



UNIVERSITAS INDONESIA

**FAKTOR – FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN
KEAKTIFAN KADER DALAM PENGELOLAAN
DESA SIAGA DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS TANJUNGANOM
KABUPATEN NGANJUK
PROVINSI JAWA TIMUR
TAHUN 2012**

SKRIPSI

**NUR FARIDA YOHANIK
1006821104**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT
PEMINATAN KEBIDANAN KOMUNITAS
DEPOK
JUNI 2012**



UNIVERSITAS INDONESIA

**FAKTOR – FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN
KEAKTIFAN KADER DALAM PENGELOLAAN
DESA SIAGA DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS TANJUNGANOM
KABUPATEN NGANJUK
PROVINSI JAWA TIMUR
TAHUN 2012**

SKRIPSI

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

**NUR FARIDA YOHANIK
1006821104**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT
PEMINATAN KEBIDANAN KOMUNITAS
DEPOK
JUNI 2012**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Nur Farida Yohanik

NPM : 1006821104

Tanda Tangan :

Tanggal : 6 Juni 2012



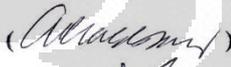
HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :
Nama : Nur Farida Yohanik
NPM : 1006821104
Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat
Judul Skripsi : Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Keaktifan Kader dalam Pengelolaan Desa Siaga di Wilayah Kerja Puskesmas Tanjunganom, Kabupaten Nganjuk, Provinsi Jawa Timur Tahun 2012

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

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Dr. Robiana Modjo, SKM, M.Kes ()

Penguji : Drs. Anwar Hassan, MPH ()

Penguji : Adhi Dharmawan Tato, SKM., MPH ()

Ditetapkan di : Depok
Tanggal : 6 Juni 2012

KATA PENGANTAR

Bismillahirrohmanirrohim,

Puji Syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, karena berkat Rahmat dan Hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini. Sholawat serta Salam penulis sampaikan pula kepada junjungan Nabi Muhammad SAW beserta para sahabat beliau. Penulisan Skripsi ini disusun dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia Peminatan Kebidanan Komunitas. Saya menyadari bahwa, tanpa bantuan, bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan skripsi ini. Pada kesempatan ini penulis menyampaikan rasa terima kasih kepada:

- (1) Ibu Dr. Robiana Modjo, SKM, M.Kes selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk membimbing penulis dalam penyusunan skripsi ini.
- (2) Bapak Drs. Anwar Hassan, MPH selaku penguji dalam yang telah meluangkan waktu untuk hadir sebagai penguji sidang skripsi dan membantu memberikan masukan skripsi.
- (3) Bapak Adhi Dharmawan Tato, SKM., MPH selaku penguji luar yang telah meluangkan waktu untuk hadir sebagai penguji sidang skripsi dan membantu memberikan masukan skripsi.
- (4) Bapak Drs.Sudrajat, MM, selaku Plt. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk yang telah memberikan izin kepada penulis untuk dapat melakukan penelitian di Lingkungan Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk.
- (5) Bapak dr. Suhariadji selaku Kepala Puskesmas Tanjunganom, Kabupaten Nganjuk yang telah memberikan izin kepada penulis untuk dapat melakukan penelitian di wilayah kerja Puskesmas Tanjunganom.
- (6) Para Dosen dan Staf di FKM UI atas bimbingan yang penuh kekeluargaan selama penulis menempuh pendidikan.
- (7) Ibu Rina Hidayati, Amd.Keb selaku Bidan Koordinator Puskesmas Tanjunganom, Kabupaten Nganjuk yang mengarahkan dan membantu penulis selama melakukan penelitian.

- (8) Seluruh Bidan dan Staf Puskesmas Tanjunganom, Kabupaten Nganjuk yang telah membantu penulis dalam melakukan pengambilan data pada saat penelitian ini.
- (9) Suamiku tercinta Widi Cahyono yang telah memberikan pengertian, semangat, dukungan dan pengorbanan serta doa tulusnya yang tiada henti selama penulis menempuh pendidikan.
- (10) Midhut_Qu, Syifa D' Aulia. Matahari hati yang tiada lelah bersinar siang dan malam, yang selalu menjadi pemicu semangatku dan menghiburku disetiap celotehannya.
- (11) Bapak, Ibu, Papa dan Mama tercinta, adik-adikku tersayang yang telah memberi support dan doanya kepada penulis.
- (12) My best friends Nita Merzalia, Rozalia, Ririn Hidayati, Asri Deny Rostika, Nanik Sri Wahyuni, Anggraini Indah yang telah mendukung dan kesediaannya berdiskusi bersama pada saat proses penelitian.
- (13) Teman-teman Peminatan Kebidanan Komunitas FKM UI Angkatan 2010 yang selalu bersama-sama saling bertukar pikiran dan saling mendoakan dalam penelitian. Terima kasih atas bantuan dan kebersamaannya, semoga persaudaraan ini tetap terjaga.

Penulis menyadari sepenuhnya dalam penulisan dan penyusunan skripsi ini banyak kekurangan karena keterbatasan pengetahuan, wawasan, dan kemampuan penulis. Oleh karena itu penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang sifatnya membangun. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi semua pihak.

Depok, 6 Juni 2012

Penulis

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

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

Nama : Nur Farida Yohanik
NPM : 1006821104
Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat
Peminatan : Kebidanan Komunitas
Jenis Karya : Skripsi

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

**Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Keaktifan Kader dalam
Pengelolaan Desa Siaga di Wilayah Kerja Puskesmas Tanjunganom,
Kabupaten Nganjuk, Provinsi Jawa Timur Tahun 2012**

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan hak Bebas Royalti Noneklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalih media/formatika, 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
Pada tanggal : 6 Juni 2012
Yang menyatakan



(Nur Farida Yohanik)

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Nur Farida Yohanik
NPM : 1006821104
Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat
Peminatan : Kebidanan Komunitas
Tahun Akademik : 2011/2012

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

**Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Keaktifan Kader dalam
Pengelolaan Desa Siaga di Wilayah Puskesmas Tanjunganom,
Kabupaten Nganjuk, Provinsi Jawa Timur, Tahun 2012**

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

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 6 Juni 2012



(Nur Farida Yohanik)

ABSTRAK

Nama : Nur Farida Yohanik
Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat
Peminatan : Kebidanan Komunitas
Judul : Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Keaktifan Kader dalam Pengelolaan Desa Siaga di Wilayah Kerja Puskesmas Tanjunganom, Kabupaten Nganjuk, Provinsi Jawa Timur Tahun 2012

Pelaksanaan desa siaga di wilayah kerja Puskesmas Tanjunganom yang belum optimal disebabkan kurangnya keaktifan kader desa siaga. Kader merupakan salah satu kunci keberhasilan desa siaga, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan keaktifan kader dalam pengelolaan desa siaga di wilayah kerja Puskesmas Tanjunganom. Penelitian ini adalah penelitian survey dengan desain *Cross Sectional*. Analisis data yang digunakan adalah uji univariat dan uji bivariat dengan uji statistik *Chi Square* ($\alpha=5\%$). Hasil penelitian menunjukkan terdapat hubungan yang bermakna antara keaktifan kader dengan variabel pendidikan, pengalaman, pengetahuan, sikap, penyuluhan, ketersediaan dana, insentif, dukungan tokoh masyarakat, dukungan masyarakat, dan supervisi.

Kata kunci :
Keaktifan kader, desa siaga

ABSTRACT

Name : Nur Farida Yohanik
Study Program : Bachelor of Public Health
Specialization : Community Midwifery
Title : Factors Related to The Activity of Cadre in Managing of Readiness Village in Working Area of Public Health Center Tanjunganom, Regency of Nganjuk, East Java Province 2012

Implementation of readiness village in working area of public health center Tanjunganom has not been carried out optimally due to less activity of it's cadre. Cadre is one of success key for readiness village, as a result of it make researcher interested to make a research about factors related to the activity of cadre in managing of readiness village in working area of public health center Tanjunganom. This study is a survey research using *Cross Sectional* study design. Data analysis by variate and bivariate test which using *Chi Square test* ($\alpha = 5\%$). Study result found that there are significant correlations between the activity of readiness cadre and education, experience, knowledge, attitude, counseling, fund availability, incentive, society figure support, society and supervision variable.

Words Key:
Cadre activity, Readiness Village

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH	vi
SURAT PERNYATAAN.....	vii
ABSTRAK.....	viii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR GAMBAR.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xv
DAFTAR SINGKATAN	xvi
1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	5
1.3 Pertanyaan Penelitian.....	5
1.4 Tujuan Penelitian	6
1.4.1 Tujuan umum	6
1.4.2 Tujuan khusus	6
1.5 Manfaat Penelitian	6
1.5.1 Bagi Puskesmas.....	7
1.5.2 Bagi Kelurahan	7
1.5.3 Bagi FKM	7
1.5.4 Bagi Peneliti.....	7
1.6 Ruang Lingkup.....	7
2 TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Pemberdayaan masyarakat	8
2.1.1 Pengertian Pemberdayaan Masyarakat	8
2.1.2 Tujuan Pemberdayaan Masyarakat di Bidang Kesehatan	8
2.1.3 Prinsip Pemberdayaan Masyarakat	8
2.1.4 Indikator Pemberdayaan Masyarakat	9
2.1.5 Peran Serta Masyarakat	9
2.1.5.1 Pengertian Peran Serta Masyarakat.....	9
2.1.5.2 Faktor – faktor yang mempengaruhi peran serta.....	10
2.1.5.4 Metode Peran Serta Masyarakat.....	10
2.1.5.5 Wujud Peran serta dalam Bidang Kesehatan	11
2.1.5.6 Lingkup Peran serta masyarakat	11
2.2 Desa Siaga	12
2.2.1 Pengertian	12
2.2.2 Tujuan Desa Siaga	12
2.2.3 Sasaran Desa Siaga	13
2.2.4 Kriteria Desa Siaga	13
2.1.5 Tahapan Pengembangan Desa Siaga.....	14

2.2.6	Indikator Keberhasilan	16
2.3	DESA DAN KELURAHAN SIAGA AKTIF	17
2.3.1	Desa Siaga dan Kelurahan Siaga Aktif.....	17
2.3.2	Kriteria Desa Siaga Aktif	18
2.3.3	Pengembangan Desa/Kelurahan Siaga Aktif.....	19
2.3.4	Penyelenggaraan Desa/ Kelurahan Siaga Aktif 21	
2.3.5	Pentahapan Desa/Kelurahan Siaga Aktif	24
2.3.6	Pemantauan.....	28
2.3.7	Evaluasi	29
2.3.8	Indikator Keberhasilan.....	30
2.2.5	Kader Pemberdayaan Masyarakat	33
2.4	Teori Perilaku.....	34
2.4.1	Pengertian Perilaku.....	34
2.4.2	Domain Perilaku	35
2.4.3	Pengukuran Indikator Perilaku Kesehatan.....	38
2.4.4	Determinan Perilaku Kesehatan	39
2.4.4.1	Teori Lawrence Green	40
2.4.4.2	Teori Snehandu B Karr	42
2.4.4.3	Teori WHO.....	42
2.5	Hasil Penelitian Sebelumnya yang berhubungan dengan Variabel Penelitian.....	44
3	KERANGKA TEORI.....	53
3.1	Kerangka Teori	53
3.2	Kerangka Konsep.....	54
3.3	Hipotesis	55
3.4	Definisi Operasional	55
4	METODOLOGI PENELITIAN.....	60
4.1	Jenis Penelitian	60
4.2	Waktu dan Lokasi Penelitian	60
4.3	Populasi dan Sampel Penelitian.....	60
4.3.1	Populasi penelitian	60
4.3.2	Sampel Penelitian.....	60
4.3.3	Besar Sampel.....	60
4.4	Instrumen Penelitian	62
4.4.1	Pengumpulan Data	62
4.4.2	Data Primer	62
4.4.3	Data Skunder.....	62
4.5	Pengolahan Data	63
4.6	Analisa Data.....	63
4.6.1	Analisis Univariat.....	63
4.6.2	Analisis Bivariat	63
5	HASIL PENELITIAN	64
5.1	Analisis Univariat	64
5.1.1	Keaktifan kader dalam pengelolaan desa siaga	64
5.1.2	Faktor Predisposisi	64

5.1.2.1	Distribusi kader berdasarkan karakteristik demografi	64
5.1.2.2	Gambaran Pengalaman responden	66
5.1.2.3	Gambaran Pengetahuan responden	67
5.1.2.4	Gambaran sikap responden	68
5.1.3	Factor Enabling (Faktor Pemungkin)	69
5.1.3.1	Gambaran Frekuensi Penyuluhan	69
5.1.3.2	Fasilitas Kesehatan dan Ketersediaan Dana	70
5.1.4	Factor Reinforcing (Faktor Penguat)	71
5.2	Analisis Bivariat	72
5.2.1	Hubungan Faktor Predisposisi dengan Keaktifan Kader	72
5.2.2	Hubungan Faktor Pemungkin dengan Keaktifan Kader	75
5.2.3	Hubungan Faktor Penguat dengan Keaktifan Kader	76
6	PEMBAHASAN	79
6.1	Keterbatasan penelitian	79
6.1.1	Desain penelitian	79
6.1.2	Variabel penelitian	79
6.1.3	Kualitas data	79
6.2	Keaktifan Kader dalam Pengelolaan Desa Siaga	79
6.3	Faktor Predisposisi	80
6.3.1	Umur Responden	80
6.3.2	Pendidikan	81
6.3.3	Status Perkawinan	81
6.3.4	Pekerjaan	82
6.3.5	Pengalaman	83
6.3.6	Pengetahuan	84
6.3.7	Sikap	84
6.4	Faktor Pemungkin	85
6.4.1	Frekuensi Penyuluhan	85
6.4.2	Ketersediaan Fasilitas Kesehatan	86
6.4.3	Ketersediaan Dana	87
6.5	Faktor Penguat	88
6.5.1	Insentif	88
6.5.2	Dukungan Tokoh Masyarakat	89
6.5.3	Dukungan Masyarakat	90
6.5.4	Dukungan keluarga	91
6.5.5	Supervisi	92
7	SIMPULAN DAN SARAN	94
7.1	Simpulan	94
7.2	Saran	94
7.2.1	Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk	94
7.2.2	Puskesmas Tanjunganom	94
7.2.3	Tokoh Masyarakat	95
7.2.4	Kader desa siaga	96
7.2.5	Peneliti lain	97
	Daftar pustak	xvii
	Lampiran	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Tahapan Desa Siaga	16
Tabel 2.2	Pentahapan Perkembangan Desa atau Kelurahan Siaga Aktif.....	28
Tabel 3.4	Definisi Operasional	57
Tabel 4.1	Jumlah Sampel Minimal berdasarkan Proporsi pada Penelitian Sebelumnya	64
Tabel 5.1	Distribusi Keaktifan Kader	67
Tabel 5.1a	Distribusi Kader Berdasarkan Karakteristik Demografi	67
Tabel 5.1b	Distribusi Kader Berdasarkan Karakteristik Demografi	67
Tabel 5.2	Distribusi Responden Berdasarkan Pengalaman	70
Tabel 5.3	Distribusi Pengetahuan responden	71
Tabel 5.4	Distribusi Sikap responden	72
Tabel 5.5	Distribusi Responden Berdasarkan Frekuensi Penyuluhan	74
Tabel 5.6	Distribusi Responden Berdasarkan Keberadaan Fasilitas Kesehatan dan Ketersediaan Dana	74
Tabel 5.7	Distribusi Responden berdasarkan variabel penelitian pada Faktor Reinforcing	75
Tabel 5.8	Distribusi Frekuensi Hubungan antara Faktor Predisposing dengan Keaktifan Kader	76
Tabel 5.9	Distribusi Frekuensi Hubungan antara Faktor Pemungkin dengan Keaktifan Kader	79
Tabel 5.8	Distribusi Frekuensi Hubungan antara Faktor Penguat dengan Keaktifan Kader	80

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Kerangka Teori PRECEDE-PROCEED	50
Gambar 3.2. Kerangka Konsep Penelitian	51
Grafik 5.1 Distribusi responden berdasarkan pengalaman	69
Grafik 5.2 Distribusi Pengetahuan Responden	70
Grafik 5.3 Distribusi Sikap Responden	71
Grafik 5.4 Distribusi Responden	73



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Riwayat Hidup Penulis
- Lampiran 2 Surat Ijin Penelitian
- Lampiran 3 Kuesioner
- Lampiran 4 Out Put Analisis Data Univariat dan Bivariat



DAFTAR SINGKATAN

AKB	Angka Kematian Bayi
AKI	Angka Kematian Ibu
BOK	Bantuan Operasional Kesehatan
BPD	Badan Pendapatan Desa
FMD	Forum Masyarakat Desa
JPKM	Dana Sehat/Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat
KH	Kelahiran Hidup
KLB	Kejadian Luar Biasa
KPM	Kader Pemberdayaan Masyarakat
MDGs	Millenium Development Goals
MMD	Musyawahar Masyarakat desa
PHBS	Perilaku Hidup Bersih dan Sehat
POLINDES	Pondok Bersalin Desa
PONED	elayanan Obstetri dan Neonatal Emergensi Dasar
POS UKK	Pos Usaha Kesehatan Kerja
POSKEDES	Pos Kesehatan Desa
POSYANDU	Pos Pelayanan Terpadu
PUSKESMAS	Pusat Kesehatan Masyarakat
PUSTU	Puskesmas Pembantu
SBH	Saka Bakti Husada
SMD	Survey Mawas Diri
TOMA	Tokoh Masyarakat
UKBM	Usaha Kesehatan Berbasis Masyarakat
UKDS	Upaya Kesehatan Dasar
UKESTRA	Upaya kesehatan tradisional
UKK	Upaya Kesehatan Kerja

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) adalah indikator yang sangat penting untuk melihat derajat kesehatan disuatu wilayah. (Dinkes Provinsi Jawa Timur, 2006,b). Di dalam MDGs, kedua indikator ini ditargetkan tercapai pada tahun 2015 yaitu sebesar 102 per 100.000 kelahiran hidup (KH) untuk AKI dan 23 per 1000 KH untuk AKB . Berdasarkan Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia tahun 2007, AKI di Indonesia sebesar 228 per 100.000 KH (Dinkes Provinsi Jawa Timur, 2010). Menurut laporan rutin kabupaten/kota pada tahun 2009 di Jawa Timur, jumlah kematian ibu adalah sebesar 535/591.229 KH (Dinkes Provinsi Jawa Timur, 2009a) sedangkan AKI pada tahun 2010 adalah 101,4/100.000 KH (Dinkes Provinsi Jawa Timur, 2010). AKI di Kabupaten Nganjuk pada tahun 2009 sebesar 101,39/100.000 KH, tahun 2010 adalah 101,5/100.000 KH dan 132,79/100.000 KH pada tahun 2011. Jika dilihat dari target Kabupaten (166/100.000KH), angka ini masih di bawah target. Namun demikian, AKI di Kabupaten Nganjuk menggambarkan trend yang cenderung meningkat. Sedangkan data kematian ibu yang terjadi di wilayah kerja Puskesmas Tanjunganom tahun 2008-2011, terdapat 2 kasus kematian dari 1822 KH pada tahun 2011 (Dinkes Kabupaten Nganjuk, 2009-2011a).

Data BPS tahun 2009 menunjukkan AKB di Jawa Timur sebesar 28 per 1000 KH (Dinkes Provinsi Jatim, 2009a). Pada tahun 2010 AKB sebesar 29,9/1000 KH. AKB di Jawa Timur ini lebih tinggi dibandingkan dengan AKB Nasional (25,7 per 1000 KH). Kondisi ini menggambarkan bahwa penurunan AKB masih jauh dari target MDGs (Dinkes Provinsi Jawa Timur, 2010). Data AKB yang didapat dari Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk menunjukkan AKB pada tahun 2009 adalah 9,6/1000 KH, 12,65/1000 KH pada tahun 2010 dan 15,57/1000 KH pada tahun 2011. Dibandingkan target Kabupaten (8/1000 KH), AKB ini masih jauh dari target yang diharapkan, bahkan ada kecenderungan meningkat dari tahun ke tahun. Data kematian bayi di wilayah kerja Puskesmas Tanjunganom pada tahun 2009-2011 menunjukkan terdapat 11 kematian bayi dari 1952 KH pada tahun 2009, 30 kematian bayi dari 1919 KH pada tahun 2010 dan

tahun 2011 terdapat 46 kematian bayi dari 1882 KH (Dinkes Kabupaten Nganjuk, 2009-2011a) .

Upaya yang dilakukan untuk percepatan pencapaian target MDGs 2015, Departemen Kesehatan Republik Indonesia menetapkan Visi dan Misi Rencana Strategis Depkes tahun 2010 – 2014. Visi Rencana Strategis yang ingin dicapai Depkes adalah “Masyarakat Sehat yang Mandiri dan Berkeadilan“. Visi ini dituangkan menjadi 4 Misi. Salah satu Misi tersebut adalah “Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui pemberdayaan masyarakat, termasuk swasta dan masyarakat madani” (Kemenkes, 2011a). Pemberdayaan masyarakat adalah upaya meningkatkan kemampuan kelompok sasaran sehingga kelompok sasaran mampu mengambil tindakan tepat atas berbagai permasalahan yang dialami (Notoatmodjo, 2010b). Pemberdayaan masyarakat merupakan ujung tombak dalam memecahkan masalah kesehatan. Keberhasilan pemberdayaan ini harus didukung oleh masyarakat dalam upaya-upaya kesehatan tersebut (Adisasmito, 2007). Pemberdayaan masyarakat menuju kemandirian di bidang kesehatan memerlukan proses yang harus dilakukan secara swadaya oleh masyarakat. Pemberdayaan dapat dilakukan dengan memantapkan peran serta masyarakat sebagai subyek dan pelaku dalam pembangunan kesehatan (Adisasmito, 2007).

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, Bab II tentang Asas dan Tujuan, Pasal 3 berbunyi bahwa, “Pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomis”. Sedangkan Bab III tentang Hak dan Kewajiban, Pasal 18 tertulis “Pemerintah bertanggung jawab dan mendorong peran aktif masyarakat dalam segala bentuk upaya kesehatan”. Notoatmodjo, S. (2010a). Berdasarkan hal tersebut, pemerintah melakukan kegiatan pemberdayaan untuk percepatan dan peningkatan derajat kesehatan bagi penduduk Indonesia. Upaya tersebut adalah dengan memberikan fasilitas untuk mengembangkan kesiapsiagaan di tingkat desa melalui strategi berbasis model pendekatan dan kebersamaan yang disebut desa siaga. (Kemenkes, 2011a). Desa siaga adalah desa yang penduduknya memiliki kesiapan sumberdaya dan

kemampuan serta kemauan untuk mencegah, mengatasi masalah-masalah kesehatan, bencana dan kegawatdaruratan kesehatan secara mandiri (Depkes RI, 2007). Sebuah desa atau kelurahan disebut desa siaga apabila desa atau kelurahan tersebut minimal telah memiliki Pos Kesehatan Desa (Dinkes Provinsi Jawa Timur, 2006a), atau sarana kesehatan yang ada di wilayah tersebut seperti puskesmas pembantu, puskesmas atau sarana kesehatan yang lain (Pusat Promkes RI, 2011). Keberhasilan pelaksanaan pengembangan desa siaga akan memberikan gambaran bahwa pemerintah telah berhasil meningkatkan kesadaran masyarakat untuk hidup sehat. Dengan kesadaran yang tinggi, maka upaya kesehatan akan dapat tercapai, terjangkau dan berkualitas karena ancaman terhadap kesehatan dapat dicegah, diatasi dan ditanggulangi (Nuraeni, 2006).

Pembentukan Desa Siaga didasari oleh Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 564/MENKES/SK/VIII/2006. Dari seluruh desa/kelurahan yang ada, desa siaga ditargetkan akan tercapai sebesar 80% menjadi desa/kelurahan siaga aktif pada tahun 2015 (Kemenkes RI, 2011a). Target pencapaian desa siaga ini telah tercantum dalam Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 828/SK/IX/2008 tentang Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/ Kota (Depkes RI, 2008). Sampai dengan tahun 2009, dari 75.410 desa/kelurahan yang ada, tercatat 42.295 desa/kelurahan yang telah memulai upaya mewujudkan desa siaga dan kelurahan siaga. Hal ini berarti bahwa 56,1% desa dan kelurahan yang ada di Indonesia telah terbentuk desa siaga (Kemenkes RI, 2011a). Desa/kelurahan siaga yang telah terbentuk di Jawa Timur pada tahun 2009 berjumlah 8.428 buah, (99%) dari total desa/ kelurahan yang ada (Dinkes Provinsi Jawa Timur, 2010). Namun demikian, dari semua desa/kelurahan siaga yang telah terbentuk belum semuanya mencapai kondisi siaga aktif yang sesungguhnya (Kemenkes RI, 2011a). Menurut Data Bidang Promosi Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk bulan September tahun 2011, terdapat 284 desa/kelurahan siaga. Hal ini berarti bahwa desa siaga yang telah terbentuk adalah 100% dari seluruh desa/kelurahan yang ada di wilayah Kabupaten Nganjuk. Sedangkan tahapan dalam pengembangan desa/kelurahan siaga aktif yang telah dicapai adalah 57,2% berada dalam strata pratama, 40% strata madya dan hanya 2,8% yang mampu mencapai strata purnama dan mandiri. Dari 16 desa siaga yang

telah terbentuk di wilayah kerja Puskesmas Kecamatan Tanjunganom, seluruhnya berada dalam strata madya (Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk, 2011b).

Keberhasilan dan kelestarian program desa siaga, salah satu kuncinya adalah ditentukan oleh keaktifan kader (Depkes RI, 2009). Kader adalah salah satu unsur yang tidak terpisahkan dalam upaya pengembangan desa siaga karena merupakan pelaku utama dalam penggerakan dan pemberdayaan masyarakat (Pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan, 2007). Kader adalah perpanjangan tangan dari petugas kesehatan dan merupakan tenaga yang dianggap paling dekat dengan masyarakat. Oleh karena itu, kader diharapkan dapat menggerakkan dan memberdayakan masyarakat agar tercipta masyarakat yang mandiri dan hidup sehat (Depkes RI, 2007).

Kader mempunyai 6 peran dan fungsi sebagai pengembang desa siaga, yaitu: (1) Membantu tenaga kesehatan dalam mengelola desa siaga melalui kegiatan usaha kesehatan berbasis masyarakat (UKBM) seperti posyandu, (2) Memantau kegiatan dan evaluasi desa siaga seperti mengisi Register Ibu dan Anak, mengisi KMS, (3) Membantu mengembangkan dan mengelola UKBM selain posyandu, (4) Membantu mengidentifikasi dan melaporkan kejadian di masyarakat yang dapat berdampak kepada masyarakat, (5) Membantu dan memberikan pemecahan masalah kesehatan yang sederhana kepada masyarakat, (6) Mempersiapkan masyarakat dalam menghadapi kedaruratan kesehatan dan penanggulangan bencana (Depkes RI, 2009).

Puskesmas Tanjunganom merupakan salah satu puskesmas yang berada dalam wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk. Puskesmas Tanjunganom membina 16 desa/kelurahan yang masing-masing telah dibentuk menjadi desa/kelurahan siaga mulai tahun 2007. Setiap desa/kelurahan siaga, seorang bidan desa sebagai fasilitator, dua orang penanggungjawab kader dan dua orang tokoh masyarakat telah mendapatkan pelatihan tentang desa siaga. Melihat hal tersebut dan melihat kuantitas kader desa siaga yang cukup banyak (650), masing-masing desa siaga tersebut belum mampu berjalan dengan aktif. Desa siaga yang kurang aktif ini dapat dilihat dari pelaksanaan kegiatan desa siaga seperti Survey Mawas Diri (SMD) dan Musyawarah Masyarakat Desa (MMD) yang belum rutin. UKBM yang ada seperti Ambulan Desa, Dana Sehat, Kadarsi,

Penyehatan Lingkungan, Pengamatan Kesehatan Berbasis Masyarakat, Arisan Jamban dan lain-lain belum berjalan (Puskesmas Tanjunganom, 2011). Menurut pengelola Program Promosi Kesehatan Puskesmas Tanjunganom, salah satu hambatan dari pelaksanaan desa siaga adalah kurangnya keaktifan kader dalam pengelolaan desa siaga sehingga pelaksanaan program desa siaga ini belum berjalan sesuai dengan harapan. Kader desa siaga hanya aktif pada kegiatan posyandu sedangkan UKBM dan kegiatan yang lain belum terlaksana dengan baik.

Masalah tersebut di atas dan belum adanya penelitian tentang keaktifan kader desa siaga di Kecamatan Tanjunganom mendasari ketertarikan peneliti untuk meneliti tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan keaktifan kader dalam pengelolaan desa siaga di wilayah kerja Puskesmas Tanjunganom, Kabupaten Nganjuk, Jawa Timur.

1.2 Rumusan Masalah

Keaktifan kader merupakan kunci keberhasilan pelaksanaan desa siaga. Menurut uraian di atas, salah satu penyebab pelaksanaan desa siaga yang belum sesuai harapan adalah kurangnya keaktifan kader dalam pengelolaan desa siaga. Belum adanya penelitian yang dilakukan tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan keaktifan kader di Kecamatan Tanjunganom, maka peneliti tertarik untuk mengkaji faktor-faktor apa saja yang berhubungan dengan keaktifan kader dalam pengelolaan desa siaga di wilayah kerja Puskesmas Tanjunganom, Kabupaten Nganjuk, Provinsi Jawa Timur tahun 2012.

1.3 Pertanyaan Penelitian.

- 1.3.1 Bagaimanakah proporsi distribusi keaktifan kader desa siaga di wilayah kerja Puskesmas Tanjunganom dalam pengelolaan desa siaga berdasarkan faktor predisposisi (umur, pendidikan, status perkawinan, pekerjaan, pengetahuan, pengalaman, dan sikap)?

- 1.3.2 Bagaimanakah proporsi distribusi keaktifan kader desa siaga di wilayah kerja Puskesmas Tanjunganom berdasarkan faktor pemungkin (frekuensi penyuluhan, ketersediaan fasilitas kesehatan, dan ketersediaan dana)?
- 1.3.3 Bagaimanakah proporsi distribusi keaktifan kader desa siaga di wilayah kerja Puskesmas Tanjunganom berdasarkan faktor penguat (insentif, dukungan TOMA, dukungan masyarakat, dukungan keluarga dan supervisi)?
- 1.3.4 Apa sajakah faktor-faktor yang berhubungan dengan keaktifan kader dalam pengelolaan desa siaga di wilayah kerja Puskesmas Tanjunganom Kabupaten Nganjuk tahun 2012?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan umum

Untuk mendeskripsikan keaktifan kader dalam pengelolaan desa siaga dan faktor-faktor yang berhubungan dengan keaktifan kader dalam pengelolaan desa siaga.

1.4.2 Tujuan khusus

1.4.2.1 Untuk menguraikan proporsi distribusi kader desa siaga yang aktif dan yang tidak aktif dalam pengelolaan desa siaga.

1.4.2.1 Untuk mengkaji hubungan antara faktor predisposisi (umur, pendidikan, status perkawinan, pekerjaan, pengetahuan, pengalaman, dan sikap) dengan keaktifan kader dalam pengelolaan desa siaga.

1.4.2.2 Untuk mengkaji hubungan antara faktor pemungkin (frekuensi penyuluhan dan ketersediaan fasilitas kesehatan, ketersediaan dana) dengan keaktifan kader dalam pengelolaan desa siaga.

1.4.2.3 Untuk mengkaji hubungan antara faktor penguat (insentif, dukungan TOMA, masyarakat, dukungan keluarga, dan supervisi) dengan keaktifan kader dalam pengelolaan desa siaga.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Bagi Puskesmas

Sebagai evaluasi, informasi dan bahan masukan yang dapat digunakan untuk membantu dalam penyusunan rencana kegiatan dalam pelaksanaan desa/kelurahan siaga di wilayah kerja Puskesmas Tanjunganom.

1.5.2 Bagi Kelurahan

Sebagai bahan masukan bagi kepala desa/kelurahan dalam membuat kebijakan terkait dengan pelaksanaan program desa siaga.

1.5.3 Bagi FKM

Sebagai tambahan referensi pustaka di perpustakaan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

1.5.4 Bagi Peneliti

Menambah wawasan, pengetahuan dan pengalaman dalam melakukan penelitian.

1.6 Ruang Lingkup

Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Tanjunganom, Kabupaten Nganjuk, Provinsi Jawa Timur untuk mengkaji faktor-faktor yang berhubungan dengan keaktifan kader dalam pengelolaan desa siaga. Kader dipilih sebagai sampel penelitian karena kader merupakan ujung tombak dalam kegiatan desa siaga. Variabel yang akan diteliti meliputi variabel faktor predisposisi (umur, pendidikan, status perkawinan, pekerjaan, pengetahuan, pengalaman, dan sikap), variabel faktor pemungkin (frekuensi penyuluhan, ketersediaan fasilitas kesehatan dan ketersediaan dana), dan variabel faktor penguat (insentif, dukungan TOMA, masyarakat, dukungan keluarga, dan supervisi). Penelitian ini menggunakan desain studi *Cross Sectional* sedangkan data yang dikumpulkan adalah data primer dengan memberikan kuesioner kepada responden dengan teknik wawancara. Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Maret-April 2012.

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Pemberdayaan Masyarakat

2.1.1 Pengertian Pemberdayaan Masyarakat

Pemberdayaan adalah upaya yang dilakukan untuk menumbuhkan kesadaran, kemauan dan kemampuan masyarakat dalam mengenali, mengatasi, memelihara dan melindungi dan meningkatkan kesejahteraan diri sendiri (Notoatmodjo, 2007)

Pemberdayaan masyarakat adalah upaya untuk menumbuhkan dan meningkatkan pengetahuan, kemauan dan kemampuan individu, keluarga dan masyarakat untuk mencegah penyakit, meningkatkan kesehatannya, menciptakan lingkungan sehat serta berperan aktif dalam penyelenggaraan setiap upaya kesehatan (Kemenkes, 2011b).

