

KADER POSYANDU SEBAGAI AGEN PERUBAHAN BAGI KESEHATAN DI MASYARAKAT

(Kajian terhadap Program Revitalisasi Posyandu dan penggunaan media sosial dalam penyebaran informasi kesehatan di Makasar)

¹Rd. Funny Mustikasari Elita; ²Anter Venus; ³Dedi Rumawan

Program studi Manajemen Komunikasi Universitas Padjajaran Bandung

ABSTRAK

Keberadaan petugas kesehatan, kader dan sarana yang ada merupakan modal dalam keberlanjutan Posyandu. Revitalisasi Posyandu di Makasar merupakan upaya pemberdayaan Posyandu untuk mengurangi dampak dari krisis ekonomi terhadap penurunan status gizi dan kesehatan ibu dan anak. Pandangan masyarakat Makasar terhadap sosialisasi Program Revitalisasi Posyandu sangat baik sehingga terjadi peningkatan kegiatan maupun jumlah kader yang ada serta terkelolanya kegiatan posyandu dengan lebih baik dari tahun-tahun sebelumnya. Penggunaan strategi komunikasi untuk menyebarluaskan informasi kesehatan dapat mempengaruhi masyarakat agar dapat membuat keputusan yang tepat yang berkaitan dengan pengelolaan kesehatan. Strategi penyebaran pesan revitalisasi dilakukan melalui Kegiatan penggerakkan masyarakat secara riil kegiatannya berupa kampanye (gerakan) masal dan penggerakkan tokoh masyarakat/kelompok tokoh potensial; kegiatan lain berupa penggerakan dan pembinaan kader melalui pelatihan kompetensi teknis kader dan sistem penghargaan; Kegiatan yang menunjang lainnya berupa peningkatan sarana dan prasarana berupa peningkatan partisipasi masyarakat, bantuan pemerintah, kemitraan dengan dunia usaha, penyediaan SDM dan dukungan operasional; Peningkatan komitmen pemerintah berupa advokasi kebijakan dan pembinaan secara berjenjang serta pelibatan kader pada program-program layanan dasar kesehatan serta sosial. Pihak yang terkait dengan kegiatan Posyandu memiliki tugas dan tanggung jawab, mereka adalah kader kesehatan, petugas kesehatan, Dinas Kesehatan Kota Makasar memberikan layanan kesehatan yang menggunakan media sosial sebagai sarana utama komunikasi antar pihak dalam pelayanan dasar kesehatan. Evaluasi dari masyarakat tentang implementasi Program Revitalisasi Posyandu memiliki dampak positif lebih banyak dibanding dampak negatifnya. Hasil evaluasi Masyarakat tentang pemetaan implementasi kebijakan Program Revitalisasi Posyandu menjadikan posyandu sebagai layanan dasar untuk pelayanan kesehatan ibu dan anak balita serta BKB.

Kata Kunci: *Komunikasi Kesehatan, Model komunikasi, Revitalisasi Posyandu, Media sosial, masyarakat lokal, Kader Posyandu*

PENDAHULUAN

Latar Belakang

Penelitian ini mengkaji “Kader Posyandu sebagai agen perubahan bagi kesehatan di masyarakat (*Kajian terhadap Program Revitalisasi Posyandu dan penggunaan medisosial dalam penyebaran informasi kesehatan di Makasar*) . Isu ini sesuai dengan Isu strategis penelitian Nasional point e. Kesehatan, penyakit tropis, gizi dan obat-obatan (*Health,*

tropical diseases, nutrition dan medicine) dan point k. Teknologi informasi dan komunikasi (Information & communication technology). Indonesia sebagai negara berkembang telah mencanangkan Visi pembangunan Kesehatan Indonesia yaitu “Indonesia Sehat 2010” Dengan demikian pada tahun 2010 bangsa Indonesia diharapkan mampu mencapai tingkat kesehatan yang optimal dengan tercapainya kemampuan penduduk untuk hidup sehat dan tersedianya pelayanan kesehatan yang bermutu (depkes RI, 2009).

Pembangunan kesehatan dilaksanakan melalui peningkatan: 1) Upaya kesehatan, 2) Pembiayaan kesehatan 3) Sumber daya manusia kesehatan, 4) Sediaan farmasi, alat kesehatan dan makanan, 5) Manajemen dan informasi kesehatan dan 6) Pemberdayaan masyarakat. Upaya tersebut dilakukan dengan memperhatikan dinamika kependudukan, epidemiologi penyakit, perubahan ekologi dan lingkungan, kemajuan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi (IPTEK), serta globalisasi dan demokratisasi dengan semangat kemitraan dan kerjasama lintas sektoral. Penekanan diberikan pada peningkatan perilaku dan kemandirian masyarakat serta upaya promotif dan preventif. Pembangunan Nasional harus berwawasan kesehatan, yaitu setiap kebijakan publik harus memperhatikan dampaknya terhadap kesehatan. (Rencana Strategis Depkes 2010-2014:17).

