

# STUDI KUALITATIF PERAN KADER DALAM SKRINING DAN PEMANTAUAN PREEKLAMPSIA DI KOMUNITAS

## *Qualitative Study Of The Role Of Cadres In Screening And Monitoring Preeclampsia In The Community*

Johariyah<sup>1</sup>Dety Siti Nudiati<sup>2</sup>Widyawati

<sup>1</sup>Prdi SI Kebidanan, Universitas Al-Irsyad Cilacap

<sup>2</sup>Departemen Obstetri Genekologi Sosial, Universitas Gadjah Mada

<sup>3</sup>Departemen Keperawatan Maternitas, Universitas Gadjah Mada  
Jl. Cerme No 24 Sidanegara, Cilacap Tengah, Cilacap, Jawa Tengah  
[Johariyah1978@gmail.com](mailto:Johariyah1978@gmail.com), 081221545826

### ABSTRAK

Angka kematian ibu di Indonesia adalah 305/100.000 kelahiran hidup, salah satu penyebabnya adalah preeklampsia/eklampsia. Kurangnya deteksi dini preeklampsia dapat menyebabkan keterlambatan pengobatan. Setiap bidan yang bekerja di masyarakat dibantu oleh Kader. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui peran kader dalam skrining dan pemantauan kehamilan risiko tinggi di tingkat masyarakat di Kabupaten Cilacap. Penelitian kualitatif ini dilakukan melalui pengumpulan data dengan wawancara mendalam semi terstruktur dengan 4 kader dan 10 bidan di dua Puskesmas di Kabupaten Cilacap, Jawa Tengah, Indonesia. Analisis isi menggunakan software Open Code. Empat tema diidentifikasi dalam penelitian ini: 1) Beban kerja Bidan yang tinggi, 2) Kader memiliki akses yang mudah kepada ibu, 3) Kader diterima oleh masyarakat, dan 4) Kader dapat memantau kesehatan ibu di masyarakat. Selain tugas pokoknya, bidan desa di Indonesia juga banyak memberikan program di Puskesmas.

**Kata kunci:** Kader, peran, skrining, pemantauan, preeklampsia, komunitas

### ABSTRACT

*The maternal mortality rate in Indonesia is 305/100,000 live births, that one cause of this is preeclampsia/eclampsia. Lack of early detection of preeclampsia can cause late treatment. Every midwife who works in the community is assisted by Community Health Volunteers(CHV's). The purpose of this study is to determine the role of CHVs in the screening and monitoring of high-risk pregnancies at the community level in Cilacap District. This qualitative study was conducted through data collection using semi-structured in-depth interviews with 4 CHVs and 10 midwives at two Primary Health Centers in the Cilacap district, Central Java, Indonesia. The content analysis used Open Code software. Four themes were identified in this study: 1) High workload of Midwives, 2) CHVs have easy access to mothers, 3) CHVs are accepted by the community, and 4) CHVs can monitor maternal health in the community. Besides their main tasks, village midwives in Indonesia also provide many programs at Primary Health Centers.*

**Keyword:** Community health Volunteers, community, role, high risk pregnancy

## PENDAHULUAN

Angka kematian ibu yang dikarenakan komplikasi preklamsia maupun eklamsia empat belas tahun terakhir adalah 19,6% sampai dengan 46% dan sekitar 65% kematian janin (Mackay, Berg, & Atrash, 2001) (Milne, F. Redman C, 2005), (Thangaratinam, Langenveld, Mol, & Khan, 2011). Kematian ibu di Indonesia pada tahun 2012, 32,5% disebabkan oleh eklamsia, hipertensi dan preeklamsia, sedangkan tahun 2015 sebesar 24,22 % dan pada tahun 2016 sebanyak 26% (Indonesia Health Ministry, 2018). Kematian ibu di Jawa Tengah pada tahun 2015 sebanyak 26,34% disebabkan hipertensi. Saat ini propinsi Jawa Tengah termasuk propinsi dengan kematian ibu tertinggi kedua setelah Jawa Barat (Central Java Health office, 2015). Salah satu penyebab tingginya kematian akibat hipertensi adalah rendahnya pemahaman tentang hipertensi dalam kehamilan oleh masyarakat luas (Menzies et al., 2007). Keterlibatan kader di komunitas diperlukan untuk membantu bidan melakukan pemantauan kesehatan ibu dan janin. Tingginya beban kerja bidan, lokasi geografis yang tidak mendukung, membuat bidan tidak dapat melakukan pemantauan secara intens kepada pasien resiko tinggi. Pembagian peran bidan dan kader dalam pemantauan perlu diatur dengan benar. Pembagian tugas membutuhkan koordinasi, pengawasan, kebijakan dan regulasi yang jelas terkait tugas spesifik, serta strategi untuk melindungi *Lady Health worker* (World Health Organization, 2012) Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui peran kader dalam skrining dan pemantauan preeklamsia di komunitas.

