



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**ANALISIS PELAKSANAAN USAHA PERBAIKAN GIZI  
BALITA DI POSYANDU TERINTEGRASI TAMAN  
POSYANDU DI DESA KEDAWUNG KAB. KEBUMEN  
TAHUN 2008**

**TESIS**

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar  
Magister Kesehatan Masyarakat**

**ASMILIA MAKMUR  
NPM : 0706188593**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYAKAT  
DEPOK  
JULI 2009**

## **ABSTRAK**

Nama : Asmilia Makmur  
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Judul : Analisis Pelaksanaan Usaha Perbaikan Gizi Balita di Posyandu  
Terintegrasi Taman Posyandu (PTTP) Di Desa Kedawung  
Kabupaten Kebumen, Tahun 2008.

Tesis ini membahas pelaksanaan perbaikan gizi Balita di PTTP di Desa Kedawung tahun 2008. Disain penelitian adalah kualitatif dengan instrumen Pedoman wawancara mendalam dan FGD serta daftar observasi. Hasil penelitian memperlihatkan bentuk usaha perbaikan gizi Balita di Kebumen adalah pengintegrasian layanan usia dini berupa aspek kesehatan dan pendidikan yang tetap menekankan pada prinsip UKBM. Usaha perbaikan gizi kurang berhasil karena dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti: rendahnya pendidikan, kurangnya pengetahuan dan status bekerja pada sebagian ibu Balita, kurang optimal upaya peningkatan pengetahuan ibu di PTTP dan perbedaan persepsi tentang keberadaan PTTP diantara internal sektor terkait. Disarankan untuk melanjutkan program ini dengan melakukan beberapa pembenahan terutama menyamakan persepsi lintas sektoral sebagai kunci pembuka penyelesaian masalah lain terkait perbaikan gizi.

Kata Kunci:

Posyandu, Taman Posyandu, Gizi Balita

## **ABSTRACT**

Name : Asmilia Makmur  
Program Study: Public health Science  
Title : Implementation Analysis On Effort To Betterment Of Nutrition  
For Children Under 5 Years Old At Integrated Posyandu Of  
Taman Posyandu (PTTP) In Desa Kedawung Kabupaten  
Kebumen, Year 2008

The focus of this study is implementation on effort to betterment of nutrition for children under 5 years old at PTTP in Desa Kedawung, year 2008. This research is qualitative and fact finding was guided by indept interview and FGD's guidance. The result of the research visualize that the form of effort to betterment of nutrition for children in Kebumen is an integration of service in early childhood as health aspect as well as education aspect which still emphasize on UKBM principle. The effort did not run well influenced by various factors such as low education, lack of knowlegde, working status of the majority mothers of children and less optimum effort in increasing knowledge of mothers and also there are different perceptions among linked sectors PTTP. The researcher suggested the action of equalizing perceptions between linked sectors is needed so all parties are able to function in roles applied to each particular sector in benefit to each PTTP to become fully community's property for the people as the starting point to solve all of PTTP's problems.

## DAFTAR ISI

|                                                                  |           |
|------------------------------------------------------------------|-----------|
| HALAMAN JUDUL.....                                               | i         |
| LEMBAR PENGESAHAN.....                                           | ii        |
| PERNYATAAN ORISINALITAS.....                                     | iii       |
| SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT.....                              | iv        |
| LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH.....                   | v         |
| KATA PENGANTAR.....                                              | vi        |
| ABSTRAK.....                                                     | vii       |
| DAFTAR ISI.....                                                  | viii      |
| DAFTAR TABEL.....                                                | x         |
| DAFTAR GAMBAR.....                                               | xi        |
| DAFTAR SINGKATAN.....                                            | xii       |
| DAFTAR LAMPIRAN.....                                             | xiv       |
| <b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>                                    | <b>1</b>  |
| 1.1 Latar Belakang.....                                          | 1         |
| 1.2 Rumusan Masalah Penelitian.....                              | 7         |
| 1.3 Pertanyaan Penelitian.....                                   | 7         |
| 1.4 Tujuan penelitian.....                                       | 8         |
| 1.5 Manfaat Penelitian.....                                      | 8         |
| 1.6 Ruang Lingkup Penelitian.....                                | 9         |
| <b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....</b>                              | <b>11</b> |
| 2.1 Masalah dan Usaha Perbaikan Gizi.....                        | 11        |
| 2.2 Konsep Dasar Balita.....                                     | 14        |
| 2.3 Posyandu.....                                                | 16        |
| 2.4 Kader.....                                                   | 22        |
| 2.5 Ibu Balita.....                                              | 23        |
| 2.6 Determinan Perilaku Kesehatan.....                           | 24        |
| 2.7 Penjelasan Tentang Determinan Perilaku Kesehatan.....        | 28        |
| 2.8 Penelitian Tentang Perilaku Kesehatan dan Kinerja Kader..... | 33        |
| 2.9 Kerangka Teori Penelitian.....                               | 36        |
| <b>BAB III KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI ISTILAH.....</b>         | <b>39</b> |
| 3.1 Kerangka Konsep.....                                         | 39        |
| 3.2 Definisi Istilah.....                                        | 42        |
| <b>BAB IV METODOLOGI PENELITIAN.....</b>                         | <b>44</b> |
| 4.1. Disain Penelitian.....                                      | 44        |
| 4.2 Informan.....                                                | 44        |
| 4.3 Tempat dan Waktu.....                                        | 47        |
| 4.4 Pengumpulan Data dan Instrumen Pengumpulan Data.....         | 47        |
| 4.5 Pengolahan dan Analisis Data.....                            | 48        |
| 4.6 Validasi Data.....                                           | 49        |

|                       |                                                                                   |            |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>BAB V</b>          | <b>HASIL PENELITIAN.....</b>                                                      | <b>50</b>  |
| 5.1                   | Gambaran Umum Wilayah Penelitian.....                                             | 50         |
| 5.2                   | Karakteristik Informan.....                                                       | 52         |
| 5.3                   | Keterampilan Kader.....                                                           | 55         |
| 5.4                   | Motivasi Kader.....                                                               | 58         |
| 5.5                   | Persepsi kader Tentang Hal yang Berkaitan dengan Pekerjaannya.....                | 59         |
| 5.6                   | Pengetahuan Ibu Tentang PTTP dan Makanan Bergizi.....                             | 61         |
| 5.7                   | Kemampuan Ibu Mengakses PTTP dan Makanan Bergizi .....                            | 64         |
| 5.8                   | Kehadiran Bidan pada Hari Buka Posyandu dan Taman Posyandu.....                   | 65         |
| 5.9                   | Supervisi TPP Desa Pada Hari Buka Posyandu dan Taman Posyandu.....                | 67         |
| 5.10                  | Faktor- faktor Lain Yang Kemungkinan Berperan.....                                | 70         |
| 5.11                  | Gambaran Bentuk dan pelaksanaan Usaha Perbaikan Gizi Balita.....                  | 71         |
| 5.12                  | Gambaran Keberhasilan Usaha Perbaikan Gizi Balita.....                            | 83         |
| <b>BAB VI</b>         | <b>PEMBAHASAN PENELITIAN.....</b>                                                 | <b>86</b>  |
| 6.1.                  | Keterbatasan Penelitian.....                                                      | 86         |
| 6.2.                  | Gambaran Informan.....                                                            | 86         |
| 6.3.                  | Analisis Faktor Individu Kader Dalam Usaha Perbaikan Gizi Balita.....             | 91         |
| 6.4.                  | Analisis Faktor Ibu Balita Dalam Usaha Perbaikan Gizi Balita.....                 | 96         |
| 6.5.                  | Analisis Faktor Pembina Dalam Usaha Perbaikan Gizi Balita.....                    | 99         |
| 6.6.                  | Analisis Faktor Pendorong dan Penghambat Dalam Usaha Perbaikan Gizi Balita.....   | 102        |
| 6.7.                  | Analisis Pelaksanaan Usaha Perbaikan Gizi Balita.....                             | 103        |
| 6.8.                  | Analisis Hasil Perbaikan Gizi Balita di Posyandu Terintegrasi Taman Posyandu..... | 112        |
| <b>BAB VI</b>         | <b>KESIMPULAN DAN SARAN.....</b>                                                  | <b>114</b> |
| 7.1                   | Kesimpulan.....                                                                   | 114        |
| 7.2                   | Saran.....                                                                        | 116        |
| <b>DAFTAR PUSTAKA</b> | <b>.....</b>                                                                      | <b>118</b> |
| <b>LAMPIRAN</b>       | <b>.....</b>                                                                      | <b>.</b>   |



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS PELAKSANAAN USAHA PERBAIKAN GIZI  
BALITA DI POSYANDU TERINTEGRASI TAMAN  
POSYANDU DI DESA KEDAWUNG KAB. KEBUMEN  
TAHUN 2008**

**TESIS**

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar  
Magister Kesehatan Masyarakat**

**ASMILIA MAKMUR  
NPM : 0706188593**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYAKAT  
DEPOK  
JULI 2009**

## ABSTRAK

Nama : Asmilia Makmur  
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Judul : Analisis Pelaksanaan Usaha Perbaikan Gizi Balita di Posyandu  
Terintegrasi Taman Posyandu (PTTP) Di Desa Kedawung  
Kabupaten Kebumen, Tahun 2008.

Tesis ini membahas pelaksanaan perbaikan gizi Balita di PTTP di Desa Kedawung tahun 2008. Disain penelitian adalah kualitatif dengan instrumen Pedoman wawancara mendalam dan FGD serta daftar observasi. Hasil penelitian memperlihatkan bentuk usaha perbaikan gizi Balita di Kebumen adalah pengintegrasian layanan usia dini berupa aspek kesehatan dan pendidikan yang tetap menekankan pada prinsip UKBM. Usaha perbaikan gizi kurang berhasil karena dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti: rendahnya pendidikan, kurangnya pengetahuan dan status bekerja pada sebagian ibu Balita, kurang optimal upaya peningkatan pengetahuan ibu di PTTP dan perbedaan persepsi tentang keberadaan PTTP diantara internal sektor terkait. Disarankan untuk melanjutkan program ini dengan melakukan beberapa pembenahan terutama menyamakan persepsi lintas sektoral sebagai kunci pembuka penyelesaian masalah lain terkait perbaikan gizi.

Kata Kunci:  
Posyandu, Taman Posyandu, Gizi Balita

## ABSTRACT

Name : Asmilia Makmur  
Program Study: Public health Science  
Title : Implementation Analysis On Effort To Betterment Of Nutrition  
For Children Under 5 Years Old At Integrated Posyandu Of  
Taman Posyandu (PTTP) In Desa Kedawung Kabupaten  
Kebumen, Year 2008

The focus of this study is implementation on effort to betterment of nutrition for children under 5 years old at PTTP in Desa Kedawung, year 2008. This research is qualitative and fact finding was guided by indept interview and FGD's guidance. The result of the research visualize that the form of effort to betterment of nutrition for children in Kebumen is an integration of service in early childhood as health aspect as well as education aspect which still emphasize on UKBM principle. The effort did not run well influenced by various factors such as low education, lack of knowlegde, working status of the majority mothers of children and less optimum effort in increasing knowledge of mothers and also there are different perceptions among linked sectors PTTP. The researcher suggested the action of equalizing perceptions between linked sectors is needed so all parties are able to function in roles applied to each particular sector in benefit to each PTTP to become fully community's property for the people as the starting point to solve all of PTTP's problems.

## DAFTAR ISI

|                                                                  |           |
|------------------------------------------------------------------|-----------|
| HALAMAN JUDUL.....                                               | i         |
| LEMBAR PENGESAHAN.....                                           | ii        |
| PERNYATAAN ORISINALITAS.....                                     | iii       |
| SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT.....                              | iv        |
| LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH.....                   | v         |
| KATA PENGANTAR.....                                              | vi        |
| ABSTRAK.....                                                     | vii       |
| DAFTAR ISI.....                                                  | viii      |
| DAFTAR TABEL.....                                                | x         |
| DAFTAR GAMBAR.....                                               | xi        |
| DAFTAR SINGKATAN.....                                            | xii       |
| DAFTAR LAMPIRAN.....                                             | xiv       |
| <b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>                                    | <b>1</b>  |
| 1.1 Latar Belakang.....                                          | 1         |
| 1.2 Rumusan Masalah Penelitian.....                              | 7         |
| 1.3 Pertanyaan Penelitian.....                                   | 7         |
| 1.4 Tujuan penelitian.....                                       | 8         |
| 1.5 Manfaat Penelitian.....                                      | 8         |
| 1.6 Ruang Lingkup Penelitian.....                                | 9         |
| <b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....</b>                              | <b>11</b> |
| 2.1 Masalah dan Usaha Perbaikan Gizi.....                        | 11        |
| 2.2 Konsep Dasar Balita.....                                     | 14        |
| 2.3 Posyandu.....                                                | 16        |
| 2.4 Kader.....                                                   | 22        |
| 2.5 Ibu Balita.....                                              | 23        |
| 2.6 Determinan Perilaku Kesehatan.....                           | 24        |
| 2.7 Penjelasan Tentang Determinan Perilaku Kesehatan.....        | 28        |
| 2.8 Penelitian Tentang Perilaku Kesehatan dan Kinerja Kader..... | 33        |
| 2.9 Kerangka Teori Penelitian.....                               | 36        |
| <b>BAB III KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI ISTILAH.....</b>         | <b>39</b> |
| 3.1 Kerangka Konsep.....                                         | 39        |
| 3.2 Definisi Istilah.....                                        | 42        |
| <b>BAB IV METODOLOGI PENELITIAN.....</b>                         | <b>44</b> |
| 4.1. Disain Penelitian.....                                      | 44        |
| 4.2 Informan.....                                                | 44        |
| 4.3 Tempat dan Waktu.....                                        | 47        |
| 4.4 Pengumpulan Data dan Instrumen Pengumpulan Data.....         | 47        |
| 4.5 Pengolahan dan Analisis Data.....                            | 48        |
| 4.6 Validasi Data.....                                           | 49        |

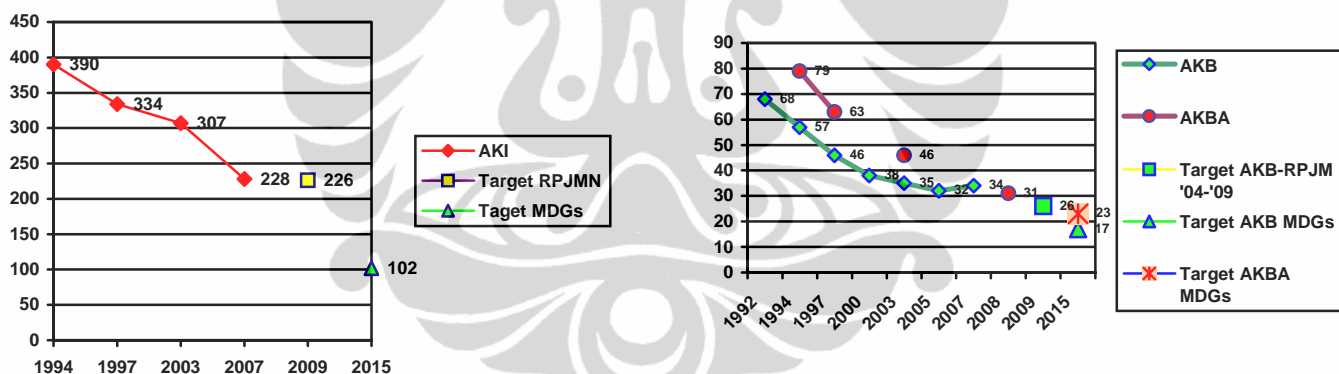
|                       |                                                                                   |            |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>BAB V</b>          | <b>HASIL PENELITIAN.....</b>                                                      | <b>50</b>  |
| 5.1                   | Gambaran Umum Wilayah Penelitian.....                                             | 50         |
| 5.2                   | Karakteristik Informan.....                                                       | 52         |
| 5.3                   | Keterampilan Kader.....                                                           | 55         |
| 5.4                   | Motivasi Kader.....                                                               | 58         |
| 5.5                   | Persepsi kader Tentang Hal yang Berkaitan dengan Pekerjaannya.....                | 59         |
| 5.6                   | Pengetahuan Ibu Tentang PTTP dan Makanan Bergizi.....                             | 61         |
| 5.7                   | Kemampuan Ibu Mengakses PTTP dan Makanan Bergizi .....                            | 64         |
| 5.8                   | Kehadiran Bidan pada Hari Buka Posyandu dan Taman Posyandu.....                   | 65         |
| 5.9                   | Supervisi TPP Desa Pada Hari Buka Posyandu dan Taman Posyandu.....                | 67         |
| 5.10                  | Faktor- faktor Lain Yang Kemungkinan Berperan.....                                | 70         |
| 5.11                  | Gambaran Bentuk dan pelaksanaan Usaha Perbaikan Gizi Balita.....                  | 71         |
| 5.12                  | Gambaran Keberhasilan Usaha Perbaikan Gizi Balita.....                            | 83         |
| <b>BAB VI</b>         | <b>PEMBAHASAN PENELITIAN.....</b>                                                 | <b>86</b>  |
| 6.1.                  | Keterbatasan Penelitian.....                                                      | 86         |
| 6.2.                  | Gambaran Informan.....                                                            | 86         |
| 6.3.                  | Analisis Faktor Individu Kader Dalam Usaha Perbaikan Gizi Balita.....             | 91         |
| 6.4.                  | Analisis Faktor Ibu Balita Dalam Usaha Perbaikan Gizi Balita.....                 | 96         |
| 6.5.                  | Analisis Faktor Pembina Dalam Usaha Perbaikan Gizi Balita.....                    | 99         |
| 6.6.                  | Analisis Faktor Pendorong dan Penghambat Dalam Usaha Perbaikan Gizi Balita.....   | 102        |
| 6.7.                  | Analisis Pelaksanaan Usaha Perbaikan Gizi Balita.....                             | 103        |
| 6.8.                  | Analisis Hasil Perbaikan Gizi Balita di Posyandu Terintegrasi Taman Posyandu..... | 112        |
| <b>BAB VI</b>         | <b>KESIMPULAN DAN SARAN.....</b>                                                  | <b>114</b> |
| 7.1                   | Kesimpulan.....                                                                   | 114        |
| 7.2                   | Saran.....                                                                        | 116        |
| <b>DAFTAR PUSTAKA</b> | .....                                                                             | <b>118</b> |
| <b>LAMPIRAN</b>       | .....                                                                             | .          |



## BAB I PENDAHULUAN

### 1.1.1. Latar Belakang

Penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) merupakan 2 indikator peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang tercantum dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional/ RPJMN tahun 2004 – 2009 Bidang Kesehatan. AKI, AKB dan Angka Kematian Balita (AKBA) Indonesia menunjukkan penurunan dan telah mencapai target RPJMN 2009, namun masih cukup jauh dari target MDGs 2015 yaitu sebesar 102/100.000 KH untuk AKI, 17/1000 untuk AKB dan 23/1000 untuk AKBA (Bappenas dan *United Nations*, 2007). Berikut grafik perkembangannya:



Gambar 1.1: Trend Penurunan AKI Indonesia ( Per 100.000 ), AKB dan AKBA Indonesia ( Per 1000 ) dan Target Pencapaian

Sumber: SDKI 2007, UNICEF 2005, Bappenas 2007

Dalam RPJMN Bidang Kesehatan, salah satu kegiatan pokok Promosi Kesehatan (Promkes) dan Pemberdayaan Masyarakat adalah pengembangan upaya kesehatan bersumber masyarakat, misalnya Posyandu. Tujuan umum Posyandu adalah menunjang percepatan penurunan AKI dan AKB di Indonesia melalui Upaya pemberdayaan masyarakat, yang bermanfaat untuk meningkatkan

efisiensi pelayanan dari sektor lain melalui pemberian pelayanan secara terpadu sesuai dengan tugas dan peran setiap sektor (Depkes RI, 2006b).

Balita merupakan salah satu sasaran Posyandu. Pelayanan gizi untuk bayi dan Balita kepada Program Usaha Perbaikan Gizi Keluarga (UPGK) yang telah berjalan sejak tahun 1978 dengan nama Program Terpadu KB-UPGK. KB- UPGK merupakan salah satu wujud keluarga sadar gizi, berupaya memperbaiki keadaan gizi seluruh anggota keluarga yang dilaksanakan oleh keluarga bersama masyarakat dengan bimbingan petugas terkait seperti kesehatan, KB, pertanian, agama, Dinas Pembangunan Masyarakat, dsb. Posyandu adalah wadah pemeliharaan kesehatan yang dilakukan dari, oleh dan untuk masyarakat serta yang dibimbing petugas terkait (Depkes, 2006a)

Keberadaan Posyandu di Indonesia memiliki sasaran dan tujuan yang sama dengan *Women Infant and Children Program* bentukan Negara Bagian Tennessee . Program yang telah berjalan sejak 1972 ini menyediakan makanan, konseling nutrisi dan akses pelayanan kesehatan oleh ahli nutrisi untuk wanita, bayi dan anak-anak yang berasal dari keluarga berpendapatan rendah (Cooper. S.R, 2009).

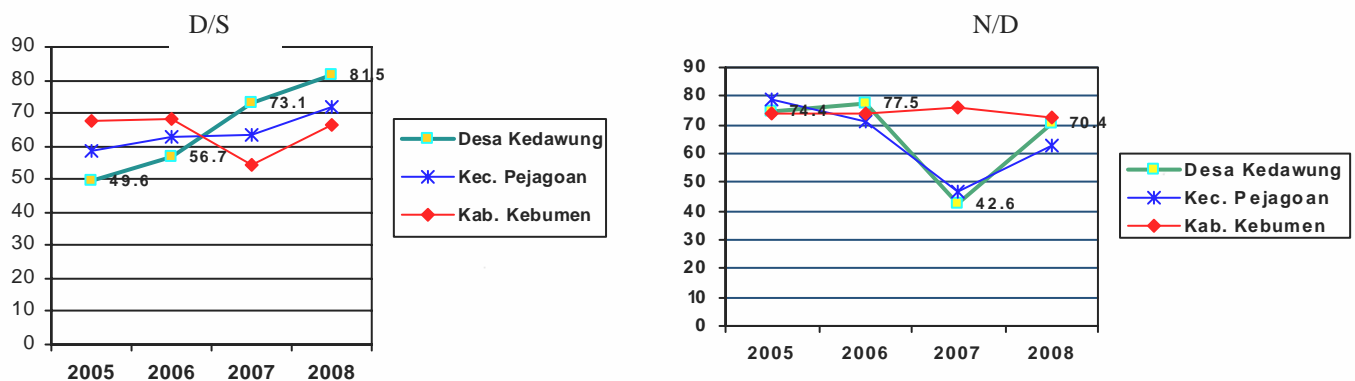
Bagi Posyandu yang telah berjalan baik (cakupan > 50%) dihimbau untuk mengembangkan kegiatannya. Salah satu kegiatan tambahan Posyandu di Kebumen adalah memasukkan unsur pendidikan kepada Balita dan ibunya ke dalam kegiatan rutin Posyandu. Tujuannya adalah melejitkan semua potensi yang dimiliki anak melalui stimulasi perkembangan Balita dan memberikan pengetahuan keluarga Balita terutama ibunya. Program yang paling efektif adalah program yang menggabungkan aspek kesehatan dn gizi dengan kegiatan yang disusun secara terprogram untuk merangsang perkembangan fisik, mental, dan psikososial anak ( M.E. Young (1996) dalam UNICEF).

Dalam rangka menindaklanjuti RPJMN dan imbauan Presiden RI dalam pidato peringatan Hari Kesehatan Nasional XV Juni 2005 untuk mengaktifkan kembali Posyandu, Kab. Kebumen merevitalisasi Posyandu 2 desa di wilayahnya melalui kerjasama dengan Kartika Soekarno Foundation (KSF), sebuah lembaga donor yang bergerak di bidang kesehatan dan pendidikan anak. Bentuk

implementasi Program Revitalisasi Posyandu tersebut adalah pengintegrasian Posyandu dengan kelompok kegiatan PAUD dan BKB, yang disebut TP (TP).

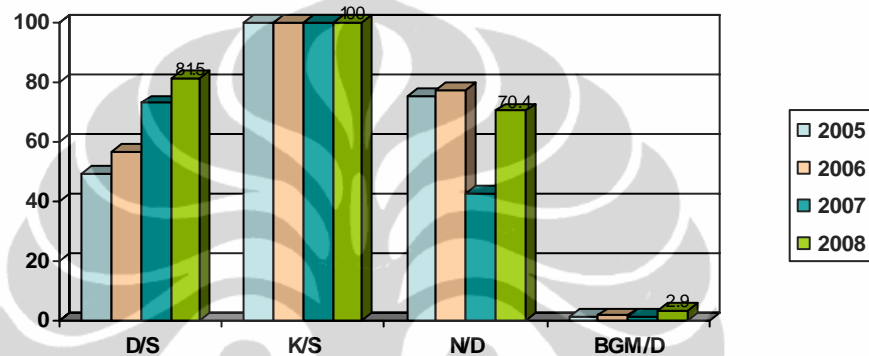
Indikator penilaian Posyandu adalah grafik SKDN. 4 grafik yang diamati adalah D/S, N/D, K/S dan BGM/D (Depkes RI, 2008a). Grafik D/S adalah jumlah Balita yang ditimbang bulan ini di wilayah kerja Posyandu dibandingkan dengan jumlah seluruh Balita di wilayah kerja Posyandu. Grafik D/S memperlihatkan partisipasi masyarakat terutama para ibu Balita terhadap Posyandu Balita terlihat dari perilaku mereka memanfaatkan Posyandu. Grafik N/D adalah jumlah Balita yang naik berat badannya pada bulan penimbangan dibandingkan dengan jumlah Balita yang ditimbang bulan ini di wilayah kerja Posyandu. N/D dipakai untuk menilai keberhasilan program penimbangan di Posyandu. Grafik K/S adalah jumlah Balita yang memiliki KMS pada bulan ini di wilayah kerja Posyandu dibandingkan jumlah seluruh Balita di wilayah kerja Posyandu. Grafik ini untuk melihat jangkauan program khususnya pemberian buku KIA kepada Balita. Grafik BGM/D adalah jumlah Balita yang berat badannya di bawah garis merah dibandingkan dengan jumlah Balita yang ditimbang bulan ini di wilayah kerja Posyandu.

Grafik D/S Kedawung mengalami peningkatan secara bertahap sejak tahun 2006 hingga sekarang, dan tingkat pemanfaatan Posyandu tersebut sudah mencapai target yang ditetapkan, yaitu sebesar 80% (Suara Merdeka Cybernews, 2009). Tetapi, tingginya pemanfaatan Posyandu di kedawung tidak diiringi oleh peningkatan keberhasilan penimbangan, bahkan persentase anak mengalami BGM meningkat sebesar 1,8% pada tahun 2008 dibandingkan tahun 2007. Berikut ini perbandingan grafik D/S dan N/D Desa Kedawung, Kec. Pejagoan dan Kab. Kebumen:



Gambar 1.2: Perbandingan Grafik D/S dan N/D Kab. Kebumen, Kec. Pejagoan dan Desa Kedawung Tahun 2005 – 2008 ( Per 100 )

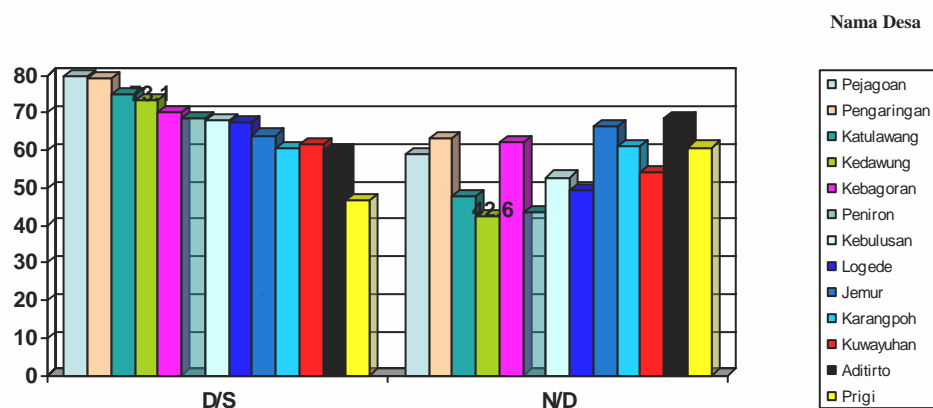
Sumber: Dinas Kesehatan Kab. Kebumen dan Puskesmas Kecamatan Pejagoan, 2009



Gambar 1.3: Grafik SKDN Desa Kedawung, Tahun 2005 – 2008 ( Per 100 )

Sumber: Puskesmas Kec. Pejagoan, 2008

Perbedaan tingkat pemanfaatan Posyandu dan keberhasilan program penimbangan di Kedawung yang mendapat intervensi dengan yang tidak mendapat intervensi revitalisasi Posyandu tidak terlalu signifikan, bahkan keberhasilan program Posyandu atau N/D Desa Kedawung menduduki urutan paling bawah diantara desa lain yang tidak diintervensi. Terlihat pada grafik perbandingan D/S dan N/D Kec. Pejagoan berikut ini:



Gambar 1. 4: Perbandingan D/S dan N/D Desa Kedawung dengan 12 Desa Non Intervensi Revitalisasi Posyandu di Kec. Pejagoan, Tahun 2007 (per 100 )

Sumber: Puskesmas Kec. Pejagoan, 2008

Semua Posyandu (9 unit) yang ada di Desa Kedawung telah mendapatkan intervensi program revitalisasi Posyandu sejak akhir tahun 2005. Bentuk intervensi Program Revitalisasi Posyandu yang telah dilakukan di Desa Kedawung adalah sebagai berikut (KSF, 2008):

1. sosialisasi/ orientasi pengembangan Posyandu Desa Kedawung. Hasil dari sosialisasi tersebut adalah SK Kades Kedawung Tentang Pembentukan Tim Pengelola Posyandu (TPP) di Desa Kedawung
2. pelatihan kader tahap 1 – tahap 4
3. pengadaan seragam kader
4. pengadaan buku KIA
5. pengadaan timbangan bumil
6. pemberian dana stimulan sebesar Rp. 600.000/ Posyandu sebagai dana awal untuk kegiatan simpan pinjam kader atau modal awal usaha dagang sederhana oleh kader di Posyandu
7. wisata karya ke TP Desa Pujodadi Kec. Bonorowo Kab. Kebumen
8. Pengadaan alat permainan edukatif untuk dalam ruangan atau *APE indoor* dan luar ruangan atau *APE outdoor*

Setelah mendapat intervensi Program Revitalisasi, terdapat beberapa perubahan di Posyandu tersebut, terlihat dalam tabel berikut:

Tabel 1.1: Perubahan di Posyandu Desa Kedawung Pasca Revitalisasi Posyandu

| No | Sebelum Intervensi (Tahun 2005)                       | Sesudah Intervensi (Tahun 2008)                       |
|----|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 1  | Jumlah Posyandu 9 unit                                | Jumlah Posyandu 9 unit                                |
| 2  | Jumlah kader datang ke Posyandu 2 – 3 orang/ Posyandu | Jumlah kader datang ke Posyandu 5 - 7 orang/ Posyandu |
| 3  | Jumlah kader aktif 25 orang                           | Jumlah kader aktif 63 orang                           |
| 4  | Jumlah Balita tercatat 778 anak                       | Jumlah Balita tercatat 609 anak                       |
| 5  | Jumlah Balita ke Posyandu 50%                         | Jumlah Balita ke Posyandu 90%                         |

|    |                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                         |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 6  | Balita hanya memiliki KMS                                                                                                   | Balita memiliki buku KIA                                                                                                                                                                |
| 7  | Dana sehat pernah ada tapi tidak jalan                                                                                      | Dana sehat lancar                                                                                                                                                                       |
| 8  | Belum ada TP                                                                                                                | Terbentuk TP 9 unit                                                                                                                                                                     |
| 9  | Kader belum aktif memberikan penyuluhan                                                                                     | Kader sudah aktif mau menyuluh                                                                                                                                                          |
| 10 | Belum ada APE                                                                                                               | Tersedia APE dalam dan luar ruangan                                                                                                                                                     |
| 11 | PMT tidak rutin                                                                                                             | PMT rutin dan bervariasi                                                                                                                                                                |
| 12 | Belum ada pertemuan kader                                                                                                   | Ada pertemuan kader rutin                                                                                                                                                               |
| 13 | Belum ada pembagian tugas antar kader                                                                                       | Menigkatnya keterampilan kader untuk mengelola Posyandu dan TP                                                                                                                          |
| 14 | Belum mempunyai buku panduan penyuluhan                                                                                     | Mempunyai buku panduan menyuluh                                                                                                                                                         |
| 15 | Belum ada ATK dan alat-alat Posyandu                                                                                        | Mempunyai ATK                                                                                                                                                                           |
| 16 | Belum membentuk TPP, belum ada alokasi dana desa atau donatur dari masyarakat dan <i>home industry</i> genteng sekitar desa | Ada TPP berdasarkan SK kades, dan ada donatur lingkungan Rp.70.000/ tahun, mempunyai dana bantuan desa (ADD) Rp. 400.000/ Posyandu/ tahun, donatur ibu-ibu Balita Rp. 1000 atau Rp.500, |
| 17 | Pelaksanaan Posyandu 1 kali/ bulan                                                                                          | Rutinitas kegiatan Posyandu 1 bulan sekali dan rutinitas kegiatan TP 1 x / minggu                                                                                                       |

Sumber: Dinas Kesehatan Kebumen, 2008

Dari informasi yang telah dipaparkan di atas dapat disimpulkan bahwa Desa Kedawung Kec. Pejagoan Kab. Kebumen merupakan daerah intervensi Program Revitalisasi Posyandu sejak tahun 2005. Asumsinya, keberhasilan program penimbangan sebagai cerminan keberhasilan usaha perbaikan gizi Balita selayaknya berbanding lurus dengan peningkatan partisipasi masyarakat dan keterjangkauan kepemilikan buku KIA oleh Ibu Balita karena paling tidak semua ibu telah terpapar dengan pengetahuan tentang gizi, kesehatan anak dan ibu hamil melalui Buku KIA dan penyuluhan rutin setiap bulan. Apalagi Posyandu desa tersebut telah dilengkapi dengan sarana dan prasana minimal, kader Posyandu yang telah dilatih dan berbagai intervensi lain melalui Program Revitalisasi Posyandu.

Desa Kedawung menunjukkan fenomena berbeda dari asumsi yang diperkirakan. Perkembangan keberhasilan program penimbangannya pada tahun 2007 sebesar 42,6% tidak lebih baik dibandingkan desa-desa lain di Kec. Pejagoan yang tidak diintervensi. Meskipun keberhasilan tersebut meningkat kembali pada tahun 2008 sebesar 70,4% namun peningkatan tersebut yang dicapai tidak lebih baik dibandingkan sebelum ada program revitalisasi Posyandu pada

tahun 2005 sebesar 75,4%. Sehingga perlu untuk diketahui dan digali lebih dalam faktor penyebab fenomena tersebut dari sudut pelaksana yang terlibat langsung dalam perbaikan gizi Balita, baik di Posyandu (kader) maupun di rumah ( Ibu Balita).

## **1.2. Rumusan Masalah Penelitian**

Berdasarkan latar belakang yang menunjukkan relevansi keberadaan Posyandu dengan status gizi anak di masa yang akan datang, dan adanya fenomena ketidakstabilan keberhasilan usaha perbaikan gizi Balita di PTTP Kedawung, serta belum adanya penelitian tentang hal tersebut, maka disusunlah masalah penelitian sebagai berikut:

1. Terdapatnya ketidakstabilan keberhasilan pelaksanaan perbaikan gizi Balita di PTTP Desa Kedawung yang terlihat dari grafik N/D 4 tahun terakhir 74,4%, 77,5%, 42,6% dan 70,4%, serta tidak mencapai target SPM yang ditetapkan (80%).
2. Tidak adanya perubahan signifikan keberhasilan program usaha perbaikan gizi Balita di Kedawung tahun 2008 walapun PTTP telah dilaksanakan.
3. Terdapatnya peningkatan persentase anak BGM sebesar 1,8% pada tahun 2008, dari 1,1% menjadi 2,9%.
4. Belum diketahuinya faktor-faktor yang berperan dalam pelaksanaan perbaikan gizi Balita di PTTP Kedawung

## **1.3. Pertanyaan Penelitian**

Berdasarkan rumusan masalah penelitian tersebut, peneliti mengemukakan beberapa pertanyaan penelitian sebagai berikut:

1. Bagaimana gambaran tentang bentuk, pelaksanaan dan hasil usaha perbaikan gizi keluarga terutama Balita, di PTTP Desa Kedawung tahun 2008?
2. Bagaimana peranan faktor individu kader terhadap perbaikan gizi Balita di PTTP?
3. Bagaimana peranan faktor individu ibu Balita terhadap usaha perbaikan gizi Balita di PTTP?

4. Bagaimana peranan faktor organisasi/ pembina terhadap usaha perbaikan gizi Balita di PTTP?
5. Faktor apa yang mendorong/ menghambat keberhasilan usaha perbaikan tersebut?

#### **1.4 Tujuan penelitian**

##### **Tujuan Umum :**

Mendapatkan informasi yang mendalam tentang bentuk, pelaksanaan dan hasil usaha perbaikan gizi Balita di Posyandu pasca Program Revitalisasi Posyandu dan faktor apa yang berperan dan mendorong/ menghambat keberhasilan usaha tersebut di Desa Kedawung wilayah kerja Puskesmas Kecamatan Pejagoan tahun 2008

##### **Tujuan Khusus:**

1. Diperolehnya gambaran tentang bentuk, pelaksanaan dan hasil usaha perbaikan gizi Balita di Posyandu terintegrasi TP Desa Kedawung tahun 2008
2. Menganalisis faktor individu kader ( keterampilan, motivasi dan persepsi terhadap pekerjaannya) terhadap usaha perbaikan gizi Balita
3. Menganalisis faktor individu Ibu Balita (pengetahuan, kemampuan mengakses makanan bergizi dan pelayanan TP) terhadap usaha perbaikan gizi Balita
4. Menganalisis keterlibatan faktor organisasi (kehadiran bidan di Posyandu, supervisi Tim Pengelola Posyandu/ TPP desa pada hari buka Posyandu) terhadap usaha perbaikan gizi Balita
5. Diperolehnya informasi tentang faktor pendorong dan penghambat usaha perbaikan gizi Balita di PTTP.

#### **1.4. Manfaat Penelitian**

##### **1.4.1. Manfaat Bagi Pengembang Program UKBM**

Memberikan informasi mengenai sejauh mana usaha perbaikan gizi Balita di Posyandu yang teritegrasi dengan TP telah terlaksana di Kabupaten Kebumen,



hal-hal yang berperan, serta pendukung dan penghambat perbaikan gizi, yang dapat dijadikan masukan dalam melakukan pendekatan, memperbaiki/meningkatkan kualitas dan strategi pembinaan Posyandu, baik yang sudah terintegrasi TP maupun yang belum. Informasi yang diperoleh bermanfaat pula sebagai dasar perencanaan pengembangan Posyandu terintegrasi TP di desa lainnya.

#### **1.4.2. Manfaat Bagi Pengembang Program PTTP**

Hasil penelitian ini merupakan hasil evaluasi pelaksanaan PTTP. Diharapkan penelitian ini dapat menjadi stimulasi awal bagi KSF dan instansi/ organisasi lain untuk melakukan evaluasi menyeluruh pelaksanaan Prog. Revitalisasi Posyandu di Kab. Kebumen terutama dari sisi pembina di tingkat kabupaten dan kecamatan. Informasi yang diperoleh bermanfaat pula sebagai dasar perencanaan pengembangan Posyandu terintegrasi TP di kabupaten/ kota lainnya.

#### **1.4.2. Manfaat Bagi FKM UI**

Hasil penelitian ini dapat memperkaya informasi bagi pengembangan ilmu perilaku dan Promkes khususnya tentang upaya kesehatan berbasis masyarakat khususnya Posyandu.

#### **1.4.3. Manfaat Bagi Peneliti Lain.**

Penelitian ini adalah penelitian kualitatif pertama yang menggali fenomena keberhasilan usaha perbaikan gizi Balita khususnya di PTTP. Temuan dari studi ini dapat menjadi masukan bagi peneliti lain untuk melakukan studi lanjutan dengan membuktikan hubungan antar variabel penelitian ini, dan penggalian informasi mendalam tentang dukungan kebijakan pemerintah daerah terhadap PTTP.

### **1.6 Ruang Lingkup Penelitian**

Penelitian ini akan menganalisis pelaksanaan Posyandu dan TP, serta pelaksanaan monitoring dan evaluasi oleh petugas atau pihak-pihak yang berkewajiban membina Posyandu. Analisis penelitian ini terkait dengan fenomena

ketidakstabilan keberhasilan usaha perbaikan gizi Balita di Posyandu dan TP yang diinisiasi oleh Kartika Soekarno *Foundation* yang dilaksanakan sepenuhnya oleh kader Posyandu di Desa Kedawung Kab. Kebumen . Kemudian hasil penelitian akan dibandingkan antara Posyandu yang memiliki keberhasilan program/ usaha rata-rata tinggi dan rata-rata rendah di Desa/ lokasi penelitian.

