

**STUDI KUALITATIF PELAKSANAAN PEMANTAUAN PERTUMBUHAN ANAK BALITA
DI POSYANDU DI KABUPATEN BANDUNG
(QUALITATIVE STUDY IMPLEMENTATION OF CHILD GROWTH MONITORING
AT INTEGRATED HEALTH SERVICE IN BANDUNG REGENCY)**

Aditianti¹, Erna Luciasari¹, Yurista Permanasari¹, Elisa Diana Julianti¹, Meda Permana²

¹Pusat Penelitian dan Pengembangan Upaya Kesehatan Masyarakat, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan,
Kementerian Kesehatan RI Jl. Percetakan Negara 29 Jakarta, Indonesia

²Pusat Penelitian dan Pengembangan Humaniora dan Manajemen Kesehatan, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan,
Kementerian Kesehatan RI Jl. Percetakan Negara 20 Jakarta, Indonesia
E-mail: aditianti@yahoo.com

Diterima: 10-04-2018

Direvisi: 09-06-2018

Disetujui: 19-06-2018

ABSTRACT

Integrated health service (Posyandu) is one form of strategic health effort, which provides public health services. One of the posyandu function is as promotion media and growth monitoring of children under five. The purpose of this research was to know the implementation of child growth monitoring at posyandu level in Bandung district. This was an operational studies with qualitative design. Data were collected by depth interview, focus group discussion, and observation. The population of this research were all of the institution that responsible of nutrition surveillance. There were Regencies District Health Office, Primary Health Center (Puskesmas), and Posyandu, in Bandung District, West Java. This research is operational research with qualitative design. Collected data used with indepth interview, focus group discussion and observasi. Indepth interview used to offices, health workers from two community health centers, and village officials. Group discussions were conducted on cadres and mothers of underfives children. This research show posyandu activities have been going well but have not implemented monitoring function of child growth. Plot weight were not doing well in KMS, interpretation of child growth were still unsuitable, and counseling had not done well. Repositioning of posyandu is needed as a means of growth monitoring children under five years and efforts to increase knowledge about routine growth monitoring for health workers and cadres.

Keyword: growth monitoring, integrated health service, under five years old

Abstrak

Pos pelayanan terpadu (Posyandu) merupakan salah satu bentuk upaya kesehatan yang strategis, yang menyediakan layanan kesehatan masyarakat. Salah satu fungsi posyandu adalah sebagai media promosi dan pemantauan pertumbuhan anak umur bawah lima tahun (balita). Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pelaksanaan pemantauan pertumbuhan balita di tingkat posyandu di Kabupaten Bandung, Jawa Barat. Penelitian ini merupakan penelitian operasional dengan desain kualitatif. Pengumpulan data melalui wawancara mendalam, diskusi kelompok terarah. Wawancara mendalam dilakukan kepada petugas di dinas kesehatan kabupaten, tenaga kesehatan dari dua pukesmas terpilih, dan aparat desa. Diskusi kelompok dilakukan pada kader dan ibu balita, dan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kegiatan posyandu sudah berjalan baik namun belum melaksanakan fungsi pemantauan pertumbuhan balita. Masih banyak yang tidak melakukan plot hasil penimbangan pada KMS (kartu menuju sehat), interpretasi terhadap perubahan berat badan belum dilakukan dengan benar dan konseling yang belum berjalan baik. Perlu dilakukan reposisi posyandu sebagai sarana pemantauan pertumbuhan balita dan upaya untuk meningkatkan pengetahuan tentang pemantauan pertumbuhan secara rutin bagi tenaga kesehatan dan kader. [Penel Gizi Makan 2018, 41(1):41-54]

Kata kunci: pemantauan pertumbuhan, pos pelayanan terpadu, bawah lima tahun (balita)

PENDAHULUAN

Salah satu indikator dalam sasaran pembangunan kesehatan pada Rencana Pembangunan Jangka Panjang Menengah (RPJMN) pada 2015 - 2019 adalah meningkatkan status kesehatan ibu, anak dan gizi masyarakat¹. Menurunkan angka kematian anak juga merupakan salah satu tujuan dalam *Millenium Development Goals*². Sebagai salah satu kelompok rawan dan merupakan generasi penerus bangsa, kelompok bayi dan balita membutuhkan perhatian khusus.

Data *Global Nutrition Report*³ menunjukkan Indonesia menjadi 1 dari 117 negara berkembang yang memiliki lebih dari dua masalah gizi, yaitu *stunting*, *wasting* dan *overweight*. Saat ini, Indonesia masih menghadapi masalah gizi yang cukup tinggi. Berdasarkan data riset kesehatan dasar (Riskesdas), prevalensi *stunting* masih diatas 35 persen yaitu dari 36,8 persen di tahun 2007⁴, 35,6 persen di tahun 2010⁵ dan menjadi 37,2 persen di tahun 2013⁶. Prevalensi balita *underweight* pun meningkat, yaitu dari 18,4 persen di tahun 2007⁵, 17,9 persen di tahun 2010⁶ dan 19,6 persen di tahun 2013⁷. Meskipun terjadi penurunan pada prevalensi *wasting* dari 13,8 persen di tahun 2007⁵ menjadi 12,1 persen di tahun 2013⁷ dan prevalensi *overweight* sebesar 12,2 persen di tahun 2007⁵ menjadi 11,9 persen di tahun 2013⁷ tetapi masalah *stunting*, *underweight*, *wasting* dan *overweight* masih menjadi masalah gizi masyarakat.

Data tersebut menggambarkan bahwa kesehatan anak masih membutuhkan perhatian. Perubahan berat badan merupakan indikator yang sangat sensitif untuk memantau pertumbuhan anak. Bila kenaikan berat badan anak lebih rendah dari yang seharusnya maka pertumbuhan anak akan terganggu dan anak beresiko akan mengalami kekurangan gizi. Sebaliknya bila kenaikan berat badan lebih besar dari yang seharusnya merupakan indikasi resiko kelebihan gizi⁷.

Pemeliharaan kesehatan anak sebaiknya ditingkatkan pada upaya pencegahan dan peningkatan kesehatan. Upaya tersebut dapat dilakukan di Posyandu, yang merupakan salah satu bentuk upaya kesehatan yang strategis, yang menyediakan layanan kesehatan masyarakat. Salah satu fungsi posyandu adalah sebagai media promosi dan pemantauan pertumbuhan anak balita⁸. Pemantauan pertumbuhan adalah proses memantau garis pertumbuhan anak yang dibandingkan dengan standar secara berkala. Pengukuran antropometri dapat pula

digunakan untuk melihat ketidakcukupan pertumbuhan dan mengidentifikasi kegagalan tumbuh secara dini⁹. Pemantauan pertumbuhan ditujukan untuk deteksi dini gangguan pertumbuhan untuk mencegah munculnya tanda-tanda kekurangan gizi pada anak. Kegiatan pemantauan pertumbuhan juga diintegrasikan dengan pelayanan kesehatan dasar lain seperti KIA, imunisasi, dan pemberantasan penyakit¹⁰.

Pada saat ini pemantauan pertumbuhan menjadi kegiatan utama posyandu yang jumlahnya mencapai lebih dari 260.000 yang tersebar di seluruh wilayah Indonesia¹¹. Pemantauan pertumbuhan adalah pemantauan terus menerus pertumbuhan pada anak-anak. Tujuannya adalah untuk mengidentifikasi perlambatan pertumbuhan atau kegagalan pertumbuhan pada tingkat individu, yang membantu memperbaiki masalah dengan tepat. Kegiatan pokok pemantauan pertumbuhan adalah mengumpulkan data hasil penimbangan, menghitung proporsi balita yang naik atau tidak, mengkaji kecenderungan perubahan antar waktu, melaporkan hasil pemantauan dan melakukan tindakan bila diperlukan baik tingkat individu maupun tingkat masyarakat¹⁰. Pemantauan pertumbuhan adalah pengukuran berat badan dan tinggi badan anak secara teratur; yang selanjutnya hasil pengukuran tersebut di-plot ke garis pertumbuhan. Jika hasil plot menunjukkan pertumbuhan tidak normal maka petugas kesehatan dan keluarga akan bertindak agar terjadi perbaikan status gizi dan kesehatan anak. Terkadang pemantauan pertumbuhan digunakan sebagai bagian dari promosi kesehatan, untuk membahas pemberian makan, kebersihan, dan aspek lain¹². Pemantauan pertumbuhan ini berperan sebagai isyarat dini terhadap gangguan pertumbuhan anak, agar tidak sampai terjadi gizi buruk dan mengurangi tingkat kematian bayi¹³. Tulisan ini bertujuan untuk mengetahui pelaksanaan pemantauan pertumbuhan balita di tingkat posyandu di Kabupaten Bandung.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian operasional dengan desain kualitatif. Menganalisis masalah operasional program gizi yaitu pelaksanaan pemantauan pertumbuhan anak balita di posyandu yang terdiri atas input, proses dan output kegiatan posyandu.

