



**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN
DENGAN KEAKTIFAN KADER RUKUN WARGA SIAGA
DI WILAYAH KECAMATAN JATISAMPURNA
KOTA BEKASI
TAHUN 2009**

SKRIPSI

**FEBRIA KARTIKA IRTIANI
NPM: 0706216496**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT
PROMOSI KESEHATAN
DEPOK
DESEMBER 2009**



**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN
DENGAN KEAKTIFAN KADER RUKUN WARGA SIAGA
DI WILAYAH KECAMATAN JATISAMPURNA
KOTA BEKASI
TAHUN 2009**

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat memperoleh gelar sarjana

**FEBRIA KARTIKA IRTIANI
NPM: 0706216496**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT
PROMOSI KESEHATAN
DEPOK
DESEMBER 2009**

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : Febria Kartika Irtiani

NPM : 0706216496

Mahasiswa Program : Sarjana

Tahun Akademik : 2007/2008

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan skripsi saya yang berjudul : Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Keaktifan Kader Rukun Warga Siaga di Wilayah kecamatan Jatisampurna Kota Bekasi Tahun 2009

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 15 Desember 2009

(Febria Kartika Irtiani)

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh

Nama : Febria Kartika Irtiani Sutiono
NPM : 0706216496
Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat
Judul Skripsi : Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Keaktifan Kader Rukun Warga Siaga di Wilayah Kecamatan Jatisampurna Kota Bekasi Tahun 2009

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Program Studi Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia

PENGUJI

Pembimbing : dr. Zarfiel Tafal, MPH (.....)

Penguji : Drs. Anwar Hassan, MPH (.....)

Penguji : Dedeh Kurniasih, SKM (.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 15 Desember 2009

KATA PENGANTAR

Puji Syukur sebesar-besarnya kehadirat ALLAH S.W.T, karena atas berkat dan rahmat-Nya, saya dapat menyelesaikan skripsi ini. Penulisan skripsi ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat Jurusan Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Saya menyadari sepenuhnya bahwa, besarnya bantuan bimbingan, dan dorongan dari berbagai pihak, di masa penyusunan skripsi ini. Oleh karena itu saya mengucapkan terima kasih kepada:

- (1) Bapak dr. Zarfiel Tafal, MPH, selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan skripsi ini.
- (2) Bapak Drs. Anwar Hassan, MPH, selaku dosen penguji yang telah banyak memberikan masukan untuk perbaikan skripsi
- (3) Ibu Dedeh Kurniasih, SKM selaku dosen penguji yang telah bersedia memberikan masukan dan saran untuk perbaikan skripsi
- (4) Kader RW Siaga Kecamatan Jatisampurna selaku informan yang telah bersedia memberikan informasi yang berkaitan dengan penelitian.
- (5) Puskesmas Jatisampurna Kecamatan Jatisampurna Kota Bekasi yang telah banyak membantu dalam pengumpulan data yang dibutuhkan.
- (6) Dinas Kesehatan Kota Bekasi yang telah membantu dalam perizinan dan mendapatkan data yang dibutuhkan.
- (7) Kedua Orang tua dan Keluarga yang telah memberikan bantuan baik material dan juga dukungan moral kepada saya
- (8) Sahabat-sahabatku dan teman-teman seperjuangan khususnya dari PKIP extensi 2007 yang turut membantu saya dalam menyelesaikan skripsi ini.

Akhir kata, semoga ALLAH S.W.T berkenan membalas kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi kebaikan. Amin ya rabbal 'alamin.

Depok, Desember 2009

Penulis

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Febria Kartika Irtiani Sutiono
NPM : 0706216496
Program Studi : Promosi Kesehatan
Departemen : Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis Karya : Skripsi

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul :

Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Keaktifan Kader Rukun Warga Siaga di Wilayah Kecamatan Jatisampurna Kota Bekasi Tahun 2009

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok
Pada Tanggal : 11 Desember 2009
Yang Menyatakan

(Febria Kartika Irtiani Sutiono)

ABSTRAK

Nama : Febria Kartika Irtiani Sutiono
Program Studi : Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku
Judul : Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Keaktifan Kader Rukun Warga Siaga di Wilayah Kecamatan Jatisampurna Kota Bekasi Tahun 2009.

RW Siaga sebagai salah satu strategi dalam mengatasi masalah kesehatan terkadang masih belum optimal dalam pelaksanaannya. Kader sebagai ujung tombak untuk menggerakkan masyarakat diharapkan keaktifannya dalam kegiatan RW Siaga. Skripsi ini membahas mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan keaktifan kader tersebut di wilayah kecamatan Jatisampurna, kota Bekasi pada tahun 2009. Penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan bentuk survey secara cross-sectional. Hasil penelitian menunjukkan faktor internal yang berhubungan dengan keaktifan kader RW Siaga adalah umur kader, sedangkan faktor eksternal meliputi pelatihan, pembinaan, penghargaan, dukungan masyarakat, fasilitas kesehatan dan situasi untuk bertindak yang berhubungan dengan keaktifan kader RW Siaga. Hasil penelitian menyarankan perlunya diperhatikan faktor umur dalam rangka kaderisasi, serta perlunya penyelenggaraan pelatihan dan pembinaan bagi para kader.

Kata Kunci:
keaktifan, kader, RW Siaga

ABSTRACT

Name : Febria Kartika Irtiani Sutiono

Study Program : Health Education and Behavior Sciences

Title : Factors Relating To The Alert Active Cadre Neighborhood
Jatisampurna Sub City Bekasi Year 2009

Alert neighborhood mode as one of the strategies in dealing with health problems are sometimes still not optimal in its implementation. Cadre as the spearhead to mobilize the public expected activeness in events mode neighborhood. This thesis discusses the factors associated with active cadre in the region Jatisampurna district, Bekasi city in 2009. This research is quantitative research with cross-sectional survey. The results showed that internal factors associated with the active standby neighborhood cadre is a cadre of age, whereas external factors include training, coaching, awards, community support, health facilities and to act in situations relating to cadre neighborhood active standby. The results show the need for attention in the context kaderisasi age factor, and the need for training and coaching for the cadres.

Keywords:

Active, cadre, alert neighborhood .

DAFTAR ISI

| | Halaman |
|--|----------------|
| HALAMAN JUDUL | i |
| HALAMAN PERNYATAAN ORISINILITAS | ii |
| LEMBAR PENGESAHAN | iii |
| KATA PENGANTAR | iv |
| LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH | v |
| ABSTRAK | vi |
| DAFTAR ISI | viii |
| DAFTAR TABEL..... | xiii |
| DAFTAR GAMBAR..... | xv |
| DAFTAR LAMPIRAN..... | xvi |
| DAFTAR SINGKATAN..... | xvii |
| 1. PENDAHULUAN..... | 1 |
| 1.1. Latar Belakang | 1 |
| 1.2. Perumusan Masalah | 5 |
| 1.3. Tujuan Penelitian | 6 |
| 1.3.1. Tujuan Umum | 6 |
| 1.3.2. Tujuan Khusus | 6 |
| 1.4. Manfaat Penelitian | 6 |
| 2. TINJAUAN KEPUSTAKAAN..... | 7 |
| 2.1. Peran Serta Masyarakat (PSM) Dalam Upaya Kesehatan..... | 7 |
| 2.1.1. Pengertian..... | 7 |
| 2.1.2. Tujuan Peran Serta Masyarakat..... | 7 |

| | | |
|--------|--|----|
| 2.1.3. | Lingkup Peran Serta Masyarakat..... | 8 |
| 2.1.4. | Wujud Peran Serta Masyarakat..... | 8 |
| 2.1.5. | Kondisi Yang Mempengaruhi PSM..... | 9 |
| 2.1.6. | Tingkatan Peran serta Dari Masyarakat..... | 9 |
| 2.1.7. | Pengukuran Peran serta Masyarakat..... | 10 |
| 2.1.8. | Penelitian tentang Peran serta Masyarakat | 10 |
| 2.1.9 | Peran Kader Kesehatan Sebagai Wujud Peran serta Masyarakat..... | 11 |
| 2.2. | Pemberdayaan Masyarakat..... | 11 |
| 2.2.1. | Pengertian | 12 |
| 2.2.2. | Tujuan Pemberdayaan Masyarakat di Bidang Kesehatan..... | 12 |
| 2.2.3 | Prinsip Pemberdayaan Masyarakat | 12 |
| 2.2.4 | Indikator Hasil Pemberdayaan Masyarakat..... | 13 |
| 2.3. | Desa Siaga..... | 13 |
| 2.3.1 | Pengertian Desa Siaga..... | 13 |
| 2.3.2 | Tujuan Desa Siaga..... | 13 |
| 2.3.3. | Sasaran Pengembangan Dari Program Desa Siaga..... | 14 |
| 2.3.4. | Kriteria Desa Siaga..... | 14 |
| 2.3.5. | Tingkatan Desa Siaga..... | 15 |
| 2.3.6. | Peran dan Fungsi Kader Desa siaga..... | 15 |
| 2.3. | RW Siaga | 16 |

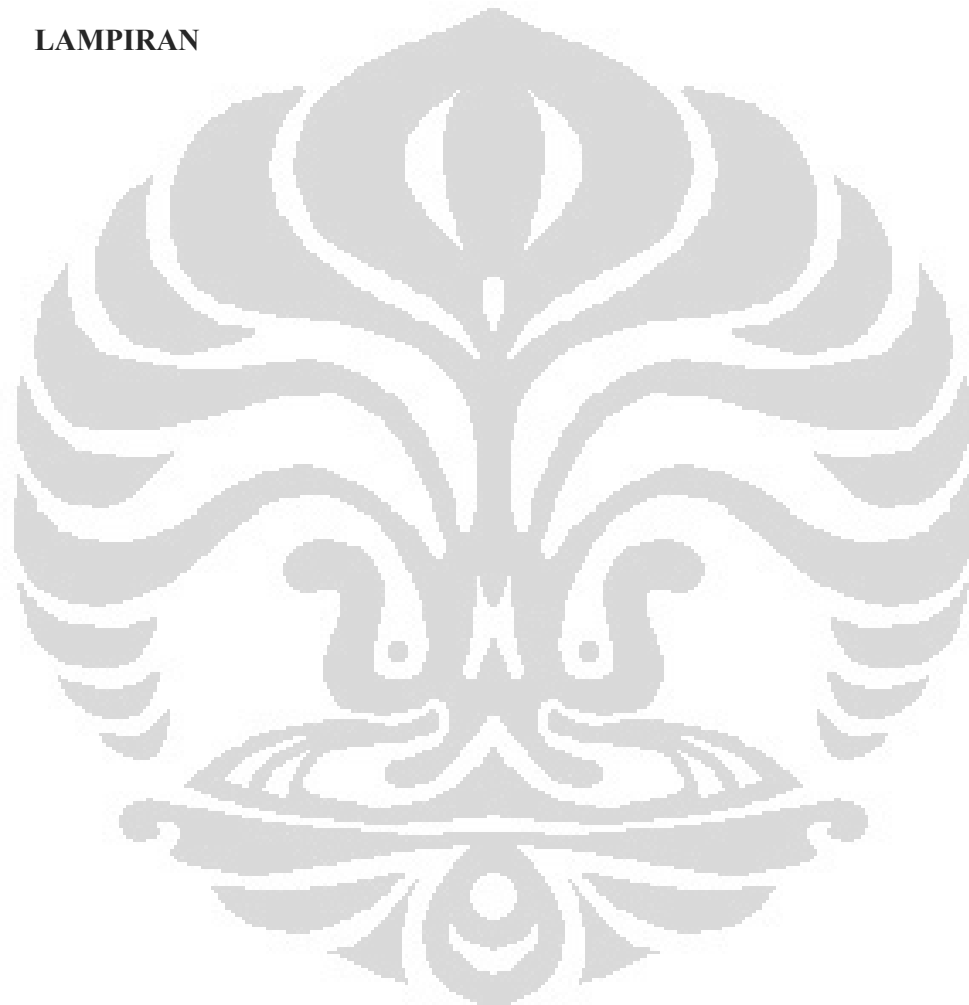
| | |
|--|-----------|
| 2.3.1. Definisi RW Siaga..... | 16 |
| 2.3.2. Tujuan RW Siaga..... | 16 |
| 2.3.3. Pelaksanaan RW Siaga..... | 17 |
| 2.3.4. Sasaran Pelaksanaan RW Siaga..... | 18 |
| 2.3.5. Kriteria RW Siaga..... | 18 |
| 2.3.6. Indikator RW Siaga..... | 18 |
| 2.3.7 PeranKader RW Siaga..... | 19 |
| 2.4.Faktor-faktor yang mempengaruhi Aktifitas kader..... | 19 |
| 2.5. Perilaku dan Perilaku Kesehatan..... | 21 |
| 2.6. Faktor Yang Mempengaruhi Individu Untuk Menjadi Relawan | 26 |
| 3. KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL.... | 27 |
| 3.1. Kerangka Konsep..... | 27 |
| 3.2. Defenisi Operasional..... | 30 |
| 4. METODOLOGI PENELITIAN | 35 |
| 4.1. Jenis Penelitian | 35 |
| 4.2. Lokasi Penelitian | 35 |
| 4.3. Populasi dan Sampel | 35 |
| 4.3.1. Populasi Penelitian..... | 35 |
| 4.3.2. Sampel Penelitian..... | 35 |
| 4.4. Pengumpulan Data..... | 36 |
| 4.5. Pengolahan Data..... | 36 |

| | |
|--|-----------|
| 4.6. Analisis Data | 37 |
| 4.6.1. Analisa Univariat..... | 37 |
| 4.6.2. Analisa Bivariat..... | 37 |
| | |
| 5. HASIL PENELITIAN | |
| 5.1 Gambaran Umum Wilayah Penelitian..... | 38 |
| 5.1.1. Letak Geografi..... | 38 |
| 5.1.2. Letak Wilayah..... | 38 |
| 5.1.3. Demografi..... | 39 |
| 5.1.4. Sarana Kesehatan di Kecamatan Jatisampurna..... | 39 |
| 5.1.5. Gambaran Umum RW Siaga di kecamatan Jatisampurna | 39 |
| 5.1.6. Kegiatan Yang Sudah dilakukan di RW Siaga di Keca- matan Jatisampurna..... | 39 |
| 5.2 Hasil Penelitian..... | 40 |
| 5.2.1. Analisa Univariat..... | 40 |
| 5.2.2. Analisa Bivariat..... | 46 |
| | |
| 6. PEMBAHASAN | 57 |
| 6.1. Keterbatasan Penelitian..... | 57 |
| 6.1.1. Variabel dan Sampel Penelitian..... | 57 |
| 6.1.2. Validitas Data Penelitian..... | 58 |
| 6.2. Hasil Penelitian..... | 58 |
| 6.2/1. Analisis Univariat..... | 58 |

| | |
|-------------------------------------|-----------|
| 6.2.2. Analisis Bivariat..... | 60 |
| 7. KESIMPULAN DAN SARAN..... | 72 |
| 7.1. Kesimpulan..... | 72 |
| 7.2. Saran..... | 72 |

DAFTAR REFERENSI

LAMPIRAN



DAFTAR TABEL

Tabel 1.1. Indeks Pembangunan Manusia Kota Bekasi Dan Komponen Pembentuknya 2003-2007

Tabel 5.1.1. Distribusi Responden Menurut Umur

Tabel 5.1.2. Distribusi Responden Menurut Jenis Kelamin

Tabel 5.1.3. Distribusi Responden Menurut Pendidikan

Tabel 5.1.4. Distribusi Responden Menurut Status Perkawinan

Tabel 5.1.5. Distribusi Responden Menurut Pengetahuan

Tabel 5.1.6. Distribusi Responden Menurut Sikap

Tabel 5.1.7. Distribusi Responden Menurut Motif

Tabel 5.1.8. Distribusi Responden Menurut Status Pekerjaan

Tabel 5.1.9. Distribusi Responden Menurut Jumlah Anak

Tabel 5.1.10. Distribusi Responden Menurut Pelatihan

Tabel 5.1.11. Distribusi Responden Menurut Pembinaan

Tabel 5.1.12. Distribusi Responden Menurut Penghargaan

Tabel 5.1.13. Distribusi Responden Menurut Dukungan Masyarakat

Tabel 5.1.14. Distribusi Responden Menurut Fasilitas Kesehatan

Tabel 5.1.15. Distribusi Responden Menurut Informasi Kesehatan

Tabel 5.1.16. Distribusi Responden Menurut Situasi Untuk Bertindak

Tabel 5.1.17. Distribusi Responden Menurut Keaktifan Kader RW Siaga

Tabel 5.2.1. Distribusi Responden Menurut Umur dengan Keaktifan Kader RW Siaga

Tabel 5.2.2. Distribusi Responden Menurut Jenis Kelamin dengan Keaktifan Kader RW Siaga

Tabel 5.2.3. Distribusi Responden Menurut Pendidikan dengan Keaktifan Kader RW Siaga

Tabel 5.2.4. Distribusi Responden Menurut Pendidikan dengan Keaktifan Kader RW Siaga

Tabel 5.2.5. Distribusi Responden Menurut Pengetahuan dengan Keaktifan Kader RW Siaga

Tabel 5.2.6. Distribusi Responden Menurut Sikap dengan Keaktifan Kader RW Siaga

Tabel 5.2.7. Distribusi Responden Menurut Motif dengan Keaktifan Kader RW Siaga

Tabel 5.2.8. Distribusi Responden Menurut Status Pekerjaan dengan Keaktifan Kader RW Siaga

Tabel 5.2.9. Distribusi Responden Menurut Jumlah Anak dengan Keaktifan Kader RW Siaga

Tabel 5.2.10. Distribusi Responden Menurut Pelatihan dengan Keaktifan Kader RW Siaga

Tabel 5.2.11. Distribusi Responden Menurut Pembinaan dengan Keaktifan Kader RW Siaga

Tabel 5.2.12. Distribusi Responden Menurut Pembinaan dengan Keaktifan Kader RW Siaga

Tabel 5.2.13. Distribusi Responden Menurut Dukungan Masyarakat dengan Keaktifan Kader RW Siaga

Tabel 5.2.14. Distribusi Responden Menurut Fasilitas Kesehatan dengan Keaktifan Kader RW Siaga

Tabel 5.2.15. Distribusi Responden Menurut Informasi dengan Keaktifan Kader RW Siaga

Tabel 5.2.16. Distribusi Responden Menurut Situasi Untuk Bertindak dengan Keaktifan Kader RW Siaga

DAFTAR GAMBAR

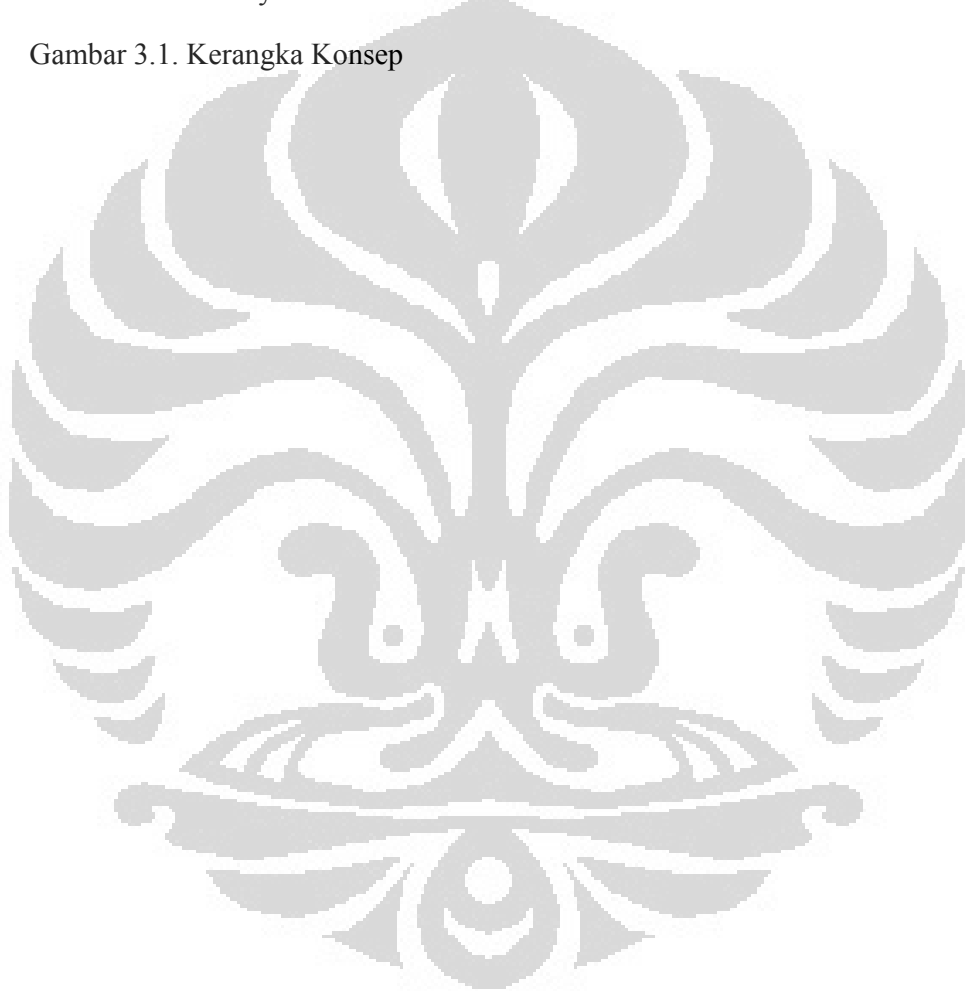
Gambar 2.1. Variabel yang mempengaruhi perilaku

Gambar 2.2. Teori SOR

Gambar 2.3. Skema Prilaku

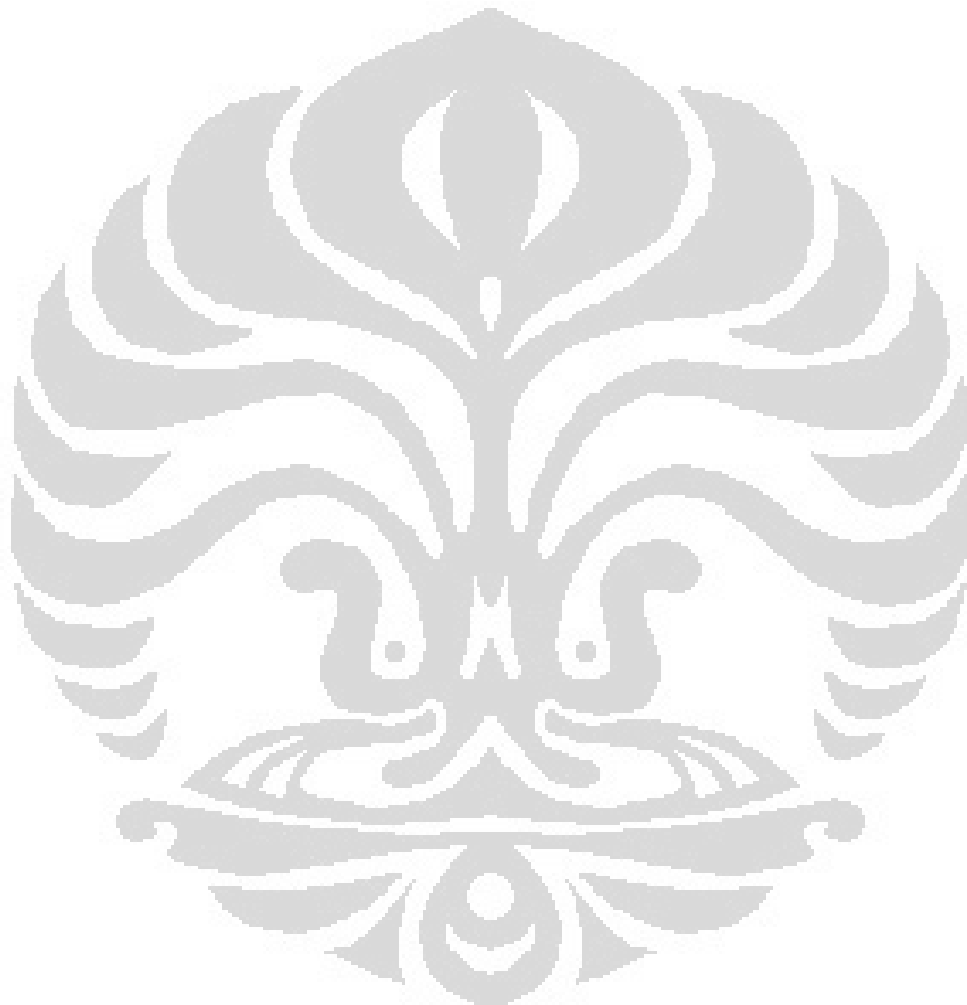
Gambar 2.4. Theory Of Reasoned Action

Gambar 3.1. Kerangka Konsep



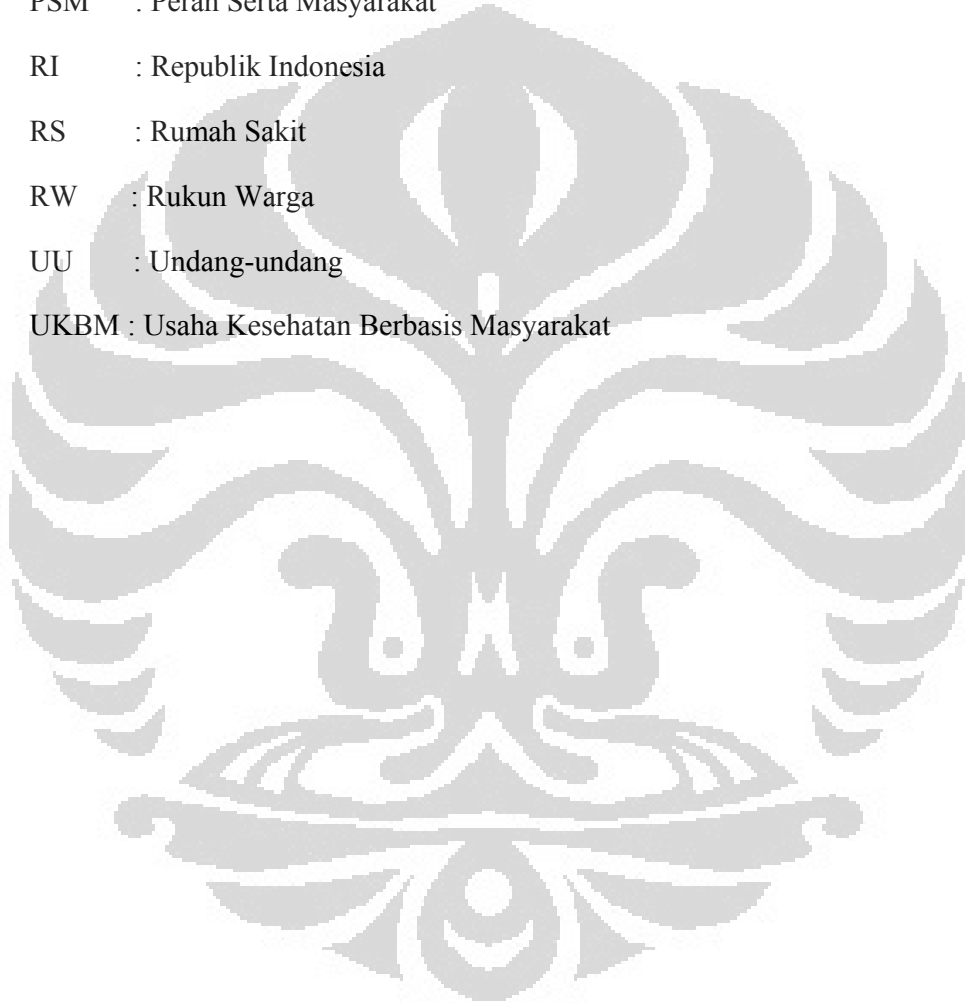
DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Kuisisioner
Lampiran 2 Hasil Pengolahan Data