Banyak penelitian telah membuktikan keberadaan hubungan faktor-faktor tertentu dengan hasil penimbangan berupa cakupan program dan kinerja kader, tetapi pada penelitian ini tidak meneliti semua faktor tersebut. Selain berdasarkan hasil penelitian yang ada, pemilihan faktor-faktor yang diteliti juga berdasarkan penilaian awal dengan cara wawancara dengan bidan pemegang wilayah, kader dan studi pendahuluan yang dilakukan sebelum penelitian dimulai untuk mengidentifikasi dan menggali informasi dari kader dan ibu tentang faktor-faktor yang berperan terhadap usaha perbaikan gizi Balita. Beberapa faktor yang akan diteliti lebih detil adalah faktor individu kader, faktor individu ibu Balita dan faktor organisasi/ pembina.

Lokasi penelitian di Desa Kedawung. Tujuan penelitian untuk mendapatkan informasi mendalam tentang pelaksanaan usaha perbaikan gizi keluarga terutama Balita dan faktor apa saja yang mempengaruhinya. Pelaksanaan penelitian dimulai minggu ke 4 Maret 2009.

Sasaran penelitian adalah 2 Posyandu yang memiliki rata-rata N/D tinggi di Desa Kedawung sebagai Posyandu yang dianggap paling berhasil programnya dan 2 Posyandu yang memiliki rata-rata N/D rendah dan tidak stabil pada tahun 2008 di Desa Kedawung sebagai Posyandu yang dianggap kurang berhasil programnya.

Informan penelitian dibatasi pada ibu Balita dan kader. Informan kunci adalah bidan penanggung jawab wilayah Desa kedawung, petugas gizi Puskesmas (PKM) Kec. Pejagoan, petugas Promkes Masyarakat dan PHBS PKM, ketua Tim Pengelola Posyandu (TPP) Desa Kedawung, Koordinator Program Revitalisasi Posyandu KSF, Kepala Seksi PAUD Dinas Pendidikan Dan Olahraga Kab. Kebumen, Kepala Bidang Pengembangan Sumber Daya manusia Kesehatan Dinkes Kebumen.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Masalah dan Usaha Perbaikan Gizi

##### 2.1.1 Masalah Gizi Indonesia

Tingginya Angka kematian Bayi (AKB) dan kematian Balita (AKBA) Indonesia mendorong Pemerintahan Indonesia berkomitmen menjadikan penurunan AKB sebagai prioritas dalam tujuan pembangunan internasional dan nasional. Konsensus global ini menjadi tujuan ke 4 dari 8 tujuan *Millenium Development Goals* (MDGs) lainnya. Target Indonesia untuk menurunkan kematian bayi pada tahun 2015 adalah 17/1000 kelahiran hidup dan kematian Balita sebesar 23/1000 kelahiran hidup (Bappenas, 2007).

Penyebab utama kematian bayi adalah adalah bayi dengan Berat Badan lahir Rendah/ BBLR ( Depkes RI, 2007). BBLR merupakan salah satu rantai masalah gizi menurut daur kehidupan, di mana ibu yang mengalami Kurang Energi Kronis (KEK) berpotensi melahirkan bayi BBLR yang akan berlanjut menjadi kekurangan energi dan protein. Riset Kesehatan Dasar Indonesia tahun 2007 menyatakan prevalensi status gizi Balita adalah sebagai berikut:

Tabel 2.1: Prevalensi Status Gizi Balita Indonesia

| No | Indikator                 | Persentase |
|----|---------------------------|------------|
| 1  | BeratBadan/ Umur:         |            |
|    | Buruk                     | 5,40       |
|    | Kurang                    | 13         |
|    | Baik                      | 77,20      |
| 2  | Lebih                     | 4,30       |
|    | Tinggi Badan/Umur:        |            |
|    | Sangat pendek             | 18,8       |
|    | Pendek                    | 18         |
| 3  | Normal                    | 63,20      |
|    | Berat Badan/Tinggi Badan: |            |
|    | Sangat kurus              | 6,20       |
|    | Kurus                     | 7,40       |
|    | Normal                    | 74,10      |
|    | Gemuk                     | 12,20      |

Sumber: [www.gizi.net](http://www.gizi.net), May 2009.

Penyebab masalah gizi di tingkat individu adalah asupan gizi dan penyakit infeksi yang saling terkait (Supariasa, 2001). Hal serupa telah dibuktikan dalam sebuah penelitian yang menyatakan bahwa faktor yang berpengaruh terhadap status kesehatan Balita adalah asupan gizi, kesehatan lingkungan sekitar dan kesehatan bawaan anak (Hidayat, 2005). Faktor penyebab langsung dari masalah gizi kurang ini berkaitan dengan konsumsi gizi. Pada periode 1995-2000, masih dijumpai hampir 50% rumah tangga mengkonsumsi makanan kurang dari 70% terhadap angka kecukupan gizi yang dianjurkan (2200 Kkal/kapita/hari; 48 gram protein/kapita/hari). Akar permasalahan adalah kemiskinan dan situasi sosial politik yang tidak menentu. Tahun 1999, kajian Susenas memperkirakan 47,9 juta penduduk hidup dibawah garis kemiskinan (Gizi.net, 2009).

Di tingkat keluarga dan masyarakat, masalah gizi dipengaruhi oleh kemampuan keluarga dalam menyediakan pangan bagi anggotanya baik jumlah maupun jenis pangan yang sesuai dengan kebutuhan gizinya, selain itu pengetahuan, sikap dan keterampilan keluarga dalam memilih, mengolah, memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang tersedia dan kemampuan keluarga dalam hal kebersihan pribadi dan lingkungan. Tersedianya pelayanan kesehatan dan gizi yang terjangkau juga menentukan kondisi gizi keluarga (Depkes RI, 2007).

Masalah gizi di Indonesia tidak dapat diselesaikan dengan kebijakan yang sepotong-sepotong, jangka pendek dan sektoral, sehingga dibutuhkan kebijakan pembangunan di berbagai bidang dan sektor. Peta kebijakan Indonesia dalam upaya peningkatan gizi adalah; *pertama*, pelayanan gizi dan kesehatan yang berbasis masyarakat seperti Usaha Perbaikan Gizi Keluarga (UPGK), penimbangan balita di Posyandu dengan KMS; *kedua*, pemberian suplemen zat gizi mikro seperti pil besi kepada ibu hamil, kapsul vitamin A kepada Balita dan ibu nifas; *ketiga*, bantuan pangan kepada anak gizi kurang dari keluarga miskin; *keempat*, fortifikasi bahan pangan; *kelima*, biofortifikasi.

### **2.1.2 Usaha Perbaikan Gizi**

Sejak tahun 1983 BKKBN telah meluncurkan Program Terpadu KB-UPGK yang kemudian terus dilanjutkan dan ditingkatkan pada tahun-tahun

selanjutnya (Haryono, 2008). Guna menunjang upaya tersebut, Depkes RI telah menerbitkan Buku Kader Posyandu Dalam Usaha Perbaikan Gizi Keluarga sebanyak 20 edisi sejak tahun 1982 hingga tahun 2006. Tujuan jangka panjang UPGK adalah mendorong masyarakat untuk dapat mencukupi kebutuhan gizinya melalui pemanfaatan aneka ragam pangan sesuai kemampuan dan keadaan lingkungan setempat.

Pemantauan Status Gizi (PSG) adalah salah satu komponen sistem kewaspadaan pangan dan gizi yang pelaksanaannya sejalan dengan Program Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi). Kadarzi adalah keluarga yang mengenal masalah gizi dan mampu mengatasi masalah gizi setiap anggotanya (Depkes, 2008b). Idealnya, semakin UPGK berhasil di tataran masyarakat, seharusnya jumlah keluarga yang memenuhi indikator Kadarzi semakin banyak.

Gizi adalah suatu proses organisme menggunakan makanan yang dikonsumsi secara normal melalui digesti, absorpsi, transportasi, penyimpanan, metabolisme dan pengeluaran zat-zat yang digunakan untuk mempertahankan kehidupan, pertumbuhan dan fungsi normal dari organ-organ, serta menghasilkan energi. Status gizi adalah ekspresi dari keseimbangan dalam bentuk variabel tertentu, atau perwujudan dari *nutriture* dalam bentuk variabel tertentu.

Penilaian status gizi dapat dilakukan secara langsung dan tidak langsung. Antropometri merupakan salah satu cara langsung menilai status gizi. Antropometri secara umum diartikan sebagai ukuran tubuh manusia, jika dilihat dari sudut pandang gizi maka antropometri gizi berhubungan dengan berbagai macam pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh dari berbagai tingkat umur dan tingkat gizi (Supriasa, 2001). Parameter antropometri merupakan dasar dari penilaian status gizi. Salah satu parameter yang biasa dipakai adalah parameter Berat Badan menurut Umur (BB/U). Ambang batas gizi baik adalah  $>80\%$ , gizi kurang  $61-80\%$  dan gizi buruk  $\leq 60\%$ .

Pertumbuhan balita dapat diketahui apabila setiap bulan ditimbang, hasil penimbangan dicatat di KMS, dan dihubungkan antara titik berat badan dari hasil penimbangan bulan lalu dan hasil penimbangan bulan ini. Rangkaian garis-garis pertumbuhan anak tersebut membentuk grafik pertumbuhan anak. Kartu Menuju

Sehat untuk Balita adalah alat yang sederhana dan murah, yang dapat digunakan untuk memantau kesehatan dan pertumbuhan anak.

Balita Naik berat badannya bila garis pertumbuhannya naik mengikuti salah satu pita warna, atau naik pindah ke pita warna di atasnya. Balita Tidak naik berat badannya bila garis pertumbuhan-nya turun atau mendatar atau naik, tetapi pindah ke pita warna dibawahnya. Berat badan balita di bawah garis merah artinya pertumbuhan balita mengalami gangguan pertumbuhan dan perlu perhatian khusus, sehingga harus langsung dirujuk ke Puskesmas/ Rumah Sakit. Berat badan balita tiga bulan berturut-turut tidak naik (3T), artinya balita mengalami gangguan pertumbuhan, kondisi ini juga harus langsung dirujuk. Balita tumbuh baik bila garis berat badan anak naik setiap bulannya Balita sehat jika berat badannya selalu naik mengikuti salah satu pita warna atau pindah ke pita warna di atasnya.

Langkah pelaksanaan respon cepat gizi buruk yang berlaku saat ini adalah penemuan kasus gizi buruk, rujukan dan perawatan Balita gizi buruk, tindak lanjut pemulihan status gizi dan pendampingan pasca perawatan (Depkes RI, 2008c). Langkah-langkah penentuan Balita gizi buruk adalah melakukan konfirmasi seluruh Balita BGM dan 2T yang ditemukan dengan cara memeriksa tanda-tanda klinis marasmus, kwashiorkor, dan marasmus kwashiorkor. Apabila tidak ditemukan tanda-tanda tsb, dilakukan pengukuran TB dengan *microtoice* dan PB dengan alat ukur panjang badan. Untuk menentukan status gizi digunakan standar WHO, jika hasilnya  $<-3$  SD maka ditetapkan sebagai gizi buruk (Depkes RI, 2008c)

## 2.2 Konsep Dasar Balita

Bawah Lima Tahun atau sering disingkat sebagai Balita merupakan salah satu periode usia manusia setelah bayi. Rentang usia Balita dimulai dari dua sampai dengan lima tahun, atau biasa digunakan perhitungan bulan yaitu usia 24-60 bulan. Periode usia ini disebut juga sebagai usia prasekolah. Bayi adalah anak berusia di bawah 1 tahun. Azahari dalam kolom fokus Buletin PADU Vol. 4 tahun 2005 mengatakan “dalam keseluruhan siklus hidup manusia, masa Balita

merupakan masa keemasan atau *golden period* di mana pada masa ini pertumbuhan fisik dan mental serta intelektual berkembang sangat cepat”.

Pada masa keemasan terbentuk dasar-dasar kemampuan keinderaan, berfikir dan berbicara serta pertumbuhan mental intelektual yang intensif serta awal pembinaan moral dalam meletakkan dasar-dasar kepribadian. Penelitian di Baylor College of Medicine menemukan bahwa apabila anak jarang diajak bermain atau jarang disentuh maka perkembangan otaknya 20% atau 30% lebih kecil daripada ukuran normalnya pada usia itu. Oleh karenanya pada masa ini pula potensi-potensi yang dimiliki seseorang akan berkembang secara optimal apabila mendapatkan rangsangan yang tepat terutama dari lingkungan keluarga.

Rangsangan yang tepat adalah stimulasi tumbuh kembang yang komprehensif dan holistik meliputi aspek kesehatan, gizi, dan pendidikan. Stimulasi tumbuh kembang komprehensif tersebut dapat digambarkan dalam gambar berikut ini ( Kristanto, 2007). Aspek kesehatan dan pendidikan adalah 2 hal yang tidak bisa dipisahkan dari individu seorang anak. Pemantauan dan stimulasi aspek kesehatan ditujukan untuk memaksimalkan pertumbuhan si anak, sedangkan pemantauan dan stimulasi aspek pendidikan dan psikososial ditujukan untuk memaksimalkan perkembangan dan potensi si anak.

Anak menunjukkan ciri-ciri pertumbuhan dan perkembangan yang sesuai dengan usianya. Pertumbuhan adalah bertambahnya ukuran dan jumlah sel serta jaringan interseluler, berarti bertambahnya ukuran fisik dan struktur tubuh sebagian atau keseluruhan, sehingga dapat diukur dengan satuan panjang dan berat. Perkembangan adalah bertambahnya struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam kemampuan gerak kasar, gerak halus, bahasa serta sosialisasi dan kemandirian (Depkes RI, 2006c)

Adapun aspek-aspek yang perlu dikembangkan dalam diri seorang anak ada 7 aspek yaitu: moral dan nilai keagamaan; fisik/ motorik; bahasa; kognitif; sosial-emosional; seni; dan keterampilan hidup/ kemandirian. Ke tujuh aspek tersebut merupakan indikator perkembangan anak yang perlu dinilai setiap semester dengan menggunakan format penilaian tersendiri (KSF, 2008)

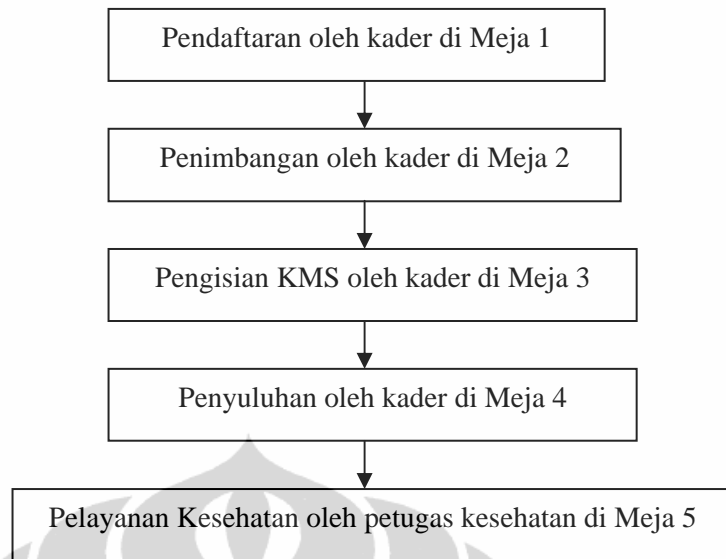
## 2.3 Posyandu

### 2.3.1 Konsep Dasar

Posyandu dikukuhkan pada tanggal 29 Juni 1983 dalam kerjasama antara Kepala BKKBN RI dengan Menkes RI. (Haryono, 2008). Latar belakang pengukuhan adalah adanya keinginan berbagai pihak untuk menyatukan pos KB dan Pos penimbangan agar akseptor kesehatan dan KB dapat disatukan dalam rangka mengatasi gizi buruk yang mulai bermunculan di berbagai daerah di Indonesia. Saat itu mekanisme kerja Posyandu yang disepakati adalah sistem 5 meja: pendaftaran, penimbangan, pengisian KMS, penyuluhan, pelayanan KB dan kesehatan yang meliputi imunisasi, vitamin A dosis tinggi, pembagian pil atau kondom, pengobatan ringan dan konsultasi KB.

Pengertian Posyandu yang diungkapkan oleh Depkes RI adalah salah satu bentuk upaya kesehatan bersumber daya masyarakat (UKBM) yang dikelola dan diselenggarakan dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan, guna memberdayakan masyarakat dan memberikan kemudahan kepada masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan dasar untuk mempercepat penurunan angka kematian ibu dan bayi. Pelaksanaan Posyandu berdasarkan 5 kegiatan pokok posyandu yaitu KIA, KB, imunisasi, gizi dan pencegahan diare ini ditujukan kepada 4 sasaran utama yaitu Wanita Usia Subur (WUS) bayi, Balita, Ibu hamil, ibu menyusui, ibu yang mempunyai Balita dan bapak serta Pasangan Usia Subur (PUS). Kegiatan Posyandu yang langsung menasar kepada Bayi dan Balita adalah penimbangan berat badan, penentuan status pertumbuhan, pemberian PMT dan pemeriksaan kesehatan, imunisasi serta deteksi dini tumbuh kembang anak jika ada petugas kesehatan. Berikut alur penyelenggaraan Posyandu:





Gambar 2.1: Alur Penyelenggaraan Posyandu

Sumber: Depkes RI, 1999

Pedoman Manajemen Peran Serta masyarakat ARRIF (1994) menyatakan Posyandu digolongkan ke dalam 4 strata. Ciri-ciri Posyandu Pratama adalah kegiatan belum mantap, tidak rutin dan jumlah kader terbatas. Posyandu Madya kegiatannya lebih teratur dan jumlah kader 5 orang. Posyandu Purnama kegiatannya sudah teratur, cakupan program sudah baik, jumlah kader 5 orang dan mempunyai mempunyai program tambahan. Tingkatan tertinggi adalah Posyandu Mandiri yaitu Posyandu Pratama ditambah dengan adanya dana Sehat dan JPKM.

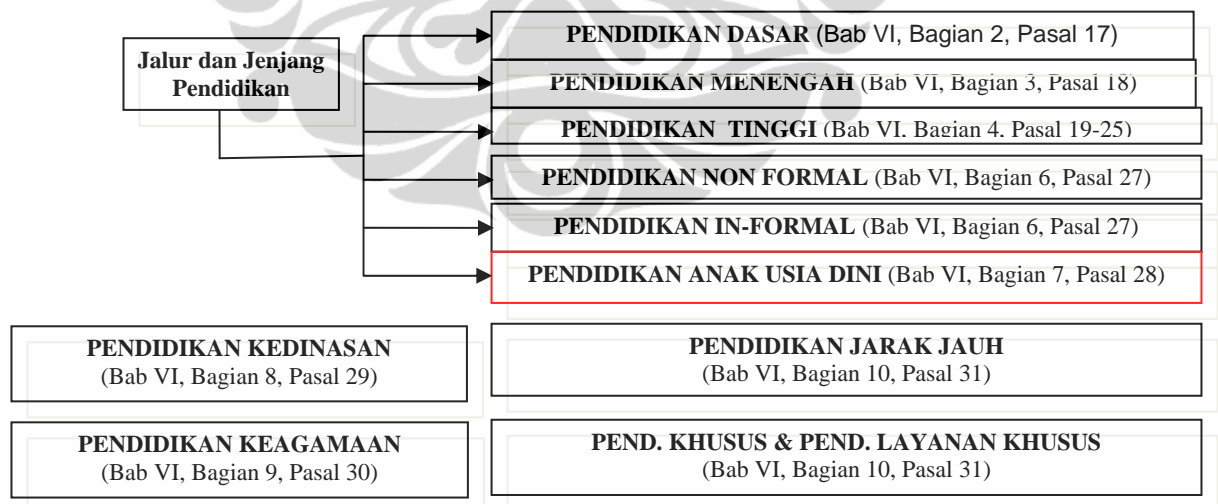
Sistem informasi Posyandu (SIP) adalah rangkaian kegiatan untuk menghasilkan informasi yang sesuai dengan kebutuhan secara tepat guna dan tepat waktu bagi pengelola Posyandu. Mekanisme operasional SIP yang berlaku adalah pemerintah desa/kelurahan bertanggung jawab atas tersedianya data dan informasi, pengumpul data dan informasi adalah Tim Penggerak PKK. Pengumpulan informasi menggunakan instrumen catatan ibu hamil, kelahiran /kematian dan nifas oleh ketua kelompok Dasa Wisma (kader PKK), register bayi, anak balita, WUS- PUS dan register ibu hamil dalam wilayah kerja Posyandu bulan Januari sampai dengan Desember serta data pengunjung petugas Posyandu.

### 2.3.2 Konsep Taman Posyandu (TP)

#### 2.3.2.1 Pengertian Dan Dasar Hukum

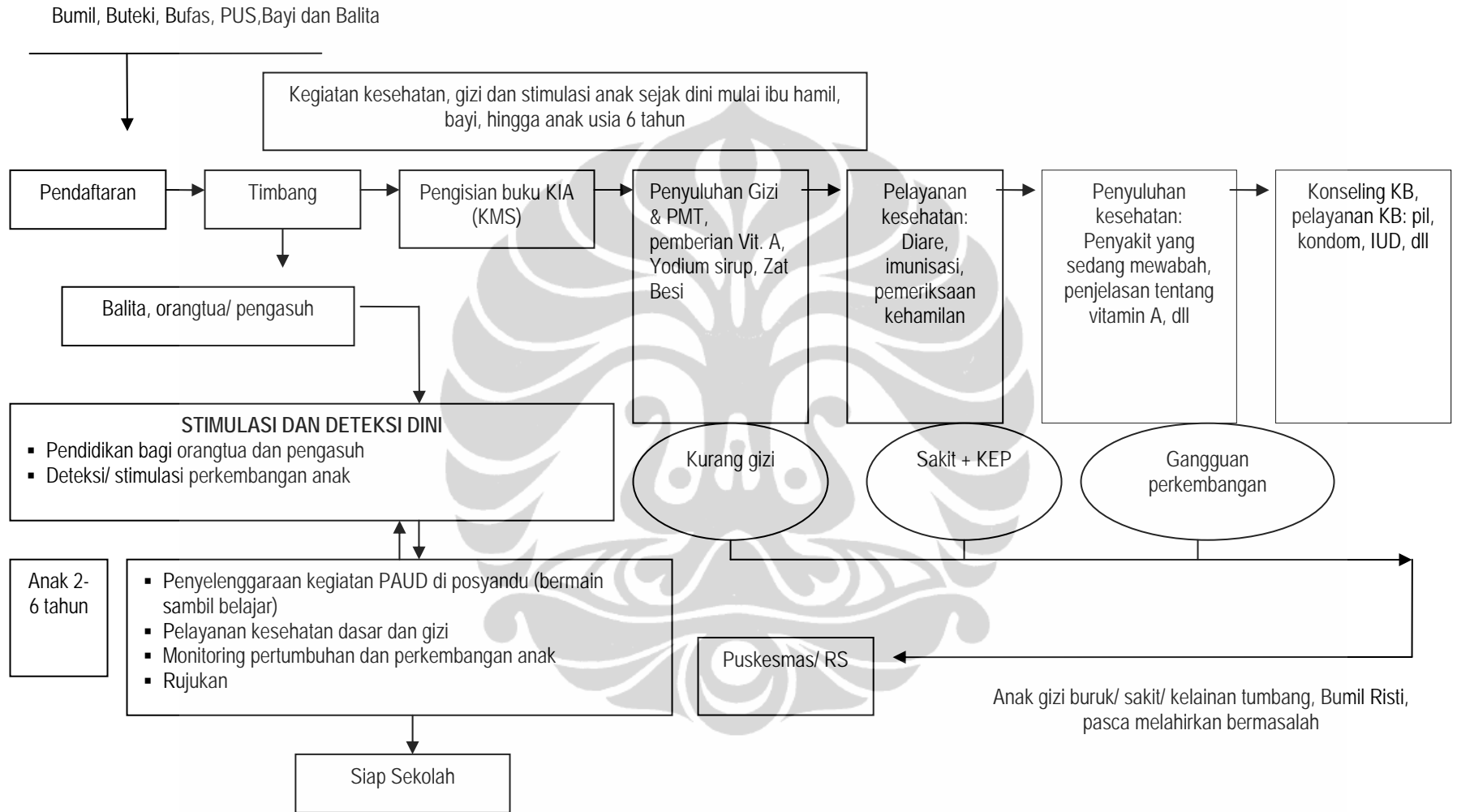
TP adalah salah satu pilihan jenis pelayanan tambahan di Posyandu, yang merupakan wahana untuk menyelenggarakan kegiatan bermain sambil belajar untuk anak usia 24 bulan sampai 72 bulan (2 - 6 tahun). Strata Posyandu yang bisa diintegrasikan dengan TP adalah Posyandu dengan strata madya. Tujuan utama diselenggarakannya pendidikan anak usia dini yaitu untuk membentuk anak Indonesia yang berkualitas, yaitu anak yang tumbuh dan berkembang sesuai dengan tingkat perkembangannya sehingga memiliki kesiapan yang optimal di dalam memasuki pendidikan dasar serta mengarungi kehidupan di masa dewasa. Selain itu tujuannya juga untuk membantu menyiapkan anak mencapai kesiapan belajar (akademik) di sekolah.

Dasar hukum pengitegrasian Posyandu dan PAUD adalah adanya UU No. 20 Tahun 2003, dimana pada Bab VI, Bagian 7, Pasal 28 menyatakan bahwa Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD) merupakan bagian dari sistem pendidikan nasional. Berikut ini adalah jalur pendidikan nasional dan alur kegiatan PTPP:



Gambar 2.2: Jalur dan Jenjang Pendidikan Nasional Dalam UU No. 20 Tahun 2003

Sumber: Direktorat PAUD, 2005



Gambar 2.3: Alur Kegiatan Posyandu Terintegrasi TP

Sumber: KSF, 2008

### 2.3.2.2 Proses Pembentukan dan Fasilitas TP

Pembentukan TP melewati beberapa tahap (KSF, 2008). Dalam proses pembentukan TP, dalam hal ini mengintegrasikan kegiatan PAUD dan BKB dengan kegiatan rutin Posyandu. Tahapan tersebut sebagai berikut:

1. Tahap persiapan dan penyusunan program
2. Tahap pembentukan Tim gabungan fasilitator lokal dan Lembaga/Tim Pembina Posyandu
3. Tahap pelatihan dan magang kader  
Mengingat bahwa program TP dilaksanakan berlandaskan pemberdayaan masyarakat dan merupakan gabungan layanan dari kesehatan, gizi dan pendidikan, maka 3 sub-modul pelatihan yang dijadikan bahan rujukan adalah Modul Partisipasi masyarakat, Modul Sembilan pesan untuk kesehatan, Buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), Modul *Lesson Plan* dan Modul Kegiatan TP
4. Tahap sosialisasi kepada ibu Balita dan pembukaan TP
5. Tahap Evaluasi

Fasilitas yang dibutuhkan oleh TP adalah fasilitas standar minimal Posyandu seperti alat timbang, alat pengukur panjang/ tinggi badan, juga ditambah dengan fasilitas bermain dan sarana pendukung kegiatan bermain anak seperti area yang lebih luas baik di dalam maupun di luar ruangan, ruang/tempat belajar dan PMT, dilengkapi dengan tikar/alas untuk duduk, alat permainan edukatif (APE), tempat menyimpan perlengkapan anak serta kamar mandi, tempat mencuci tangan dan menggosok gigi anak.

### 2.3.2.3 Indikator Keberhasilan

Indikator Keberhasilan TP terdiri dari 4 indikator utama yaitu indikator pelaksanaan TP, anak, ibu dan keluarga dan masyarakat yang mana semua indikator tersebut mengukur perkembangan proses dan output kegiatan PTTP (KSF, 2008). Indikator keberhasilan Pelaksanaan TP dinilai dari penyelenggaraan TP sekurang-kurangnya satu kali dalam seminggu, lebih dari 75% Posyandu yang menyelenggarakan program TP kegiatannya berlanjut dengan rata-rata kehadiran anak didik lebih dari 75% dan lebih dari 75% masyarakat yang selama ini

mengikuti kegiatan Posyandu, mengikutsertakan anaknya dalam program TP (Posyandu terintegrasi PAUD dan BKB) dan lulus dari TP dan terus bertambah.

Indikator keberhasilan yang dapat dilihat dari anak adalah:

1. Semua anak didik memiliki KMS/ KIA untuk memantau pertumbuhan dan perkembangan
2. 75% anak didik memiliki KMS komprehensif (mencakup pertumbuhan dan perkembangan) serta catatan imunisasi anak lengkap.
3. Lebih dari 75% anak didik memiliki kemampuan sama atau di atas kemampuan sesuai dengan tahap perkembangan anak seusianya.

Indikator keberhasilan yang dapat dilihat dari masyarakat adalah TPP selalu memantau dan memberikan pengarahannya secara sistematis/berkala terhadap pelaksanaan program TP, terdapatnya partisipasi masyarakat secara aktif dalam membantu dan menjaga kelangsungan kegiatan PTTP, serta didiskusikannya kendala yang ada dalam pelaksanaan PTTP di pertemuan desa.

#### **2.3.2.4 Keberadaan Tim Pengelola Posyandu (TPP) Desa**

Tim Pengelola Posyandu (TPP) Desa adalah suatu lembaga atau unit pengelola Posyandu di desa yang anggotanya dipilih dari masyarakat, dengan tugas untuk mengelola secara profesional penyelenggaraan Posyandu, termasuk memperhatikan masalah ketenagaan, sarana dan pembiayaan bagi kelangsungan Posyandu yang bersumber dari masyarakat. (SE Mendagri No. 411.3/1116/SJ/12 Juni 2001).

Alasan pembentukan TPP adalah Posyandu merupakan unit pelayanan yang berbasis masyarakat, oleh karenanya Posyandu perlu mendapat dukungan luas dari masyarakat melalui peran sertanya agar kegiatan Posyandu dapat berkelanjutan dan jangkauannya meluas sesuai kebutuhan kelompok sasaran yang dilayaninya.

Dalam Pedoman Umum Revitalisasi Posyandu dinyatakan bahwa secara teratur pembinaan harus dilakukan oleh pengelola Posyandu (TPP) di desa untuk memajukan penyelenggaraan Posyandu. Selain itu, pembinaan juga dilakukan oleh Dinas/Instansi yang peduli dan terkait dengan kegiatan program Posyandu, seperti Pokjandal Posyandu Kecamatan, unsur Puskesmas (Bidan di Desa /

Polindes), Dinas Pendidikan, BKKBN, Kepala Desa/Lurah, Tim Penggerak PKK, dan organisasi kemasyarakatan lainnya yang mengelola Posyandu. Keanggotaan TPP desa terdiri dari ketua, sekretaris dan anggota. Anggota TPP adalah perwakilan-perwakilan kader dari 9 Posyandu yang ada di Desa tersebut karena kader dianggap termasuk tokoh masyarakat desa

## 2.4 Kader

Kader adalah anggota masyarakat yang bersedia bekerja sukarela, sanggup melaksanakan kegiatan Posyandu dan sanggup menggerakkan masyarakat untuk melaksanakan kegiatan Posyandu (innaza.wordpress.com). Kriteria kader Posyandu adalah dapat membaca dan menulis, berjiwa sosial dan mau bekerja secara relawan, mengetahui adat istiadat serta kebiasaan masyarakat, mempunyai waktu yang cukup, bertempat tinggal di wilayah Posyandu dan berpenampilan ramah dan simpatik serta diterima masyarakat setempat.

3 tugas utama kader adalah persiapan sebelum hari buka (H-1), pada hari buka (Hari H) dan sesudah hari buka Posyandu (H+1). Tugas H-1 Posyandu berupa tugas-tugas persiapan oleh kader agar kegiatan pada hari buka Posyandu berjalan baik, meliputi: menyiapkan alat dan bahan-bahan berupa alat timbangan bayi, kartu Menuju Sehat (KMS), alat peraga, alat pengukur lingkaran lengan ibu hamil, obat-obatan yang dibutuhkan (pil besi, vitamin A, oralit,dll) dan bahan/materi penyuluhan. Selain itu, mengundang dan menggerakkan masyarakat, menghubungi Pokja Posyandu serta melaksanakan bagi tugas.

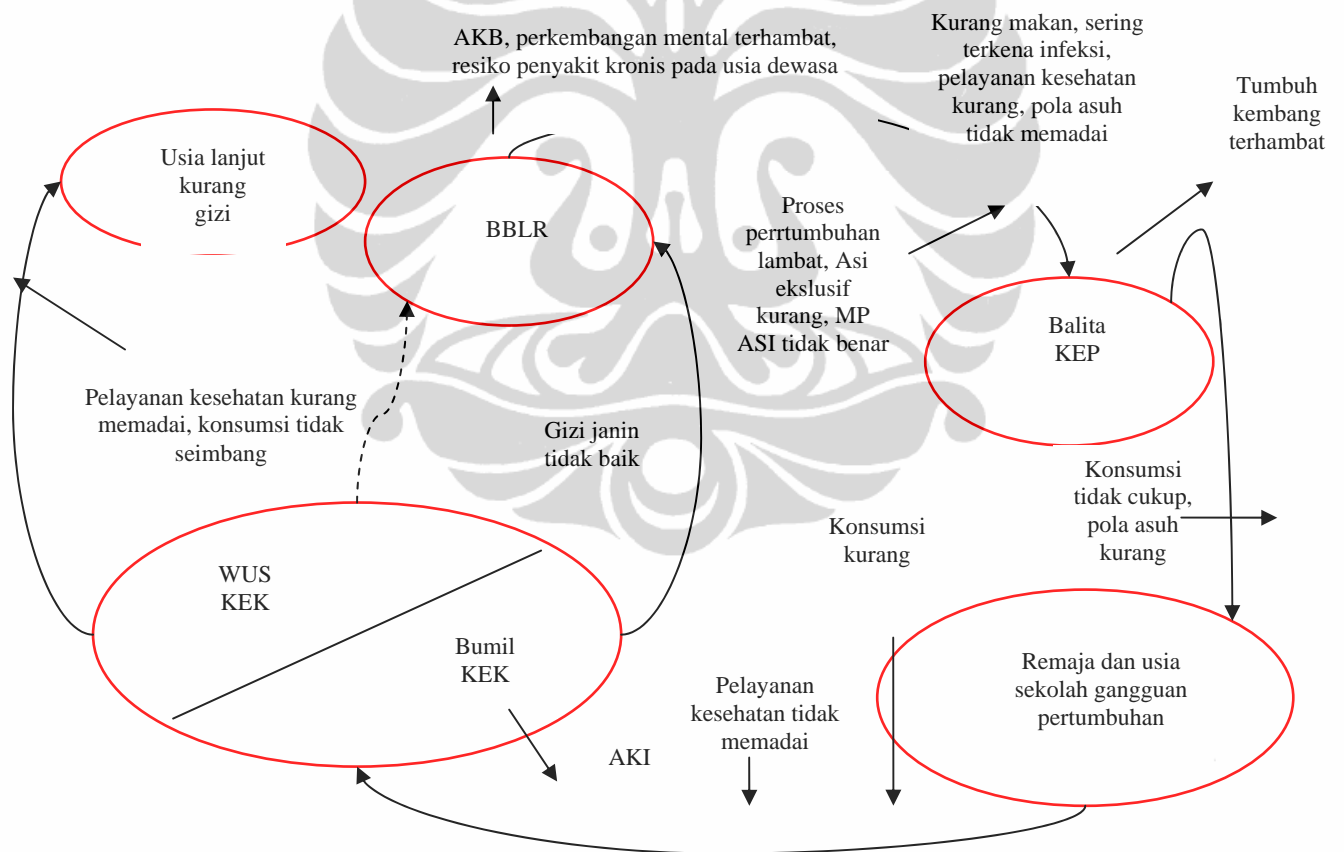
Tugas pada hari H Posyandu berupa tugas-tugas untuk melaksanakan pelayanan 5 meja, meliputi: mendaftarkan bayi/ Balita/ ibu hamil, menimbang bayi/ Balita, mencatat hasil penimbangan pada secarik kertas yang akan dipindahkan ke KMS, mengisi KMS, menjelaskan data KMS kepada ibu, memberikan penyuluhan kesehatan serta memberikan rujukan ke Puskesmas jika dibutuhkan.

Tugas pada H + Posyandu berupa tugas-tugas setelah hari Posyandu meliputi: memindahkan catatan-catatan dalam KMS ke dalam buku register atau buku bantu kader, mengevaluasi hasil kegiatan dan merencanakan kegiatan hari Posyandu pada bulan berikutnya, kegiatan diskusi kelompok/ penyuluhan kelompok bersama ibu-ibu yang lokasi rumahnya berdekatan dan kegiatan

kunjungan rumah/ penyuluhan perorangan, sekaligus untuk tindak lanjut dan mengajak ibu-ibu datang ke Posyandu. selain tugas di Posyandu, kader juga bertugas menyelenggarakan kegiatan TP.

## 2.5 Ibu Balita

Status kesehatan dan gizi anak dipengaruhi oleh kondisi ibunya sejak hamil. Hal ini dapat terjadi karena kondisi kekurangan gizi yang tidak ditangani dengan serius akan terus terbawa dan membentuk suatu rantai. Oleh karenanya, diperlukan upaya preventif agar ibu hamil tidak jatuh dalam kondisi kekurangan gizi, upaya tersebut dilakukan dengan memberikan pengetahuan kepada ibu sedini mungkin. Berikut rantai kondisi kekurangan gizi:



Gambar 2.4: Gizi Menurut Daur Kehidupan

Sumber: Azrul Azwar, 2004

Daur di atas memberikan gambaran jelas tentang kondisi dan akibat kekurangan zat gizi sejak dari wanita dewasa sampai usia lanjut. Oleh karenanya peran ibu sangat besar dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak sejak masih menjadi janin. Sekitar 30 juta wanita usia subur menderita KEK, yang bila hamil dapat meningkatkan risiko melahirkan BBLR.

Seorang Guru Besar Emiritus Unair (dalam Ilmu kesehatan Anak) Prof. Dr. IGN Ranuh mengatakan bahwa faktor utama yang mempengaruhi tumbuh kembang anak adalah lingkungan, setelah itu genetik atau faktor turunan. Faktor lingkungan terjadi selama proses tumbuh kembang, dan pada masa ini seharusnya ada asih, asuh dan asah yang baik sehingga tercipta manusia yang sehat fisik, mental dan sosial. Pemegang peran penting dalam masa ini tak lain adalah ibu.

