

**MONOGRAF  
EDUKASI DIGITAL RoSi  
BAGI KADER POSYANDU**

**Dr. Ns. Rotua Sumihar Sitorus, S.Kep, M.Kes**



## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur peneliti panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas segala berkat dan karunia-Nya sehingga penelitian disertasi ini dapat diselesaikan sesuai dengan prosedur yang ditetapkan.

Buku monograf ini merupakan hasil penelitian penulis di Puskesmas Sering Kecamatan Medan Tembung dan Puskesmas Medan Deli pada tahun 2019. Penulisan monograf **EDUKASI DIGITAL RoSi BAGI KADER** bertujuan untuk mengetahui pelaksanaan tugas kader melalui gerakan 1000 HPK, mengetahui penerapan model edukasi cerdas digital RoSi bagi kader dan mengetahui perubahan perilaku kader sesuai pengetahuan, sikap dan keterampilan dalam upaya pencegahan dini kejadian stunting pada balita setelah penerapan model edukasi cerdas digital RoSi.

Pada kesempatan kali ini, dengan segala kerendahan hati penulis menghaturkan ucapan terima kasih kepada Universitas Andalas Padang atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada penulis untuk menyelesaikan buku monograf ini.

Ucapan terima kasih tak terhingga penulis haturkan kepada dr. Refrini selaku Kepala Puskesmas Sering Kecamatan Medan Tembung dan dr. Nurlelin selaku Kepala Puskesmas Medan Deli atas izin yang diberikan kepada peneliti untuk melakukan penelitian dan atas kesediaannya memberikan data yang diperlukan.

Penulis mempersembahkan buku monograf ini kepada suami terkasih dan anak-anak atas pengertian, dukungan, pengorbanan serta doa-doanya yang sangat membantu peneliti dalam penyelesaian buku Monograf ini.

Boleh jadi, buku monograf ini sangat diperlukan bagi para peneliti kesehatan dan bagi para kader kesehatan dalam menerapkan model edukasi cerdas digital RoSi dalam upaya pencegahan dini kejadian stunting pada balita serta buku ini dapat dijadikan sumber

bacaan bagi mahasiswa maupun tenaga kesehatan serta masyarakat pada umumnya.

Penulis menyadari segala keterbatasan dalam buku ini, semoga melalui buku monograf dengan segala kekurangannya dapat bermanfaat bagi penulis.

Medan, Mei 2023

**Dr. Ns. Rotua Sumihar Sitorus, S.Kep, M.Kes**



# DAFTAR ISI

	<b>Halaman</b>
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>i</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>iii</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>vi</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	<b>viii</b>
<b>BAB I    Pendahuluan</b> .....	<b>1</b>
<b>BAB II   Edukasi Digital RoSi Bagi Kader</b> .....	<b>5</b>
<b>BAB III  Metodologi</b> .....	<b>8</b>
<b>BAB IV  Kader Posyandu</b> .....	<b>13</b>
A. Kader Posyandu .....	13
1. Pengertian .....	13
2. Persyaratan menjadi Kader Posyandu .....	14
3. Peran Kader Posyandu .....	14
B. Posyandu .....	17
1. Definisi Posyandu .....	17
2. Tujuan Posyandu .....	18
3. Sasaran Posyandu .....	19
4. Peran dan Fungsi Posyandu .....	19
5. Manfaat Posyandu .....	20
6. Tingkatan Posyandu .....	21
7. Operasional Posyandu .....	22
<b>BAB V   Model Edukasi Secara Umum</b> .....	<b>26</b>
A. Model R & D.....	28
B. Model PLOMP .....	30
C. Model Spiral Cennamo & Kalk .....	31
<b>BAB VI  Model Edukasi Kesehatan</b> .....	<b>32</b>
A. Pengertian .....	32
B. Tujuan Edukasi Kesehatan .....	32
C. Proses Edukasi Kesehatan .....	33
<b>BAB VII  Edukasi Kader Posyandu</b> .....	<b>35</b>

<b>BAB VIII</b>	<b>Cerdas Digital (<i>Digital Intelligence</i>).....</b>	<b>40</b>
	A. <i>Website</i> .....	41
	B. <i>Smartphone</i> .....	42
<b>BAB IX</b>	<b>Perilaku dan Konsep Perubahan Perilaku</b>	<b>44</b>
<b>BAB X</b>	<b>Analisis Pelaksanaan Tugas Kader .....</b>	<b>48</b>
	A. Modul .....	48
	1. Penyusunan Modul.....	48
	2. Modul oleh Pakar .....	48
<b>BAB XI</b>	<b>Analisis Penerapan Model Edukasi Cerdas Digital RoSi Bagi Kader .....</b>	<b>52</b>
	A. Ceramah .....	52
	B. Diskusi .....	52
	C. Demonstrasi .....	52
<b>BAB XII</b>	<b>Analisis Perubahan Perilaku Kader Sesuai Pengetahuan, Sikap dan Keterampilan dalam Upaya Pencegahan Dini Kejadian Stunting Pada Balita Setelah Penerapan Model Edukasi Cerdas Digital RoSi.....</b>	<b>54</b>
	A. Pengetahuan Kader.....	54
	B. Sikap Kader.....	56
	C. Keterampilan Kader .....	59
<b>BAB XIII</b>	<b>Kajian Edukasi Digital RoSi bagi Kader Posyandu .....</b>	<b>62</b>
	A. Pelaksanaan Tugas Kader dalam Gerakan 1000 HPK dalam Upaya Pencegahan Dini Kejadian <i>Stunting</i> pada Balita.....	62
	B. Penerapan Model Edukasi Cerdas Digital RoSi bagi Kader dalam Upaya Pencegahan Dini Kejadian <i>Stunting</i> pada Balita .....	66
	C. Perubahan Perilaku Kader sesuai Pengetahuan, Sikap dan Keterampilan dalam Upaya Pencegahan Dini Kejadian <i>Stunting</i> pada Balita Setelah Penerapan Model Edukasi Cerdas Digital RoSi ..	69

1. Pengetahuan Kader Setelah Penerapan Model Edukasi Cerdas Digital RoSi.....	69
2. Sikap Kader Setelah Penerapan Model Edukasi Cerdas Digital RoSi	71
3. Keterampilan Kader Setelah Penerapan Model Edukasi Cerdas Digital RoSi.....	74
<b>BAB XIV Kesimpulan .....</b>	<b>77</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>78</b>
<b>DAFTAR INDEKS.....</b>	<b>84</b>

## DAFTAR TABEL

	<b>Halaman</b>
Tabel 1. Distribusi Besar Sampel.....	9
Tabel 2. Aspek Pengukuran Variabel Tahap III: Pretest dan Posttest .....	11
Tabel 3. Kriteria Persentase Skor Penilaian Berdasarkan BSNP.....	49
Tabel 4. Hasil Validasi Pakar Modul RoSi pada Langkah I.....	49
Tabel 5. Saran dan Perbaikan Modul RoSi .....	50
Tabel 6. Hasil Validasi Pakar Modul RoSi pada Langkah II .....	51
Tabel 7. Pengetahuan Kader tentang Gerakan 1000 HPK dalam Upaya Pencegahan Dini Kejadian <i>Stunting</i> pada Balita Sebelum dan Sesudah Edukasi.....	55
Tabel 8. Analisis Kuesioner Pengetahuan Kader tentang Gerakan 1000 HPK dalam Upaya Pencegahan Dini Kejadian <i>Stunting</i> .....	55
Tabel 9. Sikap Kader tentang Gerakan 1000 HPK dalam Upaya Pencegahan Dini Kejadian <i>Stunting</i> pada Balita Sebelum dan Sesudah Edukasi.....	57
Tabel 10. Analisis Kuesioner Sikap Kader tentang Gerakan 1000 HPK dalam Upaya Pencegahan Dini Kejadian <i>Stunting</i> .....	57
Tabel 11. Keterampilan Kader tentang Gerakan 1000 HPK dalam Upaya Pencegahan Dini Kejadian <i>Stunting</i> pada Balita Sebelum dan Sesudah Edukasi.....	59
Tabel 12. Analisis Kuesioner Keterampilan Kader tentang Gerakan 1000 HPK dalam Upaya Pencegahan Dini Kejadian <i>Stunting</i> .....	59

## DAFTAR GAMBAR

	<b>Halaman</b>
Gambar 1. Desain <i>One Group Pretest and Posttest</i> ....	8
Gambar 2. Tahapan Penggunaan Metode R & D menurut Borg & Gall (1989) .....	29
Gambar 3. Alur Perubahan Perilaku .....	46



# BAB I

## PENDAHULUAN

Model edukasi cerdas digital RoSi (kadeR, Observasi, *Stunting*, dinI) merupakan suatu model yang memberikan edukasi kepada para kader melalui ceramah, diskusi dan demonstrasi *website stunting*. Alasan membuat model edukasi ini karena belum ada model khusus yang dirancang berkaitan dengan pencegahan dini kejadian *stunting* pada balita melalui pemberdayaan kader. Menurut Sutikno (2014), metode ceramah merupakan metode pembelajaran yang dilakukan dengan penyajian materi melalui penjelasan lisan oleh seorang guru kepada peserta didiknya. Metode diskusi adalah suatu cara penyampaian pelajaran oleh guru bersama-sama peserta didik mencari jalan membahas atas permasalahan yang dihadapi.

Materi ceramah model edukasi cerdas digital RoSi berkaitan dengan upaya-upaya yang perlu dilakukan untuk pencegahan dini kejadian *stunting* pada balita berdasarkan gerakan 1000 HPK.

Menurut Bappenas (2013) bahwa pendek (*stunting*) bukan persoalan baru, melainkan persoalan lama yang sampai saat ini masih belum menjadi perhatian bagi masyarakat (khusus ibu sebagai pengasuh balita) maupun seluruh pejabat yang berkepentingan. Selama ini, pendek (*stunting*) kurang mendapat perhatian khusus karena ada persepsi di masa lalu bahwa pendek (*stunting*) bukan suatu yang membahayakan di masa jangka pendek tetapi berbahaya pada jangka panjang. Oleh karena itu, pemerintah dan kementerian atau lembaga terkait lainnya seperti Lembaga Sosial Masyarakat (LSM) perlu memperhatikan bagaimana pendek (*stunting*) ini menjadi masalah serius terhadap jangka panjang ke depannya.

Data pendek (*stunting*) terbaru periode 2014-2017 menurut Kemenkes RI (2017) 28,9% tahun 2014, 29,0%, tahun 2015, 29%, 27,5% tahun 2016, dan 29,6% tahun 2017. Berarti dari tahun 2015

terjadi peningkatan dibandingkan tahun 2014, menurun pada tahun 2016 dan naik lagi pada tahun 2017.

Berbagai program intervensi telah diteliti dalam kaitannya dengan upaya pencegahan dini kejadian *stunting* di berbagai negara antara lain di Brazil, dilakukan Sistem Surveilans Pangan dan Gizi. Kegiatan yang dilakukan, pemantauan berkelanjutan dari status gizi populasi yang determinan (WHO, 2013). Negara-negara di Afrika melakukan upaya penanggulangan faktor-faktor penyebab terjadinya *stunting* berdasarkan UNICEF framework (Roseline *et.al*, 2011).

Pemberdayaan kader posyandu untuk pencegahan dini kejadian *stunting*, diharapkan dapat dicapai melalui upaya meningkatkan kinerja dan perilaku kader melalui pemberian edukasi dengan menerapkan berbagai model edukasi. Dalam hal ini model edukasi yang digunakan adalah edukasi RoSi (kade**R**, **O**bservasi, **S**tunting, **din**I) Sebagaimana penelitian Lubis (2015) dengan hasil penelitian menunjukkan bahwa ada perbedaan yang signifikan pada pengetahuan dan tindakan kader sebelum dan sesudah mengikuti pelatihan tentang pemantauan pertumbuhan anak balita.

Penelitian sebelumnya juga menunjukkan bagaimana peran kader dan kinerja posyandu dikaitkan dengan kejadian *stunting* pada balita antara lain penelitian Noerjoedianto dkk (2014) tentang penguatan kader posyandu dalam upaya deteksi dini kesehatan ibu, bayi dan balita di wilayah kecamatan Telanaipura Kota Jambi Tahun 2013 dengan temuan bahwa hampir sebagian besar kader sudah melaksanakan kegiatan mulai dari meja 1 sampai 5, kader selalu mendapat bimbingan dari pihak puskesmas, dalam kegiatan penguatan kader diberi materi yang terintegrasi yang berhubungan dengan PAUD, posyandu lansia, dan bina keluarga balita. Penelitian Amareta dkk (2016) tentang peningkatan keterampilan kader dalam pengukuran panjang badan bayi sebagai upaya deteksi dini *stunting* di wilayah kerja Puskesmas Summersari. Temuan penelitian ini bahwa kegiatan pengabdian yang dilakukan telah menghasilkan alat ukur panjang badan bayi dan perangkat lunak

(balita *portable*) serta buku petunjuk operasional yang diberikan kepada 8 posyandu di Desa Antirogo Kecamatan Summersari Kabupaten Jember.

Faktor yang memengaruhi perilaku kader posyandu dalam pencegahan dini kejadian *stunting* dapat berdasarkan kesadaran diri kader dan dorongan dari pihak luar (lingkungan). Sebagaimana menurut Green (2005) bahwa perilaku manusia termasuk perilaku yang berkaitan dengan kesehatan dipengaruhi 3 faktor yaitu: 1) faktor predisposisi (*predisposing factor*) berasal dari individu seperti pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap kesehatan, tingkat pendidikan, dan tingkat sosial atau ekonomi; 2) faktor pendukung (*enabling factor*) berasal dari luar individu seperti ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan bagi masyarakat; dan 3) faktor penguat (*reinforcement factor*) berasal dari luar individu meliputi faktor sikap dan perilaku tokoh masyarakat, tokoh agama, sikap dan perilaku para petugas termasuk petugas kesehatan, termasuk juga undang-undang, peraturan-peraturan baik dari pemerintah pusat maupun pemerintah daerah yang terkait dengan kesehatan.

Selain itu diskusi dilakukan untuk memberi kesempatan kepada para kader tanya jawab tentang isi ceramah yang diberikan. Demonstrasi dilakukan untuk mengaplikasikan *website stunting* melalui *smartphone*. *Website stunting* wujudnya berupa formulir pendataan perilaku ibu dalam 1000 HPK dimulai masa kehamilan ibu masa 280 hari, masa balita menyusu ASI eksklusif hingga usia 6 bulan atau 180 hari dan masa balita usia 6-24 bulan atau 540 hari yang diaplikasikan kader dalam *website stunting* melalui *smartphone*. Manfaat pendataan perilaku ibu dalam 1000 HPK, diharapkan kader memperoleh panduan untuk melaksanakan tugasnya sebagai kader kesehatan khususnya dalam pencegahan dini kejadian *stunting* pada balita sedini mungkin.

*Website stunting* yang dibuat dalam penelitian ini diaplikasikan melalui perangkat keras seperti *Personal Computer* (PC), laptop atau *notebook* dan *smartphone*. Di antara perangkat keras ini, peneliti memilih *smartphone* sebagai wadah *website*

*stunting* dengan alasan *smartphone* banyak digunakan orang, mudah dibawa kemana-mana, efektif dan efisien penggunaannya serta mudah dan praktis. Sebagaimana menurut Herlinawati (2010) bahwa *smartphone* bagi beberapa orang, merupakan telepon yang bekerja menggunakan seluruh piranti lunak sistem operasi yang menghubungkan standar dan mendasar bagi pengembang aplikasi. Selain itu *smartphone* dirancang dan bekerja melalui sistem operasi, pengguna dapat dengan bebas menambahkan aplikasi, menambah fungsi-fungsi atau mengubah sesuai keinginan pengguna seperti komputer dalam genggam termasuk mengoperasikan *website*.

Besar harapan melalui monograf ini dapat digunakan sebagai upaya memberikan pengetahuan kepada khalayak masyarakat baik awam maupun tenaga medis untuk ikut bersama dalam rangka menurunkan angka kejadian *stunting* selain itu hasil penelitian dalam monograf ini dapat digunakan sebagai dasar dalam menerapkan deteksi dini pencegahan kejadian *stunting*.

## **BAB II**

### **EDUKASI DIGITAL ROSI BAGI KADER**

Pendek (*stunting*) dapat memberikan dampak bagi kelangsungan hidup anak. WHO (2013) membagi dampak *stunting* menjadi dua yaitu dampak jangka pendek dapat menyebabkan peningkatan mortalitas dan morbiditas, berupa penurunan perkembangan kognitif, motorik dan morbiditas, berupa penurunan perkembangan kognitif, motorik dan bahasa dan peningkatan pengeluaran biaya kesehatan. Dampak jangka panjang berupa perawakan yang pendek, peningkatan risiko obesitas dan komorbidnya, penurunan kesehatan reproduksi, penurunan prestasi dan kapasitas belajar dan penurunan kemampuan dan kapasitas kerja.

Berkaitan dengan upaya pencegahan dini *stunting* yang hasilnya belum memuaskan terbukti dari aktivitas yang menunjang upaya pencegahan dini kejadian *stunting* seperti pengukuran panjang badan bayi dan tinggi badan balita tidak rutin dilakukan sebagaimana menimbang berat badan serta pencatatan pengukuran panjang badan bayi dan tinggi badan balita juga tidak terdapat pada Kartu Menuju Sehat (KMS). Menurut Sukesu (2012), salah satu tugas kader adalah membantu mencegah dini kejadian *stunting*. Pencegahan dini bertujuan mencegah kejadian *stunting* pada balita, namun selama ini penerapannya belum terlaksana dengan baik atau dapat dikatakan tindakan pencegahan (*preventive*) dini kejadian *stunting* belum dilakukan secara maksimal.

Kader posyandu mempunyai peran yang besar dalam upaya meningkatkan kemampuan masyarakat menolong dirinya untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal. Selain itu peran kader ikut membina masyarakat dalam bidang kesehatan dengan melalui kegiatan yang dilakukan di Posyandu. Kader Posyandu mempunyai peran yang besar dalam upaya meningkatkan kemampuan masyarakat menolong dirinya untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal. Selain itu peran kader ikut membina masyarakat

dalam bidang kesehatan dengan melalui kegiatan yang dilakukan di Posyandu. Pembangunan dalam bidang kesehatan pada tataran masyarakat di pedesaan dan kelurahan di Indonesia, dapat dipengaruhi keaktifan kader posyandu. (Zulkifli, 2010)

Hasil wawancara dengan kader di Puskesmas Sering Kecamatan Medan Tembung dan Puskesmas Medan Deli Kecamatan Medan Deli diperoleh informasi bahwa tugas menerapkan program 1000 HPK sebelum ibu hamil, masa kehamilan selama 280 hari, masa balita menyusui ASI eksklusif hingga usia 6 bulan atau 180 hari dan masa balita usia 6-24 bulan atau 540 hari belum maksimal dilakukan. Adapun kegiatan yang dilakukan hanya pengisian data pada Kartu Menuju Sehat (KMS), pengukuran Berat Badan (BB) dan Pemberian Makanan Tambahan (PMT) pada balita. Pengukuran tinggi atau panjang badan balita dan bayi dilakukan 3 bulan sekali atau 6 bulan sekali kecuali untuk berat badan rutin setiap bulan. Bahkan ada kader posyandu tidak melakukan pengukuran panjang badan bayi, tinggi badan dan lingkaran kepala. Alasan kader melakukan pengukuran panjang bayi dengan posisi di gendongan ibu karena bayi cenderung menangis dan lasak. Demikian halnya saat pengukuran panjang badan balita sering dilakukan terburu-buru sehingga kurang memperhatikan posisi tegak balita karena sering menangis.

Hasil wawancara berkaitan dengan kesempatan mengikuti pelatihan kader, seluruh kader sudah pernah mengikuti pelatihan masih bersifat umum yaitu pelatihan tentang lima meja, cara penimbangan berat badan, pencatatan KMS. Namun, pelatihan khusus tentang upaya pencegahan dini *stunting* dengan penerapan program 1000 HPK dan teknik mengukur panjang atau tinggi badan bayi dan balita pada masa 180 hari dan 540 hari belum pernah dilaksanakan, maka melalui penelitian ini peneliti membuat satu model edukasi cerdas digital RoSi (kader, observasi, *stunting*, dini) bagi kader.

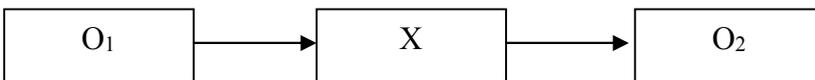
Batasan permasalahan edukasi digital RoSi bagi kader pada monograf ini adalah sebagai berikut:

1. Bagaimana pelaksanaan tugas kader dalam upaya pencegahan dini kejadian stunting pada balita melalui gerakan 1000 HPK?
2. Bagaimana penerapan model edukasi cerdas digital RoSi bagi kader dalam upaya pencegahan dini kejadian stunting pada balita?
3. Bagaimana perubahan perilaku kader sesuai pengetahuan, sikap dan keterampilan dalam upaya pencegahan dini kejadian stunting pada balita setelah penerapan model edukasi cerdas digital RoSi ?

