

PROFIL KADER KESEHATAN WANITA

Kasus di Kecamatan Nanggulan Kulon Progo Yogyakarta

*Ken Surattyah**

I. PENDAHULUAN

Di Indonesia program Kader Kesehatan Desa muncul bersamaan dengan keputusan pemerintah untuk mengembangkan pelayanan kesehatan primer. Setelah pertengahan Repelita I (1969-1974) pemerintah melihat bahwa asumsi awal jaringan fasilitas kesehatan yang berorientasi ke kota akan dengan sendirinya menyebar ke daerah pedesaan, ternyata tidak benar. Oleh karena itu, lalu dikembangkan pelayanan kesehatan pedesaan dengan dibentuk Pusat Kesehatan Masyarakat atau Puskesmas (Mubyarto dan Loekman Soetrisno, 1987).

Dengan dibentuknya Pusat Kesehatan Masyarakat tersebut, maka peran serta masyarakat sangat penting dalam mengupayakan penyelenggaraan kesehatan secara menyeluruh, terpadu dan terjangkau oleh seluruh lapisan masyarakat sesuai dengan tujuan pengembangan kesehatan yaitu: (1) peningkatan kemampuan masyarakat supaya dapat menolong diri sendiri dalam bidang kesehatan, (2) perbaikan mutu lingkungan hidup yang dapat menjamin kesehatan, (3) status gizi masyarakat, (4) pengurangan kesakitan dan kematian, serta (5) pengembangan norma keluarga kecil bahagia dan sejahtera.

Berdasarkan hal tersebut maka diselenggarakanlah lima kegiatan atau Panca Karya Husada dengan

peningkatan dan pemantapan upaya kesehatan sebagai salah satu kegiatannya.

Pencapaian keseluruhan tujuan kegiatan tersebut tidak mungkin bila hanya dilakukan oleh aparat pemerintah saja tanpa bantuan aktif dari masyarakat yang bersangkutan. Untuk itulah pemerintah memanfaatkan suasana kekeluargaan, kegotong-royongan serta potensi yang ada pada masyarakat. Oleh karena itu, diputuskan untuk melibatkan sebagian anggota masyarakat yang mau menjadi salah satu tulang punggung sistem pelayanan kesehatan di pedesaan. Program kader kesehatan pertama kali diadakan di desa Sagulan Kabupaten Banjarnegara Jawa Tengah pada tahun 1972 dengan tujuan agar masyarakat dapat mengatasi masalah kesehatan dan lingkungannya sendiri. Hal ini muncul dari keinginan orang desa yang bila ditanya mereka selalu menjawab: "*Uger dipun paringi waras,*" (Asal diberi sehat); , karena kalau sehat mereka dapat bekerja untuk mencari nafkah (Poerwanto Iskandar, Rienks dan Sunarsih, 1979). Dari hal itulah diambil kesimpulan bahwa kesehatan dan lingkungan perlu digalakkan serta seyogyanya dapat diatasi sendiri oleh masyarakat.

Program kader kesehatan tersebut akhirnya disebarluaskan dan dilaksanakan secara serempak di

* Dosen Fakultas Pertanian dan Staf Pusat Penelitian Kependudukan Universitas Gadjah Mada

berbagai daerah meliputi kader gizi dan kader PKMD (Pengembangan Kesehatan Masyarakat Desa) yang dilandasi usaha swadaya dan partisipasi masyarakat. Jangkauan program PKMD sangat luas, sehingga belum semua desa berhasil melaksanakan program tersebut. Oleh karena itu, sejak tahun 1986 program PKMD tersebut disederhanakan sehingga menjadi program pelayanan terpadu antara keluarga berencana (KB) dan kesehatan yang dinamakan Pos Pelayanan Terpadu (Pos Yandu).

Pos Yandu merupakan salah satu wujud peran serta masyarakat dalam pengembangan kesehatan, dengan cara menciptakan kemampuan hidup sehat bagi penduduk dalam mewujudkan derajat kesehatan yang optimal. Keterpaduan dalam Pos Yandu adalah penyatuan dinamis atau penyerasian paling sedikit dua program untuk saling mendukung dalam mencapai tujuan dan sasaran yang disepakati (BKKBN Depkes, 1984).

Sasaran keterpaduan adalah bayi berumur 0-1 tahun, balita 1-4 tahun, ibu hamil, ibu melahirkan, ibu menyusui dan pasangan usia subur (PUS). Oleh karena itu Pos Yandu melayani masyarakat sesuai dengan sasaran keterpaduan.

Melalui Pos Yandu diharapkan masyarakat akan memperoleh kemudahan bermacam-macam pelayanan di satu tempat yaitu menimbang anak, memeriksakan kehamilan atau imunisasi bagi ibu hamil, mendapatkan oralit bagi balita yang diare, dan mendapatkan pelayanan kontrasepsi bagi pasangan usia subur yang memerlukan. Dengan demikian, tidak ada pemborosan waktu, tenaga, dana, dan sarana, serta jangkauan dapat diperluas sehingga mempercepat peningkatan kesehatan ibu, bayi, dan anak balita. Dengan Pos Yandu masyarakat dapat mengembang-

kan kemampuan menolong diri sendiri (Kussunartuti, 1988).

Suatu usaha dapat berjalan langgeng kalau masyarakat benar-benar merasa memiliki dan menguasai permasalahannya. Demikian pula dalam usaha kesehatan, karena masyarakat bukan merupakan objek dalam peningkatan kesehatan melainkan sebagai subjek.