Sementara itu, Dra. Pinky Saptandari, M.A., menggambarkan ibu sebagai sosok ideal dalam konstruksi sosialnya. Dosen Antropologi Unair ini menjelaskan paparan tentang Peran Ibu dan Permasalahan Anak dalam Pendekatan Budaya. Menurutnya, konsep perempuan kerap sama atau dianggap identik dengan ibu, dan dalam beberapa hal bisa menjadi kekuatan. Ditambahkan juga, bahwa tugas pengasuhan anak bukan semata-mata tugas seorang ibu, oleh karenanya diperlukan kemampuan untuk mendialogkan pilihan peran pada anggota keluarga yang akan berdampak positif terhadap tumbuh kembang anak. (Warta Online Unair, 2004)

Beberapa ahli tumbuh kembang anak mengatakan kecerdasan anak bergantung sang ibu. Untuk mendapatkan seorang anak cerdas yang diperlukan adalah kekonsistenan ibu dalam mengasuh anaknya, sesuai dengan perkataan orang bijak berikut ini: “usaha kecil yang dilakukan secara konsisten dan baik, akan menghasilkan sesuatu yang besar”

## **2.6 Determinan Perilaku Kesehatan**

Perilaku terbentuk di dalam diri seseorang dari dua faktor utama yaitu stimulus dan respon. Stimulus merupakan faktor dari luar diri seseorang berupa lingkungan fisik dan non fisik. Respon merupakan faktor dari dalam diri seseorang berupa perhatian, pengamatan, persepsi, motivasi, fantasi dan sugesti (Skinner dalam Notoatmodjo, 2005)

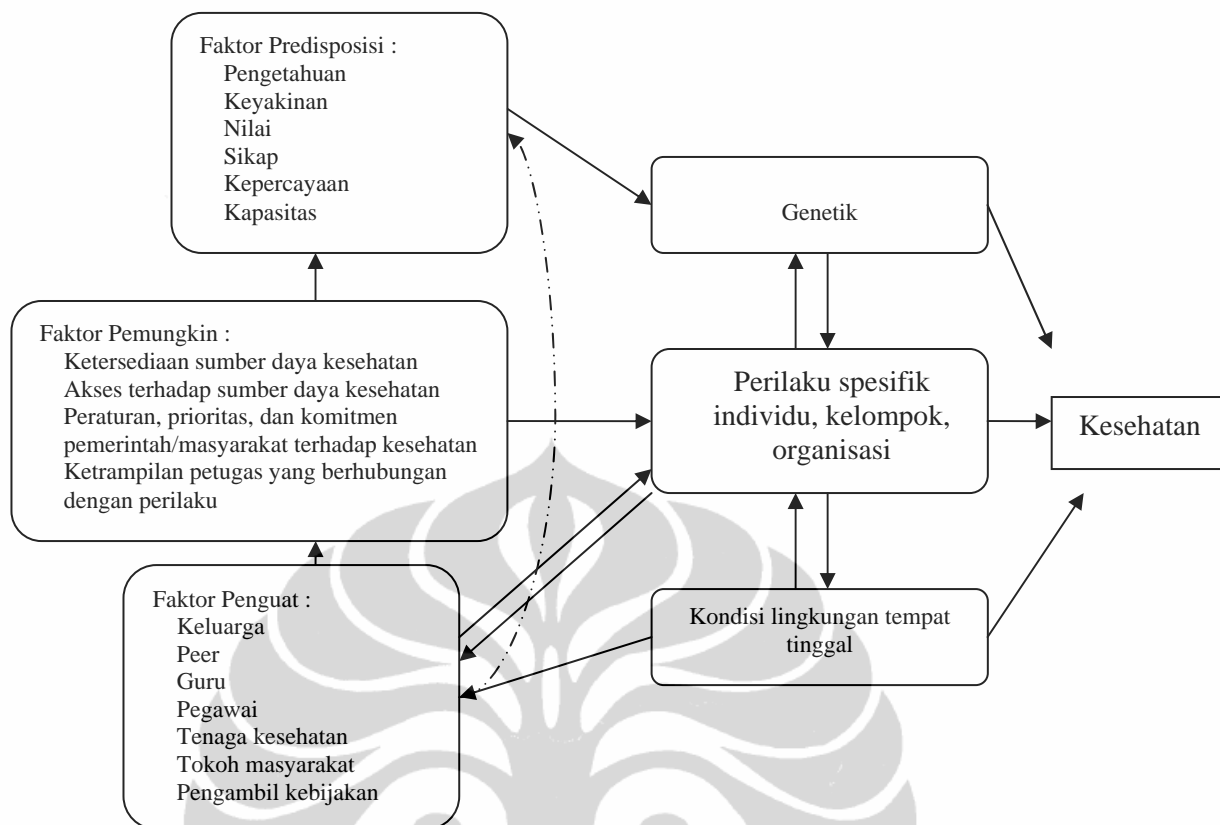


Perilaku kesehatan adalah semua aktivitas atau kegiatan seseorang baik yang dapat diamati maupun yang tidak dapat diamati yang berkaitan dengan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan. Perilaku kesehatan dikelompokkan menjadi dua yaitu *healthy behaviour* dan *health seeking behaviour*. *Healthy behaviour* adalah perilaku/ kegiatan yang berkaitan dengan upaya mempertahankan dan meningkatkan kesehatan, antara lain: makan makanan dengan gizi seimbang, kegiatan fisik secara teratur, perilaku atau gaya hidup positif untuk kesehatan misal memeriksakan kesehatan secara teratur, dan sebagainya.

### 2.6.1 Teori Lawrence Green

Menurut Green (2005), perilaku individu atau kelompok merupakan fungsi dari tiga faktor, yaitu *predisposing* (predisposisi), *enabling* (pemungkin), dan *reinforcing* (penguat). *Predisposing factors* adalah anteseden yang berasal dari dalam diri individu atau kelompok, termasuk di dalamnya pengetahuan, sikap, kepercayaan, nilai-nilai, dan persepsi terhadap kebutuhan dan kemampuan yang dimiliki, berhubungan dengan motif seseorang atau kelompok untuk bertindak/berperilaku.

*Enabling factors* yaitu faktor anteseden yang memungkinkan atau memfasilitasi seseorang untuk melakukan tindakan atau perilaku tertentu. *Reinforcing factors* yaitu faktor subsekuen terhadap perilaku, berkaitan dengan *reward* atau imbalan yang diberikan terhadap orang yang melakukan perilaku tertentu sehingga perilaku tersebut menjadi bertahan dan langgeng. Berikut bagan determinan perilaku menurut Lawrence Green:



Gambar 2.5 : Determinan Perilaku Menurut Lawrence Green (2005)

Sumber : Green & Kreuter (2005)

Faktor-faktor tersebut mempengaruhi perilaku secara bersamaan dan memberikan kontribusi pengaruhnya masing-masing, tidak ada yang berdiri sendiri. Antara faktor satu dengan yang lain saling mempengaruhi, karena perilaku adalah sebuah fenomena multifaset. Secara umum ketiga faktor tersebut harus tersedia untuk mendorong seseorang berperilaku tertentu, namun ada pengecualian pada orang yang memiliki motivasi yang tinggi ada yang bisa mengatasi keterbatasan sumber daya, serta tidak mepedulikan *reward* atau imbalan yang diterimanya (Green & Kreuter, 2005).

Diadaptasi dari buku karangannya sendiri bersama J.M. Ottoson pada tahun 1999, Green mengungkapkan bahwa perkembangan faktor-faktor predisposisi menunjukkan interaksi antara pengalaman dan pembelajaran dalam perjalanan/ sejarah alami kehidupan seorang manusia yang juga terkait dengan kepercayaan, nilai, etika dan perilaku sejarah perorangan. Dengan demikian dapat

dikatakan bahwa peningkatan pengetahuan semata (tanpa diikuti oleh variabel lainnya) tidak serta merta akan menyebabkan perubahan perilaku, tetapi hubungan positif diantara perubahan berbagai variabel tersebut telah ditemukan pada berbagai riset yang sudah tidak terhitung.

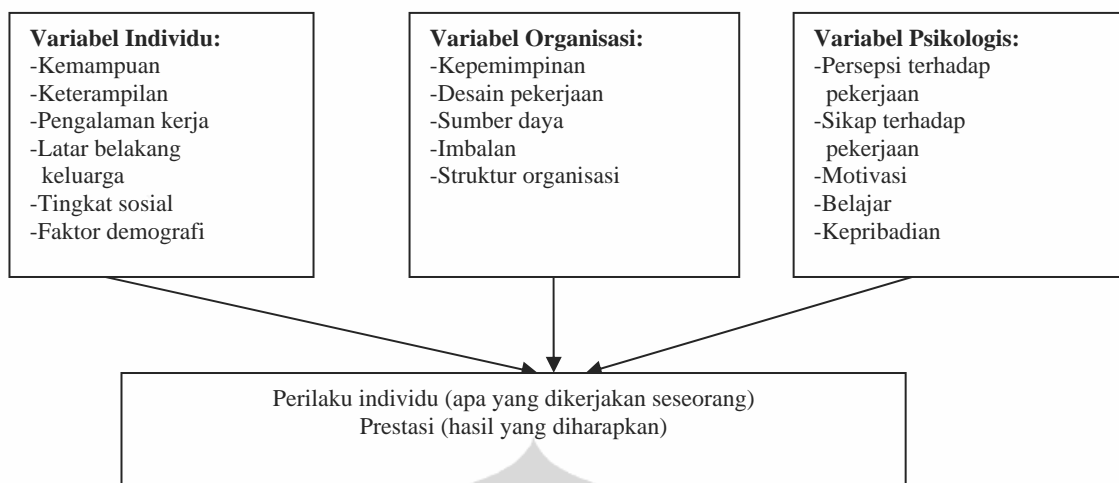
Suatu program yang bertujuan untuk mengubah perilaku harus memperhatikan ketiga faktor ini. Program yang hanya menyediakan informasi untuk meningkatkan pengetahuan dan kesadaran (faktor predisposisi) namun tidak memperhatikan pengaruh faktor pemungkin dan penguat memiliki kemungkinan sangat besar untuk gagal, kecuali program dilakukan pada masyarakat yang sudah memiliki sumber daya dan sistem imbalan yang baik (Green & Kreuter, 2005).

### **2.6.2 Teori Gibson**

Menurut Gibson (1977) kinerja/ kemampuan kerja seorang kader atau petugas kesehatan dipengaruhi oleh 3 variabel utama yaitu variabel individu, psikologis dan organisasi.

Variabel individu digolongkan menjadi sub variabel kemampuan, keterampilan, pengalaman kerja, latar belakang keluarga, tingkat sosial dan demografis antara lain umur, dan jenis kelamin. Kemampuan ialah sifat (bawaan lahir atau dipelajari) yang memungkinkan seseorang melakukan sesuatu yang bersifat mental atau fisik. Contoh kemampuan mental adalah keluwesan, kefasihan, jalan berfikir induktif, ingatan yang kuat, dan sebagainya. Keterampilan fisik contohnya kekuatan dinamis, kelenturan, stamina, dan lainnya.

Variabel psikologis digolongkan menjadi variabel persepsi terhadap pekerjaan, sikap terhadap pekerjaan, motivasi, belajar dan kepribadian. Sedangkan variabel organisasi terdiri dari kepemimpinan, desain pekerjaan, sumber daya, imbalan dan struktur organisasi. Variabel organisasi akan berpengaruh dalam motivasi kerja individu. Berikut gambaran teori Gibson:



Gambar 2.6: Variabel yang Mempengaruhi Perilaku dan Prestasi (Gibson, 1977)

Sumber: Gibson, 1985

## 2.7 Penjelasan Tentang Determinan Perilaku Kesehatan

### 2.7.1 Pengetahuan

Perilaku mencakup 3 domain yaitu pengetahuan, sikap dan tindakan. Pengetahuan tentang kesehatan adalah mencakup apa yang diketahui oleh seseorang terhadap cara-cara memelihara kesehatan. Pengetahuan adalah hal-hal yang diketahui seseorang tentang objek tertentu, yang diperoleh melalui observasi atau pengamatan dengan alat indranya. Dalam domain kognitif, pengetahuan memiliki beberapa tingkatan dari yang terendah sampai yang tertinggi yaitu mengetahui, memahami, mengaplikasikan, menganalisis, mensintesis, dan mengevaluasi (Ross & Mico, 1980; Notoatmodjo, 2007).

Sehubungan dengan ini, sebagai contoh seorang ibu Balita akan tergerak untuk membawa anaknya dan mendapatkan pelayanan kesehatan dan gizi di Posyandu karena dia telah memperoleh pengetahuan yang cukup mengenai hal itu melalui mendengar dan melihat. Pengetahuan empiris merupakan hasil observasi dan juga hasil pengalaman pribadi seseorang yang terjadi berulang kali. Kinerja yang ditunjukkan perawat di RS Mata Dr. YAP Yogyakarta berhubungan signifikan dengan latar belakang pendidikan para perawat tersebut (Hindun Rizqiyah, 2009)

### **2.7.2 Kemampuan Mengakses Pelayanan Kesehatan**

Kemampuan seseorang mengakses suatu pusat pelayanan kesehatan merupakan faktor pemungkin seseorang untuk berperilaku. Faktor tersebut yang memungkinkan atau yang memfasilitasi perilaku atau tindakan individu (Notoatmodjo, 2005) kemampuan mengakses pelayanan Posyandu dan TP yang dimaksudkan di sini adalah terkait dengan kemampuan mengakses dari kemampuan keluarga secara ekonomi yang bergantung kepada penghasilan keluarga dan biaya yang harus dikeluarkannya untuk seluruh kebutuhan harian.

Seharusnya pelayanan Posyandu tidak membutuhkan biaya karena hampir semua kebutuhan Posyandu seperti obat-obatan, vaksin dan alat-alat KB diperoleh dari Puskesmas, kecuali jika lokasi Posyandu yang memerlukan biaya transportasi untuk mencapainya. Namun kemungkinan ini pun sangat kecil terjadi karena pembentukan sebuah Posyandu berdasarkan musyawarah masyarakat desa dan biasanya setiap RW dibentuk 1 Posyandu untuk masyarakat yang berada di RW tersebut.

Berbeda dengan Posyandu, kegiatan TP harus menyediakan bahan-bahan belajar, transport ibu asuh, bahan makanan untuk PMT mingguan dan operasional lainnya sehingga orangtua dimintai partisipasinya untuk mendukung operasional TP. Selain itu, untuk membentuk anak sehat dan cerdas, seharusnya keluarga diperlukan untuk mampu mengakses makanan sehat, bervariasi dan sesuai dengan kebutuhan anak tersebut.

### **2.7.3 Jumlah Balita Dalam Keluarga**

Balita di masa keemasan akan membutuhkan asupan gizi seimbang dan tercukupi baik kualitas dan kuantitasnya, sehingga kebutuhan berbagai jenis bahan makanan akan lebih tinggi. Balita dalam keluarga berpengaruh terhadap perilaku menyediakan makanan bergizi kepada keluarganya. Semakin banyak anak dalam satu keluarga semakin banyak kebutuhan yang perlu dipenuhi. Pada keluarga yang memiliki anak banyak dengan penghasilan terbatas tentu akan sulit memprioritaskan keperluan yang harus didahulukan. Posisi anak akan semakin tidak diuntungkan apabila dalam suatu masyarakat memiliki kebiasaan

memprioritaskan si ayah untuk memakan makanan yang lebih enak/ bergizi dibandingkan anggota keluarga lainnya

Ibu yang melahirkan terlalu dekat akan merugikan timbal balik. Ibu tidak cukup waktu merawat kesehatannya setelah melahirkan, sedangkan anak yang baru dilahirkan tidak cukup waktu menjadi 2 tahun untuk mendapatkan ASI. Pada kejadian ibu melahirkan terlalu dekat akan menciptakan keluarga memiliki beberapa Balita dalam keluarganya.

Tetapi di lain sisi, pada sebagian masyarakat anak mempunyai nilai yang tinggi bagi keluarga terutama di daerah pedesaan. Anak dipercaya dapat memberikan kebahagiaan kepada kedua orangtua dan jaminan hari tua kelak. Jika orangtua memiliki keyakinan semacam ini akan mudah untuk mempengaruhinya untuk memberikan makanan sesuai kebutuhan si anak agar menjadi anak cerdas nantinya.

#### **2.7.4 Pekerjaan**

Status bekerja atau tidak bekerja dan jenis pekerjaan yang dilakukan ibu sehari-hari akan mempengaruhi perilakunya dan pembagian waktunya dalam merawat anak. Penjelasan yang paling mudah dipahami adalah kewajiban seorang ibu memberikan ASI eksklusif selama 6 bulan kepada bayinya. Rata-rata jam kerja jam 09.00 s/d 17.00 WIB akan menyulitkan si ibu memberi bayinya ASI. Sebuah penelitian Efrianna P. (2003) tentang status gizi balita pada ibu Balita bekerja dan tidak bekerja menunjukkan bahwa ibu bekerja ( 39.59 % ) dan ibu tidak bekerja (60,41 %) memiliki Balita dengan status gizi berbeda.

#### **2.7.5 Keterampilan**

Keterampilan adalah kecakapan yang berhubungan dengan tugas yang dimiliki dan dipergunakan oleh seseorang pada waktu yang tepat seperti kecakapan mengoperasikan komputer (Gibson, 1985). Terkait dengan pengertian di atas, dalam hal pelaksanaan usaha perbaikan gizi di Posyandu, kader memerlukan beberapa keterampilan mendasar seperti menyiapkan alat timbang, menimbang, mencatat hasil penimbangan dan lainnya Langkah-langkah menimbang yang harus dikuasai oleh kader mengacu kepada 9 langkah yang

dianjurkan dalam petunjuk teknis Kadarzi tahun 2008 (lihat lampiran daftar observasi).

Keterampilan kritis lainnya yang wajib dimiliki seorang kader adalah keterampilan menentukan usia bayi pada saat ditimbang pertama kali ke Posyandu. WHO merekomendasikan umur di bawah 15 hari dihitung 0 bulan dan umur lebih dari 15 hari dihitung 1 bulan. Hasil penimbangan anak dimasukkan ke dalam Kartu Menuju Sehat untuk Balita (KMS-Balita). KMS adalah alat yang sederhana dan murah, yang dapat digunakan untuk memantau kesehatan dan pertumbuhan anak. Oleh karenanya KMS harus disimpan oleh ibu balita di rumah, dan harus selalu dibawa setiap kali mengunjungi posyandu atau fasilitas pelayanan kesehatan, termasuk bidan dan dokter.

Keterampilan memasukkan hasil penimbangan dan menginterpretasikan hasil penimbangan yang tercatat di KMS merupakan keterampilan vital seorang Posyandu. Selain itu, penyampaian hasil timbangan Balita juga mempengaruhi perilaku ibu dalam memanfaatkan Posyandu. Wawancara yang dilakukan Interaksi (Majalah Informasi dan Referensi Promkes) pada bulan Mei 2008. Hasil wawancara tersebut memperlihatkan bahwa cara kader memotivasi/ menyuluh atau menyampaikan suatu informasi kepada ibu sangat berpengaruh terhadap perilaku ibu menimbang anaknya ke Posyandu.

#### **2.7.6 Motivasi**

Motivasi adalah konsep yang menguraikan tentang kekuatan-kekuatan yang ada dalam diri karyawan yang memulai dan mengarahkan perilaku (Gibson, 1977). Motif atau motivasi adalah dorongan dari dalam diri manusia yang mengarahkannya untuk melakukan tindakan atau berperilaku tertentu. Dorongan tersebut didasari oleh adanya kebutuhan atau keinginan yang perlu dipenuhi (Notoatmodjo, 2007).

Abraham Maslow (1908 - 1970), seorang pelopor aliran psikologi humanistik telah mengembangkan teori motivasi sejak tahun 1943. Maslow mempelajari kebutuhan-kebutuhan manusia yang menurutnya memiliki tingkatan atau hirarki, menyatakan bahwa setiap manusia memiliki keinginan yang menimbulkan kebutuhan yang sifatnya terus menerus dan selalu meningkat.

Setelah salah satu kebutuhan terpenuhi maka akan timbul keinginan atau kebutuhan lain yang tingkatannya lebih tinggi, yang saling berkaitan dengan kebutuhan yang lainnya.

Kebutuhan fisiologis adalah kebutuhan dasar berupa sandang, pangan dan papan. Kebutuhan rasa aman dan tentram dalam menjalani kehidupan. Kebutuhan berafiliasi, diterima, dicintai dan terlindungi. Kebutuhan penghargaan atau dihargai oleh orang lain. Piramid paling tinggi adalah aktualisasi diri, piramid terakhir ini dikritik karena dianggap ada sebuah loncatan pada piramida kebutuhan Maslow yang paling tinggi.

### 2.7.7 Persepsi

Persepsi adalah proses kognitif yang dipergunakan oleh seseorang untuk menafsirkan dan memahami dunia sekitarnya. Persepsi berkaitan dengan cara mendapatkan pengetahuan khusus tentang obyek atau kejadian pada saat tertentu, maka persepsi terjadi kapan saja stimulus menggerakkan indera. Persepsi mencakup penerimaan stimulus, pengorganisasian dan penafsiran stimulus yang telah diorganisasi dengan cara yang dapat mempengaruhi perilaku dan pembentukan sikap (Gibson, 1985).

Persepsi merupakan proses pengamatan seseorang yang berasal dari komponen kognisi. Persepsi dipengaruhi oleh faktor pengalaman, proses belajar, cakrawala, dan pengetahuannya. Pengamatan manusia terhadap suatu objek psikologik dipengaruhi oleh kepribadiannya. Objek psikologik dapat berupa kejadian, ide, atau situasi tertentu. Faktor pengalaman, proses belajar atau sosialisasi memberikan bentuk dan struktur terhadap apa yang dilihat

### 2.7.8 Pembinaan Oleh Pembina Posyandu

Fungsi *controlling* atau pengawasan dari atasan merupakan salah satu fungsi manajemen. Koontz Harold dan O'Donel Cyril menyebutkan terdapat lima fungsi pokok dalam manajemen yaitu; *planning, organizing, staffing, directing and leading, controlling*. Secara umum *controlling* merupakan kegiatan untuk menyesuaikan antara pelaksanaan dan rencana-rencana yang telah ditentukan.



Pengawasan sehubungan dengan Posyandu sebagai lembaga masyarakat tidak memiliki tolok ukur setegas organisasi formil terutama organisasi *profit oriented*. Pembina yang dimaksudkan di sini adalah pihak-pihak yang mengelola terkait dengan pelaksanaan kegiatan Posyandu seperti bidan, pembina lintas sektor dan lintas program. Penyelenggaraan Posyandu dengan bimbingan sektor sebagai berikut (Depkes RI 2006b) sektor kesehatan (Puskesmas dan dinas kesehatan), keluarga berencana, pertanian, agama, dinas/ kantor/ badan pembangunan masyarakat, pendidikan dan budaya, lembaga swadaya masyarakat, tokoh adat, tim penggerak PKK.

## **2.8 Penelitian Tentang Perilaku Kesehatan dan Kinerja Kader**

### **2.8.1 Karakteristik Demografi Ibu Balita dan Kader**

Pendidikan kader mempunyai hubungan bermakna dengan cakupan penimbangan Balita di Posyandu. Pembuktian ini dilakukan dalam penelitian tentang Faktor-faktor Kader Yang Berhubungan Dengan Cakupan Penimbangan Balita di Posyandu Kab. Padang Pariaman Tahun 2000 oleh Hayati B. Tingkat pendidikan ibu dan pengeluaran rumah tangga berpengaruh terhadap asupan gizi rumah tangga oleh Hidayat Z. (2005). Demikian juga faktor pendidikan berhubungan signifikan dengan keaktifan kader, oleh Merah Bangsawan, 2001

Masa kerja kader mempunyai hubungan bermakna dengan cakupan penimbangan Balita di Posyandu oleh Syahmasa (2003). Kader yang lebih tua akan lebih dipercaya oleh masyarakat nasehatnya dibandingkan kader yang lebih muda, apalagi kader tersebut belum berkeluarga dan memiliki anak (Syahmasa, 2003). Penelitian menggambarkan bahwa semua kader adalah perempuan (100%) dan sebagian besar (53,8%) berusia sama dengan atau kurang dari 40 tahun. Merah Bangsawan juga membuktikan hal yang sama dalam penelitiannya tahun 2001. Ada hubungan antara motivasi dengan tingkat keterampilan kader, dan secara bersama-sama umur, pengetahuan dan motivasi berhubungan dengan keterampilan kader (Jauri R, 1994)

### **2.8.2 Pengetahuan Ibu Balita**

Pengetahuan ibu Balita mempunyai hubungan bermakna dengan cakupan penimbangan Balita di Posyandu. Pembuktian ini dilakukan dalam penelitian tentang Faktor-faktor Yang berhubungan Dengan Cakupan Penimbangan Balita di Posyandu Wilayah 1 Kab. Pandeglang Tahun 2004 oleh Kodiati Juarsa. Mulyadi Y. dalam penelitian study kualitatif tentang Pemanfaatan Posyandu lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Naras Kota Pariaman Tahun 2008 menyimpulkan bahwa informan yang memanfaatkan Posyandu mempunyai pengetahuan yang baik. Hasil ini dapat dibandingkan dengan Posyandu Balita karena organisasinya sama-sama organisasi informal yang pendiriannya untuk, dari dan oleh masyarakat sendiri.

### **2.8.3 Kemampuan Mengakses Pelayanan Kesehatan**

Penelitian oleh Eddy Rudianto tentang Analisis kemampuan dan kemauan membayar masyarakat terhadap tarif pelayanan kesehatan bertujuan untuk mendapatkan gambaran kemampuan membayar (ATP) dan kemauan membayar (WTP) terhadap tarif pelayanan kesehatan di Puskesmas Cikole Kabupaten Daerah Tingkat II Bandung. Penelitian tersebut menggambarkan bahwa perubahan tarif sedikit saja di Puskesmas bisa mengakibatkan turunnya pemanfaatan Puskesmas tersebut. Contoh di atas bisa dikaitkan dengan pelayanan kesehatan di Posyandu yang menyediakan alat-alat kontrasepsi, dapat kita lihat penurunan konseptor KB sejak Indonesia tidak lagi dibantu dengan alat-alat kontrasepsi. Kalteng Pos Online tanggal 1 Mei 2009 memberitakan bahwa akhir-akhir ini perkembangan KB mulai surut akibat adanya perubahan organisasi dan kelembagaan sebagai dampak otonomi daerah, peraturan daerah dan peraturan pemerintah lainnya.

### **2.8.4 Jumlah Balita Dalam Keluarga**

Terdapat hubungan antara jumlah Balita dalam keluarga dengan partisipasi masyarakat dalam Program UPGK yang dilakukan oleh Harianto B. (1992) di Tangerang

### **2.8.5 Pekerjaan Ibu**

Salah satu penelitian Efrianna P yang dimuat dalam Pusat Data Jurnal dan Skripsi Universitas Diponegoro membuktikan bahwa Balita dengan ibu bekerja berada dalam kategori status gizi baik 68,42%, kategori status gizi kurang 31,58 % dan pada Balita dengan ibu tidak bekerja yang termasuk dalam kategori baik 82,76 % ,kategori kurang 17,24 %. Tingkat konsumsi energi anak balita ibu bekerja yang termasuk kategori kurang 17,25 % dan 31,58 % pada ibu tidak bekerja. sedangkan tingkat konsumsi protein anak balita ibu bekerja dalam kategori kurang 10,53 % dan 10,34 % pada ibu tidak bekerja.

### **2.8.6 Keterampilan Kader**

Faktor kemampuan kader memotivasi ibu Balita mempunyai hubungan bermakna dengan cakupan penimbangan Balita di Posyandu, hal ini dibuktikan oleh Hayati N.B (2000) dan Juarsa K (2004).

### **2.8.7 Motivasi Kader**

Suatu penelitian tentang Hubungan Karakteristik Dengan Tingkat Keterampilan Kader Dalam penimbangan Balita di Kelurahan Penjaringan Jakarta Utara oleh Jauri R (1994) membuktikan bahwa secara bersamaan umur, pengetahuan dan motivasi berhubungan dengan tingkat keterampilan menimbang kader.

Syahmasa juga membuktikan tentang gambaran dari jenis motivasi kader yaitu yang mengharapkan adanya insentif (64,8 %), yang mengharapkan diberikan kesempatan untuk maju (57,1 %) dan pengakuan terhadap individu tinggi (44 %) selanjutnya keinginan kader adanya tempat kerja yang layak berjumlah (64,8 %), penerimaan kelompok tinggi (36,3 %), serta pengakuan terhadap prestasi tinggi (36,3 %).

Merah Bangsawan menyarankan institusi pembina posyandu di kelurahan/kecamatan agar kader diberikan pelatihan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilannya, pembinaan dan bimbingan oleh TP-PKK setiap bulan untuk mempertahankan sikap, motivasi kerja, dan semangat kerja kader posyandu.

Suatu artikel jurnal makara yang ditulis oleh Laksmono Widagdo berjudul Kepala Desa dan Kepemimpinan Perdesaan: Persepsi Kader Posyandu di Kec. Mlonggo kab. Jepara tahun 2000 menyebutkan bahwa peran-serta masyarakat khususnya sebagai kader tidak dapat timbul begitu saja tetapi harus ada motivasi dari pihak lain yang sifatnya terus menerus. Motivasi tersebut dapat berasal dari lingkungan, yaitu pemerintah atau swasta, dan dapat juga berasal dari masyarakat sendiri. Motivasi yang berasal dari pemerintah atau swasta lebih bersifat temporer sedangkan motivasi yang berasal dari masyarakat, antara lain seperti sumber daya manusia termasuk tokoh masyarakat atau kepala desa (kades) diharapkan akan menjadi motivator yang sifatnya lebih berkesinambungan.

#### **2.8.8 Pembinaan dari Petugas Kesehatan atau Petugas Lainnya**

Faktor supervisi petugas kesehatan mempunyai hubungan bermakna dengan cakupan penimbangan Balita di Posyandu (Hayati B, 2000, Eddy, 2000 Sambas 2002). Selain itu Sambas juga membuktikan bahwa pembinaan dari kader berhubungan pula dengan kedatangan ibu ke Posyandu. Dukungan tokoh masyarakat, rapat Posyandu di kelurahan mempunyai hubungan bermakna dengan cakupan penimbangan Balita di Posyandu (Juarsa, 2004, Sutanto 2007). Pembinaan desa termasuk TP PKK mempunyai hubungan bermakna dengan cakupan penimbangan Balita di Posyandu (Merah Bangsawan, 2001 Hayati B, Eddy dan Laksmono Widagdo, 2000).

#### **2.9 Kerangka Teori Penelitian**

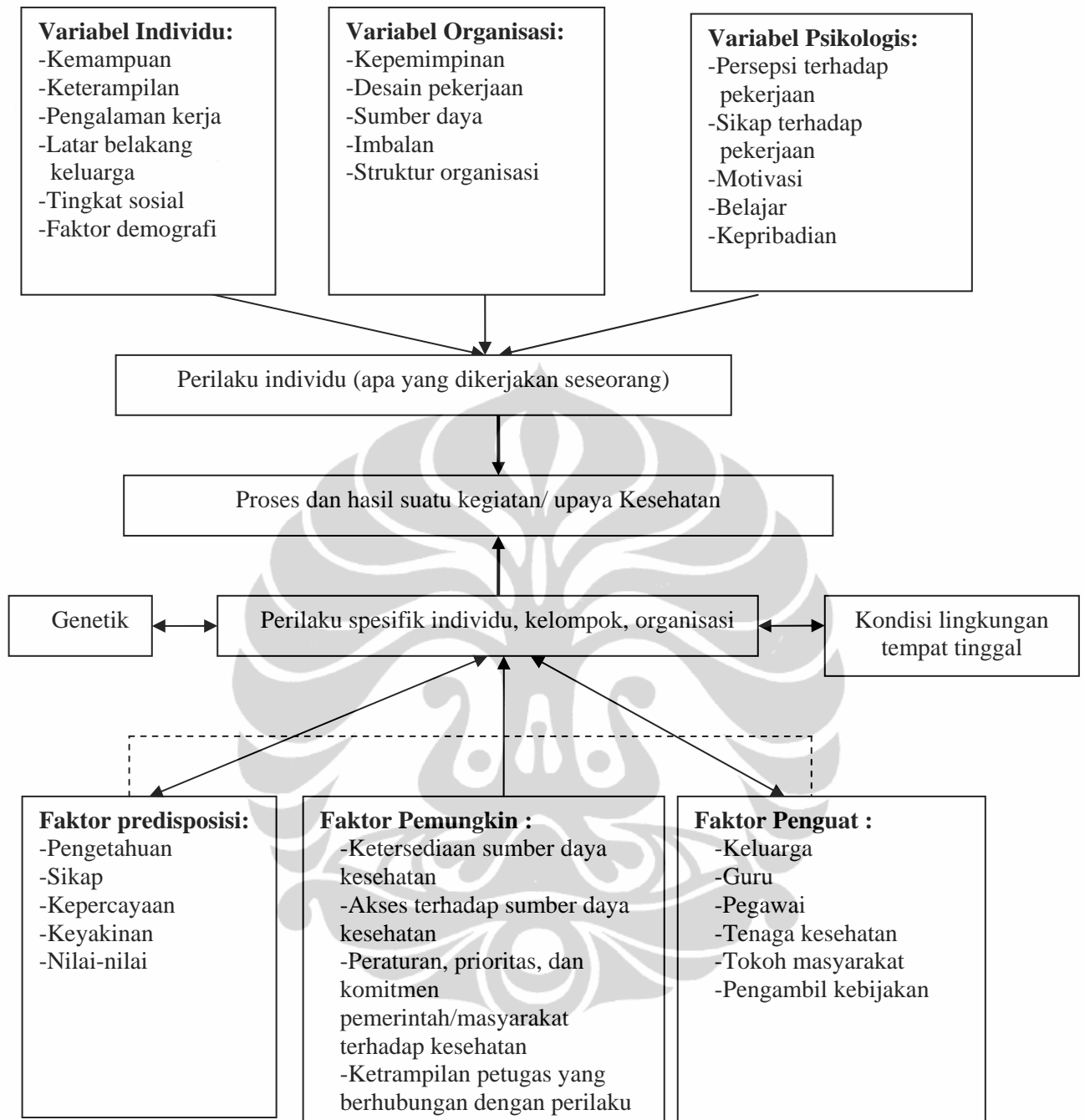
Sebuah sistem terdiri dari elemen *input*, *process*, *output* dan *outcome*. Keberadaan semua elemen tersebut saling terkait dan saling tergantung satu dengan lainnya. Demikian pula sistem pelayanan di PTTP, *input* dan *process* berkaitan erat dengan *output* dan *outcome* PTTP. Sumber Daya manusia (SDM) merupakan salah satu *input* dalam sebuah sistem. SDM yang terkait pelaksanaan perbaikan gizi Balita adalah ibu Balita itu sendiri sebagai orang terdekat dalam hidup si anak, kader kesehatan sebagai penyelenggara kegiatan Posyandu dan taman Posyandu, dan pembina kader di Posyandu dan taman Posyandu.

Pakar bidang kesehatan masyarakat bernama Blum telah mengidentifikasi 4 faktor utama yang berpengaruh terhadap status kesehatan. Perilaku kesehatan (*health behaviour*) dan lingkungan merupakan faktor yang paling berpengaruh terhadap status kesehatan individu yaitu sebesar 40% masing-masingnya (Notoatmodjo, 2005). Untuk seorang anak terutama berusia di bawah 5 tahun (Balita), perawatan kesehatannya hampir 100% bergantung kepada perilaku kesehatan ibu dan lingkungannya. Perilaku kesehatan yang dimaksud adalah segala aktivitas yang dilakukan oleh individu yang bertujuan untuk meningkatkan, melindungi atau mempertahankan kesehatannya. Terkait dengan itu, pencapaian status gizi anak melalui program perbaikan gizi di Posyandu tidak saja dipengaruhi oleh kinerja kader di Posyandu, melainkan terkait erat dengan perilaku ibu anak tersebut di rumah dan sejauh mana dukungan pihak-pihak yang mendukung program tersebut.

Dilandasi oleh teori di atas, harus disadari bahwa perilaku kesehatan seorang ibu dalam bentuk pola asuh, perawatan kesehatan dan pola didik kepada anaknya menjadi hal krusial untuk diperhatikan. Terlebih lagi dikatakan oleh para ahli psikologi bahwa masa sejak dalam rahim dan usia 0 s/d 5 tahun bagi seorang individu adalah “masa emas” karena pada masa ini merupakan peletakan dasar (fondasi awal) bagi pertumbuhan dan perkembangan anak dengan memberikan gizi cukup, stimulasi perkembangan dan hindari penyebab penyakit, yang semua ini dimulai dari rumahnya/ ibunya.

Teori kinerja dan teori perilaku di atas mendasari penelitian ini karena teori perilaku Green dianggap mampu untuk menggali penyebab kenapa seorang ibu berperilaku datang ke Posyandu menimbangkan anaknya ke Posyandu dan menerapkan pengetahuan dari Posyandu di rumahnya. Sedangkan teori Gibson mampu menjelaskan faktor apa yang mendasari kader berperilaku dalam mengelola Posyandu.

Berbagai penelitian pendukung juga telah dipaparkan sebelumnya, sehingga terbentuklah suatu kerangka teori berikut ini:



Gambar 2.7 : Kerangka Teori Penelitian

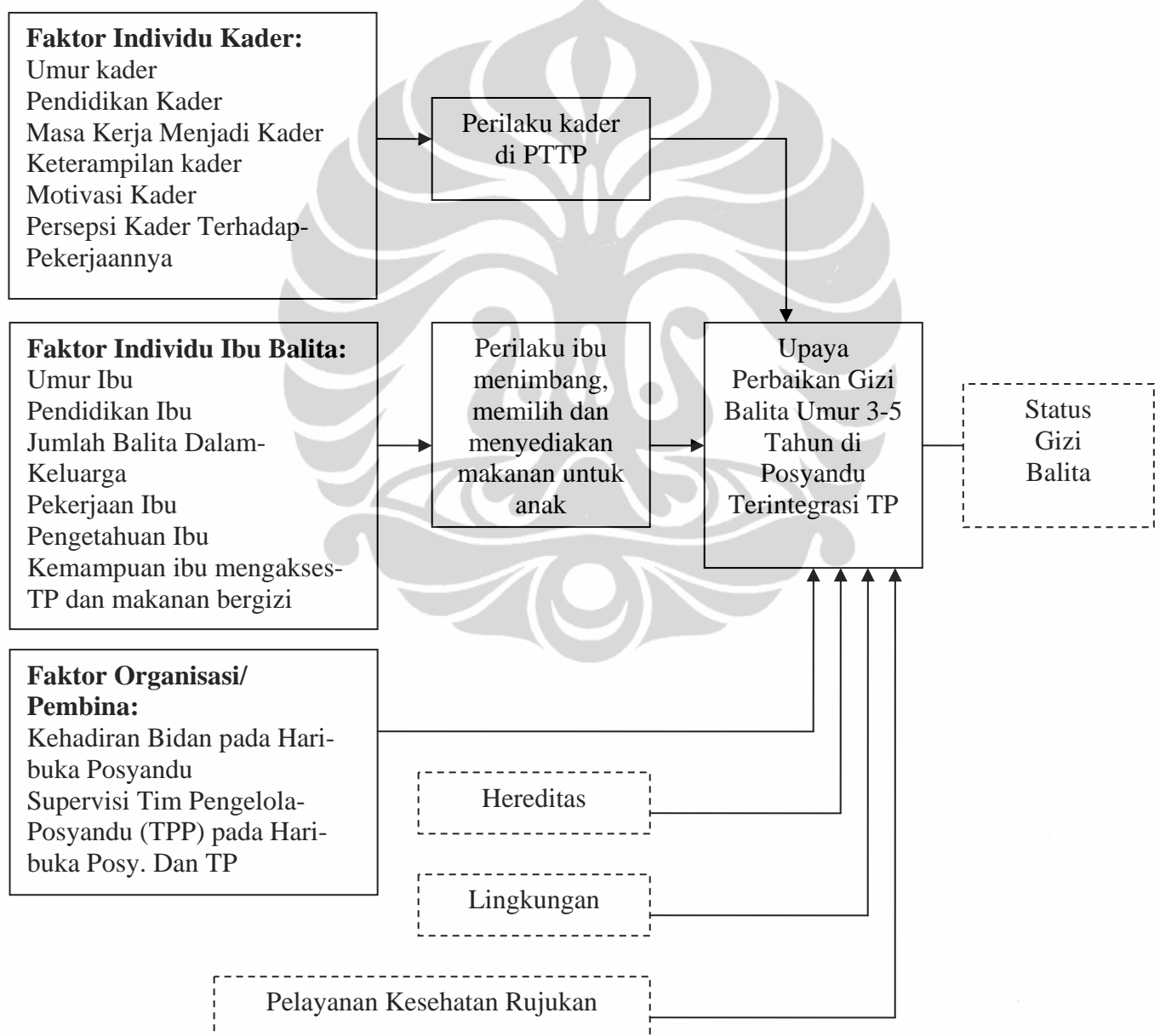
Sumber: Gibson, 1985 & Green, 2005

## BAB III

### KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI ISTILAH

#### 3.1 Kerangka Konsep

Kerangka teori dan berbagai hasil penelitian yang ada telah mendorong peneliti menentukan kerangka konsep penelitian yang mampu menggambarkan bentuk dan pelaksanaan usaha perbaikan gizi Balita. Berikut gambaran kerangka konsep penelitian:



Ctn: Variabel dalam garis putus-putus tidak diteliti

Gambar 3.1: Kerangka Konsep Penelitian

Dalam pendekatan sistem, sumber daya manusia merupakan bagian dari komponen input utama yang bisa diukur perilakunya. Dalam hal ini sumber daya manusia yang terlibat usaha perbaikan gizi Balita adalah ibu Balita, kader, masyarakat dan pembina Posyandu.

Kader selaku penyelenggara PTTP memiliki tugas rutin setiap minggu di TP dan setiap bulan di Posyandu. Demikian juga dengan pembina Posyandu, mereka berkewajiban membina dan mengarahkan kader dalam menyelenggarakan PTTP. Merujuk kepada teori Gibson, kinerja/ kemampuan kerja seorang kader dipengaruhi oleh 3 variabel utama yaitu variabel individu, psikologis dan organisasi.

Ibu Balita selaku orang terdekat dan pengurus anak di rumah bertanggung jawab penuh terhadap pengadaan makanan dan semua hal terkait kehidupan anaknya. Berdasarkan teori Lawrence Green menyebutkan ada 3 faktor penentu perilaku manusia yaitu *predisposing*, *enabling* dan *reinforcing factors*.

Berdasarkan kerangka teori yang ada, peneliti mencoba mengelompokkan faktor yang diteliti menjadi 3 kelompok utama. Tujuan pengelompokkan adalah mengeliminir *overlap* antar variabel/ faktor yang sebenarnya memiliki substansi yang sama sehingga memudahkan untuk proses analisis hasil penelitian.

