

**HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP KADER KESEHATAN  
TENTANG INTEGRASI LAYANAN PRIMER (ILP)  
DI DESA GONDANG KECAMATAN LIMBANGAN  
KABUPATEN KENDAL**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**Diajukan untuk memenuhi persyaratan Memperoleh gelar Sarjana Kebidanan Program  
Pendidikan Sarjana Kebidanan**



**Disusun oleh:**

**YUDHISTI DIAN PERTIWI**

**NIM. 32102400161**

**PROGRAM STUDI KEBIDANAN PROGRAM SARJANA DAN  
PENDIDIKAN PROFESI BIDAN  
FAKULTAS FARMASI UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG  
SEMARANG**

**2026**

**HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP KADER KESEHATAN  
TENTANG INTEGRASI LAYANAN PRIMER (ILP)  
DI DESA GONDANG KECAMATAN LIMBANGAN  
KABUPATEN KENDAL**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**Diajukan untuk memenuhi persyaratan Memperoleh gelar Sarjana Kebidanan Program  
Pendidikan Sarjana Kebidanan**



Disusun oleh:

YUDHISTI DIAN PERTIWI

NIM. 32102400161

**PROGRAM STUDI KEBIDANAN PROGRAM SARJANA DAN  
PENDIDIKAN PROFESI BIDAN  
FAKULTAS FARMASI UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG  
SEMARANG**

**2025**

**PERSETUJUAN PEMBIMBING KARYA TULIS ILMIAH**

**HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP KADER KESEHATAN  
TENTANG INTEGRASI LAYANAN PRIMER (ILP)  
DI DESA GONDANG KECAMATAN LIMBANGAN  
KABUPATEN KENDAL**


**Disusun oleh:**

**YUDHISTI DIAN PERTIWI  
NIM. 32102400161**

**telah disetujui oleh pembimbing pada tanggal:**

**17 Februari 2026**

Menyetujui,  
Pembimbing

  
**Bdn. Emi Sutrisminah S.SiT.,M.Keb  
NIDN. 061217202**

HALAMAN PENGESAHAN KARYA TULIS ILMIAH

HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP KADER KESEHATAN  
TENTANG INTEGRASI LAYANAN PRIMER (ILP)  
DI DESA GONDANG KECAMATAN LIMBANGAN KABUPATEN KENDAL

YUDHISTI DIAN PERTIWI  
NIM. 32102400161

Telah dipertahankan dalam seminar hasil di depan Dewan Penguji  
Pada tanggal : 20 Februari 2026

SUSUNAN DEWAN PENGUJI

Ketua,  
Bdn. Rr. Catur Leny Wulandari, S.SiT., M.Keb.  
NIDN. 0626067801

Anggota,  
Bdn. Emi Sutrisminah, S.SiT., M.Keb  
NIDN. 0609048703

UNISSULA

جامعته الإسلامية  
Mengetahui,



Dekan Fakultas Farmasi  
UNISSULA Semarang,

Dr. Apt. Rina Wijayanti, M.Sc  
NIDN. 0618018201

Ka. Prodi Sarjana Kebidanan Fakultas Farmasi  
UNISSULA Semarang

Bdn. Rr. Catur Leny Wulandari, S.SiT., M.Keb  
NIDN. 0626067801

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Dengan ini saya menyatakan bahwa:

1. Karya Tulis Ilmiah ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik (Sarjana), baik dari Universitas Islam Sultan Agung Semarang maupun perguruan tinggi lain.
2. Karya Tulis Ilmiah ini adalah murni gagasan, rumusan dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan pihak lain, kecuali arahan tim pembimbing.
3. Dalam Karya Tulis Ilmiah ini, tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan disebutkan naskah pengarang dan dicantumkan dalam daftar Pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah diperoleh karena karya ini, serta sanksi lain sesuai dengan norma yang berlaku di perguruan tinggi ini.

Semarang, 15 Februari 2026  
Pembuat Pernyataan



Yudhisti Dian Pertiwi  
NIM. 32102400161

## HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA TULIS ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai civitas akademik Program Studi Sarjana Kebidanan dan Profesi Bidan Fakultas Farmasi Universitas Islam Sultan Agung Semarang, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Yudhisti Dian Pertiwi

NIM : 32102400161

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan Hak Bebas Royalti Noneksklusif (Nonexclusive Royalty-Free Right) kepada Program Studi Sarjana Kebidanan dan Profesi Bidan Fakultas Farmasi Universitas Islam Sultan Agung Semarang atas Karya Tulis Ilmiah saya yang berjudul: Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Kader kesehatan Tentang Integrasi Layanan Primer (ILP (Integrasi Layanan Primer)) Di Desa Gondang Kecamatan Limbangan Kabupaten Kendal.

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Adanya Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Program Studi Sarjana Kebidanan dan Profesi Bidan FF Unissula berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selamatesetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Dibuat di: Kendal  
Pada tanggal: 15 Februari 2026  
Pembuat pernyataan



Yudhisti Dian Pertiwi  
NIM. 32102400161

## PRAKATA

Puji syukur kehadiran Allah SWT, yang telah melimpahkan rahmat dan karunia -Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Kader kesehatan Tentang Integrasi Layanan Primer (ILP) Di Desa Gondang Kecamatan Limbangan Kabupaten Kendal”

Keberhasilan dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini tidak lepas dari dukungan dan bantuan dari beberapa pihak yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu, dengan rasa hormat dan kerendahan hati penulis mengucapkan banyak terimakasih kepada:

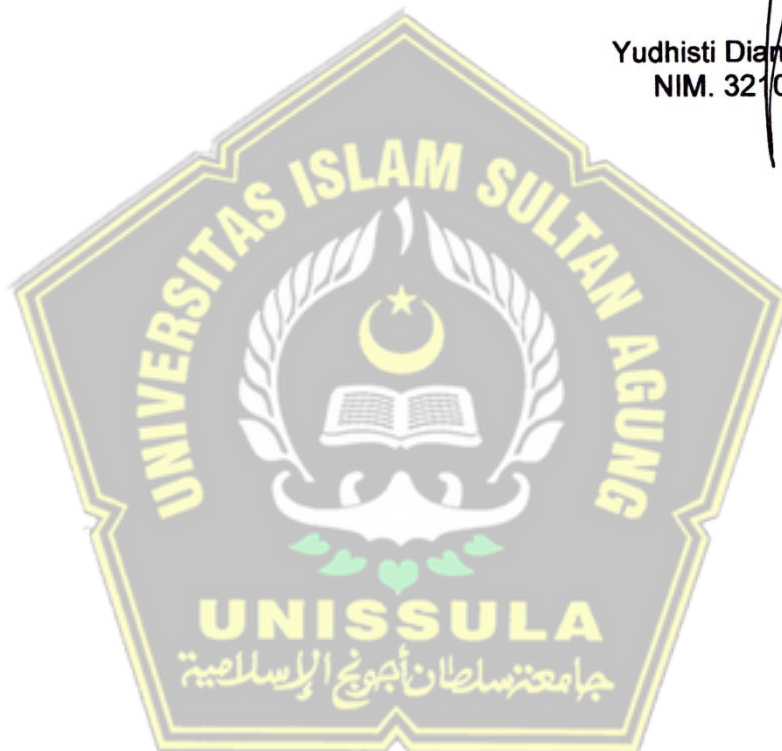
1. Prof. Gunarto, SH., MH S selaku Rektor Universitas Sultan Agung Semarang
2. Dr. apt. Rina Wijayanti, M. Sc. selaku Dekan Fakultas Farmasi Universitas Sultan Agung Semarang
3. Bdn. Rr. Catur Leny Wulandari., S.SiT., M.Keb selaku Kepala Program Studi S1 Kebidanan dan Pendidikan Profesi Bidan Universitas Universitas Sultan Agung Semarang sekaligus sebagai penguji yang telah banyak memberikan saran masukan.
4. Bapak Yudi Susanto selaku Kepala Desa Gondang yang telah mengizinkan dan memfasilitasi jalannya proses penelitian.
5. Bdn. Emi Sutrisminah S. SiT, M.Keb selaku Dosen Pembimbing terimakasih banyak atas waktunya, kesabaran dalam membimbing penulis menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Staff Tata Usaha dan Perpustakaan Fakultas S1 Kebidanan dan Pendidikan Profesi Bidan Universitas Universitas Sultan Agung Semarang yang telah dapat memberikan pelayanan dan informasi dengan baik selama penulis menempuh penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
7. Kepada suami tercinta yang tak henti – hentinya memberikan motivasi dan semangat dalam melanjutkan studi ini.
8. Seluruh keluarga besar penulis yang selalu mendoakan, menyayangi, dan selalu membantu penulis dalam hal apapun.
9. Teruntuk sahabat-sahabatku angkatan ini karena kalian selalu mencairkan suasana tegang

10. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan, terimakasih atas bantuan yang telah diberikan.

Dalam Karya Tulis Ilmiah ini, penulis telah berusaha sebaik mungkin dapat tersaji dengan baik. Namun, jika ternyata masih banyak kekurangan dalam penulisan ini, semata-mata karena keterbatasan dari penulis. Untuk itu penulis membutuhkan saran dan masukan untuk kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.

Semarang, Februari 2026

Yudhisti Dian Pertiwi  
NIM. 32102400161



## DAFTAR ISI

PRAKATA.....	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL.....	viii
DAFTAR GAMBAR.....	ix
LAMPIRAN .....	x
BAB I.....	1
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah.....	5
C. Tujuan Penelitian.....	5
D. Keaslian Penelitian .....	7
BAB II.....	13
A. Landasan Teori.....	13
1. Integrasi Layanan Primer .....	13
2. Kader kesehatan .....	21
3. Pengetahuan.....	24
4. Sikap.....	29
B. Hasil Penelitian Terdahulu.....	33
C. Kerangka Teori.....	35
D. Hipotesis.....	36
BAB III.....	37
A. Jenis dan Desain Penelitian.....	37
B. Subjek Penelitian.....	37
C. Waktu dan Tempat .....	39
D. Prosedur Penelitian .....	39
E. Definisi Operasional Penelitian .....	42
F. Metode Pengumpulan Data .....	43
G. Metode Pengolahan Data .....	44
H. Analisis Data .....	47
B. Etika Penelitian.....	48
BAB IV	
A. Gambaran Lokasi Penelitian	
B. Gambaran Pelaksanaan Penelitian	
C. Hasil Penelitian	
D. Pembahasan Penelitian	
E. Keterbatasan Penelitian	
BAB V	
A. Simpulan	
B. Saran	
LAMPIRAN .....	66

## DAFTAR TABEL

Tabel 1. 1 Keaslian Penelitian .....	7
Tabel 3. 1 Definisi Operasional.....	42



## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Kerangka Teori .....	35
Gambar 2. 2 Teori Konseptual Hubungan Pengetahuan dan Sikap Kader kesehatan Tentang Integrasi Lanana Kesehatan Primer (ILP).....	35
Gambar 3. 1 Langkah Pelaksanaan Penelitian .....	39



## LAMPIRAN

Lampiran 1 Kuesioner.....	66
Lampiran 2 Lembar Konsultasi .....	71



## ABSTRAK

**Latar Belakang:** Transformasi sistem kesehatan melalui program Integrasi Layanan Primer (ILP) menekankan pelayanan berbasis komunitas dengan kader kesehatan sebagai ujung tombak. Keberhasilan implementasi ILP dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan dan sikap kader kesehatan.

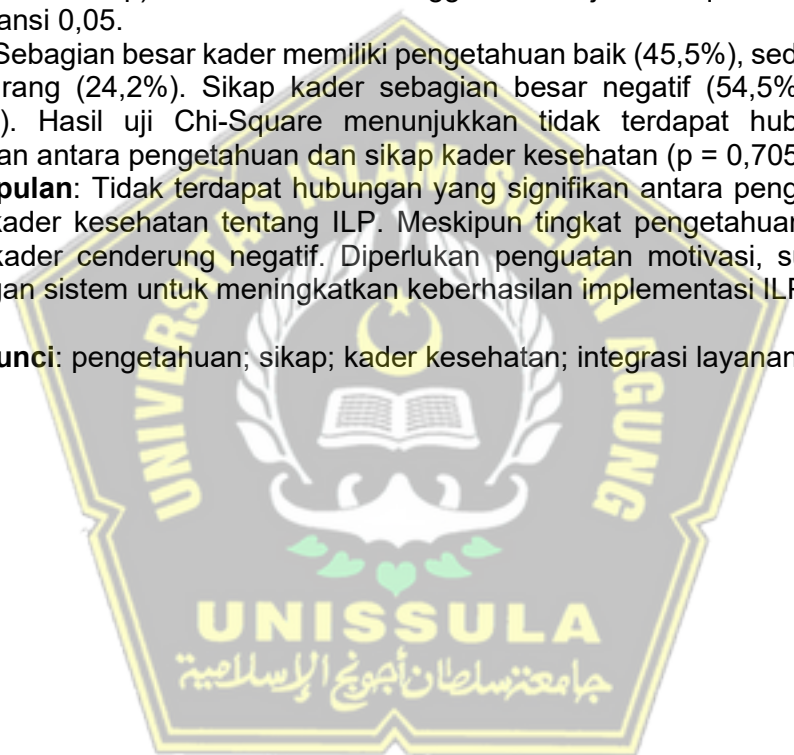
**Tujuan:** Menganalisis hubungan antara pengetahuan dan sikap kader kesehatan tentang Integrasi Layanan Primer (ILP) di Desa Gondang Kecamatan Limbangan Kabupaten Kendal.

**Metode:** Penelitian kuantitatif dengan desain cross-sectional. Populasi sebanyak 33 kader kesehatan aktif menggunakan teknik total sampling. Pengumpulan data menggunakan kuesioner valid dan reliabel (20 pertanyaan pengetahuan dan 20 pernyataan sikap). Analisis data menggunakan uji Chi-Square dengan taraf signifikansi 0,05.

**Hasil:** Sebagian besar kader memiliki pengetahuan baik (45,5%), sedang (30,3%), dan kurang (24,2%). Sikap kader sebagian besar negatif (54,5%) dan positif (45,5%). Hasil uji Chi-Square menunjukkan tidak terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan dan sikap kader kesehatan ( $p = 0,705 > 0,05$ ).

**Kesimpulan:** Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan dan sikap kader kesehatan tentang ILP. Meskipun tingkat pengetahuan relatif baik, sikap kader cenderung negatif. Diperlukan penguatan motivasi, supervisi, dan dukungan sistem untuk meningkatkan keberhasilan implementasi ILP.

**Kata kunci:** pengetahuan; sikap; kader kesehatan; integrasi layanan primer.



## ABSTRACT

**Background:** The transformation of Indonesia's primary health care system through the Integrated Primary Health Care (ILP) program emphasizes community-based services with health cadres playing a strategic role. The success of ILP implementation is influenced by cadres' knowledge and attitudes.

