

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Stroke

2.1.1 Definisi

Stroke didefinisikan sebagai suatu manifestasi klinis gangguan peredaran darah otak yang menyebabkan defisit neurologis yang timbul secara mendadak dan berlangsung lebih dari 24 jam. Kelainan pembuluh darah otak tersebut dapat membuat sel-sel otak kekurangan oksigen dan nutrisi. Apabila hipoperfusi menetap lebih lama daripada yang dapat ditoleransi oleh jaringan otak, maka akan terjadi kematian sel dan defisit neurologis yang *irreversible* (Baehr dan Frotscher, 2005).

Berdasarkan jenisnya, stroke dibagi menjadi stroke infark dan stroke perdarahan. Stroke infark sering diakibatkan oleh *thrombosis* akibat plak *aterosklerosis* arteri pada otak atau emboli dari pembuluh darah di luar otak yang tersangkut di arteri otak (Martono dkk., 2009). Stroke perdarahan diakibatkan oleh perdarahan spontan non traumatik yang terjadi pada parenkim otak atau kompartemen meningeal di sekitarnya (Baehr dan Frotscher, 2005).

2.1.2 Faktor risiko

Faktor risiko stroke ada yang dapat dimodifikasi dan tidak dapat dimodifikasi. Faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi meliputi umur, jenis kelamin, ras, berat badan lahir rendah dan faktor keturunan (Castells *et al.*, 2009). Faktor risiko yang

dapat dimodifikasi antara lain tekanan darah, kadar gula darah, kadar kolesterol darah, penyakit jantung, diabetes melitus dan obesitas. Selain itu terdapat faktor perilaku dan faktor sosial ekonomi yang dapat memperberat faktor risiko untuk terkena stroke. Faktor perilaku contohnya merokok, kebiasaan mengkonsumsi alkohol, kurangnya aktivitas fisik dan stres (Nastiti, 2012). Faktor sosial ekonomi berperan secara tidak langsung dalam kejadian suatu penyakit karena berhubungan dengan perilaku kesehatan seseorang. Orang dengan status sosial dan ekonomi rendah lebih berisiko untuk terkena stroke dan penyakit serebrovaskular lainnya dibandingkan dengan mereka yang memiliki status sosial ekonomi tinggi (Engstrom, 2005 dalam Nastiti, 2012).

2.1.3 Gejala

Gejala defisit neurologis fokal misalnya lumpuh separoh badan (*hemiparesis/ hemiplegi*), mulut mencong (parese saraf kranialis ke VII), bicara pelo (*dysarthria / gangguan saraf kranialis ke XII*), gangguan menelan (*dysphagia / gangguan saraf kranialis ke IX dan X*), kehilangan rasa peka sesisi tubuh (*hemihipestes*), gangguan buang air besar dan buang air kecil, gangguan bicara, gangguan mengontrol emosi, gangguan daya ingat, dan lain-lain. Gejala defisit neurologi menyeluruh adalah pasien akan mengalami penurunan kesadaran (Rasyid, 2007).

2.1.4 Golden periode stroke

Berat ringannya kecacatan yang ditimbulkan akibat stroke ditentukan oleh penanganan awal yang tepat dengan memanfaatkan *golden period* dan jenis stroke

yang dialami oleh pasien. Jika penanganan tidak dilakukan lebih dari jam tersebut, pasien dapat mengalami kecacatan yang berat. (Rizaldy, 2010 dalam Putra dkk., 2011). Waktu yang dibutuhkan untuk pengambilan keputusan mencari pertolongan pada *prehospital treatment* seringkali lebih lama dibandingkan *guidelines* penanganan stroke yang merekomendasikan waktu 60 menit. Di berbagai negara, rentang waktu pemberian pertolongan pada pasien stroke setelah terjadinya onset gejala yang disetujui bervariasi dari 3 hingga 4 jam (Fassbender *et al.*, 2013).

2.1.5 Pencegahan

2.1.5.1 Pencegahan primer pada stroke

Tujuan pencegahan primer pada stroke yaitu untuk mencegah orang yang masih sehat terkena penyakit stroke. Bustan (2007) memaparkan bahwa ada pendekatan yang menggabungkan upaya pencegahan dengan 4 faktor utama yang mempengaruhi penyakit (gaya hidup, lingkungan, biologis, dan pelayanan kesehatan).

1. Gaya hidup : manajemen stres, makan rendah garam, lemak dan kalori, latihan fisik, tidak merokok dan vitamin.
2. Lingkungan : kesadaran atas stres kerja
3. Biologi : perhatian terhadap faktor risiko biologis (jenis kelamin, riwayat keluarga), efek aspirin
4. Pelayanan kesehatan : penyuluhan kesehatan dan pemeriksaan tensi

Perubahan gaya hidup lain yang dapat menurunkan risiko stroke yaitu mengurangi konsumsi alkohol, meningkatkan aktivitas fisik dan mengatur diet dan

nutrisi yang sehat. Faktor diet yang disarankan untuk menghindari risiko stroke adalah mengurangi konsumsi makanan berlemak, mengonsumsi ikan minimal sekali seminggu, memperbanyak konsumsi buah dan sayur segar. Selain itu terdapat beberapa intervensi pada faktor risiko stroke. Pada orang dengan obesitas disarankan menurunkan berat badan. Pada orang dengan hipertensi disarankan mengurangi konsumsi garam hingga kurang dari 6 g/hari, serta mengonsumsi obat hipertensi. Orang hipertensi tanpa diabetes harus menjaga tekanan darah kurang dari 140/90, sedangkan orang hipertensi dengan diabetes harus menjaga tekanan darah kurang dari 130/80 (Castells *et al.*, 2009).

