

UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGETAHUAN DAN SIKAP KADER
DALAM IMPLEMENTASI KELURAHAN SIAGA
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS KEDATON
KOTA BANDAR LAMPUNG TAHUN 2011**

SKRIPSI

**NOVITA HANDAYANI
NPM. 0906616760**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PEMINATAN KEBIDANAN KOMUNITAS
DEPOK
JUNI 2011**



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGETAHUAN DAN SIKAP KADER
DALAM IMPLEMENTASI KELURAHAN SIAGA
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS KEDATON
KOTA BANDAR LAMPUNG TAHUN 2011**

SKRIPSI

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Sarjana Kesehatan Masyarakat**

**NOVITA HANDAYANI
NPM. 0906616760**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PEMINATAN KEBIDANAN KOMUNITAS
DEPOK
JUNI 2011**

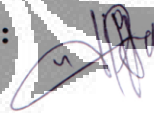
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Skripsi ini adalah hasil karya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar**

Nama : Novita Handayani

NPM : 0906616760

Tanda Tangan :



Tanggal : 27 Juni 2011

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :
Nama : Novita Handayani
NPM : 0906616760
Program Studi : Kebidanan Komunitas
Judul Skripsi : Pengetahuan dan Sikap Kader Dalam Implementasi
Kelurahan Siaga di Wilayah Kerja Puskesmas
Kedaton Kota Bandar Lampung tahun 2011

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Program Studi Kebidanan Komunitas, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Dr. drs. Tri Krianto, M.Kes ()

Penguji : Artha Prabawa, SKM, S.Kom, M.Si ()

Penguji : Roji Suherman, S.Si, MKM ()

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 27 Juni 2011

KATA PENGANTAR

Bismillahirrahmanirrahim

Segala puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, yang telah melimpahkan nikmat yang tidak terhingga, karena berkat rahmat, hidayah dan bimbingan-Nya akhirnya penulis dapat menyelesaikan skripsi ini. Shalawat serta salam penulis sampaikan kepada junjungan baginda Rasulullah SAW beserta para sahabat beliau yang telah membawa kita dari zaman kegelapan menuju zaman terang benderang ini.

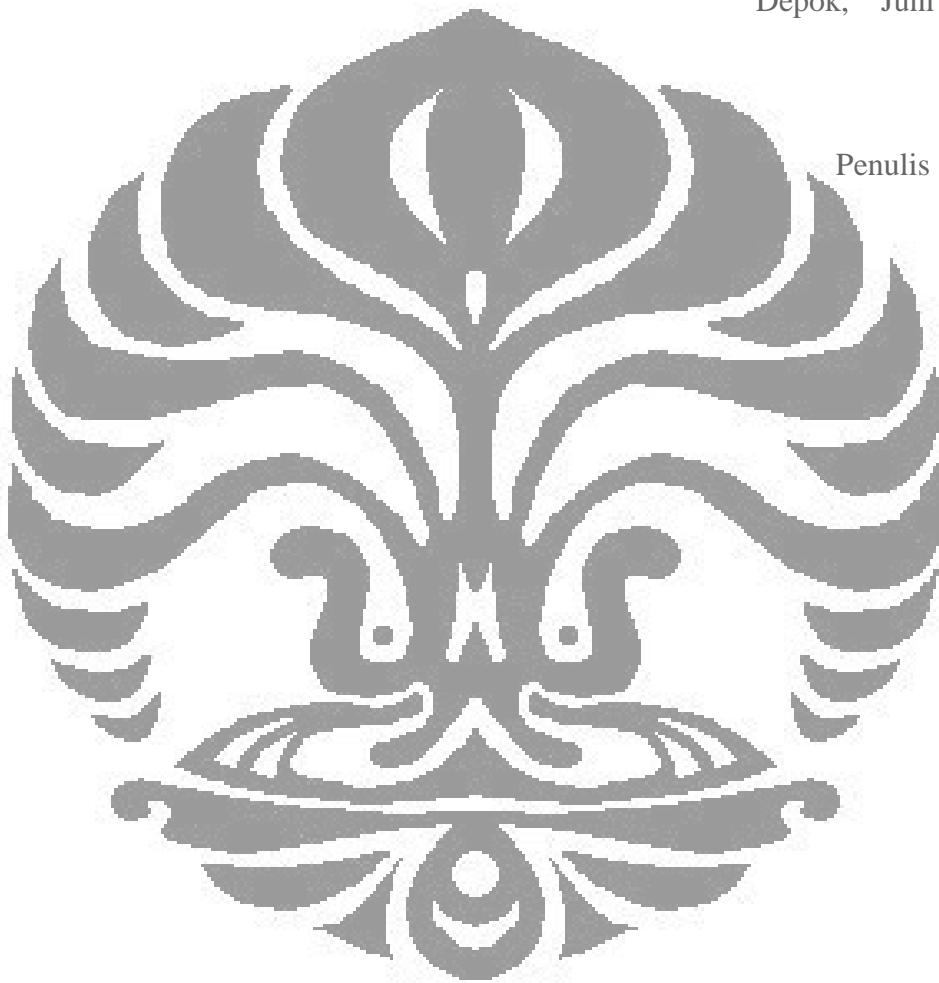
Skripsi ini dibuat sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan jenjang sarjana di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia Peminatan Kebidanan Komunitas. Penulis menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, sangatlah sulit bagi penulis untuk menyelesaikan skripsi ini. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Bapak Dr. drs. Tri Krianto, M.Kes sebagai pembimbing akademik yang tiada henti memberikan bimbingan, arahan dan motivasi untuk menyelesaikan skripsi ini.
2. Bapak Artha Prabawa, SKM, S.Kom, M.Si atas kesediaannya sebagai penguji sidang skripsi dan masukannya.
3. Bapak Roji Suherman, S.Si, MKM atas kesediaannya sebagai penguji sidang skripsi dan masukannya.
4. Bapak Dr. H. Wirman selaku Kepala Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung yang telah memberikan izin kepada penulis untuk melaksanakan penelitian di Puskesmas Kedaton.
5. Bapak, Ibu, kakak serta keluarga besar di Bandar Lampung, terimakasih atas perhatian, dukungan, semangat serta doanya, ini adalah persembahan untuk kalian semua.
6. Teman-teman Peminatan Kebidanan Komunitas khususnya Kelas-C 2009 terima kasih atas semua saran dan berbagi ilmu serta persaudaraannya.
7. Serta semua pihak yang terlibat membantu dan mendukung namun tidak dapat saya sebutkan satu persatu.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa dalam penulisan dan penyusunan skripsi ini masih banyak kekurangan yang disebabkan oleh keterbatasan pengetahuan, wawasan, dan kemampuan penulis. Oleh karena itu saran dan kritik yang sifatnya membangun sangatlah penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap skripsi ini dapat bermanfaat bagi semua pihak.

Depok, Juni 2011

Penulis



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

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

Nama : Novita Handayani
NPM : 0906616760
Program Studi : Kebidanan Komunitas
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis Karya : Skripsi

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

**Pengetahuan Dan Sikap Kader Dalam Implementasi Kelurahan Siaga Di
Wilayah Kerja Puskesmas Kedaton Kota Bandar Lampung Tahun 2011**

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 mempublikasikan 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
Tanggal : 27 Juni 2011
Yang menyatakan



(Novita Handayani)

SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Novita Handayani
NPM : 0906616760
Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat
Peminatan : Kebidanan Komunitas
Angkatan : Ekstensi 2009

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan tindakan plagiat dalam penulisan skripsi yang berjudul:

Pengetahuan Dan Sikap Kader Dalam Implementasi Kelurahan Siaga Di Wilayah Kerja Puskesmas Kedaton Kota Bandar Lampung Tahun 2011

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

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok,



(Novita Handayani)

ABSTRAK

Nama : Novita Handayani
Program Studi : Kebidanan Komunitas
Judul : Pengetahuan Dan Sikap Kader Dalam Implementasi Kelurahan Siaga Di Wilayah Kerja Puskesmas Kedaton Kota Bandar Lampung Tahun 2011

Cakupan Desa Siaga Aktif 80% pada tahun 2015. Tahun 2009 di Indonesia tercatat 42.295 desa dan kelurahan (56,1%) telah memulai upaya mewujudkan Desa Siaga dan Kelurahan Siaga. Sampai dengan tahun 2010, Kota Bandar Lampung memiliki 69 Kelurahan Siaga dari 98 Kelurahan yang ada. Sampai dengan tahun 2010 seluruh Kelurahan di wilayah kerja Puskesmas Kedaton sudah menjadi Kelurahan Siaga. Kelurahan Siaga di wilayah Puskesmas Kedaton telah menjadi Kelurahan Siaga Aktif berdasarkan penilaian dari Poskeskel yang buka setiap hari. Peran kader dalam pengembangan desa siaga sangat dibutuhkan terutama dalam menggerakkan masyarakat. Bila kader memiliki pengetahuan yang cukup mengenai kesehatan, kader bisa melakukan sosialisasi mengenai penanganan penyakit kepada masyarakat. Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Kedaton kota Bandar Lampung yang bertujuan untuk mengetahui hubungan antara pengetahuan dan sikap kader dalam implementasi Kelurahan Siaga serta diketahuinya hubungan antara faktor karakteristik kader yang berhubungan dengan pengetahuan dan sikap kader dalam implementasi Kelurahan Siaga.

Desain penelitian yang digunakan adalah *cross sectional*. Sampel yang diambil adalah seluruh kader di wilayah kerja Puskesmas Kedaton. Data dikumpulkan dengan cara pengisian kuesioner dan dianalisa dengan analisa univariat dan bivariat.

Hasil analisa bivariat menunjukkan terdapat hubungan antara sikap responden dengan implementasi Kelurahan Siaga, serta ada hubungan yang bermakna antara lama menjadi kader dengan pengetahuan responden. Tidak ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan kader dengan implementasi Kelurahan Siaga, serta tidak ada hubungan antara umur dan pendidikan responden dengan pengetahuan pengetahuan responden.

Untuk meningkatkan sikap positif kader dalam implementasi Kelurahan Siaga, perlu ditingkatkan sosialisasi dan penyuluhan pada kader.

Kata kunci: Implementasi Desa Siaga, Pengetahuan, Sikap dan Kader

ABSTRACT

Name : Novita Handayani
Course : Community Midwifery
Title : Knowledge and Attitudes of Cadre In the Implementation of Alert Village at Puskesmas Kedaton Working Area Bandar Lampung in year 2011

The Coverage of Active Alert Village in year 2015 is 80%. In Year 2009 in Indonesia recorded 42.295 villages (56.1%) have begun efforts to create Alert Village. Until 2010, Bandar Lampung has 69 Alert Villages of 98 villages that stand there. Until the year 2010 all areas in Puskesmas Kedaton has become the Alert Village based on the assessment of Poskeskel which is open every day. The role of cadre in the development of Alert Village is required especially to activate the society. When cadre have enough knowledge about health, they will be able to socialize the management of disease to society. The study was conducted in the working area of Puskesmas Kedaton Bandar Lampung, aims to determine the correlation between knowledge and attitudes of cadres in the implementation of the Alert Village and know the correlation between characteristics factors of the cadre that is related to knowledge and attitudes of cadres in the implementation of the Alert Village.

The design of the study is a cross sectional study. The samples is all of the cadre in Puskesmas Kedaton working area. Data were collected by filling out questionnaires and analyzed with univariate and bivariate analysis.

The results of bivariate analysis showed correlation between the attitudes of respondents and the implementation of the Alert Village, and significant association between long been a cadre with knowledge of respondents. There was no significant correlation between the cadre's knowledge with the implementation of the Alert Village, and there is no correlation between age and education of respondents with knowledge of respondents.

To increase the positive attitude of cadre in the implementation of Alert Village, socialization and training for cadre is need to be improved.

Keywords: Alert Village, knowledge, attitude and cadre

DAFTAR ISI

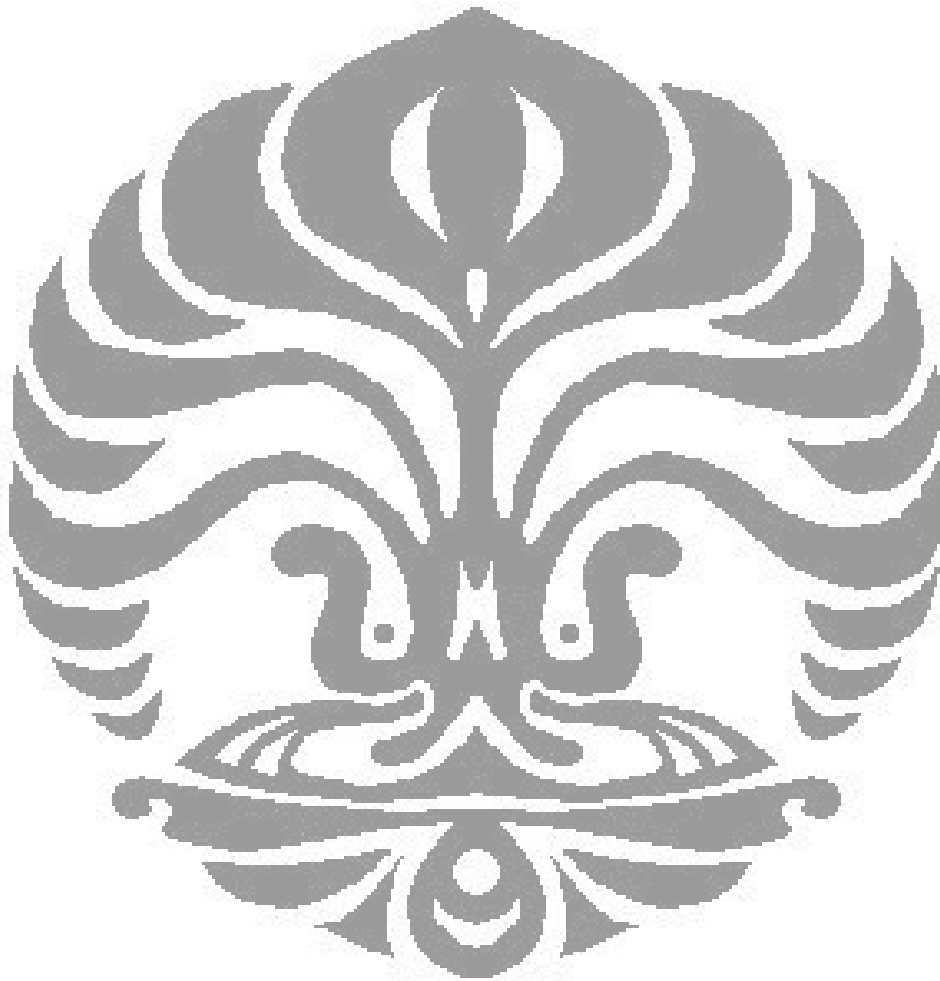
HALAM JUDUL	ii
LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	vii
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT	viii
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	ix
ABSTRAK	x
DAFTAR ISI	xii
DAFTAR GAMBAR	xv
DAFTAR TABEL	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
DAFTAR ISTILAH	xviii
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Perumusan Masalah	4
1.3 Pertanyaan Penelitian	4
1.4 Tujuan Penelitian	4
1.4.1 Tujuan Umum	4
1.4.2 Tujuan Khusus	4
1.5 Manfaat	5
1.6 Ruang Lingkup Penelitian	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Desa/Kelurahan Siaga	6
2.1.1 Pengertian Desa/Kelurahan Siaga	6
2.1.2 Tujuan Desa/Kelurahan Siaga	6
2.1.3 Tingkatan/Kategori Desa/Kelurahan Siaga	7
2.1.4 Sasaran Pengembangan Desa/Kelurahan Siaga	8
2.1.5 Kriteria Desa/Kelurahan Siaga	8
2.1.6 Pendekatan Pengembangan Desa/Kelurahan Siaga	9
2.1.7 Indikator Keberhasilan	11
2.1.8 Kegiatan Desa/Kelurahan Siaga	12
2.2 Kader	15
2.2.1 Pengertian Kader	15
2.2.2 Tugas Kader	15
2.2.3 Peran Kader	15
2.2.4 Fungsi Kader	16
2.1.5 Syarat Kader	16
2.3 Pengetahuan	17
2.3.1 Pengertian Pengetahuan	17
2.3.2 Tingkat Pengetahuan	18
2.3.3 Cara Memperoleh Pengetahuan	19
2.3.4 Sumber-Sumber Pengetahuan	20

2.3.5 Faktor Yang Mempengaruhi Pengetahuan	21
2.3.6 Pengukuran Pengetahuan.....	22
2.4 Sikap	22
2.4.1 Pengertian Sikap	22
2.4.2 Komponen Sikap	22
2.4.3 Tingkatan Sikap.....	23
2.4.4 Komponen Sikap	23
2.4.5 Pembentukan Sikap	25
2.4.6 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pembentukan Sikap	25
2.4.7 Pengukuran Sikap.....	27
2.5 Sosialisasi dan Pelatihan	27
2.5.1 Sosialisasi	27
2.5.2 Pelatihan	28
2.6 Difusi Inovasi	29
2.6.1 Pengertian Difusi Inovasi	29
2.6.2 Kategori Penerima	29
2.6.3 Karakteristik Inovasi	30
2.6.4 Tahapan Proses Adopsi.....	31
2.7 Kerangka Teori.....	32
BAB III KERANGKA KONSEP	
3.1 Kerangka Konsep	32
3.2 Hipotesis	33
3.3 Kesalahan Pengambilan Keputusan.....	34
3.4 Defenisi Operasional.....	35
BAB IV METODOLOGI PENELITIAN	
4.1 Desain Penelitian	36
4.2 Waktu dan Lokasi Penelitian	36
4.3 Populasi dan Sampel	36
4.3.1 Populasi	36
4.3.2 Sampel.....	36
4.4 Pengumpulan Data	37
4.4.1 Cara dan Alat Pengumpulan Data	37
4.4.2 Data Yang Dikumpulkan	37
4.5 Pengolahan dan Teknik Analisa Data	37
4.5.1 Pengolahan Data	37
4.5.2 Teknik Analisa Data	38
BAB V HASIL PENELITIAN	
5.1 Gambaran Umum	40
5.1.1 Geografis	40
5.1.2 Peta Wilayah Kerja Puskesmas Kedaton	40
5.1.3 Demografis	42
5.1.4 Fasilitas Kesehatan Diwilayah Kerja Puskesmas Kedaton.....	42
5.1.5 Kelurahan Siaga Diwilayah Kerja Puskesmas Kedaton	43
5.2 Hasil Penelitian	43
5.2.1 Gambaran Implementasi Kelurahan Siaga	43

5.2.2	Gambaran Karakteristik Responden	44
5.3	Gambaran Responden Menurut Pengetahuan dan Sikap	46
5.3.1	Distribusi Responden Menurut Pengetahuan	46
5.3.2	Distribusi Responden Menurut Sikap	48
5.4	Hubungan Pengetahuan Dengan Implementasi Kelurahan Siaga	49
5.5	Hubungan Sikap Dengan Implementasi Kelurahan Siaga	50
5.6	Hubungan Antara Faktor Karakteristik Responden Yang Berhubungan Dengan Pengetahuan Dan Sikap	50
5.6.1	Hubungan Karakteristik Dengan Pengetahuan	50
5.6.2	Hubungan Karakteristik Dengan Sikap	51
 BAB VI PEMBAHASAN		
6.1	Keterbatasan Penelitian	53
6.1.1	Desain Penelitian	53
6.1.2	Bias Informasi	53
6.2	Pembahasan Hasil Penelitian	53
6.2.1	Implementasi Kelurahan Siaga	53
6.2.2	Karakteristik Responden	55
6.3	Pengetahuan dan Sikap Responden	56
6.3.1	Pengetahuan Responden	56
6.3.2	Sikap Responden	59
6.4	Hubungan Pengetahuan dengan Implementasi Kelurahan Siaga.....	60
6.5	Hubungan Sikap dengan Implementasi Kelurahan Siaga	60
6.6	Hubungan Faktor Karakteristik Responden yang Berhubungan dengan Pengetahuan dan Sikap.....	63
6.6.1	Hubungan Karakteristik Responden dengan Pengetahuan.....	63
6.6.2	Hubungan Karakteristik Responden dengan Sikap	64
 BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN		
7.1	Kesimpulan	65
7.2	Saran	66
 DAFTAR PUSTAKA		
LAMPIRAN		

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Teori Berdasarkan Studi Literatur Yang Didapatkan	32
Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian Berdasarkan Studi Literatur	33
Gambar 5.1 Skema Hasil Penelitian.....	52



DAFTAR TABEL

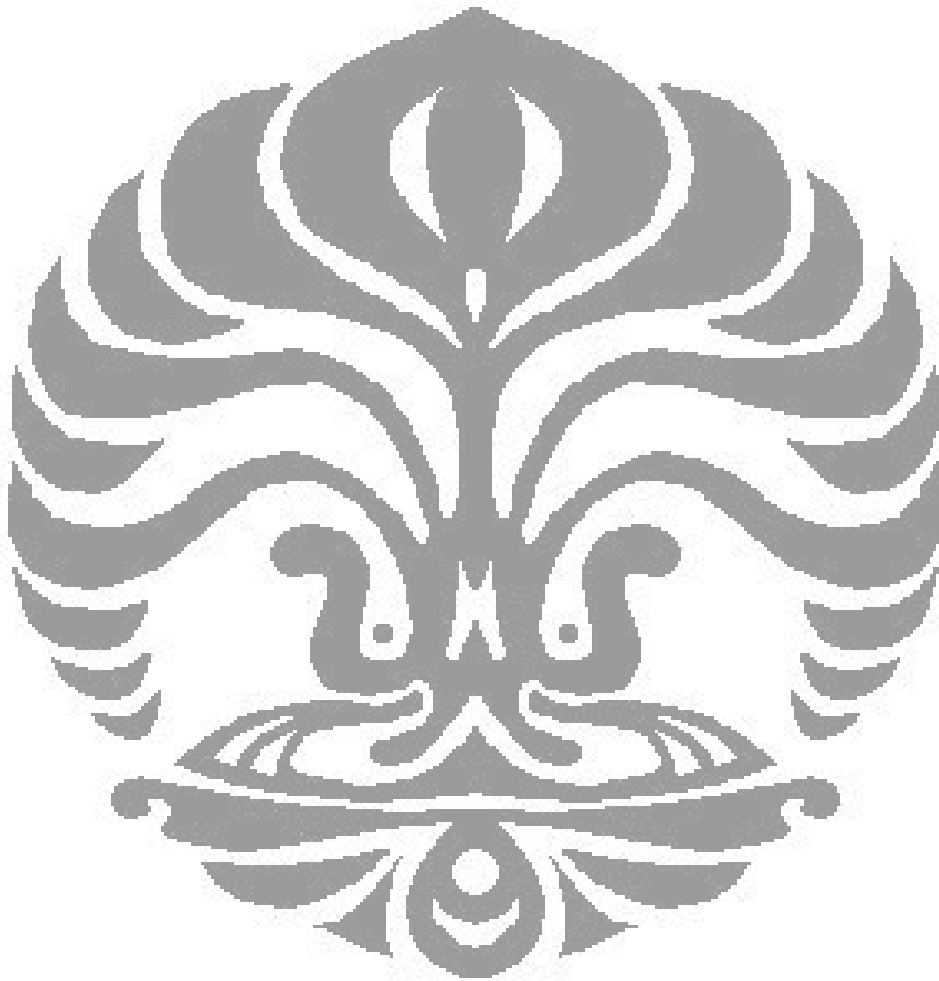
Tabel 2.1	Tingkatan atau Kategori Desa/Kelurahan Siaga	7
Tabel 2.2	Kategori Adopter	30
Tabel 3.1	Kesalahan Pengambilan Keputusan	34
Tabel 5.1	Penyebaran Penduduk Puskesmas Kedaton Tahun 2010	42
Tabel 5.2	Fasilitas Kesehatan Di Wilayah Kerja Puskesmas Kedaton	42
Tabel 5.3	Kategori Implementasi Kelurahan Siaga	43
Tabel 5.4	Kategori Implementasi Kelurahan Siaga	44
Tabel 5.5	Distribusi Responden Menurut Umur	44
Tabel 5.6	Distribusi Responden Menurut Pendidikan	45
Tabel 5.7	Distribusi Responden Menurut Tingkat Pendidikan Sisdiknas ...	45
Tabel 5.8	Distribusi Responden Menurut Lama Menjadi Kader	46
Tabel 5.9	Distribusi Responden Berdasarkan Nilai Pengetahuan Tentang Kelurahan Siaga	46
Tabel 5.10	Distribusi Responden Berdasarkan Pengetahuan Tentang Poskeskel	47
Tabel 5.11	Distribusi Responden Berdasarkan Pengetahuan Tentang PHBS Dan KADARZI	47
Tabel 5.12	Distribusi Responden Berdasarkan Jawaban Yang Benar Atas Pertanyaan Penelitian	47
Tabel 5.13	Distribusi Responden Menurut Pengetahuan	48
Tabel 5.14	Distribusi Responden Menurut Sikap	48
Tabel 5.15	Distribusi Responden Menurut Sikap	49
Tabel 5.16	Hubungan Pengetahuan Dengan Implementasi Kelurahan Siaga	49
Tabel 5.17	Hubungan Sikap Dengan Implementasi Kelurahan Siaga	50
Tabel 5.18	Hubungan Karakteristik Dengan Pengetahuan Responden	50
Tabel 5.19	Hubungan Karakteristik Dengan Sikap Responden	51