Populasi penelitian adalah pemegang kebijakan dan pengelola program terkait kegiatan pemantauan pertumbuhan di dinas kesehatan, puskesmas, dan posyandu di Kabupaten Bandung, Propinsi Jawa Barat.

Sampel penelitian dipilih secara purposif yaitu pemegang kebijakan dan pengelola program terkait kegiatan pemantauan pertumbuhan di Dinas Kesehatan Kabupaten Bandung. Selanjutnya dipilih dua puskesmas dengan kriteria cakupan jumlah anak balita yang datang ke posyandu dibandingkan jumlah seluruh balita di wilayah tersebut (D/S) terendah dan cakupan D/S tertinggi. Puskesmas yang dipilih menjadi sampel penelitian dengan cakupan D/S tersebut memiliki cakupan 46,3 persen (Puskesmas 1) dan 77,2 persen (Puskesmas 2). Dari masing-masing puskesmas tersebut dipilih dua desa secara purposif, sehingga jumlah desa penelitian tersebut menjadi 4 desa, yaitu desa A, B, C dan D. Dalam penulisan ini, nama puskesmas diberi inisial 1 dan 2, serta nama desa diberi inisial huruf A, B, C dan D. Nama informan aparat pemerintah, tenaga kesehatan dan aparat desa diberi inisial a, b, c, dan seterusnya, yang hanya diketahui oleh tim peneliti.

Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara mendalam, diskusi kelompok terarah (DKT) dan observasi. Wawancara mendalam dan DKT dilakukan menggunakan panduan wawancara, sedangkan observasi dilakukan dengan menggunakan daftar *checklist*. Informans dari Dinas Kesehatan Kabupaten Bandung yaitu: Kepala Dinas Kesehatan dan Kepala Bidang Kesehatan Masyarakat, Kepala Seksi Gizi; dua Puskesmas terpilih masing-masing 1 orang: kepala puskesmas dan Tenaga Pelaksana Gizi (TPG); dan empat desa terpilih masing-masing 1 orang: kepala desa, tokoh masyarakat dan Ketua PKK.

Diskusi Kelompok terarah dilakukan sebanyak dua kali masing-masing 10 orang pada kader posyandu dan ibu-ibu balita. Informan dari masing-masing kelompok tersebut berasal dari 4 desa sampel penelitian. Dalam wawancara mendalam digali informasi mengenai kegiatan pemantauan pertumbuhan balita di Kabupaten Bandung, termasuk informasi mengenai masalah gizi di wilayah tersebut beserta cara penanganannya, kegiatan surveilans gizi, sumberdaya manusia, dan kelengkapan sarana dan prasarana. Diskusi kelompok dipimpin oleh peneliti. Informasi yang digali dalam diskusi kelompok pada ibu balita meliputi kegiatan yang dilakukan pada waktu pelaksanaan posyandu, frekuensi pelaksanaan kegiatan posyandu dalam sebulan, kegiatan penimbangan anak, dan informasi kesehatan yang biasa didapatkan ibu selama kegiatan posyandu. Sementara itu data yang dikumpulkan pada

diskusi kelompok pada kader adalah data kegiatan posyandu yang meliputi waktu pelaksanaan, tempat dan kegiatan lima meja posyandu, kelengkapan posyandu, pembinaan dari dinas kesehatan dan sistem pelaporan hasil penimbangan. Dalam kegiatan wawancara mendalam dan diskusi kelompok dilakukan proses perekaman.

Observasi di Posyandu untuk melihat sarana fisik yaitu kondisi bangunan, peralatan penimbangan, dan sarana posyandu lainnya. Observasi juga dilakukan terhadap cara penyelenggaraan posyandu, yaitu mekanisme pelaksanaan 5 meja di posyandu, mulai dari saat anak pertama kali tiba di posyandu, cara pencatatan, interpretasi terhadap hasil penimbangan, sampai dengan penyuluhan.

Hasil wawancara mendalam dan diskusi kelompok terarah dianalisis dengan membuat transkrip dari hasil rekaman seluruh wawancara yang telah dilakukan. Pernyataan yang dihasilkan disusun ke dalam bentuk matriks berupa kategori-kategori yang sesuai dengan topik. Untuk keabsahan data kualitatif maka dilakukan triangulasi sumber dan metode. Triangulasi sumber yaitu membandingkan dan mengecek kembali data yang telah diperoleh dari informan yang berbeda. Pada penelitian ini, informasi diperoleh dari sumber yang berbeda yaitu informan di dinas kesehatan kabupaten, informan di puskesmas, informan di desa, kader, dan sasaran program (ibu balita). Triangulasi metode dengan cara observasi (untuk mengetahui secara langsung pelaksanaan pemantauan pertumbuhan di Posyandu), wawancara mendalam, dan diskusi kelompok terarah. Penelitian ini telah mendapat ijin etik (*etical approval*) dari Badan Litbang Kesehatan, Kemenkes RI nomor LB.02.01/5.2/KE.306/2016.

HASIL

Hasil penelitian disajikan dalam 3 bagian, yaitu input, proses, dan output. Input terdiri dari sarana fisik, sumberdaya manusia, ketersediaan dana dan penyelenggaraan kegiatan posyandu. Proses meliputi pelaksanaan posyandu yang mencakup kegiatan di 5 meja, sedangkan output meliputi sistem pelaporan posyandu dan sistem rujukan.

Input

Sarana fisik

Di desa C perencanaan sarana/fasilitas posyandu dibicarakan setiap akhir tahun untuk rencana pembangunan desa tahun berikutnya. Di Desa D dan B sarana/fasilitas, tempat, dan

dana posyandu direncanakan dalam musyawarah perencanaan pembangunan (musrembang). Sedangkan di desa A, semua fasilitas di setiap posyandu sudah lengkap, sehingga tidak dilakukan perencanaan sarana.

Hasil observasi diketahui bahwa pada umumnya setiap posyandu sudah memiliki fasilitas alat yang cukup lengkap seperti timbangan (dacin), timbangan injak, pengukur tinggi badan, buku register posyandu dan tensimeter. Beberapa posyandu di desa D sudah memiliki alat pengukur lingkar kepala.

Hasil DKT menyebutkan bahwa di setiap posyandu masih terdapat kendala akan ketersediaan KMS. Tidak adanya KMS disebabkan karena rusak dan banyak diantaranya yang sudah hilang dan karena tempat lahir bukan di fasilitas kesehatan (rumah sakit atau puskesmas). Dengan banyaknya KMS yang hilang jika disimpan oleh ibu balita menyebabkan KMS tersebut disimpan oleh kader posyandu. Pada saat ini di Kabupaten Bandung, KMS sudah tidak disediakan lagi maka digunakan buku KIA, namun demikian KMS masih digunakan namun berasal dari bantuan Pemberdayaan dan Kesejahteraan Keluarga (PKK).

“.....kami sudah tidak KMS lagi sekarang. Iya ada buku KIA” (tenaga kesehatan 2.c).

“.....yang tidak punya itu satu, lahir tidak di fasilitas kesehatan kedua mungkin hilang nah itu tadi yang jadi masalah.....” (aparatur pemerintah b).

“.....disini ada sebagian posyandu biasanya KMS nya disimpan, kadang suka hilang wae ada si ibunya kadang pas mau imunisasi diambil mau ke dokter ada.....” (tenaga kesehatan 2.d).

“.....KMS disimpan di kami supaya menghindari kelupaan atau hilang.....” (kader).

Sumberdaya manusia

Sumberdaya manusia dalam kegiatan posyandu adalah kader, aparat desa, tokoh masyarakat dan anggota PKK. Berdasarkan observasi, sebagian besar kader juga merupakan anggota PKK. Di Kabupaten Bandung, jumlah rata-rata kader dalam satu posyandu adalah 5 orang. Namun, masih terdapat pula posyandu dengan kader kurang dari 5 orang, sehingga pemenuhan kebutuhan kader pada saat pelaksanaan posyandu dibantu oleh kader dari posyandu lain. Pengelola posyandu dipilih dari dan oleh masyarakat yang dipilih pada saat musyawarah pembentukan Posyandu. Pengurus Posyandu

sekurang-kurangnya terdiri dari ketua, sekretaris, dan bendahara.