## METODE PENELITIAN

Studi fenomenologi deskriptif digunakan dalam penelitian ini (Matua GA, 2015) dengan menggunakan wawancara semi terstruktur. Penelitian ini menggali

tentang peranan kader dalam pelayanan kesehatan ibu dan anak di komunitas.

Partisipan terdiri dari bidan dan kader yang bertugas di wilayah Puskesmas Kroya 1 dan Adipala 1. Kriteria inklusi pada bidan adalah minimal pendidikan D3 Kebidanan, telah bekerja minimal 10 tahun, dan pernah mengelola pasien dengan preeklamsia maksimal 6 bulan sebelumnya, sedangkan kader dipilih berdasarkan kriteria minimal pendidikan SMP dan aktif mengikuti kelas ibu hamil.

Penelitian ini dilakukan di Kabupaten Cilacap. Cilacap merupakan kabupaten terluas dengan populasi penduduk terbanyak di Propinsi Jawa Tengah Indonesia. Angka kejadian preeklamsia di Kabupaten Cilacap sekitar 7,2% dari 32.000 ibu hamil (Health Office Cilacap District, 2014). Lokasi penelitian ini adalah di puskesmas dengan dengan jumlah kunjungan K1 terbanyak dan penyumbang kematian ibu akibat preeklamsia terbesar di kabupaten Cilacap.

Bidan dan kader yang memenuhi kriteria inklusi dilakukan in-depth interview semi terstruktur, face to face dan individual. Untuk wawancara peneliti berkoordinasi dengan bidan coordinator di puskesmas. Bidan coordinator melakukan pendekatan kepada bidan yang memenuhi kriteria inklusi untuk selanjutnya meminta ijin untuk wawancara. Bidan yang menyetujui, bidan coordinator memberikan nomor handhphone kepada peneliti, untuk selanjutnya peneliti membuat janji untuk waktu dan tempat wawancara dengan bidan. Untuk kader, peneliti berkoordinasi dengan bidan desa untuk memilih kader yang memenuhi kriteria. Kader yang menyetujui menjadi partisipan, dimintai nomor handhphone dan selanjutnya peneliti membuat janji untuk wawancara dengan kader.

Peneliti mendatangi bidan dan kader sesuai dengan perjanjian waktu dan tempat, selanjutnya peneliti menjelaskan tentang gambaran penelitian dan

kemungkinan untuk menjadi partisipan, termasuk penjelasan partisipan diperbolehkan mundur sebagai partisipan kapanpun dia menginginkan. Informed consent ditandatangani oleh bidan dan kader yang bersedia menjadi responden penelitian. Wawancara dilakukan di luar jam kerja bidan dan kader, agar tidak mengganggu pelayanan kepada masyarakat. Triangulasi dilakukan melalui wawancara mendalam dengan kepala seksi kesehatan Keluarga (Ka-Sie Kesga) Dinas Kesehatan Kabupaten Cilacap dan ibu yang pada kehamilan sebelumnya mengalami preeclampsia.

In-depth interview dilakukan sendiri oleh peneliti pada bulan Juli sampai Agustus 2018. Indepth interview berlangsung selama 30 menit sampai dengan 1 jam dengan rata-rata 40 menit dengan menggunakan bahasa Indonesia, dengan merekam secara digital dan menuliskan non verbal partisipan.