DAFTAR SINGKATAN

- GSI : Gerakan Sayang Ibu
- IPM : Indeks Pembangunan Manusia
- PHBS : Perilaku Hidup Bersih Sehat
- PSM : Peran Serta Masyarakat
- RI : Republik Indonesia
- RS : Rumah Sakit
- RW : Rukun Warga
- UU : Undang-undang
- UKBM : Usaha Kesehatan Berbasis Masyarakat



BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan masyarakat (*public health*) menurut Winslow (1920) merupakan ilmu dan seni dalam mencegah penyakit, memperpanjang hidup serta meningkatkan kesehatan dengan usaha pengorganisasian kesehatan masyarakat, dalam rangka memperbaiki sanitasi lingkungan, memberantas penyakit menular, mendidik kebersihan perorangan atau *personal hygiene*, serta mengorganisasikan pelayanan-pelayanan medis serta perawatan dalam rangka diagnosis dini dan pengobatan, dan mengembangkan rekayasa sosial yang dapat menjamin setiap orang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya dengan layak untuk memelihara kesehatannya. Demikian juga dengan promosi kesehatan, yang merupakan cabang dari ilmu kesehatan memiliki dua sisi yaitu ilmu dan seni, yang dalam strategi promosinya, seperti terdapat pada Piagam Ottawa (Ottawa Charter) tahun 1986, mengelompokkan lima butir strategi, yaitu kebijakan berwawasan kesehatan (*healthy public policy*), lingkungan yang mendukung (*supportive environment*), reorientasi pelayanan kesehatan (*reorient health service*), keterampilan individu (*personal skill*) dan gerakan masyarakat (*community action*) yang salah satu intinya adalah mengajak masyarakat berperan serta dalam memelihara, meningkatkan kesehatan serta mengatasi masalah kesehatan yang mereka hadapi (Notoatmodjo, 2007)

Partisipasi masyarakat atau Peran Serta Masyarakat (PSM) di bidang Kesehatan sangat penting, agar individu, keluarga maupun masyarakat umum bertanggung jawab terhadap kesehatan diri, keluarga, ataupun kesehatan masyarakat lingkungannya. Pada UU RI No.23 tahun 1992, tentang kesehatan Bab VII pasal 71 di uraikan sebagai berikut, (1) masyarakat memiliki kesempatan untuk berperan serta dalam penyelenggaraan upaya kesehatan beserta sumber dayanya, (2) pemerintah membina, mendorong, dan menggerakkan swadaya masyarakat yang bergerak di bidang kesehatan agar cepat lebih berdayaguna dan berhasilguna, (3) ketentuan mengenai syarat dan tata cara peran serta masyarakat di bidang kesehatan ditetapkan dengan Peraturan Pemerintah. Mengenai PSM,

Pasal 72 Undang-undang tersebut, menyatakan bahwa, (1) peran serta masyarakat adalah untuk memberikan pertimbangan dalam ikut menentukan kebijaksanaan pemerintah pada penyelenggaraan kesehatan dapat dilakukan melalui Badan Pertimbangan Kesehatan Nasional, yang beranggotakan tokoh masyarakat dan pakar lainnya, dan (2) ketentuan mengenai pembentukan, tugas pokok, fungsi dan tata kerja Badan Pertimbangan Kesehatan Nasional ditetapkan dengan Keputusan Presiden.

Departemen Kesehatan merumuskan Visinya, sebagai "Masyarakat yang mandiri untuk hidup sehat" dan misinya yaitu "Membuat masyarakat sehat", dengan strategi, yaitu menggerakkan dan memberdayakan masyarakat untuk hidup sehat, meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan yang berkualitas, meningkatkan sistem surveilans, monitoring, dan informasi kesehatan. meningkatkan pembiayaan kesehatan (Depkes RI, 2006)

Berkaitan dengan, menggerakkan dan memberdayakan masyarakat, antara lain telah dikembangkan program Desa Siaga. Implementasi dari program Desa Siaga ini diwujudkan dalam bentuk, Kelurahan Siaga dan RW Siaga. Kelurahan Siaga untuk daerah pedesaan, sedangkan RW Siaga untuk perkotaan (urban).

Di Indonesia, Desa Siaga dicanangkan pada bulan November 2006, diawali dengan 12 ribu Desa Siaga di beberapa wilayah propinsi. Selanjutnya secara nasional di targetkan sejumlah 70.000 desa di Indonesia telah menjadi desa siaga pada akhir tahun 2009. Berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 564/Menkes/SK/VIII/2006, dilanjutkan pengembangan RW Siaga yang dideklarasikan dan sekaligus dicanangkan di Depok pada tanggal 13 November tahun 2007, oleh Pemerintah Kota Depok.

Rukun Warga (RW) Siaga merupakan pengembangan dari desa dan kelurahan siaga, yang sudah setahun lebih dahulu di dimulai. Tujuannya untuk lebih menjangkau dan memberdayakan masyarakat terutama dalam bidang kesehatan sekaligus percepatan pencapaian Visi Indonesia Sehat 2010, melalui kemandirian masyarakat. Sebagian di ungkapkan oleh Kepala Bidang Pemberdayaan Masyarakat Dinkes Kota Bogor, "jika lingkungannya terlalu luas, maka pencapaian Informasi akan terasa kurang maksimal. Maka melalui RW Siaga ini,

diharapkan masyarakat akan lebih mudah diatur, diarahkan, dan digerakkan” (Nasiaf, 2008) .

Dampak dari di deklarasikannya RW Siaga diharapkan terwujudnya dan ditingkatkannya derajat kesehatan masyarakat Indonesia, yang dapat dilihat dari maningkatnya Indeks Pembangunan Manusia (IPM). Berdasarkan laporan dari United Nations Development Programe (UNDP), pada tahun 2009 angka IPM Indonesia naik tipis menjadi 0,734 dari 0,728 pada tahun 2007, dan saat ini menempatkan Indonesia pada urutan ke 111 dari 182 negara yang terdata (Menko KESRA, 2009)

Setelah setahun deklarasi dan pencanangan RW Siaga, masih belum banyak bertambah jumlah dan aktifitas dalam misinya, oleh karena itu pengaruh terhadap status kesehatan belum terlihat, seperti masih ditemui beberapa kasus balita meninggal karena gizi buruk dan kelaparan di Indonesia.

Hasil survey yang dilaksanakan LKPD bersama Depok Post (November 2008), menemukan sebagian besar masyarakat (73%) sudah tahu tentang program ini. Tetapi yang merasakan manfaat dari RW Siaga baru 35 %, sisanya (65%) tidak. Dalam hal kemanfaatan RW Siaga, didapat data sebagai berikut yaitu, (1) sangat bermanfaat (10%), (2) bermanfaat (35%), (3) tidak tahu (35%), (4) biasa saja (18%), (5) kurang bermanfaat(1%).

Melihat fakta di atas, banyak hal yang harus dilakukan untuk mengoptimalkan RW Siaga. Berdasarkan pantauan di lapangan, dapat diidentifikasi salah satu permasalahan RW Siaga yaitu, kurangnya kesadaran warga masyarakat terhadap persoalan sekitarnya. Kemungkinan penyebab masalah ini adalah permasalahan ekonomi, seperti kenaikan harga-harga, dan kemiskinan. Sosialisasi RW Siaga juga dirasakan masih kurang, sehingga, meskipun masyarakat tahu tentang RW Siaga (73%), yang merasakan manfaat ataupun yang sama sekali tidak tahu mencapai 35% (Budi, 2008).

Bekasi, yang merupakan mitra wilayah terdekat dengan ibu kota Jakarta, sekaligus memiliki letak yang strategis, juga mengukur program pembangunan masyarakat dengan IPM. Penyelenggaraan program pendanaan kompetisi indeks pembangunan manusia (PPK IPM) Kota Bekasi yang sudah berjalan sejak tahun 2007 dimaksudkan untuk mensinergikan sumber daya baik dana, tenaga,

pemikiran, alat dan lainnya antara pemerintah, sektor swasta dan masyarakat serta stakeholder lainnya guna memperoleh peningkatan kualitas hidup masyarakat.

Tabel 1.1 : Indeks Pembangunan Manusia Kota Bekasi dan
Komponen Pembentuknya 2003 – 2007

| Indeks dan Komponen IPM | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 |
|--|--------|--------|--------|--------|--------|
| Indeks Pembangunan Manusia | 73.49 | 74.95 | 74.48 | 75.65 | 75.81 |
| Indeks Pendidikan / IP | 88.63 | 89.61 | 90.03 | 90.08 | 90.11 |
| - Angka Melek Huruf / AMH (%) | 98.12 | 98.71 | 98.85 | 98.86 | 98.87 |
| - Rerata Lama Sekolah / RLS (tahun) | 10.45 | 10.71 | 10.86 | 10.88 | 10.89 |
| Indeks Kesehatan / IK | 72.50 | 73.97 | 74.15 | 74.52 | 74.98 |
| - Angka Harapan Hidup / AHH (%) | 69.50 | 73.97 | 69.49 | 69.71 | 69.99 |
| Indeks Daya Beli / IDB | 59.32 | 61.29 | 61.54 | 62.34 | 62.34 |
| - Daya Beli Masyarakat / DBM (Rp-ADHK) | 556.70 | 565.20 | 569.38 | 569.74 | 569.77 |

Sumber: PPK-IPM Kota Bekasi, 2009

Beberapa program PPK IPM yang sudah berjalan mulai tahun 2007, salah satunya dibidang kesehatan (PPK-IPM Kota Bekasi, 2009), berupa:

1. Telah terbentuknya 974 RW Siaga Maternal se-Kota Bekasi (strata III).
2. Telah terbentuknya 615 RW Siaga Komprehensif di Kota Bekasi (Strata I).
3. Telah terbentuk RW Siaga Strata I plus, yang telah memiliki 8 indikator siaga ditambah dengan Pembentukan Forum Ibu Sehat, yang merupakan kelompok pembelajaran Self Help Group (SHG), yaitu kelompok yang terdiri dari ibu hamil, ibu bersalin, ibu menetek dan *Self Support Group* (SSG), dimana SSG terdiri dari kelompok penolong, yaitu Kader Maternal, Bidan Praktek swasta dan Rumah Bersalin PONED di 4 kelurahan, antara lain Kelurahan Aren Jaya (Kec. Bekasi Timur), Kelurahan Harapan Jaya (Kec. Bekasi Utara), Kel. Jati Asih (Kec. Jati Asih) dan Kelurahan Jatimakmur (Kecamatan Pondok Gede).

Dikecamatan Jatisampurna kota Bekasi, keberadaan RW siaga pun mulai di kembangkan pada tahun 2007. Di kecamatan ini dilaksanakan 2 kali pelatihan bagi kader RW siaga. Pada pelatihan pertama mulai di bina 2 kelurahan dan pada pelatihan kedua telah dibina seluruh kelurahan dengan masing-masing kelurahan rata-rata memiliki 6 kader siaga untuk tiap RW nya. Jumlah total seluruh kadernya

Universitas Indonesia

321, berdasarkan data pada profil puskesmas Kecamatan Jatisampurna pada bulan maret 2009.

Berdasarkan data dari kecamatan yang disampaikan pada acara pertemuan membahas P4k di kota Bekasi tahun 2009, yang diadakan di R.S Ananda Kota Bekasi. Pada pelaksanaannya, hingga saat ini, masih ditemui berbagai kendala dan belum maksimalnya pelaksanaan RW siaga. Berikut adalah beberapa masalah yang menjadi kendala dalam pelaksanaan RW Siaga di kecamatan Jatisampurna, yang disampaikan oleh Kepala Puskesmas Kecamatan Jatisampurna pada pertemuan GSI di RS Ananda, Bekasi :

- a. Kurangnya peran serta masyarakat untuk menjadi pendonor darah.
- b. Sistem notifikasi yang belum terlaksana dengan optimal.
- c. Masih adanya ibu hamil yang bersalin di paraji
- d. Kurangnya peran serta masyarakat untuk menjadi donatur atau dasolin
- e. Tidak berjalannya forum masyarakat desa.
- f. Belum maksimalnya sistem pelaporan.

Dari data yang ada pada profil tersebut juga tampak penurunan jumlah kader dari 350 kader pada bulan februari 2009 menjadi 321 kader pada bulan maret 2009.

Beberapa hal diusulkan para penggiat untuk membenahi RW Siaga, misalnya peningkatkan atau penguatan kapasitas kader lapangan melalui pelatihan-pelatihan (Budi, 2008). Melihat kendala diatas, perbaikan kondisi tersebut diharapkan dapat tercapai dengan mengoptimalkan peran para kader.

Salah satu kunci keberhasilan RW Siaga adalah peran serta masyarakat, diwakili oleh keberadaan dan aktivitas kader. Karena belum ada penelitian tentang hal ini maka, penulis tertarik untuk melakukan penelitian terhadap faktor-faktor yang berhubungan dengan keaktifan kader di RW siaga di wilayah kecamatan Jatisampurna kota Bekasi.

1.2 Perumusan Masalah

Belum diketahuinya gambaran keaktifan kader di RW siaga Kecamatan Jatisampurna Kota Bekasi pada bulan November 2009 serta faktor-faktor yang berhubungan dengan keaktifan tersebut.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk memperoleh gambaran keaktifan kader dalam penyelenggaraan RW siaga di kecamatan Jatisampurna Kota Bekasi pada bulan November 2009 serta faktor-faktor yang berhubungan dengan keaktifan tersebut.

1.3.2 Tujuan Khusus.

- a. Diperolehnya informasi tentang keaktifan kader RW siaga di kecamatan Jatisampurna Kota Bekasi.pada bulan November 2009
- b. Diperolehnya Informasi tentang hubungan karakteristik internal kader (umur, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, pengetahuan, sikap dan motif/niat, status pekerjaan dan jumlah anak) dengan keaktifan sebagai kader RW Siaga.
- c. Diperolehnya Informasi tentang hubungan karakteristik external kader (pelatihan, pembinaan, penghargaan, dukungan masyarakat, fasilitas, situasi yang mendukung dan informasi) dengan keaktifannya sebagai kader RW Siaga.

1.4 Manfaat Penelitian

Dari hasil penelitian ini diharapkan bermanfaat:

- a. Dapat menghasilkan informasi yang mengungkapkan faktor-faktor yang berhubungan dengan keaktifan kader RW siaga di masyarakat.
- b. Menjadi umpan balik atas aktifitas yang dilakukan di masyarakat sehingga dapat lebih meningkatkan diri untuk lebih aktif lagi di masyarakat.
- c. Menjadi masukan untuk pembuatan kebijakan program RW siaga dalam upaya meningkatkan keaktifan kader RW siaga secara optimal untuk mencapai sasaran yang diharapkan.
- d. Menambah pengalaman dan wawasan mengenai RW siaga, terutama tentang faktor-faktor yang dapat meningkatkan keaktifan kader.

BAB II

TINJAUAN KEPUSTAKAAN

2.1. Peran Serta Masyarakat (PSM) Dalam Upaya Kesehatan

Peran serta masyarakat dalam upaya kesehatan, tercantum dalam Undang – Undang Republik Indonesia, No.23 tahun 1992, tentang kesehatan, khususnya Bab 7 tentang Peran serta Masyarakat.

2.1.1. Pengertian

Peran serta masyarakat dalam bidang kesehatan adalah keadaan dimana individu, keluarga maupun masyarakat umum ikut serta bertanggung jawab terhadap kesehatan diri, keluarga, ataupun kesehatan masyarakat lingkungannya (Syakira, 2009).

Pengertian lain mengenai Peran serta masyarakat adalah suatu bantuan masyarakat dibidang pelaksanaan upaya kesehatan preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif dalam bentuk bantuan tenaga, dana, sarana, prasarana serta bantuan moralitas sehingga tercapai tingkat kesehatan yang optimal (Erfandi, 2008).

Selain itu, partisipasi masyarakat dimaknai dengan ikut sertanya masyarakat dalam memecahkan permasalahan masyarakat tersebut, maka Partisipasi masyarakat di bidang kesehatan yang berarti ikut sertanya seluruh masyarakat dalam mengatasi permasalahan mereka sendiri (Notoatmodjo, 2007 :124)

2.1.2 Tujuan Peran serta Masyarakat

Tujuan Peranserta Masyarakat yaitu meningkatnya peran, kemandirian dan kerjasama dengan lembaga-lembaga non pemerintah dengan visi yang sesuai, serta meningkatnya kualitas dan kuantitas antar kelembagaan serta organisasi non pemerintah dan masyarakat, selain meningkatkan peran masyarakat secara aktif dalam tahapan dan proses pembangunan dengan maningkatkan jejaring kemitraan bersama masyarakat (Syakira, 2009)

2.1.3. Lingkup Peran Serta Masyarakat

Dalam rangka memudahkan dalam pembinaan, lingkup dari peran serta masyarakat dikelompokkan sebagai berikut (Adisasmito, 2007, 187-186) :

- a. Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat (UKBM)
- b. Upaya Kesehatan Traditional (UKESTRA)
- c. Upaya Kesehatan Kerja (UKK)
- d. Upaya Kesehatan Dasar Swasta (UKDS)
- e. Kemitraan LSM dan dunia usaha
- f. Dana sehat/ Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM)
- g. Peran wanita pembangunan kesehatan
- h. Peran generasi muda dalam pembangunan kesehatan
- i. Kader Kesehatan

2.1.4. Wujud Peran Serta Masyarakat

Wujud dari peran serta masyarakat dapat berupa tenaga, dimana peran serta diberikan dalam bentuk bantuan tenaga. Selain itu dapat juga berupa materi, yang di tunjukkan dengan menyumbangkan materi berupa uang ataupun barang (Depkes RI, 1990).

Lebih lanjut wujud peran serta masyarakat diuraikan sebagai berikut, dalam bentuk sumber daya manusia, berupa partisipasi aktif dibidang pembangunan kesehatan, peran tersebut dapat dimulai dari diri sendiri, keluarga, dan masyarakat, seperti pemimpin masyarakat yang berwawasan kesehatan, tokoh masyarakat yang berwawasan kesehatan, dan kader kesehatan.

Bentuk kedua, adalah institusi/lembaga/organisasi kemasyarakatan, contohnya beberapa Upaya Kesehatan Bersumber daya Masyarakat (UKBM), seperti Pos pelayanan terpadu (Posyandu), Pondok Bersalin Desa (Polindes), Taman Obat keluarga (TOGA), Pos Obat Desa (POD), Saka Bakti Husada (SBH), dan lain sebagainya.

Bentuk yang ketiga adalah dana, atau pembiayaan kesehatan, seperti berbagai bentuk dana sehat, asuransi kesehatan, jaminan sosial tenaga kerja, asuransi kesehatan swasta atau Badan Penyelenggara Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (Bapel JPKM). Selain itu wujud peran serta masyarakat

adalah dalam bentuk jasa tenaga, jasa pelayanan dan subsidi silang (Adisasmito, 2007).

2.1.5. Kondisi Yang Mempengaruhi partisipasi Masyarakat

Partisipasi masyarakat diharapkan akan timbul pada beberapa kondisi, diantaranya adanya saling percaya antara masyarakat dan petugas, adanya kesempatan yang diberikan untuk ikut serta dimulai dari perencanaan kegiatan, manfaat yang dapat dirasakan oleh masyarakat, serta contoh yang diberikan oleh pimpinan masyarakat (Wirawan, Atmosiswojo, Sasongko, 1980)

Beberapa elemen partisipasi masyarakat, terdiri dari motivasi, komunikasi, kooperasi, dan mobilisasi (Notoatmodjo, 2007).

2.1.6. Tingkatan Peran serta dari masyarakat

Tingkatan peran serta ini, berhubungan dengan metode atau cara yang digunakan dalam mengajak dan menumbuhkan partisipasi masyarakat tersebut diantaranya, partisipasi yang di dapat akibat paksaan atau *enforcement participation*, dimana masyarakat akan berperan serta tapi tanpa di ikuti rasa memiliki melainkan akibat dari rasa cemas dan ketakutan. Metode lain yaitu, partisipasi yang didasari dengan kesadaran, metode ini dimulai dengan memberi penjelasan, pendidikan atau edukasi. Metode ini memang menuntut kesabaran dan waktu yang lama tetapi dapat menciptakan rasa memiliki dan keinginan untuk memelihara. Pada akhirnya terciptalah tingkatan dari peran serta masyarakat yang di mulai dari, peranserta karena keterpaksaan, peran serta karena imbalan, karena rasa ingin memiliki, karena kesadaran, dan peran serta karena merasakan akan adanya hak dan kewajiban (Notoatmodjo, 2007). Pada akhirnya di masyarakat akan terdapat perbedaan mengenai derajat partisipasinya, yaitu partisipasi pasif yang didasari oleh perintah dan partisipasi aktif yang didasari atas kemauan sendiri (Wirawan, Atmosiswojo, Sasongko, 1980)

2.1.7 Pengukuran Peran serta masyarakat

Maksud dari pengukuran peran serta masyarakat, yaitu bagaimana sebaiknya kita mengukur keberhasilan dari program yang berbasis masyarakat ini. Lebih

jelasan, yaitu bagaimana kita mengukur hasil dan pengaruh yang terdapat di masyarakat sehubungan dengan program ini.

Hal tersebut berkaitan dengan evaluasi yang akan memberikan informasi bagi perbaikan program berikutnya serta informasi yang dapat menjadi dasar bagi pemerintah dalam melanjutkan penerapan strategi pembangunan berbasis masyarakat. Evaluasi juga memberikan bukti yang benar dan dapat dipercaya tentang keberhasilan program dan pelajaran yang dapat diambil (*lessons learnt*) mengenai suatu program (Khrisna, 2009).

Pengukuran peran serta ini nantinya akan berkaitan dengan derajat dari partisipasi masyarakat tersebut apakah aktif atau pasif.

2.1.8 Penelitian tentang Peranserta Masyarakat

Wujud peran serta masyarakat dalam hal ini sebagai kader adalah hal yang patut dihargai. Penelitian mengenai hal yang berhubungan dengan keaktifan kader dalam peran sertanya di masyarakat sehubungan dengan program RW Siaga ini belum ada. Beberapa penelitian yang ditemui, membahas keaktifan kader berhubungan dengan posyandu.

Penelitian yang dilakukan oleh Fatmini (1998), tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan keaktifan kader di posyandu kelurahan Kotabumbu selatan kecamatan Palmerah kotamadya Jakarta barat tahun 1997/1998 menyimpulkan bahwa keaktifan kader posyandu tidak berhubungan dengan faktor –faktor karakteristik individu, pelatihan, pembinaan, dukungan dan penghargaan yang pernah diterimanya, tetapi hanya dengan faktor kepuasan kerja secara keseluruhan.

Dalam penelitian lain yang dilakukan oleh Bangsawan (2001), tentang Faktor-faktor yang berhubungan dengan keaktifan kader posyandu di wilayah kecamatan Teluk Betung Barat kota Bandar Lampung, menyimpulkan bahwa keaktifan kader dalam melakukan kegiatan posyandu berhubungan dengan faktor-faktor yaitu umur, pendidikan, pengetahuan, sikap, pelatihan dan peran TP-PKK.

2.1.9. Peran Kader kesehatan sebagai Wujud Peran Serta Masyarakat

Bila ditinjau dari pengertiannya, kader desa adalah tenaga sukarela yang telah di didik dan dilatih pada bidang tertentu dan tumbuh di tengah masyarakat, serta merasa berkewajiban dalam melaksanakan, meningkatkan serta membina kesejahteraan masyarakat, dengan ikhlas tanpa pamrih, didasari panggilan untuk mengerjakan tugas kemanusiaan (Sarmono, Atmosiswojo, Sasongko, 1980).