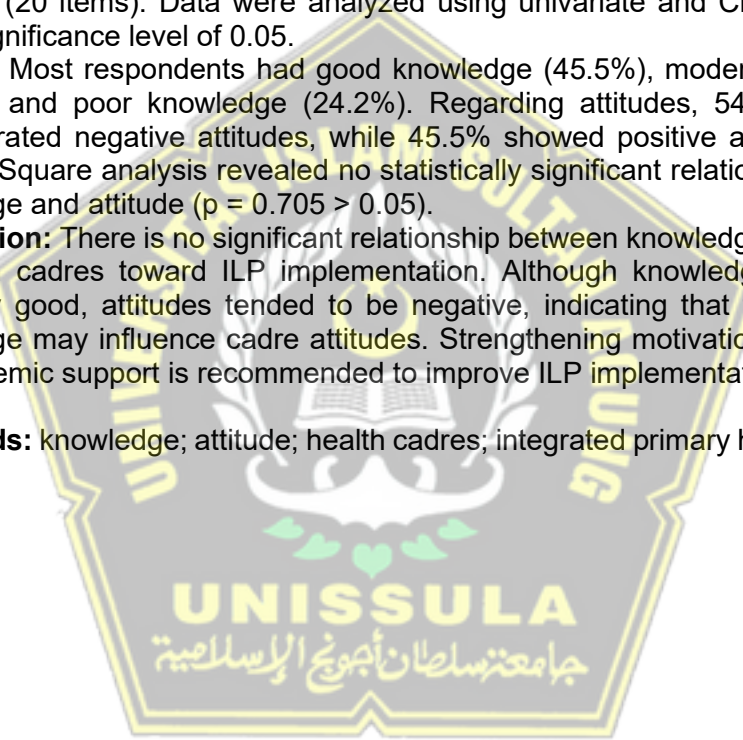
**Objective:** To analyze the relationship between knowledge and attitudes of health cadres regarding Integrated Primary Health Care (ILP) in Gondang Village, Limbangan District, Kendal Regency.

**Methods:** This study employed a quantitative analytic design with a cross-sectional approach. The population consisted of 33 active health cadres in Gondang Village, selected using total sampling technique. Data were collected using validated and reliable questionnaires measuring knowledge (20 items) and attitudes (20 items). Data were analyzed using univariate and Chi-Square tests with a significance level of 0.05.

**Results:** Most respondents had good knowledge (45.5%), moderate knowledge (30.3%), and poor knowledge (24.2%). Regarding attitudes, 54.5% of cadres demonstrated negative attitudes, while 45.5% showed positive attitudes toward ILP. Chi-Square analysis revealed no statistically significant relationship between knowledge and attitude ( $p = 0.705 > 0.05$ ).

**Conclusion:** There is no significant relationship between knowledge and attitudes of health cadres toward ILP implementation. Although knowledge levels were generally good, attitudes tended to be negative, indicating that factors beyond knowledge may influence cadre attitudes. Strengthening motivation, supervision, and systemic support is recommended to improve ILP implementation.

**Keywords:** knowledge; attitude; health cadres; integrated primary health care; ILP



## BAB I

### PENDAHULUAN

#### A. Latar Belakang

Sistem pelayanan kesehatan di Indonesia saat ini tengah mengalami transformasi besar, terutama pada tataran pelayanan dasar atau primer. Pelayanan kesehatan primer merupakan fondasi dari sistem kesehatan yang efektif, efisien, dan berorientasi pada kebutuhan masyarakat. Dalam rangka memperkuat pelayanan primer, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia meluncurkan program Transformasi Sistem Kesehatan yang salah satu pilarnya adalah Integrasi Layanan Primer (ILP). Program ini yang dirancang untuk menyatukan berbagai layanan kesehatan secara kolaboratif, komprehensif, dan terstandar berbasis siklus hidup (Kemkes RI, 2024). Program ini dirancang untuk mengintegrasikan layanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif berbasis siklus hidup, dengan Puskesmas sebagai pusat koordinasi. Delapan kelompok layanan esensial yang menjadi fokus program, mencakup bayi dan balita, anak usia sekolah dan remaja, kesehatan reproduksi dan Keluarga Berencana (KB), usia produktif, usia lanjut, penyakit tidak menular, penyakit menular, serta gizi (Tarmizi, 2023c). Tujuan program untuk meningkatkan aksesibilitas, keterjangkauan, mutu, dan kontinuitas pelayanan kesehatan dengan menjadikan Puskesmas sebagai pusat koordinasi layanan di tingkat primer. Konsepnya mendorong peran serta masyarakat melalui penguatan kader kesehatan, penguatan jejaring fasilitas kesehatan, serta digitalisasi pencatatan dan pelaporan (Tarmizi, 2023).

Dalam implementasinya, keberhasilan program ini sangat dipengaruhi oleh peran aktif kader kesehatan. Kader kesehatan merupakan individu yang dipilih dari,

oleh, dan untuk masyarakat serta telah mendapatkan pelatihan dasar untuk menjalankan kegiatan promotif dan preventif kesehatan (Kemenkes RI, 2018).

Pelaksanaan program ini tidak dapat dilepaskan dari peran kader kesehatan yang ditunjuk oleh desa dan diberi pelatihan oleh desa sebagai ujung tombak di Masyarakat. Kader kesehatan bertugas menjembatani layanan formal dengan komunitas, melakukan edukasi, pencatatan, deteksi dini penyakit, serta memobilisasi partisipasi warga. Namun, keberhasilan peran kader kesehatan sangat ditentukan oleh tingkat pengetahuan dan sikap mereka terhadap Integrasi Layanan Primer (ILP) (Tarmizi, 2023). Mereka telah mendapatkan pelatihan komunikasi Knowledge-Attitude-Practice (KAP) oleh puskesmas tetapi pelaksanaannya bertahap sehingga belum semua kader mendapatkan pelatihan tersebut. Pengetahuan kader terhadap prosedur teknis posyandu dan komponen layanan primer berpengaruh nyata terhadap kualitas pelaksanaan tugas mereka. Beberapa studi evaluatif dan survei intervensi menemukan bahwa pelatihan terstruktur meningkatkan skor pengetahuan kader dan kemampuan teknis dalam menjalankan kegiatan posyandu (seperti sistem lima meja, pencatatan KIA/KMS, pengukuran antropometri), sehingga berdampak positif pada pelaksanaan layanan primer di tingkat komunitas. Hal ini menunjukkan bahwa peningkatan kapasitas teknis melalui pelatihan berulang merupakan fondasi penting dalam implementasi Integrasi Layanan Primer (ILP), karena pengetahuan teknis menjadi kondisi awal bagi keterlaksanaan prosedural layanan (Tarmizi, 2023d).

Penelitian sebelumnya menunjukkan pengetahuan kader kesehatan tidak selalu menerjemah ke praktik yang efektif. Posyandu dan pelayanan primer menegaskan adanya gap antara peningkatan pengetahuan dan perubahan praktik di lapangan terutama bila dukungan institusional (logistik, supervisi puskesmas) dan

faktor sosial (kepercayaan masyarakat, relasi kader-komunitas) belum memadai (Imansari, Madanijah and Kustiyah, 2020). Hal ini menandakan bahwa pengetahuan merupakan necessary condition tetapi bukan sufficient condition untuk kinerja Integrasi Layanan Primer (ILP) yang optimal; faktor lingkungan kerja dan sistem pendukung memainkan peran signifikan (Rahmawati, Yusriani and Program, 2025).

Penelitian lain yang dengan kerangka Knowledge Attitude Practice (KAP) atau Theory of Planned Behavior (TPB) menunjukkan bahwa sikap termasuk motivasi, persepsi tanggung jawab, dan self-efficacy kader kesehatan seringkali menjadi prediktor kuat terhadap praktik pelaksanaan layanan. Dalam situasi krisis (seperti pandemi COVID-19), sikap terhadap pencegahan dan keterlibatan masyarakat memiliki hubungan lebih kuat dengan perilaku pencegahan dibanding sekadar pengetahuan faktual. Ditunjang dengan penelitian dengan intervensi yang menargetkan peningkatan sikap positif dan kepercayaan diri (seperti mentoring, feedback, penguatan sosial) lebih efektif mendorong perubahan praktik daripada intervensi pengetahuan saja (Berliana, Sahar and Rahmadiyah, 2022).

Penelitian yang dilakukan di Aceh (2024) menunjukkan fenomena bahwa kader kesehatan “lahir dari masyarakat tapi belum sepenuhnya bagian dari sistem kesehatan formal” sehingga meskipun terlatih, mereka kadang-kala tidak dipandang sebagai sumber informasi yang kredibel. Posisi sosial kader kesehatan (kedekatan emosional sekaligus status non-formal) dapat menurunkan daya pengaruh mereka terhadap praktik kesehatan masyarakat, sehingga penerimaan program Integrasi Layanan Primer (ILP) bergantung pula pada bagaimana masyarakat memandang dan menerima peran mereka. Intervensi pemberdayaan harus mempertimbangkan strategi kolaborasi dengan tenaga Puskesmas, sertifikasi, serta komunikasi risiko yang sensitif budaya (Randell et al., 2024).

Implementasi program Integrasi Layanan Primer (ILP) pada tingkat puskesmas/pemerintah daerah telah melihat kesiapan institusi (supervisi, ketersediaan logistik, pendanaan, dan digitalisasi layanan) memoderasi hubungan antara kapasitas kader kesehatan dan keluaran layanan. Ketika sistem puskesmas dan dukungan kabupaten/provinsi memadai, peningkatan pengetahuan dan sikap kader kesehatan lebih mungkin berhasil pada pelaksanaan program ini dengan konsisten. Kebijakan program ini telah sukses mengintegrasikan komponen teknis dengan penguatan manajemen dan jejaring layanan di hilir (Rahmawati, Yusriani and Program, 2025).

Data Puskesmas Limbangan tahun 2023 sebelum dilaksanakan program Integrasi Layanan Primer (ILP) di Desa Gondang Kecamatan Limbangan Kabupaten Kendal, diketahui bahwa tingkat kunjungan masyarakat ke posyandu sebesar 62% (Dinkes Keb. Kendal, 2024). Hasil observasi awal, desa ini telah mulai mengimplementasikan program ini sejak tahun 2024, menunjukkan adanya variasi pengetahuan dan sikap kader kesehatan. Sebagian mereka memahami program ini sebagai pendekatan integratif yang bermanfaat, sementara sebagian lainnya melihatnya sebagai beban tambahan. Perbedaan ini berpotensi memengaruhi kualitas pelaksanaan program ini di lapangan.

Berdasarkan uraian di atas menjadikan penulis tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Hubungan pengetahuan dan sikap kader kesehatan tentang pelaksanaan pelayanan Integrasi Layanan Primer (ILP) Di Desa Gondang Kecamatan Limbangan Kabupaten Kendal”. Penelitian yang akan dilakukan yaitu untuk mengetahui seberapa besar pengetahuan dan sikap kader kesehatan terhadap pelaksanaan program ini.

## B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah dikemukakan, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah: Apakah terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan dan sikap kader kesehatan tentang Integrasi Layanan Primer (ILP) di Desa Gondang Kecamatan Limbangan Kabupaten Kendal?

## C. Tujuan Penelitian

### a. Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan antara pengetahuan dan sikap kader kesehatan tentang Integrasi Layanan Primer (ILP) di Desa Gondang Kecamatan Limbangan Kabupaten Kendal.

### b. Tujuan Khusus

- 1) Mengidentifikasi tingkat pengetahuan kader kesehatan tentang Integrasi Layanan Primer (ILP) di Desa Gondang Kecamatan Limbangan Kabupaten Kendal.
- 2) Mengidentifikasi sikap kader kesehatan tentang Integrasi Layanan Primer (ILP) di Desa Gondang Kecamatan Limbangan Kabupaten Kendal.
- 3) Menganalisis hubungan antara pengetahuan dan sikap kader kesehatan tentang Integrasi Layanan Primer (ILP) di Desa Gondang Kecamatan Limbangan Kabupaten Kendal.

## D. Manfaat Penelitian

### a. Manfaat Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi dalam pengembangan ilmu pengetahuan, khususnya di bidang kebidanan komunitas, manajemen

pelayanan kesehatan primer, dan pemberdayaan masyarakat melalui peran kader kesehatan.

b. Manfaat Praktis

- 1) Bagi Kader kesehatan: Sebagai bahan evaluasi untuk mengetahui tingkat pemahaman dan kesiapan dalam mengimplementasikan ILP.
- 2) Bagi Puskesmas Limbangan: Memberikan informasi mengenai kebutuhan peningkatan kapasitas kader kesehatan dalam mendukung ILP.
- 3) Bagi Pemerintah Desa: Sebagai acuan dalam menyusun program kemitraan antara pemerintah desa dengan Puskesmas.
- 4) Bagi Institusi Pendidikan: Sebagai bahan referensi untuk penyusunan kurikulum berbasis praktik lapangan dan penguatan kompetensi mahasiswa kebidanan.



## E. Keaslian Penelitian

Berdasarkan hasil pencarian literatur berupa jurnal kesehatan penelitian yang kait dengan integrasi layanan primer yang dilakukan oleh kader dalam pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Berikut beberapa keaslian penelitian yang dapat digunakan sebagai acuan melakukan penelitian yang akan dilaksanakan yang dapat dilihat pada Tabel 1.1 berikut:

Tabel 1. 1 Keaslian Penelitian

No.	Nama penulis dan tahun	Judul	Tujuan	Metode	Hasil	Perbedaan
1	Restuning Widiasih; Deni Kurniadi Sunjaya; Laili Rahayuwati; Binahayati Rusyidi; Ermiami; Citra Windani Mambang Sari; Mardani; Rusdi; Serene En Hui Tung tahun 2025	Evaluating the knowledge, roles, and skills of health cadres in stunting prevention: A mixed-method study in Indonesia	mengevaluasi pengetahuan, peran (roles), dan keterampilan (skills) kader kesehatan dalam program pencegahan stunting di Indonesia	desain mixed-method dengan pendekatan embedded (embedded mixed-method design)	Pengetahuan: Sebagian besar kader memiliki pengetahuan rendah hingga sangat rendah sekitar 52% kader masuk kategori "low to very low", hanya 48% kader mencapai skor "moderate to high". Peran & persepsi kader (kualitatif): Dari wawancara muncul tiga tema utama: 1. Persepsi kader tentang penyebab dan konsekuensi stunting.	

