

BAB 6

PEMBAHASAN

6.1 Gambaran Karakteristik Kader

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa paling banyak responden pada golongan usia 31-40 tahun. Pada usia ini diharapkan kader berada pada tingkat kematangan dan kemampuan sehingga kader dapat berpikir dengan baik. Usia ini tergolong dalam usia produktif. Terkait dengan mayoritas kader yang berjenis kelamin perempuan, besar kemungkinan pada usia tersebut kader masih disibukkan dengan pekerjaan rumah tangga, mengurus anak, dan pekerjaan lain untuk menambah penghasilan. Hal ini dapat mempengaruhi waktu kader dalam menyelesaikan tugasnya sebagai kader di posyandu (Sagala, 2005)

Berdasarkan karakteristik jenis kelamin, penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar kader berjenis kelamin perempuan. Pada beberapa tempat, posyandu balita berdiri lebih awal dibanding posyandu lansia yang ada di wilayah tersebut, sehingga beberapa dari kader posyandu lansia berasal dari kader posyandu balita yang kemudian merangkap kedua jenis posyandu tersebut atau kemudian meninggalkan salah satunya. Karena kegiatan posyandu balita berkenaan dengan kesehatan ibu dan anak, maka wajar bila kini kader posyandu lansia yang mulanya berasal dari kader posyandu balita banyak yang berjenis kelamin perempuan. Sedangkan beberapa kader yang berjenis kelamin laki-laki, diketahui sebagai perangkat desa. Keberadaan perangkat desa sebagai kader berkaitan dengan posisi kader yang berada dibawah naungan pemerintah desa, meskipun dalam pekerjaannya bekerja sama dengan puskesmas. Sukarni (2002) menyatakan, kader bertanggung jawab kepada kepala desa dan supervisor yang ditunjuk oleh petugas/tenaga pelayanan pemerintah, sehingga keberadaan

perangkat desa ini guna membina dan mengontrol agar kegiatan posyandu lansia berjalan dengan baik.

Gambaran karakteristik kader berdasarkan tingkat pendidikan menunjukkan bahwa sebagian besar kader berpendidikan SMA, dengan distribusi yang tidak jauh berbeda, sisanya adalah lulusan SMP dan SD. Kader yang lulus perguruan tinggi hanya ada sebagian kecil dari sampel total. Secara teoritis disebutkan bahwa dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi akan memudahkan seseorang khususnya kader dalam menerima suatu perubahan. Semakin tinggi tingkat pendidikan kader diharapkan cara berpikir akan menjadi lebih rasional sehingga kader akan semakin terarah dalam mengikuti atau berpartisipasi dalam program pemantauan kesehatan lansia. Pendidikan adalah suatu usaha pembentukan watak yaitu nilai dan sikap disertai dengan kemampuan dalam bentuk kecerdasan, pengetahuan dan ketrampilan. Tingkat pendidikan berhubungan dengan kemampuan dalam menerima informasi kesehatan baik dari media massa maupun petugas kesehatan sehingga dapat ikut berperan serta dalam kegiatan peningkatan kesehatan seperti posyandu (Setijowati, 2012).

Hasil penelitian mengenai pekerjaan menunjukkan bahwa sebagian besar responden tidak bekerja atau sebagai ibu rumah tangga, sehingga memiliki cukup waktu untuk mengikuti kegiatan kemasyarakatan sebagai kader dan memberi perhatian untuk pekerjaan kader di posyandu lansia. Hanya sepertiga dari total kader, yang diluar kewajibannya sebagai kader memiliki pekerjaan lain yang menjadi mata pencahariannya. Pekerjaan dikategorikan menjadi 3 yaitu swasta, guru, dan wiraswasta. Swasta meliputi petani, buruh pabrik, pembantu, perangkat desa dan karyawan swasta. Wiraswasta meliputi pedagang dan

wirausaha lainnya yang memungkinkan dengan usaha mandiri seseorang dapat memperoleh penghasilan dari apa yang diupayakan baik berupa barang maupun jasa. Sesuai dengan data kependudukan dari Kecamatan Dau tahun 2011, hasil penelitian menunjukkan bahwa pada kelompok responden yang bekerja adalah mayoritas sebagai petani, sedangkan yang tidak bekerja sebagai ibu rumah tangga.