“.....jumlah kader di posyandu yang rutin mah yang pernah saya ikutin mah 2 orang minimal ada kalo di yang lainnya ada yang 3” (tenaga kesehatan 1.d).

“.....kader posyandu saya 7 orang tapi kadang ada yang hadir kadang ada yang gak hadir.....” (kader).

Berdasarkan informasi yang dihimpun dari beberapa informan, dalam pemilihan kader posyandu di wilayah desa D, terdapat perbedaan antara pemilihan kader di wilayah desa dengan pemilihan kader di wilayah RW. Untuk di wilayah desa, didapati keterangan bahwa pemilihan anggota kader posyandu di tingkat desa dilakukan dengan cara dipilih langsung oleh jajaran para pengurus penggerak PKK di desa. Informasi ini diperkuat dengan keterangan yang diperoleh dari kepala desa yang mengatakan bahwa kader posyandu untuk tingkat desa itu dipilih dari anggota masyarakat yang dinilai peduli pada masyarakat. Untuk di tingkat RW, pemilihan kader dilakukan dengan dua cara, cara pertama yaitu dengan cara dipilih/ditunjuk siapa saja yang sekiranya layak untuk menjadi kader.

Dalam hal pemilihan kader, para kader senior diberi kewenangan untuk memilih diantara para warga yang sekiranya layak dan dinilai peduli akan keadaan masyarakat di lingkungan RW-nya. Para pengurus PKK tidak mempunyai andil dalam pemilihan pengurus posyandu di tingkat RW. Ketidakikutsertaan para pengurus PKK ini diperkuat oleh pernyataan dari narasumber yang merupakan ketua dari PKK yang mengatakan bahwa PKK tidak ikut terlibat dalam pemilihan kader karena pemilihan kader merupakan kewenangan dari RW. Dengan cara penunjukan ini, tidak jarang yang bersangkutan menolak untuk dijadikan kader di tingkat desa, dengan berbagai alasan. Tetapi jika sudah diberikan pencerahan, pengertian dan dorongan bahwa menjadi kader itu tidak selamanya dan memakai sistem secara bergiliran, maka biasanya anggota masyarakat yang terpilih tersebut akhirnya mau menjadi kader. Berdasarkan wawancara mendalam dengan salah satu tokoh masyarakat desa D pemilihan kader di tingkat desa ini juga menggunakan sistem musyawarah dengan para warga desa terlebih dahulu, sehingga proses pemilihan dapat diketahui oleh semua warganya.

Cara yang kedua adalah adanya anggota warga yang mengajukan diri untuk menjadi kader karena merasa dapat

memberikan perhatian bagi masyarakat di lingkungan wilayahnya. Warga yang mengajukan diri tersebut kebanyakan adalah para warga yang sebelumnya sudah pernah terpilih menjadi anggota kader khususnya kader posyandu di lingkungan RW. Terkadang di masyarakat ada beberapa warga yang mempunyai "jiwa besar" sehingga mengajukan diri untuk menjadi kader karena yang bersangkutan pada dasarnya senang membantu orang lain. Pendapat lain di desa C mengungkapkan jika pemilihan kader terkadang sulit karena menjadi kader bersifat sukarela dan tidak mendapatkan gaji.

".....sukarela si ibunya yang ibunya, ibu kadernya. Hmm, siapa yang mau gitu. Tapi kayanya mah pada rada susah. Karena ga ada gajinya hehe.... jadi itu mah kita cuma ibadah weh lah, sok anu hoyongan mangga lah ngiringan....." (aparatur desa C.e).
".....kalo supaya jadi kader orangnya yang proaktif gitu pak terutama orang yang sering tahu tentang masalah masyarakat gitu pak misalnya....." (aparatur desa D.e).

Pelatihan kader yang diselenggarakan oleh puskesmas atau dinas kesehatan tentang cara menimbang dilakukan menjelang pelaksanaan bulan penimbangan balita. Pelatihan rutin tentang pemantauan pertumbuhan termasuk cara membuat plot KMS jarang dilakukan.

".....pelatihan kader ada. Ehmm... menjelang BPB pada bulan Juli, bagaimana cara menimbang dan mengukur yang baik dan benar....." (tenaga kesehatan a).
".....menjelang bulan penimbangan biasanya diajarkan lagi cara ngukurnya....." (kader).

Ketersediaan dana

Berdasarkan hasil wawancara dengan kepala desa, ketua PKK dan tokoh masyarakat desa B, dana penyelenggaraan kegiatan posyandu berasal dari anggaran dana desa (ADD), terdapat pula bantuan dana dari Gubernur Jawa Barat. Dana tersebut dipergunakan untuk melengkapi fasilitas di semua posyandu misalnya timbangan (dacin) dan alat pengukur tinggi badan. Ada pula dana dari *kencleng* (uang sumbangan warga yang dimasukkan dalam suatu wadah) untuk menyediakan makanan tambahan, dan juga bantuan dari ibu kades untuk kader menjelang hari raya dan untuk PMT (pemberian makanan tambahan). Di desa A dana untuk pelaksanaan posyandu berasal dari *kencleng*, *corporate social responsibility (CSR)* perusahaan namun

hanya untuk posyandu yang berlokasi dekat dengan perusahaan, dan dana pribadi kades.

Sumber dana posyandu di desa D berasal dari ADD, dana revitalisasi posyandu, CSR perusahaan, dokter praktek di sekitar posyandu, sumbangan dari pengusaha dan dari dana *kencleng* sukarela. Dana untuk operasional posyandu di desa C berasal dari dana desa dan ada juga bantuan dari pabrik yang ada di wilayah desa tersebut. Menurut ketua PKK desa C terdapat dana dari desa sebesar Rp. 200.000 ribu per bulan setiap posyandu. Dana tersebut biasanya digunakan untuk pemberian makanan tambahan (PMT) dan konsumsi kader setelah pelaksanaan kegiatan posyandu.

Penyelenggaraan kegiatan posyandu

Kegiatan posyandu di desa B diselenggarakan sebulan sekali di masing-masing RT di desa tersebut. Sebagian Posyandu di desa B memiliki tempat permanen untuk menyelenggarakan kegiatan tersebut. Posyandu yang belum mempunyai tempat permanen menggunakan fasilitas RW (kantor RW) atau rumah masyarakat setempat. Di desa A setiap hari kerja terdapat kegiatan posyandu di masing-masing RT. Jadwal pelaksanaan posyandu ditentukan oleh bidan desa. Hanya sebagian kecil posyandu yang sudah memiliki tempat sendiri. Posyandu yang tidak memiliki tempat sendiri melakukan kegiatan di masjid, madrasah dan rumah RW. Pelaksanaan kegiatan posyandu biasanya dilakukan oleh kader yang dipandu oleh bidan desa setempat.

Kegiatan posyandu di desa C dilaksanakan rutin setiap bulan bertempat di pos RW. Hari pelaksanaan posyandu ditentukan oleh bidan. Masih terdapat sebagian RW yang belum memiliki pos dan melaksanakan posyandu di rumah Ketua RW atau rumah kader. Kegiatan posyandu di desa D dilaksanakan sebulan sekali. Belum semua posyandu di Desa D memiliki tempat khusus. Posyandu yang belum memiliki tempat melakukan kegiatan di ruang serbaguna RW, rumah kader atau di rumah RW. Pelaksanaan posyandu tersebut mengandalkan peran kader.

Proses

Kegiatan utama di Posyandu mencakup kesehatan ibu dan anak, keluarga berencana, imunisasi, gizi, pencegahan dan penanggulangan diare¹⁸. Kegiatan wajib yang selalu dilaksanakan di posyandu adalah pendaftaran, penimbangan, pencatatan (pengisian KMS), penyuluhan dan pelayanan kesehatan berkoordinasi dengan petugas kesehatan dari

Puskesmas (kegiatan 5 meja posyandu). Kegiatan pendaftaran hingga penyuluhan dilakukan oleh kader, sementara kegiatan pelayanan kesehatan dilakukan oleh tenaga kesehatan setempat.

