

## BAB IV

### HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

#### A. Hasil Penelitian

##### 1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

##### a. Gambaran umum Kabupaten Sleman

###### 1) Letak wilayah

Geografis Kabupaten Sleman terletak di antara  $110^{\circ} 33' 00''$  dan  $110^{\circ} 13' 00''$  Bujur Timur,  $7^{\circ} 34' 51''$  dan  $7^{\circ} 47' 30''$  Lintang Selatan. Wilayah Kabupaten Sleman sebelah utara berbatasan dengan Kabupaten Boyolali Provinsi Jawa Tengah, sebelah timur berbatasan dengan Kabupaten Klaten Provinsi Jawa Tengah, sebelah barat berbatasan dengan Kabupaten Kulon Progo Daerah Istimewa Yogyakarta dan Kabupaten Magelang Provinsi Jawa Tengah, dan sebelah selatan berbatasan dengan Kota Yogyakarta, Kabupaten Bantul dan Kabupaten Gunung Kidul, Daerah Istimewa Yogyakarta (Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman, 2018).

###### (2) Luas wilayah

Kabupaten Sleman memiliki luas wilayah 57.482 Ha atau 574,82 Km<sup>2</sup> atau sekitar 18% dari luas Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta 3.185,80 Km<sup>2</sup>, dengan jarak terjauh Utara – Selatan 32 Km, Timur – Barat 35 Km. Secara administratif, Kabupaten Sleman terdiri dari 17 wilayah kecamatan, 86 desa, dan 1.212 dusun. Kepadatan penduduk Kabupaten Sleman pada tahun 2017 adalah 1849/Km<sup>2</sup> (Dinkes Kabupaten Sleman, 2018).

###### (3) Peta Kabupaten Sleman



Gambar: 4.1 Peta Kabupaten Sleman

#### (4) Jumlah penduduk

Kabupaten Sleman memiliki 17 Kecamatan, dengan jumlah penduduk sebanyak 1.062.861 jiwa pada tahun 2017, jumlah penduduk laki-laki sebanyak 539.731 jiwa, dan perempuan sebanyak 523.070 jiwa (Dinkes Kabupaten Sleman, 2018).

#### (5) Profil kesehatan Kabupaten Sleman

Berbagai upaya pembangunan kesehatan dilakukan melalui peningkatan: 1) upaya kesehatan, 2) pembiayaan kesehatan 3) sumber daya manusia kesehatan, 4) sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan, 5) manajemen dan informasi kesehatan, dan 6) Pemberdayaan masyarakat. Upaya tersebut dilakukan dengan memperhatikan dinamika kependudukan, epidemiologi penyakit, perubahan ekologi dan lingkungan, kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi (IPTEK), serta globalisasi dan demokrasi dengan semangat kemitraan dan kerjasama lintas sektoral. Jumlah sasaran program KIA di Kabupaten Sleman tahun 2015 adalah: pasangan usia subur (PUS) 154.299, ibu hamil 15.488, ibu bersalin 14.372, ibu menyusui 14.372, bayi 14.025 dan anak balita 67.269.

Sejak pelaksanaan desentralisasi sampai saat ini, Kabupaten Sleman sebagai salah satu kabupaten di DIY, telah banyak berkontribusi terhadap pencapaian derajat kesehatan masyarakat. Bukti dari pencapaian tersebut ditunjukkan dengan diperolehnya indeks pembangunan manusia (IPM) dengan nilai 80,74 pada tahun 2015 meningkat dibanding tahun 2014 (80.73).

Implementasi kebijakan dalam bidang kesehatan di Kabupaten Sleman dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan, yang dalam pelaksanaannya mengacu pada Sistem Kesehatan Daerah (SKD) yang dituangkan dalam Keputusan Bupati Sleman No 114/Kep.KDH/A/2007. Ada lima hal yang menjadi fokus pengembangan kesehatan di Kabupaten Sleman, yaitu: a) Perubahan paradigma kesehatan, b) Penataan organisasi, c) Pengembangan sumber daya Kesehatan, d) Pembiayaan kesehatan dan e) Sarana dan prasarana kesehatan.

Perubahan yang mendasar juga terjadi pada bidang sistem informasi, yaitu diwujudkannya sistem informasi yang sebagai bagian dari sistem kesehatan daerah yang diharapkan akan membawa dampak yang sangat luas terhadap

perkembangan daerah secara umum, dalam menyongsong abad ke-21, perkembangan informasi yang disajikan tidak hanya komitmen regional maupun komitmen nasional, tetapi juga harus mengikuti komitmen global.

(6) Visi dan Misi Pembangunan Kesehatan di Kabupaten Sleman

a) Visi

Visi Pembangunan Kesehatan Kabupaten Sleman “Terwujudnya Masyarakat Sleman Sehat yang Mandiri, Berdaya Saing dan Berkeadilan”. Visi yang ingin dicapai melalui pembangunan kesehatan adalah masyarakat Kabupaten Sleman hidup dalam lingkungan yang sehat dengan perilaku hidup bersih dan sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata serta memiliki derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Lingkungan yang diharapkan adalah lingkungan yang kondusif untuk terwujudnya keadaan sehat yaitu lingkungan yang bebas dari polusi, tersedianya air bersih yang cukup, sanitasi lingkungan yang memadai, perumahan dan pemukiman yang sehat, perencanaan kawasan yang berwawasan kesehatan, serta terwujudnya kehidupan masyarakat yang saling tolong menolong dengan memelihara nilai-nilai budaya.

Perilaku masyarakat yang diharapkan adalah yang bersifat proaktif untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah risiko terjadinya penyakit, melindungi diri dari ancaman penyakit, serta berpartisipasi aktif dalam gerakan kesehatan masyarakat (Dinkes Kabupaten Sleman, 2018).

b) Misi

Untuk dapat mewujudkan Visi ditetapkan lima misi pembangunan kesehatan sebagai berikut:

- (1) Meningkatkan kinerja Dinas Kesehatan dan UPTnya melalui peningkatan kualitas sistem manajemen mutu dalam memberikan pelayanan prima bagi masyarakat.
- (2) Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang terjangkau bagi semua lapisan masyarakat dan meningkatkan kemandirian puskesmas dalam mengelola pelayanan kesehatan.

*commit to user*

- (3) Penanggulangan kemiskinan dengan menjamin pelayanan kesehatan untuk masyarakat miskin dan mengembangkan sistem pembiayaan kesehatan masyarakat.
- (4) Memantapkan pengelolaan prasarana dan sarana kesehatan termasuk sistem informasi kesehatan.
- (5) Meningkatkan pemberdayaan dan peran serta masyarakat di bidang kesehatan.
- (7) Promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat.

Kegiatan promosi kesehatan yang dilakukan dalam bentuk pembinaan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) dan pembinaan upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat (UKBM). Promosi kesehatan adalah upaya untuk meningkatkan kemampuan masyarakat melalui pembelajaran dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat, agar mereka dapat menolong dirinya sendiri, serta mengembangkan kegiatan yang bersumber daya masyarakat, sesuai sosial budaya setempat dan didukung oleh kebijakan publik yang berwawasan kesehatan.

PHBS merupakan upaya untuk memberikan pengalaman belajar atau mewujudkan suatu kondisi bagi individu, keluarga, kelompok dan masyarakat, melalui jalur komunikasi, memberikan informasi dan melakukan edukasi untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku menggunakan pendekatan pimpinan (advokasi), bina suasana (dukungan sosial) dan pemberdayaan masyarakat sebagai suatu upaya untuk menolong masyarakat agar dapat mengenali masalahnya sendiri, dalam tatanan rumah tangga, agar dapat menerapkan cara-cara hidup sehat dalam rangka menjaga, memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Berikut adalah hasil pencapaian berbagai indikator pelayanan kesehatan.

Kualitas program KIA dapat dinilai dari besarnya cakupan program di masing-masing wilayah kerja, untuk itu besarnya cakupan pelayanan KIA di suatu wilayah perlu dipantau secara terus menerus, agar diperoleh gambaran yang jelas mengenai kelompok mana dalam wilayah kerja yang paling rawan. Program KIA tersebut meliputi pelayanan ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, ibu dengan

komplikasi kebidanan, keluarga berencana, bayi baru lahir, bayi baru lahir dengan komplikasi, bayi dan balita. Dengan terjangkaunya seluruh sasaran maka diharapkan seluruh kasus dengan faktor risiko atau komplikasi dapat ditemukan sedini mungkin agar dapat memperoleh penanganan yang memadai. Cakupan program KIA terkait dengan deteksi dini faktor risiko kehamilan oleh masyarakat, penanganan komplikasi obstetri dan rujukan kasus risiko tinggi ibu hamil dapat dilihat pada Tabel 4.1 berikut.

Tabel 4.1 Cakupan Deteksi Dini Faktor Risiko Kehamilan Oleh Masyarakat, Penanganan Komplikasi Obstetri dan Rujukan Kasus Risiko Tinggi Ibu Hamil di Kabupaten Sleman tahun 2017

No	Kriteria	Angka	%	Keterangan
1	Sasaran ibu hamil	15.549	100	angka proyeksi
2	Sasaran ibu hamil dengan faktor risiko/risiko tinggi	3.110	20	angka proyeksi
3	Cakupan deteksi dini faktor risiko kehamilan oleh masyarakat	3.435	110,5	angka riil
4	Penanganan komplikasi obstetri	2.934	94,35	angka riil
5	Rujukan kasus maternal	2.718	79,13	angka riil

Sumber: Dinkes Kabupaten Sleman, 2018

Berdasarkan Tabel 4.1, perlu dijelaskan bahwa untuk sasaran ibu hamil dalam satu tahun dapat diperoleh melalui proyeksi, dihitung berdasarkan perkiraan jumlah ibu hamil dengan menggunakan rumus:  $1,10 \times \text{angka kelahiran kasar (CBR) kabupaten} \times \text{jumlah penduduk}$ . Untuk sasaran ibu hamil dengan faktor risiko/risiko tinggi diperkirakan sebesar 20% dari sasaran ibu hamil. Cakupan deteksi dini faktor risiko kehamilan oleh masyarakat mencapai 110,5% merupakan angka riil, artinya jumlah ibu hamil yang sebenarnya lebih banyak dari sasaran proyeksi.

Indikator cakupan pelayanan ibu hamil meliputi cakupan ibu hamil yang pertama kali mendapat pelayanan antenatal oleh tenaga kesehatan di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu (K1), dan cakupan ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal sesuai dengan standar, paling sedikit empat kali dengan distribusi waktu 1 kali pada trimester ke-1, 1 kali pada trimester ke-2 dan 2 kali pada trimester ke-3 disuatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu (K4).



Sementara, cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan (Pn) yaitu cakupan ibu bersalin yang mendapat pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan, di suatu wilayah kerja dalam kurun waktu tertentu. Selanjutnya, cakupan pelayanan kesehatan bayi baru lahir ditunjukkan dengan cakupan kunjungan neonatus lengkap yaitu cakupan neonatus yang mendapatkan pelayanan sesuai standar paling sedikit tiga kali dengan distribusi waktu 1 kali pada 6 jam – 48 jam setelah lahir, 1 kali pada hari ke 3 - hari ke 7 dan 1 kali pada hari ke 8 hari - ke 28 setelah lahir disuatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu dan cakupan kunjungan bayi cakupan bayi yang mendapatkan pelayanan paripurna minimal 4 kali yaitu 1 kali pada umur 29 hari - 2 bulan, 1 kali pada umur 3 - 5 bulan, dan satu kali pada umur 6 - 8 bulan dan 1 kali pada umur 9 - 11 bulan sesuai standar di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. Hasil cakupan program kesehatan ibu di Kabupaten Sleman dapat dilihat pada Tabel 4.2.

Tabel 4.2 Cakupan pelayanan ibu hamil, bersalin, neonatus dan bayi di Kabupaten Sleman tahun 2017

No	Cakupan Kegiatan	Angka	Presentase (%)
1	Kunjungan ibu hamil (K1)	15.870	96,03
2	Kunjungan ibu hamil (K4)	14.129	92,40
3	Persalinan tenaga kesehatan	14.129	99,99
4	Kunjung neonatus lengkap	14.023	99,99
6	Kunjungan bayi	13.093	92,6

Sumber: Dinkes Kabupaten Sleman (2018)

Berdasarkan Tabel 4.3, cakupan program KIA, K1 dan K4 ibu hamil, hampir mencapai target nasional, cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan telah melampaui target nasional, sementara kunjungan neonatus lengkap dan kunjungan bayi telah melampaui target nasional. Adapun target nasional adalah K1 (100%), K4 (95%), persalinan oleh tenaga kesehatan 90%, kunjungan *neonatus* lengkap (90%), dan kunjungan bayi (90%).

Selanjutnya, dapat pula diketahui angka atau jumlah kematian ibu di Kabupaten Sleman. Angka kematian ibu (AKI) adalah jumlah kematian selama kehamilan atau dalam periode 42 hari setelah berakhirnya kehamilan, akibat semua sebab yang terkait dengan atau diperberat oleh kehamilan atau

penanganannya, tetapi bukan disebabkan oleh kecelakaan atau cedera. Sementara angka kematian bayi (AKB) yaitu jumlah kematian bayi dalam usia 28 hari pertama kehidupan per 1000 kelahiran hidup. Kejadian AKI dan AKB di Kabupaten Sleman dapat dilihat pada Tabel 4.3

Tabel 4.3. Angka Kematian ibu dan bayi di Kabupaten Sleman

No	Kematian	2014		2015		2016		2017	
1	Ibu	Jml	AKI	Jml	AKI	Jml	AKI	Jml	AKI
		12	83,3	4	28,3	8	56,5	6	42,4
2	Bayi	Jml	AKB	Jml	AKB	Jml	AKB	67	AKB
		65	4,57	67	4,65	51	3,61	59	4,2

Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman (2018)

Berdasarkan Tabel 4.3 dapat dijelaskan bahwa angka kematian ibu melahirkan tahun 2017 menurun dibanding tahun – tahun sebelumnya. Pada tahun 2016, jumlah kematian ibu sebanyak 8 kasus dengan angka kematian ibu melahirkan sebesar 56,6 per 100.000 kelahiran hidup, sedangkan jumlah kematian ibu tahun 2017 sebanyak 6 kasus dengan angka kematian ibu melahirkan sebesar 42,4 per 100.000 kelahiran hidup. Sementara angka kematian bayi tahun 2017 meningkat dibanding tahun 2016. Jumlah kematian bayi pada tahun 2016 sebanyak 51 kasus dengan AKB = 3,61 per 1.000 kelahiran hidup (KH), sedangkan jumlah kematian bayi tahun 2017 sebanyak 59 kasus dengan AKB = 4,2 per 1000 KH

Lebih lanjut, dalam upaya untuk menurunkan angka kematian ibu dan bayi, perlu adanya pengembangan sumber daya manusia di masyarakat, salah satunya adalah keterlibatan kader kesehatan, sehingga upaya kesehatan tidak hanya dilakukan oleh pemerintah saja tanpa adanya keterlibatan masyarakat. Kader kesehatan merupakan perwujudan peran serta aktif masyarakat dalam pelayanan kesehatan. Adapun keberadaan kader kesehatan di Kabupaten Sleman dapat dilihat pada Tabel 4.4.

Tabel 4.4 Jumlah Kader Kesehatan di Kabupaten Sleman  
periode tahun 2012 sampai dengan 2015

No	Kader Kesehatan	2012	2013	2014	2015
1	Jumlah kader kesehatan	8.049	10.490	10.406	10.675
2	Jumlah kader kesehatan aktif	7.431	9.167	9.361	9.625

Sumber: Dinkes Kabupaten Sleman (2016)

Berdasarkan Tabel 4.4, di Kabupaten Sleman terdapat kenaikan jumlah kader kesehatan maupun jumlah kader kesehatan yang aktif setiap tahunnya.

Untuk memaksimalkan potensi dan memecahkan permasalahan kesehatan, Kabupaten Sleman telah melakukan upaya promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat dalam bentuk kegiatan Pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) dan Pembinaan upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat (UKBM) seperti tertulis pada tabel 4.5.

Tabel 4.5 Hasil promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat  
periode 2012 - 2015

No	Cakupan kegiatan	2012 (%)	2013 (%)	2014 (%)	2015 (%)
1	PHBS rumah tangga indikator komposit	32,5	32,6	40,17	47,9
2	Posyandu aktif (Purnama, Mandiri)	77,17	77,12	81,1	84,53
3	Skrining anak SD Kelas 1	98,99	100	100	100
4	Desa siaga aktif	47,67	71	83,72	94,19
5	Tahapan desa siaga (Purnama, Mandiri)	8,14	15,12	26,74	29,07

Sumber: Dinkes Kabupaten Sleman (2016)

Berdasarkan Tabel 4.5, dapat dijelaskan bahwa persentase cakupan PHBS rumah tangga indikator komposit pada tahun 2015 masih kurang dari target 70% karena baru tercapai 47,9%. Sementara, Posyandu strata purnama dan mandiri pada tahun 2015 sebesar 84,53 % telah melebihi target Visi Indonesia Sehat tahun 2015 (40%). Selanjutnya, untuk cakupan skrining anak SD kelas 1 sudah bagus yaitu cakupan sudah 100%, demikian juga cakupan Desa siaga aktif terus mengalami kenaikan hingga ditahun 2015 sudah mencapai 94,19%, meskipun strata Desa Siaga purnama dan mandiri masih tercapai 29,07%.



## b. Profil wilayah Puskesmas Pakem

Puskesmas Pakem merupakan salah satu Puskesmas di Kabupaten Sleman Daerah Istimewa Yogyakarta, beralamat di Jl. Kaliurang Km 17 Pakem Sleman. Letak Puskesmas Pakem berada di lereng Gunung Merapi dan memiliki objek wisata Kaliurang membuat sektor perdagangan, jasa, hotel dan restoran menyumbang 40% dari produk domestik regional bruto (PDRB) Kecamatan Pakem. Kecamatan Pakem berada di sebelah utara dari ibukota Kabupaten Sleman. Jarak ke pusat pemerintahan: ke kota kecamatan 0,5 Km, ke ibukota Kabupaten Sleman 10 Km, dan ke ibukota Provinsi 17 Km. Kecamatan Pakem berada di 77.66708° LS dan 110.42011° BT.

Kecamatan Pakem mempunyai luas wilayah 4.384,04 Ha. Jumlah keseluruhan penduduk Kecamatan Pakem adalah 32.561 orang dengan jumlah penduduk laki-laki 15.847 orang dan penduduk perempuan 16.714 orang dengan kepadatan penduduk mencapai 1.551 jiwa/Km<sup>2</sup>. Pencarian penduduk di Kecamatan Pakem sebagian besar sebagai petani. Berikut adalah jumlah penduduk pada tiap-tiap desa di Kecamatan Pakem.

Tabel 4.6. Jumlah penduduk di wilayah Puskesmas Pakem Tahun 2015

No	Desa	Laki-laki		Perempuan		Total	
		Angka	%	Angka	%	Angka	%
1.	Purwobinangun	4.779	50.22	4.736	49.78	9.515	100
2.	Candibinangun	3.183	49.77	3.212	50.23	6.395	100
3.	Harjobinangun	3.002	49.68	3.040	50.32	6.042	100
4.	Hargobinangun	3.245	49.07	3.368	50.93	6.613	100
5.	Pakembinangun	4.475	49.88	4.497	50.12	8.972	100
	Jumlah	18.641	49.66	18.896	50.34	37.537	100

Sumber: Puskesmas Pakem (2016)

Berdasarkan Tabel 4.6, Desa Purwobinangun memiliki jumlah penduduk terbanyak (9.515) disusul Desa Pakembinangun (8.972). Bila dirinci sesuai dengan jenis kelamin, Kecamatan Pakem memiliki komposisi yang tidak berbeda jauh antara jumlah penduduk laki-laki dan perempuan.

Sebagian besar kematian ibu dapat dicegah apabila mendapat penanganan yang adekuat difasilitas pelayanan kesehatan. Komplikasi dalam kehamilan dan persalinan tidak selalu dapat diduga sebelumnya, maka perlu diantisipasi, salah

satunya dengan melakukan deteksi faktor risiko pada ibu hamil baik oleh tenaga kesehatan maupun masyarakat. Deteksi dini faktor risiko kehamilan oleh masyarakat sangat penting, agar jika ditemukan faktor risiko kehamilan dapat segera mendapat pelayanan yang semestinya dan komplikasi kehamilan dapat segera ditangani dan diarahkan ke fasilitas pelayanan kesehatan. Deteksi dini faktor risiko kehamilan oleh masyarakat merupakan salah satu indikator pemantauan wilayah setempat kesehatan ibu dan anak (PWS KIA). Oleh karena itu Puskesmas Pakem setiap bulan selalu melaporkan hasil kegiatan deteksi dini faktor risiko kehamilan yang dilakukan oleh masyarakat, hasil selengkapnya dapat dilihat pada tabel 4.7.

Tabel 4. 7. Cakupan Deteksi Dini Faktor Risiko Kehamilan Oleh Masyarakat, Penanganan Komplikasi Obstetri dan Rujukan Kasus Risiko Tinggi Ibu Hamil di Puskesmas Pakem tahun 2017

No	Kriteria	Angka	%	Keterangan
1	Sasaran ibu hamil	525	100	angka proyeksi
2	Sasaran ibu hamil dengan faktor risiko/risiko tinggi	105	20	angka proyeksi
3	Cakupan deteksi dini faktor risiko kehamilan oleh masyarakat	175	166.7	angka riil
4	Penanganan komplikasi obstetri	90	85.71	angka riil
5	Rujukan kasus maternal	90	51,43	angka riil

Sumber: Puskesmas Pakem (2018)

Berdasarkan Tabel 4.7, perlu dijelaskan bahwa untuk sasaran ibu hamil dalam satu tahun dapat diperoleh melalui proyeksi, dihitung berdasarkan perkiraan jumlah ibu hamil dengan menggunakan rumus:  $1,10 \times \text{angka kelahiran kasar (CBR) kabupaten} \times \text{jumlah penduduk}$ . Untuk sasaran ibu hamil dengan faktor risiko/risiko tinggi diperkirakan sebesar 20% dari sasaran ibu hamil. Cakupan deteksi dini faktor risiko kehamilan oleh masyarakat mencapai 166,7% merupakan angka riil, artinya jumlah ibu hamil yang sebenarnya lebih dari sasaran proyeksi.

Puskesmas Pakem sebagai salah satu unit pelaksanaan teknis dinas (UPTD) di Kabupaten, telah melaksanakan berbagai upaya kegiatan program KIA. Hasil selengkapnya upaya – upaya kesehatan bidang KIA dapat dilihat pada Tabel 4.8.