Penelitian ini dilakukan dengan wawancara mendalam semi terstruktur. Pertanyaan dikembangkan sendiri oleh peneliti. Fokus pertanyaan mengenai peran kader dalam pemantauan ibu hamil resiko tinggi di komunitas: bagaimana tugas bidan di komunitas, bagaimana peran kader dalam membantu bidan, bagaimana peranan kader dalam kesehatan, apa yang dapat kader lakukan jika ditemukan ibu hamil resiko tinggi, bagaimana perasaan wanita terhadap kader, bagaimana tanggapan keluarga terhadap kader, bagaimanakah peran kader dalam pemantauan ibu hamil.

Penelitian ini telah disetujui oleh Komite Etik Penelitian Kedokteran dan Kesehatan (MHREC) Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan Universitas Gadjah Mada pada tanggal 3 Juli 2018 dengan no KE/FK/0640/EC/2018

Teknik analisis dalam penelitian ini menggunakan analisis tematik. Setiap hasil wawancara dilakukan transkripsi dan

langsung dilakukan analisis melalui pembuatan verbatim. Dengan menggunakan software open code 3,6, hasil transkripsi yang relevan dengan tujuan penelitian dibuat kode-kode sesuai dengan tema. Dalam melakukan coding, author dibantu oleh independent coder untuk mengurangi bias. Diskusi selalu dilakukan ketika menemukan perbedaan kode, sampai dengan mencapai konsesus. Dari kode tersebut dilakukan pembacaan berulang, dilakukan penggabungan untuk kode yang sama, selanjutnya kode-kode yang serumpun dijadikan kategori. Kategori yang memiliki makna yang sama dikelompokkan menjadi subtema, yang kemudian dikelompokkan menjadi tema.

Beberapa hal dilakukan untuk meningkatkan derajat kepercayaan dalam penelitian ini. Kredibilitas dilakukan dengan cara member cecking, dimana hasil transkripsi dilakukan penelaahan kembali oleh partisipan, untuk memastikan bahwa transkripsi sudah sesuai dengan yang disampaikan pada saat wawancara. Triangulasi sumber dilakukan sebagai strategi meningkatkan kredibilitas dalam penelitian ini. Triangulasi dilakukan kepada kepala seksi kesehatan keluarga sebagai penanggung jawab pelayanan kesehatan ibu dan anak di kabupaten Cilacap dan kepada ibu dengan riwayat preeclampsia pada kehamilan sebelumnya. Pengujian transferability dilakukan dengan cara pembuatan laporan penelitian dengan cara sistematis, rinci, jelas dan dapat dipercaya. Dependensi dan konfirmability dilakukan melalui peer review oleh tim peneliti mulai dari proses penelitian sampai dengan analisis data.

## **HASIL DAN PEMBAHASAN**

Total 14 orang menjadi partisipan dalam penelitian ini, yang terdiri dari 10 bidan dan 4 kader. Sebanyak 5 bidan bekerja sebagai bidan puskesmas ( 2 diantaranya adalah bidan coordinator) dan 5 bekerja sebagai bidan desa. Masa kerja terlama dari

bidan adalah 23 tahun, sedangkan terpendek adalah 11 tahun, dengan rata-rata masa kerja adalah 16 tahun. Keseluruhan bidan tersebut adalah diploma 3 kebidanan. Semua bidan menemukan kasus preeclampsia dalam 6 bulan terakhir dan pernah melakukan manajemen pada ibu dengan preeclampsia. Dua kader berpendidikan SMP dan 2 lainnya berpendidikan SMA, dan semuanya telah menjadi kader lebih dari 5 tahun. Seluruh kader mengikuti kelas ibu hamil sebanyak  $\geq 90\%$  dari total kelas ibu hamil yang diselenggarakan di desanya masing-masing.

