JURNAL EMPATHY Pengabdian Kepada Masyarakat
Vol. 5, No.1, Juni 2024
DOI : https://doi.org/10.37341/jurnalempathy.v5i1.228

Program Kemitraan Masyarakat Bagi Kelompok Kader Kesehatan Ibu Hamil Dalam Implementasi Program Pendampingan Kehamilan

Gita Kostania[1*], Rita Yulifah[2], Suprapti Suprapti[3]

[1,2,3]Jurusan Kebidanan, Poltekkes Kemenkes Malang, Indonesia
*Email: gita_kostania@poltekkes-malang.ac.id

Abstract

Background: *Pregnancy in a woman is a physiological process, but there is a risk of experiencing pregnancy complications. Many influencing factors, both direct and indirect, can cause maternal death. In 2021, pregnancies with risks at the Arjowinangun Community Health Center were 335 (43.96%). One of the programs carried out to overcome maternal mortality is "assistance for pregnant women based on community empowerment". This mentoring activity is carried out by involving health cadres by implementing motivational, educational, and reporting functions.* ***Methods:*** *The activity implementation method consists of: preparation, implementation and evaluation stages. The implementation phase consists of: cadre training activities, and three times assisting pregnant women in the Arjowinangun Community Health Center area, Malang. The number of accompanying cadre participants was 28 cadres, with the supervision of 4 regional midwives. Knowledge before and after training averaged 81.00 and 88.30. Meanwhile, cadre skills in mentoring activities before and after training were 74.30 and 87.50.* ***Results:*** *The results of the assistance attended by pregnant women with an average age of 20-35 years (75%), gravida secundi (39.29%), with a high risk of pregnancy (78.57%) by looking at the pre-test and post-test scores the mentoring test is 75.50 and 87.80, for the knowledge indicator. At the end of pregnancy and postpartum period, there were no complications both mothers and babies (100%).* ***Conclusion:*** *refreshing material for cadres, as well as assistance by trained personnel to health cadres in the pregnancy assistance program is needed for optimal assistance results for pregnant women.*

Keywords:*health cadres, assistance to pregnant women, health cadres;*

1. PENDAHULUAN

Kehamilan pada seorang perempuan merupakan proses fisiologis. Hal ini akibat adanya pembuahan antara sel kelamin perempuan (ovum) dengan sel kelamin laki-laki (spermatozoa), dimana pertemuan keduanya disebut dengan konsepsi. Selanjutnya, hasil konsepsi bernidasi dan berkembang dalam uterus yang disebut kehamilan. Proses tersebut akan berlangsung salama 280 hari atau 40 minggu dan akan berakhir dengan lahirnya janin (Obrowski, 2016). Kondisi fisiologis pada masa kehamilan tidak selalu berjalan seperti yang diharapkan, banyak faktor yang berpengaruh dalam masa kehamilan baik akibat langsung kehamilan ataupun tidak langsung yang mempunyai dampak pada perempuan hamil sehingga menimbulkan kematian ibu (Widarta et al., 2015).

Angka kematian Ibu (AKI) di Indonesia masih tinggi. Dari hasil survei penduduk antar sensus tahun 2015 sebanyak 305/100.000 Kelahiran Hidup (KH). Tentunya hal ini masih jauh dari target yang ditetapkan pemerintah, pada tahun 2024 sebanyak 183/100.000 KH, dan pada tahun 2030 sebanyak 131/100.000 KH (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia 2020). Dengan masih tingginya AKI, pemerintah menempatkan upaya penurunan AKI sebagai program prioritas dalam pembangunan kesehatan. Salah satu upaya sebagai prioritas adalah upaya pemberdayaan dan kemandirian masyarakat. Dengan upaya tersebut, merupakan upaya promotif dan preventif yang diharapkan ditunjang oleh pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia bidang kesehatan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2009).

Untuk melakukan upaya di atas, strategi yang dilakukan dengan melakukan "pendampingan ibu hamil berbasis pemberdayaan masyarakat". Kegiatan pendampingan ini dilakukan dengan melibatkan kader kesehatan. Hal ini terkait dari sebuah studi yang melaporkan bahwa kader dapat secara efektif menyampaikan informasi tentang kesehatan maternal dan keluarga berencana serta menjadi fasilitator dari petugas kesehatan terlatih (Haver et al., 2015). Kegiatan pendampingan pada ibu hamil yang dilaksanakan oleh kader diantaranya dengan menerapkan "fungsi motivasi dan edukasi" pada ibu hamil dan pelaporan (Sari, 2013).

Angka Kematian Ibu (AKI) di kota Malang pada tahun 2021 sebanyak 85.52 per 100.000 KH (9/10.523 × 100.000 KH). Salah satu penyumbang AKI adalah dari Puskesmas Arjowinangun sebanyak 1 orang (0,30%). Kematian yang terjadi ini diakibatkan dari kehamilan dengan resiko. Pada tahun 2021 kehamilan dengan resiko di Puskesmas Arjowinangun sebesar 335 (43,96%). Penyebab kehamilan dengan resiko tersebut terjadi karena komplikasi kehamilan diantaranya: hyperemesis, abortus dan/ Blighted Ovum (BO), pre eklamsia/eklamsia, perdarahan antepartum, infeksi, HbsAg reaktif, rapid TPHA (Suphilis) reaktif, Kurang Energi Kronis (KEK), Anemia, dan infeksi Covid-19. Penyebab-penyebab tersebut telah diketahui secara dini, dengan demikian ibu hamil dengan komplikasi kehamilan dapat ditangani dengan perawatan Puskesmas dan/atau tindaklanjut dengan upaya rujukan (Arjowinangun, 2020).