Kegiatan pendaftaran dan penimbangan telah dapat dilakukan dengan baik oleh kader. Diawali dengan menera timbangan hingga menunjuk angka "nol" sebelum digunakan. Pencatatan hasil penimbangan berat badan anak dilakukan dengan cara yang berbeda-beda. Sebagian kecil kader langsung melakukan plot di KMS. Namun, pada umumnya hasil penimbangan berat badan anak dicatat kader di buku bantu/buku register/buku besar (Form F1, F2, F3, F4, F5). Terdapat pula kader yang melakukan plot ke KMS setelah mencatat berat badan anak di buku besar. Terkadang plot ke dalam KMS dilakukan pada keesokan harinya. Hal ini disebabkan kurangnya kader pada waktu pelaksanaan posyandu dan banyaknya anak yang datang pada waktu bersamaan sehingga kader tidak sempat untuk melakukan plot ke KMS.

".....kalau misalkan ibunya males nggak mau di plot ya kalau penggerak kadernya cuma 2 orang....." (tenaga kesehatan, 1.d).

".....di buku bantu-bantu baru langsung KMS" (kader c).

".....kalo saya perhatiin KMS nya di taro di kadernya atau pada saat diisinya saat ibunya pulang biar gak ngantri....." (tenaga kesehatan 2.c).

Di Puskesmas 1 cara pencatatan berat badan anak menggunakan kartu balita (kartu KIR) yang juga dipakai sebagai pendamping buku KIA. Kader menggunakan kartu KIR untuk memudahkan sistem pelaporan. Berdasarkan wawancara dengan petugas kesehatan Puskesmas 1, kartu KIR menggunakan kertas warna biru untuk laki-laki dan warna merah muda untuk perempuan. Dalam kartu tersebut terdapat identitas anak, bulan penimbangan, umur, berat badan dan tinggi badan setiap bulan.

".....untuk plotting itu kan bu.. ibu-ibu harus ke F2,F3 sama F2 shift nya itu harus dimasukkan di buku ternyata di KMS di plotting di buku kan lama. Maka untuk di kader supaya dipindahkan ke buku saya tuh punya di setiap posyandu ada namanya buku kartu KIR atau kartu balita untuk memudahkan sistem pelaporan yah....." (tenaga kesehatan 1.d).

".....untuk memudahkan kader sedikit kader ba-

nyak pakai kartu itu. Untuk laporan kan biasanya telat-telat. Kalau sekarang kan bisa, dulunya saya nggak mau pakai....." (tenaga kesehatan 1.d).

Penilaian pertumbuhan anak umumnya menggunakan prinsip KBM (Kenaikan Berat Badan Minimal). Dengan mengacu pada KBM maka berat badan anak dikatakan naik jika berat badan anak tersebut berada di atas berat badan minimal sesuai usia. Cara interpretasi lainnya adalah dengan membandingkan berat badan anak saat penimbangan dengan berat badan anak bulan sebelumnya. Cara interpretasi ini dipakai para kader posyandu untuk mengetahui naik tidaknya berat badan anak. Cara ini banyak dipakai di posyandu di Kabupaten Bandung.

".....dibandingkan dengan bulan kemaren hasil timbangannya" (tenaga kesehatan 2.d).

Setelah plot di KMS, diinterpretasi selanjutnya dilakukan konseling. Konseling dan penyuluhan merupakan tindak lanjut dari pemantauan pertumbuhan yang dilakukan dalam kegiatan posyandu di Kabupaten Bandung. Konseling dan penyuluhan terutama yang berkaitan dengan kegiatan pemantauan pertumbuhan balita biasanya dilakukan oleh tenaga pelaksana gizi (TPG) atau bidan desa. Konseling dan penyuluhan dilakukan bila anak masuk dalam kriteria: selama dua bulan berturut-turut tidak mengalami kenaikan berat badan (2T), berat badan berada di bawah garis merah (BGM), atau menderita gizi kurang.

Namun berdasarkan pengamatan yang dilakukan selama pengambilan data, ternyata kegiatan konseling dan penyuluhan jarang dilakukan. Kegiatan konseling dan penyuluhan dilakukan hanya jika ada petugas kesehatan saja. Kader merasa tidak mampu untuk melakukan konseling dan penyuluhan karena kurangnya pengetahuan dan keterampilan untuk melakukan konseling dan penyuluhan. Alasan lain tidak dilakukannya konseling dan penyuluhan adalah karena terbatasnya waktu kegiatan posyandu yang dianggapnya cukup singkat.

Melalui kegiatan konseling, ibu balita akan mendapatkan layanan konsultasi mengenai pola asuh dan cara pemberian makanan yang sehat. Namun, pada kenyataannya tidak semua ibu balita mendapatkan pelayanan konseling tersebut. Menurut ibu balita kegiatan konseling tidak rutin dilakukan. Konseling hanya dilakukan bila ada tenaga kesehatan yang hadir di posyandu.

“.....kenapa penyuluhan tidak jalan, karna tingkat pengetahuan kader kurang dan jumlah kader kurang.....” (tenaga kesehatan 1.c).

“.....konseling dilakukan untuk anak yang 2T (tdk naik BB nya 2x). Jika dilakukan konseling untuk semua anak tidak keburu dan memakan waktu.....” (aparatur pemerintah b).

Jika pada kegiatan penimbangan di posyandu ditemukan kasus dimana berat badan anak tidak mengalami kenaikan atau sama dengan berat bulan kemarin, atau ditemukan kasus gizi kurang atau gizi buruk, maka kasus tersebut dirujuk ke puskesmas.

Output

Sistem Pelaporan Posyandu

Data yang dikumpulkan oleh kader diantaranya adalah jumlah balita yang ada di posyandu, balita yang terdaftar dan mempunyai KMS, jumlah balita yang naik, jumlah balita yang tidak naik, jumlah balita yang pertama kali hadir dan ditimbang, dan jumlah balita BGM dan jumlah balita yang tidak naik berat badannya dua kali berturut-turut. Data yang dikumpulkan di posyandu selanjutnya diserahkan kader kepada bidan desa. Selanjutnya diserahkan ke TPG untuk direkap. Data tersebut diserahkan secepatnya setelah hari pelaksanaan posyandu.

Sistem Rujukan

Setelah dilakukan penimbangan, dilakukan plot hasil timbangan di KMS dan diinterpretasikan hasilnya, selanjutnya akan diketahui posisi plot di KMS. Berdasarkan hasil tersebut, anak akan diketahui pertumbuhannya. Anak yang dirujuk adalah anak balita yang tidak naik 2 bulan berturut-turut atau BGM. Menurut informan tenaga kesehatan Puskesmas 1, anak dengan gizi buruk umumnya didapatkan dengan pelacakan langsung ke masyarakat melalui kegiatan posyandu dan pada saat bulan penimbangan balita (BPB). Menurut salah seorang informan kasus gizi buruk terdeteksi bukan karena masalah gizinya tetapi karena penyakit yang menyertainya.

“.....biasanya langsung dapet dia berobat ke puskesmas nah dari puskesmas di laporkan, ada gizi buruk, karena dia lagi berobat gitu.....” (aparatur pemerintah b).

Namun hasil temuan di lapangan, anak yg dirujuk adalah anak yang sangat kurus atau dengan penyakit penyerta seperti TB dan anak yang BGM selama dua bulan berturut-turut. Rujukan tidak dilakukan dengan menggunakan

formulir rujukan melainkan menggunakan alat komunikasi atau secara lisan.

“kadang-kadang gizi buruk datang bukan karena gizi buruknya ke rumah sakit karena sakitnya kan karena gizi buruk itu kan jarang murni dengan penyakit penyerta jadi bukan gizi buruknya dia datang tapi penyakitnya.....” (aparatur pemerintah b).

BAHASAN

Bahasan penelitian akan dibagi menjadi: input, proses dan output. Input adalah ketersedianya sumber daya yang dibutuhkan dalam pelaksanaan kegiatan posyandu, antara lain: 1) Sarana fisik atau kelengkapan seperti bangunan, meja kursi, perlengkapan penimbangan, perlengkapan pencatatan dan pelaporan, perlengkapan penyuluhan dan perlengkapan pelayanan; 2) Sumber daya manusia yang ada seperti kader, petugas kesehatan dan aparat desa atau kecamatan yang ikut berperan dalam kelangsungan program; 3) Ketersediaan dana, sebagai penunjang kegiatan yang berasal dari pemerintah maupun swadaya masyarakat dan 4) Penyelenggaraan kegiatan posyandu dan bagaimana cara persiapan serta mekanisme pelayanannya¹⁴.