Tabel 4.8. Hasil kegiatan KIA Puskesmas Pakem tahun 2015

No	Jenis	Sasaran	Jumlah	
			Angka	%
1	Kunjungan <i>neonatus</i>	465	465	100
2	Kunjungan <i>neonatus</i> lengkap	465	460	98.9
3	Kunjungan bayi	465	396	85.16
4	Kunjungan anak balita	1648	1218	73.91
5	Jumlah bayi dengan BBLR	465	18	3.87
6	Kunjungan ibu hamil (K1)	488	488	100
7	Kunjungan ibu hamil (K4)	488	480	98.36
8	Kunjungan ibu nifas (KF3)	465	461	99.14
9	Ibu Hamil K1 HB < 11 gr%	488	207	42.41
10	Ibu hamil K4 HB < 11gr%	488	87	17.82
11	Persalinan ditolong tenaga kesehatan	465	465	100
12	Jumlah peserta KB aktif	5477	4388	80.11
13	Calon pengantin usia < 20 tahun	370	16	4.32
14	Calon pengantin usia 20 – 30 tahun	370	294	79.46
15	Calon pengantin usia > 30 tahun	370	60	16.22
16	Calon pengantin PP <i>test</i> positif	370	28	7.57

Sumber: Puskesmas Pakem (2016)

Berdasarkan Tabel 4.8, dapat dijelaskan bahwa cakupan kunjungan kesehatan ibu dan anak (KIA) sebagian besar sudah baik. Beberapa yang kurang baik yaitu cakupan kunjungan bayi 73.91%, artinya kurang dari 80%, tingginya ibu hamil dengan HB < 11 gram% pada kunjungan pertama kali (K1) 42.41% dan pada kunjungan 4 kali atau lebih (K4) 17.82%, serta adanya calon pengantin yang berusia < 20 tahun sebesar 4.32%, yang pada usia ini termasuk dalam kehamilan dengan faktor risiko, ditambah adanya calon pengantin dengan PP *test* positif sebesar 7,57%.

Untuk mengurangi angka kematian dan kesakitan ibu dan bayi, bidan di Puskesmas Pakem telah menjalin kerja sama dengan masyarakat dalam hal ini kader kesehatan. Bidan melakukan pembinaan kepada kader kesehatan tentang peran dalam mengenali tanda bahaya atau deteksi dini faktor risiko kehamilan. Berikut adalah jumlah kader kesehatan yang tercatat di Puskesmas Pakem (tabel 4.9).

Tabel 4.9 Jumlah Kader Kesehatan di wilayah Puskesmas Pakem periode tahun 2012 sampai dengan 2015

No	Kader kesehatan	2012	2013	2014	2015
1	Jumlah kader kesehatan	586	590	590	624
2	Jumlah kader kesehatan aktif	477	421	421	505

Sumber: Puskesmas Pakem (2016)

Berdasarkan Tabel 4.9, terjadi kenaikan jumlah kader dan jumlah kader yang aktif pada tahun 2015.

Puskesmas Pakem memiliki 5 desa binaan, masing-masing desa memiliki kader kesehatan yang bertugas di masing-masing posyandu wilayah desanya. Keaktifan kader kesehatan dari masing-masing desa tidak sama. Untuk mengetahui jumlah kader yang aktif di wilayah Puskesmas Pakem per desa dapat dilihat pada tabel 4.10.

Tabel 4.10 Jumlah Kader kesehatan per desa di wilayah Puskesmas Pakem tahun 2016

No	Desa	Jumlah kader kesehatan		Jumlah kader kesehatan aktif	
		Angka	%	Angka	%
1	Purwobinangun	142	100	140	98.59
2	Candibinangun	98	100	93	94.90
3	Harjobinangun	136	100	136	100
4	Pakembangunan	96	100	90	93.75
5	Hargobinangun	154	100	123	79.87
	Kecamatan	626	100	582	92.97

Sumber: Puskesmas Pakem (2016)

Berdasarkan Tabel 4.10, persentase kader kesehatan aktif dari 4 Desa lebih dari 90% sementara di satu Desa (Hargobinangun) jumlah kader kesehatan aktif 79.87%. Meskipun demikian, persentase kader kesehatan aktif rendah belum tentu menunjukkan hasil yang buruk, karena jumlah Posyandu dari masing-masing desa tidak sama. Sebagai gambaran untuk Desa Purwobinangun yang memiliki 20 Posyandu dengan kader kesehatan aktif sebanyak 140, bila dirata-rata tiap Posyandu ada tujuh kader kesehatan aktif, sementara di Desa Hargobinangun memiliki 13 posyandu dengan jumlah kader kesehatan aktif sebanyak 123 bila

dirata-rata ada sembilan kader kesehatan aktif. Posyandu yang baik jumlah kader kesehatan aktif harus lebih dari lima orang.

Upaya untuk meningkatkan kesehatan ibu hamil, ibu nifas, ibu menyusui, bayi, dan balita dilaksanakan dengan mengaktifkan Posyandu. Keberadaan posyandu dari tahun ke tahun terus meningkat. Jumlah posyandu di Puskesmas Pakem melebihi jumlah padusunan yang ada. Jumlah dusun ada 62 sementara jumlah posyandu ada 72. Posyandu adalah salah satu bentuk upaya kesehatan bersumber daya masyarakat (UKBM) yang dikelola dan diselenggarakan dari, oleh, untuk, dan bersama masyarakat dalam penyelenggaraannya. Untuk mendukung keberhasilan program kesehatan, selain kuantitas, juga perlu dianalisis tentang kualitas posyandu. Posyandu dapat digolongkan menjadi 4 tingkatan yaitu pratama, madya, Purnama dan mandiri. Jumlah atau persentase posyandu mandiri menunjukkan optimalnya kinerja posyandu. Secara lengkap tingkatan perkembangan posyandu di wilayah Puskesmas Pakem dapat dilihat pada tabel 4.11.

Tabel 4.11. Hasil penilaian kemandirian Posyandu di Puskesmas Pakem tahun 2015

Desa	Pratama		Madya		Purnama		Mandiri		Jumlah	
	Ang- ka	%	Ang- ka	%	Ang- ka	%	Ang- ka	%	Ang- ka	%
Purwo- binangun	-	-	4	20	5	25	11	55	20	100
Candi- binangun	-	-	4	30.77	2	15.38	7	53.85	13	100
Harjo- binangun	-	-	8	57.14	-	-	6	42.86	14	100
Pakem- binangun	-	-	5	41.67	1	18.33	6	50	12	100
Hargo- binangun	-	-	4	30.77	2	15.38	7	53.85	13	100
Kecamatan	-	-	25	34.73	10	13.89	37	51.38	72	100

Sumber: Puskesmas Pakem (2016)

Berdasarkan Tabel 4.11, dapat dijelaskan bahwa di Kecamatan Pakem tidak terdapat Posyandu dengan strata pratama, sedangkan Posyandu Mandiri paling banyak berada pada Desa Purwobinangun, yaitu sebesar 55%, disusul Desa Hargobinangun dan Candibinangun 53,85%. Banyaknya Posyandu dengan strata



mandiri menunjukkan bahwa Posyandu tersebut sudah melakukan kegiatan secara rutin, cakupan lima program utama (KIA, KB, gizi, imunisasi, penanggulangan diare) sudah baik, melaksanakan program tambahan dan menghimpun dana sehat, telah menjangkau lebih dari 50% kepala keluarga. Sementara, Posyandu strata madya paling banyak berada di Desa Harjobinangun yaitu sebesar 57,14%. Posyandu strata madya artinya Posyandu sudah melaksanakan kegiatan lebih dari delapan kali pertahun, dengan rata-rata jumlah kader kesehatan tugas lima orang atau lebih. Akan tetapi, cakupan program utamanya (KB, KIA, Gizi dan Imunisasi) masih rendah, yaitu kurang dari 50%. Hal ini berarti bahwa kelestarian kegiatan posyandu sudah baik tetapi masih rendah cakupannya. Desa Harjobinangun tidak memiliki Posyandu dengan strata purnama yaitu posyandu yang frekuensinya lebih dari delapan kali per tahun, rata-rata jumlah kader kesehatan tugas lima orang atau lebih, dan cakupan lima program utamanya (KB, KIA, Gizi dan imunisasi) lebih dari 50%, sudah ada program tambahan, bahkan mungkin sudah ada dana sehat yang masih sederhana.

Upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat (UKBM) sejak lama dikembangkan di Indonesia, sehingga Puskesmas Pakem juga telah melaksanakan pembinaan terhadap berbagai UKBM, dalam kegiatannya UKBM ini melibatkan peran serta masyarakat, terutama peran kader kesehatan, sesuai dengan jenis UKBMnya. Dengan berkembangnya berbagai jenis UKBM maka para kader kesehatan diharapkan lebih inovatif lagi dalam kegiatan promotif bidang kesehatan dan pemberdayaan masyarakat. Berbagai UKBM yang berkembang di wilayah Puskesmas Pakem dapat dilihat pada Tabel 4.12.

Tabel 4.12. Upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat (UKBM) dan peran serta masyarakat (PSM) di wilayah Puskesmas Pakem

No	Jenis UKBM	Jumlah yang ada		Jumlah yang aktif	
		Angka	%	Angka	%
1	Posyandu balita	72	100	72	100
2	Posyandu usila	72	100	16	22.22
3	Poskesdes	5	100	5	100
4	Posbindu	2	100	2	100
5	Toga	5	100	5	100
6	UKGMD	72	100	10	13.89
7	Saka Bakti Husada	1	100	1	100
8	Kelompok Pendukung Ibu	72	100	19	26.39
9	Dana Sehat	72	100	27	37.5

Sumber: Puskesmas Pakem (2016)

Berdasar Tabel 4.12, di wilayah Puskesmas Pakem telah tumbuh berbagai UKBM, meskipun belum semua Posyandu aktif melakukan kegiatan, posyandu usia lanjut (usila) yang aktif baru 22,22%, Upaya Kesehatan Gigi Masyarakat Desa (UKGMD) 13,89%, Kelompok Pendukung Ibu 26,39% dan dana sehat 37,5%.

### c. Profil wilayah Puskesmas Depok II

Puskesmas Depok II merupakan satu dari tiga Puskesmas yang berada di wilayah Kecamatan Depok. Puskesmas Depok II beralamat di Jl. Lely III Perumnas Condong Catur, Desa Condong Catur, Kecamatan Depok, Kabupaten Sleman, Daerah Istimewa Yogyakarta. Puskesmas Depok II berada sekitar 7 km dari Pusat kota Yogyakarta. Wilayah kerja Puskesmas Depok II hanya membawahi satu desa, yaitu Desa Condong Catur. Jumlah penduduk di Desa Condong Catur sebanyak 43.123 jiwa (laki-laki 22.688 jiwa, perempuan 20.435 jiwa). Awalnya pada tahun 1946, wilayah Desa Condong Catur merupakan wilayah dari empat kelurahan, masing-masing adalah: Kelurahan Manukan, Kelurahan Gejayan, Kelurahan Gorongan, Kelurahan Kentungan. Kelurahan-kelurahan tersebut saat ini disatukan menjadi Desa Condong Catur, yang memiliki 204 RT dan 64 RW, dengan luas wilayah 950 Ha.

Batas wilayah Desa Condong Catur: sebelah Utara dibatasi Desa Minomartani, Kecamatan Ngaglik, sebelah timur dibatasi oleh Desa Maguwoharjo, Kecamatan Depok, sebelah selatan dibatasi oleh Desa Catur Tunggal Kecamatan Depok dan sebelah barat dibatasi oleh Desa Sinduadi Kecamatan Mlati.

1) Gambaran Situasi kesehatan di wilayah Puskesmas Depok II

Tidak berbeda dengan di Puskesmas Pakem, meskipun wilayah Puskesmas Depok II merupakan wilayah yang mendekati daerah perkotaan, program kesehatan yang dilaksanakan oleh Puskesmas Depok II juga sama dengan program kesehatan di Puskesmas Pakem. Terkait dengan pelaksanaan program deteksi dini faktor risiko kehamilan dan penanganan komplikasi hasil cakupannya dapat dilihat pada tabel 4.13.

Tabel 4.13. Cakupan Deteksi Dini Faktor Risiko Kehamilan Oleh Masyarakat, Penanganan Komplikasi Obstetri dan Rujukan Kasus Risiko Tinggi Ibu Hamil di Puskesmas Depok II tahun 2017

No	Kriteria	Angka	%	Keterangan
1	Sasaran ibu hamil	525	100	angka proyeksi
2	Sasaran ibu hamil dengan faktor risiko/risiko tinggi	105	20	angka proyeksi
3	Cakupan deteksi dini faktor risiko kehamilan oleh masyarakat	100	95,24	angka riil
4	Penanganan komplikasi obstetri	41	39,05	angka riil
5	Rujukan kasus maternal	41	41	angka riil

Sumber: Profil Dinkes Sleman (2018)

Berdasarkan Tabel 4.13, perlu dijelaskan bahwa untuk sasaran ibu hamil dalam satu tahun dapat diperoleh melalui proyeksi, dihitung berdasarkan perkiraan jumlah ibu hamil dengan menggunakan rumus:  $1,10 \times \text{angka kelahiran kasar (CBR) kabupaten} \times \text{jumlah penduduk}$ . Untuk sasaran ibu hamil dengan faktor risiko/risiko tinggi diperkirakan sebesar 20% dari sasaran ibu hamil. Cakupan deteksi dini faktor risiko kehamilan oleh masyarakat mencapai 95,24% merupakan angka riil, artinya jumlah ibu hamil yang sebenarnya lebih dari sasaran proyeksi.

Sejalan dengan Puskesmas Pakem, Puskesmas Depok II sebagai salah satu unit pelaksanaan teknik dinas, telah melakukan berbagai program kesehatan ibu.

Adapun cakupan berbagai indikator pelayanan kesehatan ibu dapat dilihat pada Tabel 4.14.

Tabel 4.14. Cakupan K1, K4, Ibu hamil dengan fe3 dan persalinan oleh tenaga kesehatan di Puskesmas Depok II tahun 2017

No	Cakupan Kegiatan	Angka	Presentase (%)
1	Kunjungan Ibu Hamil (K1)	525	100
2	Kunjungan Ibu hamil (K4)	506	96,38
3	Ibu hamil mendapat 90 tablet tambah darah (fe3)	506	96,38
4	Persalinan tenaga kesehatan	412	100

Sumber: Dinkes Sleman (2018)

Berdasarkan Tabel 4.14, cakupan program kesehatan ibu hamil yang mencapai standar minimal 4 kali selama kehamilan (K4) sebesar 96,38%, dan semua ibu bersalin ditolong oleh tenaga kesehatan.

Keberhasilan pembangunan pada suatu daerah ditentukan oleh angka kematian ibu, oleh karena itu Puskesmas Depok II telah melakukan upaya untuk mencegah terjadinya kematian ibu. Selain itu juga diikuti upaya mencegah kematian neonatus dan bayi baru lahir. Situasi kematian ibu di wilayah Puskesmas Depok II dapat dilihat pada Tabel 4.15.

Tabel 4.15. Jumlah Kematian ibu dan bayi di wilayah Puskesmas Depok II Periode tahun 2012 – 2015

Jenis kematian	2012	2013	2014	2015
Jumlah kematian <i>neonatus</i> (<28 hari)	3	5	1	3
Jumlah kematian bayi lahir BB > 2500 gram	1	4	4	0
Jumlah bayi lahir mati	0	0	0	1
Jumlah kematian Ibu	1	0	0	0

Sumber: Puskesmas Depok II (2016)

Berdasar Tabel 4.15, di wilayah Puskesmas Depok II, terdapat penurunan jumlah kematian *neonatus* sejak tahun 2011 hingga hanya satu kematian neonatus pada tahun 2014. Sementara, untuk kematian ibu pernah terjadi satu kasus pada tahun 2012.

Puskesmas Depok II hanya terdiri dari satu desa yaitu Desa Condong Catur, namun jumlah penduduk di Desa Contong Catur hampir sama dengan jumlah

penduduk di satu kecamatan. Keberhasilan upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat tidak terlepas dari peran dan keaktifan kader kesehatan. Jumlah kader dan kader aktif di wilayah Puskesmas Depok II dapat dilihat pada Tabel 4.16.

Tabel 4.16. Jumlah Kader Kesehatan di Puskesmas Depok II periode tahun 2012 sampai dengan 2015

No	Kader Kesehatan	2012	2013	2014	2015
1	Jumlah kader kesehatan	423	423	260	338
2	Jumlah kader kesehatan aktif	423	423	195	310

Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman (2016)

Berdasarkan Tabel 4.16, jumlah kader kesehatan di wilayah Puskesmas Depok II mengalami penurunan pada tahun 2014 dan meningkat kembali pada tahun 2015.

## 2) Pembinaan kader kesehatan posyandu

Pembinaan kader kesehatan Posyandu dilaksanakan di luar maupun di dalam jam kerja. Pada jam kerja dilakukan di Posyandu masing-masing bersamaan dengan kegiatan Puskesmas Keliling oleh tim pembina Posyandu Kecamatan, di luar jam kerja dilakukan oleh bidan penanggung jawab wilayah. Pembinaan juga dilakukan saat kader kesehatan diundang di tingkat desa atau di Puskesmas. Materi pembinaan meliputi materi KIA, gizi, dan lain sebagainya.

## 3) Pelatihan kader kesehatan

### a) Pelatihan motivator kelompok pendukung ibu (KP Ibu)

Kader kesehatan dilatih menjadi motivator pada ibu hamil, ibu menyusui dalam pemberian ASI eksklusif pada bayi umur nol sampai enam bulan dan dilanjutkan sampai usia dua tahun. Motivasi diharapkan juga diberikan pada keluarga ibu hamil dan ibu menyusui, yaitu pada suami, nenek serta pada tokoh masyarakat. Materi pelatihan meliputi: cara menyusui yang benar dan keterampilan memberikan konseling menyusui.

### b) Pelatihan motivator pemberian makan pada bayi dan anak

Pelatihan bertujuan untuk mencegah balita dengan gizi buruk, gizi kurang dan *stunting*. Kader kesehatan yang dilatih diharapkan mampu memberikan pendidikan kesehatan tentang pemberian makan pada bayi dan balita.



c) Pelatihan sistem deteksi intervensi dini tumbuh kembang (SDIDTK)

Kader kesehatan yang dilatih diharapkan mampu melakukan penapisan terhadap penyimpangan tumbuh kembang pada bayi dan balita serta mampu melakukan rujukan bila menemukan penyimpangan pertumbuhan dan perkembangan pada anak balita.

4) **Karakteristik subjek penelitian**

Guna memberikan gambaran tentang keragaman karakteristik subyek penelitian dan untuk mendukung analisis hasil penelitian dalam upaya memecahkan masalah kesehatan berdasarkan temuan penelitian, maka perlu diketahui karakteristik dari subyek penelitian. Adapun karakteristik subyek penelitian pada penelitian ini dikelompokkan berdasarkan pendidikan dan pekerjaan.

Tabel 4.17. Karakteristik subjek penelitian

No	Karakteristik	Kriteria	n	Persentase (%)
1	Pendidikan	SD	13	4.83
		SMP	53	19.70
		SMA	156	58.00
		SMK	10	3.72
		D1	2	0.74
		D3	11	4.09
		S1	24	8.92
		Jumlah	269	100
2	Pekerjaan	Ibu rumah tangga	199	73.98
		Pegawai negeri	1	0.37
		Pegawai swasta	28	10.41
		Wiraswasta	35	13.01
		Buruh	6	2.23
		Jumlah	269	100

Berdasarkan Tabel 4.17, diketahui bahwa pendidikan kader kesehatan paling banyak SMA (58%) dan sebagian besar bekerja sebagai ibu rumah tangga (73.98%).

## 5) Hasil Analisis

### a. Analisis univariat

Tabel analisis berikut ini menunjukkan hasil statistik deskriptif data kategorikal yang terdiri dari usia, sikap, pengalaman, motivasi, kompensasi, beban kerja, pendidikan dan pelatihan, supervisi, persepsi keseriusan, persepsi manfaat, kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan serta kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan.

Tabel 4.18. Distribusi frekuensi responden menurut variabel penelitian.

Variabel	Kriteria	Jumlah	Persentase (%)
Usia	19 - 31	16	5,95
	32 - 44	115	42,75
	45 - 57	103	38,29
	58 - 70	35	13,01
Sikap	Baik	78	29,00
	Cukup baik	184	68,40
	Kurang baik	7	2,60
	Tidak baik	0	0,00
Pengalaman	1 - 11 tahun	181	67,29
	12 - 22 tahun	65	24,16
	23 - 33 tahun	17	6,32
	34 - 42 tahun	6	2,23
Motivasi	Tinggi	43	16,00
	Cukup	223	82,90
	Kurang	3	1,10
	Rendah	0	0,00
Kompensasi	Baik	0	0,00
	Cukup baik	5	1,90
	Kurang baik	57	21,19
	Tidak baik	207	76,95
Beban kerja	Ringan	0	0,00
	Cukup	163	60,60
	Agak berat	106	39,40
	Berat	0	0,00
Pendidikan dan pelatihan	Baik	9	3,35
	Cukup baik	53	19,70
	Kurang baik	120	44,61
	Tidak baik	87	32,34
Supervisi	Baik	0	0,00
	Cukup baik	27	10,00
	Kurang baik	107	39,80
	Tidak baik	135	50,20
	Baik	32	11,90

Variabel	Kriteria	Jumlah	Persentase (%)
Persepsi keseriusan	Cukup baik	153	56.90
	Kurang baik	79	29.30
	Tidak baik	5	1.90
Persepsi manfaat	Baik	90	33.40
	Cukup baik	160	59.50
	Kurang baik	19	7.10
	Tidak baik	0	0.00

Berdasarkan Tabel 4.18, diketahui bahwa usia kader kesehatan paling banyak berumur 32 - 44 tahun (42,75%), diikuti dengan kader kesehatan yang berusia 45 - 57 tahun sebesar 38,29%, usia 19 - 31 tahun (13,01%) dan usia 58 - 70 tahun (5,59%).

Variabel sikap diperoleh hasil bahwa kriteria cukup baik merupakan kriteria tertinggi sebesar 68,40%, diikuti dengan sikap baik sebesar 29%, hanya sedikit kader kesehatan dengan sikap kurang baik yaitu sebesar 2,60%.

Variabel pengalaman diperoleh hasil bahwa mayoritas kader kesehatan memiliki pengalaman selama 1 - 11 tahun (67,29%), dan paling sedikit yang memiliki pengalaman 34 - 42 tahun (2,23%).

Variabel motivasi diperoleh hasil bahwa kriteria cukup baik merupakan kriteria tertinggi sebesar 82,90% dan kriteria terendah adalah kriteria kurang baik sebesar 1,10%.

Variabel kompensasi diperoleh hasil penelitian bahwa kriteria tidak baik merupakan kriteria tertinggi sebesar 76,95% dan kriteria terendah adalah kriteria cukup baik sebesar 1,90%.

Variabel beban kerja diperoleh hasil bahwa kriteria cukup merupakan kriteria tertinggi sebesar 60,60% namun yang menganggap beban kerja agak berat juga cukup besar, yaitu 39,40%.

Variabel pendidikan dan pelatihan diperoleh hasil bahwa kriteria kurang baik merupakan kriteria tertinggi sebesar 44,61%, disusul kriteria tidak baik 32,34%, hanya 19,70% dengan kriteria cukup baik dan sedikit kriteria baik, yaitu 3,35%.

Variabel supervisi diperoleh hasil bahwa kriteria tidak baik merupakan kriteria tertinggi dengan sebesar 50,20%, disusul dengan kriteria kurang baik sebesar 39,80% dan kriteria terendah adalah kriteria cukup baik sebesar 10,00%.

Variabel persepsi tentang keseriusan diperoleh hasil bahwa kriteria cukup baik merupakan kriteria tertinggi sebesar 56,90% dan kriteria terendah adalah kriteria tidak baik sebesar 1,90%.

