

PURJO HEALTH

ADLN Perpustakaan Universitas Airlangga  
- HESPERIDES

## TESIS

# BEBERAPA FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PARTISIPASI KADER POSYANDU DI WILAYAH PUSKESMAS KEDUNG SOLO KAB. SIDOARJO JAWA TIMUR



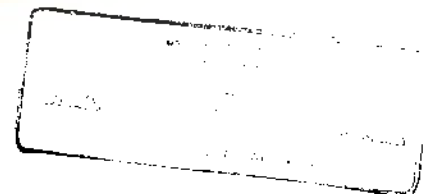
TKM 13/100

400

1

**SANTOSO BUDI ROHAYU**  
NIM. 090214879 M

**PRORAM PASCASARJANA  
UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA  
2005**



**BEBERAPA FAKTOR YANG BERHUBUNGAN  
DENGAN PARTISIPASI KADER POSYANDU  
DI WILAYAH PUSKESMAS KEDUNG SOLO  
KAB. SIDOARJO JAWA TIMUR**

**TESIS**

**Untuk Memperoleh Gelar Magister  
Dalam Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Pada Program Pascasarjana Universitas Airlangga**

**SANTOSO BUDI ROHAYU  
NIM. 090214879.M**

**PRORAM PASCASARJANA  
UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA  
2005**

**Lembar Pengesahan**

**TESIS INI TELAH DISETUJUI  
TANGGAL 20 AGUSTUS 2005**

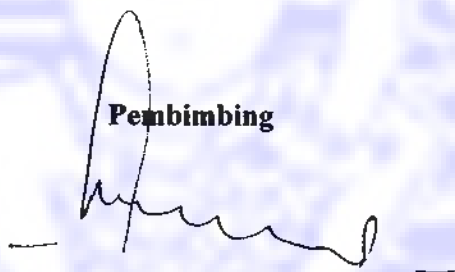
**Oleh**

**Pembimbing Ketua**



**OEDOJO SOEDIRHAM, dr., MPH., MA., PhD  
NIP. 131 406 099**

**Pembimbing**



**ANDY ASAN, BSc., Drs., DHE  
NIP.**

**Mengetahui  
Ketua Program Studi  
Ilmu Kesehatan Masyarakat**



**Prof. Dr. HP SOEDIBJO HP, dr., DTM  
NIP. 130359279**

iv

**Telah diuji pada**

**Tanggal 15 Agustus 2005**

**PANITIA PENGUJI TESIS**

**Ketua : Prof. Dr.RIKA SUBARNIATI T, dr.,SKM**

**Anggota : 1. OEDOJO SOEDIRHAM,dr.,MPH.,MA.,PhD**

**2. ANDY ASAN,BSc.,Drs.,DHE**

**3. Dr.WINDHU PURNOMO,dr.,MS**

**4. MUJI SULISTYOWATI,SKM.,MKes**

**5. DYAH WIDOWATI UTAMI,SKM.,M.,Kes**

## UCAPAN TERIMA KASIH

Bersama ini saya panjatkan puji syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Pengasih, atas segala rahmat dan karuniaNya semata tesis ini dapat terselesaikan.

Terima kasih yang tak terhingga dan penghargaan yang setinggi tingginya saya ucapkan kepada Bapak Oedojo Soedirham, dr.,MPH.,MA.,PhD pembimbing ketua yang dengan penuh perhatian telah memberikan dorongan, bimbingan dan saran yang tak ternilai demi terselesaikannya Tesis ini.

Terima kasih yang tak terhingga dan penghargaan yang setinggi tingginya saya ucapkan kepada Bapak Andy Asan, Drs.,BSc.,DHE pembimbing yang dengan penuh perhatian dan kesabaran telah memberikan dorongan, bimbingan dan saran yang tak ternilai demi terselesaikannya Tesis ini.

Saya ucapkan terima kasih yang sebesar besarnya kepada Pemerintah Kabupaten Fakfak yang telah memberi bantuan dana, sehingga saya dapat belajar pada program Pasca Sarjana Universitas Airlangga dan dapat menyelesaikan Tesis ini.

Dengan selesainya Tesis ini perkenankan saya mengucapkan terima kasih kepada Rektor Universitas Airlangga Prof. Dr. Med. H. Puruhito, dr atas kesempatan yang diberikan kepada saya untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan program Magister.

Direktur program Pasca Sarjana Universitas Airlangga yang dijabat oleh Prof. Dr.H. Muhammad Amin, dr., Sp. P. atas kesempatan yang diberikan kepada saya menjadi mahasiswa program Magister pada program Pasca Sarjana Universitas Airlangga.

Ketua Program Ilmu Kesehatan Masyarakat yang dijabat oleh Prof.Dr. H.R.Soedibjo HP,dr.,DTM yang telah memberi kesempatan kepada saya untuk mengikuti pendidikan program Ilmu Kesehatan Masyarakat pada program Magister Pasca Sarjana Universitas Airlangga.

Ketua Minat Magister Perilaku dan Promosi Kesehatan yang dijabat oleh Prof. Dr. Rika Subarniati Prajoga,dr.,SKM yang telah membantu saya menyelesaikan keperluan administrasi pendidikan sehingga dapat terselesaikan Tesis ini.

Ibu tercinta Yuswo Handini yang telah membantu memberikan semangat dan memberikan dukungan moral dan bantuan doa sehingga saya dapat menyelesaikan Tesis ini.

Isteri terkasih Endang J.Rumayomi,AG. Dan anak saya Prisca Hosana Rumayomi serta Daniel Morris Rumayomi yang telah memberikan dorongan moral dan dengan sabar menunggu sehingga saya dapat menyelesaikan Tesis ini.

Setiap orang yang sudah membantu penyelesaian Tesis ini yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu sehingga dapat saya selesaikan Tesis ini.

Semoga amal baik yang telah diberikan kepada saya demi terselesaikannya tesis ini dibalas oleh Tuhan Yang Maha Kudus. Amin.

## RINGKASAN

### **Beberapa Faktor yang berhubungan dengan Partisipasi Kader Posyandu di wilayah Puskesmas Kedung Solo Kab. Sidoarjo Jawa Timur**

**Santoso Budi Rohayu**

Posyandu merupakan upaya kesehatan bersumber masyarakat (UKBM) yang paling memasyarakat. Kegiatannya meliputi 5 program prioritas, yakni KIA, KB, Perbaikan gizi, imunisasi dan penanggulangan diare.

Sejak tahun 1985 sampai tahun 1995 jumlah posyandu di Indonesia mengalami pasang surut disebabkan diantaranya dari kader posyandu sebagai penggerak utama posyandu karena *drop out*. Jumlah kader yang ada di Indonesia tidak dapat dihitung secara tepat, karena keberadaan kader posyandu sampai ke pelosok yang sulit dijangkau seperti diluar pulau Jawa dan laporan sering terhambat karena faktor geografi.

Keadaan kader posyandu di Kabupaten Sidoarjo pada tahun 2001 s/d tahun 2003 mengalami peningkatan. Pada tahun 2003 jumlah kader aktif mencapai 7.295 orang. Dibanding dengan jumlah posyandu yang ada sebanyak 1.578, maka rata-rata posyandu di kabupaten Sidoarjo dikerjakan lebih dari 4 orang kader.

Puskesmas Kedung Solo merupakan bagian dari Kabupaten Sidoarjo pada tahun 2003 memiliki 30. posyandu. Dibanding dengan jumlah kader aktif yang ada di wilayah Kedung Solo sebanyak 100 orang pada waktu itu, maka



rata-rata setiap posyandu hanya dikerjakan oleh 3 orang kader. Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia jumlah ideal kader disetiap posyandu sebanyak 5 orang.

Keberadaan posyandu di Kedung Solo sudah cukup lama sejak tahun 1982, dengan sebutan "Kelompok Penimbangan. Dari tahun tersebut sampai saat ini jumlah dan strata posyandu tidak mengalami perubahan, yakni berjumlah 30 posyandu seluruhnya berstrata Pratama. Idealnya dalam jangka waktu tersebut posyandu sudah bisa berkembang mencapai strata yang lebih tinggi menjadi Madya, Purnama atau Mandiri.

Tidak berkembangnya posyandu di Kedung Solo tidak terlepas dari peran aktif dan partisipasi kader serta dukungan masyarakat dan aparat desa setempat. Beberapa faktor tersebut dapat dikatakan sebagai faktor intrinsik dan ekstrinsik. Faktor intrinsik dari kader diantaranya: pendidikan, pekerjaan, status ekonomi, pengetahuan dan sikap kader. Faktor ekstrinsik berupa pemberian insentif, dukungan aparat dan pembinaan. Selain itu ada hubungan dengan kekuasaan sosial berupa otoritas kader dalam posyandu, berupa kebebasan menjalankan tugas pokok kader.

Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis beberapa faktor yang berhubungan dengan partisipasi kader terhadap posyandu di wilayah kerja puskesmas Kedung Solo.

Pengambilan data dilakukan dengan membagikan kuesioner kepada seluruh kader posyandu (Total Populasi) yang ada di wilayah Kedung Solo dan dengan melakukan wawancara dengan kader posyandu. Selanjutnya hasil



penelitian dianalisis dengan menggunakan perangkat komputer, menggunakan Uji Statistik Regresi Linier *multiple*.

Beberapa faktor yang berhubungan dengan timbulnya partisipasi dapat terlihat, diantaranya faktor intrinsik berhubungan dengan faktor motivasi dan faktor kerelawanan. Selain itu faktor ekstrinsik berhubungan dengan motivasi dan kerelawanan. Hubungan antara motivasi dengan kerelawanan membentuk partisipasi.

Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan antara motivasi kader dengan dukungan dan pembinaan. Motivasi kader posyandu tidak ada hubungan dengan pendidikan kader, pekerjaan kader, pengetahuan, insentif yang diterima oleh kader, sikap, status ekonomi dan otoritas.

Otoritas kader untuk menjalankan posyandu tidak ada hubungan dengan sifat kerelawanan. Walaupun kader mempunyai otoritas tinggi belum tentu mempunyai kerelawanan yang tinggi. Sifat kerelawanan kader di wilayah puskesmas Kedung Solo tidak ada hubungan dengan tingkat pendidikan kader, pekerjaan kader, pemberian insentif dan dukungan kepala desa, status ekonomi, sikap kader dan pembinaan.

Faktor motivasi ada hubungan dengan sifat kerelawanan. Semakin kader mendapat motivasi, sifat kerelawannya akan meningkat.

Tidak ada hubungan antara faktor motivasi dengan faktor partisipasi. Hasil uji Regresi Linier didapatkan  $P=0,122$

Faktor partisipasi berhubungan dengan faktor kerelawanan. Hasil uji Regresi Linier didapatkan  $P=0,000$ . Kader yang memiliki kerelawanan sedang sebanyak 20 orang, dari jumlah tersebut yang memiliki partisipasi baik 60%.

## SUMMARY

### **Factors Related to Posyandu Cadre Participation in Kedung Solo Local Government Clinic Area, Sidoarjo Municipal, East Java**

**Santoso Budi Rohayu**

Integrated Health Care for Children Under Five Years Old (Posyandu) is a popular Community-Based Health Effort (UKBM). Its activities include five priority programs: KIA, Family Planning (KB), Nutrition Improvement, Immunization, and Prevention of Diarrhea.

From 1985 to 1995, the number of posyandu in Indonesia has been fluctuating because posyandu cadres, who are the motor of posyandu, are dropping out of posyandu. The exact number of posyandu cadres is unpredictable because they are distributed all the way to the remotest places outside Java Island and report about them is often late due to geographical factor.

The number of posyandu cadres in Sidoarjo municipal in 2001-2003 has increased. In 2003, the total of active cadres is 7.295 people. Compared with the number of Posyandu that reaches 1.578, the average cadres in one posyandu in Sidoarjo are more than four cadres.

In 2003, Kedung Solo Local Government Clinic in Sidoarjo municipal has 30 posyandu. Compared with 100 active cadres in Kedung Solo area at that time, then each posyandu is generated by merely three cadres. According to Department of Health, Republic of Indonesia, the ideal number of cadre for one posyandu is 5 people.

Posyandu in Kedung Solo was established in 1982, it was called "Weighing Group". Since then, the number and strata of the posyandu has never

changed, 30 elementary-strata posyandu. Ideally, in that duration of time, posyandu has to be able to develop to higher strata becoming Middle, Advance, or Self-sufficiency.

The time-consuming development of posyandu in Kedung Solo is influenced by cadres' active role and participation and support from community and village apparatus. There are intrinsic and extrinsic factors. The intrinsic factors coming from cadres are education, occupation, economic status, knowledge, and attitude. Extrinsic factors are incentive, support from apparatus, and upgrading. Besides that, there is relationship with social power in the form of cadre's authority in posyandu in freedom to undergo cadre's main tasks.

The aim of the research is to analyze several factors related to cadre participation in posyandu at Kedung Solo Local Government Clinic work unit.

Data is taken by distributing questionnaires to all posyandu cadres (total population) in Kedung Solo area and by interviewing posyandu cadres. The next step is analyzing research result with a computer program using multiple Linear Regression Statistic test.

Several factors related to the emergence of participation can be seen from intrinsic factor that is related to motivation factor and volunteering factor. Also, extrinsic factor has relationship with motivation and volunteering. The relationship between motivation and volunteering constructs participation.

The research result shows relationship between cadre motivation and support and upgrading. Posyandu cadre motivation has no relationship with

cadre's education, occupation, knowledge, incentive, attitude, economic status, and authority.

Cadre's authority in running posyandu does not have relationship with voluntary attitude. Even though a cadre has high authority at Kedung Solo Local Government Clinic, it does not related to cadre's education, occupation, incentive and support from village chief, economic status, attitude, and upgrading.

Motivation factor has relationship with voluntary attitude. The higher the cadre's motivation, the higher his voluntary attitude.

There is no relationship between motivation factor and participation factor. From the Linear Regression test,  $P=0,122$ .

Participation factor has relationship with volunteering factor. The result of Linear Regression test shows  $P=0,000$ . Cadres with moderate willingness to volunteer are 20 cadres, 60% of them bestow good participation. Cadres with high willingness to volunteer are 94 cadres, 85,1% of them give good participation. The higher the cadre's willingness to volunteer, the higher the cadre's participation in posyandu.

## ABSTRACT

### **Factors Related to Posyandu Cadre Participation in Kedung Solo Local Government Clinic Area, Sidoarjo Municipal, East Java**

**Santoso Budi Rohayu**

Integrated Health Care for Children Under Five Years Old (Posyandu) in Kedung Solo Local Government Clinic work unit has existed since 1982 called "Weighing Group." Since the establishment of posyandu in Indonesia in 1984, the number of posyandu in Kedung Solo Local Government Clinic work unit is 30 elementary-strata posyandu. There is no significant progress in posyandu since its first establishment. There are several factors behind the insignificant progress; one of them is posyandu cadre.

Society participation in posyandu has been manifested through posyandu cadre participation in every program.

The research model is "Cross Sectional" by employing quantitative and qualitative approaches. The purpose of the research is to find out relationships among several factors: education, volunteering, motivation, occupation, incentive, knowledge, attitude, support, and upgrading. The number of respondents is 117 (total population).

The research result indicates that there is no relationship between cadre motivation and cadre's education, occupation, attitude, knowledge, incentive, economic status, and authority. However, motivation has strong connection with support and upgrading.

Cadre's volunteering has no relationship with cadre's level of education, occupation, incentive, and support from village chief. Cadre's volunteering is related to economic status, attitude, upgrading, and authority.

There is a relationship between motivation factor and volunteering factor. The more motivated the cadre is, the higher his willingness to volunteer.

There is no relationship between motivation factor and participation factor. The research result shows that  $P=0,122 > 0,005$ .

Participation factor is related to volunteering factor,  $P=0,000 < 0,005$ . Cadres with moderate willingness to volunteer are 20 cadres, 60% of them bestow good participation. Cadres with high willingness to volunteer are 94 cadres, 85,1% of them give good participation. The higher the cadre's willingness to volunteer, the higher the cadre's participation in posyandu.

**Keywords: Posyandu cadre, Support, Upgrading, Motivation, Incentive, Participation**



## Daftar Isi

	Halaman
Sampul Depan.....	i
Sampul Dalam.....	ii
Prasyarat Gelar.....	iii
Persetujuan.....	iv
Penetapan Panitia.....	v
Ucapan terima kasi.....	vi
Ringkasan.....	viii
Summary.....	xi
Abstrak.....	xiv
DAFTAR ISI.....	xv
DAFTAR TABEL.....	xix
DAFTAR GAMBAR.....	xxi
<b>BAB I. PENDAHULUAN</b>	
1.1. Latar Belakang Masalah .....	1
1.2. Identifikasi Masalah .....	12
1.3. Rumusan Masalah .....	16
1.4. Tujuan Penelitian .....	16
1.4.1. Tujuan Umum .....	16
1.4.2. Tujuan Khusus.....	16
1.5. Manfaat Penelitian.....	17
1.5.1. Bagi Peneliti .....	17
1.5.2. Bagi Puskesmas dan Dinas Kesehatan.....	18
1.5.3. Bagi Institusi Pendidikan .....	18
<b>BAB II. TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1. Sejarah Perkembangan Posyandu .....	19
2.2. Peran Posyandu .....	24
2.3. Penilaian Kinerja Posyandu.....	27

2.4. Pengertian Kader .....	32
2.5. Motivasi Kader .....	33
2.5.1. Motivasi Hasil Karya .....	34
2.5.2. Motivasi Kekuasaan .. ..	34
2.5.3. Motivasi Afiliasi. ....	35
2.6. <i>Reward System</i> .....	37
2.7. Pengetahuan .....	38
2.8. Sikap. ....	41
2.8.1. Pengertian Sikap.....	41
2.8.2. Komponen Sikap .. ..	42
2.8.3. Tingkatan Sikap.....	42
2.9. Dukungan Aparat .....	43
2.10. Otoritas dan Otonomi Kader.. ..	44
2.11. Pembinaan .....	45
2.12. Tugas Kader.....	48
2.12.1. Didalam Posyandu.....	48
2.12.2. Diluar Posyandu.....	49
2.13. Kerelawanan... ..	50
2.13.1. Manfaat menjadi Relawan.....	51
2.13.2. Siapa yang menjadi Relawan.....	52
2.13.3. Tugas Relawan.....	52
2.14. Swadaya Masyarakat.....	52
2.14. Partisipasi Masyarakat.....	55
2.15. Hambatan Proses Pembangunan Partisipatif.....	56
2.16. Upaya meningkatkan Partisipasi dan Semangat Berkorban .....	57
2.17. Teori Proses Perubahan Kelman.....	58
2.18. Teori WHO (1984).....	61
2.19. Bentuk Partisipasi Masyarakat.....	62
2.20. Tingkat Partisipasi atau Peranserta.....	63
2.21. Faktor Pendorong Partisipasi.....	64

### BAB III. KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS

3.1. Kerangka Konseptual.....	69
3.2. Hipotesis Penelitian .....	72



**BAB IV. METODE PENELITIAN**

4.1. Rancangan Penelitian.....	73
4.2. Populasi, Besar Sampel dan Teknik Penelitian .....	73
4.2.1. Populasi Penelitian.....	73
4.2.2. Sampel .....	73
4.2.2.1. Teknik Pengambilan Sampel.....	74
4.3. Instrumen Penelitian.....	74
4.3.1. Pengujian Instrumen Kuantitatif.....	74
4.4. Lokasi dan Waktu Penelitian .....	74
4.4.1. Lokasi Penelitian.....	74
4.4.2. Waktu Penelitian .....	75
4.5. Variabel Penelitian dan Definisi Operasional.....	75
4.6. Prosedur Pengambilan Data.....	78
4.6.1. Pengumpulan Data.....	78
4.7. Cara Pengolahan dan Analisis Data.....	79
4.7.1. Pengolahan Data.....	79
4.7.2. Analisis Data.....	79
4.7.2.1. Analisis Data Kuantitatif .....	79
4.7.2.2. Analisis Data Kualitatif .....	80

**BAB V. ANALISIS HASIL PENELITIAN**

5.1. Gambaran umum tempat penelitian.....	81
5.1.1. Keadaan geografi dan demografi.....	81
5.1.2. Gambaran umum puskesmas Kedung Solo.....	82
5.1.3. Hasil penelitian beberapa faktor yang berhubungan dengan responden.....	83
5.2. Tabulasi silang.....	90
5.2.1. Hubungan motivasi dengan beberapa variabel.....	90
5.2.2. Hubungan kerelawanan dengan beberapa variabel.....	97
5.2.3. Hubungan kerelawanan dengan motivasi.....	104
5.2.4. Hubungan partisipasi dengan motivasi.....	104
5.2.5. Hubungan partisipasi dengan kerelawanan.....	105
5.2.5. Hasil Uji Statistik Regresi Linier Multiple.....	106

## BAB VI. PEMBAHASAN

6.1. Hubungan motivasi dengan pendidikan.....	108
6.2. Hubungan motivasi dengan pekerjaan.....	110
6.3. Hubungan motivasi dengan status ekonomi .....	112
6.4. Hubungan motivasi dengan pengetahuan.....	113
6.5. Hubungan motivasi dengan sikap responden.....	114
6.6. Hubungan motivasi dengan pemberian insentif.....	116
6.7. Hubungan motivasi dengan dukungan kepala desa.....	118
6.8. Hubungan motivasi dengan pembinaan puskesmas.....	120
6.9. Hubungan motivasi dengan otoritas kader.....	121
6.10 Hubungan motivasi dengan kerelawanan.....	123
6.11 Hubungan motivasi dengan partisipasi.....	124
6.12. Hubungan kerelawanan dengan partisipasi.....	126
6.13 Hubungan kerelawanan dengan pendidikan.....	127
6.14 Hubungan kerelawanan dengan pekerjaan.....	129
6.15 Hubungan kerelawanan dengan penghasilan.....	131
6.16 Hubungan kerelawanan dengan pengetahuan.....	133
6.17 Hubungan kerelawanan dengan sikap responden.....	134
6.18 Hubungan kerelawanan dengan pemberian insentif.....	136
6.19 Hubungan kerelawanan dengan dukungan kepala desa.....	137
6.20 Hubungan kerelawanan dengan otoritas responden.....	138
6.21 Hubungan kerelawanan dengan pembinaan.....	140

## BAB VII. PENUTUP

7.1. Simpulan.....	142
7.2. Saran.....	146

## KEPUSTAKAAN

## DAFTAR TABEL

	Halaman
1. Tabel 1.1. Pertumbuhan posyandu di Indonesia Tahun 1985 s/d 1999.....	2
2. Tabel 1.2. Strata Posyandu di Indonesia Tahun 1998 s/d 2001.....	3
3. Tabel 1.3. Kader Posyandu Prop. Jawa Timur Tahun 2001 s/d 2003.....	4
4. Tabel 1.4. Jumlah Posyandu Kab. Sidoarjo Tahun 2001 s/d 2003.....	6
5. Tabel 1.5. Hasil wawancara dengan kader posyandu tahun 2005.....	10
6. Tabel 1.6. Jumlah posyandu dan kader Kedung Solo tahun 2004.....	12
7. Tabel 2.1. Tingkat kinerja posyandu menurut 8 indikator.....	30
8. Tabel 5.1. Distribusi tingkat pendidikan responden tahun 2005.....	84
9. Tabel 5.2. Distribusi pekerjaan responden tahun 2005.....	85
10. Tabel 5.3. Distribusi status ekonomi responden tahun 2005.....	86
11. Tabel 5.4. Distribusi tingkat pengetahuan responden tahun 2005.....	86
12. Tabel 5.5. Distribusi sikap responden tahun 2005.....	86
13. Tabel 5.6. Distribusi pemberian insentif pada responden tahun 2005.....	87
14. Tabel 5.7. Distribusi pemberian dukungan pada responden tahun 2005.....	88
15. Tabel 5.8. Distribusi pembinaan terhadap responden tahun 2005.....	89
16. Tabel 5.9. Distribusi otoritas responden tahun 2005.....	89
17. Tabel 5.10. Distribusi status ekonomi responden tahun 2005.....	90
18. Tabel 5.11. Distribusi kerelawanan responden tahun 2005.....	90
19. Tabel 5.12. Distribusi partyisipasi responden tahun 2005.....	91
20. Tabel 5.13. Distribusi motivasi dengan tingkat pendidikan tahun 2005.....	92
21. Tabel 5.14. Distribusi motivasi dengan pekerjaan tahun 2005.....	93

22. Tabel 5.15. Distribusi motivasi dengan tingkat penghasilan tahun 2005.....	94
23. Tabel 5.16. Distribusi motivasi dengan pengetahuan tahun 2005.....	94
24. Tabel 5.17. Distribusi motivasi dengan sikap responden tahun 2005.....	95
25. Tabel 5.18. Distribusi motivasi dengan pemberian insentif tahun 2005.....	96
26. Tabel 5.19. Distribusi motivasi dengan dukungan kepala desa tahun 2005.....	96
27. Tabel 5.20. Distribusi motivasi dengan pembinaan puskesmas tahun 2005.....	97
28. Tabel 5.21. Distribusi motivasi dengan otoritas tahun 2005.....	98
29. Tabel 5.22. Distribusi kerelawanan dengan tingkat pendidikan tahun 2005.....	99
30. Tabel 5.23. Distribusi kerelawanan dengan pekerjaan tahun 2005.....	99
31. Tabel 5.24. Distribusi kerelawanan dengan penghasilan tahun 2005.....	100
32. Tabel 5.25. Distribusi kerelawanan dengan pengetahuan tahun 2005.....	101
33. Tabel 5.26. Distribusi kerelawanan dengan sikap tahun 2005.....	102
34. Tabel 5.27. Distribusi kerelawanan dengan insentif tahun 2005.....	102
35. Tabel 5.28. Distribusi kerelawanan dengan dukungan kades tahun 2005.....	103
36. Tabel 5.29. Distribusi kerelawanan dengan pembinaan tahun 2005.....	104
37. Tabel 5.30. Distribusi kerelawanan dengan otoritas tahun 2005.....	104
38. Tabel 5.31. Distribusi kerelawanan dengan motivasi tahun 2005.....	105
39. Tabel 5.32. Distribusi partisipasi dengan motivasi tahun 2005.....	106
40. Tabel 5.33. Distribusi partisipasi dengan kerelawanan tahun 2005.....	106
41. Tabel 5.34. Hasil uji statistik yang berhubungan dengan faktor motivasi.....	107
42. Tabel 5.35. Hasil uji statistik yang berhubungan dengan faktor kerelawanan..	107
43. Tabel 5.36. Hasil uji statistik antara motivasi dengan kerelawanan.....	108
44. Tabel 5.37. Hasil uji statistik antara kerelawanan dengan partisipasi.....	108

## DAFTAR GAMBAR

	Halaman
1. Gambar 1.1. Identifikasi masalah yang berhubungan dengan partisipasi.....	12
2. Gambar 3.1. Kerangka konseptual penelitian.....	70

## BAB 1

### PENDAHULUAN

#### 1.1. Latar Belakang

Sejak dicanangkannya konsep tentang Pelayanan Kesehatan Dasar (*Basic Health Service*) bagi masyarakat oleh Badan Organisasi Kesehatan Dunia (*World Health Organization/WHO*), Departemen Kesehatan RI pada tahun 1975 mencanangkan program Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa (PKMD). Pelaksanaan PKMD adalah melalui pendekatan normatif-edukatif yang bersifat partisipatif (WHO, 1989 : Departemen Kesehatan RI, 1991). PKMD juga telah dinyatakan sebagai kunci pendekatan untuk mencapai tujuan jangka panjang pembangunan kesehatan nasional (Departemen Kesehatan RI, 1997). Salah satu program kesehatan di Indonesia yang mempergunakan pendekatan PKMD dan yang mengutamakan peran serta masyarakat adalah pos pelayanan terpadu (Posyandu).

Posyandu merupakan jenis upaya kesehatan bersumber masyarakat (UKBM) yang paling memasyarakat dewasa ini (Depkes RI, 1999), yang dalam kegiatannya meliputi 5(lima) program prioritas yakni, (KIA, KB, Gizi, Imunisasi dan penanggulangan diare ) terbukti mempunyai daya ungkit yang besar terhadap penurunan angka kematian bayi.

Sejak dicanangkan posyandu di Indonesia pada tahun 1984 dari tahun ke tahun mengalami pertumbuhan yang sangat pesat. Namun pada tahun 1991 sampai dengan tahun 1995 terjadi fluktuasi jumlah posyandu, karena adanya *drop out* kader sehubungan dengan pekerjaannya hanya bersifat sukarela tetapi secara fungsional kader tetap mau menolong sesama, selain itu karena faktor



kejenuhan di lapangan dan kurangnya pembinaan posyandu secara terpadu (Depkes, 2002:47). Untuk mengetahui perkembangan jumlah posyandu tersebut dapat dilihat pada Tabel 1.1.

**Tabel 1.1.**  
**Pertumbuhan Posyandu di Indonesia**  
**Tahun 1985 s/d 1995**

NO	TAHUN	JUMLAH
1.	1985	25.000
2.	1986	67.986
3.	1987	185.600
4.	1988	213.617
5.	1989	226.162
6.	1990	244.382
7.	1991	251.815
8.	1992	242.255
9.	1993	233.061
10.	1994	251.459
11.	1995	244.470

Sumber : Arrif Depkes RI 1997.

Naik dan turunnya jumlah posyandu tersebut tidak lepas dari perantara kader dan masyarakat pada saat pelaksanaan posyandu, karena masyarakat merupakan unsur utama sebagai penggerak posyandu. Jumlah kader memang sulit untuk dihitung dan biasanya dilaporkan dengan jumlah yang tidak tetap karena kader posyandu berada diseluruh pelosok tanah air (Depkes RI, 2002:45). Menurut Buku Arrif (1997:7) jumlah kader posyandu pada tahun 1995 secara nasional berjumlah 1.222.350 orang . Memperhatikan Tabel 1.1 tersebut dapat diketahui bahwa pada dasa warsa pertama pembentukan posyandu mengalami pertumbuhan yang sangat pesat. Pada tahun 1998 jumlah posyandu di Indonesia mengalami penurunan menjadi 244.107 posyandu dengan strata sebagai berikut :



44% Pratama, 33,3% Madya, 18,7 % Purnama dan hanya 3,6 % Mandiri. Pada tahun 2000/2001 terdapat sebanyak 239.228 posyandu. Penurunan jumlah posyandu saat itu kemungkinan disebabkan sarana posyandu yang kurang memadai dan tidak sesuai dengan harapan masyarakat, selain itu juga karena kader posyandu yang tidak aktif, dengan tidak pernah datang ke posyandu dan tidak mengirim laporan kegiatan. Hal ini akan mempengaruhi perkembangan posyandu. Tingkat perkembangan posyandu secara nasional mulai tahun 1998 sampai tahun 2001 dapat dilihat dalam Tabel 1.2.

**Tabel 1.2**  
**Strata Posyandu di Indonesia Tahun 1998 S/D 2001**

STRATA POSYANDU	Jumlah Posyandu 1998/1999	(%)	Jumlah Posyandu 1999/2000	(%)	Jumlah Posyandu 2000/2001	(%)
Pratama	100.646	42,9	103.465	44,1	104.115	44,2
Madya	80.492	34,3	79.664	34,0	81.844	34,7
Purnama	43.043	18,3	42.895	18,3	42.363	18,0
Mandiri	10.662	4,5	8.552	3,6	7.462	3,1
Jumlah	234.843	100,0	234.546	100,0	235.784	100,0

Sumber Depkes 2002.

Sedangkan menurut Profil Upaya Kesehatan Bersumber Masyarakat (UKBM) Jawa Timur tahun 2002, Posyandu di Jawa Timur terus mengalami peningkatan sejak tahun 1999 sampai tahun 2002. Pada tahun 2000 jumlah posyandu sebanyak 43.063, dan pada tahun 2001 berjumlah 43.216 posyandu, atau mengalami peningkatan 0,35%. Sedang pada tahun 2002 jumlah posyandu 43.401, atau bertambah 185 posyandu, bila diprosentasekan mengalami peningkatan 0,42%. Sampai pada saat ini tahun 2004 jumlah posyandu di Jawa Timur tidak mengalami perubahan, dengan strata posyandu sebagai berikut : Pratama 16.543 (38,12%), Madya 17.478 (40,28%), Purnama 8.009 (18,45%) dan Mandiri 1.369 (3,15%).

Keberhasilan posyandu secara langsung terletak pada kader posyandu, karena kader langsung berhadapan dengan sasaran dan mengerjakan pekerjaan yang ada di posyandu. Namun kader posyandu tidak seluruhnya aktif seperti yang terdaftar. Untuk mengetahui jumlah kader di Jawa Timur dapat dilihat dalam Tabel 1.3

**Tabel 1.3.**  
**Jumlah Kader Posyandu dan Kader aktif Prop. Jawa Timur**  
**Tahun 2001 S/D Tahun 2003**

Posyandu		Kader		Kader Aktif	
Tahun	Jumlah	Jumlah	%	Jumlah	Ideal
2001	43.401	205.518	100	141.337	217.005
2002	43.401	205.518	100	149.359	217.005
2003	38.705	172.570	100	149.533	193.525

Sumber Profil UKBM Jatim 2002/2003.

Pada tahun 2001 sebanyak 141.337 orang dan pada tahun 2002 menjadi 149.359, atau mengalami peningkatan sebanyak 8.022 orang dan pada tahun 2003 juga mengalami peningkatan sebanyak 174 orang kader. Dalam Tabel 1.3 tersebut dapat diketahui bahwa jumlah kader terus mengalami peningkatan, namun bila dibandingkan dengan jumlah posyandu yang ada pada tahun 2003 sebanyak 38.705 maka rata-rata Posyandu Jawa Timur hanya dilayani kurang dari 4 kader aktif. Idealnya kader disetiap posyandu sebanyak 5 orang, bila jumlah kader kurang akan menghambat kegiatan posyandu karena harus bekerja ekstra.

Kabupaten Sidoarjo merupakan wilayah provinsi Jawa Timur yang mempunyai 25 puskesmas dan membina 1.579 posyandu pada tahun 2003, dari jumlah tersebut dikelompokkan menjadi posyandu pratama 374.(23,7%); Madya 623. (39,5%); Purnama 434. (27,5%) dan posyandu Mandiri 147 (9,3%). Dalam

beberapa tahun mengalami penurunan jumlah posyandu yang diikuti dengan penurunan jumlah kader aktif.

Untuk lebih jelasnya dapat dilihat dalam Tabel 1.4.



**Tabel. 1.4.**  
**Jumlah Posyandu dan Kader Aktif di Kab. Sidoarjo**  
**Tahun 2001 sampai Tahun 2003.**

No	Puskes Mas	Tahun 2001				Tahun 2002				Tahun 2003			
		Pos	Kdr	akf	%	Pos	Kdr	akf	%	Pos	Kdr	Akf	%
1.	Sidoarjo	81	520	463	89,04	84	520	425	81,73	82	520	463	98,04
2.	Urangagung	36	180	161	89,44	38	201	156	77,61	39	225	185	82,22
3.	Sekardangan	35	190	147	77,37	35	190	147	77,37	35	175	140	80,00
4.	Buduran	65	402	348	86,57	65	391	322	82,35	65	387	334	86,30
5.	Candi	112	533	345	64,73	115	533	345	64,72	130	625	515	82,40
6.	Porong	43	237	180	75,95	43	237	180	75,94	43	268	235	87,68
7.	Kedungsolo	30	195	142	72,82	30	195	135	69,23	30	195	100	51,28
8.	Jabon	54	310	231	74,52	54	310	310	100	54	300	225	75,00
9.	Krembung	63	422	381	90,28	63	422	282	66,82	63	411	381	92,70
10.	T.ggulangin	72	442	394	89,14	75	465	396	85,16	80	455	334	73,40
11.	Tulangan	39	274	271	98,91	39	273	268	98,16	39	273	273	100
12.	Kepadangan	36	236	200	84,75	36	200	195	97,50	36	211	184	87,20
13.	Taman	97	655	401	61,22	97	655	400	61,60	103	544	440	80,88
14.	Trosobo	40	284	230	80,99	40	285	225	78,94	40	283	239	84,45
15.	Sukodono	73	446	344	77,13	78	463	370	79,91	80	468	388	82,90
16.	Sedati	66	330	300	90,91	66	330	300	90,90	71	368	355	96,46
17.	Waru	85	587	256	43,61	85	587	195	33,21	85	587	256	66,14
18.	Medaeng	39	364	364	100	43	364	231	63,36	51	364	279	76,65
19.	Gedangan	83	599	453	75,63	86	604	510	84,43	88	599	497	82,97
20.	Krian	67	343	248	72,30	68	343	205	59,77	68	340	205	60,29
21.	Brng.Krajan	31	161	146	90,68	31	161	150	93,17	32	165	154	43,33
22.	Tarik	69	454	343	75,55	69	466	352	75,53	69	402	208	51,74
23.	Blng.Bendo	62	355	258	91,55	62	286	258	90,20	62	408	310	75,98
24.	Wonoayu	65	424	65	15,33	66	343	274	79,88	66	483	318	65,83
25.	Prambon	67	403	295	73,20	61	401	277	69,07	67	401	277	69,08
		1510	9225	6648	72,06	1529	9225	7008	79,96	1578	9457	7295	77,13

Sumber: Dinas Kesehatan Kab. Sidoarjo.