No.	Nama penulis dan tahun	Judul	Tujuan	Metode	Hasil	Perbedaan
					<p>2. Pandangan mereka terhadap peran dan tindakan mereka dalam pencegahan stunting.</p> <p>3. Pengalaman mereka selama masa pandemi COVID-19 (bagaimana aktivitas berubah, tantangan, adaptasi).</p> <p>Keterampilan (praktik antropometri):            Observasi menunjukkan bahwa banyak kader melakukan pengukuran antropometri secara kurang akurat — misalnya penggunaan alat tidak standar/kalibrasi buruk, teknik pengukuran tidak</p>	



No.	Nama penulis dan tahun	Judul	Tujuan	Metode	Hasil	Perbedaan
2	Adhyanti, Nurjaya, Fidyah Rezkiana tahun 2023	Knowledge and Skills of Community Health Workers in Filling of "Kartu Menuju Sehat	menganalisis pengetahuan dan keterampilan kader kesehatan (community health workers / kader Posyandu) dalam pengisian Kartu Menuju Sehat (KMS) di wilayah kerja sebuah puskesmas (Kayuwou Health Center, Donggala, Sulawesi Tengah)	Desain penelitian: observasional analitik dengan pendekatan cross-sectional	<p data-bbox="1541 300 1839 411">tepat, dokumentasi yang tidak rapi serta data</p> <p data-bbox="1541 443 1839 778">Sebagian besar responden memiliki pengetahuan cukup tentang KMS: persentase 59,0%, Sebagian besar kader diklasifikasikan "terampil" dalam pengisian KMS: 61,5%. Ditemukan bahwa status pekerjaan kader (apakah kader bekerja/tidak bekerja) memiliki hubungan yang signifikan dengan keterampilan mereka dalam menyelesaikan pengisian KMS (<math>p &lt; 0,05</math>). Artinya, kader yang tidak bekerja (atau memiliki waktu luang lebih) cenderung memiliki keterampilan lebih</p>	

No.	Nama penulis dan tahun	Judul	Tujuan	Metode	Hasil	Perbedaan
3	Gardha Rias Arsy & Aulia Izzatul Milla	Gambaran Pengetahuan Sikap Kader Posyandu Pemantauan Pertumbuhan Perkembangan Balita.	mendesripsikan gambaran pengetahuan dan sikap kader posyandu dalam melakukan pemantauan pertumbuhan dan perkembangan balita di wilayah kerja Puskesmas Rejosari, Kabupaten Kudus.	Deskriptif — dengan rancangan cross-sectional	baik dalam pengisian KMS. Dari 38 responden, 100% kader dikategorikan memiliki pengetahuan baik. Untuk sikap: mayoritas kader (34 orang, atau 89.5%) memiliki sikap baik, dan 4 orang (10.5%) memiliki sikap cukup. Demografi responden: mayoritas berusia 31–40 tahun, pendidikan paling banyak lulusan SMA, dan banyak kader telah aktif selama 5–10 tahun	
4	Riska Manggeskar, Dhiny Easter Yanti1, Nova Muhani tahun 2024	Hubungan Pengetahuan dan Sikap Kader Posyandu (ejurnal Malahayati)	mengetahui hubungan pengetahuan dan sikap kader posyandu terhadap kemampuan deteksi dini stunting	deskriptif dengan rancangan cross sectional	pengetahuan kader kategori baik dan kemampuan baik sebanyak 23 orang (44,2%), sikap kader kategori positif dan kemampuan baik sebanyak 17 orang (48,6%). Dari hasil uji statistik menyimpulkan bahwa ada hubungan yang	

No.	Nama penulis dan tahun	Judul	Tujuan	Metode	Hasil	Perbedaan
					<p>signifikan antara pengetahuan dengan kemampuan kader <math>p=0,040 (&gt;0,05)</math> sedangkan hubungan sikap kader dengan kemampuan kader tidak ada hubungan yang signifikan dengan <math>p=0,156 (&lt;0,05)</math>.</p>	



Penelitian ini merupakan penelitian orisinal yang belum pernah dilakukan sebelumnya. Berdasarkan hasil penelusuran literatur pada database Google Scholar, Garuda, dan repositori institusi, belum ditemukan penelitian terdahulu yang secara spesifik meneliti hubungan antara pengetahuan dan sikap kader kesehatan terhadap pelayanan Integrasi Layanan Primer (ILP) di Desa Gondang Kecamatan Limbangan Kabupaten Kendal. Adapun beberapa penelitian sebelumnya hanya mengkaji salah satu variabel atau dilakukan di wilayah berbeda.



## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Landasan Teori

##### 1. Integrasi Layanan Primer

Integrasi Layanan Primer (ILP) adalah pendekatan pelayanan kesehatan berbasis siklus hidup yang mengintegrasikan berbagai layanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif secara komprehensif di tingkat puskesmas dan desa. Pendekatan ini mencakup delapan kelompok target populasi yaitu: ibu hamil, bayi/balita, anak sekolah/remaja, usia produktif, lansia, penyakit menular, penyakit tidak menular, dan masalah gizi (Kemenkes RI, 2023).

Program ini juga menuntut kerja lintas sektor dan keterlibatan aktif masyarakat. Dengan Integrasi Layanan Primer (ILP), puskesmas menjadi pusat kendali layanan yang menyatu, tidak terfragmentasi seperti pendekatan program sebelumnya.

- a. Fokus Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer (Tarmizi, 2023d)
  - 1) Siklus hidup sebagai fokus integrase pelayanan kesehatan sekaligus sebagai fokus penguatan promosi dan pencegahan.
  - 2) Mendekatkan layanan kesehatan melalui jejeraing hingga tingkat desa dan dusun termasuk untuk memperkuat promosi dan pencegahan serta resiliensi terhadap pandemic
  - 3) Memperkuat pemantauan wilayah setempat (PWS) melalui digitalisasi dan pemantauan dengan situasi kesehatan per desa serta kunjungan keluarga.
- b. Penyelenggara Integrasi Layanan Primer (ILP)

Penyelenggara integrasi pelayanan kesehatan primer oleh Kemenkes RI (2023) diantaranya adalah:

1) Integrasi Layanan Primer (ILP) di Puskesmas

Berdasarkan tata kelola ILP Integrasi Layanan Primer (ILP) di Puskesmas dibagi menjadi beberapa kluster yang memiliki perannya masing-masing diantaranya adalah kluster 1 mengkoordinir manajemen dan ketatausahaan, kluster 2 dan 3 memberikan pelayanan komprehensif dan PWS, kluster 4 menghentikan penularan penyakit dengan surveilans dan pengawasan kualitas lingkungan dan ada kerjasama lintas kluster untuk meningkatkan kualitas layanan.

2) Integrasi Layanan Primer (ILP) di Puskesmas pembantu

Peran pustu sebagai unit kesehatan di Desa/ Kelurahan sangat penting karena menjadi perpanjangan Puskesmas untuk memudahka akses pelayanan kesehatan sampai tingkat desa/kelurahan sekaligus memperkuat fungsi pemberdayaan masyarakat di wilayahnya yaitu sebagai coordinator dan Pembina Posyandu.

Pustu bertanggungjawab atas hasil status kesehatan masyarakat di desa/kelurahan diantaranya masalah ibu hamil, bersalin nifas, bayi dan balita, remaja, usia produktif dan lansia.

3) Integrasi Layanan Primer (ILP) di Posyandu

Pelayanan Integrasi Layanan Primer (ILP) di Posyandu bahwa posyandu diperlakukan sebagai bagian dari unit layanan kesehatan primer di tingkat desa/kelurahan, dengan cakupan

layanan yang menyeluruh, merupakan transformasi Posyandu menjadi Posyandu Terintegrasi, yang mana mengintegrasikan berbagai jenis posyandu (KIA, remaja, posbindu PTM, lansia) sehingga mampu melayani seluruh siklus hidup-dari ibu hamil, bayi & balita, remaja, dewasa hingga lansia.

Pelayanan Integrasi Layanan Primer (ILP) di Posyandu yang ideal memiliki kriteria seperti diutamakan Posyandu Center of Excellence (CoE) yang merupakan Aktif, di ikuti dengan posyandu lain untuk terintegrasinya layanan, memiliki minimal 5 orang kader kesehatan, memiliki peralatan psoyandu standart, dan memiliki tempat pelaksanaan pelayanan Posyandu yang bersifat tetap atau tidak berpindah-pindah. Paket Layanan Standar yang wajib tersedia meliputi:

- a) Skrining dan edukasi kesehatan
- b) Pengobatan terbatas
- c) Layanan laboratorium menggunakan Point-of-Care Testing (PoCT)
- d) Perencanaan desa dan pendampingan
- e) Kunjungan rumah
- f) Pemantauan Wilayah Setempat (PWS).

Integrasi Layayan Kesehatan Primer memiliki tugas sebagai berikut:

#### 1) Kunjungan Rumah

Kader kesehatan melakukan kunjungan untuk menjangkau ibu hamil, nifas, balita, remaja, atau lansia yang tidak hadir ke

posyandu, atau yang menunjukkan gejala penyakit, serta memberikan edukasi sesuai kebutuhan.

2) Validasi & Sinkronisasi Data

Seluruh hasil pelayanan di posyandu (dan kunjungan rumah) dicatat secara digital melalui:

- a) Aplikasi ASIK (Sehat IndonesiaKu)
- b) WhatsApp Kemenkes (kader kesehatan yang tidak bisa menggunakan aplikasi)
- c) Aplikasi pihak ketiga yang terintegrasi dengan standar Satu Sehat

3) Pemantauan Wilayah Setempat (PWS)

Hasil pelayanan digunakan untuk analisis situasi kesehatan wilayah di dashboard oleh petugas Puskesmas/Pustu; rekomendasi tindak lanjut dapat disampaikan ke desa atau posyandu.

4) Indikator Keberhasilan Pelayanan ILP (Integrasi Layanan Primer) di Posyandu

Indikator yang bisa digunakan untuk mengukur efektifitas layanan:

a) Indikator Pertumbuhan Balita (Klaster 2)

Jumlah balita yang ditimbang (D), jumlah balita tidak naik berat badan (T), jumlah balita dengan gizi kurang, dan jumlah balita stunting.

b) Remaja

Total kunjungan remaja yang mendapatkan layanan kesehatan. Jumlah remaja putri yang mengonsumsi tablet tambah darah.

c) Dewasa & Lansia (Klaster 3)

Data layanan pengendalian PTM (skrining, tatalaksana, rujukan, edukasi), data faktor risiko, diagnosis, dan capaian program (berdasarkan Renstra, RPJMN, SPM).

(1) Layanan kejiwaan dan Napza: skrining, terapi, diagnosis, konseling, rujukan, serta capaian program.

(2) Kesehatan reproduksi: skrining layak hamil, diagnosis/tatalaksana, edukasi/konseling, rujukan, serta capaian indikator program

(3) Layanan kesehatan kerja, kesehatan jasmani, serta kesehatan kelompok rentan (disabilitas, kekerasan terhadap perempuan & anak, lansia ICOPE) — semuanya dengan indikator capaian

d) Penyakit Menular (Klaster 4)

Skrining TB: jumlah yang skrining, jumlah terduga, jumlah TB, jumlah yang diobati. Investigasi kontak: jumlah kasus indeks, jumlah kontak yang diinvestigasi. Hasil investigasi kontak: jumlah kontak serumah, yang mendapatkan TPT (Terapi Pencegahan TBC), yang mendapatkan OAT (Obat Anti TB), dan status diagnosis akhir.

e) Morbiditas & Cakupan Layanan Spesifik

Dewasa merupakan jumlah anemia pada calon pengantin (catin), gangguan jiwa, DM, hipertensi, katarak; serta cakupan pelayanan seperti skrining kesehatan reproduksi, layak hamil, KB, skrining penglihatan. Lansia merupakan jumlah lansia dengan tekanan darah tinggi, DM, underweight, obesitas, mandiri, HIV, katarak; serta cakupan layanan skrining.

f) Manajemen & Dukungan

Indikator terkait administrasi, manajemen sumber daya, logistik, mutu, perencanaan, keuangan, farmasi, klinik, laboratorium, dan lain sebagainya.

g) Indikator keberhasilan ILP (Integrasi Layanan Primer)

Keberhasilan Integrasi Layanan Primer (ILP) dapat dinilai melalui beberapa indikator utama yang menggambarkan sejauh mana layanan primer berjalan secara komprehensif, terintegrasi, dan diterima oleh masyarakat. Empat indikator penting yang sering digunakan dalam evaluasi implementasi ILP adalah cakupan kunjungan, efektivitas layanan, partisipasi masyarakat, dan pemberdayaan kader.

(1) Cakupan Kunjungan Layanan

Cakupan kunjungan merupakan indikator awal yang menunjukkan aksesibilitas dan pemanfaatan pelayanan primer oleh masyarakat. Tingginya cakupan

kunjungan ke Puskesmas, Pustu, dan Posyandu menandakan bahwa masyarakat menerima dan memanfaatkan layanan kesehatan yang disediakan secara terintegrasi. Cakupan ini mencakup kunjungan ibu hamil, balita, remaja, dewasa, serta lansia dalam setiap klaster pelayanan ILP. Semakin tinggi cakupan kunjungan, semakin besar peluang deteksi dini faktor risiko, pemantauan kesehatan keluarga, dan intervensi tepat sasaran, sehingga menunjukkan keberhasilan pelaksanaan ILP.

#### (2) Efektivitas Layanan

Efektivitas layanan menggambarkan kualitas dan ketepatan pelaksanaan ILP dalam memberikan pelayanan komprehensif. Indikator ini mencakup ketepatan alur pelayanan, ketersediaan tenaga kesehatan, kelengkapan sarana prasarana, dan kesesuaian layanan dengan standar operasional prosedur ILP. Layanan dinilai efektif apabila intervensi sesuai dengan kebutuhan siklus hidup, mencakup aspek promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, serta mampu memberikan perubahan positif terhadap status kesehatan masyarakat. Efektivitas yang tinggi menunjukkan bahwa ILP tidak hanya tersedia, tetapi benar-benar memberikan dampak nyata terhadap peningkatan derajat kesehatan.

### (3) Partisipasi Masyarakat

Partisipasi masyarakat merupakan indikator sosial yang sangat penting dalam menilai keberhasilan ILP. Integrasi pelayanan primer menekankan pendekatan berbasis komunitas, sehingga keberhasilan program sangat dipengaruhi oleh keterlibatan aktif warga. Partisipasi dapat dilihat dari kehadiran masyarakat dalam kegiatan Posyandu, kesediaan mengikuti skrining kesehatan, edukasi kesehatan, dan keterlibatan dalam kegiatan desa siaga atau program kesehatan lainnya. Tingkat partisipasi yang baik mencerminkan penerimaan masyarakat terhadap layanan ILP, meningkatnya kesadaran kesehatan, serta keberhasilan upaya promosi kesehatan di tingkat komunitas.

### (4) Pemberdayaan Kader

Kader kesehatan memegang peranan sentral dalam pelaksanaan ILP karena menjadi penghubung antara Puskesmas dan masyarakat. Pemberdayaan kader mencakup peningkatan pengetahuan, keterampilan, dan peran aktif kader dalam mendata sasaran, melakukan edukasi, membantu pelaksanaan layanan Posyandu, serta melakukan kunjungan rumah. Indikator keberhasilan dapat dilihat dari kemampuan kader menjalankan tugas secara mandiri, jumlah kader aktif, konsistensi kegiatan kader, serta kualitas laporan

yang diberikan. Semakin berdaya kader, semakin kuat pelaksanaan ILP di tingkat keluarga dan komunitas.

## 2. Kader kesehatan

### a. Pengertian Kader dan Kader kesehatan

Kader kesehatan atau kader posyandu adalah sukarelawan dari masyarakat setempat yang dipilih atau ditunjuk oleh komunitas untuk membantu penyelenggaraan layanan kesehatan dasar di tingkat komunitas, terutama melalui wadah Posyandu (Pos Pelayanan Terpadu) (Iswarawanti, 2010). Kader umumnya bukan tenaga profesional kesehatan melainkan warga biasa yang diberi pelatihan dasar agar dapat menjalankan tugas seperti pemantauan tumbuh-kembang anak, penyuluhan kesehatan, pencatatan data, serta mobilisasi warga agar memanfaatkan layanan kesehatan (Hossain, 2020).

Menurut literatur, kader dipandang sebagai “community health volunteers” — yaitu pekerja sukarela tingkat komunitas yang secara langsung berasal dari dan melayani komunitas mereka sendiri (Hossain, 2020). Hal ini menjadikan kader sebagai figur penting dalam sistem pelayanan kesehatan dasar karena mereka berada “di garis depan” interaksi dengan masyarakat.

