah skala data ordinal untuk pengetahuan, sikap, dan kinerja. Agar uji statistik lebih akurat, data penelitian ini diolah menggunakan perangkat lunak komputer SPSS 15,0 *for windows*.

#### 4.7 Masalah Etik

##### 4.7.1 Etik Penelitian

Peneliti menggunakan subyek penelitian yaitu kader Posyandu Lansia yang berada di Kelurahan Bulukerto Kecamatan Magetan, maka sebelum melakukan

penelitian, peneliti mengajukan permohonan untuk mendapatkan rekomendasi dari PSIK-FK UNAIR dan permohonan ijin untuk melakukan penelitian kepala Puskesmas Candi. Setelah mendapatkan persetujuan, penelitian dilakukan dengan menekankan etika penelitian dengan prinsip :

#### 1. Prinsip Manfaat

##### 1) Bebas dari penderitaan

Penelitian harus dilaksanakan tanpa mengakibatkan penderitaan kepada subjek, khususnya jika menggunakan tindakan khusus.

##### 2) Bebas dari eksploitasi

Partisipasi subjek dalam penelitian, harus dihindarkan dari keadaan yang tidak menguntungkan. Subyek harus diyakinkan bahwa partisipasinya dalam penelitian atau informasi yang telah diberikan, tidak akan dipergunakan dalam hal-hal yang bisa merugikan subyek dalam bentuk apapun.

##### 3) Resiko

Peneliti harus secara hati-hati mempertimbangkan resiko dan keuntungan yang akan berakibat kepada subjek pada setiap tindakan.

#### 2. Prinsip Menghargai Hak Asasi Manusia (*Respect Human Dignity*)

##### 1) Hak untuk ikut atau tidak menjadi responden

Subjek harus diperlakukan secara manusiawi. Subjek mempunyai hak memutuskan apakah mereka bersedia menjadi subjek ataupun tidak, tanpa adanya sangsi apapun.

2) Hak untuk mendapatkan jaminan dari perlakuan yang diberikan. Seorang peneliti harus memberikan penjelasan secara rinci serta bertanggung jawab jika ada sesuatu yang terjadi kepada subjek.

3) Lembar Persetujuan

Lembar persetujuan diberikan kepada responden yang merupakan subyek penelitian. Peneliti menjelaskan tentang maksud dan tujuan dari penelitian serta dampak yang mungkin terjadi selama dan sesudah pengumpulan data. Jika subjek bersedia untuk diteliti maka harus mengisi lembar persetujuan, tetapi bila tidak bersedia diteliti, maka peneliti tidak memaksa dan tetap menghormati hak-hak calon subyek penelitian.

3. Prinsip Keadilan (*Right to Justice*)

Subyek harus diperlakukan secara adil baik sebelum, selama dan sesudah keikutsertaannya dalam penelitian tanpa adanya diskriminasi apabila ternyata mereka tidak bersedia atau dropped out sebagai responden.

**4.7.2 Anonimity (Tanpa Nama)**

Peneliti tidak akan mencantumkan nama pada semua responden yang bersedia diteliti tetapi pada lembar tersebut akan diberi kode tertentu.

**4.7.3 Confidentiality (Kerahasiaan)**

Kerahasiaan informasi yang telah didapat dari responden dijamin oleh peneliti. Data hanya akan disajikan kelompok tertentu yang berhubungan dengan penelitian ini.



#### **4.8 Keterbatasan**

1. Tidak adanya kelompok kontrol sehingga tidak ada pembandingan untuk responden yang diteliti
2. Sampel yang digunakan terbatas pada kader Posyandu Lansia yang berada di Kelurahan Bulukerto sehingga hasil yang didapatkan hanya dapat diterapkan di Posyandu Lansia Kelurahan Bulukerto
3. Keterbatasan waktu sehingga penelitian tidak dapat dilakukan secara maksimal
4. Keterbatasan literatur yang dibaca oleh peneliti sehingga hasil yang dicapai dalam pembuatan skripsi ini kurang optimal.

**BAB 5**

**HASIL DAN PEMBAHASAN**

**PENELITIAN**

## **BAB 5**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

Berikut ini disajikan hasil penelitian yang telah dilaksanakan di Posyandu Lansia I, Posyandu II, Posyandu Lansia III di Kelurahan Bulukerto Kecamatan Magetan. Mulai tanggal 9 Juni 2008 sampai 14 Juli 2008, meliputi lokasi penelitian, karakteristik demografi responden dan variabel yang diukur meliputi pengetahuan kader Posyandu Lansia, sikap kader Posyandu Lansia, kinerja kader Posyandu Lansia dan pengaruh pelatihan Posyandu Lansia terhadap kinerja kader Posyandu Lansia.

#### **5.1 Hasil Penelitian**

##### **5.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian**

###### **1. Geografi**

Penelitian ini dilakukan di Posyandu Lansia di Kelurahan Bulukerto yang terletak di Kecamatan Magetan Kabupaten Magetan Jawa Timur. Luas wilayah Kelurahan Bulukerto yaitu 70,3 ha dengan rincian daerah pemukiman seluas 29,83 ha, daerah pertanian seluas 10,15 ha, daerah ladang seluas 26,75 ha, daerah perkebunan seluas 0,30 ha, daerah padang rumput seluas 1,6 ha dan daerah lain-lain seluas 1,4 ha dengan ketinggian 450 m diatas permukaan laut. Batas sebelah utara Kelurahan Bulukerto adalah Kelurahan Mangkujayan, batas sebelah selatan adalah desa Balegondo Kecamatan Ngariboyo, batas sebelah barat adalah Kelurahan Magetan, cukupkan batas sebelah timur adalah desa Mojopurno Kecamatan Ngariboyo.

## **2. Demografi**

Jumlah penduduk Kelurahan Bulukerto yaitu 1926 jiwa dengan rincian jumlah penduduk laki-laki sebanyak 920 jiwa dan penduduk perempuan sebanyak 1006 jiwa. Dari jumlah penduduk tersebut, yang tergolong penduduk lanjut usia (Lansia) sejumlah 578 jiwa. Sebagian besar penduduk Kelurahan Bulukerto bermata pencaharian sebagai PNS (Pegawai Negeri Sipil) sebanyak 585 jiwa, sebagai wiraswasta sebanyak 343 jiwa, sebagai pedagang sebanyak 312 jiwa, sebagai petani sebanyak 206 jiwa, sebagai pensiunan PNS sebanyak 115 jiwa, sebagai ibu rumah tangga sebanyak 115 jiwa, TNI/POLRI sebanyak 26 jiwa dan lain-lain sebanyak 224 jiwa.

## **3. Fasilitas Kesehatan**

Kelurahan Bulukerto mempunyai 1 Puskesmas Pembantu dengan jumlah tenaga kesehatan 8 orang yang terdiri dari 2 orang dokter umum, 2 orang bidan dan 4 orang perawat. Fasilitas lainnya yaitu 3 Posyandu Balita, 3 Posyandu Lansia, Pada Posyandu Lansia I pelaksanaan Posyandu dilakukan setiap satu bulan sekali setiap tanggal 10, kemudian terdapat kegiatan senam yang dilakukan setiap hari senin, kegiatan lainnya pada saat posyandu adalah arisan dan pemberian makanan tambahan. Pengobatan yang dilakukan di Posyandu Lansia I, dilakukan oleh petugas kesehatan dengan membayar Rp 3000,00 setiap orang. Posyandu Lansia III telah berdiri pada tahun 2000 tetapi setelah berjalan 1 tahun, Posyandu Lansia tersebut vakum, kemudian pada tahun 2004, Posyandu Lansia tersebut aktif kembali. Pada Posyandu Lansia III pelaksanaan Posyandu dilakukan setiap satu bulan sekali pada tanggal 8, kemudian terdapat kegiatan senam yang dilakukan setiap hari sabtu, kegiatan lainnya pada saat pelaksanaan posyandu

adalah arisan dan pemberian makanan tambahan. Pengobatan yang dilakukan di Posyandu Lansia III, dilakukan oleh petugas kesehatan dengan membayar 3 ribu setiap orang. Pada Posyandu Lansia II pelaksanaan posyandu dilakukan setiap satu bulan sekali setiap tanggal 13, kemudian terdapat kegiatan senam yang dilakukan setiap hari selasa, kegiatan lainnya pada saat posyandu adalah arisan dan pemberian makanan tambahan. Pengobatan yang dilakukan di Posyandu Lansia II, dilakukan oleh petugas kesehatan dengan membayar 3 ribu setiap orang.

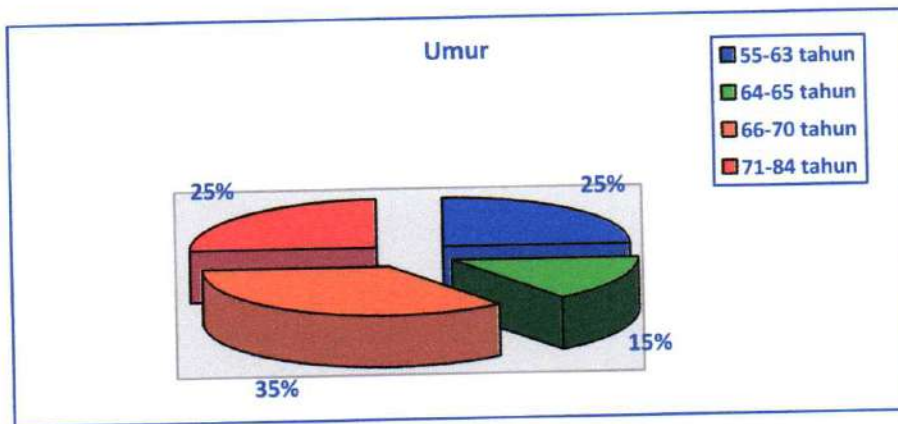
#### **4. Penyakit terbanyak**

Penyakit yang sering diderita penduduk Bulukerto pada Bulan Januari – April 2008 adalah Rematik sebanyak 85 orang, Hipertensi sebanyak 72 orang, Diabetes Mellitus sebanyak 35 orang, Alergi sebanyak 34 orang, ISPA sebanyak 23 orang, Gastritis sebanyak 6 orang, Diare sebanyak 4 orang.

## 5.1.2 Data Umum

### 1. Karakteristik responden berdasarkan Umur

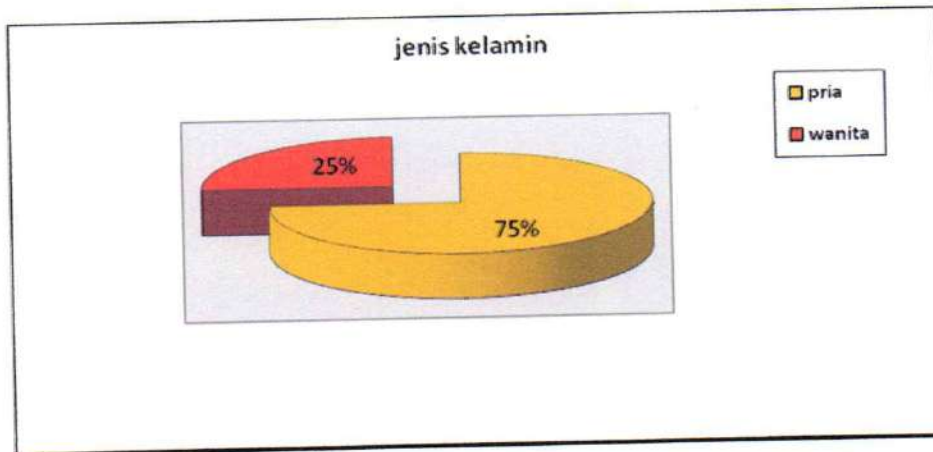
Dari 20 responden yang ada, umur responden bervariasi dari umur 55 tahun sampai 84 tahun dengan simpangan baku 4,05. Sebagian besar responden berumur 66-70 tahun yaitu 7 orang (35%). Kader dengan umur tersebut daya tahan tubuh mereka sudah berkurang sehingga mereka kurang optimal dalam melakukan aktivitas dalam hal ini yaitu kinerjanya kurang optimal.



Gambar 5.1 Distribusi Responden berdasarkan umur Kader Posyandu Lansia di Kelurahan Bulukerto Juni 2008.

### 2. Karakteristik responden berdasarkan Jenis Kelamin

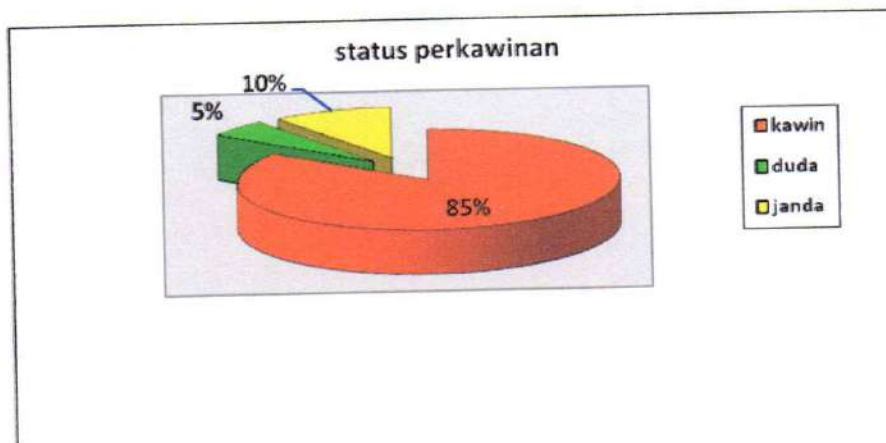
Dari 20 responden yang ada, sebagian besar responden berjenis kelamin pria yaitu 15 orang (75%). Pria lebih terampil dan lebih cekatan kerjanya di banding dengan wanita. Selain itu pria juga mempunyai banyak waktu luang untuk melakukan aktivitas di luar rumah sehingga mereka lebih bisa fokus pada pekerjaan mereka sebagai kader.



Gambar 5.2 Distribusi Responden berdasarkan jenis kelamin Kader Posyandu Lansia di Kelurahan Bulukerto Juni 2008

### 3. Karakteristik responden berdasarkan Status Perkawinan

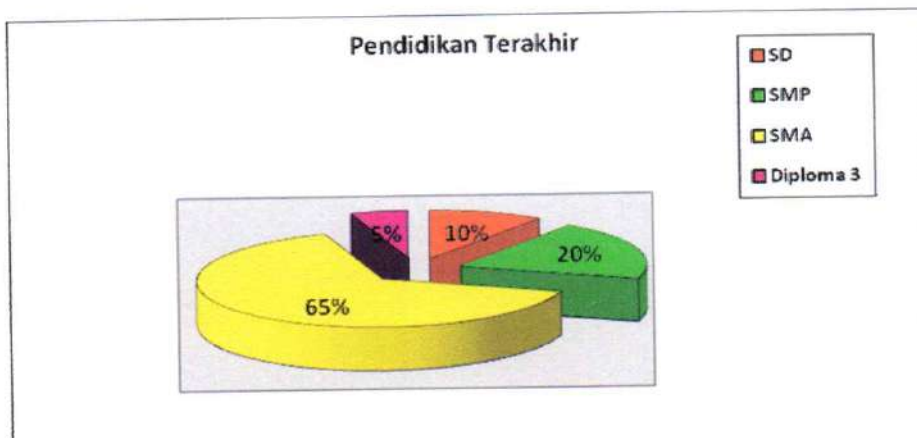
Dari 20 responden yang ada, sebagian besar responden berstatus kawin yaitu 17 orang (85%).



Gambar 5.3 Distribusi Responden berdasarkan status perkawinan Kader Posyandu Lansia di Kelurahan Bulukerto Juni 2008.

### 4. Karakteristik responden berdasarkan Pendidikan Terakhir

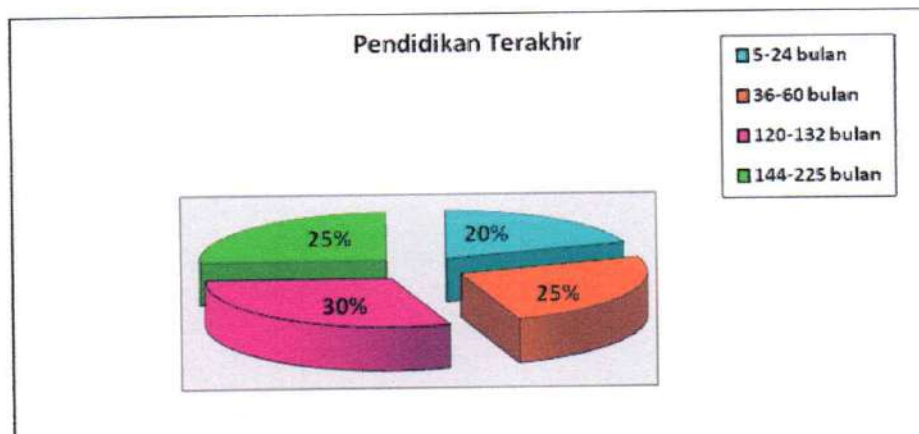
Dari 20 responden, sebagian besar responden berpendidikan SMA yaitu 13 orang (65%). Tingkat pendidikan sangat mempengaruhi kinerja kader, dengan tingkat pendidikan SMA para kader dapat dengan cepat mengerti informasi terbaru tentang Posyandu Lansia.



Gambar 5.4 Distribusi Responden berdasarkan pendidikan terakhir Kader Posyandu Lansia di Kelurahan Bulukerto Juni 2008.

### 5. Karakteristik responden berdasarkan Lama sebagai Kader

Dari 20 responden yang ada, rentang lama sebagai kader yaitu 5 bulan sampai 225 bulan dengan simpangan baku 2,62. Sebagian besar responden menjadi kader selama 120 – 225 bulan sebesar 30%. Kader yang mempunyai masa kerja lebih dari 60 bulan akan mempunyai pengalaman yang banyak tentang posyandu lansia.



Gambar 5.5 Distribusi Responden berdasarkan lama sebagai Kader Posyandu Lansia di Kelurahan Bulukerto Juni 2008.

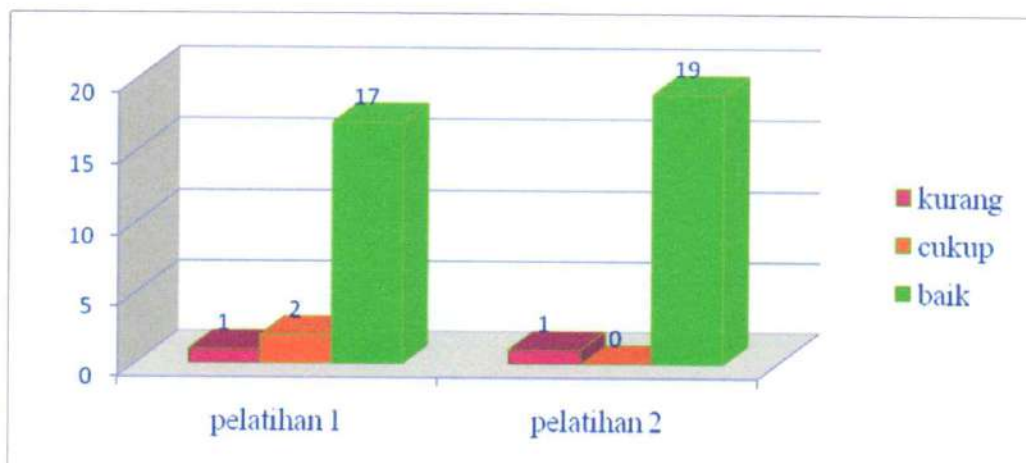


### 5.1.3 Variabel Pengetahuan, Sikap, dan Tindakan

Pada bagian ini akan disajikan hasil penelitian yang menunjukkan pengaruh pelatihan Posyandu Lansia terhadap kinerja kader Posyandu Lansia.

#### 1. Pelatihan Posyandu Lansia

Gambar dibawah ini menunjukkan perbandingan pelatihan Posyandu Lansia 1 dan pelatihan Posyandu Lansia 2. Pada pelatihan Posyandu Lansia 1 sebagian besar kader masuk dalam kriteria baik yaitu 17 kader (85%), dikatakan baik karena kader mampu melakukan demonstrasi tentang pengukuran tekanan darah, pengukuran tinggi badan dan penimbangan berat badan dengan benar. Pada pelatihan Posyandu Lansia 1 terdapat 1 kader yang tidak hadir karena lupa, sedangkan pada pelatihan Posyandu Lansia 2 terdapat 1 kader yang tidak hadir karena sedang pergi ke luar kota.