Kader adalah wujud nyata peranserta masyarakat di bidang kesehatan dalam bentuk sumber daya manusia. Ada berbagai jenis sebutan bagi kader kesehatan di masyarakat, sesuai dengan bidang perannya masing-masing, seperti kader Posyandu, kader kesehatan lingkungan, kader Jumantik, dan kader siaga yang termasuk juga di dalamnya kader Desa Siaga dan kader RW Siaga. Kader kesehatan merupakan sosok yang menarik di tengah masyarakat, karena berasal dari masyarakat setempat, membuat kader menjadi begitu dekat dengan masyarakat. Kondisi ini memungkinkan mudahnya alih pengetahuan dan olah keterampilan mengenai kesehatan menjadi mudah. Kedekatan kader dengan petugas kesehatan juga menjadikan kader kesehatan sebagai penghubung yang baik antara petugas kesehatan dengan masyarakat. Permasalahan yang timbul berkaitan dengan kader adalah tingginya *drop out* kader. Hal ini adalah mekanisme alamiah karena pekerjaan sebagai kader didasari sukarela, sehingga secara kesisteman tidak mempunyai ikatan yang kuat (Adisasminto, 2007).

2.2. Pemberdayaan Masyarakat

Setelah krisis ekonomi dan reformasi di bidang sosial politik tahun 1998, di Indonesia mulai dikenal istilah pemberdayaan masyarakat, konsep dari pemberdayaan muncul sejak penancangan Strategi Global WHO (1984) dilanjutkan Piagam Ottawa (1986), dan deklarasi Jakarta (1997) yang menyatakan keberdayaan individu-individu merupakan tujuan dari promosi kesehatan (Notoatmodjo, 2005).

2.2.1 Pengertian

Pemberdayaan masyarakat menurut definisinya, dapat diartikan upaya meningkatkan kemampuan masyarakat, dalam hal ini masyarakat miskin, agar dapat berpartisipasi, bernegosiasi serta mempengaruhi dan mengendalikan

kelembagaan dari masyarakatnya secara bertanggung gugat untuk perbaikan hidupnya, dapat juga diartikan suatu upaya memberikan daya (*empowerment*) atau kekuatan (*strenght*) kepada masyarakat (Adisasmito, 2007).

Pengertian lain dari pemberdayaan masyarakat adalah usaha atau proses dalam menumbuhkan kesadaran, kemauan dan kemampuan masyarakat untuk mengenali, mengatasi, memelihara, melindungi serta kesejahteraan mereka sendiri. (Notoatmodjo, 2007).

2.2.2. Tujuan Pemberdayaan Masyarakat di bidang kesehatan

Berikut ini adalah tujuan pemberdayaan masyarakat secara bertahap, yaitu pertama, tumbuhnya kesadaran, pengetahuan serta pemahaman mengenai kesehatan bagi individu, kelompok/ masyarakat. Kedua, tumbuhnya kemauan atau kehendak yang merupakan lanjutan akan kesadaran dan pemahaman terhadap kesehatan. Ketiga, munculnya kemampuan masyarakat mengenai kesehatan, yang artinya secara individu ataupun kelompok telah mampu mewujudkan kemauan atau niat akan kesehatan dengan bentuk tindakan atau perilaku sehat (Notoadmodjo, 2007).

2.2.3. Prinsip Pemberdayaan masyarakat

Pemberdayaan masyarakat khususnya di bidang kesehatan memiliki beberapa prinsip, yaitu menumbuhkembangkan potensi masyarakat, mengembangkan gotong royong, menggali kontribusi dari masyarakat, menjalin kemitraan, dan desentralisasi. Meninjau prinsip ini maka petugas kesehatan hendaknya bekerjasama dengan masyarakat (*work with the community*), bukan bekerja untuk masyarakat (*work for the community*), maka dari itu petugas kesehatan berperan memfasilitasi masyarakat, terhadap kegiatan atau program pemberdayaan, memotivasi masyarakat untuk bekerjasama atau bergotong royong, dan mengalihkan pengetahuan, keterampilan serta teknologi kepada masyarakat (Notoatmodjo, 2007).

2.2.4. Indikator hasil pemberdayaan masyarakat

Untuk mengukur keberhasilan pemberdayaan masyarakat, digunakanlah indikator, dimana mengacu pada pendekatan system, yaitu indikator Input, berupa sumber daya manusia, besarnya dana dan penggunaan alat alat atau materi atau bahan dalam mendukung kegiatan, indikator proses, seperti jumlah penyuluhan dan frekwensi kegiatan, dan lain-lain, indikator output seperti jumlah dan jenis UKBM, indikator outcome seperti menurunnya angka kesakitan dan kematian di masyarakat (Notoatmodjo, 2007).

Dari kajian mengenai partisipasi atau peran serta masyarakat dan pemberdayaan masyarakat, dapat dibedakan dimana partisipasi masyarakat mengarah pada partisipasi aktif dari masyarakat, sedangkan pemberdayaan masyarakat membahas upaya dalam menumbuhkan kesadaran, kemauan dan kemampuan dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan.

2.3. Desa siaga

2.3.1. Pengertian Desa siaga

Pengertian dari Desa Siaga adalah desa yang penduduknya memiliki kesiapan sumber daya dan kemampuan serta kemauan untuk mencegah dan mengatasi masalah-masalah kesehatan, bencana dan kegawatdaruratan kesehatan secara mandiri (Pusat Promosi Kesehatan Departemen Kesehatan RI, 2006 : 4).

2.3.2. Tujuan Desa Siaga

Menurut Pusat Promkes Depkes RI (2006) tujuan, Desa Siaga dibagi atas tujuan umum dan tujuan khusus. Tujuan umum dari Desa Siaga adalah terwujudnya masyarakat desa yang sehat, peduli serta tanggap akan masalah kesehatan di wilayahnya. Sedangkan tujuan khusus dari Desa Siaga adalah Pertama meningkatnya pengetahuan serta kesadaran dari masyarakat desa akan pentingnya kesehatan. Kedua meningkatnya kewaspadaan serta kesiapsiagaan masyarakat desa akan risiko serta bahaya yang menimbulkan gangguan kesehatan (bencana, wabah, kegawatdaruratan, dll). Ketiga meningkatnya jumlah keluarga sadar gizi serta melaksanakan perilaku hidup bersih dan sehat. Ke empat meningkatnya kesehatan lingkungan di desa. Kelima meningkatnya kemampuan

dan kemauan dari masyarakat desa dalam menolong diri sendiri di bidang kesehatan (Depkes RI, 2006;4).

2.3.3. Sasaran Pengembangan dari program Desa siaga

Dalam mempermudah rencana intervensi, sasaran yang dituju dalam pengembangan Desa Siaga di bagi tiga, yaitu: Pertama, semua individu serta keluarga di desa, dan diharapkan mampu melaksanakan hidup sehat, serta peduli dan tanggap akan permasalahan kesehatan yang ada di wilayah desanya. Kedua, pihak-pihak yang memiliki pengaruh terhadap perubahan perilaku individu serta keluarga atau dapat menciptakan iklim yang kondusif bagi perubahan perilaku tersebut, contohnya tokoh masyarakat, tokoh agama, tokoh pemuda, kader desa dan petugas kesehatan. Ketiga, pihak-pihak yang diharapkan memberi dukungan terhadap kebijakan, peraturan perundang-undangan, tenaga, dana, serta sarana, dan sebagainya, contohnya Camat, Kepala Desa, pejabat terkait, pihak swasta, donatur, serta pemangku kepentingan lainnya (Pusat Promkes Depkes RI, 2006 : 5).

2.3.4. Kriteria Desa Siaga

Berikut akan di uraikan kriteria dari Desa Siaga, yaitu memiliki sarana pelayanan kesehatan dasar, dan bagi yang tidak memiliki akses ke Puskesmas atau Pustu, dikembangkan Pos Kesehatan Desa (Depkes, 2006). Selain itu memiliki berbagai UKBM sesuai dengan kebutuhan masyarakat setempat (misalnya Posyandu, Pos atau Warung Obat Desa). Kriteria lain seperti memiliki sistem pembiayaan kesehatan berbasis masyarakat, memiliki sistem pengamatan (surveilans) penyakit dan faktor-faktor resiko yang berbasis masyarakat, memiliki sistem kesiapan dan penanggulangan kegawat-daruratan dan bencana berbasis masyarakat, selain masyarakatnya berperilaku hidup bersih dan sehat serta memiliki lingkungan yang sehat.

2.3.5. Tingkatan Desa Siaga

Dengan adanya kriteria tersebut, ditetapkan adanya empat tingkatan Desa Siaga, yaitu Desa Siaga pratama, yaitu desa yang telah memenuhi kriteria 1 dan 2

(Pelayanan Kesehatan dasar dan UKBM), desa Siaga madya, yaitu desa yang telah memenuhi kriteria 1, 2 dan 3 (Pelayanan kesehatan dasar, UKBM dan surveilens), desa Siaga purnama, jika desa telah memenuhi kriteria 1,2,3,4 dan 5 (Pelayanan kesehatan dasar, UKBM, surveilens, kesiagaan, PHBS), desa Siaga mandiri, yaitu desa yang telah memenuhi seluruh kriteria tersebut di atas (Isdiani Nita, 2007).

2.3.6. Peran dan Fungsi Kader di Desa Siaga

Berikut adalah peran dan fungsi kader di Desa Siaga (Departemen Kesehatan RI, 2007) :

A. Peran Kader Desa Siaga, pertama adalah sebagai pelaku penggerakan masyarakat, meliputi perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS), melakukan pengamatan akan masalah kesehatan di desa, melakukan upaya penyehatan lingkungan, meningkatkan kesehatan ibu, bayi serta anak balita, memasyarakatkan Kadarzi, serta menyiapkan masyarakat menghadapi bencana. Sedangkan peran Tambahan, meliputi membantu petugas kesehatan, dalam menanggulangi kedaruratan kesehatan sehari-hari, kesiapsiagaan akan bencana, membantu pengelolaan obat di poskesdes.

B. Fungsi Kader Desa Siaga

Fungsi kader, antara lain membantu tenaga kesehatan untuk mengelola desa siaga melalui UKBM, membantu dalam memantau kegiatan desa siaga contohnya mengisi register ibu dan anak, KMS, dll, serta mengevaluasinya, membantu dalam pengembangan dan pengelolaan UKBM lainnya, seperti, kesehatan ibu dan anak, Kadarzi, PHBS, Kegawat daruratan, pengamatan kesehatan berbasis masyarakat, penyehatan lingkungan, JPKM, membantu pengenalan dan melaporkan kejadian di masyarakat yang membawa dampak pada masyarakat, membantu memberikan solusi atau pemecahan masalah kesehatan yang sederhana pada masyarakat.

2.4. RW SIAGA

Program ini merupakan pengembangan dari kelurahan atau desa Siaga, yang sudah setahun lebih dahulu di dimulai pada tahun 2006, sekaligus sebagai bentuk percepatan pencapaian visi melalui kemandirian masyarakat untuk menjalani

hidup sehat. Untuk itu, deklarasikannya RW Siaga dengan harapan bahwa upaya pembangunan kesehatan melalui pemberdayaan masyarakat dan keluarga akan mampu mewujudkan masyarakat yang sehat kuat, aman dan sejahtera.

2.4.1. Definisi RW Siaga

RW Siaga adalah RW yang penduduknya memiliki kesiapan sumber daya, kemampuan dan kemauan untuk mencegah, mengatasi masalah-masalah kesehatan, bencana dan kegawat-daruratan, maupun kejadian luar biasa (KLB), secara mandiri (Depkes, 2008).

2.4.2. Tujuan RW Siaga

Tujuan utama RW Siaga adalah untuk menurunkan angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi, selain itu program RW Siaga ini juga bertujuan untuk mencegah dan mengatasi berbagai permasalahan kesehatan yang ada di masyarakat.

Melalui program RW Siaga ini diharapkan masyarakat nantinya dapat melakukan pengamatan sederhana terhadap penyakit terutama penyakit menular, serta mengetahui cara penaggulangannya hingga pelayanan medis dasar sesuai kompetensinya. Yang pada akhirnya masyarakat dapat lebih peduli terhadap masalah kesehatan, tanggap dalam solusinya, dan dapat menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat.

2.4.3. Pelaksanaan RW Siaga.

Berikut adalah tahapan pelaksanaan RW Siaga, yang dibagi lagi dalam beberapa tahapan, antara lain tahap Persiapan, meliputi kegiatan diseminasi informasi, pengembangan komitmen serta mekanisme kerja, melatih kader, dan membentuk pengurus. Tahap Pelaksanaan, meliputi kegiatan menggalang dana serta sumberdaya lain, menyiapkan sarana pelayanan kesehatan, membangun jejaring diantara sarana pelayanan kesehatan, melakukan advokasi ke berbagai pihak, pengembangan oleh pejabat, serta melaksanakan berbagai kegiatan, seperti dibentuknya kelompok tabulin, dasolin, kelompok transportasi siaga, kelompok calon donor darah siaga dan pembentukan forum komunikasi.

Selanjutnya tahap pencatatan dan pelaporan, yang meliputi pencatatan yang dilaporkan secara berjenjang sampai ke tingkat provinsi setiap bulan pada minggu pertama. Terakhir adalah, tahapan pemantauan dan evaluasi, dimana pemantauan dilakukan terhadap indicator masukan, indicator proses, indicator keluaran, indicator hasil dan indicator dampak (Satuan Pelaksanaan PPK-IPM Kota Bekasi, 2007).

Terkait dengan pelaksanaan RW Siaga, disusun Pedoman Pelaksanaan RW Siaga, dengan tujuan antara lain tujuan umum yang ingin dicapai adalah terwujudnya masyarakat yang sehat, peduli serta tanggap mengenai permasalahan kesehatan di wilayahnya. Tujuan Khusus meliputi meningkatnya pengetahuan serta kesadaran masyarakat akan pentingnya kesehatan, meningkatnya kewaspadaan serta kesiapsiagaan dari masyarakat akan resiko dan bahaya yang dapat menimbulkan gangguan kesehatan, meningkatnya keluarga sadar gizi serta melaksanakan perilaku hidup bersih dan sehat, meningkatnya Kesehatan lingkungan, dan meningkatnya kemampuan serta kemauan masyarakat untuk menolong diri sendiri di bidang kesehatan, dimana untuk mencapai tujuan pelaksanaan RW Siaga diatas perlu dilakukan pelatihan dan penyuluhan pada masyarakat, terutama kader RW Siaga (Satuan Pelaksana PPK-IPM Kota Bekasi, 2007).

2.4.4. Sasaran Pelaksanaan RW Siaga

Pelaksanaan RW Siaga, memiliki beberapa sasaran, yaitu semua individu dan keluarga yang pada akhirnya, diharapkan mampu melaksanakan perilaku hidup yang sehat serta peduli dan tanggap akan permasalahan kesehatan di wilayahnya. Sasaran kedua adalah pihak-pihak yang berpengaruh bagi perubahan perilaku individu dan keluarga atau dapat menciptakan iklim yang kondusif bagi perubahan perilaku tersebut, seperti Toma, kader dan petugas kesehatan). Sasaran ketiga adalah pihak-pihak yang diharapkan dapat mendukung kebijakan peraturan perundangan, dana, tenaga, sarana dll, seperti kepala dinas, camat, lurah, pejabat terkait, swasta, para donator, dan pemangku kepentingan lainnya (Satuan Pelaksanaan PPK-IPM Kota Bekasi, 2007).

2.4.5. Kriteria RW Siaga

Terbentuknya RW Siaga, memiliki beberapa kriteria antara lain, dengan diadakannya forum masyarakat RW, sistem rujukan berbasis masyarakat, UKBM, surveilans yang berbasis masyarakat, dan sistem kesiapsiagaan penanggulangan kegawatdaruratan dan bencana yang berbasis masyarakat, serta berbagai upaya diantaranya upaya menciptakan PHBS, upaya dalam menciptakan lingkungan sehat, dan keluarga sadar gizi (Satuan Pelaksanaan PPK-IPM Kota Bekasi, 2007).

2.4.6. Indikator RW Siaga

Untuk menentukan bahwa RW Siaga masuk kualifikasi baik (pratama, madya, dan purnama) ada 8 indikator, yaitu adanya forum masyarakat yang menjadi wadah untuk mendiskusikan masalah kesehatan, menjalin kerjasama dengan fasilitas kesehatan dan pelayanan dasar, adanya upaya kesehatan berbasis masyarakat (UKBM), memiliki kegiatan bersifat pengamatan terhadap gejala wabah penyakit, kegawat daruratan dan bencana, tercipta lingkungan sehat dengan membiasakan gerakan kebersihan, serta melakukan PHBS (perilaku hidup bersih dan sehat), karena lingkungan hidup punya pengaruh 45% terhadap kesehatan, 30% dari perilaku dan 20 % pelayanan kesehatan. adarzi (keluarga sadar gizi).

2.4.7 Peran Kader RW SIAGA

Program RW Siaga tak luput dari peran para kader yang mau melihat dan meleakukan pembelajaran kepada warga setempat. Masyarakat dan kader diharapkan dapat aktif dalam menggerakkan masyarakat untuk mengelola, menyelenggarakan, dan memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada.

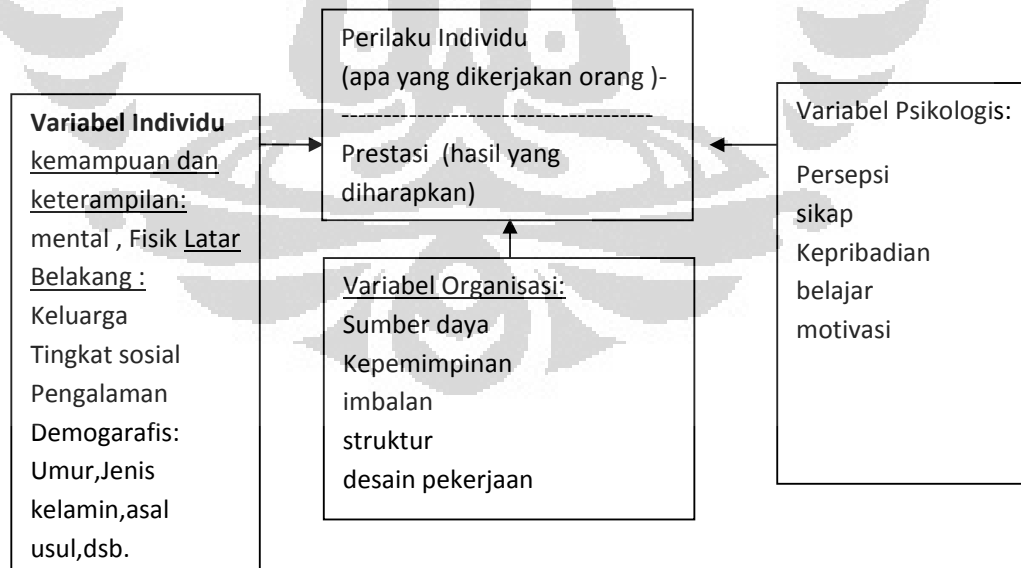
Peran para kader di RW Siaga, yaitu sebagai pelaku pergerakan masyarakat dalam penyuluhan kesehatan dan penanggulangan kegawatdaruratan bencana.

2.5. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Aktifitas Kader

Ada beberapa teori yang dapat menjelaskan mengenai beberapa faktor yang berhubungan dengan keaktifan kader. Dalam rangka mengetahui faktor yang mempengaruhi (determinan) dari kinerja seseorang, maka perlu dikaji beberapa teori. Teori ini berhubungan dengan kinerja seseorang di suatu organisasi atau

institusi (Ilyas, 1999). Menurut Gibson (1985), terdapat tiga variabel yang mempengaruhi perilaku kerja individu, yaitu Variabel individu, yang terdiri dari kemampuan dan keterampilan baik fisik ataupun mental, latar belakang individu ditinjau dari keluarga, tingkat sosial dan pengalaman, dan demografis, berupa umur, jenis kelamin dan etnis. Variabel organisasi, antara lain kepemimpinan, desain pekerjaan, struktur organisasi, sumber daya yang lain, dan sebagainya. Variabel Psikologi, yang meliputi persepsi, peran, sikap, kepribadian, belajar dan motivasi. Untuk variabel tersebut lebih lanjut di nyatakan sulit untuk dicapai kesepakatan karena seseorang bergabung ke dalam suatu organisasi kerja, dengan usia, etnis dan latar belakang budaya serta keterampilan yang berbeda. Ketiga variabel diatas akan mempengaruhi perilaku kerja seseorang yang nantinya akan berpengaruh pada kinerjanya, dimana kinerja mengandung arti yaitu penampilan hasil karya seseorang mencakup kuantitas ataupun kualitas, dalam suatu organisasi. Variabel psikologis yang mencakup persepsi, kepribadian, sikap dan belajar dinyatakan sangatlah kompleks dan sulit di ukur (Ilyas, 1999).

Hal ini digambarkan sebagai berikut:



Gambar 2.1. Variabel yang mempengaruhi perilaku

(Sumber Gibson, Ivancevich, Donnelly ;1985)

Teori lain diungkapkan oleh Stoner (1981), dimana kinerja seseorang di pengaruhi, oleh motivasi, kemampuan dan faktor persepsi (Notoadmodjo, 2007). Kedua ahli ini sama-sama mengangkat motivasi sebagai faktor yang berhubungan dengan kinerja atau perilaku kerja seseorang. Abraham Maslow (1954), menyusun suatu hirarki kebutuhan, untuk mengklasifikasikan motif manusia, yang di mulai dari kebutuhan biologis sampai motif psikologis yang lebih kompleks, dimana kebutuhan selanjutnya akan menjadi penting setelah kebutuhan dasar terpenuhi, berikut diurut mulai dari kebutuhan dasar pertama kebutuhan fisiologis, berupa rasa lapar, rasa haus dan sebagainya. Kedua kebutuhan akan rasa aman, berupa:merasa aman dan terlindung, jauh dari bahaya. Ketiga kebutuhan akan cinta dan rasa memiliki, berupa berafiliasi dengan orang lain, diterima dan memiliki. Keempat kebutuhan akan penghargaan, berupa berprestasi, berkompetisi, dan mendapatkan dukungan dan pengakuan. Kelima kebutuhan kognitif, berupa mengetahui, memahami, dan menjelajahi. Keenam berupa kebutuhan estetik, yaitu keserasian, keteraturan dan keindahan. Ketujuh yaitu kebutuhan aktualisasi diri, berupa mendapatkan kepuasan diri dan menyadari potensinya.

Frederick Herzberg (1950), dalam *Herzberg's Two Motivation Theory Factors* mengemukakan dua faktor yang mempengaruhi seseorang dalam tugas dan pekerjaannya, yaitu faktor-faktor penyebab kepuasan (*satisfier*) disebut juga faktor motivasi dan faktor-faktor penyebab ketidakpuasan, dimana faktor kepuasan menyangkut kebutuhan psikologis seseorang, dimana bila kepuasan kerja tercapai akan menaikkan tingkat motivasi bekerja sekaligus meningkatkan kinerja. Faktor ini mencakup prestasi (*achievement*), penghargaan (*recognition*), tanggung jawab (*responsibility*), kesempatan untuk maju (*possibility of growth*), pekerjaan (*work*) sedangkan faktor-faktor penyebab ketidakpuasan (*dissatisfaction*), yang disebut juga faktor hygiene, berhubungan dengan pemeliharaan (*maintenance factor*), yang merupakan hakekat manusia yang menginginkan kesehatan badaniah, dimana hilangnya faktor ini dapat menimbulkan ketidakpuasan kerja, seperti kondisi kerja fisik (*physical environment*), hubungan interpersonal (*interpersonal relationship*), kebijakan dan administrasi (*company and administration policy*),

pengawasan (*supervision*), gaji (*salary*), keamanan kerja (*job security*) (Notoadmodjo, 2007).

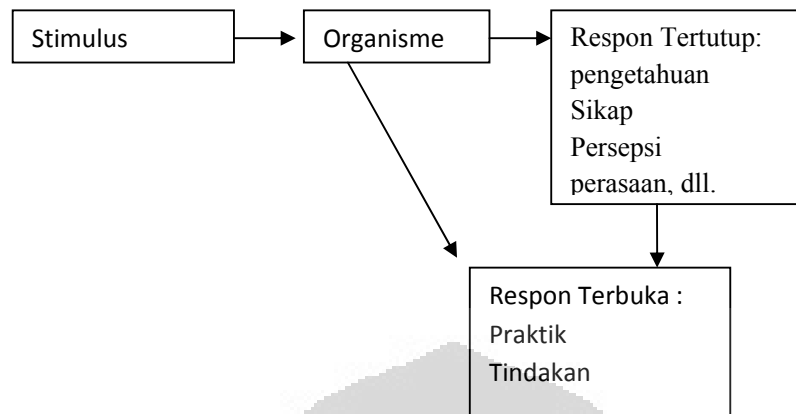
Teori diatas menyimpulkan bahwa faktor yang memotivasi dalam meningkatkan kinerja adalah kelompok faktor-faktor motivasional, sedangkan perbaikan gaji, kebijakan organisasi dan kondisi kerja tidak akan menimbulkan kepuasan, selain hasil kerja itu sendiri.

Dalam hal mempengaruhi aktivitas kerja, motivasi mempunyai maksud serta tujuan yang luas dalam pengembangan suatu organisasi, seperti mendorong gairah, semangat kerja, serta meningkatkan kepuasan kerja yang akhirnya meningkatkan kinerja, meningkatkan produktivitas kerja, meningkatkan loyalitas serta integritas pekerja, meningkatkan kedisiplinan pekerja serta meningkatkan kehadiran kerja atau absensi (Hasibuan, 2003).