Berdasarkan status pernikahan, penelitian menunjukkan bahwa hampir seluruh responden berstatus menikah. Hal ini terkait dengan distribusi usia dari responden itu sendiri yang sebagian besar telah berusia lebih dari 30 tahun. Sementara yang sebagian kecil, yakni responden pada kelompok usia antara 21-30 tahun, juga telah menikah. Hal ini terkait dengan fenomena meningkatnya pernikahan usia dini di beberapa desa seperti Desa Selorejo, Desa Karangwidoro dan desa-desa yang lokasinya cenderung di daerah pelosok, dengan tingkat pendidikan yang rendah. Meski demikian, menurut keterangan bidan desa kader didaerah ini sudah terbentuk cukup lama dan kader-kadernya masih aktif mengikuti kegiatan posyandu lansia.

Menurut Zulkifli (2003) pada hakekatnya tidak ada persyaratan tertentu untuk dipilih menjadi kader. Kader adalah anggota masyarakat yang dipilih untuk membantu petugas kesehatan yang bekerja sebagai tenaga sukarela, dididik dan dilatih untuk berpartisipasi pada masyarakat dalam bidang penyelenggaraan program posyandu. Sukarni (2002) menyatakan bahwa kader kesehatan bertanggung jawab terhadap masyarakat setempat, mereka bekerja dan berperan sebagai seorang pelaku dari sebuah sistem kesehatan. Keberadaan kader posyandu lansia sangat berperan dalam pemanfaatan posyandu lansia.

Kader bertanggung jawab kepada kepala desa dan supervisor yang ditunjuk oleh petugas/tenaga pelayanan pemerintah.

Hasil penelitian mengenai masa tugas sebagai kader menunjukkan mayoritas responden menjalani masa tugas sebagai kader selama 1-5 tahun. Hal ini karena pengembangan posyandu lansia di beberapa desa masih tergolong baru dan dalam proses revitalisasi, bahkan di desa Selorejo posyandu lansianya baru didirikan dan proses kaderisasinya pun belum selesai terbentuk, tidak seperti posyandu balita yang kaderisasinya sudah ada sejak lama. Oleh karena itu di beberapa posyandu lansia yang masih dalam proses kaderisasi, beberapa kader dari posyandu balita dialihkan ke posyandu lansia. Diharapkan kader yang sudah lama bertugas semakin teliti dalam melaksanakan tugas-tugasnya dan kader yang baru mendapatkan dukungan dari kepala desa, puskesmas, dan petugas kesehatan di lingkungan kerjanya melalui pembinaan yang rutin di setiap kegiatan posyandu. Menurut Andira (2012) lama masa kerja lebih berpengaruh pada kinerja yang ditunjukan oleh kader, dimana masa kerja merupakan salah satu indikator tentang kecenderungan pada pekerjaan, semakin lama seseorang bekerja semakin tinggi pula produktivitasnya karena semakin berpengalaman dan terampil menyelesaikan tugas yang dipercayakan kepadanya. Penelitian empiris yang dilakukan oleh Kalbers dan Cenker (2007) terhadap 334 akuntan yang bekerja di beberapa kota metropolitan di Amerika Serikat menunjukkan bahwa pengalaman kerja (masa kerja) berpengaruh positif dan signifikan terhadap komitmen organisasional. Demikian pula penelitian yang dilakukan oleh Joiner dan Bakalis (2006) terhadap 72 orang guru dari delapan akademi di Austria menunjukkan bahwa masa kerja atau pengalaman kerja berpengaruh positif dan signifikan terhadap komitmen organisasional. Secara tidak langsung,

masa kerja dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang melalui segi pengalaman yang diperoleh dan komitmen terhadap sebuah organisasi yang memungkinkan mereka menyerap lebih banyak informasi selama berkomitmen dalam organisasi tersebut.