## BAB III

### METODOLOGI

Jenis penelitian menggunakan kuantitatif. Pendekatan kuantitatif yang digunakan dalam penelitian adalah eksperimen semu dengan desain *one group pretest posttest* yang dilaksanakan hanya pada kelas eksperimen tanpa adanya kelas pembanding atau kelas kontrol. Menurut Notoatmodjo (2010), desain *one group pretest Posttest* yaitu suatu penelitian yang mempelajari pengaruh antara faktor penelitian dengan cara membandingkan sebelum dan sesudah perlakuan diberikan pada satu kelompok subjek. Desain penelitian *one group pretest and Posttest design* pada penelitian ini digambarkan sesuai konsep Arikunto (2012) yaitu:



**Gambar 1. Desain *One Group Pretest and Posttest***

Keterangan:

$O_1$  = Nilai *pretest*

$O_2$  = Nilai *Posttest*

X = Eksperimen.

Penelitian ini dilaksanakan di dua puskesmas yang ada di Kota Medan yaitu Puskesmas Sering Kecamatan Medan Tembung dan Puskesmas Medan Deli Kecamatan Medan Deli. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh kader posyandu kecamatan Puskesmas Sering di Kecamatan Medan Tembung dan Puskesmas Medan Deli Kecamatan Medan Deli yang terbiasa menggunakan telepon genggam dalam kesehariannya sebanyak 520 kader posyandu yang terdiri dari 120 kader posyandu dari Puskesmas Sering dan 370 kader posyandu dari Puskesmas Medan Deli. Dengan menggunakan rumus pengambilan sampel yaitu rumus Slovin (Sugiyono, 2015) diperoleh besar sampel yaitu:

$$n = \frac{N}{1+N(e)^2}$$

Keterangan:

n = Jumlah sampel

N = Jumlah populasi

e = *Error* (batas toleransi kesalahan 10%)

$$n = \frac{520}{1+520(0.1)^2} = \frac{520}{6,2} = 83,87 \approx 84$$

maka sampel dalam penelitian ini adalah 84 orang.

Dengan demikian besar sampel yang dibutuhkan dalam penelitian ini 84 orang kader. Jadi, besar sampel dari setiap puskesmas dilakukan secara berimbang (*proporsional to size*) seperti pada tabel berikut :

**Tabel 1. Distribusi Besar Sampel**

No	Kader	Jumlah	Perhitungan	Besar Sampel
1.	Puskesmas Sering	150	$(150/520) \times 84$	24
2.	Puskesmas Medan Deli	370	$(370/520) \times 84$	60
<b>Jumlah</b>		<b>520</b>		<b>84</b>

Jumlah sampel pada masing-masing puskesmas setelah diketahui, maka peneliti menggunakan teknik acak sederhana (*simple random sampling*) dengan cara undian. Nama-nama kader tersebut diberi nomor urut untuk diundi sampai diperoleh sampel 84 orang kader, untuk mengetahui kesediaan kader menjadi responden, peneliti menghubungi puskesmas terkait.

Hasil survei awal pada kader Puskesmas Sering di Kecamatan Medan Tembung dan Puskesmas Medan Deli Kecamatan Medan Deli menunjukkan semua kader sudah menggunakan telepon genggam (*smartphone*). Penelitian dilaksanakan pada bulan Maret 2017 sampai dengan Desember 2018.

Berkaitan dengan uraian tentang pendidikan kesehatan dan metode untuk meningkatkan keterampilan teknik, penelitian ini dirancang dalam empat tahap yaitu:

A. Tahap I

Melakukan survei kader untuk mengetahui perilaku kader berkaitan dengan tugas dalam gerakan 1000 HPK dalam upaya pencegahan dini kejadian *stunting* pada balita.

B. Tahap II

Pembangunan model edukasi cerdas digital RoSi diawali dengan penyusunan modul, analisis model, cara pembentukan model dan faktor yang harus dipertimbangkan hingga menghasilkan keluaran.

C. Tahap III

Operasional model edukasi cerdas digital RoSi melalui kegiatan ceramah, diskusi dan demonstrasi. Sebelum operasi model terlebih dahulu dilakukan test awal dan setelah operasional model dilakukan test akhir untuk mengetahui perubahan perilaku kader.

D. Tahap IV

Evaluasi penerapan model edukasi cerdas digital RoSi. Setelah itu dilakukan evaluasi terhadap hasil untuk mengetahui efektifitas model dalam meningkatkan perilaku kader.

Pengukuran variabel penelitian ditentukan terlebih dahulu sebelum peneliti menyusun definisi operasional untuk mempermudah pengumpulan data sebagai berikut.

1. Pengetahuan adalah segala sesuatu yang diketahui kader tentang gerakan 1000 HPK berkaitan dengan tugas yang dilaksanakan di posyandu mengenai gizi masa kehamilan, vaksinasi, pemeriksaan kehamilan, tablet zat besi, tempat persalinan, menyusui dini, ASI eksklusif, makanan pendamping ASI, imunisasi, vitamin dan frekuensi makan.
2. Sikap adalah penilaian kader terhadap tugas yang dilaksanakan untuk mencegah *stunting* pada anak berkaitan dengan kegiatan 1000 HPK.
3. Keterampilan adalah kemampuan kader dalam melaksanakan tugas di posyandu berupa pemberian informasi melalui penyuluhan, mengukur lingkaran lengan atas ibu, pengukuran berat badan, tinggi badan, dan lingkaran kepala bayi, solusi kendala pengukuran, pemberian makanan tambahan, vitamin A dan pengisian KMS untuk mencegah *stunting* pada anak

Survei kader bertujuan mendata dan memantau kondisi kesehatan masyarakat dan lingkungan dalam menunjang pelayanan kesehatan ibu dan anak serta penyakit berbasis lingkungan di masyarakat. Untuk melaksanakan tugas tersebut, setiap kader perlu diberikan pelatihan dan sosialisasi guna meningkatkan pengetahuan, dan membentuk respons (sikap) yang kuat serta meningkatkan kemampuan dan keterampilan dalam melaksanakan tugas baik sebelum, sewaktu dan sesudah kegiatan Posyandu.

Aspek pengukuran dalam penelitian ini disusun berdasarkan permasalahan dan kerangka konsep penelitian sebagaimana pada tabel berikut:

**Tabel 2. Aspek Pengukuran Variabel Tahap III: Pretest dan Posttest**

Variabel Penelitian	Jumlah Pernyataan/ Alternatif Jawaban	Bobot Nilai	Kategori/Skor Nilai	Skala Pengukuran
Variabel Independen: Pengetahuan	Kuesioner (20 item)			
	1. Benar	2	1. Baik (31-40)	Ordinal
2. Salah	1	2. Kurang baik (20-30)		
Sikap	Kuesioner (20 tem)			
	1. Setuju	2	1. Positif (31-40)	Ordinal
2. Tidak Setuju	1	2. Negatif (20-30)		
Keterampilan	Kuesioner (12 item)			
	1. Ya	2	1. Baik (19-24)	Ordinal
2. Tidak	1	2. Kurang baik (12-18)		

Metode analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah

a. Analisis univariat

Dilakukan untuk mendapatkan gambaran tentang distribusi frekuensi responden. Analisis ini digunakan untuk memperoleh gambaran data responden dan data variabel dependen dan independen.

b. Analisis bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui pengaruh antar variabel independen dengan variabel dependen menggunakan *Cohen's Kappa* pada tabel kontingensi pada tingkat kemaknaan  $p < 0,05$ . Sebagaimana menurut Riwidikdo (2007) bahwa *Cohen's Kappa* adalah mengukur kereratan dari 2 variabel pada tabel kontingensi yang telah dikategorikan. Hasil sebelum dan sesudah mengalami intervensi tertentu diukur. Dalam penelitian ini akan dilakukan pengukuran terhadap perubahan perilaku kader dalam upaya pencegahan dini kejadian *stunting* pada balita sebelum dan sesudah perlakuan dengan edukasi cerdas digital RoSi.

# **BAB IV**

## **KADER POSYANDU**

### **A. Kader Posyandu**

#### **1. Pengertian**

Kader posyandu adalah kader kesehatan yang dipilih masyarakat menjadi penyelenggara posyandu. Pada hakikatnya posyandu didirikan dari, oleh dan untuk masyarakat dalam mencapai pelayanan kesehatan yang baik. Penyelenggaraannya dilakukan oleh kader yang telah dilatih pada bidang kesehatan dan KB dan keanggotaannya berasal dari PKK, tokoh masyarakat, dan pemuda atau pemudi. Pengelola posyandu adalah pengurus yang dibentuk oleh ketua RW yang berasal dari kader PKK, tokoh masyarakat formal dan informal serta kader kesehatan di wilayah tersebut (Effendy, 2009).

Kader adalah seorang tenaga sukarela yang direkrut dari, oleh dan untuk masyarakat, yang bertugas membantu kelancaran pelayanan kesehatan, sehingga kader posyandu itu harus mau bekerja secara sukarela dan ikhlas, dan sanggup melaksanakan kegiatan posyandu, serta sanggup menggerakkan masyarakat melaksanakan dan mengikuti kegiatan posyandu (Ismawati, 2014).

Para ahli mengemukakan pendapat tentang kader kesehatan. Menurut Gunawan (2007), kader kesehatan dinamakan juga promotor kesehatan desa (prokes) adalah tenaga sukarela yang dipilih oleh dari masyarakat. Pendapat ini diperkuat oleh pendapat Dirjen Depkes RI yang menyebutkan kader adalah warga masyarakat setempat yang dipilih dan ditinjau oleh masyarakat dan dapat bekerja secara sukarela. Para kader kesehatan masyarakat itu hendaknya memiliki latar belakang pendidikan yang sesuai tugasnya sehingga memungkinkan mereka membaca, menulis dan menghitung secara sederhana.

## **2. Persyaratan menjadi Kader Posyandu**

Persyaratan menjadi kader posyandu adalah dapat membaca dan menulis dengan bahasa Indonesia, secara fisik dapat melaksanakan tugas-tugas sebagai kader, berwibawa, mempunyai penghasilan sendiri dan tinggal menetap di desa yang bersangkutan. Selain itu kader yang dipilih adalah orang-orang yang aktif dalam kegiatan-kegiatan sosial maupun pembangunan desanya, serta dikenal masyarakat dan dapat bekerjasama dengan masyarakat calon kader lainnya (Zulkifli, 2003).

Menurut Depkes RI (2010) persyaratan bagi seorang kader antara lain adalah warga yang bisa membaca dan menulis, merupakan penduduk yang tinggal di desa tersebut, berasal dari masyarakat setempat dan diterima oleh masyarakat setempat, tidak sering meninggalkan tempat dalam waktu yang lama serta cukup waktu bekerja untuk masyarakat disamping mencari nafkah lain. Persyaratan-persyaratan yang diutamakan oleh para ahli dapat disimpulkan bahwa kriteria pemilihan kader kesehatan antara lain, pandai baca tulis, sanggup bekerja secara sukarela, mendapat kepercayaan dari masyarakat serta perilakunya menjadi panutan masyarakat, memiliki jiwa pengabdian yang tinggi, sanggup membina masyarakat sekitarnya.

## **3. Peran Kader Posyandu**

Kader posyandu bertanggung jawab terhadap masyarakat setempat serta para pimpinan yang ditunjuk oleh pusat pelayanan kesehatan. Diharapkan mereka dapat melaksanakan petunjuk yang diberikan oleh para pembimbing dalam jalinan kerjasama dari suatu tim kesehatan (Heru, 2007). Lebih jelasnya peran kader dalam posyandu meliputi:

- a. Memberitahukan hari dan jam buka posyandu kepada para ibu hamil, ibu usia subur serta ibu yang mempunyai bayi anak balita.
- b. Menyiapkan peralatan penyelenggaraan posyandu sebelum posyandu dimulai, seperti timbangan, buku catatan, KMS, dan alat peraga penyuluhan.

- c. Melakukan pendaftaran bayi, balita, ibu hamil, dan ibu usia subur yang hadir di posyandu.
- d. Melakukan penimbangan bayi dan balita.
- e. Mencatat hasil penimbangan KMS.
- f. Melakukan penyuluhan perorangan kepada ibu-ibu di meja IV, dengan isi penyuluhan sesuai permasalahan yang dihadapi para ibu yang bersangkutan.
- g. Melakukan penyuluhan kelompok kepada ibu-ibu sebelum meja I atau setelah meja V.
- h. Melakukan kunjungan ke rumah khususnya pada ibu hamil, ibu yang mempunyai bayi dan balita serta pasangan usia subur, untuk menyuluh dan mengingatkan untuk datang ke posyandu.

Peran serta kader posyandu melalui berbagai organisasi dalam upaya mewujudkan dan meningkatkan pembangunan kesehatan masyarakat desa harus dapat terorganisir dan terencana dengan tepat dan jelas. Beberapa hal yang dapat atau perlu dipersiapkan kader seharusnya sudah dimengerti dan dipahami sejak awal oleh kader posyandu. Karena, disadari atau tidak, keberadaan posyandu adalah suatu usaha untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat. Upaya posyandu yang telah ada dan telah terlaksana selama ini mampu lebih ditingkatkan dan dilestarikan (Rachman, 2005).

Kader posyandu mempunyai peran yang maha dalam upaya meningkatkan kemampuan masyarakat menolong dirinya untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal. Peranan kader posyandu sangat pokok maka ada hal-hal yang memengaruhi praktek kader dalam pelayanannya. Karakteristik sangat berpengaruh pada perilakunya yaitu *predisposing factor* meliputi umur, pendidikan, pekerjaan dan lama menjadi kader. *Enabling factor* yaitu penghasilan dan *reinforcing factor* adalah frekuensi pelatihan yang didapat, dan perhatian petugas kesehatan terhadap kader dalam bentuk penyuluhan dan pelatihan perlu ditingkatkan. Tingkat pendidikan formal kader berperan penting dalam pengelolaan posyandu khususnya dalam pencatatan dan pelaporan. Hal ini dimungkinkan karena kader dengan pendidikan

formal yang tinggi akan mudah dan cepat mengerti serta memahami segala sesuatu yang diperolehnya baik pada waktu mengikuti kursus maupun waktu melaksanakan kegiatan di posyandu (Depkes RI, 2010).

Pekerjaan adalah tugas utama atau kegiatan rutinitas yang dikuasai oleh seorang kader untuk membantu, dan membiayai kehidupan keluarga serta menunjang kebutuhan rumah tangganya. Pekerjaan juga dapat memengaruhi seseorang dalam menjaga kesehatan, baik individu maupun kesehatan keluarga. Karakteristik yang berhubungan dengan pekerjaan karena kesibukan membuat seseorang terabaikan akan kesehatannya, termasuk kader posyandu. Kesibukan akan pekerjaan terkadang membuat ibu lupa terhadap tugas dan tanggungjawab yang dibebankan kepadanya. Sebaiknya seorang kader posyandu itu tidak memiliki pekerjaan yang tetap, dan mempunyai pengalaman yang lama menjadi kader dan tidak adanya pergantian kader dalam satu tahun (Sugianto, 2005).

Tingkat pengetahuan dan keterampilan kader akan lebih baik jika didukung tingkat pendidikan menengah atau tinggi, mengikuti kursus, mendapat pengajaran lima modul dasar dalam kursus, aktif dalam mengikuti pembinaan serta mempunyai frekuensi tinggi mengikuti pembinaan. Tingginya nilai pengetahuan dan ketrampilan kader dipengaruhi oleh pendidikan formal, keikutsertaan dalam kursus kader, frekuensi mengikuti pembinaan, keaktifan kader di posyandu dan lamanya menjadi kader. Mengembangkan pengetahuan dan ketrampilan kader dengan mengikuti kursus, pelatihan secara berkala dari segi pengetahuan, teknis dari beberapa sektor sesuai dengan bidangnya (Depkes RI, 2010).

Penghasilan adalah jumlah uang yang diperoleh seseorang sebagai imbalan dari pekerjaan atau tugas yang dilaksanakannya. Kader posyandu yang mempunyai penghasilan tetap dan cukup untuk menghidupi kebutuhan keluarganya tentunya akan dapat melaksanakan pekerjaan sebagai kader posyandu tanpa terbebani dengan kondisi kehidupan ekonomi keluarganya. Sesuai dengan pedoman penyelenggaraan posyandu (Depkes RI, 2010) bahwa kader posyandu adalah orang yang bersedia dan sanggup

melaksanakan kegiatan pelayanan di posyandu pada hari buka maupun tidak buka posyandu secara sukarela, artinya seorang kader posyandu tanpa pamrih dalam melaksanakan tugasnya.

Ada 3 jenis kemampuan dasar bersifat manusia (*human skill*), kemampuan teknik (*technical skill*) dan kemampuan membuat konsep (*conceptual skill*). Keterampilan teknik adalah kemampuan untuk menggunakan alat, prosedur dan teknik yang berhubungan dengan bidangnya. Keterampilan manusia adalah kemampuan untuk dapat bekerja, mengerti dan mengadakan motivasi kepada orang lain. Keterampilan konsep adalah kemampuan untuk melakukan kerja sama di dalam pekerjaan, pekerjaan itu dapat memberikan keterampilan (Schein, 1991 dalam Notoadmojo, 2012).

Keterampilan petugas posyandu merupakan salah satu kunci keberhasilan dalam sistem pelayanan di posyandu, karena dengan pelayanan kader yang terampil akan mendapat respon positif dari ibu-ibu balita sehingga terkesan ramah, baik, pelayanannya teratur hal ini yang mendorong ibu-ibu rajin ke posyandu. Keterampilan kader posyandu dalam penelitian ini dimaksudkan pada keterampilan teknis dalam menggunakan alat ukur panjang dan tinggi badan balita pada kegiatan posyandu.

## **B. Posyandu**

### **1. Definisi Posyandu**

Istilah posyandu yang dikenal sebagai Pos Pelayanan Terpadu adalah suatu tempat yang kegiatannya tidak dilakukan setiap hari melainkan satubulan sekali diberikan oleh pemberi pelayanan kesehatan dan terdiri dari beberapa pelayanan kesehatan yaitu: 1) pelayanan pemantauan pertumbuhan berat badan balita 2) pelayanan imunisasi; 3) pelayanan kesehatan ibu dan anak, dimana pelayanan ibu berupa pelayanan ANC (*Antenatal Care*), kunjungan pasca persalihan (Nifas) sementara pelayanan anak berupa deteksi dan intervensi dini tumbuh kembang balita dengan maksud menemukan secara dini kelainan-kelainan pada balita dan melakukan intervensi segera; dan 4) pencegahan dan

penanggulangan diare dan pelayanan kesehatan lainnya (Arali, 2015).

Posyandu adalah suatu forum komunikasi, alih teknologi dan pelayanan kesehatan masyarakat oleh dan untuk masyarakat yang mempunyai nilai strategis dalam mengembangkan sumber daya manusia sejak dini serta sebagai pusat kegiatan masyarakat dalam upaya pelayanan kesehatan dan keluarga berencana (KB) yang dikelola dan diselenggarakan dengan dukungan teknis dari petugas kesehatan dalam rangka pencapaian status kesehatan yang baik (Mubarak, 2014).

Posyandu adalah kegiatan kesehatan dasar yang diselenggarakan dari, oleh dan untuk masyarakat yang dibantu oleh petugas kesehatan disuatu wilayah kerja puskesmas. Program posyandu ini dapat dilaksanakan di balai dusun, di balai kelurahan, maupun tempat-tempat lain yang mudah didatangi oleh masyarakat (Ismawati, 2014).

## **2. Tujuan Posyandu**

Tujuan posyandu adalah mempercepat penurunan angka kematian ibu dan anak, dapat meningkatkan pelayanan kesehatan ibu, meningkatkan kemampuan masyarakat untuk mengembangkan kegiatan kesehatan dan kegiatan-kegiatan lain yang menunjang peningkatan kemampuan hidup sehat, adanya pendekatan dan pemerataan pelayanan kesehatan kepada penduduk berdasarkan letak geografi serta meningkatkan dan pembinaan peran serta masyarakat dalam rangka usaha-usaha kesehatan anak sekolah.

Beberapa rumusan dari tujuan pelaksanaan posyandu menurut Meilani (2009) yaitu:

- a. Menunjang percepatan penurunan angka kematian ibu dan bayi di Indonesia.
- b. Meningkatkan pelayanan kesehatan ibu dan anak.
- c. Mempercepat penerimaan Norma Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera (NKKBS) atau keluarga berkualitas.
- d. Meningkatkan kemampuan masyarakat untuk mengembangkan kegiatan-kegiatan lain yang menunjang peningkatan kemampuan hidup sehat.