Berdasarkan hasil penelitian Elita 2011 di Kabupaten Bandung mengenai sistem informasi Posyandu terhadap kader Posyandu di desa Cinunuk, Petugas Gizi Puskesmas dan Bidan Wilayah di Pustu Desa Cinunuk, diperoleh beberapa informasi terkait kendala yang muncul dalam pelaksanaan SIP : Laporan SIP ditulis secara manual (paper base) dan arsip laporan SIP menumpuk di kordinator Pokja dan Bidan Wilayah serta masih bercampur dengan arsip data yang lainnya. Dari hasil sampling dokumen laporan SIP juga ditemukan adanya laporan yang tidak terisi secara lengkap, seperti laporan tentang jumlah anak yang dengan hasil timbang N atau T, dan persentase balita yang naik berat badannya dibandingkan jumlah balita yang ditimbang (% N/D) belum diisi. Berdasarkan keterangan kordinator Pokja PKK, belum terisinya laporan ini dimungkinkan karena kader kesehatan merasa kesulitan untuk melakukan penghitungan. Sehingga mereka membiarkan laporan tersebut kosong. Penulisan data sasaran yang sama dilakukan secara berulang-ulang pada format SIP yang berbeda. Sebagai contoh nama seorang bayi yang harus diisikan pada format 1 dan format 2, serta nama satu orang tua anak harus diisikan pada format 1, 2, dan 3. Dari format SIP yang ada, belum tersedia isian data tentang tinggi atau panjang badan anak yang dapat digunakan untuk melihat indikator berat badan menurut tinggi badan (BB/TB). Laporan hasil kegiatan Posyandu lebih banyak berupa angka-angka cakupan. Meskipun sudah ada yang dibuat dalam bentuk grafik dengan cara manual, akan tetapi masih belum dilengkapi dengan judul grafik yang jelas dan selisih angka atau persentase antara data bulan satu dengan bulan lainnya. Penyajian informasi layanan anak berdasarkan kelompok umur bayi (0-1 tahun) dan balita (1-5 tahun) tanpa mencantumkan berapa umur anak pada saat pelayanan Posyandu. Sehingga ketika dibutuhkan informasi umur anak, harus dilakukan dengan melihat tanggal lahir anak tersebut. (Elita, 2011). Dalam penelitian lanjutannya di tahun 2012 di kabupatem Bandung R. Funny Mustikasari Elita membuktikan adanya pengaruh yang signifikan dan kuat antara Keahlian, petugas kesehatan terhadap motivasi kader Posyandu”. Ada pengaruh yang signifikan dan cukup kuat antara Keterpercayaan petugas kesehatan terhadap motivasi kader Posyandu. Ada pengaruh yang signifikan dan kuat antara Daya tarik petugas kesehatan terhadap motivasi kader Posyandu. (Elita, 2012).

Dari peran posyandu maupun kadernya sudah tidak diragukan lagi di Indonesia. Organisasi berbasis masyarakat yang didirikan pada tahun 1980 ini semakin diakui keberadaannya dalam melayani kesehatan dasar yang ada di masyarakat. Di Sulawesi Selatan jumlah posyandu purnama dan mandiri tahun 2009 sebanyak 38,99%, sedangkan pada tahun 2010 mengalami peningkatan dari tahun sebelumnya sebesar 44,68%. Bila dibandingkan dengan target IIS 2010 (40%) sudah tercapai, dan pada tahun 2011 posyandu purnama dan mandiri sebanyak 45,23. Pencapaian posyandu purnama dan mandiri (posyandu aktif) di Sulawesi Selatan tahun 2012 yang tinggi capaiannya yaitu Kabupaten Sinjai, Soppeng, Enrekang, Pinrang, Tator, Luwu Timur, Kota Parepare dan Palopo. Sedangkan pencapaian posyandu purnama dan mandiri terendah yaitu Kab. Selayar, Bulukumba, Takalar, Gowa, Maros, Luwu, Tator, Luwu Utara, Toraja Utara). (Sumber : Dinkes Kabupaten/Kota Tahun 2012)

Rumusan masalah.

Kota makasar memiliki 1.625 Posyandu yang tersebar di beberapa kelurahan. Dari setiap posyandu terdiri 5-8 orang kader. Peran dan fungsi kader di kota ini semakin hari semakin melebar dari pelayanan kesehatan dasar menjadi peran lain untuk pelaksanaan program-program kesehatan lainnya, bahkan ke peran mereka sebagai tenaga surveyor. Apa yang mendorong para kader ini untuk berkomitmen terhadap peranannya sebagai agen perubahan? Bagaimana peran mereka dalam berbagai program kesehatan serta program lainnya di masyarakat serta mengapa mereka begitu dipercaya oleh masyarakat juga oleh petugas kesehatan pemerintahan?

Manfaat penelitian

Penelitian ini secara keilmuan menambah cakrawala komunikasi kesehatan. Secara praktis diharapkan mampu memberikan solusi terhadap permasalahan komunikasi kesehatan yang dapat digunakan untuk mendukung surveilans kesehatan ibu dan anak yang berbasis masyarakat. Manfaat lain adalah memudahkan kader dalam mengelola data yang dihasilkan dari kegiatan Posyandu. Selain itu menjadi bahan acuan bagi Kader Posyandu untuk memahami permasalahan sehingga dapat mengembangkan kegiatan yang tepat dan disesuaikan kebutuhan sasaran. Menyediakan informasi yang tepat guna dan tepat waktu kepada pihak-pihak yang terkait dengan Desa Siaga, terutama yang berkaitan dengan kondisi kesehatan ibu dan anak yang digunakan sebagai dasar untuk mengambil tindakan terhadap suatu kejadian di wilayah desa tersebut. Manfaat lain adalah membantu petugas kesehatan dalam menyiapkan data kelompok sasaran serta cakupan program yang dijalankan di Posyandu, untuk melakukan pemantauan dan pembimbingan terhadap kegiatan di Posyandu.

Kajian Pustaka

Penelitian tentang Komunikasi Kesehatan masih relatif sedikit. Penelitian yang ada masih berfokus pada interaksi dokter dan pasien. Penelitian terdahulu yang pernah dilakukan antara lain oleh Mellyza Novisari tahun 2010 "*Hubungan Kredibilitas Dokter Gigi pada Kegiatan*

Pemeriksaan Pasien dengan Sikap Pencegahan Penyakit Gigi Pasien". Penelitian lain di bidang komunikasi kesehatan yang dilakukan R. Funny Mustikasari Elita tahun 2012 menyimpulkan adanya pengaruh yang signifikan dan kuat antara keahlian, keterpercayaan dan daya tarik petugas kesehatan terhadap motivasi kader Posyandu". Hal ini membuktikan bahwa kredibilitas komunikator yang dimiliki petugas kesehatan tinggi, sehingga *audience* kader Posyandu beranggapan bahwa petugas kesehatan layak untuk menjadi *agent of change* dalam masalah kesehatan di masyarakat.