Namun demikian, meskipun masyarakat telah merasa memiliki dan bertanggung jawab atas kegiatan tersebut, tidak tentu seluruh warga bersedia mengerjakannya. Itulah sebabnya, dibutuhkan adanya sebagian warga masyarakat yang atas dasar kesadaran sendiri bersedia berperan sebagai perintis dan pendorong. Mereka itu seharusnya adalah *orang* yang telah mendapat restu dan kepercayaan dari masyarakat. Masyarakat akan lebih mudah digerakkan melalui *orang* yang berada di dalam masyarakat itu sendiri, karena dia berada dekat dengan masyarakat, murah, mudah dan masyarakat setempat telah benar-benar mengenalnya.

Orang yang dimaksud dalam program kesehatan tersebut adalah *kader sehat*. Kader sehat adalah tenaga sukarela yang berasal dari masyarakat setempat dan telah mendapat restu serta kepercayaan dari pada masyarakat, yang telah dididik dan dilatih, merasa terpanggil untuk melaksanakan, memelihara dan mengembangkan kegiatan, yang tumbuh di tengah-tengah masyarakat dalam usaha-usaha pengembangan masyarakat (Yayasan Indonesia Sejahtera, 1979).

Seorang kader adalah *motivator* yang berarti mau membantu menemukan masalah di dalam masyarakat sesuai dengan kebutuhan masyarakat serta pemecahannya secara mudah dan sederhana sehingga bisa diterima

dengan mudah pula. Untuk memperoleh tenaga semacam itu diperlukan proses tersendiri yang tidak sederhana. Untuk sungguh-sungguh bersedia bekerja sukarela, diperlukan dorongan, restu, serta kepercayaan dari masyarakat. Sebaliknya masyarakat akan memberikannya apabila ada keikhlasan dan kesediaan tenaga tersebut. Melalui usaha penyadaran dan latihan-latihan, proses ini akan dapat dipercepat (Yayasan Indonesia Sejahtera. 1979). Dengan demikian seorang kader adalah *faktor pengubah* dalam masyarakat yang berperan aktif dalam kemajuan masyarakat desanya, mempunyai motivasi dan keinginan untuk menolong masyarakat, mempunyai kepribadian yang baik serta kecakapan tertentu agar dapat melaksanakan tugasnya (Sunarsih, 1978).

Pengertian sukarela dan tanpa pamrih perlu ditekankan dan dipertanyakan, apakah benar-benar seperti yang diharapkan. Hal ini dikemukakan oleh Sunaryo (dalam Kussunartuti, 1988) bahwa prinsip sukarela di dalam kader Pos Yandu berdampak positif tetapi sekaligus juga bersegi negatif. Sukarela oleh para kader sering ditafsirkan bahwa mereka boleh kerja seandainya dan kurang ada faktor pengikat, akibatnya banyak kader yang putus karya. Kesukarelaan kader seringkali tidak sepenuhnya berdasarkan keinginan untuk membangun desanya, tetapi diikuti oleh maksud lain seperti untuk kepentingan material, sosial, dan moral (Tologo: dalam Kussunartuti, 1988). Padahal, kalau diperhatikan kader akan banyak membantu petugas kesehatan dalam menjalankan tugasnya serta merupakan alih teknologi dari petugas kesehatan kepada masyarakat. Dengan demikian, perlu adanya pembinaan dan perhatian

dari para petugas Puskesmas agar kader merasa lebih diperhatikan sehingga dapat meningkatkan motivasi yang akan rangat berpengaruh pada prestasi kerja mereka.

Di Indonesia kader kesehatan tidak dibayar, hanya kadang-kadang di beberapa daerah mereka mendapat fasilitas pelayanan di Puskesmas secara cuma-cuma apabila dia atau salah satu anggota keluarganya ada yang menderita sakit.

Mubyarto (1987) mengatakan bahwa Departemen Kesehatan berpegang teguh pada prinsip bahwa kader kesehatan adalah petugas sukarela; oleh karena itu, insentif yang diberikan dalam bentuk natura. Di Daerah Istimewa Yogyakarta para kader kesehatan memperoleh pakaian seragam dan kesempatan berpiknik sebagai imbalan atas jasanya. Tetapi hal itu ternyata belum dapat menaikkan motivasi para kader untuk benar-benar melaksanakan tugas seperti yang diharapkan oleh Dinas Kesehatan. Hubungan antara kader dengan petugas Puskesmas dapat juga mempengaruhi motivasi kader, jika petugas Puskesmas jarang bertemu dan mengadakan wawancara mengenai kesehatan dengan para kader; maka motivasi akan menurun sehingga memperlemah semangat kerja. Hal ini merupakan salah satu hambatan yang dirasakan semenjak dimulainya program kader pada Pelita III yang lalu.

Di satu sisi wanita desa adalah wanita miskin yang datang dari keluarga tidak mampu, sehingga untuk mempertahankan ekonomi rumah tangga mereka harus bekerja keras. Di samping itu, mereka masih harus tetap mencurahkan waktu untuk melakukan kegiatan rumah tangga karena tidak seorang wanita pun mampu meninggalkan sama sekali tugas tradisionalnya sebagai ibu rumah

tangga. Mereka pulalah yang bertanggung jawab atas pertumbuhan fisik mental anak-anaknya, pendidikan serta ketenteraman demi kelangsungan rumah tangga.

Di sisi lain wanita desa sebagai *kader* dituntut untuk melaksanakan tugasnya dengan baik, mampu berperan aktif dalam kemajuan desa, memberikan penyuluhan serta bantuan kepada masyarakat untuk menemukan dan memecahkan masalah kesehatan yang ada. Dengan demikian, dituntut pengorbanan dari seorang kader, baik pengorbanan fisik maupun waktu dan mental.