Tabel 1. Karakteristik Partisipan (Bidan)

Variabel	N=10 (%)	Mean	SD
Usia (tahun)			
Bidan Desa			
< 35	2 (40)	39,8	6,78
35-44	2(40)		
$\geq 45$	1(20)		
Bidan Puskesmas	0		
< 35	0	47	6.18
35-44	5(100)		
$\geq 45$			
Pengalaman Kerja (Tahun)	3 (60)	16.4	4.22
Bidan Desa	1 (20)		
< 15	1(20)		
15-20			
>20	0		
Bidan Puskesmas	0	22	4.5
< 15	5 (100)		
15-20			
>20			
Pengalaman Pelatihan PPGDON	3 (30)		
Tidak ada pelatihan	8 (70)		

Sumber: data primer

Tabel 2. Karakteristik Partisipan (Kader)

Variabel	n=4(%)	Mean	SD
Usia (tahun)			
< 35	1 (25)	38,25	5.38
35-44	2(50)		
$\geq 45$	1(25)		
Pengalaman Menjadi kader (Tahun)	0(0)	7,75	1,7
< 5	4(100)		
5-10	0(0)		
>10			
Status Kader	3 (75)		
Kader Ibu dan Balita	1 (25)		
Kader Lansia			

Sumber: data primer

Tabel 2. Tema dan Sub Tema

Tema	Subtema
Beban kerja bidan tinggi	Banyak tugas diluar Tugas pokok Sulit membagi waktu Tugas bidan PONED
Kader memiliki akses lebih mudah	Wilayah yang luas Rumah kader dekat dengan rumah pasien Kader lebih kenal dengan pasien dan keluarganya
Kader lebih dapat memahami masyarakat	Budaya dan kebiasaan kader yang sama dengan pasien Pasien lebih mudah curhat kepada kader Kader menggunakan bahasa yang mudah dipahami oleh pasien
Kader dapat melakukan pemantauan di komunitas	Kader melakukan pemeriksaan tekanan darah Kader ikut dalam kelas ibu hamil Kader mendatangi rumah ibu

Sumber: data primer

Sistem kesehatan Indonesia dibuat berjenjang, dimulai dari system kesehatan di masyarakat atau biasa di sebut Pos Pelayanan Terpadu (posyandu). Pada setiap posyandu, bidan akan dibantu oleh kader kesehatan. Kader adalah laki-laki atau perempuan yang dipilih oleh masyarakat dan dilatih untuk menangani masalah-masalah kesehatan perseorangan maupun masyarakat, serta bekerja di tempat yang dekat dengan pemberian pelayanan kesehatan masyarakat. Luasnya wilayah Indonesia dengan keterjangkauan tenaga kesehatan yang sulit, memmbuat peran kader kesehatan menjadi penting untuk membantu pelaksanaan peran tenaga kesehatan. Tanpa kader, kegiatan kesehatan di desa akan kesulitan.

#### 1. Beban kerja bidan yang tinggi

Keberadaan kader dalam membantu kerja bidan di komunitas, sangat membantu bidan mengingat beban kerja bidan yang tinggi. Selain tugas utama di komunitas, saat ini bidan juga ditugaskan untuk memegang beberapa program pelayanan kesehatan di puskesmas seperti

program Stimulasi Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang (SDITK), program imunisasi siswa SD dan program promosi yang lain. Ditambah lagi tugas administrative seorang bidan desa yang cukup banyak dan tambahan tugas untuk piket di ruang PONED. Hal ini seringkali membuat bidan kesulitan membagi waktu untuk melakukan kunjungan rumah pada ibu hamil resiko tinggi.

*.... Saya sangat terbantu dengan kader, seringkali banyak yang tidak bisa saya handel sendiri, tahu sendiri tugas kita buanyaak sekali di puskesmas, status bidan desa, tapi ka nada saja tugas di puskesmas, ya seperti tadi penjangingan anak SD, belum lagi harus piket di PONED.. (Partisipant1, Bidan Desa, 45 tahun)*

Hal ini diperkuat oleh pernyataan ... *idealnya memang pemantauan dilakukan secara intens di komunitas, tapi saya maklum karena banyaknya tugas bidan termasuk tugas non kebidanan, jadi*

*biasanya mereka melibatkan kader dalam pemantauan di komunitas...* (Partisipant 4, Bidan Puskesmas, 46 th)

Hal ini diperkuat oleh pernyataan kader :