Memperhatikan data pada tabel 1.4. diketahui bahwa jumlah kader aktif di Kabupaten Sidoarjo juga mengalami kenaikan. Pada tahun 2003 jumlah kader

aktif posyandu yang ada di kabupaten Sidoarjo sebanyak 7.295 orang, atau 77,13% dari jumlah kader 9.457 dan bila di rata-rata kader yang bertugas di posyandu kurang dari 5 orang.

Puskesmas Kedung Solo merupakan unit fungsional dari Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo, dengan jumlah penduduk sebanyak 35.165 jiwa yang berada pada wilayah kecamatan Porong. Wilayah kerja Puskesmas Kedung Solo terdiri dari 9 desa yang dihubungkan dengan sarana jalan beraspal dan dapat dijangkau dengan menggunakan sarana transportasi darat berupa kendaraan roda dua dan mobil. Pada tahun 1994 Puskesmas ini resmi menjadi puskesmas induk, karena sebelumnya merupakan Puskesmas Pembantu (Pustu) bagian dari Puskesmas Porong. Sejak berpisah dari puskesmas Porong, Puskesmas Kedung Solo berusaha mengurus daerahnya sendiri yang menjadi tanggung jawabnya dengan memiliki 30 posyandu. Seluruh posyandu tersebut dikelola dan dibina oleh bidan yang bertugas pada poliklinik desa (polindes). Jumlah polindes yang ada di wilayah puskesmas Kedung Solo sebanyak 7 Polindes dan 1 buah Puskesmas pembantu (Pustu). Keberadaan Posyandu di wilayah kerja puskesmas Kedung Solo sudah cukup lama yaitu pada tahun 1982 sebelum pencanangan posyandu, dengan sebutan kelompok penimbangan dan setelah pencanangan posyandu pada tahun 1984 berubah nama menjadi posyandu. Pembentukan kelompok penimbangan di wilayah Kedung Solo pada saat itu atas inisiatif Dinas kesehatan yang disetujui oleh masyarakat setempat. Lebih dari dua dasa warsa posyandu di Kedung Solo tidak mengalami perubahan, baik dari jumlah maupun strata posyandu yakni berjumlah 30 posyandu yang seluruhnya berstrata Pratama. Hal ini disebabkan posyandu bersifat rutinitas yang hanya memberikan pelayanan bagi balita dan para ibu saja. Sedangkan seluruh posyandu berstrata Pratama



karena kurangnya jumlah kader dan cakupan kegiatan yang rendah serta kurangnya pembinaan terhadap posyandu membuat kader tidak mengerti apa yang harus dilakukan. Kegiatan pada posyandu di wilayah puskesmas Kedung Solo, hanya dilayani kader yang berada pada meja pendaftaran dan penimbangan saja dan memasukkan hasil timbangan pada KMS balita, tanpa ada meja penyuluhan dari kader. Tugas kader hanya sebagai pembantu untuk mendaftarkan dan menimbang balita saja yang hadir di posyandu. Jadi otoritas kader posyandu tidak tampak. Mengenai kegiatan posyandu juga tergantung dari puskesmas, jadwal kegiatan posyandu dan penentuan jam kerja posyandu juga ditentukan oleh petugas kesehatan, kader hanya mengikuti program yang baku dan telah ditentukan oleh Puskesmas.

Studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti pada tanggal 17 Januari 2005 sampai dengan 29 Januari 2005 terhadap 15 orang kader, tentang partisipasi kader terhadap posyandu, mereka memberikan informasi bahwa Partisipasi dipengaruhi oleh beberapa hal : 1) Motivasi Kader untuk partisipasi di Posyandu karena ingin anak-anak sehat, dan sekedar mengisi waktu. 2) Kader yang lebih dari 10 tahun bosan menjadi kader dan ingin berhenti karena jenuh serta ingin mencari pekerjaan lain di pabrik. 3) Otonomi Kader berjalan dengan tidak baik, kader hanya menuruti anjuran yang diberikan oleh bidan sebagai petugas kesehatan, seperti jadwal posyandu. 4) Otoritas Kader tidak mutlak, keputusan tergantung bidan sebagai petugas kesehatan karena dianggap mempunyai pengetahuan yang lebih baik. 5) Insentif / *Reward* sangat diperlukan agar kader lebih giat melaksanakan Posyandu, dan untuk merangsang kemauan kader, Puskesmas memberikan pelayanan berobat gratis untuk kader, namun sebagian kader mengeluh tetap membayar di Puskesmas karena petugas

belum mengenal dia sebagai kader. Sedang dari desa insentif berupa pemberian gula pasir pada saat panen tebu. 6) Dukungan dari aparat desa sangat kurang, terlihat saat posyandu tidak ada aparat desa yang hadir di posyandu 7) Kader banyak yang mengerti bahwa dia adalah milik dari desa sehingga tidak pernah melakukan tuntutan kepada puskesmas.

Soetrisno 2000) mendefinisikan Partisipasi adalah merupakan kerjasama yang erat antara perencana dan rakyat dalam melaksanakan dan melestarikan pembangunan dengan membutuhkan insentif untuk membiayai, sikap toleransi serta adanya sikap keterbukaan dan mau menunjukkan kesalahan pemerintah dan aparat dalam pembangunan. Makna dari insentif menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (Moeliono,1989) adalah tambahan penghasilan berupa uang, barang dsb yang diberikan untuk memperbesar gairah kerja, jadi pemberian insentif bagi kader sangat penting karena akan menambah keaktifan dan gairah kerja . Insentif ini mengandung arti yang sama dengan “*Reward*” dalam Kamus Inggris-Indonesia (Echols,1997) adalah suatu ganjaran hadiah atas usahanya mengurus posyandu, kedua kata ini mempunyai makna yang sama sebagai penghargaan dan atau penambah gairah kerja. Dalam berpartisipasi terhadap posyandu maka otonomi dan otoritas kader harus dipegang teguh, karena kader merupakan pelaksana yang penting bagi kelangsungan posyandu. Tanpa kader posyandu akan mati. Kata otonomi dan otoritas tidak dapat terpisahkan karena keduanya saling berhubungan. Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (Moeliono,1989), otonomi berarti pemerintahan sendiri pada daerah hak, dengan wewenang dan kewajiban untuk mengatur dan mengurus rumah tangga sendiri sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku. Sedangkan arti otoritas adalah hak untuk bertindak dengan wewenang dan kekuasaan sah yang diberikan untuk



menjalankan fungsinya. Otoritas bagi kader posyandu sangat penting dimiliki untuk menjalankan otonomi posyandu, agar kader dapat berpartisipasi secara mandiri sesuai dengan harapan dan keadaan kader .

Pernyataan partisipasi dari Soetrisno ada kesamaan dengan hasil wawancara yang dilakukan peneliti pada 15 kader posyandu di wilayah kerja Puskesmas Kedung Solo . Untuk lebih jelasnya dapat dilihat dalam Tabel 1.5 berikut ini :

**Tabel 1.5**  
**Rekapan Hasil Wawancara dengan Kader Posyandu**  
**Di Wilayah Kerja Puskesmas Kedung Solo Kecamatan Porong**  
**Tahun 2005**

No	Pertanyaan	Jawaban Responden				Jumlah	
		Ya		Tidak		N	%
		N	%	n	%		
1	Kader menginginkan Insentif	15	100	0	0	15	100
2	Kaderngharap dukungan aparat	13	86,7	2	13,3	15	100
3	Terpaksa menjadi kader posyandu	12	80	3	20	15	100
4	Merasa jenuh menjadi kader	10	66,7	5	33,3	15	100
5	Tetap ingin menjadi kader	12	80	3	20	15	100
6	Mengharap peningkatan Reward	13	86,7	2	13,3	15	100
7	Menginginkan pembinaan	15	100	0	0	15	100

Sumber : Data Survei Pendahuluan tahun 2005

Upaya yang dilakukan agar kader tetap mau menjalankan posyandu saat ini dengan cara melakukan pembinaan yang diberikan oleh bidan, dengan mengadakan kegiatan arisan dan pertemuan di wilayah desanya setiap bulan untuk menilai kemajuan posyandu, sedang pembinaan dari Puskesmas dilakukan

bila ada dana. Keterpaksaan untuk menjadi kader terlihat juga di Kedung Solo, karena ada kader yang berstatus isteri pamong desa sehingga secara langsung harus menjadi pelopor masyarakat dalam posyandu walaupun dalam hatinya enggan menjadi kader. Namun terpaksa atau tidak tetap tergantung kemauan dan pribadi masing-masing. Pada Saat ini ada 5 kader yang droup out dari desa Kebon Agung, yang disebabkan ada masalah dengan Pamong setempat dan kader menyatakan tidak mau menjalankan posyandu .Kader posyandu yang memberikan pelayanan di posyandu pada tahun 2000 yang terdaftar sebanyak 195 kader, namun pada tahun 2002 dan sampai tahun 2004, kader aktif yang melayani posyandu hanya 117 orang kader. Bila dibandingkan dengan jumlah posyandu yang ada maka 1 posyandu rata-rata hanya dilayani oleh 3 orang kader saja. Menurut Buku ARRIF(1997:50) idealnya posyandu dilayani oleh 5 orang atau lebih, bila kurang akan merepotkan. Kader tersebut akan bekerja pada meja Pendaftaran 1 orang, Penimbangan 2 orang, pencatatan hasil 1 orang dan penyuluhan 1 orang. Untuk lebih jelasnya mengenai posyandu dan jumlah desa dapat dilihat dalam Tabel 1.6. berikut ini.

**Tabel. 1.6.**  
**Jumlah Posyandu dan Kader di Puskesmas**  
**Kedung Solo Kecamatan Porong Tahun 2004**

No	Desa	Posyandu	Kader Aktif		
			2002	2003	2004
1.	Kedung Solo	Asparaga.I,II,III	15	15	15
2.	Kebon Agung	Teratai.I,II,III,IV,V	20	20	15
3.	Kebakalan	Anggrek.I,II,III,IV	16	16	16
4.	Kesambi	Mawar.I,II	7	10	9
5.	Wunut	Bogenvile.I,II,III,IV	15	12	12
6.	Pesawahan	Nusa Indah.I,II,III	13	14	14
7.	Kedung Boto	Cempaka.I,II	10	10	10
8.	Candi Pari	Sedap Malam.I,II,III	16	16	16
9.	Lajuk	Nusa Indah I,II,III,IV	12	12	10
			124	125	117

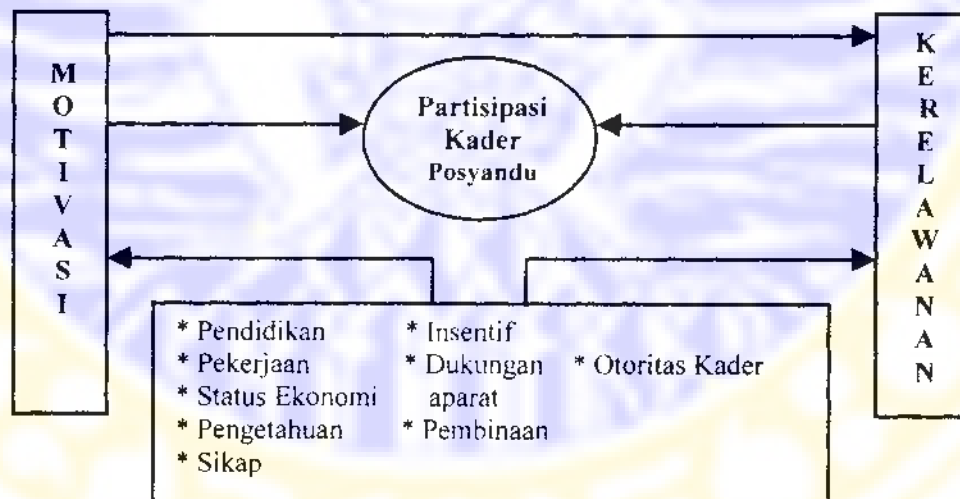
Sumber: Pojok Gizi Pusk.Kedung Solo 2004.

Memperhatikan latar belakang tersebut timbul pertanyaan mengapa Posyandu di wilayah Puskesmas Kedung Solo seluruhnya berstrata Pratama dan mengapa jumlah kader posyandu yang aktif hanya 117 orang, apakah semuanya ini karena kurang efektif dan kurang optimalnya peranserta kader pada posyandu? Atau ada faktor yang lain ?

Hal tersebut diatas yang membuat peneliti tertarik untuk melakukan penelitian agar dapat mengungkap masalah tersebut dengan judul “Beberapa Faktor yang Berhubungan dengan Partisipasi Kader Posyandu di wilayah puskesmas Kedung Solo, kecamatan Porong Kabupaten Sidoarjo, Jawa Timur.

## 1.2 Identifikasi masalah

Latar belakang masalah diatas berhubungan dengan tingkat partisipasi kader posyandu. Beberapa faktor yang mempengaruhi tingkat partisipasi kader posyandu dapat dilihat dalam bagan dan penjelasannya pada Gambar 1.1 dibawah ini.



Gambar 1.1 Identifikasi masalah yang berhubungan dengan partisipasi kader

Faktor kerelawanan sangat berpengaruh terhadap partisipasi kader posyandu, karena pada dasarnya kader merupakan tenaga sukarela yang berasal dari masyarakat dan mau menyumbangkan tenaga dan pikiran sesuai dengan waktu yang dimiliki (Abdurachman,1985). Arti dari sukarela disini bahwa kader tidak mendapat imbalan atau insentif (*reward*) setiap bulan, tetapi hanya terkadang saja bila ada dalam arti tidak dapat diharapkan setiap bulan atau setiap tahun dan biasanya hanya dalam jumlah yang sangat kecil tidak sebanding dengan waktu yang terbuang.

Hal ini sering tidak disadari oleh kader bahwa pekerjaannya bersifat sukarela . Beberapa kader posyandu juga belum mengerti konsep kader tersebut dan menganggap bahwa dirinya bagian dari tenaga kesehatan, sehingga akan membuat kecewa dan bila kader tidak menyadari hal ini akan berpengaruh terhadap kemauan kader untuk berpartisipasi terhadap posyandu.

Faktor pekerjaan bagi kader sangat berpengaruh terhadap partisipasi pada posyandu, karena pekerjaan berhubungan erat dengan kesejahteraan keluarga kader. Kebanyakan kader posyandu berasal dari ibu rumah tangga yang tidak bekerja secara formal di kantor atau perusahaan, sehingga bisa mengurus posyandu dengan leluasa. Namun demikian partisipasi tidak harus secara sukarela berkorban tanpa imbalan, tetapi memerlukan insentif sebagai penghargaan dalam pengabdianya ( Soetrisno, 2000).

Pendidikan adalah proses belajar dan mengajar yang bertujuan untuk tercapainya perubahan perilaku kearah yang positif ( Dinkes Jatim, 1998). Bagi kader posyandu, faktor pendidikan sangat penting karena tugas kader posyandu berhadapan dengan beberapa persoalan, mulai dari membaca, menulis dan

memberikan penyuluhan kepada setiap orang yang hadir di posyandu . Berbekal pendidikan yang cukup akan menambah kepercayaan kader dalam menghadapi pekerjaan baik diluar maupu didalam posyandu. Pendidikan juga berpengaruh terhadap seseorang dalam menerima informasi, karena dengan modal pendidikan yang memadai, membuat kader tidak mudah terpengaruh oleh isu atau gosip yang sering muncul dimasyarakat, namun masih mampu mempertimbangkan kebenarannya. Dengan demikian kader akan tetap tegar dalam menghadapi masalah yang timbul .

Pengetahuan bagi kader posyandu sangat penting, karena pengetahuan merupakan hasil dari tahu yang didasari dengan penginderaan, sehingga kader mau mengadopsi dan mau menjadi kader posyandu. Perilaku kader ini apabila tidak disertai dengan pengetahuan dan kesadaran maka akan berlangsung tidak lama. Misal menjadi kader posyandu karena diperintah oleh Lurah atau orang lain dan tidak mengetahui maknanya, hal ini akan membuat kecewa dan keluar dari kader. (Notoadmodjo, 2003).

Sikap adalah sebagai suatu respon evaluatif apabila seseorang dihadapkan pada stimulus yang dihadapi. Respon evaluatif berupa reaksi yang memberi kesimpulan terhadap stimulus baik positif maupun negatif ( Azwar, 1995). Bagi kader posyandu sikap sangat mempengaruhi perilaku kader, karena pembentukan sikap dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya : pengalaman pribadi, pengaruh orang lain, kebudayaan, media massa, faktor emosi dll. Bila faktor yang berpengaruh baik, maka perilaku kader dalam posyandu akan baik juga.

Pembinaan kader dilakukan juga oleh petugas kesehatan yaitu bidan, dengan jalan mengadakan pertemuan kader posyandu di seluruh desa yang menjadi binaan setiap bulan secara bergilir disetiap posyandu atau di tempat yang



sudah ditentukan. Pertemuan atau rapat baik secara rutin atau berkala sangat baik bagi kader posyandu karena dapat dipakai sebagai tempat untuk mengemukakan pendapat dan membicarakan pelaksanaan kegiatan posyandu, serta untuk mengetahui masalah yang dihadapi dan bagaimana upaya untuk mengatasinya (Departemen Kesehatan RI,1994:13). Dalam pertemuan semacam ini kader dapat mengemukakan masalah yang dihadapi dan kemudian dibahas bersama. Dengan dilakukannya pertemuan semacam ini akan menambah keakraban dan meningkatkan komunikasi personal antar kader yang dapat menimbulkan rasa senang terhadap pekerjaan serta meningkatkan kemauan kader untuk mengurus posyandu.

Dukungan aparat bagi seorang kader sangat penting artinya dan mempunyai pengaruh yang sangat besar, karena dengan adanya dukungan dari aparat maupun tokoh agama (Toga) atau tokoh masyarakat (Toma) akan memberikan angin segar bagi kader. Dengan dukungan ini kader akan merasa dihargai dan tidak berjalan sendiri saat melaksanakan program posyandu dimasyarakat. Selanjutnya Toma dan Toga dapat menjebatani antara kader dan masyarakat dalam mengelola program posyandu. Dalam masyarakat yang masih bersifat Paternalistik seperti di Indonesia peran Toma dan Toga sangat penting karena keduanya menjadi panutan bagi perilaku masyarakat yang signifikan (Notoadmodjo, 2003:23).

Otoritas dan Otonomi Kader dalam posyandu merupakan rangkaian aktivitas yang menjadi bagian yang *independen* artinya segala keputusan ada di tangan kader. Menurut Soetrisno (2000), rakyat seharusnya didorong untuk aktif dalam pembangunan bukan hanya merencanakan, melaksanakan dan memelihara hasil pembangunan saja tetapi harus diizinkan untuk menciptakan

pembangunan. Seperti halnya dengan kader posyandu dalam menentukan kegiatan posyandu yang ada di desanya seharusnya secara mandiri tanpa pengaruh orang lain termasuk petugas kesehatan, agar posyandu dapat lebih maju dan tidak membebani kader dan mendidik masyarakat untuk bertanggung jawab terhadap keputusan yang diambilnya.

### **1.3 Rumusan Masalah**

Berdasarkan hal tersebut diatas diperlukan pengkajian lebih lanjut tentang partisipasi kader Posyandu dan faktor yang mempengaruhinya. Di samping itu dengan diluncurkan Surat Edaran Menteri Dalam Negeri Nomor 411.3/536/SJ tahun 1999 tentang otonomi daerah, perlu didukung dengan informasi yang lebih baik guna menata kembali Posyandu dalam upaya mengatasi masalah kesehatan yang ada. Untuk itu penulis mengajukan pertanyaan untuk dijawab dalam penelitian ini, yaitu "Faktor apa yang berhubungan dengan motivasi, kerelawanan dan partisipasi kader pada posyandu."

### **1.4. Tujuan Penelitian**

#### **1.4.1 Tujuan Umum**

Menganalisis beberapa faktor yang berhubungan dengan Partisipasi kader posyandu di wilayah puskesmas Kedung Solo Kecamatan Porong, Kabupaten Sidoarjo Jawa Timur.

#### **1.4.2. Tujuan Khusus**

1. Menganalisis hubungan antara faktor pendidikan dengan faktor motivasi dan faktor kerelawanan.



2. Menganalisis hubungan antara faktor pekerjaan dengan faktor motivasi dan faktor kerelawanan.
3. Menganalisis hubungan antara faktor status ekonomi dengan faktor motivasi dan faktor kerelawanan.
4. Menganalisis hubungan antara faktor pengetahuan dengan faktor motivasi dan faktor kerelawanan.
5. Menganalisis hubungan antara faktor sikap dengan faktor motivasi dan faktor kerelawanan.
6. Menganalisis hubungan antara faktor insentif dengan faktor motivasi dan faktor kerelawanan.
7. Menganalisis hubungan antara faktor dukungan aparat dengan faktor motivasi dan faktor kerelawanan.
8. Menganalisis hubungan antara faktor pembinaan puskesmas dengan faktor motivasi dan faktor kerelawanan.
9. Menganalisis hubungan antara faktor otoritas kader dengan faktor motivasi dan faktor kerelawanan.
10. Menganalisis hubungan antara faktor motivasi dengan faktor kerelawanan.

## **1.5 Manfaat Penelitian**

### **1.5.1. Bagi Peneliti**

1. Sebagai sarana untuk menerapkan teori dalam ilmu perilaku dan promosi kesehatan dalam penelitian tersebut.
2. Mengetahui faktor yang berhubungan dengan partisipasi kader dalam menjalankan tugas di posyandu.

### **1.5.2. Bagi Puskesmas dan Dinas Kesehatan**

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran mengenai Partisipasi kader posyandu dan faktor yang berhubungan dengan partisipasi kader posyandu, sehingga dapat digunakan pihak terkait untuk meningkatkan fungsi posyandu dalam rangka peningkatan status kesehatan dan gizi masyarakat.

### **1.5.3. Bagi Institusi Pendidikan**

Memberikan kontribusi dalam pengembangan ilmu pengetahuan tentang berbagai faktor yang berpengaruh terhadap Partisipasi kader dalam posyandu.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1. Sejarah Perkembangan Posyandu

Pos Pelayanan Terpadu atau posyandu adalah Pos pelayanan KB dan Kesehatan yang dikelola dan diselenggarakan untuk dan oleh masyarakat dengan dukungan teknis dari petugas, dalam rangka pencapaian norma keluarga kecil bahagia sejahtera / NKKBS. (Departemen Kesehatan RI, 1993:2 ).

Perkembangan posyandu tidak terlepas dari perubahan orientasi pembangunan kesehatan yang melanda dunia saat itu yang diawali dengan disepakatinya pendekatan "*Primary Health Care*" atau PHC sebagai strategi untuk mencapai kesehatan untuk semua, dalam deklarasi Alma Ata, Uni Soviet pada tahun 1978. PHC adalah upaya kesehatan esensial yang secara universal mudah dijangkau dan dapat diterima oleh perorangan dan keluarga dalam masyarakat, dengan peran serta penuh dari mereka, serta dengan biaya yang dapat ditanggung oleh masyarakat dan negara bersangkutan. Oleh karena itu Pembangunan kesehatan masyarakat merupakan bagian integral dari sistem kesehatan dan pembangunan sosial ekonomi masyarakat suatu negara

Adapun pengertian PHC menurut Departemen Kesehatan RI, 1993, adalah sebagai upaya pemeliharaan kesehatan yang lebih sederhana dengan teknologi murah dan tenaga kesehatan berorientasi masyarakat untuk mencapai cakupan penduduk yang luas, yang berfokus pada upaya preventif dibanding kuratif, terjangkau, adil, mengutamakan partisipasi masyarakat, dengan melakukan integrasi pelayanan kesehatan dan koordinasi antar sektor.

Disepakatinya pendekatan PHC maka orientasi pembangunan kesehatan di Indonesia diharapkan lebih bersifat ke preventif dan promotif. Pendekatan PHC ini ditanggapi dengan dibentuknya Pembangunan kesehatan masyarakat desa (PKMD) yang dirintis di Kabupaten Banjarnegara sejak tahun 1975 dan makin dikembangkan programnya. PKMD adalah wujud kegiatan PHC di Indonesia, yang dalam perkembangannya pada tahun 1985 mengarahkan program pelayanan kesehatan bagi masyarakat pada pembentukan posyandu sampai ke pelosok desa-desa terpencil.

PKMD merupakan rangkaian kegiatan masyarakat yang dilakukan berdasarkan gotong royong dan swadaya masyarakat, dalam rangka menolong diri mereka sendiri, dengan mengenal dan memecahkan masalah atau kebutuhan mereka di bidang kesehatan atau yang berkaitan dengan kesehatan, sehingga mampu memelihara kehidupan yang sehat, demi meningkatnya mutu hidup dan kesejahteraan masyarakat. Swadaya masyarakat ini didorong dan dibina serta dilaksanakan secara lintas program dan lintas sektor. Disamping sebagai bentuk partisipasi masyarakat, PKMD juga merupakan usaha memperluas jangkauan pelayanan kesehatan (Departemen Kesehatan RI.1995:34). Perluasan jangkauan pelayanan tersebut dilaksanakan dengan membentuk posyandu di desa seluruh Indonesia.

Pembentukan posyandu di Indonesia diawali dengan kegiatan yang telah ada di masyarakat yaitu berdirinya pos penimbangan anak balita yang merupakan bagian dari program Usaha Perbaikan Gizi Keluarga, kemudian ditambah kegiatan-kegiatan lainnya. Usaha perbaikan gizi di Indonesia telah dirintis sejak tahun 1963 yang dimulai dengan kegiatan *Applied Nutrition Program* (ANP) di

Jawa, Sumatera, Bali dan Nusa Tenggara Barat. Tahun 1973 diadakan evaluasi kegiatan ANP dan menghasilkan berbagai rekomendasi antara lain perlunya disempurnakan kegiatan tersebut. Pada tahun itu juga melalui pertemuan berbagai instansi nama ANP dirubah menjadi Usaha Perbaikan Gizi Keluarga (UPGK). Mulai Pelita II program perbaikan gizi merupakan program nasional dengan dimasukkannya kebijaksanaan program tersebut dalam Repelita II (Soekirman, dalam Dewi Sartika, 2002).

Tahun 1984 berdasarkan instruksi bersama antara Menteri Dalam Negeri, Menteri Kesehatan dan Kepala BKKBN dikembangkan kegiatan Posyandu. Posyandu merupakan kegiatan terpadu di tingkat desa yang melaksanakan lima kegiatan pokok yaitu : perbaikan gizi, keluarga berencana, kesehatan ibu dan anak, imunisasi dan penanggulangan diare. Pada tanggal 12 Nopember 1986 posyandu dicanangkan oleh Presiden Soeharto sebagai suatu strategi nasional pendukung program dasa warsa anak Indonesia 1986-1996 (Departemen Kesehatan RI, 1995).

Konsep posyandu merupakan salah satu bentuk PKMD, yang merupakan pendekatan kepada masyarakat yang kekuatannya terletak pada pelayanan kesehatan dasar, kerja sama lintas sektor dan peran serta masyarakat. Dengan konsep tersebut dan atas kesepakatan berbagai instansi maka semua kegiatan keluarga berencana dan kesehatan yang ada di desa harus dipadukan dalam kegiatan posyandu. Dengan demikian kegiatan UPGK yang ada di desa dalam bentuk pos penimbangan diintegrasikan juga ke dalam posyandu. Demikian juga pos kegiatan lainnya yang ada di desa, seperti pos imunisasi dan pos KB harus diintegrasikan.

Pada tahun 1990 di Indonesia terjadi terobosan besar pada posyandu yaitu dengan keluarnya Inmendagri Nomor 9 Tahun 1990 tentang peningkatan pembinaan mutu Posyandu. Isi Inmendagri tersebut antara lain meminta kepada seluruh Kepala Daerah untuk meningkatkan mutu pengelolaan posyandu melalui pengaktifan fungsi LKMD (Lembaga Ketahanan Masyarakat Desa) dengan mengkoordinasikan dan menumbuhkan peranserta aktif masyarakat dalam pembangunan kesehatan. Dengan keluarnya Inmendagri ini menandakan bahwa posyandu adalah menjadi tanggung jawab Pemerintah Daerah dan dengan keluarnya Inmendagri tersebut maka di setiap tingkatan administratif telah terbentuk Kelompok Kerja Operasional ( Pokjanal ) Posyandu.

Sejak dicanangkan posyandu pada tahun 1984, terjadi pertumbuhan yang pesat, seperti tercantum dalam pendahuluan. Dalam kurun waktu 10 tahun jumlah posyandu meningkat 10 kali lipat. Namun dalam beberapa tahun terakhir ini jumlah dan kualitas posyandu makin menurun. Menurunnya jumlah posyandu ini kemungkinan disebabkan dari faktor kader, karena kader merupakan unsur utama penggerak posyandu.

Pada tahun 1995 jumlah posyandu sebanyak 244.470, diantaranya 42,6 % kelas Pratama dan 3,9 % mandiri. Tahun 1997 jumlah tersebut turun menjadi 240.854 buah, diantaranya 42,1% kelas pratama dan 5,2% mandiri (Departemen Kesehatan RI, 1999). Tahun 1998 jumlah posyandu menurun lagi menjadi 212.215 posyandu dan terlihat pula drop out kader yang cukup tinggi dalam 5 tahun terakhir ini yaitu berkisar 20% - 50%. Penurunan jumlah dan kinerja posyandu selain karena faktor krisis ekonomi juga karena faktor kejenuhan di lapangan (Warta Posyandu No.2. 1998/99 ). Kejenuhan dilapangan bagi kader



posyandu dapat ditanggulangi dengan memberikan tambahan ketrampilan yang berguna bagi diri sendiri maupun sesama warga masyarakat yang meminta pertolongan kepada kader. Bentuk ketrampilan tersebut dapat berupa magang di puskesmas, dengan memberikan ketrampilan membersihkan luka, membalut dan melepas perban, sterilitas dan Pertolongan Pertama Pada Kecelakaan (P3K). hal ini berdampak cukup baik bagi kader untuk mengusir kejenuhan ( Departemen Kesehatan RI, 1993:5 ). Penyebab lainnya adalah kurangnya pembinaan posyandu secara terpadu. Meskipun posyandu milik masyarakat, namun pembinaan secara teknis baik pengetahuan atau keterampilan kader menjadi tanggung jawab puskesmas yang mempunyai wilayah kerja (Departemen Kesehatan RI, 1993:4).

Untuk membangkitkan kembali posyandu, pemerintah mengeluarkan Surat Edaran Menteri Dalam Negeri nomor 411.3/536/SJ tahun 1999 tentang revitalisasi posyandu. Secara umum revitalisasi posyandu bertujuan untuk meningkatkan fungsi dan kinerja posyandu agar dapat mempertahankan dan meningkatkan status gizi dan derajat kesehatan ibu dan anak, memantapkan sistem pelayanan kesehatan dalam rangka pembangunan kualitas manusia serta meningkatkan kemampuan organisasi kemasyarakatan dalam kemandirian untuk kesejahteraannya. Sasaran revitalisasi posyandu pada dasarnya meliputi seluruh posyandu dengan perhatian utama pada posyandu pratama dan madya. Sampai tahun 2000 di Indonesia telah di revitalisasi 120.000 pos dari 180.600 posyandu pratama dan madya yang ada (Dewi Sartika, 2002). Adapun konsep revitalisasi posyandu disesuaikan dengan petunjuk pelaksanaan dan petunjuk teknis di lapangan .

Revitalisasi posyandu dilaksanakan dengan berbagai strategi, diantaranya melalui pengelompokan kegiatan pelayanan, meningkatkan frekwensi kegiatan, refungsionalisasi organisasi, pemberdayaan LKMD, peningkatan kualitas kader penyediaan fasilitas operasional, mengupayakan kegiatan yang menarik, mobilisasi sumber daya masyarakat, mengaktifkan kembali Pokjanel Posyandu dan memanfaatkan potensi yang ada di berbagai tingkatan administratif pemerintahan (Departemen Dalam Negeri, 2001:23).

Adapun kegiatan revitalisasi posyandu terdiri dari dua paket. Pertama, paket minimal yaitu paket yang harus dilaksanakan di semua posyandu, berupa kegiatan yang mempunyai daya ungkit besar bagi upaya peningkatan status gizi, penurunan angka kesakitan, penurunan angka kematian bayi, anak balita dan ibu. Paket ini terdiri dari 5 program utama, yaitu: Perbaikan gizi berupa Pemantauan status gizi, PMT, Makanan Pendamping ASI dan penyuluhan gizi ; Kesehatan Ibu dan Anak; Keluarga Berencana, Imunisasi dan Penanggulangan Diare. Kedua, paket optional yaitu paket pilihan yang dapat ditambahkan bagi posyandu yang telah mapan. Kegiatan paket optimal antara lain berupa : Bina Keluarga Balita; Pemberantasan Penyakit Endemis setempat seperti malaria, demam berdarah dengue, gondok endemik; pengadaan sarana air bersih dan perbaikan lingkungan dan usaha perbaikan gizi masyarakat desa ( Dewi Sartika, 2002).

## **2.2. Peran Posyandu**

Posyandu adalah unit pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh, dari dan untuk masyarakat, dengan dukungan teknis Departemen Kesehatan, Pertanian, Dalam Negeri, Agama, BKKBN dan sektor terkait lain, yang bertujuan

untuk menurunkan angka kematian bayi, anak balita dan ibu. Posyandu juga merupakan paket keterpaduan kesehatan, keluarga berencana (KB) yang mencakup 5 pelayanan dasar, yaitu kesehatan ibu dan anak (KIA), gizi, imunisasi, penanggulangan diare dan keluarga berencana.

Posyandu merupakan forum komunikasi terdekat dengan masyarakat, dimana para ibu berkumpul bersama, dalam suasana sedemikian rupa yang disesuaikan dengan adat budaya setempat, untuk berbagi pengalaman dan olah ketrampilan tentang cara pemeliharaan anak, termasuk penyiapan makanan bergizi yang dapat diterima oleh anaknya, serta kegiatan lain yang menunjang kebutuhan kesehatan anak dan keluarga seperti imunisasi, KB dll.

Saat ini jumlah posyandu cukup banyak dan tersebar hampir setiap dusun di Indonesia telah ada posyandu. Semakin terbarnya posyandu maka peran dalam meningkatkan cakupan program semakin penting untuk dilaksanakan demi kemajuan dan meningkatnya derajat kesehatan masyarakat. Peran posyandu dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat telah nyata dan terbukti dengan melaksanakan kegiatan berupa Cakupan pelayanan balita sebesar 74 %, Imunisasi polio ketiga 61%, Imunisasi TT2 Bumil 22% dan pelayanan pil KB 32%. Pencapaian UCI (*universal child immunization*) yang lebih cepat 3 bulan pada bulan September 1990, semua ini tidak lepas dari peran posyandu (Depkes RI, 1999). Hasil penelitian Hadju, dkk (2000) menemukan masih pentingnya peran posyandu, dimana lebih dari 75% pernah kontak dengan posyandu dalam 3 bulan terakhir dan sekitar 50% ibu memperoleh dukungan dari kader dalam menanggulangi kesehatan balita dan keluarga berencana.

Waas (1994) dalam penelitian di Sulawesi Utara juga mendapatkan bahwa kelembagaan posyandu telah memberikan peran bagi pembangunan khususnya di bidang kesehatan, dengan terlihatnya penurunan angka kematian bayi (AKB) di Sulawesi Utara 1985 sebesar 57 per 1000 kelahiran hidup, pada tahun 1990 turun menjadi 55 per 1000 kelahiran hidup. Hasil pendataan Keluarga Sejahtera yang dilakukan oleh BKKBN pada bulan Januari 1994 menurun menjadi 50,66 per 1000 kelahiran hidup. Demikian juga masalah KEP (Kurang Energi dan Protein) pada anak balita semakin menurun. Prevalensi KEP tingkat nasional tahun 1995 adalah 36,5 % KEP total dan 9,8% KEP berat dan tahun 1999 menjadi 25,5% KEP total dan 7,8% KEP berat (Jahari dkk, dalam Dewi Sartika, 2002).