Dari berbagai permasalahan di atas, Puskesmas dapat menjalankan upaya upaya promotif dan preventif dengan melibatkan kader kesehatan yang ada di wilayah Puskesmas. Jumlah kader kesehatan (Kader KIA) yang saat ini ada sebanyak 49 orang, yang tersebar di beberapa wilayah kerja Puskesmas (Arjowinangun, 2021). Dengan memanfaatkan kader yang telah ada, maka dapat membantu tenaga kesehatan dalam melakukan pemantauan dengan melakukan "pendampingan ibu hamil berbasis pemberdayaan masyarakat". Dengan adanya pemantauan kesehatan ibu hamil yang dilakukan oleh kader yang setiap saat ada di tengah masyarakat, maka apabila terdapat masalah akan segera diketahui, dan ibu hamil dapat segera diberikan pertolongan dengan cepat dan tepat melalui fungsi motivasi dan edukasi. Oleh karena itu keterlibatan kader kesehatan sebagai tenaga terlatih memerlukan pelatihan ataupun penyegaran-penyegaran agar terbiasa melaksanakan fungsinya di masyarakat dalam upaya membantu menurunkan AKI.

Berdasarkan catatan tentang profil Puskesmas Admin Puskesmas Arjowinangun, (2021), Puskesmas Arjowinangun merupakan satu dari tiga Puskesmas yang berada di wilayah Kecamatan Kedungkandang Kota Malang. Wilayah kerja Puskesmas Arjowinangun meliputi 4 kelurahan, yaitu Kelurahan Arjowinangun dengan 50 RT dan 6 RW, Kelurahan Bumiayu dengan 55 RT dan 9 RW, Kelurahan Mergosono dengan 77 RT dan 6 RW dan Kelurahan Tlogowaru dengan 37 RT dan 8 RW, jadi jumlah keseluruhan adalah 29 RW dan 219 RT. Wilayah kerja Puskesmas Arjowinangun yang dilalui sungai Brantas meliputi 3 kelurahan, yaitu kelurahan Bumiayu, Mergosono dan Arjowinangun, sedangkan kelurahan Tlogowaru berada pada daerah perbukitan, yaitu Bukit Gunung Buring. Potensi alam yang dimiliki Puskesmas Arjowinangun adalah letaknya yang cukup tinggi, yaitu antara 440 – 667 meter di atas permukaan laut.

Adapun visi Puskesmas Arjowinangun adalah: "Pelayanan Prima, Masyarakat Sehat Mandiri". Visi tersebut dijabarkan dalam Misi Puskesmas Arjowinangun yaitu: a)meningkatkan peran serta masyarakat dalam pembangunan berwawasan kesehatan; b)memberikan pelayanan kesehatan dasar yang bermutu, merata dan terjangkau; c)melibatkan lintas sektor dalam pembangunan kesehatan.

Bangunan Puskesmas Arjowinangun yang ada sekarang berdiri di atas lahan 531 m2 dengan luas bangunan 1062 m2 dengan renovasi bangunan beberapa kali dan terakhir pada tahun 2019. Tenaga kesehatan dan tenaga pendukung operasional kegiatan yang ada di Puskesmas Arjowinangun cukup memadai. Terdapat 3 orang dokter umum, 1 orang dokter gigi, 1 orang apoteker, 5 orang perawat, 1 orang sanitarian, 2 orang petugas gizi, 7 orang bidan, 2 orang perawat gigi, 2 orang asisten apoteker, 1 orang analis kesehatan, dan 4 orang petugas administrasi. Puskesmas Arjowinangun memiliki kegiatan di dalam dan di luar Gedung guna memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan Masyarakat di Wilayah Puskesmas Arjowinangun. Kegiatan tersebut didukung dengan pendanaan dari 3 sumber anggaran, yaitu: BOP, JKN dan BOK.

Berdasarkan analisis situasi tersebut, kegiatan pengabdian masyarakat dilakukan di wilayah Puskesmas Arjowinangun Malang untuk mengatasi permasalahan kesehatan ibu dan anak, dengan melibatkan masyarakat melalui upaya pemberdayaan melalui keterlibatan kader kesehatan. Visi dan misi Puskesmas Arjowinangun juga sejalan dengan tujuan kegiatan ini. Kegiatan ini bertujuan untuk melaksanakan program kemitraan masyarakat bagi kelompok kader kesehatan ibu hamil dalam implementasi program pendampingan kehamilan di Wilayah Puskesmas Arjowinangun Malang. Adapun tujuan khusus adalah: a)melaksanakan pelatihan kader kesehatan tentang program pendampingan ibu hamil dan deteksi dini kehamilan beresiko; b)melaksanakan pendampingan pada kegiatan pendampingan kehamilan oleh kader kesehatan dengan fungsi edukasi dan motivasi; c)melaksanakan Evaluasi pendampingan dengan indicator proses persalinan, keadaan bayi baru lahir dan ibu nifas.

2. TINJAUAN PUSTAKA

Program pendampingan kehamilan merupakan salah satu intervensi kesehatan masyarakat yang penting untuk meningkatkan kesehatan ibu dan anak. Program ini bertujuan untuk memberikan informasi, edukasi, dan dukungan kepada ibu hamil agar dapat menjalani kehamilan yang sehat dan aman. Konsep kemitraan masyarakat (*community partnership*) menekankan pentingnya kolaborasi antara berbagai pihak, termasuk pemerintah, organisasi masyarakat, dan masyarakat itu sendiri, dalam perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi program kesehatan. Keterlibatan masyarakat, khususnya kelompok kader kesehatan ibu hamil, diharapkan dapat meningkatkan efektivitas program pendampingan kehamilan.