2.6. Perilaku dan Perilaku Kesehatan

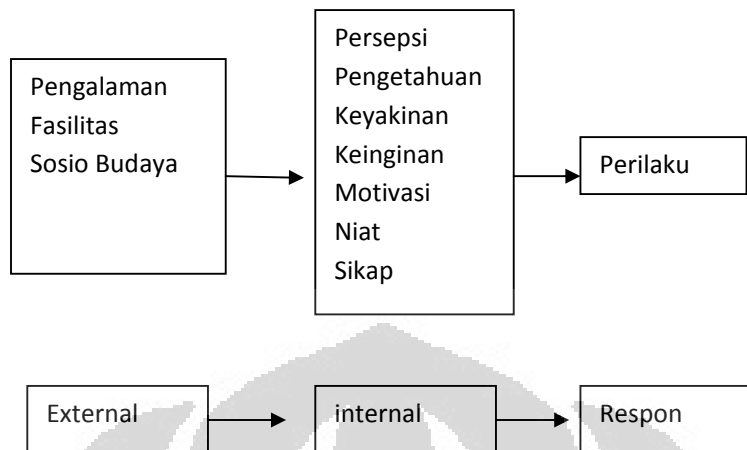
Untuk meneliti keaktifan kader siaga, perlu kiranya dibahas mengenai perilaku dan perilaku kesehatan karena keaktifan dari kader itu sendiri adalah bagian dari perilaku dan termasuk dalam perilaku kesehatan, yang dikelompokkan menjadi 3 kelompok, yaitu perilaku pemeliharaan kesehatan (*health maintenance*), perilaku pencarian dan penggunaan dari fasilitas kesehatan atau perilaku pencarian pengobatan (*health seeking behavior*), dan perilaku kesehatan lingkungan, dimana individu itu mengelola lingkungannya agar tidak mempengaruhi kesehatannya (Notoatmodjo, 2003).

Perilaku sendiri menurut Skinner (1938), adalah merupakan respon atau reaksi organisme terhadap stimulus (rangsangan dari luar) dan teori ini disebut dengan teori "S-O-R", dimana nantinya perilaku ini sendiri dibedakan menjadi dua, yaitu perilaku tertutup (*covert behavior*), dimana respon masih terbatas dalam bentuk perhatian, persepsi, pengetahuan, sikap dan perilaku terbuka (*overt behavior*), yang terlihat dari tindakan atau praktek, seperti tampak pada bagan berikut (Notoatmodjo, 2005):



Gambar 2.2. Teori S-O-R
(Sumber: Notoatmodjo, 2005)

Dari penjelasan diatas , dapat ditarik kesimpulan bahwa perilaku adalah respon atau reaksi organisme terhadap stimulus yang didapat, sedangkan perilaku kesehatan adalah respon seseorang/organisme terhadap stimulus berkaitan dengan kesehatannya. Walaupun stimulus sama, namun respon ini dapat berbeda dari tiap organisme atau individu tergantung dari karakteristik dari individu bersangkutan yang memberi respon. Faktor yang menentukan terbentuknya respon tersebut, disebut determinan perilaku ini terbagi atas dua yaitu, Faktor Internal individu berupa karakteristik individu/organisme bersangkutan yang bersifat bawaan atau *given* seperti jenis kelamin, tingkat emosi, tingkat kecerdasan , dan sebagainya. Dan faktor eksternal, berupa lingkungan fisik, sosial, budaya, ekonomi, politik dan sebagainya (Notoatmodjo, 2007). Namun secara rinci perilaku manusia dikatakan sebagai refleksi dari beberapa gejala kejiwaan, diantaranya keinginan , kehendak, minat , motivasi, persepsi, sikap, pengetahuan , dan sebagainya. Gejala kejiwaan itu juga dipengaruhi oleh faktor pengalaman, keyakinan, sosio budaya dan lain-lain (Notoatmodjo, 2003), seperti tergambar sebagai berikut :

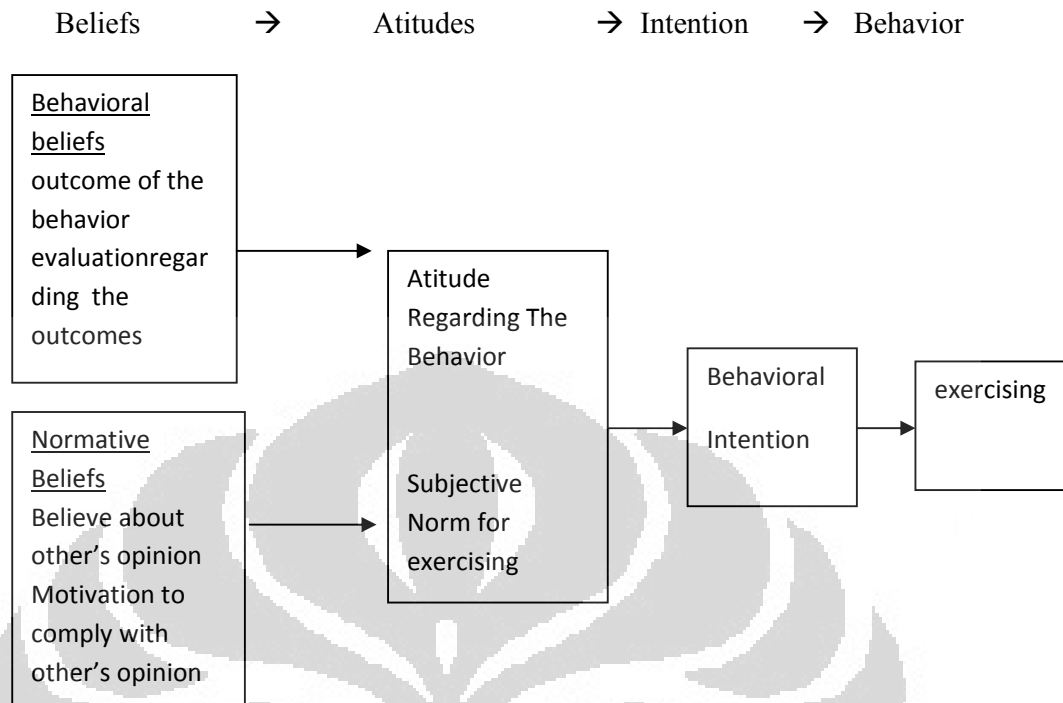


Gambar 2.3. Skema Prilaku
(Sumber; Notoatmodjo, 2005)

Determinan prilaku, khususnya prilaku yang berhubungan dengan kesehatan ini didukung oleh beberapa teori, Green (1980) yang membagi dua faktor pokok yang mempengaruhi kesehatan yakni faktor prilaku (*behaviour causes*) yang dibagi tiga, yaitu faktor-faktor predisposisi (*predissposing factors*), faktor-faktor pendukung (*enabling faktor*), faktor pendorong (*reinforcing factors*) dan faktor di luar prilaku (*non behaviour couses*). Selain itu tim kerja WHO (1984), juga menganalisis empat alasan pokok determinan dari prilaku, yaitu pemikiran dan perasaan (*thoughts and feeling*) dalam bentuk pengetahuan, kepercayaan, sikap, kedua orang yang berpengaruh, ketiga adalah sumber daya, dan ke empat sosio budaya (Notoatmodjo, 2005). Snehandu B kar(1983) mengemukakan beberapa faktor yang menjadi determinan faktor, yaitu *behavioral intentions* yaitu niat seseorang untuk bertindak, *social support* yaitu berupa dukungan dari masyarakat sekitar mengemukakan beberapa faktor yang menjadi determinan faktor yaitu *behavioral intentions* yaitu niat seseorang untuk bertindak, *social support* yaitu berupa dukungan dari masyarakat sekitar, *accessibility of information* atau keterjangkauan akan informasi kesehatan, *personal autonomy* yaitu kebebasan seseorang untuk bertindak dan *situation for action* yaitu faktor dari situasi yang memungkinkan dalam bertindak (Kar, 1989)

Bloom (1908) menyatakan bahwa perilaku manusia mempunyai tiga domain, kawasan, yaitu kognitif, afektif dan psikomotor, yang kemudian dimodifikasi dalam rangka pengukuran hasil pendidikan berupa pengetahuan, sikap dan praktik atau tindakan. Pengetahuan adalah sesuatu yang diperoleh seseorang yang didapat dari hasil penerimaan oleh panca indra kita, tercakup dalam domain kognitif dan mempunyai enam tingkatan, yaitu tahu (*know*), memahami (*comprehension*), aplikasi (*aplication*), analisis (*analysis*), sintesis (*synthesis*) dan evaluasi (*evaluation*). Sikap adalah reaksi atau respon tertutup dari seseorang terhadap stimulus juga merupakan pendapat atau penilaian orang, memiliki berbagai tingkatan, diawali menerima (*receiving*), merespon (*responding*), menghargai (*valuing*) dan bertanggung jawab (*responsible*), begitu pula halnya dengan praktik atau tindakan, juga terdiri atas beberapa tingkatan, yaitu persepsi (*perception*), respon yang dipimpin (*guided respon*), mekanisme (*mechanism*) dan adopsi (*adoption*) (Notoatmodjo, 2007).

Teori lain yang berkaitan dengan menentukan faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku kesehatan adalah Theory of Reasoned Action (Ajzen & Fisbein, 1980; Fisbein & Middlestadt, 1989). Teori ini secara umum berkaitan dengan perilaku manusia, khususnya masalah sosial psikologi. Teori ini menggambarkan hubungan antara keyakinan (*beliefs*), sikap (*attitude*), kehendak/intensi (*intention*), dan juga perilaku. Hal pertama mengacu antara sikap kepada perilaku, dimana sikap didapat setelah melakukan pertimbangan untung dan rugi terhadap perilaku tersebut (*outcomes of behafior*), dan juga pertimbangan akan konsekuensi (*evaluation regarding the out come*). Hal kedua merupakan gambaran dampak dari norma-norma subyektif, dimana norma sosial mengarah pada keyakinan terhadap pemikiran orang-orang yang dianggap penting (*referent person*), serta memotivasi seseorang dalam mengikuti pemikiran tersebut. Teori ini melakukan penekanan pada proses kognitif, dimana manusia melakukan pertimbangan dalam memutuskan perilaku apa yang akan dipilih (Smet, 1994), faktor yang terdapat pada uraian diatas digambarkan sebagai berikut:



Gambar 3.4 Theory Of Reasoned Action

(Sumber: Smet, 1994, hal 165)

2.7. Faktor yang Mempengaruhi Individu Untuk Menjadi Relawan

Seperti telah dibahas sebelumnya bahwa kader kesehatan adalah tenaga sukarela yang bersumber dari masyarakat setempat, dimana permasalahan yang dihadapi adalah hal-hal yang berkaitan dengan tinggi *drop out* kader dimana tercatat presentasi aktif dari kader ini secara nasional 69,2 % dengan angka drop out kader sekitar 30,8% (Adisasmito, 2007).

Kader adalah bentuk yang nyata untuk relawan terutama di tingkat masyarakat. Berikut adalah beberapa faktor yang membuat individu tertarik untuk menjadi relawan atau *volunteer*, didasari keuntungan seseorang bila menjadi relawan, antara lain dengan menjadi relawan, seseorang dapat belajar dan mengembangkan keterampilan baru (*learn or develop a new skill*), dengan menjadi relawan seseorang dapat benar-benar menjadi bagian dari komunitas (*be part of your community*), dengan menjadi relawan akan membangkitkan motivasi seseorang akan menghargai dan penghargaan (*motivation and sense of achievement*), menjadi relawan akan menambah pilihan karier bagi seseorang (*boost your*

career options), menjadi relawan merupakan sesuatu yang menarik dan dapat menjadi hobby di tengah rutinitas seseorang (*new interests and hobbies*), dengan menjadi relawan seseorang dapat menemukan pengalaman baru (*new experiences*) dan dengan menjadi relawan seseorang juga dapat menyampaikan aspirasinya pada pemerintah (Merrill, 2005).

Faktor lain yang mempengaruhi orang menjadi relawan, berdasarkan penelitian kerelawanan adalah munculnya keinginan untuk membantu sesama, ketertarikan akan kegiatan atau pekerjaan yang ditawarkan, adanya keinginan untuk belajar serta mendapatkan pengalaman, adanya waktu luang yang dimiliki, kepedulian atau ketertarikan akan kasus tertentu, adanya ajakan atau kita mengenal seseorang yang terlibat serta ingin menjadi relawan. Terakhir berhubungan dengan panggilan spiritual (Yayasan Merah Putih, 2008).

Alasan lain yang menarik untuk menjadi relawan yaitu sebagai sebuah pilihan dalam membuat hidup menjadi lebih bermakna, karena dengan menjadi relawan dapat memberikan masukan positif kepada orang lain dan juga menjadi wujud rasa syukur atas kehidupan yang dijalani, serta meringankan penderitaan orang lain, dapat menambah luas persahabatan serta persaudaraan, memperkaya batin, selain memperkaya wawasan serta pengalaman (Rumah kanker, 2009).

BAB III

KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.1. Kerangka Konsep

Berdasarkan uraian sebelumnya dapat disimpulkan bahwa, aktivitas kader adalah salah satu wujud peran serta masyarakat yang merupakan cerminan dari perilaku kerja yang diteliti oleh Gibson, Ivancevich dan Donnelly (1985), yang mengelompokkan tiga faktor utama yang menentukan kinerja seseorang. Ketiga faktor tersebut dapat dijadikan sebagai masukan pada variabel independen, sedangkan variabel Keaktifan kader RW siaga sebagai variabel dependen. Sedangkan partisipasi aktif dari kader di dapat bila didasari oleh kemauan sendiri dari kader tersebut atau ditentukan oleh variabel internal dari dalam individu kader tersebut. Hal tersebut juga di dukung beberapa teori motivasi seperti dikemukakan Frederic Herzberg (1950).

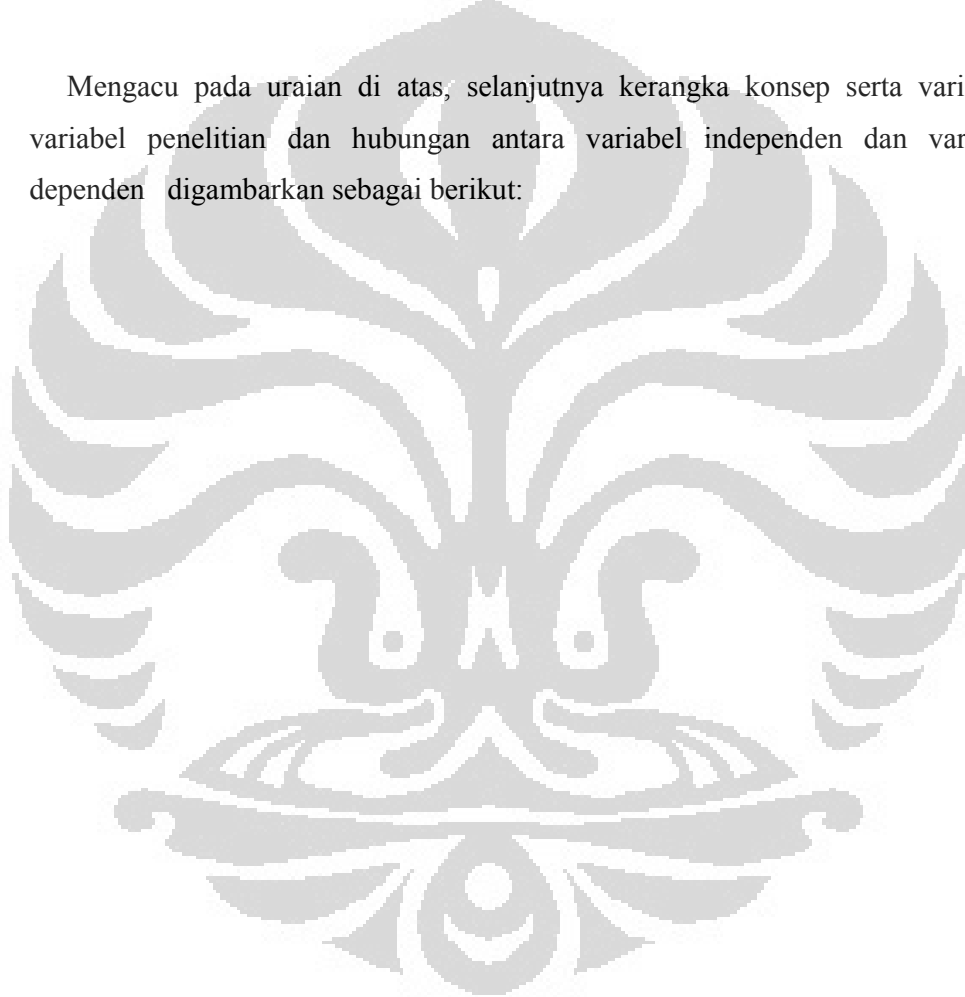
Beberapa faktor yang mempengaruhi keaktifan seseorang menjadi kader yang merupakan bentuk perilaku juga diuraikan dalam oleh Skinner (1938), dalam uraian teori S-O-R. Teori ini dilanjutkan dengan membagi determinan perilaku atas dua faktor yaitu faktor internal dan faktor eksternal yang nantinya akan di masukan dalam kerangka konsep, yang didukung oleh beberapa model yang lain yang diajukan oleh Green (1980), Kar (1983) dan WHO (1984).

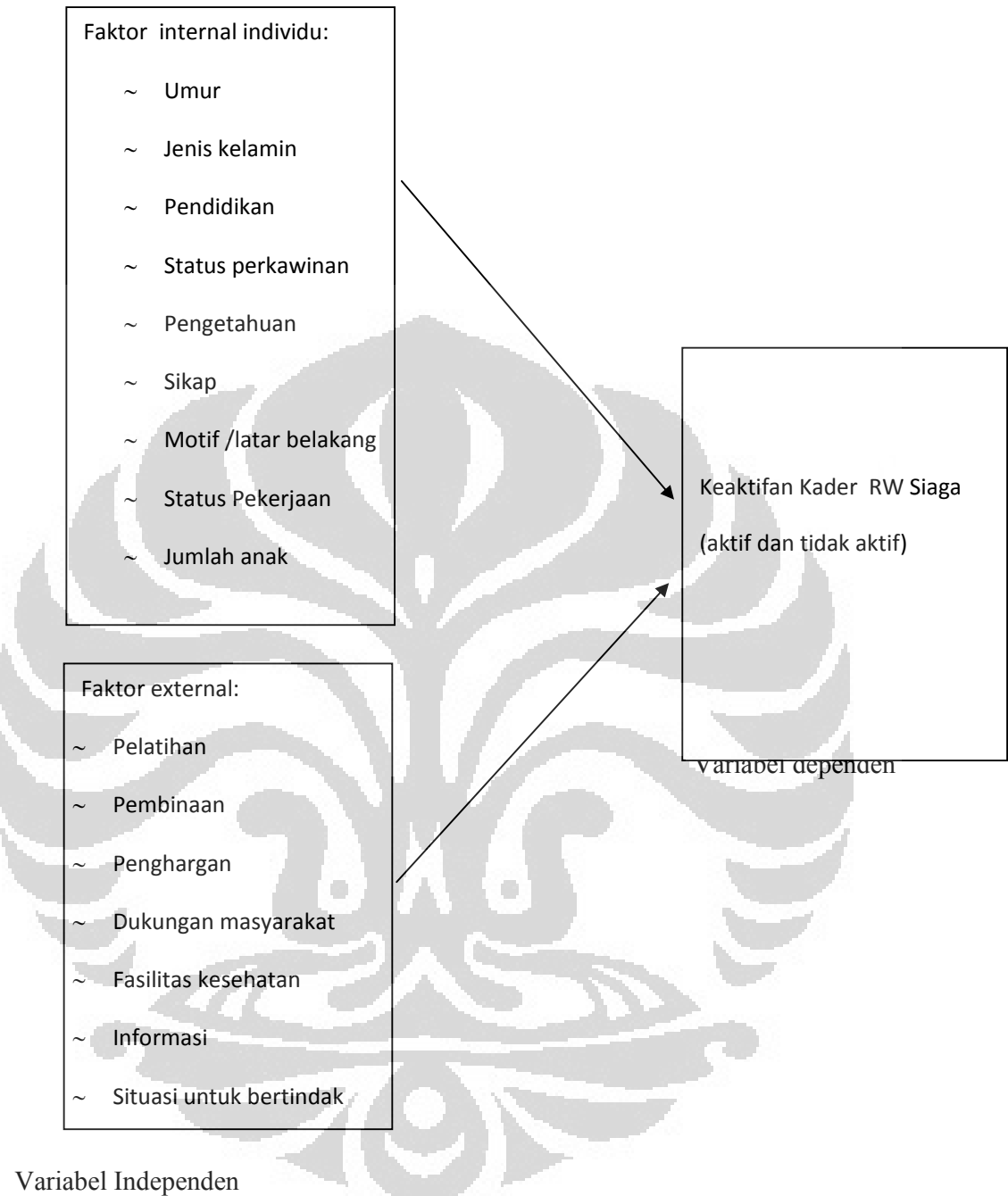
Di dasari pertimbangan kepentingan penelitian di lapangan, validitas pengukuran dan keterbatasan kemampuan, maka tidak semua komponen yang ada pada variabel pada teori tersebut diteliti pada penelitian ini. Dari faktor internal diangkat mengenai demografis meliputi umur, jenis kelamin, pendidikan, status pernikahan, pengetahuan, sikap, motif/niat, pekerjaan dan jumlah anak. Faktor eksternal terdiri dari pelatihan, pembinaan, penghargaan, dukungan masyarakat, fasilitas, situasi yang mendukung dan informasi.

Berdasarkan uraian diatas maka dikembangkan hubungan antara variabel dependen dengan variabel independen dalam kerangka teori sebagai berikut:

- a. Faktor internal individu, yaitu umur, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, pengetahuan, sikap dan motiv/niat, status pekerjaan dan jumlah anak.
- b. Faktor eksternal, berupa pelatihan, pembinaan, penghargaan, dukungan masyarakat, fasilitas, situasi yang mendukung dan informasi.
Kedua Faktor diatas adalah variabel independen
- c. Keaktifan kader RW Siaga sebagai variabel dependen

Mengacu pada uraian di atas, selanjutnya kerangka konsep serta variabel-variabel penelitian dan hubungan antara variabel independen dan variabel dependen digambarkan sebagai berikut:





Gambar 3.1 Kerangka konsep

3.2. Definisi Operasional

Berikut adalah deinisi operasional dari masing-masing variabel:

| No | Variabel | Definisi Operasional | Kategori | Skala | Alat ukur |
|----|-------------------|---|---|-------------|-------------|
| 1. | Umur | Pernyataan responden tentang usia responden pada saat dilakukan penelitian dihitung terhitung dimulai saat lahir. | 0 = \leq 35 tahun 1 = > 35 tahun | Ordinal | Kuisisioner |
| 2. | Jenis kelamin | Pernyataan responden tentang jenis kelaminnya | 1.Laki-laki 2.Perempuan | Nominal | Kuisisioner |
| 3. | Pendidikan | Pernyataan responden mengenai tingkat pendidikan formal terakhir yang pernah diikuti kader | 1.SD 2. SMP 3. SMU/PT | Ordinal | Kuisisioner |
| 4. | Status Perkawinan | Pernyataan responden tentang status pernikahannya saat dilakukan penelitian | 1. Belum/ Tidak menikah 2. Menikah 3. Bercerai | Katagorikal | Kuisisioner |
| 5. | Jumlah Anak | Pernyataan responden tentang jumlah anak kandung yang dimiliki responden,dari pernikahannya | 1. Banyak = \geq 3 2. Sedikit = 0-2 | Ordinal | Kuisisioner |