- e. Pendekatan dan pemerataan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dalam usaha meningkatkan cakupan pelayanan kesehatan kepada penduduk berdasarkan letak geografi.
- f. Meningkatkan dan membina peran serta masyarakat dalam rangka alih teknologi untuk mampu mengelola usaha-usaha kesehatan masyarakat secara mandiri.
- g. Meningkatkan peran lintas sektor dalam penyelenggaraan posyandu terutama berkaitan dengan penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB).  
Pelaksana kegiatan posyandu adalah anggota masyarakat yang telah dilatih menjadi kader kesehatan setempat dibawah bimbingan Puskesmas. Sedangkan pengelola posyandu adalah pengurus yang dibentuk oleh ketua RW yang berasal dari kader PKK, tokoh masyarakat formal dan informal serta kader kesehatan yang ada di wilayah tersebut.

### **3. Sasaran Posyandu**

Sasaran posyandu adalah bayi berusia kurang dari 1 tahun, anak balita usia 1-5 tahun, ibu hamil, ibu menyusui, ibu nifas, Wanita Usia Subur (WUS). Sedangkan untuk kegiatan posyandu dalam pelaksanaan kegiatan posyandu berupa kesehatan ibu dan anak, Keluarga Berencana (KB), imunisasi, peningkatan gizi, penanggulangan diare, sanitasi dasar, dan penyediaan obat essensial (Depkes RI, 2010).

### **4. Peran dan Fungsi Posyandu**

Peran posyandu saat ini lebih diprioritaskan kepada masalah kesehatan terutama pada masyarakat yang mengindikasikan perubahan kebijakan penanganan tersebut. Peran posyandu di desa sangat signifikan dalam memantau masalah kesehatan di daerah setempat, menurunkan masalah kesehatan yang dihadapi masyarakat. Kinerja suatu posyandu lebih relevan untuk mengatasi masalah kesehatan pada balita misal Kurang Energi Protein (KEP), ibu hamil dan Wanita Usia Subur (WUS) yang dapat dengan mudah ditemukan di posyandu. Fungsi posyandu adalah sebagai wadah

pemberdayaan masyarakat dalam alih informasi dan keterampilan dari petugas kepada masyarakat dan antar sesama masyarakat dalam rangka memperoleh penurunan AKI dan AKB dan sebagai wadah untuk mendekatkan pelayanan kesehatan dasar, terutama berkaitan dengan penurunan AKI dan AKB (Depkes RI, 2010).

## **5. Manfaat Posyandu**

Menurut Depkes RI (2010), ada beberapa manfaat dibentuknya posyandu yaitu:

- a. Bagi Masyarakat
  - 2) Memperoleh kemudahan untuk mendapatkan informasi dan pelayanan kesehatan dasar, terutama berkaitan dengan penurunan AKI dan AKB.
  - 3) Memperoleh bantuan secara profesional dalam pemecahan masalah kesehatan terutama terkait kesehatan ibu dan anak.
  - 4) Efisiensi dalam mendapatkan pelayanan terpadu kesehatan dan sektor lain yang terkait.
- b. Bagi kader, pengurus posyandu dan tokoh masyarakat:
  - 1) Mendapatkan informasi terdahulu tentang upaya kesehatan yang terkait dengan penurunan AKI dan AKB.
  - 2) Dapat mewujudkan aktualisasi dirinya dalam membantu masyarakat menyelesaikan masalah kesehatan terkait dengan penurunan AKI dan AKB.
- c. Bagi Puskesmas:
  - 1) Optimalisasi fungsi Puskesmas sebagai pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan, pusat pemberdayaan masyarakat, dan pusat pelayanan kesehatan strata pertama.
  - 2) Dapat lebih spesifik membantu masyarakat dalam pemecahan masalah kesehatan sesuai kondisi setempat.
  - 3) Meningkatkan efisiensi waktu, tenaga dan dana melalui pemberian pelayanan secara terpadu.
- d. Bagi Sektor lain:
  - 1) Dapat lebih spesifik membantu masyarakat dalam pemecahan masalah sektor terkait, utamanya yang terkait

dengan upaya penurunan AKI dan AKB sesuai kondisi setempat.

- 2) Meningkatkan efisiensi melalui pemberian pelayanan secara terpadu sesuai dengan tugas pokok seksi masing-masing sektor.

## **6. Tingkatan Posyandu**

Tingkatan dalam posyandu berdasarkan kualitas, kemandirian dan intervensi yang dilakukan posyandu adalah sebagai berikut (Ismawati, 2014):

### **a. Posyandu Pratama (Warna Merah)**

Posyandu Pratama adalah posyandu yang belum mantap, yang ditandai oleh kegiatan bulanan posyandu belum terlaksana secara rutin serta jumlah kader sangat terbatas yakni kurang dari 5 (lima) orang. Intervensi yang dapat dilakukan untuk perbaikan peringkat adalah memotivasi masyarakat serta menambah jumlah kader.

### **b. Posyandu Madya (Warna Kuning)**

Posyandu Madya adalah posyandu yang sudah dapat melaksanakan kegiatan lebih dari 5 orang atau lebih, tetapi cakupan kelima kegiatan utamanya masih rendah, yaitu kurang dari 50%. Intervensi yang dapat dilakukan untuk perbaikan peringkat adalah meningkatkan cakupan dengan mengikutsertakan tokoh masyarakat sebagai motivator serta lebih menggiatkan kader dalam mengelola kegiatan posyandu.

### **c. Posyandu Purnama (Warna Hijau)**

Posyandu purnama adalah posyandu yang sudah dapat melaksanakan kegiatan lebih dari 8 kali per tahun, dengan rata-rata jumlah kader sebanyak 5 orang atau lebih dari 50%, mampu menyelenggarakan program tambahan serta telah memperoleh sumber pembiayaan dari dana sehat yang dikelola oleh masyarakat yang pesertanya masih terbatas yakni kurang dari 50% KK di wilayah kerja posyandu. Intervensi yang dapat dilakukan untuk perbaikan peringkat antara lain:

- 1) Sosialisasi program dana sehat yang bertujuan untuk memantapkan pemahaman masyarakat tentang dana sehat.
  - 2) Pelatihan dana sehat agar didesa tersebut dapat tumbuh dana sehat yang kuat, dengan cakupan anggota lebih dari 50% KK.
  - 3) Peserta pelatihan adalah para tokoh masyarakat, terutama dana sehat atau kelurahan, serta untuk kepentingan posyandu mengikutsertakan pula pengurus posyandu.
- d. Posyandu Mandiri (Warna Biru)
- Posyandu Mandiri adalah posyandu yang sudah dapat melaksanakan kegiatan lebih dari 8 kali per tahun, dengan rata-rata jumlah kader sebanyak 5 orang atau lebih, cakupan kelima kegiatan utamanya lebih dari 50%, mampu menyelenggarakan program tambahan, serta telah memperoleh sumber pembiayaan dari dana sehat yang dikelola oleh masyarakat yang pesertanya lebih dari 50% KK yang bertempat tinggal di wilayah kerja posyandu.

## **7. Operasional Posyandu**

Beberapa kegiatan diposyandu diantaranya terdiri dari lima kegiatan antara lain (Ismawati, 2014):

### **a. Kesehatan Ibu dan Anak**

Kegiatan pelayanan kesehatan ibu dan anak termasuk didalamnya adalah:

- 1) Pemeliharaan kesehatan ibu hamil, melahirkan dan menyusui serta bayi, anak balita dan anak prasekolah.
- 2) Memberikan nasehat tentang makanan guna mencegah gizi buruk karena kekurangan protein dan kalori, serta bila ada pemberian makanan tambahan vitamin dan mineral.
- 3) Pemberian nasehat tentang perkembangan anak dan cara stimulasinya.
- 4) Penyuluhan kesehatan meliputi berbagai aspek dalam mencapai tujuan program KIA.

b. Keluarga Berencana

- 1) Pelayanan keluarga berencana kepada pasangan usia subur dengan perhatian khusus kepada mereka yang dalam keadaan bahaya karena melahirkan anak berkali-kali dan golongan ibu beresiko tinggi.
- 2) Pelayanan cara-cara penggunaan pil, kondom dan sebagainya.

c. Immunisasi

Imunisasi tetanus toksoid 2 kali pada ibu hamil dan BCG, DPT 3x, polio 4x, dan campak 1x pada bayi.

d. Peningkatan gizi

- 1) Memberikan pendidikan gizi kepada masyarakat.
- 2) Memberikan makanan tambahan yang mengandung protein dan kalori cukup kepada anak-anak dibawah umur 5 tahun dan kepada ibu yang menyusui.
- 3) Memberikan kapsul vitamin A kepada anak-anak dibawah umur 5 tahun.
- 4) Penanggulangan Diare.

Lima kegiatan posyandu selanjutnya dikembangkan menjadi tujuh kegiatan posyandu (Sapta Krida Posyandu), yaitu (Depkes RI, 2010):

- a. Kesehatan Ibu dan Anak
- b. Keluarga Berencana
- c. Immunisasi
- d. Peningkatan gizi
- e. Penanggulangan Diare
- f. Sanitasi dasar

Cara-cara pengadaan air bersih, pembuangan kotoran dan air limbah yang benar, pengolahan makanan dan minuman.

g. Penyediaan Obat esensial.

Posyandu dilaksanakan sebulan sekali yang ditentukan oleh Kader, tim penggerak PKK Desa/Kelurahan dan petugas kesehatan dari Puskesmas. Kegiatan pelayanan masyarakat yang diberikan kader dilakukan dengan sistem 5 (lima) meja, yaitu (Arali, 2015):

- a. Meja Pertama: Meja Pendaftaran  
Aktivitas yang dilakukan yaitu mendaftarkan bayi atau balita dengan menuliskan nama balita pada KMS dalam secarik kertas yang diselipkan pada KMS, dan mendaftarkan ibu hamil yaitu menuliskan nama ibu hamil pada formulir atau lembar registrasi ibu hamil dan Wanita Usia Subur (WUS).
- b. Meja 2: Penimbangan Balita  
Aktivitas yang dilakukan yaitu penimbangan bayi atau balita, mencatat hasil penimbangan pada secarik kertas yang akan dipindahkan di KMS, dan penimbangan ibu hamil.
- c. Meja 3: Pengisian KMS  
Aktivitas yang dilakukan yaitupengisian KMS dan memindahkan catatan hasil penimbangan balita dari secarik kertas kedalam KMS anak tersebut.
- d. Meja 4: Penyuluhan Kesehatan  
Aktivitas yang dilakukan yaitu:
- 1) Menjelaskan data KMS atau keadaan anak berdasarkan data kenaikan berat badan yang digambarkan dalam grafik KMS kepada ibu dari anak yang bersangkutan.
  - 2) Memberikan penyuluhan kepada setiap ibu dengan mengacu pada data KMS anaknya atau dari hasil pengamatan mengenai masalah yang dialami sasaran.
  - 3) Memberikan rujukan ke Puskesmas apabila diperlukan untuk balita, ibu hamil dan ibu menyusui dengan langkah yaitu balita yang berat badan di bawah garis merah (BGM) pada KMS 2 kali berturut-turut berat badannya tidak naik, kelihatan sakit atau lesu, kurus, busung lapar, ibu hamil dan ibu menyusui apabila keadaannya kurus, pucat, adanya bengkak pada kaki, pusing, perdarahan, sesak nafas, gondokan dan orang sakit.
  - 4) Memberikan pelayanan gizi dan kesehatan dasar oleh kader posyandu misalnya dalam pemberian pil tambah darah (pil besi), vitamin A, dan oralit.

e. Meja 5: Pemberian Paket Pertolongan Gizi

Merupakan kegiatan pelayanan sektor yang biasanya dilakukan oleh petugas kesehatan, Pusat Layanan Keluarga Berencana (PLKB), Pusat Program Layanan (PPL) pelayanan yang diberikan yaitu pelayanan imunisasi, pemeriksaan kehamilan, pelayanan KB berupa IUD dan suntikan, pemeriksaan kesehatan dan pengobatan, pemberian tablet zat besi (Fe), serta vitamin A.

Untuk meja satu sampai empat dilakukan oleh kader kesehatan dan meja lima dilaksanakan oleh petugas kesehatan seperti, dokter, bidan, perawat, juru imunisasi dan sebagainya.

Kegiatan yang dilakukan kader di luar jadwal kegiatan pelayanan posyandu meliputi (Depkes RI, 2010):

- a. Kegiatan yang menunjang pelayanan KB, KIA, Gizi, Imunisasi dan penanggulangan diare.
- b. Kegiatan yang menunjang upaya kesehatan lainnya sesuai dengan permasalahan yang ada seperti: pemberantasan penyakit menular, penyehatan rumah, pembersihan sarang nyamuk, pembuangan sampah, dan penyediaan sarana air bersih.
- c. Sediaan sarana jamban keluarga, pembuatan sarana pembuangan air limbah, pemberian pertolongan pada penyakit, pemberian pertolongan pertama pada kecelakaan, dan dana sehat.

## BAB V

### MODEL EDUKASI SECARA UMUM

Model adalah pengganti dari suatu benda atau suatu sistem yang sebenarnya, yang diarahkan untuk keperluan penyelidikan suatu eksperimen. Model adalah sebagai suatu perwakilan atau abstraksi dari sebuah obyek atau situasi aktual, yang memperlihatkan saling hubungan maupun tidak langsung serta kaitan timbal balik dalam istilah sebab akibat. Karena suatu model itu adalah abstraksi dari realitas dengan demikian pada wujudnya kurang kompleks dari pada realitas itu sendiri. Jadi model adalah penyederhanaan dari suatu realitas yang kompleks, dan model dikatakan lengkap apabila dapat mewakili berbagai aspek dari realitas yang sedang dikaji (Forrester, 1973 dalam Sitompul, 2014).

Pemilihan model yang digunakan tergantung pada fenomena atau sistem yang dihadapi. Kredibilitas suatu model tergantung pada efektivitas model. Menurut Sitompul (2014) suatu model keberhasilannya dapat diukur dan ditentukan oleh komponen-komponen berikut ini: (1) Akurat, yaitu model dikatakan akurat jika penyelesaian model dapat menggambarkan fenomena dengan akurat yang biasanya ini sulit diukur, lebih mudah bila menggunakan "*cocok*" atau "*sesuai*"; (2) Realistik Deskriptif yaitu, apabila asumsi-asumsi yang digunakan adalah benar; (3) Tepat (seksama) yaitu apabila prediksinya menggunakan bilangan-bilangan tertentu atau istilah-istilah matematika tertentu seperti fungsi, gambar geometrik dan sebagainya; (4) Awet (*Robust*) yaitu, apabila model tidak terpengaruh oleh galat dalam input data; (5) Umum (*General*) yaitu apabila model dapat digunakan dalam berbagai situasi yang lebih luas; (6) Berguna yaitu, apabila konklusi bermanfaat dan dapat dipakai untuk menghasilkan model yang baik.

Model dikembangkan dengan tujuan untuk studi tingkah laku sistem melalui analisis rinci akan komponen atau unsur dan proses utama yang menyusun sistem dan interaksinya antara satu

dengan yang lain. Jadi pengembangan model adalah suatu pendekatan yang tersedia untuk mendapatkan pengetahuan yang layak akan sistem yang dikembangkan. Model berperan penting dalam pengembangan teori karena berfungsi sebagai konsep dasar yang menata rangkaian aturan yang digunakan untuk menggambarkan sistem.

Jones, Mishoe, & Boote (1987) mengemukakan dua sasaran pokok dari *modelling* (pemodelan) yaitu pertama untuk memperoleh pengertian yang lebih baik mengenai hubungan sebab-akibat (*cause-effect*) menyediakan dalam suatu sistem, serta untuk menyediakan interpretasi kualitatif dan kuantitatif yang lebih baik akan sistem tersebut.

Jenis-jenis model dapat dibagi dalam lima kelas yang berbeda (Forrester, 1973) yaitu:

1. Pembagian menurut fungsi model:
  - a. Model deskriptif hanya menggambarkan situasi sebuah sistem tanpa rekomendasi dan peramalan.
  - b. Model prediktif, model ini menunjukkan apa yang akan terjadi, bila sesuatu terjadi.
  - c. Model normatif, model yang menyediakan jawaban terbaik terhadap satu persoalan, model ini memberi rekomendasi tindakan-tindakan yang perlu diambil.
2. Pembagian model menurut strukturnya terdiri dari:
  - a. Model ikonik, adalah model yang menirukan sistem aslinya, tetapi dalam suatu skala tertentu, contohnya model pesawat.
  - b. Model analog, adalah suatu model yang menirukan sistem aslinya dengan hanya mengambil beberapa karakteristik utama dan menggambarkannya dengan benda atau sistem lain secara analog, contohnya aliran lalu lintas di jalan dianalogkan dengan aliran air dalam sistem pipa.
  - c. Model simbolis, adalah suatu model yang menggambarkan sistem yang ditinjau dengan simbol-simbol, biasanya dengan simbol-simbol matematik, dalam hal ini sistem diwakili oleh variabel-variabel dari karakteristik sistem yang ditinjau.

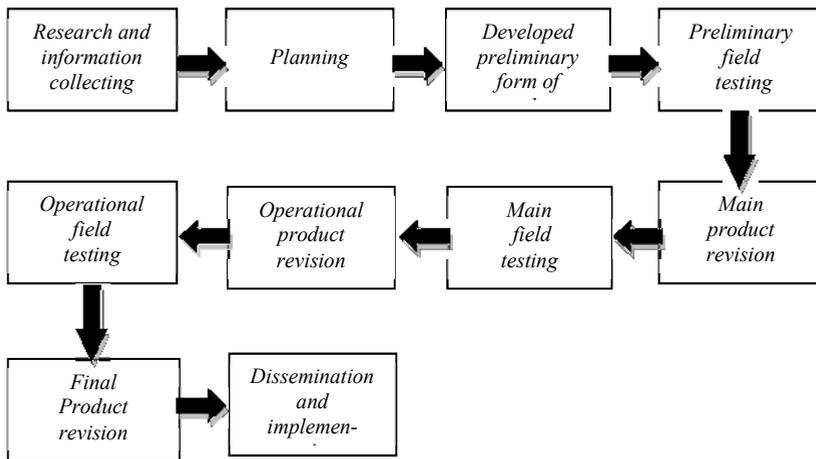
3. Pembagian menurut referensi waktu jenisnya:
  - a. Statis artinya model statis tidak memasukkan faktor waktu dalam perumusannya.
  - b. Dinamis artinya model yang mempunyai unsur waktu dalam perumusannya.
4. Pembagian menurut referensi kepastian jenisnya yaitu:
  - a. Deterministik, artinya dalam model ini pada setiap kumpulan nilai *input*, hanya ada satu *output* yang unik, yang merupakan solusi dari model dalam keadaan pasti.
  - b. Probabilistik, artinya model probabilistik menyangkut distribusi probabilistik dari *input* atau proses dan menghasilkan suatu deretan harga bagi paling tidak satu variabel output yang disertai dengan kemungkinan-kemungkinan dari harga-harga tersebut.
  - c. *Game* yaitu teori permainan yang mengembangkan solusi-solusi optimum dalam menghadapi situasi yang tidak pasti.
5. Pembagian menurut tingkat generalitas, yaitu ada yang umum dan ada yang khusus.

Beberapa model edukasi/pendidikan dikutip dan diuraikan dalam penelitian dan dipilih yang akan menjadi model yang diterapkan.

#### **A. Model R & D**

Model R & D (*Research and Development*) menurut (Borg & Gall, 1983) adalah suatu proses kegiatan yang digunakan untuk mengembangkan berbagai aspek terkait dengan pendidikan untuk menghasilkan produk atau mengembangkan. Penelitian dan pengembangan pendidikan tidak hanya menekankan pada materi, namun juga menyangkut prosedur dan prosesnya.

Tahapan penggunaan metode R&D menurut Borg & Gall (1989) adalah sebagaimana bagan berikut:



**Gambar 2. Tahapan Penggunaan Metode R & D menurut Borg & Gall (1989)**

Berdasarkan model diatas, maka tahapan dalam penelitian dan pengembangan menurut Borg & Gall (1989) meliputi kegiatan penelitian pendahuluan (*preliminary investigation*), menentukan arah dan pembuatan desain pengembangan (*design*). Setelah itu melakukan peragaan (*demonstration*), melaksanakan uji coba desain, evaluasi dan revisi (*test, evaluation and revision*), melakukan pengembangan (*development*), dan menyajikan hasil pengembangan. Tahapan pengembangan di atas secara garis besar dapat dipetakan menjadi tiga, yakni: (1) tahap prapengembangan, (2) tahap pengembangan, dan (3) tahap penerapan model.

## B. Model PLOMP

Plomp (dalam Hobri, 2009) memberikan suatu model pengembangan dalam mendesain pendidikan yang terbagi dalam 5 fase, yaitu:

### 1. Fase 1: Investigasi Awal (*Preliminary Investigation*)

Kegiatan yang dilakukan pada fase ini terfokus pada pengumpulan dan analisis informasi, mendefinisikan masalah dan merencanakan kegiatan selanjutnya. Kegiatan yang dilakukan adalah:

- a. Mengidentifikasi informasi.
- b. Menganalisis informasi.
- c. Mengkaji teori-teori.
- d. Mendefinisikan atau membatasi masalah.
- e. Merencanakan kegiatan lanjutan.