3 kelompok faktor penelitian adalah faktor individu kader, faktor individu ibu Balita dan faktor pembina. Penjabarannya sebagai berikut:

### **1. Faktor Individu Kader**

Faktor keterampilan, pendidikan dan umur kader merupakan adopsi dari variabel individu (Gibson, 1977) dan *predisposing factor* (Green, 1980).

Faktor masa kerja menjadi kader/ pengalaman kerja merupakan adopsi dari variabel individu (Gibson, 1977). Faktor motivasi dan persepsi kader merupakan adopsi dari variabel psikologis (Gibson, 1977)

### **2. Faktor Individu Ibu Balita**



Faktor umur dan pendidikan ibu sama dengan faktor umur dan pendidikan kader. Faktor Pekerjaan dan pengetahuan ibu merupakan adopsi dari variabel *predisposing factor* (Green). Kemampuan ibu mengakses TP dan makanan bergizi merupakan adopsi dari variabel *enabling factor* (Green). Jumlah Balita dalam keluarga ibu merupakan adopsi dari variabel *predisposing factor* (Green).

### 3. Faktor Organisasi

Faktor Kehadiran bidan pada hari buka Posyandu dan Supervisi TPP desa pada hari buka Posyandu dan TP merupakan adopsi dari variabel *reinforcing factor* (Green) dan variabel organisasi (Gibson).

Teori kinerja dan teori perilaku yang mendasari penelitian ini memiliki berbagai variabel, namun peneliti tidak meneliti semua variabel karena berbagai alasan seperti dijelaskan berikut:

1. variabel kemampuan kader, desain pekerjaan dan ketersediaan sumber daya kesehatan tidak diteliti karena semua posyandu yang akan diteliti telah diberikan sarana, fasilitas dan pelatihan kader yang sama sejak tahun 2005 sehingga semua posyandu telah memiliki sarana dan desain/ aturan pekerjaan yang sama.
2. variabel latar belakang keluarga dan tingkat sosial kader tidak diteliti karena peneliti menganggap latar belakang keluarga mempunyai relevansi kecil terhadap kinerja kader karena pekerjaan sebagai kader merupakan pekerjaan yang sifatnya sukarela sehingga keinginan bekerja menjadi pekerja volunteer di Posyandu lebih kepada keinginan kader itu sendiri.
3. Variabel keyakinan dan nilai tidak digali secara khusus karena variabel tersebut sudah tercermin dari persepsi, sehingga pertanyaan tentang keyakinan dan nilai dapat digali dalam kerangka variabel persepsi (Mar'at, 1981)
4. variabel kepribadian, belajar dan sikap tidak diteliti pada penelitian ini karena variabel kepribadian sangat besar dipengaruhi oleh faktor kebudayaan, kelas sosial, keturunan dan hubungan keluarga. Tentunya akan memerlukan waktu yang cukup lama untuk mengupas satu persatu berbagai faktor yang mempengaruhi kepribadian tersebut, sedangkan

waktu penelitian sangat terbatas, demikian juga dengan variabel belajar dan sikap.

### 3.2 Definisi Istilah

1. Perbaikan Gizi Balita Umur 3-5 Tahun di PTTP adalah pelaksanaan semua kegiatan di Posyandu dan TP dan tindakan ibu Balita di rumah dalam memberikan makanan kepada Balitanya setiap hari yang bertujuan untuk memperbaiki dan meningkatkan gizi dan pertumbuhan Balita. Indikator keberhasilan usaha tersebut adalah jumlah Balita yang naik berat badannya pada bulan penimbangan dibandingkan dengan jumlah Balita yang ditimbang menurut petunjuk Direktorat Bina Gizi masyarakat Depkes RI tahun 2008. Alat ukur penilaian kenaikan berat badan adalah Kartu menuju Sehat (KMS) yang telah mengkatagorikan status gizi anak dengan batas tersendiri menjadi kategori garis merah, kuning dan hijau.
2. Pendidikan adalah jenjang sekolah formal terakhir yang pernah dijalani informan
3. Umur adalah lama waktu hidup informan yang dihitung dari ulang tahun terakhir
4. Keterampilan informan (kader) dalam menimbang, mengisi dan menginterpretasikan KMS, penyuluhan dan menyelenggarakan TP adalah kecakapan yang berhubungan dengan tugas yang dimiliki dan dipergunakan oleh kader pada waktu hari buka PTTP dalam hal mempersiapkan alat timbang, menimbang anak, mencatat hasil penimbangan di buku KIA/ KMS anak dan menginterpretasikan hasil penimbangan tersebut. Standar kompetensi kader yang dipergunakan adalah standar yang terdapat dalam Buku Kader Posyandu terbitan tahun 2006.
5. Masa kerja informan (kader) adalah periode waktu yang dijalani oleh kader dalam menjalankan tugasnya sampai saat ini, dihitung dalam tahun. Kader dikatagorikan menjadi 2 kategori yaitu kader baru dan lama. Kader baru adalah kader yang bekerja selama  $\leq 5$  tahun. Kader lama adalah kader yang bekerja  $> 5$  tahun.

6. Motivasi informan (kader) adalah dorongan yang timbul pada diri kader secara sadar atau tidak sadar untuk melakukan suatu tindakan dengan tujuan tertentu (misalnya imbalan/ upah, kedudukan sosial dalam masyarakat, akses pelayanan kesehatan, pahala, dan lainnya)
7. Persepsi informan (kader) terhadap pekerjaannya adalah anggapan/ penilaian informan tentang manfaat PTTP, pentingnya pekerjaan, keberadaan APE dan hambatan pekerjaan dalam upaya perbaikan gizi Balita.
8. Pengetahuan ibu adalah hal-hal yang diketahui tentang kegiatan PTTP, manfaat kegiatan tersebut, pengaruh gizi terhadap anak, pengertian makanan bergizi dan tanda-tanda kekurangan gizi. Ibu Balita dikelompokkan menjadi 2 yaitu ibu yang memiliki anak berusia 3-5 tahun murid TP yang BGM/ BGT dan ibu yang berat badan anaknya naik selama 3 bulan berturut-turut.
9. Pekerjaan adalah kegiatan luar rumah yang dilakukan oleh ibu selama kurang lebih 7 jam dalam 1 hari yang biasanya dimulai di pagi hari dan diakhiri di sore hari
10. Kemampuan ibu mengakses TP dan makanan bergizi adalah kondisi keuangan keluarga (penghasilan ibu, penghasilan suami) dan terdaftar atau tidaknya ibu sebagai keluarga yang mendapat pelayanan askes yang diharapkan mampu menggambarkan peluang anak memperoleh pelayanan di TP dan makanan bergizi seimbang setiap hari.
11. Jumlah Balita dalam keluarga informan (ibu) adalah banyaknya anak usia di bawah 5 tahun dalam keluarga tersebut yang menjadi tanggungan keluarga
12. Kehadiran bidan pada hari buka Posyandu adalah keberadaan Bidan Pemegang Wilayah hari buka Posyandu setiap bulan
13. Supervisi Tim Pembina Posyandu (TPP) pada hari buka Posyandu adalah adanya kunjungan anggota TPP desa ke PTTP pada hari buka Posyandu dan TP. Kunjungan ini bisa dilakukan oleh ketua TPP sendiri atau ditunjuk salah satu anggotanya yang kemudian memberikan laporan kepada ketua TPP Desa Kedawung.

## BAB IV

### METODOLOGI PENELITIAN

#### 4.1 Disain Penelitian

Disain penelitian ini adalah *Rapid Assesment Procedures* (RAP) dengan menerapkan suatu metode pendekatan kualitatif. Pengumpulan data dilakukan dengan cara *Focus Group Discussion* (FGD), wawancara mendalam dan observasi yang melibatkan kader dan ibu Balita, serta telaah dokumen.

#### 4.2 Informan

Teknik pengambilan sampel/ informan adalah *purposive sampling*. Jumlah informan didasarkan pada prinsip kesesuaian (*appropriateness*) dan kecukupan (*adequacy*). Kesesuaian artinya informan dipilih berdasarkan pengetahuannya mengenai Posyandu dan usaha perbaikan gizi Balita di Posyandu dan TP serta dianggap dapat memberikan informasi yang sesuai dengan topik penelitian.

Kecukupan artinya jumlah sampel yang dipilih disesuaikan dengan jenis kedalaman informasi yang dibutuhkan peneliti. Dalam hal ini harus memenuhi variasi pada kategori-kategori seperti umur, pendidikan dan lama bekerja (Pusat Data Kesehatan Depkes RI, 2000). Pada penelitian ini informan yang akan diteliti dikelompokkan ke dalam kelompok informan dan informan kunci (Pembagian informan lihat di tabel 4.2)

Penelitian ini didahului dengan penelitian pendahuluan. Tujuannya adalah untuk menginventarisir faktor-faktor yang berperan terhadap rendahnya keberhasilan usaha perbaikan gizi Balita dengan menggunakan teknik FGD. Peserta FGD adalah kader selaku pelaksana di Posyandu dan ibu Balita selaku pihak terdekat anak yang menyediakan makanan untuk anak di rumah. Peserta FGD baik kader maupun ibu Balita berasal dari 2 Posyandu yang mempunyai N/D tinggi dan 2 Posyandu yang mempunyai N/D rendah selama 3 bulan terakhir. Alasan pembatasan waktu 3 bulan dilakukan adalah supaya informan yang terpilih benar-benar informan yang status keberhasilannya ekstrim, semakin pendek waktu perkembangan keberhasilan, maka semakin besar peluang peneliti untuk merecall

memori informan tentang perilakunya dalam memperbaiki/ mempertahankan status gizi anaknya. Berikut detilnya:

Tabel 4.1: Sumber Informasi, Metode, Jumlah Peserta FGD, dan Kriteria FGD Studi Pendahuluan di Desa Kedawung

| Sumber                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Jumlah                                   | Alasan Pemilihan                                                                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>KADER</b><br>Grup 1 adalah 6-7 orang kader dari 2 Posyandu yang memiliki rata-rata N/D naik selama 3 bulan terakhir, dan masa kerja $\geq$ 5 tahun.<br>Grup 2 adalah 6-7 orang kader dari 2 Posyandu yang memiliki rata-rata N/D turun/ tidak naik selama 3 bulan terakhir, dan masa kerja $\geq$ 5 tahun                                                                                                 | 1 grup<br>@6 org<br><br>1 grup<br>@6 org | Diperlukan informasi sebanyak mungkin, oleh karena itu kriteria kader adalah yang telah berpengalaman                                          |
| <b>IBU BALITA</b><br>Grup 1 adalah 6-7 Ibu Balita yang memiliki BB anak naik selama 3 bulan terakhir berusia 3-5 thn, berdomisili di Desa Kedawung, dan anaknya murid TP serta ibu tidak bekerja<br><br>Grup 2 adalah 6-7 Ibu Balita yang memiliki BB anak turun atau termasuk BGM/ BGT selama 3 bulan terakhir, berusia 3-5 thn, berdomisili di Desa kedawung, dan anaknya murid TP serta ibu tidak bekerja | 1 grup<br>@6 org<br><br>1 grup<br>@6 org | Diperlukan informasi sebanyak mungkin, oleh karena itu kriteria ibu adalah ibu yang memiliki banyak waktu di rumah untuk memperhatikan anaknya |
| <b>Total</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 4 grup                                   |                                                                                                                                                |

Pada penelitian utama, informan juga berasal dari 2 Posyandu berbeda, yaitu 2 unit Posyandu dengan N/D tertinggi selama 6 bulan terakhir di Desa Kedawung yang dianggap paling berhasil program penimbangannya, dan 2 unit Posyandu dengan N/D terendah dan tidak stabil selama selama 6 bulan terakhir yang dianggap tidak/ kurang berhasil program penimbangannya. Waktu pengamatan terhadap perkembangan status keberhasilan program penimbangan (N/D) yang seharusnya 1 tahun selama tahun 2008 (sesuai dengan judul) terpaksa dibatasi hanya selama 6 bulan karena sulit memilih Posyandu mana yang benar-benar sesuai dengan kriteria yang diinginkan. Kesulitan tersebut muncul karena perkembangan N/D Posyandu di Kedawung sangat fluktuatif, sejak Bulan Juli 2008 barulah bisa terlihat trend perkembangan keberhasilan tersebut.

Pada tabel berikut dapat dilihat sumber informasi, metode, jumlah informan, kriteria pemilihan informan, dan tempat pengumpulan data.

Tabel 4.2: Sumber Informasi, Metode, Jumlah Informan, Kriteria dan Tempat

| Sumber                                                                                                         | Metode              | Jumlah                                                                                                                                                                             | Kriteria                                                                                                                                                                        | Tempat          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| <b>Informan</b>                                                                                                |                     |                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                 |                 |
| Kader dari 2 Posyandu dengan N/D cenderung naik atau stabil tinggi selama 6 bulan terakhir dan sebaliknya      | FGD                 | 4 grup @ 6 org                                                                                                                                                                     | Grup 1 adalah kader Posyandu yang memiliki masa kerja $\leq 5$ tahun atau kader baru                                                                                            | Pustu           |
|                                                                                                                | Observasi dan kasus | secukupnya                                                                                                                                                                         | Grup 2 adalah kader Posyandu yang memiliki masa kerja $> 5$ tahun atau kader lama                                                                                               | Posyandu        |
| Ibu Balita dengan anak usia 3-5 tahun yang BGM/BGT selama 2 bulan terakhir dan BB naik selama 2 bulan terakhir | WM                  | BGM 7 orang<br>BB naik 7 orang                                                                                                                                                     | <b>Pendidikan:</b><br>Rendah ( $= < SMP$ )<br>Tinggi ( $> SMP$ )<br><b>Status pekerjaan ibu:</b><br>Bekerja<br>Tidak bekerja<br><b>Jumlah Balita:</b><br>1 orang<br>$> 1$ orang | Rumah/ TP       |
| <b>Informan Kunci (masing-masing 1 orang)</b>                                                                  |                     |                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                 |                 |
| Bidan                                                                                                          | WM                  | Penanggung jawab wilayah Desa Kedawung dan telah bekerja di Desa kedawung sejak sebelum Program Revitalisasi Posyandu berjalan                                                     |                                                                                                                                                                                 | Rumah/<br>Pustu |
| Petugas Gizi PKM Kec. Pejagoan                                                                                 | WM                  | Petugas yang bertanggung jawab terhadap penjarangan anak-anak BGM/T di Kec. Pejagoan dan telah bekerja di Kec. Pejagoan paling sedikit 1 tahun terakhir                            |                                                                                                                                                                                 | PKM             |
| Ketua Tim Pengelola Posyandu (TPP)                                                                             | WM                  | Wakil dari tokoh masyarakat setempat yang diangkat menjadi ketua TPP berdasarkan SK Kades tentang TPP Desa. Informan adalah bagian dari masyarakat, tidak bagian dari pemerintahan |                                                                                                                                                                                 | Rumah           |
| Kabid Kesga Dinkes                                                                                             | WM                  | Pihak yang bertanggung jawab terhadap monev dan kebijakan pelaksanaan kegiatan PTPP                                                                                                |                                                                                                                                                                                 | kantor          |
| Petugas Promkes PKM Pejagoan                                                                                   | WM                  | Petugas yang bertanggung jawab memberikan penyuluhan kesehatan kepada masyarakat melalui berbagai forum termasuk Posyandu                                                          |                                                                                                                                                                                 | PKM             |
| Koord. Prog.                                                                                                   | WM                  | Pihak yang membuat konsep awal PTPP                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                 | kantor          |

|                           |    |                                             |           |
|---------------------------|----|---------------------------------------------|-----------|
| Revitalisasi Posyandu KSF |    | dan merencanakan monitoring dan evaluasinya |           |
| Kasie PAUD Dikpora        | WM | Pihak terkait teknis pendidikan usia dini   | telephone |
| <b>TOTAL</b>              |    | <b>4 grup dan 21 orang</b>                  |           |

### 4.3. Tempat dan Waktu

Penelitian dilakukan di Desa kedawung Kec. Pejagoan Kab. Kebumen. Penelitian dilakukan mulai akhir Maret sampai pertengahan April 2009. Sebelum penelitian dilakukan, maka penelitian pendahuluan dilakukan di desa yang sama, dan uji coba instrumen dilakukan di Desa Karangpoh. Karakteristik Desa Karangpoh adalah desa yang juga mendapatkan intervensi Program Revitalisasi Posyandu, yang mempunyai ciri demografi dan geografi yang mirip dengan Desa Kedawung, salah satunya adalah rata-rata pekerjaan ibu sebagai buruh gantung.

### 4.4. Pengumpulan Data dan Instrumen Pengumpulan Data

Data dikumpulkan melalui FGD, wawancara mendalam (WM), observasi dan telaah dokumen. Pengumpulan data melalui FGD kepada kader karena kader memiliki karakteristik yang sama, dengan demikian metode FGD dapat menghemat waktu.

Instrumen penelitian yang digunakan adalah pedoman wawancara, pedoman FGD, daftar observasi, alat perekam, dan buku catatan lapangan. Pengumpul data adalah peneliti sendiri dan akan dibantu oleh 1 orang mahasiswa S2 FKM UI. Pengumpulan data melalui telaah dokumen dilakukan di manapun sesuai kebutuhan. Data yang ditelaah antara lain Laporan Potensi Desa Kedawung, Laporan Perkembangan Program Revitalisasi Posyandu Dinkes Kab. Kebumen Tahun 2008, Profil Kesehatan Kab. Kebumen, Rencana Anggaran dan Kegiatan Prog. Revitalisasi Posyandu KSF Tahun 2005 – 2009.

#### 4.4.1. Tahap Persiapan Pengumpulan Data

Melaporkan kedatangan tim penelitian ke Dinas Kesbang Polinmas dan Bappeda Kab. Kebumen. Mendistribusikan surat izin pengambilan data ke Kepala Desa Kedawung, Dinkes kab. Kebumen dan Puskesmas Pejagoan. Pertemuan

dengan Petugas Gizi dan Bidan di PKM. FGD studi pendahuluan untuk menggali penyebab masalah. Uji coba instrumen ke Desa Karangpoh.

#### **4.4.2. Tahap Pelaksanaan Pengumpulan Data**

Meminta data anak yang BGM/ BGT kepada petugas gizi PKM kemudian mengkonfirmasi data tersebut dengan catatan kader. Bersama-sama kader mendatangi rumah informan yang terpilih untuk mewawancarai Ibu Balita. Mewawancarai Bidan, Petugas gizi PKM, Kabid. PSDMK, ketua TPP desa, petugas Promkes dan Kasie PAUD Dikpora dengan berpedoman kepada pedoman wawancara mendalam. Wawancara Koordinator Prog. RP KSF dilakukan di Jakarta. FGD dilakukan kepada 4 grup kader dengan berpedoman kepada pedoman FGD, dan melakukan observasi ke Posyandu yang berpedoman kepada daftar observasi pelaksanaan penyuluhan, selain itu observasi juga dilakukan di TP, lingkungan desa dan rumah informan.

#### **4.5 Pengolahan dan Analisis Data**

Data kualitatif didapat dari hasil rekaman wawancara mendalam dan FGD yang sudah dicatat kembali dalam bentuk kata per kata dan hasil pengamatan langsung ke Posyandu dan rumah penduduk. Hasil wawancara dibuat dalam satu transkrip. Segera setelah tiap wawancara mendalam dan FGD berakhir, dilakukan suatu analisis awal untuk mendata semua informasi yang penting. Seluruh daftar hal-hal yang penting tersebut kemudian dikumpulkan dalam suatu matriks sehingga dapat dilakukan suatu perbandingan yang tetap/konstan. Alat bantu untuk mengelompokkan data adalah *software* Ez-text.

Topik dan kategori yang muncul dari catatan hasil wawancara tersebut kemudian digunakan untuk menyusun pertanyaan-pertanyaan lanjutan dalam pedoman WM atau FGD jika diperlukan. Analisis data dilakukan dengan membandingkan jawaban-jawaban informan dan mencoba mencari persamaan dan perbedaannya, menghubungkan temuan-temuan penelitian ini dengan penelitian sejenis, serta membandingkan hasil penelitian diantara ke dua Posyandu yang diteliti, dan kemudian mengambil kesimpulan.



#### 4.6 Validasi Data

Validitas data melalui triangulasi sumber dan metode. Triangulasi sumber yang digunakan adalah informan kader dengan bidan, informan ibu Balita dengan bidan dan ketua TPP, selain itu menelaah dokumen terkait hal yang dijelaskan informan. Untuk jawaban mengenai pembinaan petugas kesehatan, triangulasi sumber antara bidan dengan petugas gizi dan Kabid. PSDMK Dinas Kesehatan. Triangulasi metode yang digunakan adalah WM dan observasi, diperkuat dengan telaah dokumen.



## **BAB V**

### **HASIL PENELITIAN**

#### **5.1. Gambaran Umum Wilayah Penelitian**

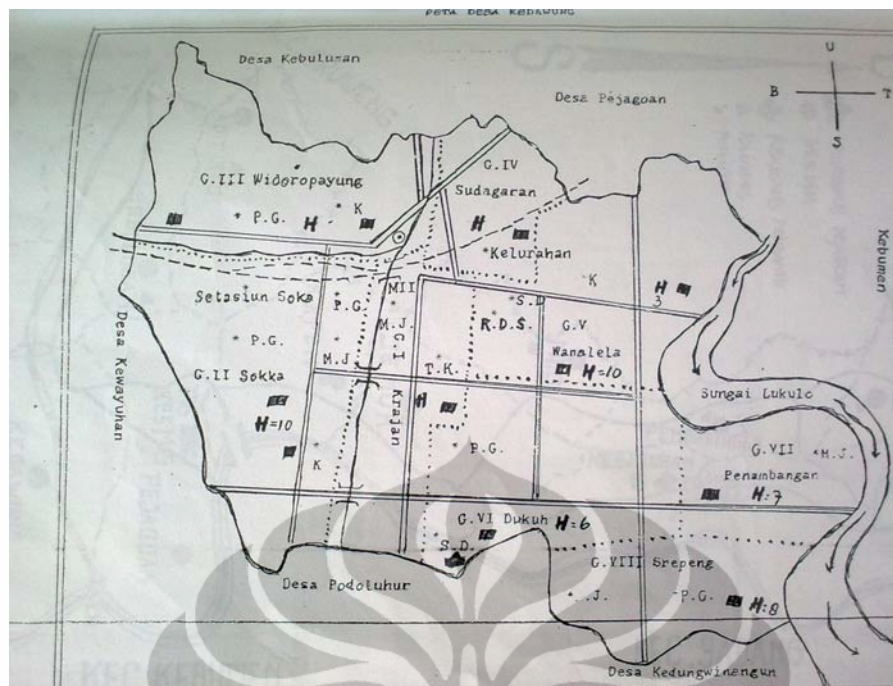
Kabupaten Kebumen mempunyai wilayah 1.281.12 km<sup>2</sup> terletak pada posisi garis lintang 7° 27' - 7°50' LS dan 109°22' - 109°50'BT dengan batas wilayah sebelah barat Kab. Cilacap dan Banyumas, sebelah timur Kab. Purworejo, sebelah utara Kab. Wonosobo dan Banjarnegara, dan sebelah selatan Samudera Indonesia. Secara topografi, daerah yang merupakan lintas jalur selatan Pulau Jawa ini adalah daerah pegunungan (70%) dan dataran rendah serta pantai (30%).

Secara administratif Kab. Kebumen terbagi menjadi 26 kecamatan yang terdiri dari 460 desa dan 11 kelurahan. Jumlah penduduk 1.222.343 jiwa yang tergabung dalam 315.519 kepala keluarga.

Desa Kedawung yang berada di wilayah Kec. Pejagoan Kab. Kebumen Propinsi Jawa Tengah merupakan desa dengan penduduk terbanyak dari 13 desa yang ada di Kec. Pejagoan. Memiliki luas wilayah 254,22 km<sup>2</sup>, dihuni oleh 9.107 jiwa dengan rasio laki-laki dan perempuan sama, jumlah rumah tangga 1.999 dengan jumlah kepala keluarga 2.066 kepala keluarga yang tinggal tersebar di 8 RW/ dusun dan 21 RT. Persentase Balita (usia 0 – 5 tahun) terhadap jumlah penduduk sebesar 8,4% atau 1.090 jiwa, sedangkan jumlah wanita usia subur (usia 15 – 49 tahun) adalah 2.267 jiwa.

Secara geografis Desa Kedawung berbatasan dengan :

- 1) Sebelah Utara : Desa Kebulunan dan Desa Pejagoan
- 2) Sebelah Timur : Sungai Lukulo
- 3) Sebelah Selatan : Desa Podoluhur dan Desa Kedungwinangun
- 4) Sebelah Barat : Desa Kewayuhan



Gambar 5.1: Peta Wilayah Desa Kedawung

Sumber: Balai Desa Kedawung, 2008

Sistem transportasi umum yang dipergunakan antar RW adalah motor becak, namun sebagian besar masyarakat menggunakan sepeda kayuh karena rata-rata setiap rumah memiliki sepeda, sedangkan transportasi umum antar desa dan kecamatan adalah mobil angkutan desa.

Tingkat pendidikan warga terbanyak adalah SLTP sebesar 3.628 orang (43%), kemudian diikuti oleh SD sebesar 1.985 orang (24%). Tingkat pendidikan tertinggi warga Kedawung adalah sarjana sebanyak 37 orang (0,4%), sedangkan tingkat pendidikan terendah adalah tidak pernah sekolah atau pernah sekolah SD tetapi tidak tamat ada 46 orang (0,5%). Mata pencarian pokok warga terbanyak adalah buruh/ swasta 880 orang khususnya buruh genteng, mayoritas beragama islam sebesar 9.088 orang. Lembaga pendidikan yang tersedia di desa hanya sampai dengan tingkat SD, sebanyak 5 sekolah, sedangkan TK ada 4 unit yang hanya mampu menampung 180 anak. Tidak ada lembaga SLTP sederajat atau SLTA sederajat di desa tersebut. Sarana dan prasarana kesehatan yang tersedia adalah 1 unit Puskesmas pembantu, 9 unit Posyandu, 1 orang dokter umum dan 3

orang bidan, 9 Posyandu dan taman Posyandu yang tersebar di setiap RW kecuali RW V memiliki 2 Posyandu dan 2 taman Posyandu.

## 5.2. Karakteristik Informan

### 5.2.1. Umur

Umur informan ibu Balita termuda adalah 25 tahun, dan tertua 46 tahun. Rata-rata umur ibu Balita dengan anak yang BGM/ BGT lebih muda dibandingkan ibu dengan anak yang berat badannya naik yaitu 29 tahun : 36 tahun.

Rentang umur kader cukup panjang yaitu umur termuda 23 tahun, dan tertua 43 tahun. Rata-rata umur kader baru dengan kader lama tidak berselisih jauh yaitu 36 tahun : 33 tahun. Penelitian Syahmasa menggolongkan umur 40 tahun atau lebih adalah golongan umur lebih tua. Pada penelitian ini, hanya 2 dari 16 informan kader yang termasuk usia lebih tua. Umur informan kunci termuda adalah 24 tahun, dan tertua 49 tahun. Rata-rata umur informan kunci 40 tahun.

Berikut tabel karakteristik informan berdasarkan umur:

Tabel 5.1: Karakteristik Informan Ibu Balita Umur 3-5 tahun, Kader dan Informan Kunci Menurut Umur

| No.                                | Informan                            | Jml Informan (orang) | Kisaran Umur (Tahun) | Rata-rata Umur (Tahun) |
|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------|----------------------|------------------------|
| 1.                                 | Ibu Balita dengan anak BGM atau BGT | 7                    | 25 - 36              | 29                     |
| 2.                                 | Ibu Balita dengan anak yang BB naik | 7                    | 25 - 46              | 36                     |
| 3                                  | Kader baru                          | 9                    | 23 - 42              | 36,2                   |
| 4                                  | Kader lama                          | 7                    | 26 - 43              | 33,3                   |
| 5                                  | Bidan desa                          | 1                    | 44                   |                        |
| 6                                  | Petugas Gizi PKM                    | 1                    | 32                   |                        |
| 7                                  | Kabid. PSDMK Dinkes Kebumen         | 1                    | 42                   |                        |
| 8                                  | Petugas PKM                         | 1                    | 47                   |                        |
| 9                                  | Ketua TPP                           | 1                    | 49                   |                        |
| 10                                 | Koordinator Program KSF             | 1                    | 24                   |                        |
| 11                                 | Kasie PAUD Dikpora                  | 1                    | 45                   |                        |
| Jumlah keseluruhan (individu+grup) |                                     | 37                   |                      |                        |

### 5.2.2. Pendidikan

Lebih dari separuh (11 dari 14) informan ibu Balita berpendidikan rendah (SD dan SLTP), sisanya berpendidikan tinggi (SLTA sederajat dan sarjana). Tingkat pendidikan informan ibu Balita dengan anak usia 3-5 tahun yang BGM/ BGT lebih banyak berpendidikan rendah dibandingkan kelompok ibu Balita dengan anak BB naik. Terlihat dari mayoritas pendidikan (6 dari 7) ibu Balita BGM adalah SD dan SLTP dan hanya 1 informan berpendidikan SLTA sederajat. Sedangkan 4 orang ibu di kelompok BB anak naik berpendidikan SD dan SLTP, sisanya SLTA sederajat dan berpendidikan strata 1.

Lebih dari separuh (10 dari 16) informan kader berpendidikan tinggi yaitu SLTA dan Diploma, sisanya 6 informan berpendidikan rendah. Pendidikan informan kunci cukup bervariasi dan cenderung tinggi, yaitu 3 orang pendidikan strata 1, 3 orang Diploma, dan 1 orang SLTP.

### 5.2.3. Masa Kerja Menjadi Kader

Rata-rata lama kader bekerja sebagai kader lama adalah 11 tahun 6 bulan, sedangkan kader baru 2 tahun 5 bulan, dan diantara kader baru tersebut tidak ada yang bekerja sukarela menjadi kader kurang dari 1 tahun. Kader baru lebih banyak dibandingkan kader lama. Berikut tabel karakteristik informan menurut lama bekerja menjadi kader:

Tabel 5.2: Karakteristik Informan Kader dan Informan Kunci Menurut Lama Bekerja

| No | Informan   | Jumlah Informan (orang) | Kisaran Lama Kerja (tahun) | Rata-rata Lama Kerja (tahun) |
|----|------------|-------------------------|----------------------------|------------------------------|
|    | Kader baru | 9                       | 1 - 4                      | 2,5                          |
|    | Kader lama | 7                       | 5,2 - 34                   | 11,6                         |

### 5.2.4. Pekerjaan Ibu Balita

Hampir semua (5 dari 7) informan ibu Balita dengan anak BGM/ BGT bekerja. Sedangkan hampir semua (5 dari 7) juga informan ibu Balita dengan BB anak naik tidak bekerja. Jenis pekerjaan yang paling banyak ditekuni (7 dari 14)

informan ibu Balita adalah buruh genteng atau buruh serabutan di pabrik/ industri genteng yang berlokasi tidak jauh dari rumah tinggal mereka sendiri. Pekerjaan buruh genteng adalah menyiapkan adonan dasar genteng, mencetak, menjemur, memasukkan genteng kering ke dalam ruangan pembakaran, membongkar genteng dari ruang pembakaran dan menata genteng di ruangan tertentu sebelum dimuat ke dalam truk. Pekerjaan buruh serabutan di pabrik genteng adalah membongkar dan memuat isi truk, misalnya genteng, bata dan kayu bakar, menjemur atau mengangkat genteng dan bata dari tempat penjemuran. Waktu kerja buruh serabutan tersebut tidak tetap, tergantung pemesanan produk-produk pabrik genteng tersebut, biasanya bongkar muat dilakukan pada saat cuaca cerah. Berikut tabel karakteristik informan ibu Balita menurut jenis pekerjaan:

Tabel 5.3: Karakteristik Ibu Balita usia 3-5 tahun Menurut Jenis Pekerjaan

| No | Informan                | Jenis Pekerjaan |                 |                  |               |
|----|-------------------------|-----------------|-----------------|------------------|---------------|
|    |                         | Buruh Genteng   | Buruh Serabutan | Tenaga penjualan | Tidak Bekerja |
| 1  | Ibu dengan BGM/BGT      | 3               | 1               | 1                | 2             |
| 2  | Ibu dengan anak BB naik | 1               | 2               | -                | 4             |

Jam kerja berkisar antara 6 sampai 8 jam tergantung kesepakatan pemilik pabrik dengan pekerja. Rata-rata Mulai bekerja jam 07.30 atau 08.00 WIB, ada yang istirahat 2 kali yaitu jam 10.00-10.30 dan 11.30-12.30 WIB atau hanya 1 kali istirahat pada jam 12.00-13.00 WIB. Jam kerja selesai pukul 15 atau 16.00 WIB. Informan ibu biasanya akan pulang pada istirahat siang (12.00-13.00 WIB) untuk makan siang.

### 5.2.5 Jumlah Balita Dalam Keluarga

Dua dari 14 informan ibu Balita memiliki 2 Balita dalam keluarganya, selebihnya informan ibu Balita memiliki hanya 1 orang Balita dalam keluarganya. 2 orang informan tersebut berasal dari anak yang memiliki anak BGM 1 orang dan BB naik 1 orang.

### 5.3 Keterampilan Kader

#### 5.3.1 Keterampilan Melayani Pendaftaran dan Pelaporan

Keterampilan informan kader di meja pendaftaran telah cukup terampil. Informan kader menyiapkan buku bantu kegiatan, buku register bayi, Balita dan ibu hamil, buku-buku KIA kosong, buku KIA ibu Balita yang ditiptkan kepada kader, sedangkan di meja penyuluhan telah disiapkan modul pegangan kader untuk menyuluh. Informan kader yang bertugas di meja pendaftaran menyambut kedatangan ibu Balita dengan cukup baik dan memprosesnya dengan cepat dan kemudian meminta agar anak ditimbang.

Keterampilan kader lama dalam membuat laporan kegiatan ke Puskesmas lebih baik dibandingkan kader baru, oleh karenanya pekerjaan itu diserahkan kepada kader lama. Kelemahan kader dalam hal pelaporan adalah tidak membuat laporan segera setelah kegiatan selesai, akibatnya laporan sering terlupa atau terlambat untuk diserahkan. Sebagaimana ungkapan berikut ini:

*“pencatatan pelaporan kader yang terbengkalai, rencana kegiatan tidak ditulis di agenda kegiatan. kader lupa..itu biasa terjadi... tapi kader suka menunda, jadi bulan berikutnya baru melaporkan 2 bulan gitu”* (bidan)

#### 5.3.2 Keterampilan menimbang

Secara umum keterampilan informan kader menimbang anak telah cukup terampil. Hasil observasi memperlihatkan kader mempergunakan tripod sebagai penyangga timbangan dacin. Setelah timbangan dacin digantung pada tripod, informan kader mengatur posisi batang timbangan sejajar dengan mata timbangan dan memastikan bandul geser berada pada angka nol dan posisi tegak lurus. Kemudian memasang celana timbang dan menyeimbangkan dacin dengan memberi kantung plastik berisi pasir kerikil di ujung batang dacin sampai kedua jarum tegak lurus kembali. Balita dimasukkan ke dalam sarung timbang dan menggeser bandul ke kiri dan ke kanan sampai jarum tegak lurus kembali. Hasil penimbangan dicatat di sebuah kertas kecil dan diserahkan kepada petugas pengisi KMS. Hanya satu hal yang terkadang informan kader lupa melakukannya yang dapat mencelakai ibu, Balita dan kader itu sendiri yaitu mengembalikan bandul timbangan ke angka nol sebelum mengeluarkan anak dari timbangan.

### 5.3.3 Keterampilan Mengisi dan Menginterpretasi KMS

Keterampilan informan kader mengisi KMS bervariasi diantara kader lama dan kader baru. Hasil studi kasus yang dikerjakan oleh 8 orang kader (4 orang kader lama dan 4 orang kader baru) memperlihatkan bahwa hasil pekerjaan kader lama dalam menentukan usia anak pada saat datang ke Posyandu pertama kali, membuat titik penandaan berat badan anak dan menginterpretasikan KMS tidak lebih baik dibandingkan kader baru. Hanya 1 orang kader baru yang bisa menentukan umur bayi pada saat pertama kali ditimbang. Kesalahan terbanyak yang dilakukan oleh kader adalah menentukan usia anak pada saat datang ke Posyandu pertama kali dan menginterpretasikan KMS.

Bidan mengungkapkan kemampuan kader menimbang, mengisi dan menginterpretasikan KMS beragam, tergantung individu masing-masing sesuai dengan latar belakang pendidikan yang dimiliki. Kesalahan yang kadang dilakukan kader menurut bidan adalah tidak menanyai (*anamnesis*) ibu Balita secara lengkap sebelum menentukan bulan kedatangan bayi dan menuliskannya di KMS di kolom nol bulan, akibatnya berat badan yang dituliskan tidak sesuai dengan usia anak sebenarnya (*false positive*). Sebagaimana ungkapan berikut:

*“ Masih ada kader yang masih lama menentukan bulan kedatangan bayi di KMS..., beragam.. kadang ada anak yang umur 3 bulan, nggak ditanyain, begitu datang langsung diberi 0 bulan dikiranya 0 kunjungan.. mayoritas sih udah banyak yang tau.. titiknya mesti di sini pas dia (anak) datang.. kebanyakan kader yang baru”* (bidan)

### 5.3.4 Keterampilan Menyuluh

Secara umum keterampilan kader dalam menyuluh masih kurang. Berdasarkan observasi ke Posyandu, kader kurang berinisiatif melaksanakan penyuluhan. Menurut bidan, biasanya bidan mengingatkan kader agar melakukan penyuluhan. Penyuluhan lebih sering dilakukan oleh bidan terutama pada bulan Vitamin A (Februari dan Agustus) di mana semua ibu Balita datang ke Posyandu. Sebagaimana ungkapan berikut:

*“ ya itu... penyuluhan masih harus diingatkan... penyuluhan biasanya saya tanyakan dulu sudah penyuluhan belum, belum buk... saya suruh penyuluhan dulu, kalau ada informasi yang mau saya tambahkan nanti setelah kader, gak mesti sih lihat situasi misalnya bulan Februari Agustus kan bulan Vit.A...”*



*“kader kurang pede dalam memberikan penyuluhan tapi untuk pelaksanaan yaa.. tergantung kadernya juga, kalo dulu masih baru masih aktif, ... kader menyampaikan makanan yang bergizi, bervariasi tetapi belum menjelaskan apa jenis makanan yang dimaksudkan” (bidan)*

Hasil observasi di lapangan, pelaksanaan penyuluhan oleh informan kader memperlihatkan kekurangsiapan kader dalam memberikan materi. Posisi informan dalam posisi tidak bisa terlihat dari seluruh sudut arena penyuluhan. Informan kader terlihat membacakan isi modul penyuluhan, akibatnya informan jarang melakukan kontak mata dengan audien. Informan kader tidak menggunakan alat bantu untuk membantu menjelaskan materinya. Informan kader tidak menghiraukan suasana berisik karena para ibu Balita tidak memperhatikan yang disampaikannya. Durasi waktu menyuluh tidak lebih dari 10 menit. Informan kader tampak tidak percaya diri menjawab pertanyaan audien, sehingga bidan diminta untuk menjawab pertanyaan tersebut. Bidan berpendapat bahwa kader masih kurang percaya diri dalam menyuluh.

Informan kader mengungkapkan alasan penyuluhan tidak rutin di laksanakan di Posyandu karena ibu Balita sulit untuk dikumpulkan setelah anaknya selesai ditimbang. Selain itu, informan kader juga mengeluhkan ketiadaan alat bantu atau media penyuluhan. Keterampilan informan kader memberi konseling juga masih kurang. Konseling lebih kepada menghimbau ibu Balita yang memiliki anak tidak naik berat badannya untuk lebih memperhatikan makanan anak, tetapi belum diiringi penjelasan lebih lanjut tentang jenis makanan apa yang sebaiknya dikonsumsi oleh anak. Namun terlepas dari itu, informan kader memberikan pujian kepada ibu Balita yang berat badan anaknya naik meskipun dengan terburu-buru. Sebagaimana ungkapan berikut:

*“5--Ya kadang kan kita, liat KMS otomatis kan kita "Bu coba liat sebentar" ...Kadang gini bu, kita kadang antri ini bu (Ibu Balita antri, jadi kader sibuk), kadang gak liat orangnya, "o ini bagus" ya udah, kalo yang berat badannya naik kita bilang "O, ini bagus sekali bu, pertahankan bu". 2--... kebanyakan yang disuluh yang turun aja... kader sibuk semua mbak, jadi buru-buru” (kader dari Posyandu N/D tinggi)*

Tugas kader yang belum dilaksanakan di TP adalah melatih/ menyuluh orangtua yang datang mengantarkan anaknya ke Posyandu tentang cara pengasuhan anak yang baik di rumah serta pelatihan keterampilan tangan seperti menjahit, membuat tas dari plastik bekas, dan sebagainya. Menurut penjelasan kader, ibu Balita dilibatkan di TP hanya sebatas membantu kader membujuk anak jika rewel atau menangis, selain itu mereka juga dilibatkan dalam mempersiapkan kegiatan untuk minggu berikutnya.