Dilihat secara sepintas kedua sisi tersebut saling bersaing. Oleh karena, di satu sisi wanita harus mencurahkan waktu dan tenaga untuk kegiatan rumah tangga dan mencari nafkah, sedang di sisi yang lain harus mencurahkan waktunya untuk melaksanakan kegiatan sebagai seorang kader kesehatan.

Permasalahan yang timbul dari kedua sisi tersebut antara lain:

- (1) Apakah kegiatan wanita sebagai kader kesehatan tidak menggeser perannya sebagai ibu rumah tangga dan sebagai pencari nafkah?
- (2) Imbalan apa yang diperoleh baik wanita sebagai individu maupun sebagai bagian dari rumah tangga, sehingga dia mau mengorbankan waktu dan tenaganya untuk melaksanakan kegiatan program kesehatan?

Bertolak dari permasalahan tersebut penulis mengadakan penelitian di Kecamatan Nanggung, Kabupaten Kulon Progo, DI Yogyakarta.

II. METODOLOGI

Penelitian ini bertujuan untuk melihat dan mengidentifikasi keadaan

wanita sebagai kader kesehatan di pedesaan, ditinjau dari segi:

1. kegiatan yang dilaksanakan,
2. imbalan yang diperoleh,
3. curahan waktu baik untuk kegiatan rumah tangga, mencari nafkah, maupun dalam rangka melakukan tugas sebagai kader kesehatan,
4. dampak wanita sebagai kader kesehatan terhadap rumah tangga baik dalam pembagian kerja, ekonomi dan kesehatan anggota rumah tangga, dan
5. dampak wanita sebagai kader terhadap status dirinya dalam masyarakat.

Sebagai populasi adalah kader kesehatan wanita yang berstatus sebagai istri, janda atau kepala keluarga. Dari populasi tersebut diambil 100 orang sebagai responden yang terdiri atas 80 responden aktif dan 20 responden nonaktif. Pengambilan responden tersebut sedemikian rupa sehingga dapat menggambarkan keadaan kader dari berbagai mata pencaharian pokok (guru, petani, pedagang, dan buruh) serta lokasi (pegunungan dan dataran).

Pengumpulan data dilakukan melalui cara wawancara langsung dengan menggunakan daftar pertanyaan yang telah dipersiapkan lebih dahulu. Para pewawancara mendatangi responden, baik di rumah maupun di tempat kader bertugas (di pos penimbangan maupun di balai desa pada saat para kader mengadakan pertemuan dengan para petugas keamanan).

Di samping itu, 30 orang kader kesehatan diwawancarai lebih intensif dan mendalam sehingga mereka dapat mengungkapkan segala permasalahan yang dihadapi wanita sebagai kader kesehatan, baik dalam rangka menjalankan tugas sebagai kader,

sebagai ibu rumah tangga, maupun sebagai individu.

III. KEADAAN KADER KESEHATAN

Yang dimaksud dengan kader kesehatan dalam penelitian ini adalah kader kesehatan wanita, yaitu meliputi kader gizi dan kader PKMD karena dalam kenyataannya sehari-hari mereka bekerja bersama-sama bahkan tidak membedakan diri apakah sebagai kader PKMD atau kader gizi.

3.1. Identitas

Kader kesehatan wanita di Kecamatan Nanggulan berumur \pm 33 tahun, umumnya pada usia tersebut wanita bisa aktif di luar rumah tangga baik untuk mencari nafkah maupun kegiatan yang lain, hal ini disebabkan pada usia tersebut anak sudah agak besar sehingga ia tidak direpotkan untuk mengurus anak (terbukti bahwa anggota keluarga berumur 10-55 tahun sebanyak \pm 70 persen).

Sebagian besar kader kesehatan wanita berasal dari keluarga petani yang berlahan sempit, sehingga untuk memenuhi kebutuhan keluarga, mereka terpaksa harus berburuh terutama pada saat musim tanam dan musim panen (buruh derep).

Di daerah datar persentase kader yang berasal dari keluarga dagang besar. Hal ini disebabkan di daerah datar komunikasi dan transportasi lebih baik, dekat dengan pusat kecamatan, sehingga memungkinkan mereka berdagang.

Di daerah datar persentase guru yang menjadi kader besar, hal ini terutama disebabkan oleh adanya Pos Yandu di Desa Wijimulyo, yang pada mulanya dipelopori oleh guru-guru sekolah dasar atas anjuran lurah desa beserta istri yang sarjana IKIP. Ibu-ibu guru inilah yang

semula aktif, kemudian disusul oleh ibu-ibu yang lain. Jangka waktu menjadi kader aktif di daerah datar lebih lama. Hal ini disebabkan saat dimulainya Pos Yandu maupun PKMD, di daerah datar lebih awal dari pada desa-desa pegunungan yang jauh dari kecamatan; sedangkan bagi kader nonaktif mereka tidak aktif sudah lebih dari dua tahun.

Pada umumnya mereka menjadi kader atas anjuran atau ditunjuk oleh pamong desa untuk memenuhi target program kader, yang latihannya diadakan pada tiap periode. Berarti bahwa menjadi kader bukan karena kemauan sendiri. Persentase terbesar kedua atas anjuran para petugas Puskesmas, dokter, pengurus PKK, dan LKMD. Padahal kalau disimak kembali, syarat menjadi seorang kader adalah karena sukarela timbul dari keinginannya sendiri untuk mengabdikan pada masyarakat. Bila berdasar pada syarat itu saja, maka sebagian besar kader tidak memenuhi syarat. Namun demikian kenyataannya, walaupun pada mulanya karena mereka ditunjuk, tetapi setelah dilaksanakan ternyata tidak merasa keberatan, tidak menyesal, dan tidak merasa terpaksa, sehingga tidak mengganggu kesediaannya dalam menjalankan tugas sebagai kader kesehatan.

