

**HUBUNGAN ANTARA KEAKTIFAN KADER KESEHATAN  
DENGAN PENGEMBANGAN PROGRAM DESA SIAGA  
DI KECAMATAN MASARAN KABUPATEN SRAGEN**

**KARYA TULIS ILMIAH**

Untuk Memenuhi Persyaratan  
Memperoleh Gelar Sarjana Sains Terapan



Oleh:

**Arva Rochmawati**

**R 0106017**

**PROGRAM STUDI D IV KEBIDANAN FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS SEBELAS MARET  
SURAKARTA**

**2010**

**HALAMAN PERSETUJUAN**

**HUBUNGAN ANTARA KEAKTIFAN KADER KESEHATAN DENGAN  
PENGEMBANGAN PROGRAM DESA SIAGA DI KECAMATAN  
MASARAN KABUPATEN SRAGEN**

**KARYA TULIS ILMIAH**

Disusun Oleh :

**Arva Rochmawati**

**R0106017**

Telah disetujui oleh Pembimbing untuk diujikan di Hadapan Tim Penguji

Pada Tanggal 21 Juli 2010

**Pembimbing I**

**Pembimbing II**

**Ropitasari, S.SiT, M.Kes**

**Anik Lestari, dr., M.Kes**  
**NIP. 19680805 200112 2 001**

**Ketua Tim Karya Tulis Ilmiah**

**Moch. Arif Tq, dr., MS., PHK.**  
**NIP. 19500913 198003 1 002**

**HALAMAN PENGESAHAN**

**HUBUNGAN ANTARA KEAKTIFAN KADER KESEHATAN DENGAN  
PENGEMBANGAN PROGRAM DESA SIAGA DI KECAMATAN  
MASARAN KABUPATEN SRAGEN**

**KARYA TULIS ILMIAH**

Disusun Oleh :

**Arva Rochmawati**

**R0106017**

Telah dipertahankan dan disetujui di hadapan Tim Validasi Karya Tulis Ilmiah

Mahasiswa D IV Kebidanan Fakultas Kedokteran UNS

Pada Hari Jum'at, 30 Juli 2010

**Pembimbing I**

**Pembimbing II**

**Ropitasari, S.SiT, M.Kes**

**Anik Lestari, dr., M.Kes**  
**NIP. 19680805 200112 2 001**

**Penguji**

**Ketua Tim Karya Tulis Ilmiah**

**Putu Suriyasa, dr., MS., PKK., Sp.Ok**  
**NIP. 19481105 198111 1 001**

**Moch. Arif Tq, dr., MS., PHK.**  
**NIP. 19500913 198003 1 002**

**Mengesahkan,**  
**Ketua Program Studi DIV Kebidanan Fakultas Kedokteran**  
**Universitas Sebelas Maret**

**H. Tri Budi Wiryanto, dr, Sp.OG (K)**  
**NIP. 19510421 198011 1 002**



## ABSTRAK

**Arva Rochmawati. R0106017. 2010. Hubungan antara Keaktifan Kader Kesehatan dengan Pengembangan Program Desa Siaga di Kecamatan Masaran Kabupaten Sragen. Program Studi DIV Kebidanan Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret Surakarta.**

**Latar Belakang** : Kegiatan desa siaga pada seluruh kota atau kabupaten di Indonesia, mengacu pada Standar Pelayanan Minimal (SPM) yang menargetkan 80 % desa siaga telah aktif pada tahun 2015. Kabupaten Sragen mempunyai 20 kecamatan dan 208 desa. 80 desa diantaranya sudah menjadi desa siaga (38,5 %), salah satunya yaitu di kecamatan Masaran. Angka Kematian Ibu di Masaran telah mencapai 0/ 100.000 kelahiran hidup. Hal tersebut mendorong kecamatan Masaran untuk memelihara dan meningkatkan program desa siaga. Pelaksanaan pengembangan program desa siaga memerlukan kerjasama beberapa pihak terkait, salah satunya yaitu kader kesehatan.

**Tujuan Penelitian** : untuk mengetahui adanya hubungan antara keaktifan kader kesehatan dengan pengembangan program desa siaga.

**Metode Penelitian** : *Observasional analitik* dengan pendekatan *cross sectional*, dengan teknik *non random jenis purposive sampling*. Subjek penelitian 95 kader kesehatan yang berada di dua desa yaitu desa Masaran dan desa Krebet dengan alat ukur kuesioner dan wawancara mendalam, sedangkan lembar observasi diisi oleh 2 bidan desa, 1 ibu kepala desa, 1 asisten bidan dan data yang diperoleh telah memenuhi syarat untuk uji analisis statistik *Chi-Square*.

**Hasil Penelitian** : Dari 95 responden menunjukkan bahwa total kader kesehatan yang aktif yaitu 44,20%, 35,80 % diantaranya berada pada desa siaga tahap purnama. Sedangkan dari 55,80 % kader kesehatan yang tidak aktif, 41,70 % diantaranya berada di desa siaga tahap pratama. Hasil uji statistik adalah  $\pi = 0,000$  dengan signifikansi 0,000 ( $P < 0,05$ ). Berdasarkan hasil wawancara mendalam menunjukkan ketidakaktifan kader kesehatan dalam menjalankan tugasnya dikarenakan belum adanya pengelolaan dana sehat di dalam masyarakat.

**Kesimpulan** : terdapat hubungan yang sangat signifikan antara keaktifan kader kesehatan dengan pengembangan program desa siaga.

---

**Kata Kunci** : Keaktifan, Kader Kesehatan, Desa siaga

## ABSTRACT

**Arva Rochmawati. R0106017. 2010. Relationship between Health Cadre Activity with The Standby Village Program Development Mode in Sragen Regency Masaran District. DIV Midwifery Studies Program of Medical Faculty of Sebelas Maret University.**

**Background:** Activity standby village in the whole city or district in Indonesia, referring to the Minimum Service Standards (MSS), which is targeting 80% of villages have been active standby in 2015. Sragen Regency has 20 districts and 208 villages. 80 villages including the village has become the standby (38.5%), one of them is in the district Masaran. Maternal Mortality in Masaran has reached 0 / 100 000 live births. It is encouraging districts to maintain and enhance Masaran alert village program. Implementation of development cooperation programs require standby village several related parties, one of the health cadres.

**Objective:** to investigate the relationship between the liveliness of health cadres in the village of program development mode.

**Research Method:** Observational cross sectional analytic approach, with non random type of purposive sampling. Research subjects were 95 health cadres in two villages, Masaran village and Kreet village with questionnaire measuring devices and in-depth interviews, while the observation sheets filled out by two midwives, one mother village chief, one assistant midwife and the data obtained are qualified to test Chi-Square statistical analysis.

**Results:** the 95 respondents indicated that the total health of an active cadre of 44.20%, 35.80% of whom are on standby village full moon phase. While 55.80% of the health cadres who are not active, 41.70% of them are in pratama stage standby village. The statistical result is  $\pi = 0.000$  with significance of 0.000 ( $P < 0.05$ ). Based on the results of in-depth interviews showed the inactivity of health cadres in carrying out their duties due to the unavailability of funds management in the community healthy.

**Conclusion:** There was a significant relationship between health cadres activity with the standby village program development mode.

**Keywords:** Activity, Health Cadre, Standby Village

## MOTTO DAN PERSEMBAHAN

*"...Sesungguhnya jika kamu bersyukur, niscaya Aku akan menambah nikmat kepadamu..."*

(Q.S. Ibrahim : 7)

*"Dua jalan bercabang di hutan dan aku memilih jalan yang jarang dilalui, dan itu membuat segala sesuatu begitu berbeda karena setiap pilihan mudah hari ini akan memberikan akibat esok hari"*

(NH. Kleinbaum dalam dead poet society)

*"Good thoughts are no better than good dreams, unless they be executed"*

(Ralph Waldo Emerson)

### ***Ku persembahkan kepada :***

- 1. Allah SWT. pemberi ketajaman hati dan pikiran bagi penulis,*
- 2. Ibu dan Bapak yang penulis cintai, atas segala do'a yang dipanjatkan,*
- 3. Kakak dan adikku yang tersayang (Mbak Fat, Mbak Lekha, De' Rahman),*
- 4. Sahabat dan sekaligus adik yang tersayang (De' Desty),*
- 5. Teman-teman DSV Kebidanan FK UNIS angkatan 2006*

## KATA PENGANTAR

Puji syukur Alhamdulillah, penulis panjatkan kehadiran Alloh SWT atas segala limpahan rahmat dan hidayah-Nya kepada penulis yang senantiasa diberikan nikmat berupa kesehatan, kesempatan, kekuatan lahir dan batin sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah dengan judul “Hubungan antara Keaktifan Kader Kesehatan dengan Pengembangan Program Desa Siaga di Kecamatan Masaran Kabupaten Sragen”, untuk memenuhi persyaratan memperoleh gelar Sarjana Sains Terapan.

Karya Tulis Ilmiah ini dapat disusun dengan lancar tidak lepas dari bantuan yang diberikan oleh semua pihak baik secara moril maupun material. Maka dari itu penulis menghaturkan ucapan terima kasih kepada Bapak/ Ibu :

1. Prof. Dr. H. Syamsul Hadi, dr, Sp. KJ (K), rektor Universitas Sebelas Maret Surakarta
2. Prof. Dr. H. A. A. Subijanto, dr, M.S, dekan Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret Surakarta
3. H. Tri Budi Wiryanto, dr, SpOG (K), ketua program studi DIV Kebidanan Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret Surakarta
4. S. Bambang Widjokongko, dr, PHK, M.Pd Ked, sekretaris program studi DIV Kebidanan Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret Surakarta
5. Moch. Arief T.Q., dr, MS, PHK, ketua tim Karya Tulis Ilmiah
6. Ropitasari, S.SiT, M.Kes., pembimbing utama yang dengan penuh kesabaran dalam memberikan bimbingan



7. Anik Lestari, dr., M.Kes., pembimbing pendamping yang sabar dalam memberikan bimbingan dan dukungan
8. Putu Suriyasa, dr., MS., PKK., Sp.Ok., penguji karya tulis ilmiah penulis
9. Kepala Desa Masaran dan Kreet yang telah memberikan ijin dan memfasilitasi penulis dalam melakukan penelitian
10. Kedua orang tua penulis yang selalu mendukung secara moril, spiritual dan materiil bagi penulis
11. Dosen pengajar dan staf program studi DIV Kebidanan Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret Surakarta
12. Teman – teman Mahasiswa Program Studi D IV Kebidanan Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret Surakarta yang selalu bersama dalam suka maupun duka
13. Serta semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu yang telah membantu, memberikan semangat dan mendo'akan penulis hingga terselesaikannya Karya Tulis ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa masih banyak kekurangan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini, maka penulis mengharap kritik dan saran untuk pembuatan karya sejenis. Semoga karya ini dapat memberikan manfaat bagi semua pihak.