DAFTAR LAMPIRAN

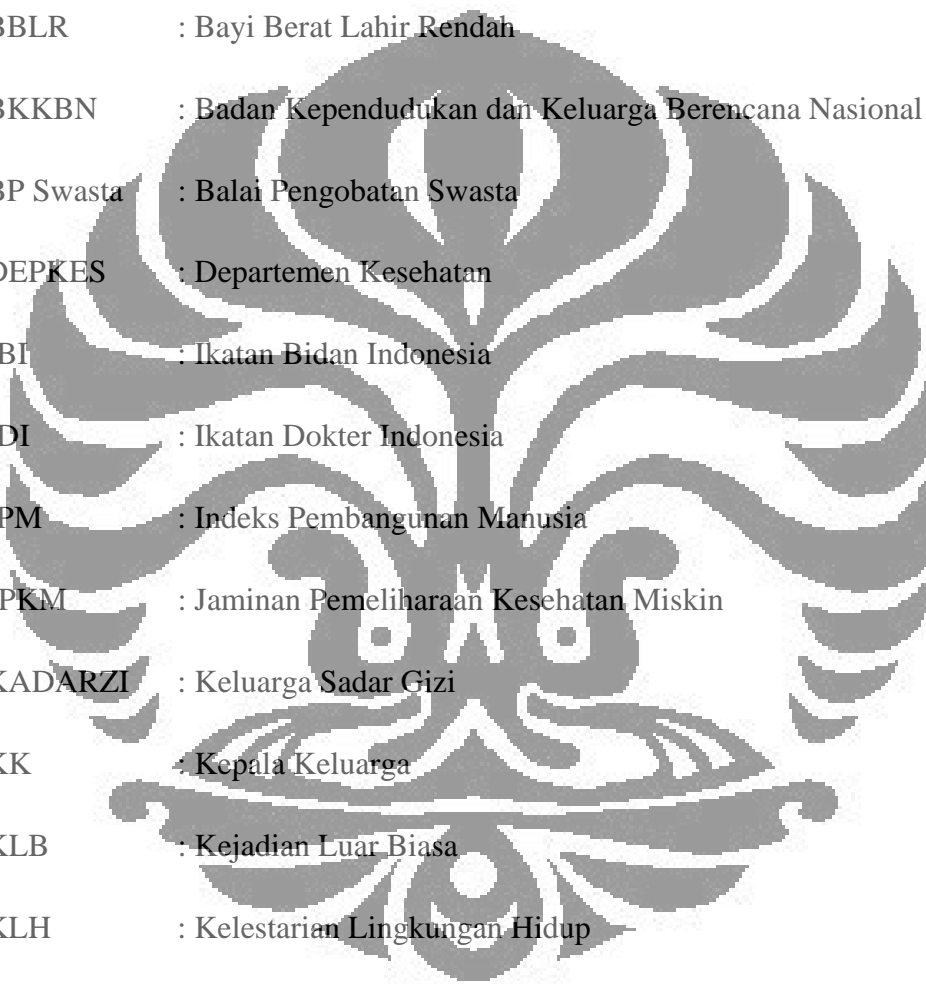
SURAT IZIN PENELITIAN

INFORM CONSENT

KUESIONER PENELITIAN

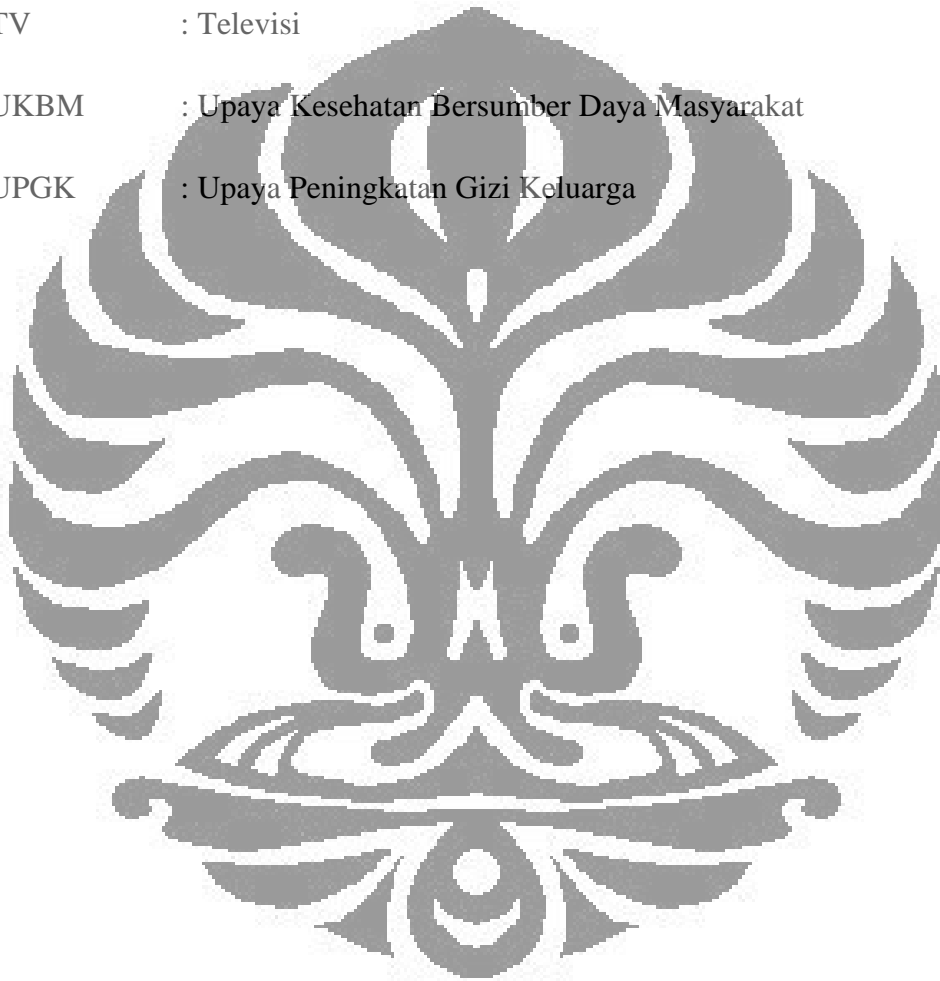


DAFTAR ISTILAH



ASI	: Air Susu Ibu
Batra	: Pengobatan Tradisional
BB	: Berat Badan
BBLR	: Bayi Berat Lahir Rendah
BKKBN	: Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional
BP Swasta	: Balai Pengobatan Swasta
DEPKES	: Departemen Kesehatan
IBI	: Ikatan Bidan Indonesia
IDI	: Ikatan Dokter Indonesia
IPM	: Indeks Pembangunan Manusia
JPKM	: Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Miskin
KADARZI	: Keluarga Sadar Gizi
KK	: Kepala Keluarga
KLB	: Kejadian Luar Biasa
KLH	: Kelestarian Lingkungan Hidup
KMS	: Kartu Menuju Sehat
MMD	: Musyawarah Masyarakat Desa
PHBS	: Perilaku Hidup Bersih dan Sehat
Poskeskel	: Pos Kesehatan Kelurahan
Posyandu	: Pos Pelayanan Terpadu

Pustu : Puskesmas Pembantu
RS : Rumah Sakit
RB : Rumah Bersalin
SMD : Survei Mawas Diri
TP-PKK : Tim Penggerak Pembinaan Kesejahteraan Keluarga
TV : Televisi
UKBM : Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat
UPGK : Upaya Peningkatan Gizi Keluarga



BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Pancasila dan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Prinsip nondiskriminatif, partisipatif, dan berkelanjutan dalam rangka pembentukan sumberdaya manusia Indonesia, serta peningkatan ketahanan dan daya saing bangsa bagi pembangunan nasional merupakan kegiatan dalam upaya untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya (Departemen Kesehatan RI, 2009).

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia menetapkan Visi pembangunan Kesehatan tahun 2010-2014 adalah masyarakat sehat yang mandiri dan berkeadilan. Dengan misi (1) meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, melalui pemberdayaan masyarakat, termasuk swasta dan masyarakat madani, (2) melindungi kesehatan masyarakat dengan menjamin tersedianya upaya kesehatan yang paripurna, merata bermutu dan berkeadilan, (3) menjamin ketersediaan dan pemerataan sumber daya kesehatan dan (4) menciptakan tata kelola pemerintahan yang baik (www.depkes.go.id).

Dalam upaya mencapai visi dan misi tersebut, Kementerian Kesehatan menerapkan 6 (enam) strategi yang salah satunya adalah meningkatkan pemberdayaan masyarakat, swasta dan masyarakat madani dalam pembangunan kesehatan melalui kerja sama nasional dan global; memantapkan peran masyarakat termasuk swasta sebagai subjek atau penyelenggara dan pelaku pembangunan kesehatan; meningkatkan upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat dan mensinergikan sistem kesehatan modern dan asli Indonesia; menerapkan promosi kesehatan yang efektif memanfaatkan *agent of change* setempat serta memobilisasi sektor untuk sektor kesehatan (Kementerian Dalam Negeri dan Kementerian Kesehatan RI, 2010).

Kegiatan yang dilakukan dengan strategi berbasis model pendekatan dan kebersamaan tersebut adalah berupaya memfasilitasi percepatan dan pencapaian peningkatan derajat kesehatan bagi seluruh penduduk dengan mengembangkan kesiap-siagaan di tingkat desa yang disebut Desa/Kelurahan Siaga. Desa/Kelurahan Siaga dikembangkan berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan No. 564/Menkes/SK/VIII/2006 tentang Pedoman Pelaksanaan Pengembangan Desa/Kelurahan Siaga (Kementerian Dalam Negeri dan Kementerian Kesehatan RI, 2010).

Desa/Kelurahan Siaga merupakan gambaran masyarakat yang sadar, mau dan mampu untuk mencegah dan mengatasi berbagai ancaman terhadap kesehatan masyarakat seperti kurang gizi, penyakit menular dan penyakit yang berpotensi menimbulkan Kejadian Luar Biasa (KLB), kejadian bencana, kecelakaan dan lain-lain dengan memanfaatkan potensi setempat, secara gotong royong. Pengembangan Desa/Kelurahan Siaga mencakup upaya untuk lebih mendekatkan pelayanan kesehatan dasar kepada masyarakat desa, mensiapsiagakan masyarakat menghadapi masalah-masalah kesehatan, memandirikan masyarakat dalam mengembangkan perilaku hidup bersih dan sehat (Kementerian Kesehatan RI, 2010).

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 741/Menkes/Per/VII/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota, Bab 2, Pasal 2, Ayat 2 Point D mengatakan bahwa Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat Cakupan Desa/Kelurahan Siaga Aktif 80% pada Tahun 2015 (Departemen Kesehatan RI, 2008).

Target pengembangan Desa/Kelurahan Siaga cukup besar yaitu 12.000 pada tahun 2006, tahun 2007 sebanyak 30.000 desa dan akhir tahun 2008 seluruh desa di Indonesia telah menjadi Desa/Kelurahan Siaga (Departemen Kesehatan, 2007). Dari 75.410 desa dan kelurahan yang ada di Indonesia, sampai dengan tahun 2009 tercatat 42.295 desa dan kelurahan (56,1%) telah memulai upaya mewujudkan Desa/Kelurahan Siaga dan Kelurahan Siaga. Namun demikian, banyak diantaranya yang belum berhasil menciptakan Desa/Kelurahan Siaga atau Kelurahan Siaga sesungguhnya, yang disebut sebagai Desa/Kelurahan Siaga Aktif

atau Kelurahan Siaga Aktif (Kementerian Kesehatan RI dan Kementerian Dalam Negeri RI, 2010).

Provinsi Lampung terdiri dari 2.316 Desa/Kelurahan dan memiliki rencana pengembangan Desa/Kelurahan Siaga pada tahun 2009 sebanyak 1.016 Desa/Kelurahan Siaga. Rencana pengembangan Desa/Kelurahan Siaga tahun 2009 di Kota Bandar Lampung sebesar 45 Kelurahan dari 98 Kelurahan. Sampai dengan tahun 2010, Kota Bandar Lampung sudah memiliki 69 Kelurahan Siaga. Puskesmas Kedaton merupakan salah satu Puskesmas yang ada di Kota Bandar Lampung. Puskesmas Kedaton memiliki 4 Kelurahan sebagai wilayah binaannya. Kelurahan Siaga di wilayah kerja Puskesmas Kedaton pertama kali terbentuk pada 15 Maret 2007 di Kelurahan Sukamenanti. Sampai dengan tahun 2010 seluruh Kelurahan di wilayah kerja Puskesmas Kedaton sudah menjadi kelurahan Siaga. Berdasarkan laporan hasil kegiatan dan evaluasi seksi Bina Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat tahun 2010, Kelurahan Siaga di wilayah Puskesmas Kedaton telah menjadi Kelurahan Siaga Aktif berdasarkan penilaian dari Poskeskel yang buka setiap hari.

Sebuah desa telah menjadi Desa/Kelurahan Siaga apabila desa tersebut telah memiliki sekurang-kurangnya sebuah Pos Kesehatan Desa/Kelurahan (Poskesdes/Poskeskel) yang dikelola oleh seorang bidan dan 2 (dua) orang kader. Kader merupakan tenaga masyarakat yang dianggap paling dekat dengan masyarakat itu sendiri (Departemen Kesehatan RI, 2009).

Peran kader dalam pengembangan Desa/Kelurahan Siaga sangat dibutuhkan terutama dalam menggerakkan masyarakat dalam hal perilaku hidup bersih dan sehat, pengamatan terhadap masalah kesehatan di desa, upaya kesehatan lingkungan, peningkatan kesehatan ibu, bayi dan balita, permasyarakatan kader, dan penyiapan masyarakat dalam menghadapi bencana. Salah satu kunci keberhasilan dan kelestarian Desa/Kelurahan Siaga adalah keaktifan kader. Oleh karena itu, dalam rangka pembinaan perlu dikembangkan upaya-upaya untuk memenuhi kebutuhan kader agar tidak drop out (Departemen Kesehatan RI, 2007).

Menurut Ramadona, bila kader memiliki pengetahuan yang cukup mengenai kesehatan, kader bisa melakukan sosialisasi mengenai penanganan

penyakit kepada masyarakat (www.tribunlampung.co.id). Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*overt behaviour*). Berdasarkan pengalaman dan penelitian didapatkan bahwa perilaku yang didasarkan oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan (Notoatmodjo, 2007).

1.2 Perumusan Masalah

Puskesmas Kedaton memiliki 4 Kelurahan Siaga di wilayah kerja Puskesmas Kedaton. Kegiatan yang berjalan dalam Kelurahan Siaga di wilayah kerja Puskesmas Kedaton belum berjalan dengan baik. Masih ada beberapa program yang belum berjalan dengan baik, contohnya belum adanya sistem kesiapsiagaan dan penanggulangan kegawat daruratan dan bencana berbasis masyarakat. Diduga hal ini dikarenakan kurangnya pengetahuan kader serta sikap kader yang tidak mendukung keberhasilan Kelurahan Siaga.

1.3 Pertanyaan Penelitian

Apakah ada hubungan antara pengetahuan dan sikap kader dengan implementasi Kelurahan Siaga di Wilayah kerja Puskesmas Kedaton, Kota Bandar Lampung?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Diketuinya hubungan antara pengetahuan dan sikap kader dengan implementasi Kelurahan Siaga di wilayah kerja Puskesmas Kedaton Kota Bandar Lampung.

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Diketuinya gambaran implementasi Kelurahan Siaga di wilayah kerja Puskesmas Kedaton Kota Bandar Lampung
2. Diketuinya gambaran karakteristik kader (umur, pendidikan dan lama menjadi kader) di wilayah kerja Puskesmas Kedaton Kota Bandar Lampung

3. Diketuainya gambaran pengetahuan dan sikap kader dalam implementasi Kelurahan Siaga di wilayah kerja Puskesmas Kedaton Kota Bandar Lampung
4. Diketuainya hubungan antara pengetahuan kader dengan implementasi Kelurahan Siaga di wilayah kerja Puskesmas Kedaton Kota Bandar Lampung
5. Diketuainya hubungan antara sikap kader dengan implementasi Kelurahan Siaga di wilayah kerja Puskesmas Kedaton Kota Bandar Lampung
6. Diketuainya hubungan antara faktor karakteristik kader yang berhubungan dengan pengetahuan dan sikap kader dalam implementasi Kelurahan Siaga di wilayah kerja Puskesmas Kedaton

1.5 Manfaat

1. Bagi Dinas Kesehatan
Diharapkan penelitian ini dapat memberikan informasi kepada Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung dalam pengembangan Kelurahan Siaga, terutama dalam peningkatan pengetahuan dan sikap kader dalam implementasi Kelurahan Siaga.
2. Bagi Peneliti
Diharapkan dapat menambah wawasan peneliti dalam hal pengembangan Kelurahan Siaga.
3. Bagi Ilmu Pengetahuan
Diharapkan penelitian ini dapat memberikan sumbangan pemikiran dalam penelitian Kelurahan Siaga selanjutnya dengan desain yang lebih mantap.

1.6 Ruang Lingkup Penelitian

Ruang lingkup penelitian ini adalah pengetahuan dan sikap kader dalam implementasi Kelurahan Siaga. Responden dalam penelitian ini adalah kader kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Kedaton. Pelaksanaan penelitian ini dilakukan pada bulan Februari sampai dengan April 2011 di Puskesmas Kedaton, Kota Bandar Lampung. Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan rancangan *cross sectional*. Data yang digunakan adalah data primer dengan instrumen kuesioner.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 DESA/KELURAHAN SIAGA

2.1.1 Pengertian Desa/Kelurahan Siaga

Desa/Kelurahan Siaga adalah Desa/Kelurahan yang penduduknya memiliki kesiapan sumber daya dan kemampuan serta kemauan untuk mencegah dan mengatasi masalah kesehatan, bencana, dan kegawat daruratan kesehatan secara mandiri (Syafudin dan Hamidah, 2009).

Desa yang dimaksud dapat berarti Kelurahan atau Nagari atau istilah-istilah lain bagi kesatuan masyarakat hukum yang memiliki batas-batas wilayah, yang berwenang untuk mengatur dan mengurus kepentingan masyarakat setempat, berdasarkan asal-usul dan adat-istiadat setempat yang diakui dan dihormati dalam Pemerintahan Negara Kesatuan Republik Indonesia (Kementerian Kesehatan RI, 2010)

2.1.2 Tujuan Desa/Kelurahan Siaga

Tujuan umum dibentuknya Desa/Kelurahan Siaga adalah terwujudnya masyarakat Desa/Kelurahan yang sehat, peduli, dan tanggap terhadap permasalahan kesehatan di wilayahnya (Fallen dan Dwi, 2010)

Menurut Kementerian RI (2007), tujuan khusus dari dibentuknya Desa/Kelurahan Siaga adalah sebagai berikut:

1. Meningkatnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat Desa/Kelurahan tentang pentingnya kesehatan
2. Meningkatnya kewaspadaan dan kesiapsiagaan masyarakat Desa/Kelurahan terhadap risiko dan bahaya yang dapat menimbulkan gangguan kesehatan (bencana, wabah, kegawat daruratan dan sebagainya)
3. Meningkatnya keluarga yang sadar gizi dan melaksanakan perilaku hidup bersih dan sehat.
4. Meningkatnya kesehatan lingkungan di Desa/Kelurahan.
5. Meningkatnya kemampuan dan kemauan masyarakat desa untuk menolong diri sendiri dibidang kesehatan.

2.1.3 Tingkatan atau Kategori Desa/Kelurahan Siaga

Tabel 2.1
Tingkatan atau Kategori Desa/Kelurahan Siaga

KRITERIA	PRATAMA	MADYA	PURNAMA	MANDIRI
1. Forum Desa/Kelurahan	Ada, tetapi belum berjalan	Berjalan, tetapi belum rutin setiap tri wulan	Berjalan setiap tri wulan	Berjalan setiap bulan
2. Kader Pemberdayaan Masyarakat (KPM)/kader teknis	Sudah ada minimal 2 orang	Sudah ada 3-5 orang	Sudah ada 6-8 orang	Sudah ada 9 orang atau lebih
3. Kemudahan akses pelayanan kesehatan dasar	Ya	Ya	Ya	Ya
4. Posyandu dan UKBM lainnya aktif	Posyandu ya, UKBM lainnya tidak aktif	Posyandu dan 2 UKBM lainnya aktif	Posyandu dan 3 UKBM lainnya aktif	Posyandu dan 4 UKBM lainnya aktif
5. Dukungan dana untuk kegiatan kesehatan di Desa dan Kelurahan: a. Pemerintah Desa dan Kelurahan b. Masyarakat c. Dunia usaha	Sudah ada dana dari pemerintah desa dan kelurahan serta belum ada sumber dana lainnya	Sudah ada dari pemerintah desa dan kelurahan serta 1 sumber dana lainnya	Sudah ada dari pemerintah desa dan kelurahan serta 2 sumber dana lainnya	Sudah ada dari pemerintah desa dan kelurahan serta 2 sumber dana lainnya
6. Peran serta masyarakat dan organisasi	Ada peran aktif masyarakat dan tidak ada peran aktif ormas	Ada peran aktif masyarakat dan peran aktif 1 ormas	Ada peran aktif masyarakat dan peran aktif 2 ormas	Ada peran aktif masyarakat dan peran aktif lebih dari 2 ormas
7. Peraturan Kepala Desa/Lurah atau peraturan Bupati/Walikota	Belum ada	Ada, belum direalisasikan	Ada, sudah direalisasikan	Ada, sudah direalisasikan
8. Pembinaan PHBS Rumah Tangga	Pembinaan PHBS kurang dari 20% rumah tangga yang ada	Pembinaan PHBS minimal 20% rumah tangga yang ada	Pembinaan PHBS minimal 40% rumah tangga yang ada	Pembinaan PHBS minimal 70% rumah tangga yang ada

(Kementerian Kesehatan RI dan Kementerian Dalam Negeri RI, 2010)

2.1.4 Sasaran Pengembangan Desa/Kelurahan Siaga

Menurut Runjati (2010), dalam mempermudah strategi intervensi, sasaran pengembangan Desa/Kelurahan Siaga dibedakan menjadi tiga jenis yaitu:

1. Semua individu dan keluarga di Desa/Kelurahan, yang diharapkan mampu melaksanakan hidup sehat, serta peduli dan tanggap terhadap permasalahan kesehatan di wilayah Desa/Kelurahannya
2. Pihak-pihak yang mempunyai pengaruh terhadap perubahan perilaku individu dan keluarga atau dapat menciptakan iklim yang kondusif bagi perubahan perilaku tersebut, seperti tokoh masyarakat, termasuk tokoh agama, tokoh perempuan dan pemuda, kader Desa/Kelurahan, serta petugas kesehatan
3. Pihak-pihak yang diharapkan memberikan dukungan kebijakan, peraturan perundang-undangan, dana, tenaga, saran, dan lain-lain, seperti Kepala Desa/Lurah, Camat, para pejabat terkait, swasta, para donatur, dan pemangku kepentingan lainnya.

2.1.5 Kriteria Desa/Kelurahan Siaga

Sebuah Desa/Kelurahan dikatakan telah menjadi Desa/Kelurahan Siaga apabila Desa/Kelurahan tersebut telah memiliki sekurang-kurangnya sebuah Pos Kesehatan Desa/Pos Kesehatan Kelurahan (Poskesdes/Poskeskel) (Kementerian Kesehatan RI, 2010).