Hasil penelitian mengenai keikutsertaan kader dalam pembinaan menunjukkan bahwa mayoritas kader tidak pernah mengikuti pembinaan yang berkaitan dengan kesehatan lansia. Hanya sekitar sepertiga dari total responden yang pernah mengikuti pembinaan baik dalam bentuk penyuluhan ataupun pelatihan yang berkaitan dengan kesehatan lansia. Pembinaan dalam hal ini termasuk memberikan pelatihan, penyuluhan dan segala bentuk upaya untuk mengembangkan ketrampilan dan pengetahuan kader melalui kegiatan yang dicanangkan oleh pihak puskesmas kecamatan maupun struktur pemerintahan yang membawahnya untuk tujuan pendidikan kesehatan. Pendidikan kesehatan merupakan proses perubahan, yang bertujuan untuk mengubah individu, kelompok dan masyarakat menuju hal-hal yang positif secara terencana melalui proses belajar. Perubahan tersebut mencakup antara lain pengetahuan, sikap dan ketrampilan melalui proses pendidikan kesehatan. Pada hakikatnya dapat berupa emosi, pengetahuan, pikiran, keinginan, tindakan nyata dari individu, kelompok dan masyarakat (Machfoed, 2005 : 129). Secara umum tujuan dari pendidikan kesehatan adalah mengubah perilaku individu atau masyarakat dibidang kesehatan. Tujuan ini dapat diperinci lebih lanjut antara lain, menjadikan kesehatan sebagai sesuatu yang bernilai di masyarakat, menolong individu agar mampu secara mandiri atau kelompok mengadakan kegiatan untuk mencapai tujuan hidup sehat, mendorong pengembangan dan menggunakan secara tepat sarana pelayanan kesehatan yang ada (Herawati, 2001 : 47).

Menurut WHO (1954) yang dikutip oleh Notoatmodjo (2003), pemberian pendidikan kesehatan adalah suatu upaya untuk menciptakan perilaku masyarakat yang kondusif untuk kesehatan, dan bertujuan meningkatkan status kesehatan, mencegah timbulnya penyakit, mempertahankan derajat kesehatan yang sudah ada, memaksimalkan fungsi dan peran pasien selama sakit, serta membantu pasien dan keluarga untuk mengatasi masalah kesehatan. Artinya pendidikan kesehatan berupaya agar masyarakat mengetahui atau menyadari bagaimana memelihara kesehatan mereka. Lebih dari itu pendidikan kesehatan pada akhirnya bukan hanya meningkatkan pengetahuan pada masyarakat, namun yang lebih penting adalah mencapai perilaku kesehatan (*healthy behaviour*), sehingga tujuan akhir dari pendidikan kesehatan adalah agar masyarakat dapat mempraktikkan hidup sehat bagi dirinya sendiri dan bagi masyarakat dapat berperilaku hidup sehat.

Hasil wawancara dengan beberapa responden di Desa Petungsewu menyatakan bahwa selama ini mereka cukup sering mendapatkan pelatihan atau penyuluhan terkait stroke dan penyakit-penyakit degeneratif lainnya dari mahasiswa yang melakukan kegiatan KKN (Kelompok Kerja Nyata) atau pengabdian masyarakat di desa tersebut. Sedangkan di desa-desa lain, biasanya kader dalam kegiatan posyandu lansia didampingi dan dibina oleh bidan desa atau perawat desa. Pelatihan yang diberikan sesuai dengan porsi kerja kader di posyandu lansia, yakni mengukur berat badan, tinggi badan, mengetahui tekanan darah normal, melakukan pencatatan, terutama pada pasien dengan tekanan darah yang beresiko pada penyakit degeneratif pada lansia.

Menurut Tanjung (2003), pelatihan merupakan suatu proses belajar mengajar terhadap pengetahuan dan keterampilan tertentu serta sikap agar semakin terampil dan mampu melaksanakan tanggung jawabnya dengan semakin baik, sesuai dengan standar. Pelatihan menurut Strauss dan Syalessi di dalam Notoatmodjo (1998) berarti mengubah pola perilaku, karena dengan pelatihan maka akhirnya akan menimbulkan perubahan perilaku. Pelatihan adalah bagian dari pendidikan yang menyangkut proses belajar, berguna untuk memperoleh dan meningkatkan keterampilan di luar sistem pendidikan yang berlaku, dalam waktu relatif singkat dan metodenya mengutamakan praktek daripada teori. Suatu pelatihan berupaya menyiapkan para kader untuk melakukan pekerjaan yang dihadapi (Budioro, 2002 dalam Surani 2008).