Hal ini perlu diperhatikan dalam pembinaan kader, agar kondisi seperti itu tetap dipelihara bahkan dibangkitkan motivasinya sehingga mau lebih giat dan lebih baik lagi dalam menjalankan tugas sebagai kader kesehatan.

Seperti pada umumnya rumah tangga pedesaan, maka rumah tangga kader kesehatan juga memperoleh penghasilan dari berbagai sumber, di samping dari usaha tani sebagai pokok mata pencaharian. Sumber penghasilan tersebut antara lain berburuh pada

usaha tani, berburuh lain-lain, berdagang, tukang, dan sebagainya. Hal ini ditempuh antara lain karena sempitnya penguasaan lahan pertanian sehingga mereka berupaya memperoleh penghasilan dari sumber-sumber lain selama masih memungkinkan.

Ditinjau dari garis kemiskinan kriteria Sajogyo (1983) maka rumah tangga kader kesehatan di daerah datar tergolong di atas garis kemiskinan bagi tingkat pedesaan, keluarga kader aktif di daerah pegunungan tergolong miskin, dan keluarga kader nonaktif di daerah pegunungan tergolong miskin sekali.

Untuk menunjang kebutuhan rumah tangga, kader pedesaan sudah terbiasa bekerja mencari nafkah di luar pekerjaan pokok usaha tani sendiri, yang tidak kecil sumbangannya kepada keseluruhan penghasilan rumah tangga. Hal ini menunjukkan bahwa wanita berperan dan bertanggung jawab dalam menjaga kelestarian ekonomi rumah tangga.

3.2. Alokasi waktu

Wanita sebagai individu, ibu rumah tangga, pencari nafkah, dan pekerja sosial di masyarakat akan berusaha selalu membagi waktu sedemikian rupa sehingga seluruh kegiatan yang harus dilaksanakan dapat terlaksana lancar.

Kader kesehatan wanita di Kecamatan Nanggulan mcurahkan waktunya per hari lebih dari 12 jam untuk melaksanakan kegiatan rumah tangga, mencari nafkah, sosial, dan individual. Jika peranan dilihat dari alokasi waktunya, maka jelas bahwa sampai saat ini peranan terbesar adalah di rumah tangga, sebagai istri dan ibu rumah tangga, dia mcurahkan waktunya ± 7 jam per hari untuk melaksanakan kegiatan-kegiatan rumah tangganya. Dengan demikian, jelas

bahwa peranan tradisionalnya (*domestik role*) masih dominan baik di daerah pegunungan maupun dataran.

Wanita tidak mcurahkan waktunya sepanjang bulan untuk mencari nafkah karena wanita memang bukan pencari nafkah utama dalam rumah tangga. Mereka bekerja mencari nafkah ± 18 hari per bulan; kecuali kader nonaktif di daerah pegunungan sepanjang bulan mereka aktif bekerja mencari nafkah. Hal ini menjadi salah satu faktor ketidakaktifannya lagi sebagai kader. Walaupun tidak sepanjang hari mencari nafkah, namun bila dilihat sumbangan mereka terhadap nafkah keluarga tidaklah kecil.

3.3. Tugas kader kesehatan

Seorang kader kesehatan baik kader gizi maupun kader PKMD mempunyai tugas utama memberikan pelayanan di Pos Yandu tiap bulan sekali, di samping tugas yang lain seperti memberikan pelayanan obat sewaktu-waktu ada yang memerlukan (khusus bagi kader yang rumahnya sebagai pos obat) memberikan penyuluhan kesehatan dan lingkungan di dasa wisma masing-masing, serta menghadiri rapat pertemuan dan pembinaan kader di balai desa sebulan sekali. Ada beberapa orang kader yang melakukan tugas 3 kali sebulan bahkan lebih, hal ini kemungkinan karena: (1) kader tersebut adalah koordinator yang memang harus mengikuti rapat koordinator kader bersama petugas Puskesmas yang diadakan sebulan sekali di Puskesmas, (2) kader tersebut harus melakukan penyuluhan kesehatan dan lingkungan di dasa wisma masing-masing karena pada dasa wisma tersebut tidak ada orang lain yang mau melaksanakan penyuluhan, (3) kader tersebut harus memberikan penyuluhan kesehatan dan

lingkungan pada pertemuan lain seperti PKK.

Karena terbatasnya petugas (kader yang bertugas melayani) di tiap Pos Yandu maka pada umumnya pembagian tugas secara tegas belum diadakan. Mereka melakukan tugas memasak sampai dengan semua kegiatan selesai dan diakhiri dengan mencuci alat-alat dan pecah belah yang dipakai. Pembuatan laporan secara rapi biasanya dilakukan oleh kader yang tingkat pendidikannya lebih tinggi, disebabkan untuk membuat laporan tersebut diperlukan pengetahuan yang cukup agar bisa dipahami maksud formulir-formulir yang harus diisi.