Variabel persepsi tentang manfaat diperoleh hasil bahwa kriteria cukup baik merupakan kriteria tertinggi sebesar 59,50% dan kriteria terendah adalah kriteria kurang baik sebesar 7,10%.

Tabel 4.19 Distribusi frekuensi variabel kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini dan pengelolaan faktor risiko kehamilan

Variabel	Kriteria	Jumlah	Persentase (%)
Kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan	Baik	25	9.29
	Cukup Baik	160	59.48
	Kurang Baik	72	26.77
	Tidak Baik	12	4.46
Kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan	Baik	8	3.00
	Cukup Baik	70	26.00
	Kurang Baik	128	47.60
	Tidak Baik	63	23.40

Berdasarkan Tabel 4.19, pada variabel kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan menggambarkan bahwa 59,48% kader kesehatan mampu melakukan deteksi dini faktor risiko kehamilan dengan cukup baik. Hasil penelitian juga menggambarkan bahwa 26,77% memiliki kemampuan deteksi dini faktor risiko kehamilan kurang baik, 4,46% tidak baik.

Sementara, pada variabel kemampuan pengelolaan faktor risiko kehamilan menggambarkan bahwa 47,60% kader kesehatan memiliki kemampuan pengelolaan faktor risiko kehamilan yang kurang baik dan 23,40% tidak baik.

## b. Analisis Bivariat

Untuk mengetahui ada tidaknya pengaruh dari variabel eksogen terhadap variabel endogen, telah dilakukan analisis bivariat menggunakan analisis jalur. Adapun hasil analisis bivariat selengkapnya dapat dilihat pada Tabel 4.20, 4.21, 4.22 dan 4.23.

Tabel 4.20 Analisis bivariat faktor-faktor yang memengaruhi kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan

Variabel eksogen	r	P
Sikap	0.23	<0.001
Pengalaman	0.17	<0.001
Motivasi	0.20	<0.001
Kompensasi	0.16	<0.001
Beban Kerja	0.12	0.005
Pendidikan dan Pelatihan	0.24	<0.001
Supervisi	0.25	<0.001
Persepsi manfaat	0.21	<0.001
Persepsi Keseriusan	0.20	<0.001

Tabel 4.20 menunjukkan bahwa:

- 1) Semakin tinggi skor sikap, semakin tinggi kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan.
- 2) Semakin tinggi skor pengalaman, semakin tinggi kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan.
- 3) Semakin tinggi skor motivasi, semakin tinggi kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan.
- 4) Semakin tinggi skor kompensasi, semakin tinggi kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan.
- 5) Semakin tinggi skor beban kerja, semakin tinggi kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan.
- 6) Semakin tinggi skor pendidikan dan pelatihan, semakin tinggi kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan.
- 7) Semakin tinggi skor supervisi, semakin tinggi kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan.
- 8) Semakin tinggi skor persepsi manfaat, semakin tinggi kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan.
- 9) Semakin tinggi skor persepsi keseriusan semakin tinggi kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan.



Tabel 4.21 Analisis bivariat faktor-faktor yang memengaruhi kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan

Variabel eksogen	r	P
Sikap	0.23	<0.001
Pengalaman	0.09	0.079
Motivasi	0.12	0.014
Kompensasi	0.16	0.001
Supervisi	0.13	0.008
Deteksi dini	0.31	<0,001

Tabel 4.21 menunjukkan bahwa:

- 1) Semakin tinggi skor sikap, semakin tinggi kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan.
- 2) Semakin tinggi skor pengalaman, semakin tinggi kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan.
- 3) Semakin tinggi skor motivasi, semakin tinggi kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan.
- 4) Semakin tinggi skor kompensasi, semakin tinggi kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan.
- 5) Semakin tinggi skor supervisi, semakin tinggi kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan.
- 6) Semakin tinggi skor kemampuan deteksi dini faktor risiko kehamilan semakin tinggi kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan.

Tabel 4.22 Analisis bivariat pengaruh usia terhadap pengalaman dan supervisi

Variabel eksogen	Variabel endogen	r	P
Usia	Pengalaman	0.56	<0.001
Usia	Supervisi	0.13	<0.005

Tabel 4.22 menunjukkan bahwa:

- 1) Semakin tua usia kader kesehatan semakin tinggi pengalaman kader kesehatan kesehatan.
- 2) Semakin tua usia kader kesehatan semakin baik supervisi yang diterima oleh kader kesehatan kesehatan.

Tabel 4.23 Analisis bivariat pengaruh motivasi dan pengalaman terhadap kompensasi

Variabel eksogen	r	P
Motivasi	0.11	0.047
Pengalaman	0.24	<0.001

Tabel 4.23 menunjukkan bahwa:

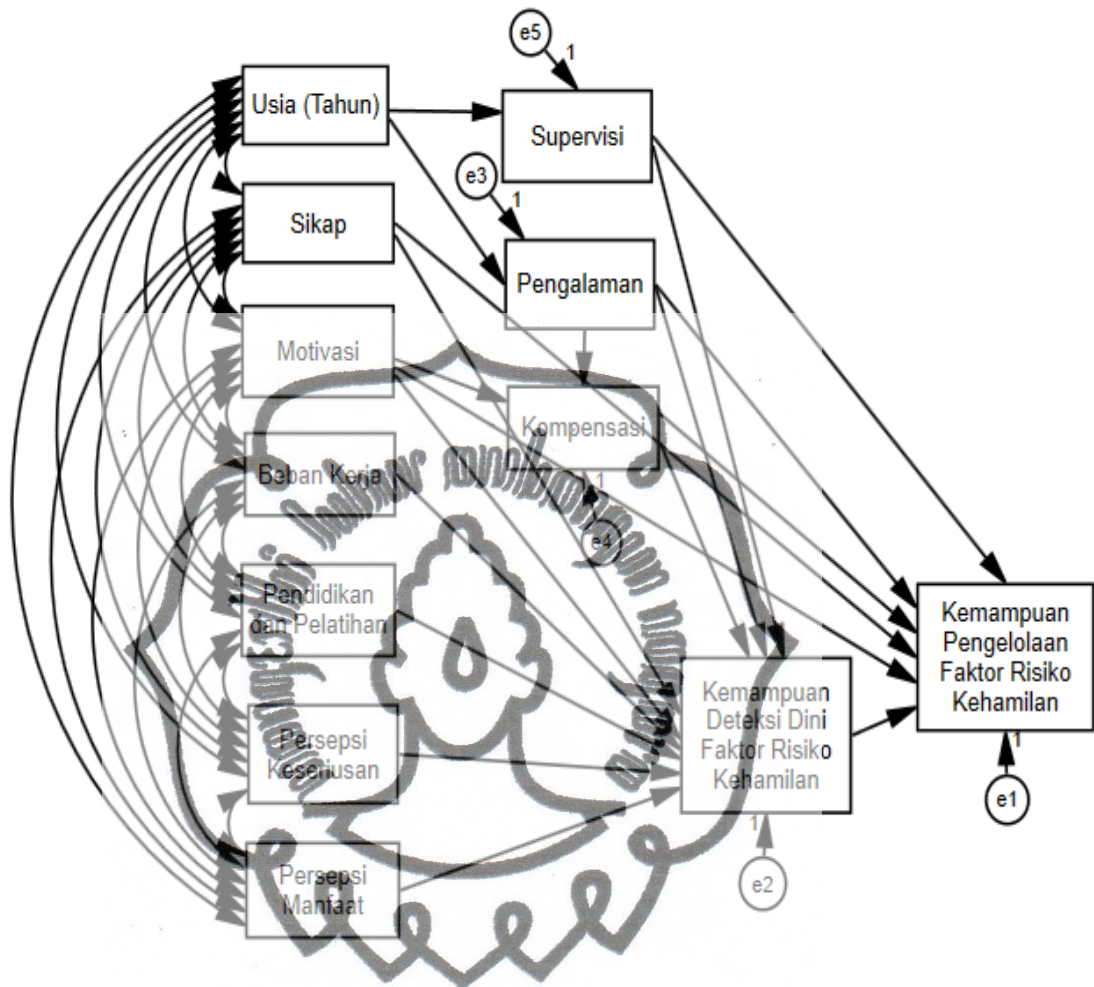
- 1) Semakin tinggi skor motivasi semakin tinggi harapan terhadap kompensasi.
- 2) Semakin tinggi skor pengalaman semakin tinggi harapan terhadap kompensasi.

### c. Hasil analisis jalur (*path analysis*)

Analisis jalur (*path analysis*) dilakukan dengan IBM SPSS AMOS 20 dan memperoleh hasil sebagai berikut:

#### a. Spesifikasi model

Spesifikasi model merupakan langkah awal dalam analisis IBM SPSS AMOS 20 untuk menggambarkan hubungan antar variabel yang akan diteliti. Penelitian ini memiliki 12 variabel terukur yaitu usia, sikap, pengalaman, motivasi, kompensasi, beban kerja, pendidikan dan pelatihan, persepsi keseriusan, persepsi manfaat, kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan, serta variabel kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan.



Gambar 4.2 Model struktural

#### b. Identifikasi model

Tahap kedua adalah melakukan identifikasi model gunanya untuk mengetahui model yang dibangun dengan data empiris yang dikumpulkan memiliki nilai yang unik atau tidak sehingga model tersebut dapat diestimasi. Pada tahap ini dilakukan identifikasi jumlah variabel terukur, jumlah variabel endogen, variabel eksogen, dan parameter yang akan di estimasi. Pada tahap ini dihitung *degree of freedom* (df) yang menunjukkan analisis jalur dapat dilakukan atau tidak, yang hasilnya adalah sebagai berikut:

- 1) Jumlah variabel terukur: 12
- 2) Jumlah Variabel endogen: 5
- 3) Jumlah variabel eksogen: 7

*commit to user*

4) Jumlah parameter: 52

Rumus *degree of freedom* (df) adalah sebagai berikut:

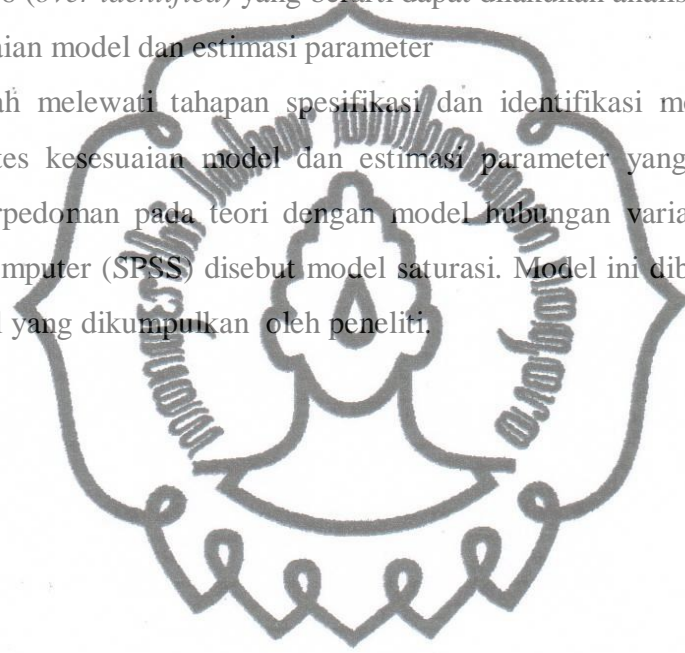
$df = \text{jumlah variabel terukur} \times (\text{jumlah variabel terukur} + 1) / 2 - (\text{variabel endogen} + \text{variabel eksogen} + \text{jumlah parameter})$

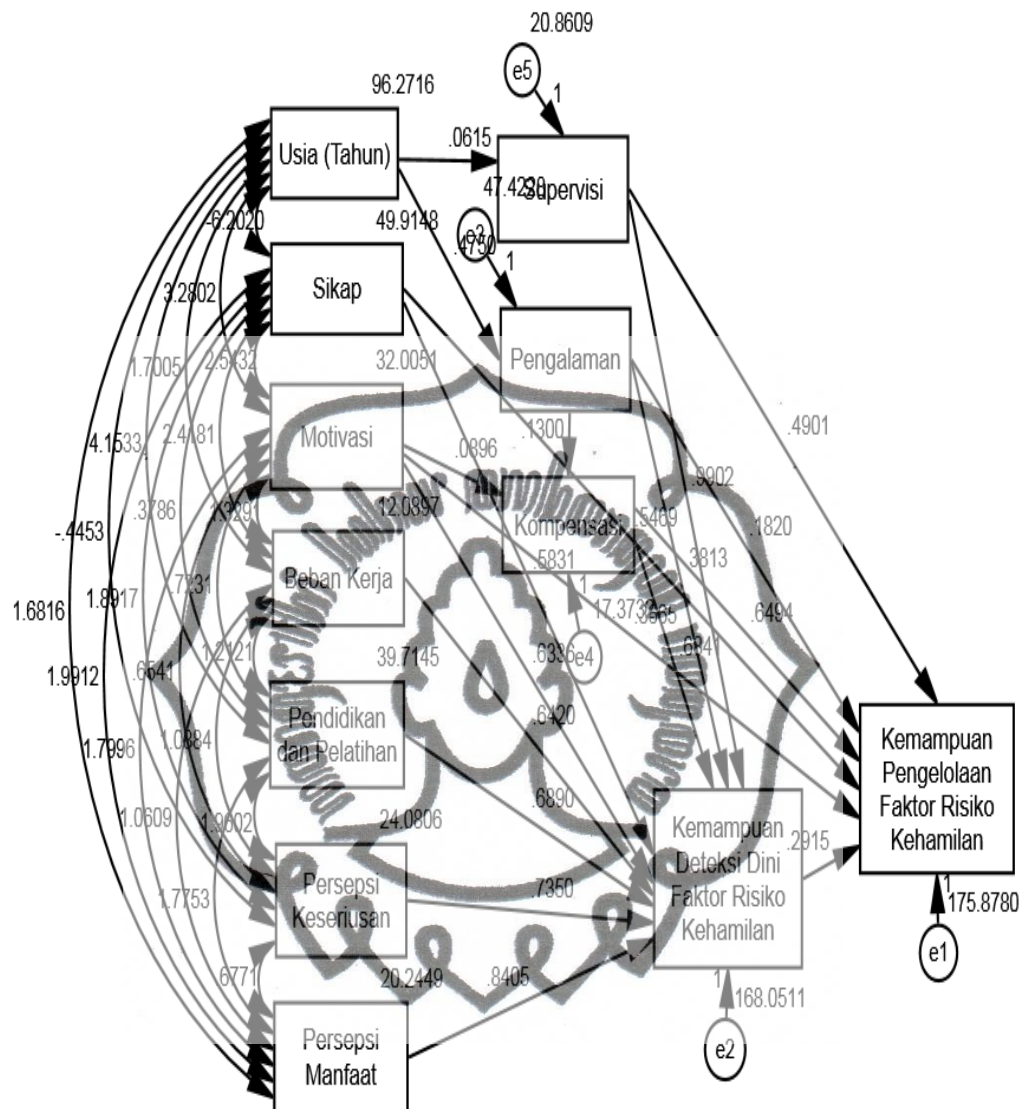
$$df = (12 \times 13) / 2 - 5 + 7 + 40 = 78 - 52 = 26$$

Analisis jalur dapat dilakukan apabila  $df \geq 0$ , pada penelitian ini diperoleh nilai  $df = 26$  (*over identified*) yang berarti dapat dilakukan analisis jalur.

c. Kesesuaian model dan estimasi parameter

Setelah melewati tahapan spesifikasi dan identifikasi model, selanjutnya dilakukan tes kesesuaian model dan estimasi parameter yang ditetapkan oleh peneliti berpedoman pada teori dengan model hubungan variabel yang terbaik menurut komputer (SPSS) disebut model saturasi. Model ini dibuat berlandaskan data sampel yang dikumpulkan oleh peneliti.





Gambar 4.3 Model struktural dengan *unstandardized solution*

Gambar 4.3 menunjukkan model struktural setelah dilakukan estimasi menggunakan *IBM SPSS AMOS 20*. Indikator yang menunjukkan kesesuaian model analisis jalur yang tertulis pada Tabel 4.3 menunjukkan adanya *goodness of fit measure* (pengukuran kecocokan model) bahwa didapatkan *fit index* (indeks kecocokan) CMIN sebesar 1,49 dengan nilai  $p = 0.52 > 0.05$ ,  $GFI = 0.98 \geq 0.90$ ,  $AGFI = 0.93 \geq 0.90$ ,  $NFI = 0.93 \geq 0.90$ ,  $CFI = 0.97 \geq 0.95$ ,  $RMSEA = 0.04 \leq 0.08$ . Hasil pengukuran ini dapat diartikan model empirik tersebut memenuhi kriteria yang ditentukan dan dinyatakan sesuai dengan data empirik.



Tabel 4.24 Hasil analisis jalur (*path analysis*)

Variabel endogen		Variabel eksogen	b	SE	P	B
Pengaruh Langsung						
Deteksi dini	←	Sikap	0.58	0.11	<0.001	0.23
Deteksi dini	←	Pengalaman	0.38	0.09	<0.001	0.17
Deteksi dini	←	Motivasi	0.63	0.14	<0.001	0.20
Deteksi dini	←	Kompensasi	0.68	0.19	<0.001	0.16
Deteksi dini	←	Beban Kerja	0.64	0.23	0.005	0.12
Deteksi dini	←	Pendidikan dan Pelatihan	0.68	0.12	<0.001	0.24
Deteksi dini	←	Supervisi	0.99	0.17	<0.001	0.25
Deteksi dini	←	Persepsi Keseriusan	0.73	0.16	<0.001	0.20
Deteksi dini	←	Persepsi manfaat	0.84	0.18	<0.001	0.21
Pengelolaan	←	Sikap	0.54	0.12	<0.001	0.23
Pengelolaan	←	Pengalaman	0.18	0.10	0.079	0.09
Pengelolaan	←	Motivasi	0.36	0.15	0.014	0.12
Pengelolaan	←	Kompensasi	0.64	0.19	0.001	0.17
Pengelolaan	←	Supervisi	0.49	0.18	0.008	0.13
Pengelolaan	←	Deteksi dini	0.29	0.05	<0.001	0.31
Pengaruh tidak langsung						
Pengalaman	←	Usia	0.47	0.43	<0.001	0.56
Supervisi	←	Usia	0.06	0.28	0.030	0.13
Kompensasi	←	Motivasi	0.09	0.04	0.047	0.11
Kompensasi	←	Pengalaman	0.13	0.03	<0.001	0.24
CMIN	=1.49	p = 0.52 > 0,05				
GFI	= 0.98	≥0.90				
AGFI	= 0,93	≥0.90				
NFI	= 0.93	≥0.90				
CFI	= 0.97	≥ 0.95				
RMSEA	= 0.04	≤ 0.08				

Berdasarkan Tabel 4.24, pengaruh langsung dari variabel independen dan dependen dapat dijelaskan sebagai berikut:

- 1) Setiap peningkatan satu unit sikap akan meningkatkan kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan sebesar 0.58 unit ( $b = 0.58$ ,  $SE = 0.11$ ,  $p = < 0.001$ ).
- 2) Setiap peningkatan satu unit pengalaman akan meningkatkan kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan sebesar 0.38 unit ( $b = 0.38$ ,  $SE = 0.10$ ,  $p = < 0.001$ ).

- 3) Setiap peningkatan satu unit motivasi akan meningkatkan kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan sebesar 0.63 unit ( $b = 0.63$ ,  $SE = 0.14$ ,  $p = < 0.001$ ).
- 4) Setiap peningkatan satu unit kompensasi akan meningkatkan kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan sebesar 0.68 unit ( $b = 0.68$ ,  $SE = 0.19$ ,  $p = < 0.001$ ).
- 5) Setiap peningkatan satu unit beban kerja akan meningkatkan kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan sebesar 0.64 unit ( $b = 0.64$ ,  $SE = 0.23$ ,  $p = 0.005$ ).
- 6) Setiap peningkatan satu unit pendidikan dan pelatihan akan meningkatkan kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan sebesar 0.68 unit ( $b = 0.68$ ,  $SE = 0.13$ ,  $p = < 0.001$ ).
- 7) Setiap peningkatan satu unit supervisi akan meningkatkan kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan sebesar 0.99 unit ( $b = 0.99$ ,  $SE = 0.17$ ,  $p = < 0.001$ ).
- 8) Setiap peningkatan satu unit persepsi keseriusan akan meningkatkan kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan sebesar 0.73 unit ( $b = 0.73$ ,  $SE = 0.16$ ,  $p = < 0.001$ ).
- 9) Setiap peningkatan satu unit persepsi manfaat akan meningkatkan kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan sebesar 0.84 unit ( $b = 0.84$ ,  $SE = 0.18$ ,  $p = < 0.001$ ).
- 10) Setiap peningkatan satu unit sikap akan meningkatkan kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan sebesar 0.54 unit ( $b = 0.54$ ,  $SE = 0.12$ ,  $p = < 0.001$ ).
- 11) Setiap peningkatan satu unit pengalaman akan meningkatkan kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan sebesar 0.18 unit ( $b = 0.18$ ,  $SE = 0.10$ ,  $p = 0.079$ ).
- 12) Setiap peningkatan satu unit motivasi akan meningkatkan kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan sebesar 0.36 unit ( $b = 0.36$ ,  $SE = 0.15$ ,  $p = 0.014$ ).

- 13) Setiap peningkatan satu unit kompensasi akan meningkatkan kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan sebesar 0.64 unit ( $b = 0.64$ ,  $SE = 0.20$ ,  $p = 0.001$ ).
- 14) Setiap peningkatan satu unit supervisi akan meningkatkan kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan sebesar 0.49 unit ( $b = 0.49$ ,  $SE = 0.18$ ,  $p = 0.008$ ).
- 15) Setiap peningkatan satu unit kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini akan meningkatkan kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan sebesar 0.29 unit ( $b = 0.29$ ,  $SE = 0.05$ ,  $p = < 0.001$ ).
- 16) Setiap peningkatan satu unit usia akan meningkatkan pengalaman kader kesehatan sebesar 0.47 unit ( $b = 0.47$ ,  $SE = 0.04$ ,  $p = < 0.001$ ).
- 17) Setiap peningkatan satu unit usia kader kesehatan akan meningkatkan supervisi sebesar 0.06 unit ( $b = 0.06$ ,  $SE = 0.28$ ,  $p = 0.030$ ).
- 18) Setiap peningkatan satu unit motivasi akan meningkatkan kompensasi sebesar 0.09 unit ( $b = 0.09$ ,  $SE = 0.04$ ,  $p = 0.047$ ).
- 19) Setiap peningkatan satu unit pengalaman akan meningkatkan kompensasi sebesar 0.13 unit ( $b = 0.13$ ,  $SE = 0.03$ ,  $p = < 0.0001$ ).

#### d. Respesifikasi model

Model dalam penelitian tidak perlu dilakukan respesifikasi karena output model yang dirancang sudah sesuai dengan ketentuan – ketentuan model yaitu sesuai dengan data sampel yang ditunjukkan oleh model saturasi serta koefisien regresi yang bernilai lebih dari nol.

#### e. Hasil uji hipotesis analisis jalur (*path analysis*)

Berdasarkan Gambar 4. 3, penjelasannya adalah berikut:

- 1) Besar pengaruh sikap terhadap kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan dengan  $b = 0,58$  dan  $p = < 0,001$  ( $< 0,05$ ), artinya terdapat pengaruh positif langsung dan secara statistik signifikan.
- 2) Besarnya pengaruh pengalaman terhadap kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan dengan  $b = 0,38$  dan  $p = < 0.001$  ( $< 0,05$ ), artinya terdapat pengaruh positif langsung dan secara statistik signifikan.

