

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan ibu masih menjadi masalah kesehatan masyarakat yang harus ditangani dengan serius. Menurut laporan *World Health Organization* (WHO) 2014, kurang lebih 800 ibu meninggal per hari akibat kehamilan dan proses kelahiran. Sebesar 99% dari kematian ibu tersebut terjadi di negara berkembang dan 80% ibu meninggal pada masa kehamilan, masa persalinan dan masa nifas yang disebabkan oleh karena adanya komplikasi pada masa tersebut. Masa hamil, bersalin dan nifas merupakan masa yang rentan terjadi masalah gangguan kesehatan bagi seorang wanita. Oleh karena itu perlu mendapat pengelolaan yang serius dan perlakuan khusus (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2011a). Berdasarkan perkiraan WHO, kecenderungan kejadian risiko tinggi dan/atau komplikasi kehamilan di dunia sebesar 15 – 20% (Saituddin *et al.*, 2014).

WHO (2014) juga melaporkan bahwa angka kematian ibu (AKI) di dunia adalah 289.000 jiwa, Amerika Serikat 9.300 jiwa, Afrika Utara 179.000 jiwa, dan Asia Tenggara 16.000 jiwa. Sementara AKI di negara-negara Asia Tenggara adalah Indonesia 214/ 100.000 KH, Filipina 170/100.000 KH, Vietnam 160/100.000 KH, Thailand 44/100.000 KH, Brunei 60/100.000 KH, dan Malaysia 39/100.000 KH. Berdasar data di atas, berarti Indonesia menempati urutan pertama di Asia Tenggara.

Sementara, menurut survei demografi dan kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012, AKI di Indonesia sebesar 359/100.000 KH (BPS, 2013). menunjukkan telah terjadi lonjakan jumlah kematian ibu yang cukup tajam dibandingkan dengan hasil SDKI 2007 yang sebesar 228/100.000 KH (BPS dan Macro International, 2007). Kondisi ini menjadikan target MDGs di bidang kesehatan yang berhubungan dengan upaya kesehatan ibu untuk mencapai penurunan angka kematian menjadi 102/100.000 KH pada 2015 tidak tercapai. Lebih lanjut, hasil survei penduduk antar sensus (SUPAS) tahun 2015 angka kematian ibu sebesar 305/100.000 KH dan menurut data Direktorat Kesehatan

Keluarga Kemenkes RI jumlah kematian ibu dari tahun 2014 hingga 2016 adalah 4.925 (2014), 4.893 (2015) dan 4.340 (2016). Selanjutnya di Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) pada akhir tahun 2015 jumlah kematian ibu ada 29 kasus kematian dari 34.786 ibu hamil (Dinas Kesehatan DIY, 2016). Gambaran jumlah kematian ibu di Kabupaten Sleman adalah 12 kasus (2012), sembilan kasus (2013), 12 kasus (2014), dan empat kasus (2015) (Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman, 2016). Berdasarkan kondisi AKI tersebut diatas, tantangan selanjutnya adalah upaya mencapai target penurunan AKI sesuai dengan tujuan pembangunan berkelanjutan atau SDGs sebesar kurang dari 70/100.000 KH pada tahun 2030 (Ermalena, 2017).

Bersumber dari laporan rutin Direktorat Kesehatan Keluarga 2014 – 2016 yang menyebabkan terjadinya kematian ibu secara langsung di Indonesia adalah perdarahan (32%), hipertensi (26%), infeksi (5%), gangguan sistem peredaran darah (5%), lain-lain (29%). Sementara, secara tidak langsung kematian ibu dapat disebabkan oleh karena adanya kondisi kurang energi kronis (KEK) pada ibu hamil (37%), dan anemia pada ibu hamil (40%) (Depkes RI, 2009a). Hal lain yang juga dapat menyumbangkan terjadinya kematian ibu yaitu adanya ketimpangan gender, yang menempatkan budaya perempuan tidak boleh mengambil keputusan tanpa pertimbangan suami dan keluarga, termasuk soal akses pelayanan kesehatan melahirkan. Kesenjangan akses pelayanan kesehatan berkualitas, keterlambatan pertolongan darurat, pengetahuan kesehatan reproduksi, deteksi dini dan pencegahan komplikasi kehamilan dapat menyumbangkan angka kematian ibu.

Menurut hasil survei penduduk 2010, karakteristik ibu meninggal adalah 6,9% pada usia terlalu muda (< 20 tahun), 25,6% pada usia terlalu tua (> 35 tahun) dan 32,4% meninggal dengan mempunyai anak > 3 anak. Perilaku reproduksi menjadi penyumbang AKI. Perilaku tersebut adalah hamil dengan “4” terlalu, yaitu: terlalu muda (< 20 tahun), terlalu banyak anak (> 3 anak), terlalu sering melahirkan (< 2 tahun) dan terlalu tua mempunyai anak (> 35 tahun) (Prasetyawati, 2012). Kehamilan dengan kondisi “4” terlalu merupakan kehamilan dengan faktor risiko. Berdasarkan temuan dari riset kesehatan dasar (Riskesdas) tahun 2013, ibu hamil usia 15-19 tahun yang kekurangan energi kronis

proporsinya meningkat sebesar 7,2% (2010 = 31,3%, 2013= 38,5%). Sementara, proporsi peningkatan yang cukup tajam juga terjadi pada wanita usia subur (WUS) usia 15-19 tahun yang tidak hamil, yaitu sebesar 15,7% (2010 = 30,9%, 2013 = 46,6%).

AKI menggambarkan bahwa masa kehamilan dan masa persalinan merupakan masa yang penuh dengan risiko kematian pada ibu. Oleh karena itu, untuk mencegahnya diperlukan upaya peningkatan kualitas pelayanan kesehatan ibu secara terintegrasi antara pemerintah, swasta, masyarakat, dan keluarga, khususnya orang yang terdekat ibu hamil atau suami (BPPM DIY, 2012). Salah satu upaya tersebut adalah dengan melakukan deteksi dini adanya faktor risiko pada ibu hamil, yang dapat dilakukan oleh petugas kesehatan dan masyarakat, pada semua ibu hamil, sejak usia dini kehamilan (Depkes RI, 2009a; Rochjati, 2011). Masyarakat dalam hal ini adalah: ibu-ibu Pemberdayaan Kesejahteraan Keluarga (PKK), kader kesehatan, karang taruna, ibu hamil, suami atau keluarga (Rochjati, 2011). Menurut Depkes RI (2009a), deteksi dini faktor risiko kehamilan dan pengelolaan yang memadai terhadap faktor risiko kehamilan merupakan *the key to success* dalam upaya menurunkan AKI dan AKB.

Beberapa prosedur administrasi perlu ditetapkan untuk menempatkan wanita hamil dalam pemantauan sedini mungkin di masa kehamilan, terutama mereka yang mungkin berisiko tinggi karena usia, pendapatan, pendidikan, masalah fisik atau gabungan dari faktor-faktor tersebut (Pickett & Hanlon, 2009). Kehamilan merupakan proses reproduksi yang normal, namun tetap rawan terjadi komplikasi, baik pada ibu hamil risiko rendah, apalagi pada ibu hamil risiko tinggi (Rochjati, 2011).

Strategi pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) telah mengembangkan sistem Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) KIA. Depkes RI (2009a) menyebutkan, PWS-KIA merupakan alat manajemen untuk melakukan kontrol terhadap program KIA di suatu wilayah kerja secara berkesinambungan, agar masalah kesehatan ibu dan anak dapat segera ditindaklanjuti dengan tepat. Langkah-langkah manajemen dalam PWS KIA dimulai dari kegiatan penggalian atau telaah data, analisis dan interpretasi data, hasilnya dijadikan dasar untuk

membuat perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi suatu kebijakan kesehatan masyarakat (Depkes RI, 2009a).

