

Hari/Tanggal : Jumat/25 Februari 2022

Pukul : 09.00-10.30 Wib

Tempat : Kota Jambi

PROPOSAL TESIS

PEMBERDAYAAN KADER POSYANDU DALAM DETEKSI DINI STUNTING PADA ANAK BADUTA (BAWAH USIA DUA TAHUN) DI KECAMATAN MESTONG



OLEH :

NAMA : ATIK WULANDARI

NIM : 10012682125030

**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT (S2)
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS SRIWIJAYA
2022**

PROPOSAL TESIS

PEMBERDAYAAN KADER POSYANDU DALAM DETEKSI DINI STUNTING PADA ANAK BADUTA (BAWAH USIA DUA TAHUN) DI KECAMATAN MESTONG

Diajukan untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Memperoleh Gelar (S2)
Magister Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Sriwijaya



OLEH :

NAMA : ATIK WULANDARI
NIM : 10012682125030

**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT (S2)
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS SRIWIJAYA
2022**

HALAMAN PENGESAHAN

PEMBERDAYAAN KADER POSYANDU DALAM DETEKSI DINI STUNTING PADA ANAK BADUTA (BAWAH USIA DUA TAHUN) DI KECAMATAN MESTONG

PROPOSAL TESIS

Diajukan Sebagai Syarat untuk Mendapatkan Gelar
Magister Kesehatan Masyarakat (M.K.M)

Oleh :

**ATIK WULANDARI
10012682125030**

Palembang, Februari 2022

Pembimbing I

Pembimbing II

**Dr. Rostika Flora, S.Kep., M.Kes
NIP. 19710927 199403 2 004**

**Dr. Nur Alam Fajar, M.Kes, AIFO
NIP.19690124 199303 1 003**

**Mengetahui,
Koordinator Program Studi Magister (S2)
Ilmu Kesehatan Masyarakat**

**Dr. Rostika Flora, S.Kep., M.Kes
NIP. 19710927 199403 2 004**

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya tulis ilmiah berupa Proposal Tesis dengan judul “**Pemberdayaan Kader Posyandu Dalam Deteksi Dini Stunting Pada Anak Baduta (Bawah Usia Dua Tahun) Di Kecamatan Mestong**” telah dipertahankan di hadapan Tim Penguji Seminar Proposal Tesis Program Studi Magister (S2) Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sriwijaya pada tanggal. 25 Februari 2022 dan dinyatakan sah untuk melakukan penelitian lebih lanjut.

Palembang, Februari 2022

Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah berupa Proposal Tesis

Ketua :

1. (Dr. Rostika Flora, S.Kep., M.Kes.) ()
NIP. 19710927 199403 2 004

Anggota :

2. (Dr. Nur Alam Fajar, S.Sos., M.Kes., AIFO.) ()
NIP. 19690124 199303 1 003

3. (Prof. Dr. Yuanita Windusari, S.Si., M.Si.) ()
NIP. 19690914 199803 2 002

4. (Dr. Novrikasari, S.K.M., M.Kes.) ()
NIP. 19781121 200112 2 002

5. (Dr. dr. Rizma Adlia Syakurah, MARS.) ()
NIP. 19860130 201903 2 013

Mengetahui
Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat

**Koordinator Program Studi
S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat**

Dr. Misnaniarti, S.K.M., M.K.M.
NIP. 197606092002122001

Dr. Rostika Flora, S.Kep., M.Kes.
NIP. 19710927 199403 2 004

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah rabbi'l'aalamiin, rasa syukur yang tidak terkira penulis panjatkan kehadirat Allah Subhanahu Wata'ala, karena berkat rahmat dan hidayahNya lah penulis dapat menyelesaikan penyusunan proposal tesis ini dengan judul “Pemberdayaan Kader Posyandu Dalam Deteksi Dini Stunting Pada Anak Baduta (Bawah Usia Dua Tahun) Di Kecamatan Mestong”. Proposal tesis ini merupakan salah satu syarat akademik dalam menyelesaikan program Magister pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Bidang Kajian Utama Promosi Kesehatan di Program Pascasarjana Universitas Sriwijaya, Palembang. Atas dukungan dari berbagai pihak proses penyusunan proposal tesis ini dapat berjalan dengan baik. Untuk itu, dengan penuh rasa hormat dan penghargaan yang tulus dan tak terhingga kepada:

1. Bapak Prof. Dr. H. Anis Saggaff, MSCE, selaku Rektor Universitas Sriwijaya
2. Ibu Dr. Misnaniarti, M.Kes, selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat sekaligus sebagai penguji yang telah memberikan masukan sehingga tesis ini menjadi lebih baik
3. Ibu Dr. Rostika Flora, S.Kep, M.Kes, selaku Koordinator Program Studi S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat dan Pembimbing 1 yang telah membimbing, memotivasi dan memberikan masukan serta arahan terkait penulisan proposal tesis ini. Penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya.
4. Bapak Dr. Nur Alam Fajar, M.Kes, AIFO, selaku pembimbing II yang telah memberikan masukan terkait metode penelitian dan analisis data
5. Ibu Prof. Dr. Yuanita Windusari, S.Si., M.Si, Ibu Dr. Novrikasari, S.K.M., M.Kes dan Ibu Dr. dr. Rizma Adlia Syakurah, MARS selaku penguji yang banyak memberikan masukan, bimbingan, arahan dan koreksi proposal tesis ini.

6. Dosen saya di BKU Promosi Kesehatan yang telah memberikan ilmunya kepada saya
7. Ibu Fitria Khalyla dari program Studi S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat yang telah membantu proses administrasi selama pendidikan pada program Pasca Sarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat
8. Kedua orang tua saya yang telah mensupport dan tak henti-hentinya berdoa atas kelancaran saya dalam menyelesaikan pendidikan ini
9. Suami dan anak-anakku tercinta yang dengan kesabarannya, pengertian, dukungan dan semangat kepada bunda, sehingga ikhlas untuk selalu ditinggal.
10. Teman-teman Program Studi Magister (S2) IKM UNSRI angkatan 2021 yang telah memberikan bantuan kepada saya selama studi

Penulis menyadari bahwa proposal tesis ini jauh dari kesempurnaan, untuk itu penulis mengharapkan masukan dan saran bagi kesempurnaan tesis ini. Penulis berharap kiranya proposal tesis ini dapat memberikan manfaat bagi penulis sendiri maupun pihak lain. Semoga Allah Subhanahu Wata'ala senantiasa melimpahkan rahmat dan berkahNya kepada kita semua. Aamiin Ya Robbal Alamin.

Jambi, Februari 2022

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN PENGESAHAN	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI.....	iii
DAFTAR TABEL.....	v
DAFTAR GAMBAR	vi
DAFTAR LAMPIRAN.....	vii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Rumusan Masalah.....	7
1.3. Tujuan Penelitian	7
1.4. Manfaat Penelitian	8
1.4.1. Manfaat teoritis akademis	8
1.4.2. Manfaat Praktis	8
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	9
2.1. Pemberdayaan Masyarakat.....	9
2.1.1 Pengertian	9
2.1.2 Prinsip Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan.....	12
2.1.3 Strategi Pemberdayaan Masyarakat	14
2.2. Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu).....	14
2.2.1. Pengertian Posyandu	14
2.2.2. Tujuan Posyandu.....	16
2.2.3. Sasaran Posyandu.....	16
2.2.4. Kegiatan Pelayanan di Posyandu	16
2.2.5 Manfaat Posyandu.....	17
2.3 Kader.....	18
2.3.1. Pengertian Kader Posyandu	18
2.3.2. Peran Kader Posyandu	18

2.4	Pengukuran Antropometri	22
2.4.1.	Pengertian Antropometri.....	22
2.4.2.	Standar Antropometri.....	23
2.4.3.	Penimbangan dan pengukuran bayi/balita	25
2.5	Stunting	31
2.5.3.	Dampak Stunting	33
2.6.	Kerangka Teori	33
2.8.	Kerangka Pikir	34
BAB 3	METODE PENELITIAN	36
3.1	Desain Penelitian	36
3.2	Waktu dan Lokasi Penelitian	36
3.3	Informan Penelitian.....	36
3.4	Defenisi Istilah	38
3.5	Jenis Dan Sumber Data	39
3.6	Instrumen Penelitian	39
3.7	Cara Mengumpulkan Data	39
3.8	Pemeriksaan Keabsahan Data (Validasi Data)	40
3.9	Analisis Data	41
3.10	<i>Ethical Clearance</i>	43
3.11	Alur Penelitian	44

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1. Ukuran Dan Indeks Antropometrik Yang Sering Digunakan Pada Anak Di Bawah Lima Tahun.....	24
Tabel 3.1 Informan Penelitian & Pengumpulan Data.....	36
Tabel 3.2 Defenisi Istilah.....	38

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Cara Mengukur Panjang Badan Anak.....	29
Gambar 2. 2 Cara Mengukur Tinggi Badan.....	30
Gambar 2. 3 Kerangka Teori.....	33
Gambar 2. 4 Kerangka Pikir	34
Gambar 3. 1 Alur Penelitian	45

DAFTAR LAMPIRAN

1. Lembar Persetujuan untuk Ikut Serta Dalam Penelitian (*Informed Consent*)
2. Pendoman Wawancara Mendalam dengan Kepala Puskesmas di Kecamatan Mestong.
3. Pendoman Wawancara Mendalam dengan Petugas Gizi Puskesmas di Kabupaten Muaro Jambi Pendoman Wawancara Mendalam dengan Petugas Promkes Puskesmas di Kecamatan Mestong.
4. Pendoman FGD dengan Kader Posyandu dan Ibu yang memiliki anak baduta di Kecamatan Mestong.
5. Panduan Telaah Dokumen
6. Panduan Observasi

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Pemberdayaan masyarakat merupakan semua usaha fasilitasi yang bersifat non instruktif, untuk meningkatkan pengetahuan dan kemampuan masyarakat, agar mampu mengidentifikasi masalah yang dihadapi, potensi yang dimiliki, merencanakan dan melaksanakan solusi untuk intervensi masalah dengan memanfaatkan potensi yang ada. Pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan merupakan proses pemberian informasi kepada individu, keluarga atau kelompok (klien) secara terus menerus dan berkesinambungan mengikuti perkembangan klien, serta proses membantu klien, agar klien tersebut berubah dari tidak tahu menjadi tahu atau sadar (aspek pengetahuan atau *knowledge*), dari tahu menjadi mau (aspek sikap atau *attitude*), dan dari mau menjadi mampu melaksanakan perilaku yang diperkenalkan (aspek tindakan atau *practice*). Pelayanan kesehatan dasar di Posyandu adalah pelayanan kesehatan yang mencakup sekurang-kurangnya 5 (lima) kegiatan, yakni Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), Keluarga Berencana (KB), imunisasi, gizi, dan penanggulangan diare (Kemenkes RI, 2011).

Tempat pemberdayaan masyarakat yang dibentuk dengan tujuan memenuhi kebutuhan masyarakat, dilaksanakan oleh, dari, untuk dan bersama masyarakat, dengan bimbingan dari petugas Puskesmas, lintas sektor dan lembaga terkait lainnya dikenal dengan Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM). Salah satu bentuk UKBM adalah Posyandu (Pos Pelayanan Terpadu), Posyandu digunakan untuk memberdayakan dan memberikan kemudahan kepada masyarakat guna mendapat pelayanan kesehatan bagi ibu, bayi dan anak balita. Posyandu sangat dibutuhkan keberadaannya dalam melaksanakan usaha promotif dan preventif untuk masyarakat, hal yang paling utama dalam upaya peningkatan status gizi masyarakat serta upaya kesehatan ibu dan anak. Upaya pengembangan kualitas sumberdaya manusia dengan mengoptimalkan potensi tumbuh kembang anak bisa dilakukan secara merata, jika sistem pelayanan kesehatan yang bersumber masyarakat seperti Posyandu dapat dilakukan secara efektif dan efisien

dan dapat menjangkau semua sasaran yang membutuhkan layanan kesehatan anak, ibu hamil, ibu menyusui dan ibu nifas (Kemenkes RI, 2011).

Dalam pelaksanaannya Posyandu membutuhkan kader yang berasal dari masyarakat yang bersedia, mampu dan memiliki waktu untuk menyelenggarakan kegiatan Posyandu secara sukarela (Kemenkes RI, 2011). Peranan kader dalam masalah gizi adalah melaksanakan pendataan balita, melaksanakan pengukuran dan penimbangan lalu pencatatan di Kartu Menuju Sehat (KMS), memberikan Makanan Pendamping ASI (MP-ASI), membagikan vitamin A, melaksanakan penyebaran informasi tentang gizi dan juga kunjungan ke rumah ibu yang menyusui dan ibu yang memiliki balita. Kader diharapkan berperan aktif dan mampu mendorong, memotivasi serta penyuluh masyarakat. Kader diharapkan mampu membantu dan menjadi perantara antara petugas kesehatan dengan masyarakat, serta membantu masyarakat mengetahui dan menyelesaikan kebutuhan dan permasalahan kesehatan dalam lingkungan mereka. Kader juga diharapkan bisa menyampaikan informasi kepada petugas kesehatan tentang masalah kesehatan yang ada sehingga bisa cepat diatasi, kader bisa membantu petugas kesehatan di Puskesmas supaya mengetahui dan merespons kebutuhan masyarakat. Kader dapat membantu mobilisasi sumber daya masyarakat, mengadvokasi masyarakat serta membangun kemampuan lokal (Iswarawanti, 2010).

Kader juga berperan dalam pemantauan status gizi balita. Status gizi balita perlu dipantau secara periodik agar dapat dideteksi sedini mungkin kasus gizi kurang, gizi lebih maupun stunting. Adanya pemantauan ini diperlukan untuk melakukan tindak lanjut yang diperlukan terkait data penilaian status gizi. Oleh karena itu data penilaian status gizi harus valid, diperlukan keterampilan kader dalam membantu memantau status gizi balita. Ada trik-trik tertentu yang harus dikuasai oleh si pengukur yang bisa didapatkan setelah latihan ataupun melakukan pengukuran berkali-kali. Selain itu, aturan yang harus diingat adalah bahwa untuk anak usia 0 — 23 bulan harus diukur panjang badannya dalam posisi berbaring. Bila anak tersebut diukur dengan posisi berdiri, maka angka hasil yang didapat harus ditambahkan 0,7 cm (angka koreksi berdasarkan ketentuan WHO 2005)

sedangkan bila anak berusia diatas 23 bulan (24 bulan keatas) sebaiknya diukur tinggi badannya dalam posisi berdiri. Tetapi bila anak tersebut diukur tinggi badannya dalam posisi berbaring, maka angka hasilnya harus dikurangi 0,7 cm. Untuk itu diperlukan pengetahuan dan keterampilan untuk menetapkan status gizi dengan tepat (Fuada et al., 2014).

Menurut WHO (2008) selama ini pengukuran tinggi atau panjang badan belum dilakukan secara rutin di Posyandu atau Puskesmas, sedangkan variabel tinggi termasuk menentukan betapa pentingnya penilaian terhadap balita pendek dan terjadinya kejadian penyakit tertentu. Pertimbangan petugas belum mampu melakukan pengukuran tinggi atau panjang badan nampaknya tidak dapat dijadikan alasan. Kesalahan dalam pengukuran dan perencanaan pengukuran pertumbuhan balita adalah masalah umum yang sering terjadi. Akan tetapi pengukuran panjang atau tinggi badan harus tetap memenuhi standar antropometri. Untuk itu pelatihan pengukuran status gizi bagi kader sangat diperlukan.

Menurut penelitian Handarsari et.al (2015) dalam Agustina, dkk (2020), keaktifan kader dalam pelaksanaan Posyandu bisa meningkatkan pengetahuan dan keterampilan karena dengan selalu hadir dalam kegiatan, kader bisa memperoleh tambahan pengetahuan dan keterampilan dari tenaga kesehatan ataupun dari kader yang lain. Ketelitian, pengetahuan dan keterampilan kader posyandu dalam melakukan pengukuran antropometri sangatlah penting, karena hal ini menyangkut dengan pertumbuhan balita. Keterampilan kader yang kurang dapat menyebabkan interpretasi status gizi yang salah dan dapat berakibat pula pada kesalahan dalam mengambil keputusan dan penanganan masalah tersebut. Dengan demikian, kemampuan kader harus dikembangkan untuk berpotensi secara maksimal, dengan bekal pengetahuan dan keterampilan yang disesuaikan dengan tugas yang diemban, dalam mengelola posyandu agar dapat berperan aktif dalam meningkatkan kesehatan masyarakat.