- 3) Besarnya pengaruh motivasi terhadap kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan dengan  $b = 0.63$  dan  $p = < 0.001$  ( $< 0.05$ ), artinya terdapat pengaruh positif langsung dan secara statistik signifikan.
- 4) Besarnya pengaruh kompensasi terhadap kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan dengan  $b = 0.68$  dan  $p = < 0.001$  ( $< 0.05$ ), artinya terdapat pengaruh positif langsung dan secara statistik signifikan.
- 5) Besarnya pengaruh beban kerja terhadap kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan dengan  $b = 0.64$  dan  $p = 0.005$  ( $< 0.05$ ), artinya terdapat pengaruh positif langsung dan secara statistik signifikan.
- 6) Besarnya pengaruh pendidikan dan pelatihan terhadap kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan dengan  $b = 0.68$  dan  $p = < 0.001$  ( $< 0.05$ ), artinya terdapat pengaruh positif langsung dan secara statistik signifikan.
- 7) Besarnya pengaruh supervisi terhadap kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan dengan  $b = 0.99$  dan  $p = < 0.001$  ( $< 0.05$ ), artinya terdapat pengaruh positif langsung dan secara statistik signifikan.
- 8) Besarnya pengaruh persepsi keseriusan terhadap kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan dengan  $b = 0.73$  dan  $p = < 0.001$  ( $< 0.05$ ), artinya terdapat pengaruh positif langsung dan secara statistik signifikan.
- 9) Besarnya pengaruh persepsi manfaat terhadap kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan dengan  $b = 0.84$  dan  $p = < 0.001$  ( $< 0.05$ ) artinya terdapat pengaruh positif langsung dan secara statistik signifikan.
- 10) Besar pengaruh sikap terhadap kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan dengan  $b = 0.54$  dan  $p = < 0.001$  ( $< 0.05$ ), artinya terdapat pengaruh positif langsung dan secara statistik signifikan.
- 11) Besarnya pengaruh pengalaman terhadap kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan dengan  $b = 0.18$  dan  $p = 0.079$  ( $< 0.05$ ), artinya terdapat pengaruh positif langsung dan secara statistik signifikan.

- 12) Besarnya pengaruh motivasi terhadap kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan dengan  $b = 0,36$  dan  $p = 0.014 (< 0,05)$ , artinya terdapat pengaruh positif langsung dan secara statistik signifikan.
- 13) Besarnya pengaruh kompensasi terhadap kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan dengan  $b = 0,64$  dan  $p = 0.001 (< 0,05)$ , artinya terdapat pengaruh positif langsung dan secara statistik signifikan.
- 14) Besarnya pengaruh supervisi terhadap kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan dengan  $b = 0,49$  dan  $p = 0.008 (< 0,05)$ , artinya terdapat pengaruh positif langsung dan secara statistik signifikan.
- 15) Besar pengaruh kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan terhadap kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan dengan  $b = 0,29$  dan  $p = < 0,001 (< 0,05)$ , artinya terdapat pengaruh positif langsung dan secara statistik signifikan.
- 16) Besarnya pengaruh usia terhadap pengalaman dengan  $b = 0.47$ ,  $p = < 0.001 (< 0,05)$ , artinya terdapat pengaruh positif langsung dan secara statistik signifikan.
- 17) Besarnya pengaruh usia terhadap supervisi dengan  $b = 0.06$ ,  $p = 0.030 (< 0,05)$ , artinya terdapat pengaruh positif langsung dan secara statistik signifikan
- 18) Besarnya pengaruh motivasi terhadap kompensasi dengan  $b = 0.09$ ,  $p = 0.047 (< 0,05)$ , artinya terdapat pengaruh positif langsung dan secara statistik signifikan
- 19) Besarnya pengaruh pengalaman terhadap kompensasi dengan  $b = 0.13$ ,  $p = < 0.0001 (< 0,05)$ , artinya terdapat pengaruh positif langsung dan secara statistik signifikan

#### **d. Informasi kualitatif dari informan**

Selain mendapatkan data kuantitatif seperti tersebut di atas, penelitian ini juga mengupayakan data kualitatif yang diperoleh dengan cara melakukan wawancara mendalam (*in depth-interview*) pada informan terpilih. Informasi kualitatif digunakan untuk menguatkan/mendukung hasil penelitian kuantitatif. Informan terpilih pada penelitian ini adalah ketua kader kesehatan, pengurus PKK



desa, bidan desa, dan bidan Puskesmas. Berdasarkan analisis kuantitatif, didapat materi atau topik yang membutuhkan informasi lebih lanjut, yaitu:

### 1) Usia

Kader kesehatan yang lebih tua, terlebih yang berusia di atas 50 tahun berupaya mengajak ibu-ibu muda agar terlibat dalam kegiatan kader kesehatan sebagai generasi penerus dan untuk mengganti kader kesehatan yang sudah tidak aktif, serta untuk menambah jumlah kader kesehatan kesehatan. Berikut pernyataan kader kesehatan terkait dengan usia.

*“Saya ini sudah sering mengajak ibu-ibu yang masih muda agar mau membantu kegiatan posyandu, yang tua-tua ini biar istirahat, diganti dengan yang muda, kalau kadernya banyak kan bisa gantian, lagi pula ibu-ibu yang masih muda kan lebih pintar”. (k2 & k6)*

### 2) Sikap

Pada prinsipnya, kader kesehatan senang terlibat dalam kegiatan upaya peningkatan kesehatan, kader kesehatan memiliki rasa tanggung jawab terhadap kegiatan Posyandu dan kondisi kesehatan warga di wilayahnya, kader kesehatan sangat antusias bila ada program yang dibebankan padanya. Kader kesehatan berupaya meluangkan waktu untuk melaksanakan kegiatan rutin yaitu melaksanakan Posyandu. Berikut pernyataan kader kesehatan terkait dengan sikap terhadap kesehatan ibu hamil.

*“Ya gimana lagi karena sejak awal sudah sanggup jadi kader, ya selalu berusaha melakukan kegiatan rutin di Posyandu, saya juga siap kalau dimintai data-data tentang jumlah balita, jumlah ibu hamil dan jumlah ibu yang melahirkan” (k1,k3 & k6).*

Sejalan dengan pernyataan kader kesehatan berikut pernyataan bidan Desa:

*“Saya salut dengan ibu-ibu kader, secara rutin, sesibuk apapun tetap melakukan penimbangan balita, buat PMT secara bergiliran, bersama dengan ibu kadus (kepala dusun) ikhlas nombok juga. Kalau dimintai data-data yang dibutuhkan Puskesmas cepet merespon, memang sih beberapa juga ada yang lambat” (b1)*

### 3) Pengalaman

Kader kesehatan yang memiliki pengalaman lebih banyak, dalam hal ini mereka yang sudah bertahun-tahun menjadi kader kesehatan, mengatakan sudah

sangat hafal dengan kegiatan rutin kader kesehatan. Selain itu, kader kesehatan juga hafal dengan data sasaran kegiatan Posyandu. Berikut pernyataan kader kesehatan terkait dengan pengalaman.

*“Saya jadi kader sudah lebih 20 tahun, sudah tahu kegiatan rutinnya, saya hafal jumlah balita, maupun jumlah ibu hamil, nama-namanya, dan RT mana dia tinggal”. (k1 & k 11)*

#### 4) Motivasi

Tugas kader kesehatan kadang kala melelahkan, namun kadang kala juga menyenangkan, menjadi kader kesehatan sangat menyenangkan karena merupakan tugas mulia, menambah pengalaman dan wawasan dalam bidang kesehatan, dapat berbagi pengalaman dengan masyarakat, menjadi lebih dekat dengan tokoh masyarakat lainnya, serta lebih dikenal oleh para *stakeholder*. Bahkan beberapa mengatakan bahwa menjadi kader kesehatan untuk mencari kartu menuju surga, karena tugas kader kesehatan merupakan tugas sosial. Berikut pernyataan kader kesehatan terkait dengan motivasi:

*“Kalau tidak senang ya tidak mau jadi kader, capek sih kalau pas bersamaan ada kegiatan lain, misal sedang ada tetangga yang punya hajatan atau kalau pas ada tugas yang bersamaan dari Puskesmas dan dari petugas KB, namun jadi kader itu senang, kenalannya banyak, ada kesempatan kenal dengan perangkat Desa, kenal ibu-ibu PKK Desa, kenal petugas Puskesmas dan dapat ilmu, dari dulu tidak pernah dibayar, tapi untuk mendapat kartu menuju surga” (k1 & k 12)*

Penyataan ini didukung oleh pernyataan Ketua TP PKK Desa sebagai berikut:

*“Menjadi kader memiliki nilai lebih, lebih di uwongke (lebih dihormati), kader sering diundang ke Desa, meskipun nggak ada uang transport, tapi senang banyak kenal dengan pamong desa, dengan kader-kader dari dusun lain, ada arisan juga. Namun yang dapat kesempatan ini umumnya hanya ketua kader atau yang mewakili, TP PKK Desa tidak mungkin mengundang semua kader hanya perwakilan saja, tiap dusun hanya diwakili satu atau dua orang kader” (p1).*

Terkait dengan motivasi kader kesehatan, berikut pernyataan bidan Puskesmas:

*“Kader kesehatan tidak pernah mendapat imbalan uang, untuk memotivasi kader kesehatan, ya kita harus menjalin keakraban dengan kader, kader diangap*

*sebagai sahabat, teman baik, hubungan kita sudah seperti saudara, kalau ada kader yang punya kerja, berusaha datang, ada yang kesusahan misal kesripahan (ada keluarga kader yang meninggal dunia) kita datang melayat. Sesekali kader diajak piknik, meskipun dengan cara menabung, pengalaman yang lalu, kader banyak yang antusias” (b1, b3, b4)*

#### 5) Kompensasi

Bukan kompensasi tujuan utama menjadi kader kesehatan kesehatan, namun kader kesehatan juga senang dan berharap ada kompensasi baik dari desa, Puskesmas, atau swasta, karena dalam menjalankan tugasnya memerlukan dana dan sarana, misal pergi rapat ke Poskesdes atau ke desa. Ada salah satu ibu kepala dusun yang memberikan uang transport kepada kader kesehatan yang mewakili rapat rutin ke desa atau bila ada kegiatan lain yang memerlukan transportasi. Kader kesehatan juga mengupayakan sendiri pakaian seragam. Kader kesehatan yang mewakili rapat ke Puskesmas mengatakan senang karena mendapat konsumsi juga mendapat transport dari penyelenggara. Namun, kader kesehatan yang tidak pernah mendapat kesempatan ke Puskesmas atau ke tingkat Desa mereka sama sekali tidak pernah mendapat kompensasi. Berikut pernyataan kader kesehatan terkait dengan kompensasi:

*“Tidak ada gaji bu, harapannya sih meskipun tidak ada gaji yang penting tidak tombok, hanya kalau pas diundang rapat sering dapat uang transport, seragam juga beli sendiri, tapi ada senangnya juga kalau pemeriksaan di Puskesmas gratis, anak saya juga digratiskan, tapi kalau sekarang saya pakai kartu KIS, yang penting saya puas dapat membantu pemerintah dan membantu warga” (k4 & k5)*

Pernyataan sejenis diungkapkan oleh bidan Puskesmas sebagai berikut:

*“Dari dulu memang nggak pernah ada imbalan rutin untuk kader, yang ada ya hanya uang transport bila diundang rapat atau pertemuan, dapat snack, kadang makan. Tapi kader sudah cukup senang, sering kali dua program bersama-sama mengundang kader pada hari yang sama, misal program gizi dan KIA, atau KIA dengan bidang pengendalian penyakit, dan lain-lainya, kader dapat uang transportnya juga dobel” (b2 & b3).*

#### 6) Beban kerja

Kader kesehatan senang melakukan kegiatan, tetapi selain kegiatan rutin, kader kesehatan juga sering diminta membantu mengumpulkan data dari berbagai

program Puskesmas atau Program dari BKKBN, bila kegiatan datang bersamaan mereka mengatakan repot dan menyita waktu. Kader kesehatan mengatakan bahwa beberapa kader kesehatan hanya aktif di dalam kegiatan penimbangan balita. Berikut pernyataan kader kesehatan terkait dengan beban kerja:

*“Tidak berat bu, saya kan ibu rumah tangga, waktunya bisa diatur, toh Posyandunya buka hanya 1 bulan sekali, yang menjadi beban itu kalau petugas gizi, perawat, bidan dari Puskesmas dan petugas KB meminta data dalam waktu bersamaan, dan waktunya dibatasi” (k7 & k8)*

#### 7) Pendidikan dan pelatihan

Tidak banyak kader kesehatan yang memperoleh pendidikan dan pelatihan tentang tugas-tugas kader kesehatan, namun para kader kesehatan bekerja atas bimbingan dari tim pembina kader kesehatan tingkat desa maupun tingkat Puskesmas. Kader kesehatan baru dibimbing oleh kader kesehatan lama. Pelatihan untuk kader kesehatan tidak selalu ada, walaupun ada pesertanya sangat terbatas dan tidak semua posyandu ada yang mewakili. Berikut pernyataan kader kesehatan terkait dengan pendidikan dan pelatihan:

*“Kalau saya pernah diundang ikut pelatihan kader Posyandu, tapi sudah lama sekali, saya jadi kader kan sudah sejak lama, yang sering ikut pelatihan sekarang hanya bu dukuh, tapi sering dapat bimbingan dari petugas Puskesmas” (k6 & k10)*

Sejalan dengan pernyataan ini, bidan Puskesmas dan juga bidan desa menyatakan bahwa:

*“Kalau toh ada pelatihan, paling-paling hanya 1 kader per dusun, itupun tidak semua dusun, tapi kader kan selalu diberi arahan dan bimbingan, apalagi kalau ada program baru. Sudah lama sekali tidak ada pelatihan kader baru, yang ada hanya pembinaan kader secara berkala, kader diundang ke Puskesmas, yang datang bisa kader baru maupun kader lama” (b4 & b5)*

#### 8) Supervisi

Supervisi tentang kegiatan kader kesehatan dilakukan oleh tim dari Puskesmas atau BKKBN saat ada jadwal kunjungan ke Posyandu, namun karena keterbatasan waktu petugas, tidak setiap kunjungan mendapat bimbingan secara intensif. Lebih sering supervisi dilakukan oleh bidan Poskesdes atau bidan



penanggung wilayah desa. Supervisi dari Tim Penggerak PKK desa, jarang dilakukan. Berikut pernyataan bidan Desa terkait dengan supervisi:

*“Saya setiap bulan datang ke Posyandu, kalau petugas Puskesmas datangnya kalau ada jadwal Pusling (Puskesmas keliling), kalau pasiennya banyak ya tidak ada bimbingan”. (k10 & k11)*

Pernyataan ini cocok dengan pernyataan anggota TP PKK Desa sebagai berikut:

*“Memang saya akui, PKK jarang secara khusus atau secara rutin supervisi ke dusun, kecuali ada lomba, atau ada kegiatan lain atau diundang oleh dusun, akan tetapi pembinaan kader oleh TP PKK Desa rutin dilaksanakan sebulan sekali bersamaan dengan rapat PKK Desa, di Balai Desa” (p2, p3, dan p4).*

#### 9) Persepsi tentang keseriusan

Faktor risiko dan/atau komplikasi kehamilan memiliki dampak yang serius terhadap kesehatan ibu hamil, karena ibu hamil yang memiliki faktor risiko atau komplikasi, persalinannya bisa tidak lancar atau tidak normal, juga bayi yang dikandungnya menjadi kurang sehat. Berikut pernyataan kader kesehatan terkait dengan persepsi tentang keseriusan:

*“Saya ikut was-was kalau ada ibu hamil yang pendek, kuang darah, hamil anak kelima, atau jaraknya kurang 2 tahun, karena kondisi ibu dan bayinya belum tentu sehat” (k7 & k10)*

Pendapat senada dinyatakan oleh anggota TP PKK Desa sebagai berikut:

*“Wah ngeri, saya berdo’a terus agar di desa ini tidak ada ibu hamil yang tidak normal, mudah-mudahan semua ibu hamil sudah periksa, saya sering wanti-wanti (menekankan) pada bu kadus (kepala dusun) kalau ada ibu hamil dengan kondisi berbahaya harus dimotivasi segera periksa” (p1 & p4).*

#### 10) Persepsi tentang manfaat

Pengelolaan faktor risiko kehamilan sangat bermanfaat untuk meningkatkan derajat kesehatan ibu hamil, maupun kesehatan masyarakat, juga akan memudahkan dalam pengelolaan kesehatan ibu. Berikut pernyataan kader kesehatan terkait dengan persepsi tentang keseriusan:



*“Saya membantu petugas Puskesmas untuk memantau ibu hamil dengan risiko tinggi, biar lebih cepat mendapat bantuan dan penanganan bila sewaktu-waktu membutuhkan bantuan” (k3 & k5)*

Pernyataan kader kesehatan tersebut didukung oleh pernyataan bidan Desa sebagai berikut:

*“He...he...ibu – ibu kader sudah banyak yang paham tentang kondisi yang membahayakan ibu hamil, dan tahu juga tentang manfaat pemantauan ibu hamil, maka saya sering menitipkan pada ibu kader kalau ada ibu hamil dengan faktor risiko, saya pantau melalui jasa ibu kader, karena saya juga ada kesibukan lain, tanpa dibantu ibu kader kerepotan saya” (b3 & b4).*

#### 11) Kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan

Tidak semua kader kesehatan melakukan deteksi dini faktor risiko kehamilan, dan tidak semua kader kesehatan melaporkan ibu hamil. Pencatatan dan pelaporan dilakukan saat kader kesehatan berkumpul dalam kegiatan posyandu. Tidak ada blangko khusus pelaporan ibu hamil yang disediakan oleh Puskesmas, di posyandu ada data catatan ibu hamil. Lebih banyak kader yang aktifnya hanya kalau ada jadwal posyandu, apa lagi kader yang melakukan kunjungan rumah secara rutin, jarang ada. Berikut pernyataan kader kesehatan terkait dengan kemampuan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan:

*“Saya melakukan pendataan ibu hamil saat pertemuan PKK dusun dengan menanyakan kepada ibu RT atau ibu RW, kalau tahu ada ibu hamil baru, saya berusaha menemui untuk saya catat datanya, kemudian dilaporkan ke bidan Desa saat datang ke posyandu, tidak ada blangko untuk laporan ke Puskesmas, dulu pernah ada, sekarang sudah tidak ada” (k2 & k7).*

Pernyataan ini diperkuat oleh pernyataan anggota PKK dusun sebagai berikut:

*“Menurut saya rutin sih enggak, kader yang melakukan kunjungan rumah, hanya kadang-kadang saja ibu kader datang ke rumah ibu hamil. Jadi ya sangat mungkin ada ibu hamil yang tidak terdata, apalagi ibu-ibu hamil yang tinggal di perumahan orang kaya, kader merasa takut datang kesana, kalo orang-orang kaya kan sudah periksa ke dokter” (p3 & p5)*

#### 12) Kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan

Kader kesehatan lebih banyak melakukan upaya pengelolaan faktor risiko kehamilan dengan cara meningkatkan pengetahuan masyarakat dengan

melakukan penyuluhan, memotivasi ibu hamil agar periksa ke Puskesmas secara teratur. Kader kesehatan berperan aktif memantau kondisi ibu hamil. Kegiatan advokasi untuk minta dukungan yang sering dilakukan adalah advokasi kepada Tim Penggerak PKK desa atau ke Puskesmas melalui bidan Puskesmas. Paling sering kader kesehatan menjalin kerja sama dengan sektor kesehatan dan BKKBN. Berikut pernyataan kader kesehatan terkait dengan kemampuan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan:

*“Saya kadang-kadang saja memberi tahu ibu hamil secara langsung kalau sedang bertemu, paling sering melakukan penyuluhan terhadap ibu balita, ibu hamil jarang datang ke Posyandu, kalau ada kesulitan ya lapor ke bu Duku atau ke bu bidan Desa, kalau tentang KB ya lapor ke petugas KB” (k8 & k12)*

Pernyataan anggota TP PKK Desa menguatkan pernyataan kader kesehatan sebagai berikut:

*“Kader kalau ada kesulitan yang pasti minta bantuan ke TP PKK atau ke Puskesmas atau ke Bidan Desa, nggak pernah mengeluh atau usul ke Kepala Desa juga tergantung jenis kesulitannya. Saya sebagai ketua TP PKK Desa, kalau ada permasalahan terkait dengan kegiatan kader, saya berusaha memberi respon, karena kaderkan kerja sukarela, kita hargailah jerih payah kader dengan membantu menyelesaikan permasalahannya, agar kader tidak mutung (patah semangat)(p1 & p2)*

Terkait dengan kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan, berikut pernyataan bidan Desa dan bidan Puskesmas:

*“Biasanya kader hanya melaksanakan apa yang diperintahkan, baik oleh PKK atau petugas kesehatan atau BKKBN atau tokoh masyarakat atau tokoh lainnya. Kader tahunya ya hanya melaksanakan tugas, keterlibatan lebih jauh terkait dengan perencanaan hingga evaluasi jarang diikuti sertakan, keterlibatan terbanyak hanya pada kegiatan pengumpulan data”(b2 & b3)*

## **B. Pembahasan**

### **1. Karakteristik Kader Kesehatan**

Karakteristik kader kesehatan memiliki peran penting dalam hal pelaksanaan tugas kader kesehatan, hal ini dikarenakan bahwa karakteristik kader kesehatan dapat menjadi faktor pendukung atau faktor penghambat dalam

pelaksanaan tugas kader kesehatan, termasuk pelaksanaan tugas terkait dengan tugas kader kesehatan dalam deteksi dini dan pengelolaan faktor risiko kehamilan. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa 58% kader kesehatan memiliki pendidikan SMA (pendidikan menengah), hasil penelitian ini senada dengan penelitian Gau *et al.* (2013b), didapatkan 39.8% partisipan berpendidikan SMA atau lebih tinggi. Tingkat pendidikan yang dimiliki kader kesehatan ini menggambarkan bahwa kader kesehatan cukup memiliki kemampuan intelektual yang tertuju pada berbagai aktivitas mental, berpikir, menalar dan memecahkan masalah, sehingga dapat diasumsikan bahwa kader kesehatan cukup handal dan mampu dalam mendukung pelaksanaan tugas kader kesehatan, lebih khusus dalam kemampuan deteksi dini dan pengelolaan faktor risiko kehamilan. Makin tinggi pendidikan masyarakat, makin tinggi kesadarannya terhadap kesehatan. Hasil penelitian van Zutphen *et al.* (2008), tentang program gaya hidup sehat selama kehamilan menunjukkan bahwa kebanyakan wanita berpendidikan tinggi (68%) sudah memiliki gaya hidup sehat. Sekitar setengah dari mereka (52%) terus menggunakan program selama kehamilan. Demikian juga menurut hasil penelitian Sulaeman (2012), tingkat pendidikan berhubungan dengan kemampuan mengidentifikasi dan memecahkan permasalahan kesehatan lokal pada program Desa Siaga/KS3, semakin tinggi tingkat pendidikan semakin cakap dalam mengidentifikasi dan memecahkan permasalahan kesehatan dan semakin rendah pendidikan, semakin kurang cakap dalam mengidentifikasi dan memecahkan permasalahan kesehatan. Sementara hasil penelitian Gau *et al.* (2013a) menyatakan bahwa kader kesehatan masyarakat di Taiwan tidak selalu memiliki ketrampilan merawat karena kurangnya pendidikan yang berkelanjutan. Penelitian lain oleh Kawakatsu *et al.* (2015) salah satu faktor yang berpengaruh signifikan pada kinerja CHW adalah tingkat pendidikan.