Kelompok kader kesehatan ibu hamil merupakan sukarelawan yang berperan penting dalam memberikan edukasi dan dukungan kepada ibu hamil di tingkat komunitas. Mereka memiliki beberapa keunggulan dibandingkan tenaga kesehatan profesional, antara lain:

a. Kedekatan dengan Masyarakat. Kader berasal dari masyarakat setempat, sehingga lebih memahami konteks sosial budaya dan dapat berkomunikasi dengan lebih efektif.
b. Aksesibilitas. Kader lebih mudah dijangkau oleh ibu hamil dibandingkan tenaga kesehatan profesional, terutama di daerah pedesaan.
c. Kepercayaan. Ibu hamil seringkali lebih terbuka dan nyaman berdiskusi dengan kader yang dianggap sebagai bagian dari komunitas mereka.

Keberhasilan program kemitraan masyarakat dalam mendukung program pendampingan kehamilan dipengaruhi oleh beberapa faktor:

a. Pelatihan dan Pembinaan Kader. Kader kesehatan ibu hamil perlu dibekali dengan pengetahuan dan keterampilan yang memadai melalui pelatihan dan pembinaan yang berkelanjutan.
b. Komunikasi dan Koordinasi. Perlu dibangun komunikasi dan koordinasi yang baik antara kader, tenaga kesehatan profesional, dan pemangku kepentingan lainnya.
c. Dukungan dan Motivasi. Program perlu didukung dengan sistem yang efektif untuk memotivasi dan memberikan penghargaan kepada kader atas kontribusi mereka.
d. Monitoring dan Evaluasi. Program memerlukan monitoring dan evaluasi yang berkelanjutan untuk mengukur efektivitas dan melakukan perbaikan yang diperlukan.

Program kemitraan masyarakat dengan kelompok kader kesehatan ibu hamil merupakan strategi yang efektif dalam meningkatkan efektivitas program pendampingan kehamilan. Program ini dapat memberikan dampak positif terhadap pengetahuan, keterampilan, kepatuhan, dan cakupan layanan kesehatan ibu hamil. Namun, keberhasilan program ini bergantung pada ketersediaan pelatihan kader, komunikasi yang baik, dukungan yang memadai, dan sistem monitoring dan evaluasi yang berkelanjutan.

3. DESAIN PENELITIAN

Desain kegiatan pengabdian masyarakat ini berbasis kelompok kader di wilayah Puskesmas Arjowinangun Malang. Kegiatan berupa pelatihan kader dan pendampingan kesehatan ibu hamil oleh kader kesehatan melalui kegiatan edukasi. Seluruh kegiatan akan dilakukan secara tatap muka dengan menerapkan protokol kesehatan yang ketat di Puskesmas Arjowinangun. Sasaran dalam pelaksanaan kegiatan ini adalah kader kesehatan aktif sebanyak 32 orang, ibu hamil yang didampingi sebanyak 28 orang, dan bidan pembina kader sebanyak 4 orang di wilayah Puskesmas Arjowinangun Malang. Pelaksanaan kegiatan pengabdian kepada masyarakat ini dilakukan menjadi beberapa tahapan:

a. Tahap Persiapan

Tahapan ini diawali dengan koordinasi dengan tim pelaksana pengabmas melalui rapat internal guna optimalisasi tugas selama pelaksanaan kegiatan pengabmas. Pengabdi melakukan persiapan alat dan bahan/ media yang dibutuhkan untuk kegiatan pengadian masyarakat. Pada tahapan ini pelaksana mengembangkan media buku pedoman pelaksanaan pendampingan kesehatan ibu hamil. Bahan habis pakai akan disiapkan menjelang kegiatan berlangsung.

Selain itu pengabdi juga melakukan pengurusan perijinan guna pelaksanaan kegiatan kepada instansi yang terkait dengan mitra program yaitu Kesbangpolinmas dan Dinas Kesehatan Kota Malang. Setelah didapatkan surat izin, maka pengabdi melakukan penjajagan dan pendekatan kepada pihak mitra yaitu Puskesmas Arjowinangun, Malang melalui Kepala Puskesmas dan bidan koordinator), serta ketua kader. Tahapan terakhir adalah pelaksanaan rapat koordinasi dengan pihak Puskesmas, bidan koordinator dan ketua kader, beserta seluruh anggota tim pengabmas guna orientasi kegiatan Pengabmas.

b. Tahap Pelaksanaan

Kegiatan pengabmas ini telah dilakukan dengan lima kali pelaksanaan kegiatan. Kegiatan diawali dengan pembekalan materi dan teknis pelaksanaan pendampingan

kesehatan ibu hamil. Pada kegiatan ini, kader dibekali dengan refreshing materi kesehatan ibu hamil dan pemantauan kesehatan ibu hamil. Kegiatan dilakukan dengan metode diskusi. Kemudian, dilanjutkan dengan praktik melakukan deteksi dini kehamilan beresiko mebggunakan Kartu Skor Puji Rohjati (KSPR). Kegiatan selanjutnya adalah pelaksanaan pendampingan kesehatan ibu hamil oleh kader yang dilaksanakan selama tiga kali pertemuan. Pengabdi bertugas mendampingi kader dalam mengedukasi ibu hamil.

c. Tahap Evaluasi

Evaluasi kegiatan yang digunakan mengguankan rancangan deskriptif, yang bertujuan untuk memberikan gambaran tentang suatu keadaan secara objektif. Metode pengumpulan data menggunakan document review dari hasil pretest dan posttest yang dilakukan pada pertemuan pertama (pembekalan materi kader), dan pertemuan kelima (evaluasi kegiatan). Pada evaluasi kegiatan, pengabdi membagikan questioner yang harus diisi kader berkaitan dengan kegiatan pendampingan yang telah dilakukan kepada ibu hamil. Adapun kriteria penilaian keberhasilan kegiatan pengabdian masyarakat ini, yaitu: a)terlaksananya seluruh kegiatan pengabdian masyarakat; b)sebanyak 100% kader yang diundang hadir secara tatap muka untuk mengikuti pelatihan kader; c)hasil evaluasi pelatihan kader sebanyak >=80% sasaran mendapatkan nilai posttest kategori baik; d)terdapat peningkatan pengetahuan ibu hamil yang didampingi sebelum dan sesudah pendampingan; e)didapatkan data persalinan, keadaan bayi dan nifas ibu hamil yang didampingi dengan lengkap, dan hasil baik.