### 2. Fase 2: Desain (*Design*)

Kegiatan pada fase ini lebih difokuskan kepada hasil yang telah didapatkan pada fase investigasi awal, kemudian dirancang solusinya. Hasilnya berupa dokumen di desain. Desain meliputi suatu proses sistematis dimana masalah yang lengkap dari fase sebelumnya dibagi atas bagian-bagian masalah dan diterapkan bagian-bagian solusinya. Selanjutnya dihubungkan menjadi suatu struktur yang lengkap.

### 3. Fase 3: Realisasi/Konstruksi (*Realization/Construction*)

Fase ini merupakan salah satu fase produksi disamping fase desain. Dalam fase ini dibuat fase teknik pelaksanaan keputusan, tetapi fungsi keputusan tidak dibuat. Pada fase ini, dihasilkan produk pengembangan berdasarkan desain yang telah dirancang. Produknya adalah buku model, perangkat pembelajaran (Silabus, RPP, buku siswa dan buku guru), serta instrumen penelitian.

### 4. Fase 4: Tes, Evaluasi, dan Revisi (*Test, Evaluation, and Revision*)

Pada fase ini dipertimbangkan kualitas solusi yang telah dikembangkan dan dibuat keputusan yang berkelanjutan didasarkan pada hasil pertimbangan. Evaluasi merupakan

proses mengumpulkan, memproses dan menganalisis informasi secara sistematis untuk menilai solusi yang telah dibuat. Dapat dikatakan bahwa fase evaluasi ini menentukan apakah spesifikasi desain telah terpenuhi atau tidak. Selanjutnya direvisi, kemudian kembali kepada kegiatan merancang, dan seterusnya. Siklus yang terjadi ini merupakan siklus umpan balik dan berhenti setelah memperoleh solusi yang diinginkan.

5. Fase 5: Implementasi (*Implementation*)

Pada fase ini solusi yang dihasilkan didasarkan pada hasil evaluasi. Solusi ini diharapkan memenuhi masalah yang dihadapi. Dengan demikian, solusi desain ini dapat diimplementasikan atau dapat diterapkan dalam situasi yang memungkinkan masalah tersebut secara aktual terjadi.

### C. Model Spiral Cennamo & Kalk

Model spiral Cennamo & Kalk, meliputi penentuan produk yang akan dikembangkan (*define*), membuat desain produk (*design*), peragaan (*demonstrate*), pengembangan (*develop*) dan penyajian (*delivery*). Dengan demikian model pengembangan dalam penelitian ini meliputi kegiatan penelitian pendahuluan (*preliminary investigation*), menentukan rencana dan arah pengembangan (*define*), pembuatan desain pengembangan (*design*), melakukan peragaan (*demonstrate*), pelaksanaan uji coba desain, evaluasi dan revisi (*test, evaluation and revision*), melakukan pengembangan (*development*), dan penyajian hasil pengembangan (*delivery*).

# **BAB VI**

## **MODEL EDUKASI KESEHATAN**

### **A. Pengertian**

Arti edukasi secara mendasar adalah mengembangkan/meningkatkan kualitas manusia (daya pikir, daya kalbu, dan daya fisik) dengan tujuan agar yang bersangkutan dapat memiliki pilihan hidup yang lebih baik/lebih banyak setelah kelak menjadi sumberdaya manusia (Slameto, 2015). Edukasi adalah penambahan pengetahuan dan kemampuan seseorang melalui teknik praktik belajar atau instruksi, dengan tujuan untuk mengingat fakta atau kondisi nyata, dengan cara memberi dorongan terhadap pengarahan diri (*self direction*), aktif memberikan informasi-informasi atau ide baru (Craven dan Himle, 1996 dalam Suliha, 2016).

Edukasi kesehatan adalah kegiatan upaya meningkatkan pengetahuan kesehatan perorangan paling sedikit mengenai pengelolaan faktor risiko penyakit dan perilaku hidup bersih dan sehat dalam upaya meningkatkan status kesehatan peserta, mencegah timbulnya kembali penyakit dan memulihkan penyakit (BPJS Kesehatan, 2014).

### **B. Tujuan Edukasi Kesehatan**

Tujuan edukasi pada dasarnya dapat disimpulkan untuk mengubah pemahaman individu, kelompok, dan masyarakat di bidang kesehatan agar menjadikan kesehatan sebagai sesuatu yang bernilai, mandiri, dalam mencapai tujuan hidup sehat, serta dapat menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada dengan tepat dan sesuai (Suliha, 2016).

Menurut Notoatmodjo (2014) tujuan edukasi adalah:

1. Menjadikan kesehatan sebagai sesuatu yang bernilai di masyarakat.
2. Menolong individu agar mampu secara mandiri atau berkelompok mengadakan kegiatan untuk mencapai tujuan hidup sehat.

3. Mendorong pengembangan dan penggunaan secara tepat sarana pelayanan kesehatan yang ada.

Edukasi kesehatan adalah kegiatan upaya meningkatkan pengetahuan kesehatan perorangan paling sedikit mengenai pengelolaan faktor risiko penyakit dan perilaku hidup bersih dan sehat dalam upaya meningkatkan status kesehatan peserta, mencegah timbulnya kembali penyakit dan memulihkan penyakit.

### **C. Proses Edukasi Kesehatan**

Edukasi kesehatan dapat dilakukan dengan model dimensi dengan menggunakan langkah-langkah kebutuhan pembelajaran, menetapkan diagnosa kebutuhan belajar (masalah kesehatan, perencanaan, implementasi rencana dan evaluasi) (Clark & Schober, 1992). Green dan Krautset (1981), menggunakan kerangka kerja yang dikenal dengan sebutan PRECEDE yaitu *Predisposting, Reinforcing, Enabling causes in educational, Diagnosis and Evaluation* dalam merencanakan pendidikan kesehatan yang terdiri dari 7 (tujuh) tahap. Berikut diuraikan satu persatu:

1. Tahap pertama; diawali dengan mengukur sejumlah masalah yang berhubungan dengan masalah seperti penderita kanker payudara, stadium kanker payudara, terapi, atau edukasi kesehatan yang diberikan. Masalah ini merupakan barometer yang baik dalam mengukur kualitas hidup. Oleh sebab itu, tujuan tahap pertama ini adalah untuk mengukur kualitas hidup.
2. Tahap kedua; merupakan masalah kesehatan yang berkontribusi pada kualitas hidup. Pengkajian dilakukan menggunakan metode epidemiologi. Tujuan tahap mendiagnosis masalah kesehatan.
3. Tahap ketiga; mengidentifikasi perilaku khusus yang terkait dengan masalah kesehatan dan tempat berhubungan dengan masalah kesehatan pada tahap kedua. Tujuan tahap ketiga ini untuk mendiagnosa perilaku.
4. Tahap keempat; mengidentifikasi tiga kelompok faktor yang potensial memengaruhi perilaku kesehatan pada tahap ketiga.

Ketiga faktor tersebut adalah faktor predisposisi, faktor pemungkin dan faktor penguat.

5. Tahap kelima; mempelajari ketiga faktor pada tahap keempat, kemudian ditetapkan sebagai fokus intervensi. Tujuan tahap ini mendiagnosis program pendidikan kesehatan yang akan dilakukan.
6. Tahap keenam; penentuan program pendidikan yang akan dilakukan terkait dengan waktu, sumberdaya, kemampuan yang dibutuhkan, administrasi dan masalah yang menghambat. Pada tahap ini dilaksanakan pendidikan kesehatan pada penderita secara individu atau kelompok. Tujuan tahap keenam adalah mendiagnosa, administrasi pelaksanaan program pendidikan kesehatan.
7. Tahap ketujuh; mengevaluasi proses pendidikan kesehatan untuk semua tahap yang akan dilalui agar dapat ditetapkan hasil yang dicapai.

## **BAB VII**

### **EDUKASI KADER POSYANDU**

Edukasi atau pelatihan kader adalah suatu usaha untuk meningkatkan kemampuan pengelolaan posyandu, pengetahuan dan keterampilan kader dalam pelaksanaan pelayanan dan penyuluhan gizi di posyandu, di luar posyandumaupun pada kunjungan rumah. Pelatihan kader adalah suatu usaha untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan sekaligus dedikasi kader agar timbul kepercayaan diri untuk melaksanakan tugas sebagai kader dalam melayani masyarakat, baik di posyandu maupun saat melakukan kunjungan rumah (Depkes RI, 2009).

Menurut Green (2005), pelatihan adalah termasuk dalam faktor pemungkin, yaitu faktor yang memungkinkan kader bisa bekerja. Tujuan diadakan pelatihan kader adalah agar kader mengerti, bersedia dan mampu berperan dalam pelaksanaan kegiatan program-program kesehatan. Peserta pelatihan adalah kader kesehatan yang dipilih oleh masyarakat dengan kriteria yang telah ditentukan.

Materi dalam pelatihan kader dititikberatkan pada keterampilan teknis menyusun rencana kerja kegiatan di posyandu seperti :

1. Cara menimbang kelompok sasaran yang menjadi tanggung jawab posyandu.
2. Cara menilai pertumbuhan anak.
3. Cara menyiapkan kegiatan pelayanan sesuai kebutuhan anak dan ibu.
4. Cara menyiapkan peragaan.
5. Cara pemberian MP-ASI (Makanan Pendamping ASI).
6. Cara PMT (Pemberian Makanan Tambahan) untuk anak yang pertumbuhannya tidak cukup sebagaimana perambahan umurnya dan anak yang berat badannya tidak naik.
7. Cara memantau perkembangan ibu hamil dan ibu menyusui.

Tujuan umum pelatihan kader posyandu adalah meningkatkan kemampuan kader posyandu dalam mengelola dan menyampaikan pelayanan kepada masyarakat (Tim Penggerak PKK Pusat, 2014). Sedangkan tujuan khususnya adalah:

1. Meningkatkan pengetahuan, keterampilan kader sebagai pengelola posyandu berdasarkan kebutuhan sasaran di wilayah pelayanannya.
2. Meningkatkan pengetahuan, keterampilan dalam berkomunikasi dengan masyarakat.
3. Meningkatkan pengetahuan, keterampilan kader menggunakan metode media diskusi yang lebih partisipatif.

Pelatihan kader dapat berjalan efektif, diperlukan unsur pelatihan kader yang mampu dan berdedikasi tinggi dalam memberikan materi pelatihan secara efektif dan berkesinambungan melalui pendampingan dan bimbingan. Pelatihan kader diberikan secara berkelanjutan berupa pelatihan dasar berjenjang yang berpedoman pada modul pelatihan kader.

Menurut Notoadmodjo (2010), metode dan teknik pendidikan kesehatan adalah suatu kombinasi antara cara-cara atau metode dan alat-alat bantu atau media yang digunakan dalam setiap pelaksanaan promosi kesehatan. Berdasarkan sasarannya, metode dan teknik pendidikan kesehatan dibagi menjadi 3 yaitu:

1. Metode pendidikan kesehatan individual  
Metode ini digunakan apabila antara promotor kesehatan dan sasaran atau kliennya dapat berkomunikasi langsung, baik bertatap muka (*face to face*) maupun melalui sarana komunikasi lainnya, misal telepon. Cara ini paling efektif, karena antara petugas kesehatan dengan klien dapat saling berdialog, saling merespon dalam waktu yang bersamaan.
2. Metode pendidikan kesehatan kelompok  
Teknik dan metode pendidikan kesehatan kelompok ini digunakan untuk sasaran kelompok. Sasaran kelompok dibedakan menjadi 2 yaitu kelompok kecil kalau kelompok sasaran terdiri antara 6-15 orang dan kelompok besar, jika sasaran tersebut diatas 15 sampai dengan 50 orang. Oleh karena

itu metode pendidikan kesehatan kelompok juga dibedakan menjadi 2 yaitu:

- a. Metode dan teknik pendidikan kesehatan kelompok kecil, misalnya diskusi kelompok, metode curah pendapat (*brain storming*), bola salju (*snow ball*), bermain peran (*role play*), metode permainan simulasi (*simulation game*), dan sebagainya. Untuk mengefektifkan metode ini perlu dibantu dengan alat bantu atau media, misalnya lembar balik (*flip chart*), alat peraga, slide, dan sebagainya.
  - b. Metode dan teknik pendidikan kesehatan kelompok besar, misalnya metode ceramah yang diikuti atau tanpa diikuti dengan tanya jawab, seminar, loka karya, dan sebagainya. Untuk memperkuat metode ini perlu dibantu pula dengan alat bantu misalnya, *overhead projector*, *slide projector*, *film*, *sound system*, dan sebagainya.
3. Metode pendidikan kesehatan massa, apabila sasaran pendidikan kesehatan misal atau publik, maka metode-metode dan teknik pendidikan kesehatan tersebut tidak akan efektif, karena itu harus digunakan metode pendidikan kesehatan massa. Metode dan teknik pendidikan kesehatan untuk massa yang sering digunakan adalah: ceramah umum, penggunaan media massa elektronik, seperti radio dan televisi, penggunaan media cetak, dan penggunaan media di luar ruang, misalnya *billboard*, spanduk, umbul-umbul, dan sebagainya.

Berdasarkan jenis-jenis metode di atas, dapat dikelompokkan bahwa untuk mengubah komponen perilaku perlu dipilih metode yang tepat. Metode untuk mengubah pengetahuan dapat digunakan metode ceramah, tugas, baca, panel dan konseling. Untuk mengubah sikap dapat digunakan metode curah pendapat, diskusi kelompok, tanya-jawab serta pameran. Metode pelatihan demonstrasi dan bengkel kerja lebih tepat untuk mengubah keterampilan.

Menurut Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat (2002) menyatakan bahwa pengetahuan dan keterampilan kader dipengaruhi oleh adanya pembinaan, dengan pembinaan kader akan

meningkatkan pengetahuan, aktivitas dan keterampilan kader dalam menjalankan tugasnya. Menurut Junaidi (2012), bimbingan dan supervisi dari petugas kesehatan akan berpengaruh terhadap peningkatan pengetahuan dan keterampilan kader. Disamping itu pengetahuan dan kemampuan kader juga dapat ditingkatkan melalui pelatihan kader baru, pelatihan ulang kader, pengalaman kader selama menjalankan kegiatan posyandu dan kunjungan petugas di luar hari kegiatan posyandu.

Peningkatan pengetahuan dan keterampilan kader sangat dipengaruhi adanya pelatihan. Pelatihan adalah suatu konsep manajemen sumber daya manusia yang sempit yang melibatkan aktivitas-aktivitas pemberian instruksi-instruksi khusus yang direncanakan (seperti misalnya pelatihan terhadap prosedur-prosedur operasi pelatihan yang spesifik) atau pelatihan keahlian (seperti misalnya pelatihan yang berhubungan dengan tugas, program-program pengenalan pekerjaan (Rowley, 2012).

Menurut Notoatmodjo (2012), pengetahuan seseorang sangat dipengaruhi oleh faktor pendidikan, pekerjaan, pengalaman dan informasi yang diterima oleh seseorang berupa pesan-pesan kesehatan melalui media cetak atau elektronik. Pendapat Siagian (2014), bahwa pelatihan dipakai sebagai salah satu metode pendidikan khusus untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan kader. Handoko (2009), mengatakan pengetahuan yang diperoleh dari hasil suatu produk sistem pendidikan akan memberikan pengalaman yang nantinya akan dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan tertentu.

Keterampilan adalah hasil latihan berulang, yang dapat disebut perubahan yang meningkat atau progresif oleh orang yang mempelajari keterampilan tadi sebagai hasil dari aktivitas tertentu. Keterampilan berasal dari kata dasar terampil yang artinya cakap menyelesaikan tugas, mampu dan cekatan sedangkan keterampilan artinya kecakapan untuk menyelesaikan tugas (Balai Pustaka, 2008).

Pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia (SDM) kesehatan adalah upaya perencanaan, pengadaan,

pendayagunaan, pembinaan dan pengawasan mutu SDM Kesehatan yang dilaksanakan secara multidisiplin, lintas sektor dan program, untuk memenuhi kebutuhan SDM Kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau bagi seluruh masyarakat (Kemenkes, 2015a).

Pelatihan adalah proses pembelajaran yang lebih menekankan pada praktek daripada teori yang dilakukan seseorang atau kelompok dengan menggunakan pelatihan orang dewasa dan bertujuan meningkatkan kemampuan dalam satu atau beberapa jenis keterampilan tertentu. Sedangkan pembelajaran merupakan suatu proses interaksi antara peserta dengan lingkungannya yang mengarah pada pencapaian tujuan pendidikan dan pelatihan yang telah ditentukan terlebih dahulu (Pusat Pendidikan dan Pelatihan Kesehatan, 2009).

Ada 3 jenis kemampuan dasar bersifat manusia (*human skill*), kemampuan teknik (*technical skill*) dan kemampuan membuat konsep (*conceptual skill*). Keterampilan teknik adalah kemampuan untuk menggunakan alat, prosedur dan teknik yang berhubungan dengan bidangnya. Keterampilan manusia adalah kemampuan untuk dapat bekerja, mengerti dan mengadakan motivasi kepada orang lain. Keterampilan konsep adalah kemampuan untuk melakukan kerja sama di dalam pekerjaan, pekerjaan itu dapat memberikan keterampilan (Schein, 2010).

Kemenkes (2015) menetapkan bahwa untuk mengubah komponen perilaku perlu dipilih metode yang tepat. Metode untuk mengubah pengetahuan dapat digunakan metode ceramah, tugas, baca, panel dan konseling. Sedangkan untuk mengubah sikap dapat digunakan metode curah pendapat, diskusikelompok, tanya-jawab serta pameran. Metode pelatihan demonstrasi dan bengkel kerja lebih tepat untuk mengubah keterampilan.

## **BAB VIII**

### **CERDAS DIGITAL**

#### ***(DIGITAL INTELLIGENCE)***

Dunia digital telah menjadi bagian lintas populasi dunia yang luas dan terus berkembang yang pada gilirannya mengubah cara manusia berkomunikasi dan berinteraksi. Media digital dan teknologi menjadi bagian tak terpisahkan dari dalam kehidupan manusia sehari-hari, ada kekhawatiran yang berkembang bahwa manusia dapat kehilangan kendali bila ketergantungan terhadap teknologi (DQ Institute, 2017). Perkembangan teknologi digital ini harus diimbangi dengan kemampuan menggunakan dan memanfaatkan teknologi digital tersebut dengan kata lain dibutuhkan kecerdasan digital.

Menurut DQ Institute (2017), *digital intelligence* (DQ) adalah seperangkat kompetensi teknis, kognitif, dan sosial-emosional yang komprehensif yang memungkinkan individu untuk menghadapi tantangan dan beradaptasi dengan tuntutan kehidupan digital. DQ terdiri dari 8 bagian: identitas digital, penggunaan, keselamatan, keamanan, kecerdasan emosional, komunikasi, literasi, dan hak; pada 3 level: kewarganegaraan digital, kreativitas digital, dan kewirausahaan digital.

Sebagaimana menurut Kumorotomo (2014) bahwa sumber dari informasi adalah data. Data merupakan bentuk jamak dari bentuk tunggal data atau data item. Data adalah kenyataan yang menggambarkan sesuatu yang terjadi pada saat tertentu. Informasi yang diterima oleh pengguna harus mempunyai kualitas yang tinggi, dalam informasi tersebut benar-benar bermanfaat, kualitas dan suatu informasi tergantung dari beberapa hal antara lain, yaitu informasi harus akurat, tepat pada waktunya, lengkap dan relevan.

Teknologi informasi saat ini berkembang sangat pesat dalam berbagai bidang, salah satunya perkembangan teknologi informasi dalam bidang kesehatan mulai dari tingkat bawah dalam

hal ini puskesmas sampai tingkat atas dalam hal ini rumah sakit. Perkembangan teknologi informasi ini sangat membantu petugas kesehatan termasuk kader kesehatan di puskesmas dalam pelayanan kesehatan sehingga bisa maksimal. Salah satu wujud sumber informasi yang dihasilkan teknologi informasi yang saat ini banyak digunakan adalah *website*.

### **A. Website**

*Website* merupakan kumpulan dari halaman-halaman yang berhubungan dengan *file-file* lain yang saling terkait. Dalam suatu *website* terdapat satu halaman yang dikenal dengan sebutan *homepage*. *Homepage* adalah sebuah halaman yang pertama kali dilihat ketika seseorang mengunjungi sebuah *website* (Risky dkk., 2013). *Website* merupakan sekumpulan dokumen yang dipublikasikan melalui jaringan internet maupun intranet sehingga dapat diakses oleh user melalui web browser (Sardi, 2004).

Pengembangan *website* adalah salah satu aspek yang paling penting dari situs web apapun, sebagai pengembangan dari situs yang bekerja pada coding dan pemrograman untuk membuat webpage bekerja dengan baik. Sementara pembangun site gratis dapat hadir dengan cara membuat site sendiri. Tidak hanya pada *website* yang akan dikembangkan sesuai selera, tetapi akan dibuat sehingga dapat dengan mudah bekerja dengan CMS untuk menjalankan semua aspek yang berbeda dari *website* yang telah dibuat. *Website* dinamis adalah suatu *website* yang isi kontennya dapat berubah mengikuti isi *database*. Seseorang tidak perlu mengganti pemrograman *website* melainkan cukup melakukan pembaharuan pada database yang digunakan (Rahman, 2013).

