

SKRIPSI

**STUDY EVALUASI PARTISIPASI KADER POSYANDU PASCA
INTERVENSI PENDAMPINGAN DAN PELATIHAN
“LEARNING ORGANIZATION” DI KECAMATAN
LAPPARIAJA DAN BENGO KABUPATEN BONE
TAHUN 2010**

KARTINI

K 211 08 511



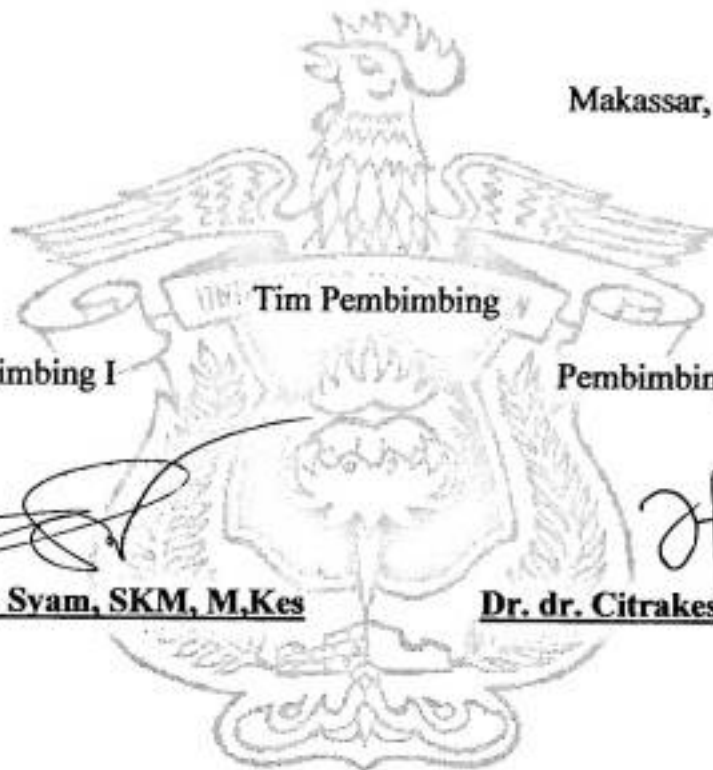
*Skripsi Ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk
Memperoleh Gelar Sarjana Gizi*

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2010**

PERNYATAAN PERSETUJUAN


Skripsi ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji ujian Skripsi dan disetujui untuk diperbanyak sebagai salah satu syarat untuk mendapatkan gelar Sarjana Gizi pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar.


Makassar, 12 Juli 2010



Pembimbing I

Pembimbing II


Aminuddin Syam, SKM, M.Kes


Dr. dr. Citrakesumasari, M.Kes

Mengetahui
Ketua Program Studi Ilmu Gizi
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Hasanuddin


Dr. Nurhaedar Jafar, Apt, M.Kes

PENGESAHAN TIM PENGUJI

Skripsi ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Skripsi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar Pada hari Senin, 12 Juli Tahun 2010.

Ketua : Aminuddin Syam, SKM, M.Kes

(.....)

Sekretaris : Dr.dr. Citrakesumasari, M.Kes

(.....)

Anggota : 1. Dr. drg. A. Zulkifli A, M.Kes

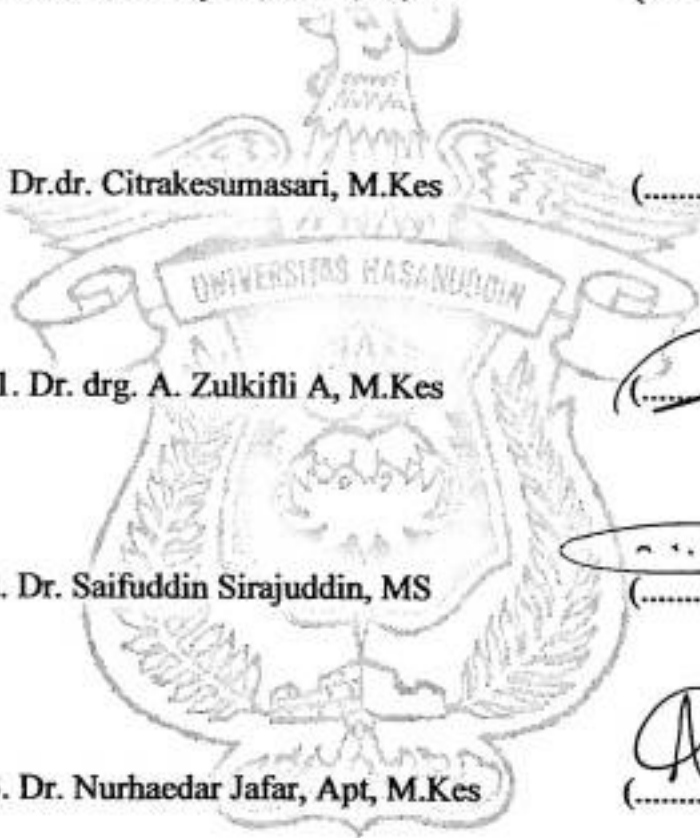
(.....)

2. Dr. Saifuddin Sirajuddin, MS

(.....)

3. Dr. Nurhaedar Jafar, Apt, M.Kes

(.....)



RINGKASAN

Universitas Hasanuddin
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Program Studi Ilmu Gizi
Skripsi, Juli 2010

KARTINI

“Studi Evaluasi Partisipasi Kader Posyandu Pasca Intervensi Pendampingan Dan Pelatihan Learning Organization Di Kecamatan Lappariaja dan Bengo Kabupaten Bone Tahun 2010’

(xiii + 94 Halaman + 11 Tabel + 4 Lampiran)

Posyandu atau Pos pelayanan terpadu adalah salah satu wujud peran serta masyarakat dalam pembangunan, khususnya kesehatan dengan menciptakan kemampuan untuk hidup sehat bagi setiap penduduk dalam mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal, yang dilaksanakan secara terpadu dan dapat diterima serta terjangkau dengan peran serta masyarakat. Salah satu peran serta masyarakat dalam bidang kesehatan yaitu menjadi kader posyandu. Kader berasal dari masyarakat dipilih masyarakat bekerjasama dan untuk masyarakat secara sukarela. Kader adalah anggota masyarakat yang dengan sukarela membantu pemerintah dalam melaksanakan program kesehatan ditingkat desa. Merekalah yang merupakan “Jantung” penggerak posyandu sehingga posyandu bisa aktif melaksanakan kegiatannya dalam memberikan pelayanan kepada balita dan ibu hamil.

Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi ulang bagaimana perubahan setelah pasca intervensi apakah keaktifan kader dan peningkatan pengetahuan kader masih tetap konsisten dengan intervensi LO yang dilakukan dan untuk mengetahui karakteristik kader dan keaktifannya di Kec. Lappariaja Kab. Bone tahun 2010.

Jenis penelitian yang dilakukan adalah penelitian survey dengan pendekatan deskriptif. Pengambilan sampel dilakukan dengan menggunakan teknik *total sampling* dengan jumlah sampel 20 orang. Pengumpulan data dilakukan dengan pengambilan data primer yaitu dengan kuesioner yang sama saat intervensi dan data sekunder diambil dari hasil saat intervensi (post test). Data diolah dengan menggunakan program SPSS. Variabel yang diteliti yaitu keaktifan kader, pengetahuan kader dan karakteristik kader pasca intervensi.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pasca intervensi kader terdaftar di posyandu tetap konsisten dan keaktifan kader mengalami penurunan sebesar 5% dimana posyandu Mawar II keaktifan kader menurun 20% dari hasil intervensi dan terjadi peningkatan pengetahuan kader tentang kapan pertamakali bayi diberikan ASI eksklusif, sebesar 10%. Karakteristik kader semua tergolong usia produktif (100%), sebagian besar kader berpendidikan tinggi (60%), sebagian besar kader tidak bekerja (85,0%), semua kader telah mendapat pelatihan pada saat pelaksanaan intervensi (100,0%), sebagian besar kader telah berstatus kawin (90,0%), sebagian besar kader

tidak pernah mendapat penghargaan (65,0%), sebagian besar kader telah bertugas cukup lama, yaitu > 1 tahun (85,0%), dan semua kader mengharapkan insentif (100%).

Disarankan membangun partisipasi masyarakat dalam pembentukan posyandu partisipatif dengan pendekatan LO. Kader yang kurang aktif sebaiknya mencari pengganti dan melatihnya dengan sistem ketok ular. Perlunya kerjasama lintas sektor pemerintah, puskesmas dan tokoh masyarakat dalam mengaktifkan kegiatan posyandu. Kader Posyandu mawar II perlu perhatian dan pembinaan, serta perlu adanya peneliti selanjutnya untuk memantau status gizi balita di posyandu pasca intervensi.

Daftar Pustaka : 33 (1996 – 2009)

Kata Kunci : Kader Posyandu Partisipatif

KATA PENGANTAR



Puji Syukur penulis panjatkan ke Hadirat Allah SWT, karena atas berkat dan rahmat-NYA lah sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini tepat pada waktunya. Shalawat serta salam semoga senantiasa tercurah bagi kekasih Allah Rasulullah SAW, atas petunjuk dan bimbingannya yang telah membawa manusia dari kehidupan yang gelap menjadi terang benderang.

Skripsi ini berjudul **“Evaluasi Partisipatif Kader Posyandu Pasca Intervensi Pendampingan dan Pelatihan Learning Organization di Kabupaten Bone Kecamatan Lappariaja Tahun 2010”** yang disusun sebagai syarat untuk menyelesaikan Study S1 di Program Study Ilmu Gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.

Dalam menyusun Skripsi ini, tidaklah sedikit tantangan dan hambatan yang penulis hadapi. Namun, berkat kerja keras dan dukungan dari berbagai pihak baik materil maupun moril, akhirnya skripsi ini dapat terselesaikan dengan baik. Untuk itu, Ucapan Terima Kasih yang tak terhingga penulis haturkan kepada :

1. Bapak **Aminuddin Syam, SKM, M.Kes** selaku pembimbing I dan Ibu **Dr. Dr.Citrakesumasari, M.Kes** selaku pembimbing II, yang dengan penuh kesabaran telah mengarahkan penulis hingga terselesaikannya skripsi ini.

2. Bapak **Dr. drg. A. Zulkifli Abdullah, M.Kes**, Bapak **Dr. Saifuddin Sirajuddin MS**, dan Ibu **Healthy Hidayanti, SKM, M.Kes** selaku penguji yang telah memberikan saran dan kritik demi perbaikan skripsi ini.
3. Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin, Pembantu Dekan, Dosen pengajar dan seluruh karyawan yang telah memberikan bantuan kepada penulis selama mengikuti pendidikan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
4. Ibu **Dr. Nurhaedar Jafar Apt., M.Kes** selaku ketua Jurusan Program Study Ilmu Gizi, dosen pengajar, beserta staf yang telah memberikan dukungan dan motivasi dalam akademik.
5. Bapak **Dr. Saifuddin Sirajuddin MS**, selaku Penasehat Akademik yang senantiasa memberikan semangat dan motivasi kepada penulis selama menempuh pendidikan di bangku kuliah.
6. Kepala Dinas Kesehatan Enrekang yang telah memberikan izin tugas belajar, untuk Kasie Gizi Ibu Adriany yang selalu membantu baik moril maupun materi selama pendidikan.
7. Bapak Kepala Badan Kesatuan Bangsa Kabupaten Bone, Bapak Kepala Kecamatan Lappariaja dan Bego, Bapak Kepala Desa Selli, Bengo, Waekecce, dan Ujung Lamuru, yang telah memberikan izin untuk melakukan penelitian di daerahnya.

8. Para Ibu Kader Posyandu Partisipatif di Kecamatan Lappariaja dan Bengo, Ibu Bidan PKM. Lappariaja dan Koppe, Ibu dan bapak petugas gizi yang telah bersedia menjadi responden dalam penelitian ini.
9. Saudaraku tersayang, Sumarni, Kartina, A.Md dan Jumiati, S.Si atas Doa dan motivasinya kepada penulis selama menjalani perkuliahan.
10. Teman-teman FKM, Regular Prodi Ilmu Gizi dan Tubel Prodi Gizi 08, yang tidak sempat disebutkan satu persatu, terima kasih atas kebersamaannya dalam mengikuti perkuliahan selama ini.
11. "7 bidadari", Juhartini, Jumriah, Ita Puspita Artha, Nurhayat Rustam, Dian Partiwu dan Yitra Novitra. Sahabat dan saudaraku selama pendidikan, yang selalu menyemangatiku dalam perkuliahan. Terimah kasih atas bantuannya dan kebersamaan kita selama 2 tahun, kalian very-very good ...!!! jangan ada yang ganti nomor.

Akhirnya, Skripsi ini penulis persembahkan untuk kedua orang tua terkasih, Ayahanda **Alm. Sabaria** dan Ibunda **Jina** terima kasih yang tak terhingga atas segala Doa, cinta, pengorbanan dan perhatian yang tak henti-hentinya diberikan pada penulis sampai penulis berhasil menempuh jenjang pendidikan sarjana ini. Semoga Allah. SWT membalas kebaikan kalian. Aku Bangga memiliki orang tua seperti kalian.

Penulis menyadari, skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, kritik dan saran yang konstruktif sangat penulis harapkan demi kesempurnaan skripsi ini. Semoga skripsi ini bisa memberikan manfaat bagi kita skalian. Akhir kata, semoga Allah.SWT senantiasa meridhoi segenap aktivitas keseharian kita. Amin...

Makassar, April 2010

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
RINGKASAN	iii
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL DAN GRAFIK	x
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB I. PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masala	9
C. Tujuan Penelitian	9
D. Manfaat Penelitian	10
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Tinjauan Posyandu	11
B. Tinjauan Posyandu Partisipatif	29
C. Tinjauan Learning Organiztion	36
D. Tinajaun Kader Posyandu	38
E. Tinjauan Partisipatif Kader	44

BAB III KERANGKA KONSEP

A. Dasar Pemikiran Variabel Yang diteliti	49
B. Kerangka Kerja	50
C. Kerangka Konsep	51
D. Defenisi Operasional dan Kriteria Obyaktif	52

BAB IV METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian	56
B. Waktu dan Tempat Penelitian	56
C. Populasi dan Sampel	56
D. Prosedur Penelitian	57
E. Instrumen Penelitian	58

BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian	59
B. Pembahasan	76

BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan	92
B. Saran	93

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel		Halaman
1	Strata Kamandirian Posyandu	19
2	Luas wilayah dan jumlah penduduk Kecamatan Lappariaja Kab Bone...	60
3	Luas wilayah dan jumlah penduduk kecamatan Bengo Kab. Bone	61
4	Distribusi Posyandu yang di intervensi dengan pendekatan LO di kecamatan Lappariaja dan Bengo tahun 2010	62
5	Distribusi Jumlah Kader terdaftar pada saat intervensi dan pasca intervensi di Kecamatan Lappariaja dan Bengo tahun 2010	63
6	Distribusi Rata-rata keaktifan kader pasca intervensi di kecamatan Lappariaja dan Bengo tahun 2010	64
7	Distribusi kader aktif saat intervensi dan pasca intervensi pendampingan dan pelatihan LO di kecamatan Lappariaja dan Bengo tahun 2010	66
8	Distribusi kader aktif saat intervensi dan 3 bulan pasca intervensi posyandu partisipatif di kecamatan Lappariaja dan Bengo tahun 2010	69
9	Distribusi perbandingan keaktifan kader pasca intervensi di kecamatan Lappariaja dan Bengo tahun 2010	70
10	Distribusi Tingkat Pengetahuan Kader Pasca intervensi di kecamatan Lappariaja dan Bengo tahun 2010	71

Tabel	Halaman
11	Distribusi karakteristik kader dengan keaktifannya saat intervensi dan pasca intervensi di kecamatan Lappariaja dan Bengo tahun 2010 72

Grafik	Halaman
1.	Distribusi karakteristik kader posyandu dengan keaktifan kader pada saat intervensi dan pasca intervensi di kecamatan Lappariaja dan Bengo Kabupaten Bone tahun 2010 74

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran

1. Master Tabel
2. Hasil Analisis Crosstab
3. Kuesioner Kader Posyandu Partisipatif
4. Surat Keterangan Izin Penelitian
5. Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Posyandu merupakan bentuk Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM), Posyandu atau Pos pelayanan terpadu adalah salah satu wujud peran serta masyarakat dalam pembangunan, khususnya kesehatan dengan menciptakan kemampuan untuk hidup sehat bagi setiap penduduk dalam mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal. (Zulkifli, 2003)

Diposyandu diselenggarakan upaya-upaya yang bersifat promotif dan preventif atas dasar dari masyarakat, oleh masyarakat dan untuk masyarakat. dengan melaksanakan kegiatan keterpaduan KB-kesehatan ditingkat kelurahan atau desa, yaitu lima program prioritas yang terdiri dari KB(Keluarga Berencana), Gizi, KIA(Kesehatan Ibu dan Anak), Imunisasi dan penanggulangan diare. Dengan konsep posyandu seperti ini, diharapkan mampu meningkatkan kemandirian masyarakat dalam mencapai derajat kesehatan yang optimal, (Zulkifli, 2003). Akan tetapi pada pelaksanaannya menurut Rusli A. Katili, (2008) sampai dengan saat ini masih banyak Posyandu yang belum berjalan dengan semestinya. Yang berjalan pun hanyalah terbatas pada kegiatan penimbangan bayi dan pengisian KMS (Kartu Menuju Sehat), pemberian makanan tambahan serta pemberian Vitamin A pada bulan Februari dan Agustus.

John, Th, Ire (2009) juga menambahkan Permasalahan yang sering muncul adalah Kegiatan posyandu terkesan sebagai kegiatan rutinitas penimbangan balita, dan pemberian imunisasi, sementara penggerakan aksi masyarakat dan komunikasi massa/kunjungan ke rumah, hampir tidak ada Kader yang aktif. Permasalahan lain adalah rata-rata kader yang bertugas hanya 2-3 orang, bahkan di beberapa Posyandu kader yang bertugas hanya 1 Orang padahal Setiap Posyandu memiliki lima meja sudah tentu kegiatan posyandu tidak akan dapat terlaksana dengan baik.

Dari permasalahan tersebut diatas dampaknya adalah jumlah kunjungan posyandu sangat rendah. Selama satu decade terakhir terjadi penurunan cakupan kedatangan ibu yang membawa balitanya ke Posyandu. Partisipasi masyarakat ke posyandu dari tahun ke tahun menunjukkan penurunan yang cukup signifikan. Secara Nasional tingkat partisipasi masyarakat ke posyandu hanya mencapai 50,5%. Data yang paling kuat diperoleh dari temuan Indonesian Family Life Survey (IFLS) dimana terjadi penurunan sebesar 12% terhadap penggunaan Posyandu baik oleh balita laki-laki maupun perempuan dalam rentang tahun 1997 hingga 2000 (Strauss et al. 2002). Selain cakupan, kualitas layanan dari Posyandu itu sendiri juga menurun yang dengan indikasi adanya 14% penurunan cakupan pemantauan pertumbuhan dari tahun 1997 hingga 2000, serta rendahnya kepemilikan KMS hingga drop sebesar 24% pada kurun waktu yang sama (Marks 2003).