Input

Sarana fisik atau kelengkapan

Di Kabupaten Bandung, pada umumnya setiap posyandu sudah memiliki fasilitas alat yang cukup lengkap seperti timbangan (dacin), timbangan injak, pengukur tinggi badan, buku register posyandu dan tensimeter. Bahkan ada posyandu yang sudah memiliki alat pengukur lingkar kepala. Setiap posyandu telah memiliki Kartu Menuju Sehat (KMS). KMS merupakan kartu yang memuat kurva pertumbuhan normal anak berdasarkan indeks antropometri berat badan menurut umur. KMS juga berfungsi sebagai alat penyuluhan gizi kepada ibu-ibu yang memiliki anak balita (bawah lima tahun)¹⁵. Dengan KMS gangguan pertumbuhan atau resiko kelebihan gizi dapat diketahui lebih dini, sehingga dapat dilakukan tindakan pencegahan secara lebih cepat dan tepat sebelum masalahnya lebih berat¹⁶.

Menurut salah satu informan sudah sekitar 3 tahun ini tidak ada pembagian KMS, sebagai gantinya adalah buku KIA, yang didalamnya terdapat pula KMS. Namun buku KIA diberikan pada saat ibu memeriksakan kehamilan di tenaga kesehatan setempat. sehingga ibu yang tidak memeriksakan kehamilannya di tenaga kesehatan tidak memiliki KMS/buku KIA untuk

anaknya. Selain itu banyak pula terjadi kehilangan atau kerusakan buku KIA / KMS.

Buku KIA adalah buku catatan terpadu yang digunakan dalam keluarga dengan tujuan meningkatkan praktik keluarga dan masyarakat dalam pemeliharaan atau perawatan kesehatan ibu dan anak serta untuk meningkatkan kualitas pelayanan KIA. Pencatatan buku KIA dilakukan oleh bidan desa, dan dapat dibantu oleh kader pada saat penyelenggaraan posyandu. Ibu mempergunakan buku KIA pada saat penimbangan balita di posyandu maupun saat mendapatkan layanan kesehatan di bidan desa dan puskesmas. Pencatatan status kesehatan ibu dan anak di buku KIA mempunyai keuntungan bagi ibu dan keluarga, kader kesehatan, serta tenaga kesehatan. Namun juga mempunyai kelemahan antara lain catatan kesehatan tersebut dapat hilang jika buku KIA yang digunakan tidak disimpan dengan baik¹⁶.

Buku KIA/KMS sebaiknya dijaga dengan baik, karna di dalamnya terekam banyak informasi mengenai kesehatan anak, antara lain: catatan imunisasi, berat badan, tinggi badan dan garis pertumbuhan anak. Berdasarkan penelitian tentang pemanfaatan buku KIA di tahun 2014 informasi pada buku KIA tidak mengendap menjadi ingatan dan pengetahuan. Kemungkinan responden mempunyai kesan yang kurang mendalam terhadap informasi buku KIA sehingga tidak merasa termotivasi untuk menjadikan bagian kebutuhan¹⁵. Di Palestina, ibu yang mempunyai buku KIA lebih sering berkunjung ke pelayanan kesehatan dibandingkan ibu yang tidak mempunyai buku KIA. Sebagian ibu yang memiliki buku KIA jarang/tidak membaca informasi di buku KIA, namun informasi dari buku KIA tersebut diberikan oleh tenaga kesehatan¹⁷.

Sumber daya manusia

Terselenggaranya kegiatan posyandu tidak terlepas dari peran aparat desa seperti lurah, anggota PKK dan tokoh masyarakat. Kader posyandu pada umumnya adalah relawan yang berasal dari masyarakat yang dipandang memiliki kemampuan lebih dibandingkan anggota masyarakat lainnya. Mereka adalah yang memiliki andil besar dalam memperlancar proses pelayanan kesehatan. Penyelenggaraan posyandu memerlukan para kader kesehatan yang bertugas untuk mengelola segala kegiatan yang ada¹⁸. Pada penelitian ini sebagian besar kader posyandu merupakan anggota PKK kelurahan. Kader posyandu adalah warga masyarakat yang ditunjuk untuk bekerja secara sukarela dalam

melaksanakan kegiatan yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan sederhana di posyandu. Kader posyandu dipilih oleh pengurus posyandu dari anggota masyarakat yang bersedia, mampu dan memiliki waktu untuk menyelenggarakan kegiatan posyandu.

Kriteria kader posyandu menurut Kemenkes RI (2011) ada tiga: Pertama, bahwa kader yang dipilih diutamakan berasal dari anggota masyarakat setempat sehingga kader lebih mengetahui karakteristik dan memahami kebiasaan masyarakat. Selain itu kader lebih mudah dalam memantau situasi dan kondisi bayi dan balita yang ada di wilayah kerja posyandu dengan melakukan kunjungan rumah bagi bayi dan balita yang tidak datang pada hari buka posyandu maupun memantau status pertumbuhan bayi dan balita yang mengalami gizi kurang dan gizi buruk. Kedua, kader juga harus bisa membaca dan menulis huruf latin karena pelaksanaan tugas di posyandu berhubungan juga dengan pencatatan dan pengisian KMS yang menuntut kader agar bisa membaca dan menulis. Kemampuan dalam membaca dan menulis ini merupakan hasil dari pendidikan dasar kader tersebut. Ketiga, kader sebaiknya dapat menggerakkan masyarakat untuk berpartisipasi dalam kegiatan di posyandu serta bersedia bekerja secara sukarela, memiliki kemampuan dan waktu luang agar kegiatan dapat terlaksana dengan baik. Jika kader dapat meningkatkan partisipasi masyarakat dalam arti sebagian besar ibu dari bayi dan balita mau datang ke posyandu, maka keberhasilan program posyandu akan terwujud¹⁸.

Peran kader dibagi menjadi 3 yaitu sebelum hari buka posyandu, saat hari buka posyandu dan sesudah hari buka posyandu. Dalam penyelenggaraan posyandu kader berperan sebagai pemberi informasi kesehatan dan penggerak masyarakat untuk datang ke posyandu dan melaksanakan perilaku hidup bersih dan sehat¹⁸.

Permasalahan yang umumnya terjadi pada kader adalah jumlah kader yang kurang, terutama pada waktu pelaksanaan posyandu dan belum rutinnya pelatihan kader untuk peningkatan pengetahuan. Kurangnya jumlah kader pada saat pelaksanaan posyandu menyebabkan kader melakukan pekerjaan rangkap misalnya melakukan pendaftaran sekaligus pengukuran anak dan *plotting* KMS terkadang tidak dilakukan. Kurangnya jumlah kader dapat dikarenakan kurangnya regenerasi, motivasi yg kurang untuk menjadi kader dan tidak adanya sistem gaji. Menurut Yuwono keberadaan kader relatif labil karena partisipasinya bersifat sukarela sehingga tidak

ada jaminan bahwa para kader akan tetap menjalankan fungsinya dengan baik seperti yang diharapkan. Jika ada kepentingan keluarga atau kepentingan lainnya maka posyandu akan ditinggalkan¹⁶.

Hasil penelitian memperlihatkan bahwa faktor motivasi berpengaruh terhadap peran serta kader dan masyarakat dalam posyandu. Banyak sekali faktor yang mempengaruhi kondisi kader dan masyarakat untuk terlibat dalam seluruh kegiatan posyandu, antara lain: pengetahuan kader, informasi kegiatan posyandu, motivasi kader¹⁹. Penyelenggaraan posyandu dapat berjalan dengan baik jika para kader memiliki motivasi yang tinggi. Kader yang memiliki pengetahuan baik dapat berperan serta untuk meningkatkan kualitas pelayanan posyandu, salah satunya pengetahuan tentang pengisian KMS¹⁸. Kader posyandu dituntut untuk memiliki pengetahuan yang cukup tentang tugas dan tanggung jawabnya, seperti cara penimbangan, pengisian KMS dan pemberian makanan tambahan. Kader yang memiliki pengetahuan yang baik diharapkan akan dapat memberikan layanan yang baik dan bermutu pada saat Posyandu²⁰.