Fungsi *website* antara lain (Nuruddin, 2017):

1. Fungsi komunikasi, web yang mempunyai fungsi komunikasi pada umumnya adalah situs web dinamis. Karena dibuat menggunakan pemrograman web (*server side*) maka dilengkapi fasilitas yang memberikan fungsi-fungsi komunikasi, seperti *web mail*, *form contact*, *chatting form* dan yang lainnya.

2. Fungsi informasi, *web* yang memiliki fungsi informasi pada umumnya lebih menekankan pada kualitas bagian kontennya, karena tujuan situs tersebut adalah menyampaikan isisnya. Situs ini sebaiknya berisi teks dan grafik yang dapat diakses dengan cepat. Pembatasan penggunaan animasi gambar dan elemen bergerak seperti *shockwave* dan *java* diyakini sebagai langkah yang tepat, diganti dengan fasilitas yang memberikan fungsi informasi seperti *news*, *profile company*, *library*, *reference*, dan lain-lain.
3. Fungsi *entertainment*, situs web juga dapat memiliki fungsi *entertainment* atau hiburan. Bila situs *web* kita berfungsi sebagai sarana hiburan maka penggunaan animasi gambar dan elemen bergerak dapat meningkatkan mutu presentasi desainnya, meski tetap harus mempertimbangkan kecepatan downloadnya. Beberapa fasilitas yang memberikan fungsi hiburan adalah game online, film online, music online, dan sebagainya.
4. Fungsi transaksi, situs web dapat dijadikan sarana transaksi bisnis, baik barang, jasa, atau lainnya. Situs web ini menghubungkan perusahaan, konsumen, dan komunitas tertentu melalui transaksi elektronik. Pembayaran bisa menggunakan kartu kredit, transfer, atau dengan membayar secara langsung.

## **B. *Smartphone***

Teknologi komunikasi *Smartphone* (ponsel pintar) merupakan generasi terbaru dari peralatan komputasi bergerak (*mobile*) yang memadukan antara teknologi komunikasi seperti ponsel dan komputer. *Smartphone* dapat dianalogikan seperti sebuah komputer jaringan yang berukuran kecil dengan bentuk seperti ponsel. *Smartphone* memiliki fungsi-fungsi lainnya seperti kamera, video, MP3 players, sama seperti telepon biasa. Dengan kata lain, *smartphone* dapat dikategorikan sebagai mini-komputer yang memiliki banyak fungsi dan penggunaannya dapat menggunakannya kapanpun dan dimanapun. *Smartphone* tidak lagi

digunakan sebagai alat komunikasi tapi juga merupakan sebuah kebutuhan sosial dan pekerjaan (Ferry, 2010).

*Smartphone* dirancang dan bekerja melalui sistem operasi, dimana pengguna dapat dengan bebas menambahkan aplikasi, menambah fungsi-fungsi atau mengubah sesuai keinginan pengguna layaknya sebuah komputer dalam genggaman. *Smartphone* merupakan teknologi *mobile phone* yang terus berkembang sejak awal kemunculannya dan akan terus mengalami berbagai inovasi untuk memenuhi kebutuhan komunikasi (Chuzaimah dkk, 2010). *Smartphone* memiliki fitur pesan teks, *e-mail*, *browsing web*, kamera foto, kamera video, pemutar audio, pemutaran video dan panggilan suara. *Smartphone* juga dapat menjalankan berbagai macam aplikasi sesuai kebutuhan penggunanya. Ada banyak aplikasi gratis dan berbayar yang telah disediakan oleh masing-masing platform *smartphone* (PCMag, 2013).

## **BAB IX**

# **PERILAKU DAN KONSEP PERUBAHAN PERILAKU**

Perilaku adalah tindakan atau aktivitas dari manusia itu sendiri yang mempunyai bentangan yang sangat luas antara lain: berjalan, berbicara, menangis, tertawa, bekerja, kuliah, menulis, membaca, dan sebagainya. Dari uraian ini dapat disimpulkan bahwa yang dimaksud perilaku manusia adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang diamati langsung, maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar (Notoatmodjo, 2010).

Perilaku adalah respon individu terhadap suatu stimulus atau suatu tindakan yang dapat diamati dan mempunyai frekuensi spesifik, durasi dan tujuan baik disadari maupun tidak. Perilaku merupakan hasil daripada segala macam pengalaman serta interaksi manusia dengan lingkungannya yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap dan tindakan. Perilaku dari aspek biologis diartikan sebagai suatu kegiatan atau aktivitas organisme atau makhluk hidup yang bersangkutan. Aktivitas tersebut ada yang dapat diamati secara langsung dan tidak langsung (Kholid, 2014).

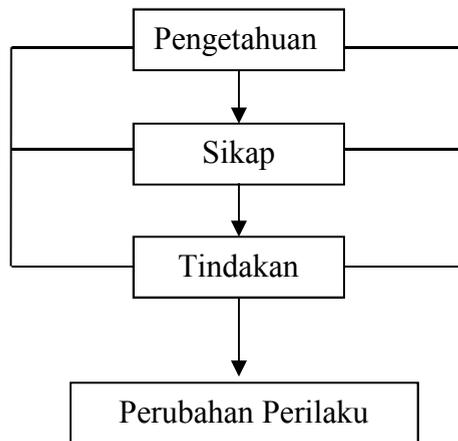
Bloom dalam Notoatmodjo (2012) membagi perilaku manusia dalam tiga domain yaitu kognitif, afektif, dan psikomotor. Cara pengukuran ketiga domain dari perilaku yaitu:

1. Domain kognitif diukur dari pengetahuan (*knowledge*)  
Domain kognitif dalam perilaku yaitu pengetahuan diartikan sebagai hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*overt behavior*). Pengetahuan seseorang individu terhadap sesuatu dapat berubah dan berkembang sesuai kemampuan, kebutuhan, pengalaman dan tinggi rendahnya mobilitas informasi tentang sesuatu di lingkungannya. Pengetahuan adalah hasil dari tahu apabila seseorang telah melakukan penginderaan suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui pancaindra meliputi panca indra manusia yaitu indra penglihatan, indra penciuman, indra pendengaran, indra rasa, dan indra raba. Pengetahuan seseorang terhadap suatu objek mempunyai intensitas atau tingkat yang berbeda-beda yaitu terdiri atas 6 tingkatan yaitu tahu-memahami-aplikasi-analisis-sintesis-evaluasi.
2. Domain afektif diukur dengan sikap (*attitude*)  
Domain afektif yaitu sikap yang diartikan sebagai reaksi atau respon seseorang yang masih tertutup terhadap suatu stimulus atau objek, baik yang bersifat intern maupun ekstern sehingga tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku tertutup tersebut. Sikap secara realistis menunjukkan kesesuaian respon terhadap stimulus tertentu. Faktor yang memengaruhi pembentukan dan perubahan sikap yakni faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal menyangkut sikap dalam diri individu, serta minat dan perhatian (faktor psikologis), juga perasaan sakit, lapar, haus (faktor fisiologis). Faktor eksternal yang berasal dari luar individu berupa pengalaman, situasi, norma, dan hambatan yang dihadapi.
3. Domain psikomotor diukur dari keterampilan (*psychomotor/practice*).  
Domain psikomotor yaitu tindakan yang diartikan sebagai suatu sikap optimis terwujud dalam suatu tindakan (*overt behaviour*).

Mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain adalah fasilitas.

Perubahan perilaku adalah suatu pandangan bahwa sikap manusia akan berubah sesuai dengan apa yang mereka pelajari baik dari keluarga, teman, sahabat ataupun dari diri mereka sendiri. Proses pembelajaran ini akan membentuk perilaku seseorang, baik yang akan digunakan sebagai perilaku sehari-hari ataupun sebagai perilaku dalam situasi atau kondisi tertentu. Sementara pengertian perubahan perilaku menurut Emilia (2009), ditentukan oleh konsep risiko, penentu respon individu untuk mengubah perilaku adalah tingkat beratnya risiko atau masalah kesehatan secara umum. Bila seseorang mengetahui ada risiko terhadap kesehatan maka secara sadar orang tersebut akan menghindari risiko.

Individu atau masyarakat dapat mengubah perilakunya bila dipahami faktor-faktor yang berpengaruh terhadap berlangsungnya dan berubahnya perilaku tersebut. Sebagaimana bagan alur perubahan perilaku berikut (Kholid, 2014).



**Gambar 3. Alur Perubahan Perilaku**

Berdasarkan uraian perubahan di atas, hal yang sangat mendasari proses perubahan adalah pengetahuan dari seseorang. Adapun cara mendapatkan pengetahuan yaitu:

1. Cara tradisional atau nonilmiah mencakup:
  - a. Cara coba salah (*trial and error*), dilakukan dengan menggunakan kemungkinan dalam memecahkan masalah dan bila tidak berhasil, dicoba kemungkinan lain.
  - b. Cara kekuasaan atau otoritas, orang lain menerima pendapat yang dikemukakan orang yang memiliki kuasa tanpa mengujinya.
  - c. Berdasarkan pengalaman pribadi, mengulang pengalaman lalu dalam memecahkan masalah.
  - d. Melalui jalan pikiran baik secara induksi maupun deduksi. Induksi adalah proses pembuatan kesimpulan melalui pernyataan khusus ke umum dan deduksi adalah proses pembuatan kesimpulan dari pernyataan umum ke khusus.
2. Cara modern atau ilmiah, cara ini lebih sistemik, logis, dan ilmiah. Untuk memperoleh kesimpulan dilakukan observasi langsung dan membuat catatan tentang fakta yang berkaitan dengan objek penelitian.

# **BAB X**

## **ANALISIS PELAKSANAAN TUGAS KADER**

### **A. Modul**

Modul telah disusun berdasarkan standar baku penyusunan modul. Selanjutnya modul yang telah tersusun divalidasi oleh pakar ahli modul, ahli materi dan ahli bahasa serta disesuaikan dengan saran sehingga diperoleh modul final.

#### **1. Penyusunan Modul**

Modul sebagai bahan materi untuk menerapkan edukasi bagi kader tentang gerakan 1000 HPK menggunakan standar baku meliputi desain halaman muka (cover, kata pengantar dan daftar isi), bagian isi (kegiatan belajar dan uraian materi), bagian penutup (glosarium, lembar evaluasi dan referensi). Modul yang telah tersusun divalidasi oleh pakar ahli.

#### **2. Modul oleh Pakar**

Proses validasi dilakukan oleh tiga pakar terdiri dari ahli modul, ahli materi dan ahli bahasa yang dilaksanakan dengan mengisi lembar validasi penilaian dicocokkan dengan modul. Modul divalidasi secara lebih komprehensif dan data yang diperoleh persentasenya dianalisis secara deskriptif dengan menggunakan rumus:

$$K = \frac{\sum ni}{N} \times 100\%$$

Keterangan:

K = persentase skor yang diperoleh

$\sum ni$  = jumlah skor yang diperoleh

N = jumlah skor maksimal

**Tabel 3.**

**Kriteria Persentase Skor Penilaian Berdasarkan BSNP**

<b>Interval% Skor</b>	<b>Kriteria</b>
81,25 <skor≤ 100	Sangat layak
62,50 <skor≤ 81,25	Layak
43,75 <skor≤ 62,50	Kurang layak
25 <skor≤ 43,75	Tidak layak

Proses validasi modul penelitian yang dilakukan pakar dilakukan melalui dua langkah agar diperoleh modul final sebagai salah satu keluaran penelitian.

1) Langkah I

Peneliti mengajukan modul untuk dikoreksi oleh pakar mencakup pakar ahli modul, materi dan bahasa. Hasil koreksi para pakar direvisi dan setelah direvisi dilakukan pertemuan kembali. Setelah data dihitung dan dicocokkan dengan kriteria penilaian diperoleh hasil validasi modul RoSi pada langkah I dari pakar materi 79,25% dengan kriteria layak, untuk validasi dengan pakar bahasa hasil 78,63% dengan kriteria layak dan dari pakar modul hasil 80,78% dengan kriteria layak. Lebih jelasnya lihat tabel 4 berikut.

**Tabel 4.**

**Hasil Validasi Pakar Modul RoSi pada Langkah I**

No.	Validasi Pakar	Hasil (%)	Kriteria
1.	Ahli Modul	79,25%	Layak
2.	Ahli Materi	78,63%	Layak
3.	Ahli Bahasa	80,78%	Layak

Hasil penilaian langkah I oleh pakar yang dinyatakan layak selanjutnya modul diuji coba secara terbatas pada petugas kesehatan (bidan) dan kader 8 orang. Ujicoba dilakukan untuk mengetahui penilaian petugas kesehatan (bidan) dan kader terhadap modul. Hasilnya jawaban yang tepat hanya diberikan oleh 5 orang kader yang sudah memiliki masa kerja >2 tahun di posyandu.

## 2) Langkah II: Revisi Modul

Berdasarkan hasil uji coba modul diketahui beberapa istilah medis tidak dipahami, sehingga istilah medis yang ada diganti dengan istilah umum atau disertai dengan penjelasan dan dilakukan pengurangan materi. Para pakar juga memberikan masukan demi sempurnanya modul ini baik tentang kelayakan isi, kebahasaan, kelayakan penyajian dan kelayakan keterpaduan. Modul direvisi dua kali dengan cara mengevaluasi hasil uji coba modul, mengkaji kekurangan serta menyempurnakannya. Saran dan hasil perbaikan pada modul sebagaimana pada tabel 5 berikut.

**Tabel 5. Saran dan Perbaikan Modul RoSi**

No.	Tim Validasi	Saran	Perbaikan
1.	Ahli Modul	<ul style="list-style-type: none"><li>- Penambahan umpan balik</li><li>- Cover dan gambar modul disempurnakan</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Sesuai dengan saran yaitu dengan membuat pertanyaan pada akhir setiap kegiatan</li><li>- Desain cover dan gambar modul disempurnakan oleh desain grafis</li></ul>
2.	Ahli Materi	<ul style="list-style-type: none"><li>- Isi modul sesuaikan dengan topik kajian</li><li>- Istilah medis agar disederhanakan atau disertai dengan penjelasan</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Isi modul berkaitan dengan gerakan 1000 HPK yang terdiri dari 3 periode</li><li>- Istilah medis diganti dengan istilah umum yang mudah dimengerti</li></ul>
3.	Ahli Bahasa	<ul style="list-style-type: none"><li>- Gunakan bahasa yang umum agar mudah dimengerti</li><li>- Pilihan kata sesuaikan dengan kemampuan pengguna modul</li><li>- Teknik penelitian diperbaiki</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Bahasa sudah disesuaikan dengan bahasa yang umum</li><li>- Disesuaikan dengan kemampuan kader</li><li>- Disesuaikan sesuai saran</li></ul>

Modul setelah diperbaiki sesuai saran pakar maka hasil validasi langkah II diperoleh validasi ahli materi 87,50% dengan kriteria sangat layak, validasi ahli bahasa 84,62% dengan kriteria sangat layak dan validasi ahli modul 91,67% dengan kriteria sangat layak. Lebih jelasnya lihat pada tabel 5 berikut.

**Tabel 6.**  
**Hasil Validasi Pakar Modul RoSi pada Langkah II**

No.	Validasi Pakar	Hasil (%)	Kriteria
1.	Ahli Modul	91,67%	Sangat layak
2.	Ahli Materi	87,50%	Sangat layak
3.	Ahli Bahasa	84,62%	Sangat layak

### 3) Modul Final

Berdasarkan hasil validasi langkah I yang menunjukkan bahwa modul RoSi dinyatakan layak dan dilanjutkan pada validasi langkah II yang menunjukkan bahwa modul RoSi dinyatakan sangat layak, maka hasil final adalah modul yang sangat layak digunakan oleh kader sebagai bahan panduan dalam penerapan tugas-tugas yang berkaitan dengan gerakan 1000 HPK.

## **BAB XI**

# **ANALISIS PENERAPAN MODEL EDUKASI CERDAS DIGITAL ROSI BAGI KADER**

Edukasi kader dilakukan melalui 3 tahapan yaitu: ceramah, diskusi dan demonstrasi *website stunting* melalui *smartphone*. Bahan untuk melakukan edukasi antara lain modul berisi materi tentang 1000 HPK, Model RoSi bagi kader sebagai upaya pencegahan dini kejadian *stunting* pada balita melalui Gerakan 1000 HPK. Penilaian modul dilakukan oleh tiga ahli yaitu Prof. Dr. Mudjiran, M.S, Kons sebagai ahli modul; Prof. Dr. Ir. Albiner Siagian, M.Si sebagai ahli materi, dan Drs. Zubeirsyah, S.U sebagai ahli bahasa.

### **A. Ceramah**

Ceramah pertama dilakukan di puskesmas Sering dihadiri kader 24 orang, ceramah kedua di puskesmas Medan Deli dihadiri kader 60 orang dengan menyajikan materi tentang gerakan 1000 HPK dikaitkan dengan upaya pencegahan dini kejadian *stunting* pada balita (modul terlampir). Pelaksanaan ceramah langsung dilakukan peneliti didampingi oleh tenaga kesehatan dari puskesmas.

### **B. Diskusi**

Pelaksanaan diskusi dipimpin peneliti dan diawasi tenaga kesehatan. Kader diberi kesempatan mengungkapkan hal-hal yang kurang dipahami berkaitan dengan materi yang diajarkan.

### **C. Demonstrasi**

Demonstrasi pertama dilakukan di Puskesmas Sering dan kedua di Puskesmas Medan Deli mencakup praktik kader memberikan penyuluhan dan praktik mengaplikasikan *website stunting*. Praktik penyuluhan oleh kader dilakukan kepada ibu

hamil dan ibu balita berdasarkan gerakan 1000 HPK antara lain pengukuran tinggi balita, panjang bayi, berat badan dan lingkaran kepala, serta pengukuran tinggi ibu hamil, pengukuran berat badan dan pengukuran lingkaran lengan atas ibu hamil. Demonstrasi kedua dilakukan yang berhubungan dengan *website stunting*, demonstrasi yang dilakukan mencakup dengan praktik mengaplikasikan *website stunting* dilakukan masing-masing kader dengan *smartphone* di genggamannya dibimbing peneliti.

Aplikasi *website stunting* diterapkan menggunakan *smartphone* yang masing-masing kader sudah diberikan paket internet dan sudah diajarkan peneliti bagaimana cara mengaplikasikannya. Berikut adalah tabel-tabel pada formulir aplikasi untuk mengetahui apakah ibu hamil berisiko melahirkan balita *stunting* atau tidak yang diketahui melalui jawaban ibu terhadap pertanyaan atau pernyataan pada kuesioner penelitian survei ibu yaitu tentang faktor-faktor yang memengaruhi ibu berisiko melahirkan balita *stunting* dibagi berdasarkan perilaku ibu selama periode 1000 HPK (selama 280 hari, 180 hari dan 540 hari).

## **BAB XII**

# **ANALISIS PERUBAHAN PERILAKU KADER SESUAI PENGETAHUAN, SIKAP DAN KETERAMPILAN DALAM UPAYA PENCEGAHAN DINI KEJADIAN STUNTING PADA BALITA SETELAH PENERAPAN MODEL EDUKASI CERDAS DIGITAL ROSI**

### ***A. Pre-Posttest***

Penerapan model edukasi cerdas digital RoSi diawali dengan *pre-test* untuk mengetahui perilaku kader (pengetahuan, sikap dan keterampilan) dalam upaya pencegahan dini kejadian *stunting* pada balita sebelum diedukasi dengan model RoSi (Modul). *Pre-test* dilakukan dengan cara membagikan kuesioner tentang perilaku kader dalam upaya pencegahan dini kejadian *stunting* pada balita melalui gerakan 1000 HPK. Selanjutnya pengukuran *pos-test* dalam penelitian ini dilakukan setelah penerapan model edukasi cerdas digital RoSi (ceramah, diskusi, demonstrasi). Setelah kedua hasil *pretest* dan *Posttest* diperoleh dilakukan uji *Cohen's Kappa*. Hasilnya sebagaimana uraian berikut ini.

### **1. Pengetahuan Kader**

Berdasarkan jawaban responden pada lembar kuesioner diketahui distribusi pengetahuan kader sebelum dan sesudah penerapan model edukasi cerdas digital RoSi (Modul) terlihat pada tabel berikut.