2.1.2 Tujuan Pemberdayaan Masyarakat di Bidang Kesehatan

Pemberdayaan masyarakat bertujuan menumbuhkan kesadaran, pengetahuan dan pemahaman mengenai kesehatan bagi individu, kelompok masyarakat, menumbuhkan kemauan untuk meningkatkan kesadaran dan pemahaman terhadap kesehatan serta memunculkan kemampuan masyarakat mengenai kesehatan yang artinya secara individu ataupun kelompok yang telah mampu mewujudkan kemauan atau niat akan kesehatan dengan bentuk tindakan atau perilaku (Notoatmojo, 2007)

2.1.3 Prinsip Pemberdayaan Masyarakat

Menurut Maulana (2009), prinsip pemberdayaan masyarakat adalah:

- a) Menumbuh-kembangkan potensi masyarakat
- b) Menggali kontribusi masyarakat dalam upaya kesehatan
- c) Mengembangkan kegiatan kegotong-royongan di masyarakat
- d) Menjalin kerjasama dengan masyarakat dan berbagai pihak
- e) Desentralisasi (sesuai dengan keadaan dan budaya setempat)

2.1.4 Indikator Pemberdayaan Masyarakat

Menurut Notoatmodjo (2007), untuk mengukur keberhasilan pemberdayaan masyarakat dibidang kesehatan masyarakat dapat menggunakan indikator yang mengacu pada pendekatan sistem, yaitu

a) Indikator Input

Indikator input dapat berupa sumber daya manusia, besarnya dana dan penggunaan alat-alat atau materi atau bahan dalam mendukung kegiatan pemberdayaan masyarakat.

b) Indikator proses

Indikator yang menunjukkan frekuensi penyuluhan, kegiatan pelatihan dan intervensi kepada tokoh masyarakat dan kader kesehatan sebagai motivator, pertemuan-pertemuan yang dilaksanakan dalam rangka kegiatan pemberdayaan.

c) Indikator output

Indikator yang dapat dilihat dari jumlah dan jenis UKBM yang ada di masyarakat seperti posyandu, polindes, pos obat desa, dana sehat dan sebagainya.

d) Indikator Outcome

Meskipun indikator ini bukan satu-satunya dampak dari pemberdayaan masyarakat, namun pemberdayaan masyarakat mempunyai kontribusi terhadap indikator-indikator kematian dan kesakitan. Keberhasilan pemberdayaan masyarakat dapat dilihat dari penurunan angka kesakitan dan kematian di masyarakat.

2.1.5. Peran Serta Masyarakat

2.1.5.1 Pengertian Peran Serta Masyarakat

Peran serta masyarakat atau partisipasi adalah keterlibatan anggota masyarakat dalam pengambilan keputusan, implementasi program, evaluasi serta memperoleh manfaat dari keterlibatannya dalam pengembangan program. (Notoatmodjo, 2010b). Peran serta masyarakat dibidang kesehatan berarti keikutsertaan seluruh anggota masyarakat dalam memecahkan masalah kesehatan mereka sendiri (Notoatmodjo, 2007)

2.1.5.2 Faktor – faktor yang mempengaruhi peran serta masyarakat

Menurut Fallen,R & Dwi K,B (2010), peran serta masyarakat dapat dipengaruhi oleh:

1. Manfaat kegiatan yang dilakukan

Kesediaan masyarakat untuk berperan secara aktif akan timbul jika masyarakat mengetahui manfaat yang nyata dan jelas.

2. Adanya kesempatan

Kesediaan dipengaruhi oleh adanya kesempatan atau ajakan untuk berperan serta serta melihat hal – hal yang berguna dalam kegiatan yang akan dilakukan.

3. Memiliki ketrampilan

Jika kegiatan yang dilakukan membutuhkan ketrampilan tertentu dan orang yang mempunyai ketrampilan sesuai dengan ketrampilan tersebut maka orang tertarik untuk berperan serta.

4. Rasa memiliki

Rasa memiliki sesuatu akan tumbuh jika sejak awal kegiatan masyarakat sudah diikutsertakan , jika rasa memiliki ini bisa ditumbuh kembangkan dengan baik maka peran serta dapat dilestarikan.

5. Faktor tokoh masyarakat

Jika dalam kegiatan yang diselenggarakan masyarakat melihat bahwa tokoh - tokoh masyarakat atau pemimpin kader yang disegani ikut serta maka akan tertarik pula berperan serta.

2.1.5.4 Metode Peran Serta Masyarakat

Menurut Soekidjo Notoatmodjo (2007), banyak cara yang dapat dilakukan untuk mengajak atau menumbuhkan peran serta masyarakat. Pada pokoknya ada dua cara, yaitu:

1. Peran serta dengan Paksaan (Enforcement Participation)

Artinya memaksa masyarakat untuk berkontribusi dalam suatu program , baik melalui perundang-undangan, peraturan-peraturan maupun dengan perintah lisan. Cara ini akan cepat dan mudah tetapi masyarakat akan merasa takut dan dipaksa dan karena pada dasarnya bukan kesadaran

(awareness) akibatnya masyarakat tidak akan mempunyai rasa memiliki terhadap program.

2. Peran serta dengan Persuasi dan Edukasi.

Yakni partisipasi yang didasari pada kesadaran. Partisipasi ini sukar ditumbuhkan dan memerlukan waktu yang lama. Tetapi bila tercapai hasilnya ini akan mempunyai rasa memiliki dan rasa memelihara. Partisipasi ini dimulai dengan penerangan, pendidikan dan sebagainya baik secara langsung atau tidak langsung.

2.1.5.5 Wujud Peran serta dalam Bidang Kesehatan

Menurut Adisasmito (2007), wujud peran serta masyarakat di bidang kesehatan antara lain adalah sebagai berikut:

1. Sumber Daya Manusia

Setiap manusia dapat berpartisipasi aktif dalam setiap kegiatan pembangunan kesehatan. Contohnya adalah Kader Posyandu, Dokter Kecil, Saka Bhakti Husada, dan lain-lain.

2. Institusi/Lembaga/Organisasi Kemasyarakatan

Adalah semua institusi/lembaga/organisasi kemasyarakatan yang mempunyai aktifitas di bidang kesehatan, contohnya posyandu, Pos Kesehatan Desa (poskesdes), Pos Upaya Kesehatan Kerja (Pos UKK), Saka Bakti Husada (SBH), LSM, Rumah Sakit dan lain-lain.

3. Dana

Dana dapat berupa pembiayaan kesehatan seperti dana sehat dalam kegiatan desa siaga.

4. Wujud lain yaitu jasa tenaga, jasa pelayanan, subsidi silang.

2.1.5.6 Lingkup Peran serta masyarakat

Menurut Adisasmito (2007) Lingkup dari peran serta masyarakat dikelompokkan sebagai berikut ;

- a) Upaya Kesehatan bersumberdaya masyarakat (UKBM)
- b) Upaya kesehatan tradisional (UKESTRA)
- c) Upaya Kesehatan Kerja (UKK)

- d) Upaya Kesehatan Dasar (UKDS)
- e) Kemitraan LSM dan dunia Usaha
- f) Dana Sehat/Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM)
- g) Peran wanita pembangunan Kesehatan
- h) Peran Generasi Muda dalam pembangunan Kesehatan
- i) Kader kesehatan

2.2 Desa Siaga

2.2.1 Pengertian

Desa siaga adalah desa yang penduduknya memiliki kesiapan sumberdaya dan kemampuan serta kemauan untuk mencegah, mengatasi masalah-masalah kesehatan, bencana dan kegawatdaruratan kesehatan secara mandiri (Depkes RI, 2007).

2.2.2 Tujuan Desa Siaga

Menurut Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur (2006a), Desa Siaga dibentuk dengan tujuan :

1. Tujuan Umum

Terwujudnya masyarakat desa yang sehat, serta peduli dan tanggap terhadap permasalahan kesehatan di wilayahnya.

2. Tujuan Khusus

- a. Meningkatnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat desa tentang pentingnya kesehatan.
- b. Meningkatnya kewaspadaan dan kesiapsiagaan masyarakat desa terhadap resiko dan bahaya yang dapat menimbulkan gangguan kesehatan (bencana, wabah, kegawatdaruratan dan sebagainya).
- c. Meningkatnya keluarga yang sadar gizi dan melaksanakan perilaku hidup bersih dan sehat
- d. Meningkatnya kesehatan lingkungan di desa
- e. Meningkatnya kemampuan dan kemauan masyarakat desa untuk menolong diri sendiri di bidang kesehatan.

2.2.3 Sasaran Desa Siaga

Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2007), untuk mempermudah strategi intervensi, sasaran pengembangan Desa Siaga dibedakan menjadi tiga jenis, yaitu:

1. Semua individu dan keluarga di desa, yang diharapkan mampu melaksanakan hidup sehat serta peduli dan tanggap terhadap permasalahan kesehatan di wilayah desanya.
2. Pihak-pihak yang berpengaruh 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 serta petugas kesehatan.
3. Pihak-pihak yang diharapkan memberikan dukungan kebijakan, peraturan perundang-undangan, dana, tenaga, sarana dan lain-lain, seperti kepala desa, swasta, para donator, dan pemangku kepentingan lainnya.

2.2.4 Kriteria Desa Siaga

Menurut dr. Suparyanto (2010), menyebutkan bahwa kriteria pokok desa siaga adalah:

1. Memiliki Pos Kesehatan Desa (poskesdes) sebagai UKBM (Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat), (dapat dikembangkan dari Pondok Bersalin Desa) yang juga berfungsi memberikan pelayanan kesehatan dasar.
2. Memiliki sistem surveilans (penyakit, gizi, kesehatan lingkungan dan PHBS) berbasis masyarakat yang berfungsi dengan baik
3. Memiliki sistem pelayanan gawat darurat (safe community) berbasis masyarakat yang berfungsi dengan baik
4. Memiliki sistem pembiayaan kesehatan berbasis masyarakat (mandiri dalam pembiayaan kesehatan)
5. Masyarakat berperilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) dan menyelenggarakan UKBM-UKBM yang diperlukan.

Sebuah desa atau kelurahan disebut desa siaga apabila desa atau kelurahan tersebut minimal telah memiliki Pos Kesehatan Desa (Dinkes Provinsi Jawa Timur, 2006a), atau sarana kesehatan yang ada di wilayah tersebut seperti puskesmas pembantu, puskesmas atau sarana kesehatan yang lain.(Pusat Promkes RI, 2011).

2.2.5 Tahapan Pengembangan Desa Siaga

Agar sebuah desa menjadi Desa Siaga maka desa tersebut harus memiliki forum desa/ lembaga kemasyarakatan yang aktif dan adanya sarana/akses pelayanan kesehatan dasar. Dalam pengembangannya Desa Siaga akan bertingkat dengan membagi menjadi 4 Kriteria Desa Siaga. Menurut Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur (2006a), tahapan desa siaga tersebut adalah:

1. Tahap Bina

Pada tahap Bina, forum masyarakat desa mungkin belum aktif, namun telah ada forum/lembaga masyarakat desa yang telah berfungsi, misalnya dalam bentuk kelompok rembug desa, kelompok yasinan atau persekutuan doa, dsb. Posyandu dan Polindesnya mungkin masih pada tahap pratama. Untuk meningkatkan kinerja forum masyarakat desa diperlukan pembinaan yang intensif dari petugas kesehatan dan petugas sektor lainnya, misalnya dalam bentuk pendampingan pada saat pertemuan forum desa.

2. Tahap Tumbuh

Pada tahap Tumbuh, Forum Masyarakat Desa telah aktif mengembangkan UKBM sesuai kebutuhan masyarakat selain posyandu, setidaknya polindes dan posyandu sudah pada tahap madya. Pengembangan kualitas posyandu atau pengembangan UKBM lainnya sangat memerlukan pendampingan dari Tim Kecamatan ataupun LSM. Puskesmas PONEDE juga harus memberikan pembinaan sehingga semua ibu hamil, bersalin, nifas serta bayi baru lahir yang risiko tinggi dan mengalami komplikasi dapat ditangani dengan baik. sistem surveilans berbasis masyarakat juga sudah sudah dapat berjalan dimana masyarakat telah mampu mengamati penyakit baik penyakit menular ataupun tidak menular serta faktor risiko di lingkungannya secara terus

menerus dan melaporkan serta memberikan informasi kepada petugas kesehatan.

3. Tahap Kembang

Pada tahap Kembang, forum masyarakat desa telah berperan secara aktif dan mampu mengembangkan UKBM-UKBM sesuai kebutuhan masyarakat dengan biaya berbasis masyarakat yang sudah dapat berjalan aktif. Kemampuan masyarakat dalam menghadapi bencana dan kejadian luar biasa telah dilaksanakan dengan baik dalam Sistem Kewaspadaan Dini.

4. Tahap Paripurna

Pada tahap Paripurna semua indikator dalam kriteria Desa Siaga sudah terpenuhi dimana masyarakat sudah hidup dalam lingkungan sehat serta berperilaku hidup bersih dan sehat, mandiri. Pada tahap ini, desa telah mampu siaga dalam menghadapi masalah-masalah kesehatan yang mengancam, juga terhadap kemungkinan musibah/bencana non kesehatan sehingga pendampingan dari Tim Kecamatan sudah tidak diperlukan lagi.

Tabel 2.2. Tahapan Desa Siaga Berdasarkan Indikator Desa Siaga

NO	INDIKATOR	TAHAPAN			
		BINA	TUMBUH	KEMBANG	PARIPURNA
1	Forum masyarakat desa	V	V	V	V
2	Yankes dasar (Sarkes desa dg Nakes)	V	V	V	V
3	UKBM yang berkembang	V	V	V	V
4	Dibina Puskesmas PONED		V	V	V
5	Surveilans berbasis Masyarakat		V	V	V
6	Sistem kesiapsiagaan dan penanggulangan bencana berbasis masyarakat			V	V
7	Sistem pembiayaan kesehatan berbasis masyarakat			V	V
8	Lingkungan sehat				V
9	Masyarakat ber-PHBS				V

Sumber: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. Pedoman Pelaksanaan Pengembangan Desa Siaga di Jawa Timur. (2006).

2.2.6 Indikator Keberhasilan

Menurut Depkes RI (2007), upaya pengembangan Desa Siaga dikatakan berhasil dengan melihat empat kelompok indikatornya, yaitu: (1) indikator masukan, (2) indikator proses, (3) indikator keluaran, dan (4) indikator dampak.

Uraian indikator upaya pengembangan desa siaga adalah sebagai berikut:

1. Indikator Masukan

Indikator masukan adalah indikator yang digunakan untuk mengukur seberapa besar masukan yang telah diberikan dalam rangka pengembangan program Desa Siaga. Indikator masukan upaya pengembangan desa siaga adalah sebagai berikut:

- a) Keberadaa Forum Masyarakat Desa
- b) Keberadaan Poskesdes dan sarana bangunan serta perlengkapannya.
- c) Keberadaan UKBM sesuai kebutuhan masyarakat
- d) Keberadaan tenaga kesehatan.

2. Indikator Proses

Indikator proses adalah indikator yang digunakan untuk mengukur sejauh mana keaktifan suatu desa dalam upaya pengembangan program Desa Siaga. Indikator proses terdiri atas hal-hal berikut:

- a) Frekuensi pertemuan Forum Masyarakat Desa
- b) Berfungsi/ tidaknya Poskesdes
- c) Berfungsi/ tidaknya UKBM yang ada
- d) Berfungsi/ tidaknya system kegawatdaruratan dan penanggulangan kegawatdaruratan dan bencana
- e) Berfungsi/ tidaknya sistem surveilens berbasis masyarakat
- f) Ada/ tidaknya kegiatan kunjungan rumah untuk kadarsi dan PHBS

3. Indikator Keluaran

Indikator Keluaran adalah indikator yang digunakan untuk mengukur seberapa besar hasil kegiatan yang telah dicapai suatu desa dalam rangka pengembangan program Desa Siaga. Indikator keluaran adalah sebagai berikut:

- a) Cakupan pelayanan kesehatan dasar Poskesdes

- b) Cakupan pelayan UKBM-UKBM yang ada
- c) Jumlah laporan kasus kegawatdaruratan dan KLB
- d) Cakupan kunjungan rumah untuk kadarsi dan PHBS

4. Indikator Dampak

Indikator dampak adalah indikator yang digunakan untuk mengukur besarnya dampak dan hasil kegiatan di desa dalam rangka pengembangan program Desa Siaga. Indikator dampak adalah sebagai berikut:

- a) Jumlah penduduk yang sakit
- b) Jumlah penduduk yang menderita gangguan jiwa
- c) Jumlah kematian ibu
- d) Jumlah kematian bayi dan balita
- e) Jumlah balita penderita gizi buruk

2.3 DESA DAN KELURAHAN SIAGA AKTIF

2.3.1 Desa Siaga dan Kelurahan Siaga Aktif

Kementerian Kesehatan RI (2011a) menerangkan bahwa desa dan kelurahan siaga aktif adalah bentuk pengembangan Desa Siaga yang telah dimulai sejak tahun 2006. Desa/kelurahan siaga aktif adalah desa atau kelurahan yang:

1. Mempunyai pelayanan kesehatan dasar yang dapat memberikan pelayanan setiap hari melalui Pos Kesehatan Desa (Poskesdes) atau sarana kesehatan yang ada di wilayah tersebut seperti Pusat Kesehatan Masyarakat Pembantu (Pustu), Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) atau sarana kesehatan yang lainnya yang dapat dengan mudah diakses oleh penduduknya.
2. UKBM yang ada telah berkembang dan penduduknya dapat melaksanakan surveilans berbasis masyarakat (meliputi pemantauan penyakit, kesehatan ibu dan anak, gizi, lingkungan dan perilaku), kedaruratan kesehatan dan penanggulangan bencana, serta penyehatan lingkungan sehingga masyarakatnya menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat.

Berdasarkan pengertian tersebut di atas, dapat disimpulkan bahwa desa atau kelurahan siaga aktif mempunyai komponen:

1. Pelayanan kesehatan dasar
2. Pengembangan UKBM untuk mendorong upaya surveilans berbasis masyarakat, kedaruratan kesehatan dan penanggulangan bencana serta penyehatan lingkungan dalam pemberdayaan masyarakat.
3. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)

2.3.2 Kriteria Desa Siaga Aktif

Menurut Kementerian Kesehatan RI (2011a), upaya untuk menjamin kemantapan dan kelestarian, pengembangan desa dan kelurahan siaga aktif, dilaksanakan secara bertahap dengan memperhatikan kriteria atau unsur-unsur yang harus dipenuhi berdasarkan , yaitu:

1. Keberadaan dan keaktifan Forum Desa/Kelurahan yang merupakan cermin kepedulian Pemerintah Daerah atau Kelurahan dan pemuka masyarakat terhadap Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.
2. Ada/tidaknya Kader Pemberdayaan Masyarakat/ kader teknis Desa/Kelurahan Siaga Aktif.
3. Keberadaan pelayanan kesehatan dasar yang mudah diakses masyarakat dan memberikan pelayan setiap hari.
4. Ada/tidaknya UKBM yang dapat melaksanakan (a) surveilans berbasis masyarakat, (b) penanggulangan bencana dan kedaruratan kesehatan, (c) penyehatan lingkungan.
5. Adanya Anggaran Pembangunan Desa/Kelurahan serta dari masyarakat dan dunia usaha yang mencakup pendanaan untuk pengembangan Desa/Kelurahan Siaga Aktif.
6. Adanya peran aktif masyarakat dan organisasi kemasyarakatan dalam kegiatan kesehatan di Desa/Kelurahan Siaga Aktif.
7. Adanya peraturan di tingkat desa/kelurahan yang melandasi pengembangan program Desa/Kelurahan Siaga Aktif.
8. Adanya pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) di Rumah Tangga di desa/kelurahan.

2.3.3 Pengembangan Desa/Kelurahan Siaga Aktif

Kementerian Kesehatan RI (2011a) menyatakan bahwa pengembangan Desa/Kelurahan Siaga Aktif merupakan program lanjutan dan akselerasi dari Program Pengembangan Desa Siaga yang sudah dimulai pada tahun 2006 yang selanjutnya dengan melalui pemberdayaan masyarakat desa/kelurahan dilaksanakan pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.

Kementerian Kesehatan RI (2011a) juga menyatakan bahwa program pembangunan desa dan kelurahan ini memerlukan peran aktif dari berbagai pihak mulai dari Pusat, Provinsi, Kabupaten, Kota, Kecamatan sampai ke Desa dan Kelurahan. Pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif dilakukan melalui proses sebagai berikut:

1. Pendekatan

a) Urusan Wajib Pemerintah Kabupaten Dan Pemerintah Kota

Menteri Kesehatan telah menetapkan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di kabupaten dan kota sebagai tolok ukur kinerja pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh kabupaten dan kota. Salah satu target dalam SPM kesehatan tersebut adalah tercapainya cakupan Desa Siaga Aktif sebesar 80% pada tahun 2015.

Oleh karena itu, Pengembangan Desa Siaga Aktif merupakan bagian dari urusan pemerintahan yang menjadi kewajiban dan kewenangan kabupaten dan kota yang pengaturan dan tanggungjawabnya diserahkan kepada Pemerintahan desa dan atau Kelurahan.

b) Dukungan Kebijakan di Tingkat Desa dan Kelurahan

Pelaksanaan pengembangan Desa Siaga Aktif di tingkat di desa, harus dilandasi minimal oleh Peraturan Kepala Desa dan tidak boleh bertentangan dengan peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi. Sedangkan pelaksanaan pengembangan Kelurahan Siaga Aktif pada tingkat kelurahan, mengacu pada kebijakan atau peraturan yang ditetapkan oleh Bupati atau Walikota.

c) Integrasi dengan Program Pemberdayaan Masyarakat.

Pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif adalah program pemberdayaan masyarakat. Pelaksanaan kegiatan pengembangannya terintegrasi dengan program-program pemberdayaan masyarakat lain, baik yang bersifat nasional, sektoral maupun daerah, contohnya pengembangan desa dan kelurahan siaga aktif terintegrasi dengan Program Nasional Pemberdayaan Masyarakat (PNPM) karena mempunyai tujuan yang sejalan.

2. Persiapan

Upaya yang perlu dilakukan dalam rangka persiapan pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif meliputi:

a) Pelatihan fasilitator

Dalam rangka pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif diperlukan adanya fasilitator di kabupaten dan kota yaitu petugas promosi kesehatan Kabupaten atau Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang ditunjuk dan tenaga lain dari program pemberdayaan masyarakat seperti (PNPM Mandiri), LSM, dunia usaha, atau pihak-pihak lain, yang kemudian akan mendapatkan pelatihan yang dilakukan oleh Pemerintah Provinsi dengan materi pemberdayaan dan pengorganisasian masyarakat dalam pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.

b) Pelatihan Petugas Kesehatan

Petugas kesehatan di kabupaten, kota dan kecamatan adalah Pembina teknis terhadap kegiatan UKBM-UKBM di desa dan kelurahan. Pelatihan meliputi pelatihan manajemen dan pelatihan pelaksanaan. Pelatihan Manajemen diikuti oleh para kepala puskesmas dan pejabat pengelola program-program di Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota sedangkan Pelatihan Pelaksana diikuti oleh para petugas kesehatan yang mendapat tugas untuk bertanggung jawab membina Desa dan Kelurahan Siaga Aktif dan para petugas kesehatan yang membantu pelaksanaan UKBM di desa atau kelurahan misalnya bidan di desa.

c) Penetapan Kader Pemberdayaan Masyarakat

Kader Pemberdayaan Masyarakat (KPM) adalah anggota masyarakat desa atau kelurahan yang memiliki pengetahuan, kemauan dan kemampuan untuk menggerakkan masyarakat berpartisipasi dalam pemberdayaan masyarakat dan pembangunan partisipatif di desa/kelurahan.

Dalam rangka pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif, KPM merupakan tenaga penggerak di desa atau kelurahan yang akan disertai tugas pendampingan di desa atau kelurahan.

d) Pelatihan KPM dan Lembaga Kemasyarakatan

Kabupaten/kota yang belum menyelenggarakan Pelatihan Pemberdayaan Masyarakat, harus menyelenggarakan pelatihan yang di dalam kurikulum pelatihannya harus mencakup materi dan metode tentang Pengembangan Desa Siaga dan Kelurahan Siaga Aktif. Selanjutnya peserta pelatihan, KPM dan lembaga kemasyarakatan dapat berperan dalam pengembangan Desa siaga dan Kelurahan Aktif.

2.3.4 Penyelenggaraan Desa/ Kelurahan Siaga Aktif

Kementerian Kesehatan RI (2011a) menerangkan bahwa Kepala Desa dan Perangkat Desa bersama Badan Permusyawaratan Desa (BPD) adalah penyelenggara pemerintahan desa. Oleh karena itu, Kepala Desa/ Lurah dan BPD, Perangkat Desa/ Kelurahan, serta lembaga kemasyarakatan yang ada harus mendukung kegiatan dan memfasilitasi masyarakat dalam menyelenggarakan pengembangan pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif, yang merupakan tugas dari Kader Pemberdayaan Masyarakat (KPM) dan kader kesehatan.

Kementerian Kesehatan RI (2011a) menyatakan bahwa kegiatan penyelenggaraan Desa/ Kelurahan Siaga Aktif berupa langkah-langkah dalam memfasilitasi siklus pemecahan masalah kesehatan yang dihadapi masyarakat desa atau kelurahan, antara lain:

1. Pengenalan Kondisi Desa atau Kelurahan

KPM/ kader kesehatan, lembaga kemasyarakatan, dan Perangkat Desa atau Kelurahan dapat mengkaji data profil desa untuk mengenali kondisi desa/kelurahannya. Sedangkan untuk mengetahui gambaran kemampuan Desa

/Kelurahan Siaga dalam mencapai kriteria yang telah ditetapkan dapat dilakukan dengan menganalisa situasi perkembangan Desa/ Kelurahan Siaga Aktif.

2. Identifikasi Masalah Kesehatan dan PHBS

Profil/Monografi Desa atau Kelurahan dan hasil analisis situasi dikaji untuk dapat mengidentifikasi:

- a) Masalah-masalah kesehatan yang dihadapi masyarakat dan urutan prioritas penanganannya.
- b) Penyebab terjadinya masalah-masalah kesehatan, baik dari segi teknis kesehatan ataupun dari perilaku masyarakat.
- c) Potensi untuk mengatasi masalah-masalah kesehatan yang dimiliki desa/kelurahan.
- d) UKBM apa saja yang sudah ada atau harus diaktifkan kembali atau dibentuk baru dalam rangka mengatasi masalah-masalah kesehatan tersebut.
- e) Bantuan/ dukungan yang diharapkan: bentuk bantuan, jumlah yang dibutuhkan, sumber bantuan, dan bagaimana jika dibutuhkan.

3. Musyawarah Desa atau Kelurahan

- a) Bila diperlukan, Musyawarah Desa/ Kelurahan dapat dilakukan secara berjenjang dengan terlebih dahulu mengadakan Musyawarah Dusun atau Rukun Warga (RW).
- b) Tujuan Musyawarah Desa atau Kelurahan:
 - Mensosialisasikan tentang adanya masalah-masalah kesehatan yang sampai saat ini masih dihadapi masyarakat dan mensosialisasikan program pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.
 - Tercapainya kesepakatan mengenai urutan prioritas terhadap masalah-masalah kesehatan yang akan ditangani.
 - Tercapainya kesepakatan mengenai UKBM-UKBM yang akan dibentuk baru atau diaktifkan kembali.

- Memantapkan data/informasi potensi desa atau potensi kelurahan, bantuan/dukungan yang diperlukan dan alternatif sumber bantuan /dukungan tersebut.
- Menggalang semangat dan peran serta warga Desa atau kelurahan Siaga Aktif.

4. Perencanaan Partisipatif

- a) PKM dan lembaga kemasyarakatan yang ada mengadakan pertemuan-pertemuan secara intensif setelah memperoleh kesepakatan dari warga desa atau kelurahan, guna menyusun rencana pengembangan Desa/Kelurahan Siaga Aktif untuk dimasukkan ke dalam Rencana Pembangunan Desa/Kelurahan.
- b) Rencana pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif meliputi:
 - UKBM-UKBM yang akan dibentuk baru atau akan diaktifkan kembali beserta jadwal pembentukan/pengaktifannya kembali.
 - Sarana-sarana yang akan dibangun baru atau direhabilitasi beserta jadwal pembangunannya.
 - Kegiatan-kegiatan yang akan dilaksanakan dan kebutuhan biaya operasional beserta jadwal pelaksanaannya.
- c) Kegiatan-kegiatan yang memerlukan dukungan Pemerintah dimasukkan ke dalam dokumen Musrenbang Desa atau Kelurahan untuk diteruskan ke musrenbang selanjutnya, sedangkan kegiatan-kegiatan yang dapat dilaksanakan dengan swadaya masyarakat dan atau bantuan dari donatur disatukan dalam dokumen tersendiri.

5. Pelaksanaan Kegiatan

- a) KPM/ kader kesehatan dan lembaga kemasyarakatan yang ada dapat memulai kegiatan dengan membentuk UKBM-UKBM yang diperlukan, menetapkan kader-kader pelaksanaannya, dan melaksanakan kegiatan swadaya selama menunggu proses musrenbang selesai dan ditetapkannya alokasi dana pemerintah.
- b) Dengan didampingi Perangkat Pemerintah serta dibantu oleh para KPM/ kader kesehatan dan Fasilitator, pelaksanaan kegiatan-kegiatan tersebut dapat dikelola secara mandiri oleh masyarakat. Pelaksanaan kegiatan

meliputi pemilihan dan penetapan tim pengelola kegiatan, pelaksanaan kegiatan yang diusulkan, pengajuan pencairan dana, pengadaan barang dan jasa serta pengerahan tenaga kerja untuk pembangunan sarana.

- c) Realisasi fisik, keuangan dan administrasi kegiatan yang dilakukan sesuai dengan rencana adalah tanggungjawab Tim pelaksana kegiatan.
- d) Dinas Kesehatan melalui Puskesmas dapat membantu masyarakat untuk menyediakan barang/jasa apabila membutuhkan barang/jasa berupa bahan, alat, dan tenaga teknis kesehatan yang tidak dapat disediakan/ dilakukan sendiri oleh masyarakat.
- e) Pencatatan dan pelaporan kegiatan dilaksanakan berdasarkan petunjuk teknis dari Kementerian Dalam Negeri.
- f) Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dengan dibantu Dinas Kesehatan Provinsi bertanggung jawab untuk melaksanakan kegiatan teknis termasuk kursus-kursus penyegar bagi para kader pelaksana UKBM dengan mengacu kepada petunjuk teknis yang dibuat oleh Kementerian Dalam Negeri dan Kementerian Kesehatan.

6. Pembinaan Kelestarian

Pembinaan kelestarian pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif pada dasarnya merupakan tugas dari KPM /kader kesehatan, Kepala Desa/Lurah dan Perangkat Desa/ Kelurahan dengan dukungan berbagai pihak, utamanya Pemerintah Daerah dan Pemerintah sehingga kehadiran fasilitator di desa dan kelurahan sudah sangat minimal, karena peran fasilitator sudah dapat sepenuhnya digantikan oleh para KPM/kader kesehatan.

2.3.5 Pentahapan Desa/Kelurahan Siaga Aktif

Kementerian Kesehatan RI (2011a) menyatakan bahwa pentahapan dan pengembangan berdasarkan pada kriteria Desa Siaga/Kelurahan siaga aktif yang telah ditetapkan sehingga dapat dicapai tingkatan-tingkatan atau kategori Desa dan Kelurahan Siaga Aktif sebagai berikut:

1. Desa dan Kelurahan Siaga Aktif Pratama, yaitu desa/ kelurahan yang:
 - a) Forum Masyarakat Desa/ Kelurahan sudah ada, tapi belum berjalan.

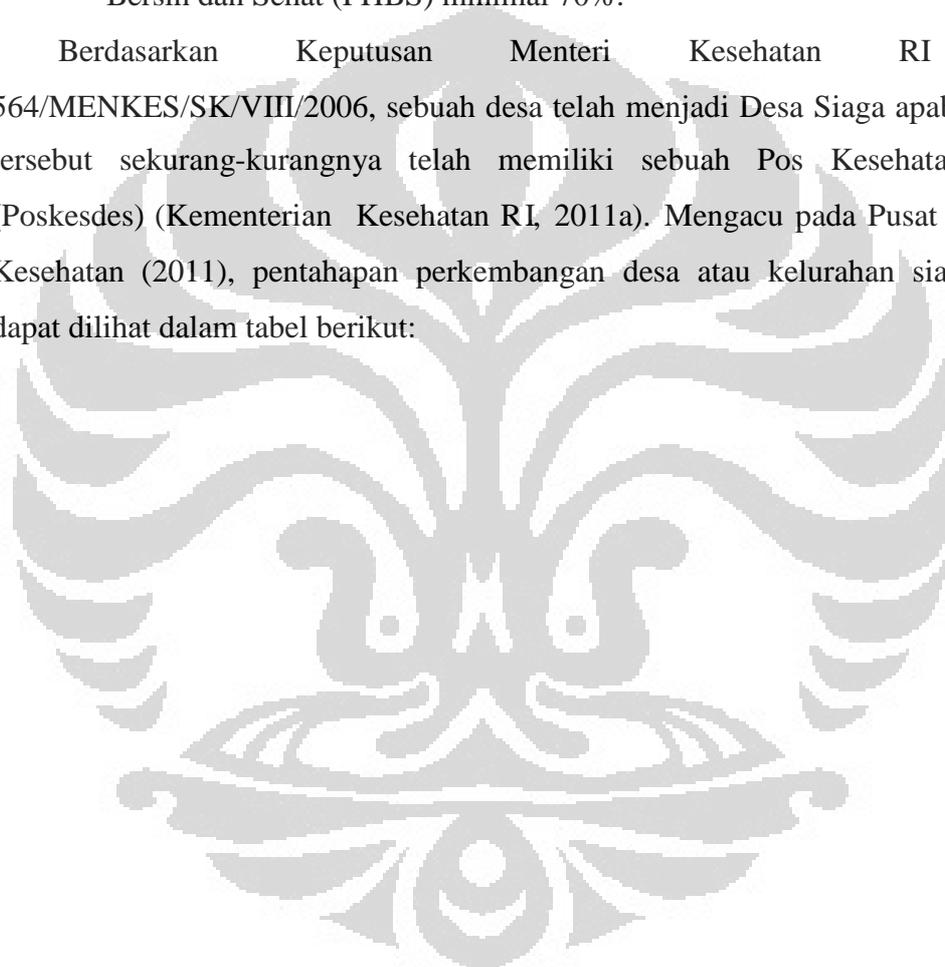
- b) Sudah mempunyai minimal 2 orang kader pemberdayaan Masyarakat/ kader kesehatan Desa/ Kelurahan Siaga aktif.
 - c) Memiliki pelayanan kesehatan dasar yang mudah diakses masyarakat dan dapat memberikan pelayanan setiap hari.
 - d) Sudah mempunyai Posyandu, namun UKBM lainnya tidak aktif.
 - e) Dalam anggaran pembangunan desa/kelurahan sudah ada dana pengembangan Desa/Kelurahan Siaga Aktif namun belum ada sumber dana yang lainnya.
 - f) Masyarakatnya sudah berperan aktif tetapi organisasi kemasyarakatan belum berperan aktif dalam kegiatan Desa/Kelurahan Siaga Aktif.
 - g) Peraturan ditingkat desa/kelurahan yang melandasi dan mengatur pengembangan Desa/Kelurahan Siaga Aktif belum ada.
 - h) Rumah tangga di desa/ kelurahan yang mendapat pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) kurang dari 20%.
2. Desa atau Kelurahan Siaga Aktif Madya, yaitu desa/kelurahan yang:
- a) Forum Masyarakat Desa/ Kelurahan yang ada sudah berjalan, namun belum rutin setiap tiga bulan sekali (triwulan).
 - b) Sudah mempunyai 3-5 orang kader pemberdayaan Masyarakat/ kader kesehatan Desa/ Kelurahan Siaga aktif.
 - c) Memiliki pelayanan kesehatan dasar yang mudah diakses masyarakat dan dapat memberikan pelayanan setiap hari.
 - d) Sudah mempunyai Posyandu dan 2 (dua) UKBM lainnya yang telah berjalan dengan aktif .
 - e) Di dalam anggaran pembangunan desa atau kelurahan sudah mengakomodasikan dana untuk pengembangan Desa/ Kelurahan Siaga Aktif serta telah ada 1 (satu) sumber dana lainnya baik dari masyarakat atau dunia usaha.
 - f) Masyarakatnya telah berperan aktif dan sudah ada peran aktif dari 1 (satu) ormas dalam kegiatan Desa/ Kelurahan Siaga Aktif.
 - g) Peraturan ditingkat desa/kelurahan yang melandasi dan mengatur pengembangan Desa/Kelurahan Siaga Aktif sudah ada, namun belum direalisasikan.