Manajemen program KIA bertujuan untuk menguatkan dan memperbaiki capaian serta kualitas pelayanan KIA agar lebih berdaya guna dengan melaksanakan sembilan kegiatan pokok, salah satunya adalah kegiatan penapisan faktor risiko dan komplikasi kebidanan serta komplikasi yang terjadi pada bayi umur kurang dari 28 hari yang dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan dan masyarakat (Depkes RI, 2009a). Faktor risiko kehamilan adalah kondisi ibu hamil yang memiliki kecenderungan menimbulkan bahaya untuk terjadi komplikasi pada persalinan, yang dapat membawa dampak terhadap mortalitas dan morbiditas pada ibu dan/bayinya (Manuaba *et al.*, 2008; Rohjati, 2011), sedangkan kehamilan risiko tinggi (*high risk pregnancy*) adalah kondisi kehamilan yang memiliki dampak negatif terhadap keadaan ibu atau sebaliknya, penyakit ibu dapat memiliki dampak negatif pada janinnya, atau keduanya ini saling berpengaruh. Kehamilan risiko tinggi merupakan keadaan yang rawan dan mengancam jiwa ibu hamil (Saifuddin *et al.*, 2014).

Cakupan deteksi dini faktor risiko dan komplikasi oleh masyarakat adalah cakupan ibu hamil dengan faktor risiko atau komplikasi yang ditemukan oleh kader kesehatan, dukun bayi atau masyarakat serta dirujuk ke tenaga kesehatan di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu (Depkes RI, 2009a). Kader kesehatan merupakan relawan yang berasal dari masyarakat setempat yang berpartisipasi aktif secara sukarela dalam memecahkan berbagai masalah kesehatan yang terjadi di wilayah desanya (Adi, 2001; Pohan, 2007). Tonggak awal munculnya kader kesehatan di Indonesia terjadi pada tahun 1975 ketika Departemen Kesehatan menetapkan kebijakan Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa (PKMD). PKMD merupakan strategi pembangunan kesehatan yang menerapkan prinsip gotong royong dan swadaya masyarakat, dengan tujuan agar masyarakat dapat menolong dirinya sendiri. Kader kesehatan lebih berkembang setelah deklarasi Alma-Ata pada tahun 1978 yang mendeklarasikan tentang pelayanan kesehatan dasar. Kader kesehatan dipilih oleh masyarakat,

commit to user

disetujui dan dibina oleh LKMD, dan ditetapkan dengan surat keputusan (SK) kepala desa.

Peran kader kesehatan dalam program KIA adalah sebagai kader kesehatan yang “Siap Antar Jaga”, yaitu melakukan deteksi dini masalah kesehatan ibu dan anak menggunakan alat bantu Buku KIA. Peran ini sangat penting karena melalui deteksi dini dan pengelolaan faktor risiko kehamilan, kader kesehatan memiliki andil dalam membantu upaya penurunan AKI (Karwati *et al.*, 2011).

Kader kesehatan memiliki peran penting dalam bidang kesehatan, meskipun tidak selalu pada bidang kesehatan ibu dan anak. Sebagai contoh hasil penelitian Barogui *et al.* (2014) menyatakan bahwa kader kesehatan memiliki peran penting dalam pengendalian dan deteksi dini ulkus buruli di Be'nin. Hasil penelitiannya menunjukkan bahwa 26,5% penderita ulkus buruli dirujuk oleh kader kesehatan. Kondisi ini juga menunjukkan bahwa rujukan yang dilakukan oleh kader kesehatan tidak lebih rendah daripada yang lainnya. Kader kesehatan berasal dari masyarakat, dipilih oleh masyarakat, merupakan tenaga sukarela dan bertugas mengembangkan masyarakat dan berperan dalam menanggulangi masalah kesehatan masyarakat. Pemberdayaan kader kesehatan sangat tepat, karena masalah kesehatan tidak cukup hanya diatasi oleh tenaga kesehatan saja, akan tetapi perlu keterlibatan masyarakat. Dengan demikian, dalam setiap upaya pembangunan masyarakat, masyarakat harus dijadikan mitra pembangunan atau dilibatkan sebagai subjek pembangunan. Bukan sebaliknya, masyarakat hanya dijadikan objek pembangunan. Adanya sumber daya lokal kader kesehatan, pesan-pesan kesehatan lebih mudah diterima, dan dengan lebih jelas.

Hasil riset Gau *et al.* (2013a) di Taiwan mengungkapkan bahwa kader kesehatan kurang memiliki keterampilan merawat kliennya karena: kurangnya orientasi program, kurangnya pendidikan, kurang dukungan pada peran mereka, dan beban kerja yang berlebih karena harapan klien terlalu besar. Penelitian selanjutnya dari Gau *et al.* (2013b) menunjukkan bahwa beban kader kesehatan relatif rendah, perbedaan tergantung dari jumlah yang dilayani, status perkawinan dan persepsi mereka tentang kesehatan pribadi. Sementara, Adisasmito (2014) mengemukakan masalah lain yang berkaitan dengan kader kesehatan, yaitu angka

drop out kader kesehatan yang tinggi. Secara nasional, kader kesehatan yang aktif hanya 69,8%, sehingga angka *drop out* kader kesehatan sebesar 30,8%. Sejalan dengan hasil riset ini, hasil temuan Ludwick *et al.* (2013) di Uganda mengungkapkan bahwa penyebab kader kesehatan *drop out* adalah alasan sibuk, pindah, pekerjaan, meninggal, dan cerai.

Pada era program Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa (PKMD) tahun 1987, kader kesehatan disebut sebagai promotor kesehatan desa (Sulaeman, 2014). Fakta di lapangan menunjukkan bahwa pemberdayaan kader kesehatan dalam deteksi dini dan pengelolaan faktor risiko kehamilan sudah dilaksanakan, namun belum berjalan sesuai dengan misi promosi kesehatan yang dibangun dan dikembangkan melalui pemberdayaan, advokasi dan dukungan sosial. Oleh karena itu, dibutuhkan suatu model pemberdayaan kader kesehatan yang dapat diaplikasikan dan memberikan kontribusi pada kegiatan deteksi dini dan pengelolaan faktor risiko kehamilan yang dikembangkan dari tiga cara yaitu pemberdayaan, advokasi dan dukungan sosial.

Model adalah metafora yang mendeskripsikan hubungan variabel-variabel yang kompleks dengan lebih sederhana agar lebih mudah dipahami dari sesuatu yang mewakili sejumlah objek atau aktivitas keseluruhan (Sulaeman, 2012). Oleh karena itu, model pemberdayaan kader kesehatan harus menggambarkan interaksi di antara faktor-faktor yang berpengaruh terhadap hasil pemberdayaan kader kesehatan yang dihubungkan dengan proses pemberdayaan kader kesehatan.