Menurut Syafrudin dan Hamidah (2009), terdapat ciri-ciri Pokok Desa/Kelurahan Siaga yaitu:

1. Memiliki Pos Kesehatan Desa/Pos Kesehatan Kelurahan yang berfungsi memberikan pelayanan dasar
2. Memiliki sistem gawat darurat berbasis masyarakat
3. Memiliki sistem pembiayaan kesehatan secara mandiri
4. Masyarakat berperilaku hidup bersih dan sehat

Kriteria Desa/Kelurahan Siaga menurut Fallen dan Dwi (2010) adalah:

1. Memiliki sarana pelayanan kesehatan dasar (bagi yang tidak memiliki akses ke Puskesmas/Pustu, dikembangkan Pos Kesehatan Desa/ Pos Kesehatan Kelurahan)

2. Memiliki berbagai UKBM sesuai dengan kebutuhan masyarakat setempat (misalnya Posyandu, Pos/Warung Obat Desa dan lain-lain)
3. Memiliki sistem pembiayaan kesehatan berbasis masyarakat
4. Memiliki sistem pengamatan (surveilans) penyakit dan faktor-faktor resiko yang berbasis masyarakat
5. Memiliki sistem kesiap siagaan dan penanggulangan kegawat daruratan dan bencana berbasis masyarakat
6. Masyarakatnya berperilaku hidup bersih dan sehat

2.1.6 Pendekatan Pengembangan Desa/Kelurahan Siaga

Menurut Syafrudin dan Hamidah (2009), pengembangan Desa/Kelurahan Siaga dilaksanakan dengan membantu/memfasilitasi/mendampingi masyarakat untuk menjalani proses pembelajaran melalui siklus atau spiral pemecahan masalah yang terorganisasi dan dilakukan oleh Forum Masyarakat Desa (pengorganisasian masyarakat) dengan menggunakan tahap:

1. Mengidentifikasi masalah, penyebab masalah dan sumber daya yang dapat dimanfaatkan untuk mengatasi masalah
2. Mendiagnosis masalah dan merumuskan alternatif pemecahan masalah
3. Menetapkan alternatif pemecahan masalah yang layak merencanakan dan melaksanakannya
4. Memantau, mengevaluasi, dan membina kelestarian upaya yang telah dilakukan

Departemen Kesehatan RI (2007), secara garis besar langkah-langkah pokok yang perlu ditempuh sebagai berikut:

1. Pengembangan Tim Petugas

Sebelum kegiatan lain dilaksanakan, langkah ini dilakukan terlebih dahulu karena ini merupakan awal kegiatan. Tujuan dari langkah ini adalah mempersiapkan para petugas kesehatan yang berada di wilayah Puskesmas baik petugas teknis maupun administrasi. Persiapan petugas dapat berupa sosialisasi, pertemuan atau pelatihan yang bersifat konsolidasi yang disesuaikan dengan kondisi setempat.

2. Pengembangan Tim di Masyarakat

Tujuan dari langkah ini adalah untuk mempersiapkan para petugas, tokoh masyarakat, serta masyarakat, agar mereka tahu dan mau bekerjasama dalam satu tim untuk mengembangkan Desa/Kelurahan Siaga. Kegiatan advokasi kepada para penentu kebijakan termasuk dalam langkah ini, agar mereka mau memberikan dukungan, baik berupa kebijakan atau anjuran, serta restu, maupun dana atau sumberdaya lain, sehingga pengembangan Desa/Kelurahan Siaga dapat berjalan dengan lancar.

3. Survei Mawas Diri (SMD)

Bertujuan agar pemuka-pemuka masyarakat mampu melakukan telaah mawas diri untuk desanya. Survei ini harus dilakukan oleh pemuka-pemuka masyarakat setempat dengan bimbingan tenaga kesehatan. Diharapkan, mereka menjadi sadar akan permasalahan yang dihadapi di desanya, serta memiliki niat dan tekad untuk mencari solusinya, termasuk membangun Poskesdes sebagai upaya mendekatkan pelayanan kesehatan dasar kepada masyarakat desa.

4. Musyawarah Masyarakat Desa (MMD)

Bertujuan untuk mencari alternatif penyelesaian masalah kesehatan dan upaya membangun Poskesdes, dikaitkan dengan potensi yang dimiliki desa/kelurahan. Disamping itu, juga untuk menyusun rencana jangka panjang pengembangan Desa/Kelurahan Siaga.

5. Pelaksanaan Kegiatan

Secara operasional, pembentukan Desa/Kelurahan Siaga dilakukan dengan kegiatan sebagai berikut:

- a. Pemilihan pengurus dan kader Desa/Kelurahan Siaga
- b. Orientasi/pelatihan kader Desa/Kelurahan Siaga
- c. Pengembangan Poskesdes dan UKBM lain
- d. Penyelenggaraan kegiatan Desa/Kelurahan Siaga

6. Pembinaan dan peningkatan

Untuk memajukan Desa/Kelurahan Siaga perlu adanya pengembangan jejaring kerjasama dengan berbagai pihak karena permasalahan kesehatan sangat dipengaruhi oleh kinerja sektor lain, serta adanya keterbatasan sumber daya. Perwujudan dan pengembangan jejaring Desa/Kelurahan Siaga dapat dilakukan

melalui temu jejaring UKBM secara internal di dalam desa/kelurahan sendiri dan atau temu jejaring antar Desa/Kelurahan Siaga (minimal sekali dalam setahun).

Dalam pembangunan, partisipasi semua unsur masyarakat dengan kerjasama secara sukarela merupakan kunci utama bagi keberhasilan pembangunan (Soehardjo, 1980). Dalam hal ini partisipasi berfungsi menumbuhkan kemampuan masyarakat untuk berkembang secara mandiri (*self-reliance*) dalam usaha memperbaiki taraf hidup masyarakat (Tangkilisan, 2007).

2.1.7 Indikator Keberhasilan

2.1.7.1 Indikator Masukan

Indikator masukan adalah indikator untuk mengukur seberapa besar masukan yang telah diberikan dalam rangka pengembangan Desa/Kelurahan Siaga. Indikator masukan terdiri atas hal-hal berikut:

1. Ada/ tidaknya Forum Masyarakat Desa/Kelurahan
2. Ada/tidaknya Poskesdes/Poskeskel dan sarana bangunan serta pelengkap/peralatannya
3. Ada/tidaknya UKBM yang dibutuhkan masyarakat
4. Ada/tidaknya tenaga kesehatan (minimal bidan)

2.1.7.2 Indikator Proses

Indikator proses adalah indikator untuk mengukur seberapa aktif upaya yang dilaksanakan di suatu desa dalam rangka pengembangan Desa/Kelurahan Siaga. Indikator proses terdiri atas hal-hal berikut:

1. Frekuensi pertemuan Forum Masyarakat Desa/Kelurahan
2. Berfungsi/tidaknya Poskesdes/Poskeskel
3. Berfungsi/tidaknya UKBM yang ada
4. Berfungsi/tidaknya Sistem Kegawatdaruratan dan penanggulangan kegawatdaruratan dan bencana
5. Berfungsi/tidaknya sistem surveilans berbasis masyarakat
6. Ada/tidaknya kegiatan kunjungan rumah untuk KADARZI dan PHBS

2.1.7.3 Indikator Keluaran

Indikator keluaran adalah indikator untuk mengukur seberapa besar hasil kegiatan yang dicapai di suatu desa dalam rangka pengembangan Desa/Kelurahan Siaga. Indikator keluaran terdiri atas hal-hal berikut:

1. Cakupan pelayanan kesehatan dasar Poskesdes
2. Cakupan pelayanan UKBM-UKBM lain
3. Jumlah kasus kegawatdaruratan dan KLB yang dilaporkan
4. Cakupan rumah tangga yang mendapat kunjungan rumah untuk KADARZI dan PHBS

2.1.7.4 Indikator Dampak

Indikator dampak adalah indikator untuk mengukur seberapa besar dampak dari hasil kegiatan di desa dalam rangka pengembangan Desa/Kelurahan Siaga. Indikator dampak terdiri atas hal-hal berikut:

1. Jumlah penduduk yang menderita sakit
2. Jumlah penduduk yang menderita gangguan jiwa
3. Jumlah ibu melahirkan yang meninggal dunia
4. Jumlah bayi dan balita yang meninggal dunia
5. Jumlah balita dengan gizi buruk

(Kementerian Kesehatan RI, 2010)

2.1.8 Kegiatan Desa/Kelurahan Siaga

2.1.8.1 Posyandu

Posyandu adalah salah satu bentuk Upaya pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan yang merupakan Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat (UKBM) dan diselenggarakan dikelola dari, oleh, untuk, dan bersama masyarakat (www.gizikia.depkes.go.id).

Pelaksanaan posyandu yang maksimal dan manajemen yang terpadu dari semua lapisan masyarakat dan stakeholder akan mampu mengatasi masalah gizi di Indonesia dan pada akhirnya akan meningkatkan Indeks Pembangunan Manusia (IPM) Indonesia (www.sadargizi.com).

Depkes RI (1990) pelayanan yang diberikan di posyandu bersifat terpadu, hal ini bertujuan untuk memberikan kemudahan dan keuntungan bagi masyarakat karena di posyandu tersebut masyarakat dapat memperoleh pelayanan lengkap pada waktu dan tempat yang sama (www.rajawana.com/artikel/kesehatan).

Menurut Ramadhan (2010), pertumbuhan dan perkembangan kesehatan anak sangat ditentukan di usia balita. Untuk itu, semua ibu yang memiliki balita harus membawa anaknya ke Posyandu untuk mengetahui perkembangan dan pertumbuhan kesehatan anaknya. Sehingga tidak ada lagi balita dengan gizi buruk serta tidak ada lagi balita yang mengalami gangguan perkembangan dan pertumbuhan (<http://barat.jakarta.go.id/v09/index.php>).

2.1.8.2 KADARZI

KADARZI adalah Keluarga yang mampu mengenal, mencegah, dan mengatasi masalah gizi setiap anggota keluarganya

Ciri keluarga KADARZI:

1. Menimbang berat badan secara teratur
2. Memberi ASI sejak bayi lahir sampai usia 6 bulan
3. Makan beraneka ragam
4. Menggunakan garam beryodium
5. Minum suplemen gizi (tablet tambah darah, kapsul vitamin A dosis tinggi) sesuai anjuran

Menilai keluarga sudah KADARZI:

1. Status gizi seluruh anggota keluarga khususnya ibu dan anak baik
2. Tidak ada BBLR (Bayi Berat Lahir Rendah) pada keluarga
3. Semua anggota keluarga mengkonsumsi garam beryodium
4. Semua ibu memberikan ASI sampai 6 bulan
5. Semua balita dalam keluarga yang ditimbang naik BB sesuai umur
6. Tidak ada masalah gizi lebih dalam keluarga

(Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2004)

2.1.8.3 PHBS

PHBS adalah semua perilaku kesehatan yang dilakukan atas dasar kesadaran sehingga anggota keluarga atau keluarga dapat menolong dirinya sendiri dalam hal kesehatan dan berperan aktif dalam kegiatan-kegiatan kesehatan di masyarakat (Departemen Kesehatan RI, 2009).

PHBS di rumah tangga adalah upaya untuk memberdayakan anggota rumah tangga agar memahami dan mampu melaksanakan perilaku hidup bersih dan sehat serta berperan aktif dalam gerakan kesehatan di masyarakat (Departemen Kesehatan RI, 2009).

Menurut Departemen Kesehatan RI (2009), rumah tangga ber-PHBS adalah rumah tangga yang melakukan 10 PHBS di rumah tangga yaitu:

1. Persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan
2. Memberi bayi ASI eksklusif
3. Menimbang balita setiap bulan
4. Menggunakan air bersih
5. Mencuci tangan dengan menggunakan air bersih dan sabun
6. Menggunakan jamban sehat
7. Memberantas jentik di rumah sekali seminggu
8. Makan buah dan sayur setiap hari
9. Melakukan aktivitas fisik setiap hari
10. Tidak merokok di dalam rumah

Sedyaningsih mengatakan bahwa pencegahan infeksi dapat dicegah melalui cuci tangan dengan menggunakan sabun sebelum makan dan setelah buang air besar (www.health.kompas.com). Penyakit infeksi yang tinggi dan penyakit tidak menular seperti penyakit Jantung dan Diabetes dapat diminimalkan bila masyarakat Indonesia ber-Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2009).

Menurut Sutedjo, dalam rangka membangun kesehatan keluarga dan masyarakat diperlukan berbagai upaya untuk menumbuhkan kesadaran pentingnya menjaga kesehatan melalui kesadaran pemahaman pengetahuan hidup bersih dan sehat yang didukung dengan kelestarian lingkungan hidup serta perencanaan sehat dalam keluarga. Pelaksanaan kegiatan tersebut disamping

dilakukan penyuluhan, orientasi dan pelatihan serta penggerakan masyarakat diperlukan kemitraan dengan berbagai instansi/dinas terkait antara lain DEPKES, BKKBN, KLH, IBI, IDI dan lain-lain. (www.googlebooks.com)

2.2 KADER

2.2.1 Pengertian Kader

Kader kesehatan masyarakat adalah laki-laki atau wanita yang dipilih oleh masyarakat dan dilatih untuk menangani masalah-masalah kesehatan perseorangan maupun masyarakat, serta untuk bekerja dalam hubungan yang sangat dekat dengan tempat-tempat pemberian pelayanan kesehatan. (WHO, 1995).

Kader kesehatan adalah anggota masyarakat yang bekerja sukarela dan ikhlas. Mampu melaksanakan kegiatan UPGK serta mampu menggerakan masyarakat untuk melaksanakan kegiatan UPGK (Depkes dan Kesejahteraan Sosial, 2000).

2.2.2 Tugas Kader

Tugas kader meliputi pelayanan kesehatan dan pembangunan masyarakat, tetapi hanya terbatas pada bidang-bidang atau tugas-tugas yang pernah diajarkan kepada mereka. Kader tidak diharapkan untuk mampu menyelesaikan semua masalah yang dihadapinya tetapi mereka diharapkan untuk mampu dalam menyelesaikan masalah umum yang terjadi di masyarakat dan mendesak untuk diselesaikan. (Syafrudin dan Hamidah, 2009)

2.2.3 Peran Kader

Menurut Departemen Kesehatan RI (2009), kader terlibat dalam pelaksanaan Desa/Kelurahan Siaga melalui kegiatan UKBM yang ada termasuk Poskesdes. Peran kader adalah:

1. Peran sebagai pelaku penggerakan masyarakat dalam hal:
 - a. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)
 - b. Pengamatan terhadap masalah kesehatan di desa
 - c. Upaya penyehatan lingkungan
 - d. Peningkatan kesehatan ibu, bayi dan anak balita

- e. Pemasyarakatan Kadarzi
2. Peran tambahan:
- a. Membantu petugas Kesehatan dalam penanggulangan kedaruratan keseharian sehari-hari
 - b. Membantu petugas kesehatan dalam penyiapan masyarakat menghadapi bencana
 - c. Membantu petugas kesehatan dalam pengelolaan obat di Poskesdes

2.2.4 Fungsi Kader

Menurut Departemen Kesehatan RI (2009), dalam menjalankan perannya sebagai pengembang Desa/Kelurahan Siaga, fungsi kader adalah:

1. Membantu tenaga kesehatan dalam pengelolaan Desa/Kelurahan Siaga melalui kegiatan UKBM termasuk Poskesdes secara umum
2. Membantu memantau kegiatan dan evaluasi Desa/Kelurahan Siaga seperti mengisi register ibu dan anak, mengisi KMS dan lain-lain
3. Membantu mengembangkan dan mengelola UKBM lain serta hal-hal yang terkait lainnya seperti: PHBS; pengamatan kesehatan berbasis masyarakat; penyehatan lingkungan; kesehatan ibu, bayi dan anak balita; Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi); JPKM
4. Membantu mengidentifikasi dan melaporkan kejadian di masyarakat yang dapat berdampak kepada masyarakat
5. Membantu dalam memberikan pemecahan masalah kesehatan yang sederhana kepada masyarakat

2.2.5 Syarat Kader

Menurut Zulkifli (2003), salah satu persyaratan umum yang dapat dipertimbangkan untuk memilih kader adalah:

1. Dapat membaca dan menulis dengan bahasa Indonesia
2. Secara fisik dapat melaksanakan tugas-tugas sebagai kader
3. Mempunyai penghasilan sendiri dan tinggal tetap di desa yang bersangkutan.
4. Aktif dalam kegiatan-kegiatan sosial maupun pembangunan desanya

5. Dikenal masyarakat dan dapat bekerjasama dengan masyarakat calon kader lainnya dan berwibawa
6. Sanggup membina paling sedikit 10 KK untuk meningkatkan keadaan kesehatan lingkungan
7. Diutamakan telah mengikuti KPD atau mempunyai keterampilan

Pendapat lain dari Bagus dalam Zulkifli, mengenai persyaratan bagi seorang kader antara lain:

1. Berasal dari masyarakat setempat.
2. Tinggal di desa tersebut.
3. Tidak sering meninggalkan tempat untuk waktu yang lama.
4. Diterima oleh masyarakat setempat.
5. Masih cukup waktu bekerja untuk masyarakat disamping mencari nafkah lain.
6. Dapat membaca dan menulis.

Dari persyaratan-persyaratan yang diutamakan oleh beberapa ahli diatas, kriteria pemilihan kader kesehatan antara lain, sanggup bekerja secara sukarela, mendapat kepercayaan dari masyarakat serta mempunyai kredibilitas yang baik dimana perilakunya menjadi panutan masyarakat, memiliki jiwa pengabdian yang tinggi, mempunyai penghasilan tetap, pandai baca tulis, sanggup membina masyarakat sekitarnya. (www.library.usu.ac.id)

2.3 PENGETAHUAN (*Knowledge*)

2.3.1 Pengertian Pengetahuan

Pengetahuan menurut Mehra dan Burhan (1964) dalam Sobur (2009), mereka berpendapat bahwa ada tiga hal yang harus dipenuhi dalam pengetahuan yaitu:

1. Adanya sistem gagasan dalam pikiran
2. Gagasan sesuai dengan benda-benda yang sebenarnya
3. Harus ada suatu keyakinan tentang adanya persesuaian

Apabila salah satu dari ketiga unsur tersebut hilang, maka tidak akan terjadi pengetahuan.

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi

melalui pancaindera manusia, yaitu indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behaviour*) adalah pengetahuan atau kognitif. (Notoatmodjo, 2007)

2.3.2 Tingkat Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2007), pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan yaitu:

1. Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk di dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Tahu merupakan tingkatan pengetahuan yang paling rendah.

2. Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui serta dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari.

3. Aplikasi (*aplication*)

Diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi real (sebenarnya). Aplikasi dapat diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.

4. Analisis (*analysis*)

Analisis merupakan suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek kedalam komponen-komponen, tetapi masih didalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain.

5. Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjukkan kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian didalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.

Dapat dikatakan, sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada.

6. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian itu didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

2.3.3 Cara Memperoleh Pengetahuan

Menurut Notoadmojo (2007), pengetahuan dapat diperoleh dengan cara :

1. Cara kuno untuk memperoleh pengetahuan

a. Cara coba salah

Cara ini dipakai sebelum kebudayaan bahkan mungkin sebelum adanya peradaban. Cara ini dilakukan dengan menggunakan kemungkinan dalam memecahkan masalah dan apabila kemungkinan itu tidak berhasil maka dicoba. Kemungkinan yang lain sampai masalah tersebut dapat dipecahkan.

b. Cara kekuasaan atau otoritas

Pengetahuan ini dapat bersumber dari pemimpin-pemimpin masyarakat baik formal maupun informal, ahli agama, pemegang pemerintahan, dan berbagai prinsip orang lain yang dikemukakan oleh orang yang mempunyai otoritas, tanpa menguji terlebih dahulu atau membuktikan kebenarannya baik berdasarkan fakta empiris maupun penalaran sendiri.

c. Berdasarkan pengalaman pribadi

Pengalaman pribadi dapat digunakan sebagai upaya memperoleh pengetahuan dengan cara mengulang kembali pengalaman yang pernah diperoleh dalam memecahkan permasalahan yang dihadapi masa lalu.

2. Cara modern dalam memperoleh pengetahuan

Cara ini disebut metode penelitian ilmiah atau lebih terkenal dengan sebutan metodologi penelitian. Cara ini mula-mula dikembangkan oleh Francis Bacon (1561-1626), kemudian dikembangkan oleh Deobold Van Daven. (Wawan dan Dewi, 2010)

2.3.4 Sumber-Sumber Pengetahuan

Menurut Suhartono (2008), sumber-sumber pengetahuan terdiri dari:

1. Kepercayaan berdasarkan tradisi, adat dan agama yang berupa nilai-nilai warisan nenek moyang. Biasanya, sumber ini berbentuk norma-norma dan kaidah-kaidah baku yang berlaku didalam kehidupan sehari-hari. Didalam norma dan kaidah tersebut terkandung pengetahuan yang kebenarannya boleh jadi tidak dapat dibuktikan secara rasional dan empiris, tetapi sulit dikritik untuk diubah begitu saja. Pengetahuan yang bersumber dari kepercayaan cenderung bersifat menetap tetapi subyektif.
2. Pengetahuan berdasarkan pada otoritas kesaksian orang lain, juga masih diwarnai oleh kepercayaan. Pihak-pihak pemegang otoritas kebenaran pengetahuan yang dapat dipercaya adalah orangtua, guru, ulama, orang yang dituakan, dan sebagainya. Apapun yang mereka katakan, benar atau salah, baik atau buruk, indah atau jelek, pada umumnya diikuti dan dijalankan dengan patuh tanpa kritik.
3. Pengalaman indrawi. Bagi manusia, pengalaman indrawi adalah alat vital penyelenggaraan kebutuhan hidup sehari-hari. Dengan menggunakan mata, telinga, hidung, lidah dan kulit, orang bisa menyaksikan secara langsung dan bisa pula melakukan kegiatan hidup.
4. Akal pikiran. Akal pikiran memiliki sifat lebih rohani, ini berbeda dengan panca indera. Karena itu, lingkup kemampuannya melebihi panca indera, yang menembus batas-batas fisis sampai pada hal-hal yang bersifat metafisis. Panca indera hanya mampu menangkap hal-hal yang fisis menurut sisi tertentu, satu persatu, dan yang berubah-ubah. Akal pikiran cenderung memberikan pengetahuan yang lebih umum, objektif dan pasti, serta yang bersifat tetap, tidak berubah-ubah.
5. Intuisi. Sumber ini berupa gerak hati yang paling dalam. Bersifat sangat spiritual, melampaui ambang batas ketinggian akal pikiran dan kedalam pengalaman. Pengetahuan yang bersumber dari intuisi merupakan pengalaman batin yang bersifat langsung. Kebenaran pengetahuan intuitif ini tidak dapat diuji kebenarannya baik menurut ukuran pengalaman indrawi maupun akal

pikiran. Karena itu tidak bisa berlaku umum, hanya berlaku secara personal.
(www.usu.ac.id)

2.3.5 Faktor Yang Mempengaruhi Pengetahuan

Beberapa faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang, antara lain:

1. Pendidikan

Menurut Hary (1996) dalam Hendra (2008) menyatakan, bahwa tingkat pendidikan ikut menentukan mudah tidaknya seseorang menyerap dan memahami pengetahuan yang mereka peroleh. Pada umumnya, semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin baik pengetahuannya.

2. Pengalaman

Menurut Notoatmodjo (1997) mengatakan, bahwa pengalaman merupakan guru terbaik. Pepatah tersebut dapat diartikan bahwa pengalaman merupakan sumber pengetahuan, atau pengalaman merupakan suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan. Pengalaman pribadi dapat digunakan sebagai upaya untuk memperoleh pengetahuan. Hal ini dilakukan dengan cara mengulang kembali pengalaman yang diperoleh dalam memecahkan permasalahan yang dihadapi pada masa lalu.

3. Usia

Singgih (1998) dalam Hendra (2008) menyatakan, semakin tua umur seseorang maka proses-proses perkembangan mentalnya bertambah baik. Akan tetapi pada umur tertentu bertambahnya proses perkembangan mental ini tidak secepat seperti ketika umur belasan tahun. Selain itu Ahmadi, 2001 dalam Hendra, 2008 juga mengemukakan bahwa daya ingat seseorang itu salah satunya dipengaruhi oleh umur. Dari uraian tersebut dapat disimpulkan bahwa bertambahnya umur seseorang dapat berpengaruh pada penambahan pengetahuan yang diperolehnya, akan tetapi pada umur-umur tertentu atau menjelang usia lanjut kemampuan penerimaan atau mengingat suatu pengetahuan akan berkurang.

4. Informasi

Hary, 1996 dalam Hendra, 2008 mengatakan bahwa informasi akan memberikan pengaruh pada pengetahuan seseorang. Meskipun seseorang

memiliki pendidikan yang rendah tetapi jika ia mendapatkan informasi yang baik dari berbagai media misalnya TV, radio atau surat kabar maka hal itu akan dapat meningkatkan pengetahuan seseorang (www.usu.ac.id).

2.3.6 Pengukuran Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2003), pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat kita sesuaikan dengan tingkatan pengetahuan (www.usu.ac.id).

2.4 SIKAP

2.4.1 Pengertian Sikap

Menurut Champbell (1950) dalam Notoatmodjo (2007), sikap sosial individu adalah respon sindrom yang konsisten dalam hubungannya dengan objek sosial.

Sikap merupakan reaksi atau respons yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Manifestasi sikap tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Secara nyata, sikap menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu yang dalam kehidupan sehari-hari merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial (Notoatmodjo, 2007).

Sikap adalah perasaan seseorang tentang obyek, aktivitas, peristiwa dan orang lain. Perasaan ini menjadi konsep yang merepresentasikan suka atau tidak sukanya (positif, negatif, atau netral) seseorang pada sesuatu. Sikap merupakan perpaduan antara insting dan kebiasaan (<http://healthiskesehatan.blogspot.com>).

