

OPTIMALISASI PERAN KADER UNTUK PENINGKATAN PERILAKU HIDUP BERSIH SEHAT DI RUMAH TANGGA

Vivi Leona Amelia, S.Kep.,Ns¹

¹Mahasiswa Program Magister Keperawatan Komunitas,
Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia

1. PENDAHULUAN

“Mencegah lebih baik daripada mengobati” merupakan ungkapan yang tidak lekang dimakan zaman. Hal ini menggambarkan pentingnya dari upaya pencegahan suatu penyakit, yaitu upaya yang disebut dengan promosi kesehatan dengan melakukan upaya pemberdayaan kepada masyarakat untuk menciptakan masyarakat sehat^[1]. Pemberdayaan masyarakat dimulai dari rumah tangga atau keluarga, karena rumah tangga yang sehat merupakan aset atau modal pembangunan di masa depan yang perlu dijaga, ditingkatkan dan dilindungi kesehatannya.

Perilaku hidup bersih sehat merupakan cerminan pola hidup keluarga yang senantiasa memperhatikan dan menjaga kesehatan yang dilakukan atas kesadaran sehingga anggota keluarga atau keluarga dapat menolong dirinya sendiri di bidang kesehatan dan dapat berperan aktif dalam kegiatan-kegiatan pemeliharaan kesehatan. Manajemen peningkatan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) diupayakan mulai dari tatanan terkecil yakni rumah tangga dengan sasaran individu dan keluarga kemudian akan berkembang kearah desa / kelurahan, kecamatan / puskesmas dan Kabupaten / kota sehat hingga pada akhirnya secara nasional akan terwujud seluruh masyarakat Indonesia yang berperilaku hidup bersih dan sehat.^[1]

Penerapan 10 indikator PHBS di tingkat rumah tangga sangat tergantung dengan kesadaran dan peran serta aktif masyarakat di lingkungan tempat tinggalnya masing-masing. Upaya untuk mewujudkan lingkungan yang sehat akan menunjang pola perilaku kehidupan rakyat yang sehat secara berkelanjutan.^[1] Capaian rata-rata

Indonesia untuk PHBS dalam rumah tangga yaitu sebesar 32.3%^[2], yang ini sangat jauh dari Rencana Strategis (Renstra) Indonesia tahun 2010-2014 yaitu sebesar 65%.^[3]

Upaya mendukung peningkatan capaian PHBS, telah dilakukan banyak cara, diantaranya meningkatkan pembinaan kegiatan masyarakat secara terintegrasi (Posyandu, desa siaga, kadarsi), penyebarluasan informasi baik secara langsung maupun tidak langsung melalui media, serta meningkatkan peran swasta, ormas dan LSM.^[4] Kader memiliki peran yang sangat penting untuk pencapaian PHBS rumah tangga baik kader secara kolektif membuat program untuk daerahnya masing-masing yang terdapat dalam 6 peran kader 1 maupun sebagai pendukung program yang telah diwacanakan oleh pemerintah.^[2] Kader merupakan lini depan dengan perannya membantu pemerintah meningkatkan PHBS karena berada di masyarakat dan dekat dengan masyarakat.

2. TUJUAN

Pada artikel ini akan digambarkan peran kader dalam peningkatan PHBS rumah tangga, kemudian rancangan sistem untuk optimalisasi peran kader tersebut, dan juga kepemimpinan dan pemerintah dalam mendukung dan memonitor peningkatan peran kader.

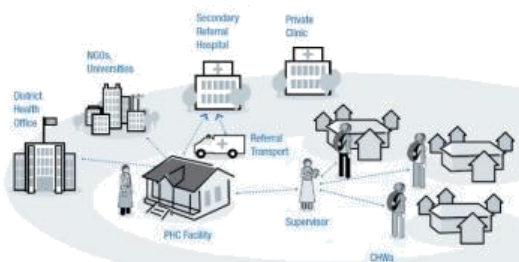
3. PEMBAHASAN

Kader sebagai perpanjangan tangan dari sistem pelayanan primer

Secara global, program pemberdayaan masyarakat melalui sistem kader telah diterapkan selama 60 tahun ini, cara seperti ini banyak

diterapkan di negara-negara Afrika dan Asia. Cara untuk mendapatkan kader yaitu dengan pengenalan wilayah dan beberapa anggota masyarakat yang terlibat aktif dalam kegiatan kemasyarakatan, kemudian dilaksanakan pelatihan dasar yang mendukung mobilisasi dari aktivitas komunitas. Peran utama dari kader sendiri yaitu melakukan interaksi dengan masyarakat sekitarnya, menjadi jembatan antara tenaga kesehatan dengan masyarakat, memberikan edukasi kepada masyarakat dan merespon kebutuhan kesehatan dari masyarakat. Saat ini telah dikembangkan pelatihan kader secara formal, peningkatan kemampuan klinis, dan peningkatan supervisi yang berhubungan dengan dukungan terhadap sistem pelayanan kesehatan.^[5] Harapan dari adanya kader yaitu meningkatkan akses dari pelayanan primer yang akan menguatkan sistem kesehatan seluruh dunia.^[6]