Selain itu menurut Profita (2018) dalam Agustina, dkk (2020) Kader yang aktif dalam kegiatan Posyandu adalah kader yang memiliki pengetahuan tentang Posyandu yang baik dan memiliki motivasi yang tinggi serta mendapat banyak

dukungan untuk proses penyelenggaraan posyandu. Pengetahuan sangat penting dalam memberikan pengaruh terhadap sikap dan tingkah laku kader terhadap pelayanan Posyandu. Menurut Nurainun, dkk (2012) dalam Rahayu (2017) Posyandu mempunyai peran penting sebagai salah satu kegiatan sosial bagi ibu-ibu untuk memantau tumbuh kembang anak. Pemantauan pertumbuhan anak melalui penimbangan balita yang dilakukan secara berkala pada setiap bulannya akan dicatat pada sistem Kartu Menuju Sehat (KMS). Hambatan kemajuan pertumbuhan berat badan anak dapat segera terlihat pada kurva pertumbuhan hasil pengukuran periodik yang tertera dan dicatat pada KMS tersebut. Naik turunnya jumlah anak balita yang mengalami hambatan pertumbuhan dapat segera terlihat dalam jangka waktu pendek (bulan) dan dapat segera diteliti lebih jauh penyebabnya, dan secepat mungkin dapat dibuat rancangan untuk diambil tindakan penanggulangan.

Salah satu hambatan pertumbuhan pada balita adalah malnutrisi. Malnutrisi menjadi pemasalahan kesehatan di Indonesia yang belum dapat ditangani dengan baik oleh pemerintah. Berdasarkan data Riskesdas (2018b) diketahui bahwa di Indonesia terjadi peningkatan prevalensi *stunting severe* (sangat pendek) yaitu 19,3%, dibandingkan tahun 2013 sebesar 19,2% dan tahun 2007 sebesar 18%. Dapat diperhatikan secara keseluruhan prevalensi *stunting* baik yang *mild* maupun *severe* (pendek dan sangat pendek) yaitu 30,8%. Data ini memperlihatkan masih banyak balita di Indonesia yang menderita malnutrisi kronis dan usaha pemerintah melalui program-program yang telah dilaksanakan selama bertahun-tahun belum dapat menyelesaikan masalah *stunting*. Artinya, sebanyak 7 juta balita di Indonesia saat ini yang merupakan generasi bangsa terancam kurang memiliki daya saing di masa depan. Pencegahan *stunting* sangat dibutuhkan untuk memastikan generasi muda Indonesia memiliki masa depan yang cerah (Kemenkes RI, 2018b).

Stunting atau kerdil dan dapat juga disebut pendek merupakan keadaan gagal tumbuh pada anak yang berumur dibawah lima tahun atau balita disebabkan oleh kekurangan gizi kronis dan infeksi berulang terutama saat periode 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) adalah mulai saat menjadi janin hingga anak berumur

23 bulan. Anak termasuk stunting jika panjang badan atau disebut tinggi badannya berada dibawah -2 SD panjang badan atau tinggi badan anak seusianya (Kementerian Koordinator Bidang Pembangunan Manusia & Kebudayaan, 2018). Anak tergolong stunting apabila panjang atau tinggi badan menurut umurnya lebih rendah dari standar nasional yang terdapat pada buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) dan beberapa dokumen lainnya (Sekretariat Percepatan Pencegahan Stunting, 2019).

Dampak buruk yang dapat ditimbulkan oleh stunting, dalam jangka pendek adalah terganggunya perkembangan otak, kecerdasan, gangguan pertumbuhan fisik, dan gangguan metabolisme dalam tubuh. Sedangkan, dalam jangka panjang akibat buruk yang dapat ditimbulkan adalah menurunnya kemampuan kognitif dan prestasi belajar, menurunnya kekebalan tubuh sehingga mudah sakit, dan resiko tinggi untuk munculnya penyakit degeneratif seperti diabetes, kegemukan, penyakit jantung dan pembuluh darah, dan lain-lainnya (Kemenkes RI, 2019). Selain menghambat tumbuh kembang anak dan rentan terhadap penyakit, stunting juga mempengaruhi perkembangan otak yang membuat tingkat kecerdasan anak tidak maksimal. Hal ini berisiko mengurangi produktivitas pada saat dewasa. Stunting dan masalah gizi lainnya diperkirakan berkontribusi pada hilangnya 2-3% Produk Domestik Bruto (PDB) setiap tahunnya (Sekretariat Percepatan Pencegahan Stunting, 2019).

Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Provinsi Jambi (2019) diketahui bahwa stunting juga menjadi masalah prioritas di Provinsi Jambi. Walaupun proporsi stunting dapat ditekan dari 37,8% di tahun 2013 menjadi 30,1% di tahun 2018 akan tetapi prevalensi tersebut masih di atas ketentuan WHO yaitu 20%.

Prevalensi balita stunting tertinggi berdasarkan hasil studi kasus gizi Indonesia (SSGI) Kabupaten/Kota Tahun 2021 berada di Kabupaten Muaro Jambi, yaitu sebesar 27,2% (1.434 orang). Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Muaro Jambi tahun 2021 kejadian stunting pada anak Baduta usia 0 – 23 bulan sebesar 45% (642 orang) dan pada anak usia 24 - 59 bulan sebesar 55% (792 orang). Data stunting yang di peroleh Kabupaten berasal dari input EPPBGM dari petugas kesehatan. Dalam kegiatan pengukuran petugas kesehatan mendapat

bantuan dari kader pada saat kegiatan dilakukan di Posyandu. Kabupaten Muaro Jambi memiliki 22 Puskesmas dengan jumlah Posyandu sebanyak 391 Posyandu yang memiliki strata 13 Posyandu Pratama, 107 Posyandu Madya, 222 Posyandu Purnama dan 49 Posyandu Mandiri (Dinas Kesehatan Kabupaten Muaro Jambi, 2022).

Indonesia belum selesai menghadapi permasalahan stunting, saat ini Indonesia dihadapkan dengan pandemi Covid-19 sejak bulan Maret 2020. Program percepatan penurunan stunting disesuaikan dengan kondisi pandemi saat ini. Semua elemen mengalami perubahan dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, yakni dengan menggunakan protokol kesehatan yang benar. Begitu pula dengan program percepatan penurunan stunting juga tetap dilakukan meskipun saat ini sedang terjadi pandemi. Pandemi mengakibatkan pelayanan kesehatan Balita di Posyandu sempat terhenti sebagian bahkan secara keseluruhan. Sementara tenaga kesehatan selama Pandemi Covid-19 memiliki beban ganda karena selain harus tetap melaksanakan Standar Pelayanan Minimal dengan protokol kesehatan yang ada juga melakukan penanggulangan Covid 19 serta kegiatan vaksinasi sehingga peran kader sangat dibutuhkan untuk tetap melaksanakan pemantauan status gizi balita terutama deteksi dini stunting. Pelaksanaan Posyandu Balita telah diizinkan untuk dilaksanakan kembali dengan melaksanakan protokol kesehatan yang ketat sejak Maret 2021. Upaya penurunan stunting dapat dilakukan melalui posyandu. Posyandu menjadi garda depan pelayanan kesehatan terutama deteksi dini stunting agar angka stunting tidak meningkat sehingga peran kader menjadi sangat penting dalam melaksanakan pengukuran antropometri yang tepat.

Berdasarkan survei awal yang dilakukan peneliti melalui wawancara dengan Kepala Seksi Kesehatan Keluarga Dinkes Muaro Jambi pada tanggal 18 Oktober 2021 diketahui bahwa pelaksanaan pemberdayaan kader Posyandu sudah dilakukan agar kader memiliki kemampuan untuk melaksanakan pengukuran antropometri terutama pengukuran berat badan dan panjang/tinggi badan. Dalam pelaksanaan pengukuran panjang atau tinggi badan bayi/balita dilakukan disetiap bulan penimbangan yaitu bulan Februari dan Agustus. Namun masih terjadi

perbedaan angka kejadian stunting antara kader dan petugas gizi Puskesmas. Oleh karena itu perlu dilakukan penelitian lebih lanjut untuk mengetahui “Pemberdayaan Kader Posyandu Dalam Deteksi Dini Stunting Pada Anak Baduta (Bawah Usia Dua Tahun) Di Kabupaten Muaro Jambi”

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas maka rumusan masalah penelitian ini adalah bagaimana Pemberdayaan Kader Posyandu Dalam Deteksi Dini Stunting Pada Anak Baduta (Bawah Usia Dua Tahun) Di Kecamatan Mestong.

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk menjelaskan Pemberdayaan Kader Posyandu Dalam Deteksi Dini Stunting Pada Anak Baduta (Bawah Usia Dua Tahun) Di Kecamatan Mestong.

1.3.2 Tujuan Khusus

- 1) Menjelaskan secara mendalam terhadap komponen Rangsangan (*Stimulus*) yang meliputi peningkatan pengetahuan, peningkatan keterampilan, kelengkapan sarana & prasarana serta dana (honor/transport) yang diberikan kepada kader Posyandu dalam deteksi dini stunting pada anak baduta (bawah usia dua tahun) di Kecamatan Mestong.
- 2) Menjelaskan secara mendalam terhadap komponen *Organisme* yang meliputi perhatian, pengertian & penerimaan kader Posyandu dalam melaksanakan kegiatan deteksi dini stunting pada anak baduta (bawah usia dua tahun) di Kecamatan Mestong.
- 3) Menjelaskan secara mendalam terhadap komponen Reaksi (*Response*) yang dihasilkan yaitu kader berdaya atau tidak berdaya dalam mendeteksi dini stunting pada anak baduta (bawah usia dua tahun) di Kecamatan Mestong.

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Manfaat teoritis akademis

Hasil penelitian ini dapat menjelaskan Pemberdayaan Kader Posyandu Dalam Deteksi Dini Stunting Pada Anak Baduta (Bawah Usia Dua Tahun) Di Kecamatan Mestong. Sehingga dapat digunakan sebagai landasan pengembangan ilmu yang berhubungan dengan penetapan status stunting yang tepat.

1.4.2. Manfaat Praktis

1) Bagi Kader Posyandu

Sebagai informasi dan peningkatan kemampuan kader posyandu dalam deteksi dini stunting pada anak Baduta (Bawah Usia Dua Tahun) di Kecamatan Mestong.

2) Bagi Petugas Gizi

Sebagai acuan bagi petugas kesehatan untuk bahan pertimbangan melaksanakan intervensi Pemberdayaan Kader Posyandu Dalam Deteksi Dini Stunting Pada Anak Baduta (Bawah Usia Dua Tahun) Di Kecamatan Mestong.

3) Bagi Puskesmas

Sebagai bahan masukan dan dasar dalam evaluasi serta perbaikan Pemberdayaan Kader Posyandu Dalam Deteksi Dini Stunting Pada Anak Baduta (Bawah Usia Dua Tahun) Di Kecamatan Mestong.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Pemberdayaan Masyarakat

2.1.1 Pengertian

Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan adalah proses untuk meningkatkan pengetahuan, kesadaran dan kemampuan individu, keluarga serta masyarakat untuk berperan aktif dalam upaya kesehatan yang dilaksanakan dengan cara fasilitasi proses pemecahan masalah melalui pendekatan edukatif dan partisipatif serta memperhatikan kebutuhan potensi dan sosial budaya setempat (Permenkes RI No. 08, 2019).

Pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan adalah proses pemberian informasi kepada individu, keluarga atau kelompok (klien) secara terus menerus dan berkesinambungan mengikuti perkembangan klien, serta proses membantu klien, agar klien tersebut berubah dari tidak tahu menjadi tahu atau sadar (aspek pengetahuan atau *knowledge*), dari tahu menjadi mau (aspek sikap atau *attitude*), dan dari mau menjadi mampu melaksanakan perilaku yang diperkenalkan (aspek tindakan atau *practice*) (Kemenkes RI, 2011).

Penelitian Rogers (1974) dalam Mahendra (2019) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru (berperilaku baru) didalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, menurut Roger untuk mengadakan suatu perubahan perlu ada langkah yang di tempuh sehingga harapan atau tujuan akhir dari perubahan dapat tercapai. Langkah-langkah tersebut antara lain disingkat AIETA (*Awareness, Interst, Evaluation, Trial & Adoption*) yang artinya:

- a. Tahap *Awareness* (kesadaran), tahap ini merupakan tahap awal yang mempunyai arti bahwa dalam mengadakan perubahan di perlukan adanya kesadaran untuk berubah apabila tidak ada kesadaran untuk berubah. Maka tidak mungkin tercipta suatu perubahan.

- b. Tahap *Interst* (Ketertarikan), tahap yang kedua dalam mengadakan perubahan harus timbul perasaan minat terhadap perubahan yang dikenal. Timbul minat yang mendorong dan menguatkan kesadaran untuk berubah.
- c. Tahap *Evaluation* (Evaluasi), pada tahap ini terjadi penilaian terhadap suatu yang baru agar tidak terjadi hambatan yang akan ditemukan selama mengadakan perubahan. Evaluasi ini dapat memudahkan tujuan dan langkah dalam melakukan perubahan.
- d. Tahap *Trial* (Percobaan), tahap ini merupakan tahap uji coba terhadap suatu yang baru atau hasil perubahan dengan harapan suatu yang baru dapat diketahui hasilnya sesuai dengan kondisi atau situasi yang ada dan memudahkan untuk diterima oleh lingkungan.
- e. Tahap *Adoption* (Penerimaan), tahap ini merupakan tahap terakhir dari perubahan yaitu proses penerimaan terhadap suatu yang baru setelah dilakukan uji coba dan merasakan adanya manfaat dari suatu yang baru sehingga selalu mempertahankan hasil perubahan. Subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap *stimulus*.

Skinner (1996) dalam Mahendra (2019) merumuskan bahwa perilaku merupakan respons atau reaksi seseorang terhadap *stimulus* (rangsangan dari luar). Oleh karena perilaku ini terjadi melalui proses adanya *stimulus* terhadap organisme, dan kemudian organisme tersebut merespons. Maka teori Skinner ini disebut “S-O-R” atau *Stimulus Organisme Respons*. Skinner membedakan adanya dua respons :

- a. *Respondent response* atau *reflexive*, yakni respons yang ditimbulkan oleh rangsangan–rangsangan (*stimulus*) tertentu. *Stimulus* semacam ini disebut *eliciting stimulation* karena menimbulkan respons–respons yang relatif tetap. Misalnya: makanan yang lezat menimbulkan keinginan untuk makan, cahaya terang menyebabkan mata tertutup, dan sebagainya. *Respondent response* ini juga mencakup perilaku emosional, misalnya mendengar berita musibah menjadi sedih atau menangis, lulus ujian

meluapkan dengan kegembiraannya dengan mengadakan pesta, dan sebagainya.

- b. *Operant response* atau *instrumental response*, yakni respons yang timbul dan berkembang kemudian diikuti oleh *stimulus* atau perangsang tertentu. Perangsang ini disebut *reinforcing stimulation* atau *reinforcer*, karena memperkuat respons. Misalnya apabila kader posyandu yang melaksanakan tugasnya dengan baik (respons terhadap uraian tugasnya) kemudian memperoleh penghargaan dari petugas kesehatan atau dari kepala desa (*stimulus* baru), maka kader Posyandu tersebut akan lebih baik lagi dalam melaksanakan tugasnya.

