PEMBERDAYAAN KADER KESEHATAN PUSKESMAS GUNA PENGEMBANGAN SUMBER DAYA KESEHATAN DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS KESATRIA KOTA PEMATANGSIANTAR

Pipin Sumantrie
Akademi Keperawatan Surya Nusantara

*Correspondence Author:
pipinsitorus99@gmail.com/phone cell: 085373183251

ABSTRAK

Pendahuluan. Indonesia berkali-kali masuk kategori Negara yang lamban dalam mencapai MDGs, sumber kelambanan di tunjukkan dari masih tingginya angka kematian ibu dan angka kematian balita, belum terdeteksinya laju penularan HIV/AIDS, rendahnya pemenuhan air bersih dan sanitasi yang buruk, belum adanya pengakuan inisiatif masyarakat. Dalam mencapai tujuan MDGs maka dibutuhkan suatu model penguatan partisipasi masyarakat serta sumber daya manusia bidang kesehatan.
Metode. Penelitian ini menggunakan pendekatan metode gabungan (*mixed methods*), yaitu memadukan pendekatan kuantitatif dan kualitatif. Dimana lokasi penelitiannya dilakukan di wilayah puskesmas Kesatria kota Pematangsiantar. Dengan populasi adalah kader kesehatan Puskesmas Kesatria Kota Pematangsiantar. Dengan teknik sample *disproportionate stratified random sampling*, dengan mengambil sebanyak 10 posyandu, dengan jumlah kader sebanyak 50 orang, sedangkan sample kualitatif sebanyak 10 orang tenaga kesehatan puskesmas.
Hasil. Hasil penelitian ini memberikan gambaran kuantitatif terdapatnya pengaruh yang signifikan karakteristik responden terhadap program kerja puskesmas dengan hasil 0,00 < 0.05, begitu juga dengan hasil hubungan karakteristik responden dengan kinerja kader kesehatan yang didapati hasil 0,02 < 0,05. Sehingga dapat disimpulkan terdapat pengaruh karakteristik responden yang terdiri atas kemampuan kader (X1), Kepribadian kader (X2), Persepsi kader (X3), Sikap kader (X4) terhadap peningkatan program kerja puskesmas (Y), serta memiliki dampak terhadap Kinerja para kader di puskesmas Kesatria, Pematangsiantar (Z).
Kesimpulan. Terdapatnya pengaruh karakteristik responden terhadap peningkatan program kerja puskesmas, serta memiliki dampak terhadap Kinerja para kader di puskesmas Kesatria, Pematangsiantar, serta perlunya pendidikan kesehatan yang berkesinambungan dilakukan oleh pihak puskesmas kepada para kader kesehatan puskesmas, sebagai perpanjangan tangan tenaga kesehatan puskesmas kepada masyarakat, dalam meningkatkan status kesehatan masyarakat desa.

Kata Kunci: pemberdayaan, kader, SDM

PENDAHULUAN

Indonesia termasuk kategori negara yang lamban dalam mencapai *Millennium Development Goals* (MDGs). Sumber kelambanan di tunjukkan dari masih tingginya angka kematian ibu dan angka kematian balita, belum terdeteksinya laju penularan HIV/AIDS, rendahnya pemenuhan air bersih dan sanitasi yang buruk, belum adanya pengakuan inisiatif masyarakat. Masih tertinggalnya Indonesia dalam program *International Suistanable Development Goals* (SDGs), khususnya bidang pemenuhan gizi dan promosi kesehatan yang hanya berkisar Gap Realisasi/Target> 25 %, Persentase ibu hamil yang mendapatkan tablet tambah darah (TTD) 90 tablet selama masa kehamilan hanya 30,40 % target yang terlaksana, serta jumlah kabupaten/kota yang melaksanakan minimal 5 tema kampanye Gerakan Masyarakat Hidup Sehat hanya terrealisasi 26 %. Wardah (2013) menyatakan bahwa Indonesia berkali-kali masuk kategori Negara yang lamban dalam mencapai MDGs.