Surakarta, Juli 2010

Penulis

## DAFTAR ISI

	halaman
<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	i
<b>HALAMAN PERSETUJUAN</b> .....	ii
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	iii
<b>ABSTRAK</b> .....	iv
<b>MOTTO DAN PERSEMBAHAN</b> .....	vi
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	vii
<b>DAFTAR ISI</b> .....	ix
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	xii
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	xiii
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	xiv
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang Masalah .....	1
B. Rumusan Masalah .....	3
C. Tujuan Penelitian .....	3
D. Manfaat Penelitian .....	4
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
A. Keaktifan Kader Kesehatan.....	5
1. Kader Kesehatan.....	5
2. Keaktifan .....	6
3. Keaktifan Kader Kesehatan.....	7
B. Desa Siaga .....	8

C. Hubungan Antara Keaktifan Kader Kesehatan dengan Pengembangan Program Desa Siaga .....	21
D. Kerangka Konsep.....	23
E. Hipotesis.....	23

### **BAB III METODE PENELITIAN**

A. Desain Penelitian .....	24
B. Lokasi dan waktu penelitian .....	24
C. Populasi Penelitian .....	24
D. Sampel dan Teknik Sampling .....	25
E. Kriteria Restriksi .....	26
F. Alat Penelitian .....	26
G. Uji Validitas dan Reabilitas Alat Penelitian .....	28
H. Jalannya Penelitian.....	30
I. Identifikasi Variabel Penelitian.....	31
J. Definisi Operasional.....	31
K. Metode Pengambilan Data.....	33
L. Teknik Analisa Data.....	33

### **BAB IV. HASIL PENELITIAN**

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian .....	36
B. Karakteristik Responden .....	36
C. Analisis Data .....	39

### **BAB V. PEMBAHASAN**

A. Karakteristik Responden .....	41
----------------------------------	----

B. Keaktifan Kader Kesehatan.....	43
C. Pengembangan Program Desa Siaga.....	44
D. Hasil Analisis .....	45
<b>BAB VI. KESIMPULAN DAN SARAN</b>	
A. Kesimpulan .....	48
B. Saran.....	49
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>51</b>
<b>LAMPIRAN</b>	

## DAFTAR TABEL

	halaman
Tabel 1. Skor Penilaian Keaktifan Kader Kesehatan.....	27
Tabel 2. Kisi – Kisi Kuesioner Keaktifan Kader Kesehatan.....	27
Tabel 3. Indikator Pengembangan Program Desa Siaga .....	28
Tabel 4. Distribusi Frekuensi Kader Kesehatan Menurut Usia .....	37
Tabel 5. Distribusi Frekuensi Kader Kesehatan Menurut Tingkat Pendidikan....	37
Tabel 6. Distribusi Frekuensi Kader Kesehatan Menurut Lama Menjadi Kader Kesehatan .....	37
Tabel 7. Distribusi Frekuensi Kader Kesehatan Menurut Keikutsertaan dalam Pelatihan kader.....	38
Tabel 8. Distribusi Frekuensi Kader Kesehatan Berdasarkan Keaktifan.....	38
Tabel 9. Distribusi Frekuensi Kader Kesehatan Berdasarkan Pengembangan Program Desa Siaga .....	39
Tabel 10. Hubungan antara Keaktifan Kader Kesehatan dengan Pengembangan Program Desa Siaga .....	39
Tabel 11. Lembar Observasi Sampel Desa Siaga .....	44

## DAFTAR GAMBAR

	halaman
Gambar 1. Kerangka Konsep.....	23
Gambar 2. Skema Jalannya Penelitian .....	31

## **DAFTAR LAMPIRAN**

- Lampiran 1 Jadwal pelaksanaan penelitian Karya Tulis Ilmiah
- Lampiran 2 Lembar permohonan menjadi subjek penelitian
- Lampiran 3 Lembar persetujuan menjadi subjek penelitian
- Lampiran 4 Lembar Kuesioner
- Lampiran 5 Lembar Observasi
- Lampiran 6 Blanko Wawancara
- Lampiran 7 Hasil Penelitian
- Lampiran 8 Pengolahan data statistik
- Lampiran 9 Surat permohonan pengambilan data
- Lampiran 10 Surat izin penelitian dan keterangan telah melakukan penelitian
- Lampiran 11 SK Desa Siaga Krebet Dan Masaran
- Lampiran 12 Lembar konsultasi

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Pembangunan kesehatan merupakan suatu investasi untuk peningkatan kualitas sumber daya manusia (SDM) dalam mendukung percepatan pembangunan nasional (Depkes RI, 2009). Pelayanan kesehatan dasar menjadi fokus utama upaya bidang kesehatan Indonesia untuk mencapai target *Millenium Development Goals (MDGs)* 2015 yaitu Indonesia dapat menekan angka kematian ibu menjadi 102/ 100.000 kelahiran hidup dan menekan angka kematian bayi menjadi 15/ 1000 kelahiran hidup. (Depkes RI, 2009)

Tingginya angka kematian di Indonesia, terutama kematian ibu yaitu sebesar 226/ 100.000 kelahiran hidup, selanjutnya untuk angka kematian bayi sebesar 26/ 1000 kelahiran hidup (Dinkes Kab. Sragen, 2009). Tingginya angka kematian tersebut, menunjukkan masih rendahnya kualitas pelayanan kesehatan di Indonesia.

Departemen kesehatan RI memiliki visi “Masyarakat Yang Mandiri Untuk Hidup Sehat” dan misi “ Membuat Rakyat Sehat”. Visi dan Misi DepKes RI tersebut membuat propinsi Jawa Tengah untuk lebih meningkatkan kesejahteraan masyarakatnya terutama dalam hal kesehatan, yaitu untuk membentuk desa siaga sesuai wewenang dan tanggung jawab masing-masing kota atau kabupaten. Kegiatan desa siaga seluruh kota atau



kabupaten di Indonesia, mengacu pada Standar Pelayanan Minimal (SPM) yang menargetkan 80 % desa siaga telah aktif pada tahun 2015 (Menkes RI, 2008). Di Jawa Tengah terdapat 35 kabupaten, salah satunya adalah kabupaten Sragen. Kabupaten Sragen mempunyai 20 kecamatan dan 208 desa. 80 desa diantaranya sudah menjadi desa siaga (38,5 %), salah satunya yaitu di kecamatan Masaran. Angka Kematian Ibu (AKI) akibat hamil, bersalin, dan nifas di kecamatan Masaran pada tahun 2007 mencapai 85/100.000 kelahiran hidup; tahun 2008 meningkat menjadi 243/100.000 kelahiran hidup; dan tahun 2009 menurun menjadi 0/100.000 kelahiran hidup (Dinkes Kab. Sragen, 2009). Sedangkan pada tahun 2010, AKI sementara yang diperoleh yaitu 0/100.000 kelahiran hidup. Keadaan tersebut mendorong kecamatan Masaran untuk memelihara dan meningkatkan pelaksanaan program desa siaga. Kecamatan Masaran memiliki 13 desa, 1 diantaranya merupakan Desa Siaga Tahap Purnama. (Dinkes Kab. Sragen, 2010).

Pelaksanaan program-program desa siaga memerlukan kerjasama dari beberapa pihak terkait diantaranya perangkat desa, tokoh masyarakat, kader kesehatan, pemuda, LSM, dan seluruh warga masyarakat pada umumnya. (Syafrudin, Hamidah, 2009). Kader kesehatan merupakan pelaksana program desa siaga. Kader kesehatan yang aktif melaksanakan tugasnya dengan baik dapat menjadi salah satu indikator keberhasilan pengembangan program desa siaga (Syafrudin, Hamidah, 2009). Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk

mengadakan penelitian tentang hubungan antara keaktifan kader dengan pengembangan program desa siaga.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian latar belakang tersebut, maka rumusan masalah yang dapat peneliti susun adalah “Apakah ada hubungan antara keaktifan kader kesehatan dengan pengembangan program desa Siaga?”

## **C. Tujuan Penelitian**

### 1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan keaktifan kader kesehatan dengan pengembangan program desa siaga di kecamatan Masaran Sragen.

### 2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengidentifikasi tingkat keaktifan kader kesehatan pada pengembangan program desa siaga.
- b. Untuk mengidentifikasi kriteria pengembangan program desa siaga.
- c. Untuk menganalisis hubungan keaktifan kader kesehatan dengan pengembangan program desa siaga.

## **D. Manfaat Penelitian**

Manfaat aplikatif antara lain :

1. Bagi Desa dan Masyarakat, sebagai masukan dalam mengambil langkah menuju perbaikan dalam pengembangan program desa siaga di Kabupaten Sragen

2. Bagi peneliti, untuk menerapkan/ mengaplikasikan teori yang didapat selama mengikuti pendidikan.
3. Bagi Profesi Bidan Desa, sebagai masukan terhadap pengembangan program desa siaga.
4. Bagi Institusi Pendidikan, sebagai bahan wacana pada peneliti selanjutnya yang akan meneliti tentang desa siaga yang berhubungan dengan keaktifan kader kesehatan.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Keaktifan Kader Kesehatan**

##### 1. Kader Kesehatan

Kader kesehatan merupakan perwujudan peran serta aktif masyarakat dalam pelayanan terpadu yang disebut juga sebagai promotor kesehatan desa yang dipilih oleh masyarakat setempat secara sukarela dalam pengembangan kesehatan masyarakat. (Depkes RI, Dinkes Kota Madiun, 2007; Dinkes Kab. Sragen, 2008; Syafrudin dan Hamidah, 2009). Prasyarat menjadi seorang kader kesehatan yaitu sanggup bekerja secara sukarela, mendapat kepercayaan dari masyarakat serta mempunyai kredibilitas yang baik, memiliki jiwa pengabdian masyarakat, mempunyai perilaku yang dapat menjadi panutan masyarakat, mampu membaca dan menulis, dan sanggup membina masyarakat sekitarnya. (Zulkifli, 2003)

Fungsi kader dalam menjalankan perannya sebagai pengembang program desa siaga yaitu :

- a. Membantu tenaga kesehatan dalam pengelolaan program desa siaga melalui kegiatan UKBM (Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat)
- b. Membantu memantau kegiatan dan evaluasi desa siaga
- c. Membantu mengembangkan dan mengelola UKBM serta hal yang terkait

- d. Membantu mengidentifikasi dan melaporkan kejadian di masyarakat yang dapat berdampak pada masyarakat
- e. Membantu dalam memberikan pemecahan masalah kesehatan yang sederhana kepada masyarakat.

(Depkes RI, Dinkes Kota Madiun, 2007; Dinkes Kab. Sragen, 2008; Syafrudin dan Hamidah, 2009)

## 2. Keaktifan

Istilah keaktifan mempunyai arti sama dengan aktivitas yaitu banyak sedikitnya orang yang menyatakan diri, menjelmakan perasaan-perasaan dan pikiran-pikirannya dalam tindakan yang spontan. (Suryabrata, 2006). Selain itu, keaktifan dapat berarti suatu kegiatan atau kesibukan (Depdiknas, 2008).

Terdapat 2 golongan aktivitas yaitu :

- a. Golongan yang aktif yaitu golongan yang karena alasan yang lemah saja telah berbuat, sifat-sifat golongan ini antara lain suka bergerak, sibuk, riang-gembira, dengan kuat menentang penghalang, mudah mengerti, praktis, pandangan luas (Sobur, 2003; Suryabrata, 2006). Selain hal tersebut, indikator aktif secara kualitatif terbagi menjadi 3 ranah yaitu :
  - 1) Pengetahuan (*Knowledge*) merupakan hal domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang dengan cara penginderaan.

2) Sikap (*Attitude*) merupakan reaksi positif yang masih tertutup sebelum tindakan atau adanya kesediaan untuk bertindak.

3) Tindakan (*Practice*) merupakan tindakan nyata seseorang setelah mengetahui dan menilai bahwa apa yang telah diterimanya adalah baik.

(Notoadmodjo, 2007)

- b. Golongan yang tidak aktif yaitu golongan yang walaupun ada alasan-alasan yang kuat belum juga mau bertindak, sifat-sifat golongan ini antara lain lekas mengalah, lekas putus asa, semua masalah dianggap berat, tidak praktis, pandangan sempit (Sobur, 2003; Suryabrata, 2006).