Pelayanan dasar bagi anak balita terutama ditujukan untuk menjaga pertumbuhan potensial anak sejak lahir agar berlangsung normal demikian juga daya tahan terhadap penyakit. Pertumbuhan fisik yang normal menentukan perkembangan mental dan kecerdasan anak yang dapat dipacu dengan lingkungan hidup yang baik, pola pengasuhan yang mendukung, serta dengan menyediakan oralit untuk mengurangi bahaya diare. Pelayanan dasar dapat dilaksanakan melalui Posyandu, Puskesmas. Berbagai pelayanan dasar diupayakan agar dapat terjangkau oleh masyarakat baik secara fisik maupun ekonomi (Soekirman, dalam Dewi Sartika 2002).

Peran posyandu dalam memberikan pelayanan dasar bagi bayi, anak balita dan ibu hamil dilaksanakan dengan pelayanan pola lima meja (Buku Kader UPGK, 2002:11). Pola lima meja tersebut terdiri dari : Meja 1 : Pendaftaran anak balita dan ibu hamil. Meja 2 : Penimbangan anak balita. Meja 3 : Pencatatan/pengisian KMS. Meja 4: Penyuluhan berdasar hasil penimbangan dan

pelayanan gizi berupa pemberian tablet besi, kapsul vitamin A dan PMT. Meja 5 : Pelayanan kesehatan dan KB oleh tenaga profesional, seperti pemberian imunisasi, pelayanan KIA, KB, dan pemberian bubuk oralit serta rujukan. Kegiatan lain yang dilakukan setelah pelayanan di meja 5 tersebut adalah mencatat hasil kegiatan UPGK dalam register balita dan membahas bersama-sama kegiatan tersebut atas saran dari petugas. Adapun Pelaksana kegiatan di posyandu mulai meja 1 sampai 4 adalah kader, sedangkan pada meja 5 oleh tenaga kesehatan.

Kodyat, dalam Dewi Sartika (2002) menjelaskan bahwa pelayanan gizi di posyandu diupayakan dan dikelola oleh lembaga swadaya masyarakat setempat dan berakar pada masyarakat pedesaan. Semakin meluasnya posyandu hampir semua dusun, maka pelayanan gizi di pedesaan makin dekat dan makin terjangkau oleh keluarga serta menjadi ujung tombak dalam penanggulangan masalah kurang gizi.

Keberadaan posyandu dapat memperluas partisipasi masyarakat terhadap pelayanan kesehatan. Penelitian Haikal (1999) dalam Tesis Dewi Sartika IPB, juga didapatkan bahwa tingkat partisipasi masyarakat sangat mempengaruhi pengelolaan posyandu, dimana pada daerah dengan keadaan posyandu yang baik maka partisipasi masyarakat tinggi. Partisipasi atau peran serta masyarakat dalam posyandu terlihat nyata dalam kader posyandu.

### **2.3. Penilaian Kinerja Posyandu**

Untuk dapat menilai kinerja dengan baik diperlukan indikator yang obyektif dan spesifik sebagai pengukur. Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia



(Moeliono, 1989). Penilaian berarti proses atau perbuatan memperkirakan atau menghargai sesuatu. Sedangkan indikator adalah berarti alat pemantau atau sesuatu yang dapat memberikan petunjuk atau keterangan. Kinerja adalah pencapaian kegiatan mulai input, proses sampai dengan hasil. Indikator kinerja posyandu berarti sesuatu yang dapat memberikan petunjuk baik buruknya kegiatan meliputi input, proses dan output posyandu.

Menurut Suprianto (1988), penilaian (evaluasi) dibedakan menjadi 2 jenis yaitu sumatif dan formatif. Penilaian sumatif adalah melihat dampak program apakah berhasil mencapai tujuan yang direncanakan atau tidak. Penilaian yang dilakukan merupakan penilaian secara kualitatif khususnya mengenai pengertian motivasi dan perilaku selama pelaksanaan program yang dilakukan pada akhir kegiatan. Penilaian formatif untuk menilai hasil pada saat program sedang berlangsung, atau saat program dilaksanakan dengan tujuan untuk meningkatkan program. Penilaian ini didasarkan atas kegiatan setiap hari, minggu, bulan dan bahkan tahun. Ciri khusus penilaian formatif adalah informasi yang diperoleh di umpan balikkan ke pengambil keputusan sehingga keputusan baru dapat dihasilkan.

Departemen Kesehatan RI sejak tahun 1995 telah membuat indikator kinerja posyandu terdiri dari 8 indikator. Dari penilaian itu posyandu digolongkan ke dalam 4 tingkatan meliputi : Pratama, Madya, Purnama dan Mandiri. Ringkasan kriteria penggolongan posyandu tampak pada Tabel 2.1



**Tabel 2.1. Tingkat Kinerja Posyandu menurut 8 indikator**

No	Indikator	Pratama	Madya	Purnama	Mandiri
1	Frekwensi Penimbangan	<8		> 8	
2	Rerata Kader Tugas	<5		> 5	
3	Cakupan penimbangan (D/S)	<50%		> 50%	
4	Cakupan Keluarga Berencana	<50%		> 50%	
5	Cakupan Kesehatan Ibu & Anak	<50%		> 50%	
6	Cakupan Imunisasi	<50%		> 50%	
7	Program Tambahan	(-)		(+)	
8	Cakupan Dana Sehat		<50%		> 50%

Sumber : Depkes RI, 1999

Posyandu tingkat pratama adalah posyandu yang masih belum mantap, dengan kegiatan tidak rutin tiap bulan dan kader aktifnya terbatas. Posyandu tingkat madya dan purnama sudah dapat melaksanakan kegiatan lebih dari 8 kali per tahun dengan rata-rata jumlah kader 5 orang atau lebih, tetapi cakupan program utamanya rendah yaitu kurang dari 50%. Ini berarti kelestarian posyandu madya dan purnama terletak pada ada tidak makanan tambahan. Posyandu pada tingkat mandiri adalah posyandu selain memenuhi syarat purnama juga terdapat dana sehat dengan cakupan sedikitnya 50% keluarga.

Diharapkan semua posyandu yang ada di Indonesia menjadi mandiri. Hakekat kemandirian atau mandiri menurut Warta Posyandu No.2, 1988 / 99. adalah sama dengan konsep ideal kemandirian sebuah lembaga, yang dapat dilihat dari 3 fungsi, yakni : a) Fungsi intelektual: bagaimana pengurus, pengelola dan pembina berpikir untuk masa depan apakah mau tergantung terus atau berupaya melepas ketergantungan. b) Fungsi ekonomi: apakah lembaga / posyandu memiliki sumber dana sendiri dan mengelolanya sampai mampu mendanai kegiatannya. c) Fungsi Jaringan sosial: Lembaga atau posyandu mempunyai potensi untuk bermitra dan mempunyai jaringan dengan lembaga lain,

yaitu seberapa luas pengurus dan pembina posyandu mengarahkan pandangan dalam mengembangkan jaringan sosial.

Menurut Buku Arrif, (1997:54-55) jumlah indikator utama posyandu tidaklah mutlak. Bagi daerah yang relatif tertinggal jumlah indikator utama dapat dikurangi. Sebaliknya bagi daerah yang maju dan menginginkan indikator yang lebih banyak dapat menambah indikator utama. Jenis indikator pada tiap indikator utama merupakan indikator program terpilih, misalnya indikator imunisasi lengkap yang dipilih adalah cakupan campak. Cakupan KIA bila satu daerah menganggap indikator K 1 belum cukup, dapat menggunakan K4 sebagai indikator tambahan.

Nuhamara, dalam Dewi Sartika (2002) dalam penelitian di Kalimantan Barat menemukan bahwa instrumen telaah kemandirian posyandu dari Depkes sulit diterapkan sepenuhnya. Misalnya indikator program tambahan dan cakupan dana sehat tidak sesuai dengan keadaan posyandu di lapangan. Ada tidaknya program tambahan dan dana sehat ternyata tidak berkaitan dengan kegiatan posyandu dan umumnya dibentuk oleh provider pelayanan kesehatan. Ditemukan pula bahwa instrumen yang berasal dari Depkes tersebut belum mencakup semua kegiatan posyandu serta instrumen kemandirian dan peringkat posyandu umumnya belum dipahami oleh kader, kepala desa dan tokoh masyarakat yang ada di sekitar posyandu.

Hardinsyah dkk, dalam Dewi Sartika (2002) telah menyusun instrumen penilaian kinerja posyandu yang dapat digunakan untuk melihat titik-titik kelemahan atau kekuatan posyandu setiap 6 bulan, instrumen penilaian meliputi : *input, proses output* masing-masing diberi skor dan dijumlahkan, dengan skor

maksimal 500. Kinerja posyandu dinyatakan baik jika total skor >80 % dan skor output >60 %. Komponen *input* meliputi : alat bantu, bahan, kader dan organisasi. Komponen *proses* meliputi persiapan, pendaftaran dan penimbangan. Penyuluhan, pelayanan paket pertolongan gizi dan kesehatan serta pelaporan dan tindak lanjut. Komponen *output* meliputi pelaporan dan SKDN.

Uji coba penilaian kinerja posyandu oleh Hartoyo, dkk dalam Dewi Sartika (2002) pada 10 posyandu di Kabupaten Bogor banyak pertanyaan pada *input*, *proses* dan *output* memiliki skor jawaban yang rendah, sehingga 7 posyandu dinyatakan memiliki kinerja buruk dan 3 posyandu kinerja kurang.

Sedangkan penelitian Kasmita, dalam Dewi Sartika (2002) pada 30 posyandu di Sumatera Barat dengan menggunakan instrumen yang sama menemukan hanya ada 3 posyandu (10%) yang memiliki kinerja posyandu yang baik, lainnya kurang/sedang. Pertanyaan yang memiliki skor jawaban yang rendah, pada komponen input meliputi ketersediaan alat peraga, formulir pendapatan dan struktur organisasi. Pada komponen proses, skor jawaban yang rendah adalah pertemuan kader, mengerakkan potensi masyarakat pengukuran LLA (lingkar lengan atas) pada ibu hamil, penyuluhan, pembuatan laporan, pembuatan balok SKDN, dan diskusi sesama kader. Pada komponen output yang skor jawabannya rendah adalah : laporan mudah diakses, rasio D/S, rasio N/S, rasio balita yang lulus penimbangan, dan rasio balita BGM. Dan hasil tersebut menunjukkan komponen pertanyaan tersebut masih memerlukan penyesuaian.

#### 2.4. Pengertian Kader

Menurut Departemen Kesehatan RI (1989: 26) pengertian Kader seseorang yang karena kecakapannya atau kemampuannya diangkat, dipilih dan atau ditunjuk untuk memimpin pengembangan posyandu di suatu tempat atau di desa. Dalam hal ini kemampuan dan kecakapan bagi kader sangat di perlukan untuk melaksanakan posyandu.

Menurut Departemen Kesehatan RI, (2002:29) Kader adalah siapa saja dari anggota masyarakat yang mau bekerja secara sukarela dan ikhlas dan sanggup melaksanakan kegiatan UPGK serta sanggup menggerakkan masyarakat untuk melaksanakan UPGK. Konsep kader ini hanya menonjolkan keiklasan dan kesukarelaan sebagai unsur utama untuk menjadi kader.

Arti lain dari Kader adalah tenaga yang berasal dari masyarakat dipilih oleh masyarakat dan bekerja bersama untuk masyarakat secara sukarela (Mantra,1991). Jadi perlu di tekankan bahwa kader adalah bagian dari masyarakat, bukan bagian dari puskesmas atau instansi lain yang ada pada posyandu.

Perlunya penekanan bahwa kader bukan bagian dari tenaga puskesmas, karena bila petugas puskesmas menganggap bahwa kader merupakan bagian dari tenaga puskesmas maka timbul anggapan bahwa kader adalah pembantu mereka, karena tingkat pendidikan kader yang umumnya lebih rendah dari petugas puskesmas, maka mereka berhak memerintah kader melaksanakan berbagai tugas puskesmas . Anggapan yang salah ini harus di luruskan agar kader tidak terbebani dengan pekerjaan dari puskesmas dan bila hal ini dirasakan berat oleh kader, maka kemungkinan kader akan mengundurkan diri.

Bagi kader bila dia merasa sebagai bagian dari tenaga puskesmas dan merasa bukan bagian masyarakat maka sikap dan tindakan mereka akan berubah terhadap masyarakat. Mereka merasa sebagai kader puskesmas dan beranggapan berhak menerima pengganti jerih payah atau honor, karena itu harus di usahakan selalu agar kader mengerti bahwa mereka bukan sebagai pembantu puskesmas, tetapi merupakan bagian dari masyarakat.

### **2.5.Motivasi Kader**

Kamus Besar Bahasa Indonesia ( Moeliono, 1989 ) menyebutkan motivasi berarti dorongan yang timbul pada diri seseorang baik secara sadar atau tidak sadar untuk melakukan suatu tindakan dengan tujuan tertentu.

Moekijat ( 1990:26) mengatakan, motivasi adalah pengaruh atau suatu kekuatan yang menimbulkan perilaku. Handoko (1995) mengartikan motivasi sebagai suatu tenaga atau faktor yang terdapat dalam diri manusia yang dapat menimbulkan, menggerakkan dan mengorganisasikan tingkah lakunya. Hal yang menyebabkan seseorang berbuat sesuatu tindakan adalah karena adanya motif yang melatar belakangi untuk berbuat. Motif mempunyai dua unsur pokok yaitu unsur dorongan dan unsur tujuan. Proses interaksi antara kedua unsur ini di dalam diri manusia dipengaruhi oleh faktor internal dan faktor eksternal.

Menurut Sumapraja ( Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia, 1984) seseorang mau menjadi relawan karena adanya beberapa motivasi yang mendukung, antara lain:



## 1. Motivasi Hasil Karya

Seseorang mau menjadi kader/relawan karena melihat suatu keadaan atau fenomena yang terjadi di masyarakat, seperti banyaknya balita yang status gizinya jelek dan memerlukan tindakan lebih lanjut. Disini peran orang tua atau kader sangat diperlukan untuk tampil menunjukkan kemampuannya bahwa dia bisa membantu mengatasi masalah tersebut dengan jalan menjadi kader posyandu, dan memberikan penyuluhan kepada orang tua balita agar memperhatikan gizi anaknya. Beberapa ciri orang yang bermotivasikan hasil karya biasanya menginginkan untuk mencapai hasil yang istimewa dalam mengerjakan sesuatu, senang berjuang demi keinginan, mau meningkatkan karier dalam pekerjaannya serta senang melaksanakan tanggung jawab dengan serius untuk memecahkan segala permasalahan yang dihadapi.

## 2. Motivasi Kekuasaan

Bagi orang yang bermotivasi kekuasaan, segala sesuatu yang dikerjakan harus bisa dipakai untuk mempengaruhi orang lain, agar orang lain mau mengikuti cara yang diberikan olehnya. Orang yang mempunyai motivasi yang demikian memang baik bila menjadi kader posyandu karena biasanya mempunyai sifat senang memberikan nasihat kepada orang lain biarpun tidak diminta. Sifat yang lebih penting lagi dari motivasi ini, dia mempunyai keinginan yang kuat untuk mempengaruhi dan merubah tingkah laku orang lain. Sifat motivasi demikian ini sebenarnya baik sekali bila disandang oleh kader, karena sesuai dengan tujuan dari posyandu mengajak masyarakat untuk meningkatkan derajat kesehatannya. Namun bila sifat yang baik ini bila disalah gunakan akan menghancurkan organisasi, untuk itu perlu adanya bimbingan agar kader dapat



mempergunakan pengaruh yang positif dan mau merubah pikiran orang lain serta dapat diakui status dan wewenangnya dalam masyarakat.

### 3). Motivasi Afiliasi

Bagi seorang kader motivasi ini sangat diperlukan, karena dia harus dapat bersahabat dengan semua lapisan masyarakat dan semua golongan yang ada. Adanya persahabatan dengan anggota masyarakat diharapkan akan terjadi hubungan yang saling menguntungkan, bagi kader akan menambah pengalaman sedang bagi masyarakat dapat menerima dampak yang ditimbulkan yaitu hidup sehat. Sifat yang sering muncul pada orang yang bermotivasi afiliasi, biasanya senang berhubungan dengan orang lain secara hangat dan bersahabat. Rasa ingin menghibur dan menolong orang lain juga merupakan sifat yang dimiliki dari motivasi ini

Dasar dan motivasi menurut Maslow (1994) adalah karena adanya kebutuhan manusia yang harus dipenuhi. Kebutuhan pokok manusia oleh Maslow diklasifikasikan dalam 5 tingkatan yaitu kebutuhan fisiologis, keselamatan, rasa memiliki dan rasa cinta, harga diri dan perwujudan diri. Pemenuhan kebutuhan tersebut pada umumnya secara bertingkat harus terpenuhi meskipun tidak seluruhnya kebutuhan pada tingkat dasar terpenuhi. Namun pada sebagian kecil orang susunannya mungkin berubah, misalnya ada yang menilai harga diri lebih penting dari cinta atau mereka yang menguasai kebutuhan, yang lebih tinggi adalah harga diri, maka akan rela mengorbankan kebutuhan yang paling pokok.

Hasil penelitian Permanasari, Kusharto dan Baliawati dalam Dewi Sartika (2002) diketahui adanya faktor intrinsik dan ekstrinsik yang menjadi motivasi

masyarakat untuk berpartisipasi dalam kegiatan posyandu. Faktor ekstrinsik yang memotivasi termasuk pemotivasi ekstrinsik adalah penghargaan fisik dan pengaruh orang lain. Penghargaan fisik yang diterima oleh kader biasanya berupa uang, baju seragam, pelayanan kesehatan / KB gratis dan bingkisan lebaran. Sedang faktor intrinsik yang memotivasi untuk melayani posyandu didorong oleh keinginan dari kader sendiri seperti menyukai kegiatan sosial kemasyarakatan, keinginan untuk memajukan desa, keinginan tampil, keinginan memperoleh ilmu pengetahuan dan mengamalkannya serta mengisi waktu luang.

Banyaknya kader yang *Drop Out* menunjukkan bahwa motivasi kader masih rendah. Teori Herzberg, dalam Moekijad (1990) menunjukkan bahwa ada hubungan yang sangat penting antara macam pekerjaan yang diberikan kepada orang dan kesempatan yang diberikan kepada mereka untuk mencapai kepuasan dan mencapai penghargaan, serta dapat menumbuhkan dan mengembangkan kemampuan mereka sebagai manajer. Konsep ini penting sekali bahwa pertumbuhan individu berasal dari pekerjaan yang diberikan kepadanya.

Penelitian Kasmita dalam Dewi Sartika (2002) di Sumatera Barat mendapatkan bahwa jumlah kader setiap posyandu umumnya kurang dari 4. ditemukan pula bahwa pengetahuan dan ketrampilan kader umumnya masih kurang sehingga belum dapat berperan secara optimal, misalnya belum dapat mengisi KMS, membuat laporan dan melakukan penyuluhan, akibatnya sebagaimana kader tugasnya berat dan menjadikan kurang aktif. Kader posyandu pada umumnya tidak diberikan insentif berupa material atau pakaian seragam, karena posyandu tidak memiliki sumber dana rutin. Dana yang ada di posyandu tergantung dari kebijakan kepala desa dan kader posyandu dalam mengelola. Untuk merangsang

keaktifan kader, mereka diberikan kartu sehat (kartu berobat gratis) dari puskesmas sebagai penghargaan terhadap kemauanya menggerakkan posyandu. Pihak Puskesmas juga menunjuk petugas kesehatan sebagai pembina posyandu untuk tiap desa yang biasanya seorang bidan yang bertugas pada poliklinik desa (polindes) atau bidan dari puskesmas bila letak posyandu dekat dengan puskesmas.

Kader posyandu yang terus mengabdikan umumnya telah tahan uji dan memiliki motivasi religius. Suatu studi di Garut menunjukkan bahwa 60% kader telah mengabdikan lebih dari 5 tahun. Studi di Jawa Tengah juga menunjukkan bahwa 96% kader bangga menjadi kader walaupun mereka tidak mendapat imbalan uang, namun mereka mendapatkan berbagai macam pengakuan dan penghargaan gratis di puskesmas, piagam penghargaan dan peningkatan status di masyarakat (Dirjen Pembinaan Kesmas, 1999).

## 2.6. *Reward System*

*Reward System* Perlu dikembangkan di daerah, inovasi semacam ini harus disebarluaskan ke daerah sehingga dapat digunakan sebagai rangsangan untuk menjadi kader posyandu, namun harus sesuai dengan daerah yang bersangkutan. *Reward* sudah saatnya diberikan kepada kader terhadap peran mereka dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, pengorbanan yang tulus demi sesama, tanggung jawab dalam tugas serta motivasi dan semangatnya. Usulan penghargaan bagi kader posyandu sebagai berikut : Pertama : Penghargaan kader lestari secara berjenjang, 5 tahun, 10 tahun, 15 tahun dengan kemudahan misalnya anaknya diprioritaskan mendapat beasiswa. Kedua : Kader posyandu

teladan dari tingkat kecamatan, kabupaten dan propinsi diberi kehormatan mengikuti upacara kenegaraan peringatan hari kemerdekaan RI di Jakarta. Ketiga : Bagi kader Generasi Muda diberi prioritas melanjutkan studi di sekolah kesehatan, sepanjang persyaratan akademik tetap dapat dilewati. ( Departemen Kesehatan RI, 1993;25).

## 2.7. Pengetahuan

Menurut Notoadmodjo ( 2003 ), Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap sesuatu obyek tertentu. Penginderaan ini terjadi melalui panca indra yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Pengetahuan merupakan dominan yang sangat penting untuk terbentuknya perilaku / tindakan seseorang. Pengalaman dan penelitian membuktikan bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Penelitian Rogers ( 1974) membuktikan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru ( berperilaku baru ), didalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan sebagai berikut : a) *Awareness* (kesadaran ), dimana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus (*objek*). b) *Interest*, dimana orang mulai tertarik terhadap stimulus. c). *Evaluation*, orang akan menimbang baik buruknya stimulus tersebut bagi dirinya. d) *Trial*, dimana orang telah mencoba perilaku baru. e) *Adoption*, dimana subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikap terhadap stimulus. Namun dari penelitian selanjutnya Rogers menyimpulkan bahwa perubahan perilaku tersebut tidak selalu melewati tahap tersebut diatas. Pengetahuan terhadap suatu

masalah akan memberi kemampuan untuk dapat melihat, menganalisis, menerima atau menolak masalah tersebut. Dengan pengetahuan pula, seseorang akan mampu dan terampil untuk melaksanakan sesuatu yang berhubungan dengan pengetahuan yang diperolehnya.

Tjukarni dkk, dalam Dewi Sartika (2002) di NTB menemukan bahwa 75% kader memiliki pengetahuan gizi yang kurang bahkan setelah diadakan penyuluhan gizi pun masih 33% yang kurang. Namun ditemukan bahwa beberapa kader telah berperan melakukan penyuluhan gizi terutama dalam penimbangan anak balita, pengisian KMS maupun pemasakan makanan dan pembagian PMT. Ditemukan pula beberapa kader berperan aktif dalam pengumpulan dana atau PMT.

Sulamto (1993) dalam penelitian di Kabupaten Semarang menemukan bahwa kemauan kader berpartisipasi berhubungan dengan pengetahuan dan tingkat pendapatannya. Penelitian Sahidu (1998) di Lombok menyatakan bahwa faktor penggerak partisipasi yang paling utama adalah kemauan dan kemampuan. Kemauan merupakan suatu energi pembangunan yang akan membangkitkan kemampuan dan kesempatan untuk berpartisipasi.

Notoadmodjo (2003: 166 ) Snehandu B. Kar menganalisis bahwa perilaku merupakan fungsi dari :

1. Niat seseorang untuk bertindak sehubungan dengan kesehatan atau perawatan kesehatannya (*behavior intention*).
2. Dukungan sosial dari masyarakat sekitarnya (*social support*)
3. Ada atau tidak adanya informasi tentang kesehatan atau fasilitas kesehatan (*accessibility of information*)



4. Otonomi pribadi yang bersangkutan dalam hal ini mengambil tindakan atau keputusan (*personal autonomy*)
5. Situasi yang memungkinkan untuk bertindak atau tidak bertindak (*action situation*)

Uraian tersebut diatas dapat dirumuskan sebagai berikut :

$$B = f(BI, SS, AI, PA, AS)$$

B = Behavior	AI = Accesibility of information
f = fungsi	PA = Personal autonomi
BI = Behavior intention	AS = Action situation
SS = Social support	

Disimpulkan bahwa perilaku seseorang atau masyarakat ditentukan oleh niat orang terhadap obyek, ada atau tidaknya dukungan masyarakat sekitarnya, ada atau tidaknya informasi, kebebasan individu untuk mengambil keputusan/ bertindak dan situasi yang memungkinkan untuk bertindak atau tidak. Seseorang tidak mau menjadi kader posyandu, kemungkinan tidak minat dengan posyandu atau mungkin tidak ada dukungan dari masyarakat. Mungkin juga tidak mendapat informasi yang jelas tentang kader posyandu dan mungkin tidak punya kebebasan karena dilarang oleh suami. Faktor lain mungkin menyebabkan tidak mau menjadi kader, karena situasi dan kondisi, misalnya alasan kesehatan.



## 2.8 . Sikap

Azwar (1997:4-5) mengatakan secara historis, istilah sikap (*attitude*) digunakan pertama kali oleh Herbert Spencer pada tahun 1862 yang pada saat itu diartikan olehnya sebagai status mental seseorang ( Allen, Guy, & Edgley, 1980 ). Dimasa awal penggunaan konsep sikap sering dikaitkan dengan postur fisik atau posisi tubuh seseorang ( Wringsman & Deaux, 1981 ). Ketika Thomas Znaniecki di tahun 1981 (Allen, Guy, & Edgley, 1980) mengatakan bahwa psikologi sosial adalah studi ilmiah mengenai sikap maka konsepsi sikap diterima secara formal dalam dunia pengetahuan.

### 2.8.1 Pengertian Sikap

Notoadmodjo ( 2003:4-5) para ahli psikologi seperti Louis Thurstone (1928) dan Rensis Likert (1932) dan Charles Osgood mengatakan, sikap adalah suatu bentuk evaluasi atau reaksi perasaan. Sikap seseorang terhadap suatu obyek adalah perasaan mendukung atau tidak mendukung atau derajat efek positif atau efek negatif terhadap sesuatu obyek psikologi ( Edwards, 1957).

Para ahli seperti Chave (1928) Bogardus (1931) Lapierre ( 1934), Gordon Alport (1935) kelompok ini terkenal dibidang psikologi sosial dan psikologi kepribadian. Menurut mereka sikap merupakan semacam kesiapan untuk bereaksi terhadap suatu obyek dengan cara tertentu. Atau suatu pola perilaku tendensi atau kesiapan antisipasi, predisposisi untuk menyesuaikan diri dalam situasi sosial, secara sederhana kelompok ahli ini mengatakan sikap adalah respon terhadap stimuli sosial yang telah terkondisikan.

### 2.8.2. Komponen Sikap

Notoadmodjo (2003:125), menurut Allport (1954) sikap mempunyai 3 komponen yaitu: 1) kepercayaan (keyakinan), ide dan konsep terhadap suatu obyek, 2) kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu obyek, 3) kecenderungan untuk bertindak (*trend to behave*).

Ketiga komponen tersebut diatas secara bersama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*). Menentukan sikap yang utuh peran pengetahuan, berpikir, keyakinan dan emosi memegang peranan penting. Contoh, dalam penentuan sikap, seorang kader posyandu mengetahui bahwa penyakit pada balita dapat dicegah dengan imunisasi, pengetahuan ini akan membantu kader untuk cenderung mengingatkan ibu balita agar anaknya dibawa ke posyandu untuk diimunisasi.

### 2.8.3. Tingkatan Sikap

Menurut Notoadmodjo (2003:126) sikap terdiri dari berbagai tingkatan

1. Menerima (*Receiving*), menerima diartikan bahwa subyek mau memperhatikan stimulus yang diberikan. Misal sikap kader terhadap posyandu dapat dilihat dari kesediaan di posyandu dan dalam pemberian pelayanan.
2. Merespons (*Responding*), memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap. Dengan memberikan jawaban dan mengerjakan tugas yang diberikan apakah benar atau salah, berarti orang bersifat merespon ide.
3. Menghargai (*Valuing*) mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan sesuatu masalah, adalah indikasi sikap. Misalnya Seorang

kader posyandu mengajak tetangganya yang sudah beberapa kali tidak membawa balitanya ke posyandu, adalah suatu bukti bahwa kader tersebut telah mempunyai sikap positif terhadap fungsi posyandu.

4. Bertanggung jawab (*Responsible*), bertanggung jawab atas segala sesuatu yang dipilihnya dengan segala risiko, adalah indikasi sikap yang paling tinggi. Misal seorang kader tetap mau menjadi kader meski mendapat tantangan dari suami.

Pengukuran sikap dapat dilakukan secara langsung dan tidak langsung. Secara langsung dapat ditanyakan bagaimana pendapat dan pernyataan responden terhadap obyek. Misal mengapa anda mau menjadi kader posyandu ?

## 2.9. Dukungan Aparat

Dukungan sosial masyarakat sekitar (*social support*) bagi kader sangat penting, terutama dari tokoh masyarakat. Kader yang baik adalah dipilih sendiri oleh masyarakat dan bagi instansi jangan ikut memilih kader. Kader posyandu yang sudah terpilih sebaiknya di bawa ke pertemuan desa, ini sangat penting artinya dalam memberi dukungan moril kepada para kader agar kader merasa bahwa dia dipakai oleh desanya ( Mantra, 1985).

Informasi bagi kader posyandu sangat penting, dengan memberikan informasi tentang cara hidup sehat, cara pemeliharaan kesehatan akan meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang kesehatan selanjutnya pengetahuan itu akan menimbulkan kesadaran yang akhirnya akan menyebabkan orang berperilaku (Notoadmojo, 2003 :177). Dalam pemberian informasi perlu di dukung pula dengan fasilitas kesehatan yang memadai, bagi kader fasilitas

kesehatan yang dapat digunakan adalah posyandu, hal ini disebut (*accessibility of information*).

### 2.10. Otoritas dan Otonomi Kader

Personal otonomi atau otonomi pribadi kader dalam hal mengambil tindakan atau keputusan seharusnya diberikan secara mutlak, agar kader posyandu bertanggung jawab dalam tugas tanpa paksaan dari petugas kesehatan. Kebiasaan di posyandu kader hanya sebagai pembantu, tugas sebagai pengelola di jalankan oleh staf puskesmas. Demikian tugas administratif diambil alih oleh tenaga kesehatan, mereka tidak mempercayai kemampuan kader. (Rosalia, 1996 :131). Situasi untuk bertindak atau tidak (*Action situation*) adalah situasi kader yang memungkinkan untuk bertindak atau tidak. Hal ini di pengaruhi oleh faktor pendorong dan penahanan / penghambat. Otoritas menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (Moeliono, 1989) adalah suatu hak untuk bertindak atau kekuasaan yang diberikan kepada lembaga masyarakat yang memungkinkan para pejabatnya menjalankan fungsinya berupa membuat peraturan untuk melakukan tindakan dan memerintah orang lain. Dalam penjelasan ini mengandung arti bahwa kader posyandu mempunyai kekuasaan yang mutlak untuk mengurus posyandu baik dalam mengatur jadwal posyandu atau menentukan segala aktivitas dalam posyandu. Otoritas kader dan otonomi kader sangat erat hubungannya dan tidak dapat dipisahkan karena keduanya merupakan hak kader untuk mengelola posyandu yang menjadi wewenang dan kewajiban di daerahnya. Karena adanya keterkaitan dan adanya perbedaan yang kurang bermakna, maka penulis hanya meneliti otoritas kader.

### **2.11. Pembinaan**

Pembinaan menurut Wojowasito adalah pembangunan yang mengandung arti membuat sesuatu menjadi baik. Pembinaan selalu dilaksanakan pada setiap organisasi atau instansi sebagai tindak lanjut dalam mengevaluasi suatu program.

Puskesmas sebagai organisasi mempunyai tugas melaksanakan pelayanan pembinaan dan pengembangan upaya kesehatan menjadi tugas puskesmas, yang didalamnya menyangkut pembinaan terhadap posyandu dan kadernya (Wijono,1991:635). Menurut Departemen Kesehatan RI, (1993) kader posyandu memegang peranan yang sangat penting, karena kader merupakan denyut nadi posyandu, artinya tanpa kader posyandu akan bubar. Mengingat pentingnya kader posyandu maka perlu diberikan pelatihan dan pembinaan serta pengembangan kader. Semakin banyak pelatihan yang diberikan akan banyak ilmu dan ketrampilan yang didapat oleh kader. Adapun tujuan pembinaan dan pengembangan kader sebagai berikut :

1. Terkoordinasikannya berbagai jenis pelatihan kader kesehatan, sehingga dapat dilaksanakan secara sistematis dan menggunakan urutan yang sesuai dengan prioritas masalah kesehatan setempat.
2. Adanya standarisasi pelatihan kader teknis kesehatan baik dari segi istilah, sertifikat maupun kurikulum pelatihannya .
3. Adanya standarisasi pola pembinaan dan pengembangan kader kesehatan.

Oleh karena itu penyampaian ilmu dan ketrampilan kepada kader seharusnya didasarkan pada kebutuhan setempat, hal ini bisa tercapai apabila :



1. Terjadi proses pembahasan tentang kemajuan tingkat kesehatan, dan program apa yang perlu dikembangkan pada program posyandu. Untuk melaksanakan hal ini dapat dikembangkan sarana telaah mawas diri (STMD) posyandu,
2. Ada unit di sektor kesehatan yang bertanggung jawab dalam menjalankan proses tersebut diatas. Untuk hal itu telah disepakati bahwa Dit Bina Peranserta Masyarakat merupakan unit yang ditunjuk untuk mengkoordinasikan pembimbingan itu.

Secara Umum pembinaan masyarakat atau kader dapat dilakukan dengan tahapan sebagai berikut :

a. Pendekatan Tokoh Masyarakat

Pendekatan tokoh masyarakat mutlak perlu dilakukan karena mereka merupakan panutan masyarakat setempat, apapun yang telah disetujui tokoh masyarakat akan berjalan lancar, demikian juga sebaliknya.

b. Survei Telaah Mawas Diri ( STMD )

Masyarakat diajak mengenal keadaan kesehatan mereka disamping mendeteksi potensi yang ada di sekeliling mereka.

c. Musyawarah Masyarakat

Musyawarah masyarakat merupakan "*Community Prescription*" untuk mengatasi segala penyakit dengan menggunakan potensi setempat, dengan wujud rencana sederhana dapat dijangkau dengan sumber daya setempat dan memberi sumbangan yang besar pada upaya mengatasi masalah kesehatan.

d. Pelaksanaan Kegiatan

Pelaksanaan kegiatan merupakan "*Community Treatment*" yaitu masyarakat menjalankan upaya penanggulangan masalah. Serangkaian kegiatan

yang disusun secara bertahap dapat dipakai untuk mengatasi penyakit yang dihadapi, sekaligus membuktikan apakah “resep” sudah tepat.

#### e. Pembinaan dan Pengembangan

Kegiatan ini merupakan siklus tindak lanjut dari tingkatan pemecahan masalah . Bila hal ini berjalan dengan baik maka akan terjadi proses pembinaan dan pengembangan yang sesuai dengan tingkat perkembangan masalahnya, sehingga kader dapat terdorong untuk tetap aktif mengurus posyandu.

Notoadmodjo ( 2003:172 ) Kurt Lewin berpendapat bahwa perilaku manusia adalah suatu keadaan yang seimbang antara kekuatan pendorong (*driving forces*) dan kekuatan penahanan (*Restraining forces*). Sehingga ada kemungkinan terjadinya 3 perubahan perilaku seseorang.

1. Kekuatan pendorong meningkat, karena adanya stimulus yang mendorong kader untuk giat dalam posyandu. Stimulus dapat berupa pemberian reward, penyuluhan dan lain-lain.
2. Kekuatan penahan menurun, karena adanya stimulus yang memperlemah kekuatan kader, misalnya : tidak ada kunjungan petugas, tidak ada imunisasi, peralatan tidak lengkap dan lain-lain.
3. Kekuatan pendorong meningkat, kekuatan penahanan menurun dengan adanya pengertian kepada kader, dan suatu saat kader dapat insentif serta perhatian petugas yang baik terhadap kader, maka kader tetap aktif dan giat melayani posyandu

## **2.12. Tugas Kader**

Tugas kader posyandu tidak ringan seperti apa yang kita bayangkan Tugas kader terbagi menjadi 2 bagian yakni di dalam dan di luar posyandu (Departemen Kesehatan, 2002).