Penelitian yang dilakukan oleh Pusat Studi Gizi Pangan dan Kesehatan Universitas Hasanuddin, Makassar (2005), yang berkaitan dengan posyandu menemukan kegiatan posyandu umumnya hanya dilakukan oleh 2-3 orang kader. Data lain berkaitan dengan posyandu pada penelitian tersebut adalah : Penyuluhan yang diberikan sekitar 22%, Balita (Bawah Lima Tahun) yang mempunyai KMS 56%, dan Ibu balita yang mengerti pembacaan KMS 13%. Di Sulawesi Selatan Partisipasi masyarakat yang dilihat dari D/S adalah 65,92% dan dikabupaten Bone sebesar 65,49%. (Dinkes Sulsel, 2008). Dari data ini bisa dilihat bahwa partisipasi masyarakat untuk menimbang anaknya di posyandu masih lebih rendah jika dibandingkan dengan target yang ditetapkan pemerintah sebesar 80%. Sedangkan data Riskesdas 2007 (Depkes RI 2008) memperlihatkan jumlah balita yang ditimbang rutin (>4x dalam 6 bulan terakhir) secara nasional adalah sebesar 45,4%, sedangkan di Sulsel jumlah balita yang ditimbang rutin adalah sebesar 39,8%, Dan di Bone jumlah balita yang ditimbang rutin adalah sebesar 19% (Lebih rendah dari rata-rata nasional dan Sulawesi Selatan). Untuk kepemilikan KMS Secara nasional didapatkan bahwa 22,3% balita mempunyai KMS dan dapat menunjukkan, di Sulawesi Selatan jumlah balita yang memiliki KMS dan dapat menunjukkan adalah sebesar 22,2%.

Pada tahun 2004 jumlah posyandu di Sulawesi Selatan tercatat 7.636 buah, tahun 2006 tercatat 7.029 buah Dan pada tahun 2007 jumlah posyandu sebanyak 8.529 buah. (Profil Kesehatan Sulsel, 2007). Data ini menunjukkan

bahwa dari tahun ketahun terjadi peningkatan jumlah posyandu hal ini merupakan sinyal bahwa masyarakat sebenarnya masih membutuhkan posyandu, data Riskesdas 2007 juga memperlihatkan bahwa Posyandu merupakan tempat yang paling banyak dikunjungi untuk penimbangan balita yaitu sebesar 78,3% secara nasional, di Sulawesi Selatan sebesar 73,6% dan di Bone sendiri sebesar 80,7%.

Relatif rendahnya pembiayaan penyelenggaraan posyandu namun dapat menjangkau cakupan target yang lebih luas, menyebabkan posyandu merupakan alternatif pelayanan kesehatan yang perlu dipertahankan oleh karena itu Menteri Dalam Negeri (Mendagri) RI melalui surat Nomor : 443/1334/SJ tanggal 8 juni 2005, tentang program-program Kesehatan Dasar dan Penyakit Menular antara lain meminta untuk segera melakukan revitalisasi dan optimalisasi posyandu. Program revitalisasi posyandu mempunyai tujuan agar terjadi peningkatan fungsi dan kinerja posyandu.

Salah satu aspek penting dalam revitalisasi posyandu adalah partisipasi masyarakat. Tumbuh kembangnya partisipasi masyarakat dalam setiap psoses dapat lebih menjamin terciptannya program yang lestari (*sustainable development*), tanpa adanya partisipasi masyarakat program yang diselenggarakan akan terasa kering dan cepat layu kemudian mati. Hal ini disebabkan oleh kurangnya atau tidak adanya rasa memiliki dan rasa tanggung jawab dari masyarakat terhadap program yang dilaksanakan. Agar masyarakat mengetahui dan memahami semua hal tersebut masyarakat secara sadar atau

tidak sadar perlu melakukan suatu proses pengkajian. Pengkajian sendiri yang dilakukan oleh masyarakat dalam pengembangan posyandu secara Partisipatif. (A. Zulkifli, 2006).

Kader, ibu balita, Toma/Toga (Tokoh Masyarakat/ Tokoh Keluarga) dan petugas Kesehatan merupakan komponen utama dalam penyelenggaraan posyandu. Seiring dengan berjalannya waktu, seringkali terjadi posyandu yang telah direvitalisasi kembali tidak berfungsi sebagaimana mestinya disebabkan komponen tersebut diatas. Kader misalnya ditemukan mereka tidak aktif kembali, alasan mereka tugas yang dilakukan membebani mereka untuk melaksanakan aktivitas mereka sehari-hari, ibu balita karena kesibukan urusan rumah tangga beralasan sering lupa dengan jadwal posyandu, dan hanya datang ke posyandu bila ada PMT(Pemberian Makanan Tambahan), rasa gengsi juga sangat mempengaruhi perilaku ibu memanfaatkan posyandu, mereka merasa tidak suka dan tidak terima jika mendapati kenyataan bahwa anak mereka berat badannya kurang dan termasuk anak kurang gizi, pengambil alihan fungsi peran masyarakat oleh petugas puskesmas juga membuat masyarakat berpendapat bahwa praktek yang bersifat medis teknis adalah esensi kegiatan posyandu sehingga tidak akan datang keposyandu bila tidak ada petugas kesehatan, kepemimpinan Kades/Toma/Toga yang tidak baikpun akan meningkatkan dropout kader yang berakibat terhambatnya kegiatan posyandu. Selain itu karena pergeseran kebutuhan masyarakat akan

layanan kesehatan membuat Posyandu ditinggalkan, dan masyarakat beralih ke layanan kesehatan pribadi ataupun swasta.

Dalam rangka peningkatan kualitas layanan Posyandu agar menjangkau semua lapisan masyarakat, maka peningkatan kualitas layanan kader Posyandu menjadi tonggak penting yang harus diperhatikan. Dengan peningkatan pengetahuan dan pemahaman, diharapkan kader Posyandu tahu proses tata laksana Posyandu yang efektif. Penekanan yang tidak kalah penting adalah menyangkut kemampuan kader Posyandu sebagai agent social yang dilengkapi dengan pengenalan diri yang baik dan perangkat etika dalam berinteraksi dengan masyarakat, sehingga para kader Posyandu mampu menjadi patron yang positif di lingkungannya. Posyandu sangat tergantung pada peran kader, kader-kader posyandu ini pada umumnya adalah relawan yang berasal dari tokoh masyarakat yang dipandang memiliki kemampuan lebih dibanding anggota masyarakat lainnya. Mereka inilah yang memiliki andil besar dalam memperlancar proses pelayanan kesehatan primer. Namun keberadaan kader relative labil karena partisipasinya bersifat sukarela sehingga tidak ada jaminan bahwa para kader akan tetap menjalankan fungsinya dengan baik seperti yang diharapkan. (Yesie Aprilia, 2006).

Pada bulan Nopember 2009 Zulkifli dkk, mengadakan penelitian dengan mengembangkan Posyandu Partisipatif yang dibangun dengan pendekatan LO di Kabupaten Bone. Posyandu partisipatif adalah suatu posyandu yang dibangun dengan partisipasi masyarakat dimana masyarakat

bersama dengan petugas mengenali dan menganalisis masalah serta mencari dan merencanakan aksi pemecahan masalah. Tujuan dari penelitian ini yaitu untuk meningkatkan partisipasi masyarakat terhadap Posyandu dalam pemantauan pertumbuhan dan masalah gizi anak melalui pendampingan dan pelatihan *Learning Organization* (LO).

Sampel penelitian dalam penelitian tersebut adalah stakeholder posyandu yaitu ibu balita (262 responden), tokoh masyarakat, kader (30 responden), balita (262 anak) dan Posyandu (8 buah), yang kemudian dibagi menjadi 2 (dua) Kelompok yaitu kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Kelompok perlakuan adalah masing-masing satu Posyandu di Desa Waekecce, Desa Ujung Lamuru, Desa Bengo dan Desa Selli Kecamatan Lappa riaja (Lapri) . Intervensi dilakukan terhadap Kader dan Tokoh Masyarakat (Toma), ibu balita dengan bentuk intervensi yang diberikan adalah Pendampingan dan pelatihan *Learning Organization*. Kelompok pembanding adalah Posyandu di Desa yang sama dengan jumlah posyandu juga sama dan tidak diberikan perlakuan seperti pada kelompok intervensi.

Pelaksanaan penelitian dengan mengembangkan Posyandu Partisipatif yang dibangun dengan pendampingan dan pelatihan LO(Learning Organization) di laksanakan di Kabupaten Bone Kec. Lappariaja di 4 (empat) desa dengan 8 Posyandu dimana 4 Posyandu yang di intervensi dan 4 Posyandu sebagai control. Desa yang terpilih adalah Desa Waekecce, Desa Ujung Lamuru, Desa Bengo dan Desa Selli. Pelatihan LO dan pendampingan

ini dilaksanakan pada bulan Oktober sampai bulan Nopember 2009. Dimana pendampingan Internal dibentuk Kelompok Masyarakat Peduli Posyandu (KMPP) dan pendampingan eksternal adalah jumlah kader yang aktif di posyandu.

Dari hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa pengaruh pendampingan dan pelatihan LO terhadap partisipasi kader posyandu menunjukkan adanya pengaruh yang signifikan pendampingan dan pelatihan LO terhadap partisipasi kader yaitu :

Peningkatan jumlah kader yang terdaftar di posyandu ; Dari hasil analisis proporsi menunjukkan adanya perbedaan sebesar 10.0 persen jumlah kader yang terdaftar. Peningkatan jumlah kader yang aktif di Posyandu ; Besarnya perbedaan pre-post test intervensi adalah 40.0 persen.

Peningkatan pengetahuan Kader ; Besarnya perbedaan (peningkatan) pengetahuan antara pre test dengan post test adalah 20.0 persen.

Berdasarkan penelitian A. Zulkifli, dkk tersebut kami akan melanjutkan mengevaluasi ulang 3 bulan setelah intervensi untuk melihat bagaimana partisipasi kader apa masih konsisten dengan intervensi yang telah diberikan pada pendampingan dan pelatihan LO... ? Pertanyaan ini menginspirasi peneliti untuk melakukan penelitian sekaligus sebagai evaluasi ulang terhadap posyandu partisipatif yang sudah terbentuk.

A. RUMUSAN MASALAH

Pengaruh peningkatan peran posyandu partisipatif melalui pendampingan dan pelatihan di kec. Lappariaja Kab. Bone tahun 2009 dengan aksi intervensi LO terhadap partisipatif kader didapatkan hasil pre test dan post test mengalami peningkatan jumlah kader yang terdaftar di posyandu menunjukkan adanya perbedaan sebesar 10.0 persen jumlah kader yang terdaftar di posyandu, peningkatan jumlah kader yang aktif pada daerah intervensi adalah 40.0 persen, dan besarnya peningkatan pengetahuan antara pretest dengan post test pada daerah intervensi adalah 20.0 persen. Dan pasca intervensi belum ada data yang di dapat sehingga peneliti akan mengevaluasi ulang : “Apakah pelaksanaan pasca intervensi keaktifan kader dan pengetahuan kader tetap konsisten pada intervensi yang telah dilakukan ?”.

B. TUJUAN PENELITIAN

1. Tujuan Umum

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengevaluasi ulang bagaimana perubahan setelah pasca intervensi apakah keaktifan kader dan peningkatan pengetahuan kader masih tetap konsisten dengan intervensi LO yang dilakukan di Kec. Lappariaja Kab. Bone tahun 2009.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui perubahan jumlah kader yang terdaftar pasca intervensi 3 bulan terakhir.

- b. Untuk mengetahui perubahan keaktifan kader pasca intervensi 3 bulan terakhir.
- c. Untuk mengetahui perubahan tingkat pengetahuan kader kapan sebaiknya pertama kali bayi disusui (diberi ASI).
- d. Untuk mengetahui karakteristik Kader Posyandu yang telah di intervensi dan keaktifannya pasca intervensi.

C. MANFAAT PENELITIAN

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat sebagai berikut :

1. Diharapkan dengan Pendampingan dan pelatihan *Learning Organization* (LO) akan meningkatkan keaktifan kader posyandu sehingga berefek positif terhadap pemantauan pertumbuhan dan perbaikan gizi balita.
2. Sebagai bahan masukan kepada pemerintah dan instansi terkait dalam menentukan strategi dan kebijakan dalam upaya meningkatkan peran posyandu dalam melayani kesehatan masyarakat.
3. Dapat memberikan sumbangan ilmiah dan memperkaya khasanah ilmu pengetahuan dibidang pelayanan kesehatan khususnya posyandu serta dapat menjadi sumber informasi bagi peneliti selanjutnya
4. Menambah cakrawala berfikir, pengetahuan dan pengalaman penulis dalam bidang penelitian gizi dan kesehatan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. TINJAUAN POSYANDU

1. Pengertian Posyandu

Pos pelayanan terpadu atau yang lebih dikenal dengan sebutan posyandu, yaitu merupakan wahana kegiatan keterpaduan KB-kesehatan ditingkat kelurahan atau desa, yang melakukan kegiatan lima program prioritas yaitu: KB, Gizi, KIA, Imunisasi dan penanggulangan diare.

Adapun pengertian mengenai posyandu banyak para ahli mengemukakan sangat bervariasi tergantung dari sudut mana memandangnya. Secara sederhana yang di maksud dengan posyandu adalah: pusat kegiatan dimana masyarakat dapat sekaligus memperoleh pelayanan Kb-kesehatan. (Zulkifli, 2003)

Dari aspek prosesnya maka pengertiannya adalah sebagai berikut: merupakan salah satu wujud peran serta masyarakat dalam pembangunan, khususnya kesehatan dengan menciptakan kemampuan untuk hidup sehat bagi setiap penduduk dalam mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal. (Zulkifli, 2003)

2. Penyelenggaraan posyandu

2.1 Tujuan penyelenggaraan Posyandu

Menurut Depkes tujuan diselenggarakan Posyandu adalah untuk:

- 1) Mempercepat penurunan angka kematian bayi, anak balita dan angka kelahiran.
- 2) Meningkatkan pelayanan kesehatan ibu untuk menurunkan IMR.
- 3) Mempercepat penerimaan norma keluarga kecil sehat dan sejahtera.
- 4) Meningkatkan kemampuan masyarakat untuk mengembangkan kegiatan kesehatan dan kegiatan-kegiatan lain yang menunjang kemampuan hidup sehat.
- 5) Pendekatan dan pemerataan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dalam usaha meningkatkan cakupan penduduk dan geografi.
- 6) Peningkatan dan pembinaan peran serta masyarakat dalam rangka alih teknologi untuk swakelola usaha-usaha kesehatan masyarakat.

2.2. Sasaran

- 1) Bayi berusia kurang dari 1 tahun
- 2) Anak balita usia 1 sampai dengan 5 tahun
- 3) Ibu hamil, Ibu menyusui dan Ibu nifas
- 4) Wanita usia subur.

2.3.Kegiatan

1) Lima (5) kegiatan posyandu (Panca Krida Posyandu)

- a) Kesehatan ibu dan anak
- b) Keluarga berencana
- c) Imunisasi
- d) Peningkatan gizi
- e) Penanggulangan diare

2) Tujuh (7) kegiatan posyandu (Sapta Krida Posyandu)

- a) Kesehatan ibu dan anak
- b) Keluarga berencana
- c) Imunisasi
- d) Peningkatan gizi
- e) Penanggulangan diare
- f) Sanitasi dasar
- g) Penyediaan obat esensial
- h) Pembentukan

2.4. Posyandu dibentuk dari pos-pos yang telah ada seperti :

- 1) Pos penimbangan balita
- 2) Pos imunisasi
- 3) Pos keluarga berencana desa
- 4) Pos kesehatan
- 5) Pos lain yang dibentuk baru.

2.5. Persyaratan

- 1) Penduduk RW tersebut paling sedikit terdapat 100 orang balita
- 2) Terdiri dari 120 kepala keluarga
- 3) Disesuaikan dengan kemampuan petugas (bidan desa)
- 4) Jarak antara kelompok rumah, jumlah KK dalam satu tempat atau kelompok tidak terlalu jauh.

2.6. Alasan Pendirian Posyandu

- 1) Posyandu dapat memberikan pelayanan kesehatan khususnya dalam upaya pencegahan penyakit dan PPPK sekaligus dengan pelayanan KB
- 2) Posyandu dari masyarakat untuk masyarakat dan oleh masyarakat, sehingga menimbulkan rasa memiliki masyarakat terhadap upaya dalam bidang kesehatan dan keluarga berencana.

2.7. Penyelenggara

- 1) Pelaksanaan kegiatan Adalah anggota masyarakat yang telah dilatih menjadi kader kesehatan setempat dibawah bimbingan puskesmas.
- 2) 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.

2.8. Lokasi

- 1) Berada di tempat yang mudah didatangi oleh masyarakat
- 2) Ditentukan oleh masyarakat iu sendiri

- 3) Dapat merupakan lokal tersendiri
- 4) Bila tidak memungkinkan dapat dilaksanakan di rumah penduduk, balai rakyat, pos RT/RW atau pos lainnya.

2.9. Pelayanan Kesehatan Yang Dijalankan

- 1) Pemeliharaan kesehatan bayi dan balita.
 - a) Penimbangan bulanan
 - b) Pemberian tambahan makanan bagi yang berat badannya kurang
 - c) Imunisasi bayi 3-14 bulan
 - d) Pemberian oralit untuk mengurangi diare
 - e) Pengobatan penyakit sebagai pertolongan pertama.
- 2) Pemeliharaan kesehatan ibu hamil, ibu menyusui, dan pasangan usia subur.
 - a) Pemeliharaan kesehatan umum
 - b) Pemeriksaan kehamilan dan nifas
 - c) Pelayanan peningkatan gizi melalui pemberian vitamin dan pil penambah darah.
 - d) Imunisasi TT untuk ibu hamil
 - e) Penyuluhan kesehatan dan KB
 - f) Pemberian alat kontrasepsi KB
 - g) Pemberian oralit pada ibu yang terkena diare
 - h) Pengobatan penyakit sebagai pertolongan pertama

- i) Pertolongan pertama pada kecelakaan

2.10. Sistem Lima Meja

1) Meja I

- a) Pendaftaran
- b) Pencatatan bayi, balita, ibu hamil, ibu menyusui dan pasangan usia subur.

2) Meja II

Penimbangan balita, Ibu hamil

3) Meja III

Pengisian KMS

4) Meja IV

penyuluhan perorangan

- a) Diketahui berat badan anak yang naik/tidak naik, ibu hamil dengan resiko tinggi, PUS yang belum mengikuti KB
- b) Penyuluhan kesehatan
- c) Pelayanan TMT, oralit, vitamin A, tablet zat besi, pil ulangan, kondom

5) Meja V

- a) Pemberian imunisasi
- b) Pemeriksaan kehamilan
- c) Pemeriksaan kesehatan dan pengobatan
- d) Pelayanan kontrasepsi IUD, suntikan

Untuk meja I sampai IV dilaksanakan oleh kader kesehatan dan untuk meja V dilaksanakan oleh petugas kesehatan diantaranya : dokter, bidan, perawat, juru imunisasi dan sebagainya.

2.11. Dana

Dana pelaksanaan Posyandu berasal dari swadaya masyarakat melalui gotong royong dengan kegiatan jimpitan beras dan hasil potensi desa lainnya serta sumbangan dari donatur yang tidak mengikat yang dihimpun melalui kegiatan Dana Sehat.