Ketersediaan dana

Posyandu adalah salah satu bentuk Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat (UKBM) yang dikelola dan diselenggarakan dari, oleh, untuk, dan bersama masyarakat dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan. Di Kabupaten Bandung dana untuk penyelenggaraan kegiatan posyandu berasal dari berbagai sumber. Dana tersebut berasal dari ADD (anggaran dana desa), bantuan gubernur, dana revitalisasi posyandu, CSR (*corporate social responsibility*) perusahaan, *kencleng* (uang sumbangan warga yang dimasukkan dalam suatu wadah), sumbangan dokter praktek disekitar posyandu, sumbangan pengusaha, dana pribadi kades dan bantuan dari ibu kades dana tersebut dipergunakan untuk menyediakan makanan tambahan, melengkapi fasilitas di semua posyandu misalnya timbangan (*dacin*) dan alat pengukur tinggi badan, konsumsi kader setelah pelaksanaan kegiatan posyandu dan diberikan kepada kader menjelang hari raya. Namun demikian, belum terdapat posyandu yang menyisihkan dana yang didapatkan untuk melakukan peningkatan penambahan pengetahuan/keterampilan kepada kader. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian di salah satu kecamatan di Kabupaten Lumajang²¹.

Penyelenggaraan kegiatan Posyandu

Penyelenggaraan Posyandu sekurang-kurangnya dilakukan satu kali dalam sebulan. Jika diperlukan, hari buka posyandu dapat lebih dari satu kali dalam sebulan. Hari dan waktunya sesuai dengan hasil kesepakatan masyarakat¹⁸. Hasil penelitian ini di empat desa telah melakukan kegiatan posyandu dengan rutin setiap bulan, dengan jadwal pelaksanaan posyandu pada umumnya ditentukan oleh bidan desa.

Tempat penyelenggaraan kegiatan posyandu sebaiknya berada di lokasi yang mudah dijangkau oleh masyarakat. Posyandu berlokasi di setiap desa/kelurahan/RT/RW atau dusun, salah satu kios di pasar, salah satu ruangan perkantoran, atau tempat khusus yang dibangun oleh swadaya masyarakat¹⁵. Tempat pelaksanaan di keempat posyandu pada umumnya berlokasi di pos RW, namun bagi RW yang tidak memiliki lokasi khusus melakukan kegiatan tersebut di rumah Ketua RW atau kader.

Proses

Posyandu merupakan salah satu bentuk upaya kesehatan yang strategis, yang menyediakan layanan kesehatan masyarakat. Apabila kegiatan posyandu terselenggara dengan baik akan memberikan kontribusi yang besar, dalam menurunkan angka kematian ibu, bayi, dan anak balita¹⁶. Salah satu fungsi posyandu adalah sebagai media promosi dan pemantau pertumbuhan anak balita.

Cara melakukan pemantauan pertumbuhan di posyandu mengikuti alur 5 meja. Pada umumnya kader telah memahami tahapan mengenai kegiatan 5 meja di posyandu. yaitu: 1) pendaftaran, 2) penimbangan, 3) plot hasil penimbangan dan penilaian pertumbuhan, 4) konseling bagi ibu balita/pengasuh dan 5) pelayanan gizi dan kesehatan dasar. Namun dari hasil observasi di lapangan masih ada beberapa hal yang belum sesuai dengan yang seharusnya. Di beberapa posyandu, setiap ibu balita yang datang langsung mengunjungi meja pendaftaran sebelum menimbang anaknya. Namun, masih terdapat posyandu yang tidak memiliki meja pendaftaran. Dalam hal ini, ibu balita langsung menimbang anaknya. Hal ini dikarenakan jumlah kader kurang dari 5, sehingga tidak terdapat kader yang akan menjaga meja pendaftaran. Dalam pelaksanaan kegiatan posyandu hambatan yang paling sering dijumpai kurang aktifnya kader-kader posyandu²². Jumlah kader yang kurang dengan

beban kerja yang banyak menyebabkan kader tidak dapat bekerja dengan maksimal dalam memberikan pelayanan pada balita²³. Dalam Pedoman Umum Pelaksanaan Posyandu dikemukakan bahwa jumlah minimal kader untuk setiap posyandu adalah 5 orang. Hal ini sesuai dengan mekanisme pelayanan 5 meja atau 5 langkah²⁴.

Dalam penelitian ini tampaknya belum semua kader memahami tentang pemantauan pertumbuhan balita di posyandu secara benar. Menurut Trisanti dan Risnawati (2017), pemantauan pertumbuhan terdiri atas pengukuran rutin untuk mendeteksi pertumbuhan yang tidak normal. Hal ini bertujuan untuk mengurangi risiko kematian karena kurangnya asupan zat gizi, membantu mengajarkan ibu, dan membantu rujukan apabila terjadi gangguan pertumbuhan¹¹.

Belum dipahaminya konsep pemantauan pertumbuhan menyebabkan fungsi posyandu dalam memantau pertumbuhan balita menjadi tidak sesuai, keadaan seperti ini dibiarkan berlangsung terus. Hal tersebut dapat disebabkan karena kader jarang mendapatkan penyegaran atau pembinaan secara periodik, padahal pengetahuan kader yang baik dalam pelaksanaan posyandu sangat diperlukan. Dampak lain dari belum dipahaminya tentang pemantauan pertumbuhan adalah terjadi ketidaksesuaian interpretasi mengenai status pertumbuhan (naik atau turunnya berat badan) anak yaitu dengan menggunakan asal naik dan KBM tanpa melihat garis pertumbuhan anak. Penilaian pertumbuhan anak umumnya menggunakan prinsip KBM. Dengan mengacu pada KBM maka berat badan anak dikatakan naik jika berat badan anak tersebut berada di atas berat badan minimal sesuai usia. Cara interpretasi lainnya adalah dengan membandingkan berat badan anak saat penimbangan dengan berat badan anak bulan sebelumnya. Jika hasil pengukuran tersebut diplot pada KMS kemudian ditarik garis pertumbuhan, kemungkinan garis pertumbuhan akan mengarah ke warna merah dan status gizi anak akan mengarah ke status gizi buruk.

Sebagian besar kader posyandu tidak melakukan plot di KMS, padahal kegiatan tersebut penting dilakukan agar dapat diketahui arah grafik pertumbuhan anak yang diukur. Menurut Trisanti dan Risnawati (2017) semua informasi atau data yang diperlukan untuk pemantauan balita, pada dasarnya bersumber dari data penimbangan berat badan balita yang didapat setiap bulan saat balita dibawa ke posyandu¹¹. Beberapa sebab mengapa tidak dilakukan plotting KMS: anak balita tidak mempunyai KMS, tidak tahu cara mengisinya

dikarenakan kader berganti-ganti, KMS dibawa oleh kader dan pengisian KMS dilakukan setelah kegiatan posyandu selesai. Alasan lain karena pengerjaannya memakan waktu cukup lama, dan jumlah kader tidak mencukupi untuk melakukan peran yang cukup banyak.

Dengan melihat grafik pertumbuhan berat badan anak dari bulan ke bulan pada KMS, seorang ibu dapat mengetahui dan dapat secara dini melakukan tindakan penanggulangan sesuai dengan pengetahuan dan sikap yang dimilikinya, sehingga keadaan gizi yang memburuk dapat dicegah dan mempertahankan pada status gizi tetap baik.

Motivasi kader berdampak pada kepatuhan kader dalam pengisian KMS, menurut Suhat dan Hasanah (2014) salah satu faktor yang mempengaruhi tingkat keaktifan kader adalah tingkat pengetahuan, pekerjaan, pendapatan dan keikutsertaan kader dalam organisasi²⁵. Motivasi akan merangsang kader untuk melakukan tugasnya dengan baik. Dengan motivasi tinggi diharapkan kader akan bersemangat melakukan tugasnya, salah satunya adalah mengisi KMS di setiap penimbangan balita setiap bulannya di posyandu. Jika dalam pengisian KMS kader bersemangat atau memiliki motivasi yang tinggi maka KMS akan terisi secara lengkap dan baik. Tetapi sebaliknya, jika kader posyandu dalam melaksanakan kewajibannya sudah tidak bersemangat atau motivasinya rendah maka dalam mengisi KMS akan asal-asalan sehingga banyak hal atau bagian dari KMS yang tidak terisi atau salah dalam pengisian. Selain pemberian pelatihan, motivasi dapat diwujudkan dengan pemberian penghargaan bagi kader berprestasi dan insentif, dapat berupa uang maupun barang yang diberikan oleh pemerintah daerah. Dengan adanya penghargaan bagi kader maka akan ada perasaan bangga dan senang pada dirinya sehubungan dengan tugas sosialnya sebagai kader kesehatan¹¹.

