

## GAMBARAN KETERAMPILAN KADER POS PELAYANAN TERPADU (POSYANDU) DALAM MELAKUKAN PENIMBANGAN DAN INTERPRETASI HASIL PENIMBANGAN DARI KARTU MENUJU SEHAT (KMS) DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS PERUMNAS KOTA KENDARI

Andi Erwin; Hasana

### ABSTRACT

**Background:** One of the causes of malnutrition in the community is lacking the proper functioning of the institutions that play a role in improving the health status of the community, such as IHC. The cause of this lack of proper functioning of IHC as the ability of cadres in IHC is still low. The low quality of cadres make IHC function is not running optimally. Kendari City Health Office Data Year 2012 that of the 15 health centers in Kendari SKDN lowest achievement results are in Perumnas Health Center.

**Objective:** This study aims to reveal the Intensive Health Care (IHC) cadre skills in weighing and interpretation of the results of weighing the KMS in Perumnas Health Center Kendari.

**Methods:** This type of research is an observational descriptive study with cross sectional approach. The sample in this study amounted to 49 cadres were taken by simple random sampling.

**Results:** The survey results revealed that most of the unskilled cadre, either in weighing (65.3%) and the interpretation of results of weighing the KMS (79.4%). As a whole cause of the low skills of these cadres is the lack of training given to cadres of health workers

**Suggests:** This study suggests health center staff to provide training on weighing and interpreting the results of the weighing. Cadres are expected to keep abreast of cadre training programs to improve skills in the interpretation of the results of the weighing and charging through training KMS.

**Keywords:** Cadre; Weighing skills, KMS; Interpretation

### PENDAHULUAN

Peningkatan kemajuan dan kesejahteraan bangsa sangat tergantung pada kemampuan dan kualitas sumberdaya manusianya. Ukuran kualitas sumberdaya manusia dapat dilihat pada Indeks Pembangunan Manusia (IPM), berdasarkan Indeks ini, maka kualitas SDM di Indonesia belum mencapai nilai yang optimal (Rosphita, 2007). Pada tahun 2003, IPM Indonesia menempati urutan ke-112 dari 174 negara. Sedangkan pada tahun 2004, IPM Indonesia menempati peringkat 111 dari 117 negara, yang merupakan peringkat lebih rendah dibandingkan peringkat IPM negara-negara tetangga.

Rendahnya IPM ini dipengaruhi oleh rendahnya status gizi dan kesehatan penduduk Indonesia, yang dapat ditunjukkan dengan masih tingginya angka kematian bayi sebesar 35 per seribu kelahiran hidup dan angka kematian

Balita sekitar 58 per seribu kelahiran hidup serta angka kematian ibu sebesar 307 per seratus ribu kelahiran hidup. Perlu diketahui bahwa lebih dari separuh kematian bayi, Balita dan ibu ini berkaitan dengan buruknya status gizi (Hadi, 2005 dalam Arsyad, 2012).

Menurut Riskesdas (2010), prevalensi status gizi Balita di Indonesia dengan 3 indikator (BB/U, BB/TB, TB/U) tetap menunjukkan adanya masalah status gizi Balita. Status gizi kurang (indikator BB/U) jumlahnya 17,9%. Jumlah ini masih cukup tinggi dibandingkan dengan indikator kesehatan masyarakat (*public health concern*), yaitu sebesar 10%. Status gizi kurus (BB/TB) prevalensinya sebesar 13,3%, secara nasional jumlah ini masih menjadi masalah kesehatan masyarakat yang serius (dianggap serius bila prevalensi kurus antara 10,1% – 15,0%, dan dianggap kritis, bila diatas 15,0%). Sedangkan prevalensi kependekan

(Stunting) sebesar 35,6%, bila dibandingkan dengan batas *non public health problem* menurut WHO (*World Health Organization*), maka jumlah ini masih dalam kondisi bermasalah (ambang batas masalah 20%). Hal yang sama juga terjadi di Provinsi Sulawesi Tenggara, dimana jumlah gizi kurang, pendek, dan kurus, masing-masing sebesar 22,8%, 37,8%, dan 15,8%. Bahkan di Sulawesi Tenggara masalah status gizi kurus sudah termasuk dalam kategori kritis

Rendahnya status gizi pada masyarakat mengindikasikan kegiatan pemantauan status gizi pada Balita oleh Posyandu tidak berjalan sebagaimana mestinya. Hal ini disebabkan antara lain oleh kemampuan kader di Posyandu yang masih rendah (Sukiarko, 2007).