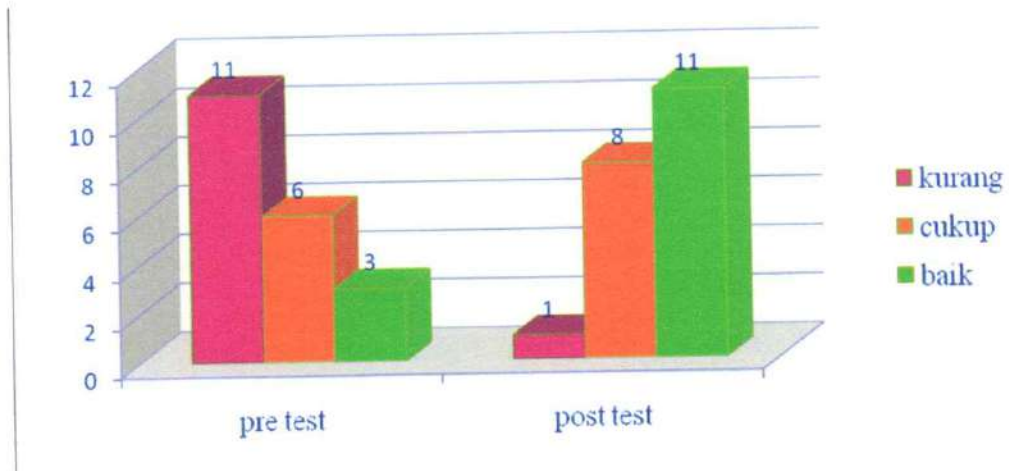


Gambar 5.6 Distribusi responden berdasarkan proses pelatihan Posyandu Lansia di Kelurahan Bulukerto Juni 2008.

2. Identifikasi pengetahuan kader Posyandu Lansia sebelum dan sesudah pemberian intervensi.

Gambar dibawah ini menunjukkan perbandingan pengetahuan responden sebelum dan sesudah diberikan intervensi pelatihan Posyandu Lansia. Sebelum diberikan intervensi, responden yang mempunyai pengetahuan kurang yaitu 11 orang (55%), dikatakan kurang karena responden salah dalam menjawab pertanyaan tentang batasan Lanjut Usia (Lansia), pengertian Posyandu Lansia, pengunjung Posyandu Lansia, sasaran Posyandu Lansia, tugas kader di Posyandu Lansia, tugas yang harus di kerjakan kader Posyandu Lansia di Meja II, tugas yang harus di kerjakan di Meja III. Sedangkan responden yang mempunyai pengetahuan cukup sebanyak 6 orang (30%), dikatakan cukup karena responden salah dalam menjawab pertanyaan tentang batasan Lanjut Usia (Lansia), pengertian Posyandu Lansia, sasaran Posyandu Lansia, tugas yang harus di kerjakan kader Posyandu Lansia di Meja II, tugas yang harus di kerjakan di Meja III. Sedangkan responden yang memiliki pengetahuan baik yaitu 3 orang (15%), dikatakan baik karena responden mampu menjawab 80% dari semua pertanyaan tentang Posyandu Lansia. Setelah diberikan intervensi, pengetahuan responden meningkat yaitu responden yang masih mempunyai pengetahuan kurang adalah 1 orang (5%), dikatakan kurang karena responden salah dalam menjawab pertanyaan tentang pengunjung Posyandu Lansia, sasaran Posyandu Lansia, tugas yang harus di kerjakan kader Posyandu Lansia di Meja I, tugas yang harus di kerjakan kader Posyandu Lansia di Meja II dan tugas yang harus di kerjakan di Meja III. Sedangkan responden yang mempunyai pengetahuan cukup adalah 8 orang (40%), dikatakan cukup karena responden salah dalam menjawab pertanyaan tentang

batasan Lanjut Usia (Lansia), pengertian Posyandu Lansia, sasaran Posyandu Lansia, tugas yang harus di kerjakan kader Posyandu Lansia di Meja II, tugas yang harus di kerjakan di Meja III dan responden yang mempunyai pengetahuan baik adalah 11 orang (55%). Dikatakan baik karena responden mampu menjawab 90% dari semua pertanyaan tentang Posyandu Lansia.

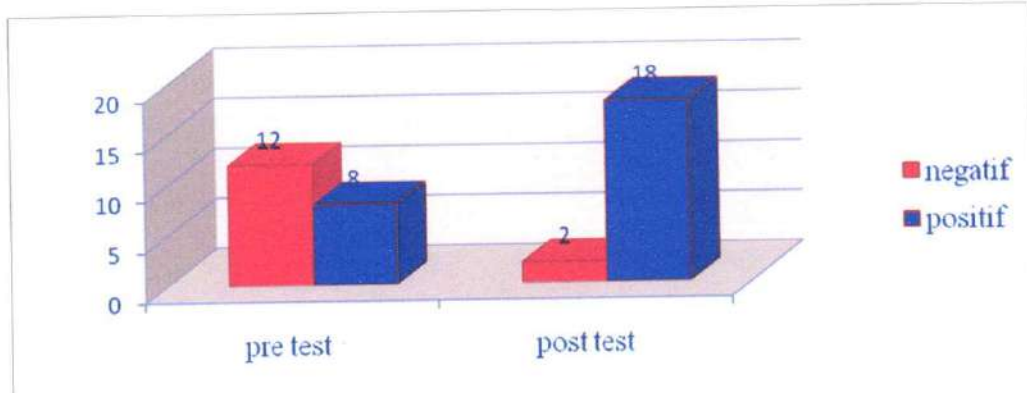


Gambar 5.7 Distribusi responden berdasarkan pengetahuan sebelum dan sesudah diberikan intervensi pelatihan Posyandu Lansia di Kelurahan Bulukerto Juni 2008.

### 3. Identifikasi sikap kader Posyandu Lansia sebelum dan sesudah intervensi pelatihan Posyandu Lansia

Gambar dibawah ini menunjukkan perbandingan sikap responden sebelum dan sesudah diberikan intervensi pelatihan Posyandu Lansia. Sebelum diberikan intervensi, responden yang mempunyai sikap positif yaitu 8 orang (40%), dikatakan mempunyai sikap positif karena sebagian besar responden mampu memberikan pernyataan tentang sikap mereka terhadap Posyandu Lansia. Namun masih ada responden yang mempunyai sikap negatif sebanyak 12 orang (60%), dikatakan negative karena ada sebagian responden yang belum bisa memberikan pernyataan tentang sikap mereka terhadap Posyandu Lansia. Setelah dilakukan

intervensi pelatihan Posyandu Lansia, sikap kader Posyandu Lansia mengalami peningkatan sehingga responden yang bersikap negatif berkurang menjadi 2 orang (10%), dan responden yang bersikap positif menjadi 18 orang (90%).

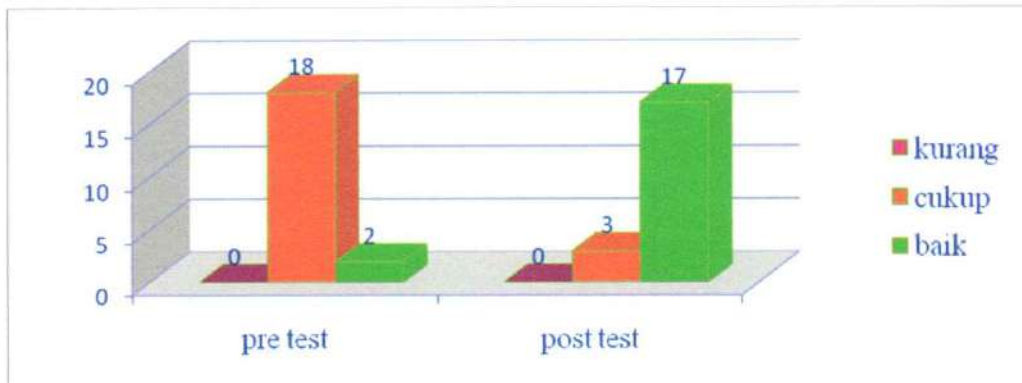


Gambar 5.8 Distribusi responden berdasarkan sikap kader Posyandu Lansia sebelum dan sesudah diberikan intervensi pelatihan Posyandu Lansia di Kelurahan Bulukerto Juni 2008.

#### 4. Identifikasi kinerja kader Posyandu Lansia sebelum dan sesudah intervensi pelatihan Posyandu Lansia

Gambar dibawah ini menunjukkan perbandingan kinerja responden sebelum dan sesudah diberikan intervensi pelatihan posyandu. Sebelum diberikan intervensi, tidak ada responden yang mempunyai kinerja kurang, ada 18 responden (90%) yang mempunyai kinerja cukup, dikatakan mempunyai kinerja cukup karena sebagian besar responden bisa melakukan tugasnya sebagai kader dengan benar hanya kurang dalam melakukan pengisian Kartu Menuju Sehat (KMS) dan melakukan penyuluhan individu. Kemudian ada 2 responden (10%) yang mempunyai kinerja baik, dikatakan baik karena responden sudah benar dalam melaksanakan tugasnya sebagai kader Posyandu Lansia di Meja I, II dan III. Setelah diberikan intervensi berupa pelatihan Posyandu Lansia, tidak ada

responden yang mempunyai kinerja kurang, ada 3 responden (15%) yang mempunyai kinerja cukup dan ada 17 responden (85%) mempunyai kinerja baik.



Gambar 5.9 Distribusi responden berdasarkan tindakan sebelum dan sesudah intervensi pelatihan Posyandu Lansia di Kelurahan Bulukerto Juni 2008.

#### 5. Pengaruh pelatihan Posyandu Lansia terhadap perubahan pengetahuan kinerja kader Posyandu Lansia

Tabel 5.1 Pengetahuan responden sebelum dan sesudah dilakukan pendidikan kesehatan

Pengetahuan	Sebelum	Sesudah
Baik	3	11
Cukup	6	8
Kurang	11	1
Total	20	20
Mean	55,5	74
SD	16,05	11,42
Uji Wicoxon Signed Ranks Test	p= 0,001	

Tabel 5.1 menunjukkan perbandingan data pengetahuan sebelum dan sesudah intervensi. Sebelum diberikan intervensi pelatihan Posyandu Lansia, responden yang mempunyai pengetahuan baik adalah 3 orang (15%), pengetahuan cukup adalah 6 orang (30%) dan pengetahuan kurang adalah 11 orang (55%). Setelah diberikan intervensi, terjadi peningkatan yang signifikan, yaitu ada 11

orang (55%) yang pengetahuannya baik, ada 8 orang (40%) yang pengetahuannya cukup dan hanya ada 1 orang (5%) yang pengetahuannya kurang. Uji statistik menggunakan *Wilcoxon Signed Ranks Test*, didapatkan nilai signifikansi ( $p$ )= 0,001 lebih kecil dari nilai standar ( $p$ )= 0,05 yang berarti ada pengaruh pelatihan Posyandu Lansia terhadap pengetahuan kader tentang Posyandu Lansia. Hasil rerata yang semula 55,5 (*pre test*) meningkat menjadi 74 (*post test*), menunjukkan secara kuantitatif bahwa pengetahuan responden meningkat setelah diberikan intervensi.

#### 6. Pengaruh pelatihan Posyandu Lansia terhadap perubahan sikap kader Posyandu Lansia

Tabel 5.2 Sikap kader Posyandu Lansia sebelum dan sesudah dilakukan pelatihan

##### Posyandu Lansia

Sikap	Sebelum	Sesudah
Negatif	12	2
Positif	8	18
Total	20	20
Mean	45,17	54,78
SD	11,48	5,07
Uji Wicoxon Signed Ranks Test	p= 0,001	

Tabel 5.2 menunjukkan perbandingan data sikap sebelum dan sesudah intervensi. Sebelum diberikan intervensi, sebagian besar responden mempunyai sikap negatif yaitu 12 orang (60%), namun masih ada responden yang mempunyai sikap positif sebanyak 8 orang (40%). Setelah diberikan intervensi pelatihan Posyandu Lansia responden bersikap negatif berkurang menjadi 2 orang (10%), dan responden yang bersikap positif menjadi 18 orang (90%). Uji statistik menggunakan *Wilcoxon Signed Ranks Test*, didapatkan nilai signifikansi ( $p$ )= 0,001 lebih kecil dari nilai standar ( $p$ )= 0,05 yang berarti ada pengaruh pelatihan

Posyandu Lansia terhadap sikap kader Posyandu Lansia. Hasil rerata yang semula 45,17 (*pre test*) meningkat menjadi 54,78 (*post test*), menunjukkan secara kuantitatif bahwa sikap kader meningkat setelah diberikan intervensi pelatihan Posyandu Lansia.

7. Pengaruh pelatihan Posyandu Lansia terhadap perubahan kinerja kader Posyandu Lansia.

Tabel 5.3 Kinerja kader Posyandu Lansia sebelum dan sesudah dilakukan pelatihan Posyandu Lansia

Kinerja	Sebelum	Sesudah
Baik	2	17
Cukup	18	3
Kurang	0	0
Total	20	20
Mean	69,1	83,4
SD	5,08	6,22
Uji Wicoxon Signed Ranks Test	p= 0,001	

Tabel 5.3 menunjukkan perbandingan data kinerja kader Posyandu Lansia sebelum dan sesudah intervensi. Sebelum diberikan intervensi, ada 18 (90%) responden yang mempunyai kinerja cukup dan ada 2 (10%) responden yang mempunyai kinerja baik. Namun 17 responden (85%) mengalami peningkatan kinerja menjadi baik dan ada 3 responden (15%) kinerjanya cukup setelah dilakukan intervensi pelatihan Posyandu Lansia. Seluruh. Uji statistik menggunakan *Wilcoxon Signed Ranks Test*, didapatkan nilai signifikasi ( $p$ )= 0,001 lebih kecil dari nilai standar ( $p$ )= 0,05 yang berarti ada pengaruh pelatihan Posyandu Lansia terhadap kinerja kader Posyandu Lansia. Hasil rerata yang semula 69,1 (*pre test*) meningkat menjadi 83,4 (*post test*), menunjukkan secara kuantitatif bahwa kinerja kader Posyandu Lansia mengalami peningkatan setelah diberikan intervensi pelatihan tentang Posyandu Lansia.

## 5.2 Pembahasan

### 5.2.1 Pengetahuan Kader Posyandu Lansia Sebelum dan Sesudah Pelatihan Posyandu Lansia

Berdasarkan hasil penelitian, Hasil uji statistik menggunakan *Wilcoxon Signed Ranks Test*, didapatkan nilai signifikansi ( $p$ )= 0,001 lebih kecil dari nilai standar ( $p$ )= 0,05 yang berarti ada pengaruh pelatihan Posyandu Lansia terhadap pengetahuan kader tentang Posyandu Lansia. Hasil rerata yang semula 55,5 (*pre test*) meningkat menjadi 74 (*post test*), menunjukkan secara kuantitatif bahwa pengetahuan responden meningkat setelah diberikan intervensi berupa pelatihan Posyandu Lansia

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (Notoatmodjo, 2003). Tingkat pengetahuan dipengaruhi oleh faktor internal dan faktor eksternal. Faktor Internal adalah karakteristik orang yang bersangkutan, yakni tingkat pendidikan, jenis kelamin, tingkat emosional dan usia. Sedangkan faktor eksternal adalah lingkungan, baik lingkungan fisik, sosial, budaya, ekonomi dan politik (Notoatmodjo, 2003). Berdasarkan hasil penelitian di dapatkan bahwa sebagian besar responden mempunyai pengetahuan yang kurang (55%) sebelum dilakukan intervensi, hal ini terjadi karena sebagian besar tingkat pendidikan responden tersebut adalah tamatan SMA (65%). Banyaknya responden yang mempunyai pengetahuan kurang tentang Posyandu Lansia karena rendahnya tingkat pendidikan sesuai dengan teori bahwa tingkat pendidikan mempengaruhi pengetahuan seseorang, yaitu semakin tinggi tingkat pendidikan maka semakin tinggi juga tingkat pengetahuan yang didapat (Notoatmodjo, 2003). Pengetahuan erat kaitannya dengan pendidikan, dimana



seseorang mempunyai pendidikan akan memiliki pengetahuan yang luas pula. Seseorang akan cenderung memperoleh informasi baik dari orang lain maupun dari media massa. Semakin banyak informasi yang masuk akan semakin banyak pengetahuan yang diperoleh (Notoatmodjo, 2003). Faktor lain yang mempengaruhi pengetahuan kader Posyandu Lansia kurang adalah faktor usia, karena sebagian besar responden yaitu sebanyak 85% responden berusia > 60 tahun. Usia berpengaruh terhadap penerimaan dan proses ingatan seseorang. Semakin tua usia seseorang, maka semakin lemah ingatannya. Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Kuntjoro (2002) bahwa dalam kehidupan manusia daya ingat akan berubah sesuai dengan usia, sehingga setelah orang menjadi lansia ia tidak cepat dapat mengingat sesuatu, terutama hal yang baru. Lamanya responden sebagai kader Posyandu Lansia seharusnya membuat pengetahuan kader tentang Posyandu Lansia cukup, hal ini karena pengalaman yang didapat selama kader melaksanakan Posyandu Lansia. Hal ini sesuai dengan teori bahwa pengalaman mempengaruhi pengetahuan seseorang karena pengalaman akan lebih mendalam dan lebih lama berbekas di ingatan seseorang (Azwar, 1998). Teori diatas sesuai dengan hasil penelitian yang menyatakan bahwa sebagian responden mempunyai pengetahuan cukup yaitu (33%), hal ini di latar belakang oleh banyaknya kader yang mempunyai pengalaman kerja yaitu lebih dari 5 tahun sebanyak 65%. Setelah diberikan intervensi berupa pelatihan Posyandu Lansia terdapat peningkatan pengetahuan kader Posyandu Lansia. Hal ini terjadi karena pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui pancaindra manusia, yaitu indera penglihatan, pendengaran,

penciuman, rasa dan raba (Notoatmodjo,2003). Peningkatan pengetahuan responden setelah diberikan intervensi berupa pelatihan dipengaruhi oleh pemberian informasi tentang Posyandu Lansia. Pemberian informasi berupa pelatihan diberikan sebanyak 2 kali, selain itu materi yang diberikan selama 2 kali pelatihan adalah materi yang sesuai dengan materi acuan dari Dinas Kesehatan Magetan sehingga kader mendapat pengetahuan yang benar tentang Posyandu Lansia. Disamping memakai metode pembelajaran ceramah, peneliti juga menggunakan metode simulasi sehingga responden dengan cepat mengerti, memahami dan mempraktekkan kembali materi yang telah diajarkan selama proses pelatihan. Perubahan tingkat pengetahuan kader setelah diberikan intervensi dalam penelitian ini juga dikarenakan adanya kesadaran kader tentang pentingnya Posyandu Lansia bagi kesehatan lansia di daerahnya. Hal inilah yang menyebabkan pengetahuan sebagian besar responden meningkat. Hasil penelitian ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Notoatmodjo (2003) bahwa pelatihan dapat meningkatkan pengetahuan, sikap dan tindakan.

Perawat disini mempunyai peran sebagai pemberi informasi (penyuluh), sehingga sangat diperlukan suatu kemampuan untuk menganalisis metode pengajaran yang sesuai dengan kemampuan dan kebutuhan klien. Hal ini sesuai dengan teori Watson yang menyatakan bahwa perawatan manusia membutuhkan perawat yang memahami perilaku dan respons manusia terhadap masalah kesehatan yang aktual ataupun yang potensial, kebutuhan manusia dan bagaimana berespons terhadap orang lain dan memahami kekurangan dan kelebihan klien dan keluarganya, sekaligus pemahaman pada dirinya sendiri. Pemberian informasi dengan metode yang tidak sesuai akan mengakibatkan informasi yang kurang

jelas sehingga tujuan dari pendidikan ini tidak tercapai. Penelitian ini, menggunakan metode ceramah dan simulasi. Peralatan seperti stetoskop, tensi, microtoise, Kartu Menuju Sehat (KMS) dan timbangan mempermudah pemberian informasi sekaligus mempermudah penerimaan informasi.

### **5.2.2 Sikap Kader Posyandu Lansia Sebelum dan Sesudah Pelatihan Posyandu Lansia**

Berdasarkan hasil penelitian, hasil uji statistik menggunakan *Wilcoxon Signed Ranks Test*, didapatkan nilai signifikansi ( $p$ )= 0,001 lebih kecil dari nilai standar ( $p$ )= 0,05 yang berarti ada pengaruh pelatihan Posyandu Lansia terhadap sikap kader Posyandu Lansia. Hasil rerata yang semula 45,17 (*pre test*) meningkat menjadi 54,78 (*post test*), menunjukkan secara kuantitatif bahwa sikap kader meningkat setelah diberikan intervensi pelatihan Posyandu Lansia.

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek (Notoatmodjo, 2003). Menurut Newcomb yang dikutip oleh Notoatmodjo (2003) sikap juga merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Berdasarkan teori tersebut, sikap seseorang ada yang positif dan ada yang negatif. Pembentukan sikap dipengaruhi oleh lamanya kader dalam melaksanakan tugasnya sebagai kader, hal ini berdasarkan teori pengalaman yang berkaitan dengan objek psikologis adalah suatu dasar agar seseorang mempunyai respon untuk membentuk sikap (Azwar, 1998). Sesuai dengan teori Azwar (1998) bahwa tingkat pendidikan sebagai suatu sistem yang mempunyai pengaruh dalam pembentukan sikap. Seseorang yang mempunyai tingkat pendidikan yang tinggi akan mempunyai sikap yang positif dalam melaksanakan tugasnya, sedangkan

pendidikan yang rendah juga akan menyebabkan sikap seseorang mempunyai sikap yang negatif dalam melaksanakan tugasnya. Menurut Baron dan Byrne (1991) dan Kassin (1990) dalam Azwar (1998), sikap merupakan afek atau penilaian positif atau negatif yang dibuat manusia terhadap suatu obyek baik untuk dirinya sendiri, orang lain, objek atau isu-isu. Bentuk perilaku dalam bersikap tidak hanya dapat dilihat secara langsung akan tetapi juga meliputi bentuk perilaku yang berupa pernyataan atau perkataan yang diucapkan oleh seseorang (Azwar, 1998).