Kepemilikan KMS/buku KIA juga menjadi salah satu masalah tidak dilakukannya plot hasil penimbangan. Menurut Mudjiyanto (2001) KMS sebagai alat penyuluhan gizi masih belum efektif. Ketidakefektifan ini terjadi karena masih rendahnya pemahaman kader posyandu dan ibu balita terhadap arti grafik pertumbuhan anak. Rendahnya pengetahuan kader untuk memberikan nasihat gizi kepada ibu balita merupakan faktor terhadap kekuranganeftifan pemanfaatan KMS atau buku KIA²⁶.

Pengetahuan yang cukup tentang pengisian KMS berpengaruh terhadap kepatuhan kader dalam pengisian KMS. Apabila pengetahuan kader kurang maka akan

berdampak pada ketidaklengkapan pengisian KMS. Motivasi seorang kader sangat penting karena akan mempengaruhi kemauan kader untuk bekerja keras dalam menyelesaikan pekerjaannya dan pencapaian produktivitas kerja yang tinggi. Motivasi kader sebagai daya pendorong yang membuat kader mengembangkan kreativitas dan menggerakkan segala kemampuannya demi mengoptimalkan pelayanan posyandu¹¹.

Menurut Lubis dan Sayhri (2015) terdapat pengaruh pelatihan terhadap pengetahuan dan tindakan kader dalam menilai dan memantau pertumbuhan balita. Setelah diberikan pelatihan tentang penilaian pertumbuhan terjadi peningkatan proporsi kader yang berpengetahuan baik. Pengetahuan yang kurang dapat disebabkan pembinaan yang sangat terbatas terutama dari tenaga gizi puskesmas atau dari dinas kesehatan²⁷. Ketrampilan kader dan petugas kesehatan sangat penting dalam menentukan keberhasilan program. Sebagian besar kader belum mampu mengartikan makna pertumbuhan berat badan anak. Sementara menurut Juliawan dkk (2010) kader tidak melakukan penyuluhan jika pertumbuhan anak normal, kondisi tersebut mengurangi motivasi ibu balita dalam menjaga kesehatan anak⁸.

Di Puskesmas 1 cara pencatatan berat badan anak menggunakan kartu bayi dan balita atau 'KARTU KIR' yang juga dipakai sebagai pendamping buku KIA. Kader menggunakan 'KARTU KIR' untuk memudahkan sistem pelaporan, kartu warna biru untuk laki-laki dan warna merah muda untuk perempuan.

Konseling dan penyuluhan merupakan tindak lanjut dari pemantauan pertumbuhan yang dilakukan dalam kegiatan posyandu di Kabupaten Bandung. Konseling dan penyuluhan mengenai pemantauan pertumbuhan dan status gizi balita biasanya dilakukan oleh TPG atau bidan desa. Jika ternyata dalam penimbangan di posyandu ditemukan kasus yaitu berat badan anak tidak mengalami kenaikan atau sama dengan berat bulan kemarin, atau ditemukan kasus gizi kurang atau gizi buruk, maka anak tersebut dirujuk ke puskesmas.

Konseling dan penyuluhan dilakukan bila terdapat anak yang masuk ke dalam kriteria: selama dua bulan berturut-turut tidak mengalami kenaikan berat badan (2T), berat badan berada di bawah garis merah (BGM), atau menderita gizi kurang. Namun kenyataannya kegiatan konseling dan penyuluhan jarang dilakukan, yaitu jika ada petugas kesehatan yang hadir di posyandu dan tidak semua ibu balita mendapatkan pelayanan

konseling tersebut. Hal yang sama terjadi di posyandu di Kota Mataram yang menjelaskan bahwa penyuluhan belum dilaksanakan secara maksimal, pelayanan kesehatan di posyandu masih didominasi oleh petugas, kader sebagian besar kurang aktif melakukan deteksi kasus gizi buruk di luar posyandu⁸.

Menurut ibu balita, kegiatan konseling tidak rutin dilakukan. Kader merasa tidak mampu dan belum berani untuk melakukan konseling dan penyuluhan karena kurangnya pengetahuan dan tidak adanya ketrampilan untuk melakukannya. Alasan lainnya adalah karena terbatasnya waktu kegiatan posyandu yang biasanya hanya berlangsung sekitar 3 jam saja. Padahal melalui kegiatan konseling, ibu balita akan mendapatkan layanan konsultasi mengenai pola asuh dan cara pemberian makanan yang sehat.

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Juliawan dkk (2010) bahwa penyuluhan atau konseling jarang diberikan karena terbatasnya kemampuan kader dan petugas serta situasi yang tidak memungkinkan. Pada saat pelayanan, suasana tidak memungkinkan karena kesibukan dalam pelayanan posyandu. Ibu balita tidak sabar menunggu dan terburu-buru pulang. Penyuluhan oleh petugas dilakukan sambil memberikan pelayanan kesehatan dan imunisasi, sehingga hasilnya tidak maksimal. Penyuluhan di posyandu dapat dilaksanakan dengan cara mengumpulkan ibu balita yang sudah mendapatkan layanan imunisasi atau penimbangan. Penyuluhan diberikan kepada ibu balita untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku terhadap asupan gizi yang baik terutama dalam peningkatan status gizi anaknya⁸.

Kegiatan posyandu yang baik dapat mendeteksi secara dini gizi buruk di masyarakat, sehingga tidak berkembang menjadi kejadian luar biasa. Selain itu, upaya promosi kesehatan pun dapat dilakukan di posyandu. Upaya promosi kesehatan dapat meningkatkan pemahaman ibu balita terhadap gizi buruk dan meningkatkan cakupan pelayanan kesehatan, sehingga dapat menekan angka kejadian penyakit pada balita²². Keberhasilan pengelolaan posyandu memerlukan dukungan yang kuat dari berbagai pihak, baik dukungan moril, materiil, maupun finansial. Selain itu diperlukan adanya kerjasama, tekanan dan pengabdian para pengelolanya termasuk kader.

Kader sebagai motor penggerak kegiatan posyandu, terutama dalam proses pemantauan pertumbuhan khususnya tentang cara plot, cara pengisian KMS, interpretasi hasil plot dan pemberian konseling maka diperlukan

pengetahuan yang baik bagi mereka. Belum dipahaminya konsep pemantauan pertumbuhan menyebabkan fungsi posyandu dalam memantau pertumbuhan balita menjadi tidak sesuai dan hal tersebut dibiarkan berlangsung terus. Hal lainnya adalah proses rujukan yang belum sepenuhnya dilakukan dengan benar yang disebabkan cara plotting atau cara perhitungan pertambahan berat badan yang salah sehingga dapat menyebabkan salah menginterpretasikan hasil pertambahan berat badan, yang dapat berakibat kesalahan dalam proses merujuk. Anak yang seharusnya dirujuk dapat saja menjadi tidak dirujuk.

Upaya peningkatan pengetahuan dapat diperoleh dengan cara penyegaran materi secara berkala dengan melibatkan semua kader dalam posyandu yaitu dengan melakukan pembinaan dan *refreshing* kader secara berkesinambungan setiap 6 bulan sekali dengan topik sekurang-kurangnya 5 program posyandu yaitu: kesehatan ibu dan anak, keluarga berencana, imunisasi, gizi, serta pencegahan dan penanggulangan diare²⁷.

Alternatif lain yang dapat dilakukan adalah memaksimalkan fungsi TPG untuk selalu hadir dan memberikan konseling kepada ibu dalam setiap pelaksanaan posyandu. Menurut seorang informan tenaga kesehatan, jumlah TPG di wilayah penelitian masih kurang, dan TPG sering kali mempunyai pekerjaan rangkap. Berdasarkan hal tersebut jumlah TPG perlu ditambah dan difungsikan kembali sesuai dengan yang seharusnya.

Output

Output atau keluaran kegiatan posyandu berupa cakupan hasil kegiatan penimbangan, pelayanan pemberian makanan tambahan, distribusi paket perbaikan gizi, pelayanan imunisasi, pelayanan keluarga berencana dan penyuluhan. Sedangkan *output* kegiatan yang diharapkan berupa peningkatan status gizi balita dan ibu hamil, penurunan angka kematian ibu, angka kematian bayi, angka berat badan lahir rendah dan angka kesakitan¹³. Data yang dikumpulkan di posyandu oleh kader diserahkan ke bidan desa, selanjutnya diserahkan ke TPG untuk direkap. Data tersebut diserahkan secepatnya setelah hari pelaksanaan posyandu. Kader umumnya membuat tabel SKDN yaitu sistem pencatatan dan pelaporan hasil penimbangan balita di Posyandu²⁸.