Dilihat dari pekerjaan tetap kader kesehatan, sebanyak 73,98% kader kesehatan sebagai ibu rumah tangga. Dengan demikian, sebagian besar kader kesehatan memiliki waktu yang cukup untuk berperan dalam program-program upaya peningkatan kesehatan, karena pekerjaan tetap kader kesehatan sebagai ibu rumah tangga bisa diatur sendiri oleh kader kesehatan, demikian juga kader

kesehatan yang berwiraswata tentu ia juga dapat membagi waktunya untuk menjalankan tugas kader kesehatan di wilayahnya. Berbeda dengan kader kesehatan yang memiliki pekerjaan tetap sebagai pegawai swasta atau pegawai negeri tentu ia dituntut untuk melaksanakan tugas sesuai dengan ketentuan dari lembaganya. Akan tetapi, di wilayah penelitian, kader kesehatan yang bekerja sebagai PNS hanya 1 orang dan yang bekerja sebagai pegawai swasta hanya 10, 41%.

Lebih lanjut, berdasarkan hasil analisis data dan pengujian hipotesis dengan menggunakan analisis jalur, serta sesuai dengan tujuan penelitian tentang model pemberdayaan kader kesehatan dalam deteksi dini dan pengelolaan faktor risiko kehamilan, maka dapat diuraikan hasil penelitian sebagai berikut:

#### **1. Faktor-faktor yang memengaruhi kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan**

Dalam upaya mencapai kemandirian kesehatan, salah satu faktor yang penting adalah pemberdayaan masyarakat. Pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan merupakan sasaran utama dari promosi kesehatan. Masyarakat atau komunitas merupakan salah satu dari strategi global promosi kesehatan pemberdayaan (*empowerment*), sehingga pemberdayaan masyarakat sangat penting untuk dilaksakann agar masyarakat sebagai target utama memiliki kemampuan untuk menjaga dan meningkatkan kesehatan mereka. Guna mendukung upaya menurunkan AKI sangat diperlukan partisipasi atau peran serta masyarakat terutama partisipasi kader kesehatan. Sebagian besar kematian ibu hamil dapat dihindari jika setiap ibu hamil mendapat asuhan dan pelayanan yang tepat baik saat masih berada di rumah maupun di fasilitas kesehatan. Penapisan atau mengenali secara dini tanda-tanda bahaya kehamilan sangat penting, agar dapat dilakukan pencegahan dan tidak berlanjut menjadi kehamilan dengan risiko tinggi, serta tidak mengakibatkan kematian ibu. Maka dari itu, partisipasi kader kesehatan dalam mendata, mengenali, mencatat, melaporkan, dan merujuk ibu hamil dengan faktor risiko sangat diharapkan. Menurut hasil penelitian Graner (2010) di Vietnam, pengetahuan wanita tentang komplikasi kehamilan, tanda-tanda maupun gejala yang berhubungan dengan komplikasi kehamilan, dan rasa



percaya diri yang tinggi, dalam perawatan kesehatan maternal kemungkinan menyumbang pada status maternal dan hasil kehamilan yang relatif bagus. Namun demikian, pada kenyataannya kader kesehatan belum memiliki alat bantu atau instrumen untuk melakukan deteksi dini faktor risiko kehamilan. Hal ini tentu menyebabkan kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko menjadi kurang maksimal. Hasil penelitian Palaia (2010) mengemukakan bahwa kemampuan relawan untuk melakukan penjangkauan sebagian besar dipengaruhi oleh ketersediaan alat bantu pekerjaan, aksesibilitas daerah tangkapan sukarela dan dukungan masyarakat.

Kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan dalam penelitian ini dievaluasi menggunakan lima komponen, yaitu: (1) mengenali faktor risiko kehamilan, (2) mendata ibu hamil, (3) mencatat ibu hamil, (4) melaporkan ibu hamil dan (6) merujuk ibu hamil dengan 42 pernyataan. Hasil penelitian menggambarkan bahwa 56,90% kader kesehatan mampu melakukan deteksi dini faktor risiko kehamilan dengan cukup baik. Fakta di lapangan menyebutkan bahwa kader kesehatan memiliki pengetahuan yang cukup baik tentang jenis-jenis faktor risiko kehamilan, kader kesehatan juga menyadari bahwa mendata, mencatat, melaporkan serta merujuk memang sudah menjadi tugasnya, di samping itu pelaporannya pun tidak sulit yaitu bisa lewat petugas yang datang ke Posyandu atau saat pertemuan PKK di tingkat Desa, serta pertemuan di tingkat Puskesmas. Hasil penelitian juga menggambarkan bahwa 26,77 % memiliki kemampuan deteksi dini faktor risiko kehamilan kurang baik, 4,5% tidak baik. Berdasarkan analisis lebih lanjut, dari lima komponen kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan, komponen kemampuan mendata merupakan komponen yang paling banyak kurang baik dan tidak baik, terutama pada kemampuan melakukan kunjungan rumah, artinya kader tidak selalu melakukan kunjungan rumah untuk melakukan pendataan ibu hamil.

Hasil analisis jalur pada penelitian ini menunjukkan bahwa sikap, pengalaman, motivasi, kompensasi, beban kerja, pendidikan dan pelatihan, supervisi, persepsi tentang manfaat, dan persepsi tentang keseriusan memiliki



pengaruh positif secara langsung dan signifikan terhadap kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan. Artinya semakin baik sikap, pengalaman, motivasi, kompensasi, beban kerja, pendidikan dan pelatihan, supervisi, persepsi tentang manfaat, dan persepsi tentang keseriusan semakin baik pula kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan. Sementara secara tidak langsung kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan dipengaruhi oleh usia melalui pengalaman dan supervisi, motivasi dan pengalaman melalui kompensasi. Sejalan dengan hasil penelitian ini Jaskiewicz dan Tulenko (2012) merumuskan sebuah model yang menyertakan lingkungan kerja, beban kerja, supervisi suportif, persediaan dan peralatan, penghormatan sebagai faktor yang memengaruhi produktivitas CHW.

#### **a. Pengaruh sikap terhadap kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan**

Hasil analisis data menunjukkan bahwa sikap berpengaruh positif dan secara statistik signifikan terhadap kemampuan kader dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan, artinya semakin baik sikap kader kesehatan semakin baik pula kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan. Oleh karena itu untuk mengoptimalkan kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan harus diupayakan memperbaiki sikap kader kesehatan, karena kader kesehatan menganggap bahwa deteksi dini faktor risiko kehamilan sangat penting guna meningkatkan kesehatan ibu di wilayahnya. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kader kesehatan cukup mendukung terhadap pelaksanaan deteksi dini dan pengelolaan faktor risiko kehamilan yang ditunjukkan dengan sikap kader kesehatan mayoritas dalam kategori yang cukup baik. Azwar (2016) memberikan definisi sikap sebagai suatu pola perilaku, tendensi atau kesiapan antisipatif, predisposisi untuk menyesuaikan diri dalam situasi sosial. Sikap terhadap suatu perilaku (*attitude*) berpedoman pada tingkat seseorang menilai suatu perilaku itu baik atau tidak baik, dan dapat pula dikatakan penelitian seseorang terhadap suatu perilaku. Sikap terhadap suatu perilaku (*attitude toward behavior*) ditentukan oleh keyakinan terhadap suatu perilaku (*behavior beliefs*) dan biaya atau keuntungan dari perilaku tersebut (Ajzen, 2005). Penelitian oleh

Brauner-Otto (2013) juga membuktikan bahwa sikap berpengaruh terhadap perilaku. Perilaku adalah tindakan atau perbuatan suatu organisme yang dapat diamati dan bahkan dipelajari. Bentuk perilaku pada dasarnya dapat diamati, melalui sikap dan tindakan, namun demikian tidak berarti bahwa bentuk perilaku itu hanya dapat dilihat dari sikap dan tindakannya saja, perilaku dapat pula bersifat potensial, yakni dalam bentuk pengetahuan, motivasi dan persepsi (Kholid, 2012). Dengan demikian dapat diasumsikan bahwa berperilaku merupakan bentuk dari kemampuan. Penelitian lain oleh Bogue *et al.* (2005) menyatakan bahwa sikap merupakan variabel kunci yang menyumbang perilaku.

Berdasarkan teori tersebut maka dapat dijelaskan bahwa kader yang memiliki rasa khawatir terhadap faktor risiko kehamilan, kader akan melakukan pencegahan terhadap kejadian faktor risiko kehamilan, karena kader percaya bahwa faktor risiko kehamilan dapat mengancam kesehatan ibu dan bayi. Atau dapat pula diartikan bahwa kader yang memiliki sikap positif dan menganggap bahwa faktor risiko kehamilan merupakan masalah kesehatan ibu hamil, kader akan berupaya melakukan deteksi dini terhadap faktor risiko kehamilan dan selanjutnya kader juga akan mengelola faktor risiko kehamilan diwilayahnya dengan cara mencegah/menurunkan kejadian faktor risiko kehamilan. Tindakan atau perilaku inilah yang menunjukkan tingkat kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan.

#### **b. Pengaruh pengalaman terhadap kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan**

Martoyo (2007) menyatakan bahwa pengalaman kerja didasarkan pada masa kerja atau jangka waktu pegawai dalam bekerja. Demikian juga pengalaman dalam penelitian ini diukur dengan lama menjadi kader dalam tahun. Hasil analisis data menunjukkan bahwa pengalaman berpengaruh positif dan secara statistik signifikan terhadap kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan. Hal ini menunjukkan bahwa semakin lama menjadi kader kesehatan, maka kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan semakin baik. Pengalaman kerja didapatkan pada kader kesehatan yang telah memiliki jam kerja lebih banyak karena bila jam kerja sudah banyak,

diharapkan kader kesehatan telah memiliki berbagai macam pengalaman dalam memecahkan bermacam-macam persoalan kesehatan, sesuai dengan kemampuan individual masing-masing kader kesehatan. Berbekal pengalaman tersebut, diharapkan tiap-tiap kader kesehatan mempunyai kualitas sumber daya manusia yang tinggi dalam meningkatkan prestasi kerja lebih tinggi, termasuk *skill* yang dimiliki kader kesehatan, sehingga hasil kerja kader kesehatan juga lebih baik.

Fakta di lapangan menunjukkan bahwa sebagian besar kader kesehatan memiliki masa kerja lebih 1 - 11 tahun, disusul kader kesehatan dengan masa kerja 12 – 22 tahun, dan paling sedikit kader kesehatan dengan masa kerja 34 – 42 tahun. Pengalaman sangat penting di dalam suatu kegiatan/pekerjaan. Seseorang yang telah banyak memiliki pengalaman tentu akan dibutuhkan dalam kegiatan sesuai dengan pengalamannya tersebut. Pengalaman dapat meningkatkan kreatifitas seseorang (Coatsworth, *et al.* 2017). Sementara Kawakatsu *et al.* (2015) salah satu faktor yang berpengaruh signifikan pada kinerja CHW adalah pengalaman kerja.

### **c. Pengaruh motivasi terhadap kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan**

Motivasi adalah kekuatan yang ada dalam diri individu yang menyebabkan individu bergerak atau bertindak (Suyanto, 2008; Uno, 2011). Hasibuan (2007) menyatakan bahwa: Teori motivasi mempunyai sub variabel yaitu: motif, Harapan dan insentif. Motif adalah suatu perangsang keinginan dan daya penggerak kemauan bekerja seseorang, setiap motif punya tujuan tertentu yang ingin dicapai, harapan adalah suatu kesempatan yang diberikan, terjadi karena perilaku untuk tercapainya tujuan, insentif yaitu memotivasi (merangsang) bawahan dengan memberikan hadiah (imbalan) kepada mereka yang berprestasi melebihi standar yang ditetapkan.

Hasil analisis data menunjukkan bahwa terdapat pengaruh langsung dan secara statistik signifikan antara motivasi dengan kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan. Artinya, untuk meningkatkan kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan juga perlu meningkatkan motivasi. Fakta di lokasi penelitian menunjukkan bahwa sebagian

besar kader kesehatan memiliki motivasi yang cukup baik. Berdasarkan informasi yang diperoleh, kader kesehatan menyatakan bahwa, yang menjadi motivasi seseorang mau menjadi kader kesehatan, ia merasa senang, karena dengan menjadi kader ia merasa lebih dihormati, banyak kenalan, dan mendapatkan ilmu yang bermanfaat untuk diri sendiri maupun untuk orang lain. Hasil penelitian ini mendukung hasil penelitian Glenton *et al.* (2010) di Nepal yang menunjukkan bahwa *stakeholder* melihat motivasi utama relawan adalah kehormatan sosial, kewajiban moral dan agama. Kebebasan untuk memberikan layanan pada waktu luang mereka dilihat sebagai pusat dari konsep relawan. Sejalan dengan hasil penelitian Glenton, hasil penelitian Singh *et al.* (2016) di daerah pedesaan Uganda, kader kesehatan dapat dipertahankan dan dimotivasi oleh faktor-faktor selain upah. Memperoleh dan berbagi pengalaman dengan anggota masyarakat, membangun hubungan antar kader kesehatan dan masyarakat memiliki nilai yang lebih tinggi daripada sekedar diangkat menjadi pegawai atau memperoleh uang transport.

#### **d. Pengaruh kompensasi terhadap kemampuan kader kesehatan deteksi dini faktor risiko kehamilan**

Kompensasi adalah semua penghasilan, dapat berbentuk uang atau barang baik langsung atau tidak langsung, yang diterima karyawan sebagai imbalan atas jasa yang diberikan kepada perusahaan (Panggabean, 2004; Rivai, 2004; Hasibuan, 2007). Sasongko (2010) menyatakan bahwa dalam pengembangan kader kesehatan terdapat aspek kesukarelaan (*volunteerism*) yang merupakan hal penting, karena fungsi kader kesehatan memang merupakan suatu tugas sosial, namun demikian tidak berarti seorang kader kesehatan tidak membutuhkan kompensasi/penghargaan (*reward*), baik yang bersifat non-material ataupun yang bersifat material, kompensasi akan mendorong kader kesehatan untuk lebih baik dalam melakukan pekerjaan dan lebih bertanggung jawab terhadap masing-masing tugas yang diberikan. Ife (2008) mengemukakan bahwa apresiasi dan penghargaan merupakan faktor yang memfasilitasi tumbuhnya peran serta masyarakat. Sementara, Wirapuspita (2013) menemukan bahwa variabel yang berhubungan dengan kinerja kader kesehatan adalah pemberian bantuan



operasional, piagam, uang transport, dan pelatihan. Oleh karena itu, meskipun kader kesehatan adalah tenaga sukarela, namun jika memang dapat direalisasikan, kompensasi juga diharapkan oleh kader kesehatan. Kompensasi dapat meningkatkan kinerja kader kesehatan.

Hasil analisis data menunjukkan bahwa terdapat pengaruh langsung dan secara statistik signifikan antara kompensasi dengan kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan, artinya kader yang memperoleh kompensasi dengan baik, kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan juga baik. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil studi kualitatif yang dilakukan oleh Greenspan (2013), tentang sumber motivasi tenaga kesehatan masyarakat di wilayah Morogoro, Tanzania, yang menemukan bahwa tenaga kesehatan masyarakat Tanzania yang bekerja meskipun tidak menerima gaji memiliki keinginan intrinsik untuk menjadi sukarelawan, dan motivasinya sering kali berasal dari dukungan yang diterima dari keluarga mereka ketika sumber motivasi lain tidak mencukupi. Pembuat kebijakan dan manajer program harus mempertimbangkan beban yang tidak diberikan remunerasi pada keluarga tenaga kesehatan masyarakat. Selain itu, keinginan intrinsik tenaga kesehatan masyarakat untuk menjadi sukarelawan tidak menghalangi keinginan untuk mendapatkan penghargaan eksternal. Sebaliknya, insentif finansial dan insentif yang memadai dan formal akan memungkinkan tenaga kesehatan masyarakat yang sudah termotivasi untuk meningkatkan komitmen mereka terhadap pekerjaan mereka. Hasil studi kualitatif lain, di pedesaan Kenya Barat oleh Takasugi dan Lee (2012) mengungkapkan pentingnya beberapa bentuk penghargaan, baik itu finansial atau lainnya, untuk mempertahankan hubungan dan motivasi para kader kesehatan masyarakat. Hal ini menunjukkan bahwa meskipun kader kesehatan bekerja secara sukarela, tidak berarti seorang kader kesehatan tidak membutuhkan penghargaan (*reward*).

Seperthalnya penelitian terdahulu oleh Wirapuspita (2013), yang mengungkapkan bahwa variabel yang berhubungan dengan kinerja kader kesehatan adalah pemberian bantuan operasional, piagam, dan uang transport. Demikian juga Alam *et al.* (2012) yang menyatakan bahwa untuk meningkatkan



kinerja relawan kesehatan masyarakat dapat digunakan insentif keuangan dan non keuangan. Sementara hasil penelitian Ludwick *et al.* (2013) menunjukkan bahwa motivasi menjadi relawan adalah mendapat uang transport. Fakta dilapangan menggambarkan bahwa kompensasi untuk kader kesehatan sebagian besar dalam kategori tidak baik (77%) ditambah kategori kurang baik sebesar 21,2%. Hasil analisis lebih lanjut dari aspek kompensasi, kader kesehatan memang tidak pernah mendapat kompensasi secara rutin baik berupa uang lelah, bonus, bingkisan ataupun imbalan berupa barang lainnya. Namun, kader di wilayah penelitian ini meskipun kompensasi tidak baik dan kurang baik, namun sebagian besar (82,90%) kader kesehatan memiliki motivasi yang tinggi. Oleh karena itu, untuk meningkatkan kemampuan kader kesehatan perlu ada dukungan dana dan peran dari para pemangku kepentingan di berbagai tingkatan pemerintahan, paling tidak peran dari pemerintah desa atau kecamatan, dengan cara pengalokasian dana desa guna mendukung kegiatan kader kesehatan dalam upaya kesehatan. Sebagaimana hasil penelitian oleh Sulaeman (2012), salah satu faktor yang berhubungan dengan kemampuan pemecahan masalah kesehatan lokal adalah dukungan dana dari pemerintah.

#### **e. Pengaruh beban kerja terhadap kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan**

Beban kerja adalah pekerjaan yang dibebankan kepada tenaga kerja, baik berupa beban fisik maupun beban mental, yang menjadi tanggung jawabnya. Beban kerja merupakan tuntutan tugas atau upaya-upaya yang dilakukan untuk melakukan pekerjaan.

Hasil analisis data menunjukkan bahwa terdapat pengaruh langsung dan secara statistik signifikan beban kerja terhadap kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan. Hal ini berarti semakin ringan beban kader kesehatan kesehatan, semakin baik kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan. Kenyataan di lapangan menunjukkan 60,6% kader kesehatan memiliki beban kerja yang cukup. Kader kesehatan merasa beban kerjanya menjadi agak berat ketika dalam waktu bersamaan ada banyak tugas, misalnya kader dimintai berbagai data oleh berbagai probramen di Puskesmas

atau BKKBN. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Gau *et al.* (2013b) yang menunjukkan bahwa beban kerja kader kesehatan yang bekerja di Puskesmas atau masyarakat bila semakin banyak jam kerja semakin berat beban yang ditanggung. Selain itu, kader kesehatan juga menyebutkan bahwa kadang kala beban kerja menjadi berlebih bila terdapat program yang harus dijalankan pada waktu yang bersamaan. Hasil penelitian ini senada dengan hasil penelitian Gau *et al.* sebelumnya (2013a) yang menunjukkan bahwa beban kerja kader kesehatan masyarakat di Thailand berlebih karena harapan pasien terlalu besar.

**f. Pengaruh pendidikan dan pelatihan terhadap kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan**

Pendidikan dan pelatihan merupakan suatu proses yang akan menghasilkan *output* berupa suatu perubahan perilaku dan peningkatan kemampuan berupa pengetahuan dan ketrampilan peserta pendidikan dan pelatihan.

Hasil analisis data menunjukkan bahwa terdapat pengaruh dan secara statistik signifikan antara pendidikan dan pelatihan terhadap kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan. Artinya semakin baik pendidikan dan pelatihan kader kesehatan, semakin baik kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan. Menurut Ife (2008), pelatihan masyarakat lokal merupakan faktor yang memfasilitasi tumbuhnya peran serta masyarakat. Sementara, hasil penelitian Sulaeman (2012) menemukan bahwa faktor pendidikan memengaruhi kemampuan masyarakat dalam mengidentifikasi masalah kesehatan. Lebih lanjut, hasil penelitian Sathyanarayan dan Babu (2011) menunjukkan bahwa program pelatihan kesehatan masyarakat yang mencerminkan pendekatan sistem perlu dirancang untuk mewajibkan keterampilan dan kompetensi inti di bidang surveilans dan penilaian kesehatan, kemampuan untuk menilai bukti kesehatan. Hal ini memberi kontribusi terhadap strategi dan kebijakan kesehatan masyarakat, kepemimpinan, dan praktik kolaborasi. Keterampilan tambahan dapat ditawarkan di area khusus.

Penelitian lain oleh Yang *et al.* (2017) menunjukkan bahwa pelatihan interdisipliner pada pekerja kesehatan memiliki efek positif dalam meningkatkan pengetahuan pekerja kesehatan mengenai konsep kesehatan mental masyarakat

dan berefek positif juga pada kepercayaan diri mereka dalam menangani pasien dengan penyakit mental. Sementara Kawasaki *et al.* (2015) menjelaskan bahwa sebuah program untuk memperkuat program kesehatan dilakukan di Amazonas, Brazil dengan salah satu komponen program tersebut adalah pelatihan bagi kader kesehatan masyarakat. Berdasarkan survei awal yang dilakukan pada awal program hingga survei akhir pada akhir program, menunjukkan terdapat peningkatan tingkat pengakuan dan kepuasan masyarakat atas kinerja kader kesehatan masyarakat.