### 3. Keaktifan kader kesehatan

Kader Kesehatan adalah perwujudan peran aktif masyarakat dalam pelayanan terpadu (DepKes RI, 2007). Keaktifan merupakan suatu kegiatan atau kesibukan (Dediknas, 2008).

Keaktifan kader kesehatan dapat diasumsikan bahwa kader kesehatan yang aktif melaksanakan tugasnya dengan baik sesuai dengan wewenang dan tanggung jawabnya, maka kader kesehatan tersebut termasuk dalam kategori yang aktif. Namun, apabila kader kesehatan tidak mampu melaksanakan tugasnya maka mereka tergolong yang tidak aktif. Keaktifan kader kesehatan diharapkan akan membantu keberhasilan program desa siaga (DepKes RI, 2007; Depdiknas, 2008).

## **B. Desa siaga**

### **1. Pengertian Desa Siaga**

Desa siaga adalah desa yang penduduknya memiliki kesiapan sumber daya dan kemampuan serta kemauan untuk mencegah dan mengatasi masalah-masalah kesehatan, bencana dan kegawatdaruratan kesehatan secara mandiri. Desa yang dimaksud yaitu kelurahan atau nagari atau istilah lain bagi kesatuan masyarakat hukum yang memiliki batas-batas wilayah, yang berwenang untuk mengatur dan mengurus kepentingan masyarakat setempat berdasarkan asal-usul dan adat istiadat setempat yang diakui dan dihormati dalam sistem pemerintahan Negara Kesatuan Republik Indonesia.

Desa siaga dikatakan dapat membangun kembali berbagai Upaya Kesehatan Bersumber-daya Masyarakat (UKBM). Pengembangan desa siaga merupakan realisasi Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa (PKMD) sebagai pendekatan edukatif yang perlu dihidupkan, dipertahankan dan ditingkatkan kelestariannya.

(Depkes RI, Dinkes Kota Madiun, 2007; Syafrudin dan Hamidah, 2009)

### **2. Tujuan Desa Siaga**

#### **a. Tujuan Utama**

Terwujudnya masyarakat desa yang sehat, serta peduli dan tanggap terhadap permasalahan kesehatan di wilayahnya sehingga tercipta desa sehat, kecamatan sehat, kabupaten sehat, propinsi sehat dan Indonesia sehat.

#### b. Tujuan Khusus

- 1) Meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat desa tentang pentingnya kesehatan
- 2) Meningkatnya kewaspadaan dan kesiapsiagaan masyarakat desa terhadap risiko dan bahaya yang dapat menimbulkan gangguan kesehatan (bencana, wabah, kegawatdaruratan dan sebagainya).
- 3) Meningkatnya keluarga yang sadar gizi dan melaksanakan perilaku hidup bersih dan sehat
- 4) Meningkatnya kesehatan lingkungan di desa.
- 5) Meningkatnya kemampuan dan kemauan masyarakat desa untuk menolong diri sendiri di bidang kesehatan.
- 6) Meningkatnya kemandirian masyarakat desa dalam pembiayaan kesehatan.
- 7) Meningkatnya dukungan dan peran aktif para perangkat kepentingan dalam rangka mewujudkan kesehatan masyarakat desa.

(DepKes RI, Dinkes Kota Madiun, 2007; Syafrudin dan Hamidah, 2009)

#### 3. Landasan Hukum

UU No. 23 Tahun 1992. Tentang Kesehatan; UU No. 32 Tahun 2004. Tentang Pemerintahan Daerah; PP No. 25 Tahun 2004. Tentang Otonomi Daerah; SK Menteri Dalam Negeri Dan Otonomi Daerah No. 9/ 2001 Tentang Kader Pemberdayaan Masyarakat; SK Menkes No. 564/ 2006. Tentang Pedoman Pelaksanaan Pengembangan Desa Siaga; Peraturan Gubernur Jateng No. 90 Tahun 2005 tentang Poskesdes (Pos Kesehatan



Desa); Peraturan Gubernur Jateng No. 19 Tahun 2006 tentang akselerasi restrukturisasi propinsi Jawa Tengah (Depkes RI, 2007).

#### 4. Sasaran Desa Siaga

Tiga jenis sasaran pengembangan Desa Siaga :

- a. Semua individu dan keluarga di desa, yang diharapkan mampu melaksanakan hidup sehat, serta peduli dan tanggap terhadap permasalahan kesehatan di wilayah desanya.
- b. Pihak-pihak yang mempunyai pengaruh terhadap perilaku individu dan keluarga/ dapat menciptakan iklim yang kondusif bagi perubahan perilaku tersebut, seperti tokoh masyarakat, termasuk tokoh agama, tokoh perempuan dan pemuda, kader desa serta petugas kesehatan.
- c. Pihak-pihak yang diharapkan memberikan dukungan kebijakan, peraturan perundang-undangan, dana, tenaga, sarana, dan lain-lain seperti Kepala Desa, Camat, para pejabat yang berhubungan dengan desa siaga, swasta, para donatur, dan pemangku kepentingan lainnya.

(Depkes RI, Dinkes Kota Madiun, 2007; Syafrudin dan Hamidah, 2009)

#### 5. Standar Pelayanan Minimal Desa Siaga

Standar Pelayanan Minimal (SPM) merupakan ketetapan pemerintahan dibidang kesehatan, yang menjadi acuan kinerja pelayanan kesehatan yang diselenggarakan daerah kabupaten/ kota. Hal tersebut tercantum pada Peraturan Pemerintah No. 65 tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal khususnya di

bidang kesehatan. Pada SPM tahun 2010-2015, target kinerja Desa Siaga diharapkan mencapai 80 % yang aktif (Menkes RI., 2008).

#### 6. Pengembangan Program Desa Siaga

Pengembangan program desa siaga dilakukan dengan memperhatikan dan mempertimbangkan keadaan desa yang akan dikembangkan. Desa yang pernah dikembangkan dengan pendekatan (misalnya : Siap-Antar-Jaga) atau pengembangan UKBM seperti posyandu atau pengembangan usaha kecil dan menengah dikembangkan lebih lanjut menjadi desa siaga.

Pengembangan desa siaga juga dapat dimulai dengan merevitalisasi UKBM yang ada (misalnya revitalisasi posyandu, polindes), untuk mewujudkan pemerataan pelayanan kesehatan dasar kepada masyarakat.

Berbagai alternatif titik awal (*starting point*) untuk mengembangkan desa-desa menjadi desa siaga, yaitu Desa harus siap-antar-jaga; Desa dengan Pos Kesehatan Desa; Desa dengan Posyandu; Desa bina program-program kesehatan lainnya; Desa bina sektor-sektor non kesehatan, termasuk bina LSM (Depkes RI, Dinkes Kota Madiun, 2007; Syafrudin dan Hamidah, 2009).

#### 7. Kriteria Desa Siaga

Sebuah desa telah menjadi Desa Siaga apabila desa tersebut telah memiliki sekurang-kurangnya sebuah Pos Kesehatan Desa (Poskesdes).

Kriteria desa siaga adalah memiliki sarana pelayanan kesehatan dasar bagi yang tidak memiliki akses ke Puskesmas/ Puskesmas pembantu

(Pustu), dikembangkan Poskesdes; memiliki berbagai UKBM sesuai dengan kebutuhan masyarakat setempat (Posyandu, Pos/ Warung obat desa, dll.); memiliki sistem pengamatan (surveilans) penyakit dan faktor-faktor risiko yang berbasis masyarakat; memiliki sistem kesiapsiagaan dan penanggulangan kegawatdaruratan dan bencana berbasis masyarakat; memiliki sistem pembiayaan kesehatan berbasis masyarakat; memiliki lingkungan yang sehat; masyarakat yang sadar gizi; masyarakat yang berperilaku hidup bersih dan sehat.

Adapun penjelasan untuk masing-masing kriteria tersebut diatas adalah sebagai berikut :

a. Pos Kesehatan Desa (Poskesdes)

Sarana kesehatan yang dibentuk di desa yang tidak memiliki akses ke Puskesmas/ Pustu. Dalam rangka menyediakan/ mendekatkan pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat desa.

b. Usaha Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM)

UKBM merupakan wahana pemberdayaan masyarakat, yang dibentuk atas dasar kebutuhan masyarakat dikelola oleh, dari, untuk dan bersama masyarakat, dengan bimbingan petugas Puskesmas, lintas sektor dan lembaga terkait. UKBM dapat berupa antara lain :

1) Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu)

Posyandu merupakan salah satu UKBM yang dikelola dan diselenggarakan dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat. Posyandu berguna memberikan kemudahan kepada masyarakat,

terutama dalam memperoleh pelayanan kesehatan dasar untuk menunjang percepatan penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB).

2) Pos Pelayanan Terpadu Usia Lanjut (Posyandu Usila)

Posyandu Usila merupakan wahana pelayanan bagi kaum Usia Lanjut (Usila), yang dilakukan dari, oleh, dan untuk kaum Usila. Titik berat pelayanannya pada upaya promotif dan preventif tanpa menghasilkan upaya kuratif dan rehabilitatif.

3) Pos Kesehatan Desa (Poskesdes)

Poskesdes adalah salah satu UKBM yang dibentuk dalam upaya mendekatkan dan memudahkan masyarakat untuk memperoleh pelayanan profesional Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) serta Keluarga Berencana (KB), yang dikelola oleh Bidan di Desa (BDD) dan pamong desa.

4) Pos Obat Desa (POD) atau Warung Obat Desa (WOD)

POD atau WOD adalah wahana edukasi dalam rangka alih pengetahuan dan ketrampilan tentang obat dan pengobatan sederhana dari petugas kepada kader dan dari kader kepada masyarakat, untuk memberikan kemudahan dalam memperoleh obat yang bermutu dan terjangkau.

c. Surveilans Berbasis Masyarakat

Pemantauan yang dilakukan oleh masyarakat terhadap masalah-masalah di desa. Pemantauan ini dilakukan dengan pengumpulan data, pengolahan dan interpretasi data secara sistematis dan terus-menerus.

d. Kesiapsiagaan dan Penanggulangan Kegawatdaruratan dan Bencana Berbasis Masyarakat

Upaya yang dilakukan masyarakat untuk mengantisipasi terjadinya kegawatdaruratan sehari-hari dan bencana, melalui langkah-langkah yang tepat guna dan berdaya guna.

e. Pembiayaan Kesehatan Berbasis Masyarakat

Secara umum terdapat dua bentuk sumber pendanaan dari masyarakat yang dapat digali untuk digunakan dalam peningkatan upaya kesehatan, yaitu dana masyarakat yang bersifat aktif dan dana masyarakat yang bersifat pasif.

1) Dana Masyarakat yang Bersifat Aktif

Dana masyarakat yang bersifat aktif adalah dana yang secara khusus digali atau dikumpulkan oleh masyarakat yang digunakan untuk membiayai upaya kesehatan dan sering disebut dengan dana sehat.

2) Dana Masyarakat yang Bersifat Pasif

Dana masyarakat yang bersifat pasif adalah pemanfaatan dana yang sudah ada di masyarakat untuk membiayai upaya kesehatan.

f. Lingkungan Sehat

Pengembangan lingkungan sehat di desa diarahkan kepada terciptanya lingkungan yang tertata dengan baik, bebas dari pencemaran, sehingga menjamin warga/ masyarakat.

g. Pengembangan Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi)

Pengembangan keluarga yang berperilaku gizi seimbang serta mampu mengenali dan mengatasi masalah gizi anggota keluarganya.

h. PHBS

Sekumpulan perilaku yang dipraktikkan atas dasar kesadaran sebagai hasil pembelajaran, yang menjadikan seseorang atau keluarga dapat menolong diri sendiri dibidang kesehatan dan berperan serta dalam mewujudkan kesehatan masyarakatnya.