Teori ini mendasarkan asumsi bahwa penyebab terjadinya perubahan perilaku tergantung kepada kualitas rangsang (*stimulus*) yang berkomunikasi dengan organisme. Artinya kualitas dari sumber komunikasi (*sources*) misalnya kredibilitas, kepemimpinan, gaya berbicara sangat menentukan keberhasilan perubahan perilaku seseorang, kelompok atau masyarakat. Hosland, etal (1953) dalam Irwan (2017) mengatakan bahwa proses perubahan perilaku pada hakekatnya sama dengan proses belajar. Proses perubahan perilaku tersebut menggambarkan proses belajar pada individu yang terdiri dari:

- a. *Stimulus* (rangsang) yang diberikan pada organisme dapat diterima atau ditolak. Apabila *stimulus* tersebut tidak diterima atau ditolak berarti *stimulus* itu tidak efektif mempengaruhi perhatian individu dan berhenti disini. Tetapi bila *stimulus* diterima oleh organisme berarti ada perhatian dari individu dan *stimulus* tersebut efektif.
- b. Apabila *stimulus* telah mendapat perhatian dari *organisme* (diterima) maka ia mengerti *stimulus* ini dan dilanjutkan kepada proses berikutnya. Setelah itu organisme mengolah *stimulus* tersebut sehingga terjadi kesediaan untuk bertindak demi *stimulus* yang telah diterimanya (bersikap).
- c. Akhirnya dengan dukungan fasilitas serta dorongan dari lingkungan maka *stimulus* tersebut mempunyai efek tindakan dari individu tersebut (perubahan perilaku).

Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat, yang selanjutnya disingkat UKBM adalah wahana pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan yang dibentuk atas dasar kebutuhan masyarakat, dikelola oleh, dari, untuk, dan bersama masyarakat, dengan pembinaan sektor kesehatan, lintas sektor dan pemangku kepentingan terkait lainnya (Permenkes RI No. 08, 2019).

Tenaga Pendamping Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan, yang selanjutnya disebut Tenaga Pendamping adalah seseorang yang memiliki kemampuan untuk mendampingi serta membantu proses pengambilan keputusan yang dilakukan oleh masyarakat dalam mengadopsi inovasi di bidang kesehatan (Permenkes RI No. 08, 2019).

Kader Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan yang selanjutnya disebut Kader adalah setiap orang yang dipilih oleh masyarakat dan dilatih untuk menggerakkan masyarakat berpartisipasi dalam pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan (Permenkes RI No. 08, 2019).

Pendekatan *directive* (secara langsung) dan *non-direktive* (secara tidak langsung) dapat di aplikasikan pada masyarakat, upaya untuk melibatkan kelompok sasaran dihadapkan pada kenyataan bahwa situasi dan kondisi masyarakat yang berbeda-beda. Situasi dan kondisi yang berbeda-beda ini dapat dilihat sebagai suatu kendala dalam melibatkan sasaran secara aktif atau sebagai suatu kondisi yang memang harus dirubah. Pendekatan yang dilakukan harus sesuai dengan situasi & kondisi masyarakat yang berbeda-beda dalam upaya melibatkan masyarakat secara aktif, memang memerlukan pendekatan yang berbeda-beda pula. Masyarakat yang lebih siap dapat dibina dengan pendekatan yang *non-direktive* sedangkan masyarakat yang belum siap dapat mulai dibina dengan pendekatan yang *directive* (Kurniati, 2015).

2.1.2 Prinsip Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan

Menurut Permenkes RI Nomor 65 (2013) pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan dilaksanakan dengan prinsip-prinsip:

- 1) Kesukarelaan, yaitu keterlibatan seseorang dalam kegiatan pemberdayaan masyarakat tidak boleh berlangsung karena adanya pemaksaan, melainkan

harus dilandasi oleh kesadaran sendiri dan motivasinya untuk memperbaiki dan memecahkan masalah kehidupan yang dirasakan.

- 2) Otonom, yaitu kemampuannya untuk mandiri atau melepaskan diri dari ketergantungan yang dimiliki oleh setiap individu, kelompok, maupun kelembagaan yang lain.
- 3) Keswadayaan, yaitu kemampuannya untuk merumuskan melaksanakan kegiatan dengan penuh tanggung jawab, tanpa menunggu atau mengharapkan dukungan pihak luar.
- 4) Partisipatif, yaitu keikutsertaan semua pemangku kepentingan sejak pengambilan keputusan, perencanaan, pelaksanaan, pemantauan, evaluasi, dan pemanfaatan hasil-hasil kegiatannya.
- 5) Egaliter, yang menempatkan semua pemangku kepentingan dalam kedudukan yang setara, sejajar, tidak ada yang ditinggikan dan tidak ada yang merasa direndahkan.
- 6) Demokratis, yang memberikan hak kepada semua pihak untuk mengemukakan pendapatnya, dan saling menghargai pendapat maupun perbedaan diantara sesama pemangku kepentingan.
- 7) Keterbukaan, yang dilandasi kejujuran, saling percaya, dan saling memperdulikan.
- 8) Kebersamaan, untuk saling berbagi rasa, saling membantu dan mengembangkan sinergisme.
- 9) Akuntabilitas, yang dapat dipertanggungjawabkan dan terbuka untuk diawasi oleh siapapun.
- 10) Desentralisasi, yang memberi kewenangan kepada setiap daerah otonom (kabupaten dan kota) untuk mengoptimalkan sumber daya kesehatan bagi sebesar-besarnya kemakmuran masyarakat dan kesinambungan pembangunan kesehatan.

Lebih lanjut, pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan juga melandaskan pada:

- 1) Prinsip-prinsip menghargai yang lokal, yang mencakup: pengetahuan lokal, keterampilan lokal, budaya lokal, proses lokal, dan sumber daya lokal.

- 2) Prinsip-prinsip ekologis, yang meliputi: keterkaitan, keberagaman, keseimbangan, dan keberlanjutan
- 3) Prinsip-prinsip keadilan sosial dan Hak Asasi Manusia, yang tidak merugikan dan senantiasa memberikan manfaat kepada semua pihak

2.1.3 Strategi Pemberdayaan Masyarakat

Strategi Pemberdayaan Masyarakat meliputi:

- 1) peningkatan pengetahuan dan kemampuan masyarakat dalam mengenali dan mengatasi permasalahan kesehatan yang dihadapi;
 - 2) Peningkatan kesadaran masyarakat melalui penggerakan masyarakat;
 - 3) Pengembangan dan pengorganisasian masyarakat;
 - 4) Penguatan dan peningkatan advokasi kepada pemangku kepentingan;
 - 5) Peningkatan kemitraan dan partisipasi lintas sektor, lembaga kemasyarakatan, organisasi kemasyarakatan, dan swasta;
 - 6) Peningkatan pemanfaatan potensi dan sumber daya berbasis kearifan lokal;
- Pengintegrasian program, kegiatan, dan/atau kelembagaan pemberdayaan masyarakat yang sudah ada sesuai dengan kebutuhan dan kesepakatan masyarakat (Permenkes RI No. 08, 2019).

2.2. Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu)

2.2.1. Pengertian Posyandu

Posyandu adalah salah satu bentuk Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat (UKBM) yang dikelola dan dilaksanakan dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan, guna memberdayakan masyarakat dan memberikan kemudahan kepada masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan dasar, utamanya untuk mempercepat penurunan angka kematian ibu dan bayi (Kemenkes RI, 2011).

Upaya pengembangan kualitas sumber daya manusia dengan mengoptimalkan potensi tumbuh kembang anak dapat dilaksanakan secara merata, apabila sistem pelayanan kesehatan yang berbasis masyarakat seperti Posyandu dapat dilakukan secara efektif dan efisien dan dapat menjangkau semua

sasaran yang membutuhkan layanan kesehatan anak, ibu hamil, ibu menyusui dan ibu nifas (Kemenkes RI, 2011).

Pengintegrasian layanan sosial dasar di Posyandu adalah suatu upaya mensinergikan berbagai layanan yang dibutuhkan masyarakat meliputi perbaikan kesehatan dan gizi, pendidikan dan perkembangan anak, peningkatan ekonomi keluarga, ketahanan pangan keluarga dan kesejahteraan sosial. UKBM adalah wahana pemberdayaan masyarakat, yang dibentuk atas dasar kebutuhan masyarakat, dikelola oleh, dari, untuk dan bersama masyarakat, dengan bimbingan dari petugas Puskesmas, lintas sektor dan lembaga terkait lainnya (Kemenkes RI, 2011).

Menurut SDKI (2007) dalam Kemenkes RI (2011) sejak dibentuk Posyandu pada tahun 1986, berbagai hasil telah banyak dicapai. Angka kematian ibu dan kematian bayi telah berhasil diturunkan serta umur harapan hidup rata-rata bangsa Indonesia telah meningkat secara bermakna. Jika pada tahun 2003 AKI tercatat 307/100.000 kelahiran hidup dan AKB sebesar 37/1000 kelahiran hidup, maka pada tahun 2007 Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) mengalami penurunan yaitu masing-masing adalah 228/100.000 kelahiran hidup serta 34/1.000 kelahiran hidup. Sementara itu, umur harapan hidup rata-rata meningkat dari 70,5 tahun pada tahun 2007 menjadi 72 tahun pada tahun 2014 (RPJMN, 2014).

Pemberdayaan masyarakat adalah segala upaya fasilitasi yang bersifat non instruktif, guna meningkatkan pengetahuan dan kemampuan masyarakat, agar mampu mengidentifikasi masalah yang dihadapi, potensi yang dimiliki, merencanakan dan melakukan pemecahannya dengan memanfaatkan potensi setempat (Kemenkes RI, 2011).

Pelayanan kesehatan dasar di Posyandu adalah pelayanan kesehatan yang mencakup sekurang-kurangnya 5 (lima) kegiatan, yakni Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), Keluarga Berencana (KB), imunisasi, gizi, dan penanggulangan diare (Kemenkes RI, 2011).

2.2.2. Tujuan Posyandu

1) Tujuan Umum:

Menunjang percepatan penurunan Angka Kematian Ibu (AKI), Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Anak Balita (AKABA) di Indonesia melalui upaya pemberdayaan masyarakat.

2) Tujuan Khusus:

- a. Meningkatnya peran masyarakat dalam penyelenggaraan upaya kesehatan dasar, terutama yang berkaitan dengan penurunan AKI, AKB dan AKABA.
- b. Meningkatnya peran lintas sektor dalam penyelenggaraan Posyandu, terutama berkaitan dengan penurunan AKI, AKB dan AKABA.
- c. Meningkatnya cakupan dan jangkauan pelayanan kesehatan dasar, terutama yang berkaitan dengan penurunan AKI, AKB dan AKABA.

2.2.3. Sasaran Posyandu

Menurut Kemenkes RI (2011) sasaran Posyandu adalah seluruh masyarakat, utamanya yaitu:

- 1) Bayi
- 2) Anak balita
- 3) Ibu hamil, ibu nifas dan ibu menyusui
- 4) Pasangan Usia Subur (PUS)

2.2.4. Kegiatan Pelayanan di Posyandu

- 1) Kegiatan Posyandu terdiri dari kegiatan utama dan kegiatan pengembangan/pilihan. Kegiatan utama, mencakup;
 - a. Kesehatan ibu dan anak;
 - b. Keluarga berencana;
 - c. Imunisasi;
 - d. Gizi;
 - e. Pencegahan dan penanggulangan diare.
- 2) Kegiatan pengembangan/pilihan, masyarakat dapat menambah kegiatan baru disamping lima kegiatan utama yang telah ditetapkan, dinamakan Posyandu Terintegrasi. Kegiatan baru tersebut misalnya;

- a. Bina Keluarga Balita (BKB);
- b. Tanaman Obat Keluarga (TOGA);
- c. Bina Keluarga Lansia (BKL);
- d. Pos Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD);
- e. Berbagai program pembangunan masyarakat desa lainnya (Kemenkes RI, 2012).

2.2.5 Manfaat Posyandu

Menurut Kemenkes RI (2012) Posyandu memiliki beberapa manfaat sebagai berikut :

- 1) Bagi Masyarakat
 - c. Memperoleh kemudahan untuk mendapatkan informasi dan pelayanan kesehatan bagi ibu, bayi, dan anak balita.
 - d. Pertumbuhan anak balita terpantau sehingga tidak menderita gizi kurang atau gizi buruk.
 - e. Bayi dan anak balita mendapatkan kapsul Vitamin A
 - f. Bayi memperoleh imunisasi lengkap.
 - g. Ibu hamil akan terpantau berat badannya dan memperoleh tablet tambah darah (Fe) serta imunisasi Tetanus Toksoid (TT).
 - h. Ibu nifas memperoleh kapsul Vitamin A dan tablet tambah darah (Fe).
 - i. Memperoleh penyuluhan kesehatan terkait tentang kesehatan ibu dan anak.
 - j. Apabila terdapat kelainan pada bayi, anak balita, ibu hamil, ibu nifas dan ibu menyusui dapat segera diketahui dan dirujuk ke puskesmas.
 - k. Dapat berbagi pengetahuan dan pengalaman tentang kesehatan ibu, bayi, dan anak balita.
- 2) Bagi Kader
 - a. Mendapatkan berbagai informasi kesehatan lebih dahulu dan lebih lengkap.
 - b. Ikut berperan secara nyata dalam perkembangan tumbuh kembang anak balita dan kesehatan ibu.
 - c. Citra diri meningkat di mata masyarakat sebagai orang yang terpercaya dalam bidang kesehatan.

- d. Menjadi panutan karena telah mengabdikan demi pertumbuhan anak dan kesehatan ibu.

2.3 Kader

2.3.1. Pengertian Kader Posyandu

Menurut Kemenkes RI (2012) dalam penyelenggaraannya, pengelola Posyandu dipilih dari dan oleh masyarakat pada saat musyawarah pembentukan Posyandu. Pengurus Posyandu sekurang-kurangnya terdiri dari ketua, sekretaris, dan bendahara. Berikut ini beberapa kriteria pengelola Posyandu :

- 1) Sukarelawan dan tokoh masyarakat setempat.
- 2) Memiliki semangat pengabdian, berinisiatif tinggi, dan mampu memotivasi masyarakat.
- 3) Bersedia bekerja secara sukarela bersama masyarakat

Kader Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan yang selanjutnya disebut Kader adalah setiap orang yang dipilih oleh masyarakat dan dilatih untuk menggerakkan masyarakat berpartisipasi dalam pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan (Permenkes RI No. 08, 2019).

Struktur organisasi Posyandu ditetapkan oleh musyawarah masyarakat pada saat pembentukan Posyandu. Struktur organisasi tersebut bersifat fleksibel, sehingga dapat dikembangkan sesuai dengan kebutuhan, kondisi, permasalahan dan kemampuan sumberdaya. Struktur organisasi minimal terdiri dari ketua, sekretaris, dan bendahara serta kader Posyandu yang merangkap sebagai anggota (Kemenkes RI, 2011).

Kader Posyandu yang selanjutnya disebut kader adalah anggota masyarakat yang bersedia, mampu dan memiliki waktu untuk menyelenggarakan kegiatan Posyandu secara sukarela (Kemenkes RI, 2011).

2.3.2. Peran Kader Posyandu

Menurut Kemenkes RI (2012) kader memiliki beberapa peran dalam pelaksanaan Posyaandu antara lain :

- d. Sebelum Hari Buka Posyandu
- 1) Melakukan persiapan penyelenggaraan kegiatan Posyandu.

- 2) Menyebarluaskan informasi tentang hari buka Posyandu melalui pertemuan warga setempat atau surat edaran.
 - 3) Melakukan pembagian tugas antar kader, meliputi pendaftaran, penimbangan, pengukuran tinggi badan, pencatatan, penyuluhan, pemberian makanan tambahan, serta pelayanan yang dapat dilakukan oleh kader.
 - 4) Melakukan koordinasi dengan petugas kesehatan dan petugas lainnya terkait dengan jenis layanan yang akan diselenggarakan. Jenis kegiatan ini merupakan tindak lanjut dari kegiatan Posyandu sebelumnya atau rencana kegiatan yang telah ditetapkan berikutnya.
 - 5) Menyiapkan bahan penyuluhan dan pemberian makanan tambahan. Bahan-bahan penyuluhan sesuai permasalahan yang di dihadapi para orangtua serta disesuaikan dengan metode penyuluhan, misalnya: menyiapkan bahan-bahan makanan apabila ingin melakukan demo masak, lembar balik untuk kegiatan konseling, kaset atau CD, KMS, buku KIA, sarana stimulasi balita.
 - 6) Menyiapkan buku-buku catatan kegiatan Posyandu.
- b. Saat Hari Buka Posyandu
- 1) Melakukan pendaftaran, meliputi pendaftaran balita, ibu hamil, ibu nifas, ibu menyusui, dan sasaran lainnya.
 - 2) Pelayanan kesehatan ibu dan anak. Untuk pelayanan kesehatan anak pada Posyandu, dilakukan penimbangan, pengukuran tinggi badan, pengukuran lingkar kepala anak, pemantauan aktifitas anak, pemantauan status imunisasi anak, pemantauan terhadap tindakan orangtua tentang pola asuh yang dilakukan pada anak, pemantauan tentang permasalahan anak balita, dan lain sebagainya.
 - 3) Membimbing orangtua melakukan pencatatan terhadap berbagai hasil pengukuran dan pemantauan kondisi anak balita.
 - 4) Melakukan penyuluhan tentang pola asuh anak balita. Dalam kegiatan ini, kader bisa memberikan layanan konsultasi, konseling, diskusi kelompok dan demonstrasi dengan orang tua/keluarga anak balita.

