Jurnal Pengabdian Masyarakat
Terbit Online:
https://journal-mandiracendikia.com/index.php/pkm
Mandira Cendikia
ISSN: 2963-2188

PEMBERDAYAAN KADER UNTUK *FAMILY-CENTERED CARE* PADA ANAK DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS NAGRAK: *HARMONY IN HEALING*

Obar[1*], Sifa Fauziah[2], Bahrul Ulum[3], Siti Umaiyah[4]
[1234] STIKes Permata Nusantara

open access

***Corresponding author**
Obar
Email :
barik.hamdan@gmail.com
HP: 081324169659

Kata Kunci:
Family-Centered Care;
Pemberdayaan kader;
Perawatan anak;
Posyandu

Keywords:
Family-Centered Care;
Community health workers;
Child care;
Integrated health post (posyandu)

ABSTRAK

Family-Centered Care (FCC) menempatkan keluarga sebagai mitra aktif dalam perawatan anak, tetapi penerapannya di tingkat komunitas masih terbatas karena kapasitas kader kesehatan belum optimal. Kegiatan pengabdian ini bertujuan memberdayakan 30 kader kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Nagrak, Kabupaten Cianjur, agar mampu mendukung FCC pada anak. Kegiatan dilaksanakan pada tahun 2024 dalam empat tahap, yaitu persiapan dan validasi modul, pelatihan dua hari (konsep FCC, komunikasi empatik, pendampingan keluarga, dan pemantauan tumbuh kembang), pendampingan lapangan selama empat minggu melalui kunjungan rumah dan posyandu, serta evaluasi. Skor kader meningkat signifikan pada pengetahuan konsep FCC (62,33 menjadi 84,67; $p<0,001$), keterampilan komunikasi empatik (58,67 menjadi 82,33; $p<0,001$), dan kemampuan pendampingan keluarga (60,00 menjadi 85,00; $p<0,001$), dengan besar efek sangat besar ($dz\approx2,5$). Observasi lapangan menunjukkan 90,0% kader (27/30) menerapkan keterampilan FCC dengan kategori baik, dan 93,3% keluarga (28/30) menyatakan puas terhadap pendampingan kader. Luaran utama kegiatan berupa modul pelatihan FCC yang telah divalidasi pakar. Kegiatan ini menunjukkan peningkatan kapasitas kader dalam mendukung FCC pada anak, meskipun desain satu kelompok tanpa pembanding membatasi atribusi peningkatan tersebut pada kegiatan.

ABSTRACT

Family-Centered Care (FCC) positions families as active partners in child care, but its implementation at the community level remains limited because the capacity of health cadres is not yet optimal. This community service activity aimed to empower 30 health cadres in the working area of Nagrak Public Health Center, Cianjur Regency, to support FCC for children. The activity was conducted in 2024 in four stages: preparation and module validation; a two-day training (FCC concepts, empathic communication, family assistance, and growth and development

Submitted for possible open access publication under the terms and conditions
of the Creative Commons Attribution (CC BY SA) license (https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/).

monitoring); four weeks of field mentoring through home visits and integrated health posts (posyandu); and evaluation. Cadres' scores increased significantly in knowledge of FCC concepts (62.33 to 84.67; p<0.001), empathic communication skills (58.67 to 82.33; p<0.001), and family assistance ability (60.00 to 85.00; p<0.001), with a very large effect size (dz≈2.5). Field observation showed that 90.0% of cadres (27/30) applied FCC skills at a good level, and 93.3% of families (28/30) were satisfied with the cadres' assistance. The main output was an expert-validated FCC training module. The activity showed improved cadre capacity to support FCC for children, although the single-group design without a comparison group limits attributing the improvement to the activity.

PENDAHULUAN

Periode awal kehidupan merupakan fase kritis yang menentukan kualitas tumbuh kembang fisik, kognitif, dan sosial anak di masa depan. Pada fase ini, keluarga berperan sentral sebagai pengasuh utama, sedangkan tenaga kesehatan berperan sebagai fasilitator. *Family-Centered Care* (FCC) adalah pendekatan yang memosisikan keluarga sebagai mitra setara dalam perencanaan dan pelaksanaan perawatan anak, bukan sekadar penerima layanan[1–3]. Prinsip utama FCC mencakup keterbukaan informasi, partisipasi keluarga dalam pengambilan keputusan, dan kolaborasi antara keluarga dan penyedia layanan[1,4].