2.4.2 Komponen Sikap

Allport dalam Notoatmodjo (2007) menyatakan bahwa sikap memiliki 3 komponen pokok yaitu:

1. Kepercayaan (keyakinan), ide, dan konsep terhadap suatu objek
2. Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek

3. Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*)

Ketiga komponen tersebut secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*). Pengetahuan, pikiran, keyakinan, dan emosi memegang peranan penting dalam menentukan sikap yang utuh ini.

2.4.3 Tingkatan Sikap

Tingkatan sikap menurut Notoatmodjo (2007) terdiri dari:

1. Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan sebagai orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek).

2. Merespon (*responding*)

Indikasi dari sikap adalah memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan, dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah.

3. Menghargai (*valuing*)

Indikasi dari sikap tingkat tiga ini adalah, mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah.

4. Bertanggung jawab (*responsible*)

Sikap yang paling tinggi adalah bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala risiko.

2.4.4 Komponen Sikap

Menurut Azwar (2010), sikap terdiri dari 3 komponen yang saling menunjang, yaitu:

1. Komponen Kognitif

Merupakan representasi apa yang dipercaya oleh individu pemilik sikap. Komponen kognitif berisi kepercayaan stereotipe yang dimiliki individu mengenai sesuatu dapat disamakan dengan pendapat terutama apabila menyangkut masalah isu atau problem yang kontroversial.

2. Komponen Afektif

Merupakan perasaan yang menyangkut aspek emosional. Aspek emosional ini yang biasanya berakar paling dalam sebagai komponen sikap dan merupakan aspek yang paling bertahan terhadap pengaruh-pengaruh yang

mungkin mengubah sikap seseorang. Komponen ini disamakan dengan perasaan yang dimiliki seseorang terhadap sesuatu.

3. Komponen Konatif

Merupakan aspek kecenderungan berperilaku tertentu sesuai dengan sikap yang dimiliki oleh seseorang. Komponen ini berisi tendensi atau kecenderungan untuk bertindak/bereaksi terhadap sesuatu dengan cara-cara tertentu. Sikap seseorang dicerminkan dalam bentuk tendensi perilaku.

Pada dasarnya sikap meliputi rasa suka dan tidak suka, penilaian serta reaksi menyenangkan atau tidak menyenangkan terhadap objek, orang, situasi, dan mungkin aspek-aspek lain dunia, termasuk ide abstrak dan kebijakan sosial. (Sobur, 2009)

Dari berbagai definisi diatas, dapat disimpulkan beberapa hal tentang sikap:

1. Sikap adalah kecenderungan bertindak, berpikir, berpersepsi, dan merasa dalam menghadapi objek, ide, situasi, atau nilai. Sikap bukan merupakan perilaku, tetapi lebih merupakan kecenderungan untuk berperilaku dengan cara tertentu terhadap objek sikap. Objek sikap dapat berupa orang, benda, tempat, gagasan, situasi atau kelompok
2. Sikap bukan hanya rekaman masa lampau, tetapi juga menentukan apakah seseorang harus setuju atau tidak setuju terhadap sesuatu, menentukan apa yang disukai, diharapkan, dan diinginkan, dan mengenyampingkan apa yang tidak diinginkan dan apa yang harus dihindari
3. Sikap relatif lebih menetap.
4. Sikap mengandung aspek evaluatif, artinya mengandung nilai menyenangkan atau tidak menyenangkan
5. Sikap timbul dari pengalaman, tidak dibawa sejak lahir, tetapi merupakan hasil belajar
6. Sikap mempunyai segi-segi motivasi dan segi-segi perasaan
7. Sikap tidak berarti sendiri, melainkan senantiasa mengandung relasi tertentu terhadap suatu objek. Dengan kata lain, sikap itu terbentuk dan dapat dipelajari

(Sobur, 2009)

Sikap positif bukanlah produk genetik dan keturunan, melainkan sebuah ciri yang dipelajari dengan pelatihan yang tepat (Harrell, 2008).

2.4.5 Pembentukan Sikap

Sebagian besar ahli Psikologi Sosial berpendapat bahwa sikap terbentuk dari pengalaman, melalui proses belajar. Berdasarkan pendapat ini, dapat disusun berbagai upaya (pendidikan, pelatihan, komunikasi, penerangan, dan sebagainya) untuk mengubah sikap seseorang (Sobur, 2009).

2.4.6 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pembentukan Sikap

Menurut Azwar (2010), faktor-faktor yang mempengaruhi pembentukan sikap antara lain:

1. Pengalaman pribadi

Apa yang telah dan yang sedang dialami akan ikut membentuk dan mempengaruhi penghayatan terhadap stimulus sosial. Tanggapan akan menjadi salah satu dasar terbentuknya sikap. Untuk dapat menjadi dasar pembentukan sikap, pengalaman pribadi haruslah meninggalkan kesan yang kuat. Karena itu, sikap akan lebih mudah terbentuk apabila pengalaman pribadi tersebut terjadi dalam situasi yang melibatkan faktor emosional. Dalam situasi yang melibatkan emosi, penghayatan terhadap pengalaman akan lebih mendalam dan lebih lama berbekas.

Middlebrook (1974) mengatakan bahwa tidak adanya pengalaman sama sekali dengan suatu objek psikologis cenderung akan membentuk sikap negatif terhadap objek tersebut.

2. Pengaruh orang lain yang dianggap penting

Seseorang yang dianggap penting, yang diharapkan persetujuannya untuk setiap gerak dan tingkah laku kita, seseorang yang tidak ingin kita kecewakan, atau seseorang yang berarti khusus bagi kita (*significant others*), akan banyak mempengaruhi pembentukan sikap kita terhadap sesuatu. Orang yang biasanya dianggap penting bagi individu adalah orangtua, orang yang status sosialnya lebih tinggi, teman sebaya, teman dekat, guru, teman kerja, istri atau suami, dan lain-lain.

Pada umumnya, individu cenderung untuk memiliki sikap yang konformis atau searah dengan sikap orang yang dianggap penting. Kecenderungan ini antara lain dimotivasi oleh keinginan untuk berafiliasi dan keinginan untuk menghindari konflik dengan orang yang dianggap penting tersebut.

Sangat umum terjadi jika sikap atasan terhadap suatu masalah diterima dan dianut oleh bawahan tanpa landasan afektif maupun kognitif yang relevan dengan objek sikapnya.

3. Pengaruh kebudayaan

Skinner sangat menekankan pengaruh lingkungan (termasuk kebudayaan) dalam membentuk pribadi seseorang. Hergenhahn (1982) menyatakan bahwa kepribadian merupakan pola perilaku yang konsisten yang menggambarkan sejarah *reinforcement* (penguatan, ganjaran) yang dialami. Pola sikap dan perilaku tertentu dikarenakan kita mendapat reinforcement dari masyarakat untuk sikap dan perilaku tersebut, bukan untuk sikap dan perilaku tersebut, bukan untuk sikap dan perilaku yang lain.

Tanpa disadari kebudayaan telah menanamkan garis pengaruh sikap kita terhadap berbagai masalah. Kebudayaan telah mewarnai sikap anggota masyarakatnya, karena kebudayaanlah yang memberi corak pengalaman individu-individu masyarakat asuhannya

4. Media massa

Dalam penyampaian informasi, media massa membawa pesan-pesan yang berisi sugesti yang dapat mengarahkan opini seseorang. Informasi baru mengenai sesuatu hal memberikan landasan kognitif baru bagi terbentuknya sikap terhadap hal tersebut. Pesan-pesan sugestif yang dibawa oleh informasi tersebut, apabila cukup kuat akan memberi dasar afektif dalam menilai sesuatu hal sehingga terbentuklah arah sikap tertentu.

Dalam pemberitaan surat kabar maupun radio atau media komunikasi lainnya, berita yang seharusnya faktual disampaikan secara obyektif cenderung dipengaruhi oleh sikap penulisnya, akibatnya berpengaruh terhadap sikap konsumennya.

5. Lembaga Pendidikan dan Lembaga Agama

Lembaga pendidikan serta lembaga agama sebagai suatu sistem mempunyai pengaruh dalam pembentukan sikap dikarenakan keduanya meletakkan dasar pengertian dan konsep moral dalam diri individu. Pemahaman akan baik dan buruk, garis pemisah antara sesuatu yang boleh dan yang tidak boleh dilakukan, diperoleh dari pendidikan dan dari pusat keagamaan serta ajaran-ajarannya.

Konsep moral dan ajaran dari lembaga agama sangat menentukan sistem kepercayaan tidaklah mengherankan jika kalau pada gilirannya konsep tersebut mempengaruhi sikap

6. Faktor Emosional

Kadang kala, suatu bentuk sikap merupakan pernyataan yang didasari emosi yang berfungsi sebagai semacam penyaluran frustrasi atau pengalihan bentuk mekanisme pertahanan ego.

2.4.7 Pengukuran Sikap

Untuk mengetahui sikap seseorang terhadap objek tertentu, kita harus melihatnya melalui ketiga komponen sikap yaitu, pengetahuan (kognisi), perasaan (afeksi), dan perilakunya (konasi). (Sobur, 2009)

Pendapat Sax (1980) dalam Sobur (2009), pengukuran dan pemahaman terhadap sikap, harus mencakup semua dimensi yang meliputi: arah, intensitas, keluasan, konsistensi, dan spontanitas sikap.

2.5 SOSIALISASI DAN PELATIHAN

2.5.1 Sosialisasi

Sosialisasi atau proses sosial merupakan proses belajar atau penyesuaian diri dari seseorang yang kemudian mengadopsi kebiasaan, sikap, dan ide-ide dari orang lain, kemudian seseorang mempercayai dan mengakui sebagai bagian dari dirinya (Ratna, 2010)

Menurut Muctaromah (2009) sosialisasi adalah suatu proses penyaluran atau pengenalan terhadap hal-hal baru ke anggota masyarakat yang terorganisir dan mengajarkan metode-metode yang akan digunakan, sebagai sarana untuk

menumbuhkan kesadaran dari masyarakat akan sesuatu hal yang diperkenalkan sehingga dapat diadopsi oleh anggota masyarakat tersebut.

Tujuan dari sosialisasi adalah mengembangkan kemampuan seseorang dalam kehidupan berkomunikasi secara efektif, memberikan keterampilan yang dibutuhkan seseorang yang mempunyai tugas pokok dalam masyarakat, menanamkan nilai-nilai kepercayaan kepada seseorang mempunyai tugas pokok dalam masyarakat, dan proses dan kepribadian (Nasution, 2008).

Dunia pendidikan kesehatan menggunakan sosialisasi untuk memperkenalkan program-program kesehatan dalam rangka meningkatkan status kesehatan masyarakat maupun memandirikan masyarakat untuk dapat menolong dirinya sendiri sehingga mengurangi ketergantungan dengan orang lain. Proses sosialisasi sendiri dilakukan dengan membutuhkan waktu dan cara-cara agar masyarakat dapat menjalani proses sosialisasi atau pendidikan kesehatan dengan senang hati dan tidak terpaksa (Ratna, 2010).

2.5.2 Pelatihan

Pelatihan merupakan salah satu kegiatan pokok dalam rangka distribusi dan pelayanan produksi dalam program komunikasi kesehatan. Pelatihan memiliki tujuan penting untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan sebagai kriteria keberhasilan program kesehatan secara keseluruhan (Notoatmodjo, 2005).

Menurut Manullang (2008), Pelatihan yaitu suatu kegiatan yang didisain untuk memperbaiki atau meningkatkan pengetahuan, keterampilan dan sikap seseorang dalam melaksanakan tugas tertentu, dimana pelatihan merupakan investasi jangka panjang dalam sebuah manajemen sumber daya.

Pelatihan diberikan untuk memberikan pengalaman belajar baik bagi petugas maupun bagi masyarakat. Pelatihan dapat meyakinkan peserta bahwa:

- a. Apa yang mereka pelajari pada saat pelatihan memberikan manfaat
- b. Proses belajar dapat memberikan keterampilan
- c. Keterampilan yang dipraktikkan dengan baik akan mendapatkan imbalan yang setimpal sebagai umpan balik dan imbalan yang diperoleh dapat berasal dari berbagai sumber dan dapat diperoleh dengan cepat.

Sasaran utama dari pelatihan adalah petugas kesehatan yang merupakan ujung tombak dalam jalur distribusi dan pelayanan, kemudian kader kesehatan, tokoh masyarakat, dan tokoh agama (Notoatmodjo, 2005).

2.6 DIFUSI INOVASI

Desa/Kelurahan Siaga merupakan suatu gagasan baru yang akan dikomunikasikan kepada masyarakat. Sehingga perlu adanya cara-cara tertentu agar Desa/Kelurahan Siaga dapat diterima oleh masyarakat dengan baik. Oleh karena itu diperlukan difusi inovasi dalam pelaksanaannya.

2.6.1 Pengertian Difusi Inovasi

Menurut Rogers, 1973 dalam Sasongko (2001), Difusi adalah proses inovasi yang dikomunikasikan melalui saluran-saluran tertentu kepada anggota sistem sosial. Inovasi adalah, sebuah gagasan, praktek atau obyek tertentu yang dianggap baru oleh seseorang. Difusi inovasi adalah proses dimana sebuah inovasi dikomunikasikan melalui beberapa saluran selama periode waktu tertentu kepada anggota dari sebuah sistem sosial.

2.6.2 Kategori Penerima (*adopter*)

Terdapat 5 kategori dalam adopter, yaitu:

1. *Inovator*
2. *Early Adapter*
3. *Early Majority*
4. *Late Majority*
5. *Laggard*

Inovator dan early adopter merupakan kelompok masyarakat yang dalam waktu singkat mengadopsi inovasi, sedangkan laggard merupakan kelompok masyarakat yang paling akhir mengadopsi inovasi tersebut.

Jones (1972) dalam Sasongko (2001), membedakan ciri-ciri dari tiap kategori adopter berdasarkan ciri-ciri individu, sifat hubungan sosial, dan perilaku komunikasi.

Tabel 2.2
Kategori Adopter

Kategori Adopter	Ciri-ciri Individu	Sifat Hubungan Sosial	Perilaku Komunikasi
<i>Inovator</i>	Status sosial tinggi, lingkup usaha besar dan spesialis, kaya, usia muda, pendidikan tinggi, berpengalaman diluar lingkungan pertanian	Leader, berani mengambil risiko, kosmopolitan	Mempunyai hubungan sangat baik dengan sumber-sumber informasi ilmiah, interaksi aktif dengan sesama inovator, sangat mampu memanfaatkan saluran komunikasi non-personal
<i>Early Adopter</i>	Status sosial tinggi, lingkup usaha besar dan spesialis	Dihargai dan dilihat oleh sesamanya sebagai contoh, opinion leader yang sangat berpengaruh	Hubungan sangat baik dengan penyuluh pertanian, mampu memanfaatkan informasi dari media massa
<i>Early Majority</i>	Status sosial menengah atas, lingkup usaha rata-rata	Bersedia mempertimbangkan hal-hal baru jika kelompoknya juga menerima ide tersebut	Mempunyai hubungan dengan penyuluh pertanian dan kelompok <i>early adopter</i> , kontak dengan media massa
<i>Late Majority</i>	Status sosial menengah-bawah, lingkup usaha kecil, pendapatan relatif rendah	Skeptis, membutuhkan dorongan kelompok, sebelum menerima ide baru	Terutama berhubungan dengan sesama <i>early</i> dan <i>late majority</i> , jarang berhubungan dengan media massa
<i>Laggard</i>	Status sosial rendah, lingkup usaha kecil, pendapatan rendah, usia lanjut, pendidikan rendah	Berorientasi pada masa lalu, menghindari risiko, terpencil dari pergaulan sosial	Sumber informasi terutama dari tetangga, teman dan sanak keluarga yang mempunyai persamaan nilai, curiga terhadap penyuluh pertanian

2.6.3 Karakter Inovasi

Dalam Sasongko (2001), dibutuhkan kurun waktu tertentu sebelum sebuah gagasan diterima oleh orang lain. Penyebaran gagasan tersebut dipengaruhi oleh karakter dari inovasi itu sendiri dan karakter dari anggota masyarakat. Beberapa karakter inovasi yang mempengaruhi kecepatan penyebaran adalah:

1. Manfaat relatif (*relative advantage*)

Inovasi yang dinilai lebih bermanfaat (dari segi sosial maupun ekonomi) akan lebih cepat diterima. Penilaian kemanfaatannya tidak hanya berdasarkan kriteria obyektif, tetapi kriteria subyektif juga sangat berpengaruh.

2. Kesesuaian (*compatibility*)

Kesesuaian yang dimaksud adalah kesesuaian dengan nilai-nilai, pengalaman masa lalu dan kebutuhan seseorang. Semakin tinggi derajat kesesuaiannya, semakin cepat difusinya.

3. Kerumitan (*complexity*)

Suatu inovasi yang dinilai sulit dimengerti atau diterapkan, akan lebih lambat difusinya.

4. Dapat dicoba (*trialability*)

Inovasi yang dapat dicoba lebih dulu secara terbatas akan lebih cepat diterima.

5. Dapat diamati (*observability*)

Inovasi yang hasilnya dapat segera dilihat akan lebih cepat diadopsi.

2.6.4 Tahapan Proses Adopsi

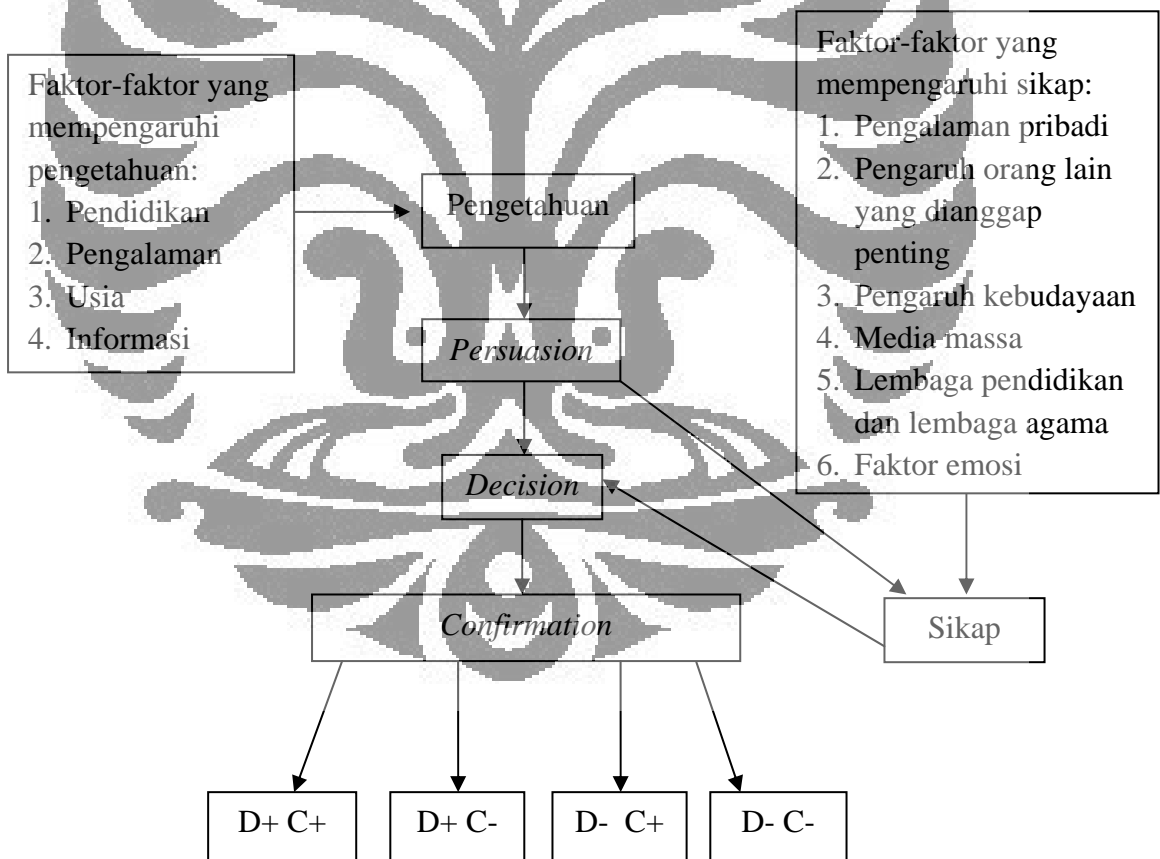
Menurut Rogers (1973) dalam Sasongko (2001), untuk terjadinya adopsi berlangsung melalui 4 tahap, yaitu:

1. Pengetahuan (*Knowledge*)
2. Persuasi (*Persuasion*)
3. Keputusan (*Decision*)
4. Konfirmasi (*Confirmation*)

Pada tahap knowledge, kelompok sasaran memperoleh informasi tentang sebuah inovasi, baik melalui perantaraan media massa maupun komunikasi interpersonal. Setelah mendengar dan mengetahui informasi, pada tahap persuasian terbentuklah sikap terhadap inovasi tersebut yang bisa bersifat positif (menyukai) atau negatif (tidak menyukai). Selanjutnya kelompok sasaran akan mengambil keputusan (*decision*) apakah dia akan mengadopsi inovasi tersebut (*adoption*) atau tidak (*rejection*). Setelah pengambilan keputusan tersebut, tahap selanjutnya adalah confirmation dimana kelompok sasaran bisa menilai apakah keputusan yang telah diambil sebelumnya akan tetap dilanjutkan (*continue adoption*) atau selanjutnya ditolak (*later rejection*).

2.7 KERANGKA TEORI

Berdasarkan studi literatur yang didapatkan, dapat diambil kesimpulan bahwa, pengetahuan akan membentuk persuasi dan persuasi akan membentuk suatu sikap yang akan membentuk suatu keputusan (*decision*). Setelah persuasi terbentuk, selanjutnya akan membentuk suatu keputusan (*decision*) yang pada akhirnya akan membentuk suatu konfirmasi (*confirmation*). Sedangkan pengetahuan dipengaruhi oleh faktor pendidikan, pengalaman, usia serta informasi. Sikap dipengaruhi oleh faktor pengalaman pribadi, pengaruh orang yang dianggap penting, pengaruh kebudayaan, media massa, lembaga pendidikan dan lembaga agama serta faktor emosi. Hal ini dapat dilihat pada gambar 2.1 dibawah ini:



Gambar 2.1

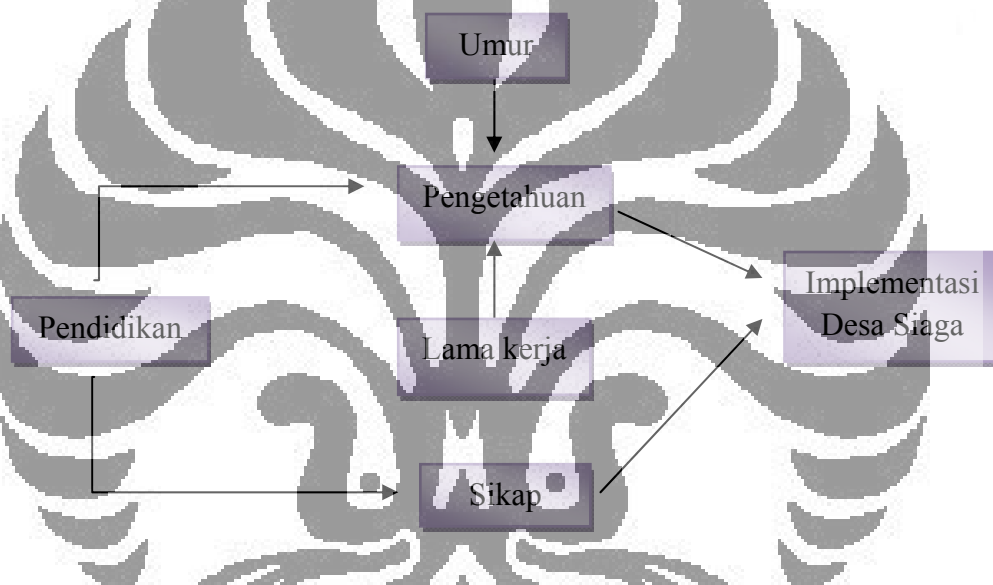
Kerangka Teori Berdasarkan Studi Literatur Yang Didapatkan

BAB III

KERANGKA KONSEP

3.1 Kerangka Konsep

Berdasarkan kerangka teori, Implementasi Kelurahan Siaga dipengaruhi oleh pengetahuan dan sikap. Pengetahuan dipengaruhi oleh umur, lama kerja dan pendidikan. Sedangkan sikap dipengaruhi oleh pendidikan. Untuk lebih jelasnya dapat digambarkan dengan kerangka konsep dibawah ini.