### 5.3.5 Keterampilan Menyelenggarakan Kegiatan TP

Tugas-tugas kader yang telah berjalan saat ini sebagian besar telah mulai mengacu ke arah 7 aspek tersebut berdasarkan rencana kegiatan harian/ satuan kegiatan harian/ SKH yang disusun dengan pendekatan tema. Tugas kader dibagi menjadi 3 tahap yaitu persiapan, kegiatan inti dan penutupan. Setiap hari buka TP, kader yang datang rata-rata 4 atau 5 orang yang dibagi sesuai kelompok umur yang ada. Kelompok umur 2-3 tahun dan 4-5 tahun. Jika jumlah anak suatu kelompok cukup banyak (lebih dari 10 orang) maka 2 orang kader yang bertanggung jawab di kelompok tersebut.

Hambatan terbesar dalam mengelola TP yang dirasakan informan kader adalah keterbatasan pengetahuan tentang perencanaan kegiatan belajar seperti membuat tema kegiatan mingguan dan keterampilan memandu anak bermain sambil belajar. Sebagaimana ungkapan berikut:

*“Keterbatasan ilmu lah mba, kadang. Iya SDMnya rendah, kadang untuk pembagian ke anak-anak itu kurang lah mba. Kurang ilmu-lah, itu-itu aja, monoton ya. Belum ada informasi lagi, belum ada pelatihan lagi. Setiap belajar, disampaikan. Kalo sudah disampaikan, sudah habis, gak tau mau nyari kemana lagi, menyampaikan apalagi” (5f/ fgd/ Kader lama)*

### 5.4 Motivasi Kader

Baik kader lama maupun kader baru mengungkapkan bahwa motivasi mereka menjadi kader adalah menyukai anak-anak sehingga kader mendapat *refreshing* dari pekerjaan yang berkaitan dengan hal yang disukainya, ingin memajukan masyarakat desa, menambah pengetahuan dan pengalaman, dan yang paling utama adalah salah satu bentuk ibadah.

Selain itu, kader merasa memperoleh keuntungan menjadi kader Posyandu. Keuntungan tersebut antara lain kedudukan sosial di masyarakat, informan kader menyatakan mereka merasa lebih dihargai, memperoleh kartu sehat untuk pelayanan kesehatan gratis berobat ke Puskesmas, dan merasa lebih memiliki pengetahuan dibandingkan ibu-ibu biasa sehingga itu bermanfaat untuk mendidik anak-anak mereka sendiri. Sebagaimana ungkapan berikut:

*"1. Alasannya ya saya senang ama anak-anak. Kepengen memajukan desa-lah. 2. Untuk kesibukan-lah, saya kan gak ada pekerjaan tetap, Cuma di rumah, ya paling ngurusin anak. Jadi terutama untuk kesibukan, trus refreshing, kan kalo kumpul-kumpul senang. Ketiga ya untuk cari pengalaman, biar tahu. Ya walaupun sudah sekolah 3 tahun di Jogja, tapi kan kalo yang kayak gini kan belum pernah tahu. 3. Selain pengalaman, ya ibadah yang utama. 5. Tergugah, tahu informasi-informasi apa-lah yang terbaru. 4. rasa tanggung jawab"* (Kader dari Posyandu N/D tinggi)

*" 1. mungkin ingin tidak tau pengalaman kesehatan. 2. membantu lah supaya anak-anak ini bisa lebih maju, lebih sehat lah. 4. ingin memajukan masyarakat dan anak-anak sini, pengalaman biar tau dalam kesehatan ibu-ibu kegiatan, biar tau anak-anaknya yang tidak tahu jadi tah. 5. biar sehat ibu dan anak, sehat semuanya, kita awali dulu dari anak-anaknya. 6.biar sehat semuanya ibu dan anak, biar jadi bangsa yang kuat"* (Kader dari Posyandu N/D rendah)

## **5.5 Persepsi kader Tentang Hal Yang Berkaitan Dengan Pekerjaannya**

### **5.5.1 Persepsi Tentang Manfaat PTTTP**

Semua informan kader mengungkapkan persepsi positif tentang manfaat Posyandu bagi ibu Balita dan Balita. Disebutkan bahwa manfaat Posyandu bagi anak adalah anak menjadi pintar dan gizi anak menjadi lebih meningkat, sedangkan manfaat untuk ibu Balita adalah adanya penambahan ilmu dan Posyandu memberi kesempatan bagi ibu Balita untuk mengetahui keadaan gizi si anak dan kesempatan berkonsultasi dengan bidan/ petugas kesehatan.

Semua informan kader mengatakan manfaat konkrit yang bisa langsung di lihat di TP adalah kepatuhan Balita untuk memakan makanan di TP padahal kebanyakan anak-anak sering malas makan kalau di rumah, selain itu anak-anak menjadi lebih berani bergaul dengan anak sebayanya. Sebagaimana ungkapan berikut:

*" 5-- ibunya dikasi tau kalau anaknya kurang gizi atau nggak...3-- tambah ilmulah ibunya di sini.. 1,4,2-- iya iya.."* (Kader lama)

*" 3. Jadi pinter, mungkin gizinya jadi meningkat, mungkin kalo sedang ada posyandu, itu juga ibu-ibu yang bawa balita, tahu kekurangannya, apa kurang gizi, atau apa, kan diberitahukan langsung oleh Bu Bidan"* (Kader baru)

### 5.5.2 Persepsi Tentang pentingnya Pekerjaannya

Informan kader mempunyai persepsi positif terhadap pekerjaannya sebagai kader PTTP. Mereka menganggap pekerjaan mereka adalah suatu pekerjaan penting. Mereka merasa mendapat kepercayaan dari masyarakat untuk membentuk dasar pendidikan yang kuat bagi anak-anak TP, selain itu, informan kader merasakan sendiri manfaat menjadi kader, ilmu dan pengalaman bertambah untuk mendidik anak-anak mereka sendiri, sehingga anak-anak menjadi lebih mandiri. Sebagaimana ungkapan berikut:

*" 2, 4, 5 : Ya penting. 5. Ya mungkin saya menilai "anak saya jadi bisa mandiri, bisa nyanyi-nyanyi". Kan kalo di rumah katanya mempraktekkan itu, nyanyi-nyanyi. 4. Ya penting bu. Tanggung jawabnya. Walaupun di rumah BT, di sini senang, nyanyi"* (Kader lama).

*"3. sangat berharga, ya sangat penting juga. Sebab kan kalo kita jadi kader, kok kita dipercaya, kok kita dikasih tugas ini, berarti kan kita dipercayai. Membimbing anak-anak. 6. ya sangat berharga. Tapi kadang-kadang kan ada kerjaan lain. Ya sebenarnya saya pengennya mengedepankan ini, ya tapi bagaimana ya, kita kan juga butuh makan. Tapi ya tetep kita bantu-lah"* (Kader baru)

### 5.5.3 Persepsi Tentang Keberadaan APE

Keberadaan alat permainan edukatif (APE) di TP dianggap sangat penting karena APE merupakan daya tarik terbesar bagi kedatangan anak-anak yang tadinya merasa takut jika dibawa ke pusat pelayanan kesehatan seperti Posyandu. Pendapat kader tersebut dibenarkan oleh ibu Balita Sebagaimana ungkapan informan kader berikut:

*"1 dan 6. Menunjang sekali. Ya terutama kan untuk anak bermain. 1. Ya anak-anak senang, main plorotan, ayunan, ya ada di rumah Bu Thoyibah. Salah satu daya tarik? Semua : Iya.."* (3g/fgd2)

*"Banyak temannya, di sini juga banyak kegiatannya, kayak senam. Ya pokoknya kumpul ama anak-anak, kalo di rumah kan ga mungkin temannya sebanyak di sini kan. Mainannya juga, soalnya kalo nyampe sini pasti pengen main, yang penting banyak mainan, kayak ayunan, udah gitu banyak temannya" (2d/8)*

## **5.6 Pengetahuan Ibu Balita Tentang PTTP dan Makanan Bergizi**

### **5.6.1 Pengetahuan Tentang Pengertian PTTP**

Semua informan ibu Balita pernah mendengar PTTP dan mengetahui apa saja kegiatannya karena ibu hampir selalu mengantarkan anaknya ke TP. Kelompok ibu Balita dengan anak BB BGM/BGT mendefinisikan Posyandu yang digabungkan dengan TP sebagai tempat penimbangan anak, pemeriksaan ibu hamil dan periksa tekanan darah jika bidan datang sebulan sekali. Mereka mendefinisikan TP sebagai sekolah anak-anak tempat dididik, belajar mengaji, berhitung, bermain, bernyanyi, berdo'a, menggambar, makan bersama, menulis, dikasih gizi (roti, bubur, buah) agar anak lebih mandiri.

Kelompok ibu Balita dengan anak berat badan naik mendefinisikan Posyandu dan TP lebih lengkap dibandingkan kelompok ibu Balita dengan anak BB BGM/BGT. Mereka mengungkapkan bahwa titik utama Posyandu adalah penimbangan, khusus kesehatan anak, imunisasi, untuk Balita umur 0 s/d 3 tahun, kadang ada penyuluhan dari bidan. Sedangkan TP adalah sekolah Posyandu seperti *playgroup*, dimana kegiatan penimbangan berat badan masih dilakukan, ada senam, menyanyi, menggambar, mewarnai, memulas, melipat, tepuk tangan, diberi makan, pengarahan kepada ibunya tentang pemberian makan yang baik dan benar untuk anak. Sebagaimana ungkapan berikut ini:

*"...Ya anak saya dididik, belajar, dibelajarin mengaji, dibelajarin berhitung, bermain, bernyanyi. Kalo di kesehatan kadang ada yang datang, seperti Bu Lusi. Kalo ibu Lusi datang, ada ibu hamil periksa, kalo periksa darah juga ada. Itu di posyandu, kalo Bu Lusi datang" (1a/2)*

*"Pengaruhannya, ya ke anak, ya ke ibunya. Pesan ke ibunya, ya bagaimana kalo kasih makan ke anak jangan yang banyak pengawetnya, gitu-lah ke ibu-ibunya, dikasih jangan terlalu banyak, terus kasih makan yang teratur. Kadang-kadang anak gak mau itu-lah ama Bu Lusi. Tiap hari harus tidur siang.." (1a/12)*

### 5.6.2 Pengetahuan Tentang Kegiatan Perbaikan Gizi di PTTP

Kelompok ibu Balita dengan anak BB BGM/BGT mengungkapkan bahwa kegiatan pemberian makanan seperti nasi, sayur, roti, buah, pisang, makan bersama, imunisasi, cuci tangan sebelum dan sesudah makan merupakan kegiatan-kegiatan yang dapat meningkatkan gizi anak. Di lain pihak, kelompok ibu Balita dengan berat badan anak naik mengungkapkan hal yang sama namun lebih bervariasi dibandingkan kelompok tadi di atas. Mereka mengatakan bahwa di TP kadang ibunya diberi penyuluhan, disediakan makanan sehat seperti sayur bening, tahu, tempe, dibagikan vitamin A, kadang susu, bubur kacang ijo, biskuit, agar-agar, bakmie, buah, bubur, opor ayam, dan kue dikasih meses. Selain itu ada juga kegiatan olahraga, senam yang dapat meningkatkan kesehatan anak. Seperti ungkapan berikut ini:

*” ...seperti dikasih makanan, seperti nasi, sayur, diberi roti. Bulan ini diberi roti, bulan lalu di beri buah. Tiap sekolah, setiap hari jumat, pasti dikasih makan. Seperti ibu guru bilang, harus bersih, setelah makan cuci, sebelum makan cuci...”(1c/2)*

Bidan mengungkapkan bahwa pengaruh kegiatan makan bersama di TP yang dapat dilihat langsung adalah adanya perubahan nafsu makan anak-anak menjadi lebih bernafsu untuk makan dibandingkan di rumahnya. Bidan berpendapat bahwa kegiatan makan bersama tersebut tidak dapat menambah berat badan anak karena kegiatan tersebut hanya 1 kali seminggu dan makanannya pun lebih sering makanan ringan/ makanan selingan.

### 5.6.3 Pengetahuan Tentang Tujuan Penimbangan

Semua informan menjelaskan bahwa tujuan penimbangan di Posyandu adalah untuk mengetahui naik atau turun timbangan anak, pertumbuhan dan kesehatannya. Tetapi, semua informan mempunyai pengetahuan tidak lengkap tentang tujuan pengintegrasian antara Posyandu dengan TP. Mereka mengungkapkan tujuannya adalah untuk mengetahui perkembangan dan gizi anak serta meningkatkan kemampuan berfikir, kecerdasan anak, wahana tempat anak-

anak berkumpul, mempersiapkan anak untuk masuk pendidikan yang lebih tinggi semata, informan kurang menyadari bahwa TP untuk meningkatkan pengetahuan mereka agar mereka menerapkannya di rumah.

#### 5.6.4 Pengetahuan Tentang Makanan Bergizi Dan Kegunaannya

Sebagian besar ibu Balita mengetahui pengertian makanan bergizi dan bisa memberikan contoh makanan yang bergizi tersebut, namun sangat sedikit ibu Balita yang mampu memberikan contoh makanan yang mengandung lemak dan protein. Menurut mereka makanan bergizi adalah makanan yang bersih, terdiri dari 4 sehat 5 sempurna, serta mengandung vitamin dan lemak. Ada nasi, lauk-pauk, sayur-mayur, buah dan susu. Namun, informan ibu Balita tidak mampu menjelaskan pembagian makanan menurut kegunaannya bagi tubuh. Sebagaimana ungkapan berikut:

*" Ada sayur-mayurnya, ada lauk-pauknya kaya tahu, tempe, ya kalau ada ikan, telur" (1g/1)*

*" 4 sehat 5 sempurna. Susu, buah-buahan, lauk-pauk, nasi" (1g/5)*

*" Nasi untuk energi, sayur buat nambah gizinya, kalau ikan buat nambah vitamin" (1j/1)*

Secara umum informan ibu Balita mengungkapkan tanda-tanda anak kurang gizi adalah apabila timbangan anak tersebut turun atau berada di bawah garis merah di KMS, memiliki kuku kotor, badan dan anggota tubuh kecil, susah makan, sering tidur, rewel, anak yang sering main hingga kecapean. Berikut petikannya:

*" timbangannya mungkin turun, kukunya kotor" (11.k/ 1)*

*" kurang gizi, itu mba, umur 3 tahun, masih di bawah garis merah" (11.k/2)*

*" susah makan, kurang tidur, capek, badannya kurus, jarinya kecil" (11.k/ 5)*

### 5.7 Kemampuan Ibu Balita Mengakses Makanan Bergizi dan TP

Akses ibu terhadap makanan bergizi sulit karena kecilnya penghasilan dan mahalny harga bahan makanan sumber lemak dan protein. Mayoritas pekerjaan informan ibu adalah buruh pabrik yang menerima upah harian. Kisaran upah harian antara Rp. 5.000 – 12.000. rata-rata upah harian buruh per hari adalah Rp. 10.500,-. Sedangkan upah/ gaji bulanan yang diterima suami jika dijadikan harian adalah antara Rp. 15.000-80.000,-. Jika digabungkan maka pendapatan keluarga adalah Rp.35.000 perhari.

Rata-rata pengeluaran untuk belanja makan setiap hari di Kebumen cukup rendah Ada perbedaan jumlah pengeluaran antara 2 kelompok ibu Balita. Ibu dengan anak BGM mengeluarkan uang Rp. 10.000 perhari untuk belanja, sedangkan kelompok ibu Balita yang berat badan anaknya naik, lebih banyak mengeluarkan uang yaitu antara Rp.11.000 – 30.000 per hari. Ditambah dengan pengeluaran rutin jajan anak Rp.5.000 perhari.

Kecilnya pengeluaran untuk belanja tersebut cukup masuk akal karena bahan makanan yang mereka beli mayoritas adalah sayur mayur seharga Rp.500 – 1.600 per ikat. Ayam yang harganya Rp. 35.000 per ekor, daging Rp.60.000 per kg, ikan lele Rp.10.000 per kg dan telur Rp.13.000 per kg jarang menjadi pilihan karena dianggap terlalu mahal.

Tabel 5.5: Karakteristik Ibu Balita Menurut Rata-rata Pengeluaran per Hari Untuk Belanja Makanan

| No. | Informan                 | Rata-rata pengeluaran per hari untuk belanja makanan |               |         |
|-----|--------------------------|------------------------------------------------------|---------------|---------|
|     |                          | = < 10.000                                           | 11.000-30.000 | >30.000 |
| 1.  | Ibu dengan anak BGM/ BGT | 4                                                    | 2             | 1       |
| 2.  | Ibu dengan anak BB naik  | 1                                                    | 4             | 2       |

Laporan Potensi Desa mencatat bahwa diantara 2.066 keluarga terdapat 430 keluarga prasejahtera dan 309 keluarga sejahtera 1, 418 keluarga sejahtera 2, sisanya termasuk keluarga sejahtera 3 dan 3 plus. Menurut bidan penanggung jawab wilayah, kategori parasejahtera, sejahtera 1 dan 2 merupakan golongan keluarga miskin, sedangkan sejahtera 3 dan 3 plus termasuk golongan sejahtera/



menengah ke atas. Sehingga total keluarga miskin di Kedawung adalah 1.157 KK atau 56% jumlah KK). Enam dari 14 informan ibu balita pemegang kartu Jamkesmas, 5 diantaranya adalah ibu yang memiliki anak BGM.

Kemudahan mendapatkan bahan makanan dan makanan matang di sekitar tempat tinggal merupakan keuntungan bagi para ibu Balita di Desa Kedawung. Semua ibu Balita mengungkapkan bahwa mudah sekali menemukan penjual sayur atau makanan matang di sekitar rumah. Warung sayur terbuka 24 jam, tukang sayur keliling jam 09 – 13 WIB, dan pasar tradisional cukup dekat dari rumah mereka. Seperti ungkapan berikut:

*” ya kalo menurut saya gampang, misalnya sayuran, bayem atau apa. Kalo beli sayuran mentah, beli di tukang sayur keliling, lengkap” (2a/ 9)*

*” Ya belinya di warung bukanya 24 jam, kalau tukang sayur keliling ada sampai jam 1 siang” (2a/ 1)*

Ibu-ibu Balita yang bekerja sering membeli makanan matang di warung-warung khusus menjual lauk tanpa nasi di sekitar tempat tinggal mereka dan pabrik genteng. Jenis makanan yang sering dibeli adalah tempe bacem, sayur bayam bening, sayur kangkung, ikan lele goreng.

Berbeda dengan akses ibu terhadap makanan bergizi, akses ibu terhadap pelayanan TP mudah karena biaya TP murah. Meskipun ide awal pembentukan TP gratis, namun dana swadaya yang terkumpul tidak mampu mendukung operasional kegiatan, oleh karena itu kader membuat kesepakatan dengan orangtua murid untuk ikut berpartisipasi mendanai operasional TP. Rata-rata TP menentukan batas minimal partisipasi orangtua sebesar Rp.1.000/ bulan, dan Rp.500/ minggu.

## **5.8 Kehadiran Bidan pada Hari buka Posyandu dan TP**

### **5.8.1 Kehadiran Bidan**

Semua informan (16 orang) kader mengungkapkan bahwa bidan datang ke Posyandu secara rutin meskipun di 3 Posyandu bidan harus mempergilirkan kedatangannya karena alasan teknis. Meskipun demikian, ketiadaan bidan di 3 Posyandu setiap bulan, para ibu Balita yang memerlukan pelayanan kesehatan

seperti imunisasi atau pengobatan anak sakit dapat dilayani di Puskesmas pembantu yang buka 3 kali dalam seminggu di RW 6 Desa Kedawung.

Informan ibu Balita menyatakan kegiatan bidan di Posyandu adalah imunisasi, membagikan vitamin A, memeriksa tekanan darah, dan kadang-kadang memberikan penyuluhan. Jawaban informan ibu Balita lebih dilengkapi oleh informan kader yang mengungkapkan selain dari yang diuraikan ibu, bidan mengumumkan suatu informasi dari Puskesmas, memeriksa kehamilan ibu hamil (hanya sesekali) dan mereview kegiatan hari itu bersama kader setelah semua sasaran Posyandu dilayani. Sebagaimana diungkapkan berikut ini:

*”... saya datangi setiap bulan cuma 6 Posyandu, yang 3 itu bergilir, RW 1,8,4. alasannya krn kami nggak bisa mencukupi waktunya, ...juga Pustu di RW 6 ini menampung dari RW- RW lain yang gak datang pas ada Posyandu”.* (bidan)

*“5. Mulai datang, ya sekitar jam setengah 10-an. Kalo di tempat saya itu hari kamis posyandu ada 2. Pertama ke RW 05, karena kalo di RW 05 kan balitanya sedikit, 10, 15 lah yang nimbang. Yang diimunisasi-pun kadang sedikit. 4. Ada penyuluhan ke ibu balita,... 4. Iya dikumpulkan lagi. Iya ngopi bareng. Ya nanya-nanya apa, atau ada informasi apa yang Bu Lusi sampaikan”* (4a/fgd/kader dari Posyandu N/D tinggi)

### **5.8.2 Arti kehadiran Bidan bagi Ibu Balita**

Lebih dari separuh (9 dari 14) informan ibu balita mengatakan lebih mendengarkan himbauan bidan untuk datang rutin ke Posyandu dan TP serta dalam hal pemberian makanan untuk anak di rumah. Alasan yang dikemukakan adalah karena bidan dianggap lebih mengetahui tentang kesehatan dibandingkan kader, lebih jauh dikatakan bahwa cara komunikasi bidan lebih jelas dibandingkan kader. Sebagaimana ungkapan berikut:

*“ya bu bidan. Sering bu bidan. Ya, kan bu bidan pasti tau apa-apa. Kesehatannya ibu-ibu, masalah suntik. Kalo bu kader nggak, Cuma nyuruh bawa ke posyandu.”* (5h/ 7)

*“kalo saya sih lebih nurut apa kata bidan. Yang disampaikan kader ya sama, tapi cara menyampaikannya biasanya kurang jelas...”* (5h/ 9)

Menurut pengamatan informan kader, kehadiran bidan berpengaruh terhadap kepatuhan ibu Balita datang ke Posyandu karena adanya kebutuhan ingin

konsultasi. Bidan berpersepsi bahwa kehadirannya berpengaruh terhadap kedatangan para ibu Balita di Posyandu. Bidan menyatakan jika para ibu Balita telah melihat bidan menuju ke arah Posyandu, biasanya ibu Balita juga segera menyusul. Sebagaimana ungkapan bidan berikut ini:

*“saya akui ya.. kalo keliatan udah lewat itu keliatan baru mau pada dateng gitu lho, padahal saya dah bilang buk kalo jam 9 itu datang aja dulu ke Posyandu , saya kan ada urusan lain dulu”* (bidan)

### **5.8.3 Arti Kehadiran Bidan Bagi kader**

Kehadiran bidan di Posyandu berpengaruh terhadap keaktifan kader datang ke Posyandu, selain itu keterampilan kader terus meningkat karena adanya review kegiatan yang diadakan setiap selesai kegiatan Posyandu, forum informil seperti itu memberi kesempatan kepada kader untuk mengoreksi tindakannya dan merubah menjadi lebih baik di masa akan datang. Namun sebaliknya, bidan merasa kader seharusnya lebih bisa mandiri dan lebih bisa mengatur waktu lebih efisien agar semua tugas-tugas dapat terselesaikan tepat waktu dan tepat informasi. Berikut petikannya:

*“pencatatan pelaporan kader yang terbengkalai, rencana kegiatan tidak ditulis di agenda kegiatan. kader lupa..itu biasa terjadi... kader harus mandiri, tidak bisa disuapin terus sama saya, sedikit demi sedikit saya ingin menyapih mereka..mereka berkeyakinan kalo nggak ada Bu Lusi ya ndak gitu lho..”* (bidan)

## **5.9 Supervisi TPP Desa Pada Hari buka Posyandu dan TP**

Tim Pengelola Posyandu (TPP) Desa kedawung telah terbentuk sejak tahun 2005 akhir. berdasarkan berdasarkan SK Bupati Kebumen No. 411.3/894/2005 Tentang Pedoman Umum Pembentukan Kelembagaan Posyandu. Kemudian SK Bupati Kebumen ditindaklanjuti oleh camat dan kepala desa yang mengeluarkan SK tersendiri di wilayah kerjanya masing-masing.

Koordinator Program RP menyatakan tujuan pembentukan TPP desa adalah untuk memaksimalkan partisipasi masyarakat terutama pengusaha industri genteng di Kedawung terhadap Posyandu dan TP melalui supervisi/ pemantauan ke semua Posyandu yang ada di Kedawung untuk memperhatikan masalah

ketenagaan, sarana dan pembiayaan bagi kelangsungan Posyandu yang bersumber dari masyarakat. Diharapkan partisipasi tersebut bisa berbentuk dana operasional TP, bahan makanan, tenaga, pikiran atau tempat pelaksanaan kegiatan.

Harapan koordinator program di atas tidak sesuai dengan kenyataan. TPP desa belum berfungsi maksimal di Kedawung. Ketua TPP desa merasa bingung dengan tugasnya dan merasa semua Posyandu sudah berjalan sendiri dengan baik. Sejauh ini ketua TPP beberapa kali pernah berkunjung bergiliran ke Posyandu di Kedawung atas dorongan pribadi saja pada awal pembentukan. Selain itu, TPP kecamatan dan kabupaten selaku pembina TPP desa sangat jarang berkoordinasi dengan TPP desa. Berikut petikannya:

*“SOPnya ya seperti itu, tapi saya belum ada gambaran apa yang saya mau lakukan, mau seperti apa, mau dibawa ke mana. Saya kalo gak ada pengarahan dari bides, saya kan juga gak punya gambaran, paling kalo di sana, harus mengadakan ini, nah nanti saya baru gerak. Kan gitu...Waktu awal-awal ya jalan sih. Tiap ada posyandu, di mana ada kegiatan posyandu, saya kunjungi, tapi lama-lama kendor juga ya. Karena sudah tau ya kegiatannya itu-itu aja ya sudah gak lagi. Waktu awal-awal ya memantau, tapi ke sini-nya sudah jalan sendiri. Kegiatan posyandu di tiap RW sama, Cuma tanggalnya aja yang beda. Kalo TPnya tiap minggu jalan semua, kalo posyandu kan tiap bulan, ya jalan terus, sama kegiatannya,... Terakhir kunjung Ke RW 06, ya februari 2009, kayaknya. Ya sendiri aja, kan kalo jam 10-an, saya sambil jemput cucu, kan sampingnya itu sekolahan. Jadi kalo belum ada, belum keluar-lah, saya lihat kegiatan TP. Dah sering mah kalo di situ, tapi kalo di tempat-tempat lain ya jarang-jarang-lah. Ya karena repot, ya kadang juga, ya.....mau kunjung juga mau apa, ya saya gak punya program datang ke situ. Gak aktif-lah saya berkunjung. Ya juga karena sudah berjalan baik”.* (Ketua TPP)

Meskipun belum berfungsi maksimal, dukungan konkrit TPP desa terhadap Posyandu yang masih dapat dinikmati oleh masyarakat sampai sekarang adalah keberhasilan TPP memperbanyak modul penyuluhan kader dari pengajuan dana ke dinas kesehatan, dan persetujuan desa mengalokasikan dana ADD melalui anggaran PKK.

Seharusnya TPP kecamatan dan tim Pokjanel Posyandu kabupaten mempunyai Tupoksi untuk membina TPP desa (PMD Kab. Probolinggo). Tidak demikian yang terjadi di Kedawung, TPP Kedawung tidak memperoleh bimbingan teknis yang memadai dari pembina jajaran kecamatan kecuali dari

unsur Puskesmas. Program Revitalisasi Posyandu tidak tersosialisasi dengan jelas kepada anggota TPP saat awal program dimulai di desanya. Setelah digali lebih dalam, di dalam Dokumen Rancangan Kegiatan dan Anggaran Program Revitalisasi Posyandu di kab. Kebumen Periode 2005-2006 ditemukan bahwa lembaga donor bersama tim kabupaten pernah melakukan sosialisasi program di tingkat desa dan itu hanya sekali pertemuan pada bulan Agustus 2005. Belum maksimalnya fungsi TPP desa diperkuat oleh jawaban informan ibu Balita. Keberadaan lembaga masyarakat tersebut tidak diketahui oleh ibu-ibu Balita, namun salah seorang informan ibu Balita mengatakan bahwa salah seorang pembina dari dinas kesehatan pernah berkunjung ke salah satu TP bersamaan dengan rombongan *study tour* dari desa lain. Sebagaimana ungkapan berikut:

*“belum pernah” (5c/ 1)*

*“gak tau. Ya yang datang kader, bidan , sales-sales susu balita, promosi sih sama anak-anak, terus kemaren ada yang studi banding dari lain desa, ada 3 kelompok, dari desa Bocor, Sruweng, satu lagi mana ya.....ya studi bandinglah ke TP. Dari Dinkes juga ada yang ninjau, bapak siapa ya? Pas studi banding itu, ada yang dari Dinkes juga.” (5c/ 13)*

Ketua TPP menilai bahwa masyarakat atau orang-orang yang mampu di desa tersebut kurang peduli terhadap Posyandu. Hal tersebut terlihat dari kurangnya respon masyarakat pada saat diminta partisipasi sumbangan dana untuk operasional Posyandu, sehingga ketua TPP desa mengakui bahwa belum ada sumber dana swadaya masyarakat yang terkumpul. Sebagaimana ungkapan berikut:

*“boleh dikatakan ya gak jalan ya. Untuk dana, kalo TPP bisa mengadakan dana swadaya dari masyarakat, dari tokoh masyarakat, tadinya perencanaan seperti itu gak jalan. Punya rencana juga, punya program gitu loh, untuk pencarian dana, waktu awal-awal itu ya, merencanakan program, tapi nyatanya gak jalan. Sudah di coba, tapi respon dari tokoh masyarakat itu ya nggak ..... Ya memang rencana awalnya, yang dimintakan dana swadaya adalah para tokoh masyarakat. Tokoh-tokoh itu ya orang-orang yang mampu. Ya pernah dicoba, tapi responnya gimana ya, kurang peduli-lah gitu. Ya disebut kalo ini untuk kegiatan posyandu. Yang minta ya pengurus TPP, dengan dukungan pak lurah sih sebenarnya. Ya lisan aja sih dari pak lurah.*

*Ya memang waktu itu baru pendekatan aja. Jadi belum ada pengumpulan dana” (25/ Ketua TPP)*

### **5.10 Faktor-faktor Lain Yang Kemungkinan Berperan**

Sarana timbangan belum pernah ditera sejak 10 tahun terakhir, sehingga ada kemungkinan hasil timbangan berat badan anak tidak menunjukkan berat yang sebenarnya. Sarana lain yang berpengaruh terhadap kegiatan penyuluhan adalah ketiadaan media penyuluhan. Tidak tersedia poster/ leaflet atau lebar balik di Posyandu. Sebagian kecil informan ibu Balita cukup khawatir karena lokasi TP berada di pinggir jalan raya utama, tempat agak tinggi dan tempat aktifitas kurang luas.

Sebagian besar (10 dari 14) informan ibu Balita mengungkapkan bahwa anak-anak mereka tidak tidur siang. Kebiasaan tidak tidur siang terbentuk karena ibu sering mengajak anaknya ke pabrik genteng. Di lingkungan pabrik anak bermain dengan teman sebayanya sampai ibu selesai istirahat.

Keberagaman APE kurang. Informan kader dari Posyandu dengan N/D rendah mengungkapkan hambatan di TP adalah kurangnya keberagaman alat permainan yang dapat dilihat oleh anak-anak selama proses belajar/ bermain, misalnya alat peraga transportasi. Fasilitas pendukung kegiatan seperti tape untuk memutas kaset senam masih diperlukan, sebagaimana bimbingan teknis pembuatan agenda, rencana, grafik perkembangan jumlah murid TP yang akan ditanyakan oleh tim penilai lomba Posyandu setiap tahun. Berdasarkan pengamatan di lapangan bahwa APE kurang terawat dan sudah ada yang mulai rusak.

Faktor cuaca mempengaruhi perilaku ibu mengantarkan anak ke TP. Apabila musim hujan, lingkungan rumah dan jalanan sangat becek oleh tanah, dan kondisi becek itu diperparah oleh keberadaan truk-truk pabrik genteng.

Faktor pendukung berjalannya PTTP di Kedawung selain dari biaya murah adalah jarak lokasi kegiatan PTTP dekat dengan tempat tinggal warga, sehingga warga tidak harus mengeluarkan biaya transportasi, dan terkadang ibu yang tidak bisa mengantarkan anak bisa menitipkan kepada tetangga dekat/ keluarga. Kurangnya lembaga pendidikan untuk anak usia dini di Kedawung juga

merupakan faktor pendorong tingginya pemanfaatan TP. Ibu Balita tidak memiliki pilihan yang banyak untuk menyekolahkan anaknya.

### **5.11. Gambaran Bentuk dan Pelaksanaan Usaha Perbaikan Gizi Balita**

Pada sub judul ini akan dijelaskan tentang bentuk dan pelaksanaan kegiatan PTTP, perilaku atau kebiasaan ibu menimbangkan anak, kebiasaan makan anak dan kebiasaan jajan anak.

#### **5.11.1 Bentuk Kegiatan Posyandu Terintegrasi TP (PTTP)**

Bentuk usaha perbaikan gizi Balita di Desa kedawung adalah pengintegrasian Posyandu dengan TP yang terangkum dalam suatu program kerjasama Pemkab. Kebumen dengan KSF, yang disebut dengan Program Revitalisasi Posyandu. Program tersebut melibatkan berbagai sektor seperti sektor kesehatan, pendidikan, pemberdayaan masyarakat dan PKK. Berikut petikan pendapat pihak-pihak terkait kerjasama tersebut:

*“Untuk program ini di Kebumen baru melibatkan Dinas Kesehatan. Tapi kemaren kita sudah coba pendekatan, untuk melibatkan dinas pendidikan. Teoritisnya sih 3, Dinas kesehatan, Dinas Pendidikan, dan Dinas Pemberdayaan Masyarakat”* (Koordinator Prog. RP KSF)

*“kerjasama antara Dinkes, Dikpora dan KSF. kalo KSF itu kan boleh dikatakan diluar pemerintahan, kalo Dinas otomatis kan kita di Pemda sendiri. yang jelas untuk Posyandu model dan TP di sini itu kita lebih ke arah Dikpora, dan itu sudah berjalan tahun ini, Dikpora sendiri telah berjalan tahun ini telah melatih kader POs PAUD sendiri melalui PKK “( Kabid. PSDMK Dinkes Kebumen)*

*“anu.. o.. berupa bantuan pelatihan peningkatan SDM kader, pembina wilayah, bantuan APE trus honor, modul-modul untuk pegangan kader, buku KIA kemudian yaaa sarana penunjang untuk Posyandu dasar menjadi Posyandu pengembangan, TP”* (bidan)

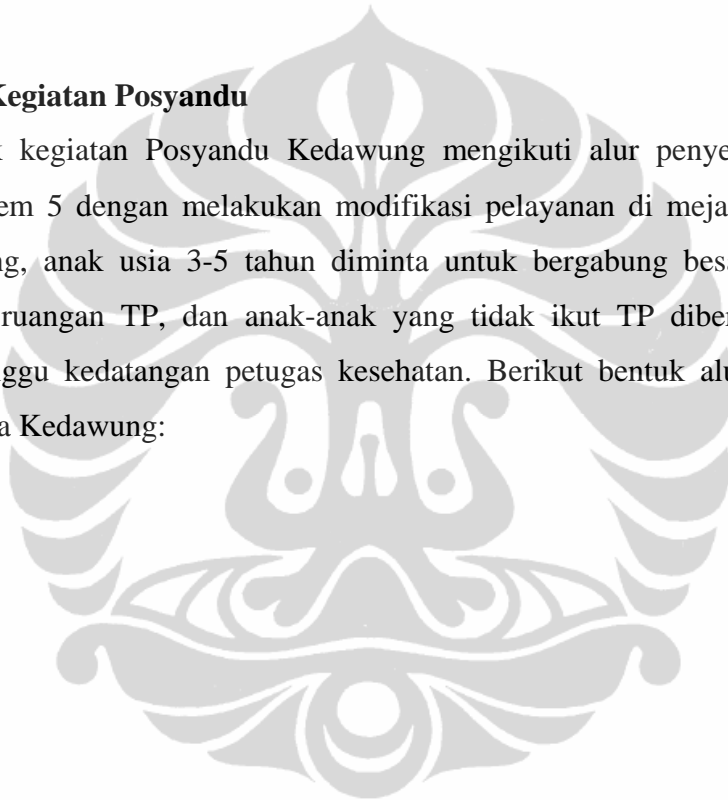
Koordinator program RP dan Kabid. PSDMK menjelaskan alasan pengintegrasian ini adalah agar pemerintah bersama-sama masyarakat mampu memberikan pelayanan holistik kepada Balita melalui Posyandu yang bukan saja memperhatikan pertumbuhan seorang anak, melainkan perkembangannya juga,

melalui TP agar Posyandu lebih menarik, dan pengelolaan Posyandu terintegrasi TP tersebut tetap dikelola oleh masyarakat itu sendiri.

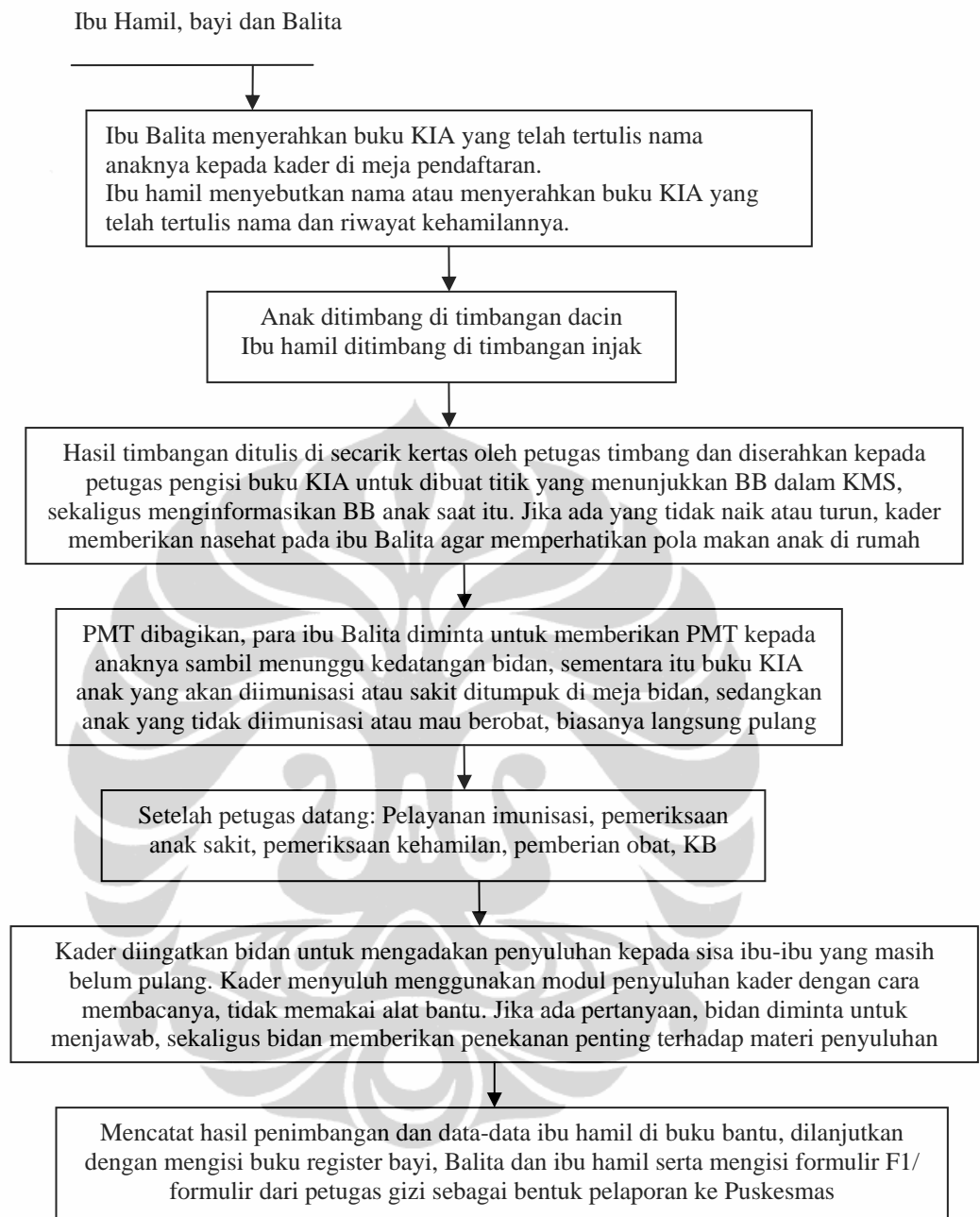
Untuk mewujudkan pengintegrasian Posyandu dan TP, beberapa tahap telah dilalui oleh sektor terkait. Salah satu tahapan paling penting adalah pelatihan seluruh kader dan bidan, penyediaan sarana dan prasarana minimal, termasuk APE, serta kesepakatan hari buka PTTP di masing-masing RW. *Flow chart* tahapan implementasi Program Revitalisasi Posyandu dapat dilihat di halaman lampiran.