Menurut Depkes RI tahun 2000 (dalam Setijowati, 2012) menyatakan bahwa tujuan pelatihan merupakan upaya peningkatan sumberdaya manusia termasuk sumberdaya manusia tenaga kesehatan, kader posyandu, agar pengetahuan dan keterampilannya meningkat. Kader posyandu perlu mendapatkan pelatihan karena jumlahnya tersebar di berbagai daerah di Indonesia. Pelatihan bagi kader dapat berupa : a) ceramah; b) tanya jawab; c) curah pendapat; d) simulasi dan e) praktek (Setijowati, 2012).

Terdapat empat kelompok faktor yang berpengaruh terhadap keberhasilan sebuah pelatihan (Notoatmodjo, 1993) yakni : (1) faktor materi/hal yang dipelajari, (2) lingkungan fisik : suhu, kelembaban udara, kondisi tempat belajar dan lingkungan sosial yakni manusia dengan segala interaksinya, (3) instrumental yang terdiri dari perangkat keras seperti perlengkapan belajar, alat peraga dan perangkat lunak seperti kurikulum, pengajar, serta metode belajar, dan (4) kondisi individual subjek belajar yakni kondisi fisiologis seperti

panca indra dan status gizi serta kondisi psikologis misalnya intelegensi, pengamatan, daya tangkap dan ingatan.

6.2 Gambaran Pengetahuan Kader

Menurut Bloom (1997, dalam Arivianti 2009) pengetahuan adalah pemberian bukti seseorang setelah melewati proses pengenalan atau penguatan informasi atau ide yang sudah diperoleh sebelumnya. Pengetahuan dikelompokkan ke dalam ranah kognitif dari tiga ranah perilaku yaitu kognitif, afektif dan psikomotor.

Hasil penelitian mengenai pengetahuan kader tentang stroke menunjukkan bahwa sebagian besar responden-reponden memiliki pengetahuan yang baik tentang stroke. Hal ini akan sangat positif dampaknya bagi peningkatan kemandirian masyarakat dalam upaya mencegah prevalensi stroke dimasyarakat jika pengetahuan tersebut diiringi dengan sikap dan perilaku yang positif pula. Pengetahuan kader tentang stroke perlu diperhatikan karena sangat mempengaruhi kinerja posyandu dalam memonitor dan mengedukasi masyarakat lansia yang beresiko tinggi terhadap penyakit stroke. Hal ini penting karena perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari pengetahuan.

Berdasarkan teori adaptasi, bila pengetahuan baik setidaknya dapat mendorong untuk mempunyai sikap dan perilaku yang baik pula (Widodo, dkk.,2005). Pengetahuan yang adekuat jika tidak diimbangi oleh sikap dan praktek yang berkesinambungan tidak akan mempunyai makna yang berarti bagi kehidupan (Notoatmodjo, 2007), sedangkan sikap dan praktek yang tidak didasari oleh pengetahuan yang adekuat tidak akan bertahan lama pada

kehidupan seseorang (Roger,1974 dalam Yuliasari 2010). Notoatmodjo (2003) menyatakan bahwa meningkat atau kurangnya pengetahuan seseorang mempengaruhi pemahaman, cara berpikir dan penganalisaan terhadap sesuatu sehingga dengan sendirinya akan memberi persepsi yang berbeda terhadap objek yang diamati yang pada akhirnya akan mengubah perilaku seseorang.

6.3 Hubungan antara Karakteristik dan Pengetahuan Kader tentang Stroke

Sagala (2009) menyatakan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi ketrampilan kader sangat ditentukan oleh karakteristik dan pelatihan kader. Karakteristik tersebut diantaranya umur, jenis kelamin, status perkawinan, tingkat pendidikan dan lama menjadi kader.

Menurut penelitian Wulandari (2010), pada usia 25 – 40 tahun atau memasuki tahap usia dewasa, seseorang akan memiliki tingkat kemampuan, kematangan dan kekuatan yang lebih dalam berfikir dan bekerja. Hal ini dikaitkan dengan pengalaman dan kematangan jiwanya, karena pengalaman merupakan sumber pengetahuan. Sehingga pada tahap dewasa ini seseorang akan semakin mudah dalam menyerap pengetahuan yang didupakannya. Pada usia 40 – 65 tahun tingkat kemampuan, kematangan dan kekuatan mulai mengalami penurunan, sehingga kemampuan untuk menyerap pengetahuan juga mengalami penurunan. Sejalan dengan penelitian tersebut, ternyata pada penelitian ini juga didapatkan bahwa persentase responden yang memiliki pengetahuan baik, lebih tinggi pada kelompok usia 21-40 tahun dibandingkan persentase pengetahuan baik pada kelompok usia diatasnya.