Gambar 3.1

Kerangka Konsep Penelitian Berdasarkan Studi Literatur

3.2 Hipotesis

Hipotesis dari penelitian ini adalah:

1. Ada hubungan antara pengetahuan kader dengan implementasi Kelurahan Siaga di wilayah kerja Puskesmas Kedaton Kota Bandar Lampung.
2. Ada hubungan antara sikap kader dengan implementasi Kelurahan Siaga di wilayah kerja Puskesmas Kedaton Kota Bandar Lampung.
3. Ada hubungan antara faktor karakteristik responden yang berhubungan dengan pengetahuan dan sikap kader dalam implementasi Kelurahan Siaga di wilayah kerja Puskesmas Kedaton.

3.3 Kesalahan Pengambilan Keputusan

Dalam pengujian hipotesis selalu dihadapkan pada suatu kesalahan pengambilan keputusan. Terdapat dua jenis kesalahan pengambilan keputusan dalam uji statistik yaitu:

1. Kesalahan Tipe I (α)

Kesalahan ini merupakan kesalahan menolak H_0 , tetapi sesungguhnya H_0 benar. Artinya menyimpulkan adanya perbedaan, tetapi sesungguhnya tidak ada perbedaan. Peluang kesalahan tipe satu (I) adalah α atau sering disebut tingkat signifikansi (*significance level*). Sebaliknya, peluang untuk tidak membuat kesalahan tipe I adalah sebesar $1-\alpha$ yang disebut dengan tingkat kepercayaan (*confidence level*).

2. Kesalahan Tipe II (β)

Kesalahan ini merupakan kesalahan tidak menolak H_0 , tetapi sesungguhnya H_0 salah. Artinya menyimpulkan tidak ada perbedaan tetapi sesungguhnya ada perbedaan. Peluang untuk membuat kesalahan tipe dua (II) ini sebesar β . Peluang untuk tidak membuat kesalahan tipe kedua (II) adalah sebesar $1-\beta$ dan dikenal sebagai tingkat kekuatan uji (*power of the test*).

Tabel 3.1 Kesalahan Pengambilan Keputusan

Keputusan	Populasi	
	H_0 Benar	H_0 Salah
Tidak menolak H_0	Benar ($1-\alpha$)	Kesalahan Tipe II (β)
Menolak H_0	Kesalahan Tipe I (α)	Benar ($1-\beta$)

Power Of Test (Kekuatan Uji)

Power of test merupakan peluang untuk menolak Hipotesis Nol (H_0) ketika H_0 memang salah. Dengan kata lain, kemampuan untuk mendeteksi adanya perbedaan bermakna antara kelompok-kelompok yang diteliti ketika perbedaan-perbedaan itu memang ada. $\text{Power} = 1-\beta$.

(Sabri & Hastono, 2009).

3.4 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat ukur	Cara ukur	Hasil ukur	Skala
1.	Implementasi Desa Siaga	Pernyataan responden tentang pelaksanaan desa siaga dilihat dari tingkatan kategorinya	kuesioner	mengisi angket	0=kurang (skor < median) 1=baik (skor \geq median)	Ordinal
2.	Umur Kader	Pernyataan responden mengenai lama hidup responden dari lahir sampai pada saat penelitian dilakukan	kuesioner	mengisi angket	<46 tahun (jika umur < median) \geq 46 tahun (jika umur \geq median)	Ordinal
3.	Pendidikan	Pernyataan responden tentang jenjang pendidikan formal terakhir saat penelitian dilakukan	kuesioner	mengisi angket	1=tidak tamat SD 2=tamat SD 3=SLTP 4=SLTA 5=akademi/sarjana	Ordinal
					Untuk kepentingan analisis bivariat, pendidikan dikategorikan menjadi: 0=rendah (\leq SMP) 1=tinggi ($>$ SMP)	Ordinal
4.	Lama menjadi Kader	Pernyataan responden tentang berapa lama menjadi kader dihitung dalam tahun saat menerima Surat Keputusan (SK) yang dikeluarkan oleh Kelurahan berdasarkan surat keputusan Walikota sampai dengan waktu pengisian kuesioner	kuesioner	mengisi angket	0=baru (jika < median) 1=lama (jika \geq median)	Ordinal
5.	Sikap	Pernyataan responden tentang hasil dari pelaksanaan Desa/Kelurahan Siaga	kuesioner	mengisi angket	0=negatif (skor < median) 1=positif (skor \geq median)	Ordinal
6.	Pengetahuan kader	Pernyataan responden tentang pengertian, tujuan, pelaksanaan dan kegiatan yang ada di dalam pelaksanaan Desa/Kelurahan Siaga	kuesioner	mengisi angket	0=kurang (skor < mean) 1=baik (skor \geq mean)	Ordinal

BAB IV

METODOLOGI PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan jenis penelitian kuantitatif, menggunakan desain penelitian *cross sectional* (potong lintang) dimana peneliti melakukan observasi atau pengukuran variabel pada satu saat tertentu, tiap subyek hanya diobservasi satu kali dan pengukuran variabel subyek dilakukan pada saat pemeriksaan tersebut (Pratiknya, 2007). Alasan peneliti menggunakan desain ini adalah karena kemudahan mengidentifikasi dalam periode pendek dan desain juga digunakan untuk menguji hipotesis.

4.2 Waktu dan Lokasi penelitian

Penelitian ini dilakukan pada bulan Februari sampai dengan April 2011. Anamnesis (pengisian kuisioner) dilakukan di Posyandu wilayah kerja Puskesmas Kedaton Kota Bandar Lampung.

4.3 Populasi Dan Sampel

4.3.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah semua kader kesehatan yang berada pada 24 Posyandu dan tersebar di 4 kelurahan yang ada di wilayah kerja Puskesmas Kedaton, Kota Bandar Lampung yang berjumlah 120 orang.

4.3.2 Sampel

Sampel untuk penelitian ini adalah kader kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Kedaton, Kota Bandar Lampung. Jumlah sampel ditentukan dengan total sampling. Dimana semua populasi diambil menjadi sampel penelitian. Sehingga jumlah sampel penelitian adalah 120 orang kader kesehatan.

4.4 Pengumpulan Data

4.4.1 Cara dan Alat Pengumpulan Data

Data dikumpulkan dengan memberikan angket kepada kader yang telah ditetapkan sebagai sampel (responden) dengan menggunakan kuesioner.

4.4.2 Data Yang Dikumpulkan

Data yang dikumpulkan dengan menggunakan data primer. Data primer dilakukan dengan memberikan angket pada responden (kader) dengan menggunakan kuesioner.

4.5 Pengolahan dan Teknik Analisa Data

4.5.1 Pengolahan Data

Pengolahan data diperlukan agar memperoleh penyajian data sebagai hasil yang berarti dan kesimpulan yang baik. Sebab data yang diperoleh langsung dari penelitian masih mentah, belum memberikan informasi apa-apa, serta belum siap untuk disajikan.

Menurut Notoatmodjo (2010), beberapa kegiatan yang dilakukan oleh peneliti dalam pengolahan data diantaranya:

4.5.1.1 Editing Data (penyuntingan)

Tahap ini merupakan kegiatan pemeriksaan data yang telah terkumpul, melalui beberapa kegiatan, yaitu:

- Memeriksa kelengkapan data, yaitu melakukan pemeriksaan kelengkapan kuesioner, apakah semua pertanyaan telah dijawab.
- Memeriksa kesinambungan data, yaitu melakukan pemeriksaan apakah semua data berkesinambungan atau tidak, yaitu tidak ditemukan data atau keterangan yang bertentangan antara satu dengan lainnya.

4.5.1.2 Coding

Koding data dilakukan dengan cara memberikan kode pada setiap jawaban yang diberikan pada lembar jawaban yang tersedia dengan tujuan untuk memudahkan dalam proses entry data.

4.5.1.3 Entry Data

Merupakan suatu proses memasukkan data dalam computer dengan menggunakan pengolahan data program statistik perangkat lunak. Dalam penelitian ini menggunakan program statistik komputer.

4.5.1.4 Cleaning Data

Merupakan kegiatan pengecekan kembali data yang sudah dientry apakah saat memasukkan data ada kesalahan atau tidak.

4.5.2 Tehnik Analisa Data

4.5.2.1 Analisis Univariat

Analisa univariat dilakukan untuk mendapatkan gambaran pada masing-masing variabel, data akan disampaikan dalam bentuk distribusi frekuensi menurut masing-masing variabel yang akan diteliti. Variabel independen yaitu pengetahuan dan sikap kader, sedangkan variabel dependen yaitu implementasi desa siaga.

4.5.2.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk melihat hubungan antara variabel dependen (implementasi Kelurahan Siaga) dengan variabel independen (pengetahuan dan sikap kader) dengan menggunakan rumus *Chi Square*:

$$X^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

Keterangan :

X^2 : Chi Square

\sum : Jumlah

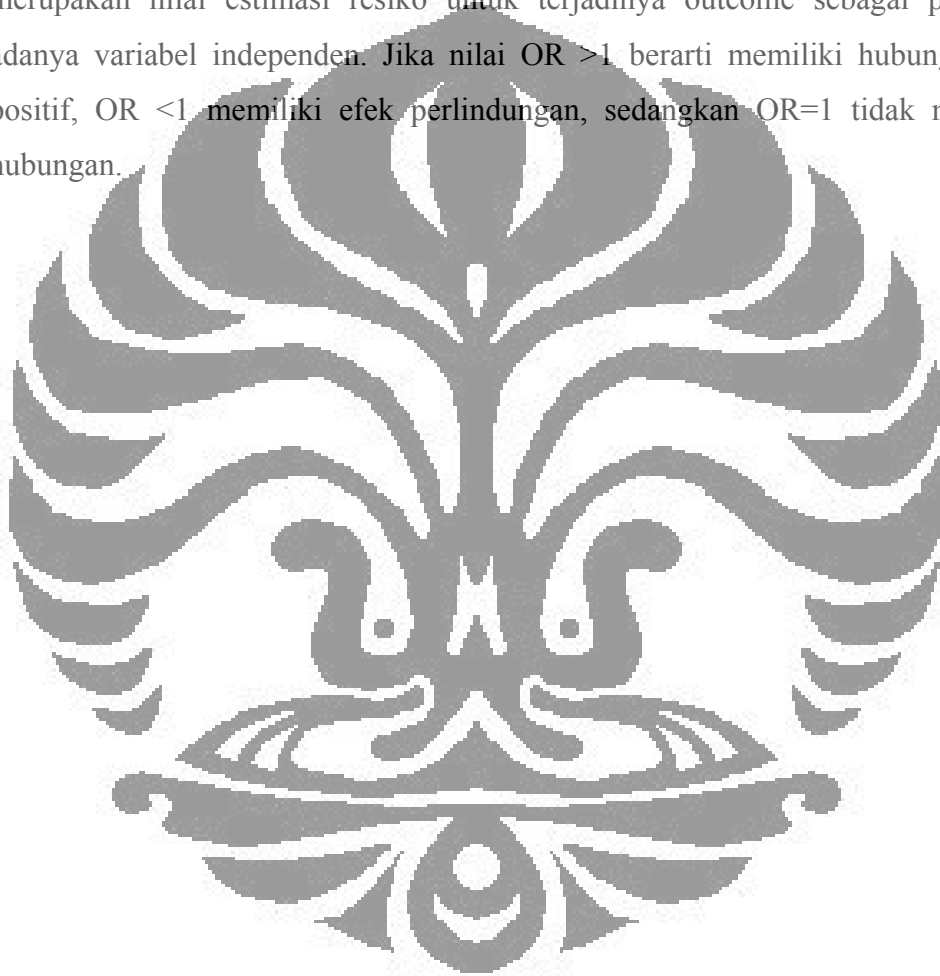
O : Frekuensi yang teramati

E : Frekuensi yang diharapkan

Keputusan yang diambil dari hasil uji Chi Square adalah:

1. Bila $p \text{ value} \leq \alpha$, H_0 ditolak, berarti data sampel mendukung adanya hubungan yang bermakna (signifikan).
2. Bila $p \text{ value} > \alpha$, H_0 gagal ditolak, berarti data sampel tidak mendukung adanya hubungan yang bermakna (signifikan).

Untuk mengetahui keeratan hubungan atau kekuatan hubungan digunakan OR karena desain penelitian ini menggunakan desain *cross sectional*. Nilai OR merupakan nilai estimasi resiko untuk terjadinya outcome sebagai pengaruh adanya variabel independen. Jika nilai $OR > 1$ berarti memiliki hubungan erat positif, $OR < 1$ memiliki efek perlindungan, sedangkan $OR = 1$ tidak memiliki hubungan.



BAB V

HASIL PENELITIAN

5.1 Gambaran Umum

5.1.1 Geografis

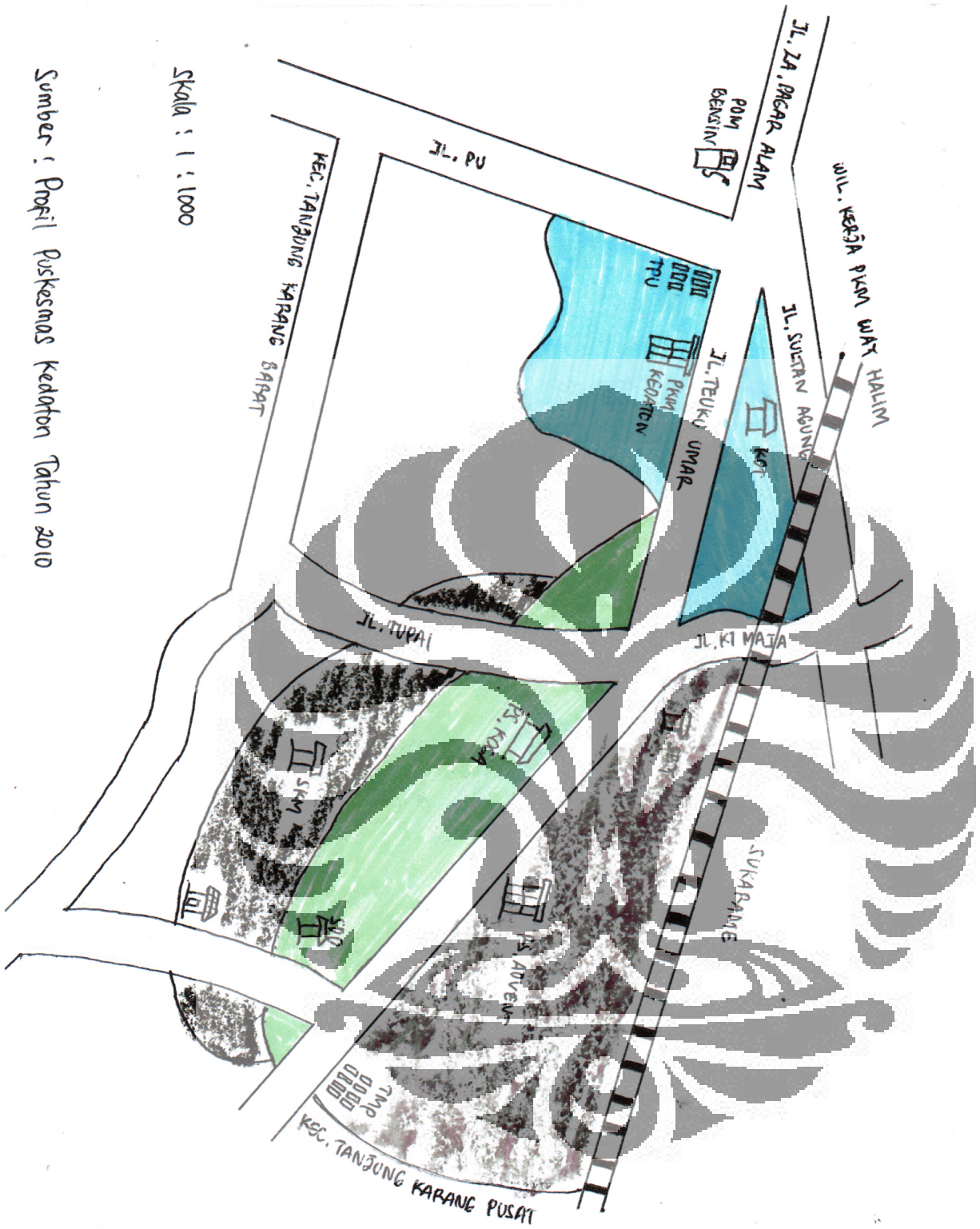
Puskesmas Kedaton merupakan salah satu Puskesmas yang terletak di Kecamatan Kedaton Kota Bandar Lampung dengan batas-batas sebagai berikut:

1. Sebelah Barat berbatasan dengan Kecamatan Tanjung Karang Barat
2. Sebelah Utara berbatasan dengan Kecamatan Rajabasa
3. Sebelah Timur berbatasan dengan Kecamatan Sukarame
4. Sebelah Selatan berbatasan dengan Kecamatan Tanjung Karang Pusat

Luas wilayah kerja Puskesmas Kedaton adalah 5,14 Km² yang merupakan daerah pemukiman yang berpenduduk padat. Wilayah kerja Puskesmas Kedaton meliputi 4 kelurahan yang terletak di Kecamatan Kedaton, yaitu Kelurahan Kedaton dengan luas wilayah 1,48 Km², Kelurahan Surabaya dengan luas wilayah 1,25 Km², Kelurahan Sidodadi luas wilayah 1,25 Km² dan Kelurahan Sukamenanti luas wilayah 1,16 Km².

5.1.2 Peta Wilayah Kerja Puskesmas Kedaton

PETA WILAYAH KERJA PUSKESMAS KEDATON



- KETERANGAN :
- JALAN PATA
 - ▨ BEL KERING API
 - ▧ BATAS KELUPAHAN
 - ▩ PUSKESMAS KEDATON
 - PUSKESMAS SUKAMENANT
 - HANTOR KELUPAHAN
 - ▬ KELUPAHAN KEDATON
 - ▭ KELUPAHAN SIDODADI
 - ▮ KELUPAHAN SUKAMENANT
 - ▯ KELUPAHAN SUPABAYA

Skala : 1 : 1000

Sumber : Profil Puskesmas Kedaton Tahun 2010

5.1.3 Demografis

Jumlah penduduk di wilayah kerja Puskesmas Kedaton

Tabel 5.1
Penyebaran Penduduk
Puskesmas Kedaton Tahun 2010

No	Kelurahan	Jumlah Penduduk	Jumlah KK	Jumlah Rumah
1.	Kedaton	12351	2911	2789
2.	Sidodadi	11334	2670	2437
3.	Surabaya	11880	2798	2455
4.	Sukamenanti	6824	1606	1038
Jumlah		42389	9985	8719

Sumber: Profil Puskesmas Kedaton Tahun 2010

Berdasarkan tabel 5.1 total penduduk di wilayah kerja Puskesmas Kedaton 42.389 jiwa, dengan 8.719 rumah dan 9.985 KK (Kepala Keluarga). Kelurahan Kedaton merupakan kelurahan yang paling banyak jumlah penduduk dan KK nya, yaitu jumlah penduduk 12351 dan 2911 KK.

5.1.4 Fasilitas Kesehatan di Wilayah Kerja Puskesmas Kedaton

Tabel 5.2
Fasilitas Kesehatan di Wilayah Kerja
Puskesmas Kedaton Tahun 2010

No	Kelurahan	Fasilitas Kesehatan							
		RS	RB	BP Swasta	Dokter Praktek Swasta	Sinse/Batra	Pustu	Poskeskel	Posyandu
1	Kedaton	0	3	3	5	2	0	1	6
2	Sidodadi	0	3	3	2	1	0	1	7
3	Surabaya	0	3	1	2	3	0	1	6
4	Sukamenanti	1	2	2	1	1	1	1	5
Jumlah		1	11	9	10	7	1	4	24

Sumber: Profil Puskesmas Kedaton Tahun 2010

Sarana fasilitas kesehatan yang terbanyak adalah Posyandu yaitu sebanyak 24 Posyandu. Dalam wilayah kerja Puskesmas Rawat Inap Kedaton terdapat 1 Rumah Sakit swasta, 1 buah Pustu serta tersebarnya RB (Rumah bersalin), BP (Balai Pengobatan) Swasta dan Dokter praktker swasta sehingga masyarakat di wilayah Puskesmas Kedaton bisa dengan mudah mendapatkan pelayanan kesehatan jika mengalami gangguan kesehatan.

5.1.5 Kelurahan Siaga di wilayah Kerja Puskesmas Kedaton

Puskesmas Kedaton memiliki 4 kelurahan sebagai wilayah binaannya dan kesemuanya telah menjadi kelurahan siaga. Berdasarkan laporan hasil kegiatan dan evaluasi seksi Bina Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung tahun 2010, semua Kelurahan Siaga di wilayah kerja Puskesmas Kedaton sudah menjadi Kelurahan Siaga Aktif yang dinilai berdasarkan Poskeskel yang dapat memberikan pelayanan setiap hari.

5.2 Hasil Penelitian

5.2.1 Gambaran Implementasi Kelurahan Siaga

Pengukuran implementasi Kelurahan Siaga dilakukan dengan menggunakan kuesioner yang terdiri dari 12 pertanyaan tentang implementasi Kelurahan Siaga. Berdasarkan pengolahan data, didapatkan data hasil analisis univariat sebagai berikut.

Tabel 5.3
Kategori Implementasi Kelurahan Siaga
Di Wilayah Kerja Puskesmas Kedaton Tahun 2011

No	Pertanyaan	Baik (%)
1	Forum masyarakat desa/kelurahan	91,7
2	Forum masyarakat desa/kelurahan berjalan baik	80,8
3	Adanya kader pemberdayaan masyarakat	82,5
4	Akses terhadap pelayanan kesehatan dasar	88,3
5	Adanya Posyandu aktif	94,2
6	UKBM selain Posyandu yang aktif	55,8
7	Dana pengembangan Kelurahan Siaga pada Kelurahan	45,8
8	Adanya sumber dana lain selain dari Kelurahan	45,0
9	Peran aktif masyarakat	78,3
10	Peran aktif organisasi kemasyarakatan	65,0
11	Peraturan yang melandasi dan mengatur Kelurahan Siaga	57,5
12	Pembinaan PHBS pada rumah tangga < 20%	17,5
13	Pembinaan PHBS pada rumah tangga 20%	10,0
14	Pembinaan PHBS pada rumah tangga 40%	42,5
15	Pembinaan PHBS pada rumah tangga 70%	30,0

Berdasarkan tabel 5.3 diketahui bahwa 94,2% responden sudah mengimplementasikan posyandu aktif, sedangkan hanya 42,5% responden mengimplementasikan pembinaan PHBS sebesar 40% pada rumah tangga yang ada.

Tabel 5.4
Kategori Implementasi Kelurahan Siaga
Di Wilayah Kerja Puskesmas Kedaton Tahun 2011

Kategori Implementasi	n	Persentase (%)
Kurang (skor < median)	51	42,5
Baik (skor \geq median)	69	57,5
Total	120	100

Berdasarkan tabel 5.4 diatas diketahui implementasi Kelurahan Siaga diukur berdasarkan skor yang diperoleh responden dari 12 pertanyaan mengenai implementasi Kelurahan Siaga. Total nilai implementasi dikelompokkan menjadi dua kelompok yaitu kurang dan baik. Karena distribusi data tidak normal maka pembagian kategori implementasi berdasarkan median. Implementasi kurang jika skor (< median) dan baik jika (\geq median). Nilai median yang diperoleh adalah 9,00 dengan nilai minimum 1 dan nilai maksimum 12. Dari hasil analisis data didapatkan bahwa 57,5% kader telah mengimplementasikan Kelurahan Siaga dengan baik.

5.2.2 Gambaran Karakteristik Responden

5.2.2.1 Distribusi Responden Menurut Umur

Umur responden termuda 23 tahun dan umur tertua 68 tahun. Setelah dilakukan uji normalitas data, didapatkan distribusi data yang tidak normal. Sehingga pembagian kategori umur berdasarkan median yaitu 46 tahun. Hasil analisis data dapat dilihat pada tabel 5.5

Tabel 5.5
Distribusi Responden Menurut Umur
Di Wilayah Kerja Puskesmas Kedaton Tahun 2011

Variabel	n	Persentase (%)
< 46 tahun	67	55,8
\geq 46 tahun	53	44,2
Total	120	100

Dari tabel diatas dapat terlihat bahwa distribusi responden menurut kategori umur berdasarkan median yaitu < 46 tahun. Dari hasil analisis univariat didapatkan bahwa 55,8% responden berumur dibawah 46 tahun.

5.2.2.2 Distribusi Responden Menurut Pendidikan

Tabel 5.6
Distribusi Responden Menurut Pendidikan
Di Wilayah Kerja Puskesmas Kedaton Tahun 2011

Jenis Pendidikan	n	Persentase (%)
Tidak tamat SD	1	0,8
Tamat SD	11	9,2
SLTP	36	30,0
SLTA	63	52,5
Akademi/Sarjana	9	7,5
Total	120	100

Dari tabel 5.6 diatas menunjukkan bahwa responden yang berpendidikan tidak tamat SD dan yang tamat SD adalah 10%, persentase ini hampir sama dengan yang berpendidikan Akademi/Sarjana yaitu 7,5%. Pendidikan responden yang paling banyak adalah SLTA sebesar 52,5%.