Partisipasi kader kesehatan sangat dibutuhkan dalam kegiatan deteksi dini factor risiko kehamilan, namun banyak faktor yang memengaruhi kemampuannya. Menurut hasil penelitian Sulaeman (2012), berbagai faktor yang memiliki hubungan dengan kemampuan mengenali masalah kesehatan lokal program Desa Siaga/DS3 meliputi tingkat pendidikan, pengetahuan, kesadaran, kepedulian, kebiasaan, kepemimpinan, modal sosial, survei mawas diri (SMD), akses informasi kesehatan, peran petugas kesehatan dan peran fasilitator program Desa Siaga/DS3. Sementara hasil penelitian Alam *et al.* (2012) di Dhaka menyatakan bahwa faktor-faktor yang berhubungan dengan kinerja kader kesehatan adalah penghasilan, prestise sosial, umpan balik positif. Oleh karena itu, Alam *et al.*

(2012) menganggap penting insentif uang dan non uang untuk meningkatkan kinerja kader kesehatan. Lebih lanjut, hasil penelitian Ludwick *et al.* (2013) menunjukkan bahwa motivasi tertinggi menjadi kader kesehatan kesehatan adalah meningkatkan kesehatan anak, mendapatkan pendidikan dan pelatihan, diperlukan oleh masyarakat, dan motivasi terakhir adalah uang.

Kabupaten Sleman merupakan satu dari lima kabupaten/kota di DIY yang memiliki cakupan deteksi dini faktor risiko kehamilan oleh masyarakat yang sudah baik yaitu sebesar 98,30% pada tahun 2014, sedangkan cakupan untuk DIY sebesar 100,99% (Dinkes DIY, 2015). Sementara, di Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) Pakem memiliki cakupan deteksi dini faktor risiko kehamilan oleh masyarakat yang relatif tinggi, dengan jumlah sasaran ibu hamil sebanyak 488 orang pada tahun 2014, cakupan deteksi dini faktor risiko kehamilan oleh masyarakat sebanyak 172 ibu hamil (35,25%), sedangkan Puskesmas Depok II memiliki cakupan terendah, dengan sasaran ibu hamil pada tahun 2014 sebanyak 581 orang, cakupan deteksi dini faktor risiko kehamilan oleh masyarakat sebanyak 74 ibu hamil (12,74%) (Dinkes Kabupaten Sleman, 2015). Di Puskesmas Pakem, cakupan deteksi dini faktor risiko kehamilan jumlahnya mencapai 35,25%, artinya kejadian faktor risiko kehamilan cukup tinggi, menurut WHO toleransi yang diharapkan adalah tidak lebih dari 20%. Sementara pada pemantauan wilayah setempat (PWS) KIA, rumus yang digunakan untuk menghitung cakupan deteksi faktor risiko oleh masyarakat adalah jumlah ibu hamil yang berisiko yang ditemukan oleh kader kesehatan atau dukun bayi atau masyarakat di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu dibagi 20% x jumlah sasaran ibu hamil di suatu wilayah kerja dalam satu tahun x 100% (Depkes RI, 2009a). Bila cakupan deteksi dini faktor risiko kehamilan oleh masyarakat dihitung menggunakan rumus tersebut, angkanya bisa melebihi 100%.

Angka-angka di atas menggambarkan bahwa, bila dilihat dari cakupan program menunjukkan hasil yang sangat baik karena ibu hamil yang memiliki faktor risiko telah terdeteksi secara dini, namun bila dilihat dari kondisi kesehatan ibu hamil menunjukkan bahwa jumlah ibu hamil dengan faktor risiko persentasenya melebihi 20%. Oleh karena itu, diperlukan suatu upaya yang serius

untuk mengelola faktor risiko kehamilan, agar persentasenya tidak melebihi 20%. Berbagai macam program pengelolaan faktor risiko kehamilan telah dilaksanakan pemerintah, namun fakta menunjukkan masih banyak ditemukan ibu hamil dengan faktor risiko. Hal ini menunjukkan bahwa program pemerintah untuk mengelola faktor risiko kehamilan belum berhasil dengan optimal.

Berdasarkan studi pendahuluan di Puskesmas Pakem, Puskesmas Depok II, dan Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman, deteksi dini faktor risiko kehamilan oleh masyarakat yang selama ini dilaporkan sebagian berasal dari data ibu hamil yang memeriksakan kehamilan di Puskesmas pada usia dini kehamilan. Ibu hamil disini merupakan bagian dari masyarakat. Ibu hamil diperiksa pada awal kehamilan, artinya masyarakat sudah mengetahui pentingnya *antenatal care* (ANC) yang salah satu tujuannya adalah deteksi dini adanya kelainan kehamilan (Saifuddin, 2014). Selain itu, sebagian laporan juga berasal dari partisipasi kader kesehatan, PKK, tokoh masyarakat, dukun bayi, yang melaporkan adanya ibu hamil dengan faktor risiko/komplikasi pada saat pertemuan dengan bidan di Posyandu, pos kesehatan desa (Poskesdes), Puskesmas Pembantu maupun saat diundang pertemuan trikomponen (bidang kesehatan, BKKBN, dan kader kesehatan) di tingkat Puskesmas.

Berdasar studi awal melalui wawancara dengan delapan informan (enam kader kesehatan & dua bidan Puskesmas), terungkap bahwa selama ini sebagian kader kesehatan telah melakukan deteksi dini kehamilan dengan faktor risiko ataupun komplikasi dengan cara mendata, mencatat, melaporkan dan merujuk ibu hamil ke fasilitas kesehatan. Deteksi dini dilakukan dengan cara kunjungan rumah atau pada saat pertemuan kelompok persepuluhan (dasa wisma), pertemuan tingkat rukun tetangga (RT), ataupun pertemuan tingkat rukun warga (RW). Jika kader kesehatan menemukan ibu hamil dengan faktor risiko, maka kader kesehatan menganjurkan ibu hamil tersebut untuk segera diperiksa ke fasilitas kesehatan, dan segera melaporkan ke Puskesmas.

Permasalahan lain adalah bahwa dalam pelaksanaan PWS KIA khususnya pada indikator deteksi dini faktor risiko dan komplikasi kehamilan oleh masyarakat, pihak pemerintah tidak menyediakan instrumen khusus untuk

melakukan deteksi dini faktor risiko kehamilan yang bisa digunakan di seluruh wilayah Indonesia, instrumen yang ada adalah Kartu Skor Puji Rochyati, namun dalam PWS KIA belum memanfaatkan kartu skor tersebut. Sementara, bagi ibu hamil yang sudah melakukan ANC bisa melakukan deteksi dini faktor risiko/komplikasi kehamilan dengan menggunakan Buku KIA. Penggunaan buku KIA merupakan salah satu strategi pemberdayaan masyarakat. Buku KIA berisi informasi yang berhubungan dengan kesehatan ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, anak balita, anak pra sekolah dan keluarga berencana. Informasi yang berhubungan dengan ibu hamil meliputi pemeriksaan kehamilan, kelas ibu hamil, perawatan ibu hamil sehari-hari, persiapan melahirkan dan tanda bahaya pada kehamilan serta masalah-masalah lain pada masa kehamilan. Harapan pemerintah, kader kesehatan juga memanfaatkan buku KIA sebagai instrumen deteksi dini kehamilan dengan faktor risiko, namun selama ini kader kesehatan belum maksimal dalam memanfaatkannya.

Berdasarkan wawancara mendalam pada enam orang kader kesehatan, empat orang kader kesehatan belum pernah membaca seluruh isi buku KIA, tetapi lebih sering membuka lembaran Kartu Menuju Sehat untuk menuliskan hasil penimbangan berat badan balita. Informan juga mengatakan bahwa tugas utama kader kesehatan adalah mengelola program pokok Posyandu (KIA, KB, Gizi, Imunisasi, dan Penanggulangan Diare), kadang kala masing-masing program memberikan tugas tugas tambahan dalam waktu yang bersamaan, sehingga beban kader kesehatan menjadi lebih berat. Beban kerja kader kesehatan di bidang kesehatan sudah cukup banyak, ditambah tugas dari Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) menyebabkan beban kerja kader kesehatan menjadi rangkap, sehingga perlu mempertimbangkan kuantitas dan klasifikasi beban kerja kader kesehatan. Kapasitas kader kesehatan adalah sebagai pendukung pelayanan kesehatan, bukan sebagai tenaga profesional.