### b. Peran dan Fungsi Kader dalam Pelayanan Kesehatan Primer / Posyandu

- 1) Dalam berbagai penelitian dan laporan, peran kader mencakup beberapa fungsi utama:

Pelaksanaan layanan dasar di Posyandu, kader membantu pelaksanaan Posyandu termasuk penimbangan balita, pencatatan data kesehatan (KMS/Kartu Menuju Sehat), pengukuran pertumbuhan, pemberian vitamin atau makanan tambahan, pencatatan imunisasi, serta konseling gizi dan kesehatan ibu-anak (Adhyanti, Nurjaya and Rezkiana, 2023).

- 2) Edukasi & penyuluhan kesehatan masyarakat, kader berperan sebagai agen promosi kesehatan, menyampaikan informasi tentang gizi, tumbuh-kembang anak, imunisasi, pola hidup sehat, pencegahan penyakit, dan kesehatan ibu-anak (Muslimin and Mursyidah, 2024).
- 3) Mobilisasi dan pemberdayaan masyarakat, kader membantu meningkatkan partisipasi masyarakat dalam kegiatan Posyandu atau program kesehatan-misalnya mendorong kehadiran ibu hamil, balita, ibu menyusui, serta remaja atau lansia untuk memanfaatkan layanan (Hamdy et al., 2023).
- 4) Monitoring & deteksi dini status kesehatan, dengan pemantauan rutin pertumbuhan anak, imunisasi, dan follow-up kunjungan rumah, kader bisa membantu deteksi dini permasalahan gizi (seperti gizi kurang, stunting), serta memantau ibu hamil atau kondisi kesehatan rentan lainnya (Hamdy et al., 2023).
- 5) Hubungan jembatan antara masyarakat dan fasilitas kesehatan, Kader menjadi penghubung komunitas dengan fasilitas kesehatan formal seperti Puskesmas menyampaikan data, laporan, kebutuhan masyarakat, serta membantu memfasilitasi rujukan

atau kunjungan ke layanan kesehatan bila diperlukan (Muslimin and Mursyidah, 2024).

- 6) Karena itu, kader posyandu sering disebut sebagai “garda terdepan” dalam upaya pelayanan kesehatan dasar, promotif, preventif, dan deteksi dini di tingkat komunitas (Darienarita, 2019).

Karena itu, kader posyandu sering disebut sebagai “garda terdepan” dalam upaya pelayanan kesehatan dasar, promotif, preventif, dan deteksi dini di tingkat komunitas (Susiloningtyas et al., 2025)

c. Faktor Penentu Keberhasilan Peran Kader

Peran kader tidak otomatis efektif sejumlah studi menunjukkan bahwa efektivitas tugas kader bergantung pada:

- 1) Pengetahuan dan keterampilan kader kader yang telah mendapat pelatihan dan pembinaan menunjukkan peningkatan signifikan pada pengetahuan dan kemampuan melakukan tugas pemantauan tumbuh-kembang dan layanan posyandu (Lubis and Syahri, 2015).
- 2) Dukungan pelatihan & pembinaan yang berkelanjutan — misalnya “refreshing” kader atau pelatihan ulang membantu menjaga kualitas layanan dan peran kader tetap optimal (Wahab, Nurfadhila and Sumiyati, 2023).
- 3) Partisipasi aktif masyarakat dan kerja sama dengan fasilitas kesehatan keberadaan kader saja tidak cukup, harus diiringi partisipasi masyarakat dan kolaborasi dengan tenaga kesehatan di Puskesmas (Wahab, Nurfadhila and Sumiyati, 2023).
- 4) Ketersediaan sarana/prasarana dan dukungan kebijakan agar kader dapat menjalankan tugasnya dengan baik, dibutuhkan dukungan dari

sistem: data, logistik posyandu, perlengkapan, supervisi, dan manajemen pelayanan (Iswarawanti, 2010).

Beberapa penelitian menyatakan bahwa ketika kondisi tersebut terpenuhi, kader dapat signifikan berkontribusi menurunkan masalah kesehatan seperti stunting, kekurangan gizi, serta memperbaiki imunisasi dan kesehatan ibu-anak di masyarakat (Susiloningtyas et al., 2025).

### 3. Pengetahuan

#### a. Definisi

Pengetahuan merupakan hasil dari proses tahu yang diperoleh seseorang setelah melakukan pengindraan terhadap suatu objek melalui pancaindra. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui indera penglihatan dan pendengaran (Notoatmojo, 2014).

Pengetahuan kader kesehatan meliputi penguasaan informasi mengenai program-program kesehatan, pemahaman terhadap konsep ILP (Integrasi Layanan Primer), serta kemampuan mengidentifikasi peran dalam kegiatan pelayanan primer. Pengetahuan ini menjadi dasar dalam pengambilan keputusan dan pembentukan sikap kader kesehatan terhadap suatu program kesehatan.

#### b. Tingkat Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan dapat dibagi dalam beberapa tingkatan,

seperti yang dijelaskan oleh Bloom (1956) dalam Notoatmojo (2014), yaitu:

1) Tahu (Know)

Tingkat "tahu" berada pada posisi terendah dalam jenjang pengetahuan. Konsep tahu merujuk pada kapasitas untuk mengingat ulang (recall) informasi atau materi yang pernah diperoleh atau dipelajari. Kemampuan seseorang dalam menguasai materi pembelajaran dapat dievaluasi melalui berbagai teknik seperti meminta mereka menjelaskan, merinci, memberi pengertian, mengekspresikan, dan cara-cara serupa untuk mengukur pemahaman.

2) Memahami (Comprehension)

Tingkat memahami menunjukkan bahwa seseorang tidak hanya sekadar mengetahui suatu objek, melainkan mampu menguraikan, menarik kesimpulan, dan memberikan interpretasi yang tepat mengenai objek yang dikuasainya.

3) Menerapkan (Application)

Aplikasi adalah tingkatan dimana orang telah memahami materi yang telah dipelajari dapat menerapkan atau mengaplikasikan prinsip yang diketahui pada situasi atau kondisi yang sebenarnya.

4) Menganalisis (Analysis)

Kemampuan menguraikan suatu informasi menjadi bagian-bagian untuk melihat pola atau hubungan, pada tingkatan ini, seseorang mampu membedakan, memisahkan,

menggambarkan (membuat bagan), dan mengelompokkan objek.

#### 5) Mensintesis (Synthesis)

Dalam tingkat pengetahuan ini, seseorang dapat menggabungkan berbagai komponen pengetahuan yang dimilikinya untuk membentuk suatu struktur menyeluruh yang berbeda. Pada fase ini, keterampilan yang diperlukan seseorang adalah kemampuan untuk menyatukan, memformulasikan, mengklasifikasi, merancang, dan mewujudkan ide-ide baru.

#### 6) Mengevaluasi (Evaluation)

Evaluasi merupakan tingkatan pengetahuan dimana seseorang mampu untuk melakukan penilaian terhadap objek atau materi tertentu. Hal-hal yang dapat dilakukan seseorang pada tahap ini.

Pengetahuan kader kesehatan dapat menunjukkan sejauh mana kader kesehatan memahami konsep Integrasi Layanan Primer (ILP), prosedur pelaksanaannya, indikator layanan, dan teknis pelaksanaannya di lapangan.

#### c. Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2023), tingkat pengetahuan seseorang dipengaruhi oleh berbagai faktor internal dan eksternal. Faktor internal meliputi tingkat pendidikan, usia, pengalaman, kemampuan kognitif, motivasi intrinsik, serta kondisi emosional dan persepsi individu, yang semuanya membentuk kesiapan dalam menerima serta mengolah informasi. Sementara itu, faktor eksternal mencakup

lingkungan sosial, budaya, dan ekonomi, ketersediaan fasilitas atau media pembelajaran, serta adanya penguatan sosial dari keluarga, tokoh masyarakat, maupun tenaga kesehatan. Seiring perkembangan zaman, teori terbaru menambahkan bahwa literasi digital dan literasi kesehatan menjadi aspek penting yang turut memengaruhi tingkat pengetahuan masyarakat. Literasi digital berhubungan dengan kemampuan individu untuk mengakses, memahami, dan memanfaatkan informasi berbasis teknologi, termasuk aplikasi kesehatan digital, sedangkan literasi kesehatan mencakup kemampuan memahami, mengevaluasi, dan menggunakan informasi kesehatan dalam pengambilan keputusan. Dengan demikian, peningkatan pengetahuan masyarakat saat ini tidak hanya ditentukan oleh faktor konvensional, tetapi juga oleh keterampilan dalam mengelola informasi di era digital.

Menurut Arikunto (2010), tingkat pengetahuan seseorang dipengaruhi oleh faktor internal dan eksternal. Faktor internal meliputi pendidikan, usia, minat, motivasi, serta kondisi kesehatan fisik dan mental, yang menentukan kemampuan individu dalam menerima dan mengolah informasi. Sementara itu, faktor eksternal mencakup lingkungan sosial, budaya, ekonomi, pengalaman hidup, serta ketersediaan fasilitas dan sumber informasi yang menunjang proses belajar. Dengan demikian, pengetahuan tidak hanya terbentuk dari kemampuan kognitif seseorang, tetapi juga dipengaruhi oleh dukungan lingkungan dan kesempatan memperoleh informasi yang memadai.

#### d. Pengukuran Pengetahuan

Pengukuran pengetahuan biasanya dilakukan melalui:

##### 1) Kuesioner (Angket Tertulis)

Bentuk soal pilihan ganda, benar-salah, atau isian yang mengukur aspek-aspek pengetahuan sesuai indikator yang ditentukan.

##### 2) Wawancara Terstruktur

Peneliti memberikan pertanyaan langsung kepada responden, dengan daftar pertanyaan yang sudah disiapkan.

##### 3) Skoring Pengetahuan

Arikunto menjelaskan bahwa untuk mengukur pengetahuan (domain kognitif) digunakan instrumen tes, misalnya tes objektif (pilihan ganda, benar-salah) atau tes subjektif (uraian). Hasil tes tersebut kemudian diberi skor untuk mengetahui tingkat pengetahuan responden.

##### (a) Pemberian Skor

(1) Jawaban benar diberi skor 1.

(2) Jawaban salah diberi skor 0.

Total skor diperoleh dengan menjumlahkan semua skor benar, jumlah skor yang diperoleh dibagi dengan jumlah soal dan dikalikan 100 untuk mendapatkan nilai akhir

Setelah skor dihitung, hasilnya dikategorikan menjadi beberapa tingkat pengetahuan. Arikunto (2015) masih menggunakan acuan yang sama dengan edisi sebelumnya, yaitu:

(1) Baik : 76–100%

(2) Cukup : 56–75%

(3) Kurang :  $\leq 55\%$

(b) Tujuan Skoring

(1) Menentukan tingkat penguasaan materi responden.

(2) Membandingkan capaian pengetahuan antara individu atau kelompok.

(3) Memberikan gambaran apakah responden memiliki pengetahuan baik, cukup, atau kurang terhadap objek yang diteliti.

#### 4. Sikap

a. Definisi

Sikap adalah reaksi atau respons tertutup seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Menurut Azwar (2011), sikap terdiri dari tiga komponen utama yaitu: komponen kognitif (pengetahuan dan informasi), komponen afektif (perasaan dan emosi), dan komponen konatif (kecenderungan untuk bertindak). Sikap positif terhadap suatu program kesehatan akan berkontribusi terhadap keterlibatan aktif kader kesehatan dalam pelaksanaannya.

Dalam hal ini, sikap kader kesehatan terhadap Integrasi Layanan Primer (ILP) dapat diukur melalui sejauh mana kader kesehatan menunjukkan penerimaan, dukungan, atau bahkan keberatan terhadap pelaksanaan program. Sikap ini dipengaruhi oleh faktor internal seperti motivasi dan nilai pribadi, serta faktor eksternal seperti pelatihan, supervisi, dan dukungan dari petugas kesehatan.

b. Komponen Sikap

Menurut teori dari Rosenberg dan Hovland (dalam Azwar (2011), sikap terbentuk dari tiga komponen utama, yaitu:

1) Komponen Kognitif (Cognitive Component)

Merupakan pengetahuan, pandangan, dan kepercayaan individu terhadap suatu objek.

2) Komponen Afektif (Affective Component)

Berhubungan dengan perasaan atau emosi terhadap suatu objek.

c. Komponen Konatif (Conative Component)

Merupakan kecenderungan untuk bertindak atau berperilaku sesuai dengan sikap yang dimiliki.

Ketiga komponen di atas saling terkait dan membentuk keseluruhan sikap seseorang terhadap suatu hal.

d. Tingkatan Sikap

Menurut Notoatmojo (2014), sikap seseorang memiliki beberapa tingkatan:

1) Menerima (Receiving)

Subjek menunjukkan kesediaan memperhatikan stimulus yang diberikan.

2) Merespon (Responding)

Subjek memberikan reaksi aktif, seperti bertanya atau mengikuti instruksi.

3) Menghargai (Valuing)

Subjek menilai penting stimulus dan melibatkan orang lain dalam meresponnya.

4) Bertanggung jawab (Responsible)

Subjek mempertanggungjawabkan pilihannya, tetap konsisten meski ada resistensi publik.

e. Faktor yang Mempengaruhi Sikap

Sikap tidak terbentuk secara tiba-tiba, tapi dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain:

1) Pengalaman Pribadi

Pengalaman langsung individu dengan objek akan sangat mempengaruhi sikap yang terbentuk.

2) Informasi dari Orang Lain yang Dianggap Penting

Misalnya dari tokoh masyarakat, petugas kesehatan, atau sesama kader kesehatan.

3) Media Massa dan Media Sosial

Informasi dari media dapat membentuk atau mengubah sikap, tergantung pada cara penyajiannya.

4) Pendidikan dan Pengetahuan

Semakin tinggi pendidikan, seseorang cenderung memiliki sikap yang lebih terbuka dan positif terhadap perubahan.

5) Lingkungan Sosial dan Budaya

Nilai-nilai sosial dan budaya yang berlaku juga mempengaruhi pembentukan sikap.

## 6) Motivasi Internal

Dorongan dari dalam diri seperti rasa ingin tahu, kepedulian, atau keinginan membantu Masyarakat

### f. Pengukuran Sikap

Sikap bersifat tidak dapat diamati secara langsung, sehingga perlu diukur menggunakan alat bantu seperti:

#### 1) Kuesioner Sikap (Skala Likert)

Pertanyaan atau pernyataan diberikan dengan beberapa pilihan jawaban:

- a) Sangat setuju dengan skor 4
- b) Setuju dengan skor 3
- c) Tidak setuju dengan skor 2
- d) Sangat tidak setuju dengan skor 1

Menurut Azwar (2012; 2022), sikap pada dasarnya merupakan kecenderungan individu untuk merespon positif atau negatif terhadap suatu objek, sehingga pengelompokan sikap hanya dibagi menjadi dua, yakni sikap positif dan sikap negatif, sedangkan sikap netral lebih dipandang sebagai kondisi transisi dan bukan kategori utama. Sejalan dengan itu, Rosenberg dan Hovland dalam Notoatmojo (2014) juga menjelaskan bahwa sikap adalah bentuk evaluasi seseorang terhadap objek yang bernilai favorable (positif) atau unfavorable (negatif). Penelitian-penelitian terbaru di bidang kesehatan masyarakat (2021–2023) pun cenderung menggunakan dua kategori sikap saja, yakni positif dan negatif, dengan ketentuan bahwa skor  $\geq 50\%$  dari skor ideal dikategorikan sebagai sikap positif, sedangkan skor  $< 50\%$  dari skor ideal

dikategorikan sebagai sikap negatif, karena dianggap lebih sederhana dan memudahkan peneliti dalam menarik Kesimpulan.