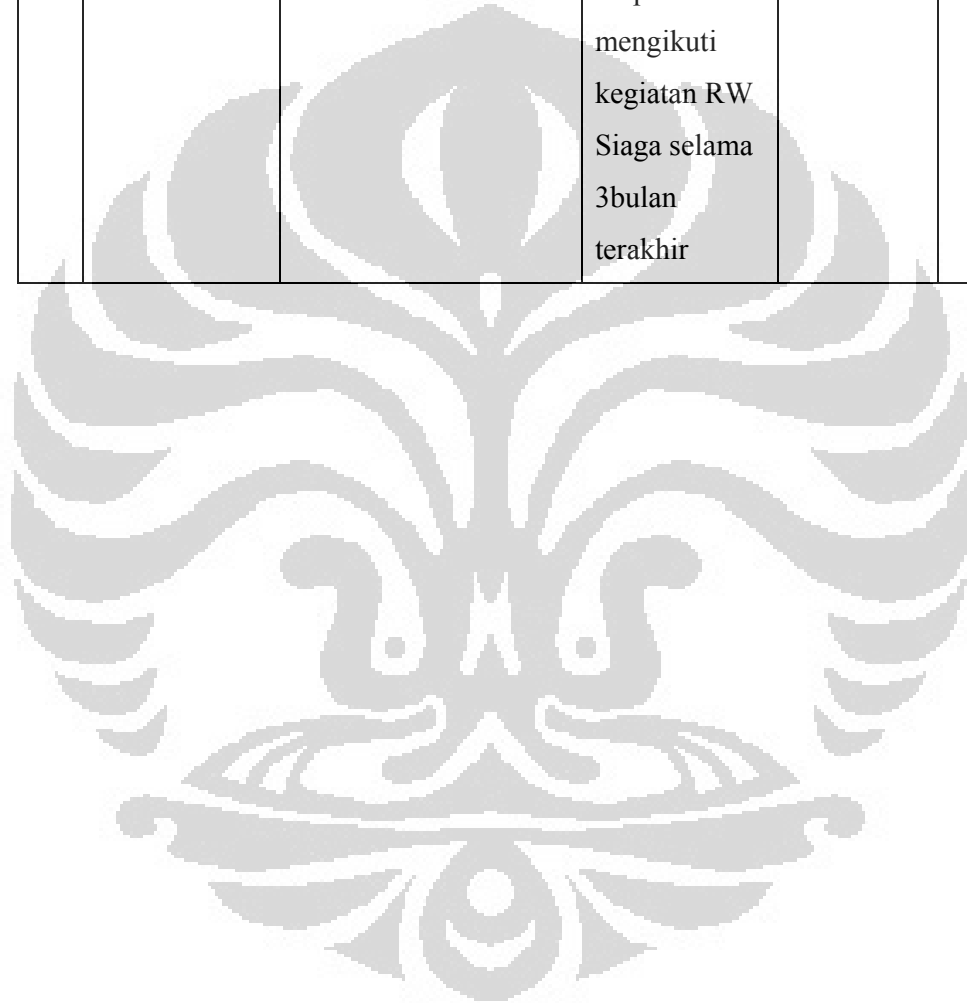
Universitas Indonesia

| | | | | | |
|-----|------------------|---|--|---------|-------------|
| 6. | Pengetahuan | Tingkat pengetahuan responden tentang RW siaga yang tampak dari jawaban responden terhadap pertanyaan. | 1. Tinggi = > dari rata-rata 2. Rendah = ≤ dari rata-rata | Ordinal | Kuisisioner |
| 7. | Sikap | Tingkat respon responden yang diukur dari pernyataan responden terkait tugasnya sebagai kader RW Siaga | 1. Positif = ≥ dari rata-rata 2. negatif = < dari rata-rata | Nominal | Kuisisioner |
| 8. | Motif | Pernyataan responden tentang hal yang mendorong responden untuk melakukan kegiatan- kegiatan RW Siaga | 1. Tinggi = ≥ rata-rata 2. rendah = < rata-rata | Ordinal | Kuisisioner |
| 9. | Status Pekerjaan | Pernyataan responden mengenai pekerjaan tetap dan memberi penghasilan yang dimiliki responden Saat ini. | 1. Bekerja 2. Tidak Bekerja | Nominal | Kuisisioner |
| 10. | Pelatihan | Pernyataan responden mengenai pelatihan yang pernah diikuti | 1. Pernah 2. Tidak pernah | Ordinal | Kuisisioner |

| | | | | | |
|-----|---------------------|--|--|-----------|-------------|
| | | kader berkaitan dengan perannya sebagai kader RW Siaga. | (Pelatihan berupa Pemberian materi tentang RW Siaga) | | |
| 11. | Pembinaan | Pernyataan responden tentang pernah/tidaknya mendapatkan pembinaan langsung di lapangan dari pihak petugas puskesmas kecamatan atau yang berwenang . | 1. Pernah 2. Tidak Pernah * Pembinaan berupa pelatihan atau supervisi terkait kegiatan di RW Siaga | Katagorik | Kuisisioner |
| 12. | Penghargaan | Pernyataan responden tentang penerimaan imbalan berupa tanda jasa atau penghargaan berhubungan dengan keaktifan sebagai kader di RW Siaga. | 1. Pernah 2. Tidak pernah | Nominal | kuisisioner |
| 13. | Dukungan masyarakat | Pernyataan responden akan dukungan dari masyarakat yang diterimanya.(Bentuk dukungan tersebut dapat berupa materi | 1.Mendukung 2. Kurang mendukung | Ordinal | Kuisisioner |

| | | | | | |
|-----|-----------------------------|---|---|---------|-------------|
| | | (uang/barang) atau non materi (pendapat/dorongan semangat). | | | |
| 14. | Fasilitas kesehatan | Pernyataan responden mengenai ketersediaan fasilitas kesehatan terdekat yang mendukung kegiatan RW Siaga. | 1. Ada 2. Tidak ada * Fasilitas berupa R.S, praktek dokter, dll. | Nominal | Kuisisioner |
| 15. | Situasi yang mendukung | Pernyataan responden mengenai adanya situasi yang memungkinkan melakukan kegiatan RW Siaga | 1. Ya 2. Tidak * Situasi meliputi sosial budaya masyarakat sekitar. | Nominal | Kuisisioner |
| 16. | Informasi | Pernyataan responden tentang ada/tidaknya informasi tentang kesehatan yang diperoleh. | 1. Ada 2. Tidak ada | Nominal | Kuisisioner |
| 17. | Keaktifan Kader di RW Siaga | Pernyataan kegiatan responden melakukan tugasnya selaku kader dilingkungannya selama 3 bulan terakhir | 1. 0 = tidak aktif 2. 1= aktif -Aktif, bila berperan serta | Nominal | Kuisisioner |

| | | | | | |
|--|--|--|---|--|--|
| | | | mengikuti kegiatan selama 3 bulan terakhir - Tidak Aktif , bila tidak berperan serta mengikuti kegiatan RW Siaga selama 3bulan terakhir | | |
|--|--|--|---|--|--|



BAB IV METODE PENELITIAN

4.1. Jenis Penelitian

Penelitian ini berbentuk survey. Data dikumpulkan secara cross-sectional karena pendekatan sifatnya sesaat pada satu waktu dan tidak dilakukan secara terus menerus pada waktu tertentu. Variabel sebab dan akibat pada objek penelitian diukur atau dikumpulkan dalam waktu bersamaan.

4.2. Lokasi Penelitian

Penelitian dilakukan di kecamatan Jatisampurna, Kota Bekasi, mencakup seluruh RW Siaga yang ada yang berada di wilayah kerja Puskesmas Kecamatan Jatisampurna.

4.3 Populasi dan Sampel Penelitian

4.3.1. Populasi Penelitian

Populasi penelitian ini adalah 321 kader RW siaga yang tersebar di 59 RW, di kecamatan Jatisampurna

4.3.2. Sampel penelitian

Sampel penelitian adalah kader yang ada di kecamatan Jatisampurna, meliputi 5 kelurahan dan 59 RW. Besar sampel di hitung dengan menggunakan estimasi proporsi dengan proporsi terbatas dengan teknik sampel secara kelompok atau gugus (cluster sampling). Kemudian dari tiap cluster (RW) diperoleh secara random 3 responden sesuai dengan proporsinya.

$$N = \frac{Z^2 \cdot \hat{p} \cdot (1 - \hat{p}) \cdot n}{d^2 \cdot (n-1) + Z^2 \cdot \hat{p} \cdot (1 - \hat{p})}$$

Keterangan :

N = besar sampel yang diharapkan

Z = nilai baku distribusi normal, ditetapkan 1,96 pada CI 95 %

P = proporsi kader RW siaga ditetapkan 0,5 atau 50% karena belum ada data

Kader RW siaga di kecamatan

n = jumlah populasi 321 kader

d = derajat akurasi pada penelitian di tetapkan 5%

Pada perhitungan ditemukan sampel sebesar 176 kader diambil dari 59 RW terpilih masing masing RW 3 sampel. Tiga responden tiap RW ini dipilih secara random

Sampel diambil pada tiap-tiap RW dengan pertimbangan :

- a. Kader bersedia menjadi responden
- b. Ada variasi dari jenis kelamin
- c. Ada variasi umur
- d. Ada variasi dari status pekerjaan

4.4 Pengumpulan Data

4.4.1. Data Primer

Untuk data primer, data di kumpulkan melalui penggunaan kuisisioner, yang akan dilakukan oleh penulis di pandu oleh masing masing bidan wilayah yang terbagi di 5 kelurahan yang ada di Kecamatan Jatisampurna. Untuk beberapa orang responden yang sulit ditemui dilapangan, kuisisioner dititipkan pada rekan kader yang terdekat dengan target responden, tetap dengan supervisi dari peneliti.

4.4.2. Data sekunder

Untuk Data sekunder, didapatkan penulis dari laporan yang ada di Puskesmas Kecamatan Jatisampurna, sedangkan gambaran umum Kecamatan Jatisampurna diperoleh dari pelaporan yang ada di kecamatan.

4.5 Pengolahan Data

Kuisisioner yang telah dikumpulkan, kemudian akan melalui beberapa tahapan pengolahan data:

- a. Editing data
- b. Coding data
- c. Processing
- d. Cleaning data

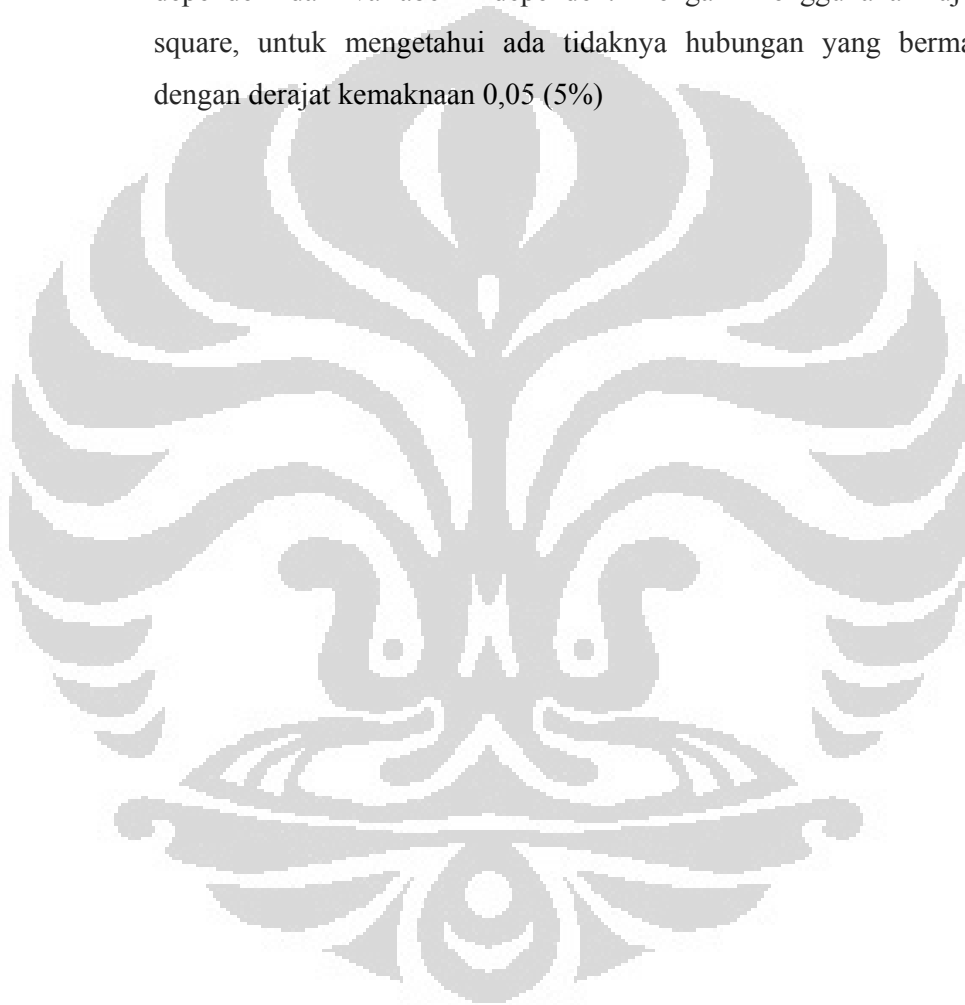
4.6 Analisa Data

4.6.1. Analisa Univariat

Analisa univariat bertujuan untuk mengetahui gambaran distribusi frekwensi terhadap variabel-variabel yang diteliti.

4.6.2. Analisa Bivariat

Analisis ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antar variabel dependen dan variabel independen. Dengan menggunakan uji chi square, untuk mengetahui ada tidaknya hubungan yang bermakna, dengan derajat kemaknaan 0,05 (5%)



BAB V

HASIL PENELITIAN

5.1. GAMBARAN UMUM KECAMATAN JATI SAMPURNA

5.1.1. Letak Geografi

Kecamatan Jati Sampurna merupakan wilayah timur kota Bekasi yang berperan juga sebagai penyangga ibu kota Jakarta, yang dalam perkembangannya telah menunjukkan kemajuan sesuai dengan peran dan fungsinya.

5.1.2. Pembagian Wilayah

Luas wilayah kecamatan Jatisampurna adalah 1.944,013 Ha, dan terbagi dalam 5 kelurahan, berikut adalah luas wilayah masing – masing kelurahan:

1. Kelurahan Jati Sampurna luas area : 385,90 ha
2. Kelurahan Jati Karya luas area : 495,60 ha
3. Kelurahan Jati Ranggon luas area : 328,20 ha
4. Kelurahan Jati Rangga luas area : 319,79 ha
5. Kelurahan Jati Raden luas area : 414,25 ha

Kecamatan Jatisampurna terdiri dari 286 RT dan 59 RW .

5.1.2. Letak Wilayah

Dengan batas wilayah sebagai berikut:

1. Sebelah Selatan berbatasan dengan kabupaten Bogor dan kota Depok
2. sebelah barat berbatasan dengan DKI Jakarta
3. Sebelah utara berbatasan dengan kecamatan Pondok Melati
4. Sebelah timur berbatasan dengan kecamatan Jati Asih dan kabupaten Bogor

5.1.3 Demografi

Pertumbuhan penduduknya saat mencapai 1,2% pertahun sampai bulan desember 2009. Dengan jumlah penduduk laki-laki 58.509 jiwa, jumlah penduduk perempuan 55.251 jiwa.

5.1.4. Sarana Kesehatan di Kecamatan Jatisampurna

Berikut adalah jumlah sarana Kesehatan yang ada di kecamatan Jatisampurna:

1. PUSKESMAS : 1 unit
 2. Balai pengobatan : 26 unit
 3. Praktek Dokter : 14 orang
 4. Rumah Bersalin : 4 unit
 5. Bidan praktek : 36 orang
 6. APOTEK : 11 unit
 7. POSYANDU : 72 posyandu
 8. OPTIK : 3 unit
 9. Laboratorium : 2
- TOTAL : 169

5.1.5 Gambaran Umum Rw Siaga di Kecamatan Jatisampurna

RW siaga di kecamatan Jatisampurna sudah dibentuk diseluruh RW, yaitu 59 RW pada tahun 2008. setiap kelompok mempunyai kepengurusan RW siaga rata-rata 6 orang, Berdasarkan data terakhir dari Puskesmas Kecamatan Jatisampurna pada bulan maret 2009 seluruh kader yang ada di RW Siaga di kecamatan Jatisampurna berjumlah 321 orang.

5.1.6. Kegiatan Yang Sudah dilakukan di RW Siaga di Kecamatan Jatisampurna

Berikut adalah macam kegiatan yang sudah di lakukan di RW Siaga:

1. Notifikasi ibu hamil : pada dasarnya setiap kelompok RW sudah melaksanakan kegiatan ini
2. Sarana yang ada dikelompok RW siaga : buku-buku administrasi, ambulans, kendaraan roda 2 atau roda 4, dan becak

3. Sistem pendanaan di RW siaga
 - Tabulin , belum berjalan sebagai mana mestinya dari 454 ibu hamil yang mempunyai tabulin 396 orang (87,22%)
 - dasolin, yang mempunyai dana sosial baru 11 kelompok dari 59 kelompok.
4. kegiatan donor darah, belum berjalan maksimal baru mempunya 108 pendonor dari 5 kelurahan
5. Pelaporan yang dilaksanakan, belum seluruhnya melapor.

5.2. Hasil Penelitian

5.2.1. ANALISIS UNIVARIAT

Tabel-tabel memuat distribusi frekwensi, yang menggambarkan karakteristik responden dari seluruh faktor yang terdapat pada variabel Independen (umur, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, pengetahuan, sikap, motif/latar belakang, status pekerjaan, jumlah anak) dan variabel dependen (keaktifan kader RW Siaga)

Tabel 5.1.1
Distribusi Responden Menurut Umur

| Umur | Jumlah | Persentase |
|--------------|------------|------------|
| Muda | 79 | 44,6 |
| Tua | 98 | 55,4 |
| TOTAL | 177 | 100 |

Distribusi frekuensi umur responden dapat dilihat pada tabel 5.1.1, bahwa responden yang memiliki umur muda (44,6%) lebih kecil dibanding responden yang memiliki umur yang lebih tua (55,4%).

Tabel 5.1.2
Distribusi Responden Menurut Jenis Kelamin

| Jenis Kelamin | Jumlah | Persentase |
|---------------|------------|------------|
| Laki - Laki | 37 | 20,9 |
| Perempuan | 140 | 79,1 |
| TOTAL | 177 | 100 |

Pada tabel 5.1.2, tentang distribusi frekuensi jenis kelamin responden, proporsi responden yang berjenis kelamin Laki – laki (20,9%) lebih sedikit dibanding responden yang berjenis kelamin perempuan (79,1%).

Tabel 5.1.3
Distribusi Responden Menurut Pendidikan

| Pendidikan | Jumlah | Persentase |
|--------------|------------|------------|
| SD | 60 | 33,9 |
| SMP | 36 | 20,3 |
| SMA/PT | 81 | 45,8 |
| TOTAL | 177 | 100 |

Pendidikan responden sebagaimana dapat dilihat pada tabel 5.1.3, pendidikan SD (33,0%), lebih banyak dibanding yang memiliki pendidikan SMP (20,3%). Sedangkan latar belakang pendidikan terbanyak SMA/PT yaitu mencapai 45,8%

Tabel 5.1.4
Distribusi Responden Menurut Status Perkawinan

| Status Perkawinan | Jumlah | Persentase |
|-------------------|------------|------------|
| Belum Menikah | 6 | 3,4 |
| Menikah | 196 | 95,5 |
| Bercerai | 2 | 1,1 |
| TOTAL | 177 | 100 |

Status perkawinan responden terlihat pada tabel 5.1.4, menunjukkan responden yang memiliki status perkawinan belum menikah (3,4%) lebih sedikit dibanding responden yang memiliki status perkawinan menikah (95,5%), sedangkan yang status perkawinannya bercerai hanya 1,1%

Tabel 5.1.5
Distribusi Responden Menurut Pengetahuan

| Pengetahuan | Jumlah | Persentase |
|--------------|------------|------------|
| Rendah | 75 | 42,4 |
| Tinggi | 102 | 57,6 |
| TOTAL | 177 | 100 |

Pada tabel 5.1.5, Distribusi frekuensi pengetahuan responden terlihat bahwa yang memiliki pengetahuan yang rendah (42,4%), lebih sedikit dibanding responden yang memiliki pengetahuan yang tinggi (57,6%).

Tabel 5.1.6
Distribusi Responden Menurut Sikap

| Sikap | Jumlah | Persentase |
|--------------|------------|------------|
| Negatif | 92 | 52 |
| Positif | 85 | 48 |
| TOTAL | 177 | 100 |

Tabel 5.1.6, menunjukkan distribusi frekuensi sikap responden, dengan hasil responden yang memiliki sikap negatif (52%) lebih banyak dibanding responden yang memiliki sikap positif (48%).

Tabel 5.1.7
Distribusi Responden Menurut Motif / Latar Belakang

| Motif | Jumlah | Persentase |
|--------------|------------|------------|
| Rendah | 111 | 62,7 |
| Tinggi | 66 | 37,3 |
| TOTAL | 177 | 100 |

Distribusi frekuensi motif responden dapat dilihat pada tabel 5.1.7, dimana responden yang motifnya rendah (62,7%) lebih banyak dibanding responden yang memiliki motif tinggi (37,3%).

Tabel 5.1.8
Distribusi Responden Menurut Status Pekerjaan

| Status Pekerjaan | Jumlah | Persentase |
|------------------|------------|------------|
| Tidak Bekerja | 125 | 70,6 |
| Bekerja | 52 | 29,4 |
| TOTAL | 177 | 100 |

Tabel 5.1.8, menunjukkan distribusi frekuensi status pekerjaan responden dengan hasil presentase, responden yang tidak bekerja (70,6%) lebih banyak dibanding responden yang status pekerjaannya bekerja (29,4%).

Tabel 5.1.9
Distribusi Responden Menurut Jumlah Anak

| Jumlah Anak | Jumlah | Persentase |
|--------------|------------|------------|
| Sedikit | 104 | 58,8 |
| Banyak | 73 | 41,2 |
| TOTAL | 177 | 100 |

Hasil pada Tabel 5.1.9, menunjukkan distribusi frekwensi responden menurut jumlah anak, dimana responden yang memiliki sedikit anak (58,8%), lebih banyak dibanding responden yang memiliki banyak anak (24%).

Tabel 5.1.10
Distribusi Responden Menurut Pelatihan

| Pelatihan | Jumlah | Persentase |
|--------------|------------|------------|
| Tidak Pernah | 20 | 11,3 |
| Pernah | 157 | 88,7 |
| TOTAL | 177 | 100 |

Distribusi frekuensi pelatihan Responden pada tabel 5.1.10, terlihat bahwa responden yang tidak pernah mengikuti pelatihan (11,3%) lebih sedikit dibandingkan dengan yang pernah mengikuti pelatihan (88,7%).

Tabel 5.1.11
Distribusi Responden Menurut Pembinaan

| Pembinaan | Jumlah | Persentase |
|--------------|------------|------------|
| Tidak Pernah | 59 | 33,3 |
| Pernah | 118 | 66,7 |
| TOTAL | 177 | 100 |

Hasil pada tabel 5.1.1, mengenai Distribusi frekuensi pembinaan Responden menunjukkan responden yang tidak pernah menerima pembinaan (33,3%), lebih sedikit dibanding responden yang pernah menerima pembinaan (66,7%).

Tabel 5.1.12
Distribusi Responden Menurut Penghargaan

| Penghargaan | Jumlah | Persentase |
|--------------|------------|------------|
| Tidak Pernah | 156 | 88,1 |
| Pernah | 21 | 11,9 |
| TOTAL | 177 | 100 |

Penerimaan penghargaan pada kader dapat dilihat pada tabel 5.1.12, dimana responden yang tidak pernah menerima penghargaan (88,1%) lebih banyak dibanding responden yang pernah menerima penghargaan (11,9%).

Tabel 5.1.13
Distribusi Responden Menurut Dukungan Masyarakat

| Dukungan Masyarakat | Jumlah | Persentase |
|---------------------|------------|------------|
| Kurang Mendukung | 29 | 16,4 |
| Mendukung | 148 | 83,6 |
| TOTAL | 177 | 100 |

Dukungan masyarakat terhadap Responden pada tabel 5.1.13, terlihat bahwa responden yang kurang mendapat dukungan dari masyarakat (16,4%) lebih sedikit dibanding responden yang mendapat dukungan dari masyarakat (83,6%).

Tabel 5.1.14
Distribusi Responden Menurut Fasilitas Kesehatan

| Fasilitas Kesehatan | Jumlah | Persentase |
|---------------------|------------|------------|
| Tidak ada | 66 | 37,3 |
| Ada | 111 | 62,7 |
| TOTAL | 177 | 100 |

Pada tabel 5.1.14, terlihat Distribusi frekuensi fasilitas kesehatan, dimana responden yang di wilayahnya tidak ada fasilitas kesehatan (37,3%) lebih sedikit dibanding responden yang di wilayahnya ada fasilitas kesehatan (62,7%).

Tabel 5.1.15
Distribusi Responden Menurut Informasi Kesehatan

| Informasi Kesehatan | Jumlah | Persentase |
|---------------------|------------|------------|
| Tidak Ada | 10 | 5,6 |
| Ada | 167 | 94,4 |
| TOTAL | 177 | 100 |

Penerimaan Informasi kesehatan oleh responden terlihat pada tabel 5.1.15, dimana responden yang tidak mendapat informasi kesehatan (5,6%) lebih sedikit dibanding responden yang mendapat informasi kesehatan (94,4%).

Tabel 5.1.16
Distribusi Responden Menurut Situasi Untuk Bertindak

| Situasi | Jumlah | Persentase |
|--------------|------------|------------|
| Tidak | 19 | 10,7 |
| Ya | 158 | 89,3 |
| TOTAL | 177 | 100 |

Distribusi frekuensi situasi untuk bertindak pada tabel 5.1.16, menunjukkan bahwa responden yang tidak didukung oleh situasi dalam bertindak (10,7%) lebih sedikit dibanding responden yang mendapat dukungan oleh situasi untuk bertindak (89,3%).

Tabel 5.1.17
Distribusi Responden Menurut Keaktifan Kader RW Siaga

| Keaktifan | Jumlah | Persentase |
|--------------|------------|------------|
| Tidak Aktif | 39 | 22 |
| Aktif | 138 | 78 |
| TOTAL | 177 | 100 |

Distribusi frekuensi keaktifan kader RW siaga pada tabel 5.1.17, terlihat bahwa responden yang tidak aktif (22%) lebih sedikit dibanding responden yang aktif (78%).

5.2.2. ANALISIS BIVARIAT

Hasil analisa ini dimaksudkan untuk melihat hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen. Kemaknaan hubungan antar variabel tersebut diuji secara statistik (χ^2).

Tabel 5.2.1
Distribusi Responden Menurut Umur dengan Keaktifan Kader RW Siaga

| Umur | Keaktifan Kader | | | | Total | | OR (95 % CI) | P value |
|--------|-----------------|------|-------|------|-------|-----|------------------------|------------|
| | Tidak Aktif | | Aktif | | | | | |
| | n | % | n | % | n | % | | |
| Muda | 10 | 12,7 | 69 | 87,3 | 79 | 100 | 0,345 0,156 - 0,762 | 0,012 |
| Tua | 29 | 29,6 | 69 | 70,4 | 98 | 100 | | |
| Jumlah | 39 | 22 | 138 | 78 | 177 | 100 | | |

Dari analisis hubungan antara umur responden dengan keaktifan kader RW Siaga diketahui bahwa 69 (87,3%) responden yang berusia muda lebih aktif sebagai kader RW siaga. Sedangkan diantara responden yang berusia tua, ada 69 (70,4%) yang aktif sebagai kader RW Siaga. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,012$ menjelaskan adanya perbedaan keaktifan kader RW Siaga antara responden yang berusia muda dengan responden yang berusia tua (ada hubungan yang signifikan antara umur dengan keaktifan kader RW Siaga). Dari hasil analisis diperoleh pula nilai $OR = 0,345$, artinya responden yang berusia muda lebih aktif 0,3 kali dibandingkan dengan responden yang berusia tua.