- h) Rumah tangga di desa/ kelurahan yang mendapat pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) minimal 20%.
3. Desa atau Kelurahan Siaga Aktif Purnama, yaitu desa/kelurahan yang:
- a) Forum Masyarakat Desa/ Kelurahan yang ada sudah berjalan secara rutin setiap triwulan.
 - b) Sudah mempunyai 6-8 orang kader pemberdayaan Masyarakat/ kader kesehatan Desa/ Kelurahan Siaga aktif.
 - c) Memiliki pelayanan kesehatan dasar yang mudah diakses masyarakat dan dapat memberikan pelayanan setiap hari.
 - d) Sudah mempunyai Posyandu dan 3 (tiga) UKBM lainnya yang telah berjalan dengan aktif.
 - e) Di dalam anggaran pembangunan desa atau kelurahan sudah mengakomodasikan dana untuk pengembangan Desa/ Kelurahan Siaga Aktif serta telah ada dukungan dana baik dari masyarakat dan dunia usaha.
 - f) Masyarakatnya telah berperan aktif dan sudah ada peran aktif dari 2 (dua) ormas dalam kegiatan Desa/ Kelurahan Siaga Aktif.
 - g) Sudah ada peraturan formal yang tertulis ditingkat desa/kelurahan yang melandasi dan mengatur pengembangan Desa/Kelurahan Siaga Aktif.
 - h) Rumah tangga di desa/ kelurahan mendapat pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) minimal 40%.
4. Desa atau Kelurahan Siaga Aktif Mandiri, yaitu desa/kelurahan yang:
- a) Forum Masyarakat Desa/ Kelurahan yang ada sudah berjalan secara rutin setiap bulan.
 - b) Sudah mempunyai lebih dari 9 orang kader pemberdayaan Masyarakat/ kader kesehatan Desa/ Kelurahan Siaga aktif.
 - c) Memiliki pelayanan kesehatan dasar yang mudah diakses masyarakat dan dapat memberikan pelayanan setiap hari.
 - d) Sudah mempunyai Posyandu dan 4 (empat) UKBM lainnya yang telah berjalan dengan aktif dan berjejaring.
 - e) Di dalam anggaran pembangunan desa atau kelurahan sudah mengakomodasikan dana untuk pengembangan Desa/ Kelurahan Siaga

Aktif serta telah ada dukungan dana baik dari masyarakat dan dunia usaha.

- f) Masyarakatnya telah berperan aktif dan sudah ada lebih dari 2 (dua) ormas yang berperan aktif dalam kegiatan Desa/ Kelurahan Siaga Aktif.
- g) Sudah ada peraturan formal yang tertulis ditingkat desa/kelurahan yang melandasi dan mengatur pengembangan Desa/Kelurahan Siaga Aktif.
- h) Rumah tangga di desa/ kelurahan mendapat pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) minimal 70%.

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 564/MENKES/SK/VIII/2006, sebuah desa telah menjadi Desa Siaga apabila desa tersebut sekurang-kurangnya telah memiliki sebuah Pos Kesehatan Desa (Poskesdes) (Kementerian Kesehatan RI, 2011a). Mengacu pada Pusat Promosi Kesehatan (2011), pentahapan perkembangan desa atau kelurahan siaga aktif dapat dilihat dalam tabel berikut:



Tabel 2.2 Pentahapan Perkembangan Desa atau Kelurahan Siaga Aktif

NO	KRITERIA	DESA ATAU KELURAHAN SIAGA AKTIF			
		PRATAMA	MADYA	PURNAMA	MANDIRI
1	Forum Desa/ Kelurahan	Ada, tapi belum berjalan	Berjalan, tetapi belum berjalan setiap triwulan	Berjalan setiap triwulan	Berjalan setiap bulan
2	PKM/ Kader Kesehatan	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 & UKBM lainnya aktif	Posyandu aktif, UKBM lainnya tidak aktif	Posyandu & 2 UKBM lainnya aktif	Posyandu & 3 UKBM lainnya aktif	Posyandu dan 4 UKBM lainnya aktif
5	Dukungan dana untuk kegiatan kesehatan di desa dan kelurahan: • Pemerintahan desa/ kelurahan • Masyarakat • Dunia usaha	Sudah ada dana dari Pemerintah Desa dan Kelurahan serta belum ada sumber yang lainnya	Sudah ada dana dari Pemerintah Desa dan Kelurahan serta satu sumber yang lainnya	Sudah ada dana dari Pemerintah Desa dan Kelurahan serta dua sumber yang lainnya	Sudah ada dana dari Pemerintah Desa dan Kelurahan dua sumber yang lainnya
6	Peran serta masyarakat dan organisasi kemasyarakatan	Ada peran aktif masyarakat dan tidak ada peran aktif ormas	Ada peran aktif masyarakat dan ada peran aktif satu ormas	Ada peran aktif masyarakat dan ada peran aktif dua ormas	Ada peran aktif masyarakat dan ada peran aktif lebih dari dua ormas
7	Peraturan Kepala Desa atau Peraturan Bupati/ Walikota	Belum ada	Ada, belum direalisasikan	Ada, sudah direalisasikan	Ada, sudah direalisasikan
8	Pembinaan PHBS di 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

Sumber: Pusat Promosi Kesehatan. Petunjuk Teknis Penghitungan Biaya Pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif. (2011).

2.3.6 Pemantauan Desa/Kelurahan Siaga Aktif

Pemantauan terhadap pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif dilakukan dengan melibatkan berbagai pihak dan melalui berbagai cara. Kementerian Kesehatan RI (2011a), upaya pemantauan yang dapat dilakukan yaitu:

a) Pemantauan dan pengawasan partisipatif oleh masyarakat

Keterlibatan masyarakat dalam pemantauan dan pengawasan upaya pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif terjadi disemua tahapan,

mulai dari perencanaan hingga pelaksanaan. Dalam perencanaan, masyarakat dapat memantau dan mengawasi jalannya perencanaan karena perencanaan tersebut bersifat partisipatif. Sedangkan dalam tahap pelaksanaan, masyarakat ikut terlibat melaksanakan karena semua kegiatan dilaksanakan secara swakelola.

b) Pemantauan dan Pengawasan oleh Pemerintah.

Pemantauan dan pengawasan oleh pemerintah terutama dilaksanakan melalui verifikasi laporan kegiatan dan keuangan. Juga melalui Sistem Informasi Desa Siaga yang berjalan berjenjang dari desa/kelurahan ke kecamatan, kabupaten/kota, provinsi dan pusat dalam koridor Sistem Informasi Pembangunan Desa.

c) Pemantauan dan Pengawasan Fasilitator

Pemantauan dan pengawasan oleh fasilitator dilaksanakan secara melekat saat fasilitator tersebut membantu berbagai pihak dalam pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif. Pemantauan dan pengawasan difokuskan kepada pelaksanaan kegiatan, yaitu dengan memantau adanya masalah-masalah atau hambatan yang dihadapi untuk dicarikan jalan mengatasinya. Oleh sebab itu, pengawasan dan pemantauan ini terutama dilaksanakan melalui supervisi dan kunjungan/bimbingan ke lapangan.

d) Pemantauan dan pengawasan independen oleh berbagai pihak

Kesempatan juga terbuka bagi wakil-wakil rakyat, ormas, perguruan tinggi, organisasi profesi, dan wartawan untuk melakukan pemantauan dan pengawasan independen dan melaporkan temuan-temuan yang didapat kepada pihak-pihak berwenang.

2.3.7 Evaluasi Desa/Kelurahan Siaga Aktif

Menurut Kementerian Kesehatan RI (2011a), evaluasi terhadap kemajuan pengembangan dan pembinaan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif akan dilakukan secara: (1) tahunan, (2) pada tengah periode, yaitu tahun 2012, (3) pada akhir periode, yaitu pada tahun 2014.

1. Evaluasi tahunan

- a) Evaluasi tahunan terhadap pengembangan Desa Siaga Aktif dan Kelurahan Siaga Aktif akan dilaksanakan dengan memanfaatkan kegiatan Perlombaan Desa dan Kelurahan yang berlangsung setiap tahun dan berjenjang
- b) Data yang dikumpulkan dari setiap desa dan kelurahan untuk kepentingan Perlombaan Desa dan Kelurahan, akan diolah dan dianalisis oleh Panitia Perlombaan Desa dan Kelurahan sehingga menghasilkan laporan Perkembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif setiap tahun.
- c) Laporan Perkembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif dari kecamatan dikirim ke kabupaten dan kota untuk dikumpulkan, diolah dan dianalisis sehingga dihasilkan Laporan Perkembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif Kabupaten/Kota bersangkutan. Laporan ini selanjutnya dikirim ke provinsi untuk penyusunan Laporan Perkembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif Provinsi bersangkutan. Akhirnya laporan dari provinsi dikirim ke pusat penyusunan Laporan Perkembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif di Indonesia pada tahun yang bersangkutan.

2. Evaluasi Tengah dan Akhir Periode

Mengacu kepada petunjuk teknis yang dibuat oleh Kementerian Dalam Negeri bersama Kementerian Kesehatan, Evaluasi Tengah Periode (tahun 2012) dan Akhir Periode (tahun 2014) akan dilakukan dengan melakukan Analisis Situasi Perkembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif atau Riskesdas.

2.3.8 Indikator Keberhasilan

Menurut Kementerian Kesehatan RI (2011a), keberhasilan pengembangan Desa Siaga dan Kelurahan Siaga Aktif disuatu desa atau kelurahan dapat dilihat dari upaya-upaya yang dilakukan di Pusat, Provinsi, Kabupaten/Kota, Kecamatan serta Desa dan Kelurahan sebagai berikut:

1. Pusat

- a) Adanya kebijakan yang mendukung operasionalisasi pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.

- b) Terbentuknya Kelompok Kerja Operasional (pokjanal) Desa Siaga dan Kelurahan Siaga Aktif Tingkat Pusat.
- c) Adanya Sistem Informasi Desa Siaga dan Kelurahan Siaga Aktif yang terintegrasi dalam profil desa dan kelurahan.
- d) Terselenggaranya pelatihan untuk pelatih (*Training of Trainers*) pengembangan Desa Siaga dan Kelurahan Siaga Aktif bagi aparatur provinsi.
- e) Teralokasinya Bantuan Operasional (BOK) peningkatan kinerja Puskesmas dan jaringannya untuk pengembangan Desa Siaga dan Kelurahan Siaga Aktif serta PHBS.
- f) Adanya pembinaan Desa Siaga dan Kelurahan Siaga Aktif terintegrasi secara berjenjang.

2. Provinsi

- a) Adanya kebijakan-kebijakan koordinatif dan pembinaan dalam bentuk penetapan peraturan atau keputusan tentang pengembangan Desa Siaga dan Kelurahan Siaga Aktif.
- b) Terbentuknya forum pokjanal Desa Siaga dan Kelurahan Siaga Aktif di tingkat Provinsi.
- c) Terselenggaranya pelatihan untuk pelatih (*Training of Trainers*) pengembangan Desa Siaga dan Kelurahan Siaga Aktif bagi aparatur Kabupaten dan Kota.
- d) Adanya Sistem Informasi Desa Siaga dan Kelurahan Siaga Aktif yang terintegrasi dalam profil desa dan kelurahan lingkup provinsi.
- e) Terselenggaranya pertemuan berkala Pokjanal Desa Siaga dan Kelurahan Siaga Aktif (minimal dua kali setahun) di tingkat Provinsi untuk pemantauan perkembangan Desa Siaga dan Kelurahan Siaga Aktif.
- f) Adanya pembinaan Desa Siaga dan Kelurahan Siaga Aktif terintegrasi secara berjenjang.

3. Kabupaten/ Kota

- a) Adanya kebijakan-kebijakan koordinatif dan pembinaan dalam bentuk penetapan peraturan atau keputusan tentang pengembangan Desa Siaga dan Kelurahan Siaga Aktif.
- b) Terbentuknya forum pokjnal Desa Siaga dan Kelurahan Siaga Aktif di tingkat Kabupaten/ Kota
- c) Terselenggaranya orientasi pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif bagi aparatur desa dan kelurahan, KPM dan lembaga kemasyarakatan dan pihak-pihak lain.
- d) Adanya bantuan pembiayaan dari APBD kabupaten/ kota dan sumber daya lain untuk pengembangan Desa Siaga dan Kelurahan Siaga Aktif.
- e) Terselenggaranya Sistem Informasi Desa dan Kelurahan Siaga Aktif yang terintegrasi dalam Profil Desa dan Kelurahan lingkup kabupaten/ kota, melalui penetapan langkah dan mekanisme penyelenggaraan dan pelaporan penyelenggaraan secara berjenjang dari Desa/Kelurahan-Kecamatan- Kabupaten/Kota- Provinsi dan Pemerintah Pusat.
- f) Terselenggaranya pertemuan berkala Pokjnal Desa Siaga dan Kelurahan Siaga Aktif (minimal tiga kali setahun) di tingkat Kabupaten/ Kota untuk pemantauan perkembangan Desa Siaga dan Kelurahan Siaga Aktif.
- g) Adanya pembinaan Desa Siaga dan Kelurahan Siaga Aktif terintegrasi secara berjenjang.

4. Kecamatan

- a) Pelaksanaan pengembangan Desa Siaga dan Kelurahan Siaga Aktif telah terkoordinasi dan terintegrasi dengan kegiatan pemberdayaan masyarakat lainnya.
- b) Penerapan kebijakan/peraturan perundang-undangan yang berkaitan telah terkoordinasi dengan pengembangan Desa Siaga dan Kelurahan Siaga Aktif.
- c) Forum Desa dan Kelurahan Siaga tingkat kecamatan telah terbentuk.
- d) Terintegrasinya Sistem Informasi Desa Siaga dan Kelurahan Siaga Aktif dalam profil desa dan kelurahan lingkup kecamatan.

- e) Pertemuan berkala Pokjandal Desa Siaga dan Kelurahan Siaga Aktif di tingkat Kecamatan terselenggara minimal 4 kali setahun untuk pemantauan perkembangan Desa Siaga dan Kelurahan Siaga Aktif.
- f) Terintegrasinya pembinaan Desa Siaga dan Kelurahan Siaga Aktif secara berjenjang.

5. Desa dan Kelurahan

- a) Keberadaan dan keaktifan Forum Desa atau kelurahan
- b) Keberadaan Kader Pemberdayaan Masyarakat/ kader kesehatan dasar yang buka atau memberikan pelayanan setiap hari.
- c) Keberadaan pelayanan kesehatan dasar yang mudah diakses masyarakat dan memberikan pelayanan setiap hari.
- d) Keberadaan UKBM yang mampu melaksanakan penanggulangan bencana dan kegawatdaruratan kesehatan, surveilans berbasis masyarakat serta penyehatan lingkungan.
- e) Adanya alokasi dana untuk pengembangan Desa Siaga/Kelurahan Siaga Aktif dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Desa (APBDes) atau Anggaran Kelurahan, masyarakat dan dunia usaha.
- f) Keberadaan masyarakat dan organisasi kemasyarakatan yang berperan aktif dalam kegiatan di Desa Siaga dan Kelurahan Siaga Aktif.
- g) Keberadaan peraturan di desa atau kelurahan yang melandasi dan mengatur tentang pengembangan Desa Siaga dan Kelurahan Siaga Aktif.
- h) Keberadaan rumah tangga yang mendapat pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS).

2.2.5 Kader Pemberdayaan Masyarakat

Kader pemberdayaan masyarakat merupakan tenaga penggerak yang melakukan pendampingan di Desa/Kelurahan Siaga dalam upaya pengembangan Desa/Kelurahan Siaga Aktif. Kegiatan yang dilakukan kader diantaranya adalah sebagai berikut (Kementerian Kesehatan RI, 2011a):

1. Bersama Forum Desa dan Kelurahan Siaga menyusun rencana pengembangan Desa/Kelurahan Siaga Aktif

2. Melaksanakan, mengendalikan, memanfaatkan serta memelihara upaya pengembangan secara partisipatif.
3. Menggerakkan dan mengembangkan partisipasi, gotong-royong serta swadaya masyarakat guna pengembangan Desa/Kelurahan Siaga Aktif.
4. Membantu masyarakat memecahkan masalah-masalah kesehatan yang dihadapi serta melaksanakan promosi kesehatan kepada masyarakat.

Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur (2009b) menyebutkan bahwa sebagai pengembang Desa Siaga, peran dan fungsi kader yaitu:

1. Melalui kegiatan UKBM (termasuk poskesdes secara umum), membantu tenaga kesehatan dalam pengelolaan desa siaga.
2. Membantu dalam pemantauan kegiatan dan evaluasi Desa Siaga seperti mengisi register ibu dan anak, mengisi KMS dan lain-lain.
3. Membantu upaya pengembangan dan pengelolaan UKBM lain serta hal-hal terkait lainnya seperti:
 - a) PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat)
 - b) Pengamatan kesehatan berbasis masyarakat
 - c) Penyehatan lingkungan
 - d) Kesehatan ibu, bayi dan anak balita
 - e) Keluarga sadar gizi (Kadarzi)
 - f) JPKM (Jaminan Kesehatan Berbasis Masyarakat)
4. Membantu mengidentifikasi dan melaporkan suatu kejadian yang dapat berdampak kepada masyarakat.
5. Membantu memberikan pemecahan masalah kesehatan yang sederhana kepada masyarakat.

2.4 Teori Perilaku

2.4.1 Pengertian Perilaku

Menurut Notoatmodjo (2003), perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas manusia baik yang dapat diamati secara langsung maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar, sedangkan menurut Skinner (1938) dalam Notoatmodjo (2003), perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar).

Perilaku manusia dalam Notoatmodjo (2010b) dapat dibedakan menjadi dua , yaitu:

1. Perilaku tertutup (*Covert behavior*)

Perilaku tertutup terjadi bila respon terhadap stimulus tersebut belum dapat diamati orang lain (dari luar) dengan jelas respon seseorang masih terbatas dalam bentuk perhatian, perasaan, persepsi dan pengetahuan dan sikap terhadap stimulus yang bersangkutan.

2. Perilaku terbuka (*Overt Behavior*)

Perilaku terbuka ini dapat terjadi bila respon terhadap stimulus tersebut sudah berupa tindakan atau praktik ini dapat diamati orang lain dari luar atau "*observable behavior*".

2.4.2 Domain Perilaku

Perilaku merupakan keseluruhan (totalitas) pemahaman dan aktivitas seseorang yang merupakan hasil bersama antara faktor internal dan faktor eksternal (Notoatmodjo, 2010b). Benyamin Bloom (1908) dalam Notoatmodjo (2010b) menyatakan bahwa domain perilaku dapat dibagi menjadi 3 yaitu kognitif, afektif, dan psikomotor dan dalam perkembangan selanjutnya untuk kepentingan pendidikan praktis dikembangkan 3 ranah perilaku sebagai berikut:

1. Pengetahuan

Pengetahuan (kognitif) adalah domain yang sangat penting untuk membentuk perilaku seseorang. Pengetahuan merupakan hasil tahu setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Perilaku baru atau adopsi perilaku yang didasari oleh pengetahuan, kesadaran dan sikap yang positif, maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng (*long lasting*). Sebaliknya apabila perilaku itu tidak didasari pengetahuan dan kesadaran maka perilaku tersebut tidak akan berlangsung lama (Notoatmodjo, 2010b).

Ada enam tingkatan pengetahuan menurut Notoatmodjo (2007) yaitu:

- a) Tahu (*Know*)

Tahu adalah mengingat suatu materi yang telah dipelajari atau rangsangan yang telah diterima.

b) Memahami (*Comprehension*)

Memahami adalah kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut dengan benar.

c) Aplikasi (*Application*)

Aplikasi adalah kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi yang sebenarnya

d) Analisis (*Analycis*)

Analisis adalah kemampuan untuk menjabarkan materi ke dalam komponen- komponen, tetapi masih di dalam satu struktur organisasi dan masih berkaitan satu sama lainnya.

e) Sintesis (*Synthesis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian ke dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.

f) Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi adalah berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu materi atau objek berdasarkan kriteria-kriteria tertentu baik yang ditetapkan sendiri atau yang telah ditentukan.

2. Sikap

Sikap merupakan kecenderungan bertindak, berfikir, berpersepsi, dan merasa dalam menghadapi obyek, ide, situasi atau nilai. Sikap bukan perilaku, tetapi lebih merupakan kecenderungan untuk berperilaku dengan cara tertentu terhadap suatu obyek (Sobur, 2003).

Menurut Allport(1954) dalam Notoatmodjo (2007) menerangkan bahwa sikap terdiri dari tiga komponen yaitu:

a) Kepercayaan (*keyakinan*), ide dan konsep terhadap suatu objek artinya bagaimana keyakinan, pendapat atau pemikiran seseorang terhadap suatu obyek.

b) Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek artinya bagaimana penilaian (termasuk faktor emosi) seseorang terhadap suatu obyek.

- c) Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*) artinya tindakan atau perilaku terbuka didahului oleh komponen sikap.

Menurut Notoatmodjo (2010b), sikap dibagi menjadi 4 tingkatan, yaitu:

a) Menerima (*Receiving*)

Menerima berarti apabila seseorang mau menerima stimulus yang diberikan. Misalnya sikap orang terhadap imunisasi dapat dilihat dari kesediaan dan perhatian seseorang tersebut untuk hadir dan mendengarkan penyuluhan tentang imunisasi.

b) Menanggapi (*Responding*).

Menanggapi berarti bila seseorang mau memberikan jawaban apabila ada pertanyaan yang diterima.

c) Menghargai (*Valuing*).

Menghargai berarti apabila seseorang memberikan nilai positif terhadap suatu obyek atau rangsangan dengan mengajak orang lain berdiskusi, mengajak, mempengaruhi orang lain untuk melakukan sesuatu. Contohnya seseorang mengajak orang yang lain untuk tidak membuang sampah di sungai dan mendiskusikan bagaimana cara menanganani sampah yang ramah lingkungan.

d) Bertanggung jawab (*Responsible*).

Bertanggung jawab berarti apabila seseorang berani mengambil resiko terhadap suatu keputusan (sikap tertentu) yang telah diambilnya.

3. Tindakan (*Practice*).

Sikap adalah kecenderungan untuk bertindak dan belum tentu terwujud dalam suatu tindakan. Untuk mewujudkan sikap menjadi tindakan nyata diperlukan suatu kondisi yang mendukung sikap tersebut seperti fasilitas, sarana dan prasarana (Notoatmodjo, 2010b).

Beberapa tingkatan tindakan dalam Notoatmodjo (2007) adalah:

a) Persepsi (*Perception*).

Persepsi adalah jika seseorang mengenali dan memilih obyek yang berkaitan dengan tindakan yang akan diambil.

b) Respon terpimpin (*Guided Response*).

Respon terpimpin adalah jika seseorang dapat melakukan tindakan dengan urutan yang benar berdasarkan suatu panduan atau contoh.

c) Mekanisme (*Mechanism*).

Mekanisme adalah jika seseorang melakukan tindakan dengan benar dan dengan sendirinya tanpa harus diingatkan oleh orang lain.

d) Adopsi (*Adoption*).

Adopsi adalah suatu tindakan yang sudah berkembang dengan baik yang berarti bahwa tindakan tersebut sudah dimodifikasi tanpa mengurangi kualitas perilaku.

2.4.3 Pengukuran dan Indikator Perilaku Kesehatan

Perilaku mencakup 3 domain yaitu pengetahuan (*knowledge*), sikap (*attitude*), dan praktik (*practice*) sehingga untuk mengukur perilaku dan perubahannya juga mengacu pada 3 domain tersebut (Notoatmodjo, 2010b). Berikut ini merupakan mengukur domain perilaku:

1. Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2010b), cara mengukur pengetahuan adalah dengan cara mengajukan pertanyaan-pertanyaan secara langsung (wawancara) atau melalui pertanyaan-pertanyaan tertulis/angket. Indikator Pengetahuan adalah tingginya pengetahuan responden atau besarnya persentase kelompok responden atau masyarakat tentang variabel-variabel atau komponen-komponen kesehatan.

2. Sikap

Menurut Sobur (2003), sikap pada dasarnya tidak bisa dilihat secara langsung. Untuk mengetahui sikap seseorang terhadap suatu obyek sikap tertentu, kita harus melihatnya melalui tiga komponen sikap yaitu pengetahuan (*kognisi*), perasaan (*afeksi*) dan perilakunya (*konasi*). Pengukuran sikap hanya dapat menunjukkan kecenderungan sikap seseorang dilihat dari derajat kesetujuan terhadap obyek sikap.

Pengukuran sikap menurut Sobur (2003) dapat dilakukan dengan cara:

a) Menggunakan skala Likert

Cara ini mengukur sikap dengan menggunakan pertanyaan-pertanyaan yang telah disusun dan menyediakan item yang merupakan skala pengukuran sikap dari yang pro sampai ke yang paling anti. Penyusunan

alat ukur biasanya dilakukan setelah suatu konsep yang ingin diukur didefinisikan secara jelas dan bersifat operasional.

Sebagai contoh pemberantasan sarang nyamuk menjadi tanggung jawab semua lapisan masyarakat, tidak hanya tanggung jawab petugas kesehatan. Jawabannya sebagai berikut: Sangat Setuju (4), Setuju (3), Tidak setuju (2), Sangat Tidak Setuju (1), nilai 4 adalah hal yang menyenangkan dan nilai 1 tidak menyenangkan.

b) Langsung

Pengukuran sikap dengan memberikan pertanyaan langsung kepada para responden

3. Tindakan/Praktik

Tindakan atau Praktik Kesehatan menurut Notoatmodjo (2010b) merupakan semua kegiatan atau aktivitas orang dalam rangka memelihara kesehatan adapun pengukuran tindakan adalah dengan cara mengamati perilaku yang dapat dilakukan dengan 2 cara yaitu secara langsung dan secara tidak langsung

a. Secara Langsung

Pengukuran tindakan secara langsung yaitu dengan cara melakukan pengamatan (observasi) dari subyek dalam rangka memelihara kesehatannya, misalnya dimana responden membuang sampah.

b. Secara tidak Langsung

Pengamatan secara tidak langsung dilakukan dengan metode mengingat kembali atau recall, metode ini dilakukan melalui pertanyaan-pertanyaan terhadap subyek tentang apa yang telah dilakukan berhubungan dengan obyek tertentu, misalnya untuk mengetahui perilaku kepatuhan akseptor KB suntik dalam melaksanakan kunjungan ulang.

2.4.4 Determinan Perilaku Kesehatan

2.4.4.1 Teori Lawrence Green

Green, L., Kreuter, Marshall (2005), dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan, seseorang dapat dipengaruhi oleh tiga faktor yaitu faktor predisposisi (*predisposing factors*), faktor pendukung (*enabling factors*) dan faktor penguat

(*reinforcing faktor*). Faktor-faktor ini kemudian disempurnakan menjadi suatu model yang dikenal sebagai model PRECEDE (*predisposing, reinforcing, and enabling caused in educational diagnosis and evaluation*). Teori ini merupakan teori yang menjelaskan faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku, terutama perilaku yang berhubungan dengan kesehatan.

Green, L. Kreuter, Marshall (2005), mengungkapkan bahwa kesehatan dipengaruhi dua faktor pokok, yaitu faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor di luar perilaku (*non behaviour causes*). Selanjutnya perilaku tersebut ditentukan atau dibentuk oleh tiga faktor yaitu :

a) Faktor Predisposisi (*predisposing factors*)

Merupakan faktor yang menjadi dasar atau motivasi perilaku. Faktor predisposisi mencakup pengetahuan, sikap, nilai-nilai kepercayaan atau keyakinan yang dapat membentuk persepsinya yang berhubungan dengan motivasi individu atau kelompok untuk melakukan tindakan. Faktor demografis seperti status sosio ekonomi, umur, jenis kelamin dan besar keluarga juga termasuk ke dalam faktor ini adalah .

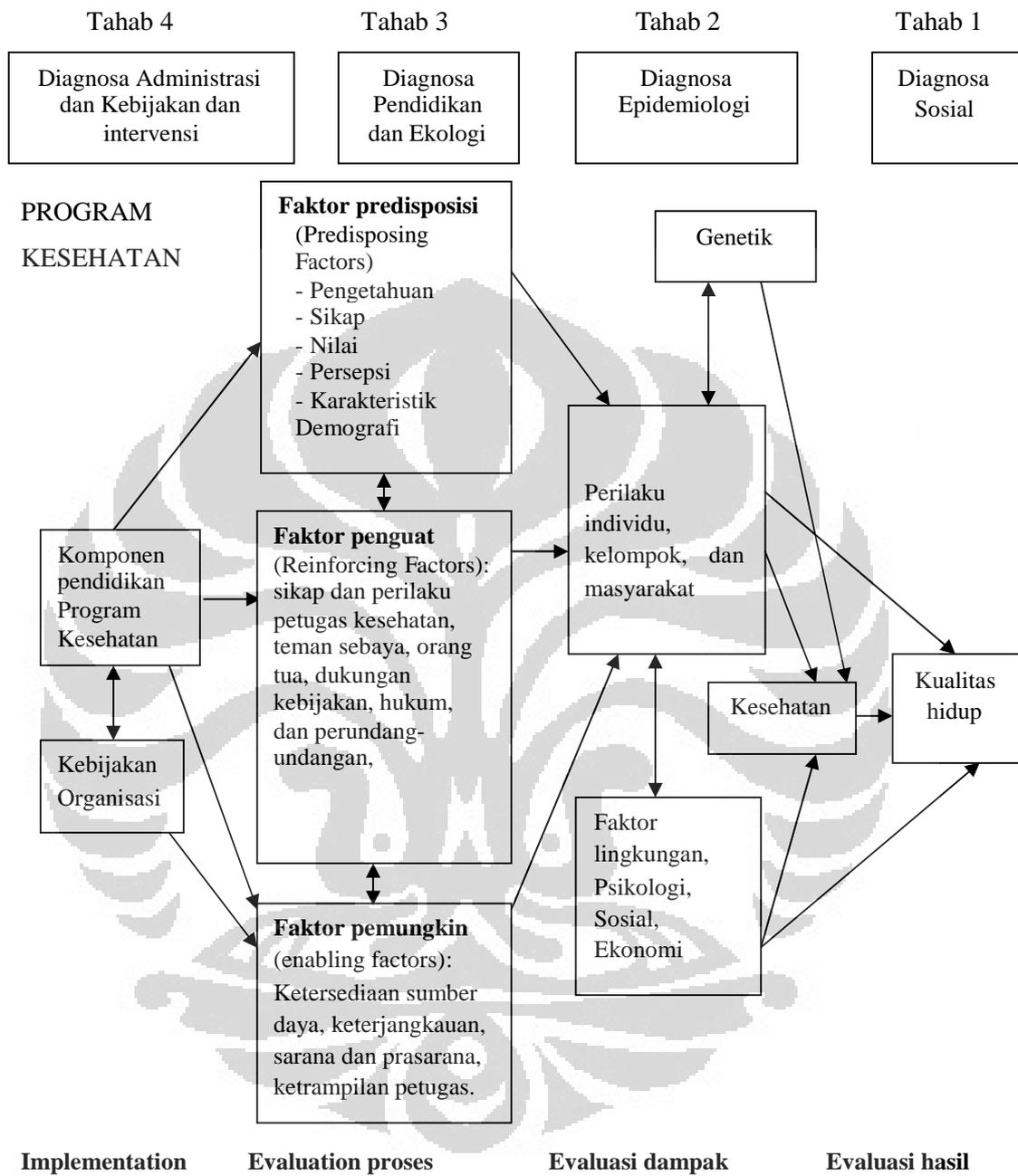
b) Faktor pendukung (*enabling factors*)

Merupakan faktor yang memungkinkan terlaksananya suatu motivasi. Faktor ini mencakup, ketersediaan pelayanan kesehatan, kemudahan mencapai pelayanan termasuk didalamnya biaya, jarak, ketersediaan transportasi, waktu pelayanan, dan keterampilan petugas kesehatan.

c) Faktor penguat (*reinforcing faktor*)

Faktor penguat meliputi sikap dan perilaku tokoh masyarakat (TOMA), tokoh agama (TOGA), sikap dan perilaku para petugas kesehatan. Undang-undang, peraturan-peraturan baik dari pusat maupun pemerintah daerah yang terkait dengan kesehatan juga termasuk dalam factor penguat. Hal ini dapat dijelaskan bahwa untuk berperilaku sehat, masyarakat kadang-kadang tidak hanya memerlukan pengetahuan dan sikap yang positif serta dukungan fasilitas saja. Perilaku juga memerlukan figure tokoh masyarakat, agama, dan para petugas kesehatan yang dapat memberilakn contoh perilaku yang diharapkan.

Gambar 2.1. Teori PRECEDE-PROCEED



Sumber: Green, L., Kreuter, Marshall. Health Program Planing: An Educational and Ecological Approach (2005)

2.4.4.2 Teori Snehandu B Karr

Notoatmodjo (2010b) menyatakan bahwa Karr menganalisis perilaku kesehatan yang berdasarkan bahwa perilaku merupakan fungsi dari:

1. Adanya Niat (*Intention*)
Adalah keinginan seseorang untuk bertindak sehubungan dengan objek stimulus di luar dirinya.
2. Adanya dukungan dari masyarakat sekitar (*Sosial Suport*)
Dalam Kehidupan seseorang di masyarakat, perilaku orang tersebut cenderung memerlukan legitimasi dari masyarakat disekitarnya apabila perilaku tersebut bertentangan atau tidak memperoleh dukungan dari masyarakat maka ia akan merasa kurang atau tidak “nyaman” .demikian pula untuk berperilaku kesehatan orang memerlukan dukungan masyarakat di sekitarnya minimal tidak menjadi gunjingan atau bahan pembicaraan masyarakat.
3. Terjangkaunya Informasi (*Accesbility of Information*)
Adalah ketersediaan informasi-informasi yang terkait dengan tindakan yang diambil oleh seseorang.
4. Adanya otonomi atau kebebasan pribadi untuk mengambil keputusan (*Personal Autonomy*)
5. Adanya Kondisi dan situasi yang memungkinkan (*Action of Situasion*).
Dalam bertindak diperlukan situasi dan kondisi yang tepat. Kondisi dan situasi mempunyai mempunyai pengertian yang luas baik fasilitas yang tersedia serta kemampuan yang ada.