Berbagai upaya telah dilakukan pemerintah dengan mengikutsertakan masyarakat, untuk meningkatkan kesehatan dan percepatan penurunan AKI, antara lain: Program *Safe Motherhood*, 1988 (Saifuddin, 2014), *Making Pregnancy Safer*, 2000 (Depkes RI, 2001), Gerakan Sayang Ibu (GSI), 1996

(Saifudin, 2014), Desa Siaga, 2006 (Kemenkes RI, 2010), Kelas Ibu Hamil, 2007 (Kemenkes RI, 2011c), Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K), 2008 (Depkes RI, 2008), dan Program Jaminan Persalinan (Jampersal), 2011 (Kemenkes RI, 2012). Program-program pemerintah tersebut di dalamnya telah memasukkan unsur pemberdayaan masyarakat karena dalam pelaksanaannya telah melibatkan masyarakat, di antaranya adalah keluarga, kader kesehatan, dukun bayi, pemuka masyarakat dan lembaga-lembaga yang ada di masyarakat. Namun, fakta di lapangan menunjukkan bahwa dalam implementasi pemberdayaan masyarakat belum menerapkan prinsip-prinsip pemberdayaan masyarakat.

Hasil studi Pranata *et al.* (2011) tentang gambaran peran kader kesehatan, dalam upaya penurunan AKI dan AKB di Kota Manado dan Palangkaraya, menunjukkan bahwa tidak ada kader kesehatan di Posyandu yang menerapkan kaidah pemberdayaan sebagai bentuk implementasi pemberdayaan, akan tetapi yang dilakukan oleh kader kesehatan di Posyandu adalah melakukan upaya peningkatan kontribusi masyarakat dalam mengembangkan budaya gotong-royong yang sudah ada di masyarakat. Prinsip pemberdayaan yang belum dilakukan oleh kader posyandu meliputi: menumbuhkembangkan potensi masyarakat, bekerja bersama masyarakat, pendidikan berbasis masyarakat, kemitraan dan desentralisasi, meskipun sumber daya masyarakat dan potensinya ada, namun belum banyak dimanfaatkan.

Pemberdayaan masyarakat dibidang kesehatan merupakan proses pemberian kesempatan seluas-luasnya yang bersifat tidak memerintah untuk meningkatkan pengetahuan dan kemampuan masyarakat, agar masyarakat dapat secara mandiri mengkaji dan menganalisis problem kesehatan, merencanakan, mengambil keputusan untuk mencari jalan keluar terhadap problem kesehatan yang dihadapi secara tepatguna dengan cara memanfaatkan dan memobilisasi sumber daya, potensi, prasarana yang ada, tanpa atau dengan bantuan pihak lain (Sulaeman, 2012).

Menurut hasil penelitian Dewi (2013), pendekatan pemberdayaan masyarakat dapat meningkatkan akseptasi program pada lingkup komunitas

masyarakat. Berdasarkan informasi dari pengelola program KIA di Puskesmas Pakem dan Depok II, proses deteksi dini dan pengelolaan faktor risiko kehamilan yang dilaksanakan telah melibatkan peran masyarakat, yaitu: peran kader kesehatan, PKK, tokoh masyarakat, dukun bayi dan ibu hamil sendiri, namun peran masyarakat tersebut belum optimal, masyarakat belum dilibatkan dalam perencanaan. Selama ini kader kesehatan lebih sering menjadi pelaksana kegiatan saja, bukan pengelola. Pengelola artinya kader kesehatan tidak hanya sebagai pelaksana, namun dilibatkan sejak merencanakan kegiatan dan terlibat dalam mengatur kegiatannya, karena kaderlah yang paling mengetahui situasi dan kondisi serta kebutuhan masyarakat di wilayahnya. Maka dari itu, perlu dikaji seberapa jauh kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan program-program kesehatan di wilayahnya.

Hasil penelitian Priya & Chikersal (2013) menunjukkan bahwa kader kesehatan adalah kebutuhan mendasak dan tidak perlu diperdebatkan. Tantangannya adalah cara merancang untuk kepentingan jangka panjang dari sistem kesehatan yang efisien, efektif dan responsif serta memainkan peran visioner untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan semua warga negara. Dalam bidang kesehatan masyarakat, penelitian ini menyatakan perlunya integrasi konseptual dimensi teknis, manajerial dan sosial, dan juga pengajaran serta keterampilan interdisipliner. Untuk memenuhi tantangan pada abad 21 diperlukan kader kesehatan yang kreatif dan mampu memecahkan masalah kesehatan.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan pengertian pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan sebagaimana diuraikan di atas, yang menitikberatkan pada upaya untuk meningkatkan pengetahuan dan kemampuan masyarakat, kemandirian masyarakat dalam mengatasi plobem kesehatan secara tepat guna, tanpa atau dengan bantuan pihak lain, maka pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan dalam penelitian ini adalah memfokuskan pada upaya meningkatkan pengetahuan dan kemampuan kader kesehatan dalam melakukan deteksi dini dan pengelolaan faktor risiko kehamilan, oleh karena itu rumusan masalah penelitian ini adalah:

1. Apakah faktor sikap, pengalaman, motivasi, kompensasi, beban kerja, pendidikan dan pelatihan, supervisi, persepsi manfaat dan persepsi keseriusan memengaruhi kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan?
2. Apakah faktor usia, sikap, pengalaman, motivasi, supervisi dan kemampuan deteksi dini, memengaruhi kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan?
3. Seperti apakah rumusan model pemberdayaan kader kesehatan untuk deteksi dini dan pengelolaan faktor risiko kehamilan?

C. Tujuan

1. Tujuan umum

Tujuan umum penelitian ini adalah terumuskannya model pemberdayaan kader kesehatan dalam deteksi dini dan pengelolaan faktor risiko kehamilan.

2. Tujuan khusus

Tujuan khusus penelitian ini adalah :

- a. Mengkaji dan menganalisis pengaruh sikap, pengalaman, motivasi, kompensasi, beban kerja, pendidikan dan pelatihan, supervisi, persepsi manfaat dan persepsi keseriusan, terhadap kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan.
- b. Mengkaji dan menganalisis pengaruh faktor usia, sikap, pengalaman, motivasi, kompensasi, supervisi, kemampuan deteksi dini, terhadap kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan.
- c. Merumuskan model pemberdayaan kader kesehatan untuk deteksi dini dan pengelolaan faktor risiko kehamilan.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat teoritis

Memberikan sumbangan gagasan atau pendapat dalam upaya mengembangkan ilmu pengetahuan khususnya dalam merumuskan model

commit to user

pemberdayaan kader kesehatan dalam deteksi dini dan pengelolaan faktor risiko kehamilan.

2. Manfaat metodologis

Mengetahui seberapa jauh metode penelitian ini dapat dipertanggung jawabkan, sehingga hasil penelitian yang disusun sesuai dengan kondisi yang sebenarnya dan dapat dipergunakan untuk mengambil keputusan dengan tepat, serta dapat dimanfaatkan untuk mengembangkan metode penelitian selanjutnya.

3. Manfaat praktis

a. Bagi pengambil kebijakan Program KIA

1) Dinas Kesehatan

Hasil penelitian ini dapat dimanfaatkan sebagai bahan/masukan bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman untuk mendukung perencanaan dan pelaksanaan program promosi kesehatan bagi ibu hamil

2) Puskesmas Pakem dan Depok II

Hasil penelitian ini dapat dimanfaatkan sebagai bahan pertimbangan bagi Puskesmas Pakem dan Depok II untuk meningkatkan pembinaan kader kesehatan guna meningkatkan kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini dan pengelolaan faktor risiko kehamilan.