### **2.12.1. Tugas di dalam Posyandu**

Kegiatan kader yang sering tampak adalah pada saat melakukan tugas di posyandu. Menurut Departemen Kesehatan RI (2002:35) tugas ini terdiri dari 2 bagian:

#### **1. Mempersiapkan pelaksanaan posyandu**

- 1). Sehari sebelumnya semua ibu hamil, ibu menyusui ibu balita di beritahu akan ada kegiatan di posyandu
- 2). Mempersiapkan alat dan bahan yang diperlukan bila ada alat yang belum tersedia dapat meminjam pada petugas atau membuat sendiri.
- 3). Membagi tugas di antara kader dalam pembagian tugas sebaiknya bergantian agar semua kader dapat mengerjakan dan bila ada yang berhalangan bisa menggantikan pekerjaan kader tersebut

#### **2. Melaksanakan posyandu**

Tugas kader dalam posyandu terdiri dari

- 1). Mendaftar balita ibu hamil dan ibu menyusui yang datang ke posyandu.
- 2). Menimbang balita, untuk mengetahui berat badan balita naik atau turun
- 3). Mencatat hasil penimbangan dan memasukkan dalam kms
- 4). Memberikan penyuluhan berdasarkan hasil penimbangan anaknya dan memberikan pelayanan gizi kepada ibu balita serta ibu hamil.

### 2.12.2. Tugas di luar Posyandu

#### 1. Melaksanakan kunjungan rumah

Setelah kegiatan di dalam posyandu, maka rumah ibu akan dikunjungi. Rumah yang dikunjungi oleh kader adalah :

- 1). Ibu yang balitanya 2 bulan berturut-turut tidak hadir di posyandu
- 2.) Ibu yang anak balitanya belum mendapat vitamin
- 3). Ibu yang anak balitanya dikirim ke puskesmas karena tidak naik berat badannya 2 bulan berturut-turut Sakit
- 4). Ibu hamil yang 2 bulan berturut-turut tidak ke posyandu
- 5). Ibu hamil yang bulan lalu di kirim ke puskesmas
- 6). Ibu hamil yang kesulitan menyusui anaknya
- 7). Ibu hamil dan ibu menyusui yang belum mendapat kapsul yodium.
- 8). Balita yang terlalu gemuk

2. Menggerakkan masyarakat untuk menghadiri dan ikut serta dalam kegiatan posyandu. Kader dalam hal ini bisa langsung datang ke masyarakat, atau melalui tokoh masyarakat, pemuka agama dan lain-lain.

3. memanfaatkan pekarangan untuk meningkatkan gizi keluarga dengan menanam sayur-sayuran atau buah-buahan dan berternak untuk di konsumsi dagingnya

4. membantu petugas dalam pendaftaran, penyuluhan dan peragaan ketrampilan. Hal ini bertujuan untuk meningkatkan peran serta masyarakat dan upaya memecahkan masalah sosial, budaya atau agama pada kegiatan posyandu (Departemen Kesehatan RI, 2002)

2. Bertemu dengan orang baru dengan latar belakang dan kepentingan yang berlainan. Dengan menjadi sukarelawan merupakan cara yang baik dalam memperluas jaringan pergaulan secara profesional karena mendapat kesempatan bertemu dengan orang dewasa, anak muda, anak-anak.
3. Menjelajah karir baru serta meningkatkan kemampuan banyak ketrampilan yang berguna untuk di pelajari oleh para sukarelawan.
4. Membuat perbedaan dengan pendukung pelayanan penting para sukarelawan mempengaruhi kebijakan dan pekerjaan pabrik untuk meningkatkan kehidupan manusia.
5. Bertumbuh Secara Pribadi, dalam proses pembelajaran ketrampilan baru, mendapat pengalaman baru dan pengetahuan yang di capai dalam dunia sukarelawan dapat di terapkan pada bagian kehidupan yang lain pula.

### **2.13.2.Siapa yang Menjadi Sukarelawan**

Sukarelawan tidak di batasi oleh keadaan, yang penting mau bekerja secara sukarela tanpa imbalan. Saat ini yang termasuk sukarelawan diantaranya :

1. Laki-laki dan perempuan
2. Pemuda usia dewasa dan orang yang lebih tua
3. Kaya dan Miskin
4. Orang-orang cacat
5. Pensiunan
6. Pekerja Operasional
7. Pekerja administrasi



8. Semua orang dari berbagai latar belakang suku, ras, agama dan gaya hidup.

### **2.13.3. Tugas Sukarelawan**

Berbagai jenis pekerjaan yang dilakukan sukarelawan tergantung pada kebutuhan masyarakat seperti :

1. mengumpulkan dana

Dana sangat di perlukan untuk membantu membeli perlengkapan dan suplai yang dibutuhkan.

2. Membuat keputusan

Dengan memberikan pelayanan secara langsung atau sebagai komite yang membantu strategi perencanaan dan kebijakan

3. Mengambil Tindakan

Dengan mengatasnamakan individu atau kelompok untuk memperbaiki atau mencegah ketidak adilan.

4. Melakukan apa yang di butuhkan

Dari tugas yang telah di programkan dan tugas yang rutin, sukarelawan bekerja untuk meningkatkan yang telah direncanakan dan dalam hal ini memerlukan kualitas kehidupan orang lain.

### **2.14. Swadaya Masyarakat**

Pengertian swadaya menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (Moeliono, 1989) adalah kekuatan atau tenaga sendiri. Jadi swadaya masyarakat dalam posyandu adalah kekuatan sendiri dari masyarakat untuk memenuhi kebutuhan

posyandu agar kegiatannya dapat terlaksana dengan baik. Khususnya dalam pengadaan sarana, tenaga atau dana sendiri seperti tempat posyandu, bahan penyuluhan. Bahan PMT. Buku pencatatan, papan data dan kesejahteraan kader.

Tingkat swadaya masyarakat dalam posyandu umumnya masih kurang. Survey tahun 1999 yang dilakukan di Jawa Timur, Sumatera Barat dan Sulawesi selatan menunjukkan bahwa lebih separuh jumlah posyandu tidak memiliki peralatan dan tempat yang memadai. Keadaan ini sebenarnya dapat diatasi dengan menggali potensi masyarakat yang ada. Pelayanan posyandu berjalan dengan baik apabila potensi yang ada dalam masyarakat dapat dioptimalkan dengan sungguh-sungguh, baik yang mampu maupun yang kurang mampu. Swadaya masyarakat dapat ditumbuh kembangkan dengan pemberdayaan masyarakat, karena pemberdayaan masyarakat adalah segala upaya memfasilitasi yang bersifat non instruktif guna meningkatkan pengetahuan dan kemampuan masyarakat agar mampu mengidentifikasi masalah dan pemecahannya dengan memanfaatkan potensi setempat ( Departemen Kesehatan ; Unicef, 1999 ).

Penelitian Tjukarni, dkk dalam Dewi Sartika (2002) di empat desa di NTB menemukan bahwa pemberian makanan tambahan (PMT) umumnya diselenggarakan atas bantuan pihak pemerintah atau pihak luar, dan hanya beberapa posyandu yang menyelenggarakan PMT atas biaya swadaya berupa bantuan kas desa, Majelis Ta'lim atau jimpitan beras.

Nuhamara, dalam Dewi Sartika (2002) menemukan bahwa bantuan proyek untuk posyandu dapat meningkatkan fungsi posyandu, partisipasi masyarakat dan jumlah kader yang aktif, namun setelah proyek berakhir maka ketiga indikator tersebut cenderung mulai menurun kembali. Hal ini karena kurangnya swadaya

masyarakat sehingga begitu proyek berhenti maka dana untuk kegiatan posyandu dan penyuluhan kepada masyarakat tidak tersedia. Keberlangsungan program sangat tergantung pada kemampuan keuangan masyarakat setempat dan pemeliharannya.

Penelitian Zulyan (1996) di Kodya Bengkulu menemukan bahwa kemampuan teknis keterampilan berhubungan nyata dengan keswadayaan karang taruna serta ada hubungan nyata antara keswadayaan dengan dinamika karang taruna, maka demikian pula peningkatan kemampuan teknis dalam pelaksanaan posyandu kemungkinan akan mempengaruhi keswadayaan posyandu.

Kurangnya swadaya masyarakat diduga karena kelemahan dalam pelaksanaan program kemasyarakatan, yaitu kurang melibatkan masyarakat sejak awal. Masyarakat hanya sekedar diperkenankan berpartisipasi dalam pelaksanaan fisiknya di lapangan. Jika masyarakat dapat dilibatkan secara berarti dalam keseluruhan proses dan survey awal sampai perencanaan dan pengorganisasian program, maka selain program menjadi lebih relevan dengan kebutuhan masyarakat, rasa kepemilikan warga terhadap program lebih tinggi, juga ketrampilan analitis dan perencanaan menjadi teralihkan kepada mereka. Kurangnya swadaya masyarakat ini kemungkinan karena belum digunakannya sumber daya masyarakat untuk mengoptimalkan posyandu.

Menurut Departemen Kesehatan RI, (1989), cara pengolahan sumber daya untuk menunjang kegiatan posyandu sebagai berikut:

a). Pengenalan Sumber Daya

Dengan cara menyusun sumber daya manusia dan sumber daya alam yang memungkinkan untuk dilakukan pengolahan berdasarkan kemampuannya.

**b). Pengolahan dan pemanfaatan Sumber Daya**

Sumber daya tersebut akan dimanfaatkan dan diolah secara langsung atau tidak langsung untuk kegiatan posyandu.

**c). Pelestarian Sumber Daya**

Pemanfaatan sumber daya harus dilaksanakan dengan tidak boros dan perlu diperhitungkan serta diatur secara wajar agar diperoleh manfaat tanpa timbul akibat yang merugikan.

**2.14. Partisipasi masyarakat.**

Menurut Soetrisno (2000:221) ada 2 definisi partisipasi : Pertama partisipasi sebagai dukungan rakyat terhadap rencana proyek pembangunan yang dirancang dan ditentukan tujuannya oleh perencana. Sebagai ukuran tinggi rendahnya partisipasi pada pengertian ini berupa uang, maupun tenaga dalam melaksanakan proyek pembangunan pemerintah. Sehingga bila masyarakat tidak mau membantu dana atau tenaga yang dipunyai, dianggap berpartisipasi yang rendah. Seperti halnya dengan masyarakat yang tidak mau menjadi kader posyandu, atau tidak mau membantu posyandu maka dikatakan kurang berpartisipasi. Definisi kedua dari partisipasi adalah merupakan kerjasama yang erat antara perencana dan rakyat dalam merencanakan, melaksanakan, melestarikan, mengembangkan hasil pembangunan yang telah dicapai. Tinggi rendahnya partisipasi rakyat dalam definisi ini tidak hanya diukur dengan kemauan rakyat menanggung biaya pembangunan, tetapi juga dengan ada tidaknya hak rakyat untuk menentukan arah dan tujuan proyek yang akan

dibangun di wilayah mereka. Ukuran lain adalah ada tidaknya kemauan melestarikan dan mengembangkan hasil proyek itu. Definisi yang kedua ini lebih cocok untuk diterapkan dalam posyandu di daerah, karena selama ini posyandu merupakan proyek dari pemerintah yang dibangun di masyarakat dan dilaksanakan oleh rakyat / kader secara sukarela sebagai bentuk partisipasi masyarakat.

### **2.15. Hambatan Proses Pembangunan Yang Partisipatif**

Soetrisno (2000:207) mengatakan hambatan pertama yang dihadapi dalam pembangunan yang partisipatif adalah belum dipahami makna yang sebenarnya dari konsep partisipasi oleh pihak perencana dan pelaksana pembangunan. Proyek pembangunan pedesaan yang berasal dari Pemerintah diistilahkan sebagai proyek pembangunan yang dibutuhkan oleh rakyat, sedang proyek pembangunan yang diusulkan oleh rakyat desa dianggap sebagai keinginan. Dengan kata lain proyek pemerintah harus dilaksanakan oleh masyarakat karena dipastikan akan memberikan dampak yang positif bagi masyarakat meskipun tidak sesuai dengan keadaan daerah setempat. Seding proyek rakyat dianggap sebagai keinginan saja, maka proyek itupun memperoleh prioritas yang rendah meskipun itu merupakan aspirasi dari masyarakat.

Hambatan kedua yang ditemukan adalah reaksi balik yang datang dari masyarakat akibat diperlakukannya pembangunan sebagai “ideologi baru” yang harus dijaga ketat, hal ini akan merugikan usaha membangkitkan kemauan rakyat untuk berpartisipasi dalam pembangunan yang akan menimbulkan budaya baru di masyarakat seperti budaya “diam” dan tidak mau mengerti dengan pembangunan



di daerahnya. Disamping kedua hambatan tersebut, lemahnya masyarakat untuk berpartisipasi dalam pembangunan karena banyaknya peraturan dan perundangan yang meredam keinginan rakyat untuk berpartisipasi. Sebagai contoh Undang-undang no.5 Tahun 1979 tentang kekuasaan Kepala Desa dan Pemerintah Desa yang sedemikian kuat dan menonjolkan sifat pemerintah yang menjalankan perintah atasan daripada sebagai pengayom rakyatnya. Dari uraian diatas menurut Soetrisno (2000:208) dapat ditarik kesimpulan bahwa 1).Partisipasi rakyat dalam pembangunan bukanlah mobilisasi rakyat dalam pembangunan, tetapi merupakan kerjasama antara rakyat dan Pemerintah dalam merencanakan, melaksanakan, dan membiayai pembangunan. 2) Untuk melembagakan partisipasi rakyat dalam pembangunan harus diciptakan perubahan persepsi pembangunan, pembangunan harus merupakan kewajiban moral seluruh bangsa. 3). Untuk membangkitkan partisipasi rakyat dalam pembangunan diperlukan sikap toleransi aparat pemerintah terhadap kritik, pikiran alternatif masyarakat sebagai akibat dinamika pembangunan itu sendiri.

#### **2.16. Upaya Meningkatkan Partisipasi dan semangat berkorban masyarakat.**

Dalam proses pembangunan di Indonesia dewasa ini telah ditinggalkan prinsip kebhinekaan masyarakat Indonesia dan lebih menonjolkan keekaan. Azas *Uniformitas* menjadi dasar dari perencanaan program pembangunan di Indonesia tanpa memperhatikan budaya dalam masyarakat di daerah, akibatnya timbul istilah *rejected modernization* atau tidak adanya kemauan rakyat untuk mendukung pembaharuan itu. Seperti halnya dengan posyandu yang dibentuk dengan azas *uniformitas* di masyarakat sering mengalami kendala antipartisipasi

karena memperkecil budaya lokal dalam pembangunan. Untuk itu azas *desentralisasi* harus menjadi asas dalam perencanaan pembangunan yang didasarkan pada pertemuan dua falsafah pembangunan *top down dan bottom up* agar pembangunan yang turun didaerah benar-benar sesuai dengan kebutuhan masyarakat.

### 2.17. Teori Proses Perubahan Kelman

Azwar (2003:55), Kelman mengemukakan teorinya mengenai organisasi sikap dengan menekankan konsepsi mengenai berbagai cara atau proses yang sangat berguna dalam memahami fungsi pengaruh sosial terhadap perubahan sikap yang relevan dengan perubahan sikap untuk mendorong tindakan atau perilaku.

Secara khusus Kelman menyebutkan adanya tiga proses sosial yang berperan dalam proses perubahan sikap, yaitu kepatuhan (*compliance*), identifikasi (*identification*), dan internalisasi (*internalization*). Penjelasan lebih jauh mengenai ketiga proses tersebut adalah sebagai berikut :

#### 1. Kepatuhan

Terjadinya proses yang disebut kesediaan adalah ketika individu bersedia menerima pengaruh dari orang lain atau dari kelompok lain dikarenakan ia berharap untuk memperoleh reaksi atau tanggapan positif dari pihak lain tersebut. Kesediaan menerima pengaruh pihak lain itu biasanya tidak berasal dari hati kecil seseorang akan tetapi lebih merupakan cara untuk sekedar memperoleh reaksi positif seperti pujian, dukungan, simpati dan semacamnya sambil menghindari hal yang dianggap negatif, tentu saja perubahan perilaku yang terjadi dengan cara

seperti itu tidak dapat bertahan lama dan biasanya hanya tampak selama pihak lain diperkirakan masih menyadari akan perubahan sikap yang ditunjukkan. Namun demikian kesediaan untuk mengubah sikap yang bertujuan untuk memperoleh reaksi positif tidak selalu berarti jelek. Misalnya pada saat posyandu, seorang kader tidak datang, namun diberitahu kader yang lain bahwa hari ini ada kunjungan camat ke posyandu maka ia mau datang ke posyandu. Terkadang hal tersebut lebih diperlukan dalam pergaulan sosial. Oleh karena itu lebih tepat dikatakan bahwa proses kesediaan lebih merupakan perubahan perilaku, bukan perubahan sikap yang mendasarinya.

## 2. Identifikasi

Proses identifikasi terjadi apabila individu meniru perilaku atau sikap seseorang atau kelompok lain dikarenakan sikap tersebut sesuai dengan apa yang dianggapnya sebagai bentuk hubungan yang menyenangkan antara dia dengan pihak lain yang dimaksud. Pada dasarnya proses identifikasi merupakan sarana atau cara untuk memelihara hubungan yang diinginkan dengan orang atau kelompok lain dan cara untuk menopang pengertiannya sendiri mengenai hubungan tersebut.

Setiap anak dan orang yang berusia muda proses identifikasi sikap dan perilaku ini tampak jelas dan mudah kita dapat mengamati adanya peniruan sikap dari model yang di idolakan. Identifikasi tidak selalu dalam arti meniru sikap yang serupa, tetapi dapat berupa pengambilan sikap yang diperkirakan akan disetujui oleh pihak lain. Misalnya kader posyandu aktif melayani posyandu dan mau mengunjungi masyarakat sesuai dengan saran bupati, karena mempunyai harapan tertentu pada dirinya

Bentuk identifikasi yang lain adalah identifikasi dalam memelihara hubungan individu dengan kelompok yang mengharapkan agar bersikap sama. Misalnya sebagai seorang kader harus bersikap seperti kader yang lain pada saat di posyandu baik tingkah laku maupun baju seragamnya. Hal ini menunjukkan individu bersikap sesuai harapan kelompok dan sesuai dengan peranannya dalam hubungan sosial dengan kelompok tersebut.

Jelas sudah bahwa identifikasi dapat terjadi sekalipun sikap yang ditiru belum tentu sesuai dan memuaskan bagi individu yang bersangkutan, tetapi dikarenakan sikap itu membawa kepada kepuasan hubungan dengan orang lain. Kepuasan hubungan ini berkaitan dengan situasi tertentu tempat individu berada dan peran apa yang harus dibawakannya.

### 3. Internalisasi

Internalisasi terjadi apabila individu menerima pengaruh dan bersedia bersikap menurut pengaruh itu dikarenakan sikap tersebut sesuai dengan apa yang ia percayai dan sesuai dengan sistem nilai yang dianutnya. Dalam hal ini hakikat sikap yang diterima individu dianggap memuaskan. Sikap yang demikian itu yang biasanya dipertahankan oleh individu dan biasanya tidak mudah berubah selama sistem nilai yang ada dalam diri individu masih bertahan. Misalnya dia menjadi kader posyandu karena melihat balita yang kurang gizi, maka hal itu pasti akan bertahan lama. Lebih lanjut diterangkan proses yang akan terjadi banyak bergantung pada sumber kekuatan pihak yang mempengaruhi, berbagai kondisi yang mengendalikan masing-masing proses terjadinya pengaruh dan implikasinya terhadap permanensi perubahan sikap.

## 2.18. Teori WHO (1984)

Tim kerja WHO menganalisis bahwa yang menyebabkan seseorang berperilaku tertentu karena adanya 6 (enam) alasan pokok yaitu :

### 1) Pengetahuan

Pengetahuan diperoleh dari pengalaman sendiri atau pengalaman orang lain, misalnya kader tidak mau lagi ke posyandu karena pembagian insentif tidak merata.

### 2) Kepercayaan

Sesuatu yang diterima dan diyakini kebenarannya dari orang tua atau orang lain tanpa adanya suatu pembuktian terlebih dahulu, misalnya kalau menjadi kader posyandu nanti akan dijadikan pegawai puskesmas.

### 3) Sikap

Sikap sering diperoleh dari pengalaman sendiri atau dari orang lain yang paling dekat, dan sikap positif terhadap nilai kesehatan tidak selalu terwujud dalam suatu tindakan nyata, misalnya sikap yang tidak mendukung dalam pelaksanaan posyandu di desanya meskipun dirasakan baik.

### 4) Orang yang dituruti

Perilaku setiap orang lebih banyak dipengaruhi oleh orang-orang yang dianggap penting untuknya, maka apa yang dikatakan atau yang diperbuat oleh orang itu cenderung untuk ditiru misalnya apabila kepala desa menyuruh kader untuk ke posyandu maka akan menurut.

5) Berbagai sumber daya (*Resources*) Sumber daya yang dimaksud adalah : fasilitas, uang, waktu, tenaga dan sebagainya. Semua itu berpengaruh terhadap perilaku seseorang atau kelompok masyarakat. Misal seorang kader posyandu



malas untuk ke posyandu tetapi berhubung ada pembagian insentif maka mau datang ke posyandu.

#### 6) Budaya

Kebiasaan, nilai dan penggunaan berbagai sumber didalam suatu masyarakat akan menghasilkan pola hidup (*Way of life*) yang pada umumnya disebut sebagai budaya. Misalnya, Seorang kader posyandu harus orang yang sudah lanjut usia.

Uraian tersebut menunjukkan bahwa berbagai perilaku yang sama di masyarakat disebabkan oleh latar belakang yang berbeda misalnya: mengapa kader posyandu tidak aktif menjadi kader, hal ini mungkin karena repot dengan keluarganya, atau dengan pekerjaannya, atau jadi kader tidak dapat honor.

Secara sederhana dapat dirumuskan sebagai berikut :

$$B = f(TF, PR, R, C)$$

B = *Behavior*.      F = fungsi      TF = *Thoughts and feeling*

PR = *Personal References*      R = *Resources*      C = *Culture*

#### 2.19. Bentuk partisipasi masyarakat.

Menurut Sistem Kesehatan Nasional (SKN) Tahun 1993, dalam Mantra (1991:4) dikemukakan beberapa bentuk partisipasi masyarakat, meliputi :

1. Partisipasi perorangan dan keluarga.

Partisipasi ini dilaksanakan oleh keluarga dan anggota masyarakat dalam menolong dirinya sendiri untuk hidup sehat. Hal ini dicerminkan dengan kemampuan untuk mengatasi masalah kesehatan, lingkungan dan masalah perilaku sesuai dengan kemampuan perorangan dan keluarga termasuk mencari pertolongan rujukan.

#### 2. Partisipasi Masyarakat Umum.

Meliputi kegiatan untuk menjalin hubungan yang erat dan dinamis antara pemerintah dan masyarakat dengan membina komunikasi timbal balik dalam menyebarluaskan informasi tentang kesehatan. Pernyataan ini menunjukkan masyarakat bukan saja sebagai obyek tetapi sebagai subyek dan pelaksana pembangunan.

3. Partisipasi Masyarakat Kelompok sebagai Penyelenggara upaya kesehatan yang dimaksud disini adalah seperti yayasan yang memberikan pelayanan kesehatan, praktek profesi dan sebagainya. Kegiatan meliputi kegiatan yang dilaksanakan secara perorangan maupun kelompok.

#### 4. Partisipasi masyarakat profesi kesehatan.

Kelompok profesi kesehatan meliputi profesi yang bertugas dalam pelayanan di instansi kesehatan.

### **2.20. Tingkat Partisipasi atau peran serta.**

Mengembangkan peran serta atau partisipasi masyarakat sangat sulit, karena partisipasi masyarakat memerlukan kemampuan, kesempatan dan motivasi. Mantra (1991) mengatakan bahwa peran serta atau partisipasi masyarakat terjadi dalam berbagai tingkatan.

1. Partisipasi masyarakat, karena perintah atau karena paksaan hal ini seseorang mau berpartisipasi karena diperintah atau dipaksa harus melakukan pekerjaan, jadi tidak karena kesadaran.
2. Partisipasi masyarakat karena imbalan atau insentif pada bagian ini seseorang mau berpartisipasi karena adanya uang atau ongkos.
3. Partisipasi masyarakat karena identifikasi atau ingin meniru dalam hal ini seseorang mau berpartisipasi karena sudah melihat hasil yang nyata dan ingin meniru agar dapat berhasil juga.
4. Partisipasi Masyarakat karena Kesadaran.

Tingkatan partisipasi ini yang bisa langsung dan bertahan karena didasari dengan kesadaran serta kemauan untuk maju.

5. Partisipasi Masyarakat karena tuntutan akan hak asasi dan tanggung jawab.

Partisipasi nomor lima ini biasanya muncul di negara-negara maju yang berfaham demokrasi sedangkan pada nomor satu sampai nomor empat pada umumnya muncul di negara berkembang.

#### **2.21. Faktor Pendorong Partisipasi.**

Beberapa faktor yang mendorong seseorang untuk berpartisipasi yang dapat dijumpai di masyarakat dan di provider.

1. Faktor di masyarakat.

Karena adanya budaya dan semangat gotong royong dalam melaksanakan kegiatan dimasyarakat. Semangat ini bertolak dari nilai-nilai budaya yang menyangkut hubungan antar manusia .

## 2. Faktor di pihak Provider.

Adanya kesadaran di lingkungan provider, bahwa perilaku merupakan faktor yang penting dan besar pengaruhnya terhadap derajat kesehatan masyarakat. Selain itu, keterbatasan sumber daya di pihak provider juga merupakan faktor pendorong untuk mengembangkan dan membina partisipasi masyarakat (Mantra, 1991).

Wujud lain dari partisipasi seperti gotong royong dalam jum'at bersih atau jimpitan beras untuk PMT dapat dilakukan di Posyandu. Menurut Departemen Kesehatan RI, (1991:24) Partisipasi dapat diwujudkan dalam berbagai bentuk sesuai dengan kemampuan masing-masing:

### 1) Tenaga

Seseorang berpartisipasi dalam kegiatan kelompok dengan menyumbangkan tenaganya, misalnya menyiapkan tempat pertemuan kelompok, menyiapkan undangan, menyiapkan makanan dll

### 2) Materi

Seseorang berpartisipasi dalam kegiatan kelompok dengan menyumbangkan materi, misal : iuran uang, meminjamkan alat, tempat dll.

### 3) Gagasan atau pikiran

Seseorang berpartisipasi dalam kegiatan kelompok dengan memberikan gagasan atau ide . misal : anggota mengusulkan cara pemanfaatan kas posyandu dengan model koperasi, simpan pinjam dll.

Faktor yang mempengaruhi partisipasi bisa berasal dari seseorang dan kelompok. Menurut Departemen Kesehatan RI, ( 1991: 4 ) faktor tersebut sebagai berikut :

a. Faktor masyarakat pada umumnya .

1). Manfaat kegiatan yang dilakukan.

Jika kegiatan yang diselenggarakan memberikan manfaat nyata bagi masyarakat, maka kesediaan untuk berpartisipasi akan lebih besar .

2). Adanya kesempatan berpartisipasi

Adanya kesempatan atau ajakan yang ditawarkan maka masyarakat akan melihat bahwa ada hal yang berguna dalam kegiatan itu.

3). Memiliki ketrampilan tertentu bisa disumbangkan.

Jika kegiatan membuktikan bahwa orang akan memiliki ketrampilan tertentu, maka akan menarik orang yang mempunyai ketrampilan untuk berpartisipasi.

4). Rasa memiliki

Jika masyarakat diikutsertakan sejak awal dalam kegiatan, maka rasa memiliki akan timbul.

b. Faktor Petugas

Petugas memiliki sikap yang baik seperti : akrab dengan masyarakat, menunjukkan perhatian pada masyarakat dan mampu mendekati tokoh masyarakat.

c. Faktor Cara Kerja yang digunakan

Jika cara kerja yang digunakan bersifat terpusat atau sentralistik, maka peluang masyarakat untuk berpartisipasi lebih sulit. Demikian pula bila kerja dengan tehnik target, maka akan mengakibatkan kegiatan yang dipaksakan dan akan mengurangi kesediaan masyarakat untuk berpartisipasi.

d. Faktor Tokoh Masyarakat dan Pimpinan



Jika tokoh masyarakat dan pimpinan kader yang disegani ikut kerja, maka masyarakat akan mau berpartisipasi, karena tokoh masyarakat merupakan panutan.

Kasmita dalam Dewi Sartika, (2002) dalam penelitian di Sumatera Barat menemukan bahwa jika tokoh masyarakat berperan membantu kelancaran pelaksanaan posyandu, maka akan sangat berpengaruh positif. Namun pada kenyataannya umumnya peran pemuka agama dan tokoh masyarakat dirasakan masih kurang .

Tjukarmi, dkk dalam Dewi Sartika, (2002) mendapatkan bahwa sikap tokoh masyarakat terhadap kegiatan posyandu positif namun pengetahuan mereka tentang masalah gizi umumnya masih kurang. Demikian juga partisipasi tokoh masyarakat berhubungan dengan pengetahuan dan kemauan yang dimilikinya. Sehingga apabila mereka diharapkan berperan serta memberikan penyuluhan pada kegiatan posyandu perlu ditingkatkan pengetahuan dan ketrampilannya. Tokoh masyarakat yang berperan umumnya dari unsur lembaga keagamaan terutama madrasah, pondok pesantren, Majelis Ta'lim, kelompok pengajian dan Fatayat NU.

Peran ibu-ibu PKK di desa sangat penting bagi posyandu. Wass (1994) dalam penelitian di Sulawesi Utara mendapatkan bahwa dengan melibatkan ibu-ibu PKK di desa maka posyandu dapat menjadikan dirinya sebagai institusi yang konsisten dan kontinyu dalam memainkan perannya.

Penelitian Ginting, dalam Dewi Sartika (2002) di Tapanuli Utara menunjukkan bahwa pemimpin informal di pedesaan masih menunjukkan perilaku kepemimpinan yang arahnya patut diikuti, hal ini tercermin dari interaksi

mereka sehari-hari dengan pengikutnya. Mereka dalam menggerakkan partisipasi masyarakat lebih berdasar pada tanggung jawab moral dan komitmen terhadap amanah leluhur yang memandang peranannya sebagai panggilan. Ia menemukan pula bahwa pemimpin informal baik secara langsung maupun tidak langsung berpengaruh terhadap upaya menggerakkan partisipasi masyarakat dalam pembangunan desa. Adapun peran pemimpin informal adalah menyampaikan informasi, mengarahkan kegiatan dan membina kerjasama.

## BAB III

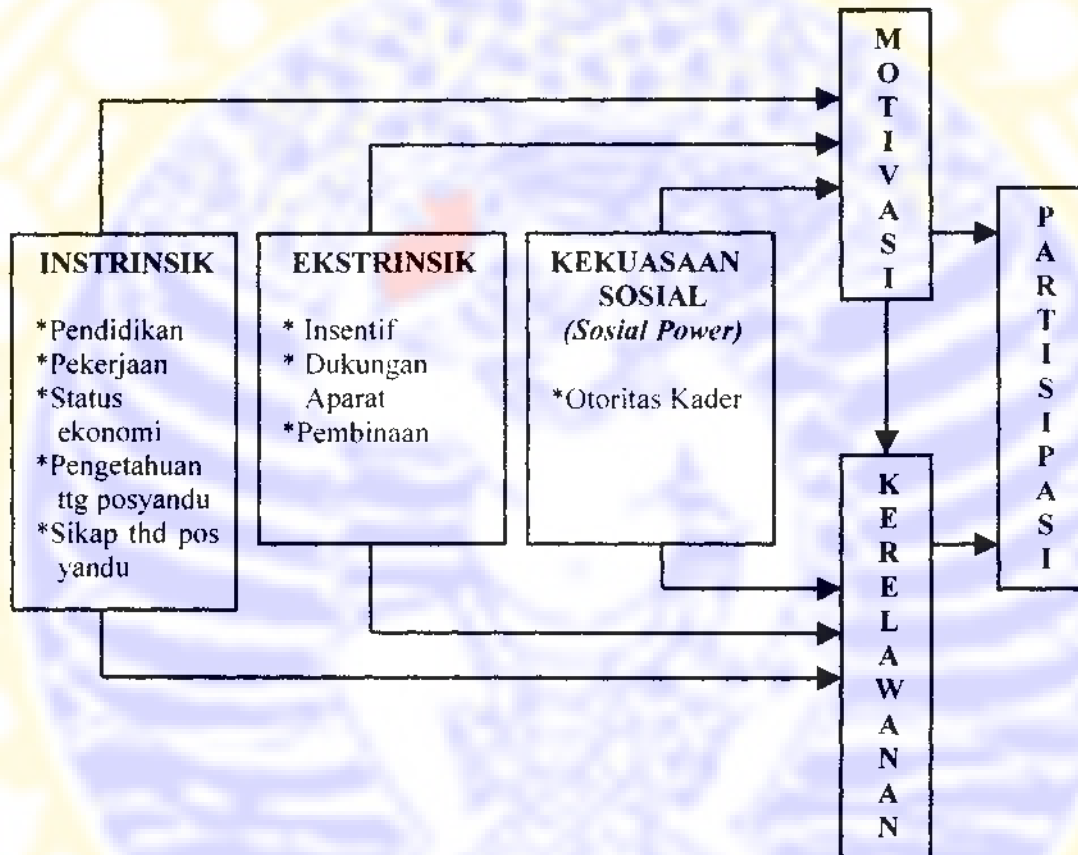
### KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

#### 3.1 Kerangka Konseptual

Partisipasi masyarakat dalam Pembangunan Kesehatan sangat diperlukan demi meningkatnya derajat kesehatan masyarakat secara optimal. Peningkatan derajat kesehatan masyarakat bukan hanya menjadi tanggung jawab pemerintah saja, melainkan bentuk tanggung jawab bersama antara masyarakat dan Pemerintah. Bentuk Pembangunan Kesehatan yang telah diterapkan di masyarakat berupa "*Primary Health Care*" telah diwujudkan dalam pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa (PKMD) yang diarahkan dalam pembentukan posyandu.

Sebagai bentuk pelayanan kesehatan yang ada di masyarakat, posyandu dilaksanakan oleh kelompok masyarakat yang biasa disebut dengan kader. Dari partisipasi inilah posyandu dapat tumbuh dan berkembang serta bertahan sampai saat ini. Untuk mendorong agar masyarakat mau berpartisipasi dalam pembangunan, masih perlu dicari permasalahannya (Soetrisno,2000:206). Mendorong partisipasi masyarakat seperti halnya mendorong masyarakat untuk berkorban. Apabila dikaji dengan teliti, semangat berkorban muncul dengan syarat tertentu yakni : 1)Masyarakat percaya bahwa pengorbanannya berguna dan bertujuan mulia serta dapat memberikan kesejahteraan rakyat. 2)Jiwa pengorbanan rakyat akan muncul apabila pengorbanan dilakukan secara merata oleh masyarakat. 3)Bagi masyarakat Pedesaan semangat berkorban muncul apabila pengorbanan tidak bertentangan dengan nilai etika di masyarakat. (Soetrisno,2000:209).

Meningkatkan kualitas posyandu di wilayah Puskesmas Kedung Solo Kabupaten Sidoarjo diperlukan kemauan partisipasi dari kader yang sangat berhubungan dengan situasi dan kondisi kader sebagai berikut :



Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Penelitian

Keterangan :



Kerangka konsep penelitian ini pada dasarnya adalah kerangka hubungan antara beberapa konsep yang ingin diamati atau diukur melalui penelitian yang akan dilakukan. Dalam penelitian ini peneliti menggunakan teori Partisipasi dari Soetrisno, yang mengatakan bahwa Partisipasi merupakan kerjasama yang erat antara Perencana dan Rakyat dalam merencanakan, melaksanakan, melestarikan dan mengembangkan hasil pembangunan. Ukuran tinggi rendahnya partisipasi rakyat adalah kemauan rakyat secara mandiri melestarikan dan mengembangkan hasil proyek itu. Penelitian ini juga didukung dengan teori yang lain diantaranya: Teori Tiga Proses Perubahan (Kelman 1958).