2.4.4.3. Teori WHO

Dalam Notoatmodjo (2010b), Tim kerja WHO merumuskan empat alasan pokok yang menyebabkan seseorang berperilaku yaitu :

1. Pemikiran dan perasaan (thoughts and feeling) yang terdiri dari :
 - Pengetahuan, pengetahuan diperoleh dari pengalaman sendiri atau pengalaman orang lain

- Kepercayaan, kepercayaan diperoleh dari orang tua, kakek, nenek. Seseorang menerima kepercayaan berdasarkan keyakinan dan tanpa adanya pembuktian terlebih dahulu.
 - Sikap, sikap menggambarkan suka atau tidak suka seseorang terhadap objek. Sikap positif terhadap nilai-nilai kesehatan tidak selalu terwujud dalam tindakan nyata.
 - Nilai-nilai (*values*), di dalam suatu masyarakat apapun selalu berlaku nilai-nilai yang menjadi pegangan setiap orang dalam menyelenggarakan hidup bermasyarakat.
2. Referensi dari seseorang atau pribadi yang dipercayai (*personal references*)
Perilaku seseorang lebih banyak dipengaruhi oleh orang-orang yang dianggap penting, terutama perilaku anak kecil. Orang-orang yang dianggap penting inilah yang disebut sebagai kelompok referensi.
 3. Sumber-sumber daya (*resources*)
Merupakan pendukung untuk terjadinya suatu perilaku pada diri seseorang. Sumber daya disini mencakup fasilitas, uang, waktu, tenaga dan sebagainya. Pengaruh sumber daya terhadap perilaku dapat bersifat positif maupun negatif.
 - 4) Kebudayaan
Kebudayaan sangat berpengaruh terhadap perilaku seseorang. Perilaku normal, kebiasaan, nilai-nilai dan penggunaan sumber-sumber di dalam suatu masyarakat akan menghasilkan suatu pola hidup yang pada umumnya disebut kebudayaan.

2.5 Hasil Penelitian Sebelumnya yang Berhubungan dengan Variabel Penelitian

1. Umur

Gibson dalam Irtiani (2009) menyatakan bahwa umur merupakan bagian demografis dari individu yang memiliki keterkaitan dengan variabel individu dalam hal mempengaruhi perilaku kerjanya yang pada akhirnya akan mempengaruhi keaktifan kerja. Siagian (1989) menyatakan bahwa umur mempunyai kaitan yang erat dengan kedewasaan teknis. Kedewasaan teknis ini diartikan bahwa semakin bertambah usia seseorang, maka ketrampilan dalam menjalankan tugas akan semakin baik. Semakin lanjut usia seseorang, maka tingkat kepuasan akan hasil kerjanya semakin besar dan menjadikan seseorang tersebut merasa nyaman sehingga kecenderungan untuk mencari kegiatan lain akan semakin berkurang.

Penelitian Wilkin (1986) pada Ilyas (2002) menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara umur seseorang dengan kinerjanya. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Soni (2007) dan Ramadhoni (2010), bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara umur dengan keaktifan kader. Robbins dalam Soni (2007) mengemukakan pendapat bahwa semakin lanjut usia seseorang, maka kinerjanya akan menurun dikarenakan berkurangnya kecepatan, ketepatan, kekuatan dan koordinasi.

2. Pendidikan

Dalam penelitian Bangsawan, K (2001) dan Ramadhoni (2010) menyatakan ada hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan keaktifan kader dalam menjalankan kegiatan posyandu. Penelitian Alfikri (1994) dalam Ilyas (2002) juga menyatakan adanya hubungan yang bermakna antara karakteristik akademis dengan keaktifan Ajun Penyuluh Keluarga Berencana Madya di DKI Jakarta.

Penelitian di atas tidak sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Hidayati (2011) yang menyatakan bahwa variabel pendidikan tidak berpengaruh yang bermakna terhadap keaktifan kader. Kader merupakan tenaga masyarakat yang direkrut atas dasar kesediaan sukarela dan bukan berdasarkan pada tingkat pendidikan seseorang (Irtiani, 2009).

3. Status perkawinan

Penelitian Saragih (2011) menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara status perkawinan dengan keaktifan kader dalam partisipasi deteksi resiko pada ibu hamil. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Hidayati (2011). Status perkawinan menimbulkan suatu konsekuensi untuk menjaga kelanggengan dan keharmonisan keluarga. Adanya tanggung jawab untuk membina keluarga yang sejahtera dapat berpengaruh dalam perilaku seseorang dalam kehidupan organisasionalnya (Siagian, 1989). Siagian (1989) juga menyatakan bahwa dibutuhkan cara, teknik dan motivasi yang sesuai digunakan oleh orang yang sudah berkeluarga. Meskipun terdapat hubungan yang positif antara status perkawinan dengan produktifitas kerjanya. Tetapi jika dihubungkan dengan tingkat kemangkiran, hasilnya masih sulit untuk digeneralisasi.

Penelitian Ramadhoni (2010) tentang Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Kader dalam Pencatatan dan Pelaporan Kasus Diare di Kabupaten Temanggung, Provinsi Jawa Tengah menyatakan adanya hubungan yang signifikan antara status perkawinan dengan keaktifannya. Kader yang terikat perkawinan mempunyai hambatan dalam menjalankan tugasnya. Hal ini disebabkan sebagai ibu rumah tangga, mereka mempunyai tugas dan tanggung jawab serta kesibukan tersendiri dalam keluarganya. selain itu, sebagai seorang istri harus mendapatkan ijin dari suami jika akan melakukan aktifitas di luar rumah.

4. Pekerjaan

Penelitian Irtiani (2009) menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara pekerjaan dengan keaktifannya sebagai kader RW siaga. Hal ini disebabkan karena kader yang bekerja tidak terikat dengan waktu sehingga dapat meluangkan waktunya untuk tetap aktif sebagai kader RW siaga. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Hidayati (2011) yang menyebutkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara pekerjaan dengan keaktifan kader.

Penelitian ini tidak didukung oleh penelitian Ramadhoni (2010) yang menyatakan ada hubungan yang signifikan antara pekerjaan dengan perilaku

kader. Peluang kader yang tidak bekerja untuk aktif adalah 2,094 kali dari pada kader yang bekerja. Kader yang bekerja waktu luangnya lebih sedikit untuk melakukan aktifitas diluar rumah sehingga kader yang bekerja tidak aktif dalam melakukan pencatatan dan pelaporan.

5. Pengalaman

Ilyas (2002) menyatakan bahwa tingginya kinerja seseorang merupakan efek dari perilaku kerja yang benar dan dilakukan terus-menerus sehingga perilaku kerja tersebut semakin kuat. Siagian (1989) menyatakan bahwa semakin lama seseorang berkarya, kedewasaan teknisnyapun semakin meningkat. Pengalaman seseorang dalam melaksanakan tugas tertentu secara terus-menerus untuk waktu yang lama biasanya akan meningkatkan produktifitasnya dalam bekerja. Ilyas (2002) menyatakan bahwa tingginya kinerja seseorang merupakan efek dari perilaku kerja yang benar dan dilakukan terus-menerus sehingga perilaku kerja tersebut semakin kuat. Penelitian Mendrofa (1995) dalam Ilyas (2002) menemukan variabel pengalaman kerja berhubungan dengan kinerja seseorang secara bermakna.

Hidayati (2011) dalam penelitiannya menyebutkan ada hubungan yang bermakna antara pengalaman kader dengan keaktifannya. Siagian (1989) menyatakan bahwa semakin lama seseorang berkarya, kedewasaan teknisnyapun semakin meningkat. Pengalaman seseorang dalam melaksanakan tugas tertentu secara terus-menerus untuk waktu yang lama biasanya akan meningkatkan produktifitasnya dalam bekerja. Penelitian Novianti (2006) tidak sejalan dengan penelitian Hidayati (2011). Tidak ada hubungan yang signifikan antara motivasi kerja kader dengan lama bertugas sebagai kader.

6. Pengetahuan

Ross (1960) dalam Notoatmodjo (2010b) menyatakan bahwa terdapat tiga prakondisi yang dapat menumbuhkan peran serta masyarakat, salah satunya adalah mempunyai pengetahuan yang luas dan latar belakang yang memadai sehingga dapat mengidentifikasi masalah, prioritas masalah dan melihat permasalahan secara komprehensif. Notoatmodjo juga menerangkan bahwa pengetahuan adalah domain yang sangat penting untuk membentuk perilaku seseorang. Perilaku baru atau adopsi perilaku yang didasari oleh pengetahuan,

kesadaran dan sikap yang positif, maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng (*long lasting*). Sebaliknya apabila perilaku itu tidak didasari pengetahuan dan kesadaran maka perilaku tersebut tidak akan berlangsung lama.

Penelitian soni (2007) menyatakan ada hubungan yang bermakna antara tingkat pengetahuan dengan keaktifan kader di posyandu. Kader yang memiliki pengetahuan tinggi terhadap posyandu memiliki keaktifan lebih baik dari yang mempunyai pengetahuan rendah. Depkes RI (1990) dalam Wardani (2005) menyatakan bahwa proses perubahan pengetahuan, sikap dan perilaku seseorang dapat didorong oleh pendidikan. Pendidikan dapat meningkatkan motivasi seseorang untuk berperilaku positif termasuk kesediaan membantu orang lain secara sukarela.

7. Sikap

Soni (2007, Hidayati (2011) dan Handayani (2011) menyatakan dalam hasil penelitiannya bahwa ada hubungan yang bermakna antara sikap dengan keaktifan kader. Namun demikian, hal ini tidak sejalan dengan Irtani (2009) dalam penelitiannya yang menyebutkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara sikap dengan keaktifan kader. Sobur (2003) menyatakan bahwa sikap bukan perilaku, tetapi lebih merupakan kecenderungan untuk berperilaku dengan cara tertentu terhadap suatu obyek. Newcomb dalam Notoatmodjo (2007) menyatakan bahwa sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak dan bukan merupakan suatu pelaksanaan motif tertentu dan sikap belum dimanifestasikan dalam suatu tindakan atau aktivitas akan tetapi merupakan predisposisi dari suatu tindakan.

Sikap merupakan faktor yang menentukan perilaku karena sikap berhubungan dengan persepsi, kepribadian, belajar dan motivasi. Teori Rosenberg menyatakan bahwa sikap menentukan affect (perasaan), kognisi (proses berfikir) dan perilaku seseorang (Gibson, 1988). Krech, Crutchfield dan Ballachey dalam Sobur (2003) juga merumuskan sikap sebagai gabungan dari komponen kognitif, komponen perasaan dan komponen kecenderungan tindakan. Komponen kecenderungan tindakan adalah kecenderungan seseorang untuk berperilaku baik positif maupun negatif terhadap suatu objek. Sikap positif cenderung mendorong seseorang untuk membantu atau mendukung obyek. Sikap

negatif cenderung mendorong seseorang untuk menghindari bahkan berusaha merugikan suatu obyek.

8. Penyuluhan

Notoatmodjo (2007) menerangkan bahwa dalam rangka pembinaan dan peningkatan perilaku kesehatan masyarakat pendekatan edukatif lebih tepat untuk dilaksanakan. Salah satu pendekatan edukatif yang dapat dilaksanakan adalah dalam bentuk penyuluhan. Penyuluhan merupakan salah satu cara intensif yang dapat digunakan oleh petugas kesehatan dengan sasaran. Dengan penyuluhan yang baik, maka sasaran/seseorang akan dengan sukarela, berdasarkan kesadaran, dan penuh pengertian akan menerima suatu perilaku atau menimbulkan kemauan untuk mengubah suatu perilaku.

Penelitian Hidayati (2011) menyatakan bahwa ada hubungan yang bermakna antara penyuluhan yang diterima kader dengan keaktifan kader dalam kegiatan desa siaga. Responden yang sering mendapatkan penyuluhan mempunyai peluang 2,73 lebih aktif dari pada kader yang jarang mendapatkan penyuluhan. Dalam penelitian Ramadhoni menyatakan tidak ada hubungan yang bermakna antara pembinaan petugas kesehatan yang dilakukan melalui penyuluhan dengan keaktifan kader dalam pencatatan dan pelaporan kasus diare di Kabupaten Temanggung provinsi Jawa Tengah pada tahun 2010.

Penyuluhan merupakan salah satu bentuk pendidikan kesehatan yang bertujuan untuk merubah perilaku secara terencana pada diri individu, kelompok dan masyarakat untuk lebih dapat mandiri dalam mencapai tujuan hidup sehat. Semua bentuk penyuluhan kesehatan merupakan bentuk pemberdayaan masyarakat yang dapat meningkatkan pengetahuan individu, kelompok dan masyarakat (Mubarak dkk, 2007).

9. Ketersediaan fasilitas kesehatan

Irtiani (2009) dan Hidayati (2011) dalam penelitiannya menyatakan ada hubungan yang bermakna antara keaktifan kader dengan ketersediaan fasilitas kesehatan. Sedangkan hasil penelitian Ramadhoni (2010) menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara sarana kesehatan dengan perilaku kader. Teori WHO dalam Notoatmodjo (2010b) menyatakan bahwa perilaku

seseorang dapat dipengaruhi oleh sumberdaya-sumberdaya yang ada di lingkungannya, diantaranya fasilitas kesehatan.

10. Ketersediaan dana

Pembiayaan kesehatan terkait adanya visi menuju Indonesia Sehat 2010 menuntut semua institusi untuk mensinergikan semua program kerjanya dengan keadaan dukungan dana yang tersedia demi tercapainya target tersebut. Pembiayaan merupakan faktor yang signifikan mempengaruhi kualitas kesehatan masyarakat suatu negara (Adisasmito, 2007). Dalam kegiatan pengembangan Desa/Kelurahan Siaga Aktif diperlukan dukungan dana baik yang berasal dari anggaran pembangunan desa atau kelurahan serta dari masyarakat dunia usaha (Kemenkes, 2011a).

Adisasmito (2007) menyebutkan bahwa pembiayaan kesehatan merupakan faktor yang signifikan dalam mempengaruhi kualitas kesehatan masyarakat suatu Negara. Sumber pembiayaan kesehatan dapat berasal dari pemerintah, swasta dan masyarakat. Sedangkan James F.Mckenzie, Robert R. Pinger, Jerome E.kotecki (2003) menyebutkan bahwa masyarakat sekarang ini lebih tergantung pada dana pemerintah, oleh karena itu diperlukan pengelolaan masyarakat yang lebih baik untuk memanfaatkan sumberdaya yang ada secara optimal untuk kesehatan.

Adanya Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat(JPKM) dari pemerintah dalam hal ini Departemen Kesehatan, maka dana sehat yang sebelumnya tumbuh dari bawah ini menjadi semakin hilang dari masyarakat. Dana sehat seperti tabulin adalah contoh potensi masyarakat sebagai perwujudan *community fund* yang perlu dijaga kelestariannya Mubarak, Wahit Iqbal. Chayatin, Nurul., Rozikin, Khoirul., Supardi. (2007)

11. Insentif

Menurut Gibson (1987) dan Kopelman (1986) dalam Ilyas (2002) menyatakan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara insentif dengan kinerja individu. insentif dapat berpengaruh dalam hal peningkatan motivasi kerja yang secara langsung akan meningkatkan kinerja seseorang. Penelitian yang dilakukan oleh Saragih (2011) dan Hidayati (2011) menyatakan bahwa ada hubungan yang signifikan antara adanya imbalan dengan keaktifan kader dalam deteksi dini ibu hamil.

Handoko (1985) juga menyatakan bahwa insentif memberikan hubungan yang sangat jelas dengan hasil produktivitas kerja seseorang. Pemberian insentif akan meningkatkan motivasi seseorang sehingga akan memacu untuk menghasilkan prestasi kerja yang lebih baik. Notoatmodjo, 2010b menyatakan bahwa kaum behavioristik memandang manusia sebagai makhluk yang pasif. Untuk mendorong terciptanya suatu perilaku, maka manusia harus mendapatkan dorongan dari luar. Kaum behavioristik sangat menekankan pentingnya insentif atau faktor inforcement/penguat untuk mendorong perilaku seseorang. Peran serta kader dalam masyarakat adalah berdasarkan kesukarelaan. Namun demikian, kader juga memerlukan reward, baik yang bersifat material maupun non-material untuk menjaga kelestarian keaktifan kader.

12. Dukungan tokoh masyarakat

Perubahan perilaku pada masyarakat yang mempunyai sikap paternalistik yang masih kuat biasanya mengacu pada tokoh masyarakat setempat (Notoatmodjo, 2010b). Dalam pengembangan Program Desa Siaga, tokoh masyarakat mempunyai peran sebagai pemberdaya masyarakat dan penggali sumberdaya untuk kelangsungan dan kesinambungan desa siaga. Tokoh masyarakat mempunyai fungsi diantaranya memberikan dukungan dalam pengelolaan desa siaga baik yang bersifat materi maupun non materi (Departemen Kesehatan, 2009).

13. Dukungan masyarakat

Menurut Snehandu B Karr dalam Notoatmodjo (2010b), menerangkan bahwa dalam berperilaku, seseorang cenderung membutuhkan dukungan dari masyarakat di sekitarnya. Tanpa adanya dukungan masyarakat, maka akan terjadi ketidaknyamanan seseorang dalam berperilaku.

Penerimaan kelompok dan perasaan aman merupakan kunci penentu perilaku seseorang (Robbins, 1995). Pernyataan ini sesuai dengan Ilyas (2002) menyatakan bahwa perilaku seseorang ditentukan oleh dua faktor yaitu faktor personal dan faktor lingkungan. Perilaku merupakan fungsi interaksi antara individu dengan lingkungannya. Kondisi lingkungan yang kondusif akan menciptakan kinerja yang tinggi.

Irtiani (2009) dan Hidayati (2011) dalam penelitiannya menyebutkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara dukungan masyarakat dengan keaktifan kader dalam RW siaga. Dukungan masyarakat dalam bentuk apapun dapat berpengaruh terhadap keaktifan kader dalam menjalankan perannya yang pada akhirnya dapat mempengaruhi pelaksanaan kegiatan di RW siaga.

14. Dukungan keluarga

Keluarga adalah unit terkecil masyarakat. Untuk mencapai suatu perilaku sehat dalam masyarakat, maka harus dimulai pada masing-masing tatanan keluarga. Teori pendidikan mengatakan bahwa keluarga adalah tempat persemaian manusia sebagai anggota masyarakat. Oleh karena itu, keluarga mempunyai peran yang sangat penting dalam pembentukan perilaku suatu masyarakat (Notoatmodjo, 2010b).

Saparinah dalam Notoatmodjo (2003) menggambarkan adanya hubungan antara individu dengan lingkungan sosial yang saling mempengaruhi. Setiap individu lahir berada di dalam suatu kelompok, terutama kelompok keluarga. Kelompok ini mempunyai kemungkinan untuk saling mempengaruhi antar anggota kelompok, termasuk perilaku dalam menghadapi masalah-masalah kesehatan.

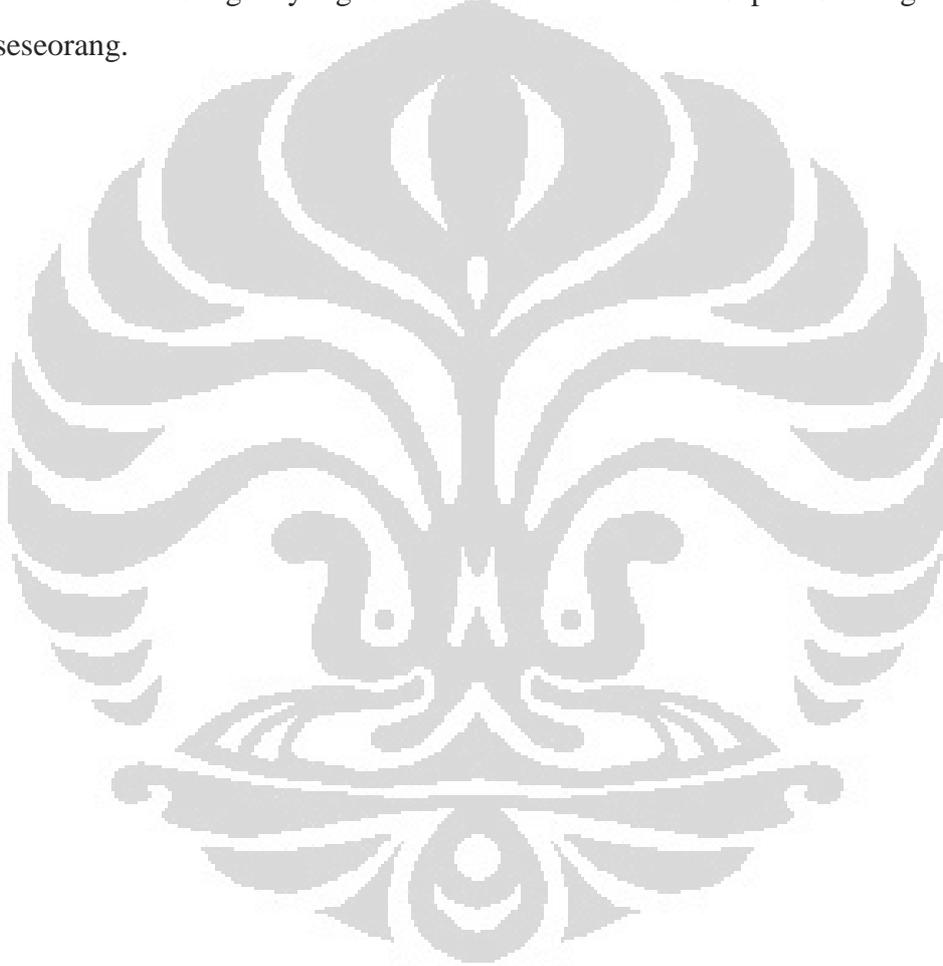
15. Supervisi

Supervisi adalah suatu usaha untuk menstimulir, mengkoordinir dan membimbing secara kontinyu sehingga individu atau kelompok sadar akan nilai-nilai yang dicapai sehingga memberikan kesadaran akan kemampuan diri sendiri (sahertian, A Piet & Mataheru, F, 1981). Ilyas (2002) menyatakan bahwa pada Negara berkembang seperti Indonesia, variabel supervisi dan kontrol masih sangat penting pengaruhnya terhadap kinerja individu. Dari penelitian yang dilakukan oleh Illyas dan peneliti lainnya ditemukan hubungan yang bermakna antara varabel supervisi dengan kinerja seseorang.

Dalam penelitian Soni (2007) dan Irtiani (2009) menyatakan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara adanya supervisi yang dilakukan oleh petugas kesehatan terhadap kegiatan posyandu dengan keaktifan kader. Hardoyo (1995) dalam Soni (2007) mengatakan bahwa supervisi merupakan seni kerjasama dengan sekelompok orang dengan memberikan suatu wewenang.

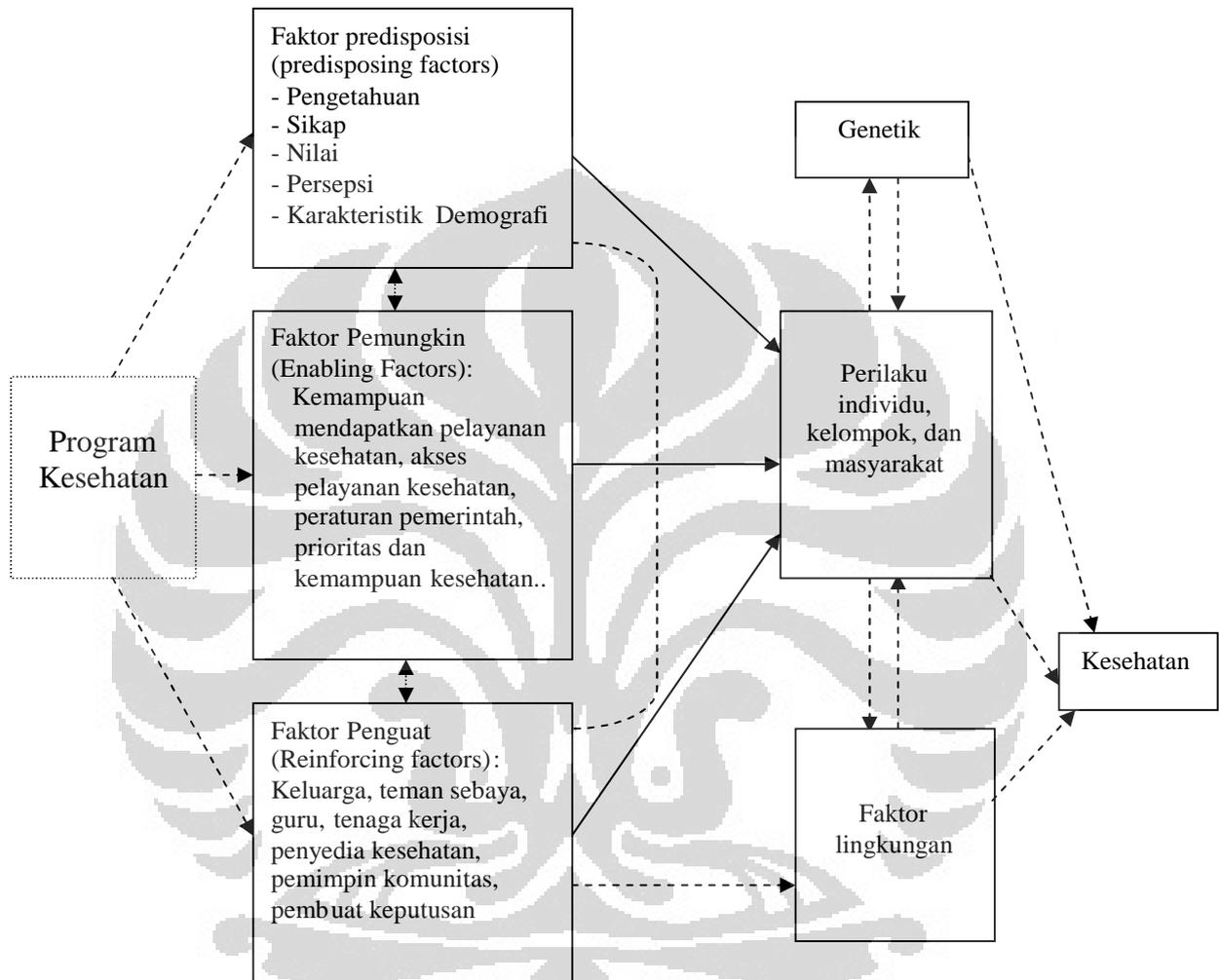
Dengan adanya pemberian wewenang, diharapkan pelaksanaan suatu pekerjaan dapat berjalan dengan baik. Hal ini dapat tercapai jika terdapat suasana yang menyenangkan dan penuh semangat serta adanya kerjasama yang baik antara kelompok dengan supervisor.

Ilyas (2002) menyatakan bahwa pada Negara berkembang seperti Indonesia, supervisi dan kontrol masih sangat penting pengaruhnya terhadap kinerja individu. Dari penelitian yang dilakukan oleh Ilyas dan peneliti lainnya ditemukan hubungan yang bermakna antara variabel supervisi dengan kinerja seseorang.



BAB 3 KERANGKA TEORI

3.1 Kerangka Teori

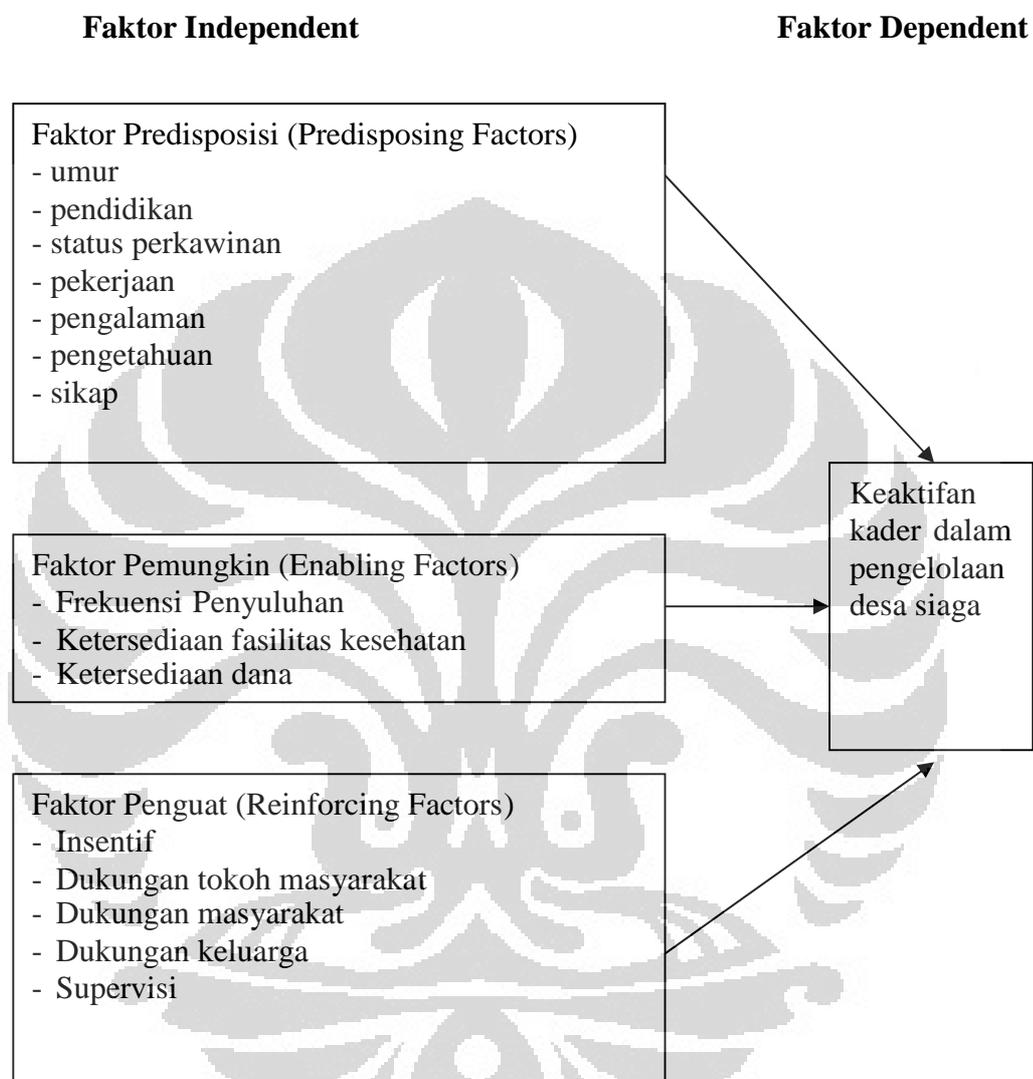


Gambar . 3.1. Kerangka Teori Ecological and Educational Diagnosis

Sumber: Green, L., Kreuter, Marshall. Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach (2005)

3.2 Kerangka Konsep

Kerangka konsep antara variabel dependent dan variabel independent berdasarkan kerangka teori, dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 3.2. Kerangka Konsep Penelitian

3.3 Hipotesis

1. Ada hubungan antara faktor predisposisi (umur, pendidikan, status perkawinan, pekerjaan, pengalaman, pengetahuan dan sikap) kader dengan keaktifan kader dalam pengelolaan desa siaga
2. Ada hubungan antara faktor pemungkin (frekwensi penyuluhan, fasilitas kesehatan dan ketersediaan dana) dengan keaktifan kader dalam pengelolaan desa siaga.
3. Ada hubungan antara faktor penguat (insentif, dukungan tokoh masyarakat, dukungan masyarakat, dukungan keluarga dan supervisi) dengan keaktifan kader dalam pengelolaan desa siaga

3.4 Definisi Operasional

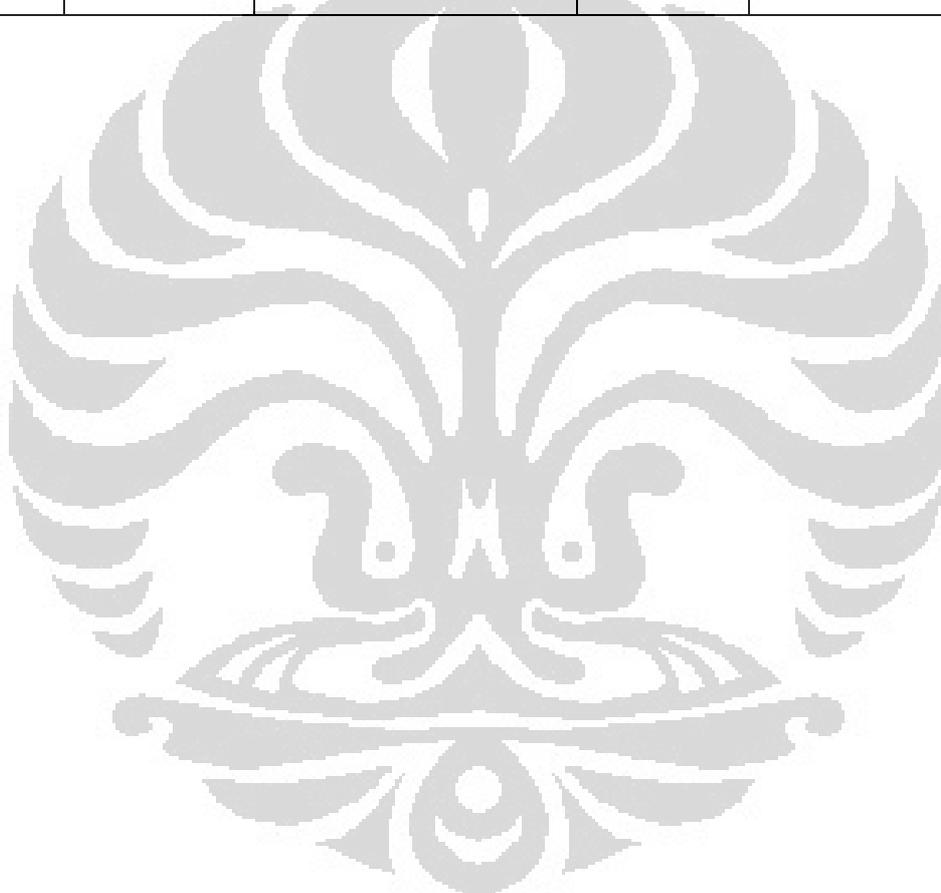
NO	VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL	ALAT UKUR	HASIL UKUR	SKALA
Variabel Dependent					
1	Keaktifan kader	Pernyataan yang menunjukkan bahwa responden melakukan peran sebagai kader desa siaga dalam kurun waktu 6 bulan terakhir. Kader dinilai aktif jika kader telah melaksanakan 4 dari 6 tugas yang telah ditetapkan oleh Depkes, 2009.	Kusioner	1. Aktif 0. Kurang aktif	Ordinal
Variabel Independent					
2	Umur	Lama hidup responden pada saat penelitian	Kuesioner	1. Tua (>39th) 0. Muda (≤39 th)	Ordinal