3) Kepala desa

Hasil penelitian ini bisa digunakan sebagai bahan pertimbangan untuk meningkatkan dukungan dan memperbaiki kesejahteraan kader kesehatan agar kader kesehatan termotivasi untuk meningkatkan kemampuan dan kinerjanya.

b. Bagi kader kesehatan

Penerapan model yang dihasilkan oleh penelitian ini dapat meningkatkan kemampuan kader kesehatan dalam melaksanakan deteksi dini dan pengelolaan faktor risiko kehamilan, sehingga upaya promosi kesehatan ibu hamil yang dilaksanakan oleh kader kesehatan semakin berkualitas.

c. Bagi tokoh masyarakat

Penelitian ini diharapkan memotivasi tokoh masyarakat lebih berperan aktif melalui upaya promotif dan preventif guna peningkatan status kesehatan ibu hamil di lingkungannya.

d. Bagi ibu (ibu hamil, bersalin, nifas)

Hasil penelitian ini dapat meningkatkan kesehatan ibu hamil, melalui upaya promosi kesehatan yang lebih berkualitas yang dilakukan oleh kader kesehatan, khususnya dalam melaksanakan deteksi dini dan mengelola faktor risiko kehamilan. Ibu hamil yang sehat diharapkan bersalin secara normal dan menjalani masa nifas secara normal pula, sehingga dapat mengurangi jumlah kesakitan maupun kematian ibu.

e. Bagi peneliti

Sebagai acuan dalam melakukan/mengembangkan penelitian selanjutnya.

E. Penelitian Terdahulu dan Relevan

Guna menunjukkan orisionalitas dan kebaruan penelitian ini, penulis menelusuri beberapa hasil penelitian terdahulu dari berbagai sumber. Berdasarkan penelusuran yang dilakukan, penulis menemukan beberapa penelitian yang memiliki kemiripan dan perbedaan dengan penelitian ini seperti tertuang dalam Tabel 1.1:

Tabel 1.1 Penelitian terdahulu dan relevan

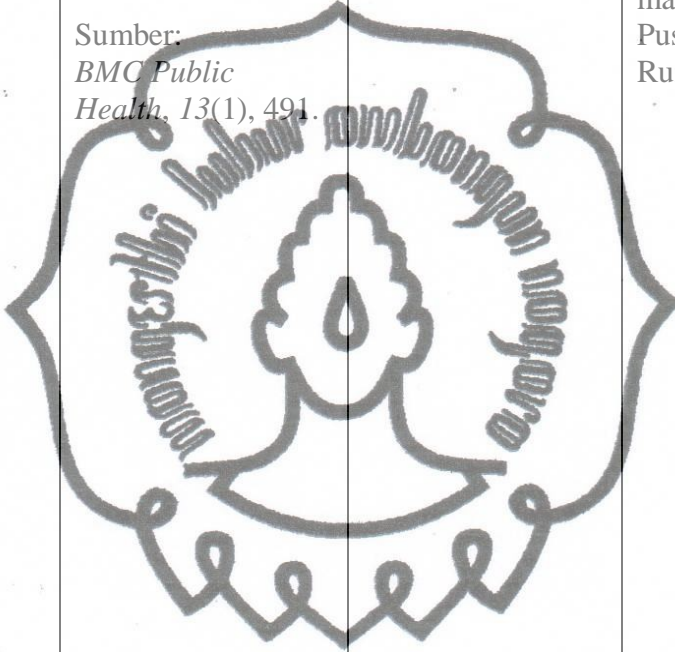
No	Nama peneliti	Judul penelitian dan sumber rujukan	Tujuan penelitian	Lingkup penelitian	Metode penelitian	Hasil penelitian
1	Brenner <i>et al.</i> (2011)	<i>Can volunteer Community Health Workers decrease child morbidity and mortality in Southwestern Uganda? An impact evaluation</i> Sumber: <i>PLoS One</i> , 6(12), e27997.	<ul style="list-style-type: none"> • Untuk menilai peran relawan kesehatan masyarakat dalam promosi kesehatan terhadap penurunan kesakitan dan kematian ibu dan anak. • Menilai retensi relawan kesehatan masyarakat setelah jangka waktu 3 tahun. 	<ul style="list-style-type: none"> • Peran relawan kesehatan masyarakat dalam penurunan angka kesakitan dan kematian anak • Ketahanan relawan kesehatan masyarakat. 	<ul style="list-style-type: none"> • Survei rumah tangga. • Studi basis data relawan kesehatan masyarakat. • Pembahasan retrospektif kelahiran dan kematian anak per bulan oleh relawan kesehatan masyarakat. • Diskusi kelompok terarah. 	Model promosi kesehatan anak yang berbiaya murah dengan menggunakan relawan kesehatan masyarakat menunjukkan penurunan kesakitan anak, penurunan kematian anak yang dramatis dan retensi relawan yang tinggi.
2	Frimpong <i>et al.</i> (2011)	<i>Does supervision improve health worker productivity? Evidence from the</i>	Menilai pengaruh supervisi pada produktivitas pekerja kesehatan primer di empat	Supervisi terhadap pekerja kesehatan pada pelayanan kesehatan	Pengumpulan data menggunakan: 1. <i>Time-Use Study</i> (TUS)	Efek dari supervisi pada produktivitas tergantung dari perasaan pekerja kesehatan mengenai supervisi yang dilakukan

		<p><i>upper east region of Ghana</i></p> <p>Sumber: <i>Tropical Medicine and International Health</i>, 16(10), 1225-1233.</p>	Distrik di Ghana Utara	primer	<p>2. Survei pada pekerja kesehatan yang terlibat dalam TUS.</p> <p>Analisis data menggunakan regresi logistik</p>	<p>oleh Supervisor mereka. Ketika pekerja kesehatan merasa didukung oleh supervisornya pada saat supervisi, maka produktivitasnya akan meningkat.</p>
3	<p>Alam <i>et al.</i> (2012)</p>	<p><i>Performance of female volunteer Community Health Workers in Dhaka urban slums</i></p> <p>Sumber: <i>Social science & medicine</i>, 75(3), 511-515.</p>	Menilai faktor – faktor yang berhubungan dengan tingkat aktivitas kader kesehatan masyarakat di daerah kumuh perkotaan.	Kinerja relawan kesehatan masyarakat dan masalah insentif.	<p>Menggunakan metode campuran: desain deskriptif korelasional dan diskusi kelompok terarah. Jumlah sampel 542 kader kesehatan masyarakat wanita.</p> <p>Analisis data menggunakan regresi logistik ganda, dengan bantuan SPSS 11.5.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Faktor- faktor yang yang berhubungan dengan tingkat aktivitas kader kesehatan adalah insentif keuangan, penghasilan, prestise sosial, umpan balik positif . Untuk meningkatkan kinerja kader kesehatan masyarakat, sebaiknya menggunakan kombinasi insentif keuangan dan non keuangan