Azwar (2003) Kelman menyebutkan ada tiga perubahan sikap yang mendukung perilaku seseorang diantaranya: 1) Kesiediaan, dimana Individu mau menerima pengaruh dari pihak lain. 2) Identifikasi, terjadi bila Individu menerima perilaku atau sikap seseorang. 3) Internalisasi, dimana Individu menerima dan menuruti pengaruh dari orang lain. Menurut WHO yang menyebabkan seseorang berperilaku tertentu karena adanya beberapa alasan pokok yaitu 1) Pengetahuan, diperoleh dari pengalaman sendiri atau pengalaman orang lain. 2) Kepercayaan, merupakan sesuatu yang diterima atau yang diyakini kebenarannya dari orang lain atau dari orang tua tanpa adanya pembuktian terlebih dahulu. 3) Sikap, sering diperoleh dari pengalaman sendiri atau dari orang lain yang paling dekat dan sikap yang positif terhadap nilai kesehatan tidak selalu terwujud dalam tindakan nyata. 4) Orang yang dituruti, perilaku setiap orang lebih banyak dipengaruhi oleh orang yang dianggap sangat penting. 5) Beberapa sumber daya (*Resources*), sumber daya yang dimaksud adalah beberapa fasilitas, uang, waktu, tenaga, semuanya akan mempengaruhi perilaku seseorang atau kelompok masyarakat. 6) Sosial



budaya :kebiasaan, nilai dan penggunaan berbagai sumber daya dalam suatu masyarakat akan menghasilkan suatu pola hidup (*Way of life*) yang pada umumnya disebut sebagai budaya.

### 3.2 Hipotesis Penelitian

1. Ada hubungan antara masing-masing faktor instrinsik ( pendidikan, pekerjaan, sosial ekonomi, pengetahuan, sikap ) dengan faktor motivasi dan faktor kerelawanan.
2. Ada hubungan antara masing-masing faktor ekstrinsik ( insentif, dukungan aparat, pembinaan ) dengan faktor motivasi dan faktor kerelawanan.
3. Ada hubungan antara faktor kekuasaan sosial (otoritas dan otonomi kader) dengan faktor motivasi dan faktor kerelawanan.
4. Ada hubungan antara faktor motivasi dengan faktor kerelawanan.
5. Ada hubungan antara faktor motivasi dan faktor kerelawanan dengan faktor partisipasi.

## **BAB IV**

### **METODE PENELITIAN**

#### **4.1. Rancangan Penelitian**

Rancangan penelitian ini secara analitik *Cross Sectional* dengan pendekatan kuantitatif yang bertujuan untuk mengetahui adanya hubungan antar berbagai faktor Pendidikan, Kerelawanan, Motivasi, Pekerjaan, insentif, pengetahuan, sikap, dukungan aparat yang berhubungan dengan Partisipasi kader posyandu. Dalam penelitian ini juga dilakukan pendekatan kualitatif guna mendapat tambahan informasi dari tokoh masyarakat setempat tentang kader posyandu secara jelas untuk mendukung data yang diperoleh dari pendekatan kuantitatif.

#### **4.2. Populasi, Besar sampel teknik pengambilan sampel.**

##### **4.2.1. Populasi Penelitian**

Yang menjadi populasi adalah seluruh kader aktif posyandu yang bertugas minimal 1 tahun di wilayah kerja puskesmas Kedung Solo, kecamatan Porong, kabupaten Sidoarjo.

##### **4.2.2. Sampel**

Sampel adalah sebagian dari jumlah populasi. Kriteria sampel pada penelitian ini meliputi kader aktif yang bertugas pada posyandu di wilayah kerja puskesmas Kedung Solo. Penelitian ini tidak menggunakan sampel, tetapi seluruh

kader diteliti yaitu sebanyak 117 orang kader ( Total Populasi ) yang berasal dari masing-masing desa dimana posyandu berada.

#### **4.2.2.1. Teknik Pengambilan sampel**

Diambil secara total yaitu 117 kader yang berada di wilayah kerja puskesmas Kedung Solo dan seluruhnya diteliti.

### **4.3. Instrumen Penelitian**

#### **4.3.1 Pengujian Instrumen Kuantitatif**

Pengujian instrumen dimaksudkan untuk mengetahui validitas dan reliabilitas instrumen tersebut pada 10 responden.

Pengujian validitas isi tes tentang kerelawanan, pekerjaan, pendidikan, insentif, adalah untuk mengetahui hubungan dengan partisipasi kader dalam kegiatan posyandu.

### **4.4. Lokasi dan Waktu Penelitian**

#### **4.4.1. Lokasi Penelitian**

Adapun lokasi penelitian, di posyandu wilayah kerja puskesmas Kedung Solo, kecamatan Porong, kabupaten Sidoarjo. Dipilihnya kecamatan tersebut karena pada daerah ini posyandu sudah ada sejak tahun 1982, dengan istilah kelompok penimbangan, namun sampai saat ini tahun 2004 masih tetap berstrata pratama semua dengan jumlah kader posyandu hanya 117 atau rata-rata setiap posyandu hanya dilayani oleh 3 orang kader saja.

#### 4.4.2. Waktu Penelitian

Waktu penelitian akan dimulai pada bulan Maret 2005 sampai dengan bulan April 2005, dengan pengumpulan data sampai dengan tahap analisis data dan laporan.

#### 4.5.1. Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

Variabel penelitian dan Definisi operasional dijabarkan dalam bentuk tabel sebagai berikut :

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Skala	Kategori
Tingkat Pendidikan	Pendidikan formal respon den yang ditamatkan, misal: tidak sekolah s/d tamat SD; Tamat SMP; Tamat SMA ;Akademi s/d PT.	Kuesioner	Ordinal	Tidak sekolah s/d tamat SD = rendah (1). Tamat SMP = sedang(2). Tamat SMA s/d Perguruan Tinggi = tinggi (3).
Pekerjaan	Adalah sumber mata pen- caharian utama responden	Kuesioner	Nominal	1.Tidak bekerja 2.Buruh 3.Petani 4.Nelayan 5.PNS/ABRI 6.Peg.Swasta Tidak bekerja = 0 Bekerja = 1
Status ekonomi	Adalah keadaan pereko- nomian kader diukur ber- dasarkan kebutuhan Fisik minimal.	Dengan me nggunakan Distribusi Pendapatan dan Penge Luaran -	Ordinal	< Rp200.000= Rendah nilai(0). Rp.200.000 s/d Rp.300.000 = Sedang, nilai (1). >Rp.300.000= Tinggi, nilai (2).

		Rumah Tangga Kota Surabaya		
Pengetahuan tentang Posyandu	Adalah pemahaman responden terhadap pekerjaan di posyandu	Kuesioner (no 1 s/d no5)	Ordinal	<p>*Jika jawaban salah nilai = 0</p> <p>*Jika jawaban benar nilai = 2</p> <p>Keterangan:</p> <p>Nilai 0-4 Skor=1 Kurang</p> <p>Nilai 5-7 Skor=2 Cukup</p> <p>Nilai 8-10 skor=3 Baik</p>
Sikap terhadap Posyandu	Adalah tanggapan responden terhadap kedudukan kader di posyandu, mulai dari sangat setuju sampai sangat tidak setuju.	Kuesioner (III.no1s/d no10)	Ordinal	<p>SS = nilai 3</p> <p>S = nilai 2.</p> <p>TS = nilai 1.</p> <p>STS = nilai 0.</p> <p>Keterangan:</p> <p>Nilai 0-4 Skor=1 Kurang</p> <p>Nilai 5-7 Skor=2 Cukup</p> <p>Nilai 8-10 skor=3 Baik</p>
Insentif	Penghargaan bagi kader Atas jasanya mengurus Posyandu dalam bentuk Berobat gratis dan pemberian barang atau bahan pokok.	Kuesioner (no 6 s/d no10)	Ordinal	<p>*Tidak ada = 0</p> <p>*Ada = 1.</p> <p>*Ada, baik = 2</p> <p>Keterangan:</p> <p>Nilai 0-4 Skor=1 Kurang</p> <p>Nilai 5-7 Skor=2 Cukup</p> <p>Nilai 8-10 skor=3 Baik</p>
Dukungan Aparat	Adalah dorongan yang di berikan oleh kepala	Kuesioner (no 11 s/d	Ordinal	<p>*Tidak ada = 0</p> <p>*Ada = 1.</p>

	desa kepada kader agar lebih giat mengurus posyandu dalam bentuk 1)kehadiran kepala desa di posyandu 2) perhatian khusus pada kader.	no 15)		*Ada, baik = 2 Keterangan: Nilai 0-4 Skor =1 Kurang Nilai 5-7 Skor=2 Cukup Nilai 8-10 skor=3 Baik
Pembinaan Puskesmas	Adalah upaya yang dilakukan puskesmas untuk meningkatkan kualitas kader posyandu dalam bentuk 1)Materi pembinaan 2) Pelatihan kader	Kuesioner (no 36 s/d no 38)	Ordinal	*Tidak ada = 0 *Ada = 1. *Ada,baik = 2 Keterangan: Nilai 0-4 Skor =1 Kurang Nilai 5-7 Skor= 2 Cukup Nilai 8-10 skor=3 Baik
Otoritas kader	Adalah kekuasaan kader untuk bertindak dalam posyandu. Kader melaksanakan program posyandu secara mandiri	Kuesioner (no 16 s/d no 20)	Ordinal	*Tidak ada = 0 *Ada = 1. *Ada,baik = 2 Keterangan: Nilai 0-4 Skor =1 Kurang Nilai 5-7 Skor=2 Cukup Nilai 8-10 skor=3 Baik
Motivasi	Pengaruh terhadap Kader dari dalam diri Sendiri maupun lingkungan . berupa dorongan dari suami atau orang terdekat	Kuesioner (no 21 s/d no 25)	Ordinal	Tidak ada, nilai - 0 Ada, nilai = 1 Ada, dan baik nilai 2 Keterangan: Nilai 0-4 Skor =1 Kurang Nilai 5-7 Skor=2 Cukup Nilai 8-10 skor=3 Baik
Partisipasi Kader	Keikutsertaan kader melaksanakan kegiatan posyandu secara sukarela.	Kuesioner (no 31 s/d no 35)	Ordinal	Kurang = 0 Cukup = 1 Baik = 2



	Berupa datang ke balita dan menyiapkan keperluan posyandu sarana dan prasarana			<b>Keterangan:</b> Nilai 0-4 Skor =1 Kurang Nilai 5-7 Skor=2 Cukup Nilai 8-10 skor=3 Baik
Kerelawanan	Sifat dasar yang harus dimiliki oleh kader posyandu. Tanpa meminta imbalan jasa baik berupa uang atau barang	Kuesioner (no 26 s/d no 30)	Ordinal	Kurang = 0 Cukup = 1 Baik = 2 <b>Keterangan:</b> Nilai 0-4 Skor =1 Kurang Nilai 5-7 Skor=2 Cukup Nilai 8-10 skor=3 Baik

#### 4.6. Prosedur Pengambilan Data

##### 4.6.1. Pengumpulan Data

Prosedur pengambilan data dalam penelitian ini dilakukan dengan dua cara:

##### 1. Data Primer

Data yang diperoleh secara langsung oleh peneliti melalui pertanyaan dengan menggunakan kuesioner, yaitu suatu bentuk pertanyaan terstruktur kepada kader untuk mengetahui faktor yang berhubungan dengan partisipasi kader posyandu yang berdomisili di wilayah kerja puskesmas Kedung Solo. Wawancara mendalam dilakukan kepada kader dengan menggunakan pedoman wawancara yang berguna untuk mendukung data yang berasal dari kader posyandu

##### 2. Data Sekunder

Data yang diperoleh secara tidak langsung oleh peneliti melalui berbagai sumber data misalnya :

1. Data tentang jumlah penduduk di kabupaten Sidoarjo
2. Data tentang profil kesehatan di dinas kesehatan kabupaten Sidoarjo
3. Data tentang kader posyandu di puskesmas Kedung Solo

#### **4.7. cara pengolahan dan analisis data**

##### **4.7.1 Pengolahan data**

Pengolahan data pada penelitian ini secara kuantitatif dan kualitatif. Data kuantitatif diproses secara manual dan dilanjutkan dengan menggunakan komputer serta disajikan dalam bentuk tabel. Sedangkan data kualitatif disajikan dalam bentuk narasi .

Adapun langkah pengolahan data sebagai berikut :

- a. Editing, yaitu pemeriksaan kebenaran pengisian data
- b. Koding, yaitu pemberian kode pada data
- c. Skoring yaitu pemberian skor pada variabel bebas (pekerjaan, kerelawanan, pendidikan, motivasi, status ekonomi, otonomi, otoritas) dengan cara memberi skor 0; 5 dan 10. Setiap nilai dari skor tersebut di transportasi ke angka relatif (%), sehingga nilai akan berkisar 0-100 %. Adapun Variabel tergantung ( Partisipasi ) diperoleh dengan cara menjumlahkan skor dari masing-masing variabel bebas. Partisipasi kader dikatakan baik bila total skor >80%, skor 60-80% sedang dan skor < 60 % kurang (Hardinsyah dkk,1999).

##### **4.7.2. Analisis data**

###### **4.7.2.1. Analisis pendekatan kuantitatif**

Dalam rangka pencapaian tujuan penelitian, semua data yang diperoleh dikoreksi dan diberi kode kemudian di masukkan komputer. Data di analisis

secara diskriptif untuk mengetahui gambaran distribusi dan variasi masing-masing variabel. Untuk mengetahui berbagai faktor yang berhubungan dengan partisipasi kader di lakukan analisis dengan uji statistik. Uji yang digunakan untuk menghitung validitas tes adalah : model Regresi Linier berganda / *Multiple* ( Windhu, 2002)

#### **4.7.2.2. Analisis pendekatan kualitatif**

Menurut paton dalam Moleong (2002:103) Analisis data adalah proses mengatur urutan data, mengorganisasikan kedalam suatu pola, kategori dan suatu uraian dasar. Analisis hasil penelitian menggunakan "Contents Analisis" yaitu dengan mencatat pembicaraan secara lengkap, meringkas ucapan yang panjang, ucapan subyek diberi tanda kutip dan dengan memberi catatan khusus bila ada hal yang diinformasikan kurang jelas. Selanjutnya membandingkan apa yang ditemukan dari data dengan apa yang dikatakan oleh kepustakaan profesional. ( Moleong, 2002:105).

## **BAB V**

### **ANALISIS HASIL PENELITIAN**

#### **5.1 Gambaran Umum Penelitian**

##### **5.1.1 Keadaan Geografi dan Demografi**

Kecamatan Porong terletak di bagian Selatan Kabupaten Sidoarjo, wilayah Utara berbatasan dengan Kecamatan Tanggulangin, sebelah Selatan berbatasan dengan Kecamatan Gempol, sebelah Timur merupakan wilayah Kabupaten Pasuruan, sedang sebelah Barat berbatasan dengan Kecamatan Krembung. Iklim di Kecamatan Porong tropis dengan curah hujan rata-rata 1.730 mm/th, dengan jumlah hari hujan terbanyak 81 hari.

Wilayah Kecamatan Porong terdiri dari tanah sawah seluas 1.201 hektar, tanah kering berupa pekarangan seluas 1.091 hektar dan kebun seluas 1015 hektar. Kecamatan Porong juga memiliki tambak seluas 496 hektar, serta tanah gambut seluas 15 hektar. Sarana olahraga seluas 163 hektar, memiliki juga taman rekreasi seluas 11 hektar. Bila dilakukan penjumlahan luas tanah seluruhnya 3992 hektar. Jumlah penduduk kecamatan Porong sebanyak 62.999 jiwa, terdiri dari laki-laki sebanyak 30.881 jiwa dan perempuan sebanyak 32.188 jiwa. Jenis pekerjaan penduduk di kecamatan Porong bervariasi dengan susunan sebagai berikut : petani, pedagang, PNS, buruh, TNI/Polri, pensiunan, jasa pengangkutan, pengrajin, pengusaha dan nelayan.

Sarana pelayanan kesehatan di Kecamatan Porong terdiri dari 1. unit RSU, 1 unit RSU Swasta, 1 Rumah Bersalin, 1 Poliklinik/Balai Pengobatan, 2 unit Puskesmas Pembantu, Posyandu sebanyak 73 pos dengan jumlah kader aktif

sebanyak 335 orang, 8 dokter umum, 2 dokter gigi, 21 orang Bidan dan perawat di puskesmas sebanyak 21 orang.

### **5.1.2. Gambaran Umum Puskesmas Kedung Solo**

Gambaran puskesmas Kedung Solo sebagai lokasi penelitian, mempunyai wilayah kerja seluas 12,23 km<sup>2</sup>, meliputi 9 desa dengan jumlah penduduk sebanyak 35.165 jiwa.

Fasilitas Kesehatan yang ada di wilayah kerja puskesmas Kedung Solo terdiri dari 1 unit puskesmas, 1 unit puskesmas pembantu, 1 unit pos obat desa dan dilengkapi dengan 7 unit polindes. Posyandu yang ada di wilayah kerja puskesmas Kedung Solo sebanyak 30 pos, dibawah bimbingan bidan yang bertugas pada masing-masing desa dimana posyandu ada.

Hasil kegiatan yang dilakukan posyandu pada tahun 2004 berupa penimbangan dan pemberian imunisasi pada bayi sebanyak 570 bayi dan penimbangan anak diatas 1 tahun sebanyak 964 anak, serta pemberian kapsul vit. A bila menderita sakit biasanya dibawa berobat ke bidan di polindes terdekat. Masyarakat yang dekat dengan puskesmas biasanya memilih berobat ke puskesmas, karena sarannya lebih besar dan lebih lengkap dibanding dengan polindes.

Keadaan posyandu di wilayah puskesmas Kedung Solo sampai tahun 2005, tidak mengalami perubahan baik jumlah maupun programnya hanya merupakan sarana untuk menimbang dan mendapatkan imunisasi bagi bayi dan balita. Posyandu sebanyak 30 pos yang berada di setiap desa saat ini dilayani oleh kader aktif sebanyak 117 orang dengan jumlah posyandu di masing-masing

desa mulai dari 2 posyandu sampai 5 posyandu dan kegiatan di setiap posyandu sama.

### 5.1.3. Hasil Penelitian terhadap beberapa faktor yang berhubungan dengan Responden.

#### 1). Tingkat Pendidikan

Dari hasil penelitian diketahui sebagian besar responden berpendidikan Sekolah Menengah Pertama/SMP dan jumlah terkecil tamat akademi. Adapun rincian pendidikan responden sebagai berikut : Responden yang tidak tamat Sekolah Dasar/SD sebesar 3,4%, tamat SD sebesar 28,2%. Pendidikan terbesar berasal dari responden yang menamatkan Sekolah Menengah Pertama/SMP 45,3%. Responden yang tamat Sekolah Menengah Atas / SMA 22,2%. Responden yang tamat Akademi sebesar 0,9%.

Untuk mengetahui lebih jelas distribusi tingkat pendidikan yang ditamatkan responden dapat dilihat pada Tabel 5.1 berikut ini.

**Tabel 5.1**  
**Distribusi Tingkat Pendidikan Responden di wilayah**  
**Kerja Puskesmas Kedung Solo Tahun 2005**

No	Tingkat Pendidikan Responden	Jumlah	Persen (%)
1.	Tidak tamat Sekolah Dasar	4	3,4
2.	SD tamat/SMP tidak tamat	33	28,2
3.	SMP tamat/SMA tidak tamat	53	45,3
4.	SMA tamat/D3/S1 tidak tamat	26	22,2
5.	Tamat D3/S1	1	0,9
Total		117	100

**Sumber : Data Primer**



## 2). Status Pekerjaan

Dari hasil penelitian terhadap 117 responden diketahui bahwa seluruhnya adalah perempuan sebesar 68,4 % responden tidak bekerja, atau berstatus sebagai ibu rumah tangga murni, 12,8 % bekerja sebagai petani, 12,8 % sebagai pedagang, kios dan penjual sayur, sedang 3,4 % sebagai karyawan swasta di pabrik, 0,9 % PNS atau pegawai BKKBN, serta 1,7 % sebagai nelayan tambak. Dari beberapa jenis pekerjaan kader, karyawan swasta yang sering tidak hadir di posyandu, bahkan banyak yang drop out karena dirasakan pekerjaan sebagai kader tidak menghasilkan uang. Untuk lebih jelasnya mengenai status pekerjaan responden dapat dilihat pada Tabel 5.2.

**Tabel 5.2**  
**Distribusi Status Pekerjaan Responden di wilayah**  
**Kerja Puskesmas Kedung Solo Tahun 2005**

No	Status Pekerjaan Responden	Jumlah	Persen (%)
1.	Tidak bekerja ( ibu rumah tangga)	80	68,4
2.	Petani	15	12,8
3.	Pedagang	15	12,8
4.	Pegawai Swasta	4	3,4
5.	Pegawai Negeri Sipil	1	0,9
6.	Nelayan	2	1,7
<b>Total</b>		117	100

**Sumber:** Data Primer

## 3). Status Ekonomi ( Penghasilan )

Dari hasil penelitian diketahui 12,8 % responden berpenghasilan rendah dalam kategori < Rp200.000,- Responden berpenghasilan sedang sebesar 46,2 %, mereka dalam kategori penghasilan antara Rp. 200.000,- sampai Rp. 300.000,- Sedang 41,0 % responden berpenghasilan tinggi > Rp. 300.000,- Penentuan

status ekonomi kader ini berdasarkan Survei Pendapatan dan Pengeluaran Rumah Tangga Kota Surabaya Tahun 2004.

Untuk mengetahui lebih jelas distribusi Status ekonomi responden berdasarkan penghasilan sebulan dapat dilihat pada Tabel 5.3 berikut ini.

**Tabel 5.3**  
**Distribusi Status ekonomi Responden di wilayah**  
**Kerja Puskesmas Kedung Solo Tahun 2005**

No	Penghasilan Responden Sebulan	Jumlah	Persen (%)
1.	Rendah	15	12,8
2.	Sedang	54	46,2
3.	Tinggi	48	41,0
<b>Total</b>		117	100

Sumber: Data Primer

#### 4). Pengetahuan

Dari hasil penelitian diketahui bahwa 17,1 % responden berpendidikan rendah, 12,8 % berpendidikan sedang, responden yang berpendidikan tinggi sebesar 70,1 %

Untuk mengetahui lebih jelas pengetahuan responden dapat dilihat pada Tabel 5.4 berikut ini.

**Tabel 5.4**  
**Distribusi Tingkat Pengetahuan Responden di wilayah**  
**Kerja Puskesmas Kedung Solo Tahun 2005**

No	Tingkat Pengetahuan Responden	Jumlah	Persen (%)
1.	Kurang	20	17,1
2.	Cukup	15	12,8
3.	Baik	82	70,1
<b>Total</b>		117	100

Sumber: Data Primer

### 5). Sikap Responden terhadap Posyandu

Dari hasil penelitian diketahui 72,6 % responden bersikap cukup terhadap posyandu, sedang responden yang bersikap baik terhadap posyandu sebesar 27,4 % Untuk mengetahui lebih jelas distribusi Sikap responden terhadap posyandu dapat dilihat pada Tabel 5.5 berikut ini.

**Tabel 5.5**  
**Distribusi Sikap Responden Terhadap Posyandu di wilayah Kerja Puskesmas Kedung Solo Tahun 2005**

No	Sikap Responden	Jumlah	Persen (%)
1.	Cukup	85	72,6
2.	Baik	32	27,4
<b>Total</b>		117	100

Sumber: Data Primer

### 6). Pemberian Insentif

Dari hasil penelitian diketahui 40,2 % responden tidak mendapat insentif, 51,3 % responden mendapat insentif tidak memuaskan, sedang 8,5 % responden mendapat insentif yang cukup. Bentuk berupa pembebasan biaya berobat dari puskesmas dan cenderamata dari kepala desa.

Untuk mengetahui lebih jelas distribusi pemberian insentif pada respondenan sebulan dapat dilihat pada Tabel 5.6 berikut ini.

**Tabel 5.6**  
**Distribusi Pemberian Insentif pada Responden di wilayah Kerja Puskesmas Kedung Solo Tahun 2005**

No	Pemberian Insentif pada Responden	Jumlah	Persen (%)
1.	Tidak dapat	47	40,2
2.	Dapat, tidak lancar	60	51,3
3.	Dapat dan baik	10	8,5
<b>Total</b>		117	100

Sumber: Data Primer

### 7). Dukungan Kepala Desa terhadap Responden

Dari hasil penelitian diketahui 20,5 % responden kurang mendapat dukungan kepala desa, 45,3 % responden mendapat dukungan cukup dari kepala desa, sedang dukungan yang baik diberikan kepada 34,2 % responden. Dukungan yang diberikan kepala desa berupa perhatian kepada kader

**Tabel 5.7**  
**Distribusi Pemberian Dukungan pada Responden di wilayah Kerja Puskesmas Kedung Solo Tahun 2005**

No	Dukungan Kades kepada Responden	Jumlah	Persen ( %)
1.	Kurang	24	20,5
2.	Cukup	53	45,3
3.	Baik	40	34,2
Total		117	100

Sumber: Data Primer

### 8). Pembinaan Puskesmas terhadap Responden

Dari hasil penelitian diketahui 20,5 % responden kurang dibina, 35,9 % responden cukup dibina, sedang 43,6% responden dibina dengan baik oleh petugas puskesmas

Untuk mengetahui lebih jelas distribusi pembinaan terhadap responden dapat dilihat pada Tabel 5.8 berikut ini.

**Tabel 5.8**  
**Distribusi Pembinaan terhadap Responden di wilayah**  
**Kerja Puskesmas Kedung Solo Tahun 2005**

No	Pembinaan Puskesmas terhadap Responden	Jumlah	Persen (%)
1.	Kurang	24	20,5
2.	Cukup	42	35,9
3.	Baik	51	43,6
<b>Total</b>		117	100

Sumber: Data Primer

#### 9). Otoritas Responden terhadap Posyandu

Dari hasil penelitian diketahui otoritas kurang terdapat pada 0,9% responden, otoritas cukup dicapai oleh 54,7 % responden dan otoritas baik dicapai oleh 44,4 % responden. Untuk mengetahui lebih jelas distribusi otoritas responden terhadap posyandu dapat dilihat dalam Tabel 5.9. berikut ini.

**Tabel 5.9.**  
**Distribusi Otoritas Responden terhadap posyandu di wilayah**  
**Kerja Puskesmas Kedung Solo Tahun 2005**

No	Otoritas Responden terhadap Posyandu	Jumlah	Persen (%)
1.	Kurang	1	0,9
2.	Cukup	64	54,7
3.	Baik	52	44,4
<b>Total</b>		117	100

Sumber: Data Primer

#### 10). Motivasi Responden

Dari hasil penelitian diketahui 9,4 % responden mencapai motivasi kurang, 24,8 % responden mempunyai motivasi yang cukup, sedang 65,8 % responden mencapai motivasi baik terhadap keberadaan kader posyandu.

Untuk mengetahui lebih jelas distribusi motivasi responden dapat dilihat dalam Tabel 5.10. berikut ini.

**Tabel 5.10.**  
**Distribusi Motivasi Responden terhadap Posyandu di wilayahh Kerja Puskesmas Kedung Solo Tahun 2005**

No	Motivasi Responden	Jumlah	Persen ( %)
1.	Kurang	11	9,4
2.	Cukup	29	24,8
3.	Baik	77	65,8
<b>Total</b>		117	100

**Sumber:** Data Primer

#### 11). Kerelawanan Responden

Dari hasil penelitian diketahui 2,6 % responden kerelawanannya kurang, sedang 17,1 % responden kerelawanan cukup, responden dengan kerelawanan baik mencapai 80,3%.

Untuk mengetahui lebih jelas distribusi kerelawanan responden dapat dilihat dalam Tabel 5.11. berikut ini.

**Tabel 5.11.**  
**Distribusi Kerelawanan Responden di wilayah Kerja Puskesmas Kedung Solo Tahun 2005**

No	Kerelawanan Responden	Jumlah	Persen ( %)
1.	Kurang	3	26
2.	Cukup	20	17,1
3.	Baik	94	80,3
<b>Total</b>		117	100

**Suber:** Data Primer



## 12). Partisipasi Responden terhadap Posyandu

Dari hasil penelitian diketahui 2,6 % responden berpartisipasi kurang, 18,8 % responden berpartisipasi cukup, responden yang berpartisipasi baik terhadap posyandu sebesar 78,6%.

Untuk mengetahui lebih jelas distribusi Partisipasi responden pada posyandu dalam Tabel 5.12. berikut ini.

**Tabel 5.12.**  
**Distribusi Partisipasi Responden pada posyandu di wilayah Kerja Puskesmas Kedung Solo Tahun 2005**

No	Partisipasi Responden pada Posyandu	Jumlah	Persen ( %)
1.	Kurang	2	2,6
2.	Cukup	22	18,8
3.	Baik	92	78,6
<b>Total</b>		117	100

Sumber: Data Primer

## 5.2. Tabulasi Silang

### 5.2.1. Hubungan Motivasi dengan masing-masing variabel

Untuk mengetahui hubungan yang bermakna antara motivasi kader posyandu dengan masing-masing variabel bebas, maka perlu dilakukan dahulu uji statistik, dengan hasil sebagai berikut :

#### 1). Hubungan Motivasi Kader dengan Pendidikan responden

Berdasarkan hasil tabulasi silang dapat dilihat bahwa responden dengan pendidikan rendah yang mencapai motivasi baik (68,4%), responden dengan pendidikan menengah yang mencapai motivasi baik (63,8%) dan responden dengan pendidikan tinggi yang mencapai motivasi baik (66,7%).

Hasil uji regresi linier menunjukkan tidak ada hubungan antara motivasi dengan pendidikan ( $P=0,635$ ).

Untuk mengetahui lebih jelas hasil Tabulasi Silang dapat dilihat dalam Tabel 5.13.

**Tabel 5.13.**  
**Distribusi Motivasi Kader dengan Tingkat Pendidikan Responden di wilayah Kerja Puskesmas Kedung Solo, Tahun 2005**

No	Tingkat Pendidikan	Motivasi Kader			Total
		Kurang	Cukup	Baik	
1.	Rendah	1 (2,6%)	11 (28,9%)	26 (68,4%)	38 (100%)
2.	Menengah	6 (10,3%)	15 (25,9%)	37 (63,8%)	58 (100%)
3.	Tinggi	4 (19,0%)	3 (14,3%)	14 (66,7%)	21 (100%)
<b>Total</b>		11 (9,4%)	29 (24,8%)	77 (65,8%)	117 (100%)

$P=0,635$ .

## 2). Hubungan Motivasi Kader dengan Pekerjaan responden

Dari data yang terkumpul diketahui bahwa pekerjaan responden terdiri dari bermacam-macam, diantaranya : Tidak bekerja/ibu rumah tangga, petani, pedagang, karyawan swata, pegawai negeri, nelayan.

Hasil tabulasi silang menunjukkan bahwa responden tidak bekerja yang mencapai motivasi baik (61,2%). Responden yang bekerja sebagai petani yang mencapai motivasi baik (80%), pedagang yang mencapai motivasi baik (73,3%), pegawai swasta (75%), PNS (100%) dan nelayan (50%). Hasil uji Regresi Linier menunjukkan tidak ada hubungan antara motivasi dengan pekerjaan. ( $P=0,322$ )

Untuk mengetahui responden yang mencapai motivasi sedang dan kurang dari masing-masing jenis pekerjaan dapat dilihat pada Tabel 5.14.

**Tabel 5.14.**  
**Distribusi Motivasi Kader dengan Status Pekerjaan Responden di wilayah Kerja Puskesmas Kedung Solo, Tahun 2005**

No	Status Pekerjaan	Motivasi Kader			Total
		Kurang	Cukup	Baik	
1.	Ibu rumah tangga	9 (11,3%)	22 (27,6%)	49 (61,2%)	80 (100%)
2.	Petani	1 (6,7%)	2 (13,3%)	12 (80%)	15 (100%)
3.	Pedagang	1 (6,7%)	3 (10,3%)	11 (73,3%)	15 (100%)
4.	Peg.Swasta	0 (0%)	1 (25 %)	3 (75%)	4 (100%)
5.	Peg. Negeri	0 (0%)	0 (0%)	1 (100%)	1 (100%)
6.	Nelayan	0 (0%)	1 (50%)	1 (50%)	2 (100%)
<b>Jumlah</b>		<b>11(9,4%)</b>	<b>29 (24,8%)</b>	<b>77 (65,8%)</b>	<b>117 (100%)</b>

$P=0,322$ .

### 3) Hubungan Motivasi Kader dengan Penghasilan Responden

Dari hasil tabulasi silang didapatkan bahwa responden dengan status ekonomi rendah yang mencapai motivasi baik (46,7%). Responden dengan status ekonomi menengah yang mencapai motivasi baik (66,7%). Selanjutnya responden dengan status ekonomi tinggi yang mencapai motivasi baik (70,8%). Hasil uji Regresi Linier menunjukkan tidak ada hubungan antara penghasilan dengan motivasi. ( $P=0,988$ ).

Untuk mengetahui lebih lanjut hasil Tabulasi lihat Tabel 5.15. berikut ini.

**Tabel 5.15.**  
**Distribusi Motivasi Kader dengan Tingkat Penghasilan Responden di wilayah Kerja Puskesmas Kedung Solo, Tahun 2005**

No	Status Ekonomi	Motivasi Kader			Total
		Kurang	Cukup	Baik	
1.	Rendah	0 (0 %)	8 (53,3%)	7 (46,7%)	15 (100%)
2.	Menengah	3 (5,5%)	15 (27,8%)	36 (66,7%)	54 (100%)
3.	Tinggi	8 (16,7%)	6 (34%)	34 (70,8%)	48(100%)
<b>Total</b>		11 (9,4%)	29 (24,8%)	77 (65,8%)	117 (100%)

P=0,988.

#### 4) Hubungan Motivasi Kader dengan Pengetahuan Responden

**Tabel 5.16.**  
**Distribusi Motivasi Kader dengan Pengetahuan Responden di wilayah Kerja Puskesmas Kedung Solo, Tahun 2005**

No	Tingkat Pengetahuan	Motivasi Kader			Total
		Kurang	Cukup	Baik	
1.	Kurang	2 (10 %)	7 (35%)	11(55%)	20 (100%)
2.	Menengah	4 (26,7%)	1 (6,68%)	10 (66,7%)	15 (100%)
3.	Tinggi	5 (6,1%)	21 (25,6)	56 (68,3%)	82100%)
<b>Total</b>		11 (9,4%)	29 (24,8%)	77 (65,8%)	117 (100%)

P=0,224

Hasil tabulasi silang dapat tersebut diatas menunjukkan bahwa responden dengan pengetahuan kurang yang mencapai motivasi baik (55%). Responden dengan pengetahuan menengah yang mencapai motivasi baik (66,7%). Responden dengan pengetahuan tinggi yang mencapai motivasi baik(68,3%). Demikian dengan hasil uji Regresi Linier menunjukkan tidak ada hubungan antara pengetahuan dengan motivasi (P=0,224).

### 5) Hubungan Motivasi Kader dengan Sikap Responden

Dari hasil tabulasi silang diketahui bahwa responden dengan sikap cukup yang mencapai motivasi baik (63,5%). Responden dengan sikap baik yang mencapai motivasi baik (71,9%). Hasil uji Regresi Linier menunjukkan tidak ada hubungan antara motivasi dengan sikap responden ( $P=0,350$ )

Untuk mengetahui lebih jelas dapat dilihat pada tabel 5.17.

**Tabel 5.17.**  
**Distribusi Motivasi Kader dengan Sikap Responden di wilayah Kerja Puskesmas Kedung Solo, Tahun 2005**

No	Sikap Responden	Motivasi Kader			Total
		Kurang	Cukup	Baik	
1.	Rendah	8 (9,4%)	23 (27,1%)	54 (63,5%)	85 (100%)
2.	Menengah	3 (9,4%)	6 (18,8%)	23 (71,9%)	32 (100%)
<b>Total</b>		11 (9,4%)	29 (24,8%)	77 (65,8%)	117 (100%)

$P=0,350$ .

### 6) Hubungan Motivasi Kader dengan pemberian insentif pada responden

Dari data yang dihimpun dan ditabulasi diketahui bahwa responden yang tidak mendapat insentif yang mencapai motivasi baik (68,1%). Responden yang mendapat insentif sedang, yang mencapai motivasi baik (63,3%). Selanjutnya responden yang mendapat insentif baik dan mencapai motivasi baik (70%). Hasil uji Regresi Linier menunjukkan tidak ada hubungan antara motivasi dengan insentif ( $P=0,773$ ).

Lebih jelas dapat dilihat pada Tabel 5.18.