Hasil uji statistik pada penelitian ini menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara usia dengan pengetahuan kader mengenai stroke. Meskipun secara statistik memperlihatkan bahwa pada usia 21-40

pengetahuannya lebih baik, dan persentasenya menurun setelah usia tersebut. Hal ini dapat dijelaskan seperti yang pernah diinyatakan Verner dan Davison (dalam Ifada, 2010) bahwa adanya 6 faktor fisik yang dapat menghambat proses belajar pada orang dewasa, sehingga membuat penurunan pada suatu waktu dalam kekuatan berfikir dan bekerja. Melalui pengetahuan yang telah dimiliki sebelumnya, pengalaman sendiri, pengalaman orang lain, lingkungan dan faktor intrinsik lainnya dapat membentuk pengetahuan seseorang dalam jangka waktu yang lama dan akan tetap bertahan sampai tua.

Hasil penelitian membuktikan bahwa jenis kelamin tidak memiliki hubungan dengan tingkat pengetahuan kader tentang stroke. Hal ini tidak sesuai dengan hipotesis yang menduga bahwa ada hubungan antara jenis kelamin dengan pengetahuan, karena dianggap laki-laki memiliki kesempatan lebih besar untuk mengakses informasi dari luar dibanding perempuan karena mereka lebih sering dirumah. Penelitian terdahulu yang dilakukan Seva Canada Society (2005 dalam Ifada, 2010) menyatakan bahwa wanita khususnya di negara berkembang memiliki pengetahuan yang rendah karena banyaknya hambatan dalam mengakses sumber informasi. Walaupun sebagian besar perempuan dalam penelitian ini adalah ibu rumah tangga yang sebagian besar waktunya dihabiskan dirumah, tidak menutup kesempatan bagi mereka untuk dapat mengakses sumber informasi seperti dari media massa (terutama televisi), pengalaman sendiri atau dari anggota keluarga, maupun pengalaman orang lain seperti tetangga yang mereka dengar maupun yang dilihat sehingga dapat membentuk pengetahuan mereka. Hal ini disimpulkan peneliti karena sebagian besar responden ketika menjawab kuesioner cenderung menyatakan yang pernah mereka alami atau menceritakan yang pernah mereka dengar ataupun yang

mereka lihat dari tetangga maupun keluarga mereka. Robbins (2003) menyatakan bahwa tidak ada perbedaan yang konsisten antara pria dan wanita dalam kemampuan memecahkan masalah, ketrampilan analisis, dorongan kompetitif, motivasi, sosiabilitas atau kemampuan belajar.

Gambaran karakteristik kader berdasarkan tingkat pendidikan menunjukkan bahwa sebagian besar kader berpendidikan SMA, dan hanya sebagian kecil kader yang menempuh pendidikan di perguruan tinggi. Bila diukur keterkaitan antara tingkat pendidikan dan tingkat pengetahuan kader mengenai stroke, ternyata kader yang pengetahuannya lebih baik berturut-turut adalah kader dengan pendidikan SD, perguruan tinggi, SMP dan yang terakhir SMA. Hal ini tidak terlepas dari variasi distribusi jumlah pada masing-masing strata pendidikan. Tidak menutup kemungkinan jika sampel diperbesar akan mempengaruhi urutan tersebut, sehingga yang lulusan perguruan tinggi pengetahuannya akan lebih baik dibanding yang lulusan SD. Namun berdasarkan analisis bivariat dengan uji *Chi Square* menunjukkan tidak terbukti adanya hubungan antara tingkat pendidikan dengan pengetahuan kader, tentang stroke. Hal ini tidak sesuai dengan pernyataan Djannah (2012) yang menyatakan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan maka ia akan mudah menerima hal-hal baru dan menyesuaikan dengan hal-hal yang baru tersebut. Pendidikan membuat seseorang cenderung untuk mendapatkan informasi, baik dari orang lain maupun media massa. Semakin banyak informasi yang masuk semakin banyak pula pengetahuan yang didapat tentang kesehatan (Djannah dkk, 2012). Keadaan ini juga tidak sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Shinta, dkk (2005) yang berpendapat bahwa pendidikan masyarakat yang rendah berhubungan dengan tingkat pengetahuan yang rendah pula, sementara