2.1.5.2 Pencegahan sekunder pada stroke

Tujuan dari pencegahan sekunder pada stroke adalah untuk mengurangi risiko relaps pada pasien yang telah mengalami *transient ischemic attack* (Castells *et al.*, 2009). Pencegahan sekunder meliputi (Bustan, 2007):

1. Gaya hidup : manajemen stres, makanan rendah garam, berhenti merokok, penyesuaian gaya hidup
2. Lingkungan : penggantian kerja jika diperlukan, *family counseling*
3. Biologi : pengobatan yang patuh dan cegah efek samping
4. Pelayanan kesehatan : pendidikan pasien dan evaluasi penyebab sekunder

Pasien dengan riwayat *transient ischemic attack* harus menjaga tekanan darahnya di bawah 130/80 mmHg dan disarankan pemberian aspirin maupun dengan kombinasi Clopidogrel, namun penggunaan jangka lama obat tersebut dapat meningkatkan risiko komplikasi perdarahan (Castells *et al.*, 2009).

2.1.5.3 Pencegahan tersier pada stroke

Tujuan pencegahan tersier pada stroke adalah mencegah terjadinya kecacatan pada pasien stroke melalui program rehabilitasi (Castells *et al.*, 2009). Pencegahan tersier pada stroke meliputi (Bustan, 2007):

1. Gaya hidup : pengelolaan stres, latihan fisik sedang, berhenti merokok.
2. Lingkungan : jaga keamanan dan keselamatan (rumah lantai pertama, pakai kursi roda) dan dukungan keluarga
3. Biologi : kepatuhan berobat, terapi fisik dan *speech therapy*
4. Pelayanan kesehatan : teknik kegawatdaruratan medis, asuransi.

Wirawan (2009) memaparkan bahwa pemilihan jenis intervensi rehabilitasi didasarkan pada pertimbangan beratnya gejala-sisa stroke, fase stroke saat terapi, penyakit penyerta dan atau komplikasi medis, serta berbagai faktor terkait lainnya seperti usia pasien, motivasi, serta dukungan dan ekonomi keluarga.

1. Rehabilitasi stroke fase akut

Pada fase ini kondisi hemodinamik pasien belum stabil, umumnya dalam perawatan di rumah sakit, bisa di ruang rawat biasa ataupun di unit stroke.

2. Rehabilitasi stroke fase sub akut

Intervensi rehabilitasi pada stroke fase subakut ditujukan untuk mencegah timbulnya komplikasi akibat tirah baring, menyiapkan kondisi yang memungkinkan pemulihan fungsional yang paling optimal, mengembalikan kemandirian dalam melakukan aktivitas sehari-hari serta mengembalikan kebugaran fisik dan mental.

3. Rehabilitasi stroke fase kronis

Tergantung pada beratnya stroke, hasil rehabilitasi dapat mencapai berbagai tingkat seperti (a) Mandiri penuh dan kembali ke tempat kerja seperti sebelum sakit, (b) Mandiri penuh dan bekerja namun alih pekerjaan yang lebih ringan sesuai kondisi, (c) Mandiri penuh namun tidak bekerja, (d) Aktivitas sehari-hari perlu bantuan minimal dari orang lain atau (e) Aktivitas sehari-hari sebagian besar atau sepenuhnya dibantu orang lain.

2.2 Lanjut usia

2.2.1 Definisi lansia

Menurut pasal 1 ayat (2), (3), (4) UU. No 13 Tahun 1998 tentang Kesehatan dikatakan bahwa usia lanjut adalah seseorang yang telah mencapai usia lebih dari 60 tahun (Maryam, 2008).

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) merumuskan batasan lanjut usia sebagai berikut (Wahono, 2010):

1. Usia pertengahan (*middle age*) yaitu antara usia 45 – 59 tahun
2. Lanjut usia (*elderly*) yaitu antara usia 60 – 74 tahun
3. Lanjut usia tua (*old*) yaitu antara usia 75 – 90 tahun
4. Usia sangat tua (*very old*) yaitu di atas usia 90 tahun

2.2.2 Karakteristik Lansia

Menurut Budi Anna Keliat dalam Maryam (2008), lansia memiliki karakteristik sebagai berikut:

1. Berusia lebih dari 60 tahun (sesuai dengan Pasal 1 ayat (2) UU No.13 tentang kesehatan)
2. Kebutuhan dan masalah yang bervariasi dari rentang sehat sampai sakit, dari kebutuhan biopsikososial sampai spiritual, serta dari kondisi adaptif hingga kondisi maladaptif
3. Lingkungan tempat tinggal yang bervariasi

2.3 Posyandu Lansia

2.3.1 Definisi

Menurut Dinkes (2006) dalam Wahono (2010), Posyandu lansia adalah pos pelayanan terpadu untuk masyarakat usia lanjut di suatu wilayah tertentu yang sudah disepakati, yang digerakkan oleh masyarakat dimana mereka bisa mendapatkan pelayanan kesehatan.