## **B. Hasil Penelitian Terdahulu**

Penelitian mengenai peran kader/posyandu dalam layanan kesehatan masyarakat dan pencegahan gizi/stunting telah banyak dilakukan. Salah satu studi komprehensif terbaru adalah Evaluating the knowledge, roles, and skills of health cadres in stunting prevention: A mixed-method study in Indonesia oleh Restuning. penelitian ini menggunakan desain mixed-method embedded, yang melibatkan 193 kader dari desa-desa “locus stunting” di Provinsi Bangka Belitung; menggabungkan survei kuantitatif (pengetahuan), wawancara kualitatif (persepsi & peran), dan observasi langsung keterampilan antropometri. Hasil menunjukkan bahwa >50% kader memiliki “pengetahuan rendah–sangat rendah” tentang stunting, dan observasi praktik menunjukkan seringnya kesalahan dalam pengukuran antropometri menunjukkan bahwa pengetahuan dan keterampilan kader perlu ditingkatkan agar upaya pencegahan stunting lebih efektif (Widiasih et al., 2025).

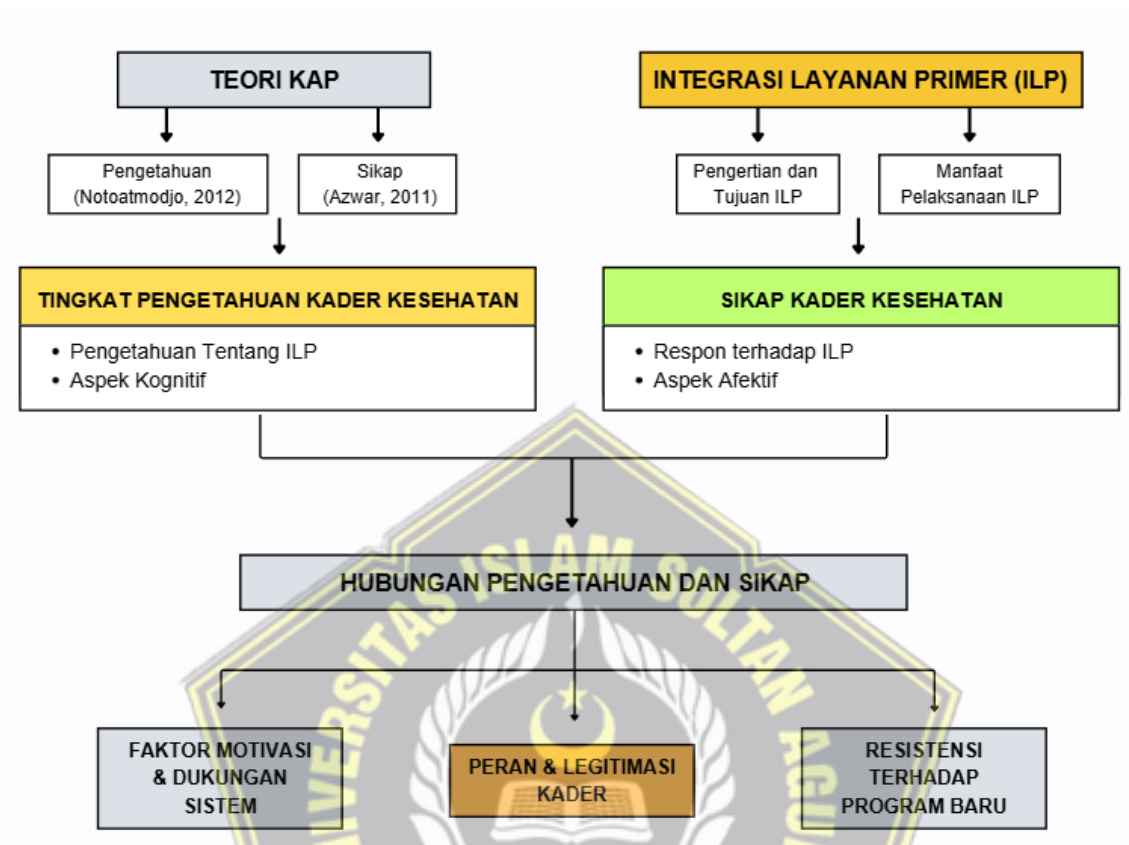
Penelitian lain, Knowledge and Skills of Community Health Workers in Filling of “Kartu Menuju Sehat” menunjukkan pengetahuan dan keterampilan kader dalam pengisian KMS di salah satu puskesmas. Dengan desain cross-sectional, penelitian ini menemukan bahwa mayoritas kader memiliki pengetahuan cukup dan keterampilan “terampil” dalam pengisian KMS, serta variabel status pekerjaan berkorelasi dengan keterampilan: kader yang tidak memiliki pekerjaan tetap cenderung lebih “terampil” di pengisian kartu. Hal ini menunjukkan bahwa pengetahuan dan waktu luang kader dapat memengaruhi kualitas pengisian data gizi/pertumbuhan (Adhyanti, Nurjaya and Rezkiana, 2023).

Selanjutnya, penelitian deskriptif yang meninjau gambaran pengetahuan dan sikap kader posyandu dalam pemantauan pertumbuhan balita. Dari 38 responden, seluruh kader dikategorikan memiliki pengetahuan “baik” dan sebagian besar ( $\approx 89.5\%$ ) menunjukkan sikap positif terhadap tugasnya menandakan bahwa dalam konteks tertentu, kader bisa memiliki kesiapan teoritis (pengetahuan dan sikap) untuk melaksanakan tugas posyandu (Arsy and Milla, 2021).

Terakhir, penelitian Hubungan Pengetahuan dan Sikap Kader Posyandu dengan Kemampuan Deteksi Dini Stunting di Desa Tulung Agung menunjukkan bahwa hubungan antara pengetahuan & sikap kader dengan kemampuan deteksi dini stunting. Dengan desain cross-sectional pada 60 kader posyandu, hasil menunjukkan bahwa ada hubungan signifikan antara pengetahuan dan kemampuan deteksi dini ( $p = 0,040$ ), namun tidak ditemukan hubungan signifikan antara sikap dan kemampuan ( $p = 0,156$ ). Ini menunjukkan bahwa meskipun sikap penting, aspek pengetahuan lebih determinan bagi kemampuan teknis deteksi stunting (Manggeskar, Yanti and Muhani, 2024).

Beberapa penelitian ini memperlihatkan bahwa pengetahuan dan keterampilan kader sering menjadi titik lemah meskipun sikap dan motivasi bisa tinggi; bahwa faktor eksternal seperti status pekerjaan atau pelatihan memengaruhi performa kader; dan bahwa evaluasi campuran (kuantitatif, kualitatif, dan observasional) memberikan gambaran paling komprehensif tentang kekuatan dan kelemahan pada level komunitas.

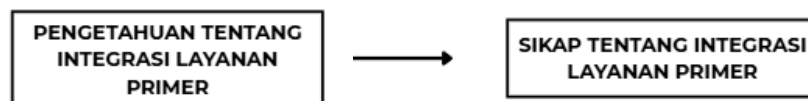
### C. Kerangka Teori



Gambar 2. 1 Kerangka Teori

### D. Kerangka Konsep

Kerangka konsep dalam penelitian ini menggambarkan hubungan antara dua variabel bebas, yaitu pengetahuan (X) terhadap satu variabel terikat yaitu sikap (Y).



Gambar 2. 2 Teori Konseptual Hubungan Pengetahuan dan Sikap Kader kesehatan tentang Integrasi Layanan Primer (ILP)

## E. Hipotesis

- a. Terdapat hubungan antara pengetahuan dan sikap kader kesehatan tentang Integrasi Layanan Primer (ILP) di Desa Gondang Kecamatan Limbangan Kabupaten Kendal.
- b. Tidak terdapat hubungan antara pengetahuan dan sikap kader kesehatan tentang Integrasi Layanan Primer (ILP) di Desa Gondang Kecamatan Limbangan Kabupaten Kendal.



## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **A. Jenis dan Desain Penelitian**

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan pendekatan deskriptif analitik, yaitu penelitian yang bertujuan untuk menggambarkan dan menganalisis hubungan antara dua variabel atau lebih (Notoatmojo, 2018). Desain penelitian yang digunakan adalah cross-sectional, yaitu pengumpulan data dilakukan dalam satu waktu tertentu, sehingga hubungan antara variabel bebas (pengetahuan) dengan variabel terikat (sikap) dapat dianalisis secara simultan. Desain penelitian dipilih karena efisien dari segi waktu dan biaya serta sesuai untuk melihat hubungan antar variabel dalam populasi spesifik kader kesehatan yang berada dalam satu lokasi geografis tertentu.

#### **B. Subjek Penelitian**

##### **1. Populasi**

Populasi mewakili suatu wilayah generalisasi yang sudah mencakup identitas atau subjek yang mempunyai atribut atau karakteristik tertentu yang ditentukan oleh peneliti untuk diteliti dan dijadikan suatu kesimpulan. Area konseptual ini tidak hanya berhubungan dengan individu, tetapi juga mencakup entitas lain dan elemen lainnya. Rentang populasi tidak hanya representasi numerik dari subjek atau objek yang diteliti, tetapi juga merupakan ringkasan dari semua atribut dan karakteristik yang terkait dengan subjek atau objek tersebut (Notoatmodjo, 2014). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh Kader kesehatan yang berada di Desa Gondang Kecamatan Limbangan

Kabupaten Kendal berjumlah 33 orang berdasarkan data Puskesmas Limbangan yang merupakan kader aktif selama minimal 6 bulan.

## 2. Sampel

Sampel adalah sebagian dari populasi yang diteliti atau sebagian dari jumlah keseluruhan karakteristik yang dimiliki populasi tersebut. Jika populasinya besar dan peneliti tidak dapat mempelajari seluruh populasi karena keterbatasan sumber daya, tenaga, atau waktu, maka peneliti dapat, menggunakan sebuah sampel yang diambil dari suatu populasi berdasarkan kriteria yang diinginkan sesuai dengan tujuan dari peneliti (Auliya et al., 2020).

Hardani et al. (2020) menyebutkan bahwa pengambilan sampel harus sebanyak-banyaknya, ini mengasumsikan bahwa semakin banyak sampel yang diambil maka akan semakin representatif dan hasilnya dapat digeneralisir. Namun ukuran sampel yang diterima akan sangat bergantung pada jenis penelitiannya yakni:

- a). Jika penelitiannya bersifat deskriptif, maka sampel minimumnya adalah 10% dari populasi
- b). Jika penelitiannya korelasional, sampel minimumnya adalah 30 subjek

## 3. Teknik Sampling

Teknik sampling yang digunakan adalah total sampling. Total sampling merupakan salah satu teknik non-probability sampling di mana seluruh anggota populasi dijadikan sebagai sampel penelitian. Menurut Sugiyono (2015), teknik ini digunakan jika jumlah populasi relatif kecil atau masih dalam jangkauan peneliti, biasanya kurang dari 100 orang. Total sampling dianggap representatif untuk populasi terbatas karena tidak ada pemilihan acak dan semua anggota populasi diikutsertakan. Jumlah sampel dalam penelitian ini adalah sebanyak

33 orang yang merupakan kader yang aktif minimal 6 bulan di posyandu Integrasi Layanan Primer (ILP).

### C. Waktu dan Tempat

#### 1. Waktu Penelitian

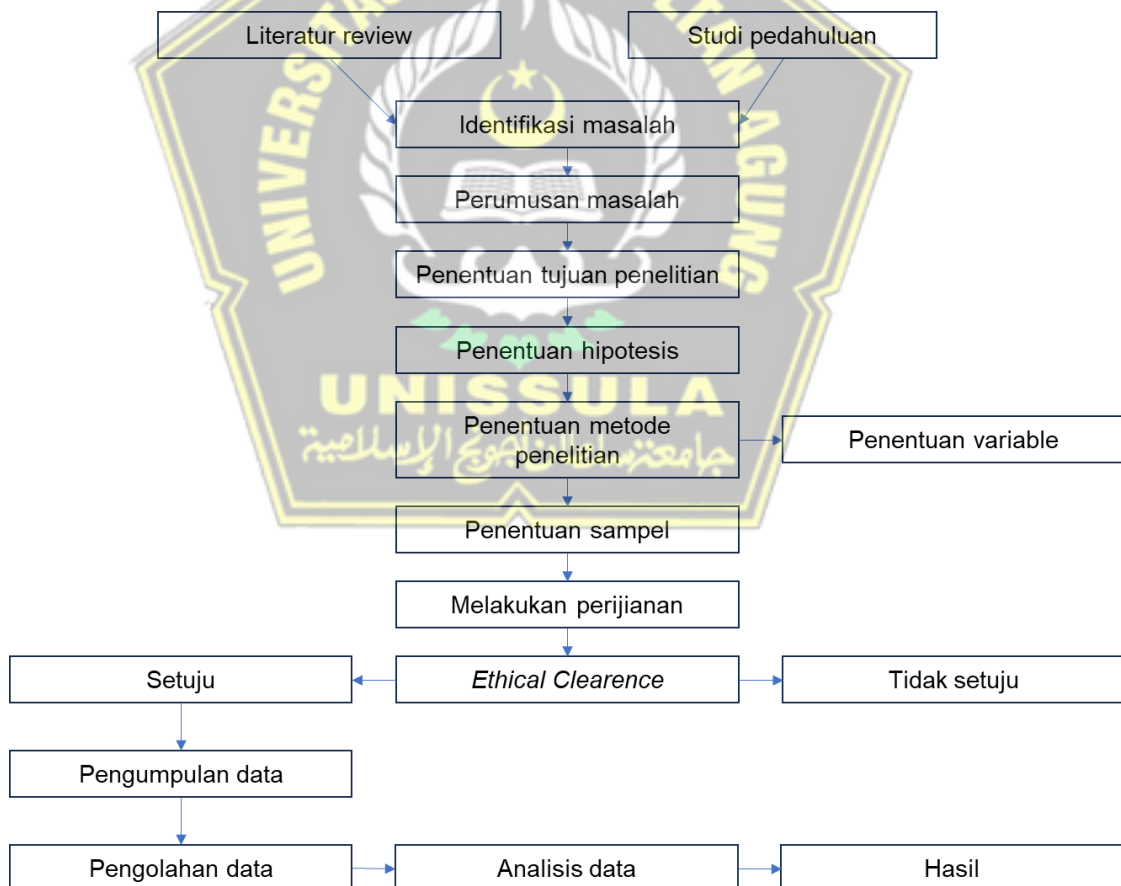
Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Desember 2025 – Februari 2026.

Pengambilan data penelitian dilakukan pada awal Februari 2026

#### 2. Tempat Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Desa Gondang Kecamatan Limbangan Kabupaten Kendal Jawa Tengah.