semakin tinggi tingkat pendidikan semakin baik pula pengetahuannya (Oktarina, 2009). Hal ini menjelaskan bahwa pengetahuan dapat didapat darimana saja, tidak selalu dari pendidikan. Pengetahuan bisa diperoleh dari pengalaman, karena pengalaman turut menentukan mudah tidaknya seseorang menyerap dan memahami suatu pengetahuan (Wulandari, 2010). Menurut Notoatmojo (2007), cara memperoleh pengetahuan dibagi menjadi dua, yaitu cara modern yaitu dengan cara mengadakan pengamatan langsung terhadap gejala-gejala alam atau kemasyarakatan, kemudian hasil pengamatan tersebut dikumpulkan dan diklasifikasi kemudian akhirnya diambil kesimpulan umum, dan cara tradisional salah satunya melalui pengalaman pribadi.

Purwanto (2000, dalam Wahono 2010) mengemukakan bahwa salah satu faktor yang berpengaruh pada perilaku kesehatan adalah tingkat pendidikan. Hasil pendidikan ikut membentuk pola berpikir, pola persepsi dan sikap pengambilan keputusan seseorang. Pendidikan seseorang yang meningkat mengajarkan individu mengambil keputusan yang terbaik untuk dirinya. Namun tingkat pendidikan yang rendah tidak selamanya akan menghambat seseorang untuk belajar dari media lain, seperti televisi, koran, majalah, radio dan pengalaman-pengalaman orang lain yang dijadikan referensi bagi dirinya.

Pendidikan yang kurang menyebabkan daya intelektualnya masih terbatas sehingga masih dipengaruhi oleh keadaan sekitarnya. Budaya setempat, lingkungan dan pengaruh orang lain lebih mendominasi dalam pembentukan pengetahuan dalam dirinya (Nursalam, 2001 dalam Ifada 2010). Literatur lain menyatakan bahwa pengetahuan diperoleh dari proses belajar, yang dapat membentuk keyakinan tertentu sehingga seseorang berperilaku berdasarkan keyakinannya yang diperoleh melalui media elektronik, media

massa dan lain-lain (Fishbein, 1975 dalam Hayati 2007). Kesimpulan sementara adalah pengetahuan yang diterima oleh responden yang pendidikannya tergolong rendah (SD-SMP) berasal dari pengalaman, media massa atau lingkungan sekitarnya.

Berdasarkan karakteristik pekerjaan, terbukti bahwa ada hubungan antara variabel pekerjaan dengan tingkat pengetahuan kader tentang stroke, dimana kader yang bekerja memiliki pengetahuan yang lebih baik dibanding yang tidak bekerja. Hal ini dimungkinkan karena dengan bekerja akan memudahkan seseorang untuk menjangkau berbagai informasi yang didukung oleh penelitian Oktarina, dkk (2009) yang menyatakan terdapat hubungan antara pekerjaan dan tingkat pengetahuan. Seseorang yang memiliki pekerjaan khususnya di luar rumah cenderung mempunyai pengetahuan yang lebih baik dibandingkan yang tidak bekerja. Dalam penelitian ini tidak dapat dibandingkan mana yang lebih baik antara responden yang bekerja atau pensiun, karena jumlah responden yang termasuk dalam kategori pensiun tidak lebih dari 1 responden.

Berdasarkan hasil tabulasi silang antara variabel status pernikahan dengan tingkat pengetahuan kader menunjukkan bahwa variabel status pernikahan tidak memiliki hubungan dengan tingkat pengetahuan kader posyandu lansia tentang stroke. Hal ini dimungkinkan karena pengetahuan yang kader dapatkan berasal dari lingkungan dan pengalaman sekitarnya, bukan melalui sebuah proses pernikahan. Status pernikahan dapat berdampak pada prestasi kerja, karena perkawinan menuntut tanggung jawab keluarga yang lebih besar, sehingga peningkatan posisi dalam pekerjaan menjadi sangat penting. Akan tetapi karena menjadi kader adalah karena kesukarelaan dan bukan merupakan suatu pekerjaan, sehingga konteksnya menjadi berbeda. Sejauh ini

belum ada bukti yang mendukung tentang dampak pernikahan atau perceraian terhadap tingkat pengetahuan seseorang. Sumber informasi kesehatan bisa didapat dari petugas kesehatan, masyarakat, media massa seperti televisi, surat kabar, dan media cetak lainnya (Shinta dan Sukowati S, 2005; Situmorang 1995, dalam Oktarina, 2005). Kembali pada hakikatnya bahwa pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan hal ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu (Notoatmojo, 2007).