4	Strachan <i>et al.</i> (2012)	<p><i>Interventions to improve motivation and retention of Community Health Workers delivering integrated community case management (ICCM): stakeholder perceptions and priorities</i></p> <p>Sumber: <i>The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene</i>, 87(5_Suppl), 111–119.</p>	Menguji strategi untuk meningkatkan motivasi, retensi, dan kinerja CHW.	Evaluasi faktor yang memengaruhi motivasi dan retensi CHW.	Wawancara terstruktur dengan 15 <i>stakeholder</i> (akademisi dan LSM) yang berpengalaman pada disain, implementasi dan evaluasi Program CHW. Data dianalisis secara tematik untuk potensi intervensi dan praktik melalui berbagai pembacaan catatan dan mendengarkan rekaman audio.	<ul style="list-style-type: none"> • Pelatihan dan supervisi merupakan faktor yang memengaruhi retensi dan motivasi dari CHW.
5	Sulaeman (2012)	Model pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan studi pada program desa siaga di Kabupaten Karanganyar	<ul style="list-style-type: none"> • Mengkaji dan menganalisis faktor-faktor yang berhubungan dengan kemampuan 	Kemampuan masyarakat dalam mengidentifikasi dan pemecahan masalah	Menggunakan metode gabungan kuantitatif dan kualitatif (<i>mixed methods</i>) dengan	<ul style="list-style-type: none"> • Faktor-faktor yang berhubungan dengan kemampuan mengidentifikasi masalah kesehatan lokal pada program desa siaga: pendidikan,

		<p>Jawa Tengah</p> <p>Sumber: <i>Jurnal Kesehatan Masyarakat</i>, 7(4), 186-192.</p>	<p>mengidentifikasi masalah kesehatan lokal pada program Desa Siaga.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengkaji dan menganalisis faktor-faktor yang berhubungan dengan pemecahan masalah kesehatan lokal pada program Desa Siaga. • Merumuskan model pemberdayaan masyarakat pada bidang kesehatan pada program Desa Siaga. 	<p>kesehatan lokal.</p>	<p>pendekatan <i>dominant quantitative less qualitative</i>. Kuantitatif dengan survei dianalisis dengan <i>Path analysis</i>, kualitatif dengan studi kasus.</p>	<p>pengetahuan, kesadaran, kepedulian, kebiasaan, kepemimpinan, modal sosial, SMD, akses informasi kesehatan, peran petugas kesehatan, dan peran fasilitator program Desa Siaga.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faktor-faktor yang berhubungan dengan kemampuan pemecahan masalah kesehatan lokal: pendidikan, pengetahuan, kesadaran, kepemimpinan, status ekonomi, modal sosial, partisipasi masyarakat, sumberdaya lokal, MMD, peran petugas kesehatan, peran fasilitator program desa Siaga, peran pemerintah Desa, peran instansi pemerintah di tingkat kecamatan dan kabupaten, serta dukungan dana pemerintah.
--	--	--	--	-------------------------	---	--

						<ul style="list-style-type: none"> • Unsur pemberdayaan masyarakat yang direkomendasikan merupakan unsur masukan, proses, dan keluaran.
6	Gau <i>et al.</i> (2013a)	<p><i>Burden experienced by Community Health Volunteers in Taiwan: A qualitative study</i></p> <p>Sumber: <i>International Journal of Nursing Practice</i>, 19(1), 74-80.</p>	Mengeksplorasi beban yang dialami oleh relawan kesehatan masyarakat di Taiwan.	Beban kerja relawan kesehatan masyarakat dalam mendukung nutrisi dan olah raga yang cocok, pendidikan kesehatan bagi orang tua yang buta huruf, peningkatan lingkungan yang sehat dan aman, skrining kesehatan secara teratur untuk mencegah penyakit kronis.	Desain penelitian deskriptif kualitatif dan interpretatif. Menggunakan <i>purposive sampling</i> dan diskusi kelompok terarah. Data dianalisis secara induktif, dan tema yang muncul dieksplorasi. Setelah selesai, analisis kedua dengan tingkat lebih tinggi dilakukan untuk mengeksplorasi	<p>Beban relawan kesehatan di Taiwan antara lain:</p> <ul style="list-style-type: none"> • kurangnya orientasi program, • kurangnya pendidikan, • kurang dukungan dari peran mereka, • beban kerja yang berlebih karena harapan pasien terlalu besar. <p>Beban-beban tersebut menyebabkan relawan kesehatan di Taiwan tidak optimal dalam melaksanakan tugas mereka.</p>

					konsep-konsep kunci yang muncul dari data.	
7	Gau et al. (2013b)	<p><i>Burden experienced by Community Health Volunteers in Taiwan : a survey</i></p> <p>Sumber: <i>BMC Public Health</i>, 13(1), 491.</p> 	Untuk mengukur beban relawan kesehatan masyarakat di Taiwan.	Beban kerja relawan kesehatan masyarakat yang bekerja di masyarakat, Puskesmas, dan Rumah Sakit.	<p>Penelitian <i>cross sectional</i>. Alat pengumpul data: kuesioner yang terdiri atas 20 butir pernyataan dengan skala likert. Analisis data menggunakan uji regresi linear multivariabel dengan bantuan SPSS 18.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Beban kerja yang dialami relawan relatif rendah. • Perbedaan beban yang signifikan bergantung pada jumlah orang yang dilayani per minggu. • Relawan yang melayani daerah pedesaan merasakan beban lebih ringan dibandingkan dengan yang di kota. • Relawan yang kesehatannya kurang baik merasa beban lebih berat. • Semakin banyak jam kerja semakin berat beban yang ditanggung oleh relawan. • Relawan yang bekerja di RS merasakan beban lebih berat dibandingkan dengan yang di

						<p>Puskesmas atau masyarakat.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relawan berstatus Janda dan Duda merasakan beban lebih sedikit dibandingkan relawan lain.
8	Ludwick et al. (2013)	<p><i>Poor retention does not have to be the rule: retention of volunteer Community Health Workers in Uganda</i></p> <p>Sumber: <i>Health Policy and Planning</i>, 29(3), 388-395.</p>	<p>Menganalisis retensi dan motivasi relawan kesehatan yang dilatih oleh LSM bernama Healthy Child Uganda (LSM). Menilai faktor-faktor yang terkait dengan metode pemilihan dan motivasi relawan kesehatan.</p>	<p>Menyajikan tingkat retensi selama 5 tahun dan memberikan wawasan tentang motivasi relawan.</p>	<p>Survei kualitatif dan kuantitatif pada relawan terkait dengan metode pemilihan relawan dan motivasi relawan. Analisa data menggunakan analisis deskriptif.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Relawan kesehatan masyarakat rata-rata berumur 36,7 tahun, memiliki anak usia rata-rata 4,9 tahun dan anak usia SD. • Relawan bertahan selama 1 tahun: 96%, 2 tahun: 91%, 5 tahun: 86%. • 54 relawan <i>drop out</i> dengan alasan: sibuk, pindah, pekerjaan, meninggal, cerai. • Motivasi tertinggi menjadi relawan adalah meningkatkan kesehatan anak, mendapat pendidikan dan latihan, diperlukan oleh masyarakat.