(Depkes RI, Dinkes Kota Madiun, 2007; Syafrudin dan Hamidah, 2009)

8. Tahapan Pengembangan Program Desa Siaga

Pengembangan program desa siaga dilaksanakan secara bertahap, berkaitan dengan hal tersebut maka ditetapkan adanya empat kriteria tingkatan desa siaga yaitu :

- a. Kriteria Desa Siaga Pratama (Tahap Bina) yaitu memiliki sarana pelayanan kesehatan dasar (bagi yang tidak memiliki akses ke Puskesmas/ Pustu), dikembangkan Pos Kesehatan Desa; memiliki UKBM sesuai dengan kebutuhan masyarakat setempat (Posyandu/ Pos Warung Obat Desa); memiliki sistem pengamatan (surveilans) penyakit dan faktor-faktor risiko yang berbasis masyarakat.

- b. Kriteria Desa Siaga Madya (Tahap Tumbuh) yaitu memiliki sarana pelayanan kesehatan dasar (bagi yang tidak memiliki akses ke Puskesmas/ Pustu), dikembangkan Pos Kesehatan Desa); memiliki UKBM sesuai dengan kebutuhan masyarakat setempat (Posyandu/ Pos Warung Obat Desa); memiliki sistem pengamatan (surveilans) penyakit dan faktor-faktor risiko yang berbasis masyarakat; memiliki sistem kesiapsiagaan dan penanggulangan kegawatdaruratan dan bencana berbasis masyarakat.
- c. Kriteria Desa Siaga Purnama (Tahap Kembang) yaitu memiliki sarana pelayanan kesehatan dasar (bagi yang tidak memiliki akses ke Puskesmas/ Pustu), dikembangkan Pos Kesehatan Desa); memiliki UKBM sesuai dengan kebutuhan masyarakat setempat (Posyandu/ Pos Warung Obat Desa); memiliki sistem pengamatan (surveilans) penyakit dan faktor-faktor resiko yang berbasis masyarakat; memiliki sistem kesiapsiagaan dan penanggulangan kegawatdaruratan dan bencana berbasis masyarakat; memiliki sistem pembiayaan kesehatan berbasis masyarakat.
- d. Kriteria Desa Siaga Mandiri (Tahap Paripurna) yaitu memiliki sarana pelayanan kesehatan dasar (bagi yang tidak memiliki akses ke Puskesmas/ Pustu), dikembangkan Pos Kesehatan Desa); memiliki UKBM sesuai dengan kebutuhan masyarakat setempat (Posyandu/ Pos Warung Obat Desa); memiliki sistem pengamatan (surveilans) penyakit dan faktor-faktor risiko yang berbasis masyarakat; memiliki

sistem kesiapsiagaan dan penanggulangan kegawatdaruratan dan bencana berbasis masyarakat; memiliki sistem pembiayaan kesehatan berbasis masyarakat; memiliki lingkungan yang sehat; masyarakatnya sadar gizi serta berperilaku hidup bersih dan sehat.

(Depkes RI, Dinkes Kota Madiun, 2007; Syafrudin dan Hamidah, 2009)

#### 9. Langkah-langkah Desa Siaga

Pengembangan desa siaga dilaksanakan dengan membantu/memfasilitasi masyarakat untuk menjalani proses pembelajaran melalui siklus pemecahan masalah yang terorganisasi (pengorganisasian masyarakat), yaitu dengan tahap-tahap:

- a. Mengidentifikasi masalah, penyebab masalah dan sumber daya yang dapat dimanfaatkan untuk mengatasi masalah.
- b. Mendiagnosis masalah dan merumuskan alternatif-alternatif pemecahan masalah
- c. Menetapkan alternatif pemecahan masalah yang layak, merencanakan dan melaksanakannya.
- d. Memantau, mengevaluasi dan membina kelestarian upaya-upaya yang telah dilakukan.

Langkah-langkah pokok yang perlu ditempuh di Desa Siaga adalah pengembangan tim petugas kesehatan; pengembangan tim di masyarakat; Survei Mawas Diri (SMD); Musyawarah Masyarakat Desa (MMD)

(DepKes RI, Dinkes Kota Madiun, 2007; Dinkes Kab. Sragen, 2008; Syafrudin dan Hamidah, 2009)



## 10. Peran Pejabat Pemerintah dan Tokoh Masyarakat

Para pejabat pemerintah, pejabat lintas sektoral, unsur-unsur organisasi/ ikatan profesi, pemuka masyarakat, tokoh agama, PKK, LSM, dunia usaha swasta dan lain-lain, diharapkan berperan aktif juga disemua tingkat administrasi.

### a. Di Tingkat Desa

Lurah/ Kepala Desa atau sebutan lain; tim penggerak PKK; tokoh masyarakat/ konsil kesehatan (apabila telah terbentuk); organisasi kemasyarakatan/ LSM/ DUNIA USAHA/ SWASTA

### b. Semua pihak yang mempunyai pengaruh terhadap pembentukan perilaku individu dan keluarga (kader kesehatan, karang taruna, tokoh masyarakat, LSM (Lembaga Swadaya Masyarakat), BPD (Badan Perwakilan Desa), LP<sub>2</sub>MPD/ LKMD (Lembaga Ketahanan Masyarakat Desa), TP PKK (Tim Penggerak Pemberdayaan dan Kesejahteraan keluarga)).

- 1) Kader Kesehatan adalah perwujudan peran aktif masyarakat dalam pelayanan terpadu
- 2) Karang Taruna adalah organisasi kepemudaan yang menaungi kegiatan warga dan diakui oleh pemerintah.
- 3) Tokoh Masyarakat adalah orang-orang yang dihormati dan disegani dalam kelompoknya karena aktivitas dalam kelompoknya serta kecakapan dan sifat-sifat yang dimilikinya.

- 4) LSM adalah lembaga-lembaga diluar sektor maupun bisnis swasta yang bergerak dalam aktivitas pembangunan atau pembelaan kepentingan umum dan menekankan perencanaan pola-pola alternatif serta pemberdayaan masyarakat.
- 5) BPD adalah badan yang mempunyai fungsi mengayomi adat-istiadat, membuat peraturan desa, menampung dan menyalurkan aspirasi masyarakat serta melakukan pengawasan pemerintahan desa.
- 6) LP<sub>2</sub>MPD/ LKMD adalah wadah yang dibentuk atas prakarsa masyarakat, sebagai mitra pemerintah desa dan pemerintahan kelurahan untuk menampung dan mewujudkan aspirasi dan kebutuhan masyarakat dibidang pembangunan.
- 7) TP PKK adalah mitra kerja pemerintah yang organisasi kemasyarakatannya berfungsi sebagai fasilitator, perencana, pelaksana, pengendali, dan penggerak pada masing-masing jenjang untuk terlaksananya program PKK.

(DepKes RI, Dinkes Kota Madiun, 2007; Syafrudin dan Hamidah, 2009)

#### 11. Indikator Keberhasilan Desa Siaga

Keberhasilan merupakan perihal (keadaan) yang mendapatkan hasil (tercapai segala usahanya) (Depdiknas, 2008). Keberhasilan pengembangan desa siaga dapat dilihat dari empat kelompok indikator yaitu;

- a. Indikator masukan (*in put*)

Indikator masukan adalah indikator untuk mengukur seberapa besar masukan telah diberikan dalam rangka pengembangan Desa Siaga yaitu ada/ tidaknya Forum Masyarakat Desa; ada/ tidaknya Poskesdes dan sarana bangunan serta perlengkapannya; ada/ tidaknya UKBM yang dibutuhkan masyarakat; ada/ tidaknya Tenaga kesehatan (minimal bidan)

b. Indikator proses

Indikator proses adalah indikator untuk mengukur seberapa aktif upaya yang dilaksanakan di suatu desa dalam rangka pengembangan Desa Siaga yaitu frekuensi pertemuan Forum Masyarakat Desa; berfungsi/ tidaknya Poskesdes; berfungsi/ tidaknya UKBM yang ada; berfungsi/ tidaknya sistem kegawatdaruratan dan penanggulangan kegawat daruratan dan bencana; berfungsi/ tidaknya sistem surveilans berbasis masyarakat; bda/ tidaknya kegiatan kunjungan rumah untuk Kadarzi dan PHBS.

c. Indikator keluaran (*out put*)

Indikator keluaran adalah indikator untuk mengukur seberapa besar hasil kegiatan yang dicapai di suatu desa dalam rangka pengembangan Desa Siaga yaitu cakupan pelayanan kesehatan dasar Poskesdes; cakupan pelayanan UKBM-UKBM lain; jumlah kasus kegawatdaruratan dan KLB yang dilaporkan; cakupan rumah tangga yang mendapat kunjungan rumah untuk Kadarzi dan PHBS

d. Indikator dampak

Indikator dampak adalah indikator untuk mengukur seberapa besar dampak dan hasil kegiatan di desa dalam rangka pengembangan Desa Siaga yaitu jumlah penduduk yang menderita sakit; jumlah penduduk yang menderita gangguan jiwa; jumlah ibu melahirkan yang meninggal dunia; jumlah bayi dan balita yang meninggal dunia; jumlah balita dengan gizi buruk

(DepKes RI, Dinkes Kota Madiun, 2007; Dinkes Kab. Sragen, 2008; Syafrudin dan Hamidah, 2009)

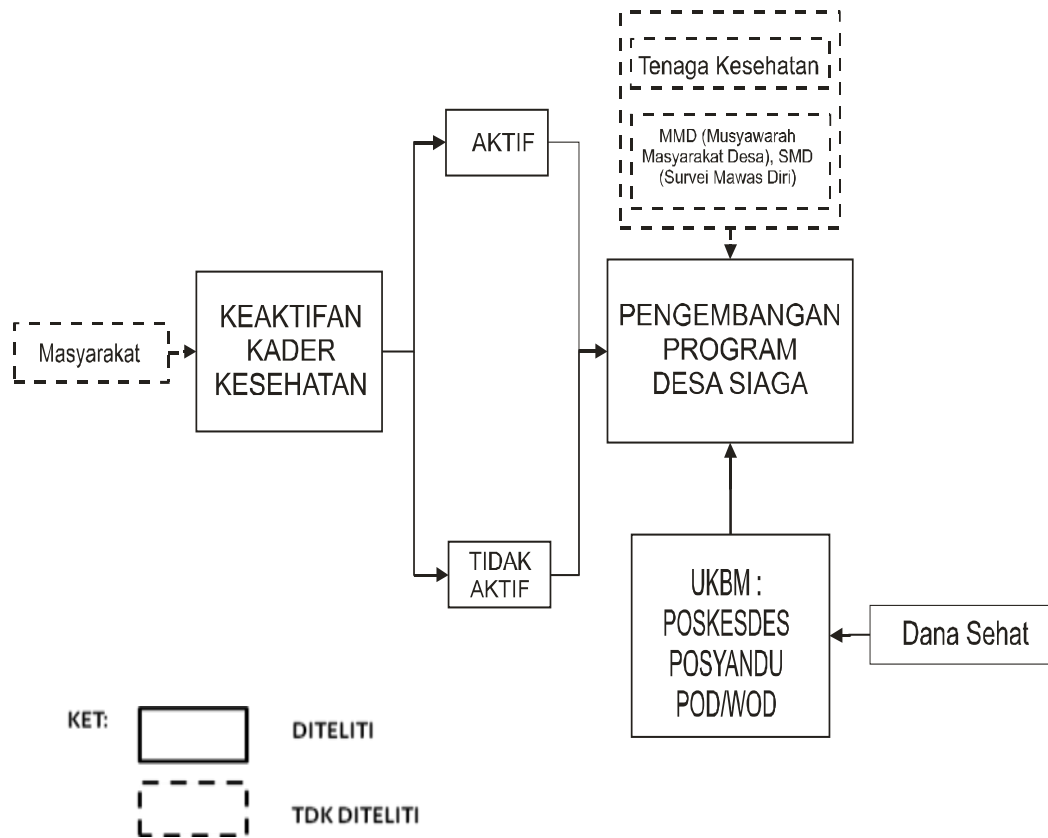
**C. Hubungan Antara Keaktifan Kader Kesehatan dengan Pengembangan Program Desa siaga**