**Tabel 7. Pengetahuan Kader tentang Gerakan 1000 HPK dalam Upaya Pencegahan Dini Kejadian *Stunting* pada Balita Sebelum dan Sesudah Edukasi**

No	Pengetahuan	Pretest		Posttest		P Value
		Jumlah (n)	Persentase (%)	Jumlah (n)	Persentase (%)	
1.	Kurang baik	48	57,1	29	34,5	0,003
2.	Baik	36	42,9	55	65,5	
<b>Total</b>		<b>84</b>	<b>100</b>	<b>84</b>	<b>100</b>	

Berdasarkan tabel 7, hasil penelitian menunjukkan bahwa hasil analisis pengetahuan kader tentang Gerakan 1000 HPK dalam upaya pencegahan dini kejadian *stunting* pada balita sebelum diberi edukasi dengan model edukasi cerdas digital RoSi (ceramah, diskusi dan demonstrasi) mayoritas kurang baik (57,1%). Sesudah dilakukan edukasi, maka pengetahuan kader mengalami peningkatan menjadi mayoritas baik (65,5%). Hasil uji *Cohen's Kappa* menunjukkan nilai *p value*  $0,003 < 0,05$ , berarti secara statistik ada perbedaan yang signifikan antara pengetahuan kader sebelum dan sesudah penerapan model edukasi cerdas digital RoSi.

Analisis kuesioner tentang pengetahuan kader yang dominan kurang baik dapat dilihat pada tabel berikut.

**Tabel 8. Analisis Kuesioner Pengetahuan Kader tentang Gerakan 1000 HPK dalam Upaya Pencegahan Dini Kejadian *Stunting***

Indikator Pengetahuan	Salah		Benar	
	n	%	n	%
1. Dampak <i>stunting</i>	65	77,4	19	22,6
2. Gangguan gizi kurang	59	70,2	25	29,8
3. Pengertian <i>stunting</i>	59	70,2	25	29,8
4. Pengukuran status gizi	55	65,5	29	34,5

Berdasarkan pada tabel 8 didapat hasil analisis kuesioner bahwa pengetahuan kader yang kurang baik dalam melaksanakan kegiatan posyandu dapat beresiko ibu melahirkan balita *stunting* adalah pemahaman tentang dampak *stunting* bagi balita (77,4%), penyebab gangguan gizi kurang (70,2%), pengertian *stunting*

(70,2%), dampak *stunting* bagi balita (77,4%) dan pengukuran status gizi (65,5%).

Melihat kondisi pengetahuan kader yang mayoritas masih kurang baik tentang upaya pencegahan dini kejadian *stunting* pada balita melalui gerakan 1000 HPK, maka pada penelitian ini dianjurkan memakai model edukasi bagi kader. Model edukasi dimaksud adalah model edukasi cerdas digital RoSi yang merupakan model edukasi dengan ceramah, diskusi dan demonstrasi aplikasi *website stunting*. Manfaat yang diharapkan melalui edukasi ini, kader memiliki pengetahuan yang baik tentang upaya pencegahan dini kejadian *stunting* pada balita yaitu melalui gerakan 1000 HPK pada setiap kegiatan posyandu dan kader mampu memprediksi ibu yang berisiko melahirkan balita *stunting*.

Terbukti dari hasil yang diperoleh sesudah diberi edukasi dengan model edukasi cerdas digital RoSi dengan metode ceramah, diskusi dan demonstrasi mayoritas pengetahuan kader menjadi baik (66,7%). Terlihat ada peningkatan pengetahuan kader dibandingkan dengan sebelum diterapkan edukasi, proporsi pengetahuan kader yang baik (42,9%). Diperkuat dengan hasil uji *Cohen's Kappa* menunjukkan kebermaknaan atau ada perbedaan pengetahuan secara signifikan sebelum dan sesudah intervensi tersebut. Kader sudah lebih mengetahui tentang gizi seimbang, pengertian *stunting*, parameter pengukuran status gizi, indikator *stunting* ditinjau dari status gizi, pengukuran tinggi badan balita, faktor penyebab *stunting*, dampak *stunting*, dan fungsinya dalam mensukseskan program pencegahan dini kejadian *stunting* melalui gerakan 1000 HPK.

Data diatas menunjukkan bahwa upaya intervensi berupa edukasi mampu meningkatkan pengetahuan kader tentang pencegahan dini kejadian *stunting* pada balita.

## 2. Sikap Kader

Berdasarkan hasil jawaban responden pada kuesioner diketahui distribusi sikap kader sebagaimana tabel 9 berikut.

**Tabel 9. Sikap Kader tentang Gerakan 1000 HPK dalam Upaya Pencegahan Dini Kejadian *Stunting* pada Balita Sebelum dan Sesudah Edukasi**

No	Sikap	Pretest		Posttest		P Value
		Jumlah (n)	Persentase (%)	Jumlah (n)	Persentase (%)	
1.	Negatif	53	63,1	31	36,9	0,037
2.	Positif	31	36,9	53	63,1	
<b>Total</b>		<b>84</b>	<b>100</b>	<b>84</b>	<b>100</b>	

Berdasarkan tabel 9, hasil penelitian menunjukkan bahwa hasil analisis sikap kader tentang Gerakan 1000 HPK dalam upaya pencegahan dini kejadian *stunting* pada balita sebelum diberi edukasi dengan model edukasi cerdas digital RoSi (ceramah, diskusi dan demonstrasi) mayoritas negatif (63,1%). Sesudah dilakukan edukasi, maka sikap kader mengalami peningkatan menjadi mayoritas baik (63,1%). Hasil uji *Cohen's Kappa* menunjukkan nilai *p value*  $0,037 < 0,05$ , berarti secara statistik ada perbedaan yang signifikan antara sikap kader sebelum dan sesudah penerapan model edukasi cerdas digital RoSi.

Analisis kuesioner tentang pengetahuan kader dominan kurang baik dapat dilihat pada tabel berikut.

**Tabel 10. Analisis Kuesioner Sikap Kader tentang Gerakan 1000 HPK dalam Upaya Pencegahan Dini Kejadian *Stunting***

No	Indikator Sikap	Tidak Setuju		Setuju	
		n	%	n	%
1.	Mengingatkan makanan sedikit tapi sering	59	70,2	25	29,8
2.	Konsumsi makanan tambahan selama kehamilan	57	67,9	27	32,1
3.	Pemberian ASI ditambah MP ASI	56	66,7	28	33,3
4.	Menghimbau ke posyandu	56	66,7	28	33,3

Berdasarkan pada tabel 10 didapat hasil bahwa kader bersikap negatif dalam upaya pencegahan dini kejadian *stunting* pada balita, dimana respons kurang dalam hal memberikan saran konsumsi makan sedikit tapi sering untuk memenuhi kebutuhan gizi ibu hamil (70,2%), konsumsi makanan tambahan selama kehamilan (67,9%), Pemberian ASI ditambah MP ASI sesuai usia (66,7%) dan menghimbau agar ibu membawa balita ke posyandu (66,7%).

Melihat kondisi sikap kader yang mayoritas negatif tentang upaya pencegahan dini kejadian *stunting* pada balita melalui gerakan 1000 HPK, melalui penelitian ini dianjurkan memakai model edukasi bagi kader. Melalui penerapan edukasi ini diharapkan kader memiliki sikap positif atau respon terhadap upaya pencegahan dini kejadian *stunting* pada balita yaitu melalui gerakan 1000 HPK pada setiap kegiatan posyandu. Sesudah dianjurkan memakai model edukasi dengan model edukasi cerdas digital RoSi (ceramah, diskusi dan demonstrasi), sikap kader mayoritas menjadi positif (63,1%). Terlihat ada peningkatan sikap kader dibandingkan dengan sebelum diterapkan edukasi, proporsi sikap kader positif (36,9%). Diperkuat dengan hasil uji *Cohen's Kappa* menunjukkan kebermaknaan atau ada perbedaan sikap secara signifikan sebelum dan sesudah intervensi tersebut.

Kader merasa penting memberikan informasi, menganjurkan, mengingatkan atau menghimbau tentang gizi dasar kepada ibu hamil dan ibu balita, mengonsumsi tablet Fe, pentingnya perawatan payudara untuk persiapan menyusui, pemberian ASI eksklusif pada balita dan melanjutkan sampai balita berusia 2 tahun, himbauan kepada ibu agar rutin ke posyandu untuk melakukan penimbangan berat badan balita dan pengukuran tinggi badan balita serta makanan tambahan masa kehamilan.

Data di atas menunjukkan bahwa upaya intervensi berupa edukasi mampu berubah sikap kader terhadap pencegahan dini kejadian *stunting* pada balita.

### 3. Keterampilan Kader

Berdasarkan hasil jawaban responden diketahui distribusi keterampilan kader sebagaimana tabel 11 berikut.

**Tabel 11. Keterampilan Kader tentang Gerakan 1000 HPK dalam Upaya Pencegahan Dini Kejadian *Stunting* pada Balita Sebelum dan Sesudah Edukasi**

No	Keterampilan	Pretest		Posttest		P Value
		Jumlah (n)	Persentase (%)	Jumlah (n)	Persentase (%)	
1.	Kurang baik	53	63,1	30	35,7	0,004
2.	Baik	31	36,9	54	64,3	
<b>Total</b>		<b>84</b>	<b>100</b>	<b>84</b>	<b>100</b>	

Berdasarkan tabel 11, hasil penelitian menunjukkan bahwa hasil analisis keterampilan kader dalam melaksanakan Gerakan 1000 HPK dalam upaya pencegahan dini kejadian *stunting* pada balita sebelum diberi edukasi dengan model edukasi cerdas digital RoSi (ceramah, diskusi dan demonstrasi) mayoritas kurang baik (63,1%). Sesudah dilakukan edukasi, maka tindakan kader mengalami peningkatan menjadi mayoritas baik (64,3%). Hasil uji *Cohen's Kappa* menunjukkan nilai *p value*  $0,037 < 0,05$ , berarti secara statistik ada perbedaan yang signifikan antara tindakan kader sebelum dan sesudah penerapan model edukasi cerdas digital RoSi.

Analisis kuesioner tentang tindakan kader dominan kurang baik dapat dilihat pada tabel 12 berikut.

**Tabel 12. Analisis Kuesioner Keterampilan Kader tentang Gerakan 1000 HPK dalam Upaya Pencegahan Dini Kejadian *Stunting***

No	Indikator Keterampilan	Tidak Setuju		Setuju	
		n	%	n	%
1.	Terampil menjelaskan masa 1000 HPK	57	67,9	27	32,1
2.	Terampil memberikan penyuluhan gizi	55	65,5	29	34,5
3.	Terampil mengukur	53	63,1	31	36,9

No	Indikator Keterampilan	Tidak Setuju		Setuju	
		n	%	n	%
4.	tinggi badan balita Terampil mencatat hasil pengukuran	46	54,8	38	45,2

Berdasarkan pada tabel 12 didapat hasil bahwa keterampilan kader kurang baik sehingga ibu berisiko melahirkan balita *stunting* mengenai tidak terampil menjelaskan masa 1000 HPK (67,9%), tidak terampil memberikan penyuluhan gizi (65,5%), tidak terampil mengukur tinggi badan balita (63,1%), dan tidak terampil mencatat hasil pengukuran (54,8%).

Melihat kondisi keterampilan kader yang mayoritas masih kurang baik tentang upaya pencegahan dini kejadian *stunting* pada balita melalui gerakan 1000 HPK, melalui penelitian ini dianjurkan memakai model edukasi cerdas digital RoSi bagi kader. Melalui penerapan model edukasi ini diharapkan kader memiliki keterampilan dalam melaksanakan tugas berkaitan dengan gerakan 1000 HPK pada setiap kegiatan posyandu. Sesudah diberi edukasi dengan model edukasi cerdas digital RoSi (ceramah, diskusi dan demonstrasi) mayoritas baik (64,3%). Terlihat ada peningkatan dibandingkan dengan sebelum diterapkan edukasi, proporsi keterampilan kader yang baik (36,9%). Diperkuat dengan hasil uji *Cohen's Kappa* menunjukkan kebermaknaan atau ada perbedaan tindakan kader secara signifikan sebelum dan sesudah intervensi tersebut.

Kader menjadi terampil memberikan informasi dan penyuluhan kesehatan khususnya tentang menginformasikan gizi dasar kepada ibu hamil dan ibu balita serta mengingatkan agar rutin berkunjung ke posyandu setiap bulan. Kader terampil melaksanakan tugas mengukur tinggi badan, berat badan dan lingkar lengan atas ibu hamil dan balita dengan menggunakan alat ukur yang tersedia. Kader terampil mengisi data kunjungan ibu hamil dan ibu balita pada buku register dan terampil mengisi data balita ke dalam KMS. Kondisi ini menunjukkan bahwa upaya intervensi berupa edukasi mampu mengubah tindakan kader terhadap pencegahan dini kejadian *stunting* pada balita.

Interpretasi dari temuan ini adalah bahwa model edukasi cerdas digital RoSi (Modul) efektif untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, dan keterampilan kader dalam upaya pencegahan dini kejadian *stunting* pada balita. Model edukasi cerdas digital RoSi ini perlu dilakukan secara berkelanjutan untuk tetap mempertahankan perilaku kader agar tetap konsisten dalam upaya pencegahan dini kejadian *stunting* pada balita. Modul menjadi pedoman kader dalam melaksanakan kegiatan di Posyandu.

## **BAB XIII**

# **KAJIAN EDUKASI DIGITAL RoSi BAGI KADER POSYANDU**

### **A. Pelaksanaan Tugas Kader dalam Gerakan 1000 HPK dalam Upaya Pencegahan Dini Kejadian *Stunting* pada Balita**

Pelaksanaan tugas kader dalam upaya pencegahan dini kejadian *stunting* pada balita melalui gerakan 1000 HPK terbagi atas 3 periode yaitu pada masa kehamilan (280 hari), usia balita 0-6 bulan (180 hari) dan usia balita 6-24 bulan (540 hari) sudah dilaksanakan melalui kegiatan posyandu setiap bulan. Hal ini sesuai dengan pernyataan kepala puskesmas dan bidan sebagai pembina dan koordinator pelaksanaan kegiatan posyandu.

Hasil penelitian tahap I survei kader berdasarkan observasi peneliti sebelum diterapkan edukasi, perilaku kader belum baik. Faktor pengetahuan kader yang cenderung kurang memahami tentang pengukuran status gizi yang digunakan berupa antropometri, biokimia, klinis dan biofisik. Kader juga kurang paham tentang pengertian *stunting* dan dampak *stunting* bagi balita di masa mendatang. Selain itu, kader juga kurang memahami penyebab gangguan gizi pada balita antara lain adalah makanan tambahan/komplementer yang tidak adekuat, menyusui, infeksi. Pengetahuan kader dalam kegiatan posyandu berada dalam kategori rendah (Eka, 2015; Yanti, 2016)

Faktor sikap, kader cenderung menjawab tidak setuju tentang perannya memberikan penyuluhan kepada ibu untuk mencegah dini kejadian *stunting* balita, terutama dalam pemberian saran pola makan sedikit tapi sering, menyarakan agar ibu bersalin ke tenaga kesehatan dan mengikuti program IMD untuk memperlancar ASI sewaktu menyusui. Kader juga menjawab ragu-ragu dalam mengingatkan ibu tentang mengonsumsi makanan tambahan yang beragam untuk memenuhi kebutuhan gizi. Proporsi sikap kader dalam kegiatan Posyandu berdasarkan aspek kognisi,

afeksi dan konasi tergolong tinggi dibawah 20% (Kusumawardani, 2018)

Faktor keterampilan, kader cenderung menjawab tidak terampil dalam mengukur berat badan, tinggi badan balita, tidak terampil memberikan makanan tambahan kepada balita, tidak terampil memberikan kapsul vitamin A sehingga cakupan masih rendah, dan tidak terampil mencatat hasil pengukuran tinggi badan dan berat badan. Menurut hasil pengamatan Amareta (2016). Kader masih menggunakan metlin untuk mengukur panjang badan bayi di Posyandu. Alat ini tidak direkomendasikan lagi karena sukar diposisikan lurus dan sejajar dengan garis tubuh bayi.

Kendala yang dihadapi kader dalam upaya pencegahan dini kejadian *stunting* pada balita melalui gerakan 1000 HPK di Posyandu antara lain ketersediaan sumber daya sarana dan prasarana yaitu kurangnya ruang untuk operasional dan kurangnya kesadaran masyarakat berkunjung ke posyandu. Kendala berkaitan dengan ketersediaan sumber daya manusia yaitu ketidak aktifan kader dan terbatasnya waktu bidan untuk membantu kader dalam setiap kegiatan posyandu serta promosi kesehatan seperti kunjungan rumah tidak dilakukan. Bidan lebih fokus melayani pasien yang berkunjung ke puskesmas. Keaktifan peran tokoh masyarakat dan dukungan tenaga kesehatan, pemilihan kader yang tidak bekerja, dan pembinaan serta penghargaan secara berkala dapat menjadi alternatif untuk meningkatkan perilaku dan partisipasi kader agar aktif menyelenggarakan Posyandu (Hermiyanty, 2016; Profita, 2018).

Berdasarkan hasil pemetaan tahap I melalui observasi dijelaskan bahwa kegiatan posyandu diselenggarakan setiap bulan dengan jadwal yang dapat berubah sesuai dengan kebutuhan dan kesempatan kader. Kemampuan dan keterampilan kader dalam menimbang dan mengukur berat badan, tinggi badan balita dan lengkar lengan ibu hamil belum akurat karena tidak sesuai dengan posisi tubuh yang dianjurkan. Dalam kegiatan posyandu, ada kader yang menjemput ibu hamil atau ibu memiliki balita agar mengikuti kegiatan Posyandu tersebut.

Namun berbeda dengan ungkapan kader tentang kendala pelaksanaan tugas dalam upaya mencegah dini kejadian *stunting* bahwa tempat kegiatan posyandu masih menumpang di rumah warga, faktor pekerjaan ibu penyebab ASI eksklusif tidak dapat diterapkan, kurang didukung sarana tempat duduk, makanan tambahan, timbangan khusus bayi dan pemberian dana transport per tiga bulan untuk biaya keperluan kader dalam kegiatan Posyandu tidak tepat waktu.

Berdasarkan hasil dokumentasi peneliti diketahui bahwa jumlah ibu hamil atau ibu membawa balita yang berkunjung ke Posyandu jumlah sangat terbatas. Laporan bulanan Kader Posyandu ibu hamil dan ibu memiliki balita yang hadir setiap kegiatan Posyandu berkisar 20-30 orang dari jumlah ibu hamil dan balita. Hal ini mengindikasikan bahwa ketertarikan dan keinginan ibu hamil dan ibu balita kurang kuat karena dalam pemeriksaan kesehatan ibu dan balita cenderung memilih layanan kesehatan yang memiliki fasilitas yang memadai dan didukung dengan tenaga kesehatan yang sudah dipercaya oleh keluarga.

Sesuai dengan validitasi kepala puskesmas dan bidan mengatakan kader telah melaksanakan program 1000 HPK terdiri dari masa kehamilan (280 hari), usia balita 0-6 bulan (180 hari), dan usia balita 6-24 bulan (540 hari) dengan menerapkan sistem 5 meja. Kegiatan Posyandu dibantu oleh bidan pada meja ke 5 melakukan pemeriksaan kesehatan dan penyuluhan. Namun upaya mencegah *stunting* balita belum optimal. Hal ini disebabkan penyuluhan di luar jam kegiatan Posyandu yaitu sebelum dan sesudah kegiatan Posyandu belum maksimal.

Selanjutnya hasil validasi dari kepala puskesmas dan bidan menjelaskan bahwa kendala yang dihadapi kader dapat meminimalisasi kejadian *stunting* mengenai ketersediaan sarana/prasarana, dana, pengetahuan serta ibu harus dijemput ke rumahnya. Untuk mengoptimalkan sarana prasarana di Posyandu, pihak terkait seperti puskesmas, pemerintah kelurahan, tokoh masyarakat bekerjasama membentuk tim sebagai fasilitator dalam mendukung program 1000 HPK di Posyandu. Peran serta lintas

sektoral dan program juga dapat menjadi salah satu dukungan bagi keberhasilan pencegahan dini kejadian *stunting* pada balita melalui gerakan 1000 HPK. Khususnya Dinas Kesehatan memastikan pelaksanaan program 1000 HPK (Hari Pertama Kehidupan) telah berjalan secara optimal di setiap kecamatan dan memfasilitas pelaksanaan upaya pencegahan dini kejadian *stunting* pada balita sebagai bahan evaluasi dan perbaikan agar kasus *stunting* pada balita dapat diminimalisasi.

Sebagai tolak ukur keberhasilan pencegahan dini kejadian *stunting* tidak terlepas dari peran ibu atau keluarga dalam memantau dan memelihara kesehatan sewaktu hamil, melahirkan dan memberikan pola asuh yang baik kepada anak. Peran ini sangat didominasi oleh perilaku ibu dalam mengelola kesehatan diri sendiri dan anak. Apabila ini tidak dilakukan, maka ibu dapat melahirkan balita *stunting*. Perilaku ibu tersebut dapat berupa tidak rutin memeriksa kesehatan, kurang menerapkan konsumsi pola makan yang beragam, malas diimunisasi TT dan mengonsumsi Fe untuk menambah darah sebanyak 90 tablet, tidak menerapkan IMD dan ASI eksklusif pada bayi usia 0-6 bulan dan pola makan anak belum sesuai dengan gizi yang baik serta praktek yang berhubungan dengan kesehatan anak belum optimal.