NO	VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL	ALAT UKUR	HASIL UKUR	SKALA
3	Pendidikan	Tingkat pendidikan formal yang terakhir yang pernah ditempuh responden. 1= tidak tamat SD/ tidak sekolah 2= tamat SD 3= tamat SMP 4= tamat SMU 5= tamat akademi/ Sarjana	Kuesioner	1.Pendidikan tinggi (\geq SMP) 0.Pendidikan rendah ($<$ SMP)	Ordinal
4	Status perkawinan	Pernyataan responden yang berhubungan dengan statusnya dalam pernikahan yang sah pada saat penelitian. 1= belum menikah 2= menikah 3= bercerai (hidup/mati)	Kuesioner	1. Menikah 0. Tidak menikah	Ordinal
5	Pekerjaan	Macam-macam jenis pekerjaan yang dapat menghasilkan uang untuk memenuhi kebutuhan hidup. 1) Ibu rumah tangga/tidak bekerja 2) PNS 3) Petani 4) TNI/Polri 5) Wiraswasta/dagang 6) Swasta 7) Buruh 8) Lain-lain, sebutkan	Kuesioner	1. Bekerja 0. Tidak bekerja	Ordinal

NO	VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL	ALAT UKUR	HASIL UKUR	SKALA
6	Pengalaman	Pernyataan tentang lamanya responden menjadi kader desa siaga.	Kuesioner	1. $\geq 2,5$ tahun 0. $< 2,5$ tahun	Ordinal
7	Pengetahuan	Pemahaman kognitif responden tentang desa siaga berdasarkan hasil kuesioner tentang desa siaga.	Kuesioner	1. Pengetahuan tinggi (\geq mean) 0. Pengetahuan rendah ($<$ mean)	Ordinal
8	Sikap	Pernyataan responden mengenai pandangan atau perasaan tentang suatu hal yang disertai kecenderungan untuk bertindak. SS= sangat setuju S= setuju TS= tidak setuju STS= sangat tidak setuju	Kuesioner	1. Sikap positif (\geq median) 0. Sikap negatif ($<$ median)	Ordinal
9	Frekuensi Penyuluhan	Pernyataan yang menunjukkan jumlah penyuluhan tentang desa siaga yang pernah didapatkan responden dalam 6 bulan terakhir.	Kuesioner	1. Sering 0. Jarang	Ordinal
10	Ketersediaan fasilitas kesehatan	Ada atau tidaknya fasilitas kesehatan di desa seperti polindes/ poskesdes, pustu atau fasilitas kesehatan yang lain yang mendukung kegiatan desa siaga.	Kuesioner	1. Ada 0. Tidak ada	Nominal
11	Ketersediaan dana	Ada atau tidaknya dana dari sumber manapun yang dapat digunakan untuk kegiatan desa siaga dalam 1 tahun terakhir.	Kuesioner	1. Ada 0. Tidak ada	Nominal

NO	VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL	ALAT UKUR	HASIL UKUR	SKALA
12	Insentif	Ada atau tidaknya tambahan penghasilan (uang/barang) yang diberikan oleh siapapun untuk meningkatkan semangat kerja kader desa siaga.	Kuesioner	1. Pernah 0. Tidak pernah	Ordinal
13	Dukungan TOMA	Ada atau tidaknya dukungan tokoh masyarakat, bisa dalam bentuk dana, bantuan barang, saran/pendapat atau semangat untuk pelaksanaan desa siaga.	Kuesioner	1. Mendukung 0. Tidak mendukung	Ordinal
14	Dukungan masyarakat	Ada atau tidaknya dukungan masyarakat, bisa dalam bentuk partisipasi dalam kegiatan, dana, bantuan barang, saran/pendapat atau semangat untuk pelaksanaan desa siaga.	Kuesioner	1. Mendukung 0. Tidak mendukung	Ordinal
15	Dukungan keluarga	Ada atau tidaknya dukungan keluarga, bisa dalam bentuk dana, bantuan barang, saran/pendapat dan semangat untuk pelaksanaan desa siaga.	Kuesioner	1. Mendukung 0. Tidak mendukung	Ordinal

NO	VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL	ALAT UKUR	HASIL UKUR	SKALA
16	Supervisi	Ada atau tidaknya kunjungan, pemantauan atau pembinaan dari petugas puskesmas atau dinas kesehatan terhadap pelaksanaan desa siaga dalam kurun waktu 1 tahun terakhir.	Kuesioner	1. Ada 0. Tidak ada	Ordinal



BAB 4 METODOLOGI PENELITIAN

4.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan survey. Desain penelitian yang digunakan adalah desain studi potong lintang (*Cross Sectional*) karena pengambilan data penelitian dilakukan satu kali pengambilan data dan hanya bersifat sesaat pada satu waktu tertentu. Variabel dependent dan variabel independent diukur dan dikumpulkan pada waktu yang sama (Arikunto, 2010).

4.2 Waktu dan Lokasi Penelitian

Penelitian dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas Tanjunganom Kabupaten Nganjuk, Jawa Timur. Wilayah kerja ini meliputi 16 desa dengan 131 posyandu. Penelitian dilakukan pada bulan Maret-April 2012.

4.3 Populasi dan Sampel Penelitian

4.3.1 Populasi penelitian

Populasi penelitian ini adalah semua kader di wilayah kerja Puskesmas Tanjunganom, Kabupaten Nganjuk, Jawa Timur yang berjumlah 650 kader desa siaga.

4.3.2 Sampel Penelitian

Sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah kader desa siaga di wilayah kerja Puskesmas Tanjunganom Kabupaten Nganjuk yang terpilih dengan menggunakan teknik *Simple Random Sampling* atau pengambilan sampel acak yaitu masing-masing individu dalam populasi mempunyai kesempatan yang sama untuk dijadikan sampel penelitian.

4.3.3 Besar Sampel

Penelitian ini dilakukan untuk melihat hubungan antara variabel dependent dan variabel independent. Oleh karena itu dilakukan uji hipotesis dua proporsi dengan dua sisi (*two tail*). Penghitungan besar sampel penelitian menggunakan rumus uji beda dua proporsi.

Menurut Lameshow (1997) adalah sebagai berikut:

$$n = \frac{\left(z_{1-\alpha/2} \sqrt{2P(1-P)} + z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \right)^2}{(P_1 - P_2)^2} \quad (4.1)$$

Keterangan :

n = besar sampel

$z_{1-\alpha/2}$ = nilai distribusi normal baku (tabel Z) pada α tertentu (5%)

$z_{1-\beta}$ = nilai distribusi normal baku (tabel Z) pada β tertentu (80%)

P1 = proporsi yang terpajan exposure

P2 = proporsi yang tidak terpajan exposure

P = (P1-P2)/2 = perkiraan selisih proporsi yang diteliti dengan proporsi di populasi

Penghitungan besar sampel menggunakan P1 dan P2 hasil penelitian sebelumnya dengan asumsi sama dengan hasil penelitian yang akan dilakukan ini. Jumlah sampel minimal pada setiap variabel dapat dilihat dalam tabel berikut ini:

Tabel 4.1 Tabel Jumlah Sampel Minimal Berdasarkan Proporsi pada Penelitian Sebelumnya

NO	VARIABEL	PROPORSI	N
1	Pengetahuan (Soni, 2007) • Baik • Kurang	45,2 % 16,1 %	39
2	Pengetahuan (Hidayati, 2011) • Tinggi • Rendah	66,7 % 36,5 %	43
3	Sikap (Hidayati, 2011) • Positif • Negatif	56,1 % 31,3 %	61
4	Ketersediaan Fasilitas Kesehatan (Irtiani, 2009) • Ada • Tidak ada	91 % 56,1 %	26
5	Pengalaman (Hidayati, 2011) • $\geq 2,5$ tahun • < 2 tahun	72,4 % 39,6 %	37
6.	Dukungan Masyarakat (Irtiani, 2009) • Ada • Tidak ada	88,5 % 24,1 %	8

Berdasarkan penghitungan di atas, peneliti mengambil jumlah sampel dari nilai n yang terbesar yaitu variabel sikap sebesar 61. Jumlah ini adalah untuk satu kelompok proporsi. Sampel penelitian ini dikalikan 2 kelompok proporsi kemudian ditambahkan 10%, sehingga didapatkan sampel minimal 134 responden.

4.4 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian ini menggunakan angket berupa kuesioner.

4.4.1 Pengumpulan Data

4.4.2 Data Primer

Pengumpulan data dilakukan dengan teknik wawancara. Pengisian kuesioner dipandu oleh peneliti dan dikumpulkan dengan bantuan masing-masing bidan desa sejumlah 16 orang. Bidan desa sebelumnya diberikan penjelasan tentang kuesioner untuk menyamakan persepsi dan membahas kemungkinan hambatan yang terjadi. Pengambilan data dilakukan dengan cara mengikuti kegiatan posyandu di setiap desa yang dijadikan tempat penelitian.

Kuesioner sebelumnya diujikan pada 20 orang kader di wilayah kerja Puskesmas Prambon yang mempunyai karakteristik sama dengan responden yang akan diteliti. Hasil uji validitas menunjukkan r hasil lebih besar dari nilai r tabel (0,444) pada tingkat kemaknaan 5% dan dinyatakan valid. Sedangkan hasil uji reliabilitas menunjukkan Cronbach Alpha (0,926) lebih besar dibandingkan dengan nilai 0.6, maka hasil uji dinyatakan reliabel.

4.4.3 Data Sekunder

Data sekunder diambil dari Laporan Tahunan tentang pelaksanaan desa siaga di wilayah kerja Puskesmas Tanjunganom.

4.5 Pengolahan Data

Kuesioner yang telah diserahkan kader kepada peneliti kemudian dilakukan pemeriksaan kelengkapan data dan apakah ada kesalahan pengisian data. Pengolahan data-data adalah sebagai berikut (Hastono, 2007):

1. Editing : yaitu dengan memeriksa kelengkapan data dan adanya kemungkinan kesalahan pengisian data.
2. Coding : yaitu dengan mengklasifikasikan data dan memberikan kode pada masing-masing data untuk memudahkan proses pengolahan data terutama pada saat memasukkan data pada computer.
3. Processing: yaitu memasukkan data yang telah diberikan kode dalam program komputerisasi statistik untuk dianalisa lebih lanjut.
4. Cleaning data : yaitu melakukan pengecekan ulang terhadap data untuk menghindari terjadinya kesalahan pada proses pengolahan data.

4.6 Analisa Data

Untuk menjawab pertanyaan penelitian digunakan analisa data dengan software statistik. Analisa dilakukan dengan bertahap yaitu dengan analisa univariat kemudian analisa bivariat disesuaikan dengan skala ukur yang digunakan.

4.6.1 Analisa Univariat

Analisa univariat digunakan untuk mengetahui gambaran masing-masing variabel yang akan diteliti berdasarkan faktor predisposisi, faktor pemungkin dan faktor penguat. Variabel yang dianalisa adalah variabel dependent maupun variabel independent.

4.6.2 Analisa Bivariat

Analisa bivariat digunakan untuk mengetahui adanya hubungan yang bermakna antara dua variabel dependent dan variabel independent. Pada penelitian ini, analisa bivariat yang digunakan adalah dengan menggunakan uji statistik *Chi Square* (X^2).

BAB 5 HASIL PENELITIAN

5.1 Analisis Univariat

5.1.1 Keaktifan Kader dalam Pengelolaan Desa Siaga

Tabel 5.1 Distribusi Keaktifan Kader dalam Pengelolaan Desa Siaga di Wilayah Kerja Puskesmas Tanjunganom Tahun 2012

Keaktifan Kader	N	%
Aktif	60	37,5
Kurang Aktif	100	62,5
Jumlah	160	100

Kader yang kurang aktif dalam mengelola desa siaga di wilayah kerja Puskesmas Tanjunganom tahun 2012 adalah 62,5% (100 orang).

5.1.2 Faktor Predisposisi

5.1.2.1 Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristik Demografi

Tabel 5.1a Distribusi Kader Berdasarkan Karakteristik Demografi di Wilayah Kerja Puskesmas Tanjunganom Tahun 2012

Variabel	Kategori	n	%
Umur (n=160)	≤ 39 Tahun	84	52,5
	>39 Tahun	76	47,5
Status pendidikan (n=160)	Tidak Tamat SD/Tidak Sekolah	1	0.6
	Tamat SD	31	19.4
	Tamat SMP	51	31.9
	Tamat SMU	69	43.1
	Tamat Akademi/Sarjana	8	5.0
Status perkawinan (n=160)	Menikah	145	90.6
	Tidak Menikah	15	9.4
Status pekerjaan (n=160)	IRT/Tidak Bekerja	120	75.0
	Pns	2	1.3
	Petani	4	2.5
	Wiraswasta	12	7.5
	Swasta	16	10.0
	Buruh	3	1.9
	Lain-Lain	3	1.9

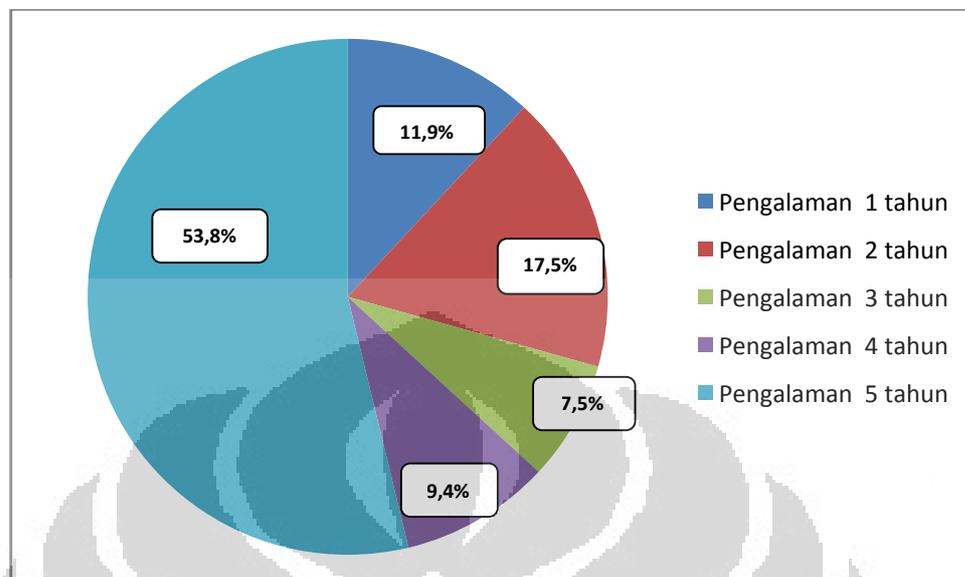
Hasil analisis variabel umur didapatkan bahwa nilai skewness (0,430) dibagi standart erornnya (0,192) didapatkan nilai 2,239 yang berarti bahwa umur terdistribusi tidak normal. Oleh karena itu digunakan median untuk mengkategorikan, yaitu usia tua jika lebih 39 tahun dan usia muda jika kurang atau sama dengan 39 tahun. Tabel 5.1a tentang frekuensi distribusi responden berdasarkan karakteristik demografi di atas menggambarkan bahwa sebagian besar responden berumur kurang atau sama dengan 39 tahun (52,5%), sedangkan kategori status pendidikan responden yang paling besar adalah tamat SMU (43,1%). Kategori status perkawinan adalah mayoritas responden sudah menikah (90,6%) dan kategori status pekerjaan responden adalah 73,8% tidak bekerja. Untuk kepentingan analisis bivariat, maka variabel di atas kategorikan sebagai berikut yang dapat di lihat pada tabel 5.1b.

Tabel 5.1b Distribusi Kader Berdasarkan Karakteristik Demografi di Wilayah Kerja Puskesmas Tanjunganom Tahun 2012

Variabel	Kategori	n	%
Umur (n= 160)	≤ 39 Tahun	84	52,5
	>39 Tahun	76	47,5
Status Pendidikan (n=160)	Pendidikan Tinggi	128	80
	Pendidikan Rendah	32	20
Status perkawinan (n=160)	Menikah	145	90.6
	Tidak Menikah	15	9.4
Status Pekerjaan (n=160)	Bekerja	40	25
	Tidak Bekerja	120	75

Tabel 5.1b menunjukkan 52,5% responden berumur ≤39 tahun. Mayoritas status pendidikan adalah pendidikan tinggi yaitu berjumlah 128 (80%). Status perkawinan responden adalah sebagian besar menikah (90,6%), sedangkan status pekerjaan responden adalah mayoritas tidak bekerja (75%).

5.1.2.2 Distribusi Pengalaman Responden dalam Pengelolaan Desa Siaga



Grafik 5.1 Distribusi Responden Berdasarkan Pengalaman dalam pengelolaan Desa Siaga di Wilayah Kerja Puskesmas Tanjunganom Tahun 2012

Grafik 5.1 menunjukkan bahwa pengalaman responden menjadi kader desa siaga sebagian besar adalah 5 tahun (53,8%). Untuk kepentingan analisis bivariat, maka variabel ubah menjadi data kategorik.

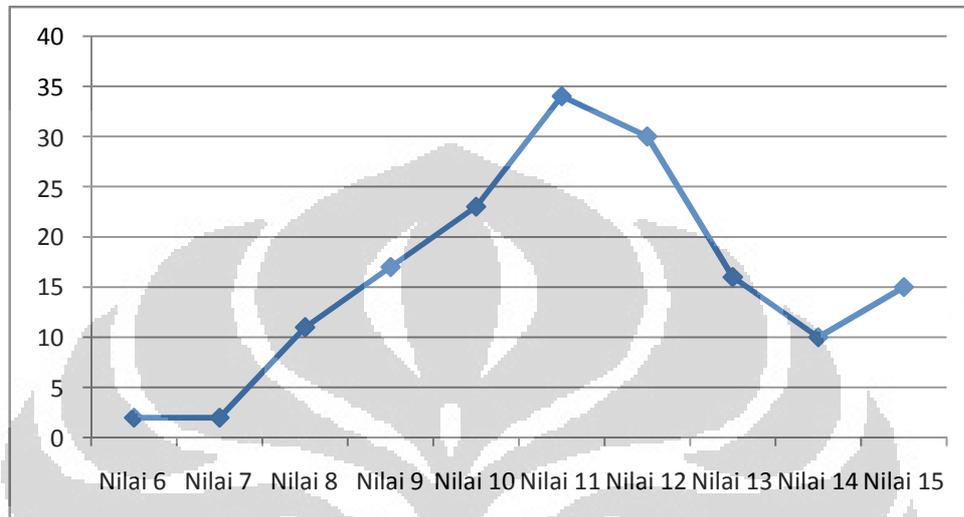
Hasil analisis pada variabel pengalaman diperoleh nilai mean 3,76, nilai median 5, nilai skewness -0,549 dan standart error 0,192. Perbandingan nilai skewness dengan standart error adalah kurang dari 2, sehingga pengalaman kader adalah terdistribusi normal. Dikarenakan nilai mean dan nilai median yang cukup besar, maka pengelompokan menjadi dua kategori berdasarkan pada penelitian Hidayati (2011) yaitu pengalaman lebih atau sama dengan 2,5 tahun dan pengalaman kurang dari 2,5 tahun yang dapat dilihat seperti pada tabel 5.2.

Tabel 5.2 Distribusi Responden Berdasarkan Pengalaman dalam pengelolaan Desa Siaga di Wilayah Kerja Puskesmas Tanjunganom Tahun 2012

Variabel	Kategori	n	%
Pengalaman (n=160)	>=2,5 tahun	113	70.6
	<2,5 tahun	47	29.4

Tabel 5.2 menunjukkan pengalaman responden sebagian besar adalah lebih dari atau sama dengan 2,5 tahun (70.6%).

5.1.2.3 Gambaran Pengetahuan Responden dalam Pengelolaan Desa Siaga



Grafik 5.2 Distribusi Pengetahuan Responden dalam Pengelolaan Desa Siaga di Wilayah Kerja Puskesmas Tanjunganom Tahun 2012

Grafik 5.2 menggambarkan bahwa sebagian besar responden yang menjawab dengan nilai 11, yaitu berjumlah 34 responden.

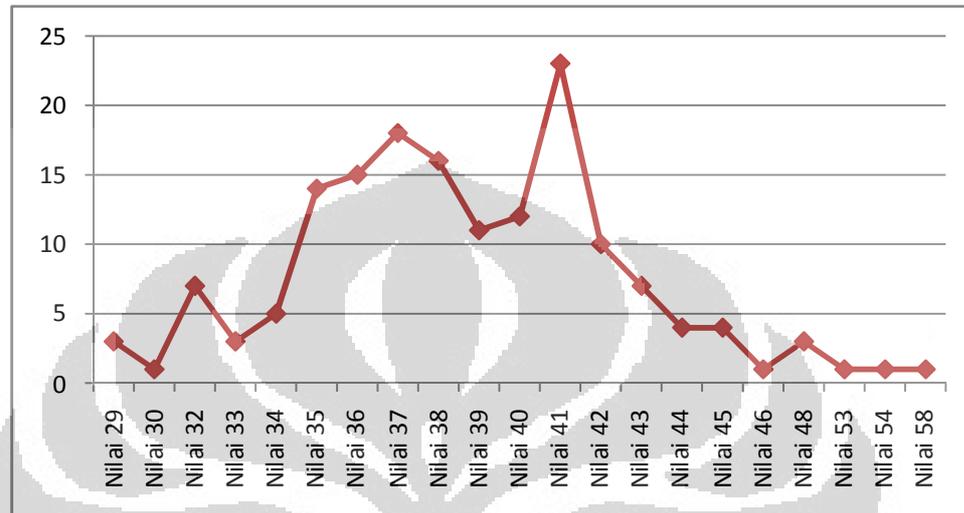
Hasil analisis pada variabel pengetahuan diperoleh hasil rata-rata nilai pengetahuan adalah 11,8 dengan median 11. Nilai skewness diperoleh -0,010 dengan standart errornya 0,192. Perbandingan nilai skewness dengan standar errornya didapatkan hasil -0,052 yang berarti bahwa nilai pengetahuan terdistribusi normal. Berdasarkan hal tersebut, untuk mengkategorikan sikap digunakan mean yaitu pengetahuan baik jika nilai lebih atau sama dengan mean dan pengetahuan kurang jika nilai kurang dari mean (tabel 5.3).

Tabel 5.3 Distribusi Pengetahuan Responden dalam Pengelolaan Desa Siaga di Wilayah Kerja Puskesmas Tanjunganom Tahun 2012

Variabel	Kategori	n	%
Pengetahuan (n=160)	Pengetahuan Tinggi	71	44.4
	Pengetahuan Rendah	89	55.6

Tabel 5.3 dapat diketahui bahwa 89 responden mempunyai pengetahuan yang rendah (55.6%).

5.1.2.4 Gambaran Sikap Responden dalam Pengelolaan Desa Siaga



Grafik 5.3 Distribusi Sikap Responden dalam Pengelolaan Desa Siaga di Wilayah Kerja Puskesmas Tanjunganom Tahun 2012

Variabel sikap menggambarkan bahwa responden yang mempunyai nilai sikap 41 adalah berjumlah 23 responden (14,4%). Untuk kepentingan analisis bivariat, variabel sikap dikategorikan menjadi dua kategori seperti pada tabel 5.4..

Hasil analisis pada variabel sikap pada penelitian ini didapatkan rata-rata nilai sikap responden adalah 38,74 dan median 38. Nilai skewness (0,871) dibandingkan standart errornya (0,192) didapatkan angka 4,53 sehingga nilai sikap terdistribusi tidak normal. Maka dari itu digunakan median untuk mengkategorikan sikap yaitu nilai lebih atau sama dengan median berarti sikap positif dan nilai kurang dari median berarti sikap negatif.

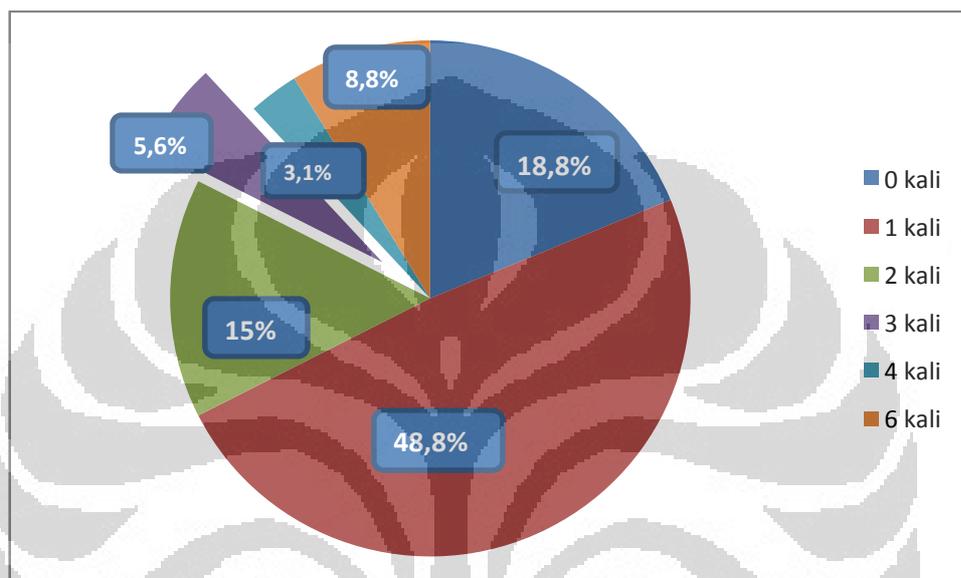
Tabel 5.4 Distribusi Sikap Responden dalam Pengelolaan Desa Siaga di Wilayah Kerja Puskesmas Tanjunganom Tahun 2012

Variabel	Kategori	n	%
Sikap (n=160)	Sikap Positif	94	58.8
	Sikap Negatif	66	41.3

Tabel 5.4 menunjukkan proporsi kader berdasarkan sikap adalah 58,8% kader mempunyai sikap positif.

5.1.3 Faktor Enabling (Faktor Pemungkin)

5.1.3.1 Gambaran Frekuensi Penyuluhan yang Diterima Kader dalam Pengelolaan Desa Siaga



Grafik 5.4 Distribusi Responden Berdasarkan Frekuensi Penyuluhan yang Diterima Kader Desa Siaga di Wilayah Kerja Puskesmas Tanjunganom Tahun 2012

Grafik 5.4 menunjukkan frekuensi penyuluhan yang pernah diterima responden tentang desa siaga dalam 6 bulan terakhir adalah 1 kali. Responden yang mendapatkan penyuluhan 1 kali dalam 6 bulan terakhir ini berjumlah 78 responden (48,8%). Untuk analisa bivariat maka variabel frekuensi penyuluhan diubah menjadi dua kategori seperti yang dapat dilihat pada tabel 5.5.

Analisis statistik pada variabel frekuensi penyuluhan diperoleh rata-rata frekuensi penyuluhan yang diterima responden adalah 1,61 dan median 1. Nilai skewness dari uji statistik ini adalah 1,655. Nilai skewness dibagi dengan standart errornya (0,192) didapatkan hasil 8,6. Hasil hitung lebih besar dari 2 berarti distribusi frekuensi penyuluhan adalah distribusi tidak normal. Karena nilai median yang kecil, untuk merubah data frekuensi penyuluhan menjadi dua

kategori digunakan mean. Sering jika lebih dari dua dan jarang jika kurang atau sama dengan dua.

Tabel 5.5 Distribusi Responden Berdasarkan Frekuensi Penyuluhan yang Diterima Kader Desa Siaga di Wilayah Kerja Puskesmas Tanjunganom Tahun 2012

Variabel	Kategori	n	%
Frekuensi Penyuluhan (n=160)	Sering (>2 kali)	28	17,5
	Jarang (\leq 2kali)	132	82,5

Dari tabel 5.5 diketahui bahwa sebanyak 132 responden jarang mendapatkan penyuluhan (82,5%).

5.1.3.2 Fasilitas Kesehatan dan Ketersediaan Dana

Tabel 5.6 Distribusi Responden Berdasarkan Keberadaan Fasilitas Kesehatan dan Ketersediaan Dana Desa Siaga di Wilayah Kerja Puskesmas Tanjunganom Tahun 2012

Variabel	Kategori	n	%
Ketersediaan fasilitas kesehatan	Ada	150	93,8
	Tidak ada	10	6,3
Ketersediaan dana	Ada	90	56,3
	Tidak ada	70	43,8

Responden yang menyatakan adanya fasilitas kesehatan adalah 150 responden (93,8%). Sedangkan distribusi ketersediaan dana adalah sebagian besar ada dana yang dapat digunakan untuk kegiatan desa siaga yaitu sebesar 56,3%.

5.1.4 Factor Reinforcing (Faktor Penguat)

Tabel 5.7 Distribusi Responden berdasarkan variabel penelitian pada Faktor Reinforcing dalam Pengelolaan Desa Siaga di Wilayah Puskesmas Tanjunganom Tahun 2012

Variabel	Kategori	n	%
Insentif	Pernah	85	53.8
	Tidak Pernah	75	46.3
Dukungan Tokoh Masyarakat	Mendukung	102	63.8
	Tidak Mendukung	58	36.3
Dukungan Masyarakat	Mendukung	94	58,8
	Tidak Mendukung	66	41,3
Dukungan Keluarga	Mendukung	137	85.6
	Tidak Mendukung	23	14.4
Supervisi	Ada	65	40.6
	Tidak Ada	95	59.4

Analisa data dilakukan pada faktor reinforcing yang meliputi variabel insentif, dukungan tokoh masyarakat, dukungan masyarakat, dukungan keluarga dan supervisi. Hasil yang didapatkan adalah pada variabel insentif, sebanyak 53,8% responden pernah mendapatkan insentif. Pada variabel dukungan tokoh masyarakat, hasil yang diperoleh adalah sebesar 63,8% responden mendapatkan dukungan dari tokoh masyarakat. Sebanyak 94 (58,8%) responden mendapatkan dukungan dari masyarakat dalam pelaksanaan kegiatan desa siaga. Analisis data pada variabel dukungan masyarakat diperoleh hasil bahwa sebagian besar responden mendapat dukungan dari keluarga yang berjumlah 137 responden (85,6%). Pada variabel supervisi, hasil analisa yang didapatkan adalah sebesar 95 responden (59,4%) tidak pernah mendapatkan supervisi dalam satu tahun terakhir.

5.2 Analisis Bivariat

5.2.1 Hubungan Faktor Predisposisi dengan Keaktifan Kader dalam Pengelolaan desa Siaga

Tabel 5.8 Distribusi Frekuensi Hubungan antara Faktor Predisposisi dengan Keaktifan Kader dalam Pengelolaan desa siaga di Wilayah Kerja Puskesmas Tanjunganom Tahun 2012

Faktor Predisposisi	Keaktifan Kader				Total		OR 95% CI	Nilai P
	Aktif		Kurang Aktif		n	%		
	n	%	n	%				
Umur								
• ≤39 tahun	33	39,3	51	60,7	84	100	1,174	0,744
• >39 tahun	27	35,5	49	64,5	76	100	(0,618-2,232)	
Pendidikan								
• Tinggi	54	42,2	74	57,8	128	100	3,163	0,025
• Rendah	6	18,8	26	81,3	32	100	(1,217-8,213)	
Status Perkawinan								
• Tidak Menikah	4	26,7	11	73,3	15	100	0,578	0,529
• Menikah	56	38,6	89	61,4	145	100	(0,175-1,904)	
Status Pekerjaan								
• Tidak Bekerja	47	39,2	73	60,8	120	100	1,337	0,572
• Bekerja	13	32,5	27	67,5	40	100	(0,628-2,849)	
Pengalaman								
• ≥2,5 tahun	50	44,3	63	55,8	113	100	2,937	0,011
• <2,5 tahun	10	21,3	37	78,7	47	100	(1,331-6,477)	
Pengetahuan								
• Tinggi	34	47,9	37	52,1	71	100	2,227	0,024
• Rendah	26	29,2	63	70,8	89	100	(1,160-4,275)	
Sikap								
• Positif	43	45,7	51	54,3	94	100	2,430	0,016
• Negatif	17	25,8	49	74,2	66	100	(1,225-4,280)	

Analisis hubungan antara keaktifan dengan umur kader diperoleh hasil bahwa kader yang berumur >39 tahun dan aktif mengelola desa siaga berjumlah 27 (35,5%). Sedangkan kader aktif yang berumur ≤39 tahun berjumlah 33 (39,3%). Hasil uji statistik didapatkan nilai $P=0.744$, maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara keaktifan kader dalam pengelolaan desa siaga dengan umur kader. Hasil analisis juga diperoleh nilai $OR=1,174$ yang artinya keaktifan kader yang berumur ≤39 tahun adalah 1 kali lebih besar dibandingkan keaktifan kader yang berusia >39 tahun. Hal ini berarti bahwa kemungkinan kader yang berusia ≤39 tahun untuk aktif sama dengan kader yang berumur >39 tahun.

Proporsi kader dengan pendidikan tinggi yang aktif mengelola desa siaga 54 (42,2%). Sedangkan proporsi kader aktif dengan tingkat pendidikan rendah sebesar 6 (18,8%). Kemungkinan kader dengan tingkat pendidikan tinggi mempunyai kemungkinan untuk aktif mengelola desa siaga sebesar 3 kali dibanding kader dengan tingkat pendidikan rendah. Hasil uji statistik dapat disimpulkan adanya hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dengan keaktifan kader dengan nilai $P= 0,025$.

Hasil analisis hubungan antara status perkawinan dengan keaktifan kader diperoleh proporsi kader yang tidak menikah dan aktif mengelola desa siaga sebesar 26,7% (4 kader). Hal ini lebih kecil jika dibandingkan dengan proporsi kader yang menikah dan aktif mengelola desa siaga sebesar 38,6% (56 kader). Dari hasil uji statistik diperoleh $P=0,529$ yang berarti tidak ada hubungan yang bermakna antara status pernikahan dengan keaktifan kader dalam pengelolaan desa siaga. Dari hasil analisis juga diperoleh nilai $OR= 0,579$ yang berarti kader yang tidak menikah mempunyai kemungkinan 0,6 kali untuk aktif dibanding kader yang menikah. Hal ini berarti bahwa kemungkinan keaktifan kader yang tidak menikah sama dengan kader yang menikah.