Komunikasi berkaitan erat dengan kehidupan sehari-hari. Termasuk juga dalam dunia kesehatan. Kita menyadari pentingnya komunikasi bagi profesional medis untuk meningkatkan pelayanan dengan meningkatkan keterampilan komunikasi mereka. Setengah abad yang lalu, Michael Balint menyatakan bahwa obat yang paling efektif dalam praktik medis adalah dokter itu sendiri (Bensing dan Verhaak, 2004 : 262). Keterampilan komunikasi ini bukan bawaan, melainkan dapat dipelajari. Menurut Adler, hubungan di atas memberikan hasil lebih baik : rekam medis lebih lengkap, penilaian lebih baik, diagnosis lebih cermat, resep lebih murah dan penyembuhan lebih cepat (Angelelli, 2004 : 16). Dalam pandangan Cegala (2005 : 5), jika dokter hanya mengumpulkan informasi tentang penyakit tetapi bukan keadaan sakit, yakni tanpa memahami konteks budaya sosial budaya lebih luas yang melatarbelakangi problem medis pasien, maka informasi yang mungkin sangat penting akan hilang dan kecermatan diagnosis dan rencana pengobatan akan berbahaya. Karena bisa jadi pasien sakit kronis tidak hanya menderita secara fisik saja tapi juga mempunyai pengalaman hidup yang berhubungan dengan keadaan sakit. Dalam konteks inilah, para profesional medis perlu meningkatkan keterampilan komunikasi mereka agar kasus malpraktik tidak terjadi lagi.

Menurut Rasmuson dkk dalam Graeff et al. (1996) dikatakan bahwa komunikasi kesehatan merupakan upaya sistematis yang secara positif mempengaruhi praktik-praktik kesehatan populasi-populasi besar. Sasaran utama promosi kesehatan adalah melakukan perbaikan kesehatan yang berkaitan dengan praktik dan pada gilirannya status kesehatan. Komunikasi kesehatan yang efektif merupakan suatu kombinasi antara seni dan ilmu. Setidaknya salah satu dari kunci-kunci keberhasilan adalah penerapan metodologi komunikasi kesehatan yang ilmiah serta sistematis bagi masalah-masalah kesehatan masyarakat. Meskipun strategi komunikasi pada suatu negara berbeda-beda, tetapi metodologi yang digunakan sama saja dan sama-sama penting bagi penyusunan program-program komunikasi yang mencerminkan kebutuhan dan konteks kultural di tiap-tiap negara. Metodologi komunikasi meliputi lima langkah: penilaian, perencanaan, pre-test, penyampaian dan pemantauan (Rasmuson, Seidel, Smith & Booth dalam Graeff et al, 1996).

Pendekatan komunikasi kesehatan diturunkan dari berbagai disiplin ilmu, meliputi pemasaran sosial, antropologi, analisis perilaku, periklanan, komunikasi, pendidikan serta ilmu-ilmu sosial yang lain. Berbagai disiplin ilmu tersebut saling melengkapi, saling tukar-menukar prinsip dan teknik umum satu sama lain, sehingga masing-masing memberikan sumbangan yang unik bagi metodologi komunikasi kesehatan. Karena berakar pada bidang pendidikan dan penyuluhan kesehatan, maka komunikasi kesehatan sangat dipengaruhi oleh psikologi, komunikasi dan berbagai disiplin ilmu perilaku yang lain. Hal-hal yang paling mendominasi di sini adalah teori-teori dan model-model perilaku kesehatan yang berbasis pada psikologi. Beberapa teori dan model perilaku kesehatan di bidang promosi dan

komunikasi kesehatan yaitu: model kepercayaan kesehatan (*health belief model*); model komunikasi /persuasi (*communication/ persuasion model*); teori aksi beralasan (*theory of reasoned action*); model transteoritik (*transtheoretical model*); *precede/proceed* model; model difusi inovasi (*diffusions of inovations model*); teori pemahaman sosial (*social learning theory*); analisis perilaku terapan (*applied behaviour analysis*) (Graeff et al, 1996) Apapun modelnya, modal terbaik dalam komunikasi yang efektif adalah kompetensi dari si pelaku komunikasi itu sendiri. Dalam hal ini adalah bagaimana petugas kesehatan memberikan dan menanggapi pesan dari masyarakat yang dilayaninya. Pertanyaan seputar komunikasi yang efektif dikalangan petugas kesehatan sering dijadikan sentral pembicaraan, tentang bagaimana berkomunikasi dengan masyarakat yang beragam agar dapat mengakses layanan kesehatan, Pengembangan makna merupakan suatu proses yang kompleks yang secara otomatis bergerak bersama aturan peran sederhana antara pengirim dan penerima (Crawford et al. 1998). Lebih dari sekedar penyampaian dan penerjemahan informasi (Osgood 1957), bahkan makna lebih dilihat sebagai permainan kontinyu dari persepsi dan aksi yang diatur dalam konteks sosial (Fogel 1993: 15). Kagan (1998: 817) mengacu pada persamaan komunikasi, dimana keseimbangan dipertahankan diantara keterampilan, pengalaman dan sumber daya yang tersedia. Ketidakseimbangan muncul ketika seseorang memiliki masalah tertentu. Hal tersebut biasanya merupakan masalah ‘mekanis’ seperti misalnya dalam proses atau penerimaan dalam memahami pembicaraan, kesulitan dalam memformulasikan suara pada saat berbicara dan menggunakan keterampilan yang mereka miliki dalam konteks yang berbeda bagi sebagian orang dalam pelayanan kesehatan (Law et al. 2005). Dalam formula komunikasi konvensional dan kesulitan yang dialami dalam berinteraksi secara efektif dalam pelayanan kesehatan, diyakini bahwa hambatan timbul karena ketidakcocokan kapasitas komunikasi dan kebutuhan lingkungan komunikasi yang tidak dimodifikasi. Mengarah pada peningkatan resiko terjadinya kegagalan berkomunikasi dimana pertanyaan pasien tetap tidak terjawab dan menimbulkan diagnosa yang tidak tepat (Law et al. 2005: 173). Selain itu, minat baru dalam aspek sosial-emosional dalam pelayanan kesehatan terhadap pasien juga tidak memadai – seperti misalnya ruang konsultasi tidak menyediakan kertas tisu buat klien yang gemetar, rasa cemas, kecenderungan depresi. Ide mengenai ‘modal emosional’ cukup relevan dalam hal ini. Ide ini berasal dari pemikiran Helga Nowotny yang mendefinisikannya sebagai ‘pengetahuan, kontak dan hubungan’ seperti halnya menilai keterampilan dan aset secara emosional, yang berperan dalam karakteristik jaringan sosial paling tidak melalui ikatan afektif (1981: 148). Dalam menasehati petugas kesehatan melihat kegunaan dari kertas tisu, seperti Boyle et al. (2004), kita dapat melihat model implisit dari seorang klien yang dibangun secara hati-hati sebagai seseorang yang dapat memenuhi secara tepat dapat memenuhi kebutuhan mereka.