Kader merupakan komponen dari sistem pelayanan kesehatan primer, yang seharusnya terintegrasi penuh, dengan tujuan untuk memfasilitasi rujukan dan mendukung pelayanan kesehatan primer. Pengintegrasian kader sebagai bagian dari sistem pelayanan kesehatan primer dikarenakan kader mampu untuk menurunkan batasan dari akses pelayanan kesehatan, dapat meningkatkan pelayanan kesehatan yang berkelanjutan, penghubung dari tenaga kesehatan kepada masyarakat. Sistem kader ini merupakan sistem yang paling efektif sebagai dukungan dari bagian sistem pelayanan primer.^[5]



Gambar 1. Kader sebagai bagian dari pelayanan kesehatan^[5]

Peran kader dalam PHBS rumah tangga

Terdapat 6 peran kader untuk peningkatan PHBS rumah tangga, yaitu: (1) Melakukan pendataan rumah tangga yang ada di wilayahnya dengan menggunakan kartu PHBS atau pencatatan PHBS di rumah tangga pada buku kader; (2) Melakukan pendekatan kepada kepala desa / lurah dan tokoh masyarakat untuk memperoleh dukungan dalam pembinaan PHBS di rumah tangga; (3) Sosialisasi PHBS di rumah tangga ke seluruh rumah tangga yang ada di desa / kelurahan melalui kelompok dasawisma; (4) Memberdayakan keluarga untuk melaksanakan PHBS melalui penyuluhan perorangan, penyuluhan kelompok, penyuluhan massa dan penggerakan masyarakat; (5) Mengembangkan kegiatan-kegiatan yang mendukung terwujudnya rumah tangga sehat, (6) Memantau kemajuan pencapaian rumah tangga sehat di wilayahnya setiap tahun melalui pencatatan PHBS di rumah tangga.^[1]

Penelitian yang telah dilakukan, dilaporkan bahwa dengan meningkatnya kader di masyarakat pedesaan mengawali meningkatnya status kesehatan yaitu penurunan 30% angka kematian bayi yaitu dengan ditolungnya persalinan oleh tenaga kesehatan, selain itu juga meningkatkan partisipasi masyarakat terkait imunisasi.^[7]

Selama ini di Indonesia peran kader paling banyak pada penimbangan bayi dan balita dengan program Posyandu dan juga pemeriksaan jentik berkala. Peran kader lainnya belum dijalankan dengan baik oleh kader termasuk memberikan penyuluhan kesehatan terkait dengan PHBS.^[8]

Desain operasional sistem kerja kader

Terdapat beberapa literatur yang menggambarkan sistem kerja kader sehingga kader dapat secara optimal menjalankan perannya. Berikut merupakan rangkaian yang dikerjakan oleh kader: (1) melakukan kunjungan rumah pada zona yang telah ditentukan sebelumnya, atau berkunjung ke seluruh zona untuk menentukan zona yang ingin dilakukan intervensi; (2) identifikasi dan mengunjungi keluarga yang membutuhkan monitoring dan

perawatan; (3) menyediakan rujukan pada tahap komunitas bagi anggota keluarga yang sakit; (4) merujuk ke pelayanan kesehatan dan sebagai rujukan dari pelayanan kesehatan primer.^[5]



Gambar 2. Sistem kerja kader^[5]

Pada gambar 2 digambarkan bahwa terdapat beberapa hal yang masih kurang dari kader yang ada di Indonesia, seperti adanya sistem data menggunakan HP, suplai barang-barang untuk bertemu masyarakat, dan juga alur informasi yang tidak secara langsung dilaporkan. Untuk laporan jentik berkala dilakukan setiap enam bulan sekali, dan juga untuk kartu PHBS banyak yang belum menggunakan ini karena sosialisasi dari pemerintah yang kurang. Suplai yang dibawa oleh kader dapat berubah-ubah sesuai dengan tujuan kader bertemu dengan keluarga. Pada PHBS sendiri yaitu membawa kartu kontrol PHBS, senter untuk memantau jentik, dan juga peralatan seperti timbangan yang digunakan pada saat posyandu.^[1]

Kegiatan kader dapat dimodifikasi tergantung dengan program yang akan dilaksanakan, dan juga area yang akan dilalui. Untuk meminimalisir terjadinya kelebihan kerja, maka dibutuhkan supervisor, pendanaan dan pelatihan terkait dengan program, dan juga dipastikan bahwa kader terintegrasi dan terkoordinasi.^[9]

Kepemimpinan dan pemerintah dalam mendukung dan memonitor program kader

Untuk meningkatkan kualitas pelayanan yang baik maka harus selaras antara sektor swasta dan juga pemerintah. Kepemimpinan dan pemerintah memegang peranan penting

untuk memastikan pelayanan kesehatan yang diberikan akurat dan efektif sesuai dengan kebutuhan. Untuk menurunkan barrier pada perawatan dan mencegah munculnya barrier yang lainnya diperlukan manajemen yang kuat dan kepemimpinan dari pemerintahan yang mengawasi adanya pengkajian dari proses, pelaksanaan dan hasil dan juga teknik dari pelibatan manajemen untuk peningkatan kualitas.^[9]