Berdasarkan karakteristik lama kerja, lebih dari setengah total sampel, memiliki lama tugas sebagai kader selama 1-5 tahun. Hasil analisis hubungan antara lama tugas sebagai kader dengan tingkat pengetahuan kader tentang stroke menunjukkan tidak ada hubungan antara variabel lama tugas sebagai kader dengan tingkat pengetahuan kader tentang stroke. Hal ini tidak sejalan dengan pernyataan Depdikbud dalam Andira (2012) yang menyatakan bahwa semakin lama seseorang bekerja semakin tinggi pula produktivitasnya karena semakin berpengalaman dan terampil menyelesaikan tugas yang dipercayakan kepadanya. Berdasarkan penelitian sebelumnya yang berkaitan dengan Posyandu antara lain menurut Syafrida (2003), menyimpulkan bahwa kader Posyandu yang aktif mempunyai lama kerja sebagai kader antara 5 – 10 tahun. Berdasarkan hasil pengamatan peneliti, ada faktor lain yang dapat berperan yakni berasal dari pengalaman sendiri, cerita yang didengar, maupun pengalaman orang lain. Hal ini disimpulkan peneliti karena sebagian besar responden ketika menjawab kuesioner cenderung menyatakan yang pernah mereka alami atau menceritakan yang pernah mereka dengar ataupun yang mereka lihat dari tetangga maupun keluarga mereka. Hal ini dimungkinkan karena peneliti tidak meneliti sejauh mana keaktifan kader dalam kegiatan

posyandu lansia. Lama atau singkatnya responden tercatat sebagai kader, tidak dapat disimpulkan mempengaruhi tingkat partisipasi atau keaktifan kader dalam setiap kegiatan posyandu lansia. Jadi lamanya menjadi kader tidak menjamin bahwa tingkat pengetahuan mereka lebih baik dibandingkan yang lebih singkat masa kerjanya sebagai kader.

Berdasarkan keikutsertaan kader dalam pembinaan, hasil tabulasi silang antara variabel keikutsertaan kader dengan tingkat pengetahuan kader menunjukkan bahwa ada hubungan antara variabel keikutsertaan dalam pembinaan dengan tingkat pengetahuan kader tentang stroke. Kader yang pernah mengikuti pembinaan memiliki pengetahuan yang lebih baik dibanding dengan yang tidak pernah mengikuti pembinaan. Hal ini sesuai dengan hipotesis yang menduga bahwa pembinaan dapat mempengaruhi pengetahuan kader. Pembinaan dalam bentuk pelatihan merujuk pada pengembangan ketrampilan bekerja (*vocational*) yang dapat digunakan dengan segera (Surani, 2008). Pelatihan merupakan bagian dari pendidikan. Pelatihan bersifat spesifik, praktis dan segera. Spesifik berarti pelatihan berhubungan dengan bidang pekerjaan yang dilakukan. Praktis dan segera berarti yang sudah dilatihkan dapat dipraktikkan. Umumnya pelatihan dimaksudkan untuk memperbaiki penguasaan berbagai ketrampilan kerja dalam waktu yang relatif singkat. Suatu pelatihan berupaya menyiapkan para kader untuk melakukan pekerjaan yang dihadapi (Budioro, 2002 dalam Surani 2008). Dalam hal ini pelatihan kader terdiri dari berbagai materi yang umumnya belum pernah atau sangat minim diketahui oleh orang awam, misalnya teknik mengukur tekanan darah tinggi, tinggi badan, berat badan, tanda vital dan menghitung BMI (*Body Mass Index*) untuk mengenali faktor resiko stroke, serta pertolongan pertama pada pasien stroke dikomunitas.