- 5) Memotivasi orangtua balita agar terus melakukan pola asuh yang baik pada anaknya, dengan menerapkan prinsip asih-asah-asuh.
 - 6) Menyampaikan penghargaan kepada orang tua yang telah datang ke Posyandu dan minta mereka untuk kembali pada hari Posyandu berikutnya.
 - 7) Menyampaikan informasi pada orang tua agar menghubungi kader apabila ada permasalahan terkait dengan anak balitanya.
 - 8) Melakukan pencatatan kegiatan yang telah dilakukan pada hari buka Posyandu.
- c. Sesudah Hari Buka Posyandu
- 1) Melakukan kunjungan rumah pada balita yang tidak hadir pada hari buka Posyandu, anak yang kurang gizi, atau anak yang mengalami gizi buruk rawat jalan, dan lain-lain.
 - 2) Memotivasi masyarakat, misalnya untuk memanfaatkan pekarangan dalam rangka meningkatkan gizi keluarga, menanam tanaman obat keluarga, membuat tempat bermain anak yang aman dan nyaman. Selain itu, memberikan penyuluhan tentang Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS).
 - 3) Melakukan pertemuan dengan tokoh masyarakat, pimpinan wilayah untuk menyampaikan hasil kegiatan Posyandu serta mengusulkan dukungan agar Posyandu terus berjalan dengan baik.
 - 4) Menyelenggarakan pertemuan, diskusi dengan masyarakat, untuk membahas kegiatan Posyandu. Usulan dari masyarakat digunakan sebagai bahan menyusun rencana tindak lanjut kegiatan berikutnya.
 - 5) Mempelajari Sistem Informasi Posyandu (SIP). SIP adalah sistem pencatatan data atau informasi tentang pelayanan yang diselenggarakan di Posyandu. Manfaat SIP adalah sebagai panduan bagi kader untuk memahami permasalahan yang ada, sehingga dapat mengembangkan jenis kegiatan yang tepat dan sesuai dengan kebutuhan sasaran.

6) Format SIP meliputi;

- catatan ibu hamil, kelahiran, kematian bayi, kematian ibu hamil, melahirkan, nifas;
- catatan bayi dan balita yang ada di wilayah kerja Posyandu; jenis kegiatan yang tepat dan sesuai dengan kebutuhan sasaran.
- catatan pemberian vitamin A, pemberian oralit, pemberian tablet tambah darah bagi ibu hamil, tanggal dan status pemberian imunisasi;
- catatan wanita usia subur, pasangan usia subur, jumlah rumah tangga, jumlah ibu hamil, umur kehamilan, imunisasi ibu hamil, risiko kehamilan, rencana penolong persalinan, tabulin, ambulan desa, calon donor darah yang ada di wilayah kerja Posyandu.

Menurut Pusat Promosi Kesehatan (2012) dalam Megawati & Wiramihardja (2019) kader posyandu merupakan penggerak utama seluruh kegiatan yang dilaksanakan di posyandu. Keber-adaan kader penting dan strategis, ketika pelayanan yang diberikan mendapat simpati dari masyarakat akan menimbulkan implikasi positif terhadap kepedulian dan partisipasi masyarakat. Kader diharapkan berperan aktif dalam kegiatan promotif dan preventif serta mampu menjadi pendorong, motivator dan penyuluh masyarakat. Salah satu permasalahan posyandu yang paling mendasar adalah rendahnya tingkat pengetahuan kader baik dari sisi akademis maupun teknis, karena itu untuk dapat memberikan pelayanan optimal di Posyandu, diperlukan penyesuaian pengetahuan dan keterampilan kader, sehingga mampu melaksanakan kegiatan Posyandu sesuai norma, standar, prosedur dan kriteria pengembangan Posyandu. Kader perlu mendapatkan bekal pengetahuan dan keterampilan yang benar dalam melakukan penimbangan, pelayanan dan konseling atau penyuluhan gizi.

Menurut Direktorat Bina Gizi (2011) Megawati & Wiramihardja (2019) tugas kader yang terkait dengan gizi dan kesehatan antara lain melakukan pendataan balita, penimbangan berat badan dan mencatat dalam Kartu Menuju Sehat (KMS), memberikan makanan tambahan, pemberian vitamin A dan penyuluhan gizi. Kader juga diminta untuk melakukan kunjungan ke rumah ibu menyusui dan ibu yang memiliki balita. Pengukuran tinggi badan tidak rutin

dilaksanakan di Posyandu, dalam buku pegangan kader posyandu, kader hanya diminta untuk melaporkan atau merujuk ke Puskesmas jika berat badan balita tidak naik atau turun dalam 2 bulan berturut-turut. Penimbangan berat badan bersifat mendeteksi kekurangan gizi akut, sedangkan untuk kasus stunting yang merupakan kekurangan gizi kronis, pengukuran tinggi badan yang penting untuk dipantau. Penentuan status gizi ditetapkan berdasarkan hasil penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan, kesalahan yang terjadi dalam proses ini akan mempengaruhi interpretasi status gizi dan menyebabkan kesalahan tatalaksana dan perencanaan program selanjutnya.

2.4 Pengukuran Antropometri

2.4.1. Pengertian Antropometri

Kata “antropometri” berasal dari Bahasa Yunani “*anthropo*” (manusia) dan “*metros*” (mengukur), dengan demikian “antropometri” adalah suatu studi mengukur tubuh manusia, yaitu menggambarkan dimensi tulang, otot dan jaringan lemak. Bagian-bagian tubuh manusia yang diukur ialah BB, TB (*stature, standing height*), panjang badan (PB, *recumbent length*), tebal lipatan kulit (*skinfold thicknesses*), lingkaran bagian tubuh yaitu lingkaran kepala (LK, *head circumference*), lingkaran pinggang (*waist circumference*), lingkaran lengan atas (LLA, *middle upper arm circumference*), panjang tungkai (*limb length*), rentang bahu (*shoulder breadth*), dan sebagainya. Sesuai dengan definisinya, maka ukuran tubuh dapat menggambarkan pertumbuhan. Namun demikian ketepatan pertumbuhan ditentukan oleh ketepatan pengukuran yang dilakukan. Faktor-faktor tersebut ialah ketepatan alat ukur (ditera, *setting nol*), ketelitian alat ukur (*centimeter, gram*), metode pengukuran, ketelitian pengukur, dan ketelitian pencatatan hasil pengukuran. Bila syarat pengukuran tidak dipenuhi, maka hasil pengukuran akan *bias*, artinya tidak menggambarkan keadaan sesungguhnya. Faktor berikutnya ialah standar pertumbuhan yang digunakan. Saat ini sebagian besar menggunakan *The WHO Child Growth Standard* tahun 2006 (Schilsky & Mistry, 2017).

Antropometri adalah suatu metode yang digunakan untuk menilai ukuran, proporsi, dan komposisi tubuh manusia. Standar Antropometri Anak adalah kumpulan data tentang ukuran, proporsi, komposisi tubuh sebagai rujukan untuk menilai status gizi dan tren pertumbuhan anak (Kemenkes RI, 2020).

2.4.2. Standar Antropometri

Standar Antropometri Anak didasarkan pada parameter berat badan dan panjang atau tinggi badan yang terdiri atas 4 (empat) indeks, meliputi:

- a. Berat Badan menurut Umur (BB/U);
- b. Panjang atau tinggi Badan menurut Umur (PB/U atau TB/U);
- c. Berat Badan menurut Panjang atau tinggi Badan (BB/PB atau BB/TB); dan
- d. Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U).

Menentukan status gizi dapat dilakukan dengan beberapa cara, yaitu secara klinis (pemeriksaan klinis yang relevan dengan dampak penggunaan makanan, misal edema, kehilangan jaringan lemak subkutan, perubahan pada mata akibat defisiensi vitamin A, dan sebagainya); pemeriksaan biokimiawi yang menunjukkan perubahan akibat penggunaan makanan (anemia defisiensi besi, penurunan kadar albumin serum dan sebagainya); pemeriksaan biofisik (adaptasi gelap terang yang terganggu akibat defisiensi vitamin A, kelainan histologis mukosa akibat malnutrisi dan sebagainya), survei diet (*24-hour recall*, *food weighing*, *food frequency questionnaire* dan sebagainya); serta antropometrik. Antropometrik sangat praktis dikerjakan karena cara dan alat yang digunakan sederhana (Schilsky & Mistry, 2017).

Menurut Schilsky & Mistry (2017) ada 3 macam indeks antropometrik yang sering digunakan untuk anak usia di bawah lima tahun, yaitu BB menurut TB (BB/TB) atau BB menurut PB (BB/PB), PB menurut umur (PB/U) atau TB menurut umur (TB/U), dan BB menurut umur (BB/U). Namun demikian dari ketiga indeks ini, BB/TB atau BB/PB dan PB/U atau TB/U paling disukai, karena dapat menjelaskan perbedaan proses fisiologik dan biologik. BB/U merupakan indeks komposit antara BB/TB atau BB/PB dengan TB/U atau PB/U, sehingga tidak dapat membedakan anak tinggi (*tall*) tetapi kurus dengan anak pendek tetapi gemuk.

Tabel 2 1. Ukuran Dan Indeks Antropometrik Yang Sering Digunakan Pada Anak Di Bawah Lima Tahun

Indeks	Masalah nutrisi	Klasifikasi
BB menurut TB atau PB (BB/TB atau BB/PB)	Sangat kurus (<i>severe wasting</i>)	BB/TB atau BB/PB < - 3 SD
	Kurus (<i>moderate wasting</i>)	BB/TB atau BB/PB < - 2 SD dan BB/TB atau BB/PB ³ - 3 SD
	Kurus secara keseluruhan (<i>global wasting</i>)	BB/TB atau BB/PB < - 2 SD
TB atau PB menurut umur (TB/U atau PB/U)	Sangat pendek (<i>severe stunting</i>)	TB/U atau PB/U < - 3 SD
	Pendek (<i>moderate stunting</i>)	TB/U atau PB/U < - 2 SD dan TB/U atau PB/U ³ - 2 SD
	Pendek secara keseluruhan (<i>global stunting</i>)	TB/U atau PB/U < - 2 SD
BB menurut umur (BB/U)	BB sangat kurang (<i>severe underweight</i>)	BB/U < - 3 SD
	BB kurang (<i>moderate underweight</i>)	BB/U < - 2 SD dan BB/U ³ - 3 SD
	BB kurang secara keseluruhan (<i>global underweight</i>)	BB/U < - 2 SD
LLA	Sangat kurus (<i>severe wasting</i>)	LLA < 115 mm
	Kurus (<i>moderate wasting</i>)	LLA < 125 mm dan LLA ³ 115 mm
	Kurus secara keseluruhan (<i>global wasting</i>)	LLA < 125 mm

Sumber : Schilsky & Mistry (2017)

Kurus (*wasting*) menunjukkan defisit massa jaringan dan lemak dibandingkan dengan anak lain dengan TB atau PB yang sama yang disebabkan oleh kegagalan menaikkan BB atau kehilangan BB yang bermakna. Kondisi ini disebabkan oleh penyakit atau kondisi lingkungan atau persediaan pangan di rumah yang terbatas dan anak sulit makan. Dengan demikian kurus bersifat musiman, tergantung pada kondisi lingkungan, dapat memberat atau membaik dalam waktu yang singkat (Schilsky & Mistry, 2017).

Pendek (*stunting*) menggambarkan perlambatan pertumbuhan tulang panjang. Penurunan laju pertumbuhan panjang mungkin sudah dimulai sejak lahir, namun demikian manifestasi *stunting*, sebagai akumulasi gangguan pertumbuhan baru muncul setelah beberapa lama. *Stunting* umumnya dihubungkan dengan

kondisi ekonomi yang jelek, penyakit infeksi kronis dan berulang, serta masukan makanan yang kurang (Schilsky & Mistry, 2017).

Wasting dan *stunting* berbeda secara biologik. Seorang anak mungkin mengalami kegagalan untuk menambah TB, tetapi tidak pernah terjadi penurunan TB. Pertumbuhan linear adalah proses yang lambat dibandingkan massa tubuh. Seorang anak mengalami peningkatan BB mulai lahir sampai dengan umur satu tahun sebanyak 3 kali lipat, tetapi hanya mengalami peningkatan PB 2 kali lipat, yang menunjukkan bahwa derajat *stunting* yang bermakna baru akan terjadi dalam waktu yang lebih lama. Perbaikan *stunting* dengan memberi makanan bergizi mungkin terjadi, namun baru akan nyata setelah waktu yang lama, walupun dalam kondisi lingkungan yang baik (Schilsky & Mistry, 2017).

Standar Antropometri Anak wajib digunakan sebagai acuan bagi tenaga kesehatan, pengelola program, dan para pemangku kepentingan terkait untuk penilaian:

- a. Status gizi anak; dan
- b. Tren pertumbuhan anak (Kemenkes RI, 2020).

2.4.3. Penimbangan dan pengukuran bayi/balita

Pengukuran panjang atau tinggi badan anak dilaksanakan apabila alat tersedia dan dilakukan oleh petugas yang sudah dilatih. Pengukuran panjang atau tinggi badan anak minimal dilakukan satu kali dalam 6 bulan (Direktorat Gizi Masyarakat, 2020).

- a. Persiapan Alat
 - 1) Syarat umum alat timbang dan alat ukur:
 - a) Kuat dan tahan lama
 - b) Mempunyai presisi 0.1 kg (100 gram)
 - c) Sudah dikalibrasi
 - d) Tidak menggunakan timbangan pegas untuk anak berumur lebih dari 6 bulan
 - e) Memiliki Standar Nasional Indonesia
 - f) Untuk dacin, kapasitas 25 kg
 - g) Untuk *baby scale*, kapasitas maksimal 20 kg

- h) Untuk timbangan digital dan tared scale, maksimal kapasitas 150 kg
 - i) *Infantometer* (papan panjang badan) untuk mengukur panjang badan anak usia di bawah 2 tahun. Panjang maksimum 150 cm
 - j) *Microtoise* untuk mengukur tinggi badan anak usia di atas 2 tahun dengan cara berdiri. Panjang maksimum 200 cm
- 2) Pemeliharaan alat:
- a) Timbangan digital yang menggunakan baterai, baterai pada timbangan digital harus dilepas apabila tidak digunakan
 - b) Pada saat penyimpanan tidak boleh dibebani barang lain
 - c) Pastikan kebersihan alat dan tidak ada beban lain di atas timbangan apabila akan digunakan
 - d) Dikalibrasi secara berkala, apabila hasil tidak akurat, maka alat tidak dapat digunakan
 - e) Untuk infantometer, saat akan digunakan, pastikan ujung papan baca sudah berada pada angka nol. Bila belum, sesuaikan dengan cara memutar tuas sampai angka menunjukkan angka nol. Bila tidak bisa nol, maka alat tidak dapat digunakan
 - f) Alat ukur tinggi badan sebaiknya disimpan pada suhu ruang dan terhindar dari udara yang lembab
 - g) Alat dikalibrasi secara berkala dengan menggunakan penggaris kayu. Apabila hasilnya tidak akurat maka alat ukur tidak dapat digunakan
- 3) Persiapan Dacin:
- a) Gantung dacin pada tempat yang kokoh
 - b) Letakkan bandul geser pada angka nol, jika ujung kedua paku timbang tidak dalam posisi lurus, maka timbangan perlu diganti dengan yang baru.
 - c) Atur posisi angka pada batang dacin sejajar dengan mata penimbang.
 - d. Pastikan bandul geser berada pada angka NOL.
 - d) Pasang sarung timbang pada dacin.
 - e) Seimbangkan dacin yang telah dibebani dengan sarung timbang dengan memberi kantung plastik/bandul berisikan pasir/ beras/kerikil

di ujung batang dacin, sampai kedua jarum di atas tegak lurus. Diupayakan bandul penyeimbang dapat digeser/ dikurangi dan ditambah kerikil untuk menyesuaikan berat sarung timbang.