						<ul style="list-style-type: none"> • Motivasi yang terakhir adalah memperoleh uang transport. • Mayoritas (87%) relawan dipilih pada saat acara pertemuan/rapat komunitas.
9	Hariastuti (2014)	<p><i>Factors effecting cadre's efficacy in improving acceptability in contraceptive service in Surabaya municipality</i></p> <p>Sumber: <i>Scientific Research Journal (SCIRJ)</i>, 2(6), 4-11.</p>	<p>Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor-faktor yang berkontribusi terhadap kemampuan kader kesehatan KB pada pasangan usia subur muda paritas rendah.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kemampuan Kader Keluarga Berencana dan faktor-faktor yang memengaruhi. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rancangan penelitian studi kuantitatif Pendekatan <i>cross sectional</i>. • Teknik sampling <i>purposive sampling</i>. • Jumlah sampel 60 orang kader kesehatan. • Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara menggunakan kuesioner terstruktur. 	<ul style="list-style-type: none"> • Durasi partisipasi kader kesehatan, dan luas area di bawah pengawasannya berpengaruh signifikan terhadap keberhasilan dalam memberdayakan akseptabilitas alat kontrasepsi dan penggunaan layanan. • Pengetahuan kader tidak secara signifikan memengaruhi sikap kader kesehatan. • Pemahaman kader kesehatan yang dikompilasi, potensi dan niat individu secara signifikan mempengaruhi

						<p>kemampuan kader kesehatan dalam mobilisasi sosial.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Variabel kebutuhan, dukungan sosial, dan peralatan tidak memiliki pengaruh terhadap kemampuan kader dalam mobilisasi sosial.
10	Barogui et al. (2014)	<p><i>Contribution of the Community Health Volunteers in the control of Buruli Ulcer in Be'nin</i></p> <p>Sumber: <i>PLoS Neglected Tropical Diseases</i>, 8(10), e3200.</p>	Mengetahui kontribusi relawan kesehatan masyarakat dalam mengendalikan ulkus buruli	Deteksi dini ulkus buruli oleh kader kesehatan	Studi observasional, dengan pendekatan retrospektif. Data dianalisis dengan regresi logistik.	<ul style="list-style-type: none"> • Sekitar seperempat dari pasien (26,5%) dirujuk ke rumah sakit oleh relawan kesehatan masyarakat. • Pasien yang dirujuk oleh relawan kesehatan masyarakat tidak lebih rendah dibandingkan dengan pasien yang dirujuk oleh sistem lain. • Relawan kesehatan masyarakat mempunyai peran penting dalam pengendalian ulkus buruli di Be'nin
11	Alam dan Oliveras (2014)	<i>Retention of female volunteer Community Health</i>	Untuk lebih memahami faktor-faktor yang	Ketahanan relawan kesehatan	Studi kasus-kontrol dengan pendekatan	<ul style="list-style-type: none"> • Faktor-faktor yang mempengaruhi retensi kader kesehatan

		<p><i>Workers in Dhaka urban slums: A prospective cohort study</i></p> <p>Sumber: <i>Human Resources for Health</i>, 12(1), 29.</p>	<p>berhubungan dengan retensi kader kesehatan masyarakat relawan setelah proyek tersebut berjalan dengan baik.</p>	<p>masyarakat.</p>	<p>kohort retrospektif Sampel diambil secara acak, jumlah sampel 542 kader kesehatan masyarakat. Analisis statistik menggunakan <i>generalized linear model regression</i> dengan <i>log link</i>.</p>	<p>kesehatan masyarakat dapat berubah dari waktu ke waktu, dengan beberapa faktor yang penting pada awal tahun menjadi kurang penting saat proyek sudah berjalan dengan baik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Program kesehatan masyarakat yang beroperasi di daerah perkotaan yang kumuh harus mempertimbangkan faktor-faktor yang berubah selama program itu berlangsung demi mempertahankan retensi relawan kesehatan masyarakat.
12	Kok et al. (2014)	<p><i>Which intervention design factors influence performance of community health workers in low- and middle-income countries? A</i></p>	<p>Mengetahui desain intervensi yang terkait dengan faktor-faktor yang memengaruhi kinerja kader kesehatan masyarakat di 24</p>	<p>Pengembangan intervensi terhadap kader kesehatan untuk meningkatkan kinerja kader kesehatan.</p>	<p>Mengulas penelitian-penelitian yang telah dilakukan sebelumnya secara sistematis, menggunakan</p>	<p>Kinerja yang baik dari CHW terkait dengan desain intervensi yang melibatkan campuran dari insentif, supervisi yang sering, pelatihan yang kontinu, keterlibatan masyarakat dan koordinasi</p>

		<i>systematic review</i> Sumber: <i>Health Policy and Planning</i> , 30(9), 1207-1227.	negara dengan penghasilan menengah dan rendah.		metode kuantitatif dan kualitatif.	yang kuat antara CHW dan ahli kesehatan, mengarah ke meningkatnya kredibilitas CHW.
13	Gaziano <i>et al.</i> (2015)	<i>An assessment of community health workers' ability to screen for cardiovascular disease risk with a simple, non-invasive risk assessment instrument in Bangladesh, Guatemala, Mexico, and South Africa</i> <i>The Lancet Global Health</i> , 3(9), e556–e563.	Untuk mengetahui apakah petugas kesehatan masyarakat mampu melakukan pemeriksaan berbasis komunitas untuk memprediksi risiko penyakit kardiovaskular	Pelatihan petugas kesehatan masyarakat dan kemampuan dalam melakukan skrining penyakit cardiovasculer	Penelitian kuantitatif, dengan metode studi observasi.	<i>Community health worker</i> (CHW), meskipun belum pernah mendapatkan pendidikan dan pelatihan formal dan profesional sebelumnya, setelah dilatih, dapat melakukan skrining dan mengidentifikasi orang-orang dengan risiko penyakit kardiovaskular. Hal tersebut ditunjukkan oleh rata-rata level persetujuan antara dua set skor risiko (antara CHW dan ahli kesehatan) yang mencapai 96,8%.
14	Kambarami <i>et al.</i> (2016)	<i>Factors associated with community health worker</i>	<ul style="list-style-type: none"> Meneliti demografi dari kader kesehatan 	Kinerja kader kesehatan masyarakat	Penelitian Kuantitatif dengan metode	1. Kader kesehatan masyarakat yang merujuk wanita hamil

		<p><i>performance differ by task in a multi-tasked setting in rural Zimbabwe</i></p> <p>Sumber:</p> <p><i>Global Health: Science and Practice</i>, 4(2), 238-250.</p>	<p>masyarakat dan faktor karakteristik kerja yang terkait dengan kinerja dari dua tugas yang berbeda yang dilakukan oleh kader kesehatan masyarakat di program SHINE (pemantauan identifikasi dini kehamilan dan memberikan pelajaran perubahan perilaku pada wanita hamil hingga anak yang lahir berusia 18 bulan) di daerah pedesaan. Zimbabwe</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meneliti apakah faktor-faktor 	<p>dalam identifikasi dini dan pelayanan kesehatan ibu hamil.</p>	<p>survei. Metode analisa menggunakan regresi berganda dan poisson.</p>	<p>lebih banyak, berjenis kelamin perempuan, belum menikah, berusia di bawah 40 tahun, berasal dari rumah tangga yang besar dan memiliki masa jabatan lama. Kader kesehatan masyarakat ini merasa sumber daya kerja yang didapatkan memadai dan mendapat umpan balik positif dari masyarakat dan <i>supervisor</i> namun mereka merasa tidak puas dengan remunerasi.</p> <p>2. Kader kesehatan masyarakat yang mendapatkan skor lebih tinggi dalam penyampaian pelajaran perubahan perilaku berasal dari rumah tangga yang</p>
--	--	---	--	---	---	--

			tersebut bervariasi sesuai dengan tugas tertentu.			kecil, mendapat lebih banyak supervisi suportif tetapi lebih sedikit supervisi operasional.
15	Singh et al. (2016)	<i>Motivation of community health volunteers in rural Uganda: the interconnectedness of knowledge, relationship and action</i> Sumber: <i>Public Health</i> , 136, 166-171.	<ul style="list-style-type: none"> • Untuk mengetahui apakah tenaga kesehatan masyarakat dapat bekerjasama dengan kader kesehatan. • Untuk mengetahui motivasi kader kesehatan untuk tetap aktif. 	Menganalisis peran dan harapan kader kesehatan	Metode penelitian kualitatif. Sampel dipilih dari 8 desa masing-masing desa 6 -12 kader kesehatan. Besar sampel sebanyak 81 kader kesehatan. Analisis data kualitatif menggunakan analisis konten tematis.	<ul style="list-style-type: none"> • Kader kesehatan dapat dipertahankan dan dimotivasi oleh faktor-faktor selain upah. • Memperoleh dan berbagi pengalaman dengan anggota masyarakat, membangun hubungan antar kader kesehatan dan masyarakat memiliki nilai yang lebih tinggi dari pada sekedar diangkat menjadi pegawai atau memperoleh uang transport.
16	Haver et al. (2015)	<i>Experiences engaging Community Health Workers to provide maternal and newborn health</i>	Menerangkan kesamaan, pelajaran yang dipetik, dan faktor yang berkontribusi pada strategi	Meninjau faktor-faktor yang mendukung keberhasilan tugas kader	Studi kasus Implementasi program kader kesehatan masyarakat di empat negara	Dari keempat kasus yang dipelajari, dapat diidentifikasi faktor-faktor sistem kesehatan dan komponen komunitas yang mendukung kesuksesan