Beberapa penelitian berikut menunjukkan bahwa kemampuan kader terutama dalam kegiatan pemantauan pertumbuhan Balita cukup rendah. Penelitian yang dilakukan oleh UNICEF (*United Children Foundation*) tahun 2002, ditemukan sebanyak 61% kader tidak teliti dan 97% kader tidak akurat dalam melakukan penimbangan (Arsyad 2012). Hasil penelitian Sukiarko (2007) juga menjelaskan hal yang sama, yaitu tingkat kemampuan, ketelitian, dan akurasi data yang dikumpulkan kader masih rendah, serta 90% kader membuat kesalahan seperti dalam melakukan penimbangan dan interpretasi hasil penimbangan untuk konseling gizi. Kemudian, salah satu kesalahan kader yang paling sering dijumpai adalah teknik penimbangan yang kurang tepat. Lebih jauh lagi, hanya 40,7% kader yang tahu manfaat Kartu Menuju Sehat (KMS).

Lebih lanjut, hasil penelitian Arsyad (2012), juga menunjukkan rendahnya keterampilan kader dalam melakukan penimbangan. Dimana, dari 59 sampel sebagian besar 57,6% tidak terampil, selebihnya 42,4% kader yang terampil, masalah ini diperkuat dengan data Dinas Kesehatan (Dinkes) Kota Kendari Tahun 2012 bahwa dari 15 Puskesmas di Kota Kendari hasil pencapaian SKDN terendah berada di Puskesmas Perumnas.

Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang keterampilan kader Posyandu dalam melakukan penimbangan, pencatatan hasil penimbangan pada KMS, dan melakukan interpretasi hasil penimbangan dari

KMS di Wilayah Kerja Puskesmas Perumnas Kota Kendari.

## METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan jenis penelitian observasional dengan pendekatan *cross sectional*.

Penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 16 Agustus sampai 5 September 2013 bertempat di Posyandu wilayah kerja Puskesmas Perumnas Kota Kendari.

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh kader yang terdaftar di Posyandu Wilayah Kerja Puskesmas Perumnas Kota Kendari yang berjumlah 100 kader dari 17 Posyandu.

Sampel dalam penelitian ini adalah sebagian dari populasi yang diambil menjadi sampel yang berjumlah 49 kader dari 17 Posyandu Balita, teknik sampel menggunakan *Simple Random Sampling*.

Adapun besar sampel ditetapkan dengan menggunakan rumus untuk persoalan satu sampel (Lemeshow, dkk., 1997).

$$n = \frac{Z^2 \cdot 1 - \frac{\alpha}{2} \cdot P(Q)}{d^2}$$

Keterangan:

$n$  = jumlah sampel minimal yang diperlukan  
 $Z$  = derajat kepercayaan 95% atau 1,96  
 $Q$  = proporsi kader yang tidak terampil 97%  
 $P$  = proporsi kader yang terampil 3%  
 $d$  = limit dari error atau presisi absolut 0,05

DO = Drop Out 10%

$$n = \frac{1,96^2 \cdot 0,97(0,03)}{(0,05^2)}$$

$$n = \frac{0,111}{0,05^2} \times DO(10\%)$$

$$n = 44,4 \times 0,10 = 4,44$$

$$n = 44,4 + 4,44$$

$$n = 48,84$$

$$n = 49$$

Data primer yang dikumpulkan meliputi data: Keterampilan kader Posyandu dalam

melaksanakan penimbangan diperoleh dengan melakukan pengamatan dengan alat lembar observasi; dan kemampuan kader dalam melakukan pencatatan hasil penimbangan pada KMS, dan interpretasi hasil penimbangan dari KMS diperoleh berdasarkan jawaban responden dari kasus yang diberikan dengan alat bantu soal test. Sedangkan data sekunder meliputi data monografi, demografi, sosial ekonomi keamatan diperoleh dengan metode melihat langsung pada Puskesmas Perumnas Kota Kendari.

Keterampilan kader dalam melakukan penimbangan diolah berdasarkan hasil pengamatan terhadap responden kemudian dikategorikan berdasarkan kriteria obyektif yang digunakan.