- 4) Persiapan timbangan digital:
 - a) Pasang baterai pada timbangan digital
 - b) Letakkan timbangan di tempat yang datar dan cukup cahaya
 - c) Nyalakan timbangan, dan pastikan angka yang muncul pada layar baca adalah 0,0 d. Lakukan kalibrasi dengan menggunakan anak timbangan minimal 5 kg.
- 5) Persiapan Alat ukur panjang badan/ *infantometer/ length board*
 - a) Pilih meja atau tempat yang datar dan rata. Siapkan alat ukur panjang badan
 - b) Lepaskan kunci pengait yang berada di samping papan pengukur
 - c) Tarik meteran sampai menempel rapat pada dinding tempat menempelnya kepala dan pastikan meteran menunjuk angka nol dengan mengatur skrup skala yang ada di bagian letak kaki balita
 - d) Buka papan hingga posisinya memanjang dan datar
 - e) Tarik meteran sampai menempel rapat pada dinding tempat menempelnya kepala dan pastikan meteran menunjuk angka nol
 - f) Geser kembali papan penggeser pada tempatnya
- 6) Persiapan alat ukur tinggi badan:
 - a) Letakkan alat ukur tinggi badan di lantai yang datar dan menempel pada dinding yang rata
 - b) Tarik pita meteran tegak lurus ke atas sampai angka pada jendela baca menunjukkan angka nol
 - c) Paku/tempelkan ujung pita meteran pada dinding dengan menggunakan lakban/ selotip
 - d) Kurang lebih jarak 50 cm dari ujung pita diberi lakban/selotip agar tidak bergerak
 - e) Geser kepala *microtoise* ke atas

b. Pelaksanaan Penimbangan dan Pengukuran

1) Menimbang Balita dengan menggunakan dacin:

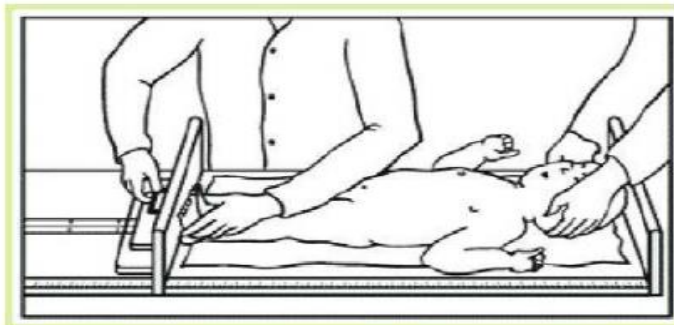
- a) Masukkan balita ke dalam sarung timbang dengan bantuan ibu/pengantar
- b) Kader membaca berat badan balita dengan melihat angka di ujung bandul geser.
- c) Kader mengembalikan bandul ke angka nol dan meminta ibu/pengantar mengeluarkan balita dari sarung timbang.
- d) Kader mencatat hasil penimbangan dengan benar
- e) Kader mengganti sarung timbang untuk setiap anak dan mengatur letak bandul penyeimbang dengan cara menggesernya
- f) Seimbangkan dacin sampai kedua jarum tegak lurus.

2) Menimbang balita dengan menggunakan timbangan digital:

- a) Jika anak berusia kurang dari 2 tahun dan belum dapat berdiri sendiri, timbang anak dengan ibunya dengan cara:
 - Sebelum ditimbang bersama ibu/pengantar, kader membantu ibu menggendongkan bayi dengan dialasi kain sarung bersih yang dibawa ibu
 - Ibu melepas alas kaki, kemudian ibu berdiri diatas timbangan, selanjutnya nyalakan timbangan hingga muncul angka 0.0 pada layar baca.
 - Kader menyerahkan bayi kepada ibu, lalu membaca dan mencatat hasil penimbangan.
- b) Jika anak berumur 2 tahun dan akan berdiri di atas timbangan, timbang berat anak sendiri. Jika anak melompat dari timbangan atau tidak mau berdiri, gunakan prosedur penimbangan seperti di atas.
 - Nyalakan timbangan. Ketika angka 0.0 tampak pada layar baca, timbangan siap digunakan.
 - Lepaskan sepatu, pakaian luar anak dan aksesoris lainnya. Upayakan anak ditimbang dengan pakaian seminimal mungkin.

- Anak berdiri tepat di tengah timbangan dan tetap berada di atas timbangan sampai angka berat badan muncul pada layar timbangan.
 - Baca dan catat berat badan anak.
- 3) Cara mengukur panjang badan anak
- a) Kain sarung yang dibawa ibu digunakan sebagai alas.
 - b) Telentangkan anak di atas papan pengukur yang telah dialasi dengan posisi kepala menempel pada bagian papan yang datar dan tegak lurus (papan yang tidak dapat bergerak).
 - c) Pengukur utama berdiri disamping kanan anak untuk menekan dengan lembut lutut anak dan memastikan telapak kaki anak rata dengan papan geser, jari-jari kaki anak menunjuk ke atas. Bila sulit dilakukan, dibenarkan hanya satu telapak kaki yang menempel tegak lurus di papan geser.
 - d) Asisten pengukur berdiri di bagian kepala anak untuk memastikan puncak kepala anak menempel pada bagian papan yang statis, posisi kepala anak sesuai dengan garis Frankfort tegak lurus terhadap papan pengukur.
 - e) Pastikan ibu berdiri di dekat anak, untuk menenangkan anak tanpa mengganggu proses pengukuran.
 - f) Setelah papan geser dipastikan menempel tegak lurus dengan telapak kaki anak, pengukur utama membaca hasil panjang badan anak dari angka kecil ke besar dan catat pada buku bantu/register.

Gambar 2. 1 Cara Mengukur Panjang Badan Anak



Sumber : Kemenkes RI (2016)

- 4) Cara mengukur tinggi badan anak
- Pastikan anak telah melepas alas kaki dan aksesoris di kepala.
 - Pengukur utama memposisikan anak berdiri tegak lurus di bawah *microtoise* membelakangi dinding, pandangan anak lurus ke depan. Pastikan posisi kepala sudah benar dengan mengecek garis Frankfort.
 - Pengukur utama memastikan 5 bagian tubuh anak menempel di dinding yaitu: bagian belakang kepala, punggung, bokong, betis dan tumit. Pada anak obesitas minimal 2 bagian tubuh menempel di dinding yaitu punggung dan bokong.
 - Asisten pengukur memposisikan kedua lutut dan tumit anak rapat dan sedikit menekan perut anak agar tegak.
 - Pengukur utama menarik kepala *microtoise* sampai puncak kepala anak dan membaca angka pada jendela baca sejajar dengan garis merah.
 - Angka yang dibaca adalah yang berada pada garis merah dari angka kecil ke arah angka besar.

Gambar 2. 2 Cara Mengukur Tinggi Badan



Sumber : Kemenkes RI (2016)

2.5 Stunting

2.5.1. Pengertian Stunting

Stunting (kerdil) adalah kondisi dimana balita memiliki panjang atau tinggi badan yang kurang jika dibandingkan dengan umur. Kondisi ini diukur dengan panjang atau tinggi badan yang lebih dari minus dua standar deviasi median standar pertumbuhan anak dari WHO. Balita stunting termasuk masalah gizi kronik yang disebabkan oleh banyak faktor seperti kondisi sosial ekonomi, gizi ibu saat hamil, kesakitan pada bayi, dan kurangnya asupan gizi pada bayi. Balita stunting di masa yang akan datang akan mengalami kesulitan dalam mencapai perkembangan fisik dan kognitif yang optimal (Kemenkes RI, 2018a).

Stunting adalah kondisi gagal tumbuh pada anak balita (bayi di bawah lima tahun) akibat dari kekurangan gizi kronis sehingga anak terlalu pendek untuk usianya. Kekurangan gizi terjadi sejak bayi dalam kandungan dan pada masa awal setelah bayi lahir akan tetapi, kondisi stunting baru nampak setelah bayi berusia 2 tahun. Balita pendek (*stunted*) dan sangat pendek (*severely stunted*) adalah balita dengan panjang badan (PB/U) atau tinggi badan (TB/U) menurut umurnya dibandingkan dengan standar baku WHO-MGRS (*Multicentre Growth Reference Study*) 2006. Sedangkan definisi *stunting* menurut kementerian kesehatan (kemenkes) adalah anak balita dengan nilai Z-Scorenya kurang dari -2 SD/standar deviasi (*stunted*) dan kurang dari - 3 SD (*severely Stunted*) (Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan, 2017).

2.5.2. Penyebab Stunting

Stunting disebabkan oleh faktor multi dimensi dan tidak hanya disebabkan oleh faktor gizi buruk yang dialami oleh ibu hamil maupun anak balita. Intervensi yang paling menentukan untuk dapat mengurangi prevalensi stunting oleh karenanya perlu dilakukan pada 1.000 hari pertama kehidupan (HPK) dari anak balita. Secara lebih detil, beberapa faktor yang menjadi penyebab Stunting dapat digambarkan sebagai berikut :

- a. Praktek pengasuhan yang kurang baik, termasuk kurangnya pengetahuan ibu mengenai kesehatan dan gizi sebelum dan pada masa kehamilan, serta setelah ibu melahirkan. Beberapa fakta dan informasi yang ada

menunjukkan bahwa 60% dari anak usia 0-6 bulan tidak mendapatkan air susu ibu (asi) secara eksklusif, dan 2 dari 3 anak usia 0-24 bulan tidak menerima makanan pendamping air susu ibu (MP-ASI). MP-ASI diberikan/mulai diperkenalkan ketika balita berusia diatas 6 bulan. Selain berfungsi untuk mengenalkan jenis makanan baru pada bayi, MPASI juga dapat mencukupi kebutuhan nutrisi tubuh bayi yang tidak lagi dapat disokong oleh asi, serta membentuk daya tahan tubuh dan perkembangan sistem imunologis anak terhadap makanan maupun minuman.

- b. Masih terbatasnya layanan kesehatan termasuk layanan *anc-ante natal care* (pelayanan kesehatan untuk ibu selama masa kehamilan) *post natal care* dan pembelajaran dini yang berkualitas. Informasi yang dikumpulkan dari publikasi kemenkes dan bank dunia menyatakan bahwa tingkat kehadiran anak di posyandu semakin menurun dari 79% di 2007 menjadi 64% di 2013 dan anak belum mendapat akses yang memadai ke layanan imunisasi. Fakta lain adalah 2 dari 3 ibu hamil belum mengkonsumsi suplemen zat besi yang memadai serta masih terbatasnya akses ke layanan pembelajaran dini yang berkualitas (baru 1 dari 3 anak usia 3-6 tahun belum terdaftar di layanan PAUD/pendidikan anak usia dini).
- c. Masih kurangnya akses rumah tangga/keluarga ke makanan bergizi. Hal ini dikarenakan harga makanan bergizi di indonesia masih tergolong mahal. menurut beberapa sumber (RISKESDAS 2013, SDKI 2012, SUSENAS), komoditas makanan di jakarta 94% lebih mahal dibanding dengan di New Delhi, India. Harga buah dan sayuran di indonesia lebih mahal daripada di singapura. Terbatasnya akses ke makanan bergizi di indonesia juga dicatat telah berkontribusi pada 1 dari 3 ibu hamil yang mengalami anemia.
- d. Kurangnya akses ke air bersih dan sanitasi. Data yang diperoleh di lapangan menunjukkan bahwa 1 dari 5 rumah tangga di indonesia masih buang air besar (bab) diruang terbuka, serta 1 dari 3 rumah tangga belum memiliki akses ke air minum bersih (Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan, 2017).

2.5.3. Dampak Stunting

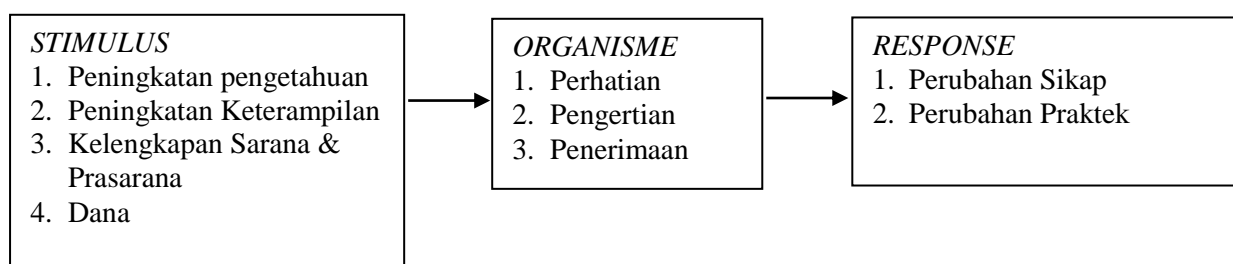
Dampak buruk yang dapat ditimbulkan oleh masalah gizi tersebut diatas, dalam jangka pendek adalah terganggunya perkembangan otak, kecerdasan, gangguan pertumbuhan fisik, dan gangguan metabolisme dalam tubuh. Sedangkan, dalam jangka panjang akibat buruk yang dapat ditimbulkan adalah menurunnya kemampuan kognitif dan prestasi belajar, menurunnya kekebalan tubuh sehingga mudah sakit, dan resiko tinggi untuk munculnya penyakit degeneratif seperti diabetes, kegemukan, penyakit jantung dan pembuluh darah, dan lain-lainnya (Kemenkes RI, 2019).

Selain menghambat tumbuh kembang anak dan rentan terhadap penyakit, stunting juga mempengaruhi perkembangan otak yang membuat tingkat kecerdasan anak tidak maksimal. Hal ini berisiko mengurangi produktivitas pada saat dewasa. Stunting dan masalah gizi lainnya diperkirakan berkontribusi pada hilangnya 2-3% Produk Domestik Bruto (PDB) setiap tahunnya (Sekretariat Percepatan Pencegahan Stunting, 2019).

2.6. Kerangka Teori

Kerangka teori yang mendukung penelitian ini yaitu teori perilaku S-O-R dari Skinner (1996) dalam Mahendra (2019) untuk mengetahui pemberdayaan kader Posyandu pada deteksi dini stunting pada anak Baduta yang mana teori ini terdiri dari Rangsangan (*Stimulus*), *Organisme* dan Reaksi (*Response*). Dapat dilihat pada bagan berikut ini :

Gambar 2. 3 Kerangka Teori

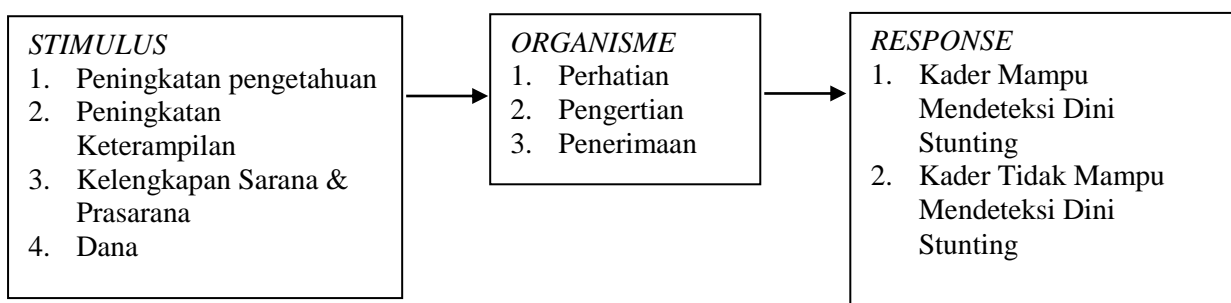


Sumber : Skinner (1996) dalam Mahendra (2019)

2.8. Kerangka Pikir

Kerangka pikir penelitian ini disesuaikan dengan teori S-O-R dari Skinner (1996) dalam Mahendra (2019) untuk mengetahui proses pemberdayaan kader Posyandu dalam deteksi dini stunting pada anak baduta di Kabupaten Muaro Jambi. Dalam kerangka pikir ini yang menjadi variabel yang diteliti dalam pelaksanaan Pemberdayaan Kader Posyandu Dalam Deteksi Dini Stunting Pada Anak Baduta (Bawah Usia Dua Tahun) Di Kabupaten Muaro Jambi yaitu komponen Rangsangan (*Stimulus*) yang meliputi peningkatan pengetahuan, peningkatan Keterampilan, kelengkapan sarana & prasarana serta dana (honor/transport) yang diberikan kepada kader Posyandu, komponen *Organisme* yaitu perhatian, pengertian & penerimaan kader Posyandu dalam melaksanakan kegiatan deteksi dini stunting, dan komponen Reaksi (*Response*) yang dihasilkan yaitu kader mampu atau tidak mampu dalam mendeteksi dini stunting pada anak Baduta. Berdasarkan kerangka teori maka didapat kerangka pikir sebagai berikut:

Gambar 2. 4 Kerangka Pikir



BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan menggunakan metode wawancara mendalam, *Focus Group Discussion (FGD)* dan telaah dokumen yang bertujuan untuk menganalisis Pemberdayaan Kader Posyandu Dalam Deteksi Dini Stunting Pada Anak Baduta (Bawah Usia Dua Tahun) Di Kecamatan Mestong.