		<p><i>services: implementation of four programs</i></p> <p>Sumber: <i>International Journal of Gynecology and Obstetrics</i>, 130(S2), S32–S39.</p>	<p>implementasi program kader kesehatan masyarakat beberapa negara (Rwanda, Afghanistan, Nigeria dan Nepal).</p>	<p>kesehatan masyarakat untuk menjangkau populasi yang kurang terlayani.</p>	<p>yang berbeda (Rwanda, Afghanistan, Nigeria dan Nepal).</p>	<p>program kader kesehatan masyarakat.</p> <p>Sistem Kesehatan: pengalihan tugas, pelatihan, supervisi, <i>platform for scale</i>, dukungan pemerintah</p> <p>Komunitas: tugas yang diinginkan, seleksi, akuntabilitas, motivasi.</p>
--	--	---	--	--	---	---



Berdasarkan hasil penelusuran terhadap hasil penelitian terdahulu sebagaimana telah tertuang dalam tabel di atas, dapat diambil kesimpulan beberapa hal sebagai berikut:

1. Perbedaan :

Perbedaan penelitian ini terletak pada aspek pemberdayaan masyarakat dalam permodelan promosi kesehatan yang ditawarkan. Pemberdayaan masyarakat dalam penelitian ini adalah pemberdayaan kader kesehatan dalam program KIA, khususnya dalam deteksi dini dan pengelolaan faktor risiko kehamilan, hal inilah yang belum pernah dilakukan oleh peneliti sebelumnya. Sementara, beberapa penelitian sebelumnya meneliti peran kader kesehatan dalam pengendalian penyakit, berbagai faktor yang memengaruhi kinerja kader kesehatan, retensi kader kesehatan, motivasi dan pengalaman kader kesehatan serta peran kader kesehatan. Penelitian ini menggabungkan beberapa tujuan penelitian sebelumnya, pengambilan sampel menggunakan teknik berbeda yaitu *multi stage cluster random sampling*. Analisis data penelitian sebelumnya sebagian besar tidak menggunakan *path analysis*, hanya ada satu penelitian yang menggunakan *path analysis*. Dari aspek instrumen juga pasti berbeda dalam *content*-nya. Di Indonesia, tugas utama kader kesehatan adalah mengelola Posyandu dengan 5 program pokok Posyandu, yaitu KIA, KB, gizi, imunisasi dan penanggulangan diare, dan program pengembangan lainnya, misalnya posyandu usia lanjut, sementara kader kesehatan di berbagai negara berkembang lainnya menyesuaikan dengan program dari negara tersebut, misalnya program pengendalian penyakit kronis, kesehatan mental dan lain sebagainya.

2. Orisionalitas dan kebaruan penelitian meliputi: tujuan, lingkup variabel, metode dan hasil penelitian.

a. Tujuan

Penelitian ini memadukan atau mengintegrasikan beberapa tujuan penelitian sebelumnya dengan menambah determinan kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini dan pengelolaan faktor risiko kehamilan. Selanjutnya, secara khusus merancang model pemberdayaan kader kesehatan dalam deteksi dini dan pengelolaan faktor risiko kehamilan berdasarkan analisis data hasil penelitian.

b. Lingkup variabel

Lingkup variabel: penelitian ini memiliki dua variabel dependen (variabel indogen) yaitu, kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan dan kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan. Variabel independen (variabel eksogen) atau variabel yang memengaruhi kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan meliputi: usia, sikap, pengalaman, motivasi, kompensasi, beban kerja, pendidikan dan pelatihan, supervisi, persepsi tentang keseriusan dan persepsi tentang manfaat.

Variabel eksogen atau variabel yang memengaruhi kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan meliputi: usia, sikap, pengalaman, motivasi, kompensasi, supervisi, kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan.

c. Metode penelitian

Dari hasil sintesis, dalam pengambilan sampel, peneliti sebelumnya tidak ada yang menggunakan *multistage cluster random sampling*, sementara untuk analisis data peneliti sebelumnya sebagian besar tidak menggunakan *path analysis*, hanya ada satu penelitian yang menggunakan *path analysis*. Penelitian ini terdiri dari 12 variabel terukur penelitian sebelumnya sebagian besar tidak lebih dari 10 variabel, sehingga dari aspek instrumenpun pasti berbeda. Sebagai unit analisis adalah kader kesehatan di Posyandu.

d. Hasil penelitian

Penelitian ini menemukan empat masalah yaitu kompensasi, pendidikan dan pelatihan, supervisi, dan kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan yang masih dalam kategori kurang baik dan tidak baik. Oleh karena itu perlu merumuskan model pemberdayaan kader kesehatan dalam deteksi dini dan pengelolaan faktor risiko kehamilan. Adapun rumusan model yang direkomendasikan adalah:

Kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan secara langsung dipengaruhi oleh sikap, pengalaman, motivasi, kompensasi, beban kerja, pendidikan dan pelatihan, supervisi, persepsi tentang keseriusan dan

persepsi tentang manfaat, secara tidak langsung dipengaruhi oleh usia melalui pengalaman dan supervisi, juga motivasi dan pengalaman melalui kompensasi.

Kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan secara langsung dipengaruhi oleh sikap, pengalaman, motivasi, kompensasi, supervisi dan kemampuan deteksi dini, sementara secara tidak langsung dipengaruhi oleh usia melalui pengalaman dan supervisi, juga motivasi dan pengalaman melalui kompensasi.

Model pemberdayaan kader dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan yang baik, dapat dirumuskan dengan mempertahankan dan meningkatkan usia, sikap, pengalaman, motivasi, beban kerja, persepsi keseriusan dan persepsi manfaat. Demikian juga model pemberdayaan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan dapat dirumuskan dengan mempertahankan dan meningkatkan usia, sikap, pengalaman, motivasi, dan kemampuan kader kesehatan dalam deteksi dini faktor risiko kehamilan. Hal penting yang harus diutamakan yaitu memperbaiki dan meningkatkan kompensasi, pendidikan dan pelatihan, supervisi, dan serta kemampuan kader kesehatan dalam pengelolaan faktor risiko kehamilan.

Aplikasi model ini secara khusus dapat meningkatkan kemampuan kader kesehatan dalam mendukung upaya peningkatan kesehatan ibu, khususnya dalam melakukan deteksi dini dan mengelola faktor risiko kehamilan. Secara umum model ini dapat digunakan untuk meningkatkan sinergitas semua potensi bangsa, baik masyarakat, swasta dan pemerintah, sehingga lebih berhasilguna dan berdayaguna serta terwujud tingkat kesehatan ibu yang setinggi-tingginya.