Di tingkat komunitas, kader kesehatan, terutama kader posyandu, berada di garis depan pemantauan tumbuh kembang anak sebagai perpanjangan tangan tenaga kesehatan yang paling dekat dengan keluarga[5]. Namun, sejumlah laporan menunjukkan bahwa kapasitas kader dalam deteksi dini dan pendampingan keluarga masih perlu ditingkatkan[6,7]. Kader umumnya adalah relawan dengan latar belakang pendidikan beragam dan jarang memperoleh pelatihan berkelanjutan tentang perawatan yang berpusat pada keluarga.

Di wilayah kerja Puskesmas Nagrak, Kabupaten Cianjur, kader kesehatan berperan strategis dalam kegiatan posyandu dan kunjungan rumah. Berdasarkan koordinasi awal dengan ketua kader di wilyah puskesmas nagarak, pendekatan FCC belum pernah diperkenalkan secara sistematis kepada kader, dan komunikasi kader dengan keluarga cenderung instruktif, yaitu memberi tahu keluarga apa yang harus dilakukan, bukan partisipatif seperti yang menjadi inti FCC. Kesenjangan ini berpotensi menghambat deteksi dini masalah tumbuh kembang dan menurunkan keterlibatan keluarga dalam pengambilan keputusan kesehatan anak.

Kegiatan pengabdian ini bertujuan memberdayakan kader kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Nagrak agar mampu mendukung FCC pada anak melalui pelatihan dan pendampingan lapangan. Secara khusus, kegiatan diarahkan untuk meningkatkan pengetahuan tentang konsep FCC, keterampilan komunikasi empatik, dan kemampuan pendampingan keluarga, serta menghasilkan modul pelatihan yang dapat digunakan secara berkelanjutan.

METODE PELAKSANAAN

Desain, lokasi, dan sasaran. Kegiatan menggunakan pendekatan pelatihan dan pendampingan dengan evaluasi pra–pasca pada satu kelompok. Kegiatan dilaksanakan pada maret- juli 2024 di wilayah kerja Puskesmas Nagrak, Kabupaten Cianjur. Sasaran adalah 30 kader kesehatan yang dipilih melalui penentuan kriteria yang telah di tentukan oleh tim peneliti dengan syarat kader tersebut adalah kader aktuf dan ditunjuk oleh oleh pihak puskesmas nagrak. Sebanyak 30 keluarga yang didampingi kader dilibatkan dalam penilaian kepuasan yang dilakukan oleh tim pelaksana pengabdian. Untuk cara pemilihan keluarga adalah dipilih keluarga yang melakukan perawatan kepada anggota keluarga yang sakit.

Tahap persiapan. Tim berkoordinasi dengan Puskesmas Nagrak untuk menetapkan lokasi pelatihan, jadwal, dan kader sasaran. Instrumen pre-test dan post-test disusun sebanyak 20 butir pertanyaan (rentang skor 0–100) dan diuji coba pada 10 kader di wilayah desa sukamaju masih berdekatan dengan wilayah desa nagrak. Hasil uji menunjukkan validitas isi yang baik (CVI=0,92)[8] dan reliabilitas yang tinggi (Cronbach's alpha=0,87)[9]. Modul pelatihan FCC disusun dan divalidasi oleh tiga pakar keperawatan komunitas melalui dua kali revisi, dengan skor rata-rata 3,67 dari 4 (kategori sangat valid).

Tahap pelatihan. Pelatihan berlangsung dua hari dengan metode ceramah interaktif, simulasi, *role play*, dan diskusi kasus. Materi mencakup konsep dasar FCC, komunikasi empatik, pendampingan keluarga, dan pemantauan tumbuh kembang anak. Pre-test dilaksanakan sebelum pelatihan dan post-test setelah pelatihan.

Tahap pendampingan lapangan. Pendampingan berlangsung empat minggu di bawah supervisi tim pengabdian, meliputi kunjungan rumah dan kegiatan posyandu. Kader menerapkan komunikasi empatik, mendampingi keluarga dalam pengambilan keputusan kesehatan anak, dan memantau tumbuh kembang anak.

Tahap evaluasi. Evaluasi meliputi observasi lapangan terhadap penerapan keterampilan FCC oleh kader menggunakan lembar observasi yang berjumlah 20 butir dan kategori baik itu skor ≥ 80, diskusi refleksi untuk perbaikan modul, dan penilaian kepuasan keluarga menggunakan instrumen 10 butir berskala Likert 1–4 dengan kriteria "puas" skor ≥ 40

Analisis data. Data pre-test dan post-test dianalisis dengan uji *t* berpasangan (α=0,05) setelah karena data yang didapatkan berdistribusi normal. Besar efek dihitung dengan Cohen's dz dan diinterpretasikan menurut Cohen[10]. Data observasi dan kepuasan dianalisis secara deskriptif sebagai frekuensi dan persentase.