Perwujudan dari pengembangan program desa siaga dapat dilakukan dengan adanya pelaksanaan UKBM (Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat) secara internal di dalam desa sendiri atau pun antar desa siaga. Upaya ini dapat memantapkan kerjasama dan sebagai wahana bertukar pengalaman dalam memecahkan masalah yang dihadapi bersama. Keaktifan kader kesehatan merupakan salah satu kunci keberhasilan dalam pengembangan program desa siaga. Kader kesehatan diberi kesempatan dalam mengembangkan kreativitasnya dan melakukan pemantauan serta evaluasi untuk melihat pengembangan program desa siaga. (Syafrudin dan Hamidah, 2009)

Kader kesehatan terlibat secara langsung dalam pengelolaan pengembangan program desa siaga. Kegiatan yang dilakukan oleh kader dapat berupa penyuluhan PHBS (Perilaku Hidup Bersih Sehat), membantu pelaksanaan posyandu, membantu mencegah kegawatdaruratan kesehatan masyarakat, dan sebagainya. (Dinkes Kab. Sragen, 2008)

Hubungan antara keaktifan kader kesehatan dengan pengembangan program desa siaga dapat diasumsikan yaitu meliputi pelaksanaan posyandu secara rutin, adanya poskesdes yang selalu siap dalam melayani kesehatan dasar masyarakat, adanya pos obat desa, adanya kesiapsiagaan masyarakat dalam menghadapi kegawatdaruratan. Pemberdayaan masyarakat dalam hal ini kader kesehatan yang harus dilakukan secara optimal sehingga pengembangan program desa siaga dapat tercapai. Oleh karena itu, salah satu kunci keberhasilan dan kelestarian desa siaga adalah keaktifan para kader kesehatan. Kader-kader yang memiliki motivasi tinggi harus diberi kesempatan untuk mengembangkan kreativitasnya dalam pelaksanaan UKBM yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat di desa. Apabila UKBM dapat berjalan dengan baik maka pengembangan program desa siaga juga akan meningkat (Dinkes Kab. Sragen, 2008; Syafrudin dan Hamidah, 2009).

### D. Kerangka Konsep



Gambar 1. Kerangka Konsep

### E. Hipotesis

Ho : Tidak ada hubungan antara keaktifan kader kesehatan dengan pengembangan program desa siaga.

H1: Ada hubungan antara keaktifan kader kesehatan dengan pengembangan program desa siaga.

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **A. DESAIN PENELITIAN**

Berdasarkan permasalahan dan tujuan yang akan dicapai, maka jenis penelitian yang digunakan adalah Observasional Analitik dengan desain *cross sectional* yaitu melakukan pengamatan pengukuran terhadap berbagai variabel penelitian menurut keadaan tanpa memanipulasi atau intervensi. Peneliti hanya melakukan observasi sekali, baik terhadap variabel bebas maupun variabel terikat (Taufiqurrahman, 2008)

#### **B. LOKASI DAN WAKTU PENELITIAN**

Penelitian ini berlokasi di Desa Masaran dan Desa Krebet Kecamatan Masaran, Kabupaten Sragen. Penelitian dilaksanakan pada bulan Mei – Juni 2010.

#### **C. POPULASI PENELITIAN**

Populasi adalah keseluruhan subjek penelitian (Arikunto, 2006).  
Populasi penelitian dibagi menjadi 2 yaitu :

##### 1. Populasi Target

Populasi yang menjadi sasaran aktif yang parameternya akan diketahui melalui penelitian yaitu seluruh kader kesehatan yang ada di wilayah Kecamatan Masaran, Kabupaten Sragen.

## 2. Populasi Aktual

Populasi yang lebih kecil dari populasi target karena lebih praktis namun masih memungkinkan untuk mendapat informasi tentang populasi sasaran. Populasi aktual dalam penelitian ini adalah seluruh kader kesehatan yang ada di desa Masaran dan desa Kreet, Kecamatan Masaran, Kabupaten Sragen.

(Nursalam, 2003)

### D. SAMPEL DAN TEKNIK SAMPLING

Pada penelitian ini menggunakan teknik non random jenis *purposive sampling* yaitu pengambilan sampel didasarkan pada suatu pertimbangan tertentu berdasarkan ciri atau sifat-sifat populasi yang sudah diketahui sebelumnya. Dalam penelitian ini, populasi kader kesehatan lebih kecil dari 10.000 maka peneliti menggunakan rumus besar sampel sebagai berikut :

$$n = \frac{N}{1 + N (d)^2}$$

Keterangan:

N : besar populasi

n : besar sampel

d : Tingkat Ketepatan yang diinginkan

(Notoatmodjo, 2002)



## **E. KRITERIA RESTRIKSI**

### 1. Kriteria Inklusi

Merupakan karakter umum subjek dari suatu populasi target yang terjangkau yang akan diteliti (Nursalam, 2003), yaitu semua kader dari berbagai usia, berpendidikan minimal tamatan SD, lamanya menjadi kader kesehatan, keikutsertaan dalam pelatihan kader kesehatan di wilayah desa Masaran dan desa Kreet, kecamatan Masaran, kabupaten Sragen.

### 2. Kriteria Eksklusi

Menghilangkan atau mengeluarkan subyek yang memenuhi kriteria inklusi dari studi karena berbagai sebab (Nursalam, 2003), kriteria yang tidak memenuhi dalam penelitian ini dikarenakan subjek sakit dan tidak hadir pada waktu penelitian.

## **F. ALAT PENELITIAN**

Alat yang dipergunakan dalam pengambilan data pada penelitian ini berupa lembar dokumentasi, yang berisi tentang data-data dan lembar kuesioner yang berhubungan dengan keaktifan kader kesehatan dalam pelaksanaan kegiatan yang mempengaruhi pengembangan program Desa Siaga serta lembar observasi terhadap indikator-indikator tahapan Desa Siaga. Selain itu, peneliti menggunakan alat perekam dalam proses wawancara mendalam dengan 10 kader kesehatan.

1. Kuesioner keaktifan kader kesehatan yang terdiri dari 39 item pertanyaan dengan kategori “Sangat Setuju, Setuju, Tidak Setuju, Sangat Tidak Setuju” dan diberikan skor 0 sampai dengan 3 yang artinya :

Tabel 1. Skor penilaian Keaktifan Kader Kesehatan

Jawaban	Skor
Sangat setuju	3
Setuju	2
Tidak Setuju	1
Sangat Tidak setuju	0

Tabel 2. Kisi – kisi kuesioner Keaktifan Kader Kesehatan

No	Variabel	Indikator	Nomor		Jumlah	
			(+)	(-)	Valid	Tidak Valid
1.	Keaktifan Kader Kesehatan	a. Kesiapan menjadi kader kesehatan desa siaga	1,2,3,6,8,9	4,5,7,10,22	6	5
		b. Keyakinan kader kesehatan terhadap kemampuan menguasai tugasnya	11,12,13,14,15,16,20,21	17,24	10	0
		c. Keaktifan kader kesehatan dalam kegiatan di desa siaga	18,19,23,25,36,37,38,39	32	7	2
		d. Kedisiplinan kader kesehatan dalam melaksanakan kegiatan di desa siaga	26,27,28,29,31,33,34,35	30	8	1

2. Lembar Observasi yang terdiri dari 9 indikator Pengembangan Program Desa Siaga

Tabel 3. Indikator Pengembangan Program Desa Siaga

<b>INDIKATOR</b>
Forum Masyarakat Desa
Yankes dasar (Sarana Kesehatan dengan Nakes)
UKBM (Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat) yang berkembang (Minimal 2)
Dibina Puskesmas (Penanganan Obstetri Neonatal Essensial Dasar)
Surveilans berbasis masyarakat
Sistem kesiapsiagaan dan penanggulangan bencana berbasis masyarakat
Lingkungan sehat
Masyarakat ber-PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat)

3. Lembar wawancara terpimpin dengan 10 item pertanyaan dengan jawaban yang mendalam.

## **G. UJI VALIDITAS DAN REABILITAS**

Uji validitas dan reabilitas dilakukan untuk mengetahui sejauh mana kuesioner tersebut memenuhi kriteria sebagai alat ukur, maka sebelum kuesioner dibagikan kepada responden, harus dilakukan uji validitas dan reliabilitas.

### **a. Uji validitas**

Validitas merupakan suatu ukuran yang menunjukkan tingkat kevalidan/kesahihan suatu instrumen. Sebuah instrumen dikatakan valid apabila mampu mengukur apa yang seharusnya diukur (Arikunto, 2006).

Uji validitas menggunakan rumus *Pearson product moment*, kemudian diuji dengan menggunakan uji *t*. Untuk tabel  $t_{\alpha} = 0,05$  derajat kebebasan ( $dk = n - 2$ ), jika nilai  $t_{hitung} > t_{tabel}$  berarti valid demikian sebaliknya (Hidayat, 2009).

Setelah diperoleh harga  $r_{xy}$  melalui uji validitas kuesioner pada kader kesehatan di desa Jatinom Klaten sejumlah 27 orang, selanjutnya dikonsultasikan dengan harga kritik *r product moment*. Hasil validitas dari 39 item pertanyaan mengenai keaktifan kader kesehatan, 31 diantaranya menunjukkan bahwa  $r_{xy} > r_{tabel}$  sehingga dapat dikatakan butir soal tersebut valid.

Perhitungan validitas kuesioner dilakukan dengan menggunakan program komputer SPSS (*Statistical Package for Social Science*) versi 17.00.