3.2 Waktu dan Lokasi Penelitian

Penelitian ini akan dilaksanakan bulan Maret 2022 pada dua puskesmas di Kecamatan Mestong Kabupaten Muaro Jambi Yaitu Puskesmas Tempino Dan Puskesmas Pondok Meja. Kedua puskesmas tersebut merupakan puskesmas dengan data angka kejadian stunting tertinggi di Kabupaten Muaro Jambi. Penelitian ini akan dilaksanakan pada bulan Maret 2022

3.3 Informan Penelitian

Informan penelitian merupakan orang yang mampu menjawab dan memberikan informasi kepada peneliti terkait penelitian yang akan dilakukan secara akurat, jelas, dan lengkap (Sugiono, 2010).

Tabel 3. 1 Informan Penelitian & Pengumpulan Data

No	Informan	Status Informan	Jumlah	Metode Pengumpulan Data	Informasi Yang Diinginkan
1	Kader Posyandu	Informan Utama	10 Orang	FGD, Telaah Dokumen, Observasi	1. <i>Stimulus</i> <ol style="list-style-type: none"> a. Peningkatan pengetahuan b. Peningkatan keterampilan c. Kelengkapan sarana & prasarana d. Dana 2. <i>Organisme</i> <ol style="list-style-type: none"> a. Perhatian kader posyandu terhadap pelaksanaan deteksi dini stunting b. Pengertian kader posyandu terhadap pelaksanaan deteksi dini stunting c. Penerimaan kader posyandu terhadap pelaksanaan deteksi dini stunting

					<p>3. <i>Response</i></p> <ul style="list-style-type: none"> a. Kader mampu dalam melaksanakan deteksi dini stunting b. Kader tidak mampu dalam melaksanakan deteksi dini stunting
2	Ibu Baduta	Informan Triangulasi	5 Orang	FGD	<p>1. <i>Stimulus</i></p> <ul style="list-style-type: none"> a. Kelengkapan sarana & prasarana <p>2. <i>Response</i></p> <ul style="list-style-type: none"> a. Kader mampu dalam melaksanakan deteksi dini stunting b. Kader tidak mampu dalam melaksanakan deteksi dini stunting
3	Kepala Puskesmas	Informan Triangulasi	2 Orang	Wawancara Mendalam, Telaah Dokumen	<p>1. <i>Stimulus</i></p> <ul style="list-style-type: none"> a. Peningkatan pengetahuan b. Peningkatan keterampilan c. Kelengkapan sarana & prasarana d. Dana <p>2. <i>Response</i></p> <ul style="list-style-type: none"> a. Kader mampu dalam melaksanakan deteksi dini stunting b. Kader tidak mampu dalam melaksanakan deteksi dini stunting
4	Petugas Gizi	Informan Triangulasi	2 Orang	Wawancara Mendalam, Telaah Dokumen	<p>1. <i>Stimulus</i></p> <ul style="list-style-type: none"> a. Peningkatan pengetahuan b. Peningkatan keterampilan c. Kelengkapan sarana & prasarana d. Dana <p>2. <i>Organisme</i></p> <ul style="list-style-type: none"> a. Penerimaan kader posyandu terhadap pelaksanaan deteksi dini stunting <p>3. <i>Response</i></p> <ul style="list-style-type: none"> a. Kader mampu dalam melaksanakan deteksi dini stunting b. Kader tidak mampu dalam melaksanakan deteksi dini stunting
5	Petugas Promkes	Informan Triangulasi	2 Orang	Wawancara Mendalam, Telaah Dokumen	<p>1. <i>Stimulus</i></p> <ul style="list-style-type: none"> a. Peningkatan pengetahuan b. Peningkatan keterampilan c. Kelengkapan sarana & prasarana d. Dana <p>2. <i>Organisme</i></p> <ul style="list-style-type: none"> a. Penerimaan kader posyandu terhadap pelaksanaan deteksi dini stunting <p>3. <i>Response</i></p> <ul style="list-style-type: none"> a. Kader mampu dalam melaksanakan deteksi dini stunting b. Kader tidak mampu dalam melaksanakan deteksi dini stunting
Jumlah Informan			21 Orang		

3.4 Defenisi Istilah

Tabel 3. 2 Defenisi Istilah

No	Data Istilah	Definisi	Alat Ukur
I	Stimulus		
	Peningkatan Pengetahuan	Semua kegiatan yang dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan kader Posyandu tentang deteksi dini stunting anak baduta	Alat Tulis, alat perekam, dan pedoman wawancara, Pedoman FGD, Panduan Telaah Dokumen
	Peningkatan Keterampilan	Semua kegiatan yang dilakukan untuk meningkatkan keterampilan dan keahlian kader Posyandu tentang deteksi dini stunting anak baduta	Alat Tulis, alat perekam, dan pedoman wawancara, Pedoman FGD, Panduan Telaah Dokumen
	Kelengkapan sarana & prasarana	Kelengkapan sarana dan prasarana yang mendukung kader untuk dapat melaksanakan deteksi dini stunting anang baduta	Alat Tulis, alat perekam, dan pedoman wawancara, Pedoman FGD, Panduan Telaah Dokumen
	Dana (honor/transport)	Honor/transport yang diberikan kepada kader dalam melaksanakan deteksi dini di Posyandu	Alat Tulis, alat perekam, dan pedoman wawancara, Pedoman FGD, Panduan Telaah Dokumen
II	Organisme		
	Perhatian	Ketertarikan kader Posyandu terhadap pelaksana deteksi stunting pada anak baduta	Alat Tulis, alat perekam, dan Pedoman FGD
	Pengertian	Defenisi atau pengetahuan kader dalam melaksanakan deteksi dini stunting pada anak baduta	Alat Tulis, alat perekam, dan Pedoman FGD
	Penerimaan	Kader memiliki kemampuan untuk melakukan deteksi dini stunting pada anak baduta	Alat Tulis, alat perekam, dan pedoman wawancara mendalam, panduan FGD, Panduan Observasi
III	Response	Kader mampu atau tidak mampu dalam melaksanakan deteksi dini stunting pada anak baduta	Alat Tulis, alat perekam, dan pedoman wawancara mendalam, panduan FGD, Panduan Observasi, panduan telaah dokumen

3.5 Jenis Dan Sumber Data

Jenis dan sumber data dalam penelitian ini yaitu dengan menggunakan data primer dan sekunder.

- a. Data Primer yaitu data yang diperoleh dari responden melalui wawancara dan observasi yang dilakukan peneliti.
- b. Data sekunder yaitu data diperoleh dari Dinas Kesehatan dan Puskesmas yang terkait dengan topik penelitian.

3.6 Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan adalah alat tulis, alat perekam, kamera, pedoman wawancara, pedoman FGD, *checklist* telaah dokumen, dan *checklist* observasi. Untuk metode kualitatif, instrument penelitian adalah peneliti sendiri.

3.7 Cara Mengumpulkan Data

Teknik pengumpulan data yang dilakukan adalah sebagai berikut :

- a. Wawancara mendalam (*indepth interview*) yaitu suatu cara untuk mendapatkan dan mengumpulkan data melalui tanya jawab langsung secara tatap muka (*face to face*) atau bisa juga lewat sarana komunikasi dan dialog atau diskusi dengan informan yang dianggap mengetahui banyak tentang dan masalah penelitian.
- b. *Focus Group Discussion* (FGD) yaitu suatu cara untuk mendapatkan dan mengumpulkan data melalui tanya jawab langsung secara tatap muka (*face to face*) atau bisa juga lewat sarana komunikasi dan dialog atau diskusi dengan informan dalam waktu bersamaan yang dianggap mengetahui banyak tentang dan masalah penelitian yang dipandu oleh peneliti.
- c. Telaah dokumen yaitu suatu cara melakukan penyelidikan, kajian, pemeriksaan terkait suatu hal melalui dokumen-dokumen yang mengatur sebuah kegiatan.
- d. Observasi, yaitu cara mengumpulkan data yang berdasarkan atas tinjauan dan pengamatan penelitian secara langsung terhadap aspek-aspek yang terkait dengan objek penelitian.

3.8 Pemeriksaan Keabsahan Data (Validasi Data)

Menurut Sugiono (2010), keabsahan data (*trust worthiness*) diperiksa dengan mengacu pada beberapa kriteria, antara lain kriteria derajat kepercayaan "*credibility*" yang dapat dilakukan dengan berbagai teknik antara lain dengan Triangulasi. Berikut ini dijelaskan upaya pemeriksaan keabsahan data yang dilakukan dalam penelitian dengan menggunakan triangulasi, yaitu :

a. Triangulasi Sumber :

Membandingkan dan mengecek balik derajat kepercayaan suatu informasi yang diperoleh melalui waktu dan alat yang berbeda dalam metode kualitatif. Triangulasi sumber berarti membandingkan dan mengecek balik derajat kepercayaan suatu informasi yang diperoleh dari informasi yang berbeda. Triangulasi sumber adalah pengumpulan informan dari sumber yang berbeda dengan topik yang sama. Pada rancangan penelitian ini triangulasi sumber dalam pemilihan informan terdiri dari informan wawancara mendalam yakni Kepala Puskesmas, Petugas Gizi dan Petugas Promkes Puskesmas.

b. Triangulasi Metode :

Triangulasi teknik/metode yaitu peneliti akan membandingkan hasil wawancara mendalam yang dilakukan dengan data hasil pengamatan (observasi) yang dilakukan di lapangan. Pengecekan derajat kepercayaan dengan teknik menggunakan berbagai metode pengumpulan data, yaitu wawancara mendalam (*in-deph interview*), *Focus Group Discassion* (FGD) pengamatan (*observasi*), dan telaah dokumen.

c. Triangulasi Data

Triangulasi data dilakukan dengan menganalisa data yang didapat berbagai sumber yaitu data dari Petugas Gizi, Petugas Promkes dan Kader Posyandu di Kabupaten Muaro Jambi Dengan membandingkan hasil analisis peneliti dengan hasil penelitian atau pengamatan untuk keperluan pengecekan kembali derajat kepercayaan.

3.9 Analisis Data

Menurut (Sugiono, 2010) data yang telah dikumpulkan akan dijabarkan dan ditulis seluruhnya ke dalam “*Transkrip*” untuk selanjutnya dilakukan kegiatan pengorganisasian dan pengolahan data (mengatur, mengurutkan, mengelompokkan, member kode, mengkategorikan) untuk merumuskan tema. Pengolahan data dilakukan secara manual, teknik analisis yang digunakan adalah analisis domain (*domain analisis*) pada tahap pengelompokan dan penetapan term dan analisis konten (*conten analysis*) yaitu mengelompokkan informasi yang diperoleh berdasarkan topic dan membandingkannya dengan teori yang ada. Secara lengkap pengolahan dan analisis data yang dilakukan penulis sebagai berikut:

- a. Mendengarkan rekaman hasil wawancara mendalam.
- b. Membantu transkrip hasil wawancara mendalam.
- c. Menyusun semua tema yang muncul secara bersamaan dan dikelompokkan dalam kategori.
- d. Menyusun semua tema ke dalam ringkasan (*matriks*) temuan dari hasil diskusi dan wawancara agar didapat hasil sementara.

- e. Merujuk dan mengembangkan resume dari skema yang didapat dengan literature yang berhubungan.
- f. Membuat interpretasi secara komprehensif dan dapat dimengerti.
- g. Menyajikan hasil data analisis dalam bentuk narasi.

Teknik analisa data yaitu suatu kegiatan yang mengacu pada penelaahan atau pengujian yang sistematis mengenai suatu hal dalam rangka mengetahui bagian-bagian, dan hubungan bagian dengan keseluruhan. Oleh karena data penelitian ini berupa data kualitatif (antara lain berupa pernyataan, gejala, tindakan *nonverbal* yang dapat terekam oleh deskripsi kalimat atau gambar) maka terdapat tiga alur kegiatan yang dapat dilakukan secara bersamaan, yaitu:

- a. Pengumpulan Data (*Data collection*) yaitu suatu proses pemilihan, pemusatan perhatian pada penyederhanaan, pengabstrakan dan transformasi data kasar yang muncul dari catatan-catatan tertulis di lapangan.
- b. Reduksi Data (*Data reduction*) yaitu data yang dikelompokkan selanjutnya disusun dalam bentuk narasi-narasi, sehingga berbentuk rangkaian informasi yang bermakna sesuai dengan masalah penelitian.
- c. Penyajian data (*Data Display*) yaitu interpretasi data merupakan kegiatan mendapatkan makna dan pemahaman terhadap data dari partisipan dengan memunculkan konsep dan teori.
- d. Penarikan kesimpulan (*Conclusion verivications*) dimana kesimpulan tersebut diverifikasi selama proses penelitian. Verifikasi tersebut berupa tinjauan atau pemikiran kembali pada catatan lapangan yang mungkin berlangsung sekilas

atau malah dilakukan secara seksama dan memakan waktu lama, serta bertukar pikiran.

- e. Evaluasi (*Evaluation*) Melakukan verifikasi hasil analisis data dengan informan, yang didasarkan pada kesimpulan tahap keempat. Tahap ini dimaksudkan untuk menghindari kesalahan interpretasi dari hasil wawancara dengan sejumlah informan yang dapat mengaburkan makna persoalan sebenarnya dari fokus penelitian.