3. Strata Posyandu

Strata Posyandu dikelompokkan menjadi 4 (empat):

1) Posyandu Pratama (warna merah) :

Posyandu tingkat Pratama adalah posyandu yang belum mantap, kegiatannya belum bisa rutin tiap bulan dan kader aktifnya terbatas. Keadaan ini dinilai gawat, sehingga intervensinya adalah pelatihan kader ulang. Artinya kader yang ada perlu ditambah dan dilakukan pelatihan dasar lagi.

2) Posyandu Madya (warnah kuning) :

Posyandu pada tingkat madya sudah dapat melaksanakan kegiatan penimbangan lebih dari 8 kali per tahun, dengan rata-rata jumlah kader tugas 5 orang atau lebih. Akan tetapi cakupan program utamanya (KB,KIA,Gizi dan Imunisasi) masih rendah, yaitu kurang

dari 50%. Ini berarti, kelestarian kegiatan posyandu sudah baik tetapi masih rendah cakupannya.

3) Posyandu Purnama (warna hijau) :

Posyandu pada tingkat purnama adalah posyandu yang frekuensinya lebih dari 8 kali per tahun, rata-rata jumlah kader tugas 5 orang atau lebih, dan cakupan 5 program utamanya lebih dari 50%. Sudah ada program tambahan, bahkan mungkin sudah ada dana sehat yang masih sederhana.

4) Posyandu Mandiri (warna biru) :

Posyandu ini berarti sudah dapat melakukan kegiatan secara teratur, cakupan 5 program utama sudah bagus, ada program tambahan dan dana sehat telah menjangkau lebih dari 50% KK.

Dari konsep diatas, dapat disimpulkan beberapa indikator sebagai penentu jenjang antar strata Posyandu adalah seperti pada tabel berikut :

Tabel 1. Strata Kemandirian Posyandu

No	Indikator	Pratama	Madya	Purnama	Mandiri
1	Frekuensi Penimbangan	< 8	≥8	≥8	≥8
2	Rata-rata kader yang bertugas	< 5	≥5	≥5	≥5
3	Rata-rata cakupan D/S	< 50%	< 50%	≥ 50%	≥ 50%
4	Cakupan Kumulatif KB	< 50%	< 50%	≥ 50 %	≥ 50%
5	Cakupan Kumulatif KIA	< 50%	< 50%	≥ 50%	≥ 50%
6	Cakupan Kumulatif Imunisasi	< 50%	< 50%	≥ 50%	≥ 50%
7	Program tambahan	(-)	(-)	(+)	(+)
8	Cakupan Dana Sehat	< 50%	< 50%	< 50%	≥ 50%

Sumber : Arrif, 1995

Posyandu akan mencapai strata Posyandu Mandiri sangat tergantung kepada kemampuan, keterampilan diiringi rasa memiliki serta tanggungjawab kader PKK, LPM sebagai pengelola dan masyarakat sebagai pemakai dan pendukung Posyandu.

4. Sistem Pelayanan Dalam Posyandu

Sistem adalah suatu rangkaian komponen yang berhubungan satu sama lain dan mempunyai satu tujuan yang jelas. Komponen suatu sistem terdiri dari input, proses, output, effect, out-come dan mekanisme umpan baliknya (Muninjaya, 1999).

Di dalam sistem pelayanan terpadu (Posyandu) komponen input yaitu sumber daya atau masukan dari suatu sistem yang terdiri dari tenaga, sarana dan dana. Proses yaitu semua kegiatan sistem yang mengubah input menjadi output, dalam pelayanan Posyandu, proses adalah semua kegiatan dari mulai persiapan bahan, tempat dan kelompok sasaran , dilaksanakannya program pelayanan dilapangan sampai kegiatan evaluasi. Sedangkan menjadi output dalam program pelayanan terpadu ini adalah produk program sebagai kinerja dari hasil pelayanan terpadu (Muninjaya, 1999). Untuk lebih jelasnya mengenai komponen input, proses dan output pada pelayanan di Posyandu akan diuraikan secara lebih terinci berikut ini:

4.1 Komponen Input

4.1.1. Tenaga

Jumlah tenaga yang sangat dibutuhkan dalam pelayanan Posyandu ini , minimal sebanyak 4 – 5 orang. Bahkan untuk Posyandu tingkat Paripurna diperlukan kader kesehatan, minimal sebanyak 6-10 orang, sehingga pelayanan kesehatan dapat dilaksanakan dengan baik dan pengunjung mendapatkan pelayanan tanpa harus menunggu berlama – lama (Depkes RI, 1990). Kader kesehatan masyarakat adalah seorang laki – laki atau perempuan yang dipilih oleh masyarakat dan telah dilatih untuk menangani masalah – masalah

kesehatan perorangan atau masalah kesehatan masyarakat serta mau bekerja sama untuk daerah tempat tinggalnya .

4.1.2. Kelengkapan Sarana Posyandu

Lengkapnya sarana / peralatan di Posyandu dapat menunjang kelancaran kegiatan baik dari kadernya sendiri maupun pengguna Posyandu. Untuk melaksanakan kegiatannya, Posyandu harus memiliki sarana – sarana/ perlengkapan yang dapat memperlancar pelaksanaan pelayanannya. Perlengkapan Posyandu tersebut adalah sebagai berikut:

- a. Alat timbangan / dacin, KMS.
- b. Alat bantu penyuluhan seperti : buku pegangan kader, lembar balik, leaflet, poster.
- c. Meja dan Kursi.
- d. Alat memasak.

4.1.3. Pendanaan

Dalam pelaksanaan kegiatannya, posyandu memerlukan dana operasional guna menunjang kelancaran kegiatan yang dilakukan. Besar dana tersebut pada umumnya tergantung dari jumlah kegiatan dan jumlah pasien yang dilayani. Dana operasional untuk membiayai seluruh kegiatan Posyandu biasanya bersumber dari masyarakat, sebab berdiri tidaknya Posyandu di suatu lingkungan Rukun Warga, tergantung dari partisipasi masyarakat setempat. Bantuan dari pihak Puskesmas hanya terbatas pada bidang – bidang tertentu seperti tenaga

Bidan untuk melakukan vaksinasi, pelayanan KB dan pelatihan tenaga yang dapat hanya dikatakan sebagai faktor penunjang kegiatan Posyandu. Sumber dana operasional posyandu ini, biasanya berasal dari :

- 1) Swadaya masyarakat, yaitu dana yang bersumber langsung dari masyarakat, misalnya : donatur tetap atau tidak tetap, kelompok arisan usaha.
- 2) Pihak pemerintah, yaitu dana yang bersumber dari bantuan pemerintah setempat atau Puskesmas.
- 3) Bantuan tertentu yaitu dana yang didapat dari bantuan pihak – pihak tertentu misalnya simpatisan posyandu, organisasi kemasyarakatan dan lain – lain.

4.2. Komponen Proses

4.2.1. Perencanaan

Rencana kerja pada kegiatan Posyandu ini dilakukan melalui rapat PKK / LKMD dengan para pengurus posyandu di tingkat desa.

Permasalahan yang dibahas dalam rapat tersebut antara lain adalah:

- a. Pembahasan tentang kesiapan tenaga kader untuk menyelenggarakan kegiatan Posyandu.
- b. Pembahasan tentang tata cara serta tujuan pelaksanaan Posyandu.

- c. Pembahasan tentang langkah – langkah persiapan pelaksanaan Posyandu.
- d. Pembahasan tentang permasalahan yang sedang dihadapi untuk melihat rencana kerja kader ini, akan terlihat pada pembuatan jadwal yang seharusnya oleh kader bekerjasama dengan petugas kesehatan.

4.2.2. Pengorganisasian

Suatu organisasi yang baik, mempunyai struktur organisasi (susunan kepengurusan) yang terdiri dari ketua, sekretaris, bendahara dan seksi – seksi. Pada masing – masing jabatan yang ada pada struktur organisasi tersebut, mempunyai rencana kerja tersendiri dan mengadakan pembagian tugas serta berusaha agar konsisten dalam melaksanakan kegiatan Posyandu.

4.2.3. Pelaksanaan kegiatan

4.2.3.1. Penimbangan

Pelaksanaan penimbangan yang dilakukan bertujuan untuk memonitoring balita dengan melihat naik atau tidak naik berat badan anak, yang dilakukan sebulan sekali dengan menggunakan KMS. Atas dasar penimbangan bulanan ini, ditentukan tindak lanjutnya manakala dibutuhkan (Depkes RI, 2000).

4.2.3.2. Pemberian paket pertolongan Gizi

Pelaksanaan pemberian paket pertolongan gizi terdiri dari :

- a) Pemberian kapsul vitamin A dosis tinggi pada semua anak balita usia 1 – 5 tahun setiap 6 bulan yang merupakan salah satu upaya pencegahan kurang vitamin A.
- b) Pemberian tablet tambah darah (Fe) setiap hari pada semua ibu hamil, terutama pada usia kehamilan 7 – 9 bulan. Kegiatan ini dimaksudkan sebagai salah satu usaha pencegahan kurang darah pada ibu hamil.
- c) Pemberian oralit atau larutan gula garam (LGG) pada semua anak yang mencret, dan ini merupakan salah satu dari usaha penanggulangan diare.

4.2.3.3. Kegiatan penyuluhan

Pada kegiatan penyuluhan ini sangat penting. Ada 2 jenis penyuluhan yang biasa diberikan pada pelaksanaan di Posyandu ini, yaitu:

- a) Penyuluhan kelompok, yang dilakukan sebelum pelaksanaan penimbangan (awal pelaksanaan penimbangan)
- b) Penyuluhan individu dilakukan pada meja 4. Materi yang diberikan disesuaikan dengan kondisi balita. Biasanya kader yang menempati meja 4 sebelum memberikan penyuluhan langkah awal yang harus dilakukannya adalah memperhatikan KMS Balita, lalu memberitahukan pada ibu tentang keadaan anak berdasarkan perubahan berat badan

anak yang tertera pada KMS. Langkah selanjutnya barulah kader memberikan penyuluhan berdasarkan hasil timbangan balita, dalam pemberian penyuluhan ini kader berpedoman pada buku pegangan kader (Depkes RI, 2000).

4.2.4. Evaluasi kegiatan

Menurut The World Health Organization, Evaluasi merupakan suatu cara belajar yang sistematis dari pengalaman yang dimiliki untuk meningkatkan pencapaian, pelaksanaan dan perencanaan suatu program melalui pemilihan secara seksama berbagai kemungkinan yang tersedia guna penerapan selanjutnya.

Menurut The American Public Association, Evaluasi adalah suatu proses untuk menentukan keberhasilan dari pelaksanaan suatu program dalam mencapai tujuan yang telah ditentukan, sedangkan menurut The International Clearing House on Adolescent Fertility Control for Population Options, evaluasi merupakan suatu proses yang teratur dan sistematis dalam membandingkan hasil yang dicapai dengan tolok ukur atau kriteria yang telah ditetapkan, dilanjutkan dengan pengambilan kesimpulan serta penyusunan saran-saran, yang dapat dilakukan pada setiap tahap dari pelaksanaan program, sedangkan menurut Riecken, evaluasi adalah pengukuran terhadap akibat yang

ditimbulkan dari dilaksanakannya suatu program dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

Evaluasi merupakan bagian integral dari fungsi manajemen, evaluasi juga termasuk fungsi penilaian yang didalamnya termasuk pencatatan dan penyusunan laporan. Pelaksanaan pencatatan dan pelaporan ini merupakan kegiatan yang sangat dibutuhkan, karena dari hasil pencatatan dan pelaporan ini dapat diketahui hasil yang telah dicapai dalam pelaksanaan kegiatan Posyandu ini.

Pada umumnya setiap Posyandu melakukan pencatatan terhadap kegiatan yang dilakukan, catatan kegiatan tersebut selanjutnya dirangkum oleh pengurus sehingga menjadi laporan kegiatan Posyandu. Laporan ini kemudian dikirim kepada instansi yang mempunyai hubungan dengan pembinaan Posyandu misalnya : Puskesmas, Lurah dan Camat. Data ini sangat berguna untuk mengetahui perkembangan Posyandu tersebut (Sitohang dan Adi, 1989). Pelaksanaan kegiatan dalam rangka untuk perbaikan gizi akan lebih berdaya guna dan berhasil guna apabila ditunjang dengan adanya suatu sistem pencatatan dan pelaporan yang dapat diandalkan dalam menyediakan data dan informasi, baik data yang bersifat kumulatif ataupun data yang kualitatif (Depkes RI, 1999).

4.3. Komponen Output

Menurut Azrul Azwar, DR,dr, MPH, output merupakan hasil dari status pekerjaan administrasi, dalam ilmu kesehatan dikenal dengan nama pelayanan kesehatan (*health service*). Kinerja output disini meliputi cakupan hasil program gizi di Posyandu yang dapat dilihat dalam bentuk persentase cakupan yang berhasil dicapai oleh suatu Posyandu. Adapun cakupan hasil program gizi di Posyandu tersebut adalah sebagai berikut :

4.3.1. Cakupan Partisipasi Masyarakat (D/S)

Cakupan partisipasi masyarakat (D/S) adalah : Jumlah Balita yang ditimbang di Posyandu dibagi dengan jumlah balita yang ada di wilayah kerja Posyandu kemudian dikali 100 %. Persentase D/S disini, menggambarkan berapa besar jumlah partisipasi masyarakat di daerah tersebut yang telah tercapai.

4.3.2. Cakupan Program (K/S)

Cakupan program (K/S) adalah : Jumlah Balita yang memiliki Kartu Menuju Sehat (KMS) dibagi dengan jumlah balita yang ada di wilayah Posyandu kemudian dikali 100%. Persentase K/S disini, menggambarkan berapa jumlah balita diwilayah tersebut yang telah memiliki KMS atau berapa besar cakupan program di daerah tersebut telah tercapai.

4.3.3. Cakupan Kelangsungan Penimbangan (D/K)

Cakupan kelangsungan penimbangan (D/K) adalah : Jumlah Balita yang ditimbang di Posyandu dalam dibagi dengan jumlah balita yang telah memiliki KMS kemudian dikali 100%. Persentase D/K disini, menggambarkan berapa besar kelangsungan penimbangan di daerah tersebut yang telah tercapai.

4.3.4. Cakupan Hasil Penimbangan (N/D)

Cakupan Hasil Penimbangan (N/D) adalah : Rata – rata jumlah Balita yang naik berat badan (BB) nya dibagi dengan jumlah balita yang ditimbang di Posyandu kemudian dikali 100%. Persentase N/D disini, menggambarkan berapa besar hasil penimbangan didaerah tersebut yang telah tercapai.

4.3.5. Cakupan Distribusi Vitamin A

Cakupan Distribusi Vitamin A adalah : Jumlah balita yang mendapatkan vitamin A (Februari dan Agustus) dibagi dengan dua kali jumlah balita yang ada didaerah tersebut kemudian dikali 100% . Persentase distribusi vitamin A disini, menggambarkan berapa besar distribusi vitamin A di daerah tersebut yang telah tercapai.

4.3.6. Cakupan Distribusi Fe

Cakupan distribusi tablet tambah darah (Fe) adalah : Jumlah ibu hamil yang mendapatkan Fe (90 tablet) dibagi dengan jumlah ibu hamil yang ada didaerah tersebut kemudian dikali 100%. Persentase

distribusi Fe disini, menggambarkan berapa besar distribusi Fe didaerah tersebut yang telah tercapai.

B. TINJAUAN POSYANDU PARTISIPATIF

1. Pengertian Partisipatif

Partisipatif artinya bekerjasama dengan pihak lain dan mendorong mereka untuk dapat melakukannya sendiri. Partisipatif harus memberdayakan pihak yang terlibat dalam suatu kegiatan tertentu, dengan cara melibatkan mereka dalam pengambilan keputusan dan kegiatan-kegiatan selanjutnya melalui kemitraan, setara transparansi, kesetaraan kewenangan, kesetaraan tanggung jawab dan kerjasama (Suryana, dalam A.Zulkifli 2006).

Partisipasi untuk kesehatan adalah serangkaian kegiatan yang sistematis, terencana dan terarah untuk menggali, meningkatkan dan mengarahkan peran serta masyarakat, agar dapat memanfaatkan potensi yang ada, guna memecahkan masalah kesehatan yang mereka hadapi dengan tujuan meningkatkan kemampuan masyarakat untuk dapat melakukan Community diagnosis, Community prescription dan Community treatment serta mengatasi masalah kesehatan setempat dengan menggunakan sumber daya lokal.

Pemberdayaan masyarakat adalah segala upaya fasilitasi yang bersifat non-instruktif (memberikan kemampuan dan pemberdayaan pada potensi tersedia) guna meningkatkan pengetahuan dan kemampuan masyarakat secara

mandiri sehingga mampu mengidentifikasi masalah, merencanakan dan melakukan pemecahan dengan memanfaatkan potensi yang ada baik dari instansi lintas sektoral, LSM dan tokoh masyarakat. (A.Zulkifli, 2006).

Pendekatan partisipatif adalah suatu bentuk kegiatan yang bercorak partisipatif dimana masyarakat bersama dengan petugas mengenali dan menganalisis masalah serta mencari dan merencanakan aksi pemecahan masalah tersebut. Seterusnya masyarakat bersama petugas melaksanakan aksi yang telah direncanakan dan memantau serta menilai pelaksanaan aksi tersebut. Pendekatan partisipatif merupakan salah satu model pemberdayaan masyarakat yang dapat dilakukan di lapangan (JICA dan Depkes RI, 2002).

Menurut Koetjaraningrat dalam Syarif, Rustiawan, Julita (1992), terdapat dua jenis Partisipasi masyarakat dalam pembangunan yaitu partisipasi semu dan partisipasi murni.

Partisipasi semu merupakan peran serta masyarakat dalam suatu kegiatan atau proyek pembangunan yang umumnya dirumuskan dari atas, partisipasi ini bersifat sementara atau hanya berlangsung pada saat suatu proyek dilaksanakan. Apabila proyek berakhir, misalnya karena dana telah habis. Maka tidak melanjutkan secara mandiri. Partisipasi macam ini, sangat tergantung pada ada tidaknya proyek atau program yang diselenggarakan oleh pemerintah.

Partisipasi murni merupakan keterlibatan masyarakat yang dilakukan atas dasar kemauan masyarakat sendiri tanpa perintah atau paksaan dari pihak yang dipandang sebagai atasan. Agar partisipasi murni lahir dan tumbuh kembang diperlukan suatu kondisi dimana masyarakat memahami secara sadar akan manfaat suatu program, baik dalam jangka pendek maupun jangka panjang.

Partisipasi murni muncul karena masyarakat turut merancang-bangun program yang sesuai kebutuhannya. Melalui proses sosialisasi, masyarakat diajak untuk memahami masalah yang dihadapi dan bagaimana cara memecahkannya secara mandiri. Jadi proses ini pada dasarnya merupakan proses pelatihan dan pendidikan masyarakat sehingga mereka mempunyai kemampuan memecahkan masalah mereka sendiri dengan mengandalkan sumberdayanya yang mereka miliki. Peningkatan keterampilan dalam suatu aspek baik teknis maupun manajerial dapat dilaksanakan dalam rangka sosialisasi.