2.3.2 Penyelenggara Posyandu

Pengelola Posyandu adalah unsur masyarakat, lembaga kemasyarakatan, organisasi kemasyarakatan, lembaga swadaya masyarakat, lembaga mitra pemerintah, dan dunia usaha yang dipilih, bersedia, mampu, dan memiliki waktu dan kepedulian terhadap pelayanan sosial dasar masyarakat di Posyandu. Pengelola Posyandu dipilih dari dan oleh masyarakat pada saat musyawarah pembentukan Posyandu. Kriteria pengelola Posyandu antara lain sebagai berikut (Kementerian Kesehatan RI, 2011):

1. Diutamakan berasal dari para dermawan dan tokoh masyarakat setempat.

2. Memiliki semangat pengabdian, berinisiatif tinggi dan mampu memotivasi masyarakat. Bersedia bekerja secara sukarela bersama masyarakat.

Pelaksanaan kegiatan Posyandu dilakukan oleh kader yang berasal dari masyarakat setempat, dengan bimbingan dari lintas sektor terkait seperti tim penggerak PKK, dinas kesehatan dan Puskesmas (Syafei, 2010).

2.3.3 Sasaran

Menurut Peraturan Menteri Dalam Negeri No 19 Tahun 2011 tentang Pedoman Pengintegrasian Layanan Sosial Dasar di Posyandu, sasaran kesehatan lanjut usia ditujukan kepada :

- a. pra lanjut usia dengan usia 45 (empat puluh lima) sampai usia 59 (lima puluh Sembilan) tahun;
- b. lanjut usia dengan usia lebih dari 60 (enam puluh) tahun; dan
- c. lanjut usia risiko tinggi dengan usia 60 (enam puluh) tahun dengan keluhan atau lebih dari 70 (tujuh puluh tahun).

2.3.4 Tujuan posyandu lansia

Tujuan pembentukan posyandu lansia secara garis besar menurut Depkes (2006) dalam Wahono (2010) antara lain :

1. Meningkatkan jangkauan pelayanan kesehatan lansia di masyarakat, sehingga terbentuk pelayanan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan lansia

2. Mendekatkan pelayanan dan meningkatkan peran serta masyarakat dan swasta dalam pelayanan kesehatan disamping meningkatkan komunikasi antara masyarakat usia lanjut

2.3.5 Mekanisme Pelayanan Posyandu Lansia

Menurut Depkes (2006) dalam Wahono (2010), posyandu balita menggunakan sistem 5 meja dalam pelayanan terhadap balita, namun posyandu lansia hanya menggunakan sistem pelayanan 3 meja, dengan kegiatan sebagai berikut:

1. Meja I : pendaftaran lansia, pengukuran tinggi badan dan penimbangan berat badan.
2. Meja II : Melakukan pencatatan berat badan, tinggi badan, Indeks Massa Tubuh (IMT). Pelayanan kesehatan seperti pengobatan sederhana dan rujukan kasus juga dilakukan di meja II ini.
3. Meja III : melakukan kegiatan penyuluhan atau konseling, disini juga bisa dilakukan pelayanan pojok gizi.

2.3.6 Bentuk Pelayanan Posyandu Lansia

Menurut Depkes (2006) dalam Wahono (2010), pelayanan Kesehatan di Posyandu lanjut usia meliputi pemeriksaan kesehatan fisik dan mental emosional yang dicatat dan dipantau dengan Kartu Menuju Sehat (KMS) untuk mengetahui lebih awal penyakit yang diderita (deteksi dini) atau ancaman masalah kesehatan yang dihadapi. Jenis Pelayanan Kesehatan yang diberikan kepada usia lanjut di

Posyandu Lansia seperti pemeriksaan aktivitas kegiatan sehari-hari meliputi kegiatan dasar dalam kehidupan, seperti makan / minum, berjalan, mandi, berpakaian, naik turun tempat tidur, buang air besar / kecil dan sebagainya.

- a. Pemeriksaan status mental. Pemeriksaan ini berhubungan dengan mental emosional dengan menggunakan pedoman metode 2 (dua) menit.
- b. Pemeriksaan status gizi melalui penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan kemudian dicatat pada grafik Indeks Masa Tubuh (IMT).
- c. Pengukuran tekanan darah menggunakan tensimeter dan stetoskop serta penghitungan denyut nadi selama satu menit.
- d. Pemeriksaan hemoglobin menggunakan talquist, sahli atau cuprisulfat
- e. Pemeriksaan adanya gula dalam air seni sebagai deteksi awal adanya penyakit gula (diabetes mellitus).
- f. Pemeriksaan adanya zat putih telur (protein) dalam air seni sebagai deteksi awal adanya penyakit ginjal.
- g. Pelaksanaan rujukan ke Puskesmas bilamana ada keluhan dan atau ditemukan kelainan pada pemeriksaan butir 1 hingga 7.
- h. Penyuluhan Kesehatan

Kegiatan lain yang dapat dilakukan sesuai kebutuhan dan kondisi setempat seperti Pemberian Makanan Tambahan (PMT) dengan memperhatikan aspek kesehatan dan gizi lanjut usia dan kegiatan olah raga seperti senam lanjut usia, gerak jalan santai untuk meningkatkan kebugaran. Untuk kelancaran pelaksanaan kegiatan di Posyandu Lansia, dibutuhkan, sarana dan prasarana penunjang, yaitu: tempat kegiatan (gedung, ruangan atau tempat terbuka), meja dan kursi, alat tulis,

buku pencatatan kegiatan, timbangan dewasa, meteran pengukuran tinggi badan, stetoskop, tensi meter, peralatan laboratorium sederhana, thermometer, Kartu Menuju Sehat (KMS) lansia.