Fakta di lapangan menunjukkan bahwa sebagian besar pendidikan dan pelatihan bagi kader kesehatan dalam kategori kurang baik dan tidak baik. Hasil penelitian ini menggambarkan bahwa lebih banyak kader kesehatan yang kurang, bahkan belum pernah mengikuti pendidikan dan pelatihan, ataupun bimbingan di bidang kesehatan ibu dan anak, khususnya dalam hal deteksi dini dan pengelolaan faktor risiko kehamilan. Permasalahan yang terjadi di lapangan, menunjukkan bahwa tidak semua kader kesehatan diundang untuk mengikuti pendidikan dan pelatihan, bila ada pelatihan yang diundang hanya satu atau dua kader kesehatan untuk setiap Posyandu. Analisis lebih dalam juga menunjukkan bahwa sebagian besar kader kesehatan tidak memiliki sertifikat pendidikan dan pelatihan, hal ini menambah keyakinan bahwa kebanyakan kader kesehatan memang belum pernah mengikuti pelatihan. Bahkan kader kesehatan yang masih barupun tidak dilatih terlebih dahulu. Pelatihan masyarakat lokal merupakan faktor yang memfasilitasi tumbuhnya peran serta (Ife, 2008). Penelitian Mukrimah dan Hamsinah (2014), dan penelitian Wirapuspita (2013) menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara pelatihan dengan kemampuan kerja kader kesehatan. Senada dengan uraian ini, penelitian Gau *et al.* (2013a) menyatakan bahwa relawan kesehatan masyarakat kurang memiliki keterampilan dikarenakan kurangnya orientasi program, kurangnya pendidikan dan kurangnya dukungan dari peran mereka. Sementara, Gaziano *et al.* (2015) menyatakan bahwa kader kesehatan masyarakat, meskipun belum pernah mendapatkan pendidikan dan pelatihan formal dan profesional sebelumnya, setelah dilatih, dapat melakukan skrining dan mengidentifikasi orang-orang dengan risiko penyakit kardiovaskuler. Hal tersebut ditunjukkan oleh

rata-rata level persetujuan antara dua set skor risiko (antara kader kesehatan masyarakat dan ahli kesehatan) yang mencapai 96,8%. Sementara, Rowe *et al.* (2009) menyatakan pekerja kesehatan yang mendapatkan pelatihan manajemen terpadu anak sakit serta bantuan belajar (alat bantu kerja, insentif non-finansial, supervisi) memberikan pelayanan yang lebih baik dibandingkan dengan pekerja kesehatan yang mendapatkan pelatihan serta bantuan biasa, kedua grup yang mendapatkan pelatihan manajemen terpadu anak sakit tersebut mengungguli pekerja kesehatan yang tidak mendapatkan pelatihan manajemen terpadu anak sakit.

**g. Pengaruh supervisi terhadap kemampuan kader kesehatan deteksi dini faktor risiko kehamilan**

Menurut kamus Webster, supervisi adalah tindakan atau proses mengamati dan mengarahkan yang dilakukan seseorang atau cara seseorang melakukan tindakan. Hal ini didukung fakta di lapangan bahwa kader kesehatan yang lebih tua memiliki jalinan kerja dan suasana kerja yang lebih harmonis dengan bidan desa, petugas Puskesmas, petugas KB, Tim Penggerak PKK dan tokoh masyarakat lainnya. Penelitian Frimpong *et al.* (2011) menunjukkan bahwa supervisi yang bersifat suportif dapat meningkatkan produktivitas dari pekerja kesehatan di empat distrik di Ghana sebelah utara.

Gambaran tentang supervisi di lokasi penelitian menunjukkan bahwa 50,2% kader kesehatan menerima supervisi dengan kriteria tidak baik, disusul dengan kriteria kurang baik sebesar 39,8% dan kriteria cukup baik hanya sebesar 10,0%. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa supervisi atau bimbingan terhadap kader kesehatan oleh Tim penggerak PKK Desa atau Tim Penggerak PKK Kecamatan, supervisi atau bimbingan oleh Puskesmas atau Dinas Kesehatan perlu ditingkatkan. Analisis lebih lanjut supervisi yang sering diterima oleh kader kesehatan kebanyakan supervisi dari puskesmas atau bidan desa, TP PKK Desa atau TP PKK kecamatan jarang melakukan supervisi.. Supervisi terhadap kader kesehatan bertujuan untuk memberikan bantuan secara langsung sehingga kader kesehatan memiliki bekal yang cukup untuk dapat melaksanakan tugas dengan hasil yang baik, efektif dan efisien.



Hasil analisis data menunjukkan bahwa supervisi berpengaruh positif dan secara statistik signifikan, semakin tinggi skor supervisi, maka semakin tinggi kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan. Menurut Schwarz *et al.* (2014), supervisi juga dapat dilaksanakan dengan mengadakan bimbingan melalui pertemuan - pertemuan, seringkali dilakukan pertemuan juga akan menguatkan jaringan kader kesehatan yang sudah ada dan akan meningkatkan kemampuan kader kesehatan dalam menjalankan program kesehatan. Lebih lanjut Kawakatsu *et al.* (2015) menyatakan bahwa jumlah supervisi yang didapatkan dapat meningkatkan kinerja kader kesehatan.

#### **h. Pengaruh persepsi tentang keseriusan terhadap kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan**

Persepsi merupakan proses yang melibatkan pemilihan, pengorganisasian, dan interpretasi dari faktor-faktor lingkungan, bentuk, orang dan stimulus lainnya. Melalui proses persepsi, individu berusaha memahami stimulus yang mereka alami (Ivancevich *et al.*, 2006). Persepsi tentang keseriusan merupakan keyakinan seberapa serius konsekuensi secara fisik, emosional dan sosial, bila terjangkit penyakit, atau kondisi yang diyakini akan terjadi bila terjangkit penyakit. Tindakan individu untuk mencari pengobatan dan pencegahan penyakit akan didorong pula oleh keseriusan penyakit tersebut terhadap individu atau masyarakat. Uraian tersebut di atas juga berlaku dalam masalah kesehatan lain, dalam hal ini masalah tentang faktor risiko kehamilan. Kader kesehatan akan melakukan deteksi dini untuk selanjutnya melakukan pengelolaan faktor risiko kehamilan, karena kader kesehatan menganggap bahwa faktor risiko kehamilan merupakan masalah yang serius karena dapat meningkatkan angka kesakitan maupun kematian ibu dan anak.

Gambaran persepsi kader kesehatan dilokasi penelitian tentang keseriusan dari faktor risiko kehamilan diperoleh hasil bahwa kader kesehatan memiliki persepsi baik sebanyak 11,90%, persepsi cukup baik 56,90%, kurang baik 29,30% dan persepsinya tidak baik 1,90%. Dari hasil ini dapat dijelaskan bahwa lebih dari setengah jumlah kader kesehatan menganggap bahwa faktor risiko kehamilan merupakan masalah yang cukup serius, sehingga kader kesehatan



harus meningkatkan perannya dalam kegiatan deteksi dini dan pengelolaan faktor risiko kehamilan. Fenomena lain dalam bidang kesehatan, seseorang yang memiliki persepsi tentang keseriusan suatu penyakit tinggi cenderung melakukan pencegahan terhadap penyakit tersebut.

Hasil analisis data menunjukkan bahwa terdapat pengaruh langsung dan secara statistik signifikan persepsi tentang keseriusan terhadap kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan, semakin tinggi skor persepsi tentang keseriusan, semakin tinggi kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan. Hasil penelitian ini menguatkan beberapa hasil penelitian sebelumnya, meskipun tidak pada masalah faktor risiko kehamilan, namun semuanya terkait dengan masalah kesehatan masyarakat. Hasil penelitian Fibriana (2013) menunjukkan bahwa wanita pekerja seks yang pemahaman tentang keparahan penyakit HIV/AIDS rendah memiliki rasio lebih besar untuk tidak melakukan VCT dibandingkan dengan wanita pekerja seks yang pemahamannya tinggi. Sebaliknya, wanita pekerja seks yang persepsi tentang keparahan penyakit HIV/AIDS tinggi memiliki rasio lebih besar untuk melakukan VCT dibandingkan dengan wanita pekerja seks yang pemahamannya rendah. Dari beberapa hasil penelitian tersebut dapat diambil kesimpulan bahwa persepsi tentang keseriusan pada suatu penyakit menjadi prediktor perilaku yang dapat menimbulkan niat berperilaku untuk menanggulangi penyakit tersebut, hal ini diperkuat hasil penelitian Li *et al.* (2015) yang menyatakan bahwa persepsi tentang keseriusan penyakit tuberculosis paru menjadi prediktor dari perilaku protektif tuberculosis serta niat untuk mencari perawatan tuberculosis. Penelitian yang senada yaitu penelitian Ma (2018) yang menyatakan bahwa persepsi tentang keseriusan penyakit diabetes melitus merupakan prediktor atas perilaku perawatan diri pada penderita diabetes usia muda dan paro baya. Dari beberapa hasil penelitian tersebut dapat disimpulkan bahwa persepsi keseriusan terhadap ancaman masalah kesehatan, baik pada kesehatan ibu maupun pada kesehatan pada umumnya yang terkait dengan penyakit, dapat mendorong kemauan untuk menanggulangi masalah kesehatan yang terjadi.

#### **i. Pengaruh persepsi tentang manfaat terhadap kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan**

Persepsi tentang manfaat dapat diartikan sebagai keyakinan akan keuntungan yang berarti atau keyakinan seseorang akan keuntungan yang diperoleh apabila seseorang tersebut melakukan yang disarankan oleh petugas kesehatan. Apabila kader kesehatan merasakan bahwa deteksi dini faktor risiko kehamilan efektif dalam meningkatkan kesehatan ibu hamil dan dapat menurunkan angka kematian ibu, maka kader kesehatan akan melakukan deteksi dini faktor risiko kehamilan. Dengan kata lain, tindakan kader kesehatan tergantung dari manfaat yang akan diperoleh, dalam hal ini adalah meningkatnya kesehatan ibu dan anak, sehingga jumlah kesakitan, kematian ibu dan anak menurun.

Gambaran di lokasi penelitian, persepsi tentang manfaat kader kesehatan terhadap deteksi dini faktor risiko kehamilan diperoleh hasil bahwa sebesar 33,40% kader kesehatan dengan persepsi tentang manfaat yang baik, 59,50% cukup baik, dan 7,10% kurang baik artinya sebagian besar kader kesehatan akan berupaya melakukan deteksi dini faktor risiko kehamilan, guna menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu.

Hasil analisis data menunjukkan bahwa terdapat pengaruh langsung dan secara statistik signifikan persepsi tentang manfaat deteksi dini faktor risiko kehamilan terhadap kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan, semakin tinggi skor persepsi tentang manfaat, semakin tinggi juga kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan. Hasil penelitian ini mendukung penelitian terdahulu, meskipun masalahnya tidak pada faktor risiko kehamilan namun juga merupakan masalah kesehatan masyarakat, yaitu penelitian tentang pengelolaan HIV/AIDS dan masalah perilaku makan sehat. Penelitian oleh Fibriana (2013) menunjukkan bahwa wanita pekerja seks dengan pemahaman tentang manfaat VCT tinggi memiliki rasio lebih besar untuk melakukan VCT dibandingkan dengan wanita pekerja seks yang pemahamannya rendah. Sebaliknya wanita pekerja seks yang pemahaman tentang manfaat VCT rendah memiliki rasio lebih besar untuk tidak melakukan VCT. Demikian pula

penelitian oleh Zhao *et al.* (2012) di Cina menyatakan bahwa manfaat yang dirasakan menjadi penentu penggunaan kondom oleh wanita pekerja seks. Uraian tersebut di atas dapat diasumsikan bahwa persepsi tentang manfaat dari suatu tindakan dapat menjadi prediktor perilaku yang mendukung peningkatan kesehatan, sebagaimana hasil penelitian Salahshoori *et al.* (2014) yang menunjukkan bahwa persepsi tentang manfaat pola makan yang sehat merupakan prediktor dari perilaku makan.

**j. Pengaruh usia terhadap kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan melalui pengalaman**

Hasil penelitian menggambarkan bahwa usia kader kesehatan paling banyak yaitu berusia 32 – 44 tahun (42,75%), diikuti oleh kader kesehatan yang berusia 45 – 57 tahun (38,29%) dan yang lebih tua berusia 58 – 70 tahun (5,95%). Senada dengan kondisi ini, kondisi relawan kesehatan masyarakat di Thailand berusia tua antara 50 – 59 tahun dan *mean* usia  $59,1 \pm 10,8$  tahun (Gau *et al.*, 2013a; Gau *et al.*, 2013b). Sementara Kambarami *et al.* (2016) menyatakan bahwa kader kesehatan yang banyak melakukan rujukan ibu hamil yaitu yang berusia di bawah 40 tahun,

Hasil analisis data menunjukkan bahwa, terdapat pengaruh secara tidak langsung usia melalui pengalaman terhadap kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini dan pengelolaan faktor risiko kehamilan. Semakin banyak usia kader kesehatan semakin banyak pengalaman yang dimiliki kader kesehatan. Kader kesehatan yang lebih tua dimungkinkan sudah menjadi kader kesehatan dalam waktu yang lebih lama, sehingga pengalaman yang dimiliki juga lebih banyak, meskipun ada anggapan bahwa semakin tua usia kader, produktivitas akan menurun, namun sesungguhnya tidak demikian, karena meskipun usia bertambah biasanya akan dapat ditutupi dengan pengalaman yang cukup lama, sehingga kinerja kader kesehatanpun tetap baik. Berbagai pendapat mengasumsikan bahwa kemampuan kerja seseorang akan menurun seiring dengan bertambahnya usia, hal ini tertuju pada aspek psikomotor seorang individu, khususnya kecepatan, kecakapan, kekuatan, dan koordinasi menurun seiring waktu, kejenuhan secara berkepanjangan serta kurangnya stimulasi intelektual terhadap pekerjaan

berkontribusi pada produktivitas yang menurun. Namun, tidak semua asumsi demikian, terdapat juga yang berpandangan bahwa pekerja yang lebih tua membawa sejumlah kualitas positif pada pekerjaan mereka, khususnya pengalaman, penilaian, etika kerja yang kuat, dan komitmen terhadap kualitas (Robbins dan Judge, 2008). Sementara, Ife (2008) menyatakan bahwa orang-orang yang lebih tua, memiliki peran lebih banyak dibandingkan dengan orang yang masih muda.

**k. Pengaruh usia terhadap kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan melalui supervisi**

Pengaruh tidak langsung usia terhadap kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan selain melalui pengalaman juga melalui supervisi. Kader kesehatan yang lebih tua, sudah menjadi kader kesehatan lebih lama, kader kesehatan yang sudah lebih lama tentu juga sudah menerima supervisi lebih sering dibandingkan dengan kader kesehatan yang lebih muda. Semakin tua usia kader kesehatan, semakin sering supervisi yang pernah diterima oleh kader kesehatan dan semakin sering memperoleh supervisi maka kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini dan pengelolaan faktor risiko kehamilan semakin baik. Supervisi yang dimaksud dalam penelitian ini adalah bimbingan dan atau pembinaan dari tim pembina kader kesehatan (PKK, Puskesmas, Kepala wilayah) kepada kader kesehatan melalui dialog untuk memecahkan masalah kesehatan di wilayah Posyandu.

Menurut Samuel (2008), usia berpengaruh terhadap komitmen organisasi. Semakin tinggi komitmen seseorang akan meningkatkan tanggungjawabnya dengan pekerjaan dan akan berpengaruh terhadap hasil kerjanya. Berbeda dengan hasil penelitian Beverly *et al.* (2008) yang menyatakan bahwa, semakin tua usia seseorang dapat menurunkan kemampuan daya ingat (*working memory capacity*), serta kemampuan untuk mengolah informasi yang diterima. Hal ini dapat mempengaruhi kreativitas seseorang untuk menerima dan mengembangkan ide-ide baru yang lebih kreatif. seseorang yang berusia lebih muda, dapat menemukan ide (*invention*) dan merespon masalah lebih cepat.



### **l. Pengaruh motivasi terhadap kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan melalui kompensasi**

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa terdapat pengaruh tidak langsung motivasi terhadap deteksi dini dan pengelolaan faktor risiko kehamilan dan secara tidak langsung melalui kompensasi. Artinya untuk mengoptimalkan kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan harus pengoptimalkan motivasi dan kompensasi. Motivasi adalah proses yang ikut menentukan intensitas, arah, dan ketekunan individu dalam usaha mencapai sasaran (Robbins dan Judge, 3008), sementara kompensasi merupakan hal penting untuk mempertahankan sumber daya manusia dalam hal ini adalah kader kesehatan.

Fakta di lapangan menggambarkan bahwa sebagian besar motivasi kader kesehatan dalam kategori tinggi, meskipun kompensasi yang diterima tidak baik, hal ini menggambarkan bahwa kader kesehatan tetap berpendirian bahwa tugas kader kesehatan memang bersifat sukarela, akan tetapi kompensasi juga diperlukan oleh kader kesehatan. Insentif keuangan saja tidak cukup untuk memotivasi kader kesehatan dalam menjalankan tugas sebagai kader kesehatan, banyak faktor lain yang dapat meningkatkan motivasi diantaranya adalah pengembangan karir dan pengakuan (Shattuck *et al.*, 2008). Kader kesehatan dalam penelitian ini sebagian besar memiliki motivasi yang cukup dan tinggi, kondisi ini memungkinkan kader kesehatan juga mengharapkan pengembangan karir dan pengakuan dari pemerintah yang dapat berupa pemenuhan kebutuhan-kebutuhan yang diperlukan untuk mendukung kegiatan kader kesehatan.

### **m. Pengaruh pengalaman terhadap kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan melalui kompensasi**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan secara langsung dipengaruhi oleh pengalaman dan secara tidak langsung melalui kompensasi. Artinya untuk mengoptimalkan kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan juga harus mengoptimalkan pengalaman dan kompensasi. Pengalaman dalam penelitian ini menggambarkan durasi masa kerja kader kesehatan, durasi kerja kader kesehatan merupakan *commit to user* waktu yang digunakan untuk



menyumbangkan tenaganya pada program –program kesehatan di wilayahnya sehingga akan menghasilkan sikap kerja dan ketrampilan kerja yang berkualitas, hal ini dapat diartikan bahwa kader kesehatan yang memiliki durasi kerja yang lebih lama tentu sudah lebih mampu dalam mengenali, mendata, mencatat, melaporkan dan merujuk ibu hamil dengan faktor risiko kehamilan. Sementara menurut Hasibuan (2007) pengalaman kerja lebih lama maka tingkat kompensasi akan semakin besar. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Knighton *et al.* (2018) yang menyatakan bahwa pengalaman kerja merupakan salah satu prediktor kompensasi tahunan. Semakin lama pengalaman kerja semakin besar kompensasi yang diterima.

## **2. Faktor-faktor yang memengaruhi kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan**

Pengelolaan memiliki arti sama dengan manajemen yaitu menggerakkan, mengorganisasikan, dan mengarahkan usaha manusia untuk memanfaatkan secara efektif material dan fasilitas untuk mencapai suatu tujuan. Manajemen, menurut Muninjaya (2004) adalah ilmu atau seni tentang bagaimana menggunakan sumber daya secara efisien, efektif, dan rasional untuk mencapai tujuan organisasi yang telah ditetapkan. Manajemen mengandung tiga prinsip pokok yang menjadi ciri utama, yaitu efisiensi dalam pemanfaatan sumberdaya, efektif dalam memilih alternatif kegiatan untuk mencapai tujuan organisasi, dan rasional dalam pengambilan keputusan manajerial. Untuk menerapkan manajemen diperlukan adanya rumusan masalah. Di bidang pelayanan kesehatan, ada dua jenis masalah yang perlu dirumuskan yaitu masalah kesehatan dan masalah program. Kedua jenis masalah tersebut saling berkaitan satu sama lain. Yang lebih diutamakan dalam pengembangan dinamika manajemen kesehatan adalah rumusan masalah kesehatan masyarakat karena kegiatan manajemen kesehatan harus ditujukan untuk memecahkan masalah kesehatan masyarakat (Sulaeman, 2016).

Salah satu indikator cakupan PWS KIA adalah deteksi dini faktor risiko kehamilan oleh masyarakat, indikator ini dirasa sudah tepat karena dengan dilakukan deteksi dini faktor risiko kehamilan dan komplikasi kehamilan akan ditemukan berbagai masalah kesehatan, sehingga dapat ditentukan langkah

pengelolaannya. Program kesehatan ibu dan anak, membutuhkan peran kader kesehatan yang mampu berpartisipasi dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan maupun komplikasi kehamilan.

Kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan dalam penelitian ini dievaluasi dengan 32 pernyataan dari tiga indikator, yaitu: (1) *Advocating* (advokasi), (2) *Mediating* (menjembatani), (3) *Enabling* (memampukan). Hasil penelitian menggambarkan bahwa hanya 3% kader kesehatan yang memiliki kemampuan pengelolaan faktor risiko kehamilan dalam kategori baik, dan 26% dalam kategori cukup baik, selebihnya 47,60% kurang baik dan 23,40% tidak baik. Analisis lebih lanjut dengan menganalisis komponen dalam kuesioner, diperoleh gambaran bahwa kemampuan kader kesehatan yang paling kurang adalah kemampuan dalam melakukan advokasi, khususnya advokasi kepada kepala desa. Sebagian besar kader kesehatan hampir tidak pernah mendiskusikan ataupun menyampaikan pendapat kepada kepala desa terkait dengan masalah kesehatan ibu. Hal ini disebabkan karena, kurangnya pendidikan dan pelatihan, dan kurangnya supervisi yang diterima oleh kader kesehatan. Selain itu tidak semua kader kesehatan memiliki kesempatan untuk berinteraksi dengan para stakeholder, sebagian kader kesehatan hanya aktif di wilayah Posyandunya saja, untuk kegiatan advokasi guna memperoleh dukungan dari Tim Penggerak PKK desa, kepala desa, tokoh masyarakat dan menjalin kerjasama dengan mitra terkait, hanya diwakili oleh beberapa kader kesehatan, dan yang pasti diwakili oleh ketua kader kesehatan di Posyandu tersebut.

Berikut adalah hasil penelitian analisis deskripsi, analisis bivariat dan analisis jalur sikap, pengalaman, motivasi, kompensasi, supervisi, kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan terhadap kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan.

#### **a. Pengaruh sikap terhadap kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan**

Sikap adalah sebuah organisasi keyakinan, perasaan, dan kecenderungan perilaku yang relatif bertahan terhadap objek, kelompok, peristiwa atau simbol sosial yang signifikan (Hogg & Vaughan, 2005). Secara sederhana, sikap adalah

respon terhadap stimuli sosial yang telah terkondisikan. Selanjutnya menurut Robbins dan Judge (2008) sikap (*attitude*) adalah pernyataan evaluatif, baik yang menyenangkan maupun tidak menyenangkan terhadap objek, individu, atau peristiwa. Ajzen (2005) mengungkapkan bahwa perilaku yang ditimbulkan oleh individu muncul karena adanya niat untuk berperilaku, sementara salah satu faktor yang mempengaruhi niat berperilaku yaitu sikap (*attitude*). Sikap terhadap perilaku dibentuk oleh adanya keyakinan perilaku terhadap adanya konsekuensi karena melakukan perilaku tertentu dan evaluasi konsekuensi, yaitu evaluasi seseorang terhadap konsekuensi dari keyakinan perilaku. Menurut hasil penelitian Hariastuti (2014) salah satu faktor yang berpengaruh terhadap kemampuan kader kesehatan dalam mobilisasi sosial adalah niat individu.