Puskesmas Arjowinangun Malang sebagai mitra kegiatan Pengabmas turut berpartisipasi secara aktif, diantaranya sebagai tempat pelaksanaan kegiatan pelatihan, bidan wilayah melakukan supervisi atas kegiatan pendampingan ibu hamil yang dilakukan kader, dan terdapat tindak lanjut atas program pendampingan ibu hamil dalam bentuk pembinaan kader oleh Puskesmas. Kegiatan ini dilaksanakan di wilayah Puskesmas Arjowinangun Malang. Kegiatan ke-1 yaitu pelatihan kader dilaksanakan pada tanggal 25 Mei 2023 di Aula Puskesmas Arjowinangun Malang. Kegiatan pendampingan 1-3 dilaksanakan pada tanggal 5-10 Juni, 3-8 Juli, dan 7-12 Agustus 2023, di rumah masing-masing ibu hamil. Sedangkan kegiatan ke-5 yaitu evaluasi kegiatan dilaksanakan di aula Puskesmas Arjowinangun Malang pada tanggal 25 Agustus 2023).

4. HASIL PENELITIAN

Hasil kegiatan pengabdian masyarakat ini dibagi menjadi tiga kegiatan, yaitu kegiatan pelatihan kader, kegiatan pendampingan ibu hamil oleh kader, dan evaluasi pelaksanaan pendampingan ibu hamil.

a. Kegiatan Pelatihan Kader

Pelatihan kader diikuti oleh kader aktif yang terdaftar di Puskesmas Arjowinangun Malang, dan telah mendapatkan tugas untuk melakukan pendampingan pada ibu hamil dengan metode satu ibu hamil satu kader pendamping.

Tabel 1. Karekteristik Peserta Pelatihan

Karakteristik	Jumlah (n)	Persentase (%)
Umur		
15-24	0	0.00
25-34	2	6.25

Karakteristik	Jumlah (n)	Persentase (%)
35-44	11	34.38
45-54	12	37.50
55-64	7	21.88
>65	0	0.00
Total	32	100.00
Lama Menjadi Kader		
1-5	4	12.50
6-10	14	43.75
11-20	6	18.75
21-30	7	21.88
>30	1	3.13
Total	32	100
Pendidikan		
SD	0	0.00
SMP	8	25.00
SMA	18	56.25
Diploma	3	9.38
Sarjana	3	9.38
Total	32	100
Pekerjaan		
IRT	24	75
Lainnya	8	25
Total	32	100

Berdasarkan table di atas dapat diketahui bahwa kegiatan pelatihan kader diikuti oleh kader kesehatan dengan rata-rata umur 45-54 tahun (37,50%), lama menjadi kader 6-10 tahun (43,75%), tingkat pendidikan SMA (56,25%), dan pekerjaan IRT (75%).

Tabel 2. Nilai Pre-Test dan Post-Test Pelatihan Kader

Keterangan	Pre-Test	Post-Test
Pengetahuan		
Nilai Minimal	65	75
Rata-Rata	81,0	88,3
Nilai Maksimal	90	100
Keterampilan dalam Pendampingan Kehamilan (Deteksi Dini Kehamilan Beresiko)		
Nilai Minimal	55	75
Rata-Rata	74,3	87,5
Nilai Maksimal	80	90

Pengetahuan sebelum dan sesudah pelatihan rata-rata 81,00 dan 88,30. Sedangkan keterampilan kader dalam kegiatan pendampingan sebelum dan sesudah pelatihan sebesar 74,30 dan 87,50.

b. Kegiatan Pendampingan Ibu Hamil

Pada awal pendampingan, kegiatan diikuti oleh 32 ibu hamil. Namun di akhir program, terdapat 28 ibu hamil dang dapat dievaluasi hingga masa nifas.

Tabel 3. Karekteristik Ibu Hamil yang Didampingi

Karakteristik	Jumlah (n)	Persentase (%)
Usia		
<20 tahun	1	3.57
20-35 tahun	21	75.00
>35 tahun	6	21.43
Total	28	100.00
Gravida		
Primi	9	32.14
Secundi	11	39.29
Multi	8	28.57
Total	28	100.00
Resiko Kehamilan		
Kehamilan Resiko Rendah (KRR)	2	7.14
Kehamilan Resiko Tinggi (KRT)	22	78.57
Kehamilan Resiko Sangat Tinggi (KRST)	4	14.29
Total	28	100.00

Tabel 3. menunjukkan bahwa pendampingan diikuti oleh ibu hamil dengan rata-rata usia 20-35 tahun (75%), gravida secundi (39,29%), dengan resiko kehamilan tinggi/ score 6-10 (78,57%).