#### b. Uji reliabilitas

Reliabilitas menunjukkan bahwa suatu instrumen cukup dipercaya sebagai alat pengumpul data. Reliabilitas adalah ketepatan atau keajegan suatu instrumen. Dalam penelitian ini rumus yang digunakan untuk mencari reliabilitas instrumen adalah rumus *Alpha*. Rumus *Alpha* menurut Arikunto (2006) adalah sebagai berikut:

$$r_i = \left[ \frac{k}{k-1} \right] \left[ 1 - \frac{\sum \sigma_b^2}{\sigma_t^2} \right]$$

Keterangan:  $r_i$  = Reliabilitas instrumen yang dicari

$k$  = Banyaknya butir pertanyaan

$\sum \sigma_b^2$  = Jumlah varian butir soal

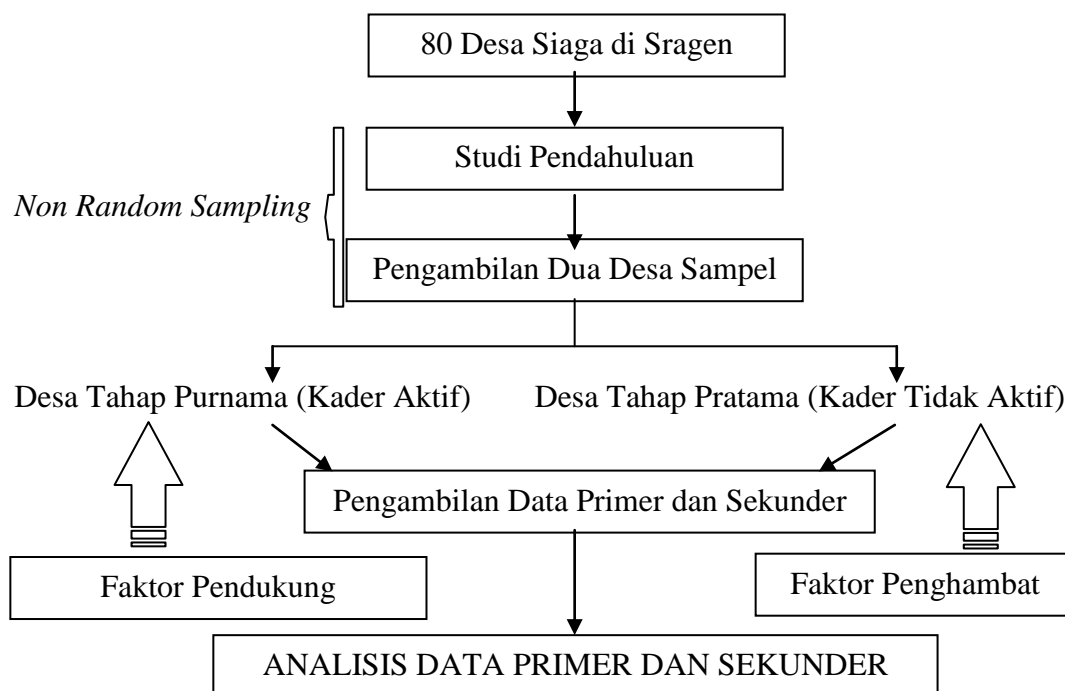
$\sigma^2_t$  = Varians total

Setelah dilakukan uji reliabilitas, hasil perhitungan juga harus dibandingkan dengan angka kritik tabel korelasi nilai  $r$ . Hasil dari uji reliabilitas pertanyaan mengenai keaktifan kader kesehatan menunjukkan nilai 0,858 sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa angket atau kuesioner dikatakan reliabel apabila nilai  $r_{total} > r_{tabel}$  atau dengan nilai reliabilitas  $> 0,6$  (Juliandi, 2009) sehingga kuesioner mengenai keaktifan kader kesehatan dapat dikatakan reliabel.

Perhitungan reliabilitas kuesioner dilakukan dengan menggunakan program komputer SPSS (*Statistical Package for Social Science*) versi 17.00.

## H. JALANNYA PENELITIAN

Pertama mengajukan ijin penelitian ke instansi yang berwenang. Langkah selanjutnya mencari data primer maupun data sekunder. Pencarian data primer dengan cara wawancara terpimpin dan menyebar lembar kuesioner kepada sampel dengan bantuan *observer*, kemudian dikumpulkan kembali. Data sekunder didapatkan dengan cara mencatat data yang sudah ada di desa, kemudian semua data yang terkumpul dilakukan pengolahan data, analisis, penyimpulan, pembuatan laporan.



Gambar 2. Skema Jalannya Penelitian

## I. IDENTIFIKASI VARIABEL PENELITIAN

### 1. Variabel Bebas

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah keaktifan kader kesehatan

### 2. Variabel Terikat

Variabel terikat dalam penelitian ini adalah pengembangan program desa siaga

## J. DEFINISI OPERASIONAL

1. Variabel Bebas : Keaktifan kader kesehatan yaitu aktif atau tidak aktif (skala nominal).

a. Kader Kesehatan yang aktif yaitu melaksanakan tugasnya dalam membantu pelayanan poskesdes dengan baik, posyandu, POD / WOD

(Pos Obat Desa/ Warung Obat Desa). Nilai kuantitatif responden yang aktif yaitu responden yang mendapatkan skor kuesioner  $\geq 50$ .

- b. Kader Kesehatan yang tidak aktif yaitu tidak melaksanakan tugasnya dalam membantu pelayanan poskesdes dengan baik, posyandu, POD/ WOD. Nilai kuantitatif responden yang tidak aktif yaitu responden yang mendapatkan skor kuesioner  $< 50$ .

Penentuan skor didapatkan dari rumus :  $T \text{ skor} = 50 + 10 * (\text{Skor} - \text{Mean}) / \text{Standar Deviasi}$ .

2. Variabel Terikat : Pengembangan Program Desa Siaga yaitu Tahap Pratama, Tahap Madya, Tahap Purnama, Tahap Mandiri (Skala Ordinal)
  - a. Tahap Pratama yaitu desa yang mempunyai Forum Masyarakat Desa (FMD), Pelayanan kesehatan (Yankes) dasar, UKBM (Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat) yang berkembang.
  - b. Tahap Madya yaitu desa yang mempunyai FMD, Yankes dasar, UKBM yang berkembang, surveilans berbasis masyarakat, Dibina Puskesmas Poned (Pelayanan Obstetri Neonatal Essensial Dasar).
  - c. Tahap Purnama yaitu desa yang mempunyai FMD, Yankes dasar, UKBM yang berkembang, surveilans berbasis masyarakat, Dibina Puskesmas Poned, sistem kesiapsiagaan dan penanggulangan bencana berbasis masyarakat, sistem pembiayaan kesehatan berbasis masyarakat.
  - d. Tahap Mandiri yaitu desa yang mempunyai FMD, Yankes dasar, UKBM yang berkembang, surveilans berbasis masyarakat, Dibina

Puskesmas PONED, sistem kesiapsiagaan dan penanggulangan bencana berbasis masyarakat, sistem pembiayaan kesehatan berbasis masyarakat, Lingkungan yang sehat, Masyarakat ber-PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan sehat).

## **K. METODE PENGAMBILAN DATA**

### 1. Metode Observasi

Teknik ini digunakan untuk menggali data dengan mengambil data yang ada di kantor Kepala Desa data yang diambil berupa gambaran umum lokasi penelitian (*mapping* desa) serta bukti predikat desa siaga.

### 2. Metode Angket

Menggunakan instrumen berupa kuisisioner dengan sejumlah item soal untuk mendapatkan data mengenai keaktifan kader kesehatan dalam pengembangan program Desa Siaga.

### 3. Metode Wawancara

Peneliti mendapatkan keterangan secara lisan dari beberapa sasaran penelitian (responden). Wawancara penelitian ini menggunakan jenis wawancara terpimpin untuk mendapatkan data mengenai keaktifan kader kesehatan dalam pengembangan program Desa Siaga.

## **L. TEKNIK ANALISIS DATA**

Teknik analisis data yang digunakan oleh peneliti untuk mengetahui hubungan antara keaktifan kader kesehatan dengan pengembangan program desa Siaga adalah uji *Chi-Square*



$$\text{ChiSquare } (X^2) = \frac{\sum (O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$$

Keterangan :

O : Observasi

E : Expected (Harapan)

O<sub>ij</sub> : Frek. Pengamatan (Observasi) dari baris k-i pada kolom ke-j

E<sub>ij</sub> : Frek. Harapan (Teoritis) dari baris k-i pada kolom ke-j

Dengan hipotesis H<sub>0</sub> diterima jika x<sup>2</sup> hitung < x<sup>2</sup> tabel, berarti tidak ada hubungan yang bermakna dan H<sub>0</sub> ditolak jika x<sup>2</sup> hitung > x<sup>2</sup> tabel, berarti ada hubungan (Sopiyudin, 2009).

Data yang telah dikumpulkan selanjutnya dilakukan pengolahan data.

Proses pengolahan data penelitian adalah sebagai berikut :

1. Pemeriksaan data (*editing*) yaitu memeriksa data yang telah dikumpulkan untuk mengecek kelengkapan dan kebenaran data.
2. Pemberian kode (*coding*) untuk mempermudah pengolahan dimana semua variabel diberikan kode terutama data klasifikasi.
3. Menyusun data (*tabulating*) merupakan pengorganisasian data sedemikian rupa agar dengan mudah dapat dijumlahkan, disusun dan ditata untuk disajikan dan dianalisis (Budiarto, 2002).

Analisis data dalam penelitian ini dilakukan dengan tiga tahap, yaitu :

1. Analisis data untuk menguji validitas dan reliabilitas kuesioner keaktifan kader kesehatan (Hidayat, 2009)

2. Analisis data dengan *Chi-Square* yang digunakan untuk menguji apakah ada hubungan antara keaktifan kader kesehatan dengan pengembangan program desa siaga (Sopiyudin, 2009).
3. Analisis data kualitatif secara induktif berdasarkan data – data yang telah diperoleh (Utarini, 2004).

## **BAB IV**

### **HASIL PENELITIAN**

#### **A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian**

Wilayah puskesmas Masaran berada di sebelah barat kota Sragen. Puskesmas ini mempunyai daerah binaan 7 desa, 2 diantaranya adalah desa Masaran dan desa Kreet.

Luas desa Masaran  $\pm 3.046.480$  Ha, dengan gambaran wilayah sebelah utara berbatasan dengan desa Krikilan, sebelah selatan berbatasan dengan desa Karang Malang, sebelah timur berbatasan dengan desa Dawungan dan desa Kreet, sebelah barat berbatasan dengan desa Pringanom dan desa Jati. Sedangkan desa Kreet dengan luas  $\pm 3.526.700$  Ha. Sebelah utara berbatasan dengan desa Dawungan, sebelah selatan berbatasan dengan Kabupaten Dati II Karanganyar, sebelah timur berbatasan dengan desa Karang Malang, sebelah barat berbatasan dengan desa Sepat.

#### **B. Karakteristik Responden**

Karakteristik responden merupakan karakteristik dari kader kesehatan yang berada di desa Masaran dan Kreet. Karakteristik responden berdasarkan usia, tingkat pendidikan, lama menjadi kader kesehatan, dan keikutsertaan dalam pelatihan sebagai kader kesehatan seperti yang tersaji dalam tabel berikut ini :

Tabel 4. Distribusi Frekuensi Kader Kesehatan menurut Usia

<b>Karakteristik Usia</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>≤ 35 tahun</b>	40	42,1
<b>36 – 45 tahun</b>	30	31,6
<b>46 – 55 tahun</b>	15	15,8
<b>≥ 56 tahun</b>	10	10,5
<b>Total</b>	95	100

(Sumber : Data Primer, Mei - Juni 2010)

Hasil penelitian terhadap karakteristik kader kesehatan berdasarkan usia bahwa sebagian besar responden berusia kurang dari sama dengan 35 tahun yaitu sebanyak 40 orang (42,1 %)

Tabel 5. Distribusi Frekuensi Kader Kesehatan menurut Tingkat Pendidikan

<b>Karakteristik Tingkat Pendidikan</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Tamat SD</b>	15	15,8
<b>Tamat SMP</b>	30	31,6
<b>Tamat SMA</b>	41	43,2
<b>Tamat Akademi/ PT</b>	9	9,5
<b>Total</b>	95	100

(Sumber : Data Primer, Mei - Juni 2010)

Hasil penelitian terhadap karakteristik kader kesehatan berdasarkan tingkat pendidikan bahwa sebagian besar responden tamat dari SMA yaitu sebanyak 41 orang (43,2 %)

Table 6. Distribusi Frekuensi Kader Kesehatan menurut lama menjadi kader kesehatan