Sikap yang negatif terhadap pelaksanaan Posyandu Lansia terjadi pada kader sebelum diberikan pelatihan Posyandu Lansia ini terjadi karena motivasi kader yang kurang dalam melakukan tugas. Akibatnya kader tidak melaksanakan tugasnya dengan baik. Hal ini ditunjukkan dari sikap kader selama pelaksanaan Posyandu Lansia yaitu hanya terdapat 2 orang kader yang hadir sebelum Posyandu dimulai, sedangkan kader yang lain hadir setelah Posyandu Lansia dimulai, sedangkan kader yang lain hadir setelah Posyandu Lansia dimulai, selain itu sebagian besar kader tidak melaksanakan tugas sebagai kader karena sudah ada beberapa kader yang melaksanakan tugas di masing-masing meja sehingga mereka hanya datang tetapi tidak melakukan tugas.

Situasi ini menuntut kita sebagai seorang perawat untuk berusaha memberikan keyakinan (membangun kepercayaan) kepada kader agar sikap mereka dapat berubah kearah yang lebih positif. Hal ini tidak mudah untuk dilakukan. Namun kunci dari masalah ini adalah kemampuan interaksi (komunikasi) yang baik antara perawat, klien dan sistem sosial yang ada. Hal ini sesuai dengan teori Imogene King (1987) yang menyatakan bahwa keperawatan

berfokus pada interaksi tiga sistem: sistem personal, sistem interpersonal dan sistem sosial. Ketiga sistem tersebut membentuk hubungan personal antara perawat dan klien. Hubungan perawat dan klien merupakan sarana dalam pemberian asuhan keperawatan, dimana proses interpersonal yang dinamis yang ditampilkan oleh perawat dan klien dipengaruhi oleh perilaku satu dengan yang lain, demikian juga oleh sistem asuhan kesehatan yang berlaku. Tujuan perawat adalah memanfaatkan komunikasi untuk membantu klien dalam menciptakan dan mempertahankan adaptasi positif terhadap lingkungan.

Perubahan sikap yang terjadi pada sebagian besar kader dikarenakan setelah diberikan intervensi pelatihan Posyandu Lansia, seseorang akan mengalami perubahan kepercayaan tentang suatu objek yang diterima kemudian seseorang akan cenderung untuk mengubah sikapnya melalui suatu tindakan yang positif. Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Allport (1954) dalam Notoatmodjo (2003) menjelaskan bahwa sikap itu mempunyai 3 komponen pokok yaitu: (1) Kepercayaan (keyakinan), ide dan konsep terhadap suatu objek. Berarti bagaimana keyakinan dan pendapat seseorang terhadap suatu objek. (2) Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek. Berarti bagaimana penilaian (didalamnya terkandung faktor emosi) seseorang terhadap objek. (3) Kecenderungan untuk bertindak. Perubahan sikap pada kader Posyandu Lansia setelah diberikan intervensi dalam penelitian ini dikarenakan kader Posyandu Lansia termotivasi untuk melakukan upaya terbaik bagi Posyandu Lansia di daerahnya. Hal inilah yang menyebabkan sikap sebagian besar responden meningkat. Hasil penelitian ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh

Notoatmodjo (2003) bahwa pelatihan dapat meningkatkan pengetahuan, sikap dan tindakan.

### **5.2.3 Kinerja Kader Posyandu Lansia Sebelum dan Sesudah Pelatihan Posyandu Lansia**

Berdasarkan hasil penelitian, sebelum diberikan intervensi berupa pelatihan Posyandu Lansia, kinerja kader sebagian besar masuk dalam kategori cukup karena selama ini dalam melaksanakan tugasnya kader berpedoman pada pelatihan yang sudah pernah diberikan 5 tahun yang lalu yaitu pada tahun 2003, sehingga sebagian besar kader sudah lupa dengan apa yang harus dikerjakan saat melaksanakan tugas sebagai kader, selain itu materi yang diberikan dalam pelatihan itu berbeda dengan materi yang diberikan pada intervensi yang sekarang. Materi yang diberikan pada pelatihan yang dulu berdasarkan keadaan saat itu, sedangkan materi yang diberikan pada pelatihan yang sekarang adalah materi yang sesuai dengan keadaan sekarang dan merupakan materi yang baru yang sesuai dengan acuan yang dikeluarkan oleh Dinas Kesehatan Magetan. Sehingga hal ini mempengaruhi kinerja kader Posyandu Lansia dalam melaksanakan tugasnya. Hasil uji statistik menggunakan *Wilcoxon Signed Ranks Test*, didapatkan nilai signifikansi  $(p) = 0,001$  lebih kecil dari nilai standar  $(p) = 0,05$  yang berarti ada pengaruh pelatihan Posyandu Lansia terhadap kinerja kader Posyandu Lansia. Hasil rerata yang semula 69,1 (*pre test*) meningkat menjadi 83,4 (*post test*), menunjukkan secara kuantitatif bahwa kinerja kader Posyandu Lansia mengalami peningkatan setelah diberikan intervensi pelatihan tentang Posyandu Lansia.

Setelah seseorang mengetahui stimulus atau objek kesehatan, kemudian mengadakan penilaian atau pendapat terhadap apa yang diketahui, proses selanjutnya diharapkan ia akan melaksanakan atau mempraktekkan apa yang diketahui atau disikapinya (Notoatmodjo, 2003). Menurut As'Ad, (2001) dalam Wikipedia, (2007) ada beberapa faktor yang mempengaruhi kinerja seseorang, yaitu faktor individu dan lingkungan. Faktor individu tersebut adalah pendidikan, tingkat penghasilan, motivasi, sikap mental, kemampuan kerja, usia, jenis kelamin, ras, kepribadian, kepemimpinan dan stress. Sedangkan faktor lingkungan yang mempengaruhi kinerja seseorang adalah lingkungan dan iklim kerja, norma aturan, sanksi dan hukuman. Sesuai dengan teori tersebut, kinerja seseorang dipengaruhi oleh tingkat pendidikan seseorang, yang dimaksud yaitu seseorang dalam bekerja harusnya sesuai dengan bidang pendidikan yang pernah dipelajarinya karena seseorang akan menguasai apa yang telah didapatkan dari pendidikannya. Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Mangkunegara (2005) bahwa didalam bekerja seringkali faktor pendidikan merupakan syarat paling pokok untuk fungsi-fungsi tertentu sehingga dapat tercapainya kesuksesan dalam bekerja, sehingga jenjang pendidikan seseorang harus sesuai dengan pekerjaan yang dikerjakan. Faktor lain yang mempengaruhi kinerja seseorang adalah usia, yang di maksud usia adalah semakin tua umur seseorang dalam hasil penelitian ini yaitu responden yang berusia > 60 tahun (85%) maka semakin dia mempunyai pengalaman dalam melaksanakan tugasnya sebagai kader Posyandu Lansia. Hal ini sesuai dengan teori bahwa Ada kecenderungan pegawai yang tua lebih merasa puas daripada pegawai yang berumur relatif muda. Hal ini diasumsikan bahwa pegawai yang tua lebih

berpengalaman menyesuaikan diri dengan lingkungan pekerjaan (Mangkunegara, 2005). Berdasarkan hasil penelitian, terdapat faktor lain yang mempengaruhi kinerja yaitu lama sebagai kader, kader yang bekerja sudah lama secara otomatis mereka mempunyai pengalaman yang lebih banyak di bidang posyandu lansia. Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Schein (1985) dalam Robbins (1996) yang menyatakan bahwa semakin lama orang bekerja, maka semakin banyak pengalaman yang mempengaruhi cara bekerja.

Betty Neuman (1972) mendefinisikan manusia secara utuh merupakan gabungan dari konsep holistik dan pendekatan sistem terbuka. Sebagai sistem terbuka, manusia berinteraksi, beradaptasi dengan dan disesuaikan oleh lingkungan yang digambarkan sebagai stressor. Pembentukan lingkungan merupakan usaha klien untuk menciptakan lingkungan yang aman, yang mungkin terbentuk oleh mekanisme yang disadari maupun tidak disadari. Lingkungan memiliki kemungkinan terganggu oleh stressor yang dapat merusak sistem. Neuman meyakini bahwa keperawatan memperhatikan manusia secara utuh. Tujuan dari keperawatan adalah membantu individu, keluarga dan kelompok dalam mencapai dan mempertahankan tingkat kesehatan yang optimal. Teori ini diperkuat dengan pendapat Orem (1971) yang menyatakan bahwa keperawatan memiliki perhatian tertentu pada kebutuhan manusia terhadap tindakan perawatan diri sendiri dan kondisi serta penatalaksanaannya secara terus-menerus dalam upaya mempertahankan kehidupan dan kesehatan, penyembuhan dari penyakit atau cedera dan mengatasi bahaya yang ditimbulkan.

Peningkatan kinerja seseorang dipengaruhi oleh persepsi seseorang setelah dia mendapatkan pelatihan, sesuai dengan teori Notoatmodjo (2003) bahwa



setelah seseorang mengetahui stimulus atau obyek, kemudian mengadakan penilaian atau pendapat terhadap apa yang diketahui, kemudian seseorang diharapkan akan mampu melaksanakan, mempraktikkan, atau memiliki kemampuan praktik terhadap apa yang diketahui atau disikapi. Intervensi berupa pelatihan yang dilakukan sebanyak 2 kali mempunyai pengaruh yang sangat berarti bagi peningkatan kinerja kader. Peningkatan kinerja kader dalam penelitian ini juga dipengaruhi oleh teman dalam melaksanakan tugas. Ketika seorang kader melihat kader lain rajin melaksanakan tugas sebagai kader, maka orang tersebut akan termotivasi oleh kinerja temannya yang rajin sehingga seseorang tersebut akan menjadi rajin karena meniru kinerja temannya. Berdasarkan hasil pengamatan peneliti, ada faktor lain yang akan mempengaruhi kinerja kader yaitu diberikannya penghargaan dari petugas Puskesmas berupa pemeriksaan dan obat gratis. Peningkatan kinerja ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Simamora (1997) dalam Kustini (2006), bahwa pelatihan dapat memperbaiki kualitas dari pekerjaan yang dilakukan oleh seseorang. Pelatihan yang sering diberikan, maka seseorang akan terus meningkatkan kinerjanya sesuai dengan pelatihan yang telah didapatkan.

**BAB 6**  
**KESIMPULAN DAN SARAN**



## **BAB 6**

### **SIMPULAN DAN SARAN**

#### **6.1 Simpulan**

1. Pengetahuan responden tentang Posyandu Lansia mengalami peningkatan secara bermakna sebesar 14,28% setelah diberi pelatihan Posyandu Lansia melalui metode ceramah, diskusi, demonstrasi, dan redemonstrasi.
2. Sikap kader Posyandu Lansia mengalami peningkatan secara bermakna sebesar 9,61% setelah diberikan pelatihan Posyandu Lansia.
3. Sebagian besar responden mengalami peningkatan kerja secara bermakna sebesar 9,31% yaitu mampu melaksanakan tugasnya sebagai kader dengan benar setelah diberikan pelatihan Posyandu Lansia melalui metode ceramah, diskusi, demonstrasi, dan redemonstrasi.

#### **6.2 Saran**

1. Pelatihan Posyandu Lansia perlu dilaksanakan secara periodik oleh petugas puskesmas supaya kinerja kader Posyandu Lansia semakin baik dan para kader mendapatkan pengetahuan yang terbaru tentang Posyandu Lansia.
2. Harus ada standar yang baku tentang materi yang disampaikan dalam pelatihan Posyandu Lansia.
3. Pemberian penghargaan dari puskesmas untuk kader Posyandu Lansia yang kinerjanya baik.



**DAFTAR PUSTAKA**

## DAFTAR PUSTAKA

- Alimul, Azis, 2003. *Riset Keperawatan dan Teknik Penulisan Ilmiah*. Jakarta: Salemba Medika.
- Anonim, 2006. *Pelatihan*. [www/http.deput.go.id](http://www/http.deput.go.id). Tanggal 2 Mei 2008. Jam 12.57
- Anonim, 2006. *Pelatihan*. [www/http: id.wikipedia.org](http://id.wikipedia.org). Tanggal 29 April 2008. Jam 15.12.
- Anonim, 2006. *Penyakit Kencing Manis*. [www/http.geocities.com](http://www/http.geocities.com). Tanggal 24 Mei 2008. Jam 10.34
- Anonim, 2007. *Arti dan Definisi Kepribadian*. [www/http.trescent.wordpress.com](http://www/http.trescent.wordpress.com). Tanggal 15 Mei 2008. Jam 12.05
- Anonim, 2007. *Bagaimana Tekanan Darah Diukur*. [www/http.medika.com](http://www/http.medika.com). Tanggal 24 Mei 2008 Jam 10.23
- Anonim, 2007. *Pelatihan Posyandu Lansia*. [www/http.jatim.go.id](http://www/http.jatim.go.id). Tanggal 7 Maret 2008. Jam 13.09
- Anonim, 2007. *Posyandu*. [www/http: iinaza.wordpress.com](http://www/http: iinaza.wordpress.com). Tanggal 29 April 2008. Jam 14.36
- Anonim, 2008. *Kinerja*. [www/http: id.wikipedia.org](http://id.wikipedia.org). Tanggal 29 April 2008. Jam 14.03
- Anonim, 2008. *Tekanan Darah Tinggi*. [www/http.wikipedia.org](http://www/http.wikipedia.org). Tanggal 24 Mei 2008. Jam 10.12
- Arikunto, Suharsini, (2006). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta
- Azwar, S, 1998. *Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar Offset.
- Basuki, Hari, 2004. *Perhitungan Besar Sampel*. Unair: Lembaga Penelitian.
- Departemen Kesehatan RI, 2000. *Pedoman Pembinaan Kesehatan Lanjut usia bagi Petugas Kesehatan I*. Jakarta: Departemen Kesehatan.
- Departemen Kesehatan RI, 2000. *Pedoman Pembinaan Kesehatan Usia Lnjut bagi Petugas Kesehatan II: Materi Pembinaan*. Jakarta: Departemen Kesehatan.
- Departemen Kesehatan RI, 2005. *Pedoman Puskesmas Santun Lanjut usia bagi Petugas Kesehatan*. Jakarta: Departemen Kesehatan.

- Departemen Kesehatan RI, 2005. *Modul Pelatihan Konseling Kesehatan dan Gizi bagi Lanjut usia untuk Petugas Puskesmas*. Jakarta: Departemen Kesehatan.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Magetan, 2007. *Kegiatan Pelayanan Kesehatan di Posyandu/Kelompok Lanjut usia*. Magetan: Dinas Kesehatan.
- Endang, Lily, 2005. *Hipertensi*. Jakarta: PT. Buana Ilmu Populer.
- Gibson, James L. Et al, 1987. *Organisasi dan Manajemen: Perilaku, Struktur dan Proses*. Jakarta: Erlangga.
- Gomes, Cardoso 2002. *Manajemen Sumber Daya Manusia di Rumah Sakit*. Yogyakarta: ANDI.
- Hamalik, Oemar, 2001. *Pengembangan Sumber Daya Manusia Manajemen Pelatihan Ketenagakerjaan*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Holle, Mary & Blatchley, Mary, 1987. *Introduction to Leadership and Management in Nursing*. Boston: INC.
- Kuntjoro, 2002. *Memahami Mitos dan Realita tentang Lansia*. [www.http:e-psikologi.com](http://e-psikologi.com). Tanggal 18 Maret 2008. Jam 17.41.
- Kusnanto, 2004. *Pengantar Profesi dan Praktik Keperawatan Profesional*. Jakarta: EGC.
- Kustini, 2008. *Pelatihan*. [www.http:damandiri.com](http://damandiri.com). Tanggal 2 mei 2008. Jam 12.37.
- Mangkunegara, A.A, 2005. *Manajemen Sumber Daya Manusia Perusahaan*. Bandung: Remaja Rosdakarya.
- Mangkunegara, A.A, 2006. *Evaluasi Kinerja SDM*. Bandung: Refika Aditama.
- Mansjoer, A, dkk, 2001. *Kapita Selekta Kedokteran Jilid 1*. Jakarta: Media Aesculapius.
- Martono, D, 2004. *Buku Ajar Geriatri (Ilmu Kesehatan Lanjut usia)*. Jakarta: FKUI.
- Mubarak, W.I, et al., 2006. *Ilmu Keperawatan Komunitas 2*. Jakarta: Sagung Seto.
- Notoatmodjo, S, 2003. *Ilmu Kesehatan Masyarakat Prinsip-prinsip Dasar*. Jakarta: Rineka Cipta.

- Notoatmodjo, S, 2007. *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasinya*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S, 2007. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nursalam, 2003. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Perry, Anne, 2005. *Buku Saku Keterampilan dan Prosedur Dasar*. Jakarta: EGC.
- Potter & Perry, 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: konsep, proses dan praktik*. Jakarta: EGC.
- Rowland, H & Rowland, B, 1992. *Nursing Administration Hand Book*. USA: An Aspen Publication.
- Santoso, S, 2003. *Manajemen Kinerja di Rumah Sakit*. Jakarta: EGC.
- Schweiger, J, 1980. *Nurse as Manager*. Canada: INC.
- Soedarmayanti, 2001. *SDM dan Produktivitas Kerja*. Bandung: Mandar Maju.
- Soeparman, W, 1997. *Ilmu Penyakit Dalam*. Jakarta: FKUI.
- Soeprihanto, John, 2000. *Penilaian Kinerja dan Pengembangan Karyawan*. Yogyakarta: BPFE.
- Suparto, 2000. *Sehat Menjelang Usia Senja*. Bandung: Remaja Rosdakarya.
- Suyono, Haryono, 2006. *Lansia Surabaya*. [www/http: hupelita.com](http://www.hupelita.com). Tanggal 21 April 2008. Jam 14.40.
- Tjokroprawiro, Askandar, 2002. *Hidup Sehat dan Bahagia bersama Diabetes*. Jakarta: Gramedia Pustaka.
- Taufik, M, 2007. *Prinsip-Prinsip Promosi Kesehatan dalam Bidang Keperawatan untuk Perawat dan Mahasiswa Keperawatan*. Jakarta: CV.Infomedika.
- United Nations, 1986. *Assessing the Nutritional Status of Elderly People*. United Nations.
- Yuliarti, N. 2006. *Menyingkap Rahasia Perilaku Manusia*. Yogyakarta: ANDI Offset
- Zulkifli, 2007. *Posyandu dan Kader Kesehatan*. [www/http: library.usu.ac.id](http://library.usu.ac.id). Tanggal 2 Mei 2008. Jam 13.01

LAMPIRAN







Lampiran 1

**UNIVERSITAS AIRLANGGA**  
**FAKULTAS KEDOKTERAN**  
**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN**

Surabaya, 18 April 2008

Nomor : 711 /J03.1.17/PSIK/2008  
 Lampiran : 1 (satu) berkas  
 Perihal : Permohonan Bantuan Fasilitas Pengumpulan  
 Data Awal Mahasiswa PSIK - FK Unair

Kepada Yth.

Kepala Puskesmas Candi Magetan  
 di tempat.....

Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini dalam mengumpulkan data awal sebagai bahan penyusunan proposal penelitian.

Nama : Eltria Trisna Kusuma.....  
 NIM : 0104106958.....  
 Judul Penelitian : Pengaruh Pelatihan Posyandu Lansia.....  
 terhadap Aknerja Jnder Posyandu Lansia.....  
 di Kelurahan Bulukerto Kecamatan Magetan  
 Tempat : Posyandu Lansia Kelurahan Bulukerto Magetan

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.



Ketua Program Studi

Prof. H. Eddy Soewandojo, dr., SpPD, KTI  
 NIP : 130 325 831



Lampiran 2  
**UNIVERSITAS AIRLANGGA**  
**FAKULTAS KEDOKTERAN**  
**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN**

Surabaya, 2 Juni 2008

Nomor : 990 /J03.1.17/PSIK/2008  
Lampiran : 1 (satu) berkas  
Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian**  
**Mahasiswa PSIK - FK Unair**

Kepada Yth.  
Bantipkesbang Kabupaten Magetan  
Di -  
Magetan

Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun Proposal Penelitian terlampir.