Sistem rujukan di posyandu belum sepenuhnya berjalan, hal ini disebabkan anak dengan gizi buruk umumnya ditemukan dengan pelacakan langsung ke masyarakat oleh kader dan pada saat bulan penimbangan balita

(BPB). Kasus gizi buruk terdeteksi bukan karena masalah gizinya tetapi karena penyakit yang menyertainya.

Kasus anak gizi buruk dan gizi kurang yang tidak terdeteksi melalui posyandu umumnya disebabkan karena anak jarang atau tidak pernah datang ke posyandu. Adanya posyandu seharusnya dapat mencegah terjadinya gizi kurang atau gizi buruk melalui pemantauan pertumbuhan dan konseling. Menurut Krinansari (2010) kejadian gizi buruk perlu dideteksi secara dini melalui intensifikasi pemantauan pertumbuhan dan identifikasi faktor risiko yang erat hubungannya dengan kejadian luar biasa gizi seperti campak dan diare melalui kegiatan surveilans. Masalah gizi buruk balita merupakan masalah yang sangat serius, apabila tidak ditangani secara cepat dan cermat dapat berakhir pada kematian. Anak yang mengalami gizi buruk lebih rentan terhadap penyakit akibat menurunnya daya tahan tubuh, pertumbuhan dan perkembangan yang tidak optimal, sampai pada kematian yang akan menurunkan kualitas generasi muda mendatang²⁹.

KESIMPULAN

Di Kabupaten Bandung kegiatan posyandu sudah berjalan dengan baik. Tenaga kesehatan dan kader telah aktif melakukan tugasnya, jadwal pelaksanaan posyandu sudah berjalan secara rutin dan alat penimbangan di setiap posyandu sudah tersedianya. Namun fungsi pemantauan pertumbuhan belum dilaksanakan sepenuhnya. Hal ini dapat dilihat dari masih banyaknya pengukuran berat badan hasil penimbangan yang tidak diplot pada KMS. Dengan tidak dilakukannya *plotting* tersebut penilaian pertumbuhan anak tidak didasarkan garis pertumbuhan pada KMS melainkan menggunakan sistem asal naik dan KBM (kenaikan berat badan minimal). Selain itu kegiatan konseling juga belum sepenuhnya dilakukan.

SARAN

Sebaiknya dilakukan reposisi posyandu di Kabupaten Bandung sebagai sarana pemantauan pertumbuhan. Selain itu diperlukan upaya peningkatan pengetahuan, khususnya tentang pemantauan pertumbuhan balita secara rutin untuk menambah wawasan, serta menambah tenaga pelaksana gizi (TPG).

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih kepada informan penelitian, jajaran Dinas Kesehatan dan aparat desa terpilih di

Kabupaten Bandung, Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI yang telah memberikan dukungan pendanaan penelitian ini, para peneliti yang terlibat, dan DR. Abas Basuni Jahari, MSc atas bimbingan yang telah diberikan selama ini.

RUJUKAN

1. Indonesia, Kementerian Kesehatan RI. *Rencana strategi kementerian kesehatan tahun 2015-2019*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI, 2015.
2. Indonesia, Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (BAPPENAS). *Laporan tujuan pembangunan millenium di Indonesia tahun 2010*. Jakarta: Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (BAPPENAS), 2010.
3. Global Nutrition Report. *Action and accountability to accelerate the world progress on nutrition. a peer reviewed publication*. Washington DC: International Food Policy Research Institute, 2015.
4. Indonesia, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI. *Laporan riset kesehatan dasar 2007*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI, 2007.
5. Indonesia, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI. *Laporan riset kesehatan dasar 2010*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI, 2010.
6. Indonesia, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI. *Laporan riset kesehatan dasar 2013*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI, 2013.
7. Indonesia, Departemen Kesehatan RI. *Pedoman umum pelaksanaan posyandu*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI, 2006.
8. Juliawan DE, Prabandari YS, Hartini TNS. Evaluasi program pencegahan gizi buruk melalui promosi dan pemantauan pertumbuhan anak balita. *Berita Kedokteran Masyarakat*. 2010; 26(1):7-11.
9. Griffiths M, Rosso JD. *Growth monitoring and the promotion and the promotion of healthy young child growth: evidence of effectiveness and potential to prevent malnutrition the manoff group*. Geneva: UNICEF, 2007.
10. Setyowati M, Astuti R. Pemetaan Status gizi balita dalam mendukung keberhasilan pencapaian millenium development goals (MDGs). *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. 2015;10(2):110-121.
11. Trisanti I, Risnawati I. Motivasi kader dan kelengkapan pengisian kartu menuju sehat balita di Kabupaten Kudus. *Indonesia Jurnal Kebidanan*. 2017;1(1):3-11.
12. Garner P, Panpanich R, Logan S. Is routine growth monitoring effective? a systematic review of trials. *Arch Dis Child*; 2008; (2):197-201.
13. Fadl AA, Bagchi K, Ismail LC. Practices in child growth monitoring in the countries of the Eastern Mediterranean Region. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 2010;16(2): 194-201
14. Muninjaya AAG, *Manajemen kesehatan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC, 2006.
15. Sistiarani C, Gamelia E, Sari DUP. Fungsi pemanfaatan buku KIA terhadap pengetahuan kesehatan ibu dan anak. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*. 2014; 8(8):353-358.
16. Yuwono Y. Faktor-faktor yang berpengaruh terhadap drop out kader di posyandu. *Tesis*. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada, 2000.
17. Hagiwara A, Ueyama M, Ramlawi A, Sawada Y. Is the maternal and child health (MCH) handbook effective in improving health-related behavior? evidence from Palestine. *J Public Health Policy*. 2013; 34(1):31-45. doi:10.1057/jphp.2012.56.
18. Indonesia, Pusat Promosi Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI. *Ayo ke posyandu setiap bulan*. Jakarta: Pusat Promosi Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI, 2012.
19. Djuhaeni H, Gondodiputro S, Suparman R. Motivasi kader meningkatkan keberhasilan kegiatan posyandu. *Majalah Kedokteran Bandung*. 2010; 42(4):140-148
20. Widagdo L, Husodo BT. Pemanfaatan buku KIA oleh kader posyandu: study pada kader posyandu di wilayah kerja puskesmas Kedungadem Kabupaten Bojonegoro. *Makara Kesehatan*. 2009;13(1):29-47.
21. Handayan A, Muzakkiroh U, Rukmini. Upaya pengembangan posyandu madya dan purnama menjadi posyandu mandiri (studi kasus di Kecamatan Rogotrunan, Labruk Kidul, Senduro Kabupaten Lumajang). *Bul Penel Sistem Kes*. 2009;12(1):21-33.
22. Bintanah S. Gambaran kegiatan posyandu dalam rangka deteksi dini gizi buruk di

- wilayah kerja Puskesmas Halmahera Semarang. Dalam: artikel hasil penelitian tentang kesehatan masyarakat, olahraga, gizi, dan pangan. *Prosiding Seminar Nasional Unimus*. 12 Januari 2010. Semarang 2010.p.222-232.
23. Isra WAO, Suryawati C, Kartini A. Evaluasi pelaksanaan revitalisasi posyandu dalam penurunan prevalensi balita gizi buruk di Kota Baubau Provinsi Sulawesi tenggara. *Tesis*. Semarang: Universitas Diponegoro, 2011.
24. Indonesia, Direktorat Bina Gizi Masyarakat, Departemen Kesehatan RI. *Pedoman penggunaan kartu menuju sehat (KMS) balita*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI, Departemen Kesehatan RI, 2009.
25. Suhat, Hasanah R. Faktor-faktor yang berhubungan dengan keaktifan kader dalam kegiatan posyandu studi di puskesmas palasari Kabupaten Subang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. 2014;10(1):73-79.
26. Mudjianto T. Efektifitas kartu menuju sehat (KMS) anak balita sebagai sarana penyuluhan gizi di posyandu. *Laporan Penelitian*. Bogor: Pusat Penelitian dan Pengembangan Gizi dan Makanan, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan RI, 2001.
27. Lubis Z, Syahri, IM. Pengetahuan dan tindakan kader posyandu dalam pemantauan pertumbuhan anak balita. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. 2015;11(1): 65-73.
28. Indonesia, Direktorat Bina Gizi Masyarakat, Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat, Kementerian Kesehatan RI. *Pedoman operasional keluarga sadar gizi di desa siaga*. Jakarta: Direktorat Bina Gizi Masyarakat, Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat, Kementerian Kesehatan RI, 2007.
29. Krinansari D. Nutrisi dan gizi buruk. *Mandala of Health*. 2010;4(1):60-68.