2. Mengapa Pendekatan Partisipatif Diperlukan ?

Pendekatan Partisipatif diperlukan karena mempunyai beberapa keunggulan dibandingkan pendekatan *blueprint* yang umumnya diterapkan selama ini. Keunggulan tersebut antara lain :

- a. Masyarakat berperan aktif sejak proses indentifikasi masalah sehingga menimbulkan rasa memiliki,

- b. Adanya proses belajar terhadap tingkat pemecahan masalah yang dilakukan sehingga upaya pemecahan masalah akan berkesinambungan dilapangan sampai terlihat adanya kesesuaian yang optimal antara program, kebutuhan masyarakat dan kemampuan lokal pengelola program.

3. Kapan pendekatan Partisipatif Dilakukan ?

Pendekatan partisipatif dilakukan pada suatu kelompok masyarakat apabila program yang berjalan di lapangan belum menunjukkan hasil yang maksimal dan mekanisme pelaksanaan program tersebut tidak melibatkan masyarakat.

Program yang banyak terlihat di lapangan pada umumnya dirancang oleh pusat sehingga seringkali tidak dapat dilaksanakan di masyarakat. Buku petunjuk teknis dan petunjuk pelaksanaan yang diperoleh dari hasil uji coba di beberapa tempat seringkali tidak cocok dengan wilayah di luar daerah uji coba. Masyarakat yang menerima program tersebut akan berperan dalam program tersebut sepanjang dukungan dari pemerintah sangat besar. Bila dukungan tersebut melemah, maka partisipasi masyarakat cenderung menurun. (A. Zulkifli, 2006)

4. Siapa yang berperan dalam Pendekatan Partisipatif ?

Masyarakat bersama-sama petugas berperan aktif dalam pendekatan partisipatif. Petugas diharapkan memiliki kemampuan dasar dalam memahami kondisi sosial budaya masyarakat setempat dan dapat berkomunikasi dengan

masyarakat setempat. Disamping itu, masyarakat dan petugas harus mempunyai komitmen yang tinggi sejak proses indentifikasi masalah sampai pelaksanaan program yang optimal. Petugas harus mempunyai kemampuan dalam mendampingi masyarakat.

5. Bagaimana pendekatan partisipatif dilaksanakan ?

Secara umum lima strategi membangun partisipasi masyarakat antara lain :

- 1) Pengorganisasian masyarakat : masyarakat dimobilisasi, diorganisasi, dilatih dan diberdayakan untuk memainkan peranan proaktif bagi kesehatannya sendiri. Mereka diberdayakan untuk membantu dirinya sendiri dan melakukan sesuatu untuk meningkatkan kualitas hidupnya.
- 2) Koordinasi dukungan lintas-sektor : mengkoordinasi dan melibatkan sektor-sektor terkait dalam program-program kesehatan setempat dengan cara memobilisasikan sumber dayanya untuk mendukung masyarakat setempat.
- 3) Perencanaan dari bawah : masyarakat menentukan dan menyiapkan rencana-rencana yang feasible sesuai dengan prioritas masalah setempat.
- 4) Pembangunan terintegrasi dan sinambung : masyarakat melaksanakan intervensi multidisiplin yang terintegritas, berdasarkan kebutuhan lokal dengan memperhatikan harmonisasinya dengan rencana wilayah dan nasional. Paket-paket kesehatan, sosial dan pembangunan lain harus memfasilitasi proses ini.

- 5) Pengelolaan oleh masyarakat sendiri : masyarakat mengelola sendiri kegiatan-kegiatannya dengan cara memobilisasi dengan menyumbangkan sumber daya yang dimiliki untuk memastikan keberlanjutan program (Thaha, 2006).

Kegiatan pendekatan partisipatif dilakukan dalam dua tahap yaitu :

- a) Tahap pra-partisipatif atau persiapan berupa kegiatan pengenalan masyarakat, identifikasi masalah, dan pembentukan kelompok masyarakat, dan
- b) Tahap partisipatif yang dibagi atas tahap pra aksi (berupa kegiatan analisis masalah dan penyusunan rencana aksi), serta selama tahap aksi (berupa pelaksanaan kegiatan serta pemantauan dan evaluasi).

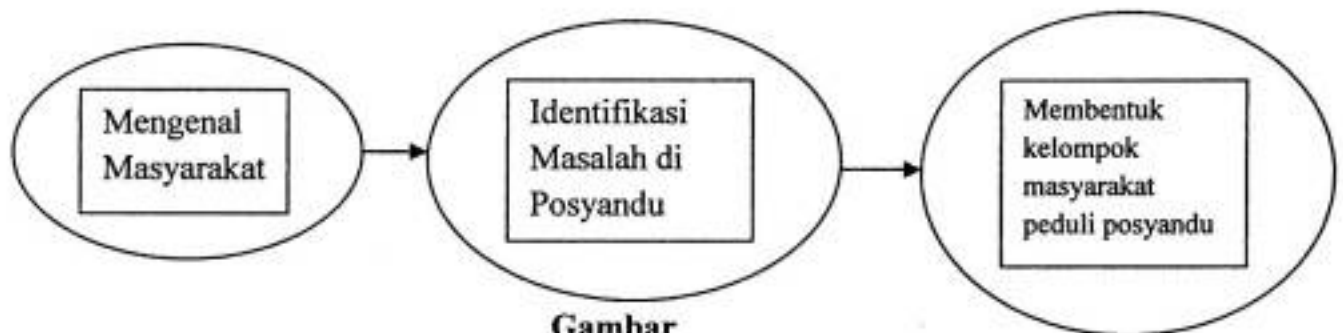
Untuk memperkuat strategi tersebut maka intervensi dilakukan dengan menggunakan pendekatan berpikir sistem melalui penerapan prinsip-prinsip organisasi pembelajaran (*learning organization*).

6. Pendekatan partisipatif dalam pembentukan posyandu partisipatif

Salah satu hambatan dalam kinerja posyandu adalah rendahnya keikutsertaan masyarakat termasuk pemerintah dan tokoh masyarakat. Hal ini tidak terlepas dari kenyataan bahwa posyandu lebih banyak dipelopori oleh petugas kesehatan. Disamping itu berbagai upaya yang selama ini dilakukan untuk meningkatkan kinerja Posyandu, masih tetap ditentukan dari atas tanpa memperhatikan perbedaan kondisi, keinginan dan kemampuan masyarakat itu sendiri sebagai pengelola dan pengguna posyandu. Dengan demikian diperlukan

suatu upaya untuk mengajak masyarakat dalam menanggulangi masalah yang ada di Posyandu agar supaya dapat menjadi Posyandu partisipatif. Ada dua tahap kegiatan yang perlu dilakukan antara lain:

(1) Tahap Pra-Partisipatif yang terdiri dari kegiatan:



Gambar

Tahap pra-partisipatif

- a) **Mengenal masyarakat**, bertujuan untuk mengetahui karakteristik suatu kelompok masyarakat. Kegiatan ini dapat dilakukan melalui pengumpulan data dengan cara pengamatan, wawancara mendalam, Diskusi Kelompok Terarah (DKT), atau dengan melihat arsip/dokumen. Untuk mengenal masyarakat maka data/informasi berbagai kondisi daerah dan masyarakatnya harus diperoleh. Contoh data karakteristik daerah dan masyarakat yang perlu dikumpulkan adalah kondisi: Fisik daerah, masyarakat umum, sosial, ekonomi, budaya dan kesehatan anggota masyarakat.
- b) **Identifikasi masalah** yang ada di posyandu, kegiatan pengamatan yang dilakukan adalah kehadiran kader dan petugas, tugas kader selama kegiatan posyandu berlangsung, pelaksanaan posyandu secara keseluruhan dan kegiatan akhir di posyandu.

- c) **Pembentukan kelompok** peduli posyandu: bentuk organisasi kelompok masyarakat yang disepakati oleh masyarakat itu sendiri disertai hak dan kewajiban kelompok.

(2) Tahap Partisipatif

- (a) Tahap pra aksi antara lain analisis masalah dan merencanakan aksi,
(b) Tahap selama aksi, tahap ini terdiri dari 3 kegiatan yaitu: pelaksanaan kegiatan, pemantauan dan evaluasi.

B. TINJAUAN LEARNING ORGANIZATION (Organisasi pembelajaran)

Organisasi pembelajaran adalah organisasi yang terus menerus belajar meningkatkan kemampuannya untuk dapat bertahan dan berkembang menuju pencapaian visi bersamanya dalam lingkungan yang terus berubah. (senge, dalam Zulkifli, 2006). Learning organization yang diperkuat dengan Cummunity dialogue dan Collective action akan menentukan perubahan.

Kerangka komunikasi yang terintegrasi bagi perubahan sosial dijabarkan sebagai suatu proses 'iterativ dimana "dialog masyarakat" (community dialogue) dan "aksi bersama (collective action) bekerja bersama untuk menghasilkan perubahan sosial dalam suatu masyarakat yang diharapkan dapat membentuk posyandu partisipatif dan lebih lanjut dapat memaksimalkan surveilans pertumbuhan anak pertanyaannya adalah bagaimana dialog masyarakat dan aksi bersama dapat berjalan lebih efektif

untuk membentuk partisipasi dan perubahan sosial ? jawabannya adalah eksistensi "katalis".

Learning Organization (organisasi pembelajaran) adalah organisasi yang terus menerus belajar meningkatkan kemampuannya untuk dapat bertahan dan berkembang menuju pencapaian visi bersamanya dalam lingkup yang terus berubah (Senge dalam Thaha, 2006).

Pertanyaan lebih lanjut mengapa organisasi pembelajaran (Learning Organization) menjadi penting ?, ada 2 alasan utama yaitu :

1. Adanya tekanan eksternal dalam bentuk lingkungan yang terus menerus berubah. Hanya organisasi yang berubah yang dapat bertahan dan berkembang di dalam lingkungan tersebut.
2. Adanya tekanan internal di dalam diri pemimpin dan organisasi, yang mendasarkan tindakannya pada rumusan Misi-Visi-Nilai. Atas dasar tersebut orang bertindak proaktif, bukan reaktif terhadap tantangan eksternal.

Lima disiplin, yang merupakan kumpulan teori dan teknik yang harus dipelajari dan diterapkan, yang membuat sesuatu organisasi menjadi learning organization (Senge, dalam Zulkifli, 2006), adalah :

1. Personal Mastery : Penguasaan pengetahuan dan keterampilan pada tingkat pribadi sebagai suatu "panggilan" untuk diterapkan didalam pekerjaannya.

2. Mental Model : cara pandang seseorang terhadap diri sendiri dan lingkungannya, yang mempengaruhi sikap dan perilakunya di dalam organisasi, khususnya yang menyangkut manusia, kerja, kerjasama, dan penggunaan hasil kerja.
3. Shared Vision : cara pandang bersama tentang posisi organisasi yang hendak dicapai di masa depan yang jauh.
4. Team Learning : cara belajar bersama para anggota organisasi melalui keterbukaan untuk berpendapat dan berbeda pendapat.
5. System Thinking : cara berfikir yang mengutamakan keseluruhan sistem ketimbang diri dan subsistem sendiri.

C. TINJAUAN KADER POSYANDU

1. Pengertian Kader

Secara umum istilah kader kesehatan yaitu kader-kader yang dipilih oleh masyarakat menjadi penyelenggara Posyandu. Banyak para ahli mengemukakan mengenai pengertian tentang kader kesehatan antara lain:

L. A. Gunawan memberikan batasan tentang kader kesehatan: "*kader kesehatan dinamakan juga promotor kesehatan desa (prokes) adalah tenaga sukarela yang dipilih oleh dari masyarakat dan bertugas mengembangkan masyarakat*".

Direktorat bina peran serta masyarakat Depkes RI memberikan batasan kader:

"Kader posyandu adalah anggota masyarakat yang dipilih dari dan oleh masyarakat setempat yang disetujui dan dibina oleh LKMD, dalam melaksanakan kegiatan bertanggung jawab pada masyarakat melalui LKMD, mau dan mampu bekerja secara sukarela. Sebaiknya dapat membaca dan menulis huruf latin. Masih mempunyai waktu untuk bekerja bagi masyarakat disamping usahanya mencari nafkah".

Kader adalah anggota masyarakat yang dengan sukarela membantu pemerintah dalam melaksanakan program kesehatan ditingkat desa. Merekalah yang merupakan "Jantung" penggerak posyandu sehingga posyandu bisa aktif melaksanakan kegiatannya dalam memberikan pelayanan kepada balita dan ibu hamil.(A. Zukifli, 2006).

2. Tujuan pembentukan kader

Dalam rangka mensukseskan pembangunan nasional, khusus dibidang kesehatan, bentuk pelayanan kesehatan diarahkan pada prinsip bahwa masyarakat bukanlah sebagai objek akan tetapi merupakan subjek dari pembangunan itu sendiri.

Menurut Santoso Karo-Karo, kader yang dinamis dengan pendidikan rata-rata tingkat desa ternyata mampu melaksanakan beberapa hal yang sederhana, akan tetapi berguna bagi masyarakat sekelompoknya meliputi:

- a. Pengobatan/ringan sederhana, pemberian obat cacing pengobatan terhadap diare dan pemberian larutan gula garam, obat-obatan sederhana dan lain-lain.
- b. Penimbangan dan penyuluhan gizi.
- c. Pemberantasan penyakit menular, pencarian kasus, pelaporan vaksinasi, pemberian distribusi obat/alat kontrasepsi KB penyuluhan dalam upaya menanamkan NKKBS.
- d. Penyediaan dan distribusi obat/alat kontrasepsi KB penyuluhan dalam upaya menanamkan NKKBS.
- e. Penyuluhan kesehatan dan bimbingan upaya keberhasilan lingkungan, pembuatan jamban keluarga dan sarana air sederhana.
- f. Penyelenggaraan dana sehat dan pos kesehatan desa dan lain-lain.

Dengan terbentuknya kader kesehatan, pelayanan kesehatan yang selama ini dikerjakan oleh petugas kesehatan saja dapat dibantu oleh masyarakat. Dengan demikian masyarakat bukan hanya merupakan objek pembangunan, tetapi juga merupakan mitra pembangunan itu sendiri. Selanjutnya dengan adanya kader, maka pesan-pesan yang disampaikan dapat diterima dengan sempurna berkat adanya kader, jelaslah bahwa pembentukan kader adalah perwujudan pembangunan dalam bidang kesehatan.

3. Tugas kegiatan kader

Tugas kegiatan kader akan ditentukan, mengingat bahwa pada umumnya kader bukanlah tenaga profesional melainkan hanya membantu

dalam pelayanan kesehatan. Dalam hal ini perlu adanya pembatasan tugas yang diemban, baik menyangkut jumlah maupun jenis pelayanan.

Tugas-tugas pokok kader posyandu yaitu :

a. Tugas Kader sebelum Hari "H" Posyandu :

- 1) Memberi informasi tentang adanya kegiatan Posyandu
- 2) Mempersiapkan alat dan bahan yang diperlukan
- 3) Melakuka pembagian tugas

b. Tugas Kader pada hari "H" Posyandu adalah :

Melaksanakan kegiatan-kegiatan posyandu berupa pendaftaran balita dan ibu hamil, penimbangan berat badan, pencatatan, penyuluhan dan pelayanan kesehatan terhadap kelompok sasaran.

c. Tugas kader setelah hari "H" posyandu :

- 1) Melaksanakan kunjungan rumah
- 2) Menggerakkan masyarakat
- 3) Meningkatkan gizi keluarga dengan pemanfaatan pekarangan
- 4) Membantu petugas kesehatan dalam pendataan dan kegiatan lainnya.

Menurut Depkes RI (2001), peranan kader dalam kegiatan Posyandu antara lain :

- 1) Memberitahukan jadwal kegiatan Posyandu kepada kelompok sasaran Posyandu.

- 2) Melakukan pendaftaran balita, ibu hamil dan pasangan usia subur (PUS)
- 3) Melakukan penimbangan bayi dan balita
- 4) Mencatat hasil penimbangan kedalam KMS
- 5) Melakukan penyuluhan baik perseorangan maupun kelompok
- 6) Menyiapkan dan membagikan makanan tambahan
- 7) Melakukan kunjungan rumah, khususnya ibu hamil, ibu yang mempunyai balita dan PUS untuk menyuluh dan mengingatkan agar rajin setiap bulan datang ke Posyandu.

4. Persyaratan menjadi kader

Bahwa pembangunan dibidang kesehatan dapat dipengaruhi dari keaktifan masyarakat dan pemuka-pemukanya termasuk kader, maka pemilihan calon kader yang akan dilatih perlu mendapat perhatian.

Secara disadari bahwa memilih kader yang merupakan pilihan masyarakat dan mendapat dukungan dari kepala desa setempat kadang-kadang tidak gampang. Namun bagaimanapun proses pemilihan kader ini hendaknya melalui musyawarah dengan masyarakat, sudah barang tentu para pamong desa harus juga mendukung. Dibawah ini salah satu persyaratan umum yang dapat dipertimbangkan untuk pemilihan calon kader :

- a. Dapat baca, tulis dengan bahasa Indonesia
- b. Secara fisik dapat melaksanakan tugas-tugas sebagai kader

- c. Mempunyai penghasilan sendiri dan tinggal tetap di desa yang bersangkutan.
- d. Aktif dalam kegiatan-kegiatan sosial maupun pembangunan desanya
- e. Dikenal masyarakat dan dapat bekerjasama dengan masyarakat calon kader lainnya dan berwibawa
- f. Sanggup membina paling sedik 10 KK untuk meningkatkan keadaan kesehatan lingkungan
- g. Diutamakan telah mengikuti KPD atau mempunyai keterampilan.

Dr. Ida Bagus, mempunyai pendapat lain mengenai persyaratan bagi seorang kader antara lain:

- 1) Berasal dari masyarakat setempat.
- 2) Tinggal di desa tersebut.
- 3) Tidak sering meninggalkan tempat untuk waktu yang lama.
- 4) Diterima oleh masyarakat setempat.
- 5) Masih cukup waktu bekerja untuk masyarakat disamping mencari nafkah lain.
- 6) Sebaiknya yang bisa baca tulis.

Dari persyaratan-persyaratan yang diutamakan oleh beberapa ahli diatas dapatlah disimpulkan bahwa kriteria pemilihan kader kesehatan antara lain, sanggup bekerja secara sukarela, mendapat kepercayaan dari masyarakat serta mempunyai kredibilitas yang baik dimana perilakunya menjadi panutan

masyarakat, memiliki jiwa pengabdian yang tinggi, mempunyai penghasilan tetap, pandai baca tulis, sanggup membina masyarakat sekitarnya.

Kader kesehatan 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.

D. TINJAUAN PARTISIPATIF KADER

Partisipasi kader adalah keikutsertaan kader dalam suatu kegiatan kelompok, masyarakat atau pemerintah (Depkes RI, 1999). Peran kader secara umum yaitu melaksanakan kegiatan pelayanan kesehatan bersama dalam rangka meningkatkan kesehatan masyarakat. Partisipasi kader didalam kegiatan Posyandu dapat dibagi dalam beberapa tingkat :

b. Pemakai atau pengguna

Pelaksanaan kegiatan Posyandu memerlukan alat-lat yang diperlukan seperti dacin, sehingga dalam hal ini kader mempunyai hak untuk menggunakan alat-alat tersebut saat melakukan penimbangan balita.

c. Pelaksanaan

Pelaksanaan kegiatan posyandu ada sebagian kader yang ikut membantu dalam kegiatan posyandu (seperti penimbangan) tetapi tidak tersedia ikut

dalam kegiatan lainnya, seperti pertemuan kegiatan Posyanu. Kader seperti ini sudah berpartisipasi tetapi dalam tingkat pelaksanaan.

d. Pengelola

Tingkat partisipasi yang dilakukan sudah lebih tinggi lagi karena yang bersangkutan ikut aktif dalam berbagai kegiatan bukan hanya dalam pelaksanaan tetapi juga hal-hal lain yang bersifat pengelolaan, seperti merencanakan kegiatan, pencatatan dan pelaporan, pertemuan kader dan sebagainya.