Keberhasilan pelaksanaan pencegahan dini kejadian *stunting* pada balita dapat terwujud sesuai harapan tentunya tidak lepas dari dukungan pemerintah daerah melalui kementerian kesehatan, dinas kesehatan dan jajarannya untuk lebih meningkatkan pengawasan terhadap pelaksanaan gerakan 1000 HPK seperti PKH (Program Keluarga Harapan) dan gerakan 1000 HPK (Hari Pertama Kehidupan). Kementerian Kesehatan memfasilitasi regulasi tentang pencegahan dini kejadian *stunting* pada balita melalui penguatan SDM, sarana prasarana, protap-protap atau metode yang operasional yang dapat dengan mudah diaplikasikan seluruh tenaga kesehatan khususnya kader di level layanan kesehatan primer. Pengawasan dilakukan berkesinambungan dan berkoordinasi dengan pemerintahan kecamatan, puskesmas, pemerintahan desa dan kelurahan dan

lembaga-lembaga masyarakat. Terutama dinas kesehatan memfasilitas pelaksanaan upaya pencegahan dini kejadian *stunting* pada balita sebagai bahan evaluasi dan perbaikan agar kasus *stunting* di Medan dapat diminimalisasi. Kemudian untuk mengefektifkan dan memaksimalkan kinerja kader dalam mencegah dini kejadian *stunting* pada balita dilakukan evaluasi dan monitoring secara berkala, secara bulanan, triwulan maupun tahunan.

### **B. Penerapan Model Edukasi Cerdas Digital RoSi bagi Kader dalam Upaya Pencegahan Dini Kejadian *Stunting* pada Balita**

Hasil penelitian tahap II pembangunan model edukasi cerdas Digital RoSi (Modul) bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan keterampilan kader dalam melaksanakan program 1000 HPK melalui metode ceramah, diskusi dan demonstrasi. Dalam proses pembuatan modul, terlebih dahulu dikonsultasikan kepada para ahli bidang modul, materi dan bahasa sebelum diintervensi kepada para kader untuk menentukan kelayakan modul dengan melakukan 2 kali revisi. Hasilnya menunjukkan semua aspek mendapatkan hasil yang baik sehingga modul layak digunakan dengan melakukan tahap final penyempurnaan modul sehingga modul lebih efektif sebagai bahan dalam memberikan edukasi kepada kader. Semoga model edukasi cerdas digital RoSi (modul) dapat menjadi bahan dalam upaya pencegahan dini kejadian *stunting* pada balita sesuai dengan harapan. Kader dapat lebih mudah dalam melakukan tugas dan tanggung jawabnya dalam memberikan penyuluhan tentang *stunting*.

Pelaksanaan ceramah dalam edukasi dapat menambah informasi tentang 1000 HPK dan kegiatan memudahkan kader dalam mengungkapkan hal-hal yang kurang dipahaminya. Terjadi tanya jawab dalam memecahkan masalah dan menyamakan persepsi. Diskusi memancing kader mengeluarkan ide berkaitan dengan pelaksanaan tugasnya dalam pencegahan dini kejadian

*stunting*. Hal ini didukung pernyataan Sutikno (2014) bahwa metode diskusi adalah suatu cara penyampaian pelajaran oleh guru bersama-sama peserta didik mencari jalan pemecahan atas persoalan yang dihadapi. Kemudian peneliti melakukan demonstrasi berbagai teknik pengukuran berat badan, tinggi, dan lingkaran kepala balita serta lingkaran lengan ibu hamil untuk memperjelas teknik-teknik pengukuran yang akurat.

Untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan keterampilan kader dapat diselenggarakan sosialisasi dan pendistribusian modul kepada kader agar memudahkan pelaksanaan program 1000 HPK dalam rangka mencegah dini *stunting* pada balita di wilayah kerjanya. Modul ini dapat dijadikan sebagai pedoman bagi kader dalam penyelenggaraan program pencegahan *stunting*.

Selanjutnya tahap II membuat *website stunting* yang menjadi alat dalam penerapan model edukasi cerdas digital RoSi pada bagian demonstrasi. Kegiatan ini dilakukan melalui 3 (tiga) tahapan yaitu: ceramah, diskusi dan demonstrasi *website stunting* melalui *smartphone* terselenggara dengan baik. Ceramah yang sudah dilakukan mampu memberi tambahan pengetahuan bagi kader khususnya tentang 1000 HPK dikaitkan dengan upaya pencegahan dini kejadian *stunting*. Kader terlihat begitu semangat dan antusias selama berlangsungnya kegiatan ceramah. Penerapan model ceramah sudah tepat diberikan bagi kader karena kader yang umumnya berasal dari kalangan masyarakat umum cenderung lebih mudah menangkap informasi yang disampaikan secara lisan. Hal ini sesuai pernyataan Sutikno (2014) bahwa metode ceramah merupakan metode pembelajaran yang dilakukan dengan penyajian materi melalui penjelasan lisan oleh seorang guru kepada peserta didiknya.

Demonstrasi yang dilakukan untuk menunjukkan bagaimana cara mengaplikasikan *website stunting* kepada kader oleh peneliti secara serentak dengan masing-masing *smartphone* diaktifkan. Kader diajarkan cara membuka *website* (login), cara meng-input data karakteristik ibu dan balita, data faktor-faktor yang memengaruhi ibu berisiko melahirkan balita *stunting* (enam

variabel: perilaku ibu mencakup pengetahuan, sikap dan tindakan dalam masa 1000 HPK; pendapatan keluarga, dukungan keluarga dan dukungan kader posyandu) dan cara mengedit tahap demi tahap hingga selesai pengoperasian dan mengeluarkan hasil akhir apakah ibu berisiko melahirkan balita *stunting* atau tidak dan apakah balita mengalami *stunting* atau tidak.

Saat melakukan demonstrasi, kader terlihat sangat antusias dan sedikit takjub terutama kader yang selama ini hanya mengetahui *smartphone* itu hanya sebagai sarana komunikasi. Apalagi setelah kader meng-input data ke dalam *website stunting* diperoleh hasil akhir yang menunjukkan apakah kemungkinan ibu memiliki bayi yang akan dilahirkan berisiko atau tidak berisiko *stunting* dan apakah ibu memiliki balita *stunting* atau tidak. Kader terlihat begitu gembira, dan merasa bangga dapat mengaplikasikan *website stunting* yang nantinya dapat digunakan dalam mendukung tugas sebagai upaya pencegahan dini kejadian *stunting* pada balita.

Pemilihan metode demonstrasi dalam penelitian ini sudah sangat tepat karena kader begitu antusias karena bisa berperan di era digital yaitu memanfaatkan *smartphone* dalam melaksanakan tugas-tugasnya di posyandu. Keberhasilan pengaplikasian *website stunting* melalui *smartphone* dalam upaya pencegahan dini kejadian *stunting* pada balita tidak lepas dari peranserta dan dukungan dari semua pengampu kebijakan. Diawali dengan kegiatan menyosialisasikannya kepada petugas kesehatan, kader dan masyarakat.

Penggunaan *smartphone* ini sesuai dengan pernyataan Herlinawati (2010) yang menyatakan bahwa *smartphone* bagi beberapa orang, merupakan telepon yang bekerja menggunakan seluruh piranti lunak sistem operasi yang menyediakan hubungan standar dan mendasar bagi pengembang aplikasi. Selain itu *smartphone* dirancang dan bekerja melalui sistem operasi, agar pengguna dapat dengan bebas menambahkan aplikasi, menambah fungsi-fungsi atau mengubah sesuai keinginan pengguna seperti sebuah komputer dalam genggam termasuk mengoperasikan *website*.

Dengan keberadaan *website stunting*, perlunya dilakukan sosialisasi dan penyebaran buku petunjuk kepada seluruh kader khususnya di Kota Medan agar kader lebih mudah mencegah dini kejadian *stunting* pada balita. Penggunaan *website stunting* ini lebih efektif dan efisien tanpa harus membawa timbangan dan alat ukur lainnya serta membawa balita, cukup dengan memberikan berbagai pertanyaan/ Pernyataan yang ada di *website stunting*, kader dapat langsung menyampaikan informasi apakah ibu berisiko melahirkan *stunting* atau tidak atau memiliki balita *stunting* atau tidak. Pentingnya kepala daerah untuk mengoptimalkan, menyediakan sarana prasarana pendukung kegiatan posyandu dalam upaya pencegahan dini kejadian *stunting* pada balita seperti ruang khusus untuk operasional posyandu dan penyediaan paket data internet untuk *website stunting* oleh para kader.

### **C. Perubahan Perilaku Kader Sesuai Pengetahuan, Sikap Dan Keterampilan Dalam Upaya Pencegahan Dini Kejadian Stunting Pada Balita Setelah Penerapan Model Edukasi Cerdas Digital RoSi**

Hasil penelitian tahap IV yaitu evaluasi penerapan model edukasi cerdas digital RoSi dapat diketahui melalui perubahan perilaku kader yang meningkat pada saat tes akhir dibandingkan hasil tes awal. Perilaku kader sebelum penerapan model RoSi (tes awal) cenderung dikategorikan kurang baik untuk ketiga variabel (pengetahuan, sikap dan keterampilan). Hal ini dibuktikan dari hasil olah data statistik menggunakan uji *Cohen's Kappa* terhadap data lapangan (kuesioner) yang menunjukkan ada perbedaan perilaku ( $p$  value < 0,05). Setelah penerapan model RoSi, terjadi perubahan perilaku kader, lebih jelasnya dibahas berikut ini.

#### **1. Pengetahuan Kader Setelah Penerapan Model Edukasi Cerdas Digital RoSi**

Berdasarkan hasil analisis statistik, pengetahuan kader tentang upaya pencegahan dini kejadian *stunting* pada balita melalui penerapan gerakan 1000 HPK sebelum diterapkan model

edukasi cerdas digital RoSi menunjukkan mayoritas kurang baik (57,1%). Kader kurang paham mengenai program pencegahan dini kejadian *stunting* pada balita melalui gerakan 1000 HPK antara lain pengertian *stunting*, dampak *stunting* bagi balita, parameter pengukuran status gizi ditinjau dari indikator *stunting* ditinjau dari status gizi, dan gizi seimbang untuk mencegah *stunting*.

Setelah diterapkan model edukasi cerdas digital RoSi pengetahuan kader yang sebelumnya mayoritas kurang baik (57,1%) berubah menjadi mayoritas baik yaitu sebesar (65,5%). Dapat dilihat setelah diberikan edukasi, kader mengalami peningkatan skor pengetahuan mengenai gizi dasar seperti gizi seimbang, parameter pengukuran status gizi, tentang indikator *stunting* ditinjau dari status gizi, tentang pengukuran tinggi badan balita, penyebab dan pencegahan serta dampaknya sehingga mempermudah dalam penyampaian informasi.

Studi ini menunjukkan bahwa pengetahuan kader memiliki korelasi yang bermakna terhadap pencegahan dini kejadian *stunting* pada balita. Terbukti dari hasil uji *Cohen's Kappa* menunjukkan nilai *p value* adalah 0,003, bahwa ada perbedaan pengetahuan kader sebelum dan sesudah penerapan model edukasi cerdas digital RoSi.

Setelah penerapan edukasi, kader mengalami peningkatan pemahaman tentang program pencegahan dini kejadian *stunting* pada balita melalui gerakan 1000 HPK antara lain pengertian *stunting*, dampak *stunting* bagi balita, parameter pengukuran status gizi ditinjau dari indikator *stunting* ditinjau dari status gizi, dan gizi seimbang untuk mencegah *stunting*, tentang pengukuran tinggi badan balita dan tentang cara mencegah dini kejadian *stunting* pada balita. Meningkatnya pengetahuan kader setelah edukasi dibuktikan dari hasil pengamatan peneliti melihat bahwa kader lebih lancar dalam memberitahukan informasi kesehatan kepada ibu hamil dan ibu balita saat berkunjung ke posyandu.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian sebelumnya yaitu penelitian Rizki (2016) di Wilayah Kerja Puskesmas Keramasan tentang analisis kinerja petugas pelaksana Stimulasi Deteksi Intervensi Dini Tumbuh Kembang (SDIDTK) balita dan

anak prasekolah. Temuan penelitian ini bahwa ada hubungan pengetahuan, motivasi, sarana prasarana, dana dan sistem pengawasan dengan kinerja petugas pelaksana SDIDTK. Faktor yang paling berhubungan dengan kinerja petugas pelaksana SDIDTK adalah pengetahuan. Ada satu variabel yang sama dengan penelitian ini yaitu pengetahuan kader.

Hasil penelitian ini juga sesuai dengan penelitian Lubis (2015) yang menemukan adanya peningkatan rata-rata skor pengetahuan setelah diberikan pelatihan. Skor pengetahuan kader meningkat sesudah pelatihan sebesar 2,428 poin. Hasil uji statistik dengan uji *Cohen's Kappa* diperoleh perbedaan yang signifikan pada pengetahuan sebelum dan setelah mengikuti pelatihan tentang pemantauan pertumbuhan anak balita. Hal ini berarti ada pengaruh pelatihan terhadap pengetahuan kader dalam menilai dan memantau pertumbuhan balita.

Penelitian ini menunjukkan bahwa pengetahuan kader memiliki hubungan yang bermakna terhadap pencegahan dini kejadian *stunting* pada balita. Untuk itu petugas KIA dapat mensosialisasikan dan memanfaatkan Model RoSi kepada kader untuk mencegah dini kejadian *stunting* pada balita dan mencegah ibu berisiko melahirkan balita *stunting*. Kader tetap konsisten dalam melaksanakan model edukasi cerdas digital RoSi untuk meningkatkan perilaku dalam melaksanakan tugasnya-tugasnya upaya pencegahan dini kejadian *stunting* pada balita. Oleh sebab itu, kader diharapkan tetap konsisten tentunya dalam menggunakan model edukasi cerdas digital RoSi untuk meningkatkan perilaku dalam melaksanakan tugas-tugasnya sehingga upaya pencegahan dini kejadian *stunting* pada balita dapat terwujud.

## **2. Sikap Kader Setelah Penerapan Model Edukasi Cerdas Digital RoSi**

Hasil penelitian menunjukkan sikap kader tentang upaya pencegahan dini kejadian *stunting* pada balita melalui penerapan gerakan 1000 HPK sebelum diterapkan model edukasi cerdas digital RoSi menunjukkan mayoritas negatif (63,1%). Kader merasa

kegiatan posyandu tidak diselenggarakan dengan sungguh-sungguh dalam penimbangan dan memberikan penyuluhan kepada ibu hamil dan kepada ibu balita. Kader merasa tidak penting mengingatkan kepada ibu agar makanan sedikit tapi sering, mengonsumsi makanan tambahan selama kehamilan untuk mencegah KEK, pemberian ASI ditambah MP ASI sesuai usia bayi dan menghibau agar ibu membawa balita ke posyandu setiap bulan.

Kader memiliki sikap negatif ini disebabkan oleh kurangnya motivasi dari petugas kesehatan dan kurangnya pengawasan. Berdasarkan hasil observasi, terlihat ada kecenderungan petugas kesehatan seperti petugas imunisasi hanya fokus pada tugas melayani imunisasi dan kurang peduli terhadap pelaksanaan tugas kader saat kegiatan di posyandu.

Setelah diterapkan model edukasi cerdas digital RoSi menunjukkan sikap kader yang sebelumnya mayoritas negatif (63,1%) berubah menjadi mayoritas positif (63,1%). Sikap kader berubah dalam hal merasa penting memberikan penyuluhan gizi dasar kepada ibu hamil dan ibu balita. Kader mengingatkan ibu untuk mengonsumsi tablet Fe (90 tablet) secara rutin, mengingatkan ibu pentingnya perawatan payudara untuk persiapan menyusui, menganjurkan ibu memilih persalinan dibantu oleh tenaga kesehatan seperti bidan atau dokter di fasilitas kesehatan, menganjurkan ibu memberi ASI eksklusif pada balita dan melanjutkan hingga balita berusia 2 tahun, mengingatkan ibu rutin ke posyandu untuk melakukan penimbangan berat badan balita dan pengukuran tinggi badan balita serta mendapatkan makanan tambahan untuk ibu hamil dan balita.

Diperkuat dengan uji *Cohen's Kappa* menunjukkan nilai *p-value* 0,037, berarti ada perbedaan sikap kader sebelum dan sesudah penerapan model edukasi cerdas digital RoSi. Setelah penerapan edukasi, kader meningkat responnya terhadap perlunya pemberian penyuluhan kepada ibu hamil tentang gerakan 1000 HPK dan manfaatnya bagi ibu dan balita. Respon juga kader meningkat terhadap tugasnya berkaitan dengan upaya pencegahan dini kejadian *stunting* pada balita melalui gerakan 1000 HPK antara lain

mengingatkan ibu agar imunisasi TT, agar melakukan perawatan payudara, agar bersalin ditolong oleh dokter atau bidan, agar memberikan ASI eksklusif kepada balita sampai usia 6 bulan dan menyarankan ibu membawa balita imunisasi ke fasilitas kesehatan. Kader merespon tugas mengukur panjang badan bayi dan tinggi badan balita, serta lingkaran kepala setiap kunjungan ke posyandu dan melakukan pencatatan hasil pengukuran panjang, tinggi dan berat balita, serta lingkaran kepala.

Meningkatnya sikap kader setelah edukasi, dibuktikan dari pengamatan peneliti bahwa kader lebih respon terhadap ibu hamil dan ibu balita berkunjung ke posyandu. Kader bekerjasama dengan ibu dalam mengukur dan menimbang serta berusaha mencari jalan keluar bila pengukuran atau penimbangan balita sulit dilakukan ketika balita menangis atau tidak mau. Hasil penelitian ini didukung penelitian Kusuma (2015) yang menemukan bahwa sikap kader terhadap penyuluhan gizi balita berpengaruh signifikan terhadap perilaku kader dalam penyuluhan gizi balita di Posyandu wilayah Kerja Puskesmas Ngemplak Kabupaten Boyolali. Secara bersama-sama pengetahuan dan sikap, memberi sumbangan terhadap perilaku kader dalam penyuluhan gizi Balita di Posyandu wilayah Kerja Puskesmas Ngemplak Kecamatan Ngemplak Kabupaten Boyolali Utara.

Penelitian ini menunjukkan bahwa sikap kader memiliki hubungan yang bermakna terhadap pencegahan dini kejadian *stunting* pada balita. Maka dari itu diharapkan para kader tetap konsisten dalam penerapan *website stunting* untuk mempermudah tugas dalam upaya pencegahan dini ibu berisiko melahirkan balita *stunting* atau tidak melalui gerakan 1000 HPK Untuk mencegah *stunting* pada balita tidak hanya tanggung jawab kader atau tenaga kesehatan tetapi diharapkan dukungan masyarakat khusus ibu hamil, ibu melahirkan dan ibu balita sebagai objek yang akan menjadi sasaran untuk mengetahui dan menerima Model RoSi sebagai upaya pencegahan dini kejadian *stunting* pada balita. Diharapkan model ini dapat membantu mereka untuk berperilaku lebih baik dalam meningkatkan kesehatan dan mengurangi dampak

perilakunya selama ini, selanjutnya mereka dapat mengubah sikapnya dan perilaku positif akan meningkat.

### **3. Keterampilan Kader Setelah Penerapan Model Edukasi Cerdas Digital RoSi**

Hasil penelitian menunjukkan keterampilan kader tentang upaya pencegahan dini kejadian *stunting* pada balita melalui penerapan gerakan 1000 HPK sebelum diterapkan model edukasi cerdas digital RoSi menunjukkan mayoritas kurang baik (63,1%). Kader kurang terampil menjelaskan masa 1000 HPK, penyuluhan gizi, mengukur tinggi badan balita dan mencatat hasil pengukuran di kartu KMS dan buku KIA. Kurang terampilnya kader, dapat disebabkan masih kurangnya pengetahuan kader tentang tugas-tugasnya. Kader cenderung merasa bahwa penyuluhan kesehatan lebih pantas dilakukan petugas kesehatan.

Berdasarkan observasi, kader kurang teliti dan kurang tepat melakukan pengukuran tinggi, berat badan. Kader beralasan karena ada balita tidak mau diam bahkan menangis saat pengukuran berat dan tinggi badan dilakukan sambil bayi digendong, seharusnya diletakkan di atas meja. Berdasarkan observasi, terlihat bahwa alat ukur yang tersedia juga kurang memadai apalagi alat ukur yang canggih seperti mikrotoise tidak ada, sehingga kader hanya menggunakan pitameter. Pengukuran lingkaran kepala balita sangat jarang dilakukan oleh kader, bahkan berdasarkan observasi belum pernah dilakukan di lokasi penelitian.