Dalam sebuah studi yang dilakukan oleh Manias et al. (2005) dimana para perawat membutuhkan identitas profesional, ketika beberapa pasien terindikasi bahwa mereka lebih merasa nyaman untuk bertanya kepada dokter mengapa setiap pasien diberikan resep tertentu, sejumlah pasien lainnya mengatakan mereka tidak mencari informasi mengenai resep mereka dari dokter karena seringkali tidak berada di tempat dan terkadang pengetahuan mereka tidak cukup luas seperti yang diharapkan. Tentu saja, pasien berkomentar seperti itu ketika mereka ditanya, mereka menyatakan mencari informasi dalam referensi tertulis pula.

Stott (2004) menjelaskan bagaimana intervensi komunikasi di negara-negara berkembang di Afrika telah memanfaatkan jenis media lainnya. Disini ditunjukkan bahwa suatu perjanjian yang baik dari sebagian besar intervensi pelayanan kesehatan tidak diperlukan ketika diperlukan lebih banyak riset ilmiah yang lebih kompleks. Tentu saja benih dan peralatan pertanian adalah lebih baik bagi kesehatan daripada plester. (hal. 1193). Begitu pula, efektifitas dari beberapa dari banyak intervensi vital yang telah banyak dikenal tetapi sulit untuk menyebarkannya. Garam dan gula memiliki efek yang besar terhadap kematian dibandingkan diare. Menyebarkan pesan seperti ini adalah sulit. Bagaimana kita dapat meraih ribuan orang miskin yang tersebar di area perkotaan yang luas dengan pemahaman bahwa fungsi tubuh mereka akan terganggu dengan pengobatan ala Barat? Stott menjelaskan intervensi seperti bermain peran dengan penduduk lokal yang memainkan semua bagian, sebagai suatu media yang kuat bagi peralatan komunikasi. 'Afrika dapat mengajarkan kita bahwa kita perlu memperhatikan dengan seksama dalam melakukan pendekatan yang berbeda terhadap komunikasi (hal. 1193).

Dalam konteks ini, upaya lebih jauh adalah meningkatkan pendidikan dari tenaga layanan kesehatan profesional yang memiliki dampak yang lebih signifikan bagi praktek komunikasi dari pendidik yang ingin meningkatkan kesadaran siswanya bahwa mereka memiliki peran besar dalam menentukan kelangsungan hidup pasien mereka. Hal ini dipahami oleh banyak pendidik dan praktisi radikal sebagai hal yang penting sejak ketidakberdayaan yang dihubungkan dengan ketidaksetaraan sosial merupakan suatu faktor psikososial yang berisiko meningkatkan jumlah orang sakit dan kematian (Wallerstein 1992), seperti orang yang sama sekali tidak memiliki akses kepada layanan dan informasi kesehatan cenderung menderita sakit dan mengidap penyakit menular, cedera akibat kekerasan ataupun penyakit kronis. Sehingga, diperlukan suatu fokus terhadap ketidaksetaraan dan pemberdayaan untuk dapat mengatasi hal ini menarik ahli teori dan pendidik dari kalangan pendidikan kesehatan, kedokteran dan keperawatan khususnya pekerjaan sosial sebagai suatu strategi untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat terutama yang kondisinya dipengaruhi oleh kondisi sosial (Miller 1992; Connor et al. 1999). Hal ini menawarkan kemungkinan bagi seseorang untuk mengurangi masalah kesehatan jangka panjang yang mempengaruhi kondisi kesehatan mereka, daripada mereka hanya mengobati gejala yang timbul hingga menjadi tidak tertahankan.