#### **5.11.1.1 Alur Kegiatan Posyandu**

Bentuk kegiatan Posyandu Kedawung mengikuti alur penyelenggaraan Posyandu sistem 5 dengan melakukan modifikasi pelayanan di meja 2. Setelah anak ditimbang, anak usia 3-5 tahun diminta untuk bergabung bersama teman seusianya ke ruangan TP, dan anak-anak yang tidak ikut TP diberikan PMT sambil menunggu kedatangan petugas kesehatan. Berikut bentuk alur kegiatan Posyandu Desa Kedawung:







Ctn: Khusus di PTTP RW 6 yang hari buka Posyandunya bersamaan dengan taman Posyandu, anak usia 3-5 tahun langsung diminta masuk ke kelas taman Posyandu setelah berat badannya ditimbang.

Gambar 5.2: Bentuk Alur Kegiatan Posyandu Desa Kedawang

### 5.11.1.2 Alur Kegiatan TP

Bentuk alur kegiatan TP sebagian besar telah sesuai dengan bentuk alur kegiatan TP yang terdapat dalam kerangka Acuan TP – KSF, namun masih ada kegiatan yang belum dilaksanakan secara maksimal. Informan kader menggambarkan bahwa kegiatan di TP terdiri dari 3 kegiatan utama yaitu kegiatan persiapan, kegiatan inti dan kegiatan penutupan.

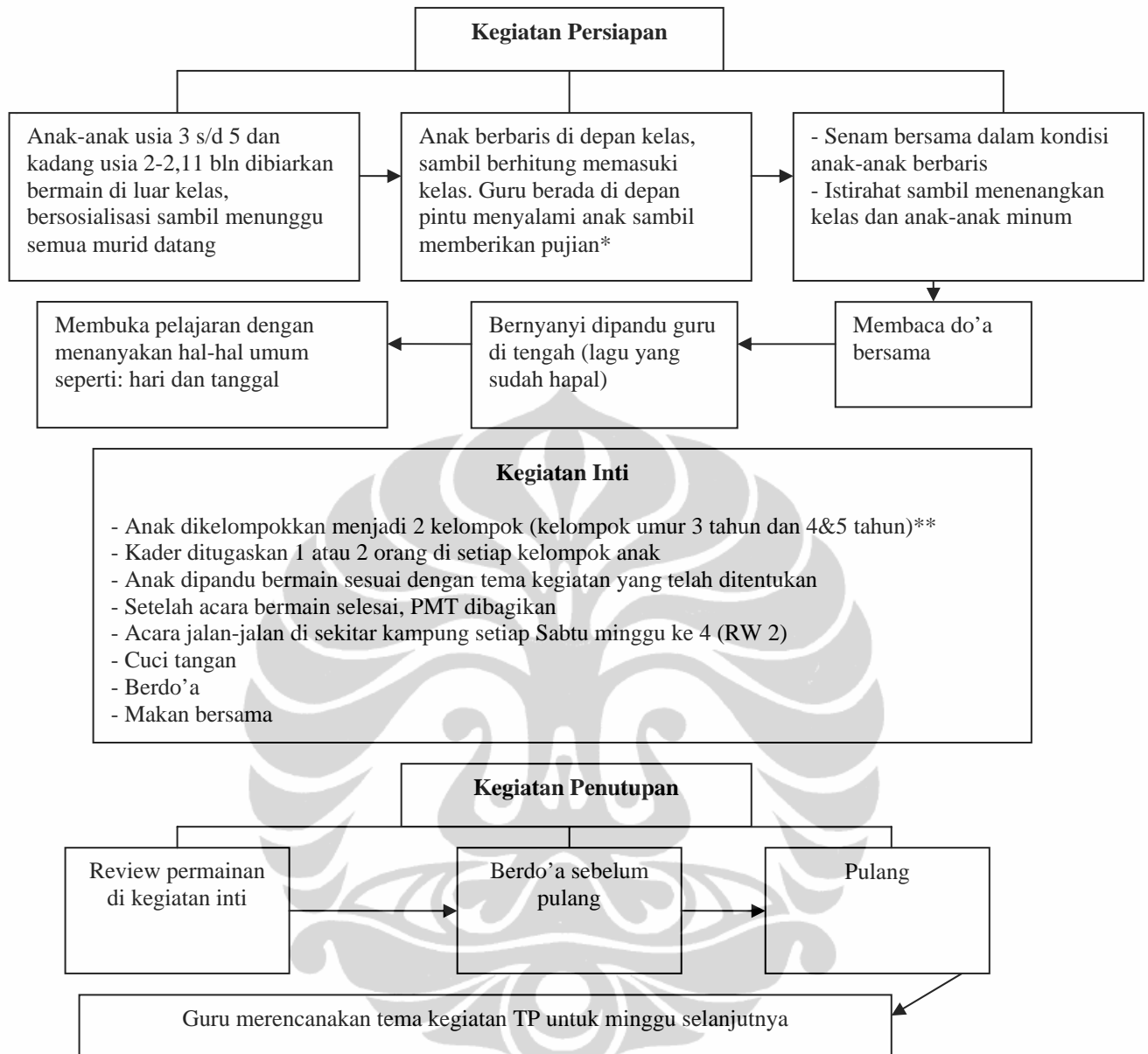
Kegiatan persiapan terdiri dari menyiapkan/ membersihkan ruangan belajar, menyiapkan air cuci tangan, melakukan berbagai kegiatan pemanasan yang menarik perhatian anak melalui senam, berbaris, berdo'a dan sebagainya. Kegiatan inti terdiri dari memandu dan mengarahkan anak dalam bermain, memandu acara makan bersama. Kegiatan penutupan terdiri dari mereview kembali permainan yang telah dilakukan dan persiapan untuk pulang.

Ada kegiatan yang masih belum maksimal terlaksana yaitu pendidikan kepada ibu Balita yang seharusnya dikerjakan pada saat anak sedang belajar, juga penyuluhan berkelompok tentang cara pengasuhan anak yang baik, dan pelatihan keterampilan tangan bagi ibu Balita. Tetapi, khusus Posyandu RW 6 yang kebetulan hari buka Posyandunya sama dengan hari TP, kegiatan penyuluhan kepada ibu Balita dilaksanakan oleh bidan apabila bidan telah selesai memberikan pelayanan kesehatan. Sebagaimana ungkapan berikut:

*“di TP kadang-kadang ya Cuma kontrol aja” (5g/ 9)*

*“ya Bu Lusi ngasih tau anak-anak, ya sama ibu-ibunya juga. Ya sama anak-anak itu biar pinter makan sendiri, ibunya ya dikasih tau kesehatan anaklah, di suruh berangkat ke situ (TP), biar tau kesehatan anaknya” (5g/ 7)*

Dari berbagai pendapat kader dan bidan, dapat disimpulkan bentuk alur kegiatan TP Desa Kedawung berikut ini:



*Catatan: \* Khusus pada minggu terakhir setiap bulan, anak-anak ditimbang berat Badannya dan dicatat di KMS masing-masing anak*

*\*\* Jika ada anak umur 2 tahun dimasukkan ke kelompok umur 3 tahun, dan jika ada anak umur 6 tahun dimasukkan ke kelompok umur 5 tahun*

Gambar 5.3: Alur Kegiatan TP

## 5.11.2 Pelaksanaan PTTP

### 5.11.2.1 Pelaksanaan Posyandu

Kegiatan Posyandu diselenggarakan oleh 6 sampai dengan 7 orang kader, didukung pengelolaannya oleh TPP desa, dibantu bidan untuk pemberian pelayanan kesehatan di meja 5 sekaligus memberikan bimbingan teknis, selain itu

dibimbing juga oleh petugas lintas program seperti petugas gizi, kesehatan lingkungan dan petugas Promkes masyarakat dan petugas lapangan KB.

Posyandu dilaksanakan di rumah kader. Hari buka/ jadwal Posyandu telah disepakati jauh-jauh hari dengan masyarakat. Semua Posyandu buka pada pagi hari antara jam 9 sampai dengan jam 11 siang, jadwal ini menyesuaikan dengan keinginan bidan penanggung jawab wilayah. Dijelaskan oleh bidan sebagai berikut:

*“posyandu itu memang mengikuti kami ... terjadwal... semua pagi.. karena kegiatan Puskesmas nya kan pagi,... semua Posyandu di sini diadakan di teras rumah kadernya, umumnya di rumah ketua kadernya, kecuali ini di sini (RW 6) di Pustu hari Kamis pagi, pas ndak ada kegiatan di Pustu”* (bidan)

Secara umum tidak ada perbedaan tugas kader antara kader yang berasal dari Posyandu dengan N/D tinggi dan rendah. Tugas kader pada H – Posyandu adalah mengingatkan ibu Balita untuk datang ke Posyandu pada tanggal yang telah disepakati. Hal ini dilakukan melalui forum kegiatan TP 1 kali seminggu, menggunakan undangan kepada ibu Balita dan *woro-woro* (diumumkan) melalui mushola. Tugas khusus koordinator Posyandu, seorang kader yang ditunjuk oleh bidan, sebelum hari H Posyandu akan mengecek stok alat-alat KB di Posyandu wilayahnya, apabila kadaluarsa atau stok telah habis, kemudian mendistribusikan alat-alat KB yang diperoleh dari PLKB.

Tugas kader pada hari buka Posyandu adalah mendaftar, menimbang, mencatat, membantu bidan memeriksa tekanan darah ibu hamil, mengukur tinggi atau panjang badan anak, memberikan konseling kepada ibu Balita dengan BB tidak naik atau BGM dan BGT dan kadang-kadang penyuluhan berkelompok serta membuat laporan kegiatan. (lihat juga gambar 6.1). Ada perbedaan tugas yang dilakukan kader lama dengan kader baru. Kader lama mengungkapkan bahwa tugas yang mereka lakukan adalah pendaftaran, penimbangan, pencatatan, penyuluhan, pemberian PMT, dan pelaporan (administrasi). Sedangkan kader baru tidak mengerjakan tugas membuat pelaporan.

Pada H + Posyandu ketua kader membuat laporan, baik registrasi maupun formulir F1 (alat pemantau status gizi). Apabila ditemukan kasus BGM/ BGT pada saat hari buka Posyandu, maka kader akan melaporkan kepada petugas gizi

agar ditindaklanjuti. Laporan kasus BGM dari Posyandu sangat penting bagi petugas gizi untuk mendeteksi dini kasus BGM di 72 Posyandu di Kec. Pejagoan.

Petugas gizi mengakui mendapatkan kesulitan mengoleksi formulir F1 tersebut karena adanya keterlambatan laporan (seharusnya diserahkan paling lambat setiap tanggal 2) atau tidak dilaporkan dari Posyandu. Sementara itu petugas gizi berkewajiban melaporkan status gizi Balita ke dinas kesehatan setiap tanggal 10. Oleh karena itu petugas terpaksa memasukkan data fiktif status gizi Balita ke dalam laporan demi memenuhi kewajibannya kepada dinas kesehatan. Batas tanggal 2 dan 10 ditetapkan dari Dinkes Kebumen. Sebagaimana ungkapan berikut ini:

*“saya laporkan dengan bulan yang kemaren, kalo ndak ya saya tambahi sedikit atau kurangi sedikit hehe.. karena harus ada, tapi F1 nggak nyampe gitu. Formulir F1 per Posyandu ini saya rekap semua, jadinya kayak kemaren itu, komplit, diserahkan pada Kasie Gizi Dinkes ”* (Petugas Gizi PKM)

*“Kadang hambatannya udah dibuat, ditungguin.. itu kadang lupa mengantarnya ke mbak Puas (puskesmas) gitu lho..”* (bidan)

Tindak lanjut temuan kasus adalah intervensi gizi. intervensinya adalah memberikan PMT khusus selama 90 hari pada anak berupa biskuit, kemudian kader diminta untuk memantau perkembangan berat badan anak tersebut dibulan berikutnya. Namun, intervensi inipun kurang maksimal karena jatah PMT untuk anak yang BGM tidak seluruhnya dinikmati oleh penderita karena sebagian PMT tersebut dibagikan juga kepada balita sehat lainnya untuk menghindari rasa cemburu diantara ibu Balita. Sebagaimana ungkapan berikut:

*“ya saya memantau.. apa perkembangan gizinya atau penjarangan gizi buruk dan kurang,.. kan biasanya 3 bulan sekali kita ngadakan kumpulan, nanti yang ngisi sama-sama.. giliran,.. konseling juga, jadi kita kayak penyuluhan gitu tapi saya lebih mengutamakan langsung ke individual ibunya... terutama ke ibu yang anaknya BGM langsung di posyandu saja, nganu nanya kenapa, kira-kira sakit apa ndak, terus dikasi saran kayak gitu, lebih lanjut lagi kalo lagi ada dana Jamkesmas kalo dia Gakin bisa dikasi PMT 3 bulan 90 hari”* (Petugas Gizi PKM)

*“ya kasih PMT. Kasih saran pas lagi di Posyandu, kan itu ada catatannya, nanti dikasih MPASI, kasih bubur, kadang susu ya tergantung umur ya mba. Tahun 2008 nggak ada PMT, 2 tahun ya kayaknya nggak ada, tahun 2009 yang ada.”* (kader lama)

Pembina lain yang mempunyai keterkaitan dengan peningkatan pengetahuan ibu Balita adalah adalah petugas Promkes PKM Kec. Pejagoan. Petugas yang juga hanya 1 orang ini memprioritaskan Posyandu yang ada kasus penyakit untuk dibina/ disuluh, karena petugas tersebut beranggapan untuk daerah yang tidak ada kasus termasuk daerah yang tidak *urgent* dan bimbingan bidan penanggung jawab desanya masing-masing itu sudah cukup.

#### **5.11.2.2 Pelaksanaan TP**

Kegiatan TP dilaksanakan oleh kader yang sama di Posyandu, dan dibantu oleh guru Taman Kanak-kanak (TK) yang bersedia menjadi guru sukarelawan di TP, serta ibu-ibu Balita yang mendampingi anaknya selama kegiatan berlangsung khususnya anaknya yang masih takut. Penanggung jawab TP adalah ketua kader yang merupakan bagian atau anggota dari Tim Pengelola Posyandu (TPP) Desa Kedawung. Hal tersebut disampaikan oleh kader sesuai dengan pernyataan mereka dalam FGD:

*“ada 1 guru TK, biasanya dimintai pendapat buat materi besok, kalo guru TK kan lebih pengalaman... kita ngikutin”* (kader dari Posyandu N/D tinggi)

*“ ya ibu-ibu Balitanya. Misalnya kan nangis karena anaknya takut nggak bisa, ntar dipanggil ibunya ke sini...”* (kader dari Posyandu N/D rendah)

Jadwal buka TP disepakati bersama kader dan masyarakat. Frekwensi kegiatan TP 1 kali seminggu . Hampir semua tempat TP diselenggarakan di rumah-rumah kader kecuali TP RW 6 menumpang di Pustu, dan TP RW 8 menumpang di teras TK milik sebuah yayasan. Metode yang digunakan dalam penyelenggaraan kegiatan bermain sambil belajar di TP adalah metode tematik berdasarkan aspek perkembangan anak. Dari telaah dokumen Laporan Pelatihan TP Tahun 2007 diketahui bahwa kader telah dilatihkan cara merencanakan

program stimulasi untuk anak balita secara partisipatoris, prinsip dasar perkembangan anak dan ketrampilan memantau perkembangan anak.

Salah satu kegiatan TP adalah makan bersama. Pada acara makan bersama, TP menyediakan makanan komplit yang terdiri dari karbohidrat, protein dan lemak untuk anak-anak 1 kali seminggu saja, sedangkan 3 minggu berikutnya anak-anak diberikan makanan selingan seperti agar-agar atau roti atau buah, dsb secara bergantian, dan menu seperti ini juga yang diberikan untuk PMT 1 kali sebulan di Posyandu.

Untuk bimbingan teknis metode pembelajaran TP, Koordinator Program RP mengungkapkan Kegiatan TP seharusnya melibatkan dinas pendidikan kabupaten sebagai pihak yang memahami teknis, tetapi kenyataannya Dinas Pendidikan dan Olahraga (Dikpora) Kab. Kebumen belum pernah datang membina kader.

*” Dinkes merasa TP (atau bahasa mereka Posyandu model) adalah produk inovatif mereka. Jadi hal paling dasar yang membuat Dinkes dan Dikpora tidak bisa terintegrasi mereka sama-sama merasa bahwa TP berbeda dengan Pos PAUD, oleh karena itu Dikpora tidak mau ada campur tangan sama sekali baik dalam hal pembentukan sampai pelaksanaan TP. Karena dianggap bukanlah bagian dari Tupoksi mereka” (Koord. Prog. RP)*

Hal tersebut dibenarkan oleh Kepala Seksi PAUD Dikpora tidak berani menjajaki TP lebih jauh karena khawatir akan melanggar peraturan wilayah kerja yang berlaku. Kemudian dijelaskan lebih jauh bahwa bahwa sejak menduduki jabatannya di Dikpora, Kasie PAUD belum melakukan koordinasi kerja dengan sektor lain terkait TP, keberadaan TP diketahui dari teman sekerja secara informal. Sesuai dengan ungkapan berikut:

*“...koordinasi Dinkes dengan kami belum sampai ke situ meskipun kami sendiri juga ingin ya, tapi saya sendiri juga punya batas-batas yang mana saya bisa saya masuk, mana yang saya nggak boleh masuk, karena itu kan kewenangannya Dinkes, ya bunyinya aja TP ya bukan Pos PAUD... Dinkes tidak meminta kami untuk menyisipkan program PAUDnya ke TP itu ya kami akan jalan ke sana gitu” (Kasie PAUD)*

Dinkes Kebumen selaku rekan kerja langsung lembaga donor menyatakan bahwa TP tidak bisa disamakan dengan PAUD karena TP berprinsip UKBM, berbeda dengan PAUD yang mana pengelolanya mendapat incentive dari pemerintah. Kabid. PSDMK mengungkapkan bahwa *leading sector* Posyandu dan TP adalah dinas kesehatan, Dikpora diperlukan kontribusinya hanya sebagai nara sumber di TP untuk memberikan bimbingan teknis penyelenggaraan pendidikan anak. Berikut petikannya:

*“Posyandu model tetap TP tidak akan berubah menjadi PAUD karena konotasi PAUD itu lebih ke arah Dikpora, gitu kan? kalo TP itu Posyandunya sendiri kan UKBM jadi masyarakat yang kerja di situ tidak digaji...karena gini lho saya liat masalahnya adalah kadernya kalo yang di PAUD digaji kalo di TP tidak digaji gitu lho mba,... jadi kalo saya tidak akan mengganti judulnya tetap TP karena kadernya bekerja untuk mereka sendiri, ya seperti konsep KSF yang telah diajarkan dulu”* (Kabid PSDMK)

### **5.11.3 Perilaku Ibu Balita Menimbang Anak-anaknya**

Sebagian besar informan ibu Balita dengan anak usia 3-5 tahun ini mengungkapkan bahwa mereka mengantarkan sendiri anak-anak ke TP. Dan anak-anak mereka sudah jarang ditimbang di Posyandu karena sudah dilakukan di TP setiap akhir bulan. Meskipun di Posyandu disediakan PMT dan terkadang ada penyuluhan, ibu Balita lebih memilih pergi bekerja daripada ke Posyandu kecuali pada bulan-bulan vitamin.

Penimbangan Balita di TP menimbulkan sedikit permasalahan pencatatan perkembangan BB anak. Informan kader menyatakan bahwa ibu Balita sering lupa membawa buku KIA ke TP karena sudah terbiasa tidak membawa buku tersebut selama 3 kali/ minggu sebelumnya, sehingga perkembangan berat badan anak sering tidak tercatat dengan baik. Namun setelah digali lebih jauh permasalahan tersebut dapat diselesaikan dengan mudah oleh kader karena kader mencatat sementara di buku bantu kegiatan asalkan kader bersedia mencari data yang lama pada saat buku KIA dibawa oleh ibu Balita. Sebagaimana ungkapan berikut:

*“Ya kalo abis nimbang pasti dibawa semua, nanti pas nimbang lagi suka lupa bawanya, Ya tapi kalo takut rusak ya ditinggal”* (3i/fgd/3)



#### 5.11.4 Perilaku Ibu Balita Memilih dan Menyiapkan Makanan

Subbab ini akan menyajikan hasil penelitian tentang cara ibu Balita memilih dan menyiapkan makanan untuk anak dan berbagai faktor yang mempengaruhinya serta pola pemberian makan anak.

##### 5.11.4.1 Dasar Pemilihan dan Cara Menyiapkan Bahan Makanan

Hampir semua (10 dari 14) informan ibu Balita mengungkapkan dasar pemilihan bahan makanan yang akan dimasak setiap hari lebih sering mengikuti kemauan atau kesukaan anak. Cara menyiapkan makanannya pun salah. Sayur dipotong-potong terlebih dahulu sebelum dicuci, bahkan ada ibu Balita yang motong sayur malam hari untuk dimasak esoknya, dan masih ada ibu Balita yang masak sayur sampai berubah warna dengan alasan lebih rasanya lebih enak.

##### 5.11.4.2 Bahan Makanan Yang Sering Dibeli Ibu Balita

Secara umum, bahan makanan yang sering dibeli oleh ibu Balita di 2 kelompok adalah sayur sayuran, tempe dan tahu, hanya 2 ibu Balita saja dengan anak yang berat badannya naik mengungkapkan bahwa sesekali membeli daging, telur, dan buah. Sebagaimana ungkapan berikut ini:

*” ya seringnya ya sayuran, kangkung, bayam, tahu, tempe, telur, buah” (2a/8)*

*” Yang nasional tuh tempe, tahu, ya kalo ada sih, lauk ada, daging sih ada, tapi jarang beli-lah, kadang-kadang. Sayurannya, kadang kangkung, terong, ketewel, nangka, kol, ya ganti-ganti-lah. Ini kadang lauknya ya telur-lah” (2a/10)*

Hasil observasi peneliti di tukang sayur, seorang tukang sayur berjualan di lokasi yang cukup bersih meskipun tidak menggunakan meja khusus (lantai tembok dialas plastik), tidak banyak lalar dan tempat berjualan cukup luas. Bahan makanan yang disediakan hampir semuanya sayur-mayur, bumbu-bumbu sederhana, buah jeruk, 1 ekor ayam yang sudah dipotong-potong, telur kira-kira 1,5 kg, sedikit ikan asin yang telah dimasukkan ke dalam plastik ukuran ½ kg, kerupuk dan singkong. Selama peneliti berada di lokasi (mengamati dari jauh,

tidak berkomunikasi dengan penjual), belum ada pembeli yang mengambil ayam dan telur.

#### 5.11.4.3 Frekwensi Pemberian Makan dan Pola Makan Anak

Lebih dari separuh (8 dari 14) informan ibu Balita menggambarkan bahwa anak makan hanya 2 kali sehari, bahkan ada yang kapan anak merasa lapar saja. Anak BGM lebih banyak yang makan hanya 2x sehari dan mereka mengeluhka biasanya anak paling susah makan di pagi hari.

Pola makan harian kelompok anak dengan BGM/ BGT kurang teratur. Sebagian besar (5 dari 7) anak memakan jajanan di pagi hari seperti getuk, roti, dan lainnya, terkadang makan nasi putih tanpa lauk atau sayur. Siang hari anak kelompok BGM mengkonsumsi nasi campur sayur dan tempe. Sore hari mengkonsumsi makanan sisa makan siang atau sebagian ibu membelikan nasi tim (seperti lontong). Anak kelompok ini jarang meminum susu dan makanan yang mengandung protein dan lemak, terkadang diberi buah yang dibeli untuk sekali makan saja (buah potong).

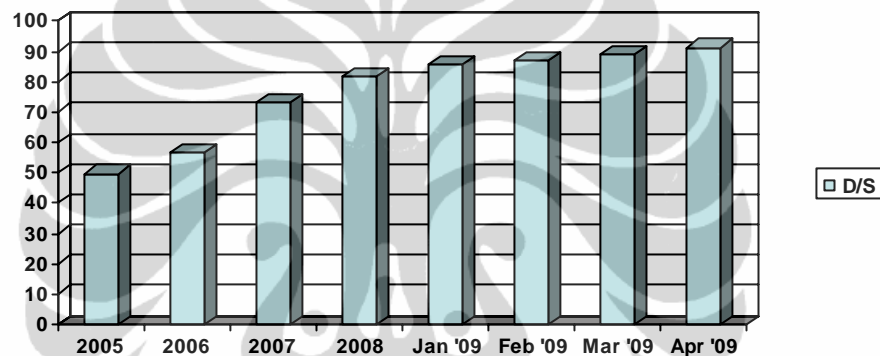
Pola makan kelompok anak yang berat badannya naik lebih teratur dan jenis makanan yang dimakan anak lebih bervariasi dibandingkan kelompok sebelumnya. Berikut konsumsi makanan dari pagi hingga sore:

- Pagi: nasi dan sayur, bubur kacang ijo buatan sendiri, sayur dengan lele, nasi dengan daging, lontong, roti isi coklat
- Siang: nasi dengan sayur, kadang beli lontong sate,
- Sore/ menjelang malam: jajan, kates, nasi dan sayur
- Susu: sebagian kecil (3 dari 7) anak rutin meminum susu 2 s/d 3 kali perhari.
- Buah: kadang mengkonsumsi buah sesuai permintaan anak, buah tidak selalu tersedia di rumah.

Hampir semua anak suka jajan dan semua ibu Balita menuruti kemauan anak untuk jajan, alasannya adalah untuk menghindari anak menangis karena dapat mengganggu pekerjaan ibu. Rata-rata jajan anak perhari Rp.5000. Jenis jajanan yang paling sering dikonsumsi anak-anak adalah permen, bakso, makanan ringan seperti Chiki dan lainnya.

### 5.12 Gambaran Keberhasilan Usaha Perbaikan Gizi Balita

Pemanfaatan PTTP dapat dilihat dari jumlah anak yang datang ke pusat penimbangan (Posyandu dan TP) dibandingkan dengan seluruh Balita sasaran di wilayah tersebut atau lebih dikenal dengan grafik D/S. Grafik D/S masing-masing RW di Desa Kedawung sulit untuk diperoleh secara lengkap, namun dari Data SKDN Desa kedawung yang dikeluarkan oleh Puskesmas Pejagoan dapat disimpulkan bahwa pemanfaatan Posyandu Desa kedawung menunjukkan peningkatan dan stabil tinggi. Seperti terlihat pada tabel berikut ini:



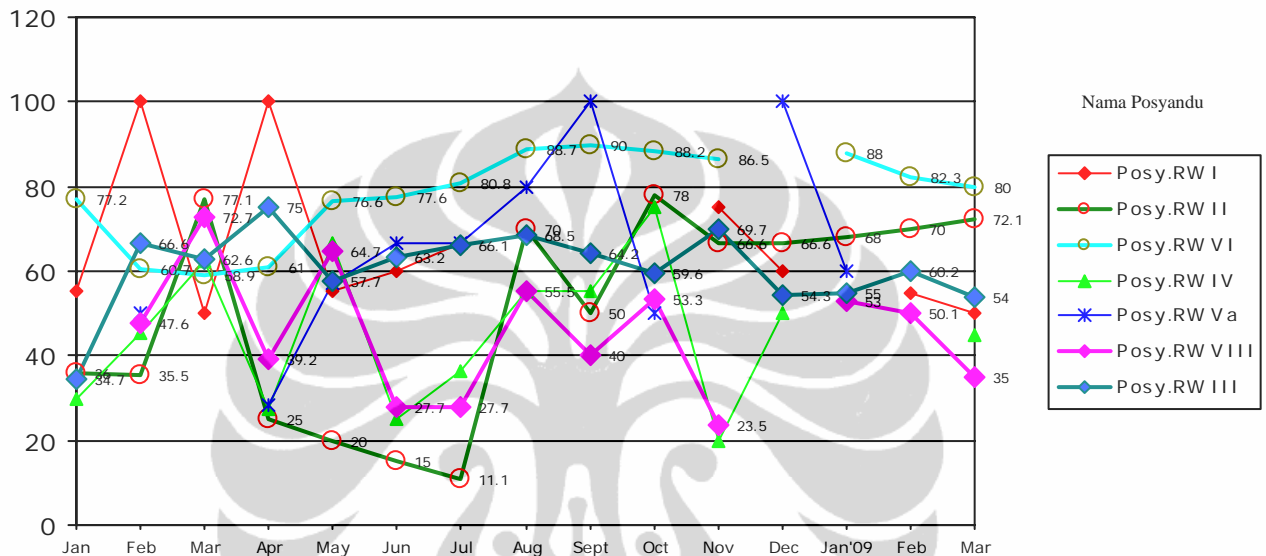
Gambar 5.4: Grafik D/S Balita Desa Kedawung (%) Tahun 2005 - 2009

Sumber: PKM Pejagoan, 2009

Keberhasilan program penimbangan di Posyandu tergambar dari jumlah anak yang naik berat badannya dibandingkan seluruh anak yang ditimbang bulan tersebut atau yang lebih dikenal dengan grafik N/D. Tidak semua (2 dari 9) Posyandu tidak mempunyai arsip formulir F1, sehingga perkembangan N/D nya selama 2008 tidak bisa diketahui.

Petugas gizi PKM mengungkapkan bahwa standar N/D Kec. Pejagoan adalah 80%, dan penghitungan data N/D tahunan berdasarkan data pada bulan Desember. Grafik N/D 7 Posyandu di Desa Kedawung setiap bulan hampir seluruhnya di bawah standar. Hanya 1 Posyandu yang memiliki rata-rata N/D mencapai 80% yaitu Posyandu RW 6. Pada tabel berikut terlihat bahwa ada

beberapa Posyandu yang mencapai N/D 100%, hal tersebut tidak serta merta berarti keberhasilan programnya bagus, melainkan karena jumlah anak yang ditimbang pada bulan tersebut sangat sedikit (2-5 orang), dan jumlah tersebut jauh dari jumlah sasaran di wilayah tersebut. Berikut data keberhasilan program penimbangan Balita usia 3-5 tahun 9 RW di Desa Kedawung:



Gambar 5.5: N/D Balita Usia 3-5 Tahun Desa Kedawung (%) Januari 2008 – Maret 2009

Sumber: Masing-masing Posyandu di Kedawung, 2009

Rata-rata jumlah Balita yang mengalami BGM atau BGT berjumlah 7 orang setiap bulan di tahun 2008. Jumlah terbanyak pada bulan November dan Desember sebesar 15 kasus (Puskesmas Pejagoan, 2008). Kesimpulannya terdapat 1,2% hingga 3% Balita mengalami BGM/BGT dan jumlah ini dilaporkan secara tertulis melalui formulir F1. Sedangkan Balita yang mengalami ketidaknaikan berat badan tetapi masih berada di garis hijau akan dilaporkan secara lisan saja kepada bidan setiap selesai kegiatan Posyandu, dan kepada petugas gizi setiap 3 bulan sekali pada pertemuan kader kecamatan.

Keberhasilan lain yang dilihat oleh bidan selain dari perkembangan grafik N/D adalah kesadaran ibu tentang pentingnya TP mulai meningkat. Sedangkan

petugas gizi PKM merasakan keberadaan TP sangat membantunya memantau status gizi Balita usia 2 tahun ke atas dan PMT di TP dapat memperkecil jumlah anak BGM. Sebagaimana ungkapan berikut:

*“kalo secara umum keberhasilannya jelas ada 'ngeh. ada keliatan pengembangan dari awal sebenarnya blm begitu sesuai harapan, kader msh ada kader kurang pede dlm memberikan penyuluhan tapi utk pelaksanaan yaa.. tergantung kadernya juga..., Trus dirasakan juga oleh ibu Balita ya yang sudah menyadari akan pentingnya stimulasi, pendidikan anak dini, juga pentingnya TP, kesadaran ibu Balita sudah mulai membaik, kalo libur suka ditanya kok libur? diganti kapan?” (1g/ bidan)*

*“saya berterima kasih karena itu membantu penjarangan itu, anak umur di atas 1 tahun jadi ada catatan SKDN nya, terus juga meningkatkan gizinya juga kan ada PMTnya juga yah, .. akan memperkecil jumlah anak yang BGM lah” (1g/ Petugas gizi)*

TP dianggap cukup berhasil oleh informan kader selaku pengelola TP. Pernyataan informan kader tersebut dibenarkan oleh informan ibu Balita. Sebagian besar (2 grup dari 3) informan kader mengatakan bahwa kegiatan TP sudah berhasil. Mereka melihat keberhasilan tersebut dari perkembangan kepercayaan diri anak, keterampilan anak bernyayi, mewarna dan sebagaimana, yang mana semua itu merupakan modal dasar untuk masuk ke Taman Kanak-Kanak (TK).

## **BAB VI**

### **PEMBAHASAN**

#### **6.1. Keterbatasan Penelitian**

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan, sebagai berikut:

1. Metode penelitian ini bersifat kualitatif, kemungkinan subyektifitas dalam menginterpretasikan data dapat saja terjadi. Namun hal tersebut telah diminimalisir dengan melakukan triangulasi sumber dan metode agar kevalidan data tetap terjaga.
2. Tidak semua informan kader dapat mengikuti diskusi kelompok. Informan kader RW 3 tidak bisa menghadiri undangan diskusi kelompok karena faktor cuaca dan lokasi diskusi yang cukup jauh.
3. Pengumpulan data dilakukan oleh lebih dari satu orang, sehingga kedalaman penggalian informasi berbeda-beda, oleh karena itu pengumpul data melakukan diskusi setiap hari untuk menyamakan persepsi.
4. Data keberhasilan program Posyandu RW VB dan VII tidak bisa diketahui karena kader penanggung jawab yang biasa bertugas membuat laporan kegiatan Posyandu sudah tidak berdomisili lagi di Kedawung
5. Observasi ke rumah informan ibu balita yang tadinya direncanakan untuk melihat cara ibu menyiapkan dan memasak makanan tidak bisa dilaksanakan karena informan ibu memasak biasanya dilakukan antara jam 6-7 pagi sebelum berangkat bekerja. Selain itu, terlihat informan menolak secara halus untuk didatangi ke rumah untuk melihatnya memasak.

#### **6.2. Gambaran Informan**

##### **6.2.1. Informan kader**

###### **6.2.1.1. Umur Kader**

Mayoritas informan kader di Desa kedawung berusia muda (< 40 tahun) yaitu sebesar 87,5%. Sebuah penelitian menyatakan bahwa kader lebih tua akan

lebih dipercaya oleh masyarakat. Penelitian oleh Syahmasa dari Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia tersebut telah membuktikan bahwa kader berusia lebih tua ( $\Rightarrow$  40 tahun) lebih dipercaya oleh masyarakat nasehatnya dibandingkan kader yang lebih muda. Hasil penelitian ini tidak memperkuat penelitian Syahmasa karena dilihat dari kecenderungan pola kunjungan Posyandu Kedawung selama 3 tahun 4 bulan terakhir yang terus meningkat meskipun mayoritas kadernya berusia lebih muda. Temuan ini juga tidak mendukung penelitian Jauri (1994) yang menyatakan bahwa tingkat pengetahuan, motivasi dan umur dapat mempengaruhi keterampilan kader. Hal tersebut terlihat dari kemampuan informan kader dalam mengisi KMS. Kader lebih tua masih melakukan kesalahan dalam menentukan umur anak pada saat pertama kali ditimbang.

#### **6.2.1.2. Pendidikan Kader**

Lebih dari separuh informan kader berpendidikan tinggi (SLTA dan perguruan tinggi), separuhnya lagi (6 dari 10) informan kader berpendidikan rendah (SLTP dan SD). Direktorat Bina kesehatan Masyarakat Depkes RI dalam Hayati N (2000) mengemukakan bahwa pendidikan/ pengetahuan seseorang akan mempengaruhi perilaku individu, semakin tinggi pendidikan akan meningkatkan kesadaran untuk berperan serta dalam tugasnya. Ungkapan Binkesmas dalam penelitian Hayati tahun 2000 tersebut menjelaskan penelitian ini, bahwa kecendrungan pola kunjungan ke Posyandu di Desa Kedawung terus meningkat yang mungkin saja dipengaruhi oleh tingginya latar pendidikan kader. Hal tersebut diperkuat juga oleh penelitian Hayati N membuktikan pendidikan kader yang rendah berpengaruh terhadap cakupan penimbangan Balita.

#### **6.2.1.3. Masa Kerja Menjadi Kader**

Masa kerja mempengaruhi jenis pekerjaan yang dipercayakan kepada kader untuk dilakukan. Rata-rata lama kader bekerja sebagai kader lama adalah 11 tahun 6 bulan, sedangkan kader baru 2 tahun 5 bulan, dan diantara kader baru tersebut tidak ada yang bekerja sukarela menjadi kader kurang dari 1 tahun. Informan kader baru lebih banyak dibandingkan kader lama (9 dari 16) orang.

Sutarto dan Gunarti yang dikutip oleh Sutanto (2006) menyatakan bahwa lamanya kerja sebagai kader di Posyandu menentukan mutu kader, kader lama dapat lebih dikenal oleh pengunjung Posyandu, sehingga memudahkan berinteraksi pada waktu melaksanakan kunjungan rumah tetapi keadaan tersebut juga dapat menimbulkan rasa bosan dalam melakukan tugas.

Hal tersebut tidak sepenuhnya benar dalam penelitian ini. Kader lama tidak lebih tepat dalam mengisi KMS dan menginterpretasikan hasil penimbangan pada saat diberikan kasus hasil penimbangan Balita. Hal tersebut disebabkan oleh beberapa hal; pertama karena belakang pendidikan informan kader lama sebagian besar berlatar belakang pendidikan SD dan SMP (pendidikan rendah) keterbatasan ini menyulitkan mereka beradaptasi dengan perubahan perubahan cara menghitung umur bayi apalagi kurang diperkenalkan kepada kader lama, kedua; tingginya beban kerja kader lama mengakibatkan terbatasnya waktu mereka untuk melihat kembali bahan pelatihan terbaru yang telah diberikan, dan sebagainya. Hal serupa juga diungkapkan oleh bidan bahwa kesalahan yang sering dilakukan kader adalah menentukan umur anak pertama kali dilayani di Posyandu.

## **6.2.2. Informan Ibu Balita**

### **6.2.2.1. Umur Ibu Balita**

Rata-rata umur ibu Balita dengan anak yang BGM/ BGT lebih muda dibandingkan ibu dengan anak yang berat badannya naik yaitu 29 tahun : 36 tahun. Semua informan ibu Balita baik yang anaknya BGM maupun BB naik sudah berusia matang atau masa produktif (>20 tahun) untuk mengandung dan melahirkan anak, dapat tergambar dari batas umur informan ibu Balita termuda adalah 25 tahun.

### **6.2.2.2. Pendidikan Ibu Balita**

Peneliti menemukan fenomena bahwa lebih dari separuh informan ibu Balita dengan anak usia 3-5 tahun berpendidikan rendah. Pendidikan informan ibu Balita yang BGM/ BGT lebih banyak berpendidikan rendah dibandingkan kelompok ibu Balita dengan anak BB naik. Hasil penelitian ini sesuai dengan yang dikemukakan oleh Notoatmodjo (2005) bahwa ciri-ciri struktur sosial



(tingkat pendidikan, pekerjaan, kesukuan) seorang individu berpengaruh terhadap kecenderungannya untuk menggunakan pelayanan kesehatan. Hal tersebut terbukti dari pemanfaatan Posyandu sebagai salah satu wadah pemberi pelayanan kesehatan dasar di tengah-tengah masyarakat yang tidak seprofesional dokter spesialis anak lebih banyak dimanfaatkan oleh para ibu-ibu yang berpendidikan rendah.

Hal di atas berbeda dengan para ibu muda berpendidikan tinggi di daerah perkotaan yang lebih memilih menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan lain untuk memelihara kesehatan anaknya misal dokter spesialis anak yang memang sangat banyak di perkotaan baik praktek pribadi maupun di RS. Kebanyakan ibu muda di perkotaan bekerja dan dari pekerjaan itu mereka mendapatkan upah/ gaji yang cukup besar sehingga mereka memiliki kemampuan untuk mengakses pelayanan kesehatan lain seperti dokter spesialis dibandingkan Posyandu.