Nama : Fitria Trisna Kusuma  
NIM : 010410695B  
Judul Penelitian : Pengaruh Pelatihan Posyandu Lansia Terhadap Kinerja  
Kader di Kelurahan Bulukerto Magetan  
Tempat : Posyandu Lansia Kelurahan Bulukerto Magetan

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

Ketua Program Studi



*Eddy Soewandojo*  
Eddy Soewandojo, dr., SpPD, KTI  
NIP : 130 325 831

Tembusan:

1. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Magetan
2. Kepala Puskesmas Candi Kabupaten Magetan



PEMERINTAH KABUPATEN MAGETAN  
**BADAN KETERTIBAN DAN KESATUAN BANGSA**  
 Jl. Basuki Rachmat Timur No.1 Telp.897110 Fax.897081  
**MAGETAN**

lampiran 3

**SURAT KETERANGAN / IZIN**

Nomor : 072/ 67/403.203/2008

- Dasar :
1. Peraturan Daerah Kabupaten Magetan Nomor 12 Tahun 2005 Tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Daerah Kabupaten Magetan Nomor 25 tahun 2000 Tentang Retribusi Pelayanan Administrasi.
  2. Surat dari Universitas Airlangga Surabaya Nomor : 990/ J03.1.17/ PSIK / 2008 tanggal 2 Juni 2008 perihal Permohonan Ijin Penelitian

**MENERANGKAN / MENGIZINKAN**

Nama Penanggungjawab : FITRIA TRISNA KUSUMA  
 Fakultas / Program : Kedokteran / Ilmu Keperawatan  
 Pekerjaan / Nim : Mahasiswa / 010410695B  
 Alamat : Kampus Unair Surabaya  
 Tempat : Puskesmas Candi Kab. Magetan  
 Tema : " Pengaruh Pelatihan Posyandu lansia Terhadap Kinerja Karter di Kelurahan Bulukerto Magetan "

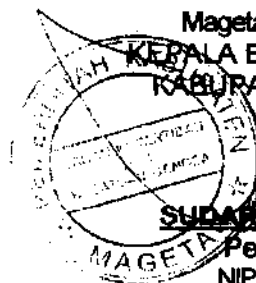
Peserta :  
 Lamanya : 1 ( satu ) Bulan  
 Waktu pelaksanaan : 5 Juni s/d 5 Juli 2008  
 Untuk : Mengadakan penelitian sebagaimana tema tersebut diatas

Ketentuan yang harus ditaati :

1. Mentaati ketentuan peraturan Perundang-undangan yang berlaku.
2. Menjaga ketertiban, ketentraman serta menghindari per nyataan yang dapat melukai / menyinggung perasaan pihak lain.
3. Setelah berakhirnya Penelitian / survey, wajib melaporkan hasil penelitian / survey kepada Bupati Magetan Up. Kepala Badan Ketertiban dan Kesatuan Bangsa Kabupaten Magetan
4. Surat Keterangan ini akan dicabut dan dinyatakan tidak berlaku apabila ternyata pemegang surat ini tidak memenuhi ketentuan sebagaimana tersebut diatas.

Magetan, 5 Juni 2008

KEPALA BANTIB KESBANG  
 KABUPATEN MAGETAN



SUDARYO, SH. M.Hum

Pembina Tk.I  
 NIP.510 166

**Terbitusan Yth :**

1. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Magetan
2. Kepala Puskesmas Candi Magetan
3. Camat Magetan
4. Lurah Bulukerto



Lampiran 4

PEMERINTAH KABUPATEN MAGETAN  
**PUSKESMAS CANDIREJO**  
 Jalan Raya Sarangan Ds. Candirejo Tlp. (0351) 892584  
 MAGETAN 63351

Nomor : 440/07/403.109.02/2008  
 Perihal : Surat Keterangan

Yang bertanda tangan dibawah ini :


Nama : dr. NANIEK JULIANY S  
 NIP : 140 120 911  
 Pangkat/Golongan : Pembina Utama Muda / IV -C  
 Jabatan : Kepala Puskesmas Candirejo  
 Kecamatan Magetan Kab. Magetan

Menerangkan dengan sebenarnya, bahwa :

Nama : FITRIA TRISNAKUSUMA  
 NIM : 010410695 B  
 Program Studi : Sarjana Keperawatan  
 Fakultas : Keperawatan Universitas Airlangga

Telah melaksanakan penelitian di Posyandu Lansia Kelurahan Bulukerto yang merupakan wilayah kerja Puskesmas Candirejo mulai tanggal 8 Juni 2008 sampai dengan 14 Juli 2008 untuk bahan penelitian Skripsi dengan judul " Pengaruh Pelatihan Posyandu Lansia terhadap Kinerja Kader Posyandu di Kelurahan Bulukerto"

Demikian Surat Keterangan ini dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Magetan, 21 Juli 2008  
 Kepala Puskesmas Candirejo  
  
**DR. NANIEK JULIANY S**  
 Pembina Utama Muda  
 NIP.140120911

Lampiran 5

**Lampiran 5****INFORMED CONSENT  
( Penjelasan dan Informasi )**

Kepada

Yth. Bapak / Ibu .....

Di Kelurahan Bulukerto Kecamatan Magetan

Sehubungan dengan penyelesaian Tugas Akhir di Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Airlangga, maka Saya :

Nama : Fitria Trisna Kusuma

NIM : 010410695B

Akan melakukan penelitian dengan judul “ Pengaruh Pelatihan Posyandu Lansia terhadap Kinerja Kader Posyandu Lansia “. Tujuan Penelitian ini adalah untuk menganalisis pengaruh pelatihan Posyandu Lansia terhadap Kinerja Kader Posyandu Lansia. Penelitian ini dapat meningkatkan pengetahuan kader dan masyarakat tentang penyakit yang sering diderita para lansia dan cara mengatasinya. Selain itu, juga akan meningkatkan kinerja kader Posyandu Lansia dalam menangani masalah kesehatan para lansia. Identitas dan informasi yang berkaitan dengan bapak / ibu akan dirahasiakan oleh peneliti.

Atas partisipasi dan dukungannya saya sampaikan terima kasih.

Magetan, Juni 2008

Hormat Saya

Fitria Trisna Kusuma

**Lampiran 6****LEMBAR PERSETUJUAN**

Dengan surat pernyataan ini, saya (bersedia/tidak bersedia\*) berperan serta sebagai sampel dalam penelitian dengan judul "Pengaruh Pelatihan Posyandu Lansia terhadap Kinerja Kader Posyandu Lansia" yang akan dilaksanakan oleh saudara Fitria.

Saya telah mengetahui maksud serta tujuan dari penelitian ini sesuai penjelasan dari peneliti yang sudah disampaikan kepada saya.

Demikian secara sadar dan sukarela serta tidak ada unsur paksaan dari siapapun saya membuat surat persetujuan ini.

Tanda tangan :

Tanggal :

No. Responden :

**\*Coret yang tidak perlu**

**Lampiran 7****KUESIONER**

Petunjuk Pengisian :

Saudara di mohon memberi tanda silang (X) pada jawaban yang sesuai dengan identitas diri anda dan isilah titik-titik yang ada.

1. Jenis Kelamin
  1. Pria
  2. Wanita
2. Umur anda sekarang :..... tahun
3. Status perkawinan
  1. Belum kawin
  2. Kawin
  3. Duda
  4. Janda
4. Pendidikan terakhir yang ditamatkan
  1. SD
  2. SMP
  3. SMA
  4. Diploma 3
  5. Sarjana
5. Pengalaman sebagai kader Posyandu Lansia di kelurahan Bulukerto magetan.....tahun
6. Posisi saudara di Posyandu Lansia di bagian apa?

**Kuesioner Pengetahuan Kader terhadap Posyandu Lansia**

Petunjuk Pengisian:

Saudara dimohon memberi tanda silang (X) pada jawaban yang menurut anda benar.

1. Siapakah yang dikatakan sebagai Lanjut Usia?
  - a. Semua orang yang berumur 50 - 60 tahun
  - b. Semua orang yang berumur > 60 tahun
  - c. Orang yang sakit-sakitan
  - d. Semua orang yang sudah tidak bisa melakukan aktivitas sehari-hari karena ketuaan
2. Apakah yang dimaksud dengan Posyandu Lanjut Usia?
  - a. Pos pelayanan terpadu bagi masyarakat
  - b. Tempat berkumpulnya para lanjut usia
  - c. Tempat pelayanan kesehatan bagi lanjut usia
  - d. Tempat pemeriksaan dan pengobatan lanjut usia
3. Siapa saja yang boleh datang ke Posyandu Lanjut Usia?
  - a. Lansia yang sakit
  - b. Lansia yang sehat
  - c. Lansia yang sehat dan sakit
  - d. Lansia yang punya waktu luang
4. Kapan dilaksanakan Posyandu Lansia?
  - a. Satu bulan sekali
  - b. Satu minggu sekali
  - c. Dua minggu sekali
  - d. Dua kali dalam satu bulan
5. Yang bukan menjadi sasaran Posyandu lansia adalah?
  - a. Keluarga dimana lanjut usia berada
  - b. Masyarakat luas
  - c. Kelompok lanjut usia 60-69 tahun
  - d. Lansia yang terlantar
6. Apakah tugas kader saat dilaksanakan Posyandu Lansia?
  - a. Pemeriksaan tekanan darah, tinggi badan dan berat badan
  - b. Pemeriksaan tekanan darah, tinggi badan dan pengisian KMS
  - c. Pemeriksaan tekanan darah, berat badan dan penyuluhan individu
  - d. Pemeriksaan tekanan darah, pengukuran tinggi badan, penimbangan berat badan, pengisian KMS dan penyuluhan individu
7. Hal apa sajakah yang dilakukan kader di meja I?
  - a. Pemeriksaan tekanan darah, pengukuran tinggi badan, penimbangan berat badan
  - b. Pemeriksaan tekanan darah, pengisian KMS
  - c. Penyuluhan individu
  - d. Pendaftaran lanjut usia, pengukuran tinggi badan dan penimbangan berat badan



8. Hal apa sajakah yang dilakukan kader di meja II?
  - b. Pemeriksaan tekanan darah, pengukuran tinggi badan, penimbangan berat badan
  - c. Pemeriksaan tekanan darah, pengisian KMS
  - d. Penyuluhan individu
  - e. Pendaftaran lanjut usia, pengukuran tinggi badan dan penimbangan berat badan
9. Hal apa sajakah yang dilakukan kader di meja III?
  - a. Pemeriksaan tekanan darah, pengukuran tinggi badan, penimbangan berat badan
  - b. Pemeriksaan tekanan darah, pengisian KMS
  - c. Penyuluhan individu
  - d. Pendaftaran lanjut usia, pengukuran tinggi badan dan penimbangan berat badan
10. Apakah tujuan dari Posyandu Lansia?
  - a. Meningkatkan derajat kesehatan lansia untuk mencapai masa tua yang bahagia dan berguna bagi masyarakat
  - b. Meningkatkan kesadaran lansia untuk membina sendiri kesehatannya
  - c. Meningkatkan jangkauan pelayanan kesehatan lansia
  - d. Meningkatkan jenis dan mutu pelayanan kesehatan

### Kuesioner Sikap Kader terhadap Posyandu Lansia

Petunjuk Pengisian:

Saudara dimohon dapat mengemukakan pendapat secara jujur untuk menyatakan sikap saudara terhadap pertanyaan di bawah ini dengan memberikan tanda check list (√) pada kolom yang telah disediakan sesuai pilihan saudara.

Keterangan pilihan:

SS : Sangat Setuju

S : Setuju

TS : Tidak Setuju

STS : Sangat Tidak Setuju

NO.	PERNYATAAN	SS	S	TS	STS
1.	Poysandu Lansia merupakan prioritas kegiatan untuk meningkatkan kesehatan lansia				
2.	Posyandu hanya untuk orang yang sedang sakit saja				
3.	Saya akan datang ke Posyandu Lansia 10 menit sebelum kegiatan dimulai				
4.	Tidak datang ke Posyandu setiap bulan adalah tindakan yang benar				
5.	Saya akan datang ke posyandu setiap bulan untuk melaksanakan tugas saya sebagai kader Posyandu Lansia				

**Lembar Observasi Peran Kader dalam Pelayanan Kesehatan Posyandu Lansia**

Petunjuk Pengisian:

Saudara dimohon mengemukakan pendapat secara jujur dalam melakukan kegiatan saat bertugas menjadi kader di Posyandu Lansia dengan memberikan tanda check list (√) pada kolom yang disediakan sesuai pilihan.

NO.	PERTANYAAN	YA	TIDAK
<b>MEJA I</b>			
1.	Apakah kader dapat melakukan pendaftaran dengan benar		
2.	Apakah kader dapat melakukan pengecekan pada KMS lansia dengan benar		
3.	Apakah kader melakukan penimbangan berat badan pada lansia dengan benar		
4.	Apakah kader dapat melakukan pengukuran tinggi badan pada lansia dengan benar		
<b>MEJA II</b>			
1.	Apakah kader dapat melakukan pengukuran tekanan darah dengan benar		
2.	Apakah kader dapat melakukan pengisian KMS lansia dengan benar		
3.	Apakah kader dapat melakukan pencatatan tentang kesehatan lansia dengan benar		
<b>MEJA III</b>			
1.	Apakah kader dapat melakukan penyuluhan individu pada lansia dengan benar		

**Lampiran 8****SATUAN ACARA PEMBELAJARAN**

Bidang Studi : Keperawatan Gerontik  
Topik : Pelatihan Posyandu Lansia  
Sasaran : Kader Posyandu Lansia Kelurahan Bulukerto Kecamatan  
Magetan  
Tempat : Posyandu Lansia Kelurahan Bulukerto Kecamatan Magetan  
Hari/Tanggal : Selasa, 17 Juni 2008 dan Rabu, 2 Juli 2008  
Waktu : 200 menit

---

**I. TUJUAN INSTRUKSIONAL UMUM**

Untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan para kader Posyandu Lansia tentang Tekanan Darah, Tinggi Badan, Berat Badan, KMS Pengertian Poysandu Lansia dan Penyakit yang Sering di derita Lansia

**II. TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS**

Setelah dilakukan pelatihan pada para kader Posyandu Lansia diharapkan dapat mengerti dan melakukan:

1. Penyuluhan Tentang Pengertian Poysandu Lansia
2. Pengukuran Tekana Darah
3. Pengukuran Tinggi Badan
4. Penimbangan Berat Badan
5. Pengisian KMS
6. Penyuluhan tentang penyakit Diabetes Mellitus, Hipertensi dan Nyeri sendi

**III. MATERI**

1. Pengertian Poysandu Lansia
2. Cara pengukuran Tekanan Darah
3. Cara pengukuran Tinggi Badan
4. Cara penimbangan Berat Badan
5. Cara pengisian buku KMS lansia
6. Penyakit Diabetes Mellitus

7. Penyakit Hipertensi
8. Penyakit Nyeri Sendi

#### IV. METODE

1. Ceramah
2. Diskusi atau Tanya jawab
3. Demonstrasi
4. Redemonstrasi

#### V. ALAT DAN MEDIA

1. Makalah
2. Liftlet
3. Laptop, LCD, Layar
4. Microtoa
5. Timbangan
6. KMS (Kartu Menuju Sehat)

#### VI. KEGIATAN PELATIHAN

##### 1. Kegiatan pada pelatihan I

No.	WAKTU	KEGIATAN PELATIHAN	KEGIATAN PESERTA
1.	10 menit	Pembukaan : 1) Perkenalan diri fasilitator dan petugas puskesmas 2) Penjelasan tujuan dari pendidikan kesehatan 3) Penetapan bersama kontrak waktu 4) Pemberian informasi materi penyuluhan yang akan diberikan	1) Menyambut salam dan perkenalan anggota keluarga 2) Mendengarkan 3) Menyetujui penetapan bersama kontrak waktu 4) Mendengarkan
2.	60 menit	Pelaksanaan pelatihan dan penyuluhan : 1) Penyampaian materi pengertian Posyandu Lansia 2) Penyampaian materi pengukuran tinggi badan	1) Mendengarkan dan memperhatikan 2) Mendengarkan dan memperhatikan

		<p>3) Penyampaian materi penimbangan berat badan</p> <p>4) Penyampaian cara pengisian KMS lansia</p> <p>5) Penyuluhan tentang penyakit Diabetes Mellitus</p> <p>6) Penyuluhan tentang penyakit Hipertensi</p> <p>7) Penyuluhan tentang penyakit nyeri sendi</p> <p>8) Memberikan kesempatan pada kader untuk bertanya</p>	<p>3) Mendengarkan dan memperhatikan</p> <p>4) Mendengarkan dan memperhatikan</p> <p>5) Mendengarkan dan memperhatikan</p> <p>6) Mendengarkan dan memperhatikan</p> <p>7) Bertanya dan menjawab pernyataan yang diajukan</p>
3.	15 menit	Istirahat	
4.	90 menit	<p>Demonstrasi dan Role Play</p> <p>1) Demonstrasi dan role play tentang pengukuran tekanan darah</p> <p>2) Demonstrasi dan role play tentang pengukuran tinggi badan</p> <p>3) Demonstrasi dan role play tentang penimbangan berat badan</p> <p>4) Demonstrasi cara pengisian KMS</p>	<p>1) Memperhatikan dan melakukan</p> <p>2) Memperhatikan dan melakukan</p> <p>3) Memperhatikan dan melakukan</p> <p>4) Memperhatikan dan melakukan</p>
3.	20 menit	<p>Evaluasi :</p> <p>1) Menanyakan pada kader Posyandu Lansia tentang kejelasan materi yang diberikan dan memberikan penguatan positif bila kader Posyandu Lansia dapat menjawab dan menjelaskan kembali materi dan menjawab pertanyaan.</p>	<p>1) Menjelaskan kembali materi dan menjawab pertanyaan.</p>

4.	5 menit	Terminasi : 1) Mengucapkan terima kasih kepada kader Posyandu Lansia 2) Mengucapkan salam	1) Mendengarkan dan membalas salam
----	---------	---	------------------------------------

2. Kegiatan pelatihan II sama dengan kegiatan latihan yang pertama

## VII. EVALUASI

### 1) Pelatihan Pertama

#### 1. Struktur

- 1) Peserta hadir di tempat pelatihan
- 2) Persiapan dilakukan 1 hari sebelum acara
- 3) Alat-alat yang mendukung pelaksanaan pelatihan pada pertemuan pertama tersedia dan dapat berfungsi dengan baik dalam proses kegiatan pelatihan
- 4) Penyaji mampu memberikan pelatihan dan informasi yang dapat dimengerti oleh para peserta

#### 2. Proses

- 1) Kegiatan dapat berjalan dengan lancar dan tujuan penyaji tercapai
- 2) Peserta dapat mengikuti acara dengan baik dari awal sampai akhir
- 3) Peserta antusias terhadap materi pelatihan yang ditunjukkan dengan aktif mengajukan pertanyaan kepada penyaji apabila tidak mengerti

#### 3. Hasil

- 1) Peserta ikut berdemonstrasi dan role play dan mampu menjelaskan materi yang sudah diberikan

### 2) Pelatihan Kedua

Evaluasi pelatihan kedua sama dengan evaluasi pada pelatihan pertama

**Lampiran 9****MATERI PELATIHAN****1. Posyandu Lansia****1) Pengertian**

Posyandu Lansia adalah pos pelayanan terpadu untuk masyarakat lanjut usia di suatu wilayah tertentu yang sudah disepakati, yang digerakkan oleh masyarakat dan tempat dimana mereka bisa mendapatkan pelayanan kesehatan dan pelayanan dibidang lain dengan tujuan agar masyarakat lanjut usia menjadi sehat, bahagia, mandiri dan produktif.

**2) Sasaran Pembinaan Posyandu Lansia**

Pembinaan kesehatan lanjut usia melalui posyandu dilakukan terhadap sasaran lanjut usia yang dikelompokkan sebagai berikut:

**1. Sasaran langsung**

- 1) Pra lanjut usia 45-59 tahun
- 2) Lanjut usia 60-69 tahun
- 3) Lanjut usia resiko tinggi yaitu usia lebih dari 70 tahun atau lanjut usia berumur 60 tahun atau lebih dengan masalah kesehatan.

**2. Sasaran tidak langsung**

- 1) Keluarga dimana lanjut usia berada
- 2) Masyarakat di lingkungan lanjut usia berada
- 3) Organisasi sosial yang bergerak di dalam pembinaan kesehatan lanjut usia
- 4) Masyarakat luas

**3) Tujuan Posyandu Lansia****1. Tujuan Umum**

Meningkatkan derajat kesehatan lansia untuk mencapai masa tua yang bahagia dan berdaya guna dalam kehidupan keluarga dan masyarakat. Sesuai dengan eksistensinya dalam strata kemasyarakatan dalam mencapai mutu kehidupan lansia yang optimal.

**2. Tujuan Khusus**

Meningkatkan kesadaran lansia untuk membina sendiri kesehatannya, meningkatkan kemampuan dan peran serta masyarakat daam



menghayati dan mengatasi masalah kesehatan lansia secara optimal. meningkatnya jangkauan pelayanan kesehatan lansia, meningkatnya jenis dan mutu pelayanan kesehatan lansia.