Selain bertugas di Pos Yandu, para kader dan wakil-wakil dasa wisma wajib mendatangi pertemuan dan pembinaan di balai desa. Pertemuan tersebut diadakan sebulan sekali pada waktu dan tanggal yang telah ditentukan. Pertemuan biasanya diisi oleh petugas dari Puskesmas berupa pemberian informasi baru mengenai kesehatan dan lingkungan seperti: tanda-tanda, cara mengatasi, cara pencegahan demam berdarah, diare, keracunan, dan sebagainya. Di samping itu, juga dilangsungkan tanya jawab tentang kesulitan yang dihadapi oleh para kader di wilayah masing-masing, penyerahan laporan, pendaftaran Pos Yandu Paripurna, dan diakhiri dengan arisan.

Pertemuan ini berlangsung 2-3 jam, biasanya mulainya terlambat karena kedatangan para kader tidak dapat serempak berhubungan dengan kesibukan masing-masing, serta jauhnya jarak yang harus ditempuh. Tidak mengherankan jika seorang kader untuk mendatangi pertemuan harus berjalan kaki \pm 3 jam pulang pergi sehingga keperluan tersebut dia harus mengorbankan waktunya \pm 6 jam.

Rapat pertemuan kader di balai desa biasanya diadakan pada jam-jam ketika ibu-ibu telah agak senggang yaitu sekitar jam 12.00-15.00, dengan harapan agar semua dapat menghadirinya. Namun demikian, ternyata tidak seluruhnya dapat hadir, karena kesibukan masing-masing. Terutama pada saat-saat panen akan kelihatan sekali pertemuan terasa sepi, yang hadir tidak lebih dari separo. Biasanya pada saat panen seperti itu pertemuan diundur atas dasar kesepakatan bersama antara petugas Puskesmas dengan koordinator kader. Dengan demikian, ibu-ibu tidak perlu meninggalkan kesempatan berburuh panen (*derep*) sebagai penambah penghasilan rumah tangga.

Untuk lebih jelasnya disajikan kasus ibu K, seorang kader yang telah aktif selama 6 tahun, dia mempunyai warung kebutuhan sehari-hari. Pada waktu itu dia datang sendirian pada pertemuan di balai desa, 4 orang kader yang lain dan 7 orang dari wakil dasa wisma tidak hadir, karena di dusunnya sedang musim panen sehingga ibu-ibu sibuk berburuh panen. Dikatakan bahwa dia terpaksa datang karena kalau tidak datang maka dusunnya tidak memperoleh informasi baru. Walaupun untuk datang ke balai desa dia harus berjalan kaki 3 jam pulang pergi sendirian, dan mengorbankan waktu untuk tidak ikut *derep*, serta terpaksa menutup warung karena tidak ada yang menunggunya. Padahal dari warung tersebut dia akan memperoleh laba bersih \pm Rp 100,00 - Rp 200,00 per jam (bisa dihitung berapa yang seharusnya dia terima, selama dia pergi 3 jam perjalanan dan 3 jam menghadiri rapat).

Di samping itu, ada kader dari dua dusun yang lain yang tidak hadir sama sekali karena sedang musim panen, sehingga dari tujuh dusun dalam satu

desa tersebut praktis hanya dihadiri oleh 4 dusun, itu saja belum tentu keempatnya lengkap.

Pencurahan waktu untuk melakukan kegiatan sebagai seorang kader berarti mengurangi kesempatan mencurahkan waktu untuk kegiatan lain yang seharusnya dilakukan, ini berarti suatu pengorbanan. Bertugas di Pos Yandu, menghadiri rapat pertemuan kader, dan sebagainya berarti harus meninggalkan rumah, pekerjaan rumah tangga, pekerjaan pokok dan pekerjaan sampingannya, sehingga jelas memerlukan pengganti jika memang ada penggantinya. Akan tetapi jika tidak ada pengganti berarti mereka menunda atau meniadakan kesempatan tersebut.

Pada waktu ditinggal bertugas sebagai kader kesehatan, sebagian besar mengatakan bahwa keamanan rumah ditinggalkan kepada orang tua atau saudara yang dekat atau warung ditutup saja karena tidak ada yang dititipi dan disuruh menunggu. Di samping meninggalkan rumah, mereka juga meninggalkan pekerjaan rumah tangga yang belum sempat terselesaikan sebelum berangkat tugas. Pekerjaan yang ditinggalkan tetap akan menjadi beban baginya, karena dia seorang ibu yang tetap harus melakukan pekerjaan-pekerjaan rumah tangga sebagai tugas utamanya. Namun demikian, ada beberapa kader yang karena ada pembagian kerja di dalam rumah tangga sehingga ada pula yang membantu menyelesaikan pekerjaan rumah tangganya.

Selain meninggalkan pekerjaan rumah tangga mereka juga meninggalkan pekerjaan pokok di lahan pertaniannya. Jenis pekerjaan yang ditinggalkan adalah pekerjaan menanam, menyang, memupuk dan memanen, karena memang jenis

tersebut adalah yang umum dilakukan oleh wanita.

Sebagian besar meninggalkan usaha taninya, sekalipun juga tidak ada penggantinya. Hal ini karena: (1) pekerjaan tersebut adalah jenis pekerjaan yang umum untuk wanita, (2) bila harus diganti juga oleh wanita, padahal di dalam keluarga itu belum tentu ada wanita, (3) jika memakai tenaga luar keluarga (buruh) harus mengeluarkan ongkos.

Dengan demikian, maka lebih baik pekerjaan itu ditunda saja dan dikerjakan setelah tugas selesai, sehingga tidak ada konsekuensi harus mengeluarkan ongkos pengganti.

Bagi ibu-ibu yang selain bekerja di usaha tani juga bekerja mencari nafkah lain, maka tugas sebagai kader berarti juga mengorbankan waktu yang sedianya dapat digunakan untuk mencari nafkah, padahal apabila pekerjaan mencari nafkah itu tidak dikorbankan maka akan mendatangkan penghasilan bagi rumah tangganya.