### D. Prosedur Penelitian



Gambar 3. 1 Langkah Pelaksanaan Penelitian

### 1) Tahap Pra Penelitian

- a. Peneliti mengajukan surat ijin penelitian dari Universitas Sultan Agung Semarang.
- b. Peneliti menyerahkan surat ijin penelitian ke Bakesbangpol Kabupaten Kendal mendapatkan rekomendasi tujuan surat penelitian dan Dinas Kesehatan Kabupaten Kendal untuk mendapat tempat rekomendasi penelitian yang tepat.
- c. Peneliti menyerahkan surat balasan ijin penelitian dari Bakesbangpol kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Kendal, Kepala Koramil, Kepala Polsek, Kepala Kecamatan, Kepala Desa Gondang Kecamatan Limbangan Kabupaten Kendal.
- d. Peneliti menyerahkan surat balasan ijin penelitian dari Dinas Kesehatan Kabupaten Kendal kepada Puskesmas Limbangan Kabupaten Kendal.

### 2) Tahap Penelitian

- a. Peneliti datang ke Kantor Desa Gondang Kecamatan Limbangan Kabupaten Kendal mengajukan ijin penelitian Kepala Desa.
- b. Peneliti menjelaskan tujuan dan manfaat penelitian, lembar informed consent penelitian diberikan kepada calon responden untuk ditandatangani sebagai bukti menyetujui ikut serta dalam penelitian.
- c. Setelah informed consent disetujui selanjutnya peneliti melakukan pengumpulan data menggunakan lembar kuisioner yang dibagikan kepada kader kesehatan
- d. Responden melakukan pengisian lembar observasi dan kuisioner dilakukan pengecekan kembali sampai kuisioner terisi dengan lengkap.

### 3) Tahap Evaluasi

- a. Terakhir peneliti mengucapkan terima kasih kepada responden atas partisipasinya.
- b. Setelah semua data telah terkumpul, kemudian dilakukan penginputan data ke Excel dan selanjutnya melakukan pengolahan data menggunakan SPSS.

Langkah pelaksanaan penelitian dapat dilihat pada Gambar 3.2 di bawah ini:

### B. Variabel Penelitian

Variabel merupakan konsep sentral di dalam sebuah penelitian kuantitatif yang dapat diukur dan diidentifikasi. Variabel dapat dibedakan berdasarkan dua ciri: pertama, berdasarkan lokasi dan urutan waktu, dan kedua, berdasarkan pengukuran (Sugiyono, 2015).

#### 1. Variable independen

Variable independen adalah suatu variabel bebas yang diduga menjadi penyebab timbulnya variabel lain (variabel lain yang dimaksud ialah variabel terikat). Pada penelitian ini variable independen adalah pengetahuan kader Kesehatan.

#### 2. Variable dependen

Variable dependent adalah variabel terikat yang dipengaruhi oleh variabel bebas (Sugiyono, 2015). Pada penelitian ini variable dependen adalah dan sikap kader kesehatan.

## E. Definisi Operasional Penelitian

Definisi operasional adalah mengartikan variabel penelitian secara operasional sehingga peneliti dapat mengumpulkan informasi yang dibutuhkan (Sugiyono, 2015). Operasional menjabarkan tentang apa yang harus diukur bagaimana cara mengukurnya, apa saja kriterianya, instrumen yang digunakan dan skala pengukurannya.

Tabel 3. 1 Definisi Operasional

Variabel dan variabel perancu	Definis Operasional	Indikator	Alat ukur	Hasil ukur	Skala
Pengetahuan	Tingkat pemahaman kader kesehatan mengenai konsep, tujuan, manfaat, faktor yang mempengaruhi, dan tata laksana ILP, termasuk peran kader kesehatan dalam pelaksanaan layanan berbasis siklus hidup di tingkat Posyandu dan Puskesmas.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Konsep layanan berbasis siklus hidup</li> <li>2. Tujuan layanan berbasis siklus hidup</li> <li>3. Manfaat layanan berbasis siklus hidup</li> <li>4. Faktor yang mempengaruhi layanan berbasis siklus hidup</li> <li>5. Tatalaksana ILP</li> <li>6. Peran kader kesehatan</li> </ol>	Kuesioner dengan jawaban: Benar: skor 1 Salah: skor 0	Baik: skor $\geq 76\%$ Cukup: skor 56–75% Kurang: skor $< 55\%$	Ordinal
Sikap	Respon atau kecenderungan kader kesehatan dalam menerima, mendukung, dan berpartisipasi aktif pada pelaksanaan ILP	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Respon kader kesehatan terhadap ILP;</li> <li>2. Dukungan kader kesehatan terhadap ILP;</li> <li>3. Partisipasi aktif kader kesehatan terhadap ILP.</li> </ol>	Kuisisioner Sikap Kader kesehatan terhadap program ILP dengan jawaban: Benar: skor 1 Salah: skor 0	Positif: skor $\geq 50\%$ Negatif: skor $< 50\%$	Ordinal

## F. Metode Pengumpulan Data

### 1. Jenis Data

#### a. Data primer

Data primer merupakan data yang diperoleh secara langsung pada responden penelitian tanpa dipengaruhi oleh pihak ke tiga (Sugiyono, 2015).

Data primer yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner dan lembar observasi yang dibagikan ke kader kesehatan.

#### b. Data Sekunder

Data sekunder, yakni data yang diperoleh atau dikumpulkan peneliti dari berbagai sumber yang ada. Dalam penelitian ini, laporan Bidan Desa.

### 2. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data primer dalam penelitian ini dilakukan melalui pengisian lembar kuesioner pengetahuan dan sikap oleh responden di Desa Gondang Kecamatan Limbangan Kabupaten Kendal.

### 3. Alat Ukur/Instrumen Penelitian

#### 1. Kuisisioner

Instrumen penelitian adalah alat yang digunakan peneliti untuk mengumpulkan data agar variabel penelitian dapat diukur dengan tepat dan akurat. Menurut Sugiyono (2015), instrumen penelitian berfungsi sebagai sarana untuk memperoleh data yang valid dan reliabel, sehingga kesimpulan penelitian dapat dipertanggungjawabkan. Instrumen berupa angket (kuesioner). Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner tertutup meliputi 20 pertanyaan pengetahuan dan 20 pernyataan sikap.

#### 2. Uji validitas Kuisisioner

Uji validitas dilakukan dengan menggunakan teknik korelasi Product Moment Pearson melalui bantuan program SPSS versi 26 terhadap 33 responden. Kuesioner Pengetahuan dan sikap telah dilakukan uji validitas pada Kader Kesehatan Desa Pakis yang memiliki karakteristik hamper sama dengan responden di Desa Gondang. Hasil uji validitas menunjukkan bahwa seluruh item pertanyaan pada variabel pengetahuan dan sikap memiliki nilai  $r$  hitung yang lebih besar dibandingkan  $r$  tabel pada taraf signifikansi 5% ( $r$  tabel = 0,344 untuk  $n = 33$ ), sehingga seluruh butir pertanyaan dinyatakan **valid** dan dapat digunakan dalam penelitian.

### 3. Uji reabilitas kuesioner

Uji reliabilitas untuk mengetahui konsistensi internal instrumen menggunakan metode Cronbach's Alpha. Hasil uji reliabilitas menunjukkan bahwa nilai Cronbach's Alpha untuk variabel pengetahuan dan sikap berada di atas 0,70, sehingga instrumen dinyatakan **reliabel**. Nilai Cronbach's Alpha yang lebih besar dari 0,70 menunjukkan bahwa instrumen memiliki tingkat konsistensi yang baik dan dapat dipercaya untuk mengukur variabel yang diteliti.

## G. Metode Pengolahan Data

Sugiyono (2015) menyebutkan serangkaian kegiatan untuk mengubah data mentah hasil penelitian menjadi data yang terorganisir sehingga dapat dianalisis dan diinterpretasikan. Proses ini dilakukan secara sistematis mulai dari pengumpulan, pemeriksaan, pengkodean, sampai tabulasi data. Berikut adalah penjelasannya:

### 1. Editing (Pemeriksaan Data)

Editing atau tahap pemeriksaan data yang telah dikumpulkan untuk

memastikan kelengkapan, konsistensi, dan kebenaran isinya sebelum dilakukan pengolahan data lebih lanjut. Tahap ini dilakukan segera setelah pengumpulan data selesai pada 33 kuesioner yang telah dikumpulkan dari responden. Peneliti melakukan pengecekan kelengkapan identitas responden meliputi nama, umur, dan pendidikan terakhir, serta memastikan seluruh 40 pertanyaan tentang pengetahuan, dan sikap, tentang Integrasi Layanan Primer (ILP) di Desa Gondang Kecamatan Limbangan Kabupaten Kendal telah dijawab lengkap baik.

## 2. Coding (Pengkodean Data)

Coding atau proses pemberian kode tertentu pada setiap data atau jawaban responden dengan tujuan memudahkan pengelompokan dan analisis. Kode biasanya berupa angka atau simbol yang mewakili kategori atau pilihan jawaban, sehingga data kualitatif dapat diubah menjadi bentuk kuantitatif untuk diolah secara statistik. Tahapan ini dilakukan untuk mengklasifikasikan jawaban responden agar mempermudah input data ke software SPSS.

Variable Pengetahuan diukur dengan Jawaban benar diberi kode 1 dan Jawaban salah diberi kode 0. Kemudian Total skor dihitung dengan menjumlahkan seluruh jawaban benar (rentang skor 0–20). Dan yang terakhir skor kemudian dikategorikan menjadi:

- a. Baik = 76–100% (kode 3)
- b. Cukup = 56–75% (kode 2)
- c. Kurang =  $\leq 55\%$  (kode 1)

Sedangkan untuk Variabel Sikap menggunakan Skala Likert digunakan untuk pengkodean dengan:

- a. Sangat Setuju (SS) = 4

- b. Setuju (S) = 3
- c. Tidak Setuju (TS) = 2
- d. Sangat Tidak Setuju (STS) = 1

### 3. Scoring (penilaian)

Scoring atau proses pemberian skor atau nilai pada jawaban responden sesuai dengan kriteria penilaian yang telah ditentukan sebelumnya. Skor digunakan untuk mengukur variabel tertentu, misalnya tingkat pengetahuan, sikap, atau perilaku, agar dapat dilakukan perbandingan dan analisis lebih lanjut. Scoring dilakukan dengan menghitung total skor pengetahuan setiap responden dari 40 pertanyaan dengan skor maksimal 40 dan minimal 0. Nilai kemudian dikonversi ke dalam bentuk persentase menggunakan rumus:

$$\text{Nilai} = \frac{\text{Skor diperoleh}}{20} \times 100\%$$

Selanjutnya pengetahuan dikategorikan menjadi:

- a. Baik: 76–100%
- b. Cukup: 56–75%
- c. Kurang: ≤55%

Total skor sikap dihitung dan dikategorikan menjadi:

- a. Positif (≥50% skor maksimal) = kode 1
- b. Negatif (<50% skor maksimal) = kode 0

### 4. Tabulating (Tabulasi Data)

Tabulating atau langkah menyusun dan menyajikan data dalam bentuk tabel, baik tabel distribusi frekuensi maupun tabel silang, agar data yang telah dikode dan diberi skor lebih mudah dibaca, dianalisis, dan diinterpretasikan (Sugiyono, 2015). Proses ini dilakukan dengan menginput seluruh data yang telah dikodekan ke dalam software *Statistical Package*

for *The Social Sciences* (SPSS) versi 26, membuat tabel distribusi frekuensi berdasarkan variabel penelitian, dan melakukan verifikasi data untuk memastikan tidak ada kesalahan entry.

## H. Analisis Data

### 1. Univariat

Analisa univariat adalah tahap analisis data yang akan dilakukan hanya pada satu variabel penelitian, analisis data dilakukan dengan menggunakan Statistical Package for The Social Sciences (SPSS). Tujuan utamanya adalah untuk memberikan gambaran atau deskripsi mengenai distribusi data dari variabel yang diteliti, sehingga peneliti dapat memahami karakteristik responden. Analisis univariat pada penelitian ini adalah pengetahuan dan sikap, data disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi.

### 2. Bivariat

Analisa bivariat yang dilakukan untuk melihat hubungan dua variabel yang meliputi variabel dependen dan variabel independen. Pada penelitian ini analisis bivariat digunakan untuk menganalisis tingkat pengetahuan dan sikap kader kesehatan tentang Integrasi Layanan Primer (ILP)

Analisis bivariat yang digunakan untuk mencari hubungan antara dua variabel adalah uji Chi-Square ( $\chi^2$  test of independence). Hasil analisis menunjukkan nilai p-value yang digunakan untuk menentukan signifikansi hubungan. Jika nilai  $p < 0,05$ , maka disimpulkan terdapat hubungan yang bermakna secara statistik antara kedua variabel yang diuji.

## I. Etika Penelitian

### 1. Ethical clearance

Ethical clearance (EC) atau kelayakan etik merupakan keterangan tertulis yang diberikan oleh komisi etik penelitian untuk riset yang melibatkan makhluk hidup yang menyatakan bahwa suatu proposal riset layak. Penelitian ini telah mendapatkan Ethical Clearance dari Komisi Etik Fakultas Kedokteran Unissula No. 46/I/2026/Komisi Bioetik tertanggal 30 Januari 2026, bahwa penelitian ini telah memenuhi persyaratan.

### 2. Informed consent

Sebelum mengambil data, terlebih dulu peneliti memberikan penjelasan tentang proses penelitian dan minta persetujuan kepada responden dalam bentuk Informed consent sebagai bentuk kesediaan sebagai responden dalam penelitian ini, dengan menandatangani kesediaan pada lembar informed consent.

### 3. Kerahasiaan

Peneliti menjaga kerahasiaan setiap responden, dan menjamin bahwa data hanya untuk kepentingan penelitian dan tidak disebarluaskan, nama responden tidak dicantumkan dan mengganti dengan kode.

### 4. Manfaat

Peneliti berusaha memberikan manfaat kepada responden dengan melakukan penelitian secara efektif dan efisien.

### 5. Keadilan

Pada saat pelaksanaan penelitian, peneliti tidak membeda-bedakan responden semua diberlakukan sama, dan memperoleh hak dan kewajiban secara adil. Peneliti tidak membedakan responden berdasarkan usia, paritas,

latar belakang sosial, maupun kondisi ekonomi. Setelah intervensi selesai, peneliti memberikan reward berupa souvenir yang sama kepada seluruh responden sebagai bentuk apresiasi atas partisipasi mereka, tanpa adanya perbedaan.



## **BAB IV**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Gambaran Tempat Penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan di Desa Gondang, Kecamatan Limbangan, Kabupaten Kendal, Provinsi Jawa Tengah. Desa Gondang merupakan salah satu wilayah kerja Puskesmas Limbangan yang telah mulai mengimplementasikan program Integrasi Layanan Primer (ILP) sebagai bagian dari transformasi pelayanan kesehatan primer.

Secara administratif, Desa Gondang berada di wilayah Kecamatan Limbangan dengan karakteristik wilayah pedesaan. Pelayanan kesehatan masyarakat di desa ini dilaksanakan melalui jejaring pelayanan kesehatan primer yang meliputi Puskesmas, Puskesmas Pembantu (Pustu), serta Posyandu sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan berbasis komunitas.