#### 4) Pelayanan Kesehatan Posyandu Lansia

Jenis pelayanan kesehatan yang dapat diberikan kepada lanjut usia di Posyandu/Kelompok Lanjut usia adalah sebagai berikut:

2. Pemeriksaan aktifitas kegiatan sehari-hari, meliputi kegiatan dasar dalam kehidupan, seperti makan/minum, berjalan, mandi, berpakaian, naik turun tempat tidur, buang air besar/kecil, dan sebagainya.
3. Pemeriksaan status mental. Pemeriksaan ini berhubungan dengan mental emosional.
4. Pemeriksaan status gizi melalui penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan dan dicatat pada grafik indeks massa tubuh (IMT).
5. Pengukuran tekanan darah dengan menggunakan tensimeter dan stetoskop serta penghitungan denyut nadi selama satu menit.
6. Pemeriksaan Hemoglobin.
7. Pemeriksaan adanya gula dalam air seni sebagai deteksi awal adanya penyakit gula (diabetes mellitus).
8. Pemeriksaan adanya zat putih telur (protein) dalam air seni sebagai deteksi awal adanya penyakit ginjal.
9. Pelaksanaan rujukan ke Puskesmas bilamana ada keluhan.
10. Penyuluhan bisa dilakukan di dalam maupun di luar Posyandu/Kelompok Lanjut usia.
11. Kunjungan rumah oleh kader disertai petugas Puskesmas bagi anggota Posyandu/Kelompok Lanjut usia yang tidak datang.

Kegiatan lain yang dapat dilakukan sesuai kebutuhan dan kondisi setempat, antara lain:

1. Pemberian Makanan Tambahan (PMT) Penyuluhan sebagai contoh menu makanan dengan memperhatikan aspek kesehatan dan gizi lanjut usia serta menggunakan bahan makanan yang berasal dari daerah tersebut.

2. Kegiatan olahraga antara lain senam lanjut usia, gerak jalan santai, dan lain sebagainya untuk meningkatkan kebugaran.

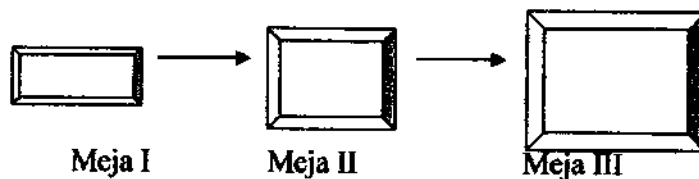
**5) Waktu dan tempat pelaksanaan posyandu**

Posyandu dilaksanakan sekurang-kurangnya satu kali setiap bulan. Hari bukanya ditetapkan berdasarkan kesepakatan masyarakat dan pelaksana, bisa berdasarkan hari atau tanggal. Penentuan jam buka harus disepakati oleh pihak masyarakat, petugas/kader posyandu dan petugas Puskesmas. Yang diutamakan adalah waktu dimana sasaran posyandu bisa hadir sebanyak-banyaknya. Apabila diperlukan dapat dibuka lebih dari satu kali dalam satu bulan.

**6) Sarana yang dibutuhkan dalam pelaksanaan posyandu**

1. Tempat kegiatan (gedung, ruangan atau tempat terbuka)
2. Meja dan kursi
3. Alat tulis
4. Buku pencatatan kegiatan
5. Kit lanjut usia, yang berisi: timbangan dewasa, meteran pengukuran tinggi badan, stetoskop, tensimeter, thermometer, dan peralatan laboratorium sederhana.
6. Daftar hadir kader
7. Sarana penyuluhan
  - 1) Buku pegangan kader
  - 2) Kartu Menuju Sehat (KMS) yaitu suatu alat untuk mencapai kesehatan pribadi lanjut usia baik fisik maupun mental emosional. Kegunaan KMS untuk memantau dan menilai kemajuan kesehatan lanjut usia.
  - 3) Bahan penyuluhan
  - 4) Alat peraga lain yang diperlukan sesuai topik penyuluhan

**7) Mekanisme pelayanan posyandu**



### 1. Kegiatan di meja I

#### 1. Pendaftaran lanjut usia dalam register usila

Bila usila sudah punya KMS berarti bulan lalu sudah datang di Posyandu. Bila belum punya KMS berarti kunjungan baru. Kolomnya harus diisi secara lengkap sesuai petunjuk pengisian KMS usila.

#### 2. Penimbangan lanjut usia dan pengukuran tinggi badan

- 1) Hasil penimbangan dan pengukuran tinggi badan dicatat pada secarik kertas, diselipkan pada kartu KMS.
- 2) Setelah selesai, lanjut usia menuju ke Meja II sambil membawa KMS.

### 2. Kegiatan di meja II

#### 1. Pencatatan

- 1) Buku KMS usila yang bersangkutan.
- 2) Pindahkan hasil penimbangan dan pengukuran tinggi badan lansia dari secarik kertas ke KMSnya.
- 3) Catatlah kegiatan sehari-hari yang dilakukan usila.
- 4) Pada kunjungan pertama isilah semua kolom pada KMS.
- 5) Tulislah titik berat badannya pada titik temu garis tegak sesuai dengan tinggi badan, dengan garis datar sesuai dengan hasil penimbangan dalam kilogram.

#### 2. Pemeriksaan, Pelayanan Kesehatan

- 1) Dilaksanakan pengukuran tekanan darah, pemeriksaan kesehatan dan pemeriksaan status mental.
- 2) Pengobatan sederhana.
- 3) Rujukan kasus apabila tidak bisa teratasi.
- 4) Pemeriksaan air seni dan kadar darah (laboratorium sederhana).

### 3. Kegiatan di meja III

Pemberian Penyuluhan dan Konseling. Penyuluhan dilaksanakan sesuai hasil deteksi pada KMS usila, diantaranya:

- 1) Perkuat ketaqwaan kepada Tuhan Yang Maha Esa
- 2) Periksa kesehatan secara berkala

3) Makanan dan minuman

4) Kegiatan fisik

8) Matrik Kegiatan Pelayanan Kesehatan di Posyandu Lansia

Meja	Kegiatan	Sarana yang dibutuhkan	Pelaksana
I	1. Pendaftaran  2. Penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan	1. Meja kursi 2. Alat tulis 3. Buku Register dan buku pencatatan kegiatan  1. KMS 2. Timbangan dan microtois	Kader (2)
II	1. Pencatatan kegiatan sehari-hari  2. Pemeriksaan pelayanan kesehatan	1. Meja kursi 2. Alat tulis 3. KMS 4. Buku pencatatan kegiatan 5. Buku bantuan yang lain  1. Tensimeter 2. Stetoskop 3. Obat-obat sederhana 4. Pemeriksaan laboratorium sederhana, meliputi: 1) Hemoglobin 2) Reduksi urine 3) Protein urine	Kader Petugas Kesehatan  Kader Petugas Kesehatan
III	1. Penyuluhan dan Konseling	1. Meja kursi 2. KMS 3. Leaflet 4. Poster	Kader (2) Petugas Kesehatan

2. Pengukuran Tekanan Darah

1) Pengertian

Tekanan darah merupakan kekuatan lateral pada dinding arteri oleh darah yang didorong dengan tekanan dari jantung. Aliran darah mengalir dari daerah yang tekanannya tinggi ke daerah yang tekanannya rendah. Kontraksi jantung mendorong darah dengan tekanan tinggi ke aorta. Puncak dari tekanan maksimum saat ejeksi terjadi adalah tekanan darah sistolik. Pada saat ventrikel relaks, darah yang tetap dalam arteri

menimbulkan tekanan diastolik atau minimum. Tekanan diastolik adalah titik sebelum suara tidak terdengar lagi. Untuk mengukur tekanan darah digunakan alat yang disebut sphygmomanometer. Alat ini terdiri dari sebuah pompa, sumbat udara yang dapat diputar, kantong karet yang terbungkus kain, dan pembaca tekanan, yang bisa berupa jarum mirip jarum stopwatch atau air raksa.

## **2) Tahap Pelaksanaan Pengukuran Tekanan darah**

1. Kaji faktor yang mempengaruhi tekanan darah seperti merokok atau kafein yang harus dihindari 30 menit sebelum pengukuran tekanan darah.
2. Kaji tempat yang paling baik untuk melakukan pengukuran tekanan darah, yaitu pada lengan kanan. Jangan pasang manset ke lengan bila terpasang infuse, bila tangan dan lengan terkena trauma atau sakit.
3. Siapkan peralatan dan bahan serta pastikan barang-barang tersebut dalam keadaan baik.
  - 1) Sfigmomanometer: katup kontrol harus bebas dan dapat disesuaikan dengan mudah; bila ditutup, katup harus menahan air raksa secara konstan; bila dilepaskan, katup memungkinkan turunnya air raksa secara terkontrol pada tingkatannya; lubang udara pada bagian atas manometer air raksa harus paten; tabung karet yang menghubungkan kantung ke manometer harus panjang minimal 80 cm dengan penghubung kedap udara.
  - 2) Kantung dan manset: kantung harus mengelilingi lengan secara sempurna tanpa saling tumpang tindih, manset harus cukup panjang untuk mengelilingi tangan beberapa kali.
  - 3) Stetoskop
  - 4) Pena dan lembar catatan tekanan darah

4. Bantu klien untuk mengambil posisi duduk atau berbaring. Jika klien dalam posisi duduk, lengan atas klien agak fleksi, lengan bawah disokong sampai setinggi jantung dan telapak tangan telentang.



5. Gulung lengan baju klien pada bagian atas lengan
6. Palpasi arteri brakialis (pada sisi medial bawah otot bicep). Letakkan manset 2,5 cm di atas nadi brakialis. Posisikan panah pada manset di tengah sejajar arteri brakialis



7. Dengan manset kempis sempurna, pasang manset dengan rata dan pas sekeliling lengan atas



8. Pastikan bahwa manometer diposisikan secara vertikal sejajar mata. Pengamat tidak boleh lebih jauh dari 1 m

9. Tempatkan bagian teliga stetoskop pada telinga dan pastikan bunyi jelas dan tidak redup
10. Palpasi arteri brakialis dengan ujung jari dari satu tangan sambil mengembungkan manset dengan cepat sampai tekanan 30 mm Hg di atas titik di mana denyut tidak teraba. Perhatikan titik manometer ketika bunyi yang jelas pertama terdengar. Dengan perlahan kempiskan manset dan biarkan air raksa turun dengan kecepatan 2 sampai 3 mm Hg per detik, kemudian catat titik dimana denyut muncul lagi



11. Kempiskan manset dengan cepat dan lepaskan dari lengan klien kecuali perlu untuk mengulang pengukuran
12. Bila mengulang prosedur, tunggu 2 menit

### 3. PENGUKURAN TINGGI BADAN

#### 1. Tahap Persiapan :

*Jika Microtoa :*

- 1) Pilih dinding yang datar ( $90^0$ )
- 2) Pasang microtoa sepanjang 2 meter dengan indikator 0 di bawah



## 2. Tahap Pelaksanaan

Tahap Pelaksanaan Pengukuran :

1. Kuesioner dan pensil diletakkan dibawah (lantai)
2. Asisten berlutut disamping klien
3. Petugas yang mengukur tinggi badan, berdiri disamping klien
4. Tangan kanan asisten memegang tulang kering pasien sehingga tumit pasien menempel pada tembok
5. Tangan kiri asisten diletakkan pada lutut klien, kedua lutut dirapatkan dan menempel pada tembok
6. Pandangan klien lurus ke depan
7. Tangan pemeriksa diletakkan pada dagu klien untuk memastikan bahwa kepala klien menempel pada tembok
8. Pastikan bahu klien menempel pada tembok
9. Kedua tangan klien berada di samping tubuh
10. Pastikan pantat dan punggung klien menempel pada tembok
11. Mistar atau penggaris diletakkan tegak lurus pada tembok tepat menempel pada kepala klien

## 4. PENIMBANGAN BERAT BADAN

### 1. Macam jenis timbang berat badan :

1. Timbangan injak otomatis / tidak otomatis
2. Timbangan gantung
3. Timbangan yang lengkap dengan pengukur tinggi badan

### 2. Cara menggunakan timbangan

1. Timbangan diletakkan ditempat yang rata
2. Timbangan disetel sampai jarum panah menunjukkan angka 0
3. Klien yang ditimbang sebaiknya memakai baju seringan mungkin, sandal sepatu dibuka.
4. Klien diharapkan meletakkan semua benda yang dibawanya sebelum ditimbang
5. Klien berdiri ditengah-tengah tanpa memegang dan menyentuh sesuatu
6. Timbang berat badan klien kemudian dicatat.
7. Ketelitian penimbangan 0,1 kg



## 5. PETUNJUK PENGISIAN KMS UNTUK KADER

### 1. Pengertian KMS Lanjut Usia

Adalah alat untuk mencatat kesehatan lanjut usia secara pribadi baik fisik maupun psikososialnya

Gunanya :

1. Untuk memantau kesehatan lanjut usia
2. Untuk menemukan secara dini penyakit pada lanjut usia
3. Untuk menilai kemajuan kesehatan lanjut usia

### 2. Bagan KMS Lanjut Usia

1. Halaman luar dibagi menjadi tiga bagian

Bagian tengah bertuliskan judul nama Puskesmas/Puskesmas Pembantu dan nomer registrasi. Bagian kiri terisi format untuk membantu menghitung nilai psikososial. Bagian kanan adalah ruang untuk mencatat keluhan dan tindakan/rujukan bagi lanjut usia sesuai dengan hal-hal yang perlu diperhatikan. Seperti tercantum di bawahnya.

2. Halaman dalam merupakan lembar untuk mencatat

Dalam kesehatan lanjut usia hasil pemeriksaan fisik dan psikososial

### 3. Petunjuk pengisian KMS

#### 1. Identitas Lanjut usia

Tuliskan identitas selengkapnya lanjut usia pemilik KMS yang terdapat pada halaman dalam bagian atas. Coretlah data yang tidak sesuai. Lalu ukur tinggi badan dalam sentimeter tanpa alas kaki dalam keadaan berdiri tegak atau posisi tidur bila lanjut usia telah bongkok dan catatlah hasilnya di tempat yang bersedia (hanya pada kunjungan pertama)

#### 2. Tanggal kunjungan

Isilah tanggal pada kolom kunjungan pertama, kedua dan seterusnya. Setiap kali diadakan pemantauan lanjut usia.

### 3. Indeks masa tubuh (IMT)

Pada tiap kunjungan, timbanglah berat badan tanpa alas kaki dan catat di kolom yang disediakan. Hitung IMT menurut rumus:

$$\frac{\text{Berat badan (kg)}}{(\text{Tinggi badan X Tinggi badan}) \text{ m}^2}$$

(Tinggi badan X Tinggi badan) m

Cocokkan dengan nilai normalnya yaitu pria 20-25, wanita 18-24. Alternatif lain adalah menggunakan normogram IMT yang terdapat di halaman depan KMS.

### 4. Tekanan darah

Ukur tekanan darah dengan tensimeter dan stetoskop. Catat angka systole dan diastole pada kolom yang tersedia. Cocokkan dengan nilai normalnya, systole 120-160 mmHg dan diastole  $\leq 90$  mmHg. Apabila salah satu dari systole atau diastole atau keduanya dia atas normal maka masuk kriteria rendah. Berilah tanda ( $\checkmark$ ) pada kolom yang sesuai (tinggi, normal, rendah). Tanyakan apakah waktu itu sedang minum obat tekanan darah. Berilah ( $\checkmark$ ) kolom yang tersedia apabila ya.

### 5. Kegiatan hidup sehari-hari

Tanyakan kepada lanjut usia atau keluarga, apakah lanjut usia masih mampu melakukan kegiatan hidup sehari-hari tanpa bantuan sama sekali (mandiri=kategori C)? Ataupun ada gangguan dalam melakukannya sendiri (ada gangguan=kategori B)? Ataupun sama sekali tidak mampu melakukan kegiatan sehari-hari sehingga sangat bergantung pada bantuan orang lain. (ketergantungan=kategori A).

Yang dimaksud dengan kegiatan sehari-hari adalah:

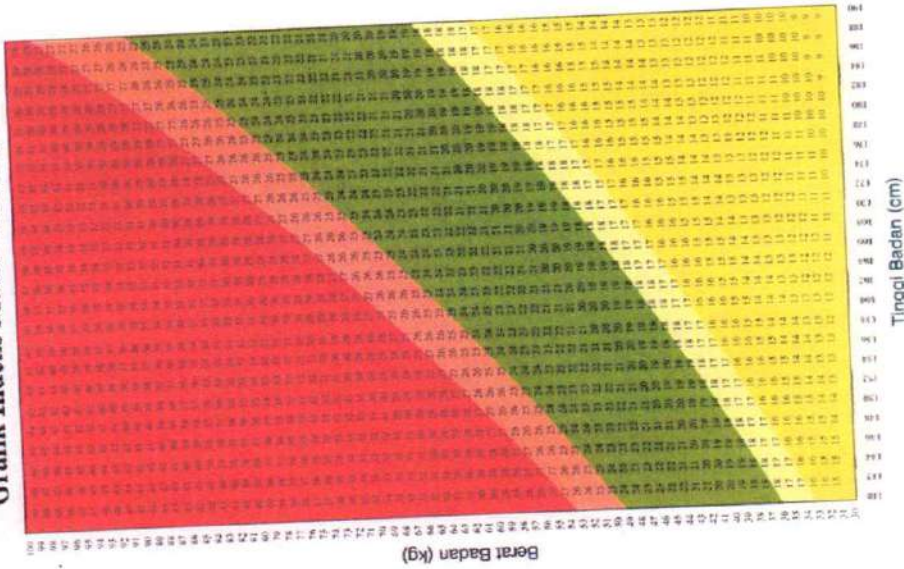
- a. Kegiatan dasar dalam seperti: makan/minum, berjalan, mandi, berpakaian, naik turun tempat tidur, buang air besar/kecil dan sebagainya.
- b. Kegiatan melakukan pekerjaan rumah tangga seperti: memasak, mencuci, berkebun dan sebagainya.

- c. Kegiatan melakukan pekerjaan di luar rumah seperti: belanja, mencari nafkah, mengambil pension, arisan, pengajian dan lain-lain.

Berilah tanda (√) pada kolom yang sesuai (ketergantungan, ada gangguan, mandiri)



**Grafik Indeks Massa Tubuh (IMT)**



CATATAN PEMANTAUAN		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
Kunjungan ke																										
Tanggal																										
Kegiatan sehari-hari																										
Kategori A																										
Kategori B																										
Kategori C																										
Status Mental																										
Masalah Fungsional																										
Ada																										
Tidak ada																										
Status Gizi																										
Indeks Massa Tubuh																										
Lemah																										
Normal																										
Kurang																										
Berat badan Kf																										
Tinggi badan (cm)																										
Tekanan Darah																										
Tinggi																										
Normal																										
Rendah																										
Sistolik																										
Diastolik																										
Dgn obat																										
Sial																										
Hemoglobin : Sahl/Cuprisulfur/Talquist																										
(Coret yang tidak dipakai)																										
Kurang																										
Normal																										
g% atau g																										
Reduksi Urine																										
Positif																										
Normal																										
Jumlah laktat +																										
Dgn obat																										
Protein Urine																										
Positif																										
Normal																										
Jumlah laktat +																										
Dgn obat																										

Nilai-nilai Normal :  
 \* Indeks Massa Tubuh : 18,5 - 25  
 \* Tekanan Darah : Sistolik = 120-160mmHg, Diastolik  $\leq$  90 mmHg  
 \* Haemoglobin : L  $\geq$  13g%, P  $\geq$  12 g%, Talquist  $\geq$  70 %

## **6. DIABETES MELLITUS**

### **1. Definisi**

Diabetes mellitus merupakan kelainan heterogen yang ditandai oleh kenaikan kadar glukosa / gula dalam darah ( hiperglikemi ) ( brunner & suddart , 2001 ).

Diabetes Melitus adalah suatu penyakit kronik metabolik yang kompleks melibatkan gangguan metabolik karbohidrat, protein dan lemak dan perkembangan komplikasi secara microvaskuler, macrovaskuler serta neuropati . Diabetes Melitus merupakan kelainan heterogen , ditandai dengan sirkulasi glukosa , lipid dan asam amino berkadar tinggi, karena tidak memadainya insulin dalam memenuhi tuntutan metabolisme tubuh (Keith, 1996).

### **2. Klasifikasi**

Ada beberapa klasifikasi dari diabetes mellitus yaitu :

1. Tipe I : Diabetes tergantung insulin ( Insulin Dependent Diabetes Melitus / IDDM )
2. Tipe II : Diabetes tidak tergantung insulin (Non Insulin Diabetes Melitus / NIDDM)
3. Diabetes Melitus Gestasional ( GDM )
4. Diabetes Melitus yang berhubungan dengan keadaan atau sindrom lainnya

### **3. Cara mengetahui glukosa dalam urine**

- 1) Urine penderita tersebut segera dikerumuni semut karena mengandung glukosa
- 2) Adanya rasa manis di urine
- 3) Timbulnya rasa gatal di daerah kemaluan pada bekas kencing
- 4) Yang paling tepat adalah pemeriksaan terhadap glukosa di dalam urine, dengan cara:
  1. Test Glukosa darah
  2. Gula dalam urine
  3. Glukosa toleran test
  4. Plasma proinsulin

#### 4. Etiologi

- 1) Tidak diketahui
- 2) Pada IDDM biasa karena tidak adekuat produksi insulin oleh pancreas
- 3) Pada NIDDM karena terjadi peningkatan kebutuhan insulin
- 4) Etiologi lain : pankreatitis, tumor pancreas, obesitas, hipertiroid, akromegali, kehamilan, infeksi

#### 5. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala penyakit Diabetes Mellitus dapat digolongkan menjadi gejala akut dan gejala kronik.