2.4 Kader Lansia

2.4.1 Definisi

Kader Posyandu yang selanjutnya disebut kader adalah anggota masyarakat yang bersedia, mampu dan memiliki waktu untuk menyelenggarakan kegiatan Posyandu secara sukarela (Kementerian Kesehatan RI, 2011).

2.4.2 Syarat Menjadi Kader

Menurut Depkes (2003) dalam Wahono (2010) syarat menjadi kader yaitu :

1. Dipilih dari dan oleh masyarakat setempat
2. Mau dan mampu bekerja bersama masyarakat secara sukarela
3. Bisa membaca dan menulis huruf latin
4. Sabar dan memahami usia lanjut

2.4.3 Peran Kader

Menurut Sukarni (2002) dalam Wahono (2010), kader kesehatan bertanggung jawab terhadap masyarakat setempat, mereka bekerja dan berperan sebagai seorang pelaku dari sebuah sistem kesehatan. Kader bertanggung jawab kepada kepala desa dan supervisor yang ditunjuk oleh petugas / tenaga pelayanan pemerintah.

Adapun peran kader dalam pelayanan kesehatan di posyandu lansia menurut Depkes (2003) dalam Wahono (2010) adalah:

- a. Pendekatan kepada aparat pemerintah dan tokoh masyarakat:
 - 1) Anjingsana
 - 2) Sarasehan
 - 3) Menghadiri pertemuan rutin kemasyarakatan setempat.
- b. Melakukan Survey Mawas Diri (SMD) bersama petugas untuk menelaah:
 - 1) Pendataan sasaran
 - 2) Pemetaan
 - 3) Mengenal masalah dan potensi.
- c. Melaksanakan musyawarah bersama masyarakat setempat untuk membahas hasil SMD, menyusun rencana kegiatan, pembagian tugas, dan jadwal kegiatan
- d. Menggerakkan masyarakat:
 - 1) Mengajak usia lanjut untuk hadir dan berpartisipasi dalam kegiatan dikelompok usia lanjut
 - 2) Memberikan penyuluhan / penyebarluasan informasi kesehatan, antara lain: cara hidup bersih dan sehat, gizi usia lanjut, kesehatan usia lanjut.
 - 3) Menggali dan menggaling sumberdaya, termasuk pendanaan bersumber masyarakat.
- e. Melaksanakan kegiatan dikelompok usia lanjut :
 - 1) Menyiapkan tempat, alat-alat dan bahan
 - 2) Memberikan pelayanan usia lanjut:
 - (a) Mengukur tinggi dan berat badan

- (b) Mencatat hasil pelayanan dalam buku register dan KMS
- (c) Memberikan penyuluhan perorangan sesuai hasil layanan
- (d) Melakukan rujukan kepada petugas kesehatan / sarana kesehatan (bila petugas kesehatan tidak hadir).
- (e) Mengunjungi sasaran yang tidak hadir dikelompok usia lanjut.
- f. Melakukan pencatatan.

2.4.4 Keaktifan Kader

Keaktifan kader adalah keterlibatan kader di dalam kegiatan kemasyarakatan yang merupakan pencerminan akan usahanya untuk memenuhi berbagai kebutuhan yang dirasakan dan pengabdian terhadap pekerjaannya sebagai kader. Keaktifan kader Posyandu tersebut dari ada atau tidaknya dilaksanakannya kegiatan-kegiatan Posyandu sebagai tugas yang diembankan kepadanya. Kegiatan ini akan berjalan dengan baik jika didukung dengan fasilitas yang memadai. Fasilitas yang disediakan hendaknya harus cukup dan sesuai dengan tugas dan fungsi yang harus dilaksanakan serta ada tersedianya waktu, tempat yang tepat, sesuai dan layak untuk menunjang kegiatan Posyandu. (Depkes RI, 2006 dalam Nilawati 2008).

Partisipasi kader dalam kegiatan Posyandu merupakan salah satu bentuk partisipasi masyarakat dalam program kesehatan. Banyak cara dan metode yang dapat dilakukan untuk mengajak atau menumbuhkan partisipasi masyarakat. Pada umumnya ada dua cara, yaitu (Notoatmodjo, 2007 dalam Syafei, 2010):

1. Partisipasi dengan paksaan (*empowerment partisipation*)

Artinya memaksa masyarakat untuk berkontribusi dalam suatu program, baik melalui perundang-undangan, peraturan-peraturan maupun dengan perintah lisan. Cara ini akan lebih cepat dan hasilnya akan lebih mudah dicapai. Akan tetapi masyarakat akan takut, merasa dipaksa, dan kaget karena partisipasi yang diwujudkan tidak berdasarkan kesadaran (*awarenes*), tetapi ketakutan. Akibatnya lagi masyarakat tidak akan mempunyai rasa memiliki terhadap program.

2. Partisipasi dengan persuasi dan edukasi.

Yakni suatu partisipasi yang didasari pada kesadaran. Partisipasi dengan cara ini sukar ditumbuhkan dan akan memakan waktu yang lama, tetapi bila tercapai hasilnya akan menumbuhkan rasa memiliki dan memelihara program. Partisipasi ini dimulai dengan penerangan, pendidikan, dan sebagainya, baik secara langsung maupun tidak langsung.