Kegiatan Posyandu di Desa Gondang dilaksanakan secara rutin setiap bulan dengan melibatkan kader kesehatan yang berperan dalam pelayanan promotif dan preventif, seperti penimbangan balita, pencatatan KMS, edukasi kesehatan, serta pemantauan kesehatan ibu hamil, balita, remaja, dan lansia sesuai pendekatan siklus hidup dalam Integrasi Layanan Primer (ILP).

Berdasarkan data dari Puskesmas Limbangan, jumlah kader kesehatan aktif di Desa Gondang sebanyak 33 orang. Kader-kader tersebut telah mendapatkan pembinaan dari Puskesmas dan berperan sebagai penghubung antara tenaga kesehatan dengan masyarakat dalam pelaksanaan program ILP.

## B. Gambaran Pelaksanaan Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Desember 2025 sampai Januari 2026. Sebelum pelaksanaan penelitian, peneliti terlebih dahulu mengurus perizinan penelitian dari Universitas Sultan Agung Semarang, kemudian memperoleh rekomendasi dari Bakesbangpol Kabupaten Kendal serta Dinas Kesehatan Kabupaten Kendal, dan selanjutnya mendapatkan izin dari Puskesmas Limbangan serta Pemerintah Desa Gondang.

Setelah izin diperoleh, peneliti melakukan koordinasi dengan Kepala Desa dan penanggung jawab kader kesehatan untuk menentukan waktu pelaksanaan pengumpulan data. Seluruh kader kesehatan yang memenuhi kriteria inklusi (aktif minimal 6 bulan) diikutsertakan dalam penelitian dengan teknik total sampling, sehingga jumlah responden sebanyak 33 orang.

Sebelum pengisian kuesioner, peneliti memberikan penjelasan mengenai tujuan dan manfaat penelitian serta membagikan lembar informed consent kepada responden. Responden yang bersedia berpartisipasi menandatangani lembar persetujuan tersebut. Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner tertutup yang terdiri dari 20 pertanyaan pengetahuan dan 20 pernyataan sikap mengenai Integrasi Layanan Primer (ILP). Kuesioner diisi secara mandiri oleh responden, dan peneliti melakukan pengecekan kelengkapan jawaban setelah pengisian selesai.

Setelah seluruh data terkumpul, peneliti melakukan proses editing, coding, dan scoring sebelum data diinput ke dalam program Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versi 26 untuk dilakukan analisis univariat dan bivariat menggunakan uji Chi-Square. Pelaksanaan penelitian berjalan dengan lancar dan

seluruh responden bersedia mengikuti penelitian tanpa adanya drop out atau penolakan.

### C. Hasil Penelitian

#### 1. Tingkat pengetahuan kader kesehatan tentang Integrasi Layanan Primer (ILP) di Desa Gondang

Tabel 4. 1 Distribusi Frekuensi Tingkat Pengetahuan Kader Kesehatan Tentang Integrasi Layanan Integrasi Layanan Primer (ILP) di Desa Gondang

Kategori Tingkat pengetahuan	Frekuensi (f)	Persen (%)
Tingkat Pengetahuan Kader Kesehatan		
Kurang	8	24.2
Sedang	10	30.3
Baik	15	45.5
Total	33	100.0

Sumber data primer 2026

Berdasarkan tabel 4.1. hasil penelitian menunjukkan bahwa distribusi frekuensi pengetahuan responden sebagian besar memiliki pengetahuan baik, yaitu sebanyak 15 orang (45,5%). Selanjutnya, responden dengan kategori pengetahuan sedang berjumlah 10 orang (30,3%), dan responden dengan pengetahuan kurang sebanyak 8 orang (24,2%).

#### 2. Sikap kader kesehatan tentang Integrasi Layanan Primer (ILP) di Desa Gondang

Tabel 4. 2 Distribusi Frekuensi Sikap Kader Kesehatan Tentang Integrasi Layanan Integrasi Layanan Primer (ILP) di Desa Gondang

Karakteristik	Frekuensi (f)	Persen (%)
Sikap Kader Kesehatan		
Negatif	18	54.5
Positif	15	45.5
Total	33	100.0

Sumber data primer 2026

Berdasarkan tabel 4.2. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki sikap negatif, yaitu sebanyak 18 orang (54,5%), sedangkan responden dengan sikap positif sebanyak 15 orang (45,5%).

### 3. Hubungan antara pengetahuan kader kesehatan dengan sikap kader kesehatan dengan pelaksanaan pelayanan Integrasi Layanan Primer (ILP) di Desa Gondang

Tabel 4. 3 Hasil Crosstabulasi Antara Pengetahuan Kader Kesehatan dengan Sikap Kader Kesehatan dengan Pelaksanaan Pelayanan Integrasi Layanan Primer (ILP) di Desa Gondang

Kategori Pengetahuan	Kategori Sikap		Total	P-Value
	Negatif	Positif		
	N	N	N	
Kurang	5	3	8	0.705
Sedang	6	4	10	
Baik	7	8	15	

sumber data primer 2026

Berdasarkan tabel 4.3 hasil tabulasi silang antara kategori pengetahuan dan kategori sikap Pada kelompok pengetahuan kurang (8 responden), terdapat 5 orang yang memiliki sikap negatif dan 3 orang memiliki sikap positif. Pada kelompok pengetahuan sedang (10 responden), 6 orang memiliki sikap negatif dan 4 orang memiliki sikap positif. Pada kelompok pengetahuan baik (15 responden), 7 orang memiliki sikap negatif dan 8 orang memiliki sikap positif.

Tabel 4. 4. Uji Pearson Chi-Square antara Tingkat Pengetahuan Kader dengan Sikap Kader Kesehatan

Variabel	Koefisien Korelasi (r)	Asymp. Sig. (2-Sided)
Tingkat Pengetahuan Kader dengan Sikap Kader Kesehatan	0.700	0.705

Berdasarkan hasil uji Chi-Square, diperoleh nilai Pearson Chi-Square sebesar 0,700 dengan  $df = 2$  dan nilai signifikansi Asymp. Sig. (2-sided) = 0,705. Karena nilai  $p = 0,705 > 0,05$ , maka dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan dan sikap kader kesehatan.

#### **D. Pembahasan**

##### **1. Tingkat pengetahuan kader kesehatan tentang Integrasi Layanan Primer (ILP) di Desa Gondang**

Berdasarkan Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar kader kesehatan memiliki tingkat pengetahuan kategori baik (45,5%), diikuti kategori sedang (30,3%), dan kategori kurang (24,2%). Temuan ini menunjukkan bahwa secara umum kader kesehatan telah memiliki pemahaman yang cukup mengenai konsep dan pelaksanaan Integrasi Layanan Primer (ILP), meskipun masih terdapat variasi tingkat pemahaman.

Dalam transformasi pelayanan kesehatan primer, pengetahuan kader merupakan fondasi penting dalam mendukung implementasi ILP. Program ILP menuntut kader memahami pendekatan berbasis siklus hidup, integrasi layanan promotif–preventif, serta mekanisme pelaporan dan pemantauan wilayah setempat (Kemenkes RI, 2023). Kader yang memiliki pemahaman baik cenderung lebih siap menjalankan fungsi edukasi, pencatatan, dan deteksi dini di tingkat komunitas. (Tarmizi, 2023)

Hasil penelitian ini sejalan dengan temuan Adhyanti, Nurjaya, dan Rezkiana (2023) yang menunjukkan bahwa sebagian besar kader memiliki tingkat pengetahuan cukup hingga baik dalam pengisian Kartu Menuju Sehat (KMS).

Penelitian Widiasih et al. (2025) juga menekankan bahwa peningkatan pelatihan dan pembinaan kader secara terstruktur berkontribusi terhadap peningkatan kapasitas kognitif kader dalam menjalankan program kesehatan masyarakat.

Pengetahuan kader tidak terbentuk secara mandiri, tetapi dipengaruhi oleh paparan pelatihan, pengalaman lapangan, dan dukungan institusi. Wahab, Nurfadhila, dan Sumiyati (2023) menunjukkan bahwa kegiatan “refreshing kader” secara berkala terbukti meningkatkan pemahaman kader terhadap tugas dan tanggung jawabnya. Hal ini menegaskan bahwa pembinaan berkelanjutan menjadi faktor penting dalam pemerataan pengetahuan kader.

Meskipun proporsi pengetahuan baik cukup dominan, keberadaan kader dengan pengetahuan kurang (24,2%) tetap menjadi perhatian. Dalam implementasi ILP yang menekankan integrasi dan standarisasi layanan, variasi tingkat pemahaman dapat memengaruhi konsistensi pelaksanaan program di tingkat Posyandu dan desa (Kemenkes RI, 2023).

## **2. Sikap kader kesehatan pelaksanaan pelayanan Integrasi Layanan Primer (ILP) di Desa Gondang**

Berdasarkan hasil analisis, menunjukkan bahwa sebagian besar kader kesehatan memiliki sikap negatif (54,5%), sedangkan kader dengan sikap positif sebesar 45,5%. Temuan ini mengindikasikan bahwa meskipun pengetahuan kader relatif baik, sikap terhadap program ILP belum sepenuhnya positif.

Sikap merupakan respons tertutup terhadap suatu objek yang terdiri atas komponen kognitif, afektif, dan konatif (Azwar, 2011). Artinya, sikap tidak hanya ditentukan oleh pengetahuan, tetapi juga oleh perasaan, pengalaman pribadi, serta kecenderungan bertindak. Dominannya sikap negatif dalam penelitian ini

dapat menunjukkan adanya faktor emosional atau pengalaman lapangan yang memengaruhi persepsi kader terhadap ILP.

Sikap kader terhadap pelaksanaan Integrasi Layanan Primer (ILP) tidak hanya dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan, tetapi juga oleh kondisi lingkungan kerja dan dukungan sistem yang tersedia. Rahmawati, Yusriani, dan Program (2025) menjelaskan bahwa dalam implementasi layanan primer, kesiapan organisasi, dukungan supervisi, serta ketersediaan sarana prasarana menjadi faktor penting yang memengaruhi keterlibatan pelaksana program di tingkat pelayanan dasar.

Selain itu, Randell et al. (2024) menyebutkan bahwa kader kesehatan sering berada pada posisi yang unik sebagai bagian dari masyarakat, namun belum sepenuhnya terintegrasi dalam sistem kesehatan formal. Kondisi ini dapat memengaruhi persepsi kader terhadap program baru, terutama apabila terdapat perubahan sistem kerja atau peningkatan tuntutan administratif.

Dalam konteks ILP, adanya tambahan pelaporan digital, integrasi layanan lintas siklus hidup, serta tuntutan dokumentasi yang lebih sistematis dapat dirasakan sebagai peningkatan beban kerja apabila tidak disertai pendampingan dan dukungan yang memadai. Apabila kader memandang program sebagai beban tambahan tanpa penguatan motivasi dan dukungan operasional, maka sikap negatif dapat muncul meskipun secara kognitif kader memahami manfaat ILP bagi masyarakat.

Temuan bahwa sikap negatif sedikit lebih dominan menunjukkan perlunya pendekatan pemberdayaan kader yang lebih komprehensif. Tidak cukup hanya dengan sosialisasi program, tetapi perlu penguatan motivasi, supervisi yang suportif, serta penghargaan terhadap kontribusi kader. Dalam implementasi ILP

yang menekankan integrasi layanan berbasis siklus hidup, kader memegang peran sentral sehingga sikap positif sangat penting untuk keberlanjutan program (Kemenkes RI, 2023; Tarmizi, 2023).

### **3. Hubungan antara pengetahuan kader kesehatan dan sikap kader kesehatan tentang Integrasi Layanan Primer (ILP) di Desa Gondang**

Berdasarkan hasil penelitian, sebagian besar kader kesehatan memiliki tingkat pengetahuan kategori baik (45,5%), diikuti kategori sedang (30,3%), dan kurang (24,2%). Namun demikian, hasil analisis bivariat menggunakan uji Chi-Square menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan dan sikap kader kesehatan ( $p = 0,705 > 0,05$ ). Artinya, perbedaan tingkat pengetahuan kader tidak berasosiasi secara bermakna dengan sikap positif atau negatif terhadap Integrasi Layanan Primer (ILP).

Secara teoritis, pengetahuan merupakan hasil dari proses penginderaan yang membentuk domain kognitif seseorang (Notoatmodjo, 2014). Pengetahuan yang baik seharusnya menjadi dasar terbentuknya sikap positif terhadap suatu objek atau program kesehatan. Dalam teori sikap yang dikemukakan oleh Azwar (2011), komponen kognitif (pengetahuan) merupakan salah satu unsur penting yang membentuk sikap, bersama dengan komponen afektif (perasaan) dan konatif (kecenderungan bertindak). Dengan demikian, secara konseptual terdapat asumsi bahwa semakin baik pengetahuan seseorang, maka semakin besar kemungkinan terbentuknya sikap positif.

Beberapa studi sebelumnya juga mempertimbangkan hubungan variabel pengetahuan dan sikap kader. Pakasi, Korah, dan Imbar (2016) menemukan adanya hubungan signifikan antara pengetahuan dan sikap kader dalam layanan Posyandu menggunakan uji Chi-Square sebagai metode analisis statistik yang

serupa dengan penelitian ini. Meski settingnya tidak secara langsung pada integrasi layanan primer, penelitian tersebut menunjukkan relevansi hubungan variabel KAP dalam konteks kerja kader kesehatan. Selain itu, studi KAP terhadap Community Health Workers (CHWs) di Brasil oleh Ji et al. (2023) menunjukkan variasi tingkat pengetahuan dan sikap terhadap penyuluhan dan praktik penanganan penyakit tidak menular. Temuan ini memperkuat bahwa pemahaman individu belum tentu berdampak langsung pada sikap kerja tanpa dukungan konteks lingkungan kerja. Lebih jauh, temuan PLOS Global Public Health (2025) menekankan bahwa faktor motivasi, legitimasi, dan dukungan sistem merupakan aspek penting dalam kemampuan CHWs untuk berpartisipasi secara optimal dalam layanan terpadu. Hal ini bersesuaian dengan temuan dalam penelitian ini yang menunjukkan bahwa meskipun sebagian besar kader memiliki pengetahuan baik, sikap negatif tetap mendominasi, yang dapat dipengaruhi oleh faktor organisasi, dukungan supervisi, dan tuntutan kerja.

Namun hasil penelitian ini menunjukkan bahwa meskipun hampir setengah kader memiliki pengetahuan baik, sikap negatif masih lebih dominan (54,5%). Hal ini mengindikasikan bahwa pengetahuan yang baik belum tentu secara otomatis membentuk sikap yang positif. Temuan ini sejalan dengan pendapat Notoatmodjo (2014) yang menyatakan bahwa perubahan sikap tidak hanya ditentukan oleh faktor kognitif, tetapi juga dipengaruhi oleh pengalaman pribadi, lingkungan sosial, budaya, serta faktor emosional individu.

Dalam konteks kader kesehatan, faktor eksternal seperti dukungan dari puskesmas, supervisi, beban kerja, ketersediaan sarana prasarana, serta pengakuan sosial terhadap peran kader dapat memengaruhi sikap mereka terhadap program ILP. Iswarawanti (2010) menjelaskan bahwa efektivitas peran

kader sangat bergantung pada sistem pendukung, termasuk pembinaan dan kebijakan yang memadai. Jika kader merasa kurang didukung atau menganggap program sebagai tambahan beban kerja, maka sikap negatif dapat muncul meskipun pengetahuan mereka baik.