Salah satu bentuk dari dukungan pemerintah adalah pendanaan, pada penelitian yang diadakan di Nepal, dalam memberikan imunisasi kepada anak, maka pemerintah menerapkan sistem pembayaran pada kader, kader disini melakukan fungsi primer, yaitu memastikan semua anak di wilayah tersebut telah diimunisasi, yang melakukan penyuntikan imunisasi adalah tenaga kesehatan. Hasil yang didapat adalah keberhasilan program imunisasi, dengan adanya supervisi dan dukungan logistik dapat meningkatkan performa kader sehingga dapat mendukung keberhasilan program.^[10]

Banyak penelitian yang mengatakan bahwa dengan kuatnya supervisi dan juga penerapan informasi masyarakat sebagai pengambilan keputusan akan meningkatkan kualitas hasil pelayanan kesehatan.^[5] Supervisi yang efektif dilakukan dengan dialog dalam pemecahan masalah dengan tenaga kesehatan, membandingkan pelayanan kesehatan yang diberikan dengan norma dan standar yang ada, dan menguji informasi dengan hasil yang diinginkan. Manajemen yang kuat dapat berupa umpan balik dari kader, input dan umpan balik dari performa kader di komunitas, pelatihan dan peer review, pertemuan kepemimpinan antara kader dan supervisor.^[11]

Proses informasi dan hasil dilaporkan dan berhubungan dengan data nasional dan pemerintah memiliki kewajiban untuk melakukan review terhadap aturan-aturan yang telah ada. Komunikasi antara kader dan level di atasnya dapat menjadi jembatan untuk perencanaan aturan tentang sistem kesehatan selanjutnya.

4. KESIMPULAN

Terdapat enam peran kader pada PHBS, peran tersebut masih banyak yang harus ditingkatkan. Untuk mempermudah kerja kader maka dilakukan optimalisasi peran kader dengan rancangan sistem kerja kader yang sesuai dengan tujuan kader akan berinteraksi dengan masyarakat. Untuk memperkuat peran kader tersebut perlulah kepemimpinan dan dukungan pemerintah terkait dengan program-program pengembangan kader.

5. SARAN

1. Perlu adanya pembuatan sistem kerja kader yang sesuai dengan wilayah kerja masing-masing dari kader.
2. Perlu adanya peran pemerintah untuk mendukung optimalisasi peran kader termasuk pada pendanaan, supervisi, pelatihan, dan komunikasi.
3. Perlu adanya keselarasan dari hal yang terjadi di masyarakat dengan peraturan pemerintah sehingga akan tercipta kebijakan yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

1. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2012). *10 Perilaku Hidup Bersih dan Sehat di Rumah Tangga*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
2. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2013. *Riset Kesehatan Dasar Riskesdas 2013*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.
3. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia . (2013). *Data dan Informasi Tahun 2014 (Profil Kesehatan Indonesia)*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
4. Dinas Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta . (2013). *Profil Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta tahun 2013*. Yogyakarta: Dinas Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta.
5. Singh, Prabhjot and Sarah Sullivan. (2014). *One Million Community Health Workers: Technical Task Force Report*. Columbia: The Earth Institute Columbia University.
6. Viswanathan M, Kraschnewski J, Nishikawa B, Morgan LC, Thieda P, Honeycutt A, Lohr KN, Jonas D. (2009). *Outcomes of Community Health Worker Interventions. Evidence Report/Technology Assessment No. 181 (Prepared by the RTI International–University of North Carolina Evidence-based Practice Center under Contract No. 290 2007 10056 I.)* AHRQ Publication No. 09-E014. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
7. World Health Organization. (2007). *Community Health Workers: What Do We Know About Them? The State of The Evidence on Programmes, Activities, Costs And Impact on Health Outcomes of Using Community Health Workers*. Geneva: World Health Organization
8. Novianti dan Sri Maywati. (2013). *Survey Rumah Tangga Sehat di Wilayah Kerja Puskesmas Ciawi Kabupaten Tasikmalaya*. GASTER, Vol. 8, No. 2 Agustus 2013 (741 - 749).
9. World Health Organization. (2014). *World Health Report 2014: Reducing Risk, Promoting Healthy Life*. Geneva: World Health Organization.
10. Glenton et al. (2010) The female community health volunteer programme in Nepal: Decision makers' perceptions of volunteerism, payment and other incentives. *Social Science & Medicine*, 70: 1920-1927.
11. Lewin SA, Dick J, Pond P, Zwarenstein M, Aja G, van Wyk B, Bosch-Capblanch X, Patrick M. (2005). *Lay Health Workers in Primary and Community Health Care*. *Cochrane Database Syst Rev* (1):CD004015.