Ariyanti (2002) dalam Syafei (2010) membagi tingkat partisipasi kader dalam kegiatan Posyandu menjadi empat tingkatan, yaitu:

1. Partisipasi tingkat satu, merupakan partisipasi paling rendah dimana pada tingkat ini partisipasi kader diwujudkan dalam bentuk mau menyumbangkan tenaga dan waktu dalam setiap kegiatan Posyandu.
2. Partisipasi tingkat dua, yaitu pada tingkat ini partisipasi kader diwujudkan dengan mau menyumbangkan waktu, tenaga, dan finansial untuk kegiatan Posyandu.
3. Partisipasi tingkat tiga, diwujudkan dengan menjadi selalu menjadi pelaksana kegiatan Posyandu dan selalu aktif di meja pelayanan.

4. Partisipasi tingkat empat, merupakan tingkat partisipasi tertinggi dimana perwujudan dari partisipasi ini adalah dengan menjadi ketua Posyandu, memberi saran dan kritik, dan mengorganisir lingkungan

Kader aktif yaitu kader yang membantu melaksanakan seluruh kegiatan di posyandu lebih dari 8 kali dalam 12 bulan atau sekurang-kurangnya 6 bulan terakhir secara berturut turut (Depkes RI, 2005 dalam Nilawati, 2008).

Banyak faktor yang berperan dalam menentukan partisipasi dan keaktifan kader, baik secara internal dalam diri kader maupun eksternal atau dari lingkungan kader (Hidayat, 2008 dalam Syafei 2010). Dari beberapa teori dan penelitian yang ada, partisipasi masyarakat umumnya dipandang sebagai suatu bentuk perilaku. Faktor-faktor yang berperan dalam pembentukan perilaku ini dibagi menjadi faktor internal dan eksternal. Faktor internal berupa kecerdasan, motivasi, minat, emosi, dan faktor lainnya yang digunakan untuk mengolah pengaruh-pengaruh dari luar, sedangkan faktor eksternal diantaranya adalah objek, orang, kelompok, dan hasil-hasil kebudayaan yang dijadikan sasaran dalam mewujudkan perilakunya (Notoadmojo 2007 dalam Syafei 2010).

Menurut Green (1980) dalam Syafei (2010), perilaku kesehatan seseorang dipengaruhi oleh tiga faktor utama, yaitu:

1. Faktor predisposisi (*predisposing factors*)

Faktor predisposisi adalah faktor-faktor yang dapat mempermudah atau mempredisposisikan terjadinya perilaku pada diri seseorang atau masyarakat. Faktor ini mencakup pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap apa yang akan dilakukan.

2. Faktor pemungkin (*enabling factors*)

Faktor ini mencakup ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas bagi masyarakat. Pengetahuan dan sikap saja tidak menjamin terjadinya perilaku, karena itu masih diperlukan sarana atau fasilitas untuk memungkinkan atau mendukung perilaku tersebut.

3. Faktor penguat (*reinforcing factors*)

Faktor ini meliputi faktor sikap dan perilaku tokoh masyarakat (Toma), tokoh agama (Toga), sikap dan perilaku para petugas termasuk petugas kesehatan. Disamping itu juga undang-undang, peraturan, baik dari pusat maupun pemerintah daerah, yang terkait dengan kesehatan. Untuk berperilaku sehat, terkadang masyarakat tidak hanya memerlukan pengetahuan dan sikap positif serta dukungan fasilitas saja, melainkan juga diperlukan perilaku contoh (acuan) dari para tokoh masyarakat, tokoh agama, dan para petugas terlebih lagi petugas kesehatan.

2.5 Motivasi

2.5.1 Definisi Motivasi

Motif atau motivasi berasal dari bahasa latin *moreve* yang berarti dorongan dari dalam diri manusia untuk bertindak atau berperilaku (Notoatmodjo, 2007 dalam Syafei 2010). Motivasi didefinisikan sebagai kekuatan internal dan / atau eksternal yang memicu tindakan yang bertahan sampai tujuan tertentu tercapai (Daft, 2006 dalam Arnolds dan Venter, 2007). Menurut Sudirga (2011) motivasi pada dasarnya adalah kondisi dalam diri seseorang yang didorong oleh suatu kekuatan untuk

melakukan tindakan yang diarahkan untuk memenuhi kebutuhan dan pada akhirnya memberikan kepuasan. Dari pengertian tersebut, dapat dikatakan bahwa tidak akan ada motivasi jika tidak dirasakan adanya kebutuhan. Apabila kader tidak memiliki motivasi maka kader tersebut akan merasa sulit untuk berpartisipasi dalam segala kegiatan yang dilaksanakan Posyandu. Motivasi harus timbul dari dalam diri kader itu sendiri, sedangkan pihak luar hanya berperan sebagai pemberi rangsangan. Motivasi merupakan faktor internal dari dalam diri kader yang mempengaruhinya untuk aktif atau kurang aktif dalam kegiatan Posyandu.

2.5.2 Model Motivasi

Untuk memahami motivasi sebagai perilaku manusia dalam bekerja telah dikembangkan model-model motivasi. Handoko (1996) dalam Sudirga (2011) menyebutkan ada tiga model untuk menjelaskan motivasi yang berkaitan dengan aktifitas bekerja, yaitu :

1. Model tradisional

Model tradisional mengisyaratkan bagaimana membuat para pekerja dapat menjalankan pekerjaan mereka yang membosankan dan berulang-ulang dengan cara yang paling efisien. Secara tradisional dinyatakan bahwa para pekerja pada dasarnya malas dan untuk mendorong atau memotivasi tenaga kerja dilakukan dengan cara memberikan imbalan berupa upah atau gaji yang makin meningkat. Menurut Nilawati (2008) model ini disebut juga dengan model manusia rasional, yang berarti seseorang akan termotivasi untuk berprestasi apabila mendapatkan penghargaan atau akan memperoleh hukuman apabila tidak berprestasi.