Analisis hubungan antara status pekerjaan dengan keaktifan kader diperoleh hasil bahwa proporsi kader aktif yang tidak bekerja adalah 47,4% lebih tinggi daripada proporsi kader aktif yang bekerja 32,5%. Hasil uji statistik diperoleh nilai $OR=1,337$ yang berarti kader yang tidak bekerja mempunyai kemungkinan untuk aktif sebesar 1 kali atau sama dengan keaktifan kader yang

bekerja. Hasil uji ini didapatkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara kader yang bekerja dan yang tidak bekerja dengan nilai $P=0,572$.

Proporsi kader aktif dengan pengalaman lebih dari atau sama dengan 2,5 tahun sebesar 50 (44,3%), lebih tinggi dari pada proporsi kader aktif dengan pengalaman kurang dari 2,5 tahun yaitu 37 (78,7%). Dari hasil uji analisis didapatkan kemungkinan proporsi kader dengan pengalaman $\geq 2,5$ tahun untuk aktif mengelola desa siaga adalah 3 kali lebih besar jika dibandingkan dengan kader yang pengalamannya $< 2,5$ tahun. Dari hasil uji statistik juga diperoleh nilai $P=0.011$ yang berarti bahwa ada hubungan yang bermakna antara pengalaman dengan keaktifan kader.

Analisis hubungan antara pengetahuan kader tentang desa siaga dengan keaktifan kader diperoleh hasil bahwa proporsi kader dengan pengetahuan tinggi sebesar 34 (47,4%). Sedangkan proporsi kader dengan pengetahuan rendah yang aktif adalah sebesar 26 (29,2%). Hasil uji statistik menyatakan kemungkinan kader dengan pengetahuan tinggi untuk aktif mengelola desa siaga adalah 2 kali dibandingkan kader dengan pengetahuan rendah. Hasil uji ini mempunyai hubungan yang bermakna dengan nilai $P= 0,024$.

Hasil analisis hubungan antara sikap kader terhadap desa siaga dengan keaktifan kader diperoleh bahwa proporsi kader dengan sikap positif yang aktif mengelola desa siaga adalah 43 (45,7%). Proporsi ini lebih tinggi jika dibandingkan proporsi kader dengan sikap negatif. Hasil analisis didapatkan nilai $P=0,016$ yang berarti ada hubungan yang bermakna antara sikap dengan keaktifan kader. Kader dengan sikap positif mempunyai kemungkinan untuk aktif 2 kali lebih besar jika dibandingkan kader dengan sikap negatif.

5.2.2 Hubungan Faktor Pemungkin dengan Keaktifan Kader dalam Pengelolaan desa Siaga

Tabel 5.9 Distribusi Frekuensi Hubungan antara Faktor Pemungkin dengan Keaktifan Kader dalam Pengelolaan desa siaga di Wilayah Kerja Puskesmas Tanjunganom Tahun 2012

Faktor Pemungkin	Keaktifan Kader				Total		OR 95% CI	Nilai P
	Aktif		Kurang Aktif		n	%		
	n	%	n	%				
Penyuluhan								
• Sering	18	64,3	10	35,7	28	100	3,857	0,003
• Jarang	42	31,8	90	68,2	132	100	(1,640-9,073)	
Ketersediaan Fasilitas Kesehatan								
• Ada	57	38,0	93	62,0	150	100	1,430	0,744
• Tidak Ada	3	30	7	70	10	100	(0,355-5,754)	
Ketersediaan Dana								
• Ada	41	45,6	49	54,4	90	100	2,246	0,026
• Tidak Ada	19	27,1	51	72,9	70	100	(1,149-4,391)	

Hasil analisis hubungan antara frekuensi penyuluhan diperoleh hasil ada 29 (55,8%) kader aktif yang sering mendapatkan penyuluhan dan 31 (28,7%) kader aktif yang jarang mendapatkan penyuluhan. Kemungkinan kader yang mendapatkan penyuluhan adalah 4 kali lebih besar untuk aktif jika dibandingkan kader yang jarang mendapatkan penyuluhan. Perbedaan peluang ini bermakna dengan nilai $P=0,003$.

Hasil analisis hubungan antara keberadaan fasilitas kesehatan diperoleh proporsi kader aktif dengan keberadaan fasilitas kesehatan 57 (38%). Sedangkan kader aktif yang tidak ada fasilitas kesehatan adalah 3 (30%). Hasil uji statistik diperoleh nilai $P=0,744$ yang berarti tidak ada hubungan yang bermakna antara fasilitas kesehatan dengan keaktifan kader. Diperoleh juga $OR=1,430$ yang artinya peluang kader yang menyatakan memiliki fasilitas kesehatan di desanya adalah 1 kali atau sama dengan keaktifan kader yang tidak punya fasilitas kesehatan.

Hasil yang didapatkan dari analisis data antara variabel ketersediaan dana dengan keaktifan kader adalah proporsi kader aktif yang mempunyai dana sebesar 45%. Sedangkan kader aktif yang tidak mempunyai dana sebesar 27,1%. Dari uji statistik diperoleh nilai $P= 0,026$ yang berarti ada hubungan yang bermakna. Kemungkinan kader yang mempunyai dana untuk aktif adalah 2 kali lebih besar jika dibandingkan dengan kader yang tidak mempunyai dana.

5.2.2 Hubungan Faktor Penguat dengan Keaktifan Kader dalam Pengelolaan desa Siaga

Tabel 5.10 Distribusi Frekuensi Hubungan antara Faktor Penguat dengan Keaktifan Kader dalam Pengelolaan desa siaga di Wilayah Kerja Puskesmas Tanjunganom Tahun 2012

Faktor Penguat	Keaktifan Kader				Total		OR 95% CI	Nilai P
	Aktif		Kurang Aktif		n	%		
	n	%	n	%				
Insentif								
• Pernah	40	47,1	45	52,9	85	100	2,444 (1,256-4,757)	0,013
• Tidak pernah	20	26,7	55	73,3	75	100		
Dukungan TOMA								
• Mendukung	47	46,1	55	53,9	102	100	2,958 (1,426-6,136)	0,005
• Tidak mendukung	13	22,4	45	77,6	58	100		
Dukungan Masyarakat								
• Mendukung	43	45,7	51	54,3	94	100	2,430 (1,225-4,820)	0,016
• Tidak mendukung	17	25,8	49	74,2	66	100		
Dukungan Keluarga								
• Mendukung	55	40,1	82	59,9	137	100	2,415 (0,847-6,887)	0,146
• Tidak mendukung	5	21,7	18	78,3	23	100		
Supervisi								
• Ada	31	47,7	34	52,3	65	100	2,075 (1,079-3,990)	0,042
• Tidak ada	29	30,5	66	69,5	95	100		

Analisa hubungan antara variabel insentif dengan keaktifan kader diperoleh proporsi kader aktif yang pernah mendapatkan insentif adalah 47,1%. Proporsi ini lebih besar jika dibandingkan dengan kader aktif yang tidak pernah mendapatkan insentif (26,7%). Dari uji statistik diperoleh nilai $P= 0,013$ yang berarti ada hubungan yang bermakna antara insentif dengan keaktifan kader. Diperoleh juga kemungkinan kader yang pernah mendapatkan insentif untuk aktif adalah 2 kali lebih besar dari pada kader yang tidak pernah mendapatkan insentif.

Hasil analisis antara dukungan TOMA (tokoh masyarakat) dengan keaktifan kader dalam mengelola desa siaga menyatakan bahwa ada sejumlah 47 (46,1%) kader aktif yang mendapat dukungan TOMA. Sedangkan diantara kader yang tidak mendapat dukungan, ada 13 (22,4%) yang aktif mengelola desa siaga. Dari uji statistik diperoleh nilai $P= 0,005$ yang berarti ada perbedaan proporsi keaktifan kader antara kader yang mendapat dukungan TOMA dengan kader yang tidak mendapat dukungan. Ini berarti bahwa antara dukungan TOMA dengan keaktifan kader mempunyai hubungan yang bermakna. Dari uji statistik juga diperoleh nilai $OR=2,958$, berarti bahwa kemungkinan kader yang mendapatkan dukungan TOMA untuk aktif adalah 3 kali lebih besar dari pada kader yang tidak mendapatkan dukungan dari TOMA.

Proporsi kader aktif yang mendapat dukungan masyarakat adalah 45,7%, lebih besar dibandingkan dengan proporsi kader aktif yang tidak mendapatkan dukungan (25,8%). Kemungkinan kader yang mendapatkan dukungan masyarakat untuk aktif mengelola desa siaga adalah 2 lebih besar jika dibandingkan kader yang tidak mendapat dukungan dari masyarakat. Nilai P yang di dapatkan dari uji statistik adalah $P=0,016$ Nilai ini berarti bahwa ada hubungan yang bermakna antara dukungan masyarakat dengan keaktifan kader.

Hasil analisa hubungan antara dukungan keluarga dengan keaktifan kader adalah ada 55 (40,1%) kader aktif yang mendapat dukungan keluarga, lebih tinggi dari jumlah kader aktif yang tidak mendapat dukungan keluarga yaitu 5 (21,7%). Hasil uji statistik diperoleh hasil yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara dukungan keluarga dengan keaktifan kader ($P=0,146$). Kemungkinan kader yang mendapat dukungan keluarga adalah 2 kali lebih besar

untuk aktif dibandingkan kader yang tidak mendapat dukungan keluarga (OR=2,414).

Analisis hubungan antara supervisi dengan keaktifan kader diperoleh proporsi kader aktif yang pernah mendapat supervisi adalah 47,7% (31). Sedangkan proporsi kader aktif yang tidak pernah mendapatkan supervisi adalah 30,5% (29). Hasil yang didapatkan dari uji statistik adalah nilai OR=2,075, berarti bahwa peluang kader yang pernah mendapatkan supervisi untuk aktif adalah 2 kali dibandingkan kader yang tidak pernah mendapatkan supervisi. Nilai P=0,042 yang berarti ada hubungan yang bermakna antara supervisi dengan keaktifan kader dalam mengelola desa siaga



BAB 6 PEMBAHASAN

6.1 Keterbatasan Penelitian

6.1.1 Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah desain studi *Cross Sectional* (potong lintang) sehingga tidak dapat memberikan gambaran hubungan sebab akibat.

6.1.2 Variabel Penelitian

Secara teori, banyak faktor yang berhubungan dengan perilaku kader dalam melaksanakan tugasnya. Dengan pertimbangan dan keterbatasan, maka variabel yang diteliti adalah yang terdapat dalam kerangka konsep.

6.1.3 Kualitas Data

Teknik pengumpulan data yang digunakan adalah wawancara, dengan bantuan 16 bidan. Sehingga kualitas data yang terkumpul tergantung kemampuan pewawancara. Adanya keterbatasan kemampuan responden untuk mengingat (*recall bias*), faktor subyektifitas dan kejujuran responden yang sulit diminimalisir.

6.2 Keaktifan Kader dalam Pengelolaan Desa Siaga

Keaktifan kader merupakan salah satu kunci keberhasilan dan kelestarian desa siaga (Depkes RI, 2009). Kader adalah salah satu unsur yang tidak terpisahkan dalam upaya pengembangan desa siaga karena merupakan pelaku utama dalam penggerakan dan pemberdayaan masyarakat Pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan, (2007). Kader merupakan tenaga yang dianggap paling dekat dengan masyarakat. Oleh karena itu, kader diharapkan dapat menggerakkan dan memberdayakan masyarakat agar tercipta masyarakat yang mandiri dan hidup sehat (Depkes RI, 2007).

Hasil penelitian ini memberikan gambaran bahwa kader yang aktif dalam pengelolaan desa siaga di wilayah kerja Puskesmas Tanjunganom, Kabupaten Nganjuk, adalah 37,5%. Hasil penelitian ini sama dengan hasil penelitian yang

dilakukan oleh Hidayati (2011) di wilayah kerja Puskesmas Janti, Kodya Malang. Hasil penelitian Hidayati menyebutkan bahwa kader yang aktif mengelola desa siaga adalah 46,9%. Hal ini bisa disebabkan karena adanya kesamaan pengetahuan kader tentang desa siaga yang rendah pada kedua daerah ini. Selain itu juga dapat disebabkan oleh frekuensi penyuluhan yang jarang.

6.3 Faktor Predisposisi

6.3.1 Umur Responden

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa kemungkinan kader yang berumur ≤ 39 tahun untuk aktif adalah 2 kali dari pada kader yang berumur >39 tahun. Hasil uji statistik menyebutkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara umur kader dengan keaktifannya dalam pengelolaan desa siaga dengan nilai $P=0,744$.

Penelitian Wilkin (1986) pada Ilyas (2002) juga menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara umur seseorang dengan kinerjanya. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Soni (2007) dan Ramadhoni (2010), bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara umur dengan keaktifan kader. Robbins dalam Soni (2007) mengemukakan pendapat bahwa semakin lanjut usia seseorang, maka kinerjanya akan menurun dikarenakan berkurangnya kecepatan, ketepatan, kekuatan dan koordinasi. Semakin lanjut usia seseorang, maka tingkat kepuasan akan hasil kerjanya semakin besar. Kepuasan akan hasil kerja akan menjadikan seseorang tersebut merasa nyaman sehingga kecenderungan untuk mencari kegiatan lain akan semakin berkurang (Siagian, 1989).

Penelitian ini tidak didukung oleh penelitian yang dilakukan Irtiani (2009) yang menyatakan bahwa ada hubungan yang bermakna antara umur dengan keaktifan kader dalam mengelola RW siaga. Teori Gibson (1985) dalam Irtiani (2009) menyatakan bahwa umur mempunyai keterkaitan dengan variabel individu dalam hal mempengaruhi perilaku kerjanya yang pada akhirnya akan mempengaruhi keaktifannya dalam bekerja.

6.3.2 Pendidikan

Hasil analisis antara tingkat pendidikan kader dengan keaktifan kader didapatkan proporsi kader dengan pendidikan tinggi yang aktif mengelola desa siaga 54 (42,2%) lebih tinggi dari pada proporsi kader dengan tingkat pendidikan rendah sebesar 6 (18,8%). Hasil uji statistik diperoleh nilai $P = 0,025$ sehingga dapat disimpulkan adanya hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dengan keaktifan kader. Kemungkinan kader dengan tingkat pendidikan untuk aktif mengelola desa siaga sebesar 3 kali dibandingkan kader dengan tingkat pendidikan rendah.

Hasil penelitian ini di dukung oleh Ramadhoni (2010) dimana dalam penelitiannya menyatakan adanya hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan keaktifan kader. Penelitian Alfikri (1994) dalam Ilyas (2002) juga menyatakan adanya hubungan yang bermakna antara karakteristik akademis dengan keaktifan Ajun Penyuluh Keluarga Berencana Madya di DKI Jakarta. Depkes RI (1990) dalam Wardani (2005) menyatakan bahwa proses perubahan pengetahuan, sikap dan perilaku seseorang dapat didorong oleh pendidikan. Pendidikan dapat meningkatkan motivasi seseorang untuk berperilaku positif termasuk kesediaan membantu orang lain secara sukarela.

Penelitian ini berbeda dengan Hidayati (2011) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara keaktifan kader dengan tingkat pendidikan kader. Perbedaan hasil ini mungkin disebabkan oleh jumlah sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah 160 sedangkan penelitian Ramadhoni (2010) berjumlah 208. Jumlah sampel tersebut lebih besar dari pada jumlah sampel pada penelitian Hidayati (2011) yaitu 130 sampel.

6.3.3 Status Perkawinan

Penelitian Ramadhoni (2010) tentang Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Kader dalam Pencatatan dan Pelaporan Kasus Diare di Kabupaten Temanggung, Provinsi Jawa Tengah menyatakan adanya hubungan yang signifikan antara status perkawinan dengan keaktifannya. Kader yang terikat perkawinan mempunyai hambatan dalam menjalankan tugasnya. Hal ini disebabkan sebagai ibu rumah tangga, mereka mempunyai tugas dan tanggung

jawab serta kesibukan tersendiri dalam keluarganya. selain itu, sebagai seorang istri harus mendapatkan ijin dari suami jika akan melakukan aktifitas di luar rumah.

Penelitian ini tidak sejalan dengan hasil penelitian di atas. Penelitian ini menyatakan bahwa proporsi kader yang sudah menikah adalah 90,6%. Dari uji statistik yang telah dilakukan diperoleh nilai $P= 0,529$ dan $OR=0,579$. Hal ini berarti bahwa ada hubungan yang tidak signifikan antara status perkawinan dengan keaktifan kader dalam pengelolaan desa siaga. Kemungkinan kader yang telah menikah untuk aktif adalah 0,6 kali dari pada kader yang sudah menikah. Penelitian ini didukung oleh penelitian Saragih (2011) yang juga menyatakan bahwa terdapat hubungan yang tidak bermakna antara variabel status pernikahan dengan keaktifan kader.

Siagian (1989) menyatakan bahwa dibutuhkan cara, teknik dan motivasi yang sesuai digunakan oleh orang yang sudah berkeluarga. Meskipun terdapat hubungan yang positif antara status perkawinan dengan produktifitas kerjanya. Tetapi jika dihubungkan dengan tingkat kemangkiran, hasilnya masih sulit untuk digeneralisasi. Hal ini dapat diasumsikan bahwa kader yang belum menikah, belum tentu lebih aktif dari pada kader yang sudah menikah. Kader yang sudah menikah mungkin bisa mengatur waktu dengan baik sehingga tetap aktif menjalankan tugas sebagai kader.

Perbedaan hasil ketiga penelitian ini mungkin disebabkan perbedaan dalam jumlah sampel penelitian. Jumlah sampel yang digunakan pada penelitian Romadhoni (2010) adalah 201 sampel sedangkan sampel yang digunakan pada penelitian ini adalah 160 dan pada penelitian Saragih (2011) adalah 114 sampel.

6.3.4 Pekerjaan

Penelitian ini menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara pekerjaan dengan keaktifan kader dalam pengelolaan desa siaga. Pernyataan ini berdasarkan hasil uji statistik dengan nilai $P=0,572$ dan $OR=1,337$. Kemungkinan responden yang tidak bekerja untuk aktif adalah sama dengan kader yang bekerja. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Hidayati (2011) mendukung penelitian ini dengan nilai $P=1,00$. Peluang responden yang tidak bekerja untuk

aktif adalah sama dengan kader yang bekerja. Hal ini mungkin disebabkan karena sebagian besar pekerjaan kader tidak terikat waktu sehingga dapat membagi waktu dan tetap aktif sebagai kader desa siaga Irtiani (2009).

Penelitian ini tidak didukung oleh penelitian Ramadhoni (2010) yang menyatakan ada hubungan yang signifikan antara pekerjaan dengan perilaku kader. Kemungkinan kader yang tidak bekerja untuk aktif adalah 2 kali dari pada kader yang bekerja. Kader yang bekerja waktu luangnya lebih sedikit untuk melakukan aktifitas diluar rumah sehingga kader yang bekerja tidak aktif dalam melakukan pencatatan dan pelaporan. Hasil yang berbeda pada penelitian ini mungkin disebabkan perbedaan jumlah sampel yang digunakan. Pada penelitian Ramadhoni (2010), sampel yang digunakan berjumlah 208 sedangkan pada penelitian ini 160 sampel.

6.3.5 Pengalaman

Hasil penelitian ini menyatakan bahwa ada hubungan yang bermakna antara antara pengalaman dengan keaktifan kader dalam pengelolaan desa siaga. Kemungkinan kader dengan pengalaman lebih atau sama dengan 2,5 tahun untuk aktif adalah 3 kali lebih besar dari pada kader dengan pengalaman kurang 2,5 tahun.

Siagian (1989) menyatakan bahwa semakin lama seseorang berkarya, kedewasaan teknisnyapun semakin meningkat. Pengalaman seseorang dalam melaksanakan tugas tertentu secara terus-menerus untuk waktu yang lama biasanya akan meningkatkan produktifitasnya dalam bekerja. Ilyas (2002) menyatakan bahwa tingginya kinerja seseorang merupakan efek dari perilaku kerja yang benar dan dilakukan terus-menerus sehingga perilaku kerja tersebut semakin kuat. Penelitian Mendrofa (1995) dalam Ilyas (2002) menemukan variabel pengalaman kerja berhubungan dengan kinerja seseorang secara bermakna.

Penelitian Novianti (2006) tidak sejalan dengan penelitian ini. Tidak ada hubungan yang signifikan antara motivasi kerja kader dengan lama bertugas sebagai kader. Perbedaan ini mungkin disebabkan karena jumlah sampel yang

berbeda. Sampel pada penelitian ini 160, sedangkan pada penelitian Novianti (2006) adalah 115 responden.

6.3.6 Pengetahuan

Ross (1960) dalam Notoatmodjo (2010b) menyatakan bahwa terdapat tiga prakondisi yang dapat menumbuhkan peran serta masyarakat, salah satunya adalah mempunyai pengetahuan yang luas dan latar belakang yang memadai sehingga dapat mengidentifikasi masalah, prioritas masalah dan melihat permasalahan secara komprehensif. Notoatmodjo (2010b) juga menerangkan bahwa pengetahuan adalah domain yang sangat penting untuk membentuk perilaku seseorang. Perilaku baru atau adopsi perilaku yang didasari oleh pengetahuan, kesadaran dan sikap yang positif, maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng (*long lasting*). Sebaliknya apabila perilaku itu tidak didasari pengetahuan dan kesadaran maka perilaku tersebut tidak akan berlangsung lama.

Hasil penelitian ini diperoleh proporsi kader dengan pengetahuan tinggi adalah 44,4% sedangkan pengetahuan kurang 55,6%. Kemungkinan kader dengan pengetahuan tinggi adalah 2 kali untuk aktif jika dibandingkan kader dengan pengetahuan kurang. Hasil uji statistik menyatakan nilai $P=0,024$ sehingga ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan kader dengan keaktifan kader dalam pengelolaan desa siaga. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Soni (2007) yang menyatakan ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan keaktifan kader. Kemungkinan kader yang mempunyai pengetahuan tinggi untuk aktif adalah 4 kali dari pada kader dengan pengetahuan rendah. Penelitian ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Soni (2007) dan Hidayati (2011).

6.3.7 Sikap

Sikap merupakan faktor yang menentukan perilaku karena sikap berhubungan dengan persepsi, kepribadian, belajar dan motivasi. Teori Rosenberg menyatakan bahwa sikap menentukan affect (perasaan), kognisi (proses berfikir) dan perilaku seseorang (Gibson, 1988). Krech, Crutchfield dan Ballachey dalam Sobur (2003) juga merumuskan sikap sebagai gabungan dari komponen kognitif,

komponen perasaan dan komponen kecenderungan tindakan. Komponen kecenderungan tindakan adalah kecenderungan seseorang untuk berperilaku baik positif maupun negatif terhadap suatu objek. Sikap positif cenderung mendorong seseorang untuk membantu atau mendukung obyek. Sikap negatif cenderung mendorong seseorang untuk menghindari bahkan berusaha merugikan suatu obyek.

Selaras dengan teori di atas, hasil penelitian ini menunjukkan terdapat hubungan yang bermakna antara sikap dengan keaktifan kader. Kemungkinan kader dengan sikap positif adalah 2 kali untuk aktif dari pada kader yang mempunyai sikap negatif. Penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Hidayati (2011). Kemungkinan kader yang mempunyai sikap positif untuk aktif adalah 2 kali daripada kader dengan sikap negatif. Penelitian Soni (2007) juga menyatakan hal yang sama. Adapun peluang kader yang mempunyai sikap positif untuk aktif adalah 3 kali untuk aktif dari pada kader yang tidak aktif.

6.4 Faktor Pemungkin

6.4.1 Penyuluhan

Notoatmodjo (2007) menerangkan bahwa dalam rangka pembinaan dan peningkatan perilaku kesehatan masyarakat, pendekatan edukatif lebih tepat untuk dilaksanakan. Salah satu pendekatan edukatif yang dapat dilaksanakan adalah dalam bentuk penyuluhan. Penyuluhan merupakan salah satu cara intensif yang dapat digunakan oleh petugas kesehatan dengan sasaran. Dengan penyuluhan yang baik, maka sasaran/seseorang akan dengan sukarela, berdasarkan kesadaran, dan penuh pengertian akan menerima suatu perilaku atau menimbulkan kemauan untuk mengubah suatu perilaku.

Penyuluhan merupakan salah satu bentuk pendidikan kesehatan yang bertujuan untuk merubah perilaku secara terencana pada diri individu, kelompok dan masyarakat untuk lebih dapat mandiri dalam mencapai tujuan hidup sehat. Semua bentuk penyuluhan kesehatan merupakan bentuk pemberdayaan masyarakat yang dapat meningkatkan pengetahuan individu, kelompok dan masyarakat (Mubarak,W Iqbal., Chayatin, N., Rozikin, K., Supardi, 2007).

Hasil penelitian ini menyatakan bahwa peluang responden yang sering mendapatkan penyuluhan adalah 4 kali untuk aktif dibandingkan kader yang jarang mendapat penyuluhan. Dengan nilai $P= 0,003$ maka pada penelitian ini terdapat hubungan yang bermakna antara penyuluhan dengan keaktifan kader. Penelitian ini sejalan dengan penelitian Hidayati (2011). Hasil penelitian Hidayati (2011) menyebutkan bahwa kemungkinan kader yang sering mendapat penyuluhan untuk aktif adalah 3 kali dari pada kader yang jarang mendapatkan penyuluhan.

Kader yang jarang mendapatkan penyuluhan sebanyak 82,5% dari jumlah kader yang ada. Hal ini dapat berpengaruh terhadap tingkat pengetahuan kader tentang pengelolaan desa siaga. Dari jumlah frekuensi penyuluhan, didapatkan 48,8% kader hanya mendapatkan 1 kali penyuluhan tentang desa siaga dalam kurun waktu 6 bulan terakhir. Hal ini menggambarkan bahwa komitmen fasilitator dan koordinator desa siaga masih sangat rendah sehingga perlu motivasi untuk peningkatan kegiatan penyuluhan. Mengacu pada perbandingan jumlah kader desa siaga yang pernah mendapatkan pelatihan desa siaga dengan jumlah kader yang belum mendapatkan pelatihan desa siaga masih sangat kecil oleh karena itu penyuluhan merupakan salah satu upaya untuk menyampaikan materi-materi tentang desa siaga kepada seluruh kader. Kegiatan penyuluhan dapat dilakukan pada saat pertemuan kader atau pertemuan pasca kegiatan posyandu.

6.4.2 Ketersediaan Fasilitas Kesehatan

Penelitian ini menyatakan tidak ada hubungan yang bermakna antara fasilitas kesehatan dengan keaktifan kader dengan hasil uji statistik yang diperoleh yaitu nilai $P= 0,866$. Sedangkan kemungkinan kader yang mempunyai fasilitas kesehatan adalah sama dengan kader yang tidak punya fasilitas kesehatan.

Penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Irtiani (2009) dan Hidayati (2011). Pada penelitian Irtiani (2009), kemungkinan kader yang mempunyai fasilitas kesehatan 8 untuk aktif dari pada kader yang tidak mempunyai fasilitas kesehatan. Sedangkan penelitian Hidayati (2011), menyebutkan kader yang mengetahui adanya fasilitas kesehatan mempunyai kemungkinan 4 kali untuk aktif dari pada kader yang tidak mengetahui keberadaan fasilitas kesehatan.

Perbedaan hasil ini mungkin disebabkan karena proporsi responden yang menyatakan ada fasilitas jauh lebih besar (93,8%) dari pada penelitian Irtiani (2009) yaitu sebesar dan Hidayati (2011) sebesar 57,1%. Fasilitas kesehatan tidak mempunyai pengaruh yang signifikan mungkin disebabkan karena di wilayah kerja Puskesmas Tanjunganom, fasilitas kesehatan sebagian besar melayani pelayanan kesehatan dasar yang berhubungan dengan pengobatan. Kegiatan pembinaan, penyuluhan dan supervisi sebagian besar dilakukan di luar gedung fasilitas kesehatan seperti di ruang pertemuan balai desa/kelurahan, rumah kader ataupun tokoh masyarakat. Dimanapun kegiatan penyuluhan, pembinaan dan supervisi dapat dilakukan sehingga dapat meningkatkan keaktifan kader desa siaga.

6.4.3 Ketersediaan Dana

Proporsi kader aktif yang menyebutkan bahwa tersedia dana yang dapat digunakan untuk kegiatan desa siaga adalah sebesar 45,6%. Ini lebih besar daripada kader aktif yang menyebutkan bahwa tidak ada dana yang dapat digunakan untuk kegiatan desa siaga yaitu 27,1%. Kemungkinan responden yang mempunyai dana adalah 2 kali untuk aktif dibandingkan dengan responden yang tidak mempunyai dana. Hasil penelitian ini juga menyebutkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara ketersediaan dana dengan keaktifan kader dalam pengelolaan desa siaga ($P=0,026$).

Adisamito (2007) menyebutkan bahwa pembiayaan kesehatan merupakan faktor yang signifikan dalam mempengaruhi kualitas kesehatan masyarakat suatu negara. Sumber pembiayaan kesehatan dapat berasal dari pemerintah, swasta dan masyarakat. Sedangkan James F.Mckenzie, Robert R. Pinger, Jerome E.Kotecki (2003) menyebutkan bahwa masyarakat sekarang ini lebih tergantung pada dana pemerintah, oleh karena itu diperlukan pengelolaan masyarakat yang lebih baik untuk memanfaatkan sumberdaya yang ada secara optimal untuk kesehatan.

Uraian yang disampaikan James F. Mckenzie dkk (2003) ini sesuai dengan keadaan yang ada dilapangan sekarang ini. Konsep desa siaga berupa pemberdayaan masyarakat termasuk pemberdayaan pembiayaan kesehatan seperti tabulin dan dasolin tidak berjalan dengan baik. Salah satu penyebabnya

dimungkinkan karena adanya jaminan kesehatan kepada seluruh warga yang diberikan pemerintah daerah dalam hal pengobatan di puskesmas dan Jaminan Persalinan (Jampersal) kepada ibu hamil, bersalin dan nifas. Masyarakat cenderung menunggu bantuan dana dari pemerintah dari pada menggalang dana atau sumberdaya yang ada disekitarnya. Jaminan kesehatan oleh pemerintah menjadikan masyarakat lebih pasif dalam mengupayakan pemeliharaan kesehatannya. Dengan adanya Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) dari pemerintah dalam hal ini Departemen Kesehatan, maka dana sehat yang sebelumnya tumbuh dari bawah ini menjadi semakin hilang dari masyarakat. Dana sehat seperti tabulin adalah contoh potensi masyarakat sebagai perwujudan *community fund* yang perlu dijaga kelestariannya (Wahit Iqbal Mubarak, Nurul Chayatin, Khoirul Rozikin, Supardi, 2007).

6.5 Faktor Penguat

6.5.1 Insentif

Kaum behavioristik memandang manusia sebagai makhluk yang pasif. Untuk mendorong terciptanya suatu perilaku, maka manusia harus mendapatkan dorongan dari luar. Kaum behavioristik sangat menekankan pentingnya insentif atau faktor inforcement/penguat untuk mendorong perilaku seseorang. Peran serta kader dalam masyarakat adalah berdasarkan kesukarelaan. Namun demikian, kader juga memerlukan reward, baik yang bersifat material maupun non-material untuk menjaga kelestarian keaktifan kader (Notoatmodjo, 2010b).

Sesuai dengan uraian di atas, pada penelitian ini didapatkan proporsi kader aktif yang pernah mendapat insentif (47,1%), lebih besar dari pada kader aktif yang tidak pernah mendapatkan insentif (26,7%). Hasil uji statistik didapatkan nilai $P=0,013$ dan $OR=2,444$. Dengan demikian dapat diketahui bahwa ada hubungan yang signifikan antara insentif dengan keaktifan kader dalam pengelolaan desa siaga. Sedangkan kemungkinan kader yang pernah mendapat insentif untuk aktif adalah 2 kali dari pada kader yang tidak pernah mendapat insentif. Penelitian ini didukung oleh penelitian Hidayati (2010) yang juga menyatakan bahwa ada hubungan yang signifikan antara insentif dengan keaktifan

kader. Kader yang pernah mendapatkan insentif mempunyai kemungkinan 2 kali untuk aktif dari pada kader yang tidak pernah mendapat insentif.

Menurut Gibson (1987) dan Kopelman (1986) dalam Ilyas (2002) menyatakan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara insentif dengan kinerja individu. insentif dapat berpengaruh dalam hal peningkatan motivasi kerja yang secara langsung akan meningkatkan kinerja seseorang. Handoko (1985) juga menyatakan bahwa insentif memberikan hubungan yang sangat jelas dengan hasil produktivitas kerja seseorang. Pemberian insentif akan meningkatkan motivasi seseorang sehingga akan memacu untuk menghasilkan prestasi kerja yang lebih baik.

Pemberian insentif kepada kader desa siaga hanya diberikan melalui dana stimulan di awal pelaksanaan program desa siaga. Pemberian insentif sebenarnya tidak harus berupa materi, tetapi bisa dalam bentuk penghargaan. Motivasi kader dalam pengelolaan desa siaga dapat tumbuh jika diberikan penghargaan berupa sertifikat kepada kader yang berprestasi, pemberian seragam/batik atau dengan mengikutsertakan dalam pelatihan desa siaga. Pemberian penghargaan semacam ini dapat meningkatkan motivasi para kader untuk aktif dalam kegiatan desa siaga karena mereka merasa dihargai dan merasa mempunyai keterampilan yang lebih dalam mengelola desa siaga. Pemberian insentif mungkin dapat dialokasikan dari anggaran dana kegiatan PKK desa, karena kader merupakan bagian dari PKK yaitu di dalam Pokja IV.

6.5.2 Dukungan Tokoh Masyarakat

Penelitian ini menunjukkan terdapat hubungan yang bermakna antara dukungan tokoh masyarakat dengan keaktifan kader ($P=0,005$). Peluang kader yang mendapat dukungan tokoh masyarakat untuk aktif adalah 3 kali dibanding kader yang tidak mendapat dukungan. Penelitian ini di dukung oleh Hidayati (2011). Kemungkinan kader yang mendapatkan dukungan tokoh masyarakat adalah 3 kali untuk aktif dari pada kader yang tidak mendapatkan dukungan.