Untuk mencapai SDGs membutuhkan kemitraan pemerintah, sektor swasta, masyarakat sipil dan warga negara untuk memastikan kita meninggalkan planet yang lebih baik untuk generasi mendatang. Adapun hal yang perlu dicapai dalam SDGs adalah: menurunkan kemiskinan, menurunkan angka kelaparan, kesehatan dan kesejahteraan yang lebih baik, pendidikan yang berkualitas, kesamaan gender, ketersediaan air bersih dan sanitasi, energy yang terjangkau dan bersih, ketersediaan pekerjaan yang layak dan pertumbuhan ekonomi, industry, inovatif dan infrastruktur, mengurangi ketimpangan, tempat tinggal dan komunitas yang berkelanjutan, pola konsumsi dan produksi berkelanjutan, memerangi perubahan iklim, serta yang terakhir adalah kemitraan untuk tujuan MDGs.

Berdasarkan hal tersebut maka dibutuhkan suatu model penguatan partisipasi masyarakat serta sumber daya manusia bidang kesehatan untuk mencapai tujuan yang telah di tetapkan pemerintah, sehingga kemandirian masyarakat merupakan suatu keharusan yang perlu dimiliki untuk mencapai tujuan tersebut.

Sesuai dengan kebijakan dan strategi Program Kesehatan Masyarakat 2018 yang menekankan penguatan pelayanan kesehatan primar dalam upayah kesehatan melalui pemberdayaan masyarakat, melakukan pendekatan keberlanjutan pelayanan (*continuum of Care*), yang terakhir mendorong lintas sektor mewujudkan gerakan masyarakat hidup sehat, dalam mewujudkan strategi tersebut maka salah satu strategi yang dilaksanakan adalah meningkatkan

dukungan manajeman dan pelaksanaan tugas teknis lainnya pada program kesehatan masyarakat.

Kemandirian masyarakat merupakan suatu kondisi yang dialami oleh masyarakat yang ditandai dengan kemampuan memikirkan, memutuskan serta melakukan sesuatu yang dipandang tepat demi mencapai pemecahan masalah-masalah yang dihadapi dengan mempergunakan daya kemampuan yang dimiliki. Daya kemampuan yang dimaksud adalah kemampuan *kognitif*, *konatif*, *psikomotorik* dan *afektif* serta sumber daya lainnya yang bersifat fisik/material. Kemandirian masyarakat dapat dicapai tentu memerlukan sebuah proses belajar. Masyarakat yang mengikuti proses belajar yang baik, secara bertahap akan memperoleh daya, kekuatan atau kemampuan yang bermanfaat dalam proses pengambilan keputusan secara mandiri. Berkaitan dengan hal ini, Sumodiningrat (2000) menjelaskan bahwa keberdayaan masyarakat yang ditandai adanya kemandiriannya dapat dicapai melalui proses pemberdayaan masyarakat.

Keberdayaan masyarakat dapat diwujudkan melalui partisipasi aktif masyarakat yang difasilitasi dengan adanya pelaku pemberdayaan. Sasaran utama pemberdayaan masyarakat adalah mereka yang lemah dan tidak memiliki daya, kekuatan atau kemampuan mengakses sumberdaya produktif atau masyarakat yang terpinggirkan dalam pembangunan. Tujuan akhir dari proses pemberdayaan masyarakat adalah untuk memandirikan warga masyarakat agar dapat meningkatkan taraf hidup keluarga dan mengoptimalkan sumberdaya yang dimilikinya.

Pada era reformasi dan desentralisasi saat ini, tuntutan terhadap pelaku pemberdayaan yang memiliki kemampuan yang memadai semakin menguat. Pelaku pemberdayaan tidak hanya dituntut untuk memperkaya pengetahuannya, melainkan mereka dituntut meningkatkan keterampilannya dalam mendesain program pemberdayaan. (Widjajanti, 2011)

Pemberdayaan masyarakat adalah konsep pembanguann ekonomi yang merangkumkan nilai-nilai masyarakat umtuk membnagun paradigm baru dalam pembanguann yang bersifat People centered, Participatory, empowerment and sustainable (Chamber, 1995). Pemberdayaan masyarakat (*empowerment*) sebagai strategi alternative terus berkembang dalam pelaksanaannya.