Faktor-faktor yang mempengaruhi partisipasi kader yaitu :

1. Faktor masyarakat pada umumnya

a. Manfaat kegiatan yang dilakukan

Jika kegiatan yang diselenggarakan memberikan manfaat yang nyata dan jelas bagi kader maka kesediaan kader untuk berpartisipasi menjadi lebih besar.

b. Adanya kesempatan untuk berperan serta

Kesediaan berpartisipasi dan kader juga dipengaruhi oleh adanya kesempatan atau ajakan untuk berpartisipasi dan kader melihat bahwa memang ada hal-hal yang berguna dalam kegiatan itu.

c. Memiliki keterampilan tertentu yang bisa disumbangkan jika kegiatan yang dilaksanakan membuktikan orang-orang dengan memiliki keterampilan tertentu, maka hal ini akan menarik bagi orang-orang yang memiliki keterampilan tersebut, untuk ikut berpartisipasi.

d. Rasa memiliki

Rasa memiliki suatu kegiatan akan tumbuh jika sejak awal kegiatan masyarakat sudah diikutsertakan. Jika rasa memiliki bisa itumbuhkan dengan baik, maka partisipasi kader dalam kegiatan di desa akan dapat dilestarikan.

2. Faktor tokoh masyarakat

Jika dalam kegiatan yang diselenggarakan masyarakat melihat bahwa tokoh-tokoh masyarakat yang disegani ikut serta maka mereka akan tertarik juga untuk berpartisipasi.

3. Faktor petugas

Petugas yang memiliki sikap yang baik seperti akrab dengan masyarakat, menunjukkan perhatian kepada kegiatan masyarakat dan mampu menekati para tokoh masyarakat untuk berpartisipasi. (Depkes RI, 1999).

Evaluasi merupakan suatu kegiatan yang bertujuan untuk menilai hasil dari program yang dilaksanakan, karena dengan evaluasi akan diperoleh umpan balik terhadap program atau pelaksanaan kegiatan. Tanpa adanya evaluasi sulit rasanya untuk mengetahui sejauh mana tujuan-tujuan yang direncanakan itu telah mencapai tujuan atau belum. (Notoatmojo, dalam Iman Firyadi, 2008).

Partisipatif kader posyandu adalah keikutsertaan kader posyandu dalam kegiatan posyandu dimana disetiap posyandu partisipatif adalah 5 orang dengan kader yang aktif rata-rata 4-5 orang. Departemen Kesehatan Republik Indonesia 1990, bahwa jumlah tenaga yang dibutuhkan dalam pelayanan

posyandu untuk melaksanakan kegiatannya dengan baik, adalah minimal sebanyak 4 – 5 orang.

Berdasarkan Riskesda 2007 keaktifan kader dalam 1 tahun yaitu aktif minimal 8 kali dalam 12 kali penimbangan. Keaktifan kader dalam triwulan adalah keaktifan kader minimal 2 kali aktif dalam penimbangan di posyandu.

Keaktifan kader 3 bulan pasca intervensi dinilai dengan melihat berapa kali kader aktif dalam 3 bulan pasca intervensi. Dimana dikatakan aktif bila kader aktif dalam kegiatan posyandu 2-3 kali dan kurang aktif bila kader tidak hadir 2 kali dalam 3 bulan pasca intervensi. Dan keaktifan kader tersebut di analisis crosstab dengan karakteristik kader.

Efek LO pengetahuan kader posyandu tentang kapan pertama kali bayi diberikan ASI yaitu kader mengetahui bahwa sesaat setelah melahirkan langsung di berikan ASI. Dimana untuk mengetahui bagaimana pengaruh LO pasca intervensi berapa peningkatan pengetahuan kader bahwa pemberian ASI sesaat setelah melahirkan yang di analisis Crosstab untuk melihat berapa persen pengaruhnya LO.

Kader aktif adalah kader yang selalu hadir dalam setiap pelayanan posyandu dan memberikan penyuluhan kepada masyarakat dalam berbagai kesempatan. Dengan kader aktif akan banyak anggota masyarakat mengerti manfaat Posyandu, sehingga mereka senantiasa berupaya hadir di Posyandu.

Kader sebagai anggota masyarakat adalah penghubung yang tepat antara fasilitas pelayanan pemerintah dengan kebutuhan masyarakat. Mengingat pentingnya peranan kader yang dipengaruhi beberapa factor salah satunya determinan keaktifan kader yang dapat dilihat dari segi karakteristik kader maka dalam penelitian ini akan dikaji studi tentang karakteristik kader yang berpengaruh terhadap keaktifan kader yaitu dengan melihat dari segi umur kader, pendidikan kader, status pekerjaan kader, pelatihan kader, status kawin kader, penghargaan terhadap kader, lama tugas kader, dan imbalan/insentif.

Karakteristik kader tersebut dianalisis crosstab dengan keaktifan kader selama 3 bulan pasca intervensi. Sehingga dapat dilihat apakah karakteristik kader tersebut merupakan faktor penghambat atau pendukung keaktifan kader dalam kegiatan posyandu.

BAB III

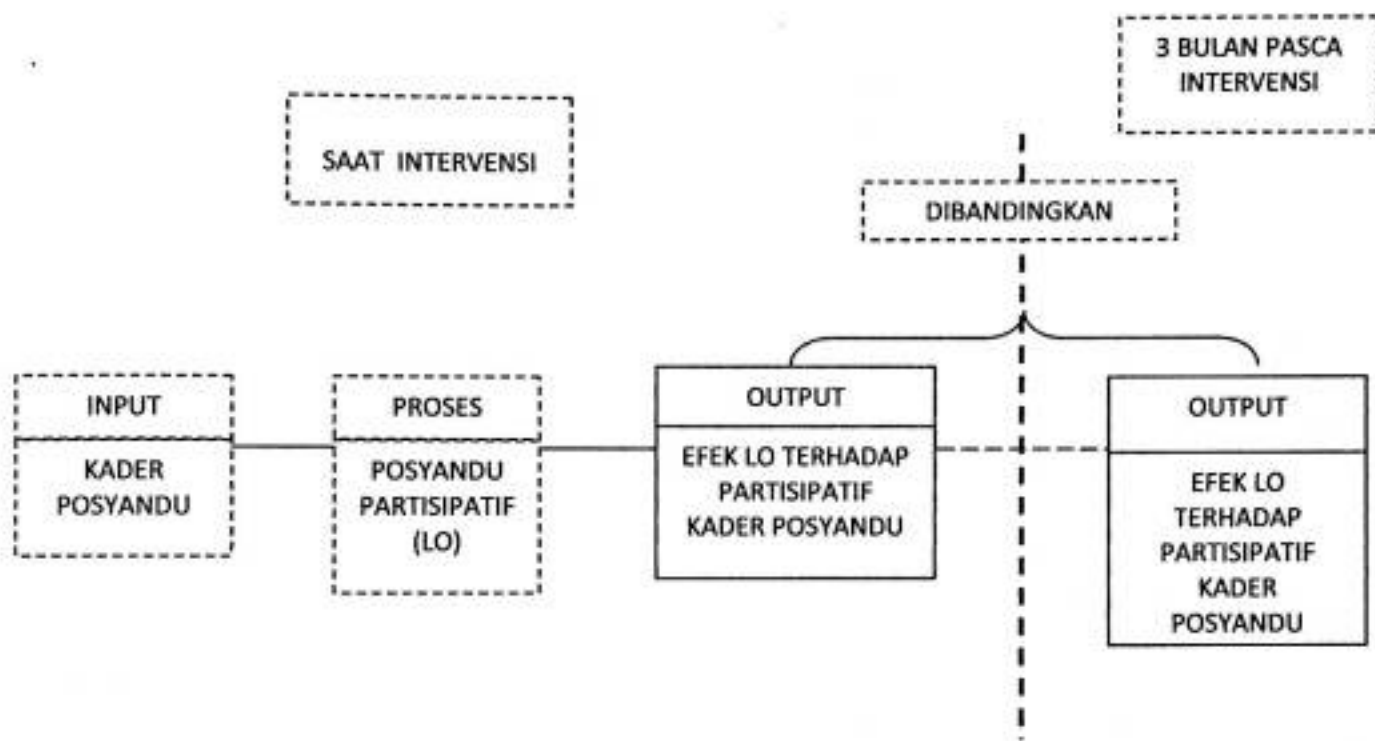
KERANGKA KONSEP

A. Dasar Pemikiran Variabel Yang diteliti

Kader aktif adalah kader yang selalu hadir dalam setiap pelayanan posyandu dan memberikan penyuluhan kepada masyarakat dalam berbagai kesempatan. Dengan kader aktif akan banyak anggota masyarakat mengerti manfaat Posyandu, sehingga mereka senantiasa berupaya hadir di Posyandu. Kader sebagai anggota masyarakat adalah penghubung yang tepat antara fasilitas pelayanan pemerintah dengan kebutuhan masyarakat. Mengingat pentingnya peranan kader yang dipengaruhi beberapa factor salah satunya determinan keaktifan kader yang dapat dilihat dari segi karakteristik kader maka dalam penelitian ini akan dikaji studi tentang karakteristik kader yang berpengaruh terhadap keaktifan kader yaitu dengan melihat dari segi umur kader, pendidikan kader, status pekerjaan kader, pelatihan kader, status kawin kader, penghargaan terhadap kader, lama tugas kader, dan imbalan/insentif.

Dan output intervensi LO yang dilakukan pada posyandu partisipatif terhadap kader yaitu jumlah kader terdaftar di Posyandu, jumlah kader aktif, tingkat pengetahuan kader kapan pertama kali bayi disusui (diberi ASI).

B. Kerangka Kerja



Keterangan :

Variabel yang diteliti

Variabel yang tidak diteliti

C. Kerangka Konsep

PASCA INTERVENSI

INPUT

Karakteristik Kader :

1. Umur Kader
2. Pendidikan kader
3. Status pekerjaan kader
4. Pelatihan kader
5. Status kawin kader
6. Penghargaan terhadap kader
7. Lama tugas kader
8. imbalan

OUT PUT

Efek LO terhadap Partisipasi Kader

1. Jml Kader terdaftar pasca intervensi
2. Jml Kader aktif pasca intervensi
3. Peningkatan Pengetahuan Kader kapan pertama bayi diberi ASI pasca intrvensi

D. Defenisi Operasional dan Kriteria Penilaian Obyektif

I. Efek LO terhadap partisipatif kader posyandu pasca intervensi

1) Peningkatan jumlah Kader yang terdaftar di Posyandu

Adalah jumlah kader yang terdaftar di posyandu dan dinilai berdasarkan proporsi jumlah kader yang terdaftar lengkap (5 orang) di posyandu selama 3 bulan terakhir pasca intervensi.

Kategori Obyektif:

Lengkap : Bila kader yang terdaftar 5 orang

Kurang : Bila kader yang terdaftar < 5 orang

2) Peningkatan Jumlah Kader Yang Aktif di Posyandu

Adalah jumlah kader yang aktif yang hadir dalam setiap pelayanan di Posyandu.

Kategori Obyektif:

Aktif : Bila kader aktif rata-rata 4 – 5 org

Kurang : Bila kader aktif rata-rata 2 – 3 org

Departemen Kesehatan Republik Indonesia 1990, bahwa jumlah tenaga yang dibutuhkan dalam pelayanan posyandu untuk melaksanakan kegiatannya dengan baik, adalah minimal sebanyak 4 – 5 orang.

Evaluasi rata-rata keaktifan kader dalam 3 bulan ke posyandu

Kategori Obyektif:

Aktif : Bila kader ≥ 2 kali aktif dalam kegiatan posyandu

Kurang : Bila kader < 2 kali tidak aktif dalam kegiatan posyandu

3) Tingkat Pengetahuan Kader Kader kapan pertama kali bayi disusui

Adalah peningkatan pengetahuan kader tentang waktu pertama kali anak sebaiknya diberikan ASI (bayi disusui).

Kriterian Obyektif :

Tahu : Bila kader tahu sesaat setelah melahirkan harus segera diberikan ASI .

Tidak Tahu : Bila kader tidak tahu sesaat setelah melahirkan harus segera diberikan ASI.

II. Determinan Keaktifan Kader

Variable determinan keaktifan kader adalah karakteristik kader yang mempengaruhi partisipasi kader aktif dalam kegiatan posyandu yaitu dilihat dari segi :

1) Umur Kader

Umur Kader adalah Usia kader dengan menghitung ulang tahun terakhir pada saat dilakukan survei yang dinyatakan dengan tahun.

Kategori Obyektif :

Usia Produktif : usia 15 – 45 tahun

Usia tidak produktif : > 15 tahun atau >45 tahun.

2) Pendidikan Kader

Pendidikan Kader adalah Jenjang sekolah formal terakhir yang pernah dijalani informan. Atau lama tahun sekolah yang dikonversi kejenjang pendidikan.

Kategori Obyektif:

Tinggi : SLTA - PT

Rendah : SD - SLTP

3) Status Pekerjaan Kader

Status Pekerjaan Kader adalah aktifitas atau kegiatan kader selain kegiatan sebagai kader dan kegiatan tersebut bernilai ekonomi atau mendapatkan kompensasi berupa imbalan,

Kategori Obyektif :

Bekerja : Bila bekerja ada nilai ekonomi atau imbalan.

Tidak bekerja : Bila bekerja tidak ada nilai ekonomi atau imbalan.

4) Pelatihan Kader

Pelatihan Kader adalah Pelatihan atau training untuk memperoleh atau meningkatkan pengetahuan dan keterampilan.

Kriteria Obyektif:

Pernah : bila dalam 1 tahun terakhir pernah mengikuti pelatihan

Tidak Pernah : Bila dalam 1 tahun terakhir tidak pernah mengikuti pelatihan.

5) Status Kawin Kader

Status kawin kader adalah status perkawinan kader yang dinilai berdasarkan pernah tidaknya kader kawin/menikah dan dinilai pengaruhnya terhadap keaktifan kader.

6) Penghargaan Terhadap Kader

Penghargaan terhadap kader adalah bentuk penghargaan (reward) yang pernah diterima oleh kader dan terkait dengan fungsinya sebagai kader posyandu, penghargaan tersebut dapat terbentuk piagam dan hadiah berupa barang.

Kriteria Obyektif :

Pernah : Bila kader pernah kader mendapatkan penghargaan

Tidak : Bila kader tidak pernah mendapatkan penghargaan.

7) Lama Tugas Kader

Lama tugas kader adalah lamanya kader bertugas sebagai kader posyandu.

Kriteria Obyektif :

Lama : Jika setahun keatas bertugas sebagai kader

Baru : Jika belum setahun bertugas sebagai kader posyandu

8) Insentif Kader

Insentif adalah keinginan kader untuk mendapatkan imbalan/insentif.

Kriteria Obyektif :

Mau : Bila kader mengharap insentif dalam kegiatan posyandu

Tidak : Bila kader tidak mengharap insentif

BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan metode penelitian survey evaluative yang bersifat deskriptif. Yang bertujuan untuk mengevaluasi ulang peningkatan keaktifan kader dan pengetahuan kader pada posyandu partisipatif dengan pendekatan LO pasca intervensi apa masih konsisten pada intervensi yang diberikan.

B. Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian ini akan dilaksanakan selama ± 1 bulan yaitu pada bulan Februari 2010 di Kabupaten Bone Kecamatan Lappariaja di 4 (empat) desa dengan 4 posyandu. Atas dasar pertimbangan bahwa di daerah tersebut telah dilakukan pembentukan posyandu partisipatif dengan pendekatan LO tahun 2009. Dan lokasi penelitian adalah Desa Waekecce, Desa Ujung Lamuru, Desa Bengo dan Desa Selli.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah Kader Posyandu yang telah di intervensi Partisipatif yang dibangun dengan pendekatan Learning Organization di Kab. Bone Kecamatan Lapri tahun 2009.

2. Sampel

Sebagai sampel dalam penelitian ini adalah 20 kader yang telah diintervensi LO pada posyandu partisipasi di Kab. Bone Kec. Lappariaja tahun 2009.

D. Prosedur Penelitian

1. Pengumpulan Data

Data yang dikumpulkan dalam penelitian ini terdiri dari data primer dan data sekunder yaitu :

- a. Data primer diambil dengan menggunakan kuesioner yang sama saat intervensi berupa jumlah kader terdaftar dan aktif pasca diberikan intervensi, serta melihat tingkatan pengetahuan kader kapan pertama kali bayi diberi ASI pasca diberikan intervensi.
- b. Data sekunder diambil dari hasil saat intervensi yaitu post test kader hasil intervensi. Dan data sekunder mengenai gambaran umum daerah intervensi posyandu partisipatif pendekatan LO yang diambil dari kantor kecamatan.

2. Pengolahan Dan Analisis Data

Data input berupa karakteristik kader, yang telah diperoleh dilapangan kemudian di cari rata-ratanya dan dibandingkan dengan data hasil intervensi pada saat intervensi ditabulasi dengan cara analysis crostab menggunakan SPSS 12. Dan data Out put jumlah kader terdaftar dan aktif dalam kegiatan di posyandu serta pengetahuan kader yang dalam 3 bulan pasca intervensi yang

diperoleh dari lapangan berdasarkan wawancara dan kuesioner kemudian dicari rata-ratanya dan dibandingkan dengan data hasil intervensi kemudian dianalisis Crostab SPSS 12.

E. Instrumen Penelitian

1. Kuesioner dan wawancara
2. Buku registrasi posyandu (SIP)
3. Komputer SPSS versi 12.

BAB V

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. HASIL

Penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 25 Pebruari sampai 5 Maret 2010 di Kecamatan Lappariaja dan Kecamatan Bengo Kabupaten Bone Propinsi Sulawesi Selatan. Sampel dalam penelitian ini adalah semua kader posyandu yang telah di intervensi partisipatif dengan pendekatan LO yang ada di Kecamatan Lappariaja dan Kecamatan Bengo. Maka diperoleh data sebagai berikut :

1. Gambaran Umum Daerah Posyandu Partisipatif yang di Intervensi

Kabupaten Bone adalah salah satu Kabupaten dari 24 Kabupaten di Sulawesi Selatan, terletak di sebelah timur ibukota Propinsi Sulawesi Selatan dengan Luas Wilayah 4.559 Km² dan secara administrasi pemerintahan terbagi atas 27 Kecamatan dengan 372 desa/kelurahan, dengan batas wilayah:

- Sebelah Utara berbatasan dengan Kabupaten Wajo dan Soppeng
- Sebelah Selatan Berbatasan dengan Kabupaten Sinjai
- Sebelah Timur berbatasan dengan Teluk Bone
- Sebelah Barat berbatasan dengan Kabupaten Maros, Pangkep

Dari 27 kecamatan di kabupaten Bone daerah yang terpilih di intervensi adalah kecamatan Lappariaja dan Kecamatan Bengo. Dan daerah

perlakuan intervensi hanya 4 desa dan 4 posyandu yang di intervensi pendampingan dan pelatihan dengan pendekatan LO.

a. Kecamatan Lappariaja

Kecamatan Lappariaja termasuk dalam wilayah Kabupaten Bone Propinsi Sulawesi Selatan, dengan batas wilayah sebagai berikut sebelah utara berbatasan dengan kecamatan Lamuru, sebelah Timur berbatasan dengan kecamatan Bengo, sebelah selatan berbatasan kecamatan Libureng dan sebelah barat berbatasan dengan kabupaten Maros.