Tabel 5.2.2
Distribusi Responden Menurut Jenis Kelamin dengan Keaktifan Kader RW Siaga

| Jenis Kelamin | Keaktifan Kader | | | | Total | | OR (95 % CI) | P value |
|---------------|-----------------|------|-------|------|-------|-----|-----------------|------------|
| | Tidak Aktif | | Aktif | | | | | |
| | n | % | n | % | n | % | | |
| Laki - laki | 9 | 24,3 | 28 | 75,7 | 37 | 100 | 1,179 | 0,877 |
| Perempuan | 30 | 21,4 | 110 | 78,6 | 140 | 100 | 0,502 - 2,765 | |
| Jumlah | 39 | 22 | 138 | 78 | 177 | 100 | | |

Dari analisis hubungan antara jenis kelamin responden dengan keaktifan kader RW Siaga, diketahui bahwa 28 (75,7%) responden yang berjenis kelamin laki – laki yang aktif sebagai kader RW siaga. Sedangkan diantara responden yang berjenis kelamin perempuan, ada 110 (78,6%) yang aktif sebagai kader RW Siaga. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,877$ maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan keaktifan kader RW Siaga antara responden yang berjenis kelamin laki – laki dengan responden yang berjenis kelamin perempuan (tidak ada hubungan bermakna/signifikan antara jenis kelamin dengan keaktifan kader RW Siaga).

Tabel 5.2.3
Distribusi Responden Menurut Pendidikan dengan Keaktifan Kader RW Siaga

| Pendidikan | Keaktifan Kader | | | | Total | | OR | P value |
|------------|-----------------|------|-------|------|-------|-----|-------|------------|
| | Tidak Aktif | | Aktif | | | | | |
| | n | % | n | % | n | % | | |
| SD | 11 | 18,3 | 49 | 81,7 | 60 | 100 | | |
| SMP | 11 | 30,6 | 25 | 69,4 | 36 | 100 | 0,510 | 0,172 |
| SMA/PT | 17 | 21 | 64 | 79 | 81 | 100 | 0,845 | 0,696 |
| Jumlah | 39 | 22 | 138 | 78 | 177 | 100 | | |

Berdasarkan analisis hubungan antara pendidikan responden dengan keaktifan kader RW Siaga diperoleh bahwa ada sebanyak 49 (81,7%) responden yang berpendidikan SD aktif sebagai kader RW Siaga, responden yang berpendidikan SMP, ada 25 (69,4%) yang aktif sebagai kader RW Siaga dan responden yang berpendidikan SMA/PT ada 64 (79%) yang menjadi kader aktif RW Siaga. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p_1 = 0,172$ dan $p_2 = 0,696$ maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan keaktifan kader RW Siaga antara responden

yang berpendidikan SD, SMP dan SMA/PT (tidak ada hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan keaktifan kader RW Siaga).

Tabel 5.2.4
Distribusi Responden Menurut Status Perkawinan dengan Keaktifan Kader RW Siaga

| Status Perkawinan | Keaktifan Kader | | | | Total | | OR | P value |
|-------------------|-----------------|------|-------|------|-------|-----|------------|----------------|
| | Tidak Aktif | | Aktif | | | | | |
| | n | % | n | % | n | % | | |
| Belum Menikah | 1 | 16,7 | 5 | 83,3 | 6 | 100 | 0,689 ~ | 0,738 0,999 |
| Menikah | 38 | 22,5 | 131 | 77,5 | 169 | 100 | | |
| Bercerai | 0 | 0 | 2 | 100 | 2 | 100 | | |
| Jumlah | 39 | 22 | 138 | 78 | 177 | 100 | | |

Hasil analisis hubungan antara status perkawinan responden dengan keaktifan kader RW Siaga diperoleh bahwa ada sebanyak 5 (83,3%) responden yang status perkawinan belum menikah aktif sebagai kader RW Siaga, responden yang berstatus perkawinan menikah, ada 131 (77,5%) yang aktif sebagai kader RW Siaga dan responden yang status perkawinan bercerai ada 2 (100%) yang menjadi kader aktif RW Siaga. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p_1 = 0,738$ dan $p_2 = 0,999$ maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan keaktifan kader RW Siaga antara responden yang berstatus perkawinan belum menikah, menikah dan bercerai (tidak ada hubungan yang bermakna/signifikan antara status perkawinan dengan keaktifan kader RW Siaga).

Tabel 5.2.5
Distribusi Responden Menurut Pengetahuan dengan Keaktifan Kader RW Siaga

| Pengetahuan | Keaktifan Kader | | | | Total | | OR (95 % CI) | P value |
|-------------|-----------------|------|-------|------|-------|-----|------------------------|---------|
| | Tidak Aktif | | Aktif | | | | | |
| | n | % | n | % | n | % | | |
| Rendah | 15 | 20 | 60 | 80 | 75 | 100 | 0,813 0,392 - 1,682 | 0,707 |
| Tinggi | 24 | 23,5 | 78 | 76,5 | 102 | 100 | | |
| Jumlah | 39 | 22 | 138 | 78 | 177 | 100 | | |

Dari analisis hubungan antara pengetahuan responden dengan keaktifan kader RW Siaga diketahui sebanyak 60 (80%) responden yang berpengetahuan

rendah yang aktif sebagai kader RW siaga. Sedangkan diantara responden yang berpengetahuan tinggi, ada 78 (76,5%) yang aktif sebagai kader RW Siaga. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,707$ maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan keaktifan kader RW Siaga antara responden yang berpengetahuan rendah dengan responden yang berpengetahuan tinggi (tidak ada hubungan yang signifikan/bermakna antara pengetahuan dengan keaktifan kader RW Siaga).

Tabel 5.2.6
Distribusi Responden Menurut Sikap dengan Keaktifan Kader RW Siaga

| Sikap | Keaktifan Kader | | | | Total | | OR (95 % CI) | P value |
|---------|-----------------|------|-------|------|-------|-----|-----------------|------------|
| | Tidak Aktif | | Aktif | | | | | |
| | n | % | n | % | n | % | | |
| Negatif | 21 | 22,8 | 71 | 77,2 | 92 | 100 | 1,101 | 0,934 |
| Positif | 18 | 21,2 | 67 | 78,8 | 85 | 100 | 0,540 - 2,245 | |
| Jumlah | 39 | 22 | 138 | 78 | 177 | 100 | | |

Dari analisis hubungan antara sikap responden dengan keaktifan kader RW Siaga diperoleh bahwa ada sebanyak 71 (77,2%) responden yang bersikap negatif yang aktif sebagai kader RW siaga. Sedangkan diantara responden yang bersikap positif, ada 67 (78,8%) yang aktif sebagai kader RW Siaga. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,934$ maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan keaktifan kader RW Siaga antara responden yang bersikap negatif dengan responden yang bersifat positif (tidak ada hubungan yang signifikan/bermakna antara sikap dengan keaktifan kader RW Siaga).

Tabel 5.2.7
Distribusi Responden Menurut Motif dengan Keaktifan Kader RW Siaga

| Motif | Keaktifan Kader | | | | Total | | OR (95 % CI) | P value |
|--------|-----------------|------|-------|------|-------|-----|-----------------|------------|
| | Tidak Aktif | | Aktif | | | | | |
| | n | % | n | % | n | % | | |
| Rendah | 27 | 24,3 | 84 | 75,7 | 111 | 100 | 1,446 | 0,444 |
| Tinggi | 12 | 18,2 | 54 | 81,8 | 66 | 100 | 0,676 - 3,096 | |
| Jumlah | 39 | 22 | 138 | 78 | 177 | 100 | | |

Berdasarkan analisis hubungan antara motif responden dengan keaktifan kader RW Siaga disimpulkan, sebanyak 84 (75,7%) responden yang memiliki motif rendah lebih aktif sebagai kader RW siaga. Sedangkan diantara responden yang bermotif tinggi, ada 54 (81,8%) yang aktif sebagai kader RW Siaga. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,444$ maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan keaktifan kader RW Siaga antara responden yang bermotif rendah dengan responden yang bermotif tinggi (tidak ada hubungan yang signifikan antara motif dengan keaktifan kader RW Siaga).

Tabel 5.2.8
Distribusi Responden Menurut Status Pekerjaan dengan Keaktifan Kader RW Siaga

| Status Pekerjaan | Keaktifan Kader | | | | Total | | OR | P |
|------------------|-----------------|------|-------|------|-------|-----|---------------|-------|
| | Tidak Aktif | | Aktif | | n | % | (95 % CI) | value |
| | n | % | n | % | | | | |
| Tidak Bekerja | 28 | 22,4 | 97 | 77,6 | 125 | 100 | 1,076 | 1,000 |
| Bekerja | 11 | 21,2 | 41 | 78,8 | 52 | 100 | 0,490 - 2,364 | |
| Jumlah | 39 | 22 | 138 | 78 | 177 | 100 | | |

Hasil analisis hubungan antara status pekerjaan responden dengan keaktifan kader RW Siaga diperoleh bahwa ada sebanyak 97 (77,6%) responden yang tidak bekerja lebih aktif sebagai kader RW siaga. Sedangkan diantara responden yang bekerja, ada 41 (78,8%) yang aktif sebagai kader RW Siaga. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 1,000$ maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan keaktifan kader RW Siaga antara responden yang tidak bekerja dengan responden yang bekerja (tidak ada hubungan yang signifikan antara status pekerjaan dengan keaktifan kader RW Siaga).

Tabel 5.2.9

Distribusi Responden Menurut Jumlah Anak dengan Keaktifan Kader RW Siaga

| Jumlah Anak | Keaktifan Kader | | | | Total | | OR (95 % CI) | P value |
|-------------|-----------------|------|-------|------|-------|-----|-----------------|------------|
| | Tidak Aktif | | Aktif | | | | | |
| | n | % | n | % | n | % | | |
| Sedikit | 20 | 19,2 | 84 | 80,8 | 104 | 100 | 0,677 | 0,374 |
| Banyak | 19 | 26 | 54 | 74 | 73 | 100 | 0,331 - 1,383 | |
| Jumlah | 39 | 22 | 138 | 78 | 177 | 100 | | |

Dari analisis hubungan antara jumlah anak responden dengan keaktifan kader RW Siaga diperoleh bahwa ada sebanyak 84 (80,8%) responden yang jumlah anak sedikit lebih aktif sebagai kader RW siaga. Sedangkan diantara responden yang jumlah anak banyak, ada 54 (74%) yang aktif sebagai kader RW Siaga. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,374$ maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan keaktifan kader RW Siaga antara responden yang memiliki jumlah anak sedikit dengan responden yang memiliki jumlah anak banyak (tidak ada hubungan yang signifikan antara jumlah anak dengan keaktifan kader RW Siaga).

Tabel 5.2.10

Distribusi Responden Menurut Pelatihan dengan Keaktifan Kader RW Siaga

| Pelatihan | Keaktifan Kader | | | | Total | | OR (95 % CI) | P value |
|--------------|-----------------|------|-------|------|-------|-----|-----------------|------------|
| | Tidak Aktif | | Aktif | | | | | |
| | n | % | n | % | n | % | | |
| Tidak Pernah | 9 | 45 | 11 | 55 | 20 | 100 | 3,464 | 0,019 |
| Pernah | 30 | 19,1 | 127 | 80,9 | 157 | 100 | 1,317 - 9,109 | |
| Jumlah | 39 | 22 | 138 | 78 | 177 | 100 | | |

Berdasarkan hubungan antara pelatihan yang diterima oleh responden dengan keaktifan kader RW Siaga diperoleh 11 (55%) responden yang tidak pernah mendapatkan pelatihan aktif sebagai kader RW siaga. Sedangkan responden yang pernah mendapatkan pelatihan, ada 127 (80,9%) yang aktif sebagai kader RW Siaga. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,019$ maka dapat disimpulkan adanya perbedaan keaktifan kader RW Siaga antara responden yang tidak pernah mendapatkan pelatihan dengan responden yang pernah mendapatkan pelatihan RW Siaga (ada hubungan yang signifikan antara pelatihan dengan

Universitas Indonesia

keaktifan kader RW Siaga). Dari hasil analisis diperoleh pula nilai OR = 3,464, artinya responden yang pernah mendapatkan pelatihan berpeluang untuk meningkatkan keaktifan kader 3,464 kali dibandingkan dengan responden yang tidak pernah mendapatkan pelatihan RW Siaga.

Tabel 5.2.11

Distribusi Responden Menurut Pembinaan dengan Keaktifan Kader RW Siaga

| Pembinaan | Keaktifan Kader | | | | Total | | OR (95 % CI) | P value |
|--------------|-----------------|------|-------|------|-------|-----|------------------------|------------|
| | Tidak Aktif | | Aktif | | | | | |
| | n | % | n | % | n | % | | |
| Tidak Pernah | 28 | 47,5 | 31 | 52,5 | 59 | 100 | 8,786 3,932 - 19,63 | 0,000 |
| Pernah | 11 | 9,3 | 107 | 90,7 | 118 | 100 | | |
| Jumlah | 39 | 22 | 138 | 78 | 177 | 100 | | |

Hasil analisis hubungan antara pembinaan responden dengan keaktifan kader RW Siaga diperoleh bahwa ada sebanyak 31 (52,5%) responden yang tidak pernah menerima pembinaan aktif sebagai kader RW siaga. Sedangkan diantara responden yang pernah menerima pembinaan, ada 107 (90,7%) yang aktif sebagai kader RW Siaga. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,000$ maka dapat disimpulkan adanya perbedaan keaktifan kader RW Siaga antara responden yang tidak pernah menerima pembinaan dengan responden yang pernah menerima pembinaan (ada hubungan yang signifikan antara pembinaan dengan keaktifan kader RW Siaga). Dari hasil analisis diperoleh pula nilai OR = 8,786, artinya responden yang pernah menerima pembinaan berpeluang untuk meningkatkan keaktifan kader 8,786 kali dibandingkan dengan responden yang tidak pernah menerima pembinaan.

Tabel 5.2.12

Distribusi Responden Menurut Penghargaan dengan Keaktifan Kader RW Siaga

| Penghargaan | Keaktifan Kader | | | | Total | | OR (95 % CI) | P value |
|--------------|-----------------|----|-------|-----|-------|-----|-----------------|------------|
| | Tidak Aktif | | Aktif | | | | | |
| | n | % | n | % | n | % | | |
| Tidak Pernah | 39 | 25 | 117 | 75 | 156 | 100 | ~ | 0,021 |
| Pernah | 0 | 0 | 21 | 100 | 21 | 100 | | |
| Jumlah | 39 | 22 | 138 | 78 | 177 | 100 | | |

Berdasarkan analisis hubungan antara penghargaan yang diterima responden dengan keaktifan kader RW Siaga didapatkan 117 (75 %) responden yang tidak pernah mendapatkan penghargaan lebih aktif sebagai kader RW siaga. Sedangkan diantara responden yang pernah mendapatkan penghargaan, ada 21 (100%) yang aktif sebagai kader RW Siaga. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,021$ maka dapat disimpulkan adanya perbedaan keaktifan kader RW Siaga antara responden yang tidak pernah mendapatkan penghargaan dengan responden yang pernah menerima penghargaan (ada hubungan yang signifikan antara Penghargaan dengan keaktifan kader RW Siaga). Dari hasil analisis diperoleh nilai $OR = \sim$, artinya tidak dapat diketahui Odds Ratio antara responden yang tidak pernah mendapatkan penghargaan dengan yang pernah menerima penghargaan hal ini disebabkan karena ada satu sel yang memiliki nilai 0 (nol).

Tabel 5.2.13

Distribusi Responden Menurut Dukungan Masyarakat dengan Keaktifan Kader RW Siaga

| Dukungan Masyarakat | Keaktifan Kader | | | | Total | | OR (95 % CI) | P value |
|---------------------|-----------------|------|-------|------|-------|-----|-------------------------|------------|
| | Tidak Aktif | | Aktif | | | | | |
| | n | % | n | % | n | % | | |
| Kurang Mendukung | 22 | 75,9 | 2 | 24,1 | 29 | 100 | 24,218 9,005 - 65,13 | 0,000 |
| Mendukung | 17 | 11,5 | 131 | 88,5 | 148 | 100 | | |
| Jumlah | 39 | 22 | 138 | 78 | 177 | 100 | | |

Hasil analisis hubungan antara dukungan masyarakat terhadap responden dengan keaktifan kader RW Siaga diperoleh 2 (24,1%) responden yang kurang mendapatkan dukungan masyarakat aktif sebagai kader RW siaga. Sedangkan ada

Universitas Indonesia

131 (88,5%) diantara responden yang mendapatkan dukungan dari masyarakat, yang aktif sebagai kader RW Siaga. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,000$ maka dapat disimpulkan adanya perbedaan keaktifan kader RW Siaga antara responden yang kurang mendapatkan dukungan masyarakat dengan responden yang mendapatkan dukungan dari masyarakat (ada hubungan yang signifikan antara dukungan masyarakat dengan keaktifan kader RW Siaga). Dari hasil analisis diperoleh pula nilai $OR = 24,218$, artinya responden yang menerima dukungan dari masyarakat berpeluang untuk meningkatkan keaktifan kader 24,2 kali dibandingkan dengan responden yang kurang mendapatkan dukungan dari masyarakat.

Tabel 5.2.14

Distribusi Responden Menurut Fasilitas Kesehatan dengan Keaktifan Kader RW Siaga

| Fasilitas | Keaktifan Kader | | | | Total | | OR (95 % CI) | P value |
|-----------|-----------------|------|-------|------|-------|-----|------------------------|------------|
| | Tidak Aktif | | Aktif | | | | | |
| | n | % | n | % | n | % | | |
| Tidak Ada | 29 | 43,9 | 37 | 56,1 | 66 | 100 | 7,916 3,516 - 17,82 | 0,000 |
| Ada | 10 | 9 | 101 | 91 | 111 | 100 | | |
| Jumlah | 39 | 22 | 138 | 78 | 177 | 100 | | |

Hasil analisis hubungan antara fasilitas kesehatan dengan keaktifan kader RW Siaga diperoleh bahwa ada sebanyak 37 (56,1%) responden yang tidak ada fasilitas kesehatan aktif sebagai kader RW siaga. Sedangkan diantara responden yang ada fasilitas kesehatan, ada 101 (91%) yang aktif sebagai kader RW Siaga. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,000$ maka dapat disimpulkan adanya perbedaan keaktifan kader RW Siaga antara responden yang tidak ada fasilitas kesehatan dengan responden yang ada fasilitas kesehatan (ada hubungan yang signifikan antara fasilitas kesehatan dengan keaktifan kader RW Siaga). Dari hasil analisis diperoleh pula nilai $OR = 7,916$, artinya responden yang ada fasilitas kesehatan berpeluang untuk meningkatkan keaktifan kader 7,9 kali dibandingkan dengan responden yang tidak ada fasilitas kesehatan.

Tabel 5.2.15
Distribusi Responden Menurut Informasi dengan Keaktifan Kader RW Siaga

| Informasi | Keaktifan Kader | | | | Total | | OR (95 % CI) | P value |
|-----------|-----------------|------|-------|------|-------|-----|-----------------|------------|
| | Tidak Aktif | | Aktif | | | | | |
| | n | % | n | % | n | % | | |
| Tidak Ada | 5 | 50 | 5 | 50 | 10 | 100 | 3,912 | 0,071 |
| Ada | 34 | 20,4 | 133 | 79,6 | 167 | 100 | 1,071 - 14,29 | |
| Jumlah | 39 | 22 | 138 | 78 | 177 | 100 | | |

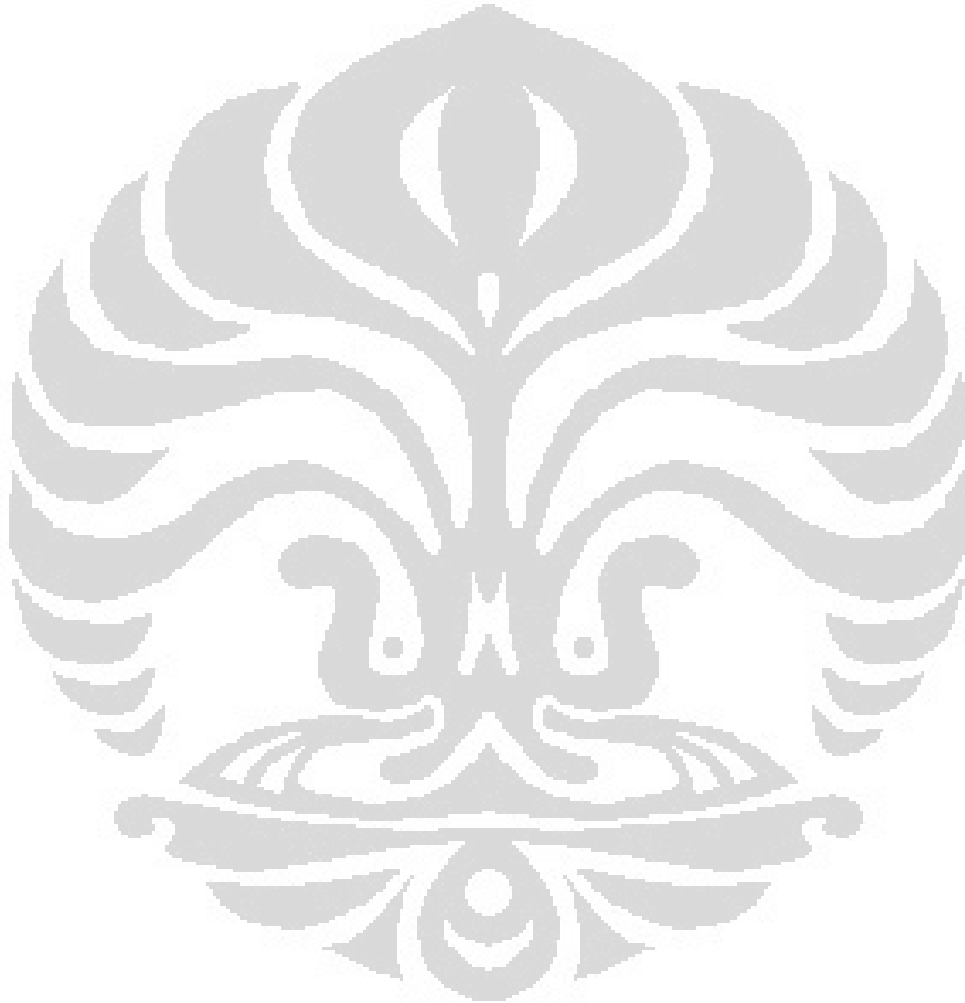
Dari hasil analisis hubungan antara informasi kesehatan dengan keaktifan kader RW Siaga diperoleh bahwa ada sebanyak 5 (50%) responden yang tidak pernah memperoleh informasi kesehatan aktif sebagai kader RW siaga. Sedangkan diantara responden yang selalu menerima informasi kesehatan, ada 133 (79,6%) yang aktif sebagai kader RW Siaga. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,071$ maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan keaktifan kader RW Siaga antara responden yang tidak pernah memperoleh informasi kesehatan dengan responden yang selalu menerima informasi kesehatan (tidak ada hubungan yang signifikan antara informasi dengan keaktifan kader RW Siaga).

Tabel 5.2.16
Distribusi Responden Menurut Situasi Untuk Bertindak dengan Keaktifan Kader RW Siaga

| Situasi | Keaktifan Kader | | | | Total | | OR (95 % CI) | P value |
|---------|-----------------|------|-------|------|-------|-----|-----------------|------------|
| | Tidak Aktif | | Aktif | | | | | |
| | n | % | n | % | n | % | | |
| Tidak | 9 | 47,4 | 10 | 52,6 | 19 | 100 | 3,840 | 0,012 |
| Ya | 30 | 19 | 128 | 81 | 158 | 100 | 1,435 - 10,27 | |
| Jumlah | 39 | 22 | 138 | 78 | 177 | 100 | | |

Hasil analisis hubungan antara situasi untuk bertindak dengan keaktifan kader RW Siaga diperoleh bahwa ada sebanyak 10 (52,6%) responden yang tidak didukung oleh situasi untuk bertindak aktif sebagai kader RW siaga. Sedangkan diantara responden yang didukung situasi untuk bertindak lebih aktif, karena ada 128 (81%) yang aktif sebagai kader RW Siaga. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,012$ maka dapat disimpulkan adanya perbedaan keaktifan kader RW Siaga antara responden yang tidak didukung oleh situasi dengan responden yang

didukung oleh situasi (ada hubungan yang signifikan antara situasi untuk bertindak dengan keaktifan kader RW Siaga). Dari hasil analisis diperoleh pula nilai OR = 3,840, artinya responden yang didukung oleh situasi untuk bertindak berpeluang untuk meningkatkan keaktifan kader 3,8 kali dibandingkan dengan responden yang tidak mendapat dukungan situasi untuk bertindak.



BAB VI

PEMBAHASAN

6.1.Keterbatasan Penelitian

6.1.1 Variabel dan sampel penelitian

Penelitian ini dilakukan dengan tujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang diperkirakan mempengaruhi keaktifan dari kader yang ada di RW Siaga. Bila ditinjau dari kerangka konsep yang telah dibahas sebelumnya dan di dasari pertimbangan kepentingan penelitian di lapangan, validitas pengukuran dan keterbatasan kemampuan, maka tidak semua komponen yang ada pada variabel pada teori tersebut diteliti pada penelitian ini. Dari Variabel internal individu diangkat mengenai demografis meliputi umur, jenis kelamin, pendidikan, status pernikahan, pengetahuan, sikap, motif, pekerjaan dan jumlah anak. Faktor external terdiri dari pelatihan, pembinaan, penghargaan, dukungan masyarakat, fasilitas, situasi yang mendukung dan informasi.

Populasi dari penelitian ini yaitu seluruh kader yang ada di seluruh RW Siaga di Kecamatan Jatisampurna yang tercatat pada Puskesmas kecamatan sebanyak 321 kader Rw siaga, yang tersebar di 59 Rukun Warga, di kecamatan Jatisampurna.

Mekanisme pengambilan sampel penelitian, adalah menggunakan estimasi proposi dengan proposi terbatas dengan tehnik sampel secara kelompok atau gugus (cluster sampling). Penarikan sampel diambil pada tiap-tiap RW dengan beberapa pertimbangan, yaitu kader tersebut bersedia menjadi responden, diusahakan ada variasi dari jenis kelamin, terdapat variasi umur dan terdapat variasi dari status pekerjaan, tentunya dengan harapan sampel ini dapat mewakili populasi yang dijadikan target penelitian, namun data yang ada belum spesifik mencantumkan hal tersebut.