Tabel 4. Nilai Pre-Test dan Post-Test Pendampingan Ibu Hamil

Pengetahuan	Pre-Test	Post-Test
Nilai Minimal	55	80
Rata-Rata	75,5	87,8
Nilai Maksimal	80	95

Berdasarkan indikator pengetahuan, diketahui bahwa nilai rata-rata pre-test dan post-test pendampingan pada ibu hamil adalah 75,50 dan 87,80.

c. Evaluasi Pelaksanaan Pendampingan

Tabel 5. Hasil Pendampingan pada Proses Persalinan

Indikator	Jumlah (n)	Persentase (%)
Tempat Persalinan		
TPMB	10	35.71
Puskesmas	0	0.00
Klinik Bersalin	7	25.00
Rumah Sakit	11	39.29
Total	100	100.00
Penolong		
Bidan	24	85.71
Dokter umum	0	0.00
Dokter Kandungan	4	14.29
Total	100	100.00
Jenis persalinan		
Spontan	24	85.71
Dengan Tindakan	1	3.57
SC	3	10.71
Total	100	100.00
Keadaan perineum		
Dijahit	13	46.43
Tidak dijahit	15	53.57
Total	100	100.00

Pada akhir persalinan, dicatat bahwa mayoritas ibu hamil bersalin di RS (39,29%), penolong bidan (85,71%), jenis persalinan spontan (85,71%), dan keadaan perineum tidak dijahit (53,57%).

Tabel 6. Hasil Pendampingan Dilihat dari Keadaan Bayi

Indikator	Jumlah (n)	Persentase (%)
Keadaan Bayi		
Lahir Hidup	28	100
Lahir Mati	0	0
Terminasi Non-Aterm	0	0
Total	28	100
BBL		
>=4000 g	2	7.14
2500-4000 g	25	89.29
<2500 g	1	3.57
Total	28	100.00
IMD		
Ya	24	85.71
Tidak	4	14.29
Total	28	100.00

Indikator	Jumlah (n)	Persentase (%)
Komplikasi bayi		
Ya	0	0
Tidak	28	100
Total	28	100

Berdasarkan table tersebut, diketahui bahwa keadaan bayi semua lahir hidup (100%), dengan BBL 2500-4000 gram (89,29%), bayi melakukan IMD (85,71), dan tidak dijumpai komplikasi pada bayi (100%).

Keadaan Ibu Nifas

Tabel 7. Hasil Pendampingan Dilihat dari Keadaan Ibu Nifas

Indikator	Jumlah (n)	Persentase (%)
Pemberian Vitamin A		
Ya	17	60.71
Tidak	11	39.29
Total	28	100.00
Laktasi		
ASI eksklusif	21	75
Non ASI	0	0
Campuran	7	25
Total	28	100
Pilihan Metode Kontrasepsi		
Alamiah	0	0
Hornonal	10	35.71
Non-Hormonal	17	60.71
Tidak memilih	1	3.57
Total	28	100.00
Kesimpulan akhir		
Normal	28	100
Komplikasi	0	0
Total	100	100

Pada table di atas, tercatat bahwa ibu nifas diberikan vitamin A (60,71%), memberikan ASI eksklusif kepada bayi (75%), memilih metode kontrasepsi non hormonal (60,71%), dan kesimpulan akhir masan nifas keadaan ibu nifas dalam keadaan normal (100%).

5. PEMBAHASAN

Persiapan pendampingan kehamilan oleh kader kesehatan diawali dengan refreshing materi tentang kesehatan ibu hamil dan faktor resiko kehamilan. Materi ini tentunya bersinergi dengan upaya penurunan AKI di Jawa Timur dengan upaya preventif dan promotif melalui kader kesehatan. Pengetahuan deteksi dini diperoleh dari penggunaan KSPR, sehingga kader akan mengetahui tindakan apa yang dapat dilakukan bila menemui ibu hamil dengan risiko tinggi tersebut (Widarta et al., 2015).

Pembahasan mendalam tentang buku KIA juga diberikan agar kader lebih kompeten untuk memberikan pengetahuan kepada ibu hamil sesuai perannya yang

semuanya sudah terangkum di buku KIA. Tujuan ini sudah tercapai dari nilai posttest yang telah dilaksanakan oleh ibu kader. Sehingga hal ini akan mendorong keselerasan peran utama seorang kader kesehatan terlebih kader ibu hamil yaitu pendampingan ibu hamil untuk tetap melakukan persalinan dengan tenaga kesehatan. Persalinan dengan tenaga kesehatan akan meminimalisir keadaan yang tidak diinginkan dan keterlambatan penanganan (Masyarakat et al., n.d.).

Peran kader di sini sangat penting karena terbukti dapat menaikkan angka kunjungan Antenatal Care (ANC) (Liabsuetrakul et al., 2018). Kunjungan perawatan antenatal harus dimulai sedini mungkin untuk memfasilitasi identifikasi dini dari setiap masalah yang mendasarinya dan memberikan perawatan tepat waktu untuk memastikan bahwa wanita tersebut sesehat mungkin selama kehamilan dan kelahiran (WHO, 2007). Kehadiran ANC dini penting dalam mengurangi morbiditas dan mortalitas ibu (Tran TK et al., 2011). Hal ini karena kader mempunyai skill komunikasi yang lebih mudah dipahami oleh ibu hamil yang ada di daerah tersebut dan bermukim di tempat yang sama (Kuule et al., 2017).

Tingkat signifikan ini berhubungan dengan karakteristik yang diambil untuk memenuhi syarat penelitian yaitu yang pertama adalah umur kader yaitu rata-rata umur 45-54 tahun (48%), lama menjadi kader 6-10 tahun (43,75%), tingkat pendidikan SMA (56%), dan pekerjaan IRT (75%). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Tumbelaka et al., 2018 yang menyebutkan bahwa karakteristik kader posyandu dominan pada rentang usia 30-60 tahun. Hal ini karena usia tersebut termasuk ke dalam kategori usia produktif, dimana tanggungjawab yang ada pada kategori usia tersebut adalah tanggungjawab kemasyarakatan (Havighurts Development Theory). Tingkat pendidikan merupakan salah satu dari karakteristik demografi yang menjadi faktor yang dapat memengaruhi kinerja seseorang. Semakin tinggi tingkat pendidikan seorang kemampuan seseorang dalam menyelesaikan dan memahami tugas akan lebih cepat (Organizational Behaviour, 2005).