Sementara itu, pendidikan memberikan pengetahuan tentang subyek tertentu, tetapi sifatnya lebih umum dan lebih terstruktur untuk jangka waktu yang jauh lebih panjang. Di sisi lain, pengembangan sumber daya manusia memiliki ruang lingkup lebih luas, yaitu berupa upaya meningkatkan pengetahuan yang mungkin digunakan dengan segera atau kepentingan di masa depan (Rivai, 2005).

6.4 Keterbatasan Penelitian

Instrumen penelitian ini berupa kuesioner yang dibuat oleh peneliti sendiri dan bukan merupakan kuesioner standar. Maka pertanyaan yang ditanyakan kepada responden untuk setiap variabel kemungkinan belum mencakup secara detail dari semua aspek yang menyangkut variabel tersebut. Peneliti sudah berusaha meminimalisasi keterbatasan ini dengan cara membuat pertanyaan berdasarkan teori yang ada.

Responden penelitian adalah orang awam pada istilah-istilah medis sehingga ada kemungkinan jawaban yang diberikan belum dapat mencerminkan keadaan sesungguhnya dari apa yang dirasakan oleh responden. Peneliti sudah meminimalisasi keterbatasan ini dengan cara membuat pertanyaan dengan menghindari istilah medis dan menggantinya dengan istilah yang umum digunakan sehari-hari.

Ada banyak faktor yang bisa mempengaruhi pengetahuan seseorang baik dari faktor eksternal maupun internal. Namun dalam penelitian ini peneliti hanya meneliti dari segi keterkaitannya dengan karakteristik demografi dan karakteristik sosial meliputi usia, jenis kelamin, status pernikahan, pekerjaan, tingkat pendidikan, lama tugas sebagai kader dan keikutsertaan kader dalam

pembinaan. Sementara faktor predisposisi lain yang memungkinkan diperolehnya pengetahuan kader terkait stroke seperti, riwayat penyakit keluarga, pengalaman kader, keaktifan kader, keadaan sosioekonomi, dan keterpaparan responden terhadap sumber informasi dari media lain. Penelitian ini bersifat kuantitatif, responden diminta untuk menjawab kuisisioner berdasarkan pilihan jawaban yang telah tersedia tanpa disertai metode wawancara mendalam karena jumlah sampel yang besar dan keterbatasan waktu serta tenaga yang ada.

Mengingat wilayahnya yang luas mulai dari daerah yang masuk wilayah perkotaan hingga ke dataran tinggi di pedesaan, penelitian tidak dilakukan serentak namun menyesuaikan waktu berdasarkan tanggal pelaksanaan kegiatan posyandu lansia di wilayah masing-masing yang berbeda-beda di tiap bulannya. Pendistribusian kuisisioner dilakukan melalui bidan desa yang diharapkan dapat membagikan kuisisioner ke tiap kader pada saat kegiatan posyandu lansia dilaksanakan. Tidak menutup kemungkinan pada saat dibagikannya kuisisioner, tidak seluruh kader hadir dalam kegiatan posyandu karena adanya kesibukan lain. Keadaan tersebut menyebabkan distribusi kuisisioner tidak menjangkau seluruh responden dan sampel yang diperoleh tidak sesuai dengan total sampel yang diharapkan.

Penelitian ini bersifat kuantitatif, responden diminta untuk menjawab 5 butir pertanyaan berdasarkan pilihan jawaban yang telah tersedia tanpa disertai metode wawancara mendalam karena jumlah sampel yang besar dan keterbatasan waktu serta tenaga yang ada, sehingga ada kemungkinan jawaban yang diberikan belum dapat mencerminkan keadaan sesungguhnya dari apa yang diketahui oleh responden

Penelitian ini masih dimungkinkan bias dan memiliki kelemahan dalam desain penelitian yaitu dengan menggunakan pendekatan *cross sectional* dan dengan uji *Chi Square*, karena dari hasil analisa dengan metode tersebut hanya dapat mengetahui ada tidaknya hubungan antar variabel, namun tidak dapat mengukur derajat kekuatan hubungan tersebut.

Untuk mengetahui secara mendalam diperlukan penelitian lebih lanjut tentang sumber informasi yang diperoleh kader, keaktifan dan pengalaman kader serta faktor-faktor lain yang mungkin dapat mempengaruhi wawasan kader karena beberapa posyandu lansia masih relatif baru terbentuk dan masih dalam proses sosialisasi.