Pertimbangan etika. Seluruh kader dan keluarga berpartisipasi secara sukarela setelah memperoleh penjelasan tentang tujuan kegiatan dan memberikan persetujuan lisan dan tertulis. Data dijaga kerahasiaannya dan dilaporkan secara agregat.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik peserta. Seluruh peserta (30 kader) berjenis kelamin perempuan dengan rerata usia 35,3 tahun. Kelompok usia terbanyak adalah 40 tahun (11 orang; 36,7%), diikuti 30 tahun (9 orang; 30,0%), serta 25 tahun dan 45 tahun masing-masing 5 orang (16,7%) (Tabel 1).

Tabel 1. Karakteristik kader (n=30)

Karakteristik	n	%
Jenis Kelamin Kader		
Perempuan	30	100,0
Usia Kader		
Usia 25 tahun	5	16,7
Usia 30 tahun	9	30,0
Usia 40 tahun	11	36,7
Usia 45 tahun	5	16,7
Pendidikan Kader		
SMP	8	27
SMA	19	63
Perguruan Tinggi	3	10
Lama Menjadi kader	>2 Tahun	100

Peningkatan kapasitas kader. Skor pre-test dan post-test meningkat signifikan pada ketiga indikator (Tabel 2). Rerata skor pengetahuan konsep FCC naik dari 62,33 menjadi 84,67 (selisih 22,34; p<0,001), keterampilan komunikasi empatik dari 58,67 menjadi 82,33 (selisih 23,66; p<0,001), dan kemampuan pendampingan keluarga dari 60,00 menjadi 85,00 (selisih 25,00; p<0,001). Besar efek tergolong sangat besar (dz≈2,5)[10].

Tabel 2. Hasil pre-test dan post-test kader (n=30)

Indikator	Pre-test	Post-test	Selisih	p
Pengetahuan konsep FCC	62,33	84,67	22,34	<0,001
Keterampilan komunikasi empatik	58,67	82,33	23,66	<0,001
Kemampuan pendampingan keluarga	60,00	85,00	25,00	<0,001

Peningkatan skor pengetahuan konsep FCC sebesar 35,8% melampaui target kegiatan (≥30%). Temuan ini sejalan dengan pelatihan kader berbasis praktik di wilayah kerja Puskesmas Motui, Konawe Utara, yang melaporkan peningkatan keterampilan pemantauan tumbuh kembang[6]. Pelatihan kader di Desa Tumora juga menunjukkan bahwa kombinasi ceramah interaktif, diskusi, dan demonstrasi efektif meningkatkan pemahaman kader terhadap instrumen skrining perkembangan[7]. Pada kegiatan ini, metode simulasi dan *role play* kemungkinan turut membantu kader melatih komunikasi empatik, tetapi kontribusi masing-masing metode tidak dapat dipisahkan dari data yang ada.

Penerapan di lapangan. Observasi selama empat minggu pendampingan menunjukkan bahwa 27 dari 30 kader (90,0%) mampu menerapkan keterampilan FCC dalam pendampingan keluarga dengan kategori baik. Kader mampu membuka percakapan dengan pertanyaan terbuka, mendengarkan keluhan keluarga tanpa menghakimi, dan melibatkan orang tua dalam menentukan langkah tindak lanjut.

Kemampuan ini penting karena komunikasi empatik dan pendampingan keluarga merupakan inti FCC dan berkaitan langsung dengan prinsip berbagi informasi dan partisipasi keluarga[1,4].

Dokumentasi kegiatan pelatihan dan pendampingan disajikan pada Gambar 1



(a) Pelatihan Kader (b) Pendampingan Keluarga (c) Evaluasi Program

Gambar 1. Dokumentasi kegiatan

Kepuasan keluarga. Dari 30 keluarga yang didampingi, 28 (93,3%) menyatakan puas terhadap pendampingan kader. Keluarga merasa lebih memahami cara memantau tumbuh kembang anak dan lebih percaya diri dalam mengambil keputusan kesehatan yang sederhana. Capaian ini melampaui target kegiatan (≥80%) dan menunjukkan bahwa pendekatan FCC yang diperkenalkan kepada kader dapat diterima oleh keluarga di tingkat komunitas.

Luaran dan refleksi. Modul pelatihan FCC yang telah divalidasi pakar tersedia dan siap digunakan untuk pelatihan kader berikutnya. Diskusi refleksi menghasilkan tiga masukan perbaikan: (1) modul perlu dilengkapi contoh kasus yang sesuai dengan kondisi lokal Nagrak; (2) jadwal pendampingan sebaiknya disesuaikan dengan hari posyandu; dan (3) kader membutuhkan media edukasi bergambar bagi keluarga dengan literasi rendah.