Perubahan perilaku pada masyarakat yang mempunyai sikap paternalistik yang masih kuat biasanya mengacu pada tokoh masyarakat setempat (Notoatmodjo, 2010b). Dalam pengembangan Program Desa Siaga, tokoh

masyarakat mempunyai peran sebagai pemberdaya masyarakat dan penggali sumberdaya untuk kelangsungan dan kesinambungan desa siaga. Tokoh masyarakat mempunyai fungsi diantaranya memberikan dukungan dalam pengelolaan desa siaga baik yang bersifat materi maupun non materi (Departemen Kesehatan, 2009).

Keberhasilan pelaksanaan desa siaga percontohan di Cibatu, Purwakarta tidak bisa lepas dari tingginya dukungan dinas kesehatan, camat, kepala desa, tokoh masyarakat, dan masyarakat desa Cibatu (Azhar, T.N., Setiawan, E., Marhaeni, D., Hasanbasri, 2007).

Pelaksanaan program desa siaga yang belum optimal ini dapat dikarenakan kurangnya dukungan dari tokoh masyarakat yang disebabkan belum adanya kebijakan tertulis yang mengatur pelaksanaan desa siaga. Pelatihan yang diberikan kepada tokoh masyarakat juga belum besar pengaruhnya terhadap optimalisasi pelaksanaan desa siaga. Jika dilihat dari segi kuantitas, jumlah tokoh masyarakat yang mendapatkan pelatihan desa siaga masih sangat kurang, yaitu dua orang untuk masing-masing desa. Selain itu, tokoh-tokoh organisasi masyarakat (Majelis Muslimat NU, Kelompok Pengajian, Kelompok Tani, Karang Taruna) yang merupakan elemen penting dalam organisasi dan dapat membantu pelaksanaan kegiatan desa siaga belum dilakukan kerjasama dan pendekatan secara berkesinambungan.

6.5.3 Dukungan Masyarakat

Menurut Snehandu B Karr dalam Notoatmojdo (2010b), menerangkan bahwa dalam berperilaku, seseorang cenderung membutuhkan dukungan dari masyarakat di sekitarnya. Tanpa adanya dukungan masyarakat, maka akan terjadi ketidaknyamanan seseorang dalam berperilaku.

Penelitian ini menyatakan adanya hubungan antara dukungan masyarakat dengan keaktifan kader yang bermakna. Kemungkinan kader yang mendapat dukungan masyarakat adalah 2 kali untuk aktif dari pada kader yang tidak mendapat dukungan dari masyarakat. Penelitian ini sejalan dengan Hidayati (2011). Peluang kader yang mendapat dukungan masyarakat adalah 3 kali untuk aktif dari pada kader yang tidak mendapat dukungan. Dukungan masyarakat

dalam bentuk partisipasi aktif masyarakat dalam kegiatan desa siaga merupakan salah satu pendorong bagi terlaksananya kegiatan desa siaga (Azhar, T.N., Setiawan, E., Marhaeni, D., Hasanbasri, 2007)

Ilyas (2002) menyatakan bahwa perilaku seseorang ditentukan oleh dua faktor yaitu faktor personal dan faktor lingkungan. Perilaku merupakan fungsi interaksi antara individu dengan lingkungannya. Kondisi lingkungan yang kondusif akan menciptakan kinerja yang tinggi. Uraian tersebut sesuai dengan Robbins (1995), bahwa penerimaan kelompok dan perasaan aman merupakan kunci penentu perilaku seseorang. Hal ini dapat diasumsikan bahwa kader yang mendapatkan dukungan masyarakat sebagai lingkungan yang mendukungnya dalam bekerja akan mendorong keaktifan kader dalam menjalankan tugasnya sebagai kader desa siaga.

Organisasi masyarakat seperti Majelis Muslimat NU, Kelompok Tani, Karang Taruna merupakan elemen masyarakat yang sebenarnya sangat potensial dalam membantu sosialisasi dan pelaksanaan kegiatan desa siaga. Namun demikian belum dilakukan pendekatan secara berkesinambungan.

6.5.4 Dukungan Keluarga

Keluarga adalah unit terkecil masyarakat. Untuk mencapai suatu perilaku sehat dalam masyarakat, maka harus dimulai pada masing-masing tatanan keluarga. Teori pendidikan mengatakan bahwa keluarga adalah tempat persemaian manusia sebagai anggota masyarakat. Oleh karena itu, keluarga mempunyai peran yang sangat penting dalam pembentukan perilaku suatu masyarakat (Notoatmodjo, 2010b).

Saparinah dalam Notoatmodjo (2003) menggambarkan adanya hubungan antara individu dengan lingkungan sosial yang saling mempengaruhi. Setiap individu lahir berada di dalam suatu kelompok, terutama kelompok keluarga. Kelompok ini mempunyai kemungkinan untuk saling mempengaruhi antar anggota kelompok, termasuk perilaku dalam menghadapi masalah-masalah kesehatan.

Pada penelitian ini, hasil uji statistik didapatkan bahwa nilai $OR = 2,414$. Nilai ini berarti bahwa kader yang mendapat dukungan dari keluarga mempunyai

peluang 2 kali untuk aktif dari pada kader yang tidak mendapat dukungan. Namun demikian, hasil statistik ini menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan keaktifan kader dalam pengelolaan desa siaga. Hal ini mungkin disebabkan karena kebutuhan akan aktualisasi diri semakin tinggi. Meskipun hanya sebagai ibu rumah tangga, keinginan untuk merealisasikan potensi yang ada pada diri kader tersebut cukup besar. Dengan atau tanpa dukungan keluarga, mereka akan terus mengupayakan untuk aktif sebagai kader desa siaga sebagai wujud aktualisasi diri.

Maslow menjelaskan bahwa kebutuhan manusia berperingkat, yaitu: kebutuhan fisiologi, kebutuhan akan rasa aman, kebutuhan kasih sayang, kebutuhan untuk dihargai, kebutuhan kognitif, kebutuhan aktualisasi diri dan kebutuhan estetika. Setiap tingkatan yang lebih tinggi akan diperoleh apabila kebutuhan yang lebih rendah telah terpenuhi. Aktualisasi diri adalah bentuk realisasi potensi yang ada pada diri seseorang yang berdasarkan motivasi dalam diri seseorang tersebut. Seseorang akan merasa bahagia jika mampu untuk mengaktualisasikan potensi yang ada pada dirinya. (Algrave Master Series).

6.5.5 Supervisi

Hasil penelitian ini menyatakan bahwa antara supervisi dengan keaktifan kader terdapat hubungan yang signifikan. Kader yang pernah mendapatkan supervisi mempunyai peluang 2 kali untuk aktif dari pada kader yang tidak pernah mendapat supervisi.

Penelitian yang dilakukan oleh Soni (2007) mendukung penelitian ini dengan kemungkinan kader yang pernah mendapatkan supervisi untuk aktif adalah 3 kali lebih besar dari pada kader yang tidak pernah mendapatkan supervisi.. Hardoyo (1995) dalam Soni (2007) mengatakan bahwa supervisi merupakan seni kerjasama dengan sekelompok orang dengan memberikan suatu wewenang. Dengan adanya pemberian wewenang, diharapkan pelaksanaan suatu pekerjaan dapat berjalan dengan baik. Hal ini dapat tercapai jika terdapat suasana yang menyenangkan dan penuh semangat serta adanya kerjasama yang baik antara kelompok dengan supervisor.

Penelitian ini juga di dukung oleh Irtiani (2009) yang menyatakan adanya hubungan yang bermakna antara pembinaan dengan keaktifan kader RW siaga di kecamatan Jatisampurna. Peluang kader yang mendapatkan pembinaan adalah 9 kali untuk aktif daripada kader yang tidak mendapatkan pembinaan. Hal ini wajar karena mengingat bahwa pembinaan merupakan suatu sarana dalam meningkatkan pengetahuan maupun ketrampilan kader, sehingga melalui pembinaan, aktivitas dari kader tersebut juga dapat ditingkatkan.

Ilyas (2002) menyatakan bahwa pada Negara berkembang seperti Indonesia, supervisi dan kontrol masih sangat penting pengaruhnya terhadap kinerja individu. Dari penelitian yang dilakukan oleh Ilyas dan peneliti lainnya ditemukan hubungan yang bermakna antara variabel supervisi dengan kinerja seseorang.

Hasil penelitian didapatkan bahwa sebanyak 59,4% kader yang menyatakan bahwa tidak pernah mendapatkan supervisi dalam kurun waktu 1 tahun terakhir. Dalam pelaksanaannya, kegiatan evaluasi dilakukan hanya dengan melaporkan kegiatan yang ada pada masing-masing desa kepada pengelola program Promosi Kesehatan Puskesmas melalui bidan desa.

BAB 7 SIMPULAN DAN SARAN

7.1 Simpulan

1. Hasil penelitian menyatakan bahwa proporsi kader yang tidak aktif dalam kegiatan pengelolaan desa siaga adalah 62,5%.
2. Tujuh variabel dari faktor predisposisi yang diteliti, terdapat 4 variabel yang mempunyai hubungan bermakna dengan keaktifan kader dalam pengelolaan desa siaga. Variabel yang dimaksud adalah pendidikan, pengalaman, pengetahuan dan sikap.
3. Ketiga variabel dari faktor pemungkin terdapat dua variabel yang signifikan dengan keaktifan kader dalam keaktifan dalam pengelolaan desa siaga, yaitu variabel frekuensi penyuluhan dan ketersediaan dana.
4. Kelima variabel faktor penguat, terdapat hubungan yang signifikan antara keaktifan kader dalam pengelolaan desa siaga dengan variabel insentif, dukungan tokoh masyarakat, dukungan masyarakat dan variabel supervisi.

7.2 Saran

7.2.1 Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk

1. Melakukan kerjasama secara berkesinambungan dengan pemerintah daerah terkait kebijakan pelaksanaan desa siaga di desa/kelurahan.
2. Membuat program kegiatan yang dapat menjadi motivasi para kader desa siaga untuk lebih aktif dalam mengelola desa siaga, misalnya mengadakan lomba desa siaga, lomba kader desa siaga berprestasi, memberikan penghargaan kepada kader yang berprestasi.
3. Melakukan supervisi ke desa/kelurahan siaga minimal 1 tahun sekali.

7.2.2 Puskesmas Tanjunganom

1. Melakukan kerjasama dan pendekatan dengan aparat desa dan tokoh masyarakat secara berkesinambungan. Pendekatan dukungan tokoh masyarakat dapat dilakukan melalui organisasi masyarakat yang ada di desa, diantaranya Majelis Muslimat NU, kelompok pengajian, kelompok tani ataupun aparat pemerintahan desa setempat. Sosialisasi, pemberian

penyuluhan ataupun upaya penggerakan pemberdayaan masyarakat dapat dilakukan dengan bantuan tokoh organisasi tersebut. Kegiatan desa siaga di atas dapat dilakukan di sela-sela kegiatan organisasi.

2. Meningkatkan pengetahuan kader melalui penyuluhan tentang desa siaga setiap bulan secara rutin kepada para kader di wilayah kerja Puskesmas Tanjunganom. Kegiatan penyuluhan dilakukan dengan metode ceramah ataupun dengan metode kuis/game sehingga tidak membuat kader merasa bosan. Adapun materi yang diberikan adalah tentang desa siaga secara umum juga masalah atau isu-isu kesehatan yang terbaru. Sehingga kader merasa lebih dulu tahu dari pada masyarakat. Kegiatan penyuluhan hendaknya menggunakan alat peraga yang menarik sehingga dapat membantu kader dalam memahami materi penyuluhan yang diberikan.
3. Memberikan insentif kepada para kader untuk meningkatkan semangat kerja kader dalam menjalankan tugas sebagai kader desa siaga. Insentif dapat berupa uang, seragam/ batik, ataupun pemberian penghargaan kepada kader yang berprestasi misalnya piagam.
4. Melakukan supervisi oleh pengelola Program Promosi Kesehatan puskesmas setiap tiga bulan sekali. Kegiatan supervisi dilakukan dengan melakukan kunjungan langsung ke desa. Supervisi dapat melihat langsung apa saja kegiatan UKBM yang berjalan dan melalui kegiatan pencatatan dan pelaporan.

7.2.2 Tokoh Masyarakat

Memberikan dukungan dengan memfasilitasi pelaksanaan kegiatan desa siaga, di antaranya yaitu:

1. Melakukan advokasi kepada pemerintah desa untuk membentuk kebijakan desa yang mengatur pelaksanaan desa siaga.
2. Berperan aktif dalam pelaksanaan kegiatan desa siaga. Tokoh masyarakat terlibat langsung dalam kegiatan perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi kegiatan desa siaga dengan aktif hadir dalam pertemuan Forum Masyarakat Desa (FMD).

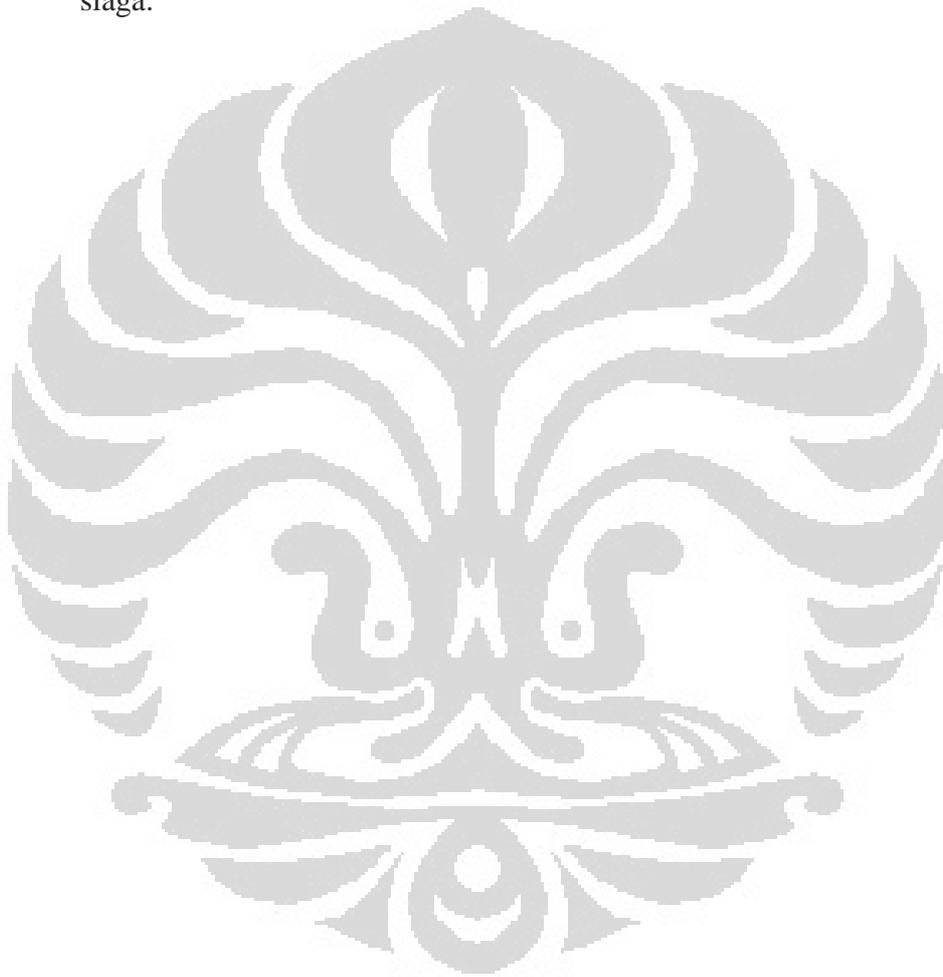
3. Melakukan penggerakan partisipasi masyarakat melalui organisasi yang ada (Majelis Muslimat NU, kelompok pengajian, kelompok tani, karang taruna). Tokoh masyarakat bersedia membantu dalam sosialisasi kegiatan desa siaga, penyuluhan, pemberian motivasi dan edukasi kepada masyarakat dengan memasukkan pesan-pesan kesehatan dan kegiatan desa siaga diantara kegiatan organisasi.
4. Kader desa siaga merupakan bagian dari organisasi PKK (Pokja IV). Oleh karena itu, hendaknya tokoh masyarakat melakukan pendekatan kepada aparat pemerintah desa dalam hal ini TP-PKK Desa untuk alokasi dana kegiatan desa siaga, pemberian insentif kader desa siaga. Pemberian insentif dapat berupa materi/ uang, penghargaan (sertifikat) ataupun seragam/batik kader desa siaga.

7.2.3 Kader Desa Siaga

1. Meningkatkan pengetahuan tentang Desa Siaga. Peningkatan pengetahuan melalui buku-buku yang berhubungan dengan desa siaga ataupun informasi dari fasilitator desa siaga dalam hal ini bidan desa, koordinator pelaksana kegiatan desa siaga ataupun dari pihak puskesmas. Peningkatan pengetahuan dapat juga dilakukan dengan aktif mengikuti penyuluhan yang diberikan bidan desa/koordinator desa siaga.
2. Kader melakukan pendekatan dan koordinasi dengan tokoh masyarakat melalui organisasi masyarakat yang sudah ada (Majelis Muslimat NU, kelompok pengajian, kelompok tani, karang taruna).
3. Mengingat masyarakat merupakan elemen yang penting dalam mewujudkan kelestarian desa siaga, hendaknya kader dapat menggali dukungan dan peran serta masyarakat dalam kegiatan desa siaga. Penggalan dukungan dapat dilakukan melalui kegiatan kemasyarakatan seperti pengajian, arisan RT, pertemuan kelompok tani, dasa wisma atau kegiatan yang lainnya.

7.2.4 Peneliti Lain

1. Melakukan penelitian dengan mengkaji variabel-variabel lain yang mungkin berhubungan dengan keaktifan kader dalam pengelolaan desa siaga.
2. Melakukan penelitian dengan menggunakan metodologi penelitian kualitatif sehingga dapat dikaji dengan lebih mendalam tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan keaktifan kader dalam pengelolaan desa siaga.



DAFTAR PUSTAKA

- Adisasmito, Wiku. (2007). *Sistem Kesehatan*. Jakarta : PT Raja Grafindo Persada.
- Algrave Master Series. *Master Conselling Theory*. England : Macmillan Distribution Ltd.
- Arikunto, S. (2010). *Prosedur Penelitian: Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta: Rineka Cipta
- Azhar, T.N., Setiawan, E., Marhaeni, D., Hasanbasri. (2007). Pelaksanaan Desa Siaga Percontohan di Cibatu, Purwokerto. *Kebijakan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan*. (1-18). 14 Januari 2012. [http://lrc-kmpk.ugm.ac.id/id/UP-PDF/working/No.19 Taufik Noor Azhar 07 07.pdf](http://lrc-kmpk.ugm.ac.id/id/UP-PDF/working/No.19_Taufik_Noor_Azhar_07_07.pdf)
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan RI. (2009). *Laporan hasil riset kesehatan dasar (RISKESDAS) Provinsi Jawa Timur tahun 2007*. Jakarta.
- Bangsawan, K Merah. (2001). *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Keaktifan Kader Posyandu di Wilayah Kecamatan Teluk Betung Barat Kota Bandar Lampung*. Jakarta: FKM UI.
- Departemen kesehatan RI. (2007). *Kurikulum dan Modul Pelatihan Bidan Poskesdes dalam Pengembangan Desa Siaga*. Jakarta: Depkes RI
- _____. (2008). *Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 828/SK/IX/2008 tentang Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/ Kota*. Jakarta: Depkes RI.
- _____. (2009). *Buku Paket Pelatihan Kader Kesehatan dan Tokoh Masyarakat dalam Pengembangan Desa Siaga*. Jakarta: Depkes RI.
- _____. (2010). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1464/MENKES/PER/X/2010*. Jakarta: Depkes RI
- Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk. (2009). *Laporan LB3 KIA Tahun 2009*. Nganjuk: Dinkes Kab. Nganjuk.
- _____. (2010). *Laporan LB3 KIA Tahun 2010*. Nganjuk: Dinkes Kab. Nganjuk.
- _____. (2011a). *Laporan LB3 KIA Tahun 2011*. Nganjuk: Dinkes Kab. Nganjuk.
- _____. (2011b). *Laporan Desa Siaga Tahun 2011*. Nganjuk: Dinkes Kab. Nganjuk.

- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. (2006, b). *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2006*. Surabaya: Depkes Prov Jatim. 1 Oktober 2011. <http://www.dinkesjatim.go.id/images/datainfo/1203398829>.
- _____. (2006,a). *Pedoman Pelaksanaan Pengembangan Desa Siaga di Jawa Timur*. Surabaya: Dinkes Prov. Jatim.
- _____. (2009, a). *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2009*. 4 Oktober 2011. <http://www.dinkes.jatimprov.go.id/profil/kesehatan/provinsi/jawa/timur/2009>.
- _____. (2009,b). *Modul Penggerakan Pemberdayaan Masyarakat bagi Kader dan Tokoh Masyarakat*. 4 Oktober 2011. <http://www.dinkes.jatimprov.go.id>
- _____. (2010). *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2010*. 4 Oktober 2011. <http://www.dinkes.jatimprov.go.id/profil/kesehatan/provinsi/jawa/timur/2009>
- Fallen,R & Dwi K,B. (2010). *Catatan Kuliah Keperawatan Komunitas*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Gibson, L.J, Ivanchevich, J.M, Donelly, J.H. (1988). *Organisasi dan Managemen, Perilaku, Struktur, Proses* (Edisi 4) (Djoerban Wahid, Penerjemah). Jakarta: Erlangga.
- Green, L., Kreuter, Marshall (2005). *Health Program Planing: An Educational and Ecological Approach* (4th ed). New York: McGraw-Hill.
- Handayani, Novita. (2011). *Pengetahuan dan Sikap Kader dalam Implementasi Kelurahan Siaga di Wilayah Kerja Puskesmas Kedaton Kota Bandar Lampung*. 2011. Jakarta: FKM UI.
- Handoko, T Hani. (1985). *Managemen Personalia dan Sumber Daya Manusia*. Yogyakarta: 1985.
- Hastono, Sutanto Priyo. (2007). *Analisis Data Kesehatan*. Jakarta: FKM UI.
- Hidayati, Ririn. (2011). *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Keaktifan Kader dalam Mengelola Kelurahan Siaga di Wilayah Puskesmas Janti Kodya Malang Jawa Timur*. Jakarta: FKM UI.
- Ilyas, Yaslis. (2002). *Kinerja, Teori dan Aplikasinya*. Jakarta: Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKM UI.
- Irtiani,febriana kartika. (2009). *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Keaktifan Kader Rukun Warga Siaga di Wilayah Kecamatan Jatisampurna Kota Bekasi*. Jakarta: FKM UI
- James F.Mckenzie, Robert R. Pinger, Jerome E.Kotecki. (2003). *Kesehatan Mayarakat (An Introduction To Community Health)*(edisi 4). Jakarta: EGC.

- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2011,a). *Pedoman Umum Pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif*. Jakarta.
- _____. (2011,b). *Pedoman Pelaksanaan Promosi Kesehatan di Puskesmas*. Jakarta.
- Lameshow, et al. (1997). *Besar Sampel dalam Penelitian Kesehatan* (drg.Diby Pramono, SU, MSDSc, Penerjemah). Yogyakarta: Gajah Mada University Press
- Maulana, Heri D.J (2009). *Promosi Kesehatan*. Jakarta: EGC.
- Mubarak, Wahit Iqbal. Chayatin, Nurul., Rozikin, Khoirul., Supardi. (2007). *Promosi Kesehatan: Sebuah Pengantar Proses Belajar Mengajar dalam Pendidikan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Notoatmodjo, S. (2010a). *Etika & Hukum Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- _____. (2010b). *Promosi Kesehatan : Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Rineka Cipta.
- _____. (2003). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- _____. (2007). *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Novianti, Gian. (2006). *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Motivasi Kerja Kader Posyandu di Wilayah Kerja Puskesmas Karang Kitri Kecamatan Bekasi Timur Kota Bekasi*. Jakarta: FKM UI.
- Nuraeni, D. (2006). *Bencana dan Pelayanan Kesehatan bagi Masyarakat Indonesia*. Jakarta: Pelita.
- Pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan. (2007). *Modul Penggerakan dan Pemberdayaan Masyarakat bagi Kader dan Tokoh Masyarakat*. 1 November 2011. http://dinkes-sulsel.go.id/pdf/MODUL_2007.pdf.
- Pusat Promosi Kesehatan. (2011). *Petunjuk teknis penghitungan biaya pengembangan desa dan kelurahan siaga aktif*. Jakarta. Kemenkes RI.
- Puskesmas Tanjunganom. (2011). *Laporan Perkembangan Desa Siaga Tahun 2011*. Nganjuk.
- Ramadhoni, Dwindi. (2010). *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Kader dalam Pencatatan dan Pelaporan Kasus Diare di Kabupaten Temanggung Provinsi Jawa Tengah*. Jakarta: FKM UI.
- Robbins, S.P. (1995). *Teori Organisasi, Struktur, Desain dan Aplikasi* (edisi ke tiga) (Jusuf Udaya, Penerjemah). Jakarta: ARCAN.

- Sahertian, A Piet & Mataheru, Frans. (1981). *Prinsip dan Tehnik Supervisi Pendidikan*. Surabaya: Usaha Nasional.
- Saragih, Suriani W. (2011). *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Partisipasi Kader Kesehatan dalam Deteksi Risiko Ibu Hamil di Puskesmas Kuta Utara Kabupaten Bandung*. Jakarta: FKM UI
- Sarlito, S.(2009). *Pengantar Psikologi Umum*: Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada.
- Siagian, Sondang P. (1989). *Teori Motivasi dan Aplikasinya*. Jakarta: Bina Aksara.
- Sobur, A. (2003). *Psikologi Umum*. Bandung: Pustaka Setia.
- Soni, Delri. (2007). *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Keaktifan Kader Posyandu di Kota Pariaman Tahun 2007*. Jakarta: FKM UI.
- Sugiyono. (2008). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Supariyanto. (2010). *Desa Siaga*. 24 Oktober 2011. www.dr.suparyanto.blogspot.com.
- Wardani, Dian Kusuma. (2005). *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Kader dalam Fungsi Penggerakan dan Penyuluhan di Puskesmas Pesawahan Kecamatan Pesawahan Purwakarta*. Jakarta: FKM UI

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Nur Farida Yohanik
NPM : 1006821104
Tempat/Tanggal Lahir : Kediri/ 27 Agustus 1983
Agama : Islam
Jenis kelamin : Perempuan
Alamat : Desa Banjaranyar RT. 05/RW. IV Kecamatan
Tanjunganom, Kabupaten Nganjuk, Provinsi Jawa
Timur
e-mail : nurfarida_bidkom@yahoo.com
Pendidikan:
1989-1995 : SDN Tawang 1, Jawa Timur
1995-1998 : SLTPN 1 Wates, Jawa Timur
1998-2001 : SMUN 1 Kediri, Jawa Timur
2001-2004 : Poltekkes Malang Jurusan Kebidanan, Malang, Jawa
Timur
Pekerjaan:
Tahun 2005 : Bidan Desa Kampungbaru,
Kecamatan Tanjunganom, Kabupaten Nganjuk,
Jawa Timur

UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

KAMPUS BARU UNIVERSITAS INDONESIA DEPOK 16424, TELP. (021) 7864975, FAX. (021) 7863472

No : 7454 /H2.F10/PPM.00.00/2012
Lamp. : ---
Hal : *Ijin penelitian dan menggunakan data*

1 Maret 2012

Kepada Yth.
Kepala Dinas Kesehatan
Kabupaten Nganjuk
Provinsi Jawa Timur

Sehubungan dengan penulisan skripsi mahasiswa Program Studi Sarjana Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia mohon diberikan ijin kepada mahasiswa kami:

Nama : Nur Farida Yohanik
NPM : 1006821104
Thn. Angkatan : 2010/2011
Peminatan : Bidan Komunitas

Untuk melakukan penelitian dan menggunakan data, yang kemudian data tersebut akan dianalisis kembali dalam penulisan skripsi dengan judul, "*Faktor-faktor yang Berhubungan Dengan Keaktifan Kader Dalam Pengelolaan Desa Siaga di Wilayah Kerja Puskesmas Tanjunganom Kabupaten Nganjuk Provinsi Jawa Timur Tahun 2012*".

Selanjutnya Unit Akademik terkait atau mahasiswa yang bersangkutan akan menghubungi Institusi Bapak/Ibu. Namun, jika ada informasi yang dibutuhkan dapat menghubungi sekretariat Unit Pendidikan dinomor telp. (021) 7270803.

Atas perhatian dan kerjasama yang baik, kami haturkan terima kasih.

a.n Dekan FKM UI
Wakil Dekan,


Dr. Dian Ayubi, SKM, MQIH
NIP. 19720825 199702 1 002

Tembusan:

- Kepala UPTD. Puskesmas Tanjunganom
- Pembimbing skripsi
- Arsip



PEMERINTAH KABUPATEN NGANJUK
KANTOR KESATUAN BANGSA, POLITIK DAN
PERLINDUNGAN MASYARAKAT DAERAH

Jl. Supriyadi No.5 Telp. (0358) 328079

NGANJUK 64412

Nganjuk, 28 Maret 2012

Nomor : 072/ *cg4* /411.308/2012
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Perihal :

Kepada
Yth. Sdr Kepala Dinas Kesehatan
Daerah Kabupaten Nganjuk
di -

Ijin Penelitian dan
menggunakan Data

NGANJUK

Menunjuk Surat dari Universitas Indonesia Depok, tanggal 1 Maret 2012
Nomor : 7453/H2.F10/PPM.00.00/2012 Perihal sebagaimana pokok surat diatas, maka
guna kelancaran pelaksanaan kegiatan tersebut atas nama Saudara :

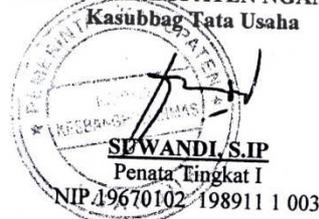
Nama : NUR FARIDA YOHANIK.
Pekerjaan : Mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
Depok.
Alamat : Kampus Baru Universitas Indonesia Depok 16424.
Judul : " FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN
KEAKTIFAN KADER DALAM PENGELOLAAN DESA
SIAGA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS TANJUNGANOM
KABUPATEN NGANJUK PROPINSI JAWA TIMUR TAHUN
2012".
Waktu : 1 (satu) bulan terhitung tanggal surat dikeluarkan.
Tempat : Puskesmas Tanjunganom.

Untuk itu dimohon dapatnya Saudara memberikan pertimbangan
Keberatan / Tidak Keberatan untuk pelaksanaan kegiatan tersebut diatas.
Surat persetujuan dimaksud kami perlukan sebagai dasar Penerbitan
Rekomendasi.

Demikian untuk menjadikan maklum.

An. KEPALA KANTOR KESATUAN BANGSA,
POLITIK DAN PERLINDUNGAN MASYARAKAT
DAERAH KABUPATEN NGANJUK

Kasubbag Tata Usaha



Tembusan Disampaikan Kepada Yth :
Sdr. Kepala UPTD Puskesmas Tanjunganom.

7



**PEMERINTAH KABUPATEN NGANJUK
KANTOR KESATUAN BANGSA POLITIK DAN
PERLINDUNGAN MASYARAKAT DAERAH**

Jl. Supriyadi No.5 Telp. (0358) 328079
NGANJUK 64412

SURAT KETERANGAN

Nomor: 072/ *60* /411.308/2012

- Memperhatikan : 1. Surat dari Universitas Indonesia Depok, tanggal 1 Maret 2012 Nomor : 7453/H2.F10/PPM.00.00/2012
2. Surat Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten Nganjuk, tanggal 19 Maret 2012 Nomor : 072/497/411.202.d/2012 Perihal Ijin Penelitian.

Dengan ini menyatakan TIDAK KEBERATAN untuk memberikan Rekomendasi kepada :

Nama : NUR FARIDA YOHANIK
Status : Mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia Depok
Alamat : Kampus Baru Universitas Indonesia Depok 16424.
Untuk Keperluan : Ijin Penelitian dan menggunakan Data
Tema/Judul : " FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEAKTIFAN KADER DALAM PENGELOLAAN DESA SIAGA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS TANJUNGANOM KABUPATEN NGANJUK PROVINSI JAWA TIMUR TAHUN 2012".
Lokasi Kegiatan : Puskesmas Tanjunganom
Lama Kegiatan : 1 (satu) bulan terhitung tanggal surat dikeluarkan.
Pengikut dalam kegiatan : -

DENGAN KETENTUAN SEBAGAI BERIKUT :

1. Mentaati ketentuan-ketentuan yang berlaku dalam Daerah Hukum Pemerintah Kabupaten Nganjuk ;
2. Menjaga tata tertib, keamanan, kesopanan, dan kesusilaan serta menghindari dari perbuatan, pernyataan, baik lisan, tulisan maupun lukisan yang dapat melukai dan menyinggung perasaan atau menghina Agama, Bangsa dan Negara, maupun penduduk setempat ;
3. Kegiatan yang dilaksanakan harus sesuai dengan rencana / proposal yang telah diajukan ;
4. Tidak diperkenankan menjalankan kegiatan - kegiatan diluar ketentuan - ketentuan yang telah ditetapkan oleh Dinas/Badan/Kantor/Instansi lokasi Kegiatan ;
5. Setelah berakhirnya kegiatan, pemegang surat rekomendasi ini wajib melapor kepada Pejabat Dinas/Badan/Kantor/Instansi lokasi Kegiatan ;
6. Setelah selesai melaksanakan kegiatan, wajib memberikan laporannya kepada Bupati Nganjuk tentang hasil kegiatan maupun temuan-temuan yang ada didalamnya, melalui Kantor Kesatuan Bangsa Politik dan Perlindungan Masyarakat Daerah Kabupaten Nganjuk ;
7. Surat keterangan ini akan dicabut dan dinyatakan tidak berlaku lagi apabila ternyata pemegang surat keterangan ini tidak memenuhi ketentuan sebagaimana tersebut diatas.

Nganjuk, 19 Maret 2012

Disampaikan Kepada Yth :
Kepala UPTD Puskesmas Tanjunganom

- Tembusan disampaikan kepada Yth.:
1. Bupati Nganjuk (sebagai laporan)
 2. Kepala Bappeda Kabupaten Nganjuk
 3. Kepala Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten Nganjuk
 4. Nur Farida Yohanik

KEPALA KANTOR KESBANGPOLINMAS
DAERAH KABUPATEN NGANJUK


Drs. GUNAWAN WIDAGDO, M.Si
Pembina Tingkat I
NIP.19660913 198602 1 005



Kuesioner Penelitian

**Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Keaktifan
Kader dalam Pengelolaan Desa Siaga di Wilayah Kerja
Puskesmas Tanjunganom Kabupaten Nganjuk**

Jawa Timur

Assalamu'alaikum wr wb.....(Selamat pagi/siang/sore).