2. Model hubungan manusia

Model ini lebih menekankan dan menganggap penting adanya faktor kontak sosial yang dialami pekerja dalam bekerja dan bahwa kebosanan yang dirasakan dari pekerjaan yang bersifat pengulangan adalah faktor pengurang motivasi. Menurut model ini, para pekerja dapat dimotivasi melalui pemenuhan kebutuhan-kebutuhan sosial mereka dan membuat mereka merasa lebih penting dan berguna, ini tidak berarti masalah imbalance diabaikan. Hal tersebut dapat dilakukan dengan cara antara lain memberikan berbagai kebebasan untuk membuat keputusan sendiri dalam pekerjaannya.

3. Model sumber daya manusia

Model ini menyatakan bahwa para pekerja dimotivasi tidak hanya oleh uang atau keinginan mencapai kepuasan tetapi juga kebutuhan untuk berprestasi dan memperoleh pekerjaan berarti. Asalkan yang dikemukakan adalah bahwa kebanyakan para pekerja telah dimotivasi untuk melakukan pekerjaan secara baik dan mereka tidak secara otomatis melihat pekerjaan sebagai sesuatu yang tidak menyenangkan. Jadi, para pekerja dapat diberi tanggung jawab yang lebih besar untuk membuat keputusan dalam pelaksanaan tugas.

Model motivasi yang disebutkan di atas berkaitan dengan teori-teori motivasi yang telah berkembang untuk menjelaskan perilaku manusia dalam bekerja.

2.5.3 Teori Motivasi

Menurut Sudirga (2011), teori hirarki kebutuhan manusia yang dikemukakan oleh Abraham H. Maslow merupakan teori yang paling banyak dikenal dalam konsep

motivasi pemenuhan kebutuhan hidup manusia hingga saat ini. Maslow menyatakan bahwa pada dasarnya manusia mempunyai lima tingkat kebutuhan hidup berjenjang yang disusun menurut hirarki kebutuhan. Dalam konsep hirarki kebutuhan, tingkat kebutuhan yang paling rendah harus dipenuhi terlebih dahulu baru kemudian tingkat kebutuhan yang di atasnya dipenuhi. Jika kebutuhan pada tingkat awal telah terpenuhi maka yang menjadi motivator selanjutnya adalah kebutuhan yang berikutnya, atau dengan kata lain, kebutuhan yang belum terpenuhi akan menggerakkan motivasi ke tingkat kebutuhan yang baru. Secara ringkas prinsip teori hirarki kebutuhan adalah:

- a. Pertama, kebutuhan-kebutuhan hidup manusia dapat disusun dalam suatu hirarki dari tingkat kebutuhan terendah sampai tingkat kebutuhan tertinggi.
- b. Kedua, suatu tingkat kebutuhan yang telah terpenuhi berhenti menjadi motivator utama dari perilaku manusia.

Tingkatan kebutuhan hidup manusia berdasarkan teori Maslow dimulai dari tingkat kebutuhan terendah hingga tertinggi adalah sebagai berikut (Handoko, 1996 dalam Sudirga, 2011):

1. Kebutuhan fisiologis (*physiological need*)

Merupakan kebutuhan primer yang digunakan oleh manusia untuk mempertahankan hidup, misalnya makan, minum, tempat berlindung, seks, istirahat dan kebutuhan ragawi lainnya. Penerapannya di lingkungan kerja berbentuk ruang istirahat, berhenti untuk makan siang, udara bersih untuk bernafas atau periode *on the job*.

2. Kebutuhan keamanan dan rasa aman (*safety and security needs*)

Yaitu kebutuhan akan keselamatan dan perlindungan terhadap kerugian fisik dan emosional, seperti keselamatan jiwa atau perasaan aman atas masa depan. Kondisi kerja yang aman, serikat pekerja, tabungan, uang pesangon, jaminan pension, asuransi, aman dari pemecatan pekerjaan, keselamatan kerja dan sistem penanganan keluhan merupakan bentuk dari kebutuhan ini di lingkungan kerja. Kebutuhan akan rasa aman merupakan kebutuhan tingkat kedua yang akan muncul apabila kebutuhan fisiologis relatif telah terpenuhi.

3. Kebutuhan sosial (*social needs*)

Apabila kebutuhan fisiologis dan kebutuhan rasa aman telah terpenuhi maka akan muncul kebutuhan sosial, yaitu kebutuhan akan hubungan dengan sesama seperti perasaan diterima oleh orang lain (*sense of belonging*), keinginan bersahabat dan kebutuhan untuk ikut berperan serta (*sense of participation*), Kegiatan-kegiatan yang disponsori perusahaan dan acara peringatan merupakan penerapannya.

4. Kebutuhan penghargaan (*esteem needs*)

Yaitu kebutuhan akan status atau kedudukan seperti pengakuan (*recognition*), rasa hormat diri, keinginan berprestasi (*achievement*) serta tanggung jawab dan wewenang. *Esteem needs* berbentuk kekuasaan, promosi, hadiah, status, pengakuan, jabatan dan penghargaan.