*.....Kalau pengawasan ya memang kita suka dilibatkan bu, lha maklum lah kita kan bidan kadang sibuk bu teng puskesmas, nggih kita paham kadang bidan nggak ada waktu untuk datang ke rumah pasien, wong kadang penimbangan juga bidan nggak bisa hadir, jadi biasanya bidan minta kita untuk mendatangi rumah pasiennya....*(partisipan 14, kader, 48 th)

## 2. Kader memiliki akses yang lebih mudah

Selama ini kader telah membantu tugas bidan di komunitas, salah satunya adalah melakukan pemantauan ibu hamil di komunitas disimpulkan dari hasil in-depth interview. Indonesia memiliki geografis yang cukup luas, saat ini setiap desa ditempatkan seorang bidan desa dengan membawahi rata-rata 7000-9000 penduduk.. Hal ini tentu saja menyulitkan bidan dalam melaksanakan tugasnya. Untuk itu pada setiap desa bidan dibantu oleh tenaga relawan yang akan membantu tugas bidan dalam melaksanakan pelayanan kesehatan.

Seringkali bidan kesulitan menjangkau rumah ibu hamil karena lokasi, untuk itu biasanya kader yang ada di wilayah tersebut yang akan dimintai bantuan untuk datang ke rumah ibu. Hal ini sesuai dengan yang diungkapkan oleh sebagian besar bidan (n=8) dan kader (n=4)

*.....seringkali pasien kami berada di wilayah yang cukup sulit dijangkau Bu, sehingga saya sendiri suka kesulitan mendatangi mereka, mereka pun karena kendala jarak, transportasi juga kesulitan untuk sering mendatangi polindes, lha itu biasanya kader yang saya minta untuk mendatangi pasien..* (participant 3, 31 tahun, villages midwives)

Kesulitan transportasi, jarak yang jauh dari fasilitas kesehatan membuat ibu hamil merasa lebih mudah dengan adanya kader yang mendatangi rumah mereka.

*... kadang kalau disuruh ke bidan desa belum tentu bisa, apalagi yang tidak bisa naik motor, kader kan lebih dekat ke rumah kita, saya juga suka curhat ke kader, kan kalau sama kader lebih enak bu, nggak rikuh..* (Pasrtispant 15, ibu dengan Riwayat PE, 23 tahun)

Kader adalah warga setempat yang dilatih tentang kesehatan untuk membantu pasien dan keluarganya dalam menjaga kesehatan.

*... saya kan lebih dekat dengan ibu hamil, karena bidan desa kan nggak datang tiap hari, jadi kadang ibu hamil suka curhat ke saya tentang yang mereka alami...* (participant 12 kader, 31 tahun)

Kader kesehatan, karena kedekatan tempat tinggal dengan pasien, maka terdapat kesamaan budaya dan bahasa dengan pasien. Hal ini menguntungkan pada saat pemberian edukasi dan saran kepada pasien dan keluarganya.

*... bidan desa mengajak kader untuk memaksa dalam tanda kutip, karena mereka kan lebih dekat, jadi kadang mereka lebih nurut, mungkin dengan bahasa yang mudah dipahami..* (Partisipan 10, bidan desa, 47 tahun)

## 3. Kader lebih memahami masyarakat

Penerimaan ibu hamil Indonesia terhadap kader cukup baik. Ibu hamil merasa nyaman mengungkapkan perasaannya kepada kader, hal ini dikarenakan kader adalah orang yang sudah lama mereka kenal dan tinggalnya pun dekat dengan mereka.

*.....ya mereka biasnaya senang banget bu, lha wong diperiksa gratis, nggak perlu pergi ke rumah bidan,...* (partisipan 13, kader, 45 th)

Kehadiran kader sangat membantu ibu yang tidak dapat hadir di polindes untuk bertemu dengan bidan.

*...saya ya senang banget Bu, lha ya kalau saya harus ke rumah bidan kadang nggak bisa, ya tadi suka nggak ada yang antar, dengan adanya kader yang datang ke rumah jadinya saya lebih tenang bu.....(partisipan 16, ibu dengan riwayat PE, 23 th)*

4. Kader melakukan pemantauan di komunitas

Keterlibatan kader dalam pelayanan kesehatan ibu dan anak di Indonesia selama ini sudah berjalan. Kader diberikan tugas untuk ikut serta dalam penjangkaran dan pemantauan ibu hamil resiko tinggi yang ada di wilayahnya.