##### 1) Gejala akut

1. Pada permulaan gejala yang ditunjukkan meliputi tiga serba banyak, yaitu:

- 1) Banyak makan (*polifagia*)
- 2) Banyak minum (*polidipsia*)
- 3) Banyak kencing (*poliuria*)

Dalam fase ini biasanya penderita menunjukkan berat badan yang terus naik dan bertambah gemuk, karena pada saat ini jumlah insulin masih mencukupi.

2. Bila keadaan tersebut tidak cepat diobati, lama-kelamaan mulai timbul gejala yang disebabkan oleh kurangnya insulin, yaitu:

- 1) Banyak minum
- 2) Banyak kencing
- 3) Berat badan turun dengan cepat (dapat turun 5-10 kg dalam waktu 2-4 minggu)
- 4) Mudah lelah
- 5) Bila tidak lekas diobati, maka akan timbul rasa mual, bahkan penderita akan jatuh koma (tidak sadarkan diri) dan disebut *koma diabetik*.

##### 2) Gejala kronik

Gejala kronik yang sering timbul adalah:

1. Kesemutan
2. Kulit terasa panas, atau seperti tertusuk-tusuk jarum

3. Rasa tebal di kulit, sehingga kalau berjalan seperti di atas bantal atau kasur
4. Kram
5. Capai
6. Mudah mengantuk
7. Mata kabur, biasanya sering ganti kacamata
8. Gatal disekitar kemaluan, terutama wanita
9. Gigi mudah goyah dan mudah lepas
10. Kemampuan seksual menurun, bahkan bisa impoten

## **6. Komplikasi**

### **1. Komplikasi jangka pendek**

1. Diabetes Keto Asidosis
2. Hipoglikemi
3. Hiperglikemi

### **2. Komplikasi jangka panjang**

1. Kerusakan pada syaraf mata (retinopati) yaitu pandangan kabur hingga buta
2. Penyempitan pembuluh darah

### **3. Penatalaksanaan**

1. Diet rendah kalori
2. Exercise untuk meningkatkan jumlah dan fungsi reseptor site
3. Insulin diberikan bila dengan oral tidak efektif
4. Khusus untuk ganggren : Ringan atau lokasi bukan daerah ekstremitas dilakukan nekrotomi luas di OK. Berat dan lokasinya pada ekstremitas pertimbangan amputasi

### **4. Hal-hal yang perlu diperhatikan**

#### **1. Jenis Makanan yang Dipilih**

- 1) Penggunaan gula murni dan makanan serta minuman yang diolah dengan gula murni tidak dianjurkan seperti gula pasir, gula jawa, gula-gula, dodol, coklat, selai, madu, sirup, limun, coca cola, susu kental manis, es cream, kue-kue manis, cake, buah dalam kaleng



- 2) Makanlah banyak sayuran
- 3) Semua macam buah boleh dimakan
2. Jumlah Makanan yang dikonsumsi sepanjang hari
  - 1) Jumlah makanan sehari dan pembagiannya perlu diatur dengan memperhatikan selang waktu antara makan pagi, siang dan malam serta makanan selingan jam 10.00 dan jam 16.00 sore
  - 2) Makanlah secara teratur sesuai dengan jumlah dan pembagian makanan yang telah ditentukan oleh konsultan gizi

*Penentuan Gizi Penderita dan Jumlah Kalori Perhari*

$$\text{BBR \%} = \frac{\text{BB}}{\text{TB} - 100} \times 100$$

Keterangan :

- BB = Berat Badan ( kg )  
 TB = Tinggi Badan ( cm )  
 BBR = Berat Badan Relatif

Kebutuhan kalori/hari untuk menuju berat badan normal :

1. Berat Badan Kurang ( BBR < 90 % ) kebutuhan kalori sehari : 40 – 60 kalori / kg BB.
2. Berat Badan Normal ( BBR 90 – 100 % ) kebutuhan kalori sehari : 30 kalori / kg BB.
3. Berat Badan Lebih ( BBR > 110 % ) kebutuhan kalori sehari : 20 kalori / kg BB.
4. Gemuk = obesitas ( BBR > 120 % ) kebutuhan kalori sehari : 15 kalori / kg BB.

## 7. HIPERTENSI (TEKANAN DARAH TINGGI)

### 1. Pengertian

Hipertensi adalah tekanan darah sistolik  $\geq$  140 mmHg dan tekanan darah diastolic  $\geq$  90 mmHg, atau bila pasien menggunakan obat anti hipertensi (Kapita Selecta Kedokteran, 2001).

Pada manula, hipertensi didefinisikan sebagai tekanan sistolik 160mmHg dan diastolic  $\geq$  90 mmHg.

## 2. Penyebab

Penyebab Hipertensi sejauh ini belum diketahui secara jelas, tetapi diduga beberapa factor penyebab atau resiko adalah sebagai berikut :

- 1) Makan makanan yang mengandung lemak dan kolesterol tinggi, garam
- 2) Usia
- 3) Kegemukan ( obesitas )
- 4) Faktor keturunan
- 5) Perokok
- 6) Konsumsi alkohol dan kopi yang berlebihan
- 7) Emosi ( stress )

## 3. Tanda dan Gejala

Adapun tanda dan gejala dari hipertensi adalah :

- 1) Pusing
- 2) Rasa berat di tengkuk
- 3) Sukar tidur
- 4) Rasa mudah lelah
- 5) Cepat marah
- 6) Telinga berdenging
- 7) Mata berkunang – kunang

## 4. Gangguan fungsi tubuh akibat hipertensi

- 1) Fungsi motorik (otot-otot) yang berupa kelumpuhan, misalnya lengan atau tungkai, muka, atau kejang-kejang.
- 2) Fungsi sensorik (perasaan), yang berupa kesemutan.
- 3) Gangguan saraf kepala, misalnya juling, pelo, sukar menelan.
- 4) Gangguan fungsi koordinasi(keseimbangan), misalnya sempoyongan, pusing tujuh keliling.
- 5) Gangguan fungsi luhur, misalnya tak sadarkan diri, tak dapat bicara, mendadak tolol, lupa diri.
- 6) Gangguan otonom, misalnya ngompol, buang air besar tanpa disadari.

### 5. Berbagai tingkatan tekanan darah

Tekanan dalam mm Hg		Tingkatan tekanan darah	Gejala-gejala yang dapat menyertainya
Sistole	Diastole		
Kurang dari 90	Kurang dari 60	Rendah	Pusing, lemah, mata gelap terutama bila cepat berdiri dari duduk, jongkok atau berbaring.
90-140	60-90	Normal	Tidak ada
140-160	90-95	Hipertensi perbatasan	Seharusnya tidak ada. Kalau ada, mungkin ada sebab lain atau ada komplikasi hipertensi
160-200	95-110	Hipertensi ringan	Tekanan darah terkadang naik-turun. Komplikasi hipertensi mungkin belum terjadi.
200-230	110-120	Hipertensi sedang	Tidak selalu disertai keluhan, ginjal masih berfungsi baik.
230-280	120-140	Hipertensi berat	Biasanya disertai keluhan jantung, ginjal atau otak
230 (bila meningkat dengan cepat)	130	Hipertensi ganas	Mendadak sakit keras dengan gangguan berat pada fungsi ginjal dan ada kelainan pada mata.

### 6. Cara Pencegahan dan Perawatan Hipertensi

#### 1. Pencegahan :

- 1) Olahraga teratur
- 2) Mengurangi konsumsi alcohol dan kopi
- 3) Mengurangi makan makanan yang mengandung tinggi lemak, tinggi kolesterol dan garam

- 4) Menghindari stress
- 5) Menghentikan kebiasaan merokok

## 2. Perawatan :

- 1) Control dan minum obat secara teratur ke fasilitas kesehatan (puskesmas, Rumah Sakit, Dokter Praktek)
- 2) Istirahat cukup
- 3) Diet Rendah Garam

### **Yang dimaksud diet rendah garam adalah**

1. Membantu menghilangkan penimbunan garam/air dalam jaringan tubuh.
2. Membantu menurunkan tekanan darah bila ada tekana darah tinggi.

### **Cara memasak yang disarankan:**

Rasa tawar dapat diperbaiki dengan mengurangi bumbu-bumbu yang tak mengandung natrium seperti bawang, brambang, jahe, kunir, salam, gula cuka dsb. Disamping itu menggoreng, menumis atau memanggang juga dapat meninggikan rasa makanan.

**Suatu cara untuk mengeluarkan garam natrium dari margarine adalah sebagai berikut:**

- 1) Campurlah margarine dengan air dan masaklah hingga mendidih. Margarin akan mencair dan garam natrium akan larut dalam air.
- 2) Dinginkanlah cairan kembali dengan mencampurkan es ke dalamnya atau memasukan pancinya ke lemari es. Margarin akan keras kembali. Buanglah air yang mengandung garam natrium itu. Lakukan itu sampai dua kali.

## 3. Menu yang diperbolehkan

1. Semua bahan makanan segar atau diolah tanpa garam natrium yang berasal dari tumbuh-tumbuhan seperti:
  - 1) Beras, kentang, ubi, maizena, terigu, hunkwe, gula pasir.
  - 2) Kacang-kacangan dan hasil kacang-kacangan seperti kacang hijau, kacang merah, kacang tanah, kacang tolo, tempe, tahu tawar dan oncom.
  - 3) Minyak goreng, margarine tanpa garam.

- 4) Sayur dan buah-buahan.
- 5) Bumbu-bumbu seperti bawang, brambang, jahe, kemiri, kunir, kencur, laos, lombok, salam, sere dan cuka.

2. Bahan makanan berasal dari hewan dalam jumlah terbatas:

- 1) Daging/ayam atau ikan paling banyak 100 gr per hari
- 2) Telur ayam atau telur bebek paling banyak 1 butir sehari.
- 3) Susu segar paling banyak 2 gelas sehari. 100 gr daging mengandung sama banyak natrium dengan 2 butir telur ayam atau setengah gelas susu. Otak, ginjal, paru-paru, jantung dan udang mengandung lebih banyak natrium. Jadi sebaiknya makanan-makanan tersebut dihindari.

3. Minuman seperti: kopi, teh, sirup, minuman botol ringan, sari buah.

**4. Menu yang tidak diperbolehkan:**

Semua makanan yang diberi garam natrium pada pengolahannya, seperti:

- 1) Roti, biskuit, kreker, cake dan kue lain yang dimasak dengan garam dapur dan atau soda.
- 2) Dendeng, abon, cornet sapi, daging asap, ikan asin, ikan pindang, sarden, ebi, udang kering, telur asin dan telur pindang.
- 3) Keju.
- 4) Margarin dan mentega.
- 5) Acar, asinan sayur, sayur dalam kaleng.
- 6) Asinan buah, manisan buah, buah dalam kaleng.
- 7) Garam dapur, vetsin, soda kue, kecap, terasi, petis, taoco, saus tomat dan baking powder.

**5. Contoh Menu Rendah Garam:**

1. Pagi : Nasi  
Telur dadar  
Tumis kacang panjang
2. Jam 10.00 : Buah (kecuali durian)
3. Siang : Nasi  
Ikan acar kuning

- Sambel goreng kering tempe  
Sayur lodeh  
Pepaya
4. Malam : Nasi  
Ikan acar kuning  
Tahu bacem  
Cah sawi dan wortel  
Pisang

## 8. NYERI SENDI (LINU)

### 1. Definisi

Nyeri sendi adalah kelainan degenerasi non inflamasi sendi, kebanyakan mengenai orang tua yang ditandai dengan proses degenerasi tulang rawan sendi, hipertrofi tulang pada tepi permukaan sendi dan kekakuan sendi setelah suatu masa kegiatan yang lama.

### 2. Penyebab Nyeri sendi

Penyebabnya hingga saat ini masih belum terungkap, namun beberapa faktor risiko untuk timbulnya linu sendi antara lain adalah:

1. Umur : dengan meningkatnya umur, terjadi peningkatan linu pada sendi-sendi
2. Wanita : setelah umur 50 tahun
3. Obesitas : dari studi epidemiologi ditemukan adanya hubungan antara linu dengan obesitas
4. Trauma : trauma yang berulang mempermudah timbulnya linu
5. Herediter dan penyakit timbunan Kristal

### 3. Gambaran Klinik Nyeri Sendi

Linu dapat terjadi secara primer dan sekunder. Primer bila penyebab tidak diketahui, sedang sekunder bila disebabkan oleh kelanjutan penyakit lain. Gambaran klinik primer sebagai berikut:

1. Umur : lebih dari 50 tahun
2. Tempat yang sering : sendi coxa, lutut, servikal, lumbal
3. Sendi yang bisa dipakai : pergelangan tangan, siku, tumit

4. Ciri rasa tak enak sendi : memburuk dengan banyak gerak dan reda waktu istirahat. Pada penyakit yang berat dapat pula nyeri waktu istirahat. Tidak ada kaku di pagi hari atau kurang dari 30 menit.
5. Pemeriksaan sendi : nyeri setempat, pembengkakan tulang dan atau jaringan lunak

#### 4. Klasifikasi Nyeri Sendi

Klasifikasi padanyeri sendi:

1. Lokalisata (Tempat utama)
  1. Pinggul – pangkal paha
  2. Lutut
  3. Spinal apophyseal
  4. Tangan
  5. Kaki (kaki bagian tengah, kaki belakang)
  6. Lain – lain (bahu, siku, pergelangan tangan, pergelangan kaki)
2. Generalisata
  1. Tangan
  2. Tangan dan lutut

#### 5. Kriteria Diagnosis

LETAK	KLINIK, LABORATORIK, RADIOGRAFIK
<b>Lutut</b> 1. Nyeri lutut 2. Krepitasi dan kekakuan pada pagi hari < 30 menit dan umur > 38 tahun 3. Krepitasi dan pembesaran tulang	1. Nyeri lutut 2. Cairan synovial dengan 2 atau 3. Temuan : jernih, viscous Lekosit PMN < 2000/mm <sup>3</sup> 3. Kekauan pagi hari < 30 menit dan krepitasi
<b>Pinggul</b> 1. Nyeri pinggul 2. Rotasi internal 15° 3. Kekakuan pagi < 60 menit dan umur > 50 tahun 4. Nyeri saat rotasi internal	1. Nyeri pinggul 2. LED < 20 mm/jam X-foto : penyempitan ruang sendi
<b>Tangan</b> 1. Nyeri tangan, sakit atau kekakuan 2. Pembesaran jaringan keras dari 2 atau lebih dari 10 sendi tangan tertentu	

## Pengukuran Tekanan Darah

1. Kaji faktor yang mempengaruhi tekanan darah seperti merokok atau kafein yang harus dihindari 30 menit sebelum pengukuran tekanan darah.
2. Kaji tempat yang paling baik untuk melakukan pengukuran tekanan darah, yaitu pada lengan kanan. Jangan pasang manset ke lengan bila terpasang infuse, bila tangan dan lengan terkena trauma atau sakit.
3. Siapkan peralatan dan bahan serta pastikan barang-barang tersebut dalam keadaan baik.
  - 1) Sfigmomanometer: katup kontrol harus bebas dan dapat disesuaikan dengan mudah; bila ditutup, katup harus menahan air raksa secara konstan; bila dilepaskan, katup memungkinkan turunnya air raksa secara terkontrol pada tingkatannya; lubang udara pada bagian atas manometer air raksa harus paten; tabung karet yang menghubungkan kantung ke manometer harus panjang minimal 80 cm dengan penghubung kedap udara.
  - 2) Kantung dan manset: kantung harus menggilingi lengan secara sempurna tanpa saling tumpang tindih, manset harus cukup panjang untuk menggilingi tangan beberapa kali.
  - 3) Stetoskop
  - 4) Pena dan lembar catatan tekanan darah



4. Bantu klien untuk mengambil posisi duduk atau berbaring. Jika klien dalam posisi duduk, lengan atas klien agak fleksi, lengan bawah disokong sampai setinggi jantung dan telapak tangan telentang.

5. Gulung lengan baju klien pada bagian atas lengan
6. Palpasi arteri brakialis (pada sisi medial bawah otot bicep). Letakkan manset 2,5 cm di atas nadi brakialis. Posisikan panah pada manset di tengah sejajar arteri brakialis



7. Dengan manset Kempis sempurna, pasang manset dengan rata dan pas sekeliling lengan atas



8. Pastikan bahwa manometer diposisikan secara vertikal sejajar mata. Pengamat tidak boleh lebih jauh dari 1 m
9. Tempatkan bagian teliga stetoskop pada telinga dan pastikan bunyi jelas dan tidak redup

10. Palpasi arteri brakialis dengan ujung jari dari satu tangan sambil menggembungkan manset dengan cepat sampai tekanan 30 mm Hg di atas titik di mana denyut tidak teraba. Perhatikan titik manometer ketika bunyi yang jelas pertama terdengar. Dengan perlahan Kempiskan manset dan biar-



11. Kempiskan manset dengan cepat dan lepaskan dari lengan klien kecuali perlu untuk mengulang pengukuran
12. Bila mengulang prosedur, tunggu 2 menit

Dibuat oleh :

Fitria Trisna Kusuma

Mahasiswa

Program Studi S1 Ilmu Keperawatan

Fakultas Kedokteran

Universitas Airlangga





**Yang Perlu Kita Ketahui**



## Pengukuran Berat Badan

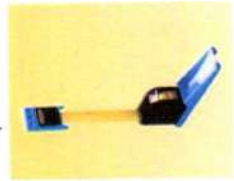
Dibuat oleh :  
Fitria Trisna Kusuma  
Mahasiswa  
Program Studi S1 Ilmu Keperawatan  
Fakultas Kedokteran Universitas  
Airlangga  
2008

### Cara Pengukuran Tinggi Badan



Tahap Pelaksanaan Pengukuran :

1. Kuesioner dan pensil diletakkan dibawah (lantai)
2. Asisten berlutut disamping klien
3. Petugas yang mengukur tinggi badan, berdiri disamping klien
4. Tangan kanan asisten memegang tulang kering pasien sehingga tumit pasien menempel pada tembok
5. Tangan kiri asisten diletakkan pada lutut klien, kedua lutut dirapatkan dan menempel pada tembok
6. Pandangan klien lurus ke depan
7. Tangan pemeriksa diletakkan pada dagu klien untuk memastikan bahwa kepala klien menempel pada tembok
8. Pastikan bahu klien menempel pada tembok
9. Kedua tangan klie berada di samping tubuh
10. Pastikan pantat dan punggung klien menempel pada tembok
11. Mistar atau penggaris diletakkan tegak lurus pada tembok tepat menempel pada kepala klien





**Yang Perlu Kita Ketahui**

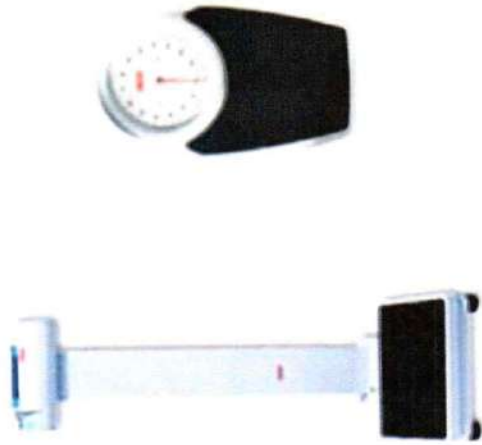


## BERAT BADAN

Dibuat oleh :  
Fitria Trisna Kusuma  
Mahasiswa  
Program Studi S1 Ilmu Keperawatan  
Fakultas Kedokteran Universitas  
Airlangga  
2008

### Cara Menggunakan Timbangan

1. Timbangan diletakkan ditempat yang rata
2. Timbangan disetel sampai jarum panah menunjukkan angka 0
3. Klien yang ditimbang sebaiknya memakai baju seringan mungkin, sandal sepatu dibuka.
4. Klien diharapkan meletakkan semua benda yang dibawanya sebelum ditimbang
5. Klien berdiri ditengah-tengah tanpa memegang dan menyentuh sesuatu
6. Timbang berat badan klien kemudian dicatat.
7. Ketelitian penimbangan 0,1 kg



**JAGALAH BERAT  
BADAN ANDA**

Gejala yang lain:

1. Kesemutan
2. Kulit terasa panas, atau seperti tertusuk-tusuk jarum
3. Rasa tebal di kulit
4. Kram
5. Capai
6. Mudah mengantuk
7. Mata kabur
8. Gatal disekitar kemaluan, terutama wanita
9. Gigi mudah goyah dan mudah lepas

### Jenis Makanan yang Dipilih

1. Penggunaan gula murni dan makanan serta minuman yang diolah dengan gula murni tidak dianjurkan seperti gula pasir, gula jawa, gula-gula, dodol, coklat, selai, madu, sirup, limun, coca cola, susu kentel manis, es cream, kue-kue manis, cake, buah dalam kaleng.
2. Makanlah banyak sayuran
3. Semua macam buah boleh dimakan

FOOD PYRAMID



Pantang an :

1. Segala yang manis-manis
2. Stress, emosi, tidur kurang dari 6 jam
3. Kurang olah raga
4. Alkohol, durian, Tape, miras
5. Kurang Gerak
6. Berjalan tanpa alas kaki
7. Tidak rutin kontrol

**MULAILAH MENJALANI  
POLA HIDUP SEHAT DARI  
DIRI SENDIRI**



**Yang Perlu Kita Ketahui**



## DIABETES MELLITUS (Kencing manis)

Dibuat oleh :  
Fitria Trisna Kusuma  
Mahasiswa  
Program Studi S1 Ilmu Keperawatan  
Fakultas Kedokteran Universitas  
Airlangga  
2008

### Pengertian Diabetes Mellitus

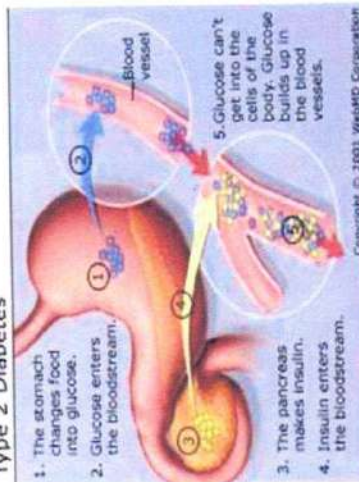
Diabetes mellitus merupakan kelainan heterogen yang ditandai oleh kenaikan kadar glukosa / gula dalam darah (brunner&suddart, 2001)

### Macam-Macam DM

Ada beberapa klasifikasi dari diabetes mellitus yaitu :

1. Tipe I : Diabetes tergantung insulin (Insulin Dependent Diabetes Mellitus/ IDDM)
2. Tipe II : Diabetes tidak tergantung insulin (Non Insulin Diabetes Mellitus/ NIDDM)
3. Diabetes Mellitus Gestasional ( GDM )
4. Diabetes Mellitus yang berhubungan dengan keadaan atau sindrom lainnya

Type 2 Diabetes



### Penyebab

1. Tidak diketahui
2. Pada IDDM biasa karena tidak adekuat produksi insulin oleh pancreas
3. Pada NIDDM karena terjadi peningkatan kebutuhan insulin
4. Etiologi lain : pankreatitis, tumor pancreas, obesitas, hipertiroid, akromegali, kehamilan, infeksi



### Tanda dan Gejala

Gejala yang sering muncul pada DM.

yaitu :

1. Poliuria (banyak dan sering kencing)
2. Polipagia (banyak makan)
3. Polidipsi (banyak minum)

### GEJALA DIABETES MELLITUS



Banyak kencing

Banyak makan



Banyak minum



### Menu yang tidak diperbolehkan

Minuman seperti: kopi, teh, sirup, minuman botol ringan (bersoda), sari buah.