5. Kebutuhan aktualisasi diri (*self-actualization need*)

Yaitu kebutuhan pemenuhan diri seperti mempergunakan potensi diri, pengembangan kreatifitas dan ekspresi, pengembangan kapasitas mental dan kapasitas kerja. Munculnya kebutuhan ini biasanya berdasarkan telah terpenuhinya kebutuhan fisiologis, kebutuhan rasa aman, kebutuhan sosial dan kebutuhan penghargaan. *Self-actualization needs* berbentuk penyelesaian tugas yang bersifat menantang, melakukan pekerjaan yang memerlukan kreatifitas dan pengembangan ketrampilan.

Dalam teori hirarki kebutuhan, manusia termotivasi oleh kebutuhan-kebutuhan yang tidak terpuaskan dan bukan oleh kebutuhan-kebutuhan yang sudah terpuaskan. Maslow berpendapat bahwa rata-rata warga masyarakat mungkin terpuaskan 85 % dalam kebutuhan fisiologis, 70% dalam kebutuhan rasa aman, 50% akan kebutuhan sosial, 40 % dalam kebutuhan penghargaan dan 10 % dalam kebutuhan aktualisasi diri (Sigiro, 2000 dalam Sudirga, 2011).

Hirarki kebutuhan tersebut tidak dimaksudkan sebagai suatu kerangka yang dapat dipakai setiap saat, tetapi lebih merupakan suatu kerangka yang mungkin berguna dalam meramalkan tingkah laku pekerja berdasarkan kemungkinan kebutuhan yang tinggi atau kebutuhan yang rendah. Kebutuhan setiap orang berbeda beda yang disebabkan oleh berbagai faktor yaitu latar belakang pendidikan, tinggi rendahnya kedudukan, pengalaman masa lalu, cita-cita masa depan dan pandangan hidup (Wahjosumidjo, 1992 dalam Sudirga 2011). Meskipun teori ini banyak dikritik namun pernyataan bahwa beberapa kebutuhan merupakan prioritas

ketimbang kebutuhan yang lainnya tampak sebagai pernyataan yang sah (Wexley dan Yukl, 1992 dalam Sudirga 2011).

2.5.4 Faktor yang Berhubungan dengan Motivasi Kerja

Menurut Martani (1998) dalam Wahono (2010), faktor-faktor yang dapat mempengaruhi motivasi antara lain:

- a. Energi, merupakan sumber energi yang mendorong tingkah laku.
- b. Belajar, dinyatakan bahwa ada interaksi antar belajar dan motivasi dalam tingkah laku.
- b. Interaksi sosial, dinyatakan bahwa interaksi sosial seseorang dengan individu lain akan mempengaruhi motivasi bertindak.
- c. Proses kognitif, yaitu informasi diperoleh seseorang diserap kemudian diproses hingga menjadi pengetahuan yang mempengaruhi tingkah laku.

Menurut Mangkunegara (2005) dalam Nilawati (2008), terdapat tujuh faktor penting yang dapat digunakan untuk memotivasi kinerja seseorang (motivator) yaitu prestasi, pengakuan, tantangan, kepentingan, tanggung jawab, promosi, gaji dan tunjangan.

2.6 Sistem Penghargaan

2.6.1 Definisi

Dalam pengertian yang umum, sistem penghargaan merupakan cara untuk menarik perhatian orang lain agar bergabung dengan suatu organisasi dan mempertahankan mereka agar tetap bekerja serta menunjukkan hasil kerja yang

baik (Pratheepkanth, 2011). Lawler (2003) dalam Danish dan Usman (2010) menyatakan bahwa faktor yang menentukan penghargaan tersebut dapat menarik perhatian adalah jumlah penghargaan yang diberikan. Dalam bidang kesehatan, penganugerahan tanda penghargaan diberikan kepada perorangan dan atau institusi yang telah berjasa dalam mendukung / menggerakkan pembangunan kesehatan (Menteri Kesehatan RI, 2011).

2.6.2 Tujuan

Tujuan pemberian penghargaan menurut Armstrong (2002) dalam Beel (2007) adalah untuk memotivasi pegawai, membantu mengkomunikasikan standar dan harapan organisasi, meningkatkan kepuasan kerja, serta mendorong kontribusi pegawai untuk mencapai tujuan organisasi. Tujuan pemberian penghargaan menurut Armstrong dan Murlis (2004) dalam Beel (2007) adalah untuk imbalan atas hasil kerja pegawai, mendukung pengembangan budaya kinerja, dan membantu memperoleh komitmen pegawai.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 2048 Tahun 2011, penganugerahan tanda penghargaan bidang kesehatan bertujuan untuk memberikan pengakuan dan penghargaan atas prestasi dan peran serta lintas program serta semua komponen masyarakat, sebagai dorongan untuk meningkatkan motivasi dalam ikut serta mendukung dan mendorong keberhasilan pembangunan bidang kesehatan.