Dari hasil wawancara peneliti menyimpulkan bahwa fenomena ini berhubungan erat dengan faktor pekerjaan dan penghasilan keluarga, oleh karena mereka berpendidikan rendah, mereka tidak mempunyai pilihan atau kesempatan pekerjaan lebih baik dibandingkan dengan orang berpendidikan tinggi. Lapangan kerja terbanyak yang tidak mementingkan latar belakang pendidikan di Kedawung adalah buruh genteng atau buruh serabutan, sehingga sebagian besar informan ibu balita berprofesi sebagai buruh, meskipun mereka menyadari upah harian yang diperoleh hanya cukup untuk menutupi kebutuhan makan dan minum harian.

Pendidikan dapat berfungsi sebagai dasar seseorang untuk berperilaku sesuai dengan tingkatan dan jenis pendidikan yang diikuti. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Herianto dalam Sutanto (2006) menyatakan bahwa ada hubungan bermakna antara pendidikan responden dengan partisipasi masyarakat (D/S) di Posyandu.

### **6.2.2.3. Jumlah Anak Balita Dalam Keluarga**

Menurut Bailon dalam Sambas (2000) menyatakan bahwa jumlah keluarga yang melebihi sumber daya di suatu keluarga akan menimbulkan berbagai masalah diantaranya adalah ketidaksanggupan di dalam mengambil tindakan kesehatan. Menurut Juarsa dalam Sutanto (2006) tidak ada hubungan

bermakna antara jumlah anak balita dengan partisipasi masyarakat. Penelitian ini memperlihatkan kecenderungan sama dengan penelitian Juarsa, karena dari 7 ibu yang memiliki anak BGM/BGT hanya 1 keluarga yang memiliki 2 orang Balita.

#### **6.2.2.4. Pekerjaan Ibu Balita**

Hampir semua (5 dari 7) informan ibu Balita dengan anak BGM/ BGT bekerja. Sedangkan sebagian kecil (3 dari 7) informan ibu Balita dengan BB anak naik juga bekerja. Jenis pekerjaan yang paling banyak ditekuni (7 dari 8) informan ibu Balita adalah buruh genteng atau buruh serabutan di pabrik/ industri genteng yang berlokasi tidak jauh dari rumah tinggal mereka sendiri. Dengan status bekerja dari pagi hingga sore pada sebagian besar informan ibu Balita tentu waktu ibu sangat terbatas untuk memperhatikan makanan dan kebutuhan gizi anaknya. Apalagi lokasi pekerjaan mereka memungkinkan bagi anak-anak untuk ikut ibunya ke tempat kerja sehingga anak tidak lagi sempat tidur siang.

Hal di atas mendukung hasil penelitian yang dilakukan oleh Efrianna P. (2003) di sebuah perumahan di kab. Semarang yang membuktikan bahwa status gizi anak yang ibunya bekerja lebih rendah daripada ibu yang tidak bekerja. Pada penelitian tersebut dibuktikan bahwa anak yang ibunya tidak bekerja berstatus gizi baik sebesar 82,76%, sedangkan anak yang ibunya bekerja hanya 68,42%.

Lapangan kerja terbanyak di Kedawung sebagai buruh memberikan sedikit perbedaan pada kondisi status gizi anak, di mana pabrik genteng berada di sekitar rumah mereka sendiri sehingga memungkinkan bagi ibu-ibu yang bekerja untuk membawa mereka ke tempat kerja, sehingga sangat masuk akal jika anak yang diajak ke tempat kerja ibunya tidak ada tempat untuk beristirahat siang. Meskipun ibu diberikan waktu istirahat selama 1 jam di siang hari, itu hanya cukup untuk melakukan makan siang dan mengerjakan pekerjaan rumah lain yang belum terselesaikan.

Jam kerja berkisar antara 6 sampai 8 jam tergantung kesepakatan pemilik pabrik dengan pekerja. Mulai bekerja jam 07.30 atau 08.00 WIB, ada yang istirahat 2 kali yaitu jam 10.00-10.30 dan 11.30-12.30 WIB atau hanya 1 kali istirahat pada jam 12.00-13.00 WIB. Jam kerja selesai pukul 15 atau 16.00 WIB.

Informan ibu biasanya akan pulang pada istirahat siang (12.00-13.00 WIB) untuk makan siang karena di pabrik tidak disediakan makan siang.

### **6.2.3. Informan Kunci**

#### **6.2.3.1. Masa kerja di Jabatan Sekarang**

Informan kunci dengan masa kerja terlama di bidang yang sama adalah bidan penanggung jawab wilayah (16 tahun). Hal tersebut menggambarkan penguasaan situasi dan kematangan sikap informan dalam menghadapi berbagai permasalahan di lapangan.

Terdapat 3 orang informan kunci yang baru menduduki jabatannya kurang atau 1 tahun, yang mana keberadaan bidang/ seksi/ departemen jabatan tersebut sangat signifikan terhadap 'warna' layanan perkembangan usia dini di masa depan.

Sutarto dan Gunarti yang dikutip oleh Sutanto (2006) menyatakan bahwa lamanya kerja sebagai kader di Posyandu menentukan mutu kader. Apabila dikaitkan dengan temuan ini, kecenderungan informan kunci yang baru menduduki jabatannya terlihat belum menguasai kondisi dan kesulitan teknis di lapangan, sebagian besar waktu di kantor terpakai untuk mempelajari hal-hal prinsip pekerjaan, beradaptasi dengan lingkungan dalam dan luar kantor dan menelusuri jaringan kerja yang telah dibuka oleh pemegang jabatan sebelumnya.

### **6.3. Analisis Faktor Individu Kader Dalam Usaha Perbaikan Gizi Balita**

Subbab ini menganalisis faktor-faktor yang terkait kader terutama faktor keterampilan kader dalam menyelenggarakan Posyandu dan taman Posyandu, faktor motivasi kader bekerja menjadi pekerja sukarela di Posyandu dan faktor persepsi kader terhadap pentingnya pekerjaannya, manfaat Posyandu dan taman Posyandu dan pentingnya alat permainan edukatif di taman Posyandu.

#### **6.3.1. Keterampilan Kader**

Gibson mendefinisikan keterampilan adalah kecakapan yang berhubungan dengan tugas yang dimiliki dan dipergunakan oleh seseorang pada waktu yang tepat. Selanjutnya Gibson menggolongkan keterampilan sebagai salah satu

variabel individu yang berpengaruh terhadap perilaku individu tersebut dalam berprestasi menghasilkan sesuatu.

Demikian pula dengan kader. Kader seharusnya memiliki kecakapan tertentu yang berhubungan dengan tugasnya pada H – Posyandu, hari H dan H + Posyandu. Keterampilan kader yang diamati pada penelitian ini adalah keterampilan melayani pendaftaran, menimbang, mengisi dan menginterpretasikan KMS, menyuluh dan membuat laporan.

Keterampilan kader melayani pendaftaran sudah baik. Buku-buku terkait dengan pendaftaran bayi, Balita, ibu hamil dan lainnya telah disiapkan di meja pendaftaran, kader yang berada di meja pendaftaran pun meregistrasi pengunjung yang datang secara cepat dan mengisi semua data yang diperlukan di buku KIA masing-masing pengunjung. Demikian juga dengan keterampilan menimbang, kader telah mengikuti 8 langkah penimbangan anjuran Departemen kesehatan dalam Pedoman Kadarzi tahun 2008.

Keterampilan kader mengisi dan menginterpretasikan KMS perlu direview kembali untuk menghindari kesalahan-kesalahan yang kelihatannya kecil namun berdampak besar terhadap pencatatan pertumbuhan dan status gizi Balita. Seperti yang dikatakan bidan penanggung jawab wilayah bahwa kesalahan yang kadang dilakukan kader menurut bidan adalah tidak menanyai (*anamnessa*) ibu Balita secara lengkap sebelum menentukan bulan kedatangan bayi dan menuliskannya di KMS di kolom nol bulan, akibatnya berat badan yang dituliskan tidak sesuai dengan usia anak sebenarnya atau terjadi *false positive*.

Keterampilan kader menyuluh, memberi konseling dan melatih ibu Balita baik di Posyandu maupun TP masih perlu ditingkatkan. Kader kurang menguasai materi yang disampaikan selain juga kurang percaya diri dalam menyampaikan. Keterbatasan-keterbatasan tersebut perlu diatasi karena dapat mempengaruhi perilaku ibu Balita untuk datang ke Posyandu. Sebagaimana penelitian yang dilakukan oleh Hayati (2000) dan Juarsa (2004) membuktikan keterampilan kader dalam penyuluhan mempunyai hubungan bermakna dengan cakupan penimbangan Balita di Posyandu.

Hal-hal yang perlu mendapat perhatian adalah keinginan kader untuk memberikan pengetahuan kepada ibu Balita di lingkungannya, ketergantungan kader terhadap bidan untuk memberikan penyuluhan kepada ibu Balita harus dikurangi, dan kepercayaan diri kader memberikan penyuluhan di depan publik termasuk bidan yang sedang memberikan pelayanan kesehatan di lokasi pemberian penyuluhan harus lebih ditingkatkan. Penguasaan materi dan peningkatan kepercayaan diri diberikan melalui pelatihan atau *on the job training*, serta pendampingan pelaksanaan di lapangan secara terus menerus mengingat latar belakang pendidikan kader masih katagori pendidikan rendah (43% berpendidikan SLTP)

Tidak ada masalah dalam membuat laporan kegiatan Posyandu. Tetapi yang menjadi masalah adalah pendistribusian laporan tersebut kepada petugas gizi PKM yang sering mengalami keterlambatan atau tidak melaporkan karena alasan teknis. Berdasarkan pengamatan alasan utama keterlambatan adalah karena jarak Posyandu dengan PKM yang cukup jauh (+- 5 km dari RW terjauh di Desa kedawung), alat transportasi umum ke arah PKM adalah becak motor (Rp.5000/ tujuan). Tarif satu-satunya transportasi umum yang tersedia sebesar separuh upah harian kader. Sedangkan petugas gizi PKM yang hanya 1 orang mempunyai keterbatasan waktu untuk menjemput semua laporan.

Pada penelitian ini ditemukan ada perbedaan keterampilan kader lama dan kader baru dalam mengisi dan menginterpretasikan KMS serta pembuatan laporan ke PKM. Perlu ada perhatian khusus dari pembina untuk meninjau kembali kemampuan kader baru tersebut.

### **6.3.2. Motivasi Kader**

Motivasi adalah suatu konsep yang kita gunakan jika kita menguraikan kekuatan-kekuatan yang bekerja terhadap atau di dalam diri individu untuk memulai dan mengarahkan perilaku (Gibson, 1985). Dari pengertian di atas dapat diintisarkan bahwa intensitas (niat) perilaku akan menjadi tinggi apabila motivasinya kuat, dan sebaliknya intensitas perilaku akan menjadi rendah apabila motivasinya lemah.

Jika teori di atas dikaitkan kepada kondisi kader yang diteliti, dapat disimpulkan bahwa kader kurang mendapat motivasi atau motivasinya lemah untuk melakukan tugas penyuluhan kepada ibu Balita karena adanya rasa kurang percaya diri berbicara di depan umum dan juga karena tidak didukung oleh media penyuluhan itu sendiri. Selain itu, keberadaan petugas kesehatan di Posyandu telah menggeser fungsi kader sebagai pemberi pelayanan kepada masyarakat sebagaimana yang terjadi pada era 80an (Sasongko, 1998)

Lebih jauh Gibson menyatakan bahwa kebutuhan menunjukkan kekurangan yang dialami seseorang pada suatu waktu tertentu. Kekurangan itu mungkin bersifat fisiologis seperti makanan, psikologis seperti harga diri atau bersifat sosiologis seperti interaksi sosial. Kebutuhan masyarakat untuk menjadi kader di Desa Kedawung bukan karena kekurangan makanan karena pekerjaan sebagai kader tidak memperoleh imbalan makanan atau uang, namun lebih kepada kebutuhan sosiologis dan psikologis. Sebagaimana telah diuraikan bahwa motivasi terbesar masyarakat menjadi kader adalah ingin memajukan masyarakatnya, menambah pengetahuan dan pengalaman, serta beribadah, meskipun ada nilai tambah yang diperoleh di kemudian hari setelah menjadi kader seperti pengobatan gratis di Puskesmas dan merasa lebih dipandang di tengah-tengah masyarakat.

Apabila dikaitkan dengan teori Maslow, motivasi masyarakat menjadi kader termasuk pada kebutuhan rasa memiliki, sosial dan cinta. Kader merasa menjadi bagian penting dalam masyarakat dan ingin berbuat sesuatu untuk anak-anak di lingkungannya sendiri meskipun kebutuhan fisiologisnya tidak terpenuhi dengan menekuni pekerjaan tersebut. Hal ini sedikit bertolak belakang dari hasil survei yang dilakukan pada pelatihan *Emotional Spiritual Quetions* (ESQ) Jakarta pada awal Mei lalu, menunjukkan bahwa motif terbesar orang bekerja adalah uang. Tetapi, motif terbesar kedua adalah keluarga (terutama anak), hal ini sesuai dengan motif kader menekuni pekerjaannya tanpa imbal jasa karena ingin mendapatkan pengetahuan sehingga lebih mengerti dalam mendidik anak-anak mereka sendiri.

### 6.3.3. Persepsi kader Terhadap Pekerjaannya

Informan kader memiliki persepsi positif terhadap manfaat PTTP, pentingnya pekerjaan sebagai kader, keberhasilan PTTP dan keberadaan APE. Manfaat PTTP dapat dirasakan baik oleh kader sendiri maupun ibu Balita dan Balita sebagai sasaran langsung. Kader merasa mendapat kepercayaan dari masyarakat untuk membentuk dasar pendidikan yang kuat bagi anak-anak di desa mereka, sehingga ini menjadi salah satu motivasi bekerja di PTTP tanpa mendapatkan imbalan.

Kader melihat keberhasilan TP adalah dari perkembangan kepercayaan diri anak, keterampilan anak bernyayi, mewarna dan sebagainya, yang mana semua itu merupakan modal dasar untuk masuk ke Taman Kanak-Kanak (TK), dan semua itu tidak bisa lepas dari pengaruh keberadaan alat permainan edukatif (APE) di TP karena APE merupakan daya tarik terbesar bagi kedatangan anak-anak yang tadinya merasa takut jika dibawa ke pusat pelayanan kesehatan seperti Posyandu.

Persepsi kader tentang keberhasilan TP belum sepenuhnya benar karena indikator yang mereka gunakan dangkal dan bersifat jangka pendek. Keberhasilan TP yang seharusnya dicapai pada tingkat indikator anak adalah semua anak didik memiliki KMS/KIA untuk memantau pertumbuhan dan perkembangan anak, 75% anak didik memiliki KMS komprehensif (mencakup pertumbuhan dan perkembangan) serta catatan imunisasi anak lengkap dan lebih dari 75% anak didik memiliki kemampuan sama atau di atas kemampuan sesuai dengan tahap perkembangan anak seusianya (KSF, 2008). Indikator kepemilikan KMS anak usia 3-5 tahun, ibu Balita sering lupa membawa ke lokasi kegiatan karena mereka menganggap sudah tidak ada lagi pencatatan imunisasi, sehingga seringkali pencatatan berat badan anak hanya dicatat di buku bantu.

Persepsi kader tentang hambatan dalam upaya perbaikan gizi Balita di PTTP adalah adanya keterbatasan pengetahuan tentang perencanaan kegiatan belajar seperti membuat tema kegiatan mingguan dan keterampilan memandu anak bermain sambil belajar. Hal yang dianggap hambatan bagi kader mempengaruhi perilaku mereka dalam menyelenggarakan kegiatan upaya perbaikan gizi tersebut, misalnya kader lebih memilih mempercayakan pembuatan

rencana kegiatan mingguan kepada guru TK yang telah memiliki pengetahuan dan pengalaman tentang itu, padahal semua kader telah mendapatkan pelatihan tentang cara pembuatan rencana tersebut.

Persepsi informan ibu Balita tentang keberhasilan TP yang mengatakan TP sudah berhasil karena informan ibu melihat perkembangan anaknya yang sudah lebih mau bergaul dengan teman sebaya dan memiliki banyak teman yang sebelumnya pemalu dan tidak mau tampil. Hal tersebut terjadi karena persepsi seseorang dapat dipengaruhi oleh harapan atau *expectation*. Harapan terhadap sesuatu akan mempengaruhi Persepsi terhadap stimulus (Damayanti dalam Notoatmodjo, 2005)

#### **6.4. Analisis Faktor Ibu Balita Dalam Usaha Perbaikan Gizi Balita**

Subbab ini menganalisis faktor-faktor yang terkait perilaku ibu Balita dalam memperbaiki atau mempertahankan gizi Balitanya, terutama faktor pengetahuan ibu tentang Posyandu dan taman Posyandu, kemampuan ibu Balita untuk mengakses taman Posyandu dan makanan bergizi.

##### **6.4.1. Pengetahuan Ibu Tentang PTTP dan Makanan Bergizi**

Pengetahuan informan ibu tentang keberadaan PTTP, pengertian makanan bergizi dan macam-macam kegiatan PTTP kurang, namun pengetahuan umum tentang kegiatan PTTP telah cukup baik. Ada perbedaan pengetahuan ibu dengan anak BGM/BGT dengan ibu yang berat badannya naik. Ibu dengan anak BB naik mempunyai pengetahuan lebih lengkap tentang pengertian PTTP, tujuan penimbangan dan kegiatan perbaikan gizi di PTTP. Tidak ada perbedaan pengetahuan diantara 2 kelompok tentang kegunaan makanan bagi tubuh dan tanda-tanda kekurangan gizi, keduanya tidak mengetahui dengan benar tentang kegunaan masing-masing bahan makanan untuk tubuh.

Temuan ini dijelaskan oleh pendapat Notoatmodjo (2007) yang mengatakan bahwa perilaku seseorang memiliki 3 domain yaitu pengetahuan, sikap dan tindakan. Pengetahuan tentang tujuan PTTP dan makanan bergizi pada kelompok ibu yang berat badannya naik mempengaruhi keputusannya dalam hal menjaga atau memperbaiki gizi Balitanya. Kelompok ini lebih mempunyai alasan



yang kuat kenapa dia harus menimbangkan anaknya setiap bulan ke Posyandu. Hasil penelitian ini mendukung penelitian yang dilakukan oleh Juarsa (2004) yang membuktikan bahwa terdapat hubungan antara pengetahuan dan perilaku ibu menimbangkan anak di Posyandu.

Kunci keberhasilan menanamkan kebiasaan makan yang baik akan banyak tergantung kepada pengetahuan dan pengertian ibu akan gizi. Anak akan mencontoh memakan makanan yang dimakan oleh ibunya, kakaknya dan orang-orang di sekelilingnya. Penelitian ini menggambarkan pengetahuan sebagian besar ibu rendah mengakibatkan ibu tidak perhatian kepada kondisi gizi anaknya, membiarkan kebiasaan jajan dan membiarkan anak memilih makanan sesuai keinginannya. Seharusnya ibu membuat menu makanan harian bervariasi yang tetap mengakomodir keinginan anak namun mampu memenuhi kebutuhan gizi harian anak.

#### **6.4.2. Kemampuan Ibu Mengakses Makanan Bergizi dan TP**

Kemampuan ibu Balita mengakses makanan bergizi terbatas. Dengan penghasilan harian keluarga (suami istri) sebesar Rp.35.500, ibu harus membelanjakan sebesar Rp.10.000 untuk makanan bagi ibu dengan anak BGM/BGT. Rata-rata pada ibu balita yang berat badan anak naik, jumlah belanja makanan perhari sebesar Rp. 11.000 – 30.000, dan setiap anak biasanya jajan sebesar Rp.5000 per hari. Data memperlihatkan bahwa memang pendapatan ayah pada kelompok ini sedikit lebih besar dibandingkan kelompok BGM karena ada yang berprofesi sebagai PNS dan juragan genteng. Data potensi desa juga mendukung hasil penelitian, terdapat 430 keluarga prasejahtera, 309 keluarga sejahtera 1, dan 418 keluarga sejahtera 2 dari 2025 keluarga, artinya 57% keluarga di Kedawung masih termasuk keluarga miskin. Hal tersebut Pada penelitian ini ditemukan 5 dari 7 keluarga merupakan keluarga yang memperoleh kartu Jamkesmas untuk keluarga miskin (Gakin).

Dalam Bab V Sub Perilaku Ibu Memilih dan Memasak Makanan dituliskan bahwa jenis bahan makanan yang sering dibeli oleh Ibu Balita adalah sayur mayur yang dapat diperoleh dengan sangat mudah dari tukang sayur keliling atau warung sayur. Selain itu, ada kebiasaan membeli sayur matang dari warung

makanan seperti sayur bayam bening, tempe bacem dan sebagainya. Meskipun hanya berupa sayur yang harganya antara Rp.500 – 1600 per ikat, masih ada sebagian ibu yang merasa harga sayuran tersebut mahal. Sangat bisa dimaklumi apabila informan ibu mempunyai persepsi bahwa sumber lemak seperti ayam, ikan lele, daging dan telur merupakan bahan makanan mahal.

Temuan di atas menunjukkan bahwa kondisi keterbatasan sumber daya menghalangi perilaku ibu untuk mengakses makanan bergizi selain dari pada sayur. Hal tersebut sejalan dengan penelitian Eddy Rianto yang menyatakan adanya kenaikan tarif suatu pelayanan kesehatan di suatu PKM mengakibatkan sejumlah masyarakat semakin tersingkir dari pelayanan kesehatan tersebut. Semakin mahalnya harga ayam (Rp.35.000/Kg) dan daging (Rp.60.000/Kg) memperkecil kemungkinan kemampuan ibu Balita untuk mengkonsumsinya setiap hari.

Penelitian Zainul Hidayat tahun 2005 dalam Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Status Gizi Balita di Indonesia, Tahun 2005 membuktikan bahwa tingkat pendidikan ibu dan pengeluaran rumah tangga berpengaruh terhadap asupan gizi rumah tangga. Penelitian ini memperkuat temuan di atas, pendidikan rendah berhubungan dengan pengeluaran rumah tangga untuk makanan. Seperti telah dijelaskan bahwa mayoritas pendidikan masyarakat Kedawung termasuk kategori pendidikan rendah (43% berpendidikan SLTP dan 24% berpendidikan SD). Rumah tangga di Kedawung rata-rata mengeluarkan dana sebesar Rp.10.000 per hari untuk keperluan makanan. Hal ini saling berkait, pendidikan rendah mempersempit kesempatan seseorang untuk mendapatkan pekerjaan yang memberikan upah lebih tinggi, sehingga alokasi belanja makanan sangat terbatas, atau pendidikan rendah dapat menghalangi kemampuan seseorang untuk memahami pentingnya makanan bergizi untuk keluarga, sehingga mengalokasikan dana belanja tidak berdasarkan pertimbangan kecukupan gizi. Namun ironisnya kebiasaan jajan hampir semua anak mengeluarkan uang Rp.5.000 per hari tidak menjadi permasalahan bagi ibu. Jika dilihat jumlah uang jajan anak separoh dari jumlah pengeluaran makanan sehari-hari, apabila ibu cukup memahami, dapat dibayangkan dampak positif pada kesehatan anak apabila uang jajan tersebut

dibelikan telur atau bahan makanan lain sebagai sumber lemak dan protein anak setiap hari.

Green dalam Notoatmodjo (2005) menyatakan kemampuan seseorang mengakses suatu pusat pelayanan kesehatan merupakan faktor pemungkin seseorang untuk berperilaku. Faktor tersebut yang memungkinkan atau yang memfasilitasi perilaku atau tindakan individu. Teori tersebut menjelaskan bahwa keterbatasan ibu mengakses ayam dan daging tidak memungkinkan baginya untuk berperilaku menyediakannya sebagai konsumsi harian keluarga. Sedangkan murahnya biaya kegiatan TP (Rp.1000/ bulan dan Rp.500/ minggu) membuat mudah ibu balita untuk mengakses kegiatan tersebut sehingga memungkinkan baginya untuk mengikutsertakan anaknya di TP.

#### **6.5. Analisis Faktor Pembina Dalam Usaha Perbaikan Gizi Balita**

Subbab ini menganalisis faktor-faktor terkait pembina/ organisasi di tingkat kecamatan dan desa terutama faktor kehadiran bidan di Posyandu dan supervisi tim pengelola Posyandu desa ke Posyandu dan taman Posyandu.

##### **6.5.1. Kehadiran Bidan pada Hari buka Posyandu dan TP**

Tingkat kehadiran bidan di Posyandu tinggi. Hampir semua Posyandu dikunjungi secara rutin, meskipun bidan tidak datang ke Posyandu, sasaran Posyandu tersebut tetap dicakup dengan cara melayaninya di Puskesmas Pembantu dan praktek di rumah 24 jam.

Kegiatan bidan di Posyandu adalah memberikan pelayanan kesehatan seperti pemeriksaan ibu hamil, pengukuran tekanan darah, pengobatan, imunisasi, konseling kesehatan dan penyuluhan. Selain itu bidan mengawasi pekerjaan kader dan melakukan pembinaan teknis penimbangan, pengisian buku KIA dan sebagainya kepada kader melalui pertemuan informil setelah pelayanan Posyandu selesai semua. Fungsi bidan mengawasi merupakan salah satu fungsi *controlling* terhadap kader sebagaimana disampaikan oleh Koontz Harold dan O'Donel Cyril menyebutkan salah satu fungsi pokok dalam manajemen adalah *controlling*.

Pengawasan kepada kader perlu dilakukan agar tidak terjadi kesalahan pelaksanaan tugas, hal ini patut menjadi perhatian utama karena kesalahan teknis

penimbangan atau pencatatan hasil penimbangan akan berpengaruh buruk kepada penilaian status gizi seorang individu dan wilayah di mana individu tersebut berada. Penelitian Eddy mendukung pernyataan di atas, bahwa bimbingan dari petugas Puskesmas merupakan salah satu faktor kader yang berhubungan dengan cakupan penimbangan Balita di Kab. Aceh Timur tahun 1999.

Kehadiran bidan berpengaruh terhadap kepatuhan ibu Balita ke Posyandu. Hal tersebut dibuktikan oleh Sambas pada tahun 2002 di Kel. Bojongherang kab. Cianjur bahwa bimbingan petugas Puskesmas berpengaruh terhadap kedatangan ibu balita ke Posyandu. Ibu Balita beralasan bahwa bidan diperlukan untuk konsultasi masalah kesehatan anak dan dirinya sendiri.

Bidan pun menyadari bahwa kehadirannya berpengaruh terhadap perilaku ibu Balita dan kader. Di satu sisi bidan merasa masyarakat di wilayah kerjanya cukup mudah untuk diarahkan, namun dampak lain yang muncul adalah ketergantungan kader dan masyarakat terhadapnya atau bisa diistilahkan sebagai '*bidan oriented*' dan itu mengakibatkan kemandirian kader menjadi pelan.

#### **6.5.2. Supervisi TPP Desa Pada Hari buka Posyandu dan TP**

Pembentukan TPP Desa Kedawung berdasarkan himbauan SK Bupati Kebumen No. 411.3/894/ 2005 Tentang Pedoman Umum Pembentukan Kelembagaan Posyandu. Pada tahun 2007, Kepala Desa Kedawung membentuk tim pengelola Posyandu desa dengan SK No. 045.2/015/KEP/V 11/2007. Berdasarkan telaah dokumen potensi desa, keberadaan TPP desa tidak terdaftar sebagai salah satu lembaga masyarakat di Kedawung (Desa Kedawung, 2008)

Di Kedawung, pembinaan TPP dari tingkat kecamatan dan kabupaten belum berjalan rutin. Bidan penanggung jawab wilayah dan ketua TPP desa mengungkapkan bahwa belum ada kunjungan atau bimbingan dari pembina tingkat kecamatan, untuk pembina tingkat kabupaten, dikatakan pernah ada pembinaan pada awal-awal pembentukan dahulu, sekarang sudah tidak ada lagi.

Akibat ketiadaan pembinaan dari pembinanya, TPP desa merasa kurang mendapat arahan untuk melakukan tugas-tugasnya terhadap Posyandu. Hal tersebut dapat dimaklumi terjadi karena upaya mensosialisasikan dan mengorientasikan TPP dan PTTP kepada pengurus TPP sangat minim. Telaah

Dokumen Rancangan Anggaran kegiatan Prog. Revitalisasi Posyandu, bahwa lembaga donor melakukan sosialisasi di tingkat desa hanya melalui 1 kali pertemuan, setelah itu lembaga donor menyerahkan tanggung jawab pembinaan Pemkab. Kebumen dalam hal ini adalah tim Pokjanal dan TPP desa.

Keterbatasan upaya sosialisasi tersebut mengkondisikan pengurus TPP tidak mengetahui indikator keberhasilan PTTP itu sendiri, sehingga dengan berjalannya PTTP di tempat-tempat yang sudah direncanakan, itu sudah dianggap suatu puncak keberhasilan, padahal hal tersebut belum bisa disebut sebagai indikator keberhasilan. Indikator keberhasilan yang dapat dilihat dari masyarakat adalah:

1. Lembaga/Tim Pembina Posyandu selalu memantau dan memberikan pengarahan secara sistematis/berkala terhadap pelaksanaan program TP.
2. Terdapat partisipasi masyarakat secara aktif dalam membantu dan menjaga kelangsungan kegiatan Posyandu serta TP, baik secara langsung maupun melalui Lembaga/Tim Pembina Posyandu.
3. Segala kendala yang ada dalam pelaksanaan TP telah menjadi bahan diskusi tiap pertemuan antar masyarakat desa.

Supervisi TPP desa yang lebih sering diwakili oleh ketua Posyandu pada hari buka Posyandu hanya dilakukan pada awal-awal pembentukan saja pada akhir 2005. Alasan ketua TPP tidak lagi mengunjungi Posyandu atau TP karena ketua TPP menganggap baik Posyandu maupun TP telah berjalan sebagaimana mestinya dan sudah rutin, selain itu, ketua merasakan tidak ada program yang harus disosialisasikan ke kader-kader Posyandu atau TP.

Lembaga TPP belum mengembangkan tim secara baik. Tergambar dari ketidakaktifan anggota TPP dalam mendukung PTTP. Di atas kertas jumlah anggota TPP desa adalah 18 orang, namun fakta yang terjadi berdasarkan pernyataan kader, ibu Balita dan ketua TPP sendiri bahwa ketua TPP saja yang aktif mengunjungi Posyandu binaannya. Seharusnya sebuah tim yang kuat terbentuk apabila anggotanya mempunyai kebersamaan visi, keinginan untuk bekerja sama, keinginan untuk mencapai hasil yang terbaik dengan sifat saling mempercayai dan menghormati (Unicef dan F2h, 2004)

TPP desa belum berhasil mendapatkan partisipasi masyarakat yang lebih sustain berupa sumber dana tetap dari masyarakat swadaya terutama dari para pengusaha genteng di Kedawung. Hal tersebut bisa terjadi karena ketua TPP desa mengatakan bahwa pengusaha setempat kurang merespon jika kader datang menemui mereka, karena sering ditolak oleh masyarakat sehingga kader menjadi tidak lagi percaya diri.

Bisa dikatakan pemberdayaan masyarakat di desa kedawung belum optimal dan berjalan berdasarkan kesadaran individu-individu yang mempunyai perhatian besar terhadap PTTP. Dikatakan demikian karena hasil yang terdapat saat ini belum sesuai dengan indikator hasil pemberdayaan masyarakat menurut Notoatmodjo, 2005.

Dikatakan bahwa untuk mengukur keberhasilan pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan masyarakat dapat menggunakan indikator input, proses, output dan outcome. Dari keempat indikator ini, hanya beberapa indikator yang terpenuhi, salah satunya adalah tersedianya tempat penyelenggaraan PTTP di rumah-rumah kader secara sukarela, adanya peningkatan frekwensi pelatihan kader.

Pada penelitian di Aceh Timur oleh Eddy tahun 1999 menunjukkan bahwa Posyandu yang sering dikunjungi oleh aparat desa mempunyai cakupan penimbangan yang baik. Pada penelitian tersebut terbukti bahwa pembinaan dari desa berpengaruh terhadap cakupan penimbangan Balita karena ibu Balita merasa mendapat perhatian cukup dari masyarakat yang lebih baik kondisi ekonominya, anak-anak mereka dapat merasakan fasilitas dan pelayanan kesehatan dan pendidikan berkat partisipasi masyarakatnya sendiri.

#### **6.6. Analisis Faktor Pendorong dan Penghambat Usaha Perbaikan Gizi Balita**

Kebiasaan anak tidak istirahat siang di Kedawung cukup tinggi karena ibunya membawa ke tempat kerja. Banyak pakar menyatakan bahwa tidur siang sangat penting untuk anak. Saat tidur pertumbuhan otak balita (bayi di bawah lima tahun) mencapai puncaknya. Otak juga mengonsolidasi segala memori dan pengetahuan baru. Tak hanya itu, otot, kulit, sistem jantung dan pembuluh darah,

metabolisme tubuh, dan tulang mengalami pertumbuhan pesat saat tidur. Hal itu disebabkan tubuh balita memproduksi hormon pertumbuhan tiga kali lebih banyak dibandingkan ketika dia terbangun (Gizi.net, 2008)

Sarana sebagai salah satu input dalam sebuah sistem usaha perbaikan gizi Balita di Posyandu juga akan berpengaruh terhadap proses perbaikan gizi itu sendiri. Demi terselenggaranya kegiatan Posyandu yang baik, maka diperlukan sarana dan pra sarana yang memadai dan layak pakai. Sarana dan prasarana tersebut berupa alat timbangan, media penyuluhan, buku KIA, dan lainnya. Sarana penyuluhan di Kedawung sangat terbatas, biasanya yang digunakan untuk penyuluhan adalah buku KIA. Menurut petugas Promkes, selama ini PKM belum pernah mencetak secara khusus media penyuluhan seperti poster atau selebaran, biasanya hanya difotokopi. Sebenarnya PKM diizinkan untuk mencetak media penyuluhan dengan menggunakan dana Jamkesmas. Sarana dibutuhkan untuk meningkatkan kunjungan Posyandu (Eddy, 2000)

Selain itu petugas Promkes mencari sendiri bahan-bahan yang akan disuluhkan, biasanya bertanya kepada orang-orang Dinas kesehatan. Hal tersebut bisa dilakukan karena tidak ada perencanaan kegiatan Promkes ke Posyandu-posyandu sasaran, materi penyuluhan hanya berdasarkan penyakit musiman yang sedang berlangsung, akibatnya jika tidak ada penyakit yang sedang musim maka materi kesehatan yang telah disampaikan akan diulang-ulang kembali, tidak ada proses pemberian pengetahuan baru.

## **6.7. Analisis Pelaksanaan Usaha Perbaikan Gizi**

Subbab ini akan menganalisis pelaksanaan Posyandu, taman Posyandu dan kebiasaan menimbang dan kebiasaan makan anak di rumah, kemudian akan dibandingkan dengan referensi yang ada.

### **6.7.1. Bentuk kegiatan Posyandu dan Pelaksanaannya**

Posyandu terintegrasi TP di Kebumen merupakan salah satu bentuk revitalisasi Posyandu sesuai dengan Surat Edaran Mendagri Nomor

411.3/1116/SJ/13 Juni 2001 dalam rangka memenuhi kebutuhan kesehatan dasar dan peningkatan status gizi masyarakat. Dengan adanya revitalisasi Posyandu bentuk kegiatan Posyandu termodifikasi dari bentuk sistem 5 meja menjadi sistem 5 meja plus karena setelah meja ke 2 Balita berusia 3 – 5 atau 6 tahun dan ibunya dikumpulkan untuk mengikuti kegiatan di TP. Idealnya, jadwal buka Posyandu dan TP pada hari yang sama, tetapi karena keterbatasan tenaga, semua TP membedakan hari bukanya dengan Posyandu kecuali TP Sakura di RW VI.

Jadwal pelaksanaan Posyandu dan TP telah sesuai dengan kerangka acuan TP (KSF, 2008). Tetapi pelaksanaannya yang masih di rumah-rumah warga kurang kondusif untuk kegiatan bermain dan belajar. Sebaiknya tempat penyelenggaraan TP di sebuah lokasi permanen yang cukup luas yang bisa digunakan untuk kegiatan bermain, belajar, menyimpan perlengkapan anak dan TP, menyediakan PMT dan tersedia kamar mandi dan tempat cuci tangan dan menggosok gigi (UNICEF, 2004). Oleh karenanya, diperlukan perhatian aparat desa dan tokoh masyarakat untuk memikirkan penyediaan tempat permanen yang ideal untuk TP ini. Tempat permanen tersebut tidak harus bangunan baru, bangunan lama yang tidak terpakai milik desa dapat juga dimanfaatkan seperti tempat TP di Kota Blitar mempergunakan salah satu rumah warga yang tidak dihuni, kemudian lurah memberikan dana untuk merapikan rumah tersebut. Berbeda pula di Gianyar – Bali, Pura tempat sembahyang penganut agama Hindu dijadikan sebagai tempat TP (KSF, 2008).

Pelaksanaan konseling dan penyuluhan berkelompok oleh kader Kedawung kepada ibu Balita belum berjalan, selama ini tugas tersebut lebih sering dikerjakan oleh bidan atau petugas Promkes. Kondisi ini tidak sesuai dengan petunjuk pelaksanaan Posyandu yang dikemukakan oleh Depkes RI (2006) bahwa kader bertugas menyuluh ibu berdasarkan hasil penimbangan, memberikan pelayanan gizi kepada ibu Balita serta ibu hamil.

Sejak dibentuk terdapat 5 kegiatan pokok posyandu yaitu KIA, KB, imunisasi, gizi dan pencegahan diare. Saat ini program ditambah dengan kegiatan PHBS oleh petugas Promkes PKM, selain itu ada program-program pemberdayaan masyarakat dari TP-PKK seperti menjahit, memasak, dan lainnya. Program pokok gizi dan program tambahan kurang mendapatkan perhatian cukup



dari para pembinanya. Kader kurang mendapatkan bimbingan teknis yang lebih mendalam tentang bagaimana mendeteksi dan melakukan intervensi terhadap kasus-kasus berat badan anak tidak naik. Setelah dilakukan konfirmasi, kekurangan bimbingan teknis tersebut disebabkan karena terbatasnya tenaga dan waktu petugas yang bersangkutan. Akibatnya, bidan selaku penanggung jawab wilayah menjadi andalan/ sandaran petugas lain untuk membimbing kader karena bidan selalu ada di Posyandu, namun tentu saja kedalaman dan keluasan pengetahuan yang diberikan bidan juga terbatas karena terbatasnya waktu bidan.

Upaya *follow up* pada kelompok Balita tidak naik BBnya yang telah dilakukan saat ini adalah melaporkan kepada bidan untuk diberikan nasehat pemberian makanan dan melaporkan kepada petugas gizi setiap pertemuan kader 3 bulan sekali untuk kemudian dikunjungi dan diberikan nasehat dan jalan keluar oleh petugas gizi. Kedua upaya tersebut kurang efektif karena keterbatasan waktu bidan dan laporan ke petugas gizi sudah sangat terlambat (3 bulan) dan *availability* petugas gizi untuk mendatangi semua Balita yang bermasalah juga sangat terbatas mengingat jumlah Posyandu yang harus dibinanya sangat banyak.

Meskipun demikian, petugas gizi dan program lainnya (lintas program dan sektor) bersama-sama bidan di desa telah melakukan pencegahan untuk melindungi masyarakat yang beresiko menderita gizi buruk. Upaya tersebut adalah pemberian imunisasi, peningkatan cakupan kapsul Vit A, pemantauan pertumbuhan, penyuluhan, berkoordinasi untuk mengintervensi temuan kasus, memperhatikan kondisi lingkungan dan kondisi ekonomi. Upaya pencegahan di atas telah sesuai dengan ruang lingkup penyelidikan dan penanggulangan KLB gizi buruk (Depkes RI, 2008c)

### **6.7.2. Bentuk Kegiatan TP dan Pelaksanaannya**

Pengertian TP adalah wahana untuk menyelenggarakan kegiatan bermain sambil belajar untuk anak usia 24 bulan sampai 72 bulan (2-6 tahun) yang bertujuan untuk memberikan kesempatan kepada anak untuk bersosialisasi, melatih kemandirian, mengembangkan rasa percaya diri, dan mempersiapkan diri untuk tingkat pendidikan selanjutnya (Unicef, 2004). UNICEF bekerjasama dengan Depdiknas dan dinas pendidikan provinsi dan kabupaten/kota untuk

mengembangkan suatu model holistik yang cocok di pedesaan dan masyarakat miskin di Indonesia, sebuah model yang dikembangkan dari Posyandu yang pembentukan awal bertujuan untuk menyediakan pelayanan KIA, bernama TP.

Dilihat dari pengertian di atas bahwa konsep TP yang dikembangkan di Kedawung oleh KSF sejalan dengan Pos PAUD. Sebuah program Departemen Pendidikan Nasional (Depdiknas) yang memberikan pelayanan pendidikan di usia dini kepada anak baru lahir hingga berusia 6 tahun melalui lembaga-lembaga yang sudah ada di masyarakat terutama masyarakat pedesaan. Tujuan Pos PAUD adalah memberikan model layanan PAUD yang dapat menjangkau masyarakat luas hingga ke pelosok pedesaan, memberikan wahana bermain yang mendidik bagi anak-anak usia dini dan memberikan contoh kepada keluarga tentang cara-cara pemberian rangsangan pendidikan kepada anak untuk dilanjutkan di rumah.