Semua makanan yang diberi garam natrium pada pengolahannya, seperti:

1. Roti, biskuit, krekker, cake dan kue lain yang dimasak dengan garam dapur dan atau soda.
2. Dendeng, abon, cornet sapi, daging asap, ikan asin, ikan pindang, sarden, ebi, udang kering, telur asin dan telur pindang.
3. Keju, keju kacang tanah.
4. Margarin dan mentega.
5. Acar, asinan sayur, sayur dalam kaleng.
6. Asinan buah, manisan buah, buah dalam kaleng.
7. Garam dapur, vetsin, soda kue, kecap, terasi, petis, taoco, saus tomat dan baking powder.

### Contoh Menu Rendah Garam

1. Pagi : Nasi  
Telur dadar  
Tumis kacang panjang  
2. Jam 10.00: Buah (kecuali durian)
3. Siang : Nasi  
Ikan acar kuning  
Sambel goreng kering tempe  
Sayur lodeh  
Pepaya
4. Malam : Nasi  
Ikan acar kuning  
Tahu bacem  
Cah sawi dan wortel  
Pisang



### MULAILAH MENJALANI POLA HIDUP SEHAT DARI DIRI SENDIRI



## Yang Perlu Kita Ketahui



## HIPERTENSI (Darah Tinggi)

Dibuat oleh :  
Fitria Trisna Kusuma  
Mahasiswa  
Program Studi S1 Ilmu Keperawatan  
Fakultas Kedokteran Universitas  
Airlangga  
2008

### Definisi Hipertensi

Hipertensi adalah tekanan darah sistolik  $\geq 140$  mmHg dan tekanan darah diastolic  $\geq 90$  mmHg, atau bila pasien menggunakan obat anti hipertensi (Kapita Selecta Kedokteran, 2001).



### Penyebab Hipertensi

1. Makan makanan yang mengandung lemak dan kolesterol tinggi, garam
2. Usia
3. Kegemukan ( obesitas )
4. Faktor keturunan
5. Peroko
6. Konsumsi alkohol dan kopi yang berlebihan
7. Emosi ( stress )

### Tanda dan Gejala

1. Pusing
2. Rasa berat di tengkuk
3. Sukar tidur
4. Rasa mudah lelah
5. Cepat marah
6. Telinga berdenging
7. Mata berkunang - kunang
8. Mimisan

### Pencegahan Hipertensi

1. Olahraga teratur
2. Mengurangi konsumsi alcohol dan kopi
3. Mengurangi makan makanan yang mengandung tinggi lemak, tinggi kolesterol dan garam
4. Menghindari stress
5. Menghentikan kebiasaan merokok



### Perawatan Hipertensi

1. Control dan minum obat secara teratur ke fasilitas kesehatan ( puskesmas, Rumah Sakit, Dokter Praktek )
2. Istirahat cukup
3. Diet Rendah Garam

### Menu yang diperbolehkan

1. Semua bahan makanan segar atau diolah tanpa garam natrium yang berasal dari tumbuhan-tumbuhan seperti:
  - A. Beras, kentang, ubi
  - B. Kacang-kacangan dan hasil kacang-kacangan
  - C. Minyak goreng, margarine tanpa garam
  - D. Sayur dan buah-buahan.
  - E. Bumbu-bumbu seperti bawang, brambang, jahe, kemiri, kunir, kencur, laos, lombok, salam, sere dan cuka.
2. Bahan makanan berasal dari hewan dalam jumlah terbatas:
  - A. Daging/ayam atau ikan (max 100 gr/ hari)
  - B. Telur ayam atau telur bebek (max 1 butir/hari)
  - C. Susu segar(max 2 gelas/hari)



**Yang Perlu Kita Ketahui**



## NYERI SENDI

Dibuat oleh :  
Fitria Trisna Kusuma  
Mahasiswa  
Program Studi S1 Ilmu Keperawatan  
Fakultas Kedokteran Universitas  
Airlangga  
2008

### DEFINISI

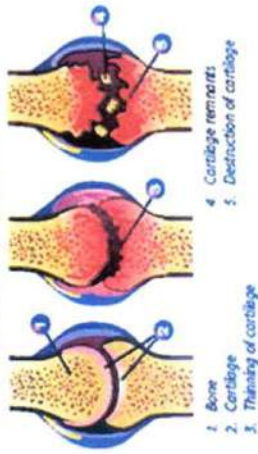
Nyeri sendi adalah kelainan degenerasi non inflamasi sendi, kebanyakan mengenai orang tua yang ditandai dengan proses degenerasi tulang rawan sendi, hipertrofi tulang pada tepi permukaan sendi dan kekakuan sendi setelah suatu masa kegiatan

### PENYEBAB

Penyebabnya hingga saat ini masih belum terungkap, namun beberapa faktor risiko untuk timbulnya nyeri sendi antara lain adalah:

1. Umur : dengan meningkatnya umur, terjadi peningkatan linu pada sendi-sendi
2. Wanita : setelah umur 50 tahun
3. Obesitas : dari studi epidemiologi ditemukan adanya hubungan antara linu dengan obesitas
4. Trauma : trauma yang berulang mempermudah timbulnya linu
5. Hereditas dan penyakit timbunan Kristal

### Evolution of Osteoarthritis



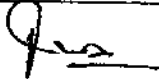
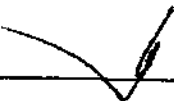








### Klasifikasi Nyeri Sendi

1. Lokalisata (Tempat utama)
  - 1) Pinggul - pangkal paha
  - 2) Lutut
  - 3) Spinal apophyseal
  - 4) Tangan
  - 5) Kaki (kaki bagian tengah, kaki belakang)
  - 6) Lain - lain (bahu, siku, pergelangan tangan, pergelangan kaki)
2. Generalisata
  - 1) Tangan
  - 2) Tangan dan lutut




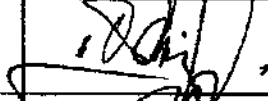





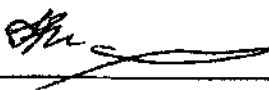
**MULAILAH MENJALANI  
POLA HIDUP SEHAT DARI  
DIRI SENDIRI**

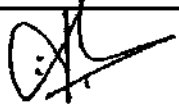

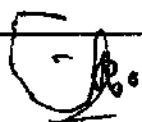
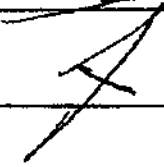
## Lampiran 10

**DAFTAR HADIR PELATIHAN POSYANDU LANSIA I TANGGAL 17 JUNI  
2008**


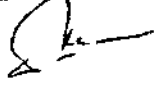


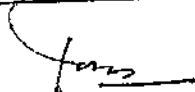




NO.	NAMA	TANDA TANGAN
1.	TARJA	
2.	Djennadi	
3.	Sriwama	
4.	Sulandjati	
5.	Pu Bambang	
6.	Ny. Hadari	
7.	Ny. Sumadi	
8.	ny. Sriyatum	
9.	PSlamet	
10.	SOEWARTO	








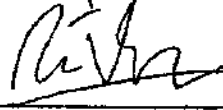

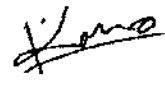


11.	Marino	
12.	Sarkoou	
13.	Sumali	
14.	Umuy S. Arzic	
15.	Slamet W.	
16.	vy. Pambang Purptini	
17.	Suhri	
18.	Suharni	
19.	Kemi	
20.	Ngadireu	

21.	Sungono	
22.	Suhard	
23.	SUKARU	
24.	Ny Subomo	
25.		
26.		
27.		
28.		
29.		
30.		

DAFTAR HADIR PELATIHAN POSYANDU LANSIA II  
TANGGAL 2 JULI 2008

NO.	NAMA	TAMBA TAMBAH
1.	MARMO	
2.	MUSIKAN	
3.	Soetomo	A.
4.	Ny Herminah Suratmih	
5.	M. Sulandjati	
6.	TARIP	
7.	Suwarna.	
8.	Ajiemati	
9.	Slamex	
10.	Sukud	

No.	NAMA	TANDA TANGGAL
11.	SUKARNI	
12.	Subri	
13.	SLAMET W.	
14.	Sriyati Susanto	
15.	SOEWARTO	
16.	My. Siyaton	
17.	Subaeni	
18.	Sumali	
19.	Kemi	
20.	Karno	

## Lampiran 11

FOTO PELAKSANAAN POSYANDU I, II DAN III  
PADA BULAN JUNI DAN JULI

FOTO PELATIHAN POSYANDU LANSIA



Lampiran 12

Tabulasi Data Umum dan Hasil Penelitian Responden

No. Responden	Umur	Sex	Status Perkawinan	Pendidikan Terakhir	Lama sebagai Kader (tahun)	Pretest			Posttest		
						Pengetahuan	Sikap	Kinerja	Pengetahuan	Sikap	Kinerja
01	1	1	2	3	2	2	2	3	1	3	
02	2	1	2	2	1	2	2	2	1	3	
03	1	1	2	3	2	1	2	2	1	3	
04	4	1	3	1	1	2	2	1	2	3	
05	4	1	2	3	3	1	2	2	1	3	
06	1	1	2	3	1	1	1	3	1	2	
07	1	1	2	2	3	1	2	3	2	3	
08	3	1	2	3	2	1	2	2	1	2	
09	3	1	2	2	3	2	2	2	1	2	
10	3	2	4	1	4	3	1	3	1	3	
11	3	2	2	3	4	3	1	3	1	3	
12	4	1	2	2	4	1	2	2	1	3	
13	3	1	2	3	2	3	1	3	1	3	
14	3	2	2	3	2	1	1	3	1	3	
15	1	2	2	4	1	2	2	3	1	3	

16	4	1	2	3	4	2	2	3	1	3
17	2	2	4	3	4	2	2	2	1	3
18	2	1	2	3	3	1	1	2	1	3
19	4	1	2	3	3	1	2	2	1	3
20	3	1	2	3	3	2	1	2	1	3

## Keterangan :

1. Umur
    - : 1. 55 – 63 tahun
    2. 64 – 65 tahun
    3. 66 – 70 tahun
    4. 71 – 84 tahun
  2. Jenis Kelamin
    - : 1. Pria
    2. Wanita
  3. Status Perkawinan
    - : 1. Belum Kawin
    2. Kawin
    3. Duda
    4. Janda
  4. Pendidikan Terakhir
    - : 1. SD
    2. SMP
    3. SMA
    4. Diploma 3
    5. Sarjana
  5. Lama Sebagai Kader
    - : 1. 5 -24 bulan
    2. 36 – 60 bulan
    3. 120 -132 bulan
    4. 144 – 225 bulan
- 
6. Pengetahuan
    - : 1. Kurang ( $\leq 55\%$ )
    2. Cukup (56-75)%
    3. Baik (76-100)%
  7. Sikap
    - : 1. Positif
    2. Negatif
  8. Kinerja
    - : 1. Kurang ( $\leq 55\%$ )
    2. Cukup (56-75)%
    3. Baik (76-100)%



### Tabulasi Variabel yang Diukur

#### 1. Pengetahuan

Tabel Pengetahuan kader Posyandu Lansia sebelum dan sesudah dilakukan pelatihan Posyandu Lansia.

No. Responden	Pengetahuan				Perubahan
	Pre Test	Kode	Post Test	Kode	
01	60	2	80	3	+ 20
02	30	1	60	2	+ 30
03	50	1	60	2	+ 10
04	30	1	50	1	+ 20
05	50	1	60	2	+ 10
06	40	1	80	3	+ 40
07	50	1	80	3	+ 30
08	50	1	70	2	+ 20
09	60	2	70	2	+ 10
10	80	3	80	3	0
11	80	3	80	3	0
12	30	1	70	2	+ 40
13	80	3	90	3	+ 10
14	50	1	80	3	+ 30
15	70	2	90	3	+ 20
16	60	2	90	3	+ 30
17	70	2	70	2	0
18	50	1	60	2	+ 10
19	50	1	80	3	+ 30
20	70	2	80	3	+ 10
Mean	55,5		74		18,5
SD	16,05		11.42		
	p= 0,001				

## Keterangan:

1. Kurang ( $\leq 55\%$ ) : kode 1
2. Cukup (56-75)% : kode 2
3. Baik (76-100)% : kode 3

## 2. Sikap

Tabel Sikap wanita usia 25-35 tahun sebelum dan sesudah dilakukan pendidikan kesehatan

No. Responden	Sikap						Perubahan
	Pre Test	T	Kode	Post Test	T	Kode	
01	15	46,29	2	17	51,86	1	+2
02	9	29,58	2	19	57,43	1	+10
03	17	51,86	1	18	54,65	1	+1
04	12	37,93	2	12	37,93	2	0
05	12	37,93	2	17	51,86	1	+5
06	19	57,43	1	19	57,43	1	0
07	4	15,65	2	16	49,08	2	+12
08	15	46,29	2	19	57,43	1	+5
09	9	29,58	2	17	51,86	1	+8
10	18	54,65	1	18	54,65	1	0
11	17	51,86	1	18	54,65	1	+1
12	9	29,58	2	18	54,65	1	+9
13	20	60,22	1	20	60,22	1	0
14	17	51,86	1	18	54,65	1	+1
15	16	49,08	2	20	60,22	1	+4
16	16	49,08	2	18	54,65	1	+2
17	16	49,08	2	20	60,22	1	+4
18	17	51,86	1	20	60,22	1	+3
19	16	49,08	2	18	54,65	1	+2

20	18	54,65	1	19	57,43	1	+1
Mean	45,17			54,78			
SD	11,45			5,07			
p= 0,001							

Keterangan :

1. Positif (+) : kode 1
2. Negatif (-) : kode 2

### 3. Kinerja

Tabel kinerja kader Posyandu Lansia sebelum dan sesudah dilakukan pelatihan Posyandu Lansia

No. Responden	Kinerja				Perubahan
	Pre Test	Kode	Post Test	Kode	
01	68	2	84	3	+ 16
02	68	2	86	3	+ 18
03	72	2	86	3	+ 14
04	72	2	82	3	+ 10
05	68	2	80	3	+ 12
06	58	2	72	2	+ 14
07	66	2	80	3	+ 14
08	68	2	74	2	+ 6
09	66	2	74	2	+ 8
10	58	2	86	3	+ 28
11	68	2	88	3	+ 20
12	70	2	80	3	+ 10
13	72	2	90	3	+ 18
14	68	2	82	3	+ 14
15	78	3	90	3	+ 12
16	78	3	92	3	+ 14

17	68	2	94	3	+ 26
18	74	2	76	3	+ 2
19	70	2	84	3	+ 14
20	72	2	88	3	+ 16
Mean	69,1		83,4		
SD	5,08		6,22		
p= 0,001					

**Keterangan:**

1. Kurang ( $\leq 55\%$ ) : kode 1
2. Cukup (56-75)% : kode 2
3. Baik (76-100)% : kode 3

Tabulasi Data Pengetahuan dan Sikap Kader Sebelum Intervensi

No. Res	Pengetahuan										Sikap						T	
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	TS	P1	P2	P3	P4	P5		TS
01	10	0	10	10	0	10	10	0	0	10	60	3	3	3	3	3	15	46,29
02	0	0	0	10	0	0	10	0	0	10	30	3	0	3	0	3	9	29,58
03	0	0	10	10	0	10	10	0	0	10	50	4	4	3	3	3	17	51,86
04	10	10	0	10	0	0	0	0	0	0	30	3	0	3	3	3	12	37,93
05	10	0	0	10	0	10	10	0	0	10	50	3	3	3	0	3	12	37,93
06	0	0	10	10	10	0	0	0	0	10	40	3	4	4	4	4	19	57,43
07	0	10	10	10	0	10	0	0	0	10	50	0	0	4	0	0	4	15,65
08	0	10	10	10	0	10	0	0	0	10	50	0	4	4	4	3	15	46,29
09	0	10	10	10	0	10	10	0	0	10	60	3	0	3	0	3	9	29,58
10	0	10	10	10	0	10	10	10	10	10	80	4	3	3	4	4	18	54,65
11	0	10	10	10	0	10	10	10	10	10	80	4	3	3	3	4	17	51,86
12	0	0	10	10	0	0	0	0	0	10	30	3	0	3	0	3	9	29,58
13	10	0	10	10	0	10	10	10	10	10	80	4	4	4	4	4	20	60,22
14	10	0	10	10	0	10	0	0	0	10	50	3	3	3	4	4	17	51,86
15	0	10	10	10	0	10	10	10	10	0	70	3	3	4	3	3	16	49,08
16	0	10	0	10	0	10	10	10	10	0	60	3	3	4	3	3	16	49,08
17	0	10	10	10	0	10	10	10	10	0	70	3	3	4	3	3	16	49,08
18	0	0	10	10	0	10	10	0	0	10	50	4	4	3	3	3	17	51,86
19	0	0	10	10	0	10	10	0	0	10	50	3	3	3	3	4	16	49,08
20	0	0	10	10	0	10	10	10	10	10	70	4	3	3	4	4	18	54,65

**Tabulasi Data Pengetahuan dan Sikap Kader Sesudah Intervensi**

No. Res	Pengetahuan										Sikap						T	
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	TS	P1	P2	P3	P4	P5		TS
01	0	10	10	10	0	10	10	10	10	10	80	4	3	4	3	3	17	51,86
02	0	0	10	10	0	10	0	10	10	10	60	4	3	4	4	4	19	57,43
03	10	0	10	10	0	10	10	0	0	0	60	4	4	3	3	4	18	54,65
04	10	10	0	10	0	10	0	0	0	10	50	3	0	3	3	3	12	37,93
05	0	10	10	10	0	10	10	0	0	10	60	3	3	3	4	4	17	51,86
06	0	10	10	10	10	10	0	10	10	10	80	3	4	4	4	4	19	57,43
07	0	10	10	10	0	10	10	10	10	10	80	3	3	4	3	3	16	49,08
08	10	0	0	10	10	10	10	0	10	10	70	4	3	4	4	4	19	57,43
09	0	10	10	10	0	10	10	10	0	10	70	3	4	4	3	3	17	51,86
10	0	10	10	10	0	10	10	10	10	10	80	4	3	4	3	4	18	54,65
11	0	10	10	10	0	10	10	10	10	10	80	4	3	3	3	4	18	54,65
12	10	10	0	10	0	10	10	10	0	10	70	4	3	4	3	4	18	54,65
13	10	10	10	10	0	10	10	10	10	10	90	4	4	4	4	4	20	60,22
14	10	10	0	10	0	10	10	10	10	10	80	4	4	3	3	4	18	54,65
15	10	10	10	10	0	10	10	10	10	10	90	4	4	4	4	4	20	60,22
16	10	10	10	10	0	10	10	10	10	10	90	4	4	3	3	4	18	54,65
17	0	10	10	10	0	10	0	10	10	10	70	4	4	4	4	4	20	60,22
18	0	10	10	10	0	10	10	0	0	10	60	4	4	4	4	4	20	60,22
19	0	10	10	10	0	10	10	10	10	10	80	4	3	4	3	4	18	54,65
20	0	10	10	10	0	10	10	10	10	10	80	4	3	4	4	4	19	57,43