Dalam melaksanakan pemberdayaan masyarakat maka keterlibatan tenaga kesehatan sangat di butuhkan diantaranya adalah tenaga kesehatan puskesmas. Tenaga kesehatan memiliki tanggung jawab dan peran yang

sangat strategis dalam meningkatkan derajat status kesehatan masyarakat, khususnya kepada para Kader-kader kesehatan yang bertugas sebagai perpanjangan tangan tenaga kesehatan di masyarakat.

Pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan mengemuka sejak di deklarasikan Piagam Ottawa. Piagam Ottawa menegaskan bahwa partisipasi masyarakat merupakan eleman utama dalam pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan. Selanjutnya pada *Konferensi International* Promosi kesehatan ke-7 di Nairobi, Kenya, menegaskan kembali pentingnnya pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan dengan menyepakati bahwa perlunya membangun kapasitas promosi kesehatan, pengutan system kesehatan, kemitraan dan kerja sama lintas sector, pemberdayaan masyarakat, serta sadar sehat dan perilaku sehat. (WHO, 2008).

Pemberdayaan di definisikan sebagai suatu proses membuat orang mampu meningkatkan control atas keputusan dan tindakan yang mempengaruhi kesehatan masyarakat. Dalam pemberdayaan masyarakat terdapat sepuluh model pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan diformulasikan sebagai berikut. *Pertama*, model pengembangan lokal yaitu pemberdayaan masyarakat sejalan dengan model pengembangan lokal sebagai upaya pemecahan masalah masyarakat melalui partisipasi masyarakat dengan pengembangan potensi dan sumber daya lokal. (Fleming&Parker, 2007), *Kedua*, model promosi kesehatan dilakukan melalui empat pendekatan, yaitu persuasi (bujukan/ kepercayaan) kesehatan, konseling personal dalam kesehatan, aksi legislatif, dan pemberdayaan masyarakat. *Ketiga*, model promosi kesehatan perspektif multidisiplin mempertimbangkan lima pendekatan meliputi medis, perilaku, pendidikan, pemberdayaan, dan perubahan sosial. (Lewis dkk, 2008). *Keempat*, model pelayanan kesehatan primer berbasis layanan masyarakat menurut Ife, masyarakat harus bertanggung jawab dalam mengidentifikasi kebu- tuhan dan menetapkan prioritas, merencanakan dan memberikan layanan kesehatan, serta memantau dan mengevaluasi layanan kesehatan. (Ife & Tesoriero, 2010). *Kelima*, model pem- berdayaan masyarakat meliputi partisipasi, kepemim- pinan, keterampilan, sumber daya, nilai-nilai, sejarah, jaringan, dan pengetahuan masyarakat.(Rehn dkk, 2006). *Keenam*, model pengorganisasian masyarakat yaitu hubungan antara pemberdayaan, kemitraan, partisipasi, responsitas budaya, dan kompetensi komunitas. *Ketujuh*, model determinan sosial ekonomi terhadap kesehatan meliputi pendidikan, pekerjaan, pendapatan, dan modal atau kekayaan yang berhubungan satu

sama lain dengan kesehatan. (House & Williams, 2002). *Kedelapan,* model kesehatan dan ekosistem masyarakat interaksi antara masyarakat, lingkungan, dan ekonomi dengan kesehatan.(Collins, 2003). *Kesembilan*, model determinan lingkungan kesehatan individual dan masyarakat determinan lingkungan kesehatan individual meliputi lingkungan psikososial, lingkungan mikrofisik, lingkungan ras/kelas/gender, lingkungan perilaku, dan lingkungan kerja. Sementara itu, determinan lingkungan ke- sehatan masyarakat meliputi lingkungan politik/ekonomi, lingkungan makrofisik, tingkat keadilan sosial dan keadilan dalam masyarakat, serta perluasan kontrol dan keeratan masyarakat. Kesembilan, model penanggulangan penyakit berbasis keluarga yaitu pemeliharaan kesehatan dilakukan secara swadaya dan mandiri oleh keluarga melalui penumbuhan kesadaran, peningkatan pengetahuan, dan keterampilan memelihara kesehatan.(Mardikanto, 2010) *Kesepuluh*, model pembangunan kesehatan masyarakat desa (PKMD).