Kemampuan kader dalam melakukan pencatatan hasil penimbangan pada KMS, dan melakukan interpretasi hasil penimbangan dari KMS diolah berdasarkan jawaban responden kemudian dikategorikan berdasarkan kriteria obyektif yang digunakan.

Analisis data yang digunakan yaitu analisis univariat, digunakan untuk mendeskriptifkan variabel-variabel penelitian yakni keterampilan kader dalam melaksanakan penimbangan dan memploting pada KMS.

Data yang telah diolah disajikan secara deskriptif dalam bentuk narasi dan penjelasan tabel.

## HASIL PENELITIAN

### A. Gambaran Umum Sampel

Distribusi sampel menurut umur disajikan dalam 2 kategori yaitu umur 21–40 tahun (dewasa muda), dan 40–65 tahun (dewasa madya), untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada Tabel 1.

**Tabel 1.**  
Distribusi Responden Menurut Umur

Kategori umur	n	%
Dewasa Muda	23	46.9
Dewasa Madya	26	53.1
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>100</b>

Sumber: Data Primer Diolah, 2013

Tabel di atas menunjukkan bahwa sebagian besar atau sekitar 53,1% sampel dengan kategori umur Dewasa madya sedangkan sisanya sebagian kecil sekitar 46,9% sampel dengan kategori umur Dewasa muda.

Distribusi responden menurut tingkat pendidikan disajikan dalam 4 tingkatan yaitu tamat SD, tamat SMP, dan tamat SMA, serta tamat Akademik untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada Tabel 2.

**Tabel 2.**  
Distribusi Sampel Menurut Tingkat Pendidikan

Tingkat Pendidikan	n	%
Tidak tamat SD	1	2
Tamat SD	1	2
Tamat SMP	6	12,2
Tamat SMA	37	75,5
Perguruan Tinggi	4	8,1
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>100</b>

Sumber: Data Primer Diolah, 2013

### B. Analisis Univariat

**Tabel 3.**  
Keterampilan Kader dalam Melakukan Penimbangan

Kategori	n	%
Terampil	17	34.7
Tidak Terampil	32	65.3
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>100</b>

Sumber: Data Primer Diolah, 2013

Dari tabel di atas dapat diketahui bahwa 65,3% kader tidak terampil.

**Tabel 4.**  
Keterampilan Kader dalam Melakukan Pencatatan Hasil Penimbangan pada KMS dan Interpretasi Hasil Penimbangan dari KMS

Kategori	n	%
Terampil	10	20.4
Tidak Terampil	39	79.6
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>100</b>

Sumber: Data Primer Diolah, 2013

Dari tabel di atas dapat diketahui bahwa sebagian besar atau sekitar 79,6% kader tidak

terampil, sedangkan sebagian kecil atau sekitar 20,4% kader terampil.

## PEMBAHASAN

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar kader tidak terampil dalam melakukan penimbangan, hasil ini konsisten dengan penelitian Arsyad (2012) pada tempat yang sama, dimana ditemukan kader yang tidak terampil dalam melakukan penimbangan persentasinya lebih tinggi yaitu sebesar 57,6% dibandingkan dengan yang terampil hanya mencapai 42,4%. Akan tetapi kelebihan penelitian ini dibandingkan dengan penelitian sebelumnya (Arsyad, 2012) adalah penelitian ini melihat kemampuan kader dalam melakukan interpretasi. Dimana hasil penelitian menunjukkan kemampuan pencatatan dan interpretasi kader masih sangat rendah.

Hal ini diasumsikan bahwa karena kader yang lemah dalam interpretasi akibatnya pelayanan di meja 4 (Konseling Gizi) tidak berjalan optimal, dan pemantauan pertumbuhan Balita juga tidak berjalan sebagaimana mestinya, sehingga anak yang kekurangan gizi tidak dapat dideteksi dini yang akhirnya angka rendahnya status gizi masih akan tetap tinggi.

Banyak faktor yang mempengaruhi rendahnya keterampilan kader diantaranya pendidikan, secara teori dijelaskan pula bahwa apabila seorang kader diberikan pendidikan maka kader tersebut dapat dengan mudah menjalankan kegiatan penimbangan dengan benar (Rosphita, 2007). Sedangkan menurut penelitian ini tingkat pendidikan tidak terlalu berperan, hal ini karena tingkat pendidikan kader dari penelitian ini lebih banyak kader yang memiliki tingkat pendidikan yang tinggi.