Menjadi kader mempunyai beban kerja yang banyak, kategori yang menjadi wilayah kerjanya cukup banyak seperti, ibu hamil, imunisasi, posyandu balita dan lansia, dan (Orang dengan Gangguan Jiwa) ODGJ namun hanya sedikit yang disebutkan, belum lagi laporan yang harus diberikan kepada dinas terkait yang menjadi acuan untuk wilayahnya. Sehingga menjadi kader sudah mirip dengan kerja “part time”, akan lebih baik bila seorang kader adalah seorang ibu yang tidak memiliki peran di luar keluarganya (Kuule et al., 2017). Dengan karakteristik yang sesuai, kader akan lebih baik mendapatkan pelatihan penyegaran yang dilakukan secara rutin atau melalui kegiatan lainnya seperti pertemuan pengawasan rutin untuk menilai hasil kerja kader sehingga akan terlihat kebutuhan apa yang diperlukan oleh kader (Turinawe, 2016).

Penelitian yang dilakukan oleh Ika et al., (2018) menyatakan bahwa kehamilan berisiko tinggi dapat menimbulkan komplikasi bagi ibu dan janin, dan memerlukan deteksi dini. Deteksi dini memerlukan keterlibatan masyarakat, kader kesehatan, petugas medis, dan pemerintah. Perlu adanya peningkatan kompetensi kader kesehatan masyarakat dalam mendeteksi komplikasi kehamilan, khususnya pengetahuan tentang kehamilan risiko tinggi. Pelatihan komplikasi kehamilan dalam penelitiannya efektif untuk meningkatkan pengetahuan kader kesehatan.

Sebagian besar pengetahuan kader kesehatan tentang komplikasi kehamilan sebelum pelatihan cukup dan meningkat setelahnya. Terdapat peningkatan yang signifikan pada skor pengetahuan kader tentang komplikasi kehamilan setelah pelatihan. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Tippawan, (2018) yang menyatakan

bahwa kader yang mendapatkan pelatihan lebih banyak mengajak ibu untuk melakukan kunjungan ANC yang berfungsi untuk mendeteksi dini adanya risiko kehamilan, hal ini disebabkan karena ibu hidup berdampingan dengan ibu hamil sehingga mengetahui kebiasaan setempat daripada tenaga kesehatan yang jarang berinteraksi secara langsung.

Penelitian yang dilakukan oleh Singh, (2020) juga menyatakan bahwa pelatihan untuk kader perlu ditingkatkan dan dirutinkan. Refreshing ilmu diperlukan untuk meningkatkan kemampuan baik individu, kelompok masyarakat maupun lembaga sosial dari aspek ilmu pengetahuan, keterampilan maupun perilaku melalui aktivitas yang menarik untuk kader. Peningkatan kemampuan ini tidak hanya disebutkan tersebut namun juga dari segi penggunaan gawai untuk meningkatkan capaian komunikasi antar ibu hamil dan kader. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa dengan komunikasi yang baik dar kader kepada ibu hamil, ibu hamil yang masuk dalam kelompok control mengalami kenaikan Hemoglobin (Hb) dan berat badan yang menjadi tolak ukur kehamilan sehat.

Terdapat beberapa peran kader kesehatan dalam pendampingan ibu hamil yang harus dilaksanakan secara berkesinambungan, yang dimulai pada pendampingan saat pemeriksaan kehamilan agar dilakukan secara teratur, pemberian kapsul vitamin A, pemberian tablet penambah darah, imunisasi, pemberian ASI Eksklusif, hingga pendampingan ibu hamil dengan risiko tinggi. Pendampingan ini diharapkan sebagai deteksi dini risiko pada ibu hamil agar tercipta kehamilan yang nyaman, persalinan lancar dan penurunan AKI dan AKB terwujud (Pengantar, 2012). Menurut penelitian yang dilakukan oleh Arif, (2021) menyatakan bahwa sebanyak 27, 1% ibu hamil yang diteliti merupakan ibu hamil dengan risiko tinggi namun sebanyak 47,9% kurang mengetahyi infornasi mengenai kehamilan dengan risiko tinggi.

Selain penyebab dari masing-masing individu ibu hamil, penyebab lain dari banyaknya ibu hamil dengan risiko tinggi adalah terlalu seringnya bu menunda pemeriksaan kehamilan yang disebabkan karena melihat pemeriksaan gratis yang disediakan oleh Pemerintah, peralatan yang tidak maksimal, dan kurangnya pendampingan untuk ibu hamil. Pendampingan ini tidak hanya dari tenaga kesehatan namun dari orang terdekat, seperti keluarga, pejabat setempat (kelurahan) dan dari kader kesehatan (Funsani, 2021). Seorang perempuan hendaknya mendapatkan perhatian khusus tidak hanya ketika masa kehamilan namun mulai dari awal persiapan kehamilan, proses hamil dan masa nifas. Mulai dari segi nutria yang dimakan, mental ibu dan kesiapan ibu. Pada Negara berkembang, tenaga kesehatan dapat berkolaborasi dengan tenaga kesehatan contohnya kader untuk memberikan pendampingan dan contoh yang baik untuk memengaruhi kebiasaan ibu hamil (Unicef).

Seorang kader adalah karir yang secaa sularela diikuti oleh orang tertentu, hal inilah dibutuhkan pelatihan yang menyamakan persepsi kesehatan yang digunakan untuk mendampingi ibu hamil (Mirkunzie et al., 2018). Kurangnya pengawasan, terbatasnya pelatihan, kurangnya definisi peran yang jelas, terlalu banyak program vertikal dan sumber daya yang tidak mencukupi merupakan hambatan utama untuk sukses dalam sistem kesehatan, seperti yang dilaporkan dalam penelitian (van Ginneken et al., 2013; Gilmore dan McAuliffe, 2013 ; Smith Paintai et al., 2014; Petersen et al., 2014; Kok et al., 2015; Shipton et al., 2017). Pelatihan yang tidak memadai dan/atau tidak nyaman merupakan masalah khusus dalam beberapa penelitian yang dilakukan oleh (Gogia et al., 2011; Gilmore dan McAuliffe, 2013; van Ginneken et al., 2013; Shipton et al., 2017).