Pemberdayaan masyarakat (*empowerment)* sebagai strategi alternative dalam pembangunan telah berkembang dalam berbagai literatur dan pemikiran walaupun dalam kenyataannya belum secara maksimal dalam implementasinya. Pembangunan dan pemberdayaan masyarakat merupakan hal banyak dibicarakan masyarakat karena terkait dengan kemajuan dan perubahan bangsa ini kedepan apalagi apabila dikaitkan dengan *skill* masyarakat yang masih kurang akan sangat menghambat pertumbuhan ekonomi itu sendiri. (Noor, 2011).

Dalam pemberdayaan masyarakat, perlu di tunjuk seseorang yang dapat menjadi seorang pemimpin dalam komunitas masyarakat tersebut. Slamet (2002) menyebutkan bahwa kepemimpinan merupakan suatu kemampuan, proses, atau Peran pada umumnya untuk mempengaruhi orang-orang agar berbuat sesuatu dalam rangka mencapai tujuan tertentu. Selanjutnya dikemukakan oleh Slamet (2002) bahwa kepemimpinan penting dalam kehidupan bersama dan kepemimpinan itu hanya melekat pada orang dan kepemimpinan itu harus mengena kepada orang yang dipimpinnya. Hal ini berarti harus diakui secara timbal balik, misalnya sasaran yang dipimpin harus mengakui bahwa orang tersebut adalah pemimpinnya Kepemimpinan adalah suatu upaya untuk mempengaruhi pengikut bukan dengan paksaan untuk memotivasi orang mencapai tujuan tertentu. Kemampuan mempengaruhi erat kaitannya dengan pemenuhan kebutuhan dari para anggotanya (Gibson 1986). Faktor-faktor penting yang terdapat dalam pengertian kepemimpinan: pendayagunaan pengaruh, hubungan antar

manusia, proses komunikasi dan pencapaian suatu tujuan. Kepemimpinan tergantung pada kuatnya pengaruh yang diberi serta intensitas hubungan antara pemimpin dengan pengikut (Ginting 1999).

Metode Penelitian

Penelitian ini bersifat *explanatory study* yaitu berusaha menjelaskan pengaruh dan hubungan antar variabel berdasarkan kenyataan empiris dan diberikan penjelasan analisis kualitatif, dalam penelitian ini juga penulis berusaha untuk mengexplorasi pengalaman tenaga kesehatan dalam meningkatkan kesehatan masyarakat melalui teknik wawancara, dengan demikian, metode penelitian ini menggunakan pendekatan metode gabungan (*mixed methods*), yaitu memadukan pendekatan kuantitatif dan kualitatif. Pendekatan kuantitatif lebih dominan, sementara pendekatan kualitatif di jadikan sebagai penunjang (*dominant quantitative less qualitative*). (Brannen, 2005; Padgett, 2012) Penelitian kuantitatif dilakukan melalui penelitian survei, sedangkan penelitian kualititatif dilakukan dengan *Study kasus.*

Adapun lokasi penelitian dilakukan di wilayah puskesmas Kesatria kota Pematangsiantar. Sedangkan yang menjadi populasi dalam penelitian ini adalah kader kesehatan di tiap-tiap kelurahan dan tenaga kesehatan Puskesmas yang terdapat di Puskesmas Kesatria Kota Pematangsiantar. Teknik pengambilan sampel kuantitatif dilakukan secara *disproportionate stratified random sampling*, dengan mengambil sebanyak 10 posyandu, dengan jumlah kader sebanyak 50 orang. Populasi penelitian kualitatif menurut Spradley (cit.Sutopo, 2002), menggunakan istilah "*social situation*" yaitu dengan cara melaksanakan wawancara mendalam dan kajian dokumen. Wawancara mendalam dilakukan terhadap 10 informan (n=10 yang terdiri dari para pegawai puskesmas. Analisis data kuantitatif terdiri dari anlisis univariat, bivariat, dan multivariate. Analisis penelitian studi kasus dilakukan melalui analisis holistic dan analisis khusus (Yin, 2003). Observasi partisipasi dilakukan di beberapa puskesmas dengan melakukan kajian dokumen, kebijakan, perencanaan, dan hasil kegiatan program Pengembangan Sumber Daya Masyarakat Desa dalam melatih Kepemimpinan Lokal Masyarakat Untuk Kesehatan.