Keterbatasan lain juga terdapat pada kuisioner yang di buat, karena belum mampu untuk mengukur ataupun menilai secara keseluruhan variabel yang berhubungan dengan keaktifan kader, dalam melaksanakan kegiatan yang ada di

RW Siaga. Penyebaran beberapa kuisisioner, juga dilakukan dengan bantuan para kader di masing-masing RW, karena sulitnya untuk bertemu langsung dengan beberapa kader yang akan menjadi responden tersebut sehingga kuisisioner harus dititipkan. Selain itu, penelitian ini juga masih bersifat deskriptif, sehingga belum dapat di analisis sebab dan akibat, karena hanya dapat melihat hubungan kemaknaan antara variabel dependen dan variabel independen.

6.1.2 Validitas Data penelitian

Beberapa hal yang dapat mempengaruhi keakuratan data, antara lain berkaitan dengan uji validitas dari kuisisioner dimana tidak semua variabel independent teruji valid sehingga harus dilakukan beberapa perubahan. Uji validitas dilakukan pada Rukun Warga Siaga yang berada di kecamatan Beji, kelurahan Pondok Cina Depok. Daerah tersebut terpilih karena memiliki karakteristik yang hampir sama dengan tempat penelitian. Hal lain yang berkaitan dengan validitas yaitu bentuk pertanyaan di kuisisioner, yang mempertanyakan sikap idealisme, objek yang di teliti, sehingga butuh kejujuran dalam mengisinya. Selain itu juga terdapat pengisian kuisisioner yang dilakukan secara bersamaan, sehingga kemungkinan ada kecenderungan saling mempengaruhi ataupun terpengaruh oleh jawaban orang lain.

6.2. Hasil Penelitian

6.2.1. Analisis Univariat

Sesuai dengan tujuannya, pada analisa univariat diketahui gambaran distribusi frekwensi terhadap variabel-variabel yang diteliti. Dari hasil penelitian yang di uraikan pada bab sebelumnya diketahui bahwa distribusi frekuensi keaktifan kader RW siaga digambarkan kader yang tidak aktif (22%), dimana lebih kecil dibanding kader yang aktif (78%). Namun ada beberapa variabel yang hasil analisisnya tidak sesuai dengan harapan seperti variabel sikap negatif (52%) lebih besar dibanding responden yang memiliki sikap positif (48%), dan kader yang motifnya rendah (62,7%) lebih besar dibanding responden yang memiliki motif tinggi (5,4%). Maka hendaknya angka tersebut tidak membuat kita merasa puas, melainkan terus berupaya meningkatkan kepedulian dan dukungan kita

terhadap peran serta para kader RW Siaga untuk terus aktif menjalankan kegiatannya. Peran aktif para kader ini dibutuhkan, mengingat pada bahasan sebelumnya bahwa kader kesehatan merupakan sosok yang menarik di tengah masyarakat, karena berasal dari masyarakat setempat, sehingga membuat kader menjadi begitu dekat dengan masyarakat. Kondisi ini memungkinkan mudahnya alih pengetahuan dan olah keterampilan mengenai kesehatan. Kedekatan kader dengan petugas kesehatan juga menjadikan kader kesehatan sebagai penghubung yang baik antara petugas kesehatan dengan masyarakat. Karena bila ditinjau dari variabel tingkat pendidikan para kader terlihat kader dengan tingkat pendidikan SMA ataupun Perguruan Tinggi memiliki presentase tertinggi yaitu 45,8%.

Hasil analisis variabel umur menunjukkan bahwa presentase kader dengan umur muda (44,6%) lebih kecil, dibanding responden yang memiliki umur yang lebih tua (55,4%) hal ini di mungkinkan bila dihubungkan dengan hasil analisis variabel status pekerjaan, dimana warga dengan usia yang relatif muda, diperkirakan sibuk bekerja hal ini terlihat pada presentase kader yang tidak bekerja (70,6%) lebih besar dibanding responden yang status pekerjaannya bekerja (29,4%). Kondisi ini dapat juga di dukung dengan hasil analisis dari variabel jenis kelamin yang di dominasi oleh kaum wanita yang diparkirkan tidak memiliki pekerjaan tetap di luar rumah dan merupakan ibu rumah tangga, karena hampir seluruh kader memiliki status perkawinan menikah (95,5%).

Hasil analisis variabel umur, pendidikan, pengetahuan, sikap dan jumlah anak distribusinya menunjukkan presentase yang tidak jauh berbeda, sedangkan hasil analisis variabel yang lain, meliputi variabel jenis kelamin, status perkawinan, motif/latar belakang, status pekerjaan, pelatihan, pembinaan, penghargaan, dukungan masyarakat, fasilitas kesehatan, informasi kesehatan, dan situasi untuk bertindak distribusinya menunjukkan kesenjangan atau perbedaan yang cukup jauh.

6.2.2. Analisis Bivariat

Hasil analisis bivariat dalam penelitian ini diharapkan dapat menunjukkan apakah ada hubungan yang signifikan atau bermakna antara variabel independen dan dependen yang sebelumnya telah di gambarkan dalam kerangka konsep.

6.2.2.1. Hubungan antara Umur dengan Keaktifan Kader RW Siaga

Berdasarkan analisis hubungan antara umur responden dengan keaktifan kader RW Siaga diketahui sebanyak 69 (87,3%) responden yang berusia muda lebih aktif sebagai kader RW siaga. Sedangkan pada responden yang berusia tua, ada 69 (70,4%) yang aktif sebagai kader RW Siaga. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,012$ dimana $< 0,05$, yang membuktikan secara statistik ada perbedaan proporsi keaktifan kader RW Siaga antara responden yang berusia muda dengan responden yang berusia tua (ada hubungan yang signifikan antara umur dengan keaktifan kader RW Siaga).

Hasil serupa juga ditemukan pada penelitian yang dilakukan Bangsawan (2001), mengenai faktor yang berhubungan dengan keaktifan kader posyandu di wilayah kecamatan Teluk Betung Barat kota Bandar Lampung.

Hal ini menunjukkan pada usia yang relatif muda seorang kader masih produktif baik dari segi fisik dan mental yang berpengaruh pada kemampuan dan keterampilan yang dimilikinya. Sesuai dengan teori yang dikemukakan Gibson (1985), bahwa umur yang merupakan bagian dari demografis individu memiliki keterkaitan dengan variabel individu dalam hal mempengaruhi perilaku kerjanya yang pada akhirnya akan mempengaruhi keaktifannya dalam bekerja

6.2.2.2. Hubungan antara Jenis Kelamin dengan Keaktifan Kader RW Siaga

Dari hasil penelitian didapatkan hasil analisis hubungan antara jenis kelamin responden dengan keaktifan kader RW Siaga diperoleh, sebanyak 28 (75,7%) responden yang berjenis kelamin laki – laki aktif sebagai kader RW siaga. Sedangkan diantara responden yang berjenis kelamin perempuan, ada 110 (78,6%) yang aktif sebagai kader RW Siaga. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,877$ dimana $p \text{ value} > 0,05$ maka disimpulkan tidak ada perbedaan proporsi keaktifan kader RW Siaga antara responden yang berjenis kelamin laki – laki

dengan responden yang berjenis kelamin perempuan (tidak ada hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dengan keaktifan kader RW Siaga).

Ini artinya baik kader laki-laki ataupun perempuan tidak menunjukkan perbedaan dalam keaktifannya sebagai kader RW Siaga di masyarakat, walaupun secara teori yang diungkapkan Gibson (1985) jenis kelamin masuk dalam variabel demografis yang dapat mempengaruhi kinerja individu.

Kader wanita lebih banyak jumlahnya dan tampak lebih aktif, karena banyaknya kader RW Siaga juga sekaligus merangkap kader Posyandu, yang sebagian besarnya merupakan ibu-ibu rumah tangga yang memiliki waktu luang. Sedangkan kader pria merupakan wiraswastawan yang tetap dapat aktif membagi waktu sebagai kader walaupun memiliki waktu luang sebagai kepala keluarga.

6.2.2.3. Hubungan antara Pendidikan dengan Keaktifan Kader RW Siaga

Hubungan antara pendidikan responden dengan keaktifan kader RW Siaga diperoleh sebanyak 49 (81,7%) responden yang berpendidikan SD aktif sebagai kader RW Siaga, responden yang berpendidikan SMP ada 25 (69,4%) yang aktif sebagai kader RW Siaga dan responden yang berpendidikan SMA/PT ada 64 (79%) yang menjadi kader aktif RW Siaga. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p_1 = 0,172$ dan $p_2 = 0,696$ dimana nilai $p > 0,05$, maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan proporsi keaktifan kader RW Siaga antara responden yang berpendidikan SD, SMP dan SMA/PT atau dengan kata lain tidak ada hubungan yang signifikan antara pendidikan dengan keaktifan kader RW Siaga.

Hal ini menunjukkan bahwa semua tingkat pendidikan berpotensi untuk meningkatkan keaktifan kader, walaupun secara teori menurut Ilyas (1999) menguraikan bahwa efek pendidikan dan pelatihan berpengaruh pada produktivitas pekerja.

Hasil yang serupa di dapat dalam penelitian yang dilakukan oleh Fatmini (1998) mengenai Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Keaktifan Kader di Posyandu Kelurahan Kota Bambu Selatan, kecamatan Palmerah Kotamadya Jakarta Barat.

Hal ini juga dapat terjadi, karena kader merupakan tenaga sukarela yang di rekrut tidak berdasarkan atas tingkat pendidikan seseorang.

6.2.2.4. Hubungan antara Status Perkawinan dengan Keaktifan Kader RW

Siaga

Hasil uji statistik untuk hubungan antara status perkawinan responden dengan keaktifan kader RW Siaga menunjukkan nilai $p_1 = 0,738$ dan $p_2 = 0,999$ dimana nilai p value tersebut $> 0,05$, yang membuktikan tidak ada perbedaan proporsi keaktifan kader RW Siaga antara responden yang berstatus perkawinan belum menikah, menikah dan bercerai (tidak ada hubungan yang signifikan antara status perkawinan dengan keaktifan kader RW Siaga). Hasil analisa yang diperoleh menunjukkan 5 (83,3%) responden yang status perkawinan belum menikah aktif sebagai kader RW Siaga, responden yang status perkawinan bercerai ada 2 (100%), dan sebagian besar responden berstatus menikah, yaitu 131 (77,5%) yang aktif sebagai kader RW Siaga

Dari hasil analisis diperoleh pula nilai $OR_1 = 0,689$, artinya responden yang berstatus menikah dapat meningkatkan keaktifan kader RW Siaga 0,6 kali dibandingkan dengan responden yang berstatus belum menikah, $OR_2 = \sim$ artinya tidak dapat diketahui Odds Ratio antara status perkawinan bercerai dengan belum menikah hal ini disebabkan karena ada satu sel yang memiliki nilai 0 (nol)

6.2.2.5. Hubungan antara Pengetahuan dengan Keaktifan Kader RW Siaga

Tim kerja WHO (1984) juga menganalisis empat alasan pokok determinan dari perilaku, yang pertama yaitu pemikiran dan perasaan (*thoughts and feeling*) dalam bentuk pengetahuan, kepercayaan, sikap.

Diketahui dari hasil uji statistik hubungan antara pengetahuan responden dengan keaktifan kader RW Siaga, diperoleh nilai $p = 0,707$ atau $> 0,05$ sehingga dapat disimpulkan tidak ada perbedaan proporsi keaktifan kader RW Siaga antara responden yang berpengetahuan rendah dengan responden yang berpengetahuan tinggi, atau tidak ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan keaktifan kader RW Siaga. Dari hasil analisis sebanyak 60 (80%) responden yang berpengetahuan rendah aktif sebagai kader RW siaga. Sedangkan responden yang berpengetahuan tinggi, ada 78 (76,5%) yang aktif sebagai kader RW Siaga.

Hal ini dapat terjadi karena kader yang memiliki pengetahuan baik tinggi ataupun rendah dapat aktif dalam kegiatan karena sebagian besar sebagai ibu

rumah tangga dan tidak memiliki pekerjaan yang mengikat dari segi waktu, sehingga dengan ikut menjadi kader inilah mereka dapat menambah pengetahuan terutama mengenai kesehatan, yang bermanfaat baginya dan keluarga.

Penelitian serupa yang menunjukkan hasil berbeda, dilakukan oleh Bangsawan (2001) yang menemukan adanya hubungan bermakna antara pengetahuan dengan keaktifan kader, dimana kader yang berpengetahuan tinggi memiliki tingkat keaktifan yang lebih baik bila di bandingkan dengan kader yang berpengetahuan rendah.

6.2.2.6. Hubungan antara sikap dengan Keaktifan Kader RW Siaga

Hasil uji statistik mengenai hubungan antara sikap responden dengan keaktifan kader RW Siaga diperoleh nilai $p = 0,934$ atau $> 0,05$ maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan proporsi keaktifan kader RW Siaga antara responden yang bersikap negatif dengan responden yang bersifat positif (tidak ada hubungan yang signifikan antara sikap dengan keaktifan kader RW Siaga).

Selain itu di ketahui pula bahwa ada sebanyak 71 (77,2%) responden yang bersikap negatif lebih aktif sebagai kader RW siaga. Sedangkan responden yang bersikap positif, lebih rendah yaitu ada 67 (78,8%) yang aktif sebagai kader RW Siaga.

Dalam teorinya Gibson (1985) memasukkan sikap dalam variabel psikologis yang ikut mempengaruhi perilaku kerja seseorang, dimana variabel psikologis yang mencakup persepsi, kepribadian, sikap dan belajar tersebut dinyatakan Ilyas (1999) sangatlah kompleks dan sulit di ukur.

Hal ini dapat terjadi karena sikap masih belum merupakan suatu bentuk atau wujud suatu tindakan atau aktivitas akan tetapi masih merupakan predisposisi atau penyebab tindakan dari suatu perilaku, seperti dinyatakan Newcomb (1959) dan dikutip Notoatmodjo (2007), sehingga masih dapat dipengaruhi oleh faktor lain yang bisa jadi merupakan keterpaksaan atau sekedar mengikuti ajakan teman. Namun hasil penelitian ini dapat memberi harapan yang cerah untuk meningkatkan keaktifan kader, karena walaupun sikap negatif kader tersebut tinggi namun dapat tetap dapat aktif dalam kegiatan RW Siaga.

Penelitian yang dilakukan oleh Bangsawan (2001) mengenai Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Keaktifan Kader Posyandu di wilayah Kecamatan Teluk Betung Barat Kota Bandar Lampung, menunjukkan hasil yang berbeda mengenai hubungan antara sikap dan Keaktifan Kader, dimana ada perbedaan bermakna antara sikap dan keaktifan kader, dimana kader yang bersikap positif terhadap kegiatan-kegiatan posyandu lebih aktif dibandingkan kader yang bersikap negatif.

6.2.2.7. Hubungan antara Motif dengan Keaktifan Kader RW Siaga

Beberapa teori menjelaskan hubungan antara motivasi dengan kinerja, diantaranya Gibson (1985) yang memasukkan motivasi dalam variabel psikologis yang mempengaruhi perilaku termasuk keaktifan kader. Teori lain diungkapkan oleh Stoner (1981), dimana kinerja seseorang di pengaruhi, oleh motivasi, kemampuan dan faktor persepsi (Notoadmodjo, 2007).

Hasil uji statistik mengenai hubungan antara motif responden dengan keaktifan kader RW Siaga, diperoleh nilai $p = 0,444$, dimana $P \text{ value} > 0,05$ sehingga disimpulkan dari hasil penelitian, tidak ada perbedaan proporsi keaktifan kader RW Siaga antara responden yang bermotif rendah dengan responden yang bermotif tinggi (tidak ada hubungan yang signifikan antara motif dengan keaktifan kader RW Siaga).

Dari hasil penelitian didapatkan sebanyak 84 (75,7%) responden yang memiliki motif rendah lebih aktif sebagai kader RW siaga. Sedangkan diantara responden yang bermotif tinggi, ada 54 (81,8%) yang aktif sebagai kader RW Siaga.

Hal ini dapat disebabkan karena walaupun kader tersebut memiliki motif yang rendah, tetapi karena kader tersebut merupakan motor penggerak dari kegiatan di RW siaga, sehingga bagaimanapun dituntut untuk aktif sehingga motif yang rendah sekalipun tidak terlalu mempengaruhi keaktifan kader.

Penelitian dengan hasil serupa dijumpai juga pada hasil penelitian yang dilakukan Bangsawan(2001), mengenai hubungan motivasi dengan keaktifan kader Posyandu diWilayah Kecamatan Teluk Betung Barat kota Bandar

Lampung, yang disebabkan karena kader sebagai wakil dari masyarakat adalah motor penggerak dalam posyandu.

6.2.2.8. Hubungan antara Status Pekerjaan dengan Keaktifan Kader RW

Siaga

Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 1,000$ atau $> 0,05$ sehingga disimpulkan tidak ada perbedaan keaktifan kader RW Siaga antara responden yang tidak bekerja dengan responden yang bekerja atau tidak ada hubungan yang signifikan antara status pekerjaan dengan keaktifan kader RW Siaga.

Pada penelitian ini juga tampak 77,6 % responden yang tidak bekerja, aktif sebagai kader dan 78,8 % responden yang bekerja juga aktif sebagai kader, dimana presentase keaktifan kader tampak tidak dipengaruhi oleh pekerjaan.

Hal ini dapat terjadi karena kader yang tidak bekerja memiliki waktu yang luang untuk aktif sebagai kader, sedangkan yang memiliki pekerjaan merupakan wiraswastawan yang tidak terpengaruh oleh jam kerja yang mengikat, sehingga dapat tetap aktif sebagai kader.

Hasil yang sama pada penelitian serupa juga di temukan pada penelitian yang dilakukan Fatmini (1998) mengenai Faktor-faktor yang berhubungan dengan keaktifan kader di posyandu kelurahan Kota Bambu Selatan, Kecamatan Palmerah Jakarta Barat dimana responden yang bekerja ataupun tidak bekerja dapat memiliki tingkat keaktifan yang hampir sama.

6.2.2.9. Hubungan antara Jumlah Anak dengan Keaktifan Kader RW Siaga

Hasil analisis untuk hubungan antara jumlah anak responden dengan keaktifan kader RW Siaga diketahui 84 (80,8%) responden yang jumlah anak sedikit lebih aktif sebagai kader RW siaga. Sedangkan diantara responden yang jumlah anak banyak, ada 54 (74%) yang aktif sebagai kader RW Siaga.

Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,374$ maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan proporsi keaktifan kader RW Siaga antara responden yang memiliki jumlah anak sedikit dengan responden yang memiliki jumlah anak banyak (tidak ada hubungan yang signifikan antara jumlah anak dengan keaktifan kader RW Siaga).

Walaupun pada kenyataannya jumlah anak yang banyak pastinya menuntut tanggung jawab yang lebih dari orang tua dalam hal pengurusan dan pemenuhan kebutuhan sehari-harinya, baik moril maupun materil. Namun bila pemenuhan kebutuhan dapat dilakukan tanpa mengganggu keaktifan sebagai kader dan pembagian waktu dilakukan dengan baik maka jumlah anak tidak berpengaruh pada aktifitas kader.

Hal yang hampir serupa juga dijumpai pada penelitian yang dilakukan Fatmini (1998).

6.2.2.10. Hubungan antara Pelatihan dengan Keaktifan Kader RW Siaga

Menurut Pedoman Pelaksanaan dan Petunjuk Teknis Pelaksanaan RW Siaga (Satuan Pelaksana PPK-IPM Kota Bekasi, 2007), dalam mencapai tujuan pelaksanaan RW Siaga diatas perlu dilakukan pelatihan dan penyuluhan pada masyarakat, terutama kader RW Siaga, hal ini sesuai dengan hasil analisis dari penelitian ini yang membuktikan ada hubungan yang bermakna antara pelatihan dengan keaktifan kader RW Siaga.

Hasil uji statistik mengenai hubungan antara pelatihan dengan keaktifan diperoleh nilai $p = 0,019$ atau $p \text{ value} < \text{dari } 0,05$, sehingga disimpulkan ada perbedaan proporsi keaktifan kader RW Siaga antara responden yang tidak pernah mendapatkan pelatihan dengan responden yang pernah mendapatkan pelatihan RW Siaga atau ada hubungan yang signifikan antara pelatihan dengan keaktifan kader RW Siaga.

Berdasarkan hasil analisis juga di temukan 127 (80,9%) dari kader yang pernah ikut pelatihan aktif sebagai kader, atau sebagian besar kader yang pernah ikut pelatihan aktif sebagai kader. Begitu pula dengan pula nilai $OR = 3,464$, artinya responden yang pernah mendapatkan pelatihan berpeluang untuk meningkatkan keaktifan kader 3,464 kali dibandingkan dengan responden yang tidak pernah mendapatkan pelatihan RW Siaga.

Hasil analisis dari penelitian yang dilakukan Bangsawan (2001) juga membuktikan hal yang sama, bahwa ada hubungan bermakna antara pelatihan dengan keaktifan kader dalam kegiatannya di Posyandu.

Dari hasil penelitian ini tampak bahwa pelatihan sebagai investasi jangka pendek bagi para kader dalam pengembangan kemampuan intelektualnya penting untuk terus diadakan.

6.2.2.11. Hubungan antara Pembinaan dengan Keaktifan Kader RW Siaga

Hasil uji statistik mengenai hubungan antara pembinaan responden dengan keaktifan kader RW Siaga, diperoleh nilai $p = 0,000$ atau $p \text{ value} < 5$ yang artinya ada perbedaan keaktifan kader RW Siaga antara responden yang tidak pernah menerima pembinaan dengan responden yang pernah menerima pembinaan (ada hubungan yang signifikan antara pembinaan dengan keaktifan kader RW Siaga)

Hasil analisis juga menunjukkan 118 responden yang aktif sebagai kader, ada 107 (90,7%) pernah menerima pembinaan, dan sisanya 31 (52,5%) responden yang tidak pernah menerima pembinaan aktif sebagai kader RW siaga. Dari hasil analisis di ketahui responden yang pernah menerima pembinaan berpeluang untuk meningkatkan keaktifan kader 8,786 kali dibandingkan dengan responden yang tidak pernah menerima pembinaan.

Hal ini dinilai wajar mengingat pembinaan merupakan suatu sarana dalam meningkatkan pengetahuan maupun keterampilan kader, sehingga melalui pembinaan inilah diharapkan aktivitas dari kader tersebut juga dapat ditingkatkan.

6.2.2.12. Hubungan antara Penghargaan dengan Keaktifan Kader RW Siaga

Hasil uji statistik mengenai hubungan antara penghargaan yang diterima responden dengan keaktifan kader RW Siaga diperoleh nilai $p = 0,021$ maka dapat disimpulkan ada perbedaan proporsi keaktifan kader RW Siaga antara responden yang tidak pernah mendapatkan penghargaan dengan responden yang pernah menerima penghargaan (ada hubungan yang signifikan antara Penghargaan dengan keaktifan kader RW Siaga). Selain itu juga diperoleh hasil 117 (75 %) responden yang tidak pernah mendapatkan penghargaan lebih aktif sebagai kader RW siaga. Sedangkan diantara responden yang pernah mendapatkan penghargaan, ada 21 (100%) yang aktif sebagai kader RW Siaga.

Sebagai manusia, bila ditinjau dari tingkatan kebutuhan yang disusun oleh Abraham Maslow (1954), kader juga membutuhkan penghargaan untuk memotivasi keaktifannya.

Penelitian yang dilakukan oleh Bangsawan (2001) dan Fatmini (1998) mengenai faktor yang berhubungan dengan keaktifan kader posyandu tidak membawa hasil yang sama, menurut Fatmini hal ini kemungkinan disebabkan bentuk penghargaan yang berupa sertifikat, kurang dirasakan keberadaannya oleh kader.

6.2.2.13. Hubungan antara Dukungan Masyarakat dengan Keaktifan Kader RW Siaga

Sesuai dengan teori yang disampaikan oleh Snehandu B kar(1983), dikemukakan beberapa faktor yang menjadi determinan perilaku diantaranya *social support* yaitu berupa dukungan dari masyarakat sekitar.

Hasil penelitian juga menunjukkan hal yang sama mengenai hubungan antara dukungan masyarakat terhadap responden dengan keaktifan kader RW Siaga, dimana hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,000$, dimana $p \text{ value} < 0,05$. Maka disimpulkan ada perbedaan proporsi keaktifan kader RW Siaga antara responden yang kurang mendapatkan dukungan masyarakat dengan responden yang mendapatkan dukungan dari masyarakat atau ada hubungan yang signifikan antara dukungan masyarakat dengan keaktifan kader RW Siaga.

Dari analisis diperoleh bahwa ada sebanyak 2 (24,1%) responden yang kurang mendapatkan dukungan masyarakat dapat aktif sebagai kader RW siaga. Sedangkan sebagian besar responden, yang mendapatkan dukungan dari masyarakat, yaitu 131 (88,5%) aktif sebagai kader RW Siaga.

Dari hasil penelitian ini terbukti bahwa dukungan masyarakat dalam bentuk apapun sangatlah penting karena berpengaruh dalam kegiatan di RW Siaga dan juga keaktifan dari kader RW siaga itu sendiri.

6.2.2.14. Hubungan antara Fasilitas Kesehatan dengan Keaktifan Kader RW Siaga

Hasil uji statistik pada tabel 5.2.14 mengenai hubungan antara fasilitas kesehatan dengan keaktifan kader RW Siaga diperoleh nilai $p = 0,000$ dimana p value $< 0,05$ yang menunjukkan ada perbedaan proporsi keaktifan kader RW Siaga antara responden yang tidak ada fasilitas kesehatan dengan responden yang ada fasilitas kesehatan, atau ada hubungan yang signifikan antara fasilitas kesehatan dengan keaktifan kader RW Siaga.