Keberhasilan fasilitator terkait sistem kesehatan dalam program yang dipimpin sukarelawan termasuk pengakuan, pengawasan dan pendampingan yang mendukung, penyediaan pelatihan in-service dan tanggapan yang memadai untuk kebutuhan logistik sukarelawan (Kane et al., 2010; Gogia et al., 2011; Mdege et al., 2013; Babu dan Babu, 2014; Smith Paintain et al., 2014; Kok et al., 2015). Beberapa penelitian telah melaporkan bahwa pengawasan suportif oleh mereka yang berada dalam sistem kesehatan formal merupakan fasilitator penting bagi keberhasilan program yang dipimpin oleh kader sementara kurangnya dukungan dari sistem kesehatan mengakibatkan kegagalan program (Gogia et al., 2011 ; Petersen et al., 2014; Smith Paintain et al., 2014). Petersen dkk. mengidentifikasi penyediaan pelatihan in-service dan respon yang lebih baik untuk kebutuhan logistik konseling sebagai fasilitator utama dari program ini (Petersen et al., 2014). Dengan begitu dapat terlihat bahwa selain dukungan untuk kader, pelatihan juga dibutuhkan untuk penyegaran ilmu dan bentuk pengakuan untuk kader.

6. KESIMPULAN DAN SARAN

Kegiatan pelatihan kader kesehatan dalam memperkuat program pendampingan ibu hamil di wilayah Puskesmas Arjowinangun Malang ini telah dilaksanakan dengan pencapaian yang baik. Beberapa indikator pencapaian adalah: didapatkan peningkatan nilai pre dan posttest pada indicator pengetahuan sebelum dan sesudah pelatihan rata-rata 81,00 menjadi 88,30. Sedangkan keterampilan kader dalam kegiatan pendampingan sebelum dan sesudah pelatihan sebesar 74,30 menjadi 87,50. Hasil pendampingan yang diikuti oleh ibu hamil dengan rata-rata usia 20-35 tahun (75%), gravida secundi (39,29%), dengan resiko kehamilan tinggi (78,57%) dengan melihat pada nilai pre-test dan post-test pendampingan adalah 75,50 dan 87,80, untuk indikator pengetahuan.

Pada akhir persalinan, dicatat bahwa mayoritas ibu hamil bersalin di RS (39,29%), penolong bidan (85,71%), jenis persalinan spontan (85,71%), dan keadaan perineum tidak dijahit (53,57%). Keadaan bayi semua lahir hidup (100%), dengan BBL 2500-4000 gram (89,29%), bayi melakukan IMD (85,71), dan tidak dijumpai komplikasi pada bayi (100%). Keadaan ibu nifas sampai akhir masa nifas dalam keadaan normal (100%), dan memilih menggunakan metode kontrasepsi non-hormonal (60,71%). Dengan hasil ini, dapat disimpulkan bahwa penyegaran materi pada kader, juga pendampingan oleh tenaga terlatih kepada kader kesehatan dalam program pendampingan kehamilan diperlukan untuk hasil pendampingan yang optimal bagi ibu hamil. Program ini perlu dilanjutkan agar kebermanfaatannya tetap dirasakan, guna penurunan AKI yang signifikan.

7. UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih kami tujukan kepada direktur Poltekkes Kemenkes Malang Bpk. DR. Moh. Wildan, A.Per. Pen, M.Pd., atas dukungannya melalui hibah Pengabmas tahun anggaran 2023. Kami ucapkan terima kasih kepada pihak Puskesamas Arjowinangun Malang: 1) dr. Farida Angrijani Nuna, selaku Kepala Puskesmas atas kepercayaannya untuk terlibat dalam program pendampingan ibu hamil, 2) Sutji Nurhandayani, A.Md.Keb, yang telah memfasilitasi kegiatan ini dari perencanaan, pelaksanaan, hingga evaluasi kegiatan. Tak lupa pula kami ucapkan terima kasih kepada seluruh kader yang terlibat dalam kegiatan ini, dan seluruh pihak yang telah membantu kelancaran kegiatan hingga publikasi.

8. DAFTAR RUJUKAN

Arjowinangun, Puskesmas. 2020. Laporan Tahunan Kesehatan Ibu dan Anak. Malang.

Babu BV BG. Coverage of, and compliance with, mass drug administration under the programme to eliminate lymphatic filariasis in India: a systematic review. Trans R Soc Trop Med Hyg. 2014;108(538):49.

City, M. (2021). Pelatihan , Pembinaan dan Pendampingan Kader Ibu Hamil dalam Melakukan Deteksi Dini Risiko Tinggi Kehamilan di Kelurahan Mojolangu Kota Malang 6(1), 66–71.

Funsani, Priscilla; Jiang, Hong; Yang, Xiaoguang; Zimba, Atupele; Bvumbwe, Thokozani; Qian X. Why Pregnant Women Delay to Initiate and utilize free antenatal care service: a qualitative study in the Southern District of Mzimba, Malawi. repository.mzuni.ac.mw/handle/123456789/359. Published online 2021. https://doi.org/10.1016/j.glohj.2021.04.001

Gogia S, Ramji S GP et al. Community based newborn care: a systematic review and meta-analysis of evidence: UNICEF-PHFI series on newborn and child health, India. Indian Pediatr. 2011;48(537):46.