**Tabel 5.18**  
**Distribusi Motivasi Kader dengan Pemberian Insentif pada Reponden di wilayah Kerja Puskesmas Kedung Solo, Tahun 2005**

No	Pemberian Insentif	Motivasi Kader			Total
		Kurang	Cukup	Baik	
1.	Tidak dapat	4 (10,6 %)	10 (21,3%)	32(68,1%)	47 (100%)
2.	Sedang	5 (8,3%)	17 (28,3%)	38 (63,3%)	60 (100%)
3.	Tinggi	1 (10%)	2 (20 %)	7 (70%)	10 (100%)
<b>Total</b>		11 (9,4%)	29 (24,8%)	77 (65,8%)	117 (100%)

P=0,773.

#### 7) Hubungan Motivasi Kader dengan dukungan Kepala Desa

**Tabel 5.19**  
**Distribusi Motivasi Kader dengan Dukungan Kepala Desa pada Responden wilayah Kerja Puskesmas Kedung Solo, Tahun 2005**

No	Dukungan Kepala Desa	Motivasi Kader			Total
		Kurang	Cukup	Baik	
1.	Kurang	1 (4,2 %)	6 (25%)	17 (70,8%)	24 (100%)
2.	Cukup	10 (18,9%)	10 (18,9%)	33 (62,3%)	53 (100%)
3.	Baik	0 (0%)	13 (32,5 %)	27 (67,5%)	40 (100%)
<b>Total</b>		11 (9,4%)	29 (24,8%)	77 (65,8%)	117 (100%)

P=0,040.

Memperhatikan Tabel tersebut diatas diketahui bahwa responden dengan dukungan yang kurang yang mencapai motivasi baik (70,8%). Responden yang mendapat dukungan cukup dan mencapai motivasi baik (62,3%). Selanjutnya responden dengan dukungan baik yang mencapai motivasi baik (67,5%). Hasil uji Regresi Linier menunjukkan ada hubungan antara motivasi dengan dukungan kepala desa (P=0,040).



### 8) Hubungan Motivasi Kader dengan Pembinaan Puskesmas

Pada penelitian ini pembinaan puskesmas berasal dari puskesmas induk.

Hasil tabulasi silang dapat dilihat pada Tabel 5.20.

**Tabel 5.20.**  
**Distribusi Motivasi Kader dengan Pembinaan Puskesmas pada Responden di wilayah Kerja Puskesmas Kedung Solo, Tahun 2005**

No	Pembinaan Puskesmas	Motivasi Kader			Total
		Kurang	Cukup	Baik	
1.	Kurang	0 (0 %)	2 (8,3%)	22 (91,7%)	24 (100%)
2.	Sedang	5 (1,9%)	13 (31,0%)	24 (57,1%)	42 (100%)
3.	Tinggi	6 (11,8%)	14 (27,5 %)	31 (60,8)	51 (100%)
<b>Total</b>		<b>11 (9,4%)</b>	<b>29 (24,8%)</b>	<b>77 (65,8%)</b>	<b>117 (100%)</b>

$P=0.006$ .

Memperhatikan Tabel tersebut diatas diketahui bahwa responden dengan pembinaan kurang, yang mencapai motivasi baik (91,7%). Responden yang mendapat pembinaan cukup dan mencapai motivasi baik (57,1%). Selanjutnya responden dengan pembinaan baik yang mencapai motivasi baik (60,8%). Hasil uji Regresi Linier menunjukkan ada hubungan antara motivasi dengan pembinaan ( $P=0,006$ ).

### 9) Hubungan Motivasi Kader dengan Otoritas Responden

Berdasarkan hasil tabulasi silang diketahui bahwa Responden yang mendapat otoritas kurang yang mencapai motivasi baik hanya 1 orang (100%). Responden yang mendapat otoritas cukup dan mencapai motivasi baik (60,9%). Selanjutnya responden dengan otoritas baik yang mencapai motivasi baik (21,2%). Hasil uji Regresi Linier menunjukkan tidak ada hubungan antara motivasi dengan otoritas ( $P=0,762$ ).

Untuk mengetahui lebih jelas dapat dilihat dalam Tabel 5.21.

**Tabel 5.21.**  
Distribusi Motivasi Kader dengan Otoritas Responden di wilayah Kerja Puskesmas Kedung Solo, Tahun 2005

No	Otoritas Responden	Motivasi Kader			Total
		Kurang	Cukup	Baik	
1.	Kurang	0 (0%)	0 (0%)	1 (100%)	1 (100%)
2.	Sedang	6 (9,4%)	19 (29,7%)	39 (60,9%)	64 (100%)
3.	Tinggi	5 (9,6%)	10 (19,2%)	37 (71,2%)	52 (100%)
<b>Total</b>		11 (9,4%)	29 (24,8%)	77 (65,8%)	117 (100%)

$P=0,762$ .

### 5.2.2. Hubungan kerelawanan kader dengan masing-masing variabel

Untuk mengetahui hubungan yang bermakna antara kerelawanan kader posyandu dengan masing-masing variabel bebas, maka perlu uji statistik dengan hasil sebagai berikut :

#### 1). Hubungan Kerelawanan Kader dengan Pendidikan responden

Berdasarkan hasil tabulasi silang diketahui bahwa responden dengan pendidikan rendah yang memiliki kerelawanan baik (84,2%). Responden dengan pendidikan menengah yang memiliki kerelawanan baik (77,6%). Selanjutnya responden dengan pendidikan tinggi yang memiliki kerelawanan baik (81,0%). Hasil uji Regresi Linier menunjukkan tidak ada hubungan antara pendidikan dengan kerelawanan ( $P=0,848$ ).

Untuk mengetahui lebih jelas dapat dilihat pada Tabel 5.22.

**Tabel 5.22.**  
**Distribusi Kerelawanan Kader dengan Tingkat Pendidikan Responden di wilayah Kerja Puskesmas Kedung Solo, Tahun 2005**

No	Tingkat Pendidikan	Kerelawanan Kader			Total
		Kurang	Cukup	Baik	
1.	Kurang	0 (0 %)	6 (15,8%)	32 (84,2%)	38 (100%)
2.	Sedang	1 (1,7%)	12 (20,7%)	45 (77,6%)	58 (100%)
3.	Tinggi	2 (9,5%)	2 (9,5 %)	17 (81,0%)	21 (100%)
<b>Total</b>		3 (2,6%)	20 (17,1%)	94 (80,3%)	117 (100%)

P=0,848.

## 2). Hubungan Kerelawanan Kader dengan Pekerjaan responden

Untuk mengetahui hubungan status pekerjaan dengan kerelawanan perhatikan Tabel 5.23. berikut ini.

**Tabel 5.23.**  
**Distribusi Kerelawanan Kader dengan Status Pekerjaan Responden di wilayah Kerja Puskesmas Kedung Solo, Tahun 2005**

No	Status Pekerjaan	Kerelawanan Kader			Total
		Kurang	Cukup	Baik	
1.	Ibu rmah tangga	9 (11,3%)	22 (27,6%)	49 (61,2%)	80 (100%)
2.	Petani	1 (6,7%)	2 (13,3%)	12 (80%)	15 (100%)
3.	Pedagang	1 (6,7%)	3 (10,3%)	11 (73,3%)	15 (100%)
4.	Peg.Swasta	0 (0%)	1 (25 %)	3 (75%)	4 (100%)
5.	Peg. Negeri	0 (0%)	0 (0%)	1 (100%)	1 (100%)
6.	Nelayan	0 (0%)	1 (50%)	1 (50%)	2 (100%)
<b>Jumlah</b>		11(9,4%)	29 (24,8%)	77 (65,8%)	117 (100%)

P=0,052.

Dari data yang terkumpul diketahui bahwa pekerjaan responden terdiri dari bermacam-macam, diantaranya : Tidak bekerja, petani, pedagang, karyawan swasta, pegawai negeri, nelayan.

Hasil tabulasi silang menunjukkan bahwa responden tidak bekerja/ibu rumah tangga yang memiliki kerelawanan baik (61,3%). Responden yang bekerja sebagai petani yang mencapai motivasi baik (80,0%), pedagang yang mencapai motivasi baik (73,3%), pegawai swasta (75%), PNS (100%) dan nelayan (50,0%). Hasil uji Regresi Linier menunjukkan tidak ada hubungan antara pekerjaan responden dengan kerelawanan ( $P=0,052$ ).

### 3) Hubungan Kerelawanan Kader dengan Penghasilan Responden

Dari hasil tabulasi silang diketahui bahwa responden dengan status ekonomi rendah yang mencapai kerelawanan baik (100,0%) Responden dengan status ekonomi menengah yang mencapai kerelawanan baik (75,9%). Responden dengan status ekonomi tinggi yang mempunyai kerelawanan tinggi (79,2%), kerelawanan cukup (14,6%) dan kerelawanan kurang (6,3%). Hasil uji Regresi Linier menunjukkan tidak ada hubungan antara penghasilan responden dengan kerelawanan ( $P=0,136$ ).

Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada Tabel 5.24.

**Tabel 5.24.**  
**Distribusi Kerelawanan Kader dengan Penghasilan Responden di wilayah Kerja Puskesmas Kedung Solo, Tahun 2005**

No	Status Ekonomi	Kerelawanan Kader			Total
		Kurang	Cukup	Baik	
1.	Kurang	0 (0 %)	0 (0%)	15 (100%)	15 (100%)
2.	Sedang	0 (0%)	13 (24,1%)	41 (75,9%)	54 (100%)
3.	Tinggi	3 (6,3%)	7 (14,5 %)	38 (79,2%)	48(100%)
<b>Total</b>		3 (2,6%)	20 (17,1%)	94 (80,3%)	117 (100%)

$P=0,138$ .

#### 4) Hubungan Kerelawanan Kader dengan Pengetahuan Responden

**Tabel 5.25.**  
Distribusi Kerelawanan Kader dengan Pengetahuan Responden di wilayah Kerja Puskesmas Kedung Solo, Tahun 2005

No	Pengetahuan Responden	Kerelawanan Kader			Total
		Kurang	Cukup	Baik	
1.	Kurang	0 (0 %)	2 (10,0%)	18 (90,0%)	20 (100%)
2.	Sedang	2 (13,3%)	3 (20,0%)	10 (66,7%)	15 (100%)
3.	Tinggi	1 (1,2%)	15(18,3 %)	66 (80,5%)	82 (100%)
<b>Total</b>		3 (2.6%)	20 (17,1%)	94 (80,3%)	117 (100%)

$P=0,398$ .

Hasil tabulasi silang dapat tersebut diatas menunjukkan bahwa responden dengan pengetahuan kurang yang memiliki kerelawanan baik (90%). Responden dengan pengetahuan sedang yang mempunyai kerelawanan baik (66.7%).. Responden dengan pengetahuan tinggi yang mempunyai kerelawanan baik (80,5%). Hasil uji Regresi Linier diketahui tidak ada hubungan antara pengetahuan responden dengan kerelawanan ( $P=0,418$ ).

#### 5) Hubungan Kerelawanan Kader dengan Sikap Responden

Dari hasil tabulasi silang diketahui bahwa responden dengan sikap cukup yang memiliki kerelawanan baik (78,8%). Responden dengan sikap baik yang memiliki kerelawanan baik (84,4%). Hasil uji Regresi Linier menunjukkan tidak ada hubungan antara sikap responden dengan kerelawanan.

Untuk mengetahui lebih jelas dapat dilihat pada tabel 5.26.



**Tabel 5.26.**  
**Distribusi Kerelawanan Kader dengan Sikap Responden di wilayah Kerja Puskesmas Kedung Solo, Tahun 2005**

No	Sikap Responden	Kerelawanan Kader			Total
		Kurang	Cukup	Baik	
2.	Cukup	2 (2,4%)	16 (18,8%)	67 (78,8%)	85 (100%)
3.	Baik	1 (3,1%)	4 (12,5 %)	27 (84,4%)	32 (100%)
<b>Total</b>		3 (2,6%)	20 (17,1%)	94 (80,3%)	117 (100%)

P=0,398.

#### 6) Hubungan Kerelawanan Kader dengan insentif pada responden

Dari data yang dihimpun dan ditabulasi diketahui bahwa responden yang mendapat insentif kurang yang memiliki kerelawanan baik (78,7%). Responden yang mendapat insentif sedang, yang memiliki kerelawanan baik (83,3%). Selanjutnya responden yang mendapat insentif baik dan memiliki kerelawanan baik (70%), kerelawanan cukup (20%) dan kerelawanan kurang (10%).

Hasil uji Regresi Linier menunjukkan tidak ada hubungan antara insentif dengan kerelawanan (P=0,400). Untuk mengetahui lebih jelas lihat Tabel 5.27.

**Tabel 5.27**  
**Distribusi Kerelawanan Kader dengan Pemberian Insentif pada Reponden di wilayah Kerja Puskesmas Kedung Solo, Tahun 2005**

No	Pemberian Insentif	Kerelawanan Kader			Total
		Kurang	Cukup	Baik	
1.	Kurang	0 (0 %)	10 (21,3%)	37 (78,7%)	47 (100%)
2.	Sedang	2 (3,3%)	8 (13,3%)	50 (83,3%)	60 (100%)
3.	Tinggi	1 (10,0%)	2 (20,0 %)	7 (70,0%)	10 (100%)
<b>Total</b>		3 (2,6%)	20 (17,1%)	94 (80,3%)	117 (100%)

P=0,400.



### 7) Hubungan Kerelawanan Kader dengan dukungan Kepala Desa

Hasil penelitian terhadap 117 kader diketahui bahwa responden dengan dukungan yang kurang yang memiliki kerelawanan baik (79,2%). Responden yang mendapat dukungan sedang dan memiliki kerelawanan baik (73,6%). Selanjutnya responden dengan dukungan baik yang memiliki kerelawanan baik (90,0%). Hasil uji Regresi Linier menunjukkan tidak ada hubungan antara dukungan kepala desa dengan kerelawanan ( $P=0,175$ ).

Tabel 5.28

Distribusi Kerelawanan Kader dengan Dukungan Kepala Desa pada Responden di wilayah Kerja Puskesmas Kedung Solo, Tahun 2005

No	Dukungan Kepala Desa	Kerelawanan Kader			Total
		Kurang	Cukup	Baik	
1.	Kurang	0 (0%)	5 (20,8%)	19 (79,2%)	24 (100%)
2.	Sedang	3 (5,7%)	11 (20,8%)	39 (73,6%)	53 (100%)
3.	Tinggi	0 (0,0%)	4 (10,0%)	36 (90,0%)	40 (100%)
	<b>Total</b>	3 (2,6%)	20 (17,1%)	94 (80,3%)	117 (100%)

$P=0,175$ .

### 8) Hubungan Kerelawanan Kader dengan Pembinaan Puskesmas

Hasil penelitian terhadap kader posyandu di wilayah puskesmas Kedung Solo diketahui bahwa responden dengan pembinaan kurang, yang memiliki kerelawanan baik (79,2%). Responden yang mendapat pembinaan sedang dan memiliki kerelawanan baik (85,7%). Selanjutnya responden dengan pembinaan tinggi yang memiliki kerelawanan baik (76,5%).

Pada penelitian ini pembinaan puskesmas berasal dari puskesmas induk, dengan hasil tabulasi silang dapat dilihat pada Tabel 5.29. Hasil uji Regresi

Linier menunjukkan tidak ada hubungan antara pembinaan dengan kerelawanan ( $P=0,102$ ). Untuk mengetahui lebih jelas lihat Tabel 5.29.

**Tabel 5.29.**  
**Distribusi Kerelawanan Kader dengan Pembinaan Puskesmas pada Responden di wilayah Kerja Puskesmas Kedung Solo, Tahun 2005**

No	Pembinaan Puskesmas	Kerelawanan Kader			Total
		Kurang	Cukup	Baik	
1.	Kurang	0 (0 %)	5 (20,8%)	19 (79,2%)	24 (100%)
2.	Sedang	1 (2,4%)	5 (11,9%)	36 (85,7%)	42 (100%)
3.	Tinggi	2 (3,9%)	10 (19,6 %)	39 (76,5%)	51 (100%)
<b>Total</b>		3 (2,6%)	20 (17,1%)	94 (80,3%)	117 (100%)

$P=0,102$ .

### 9) Hubungan Kerelawanan Kader dengan Otoritas Responden

Hasil penelitian terhadap kader posyandu di wilayah puskesmas Kedung Solo tertuang dalam Tabel 5.30. berikut ini:

**Tabel 5.30.**  
**Distribusi Kerelawanan Kader dengan Otoritas Responden di wilayah Kerja Puskesmas Kedung Solo, Tahun 2005**

No	Otoritas Responden	Kerelawanan Kader			Total
		Kurang	Cukup	Baik	
1.	Kurang	0 (0 %)	0 (0%)	1 (100%)	1 (100%)
2.	Sedang	1 (1,6%)	10 (15,6%)	53 (82,8%)	64 (100%)
3.	Tinggi	2 (3,8%)	10 (19,2 %)	40 (76,9%)	52 (100%)
<b>Total</b>		3 (2,6%)	20 (17,1%)	94 (80,3%)	117 (100%)

$P=0,576$ .

Berdasarkan hasil tabulasi silang, responden yang mendapat otoritas kurang yang memiliki kerelawanan baik (100%). Responden yang mendapat otoritas cukup dan memiliki kerelawanan baik (82,8%). Selanjutnya responden

dengan otoritas baik yang memiliki kerelawanan baik (76,9%). Hasil uji Regresi Linier menunjukkan tidak ada hubungan antara otoritas dengan kerelawanan ( $P=0,576$ ).

### 5.2.3. Hubungan Kerelawanan Kader dengan motivasi Responden

**Tabel 5.31.**  
**Distribusi Kerelawanan Kader dengan Motivasi Responden di**  
**wilayah Kerja Puskesmas Kedung Solo, Tahun 2005**

No	Motivasi Responden	Kerelawanan Kader			Total
		Kurang	Cukup	Baik	
1.	Kurang	3 (27,2 %)	4 (36,4%)	4 (36,4%)	11 (100%)
2.	Sedang	0 (0%)	5 (17,2%)	24 (82,8%)	29 (100%)
3.	Tinggi	0 (0%)	11 (14,3 %)	66 (85,7%)	77 (100%)
<b>Total</b>		3 (2,6%)	20 (17,1%)	94 (80,3%)	117 (100%)

$P=0,000$

Dari Tabel tersebut diatas dapat dilihat bahwa responden mencapai motivasi kurang, yang memiliki kerelawanan baik (36,4%). Responden dengan motivasi cukup, yang memiliki kerelawanan baik (82,8%). Selanjutnya responden dengan motivasi baik, yang memiliki kerelawanan baik (85,7%). Hasil uji Regresi Linier menunjukkan ada hubungan antara motivasi dengan kerelawanan ( $P=0,000$ ).

### 5.2.4. Hubungan Partisipasi Kader dengan Motivasi Responden

Dari hasil tabulasi silang diketahui bahwa responden dengan motivasi kurang, yang berpartisipasi baik (54,5%). Selanjutnya responden dengan motivasi sedang yang berpartisipasi baik (69,0%). Responden dengan motivasi baik yang

berpartisipasi baik (85,7%). Hasil uji Regresi Linier menunjukkan tidak ada hubungan antara motivasi dengan partisipasi ( $P=0,328$ ).

Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada Tabel 5.32.

**Tabel 5.32.**  
**Distribusi Partisipasi Kader dengan Motivasi Responden di wilayah Kerja Puskesmas Kedung Solo, Tahun 2005**

No	Motivasi Responden	Partisipasi Kader			Total
		Kurang	Cukup	Baik	
1.	Kurang	2 (18,2 %)	3 (27,3%)	6 (54,5%)	11 (100%)
2.	Sedang	1 (3,4%)	8 (27,6%)	20 (69,0%)	29 (100%)
3.	Tinggi	0 (0%)	11 (14,3 %)	66 (85,7%)	77 (100%)
Total		3 (2,6%)	22 (18,8%)	92 (78,6%)	117 (100%)

$P=0,328$ .

#### 5.2.5. Hubungan Partisipasi Kader dengan Kerelawanan Responden

**Tabel 5.33.**  
**Distribusi Partisipasi Kader dengan Kerelawanan Responden di wilayah Kerja Puskesmas Kedung Solo, Tahun 2005**

No	Kerelawanan Responden	Partisipasi Kader			Total
		Kurang	Cukup	Baik	
1.	Kurang	1 (33,3 %)	2 (66,7%)	0 (0%)	3 (100%)
2.	Sedang	1 (5,0%)	7 (35,0%)	12 (60,0%)	20 (100%)
3.	Tinggi	1 (1,1%)	13 (13,8 %)	80 (85,1)	94 (100%)
Total		3 (2,6%)	22 (18,8%)	92 (78,6%)	117 (100%)

$P=0,000$ .

Dari Tabel tersebut diatas dapat dilihat bahwa responden dengan kerelawanan kurang yang memiliki partisipasi baik tidak ada. Responden dengan kerelawanan cukup yang berpartisipasi baik (60,0%). Selanjutnya responden dengan kerelawanan tinggi yang berpartisipasi baik (85,1%). Hasil uji Regresi

Linier menunjukkan ada hubungan antara kerelawanan dengan partisipasi ( $P=0,000$ ).

### 5.2.6. Hasil Uji Statistik dengan Regresi Linier *Multiple*

**Tabel 5.34**  
Rangkuman Hasil uji Statistik beberapa faktor yang berhubungan dengan motivasi

Variabel	$\beta$	P	Keterangan
Pendidikan	0,044	0,632	Tidak ada hubungan
Pekerjaan	0,90	0,322	Tidak ada hubungan
Penghasilan	0,001	0,988	Tidak ada hubungan
Pengetahuan	0,113	0,224	Tidak ada hubungan
Sikap	0,086	0,350	Tidak ada hubungan
Insentif	0,032	0,773	Tidak ada hubungan
Dukungan	0,204	0,040	Ada hubungan
Pembinaan	-0,272	0,006	Ada hubungan
Otoritas	-0,029	0,762	Tidak ada hubungan

Variabel Dependen: Motivasi

**Tabel 5.35**  
Rangkuman Hasil uji Statistik beberapa faktor yang berhubungan dengan kerelawanan

Variabel	$\beta$	P	Keterangan
Pendidikan	-0,192	0,848	Tidak ada hubungan
Pekerjaan	0,180	0,052	Tidak ada hubungan
Penghasilan	-0,135	0,138	Tidak ada hubungan
Pengetahuan	-0,079	0,398	Tidak ada hubungan
Sikap	0,079	0,400	Tidak ada hubungan
Insentif	-0,117	0,285	Tidak ada hubungan
Dukungan	0,125	0,175	Tidak ada hubungan
Pembinaan	-0,163	0,102	Tidak ada hubungan
Otoritas	-0,054	0,576	Tidak ada hubungan

Variabel Dependen: Kerelawanan

**Tabel 5.36**  
**Rangkuman Hasil uji Statistik beberapa faktor yang berhubungan dengan kerelawanan**

Variabel	$\beta$ (koef regresi)	P	Keterangan
Motivasi	0,395	0,000	Ada hubungan

Variabel Dependen: Kerelawanan

**Tabel 5.37**  
**Rangkuman Hasil uji Statistik beberapa faktor yang berhubungan dengan Partisipasi**

Variabel	$\beta$ (koef regresi)	P	Keterangan
Motivasi	0,139	0,122	Tidak ada hubungan
Kerelawanan	0,407	0,000	Ada hubungan

Variabel Dependen: Partisipasi



## **BAB VI**

### **PEMBAHASAN**

Permasalahan yang timbul pada posyandu dari awal terbentuknya sampai saat ini merupakan permasalahan klasik yang berasal dari kader sebagai penggerak utama. Berbagai upaya telah dilakukan untuk mengatasi permasalahan sejak tahun 1986, dengan penancangan posyandu untuk kesehatan ibu dan anak oleh responden, pembinaan mutu posyandu, revitalisasi posyandu, telaah kemandirian posyandu dan penelitian-penelitian lain yang mendukung, namun hasilnya belum memuaskan. Hal ini kemungkinan disebabkan oleh beberapa faktor diantaranya faktor intrinsik seperti : pendidikan, pekerjaan, status ekonomi, pengetahuan, sikap dan faktor ekstrinsik seperti : insentif, dukungan kepala desa, pembinaan, serta faktor kekuasaan sosial seperti otoritas kader . Disamping itu kerelawanan dan motivasi merupakan faktor yang berhubungan dengan partisipasi kader terhadap posyandu.

#### **6.1. Hubungan motivasi dengan pendidikan**

Green (1980), mengatakan pendidikan adalah salah satu unsur dari faktor predisposisi (penentu) yang dapat mempengaruhi perilaku seseorang. Pernyataan tersebut didukung oleh Notoatmodjo (2003) mengatakan, pendidikan adalah segala upaya yang di direncanakan untuk mempengaruhi orang lain, baik individu, kelompok atau masyarakat. Berdasarkan beberapa teori diatas diketahui bahwa pendidikan dapat mempengaruhi perilaku seseorang. Sebelum seseorang berperilaku pasti ada motivasi atau upaya yang mendorong, sebagai tumpuan seseorang untuk melakukan sesuatu. Dengan adanya dorongan yang kuat dan

didukung dengan beberapa faktor predisposisi akan mempengaruhi seseorang untuk berperilaku. Hasil penelitian terhadap 117 responden didapatkan bahwa kader dengan pendidikan rendah sebanyak 38 orang, dari jumlah tersebut yang mencapai motivasi baik 68,4%. Responden dengan pendidikan menengah sebanyak 58 orang, yang mencapai motivasi baik 63,8%. Bila melihat prosentase pencapaian motivasi baik, kader berpendidikan rendah mencapai angka lebih tinggi dibanding dengan kader berpendidikan menengah. Responden dengan pendidikan menengah adalah lulus SMP, karena masyarakat Kedung Solo sebagian besar tinggal di pedesaan dan masalah pendidikan bagi perempuan tidak perlu sampai tinggi. Dibanding dengan pendidikan menengah dan rendah, kelompok pendidikan tinggi lebih sedikit jumlahnya, tetapi persentasinya hampir sama dengan pendidikan rendah dan menengah. Responden yang berpendidikan tinggi sebanyak 21 orang, yang mencapai motivasi baik 66,7%. Jumlah yang relatif sedikit ini karena pendidikan tinggi jauh tempatnya, harus ke Porong dan biaya pendidikan relatif mahal.

Hasil uji Regresi Linier menunjukkan tidak ada hubungan antara pendidikan kader dengan pencapaian motivasi. Kader posyandu di wilayah kerja puskesmas Kedung Solo yang mencapai motivasi baik rata-rata hampir sama dari pendidikan rendah, pendidikan menengah maupun pendidikan tinggi. Hal ini menunjukkan bahwa pencapaian motivasi tidak hanya berhubungan dengan tingkat pendidikan seseorang semata, tetapi dari hati nurani seseorang. Secara kasar dapat dikatakan bahwa seseorang mau menjadi kader tidak di dasari dengan pendidikan yang tinggi tetapi dengan keiklasan batin .

Mockijat (1990), menulis bahwa motivasi menghubungkan perilaku dengan bermacam macam naluri yang merupakan daya pendorong seseorang untuk berperilaku. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa semakin tinggi pendidikan seseorang belum tentu mencapai motivasi yang baik tetapi perlu didukung dengan naluri untuk berbuat baik, maka akan menghasilkan perilaku yang baik.

## **6.2. Hubungan motivasi kader dengan pekerjaan**

Berdasarkan hasil penelitian terhadap 117 responden diketahui bahwa tidak semua kader posyandu mempunyai pekerjaan tetap, sebagian besar responden atau 80 orang tidak bekerja hanya sebagai ibu rumah tangga dan yang lain memiliki pekerjaan tertentu. Teori motivasi pada pekerjaan dari Herzberg, dalam Mockijat (1990:37) menunjukkan adanya hubungan sangat penting antara macam pekerjaan dengan kesempatan yang di berikan. Kesempatan tidak hanya untuk mencapai kepuasan dan penghargaan tetapi dapat menumbuh kembangkan kemampuan manajer. Pada dasarnya motivasi berhubungan dengan tumbuh kembangnya individu. Hasil penelitian terhadap kader posyandu di wilayah Kedung Solo. Kader yang mencapai motivasi baik tertinggi berasal dari individu dengan pekerjaan sebagai pegawai negeri, namun jumlah pegawai negeri hanya 1 orang dan berasal dari petugas BKKBN. Ikut sertanya pegawai negeri menjadi kader posyandu karena pekerjaannya berhubungan dengan posyandu. Motivasi baik selanjutnya berasal dari jenis pekerjaan petani yaitu 80%. Kebanyakan para petani mencapai motivasi yang baik untuk menjadi kader posyandu, karena pekerjaan petani bisa ditinggal setiap bulan hanya 2 jam untuk mengurus posyandu yang tidak jauh letaknya dari rumah kader. Karyawan swasta sebanyak

Regresi Linier, menunjukkan tidak ada hubungan antara pekerjaan dengan pencapaian motivasi. Hal ini menunjukkan bahwa motivasi kader yang baik timbul tidak hanya berhubungan dengan faktor pekerjaan saja, tetapi berhubungan dengan faktor lain.

Moekijat (1990) menulis perkataan Herzberg, bahwa kebutuhan akan motivasi, kebutuhan prestasi dan pertumbuhan dapat dipenuhi dengan memberikan tugas yang menarik untuk dikerjakan.

### **6.3. Hubungan motivasi dengan status ekonomi**

Sesuai dengan hasil penelitian diketahui bahwa sebagian kecil responden berpenghasilan rendah 15 orang. Responden yang berpenghasilan sedang berjumlah 54 orang dan yang berpenghasilan tinggi berjumlah 48 orang. Secara kasar diketahui bahwa status ekonomi kader posyandu di wilayah puskesmas Kedung Solo menengah keatas.

Hasil uji Regresi Linier menunjukkan tidak ada hubungan antara status ekonomi kader dengan motivasi. Dari hasil tabulasi silang didapatkan bahwa responden yang status ekonominya rendah yang mencapai motivasi baik (46,7%). Hal ini menunjukkan adanya semangat yang tinggi dari responden untuk menjadi kader posyandu walaupun status ekonominya rendah. Semangat yang lebih tinggi untuk mencapai motivasi baik timbul dari responden dengan status ekonomi menengah, terbukti dengan pencapaian motivasi baik sebesar 66,7%. Motivasi ini timbul karena status ekonomi mereka lebih baik dibanding dengan responden dengan status ekonomi rendah. Selanjutnya responden dengan status ekonomi yang tinggi mencapai motivasi baik terbesar, yakni 70,8%. Keadaan ini

menunjukkan bahwa kader dengan penghasilan yang lebih tinggi akan mencapai motivasi lebih baik dibanding dengan mereka yang berasal dari status ekonomi menengah dan kurang. Hal ini menunjukkan bahwa yang status ekonominya tinggi yang dicari biasanya hanya ketenaran dan pengakuan dari masyarakat.

Menurut teori Maslow mengenai kebutuhan, dikatakan bahwa apabila kebutuhan tingkat bawah sudah terpenuhi, maka akan menimbulkan niat atau tuntutan untuk memenuhi kebutuhan yang lebih tinggi. Pernyataan Maslow tersebut didukung oleh Mc Clelland dalam Moekijad (1990:39) menggambarkan bahwa orang yang mencapai motivasi memiliki tanggung jawab menyelesaikan masalah atau menyelesaikan tugas yang dihadapi dengan sebaik mungkin. Dengan demikian menunjukkan bahwa kader yang mencapai motivasi baik cenderung didasari dengan keadaan status ekonomi yang baik juga. Namun tidak berarti kader dengan status ekonomi rendah selalu mencapai motivasi rendah.

#### **6.4. Hubungan motivasi dengan pengetahuan**

Pengetahuan responden tentang posyandu sangat membantu untuk menimbulkan motivasi yang baik agar tetap mau menjadi kader posyandu. Hasil penelitian terhadap 117 responden didapatkan bahwa 82 orang responden memiliki pengetahuan yang tinggi tentang posyandu. Pengetahuan ini didapatkan dari pengalaman kader yang cukup lama di posyandu dan pembinaan yang diterima oleh kader. Dengan diperolehnya pengetahuan yang tinggi akan menumbuhkan motivasi untuk tetap belajar dan menimbulkan rasa ingin tahu lebih dalam tentang posyandu. Dari 20 orang responden yang memiliki pengetahuan kurang, pencapaian motivasi baik sebesar 55%, dari 15 orang



responden dengan pengetahuan menengah yang mencapai motivasi baik sebesar 66,7% dan dari responden yang berpengetahuan tinggi yang mencapai motivasi baik sebesar 68,3%. Dari hasil tersebut dapat dikatakan bahwa pengetahuan responden cenderung diikuti dengan peningkatan pencapaian motivasi.

Beberapa pernyataan tersebut diatas sesuai dengan teori WHO mengatakan bahwa pengetahuan diperoleh dari pengalaman diri sendiri atau dari pengalaman orang lain (Notoadmodjo 2003:167). Hal ini didukung oleh Green (1980) mengemukakan bahwa pengetahuan seseorang dapat mempengaruhi perilaku, karena pengetahuan merupakan salah satu unsur dalam berperilaku. Hasil uji Regresi Linier didapatkan tidak ada hubungan antara pengetahuan dengan motivasi. Kader yang mencapai motivasi baik tidak hanya berasal dari kader dengan pengetahuan yang tinggi. Kader dengan pengetahuan rendah juga mencapai motivasi baik walaupun relatif rendah dibanding dengan kader dengan penghasilan sedang dan baik. Kurangnya pengetahuan kader karena pengalaman mereka masih kurang, sehubungan dengan keberadaanya di posyandu bukan sebagai tenaga inti.

Dengan demikian menunjukkan bahwa pengetahuan kader yang baik tentang posyandu akan menimbulkan motivasi untuk tetap aktif menjadi kader posyandu.

#### **6.5. Hubungan motivasi dengan sikap responden**

Hasil penelitian terhadap responden di wilayah puskesmas Kedung Solo (lihat tabel 5.17). Dalam penentuan sikap ada beberapa faktor yang berperan penting. Allport menjelaskan komponen pokok penyusun sikap yaitu kepercayaan,



kehidupan bermoral dan kecenderungan untuk bertindak (Notoadmodjo 2003: 125). Sikap kader posyandu pada penelitian menunjukkan adanya sikap cukup dan baik, Seluruh kader mempunyai sikap positif terhadap posyandu. Sebagian besar kader mengerti keberadaan posyandu dengan program dan tanggung jawabnya yang harus dikerjakan. Hak dan tugas kader juga dimengerti oleh responden dan dituangkan dalam bentuk sikap positif terhadap posyandu. Responden dengan sikap cukup mencapai 85 orang yang dikelompokkan menjadi motivasi baik (63,5%). Banyaknya responden yang mencapai motivasi baik dikarenakan kebanyakan kader sudah mengerti dengan baik keadaan posyandu di desanya dan mengetahui fungsi posyandu sebagai sarana pelayanan kesehatan terpadu di lingkungannya.

Demikian pula dengan responden yang mencapai sikap baik 22 orang dan yang mempunyai motivasi baik (71,9%). Hasil uji Regresi Linier didapatkan tidak ada hubungan antara sikap dengan motivasi. Hal ini menunjukkan bahwa sikap yang baik dari kader muncul karena kader mempunyai kepercayaan yang kuat bahwa posyandu dapat dipakai sebagai sarana pelayanan kesehatan masyarakat dan merespon adanya stimulus yang timbul baik dari dalam maupun dari luar pribadinya yang dianggap sebagai motivasi dan mempunyai kecenderungan untuk bertindak. Hasil penelitian tersebut didukung oleh wawancara dengan kader posyandu sebagai berikut :

“Saya melihat kegiatan posyandu sangat baik dalam memberi pelayanan kepada anak-anak dengan memberikan imunisasi dan dilakukan penimbangan, serta diperiksa oleh bu bidan bila anak sakit. Ini membuat saya tertarik untuk menjadi kader posyandu di des saya. (SUS).

Menurut Katz untuk memahami bagaimana sikap menerima atau menolak perubahan harus berangkat dari dasar motivasional sikap itu sendiri (Azwar : 1988). Hal ini menunjukkan bahwa motivasi tidak berhubungan dengan sikap.

Notoadmodjo (2003:125), Allport mengatakan bahwa komponen sikap terdiri dari kepercayaan, kehidupan emosional dan kecenderungan untuk bertindak. Pada dasarnya seseorang bersikap baik terhadap sesuatu dan mau berperilaku positif atau negatif sudah dipertimbangkan sebelumnya.