Tingkat pendidikan berdasarkan UU Sisdiknas No.20 tahun 2003, dibagi menjadi dua tingkat yaitu tingkat pendidikan dasar/rendah (SD dan SLTP) dan tingkat pendidikan menengah/tinggi (SLTA, Akademi dan Universitas). Distribusi responden berdasarkan menurut tingkat pendidikan Sisdiknas dapat dilihat pada tabel 5.7 dibawah ini

Tabel 5.7
Distribusi Responden Menurut Tingkat Pendidikan Sisdiknas
Di Wilayah Kerja Puskesmas Kedaton Tahun 2011

Pendidikan	n	Persentase (%)
Rendah	48	40,0
Tinggi	72	60,0
Total	120	100

Dari tabel 5.7 dapat dilihat bahwa 60% responden berpendidikan menengah/tinggi dan sisanya 40% responden berpendidikan dasar/rendah.

5.2.2.3 Distribusi Responden Menurut Lama Menjadi Kader

Lamanya menjadi kader adalah dihitung dalam tahun saat menerima Surat Keputusan (SK). Setelah dilakukan uji normalitas data, didapatkan distribusi data yang tidak normal. Sehingga lama menjadi kader dikelompokkan berdasarkan median dan dibagi menjadi dua kategori seperti tabel berikut:

Tabel 5.8
Distribusi Responden Menurut Lama Menjadi Kader
Di Wilayah Kerja Puskesmas Kedaton Tahun 2011

Lama Menjadi Kader	n	Persentase (%)
Baru < median (6 tahun)	58	48,3
Lama \geq median (6 tahun)	62	51,7
Total	120	100

Berdasarkan tabel 5.8 diatas dapat terlihat bahwa distribusi responden menurut kategori lama menjadi kader berdasarkan median dibagi dua kategori yaitu baru jika (< median) dan lama jika (\geq median), dari hasil analisis data didapatkan 51,7% responden mengabdikan sebagai kader \geq 6 tahun.

5.3 Gambaran Responden Menurut Pengetahuan dan Sikap

5.3.1 Distribusi Responden Menurut Pengetahuan

Pengukuran pengetahuan dilakukan dengan menggunakan kuesioner yang terdiri dari 19 pertanyaan tentang konsep Kelurahan Siaga. Berdasarkan pengolahan data, didapatkan data hasil analisis univariat sebagai berikut

Tabel 5.9
Distribusi Responden Berdasarkan Nilai Pengetahuan Tentang Kelurahan Siaga
Di Wilayah Kerja Puskesmas Kedaton Tahun 2011 (n=120)

No	Pertanyaan	Benar (%)
1.	Pengertian Kelurahan Siaga	50,0
2.	Tujuan Kelurahan Siaga	58,3
3.	Tingkatan Kelurahan Siaga	67,5
4.	Yang berperan penting dalam Kelurahan Siaga	26,7
5.	Pelatihan dan sosialisasi Kelurahan Siaga	33,3

Berdasarkan tabel 5.9 diatas, terlihat bahwa skor nilai yang paling besar mengenai pertanyaan tingkatan Kelurahan Siaga yaitu 67,5%. Hal ini dikarenakan tingkatan Kelurahan Siaga sama dengan tingkatan Posyandu sehingga responden lebih tahu. Skor nilai yang paling kecil pada pertanyaan siapa saja yang berperan penting didalam Kelurahan Siaga yaitu 26,7%. Ini menunjukkan bahwa responden belum memahami faktor-faktor pendukung dalam Kelurahan Siaga.

Tabel 5.10
Distribusi Responden Berdasarkan Pengetahuan Tentang Poskeskel
Di Wilayah Kerja Puskesmas Kedaton Tahun 2011 (n=120)

No	Pertanyaan	Benar (%)
1.	Tenaga Pendukung Poskeskel	72,5
2.	Fungsi Poskeskel	64,2
3.	Manfaat Poskeskel	51,7

Berdasarkan tabel 5.10 terlihat bahwa 72,5% responden menjawab pertanyaan tenaga pendukung Poskeskel dengan benar, sedangkan 51,7% yang menjawab manfaat Poskeskel dengan benar.

Tabel 5.11
Distribusi Responden Berdasarkan Pengetahuan PHBS dan KADARZI
Di Wilayah Kerja Puskesmas Kedaton Tahun 2011 (n=120)

No	Pertanyaan	Benar (%)
1.	Pengertian PHBS	66,7
2.	Pengertian KADARZI	77,5
3.	Pemantauan PHBS dan KADARZI	70,0

Berdasarkan tabel 5.11 terlihat bahwa 77,5% responden menjawab pertanyaan pengertian KADARZI dengan benar dan 66,7% yang menjawab pertanyaan pengertian PHBS dengan benar.

Tabel 5.12
Distribusi Responden Berdasarkan Jawaban yang Benar Atas
Pertanyaan Penelitian Tahun 2011 (n=120)

No	Pertanyaan	Benar (%)
1	Kriteria Kelurahan Siaga	16,7
2	Pengertian SMD	39,2
3	Pengertian MMD	49,2
4	Kegiatan dalam Kelurahan Siaga	35,8
5	Manfaat Poskeskel bagi Kader	14,2
6	PHBS	40,0
7	Kegiatan yang dilaporkan	25,0
8	Perilaku KADARZI	33,3

Berdasarkan tabel 5.12 terlihat bahwa 49,2% responden menjawab pertanyaan pengertian MMD dengan baik dan 14,2% responden yang menjawab pertanyaan manfaat Poskeskel bagi kader.

Setelah dilakukan uji normalitas data, didapatkan data dengan distribusi normal sehingga pengelompokan data berdasarkan mean. Selanjutnya, setelah

dibuat pengelompokan atas berbagai variabel pengetahuan diperoleh informasi sebagaimana disajikan pada tabel 5.13

Tabel 5.13
Distribusi Responden Menurut Pengetahuan
Di Wilayah Kerja Puskesmas Kedaton Tahun 2011

Kategori Pengetahuan	n	Persentase (%)
Kurang (skor < mean)	61	50,8
Baik (skor \geq mean)	59	49,2
Total	120	100

Berdasarkan tabel 5.13 diatas diketahui pengetahuan responden diukur berdasarkan skor yang diperoleh responden dari 19 pertanyaan (total skor 62 jika semua benar) mengenai konsep Kelurahan Siaga. Total nilai pengetahuan dikelompokkan menjadi dua kelompok yaitu pengetahuan kurang jika skor (< mean) dan pengetahuan baik jika skor (\geq mean). Nilai mean yang diperoleh adalah 29,29 dengan nilai minimum 2 dan nilai maksimum 49. Dari hasil analisis data di dapatkan hasil bahwa pengetahuan responden 50,8% adalah kurang.

5.3.2 Distribusi Responden Menurut Sikap

Pengukuran sikap dilakukan dengan menggunakan kuesioner yang terdiri dari 6 pertanyaan tentang sikap kader dan pendapat masyarakat tentang Kelurahan Siaga. Berdasarkan pengolahan data, didapatkan data hasil analisis univariat sebagai berikut:

Tabel 5.14
Distribusi Responden Menurut Sikap
Di Wilayah Kerja Puskesmas Kedaton Tahun 2011 (n=120)

No	Pertanyaan	Positif
1	Sosialisasi Kelurahan Siaga	28,3
2	Kegiatan Kelurahan Siaga	92,5
3	Pendapat masyarakat terhadap Kelurahan Siaga	63,3
4	Pelatihan Kelurahan Siaga	15,8
5	Penilaian terhadap keberhasilan Kelurahan Siaga	45,0
6	Keberhasilan yang sudah dicapai dalam Kelurahan Siaga	42,5

Berdasarkan tabel 5.14 diketahui bahwa 92,5% responden mempunyai sikap positif dalam kegiatan Kelurahan Siaga dan 15,8% responden yang mempunyai sikap positif dengan pelatihan tentang Kelurahan Siaga.

Tabel 5.15
Distribusi Responden Menurut Sikap
Di Wilayah Kerja Puskesmas Kedaton Tahun 2011

Kategori Sikap	n	Presentase (%)
Negatif (skor < median)	59	49,2
Positif (skor \geq median)	61	50,8
Total	120	100

Berdasarkan tabel 5.15 diatas diketahui sikap responden diukur berdasarkan skor yang diperoleh responden dari 6 pertanyaan (total skor 26 jika semua benar) mengenai sikap. Karena distribusi data tidak normal, maka total nilai sikap dikelompokkan menjadi dua kelompok yaitu sikap negatif (< median) dan sikap (positif \geq median). Nilai median yang diperoleh adalah 5,00 dengan nilai minimum nol dan nilai maksimum 21. Dari hasil analisis data didapatkan hasil bahwa sikap responden 50,8% adalah positif.

5.4 Hubungan Pengetahuan Dengan Implementasi Kelurahan Siaga

Berdasarkan jenis data variabel tingkat pengetahuan dengan implementasi Kelurahan Siaga adalah kategorik, maka untuk menganalisis data tersebut menggunakan uji chi-square test. Hasil analisis bivariat sebagai berikut:

Tabel 5.16
Hubungan Pengetahuan dengan Implementasi Kelurahan Siaga
Di Wilayah Kerja Puskesmas Kedaton Tahun 2011 (n=120)

Kategori Pengetahuan Responden	Kategori Implementasi				Nilai p
	Kurang		Baik		
	N	%	n	%	
Kurang	27	44,3	34	55,7	0,832
Baik	24	40,7	35	59,3	
Total	51	42,5	69	57,5	

Berdasarkan tabel 5.16 hasil analisis hubungan antara tingkat pengetahuan kader dengan implementasi Kelurahan Siaga diperoleh bahwa proporsi tingkat pengetahuan responden yang baik mengimplementasikan Kelurahan Siaga lebih besar dibandingkan dengan pengetahuan responden yang pengetahuannya kurang yaitu sebesar 59,3%. Hasil nilai p dari uji statistik sebesar 0,832 dengan demikian tidak ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan kader dengan implementasi Kelurahan Siaga

5.5 Hubungan Sikap dengan Implementasi Kelurahan Siaga

Tabel 5.17
Hubungan Sikap dengan Implementasi Kelurahan Siaga
Di Wilayah Kerja Puskesmas Kedaton Tahun 2011 (n=120)

Kategori Sikap Responden	Kategori Implementasi				OR	Nilai p
	Kurang		Baik			
	N	%	n	%		
Negatif	31	52,5	28	47,5	2,270	0,045
Positif	20	32,8	41	67,2		
Total	51	42,5	69	57,5		

Hasil analisis hubungan sikap dengan implementasi Kelurahan Siaga berdasarkan tabel 5.17 diperoleh bahwa proporsi sikap responden yang positif mengimplementasikan Kelurahan Siaga lebih besar dibandingkan dengan responden yang sikapnya negatif. Hasil nilai p dari uji statistik yaitu sebesar 0,045 dengan demikian ada hubungan yang bermakna antara sikap responden dengan implementasi Kelurahan Siaga, dengan nilai OR 2,270 (95% CI 1,083 – 4,755) yaitu responden yang bersikap positif berpeluang 2,270 kali mengimplementasikan Kelurahan Siaga dibandingkan dengan responden yang bersikap negatif.

5.6 Hubungan Antara Faktor Karakteristik Responden Yang Berhubungan Dengan Pengetahuan Dan Sikap

5.6.1 Hubungan Karakteristik Dengan Pengetahuan

Tabel 5.18
Hubungan Karakteristik dengan Pengetahuan Responden (n=120)

Karakteristik Responden	Kategori Pengetahuan				Nilai p	OR
	Kurang		Baik			
	N	%	n	%		
Umur						
Muda	29	43,3	38	56,7	0,094	
Tua	32	60,4	21	39,6		
Pendidikan						
Rendah	21	43,8	27	56,3	0,280	
Tinggi	40	55,6	32	44,4		
Lama Menjadi Kader						
Baru	36	62,1	22	37,9	0,028	2,422
Lama	25	40,3	37	59,7		

Berdasarkan tabel 5.18 hasil analisis hubungan antara umur responden dengan pengetahuan responden bahwa proporsi umur responden yang muda dengan pengetahuan baik lebih besar dibandingkan dengan umur responden yang tua dengan pengetahuan yang baik yaitu sebesar 56,7%. Hasil nilai p dari uji statistik sebesar 0,094 dengan demikian tidak ada hubungan yang bermakna antara umur responden dengan pengetahuan responden.

Hasil analisis hubungan antara pendidikan responden dengan pengetahuan responden bahwa proporsi responden yang berpendidikan rendah dengan pengetahuan baik lebih besar dibandingkan dengan pendidikan responden yang tinggi dengan pengetahuan yang baik yaitu sebesar 56,3%. Hasil nilai p dari uji statistik sebesar 0,280 dengan demikian tidak ada hubungan yang bermakna antara pendidikan responden dengan pengetahuan responden.

Hasil analisis hubungan antara lama menjadi kader dengan pengetahuan responden didapatkan bahwa proporsi responden yang telah lama menjadi kader dengan pengetahuan yang baik lebih besar dibandingkan dengan responden yang baru menjadi kader dengan pengetahuan yang baik sebesar 59,7%. Hasil nilai p dari uji statistik sebesar 0,028 dengan demikian ada hubungan yang bermakna antara lama menjadi kader dengan pengetahuan responden, dengan nilai OR 2,422 (95% CI 1,162 – 5,046) yaitu responden yang sudah lama menjadi kader berpeluang 2,422 kali berpengetahuan baik dibandingkan dengan responden yang baru menjadi kader.

5.6.2 Hubungan Karakteristik Dengan Sikap

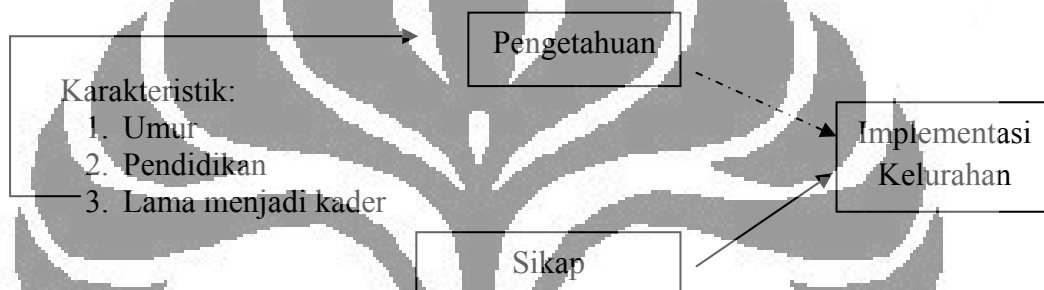
Tabel 5.19
Hubungan Karakteristik dengan Sikap Responden (n=120)

Karakteristik Responden	Kategori Sikap				Nilai p
	Negatif		Positif		
	n	%	n	%	
Pendidikan					
Rendah	24	50,0	24	50,0	1,000
Tinggi	35	48,6	37	51,4	

Berdasarkan tabel 5.19 hasil analisis hubungan antara pendidikan responden dengan sikap responden berdasarkan hasil analisis diperoleh bahwa proporsi pendidikan responden yang tinggi dengan sikap positif lebih besar dari

pendidikan responden yang rendah dengan sikap positif yaitu sebesar 51,4%. Hasil dari uji statistik, nilai p sebesar 1,000 dengan demikian tidak ada hubungan yang bermakna antara pendidikan responden dengan sikap responden.

Dengan demikian, berdasarkan hasil analisis dapat diambil kesimpulan bahwa karakteristik responden tidak berhubungan dengan sikap dan pengetahuan. Karakteristik responden yang berhubungan adalah lama menjadi kader dengan pengetahuan. Pengetahuan tidak berhubungan dengan implementasi Kelurahan Siaga tetapi sikap yang berhubungan dengan implementasi Kelurahan Siaga. Hal ini dapat dilihat pada bagan dibawah ini



Gambar 5.1

Skema Hasil Penelitian

BAB VI PEMBAHASAN

Pembahasan hasil penelitian terdiri dari keterbatasan penelitian dan pembahasan hasil penelitian.

6.1 Keterbatasan Penelitian

6.1.1 Desain Penelitian

Desain penelitian ini adalah *cross sectional* (potong lintang) yaitu rancangan penelitian yang pengamatan serta pengukuran variabel independen dan variabel dependen dilakukan dalam waktu bersamaan atau ukuran paparan dan outcome dilakukan sesaat, hal ini dapat menunjukkan lemahnya hubungan kausal yang menuntut sekuensi waktu yang jelas yaitu paparan mendahului kejadian. Namun penelitian ini dapat melihat hubungan antara variabel independen dan variabel dependen.

6.1.2 Bias Informasi

Bias informasi pada penelitian ini dapat terjadi bila responden mengira bahwa penelitian ini merupakan suatu program sehingga responden menjawab semua pertanyaan dengan baik. Untuk menghindari hal tersebut, maka responden diberikan penjelasan bahwa ini bukan merupakan suatu program sehingga responden harus menjawab sesuai dengan kemampuan serta keadaan wilayah responden.

Ketika pengumpulan data, peneliti dibantu oleh empat orang bidan yang berada di wilayah kerja Puskesmas Kedaton yang juga dapat menjadi bias dalam penelitian ini. Namun untuk mengatasinya telah dilakukan persamaan persepsi terhadap pengisian kuesioner penelitian.

6.2 Pembahasan Hasil Penelitian

6.2.1 Implementasi Kelurahan Siaga

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa 94,2% responden sudah mengimplementasikan Posyandu aktif. Hal ini dapat menggambarkan bahwa berdasarkan kriteria Desa/Kelurahan Siaga, pelaksanaan Desa/Kelurahan Siaga

berjalan dengan baik karena salah satu kriteria Desa/Kelurahan Siaga adalah memiliki berbagai UKBM sesuai dengan kebutuhan masyarakat setempat (misalnya Posyandu, Pos/Warung Obat Desa dan lain-lain) (Fallen dan Dwi, 2010).

Posyandu merupakan salah satu bentuk Upaya pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan yang merupakan Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat (UKBM) dan diselenggarakan dikelola dari, oleh, untuk, dan bersama masyarakat (www.gizikia.depkes.go.id).

Pelaksanaan posyandu yang maksimal dan manajemen yang terpadu dari semua lapisan masyarakat dan stakeholder akan mampu mengatasi masalah gizi di Indonesia dan pada akhirnya akan meningkatkan Indeks Pembangunan Manusia (IPM) Indonesia (www.sadargizi.com).

Menurut Ramadhan (2010), pertumbuhan dan perkembangan kesehatan anak sangat ditentukan di usia balita. Untuk itu, semua ibu yang memiliki balita harus membawa anaknya ke Posyandu untuk mengetahui perkembangan dan pertumbuhan kesehatan anaknya. Sehingga tidak ada lagi balita dengan gizi buruk serta tidak ada lagi balita yang mengalami gangguan perkembangan dan pertumbuhan (<http://barat.jakarta.go.id/v09/index.php>).

PHBS di rumah tangga adalah upaya untuk memberdayakan anggota rumah tangga agar memahami dan mampu melaksanakan perilaku hidup bersih dan sehat serta berperan aktif dalam gerakan kesehatan di masyarakat (Departemen Kesehatan RI, 2009). Salah satu kriteria dari Desa/Kelurahan Siaga adalah masyarakat berperilaku hidup bersih dan sehat. Sedangkan implementasi untuk pembinaan PHBS sebesar 40% pada rumah tangga yang ada hanya 42,5%. Ini menunjukkan bahwa masih kurangnya pembinaan PHBS pada rumah tangga.

Menurut Departemen Kesehatan RI (2009), rumah tangga ber-PHBS adalah rumah tangga yang melakukan sepuluh PHBS di rumah tangga yaitu: (1) persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan, (2) memberi bayi ASI eksklusif, (3) menimbang balita setiap bulan, (4) menggunakan air bersih, (5) mencuci tangan dengan menggunakan air bersih dan sabun, (6) menggunakan jamban sehat, (7) memberantas jentik di rumah sekali seminggu, (8) makan buah dan sayur setiap

hari, (9) melakukan aktivitas fisik setiap hari, serta (10) tidak merokok di dalam rumah.

Berdasarkan hasil penelitian, didapatkan bahwa responden telah mengimplementasikan Kelurahan Siaga dengan baik sebesar 57,5%. Hal ini sesuai dengan salah satu indikator keberhasilan dalam Desa/Kelurahan Siaga yaitu indikator keluaran yang merupakan indikator untuk mengukur seberapa besar hasil kegiatan yang dicapai di suatu desa dalam rangka pengembangan Desa/Kelurahan Siaga (Kementerian Kesehatan RI, 2010).

6.2.2 Karakteristik Responden

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan terhadap 120 orang kader di wilayah kerja Puskesmas Kedaton didapatkan bahwa golongan umur responden termuda 23 tahun dan umur tertua 68 tahun. Golongan umur terbanyak 55,8% adalah responden berumur dibawah 46 tahun dan yang berumur lebih dari 46 tahun adalah 44,2%.

Menurut Ahmadi (2001) dalam Hendra (2008) mengemukakan bahwa daya ingat seseorang itu salah satunya dipengaruhi oleh umur. Dari uraian tersebut dapat disimpulkan bahwa bertambahnya umur seseorang dapat berpengaruh pada penambahan pengetahuan yang diperolehnya, akan tetapi pada umur-umur tertentu atau menjelang usia lanjut kemampuan penerimaan atau mengingat suatu pengetahuan akan berkurang (www.usu.ac.id).

Pada hasil penelitian ini responden yang berpendidikan tidak tamat SD dan yang tamat SD adalah 10%, persentase ini hampir sama dengan yang berpendidikan Akademi/Sarjana yaitu 7,5%. Pendidikan responden yang paling banyak adalah SLTA sebesar 52,5%.

Menurut Hary (1996) dalam Hendra (2008) menyatakan, bahwa tingkat pendidikan ikut menentukan mudah tidaknya seseorang menyerap dan memahami pengetahuan yang mereka peroleh. Pada umumnya, semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin baik pengetahuannya (www.usu.ac.id).

Sebagian besar responden dari penelitian ini memiliki lama kerja sama atau lebih dari 6 tahun adalah 51,7%. Ini menunjukkan bahwa kader memiliki jiwa pengabdian yang tinggi.

6.3 Pengetahuan dan Sikap Responden

6.3.1 Pengetahuan Responden

6.3.1.1 Pengetahuan Responden Tentang Kelurahan Siaga

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa pengetahuan responden tentang Kelurahan Siaga yang terbesar adalah mengenai tingkatan Desa/Kelurahan Siaga yaitu 67,5%. Hal ini dikarenakan tingkatan Desa/Kelurahan Siaga sama dengan tingkatan Posyandu sehingga responden lebih tahu akan hal ini.

Pengetahuan responden yang paling kecil pada pengetahuan terhadap siapa saja yang berperan penting didalam Kelurahan Siaga (*stakeholders*) yaitu 26,7%. Ini menunjukkan bahwa responden belum memahami *stakeholders* yang berperan didalam Desa/Kelurahan Siaga, yang terdiri dari Kepala Desa, Camat, para pejabat terkait, swasta, para donatur, dan pemangku kepentingan lainnya serta tokoh masyarakat, termasuk tokoh agama, tokoh perempuan dan pemuda, kader desa, serta petugas kesehatan (Runjati, 2010).

6.3.1.2 Pengetahuan Responden Tentang Poskeskel

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa pengetahuan responden tentang Poskeskel yang terbesar adalah mengenai tenaga pendukung Poskeskel 72,5%. Ini membuktikan bahwa responden sangat memahami tenaga pendukung yang ada di Poskeskel. Hal ini terjadi karena pada Poskeskel dapat dilaksanakan oleh satu orang bidan dan dua orang kader. Sebanyak 51,7% responden menjawab manfaat Poskeskel bagi kader dengan benar. Hal ini dapat menunjukkan bahwa pengetahuan responden tentang manfaat Poskeskel bagi kader masih kurang. Kegiatan Poskeskel masih terfokus pada pengobatan saja. Untuk kegiatan yang melibatkan masyarakat untuk masalah-masalah kesehatan secara mandiri belum menampakkan kegiatan yang nyata.

Berdasarkan teori difusi inovasi, bahwa inovasi yang dinilai lebih bermanfaat (dari segi sosial maupun ekonomi) akan lebih cepat diterima. Program Desa/Kelurahan Siaga merupakan suatu inovasi yang penilaian kemanfaatannya tidak hanya berdasarkan kriteria obyektif, tetapi kriteria subyektif juga dipengaruhi oleh kriteria subyektif (Sasongko, 2001). Rendahnya pengetahuan

kader akan manfaat Poskeskel bagi kader di duga dapat terjadi, bila kader merasa Poskeskel tidak bermanfaat (dari segi sosial maupun ekonomi) bagi kader.