3.10 Ethical Clearance

Semua subjek penelitian akan diberikan informasi tentang penelitian, maksud, tujuan serta kerahasiaan informan dan selanjutnya apabila informan bersedia ikut dalam penelitian maka dimintai persetujuan (*informed Consent*) tertulis sebelum dilakukan wawancara, FGD, telaah dokumen dan observasi. Penelitian ini akan dilakukan setelah mendapat persetujuan dari Komite Etik Penelitian dari Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sriwijaya untuk memastikan bahwa penelitian yang diusulkan secara etis dapat diterima serta hak-hak peserta penelitian dilindungi. Etika yang dimaksud guna menjaga kerahasiaan responden. Permohonan izin juga dilayangkan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Muaro Jambi, kemudian peneliti melakukan penelitian sesuai dengan etika yang meliputi:

a. *Informed Consent*

Meminta persetujuan yang dimaklumkan dari informan sebelum melakukan pengambilan data penelitian. Informan yang bersedia menjadi responden diminta untuk menandatangani lembaran persetujuan.

b. Tanpa Nama (*Anonymity*)

Identitas pemberi maklumat/informasi tidak disertakan, hanya kode yang diisi.

c. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

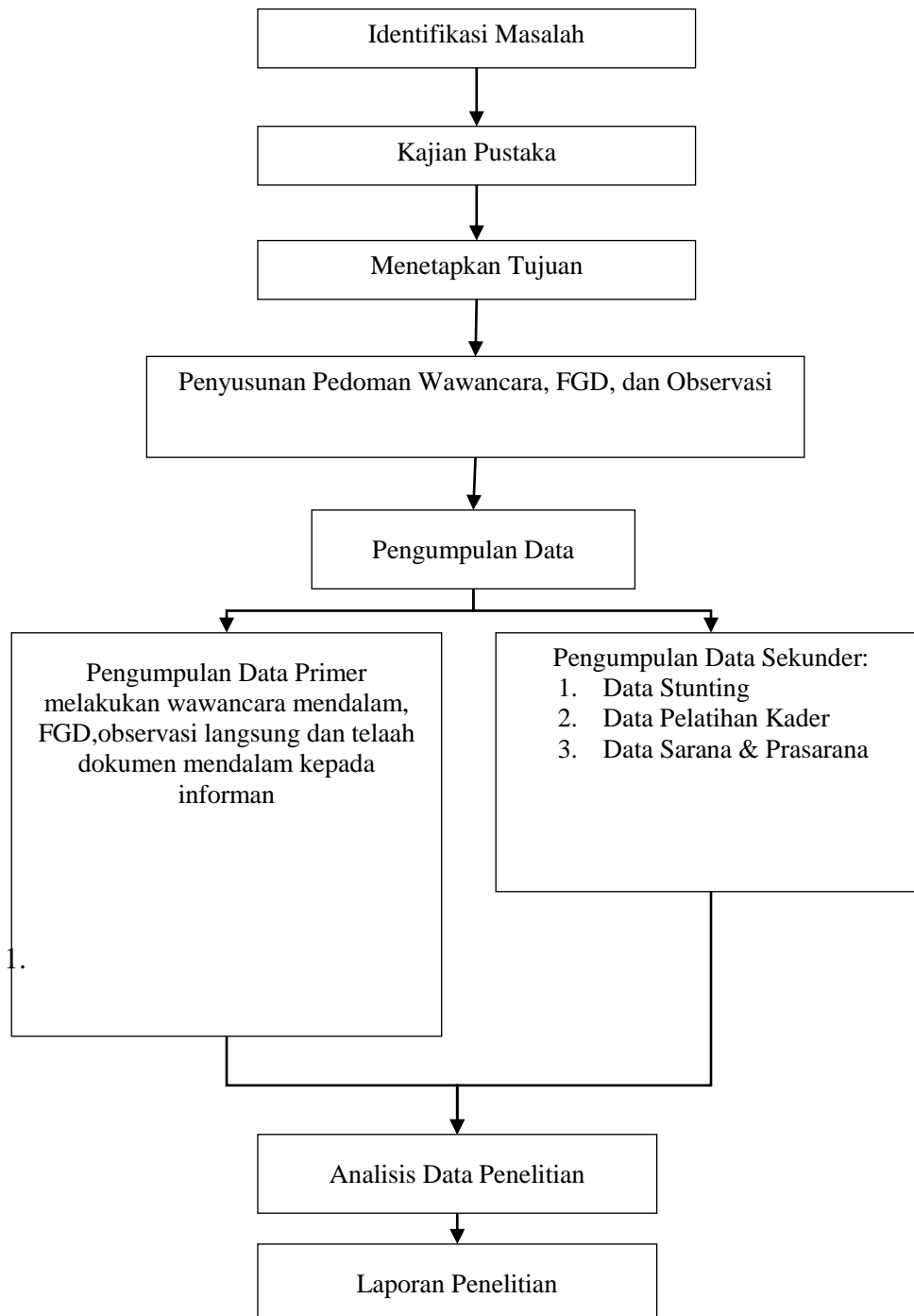
Kerahasiaan data yang telah diberikan dijamin kerahasiannya.

d. Keadilan dan Inklusivitas/Keterbukaan

Peneliti menyampaikan tata cara penelitian agar memenuhi etika keterbukaan.

3.11 Alur Penelitian

Alur penelitian dengan responden ibu balita dapat dilihat pada Bagan 3.2

Gambar 3. 1 Alur Penelitian

DAFTAR PUSTAKA

- Agustina, L., Shoviantari, F., & Ninis Yuliati. (2020). *Journal of Community Engagement and Employment. Penyuluhan Kosmetik Yang Aman Dan Notifikasi Kosmetik*, 02(01), 45–49.
<http://ojs.iik.ac.id/index.php/JCEE/article/view/362/191>
- Dinas Kesehatan Kabupaten Muaro Jambi. (2022). *Data Stunting Kabupaten Muaro Jambi Tahun 2021*.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jambi. (2019). *Data Stunting Provinsi Jambi. Jambi*.
- Direktorat Gizi Masyarakat. (2020). *Panduan Pelaksanaan Pemantauan Pertumbuhan di Posyandu untuk Kader dan Petugas Posyandu*. 30 hal.
<https://infeksiemerging.kemkes.go.id/document/download/DyEObL06QN>
- Fuada, N., Salimar, & Irawati, A. (2014). *Kemampuan Kader Posyandu Dalam Melakukan Pengukuran Panjang / Tinggi Badan Balita The Ability of Integrated Health Center Cadre on Height / Length Measurement of Underfive Children. Ekologi Kesehatan*, 229–239.
- Irwan. (2017). *Etika dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta
- Iswarawanti, D. N. (2010). *Posyandu Cadres: Their Roles and Challenges in Empowerment for Improving Children Nutritional Status in Indonesia. Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 13(4), 169.
- Kemendes RI. (2011). *Pedoman Umum Pelaksanaan Posyandu*. Jakarta
- Kemendes RI. (2012). *Buku Saku Posyandu. Buku Saku Posyandu*, 13, 17.
<https://doi.org/10.1159/000317898>
- Kemendes RI. (2016). *Pedoman Pelaksanaan Pelaksanaan Stimulasi, Deteksi Dini & Intervensi Dini Tumbuh Kembang Anak*. Jakarta
- Kemendes RI. (2018a). *Buletin Stunting. Kementerian Kesehatan RI*, 301(5), 1163–1178.
- Kemendes RI. (2018b). *Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018. Kementerian Kesehatan RI*, 53(9), 1689–1699.
- Kemendes RI. (2019). *Panduan Orientasi Kader Posyandu. Direktorat Promosi Kesehatan Dan Pemberdayaan Masyarakat Kementerian Kesehatan RI*, 53(9), 19.

- Kemenkes RI. (2020). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2020 Tentang Standar Antropometri Anak*. 3(2017), 54–67. <http://repositorio.unan.edu.ni/2986/1/5624.pdf>
- Kementerian Koordinator Bidang Pembangunan Manusia & Kebudayaan. (2018). *Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Anak Kerdil (Stunting) Periode 2018-2024*.
- Kurniati, D. P. Y. (2015). Bahan Ajar Pengorganisasian dan Pengembangan Masyarakat. *Bagian Promosi Kesehatan Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Udayana*, 1–65. https://simdos.unud.ac.id/uploads/file_pondidikan_dir/571a3cc8a3c9df700a0b29304ec3c5ae.pdf
- Mahendra, D. (2019). *Buku Ajar Promosi Kesehatan. Program Studi Diploma Tiga Keperawatan Fakultas Vokasi UKI*, 1–107.
- Megawati, G., & Wiramihardja, S. (2019). *Peningkatan Kapasitas Kader Posyandu dalam Mendeteksi dan Mencegah Stunting di Desa Cipacing Jatinangor. Jurnal Aplikasi Ipteks Untuk Masyarakat*, 8(3), 154–159.
- Permenkes RI No. 08. (2019). *Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan*. Jakarta.
- Permenkes RI No. 65. (2013). *Pedoman Pelaksanaan Dan Pembinaan Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan*. Jakarta
- Rahayu. (2017). Hubungan Tingkat Pengetahuan Kader Tentang Pengukuran Antropometri Dengan Keterampilan Dalam Melakukan Pengukuran Pertumbuhan Balita di Posyandu Kelurahan Karangasem Kecamatan Laweyan. *Paper Knowledge . Toward a Media History of Documents*, 5(2), 40–51.
- RPJMN. (2014). *RPJMN 2010-2014.pdf* (p. 101). Jakarta [https://www.bappenas.go.id/files/rpjmn/RPJMN 2010-2014.pdf](https://www.bappenas.go.id/files/rpjmn/RPJMN%2010-2014.pdf)
- Schilsky, M. L., & Mistry, P. (2017). Proceedings of The 1st Pediatric Nutrition and Metabolic Update NutriMet “Best Practice in Nutrition & Metabolic Disease in the First 1000 Days of Life.” *Current Opinion in Gastroenterology*, 16(3), 219–230. <https://doi.org/10.1097/00001574-200005000-00004>
- Sekretariat Percepatan Pencegahan Stunting. (2019). *Panduan pemetaan program, kegiatan, dan sumber pembiayaan untuk mendorong konvergensi percepatan pencegahan*.

Sugiyono. 2010. Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kuantitatif, kualitatif, dan R&D. Bandung: Alfabeta

Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan. (2017). *100 Kabupaten/Kota Prioritas Untuk Intervensi Anak Kerdil (Stunting)*.

LAMPIRAN

PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM
KEPALA PUSKESMAS DI KECAMATAN MESTONG

Data Informan

Inisial Nama :

Jabatan :

Pertanyaan

I. STIMULUS

A. Peningkatan Pengetahuan Kader Posyandu

1. Apakah pernah dilakukan sosialisasi deteksi dini stunting pada Kader Posyandu yang ada di wilayah kerja Bapak/ibu?
2. Dalam bentuk apasaja kegiatan tersebut dilakukan?
3. Apakah Kader Posyandu di wilayah kerja Puskesmas Bapak/ibu sudah dilatih dalam melaksanakan pengukuran panjang/tinggi badan pada bayi/balita setiap bulannya?
4. Apakah dilakukan pengukuran tingkat pengetahuan Kader Posyandu sebelum dan sesudah dilaksanakan pelatihan tersebut?
5. Berapa jumlah kader per Posyandu yang sudah dilatih?
6. Apakah pelatihan pengukuran status gizi bayi/balita untuk kader dilaksanakan setiap tahunnya?
7. Apakah ada pembinaan Kader Posyandu yang dilakukan secara khusus di Posyandu selain pelatihan yang dilaksanakan oleh Puskesmas agar mengetahui cara-cara mendeteksi dini stunting?

B. Peningkatan Keterampilan

1. Apakah pada saat melaksanakan pelatihan dilakukan demonstrasi pengukuran panjang/tinggi anak Baduta?
2. Apakah pada saat melaksanakan pelatihan dilakukan praktek pengukuran panjang/tinggi anak?

3. Apakah semua kader melakukan praktek pengukuran panjang/tinggi anak?
4. Apakah selama ini petugas gizi Puskesmas melakukan pembinaan secara rutin kepada kader tentang pengukuran panjang/tinggi badan bayi/balita? Bila iya berapa bulan sekali?
5. Menurut bapak/ibu bagaimanakah koordinasi antara petugas gizi dengan kader Posyandu dalam melaksanakan pengukuran panjang/tinggi badan bayi/balita? Adakah pembagian tugas atau peran antara petugas gizi dan kader Posyandu dalam pelaksanaan kegiatan tersebut? Mohon jelaskan!
6. Menurut bapak/ibu, apakah kader Posyandu melakukan pelaporan kemitraan kepada puskesmas? Apa sajakah yang dilaporkan? Berapa bulan sekali pelaporan ke puskesmas dilakukan?

C. Kelengkapan Sarana & Prasarana

1. Menurut Bapak/ibu apakah setiap Posyandu memiliki alat pengukur panjang/tinggi badan bayi/balita?
2. Apakah jenis alat pengukur panjang/tinggi badan bayi/balita? Siapakah yang menyediakan?
3. Apakah alat tersebut sudah memenuhi standar Kementerian Kesehatan RI?
4. Apa tindakan yang dilakukan Puskesmas untuk membantu agar sarana dan prasarana yang dibutuhkan untuk melakukan deteksi dini stunting di Posyandu dapat dilengkapi?

D. Dana

1. Menurut Bapak/ibu apakah ada ketersediaan dana yang digunakan khusus untuk transport atau honor kader Posyandu? Apabila ada, dari manakah sumber dana tersebut?
2. Apakah ada dana khusus untuk kader Posyandu dalam pelaksanaan deteksi dini stunting?

3. Apakah ada penganggaran dana khusus untuk pelatihan pengukuran status gizi bayi/balita untuk kader setiap tahunnya?

II. *RESPONSE*

A. Penerimaan Kader Posyandu Terhadap Pelaksanaan Deteksi Dini Stunting

1. Menurut bapak/ibu, apakah semua kader Posyandu mengetahui dan mampu melaksanakan pengukuran panjang/tinggi badan bayi/balita?
2. Menurut bapak/ibu, apakah semua kader Posyandu mau melaksanakan pengukuran panjang/tinggi badan bayi/balita?
3. Apakah petugas gizi melakukan *crosscheck* ulang hasil pengukuran Kader Posyandu apabila ada yang terdeteksi stunting?
4. Apakah sering terjadi perbedaan hasil pengukuran yang dilakukan Kader Posyandu dengan petugas gizi setelah dilakukan *crosscheck* ulang pengukuran
5. Menurut bapak/ibu bagaimana pelaksanaan pemantauan dan evaluasi kegiatan pemberdayaan kader Posyandu dalam melaksanakan deteksi dini stunting di wilayah kerja masing-masing Puskesmas? Berapa bulan sekali dilakukan evaluasi kegiatan tersebut? bagaimana cara mengevaluasinya dan siapa saja yang terlibat?

PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM
PETUGAS GIZI DI DI KECAMATAN MESTONG

Data Informan

Inisial Nama :

Jabatan :

Pertanyaan

I. *STIMULUS*

A. Peningkatan Pengetahuan Kader Posyandu

1. Apakah pernah dilakukan sosialisasi deteksi dini stunting pada Kader Posyandu yang ada di wilayah kerja Bapak/ibu?
2. Dalam bentuk apasaja kegiatan tersebut dilakukan?
3. Apakah Kader Posyandu di wilayah kerja Puskesmas bapak/ibu sudah dilatih dalam melaksanakan pengukuran panjang/tinggi badan pada bayi/balita setiap bulannya?
4. Apakah dilakukan pengukuran tingkat pengetahuan Kader Posyandu sebelum dan sesudah dilaksanakan pelatihan tersebut?
5. Berapa jumlah kader per Posyandu yang sudah dilatih?
6. Apakah pelatihan pengukuran status gizi bayi/balita untuk kader dilaksanakan setiap tahunnya?
7. Apakah ada pembinaan Kader Posyandu yang dilakukan secara khusus di Posyandu selain pelatihan yang dilaksanakan oleh Puskesmas agar mengetahui cara-cara mendeteksi dini stunting?

B. Peningkatan Keterampilan

1. Apakah pada saat melaksanakan pelatihan dilakukan demonstrasi pengukuran panjang/tinggi anak Baduta?
2. Apakah pada saat melaksanakan pelatihan dilakukan praktek pengukuran panjang/tinggi anak?

3. Apakah semua kader melakukan praktek pengukuran panjang/tinggi anak?
4. Apakah selama ini Bapak/ibu melakukan pembinaan secara rutin kepada kader tentang pengukuran panjang/tinggi badan bayi/balita? Bila iya berapa bulan sekali?
5. Menurut bapak/ibu bagaimanakah koordinasi antara bapak/ibu dengan kader Posyandu dalam melaksanakan pengukuran panjang/tinggi badan bayi/balita? Adakah pembagian tugas atau peran antara bapak/ibu dan kader Posyandu dalam pelaksanaan kegiatan tersebut? Mohon jelaskan!
6. Menurut bapak/ibu, apakah kader Posyandu melakukan pelaporan kemitraan kepada puskesmas? Apa sajakah yang dilaporkan? Berapa bulan sekali pelaporan ke puskesmas dilakukan?

C. Kelengkapan Sarana & Prasarana

1. Menurut Bapak/ibu apakah setiap Posyandu memiliki alat pengukur panjang/tinggi badan bayi/balita?
2. Apakah jenis alat pengukur panjang/tinggi badan bayi/balita? Siapakah yang menyediakan?
3. Apakah alat tersebut sudah memenuhi standar Kementerian Kesehatan RI?
4. Apa tindakan yang dilakukan Puskesmas untuk membantu agar sarana dan prasarana yang dibutuhkan untuk melakukan deteksi dini stunting di Posyandu dapat dilengkapi?