Haver, Jaime et al. 2015. "Experiences engaging community health workers to provide maternal and newborn health services: Implementation of four programs." International Journal of Gynecology and Obstetrics 130(S2): S32–39. http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.03.006.

Kane SS, Gerretsen B, Scherpbier R, Dal Poz M DM. A realist synthesis of randomised control trials involving use of community health workers for delivering child health interventions in low and middle income countries. BMC Health Serv Res. 2010;(10):286.

Kemenkes RI. Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2020. Vol 53.; 2020.

Kuule Y, Dobson AE, Woldeyohannes D, Zolfo M, Najjemba R, Edwin BMR, Haven N, Verdonck K, Owiti P WE. Community Health Volunteers in Primary Healthcare in Rural Uganda: Factors Influencing Performance. Front Public Heal. 2017;5(62). doi:10.3389/fpubh.2017.00062

Kok MC, Kane SS TO et al. How does context influence performance of community health workers in low- and middle-income countries? Evidence from the literature. Heal Res Policy Syst. 2015;13(13).

Liabsuetrakul, Tippawan & Oumudee, Nurlisa & Armeeroh, Masuenah & Nima, Niamina & Duerahing N. Improvement of Early Antenatal Care Initiation: The Effects of Training Local Health Volunteers in the Community. Heal Serv Res Manag Epidemiol. 5. doi:233339281876148. 10.1177/2333392818761483.

Lisa L. Analisis Faktor Kinerja Kader Dalam Upaya Revitalisasi Posyandu. J Bidan“Midwife J. 2015;1(2):345.

Mahmudah W. Analysis of Student Errors in Solving Hots Type Math Problems Based on Newman’s Theory. Vol 4.; 2018:49-56.

Masyarakat, P., Menghadapi, M., & Kesehatan, K. (n.d.). KADER.

Mdege ND, Chindove S AS. The effectiveness and cost implications of task-shifting in the delivery of antiretroviral therapy to HIV-infected patients: a systematic review. Health Policy Plan. 2013;28(223):36.

Megatsari, H. (2019). Pendampingan Ibu Hamil Risiko Tinggi Sebagai Upaya Penurunan AKI dan AKB (Studi Kasus Pendampingan Ibu Hamil Risiko Tinggi De. May. https://doi.org/10.13140/RG.2.2.18993.02400

Ministry of Health K. Community Health Volunteers (CHV): Basic Modules Manual. Published online 2013.

Parmawati I, Sandhi A, Nisman WA, Lismidiati W, Rustiyaningsih A, Kholisa IL. Knowledge enhancement about pregnancy complications: Optimizing the role of high risk pregnancy prepared cadres. J Community Empower Heal. 2020;3(1):18. doi:10.22146/jcoemph.47317

Pengantar, K. (2012). Kurikulum dan Modul Pelatihan K ader Posyandu.

Schermerhorn JR, Osborn R HJ. Organizational Behavior. Wiley; 2005.

Scott VK, Gottschalk LB WK et al. Community health workers’ provision of family planning services in low- and middle-income countries: a systematic review of effectiveness. Stud Fam Planninng. 2015;46(241):61.

S, H. E. R. (2016). EVALUASI PROGRAM GERAKAN PENDAMPINGAN IBU HAMIL DAN BAYI RESIKO TINGGI (GERDARISTI) DI KABUPATEN NGANJUK . (Studi Evaluasi Kebijakan Percepatan Penurunan Angka Kematian Ibu dan Bayi dalam Peraturan Bupati Nganjuk Nomor 05 Tahun 2014). 4(April), 1–10.

Singh, D., Negin, J., Orach, C. G., & Cumming, R. Supportive supervision for volunteers to deliver reproductive health education : a cluster randomized trial. Reproductive Health, 2016:1–11. https://doi.org/10.1186/s12978-016-0244-7

Singh JK, Acharya D, Paudel R, Gautam S, Adhikari M, Kushwaha SP, Park JH, Yoo SJ LK. Effects of Female Community Health Volunteer Capacity Building and Text Messaging Intervention on Gestational Weight Gain and Hemoglobin Change Among Pregnant Women in Southern Nepal: A Cluster Randomized Controlled Trial. Front Public Heal. 8(132). doi:10.3389/fpubh.2020.00312Tse, A.

D. P., Suprojo, A., & Adiwidjaja, I. (2017). KESEHATAN MASYARAKAT. 6(1), 60–62.

Tumbelaka P, Limato R, Nasir S, Syafruddin D, Ormel H AR. Community health volunteers in primary healthcare in rural Uganda: Factors influencing performance. Int J Community Med Public Heal. 2018;5(3):856-863. doi:10.3389/FPUBH.2017.00062

Tumbelaka P, Limato R, Nasir S, Syafruddin D, Ormel H AR. Counselling to improve maternal nutrition: Considerations for programming with quality, equity and scale. Int J Community Med Public Heal. 2018;5(3):856-863.

Turinawe EB, Rwemisisi JT, Musinguzi LK, de Groot M, Muhangi D, Mafigiri DK et al. Towards promotion of community rewards to volunteer community health workers? Lessons from experiences of village health teams in Luwero, Uganda. Res Heal Sci. 2016;1(85).

Widarta, G. D., Ardian, M., Laksana, C., Sulistyono, A., & Purnomo, W. (2015). Deteksi Dini Risiko Ibu Hamil dengan Kartu Skor Poedji Rochjati dan Pencegahan Faktor Empat Terlambat. 23(1), 28–32.

Woldie M, Feyissa GT, Admassu B, Abate KH. Community health volunteers could help improve access to and use of essential health services by communities in LMICs : an umbrella review. 2018;(December). doi:10.1093/heapol/czy094

World Health Organization . Standards for Maternal and Neonatal Care. World Health organization; 2007.