Hasil analisis data menunjukkan bahwa terdapat pengaruh positif dan secara statistik signifikan antara sikap dengan kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan, semakin tinggi skor sikap, maka semakin tinggi kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan. Hasil analisis tersebut mengandung arti bahwa, kader kesehatan yang memiliki sikap positif maka kader kesehatan akan cenderung bersikap mendukung terhadap pengelolaan faktor risiko kehamilan. Sebagaimana dijelaskan oleh Ajzen (2005) bahwa suatu perilaku akan menghasilkan konsekuensi positif maka individu akan cenderung bersikap *favorable* terhadap perilaku tersebut, sebaliknya, individu yang memiliki sikap evaluasi negatif terhadap perilaku individu akan cenderung bersikap *unfavorable* terhadap perilaku tersebut. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Neupane *et al.* (2017) di Nepal, meskipun penelitian tidak pada bidang kesehatan ibu, namun dapat pula diartikan sebagai sikap terhadap masalah kesehatan. Hasil penelitiannya menunjukkan bahwa kader kesehatan wanita menganggap ada masalah kesehatan yang serius, adapun masalah tersebut adalah hipertensi, akhirnya hampir semua partisipan penelitian ingin mendapatkan pelatihan tentang skrining tekanan darah, agar mereka dapat memobilisasi kader kesehatan masyarakat wanita untuk mendeteksi dan mengelola hipertensi di tingkat masyarakat. Penelitian ini juga menunjukkan minat dan kesediaan yang tinggi terhadap pencegahan hipertensi, pengendalian, dan pengelolaan di

masyarakat. Bila diterapkan dalam penelitian ini, dapat diartikan bahwa dengan ditemukannya berbagai masalah kesehatan ibu hamil saat melakukan deteksi dini faktor risiko kehamilan kader kesehatan memiliki sikap lebih positif dan terdorong untuk melakukan pengelolaan faktor risiko kehamilan tersebut.

Fakta di lapangan menunjukkan bahwa sikap kader kesehatan cukup mendukung terhadap pelaksanaan deteksi dini dan pengelolaan faktor risiko kehamilan. Hal tersebut ditunjukkan dengan sikap kader kesehatan sebagian besar dalam kategori cukup baik (68,4%), sehingga diyakini kader kesehatan akan terdorong melakukan pengelolaan faktor risiko kehamilan dengan melakukan pencegahan, pengendalian dan pengelolaan terhadap masalah faktor risiko kehamilan.

#### **b. Pengaruh pengalaman terhadap kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan**

Pengalaman adalah peristiwa yang pernah dialami seseorang (Notoatmodjo, 2010). Pengalaman adalah suatu kejadian yang pernah dialami seseorang dalam berinteraksi dengan lingkungannya. Orang cenderung berusaha melupakan pengalaman yang kurang baik. Sebaliknya, jika pengalaman tersebut menyenangkan, maka secara psikologis mampu menimbulkan kesan yang sangat mendalam dan membekas dalam emosi kejiwaan seseorang (Mubarak, 2011). Pengalaman kader kesehatan dalam penelitian ini diukur dengan menghitung lama menjadi kader kesehatan. Semakin lama menjadi kader kesehatan, berarti kader kesehatan semakin banyak melakukan kegiatan, atau mengulang-ulang kegiatan dan hal ini tentu akan menambah kemampuan kader kesehatan dalam melaksanakan tugas. Berbagai ketrampilan dapat berkembang dari pengalaman sebagai anggota masyarakat yang aktif, meskipun tidak dilatih (Ife & Tesoriero, 2008). Hasil penelitian Hariastuti (2014) menunjukkan bahwa durasi partisipasi kader kesehatan berpengaruh signifikan terhadap keberhasilan dalam memberdayakan akseptabilitas alat kontrasepsi dan penggunaan layanan.

Hasil analisis data menunjukkan bahwa terdapat pengaruh langsung dan secara statistik signifikan pengalaman terhadap kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan dan pengaruh secara tidak langsung



melalui usia dan kompensasi. Semakin tinggi skor pengalaman, maka semakin tinggi kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan. Hasil analisis ini dapat dijelaskan bahwa kader kesehatan yang memiliki pengalaman lebih banyak, usia kader kesehatan juga lebih banyak, kader kesehatan yang mempunyai pengalaman lebih banyak juga mengharapkan kompensasi yang lebih, kader kesehatan yang pegalamannya lebih banyak akan melakukan penanggulangan faktor risiko kehamilan dengan lebih baik.

Sehubungan dengan hasil penelitian yang menyatakan bahwa pengalaman kader kesehatan berpengaruh terhadap kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan, maka pengalaman kader kesehatan perlu ditingkatkan karena pengalaman merupakan hal yang penting, kader kesehatan yang banyak pengalaman tentu akan lebih rajin dan selalu dilibatkan dalam kegiatan sesuai pengalaman yang dimilikinya. Kenyataan di lapangan, kader kesehatan yang memiliki pengalaman kurang dari lima tahun jumlahnya sebesar 34,60%, selebihnya memiliki pengalaman lebih dari lima tahun. Hal ini menjadi harapan dimasa depan bahwa kader kesehatan akan mampu meningkatkan pelaksanaan pengelolaan faktor risiko kehamilan, karena pengalaman yang baik dapat membentuk sikap positif dalam kehidupan (Mubarak, 2011). Kader kesehatan yang memiliki pengalaman lebih banyak tentu akan memiliki kreatifitas dan inovasi lebih baik, karena pengalaman diyakini dapat menumbuhkan kreatifitas. sebagaimana hasil penelitian Coatsworth *et al.* (2017), partisipan melaporkan bahwa pengalaman memberikan perawatan kesehatan di negara berkembang memaksa mereka untuk bertindak kreatif.

### **c. Pengaruh motivasi terhadap kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan**

Gambaran motivasi kader kesehatan dilokasi penelitian, sebagian besar dalam kategori cukup (82,90%). Motivasi menjadi kader kesehatan adalah kekuatan yang ada dalam diri kader kesehatan yang menyebabkan kader kesehatan bergerak atau bertindak. Beberapa faktor yang menyebabkan seseorang termotivasi menjadi kader kesehatan di antaranya adalah karir, mendapat pengakuan dari komunitas, mempunyai kegiatan yang positif, alasan sosial,



bahkan di lokasi penelitian beberapa kader kesehatan mengatakan bahwa menjadi kader kesehatan untuk memperoleh kartu menuju surga. Hasil penelitian ini mendukung hasil penelitian Akintalo (2010) di Afrika tentang motivasi relawan merawat penderita AIDS di rumah, diantaranya adalah menjadi relawan merupakan karir dan menghindari pengangguran, mendapat kesempatan belajar untuk merawat orang lain dan dirinya sendiri, untuk pengembangan diri sendiri dan menarik hal-hal yang baik untuk dirinya sendiri, merupakan panggilan agama, untuk mendapat pengakuan dari komunitas, mendapat pengalaman yang efektif merawat penderita AIDS dalam keluarga dan termotivasi untuk alasan sosial.

Demikian juga hasil penelitian Ludwick *et al.* (2013) di Uganda, menunjukkan bahwa motivasi tertinggi menjadi relawan adalah meningkatkan kesehatan anak, mendapat pendidikan dan latihan, diperlukan oleh masyarakat, dan motivasi yang terakhir adalah memperoleh uang transport. Selanjutnya hasil studi kualitatif tentang sumber motivasi tenaga kesehatan masyarakat yang dilakukan oleh Greenspan *et al.* (2013) di wilayah Morogoro, Tanzania, menemukan bahwa pekerja kesehatan masyarakat Tanzania yang bekerja meski tidak menerima gaji memiliki keinginan intrinsik untuk menjadi sukarelawan, dan motivasinya sering kali berasal dari dukungan yang diterima dari keluarga mereka ketika sumber motivasi lain tidak mencukupi. Pembuat kebijakan dan manajer program harus mempertimbangkan beban yang tidak diberikan remunerasi pada keluarga tenaga kesehatan masyarakat. Selain itu, keinginan intrinsik pekerja kesehatan masyarakat untuk menjadi sukarelawan tidak menghalangi keinginan untuk mendapatkan penghargaan eksternal. Sebaliknya, insentif finansial dan insentif yang memadai dan formal akan memungkinkan pekerja kesehatan masyarakat yang sudah termotivasi untuk meningkatkan komitmen mereka terhadap pekerjaan mereka. Sementara di Vietnam utara, Dieleman *et al.* (2003) menyatakan bahwa faktor yang menjadi motivasi utama untuk pekerja kesehatan antara lain apresiasi dari manajer, kolega dan komunitas, pekerjaan dan gaji yang stabil serta pelatihan.

Hasil analisis data menunjukkan bahwa terdapat pengaruh positif dan signifikan secara langsung motivasi terhadap pengelolaan faktor risiko kehamilan.

Semakin tinggi skor motivasi, maka semakin baik kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan. Menurut Luoma (2006), meningkatkan motivasi pekerja kesehatan dapat meningkatkan performa kerja mereka. Individu yang memiliki motivasi tinggi sering dapat mengatasi berbagai halangan seperti lingkungan kerja yang buruk, kekhawatiran akan keamanan pribadi dan peralatan yang tidak memadai.

#### **d. Pengaruh kompensasi terhadap kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan**

Hasil analisis data menunjukkan bahwa terdapat pengaruh positif langsung dan secara statistik signifikan antara kompensasi terhadap kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan, semakin tinggi skor kompensasi, maka semakin tinggi kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan. Kompensasi bukan satu-satunya faktor yang berpengaruh terhadap kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan, namun kompensasi untuk kader kesehatan perlu dipikirkan. Kader kesehatan adalah tenaga sukarela, namun jika memang dapat direalisasikan, kompensasi juga diharapkan oleh kader kesehatan. Kompensasi dapat meningkatkan kinerja kader kesehatan. Fakta dalam penelitian ini menunjukkan bahwa, meskipun kompensasi kader kesehatan sebagian besar dalam kategori tidak baik (77%), namun sebagian besar (82,90) kader kesehatan tetap memiliki motivasi yang cukup baik, dan melakukan pengelolaan faktor risiko kehamilan didasari dengan kesadaran bahwa tugas kader kesehatan lebih mengarah pada kegiatan sosial, dari pada kepentingan kompensasi. Hasil studi kualitatif oleh Takasugi (2012) di Kenya mengungkapkan pentingnya beberapa bentuk penghargaan, baik berupa penghargaan finansial atau lainnya, untuk mempertahankan hubungan dan motivasi para sukarelawan. Sementara, pendapat berbeda, menurut Kok *et al.* (2015) menyatakan bahwa insentif keuangan berbasis kinerja terkadang mengakibatkan pengabaian tugas-tugas yang tidak dibayar. Lebih lanjut penelitian Ludwick *et al.* (2013) di Uganda, menyatakan bahwa motivasi terakhir menjadi relawan adalah memperoleh uang transport.

Berdasarkan hasil penelitian ini pemerintah desa perlu mempertimbangkan kompensasi untuk kader kesehatan, bisa jadi dianggarkan melalui dana desa untuk bidang kesehatan. Berpedoman pada peraturan Menteri Desa, Daerah Tertinggal, dan Transmigrasi Republik Indonesia nomor 16 tahun 2018, sesuai yang tercantum dalam pasal 4 ayat (1) salah satu prioritas penggunaannya dana desa yaitu untuk membiayai pelaksanaan program dan kegiatan di bidang pembangunan desa dan pemberdayaan masyarakat desa. Pembiayaan ini diutamakan untuk peningkatan kualitas hidup masyarakat desa diprioritaskan untuk membiayai pelaksanaan program dan kegiatan di bidang pelayanan sosial dasar yang berdampak langsung pada meningkatnya kualitas hidup masyarakat, salah satunya yaitu untuk pengadaan, pembangunan, pengembangan, dan pemeliharaan sarana prasarana pelayanan sosial dasar untuk pemenuhan kebutuhan kesehatan masyarakat.

**e. Pengaruh supervisi terhadap kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan**

Supervisi menurut Muninjaya (2004) adalah salah satu bagian proses atau kegiatan dari fungsi pengawasan dan pengendalian (*controlling*). Kegiatan supervisi akan berdampak baik, yaitu menjamin standar kualitas pelayanan yang tinggi bila dilakukan dengan baik.

Hasil analisis data menunjukkan bahwa terdapat hubungan positif dan secara statistik signifikan, semakin baik supervisi, semakin baik kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan. Fakta yang terjadi di lapangan menunjukkan bahwa kegiatan supervisi terhadap kader kesehatan, sebagian besar masih dalam kategori tidak baik (50.2%) dan kategori kurang baik (39,8%). Berdasarkan analisis lebih lanjut terkait dengan komponen supervisi yang masih kurang baik yaitu supervisi atau bimbingan terhadap kader kesehatan lebih sering dilakukan oleh Puskesmas, Tim Penggerak PKK Desa atau Tim Penggerak PKK Kecamatan jarang melakukan supervisi terhadap kader kesehatan. Rowe *et al.* (2009) menyatakan bahwa pekerja kesehatan yang mengikuti pelatihan dan memperoleh bantuan alat dan memperoleh supervisi memberikan pelayanan yang lebih baik dibandingkan dengan pekerja kesehatan yang tidak

mendapatkan pelatihan. Sementara hasil penelitian Strachan *et al.* (2012) menunjukkan bahwa, berdasarkan wawancara yang dilakukan pada 15 *stakeholder* yang berpengalaman pada disain, implementasi dan evaluasi program kader kesehatan masyarakat, diketahui bahwa pelatihan dan supervisi merupakan faktor yang memengaruhi retensi dan motivasi dari kader kesehatan masyarakat.

**f. Pengaruh kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan terhadap kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan**

Deteksi dini kehamilan adalah kegiatan yang dilakukan untuk menemukan ibu hamil yang mempunyai faktor risiko dan komplikasi kebidanan. Kehamilan merupakan proses reproduksi yang normal tetapi tetap mempunyai risiko untuk terjadinya komplikasi. Oleh karena itu, semua intervensi untuk persiapan persalinan tidak hanya terfokus pada kehamilan dengan risiko tinggi, namun pada semua kehamilan diharapkan merencanakan pertolongan persalinan oleh tenaga terampil pada fasilitas pelayanan kesehatan (Brazier *et al.*, 2014). Deteksi dini faktor risiko kehamilan dan adanya komplikasi kehamilan oleh tenaga kesehatan dan masyarakat dan penanganan yang adekuat sedini mungkin, merupakan kunci keberhasilan dalam penurunan angka kematian ibu dan bayi yang dilahirkan (Depkes RI, 2009a). Lebih lanjut, hasil penelitian Brazier *et al.* (2014) juga menyatakan bahwa pengetahuan tentang risiko kebidanan dan tanda-tanda bahaya akan memotivasi penggunaan perawatan maternitas profesional dan akan mengurangi keterlambatan dalam mengenali komplikasi obstetrik yang mengancam jiwa, dan untuk mencapai serta memperoleh perawatan yang tepat.

Hasil analisis data menunjukkan bahwa terdapat pengaruh langsung dan secara statistik signifikan kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan terhadap kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan. Semakin tinggi skor kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan, semakin tinggi kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan.

Peran kader kesehatan dalam program KIA adalah peran dalam “Siap Antar Jaga”, yaitu kader kesehatan melakukan deteksi dini masalah kesehatan ibu dan



anak menggunakan Buku KIA. Permasalahan yang ada, selama ini kader kesehatan tidak difasilitasi Buku KIA sebagai pedoman ataupun instrumen deteksi dini lainnya yang bisa dijadikan pedoman bagi kader kesehatan. Hasil penelitian juga menggambarkan bahwa masih ada kader kesehatan dengan kemampuan deteksi dini faktor risiko kehamilan dengan kurang baik (26.77%) dan tidak baik (4,46%). Fakta di lapangan juga masih ditemukan adanya ibu hamil dengan faktor risiko yang tidak melakukan antenatal care selama kehamilannya, dan ibu hamil tersebut kurang memahami tentang tanda-tanda persalinan, sehingga terjadi persalinan di rumah tanpa didampingi tenaga kesehatan yang kompeten.

Berdasarkan wawancara dengan beberapa kader kesehatan, dalam tugas sebagai kader kesehatan, mereka membagi diri, sebagian fokus pada ibu hamil, sebagian fokus pada balita dan sebagian fokus pada masalah keluarga berencana. Dengan demikian, bukan berarti kemampuan kader kesehatan di bidang kesehatan yang kurang baik, namun disebabkan tugas kader kesehatan di bidang kesehatan tidak hanya melakukan deteksi dini faktor risiko kehamilan. Kader kesehatan juga berperan dalam program kesehatan lainnya seperti program gizi, program KB dan lain sebagainya. Mengingat dampak dari faktor risiko kehamilan dapat meningkatkan kesakitan dan kematian ibu, maka jika ditemukan faktor risiko kehamilan harus dikelola dengan adekuat. Hal ini sesuai dengan teori *health belief model* yang menjelaskan bahwa seseorang akan berupaya melakukan suatu tindakan pencegahan karena tindakan tersebut diyakini dapat mencegah adanya ancaman penyakit dan memiliki dampak buruk terhadap status kesehatan.

Upaya pengelolaan faktor risiko kehamilan dimulai dari lingkungan terdepan yaitu ibu hamil, kader kesehatan, tokoh masyarakat, dukun bayi, maupun tenaga kesehatan dalam hal ini bidan. Kehamilan dengan risiko tinggi dapat dicegah bila gejalanya ditemukan sedini mungkin sehingga dapat dilakukan tindakan pencegahan. Upaya deteksi dini dan pengelolaan faktor risiko kehamilan akan berhasil bila melibatkan peran masyarakat, salah satunya peran kader kesehatan. Kader kesehatan merupakan orang yang paling dekat dengan masyarakat, sehingga tugas kader kesehatan dalam meningkatkan derajat kesehatan ibu adalah melakukan pencegahan pada level primer dengan melakukan



kampanye kesehatan masyarakat, promosi kesehatan, dan pendidikan kesehatan masyarakat.

**g. Pengaruh usia terhadap kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan melalui pengalaman**

Hasil penelitian menggambarkan bahwa untuk mengoptimalkan kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan didukung oleh usia dan pengalaman. Semakin banyak usia kader kesehatan semakin banyak pengalaman yang dimiliki kader kesehatan. McGregor dan Gray (2002) menunjukkan bahwa pekerja dengan usia lanjut dapat diandalkan, loyal, berkomitmen pada pekerjaan serta bersedia untuk bertahan lebih lama di pekerjaannya, namun pekerja dengan usia yang lebih tua cenderung lebih sulit untuk menerima perubahan dan kurang dalam penguasaan teknologi, khususnya teknologi komputer. Berbeda dengan penelitian Siribie *et al.* (2016), kader kesehatan masyarakat yang mendapat pelatihan, memperoleh skor performa mencapai 98%. Kader kesehatan masyarakat yang muda, lajang, dan belum berpengalaman memiliki performa yang lebih baik dibandingkan dengan kader kesehatan masyarakat yang lebih tua, menikah dan lebih berpengalaman.

**h. Pengaruh usia terhadap kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan melalui supervisi**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa untuk mengoptimalkan kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan harus didukung oleh usia dan mengoptimalkan supervisi. Sementara hasil penelitian ini menunjukkan bahwa supervisi oleh PKK ataupun kepala desa masih dalam kategori kurang baik. Supervisi oleh PKK dan kepala desa merupakan bentuk dukungan terhadap kader kesehatan, hal ini dapat dapat meningkatkan motivasi kader kesehatan, karena kader kesehatan yang sering mendapat supervisi akan merasa bahwa peran mereka dibutuhkan. Supervisi bertujuan untuk menjamin pelaksanaan berbagai kegiatan yang telah direncanakan secara benar dan tepat, dalam arti lebih efektif dan efisien, sehingga tujuan yang telah ditetapkan organisasi dapat dicapai dengan memuaskan (Azwar, 2010). Sementara Aftab *et al.* (2018), menyatakan bahwa petugas kesehatan masyarakat wanita yang memperoleh supervisi suportif

menunjukkan kinerja yang lebih baik dibandingkan yang tidak memperoleh supervisi suportif.

**i. Pengaruh motivasi terhadap kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan melalui kompensasi**

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa untuk mengoptimalkan kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan harus mengoptimalkan motivasi dan kompensasi. Namun yang menjadi masalah kondisi yang terjadi saat ini, kompensasi terhadap kader kesehatan masih dalam kategori kurang baik dan tidak baik. Akan tetapi hal ini dapat diperbaiki dengan adanya dana desa yang diluncurkan Pemerintah Pusat yang dibagikan ke seluruh desa di Indonesia. Dana Desa tersebut terus dioptimalkan penyerapannya melalui Peraturan Menteri No. 16 Tahun 2018 yang mencakup tentang Prioritas Penggunaan Dana Desa. Penggunaan Dana Desa diprioritaskan untuk membiayai pelaksanaan program dan kegiatan di bidang pembangunan desa dan pemberdayaan masyarakat desa. Adapun bidang pemberdayaan masyarakat yang bisa dinanai dengan dana desa salah satunya adalah dukungan pengelolaan kegiatan pelayanan sosial dasar di bidang kesehatan. Terkait dengan kompensasi, pada dasarnya kader kesehatan adalah tenaga sukarela, namun apakah kader kesehatan harus membiayai sendiri untuk pelayanan social, disinilah kiranya kader kesehatan memerlukan dukungan dana, paling tidak berupa uang transport atau penggantian pulsa hand phone secara berkala. Bila hal ini dapat terwujud, dimungkinkan dapat meningkatkan motivasi kader kesehatan. Ludwick *et al.* (2013) menyatakan bahwa salah satu motivasi menjadi relawan adalah mendapat uang transport.

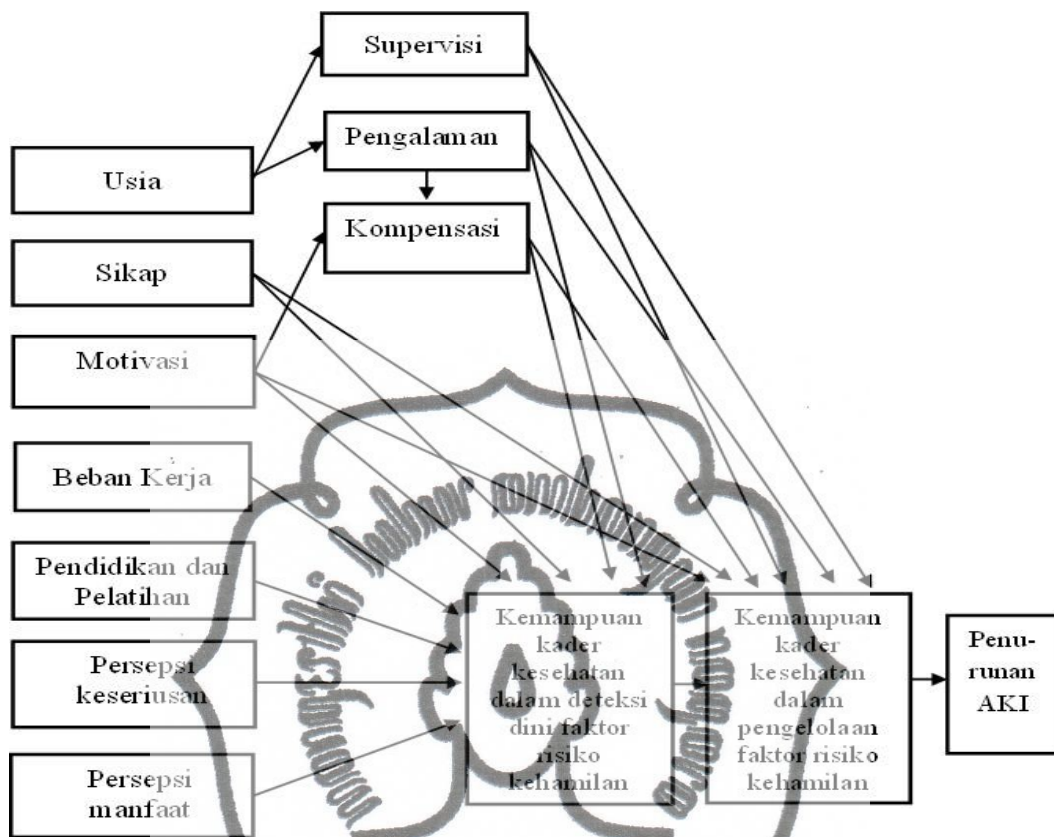
**j. Pengaruh pengalaman terhadap kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan melalui kompensasi**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa untuk mengoptimalkan kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan harus mengoptimalkan pengalaman dan kompensasi. Hal ini juga menggambarkan bahwa semakin lama pengalaman kerja semakin besar kompensasi yang seharusnya diterima. Pengalaman yang baik akan mengantarkan seseorang untuk

membentuk sikap positif dalam kehidupan (Azwar,2016). Sementara Coatsworth, *et al.* (2017) menyatakan bahwa pengalaman memberikan perawatan kesehatan di negara berkembang memaksa mereka untuk bertindak kreatif. Seseorang yang memiliki sikap yang baik, layak mendapatkan kompensasi. Telah diuraikan diatas bahwa kompensasi bukan satu-satunya yang menjadi motivasi menjadi kader kesehatan, akan tetapi kompensasi menjadi penting karena kompensasi dapat meningkatkan kesejahteraan. Pada hakekatnya pemerintah dan kader kesehatan saling membutuhkan, kader kesehatan adalah asset sumber daya manusia kesehatan yang dapat menunjang pelaksanaan program kesehatan, maka dari itu juga perlu diperhatikan kesejahteraan hidupnya, tidak saja dituntut kewajibannya saja dengan berbagai macam beban pekerjaan.