Keragaman budaya menembus sebagian besar masyarakat di seluruh dunia. Sebagai suatu masalah fisik, kesehatan dipercaya dan dipraktikkan dalam ragam budaya yang dapat menimbulkan masalah serius bagi petugas layanan kesehatan dan pasiennya. Pengobatan holistik multibudaya mencakup ragam populasi pasien yang secara budaya sensitif terhadap pelayanan yang kompeten dari penyedia layanan kesehatan. Bagaimanapun, tidaklah mungkin bagi penyedia layanan kesehatan untuk memahami perbedaan antara individu yang sangat beragam ini. Kurangnya pengetahuan dasar dari perbedaan budaya dapat berakibat ancaman serius terhadap kehidupan dan kualitas kesehatan individu dari budaya yang beragam. Usaha terbaru untuk mempromosikan pengakuan dunia terhadap keberagaman budaya telah menyadarkan penyedia layanan kesehatan untuk lebih waspada terhadap perbedaan budaya dan untuk mengimplementasikan pemahaman dan melakukan intervensi untuk menyediakan layanan kesehatan yang efektif. Sehingga, banyak penyedia layanan baik individu maupun organisasi memiliki komitmen kuat dan menyediakan layanan kesehatan

yang lebih sensitif dan lebih kompeten bagi setiap individu, terlepas dimana perawatan diberikan dan latar belakang pasien dalam perawatan. Sebagai hasil dari komitmen ini, organisasi kesehatan dan program pendidikan kesehatan mulai menyadari kebutuhan untuk mempersiapkan para profesional perawatan kesehatan dengan pengetahuan, keterampilan, dan sumber daya penting untuk penyediaan perawatan pasien multi budaya yang lebih sensitif dan kompeten (Grant , Hart dan Walker: xv)

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif pendekatan studi kasus, subjek penelitian ini adalah para kader Posyandu, petugas kesehatan dan bidan desa serta masyarakat di dua provinsi lokasi penelitian. Penulis melakukan wawancara dan FGD dengan pihak – pihak yang berkaitan erat dengan proses komunikasi kesehatan dan penerapan Program Revitalisasi Posyandu. Pengambilan sampel metode kualitatif dilakukan secara purposif yaitu dengan mewawancarai responden yang terlibat dalam Program Revitalisasi Posyandu.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Motivasi Menjadi Kader

Faktor yang mendorong para kader ini untuk berkomitmen terhadap peranannya sebagai agen perubahan. Adalah kepedulian kepada sesama anggota masyarakat disamping untuk mengisi waktu disela kegiatan mengurus rumah tangga. Dari hasil diskusi dengan sekelompok kader dari makasar Andi Salman Baso Kasi Promosi Kesehatan) Kartini Ismail, Marta Christina, Rahayu, Sulmiati, Abbasiah Sahrudin didampingi Andi Salman Baso (Kasi Promosi Kesehatan) dan Yunus anggota Masyarakat serta Bidan Ani Tandi Rapak. Bahwa komitmen yang dimiliki para kader adalah sebagai bentuk kepedulian kepada masyarakat yang ada di sekitarnya disamping karena sudah terlanjur sayang dan cinta dengan profesinya sebagai kader yang bersifat volunteer. Karena para kader tersebut rata-rata menjadi kader sudah lebih dari 5 tahun bahkan ada yang lebih dari 15 tahun, sehingga aktivitas untuk melayani layanan kesehatan dasar bagi masyarakat sudah menjadi kebiasaan dan seperti menjadi panggilan jiwa. Para kader tersebut merasa kehilangan jika ada salah satu tujuan layanan tidak datang ke posyandu. mereka mengatakan bahwa jika ada salah seorang peserta sasaran tidak datang maka kami mendatangi ke rumahnya atau membuat janji untuk bertemu dan melakukan penimbangan dan pelayanan dasar. Kesulitan yang dialami kader adalah keluarga yang sudah diatas sejahtera. Mereka seringkali tidak mau dilayani karena lebih memilih untuk pergi ke dokter atau bidan yang berbayar. Akan tetapi di tahun lima tahun terakhir ini sudah banyak ibu-ibu yang memanfaatkan jasa posyandu untuk pemasangan alat KB.



Gambar: Dikusi antara kader , petugas kesehatan, kader serta wakil masyarakat di Makassar.

Motivasi para kader membentuk makna tersendiri bagi diri para kader maupun pada lingkungannya. Para kader berkegiatan dan bertindak berdasarkan makna yang diberikan pada masyarakat, dan peristiwa. Makna-makna ini diciptakan dalam bahasa yang digunakan para kader baik untuk berkomunikasi dengan orang lain baik itu sesama kader dan kepada masyarakat yang dilayani, maupun dengan dirinya sendiri, atau pikiran pribadinya. Bahasa memungkinkan para kader untuk mengembangkan perasaan mengenai diri dan untuk berinteraksi dengan orang lainnya dalam sebuah komunitas.

Mead mendefinisikan diri (*self*) sebagai kemampuan untuk merefleksikan diri kita sendiri dari perspektif orang lain. Dari sini dapat dilihat bahwa Mead tidak percaya bahwa diri berasal dari intropeksi atau dari pemikiran sendiri yang sederhana. Bagi Mead, diri berkembang dari sebuah jenis pengambilan peran yang khusus-maksudnya, membayangkan bagaimana kita dilihat oleh orang lain. Meminjam konsep yang berasal dari seorang sosiologis Charles Cooley pada tahun 1912, Mead menyebut hal tersebut sebagai cermin diri (*looking-glass-self*), atau kemampuan seseorang untuk melihat dirinya sendiri dalam pantulan dari pandangan orang lain. Cooley (1972) meyakini 3 prinsip pengembangan yang dihubungkan dengan cermin diri, pertama yaitu kita membayangkan bagaimana kita terlihat di mata orang lain. Kedua, kita membayangkan penilaian mereka mengenai penampilan kita. Ketiga, kita merasa tersakiti atau bangga berdasarkan perasaan pribadi ini. Pemikiran Mead mengenai cermin diri mengimplikasikan kekuasaan yang dimiliki oleh label terhadap konsep diri dan perilaku. Kekuasaan ini menggambarkan tipe kedua dari prediksi pemenuhan diri. Tipe kedua dari prediksi pemenuhan diri yang dihasilkan oleh pemberian sebuah label yang dinamakan efek Pygmalion (*Pygmalion effect*), dan hal ini merujuk pada harapan-harapan orang lain yang mengatur tindakan seseorang. Ketika Mead berteori mengenai diri, ia mengamati bahwa melalui bahasa orang mempunyai kemampuan untuk menjadi subjek dan objek bagi dirinya sendiri. Sebagai subjek, kita bertindak, dan sebagai objek, kita mengamati diri kita sendiri bertindak. Mead menyebut subjek, atau diri yang bertindak, sebagai *I* dan objek, atau diri yang mengamati, adalah *Me*. *I* bersifat spontan, impulsif, dan kreatif, sedangkan *Me* lebih reflektif dan peka secara sosial. *I* mungkin berkeinginan untuk pergi keluar dan berpesta, sementara *Me* mungkin lebih berhati-hati dan menyadari adanya pekerja rumah yang harus diselesaikan. Mead melihat diri sebuah proses yang mengintegrasikan