*.... Jadi kami seringnya diberi tugas survey mawas diri, secara umum si ke semua keluarga, survey untuk menguak menggali masalah kesehatan yang ada disini, misalnya ada ibu hamil yang kakinya bengkak, maka saya minta untu datang ke bidan desa...(Partisipant 12, kader, 32 tahun)*

Bidan memabntu bidan dalam pemantauan ibu hamil resiko tinggi di komunitas, untuk selanjutnya meminta ibu untuk periksa kepada bidan.

*... kalau pemantauan dilakukan pada ibu dengan resiko tinggi, ehm misalnya usia lebih dari 35 tahun, kader akan diminta untuk kunjungan rumah memantau kesehatan ibu.. (participant 10, bidan puskesmas, 51 tahun)*

*... bidan datang ke rumah saya sama kader untuk mengecek tensi saya, terus selanjutnya kader memberitahu saya untuk periksa di polindes... (Partisipant Triangulasi 1, Ibu dengan riwayat PE, 23 tahun)*

Pelibatan kader dalam pemantauan ibu dengan resiko preeclampsia, membutuhkan tambahan pengetahuan dan ketrampilan dalam pemantaua tekanan darah.

*.... Seharusnya diberikan bekal yang cukup, jangan hanya pada saat ada mahasiswa KKN saja, perlu dibekali tentang preeclampsia itu sendiri, cara melakukan pemeriksaan tekanan darah... (Partisipan 8, 42 th, bidan desa)*

*... dibekali dengan tanda-tanda preeclampsia yang dapat dilihat misalnya tensi yang tinggi, kaki bengkak.. (Partisipant 16, Kasie Kesga DKK Cilacap, 47 tahun)*

*.. istilahnya diberikan pelatihan lah bu, jadi biar kita punya pegangan kalau kita ditanya bisa menjawab.. (participant 13 , kader, 45 tahun)*

*... kader harusnya dikasih tahu sama bidan tentang penyakit hipertensi,kemudian memberitahukan kepada kita, biar ibu hamil jadi tahu... (Partisipant 15, ibu riwayat PE, 23 tahun)*

Kader adalah tenaga sukarela yang dipilih dari, oleh masyarakat dan dapat bekerja secara sukarela mengelola posyandu (Indonesian Health Ministry, 2012). Posnyandu merupakan salah satu bentuk Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) yang dilaksanakan oleh, dari dan bersama masyarakat, untuk memberdayakan dan memberikan kemudahan kepada masyarakat guna memperoleh pelayanan kesehatan bagi ibu, bayi dan anak balita. Kader kesehatan merupakan salah satu pengelola posyandu di setaip wilayah. Satu posyandu dikelola oleh beberapa kader kesehatan untuk membantu tugas bidan dalam pelayanan kesehatan ibu dan anak di komunitas. Hampir semua kader negara berkembang

mebutuhkan kader untuk meningkatkan penerimaan pelayanan kesehatan ibu dan anak (Magnussen, Ehiri, & Jolly, 2004), termasuk Indonesia. Kader harus berasal dari tempat dimana dia bekerja, dipilih oleh masyarakat dan mendapatkan pelatihan (Lehmann & Sanders, 2007).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kader dibutuhkan oleh masyarakat dikarenakan tingginya beban kerja bidan desa. Rata-rata perolongan persalinan, nifas dan postpartum di Indonesia adalah 6-18 dalam 3 bulan (Makowiecka, Achadi, Izati, & Ronsmans, 2008). Ini menggambarkan beban kerja bidan dalam pemantauan di komunitas. Selain melakukan tugas melaksanakan asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin dan nifas, bidan komunitas di Indonesia memiliki tugas menjalankan peran sebagai bidan di puskesmas. Diantara tugas tersebut adalah melaksanakan tugas pemantauan tumbuh kembang anak sekolah (SDITK) dan melaksanakan piket di puskesmas PONEB. Selain itu bidan adalah penanggungjawab kegiatan pos pelayanan terpadu, dengan jumlah posyandu perdesa berkisar antara 12-18 posyandu. Bidan adalah pemberi pelayanan kesehatan ibu terbesar dan memegang hampir seluruh program strategi di komunitas (Middleton, 2014). Hal ini lah yang menyebabkan bidan membutuhkan kader untuk membantu tugasnya di komunitas.