Salah satu layanan PAUD alternatif yang lebih terjangkau dalam bentuk Satuan PAUD sejenis yang terdapat dalam UU Sisdiknas No.20 Tahun 2003 adalah layanan PAUD yang diintegrasikan dengan program Bina Keluarga Balita (BKB) dan Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu).

Berdasarkan telaah dokumen dan hasil wawancara kepada informan bahwa terdapat banyak persamaan antara PTTP di Kebumen dengan Pos PAUD Depdiknas, antara lain pendekatan yang dilakukan langsung kepada masyarakat untuk memberdayakan masyarakat setempat, sasaran yang dituju adalah anak usia 0-6 tahun, berprinsip mudah, murah dan bermutu, dan memperbolehkan pengelola dari kader Posyandu yang telah ada di masyarakat, frekwensi hari buka seminggu sekali, sumber pendanaan awal pembentukan dibantu oleh pemerintah atau lembaga donor, dan untuk selanjutnya menjadi tanggung jawab orangtua dan masyarakat, dan sebagainya.

Dua hal yang berbeda diantara keduanya secara tertulis adalah latar belakang pendidikan dan incentif pendidik/ penyelenggara. Pertama, latar belakang pendidikan penyelenggara yang disyaratkan oleh Pos PAUD adalah SLTA dan sederajat (Pedoman Teknis penyelenggaraan Pos PAUD, 2008). Sedangkan pendidik/ pengelola PTTP diutamakan yang berpendidikan SLTA dan sederajat, namun apabila ada kader Posyandu yang mempunyai ketertarikan besar terhadap TP, apapun latar belakang pendidikannya maka kader tersebut

diperbolehkan menjadi pendidik karena adanya keyakinan bahwa setiap kader (umumnya seorang wanita) mempunyai insting mendidik.

Kedua, penyelenggara PAUD mendapatkan dana insentif setiap bulan dari APBN melalui dinas pendidikan kabupaten, sedangkan kader penyelenggara TP tidak mendapatkan gaji. Sehubungan dengan itu, maka di situlah perlunya tim pengelola posyandu desa agar bisa memperhatikan kesejahteraan kader dan operasional Posyandu

Program pemerintah lainnya yang mempunyai kemiripan dengan TP adalah Posyandu Model. Menurut informan kunci, saat ini Dinas kesehatan Kebumen tengah mengembangkan Posyandu Model yang konsepnya sendiri masih dalam tahap pematangan. Apabila di lihat secara lebih luas lagi, saat ini beberapa dinas kesehatan di berbagai propinsi sedang menggalakkan Posyandu model salah satunya adalah Propinsi Jawa Tengah. Posyandu model merupakan lembaga pelayanan kesehatan tingkat desa yang mengintegrasikan segala aspek yang menunjang kesehatan, tumbuh kembang, dan kecerdasan anak (<http://purworejokab.go.id>).

Demikian juga dengan Kab. Jombang. Kantor Badan KB Jombang menciptakan pelayanan Posyandu Model, dimana di Posyandu model ini merupakan pengembangan dari posyandu yang sudah ada selama ini ( pelayanan 5 meja) ditambah lagi 3 meja, yaitu meja ke-6 pelayanan ketahanan Keluarga, yang membidangi kegiatan Bina-bina Keluarga, ( Bina Keluarga Balita, Bina Keluarga Remaja, Bina Keluarga Lansia ) serta PAUD ( Pendidikan Anak Usia Dini), meja ke-7 pelayanan Penyuluhan Pembangunan, meja ke-8 pelayanan Ekonomi mikro ([www.jombangkab.go.id](http://www.jombangkab.go.id)).

Terdapat perbedaan persepsi tentang eksistensi TP diantara pejabat terkait layanan perkembangan usia dini di lingkungan Pemerintah Daerah Kab. Kebumen.

Dinas Kesehatan Kebumen : TP merupakan salah satu upaya untuk membuat Posyandu menarik untuk dikunjungi agar cita-cita menjadikan Posyandu sebagai UKBM dapat tercapai, yang mana konsep TP tersebut sama dengan

Posyandu model. Kabid. PSDMK mengungkapkan bahwa TP tidak bisa disamakan dengan Pos PAUD karena prinsip UKBM tidak berlaku pada Pos PAUD karena penyelenggara Pos PAUD mendapatkan insentif dari pemerintah, sedangkan TP benar-benar swadaya masyarakat dan kerja sukarela kader Posyandu. Lebih jauh dijelaskan bahwa kegiatan bermain sambil belajar di TP tidak memiliki kurikulum seperti PAUD yang telah memiliki kurikulum.

Telaah dokumen laporan pelatihan TP dan buku-buku rencana kegiatan mingguan TP di RW 6 menunjukkan bahwa telah dibuat rencana kegiatan mingguan yang disusun setiap awal tahun belajar (bulan Juli). Dalam 1 tahun terdapat 12 tema, setiap 1 tema akan dibahas dalam 1 bulan, setiap minggu akan memainkan 1 tema dengan penekanan yang berbeda.

Dinas Pendidikan dan Olahraga: Kepala Seksi PAUD Dikpora menyatakan bahwa hanya sebatas mengetahui keberadaan TP dari forum rapat PKK. Belum pernah melakukan kunjungan ke lokasi atau mengadakan rapat koordinasi dengan sektor lain yang juga terkait pelayanan perkembangan usia dini. Dijelaskan lebih jauh bahwa TP merupakan sebuah program kerjasama antara dinas kesehatan dengan sebuah lembaga donor, sehingga Kasie mempunyai anggapan bahwa TP adalah dalam wilayah kerja kesehatan. TP merupakan 'domain' sektor lain sehingga Dikpora merasa tidak memiliki hak dan kewajiban untuk membina TP karena dibatasi oleh peraturan yang berlaku. Sejak Kasie. PAUD menjabat di jabatan ini sejak Oktober 2008, belum pernah ada pendekatan yang dilakukan lembaga donor maupun dinas terkait lainnya di jajaran Pemkab. Kebumen dalam hal perencanaan bimbingan teknis ke TP.

Dari berbagai informan dan telaah dokumen, peneliti menyimpulkan penyebab berbedanya persepsi diantara pejabat tersebut adalah lemahnya upaya advokasi lembaga donor terhadap sektor-sektor terkait layanan perkembangan usia dini di semua tingkatan. Dapat tergambar dari upaya sosialisasi formal yang dilakukan lembaga donor hanya 1 kali saja pada awal kerjasama dahulu. Sosialisasi tersebut melalui pertemuan lintas sektor untuk menyamakan persepsi dan langkah. Pertemuan tersebut diadakan pada bulan Juni 2005 yang dihadiri oleh berbagai sektor antara lain Bappeda, PKK kabupaten dan kecamatan, KBPM, DPRD Komisi E, dinas kesehatan, dinas pendidikan, camat, bidan penanggung

jawab wilayah dan lainnya. Untuk *follow up* hasil berikutnya dilakukan melalui alat komunikasi, karena lembaga donor tidak memiliki perwakilan di daerah dukungannya.

Adanya perubahan struktur organisasi di Dikpora diperkirakan berpengaruh terhadap persepsi pejabat baru Kepala Seksi PAUD terhadap eksistensi TP. Seksi PAUD baru terbentuk menjadi sebuah seksi sejak bulan Oktober 2008. Sebelumnya, isu terkait pendidikan usia dini termasuk ke dalam Bidang Pendidikan Luar Sekolah, sehingga tidak ada petugas khusus yang menanganinya. Selain itu, kemungkinan telah terjadi *missing link* karena sebelum Oktober 2008 belum ada bidang atau seksi khusus yang menangani isu terkait Pos PAUD. Selain itu, masa kerja pejabat yang baru masih sangat pendek (6 bulan). Sedangkan Tupoksi mereka sangat banyak sehingga sulit untuk membagi waktu dan perhatian kepada hal-hal lain yang sifatnya *extern affairs*.

Belum adanya perhatian serius dari Tim Pembina Posyandu kabupaten dan Tim Pembina Posyandu Kec. pejagoan yang telah dibentuk juga berpengaruh terhadap perbedaan persepsi tersebut. Seharusnya TPP kecamatan memfasilitasi rapat-rapat serta koordinasi secara berkala untuk memantau perkembangan Posyandu di wilayahnya sehingga semua penyimpangan dapat terdeteksi sejak dini.

Usaha peningkatan gizi anak di Posyandu dan TP belum tereksplorasi secara mendalam. Hal tersebut dapat dilihat dari menu PMT mingguan dan bulanan belum sepenuhnya memenuhi unsur triguna makanan (energi, pembangun dan pengatur) atau menu komplit, meskipun ada PMT yang menunya mendekati komplit (biasanya energi dan pengatur saja) tetapi frekwensinya hanya 1 kali sebulan.

Selain itu, penyuluhan (pendidikan) rutin kepada ibu terkait gizi dan pemberian makanan sesuai dengan kebutuhan anak belum dilaksanakan. Hal ini terlihat dari alur kegiatan Posyandu dan TP sejak datang hingga pulang. Di TP, ibu belum dijadikan sebagai sasaran kegiatan penyuluhan atau pelatihan. Kehadiran ibu di TP lebih dimanfaatkan sebagai pembantu/ pendamping kader pendidik menyiapkan alat permainan yang akan digunakan pada pertemuan selanjutnya misalnya menyiapkan benang dan sedotan untuk kegiatan anak

meronce, semua persiapan tersebut dilakukan ibu di rumah sebelum pertemuan berikutnya. Selain sebagai pembantu kader, keberadaan ibu di TP juga dimanfaatkan sebagai penjaga anak-anak yang belum mandiri dan sering menangis selama kegiatan berlangsung. Sedangkan dalam dokumen acuan TP menyatakan ada 3 kegiatan utama PTTP, yaitu kegiatan rutin Posyandu, mengadakan kegiatan pendidikan untuk anak usia dini dan mengadakan pelatihan/pemberian arahan kepada orangtua.

Selama ini kegiatan yang telah berjalan lebih menekankan kepada stimulasi perkembangan dan psikososial anak saja. Aspek-aspek yang dicoba untuk dikembangkan melalui kegiatan TP adalah aspek moral dan nilai keagamaan, fisik/ motorik (terdiri dari motorik kasar dan halus), bahasa, kognitif, sosial-emosional, seni, dan keterampilan hidup/ kemandirian dengan memanfaatkan APE luar dan dalam.

### **6.7.3. Kebiasaan Anak Ditimbang dan Kebiasaan Makan**

Sebagian besar informan ibu Balita dengan anak usia 3-5 tahun menimbang anak di TP daripada Posyandu kecuali pada bulan-bulan vitamin, hampir semua ibu Balita datang ke Posyandu untuk memperoleh vitamin A. Tidak ditimbangnya anak di Posyandu menimbulkan masalah administratif. Masalahnya adalah tidak adanya data hasil penimbangan anak umur 3-5 tahun di TP di sebagian lokasi TP karena sebagian ibu sering lupa membawa buku KIA ke TP. Ketiadaan data timbangan anak ini akan mempengaruhi pelaporan perkembangan status gizi Balita di wilayah tersebut karena data yang dilaporkan tidak data yang sebenarnya.

Hampir semua informan ibu Balita mengungkapkan dasar pemilihan bahan makanan yang akan dimasak setiap hari lebih sering mengikuti kemauan atau kesukaan anak. Hal tersebut kurang bagus untuk anak, karena anak perlu diperkenalkan dengan makanan yang beragam sejak usia lebih dari 6 bulan. Hal ini dilakukan bukan saja untuk memenuhi kebutuhan tubuh anak tetapi agar anak terlatih memakan makanan yang bervariasi dan untuk menghindari kebosanan (Supriasa, 2001)

Kebiasaan memasak ibu dengan anak BGM merupakan kebiasaan yang salah. Banyak pendapat dan salah satu blog terkemuka tentang Cara Memasak Yang Sehat menyatakan bahwa mencuci bahan makanan lebih baik dikerjakan sebelum bahan makanan tersebut dipotong-potong atau dirajang karena ada zat-zat gizi yang mudah larut dalam air dan dapat terbuang dengan air pencuci tersebut, dan memasak sayuran jangan sampai terlalu matang atau berubah warna jadi kekuning-kuningan atau hitam (<http://lestofiore.wordpress.com> )

Keberadaan mie instant dan makanan ringan untuk anak-anak Desa Kedawung berpengaruh terhadap kebiasaan jajan anak-anak setempat. Apalagi informan ibu Balita berperilaku menuruti kemauan anak untuk jajan daripada anak menangis dan mengganggu pekerjaan mereka. Keberadaan makanan ringan merupakan konsekuensi dari suatu inovasi. Produsen snack anak-anak berupaya untuk memproduksi berbagai jenis makanan ringan dengan berbagai rasa dan tentunya menggunakan bahan penyedap dan pengawet. Public Interest Research and Advocacy Center (PIRAC) yang menemukan kandungan monosodium glutamat atau vetsin sebagai bahan penyedap dalam makanan ringan yang biasa dikonsumsi anak-anak. Menurut lembaga swadaya masyarakat ini, banyak makanan ringan dalam kemasan tak mencantumkan kandungan MSG yang bisa mengancam kesehatan anak. Keberadaan inovasi semacam ini merupakan salah satu aspek budaya yang dapat mempengaruhi perilaku makan anak ( Kresno dalam Notoatmodjo, 2005).

Bahan makanan yang sering dibeli oleh semua ibu Balita di 2 kelompok adalah sayur sayuran, tempe dan tahu karena ayam, daging dan ikan dianggap mahal bagi mereka. Hal itu tergambar juga dari jumlah pengeluaran mereka untuk membeli bahan makanan yang hanya Rp.10.000 per hari. Bidan mengungkapkan bahwa berdasarkan survei Kadarzi, anak-anak desa Kedawung makanannya adalah nasi dan sayur.

Ada perbedaan frekwensi pemberian makan anak yang berat badannya naik dengan yang mengalami BGM/BGT. Anak berat badan naik makan lebih sesuai aturan yaitu 3 kali sehari dan diselingi makanan selingan dan susu. Sedangkan anak yang BGM hanya makan 2 kali sehari dan jarang minum susu.

Makanan sehari-hari anak di kedua kelompok ini belum sesuai dengan anjuran ahli gizi. Frekwensi makan anak yang lebih sering 2 kali sehari atau makan apabila lapar saja sangat merugikan kesehatan anak Kedawung Para ahli gizi menganjurkan anak makan 3 kali sehari setiap jam 07.00, 13.00, 16.00 dan 18.00 WIB, 2 kali minum susu (jam 06 dan 20.00WIB), serta 2 kali makanan selingan jam 10.00 dan 16.00 WIB (Supariasa, 2001).

#### **6.8. Analisis Hasil Perbaikan Gizi Balita di Posyandu Terintegrasi TP**

Pemanfaatan PTTP oleh ibu-ibu cenderung meningkat. Grafik D/S Desa kedawung tahun 2005 adalah 49,6% dan terus meningkat setiap tahun hingga 81,5% pada tahun 2008, dan persentase kunjungan terbanyak terjadi pada bulan April 2009 yaitu 91,2%. Perkembangan partisipasi masyarakat terhadap sudah bagus, namun belum berdampak signifikan terhadap status gizi anak-anak di Kedawung. Berbagai faktor yang mempengaruhi telah disampaikan di atas, dan faktor yang paling dianggap mempunyai kecenderungan berhubungan adalah pola makan dan bahan makanan yang dikonsumsi anak tidak mencukupi kebutuhan gizi mereka.

Keberhasilan upaya perbaikan gizi Balita di hampir semua PTTP Kedawung belum memenuhi Standar Pelayanan Minimal (SPM) Kec.Pejagoan yaitu 80%. Kisaran grafik N/D Desa Kedawung setiap bulan adalah 11.1% sampai 100%, dan rata-rata N/D 60% . N/D turun kemungkinan bisa juga disebabkan adanya wabah misal diare, campak menyerang sebagian anak sehingga berat badan anak turun. Hal tersebut telah di cek ulang kepada bidan dan kader bahwa tidak ada wabah yang terjadi, mereka mengakui memang sudah biasa terjadi Desa Kedawung merupakan desa terbanyak kasus kurang gizi dibandingkan desa lain di Kec. Pejagoan.

Dalam dokumen laporan Puskesmas terdapat 1,2% hingga 3% Balita mengalami BGM/ BGT setiap bulan. Sedangkan informan bidan dan petugas gizi menyatakan bahwa formulir F1 sering terlambat atau tidak masuk kepada petugas gizi sampai pada batas waktu yang ditentukan. Sehingga dapat disimpulkan bahwa berkemungkinan jumlah anak yang mengalami kurang gizi lebih banyak

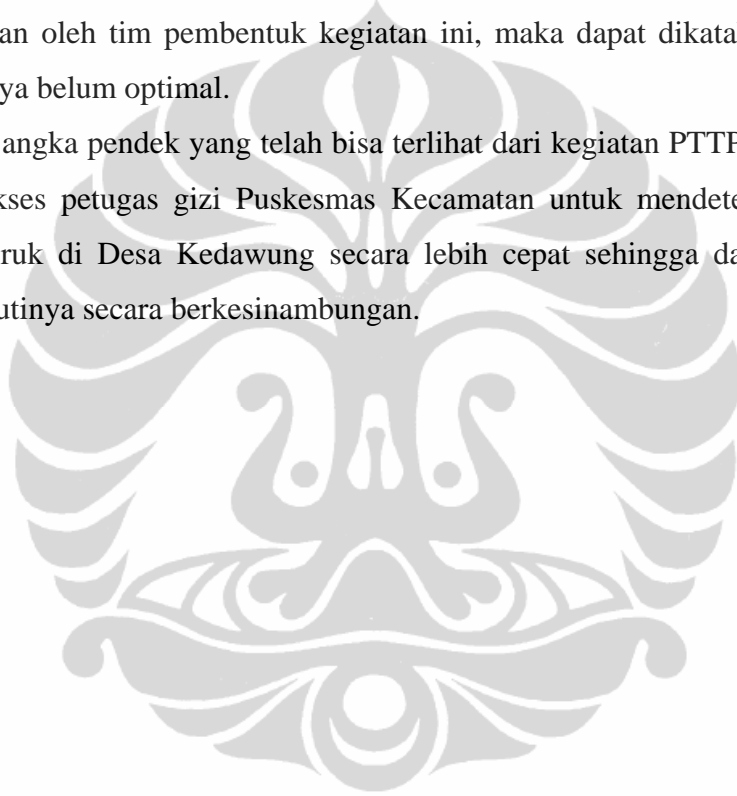


dibandingkan data yang sebenarnya karena laporan yang diterima setiap bulan tidak lengkap.

Keberhasilan yang bisa dilihat dan dirasakan oleh ibu Balita adalah adanya perubahan positif perkembangan mental dan psikososial anak-anak peserta TP yang dapat dilihat dan dirasakan oleh orangtua mereka, meningkatnya kunjungan anak usia 3-5 tahun dibandingkan sebelum ada kegiatan TP karena keberadaan APE merupakan daya tarik terbesar terhadap kedatangan tersebut.

Apabila pelaksanaan TP Kedawung ini dengan indikator keberhasilan yang ditetapkan oleh tim pembentuk kegiatan ini, maka dapat dikatakan bahwa keberhasilannya belum optimal.

Hasil jangka pendek yang telah bisa terlihat dari kegiatan PTTP ini adalah terbukanya akses petugas gizi Puskesmas Kecamatan untuk mendeteksi kasus-kasus gizi buruk di Desa Kedawung secara lebih cepat sehingga dapat segera menindaklanjutinya secara berkesinambungan.



## **BAB VII**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **7.1. Kesimpulan**

Bentuk usaha perbaikan gizi Balita di Kedawung adalah pengintegrasian layanan usia dini berupa aspek kesehatan dan aspek pendidikan yang berprinsip UKBM, dinamakan sebagai Posyandu terintegrasi TP. Kegiatan yang memiliki kemiripan konsep dengan Pos PAUD ini dilaksanakan rutin oleh kader seminggu sekali di 9 Posyandu Kedawung, dan didukung oleh TPP desa, namun bimbingan teknis penyelenggaraan kegiatan belajar mengajar belum didapatkan dari Dinas Pendidikan dan Olahraga (Dikpora) Kebumen selaku instansi yang bertanggung jawab membimbing setiap lembaga Pos PAUD dan sejenisnya. Hasil usaha perbaikan gizi Balita di PTTP belum optimal dan masih di bawah target yang ditentukan sebesar 80% pada grafik N/D di Kab. Kebumen. Kisaran grafik N/D Desa Kedawung setiap bulan adalah 11.1% sampai 100%, dan rata-rata N/D 60% dan sangat berfluktuasi.

Kurang terampilnya kader mengisi KMS, kurangnya tindak lanjut terhadap anak dengan BB tidak naik, ketiadaan media penyuluhan dan kurangnya kemampuan menyuluh serta terbatasnya pengetahuan kader dalam menyelenggarakan kegiatan belajar mengajar di TP merupakan kondisi yang kurang mendukung usaha perbaikan gizi Balita di PTTP.

Aktualisasi diri menjadi bagian berarti di masyarakat untuk semata memperbaiki kondisi masyarakat terutama ibu dan Balita merupakan motivator terkuat bagi kader yang berfikir positif terhadap Posyandu dan TP. kader melihat keberhasilan TP dilihat dari kemandirian dan keberanian anak untuk bergaul dengan teman sebayanya dan kader mempunyai persepsi bahwa alat permainan edukatif merupakan daya tarik terbesar untuk mendatangkan anak ke Posyandu dan TP. Motivasi dan persepsi kader tersebut mendukung usaha perbaikan gizi Balita di PTTP.

Rata-rata pendidikan ibu Balita rendah dan berstatus bekerja. Upah harian yang didapat Rp.10.500/ hari. Fakta ini menjelaskan bahwa dengan pendidikan rendah dan berstatus bekerja dengan upah harian sangat rendah mempunyai

kecenderungan berhubungan dengan kurang berhasilnya usaha perbaikan gizi anak Balita di Kedawung di rumah. Secara umum pengetahuan ibu balita tentang PTTP dan makanan bergizi rendah dan tidak terlalu berbeda diantara ibu dengan anak BGM/BGT dan ibu dengan anak BB naik, meskipun pada praktek pemberian makanan kepada anak dan kemampuan keluarga mengakses makanan bergizi pada ibu dengan BB anak naik lebih benar dan lebih mampu dibandingkan ibu dengan anak BGM/BGT.

Faktor kehadiran bidan di Posyandu berpengaruh terhadap kepatuhan ibu ke Posyandu. Kepatuhan tersebut berdampak kepada 2 sisi. Sisi positifnya adalah bidan mudah mengarahkan ibu Balita untuk datang ke Posyandu sehingga sasaran di wilayah tersebut dapat tercakup maksimal. Sisi negatifnya adalah proses kemandirian masyarakat menjadi lebih terlambat karena segala sesuatunya menunggu perintah bidan.

Fungsi dan peran Tim Pembina Posyandu (TPP) Kabupaten Kebumen selaku pembina teratas Tim Pengelola Posyandu (TPP) Desa Kedawung dan Kecamatan Pejagoan tidak berjalan. TPP Desa Kedawung kurang mendapatkan arahan/ bimbingan dari TPP kecamatan dan kabupaten akibatnya TPP desa kehilangan arah tujuan supervisi ke TP. Selain itu Terdapat perbedaan persepsi diantara sektor terkait Posyandu dan TP yang disebabkan karena kurangnya tindak lanjut upaya advokasi lembaga donor ke semua sektor terkait, barunya seksi PAUD Dikpora, adanya pergantian pejabat di lingkungan Pemkab., dan kurangnya perhatian serius dari TPP kabupaten dan kecamatan terhadap PTTP. Perbedaan persepsi lintas sektor tersebut mengakibatkan tidak adanya upaya pembinaan dari dinas-dinas terkait.

Faktor penghambat yang berperan dalam perbaikan gizi Balita adalah kebiasaan anak tidak tidur siang dan jajan, oleh karenanya ibu Balita perlu diarahkan untuk membiasakan memasak makanan tambahan di rumah yang lebih bergizi daripada sekedar membeli makanan ringan di warung. Selain itu, timbangan dacin yang telah lama tidak ditera, dan adanya data SKDN fiktif yang terpaksa dimasukkan oleh petugas karena adanya batas waktu penyerahan laporan status gizi Balita di wilayah kerjanya, serta kemungkinan adanya faktor *false*

*positive* diperkirakan membuat hasil penimbangan BB anak diragukan kevalidannya.

Berbagai keterbatasan pada semua faktor-faktor di atas berperan dalam hasil perbaikan gizi Balita di Posyandu dan taman Posyandu, di mana hasil perbaikan gizi tidak mencapai target dan fluktuatif pada tahun 2008.

## **7.2.Saran**

Secara umum Program pengintegrasian Posyandu dan TP layak untuk dilanjutkan dengan catatan “perlu ada pembenahan” sebagai berikut:

- Dikpora dan Dinkes memberikan bimbingan teknis penyelenggaraan Posyandu dan TP kepada kader secara lebih intens, dengan demikian kader mampu menyalurkan ibu Balita untuk mengatasi permasalahan rendahnya pengetahuan ibu Balita tentang tumbang anak dan kebutuhannya di usia dini.
- TPP desa bersama lembaga donor mencari sponsorship bahan makanan sehat dari perusahaan makanan setempat dan pengusaha lokal, kemudian bahan makanan tersebut dimasak dan dibagikan kepada anak-anak dengan frekwensi pemberian lebih sering dari biasanya misalnya 3 kali seminggu.
- Kesejahteraan kader perlu diperhatikan yang mengurus semua itu. TPP desa perlu bekerja lebih intens menggerakkan masyarakat di Desa Kedawung atau mencari peluang pengumpulan dana dari penjualan kupon kepada pemakai listrik setempat untuk memperoleh dana berbasis gotong royong

### **7.2.1. Lembaga Donor**

- Bekerjasama dengan TPP Kebumen untuk memotori pertemuan lintas sektor untuk menelaah kembali kerjasama dengan Kab. Kebumen mengingat adanya pergantian kepemimpinan pada akhir tahun 2008 yang berdampak kepada penempatan pejabat-pejabat baru di suatu bidang/ seksi.
- bekerja sama dengan TPP Kebumen memfasilitasi pertemuan ‘duduk bersama kembali’ untuk menyamakan persepsi diantara sektor terkait, dan mempertimbangkan Dikpora sebagai salah satu anggota TPP kabupaten.
- Meninjau kembali keterampilan kader mengisi KMS, kemudian menjadikan hasil tinjauan sebagai masukan untuk pelatihan lanjutan kader.

### 7.2.2 TPP Kabupaten Kebumen

Mengadakan rapat *intern* antara sesama anggota TPP (lintas sektor) dan menghimbau kembali anggota TPP kecamatan yang sejak saat dibentuk belum melakukan pendekatan signifikan kepada TPP desa. Kesejahteraan kader penyelenggara TP perlu untuk diperhatikan agar tidak ada kecemburuan sosial kepada kader PAUD yang memperoleh *incentive* bulanan dari pemerintah. Diperlukan titik kesepakatan antar sektor tentang pemanfaatan wahana Posyandu sebagai salah satu kegiatan pengembangan di tengah masyarakat demi terpenuhinya semua kebutuhan Balita baik kesehatan maupun pendidikan.

### 7.2.3 Puskesmas Kec. Pejagoan

- Puskesmas selaku Unit Pelaksana Teknis Daerah (UPTD) kesehatan tingkat kecamatan diberikan wewenang untuk mencetak media penyuluhan melalui dana Jamkesmas. Oleh karenanya Puskesmas perlu mencetak media penyuluhan agar motivasi kader lebih tinggi untuk melakukan penyuluhan/ pendidikan kepada masyarakat.
- Perlu mempertimbangkan pembuatan sistem pelaporan F1 yang lebih praktis dan menjamin data sampai di petugas berwenang tepat waktu, agar data yang disajikan adalah data yang sebenarnya.
- Puskesmas (bagian gizi) bisa memanfaatkan kehadiran ibu Balita setiap minggu di TP dalam upaya peningkatan gizi anak di rumah.
- Mempertimbangkan bentuk penghargaan lain kepada kader berupa mengikutsertakan anak berobat gratis di Puskesmas

### 7.2.4 Peneliti Lain

- Pengembangan penelitian kuantitatif mengenai faktor-faktor yang berperan terhadap perilaku ibu memberikan makanan kepada anak, dimana ibu, ayah dan nenek yang tinggal bersama menjadi sampel penelitian
- Pengembangan penelitian kualitatif mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi kerjasama lintas sektor terkait Taman Posyandu di lingkungan Pemerintahan Kabupaten Kebumen.

## DAFTAR PUSTAKA

Alven, 2008, 'Komunikasi Interpersonal di Posyandu', *Interaksi Majalah Informasi dan Referensi Promosi Kesehatan*. Edisi 5. ISSN: 0216-017x pp 14-17

Azwar A. 1996. *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Edisi Ketiga. Binarupa Aksara. Jakarta

Badan Perencanaan Pembangunan Nasional. 2007, *Laporan Perkembangan Pencapaian Millenium Development Goals Indonesia*. Jakarta

Badan Perencanaan Pembangunan Nasional. 2005. Peraturan Presiden Republik Indonesia No. 7 Tahun 2005 Tentang Rencana Pembangunan Jangka Mengengah Nasional (RPJMN). [online] Ddari: [www.bappenas.go.id](http://www.bappenas.go.id). [diakses0 April 2009

Balita, Wikipedia bahasa Indonesia, ensiklopedia bebas, [online] Dari: [www.wikipedia.org](http://www.wikipedia.org) [1 September 2008]

Bangsawan K.M. 2001. *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Keaktifan Kader Posyandu di Wilayah Kecamatan Teluk Betung Barat Kota Bandar Lampung*. Tesis. FKM UI. Depok

Cooper.S.R. Departement of Health Tennessee Government. *Women Infant and Children*. [online] Dari: <http://health.state.tn.us/wic/> [22 Juni 2009]

Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen. 2006. *Profil Kesehatan Kabupaten Kebumen*  
Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah, *Profil Kesehatan Propinsi Jawa Tengah*, [www.dinkesjateng.org](http://www.dinkesjateng.org), Bab IV, [20 Januari 2009]

Desa Kedawung. 2008. *Laporan Potensi Desa*

Eddy. 2000. *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Cakupan Penimbangan Balita di Posyandu Kabupaten Aceh Timur Tahun 1999*. Tesis. Perpustakaan Pusat Universitas Indonesia. Depok

Efrianna P, 2003, Perbedaan Status Gizi Anak Balita Pada Ibu Bekerja dan Ibu Tidak Bekerja di Perumahan Ungaran kab. Semarang. Skripsi. FKM Universitas Diponegoro. [online] Dari: [www.fkm.undip.ac.id](http://www.fkm.undip.ac.id) [1 April 2009]

Gibson, James L. 2006. *Organisasi: perilaku, Struktur, Proses*. McGraw-Hill, Boston

Gizi.net. Indonesian Nutrition Network. *Prevalensi Status Gizi Balita Indonesia Riset Kesehatan Dasar Indonesia*. 2007 [online] Dari: [www.gizi.net](http://www.gizi.net) [1 Juni 2009]

Glanz K, Rimer B K, Lewis F M, 2002. *Health Behaviour and Health Education Theory, Research and practice*. Third Edition. Josses-Bass, San Francisco

Green, L W, Kreuter, M W, 2005. *Health Program Planning an Educational and Ecological Approach*, Fourth Edition, McGraw-Hill, New York

Harianto B. 1992. *Hubungan Karakteristik Ibu Balita dan Lingkungan Posyandu dengan Partisipasi Masyarakat dalam Program UPGK*. Tesis. FKM UI. Depok

Haryono. 2008, 'Posyandu Riwayatmu Kini', *Interaksi Majalah Informasi dan Referensi Promosi Kesehatan*. Edisi 5. ISSN: 0216-017x pp 14-17

Hayati.N. B 2000. *Faktor-faktor Kader yang Berhubungan dengan Cakupan Penimbangan Balita di Posyandu kabupaten Padang Pariaman Tahun 2000*. Tesis. Perpustakaan Pusat Universitas Indonesia. Depok

Hidayat Z. 2005. *Faktor-faktor yang mempengaruhi Status Gizi Balita di Indonesia*. Tesis. Perpustakaan Pusat Universitas Indonesia. Depok

Humas kecamatan (27 November 2007) *Pelatihan kader Posyandu Model*. [www.jombangkab.go.id](http://www.jombangkab.go.id) [22 Juni 2009]

Hutagalung, S. 2002. *Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Perilaku Ibu Dalam Menimbang Anakny di Posyandu di Kotip Palu, Propinsi Sulawesi Tengah*

Iindepok. (19 April 2008). *All About Posyandu*. [online] Dari: <http://iinaza.wordpress.com>. [22 Juni 2009]

Jauri R. 1994. *Hubungan Karakteristik dengan Tingkat Keterampilan Kader dalam penimbangan Balita di Kelurahan Penjaringan Jakarta Utara Tahun 1994*. Tesis. Perpustakaan Pusat Universitas Indonesia. Depok.

Juarsa K. 2004. *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Cakupan Penimbangan Balita di Posyandu Wilayah I Kabupaten pandeglang Tahun 2004*. Tesis. Perpustakaan Pusat Universitas Indonesia. Depok

Kabupaten Purworejo (15-3-2008). *Posyandu Model Larasati I Plipiran Dinilai Tim Propinsi Jawa Tengah*. [Online] Dari: <http://purworejokab.go.id>. Web Resmi kabupaten Purworejo. [1 Juni 2009]

Kalteng Pos (1 mei 2009) *Perluas Program KB Hingga ke Pedesaan*, [online] Dari: berita. [www.kaltengpos.com](http://www.kaltengpos.com) [22 Juni 2009]

Kartika Soekarno Foundation. 2008. *Kerangka Acuan Taman Posyandu*. Jakarta

Kominfo Broadcast. (20/8/2008). *STMB Menjadi Paradigma Baru Pelaksanaan Program Kesehatan* [online] Dari” [www.kominfo-broadcast.info](http://www.kominfo-broadcast.info) [22 Juni 2009]

Kresno, Sudarti, 2005, *Aspek Sosial Budaya dalam Kesehatan*, Program Studi Z2 Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok

Krisnaldi N.I. UNICEF bekerja sama dengan F2h. 2004. *Modul kegiatan Taman Posyandu. Seri Pengembangan Anak Usia Dini*. Jakarta.

Kristanto D.S. 2007. *Presentasi Taman Posyandu*. Materi Presentasi Perwakilan UNICEF di Kota Blitar Tahun 2007

Puskesmas Pejagoan. *Laporan Bulanan UPGK Tahun 2005-2008*.

Menteri Dalam Negeri dan Otonomi Daerah. 2001. *Pedoman Umum Revitalisasi Posyandu*. Jakarta

Mar'at, 1981. *Sikap Manusia: Perubahan dan Pengukurannya*. Jakarta

Notoatmodjo. 2005. *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*, PT Asdi Mahasatya, Jakarta

Notoatmodjo. 2007. *Promosi Kesehatan & Ilmu Perilaku*, PT Rineka Cipta, Jakarta

Pradianto, T, *Faktor-faktor Yang mempengaruhi Ketidakhadiran Ibu Balita Dalam Penggunaan Posyandu*, Kecamatan Bogor Barat, Tahun 1989

Republik Indonesia. Bappenas. *BAB 28 Peningkatan Akses Masyarakat Terhadap Kesehatan Yang Berkualitas*, [online] Dari: [www.Bappenas.go.id](http://www.Bappenas.go.id) [6 Maret 2009]

Republik Indonesia. Departemen Kesehatan. 1994. *ARRIF Pedoman Manajemen Peran Serta Masyarakat*. Jakarta.

\_\_\_\_\_. 2008a. Direktorat Bina Gizi Masyarakat Departemen Kesehatan. *Pedoman Sistem Kewaspadaan Dini Kejadian Luar Biasa Gizi Buruk*. Jakarta.

\_\_\_\_\_. 2008b. Departemen Kesehatan. Direktorat Bina Gizi Masyarakat. *Pedoman Pemantauan Status Gizi (PSG) dan Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi)*. Jakarta

\_\_\_\_\_. 2008c. Direktorat Bina Gizi Masyarakat Departemen Kesehatan. 2008. *Pedoman Respon Cepat Penanggulangan Gizi Buruk*. Jakarta.

\_\_\_\_\_. Departemen Kesehatan. 2006a, *Buku Kader Posyandu Dalam Usaha Perbaikan Gizi Keluarga*, Jakarta

\_\_\_\_\_. Departemen Kesehatan bekerja sama dengan Kelompok Kerja Operasional (Pokjanel Posyandu). 2006b, *Pedoman Umum Pengelolaan Posyandu*, Jakarta

\_\_\_\_\_. Departemen Kesehatan. Direktorat Jenderal Pembinaan Kesehatan masyarakat. 2006c, *Pedoman Pelaksanaan Stimulasi, Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang Anak Di Tingkat Pelayanan Kesehatan Dasar*, Jakarta



\_\_\_\_\_. Departemen Kesehatan. Kartu Menuju Sehat untuk Balita (KMS-Balita) [online] Dari: [www.gizi.net/pedoman-gizi](http://www.gizi.net/pedoman-gizi) [28 Juni 2009]

\_\_\_\_\_. Departemen Pendidikan Nasional 2008., *Pedoman Teknis Penyelenggaraan Pos PAUD*, Jakarta

\_\_\_\_\_. SK Menteri Kesehatan Nomor 747/ Menkes/ SK/VI/2007. Direktorat Bina Gizi Masyarakat Departemen Kesehatan. 2007. *Pedoman Operasional Keluarga Sadar Gizi di Desa Siaga*. Jakarta

\_\_\_\_\_. Pusat Data Kesehatan. 2000. *Prosedur Penilaian Cepat Rapid Assesment Procedures (RAP)*

Departemen Dalam Negeri, Departemen Kesehatan, UNICEF, et al. 1999. *Panduan Pelatihan Kader Posyandu*. Jakarta

Rizqiyah H. (4 Mei 2009). *Hubungan latar Belakang Pendidikan dengan Kinerja Perawat di RS Mata Dr. YAP Yogyakarta*. [online] Dari: <http://skripsistikes.wordpress.com>. Abstrak [Maret 2009]

Sambas, G, *Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Kunjungan Ibu-ibu Anak ke Posyandu di Kelurahan Bojongherang, Kabupaten Cianjur, Tahun 2002*. Tesis. Perpustakaan FKM Universitas Indonesia. Depok

Sasongko A., 2007. *Materi Perkuliahan Pengorganisasian dan Pengembangan Masyarakat*. Jurusan Pendidikan dan Promosi Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Jakarta

Suara Merdeka Cybernews (24 Juni 2008). 68 Balita di Kebumen Alami Gizi Buruk, [online] Dari: <http://www.suaramerdeka.com> [29 Juni 2009]

Sukiman, *Acuan Penyelenggaraan BKB-Posyandu Terintegrasi PADU*, Buletin PADU Jurnal Ilmiah Anak Dini Usia, Vol 4 No.1 April, 2005

Supariasa, bakri, Fajar. 2001. *Penilaian Status Gizi*, Jakarta

Sutanto, 2006. *Analisis Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Cakupan Penimbangan balita di Posyandu di Kota Tangerang*. FKM UI, tesis, Depok

Syahmasa. 2003. *Analisis Hubungan Faktor Demografi dan Motivasi dengan Kinerja Kader dalam Berperan Serta Meningkatkan Pelayanan Keperawatan di Posyandu Wilayah Puskesmas Kecamatan Cipayung Jakarta Timur Tahun 2002*. Tesis. Perpustakaan Pusat Universitas Indonesia. Depok

Thaha. M.R. 1990, *Hubungan Pengetahuan, Sikap Dengan Praktek Penggunaan Posyandu Oleh Balita di Kotamadya Ujung Pandang*, Tesis. FKM UI. Depok

Undang-Undang Sistem Pendidikan Nasional No. 20/ 2003

UNICEF. (May. 2009) *Early Childhood Development*, [online] Dari: [www.unicef.org/indonesia/](http://www.unicef.org/indonesia/) [1 Juni 2009]

Warta Online Unair Excellence with Morality (20 Desember 2004) *Seminar Sehari Peran Perempuan dan Permasalahan Tumbuh Kembang Anak* [online] Dari: [www.warta.unair.ac.id](http://www.warta.unair.ac.id). Fokus. [Maret 2009]

Yuli Mulyadi, *Pemanfaatan Posyandu Lansia di Wilayah kerja PKM Naras, Kota Pariaman*, 2008. Tesis . Perpustakaan FKM Universitas Indonesia. Depok