Luas Wilayah Kecamatan Lappariaja 138 km² yang terbagi menjadi 9 desa/kelurahan dengan jumlah penduduk sebanyak 22,421 orang. Selengkapnya dapat dilihat pada tabel 2 dibawah ini.

Tabel 2.
Luas Wilayah dan Jumlah Penduduk Kecamatan Lappariaja Kabupaten Bone Propinsi Sulawesi Selatan Desember 2010.

Kecamatan	Desa/Kelurahan	Luas Wilayah (km2)	Jumlah Penduduk
LAPPARIAJA	1 Matampawalie	15.8	2384
	2 Liliriattang	23	3057
	3 Sengengpalie	16	2743
	4 Tenripakkua	13.84	2259
	5 Patangkai	14.75	2735
	6 Ujung lamuru	13.25	2586
	7 Pattuku limpoe	14.16	2666
	8 Waekecce	13	2261
	9 Tonronge	14.2	1730
	Jumlah	138	22,421

Sumber : Data sekunder Desember 2008

Dari 9 desa dikecamatan Lappariaja yang terpilih di intervensi hanya 2 desa yaitu desa Ujung Lamuru dan Waekece'e. Dan Posyandu yang terpilih didesa Waekece'e adalah Posyandu Mawar I. Sedangkan di desa Ujung Lamuru posyandu yang di intervensi adalah Posyandu Mawar Ujung.

b. Kecamatan Bengo

Kecamatan Bengo juga termasuk dalam wilayah Kabupaten Bone Propinsi Sulawesi Selatan, dengan batas wilayah sebelah utara berbatasan dengan kecamatan Ulaweng, sebelah Timur dan Selatan berbatasan dengan kecamatan Ponre, serta sebelah barat berbatasan dengan Kecmatan Lappariaja.

Luas Wilayah Kecamatan Lappariaja 164 km² yang terbagi menjadi 9 Desa/Kelurahan dengan jumlah penduduk sebanyak 36,023 orang. Selengkapnya dapat dilihat pada tabel 3 berikut ini :

Tabel 3.
Luas Wilayah dan Jumlah Penduduk Kecamatan Bengo Kabupaten Bone Propinsi Sulawesi Selatan Desember 2010.

Kecamatan	Desa/Kelurahan		Luas Wilayah (km ²)	Jumlah Penduduk
BENGO	1	Samaenre	21	3371
	2	Tungke	19.95	3237
	3	Selli	26	14153
	4	Bengo	15	2611
	5	Mattaropuli	19.33	2414
	6	Liliriawang	31	4564
	7	Walimpong	13.05	2461
	8	Bulu allaporenge	11	1703
	9	Mattirowali	7.67	1509
			164	36,023

Sumber : Data sekunder Desember 2008

Yang dimaksud posyandu partisipatif disini adalah posyandu yang telah diberikan perlakuan berupa intervensi melalui pendampingan dan pelatihan dengan pendekatan Learning Organization pada bulan September-Nopember 2009 dikecamatan Lappariaja dan Kecamatan Bengo Kabupaten Bone Propinsi Sulawesi Selatan.

Intervensi dilakukan oleh oleh Pusat Studi Gizi Pangan dan Kesehatan Universitas Hasanuddin. Dari 18 posyandu di Kecamatan lappariaja wilayah kerja Puskesmas Lappariaja terpilih 2 posyandu yang di intervensi yaitu Posyandu Mawar Ujung di desa Ujung Lamuru dan Posyandu Mawar I di desa Waekecee. Sedangkan di Kecamatan Bengo, dari 20 posyandu juga terpilih 2 posyandu yaitu posyandu Asoka I di desa Selli dan Posyandu Mawar II di desa Bengo yang berada di wilayah kerja Puskesmas Koppe. Nama posyandu partisipatif lebih lengkapnya dapat dilihat pada tabel 4 berikut :

Tabel 4.
Posyandu Partisipatif yang ada di Kecamatan Lappariaja dan Kecamatan Bengo Tahun 2010.

No.	Nama Posyandu	Dusun	Desa	Kecamatan
1	Asoka I	Libureng	Selli	Bengo
2	Mawar I	Bulu Kassa 2	Waekecee	Lappariaja
3	Mawar Ujung	Ujung Lamuru	Ujung Lamuru	Lappariaja
4	Mawar II	Gemmi	Bengo	Bengo

Sumber : Data Primer terolah 2010

2. Jumlah Kader Yang Terdaftar di Posyandu 3 bulan pasca intervensi

Tabel 5.

Distribusi jumlah kader terdaftar di posyandu pada hasil intervensi dan pasca intervensi Posyandu Partisipatif di Kecamatan Lappariaja dan Kecamatan Bengo tahun 2010.

Kader	Saat		3 Bulan Pasca Intervensi						Ket
	Intervensi		Des 2009		Jan 2010		Feb 2010		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Asoka I	5	100.0	5	100.0	5	100.0	5	100.0	K
Mawar II	5	100.0	5	100.0	5	100.0	5	100.0	K
Mawar I	5	100.0	5	100.0	5	100.0	5	100.0	K
Mawar Ujung	5	100.0	5	100.0	5	100.0	5	100.0	K
Total	20	100.0	20	100.0	20	100.0	20	100.0	K

Sumber : Data Primer Terolah, 2010

Berdasarkan tabel diatas menunjukkan bahwa jumlah kader yang terdaftar pada saat intervensi sejumlah 5 kader disetiap posyandu dan pada pasca intervensi 3 bulan terakhir tetap konsisten (K) 20 orang (5 kader setiap posyandu). Ini menggambarkan bahwa kader yang telah di bentuk/latih pada saat intervensi masih lengkap tetap konsisten dengan perlakuan yang dilaksanakan yaitu terdaftar 5 kader di setiap posyandu dan tetap dengan kader yang sama pada saat intervensi.

3. Gambaran Keaktifan Kader Posyandu Intervensi Pasca Intervensi

Tabel 6.

Distribusi rata-rata keaktifan kader 3 bulan terakhir pasca intervensi Posyandu Partisipatif di Kecamatan Lappariaja dan Bengo tahun 2010.

No	Keaktifan kader Posyandu	Keaktifan kader 3 bulan terakhir Pasca Intervensi						Rata-rata kader aktif	
		Des 2009		Jan 2010		Peb 2010			
		n	%	n	%	n	%	n	%
1.	Asoka I								
	Aktif	4	80.0	5	100.0	5	100.0	5	100.0
	Tdk Aktif	1	20.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
2	Mawar II								
	Aktif	4	80.0	4	80.0	3	60.0	3	60.0
	Tdk Aktif	1	20.0	1	20.0	2	40.0	2	40.0
3	Mawar I								
	Aktif	4	80.0	4	80.0	4	80.0	4	80.0
	Tdk Aktif	1	20.0	1	20.0	1	20.0	1	20.0
4	Mawar Ujung								
	Aktif	5	100.0	5	100.0	5	100.0	5	100.0
	Tdk Aktif	0	100.0	0	100.0	0	100.0	0	0.0

Sumber : Data Primer Terolah, 2010

Berdasarkan tabel diatas menunjukkan bahwa partisipasi kader aktif di posyandu rata-rata 4 – 5 kader kecuali posyandu mawar yang kurang aktif. Jadi posyandu yang tetap konsisten partisipasi kader aktif adalah posyandu Mawar I. Asoka I dan Posyandu Mawar Ujung. Dan tabel tersebut juga

menggambarkan bahwa posyandu Mawar Ujung yang paling aktif Partisipasi kadernya dimana tetap konsisten selama 3 bulan terakhir kader aktif 5 orang setiap jadwal kegiatan posyandu. Dan pada bulan Pebruari 2010 sebagian besar kader konsisten ke posyandu dimana posyandu Asoka 1, Mawar 1 dan posyandu Mawar ujung semua kadernya aktif ke posyandu 5 kader kecuali posyandu Mawar II kader yang aktif hanya 3 orang.

Tabel 7.
Distribusi Rata-rata Keaktifan kader pasca intervensi 3 bulan terakhir di
Posyandu Partisipatif di Kecamatan Lappariaja dan Bengo tahun 2010.

No	Nama Posyandu	Nama kader Posyandu	Keaktifan kader Saat Intervensi	Keaktifan kader Pasca Intervensi			Rata-rata keaktifan kader
				Des 2009	Jan 2010	Feb2010	
1.	Asoka 1	Ny. Jmt	Aktif	Aktif	Aktif	Aktif	Aktif
2		Ny. Rhm	Aktif	Aktif	Aktif	Aktif	Aktif
3		Nn. Drm	Aktif	Aktif	Aktif	Aktif	Aktif
4		Ny. Sgti	Aktif	Aktif	TdkAktif	Aktif	Aktif
5		Ny. Jht	Aktif	Aktif	Aktif	Aktif	Aktif
6	Mawar II	Ny. Mer	Aktif	Aktif	TdkAktif	TdkAktif	Tdk Aktif
7		Nn. Mir	Aktif	Aktif	Aktif	Aktif	Aktif
8		Ny. Nir	Aktif	Aktif	Aktif	Aktif	Aktif
9		Ny. Lsn	Aktif	Aktif	Aktif	Aktif	Aktif
10		Ny. Dna	Tdk Aktif	TdkAktif	Aktif	TdkAktif	Tdk Aktif
11	Mawar I	Ny. Rsw	Aktif	Aktif	Aktif	Aktif	Aktif
12		Ny. Hj. Mrw	Aktif	TdkAktif	TdkAktif	TdkAktif	Tdk Aktif
13		Ny. Nrmy	Aktif	Aktif	Aktif	Aktif	Aktif
14		Ny. Nrni	Aktif	Aktif	Aktif	Aktif	Aktif
15		Ny. Hsm	Tdk Aktif	Aktif	Aktif	Aktif	Aktif
16	Mawar Ujung	Ny. Asm	Aktif	Aktif	Aktif	Aktif	Aktif
17		Ny. Hrln	Aktif	Aktif	Aktif	Aktif	Aktif
18		Ny. Ros	Aktif	Aktif	Aktif	Aktif	Aktif
19		Ny. Njn	Aktif	Aktif	Aktif	Aktif	Aktif
20		Ny. Msr	Aktif	Aktif	Aktif	Aktif	Aktif

Sumber : Data Primer Terolah, 2010

Dari tabel 7. menggambarkan bahwa di Posyandu Asoka I, kader Ibu Sugianti aktif pada saat intervensi dan pada 3 bulan pasca intervensi aktif pada bulan Desember, tidak aktif bulan januari dan aktif lagi pada bulan

februari, jadi kader tersebut dalam 3 bulan pasca intervensi di kategorikan aktif karena rata-rata keaktifan kader ≥ 2 kali aktif dalam 3 bulan. Pada posyandu Mawar II, ada 2 (dua) kader yang tidak aktif yaitu kader Ibu Mer yang aktif pada saat intervensi dan 3 bulan pasca intervensi bulan desember aktif dan bulan januari-februari tidak aktif, sehingga kader tersebut dikategorikan tidak aktif pasca intervensi karena rata-rata keaktifannya < 2 kali aktif dalam 3 bulan pasca intervensi. Sedangkan kader ibu Dna, pada saat intervensi memang tidak aktif dan 3 bulan pasca intervensi bulan desember juga tidak aktif, bulan januari kembali aktif dan bulan februari tidak aktif lagi, jadi ibu Dna di kategorikan tidak aktif karena rata-rata keaktifannya < 2 kali dalam 3 bulan pasca intervensi. Pada posyandu Mawar I, kader Ibu Hj.Mrw aktif pada saat intervensi dan 3 bulan pasca intervensi tidak aktif selama 3 bulan sehingga dikategorikan tidak aktif. Sedangkan ibu kader Hsm dari posyandu Mawar I yang tidak aktif pada saat intervensi dan 3 bulan pasca intervensi aktif dalam 3 bulan jadi di kategorikan aktif.

Dari tabel tersebut menjelaskan bahwa sebanyak 20 responden rata-rata keaktifan kader pada saat intervensi ada 2 kader yang kurang aktif yaitu ibu Dna dari Posyandu Mawar II desa Bengo dan ibu Hsm dari posyandu Mawar I desa Waekece'e. Dan pada pasca intervensi meningkat kader yang kurang aktif 3 orang yaitu tetap ibu Mer, ibu Dna dan yang baru kurang aktif pasca intervensi Ibu Hj. Mrw.

Ketidakaktifan kader tersebut di sebabkan karena adanya kesibukan kader tersebut dalam 3 bulan terakhir tapi kader yang kurang aktif tersebut tetap masih mau jadi kader dan akan aktif setelah tidak ada kesibukannya lagi.

Berdasarkan hasil penelitian ditemukan rata-rata kader yang terdaftar disetiap posyandu partisipatif adalah 5 orang dengan kader yang aktif rata-rata 4-5 orang. Keadaan ini sesuai dengan yang dikemukakan oleh Departemen Kesehatan Republik Indonesia 1990, bahwa jumlah tenaga yang dibutuhkan dalam pelayanan posyandu untuk melaksanakan kegiatannya dengan baik, adalah minimal sebanyak 4 – 5 orang. Ini berarti bahwa setiap posyandu partisipatif yang ada di kecamatan Lappariaja dan kecamatan Bengo dapat melaksanakan kegiatan posyandu dengan baik kecuali posyandu Mawar II yang keaktifan kader dalam kegiatan posyandu rata-rata 3-4 org.

Tabel 8.
 Distribusi keaktifan kader di Posyandu Partisipatif saat intervensi dan
 3 bulan pasca intervensi Posyandu Partisipatif di Kecamatan
 Lappariaja dan Bengo tahun 2010.

No	Keaktifan kader Posyandu	Saat Intervensi		3 bulan Pasca Intervensi					
		n	%	Des 2009		Jan 2010		Feb 2010	
				n	%	n	%	n	%
1.	Asoka I	5	100.0	4	80.0	5	100.0	5	100.0
2	Mawar I	4	80.0	4	80.0	4	80.0	4	80.0
3	Mawar II	4	80.0	4	80.0	4	80.0	3	60.0
4	Mawar Ujung	5	100.0	5	100.0	5	100.0	5	100.0
	Total	18	90.0	17	85.0	18	90.0	17	85.0

Sumber : Data Primer Terolah, 2010

Berdasarkan tabel diatas menggambarkan bahwa keaktifan kader (90%) pada saat intervensi di semua posyandu patisipatif rata-rata keaktifan kader 4 – 5 kader, dimana ada 2 kader yang tidak aktif. Sedangkan keaktifan kader pasca intervensi pada bulan pertama keaktifan kader (85%), yaitu ada 3 kader yang tidak aktif. Pada bulan kedua pasca intervensi keaktifan (90%), ada 2 kader yang tidak aktif. Bulan ketiga pasca intervensi keaktifan kader (85%) yaitu ada 3 kader yang tidak aktif.

Dari hasil penelitian ini menggambarkan keaktifan kader fluktuatif normal pada 3 bulan pasca intervensi ada 3 posyandu yaitu posyandu Asoka I, Mawar I, Mawar Ujung dimana rata-rata kader yang aktif 4 – 5 orang pada

kegiatan posyandu. Sedangkan posyandu Mawar II keaktifan kader fluktuatif tidak normal pada 3 bulan pasca intervensi dimana rata-rata keaktifan kader ke posyandu 3 – 4 orang.

Tabel 9.
Distribusi rata-rata keaktifan kader di Posyandu Partisipatif saat intervensi dan pasca intervensi Posyandu Partisipatif di Kecamatan Lappariaja dan Bengo tahun 2010.

No	Keaktifan kader Posyandu	Saat Intervensi		Pasca Intervensi	
		n	%	n	%
1.	Asoka I				
	Aktif	5	100.0	5	100.0
	Tdk Aktif	0	0.0	0	0.0
2	Mawar II				
	Aktif	4	80.0	3	60.0
	Tdk Aktif	1	20.0	2	40.0
3	Mawar I				
	Aktif	4	80.0	4	80.0
	Tdk Aktif	1	20.0	1	20.0
4	Mawar Ujung				
	Aktif	5	100.0	5	100.0
	Tdk Aktif	0	100.0	0	0.0

Sumber : Data Primer Terolah, 2010

Berdasarkan tabel diatas menjelaskan bahwa rata-rata keaktifan kader saat intervensi (90%) menurun pada pasca intervensi (85%) yaitu sebesar 5 persen. Dimana posyandu Mawar II keaktifan kader semakin menurun pasca intervensi.

4. Peningkatan Pengetahuan Kader Kapan Pertama Kali Bayi di Berikan ASI, Pasca Intervensi

Tabel 10.
Distribusi Peningkatan Pengetahuan kader Posyandu Partisipatif yang ada di Kecamatan Lappariaja dan Bengo tahun 2010.

No	Pengetahuan kader kapan pertama kali bayi diberikan ASI	Saat Intervensi		Pasca Intervensi	
		n	%	n	%
1	Tahu	18	90.0	20	100.0
2	Tidak Tahu	2	10.0	0	0.0
	Total	20	100.0	20	100.0

Sumber : Data Primer Terolah, 2010

Berdasarkan tabel menunjukkan bahwa dari 20 kader posyandu pasca intervensi, pengetahuan kader kapan bayi diberikan ASI pertama kali adalah semua kader pasyandu telah mengetahui kapan pertamakali bayi diberikan ASI (100%), meningkat 10% dari hasil intervensi tahun 2009.

5. Karakteristik Kader Posyandu dengan keaktifan kader pasca intervensi

Tabel 11.

Analisis beberapa faktor yang berhubungan dengan keaktifan kader Pasca Intervensi Partisipatif di Kecamatan Lappariaja tahun 2010.