antara *I* dan *Me*. *Me* tidak pernah dilahirkan. *Me* hanya dapat dibentuk melalui interaksi simbolik yang terus menerus—mulai dari keluarga, teman bermain, sekolah, dan seterusnya. Oleh karena itulah seseorang membutuhkan komunitas untuk mendapatkan konsep dirinya. Seseorang membutuhkan *the generalized other*, yaitu berbagai hal (orang, obyek, atau peristiwa) yang mengarahkan bagaimana kita berpikir dan berinteraksi dalam komunitas. *Me* adalah *organized community* dalam diri seorang individu. Kader sebagai individu mempunyai konsep diri juga dibentuk melalui interaksi antar simbol-simbol dari lingkungannya sejak dia kecil. Seperti pandangan para kader tentang diri mereka yang merasa dibutuhkan oleh masyarakat dan membutuhkan bakti dirinya di masyarakat.

Penulis masih membayangkan kader yang lugu dengan penampilan yang sederhana. Ketika bertemu dengan para kader di kota makassar sempat sedikit ragu yang hadir di pertemuan ini pegawai dari kantor mana dan mau apa datang dalam forum diskusi kami. Begitu diperkenalkan mereka adalah kader kader posyandu yang ada di wilayah kota makassar. Ketika ditanya tentang penampilan kader yang menurut peneliti di luar dugaan mereka mengatakan bahwa para kader juga harus berpenampilan menarik agar dihargai juga oleh masyarakat. Seringkali kami (para kader) menyisihkan uang untuk membeli seragam. Di Makasar Ada seragam khusus buat para kader yang berprestasi dari warna yang dipakai melambangkan prestasi yang berbeda-beda sehingga dari pakaian ini para kader lain akan tahu prestasi kader yang menggunakan pakaian seperti di bawah ini.



Gambar. Seragam kader yang berprestasi dan kegiatan petugas kesehatan dg masyarakat

Peran Kader Posyandu sebagai Agen Perubahan

Kader dari awal terbentuknya organisasi posyandu di Indonesia pada tahun 1980 mengalami pasang dan surut dalam aktivitasnya. Akan tetapi hasil penelitian di Kabupaten Bandung, Kota Subang dan Makasar serta di beberapa kota lain komitmen para kader patut diacungi jempol. Mereka adalah para peabdi dalam kegiatan posyandu yang seringkali di awal kegiatannya kurang ditanggapi oleh masyarakat. Pengabdianya di dalam melayani kesehatan dasar menimbulkan jalinan keterikatan baik sesama kader maupun antara kader dengan masyarakat yang dilayaninya. Tidak ada honor dalam layanan kegiatan ini, yang ada adalah kepedulian dan sambil merawat keluarga juga melayani masyarakat . Rata-rata pendapat dari

para kader di berbagai wilayah selalu mengatakan sambil menyelam minum air itu istilah yang sering dikemukakan mengenai peran mereka di masyarakat dalam berbagai program kesehatan serta program lainnya di masyarakat. Pengabdian yang bertahun-tahun menjadikan kader memiliki identitas yang kuat sebagai pengabdian di bidang kesehatan yang paling mulia. Tanpa insentif tapi kegiatan berlangsung sampai saat ini. Saat ini ada juga insentif yang mereka terima dalam jumlah yang sangat sedikit dibanding UMR. Menurut para kader yang sudah diatas sepuluh tahun masa pengabdian, bahwa ada juga kader yang keluar karena mendapat pekerjaan, atau pindah kota, tetapi yang bertahan lebih banyak. Semakin hari kami semakin percaya diri dan alhamdulillah sekarang bahkan kami dihargai oleh masyarakat. Setiap ada program dari pemerintah selalu kami yang diminta untuk terlibat. Bahkan menurut para kader yang hadir dalam diskusi bahwa sekarang ini masyarakat sering meminta kami (para kader) untuk selalu terlibat dalam setiap kegiatan yang dilaksanakan oleh pemerintahan baik di tingkat RT, RW, kelurahan dan kecamatan. Dan di tingkat Kota pun mereka kerap diundang oleh walikota. Kami (para kader) tergabung dalam grup WA dan BB yang dikoordinir oleh walikota maupun dinas kesehatan kota makassar. Sehingga para kader dan petugas kesehatan akan langsung mengetahui perkembangan kegiatan dan program yang sedang dilaksanakan. Jalinan komunikasi yang cair antara kader dengan dinas terkait membuat penanganan masalah kesehatan dengan cepat ditangani. Selain sebagai agen kesehatan mereka juga sering dilibatkan dalam beragam kegiatan lain yang langsung berinteraksi dengan masyarakat baik sebagai petugas pencacah jiwa maupun mediator kesehatan lain selain layanan posyandu. Mereka tergabung dalam layanan “Home Care Makassar” yang melayani masyarakat yang ada di kota makassar selama 24 jam melalui jaringan media sosial. Jika kader menemukan ada orang yang sakit di wilayahnya mereka akan langsung melaporkan melalui media sosial ke nomor-nomor Home Care. Penanganan mobil kesehatan ini meluas kepada pengurusan dananya juga BPJSnya. Menurut kasi promkes dan juga para kader yang paling utama ditolong dulu administrasi diurus oleh para petugas kemudian. Di bawah ini adalah fasilitas Home Care yang digunakan.