Hasil penelitian ini juga dapat dikaitkan dengan temuan Imansari, Madaniyah, dan Kustiyah (2020) yang menyatakan bahwa peningkatan pengetahuan melalui edukasi tidak selalu berbanding lurus dengan perubahan perilaku atau praktik di lapangan. Demikian pula, Rahmawati, Yusriani, dan Program (2025) menegaskan bahwa keberhasilan implementasi kebijakan layanan primer tidak hanya ditentukan oleh kapasitas individu kader, tetapi juga oleh kesiapan sistem dan dukungan institusi. Dengan kata lain, pengetahuan merupakan *necessary condition*, tetapi bukan *sufficient condition* untuk membentuk sikap dan praktik yang optimal.

Penelitian oleh Randell et al. (2024) juga menunjukkan bahwa kader kesehatan sering berada dalam posisi "*of the community but not fully of the health system*", artinya mereka berasal dari masyarakat namun belum sepenuhnya diintegrasikan dalam sistem formal kesehatan. Kondisi ini dapat memengaruhi persepsi diri dan sikap kader terhadap program baru seperti ILP. Apabila legitimasi dan penguatan peran belum optimal, maka sikap kader terhadap program dapat menjadi kurang positif meskipun mereka memahami konsepnya.

Selain itu, teori perilaku kesehatan seperti Knowledge-Attitude-Practice (KAP) menegaskan bahwa hubungan antara pengetahuan dan sikap tidak selalu linier. Berliana, Sahar, dan Rahmadiyah (2022) menjelaskan bahwa faktor motivasi, *self-efficacy*, serta dukungan sosial memiliki peran penting dalam membentuk sikap dan praktik kader, bahkan seringkali lebih kuat dibandingkan

pengetahuan semata. Hal ini dapat menjelaskan mengapa dalam penelitian ini tidak ditemukan hubungan yang bermakna antara pengetahuan dan sikap.

Secara statistik, nilai  $p$  yang cukup besar (0,705) menunjukkan bahwa variasi sikap kader tidak dapat dijelaskan oleh perbedaan tingkat pengetahuan dalam penelitian ini. Kemungkinan terdapat faktor lain yang lebih dominan memengaruhi sikap kader, seperti pengalaman kerja, lama menjadi kader, dukungan desa, atau persepsi terhadap beban administrasi program ILP.

#### E. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan yang perlu diperhatikan dalam menafsirkan hasil penelitian.

1. Pengumpulan data menggunakan kuesioner tertutup yang mengandalkan jawaban subjektif responden. Hal ini memungkinkan terjadinya bias sosial (social desirability bias), dimana responden dapat memberikan jawaban yang dianggap lebih baik atau sesuai dengan harapan peneliti.
2. Variabel yang diteliti hanya terbatas pada pengetahuan dan sikap. Faktor lain yang secara teoritis dapat memengaruhi sikap kader, seperti motivasi intrinsik, pengalaman pelatihan, lama menjadi kader, dukungan supervisi, beban kerja, serta ketersediaan sarana prasarana, tidak dianalisis secara mendalam dalam penelitian ini.
3. Penelitian ini dilakukan hanya pada satu desa dengan karakteristik sosial dan budaya tertentu, sehingga hasil penelitian ini memiliki keterbatasan dalam generalisasi ke wilayah lain dengan kondisi yang berbeda.

## **BAB V**

### **SIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. Kesimpulan**

Berdasarkan hasil penelitian mengenai hubungan pengetahuan dan sikap kader kesehatan terhadap Integrasi Layanan Primer (ILP) di Desa Gondang Kecamatan Limbangan Kabupaten Kendal, dapat disimpulkan bahwa:

1. Sebagian besar kader kesehatan memiliki tingkat pengetahuan kategori baik.
2. Sebagian besar kader kesehatan memiliki sikap negatif tentang ILP.
3. Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan dan sikap kader kesehatan tentang ILP ( $p = > 0,05$ ).

#### **B. Saran**

Berdasarkan hasil dan keterbatasan penelitian, maka saran yang dapat diberikan adalah sebagai berikut:

##### **1. Bagi Puskesmas Limbangan**

Perlu mempertahankan kapasitas kader secara berkelanjutan melalui pelatihan, pembinaan rutin, serta supervisi yang suportif. Selain peningkatan pengetahuan, perlu dilakukan penguatan motivasi dan pemberdayaan kader agar terbentuk sikap yang lebih positif terhadap pelaksanaan ILP melalui asesment kader dari puskesmas.

##### **2. Bagi Pemerintah Desa**

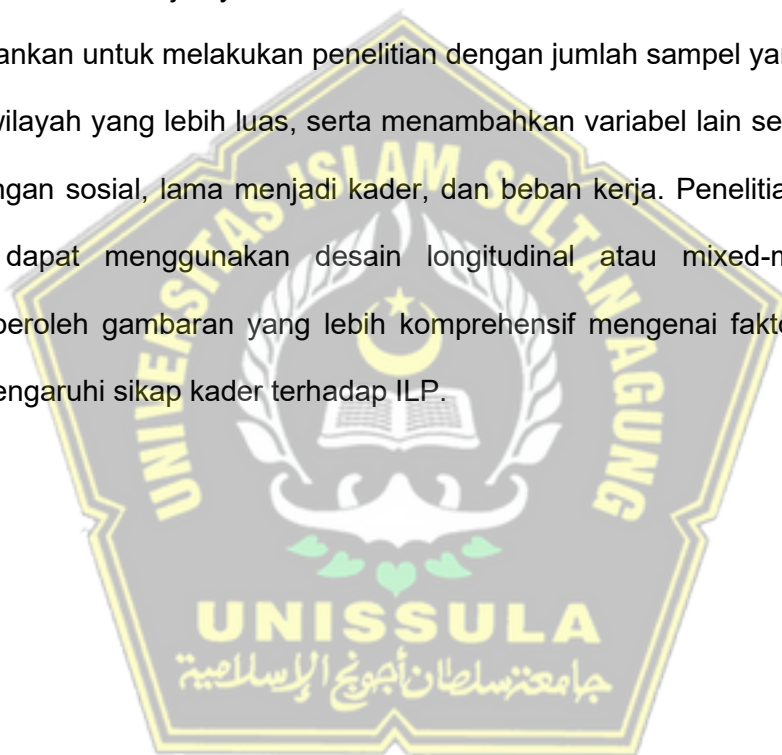
Perlu memberikan dukungan dalam bentuk fasilitas, kebijakan, serta penghargaan terhadap kader kesehatan agar kader merasa dihargai dan termotivasi dalam menjalankan tugasnya. Serta, penghargaan terhadap kader diperhatikan.

### 3. Bagi Kader Kesehatan

Diharapkan kader terus meningkatkan pemahaman dan keterlibatan secara aktif dalam pelaksanaan ILP, serta menjalin komunikasi yang baik dengan tenaga kesehatan di Puskesmas.

### 4. Bagi Peneliti Selanjutnya

Disarankan untuk melakukan penelitian dengan jumlah sampel yang lebih besar dan wilayah yang lebih luas, serta menambahkan variabel lain seperti motivasi, dukungan sosial, lama menjadi kader, dan beban kerja. Penelitian selanjutnya juga dapat menggunakan desain longitudinal atau mixed-method untuk memperoleh gambaran yang lebih komprehensif mengenai faktor-faktor yang memengaruhi sikap kader terhadap ILP.



## DAFTAR PUSTAKA

- Adhyanti, Nurjaya and Rezkiana, F. 2023. Knowledge and Skills of Community Health Workers in Filling of Towards Health Card ( Kartu Menuju Sehat ). *Journal of Health and Nutrition Research*, 2(2), pp. 79–85. Available at: <https://doi.org/10.56303/jhnresearch.v2i2.130> This.
- Arikunto, S. (2010). *Prosedur penelitian suatu pendekatan praktik*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Arsy, G.R. and Milla, A.I. 2021. Gambaran Pengetahuan dan Sikap Kader Posyandu Dalam Pemantauan Pertumbuhan Perkembangan Balita Di Wilayah Rejosari Kabupaten Puskesmas Kudus. *Jurnal Profesi Keperawatan*, 8(1), pp. 70–81. Available at: <http://jurnal.akperkridahusada.ac.id>.
- Auliya, N.H. et al. 2020. *Metode Penelitian Kualitatif & Kuantitatif*. CV. Pustaka Ilmu. Available at: <https://books.google.co.id/books?id=qijKEAAQBAJ>.
- Azwar, S. 2011. *Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya*. 2nd edn. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Berliana, D.H., Sahar, J. and Rahmadiyah, D.C. 2022. Kontribusi Kader Kesehatan Masyarakat Selama Masa Pandemi Covid-19', *Journal of Telenursing (JOTING)*, 4(1), pp. 354–364.
- Darienarita, A. 2019. *Master of of Science Public Health/International Course in Health Development (MPH/ICHHD) 18*. Vrije Universiteit Amsterdam.
- Dinkes Keb. Kendal. 2024. *Data Dinas Kesehatan Kabupaten Kendal tahun 2023*. Kabupaten Kendal.
- Hamdy, M.K. et al. 2023. Peran Kader Posyandu dalam Menurunkan Angka Stunting. *Jurnal Ilmu Sosial Indonesia*, 4(2), pp. 87–96. Available at: <http://journal.uinjkt.ac.id/index.php/jisi/arti cle/view/37128%0AArticle>.
- Hardani et al. 2020. *Buku Metode Penelitian Kualitatif & Kuantitatif*. Kabupaten Banyumas: CV Pustaka Ilmu Group.
- Hirschhorn, L. R., Govender, I., & Zulu, J. (2023). Community health workers: Essential in ensuring primary health care delivery. *BMC Primary Care*, 24, Article 175. <https://doi.org/10.1186/s12875-023-02175-6>
- Hossain, S. 2020. *Indonesia's Community Health Workers (Kaders) Indonesia's Community Health Workers (Kaders)*, CHW Central. Available at: [https://chwcentral.org/indonesias-community-health-workers-kaders/?utm\\_](https://chwcentral.org/indonesias-community-health-workers-kaders/?utm_).
- Imansari, A., Madanijah, S. and Kustiyah, L. 2020. Pengaruh Pendidikan Gizi dan Kesehatan terhadap Keterampilan Kader dalam Pemantauan Pertumbuhan dan Konseling di Posyandu. *IPB University*. Available at: <http://repository.ipb.ac.id/handle/123456789/104181>.

- Iswarawanti, D.N. 2010. 'ader Posyandu: Peranan dan Tantangan Pemberdayaannya Dalam Usaha Peningkatan Gizi Anak Di Indonesia *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 13(4), pp. 169–173.
- Ji, C., Schuster, T., Martins, J. S., Soares Filho, S., Nicola, W., & Bergevin, Y. (2023). Knowledge, attitudes, and practices of community health workers regarding non-communicable diseases in Brazil. *Journal of Public Health*. <https://doi.org/10.1007/s10389-023-02079-w>
- Kemkes RI. 2024. Transformasi Kesehatan Mewujudkan Sehat dan Unggul. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kemkes RI. 2018. Modul Pelatihan Bagi Pelatih Kader Kesehatan. Jakarta: PUSAT PELATIHAN SDM KESEHATAN BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN.
- Kemkes RI. 2023. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. HK.01/Menkes/2015/2023 tentang Petunjuk Teknis Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Lubis, Z. and Syahri, I.M. 2015. Pengetahuan dan Tindakan Kade Posyandu Dalam Pemantauan Pertumbuhan Anak Balita. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 11(1), pp. 65–73. Available at: <https://doi.org/10.15294/kemas.v11i1.3473>.
- Manggeskar, R., Yanti, D.E. and Muhani, N. 2024. Hubungan Pengetahuan dan Sikap Kader Posyandu dengan Kemampuan Deteksi Dini Stunting di Desa Tulung Agung. *Jurnal Dunia Kesmas*, 13(4), pp. 327–334. Available at: <http://ejournalmalahayati.ac.id/index.php/duniakesmas/index%0A327>.
- Murti, B. 2013. Desain dan Sampel Untuk Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif di Bidang Kesehatan. Yogyakarta.: Gadjah Mada University Press.
- Muslimin and Mursyidah, L. 2024. The Role of Posyandu Cadres in Reducing Stunting in the Community: Peran Kader Posyandu dalam Penurunan Stunting pada Masyarakat. *Indonesian Journal of Cultural and Community Development*, 15(3). Available at: <https://doi.org/10.21070/ijccd.v15i3.1117>.
- Notoatmodjo, S. 2014. Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku. Jakarta: Rineka Cipta.
- Pakasi, A. M., Korah, B. H., & Imbar, H. S. (2016). Hubungan pengetahuan dan sikap kader kesehatan dengan pelayanan posyandu. *Jurnal Ilmiah Bidan*, 4(2), 23–30.
- PLOS Global Public Health. (2025). A realist perspective on optimizing community health workers' roles in primary health care systems. *PLOS Global Public Health*, 5(3), e0004926. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0004926>
- Rahmawati, Yusriani and Program, A.R.R. 2025. Analisis Implementasi Kebijakan Integrasi Pelayanan Kesehatan Prime di Puskesmas Lanrisang Kabupaten Pinrang. *Journal of Aafiyah Health Research*, 6(2), pp. 345–358. Available at:

<http://pascaumi.ac.id/index.php/jahr/index>.

- Randell, M. et al. 2024. “Of” the community but not “of” the health system: Translating community health workers’ knowledge into credible advice in Aceh, Indonesia. *Discover Health Systems*, 3(1), p. 5. Available at: <https://doi.org/10.1007/s44250-024-00069-7>.
- Sugiyono. 2015. *Metode Penelitian Pendidikan (Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif dan R&D)*. 21st edn. Bandung: ALFABETA.
- Susiloningtyas, L. et al. 2025. ‘Pemberdayaan Kader Dalam Sistem Manajemen Pelayanan Kesehatan Posyandu Integrasi Layanan Primer (ILP)’, *Jurnal Abdimas Pamenang*, 3(2), pp. 168–176. Available at: <https://doi.org/10.53599>.
- Tarmizi, S.N. 2023. *Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer Memperkuat Peran Kader Kesehatan*, Kemntrian Kesehatan Republik Indonesia. Available at: [https://kemkes.go.id/id/integrasi-pelayanan-kesehatan-primer-memperkuat-peran-kader-kesehatan?utm\\_](https://kemkes.go.id/id/integrasi-pelayanan-kesehatan-primer-memperkuat-peran-kader-kesehatan?utm_).
- Tarmizi, S.N. 2023. *Tiga Fokus Integrasi Layanan Kesehatan Primer*. Available at: [https://kemkes.go.id/id/tiga-fokus-integrasi-layanan-kesehatan-primer?utm\\_](https://kemkes.go.id/id/tiga-fokus-integrasi-layanan-kesehatan-primer?utm_).
- Wahab, M., Nurfadhila and Sumiyati. 2023. Peningkatan Pengetahuan Kader Posyandu Melalui Kegiatan “Refreshing Kader. *Jurnal Pengabdian Masyarakat*, 2(2), pp. 31–37.
- Widiasih, R. et al. 2025. Evaluating the knowledge, roles, and skills of health cadres in stunting prevention: A mixed-method study in Indonesia. *Belitung nursing journal*, 11(3), pp. 330–339. Available at: <https://doi.org/10.33546/bnj.3722>.