<b>Karakteristik Lama Menjadi Kader Kesehatan</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>&lt; 3 tahun</b>	24	25,3
<b>≥ 3 tahun</b>	71	74,7
<b>Total</b>	95	100

(Sumber : Data Primer, Mei - Juni 2010)

Hasil penelitian terhadap karakteristik kader kesehatan berdasarkan lamanya menjadi kader kesehatan bahwa sebagian besar responden sudah menjadi kader kesehatan selama lebih dari sama dengan 3 tahun yaitu sebanyak 71 orang (74,7 %)

Tabel 7. Distribusi Frekuensi Kader Kesehatan menurut Keikutsertaan dalam Pelatihan Kader

<b>Karakteristik Keikutsertaan dalam Pelatihan Kader</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Belum</b>	40	42,1
<b>Sudah</b>	55	57,9
<b>Total</b>	95	100

(Sumber : Data Primer, Mei - Juni 2010)

Hasil penelitian terhadap karakteristik kader kesehatan berdasarkan keikutsertaan dalam pelatihan kader bahwa sebagian besar responden sudah mendapatkan pelatihan kader kesehatan yaitu sebanyak 55 orang (57,9 %)

Tabel 8. Distribusi Frekuensi Kader kesehatan berdasarkan Keaktifan

<b>Karakteristik</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Aktif (&lt; 50)</b>	42	44,2
<b>Tidak Aktif (<math>\geq 50</math>)</b>	53	55,8
<b>Total</b>	95	100

(Sumber : Data Primer, Mei - Juni 2010)

Hasil penelitian terhadap karakteristik kader kesehatan berdasarkan keaktifan bahwa sebagian besar responden tidak aktif yaitu sebanyak 42 orang (44,2 %)

Tabel 9. Distribusi Frekuensi Kader kesehatan berdasarkan Pengembangan Program Desa Siaga

Karakteristik	N	%
Tahap Pratama	47	49,5
Tahap Purnama	48	50,5
<b>Total</b>	95	100

(Sumber : Data Primer, Mei - Juni 2010)

Hasil penelitian terhadap karakteristik kader kesehatan berdasarkan pengembangan program desa siaga bahwa responden yang berada pada desa siaga tahap purnama lebih banyak yaitu 48 (50,5 %).

Desa Masaran dan desa Krebet merupakan desa siaga tetapi dalam hal tersebut, penulis ingin mengetahui hubungan antara keaktifan kader kesehatan dengan pengembangan program desa siaga. Desa Masaran mewakili desa siaga yang sudah berada pada tahap Purnama sedangkan desa Krebet mewakili desa siaga pada tahap Pratama.

### C. Analisis Data

Hubungan antara Keaktifan Kader Kesehatan dengan Pengembangan Program Desa Siaga berdasarkan hasil pengujian *chi-square* disajikan dalam tabel sebagai berikut :

Tabel 10. Hubungan antara Keaktifan Kader Kesehatan dengan Pengembangan Program Desa Siaga

Keaktifan Kader Kesehatan	Pengembangan Program Desa Siaga		Total	Chi-Square	Asymp. Sign	Contingency Coefficient
	Tahap Pratama	Tahap Purnama				
Aktif	8 8.40%	34 35.80%	44.2 %	27.880	0.000	0.476
Tidak Aktif	39 41.10%	14 14.70%	5.8 %			
<b>Total</b>	47 49.50%	48 50.50%	100 %			

(Sumber : Data Primer, Mei - Juni 2010)

Tabel di atas menunjukkan bahwa desa siaga yang sudah mencapai tahap purnama mempunyai banyak kader kesehatan yang aktif, sedangkan desa siaga yang berada pada tahap pratama mempunyai sedikit kader kesehatan yang aktif. Terbukti bahwa dari total kader kesehatan yang aktif yaitu 44,20%, 35,80 % diantaranya berada pada desa siaga tahap purnama.

Berdasarkan taraf standar signifikansi ( $\alpha$ ) 0,05 dan jumlah sampel ( $N$ ) = 95, didapatkan *Asymp. Sign* 0.000, sehingga  $p = 0,000 < \alpha = 0,05$  atau  $H_0$  ditolak, dengan demikian dapat dinyatakan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara keaktifan kader kesehatan dengan pengembangan program desa siaga.

Berdasarkan hasil penelitian melalui wawancara mendalam pada pihak pelaksana desa siaga antara lain bidan desa, kepala desa, serta kader kesehatan yang didasarkan pada indikator penelitian hubungan antara keaktifan kader kesehatan dengan pengembangan program desa siaga didapatkan hasil bahwa kader kesehatan yang aktif melaksanakan tugasnya dan mengikuti pelatihan-pelatihan maka dapat meningkatkan jenjang atau tahapan desa siaga siaga.

## **BAB V**

### **PEMBAHASAN**

#### **A. Karakteristik Responden**

Dalam penelitian ini, peneliti mengukur hubungan antara keaktifan kader kesehatan dengan pengembangan program desa siaga di desa Masaran dan desa Kreet Kecamatan Masaran Sragen. Jumlah Responden untuk pengisian angket keaktifan kader kesehatan yaitu 95 kader kesehatan yang sesuai dengan kriteria inklusi dan wawancara mendalam kepada 10 kader kesehatan, sedangkan untuk variabel terikat, peneliti menggunakan lembar observasi berupa *check list* yang diisi oleh 2 bidan desa, 1 ibu kepala desa, dan 1 asisten bidan desa. Pengukuran penelitian dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden serta dapat dilakukan melalui pengamatan (Notoatmodjo, 2002).

Responden merupakan kader kesehatan yang sebagian besar mempunyai tingkat pendidikan yang cukup tinggi (Tamat SMA). Hal ini sesuai dengan teori yang menyebutkan bahwa tingkat pendidikan yang ditempuh oleh individu merupakan salah satu faktor yang akan mendukung kemampuannya untuk menerima informasi bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka makin luas pula cara pandang dan cara pikirnya dalam menghadapi suatu keadaan yang terjadi di sekitarnya (Nursalam, 2003).

Usia responden terbesar dalam penelitian ini yaitu  $\leq 35$  tahun yang termasuk dalam rentang usia produktif wanita. Kader dengan usia produktif



merupakan faktor penunjang terpenting dalam berperan serta terhadap kegiatan, karena kematangan berfikir ingatan dan pemahaman terhadap suatu objek masih optimal. Kader yang terlalu muda / tua kestabilan emosi belum terbentuk atau pada usia lanjut adanya degenerasi berdampak pada ingatan maupun pemahaman sehingga peran serta terhadap kegiatan tidak dapat optimal. Hal ini berkaitan dengan peran serta kader, semakin tua seseorang maka diharapkan produktivitas dan peran serta kader akan cenderung meningkat. Tingkat kedewasaan teknis dan psikologis seseorang dapat dilihat dengan semakin tua umur seseorang maka akan semakin terampil dalam melaksanakan tugas, semakin kecil tingkat kesalahannya dalam melaksanakan pekerjaannya. Hal itu terjadi karena salah satu faktor kelebihan manusia dari makhluk lainnya adalah kemampuan belajar dari pengalaman, terutama pengalaman yang berakhir pada kesalahan (Effendy, 2000).

Sebagian besar responden telah lama menjadi kader kesehatan yaitu  $\geq 3$  tahun. Perjalanan waktu yang telah ditempuh oleh kader mempunyai kelebihan khusus dibandingkan dengan kader pemula. Makin lama menjadi kader pengalaman yang dimiliki semakin banyak sehingga dapat digunakan sebagai dasar untuk bertindak / mengambil keputusan. Sebaliknya kader pemula belum memiliki banyak pengalaman serta asing dan ragu-ragu. Kondisi ini akan menghambat peran sertanya dalam suatu kegiatan. Masa kerja berkaitan dengan peran seseorang sesuai tugasnya di masyarakat. Artinya, ada hubungan antara peran serta seseorang dengan masa kerja dengan asumsi bahwa semakin lama seseorang bekerja dalam organisasi semakin tinggi pula peran sertanya dalam

organisasi tersebut. Hal itu terjadi karena ia semakin berpengalaman dan meningkatkan keterampilannya yang dipercayakan kepadanya (Effendy, 2000).

Mayoritas kader kesehatan yang menjadi responden telah mendapatkan pelatihan kader. Sebelum melaksanakan tugasnya, para kader perlu diberikan orientasi atau pelatihan yang dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten sesuai dengan pedoman yang berlaku. Materi yang disampaikan dalam pelatihan mencakup semua kegiatan yang dilaksanakan di desa (Depkes RI, 2007).

## **B. Keaktifan Kader Kesehatan**

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden tidak aktif menjadi kader kesehatan. Namun, jumlah kader kesehatan yang tidak aktif yang terbanyak berasal dari desa Kreet. Hal ini disebabkan karena tidak berjalannya program dana sehat sehingga para kader kesehatan mengalami hambatan dalam melaksanakan tugasnya. Hal ini sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa dana sehat merupakan wahana yang utama bagi masyarakat untuk hidup sehat sehingga diharapkan masyarakat mampu melestarikan berbagai jenis upaya kesehatan bersumber daya masyarakat (Retna dan Rismintari, 2009).

Pada wawancara mendalam yang dilakukan oleh peneliti menunjukkan bahwa responden yang mempunyai kesadaran sendiri menjadi kader kesehatan mempunyai daya kerja yang baik dalam setiap tugasnya, terbukti dari keikutsertaan dalam setiap pelatihan kader kesehatan, lamanya menjadi kader kesehatan, dan aktif membantu kegiatan UKBM (Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat) yang ada di desa. Namun, keadaan tersebut terhambat dengan

adanya sebagian masyarakat yang tidak mendukung jalannya dana sehat, hal ini akan berdampak pada kelancaran pelaksanaan UKBM, salah satunya yaitu kegiatan posyandu sehingga sebagian besar kader kesehatan tidak berkenan membantu kegiatan posyandu. Menurut Syafrudin dan Hamidah (2009), semua individu dan keluarga di desa diharapkan peduli dan tanggap terhadap kesehatan di wilayah desanya. Oleh karena itu, para kader kesehatan dapat memberikan pengaruh yang berarti bagi masyarakat sehingga program-program pengembangan desa siaga terwujud (Zulkifli, 2003).

### C. Pengembangan Program Desa Siaga

Tabel 11. Lembar Observasi Sampel Desa Siaga

TAHAPAN DESA SIAGA INDIKATOR	MASARAN		KREBET	
	ADA	TIDAK ADA	ADA	TIDAK ADA
Forum Masyarakat Desa	√		√	
Yankes dasar (Sarana Kesehatan dengan Nakes)	√		√	
UKBM (Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat) yang berkembang (Minimal 2)	√		√	
Dibina Puskesmas (Penanganan Obstetri Neonatal Essensial Dasar)	√			√
Surveilans berbasis masyarakat	√			√
Sistem kesiapsiagaan dan penanggulangan bencana berbasis masyarakat	√			√
Lingkungan sehat		√		√
Masyarakat ber-PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat)		√		√

(Sumber : Data Primer, Mei - Juni 2010)

Berdasarkan hasil observasi peneliti dengan bantuan observer (2 bidan desa, 1 ibu kepala desa, 1 asisten bidan), menunjukkan bahwa desa Krebet

merupakan desa siaga tahap pratama, terdapat 3 indikator yang telah dilaksanakan dengan baik oleh para kader kesehatan di desa, untuk ke-5 indikator lainnya, desa Kreet masih belum dapat melaksanakannya dengan baik. Sedangkan desa Masaran merupakan desa siaga tahap Purnama dikarenakan 6 dari 8 indikator desa siaga telah dimiliki dan telah mampu dilaksanakan sebagai program kegiatan di desa. Hal ini sesuai dengan cek list di atas yang didalamnya terdapat indikator tahapan desa siaga.