**Data Kinerja Kader Posyandu Lansia Kelurahan Bulukerto Sebelum dan Sesudah Pelatihan**

No. Res	Pre test										Post test									
	TB	BB	P	PK	PI	Skor	Persen	Kriteria	TB	BB	P	PK	PI	Skor	Persen	Kriteria				
01	6	7	9	6	6	34	68	Sedang	9	7	10	8	8	42	84	Baik				
02	7	7	8	7	5	34	68	Sedang	9	9	10	9	6	43	86	Baik				
03	7	7	9	7	6	36	72	Sedang	8	9	10	8	8	43	86	Baik				
04	6	7	9	8	6	36	72	Sedang	7	8	10	9	7	41	82	Baik				
05	6	7	9	6	6	34	68	Sedang	8	9	10	7	6	40	80	Baik				
06	5	5	8	5	6	29	58	Sedang	6	9	10	6	5	36	72	Sedang				
07	6	7	8	6	6	33	66	Sedang	8	8	10	8	6	40	80	Baik				
08	6	7	9	6	6	34	68	Sedang	8	6	10	7	6	37	74	Sedang				
09	7	6	8	7	5	33	66	Sedang	7	7	10	7	6	37	74	Sedang				
10	6	5	8	5	5	29	58	Sedang	9	9	10	8	7	43	86	Baik				
11	6	6	9	7	6	34	68	Sedang	9	9	10	8	8	44	88	Baik				
12	8	7	9	6	5	35	70	Sedang	8	8	10	6	8	40	80	Baik				
13	7	7	9	7	6	36	72	Sedang	10	10	10	7	8	45	90	Baik				
14	8	6	9	6	5	34	68	Sedang	8	9	10	7	7	41	82	Baik				
15	8	8	10	7	6	39	78	Baik	9	10	10	7	9	45	90	Baik				
16	8	8	10	6	7	39	78	Baik	10	10	10	7	9	46	92	Baik				
17	6	7	9	7	5	34	68	Sedang	10	10	10	8	9	47	94	Baik				
18	7	8	10	7	5	37	74	Sedang	8	7	10	6	7	38	76	Baik				
19	8	6	9	6	6	35	70	Sedang	8	9	10	8	7	42	84	Baik				
20	7	7	9	7	6	36	72	Sedang	8	10	10	8	8	44	88	Baik				

**Data Kinerja Kader Poayandu Lansia Sebelum dan Sesudah Pelatihan**

No. Responden	Pre Test		Post Test			
	Skor	Persen (%)	Kriteria	Skor	Persen (%)	Kriteria
01	34	68	Sedang	42	84	Baik
02	34	68	Sedang	43	86	Baik
03	36	72	Sedang	43	86	Baik
04	36	72	Sedang	41	82	Baik
05	34	68	Sedang	40	80	Baik
06	29	58	Sedang	36	72	Sedang
07	33	66	Sedang	40	80	Baik
08	34	68	Sedang	37	74	Sedang
09	33	66	Sedang	37	74	Sedang
10	29	58	Sedang	43	86	Baik
11	34	68	Sedang	44	88	Baik
12	35	70	Sedang	40	80	Baik
13	36	72	Sedang	45	90	Baik
14	34	68	Sedang	41	82	Baik
15	39	78	Baik	45	90	Baik
16	39	78	Baik	46	92	Baik
17	34	68	Sedang	47	94	Baik
18	37	74	Sedang	38	76	Baik
19	35	70	Sedang	42	84	Baik
20	36	72	Sedang	44	88	Baik



Data Pelatihan Posyandu Lansia 1 dan Pelatihan Posyandu Lansia 2

No. Responden	Pelatihan 1						Pelatihan 2							
	Tekanan Darah		Tinggi Badan		Berat Badan		Skor	Tekanan Darah		Tinggi Badan		Berat Badan		Skor
	Bisa	Benar	Bisa	Benar	Bisa	Benar		Bisa	Benar	Bisa	Benar	Bisa	Benar	
01	7	6	10	7	10	8	48	8	8	10	9	10	9	54
02	7	7	10	8	10	8	50	8	7	10	9	10	9	53
03	7	7	9	8	10	9	50	7	7	9	8	10	9	50
04	6	6	9	6	10	7	44	7	6	9	7	10	8	47
05	6	6	10	7	10	8	47	7	7	10	8	10	9	51
06	7	6	10	8	10	8	49	8	8	10	9	10	9	54
07	7	7	10	8	10	8	50	7	6	10	8	10	8	49
08	7	7	9	8	10	8	49	8	7	9	9	10	8	51
09	0	0	0	0	0	0	0	7	6	9	7	10	8	47
10	6	6	9	7	10	7	45	7	7	9	9	10	9	51
11	6	6	10	8	10	8	48	8	8	10	9	10	9	54
12	7	6	10	8	10	8	49	0	0	0	0	0	0	0
13	7	7	10	9	10	9	52	8	8	10	10	10	10	56
14	7	6	9	8	10	9	49	8	8	9	8	10	9	52
15	7	7	9	7	10	7	47	8	8	9	9	10	10	54
16	8	7	10	8	10	8	51	9	9	10	10	10	10	54
17	8	8	10	8	10	8	52	9	9	10	10	10	10	58
18	6	5	10	7	10	8	46	7	6	10	8	10	9	50
19	7	6	10	8	10	8	49	8	7	10	8	10	9	52
20	7	6	9	7	10	7	46	7	7	9	8	10	10	51

## Lampiran 13

## Analisa Data Umum

## Frequencies

## Statistics

		umur	jenis kelamin	status perkawinan	pendidikan terakhir	lama sebagai kader
N	Valid	20	20	20	20	20
	Missing	0	0	0	0	0
Mean		8.25	1.25	2.25	2.65	5.50
Median		8.00	1.00	2.00	3.00	6.00
Mode		8	1	2	3	7
Std. Deviation		4.051	.444	.639	.745	2.626

## Frequency Table

## umur

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	55 tahun	1	5.0	5.0	5.0
	56 tahun	1	5.0	5.0	10.0
	59 tahun	1	5.0	5.0	15.0
	61 tahun	1	5.0	5.0	20.0
	63 tahun	1	5.0	5.0	25.0
	64 tahun	2	10.0	10.0	35.0
	65 tahun	1	5.0	5.0	40.0
	66 tahun	3	15.0	15.0	55.0
	67 tahun	1	5.0	5.0	60.0
	68 tahun	2	10.0	10.0	70.0
	70 tahun	1	5.0	5.0	75.0
	71 tahun	1	5.0	5.0	80.0
	72 tahun	2	10.0	10.0	90.0
	73 tahun	1	5.0	5.0	95.0
84 tahun	1	5.0	5.0	100.0	
Total	20	100.0	100.0		

## jenis kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	pria	15	75.0	75.0	75.0
	wanita	5	25.0	25.0	100.0
Total		20	100.0	100.0	

## status perkawinan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kawin	17	85.0	85.0	85.0
	duda	1	5.0	5.0	90.0
	janda	2	10.0	10.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

## pendidikan terakhir

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD	2	10.0	10.0	10.0
	SMP	4	20.0	20.0	30.0
	SMA	13	65.0	65.0	95.0
	D3	1	5.0	5.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

## lama sebagai kader

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	5 bulan	1	5.0	5.0	5.0
	24 bulan	3	15.0	15.0	20.0
	36 bulan	2	10.0	10.0	30.0
	48 bulan	1	5.0	5.0	35.0
	60 bulan	2	10.0	10.0	45.0
	120 bulan	2	10.0	10.0	55.0
	132 bulan	4	20.0	20.0	75.0
	144 bulan	2	10.0	10.0	85.0
	225 bulan	3	15.0	15.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

## 1. PENGETAHUAN

## NPar Tests

## Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
pengetahuan kader sebelum intervensi	20	55.50	16.051	30	80
pengetahuan kader sesudah intervensi	20	74.00	11.425	50	90

## Wilcoxon Signed Ranks Test

## Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
pengetahuan kader sesudah intervensi - pengetahuan kader sebelum intervensi	Negative Ranks	0 <sup>a</sup>	.00	.00
	Positive Ranks	17 <sup>b</sup>	9.00	153.00
Ties		3 <sup>c</sup>		
Total		20		

- a. pengetahuan kader sesudah intervensi < pengetahuan kader sebelum intervensi
- b. pengetahuan kader sesudah intervensi > pengetahuan kader sebelum intervensi
- c. pengetahuan kader sesudah intervensi = pengetahuan kader sebelum intervensi

Test Statistics<sup>b</sup>

	pengetahuan kader sesudah intervensi - pengetahuan kader sebelum intervensi
Z	-3.655 <sup>a</sup>
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000

- a. Based on negative ranks.
- b. Wilcoxon Signed Ranks Test

## Frequencies

### Statistics

		pengetahuan kader sebelum intervensi	pengetahuan kader sesudah intervensi
N	Valid	20	20
	Missing	0	0
Mean		55.50	74.00
Median		50.00	80.00
Mode		50	80
Std. Deviation		16.051	11.425

## Frequency Table

### pengetahuan kader sebelum intervensi

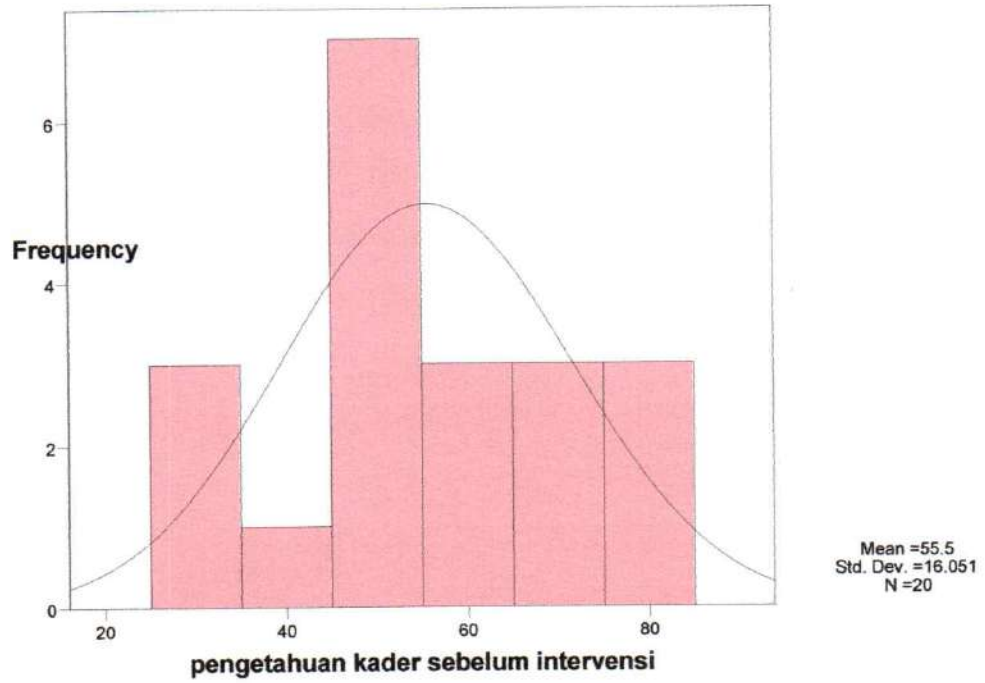
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 30	3	15.0	15.0	15.0
40	1	5.0	5.0	20.0
50	7	35.0	35.0	55.0
60	3	15.0	15.0	70.0
70	3	15.0	15.0	85.0
80	3	15.0	15.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

### pengetahuan kader sesudah intervensi

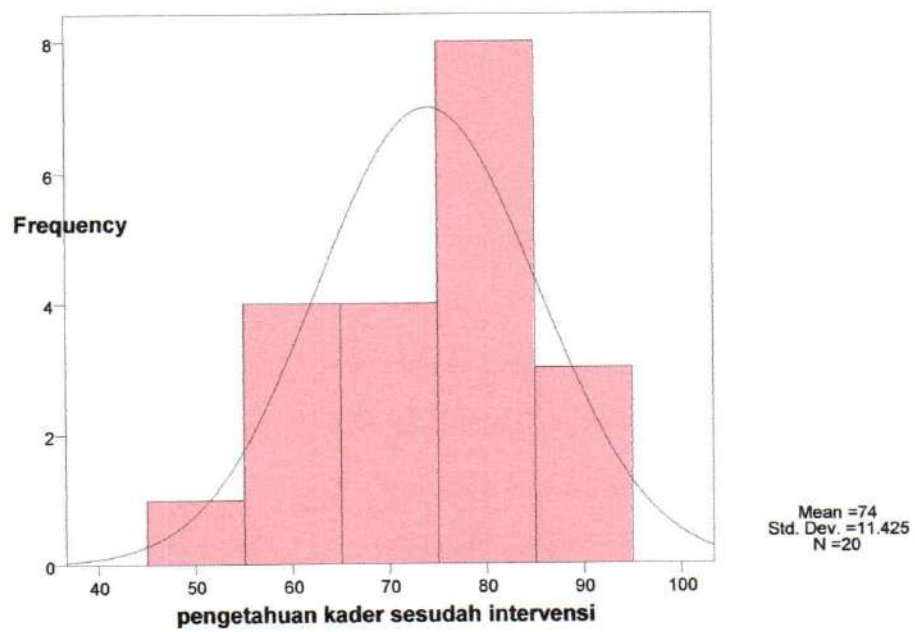
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 50	1	5.0	5.0	5.0
60	4	20.0	20.0	25.0
70	4	20.0	20.0	45.0
80	8	40.0	40.0	85.0
90	3	15.0	15.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

## Histogram

pengetahuan kader sebelum intervensi



pengetahuan kader sesudah intervensi



## 2. SIKAP

## NPar Tests

## Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
pretest	20	45.1770	11.48144	15.65	60.22
posttest	20	54.7870	5.07094	37.93	60.22

## Wilcoxon Signed Ranks Test

## Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
posttest - pretest	Negative Ranks	0 <sup>a</sup>	.00	.00
	Positive Ranks	16 <sup>b</sup>	8.50	136.00
	Ties	4 <sup>c</sup>		
	Total	20		

a. posttest &lt; pretest

b. posttest &gt; pretest

c. posttest = pretest

Test Statistics<sup>b</sup>

	posttest - pretest
Z	-3.523 <sup>a</sup>
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

## Frequencies

## Statistics

		pretest	posttest
N	Valid	20	20
	Missing	0	0
Mean		45.1770	54.7870
Median		49.0800	54.6500
Mode		49.08 <sup>a</sup>	54.65
Std. Deviation		11.48144	5.07094

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

## Frequency Table

### pretest

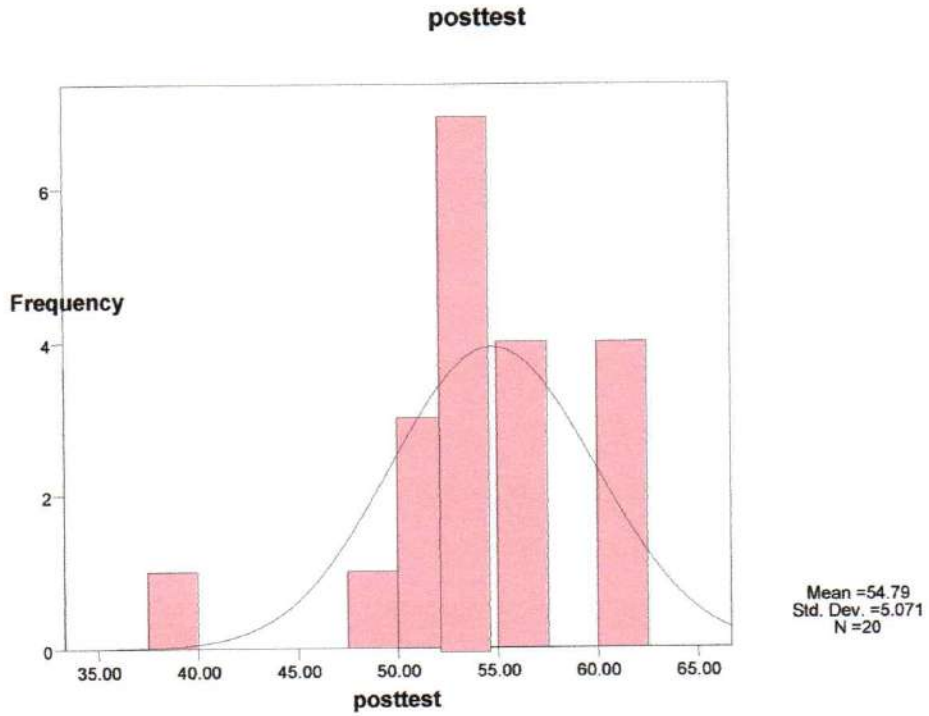
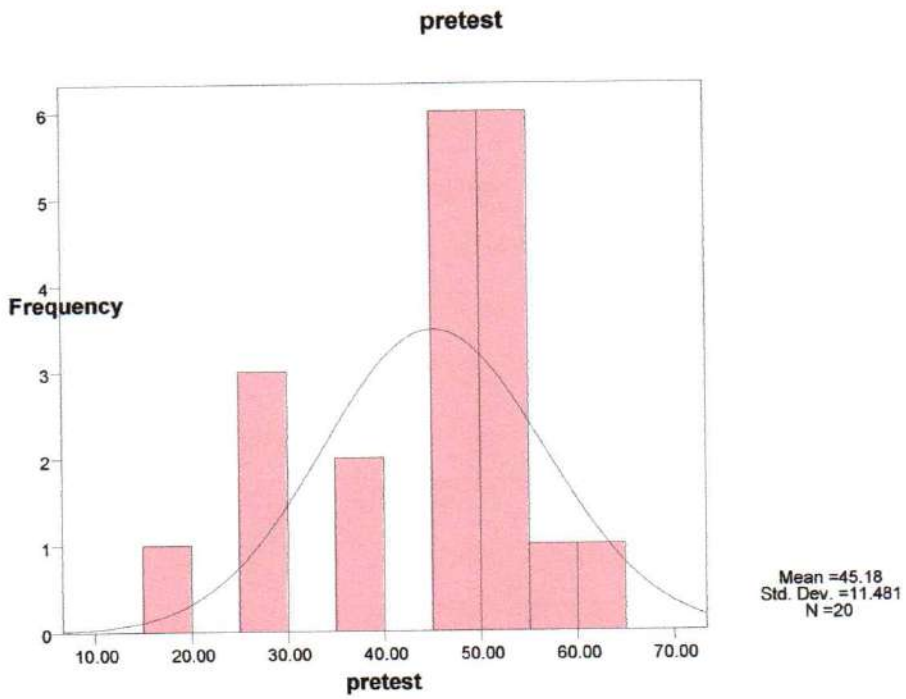
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	15.65	1	5.0	5.0	5.0
	29.58	3	15.0	15.0	20.0
	37.93	2	10.0	10.0	30.0
	46.29	2	10.0	10.0	40.0
	49.08	4	20.0	20.0	60.0
	51.86	4	20.0	20.0	80.0
	54.65	2	10.0	10.0	90.0
	57.43	1	5.0	5.0	95.0
	60.22	1	5.0	5.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

### posttest

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	37.93	1	5.0	5.0	5.0
	49.08	1	5.0	5.0	10.0
	51.86	3	15.0	15.0	25.0
	54.65	7	35.0	35.0	60.0
	57.43	4	20.0	20.0	80.0
	60.22	4	20.0	20.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	



## Histogram



### 3. KINERJA

#### NPar Tests

##### Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
pretest	20	69.10	5.088	58	78
posttest	20	83.40	6.227	72	94

#### Wilcoxon Signed Ranks Test

##### Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
posttest - pretest	Negative Ranks	0 <sup>a</sup>	.00	.00
	Positive Ranks	20 <sup>b</sup>	10.50	210.00
	Ties	0 <sup>c</sup>		
	Total	20		

a. posttest < pretest

b. posttest > pretest

c. posttest = pretest

##### Test Statistics<sup>b</sup>

	posttest - pretest
Z	-3.933 <sup>a</sup>
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

#### Frequencies

##### Statistics

		pretest	posttest
N	Valid	20	20
	Missing	0	0
Mean		69.10	83.40
Median		68.00	84.00
Mode		68	80 <sup>a</sup>
Std. Deviation		5.088	6.227

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

## Frequency Table

pretest

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	58	2	10.0	10.0	10.0
	66	2	10.0	10.0	20.0
	68	7	35.0	35.0	55.0
	70	2	10.0	10.0	65.0
	72	4	20.0	20.0	85.0
	74	1	5.0	5.0	90.0
	78	2	10.0	10.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

posttest

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	72	1	5.0	5.0	5.0
	74	2	10.0	10.0	15.0
	76	1	5.0	5.0	20.0
	80	3	15.0	15.0	35.0
	82	2	10.0	10.0	45.0
	84	2	10.0	10.0	55.0
	86	3	15.0	15.0	70.0
	88	2	10.0	10.0	80.0
	90	2	10.0	10.0	90.0
	92	1	5.0	5.0	95.0
	94	1	5.0	5.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

## Histogram