Banyaknya tugas bidan di Indonesia menyebabkan kurangnya waktu bidan untuk melakukan kunjungan rumah di komunitas. Selama ini kunjungan yang dilakukan adalah dilakukan pada ibu nifas dengan frekuensi 3 kali selama masa nifas. Adapun kunjungan pada ibu dengan hamil resiko tinggi, selama ini bidan memberdayakan community health volunteers. Kehadiran kader membantu bidan dalam melakukan pemantauan di komunitas. Peran utama kader di komunitas adalah sebagai pemberi

informasi untuk meningkatkan kesadaran pentingnya menjaga kesehatan, khususnya pada kesehatan ibu dan anak (Woldie et al., 2018). Hasil penelitian di Uganda disebutkan bahwa peran kader dalam pemantauan ibu hamil di komunitas adalah meningkatkan ketepatan waktu datang ke RS, karena mereka dapat menjawab pertanyaan pasien dengan tepat (Ayiasi, Kolsteren, Batwala, Criel, & Orach, 2016).

Peran kader dalam pemantauan kehamilan resiko tinggi preeclampsia diantaranya adalah melakukan pengecekan tekanan darah, melihat gejala preeclampsia berat yaitu dengan menanyakan adanya pandangan kabur, pusing yang berlebihan. Selain itu kader dapat melakukan pemantauan kesejahteraan janin melalui penghitungan gerakan janin dalam 24 jam.

Hasil studi menunjukkan bahwa kader memiliki akses secara jarak, budaya dan bahasa dengan pasien. Hal ini sesuai dengan penelitian bahwa kader mampu menyediakan informasi yang tepat dan rujukan ke fasilitas kesehatan (Puri, Tamang, Shrestha, & Joshi, 2015). Beberapa penelitian menyebutkan bahwa kehadiran kader akses dan penggunaan pelayanan kesehatan di komunitas. (Woldie et al., 2018). Kader adalah sukarelawan yang berasal dari masyarakat ditunjuk oleh masyarakat dan bekerja di lingkungan masyarakat dekat tempat tinggalnya. Hal ini tentu saja menguntungkan karena persamaan budaya dan bahasa antara pasien dengan kader. Kesamaan bahasa tersebut membuat pendidkan kesehatan yang dilakukan oleh kader dapat diterima dengan mudah oleh pasien dan keluarganya. Bidan desa seringkali merupakan orang asing buat masyarakat sekitar, sehingga ada kecanggungan antara pasien dengan bidan.

## **SIMPULAN DAN SARAN**

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa kader memiliki peran yang penting dalam membantu bidan

dalam pemantauan ibu di komunitas. Hasil penelitian ini memberikan beberapa rekomendasi. Perlunya pemberian apresiasi kepada kader dalam pelaksanaan tugas. Apresiasi ini dapat dilakukan melalui pemberian pelatihan secara berkesinambungan untuk meningkatkan ketrampilan kader dalam membantu pelayanan bidan di komunitas. Manajemen ibu hamil dengan resiko tinggi preeklampsia, perlu dilakukan pembekalan yang intensif, hal ini dapat diintegrasikan dengan kelas ibu hamil yang melibatkan keluarga dan kader. Untuk penelitian selanjutnya dapat dilakukan dengan dengan tema faktor penunjang dan pendukung keterlibatan kader dalam skrining dan pemantauan ibu hamil resiko tinggi preeklampsia di komunitas.