Hasil Dan Pembahasan

Dalam pembahasan pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan akan diterangkan dalam bentuk analisis kuantitatif terhadap para responden yang terdiri atas univariat, bivariat, serta multivariat.

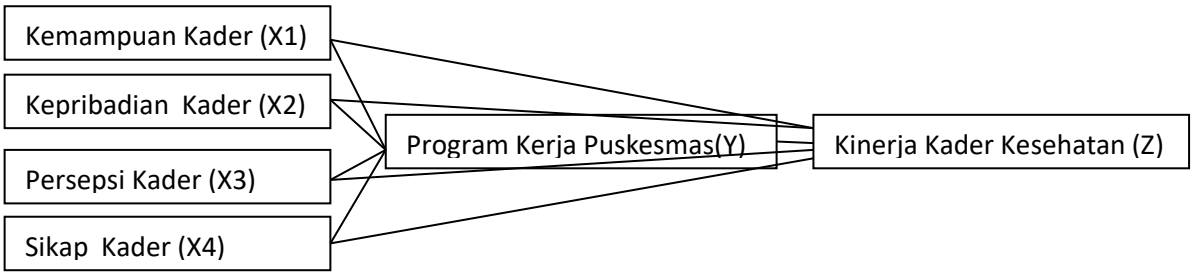
Tabel 1. Data Demografi (Analisis Univariat)

No.	Identitas Responden	Frekuensi	Presentasi %
1.	Usia Ibu		
	20-30	5	10%
	31-40	10	20%
	41-50	13	26%
	>51	22	44%
Jumlah		50	100
2.	Masa Kerja (tahun)		
	01 -05	25	50%
	06-10	14	28%
	>10	11	22%
Jumlah		50	100
3.	Pendidikan Ibu		
	Tamat SMP	2	4%
	Tamat SMA	46	92%
	Tamat PT	2	4%
Jumlah			100

Berdasarkan hasil data univariat pada table 1, data demografi, didapati hasil bahwa usia rata-rata para responden yang paling muda adalah 20-30 tahun sebanyak 5 responden dengan persentasi 10 %, serta responden yang diatas 51 tahun sebanyak 22 responden dengan persentasi 44%, selanjutnya masa kerja responden yang paling singkat adalah < dari 5 tahun sebanyak 25 % dengan persentasi 50%, dan yang paling lama adalah > 10 tahun sebanyak 11 orang dengan persentasi 22 %, karakteristik yang terakhir adalah latar belakang pendidikan, yang berlatarbelakang pendidikan tamat SMp senayak 2 orang dengan persentasi 4%, dan yang paling tinggi adalah tamatan SMA sebanyak 46 orang dengan persentasi 92%.

Analisis Jalur Path Analysis

Pada peneitian pemberdayaan kader tenaga kesehatan di puskesmas kesatria, maka dapat disimpulkan sebagai berikut:



Berdasarkan gambar diatas, kita dapat merusmuskan sebuah hipotesa umum yang akan diajukan dalam analisis jalur pengaruh variable karakteristik responden yang terdiri dari kemampuan kader (X1), Kepribadian kader (X2), Persepsi kader (X3), Sikap Kader (X4) memiliki pengaruh yang siknifikan terhadap Program Kerja Puskesmas (Y) dan Kinerja Kader Kesehatan (Z)

Tabel 5. Regeresi Liner Pemberdayaan Kader Kesehatan Terhadap Program Kerja Puskesmas

Coefficients[a]