No	Determinan	Keaktifan Saat Intervensi				Keaktifan Pasca Intervensi			
		Aktif		Kurang		Aktif		Kurang	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1	Umur								
	Produktif	18	90.0	2	10.0	17	85.0	3	15.0
	Tdk Produktif	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
2	Pendidikan								
	Tinggi	12	100.0	0	0.0	11	91.67	1	8.33
	Rendah	6	75.0	2	25.0	6	75.0	2	25.0
3	Pekerjaan								
	Bekerja	3	100.0	0	0.0	3	100.0	0	0.0
	Tdk Bekerja	15	88.2	2	11.8	14	82.35	3	17.65
4	Status Kawin								
	Kawin	16	94.1	1	5.9	15	83.33	3	16.67
	Blm Kawin	2	66.7	1	33.3	2	100.0	0	0.0
5	Pelatihan								
	Ya	18	90.0	2	10.0	17	85.0	3	15.0
	Tidak	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
6	Penghargaan								
	Ada	7	100.0	0	0.0	7	87.5	1	12.5
	Tdk Ada	11	84.6	2	15.4	10	76.92	2	23.08
7	Lama Tugas								
	Lama	15	88.2	2	11.8	15	88.24	2	11.76
	Baru	3	100.0	0	0.0	2	66.67	1	33.33
8	Ingin Insentif								
	Ya	18	90.0	2	10.0	17	85.0	3	15.0
	Tidak	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

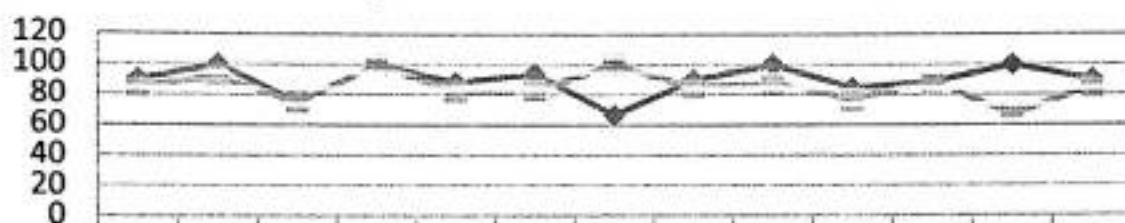
Sumber : Data Primer Terolah, 2010

Berdasarkan tabel diatas menggambarkan bahwa karakteristik kader posyandu tidak mengalami perubahan dimana semua kader tergolong usia produktif (100%), sebagian besar kader berpendidikan tinggi (60%), sebagian besar kader tidak bekerja (85,0%), semua kader telah mendapat pelatihan pada saat pelaksanaan intervensi (100,0%), sebagian besar kader telah berstatus kawin (90,0%), sebagian besar kader tidak pernah mendapat penghargaan (65,0%), sebagian besar kader telah bertugas cukup lama, yaitu > 1 tahun (85,0%), dan semua kader mengharapkan insentif (100%).

Keaktifan kader menurun 5% pasca intervensi dimana ada 3 kader yang kurang aktif dengan karakteristik semuanya berusia produktif, 1 kader berpendidikan tinggi dan 2 kader berpendidikan rendah, semuanya tidak bekerja, kawin, pernah dilatih, 1 kader yang pernah dapat penghargaan dan 2 yang tidak pernah dapat, 2 kader lama dan 1 kader baru, dan semua kader ingin insentif.

Garafik 1.
Distribusi Karakteristik kader posyandu dengan keaktifan kader pada saat
intervensi dan pasca intervensi di kecamatan Lappariaja dan Bengo
Kabupaten Bone Tahun 2010

**Karakteristik Kader dengan Keaktifan kader saat intervensi
dan pasca intervensi**



	Usia Produktif	Tinggi	Rendah	Bekerja	Tdk Bekerja	Kawin	Tdk Kawin	Pernah dilatih	ada Penghargaan	Tdk ada penghargaan	Lama tugas	Baru tugas	Mau Insentif
◆ Saat Intervensi	90	100	75	100	88,2	94,1	66,7	90	100	84,6	88,2	100	90
▣ Pasca Intervensi	85	91,67	75	100	82,35	83,3	100	85	87,5	76,92	88,2	66,7	85

Sumber : Data Primer Terolah, 2010

Pada saat intervensi ada 2 kader yang tidak aktif dengan karakteristik berusia produktif, berpendidikan rendah, 1 kader yang sudah kawin dan 1 kader yang belum menikah, pernah dilatih, tidak pernah mendapatkan penghargaan, sudah lama bertugas jadi kader, dan mengharapkan insentif.

Kader yang tidak aktif pasca intervensi ada 3 kader dengan karakteristik kader tersebut semuanya berusia produktif, 1 kader berpendidikan tinggi dan 2 kader berpendidikan rendah, semuanya tidak bekerja, semuanya berstatus kawin, semuanya pernah di latih, 1 kader

dapat penghargaan dan 2 kader yang tidak dapat penghargaan, 2 kader lama tugas > 1 tahun dan 1 kader baru < dari 1 tahun, dan kader tersebut semuanya mengharapkan insentif.

Dengan karakteristik kader tersebut tidak merupakan faktor yang menghambat keaktifan kader. Dimana kader tersebut tidak aktif karena lagi ada kesibukan bertepatan dengan jadwal posyandu. Bukan karena alasan faktor karakteristik kader. Kader posyandu yang tidak aktif tersebut akan aktif kembali dalam kegiatan posyandu karena sudah tidak sibuk lagi pada jadwal posyandu bulan depan.

F. PEMBAHASAN

Penelitian ini dilakukan dengan cara pengumpulan data primer dengan menggunakan kuesioner dan data sekunder hasil intervensi pada responden yang berjumlah 20 orang. Setelah dilakukan pengolahan dan analisis data maka dibahas sebagai berikut:

1. Peningkatan jumlah kader yang terdaftar pasca intervensi

Pada saat intervensi kader yang terdaftar sejumlah 5 kader di setiap posyandu dan 3 bulan pasca intervensi, kader terdaftar tetap konsisten (5 kader setiap posyandu).

Hasil penelitian ini membuktikan bahwa intervensi yang dilakukan pendampingan dan pelatihan dengan pendekatan Learning Organization tahun 2009 yang dilaksanakan dalam waktu yang singkat memberikan efek yang baik terhadap partisipasi kader posyandu untuk tetap mau terdaftar jadi kader posyandu. Dan kader posyandu bangga telah di pilih oleh ibu desa dan ibu bidan desa untuk membantu dalam kegiatan posyandu di wilayahnya.

Kader yang telah dipilih untuk menjadi kader posyandu oleh aparat desa dan ibu bidan desa, dan telah mendapatkan pelatihan pada saat intervensi, mereka sudah dipahamkan akan bekerja secara sukarela sesuai dengan esensi dari pendekatan LO. Dimana mereka ditanamkan untuk dapat menjadi kader dengan bekerja secara sukarela dengan penuh

keikhlasan tanpa pamrih untuk membantu masyarakat setempat dalam kegiatan posyandu.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang pernah dilakukan A.Zulkifli.A (2006), di Kab. Bone Selatan Kec. Kahu dan Patimpeng, dengan pembentukan Posyandu Partisipatif dengan pendekatan LO. Dimana kader terdaftar pasca intervensi tetap konsisten 100.0 persen terdaftar di posyandu.

Dengan hasil penelitian ini dan penelitian yang sama A. Zulkifli. A (2006), jelas membuktikan bahwa pembentukan posyandu partisipatif dengan pendekatan Learning Organization akan memberikan efek yang baik terhadap partisipasi kader posyandu.

2. Perubahan jumlah kader yang aktif di Posyandu Pasca Intervensi

Pada saat intervensi LO keaktifan kader 90 persen, dan pada penelitian ini 3 bulan pasca intervensi jumlah kader yang aktif 85 persen menurun 5 persen dari hasil saat intervensi.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang telah dilaksanakan oleh A. Zulkifli (2006) di Kecamatan Kahu dan Patimpeng yang menunjukkan bahwa pasca intervensi responden 100 persen jumlah kader aktif pasca intervensi di posyandu partisipatif adalah 5 orang. Hasil ini membuktikan bahwa dengan pembentukan posyandu partisipatif yang dibangun dengan pendekatan "Learning Organization" memberikan efek yang baik.

Secara keseluruhan rata-rata kader yang aktif diposyandu partisipatif adalah 4-5 orang. Menurut Widiastuti 2007 , Jumlah kader yang bertugas pada hari H Posyandu dapat dijadikan indikasi lancar tidaknya Posyandu. Hari H merupakan puncak kegiatan Posyandu, oleh karena itu banyaknya kader yang bertugas pada hari itu amat menentukan kelancaran Posyandu. Pengalaman selama ini menunjukkan bahwa kegiatan di Posyandu bisa tertangani dengan baik bila jumlah kader 5 orang atau lebih. Bila kurang dari 5 orang, biasanya kader kewalahan melayani sasaran yang datang ke Posyandu.

Salham dkk, (2006) dan Pusat Studi Gizi Pangan Universitas Hasanuddin (2005) melaporkan bahwa jumlah kader aktif pada setiap hari H pelaksanaan posyandu sebanyak 2-3 orang saja, tetapi berdasarkan hasil penelitian ditemukan rata-rata kader yang terdaftar disetiap posyandu partisipatif adalah 5 orang dengan kader yang aktif rata-rata 4-5 orang. Keadaan ini sesuai dengan yang dikemukakan oleh Departemen Kesehatan Republik Indonesia 1990, bahwa jumlah tenaga yang dibutuhkan dalam pelayanan posyandu untuk melaksanakan kegiatannya dengan baik, adalah minimal sebanyak 4 – 5 orang. Ini berarti bahwa setiap posyandu partisipatif yang ada di kecamatan Lappariaja dan kecamatan Bengo dapat melaksanakan kegiatan posyandu dengan baik. Hal ini juga dapat dilihat dari kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan pada setiap pelaksanaan posyandu yaitu pendaftaran (meja I), penimbangan(meja II), pencatatan

hasil penimbangan dan pengisian KMS (meja III) semuanya dilaksanakan oleh kader posyandu kecuali dimeja ke IV (meja Penyuluhan) tidak bisa dilaksanakan oleh kader dengan alasannya karena belum bisa atau tidak terlatih.

Dari hasil penelitian ini menggambarkan bahwa pendampingan dan pelatihan LO yang telah di intervensi dalam waktu yang singkat memberikan efek yang baik dimana keaktifan kader 3 bulan pasca intervensi masih bisa dipertahankan hanya menurun 5% dari hasil intervensi. Dan ketidak aktifan kader juga dengan alasan yang tidak ekstrim dimana mereka tidak aktif karena lagi ada kesibukan bertepatan dengan jadwal posyandu tapi mereka juga tetap masih mau aktif setelah mereka tidak sibuk lagi pada saat jadwal posyandu.

Kader yang tidak aktif pasca intervensi tersebut adalah kader dari posyandu Mawar II di desa Bengo 2 kader dan posyandu Mawar I di desa Waekece'e ada 1 kader sedangkan Posyandu Asoka desa Selli dan Posyandu Mawar Ujung desa Ujung Lamuru semua kader posyandu aktif. Dan kader tersebut tidak aktif dengan alasan lagi ada kesibukan bertepatan dengan jadwal posyandu.

Hasil wawancara dengan kader yang kurang aktif mengungkapkan alasan mereka tidak aktif, seperti yang di sampaikan oleh ibu Hj. Mrw kader posyandu Mawar I, Waekece'e yang dalam 3 bulan pasca intervensi tidak aktif, sebagai berikut :

"Selama 3 bulan terakhir ini saya tidak aktif ke posyandu karena saya lagi perjalanan naik haji dan saya akan aktif lagi karena sudah tidak ada halangan lagi."

Ibu Mer kader Posyandu Mawar II (desa Bengo) yang 2 bulan terakhir pasca intervensi tidak aktif, menyampaikan juga alasannya :

"Saya tidak aktif 2 bulan terakhir karena lagi keluar daerah dan Insya Allah saya akan aktif lagi bulan depan karena saya sudah datang."

Ibu Dna kader Mawar II, yang tidak aktif saat intervensi dan tidak aktif pada bulan desember dan januari, juga menyampaikan alasannya kenapa akhir-akhir ini tidak aktif ke posyandu sebagai berikut :

"Saya tidak aktif karena lagi sibuk membantu suami panen jagung di kebun".

Dari hasil penelitian ini kader tetap mau terdaftar dan aktif jadi kader posyandu karena efek dari pelatihan LO, dengan esensi partisipasi kader di bangun motivasinya dengan bekerja secara sukarela dengan penuh keikhlasan tanpa pamrih dan pahala adalah imbalannya dan mereka bangga telah dipilih dan di tunjuk sebagai kader posyandu karena dapat memberikan bantuan kepada masyarakat dalam kegiatan posyandu.

Tentang ada tidaknya penghargaan yang di dapat kader selama bertugas jadi kader posyandu bahwa keaktifan kader yang mendapatkan penghargaan menurun sedangkan kader yang tidak mendapatkan penghargaan justru keaktifannya pasca intervensi tetap konsisten.

Hal ini menjelaskan bahwa dengan ada tidaknya penghargaan yang di dapat kader tidak mempengaruhi keaktifan kader. Hasil penelitian ini membuktikan bahwa efek pelatihan LO telah membangun motivasi keaktifan kader bekerja dengan sukarela dengan penuh keikhlasan tanpa mengharapkan penghargaan. Dimana mereka bangga telah ditunjuk dan dipilih oleh ibu desa dan ibu bidan untuk menjadi kader memberikan bantuan di masyarakat dalam kegiatan di posyandu.

Dari 4 posyandu partisipatif yang telah diintervensi posyandu mawar II desa Bengo yang keaktifannya kurang. Dari hasil penelitian bahwa di Posyandu Mawar II kadernya baru dibentuk 3 orang pada saat intervensi dan partisipatif masyarakat kurang karena kurang tertariknya masyarakat dengan pelayanan imunisasi yang disampaikan langsung oleh ibu kader Mir bahwa :

... "Masih banyak sasaran didesa ini yang belum lengkap imunisasinya karena orang tuanya takut kalau anaknya panas setelah diimunisasi."

Berdasarkan penelitian ini bahwa posyandu Mawar II desa Bengo yang kurang aktif sehingga perlu perhatian dan pembinaan, untuk membangun partisipasi masyarakat dan kader posyandu supaya masyarakat menyadari manfaat dan akibat dari pelayanan imunisasi di posyandu dan kader aktif dalam kegiatan posyandu bekerja sukarela dengan keikhlasan.

Tumbuh kembangnya partisipasi masyarakat dalam setiap proses dapat lebih menjamin terciptanya program yang lestari (sustainable development). Tanpa adanya partisipasi masyarakat program yang diseleenggarakan akan terasa kering dan cepat layu kemudian mati. Hal ini disebabkan oleh kurangnya atau tidak adanya rasa memiliki (sense of bellonging) dan rasa tanggung jawab (sense of responsibility) dari masyarakat terhadap program yang dilaksanakan (Syarif, Rustiawan, Julita. Dalam A.Zulkifli, 2006).

Apabila rasa tanggung jawab dan rasa memiliki tidak ada, masyarakat hanya berperan sebagai obyek yang pasif atau mungkin sebagai penonton pasif. Masyarakat tidak peduli apakah program itu berjalan atau tidak dan berhasil atau tidak. Sebagai contoh, mereka tidak peduli Posyandu karena program itu bukan mereka yang merancang dan lebih gawat lagi kalau mereka merasa bahwa program itu tidak bermanfaat bagi mereka dan tidak membutuhkan.

Tentu keadaan seperti itu sangat tidak kita harapkan sehingga perlu dihindari dan diatasi. Konsep pengembangan partisipasi masyarakat dalam pembangunan kesehatan (pengembangan posyandu) terutama partisipasi murni merupakan suatu "solusi" untuk mencegah terjadinya hal tersebut.

Dalam konteks revitalisasi posyandu, konsep partisipasi masyarakat ini perlu dikembangkan. Partisipasi masyarakat tidak hanya diperlukan pada saat program posyandu dilaksanakan, tetapi diperlukan sejak tahap

perencanaan sampai tahap evaluasi dan pembangunan. Oleh karena itu sejak awal masyarakat harus mengetahui dan memahami apa permasalahan yang dihadapi, apa potensi yang mereka miliki, apa kebutuhan (needs) yang mereka rasakan dan perlukan, apa sasaran dan tujuan yang ingin dicapai, dan bagaimana cara mencapai tujuan tersebut dengan mendayagunakan potensi yang mereka miliki.

Sekaitan dengan pelaksanaan intervensi yang dilakukan tahun 2009, dengan Pelatihan dan Pendampingan LO, yang memberikan semangat kerja kader yang disampaikan langsung oleh kader :

"dengan adanya intervensi pelatihan kader kami mendapatkan informasi tentang revitalisasi posyandu dan kami diberikan motivasi untuk bekerja secara sukarela dengan penuh keikhlasan tanpa pamrih (Ibu Darma, Kader posyandu Asoka I, desa Selli, 26 Februari 2010).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh soekidjo, dkk ; dikatakan bahwa di suatu daerah ganjaran bersifat sosial lebih berharga dari pada yang bersifat fisik. Sekedar di kunjungi para pimpinan pemerintah saja sudah merupakan kebanggaan tersendiri, karena meningkatkan derajat di kalangan masyarakat. (soekidjo,1992 dalam Haris N. Beddu, 2008).

Dari hasil penelitian juga menggambarkan bahwa kader akan aktif kalau petugas kesehatan yang akan memberikan pelayanan kesehatan juga aktif setiap bulannya ke posyandu dan ini terbukti di Posyandu Mawar Ujung desa Ujung Lamuru dalam 3 bulan terakhir semua kader posyandu

aktif dalam kegiatan posyandu, hal ini disebabkan karena petugas kesehatan baik dari Puskesmas dan bidan desa aktif datang ke Posyandu setiap bulan. Dan keaktifan petugas juga di sebabkan bahwa Posyandu Mawar Ujung lagi persiapan ikut penilaian Lomba Posyandu.

Pada bulan Februari rata-rata kader 4 – 5 orang aktif ke posyandu. Hal ini disebabkan karena pada bulan februari adalah bulan pemberian Vitamin A kepada Balita. Jelaslah bahwa kader aktif rata-rata 4 – 5 orang dalam kegiatan posyandu kalau lagi ada program/proyek.

Hasil penelitian ini sejalan pula dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Veni Hadju (2000), menyebutkan bahwa Perhatian akan Posyandu hanyalah sebatas pada lomba yang dengan rutin di programkan setiap tahun. Dipihak lain Posyandu hanyalah tempat berhentinya tenaga Puskesmas yang ingin mencari anak balita yang harus di imunisasi. Posyandu dianggap sebagai suatu program yang sukses dan telah tumbuh aktif di masyarakat tanpa perlu banyak diperhatikan lagi.

Melihat tingkat pencapaian posyandu partisipatif dalam 3 (tiga) bulan terakhir pasca intervensi cukup baik dimana rata-rata kepemilikan KMS (K/S) sebesar 94,7% dan hasil penimbangan (N/D) 90 %. Pencapaian tersebut sudah melampaui target yang ditetapkan pemerintah yaitu lebih dari 80%. Peran serta masyarakat (D/S) yang berhasil dicapai posyandu partisipatif adalah sebesar 67,6%. Sekalipun hasil ini masih dibawah target tetapi menurut Departemen Kesehatan RI, 1999, D/S dianggap baik bila

telah dapat mencapai 50% atau lebih. Sedangkan keberhasilan program (N/S) sebesar 60,7%, juga masih dibawah target pemerintah sebesar 80%.

3. Peningkatan Pengetahuan kader kapan pertama kali bayi diberikan ASI Pasca Intervensi

Hasil dari intervensi menunjukkan bahwa pengetahuan kader 90 persen dan pasca intervensi pengetahuan kader 100 persen. Hal ini menunjukkan peningkatan pasca intervensi 10 persen.