Teori lain yang menjelaskan bahwa penyebab rendahnya keterampilan kader ialah tingkat pelatihan. Pelatihan kader bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan sekaligus dedikasi kader agar timbul kepercayaan diri untuk dapat melaksanakan tugas sebagai kader dalam melayani masyarakat, baik di Posyandu maupun saat melakukan kunjungan rumah (Depdagri, 2001 dalam Rosphita, 2007).

Penelitian ini dianalisa lebih jauh lagi dan dapat dibuktikan bahwa penyebab rendahnya

keterampilan kader ialah kurangnya pelatihan yang diberikan kepada para kader. Hal ini disebabkan berdasarkan pengakuan kader bahwa pada saat pelatihan mereka jarang mendapatkan contoh kasus tersebut, lebih jauh lagi hasil dokumentasi dari Dinkes Kota Kendari untuk Puskesmas Perumnas dalam 5 tahun terakhir atau sejak tahun 2009 kader hanya diberikan materi mengenai manajemen pengelolaan Posyandu, dengan kata lain kader tidak diberikan materi mengenai pemantauan pertumbuhan khususnya langkah-langkah penimbangan dan interpretasi pada KMS, lebih jauh lagi hanya sekitar 20% dari 100 kader yang diikutsertakan dalam pelatihan tiap tahunnya.

Penelitian Arsyad (2010) juga menjelaskan bahwa ada hubungan yang bermakna antara pelatihan dengan keterampilan kader dalam melakukan penimbangan, hal yang sama juga dikemukakan oleh Sukiarko (2007) berdasarkan hasil penelitiannya menjelaskan bahwa ada pengaruh metode pelatihan dengan keterampilan kader dalam melakukan penimbangan.

## KESIMPULAN

1. Persentase kader yang tidak terampil dalam melakukan penimbangan kader di Posyandu wilayah kerja Puskesmas Perumnas sebesar 65,3% sedangkan yang terampil sebesar 34,7%.
2. Keterampilan kader dalam melakukan pencatatan hasil penimbangan pada KMS dan interpretasi hasil penimbangan dari KMS diketahui bahwa sebagian besar atau sekitar 79,6% kader tidak terampil, sedangkan sebagian kecil atau sekitar 20,4% kader terampil.

## SARAN

1. Diharapkan petugas Puskesmas untuk memberikan pelatihan mengenai penimbangan serta menginterpretasi hasil penimbangan
2. Diharapkan kader-kader untuk terus mengikuti program pelatihan kader untuk meningkatkan keterampilan dalam hal penimbangan dan interpretasi hasil

penimbangan melalui pelatihan pengisian KMS.

#### DAFTAR PUSTAKA

- Arsyad A.. 2012. *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Keterampilan Kader Posyandu dalam Menginterpretasikan Hasil Penimbangan dan Pencatatan dalam KMS Balita di Puskesmas Perumnas Kota Kendari. (Skripsi Tidak Diterbitkan)*. Jurusan Gizi Poltekkes Kendari.
- Depkes RI. 2010. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Tentang Penggunaan Kartu Menuju Sehat (KMS) bagi Balita*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Gizi Masyarakat.
- \_\_\_\_\_. 2005. *Standar Pemantauan Pertumbuhan Balita*. Jakarta: Direktorat Gizi Masyarakat.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2011. *Pedoman Umum Pengelolaan Posyandu*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Lemeshow, Stanley, dkk. 1997. *Besaran Sampel dalam Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta: Gajah Mada University Press.
- Notoatmodjo. 2007. *Promosi kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- \_\_\_\_\_. 2003. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Penerbit Rineka Cipta.
- Kemendes RI. 2010. *Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2010*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- \_\_\_\_\_. 2007. *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Rosphita. 2007. *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Keterampilan Kader dalam Menginterpretasikan hasil Penimbangan (N dan T) dalam KMS di Puskesmas Baumata Kabupaten Kupang. (Skripsi yang dipublikasikan)*. (Online). (<http://repository.usu.ac.id>, diakses 7 Februari 2013).
- Sukiarko, Edy. 2007. *Pengaruh Pelatihan dengan Metode Belajar Berdasarkan Masalah Terhadap Pengetahuan dan Keterampilan Kader Gizi Dalam Kegiatan Posyandu. (Tesis yang dipublikasikan)*. (Online). (<http://digilib.unnes.ac.id/>, diakses 8 Februari 2013).
- Sediaoetama. 2010. *Ilmu Gizi untuk Mahasiswa dan Profesi*. Jakarta: Dian Rakyat.
- Soetjningsih. 2001. *Tumbuh Kembang Anak*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Supariasa IDN, dkk. 2001. *Penilaian Status Gizi*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.

## FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN STATUS GIZI BALITA DI DESA KONDOANO WILAYAH KERJA PUSKESMAS MOWILA KABUPATEN KONAWE SELATAN TAHUN 2013

Arsulfa

### ABSTRACT

**Background:** Nutritional status is influenced by many interrelated factors, factors directly affected by insufficient intake of nutrients and infectious diseases, while the factors indirectly influenced by economic, social, cultural, food availability that meet the nutritional adequacy in the household, health care, and nutrition knowledge.

**Objective:** Knowledgeable factors associated with nutritional status toddler Village Puskesmas Mowila Kondoano South Konawe 2013.

**Methods:** Analytical, cross sectional study. The population of all mothers in the health center toddlers Mowila 63 people, methods of sampling is total sampling. Data analysis using Chi-square statistical test.

**Results:** Showed that of 63 respondents; the majority (71.4%) primary education with toddlers good nutritional status, the majority (74.6%) low-income families with a good nutritional status, and the majority (71.4%) had a positive attitude with good nutritional status.

**Conclusion:** There is no relationship between education and family income of the nutritional status of children. There is a relationship between the attitude of the nutritional status of children.

**Keywords:** Education; Income; Attitude; Nutritional status

### PENDAHULUAN

Status gizi dipengaruhi oleh banyak faktor yang saling terkait, faktor secara langsung dipengaruhi oleh tidak cukupnya asupan zat gizi dan penyakit infeksi, sedangkan faktor secara tidak langsung dipengaruhi oleh faktor ekonomi, social budaya, ketersediaan pangan yang memenuhi kecukupan gizi dalam rumah tangga, pelayanan kesehatan, dan pengetahuan gizi (Winarno, 2006).

Pengetahuan gizi yang kurang salah satunya dapat dipengaruhi oleh tingkat pendidikan. Tingkat pendidikan yang rendah turut pula menentukan mudah tidaknya seseorang menyerap dan memahami pengetahuan gizi yang mereka peroleh. Pendidikan diperlukan agar seseorang lebih tanggap terhadap adanya masalah gizi didalam keluarga dan bisa mengambil tindakan secepatnya (Suhardjo, 2003).

Suatu bangsa dapat dikatakan semakin maju jika tingkat pendidikan penduduknya tinggi, derajat kesehatannya tinggi, usia harapan hidupnya panjang, dan pertumbuhan fisiknya optimal. Terdapat suatu hubungan yang sangat

erat antara pertumbuhan fisik dan perkembangan mental anak pada usia dini. Anak dengan status gizi yang baik dan sehat, dapat lebih aktif merespon semua perubahan yang ada di lingkungan (Khomsan, 2006).

Selain tingkat pendidikan, faktor lain yang dapat mempengaruhi status gizi adalah tingkat pendapatan. Tingkat pendapatan akan mempengaruhi daya beli terhadap jumlah dan jenis makanan, yang selanjutnya berperan dalam penyediaan pangan berdasarkan nilai ekonomi dan gizinya. Pendapatan yang kecil atau terbatas menyebabkan keluarga tidak mampu memilih bahan makanan untuk keluarga, termasuk didalamnya makanan untuk anak Balita (Susenas, 2007). Keluarga dengan tingkat pendapatan yang cukup umumnya memiliki persediaan pangan yang cukup, baik dari aspek kualitasnya dan pada akhirnya akan mempengaruhi status gizi (Aryanti, 2010).

Sikap dalam kaitannya dengan masalah status gizi Balita, dapat dilihat dari berbagai kebiasaan ibu yang salah dalam memenuhi gizi anaknya. Berbagai kebiasaan yang bertalian dengan pantang makan makanan tertentu masih