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	49,394	7,394		6,680	,000
	Program_kerja	,654	,177	,427	3,684	,001
	Kinerja_Kader	,437	,132	,384	3,309	,002

a. Dependent Variable: Karakteristik

Berdasarkan hasil Regresi Liner (analisis jalur) pada table 5 diatas dapat disimpulkan bahwa karakteristik responden yang terdiri atas kemampuan kader (X1), Kepribadian kader (X2), Persepsi kader (X3), Sikap kader (X4) terhadap program kerja puskesmas didapati hasil 0,00 < 0.05 dapat disimpulkan secara langsung terdapat pengaruh signifikan karakteristik responden terhadap pelaksannaan program kerja di puskesmas, begitu juga dengan hasil hubungan karakteristik responden dengan kinerja kader kesehatan yang didapati hasil 0,02 < 0,05 dapat disimpulkan juga bahwa secara langsung terdapat pengaruh yang signifikan , sehingga dapat disimpulkan bahwa hipotesa terdapatnya pengaruh karakteristik responden yang terdiri atas kemampuan kader (X1), Kepribadian kader (X2), Persepsi kader (X3), Sikap kader (X4) terhadap peningkatan program kerja puskesmas (Y), serta

memiliki dampak terhadap Kinerja para kader di puskesmas Kesatria, Pematangsiantar (Z).

Hasil diatas sesuai dengan (Fleming & Parker, 2007) yang menyatakan perlunya suatu model pengembangan lokal yaitu pemberdayaan masyarakat sejalan dengan model pengembangan lokal sebagai upaya pemecahan masalah masyarakat melalui partisipasi masyarakat dengan pengembangan potensi dan sumber daya lokal. Selanjutnya terdapat empat pendekatan dalam pemberdayaan masyarakat, yaitu persuasi (bujukan/ kepercayaan) kesehatan, konseling personal dalam kesehatan, aksi legislatif, dan pemberdayaan masyarakat. *Ketiga*, model promosi kesehatan perspektif multidisiplin mempertimbangkan lima pendekatan meliputi medis, perilaku, pendidikan, pemberdayaan, dan perubahan sosial. (Lewis dkk, 2008). Selanjutnya Ife & Tesoriero (2010) menjelaskan pelayanan kesehatan primer berbasis layanan masyarakat, dimana masyarakat harus bertanggung jawab dalam mengidentifikasi kebu- tuhan dan menetapkan prioritas, merencanakan dan memberikan layanan kesehatan, serta memantau dan mengevaluasi layanan kesehatan. model pengorganisasian masyarakat yaitu hubungan antara pemberdayaan, kemitraan, partisipasi, responsitas budaya, dan kompetensi komunitas. Dalam implementasi model determinan sosial ekonomi terhadap kesehatan meliputi pendidikan, pekerjaan, pendapatan, dan modal atau kekayaan yang berhubungan satu sama lain dengan kesehatan. (House & Williams, 2002).

Hasil Penelitian studi kasus

Adapun program puskesmas dalam meningkatkan kesehatan masyarakat desa yang berhubungan dengan pemberdayaan masyarakat sebagai kader kesehatan berdasarkan studi kasus meliputi: Apa saja program puskesmas dalam meningkatkan kesehatan masyarakat desa, upayah puskesmas dalam memberdayakan masyarakat sebagai perpanjangan puskesmas dalam menyampaikan informasi kesehatan, bagaimana tingkat pendidikan mempengaruhi kemampuan kader dalam menjalankan tugasnya, Apa saja aktifitas para kader kesehatan di lapangan, bagaimana peranan puskesmas dalam mendukung keterlibatan kader dalam menjalankan tugasnya di masyarakat, berikut kutipan hasil wawancara dengan beberapa informan yang bertugas sebagai tenaga kesehatan professional yang berkerja di puskesmas kesatria, kota Pematangsiantar, berikut merupakan hasil wawancara teehadap para tenaga kesehatan yang bekerja di Puskesmas Kesatria Pematangsiantar:

"***Apa saja program puskesmas dalam meningkatkan kesehatan masyarakat desa:*** *Dalam pelayanannya di masyarakat, puskesmas memiliki program posyandu balita, posyandu lansia, terdapatnya posbindu, kesehatan ibu dan anak, pemeriksaan napza, program tersebut berjalan dengan rutin sesuai dengan jadwal (**informan 1**), dalam program puskesmas di bagi dua kategori, pertama pelayanan dalam gedung, dan pelayanan luar gedung, pelayanan luar gedung kita berinteraksi dengan masyarakat serta melibatkan para kader kesehatan seperti kegiatan, posyandu lansia, posyandu balita, posbindu, Unit Kesehatan Sekolah,kelas balita , kelas ibu hamil, klo kegiatan dalam gedung, adanya senan polamis, memberiakn konseling kepada masyarakat yang datang ke puskesmas.(**informan 2**)"*

*"**Upayah puskesmas dalam memberdayakan masyarakat sebagai perpanjangan puskesmas dalam menyampaikan informasi kesehatan**: pihak puskesmas memiliki kader kesehatan, dalam hal ini adalah wewenang pihak keluarahan untuk memilih para kader kesehatan di tiap-tiap kelurahan, **(informan 3)**, dalam setiap kunjungan kelapangan pihak puskesmas akan selalu di damping oleh para kader yang berdomilisili di daerah tersebut yang telah di tunjuk oleh pihak kelurahan untuk membantu petugas puskesmas yang akan melaksanakan kegiatan pusyandu, (**Informan 4)***

*"**Bagaimana tingkat pendidikan mempengaruhi kemampuan kader dalam menjalankan tugasnya**: Untuk penentuan kader adalah wewenang dari pihak kelurahan, karna para kader di pilih sesuai dengan domisili para kader yang berdekatan dengan kegiatan puskesmas, kebanyakan para kader berlatar belakang sekolah menegah umum,memang latar belakang pendidikan para kader perlu di perhatikan. **(informan 5)**, criteria seorang kader adalah wewenang pihak kelurahan, namun mereka tetap berkordinasi dengan pihak puskesmas, namun hal yang paling di utamakan adalah mereka yang berdomisili di sekitar wilayah posyandu yang dialksanakan oleh puskesmas, sehingga para kader mengenal akan masyarakat binaannya, soal criteria kader yang penting bisa berkolaborasi dengan pegawai puskesma, dan memberikan waktunya untuk tugas yang akan dilaksanakan, serta memiliki kedekatan dengan masyarakat, mengenai pendidikan kader kesehatan, saya pribadi itu sangat penting, namun kita belum bisa implementasikan, yang penting kadernya bersedia dan mempunyai waktu. **(informan 6).***

"***Apa saja aktifitas para kader kesehatan di lapangan,** mereka aktif menjemput para masyarakat yang mengalami masalah kesehatan untuk di periksakan oleh petugas kesehatan pada saat kegiatan puskesmas di masyarakat. **(informan 7)** jadi para kader harus berada dekat dengan lokasi kegiatan puskesmas, aktifitas rutinnya ialah jika petugas puskesmas membutuhkan data-data balita, bayi yang baru lahir, siapa ibu hamil di wilayah keryanya, ibu hamil resiko tinggi, data bayi resiko tinggi, data lansia, jadi semua data yang di butuhkan, selain itu kita juga mengharapkan peran serta merekata dalam setiap kegiatan puskesmas dalam meningkatkan kesehatan masyarakat desa **(informan 8).***

"***Bagaimana peranan puskesmas dalam mendukung keterlibatan kader dalam menjalankan tugasnya di masyarakat**: setiap tahun kita memberikan penyegaran kepada para kader melalui pertemuan kepada semua kader melalui bimbingan serta pendidikan ilmu kesehatan yang dilaksnaakan di awal tahun. **(informan9),** jadi kita itu ada rutinitas setiap tahunnya yang kita sebut refresing kader, lewat refresing kader kita memberikan pemahaman kepada para kader peranan dan fungsi kader sebenarnya, apa kendala yang mereka rasakan, jadi kita evaluasi, ketika ada program peningkatan kader maka Dinas Kesehatan akan meminta perawkilan kader untuk mengikuti pelatihan namun*