Setelah diterapkan model edukasi cerdas digital RoSi, keterampilan kader yang sebelumnya mayoritas kurang baik (63,1%) berubah menjadi mayoritas baik (64,3%). Diperkuat dengan uji *Cohen's Kappa* menunjukkan nilai *p-value* 0,004, berarti ada perbedaan tindakan kader sebelum dan sesudah penerapan model edukasi cerdas digital RoSi. Setelah penerapan edukasi, kader meningkat keterampilannya dalam melaksanakan tugas-tugas yang berkaitan dengan gerakan 1000 HPK antara lain kader lebih terampil dalam menyampaikan atau memberitahukan informasi tentang kesehatan selama kehamilan kepada ibu hamil, terampil

mengukur lingkaran lengan atas ibu hamil, terampil mengukur lingkaran kepala balita, terampil mengukur tinggi badan ibu hamil dan balita. Kader terampil dan berupaya mencari solusi bila pengukuran atau penimbangan balita sulit dilakukan ketika balita menangis atau tidak mau. Kader lebih terampil menjelaskan pentingnya ibu berperilaku baik pada masa 1000 HPK.

Meningkatnya keterampilan kader setelah edukasi dibuktikan dari hasil pengamatan penelitian yang melihat bahwa kader lebih terampil dalam melaksanakan tugas-tugasnya saat kegiatan posyandu dibandingkan sebelumnya. Kader lebih terampil menyampaikan setiap informasi kepada ibu hamil dan ibu balita yang berkunjung ke posyandu. Kader melakukan dialog dengan ibu hamil dan ibu balita yang berkunjung ke posyandu. Kader lebih terampil melakukan pengukuran dan penimbangan. Penelitian ini menunjukkan bahwa keterampilan kader memiliki hubungan yang bermakna terhadap pencegahan dini kejadian *stunting* pada balita.

Upaya pencegahan dini kejadian *stunting* kader harus terampil melakukan pengukuran panjang badan bayi dan tinggi badan balita. Sebagaimana menurut Nursalam (2005) bahwa pengukuran panjang badan digunakan untuk menilai status perbaikan gizi. Selain itu, panjang badan merupakan indikator yang baik untuk pertumbuhan fisik yang sudah lewat (*stunting*) dan untuk perbandingan terhadap perubahan relatif, seperti nilai berat badan dan lingkaran lengan atas.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Lubis (2015). Penelitian ini menjelaskan bahwa terjadi peningkatan rata-rata skor tindakan kader setelah diberikan pelatihan. Terjadi peningkatan rata-rata skor tindakan sebesar 1,071 poin setelah mengikuti pelatihan. Hasil uji statistik dengan uji *Cohen's Kappa* diperoleh perbedaan yang signifikan tindakan kader sebelum dan sesudah mengikuti pelatihan tentang pemantauan pertumbuhan anak balita. Hal ini berarti ada pengaruh pelatihan terhadap tindakan kader dalam menilai dan memantau pertumbuhan balita.

Penelitian serupa lainnya oleh Rahayu (2017): Rahayu (2018), menjelaskan bahwa kader terampil dibarengi dengan tingkat pengetahuan tinggi. Simpulan dari penelitian ini terdapat hubungan

tingkat pengetahuan kader tentang pengukuran antropometri dengan keterampilan dalam melakukan pengukuran pertumbuhan balita ( $p < 0,05$ ).

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian sebelumnya yaitu penelitian Rahayu (2018) yang menerapkan kegiatan pengorganisasian dan pengembangan masyarakat guna meningkatkan pengetahuan dan mengembangkan keterampilan kader dalam melakukan deteksi dini tumbuh kembang anak. Penelitian Rahayu ini memiliki kemiripan dengan penelitianpeneliti yaitu menerapkan edukasi guna pemberdayaan kader dalam deteksi dini tumbuh kembang balita.

Model cerdas digital RoSi adalah model yang peneliti rancang dan telah diterapkan di lapangan yang tujuannya untuk meningkatkan perilaku kader dalam upaya pencegahan dini kejadian *stunting* pada balita melalui program 1000 HPK. Penerapan model RoSi dilakukan mulai dari ceramah, diskusi dan demonstrasi aplikasi *website stunting* yang dilakukan melalui *smartphone* oleh kader pada setiap kegiatan posyandu. Walaupun hasil evaluasi menunjukkan bahwa model RoSi (Modul) memiliki kelemahan dan kelebihan, tetapi secara umum mampu merubah perilaku kader dalam upaya pencegahan dini kejadian *stunting* pada balita.

Hasil evaluasi terbukti dari adanya pengaruh model RoSi (Modul) terhadap peningkatan perilaku kader dalam pencegahan dini kejadian *stunting* pada balita melalui program 1000 HPK yang cukup baik. Demikian juga hasil evaluasi aplikasi *website stunting* oleh kader dapat mempermudah kader dalam menjalankan tugas dan mengevaluasi ibu berisiko melahirkan *stunting* tanpa harus melakukan survei langsung ke rumah-rumah untuk mendata secara detail tetapi dengan *website stunting* ini, kader dapat memprediksi ibu berisiko melahirkan *stunting* jika bertemu di suatu tempat. Adanya *website stunting* kader merasa dibutuhkan keberadaanya di lingkungan masyarakat terutama dalam upaya pencegahan dini *stunting* pada balita sehingga tanpa harus berkunjung ke rumah-rumah, para ibu berupaya mencari dan meminta penjelasan kader tentang *stunting*.

## **BAB XIV**

### **KESIMPULAN**

Berdasarkan hasil penelitian, maka peneliti dapat menyimpulkan:

1. Pelaksanaan tugas kader dalam gerakan 1000 HPK dalam upaya pencegahan dini kejadian *stunting* pada balita belum didukung dengan pengetahuan, sikap dan keterampilan yang baik, khususnya dalam memberikan penyuluhan kesehatan belum efektif dan belum terampil dalam pengukuran panjang badan bayi, tinggi badan balita, lingkar kepala balita, tinggi badan ibu hamil dan lingkar lengan atas ibu hamil.
2. Penerapan model edukasi cerdas digital RoSi sebagai upaya pencegahan dini kejadian *stunting* bagi kader dilakukan melalui kegiatan ceramah, diskusi dan demonstrasi modul *website stunting* bagi kader posyandu.
3. Ada perubahan perilaku kader dalam upaya pencegahan dini kejadian *stunting* pada balita setelah penerapan model edukasi cerdas digital RoSi terbukti dari persentase pengetahuan kader sebelumnya mayoritas kurang baik (57,1%) berubah menjadi mayoritas baik (66,7%), persentase sikap sebelumnya mayoritas kurang baik (53,6%) berubah menjadi mayoritas baik (63,1%) dan persentase keterampilan kader sebelumnya mayoritas kurang baik (63,1%) berubah menjadi mayoritas baik (56%).

## DAFTAR PUSTAKA

- Amareta D.I., Arum P., Hikmah F. (2016). Peningkatan Keterampilan Kader dalam Pengukuran Panjang Badan Bayi Sebagai Upaya Deteksi Dini Stunting di Wilayah Kerja Puskesmas Sumpalsari. *Jurnal Pengabdian Masyarakat J-Dinamika*, 1 (1): 9-13
- Arali. (2008). *Hubungan Status Gizi dengan Ketersediaan Pangan. Polewali Mandari Sulawesi Barat*. Diakses tanggal 28 Agustus 2017 dari <http://arali2008.wordpress.com>.
- Balai Pustaka. (2008). *Kamus Besar Bahasa Indonesia*. Edisi IV. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.
- BAPPENAS RI. (2013). *Pedoman Perencanaan Program Gerakan Sadar Gizi Dalam Rangka Seribu Hari Pertama Kehidupan*. Diakses tanggal 8 Agustus 2017, dari: [perpustakaan.bappenas.go.id/](http://perpustakaan.bappenas.go.id/).
- Borg Walter. R., and Meredith D., Gall. (1983). *Educational Research*. Fourth Edition. New York: Longman.
- BPJS Kesehatan. (2014). *Panduan Praktis Edukasi Kesehatan*. Diakses tanggal 8 Agustus 2017 dari <https://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/>.
- Chuzaimah M., Dihan F.N. (2010). *Smartphone: Antara Kebutuhan dan E-Lifestyle*. Seminar Nasional Informatika 2010. 312-321.
- Clark H.H. & Schober M. (1992). Asking Questions and Influencing Answers. In J. M. Tanur (Ed). Questions about Questions. New York: Russell sage.
- Craven R.F. & Himle C.J. (2000). *Fundamentals of nursing: human health and function*. (3 rd ed.). Philadelphia: J.B. Lippincott Company.
- Depkes RI. (2009). *Pedoman Pelatihan Stimulasi, Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang Anak di Tingkat Pelayanan Kesehatan Dasar*. Jakarta.

- Depkes RI. (2010). *Kader posyandu Dalam Usaha Perbaikan Gizi Keluarga*. Jakarta.
- Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat. (2002). *Pedoman Umum Gizi Seimbang (Panduan Untuk Petugas)*. Jakarta.
- Effendy U.O. (2009). *Ilmu Komunikasi*. Bandung: Penerbit Alumni.
- Eka Y.C., Kristiawati, Rachmawati P.D., (2015). *Faktor-Faktor yang Memengaruhi Perilaku Kader KIA dalam Deteksi Dini Perkembangan Balita di Posyandu Wilayah Kerja Puskesmas Babat Lamongan*. Surabaya: Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.
- Emilia E. (2009). Pendidikan Gizi Sebagai Salah Satu Sarana Perubahan Perilaku Gizi pada Remaja. *Jurnal Tabularasa PPS UNIMED*. 6(2). Hal. 161-174.
- Ferry H. (2010). *Fenomena Gaya Hidup Pengguna Balckberry Smartphone di Kalangan Mahasiswa Kota Bandung*. Bandung: Universitas Komputer Indonesia.
- Forrester M.A. (1996). *Psychology of Language: A Critical Introduction*. London: Sage Publication.
- Green L.W. (2005). *Health Education Planning: a Diagnostic Approach*. (4st edition). California: Mayfield Publishing Company.
- Green L.W., Kreuter, Marshall W., Deeds S.S. Partridge K.B. (1981). *Health Education Planning, A Diagnostic Approach*, 1st edition, Mayfield Publishing Company, USA: The John Hopkins University.
- Gunawan L.A. (1980). *Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa*. Jakarta: IAKAMI.
- Handoko T.H. (2009). *Manajemen Personalia dan SDM*. Yogyakarta: BPFE.
- Hermiyanty, Nurdiana. (2016). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Partisipasi Kader dalam Kegiatan Posyandu di Wilayah Kerja Puskesmas Donggala Kecamatan Banawa Kabupaten Donggala. *Medika Tadulako, Jurnal Ilmiah Kedokteran*, 3 (3): 60-77.

- Heru A. (2007). *Kader Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Hobri. (2009). *Model-model Pembelajaran Inovatif*. Jember: Center for Society Studies (CSS).
- Ismawati C. (2010). *Posyandu dan Desa Siaga: Panduan untuk Bidan dan Kader*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Kementerian Kesehatan RI. (2015). KepmenKes RI Nomor HK 0202 Menkes 52 Tahun 2015. *Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019*.
- Kementerian Kesehatan RI. (2015a). *Rencana Aksi Kegiatan Pusat Pendidikan dan Pelatihan Tenaga Kesehatan Tahun 2015 - 2019*.
- Kementerian Kesehatan RI. (2017). *Data Stunting 2014-2017*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kholid A. (2014). *Promosi Kesehatan: Dengan Pendekatan Teori Perilaku, Media dan Aplikasinya untuk Mahasiswa dan Praktisi Kesehatan*. Cetakan Kedua. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.
- Kumorotomo, Wahyudi. (2014). *Sistem Informasi Manajemen dalam Organisasi-organisasi Publik*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Kusuma A.R. (2015). Pengaruh Pengetahuan dan Sikap Kader terhadap Perilaku Kader dalam Penyuluhan Gizi Balita di Posyandu Wilayah Kerja Puskesmas Ngemplak Kabupaten Boyolali. *Publikasi Ilmiah*. Surakarta: Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah.
- Kusumawardani A.S., dan Muljono P., (2018). Hubungan Sikap dan Motivasi Kerja dengan Kinerja Kader Posyandu. *Jurnal Sains Komunikasi dan Pengembangan Masyarakat [JSKPM]*, 2 (2): 223-238.
- Lubis, Zulhaida. (2015). Pengetahuan dan Tindakan Kader Posyandu dalam Pemantauan Pertumbuhan Anak Balita. *Jurnal Kesehatan Masyarakat, KEMAS*, 11 (1): 65-73.
- Meilani N., dkk. (2009). *Kebidanan Komunitas*. Yogyakarta : Fitramaya.

- Moleong L.J. (2009). *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: Rosda Karya.
- Mubarak W.I. (2014). *Promosi Kesehatan untuk Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Noerjoedianto D., Amir A., Nurhusna, & Herwansyah. (2014). Penguatan Kader Posyandu dalam Upaya Deteksi Dini Kesehatan Ibu, Bayi dan Balita di Wilayah Kecamatan Telanaipura Kota Jambi Tahun 2013. *Jurnal Pengabdian pada Masyarakat*, 29(4):.
- Notoatmodjo S. (2010). *Promosi Kesehatan: Teori dan Aplikasinya*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo S. (2012). *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoadmodjo S. (2014). *Ilmu Kesehatan Masyarakat Prinsip-Prinsip Dasar*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Nursalam. (2005). *Asuhan Keperawatan Bayi dan Anak untuk Perawat dan Bidan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nuruddin. (2017). *Ilmu Komunikasi Ilmiah dan Populer*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada.
- PCMagazine Encyclopedia.(2013). *Definition of Smartphone*. [www.pcmag.com](http://www.pcmag.com).
- Profita A.C. (2018). Beberapa Faktor yang Berhubungan dengan Keaktifan Kader Posyandu di Desa Pengadegan Kabupaten Banyumas. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*. 6 (2): 68-74.
- Rachman. (2005). *Upaya Kader Posyandu dalam Peningkatan Status Gizi Balita di Kelurahan Magasuka Kota Bandung*, Bandung.
- Rahayu S.P. (2017). Hubungan Tingkat Pengetahuan Kader tentang Pengukuran Antropometri dengan Keterampilan dalam Melakukan Pengukuran Pertumbuhan Balita di Posyandu Kelurahan Karangasem Kecamatan Laweyan. *Publikasi Ilmiah*. Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Surakarta.

- Rahayu T. (2018). Pemberdayaan Kader Posyandu Balita Melalui Model Three Level Marketing Deteksi Dini Kelainan Tumbuh Kembang Anak. *Jurnal Pengabdian Masyarakat MIPA dan Pendidikan MIPA*, 2018, 2 (1), 43-47.
- Rahman Su. (2013). *Cara Gampang bikin CMS PHP tanpa Ngoding*. Jakarta: PT. TransMedia.
- Rizky M., Purnama B.E., Sukadi. (2013). Aplikasi Pengolahan Jurnal Online pada Sekolah Tinggi Kejuruan dan Ilmu Pendidikan (STKIP) PGRI Pacitan. *Indonesian Journal on Networking and Security*.
- Rizki M. (2016). Analisis Kinerja Petugas Pelaksana Stimulasi Deteksi Intervensi Dini Tumbuh Kembang (SDIDTK) Balita dan Anak Prasekolah di Wilayah Kerja Puskesmas Keramasan. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, November 2016, 7(3):182-190.
- Roseline R., Paul MP, et.al. (2011). Multisector Intervention to Accelerate Reductions in Child Stunting: an Observational Study from 9 sub-Saharan African countries. *Am J Clin Nutr*; 94:1632-1642.
- Rowley C. (2012). *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Jakarta: Rajawali Press.
- Sardi I. (2004). *Manajemen, Desain dan Pengembangan Situs Web*. Jakarta: PT. Elex Media Komputindo.
- Schein H. (2010). *Psikologi Organisasi, Seri Manajemen No. 88*, PT. Pustaka Binaman Pressindo, Jakarta.
- Siagian S.P. (2014). *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Sitompul T. (2014). Model Pendidikan Karakter melalui Pembelajaran PKN di Sekolah Menengah Pertama Kelas VII SMP 37 dan SMP Budi Murni 1 Medan T.P. 2012/2013. *Jurnal Saintech*, Volume. 06:02:45-53. Diakses 17 Maret 2016).
- Slameto. (2008). *Belajar dan Faktor-faktor yang Memengaruhinya*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Sugianto. (2005). *Peran Kader Posyandu*. <http://library.usu.ac.id>. Diakses tanggal 19 Agustus 2017.

- Sugiyono. (2015). *Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif dan R & D*. Bandung: Alfabeta.
- Sukesi N. (2012). *Manajemen Penatalaksanaan Deteksi Dini Tumbuh Kembang Anak di Posyandu Kelurahan Manyaran*. STIKES Widya Husada Semarang.
- Suliha H. (2016). *Pendidikan Kesehatan*. Jakarta: EGC.
- Sutikno S. (2014). *Metode & Model-model Pembelajaran*. Mataram: Holistika Lombok.
- Tim Penggerak PKK Pusat, Ditjen Depdagri, Ditjen Binkesmas Depkes, UNICEF. (2014). *Panduan Pelatihan Kader Posyandu*, Jakarta.
- WHO (World Health Organization). (2013). *Childhood Stunting: Challenges and opportunities*.
- Yanti S.V., Hasballah K., Mulyadi. (2016). *Studi Komparatif Kinerja Kader Posyandu*. Jurnal Keperawatan. 4:2.
- Zulkifli. (2010). *Posyandu dan Kader Kesehatan*. USU: FKM (Fakultas Kesehatan Masyarakat).

## DAFTAR INDEKS

### A

afektif, 44, 45  
Analisis bivariat, 12  
Angka Kematian Bayi (AKB),  
19  
Angka Kematian Ibu (AKI),  
19  
*Antenatal Care*, 17  
ASI eksklusif, 3, 6, 10, 58, 65,  
72, 73, 94  
*attitude*, 45

### B

*balita portable*, 3  
bawah garis merah (BGM), 24  
*billboard*, 37  
Bina Kesehatan Masyarakat,  
37, 79  
*brain storming*, 37  
browser, 41  
*browsing web*, 43

### C

*cause-effect*, 27  
*chatting form*, 41  
*Cohen's Kappa*, 12, 54, 55, 56,  
57, 58, 59, 60, 69, 70, 71,  
72, 74, 75  
*conceptual skill*, 17, 39

### D

*database*, 41

*define*, 31  
*delivery*, 31  
*demonstrate*, 31  
*demonstration*, 29  
dependen, 11, 12  
*design*, 8, 29, 31  
*development*, 29, 31  
*Diagnosis and Evaluation*, 33  
*digital intelligence*, 40  
download, 42

### E

*e-mail*, 43  
*Enabling causes in  
educational*, 33  
*enabling factor*, 3  
*entertainment*, 42  
*Error*, 9

### F

*face to face*, 36  
*file-file*, 41  
*film*, 37, 42  
film online, 42  
*flip chart*, 37  
*form contact*, 41

### G

game online, 42  
*General*, 26  
glosarium, 48

## H

*homepage*, 41  
*human skill*, 17, 39

## I

*Implementation*, 31  
*imunisasi*, 10, 17, 19, 25, 72,  
73, 94  
*independen*, 11, 12  
*input*, 26, 28, 67, 68  
*internet*, 41, 53, 69

## J

*java*, 42

## K

*knowledge*, 45  
*kognitif*, 5, 40, 44, 45, 93  
*komprehensif*, 40, 48  
*kontingensi*, 12

## L

*library*, 42, 82  
*literasi*, 40

## M

*mobile phone*, 43  
*MP3 players*, 42  
*music online*, 42

## N

*news*, 42  
*notebook*, 3

## O

*one group pretest posttest*, 8  
*output*, 28  
*overhead projector*, 37  
*overt behavior*, 45

## P

*p value*, 55, 57, 59, 69, 70  
*Personal Computer (PC)*, 3  
*Posttest*, vi, vii, 8, 11, 54, 55,  
57, 59  
*predisposing factor*, 3, 15  
*Predisposting*, 33  
*preliminary investigation*, 29,  
31  
*Pretest*, vi, vii, 8, 11, 55, 57,  
59  
*preventive*, 5  
*profile company*, 42  
*proporsional to size*, 9  
*psikomotor*, 44, 45  
*psychomotor/practice*, 45

## R

*Realization/Construction*, 30  
*reference*, 42  
*reinforcement factor*, 3  
*Reinforcing*, 33  
*reinforcing factor*, 15  
*Research and Development*, 28  
*Robust*, 26  
*role play*, 37

## S

*self direction*, 32

*shockwave*, 42  
*simple random sampling*, 9  
*simulation game*, 37  
situs web, 41, 42  
*slide projector*, 37  
Slovin, 8  
*Smartphone*, iv, 42, 43, 78, 79,  
81, 89  
*snow ball*, 37  
*sound system*, 37

### T

*technical skill*, 17, 39

*Test, Evaluation, and Revision*,  
30  
*trial and error*, 47

### V

vaksinasi, 10  
vitamin, 10, 22, 23, 24, 25, 63,  
87, 95

### W

webpage, 41  
*website stunting*, 1, 3, 4, 52,  
53, 56, 67, 68, 69, 73, 76, 77