Meninggalkan begitu saja kesempatan untuk memperoleh hasil dari segi ekonomi merupakan pengorbanan yang besar, karena pada umumnya mereka berstatus keluarga tidak mampu sehingga untuk mencukupi kebutuhan rumah tangganya harus mengerahkan semua tenaga yang ada untuk mencari nafkah.

Bertugas sebagai kader memerlukan pengorbanan yang sangat berharga bagi rumah tangga pedesaan yang pada umumnya miskin. Namun demikian, ada yang secara ikhlas melaksanakannya demi pengabdianya kepada masyarakat, di samping ada pula yang keberatan mengingat kebutuhan rumah tangga tidak tercukupi.

Apabila ditelaah lebih lanjut, perasaan berat tidaklah selamanya

disandang, tetapi hanya pada saat-saat sibuk berburuh saja. Kalau tidak sedang musim sibuk berburuh mereka bertugas tanpa rasa berat.

3.4. Imbalan yang diterima dan manfaat

Sikap menjadi seorang kader kesehatan adalah sukarela, mempunyai kemauan untuk mengabdikan demi kemajuan desa dan masyarakat sekelilingnya. Oleh karena itu, imbalan berupa materi tidaklah penting. Hal ini sejalan dengan ketetapan Depkes DIY bahwa imbalan atas jasa para kader tidak diberikan dalam bentuk uang tetapi dalam bentuk kain seragam dan kesempatan piknik.

Menurut pengalaman yang ada di Kecamatan Nanggulan, piknik baru diadakan sekali, peserta piknik hanya terbatas pada kader yang memenangkan lomba, sehingga belum semua kader merasakan imbalan tersebut. Imbalan kain seragam (satu stel) terakhir kali diberikan kepada para kader pada April 1988. Seragam tersebut dipakai pada waktu kader menjalankan tugasnya terutama pada waktu bertugas di Pos Yandu, namun demikian ada pula yang memakai seragam pada waktu rapat di balai desa. Hal ini bisa terjadi karena memang tidak ada aturan yang tegas mengenai pemakaian seragam. Pemberian seragam juga tidak rutin, artinya tidak tiap tahun diberikan dan belum semua kader mendapatkannya.

Dari keadaan tersebut dapat dilihat bahwa memang tidak ada kepastian mengenai seragam, baik periode pemberian maupun bentuknya, karena memang bukan merupakan hak bagi kader dan bukan merupakan kewajiban bagi pembuat program. Justru imbalan nonmateri yang paling dirasakan oleh para kader kesehatan wanita, seperti bahwa dengan menjadi kader,

hubungan dan pergaulan menjadi lebih luas, lebih dihargai, lebih dikenal, dan ada perhatian khusus bila sedang memerlukan pelayanan di Puskesmas.

Menjadi kader yang selalu siap melayani masyarakat di Pos Yandu otomatis akan mengenal seseorang yang datang, apalagi kalau mereka rutin tiap bulan datang, sehingga menjadi lebih kenal dan akrab satu sama lain.

Menjadi seorang kader juga merupakan status tersendiri, karena mereka dipanggil dengan sebutan "bu kader", bukan hanya menyebut nama saja. Sebutan bu kader dirasakan lebih meningkatkan status, apalagi tiap bulan kader pasti diundang rapat/pertemuan di balai desa, sedangkan bila tidak menjadi kader kecil kemungkinannya bisa ikut rapat.

Hal-hal seperti itulah yang sangat dirasakan perlu oleh para kader kesehatan. Apabila ada tamu atau kunjungan dan para kader diminta ikut menemui, mereka akan merasa bangga karena dianggap menjadi orang penting.

Selain memperoleh imbalan nonmaterial seperti tersebut di atas, para kader merasakan manfaatnya baik bagi diri sendiri maupun bagi keluarganya. Pada umumnya, mereka merasakan bahwa gizi keluarga menjadi lebih baik dan anak lebih sehat, bisa mengobati dan mengatasi sendiri bila anak-anaknya sakit, bisa memasak dengan cara yang benar terutama memasak sayuran, lebih terampil merawat balita dan mengetahui pentingnya kesehatan lingkungan. Pengetahuan mereka akan selalu bertambah karena setiap bulan pasti ada petugas Puskesmas yang memberikan informasi pada pertemuan dan rapat kader di balai desa.

3.5. Permasalahan yang dihadapi kader

Permasalahan terutama ditekankan sehubungan dengan tugasnya sebagai seorang kader kesehatan.

- (1) Dana tidak mencukupi untuk melaksanakan kegiatan, sehingga kader harus tombok terutama untuk penyediaan makanan tambahan bagi balita.
- (2) Ketidakajegan masyarakat mengunjungi Pos Yandu sehingga membuat para kader kecewa.
- (3) Masih ada ibu-ibu yang tidak mau datang ke Pos Yandu sehingga para kader terpaksa harus mendatangi ke rumah-rumah tersebut.
- (4) Kurangnya dorongan, dukungan, dan perhatian dari para pamong desa, sehingga para kader merasa bergerak sendiri.
- (5) Tidak ada penyegaran secara rutin yang diberikan oleh petugas Puskesmas. Hal ini menyebabkan para kader merasa ketinggalan tidak dapat mengikuti hal-hal yang baru.
- (6) Kurang ada perhatian dari pihak dokter Puskesmas, hal ini membuat para kader kecewa sebab yang selalu datang hanya petugas Puskesmas, bukan dokter Puskesmas.