#### **6.6. Hubungan motivasi dengan pemberian insentif**

Dalam penelitian ini sumber insentif berasal dari puskesmas dan kepala desa. Adapun bentuk insentif dari puskesmas berupa pembebasan biaya berobat pada saat sakit. Pembebasan biaya berobat yang diberikan oleh puskesmas tidak dirasakan oleh seluruh kader posyandu, karena kader berobat gratis di puskesmas bila dapat menunjukkan kartu identitas kader. Sebagian besar kader posyandu di wilayah puskesmas Kedung Solo tidak mempunyai kartu kader dan bila berobat ke puskesmas harus membayar. Ada beberapa kader menuturkan agar dapat berobat gratis di puskesmas harus memberitahu petugas loket bahwa dia adalah kader posyandu.

Pemberian insentif dari kepala desa berupa gula pasir, kue-kue yang diberikan setiap tahun pada saat lebaran. Insentif berupa uang tidak pernah diberikan oleh kepala desa. Ada sebagian desa pemberian insentif berupa biaya transportasi sebesar Rp.2000,- setiap kader, setiap kali melaksanakan posyandu. Uang transportasi ini diberikan setiap tahun pada saat lebaran. Bagi kader yang pernah absen tidak datang ke posyandu, akan dipotong sesuai kehadiran. Hal ini

baik untuk dilaksanakan, karena kader dihargai jasanya dan dilatih untuk disiplin melaksanakan tugas walaupun insentif sangat kecil.

Hasil uji Regresi Linier didapatkan tidak ada hubungan antara insentif yang diterima dengan motivasi. Hasil penelitian terhadap kader menunjukkan ada kader yang merasa tidak dapat insentif dengan baik, namun demikian masih memotivasi dirinya dengan baik, terbukti dengan hasil penelitian sebesar 68,1% Motivasi yang baik ini menunjukkan bahwa mereka mau menjadi kader bukan untuk mencari insentif, tetapi ada faktor lain yang memberi kepuasan seperti rasa kasihan melihat balita yang sakit, serta timbulnya kesadaran untuk membantu sesama. Pernyataan ini diungkapkan dalam wawancara sebagai berikut:

“Saya sebagai kader posyandu bila berobat di puskesmas harus membayar, karena saya tidak mempunyai kartu kader dan saya malu mengatakan kalau saya adalah kader posyandu, dikira nanti menipu. Saya jarang pergi ke puskesmas karena agak jauh, lebih baik berobat ke bu bidan dekat rumah dan tidak perlu ke Kedung Solo” (MSK).

Responden yang mendapat insentif sedang yang mencapai motivasi baik (63,3%). Insentif ini berupa berobat gratis dan pemberian tanda mata dari kepala desa yang diberikan setiap tahun. Responden ini tidak seluruhnya mendapat keduanya, tetapi ada yang mendapat sebagian, seperti yang dituturkan oleh responden.

“Saya bila berobat ke puskesmas gratis, tidak bayar karena mempunyai kartu kader. Kartu saya tunjukkan kepada petugas loket puskesmas. Yang gratis hanya saya saja yang menjadi kader, anak saya tetap membayar. Enak berobat ke puskesmas lebih dekat dengan rumah” (RKN).

Pemberian insentif kategori baik diterima oleh 10 orang kader, responden ini menerima keduanya baik dari kepala desa maupun dari puskesmas. Walaupun menerima keduanya, kader yang mencapai motivasi baik hanya 70%. Hal ini menunjukkan bahwa tidak semua orang yang mendapat insentif baik mencapai

motivasi baik menganggap insentif tersebut kurang berarti, karena dalam jumlah yang relatif kecil dan diberikan setahun sekali.

Konsep Maslow mengenai kebutuhan ada 2 hal, yang mengandung arti belajar, artinya individu selalu memenuhi kebutuhan dengan cara mempelajari bagaimana kebutuhan dapat dipenuhi dan kecenderungan semua kebutuhan ke arah aktualisasi diri (Mokijad 1990:106). Dalam hubungan ini kebanyakan motivasi yang tampak adalah motivasi instrinsik, dimana individu merasa diberi penghargaan untuk menjadi kader dan diperkuat oleh rasa tertarik pada kegiatan tersebut. Apabila tidak ada penghargaan terhadap waktu dan kegiatan yang dilakukan, maka akan melemahkan semangat seseorang untuk menjadi kader posyandu.

Hal ini menunjukkan bahwa motivasi seseorang untuk menjadi kader tidak dipengaruhi oleh besarnya insentif yang didapat, atau insentif tidak berhubungan dengan motivasi kemungkinan adanya kepuasan tersendiri dari dalam sehingga dia mau menjadi kader.

#### **6.7. Hubungan motivasi dengan dukungan Kepala Desa**

Motivasi diartikan sebagai dorongan untuk bertindak mencapai tujuan tertentu. Hasil dari dorongan dan gerakan diwujudkan dalam bentuk perilaku (Notoadmodjo 2003:132). Perilaku seseorang banyak dipengaruhi oleh orang disekitarnya yang dianggap penting seperti tokoh agama, tokoh masyarakat atau petugas kesehatan yang sampai saat ini masih dianggap sebagai panutan.

Pada penelitian ini yang dimaksud Tokoh Masyarakat adalah Kepala Desa sebagai orang nomor satu di desa. Namun banyak kepala desa di wilayah puskesmas Kedung Solo kurang memperhatikan posyandu dan tidak pernah hadir

di posyandu. Kemajuan posyandu jarang dipantau oleh kepala desa serta kurang perhatian terhadap kader. Hal ini terdapat dalam wawancara dengan kader posyandu. Hasil penelitian menunjukkan 53 orang responden mendapat dukungan cukup dari kepala desa dan 60,7% responden tersebut memiliki motivasi yang baik terhadap posyandu. Responden yang mendapat dukungan kurang sebanyak 24 orang. Dari jumlah tersebut yang mempunyai motivasi baik 70,8%. Responden yang mendapat dukungan baik sebanyak 40.orang, yang mencapai motivasi baik 67,5%.

Memperhatikan hasil penelitian tersebut dapat diartikan bahwa responden mau menjadi kader posyandu bukan karena adanya janji dan dukungan dari kepala desa, tetapi merupakan motivasi responden sendiri yang timbul untuk menjadi kader posyandu, walaupun ada sebagian yang terpaksa menjadi kader posyandu. Hasil uji Regresi Linier menunjukkan ada hubungan antara dukungan dengan motivasi.

Hal ini sesuai dengan teori WHO mengatakan perilaku orang lebih banyak dipengaruhi oleh orang yang dianggap penting (Notoadmodjo 2003:168). Hasil penelitian terhadap kader posyandu di wilayah puskesmas Kedung Solo tidak sesuai dengan teori WHO, karena kader tetap bekerja di posyandu walaupun perhatian kepala desa terhadap kader kurang. Pernyataan ini didukung hasil wawancara dengan kader posyandu sebagai berikut :

“ Kepala desa tidak pernah hadir di posyandu dan tidak pernah melihat kegiatan posyandu. Bila kader sakit tidak pernah dikunjungi oleh kepala desa, pokoknya perhatiannya pada posyandu kurang” (KSB)

“ Seandainya kepala desa mau hadir di posyandu, pasti akan banyak ibu-ibu yang datang membawa anaknya ke posyandu,karena merasa posyandu diperhatikan oleh kepala desa” (CDP).



“ Saya pernah dikunjungi oleh kepala desa waktu sakit. Menurut saya kepala desa disini cukup mendukung posyandu” (NSK).

#### **6.8. Hubungan motivasi dengan pembinaan dari puskesmas**

“Pembinaan” menurut Kamus Bahasa Indonesia (Wojowasito,1972) berarti pembangunan dan bila dijabarkan mengandung perihal memperbaiki sesuatu yang rusak. Oleh Djoko Wijono (1997:546) kata pembinaan dituangkan dalam arti mempunyai wewenang dan tanggung jawab atas pemeliharaan. Hal ini berhubungan dengan fungsi puskesmas sebagai pusat pengembang kesehatan masyarakat yang membina peran serta masyarakat di samping memberi pelayanan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat dalam wilayah kerjanya. Dari uraian tersebut tampak bahwa pembinaan peran serta masyarakat dalam posyandu merupakan tanggung jawab dari puskesmas baik dari segi teknis maupun kegiatan pokok.

Hasil penelitian terhadap kader posyandu di wilayah Kedung Solo menunjukkan bahwa pembinaan tidak dilakukan dengan baik oleh puskesmas, terbukti dari 117 responden yang mendapat pembinaan baik 51 orang. Responden yang menerima pembinaan cukup 42 orang dan 24 orang mendapat pembinaan kurang. Bentuk pembinaan kader yang dilakukan berupa pertemuan kader setiap bulan yang dilakukan oleh bidan yang bertugas di desa. Pertemuan setiap bulan tidak pernah diikuti oleh kepala puskesmas. Walaupun pembinaan terhadap kader posyandu dilakukan dengan kurang baik, tetapi kader tetap memotivasi untuk mau bekerja di posyandu. Terbukti dari hasil penelitian pada responden didapatkan, dari responden yang mendapat pembinaan kurang, 91,7% mencapai motivasi baik. Responden yang mendapat pembinaan sedang, yang mencapai motivasi baik



sebesar 57,1% dan yang mendapat pembinaan baik, yang mencapai motivasi baik 60,8%.

Memperhatikan hasil tersebut diketahui bahwa kader yang kurang mendapat pembinaan dapat mencapai motivasi yang baik. Pembinaan yang dilakukan sampai saat ini hanya dilakukan oleh bidan masing-masing dirasakan kurang, karena hanya sebatas berkumpul dan mengadakan arisan tanpa membicarakan keadaan posyandu. Banyak kader posyandu tidak pernah mengikuti pelatihan. Hasil uji Regresi Linier menunjukkan ada hubungan antara pembinaan dengan motivasi. Dengan demikian dapat dikatakan bila pembinaan dilakukan dengan baik, maka kader posyandu akan mempunyai motivasi yang lebih baik dan lebih memperhatikan posyandu.

#### **6.9. Hubungan motivasi dengan otoritas kader**

Hasil penelitian terhadap 117 responden di wilayah puskesmas Kedung Solo didapatkan bahwa responden dengan otoritas baik yang memiliki motivasi yang baik sebanyak 52 orang. Dari jumlah tersebut 71,2% mencapai motivasi baik. Responden dengan otoritas cukup sebanyak 64 orang dan yang mencapai motivasi baik 60,9%. Sedang responden yang memiliki otoritas kurang sebanyak 1 orang dan mencapai motivasi baik. Bentuk otoritas yang diberikan berupa pengelolaan posyandu mulai dari penyusunan jadwal posyandu sampai kegiatan yang dilakukan oleh kader. Otoritas dari kader posyandu diberikan secara nyata oleh petugas kesehatan, dalam hal ini bidan yang bertugas di desa masing-masing. Kader posyandu mengelola sendiri segala program yang ada di posyandu secara bersama-sama dan membuat keputusan, serta menjalankan tugas secara mandiri

tanpa tekanan dari pihak lain. Hal ini sesuai dengan pernyataan Terry dalam Wijono(1999:291) bahwa otoritas garis kadang-kadang dinamakan otoritas operatif langsung. Otoritas ini berarti pemberian wewenang terhadap individu atau kelompok untuk melaksanakan kegiatan tanpa tekanan dari orang lain.

Syarbaini dkk (2002:48) mengatakan kekuasaan atau otoritas senantiasa ada dalam masyarakat. Kekuasaan merupakan kemampuan seseorang untuk mempengaruhi orang lain sesuai kehendaknya dan jika mau bekerjasama dengan orang ahli di bidangnya maka akan tetap tegar. Pernyataan ini didukung oleh hasil wawancara dengan kader sebagai berikut :

“Bila saya tidak bisa melaksanakan posyandu, kita berunding dengan bu bidan untuk mengatur jadwal. Pada saat ini ada pemberian makanan tambahan untuk anak yang kurang gizi dari puskesmas. Agar yang lain tidak iri makanan tambahan diserahkan ke bidan, yang mendapat makanan tambahan mengambil di bidan” (NSK).

“Makanan tambahan untuk bayi yang kurang gizi disimpan dan dibagikan oleh kader pada ibu yang mempunyai bayi yang kurang gizi. Biar ibu-ibu yang lain tidak iri, kita beritahukan bahwa itu hanya untuk yang kurang gizi”. (MZR).

Dari uraian tersebut menunjukkan bahwa otoritas yang diterima kader posyandu di Kedung Solo baik, karena segala jenis kegiatan diserahkan pada kader. Hasil uji Regresi Linier menunjukkan tidak ada hubungan antara otoritas dengan motivasi kader. Timbulnya motivasi dari kader bukan karena otoritas yang diterima kader. Hal ini sesuai dengan Moekijat (1990:26) mengatakan bahwa motivasi adalah suatu pengaruh yang dapat menimbulkan perilaku seseorang. Dengan demikian dapat disimpulkan bila seseorang dipercaya dengan diberi otoritas untuk mengelola sesuatu, belum pasti akan mengerjakan sesuatu dengan baik, tetapi ada faktor lain yang mempengaruhi.

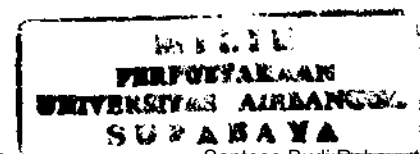
### 6.10. Hubungan motivasi dengan kerelawanan

Pada penelitian ini kader posyandu di wilayah kerja puskesmas Kedung Solo yang mencapai motivasi baik sebanyak 94 orang dan yang memiliki kerelawanan baik 70,2%. Demikian pula dengan responden dengan motivasi sedang sebanyak 20 orang, yang mempunyai kerelawanan baik 55,0%. Responden yang mempunyai kerelawanan kurang sebanyak 3 orang, seluruhnya mencapai motivasi kurang. Sifat kerelawanan yang tinggi dari kader di Kedung Solo, karena mereka merasa menjadi kader sebagai bentuk panggilan jiwa untuk mengabdikan. Kader mengetahui dalam pengabdianya tidak menerima uang sebagai pengganti jerih payah, namun demikian tetap mau menjadi kader karena adanya faktor yang tidak dapat terungkap.

Memperhatikan hasil penelitian tersebut diketahui bahwa responden di wilayah kerja puskesmas Kedung Solo yang mencapai motivasi baik mempunyai kerelawanan yang baik juga, sebaliknya dengan kader yang mencapai motivasi kurang memiliki kerelawanan kurang.

Pernyataan Handbook yang berjudul "*How to motivate Volunteers*" (PKBI 1985:16), bahwa setiap relawan mempunyai pola motivasi sendiri yang perlu dipahami, antara lain :

- \* keinginan memanfaatkan pengetahuan dan ketrampilan
- \* keinginan untuk menolong orang lain
- \* keinginan untuk pengakuan status
- \*kebutuhan menjadi bagian dari kegiatan yang mempunyai arti penting dalam tingkat nasional, regional, masyarakat dan tetangga. Pernyataan ini didukung oleh hasil wawancara dengan kader sebagai berikut :



“ Saya menjadi kader posyandu sampai saat ini sudah 20 tahun. Saya tahu bahwa kader tidak dapat gaji dan saya mengabdikan untuk anak-anak biar semua sehat. Dengan penuh kesadaran saya membantu sesama. Dengan menjadi kader posyandu saya mengetahui cara membuat laporan posyandu”(LLJ).

Dari uraian tersebut diatas menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara motivasi dengan kerelawanan, dapat diartikan bahwa sifat kerelawanan yang tinggi pada individu akan menimbulkan motivasi yang baik. Hal ini sesuai dengan hasil uji Regresi Linier didapatkan ada hubungan antara motivasi dengan kerelawanan.

### **6.11. Hubungan motivasi dengan partisipasi**

Partisipasi mengandung arti adanya ketergantungan antara perencana kepada orang bawahan dan pihak lain kepada atasan (Moekijat 1990:79). Konsep partisipasi ini menguraikan cara untuk ikut serta menentukan dan mengawasi lingkungan.

Appley dalam Moekijad(1990) merumuskan partisipasi sebagai situasi dimana atasan mempunyai suatu ide dan membicarakan kepada bawahannya, kemudian dengan pembicaraan dan masukan dari pihak lain muncul ide yang lebih baik. Agar masyarakat mau berpartisipasi dengan baik, maka diperlukan motivasi untuk membangkitkan semangat .

Uraian diatas sesuai dengan hasil penelitian terhadap kader posyandu di wilayah kerja puskesmas Kedung Solo, diketahui bahwa responden dengan motivasi yang baik sebanyak 77 orang, yang memiliki partisipasi baik 85,7%. Demikian juga dengan kader dengan motivasi yang kurang sebanyak 11.orang dan yang memilliki partisipasi baik sebesar 54,5%. Kemudian responden dengan motivasi sedang sebanyak 29 orang, yang memiliki partisipasi baik 69 orang.

Hal ini menunjukkan kecenderungan ada hubungan antara motivasi dengan partisipasi, bahwa individu yang mencapai motivasi baik akan berpartisipasi baik. Namun hasil uji Regresi Linier didapatkan tidak ada hubungan antara motivasi dengan partisipasi. Bentuk partisipasi kader yang baik terlihat pada saat di posyandu, dimana kader selalu hadir tepat waktu dan setiap bulan mau berkumpul mengikuti pertemuan. Kader merasa senang bila diajak berdialog, terbukti pada bulan Juni 2005 saat pertemuan kader dari 3 desa. Pertemuan tersebut dihadiri oleh 50 kader posyandu yang bertempat tinggal di rumah petugas BKKBN. Pertemuan tersebut membahas seputar posyandu dan diselingi arisan yang dipandu oleh bidan dari desa Kebon Agung, Lajuk dan Pesawahan. Saat wawancara yang dilakukan oleh peneliti seluruh kader menginginkan adanya insentif.

Soetrisno (2000:235), timbulnya semangat rakyat untuk berpartisipasi terjadi bila hak sipil warga negara diperhatikan dengan cara melembagakan budaya demokrasi. Insentif politik dari pemerintah juga dapat meningkatkan partisipasi masyarakat dengan menghilangkan budaya paternalis. Pernyataan Soetrisno ini mendapat dukungan dari Weiner dalam Syarbaini dkk(2002:69) mengutarakan bahwa timbulnya gerakan partisipasi antara lain disebabkan oleh karena modernisasi dalam segala bidang kehidupan yang menyebabkan masyarakat banyak menuntut. Perubahan struktur kelas sosial di masyarakat dapat menunjukkan siapa yang berhak berpartisipasi, serta pengaruh kaum intelektual dan komunikasi massa modern dapat menyebarkan ide demokratisasi partisipasi.



### 6.12. Hubungan kerelawanan dengan partisipasi

Sumapraja (1985) mengartikan kerelawanan adalah sifat keterlibatan untuk ikut serta membantu sesama anggota masyarakat tanpa mengharap keuntungan, dengan perasaan ikhlas dan semangat pengabdian (PKBI 1985:8). Sifat kerelawanan ini dimiliki oleh kader posyandu di wilayah kerja puskesmas Kedung Solo dalam melaksanakan kegiatan posyandu. Walaupun banyak kekurangan faktor pendukung, namun tetap mau menjadi kader posyandu.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden dengan kerelawanan baik akan berpartisipasi dengan baik terhadap posyandu, hal ini terbukti dengan pencapaian kerelawanan yang baik mencapai 94 orang kader. Dari jumlah tersebut 85,1% memiliki partisipasi baik. Responden dengan kerelawanan sedang sebanyak 20 orang. Dari jumlah tersebut 60,0% memiliki partisipasi baik. Selanjutnya responden dengan kerelawanan kurang sebanyak 3 orang, yang mencapai partisipasi baik tidak ada, hanya partisipasi cukup (66,7%) dan partisipasi kurang (33,3%). Besarnya sifat kerelawanan responden ini didorong oleh beberapa faktor, baik dari dalam diri sendiri untuk berbuat amal berupa tolong menolong sebagai makhluk sosial. Faktor lain yang datang dari luar seperti banyaknya balita yang memerlukan perhatian mendorong pula untuk lebih berpartisipasi, serta faktor lain yang tidak tersampaikan.

Hal ini sesuai dengan pernyataan Abdurachman (1985), partisipasi sosial sebagai perwujudan kegiatan para relawan. Oleh karena itu bila partisipasi sosial tidak dilaksanakan dengan baik oleh relawan, maka akan terjadi pemutusan mata rantai. Akibat yang ditimbulkan terjadi pembangunan dengan hasil yang kurang baik, tidak efektif dan efisien (PKBI 1985:29). Dengan demikian dapat



dikemukakan bahwa partisipasi relawan sangat penting bagi pembangunan dan dapat menjadi tujuan pembangunan. Dengan kata lain partisipasi sosial dari relawan mempunyai nilai ganda yakni nilai produktif dan investatif.

Dari uraian diatas berarti bahwa ada hubungan yang bermakna antara partisipasi dengan kerelawanan, karena tanpa ada sifat relawan dari kader posyandu, tidak akan ada partisipasi yang baik dari kader. Hal ini sesuai dengan hasil uji Regresi Linier didapatkan ada hubungan antara kerelawanan dengan partisipasi.

### **6.13. Hubungan Kerelawanan dengan Pendidikan Responden**

Hasil penelitian terhadap 117 responden di wilayah puskesmas Kedung Solo diketahui, kader dengan pendidikan sedang mencapai jumlah terbanyak 58 orang. Diantara jumlah tersebut 77,6% mempunyai sifat kerelawanan baik, 20,7 % responden sifat kerelawanannya cukup dan 1,7% mempunyai sifat kerelaanan kurang . Responden yang berpendidikan rendah sebanyak 38 orang. Dari jumlah tersebut 84,2% memiliki kerelawanan baik, 15,8% kerelawanan cukup. Responden yang berpendidikan tinggi hanya 21 orang yang memiliki kerelawanan baik 81% dan kerelawanan cukup 9,5% serta kerelawanan kurang 9,5%.

Menanggapi hasil penelitian tersebut diketahui bahwa kader posyandu di wilayah kerja puskesmas Kedung Solo tingkat pendidikannya cukup baik, karena yang berpendidikan rendah tamat SD hanya 38 orang dan yang lain berependidikan menengah dan tinggi. Kader yang berpendidikan rendah biasanya bekerja di bagian penimbangan, karena tidak memerlukan penghitungan dan hanya mengandalkan ketrampilan saja. Bagi masyarakat pedesaan, pekerjaan

menimbang dianggap hal yang biasa sehubungan dengan kebiasaannya menimbang hasil pertanian. Kader dengan pendidikan menengah adalah dari responden dengan pendidikan tamat SMP. Kebanyakan kader dengan pendidikan tersebut memegang pelaporan posyandu dan pengisian KMS, karena memerlukan penghitungan dan ketelitian walaupun tidak rumit. Bagi kader posyandu yang sudah terampil biasanya mengerjakan pekerjaan administrasi. Responden yang berpendidikan tinggi atau tamat SMA biasanya ditempatkan pada pekerjaan yang rumit, namun semuanya tergantung dari keadaan posyandu masing-masing. Pekerjaan kader di posyandu relatif tidak sulit, tetapi membutuhkan kesabaran dari kader.

Memperhatikan komposisi pendidikan kader tersebut menunjukkan bahwa kader yang berpendidikan tinggi mempunyai kerelawanan yang rendah. Hal ini menunjukkan bahwa keinginan untuk menjadi kader kurang atau mungkin menjadi kader agar dipandang di masyarakat, atau karena ditunjuk oleh orang yang berpengaruh di pemerinyahan atau di masyarakat.

Kader yang berpendidikan sedang dan rendah memiliki sifat kerelawanan yang lebih baik. Hal ini disebabkan karena dia merasa menjadi kader adalah suatu diperlukan oleh masyarakat dan tidak ada motif lain yang mendasari. Hasil uji Regresi Linier menunjukkan tidak ada hubungan antara pendidikan dengan kerelawanan.

Notoadmodjo (2003:13) mengatakan bahwa pendidikan merupakan faktor predisposisi yang mempermudah terwujudnya perilaku . Dengan demikian menunjukkan bahwa seseorang yang berpendidikan tinggi belum pasti memiliki

sifat kerelawanan yang tinggi. Sebaliknya dengan pendidikan rendah belum pasti memiliki sifat kerelawanan yang rendah.

Menurut *Parenthood (1986)*, kerelawanan timbul tergantung pada antusiasme dan minat pribadi yang diikuti dengan kemauan kuat untuk menghadapi tantangan. Pernyataan ini jelas bagi kader, walaupun ada kader yang berpendidikan rendah tetapi karena mempunyai kemauan yang kuat untuk menjadi kader, maka sifat kerelawanan mereka pada posyandu akan meningkat .

#### **6.14. Hubungan kerelawanan kader dengan pekerjaan**

Berdasarkan hasil penelitian terhadap 117 responden diketahui bahwa tidak semua kader posyandu mempunyai pekerjaan tetap, sebagian besar responden atau 80 orang tidak bekerja hanya sebagai ibu rumah tangga dan yang lain memiliki pekerjaan tertentu. Dari ibu rumah tangga tersebut yang memiliki kerelawanan baik sebesar 61,2%. Kader yang sebagai petani sebanyak 15 orang, dari jumlah tersebut 80% memiliki kerelawanan baik. Responden sebagai pedagang juga berjumlah 15 orang, tetapi yang memiliki kerelawanan baik sebesar 73,3%. Selanjutnya responden sebagai karyawan swasta sebanyak 4.orang, yang mencapai kerelawanan baik sebesar 75%. Responden sebagai pegawai negeri hanya 1 orang dan memiliki kerelawanan yang baik. Nelayan sebagai kader posyandu sebanyak 2 orang, yang memiliki kerelawanan baik hanya 50%.

Memperhatikan hasil penelitian tersebut diatas diketahui bahwa ibu rumah tangga murni memiliki kerelawanan yang baik, karena meskipun persentase kerelawanan hanya 61,2%, tetapi jumlah mereka lebih banyak dari jenis pekerjaan

yang lain. Besarnya minat ibu-ibu ini dikarenakan banyaknya waktu yang dapat dipakai untuk menjalankan aktivitas dan karena kesadaran mereka untuk menolong sesama dan adanya kepuasan batin yang tidak dapat terungkap.

Kerelawanan yang baik selanjutnya muncul dari petani, persentase petani sangat besar melebihi jenis pekerjaan yang lain. Kerelawanan petani ini tidak banyak berbeda dengan jenis pekerjaan yang lain, karena petani juga banyak mempunyai waktu. Pelaksanaan posyandu hanya satu bulan sekali jadi tidak mengganggu aktivitas pertanian, apalagi bila tidak musim panen pekerjaan di sawah bisa digantikan oleh anggota keluarga yang lain. Responden yang unik berasal dari pedagang, karena mereka rela meninggalkan dagangannya kepada keluarganya untuk datang ke posyandu, seperti dalam wawancara berikut ini:

“Bila ibu saya tidak bisa datang ke posyandu karena masih belum pulang dari berjualan. Tadi berpesan kalau nanti terlambat pergi ke posyandu, saya disuruh mewakili untuk menimbang anak-anak di posyandu” (HMN).

Selanjutnya karyawan swasta bisa beraktivitas di posyandu bila bertepatan dengan hari libur. Responden ini sering tidak aktif di posyandu dan banyak kader *drop out*, namun mereka tetap memiliki kerelawanan yang besar juga. Responden berasal dari nelayan memiliki kerelawanan yang cukup dan baik. Kesempatan untuk menjadi kader timbul karena keduanya adalah pemilik tambak ikan, yang semua pekerjaannya dilakukan oleh pembantu. Mereka mau bekerja sebagai kader posyandu melayani masyarakat karena kesadaran yang timbul dari hati nurani. Jumlah kader yang paling sedikit adalah pegawai negeri. Responden ini memiliki kerelawanan yang baik, timbulnya kerelawanan yang baik ini mungkin disebabkan karena pekerjaannya sebagai petugas BKKBN yang berhubungan langsung dengan posyandu.

Hasil uji Statistik menunjukkan tidak ada hubungan antara kerelawanan dengan pekerjaan. Hal ini sesuai dengan hasil tabulasi silang dapat digambarkan bahwa pekerjaan cenderung tidak berhubungan dengan kerelawanan seseorang. Kerelawanan terbaik muncul tidak hanya dari orang dengan pekerjaan yang mapan, tetapi karena adanya sifat ikut membantu masyarakat dengan ikhlas, seperti yang dikatakan oleh Abdurachman dalam PKBI, (1985:32), relawan adalah orang yang menyumbangkan tenaga dan pikiran sesuai dengan waktu luang yang dimiliki, untuk membantu kegiatan masyarakat ke arah pembangunan.

#### **6.15. Hubungan Kerelawanan dengan penghasilan**

Hasil uji Statistik Regresi Linier menunjukkan tidak ada hubungan antara status ekonomi kader dengan sifat kerelawanan. Setelah dilakukan tabulasi silang didapatkan, responden berpenghasilan sedang 54 orang, responden yang berpenghasilan tinggi sebanyak 48 orang dan yang berpenghasilan rendah 15 orang. Responden dengan penghasilan sedang yang mempunyai kerelawanan baik 75,9% dan yang mempunyai kerelawanan sedang 24,1%. Responden ini berpenghasilan antara Rp.200.000,- sampai Rp.300.000,-. Besarnya jumlah responden yang berpenghasilan sedang yang mencapai kerelawanan tinggi tidak dapat dijadikan sebagai indikator pencapaian kerelawanan seseorang, karena masih banyak faktor yang mempengaruhinya. Pada dasarnya kader dengan status ekonomi baik seharusnya mencapai kerelawanan yang lebih baik daripada yang status ekonominya rendah. Tetapi karena banyaknya faktor yang mempengaruhi seseorang untuk meningkatkan sifat kerelawanan, maka akan mengakibatkan sifat kerelawanannya menjadi terbatas.



Responden dengan penghasilan tinggi yang mencapai kerelawanan baik 79,2%. Pencapaian yang relatif tinggi tersebut tidak mengejutkan, atau dapat dikatakan wajar karena kelompok tersebut status ekonominya baik dan sudah melewati kebutuhan dasar. Hal ini sesuai dengan teori Maslow yang mengatakan bila kebutuhan tingkat bawah terpenuhi, seseorang mempunyai niat untuk memenuhi kebutuhan yang lebih tinggi. Melihat kenyataan diatas dapat dikatakan bahwa status ekonomi seseorang pada dasarnya tidak berhubungan dengan sifat kerelawanan, artinya seseorang yang mempunyai sifat sukarela yang tinggi biasanya berasal dari golongan status ekonomi baik.

Pernyataan Maslow mengenai kebutuhan manusia mendapat dukungan dari Gunawan, dalam PKBI (1985:40) mengatakan kerelawanan adalah "*Top Society Group*" berarti sifat kerelawanan yang tinggi berasal dari masyarakat yang berpenghasilan tinggi. Pada masyarakat golongan bawah kerelawanan murni tidak ada atau kurang, karena mereka harus melakukan kegiatan yang menghasilkan uang. Namun demikian pada penelitian ini diketahui teori tersebut tidak sesuai dengan keadaan di Kedung Solo, karena responden yang berpenghasilan rendah sebanyak 15 orang seluruhnya mempunyai sifat kerelawanan yang tinggi. Keadaan ini menunjukkan adanya kesadaran yang tinggi dari responden untuk menjadi kader posyandu dan tidak terpengaruh oleh besarnya penghasilan yang ada. Kesadaran kader tersebut timbul mungkin disebabkan oleh panggilan jiwa ingin membantu kegiatan kemasyarakatan.. Hal ini sesuai dengan pernyataan Moulton dalam PKBI (1985:8), kebesaran terletak pada luasnya ketaatan yang tidak dipaksakan (kerelawanan) .

#### 6.16. Hubungan Kerelawanan dengan pengetahuan

Pengetahuan tentang posyandu mampu mendukung responden untuk meningkatkan sifat kerelawanan kader posyandu, karena dengan pengetahuan yang cukup kader tidak mudah diputar balikkan oleh orang lain. Hasil tabulasi silang terhadap 117 responden didapatkan bahwa 82 orang responden memiliki pengetahuan yang tinggi tentang posyandu. Pengetahuan ini didapatkan dari pengalaman kader yang cukup lama di posyandu dan pembinaan yang diterima oleh kader. Dengan diperolehnya pengetahuan yang tinggi akan menumbuhkan keinginan untuk tetap belajar dan menimbulkan rasa ingin tahu lebih dalam tentang posyandu. Tinggi rendahnya pengetahuan responden cenderung berhubungan dengan kerelawanan yang ada pada individu. Dari 20 orang responden yang memiliki pengetahuan kurang, pencapaian kerelawanan baik sebesar 90%, dari 15 orang responden dengan pengetahuan menengah yang mencapai motivasi baik sebesar 66,7% dan dari responden yang berpengetahuan tinggi yang mencapai motivasi baik sebesar 80,5%. Dari hasil tersebut dapat dikatakan bahwa pengetahuan responden diikuti dengan peningkatan sifat kerelawanan. Peningkatan sifat kerelawanan terlihat nyata dari responden dengan pendidikan kurang memiliki sifat kerelawanan yang tinggi. Sesuai dengan uji Regresi Linier didapatkan tidak ada hubungan antara pengetahuan kader dengan sifat kerelawanan.

Teori WHO dalam Notoadmodjo (2003:167), mengatakan bahwa pengetahuan diperoleh dari pengalaman diri sendiri atau dari pengalaman orang lain. Hal ini didukung oleh Green (1980) mengemukakan bahwa pengetahuan

seseorang dapat mempengaruhi perilaku, karena pengetahuan merupakan salah satu unsur dalam berperilaku.

Dengan demikian dapat dikatakan bahwa pengetahuan kader yang tinggi tentang posyandu belum pasti akan meningkatkan sifat kerelawanan, karena pengetahuan berpengaruh pada perilaku dan bukan pada kerelawanan.

#### **6.17. Hubungan Kerelawanan dengan sikap responden**

Sikap merupakan suatu respon terhadap stimulus yang datang pada individu. Respon dari individu dapat berupa respon positif atau negatif yang terdiri atas komponen kognitif, komponen afektif dan komponen konatif (Azwar, 2003:24).

Hasil penelitian terhadap 117 responden di wilayah puskesmas Kedung Solo didapatkan, sikap responden cukup sebanyak 85 orang. Dari jumlah tersebut yang memiliki sifat kerelawanan baik sebesar 78%, yang memiliki kerelawanan cukup 18,8%, serta yang memiliki kerelawanan kurang 2,4%. Responden dengan sikap baik sebanyak 32 orang. Dari jumlah tersebut 84,4% memiliki sifat kerelawanan baik, 12,5% memiliki sifat kerelawanan cukup dan 3,1% memiliki sifat kerelawanan kurang. Timbulnya kategori kerelawanan pada kader tersebut disebabkan adanya beberapa faktor yang mempengaruhi sikap responden dan adanya interaksi sosial, meliputi hubungan antara individu dengan lingkungan fisik maupun psikologi.

Hasil uji Regresi Linier menunjukkan tidak ada hubungan antara sikap kader dengan sifat kerelawanan. Hasil uji tersebut sesuai dengan hasil tabulasi

yang menunjukkan bahwa responden dengan sikap cukup memiliki kerelawanan yang lebih tinggi dibanding dengan responden dengan sikap baik.

Azwar(2003:30) mengatakan pada interaksi sosial akan terjadi perubahan pola sikap pada responden. Perubahan sikap dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya pengalaman pribadi, kebudayaan dan orang lain. Pengalaman pribadi responden sebagai kader posyandu sangat menentukan mereka dalam pembentukan sikap. Keberadaan kader posyandu di wilayah Kedung solo tidak perlu diragukan lagi, karena seluruh kader sudah mengurus posyandu lebih dari 7 tahun dan bahkan ada yang lebih dari 20 tahun. Banyak pengalaman yang dialami oleh kader di posyandu, baik positif maupun negatif. Namun demikian ada sesuatu yang membuat gembira kader, antara lain melihat anak-anak yang sehat dan adanya pengakuan dari masyarakat terhadap diri kader.

Kebudayaan yang berlaku di wilayah Kedung Solo tidak berbeda dengan daerah lain, seperti kebiasaan masyarakat, kebiasaan terlambat datang ke posyandu. Faktor kebiasaan menunjukkan perbuatan yang diulang-ulang dalam bentuk yang sama ( Syahril dkk,2002:36). Kebiasaan masyarakat datang ke posyandu biasanya terlambat, alasan yang sering dilontarkan karena harus menyelesaikan pekerjaan dalam rumah tangganya. Dari pihak kader menginginkan pekerjaan cepat selesai, tetapi yang terjadi berlawanan. Hal ini bila tidak disadari dapat menimbulkan sikap yang kurang baik dari kader dan berakhir dengan munculnya perilaku yang kurang baik.