### **3. Konsep model pemberdayaan kader kesehatan dalam deteksi dini dan pengelolaan faktor risiko kehamilan**

Berdasarkan hasil uji kecocokan model ini, dapat direkomendasikan model pemberdayaan kader kesehatan dalam deteksi dini dan pengelolaan faktor risiko kehamilan sebagai bentuk promosi kesehatan pada ibu hamil. Adapun rekomendasi berdasarkan rumusan model tersebut menyatakan bahwa kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan dapat ditingkatkan melalui peningkatan sikap, pengalaman, motivasi, kompensasi, beban kerja, pendidikan dan pelatihan, supervisi, persepsi tentang keseriusan dan persepsi tentang manfaat. Sementara upaya untuk meningkatkan kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan dapat ditingkatkan melalui peningkatan sikap, pengalaman, motivasi, kompensasi, dan kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan. Selain itu, secara tidak langsung deteksi dini dan pengelolaan faktor risiko kehamilan dipengaruhi oleh motivasi dan pengalaman melalui kompensasi, serta usia melalui pengalaman dan supervisi. Model dari hasil penelitian ini dapat dilihat pada Gambar 4.4.



Gambar 4.4: Model pemberdayaan kader kesehatan dalam deteksi dini dan pengelolaan faktor risiko kehamilan

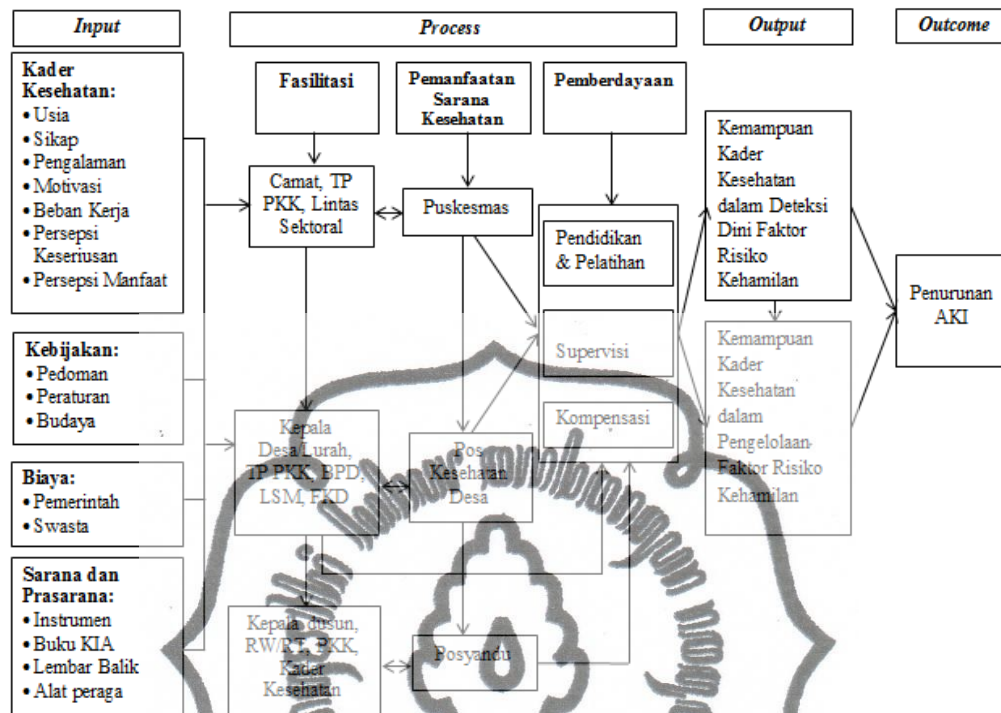
Setelah didapatkan konsep model berdasarkan uji statistik menggunakan *path analysis*, dan didukung dengan hasil wawancara mendalam (*in-depth interview*) dengan informan terpilih dan kerangka konseptual yang dibangun sebelumnya, serta berbagai publikasi ilmiah yang mendukung, maka perlu kiranya dibuat suatu rumusan model pemberdayaan kader kesehatan dalam deteksi dini dan pengelolaan faktor risiko kehamilan yang mudah dipahami dan mudah diimplementasikan, serta mudah menjelaskan hubungan antar unsur - unsur yang terkait, dengan cara membuat penyederhanaan model. Penyederhanaan model diawali dengan melakukan kategorisasi variabel yang dikelompokkan ke dalam unsur masukan (*input*), proses (*process*), dan keluaran (*ouput*) serta dampak (*outcome*). Unsur masukan terdiri dari berbagai sumber daya (sumber daya manusia, kebijakan, biaya, sarana dan prasarana).

*commit to user*

Sementara itu, proses pemberdayaan kader kesehatan dalam deteksi dini dan pengelolaan faktor risiko kehamilan diimplementasikan dengan mendayagunakan dan pemanfaatan sumber daya dari berbagai unsur yang terdiri dari lintas sektor bidang kesehatan, baik ditingkat kecamatan maupun tingkat desa meliputi, kepala wilayah kecamatan beserta jajarannya, tim penggerak PKK Kecamatan, kepala desa dengan perangkatnya, badan perwakilan desa (BPD), tim penggerak PKK Desa, lembaga sosial/swadaya masyarakat, forum kesehatan desa (FKD), kader kesehatan. Keberhasilan deteksi dini dan pengelolaan faktor risiko kehamilan memerlukan dukungan yang kuat dari berbagai pihak, baik dukungan moril, materil, maupun finansial. Selain itu diperlukan adanya kerjasama, dukungan dan pengabdian para pengelolanya termasuk kader kesehatan. Apabila kegiatan deteksi dini dan pengelolaan faktor risiko kehamilan terselenggara dengan baik niscaya akan memberikan kontribusi yang besar, dalam menurunkan angka kematian ibu.

Selanjutnya keluaran pemberdayaan yaitu meningkatnya kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini dan pengelolaan faktor risiko kehamilan, dan pada akhirnya berdampak pada penurunan angka kematian ibu. Berikut adalah gambar model pemberdayaan kader kesehatan dalam deteksi dini dan pengelolaan faktor risiko kehamilan (Gambar 4.5).





Gambar 4.5 Model pemberdayaan kader kesehatan dalam deteksi dini dan pengelolaan faktor risiko kehamilan yang direkomendasikan

Gambar 4.5 merupakan skema model pemberdayaan kader kesehatan guna meningkatkan kesehatan ibu hamil melalui deteksi dini dan pengelolaan faktor risiko kehamilan sebagai upaya untuk menurunkan angka kematian ibu. Model pemberdayaan kader kesehatan terdiri dari *input*, *process* dan *output* serta *outcome* yang diharapkan.

*Input* atau masukan dari model pemberdayaan ini terdiri dari berbagai komponen yang diperlukan dan mendukung upaya meningkatkan kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini dan pengelolaan faktor risiko kehamilan guna meningkatkan kesehatan ibu dan menurunkan angka kematian ibu meliputi berbagai unsur sumberdaya. Sumber daya yang pertama adalah kader kesehatan yang dalam hal ini kemampuannya dipengaruhi oleh usia, sikap, pengalaman, motivasi, kompensasi, pendidikan dan pelatihan, supervisi, persepsi tentang keseriusan dan persepsi tentang manfaat. Terkait dengan upaya penurunan angka kematian ibu salah satu program pemerintah yang berhubungan dengan kesehatan

ibu hamil dengan melibatkan peran serta kader kesehatan yaitu program deteksi dini faktor risiko kehamilan. Sementara untuk mendukung kegiatan tersebut diperlukan dana (biaya) yang dapat berasal dari pemerintah maupun swasta. Terkait dengan dana yang berasal dari pemerintah, salah satunya dapat menggunakan dana desa. Dana Desa adalah dana yang bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara yang diperuntukkan bagi Desa yang ditransfer melalui Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah kabupaten/kota dan digunakan untuk mendanai penyelenggaraan pemerintahan, pelaksanaan pembangunan, pembinaan kemasyarakatan, dan pemberdayaan masyarakat. Menurut Peraturan Menteri Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, dan Transmigrasi Republik Indonesia No 16 tahun 2018, penggunaan dana desa diprioritaskan untuk membiayai pelaksanaan program dan kegiatan di bidang pembangunan desa dan pemberdayaan masyarakat desa. Salah satu prioritas penggunaan dana desa diharapkan dapat memberikan manfaat sebesar-besarnya bagi masyarakat desa berupa peningkatan kualitas hidup dan peningkatan kesejahteraan. Peningkatan kualitas hidup masyarakat desa diutamakan untuk membiayai pelaksanaan program dan kegiatan di bidang pelayanan sosial dasar yang berdampak langsung pada meningkatnya kualitas hidup masyarakat yang salah satunya adalah untuk pengadaan, pembangunan, pengembangan, dan pemeliharaan sarana prasarana untuk pemenuhan kebutuhan kesehatan masyarakat.

Sementara, sarana dan prasarana yang berupa instrumen untuk melakukan deteksi dini faktor risiko kehamilan, buku KIA, lembar balik, dan alat-alat peraga sangat diperlukan oleh kader kesehatan. Lebih lanjut guna memantapkan langkah dan mempermudah dalam melaksanakan program kesehatan harus didukung adanya surat keputusan ataupun peraturan yang relevan dengan program yang dijalankan, tersedia pedoman operasional dan dilengkapi dengan adanya petunjuk teknis atau prosedur tetap pelaksanaan kegiatan, agar efektif dan efisien dalam melaksanakan kegiatan.

Selanjutnya, menuju pada tahap proses pemberdayaan. yang tujuannya adalah untuk mengelola *input*. Proses pemberdayaan kader kesehatan harus diawali dengan melakukan identifikasi masalah terkait dengan kemampuan kader

kesehatan itu sendiri. Berdasarkan hasil penelitian diperoleh empat masalah yang yang menjadi prioritas yaitu pendidikan dan pelatihan, supervisi, dan kompensasi, serta kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan yang masih dalam kategori kurang baik dan tidak baik. Upaya meningkatkan kemampuan kader kesehatan, tidak saja menjadi otoritas Dinas Kesehatan/Puskesmas, namun harus ada upaya terpadu dari berbagai lintas sektor, baik ditingkat kecamatan maupun tingkat desa. Dengan lahirnya Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2014 tentang Desa, maka desa tumbuh menjadi suatu kekuatan tersendiri yang selama ini tidak pernah diperhitungkan karena hanyalah menjadi objek pembangunan. Demikian pula pada sektor kesehatan, dimana saat ini desa memiliki hak asal usul dan kewenangan lokal berskala desa untuk menentukan kegiatan-kegiatan prioritas pada sektor kesehatan dalam mewujudkan pembangunan sumber daya manusia yang berkualitas bagi masyarakat desa. Dengan demikian, untuk menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan, bisa difasilitasi bersama-sama oleh unsur pemerintah dalam hal ini puskesmas, pemerintah desa, didukung oleh pihak swasta. Tidak berbeda dengan pendidikan dan pelatihan, untuk memperbaiki kompensasi harus dimusyawarahkan bersama-sama antara pemerintah dan swasta. Kompensasi yang layak untuk kader kesehatan, misalnya, berupa: imbalan jasa, penghargaan/pengakuan peran kader kesehatan, memberikan jaminan kesehatan pada kader kesehatan dan keluarganya, pemberian seragam, diajak rekreasi dan lain sebagainya. Sementara untuk memperbaiki supervisi, perlu adanya komitmen dari berbagai pihak yang masuk dalam tim pembina kader kesehatan. Kader kesehatan ber *home base* di Posyandu, oleh karena itu tim pembina kader kesehatan juga terdiri dari tim pembina kelompok kerja operasional (pokjanal) pembinaan posyandu yang berkedudukan mulai dari tingkat pusat hingga tingkat kecamatan, sementara untuk tingkat desa disebut dengan kelompok kerja (pokja) pembinaan posyandu. Pokjanal Posyandu adalah kelompok kerja yang tugas dan fungsinya mempunyai keterkaitan dalam pembinaan penyelenggaraan/pengelolaan posyandu yang berkedudukan di Pusat, Provinsi, Kabupaten/Kota dan Kecamatan. Sementara Pokja Posyandu adalah kelompok kerja yang tugas dan fungsinya mempunyai keterkaitan dalam

pembinaan penyelenggaraan/pengelolaan posyandu yang berkedudukan di Desa. Salah satu tugas dari pokjanal posyadu yaitu melakukan bimbingan, pembinaan, fasilitasi, advokasi, pemantauan, dan evaluasi terhadap pengelolaan program/kegiatan posyandu secara rutin dan terjadwal. Bila membahas tentang posyandu, berarti juga membahas tentang kader kesehatan karena di dalam posyandu pasti ada kader kesehatan. Unsur-unsur yang duduk dalam pengorganisasian pokjanal posyandu/pokja posyandu tidak terbatas pada komponen instansi pemerintah saja, tetapi juga dapat melibatkan unsur-unsur lain seperti Lembaga Profesi, Perguruan Tinggi, LSM, Swasta/Dunia Usaha dan sebagainya. Sebagai contoh tim pembina posyandu dapat terdiri dari kepala wilayah (camat, kepala desa), TP PKK, BPD, Lintas Sektor dan Ketua FKD. Tim pembina kader kesehatan harus berperan sebagai fasilitator, pemberian bantuan teknis, bukan sebagai instruktur terhadap kader kesehatan, agar kader kesehatan mampu mengembangkan diri dan bukan menimbulkan ketergantungan.

*Output* atau keluaran yang diharapkan yaitu meningkatnya kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini dan pengelolaan faktor risiko kehamilan, tentu tidak terlepas dari tata kerja yang saling berkaitan dan bekerja sama, dalam hal ini adalah unsur *input* dan *process*. Hasil dari upaya perbaikan, baik melalui pendidikan dan pelatihan, perbaikan kompensasi dan supervisi, diharapkan dapat meningkatkan kemampuan kader dalam deteksi dini dan pengelolaan faktor risiko kehamilan menjadi lebih baik.

*Outcome* atau dampak yang diharapkan dari pemberdayaan kader kesehatan dalam deteksi dini dan pengelolaan faktor risiko kehamilan ini adalah: pertama, dari unsur kader kesehatan, yaitu meningkatnya pengetahuan dan keterampilan dalam deteksi dini dan pengelolaan faktor risiko kehamilan serta meningkatnya kesejahteraan kader kesehatan sehingga kader kesehatan lebih aktif dalam menjalankan tugasnya; kedua, dampak terhadap program pemerintah, khususnya pada program kesehatan ibu, yaitu meningkatnya cakupan deteksi dini faktor risiko kehamilan oleh kader kesehatan, dan meningkatnya kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan, sehingga terjadi penurunan jumlah atau angka kematian ibu. *commit to user*



Model ini diharapkan dapat diterapkan secara berkelanjutan guna mendukung program kesehatan ibu dan dapat digunakan untuk mengembangkan kemampuan (*capability*) kader kesehatan, menumbuhkan partisipasi masyarakat dalam proses dan kegiatan pembangunan kesehatan umumnya dan kesehatan ibu khususnya. Model ini juga merupakan pengembangan potensi masyarakat yang didukung oleh peran dari pemangku kepentingan, *stakeholder*, serta peran dari lintas sektor termasuk peran swasta. Kolaborasi antara berbagai tingkat pelayanan kesehatan dan antara sektor kesehatan dan sumber daya masyarakat harus ditingkatkan.

Lebih lanjut, upaya meningkatkan kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini dan pengelolaan faktor risiko kehamilan, selain memperbaiki faktor-faktor yang memengaruhi kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini dan pengelolaan faktor risiko kehamilan yang masih dalam kategori kurang baik dan tidak baik, faktor –faktor yang sudah cukup baik perlu ditingkatkan agar menjadi baik dan yang sudah baik perlu dipertahankan. Faktor-faktor tersebut meliputi: (a) Sikap kader kesehatan, sikap merupakan aspek penting, karena kader kesehatan yang memiliki sikap baik, dalam hal ini sikap yang positif, tentu ia akan berperan serta lebih aktif terhadap upaya deteksi dini dan pengelolaan faktor risiko kehamilan. Adapun upaya yang dapat dilakukan salah satunya adalah mendorong kader kesehatan agar selalu meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan terkait dengan upaya peningkatan kesehatan ibu, khususnya tentang deteksi dini dan pengelolaan faktor risiko kehamilan; (b) Pengalaman kader kesehatan, pengalaman merupakan modal dasar dalam pengambilan keputusan. Pengalaman tidak cukup hanya dengan lama menjadi kader kesehatan, namun harus didukung dengan keterampilan-keterampilan yang nyata. Berbagai cara guna meningkatkan pengalaman adalah dengan cara kader kesehatan melibatkan dalam berbagai kegiatan dibidang kesehatan masyarakat, tidak malu bertanya terkait dengan hal-hal yang belum diketahui, mengutarakan ide-ide, terlepas dari diterima atau tidaknya ide yang diutarakan, mencatat segala sesuatu yang penting; (3) Motivasi kader kesehatan, mempertahankan dan meningkatkan motivasi kader kesehatan dapat dilakukan dengan cara memberikan pujian terhadap hasil



pekerjaan kader kesehatan, memberikan umpan balik yang baik, memberikan pengakuan atas peran mereka, memberikan kompensasi ataupun reward meskipun tidak dalam bentuk uang. Selain itu, melibatkan kader kesehatan dalam pertemuan tingkat desa, melibatkan kader kesehatan dalam survei mawas diri, musyawarah masyarakat desa dan memberikan pelatihan kepada kader kesehatan; (d) Beban kerja kader kesehatan perlu disesuaikan, pemangku kepentingan tidak boleh memberikan tugas yang melebihi kemampuannya, tugas kader kesehatan harus dibagi sesuai dengan kebutuhan program, perlu diadakan pedoman atau instrumen untuk melakukan deteksi dini faktor risiko kehamilan, dan perlu menambah jumlah kader kesehatan; (e) Persepsi tentang keseriusan, dapat ditingkatkan dengan meningkatkan pengetahuan tentang jenis-jenis dan dampak faktor risiko kehamilan terhadap kesehatan ibu; (f) Persepsi tentang manfaat deteksi dini faktor risiko kehamilan, untuk meningkatkan persepsi manfaat deteksi dini faktor risiko kehamilan yaitu dengan mengikutsertakan kader kesehatan dalam upaya pengelolaan sejak tahap identifikasi masalah, perencanaan, pelaksanaan, serta evaluasi hasil; (g) Upaya memperbaiki kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan, yaitu dengan memperbaiki berbagai faktor yang memengaruhinya, yaitu: sikap, pengalaman, motivasi, kompensasi, beban kerja, pendidikan dan pelatihan, supervisi, persepsi keseriusan dan persepsi tentang manfaat deteksi dini faktor risiko kehamilan dengan dukungan fasilitas-fasilitas/sarana dan prasarana yang memadai.

Terumuskannya model pemberdayaan kader kesehatan dalam penelitian ini dapat mendukung upaya peningkatan promosi kesehatan ibu hamil, berdasarkan nilai kebaruan sebagai berikut:

#### 1) Secara teoritis

Secara teoritis gabungan dari beberapa komponen teori perilaku kesehatan, PRECEDE-POOCEED, *Theory of Planed Behavior* dan *Health Belief Model* secara bersama-sama dapat digunakan untuk merumuskan perencanaan promosi kesehatan yang dilandasi dengan sikap individu (kader kesehatan) dalam berperilaku, sebagai upaya untuk mengatasi adanya ancaman status kesehatan.

## 2) Secara praktis

Hasil yang diperoleh dari penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan masukan kepada para penentu kebijakan, guna merumuskan perencanaan upaya peningkatan kemampuan kader kesehatan, dan upaya untuk menurunkan angka kematian ibu.

## 3) Secara metodologis

Metode penelitian ini dapat dipertanggung jawabkan, dari berbagai aspek, utamanya dari metode analisis data. *Path analysis* dapat membuktikan adanya pengaruh dari variabel eksogen terhadap variabel endogen, baik pengaruh langsung maupun tidak langsung, sehingga hasilnya dapat digunakan untuk mengambil keputusan dengan tepat. Hasil penelitian ini memunculkan perspektif baru yaitu membuka wawasan untuk melakukan penelitian lanjutan, dengan meneliti komponen-komponen lain dari berbagai teori perilaku kesehatan. Selain itu juga penting untuk melakukan uji coba model penelitian yang dihasilkan oleh penelitian ini.

## 4) Bidang promosi kesehatan

- a) Solusi baru: hasil penelitian ini memberikan solusi bahwa untuk meningkatkan kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini dan pengelolaan faktor risiko kehamilan, perlu memperbaiki kompensasi, pendidikan dan pelatihan, serta supervisi untuk kader kesehatan, dengan memanfaatkan dana desa.
- b) Strategi baru: rumusan model pemberdayaan ini dapat digunakan untuk meningkatkan sinergitas semua potensi bangsa, baik kader kesehatan, swasta, pemerintah, sehingga lebih berhasilguna dan berdayaguna dan terwujud tingkat kesehatan ibu yang setinggi-tingginya.

## C. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini semaksimal mungkin diupayakan sesuai dengan prosedur ilmiah, mengacu pada beberapa teori perilaku kesehatan, namun demikian masih memiliki keterbatasan, diantaranya adalah:

*commit to user*

1. Sengaja membatasi jumlah variabel yang diteliti. Untuk variabel faktor-faktor yang memengaruhi kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini dan pengelolaan faktor risiko kehamilan yang berpedoman pada teori perilaku kesehatan, PRECEDE-PROCEED Model, *Health Belief Model* dan *Theory of Planed Behavioar*, tidak semua komponen dari teori tersebut diteliti.
2. Keterbatasan dalam proses penelitian yaitu, pengumpulan data menggunakan kuesioner dengan butir pernyataan yang cukup banyak, hal ini memerlukan waktu yang cukup lama sehingga memungkinkan responden merasa bosan dan lelah.