6.3.1.3 Pengetahuan Responden Tentang PHBS dan KADARZI

Hasil penelitian menyebutkan bahwa, responden yang memahami tentang pengertian KADARZI dengan benar sebesar 77,5%. Hal ini dapat terjadi karena ciri keluarga KADARZI ada di dalam program Posyandu seperti menimbang berat badan secara teratur, memberi ASI sejak bayi lahir sampai usia 6 bulan, makan beraneka ragam, menggunakan garam beryodium, serta minum suplemen gizi (tablet tambah darah, kapsul vitamin A dosis tinggi) sesuai anjuran (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2004).

Penelitian yang dilakukan oleh Artisa (2010) menyatakan bahwa, ada hubungan antara KADARZI dengan anemia pada ibu hamil trimester III di Puskesmas Tegalrejo Salatiga.

Responden yang menjawab pengertian PHBS dengan benar sebesar 66,7%. Ini menunjukkan bahwa responden belum dapat memahami tentang PHBS dengan baik. Sedangkan 10 program PHBS dapat mencegah terjadinya penyakit infeksi, salah satunya dengan cara mencuci tangan dengan air bersih dan sabun. Sedyaningsih mengatakan bahwa pencegahan infeksi dapat dicegah melalui cuci tangan dengan menggunakan sabun sebelum makan dan setelah buang air besar (www.health.kompas.com).

Penelitian yang dilakukan oleh Subagiyo (2006) menyatakan bahwa orang yang memiliki perilaku hidup tidak baik memiliki resiko 3,500 kali lebih besar menderita diare dibandingkan pada orang yang memiliki perilaku hidup bersih dan sehat. Kriteria perilaku hidup bersih dan sehat dilihat dari kebiasaan sebelum makan, kebiasaan minum, kebiasaan buang air kecil, kebiasaan buang air besar dan kebiasaan istirahat.

Penyakit infeksi yang tinggi dan penyakit tidak menular seperti penyakit Jantung dan Diabetes dapat diminimalkan bila masyarakat Indonesia ber-Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2009).

Menurut Sutedjo, dalam rangka membangun kesehatan keluarga dan masyarakat diperlukan berbagai upaya untuk menumbuhkan kesadaran pentingnya menjaga kesehatan melalui kesadaran pemahaman pengetahuan hidup bersih dan sehat yang didukung dengan kelestarian lingkungan hidup serta perencanaan sehat dalam keluarga. Pelaksanaan kegiatan tersebut disamping dilakukan penyuluhan, orientasi dan pelatihan serta penggerakan masyarakat diperlukan kemitraan dengan berbagai instansi/dinas terkait antara lain DEPKES, BKKBN, KLH, IBI, IDI dan lain-lain. (www.books.google.com)

6.3.1.4 Rekapitulasi Pengetahuan

Berdasarkan hasil penelitian diperoleh data 49,2% responden menjawab dengan baik fungsi MMD dan 14,2% responden menjawab benar pertanyaan akan manfaat Poskeskel bagi kader. Hal ini menunjukkan bahwa responden memahami tentang tujuan MMD yaitu untuk mencari alternatif penyelesaian masalah kesehatan dan upaya membangun Poskeskel dikaitkan dengan potensi yang dimiliki desa. Disamping itu, juga untuk menyusun rencana jangka panjang pengembangan Desa/Kelurahan Siaga.

Dalam pembangunan, partisipasi semua unsur masyarakat dengan kerjasama secara sukarela merupakan kunci utama bagi keberhasilan pembangunan (Soehardjo, 1980). Dalam hal ini partisipasi berfungsi menumbuhkan kemampuan masyarakat untuk berkembang secara mandiri (*self-reliance*) dalam usaha memperbaiki taraf hidup masyarakat (Tangkilisan, 2007).

Pengetahuan responden diukur berdasarkan skor yang diperoleh responden dari 19 pertanyaan (total skor 62 jika semua benar) mengenai konsep Desa/Kelurahan Siaga. Total nilai pengetahuan dikelompokkan menjadi dua kelompok yaitu pengetahuan kurang dan pengetahuan baik. Dari hasil analisis data di dapatkan hasil bahwa pengetahuan responden 50,8% adalah kurang. Hal ini diduga karena kurangnya sosialisasi. Sedangkan sosialisasi dianggap sama dengan pendidikan karena dalam proses sosialisasi terdapat proses belajar (Hasanah, 2008).

Menurut Notoadmojo (2007), pengetahuan dapat bersumber dari pemimpin-pemimpin masyarakat baik formal maupun informal, ahli agama,

pemegang pemerintahan, dan berbagai prinsip orang lain yang dikemukakan oleh orang yang mempunyai otoritas, tanpa menguji terlebih dahulu atau membuktikan kebenarannya baik berdasarkan fakta empiris maupun penalaran sendiri. (Wawan dan Dewi, 2010)

Berdasarkan kategori penerima (*adopter*), *late majority* dalam sifat hubungan sosialnya membutuhkan dorongan kelompok sebelum menerima ide baru (Sasongko 2001). Masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Kedaton termasuk kedalam kategori *late majority* sehingga, diduga rendahnya pengetahuan kader tentang Desa/Kelurahan Siaga karena kurangnya dorongan dari *stakeholders* yang berperan didalam Desa/Kelurahan Siaga. Sehingga perlu adanya usaha untuk meningkatkan peran serta *stakeholders* agar dapat membantu kader dalam meningkatkan pengetahuannya.

6.3.2 Sikap Responden

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa 92,5% responden memiliki sikap positif dalam kegiatan Kelurahan Siaga dan 15,8% responden yang memiliki sikap positif dalam pelatihan tentang Kelurahan Siaga.

Total nilai sikap dikelompokkan menjadi dua kelompok yaitu sikap negatif ($<$ median) dan sikap positif (\geq median). Dari hasil analisis data didapatkan hasil bahwa sikap responden 50,8% adalah positif.

Sikap adalah perasaan seseorang tentang obyek, aktivitas, peristiwa dan orang lain. Perasaan ini menjadi konsep yang merepresentasikan suka atau tidak sukanya (positif, negatif, atau netral) seseorang pada sesuatu. Sikap merupakan perpaduan antara insting dan kebiasaan (<http://healthiskesehatan.blogspot.com>).

Penelitian yang dilakukan oleh Bangsawan (2001) menyatakan bahwa, hasil analisis terhadap faktor-faktor yang berhubungan dengan keaktifan kader, didapatkan enam faktor yang secara statistik terbukti berhubungan secara bermakna/signifikan yaitu umur, pendidikan, pengetahuan, sikap, pelatihan dan TP-PKK.

6.4 Hubungan Pengetahuan dengan Implementasi Kelurahan Siaga

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui pancaindera manusia, yaitu indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behaviour*) adalah pengetahuan atau kognitif (Notoatmodjo, 2007).

Hasil penelitian ini memperlihatkan tidak ada hubungan bermakna antara pengetahuan dengan implementasi Desa/Kelurahan Siaga dengan nilai p sebesar 0,832. Ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Widiastuti (2006), hasil penelitian menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan kader tentang posyandu, lama kerja kader, jam kerja kader, pemberian insentif, jumlah kader, ketersediaan alat dan bahan, pembinaan kader serta frekuensi pertemuan kader dengan partisipasi kader dalam kegiatan Posyandu di Kelurahan Gubug Kecamatan Gubug Kabupaten Grobogan Tahun 2006.

Hal ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Wijayanti (2010), menyatakan bahwa terdapat hubungan antara keaktifan kader Posyandu dengan pengetahuan tentang posyandu.

Penelitian yang dilakukan oleh Valadares (2011) menyatakan bahwa ada hubungan antara pengetahuan responden dengan aktivitasnya dalam kegiatan Posyandu. Hasil penelitian menunjukkan bahwa umur, tingkat penghasilan, sikap dan persepsi terhadap pembinaan Puskesmas tidak ada hubungan dengan aktivitas kader kesehatan dalam kegiatan posyandu.

6.5 Hubungan Sikap dengan Implementasi Kelurahan Siaga

Sikap merupakan reaksi atau respons yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Manifestasi sikap tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Secara nyata, sikap menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu yang dalam kehidupan sehari-hari merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial (Notoatmodjo, 2007).

Hasil penelitian ini memperlihatkan ada hubungan bermakna antara sikap dengan implementasi Kelurahan Siaga, nilai p 0,045 dengan OR 2,27, kader yang mempunyai sikap positif berpeluang 2,27 kali untuk mengimplementasikan Kelurahan Siaga dibandingkan dengan kader yang mempunyai sikap yang negatif.

Pada umumnya, individu cenderung untuk memiliki sikap yang konformis atau searah dengan sikap orang yang dianggap penting. Kecenderungan ini antara lain dimotivasi oleh keinginan untuk berafiliasi dan keinginan untuk menghindari konflik dengan orang yang dianggap penting tersebut (Wawan dan Dewi, 2010). Sikap seseorang juga dapat berubah akibat bujukan. Hal ini bisa terlihat saat iklan atau kampanye mempengaruhi seseorang (<http://healthiskesehatan.blogspot.com>).

Menurut Muctaromah (2009) sosialisasi adalah suatu proses penyalarsan atau pengenalan terhadap hal-hal baru ke anggota masyarakat yang terorganisir dan mengajarkan metode-metode yang akan digunakan, sebagai sarana untuk menumbuhkan kesadaran dari masyarakat akan sesuatu hal yang diperkenalkan sehingga dapat diadopsi oleh anggota masyarakat tersebut.

Tujuan dari sosialisasi adalah mengembangkan kemampuan seseorang dalam kehidupan berkomunikasi secara efektif, memberikan keterampilan yang dibutuhkan seseorang yang mempunyai tugas pokok dalam masyarakat, menanamkan nilai-nilai kepercayaan kepada seseorang mempunyai tugas pokok dalam masyarakat (Nasution, 2008).

Pelatihan adalah suatu kegiatan yang didisain untuk memperbaiki atau meningkatkan pengetahuan, keterampilan dan sikap seseorang dalam melaksanakan tugas tertentu, dimana pelatihan merupakan investasi jangka panjang dalam sebuah manajemen sumber daya (Manullang, 2008).

Sasaran utama dari pelatihan adalah petugas kesehatan yang merupakan ujung tombak dalam jalur distribusi dan pelayanan, kemudian kader kesehatan, tokoh masyarakat, dan tokoh agama (Notoatmodjo, 2005). Berdasarkan hal ini, maka sosialisasi ataupun pelatihan sangat penting untuk dapat mempengaruhi sikap kader dalam implementasi Desa/Kelurahan Siaga.

Menurut Mendatu, banyak jalan yang dapat membuat seseorang bisa memiliki sikap tertentu. Bisa karena pengalaman pribadi, pengaruh orang lain yang dianggap penting, pengaruh kebudayaan, pengaruh media massa, pengaruh

lembaga pendidikan/lembaga agama, dan pengaruh emosional. Adapun proses pembentukan sikap adalah melalui pembelajaran. Seseorang bisa belajar untuk memiliki sikap tertentu. Secara garis besar, orang belajar melalui pengkondisian klasik, pengkondisian instrumental, pemodelan dan pengalaman langsung (<http://smartpsikologi.blogspot.com>).

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Taryono (2000), sikap responden dalam penyelenggaraan posyandu sebagian besar dikategorikan positif berarti sangat mendukung keberadaan posyandu diwilayahnya. Tidak menjadi beban karena dapat menambah pengetahuan, pengalaman terutama dibidang kesehatan. Sebagian kecil responden yang beranggapan bahwa dengan adanya posyandu mengganggu kesibukan sehari-hari. Berarti menimbulkan sikap negatif sehingga pelaksanaannya kurang berjalan lancar lebih banyak yang dominan petugas kesehatan.

Menurut Rogers (1973) dalam Sasongko (2001), setelah mendengar dan mengetahui informasi, pada tahap persuasi terbentuklah sikap terhadap inovasi tersebut yang bisa bersifat positif (menyukai) atau negatif (tidak menyukai). Gibson (1987) menyatakan bahwa faktor sikap merupakan variabel psikologis yang berhubungan dengan perilaku kerja individu, tetapi menurut para ahli psikologi sulit mencapai kesepakatan akan pengertian dan pentingnya variabel sikap ini menentukan perilaku kerja.

Widagdo (2006) dalam hasil penelitiannya menyatakan bahwa, baik secara kualitatif maupun secara kuantitatif, memperlihatkan adanya hubungan antara kepemimpinan dengan sikap kader, demikian juga kehadiran kader di Posyandu secara signifikan. Dapat disimpulkan bahwa adanya angka putus kader (drop-out) adalah karena kepemimpinan kades yang tidak berjalan dengan semestinya, yang juga sangat berpengaruh, baik terhadap sikap kader maupun kehadirannya di Posyandu/peran-serta masyarakat.

Berdasarkan hasil penelitian Patoni (1997), sikap responden terhadap kegiatan penyelenggaraan posyandu sebagian besar positif, namun ada beberapa hal dari sebagian kecil responden yang mempunyai sikap negatif terhadap penyelenggaraan posyandu, antara lain mengenai Posyandu dapat mengganggu

pekerjaan kader dan masih ada responden yang menyatakan posyandu bukan milik masyarakat.

6.6 Hubungan Faktor Karakteristik Responden yang Berhubungan Dengan Pengetahuan Dan Sikap

6.6.1 Hubungan Karakteristik Responden Dengan Pengetahuan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara umur responden dengan pengetahuan responden dengan nilai p dari uji statistik sebesar 0,094. Tidak ada hubungan yang bermakna antara pendidikan responden dengan pengetahuan responden dengan nilai p dari uji statistik sebesar 0,280. Penelitian yang dilakukan oleh Valadares (2001), hasil penelitian menunjukkan bahwa umur, tingkat penghasilan, sikap dan persepsi terhadap pembinaan Puskesmas tidak ada hubungan dengan aktivitas kader kesehatan dalam kegiatan posyandu.

Hasil nilai p dari uji statistik sebesar 0,028 dengan demikian ada hubungan yang bermakna antara lama menjadi kader dengan pengetahuan responden, dengan nilai OR 2,422 (95% CI 1,162 – 5,046) yaitu responden yang sudah lama menjadi kader berpeluang 2,422 kali berpengetahuan baik dibandingkan dengan responden yang baru menjadi kader.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Pangestuti (1989) yang menyatakan bahwa, ada hubungan positif dengan kemampuan menafsirkan pesan pertumbuhan anak dalam KMS adalah faktor umur, pendidikan, partisipasi sosial, keadaan ekonomi, lama menjadi kader dan keaktifan kader.

Menurut Notoatmodjo (1997) pengalaman merupakan guru terbaik. Pepatah tersebut dapat diartikan bahwa pengalaman merupakan sumber pengetahuan, atau pengalaman merupakan suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan. Sehingga dapat dilihat bahwa, semakin lama responden menjadi kader maka akan semakin banyak pengalaman yang akan diperoleh responden. Hal ini dapat meningkatkan pengetahuan responden.

6.6.2 Hubungan Karakteristik Responden Dengan Sikap

Sikap positif bukanlah produk genetik dan keturunan, melainkan sebuah ciri yang dipelajari dengan pelatihan yang tepat (Harrell, 2008). Hasil penelitian menyatakan tidak ada hubungan yang bermakna antara pendidikan responden dengan sikap responden, dengan uji statistik nilai p sebesar 1,000. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Theresia (2010) yang menyatakan bahwa, tidak ada hubungan antara pendidikan dengan sikap serta pekerjaan dengan sikap.

Allport dalam Notoatmodjo (2007) menyatakan bahwa sikap memiliki 3 komponen pokok yaitu: kepercayaan (keyakinan), ide, dan konsep terhadap suatu objek; kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek; kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*). Ketiga komponen tersebut secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*). Pengetahuan, pikiran, keyakinan, dan emosi memegang peranan penting dalam menentukan sikap yang utuh ini.

Konsep moral dan ajaran dari lembaga agama sangat menentukan sistem kepercayaan tidaklah mengherankan jika kalau pada gilirannya konsep tersebut mempengaruhi sikap (Wawan dan Dewi, 2010).



BAB VII

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil dan pembahasan dalam penelitian ini dapat diambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Kader telah mengimplementasikan Kelurahan Siaga dengan baik sebesar 57,5%.
2. Rata-rata umur kader dibawah 46 tahun, 60% kader berpendidikan menengah/tinggi, dan rata-rata lama menjadi kader selama ≥ 6 tahun.
3. Pengetahuan kader sebagian besar kurang. Sedangkan sikap kader sebagian besar adalah positif.
4. Tidak ada hubungan antara pengetahuan kader dengan implementasi Kelurahan Siaga
5. Ada hubungan antara sikap kader dengan implementasi Kelurahan Siaga
6. Tidak ada hubungan antara karakteristik responden (umur dan pendidikan) dengan pengetahuan kader, ada hubungan antara karakteristik responden (lama menjadi kader) dengan pengetahuan kader, serta tidak ada hubungan antara karakteristik responden (pendidikan) dengan sikap kader

7.2 Saran

7.2.1 Pemerintah Daerah Kota Bandar Lampung

1. Memberikan kebijakan yang dapat mendukung dalam pengembangan Kelurahan Siaga.
2. Memberikan bantuan berupa dana melalui APBD dalam membantu pengembangan Kelurahan Siaga.

7.2.2 Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung

1. Membangun kemitraan dengan lintas sektor dalam mendukung pengembangan Kelurahan Siaga

2. Melakukan sosialisasi dan pelatihan pada kader serta tokoh masyarakat, tokoh agama dan Lurah tentang Kelurahan Siaga dalam meningkatkan sikap positif kader dalam mendukung pengembangan Kelurahan Siaga

7.2.3 Puskesmas Kedaton

1. Melakukan sosialisasi dan pelatihan dalam meningkatkan sikap positif kader tentang Kelurahan Siaga serta program-program yang ada di dalam Kelurahan Siaga
2. Membangun kemitraan antara masyarakat, tokoh masyarakat serta Lurah dan Puskesmas agar program di Kelurahan dapat berjalan dengan baik
3. Memberikan motivasi kepada masyarakat, tokoh masyarakat, tokoh agama serta Lurah untuk mengembangkan Kelurahan Siaga sehingga dapat lebih memotivasi kader dalam implementasi Kelurahan Siaga
4. Puskesmas harus mampu mengkomunikasikan dengan baik tentang program Kelurahan Siaga agar masyarakat dapat merasakan pentingnya Kelurahan Siaga

7.2.4 Tim Penggerak PKK Tingkat Kecamatan (Pokja 4)

1. Hendaknya ikut berperan aktif dalam penyelenggaraan upaya kesehatan yang mendukung pelaksanaan Kelurahan Siaga
2. Perlu adanya pembinaan kader dari tim penggerak PKK tingkat Kecamatan
3. Memberikan himbauan kepada kader untuk terus meningkatkan sikap positifnya dalam implementasi Kelurahan Siaga

DAFTAR REFERENSI

- Artisa. (2010). *Hubungan Antara KADARZI Dengan Anemia Pada Ibu Hamil Trimester III Di Puskesmas Tegalrejo Salatiga*. Program Studi DIV Kebidanan Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret Surakarta.
- Azwar, S. (2010). *Sikap Manusia Teori Dan Pengukurannya*. Yogyakarta: Pustaka pelajar.
- Bangsawan, M. (2001). *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Keaktifan Kader Posyandu Di Wilayah Kecamatan Teluk Betung Barat Kota Bandar Lampung Tahun 2001*. Tesis. FKM-Universitas Indonesia. Depok.
- Bidang DIKBUD-KBRI Tokyo. (2004). *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 20 Tahun 2003 Tentang Sistem Pendidikan Nasional*. <http://www.inherent-dikti.net/files/sisdiknas.pdf>
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. *Visi dan Misi Departemen Kesehatan*. 31 Oktober 2010. <http://www.depkes.go.id/index.php/profil/visimisi.html>.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2009). *Buku Paket Pelatihan Kader Kesehatan Dan Tokoh Masyarakat Dalam Pengembangan Desa Siaga*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. (2009). *Panduan Peningkatan Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat Di Rumah Tangga Bagi Petugas Puskesmas*. Pusat Promosi Kesehatan: Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. (2009). *Rumah Tangga Ber-Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat*. Pusat Promosi Kesehatan: Jakarta.

Departemen kesehatan RI. (2009). *Panduan Pembinaan Dan Penilaian Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat Di Rumah Tangga Melalui Tim Penggerak PKK*. Pusat Promosi Kesehatan Bekerja Sama Dengan Tim Penggerak PKK Pusat: Jakarta.

Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2008). *Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 741/MENKES/PER/VII/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota*. Biro Hukum dan Organisasi Setjen Depkes RI.

Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2007). *Kajian Kesiapan Petugas Dan Masyarakat Dalam Pengembangan Desa Siaga*. Jakarta.

Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2007). *Kurikulum dan Modul Pelatihan Bidan Poskesdes dalam Pengembangan Desa Siaga*. Jakarta.

Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2004). *Keluarga Sadar Gizi (KADARZI)*. Jakarta.

Departemen Kesehatan RI dan Kesejahteraan Sosial. (2000). *Buku Pedoman Kader*. Jakarta.

Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung. (2010). *Laporan Hasil Kegiatan dan Evaluasi Seksi Bina Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat 2010*.

Fallen, R., & Dwi, R-B. (2010). *Catatan Kuliah Keperawatan Komunitas*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Gibson, Ivancevich & Donnelly. (1987). *Organisasi Dan Manajemen: Perilaku, Struktur, Dan Proses*. (Djarkasih, Penerjemah). Jakarta: Erlangga.

Harrell, K. (2008). *Attitude Is Everything: Ubah Sikap Anda, Maka Hidup Anda Akan Berubah!*. (Andry Kristiawan, Penerjemah). Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.

Hasanah, N.N. (2008). *Get Success UN (Ujian Nasional) Sosiologi Untuk SMA/MA*. Bandung: Grafindo Media Pratama

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 23 Mei 2011. Direktorat Jenderal Bina Gizi dan KIA. <http://www.gizikia.depkes.go.id/archives/2255>

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia dan Kementerian Dalam Negeri Republik Indonesia. (2010). *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 1529/Menkes/SK/X/2010 tentang Pedoman Umum Pengembangan Desa Dan Kelurahan Siaga Aktif Dalam Rangka Akselerasi Program Pengembangan Desa Siaga*. Jakarta.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Pusat Promosi Kesehatan. (2010). *Pedoman Pelaksanaan Pengembangan Desa Siaga*. Jakarta.

Kompas.com. 7 Juni 2011. *Cegah infeksi E.coli dengan PHBS*. <http://health.kompas.com/read/2011/06/07/>

Manullang, M. (2008). *Dasar-dasar Manajemen*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.

Maria, T. (2010). *Faktor Yang Berhubungan Dengan Pengetahuan, Sikap Dan Tindakan Pencegahan Malaria Di Daerah Endemis*. Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Airlangga.

Mendatu, A. *Apakah Sikap Itu*. Diakses 15 Juni 2011. Psikologi Online. <http://smartpsikologi.blogspot.com/2007/08/apakah-sikap-itu.html>

Muchtaromah. (2009). Diakses 17 juni 2011. <http://id.shvoong.com/social-sciences/sociology/1943452-pengertian-sosialisasi/>.

Nasution. (2008). Pengertian Sosialisasi. Diakses 15 Juni 2011. <http://id.shoong.com/social-sciences/sociology/1809954-sosiolisasi/#ixzz1P17DR0MH>

Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

Notoatmodjo, S. (2007). *Promosi Kesehatan Dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.

Notoatmodjo, S. (2007). *Kesehatan Masyarakat Ilmu Dan Seni*. Jakarta: Rineka Cipta.

Notoatmodjo, S. (2005). *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Rineka.

Patoni, A. (1997). *Pengetahuan, Sikap Dan Keterampilan Kader Dalam Penyelenggaraan Posyandu Di Wilayah Kerja Puskesmas Rajeg Kecamatan Rajeg Kabupaten Tangerang*. FKM-Universitas Indonesia. Depok.

Pangestuti, D.P. (1989) *Pengaruh Karakteristik Kader Terhadap Kemampuan Menafsirkan Pesan Pertumbuhan Anak Dalam Kartu Menuju Sehat (KMS)*. Tesis. Universitas Diponegoro. Diakses 24 November 2010. <http://repository.usu.ac.id/bistream>

Pengertian Sikap dan Perilaku. Diakses 15 Juni 2011. <http://healthiskesehatan.blogspot.com/2011/06/pengertian-sikap-dan-perilaku.html>

Posyandu. 26 November 2009. <http://rajawana.com/artikel/kesehatan/436-posyandu.html>

Pratiknya, A.W. (2007). *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.

Puskesmas Kedaton Kecamatan Kedaton. (2010). *Profil UPT Puskesmas Kedaton*

Ramadhan. (2010). Diakses 15 Juni 2011. <http://barat.jakarta.go.id/v09/index.php>

Ratna, W. (2010). *Sosiologi Dan Antropologi Kesehatan Dalam Perspektif Ilmu Keperawatan*. Yogyakarta: Pustaka Rihama

Runjati. (2010). *Asuhan Kebidanan Komunitas*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.