Hasil dari penelitian ini membuktikan bahwa dengan pembentukan posyandu partisiptif dengan pendekatan LO, memberikan efek yang sangat baik terbukti bahwa dalam 3 bulan pasca intervensi pengetahuan kader meningkat dimana kader terus belajar sesuai dengan esensi dari LO adalah organisasi yang terus menerus belajar meningkatkan kemampuannya untuk dapat bertahan dan berkembang (M.Peter Senge dalam A.Zulkifli, 2006).

Dimana pada saat intervensi dimana kader mulai memberikan penyuluhan kepada ibu menyusui bahwa sebaiknya berikan ASI pertama kali sesaat bayi lahir dan sesama kader saling menyampaikan informasi dan juga berdasarkan hasil wawancara dengan kader bahwa di posyandu ibu bidan sering menyampaikan informasi bahwa bahwa pemberian ASI sebaiknya langsung diberikan sesaat setelah melahirkan.

Air Susu Ibu (ASI) adalah suatu emulsi lemak dalam larutan protein dan garam-garam anorganik yang sekresi oleh kelenjar mammae ibu, yang berguna sebagai makanan bagi bayinya. ASI dalam jumlah cukup merupakan makanan terbaik pada bayi dan dapat memenuhi kebutuhan gizi selama 6 bulan pertama. Banyak hal yang menyebabkan ibu yang enggan menyusui diantaranya kurang memahami keutamaan ASI dibanding makanan pengganti ASI yang sering dikenal dengan PASI (pengganti air susu ibu).

Kandungan zat gizi dalam kolostrum (ASI yang keluar pada hari pertama sampai hari ketiga atau keempat sesudah melahirkan) memiliki protein yang sangat tinggi. Hal ini menguntungkan bayi yang baru lahir karena dengan mendapat sedikit kolostrum ia sudah dapat cukup protein yang dapat memenuhi bayi pada minggu pertama. (Anton Baskoro, 2008).

Jadi sudah tidak dapat dipungkiri lagi bahwa ASI merupakan mukjizat dari Tuhan yang diberikan kepada umatnya melalui ibu yang menyusui bayinya dengan ASI. ASI adalah satu jenis makanan yang mencukupi seluruh unsur kebutuhan bayi, mulai dari kebutuhan fisik, psikologi, sosial maupun spiritual. Karena itu pemberian ASI selama 1 jam pertama dalam kehidupannya dan ductus dari kelenjar mammae sebelum dan segera sesudah melahirkan. Hal tersebut disekresi oleh kelenjar mammae dari hari pertama sampai hari ketiga atau keempat, dari masa laktasi.

Salah satu yang penyebab sehingga pengetahuan kader meningkat pasca intervensi dimana semua kader tahu bahwa pemberian ASI pertama pada bayi adalah sesaat setelah melahirkan. Karena ibu Bidan juga sering menyampaikan kepada ibu kader sebagai tangan kanan mereka dalam kegiatan posyandu dan ibu bidan juga melakukan pencatatan dan pelaporan ASI eksklusif sehingga kader dan ibu balita yang tidak ASI eksklusif akan diberikan penyuluhan tentang ASI eksklusif dan memberikan pengetahuan sebaiknya memberikan ASI setelah bayi lahir. Sehingga pengetahuan kader pasca intervensi meningkat 10 persen pada saat intervensi.

4. Gambaran Karakteristik kader dengan keaktifan kader 3 bulan terakhir pasca intervensi

Karakteristik kader yang berpengaruh terhadap keaktifan kader yaitu umur kader, pendidikan kader, status kawin, pekerjaan, pelatihan kader, penghargaan, lama tugas, dan kader mengharapkan insentif.

Berdasarkan tabel menunjukkan bahwa karakteristik kader dari segi umur kader posyandu pasca intervensi semuanya masih berusia produktif (100%) dimana kader termuda berumur 23 tahun dan kader tertua 42 tahun. Hal ini menggambarkan bahwa keaktifan kader pada usia produktif dari 20 responden adalah 85 % kader yang aktif.

Sedangkan dari segi pendidikan kader ada 12 kader yang berpendidikan tinggi dimana keaktifannya 91.67% dan kader yang

berpendidikan rendah 8 orang yang keaktifannya 75%. Hal ini menggambarkan bahwa kader yang berpendidikan rendah masih tetap aktif dalam kegiatan posyandu dan dari wawancara dengan kader bahwa hal tersebut tidak menghambat karena kader yang pendidikan rendah masih bisa membaca dan menulis serta mereka juga saling membagi tugas dalam kegiatan posyandu.

Dari segi status pekerjaan kader dengan keaktifannya pasca intervensi menunjukkan bahwa kader yang tidak bekerja sebanyak 17 orang dan keaktifannya di posyandu 82.35% sedangkan kader yang bekerja 3 orang keaktifannya di posyandu pasca intervensi 100%. Hal ini menggambarkan bahwa dominan kader posyandu tidak bekerja dan kader yang bekerja tidak mempengaruhi keaktifannya dalam kegiatan posyandu. Dimana 2 kader yang bekerja sebagai honor mengajar di SD dan TK, dan 1 kader yang bekerja sebagai pedagang memang meluangkan waktunya untuk aktif kegiatan posyandu 1 hari dalam sebulan sedangkan kader yang dikategorikan tidak bekerja keaktifannya 82.35 persen karena selain sebagai ibu rumah tangga juga sibuk panen musiman

Dari segi status kawin kader bahwa masih ada 2 kader yang belum menikah tapi keaktifannya dalam kegiatan di posyandu 100% dengan alasan mereka senang diaktifkan dalam kegiatan kesehatan karena akan mendapatkan informasi-informasi kesehatan dan suka dengan anak-anak. Dan keaktifan kader yang telah menikah 83.33% pasca intervensi. Hasil

penelitian ini menggambarkan bahwa kader yang telah menikah tetap mau jadi kader tapi keaktifannya kadang tidak aktif karena ada urusan rumah tangga.

Karakteristik dari segi pernah tidak kader ikut pelatihan dalam 1 tahun terakhir menunjukkan bahwa semua kader pernah ikut pelatihan dimana semua kader ikut pelatihan pada saat dilaksanakan intervensi posyandu partisipatif dengan pendekatan LO. Dan keaktifannya 85% yaitu dari 20 responden 17 Kader yang aktif dalam kegiatan posyandu pasca intervensi. Hal ini disebabkan adanya kesibukan kader pada saat jadwal kegiatan posyandu.

Karakteristik penghargaan yaitu ada tidak penghargaan yang diterima kader baik berbentuk barang dan piagam selama bertugas bahwa ada 8 kader yang pernah mendapatkan penghargaan berupa baju seragam. Dan melihat keaktifannya kader yang pernah mendapatkan penghargaan 87.5 persen aktif dalam kegiatan posyandu pasca intervensi 3 bulan terakhir sedangkan kader yang tidak mendapatkan penghargaan keaktifannya 76.92%. Dari hasil penelitian didapatkan informasi bahwa kader pernah mendapatkan penghargaan berupa barang yaitu baju seragam yang sudah lama dan tidak semua kader mendapatkan penghargaan tersebut. Dan melihat keaktifan kader yang telah mendapatkan penghargaan 87.5 persen dan keaktifan kader yang tidak mendapatkan penghargaan 76.92 persen. Hal ini menggambarkan bahwa kader yang

pernah penghargaan akan merangsang keaktifan kader dalam kegiatan posyandu. Dan kader yang tidak mendapatkan penghargaan masih mau jadi kader dan masih aktif dalam kegiatan posyandu.

Karakteristik berdasarkan lama tugas kader bahwa pada saat intervensi ada 3 kader yang baru dibentuk dimana mereka menjadi kader baru 4 bulan karena kekurangan kader yang mengundurkan diri. Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa kader yang telah lama tugas keaktifannya 88.24% sedangkan kader baru keaktifannya 66.67% pada kegiatan posyandu pasca intervensi.

Dari keinginan kader akan adanya insentif kader tiap bulan berdasarkan hasil penelitian semua kader mengharapkan insentif tiap bulan untuk memacu keaktifan kader dalam kegiatan posyandu tiap bulannya. Dan keaktifannya 85% pada kegiatan posyandu pasca intervensi. Dari hasil informasi yang di dapat bahwa selama 3 bulan terakhir kader tidak dapat insentif. Dan kader tetap aktif dalam kegiatan posyandu selama 3 bulan terakhir. Informan menyampaikan bahwa mereka bekerja dengan sukarela karena kegiatan posyandu dilaksanakan di daerahnya sendiri dan juga membantu masyarakat setempat.

Kader yang tidak aktif pasca intervensi ada 3 kader dengan karakteristik kader tersebut semuanya berusia produktif, 1 kader berpendidikan tinggi dan 2 kader berpendidikan rendah, semuanya tidak bekerja, semuanya berstatus kawin, semuanya pernah di latih, 1 kader

dapat penghargaan dan 2 kader yang tidak dapat penghargaan, 2 kader lama tugas > 1 tahun dan 1 kader baru < dari 1 tahun, dan kader tersebut semuanya mengharapkan insentif.

Dengan karakteristik kader tersebut bukan merupakan faktor yang menghambat keaktifan kader. Dimana kader tersebut tidak aktif karena lagi ada kesibukan bertepatan dengan jadwal posyandu. Bukan karena faktor karakteristik tersebut. Dan kader posyandu yang tidak aktif tersebut akan aktif kembali dalam kegiatan posyandu bulan berikutnya karena sudah tidak sibuk lagi pada jadwal.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Dari hasil penelitian ini, dapat disimpulkan :

1. Tidak terjadi perubahan jumlah kader yang terdaftar pasca intervensi 3 bulan terakhir tetap konsisten sebanyak 5 kader terdaftar di setiap posyandu.
2. Keaktifan kader pada 4(empat) posyandu partisipatif 3 bulan pasca intervensi mengalami penurunan sebesar 5% dari hasil saat intervensi. Posyandu Mawar II keaktifan kader menurun 20% dimana rata-rata keaktifan kader pasca intervensi 4 – 3 orang, dengan alasan kesibukan yang bertepatan dengan jadwal posyandu dan kader tersebut akan tetap aktif lagi dalam kegiatan posyandu berikutnya.
3. Terjadi peningkatan pengetahuan kader sebesar 10% tentang kapan sebaiknya bayi pertama kali diberikan ASI.
4. Karakteristik kader Posyandu bahwa semua kader tergolong usia produktif (100%), sebagian besar kader berpendidikan tinggi (60%), sebagian besar kader tidak bekerja (85,0%), semua kader telah mendapat pelatihan pada saat pelaksanaan intervensi (100,0%), sebagian besar kader telah berstatus kawin (90,0%), sebagian besar kader tidak pernah mendapat penghargaan (65,0%), sebagian besar kader telah bertugas cukup lama, yaitu > 1 tahun (85,0%), dan semua kader mengharapkan insentif (100%).

5. Kader yang tidak aktif pasca intervensi ada 3 kader dengan karakteristik kader tersebut semuanya berusia produktif, 1 kader berpendidikan tinggi dan 2 kader berpendidikan rendah, semuanya tidak bekerja, semuanya berstatus kawin, semuanya pernah di latih, 1 kader dapat penghargaan dan 2 kader yang tidak dapat penghargaan, 2 kader lama tugas > 1 tahun dan 1 kader baru < dari 1 tahun, dan kader tersebut semuanya mengharapkan insentif.

Karakteristik kader tersebut bukan merupakan faktor penghambat keaktifan kader. Dimana kader tersebut tidak aktif karena lagi ada kesibukan bertepatan dengan jadwal posyandu dan tetap akan aktif pada jadwal posyandu berikutnya karena tidak sibuk lagi.

B. Saran

1. Untuk membangun partisipasi masyarakat dalam pembentukan posyandu partisipatif maka disarankan pengembangan program pendampingan dan pelatihan dengan pendekatan Learning Organization sebagai salah satu cara yang efektif.
2. Di Sarankan kepada kader yang tidak aktif /berhalangan supaya mencari penggantinya dengan melatih ketok ular supaya keaktifan kader tetap konsisten aktif 5 orang setiap kegiatan posyandu.
3. Pentingnya kerjasama lintas sektor baik dari pihak pemerintah, puskesmas dan tokoh masyarakat untuk mengaktifkan kegiatan posyandu.

4. Posyandu Mawar II perlu perhatian dan pembinaan baik dari pihak pemerintah, puskesmas dan tokoh masyarakat dimana pasca intervensi keaktifan kader menurun.
5. Perlu dilakukan peneliti selanjutnya untuk meneliti Status Gizi Balita di Posyandu Partisipatif.

DAFTAR PUSTAKA

- Depkes RI*. 2006, Buku Kader Posyandu : Dalam Usaha Perbaikan Gizi, Depkes RI, Jakarta.
- Depkes RI*. 1996 Pedoman Kerja Tenaga Gizi Puskesmas, Depkes RI, Jakarta.
- Warta Posyandu nomor 4 tahun 1998/1999
- Departemen Kesehatan RI. Arrif, 2001, Pedoman Manajemen Peran Serta Masyarakat. Jakarta.
- Departemen Dalam Negeri RI. 2001, Surat Edaran Menteri Dalam Negeri No.411.3/1116/SJ, tentang Pedoman Revitalisasi Posyandu. Jakarta. (www.gizi.net)
- Soekirman*, Perlu Paradigma Baru Untuk Menanggulangi Masalah Gizi Makro di Indonesia <http://www.gizi.net/makalah/download/prof-soekirman.pdf> diakses tanggal 5 maret 2009 jam 12.10 wita.
- Sunarto*, 2007, " Pengetahuan Kader Gizi tentang Kartu Menuju Sehat (KMS) di Kelurahan Bulukarejo Kecamatan Sukoharjo Kabupaten Sukoharjo". Media Gizi Pangan Volume IV, Edisi 2, tahun 2007, Poltekes Makasar.
- Sabariah Gani*, Media Gizi Pangan Volume V, No. 1, Januari-Juni 2008. Poltekes Makasar.
- Sintha Uli Pakpahan, Bambang Setiadji*, 1992, "Pengetahuan Sikap dan Praktek Ibu-Ibu Balita dan Tokoh Masyarakat terhadap Posyandu di Kepulauan Mentawai, Sumatera Barat". Majalah Kesehatan Masyarakat Depkes RI Nomor 45 Tahun 1992. Depkese RI, Jakarta.
- Zulkifli*, FKM USU, 2003, "Posyandu dan Kader Kesehatan," (www.library.usu.co.id).
- John, Th. Ire*, 2009, "Posyandu Sebuah Konsep Pendekatan Hak Anak dan Perempuan". (www.gizi.net) .
- Anonymous*, 2009, "Peranan Kader Dalam Kegiatan Posyandu". (www.gizi.net).

- Dinkes Sulteng*, 2007, "Analisis Keberadaan Kader Posyandu Terhadap Revitalisasi Posayandu di Sulawesi Tengah". Ditulis 29 September 2007' <http://dinkes.sulteng.go.id>.
- Razali*, 2003, "Hubungan Perilaku Ibu Balita Dengan Frekwensi Penimbangan Balita Ke Posyandu Di Kabupaten Bengkalis Provinsi Riau".
- Tanpa Nama*, 2009, "Masalah Rendahnya Penimbangan Balita Di Posyandu dan Pemecahannya Menurut Mutu Pelayanan Kebidanan".
- Syamsiddin*, 2000, S"tudi pelaksanaan revitalisasi posyandu (studi kasus) Bongenville 3 kelurahan Pai kecamatan Biringkanaya kota Makassar. FKM-UH".
- Fijung*, 2004, "Factor-faktor yang berhubungan dengan jumlah kunjungan posyandu dikecamatan majauleng kabupaten wajo FKM-UH".
- Anida*, 2001, Tinjauan Pelaksanaan Revitalisasi Posyandu di Kelurahan Pai Sudiang Kec. Biringkanaya Kota Makassar, AKZI Poltekkes
- Ridwan, Dewi Marhaeni Diah Herawati, Mubasysyir Hasanbasri*, 2007, Revitalisasi Posyandu Pengaruhnya Terhadap Kinerja Posyandu di Kabupaten Tenggamus, KMPK Universitas Gadjah Mada,. <http://irc-kmpk.ugm.ac.id/id/UP-PDF/>
- Sudarti Kresno, Asmilia Makmur, Inda Torisia Hatan*, 2008, Laporan Penelitian Studi Pemanfaatan Posyandu di Kelurahan Cipinang Muara Kec. Jatinegara Kodya Jakarta Timur tahun 2007, Program Megister PKIP – Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- I Gusti Agung Ayu Mas Widiastuti dan Kristiani*, 2006, Pemanfaatan Pelayanan Posyandu di Kota Denpasar, KMPK Universitas Gadjah Mada.
- Torik*, 2005, Peranan Kader Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu) Dalam Pembangunan Kesehatan Masyarakat (Studi Kasus Di Kelurahan Sekaran Kecamatan Gunungpati Kota Semarang). Pendidikan Luar Sekolah. Fakultas Ilmu Pendidikan. Universitas Negeri Semarang.
- Yunardi*, 2007, Manajemen Program Revitalisasi Posyandu di Puskesmas Kabupaten Bungo Sekolah Pascasarjana Universitas gadjah Mada Yogyakarta.
- Andi Zulkifli*, 2006, Surveilans Pertumbuhan Anak Melalui Posyandu Partisipatif Yang Dibangun Dngan Pendekatan Learning Organisation, (Studi Kaji

Tindak di Kecamatan Kahu dan Patimeng Kabupaten Bone, 2006) disertasi Program Pasca Sarjana Universitas Hasanuddin Makassar.

Andi Darmawati, 2002, Studi cakupan indikator kemandirian posyandu mawar Indah desa mangilu Kec.Bungoro Kab. Pangkep, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar.

A.Chandrawali, 2000, Persepsi masyarakat tentang posyandu Di wilayah kerja Puskesmas tanete kec. Bulukumpa Kab. Bulukumba, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar.

Syamsuddin, 2003, Studi pelaksanaan revitalisasi posyandu (studi kasus) di posyandu bougenvil III kelurahan Pai kecamatan Biringkanaya kota Makassar. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar.

Risma, 2002, "Peran serta kader dalam pengembangan posyandu ke arah mandiri (standar Depkes.) Di wilayah kerja puskesmas Batua kelurahan Batua kecamatan Manggala kota Makassar. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar".

Heny Setiawati, 2001, "Studi kinerja posyandu setelah program pendampingan Di posyandu Puring Va kelurahan Lette kecamatan Mariso kota Makassar Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar".

Yesie Aprillia, 2008, "Analisis Faktor Yang Berhubungan dengan Partisipasi Kader Dalam Kegiatan Posyandu di Wilayah Puskesmas Jogonalan II kabupaten Kaltan"

A.Zulkifli, dkk. 2009, " Peningkatan Peran Posyandu Partisipatif Melalui Pendampingan dan Pelatihan dalam Upaya pemantauan Pertumbuhan dan Masala Gizi pada Balita di Kab. Bone, Sulawesi Selatan.

Krisna Aunun Siha, 2002, " Studi Keaktifan Kader Posyandu di Wilayah kerja Puskesmas Antara Kecamatan Tamalanrea.". Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar.

Haris. N. Beddu, 2008. " Studi Keaktifan Kader Posyandu di wilayah Kerja Puskesmas Tangeban Kecamatan Masama Kab. Banggai, Propinsi Sulawesi Tengah.

Anton Baskoro,2008 "Asi panduan Paraktis Ibu Menyusui " Bayu Media yogyakarta.