Terlihat responden yang ada fasilitas kesehatan di lingkungannya, ada 101 (91%) yang aktif sebagai kader RW Siaga, sedangkan responden yang tidak ada fasilitas kesehatan keaktifannya hanya ada 37 (56,1%) sebagai kader RW siaga. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai $OR = 7,916$, artinya responden yang ada fasilitas kesehatan berpeluang untuk meningkatkan keaktifan kader 7,9 kali dibandingkan dengan responden yang tidak ada fasilitas kesehatan.

Penelitian ini memperlihatkan bahwa ketersediaan sarana penunjang seperti fasilitas kesehatan memang turut mendukung perilaku ke arah yang diharapkan.

Hal ini juga sesuai dengan theory yang disampaikan oleh Green (1980), dimana fasilitas kesehatan termasuk dalam faktor pemungkin (enabling Faktor), yaitu faktor-faktor yang memfasilitasi suatu perilaku atau tindakan, sebagai contohnya adalah sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan.

6.2.2.15. Hubungan antara Informasi kesehatan dengan Keaktifan Kader RW Siaga.

Hasil uji statistik diperoleh hubungan antara informasi kesehatan dengan keaktifan kader RW Siaga yaitu nilai $p = 0,071$, dimana p value $> 0,05$ maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan proporsi keaktifan kader RW Siaga antara responden yang tidak pernah memperoleh informasi kesehatan dengan responden yang selalu menerima informasi kesehatan atau tidak ada hubungan yang signifikan antara informasi dengan keaktifan kader RW Siaga.

Dari hasil analisis juga diketahui bahwa responden yang menerima informasi kesehatan, ada 133 (79,6%) yang aktif sebagai kader RW Siaga

sedangkan responden yang tidak memperoleh informasi kesehatan hanya 5 (50%) yang aktif sebagai kader RW siaga.

Menurut Snehandu B kar (1983) beberapa faktor yang menjadi determinan faktor, salah satunya yaitu, *accessibility of information* atau keterjangkauan akan informasi kesehatan, namun hasil penelitian ini belum mendukung teori tersebut.

Hal ini dapat diakibatkan karena pengetahuan tentang kesehatan sudah didapat sewaktu para kader menjalani pendidikan formal di sekolah mengingat seluruh responden pernah menjalani pendidikan formal di sekolah.

6.2.2.16. Hubungan antara Situasi Untuk Bertindak dengan Keaktifan Kader RW Siaga.

Berdasarkan teori Snehandu B kar(1983) *situation for action* yaitu faktor dari situasi yang memungkinkan dalam bertindak, merupakan salah satu dari lima determinan atau faktor yang menentukan atau membentuk suatu perilaku.

Hal ini sesuai dengan hasil penelitian, mengenai hubungan antara situasi untuk bertindak dengan keaktifan kader RW Siaga. Dimana diperoleh hasil uji statistik nilai $p = 0,012$ sehingga disimpulkan ada perbedaan keaktifan kader RW Siaga antara responden yang tidak didukung oleh situasi dengan responden yang didukung oleh situasi (ada hubungan yang signifikan antara situasi untuk bertindak dengan keaktifan kader RW Siaga).

Hasil analisis diperoleh bahwa ada sebanyak 10 (52,6%) responden yang tidak didukung oleh situasi untuk bertindak aktif sebagai kader RW siaga dan ada 128 (81%) yang didukung situasi untuk bertindak, lebih aktif sebagai kader RW Siaga. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai $OR = 3,840$, artinya responden yang didukung oleh situasi untuk bertindak berpeluang untuk meningkatkan keaktifan kader 3,8 kali dibandingkan dengan responden yang tidak mendapat dukungan situasi untuk bertindak.

Tampak dari penelitian menunjukkan hasil yang mendukung teori yang sudah ada, karena situasi yang kondusif pastinya akan memudahkan pelaksanaan kegiatan dan mendukung keberlanjutan kegiatan tersebut, sehingga turut mendukung aktifitas dan keaktifan kader.

BAB VII

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1. Kesimpulan

Berdasarkan hasil dari penelitian yang dilakukan dan analisis hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen, maka peneliti menyimpulkan sebagai berikut:

1. Tidak semua kader RW Siaga (78%) di Kecamatan Jatisampurna Kota Bekasi adalah kader yang aktif, sisanya tidak aktif (22%).
2. Untuk faktor internal hanya variabel umur yang berhubungan dengan keaktifan kader di RW Siaga Kecamatan Jatisampurna Kota Bekasi, sedangkan variabel jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, pengetahuan, sikap, motif, status pekerjaan, dan jumlah anak, tidak berhubungan dengan keaktifan kader RW Siaga di kecamatan ini. Kader berusia muda lebih aktif dari pada yang lebih tua.
3. Hampir semua faktor eksternal berhubungan dengan keaktifan kader RW Siaga kecamatan Jatisampurna Kota Bekasi, meliputi faktor pelatihan, pembinaan, penghargaan, dukungan masyarakat, fasilitas kesehatan dan situasi untuk bertindak, sedangkan variabel informasi tidak berhubungan dengan keaktifan kader RW Siaga.

7.2. Saran-saran

Berikut adalah saran-saran dari penulis, yang diharapkan dapat menjadi masukan:

1. Faktor umur perlu diperhatikan dalam rangka revitalisasi kader oleh pihak Puskesmas, karena terbukti besar pengaruhnya terhadap keaktifan kader.
2. Program pembinaan dan pelatihan bagi para kader perlu ditingkatkan oleh pihak terkait dan dijadwalkan, oleh Pemda

maupun dinas kesehatan Kota Bekasi, khususnya Puskesmas Kecamatan Jati Sampurna. Faktor eksternal, seperti pembinaan dan pelatihan, terbukti bermanfaat bagi keaktifan kader RW Siaga di kecamatan Jatisampurna.

3. Fasilitas kesehatan yang ada di kecamatan Jatisampurna, khususnya Puskesmas kecamatan seyogyanya tetap menjaga peran dan fungsinya dalam mengawal keaktifan kader di RW Siaga ini, sehingga pada akhirnya dapat terciptanya situasi yang mendukung terlaksananya kegiatan di RW Siaga tersebut.
4. Pembinaan yang dilakukan oleh petugas kesehatan ataupun pemerintah daerah, diharapkan dilaksanakan secara konsekuen dan berkelanjutan dilapangan, sehingga dapat memberi rasa nyaman dan motivasi bagi para kader.
5. Pemberian penghargaan terhadap kader, juga hendaknya dapat terus di pertahankan dan di tingkatkan baik bentuk dan jumlahnya. Hal ini guna menggalang keaktifan kader dalam melaksanakan tugasnya dengan sukarela di tengah masyarakat.

DAFTAR REFERENSI

- Adisasmito, Wiku. (2007). Sistik Kesehatan. Jakarta. PT Raja Grafindo Persada.
- Bangsawan. k, Merah. (2001). Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Keaktifan Kader Posyandu di Wilayah Kecamatan Telukbetung Barat Kota Bandar Lampung Tahun 2001. Depok. Tesis FKM UI.
- Badan Pusat Statistik Kota Bekasi. (2009). Kecamatan Jatisampurna Dalam Angka Tahun 2009. Jatisampurna, Badan Pusat Statistik Kota Bekasi.
- Budi, H S Pramono. (2008, November 26) Setahun RW Siaga http://hasprabu.blogspot.com/2008/11/setahun_rw_siaga_html.
- Departemen Kesehatan. (2006). Kurikulum Pelatihan bagi Bidan Poskesdes Untuk Mewujudkan Desa Siaga. Jakarta. Departemen Kesehatan RI.
- Erfandi (2008, Desember 22). Peran Serta Masyarakat Pro health <http://forbetterhealth.files.wordpress.com/2009>
- Fatmini, Etna. (1998). Faktor-fektor yang Berhubungan Dengan Keaktifan Kader Di Posyandu kelurahan Kota Bambu Selatan Kecamatan Palmerah Kotamadya Jakarta Barat Tahun 1997/1998. Depok. Skripsi FKM UI.
- Gibson, Ivancevich, & Donnelly. (1985). Organisasi: Prilaku, Struktur, Proses. (Agus Dharma, editor). Jakarta. Penerbit Erlangga.
- Green, Lawrence. (2005). Health Program Planning, An Educational And Ecological Approach. New York. Mc Graw Hill.
- Hasibuan.(2003). Malayu, Organisasi dan Motivasi, Dasar Peningkatan Produktivitas. Jakarta. Bumi Aksara.
- Ilyas, Yaslis. (1999). Kinerja: Teori, Penilaian dan Penelitian. Depok. Badan penerbit FKM UI.
- Isdiany, Nitta, 2006, *Peran Poltekkes Dalam Penyediaan Sumber Daya Manusia Kesehatan Untuk Desa Siaga (Bagian I)*, [http:// www.BPPSDMK.Depkes.go.id](http://www.BPPSDMK.Depkes.go.id), diakses 12 September 2007
- Kar, Shenandu B. (1989). Health Promotion Indicators and Action. New York. Springer Publishing Company.

- Krishna. (2009, April 25) <http://Krishna-mimblog-krishna.blogspot.com/>
- Notoatmodjo, Soekidjo. (2003). Pendidikan dan Perilaku Kesehatan. Jakarta. Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, Soekidjo. (2005). Promosi Kesehatan Teori Dan Aplikasi. Jakarta. Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, Soekidjo. (2007). Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku. Jakarta. Rineka Cipta.
- Nasiaf, (2009, Januari 01). Program Dinkes Kota Bogor 2009, Siapkan RW Siaga, rubrik kesehatan, Jurnal Bogor
- Media Indonesia.com (2009, Oktober 15). Indeks Pembangunan Indonesia Naik <http://www.mediaindonesia.com/>
- Merril, Marry V.(2005). Benefits Of Voluntering <http://www.worldvolunteerweb.org/resources/how-to-guides/volunteer/doc/benefits-of-volunteering.html>
- Pusat Promosi kesehatan. (2007). Keputusan Menteri Kesehatan R.I No. 564/MENKES/SK/VIII/2006: Pedoman Pelaksanaan Pengembangan Desa Siaga. Jakarta. Departemen Kesehatan R I.
- Puskesmas Kecamatan Jatisampurna. (2008) Profil Puskesmas Kecamatan Jatisampurna. Bekasi.Puskesmas Kecamatan Jatisampurna.
- Rumah Kanker. (2009, November 2). Menjadi Relawan Yuk! <http://rumahkanker.com>
- Smet, Bart. (1994). Psikologi Kesehatan. Jakarta. PT Grasindo.
- Satuan Pelaksana PPK-IPM Kota Bekasi, (2007). Pelatihan Kader RW Siaga Desember. Jatisampurna. Satuan Pelaksana dan PPK-IPM Kota Bekasi
- Satuan Pelaksana PPK-IPM Kota Bekasi, (2009). Kiprah Kota Bekasi Dalam Mewujudkan Kemandirian Masyarakat melalui PPK-IPM. <http://ppkipm-kotabekasi.net/Index.php>
- Satuan pelaksana PPK-IPM Kota Bekasi, (2009). Perkembangan IPM Kota Bekasi <http://ppkipm-kotabekasi.net/index.php>

Syakira (2009, Januari 18). Peran Serta Masyarakat (Kader Kesehatan)

<http://Syakira-blog.blogspot.com/2009/01/>

Peranserta_Masyarakat_kader_kesehatan/html

Undang-Undang Kesehatan (1995, September 1) last update 14 februari 2008

http://www.asiatour.com/lawarchives/indonesia/uu_kesehatan/uu_kesehatan_index.htm.

Utomo Dwijoyo, (2007) Menkes deklarasikan RW Siaga di Depok.

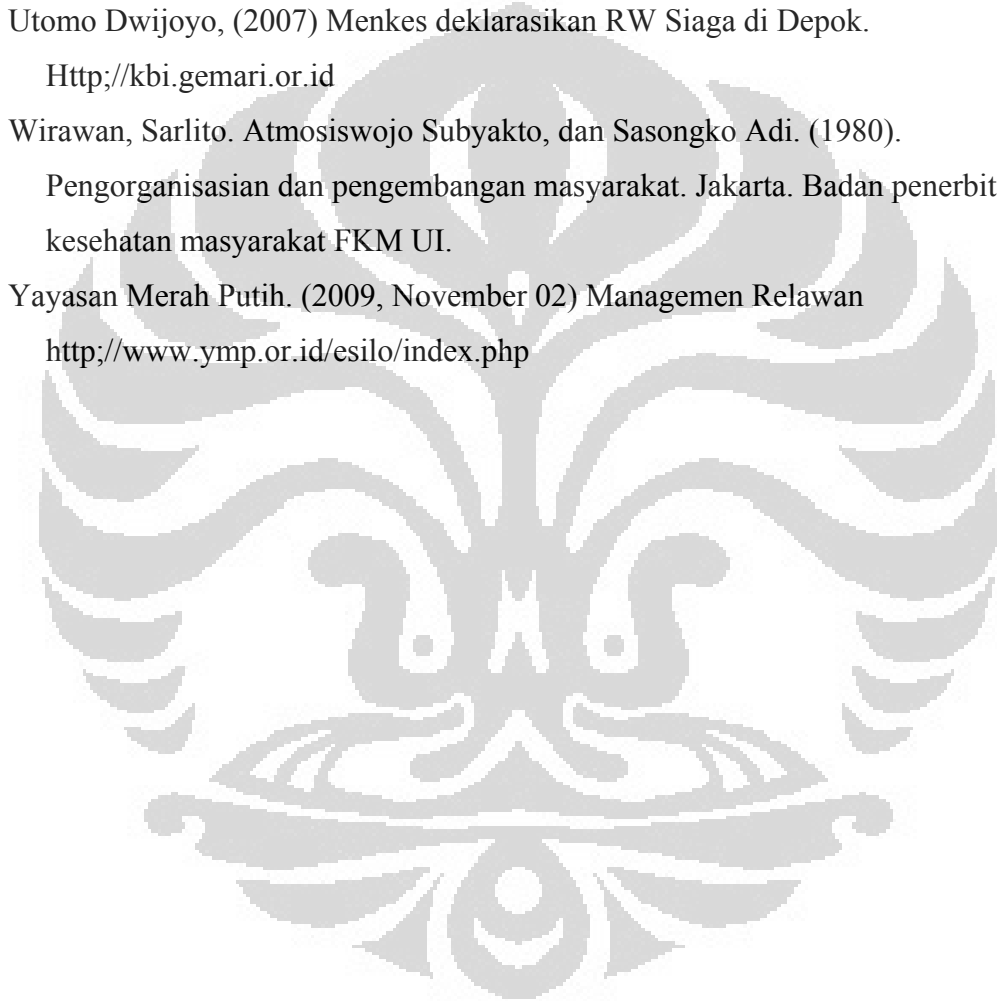
<Http://kbi.gemari.or.id>

Wirawan, Sarlito. Atmosiswojo Subyakto, dan Sasongko Adi. (1980).

Pengorganisasian dan pengembangan masyarakat. Jakarta. Badan penerbit kesehatan masyarakat FKM UI.

Yayasan Merah Putih. (2009, November 02) Managemen Relawan

<http://www.ymp.or.id/esilo/index.php>





Kuisisioner Untuk Kader RW Siaga
Penelitian Tentang Faktor-Faktor Yang Berhubungan
Dengan Keaktifan Kader RW Siaga di Wilayah
Kecamatan Jatisampurna
Kota Bekasi tahun 2009

Selamat pagi/siang/sore. Perkenalkan, nama saya Febria Kartika Irtiani dan saya adalah mahasiswi Program Sarjana Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia. Berkaitan dengan tugas akhir saya dalam penyusunan skripsi, saya bermaksud melaksanakan penelitian mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan keaktifan kader RW Siaga. Dalam rangka penyusunan skripsi ini, saya sangat memohon bantuan saudara/saudari sekalian untuk menjadi responden dalam penelitian saya tersebut. Semua jawaban dan data yang saya peroleh dari hasil penelitian ini, hanya akan dipergunakan untuk kepentingan ilmu pengetahuan, sedangkan angket dan identitas pribadi responden akan dijaga dan dijamin kerahasiaannya. Untuk itu saya sangat mengharapkan partisipasi dan peran aktif saudara/saudari sekalian untuk menjawab dengan mengisi angket ini dengan selengkap-lengkapnyanya.

Tanggal wawancara:

No. Responden :

Petunjuk Pengisian:

Jawablah pertanyaan di bawah ini dengan sejujur-jujurnya, dengan mengisi atau memilih salah satu jawaban dengan member tanda silang (×) atau cek list (√) di depan angka.

1. Nama Responden :
2. Alamat Responden :
3. Umur Responden : Tahun
4. Jenis Kelamin :
 1. Laki-laki
 2. Perempuan

5. Pendidikan Terakhir :

1. Tidak sekolah 2. Tidak tamat SD 3. SD 4. SLTP 5. SLTA 6. Perguruan tinggi

6. Status Pernikahan: 1. Belum menikah 2. Menikah 3. Bercerai

7. Jumlah anak : 1. 0-2 2. ≥ 3

8. Pekerjaan : 1. Kerja 2. Tidak Kerja

PENGETAHUAN RESPONDEN

Jawablah dengan memberi tanda silang (X) atau cek list(\surd) pada kotak jawaban yang tersedia, dengan menentukan apakah pernyataan tersebut benar atau salah.

| N0 | Pernyataan | Benar | Salah |
|-----|---|-------|-------|
| 9. | Dikatakan RW Siaga bila warganya memiliki kesiapan sumber daya mengatasi masalah kesehatan. | | |
| 10. | Menurunkan Angka Kematian Bayi adalah tujuan dari RW Siaga | | |
| 11. | Tabulin (Tabungan Ibu Bersalin) adalah jenis kegiatan RW Siaga. | | |
| 12. | Dasolin adalah singkatan dari dana sosial lingkungan. | | |
| 13. | Pak camat, pak lurah dan tokoh agama <i>tidak</i> termasuk sasaran dari pelaksanaan RW Siaga. | | |
| 14. | Salah satu kriteria dari terbentuknya RW Siaga adalah adanya forum masyarakat. | | |
| 15. | Peran Kader RW Siaga adalah menggerakkan masyarakat. | | |
| 16. | UKBM singkatan dari Usaha Kesehatan dan Bisnis Masyarakat. | | |
| 17. | Posyandu adalah salah satu jenis UKBM yang ada di RW Siaga. | | |
| 18. | Ambulans siaga adalah istilah bagi mobil ambulans yang parkir di RW Siaga | | |
| 19. | Pembentukan kelompok calon donor darah siaga <i>tidak</i> termasuk dalam kegiatan RW Siaga. | | |

| | | | |
|-----|---|--|--|
| 20. | RW Siaga juga meliputi kesiapsiagaan masyarakat terhadap bencana. | | |
| 21. | Agar masyarakat dapat melakukan pengamatan sederhana terhadap penyakit menular <i>tidak</i> termasuk tujuan dari terbentuknya RW Siaga. | | |
| 22. | Petugas kesehatan <i>bukan</i> sasaran dari pelaksanaan RW Siaga. | | |
| 23. | Meningkatnya keluarga yang sadar gizi juga termasuk tujuan dari pelaksanaan RW Siaga. | | |
| 24. | Melaksanakan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) <i>tidak</i> termasuk tujuan dari pelaksanaan RW Siaga. | | |

SIKAP RESPONDEN

Silahkan memberi tanda silang (X) atau cek list (√) pada kotak jawaban yang ada, dan berilah alasan mengapa anda memilih sikap tersebut.

Keterangan sikap: SS = Sangat setuju

S = Setuju

TS = Tidak Setuju

STS = Sangat Tidak setuju

| NO. | Penyataan | SS | S | TS | STS | Alasan |
|-----|---|----|---|----|-----|--------|
| 25. | Setiap kegiatan RW Siaga perlu didukung | | | | | |
| 26. | Penyuluhan kesehatan dilakukan oleh kader | | | | | |
| 27. | Menganjurkan warga yang sakit berobat ke dukun | | | | | |
| 28. | Menganjurkan ibu menyusui memberikan ASI eksklusif pada bayinya. | | | | | |
| 29. | Menganjurkan agar bayi di bawah enam bulan diberi makan bubur atau nasi | | | | | |

| No | Pernyataan | SS | S | TS | STS | |
|-----|--|----|---|----|-----|--|
| 30. | Tidak menganjurkan bumil memeriksakan kehamilan di bidan atau dokter | | | | | |
| 31. | Menganjurkan bumil melahirkan di dukun atau paraji | | | | | |
| 32. | Tidak mendukung dibentuknya kelompok calon donor darah siaga | | | | | |
| 33. | Menganjurkan pentingnya untuk menjaga kebersihan lingkungan | | | | | |
| 34. | Menggerakkan masyarakat melaksanakan PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat) | | | | | |
| 35. | Menggerakkan masyarakat melaksanakan TABULIN (Tabungan Ibu Bersalin) dalam membantu mengatasi kesulitan biaya saat persalinan ibu. | | | | | |
| 36. | Ambulans siaga sangat membebani warga | | | | | |

MOTIF / LATAR BELAKANG

| No. | Pernyataan | Ya | Tidak |
|-----|---|----|-------|
| 37. | Dapat menambah wawasan menjadi alasan saya untuk menjadi kader | | |
| 38. | Dapat memperluas pergaulan mendorong saya untuk menjadi kader | | |
| 39. | Mendapat biaya transport/operasional menjadi sangat penting dalam melaksanakan tugas sebagai kader. | | |
| 40. | Dipaksa oleh ketua RW adalah satu-satunya cara agar saya mau menjadi kader. | | |
| 41. | Keinginan untuk mengabdikan pada masyarakat mendorong saya untuk menjadi kader | | |

| No. | Pernyataan | Ya | Tidak |
|-----|---|----|-------|
| 42. | Sekedar mengikuti keinginan teman, adalah alasan saya menjadi kader | | |
| 43. | Hanya mengisi waktu luang, menjadi alasan saya sebagai kader | | |
| 44. | Keinginan menambah pengetahuan, menarik saya untuk menjadi kader. | | |
| 45. | Ajakan saudara, memaksa saya menjadi kader | | |
| 46. | Dari awal saya sudah senang menjadi kader siaga | | |

VARIABEL PELATIHAN

47. Apakah saudara/saudari pernah mengikuti pelatihan kader RW Siaga?

1. Pernah. Apa kegiatannya?(sebutkan)
2. Tidak pernah

(Bila jawaban anda tidak pernah lanjutkan ke pertanyaan No.43)

48. Berapa kali anda mengikuti pelatihan?

1. 1 kali
2. 2 kali

VARIABEL PEMBINAAN

49. Apakah saudara pernah mendapatkan pembinaan di lapangan dari petugas terkait?

1. Pernah. Apa kegiatannya?.....(sebutkan)
2. Tidak pernah

(Bila jawaban anda tidak pernah, lanjutkan ke pertanyaan No.45)

50. Berapa kali pembinaan anda dapatkan dalam tiap bulannya?

1. ≤ 5 kali
2. >5 kali

PENGHARGAAN

51. Pernahkan anda mendapatkan penghargaan sebagai kader Siaga?

1. Ya, berapa kali, sebutkan.....
2. Tidak

DUKUNGAN MASYARAKAT

52. Apakah masyarakat mau berpartisipasi dalam kegiatan- kegiatan yang diselenggarakan sesuai program di RW Siaga yang saudara kelola? (bila jawaban anda tidak, lanjutkan ke pertanyaan No.50, tentang fasilitas kesehatan)

1. Ya (Alasannya.....)
2. Tidak (Alasannya.....)

49. Dalam bentuk apakah dukungan masyarakat tersebut?

1. Dana/ uang
2. Barang
3. Pendapat/ ide/ hasil pemikiran
4. Dorongan semangat
5. Dll, sebutkan.....

FASILITAS KESEHATAN

50. Apakah ada fasilitas kesehatan selain Puskesmas atau Usaha Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM) di dalam lingkungan RW Siaga yang anda kelola? (Bila jawaban anda ya, lanjutkan ke pertanyaan berikutnya)

1. Ya . Apa saja?.....(sebutkan)
2. Tidak

51. Ada berapa jumlah Fasilitas kesehatan tersebut?

1. > 3
2. ≤ 3

SITUASI YANG MENDUKUNG KEGIATAN

52. Apakah situasi lingkungan sekitar mendukung kegiatan anda sebagai kader di RW Siaga?

1. Ya. Alasannya.....

2. Tidak. Alasannya.....

53. Apakah situasi sosial budaya sekitar mendukung kegiatan anda sebagai kader di RW Siaga?

1. Ya. Alasannya.....

2. Tidak. Alasannya.....

INFORMASI

54. Apakah anda mudah mendapatkan informasi yang berhubungan dengan kesehatan?

1. Ya

2. Tidak

(Bila jawaban anda ya, lanjutkan ke pertanyaan berikutnya)

55. Melalui media apa informasi itu anda terima?

1. Cetak 3. Dll.....(sebutkan)

2. Elektronik

VARIABEL KEAKTIFAN KADER POSYANDU

56. Dalam tiga bulan terakhir ini apakah saudara/saudari mengikuti terus kegiatan yang dilaksanakan berkaitan dengan RW Siaga?

1. Ya. Alasan.....

2. Tidak. Alasan.....

57. Dalam tiga bulan terakhir apakah saudara/saudari pernah atau rutin mengumpulkan data mengenai kesehatan di lingkungan RW Siaga yang dikelola?

1. Ya

2. Tidak. Mengapa? Jelaskan.....

58. Dalam tiga bulan terakhir apakah saudara/saudari pernah menyelenggarakan kegiatan berupa penyuluhan kesehatan bersama petugas kesehatan setempat?
1. Ya
 2. Tidak. Mengapa?Jelaskan.....

*****TERIMA KASIH****