IV. KESIMPULAN DAN KEBIJAKSANAAN

4.1. Kesimpulan

Keadaan kader kesehatan wanita di Kecamatan Nanggulan cukup memadai. Pada umumnya mereka berumur ± 33 tahun sehingga sudah tidak repot lagi karena biasanya sudah tidak mempunyai anak balita. Sebagian besar berpendidikan lulus sekolah dasar, namun tidak sedikit pula yang telah lulus sekolah lanjutan atas, sehingga mereka tidak

begitu kesulitan dalam menjalankan tugas yang berhubungan dengan baca tulis dan pembuatan catatan serta laporan rutin.

Mereka bertugas sebagai kader minimal sebulan dua kali yaitu di Pos Yandu dan hadir dalam rapat pertemuan pembinaan kader di balai desa. Untuk keperluan tersebut mereka harus mencurahkan waktunya ± 3 jam setiap kegiatan, belum termasuk waktu perjalanan, terutama untuk menghadiri rapat pertemuan dan pembinaan kader di balai desa yang karena jarak dan tidak adanya dana untuk transportasi maka memerlukan waktu ± 3 jam pulang pergi.

Di samping sebagai ibu rumah tangga para kader kesehatan wanita juga sebagai pencari nafkah sehingga harus mencurahkan waktu tersendiri bagi peran gandanya. Hal inilah yang sering menimbulkan permasalahan dalam rangka melaksanakan kegiatan sebagai kader supaya tidak mengganggu atau menggeser peran gandanya.

Mereka telah cukup lama aktif sebagai kader (lebih dari 5 tahun). Hal ini menunjukkan bahwa mereka rela dan mau walaupun tidak memperoleh imbalan atau insentif material. Yang mereka butuhkan adalah dorongan dari berbagai pihak yang ada relevansinya dengan program kader serta tanggapan masyarakat sehingga mereka merasa bahwa pengorbanannya bermanfaat.

Pengadaan dana dirasakan masih merupakan salah satu hambatan bagi kegiatan kader di Pos Yandu dan pos obat. Namun demikian, hal itu bukan merupakan masalah yang penting karena kesadaran masyarakat untuk mengumpulkan dana sebenarnya sudah cukup tinggi, hanya karena mereka miskin maka kemampuannya terbatas.

Menjadi kader ternyata merupakan status sosial tersendiri karena dipanggil "bu kader" tidak hanya sekedar memanggil nama saja. Di samping itu, mereka mempunyai kesempatan menghadiri rapat di balai desa dan kesempatan ikut menemui tamu-tamu resmi yang datang ke desa.

Sebagai pencari nafkah mereka menyumbang \pm 25 persen dari keseluruhan penghasilan rumah tangga. Hal ini menunjukkan bahwa wanita ikut berperan dan bertanggung jawab dalam menegakkan ekonomi rumah tangga. Di samping itu, mereka juga berperan dalam pengambilan keputusan, baik dalam urusan rumah tangga, usaha tani maupun kemasyarakatan. Dari kenyataan tersebut terlihat bahwa istri bukan hanya sekedar pelengkap dalam rumah tangga tetapi mempunyai fungsi dan peranan yang nyata.

Untuk menyesuaikan diri dengan perkembangan zaman diperlukan kursus penyegaran bagi para kader secara rutin, di samping pembinaan kader yang diadakan tiap bulan sekali. Kursus penyegaran tersebut hendaknya diadakan pada masa di mana para kader tidak sedang sibuk dalam usaha taninya maupun sibuk mencari nafkah sehingga sasaran dapat tercapai.

4.2. Kebijakan

Mengingat bahwa kader kesehatan wanita adalah ibu rumah tangga yang berasal dari keluarga tidak mampu, yang salah satu tugas utamanya adalah mempertahankan ekonomi rumah tangga, maka tidaklah layak bila mereka dituntut kemampuan dan perhatian sepenuhnya untuk menyukseskan program. Selama permasalahan kemiskinan dalam rumah tangga kader belum teratasi, maka tidaklah mungkin mereka terbebas dari beban sehingga

mengurangi perhatian dan kegiatannya sebagai kader yang mengabdikan kepentingan orang banyak.

Keadaan desa yang sudah tidak lagi memberi jaminan ekonomi bagi rumah tangga pedesaan hendaknya menjadi titik tolak pemerintah, dalam hal ini Departemen Kesehatan, agar mengubah asumsinya bahwa sifat altruisme masyarakat desa, khususnya kader kesehatan wanita, masih dapat diandalkan. Harus disadari bahwa dengan keadaan ekonomi yang serba sulit sifat altruisme akan menipis; oleh karena itu, pemerintah harus juga memperhatikan kepentingan pihak kader, harus pula ada keseimbangan dan saling mengisi antara kepentingan rumah tangga kader dengan kepentingan pemerintah dalam menyukseskan program.

Hendaknya pemerintah memberikan rangsangan kepada kader yang bersifat meningkatkan status ekonomi rumah tangga, sehingga mereka dapat terbebas dari persoalan kemiskinan. Dengan rangsangan tersebut kader kesehatan wanita akan lebih giat melaksanakan tugasnya, karena tidak lagi begitu dibebani masalah ekonomi rumah tangga. Rangsangan tersebut dapat diberikan berupa:

1. kesempatan memperoleh keterampilan dan pengalaman yang dapat menunjang peningkatan pendapatan rumah tangga,
2. kredit modal usaha rumah tangga, seperti industri kecil, peternakan, dan intensifikasi pekarangan, serta
3. kredit berupa peralatan untuk memperlancar usaha rumah tangga.