SadarGizi.com. 28 Maret 2011. *Pemberdayaan Posyandu, Solusi Masalah Gizi Anak*. <http://www.sadargizi.com/?p=358>

Sabri, L. & Hastono, S.P. (2008). *Statistik Kesehatan*. Jakarta: Rajawali Pers.

Sasongko, A. (2001). *Modul Mata-Kuliah Pengorganisasian Dan Pengembangan Masyarakat*. Depok: FKM-UI.

Sobur, A. (2009). *Psikologi Umum Dalam Lintas Sejarah*. Bandung: Pustaka Setia.

Subagijo. (2006). *Hubungan Antara Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat (PHBS) Dengan Kejadian Diare Yang Berobat Ke Puskesmas Purwokerto Barat Tahun 2006*. Tesis. Universitas Diponegoro.

Sutedjo. Diakses 10 juni 2011. *Langkah-tangkah Pemberdayaan Dan Kesejahteraan Keluarga PKK*. Azka. www.books.google.com

Syafrudin, & Hamidah. (2009). *Kebidanan Komunitas*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.

Tangkilisan, H.N.S. (2007). *Manajemen Publik*. Jakarta: Grasindo.

Taryono, T. (2000). *Pengetahuan Dan Sikap Kader Dalam Penyelenggaraan Posyandu Di Wilayah Kerja Puskesmas Mekarwangi Kabupaten Kuningan Jawa Barat*. FKM-Universitas Indonesia. Depok.

Theresia, M. (2010). *Faktor Yang Berhubungan Dengan Pengetahuan, Sikap Dan Tindakan Pencegahan Malaria di Daerah Endemis*. FKM Airlangga.

Tribun Lampung. 4 Oktober 2010. *Wawasan Kader Masih Terbatas*.
<http://www.tribunlampung.co.id/read/artikel/13936>

Valadares, S.A.Da.C. (2001). *Hubungan Karakteristik Kader Kesehatan Dengan Aktivasnya Dalam Kegiatan Posyandu Di Desa Lerep Kecamatan Ungaran Kabupaten Semarang*. Tesis. Universitas Diponegoro.

Wawan, A dan Dewi, M. (2010). *Teori Dan Pengukuran Pengetahuan Sikap Dan Perilaku Manusia*. Yogyakarta : Nuha Medika.

Widiastuti, A. (2007). *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Partisipasi Kader dalam Kegiatan Posyandu di Kelurahan Gubug Kecamatan Gubug Kabupaten Grobogan Tahun 2006*. Tesis, Universitas Negeri Semarang.

Widagdo, L. (2006). *Kepala Desa Dan Kepemimpinan Perdesaan: Persepsi Kader Posyandu Di Kecamatan Mlonggo Kabupaten Jepara, Jawa Tengah, 2000*. Jurnal UI, 10, 54-59.

Wijayanti , B.Y.W. (2010). *Hubungan Keaktifan Kader Posyandu Dengan Pengetahuan Tentang Program Posyandu Di Wilayah Kerja Puskesmas Puhpelem Kecamatan Puhpelem Kabupaten Wonogiri*.

World Health Organization. (1995). *Kader Kesehatan Masyarakat*. (Adi Heru S, Penerjemah). Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC

Zulkifli. (2003). *Posyandu Dan Kader Kesehatan*. 25 November 2010. Universitas Sumatera Utara. Fakultas Kesehatan Masyarakat.
<http://www.library.usu.ac.id/download/fkm/fkm-zulkifli1.pdf> - 36k



PEMERINTAH PROVINSI LAMPUNG BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK DAERAH

Jalan Basuki Rahmat No. 21 Telp. (0721) 482201 Fax. (0721) 481544 - 481304
TELUKBETUNG

IZIN PENELITIAN /SURVEI/PENGABDIAN/KKN/KKL

Nomor : 070/190 /II.03/2011

MEMBACA : Surat dari Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia Nomor.918/H2.F10/PPM.00.00/2011 Tanggal 10 Februari 2011 Perihal Izin Penelitian.

MENINGAT : 1. Peraturan Daerah Provinsi Lampung Nomor 10 Tahun 2007 tentang Pembentukan Organisasi dan Tata Kerja Lembaga Teknis Daerah Provinsi Lampung.
2. Keputusan Direktur Jenderal Sosial Politik Departemen Dalam Negeri Nomor 14 Tahun 1981 tentang Surat Pemberitahuan Penelitian.
3. Surat Keputusan Gubernur KDH Tingkat I Lampung Nomor : OP.030 /461/ G.Sospol / 1985 tanggal 05 Februari 1985 tentang Permohonan Izin Penelitian/Survei bagi Dinas/Instansi dan Mahasiswa.

DENGAN INI DIBERIKAN IZIN KEPADA :

Nama/NIM : **NOVITA HANDAYANI /0906616760.**
Pekerjaan : Mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
Alamat : JI. Danau Towuti No.107 Kel.Surabaya Kec.Kedaton Bandar Lampung.
Lokasi : Puskesmas Kedaton Kota Bandar Lampung Tahun 2011.
Lamanya : 22 Februari s/d 22 Maret 2011.
Peserta : --
Penanggungjawab : Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
Tujuan : Mengadakan penelitian dalam rangka penyusunan skripsi.
Judul Penelitian : **"PENGETAHUAN DAN SIKAP KADER DALAM IMPLEMENTASI DESA SIAGA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS KEDATON KOTA BANDAR LAMPUNG."**

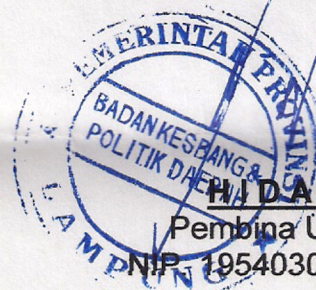
CATATAN : Setelah selesai melaksanakan kegiatan berdasarkan Surat Izin ini agar melaporkan hasilnya secara tertulis kepada Gubernur Lampung Cq. Kepala Badan Kesbang dan Politik Daerah Provinsi Lampung.

Dikeluarkan di : Bandar Lampung
Pada Tanggal : 22 Februari 2011

**An. GUBERNUR LAMPUNG
KEPALA BADAN KESBANG DAN POLITIK**

TEMBUSAN : Kepada Yth.

1. Gubernur Lampung (sebagai laporan);
2. Wakil Gubernur Lampung (sebagai laporan);
3. Walikota Bandar Lampung
Cq. Kepala Badan Kesbang dan Politik;
4. Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.



H. DAYAT, SH

Pembina Utama Madya

NIP. 19540306 198003 1 004



PEMERINTAH KOTA BANDAR LAMPUNG
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK

Jalan Dr. Susilo Nomor 2 Bandar Lampung Telpon 0721- 266 925
BANDAR LAMPUNG 35214

SURAT IZIN PENELITIAN/SURVEI/PENGABDIAN/KKN/PKL

Nomor : 070/ 034 /19.I/2011

- Mengingat** : 1. Undang-Undang No. 32 tahun 2004 tentang Pemerintahan di Daerah
2. Keputusan Menteri Dalam Negeri dan Menteri Pertahanan RI No.153 Tahun 1995 dan KEP/12/XII/1995 Tanggal 26 Desember 1995 Tentang **Petunjuk Pelaksanaan Perizinan**
3. Keputusan Dirjen Sosial Politik Depdagri No. 14 1981 Tentang Surat Pemberitahuan Penelitian
4. Peraturan Daerah Kota Bandar Lampung No. 24 Tahun 2008 Tentang Tugas, Fungsi dan Tata Kerja Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kota Bandar Lampung.
- Membaca** : Surat dari Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Provinsi Lampung Nomor : 070/190/II.03/2011 tanggal 22 Februari 2011 Perihal Izin Penelitian.

DENGAN INI MEMBERIKAN IZIN KEPADA :

NAMA / NPM : **NOVITA HANDAYANI / 0906616760**
Pekerjaan : Mahasiswa
Alamat : Jl. Danau Tuwoti No. 107 Kel. Surabaya Kec. Kedaton Bandar Lampung
Lokasi : Puskesmas Kedaton
Lamanya : **1 (satu) bulan**
Penanggung Jawab : Dekan Fak. Kesehatan Masyarakat Univ. Indonesia
Tujuan : Mengadakan penelitian dalam rangka penyusunan skripsi/karya tulis ilmiah
Judul Penelitian : **"PENGETAHUAN DAN SIKAP KADER DALAM IMPLEMENTASI DESA SIAGA WILAYAH KERJA PUSKESMAS KEDATON KOTA BANDAR LAMPUNG"**

Surat Izin ini berlaku sejak tanggal : **22 FEBRUARI 2011 s/d 22 APRIL 2011**

- CATATAN** : 1. Tidak diperkenankan mengadakan kegiatan lain di luar Izin yang diberikan dan apabila terjadi penyimpangan Izin akan dicabut.
2. Setelah selesai melaksanakan kegiatan berdasarkan Surat Izin ini agar melaporkan hasilnya secara tertulis kepada Walikota Bandar Lampung Cq. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kota Bandar Lampung.

Dikeluarkan di : Bandar Lampung

Pada tanggal : 22 Februari 2011

An. **KEPALA BADAN KESBANG DAN POLITIK**
KOTA BANDAR LAMPUNG

Sekretaris,



HM. SUEB NURDIN, SH.

Pembina Tingkat I

NIP. 19610930 198101 1 002

Tembusan Disampaikan Kepada Yth.

1. Bapak Walikota Bandar Lampung (sbg Laporan)
2. MUSPIDA Kota Bandar Lampung
3. Sdr. Kepala Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung
4. Sdr. Kepala Puskesmas Kedaton
5. Sdr. Dekan Fak. Kesehatan Masyarakat Univ. Indonesia
6. ----- Arsip -----



PEMERINTAH KOTA BANDAR LAMPUNG DINAS KESEHATAN

Jl. Drs. Warsito No.74 Telukbetung Telp: (0721) 482864-Fax:474260



Bandar Lampung, 21 Februari 2011

Nomor : 440. 352 .09.2011
Lampiran : -
Perihal : Ijin penelitian dan menggunakan Data

Kepada Yth;

Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Indonesia
Di-
DEPOK

Sehubungan dengan surat saudara nomor :917/H2.F10/PPM.00 .00/2011 tanggal 10 Februari 2011 perihal Ijin Penelitian dan menggunakan Data guna memperoleh data dalam rangka penyusunan Skripsi Mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, atas nama **NOVITA HANDAYANI** NIM.0906616760, dengan judul, "*Pengetahuan Sikap Kader Dalam Implementasi Desa Siaga di Wilayah Kerja Puskesmas Kedaton Bandar Lampung Tahun 2011*".

Perlu kami Informasikan beberapa hal sbb :

- Pada prinsipnya kami tidak berkeberatan dan dapat menyetujui permohonan tersebut.
- Izin Penelitian dan menggunakan data dalam Wilayah Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung, mengacu Kepada peraturan Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung.
- Izin melakukan Penelitian dan menggunakan data digunakan semata-mata hanya untuk kepentingan Akademik/Studi dan tidak akan dipublikasikan tanpa izin tertulis dari Kepala Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung.
- Kegiatan pengambilan data diberikan selama 1 (satu) bulan terhitung mulai tanggal ditetapkan.
- Setelah menyelesaikan kegiatan tersebut, mahasiswa diwajibkan menyampaikan laporan hasil kegiatannya kepada Kepala Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

KEPALA DINAS KESEHATAN
KOTA BANDAR LAMPUNG
Dr. H. WIRMAN
Nip. 19540411982121005

Tembusan : disampaikan Kepada Yth;

1.Sdr. Kabid. Bina MK-PKM

2.Sdr. Ka. Puskesmas Kedaton

3.Sdr. Pembimbing Skripsi

**KUESIONER PENELITIAN “PENGETAHUAN DAN SIKAP KADER
DALAM IMPLEMENTASI KELURAHAN SIAGA DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS KEDATON KOTA BANDAR LAMPUNG TAHUN 2011”**

Lembar Persetujuan :

Saya bertanda tangan dibawah ini dengan ini menyatakan persetujuannya untuk menjadi responden pada penelitian “Pengetahuan Dan Sikap Kader Dalam Implementasi Kelurahan Siaga Di Wilayah Kerja Puskesmas Kedaton Kota Bandar Lampung Tahun 2011” dan memberikan jawaban yang sebenar-benarnya.

Demikianlah pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya agar digunakan sebagaimana mestinya.

Bandar Lampung, 2011

Yang Menyatakan

KUESIONER PENELITIAN

PENGETAHUAN DAN SIKAP KADER DALAM IMPLEMENTASI KELURAHAN SIAGA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS RAWAT INAP KEDATON KOTA BANDAR LAMPUNG TAHUN 2011

Petunjuk Pengisian:

- a. Isi dengan benar dan lengkap pertanyaan dibawah ini
- b. Beri tanda silang (X) pada jawaban yang tepat
- c. Untuk nomor responden, tidak perlu diisi

Nama Posyandu :

Hari/Tanggal :

No. Responden :

I. Data responden

1. Nama lengkap :

2. Alamat :

3. Pekerjaan : 1. Pegawai Negeri 5. Pedagang
2. Swasta 6. Petani
3. ABRI 7. Buruh
4. Pensiunan 8. Tidak Bekerja

4. Umur :tahun

5. Status perkawinan : 1. Kawin 2. Belum Kawin
3. Janda/Duda

6. Pendidikan terakhir : 1. Tidak Tamat SD 2. Tamat SD
3. SLTP 4. SLTA
5. Akademi/Sarjana

9. Lamanya menjadi kader :tahun

Petunjuk Pengisian:

- a. Beri tanda silang (X) pada jawaban yang tepat
- b. Untuk jawaban yang bisa lebih dari satu, ada penjelasan pada tiap soalnya

II. Pengetahuan

1. Menurut saudara, apakah kelurahan siaga itu?
 - a. Kelurahan yang penduduknya mampu mencegah dan mengatasi masalah kesehatan sendiri.
 - b. Kelurahan yang siap siaga
 - c. Kelurahan yang mandiri dalam kesehatannya
2. Menurut saudara, apakah tujuan dibentuknya Kelurahan siaga?
 - a. Agar masyarakat sehat
 - b. Agar masyarakat sehat, peduli, dan tanggap pada masalah kesehatan diwilayahnya.
 - c. Agar masyarakat tanggap terhadap masalah kesehatan diwilayahnya.
3. Menurut saudara, yang merupakan tingkatan paling benar dari Kelurahan Siaga?
 - a. Pratama, madya, purnama, mandiri
 - b. Pratama, mandiri, purnama, madya
 - c. Purnama, madya, pratama, mandiri
 - d. Purnama, mandiri, pratama, madya
4. Menurut saudara, apakah kriteria dari Kelurahan Siaga? (*Jawaban boleh lebih dari 1*)
 - a. Ada sarana pelayanan kesehatan dasar seperti Puskesmas, Pustu atau Poskeskel
 - b. Memiliki sistem kesiapsiagaan dan penanggulangan kegawat daruratan dan bencana yang dikelola oleh masyarakat
 - c. Memiliki sistem pembiayaan kesehatan yang dikelola oleh masyarakat, dari masyarakat dan untuk masyarakat, misalnya tabulin (tabungan ibu bersalin)
 - d. Memiliki posyandu yang aktif
 - e. Memiliki sistem pengamatan (surveilans) penyakit dan faktor-faktor resiko yang dikelola oleh masyarakat
5. Menurut saudara, siapa saja yang berperan penting dalam pelaksanaan kegiatan yang ada di Kelurahan Siaga?
 - a. Petugas kesehatan (bidan, perawat, dokter), Lurah, Camat, Ketua PKK Kecamatan, Tokoh-tokoh masyarakat, dan kader
 - b. Camat, Lurah, tokoh-tokoh masyarakat, Ketua PKK Kecamatan, Kader, petugas kesehatan (bidan)
 - c. Petugas kesehatan (bidan)
 - d. Petugas kesehatan (bidan), kader, Lurah, dan tokoh-tokoh masyarakat

6. Menurut saudara, apa yang dimaksud dengan SMD (Survei Mawas Diri) atau TMD (Telaah Mawas diri)? (*Jawaban boleh lebih dari 1*)
 - a. Kegiatan yang dilakukan oleh tokoh masyarakat dibimbing tenaga kesehatan
 - b. Kegiatan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan didampingi tokoh masyarakat
 - c. Kegiatan yang dilakukan agar tokoh masyarakat tahu masalah yang dihadapi oleh daerahnya
 - d. Kegiatan yang dilakukan agar tenaga kesehatan tahu masalah yang dihadapi oleh daerahnya

7. Menurut saudara, apa yang dimaksud dengan MMD (Musyawarah Masyarakat Desa)? (*Jawaban boleh lebih dari 1*)
 - a. Kegiatan yang dilakukan untuk mencari penyelesaian masalah kesehatan dan upaya membangun poskesdes
 - b. Kegiatan yang dilakukan untuk menyusun rencana pengembangan Kelurahan Siaga
 - c. Kegiatan yang dilakukan atas inisiatif tokoh masyarakat
 - d. Peserta musyawarah adalah tokoh masyarakat dan lain-lain yang mau mendukung pengembangan Kelurahan Siaga
 - e. Kegiatan yang dilakukan untuk mencari alternatif penyelesaian masalah kesehatan hasil SMD

8. Sebutkan kegiatan apa saja yang ada di dalam Kelurahan Siaga. (*Jawaban boleh lebih dari 1*)
 - a. Donor darah
 - b. Ambulan desa
 - c. Pondok sayang ibu
 - d. Posyandu
 - e. Surveillance berbasis masyarakat
 - f. Kadarzi
 - g. PHBS
 - h. Poskesdes
 - i. Tabulin (tabungan ibu bersalin)
 - j. Kesiapsiagaan dan penanggulangan kegawat daruratan dan bencana
 - k. Pemberantasan penyakit menular dan penyakit yang berpotensi menimbulkan KLB (Kejadian Luar Biasa)

9. Menurut saudara, agar poskesdes dapat terselenggara perlu didukung dengan tenaga:
 - a. Dua orang kader dan satu orang bidan
 - b. Satu orang bidan dan satu orang dokter
 - c. Satu orang dokter dan dua orang kader
 - d. Satu orang ahli gizi dan satu orang bidan

10. Menurut saudara, dibawah ini yang merupakan fungsi dari poskesdes adalah:
 - a. Mengobati orang sakit
 - b. Memberikan pelayanan pemeriksaan hamil
 - c. Memberikan pelayanan KB
 - d. Memberikan pelayanan kesehatan dasar

11. Menurut saudara, manfaat poskesdes bagi kader adalah: *(Jawaban boleh lebih dari 1)*
 - a. Kader bisa mendapatkan informasi awal dibidang kesehatan
 - b. Mendapatkan kebanggaan karena dapat berkarya
 - c. Kader bisa berobat dengan tidak dipungut biaya
 - d. Kader lebih dipercaya oleh masyarakat

12. Menurut saudara, apa manfaat dari adanya pondok sayang ibu?
 - a. Sebagai tempat singgah sementara bagi ibu hamil yang memiliki masalah dengan kehamilannya sebelum dibawa ke Puskesmas atau Rumah Sakit.
 - b. Sebagai tempat ibu hamil untuk berkonsultasi tentang masalah kesehatannya

13. Menurut saudara, apa yang dimaksud dengan PHBS?
 - a. Tindakan yang dilakukan atas dasar kesehatan hingga mampu menolong dirinya dibidang kesehatan
 - b. Tindakan yang dilakukan untuk ber-PHBS
 - c. Tindakan yang berhubungan dengan kesehatan
 - d. Tindakan setiap orang dan keluarga agar dapat hidup sehat

14. Apa saja yang termasuk dalam PHBS?*(Jawaban boleh lebih dari 1)*
 - a. Persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan
 - b. Memberi bayi ASI eksklusif
 - c. Menimbang balita setiap bulan
 - d. Menggunakan air bersih
 - e. Mencuci tangan dengan sabun dan air bersih
 - f. Menggunakan jamban sehat
 - g. Memberantas jentik dirumah sekali seminggu
 - h. Makan buah dan sayur setiap hari
 - i. Melakukan aktivitas fisik setiap hari
 - j. Tidak merokok

15. Kejadian apa yang dapat dilaporkan dalam kegiatan pemantauan kesehatan yang ada diwilayah saudara? *(Jawaban boleh lebih dari 1)*
 - a. Diare
 - b. Gizi buruk/gizi kurang
 - c. Demam berdarah
 - d. Flu burung
 - e. Campak
 - f. Polio
 - g. Ibu hamil

16. Menurut saudara, apa pengertian dari KADARZI?
- Keluarga yang mampu mengenal, mencegah dan mengatasi masalah gizi anggota keluarganya
 - Keluarga yang tahu jika ada dalam keluarganya yang gizi buruk
 - Keluarga yang tahu masalah gizi keluarganya
17. Menurut saudara, perilaku sadar gizi yang diharapkan dapat terwujud adalah? (*Jawaban boleh lebih dari 1*)
- Menimbang berat badan secara teratur
 - Memberikan ASI eksklusif
 - Makan makanan beraneka ragam
 - Menggunakan garam beryodium
 - Minum suplemen gizi (vitamin A dan tablet tambah darah) sesuai anjuran
18. Menurut saudara, apa saja yang dilakukan oleh kader dalam pemantauan PHBS dan KADARZI?
- Melakukan pendataan dengan kunjungan rumah
 - Melakukan pendataan melalui posyandu
 - Melakukan pendataan melalui laporan masyarakat
19. Apakah saudara pernah mendapatkan pelatihan dan sosialisasi tentang Kelurahan Siaga?
- Pernah
 - Tidak

Petunjuk Pengisian:

- Jawablah pertanyaan dibawah ini sesuai dengan pendapat saudara
- Isi kotak dengan nomor jawaban yang saudara pilih

III. SIKAP

1. Bagaimana pendapat saudara terhadap sosialisasi Kelurahan Siaga
- Sosialisasi tentang Kelurahan Siaga sudah cukup jelas
0. Tidak 1. Ya
 - Apa yang sudah disosialisasikan sulit untuk dilaksanakan/diterapkan
0. Ya 1. Tidak
2. Apa yang akan saudara lakukan terhadap Kelurahan Siaga yang ada ditempat saudara
- Akan menjalankan tugas dengan baik meskipun tanpa gaji/upah
0. Tidak 1. Ya

5. Bagaimana penilaian saudara terhadap keberhasilan Kelurahan Siaga ditempat saudara

a. Belum tampak berhasil

0. Ya

1. Tidak

b. Masih banyak permasalahan/kendala

0. Ya

1. Tidak

c. Kader masih kurang aktif

0. Ya

1. Tidak

d. Pembinaan masih kurang

0. Ya

1. Tidak

6. Menurut saudara, keberhasilan apa saja yang sudah dicapai oleh Kelurahan Siaga ditempat saudara

a. Masyarakat sudah dapat diajak bekerjasama

0. Tidak

1. Ya

b. Adanya Poskesdes

0. Tidak

1. Ya

c. Terbentuknya ambulan desa

0. Tidak

1. Ya

d. Adanya donor darah

0. Tidak

1. Ya

e. Terbentuknya tabulin

0. Tidak

1. Ya

f. Seluruh masyarakat sudah melaksanakan PHBS

0. Tidak

1. Ya

g. Seluruh masyarakat sudah KADARZI

0. Tidak

1. Ya

Petunjuk Pengisian:

- a. Jawablah pertanyaan dibawah ini sesuai dengan pendapat saudara
- b. Isi kotak dengan tanda cawang (√)

IV. IMPLEMENTASI KELURAHAN SIAGA

NO	KRITERIA	YA	TIDAK
1.	Sudah memiliki Forum Masyarakat Desa/Kelurahan		
2.	Forum masyarakat desa/kelurahan berjalan dengan baik		
3.	Sudah memiliki Kader Pemberdayaan Masyarakat/kader Teknis Desa/Kelurahan Siaga minimal 2 orang		
4.	Sudah ada kemudahan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dasar yang memberikan pelayanan setiap hari		
5.	Sudah memiliki Posyandu		
6.	Ada Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) lainnya yang aktif		
7.	Ada dana untuk pengembangan Desa/Kelurahan Siaga dalam anggaran pembangunan Desa atau Kelurahan		
8.	Memiliki sumber dana lainnya selain dari Desa/Kelurahan		
9.	Ada peran aktif masyarakat dalam kegiatan Desa/Kelurahan Siaga		
10.	Ada peran aktif organisasi kemasyarakatan dalam kegiatan Desa/Kelurahan Siaga		
11.	Memiliki peraturan yang melandasi dan mengatur perkembangan Desa atau Kelurahan Siaga di tingkat Desa/Kelurahan		
12.	Persentase pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) pada rumah tangga di Desa/Kelurahan		
	a. Kurang dari 20%		
	b. 20%		
	c. 40%		
	d. 70%		