D. Dana

1. Menurut Bapak/ibu apakah ada ketersediaan dana yang digunakan khusus untuk transport atau honor kader Posyandu? Apabila ada, dari manakah sumber dana tersebut?
2. Apakah ada dana khusus untuk kader Posyandu dalam pelaksanaan deteksi dini stunting?

3. Apakah ada penganggaran dana khusus untuk pelatihan pengukuran status gizi bayi/balita untuk kader setiap tahunnya?

II. ORGANISME

A. Penerimaan Kader Posyandu Terhadap Pelaksanaan Deteksi Dini Stunting

1. Apakah menurut bapak/ibu, Kader Posyandu menerima tugas mereka dalam melaksanakan deteksi dini stunting sebagai salah satu langkah untuk menurunkan angka stunting di Posyandu masing-masing?
2. Apakah kader Posyandu bisa melakukan pengukuran panjang/tinggi badan dengan baik dan benar?
3. Apa saja kendala yang ditemui kader Posyandu dalam melakukan pengukuran panjang/tinggi badan khususnya pada baduta?
4. Langkah apa yang kader Posyandu lakukan untuk mengatasi kendala yang terjadi saat pengukuran panjang/tinggi badan Baduta?

III. RESPONSE

1. Menurut bapak/ibu, apakah semua kader Posyandu mengetahui dan mampu melaksanakan pengukuran panjang/tinggi badan bayi/balita?
2. Menurut bapak/ibu, apakah semua kader Posyandu mau melaksanakan pengukuran panjang/tinggi badan bayi/balita?
3. Apakah petugas gizi melakukan *crosscheck* ulang hasil pengukuran Kader Posyandu apabila ada yang terdeteksi stunting?
4. Apakah sering terjadi perbedaan hasil pengukuran yang dilakukan Kader Posyandu dengan petugas gizi setelah dilakukan *crosscheck* ulang pengukuran
5. Menurut bapak/ibu bagaimana pelaksanaan pemantauan dan evaluasi kegiatan pemberdayaan kader Posyandu dalam melaksanakan deteksi dini stunting di wilayah kerja masing-masing Puskesmas? Berapa bulan sekali dilakukan evaluasi kegiatan tersebut? bagaimana cara mengevaluasinya dan siapa saja yang terlibat?

PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM
PETUGAS PROMKES PUSKESMAS

Data Informan

Inisial Nama :

Jabatan :

Pertanyaan

I. *STIMULUS*

A. Peningkatan Pengetahuan Kader Posyandu

1. Apakah pernah dilakukan sosialisasi deteksi dini stunting pada Kader Posyandu yang ada di wilayah kerja Bapak/ibu?
2. Dalam bentuk apa saja kegiatan tersebut dilakukan?
3. Apakah Kader Posyandu di wilayah kerja Puskesmas Bapak/ibu sudah dilatih dalam melaksanakan pengukuran panjang/tinggi badan pada bayi/balita setiap bulannya?
4. Apakah dilakukan pengukuran tingkat pengetahuan Kader Posyandu sebelum dan sesudah dilaksanakan pelatihan tersebut?
5. Berapa jumlah kader per Posyandu yang sudah dilatih?
6. Apakah pelatihan pengukuran status gizi bayi/balita untuk kader dilaksanakan setiap tahunnya?
7. Apakah ada pembinaan Kader Posyandu yang dilakukan secara khusus di Posyandu selain pelatihan yang dilaksanakan oleh Puskesmas agar mengetahui cara-cara mendeteksi dini stunting?

B. Peningkatan Keterampilan

1. Apakah pada saat melaksanakan pelatihan dilakukan demonstrasi pengukuran panjang/tinggi anak Baduta?
2. Apakah pada saat melaksanakan pelatihan dilakukan praktek pengukuran panjang/tinggi anak?

3. Apakah semua kader melakukan praktek pengukuran panjang/tinggi anak?
4. Apakah selama ini Petugas Gizi melakukan pembinaan secara rutin kepada kader tentang pengukuran panjang/tinggi badan bayi/balita? Bila iya berapa bulan sekali?
5. Menurut bapak/ibu bagaimanakah koordinasi antara bapak/ibu dengan kader Posyandu dalam melaksanakan pengukuran panjang/tinggi badan bayi/balita? Adakah pembagian tugas atau peran antara bapak/ibu dan kader Posyandu dalam pelaksanaan kegiatan tersebut? Mohon jelaskan!
6. Menurut bapak/ibu, apakah kader Posyandu melakukan pelaporan kemitraan kepada puskesmas? Apa sajakah yang dilaporkan? Berapa bulan sekali pelaporan ke puskesmas dilakukan?

C. Kelengkapan Sarana & Prasarana

1. Menurut bapak/ibu apakah setiap Posyandu memiliki alat pengukur panjang/tinggi badan bayi/balita?
2. Apakah jenis alat pengukur panjang/tinggi badan bayi/balita? Siapakah yang menyediakan?
3. Apakah alat tersebut sudah memenuhi standar Kementerian Kesehatan RI?
4. Apa tindakan yang dilakukan Puskesmas untuk membantu agar sarana dan prasarana yang dibutuhkan untuk melakukan deteksi dini stunting di Posyandu dapat dilengkapi?

D. Dana

1. Menurut bapak/ibu apakah ada ketersediaan dana yang digunakan khusus untuk transport atau honor kader Posyandu? Apabila ada, dari manakah sumber dana tersebut?
2. Apakah ada dana khusus untuk kader Posyandu dalam pelaksanaan deteksi dini stunting?

3. Apakah ada penganggaran dana khusus untuk pelatihan pengukuran status gizi bayi/balita untuk kader setiap tahunnya?

II. ORGANISME

A. Penerimaan Kader Posyandu Terhadap Pelaksanaan Deteksi Dini Stunting

1. Apakah menurut bapak/ibu, Kader Posyandu menerima tugas mereka dalam melaksanakan deteksi dini stunting sebagai salah satu langkah untuk menurunkan angka stunting di Posyandu masing-masing?
2. Apakah kader Posyandu bisa melakukan pengukuran panjang/tinggi badan dengan baik dan benar?
3. Apa saja kendala yang ditemui kader Posyandu dalam melakukan pengukuran panjang/tinggi badan khususnya pada baduta?
4. Langkah apa yang kader Posyandu lakukan untuk mengatasi kendala yang terjadi saat pengukuran panjang/tinggi badan Baduta?

III. RESPONSE

1. Menurut bapak/ibu, apakah semua kader Posyandu mengetahui dan mampu melaksanakan pengukuran panjang/tinggi badan bayi/balita?
2. Menurut bapak/ibu, apakah semua kader Posyandu mau melaksanakan pengukuran panjang/tinggi badan bayi/balita?
3. Apakah petugas gizi melakukan *crosscheck* ulang hasil pengukuran Kader Posyandu apabila ada yang terdeteksi stunting?
4. Apakah sering terjadi perbedaan hasil pengukuran yang dilakukan Kader Posyandu dengan petugas gizi setelah dilakukan *crosscheck* ulang pengukuran?
5. Menurut bapak/ibu bagaimana pelaksanaan pemantauan dan evaluasi kegiatan pemberdayaan kader Posyandu dalam melaksanakan deteksi dini stunting di wilayah kerja masing-masing Puskesmas? Berapa bulan sekali dilakukan evaluasi kegiatan tersebut? bagaimana cara mengevaluasinya dan siapa saja yang terlibat?

**PEDOMAN FOCUS GROUP DISCUSSION (FGD)
KADER POSYANDU & IBU BADUTA DI KECAMATAN MESTONG**

Pertanyaan

I. *STIMULUS*

A. Pengetahuan Kader Posyandu (Kader Posyandu)

1. Apakah pernah dilakukan sosialisasi deteksi dini stunting pada Kader Posyandu oleh pihak Puskesmas kepada ibu-ibu?
2. Dalam bentuk apasaja kegiatan tersebut dilakukan?
3. Apakah ibu-ibu sudah dilatih dalam melaksanakan pengukuran panjang/tinggi badan pada bayi/balita setiap bulannya?
4. Apakah dilakukan pengukuran tingkat pengetahuan Kader Posyandu sebelum dan sesudah dilaksanakan pelatihan tersebut?
5. Berapa jumlah kader per Posyandu yang sudah dilatih?
6. Apakah pelatihan pengukuran status gizi bayi/balita untuk kader dilaksanakan setiap tahunnya?
7. Apakah ada pembinaan Kader Posyandu yang dilakukan secara khusus di Posyandu selain pelatihan yang dilaksanakan oleh Puskesmas agar mengetahui cara-cara mendeteksi dini stunting?

B. Peningkatan Keterampilan

• Kader Posyandu

1. Apakah pada saat melaksanakan pelatihan dilakukan demonstrasi pengukuran panjang/tinggi anak Baduta?
2. Apakah pada saat melaksanakan pelatihan dilakukan praktek pengukuran panjang/tinggi anak?
3. Apakah semua kader melakukan praktek pengukuran panjang/tinggi anak?

4. Apakah selama ini Petugas Gizi melakukan pembinaan secara rutin kepada kader tentang pengukuran panjang/tinggi badan bayi/balita? Bila iya berapa bulan sekali?
5. Menurut ibu-ibu bagaimanakah koordinasi antara Petugas Gizi dengan kader Posyandu dalam melaksanakan pengukuran panjang/tinggi badan bayi/balita? Adakah pembagian tugas atau peran antara Petugas Gizi dan kader Posyandu dalam pelaksanaan kegiatan tersebut? Mohon jelaskan!
6. Apakah kader Posyandu melakukan pelaporan kemitraan kepada puskesmas? Apa sajakah yang dilaporkan? Berapa bulan sekali pelaporan ke puskesmas dilakukan?

- **Ibu Baduta**

1. Apakah kader melakukan praktek pengukuran panjang/tinggi anak?
2. Berapa bulan sekali dilakukan pengukuran panjang/tinggi badan pada anak ibu di Posyandu?
3. Apakah semua kader melakukan praktek pengukuran panjang/tinggi anak atau hanya 1 orang saja setiap bulannya?
4. Apakah selama ini Petugas Gizi sering datang ke Posyandu untuk melakukan pembinaan secara rutin kepada kader tentang pengukuran panjang/tinggi badan bayi/balita?
5. Apakah pernah terjadi perbedaan hasil pengukuran ibu kader terhadap panjang/tinggi badan yang turun bukan naik antara bulan ini dengan bulan sebelumnya?

C. Kelengkapan Sarana & Prasarana

- **Kader Posyandu**

1. Menurut Bapak/ibu apakah setiap Posyandu memiliki alat pengukur panjang/tinggi badan bayi/balita?
2. Apakah jenis alat pengukur panjang/tinggi badan bayi/balita? Siapakah yang menyediakan?

3. Apakah alat tersebut sudah memenuhi standar Kementerian Kesehatan RI?
4. Apa tindakan yang dilakukan Puskesmas untuk membantu agar sarana dan prasarana yang dibutuhkan untuk melakukan deteksi dini stunting di Posyandu dapat dilengkapi?

• **Ibu Baduta**

1. Menurut ibu apakah setiap Posyandu memiliki alat pengukur panjang/tinggi badan bayi/balita?
2. Apakah jenis alat pengukur panjang/tinggi badan bayi/balita yang dipakai kader posyandu?

D. Dana (Kader Posyandu)

1. Apakah ibu-ibu menerima transport atau honor kader Posyandu dalam pelaksanaan deteksi dini stunting? Apabila ada, dari manakah sumber dana tersebut?
2. Apakah ada dana khusus untuk kader Posyandu dalam pelaksanaan deteksi dini stunting?

II. ORGANISME

A. Perhatian Kader Posyandu Terhadap Pelaksanaan Deteksi Dini Stunting

• **Kader Posyandu**

1. Apakah menurut ibu-ibu deteksi dini stunting di Posyandu penting untuk dilakukan?
2. Seberapa penting kegiatan ini dilakukan di Posyandu?
3. Apa saja yang harus diperhatikan oleh ibu-ibu kader untuk melaksanakan deteksi dini stunting?

• **Ibu Baduta**

1. Apakah menurut ibu-ibu deteksi dini stunting di Posyandu penting untuk dilakukan?
2. Seberapa penting kegiatan ini dilakukan di Posyandu?

3. Apakah kader Posyandu pernah melakukan penyuluhan tentang deteksi dini stunting?
4. Apa yang ibu ketahui tentang stunting?
5. Apakah ibu merasakan ada peran kader terhadap perkembangan anak-anak ibu?

B. Pengertian Kader Posyandu Terhadap Pelaksanaan Deteksi Dini Stunting (Kader Posyandu)

1. Apakah ibu-ibu mengetahui apa saja yang harus dilakukan untuk mendeteksi dini stunting di Posyandu ibu-ibu?
2. Apa saja yang harus dipersiapkan untuk melakukan deteksi dini stunting tersebut?
3. Menurut ibu-ibu anak yang dikatakan stunting itu memiliki kriteria apa saja?
4. Apa saja yang harus dilakukan bila ada anak yang terdeteksi stunting?
5. Apakah ada system pelaporan tertentu bila ada anak yang terdeteksi stunting?

C. Penerimaan Kader Posyandu Terhadap Pelaksanaan Deteksi Dini Stunting (Kader Posyandu)

1. Menurut ibu-ibu tugas dalam melaksanakan deteksi dini stunting sangat penting sebagai salah satu langkah untuk menurunkan angka stunting di Posyandu masing-masing?
2. Apakah ibu-ibu bisa melakukan pengukuran panjang/tinggi badan dengan baik dan benar?
3. Apa saja kendala yang ibu-ibu temui dalam melakukan pengukuran panjang/tinggi badan khususnya pada baduta?
4. Langkah apa yang ibu-ibu lakukan untuk mengatasi kendala yang terjadi saat pengukuran panjang/tinggi badan Baduta?

III. *RESPONSE* (Kader Posyandu)

1. Menurut ibu-ibu apakah semua kader Posyandu mengetahui dan mampu melaksanakan pengukuran panjang/tinggi badan bayi/balita?
2. Menurut ibu-ibu, apakah semua kader Posyandu mau melaksanakan pengukuran panjang/tinggi badan bayi/balita di Posyandu masing-masing?
3. Apakah petugas gizi melakukan *crosscheck* ulang hasil pengukuran Kader Posyandu apabila ada yang terdeteksi stunting?
4. Apakah sering terjadi perbedaan hasil pengukuran yang dilakukan Kader Posyandu dengan petugas gizi setelah dilakukan *crosscheck* ulang pengukuran?
5. Bagaimana pelaksanaan pemantauan dan evaluasi kegiatan pemberdayaan kader Posyandu dalam melaksanakan deteksi dini stunting diwilayah kerja masing-masing Puskesmas? Berapa bulan sekali dilakukan evaluasi kegiatan tersebut? bagaimana cara mengevaluasinya dan siapa saja yang terlibat?

PANDUAN TELAAH DOKUMEN

No	Dokumen	Keberadaan Dokumen				Keterangan
		Ada	Tidak	Lengkap	Tidak Lengkap	
1	<p><i>STIMULUS</i></p> <p>1) Sertifikat Pelatihan atau dokumentasi kegiatan pelatihan pengukuran status gizi pada kader</p> <p>2) Sarana (Daftar Inventaris Posyandu)</p> <p>3) Dana / biaya operasional (Laporan keuangan)</p>					
2	<p><i>RESPONSE</i></p> <p>Kader berdaya dalam melaksanakan deteksi dini stunting pada anak baduta (Pencatatan dan pelaporan Posyandu oleh kader)</p>					

PANDUAN OBSERVASI

No	Dokumen	Ketersediaan		Keterangan
		Ya/Ada	Tidak Ada	
1	<p>STIMULUS</p> <p>1) Sertifikat Pelatihan atau dokumentasi kegiatan pelatihan pengukuran status gizi pada kader</p> <p>2) Sarana (Daftar Inventaris Posyandu)</p> <p>3) Dana / biaya operasional (Laporan keuangan)</p>			
2	<p>ORGANISME</p> <p>Penerimaan (Kader memiliki kemampuan untuk melakukan deteksi dini Stunting pada anak Baduta)</p>			
2	<p>RESPONSE</p> <p>Kader mampu dalam melaksanakan deteksi dini stunting pada anak baduta (Kader Posyandu mau dan mampu melakukan pengukuran panjang/tinggi badan anak Baduta dengan baik dan benar)</p>			