tidak semua kader hanya perwakilan. ***(informan 10).***

KESIMPULAN

Penelitian ini memberikan kesimpulan terhadap pengaruh pemberdayaan kader kesehatan terhadap pengembangan sumber daya kesehatan di wilayah puskesmas kesatria yang meliputi kemampuan kader yang terdiri atas kemampuan kader, kepribadian kader, persepsi kader, dan sikap kader, didapati bahwa memiliki pengaruh signifikan terhadap pelaksannaan program kerja di puskesmas, begitu juga dengan hasil hubungan karakteristik responden dengan kinerja kader kesehatan yang didapati hasil 0,02 < 0,05 juga terdapat pengaruh yang signifikan, sehingga dapat disimpulkan bahwa hipotesa terdapatnya pengaruh karakteristik responden yang terdiri atas kemampuan kader, Kepribadian kader, Persepsi kader, Sikap kader, terhadap peningkatan program kerja puskesmas, serta memiliki dampak terhadap Kinerja para kader di puskesmas Kesatria, Pematangsiantar, serta perlunya pendidikan kesehatan yang berkesinambungan dilakukan oleh pihak puskesmas kepada para kader kesehatan puskesmas, sebagai perpanjangan tangan tenaga kesehatan puskesmas kepada masyarakat, dalam meningkatkan status kesehatan masyarakat desa.

DAFTAR PUSTAKA

Brannen Y 2005. Memadu Metode Penelitian Kualitatif dan Kuantitatif. Cetakan VI.Yogyakarta; Pustaka Pelajar.

Chambers, Robert, 1995. Poverty and Livelihood:Whose Reality Counts, Discussion Paper 347, Brighton: Institute of Development Studies.

Collins T. Models of health: pervasive, persuasive and politically charged. In: Sidell M, Jones L, Katz J, Paberdy A, Douglas J, editors. Debate and Dilemmas in Promoting. 2nd ed. New York: Palgrave MacMillan; 2003. p. 62-8

Fleming ML, Parker E. (2007) Health promotion: principles and practice in the Australian context. 3rd ed. Sydney: Ligare Book Printer.

House JS, Williams DR. Understanding and reducing socioeconomic and racial/ethnic disparities in health. In: Syme SL, Reeder LG, editors. Promoting Health Intervention Strategies From Social and Behavioral Research. 3rd ed. Washington DC: National Academy Press; 2002. p. 81-116.

Lewis GH, Sheringham J, Kalim K, Crayford TJ. Mastering public health a postgraduate guide to examinations and revalidation. Australia: Royal Society of Medicine Press Ltd. Elsevier; 2008.

Mardikanto T. Model-model pemberdayaan masyarakat. 1st ed. Surakarta: Kerjasama Fakultas Pertanian UNS dengan UPT Penerbitan dan Percetakan UNS (UNS Press); 2010.

Noor (2011), Pemberdayaan masyarakat., Jurnal Ilmiah CIVIS, Volume I, No 2, Juli 2011, hal 87-99

Padgett DK 2012. Qualitative and Mixed Methods in Public Health, London:

Sage Publication Asia Pasific Pte.Ltd.

Rehn NS, Ovretveit J, Laamanen R, Suominen S, Sundel J, Brommels M. Determinants of health promotion action: comparative analysis of local voluntary associations in four municipalities in Finland. Health Promotion International. 2006; 21 (4): 274-83.

Sumodiningrat (2000) Sumodiningrat, G. 2000. Visi dan Misi Pembangunan Pertanian Berbasis Pemberdayaan. Yogyakarta: IDEA.

Sutopo HS 2002. Metodologi Penelitian Kualiatatif Dasar teori dan terapannya dalam penelitian. Surakarta: UNS Press.

Widjajanti, K. (2011). Model pemberdayaan masyarakat. *Jurnal Ekonomi Pembangunan: Kajian Masalah Ekonomi dan Pembangunan*, *12*(1), 15-27.

Wardah. F (2013) Tiga Target MDG Indonesia Sulit Dicapai 2015 https://www.voaindonesia.com/a/tiga-target-mdg-indonesia-sulit-dicapai-2015/1604198.html.

Yin RK 2003. Case Study Research: Desaign and Methods. Third Edition. London: Sage Publication.