Perkenalkan nama saya **Nur Farida Yohanik**, saya adalah mahasiswi Program Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Berkaitan dengan tugas akhir saya dalam penyusunan Skripsi, saya bermaksud melaksanakan penelitian mengenai factor-faktor yang berhubungan dengan keaktifan kader dalam pengelolaan desa siaga di wilayah Puskesmas Tanjunganom, Kabupaten Nganjuk, Provinsi Jawa Timur. Untuk itu, saya mohon bantuan ibu untuk bersedia menjadi responden dalam penelitian ini. Semua data dan jawaban yang saya peroleh dari hasil penelitian ini hanya akan digunakan untuk kepentingan ilmu pengetahuan dan data pribadi. Hasil kuesioner akan dijaga kerahasiannya. Oleh karena itu saya mengharapkan partisipasi ibu untuk menjawab isi kuesioner ini dengan lengkap. Partisipasi ibu dalam penelitian ini bersifat sukarela sehingga ibu dapat untuk menolak menjawab pertanyaan atau tidak melanjutkan wawancara. Saya sangat berharap ibu dapat ikut berpartisipasi, karena pendapat ibu sangat penting bagi penelitian ini.

Wassalamu'alaikum wr wb.....

Apakah ibu bersedia menjadi responden dalam penelitian ini?

Jika bersedia, mohon bubuhkan tanda-tangan anda di bawah ini

Tanjunganom,2012

Responden

.....

NOMOR RESPONDEN : (Diisi oleh petugas)

IDENTITAS RESPONDEN

1. Nama responden :(Inisial nama)
2. Alamat :
3. Umur/ tanggal lahir :tahun/ ...(tanggal)-.....(bulan)-..... (tahun)

PERTANYAAN

Petunjuk pengisian:

Jawablah pertanyaan berikut ini dengan memberikan tanda lingkaran (O) pada pilihan jawaban yang telah disediakan.

4. Pendidikan terakhir
 - 1) Tidak sekolah/ tidak tamat SD
 - 2) Tamat SD
 - 3) Tamat SMP
 - 4) Tamat SMU
 - 5) Tamat Sarjana/ Diploma
5. Status perkawinan
 - 1) Belum menikah
 - 2) Menikah
 - 3) Bercerai (hidup/mati)
6. Pekerjaan
 - 1) Ibu rumah tangga/tidak bekerja
 - 2) PNS (Pegawai Negeri Sipil)
 - 3) Petani
 - 4) TNI/Polri
 - 5) Wiraswasta/dagang
 - 6) Swasta
 - 7) Buruh
 - 8) Lain-lain, sebutkan
7. Lama menjadi kader desa siaga :tahun..... bulan.

Berikan tanda centang (✓) pada tempat yang telah disediakan.

8. Sebagai kader desa siaga, dalam kurun waktu 6 bulan terakhir ini, apakah anda melakukan kegiatan pengisian register ibu , register anak ataupun KMS?

Ya, berapa kali:

Tidak

9. Dalam melaksanakan kegiatan desa siaga pada kurun waktu 6 bulan terakhir, selain posyandu apakah anda ikut membantu dalam mengembangkan satu atau lebih upaya kesehatan berbasis masyarakat lainnya ?

Ya, Sebutkan. (jawaban boleh lebih dari satu)

.....
.....

Tidak

10. Pernahkah anda melakukan survey mawas diri dengan mencatat penyakit-penyakit yang terjadi di masyarakat desa anda dan melaporkan kepada bidan desa dalam kurun waktu 6 bulan terakhir ini?

Ya, berapa kali :

Tidak :

11. Pernahkah anda mengikuti Musyawarah Masyarakat Desa yang membahas permasalahan kesehatan di desa anda dalam kurun waktu 6 bulan terakhir?

Ya, pernah

Tidak pernah

12. Pernahkah anda memberikan penyuluhan kesehatan kepada masyarakat dalam kurun waktu 6 bulan terakhir ini?

Ya, berapa kali :

Tidak

13. Dalam kurun waktu 6 bulan terakhir ini, pernahkah anda melakukan pertolongan pada pada kecelakaan ataupun pada keadaan terjadinya bencana?

Ya, berapa kali :

Tidak :

PENGETAHUAN

Jawablah pertanyaan berikut ini dengan memberikan tanda centang (✓) pada tempat yang telah disediakan

NO	PERTANYAAN	BENAR	SALAH
14	Desa siaga adalah desa yang penduduknya memiliki kesiapan sumberdaya dan kemampuan serta kemauan untuk mencegah, mengatasi masalah-masalah kesehatan, bencana dan kegawatdaruratan kesehatan secara mandiri		
15	Desa siaga bertujuan untuk memberikan kemudahan akses pelayanan kesehatan kepada masyarakat sehingga masyarakat selalu bergantung pada petugas kesehatan.		
16	Kader desa siaga merupakan penggerak masyarakat untuk berperan serta dalam meningkatkan derajat kesehatannya secara mandiri.		
17	Desa siaga dikelola oleh petugas kesehatan (bidan desa)		
18	Desa siaga dikelola oleh kader desa siaga		
19	Survey Mawas Diri (SMD) adalah kegiatan pengenalan, pengumpulan dan pengkajian masalah kesehatan oleh bidan desa untuk dilaporkan kepada kepala desa.		
20	Salah satu tugas kader desa siaga adalah memberikan penyuluhan kepada masyarakat terkait dengan masalah kesehatan		

NO	PERTANYAAN	BENAR	SALAH
21	Musyawarah Masyarakat Desa (MMD) dihadiri oleh kepala desa, tokoh masyarakat, perangkat desa, kader kesehatan, petugas kesehatan dan masyarakat desa.		
22	Pemberantasan sarang nyamuk adalah salah satu kegiatan desa siaga		
23	Ambulan desa adalah salah satu upaya kesehatan masyarakat yang dilaksanakan dalam desa siaga.		
24	Pendataan ibu hamil bukan merupakan salah satu kegiatan desa siaga.		
25	Donor darah adalah salah satu kegiatan desa siaga		
26	Dana kegiatan desa siaga hanya berasal dari dana bantuan dinas kesehatan (pemerintah daerah)		
27	Menganjurkan penggunaan garam beryodium adalah upaya kesehatan gizi keluarga yang dilakukan dalam desa siaga.		
28	Menyiapkan masyarakat untuk siap siaga dalam menghadapi bencana yang mungkin terjadi di desanya bukan merupakan salah satu kegiatan kader dalam desa siaga.		

SIKAP

Berikan tanda silang (X) pada jawaban yang sesuai dengan pendapat anda pada tempat yang telah disediakan.

SS = Sangat Setuju

S = Setuju

TS = Tidak Setuju

STS = Sangat Tidak Setuju

NO	PERNYATAAN	SS	S	TS	STS
29	Mencatat dan melaporkan penyakit yang terjadi dimasyarakat kepada petugas kesehatan secara rutin.				
30	Menganjurkan ibu balita untuk rutin menimbangkan balitanya di posyandu setiap bulan				
31	Pemberantasan jentik-jentik nyamuk adalah sepenuhnya tugas dari petugas kesehatan				
32	Ambulan desa hanya digunakan untuk merujuk ibu bersalin yang mengalami komplikasi atau kegawatdaruratan				
33	Desa siaga dilaksanakan dengan melibatkan peran serta masyarakat.				
34	Desa siaga dilaksanakan dengan bertumpu pada kader kesehatan dan petugas kesehatan saja.				
35	Menghadiri dan mengikuti pelaksanaan Musyawarah Masyarakat Desa (MMD).				
36	Menggerakkan masyarakat desa untuk berperan aktif dalam kegiatan desa siaga.				
37	Perangkat desa dan tokoh masyarakat harus mendukung pelaksanaan desa siaga.				
38	Mengajak masyarakat untuk mengenali bencana yang mungkin terjadi di desanya dan cara menghadapinya.				
39	Melalui desa siaga, masyarakat dapat mengenali masalah yang terjadi di lingkungannya dan dapat mengatasinya dengan menggunakan potensi dan kemampuan masyarakat sendiri.				
40	Melaksanakan survey mawas diri minimal 6 bulan sekali				

PENYULUHAN

Berikan tanda centang (✓) pada tempat yang telah disediakan.

41. dalam kurun waktu 6 bulan terakhir, pernahkan anda mendapatkan penyuluhan dari petugas kesehatan tentang desa siaga?

Pernah, sebutkan penyuluhan yang pernah anda dapat. **(jawaban boleh lebih dari satu)**

.....
.....

Tidak pernah
(Jika jawaban tidak pernah, lanjut ke pertanyaan no. 43)

42. Dalam 6 bulan terakhir ini, berapa kali anda mendapatkan penyuluhan yang berhubungan dengan desa siaga? Kali.

FASILITAS KESEHATAN

43. Berikan tanda centang (✓) pada tempat yang disediakan untuk fasilitas kesehatan yang terdapat di desa anda dan membantu pelaksanaan desa siaga adalah seperti dibawah ini: **(jawaban boleh lebih dari satu)**

- Pustu/ Polindes
- Gedung desa siaga
- Ambulan desa
- Tidak ada fasilitas kesehatan
- Pelayanan kesehatan yang lain, sebutkan.....

Untuk pertanyaan selanjutnya, lingkarilah (O) jawaban yang sesuai menurut anda.

KETERSEDIAAN DANA

44. Dalam kurun waktu 1 tahun ini, apakah tersedia dana yang dapat digunakan untuk pelaksanaan desa siaga baik yang didapat dari pemerintah desa, pemerintah daerah (dinas kesehatan), penggalangan dana dari masyarakat atau dari sumber manapun ?

- 1) Ada
- 2) Tidak ada

INSENTIF

45. Selain insentif sebagai kader posyandu, pernahkah anda mendapatkan insentif dari dinas kesehatan (puskesmas) atau dari desa selama menjalankan tugas sebagai kader desa siaga?

- 1) Pernah
- 2) Tidak pernah

DUKUNGAN TOKOH MASYARAKAT

46. Apakah kepala desa, perangkat desa termasuk RT dan RW mendukung dan ikut berperan serta dalam kegiatan desa siaga?

- 1) Ya
- 2) Tidak. (**Jika jawaban tidak, lanjut ke pertanyaan no.48**)

47. Dukungan atau partisipasi tokoh masyarakat tersebut berupa:
(**jawaban boleh lebih dari satu**)

- 1) Partisipasi dalam kegiatan
- 2) Dana
- 3) Barang
- 4) Pendapat/saran
- 5) Semangat
- 6) Lain-lain, sebutkan.....

DUKUNGAN MASYARAKAT

48. Apakah masyarakat mau mendukung dan ikut berperan serta dalam kegiatan desa siaga?

- 1) Ya
- 2) Tidak (**Jika jawaban tidak pernah, lanjut ke pertanyaan no.50**)

49. Dukungan atau partisipasi masyarakat tersebut berupa apa? (**jawaban boleh lebih dari satu**)

- 1) Partisipasi dalam kegiatan
- 2) Dana
- 3) Barang
- 4) Pendapat/saran
- 5) Semangat
- 6) Lain-lain, sebutkan.....

SUPERVISI

50. Dalam 1 tahun terakhir ini, apakah desa siaga yang anda kelola ini pernah mendapatkan supervisi/kunjungan/evaluasi/pembinaan dari puskesmas atau dinas kesehatan yang membahas tentang desa siaga (selain kegiatan posyandu)?

- 1) Pernah
- 2) Tidak pernah

DUKUNGAN KELUARGA

51. Apakah keluarga (suami, orang tua/mertua, sanak saudara) mendukung anda dalam kegiatan desa siaga?

- 1) Ya
- 2) Tidak (**Jika jawaban tidak, maka pertanyaan SELESAI**)

52. Dukungan keluarga anda tersebut berupa apa? (**jawaban boleh lebih dari satu**)

- 1) Partisipasi dalam kegiatan
- 2) Dana
- 3) Barang
- 4) Pendapat/saran
- 5) Semangat
- 6) Lain-lain, sebutkan.....

ANALISIS UNIVARIAT

1. Keaktifan Kader

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak aktif	100	62.5	62.5	62.5
aktif	60	37.5	37.5	100.0
Total	160	100.0	100.0	

2. Umur Responden

Umur1

N	Valid	160
	Missing	0
Mean		39.28
Std. Error of Mean		.717
Median		38.50
Std. Deviation		9.074
Skewness		.430
Std. Error of Skewness		.192
Minimum		20
Maximum		61

Umur1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	20	1	.6	.6	.6
	23	2	1.3	1.3	1.9
	24	1	.6	.6	2.5
	26	2	1.3	1.3	3.8
	27	7	4.4	4.4	8.1
	28	4	2.5	2.5	10.6
	29	3	1.9	1.9	12.5
	30	8	5.0	5.0	17.5
	31	4	2.5	2.5	20.0
	32	12	7.5	7.5	27.5
	33	4	2.5	2.5	30.0
	34	6	3.8	3.8	33.8
	35	15	9.4	9.4	43.1
	36	4	2.5	2.5	45.6
	37	5	3.1	3.1	48.8
	38	2	1.3	1.3	50.0
	39	4	2.5	2.5	52.5
	40	9	5.6	5.6	58.1
	41	4	2.5	2.5	60.6
	42	7	4.4	4.4	65.0
	43	10	6.3	6.3	71.3
	44	3	1.9	1.9	73.1
	45	6	3.8	3.8	76.9
	46	3	1.9	1.9	78.8
	47	5	3.1	3.1	81.9
	48	3	1.9	1.9	83.8
	50	4	2.5	2.5	86.3
	51	3	1.9	1.9	88.1
	52	2	1.3	1.3	89.4
	53	1	.6	.6	90.0
	54	4	2.5	2.5	92.5
	55	3	1.9	1.9	94.4
	56	1	.6	.6	95.0
	57	2	1.3	1.3	96.3
	58	2	1.3	1.3	97.5
	59	1	.6	.6	98.1
	60	2	1.3	1.3	99.4
	61	1	.6	.6	100.0
	Total	160	100.0	100.0	

Umur2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid >39 tahun	76	47.5	47.5	47.5
<=39 tahun	84	52.5	52.5	100.0
Total	160	100.0	100.0	

3. Pendidikan

Pendidikan 1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak tamat SD/tidak sekolah	1	.6	.6	.6
tamat SD	31	19.4	19.4	20.0
tamat SMP	51	31.9	31.9	51.9
tamat SMU	69	43.1	43.1	95.0
tamat akademi/sarjana	8	5.0	5.0	100.0
Total	160	100.0	100.0	

Pendidikan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid pendidikan rendah (<SMP)	32	20.0	20.0	20.0
pendidikan tinggi (>=SMP)	128	80.0	80.0	100.0
Total	160	100.0	100.0	

4. Status Perkawinan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Menikah	145	90.6	90.6	90.6
Tidak menikah	15	9.4	9.4	100.0
Total	160	100.0	100.0	

5. Pekerjaan

Pekerjaan 1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid IRT/tidak bekerja	120	75.0	75.0	75.0
PNS	2	1.3	1.3	76.3
Petani	4	2.5	2.5	78.8
wiraswasta	12	7.5	7.5	86.3
Swasta	16	10.0	10.0	96.3
Buruh	3	1.9	1.9	98.1
lain-lain	3	1.9	1.9	100.0
Total	160	100.0	100.0	

Pekerjaan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid bekerja	40	25.0	25.0	25.0
tidak bekerja	120	75.0	75.0	100.0
Total	160	100.0	100.0	

6. Pengetahuan

Statistics Pengetahuan

	Statistic	Std. Error
nilai pengetahuan Mean	11.28	.164
95% Confidence Interval for Mean Lower Bound	10.95	
Upper Bound	11.60	
5% Trimmed Mean	11.29	
Median	11.00	
Variance	4.301	
Std. Deviation	2.074	
Minimum	6	
Maximum	15	
Range	9	
Interquartile Range	3	
Skewness	-.010	.192
Kurtosis	-.379	.381

Nilai pengetahuan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 6	2	1.3	1.3	1.3
7	2	1.3	1.3	2.5
8	11	6.9	6.9	9.4
9	17	10.6	10.6	20.0
10	23	14.4	14.4	34.4
11	34	21.3	21.3	55.6
12	30	18.8	18.8	74.4
13	16	10.0	10.0	84.4
14	10	6.3	6.3	90.6
15	15	9.4	9.4	100.0
Total	160	100.0	100.0	

Pengetahuan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid pengetahuan rendah (<mean)	89	55.6	55.6	55.6
pengetahuan tinggi (>=mean)	71	44.4	44.4	100.0
Total	160	100.0	100.0	

7. Pengalaman

Statistics Lama Menjadi Kader dalam Tahun

		Statistic	Std. Error
lama menjadi	Mean	3.76	.121
kader dalam tahun	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	3.52
		Upper Bound	3.99
	5% Trimmed Mean	3.84	
	Median	5.00	
	Variance	2.336	
	Std. Deviation	1.529	
	Minimum	1	
	Maximum	5	
	Range	4	
	Interquartile Range	3	
	Skewness	-.694	.192
	Kurtosis	-1.176	.381

Lama Menjadi Kader dalam Tahun

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	19	11.9	11.9	11.9
2	28	17.5	17.5	29.4
3	12	7.5	7.5	36.9
4	15	9.4	9.4	46.3
5	86	53.8	53.8	100.0
Total	160	100.0	100.0	

Pengalaman

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid <2,5 tahun	47	29.4	29.4	29.4
>=2,5 tahun	113	70.6	70.6	100.0
Total	160	100.0	100.0	

8. Sikap

Nilai Sikap

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 29	3	1.9	1.9	1.9
30	1	.6	.6	2.5
32	7	4.4	4.4	6.9
33	3	1.9	1.9	8.8
34	5	3.1	3.1	11.9
35	14	8.8	8.8	20.6
36	15	9.4	9.4	30.0
37	18	11.3	11.3	41.3
38	16	10.0	10.0	51.3
39	11	6.9	6.9	58.1
40	12	7.5	7.5	65.6
41	23	14.4	14.4	80.0
42	10	6.3	6.3	86.3
43	7	4.4	4.4	90.6
44	4	2.5	2.5	93.1
45	4	2.5	2.5	95.6
46	1	.6	.6	96.3
48	3	1.9	1.9	98.1
53	1	.6	.6	98.8
54	1	.6	.6	99.4
58	1	.6	.6	100.0
Total	160	100.0	100.0	

Statistics Nilai Sikap

		Statistic	Std. Error	
nilai sikap	Mean	38.74	.344	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	38.06	
		Upper Bound	39.42	
	5% Trimmed Mean	38.56		
	Median	38.00		
	Variance	18.975		
	Std. Deviation	4.356		
	Minimum	29		
	Maximum	58		
	Range	29		
	Interquartile Range	5		
	Skewness	.871	.192	
	Kurtosis	2.896	.381	

Sikap

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	negatif (<mean)	66	41.3	41.3	41.3
	positif (>=mean)	94	58.8	58.8	100.0
Total		160	100.0	100.0	

9. Penyuluhan

Frekuensi Penyuluhan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	30	18.8	18.8	18.8
	1	78	48.8	48.8	67.5
	2	24	15.0	15.0	82.5
	3	9	5.6	5.6	88.1
	4	5	3.1	3.1	91.3
	6	14	8.8	8.8	100.0
	Total	160	100.0	100.0	

Statistics Frekuensi Penyuluhan

N	Valid	160
	Missing	0
Mean		1.61
Std. Error of Mean		.129
Median		1.00
Std. Deviation		1.637
Skewness		1.655
Std. Error of Skewness		.192
Minimum		0
Maximum		6

Penyuluhan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	jarang	132	82.5	82.5	82.5
	sering	28	17.5	17.5	100.0
	Total	160	100.0	100.0	

10. Ketersediaan Fasilitas Kesehatan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak ada	10	6.3	6.3	6.3
	ada	150	93.8	93.8	100.0
	Total	160	100.0	100.0	

11. Ketersediaan Dana

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak ada	70	43.8	43.8	43.8
	ada	90	56.3	56.3	100.0
	Total	160	100.0	100.0	

12. Insentif

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak pernah	75	46.9	46.9	46.9
	pernah	85	53.1	53.1	100.0
	Total	160	100.0	100.0	

13. Dukungan TOMA

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak mendukung	58	36.3	36.3	36.3
mendukung	102	63.8	63.8	100.0
Total	160	100.0	100.0	

14. Dukungan Masyarakat

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak mendukung	66	41.3	41.3	41.3
mendukung	94	58.8	58.8	100.0
Total	160	100.0	100.0	

15. Dukungan Keluarga

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak mendukung	23	14.4	14.4	14.4
mendukung	137	85.6	85.6	100.0
Total	160	100.0	100.0	

16. Supervisi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak ada	95	59.4	59.4	59.4
ada	65	40.6	40.6	100.0
Total	160	100.0	100.0	

ANALISIS BIVARIAT

1. Umur

umur2 * keaktifan kader Crosstabulation

			keaktifan kader		Total
			kurang aktif	aktif	
umur2	>39 tahun	Count	49	27	76
		% within umur2	64.5%	35.5%	100.0%
	<=39 tahun	Count	51	33	84
		% within umur2	60.7%	39.3%	100.0%
Total		Count	100	60	160
		% within umur2	62.5%	37.5%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.241(b)	1	.624		
Continuity Correction(a)	.107	1	.744		
Likelihood Ratio	.241	1	.624		
Fisher's Exact Test				.744	.372
Linear-by-Linear Association	.239	1	.625		
N of Valid Cases	160				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 28.50.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for umur2 (>39 tahun / <=39 tahun)	1.174	.618	2.232
For cohort keaktifan kader = kurang aktif	1.062	.836	1.350
For cohort keaktifan kader = aktif	.904	.604	1.353
N of Valid Cases	160		

2. Pendidikan

Crosstabs pendidikan * keaktifan kader Crosstabulation

			keaktifan kader		Total
			Kurang aktif	Aktif	
pendidikan rendah (<SMP)	pendidikan	Count	26	6	32
		% within pendidikan	81.3%	18.8%	100.0%
pendidikan tinggi (>=SMP)	pendidikan	Count	74	54	128
		% within pendidikan	57.8%	42.2%	100.0%
Total		Count	100	60	160
		% within pendidikan	62.5%	37.5%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6.000(b)	1	.014		
Continuity Correction(a)	5.042	1	.025		
Likelihood Ratio	6.507	1	.011		
Fisher's Exact Test				.015	.010
Linear-by-Linear Association	5.963	1	.015		
N of Valid Cases	160				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12.00.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for pendidikan rendah (<SMP) / pendidikan tinggi (>=SMP)	3.162	1.217	8.213
For cohort keaktifan kader = kurang aktif	1.405	1.125	1.756
For cohort keaktifan kader = aktif	.444	.210	.940
N of Valid Cases	160		

3. Status perkawinan

Crosstabs statusperkwn * keaktifan kader Crosstabulation

			keaktifan kader		Total
			Kurang aktif	aktif	
statusperkwn	menikah	Count	89	56	145
		% within statusperkwn	61.4%	38.6%	100.0%
	tidak menikah	Count	11	4	15
		% within statusperkwn	73.3%	26.7%	100.0%
Total		Count	100	60	160
		% within statusperkwn	62.5%	37.5%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.829(b)	1	.363		
Continuity Correction(a)	.397	1	.529		
Likelihood Ratio	.867	1	.352		
Fisher's Exact Test				.416	.269
Linear-by-Linear Association	.824	1	.364		
N of Valid Cases	160				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.63.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for statusperkwn (menikah / tidak menikah)	.578	.175	1.904
For cohort keaktifan kader = kurang aktif	.837	.601	1.166
For cohort keaktifan kader = aktif	1.448	.610	3.436
N of Valid Cases	160		

4. Pekerjaan

Crosstabulation pekerjaan * keaktifan kader

			keaktifan kader		Total
			Kurang aktif	Aktif	
pekerjaan	bekerja	Count	27	13	40
		% within pekerjaan	67.5%	32.5%	100.0%
	tidak bekerja	Count	73	47	120
		% within pekerjaan	60.8%	39.2%	100.0%
Total		Count	100	60	160
		% within pekerjaan	62.5%	37.5%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.569(b)	1	.451		
Continuity Correction(a)	.320	1	.572		
Likelihood Ratio	.577	1	.448		
Fisher's Exact Test				.572	.288
Linear-by-Linear Association	.565	1	.452		
N of Valid Cases	160				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 15.00.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for pekerjaan (bekerja / tidak bekerja)	1.337	.628	2.849
For cohort keaktifan kader = kurang aktif	1.110	.857	1.437
For cohort keaktifan kader = aktif	.830	.504	1.367
N of Valid Cases	160		

5. Pengetahuan

pengetahuan * keaktifan kader Crosstabulation

			keaktifan kader		Total
			Kurang aktif	aktif	
pengetahuan	pengetahuan rendah (<mean)	Count	63	26	89
		% within pengetahuan	70.8%	29.2%	100.0%
	pengetahuan tinggi (>=mean)	Count	37	34	71
		% within pengetahuan	52.1%	47.9%	100.0%
Total		Count	100	60	160
		% within pengetahuan	62.5%	37.5%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5.876(b)	1	.015		
Continuity Correction(a)	5.106	1	.024		
Likelihood Ratio	5.879	1	.015		
Fisher's Exact Test				.021	.012
Linear-by-Linear Association	5.839	1	.016		
N of Valid Cases	160				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 26.63.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for pengetahuan (pengetahuan rendah (<mean) / pengetahuan tinggi (>=mean))	2.227	1.160	4.275
For cohort keaktifan kader = kurang aktif	1.358	1.047	1.761
For cohort keaktifan kader = aktif	.610	.407	.914
N of Valid Cases	160		

6. Pengalaman

pengalaman 2,5tahun * keaktifan kader Crosstabulation

			keaktifan kader		Total
			Kurang aktif	aktif	
pengalaman 2,5tahun	<2,5 tahun	Count	37	10	47
		% within pengalaman 2,5tahun	78.7%	21.3%	100.0%
	>=2,5 tahun	Count	63	50	113
		% within pengalaman 2,5tahun	55.8%	44.2%	100.0%
Total		Count	100	60	160
		% within pengalaman 2,5tahun	62.5%	37.5%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	7.473(b)	1	.006		
Continuity Correction(a)	6.525	1	.011		
Likelihood Ratio	7.894	1	.005		
Fisher's Exact Test				.007	.005
Linear-by-Linear Association	7.427	1	.006		
N of Valid Cases	160				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 17.63.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for pengalaman 2,5tahun (<2,5 tahun / >=2,5 tahun)	2.937	1.331	6.477
For cohort keaktifan kader = kurang aktif	1.412	1.131	1.762
For cohort keaktifan kader = aktif	.481	.267	.865
N of Valid Cases	160		

7. Sikap

sikap * keaktifan kader Crosstabulation

			keaktifan kader		Total
			Kurang aktif	aktif	
sikap negatif (<mean)	Count	49	17	66	
	% within sikap	74.2%	25.8%	100.0%	
positif (>=mean)	Count	51	43	94	
	% within sikap	54.3%	45.7%	100.0%	
Total	Count	100	60	160	
	% within sikap	62.5%	37.5%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6.609(b)	1	.010		
Continuity Correction(a)	5.784	1	.016		
Likelihood Ratio	6.763	1	.009		
Fisher's Exact Test				.013	.008
Linear-by-Linear Association	6.568	1	.010		
N of Valid Cases	160				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 24.75.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for sikap (negatif (<mean) / positif (>=mean))	2.430	1.225	4.820
For cohort keaktifan kader = tidak aktif	1.368	1.083	1.729
For cohort keaktifan kader = aktif	.563	.354	.896
N of Valid Cases	160		

8. Penyuluhan

penyuluhan * keaktifan kader Crosstabulation

		keaktifan kader		Total
		Kurang aktif	aktif	
penyuluhan jarang	Count	90	42	132
	% within penyuluhan	68.2%	31.8%	100.0%
sering	Count	10	18	28
	% within penyuluhan	35.7%	64.3%	100.0%
Total	Count	100	60	160
	% within penyuluhan	62.5%	37.5%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	10.390(b)	1	.001		
Continuity Correction(a)	9.051	1	.003		
Likelihood Ratio	10.072	1	.002		
Fisher's Exact Test				.002	.002
Linear-by-Linear Association	10.325	1	.001		
N of Valid Cases	160				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10.50.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for penyuluhan (jarang / sering)	3.857	1.640	9.073
For cohort keaktifan kader = kurang aktif	1.909	1.146	3.181
For cohort keaktifan kader = aktif	.495	.341	.718
N of Valid Cases	160		

**9. Keberadaan Fasilitas Kesehatan
fasilkes * keaktifan kader Crosstabulation**

			keaktifan kader		Total
			Kurang aktif	Aktif	
Fasilkes	tidak ada	Count	7	3	10
		% within pustu	70.0%	30.0%	100.0%
	ada	Count	93	57	150
		% within pustu	62.0%	38.0%	100.0%
Total		Count	100	60	160
		% within pustu	62.5%	37.5%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.256(b)	1	.613		
Continuity Correction(a)	.028	1	.866		
Likelihood Ratio	.264	1	.608		
Fisher's Exact Test				.744	.444
Linear-by-Linear Association	.254	1	.614		
N of Valid Cases	160				

a Computed only for a 2x2 table

b 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.75.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for fasilkes (tidak ada / ada)	1.430	.355	5.754
For cohort keaktifan kader = kurang aktif	1.129	.738	1.726
For cohort keaktifan kader = aktif	.789	.300	2.080
N of Valid Cases	160		

10. Ketersediaan Dana

dana * keaktifan kader Crosstabulation

			keaktifan kader		Total
			Kurang aktif	aktif	
dana	tidak ada	Count	51	19	70
		% within dana	72.9%	27.1%	100.0%
	ada	Count	49	41	90
		% within dana	54.4%	45.6%	100.0%
Total		Count	100	60	160
		% within dana	62.5%	37.5%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5.696(b)	1	.017		
Continuity Correction(a)	4.937	1	.026		
Likelihood Ratio	5.791	1	.016		
Fisher's Exact Test				.021	.013
Linear-by-Linear Association	5.660	1	.017		
N of Valid Cases	160				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 26.25.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for dana (tidak ada / ada)	2.246	1.149	4.391
For cohort keaktifan kader = kurang aktif	1.338	1.056	1.696
For cohort keaktifan kader = aktif	.596	.382	.930
N of Valid Cases	160		

11. Insentif

insentif * keaktifan kader Crosstabulation

		keaktifan kader		Total	
		kurang aktif	aktif		
insentif	tidak pernah	Count % within insentif	55 73.3%	20 26.7%	75 100.0%
	pernah	Count % within insentif	45 52.9%	40 47.1%	85 100.0%
Total		Count	100	60	160
		% within insentif	62.5%	37.5%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	7.069(b)	1	.008		
Continuity Correction(a)	6.226	1	.013		
Likelihood Ratio	7.172	1	.007		
Fisher's Exact Test				.009	.006
Linear-by-Linear Association	7.025	1	.008		
N of Valid Cases	160				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 28.13.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for insentif (tidak pernah / pernah)	2.444	1.256	4.757
For cohort keaktifan kader = kurang aktif	1.385	1.087	1.765
For cohort keaktifan kader = aktif	.567	.366	.878
N of Valid Cases	160		

12. Dukungan TOMA

dukungan TOMA * keaktifan kader Crosstabulation

			keaktifan kader		Total
			Kurang aktif	aktif	
dukungan TOMA	tidak mendukung	Count % within dukungan TOMA	45 77.6%	13 22.4%	58 100.0%
	mendukung	Count % within dukungan TOMA	55 53.9%	47 46.1%	102 100.0%
Total		Count % within dukungan TOMA	100 62.5%	60 37.5%	160 100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	8.835(b)	1	.003		
Continuity Correction(a)	7.854	1	.005		
Likelihood Ratio	9.203	1	.002		
Fisher's Exact Test				.004	.002
Linear-by-Linear Association	8.780	1	.003		
N of Valid Cases	160				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 21.75.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for dukungan TOMA (tidak mendukung / mendukung)	2.958	1.426	6.136
For cohort keaktifan kader = kurang aktif	1.439	1.147	1.805
For cohort keaktifan kader = aktif	.486	.288	.820
N of Valid Cases	160		

13. Dukungan masyarakat

dukungan masyarakat * keaktifan kader Crosstabulation

			keaktifan kader		Total
			Kurang aktif	aktif	
dukungan masyarakat	tidak mendukung	Count	49	17	66
		% within dukungan masyarakat	74.2%	25.8%	100.0%
	mendukung	Count	51	43	94
		% within dukungan masyarakat	54.3%	45.7%	100.0%
Total		Count	100	60	160
		% within dukungan masyarakat	62.5%	37.5%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6.609(b)	1	.010	.013	.008
Continuity Correction(a)	5.784	1	.016		
Likelihood Ratio	6.763	1	.009		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	6.568	1	.010		
N of Valid Cases	160				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 24.75.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Upper	Lower
Odds Ratio for dukungan masyarakat (tidak mendukung / mendukung)	2.430	1.225	4.820
For cohort keaktifan kader = kurang aktif	1.368	1.083	1.729
For cohort keaktifan kader = aktif	.563	.354	.896
N of Valid Cases	160		

14. Dukungan keluarga

dukungan keluarga * keaktifan kader Crosstabulation

			keaktifan kader		Total
			Kurang aktif	aktif	
dukungan keluarga	tidak mendukung	Count	18	5	23
		% within dukungan keluarga	78.3%	21.7%	100.0%
	mendukung	Count	82	55	137
		% within dukungan keluarga	59.9%	40.1%	100.0%
Total		Count	100	60	160
		% within dukungan keluarga	62.5%	37.5%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2.847(b)	1	.092		
Continuity Correction(a)	2.116	1	.146		
Likelihood Ratio	3.049	1	.081		
Fisher's Exact Test				.107	.070
Linear-by-Linear Association	2.829	1	.093		
N of Valid Cases	160				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8.63.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for dukungan keluarga (tidak mendukung / mendukung)	2.415	.847	6.887
For cohort keaktifan kader = kurang aktif	1.308	1.013	1.688
For cohort keaktifan kader = aktif	.542	.243	1.207
N of Valid Cases	160		

15. Supervisi

supervisi * keaktifan kader Crosstabulation

			keaktifan kader		Total
			Kurang aktif	aktif	
supervisi	tidak ada	Count	66	29	95
		% within supervisi	69.5%	30.5%	100.0%
	ada	Count	34	31	65
		% within supervisi	52.3%	47.7%	100.0%
Total		Count	100	60	160
		% within supervisi	62.5%	37.5%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4.852(b)	1	.028		
Continuity Correction(a)	4.147	1	.042		
Likelihood Ratio	4.831	1	.028		
Fisher's Exact Test				.032	.021
Linear-by-Linear Association	4.822	1	.028		
N of Valid Cases	160				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 24.38.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for supervisi (tidak ada / ada)	2.075	1.079	3.990
For cohort keaktifan kader = kurang aktif	1.328	1.016	1.736
For cohort keaktifan kader = aktif	.640	.431	.951
N of Valid Cases	160		