Sikap kader dipengaruhi juga oleh orang lain yang dianggap baik dan memberikan kontribusi baginya. Sebagian responden merasa menjadi kader karena keadaan atau status dia sebagai istri dari aparat di desa, yang

mengharuskan untuk menjadi kader posyandu. Namun hal ini tidak membuat surut niat mereka untuk berbuat baik di masyarakat.

Dari uraian tersebut diatas menunjukkan adanya sikap positif responden yang diaplikasikan dalam bentuk perilaku tidak menambah sifat kerelawanan mereka. Kerelawanan muncul karena beberapa faktor yang tidak dapat diungkapkan dari dalam diri kader.

#### **6.18. Hubungan Kerelawanan dengan pemberian insentif**

Insentif merupakan suatu penghargaan yang diberikan kepada seseorang atas jasanya. Pemberian insentif mempunyai dampak yang nyata terhadap peningkatan sifat kerelawanan seseorang.

Hasil uji Regresi Linier didapatkan tidak ada hubungan antara insentif dengan yang diterima kader dengan sifat kerelawanan. Demikian dengan hasil tabulasi silang didapatkan responden dengan insentif kurang mencapai 47 orang. Dari jumlah tersebut 78,8% memiliki kerelawanan baik, 13,3% memiliki kerelawanan cukup dan 3,3% memiliki kerelawanan kurang. Selanjutnya responden dengan insentif baik yang memiliki kerelawanan baik sebesar 70,0%, kerelawanan cukup 20% dan kerelawanan kurang 10%.

Memperhatikan perolehan hasil tersebut dapat dikatakan bahwa kerelawanan baik juga dimiliki oleh kader dengan insentif kurang. Responden yang mendapat insentif baik hanya 10 orang. Banyak kader posyandu tidak memiliki kartu kader dan harus membayar bila berobat ke puskesmas. Pemberian insentif bagi kader cenderung tidak mempengaruhi sifat kerelawanan mereka di



posyandu, karena bentuk insentif yang diberikan dianggap tidak berarti oleh kader.

Abdurachman dalam PKBI (1985:41) mengatakan, secara materiil relawan tidak memperoleh apapun dari tugasnya, tetapi bentuk immateriil seperti kepuasan, pengalaman, kekayaan batin, ketrampilan baru akan diterimanya.

Dengan demikian dapat dikatakan dalam penelitian ini bahwa insentif tidak berhubungan dengan kerelawanan, tetapi pemberian insentif dapat menambah sifat kerelawanan seseorang terhadap posyandu. Hal ini sesuai dengan penuturan sekitar 50 orang kader posyandu kepada peneliti :

“ Kader akan lebih aktif bila mendapat honor, kami memerlukan insentif yang rutin kalau bisa, baik kecil maupun besar yang penting dapat. Selama ini tidak pernah dapat insentif”

#### **6.19. Hubungan Kerelawanan dengan dukungan kepala desa**

Dukungan dari kepala desa sangat berarti bagi kader untuk memajukan posyandu, tanpa adanya dukungan yang kuat bila ada suatu konflik atau masalah tidak akan terselesaikan. Hasil uji Regresi Linier menunjukkan ada hubungan antara dukungan kepala desa dengan kerelawanan

Hasil tabulasi silang terhadap kader posyandu di wilayah Kedung solo didapatkan hasil, 53 orang kader mendapat dukungan cukup. Dari jumlah tersebut 73,6% mempunyai kerelawanan baik. Responden yang mendapat dukungan baik sebanyak 40 orang dan 90% responden memiliki kerelawanan yang baik. Selanjutnya responden yang mendapat dukungan kurang sebanyak 24 orang kader dan yang memiliki kerelawanan baik sebesar 79,2%.

Melihat hasil tersebut diatas diketahui bahwa dari 117 responden yang memiliki kerelawanan baik sangat banyak yaitu 94 orang. Dari jumlah tersebut

yang memiliki kerelawanan baik terbesar berasal dari kader yang mendapat dukungan cukup. Hal ini menunjukkan bahwa dukungan kepala desa tidak berhubungan dengan timbulnya sifat kerelawanan.

Syahrial dkk (2002:60) mengatakan ada 2 macam wujud dukungan, pertama, wujud mendorong pencapaian tujuan, kepentingan dan tindakan orang lain. Kedua, berwujud batiniah berupa pandangan atau suasana pikiran. Sesuai dengan teori tersebut diketahui dukungan yang diberikan oleh kepala desa kepada kader berupa dukungan batiniah, karena banyak posyandu yang tidak pernah dikunjungi oleh kepala desa. Kehadiran kepala desa di posyandu hanya karena lokasi posyandu di balai desa. Bagi posyandu yang berlokasi di tempat lain atau bukan di balai desa, tidak pernah dihadiri oleh kepala desa. Kehadiran kepala desa di posyandu sangat diperlukan oleh kader posyandu, karena dapat memberikan dorongan dan menarik minat masyarakat untuk pergi ke posyandu. Kader menginginkan dukungan kepala desa diwujudkan dalam tindakan nyata dengan datang di posyandu.

#### **6.20. Hubungan Kerelawanan dengan Otoritas Responden**

Otoritas adalah kekuasaan dalam suatu lembaga dan diakui oleh masyarakatnya. Bentuk kekuasaan bermacam-macam, misalnya hak milik, kedudukan sosial, birokrasi dan intelektulitas dll .Syahrial, (2002:49). Maksud otoritas dalam penelitian ini adalah wewenang kader terhadap posyandu.

Hasil penelitian terhadap kader posyandu di puskesmas Kedung Solo diketahui sebanyak 64 orang kader mendapat otoritas cukup. Dari jumlah tersebut 82,8% memiliki kerelawanan baik. Responden yang mendapat otoritas baik

sebanyak 52 orang dan yang memiliki kerelawanan tinggi sebesar 76,9%. Selanjutnya responden yang mendapat otoritas kurang, hanya 1 orang dan memiliki kerelawanan baik.

Memperhatikan hasil tersebut menunjukkan bahwa otoritas yang diterima responden sangat baik, karena kader dapat mengelola posyandu sesuai kemauan kader yang baik dan cukup.

Hasil uji Regresi Linier menunjukkan tidak ada hubungan antara otoritas kader dengan sifat kerelawanan. Secara nyata kader posyandu di Kedung Solo mendapat otoritas baik, karena seluruh pengelolaan kegiatan posyandu tergantung dari kader. Responden mengetahui bahwa urusan posyandu merupakan tanggung jawab kader bukan tergantung pada petugas kesehatan atau petugas lain. Kader mengetahui bahwa posyandu untuk masyarakat dan maju atau mundurnya kegiatan posyandu tergantung dari masyarakat.

Kegiatan posyandu di Kedung Solo semua didasarkan atas musyawarah, seperti halnya dengan pengaturan jadwal posyandu atau bila ada program / kegiatan baru seperti pembagian makanan tambahan. Bila kader behalangan maka kegiatan diundur sesuai kesepakatan antara kader dengan petugas kesehatan. Pada dasarnya kegiatan posyandu di Kedung Solo secara mutlak dikuasai oleh kader posyandu. Sesuai dengan konsep, bahwa posyandu adalah milik masyarakat dan pelaksanaan kegiatan oleh masyarakat dan berguna untuk melayani kesehatan masyarakat. Namun demikian sifat kerelawanan kader tetap seperti biasa dan kurang tampek. Mereka hanya melaksanakan posyandu secara rutinitas dengan kegiatan yang monoton. Hal ini menunjukkan bahwa otoritas tidak ada hubungan dengan kerelawanan.

### 6.21. Hubungan Kerelawanan dengan Pembinaan

Hasil penelitian terhadap 117 kader posyandu didapatkan pembinaan baik mencapai jumlah terbanyak, yakni 51 orang. Dari jumlah tersebut 76,5% mempunyai kerelawanan yang baik. Responden yang mendapat pembinaan cukup sebanyak 42 orang, dan yang mempunyai kerelawanan baik 85,7%. Selanjutnya responden dengan pembinaan kurang sebanyak 24 orang., dan yang memiliki kerelawanan baik sebanyak 79,2%. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa pembinaan tidak dilakukan dengan baik, karena yang menerima pembinaan baik kurang dari setengah jumlah kader. Pembinaan yang dilakukuan oleh puskesmas kurang mengena pada kader, karena kader hanya bertemu dengan bidan dari desa masing-masing dan tidak pernah dikunjungi oleh kepala puskesmas. Pembinaan kepada kader posyandu harus tetap dilakukan dan bila perlu ditingkatkan dengan berbagai bentuk pembinaan.

Sumapradja dalam PKBI (1985:26) mengatakan untuk menjaga keseimbangan antara pembinaan dengan relawan atau kader diperlukan adanya pekerjaan yang menghubungkan antara keduanya. Sifat pekerjaan tersebut diantaranya harus:

- Mendatangkan keahlian dari berbagai bidang.
- Diharapkan menciptakan sumber keuangan, tenaga kerja dan hubungan masyarakat
- Membawa pengetahuan baru.
- Terpeliharanya proses demokratisasi.

Sesuai dengan pernyataan tersebut menunjukkan bahwa pembinaan seharusnya dilakukan dengan berbagai cara dengan tujuan meningkatkan keahlian, pengetahuan dan penghasilan kader.

Hasil uji Regresi Linier menunjukkan tidak ada hubungan antara pembinaan dengan kerelawanan. Hal ini terjadi karena bentuk pembinaan kader di Kedung solo kurang baik, tidak membahas substansi, tetapi hanya mengharap kehadiran kader.



## BAB VII

### PENUTUP

#### 7.1. Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Tidak ada hubungan yang bermakna antara pendidikan kader dengan motivasi . Tidak semua kader dengan pendidikan rendah mencapai motivasi rendah, tetapi pencapaian motivasi juga berhubungan dengan hati nurani kader.

Pendidikan tidak ada hubungan dengan kerelawanan. Pencapaian kerelawanan baik terbesar berasal dari kader dengan pendidikan rendah. Kerelawanan baik terendah dimiliki oleh kader dengan pendidikan tinggi.

2. Tidak ada hubungan yang bermakna antara pekerjaan kader dengan motivasi. Hasil tabulasi silang menunjukkan, ibu rumah tangga banyak yang menjadi kader posyandu dibanding dengan jenis pekerjaan lain dan mampu mencapai motivasi baik sebesar 61,2%.

Tidak ada hubungan yang bermakna antara pekerjaan dengan kerelawanan. Kader yang memiliki sifat kerelawanan tinggi, terbanyak berasal dari ibu rumah tangga yang tidak bekerja. Kerelawanan pada kader timbul karena merasa pekerjaan yang dihadapi baik dan menguntungkan.

3. Tidak ada hubungan antara penghasilan kader dengan motivasi, Semakin tinggi penghasilan kader belum pasti mencapai motivasi yang baik. Sebaliknya semakin rendah pengetahuan kader belum pasti mencapai motivasi yang rendah.

Tidak ada hubungan yang bermakna antara status ekonomi dengan kerelawanan. Hasil tabulasi silang menunjukkan kecenderungan semakin tinggi status ekonomi, semakin sifat kerelawanannya. Namun bila dicermati, kader dengan status ekonomi rendah seluruhnya memiliki sifat kerelawanan yang baik.

4. Tidak ada hubungan antara pengetahuan kader dengan motivasi. Pengetahuan yang tinggi terhadap posyandu tidak selalu diikuti dengan motivasi yang tinggi, karena pengetahuan berasal dari hasil tahu seseorang. Motivasi timbul karena ada orang lain maupun diri sendiri yang berupaya memberikan dorongan.

Tidak ada hubungan antara pengetahuan kader dengan kerelawanan. Kader dengan pengetahuan kurang, banyak memiliki sifat kerelawanan yang tinggi. Hal ini dapat dikatakan bahwa sifat kerelawanan timbul tidak hanya pada orang dengan pendidikan tinggi, tetapi hati nurani dan moral dapat membantu menimbulkan sifat kerelawanan.

5. Tidak ada hubungan antara sikap kader dengan motivasi. Hasil tabulasi silang dapat dilihat bahwa kader dengan sikap cukup, mencapai motivasi yang tinggi. Kader dengan sikap baik tidak mencapai motivasi yang baik.

Tidak ada hubungan antara sikap kader dengan kerelawanan. Hasil tabulasi silang menunjukkan kader dengan sikap cukup memiliki sifat

kerelawanan yang tinggi. Jumlah kader dengan sikap cukup lebih banyak memiliki sifat kerelawanan dari pada kader dengan sikap yang baik.

6. Tidak ada hubungan antara insentif yang diterima oleh kader dengan motivasi. Hasil tabulasi silang menunjukkan. Hasil tabulasi silang menunjukkan bahwa kader yang menerima insentif baik mencapai motivasi kurang. Kader yang menerima insentif sedang mencapai motivasi yang lebih besar. Pemberian insentif pada kader harus lebih digalakkan dengan memberikan kartu berobat gratis kepada kader agar lebih giat bekerja di posyandu.

Tidak ada hubungan antara pemberian insentif dengan sifat kerelawanan. Kader dengan insentif yang kurang lebih banyak jumlahnya dan memiliki sifat kerelawanan baik lebih besar dibanding dengan kader dengan insentif sedang dan baik.

7. Ada hubungan antara dukungan kepala desa dengan motivasi. Hasil tabulasi silang menunjukkan semakin tinggi dukungan yang diterima oleh kader, semakin tinggi pencapaian motivasi. Sebaliknya semakin kurang dukungan yang diterima, semakin rendah pencapaian motivasi.

Tidak ada hubungan yang bermakna antara dukungan dengan sifat kerelawanan. Kader dengan dukungan rendah mempunyai kerelawanan baik lebih besar dan relatif tinggi (79,2%), daripada yang mendapat dukungan sedang dan kurang.

8. Ada hubungan antara pembinaan dengan motivasi. Namun demikian pencapaian motivasi tinggi, terbesar berasal dari kader yang kurang dibina. Hal ini menunjukkan bahwa pembinaan yang dilakukan kurang baik atau tidak sesuai dengan minat kader.

Tidak ada hubungan antara pembinaan dengan sifat kerelawanan. Hasil tabulasi silang menunjukkan kader dengan pembinaan kurang memiliki sifat kerelawanan baik relatif tinggi (76,5%).

9. Tidak ada hubungan antara otoritas yang diterima kader dengan motivasi. Hasil tabulasi silang cenderung menunjukkan bahwa semakin tinggi otoritas yang diterima oleh kader, semakin tinggi pencapaian motivasi. Namun kader dengan otoritas kurang dapat mencapai motivasi baik. Hal ini menunjukkan pencapaian motivasi baik tidak hanya oleh kader dengan otoritas yang baik tetapi otoritas kurang bisa mencapai motivasi baik.

Tidak ada hubungan antara otoritas yang diterima dengan sifat kerelawanan. Hasil tabulasi silang menunjukkan bahwa kader dengan otoritas yang sedang memiliki sifat kerelawanan yang tinggi. Kerelawanan kader timbul berhubungan dengan beberapa macam faktor.

10. Ada hubungan antara motivasi dengan sifat kerelawanan. Hasil tabulasi silang menunjukkan bahwa semakin tinggi motivasi kader, semakin tinggi sifat kerelawanannya. Demikian sebaliknya semakin kurang mencapai motivasi semakin kurang memiliki sifat kerelawanan.

11. Tidak ada hubungan yang bermakna antara motivasi dengan partisipasi. Namun hasil tabulasi silang cenderung menunjukkan semakin tinggi motivasi yang didapat, semakin berpartisipasi. Terry dalam Wijono(1991:73) menunjukkan bahwa motivasi berasal dari orang lain yang memberi rangsangan untuk melakukan tindakan dan tidak murni dari pribadinya.

12. Ada hubungan yang bermakna antara sifat kerelawanan dengan partisipasi. Semakin tinggi sifat kerelawanan kader, semakin tinggi partisipasinya. Demikian sebaliknya semakin kurang motivasi yang diterima oleh kader, semakin kurang partisipasi yang diberikan.

## **7.2. Saran**

1. Dukungan kepala desa perlu ditingkatkan dengan wujud nyata datang ke posyandu pada saat ada kegiatan posyandu.
2. Pembinaan dari kepala Puskesmas perlu ditingkatkan dengan bentuk kehadiran kepala puskesmas di posyandu, tidak hanya selalu dibina oleh bidan di desa setempat.
3. Pemberian insentif perlu dikelola sebaik mungkin baik dari puskesmas maupun dari desa. Penerbitan kembali kartu anggota kader dapat membantu kader untuk lebih berpartisipasi. Pemberian insentif dari kepala desa dikelola dengan baik, bila perlu sesuaikan dengan kebutuhan kader.



## DAFTAR PUSTAKA

- Azwar Saifuddin, 1995. Sikap manusia Teori dan Pengukurannya. Edisi ke 2, Yogyakarta: Pustaka Pelajar Offset. hlm 4-15, 55-58, 139-141.
- Badan Perencanaan Pembangunan Kota Surabaya, 2004. Penghitungan Distribusi Pendapatan Dan Pengeluaran Rumah Tangga Kota Surabaya. Hlm 15, 52.
- David FR, Manajemen Strategi Konsep. 2002. Edisi ketujuh, Jakarta: PT Prehalindo, hlm
- Departemen Kesehatan RI, 1988. Modul Pelatihan Peningkatan PSM Pengorganisasian dan Pengembangan Masyarakat. Seri PSM No. 27, Jakarta: hlm 24-41.
- , 1989. Modul Pedoman Pelatih Pengelolaan Pelatihan Penggerakkan Peran Serta Masyarakat Bagi Penyelenggaraan Posyandu. Seri PSM No. 27, Jakarta: hlm
- , 1989. Modul Pelatihan Peningkatan PSM Dan Kepemimpinan. Seri PSM No. 27, Jakarta: hlm 26.
- , 1989. Modul Pelatihan Peningkatan PSM Pendanaan Masyarakat. Seri PSM No. 27, Jakarta: hlm 16-19.
- , 1991. Direktorat Jenderal Pembinaan Kesehatan Masyarakat, Pedoman Pelayanan Kesehatan Masyarakat Pedesaan. Cetakan kedua, Jakarta: hlm 18-20.
- , 1992. Pusdiknakes dan Direktorat Bina Peranserta Masyarakat Bekerja sama dengan WHO, Paket Pengajaran Kepemimpinan Kesuma. Jakarta: hlm 23-32.
- , 1993. Direktorat Jenderal Pembinaan Kesehatan Masyarakat, Direktorat Bina Kesehatan Masyarakat, Kapita Selekta Peran Serta Masyarakat. Jakarta:
- , : 1994. Dit Jen Pembinaan Kesehatan Masyarakat, Pedoman Teknis Pembinaan Kader UPGK. Jakarta hlm 6-13.
- , 1995. Pelaksanaan Program Perbaikan Gizi dalam Pelita V. Jakarta: hlm

- , 1995. *Pembangunan Kesehatan Masyarakat Di Indonesia*. Jakarta
- , 1995. *Interpensi Spesifik Peran serta Masyarakat, Seri PKMD Posyandu, Toga, Dana Sehat*. Jakarta:
- , 1997. *ARRIF Pedoman Manajemen Peranserta Masyarakat*. Jakarta: hlm 7,50-55.
- , 1997. *Pendekatan Kemasyarakatan*. Jakarta: hlm
- , 2000. *Proyek Kesehatan Keluarga dan Gizi, ARRIME Pedoman Manajemen Puskesmas*. Jakarta:
- , 2002. *Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat, Buku Kader Usaha Perbaikan Gizi Keluarga. Edisi XIX*, Jakarta: hlm 9-24.
- Departemen Pendidikan Dan Kebudayaan, *Kamus Besar Bahasa Indonesia* 1989. Cetakan 2, Jakarta: Balai Pustaka.
- Dewi Sartika, 2002. *Evaluasi Pelaksanaan Revitalisasi Posyandu di Kecamatan Darmaga Kabupaten Bogor*. Tesis, Program Pasca Sarjana Institut Pertanian, Bogor.
- Departemen Kesehatan RI, 1993. *Direktorat Bina Peranserta Masyarakat, Direktorat Jenderal Pembinaan Kesehatan Masyarakat, Pendekatan Kemasyarakatan*. Jakarta.
- Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur, Sub Dinas pemberdayaan Sumber Daya, 2002. *Profil Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat ( UKBM ) Propinsi Jawa Timur*. Surabaya: hlm 3-7.
- Djoko Wijono, 1997. *Manajemen Kepemimpinan Dan Organisasi Kesehatan*. Surabaya: Airlangga University Press, hlm
- Echols M John dan Hassan Shadily, *Kamus Inggris-Indonesia*. Penerbit PT Gramedia, Jakarta: 1997.
- Muzaham F, 1995. *Memperkenalkan Sosiologi Kesehatan, Versi Bahasa Indonesia*. Jakarta: Universitas Indonesia Press, hlm
- Majalah Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 1989. *Peranan Pendidikan Kesejahteraan Keluarga dalam Penggalakan Peran Serta Masyarakat Khususnya Kaum Ibu dalam Mensukseskan Program Posyandu*. No.12 : 663-667.

- Mantra I B, 1991. **Partisipasi Masyarakat Dalam Bidang Kesehatan**. Jakarta: Departemen Kesehatan RI, Pusat Penyuluhan Kesehatan Masyarakat , hlm 4-10 .
- Mikkelsen Britha, 1999. **Metode Penelitian Partisipatoris dan Upaya-Upaya Pemberdayaan**, Penerjemah Matheus Nalle. Jakarta: Yayasan Obor.
- Moekijat, 1990. **Pengembangan Manajemen dan Motivasi**. Bandung: Pioner Jaya, hlm 26, 32-41.
- Moleong Lexy.J, 2002. **Metode Penelitian Kualitatif**. Bandung: PT Remaja Rosdakarya Offset, hlm 268-271.
- Muhammad Zainudin, 2000. **Metodologi Penelitian**, Surabaya : hlm
- Notoatmodjo S, 2003. **Pendidikan dan Perilaku Kesehatan**. Jakarta: Rineka Cipta, hlm 121-127, 144-145.
- Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia, 1984. **Kerelawanan dan Perkumpulan keluarga Berencana Indonesia**. Jakarta: hlm 10-37.
- Pemerintah RI dengan UNICEF, 2000. **Paket KIE ( Komunikasi, Informasi, dan Edukasi) Untuk pemberdayaan Masyarakat di Bidang Kesehatan Ibu dan Anak**. Jakarta: hlm 2-5.
- Posyandu And Primary Health Care In Indonesia, 1993. **Ministry Of Health Jakarta .**
- Umar Husein, 2003. **Riset Sumber Daya Manusia Dalam Organisasi**. Edisi Revisi, Jakarta: PT Sun, hlm 188-193.
- Rachmad Hargono, 1998. **Pengembangan Indikator Peranserta Masyarakat Pada Program Kesehatan Dan Pengukurannya**. **Disertasi, Program studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Program Pasca sarjana Universitas Indonesia**, Jakarta
- Soetrisno Loekman, 2000. **Menuju Masyarakat Partisipatif**. Cetakan ke 2, Yogyakarta: Kanisius, hlm 205-238.
- Suprianto S, 1988. **Evaluasi Bidang Kesehatan**. Surabaya: CV Brata Jaya Offset, hlm 2-4.
- Syahrial S. dkk, 2002. **Sosiologi Dan Politik**. Cetakan Pertama, Bogor: Ghalia Indonesia, hlm 48-49, 52, 60

Waas D, 1994. *Institusi Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu) Dan Peranannya Dalam Pembangunan Propinsi Sulawesi Utara*. Tesis, KPK IPB Unstrat, Manado.

Warta Posyandu, 1998/99. *Mandirikan Posyandu Melalui Fungsi Sosial Ekonomi*. No.2: 6-7.

Warta Posyandu, 2001. *Posyandu Nusa Indah dan Posyandu Lansia Werdha Sedya Tama Dusun Murangan VII, Desa Triharjo, Kecamatan Sleman*. No.2: 5-6.

Windhu Purnomo, 2002. *Hand Out & Bahan Kuliah Statistika & Statistika Manajemen, Universitas Airlangga*. Surabaya: hlm 1-10.

**KUESIONER PENELITIAN**  
**PARTISIPASI KADER POSYANDU WILAYAH PUSKESMAS KEDUNG**  
**SOLO KECAMATAN PORONG KABUPATEN SIDOARJO**

Nomor Urut Responden

1. Nama :
2. Umur :
3. Jenis Kelamin : 1. Laki-laki      2. Perempuan
4. Alamat : RT.....RW.....  
Desa / Kelurahan.....
5. Pendidikan :
1. Tidak sekolah/SD tidak tamat.      2. SD. Tamat/SMP tidak tamat.  
3. SMP Tamat /SMU tidak tamat.      4. SMU tamat/D3/PT tidak tamat.  
5. Akademi/PT tidak tamat.
6. Pekerjaan :
1. Tidak bekerja/Pengangguran      2. Buruh Pabrik  
3. Petani      4. Nelayan  
5. Pedagang      6. Pegawai Swasta  
7. PNS/ TNI /POLRI
7. Penghasilan Rp/bln. : 1. <200.000    2. 200.000-300.000    3. > 300.000
8. Pengeluaran Rp/bln : < 59.000      2. 60.000 – 199.000    3. > 200.000



1. Berapa seharusnya jumlah meja untuk kegiatan posyandu ?

- a.2 meja
- b.3 meja
- c.4 meja
- d. 5 meja

2. Apa tugas kader posyandu di meja 1 ?

- a.Pencatatan
- b.Pendaftaran
- c.Penimbangan
- d.Penyuluhan

3. Kader di meja 2 saat posyandu melaksanakan apa ?

- a.Pencatatan
- b.Pendaftaran
- c.Penimbangan
- d.Penyuluhan

4.Kader di meja 3 saat posyandu melaksanakan apa ?

- a.Pencatatan
- b.Penimbangan
- c.Penyuluhan
- d.Pendaftaran

5.Tugas kader di meja 4 saat pelaksanaan posyandu yaitu ?

- a.Pencatatan
- b.Penyuluhan
- c.Pendaftaran
- d. Penimbangan

- 6 .Apakah kepala desa pernah memberi uang / barang kepada kader ?
- a.Pernah, lebih dari 2 kali
  - b. pernah, 2 kali saja
  - c.Tidak pernah
- 7.Kader posyandu adalah tenaga sukarela seharusnya bagaimana ?
- a.Selalu diberi insentif / penghargaan
  - b. Perlu diberi insentif / penghargaan walaupun tidak terus
  - c. Tidak perlu diberi insentif / penghargaan
8. Kader berjasa terhadap masyarakat, seharusnya kepala desa bagaimana ?
- a. Selalu memberi perhatian khusus kepada kader posyandu
  - b. Memberi perhatian sewajarnya kepada kader posyandu
  - c. Tidak membedakan baik kader posyandu maupun bukan
9. Bila anda berobat ke puskesmas atau ke polindes apakah membayar ?
- a.Gratis berobat di puskesmas atau polindes
  - b.Bila kenal petugas kesehatan kenal, gratis
  - c. Tetap membayar bila berobat
10. Agar kader tetap giat melaksanakan posyandu bagaimana seharusnya ?
- a. Selalu diberi insentif
  - b. Diberi insentif walaupun tidak setiap bulan
  - c.Tidak usah diberi insentif, karena sudah kewajibannya
- 11.Apakah kepala desa perlu mengetahui kebutuhan prasarana posyandu ?
- a.Perlu, agar mau memperhatikan kebutuhan posyandu
  - b.Perlu, agar mau memperhatikan kebutuhan kader
  - c. Tidak perlu, karena posyandu urusan kader
- 12 . Pada saat anda sakit, berapa kali anda dikunjungi oleh kepala desa ?
- a.Lebih dari 1 kali
  - b.Hanya 1 kali saja
  - c.Tidak pernah dikunjungi

27. Bila ada balita yang tidak pernah diimunisasi bagaimana anda ?
- a. Memberikan informasi tentang imunisasi
  - b. Melapor kepada bidan / petugas kesehatan
  - c. Membiarkan saja, urusan orang tuanya
28. Apakah rumah anda boleh dipakai untuk posyandu ?
- a. Silakan kapan saja boleh dipakai
  - b. Silakan asal tidak terus di rumah saya
  - c. Tidak boleh, karena akan menjadi kotor
29. Bila kader di meja penimbangan tidak hadir bagaimana ?
- a. Pekerjaannya kita ganti
  - b. Mencari orang lain untuk menimbang
  - c. Membiarkan saja tidak usah ditimbang
30. Pada waktu akan ke posyandu ada tamu datang, bagaimana anda ?
- a. Bertemu dengan tamu lalu pergi ke posyandu
  - b. Menunggu tamu pulang, lalu pergi ke posyandu
  - c. Tidak jadi pergi ke posyandu
31. Pada saat posyandu, timbangan rusak berat bagaimana anda ?
- a. Pinjam ke posyandu lain
  - b. Memperbaiki timbangan dulu
  - c. Tidak usah ditimbang
32. Pada saat ditimbang berat badan balita turun bagaiman anda ?
- a. Memberitahu ibunya dan melakukan penyuluhan
  - b. Memberitahu ibunya
  - c. Biarkan saja, urusan ibunya
33. Bila ada balita yang kurang gizi bagaimana anda ?
- a. Memberi penyuluhan tentang makanan sehat
  - b. Memberitahu bidan / petugas kesehatan
  - c. Biarkan saja nanti tersinggung

34. Ibu tidak mau anaknya di imunisasi karena akan rewel, bagaimana anda ?

- a. Memberi penyuluhan kepada ibu
- b. Melapor kepada bidan / petugas kesehatan
- c. Biarkan saja nanti tersinggung

35. Ada balita diare di posyandu, sebaiknya anda bagaimana ?

- a. Melapor kepada bidan / petugas kesehatan
- b. Memberitahu cara pembuatan larutan gula garam
- c. Membiarkan saja urusan bidan

36. Berapa kali anda mengikuti pelatihan posyandu di puskesmas ?

- a. 3 – 4 kali
- b. 1 – 2 kali
- c. Tidak pernah

37. Menurut anda pertemuan kader dan bidan setiap bulan apakah berguna ?

- a. Berguna karena membahas tentang kemajuan posyandu
- b. Berguna tetapi tidak membahas kemajuan posyandu
- c. Percuma, karena hanya untuk kegiatan arisan saja

38. Bila laporan yang dikirim ke puskesmas ada kesalahan bagaimana ?

- a. Petugas memberitahu kesalahannya dan mengembalikan
- b. Petugas mengembalikan laporan ke posyandu
- c. Tidak pernah tahu laporan salah atau betul

**Pernyataan Sikap dari Kader Posyandu**

1. Sebagai Kader Posyandu anda harus mempunyai sifat sukarela

- a. Sangat Setuju
- b. Setuju
- c. Tidak Setuju
- d. Sangat Tidak Setuju

2. Kader posyandu adalah milik dari masyarakat desa

- a. Sangat Setuju
- b. Setuju
- c. Tidak Setuju
- d. Sangat Tidak Setuju

3. Agar seluruh Kader Posyandu aktif harus diberi insentif/ penghargaan
- a. Sangat Setuju                      c. Tidak Setuju  
b. Setuju                                  d. Sangat Tidak Setuju
4. Pelaksanaan Posyandu harus disesuaikan dengan kesibukan kader
- a. Sangat Setuju                      c. Tidak Setuju  
b. Setuju                                  d. Sangat Tidak Setuju
5. Untuk menjadi Kader Posyandu harus berpendidikan SLTA
- a. Sangat Setuju                      c. Tidak Setuju  
b. Setuju                                  d. Sangat Tidak Setuju
6. Ketua Kader Posyandu sebaiknya dari orang kaya
- a. Sangat Setuju                      c. Tidak Setuju  
b. Setuju                                  d. Sangat Tidak Setuju
7. Kader Posyandu harus menjadi penggerak masyarakat dalam kesehatan
- a. Sangat Setuju                      c. Tidak Setuju  
b. Setuju                                  d. Sangat Tidak Setuju
8. Kader Posyandu harus dicalonkan oleh masyarakat setempat
- a. Sangat Setuju                      c. Tidak Setuju  
b. Setuju                                  d. Sangat Tidak Setuju
9. Sebagai Kader Posyandu harus mengikuti pelatihan tentang posyandu
- a. Sangat Setuju                      c. Tidak Setuju  
b. Setuju                                  d. Sangat Tidak Setuju
10. Setiap Kader Posyandu harus mampu melayani di setiap meja
- a. Sangat Setuju                      c. Tidak Setuju  
b. Setuju                                  d. Sangat Tidak Setuju



Pertanyaan wawancara mendalam

1. Pada saat hari posyandu anda tidak bisa datang, bagaimana anda ?
2. Mengapa anda mau menjadi kader posyandu yang tidak mendapat honor ?
3. Menurut anda bagaimana kegiatan pelayanan posyandu ?
4. Sebagai kader posyandu bila berobat ke puskesmas apakah membayar ?
5. Apakah kepala desa memperhatikan kader posyandu ?
6. Bagaimana perhatian kepala puskesmas terhadap posyandu ?
7. Bila ada bantuan makanan tambahan bagaimana pengelolaanya ?
8. Apa yang diperlukan kader posyandu saat ini ?



DEPARTEMEN PENDIDIKAN NASIONAL  
ADLN Perpustakaan Universitas Airlangga  
**UNIVERSITAS AIRLANGGA**  
**PROGRAM PASCASARJANA**

Jl. Dharmawangsa Dalam Selatan Surabaya - 60286 ☎ (031) 5023715, 5020170, Fax. : (031) 5030076  
E-mail : pasca@pasca.unair.ac.id URL Address : http://www.pasca.unair.ac.id

Nomor : 184 /J03.4/PP/2005

18 Januari 2005

Lamp :

Hal : Izin melaksanakan penelitian

Yth. 1. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo  
2. Kepala Puskesmas Kedung Solo, Kec. Porong Kab. Sidoarjo

Guna penulisan penelitian untuk Tesis peserta Program Magister Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat angkatan tahun 2002 / 2003 Program Pascasarjana Universitas Airlangga,

Nama : Santoso Budi Rahayu, SKM  
Nim : 090214879 - M  
Judul : BEBERAPA FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PARTISIPASI KADER POSYANDU, DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS KEDUNG SOLO, KEC. PORONG KAB. SIDOARJO

Pembimbing : Oedojo Soedirham, dr, MPH, MA, Ph.D  
Pembimbing I : Andy Asan, Drs, B.Sc, DHE

Maka dengan ini kami mohon perkenan Saudara untuk memberikan izin kepada yang bersangkutan untuk melaksanakan penelitian di Instansi Saudara.

Demikian dan atas bantuan Saudara kami sampaikan terima kasih.

A.n. Direktur  
As.Dir. Bidang Akademik,

  
**Prof. Dr. Laba Mahaputra, drh, M.Sc.**  
NIP. 130687550



ADLN Perustakaan Universitas Airlangga  
**PEMERINTAH KABUPATEN SIDOARJO**  
**DINAS KESEHATAN**

Jalan Mayor Jendral Sungkono No. 46 Telp. 8941051,8968736, Fax. 8947911  
**SIDOARJO**

Sidoarjo, 8 Februari 2005

Nomor : 890/627 /404.3.2/2004  
Sifat : Segera  
Lampiran : -  
Perihal : izin melaksanakan  
Penelitian

Kepada  
Yth. Sdr. Kepala Puskesmas  
Kedungsolo  
di

**KEDUNGSOLO**

Menunjuk surat Universitas Airlangga Program Pascasarjana Surabaya tanggal 18 Januari 2005, Nomor : 184/J03.4/PP/2005 perihal sebagaimana tersebut pada pokok surat, dengan ini kami hadapkan :

Nama : Santoso Budi Rahayu, SKM

Nim : 0902114879 - M

Untuk melaksanakan penelitian tentang " **BEBERAPA FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PARTISIPASI KADER POSYANDU DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS KEDUNGSOLO KEC PORONG KAB. SIDOARJO** " Pelaksanaan penelitian mulai tanggal 1 Februari s/d 31 Maret 2005.

Sehubungan dengan hal tersebut diatas diharapkan bantuan Saudara untuk kelancaran tugasnya.

Demikian untuk menjadikan maklum.

**KEPALA DINAS KESEHATAN  
KABUPATEN SIDOARJO**

**Dr. H. FAISOL AMA, MS**  
Pembina Utama Madya  
NIP. 140077269

Tembusan  
Yth. Sdr. Camat Porong  
di Porong