Gambar : Program Home Care yang mendekatkan masyarakat pada layanan kesehatan.

Peran kader yang meluas yang tadinya seputar posyandu dan layanannya kini menjadi agen pemerintah untuk program-program kesehatan dan kemasyarakatan sejalan pendapat Rasmuson dkk dalam Graeff et al. (1996) dikatakan bahwa komunikasi kesehatan merupakan upaya sistematis yang secara positif mempengaruhi praktik-praktik kesehatan populasi-populasi besar. sasaran utama promosi kesehatan adalah melakukan perbaikan kesehatan yang berkaitan dengan praktik dan pada gilirannya status kesehatan.

Faktor keterpercayaan kader dalam beragam kegiatan

Pengalaman mereka sebagai kader sudah lama, hampir semuanya diatas lima tahun bahkan ada yang sampai 17 tahun menjadi kader. Pengabdian para kader yang sudah terbukti daya tahannya dalam pelayanan masyarakat menimbulkan kepercayaan dari masyarakat dan pemerintah sehingga mereka sering dilibatkan dalam berbagai kegiatan di masyarakat. Seperti pencatatan jiwa (sensus 2014) dilakukan oleh para kader karena dianggap sudah berpengalaman dalam memotret kondisi masyarakat yang ada di wilayah binaannya. Ada hal yang unik di Makasar bahwa saat ini jika pemkot ada acara mereka sering diundang bahkan sering dititipkan untuk menjadi agen bagi promosi pilkada. Hanya mereka menanggapi dengan biasa saja, Menurut mereka jika memang baik kenapa tidak untuk mendukung program-program yang akan bermanfaat bagi masyarakat. Dengan pengalaman yang sudah lebih dari 10 tahun mereka dapat beradaptasi dengan beragam kepemimpinan yang ada di wilayahnya dan hal yang paling mendasar dipertahankan adalah para kader yang berasal dari masyarakat melihat segala ajakan ataupun himbauan serta ajakan akan diikuti selama bermanfaat banyak bagi masyarakat yang sudah menjadi bagian dari kehidupannya



Gambar Diskusi bagian promkes kota makasar dengan kader dan warga

Keterpercayaan (*Trustworthiness*) . Lamanya para kader merupakan faktor yang menimbulkan keterpercayaan. Faktor ini yang paling penting dalam kredibilitas seorang kader. Seorang kader yang dianggap tidak jujur atau tidak memiliki integritas pribadi akan kehilangan kepercayaan dari khalayaknya meskipun ia menyampaikan pesannya dengan tenang atau ia dikenal sebagai orang yang sangat berkuasa atau orang yang ahli tentang topik yang dibicarakannya. (Venus, 2009 : 60) . Keterpercayaan atau sifat dapat dipercaya ini adalah kesan tentang komunikator yang berkaitan dengan wataknya. Karakter atau watak merupakan sesuatu yang agak samar-samar tetapi sangat penting karena dapat menunjukkan bagaimana komunikator dipersepsi. Dari kepercayaan (sifat dapat dipercaya) ini dapat terlihat apakah komunikator objektif, dapat diandalkan, bermotivasi baik, dan disukai. Kepercayaan mutlak diperlukan dalam suatu hubungan agar pelaku komunikasi dapat saling mempercayai. Hal ini dilakukan pada saat menentukan di mana para kader dan masyarakat yang dilayani harus saling mengungkapkan lebih banyak lagi mengenai pikiran, perasaan dan terhadap situasi yang dihadapi, atau dengan cara saling menunjukkan penerimaan dukungan dan kerjasama, sikap jujur, adil dan dapat mendukung predikat kader / komunikator sebagai orang yang dapat dipercaya yang merupakan suatu aspek penting dalam kredibilitas. Kesalahpahaman atau distorsi dalam komunikasi sering terjadi karena kader dan masyarakat tidak saling mempercayai. Dalam proses komunikasi seorang kader akan sukses apabila berhasil menunjukkan *source credibility*, artinya menjadi sumber kepercayaan bagi masyarakat yang dilayaninya. Kepercayaan kepada komunikator ditentukan oleh keahlian komunikator dalam bidang tugas pekerjaannya dan dapat tidaknya ia dipercaya. Kepercayaan kepada komunikator mencerminkan bahwa pesan yang disampaikan kepada komunikator dianggap olehnya sebagai benar dan sesuai dengan kenyataan empiris (Effendy, 2003 : 305). Keterpercayaan (*trustworthiness*) berkaitan dengan penilaian masyarakat bahwa sumber informasi yang diberikan oleh para kader dianggap tulus, jujur, bijak dan adil, objektif, memiliki integritas pribadi, serta memiliki tanggung jawab sosial yang tinggi. Penilaian yang dilakukan umumnya berpatokan pada perilaku sumber pada masa lalu dan dugaan khalayak tentang perilakunya pada saat sekarang. Dengan kata lain *track record* seseorang akan menjadi acuan apakah yang bersangkutan dianggap memiliki keterpercayaan atau tidak (Venus, 2009 : 57).

Keterpercayaan ini di dukung juga dengan sistem kesehatan di kota makasar yang sudah terintegrasi mereka memiliki layanan yang disebut Home Care. Home Care adalah layanan langsung ke rumah pasien anggota masyarakat ataupun masyarakat tamu yang ada di kota makasar. Para kader akan langsung melaporkan ke pusat layanan tentang keberadaan pasien melalui sosial media yang dibetuk sebagai sarana komunikasi dan koordinasi kegiatan layanan kesehatan.