2.6.3 Jenis dan Bentuk

Pada umumnya terdapat dua jenis insentif yang diberikan yaitu insentif finansial dan insentif non finansial. Insentif finansial merupakan insentif yang diberikan kepada karyawan atas kinerja mereka dan biasanya berbentuk bonus, komisi, pembagian laba, dan kompensasi yang ditanggihkan, serta dapat juga dalam bentuk jaminan sosial berupa pemberian rumah dinas, tunjangan lembur, tunjangan kesehatan dan tunjangan-tunjangan lainnya. Insentif jenis ini yang biasanya diberikan kepada kader Posyandu berupa uang serta tunjangan kesehatan bagi kader (Sarwoto dalam Syafei 2010). Menurut Arnolds dan Venter (2007), imbalan finansial yang diberikan secara langsung memainkan peran penting dalam menarik karyawan berbakat, namun mereka hanya memiliki dampak jangka pendek pada tingkat motivasi karyawan.

Insentif non finansial adalah bentuk insentif yang diberikan kepada karyawan selain bentuk uang. Bentuk insentif jenis ini antara lain pemberian piagam penghargaan, pemberian pujian lisan maupun tertulis baik secara resmi ataupun atas nama pribadi, pemberian tanda jasa / medali kepada karyawan yang telah mencapai masa kerja yang cukup lama dan mempunyai loyalitas yang tinggi serta pemberian perlengkapan khusus (Sarwoto dalam Syafei 2010). Apabila keuangan memungkinkan kader akan diberi insentif berupa seragam setiap dua tahun sekali di tingkat kecamatan dan desa (Yuniar, 2010).

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 2048 Tahun 2011, penghargaan yang diberikan pada bidang kesehatan terdiri dari :

- a. Pegawai Negeri Sipil Teladan;
- b. Tenaga Kesehatan Berprestasi;
- c. Ksatria Bakti Husada;
- d. Kader Lestari;
- e. Institusi Berprestasi;
- f. Manggala Karya Bakti Husada;
- g. Mitra Bakti Husada;
- h. Tanda penghargaan bidang kesehatan lain yang ditetapkan oleh Menteri.

Penghargaan Kader Lestari tersebut diberikan kepada kader yang telah mendarmabaktikan dirinya dalam meningkatkan kesehatan dalam kurun waktu 10 tahun, 15 tahun, dan 20 tahun. Bentuk tanda penghargaan bidang kesehatan berupa Piagam, Lencana, Plakat dan Pin.

2.6.4 Persyaratan

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 2048 Tahun 2011, keputusan pemberian tanda penghargaan bidang kesehatan dilakukan setelah dilakukan penilaian oleh Tim Penilai, yang meliputi persyaratan calon penerima tanda penghargaan dan kriteria penilaian.

1. Persyaratan Calon

1) Syarat umum:

- a) Berakhlak dan berbudi pekerti baik.
- b) Tidak pernah dihukum penjara karena melakukan kejahatan.
- c) Berjasa terhadap nusa dan bangsa baik secara langsung maupun tidak

- d) langsung dalam pembangunan kesehatan.
- e) Warga Negara Indonesia dan warga negara asing, yang telah berjasa terhadap Negara Republik Indonesia dalam pembangunan kesehatan.

2) Syarat khusus:

- a) Besarnya pengaruh suatu perbuatan jasa yang dilakukan oleh perorangan, baik kuantitas maupun kualitas terhadap tingkat pencapaian hasil pembangunan bidang kesehatan. Ukuran yang dipakai bisa atas dasar luasnya wilayah, banyaknya jumlah penduduk, luasnya lapisan masyarakat yang terkena dampak positif serta tingkat kecanggihan teknologi dari perbuatan jasa tersebut.
- b) Besarnya pengorbanan yang diamalkan untuk melaksanakan perbuatan jasa di bidang pembangunan kesehatan.
- c) Perbuatan jasa tersebut memiliki nilai strategi dan daya ungkit yang besar bagi pengembangan upaya kesehatan masyarakat di masa yang akan datang.
- d) Bila berkaitan dengan program tertentu, dapat dirumuskan kriteria yang terkait dengan indikator keberhasilan program tersebut.

2. Kriteria Penilaian

1) Lingkup jasa sebagai:

- a) Penggagas / perintis / penemu / pemrakarsa di bidang kesehatan, kedokteran, teknologi kesehatan, obat, vaksin, obat tradisional, pengobatan alternatif, peralatan kesehatan, gizi, lingkungan sehat, dan lain-lain yang berkaitan dengan bidang kesehatan.

- b) Pengabdian / peduli / relawan di bidang pelayanan kesehatan perorangan / masyarakat, pemberdayaan masyarakat, komunikasi informasi dan edukasi (KIE) dan lain-lain yang berkaitan dengan bidang kesehatan dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

2) Ukuran perbuatan jasa yang digunakan:

- a) Besarnya pengaruh suatu perbuatan jasa yang dilakukan oleh perorangan, baik kuantitas maupun kualitas terhadap tingkat pencapaian hasil pembangunan bidang kesehatan, ukuran yang dipakai bisa atas dasar:
- Luas wilayah;
 - Banyaknya jumlah penduduk; dan
 - Luasnya lapisan masyarakat yang terkena dampak positif.
- b) Tingkat kecanggihan teknologi dari perbuatan jasa tersebut.
- c) Besarnya pengorbanan yang diamalkan untuk melaksanakan perbuatan jasa di bidang pembangunan kesehatan.
- d) Perbuatan jasa tersebut memiliki nilai strategi dan daya ungkit yang besar bagi pengembangan upaya kesehatan masyarakat di masa yang akan datang.
- e) Bila berkaitan dengan program tertentu, dapat dirumuskan kriteria yang terkait dengan indikator keberhasilan program tersebut (Menteri Kesehatan RI, 2011).