Keterbatasan. Desain satu kelompok pra–pasca tanpa kelompok pembanding tidak memungkinkan peningkatan skor diatribusikan sepenuhnya pada pelatihan, karena pengaruh pengulangan tes dan ingatan jangka pendek tidak dapat dipisahkan. Post-test yang dilakukan segera setelah pelatihan juga belum menggambarkan retensi jangka panjang. Selain itu, skor keterampilan mengukur kapasitas kader, bukan luaran kesehatan anak secara langsung. Kegiatan lanjutan dengan kelompok pembanding dan tindak lanjut jangka menengah diperlukan untuk menilai dampak yang lebih luas.

KESIMPULAN

Pelatihan dan pendampingan lapangan berbasis komunitas menunjukkan peningkatan kapasitas kader kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Nagrak dalam mendukung *Family-Centered Care* pada anak. Peningkatan signifikan terjadi pada pengetahuan konsep FCC, keterampilan komunikasi empatik, dan kemampuan pendampingan keluarga, dengan besar efek sangat besar. Penerapan di lapangan tercermin dari kategori baik pada 90,0% kader dan kepuasan 93,3% keluarga. Modul pelatihan FCC yang telah divalidasi pakar tersedia sebagai luaran untuk keberlanjutan program. Mengingat keterbatasan desain, kegiatan lanjutan sebaiknya menyertakan kelompok pembanding dan tindak lanjut jangka menengah untuk menilai retensi serta dampak terhadap luaran kesehatan anak.

UCAPAN TERIMA KASIH

Tim pengabdian mengucapkan terima kasih kepada Puskesmas Nagrak, Kabupaten Cianjur, atas fasilitasi tempat, akses kepada kader sasaran, dan dukungan administratif selama kegiatan berlangsung. Terima kasih juga disampaikan kepada para kader kesehatan dan keluarga di wilayah kerja Puskesmas Nagrak atas partisipasi aktif dalam seluruh tahapan kegiatan. Untuk pendaan yang didapatkan dari STIKes Permata Nusantara.

DAFTAR PUSTAKA

[1] Committee on Hospital Care, & Institute for Patient- and Family-Centered Care. (2012). Patient- and family-centered care and the pediatrician's role. *Pediatrics, 129*(2), 394–404. https://doi.org/10.1542/peds.2011-3084

[2] Kuo, D. Z., Houtrow, A. J., Arango, P., Kuhlthau, K. A., Simmons, J. M., & Neff, J. M. (2012). Family-centered care: Current applications and future directions in pediatric health care. *Maternal and Child Health Journal, 16*(2), 297–305. https://doi.org/10.1007/s10995-011-0751-7

[3] Foster, M., & Blamires, J. (2023). Child and family centred care. *Journal of Pediatric Nursing, 71*, A8–A9.

[4] Turchi, R. M., Antonelli, R. C., Norwood, K. W., Adams, R. C., Brei, T. J., Burke, R. T., et al. (2014). Patient- and family-centered care coordination: A framework for integrating care for children and youth across multiple systems. *Pediatrics, 133*(5), e1451–e1460. https://doi.org/10.1542/peds.2014-0318

[5] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2014). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 66 Tahun 2014 tentang Pemantauan Pertumbuhan, Perkembangan, dan Gangguan Tumbuh Kembang Anak*. Kementerian Kesehatan RI.

[6] Imanuddin, I., Kusumawati, E., Astati, Rosnah, Hariani, Kasmawati, & Sudarsono, I. M. R. (2025). Pelatihan peningkatan keterampilan pemantauan tumbuh kembang anak oleh kader posyandu pada wilayah kerja Puskesmas Motui Konawe Utara. *Jurnal Inovasi Pemberdayaan dan Pengabdian Masyarakat, 5*(1), 10–17. https://doi.org/10.36990/jippm.v5i1.1660

[7] Sakti, P. M., Zaitun, Z., Alya, N., Rahma, N., Makasaru, P. W., Arsyad, S. A., et al. (2025). Peningkatan pengetahuan dan keterampilan kader melalui Kelas Kader Hebat Desa Sehat di Desa Tumora. *Madago Community Empowerment for Health Journal, 5*(1), 12–18.

[8] Polit, D. F., & Beck, C. T. (2006). The content validity index: Are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Research in Nursing & Health, 29*(5), 489–497. https://doi.org/10.1002/nur.20147

[9] Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education, 2*, 53–55. https://doi.org/10.5116/ijme.4dfb.8dfd

[10] Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.