Dengan demikian, pihak pemerintah tidak hanya semata-mata menuntut kesukarelaan dan pengorbanan kader untuk menyukseskan program;

sedangkan pihak kader tidak merasa berat karena ekonomi rumah tangga sudah lebih terjamin. Keadaan seperti ini akan menjamin kontinuitas kegiatan dan suksesnya program kesehatan pedesaan.

DAFTAR PUSTAKA

- Departemen Kesehatan
1982 *Sistem kesebatan nasional*. Jakarta.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Kulon Progo
1986 *Pola pengembangan pos pelayanan terpadu Kabupaten Kulon Progo*. Wates.
- Dove, Michael R.
1985 *Peranan kebudayaan tradisional Indonesia dalam modernisasi*. Jakarta: Yayasan Obor Indonesia.
- Iskandar, Poerwanto, et al.
1979 *Pengamatan antropologis tentang pembentukan dan pelaksanaan program kader*. Yogyakarta: Pusat Penelitian dan Studi Pedesaan dan Kawasan, Universitas Gadjah Mada, Laporan Hedera 2.
- Kantor Wilayah Departemen Kesehatan
1986 Propinsi DIY
Bulletin Kesebatan, 9(99-100)
- Kussunartuti, Fransiska
1988 *Hubungan antara motivasi dan kepuasan kerja kader kesebatan dalam pelaksanaan posyandu di Kabupaten Sragen*. Tesis S-2 Fakultas Pasca Sarjana Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.
- Mubyarto, et al.
1987 *Menuju kader kesebatan desa yang efektif*. Yogyakarta: Pusat Penelitian Pengembangan Pedesaan dan Kawasan Universitas Gadjah Mada.
- Oppong, Christine dan Katie Churh
1981 *A Field guide to research on seven roles of women: focussed biographies*. Genera: International Labour Organization.
- Rahardjo, et al.
1970 *Hasil survai sosiologis tentang kader dan klien*. Yogyakarta; Pusat Penelitian dan Studi Pedesaan dan Kawasan, Universitas Gadjah Mada, Laporan Hedera.
- Rienks, Andriaan S. dan Poerwanto I.
1985 "Rencana peranan kader dalam pelayanan kesehatan pedesaan". Dalam Michael R. Dove, *Peranan kebudayaan tradisional Indonesia dalam modernisasi*. Jakarta: Yayasan Obor Indonesia.
- Sajogyo
1982 "Menelaah garis kemiskinan". Makalah disampaikan pada *Lokakarya Metodologi Kaji-Tindak, Proyek Pembinaan Peningkatan Pendataan Petani Kecil*, Cisanea, 20-23 Desember.
- 1986 "Struktur masyarakat pedesaan". Makalah disampaikan pada *Lokakarya Himpunan Kerukunan Tani Indonesia*, Yogyakarta, 28 April.
- Sajogyo, Pudjiwati
1980 "Beberapa aspek pokok yang perlu diperhatikan dalam proses peningkatan peranan wanita di pedesaan dan pengambilan keputusan, suatu analisa sosial ekonomis. Makalah disampaikan pada *Lokakarya Nasional Peranan Wanita Dalam Pembangunan Pedesaan*, 22-24 Oktober.

- 1987 "Pengembangan peranan wanita khususnya di pedesaan yang sedang berubah dari masyarakat pertanian ke industri di Indonesia". Makalah disampaikan pada *Seminar Fungsi Sosial Ekonomi Wanita Indonesia*, Cibubur, Desember.

Singarimbun, Masri

- 1984 "Menuju sistem kesehatan yang baru". Makalah untuk *Seminar Strategi Penelitian dan Strategi Program untuk Intensifikasi Penurunan Mortalitas Bayi dan Anak di Indonesia, Proyek Penelitian Morbiditas dan Mortalitas, Universitas Indonesia*; Jakarta 25-29 Mei.

Slamet, Al Ryadi

- 1984 *Sistem kesehatan nasional: tinjauan dari perkembangan ilmu kesehatan masyarakat*. Surabaya: Bina Indra Karya.

Soetrisno, Loekman

- 1988 *Sistem kesehatan efektif menuju pembangunan kesehatan pedesaan yang efektif*. Yogyakarta: Pusat Penelitian Pengembangan Pedesaan dan Kawasan, Universitas Gadjah Mada.

Sudarti, et al.

- 1988 *Persepsi masyarakat tentang sebat-sakit dan pos yandu*. Jakarta: Pusat Penelitian Kesehatan, Universitas Indonesia.

Suratiyah, Ken

- 1983 *Peranan wanita dalam pengbasilan keluarga petani*. Tesis S-2, Fakultas Pasa Sarjana Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.

Suratiyah, Ken dan Suhatmini Hardyastuti

- 1988 *Peranan dan alokasi waktu buruh wanita hasus di PT. perusahaan perkebunan, perindustrian dan perdagangan Pagilaran, Batang*. Yogyakarta: Jurusan Sosek, Fakultas Pertanian Universitas Gadjah Mada.

Tim Teknik Proyek Desa

- 1981 *Laporan penjajagan kader kesehatan Kabupaten Kulon Progo dan Kabupaten Gunung Kidul*. Yogyakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada.

Williams, Glen dan Satoto

- 1979 "Kekuasaan dan artinya bagi orang desa: kasus lembaga kesehatan desa Sukodono", *Prisma*, 8(3): 16-30.

Yayasan Indonesia Sejahtera

- 1979 *Pedoman pembinaan kader*. Solo.