#### DAFTAR PUSTAKA

- Ayiasi, R. M., Kolsteren, P., Batwala, V., Criel, B., & Orach, C. G. (2016). Effect of Village Health Team home visits and mobile phone consultations on maternal and newborn care practices in Masindi and Kiryandongo, Uganda: A community-intervention trial. *PLoS ONE*, *11*(4), 1–19. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0153051>
- Central Java Health office. (2015). Health Profile of Central Java. *Office, Central Java Provincial Health*. Retrieved from [dinkesjatengprov.go.id/v2015/dokumen/profil2015/Profil\\_2015\\_fix.pdf](http://dinkesjatengprov.go.id/v2015/dokumen/profil2015/Profil_2015_fix.pdf)
- Health Office Cilacap District. (2014). *Health Profile of Cilacap District 2014*.
- Indonesian Health Ministry. (2012). *Lets Come To Posyandu Every Months (Community Health Voulenter Handbook)*. Indonesian Health Ministry. <https://doi.org/10.1159/000317898>
- Indonesiaon Health Ministry. (2018). Indonesian Health Profile of 2017. *Indonesian Health Ministry*. <https://doi.org/10.1002/qj>
- Infant, A. B. (2017). Community-Based Interventions for Improving Perinatal and Neonatal Health Outcomes in Developing Countries: *American Academy of Pediatrics*, *115*(2). <https://doi.org/10.1542/peds.2004-1441>
- Lehmann, U., & Sanders, D. (2007). *Community Health Workers: What Do We Know About Them? The State of The Evidence on Programmes, Activities, Cost and Impact on Health Outcomes of Using Community Health Workers*.
- Mackay, A. P., Berg, C. J., & Atrash, H. K. (2001). Pregnancy-related mortality from preeclampsia and eclampsia. *Obstetrics and Gynecology*, *97*(4), 533–538. [https://doi.org/10.1016/S0029-7844\(00\)01223-0](https://doi.org/10.1016/S0029-7844(00)01223-0)
- Magnussen, L., Ehiri, J., & Jolly, P. (2004). Comprehensive Versus Selective Primary Health Care: Lessons for Global Health Policy. *Health Affairs*, *23*(3), 167–176. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.23.3.167>
- Makowiecka, K., Achadi, E., Izati, Y., & Ronsmans, C. (2008). Midwifery Provision in Two Districts in Indonesia: How Well Are Rural Areas Served? *Health Policy and Planning*, *23*(1), 67–75. <https://doi.org/10.1093/heapol/czm036>
- Matua GA, V. D. W. D. (2015). Differentiating Between Descriptive and Interpretive Phenomenological Research Approaches. *Nurse Research*, *22*(6), 22–27.
- Menzies, J., Magee, L. A., MacNab, Y. C., Yin, R., Stuart, H., Baraty, B., ... von Dadelszen, P. (2007). Instituting Surveillance Guideline and Adverse

- Outcomes in Preeclampsia. *Obstetrics & Gynecology*, 110(1), 121–127. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000266977.26311.f0>
- Middleton, J. J. (2014). *Midwifery Consultancy Report*.
- Milne, F. Redman C, W. J. et al. (2005). The Pre-Eclampsia Community Guideline (PRECOG): How to Screen for and Detect Onset of Pre-eclampsia in the Community. *Bmj*, 330(7491), 576–580. <https://doi.org/10.1136/bmj.330.7491.576>
- Puri, M., Tamang, A., Shrestha, P., & Joshi, D. (2015). The Role of Auxiliary Nurse-Midwives and Community Health Volunteers in Expanding Access to Medical Abortion in Rural Nepal. *Reproductive Health Matters*, 22(44), 94–103. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(14\)43784-4](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(14)43784-4)
- Thangaratinam, S., Langenveld, J., Mol, B. W., & Khan, K. S. (2011). Prediction and Primary Prevention of Preeclampsia. *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 25(4), 419–433. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2011.02.008>
- Woldie, M., Feyissa, G. T., Admasu, B., Hassen, K., Mitchell, K., Mayhew, S., ... Balabanova, D. (2018). Community Health Volunteers Could Help Improve Access to and Use of Essential Health Services by Communities in LMICs: An Umbrella Review. *Health Policy and Planning*, 33(10), 1128–1143. <https://doi.org/10.1093/heapol/czy094>
- World Health Organization. (2012). *Optimizing Health Worker Roles to Improve Access to Key Maternal and Newborn Health Interventions Through Task Shifting* (Vol. 1). WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.