#### **A. Hasil Analisis**

Dari hasil penelitian diperoleh data, pada tabel 8. Distribusi Frekuensi kader kesehatan berdasarkan keaktifan tergolong tidak aktif yaitu sebesar 55,8%. Sedangkan berdasarkan tabel 10, hubungan antara keaktifan kader kesehatan dengan pengembangan program desa siaga yaitu sebesar 35,8% dari kader yang aktif bertempat di desa siaga tahap purnama. Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden yang tidak aktif menjadi kader kesehatan bertempat di desa siaga tahap pratama.

Dari analisis data dengan *chi square test* pada tingkat kepercayaan 95% yang diolah dengan menggunakan program SPSS versi 12.0, diperoleh nilai probabilitas  $(p) 0,000 < (\alpha) 0,05$ . Hal ini menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara keaktifan kader kesehatan dengan pengembangan program desa siaga.

Hasil penelitian ini sesuai dengan teori yang diungkapkan Syafrudin dan Hamidah (2009) bahwa keaktifan kader kesehatan merupakan salah satu kunci keberhasilan dalam pengembangan program desa siaga. Pernyataan tersebut juga

diperkuat dengan pernyataan yang ada di dalam buku pedoman pelaksanaan pengembangan desa siaga bahwa semakin banyak kader kesehatan yang aktif berperan serta dalam kegiatan UKBM di desa maka semakin tinggi pula tahapan pengembangan desa siaga tersebut (Dinkes Kota Madiun, 2007). Berdasarkan wawancara mendalam pada 10 kader kesehatan, 6 diantaranya telah mengikuti kegiatan kegiatan kader kesehatan di desa siaga lebih dari sama dengan 3 tahun, 7 diantaranya sudah pernah mengikuti pelatihan – pelatihan seperti Kadarzi dan PHBS. Keadaan tersebut juga membuktikan teori dari buku Dinkes Kab. Sragen (2008) bahwa kader kesehatan terlibat secara langsung dalam pengelolaan pengembangan program desa siaga. Kegiatan yang dilakukan oleh kader dapat berupa penyuluhan PHBS (Perilaku Hidup Bersih Sehat), membantu pelaksanaan posyandu, membantu mencegah kegawatdaruratan kesehatan masyarakat, dan sebagainya.

Dari data yang diperoleh, desa siaga yang mempunyai responden terbanyak yang aktif menjadi kader kesehatan adalah desa siaga purnama. Kemudian, mayoritas responden yang aktif tersebut didukung dengan adanya pengadaan pengelolaan dana sehat baik dari warga masyarakat sendiri maupun bantuan dari pihak pemerintah. Jadi dapat disimpulkan bahwa faktor rendahnya keaktifan kader kesehatan adalah kurangnya kepedulian masyarakat dalam pengadaan pengelolaan dana sehat. Hal tersebut diperkuat dengan adanya pernyataan bahwa faktor pendukung dalam pengembangan program desa siaga dapat berupa moril, finansial dan materiil sesuai kesepakatan masyarakat sehingga

selain dana, pelaksanaan program desa siaga juga bergantung pada kebijakan atau anjuran tokoh masyarakat maupun pemerintah setempat (Depkes RI, 2007).

Berdasarkan dari teori pendukung dan hasil penelitian yang diperoleh dari angket, observasi, dan wawancara mendalam, maka peneliti berasumsi bahwa semakin aktif kader kesehatan semakin tinggi pula tahap pengembangan program desa siaga. Dengan adanya kader kesehatan yang aktif dalam melaksanakan tugasnya, maka tujuan program desa siaga yaitu masyarakat desa yang sehat, serta peduli dan tanggap terhadap permasalahan kesehatan di wilayahnya akan terwujud.

## BAB VI

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### A. Kesimpulan

Dari hasil penelitian hubungan antara keaktifan kader kesehatan dengan pengembangan program desa siaga di kecamatan Masaran Sragen, maka diperoleh kesimpulan sebagai berikut:

1. Hasil uji statistik dengan menggunakan *Chi-Square* diperoleh koefisien korelasi  $\pi = 0,476$  dengan tingkat signifikansi 0,000 ( $P < 0,05$ ) membuktikan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara keaktifan kader kesehatan dengan pengembangan program desa siaga. Dari hasil di atas ada kecenderungan semakin tinggi tingkat keaktifan kader kesehatan maka semakin tinggi pula tahap program desa siaga dan semakin rendah tingkat keaktifan kader kesehatan maka semakin rendah pula tahap program desa siaga.
2. Kader kesehatan yang aktif bertempat tinggal di desa siaga tahap purnama . Dibuktikan dari hasil penelitian, diperoleh dari total kader kesehatan yang aktif yaitu 44,2 % , 35,8 % diantaranya bertempat tinggal di desa siaga tahap purnama. Keaktifan kader kesehatan tersebut juga diukur dari keikutsertaan kader kesehatan dalam mengikuti pelatihan-pelatihan yang diadakan di desa siaga dan mempraktikkan ilmu yang pernah didapatkannya pada setiap kegiatan di desa siaga.

3. Kriteria desa siaga pada tahap purnama yaitu di desa Masaran, telah sesuai dengan indikator desa siaga pada tahap purnama yaitu terbukti dari lembar observasi yaitu 3 diantaranya mempunyai poskesdes, posyandu, dana sehat. Sedangkan desa siaga pada tahap pratama yaitu di desa Krebet telah mempunyai poskesdes, posyandu, tetapi belum mempunyai pengelolaan dana sehat.

## **B. Saran**

1. Kader Kesehatan

Berupaya untuk selalu mengembangkan diri, meningkatkan tanggung jawab dalam setiap menjalankan tugasnya melalui berbagai seminar pengembangan program desa siaga dari instansi terkait.

2. Bagi Tenaga Kesehatan

- a. Klinis : Meningkatkan partisipasi pada program-program pengembangan desa siaga sehingga dapat meningkatkan peran serta masyarakat terutama kader kesehatan untuk membantu menjalankan program-program desa siaga

- b. Pendidikan: Mampu memfasilitasi masyarakat dengan menyusun kurikulum untuk mengajarkan program-program pengembangan desa siaga.

3. Bagi Desa dan Masyarakat

- a. Meningkatkan kemauan dan kemampuan masyarakat desa dalam pengelolaan dana sehat dan sarana prasarana untuk mendukung pengembangan program di desa siaga.



- b. Meningkatkan tahapan desa siaga bagi desa Masaran menuju tahap mandiri dengan menciptakan lingkungan desa yang sehat dan mendorong masyarakat untuk ber-PHBS (Perilaku Hidup bersih dan Sehat) berdasarkan kemauan dan penyesuaian kemampuan masyarakat desa.

## DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto S, 2006. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta : Rineka Cipta. Hal. 130; 168 – 214
- Budiarto, E. 2002. *Biostatistika Untuk Kedokteran dan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta : EGC. Hal. 29 – 31
- Departemen kesehatan RI, 2007. *Kurikulum dan Modul Pelatihan Bidan Poskesdes dalam Pengembangan Desa Siaga*. Jakarta. Hal. 2 – 53
- Departemen kesehatan RI, 2009. *Petunjuk Teknis Penggunaan Dana Alokasi Khusus Bidang Kesehatan*. Jakarta. [http://www.depkes.go.id/downloads/dak\\_09/jdak09\\_new.pdf](http://www.depkes.go.id/downloads/dak_09/jdak09_new.pdf). Diunduh tanggal 2 Maret 2010
- Departemen Pendidikan Nasional, 2008. *Kamus Besar Bahasa Indonesia*. Edisi Ketiga. Jakarta. Hal. 1099
- Dinas Kesehatan Kota Madiun, 2007. *Pedoman Pelaksanaan Pengembangan Desa Siaga Kota Madiun*. Madiun. Hal. 13 – 27
- Dinas Kesehatan Kota Madiun, 2007. *Pedoman Operasional Pengembangan Desa Siaga Bagi Petugas Kesehatan Kota Madiun*. Madiun. Hal.1 – 28
- Dinas Kesehatan Kota Madiun, 2007. *Buku Pegangan Kader Desa Siaga Kota Madiun*. Madiun. Hal. 1 – 54
- Dinas Kesehatan Kab. Sragen, 2008. *Buku Paket Pelatihan Kader Kesehatan dan Tokoh Masyarakat Dalam Pengembangan Desa Siaga*. Sragen. Hal. 1 – 3
- Dinas Kesehatan Kab. Sragen, 2009. *Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Sragen*. Sragen. Hal. 4 – 35
- Dinas Kesehatan Kab. Sragen, 2010. <http://www.sragen.go.id/>. Sumber: Sragen Dalam Angka Tahun 2008/ Buku PDRB Kab. Sragen Tahun 2009. Diunduh tanggal 2 Maret 2010
- Effendy N., 2000. *Dasar – Dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat Edisi 2*. Jakarta: EGC. Hal. 24 – 30
- Hidayat A.A., 2009. *Riset Keperawatan dan Teknik Penulisan Ilmiah*. Jakarta : Salemba Medika. Hal. 34 – 40
- Juliandi, A. 2009. *Validitas dan Reliabilitas*. <http://www.azuarjuliandi.com/openarticles/validitasreliabilitas.pdf> . Diunduh tanggal 19 Mei 2010

- Menteri Kesehatan RI, 2008. *Peraturan Menteri Kesehatan No. 741/ MENKES/ PER/VII/2008*. [http://arali2008.files.wordpress.com/2008/11/permenkes741\\_spm\\_kab\\_kota.pdf](http://arali2008.files.wordpress.com/2008/11/permenkes741_spm_kab_kota.pdf) . Diunduh tanggal 28 April 2010
- Moleong L.J., 2002. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung : PT. Remaja Rosdakarya. Hal. 178 – 179
- Nursalam, 2003. *Konsep Dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika. Hal. 92-120
- Notoatmodjo S, 2002. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta. Hal. 84 – 92
- Notoatmodjo S, 2007. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta : Rineka Cipta. Hal. 139 – 147
- Retna E.A. dan Rismintasri S., 2009. *Asuhan Kebidanan Komunitas*. Yogyakarta : Mulya Medika. Hal. 129 – 136; 148
- Sugiyono, 2008. *Statistika Untuk Penelitian*. Bandung : Alfabeta. Hal. 68; 107 – 111
- Suryabrata S., 2006. *Psikologi Kepribadian*. Jakarta : Rajawali. Hal. 72
- Sobur A., 2003. *Psikologi Umum*. Bandung : CV. Pustaka Setia. Hal. 316 – 317
- Sopiyudin M.D., 2009. *Statistik untuk Kedokteran dan Kesehatan*. Edisi 4. Jakarta : Salemba Medika. Hal. 121-128
- Syafrudin dan Hamidah, 2009. *Kebidanan Komunitas*. Jakarta: EGC. Hal. 194 – 207
- Taufiqurrahman M.A., 2008. *Pengantar Metodologi Penelitian Untuk Ilmu Kesehatan*. Surakarta: LPP UNS dan UNS Press. Hal. 71 – 75
- Utarini A., 2004. *Metode Penelitian Kualitatif*. Yogyakarta: UGM Pers. Hal. 2
- Zulkifli, 2003. *Posyandu dan Kader Kesehatan*. <http://library.usu.ac.id/download/fkm/fkm-zulkifli1.pdf>. Diunduh tanggal 2 Maret 2010