KESIMPULAN

Dari pemaparan di atas simpulan yang dapat dicatat bahwa motivasi menjadi kader adalah kepedulian dan komitmen para kader kepada masyarakat sekitar akhirnya menumbuhkan rasa kepemilikan terhadap kegiatan serta keberadaan kesehatan masyarakat sekitarnya. Para kader berkegiatan dan bertindak berdasarkan makna yang diberikan pada masyarakat, dan

peristiwa. Makna-makna ini diciptakan dalam bahasa yang digunakan para kader baik untuk berkomunikasi dengan orang lain baik itu sesama kader dan kepada masyarakat yang dilayani, maupun dengan dirinya sendiri, atau pikiran pribadinya. Bahasa memungkinkan para kader untuk mengembangkan perasaan mengenai diri dan untuk berinteraksi dengan orang lainnya dalam sebuah komunitas. Peran kader sebagai agen pembaharu di bidang kesehatan meluas yang tadinya seputar posyandu dan layanannya kini menjadi agen pemerintah untuk program-program kesehatan dan kemasyarakatan. Lamanya pengalaman menjadi kader merupakan faktor yang menimbulkan keterpercayaan. Faktor ini yang paling penting dalam kredibilitas seorang kader dalam berinteraksi dan melaksanakan tugasnya sebagai kader kesehatan dasar.

DAFTAR PUSTAKA

- Bensing JM, Verhaak PFM. 2004. Communication in medical encounters: Towards a health psychology perspective. In: A Kaptein and J Weinman (Eds). *Health Psychology*, an introduction. Blackwell,
- Brian Brown, Paul Crawford, Ronald Carter . 2006. *Evidence based health communication* by Brian Brown, McGraw-Hill House, New York.
- Boyle, F.M., Robinson, E., Heinrich, P. and Dunn, S.M. (2004) Cancer: communicating the team game, *Australia and New Zealand Journal of Surgery*, 74: 477–81. emotional distress, *Archives of Internal Medicine*, 155: 1877–84.
- Cangara, Hafied.(1998). *Pengantar Ilmu Komunikasi*. Jakarta: Raja Grafindo Persada.
- Citrobroto, Suhartin .(1989). *Prinsip-Prinsip dan Tehnik Berkomunikasi*. Jakarta: Bharata Karya Aksara.
- Charles H. Joy L. Hart and Kandi L. Walker, 2005. **Couples, Culture, and Cancer “Journal of Intercultural Communication Studies XIV-3 2005:83-91”**. *East Carolina University University of Louisville*
- Crawford, P., Brown, B. and Nolan, P. (1998) *Communicating Care: Language in Health Care Contexts*. Cheltenham: Stanley Thornes.
- Depkes RI. (2007). *Modul Surveilans KIA: Peningkatan Kapasitas Agen Perubahan dan Pelaksanaan Program Kesehatan Ibu dan Anak*. Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat, Jakarta.
- Elita, R. Funny Mustikasari. 2011. *Pengembangan Model Komunikasi Kesehatan berbasis Sistem Informasi Posyandu di Indonesia*. Bandung , Unpad.
- _____. 2012. *Pengaruh Kredibilitas Petugas Kesehatan terhadap Motivasi Kader posyandu*. Bandung: Unpad
- Effendy, Onong Uchjana. (2003). *Ilmu, Teori, dan Filsafat Komunikasi*. Bandung: Citra Aditya Bakti
- Fogel, A. (1993) Two principles of communication: co-regulation and framing, in J. Nadel and L. Camaioni (eds) *New Perspectives in Communication development*. London: Routledge.
- Hovland, Carl. I, Irving L. Janis, and Harold H. Kelley. (1953). *Communication and Persuasion: Psychological Studies of Opinion Change*. London: Yale University Press.
- Infante, Dominic A., Andrew S. Rancer, and Deanna F. Womack. (1990). *Building Communication Theory*. Illinois: Waveland Press, Inc.

- Graeff. Judith A; John P.Elder; Elizabeth Mills Booth. (1996).edisi Indonesia: *Komunikasi untuk kesehatan dan perubahan perilaku* (original english edition: communication for health and behaviour change) Yogyakarta : Gajah Mada University Press
- Kagan, A. (1998) Supported conversation for adults with aphasia: methods and resources for training conversation partners, *Aphasiology*, 12: 817–30.
- Law, J., Bunning, J., Byng, S., Farrelly, S. and Heyman, B. (2005) Making sense in primarycare: leveling the playing field for people with communication difficulties, *Disability and Society*, 20(2): 169–84.
- Littlejohn, Stephen W. dan Karen A. Foss. (2009). *Teori Komunikasi*. Jakarta: Salemba Humanika
- Manias, E., Aitken, R. and Dunning, T. (2005) Graduate nurses' communication with health professionals when managing patients' medications, *Journal of Clinical Nursing*, 14:354–62.
- Rakhmat, Jalaluddin . 2005. *Psikologi Komunikasi*. Bandung: Remaja Rosdakarya
- Roter, D.L., Hall, J.A. and Kern, D.E. (1995) Improving physicians' advance directives,patient and physician opinions regarding interviewing skills and reducing patients'
- Sardiman, A. M. (2007). *Interaksi dan Motivasi Belajar Mengajar*. Jakarta: Raja Grafindo Persada.
- Tan, Alexis. (1981). *Mass Communication Theories and Research*. Ohio: Grid
- Venus, Antar. (2009). *Manajemen Kampanye: Panduan Teoritis dan Praktis dalam Mengefektifkan Kampanye Komunikasi*. Bandung: Simbiosis Rekatama Media.