

LAPORAN MINI PROJECT

PENGARUH PELATIHAN TERHADAP PENINGKATAN KETERAMPILAN KADER POSYANDU DALAM PENGUKURAN ANTROPOMETRI UNTUK DETEKSI DINI KEJADIAN STUNTING DI DESA DUKUHREJOSARI WILAYAH KERJA PUSKESMAS AMBAL II KABUPATEN KEBUMEN



Oleh:

dr. Aisyah Muthia Rasyida

Pembimbing:

dr. Tutut Tyas Wiji Hastuti

**PROGRAM INTERNSIP DOKTER INDONESIA
PUSKESMAS AMBAL II
KABUPATEN KEBUMEN
PERIODE AGUSTUS 2022 – AGUSTUS 2023**

HALAMAN PENGESAHAN

Mini Project

PENGARUH PELATIHAN TERHADAP PENINGKATAN KETERAMPILAN KADER POSYANDU DALAM PENGUKURAN ANTROPOMETRI UNTUK DETEKSI DINI KEJADIAN STUNTING DI DESA DUKUHREJOSARI WILAYAH KERJA PUSKESMAS AMBAL II KABUPATEN KEBUMEN

Disusun Oleh :

dr. Aisyah Muthia Rasyida

Diajukan sebagai syarat untuk memenuhi tugas
Program Internship Dokter Indonesia Periode III
Puskesmas Ambal II

Telah diperiksa, disetujui, disahkan dan dipresentasikan:

Ambal, 2023

Kepala UPTD Puskesmas Ambal 2

Dokter Pendamping

drg. Erawati Kusuma Dewi, MM
NIP. 19710524 200212 2 007

dr. Tutut Tyas Wiji Hastuti
NIP. 19750224 200604 2 018

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa karena berkat rahmat dan karunia-Nya, penulis dapat menyelesaikan Mini Project dengan judul “Pengaruh Pelatihan Terhadap Peningkatan Keterampilan Kader Posyandu dalam Pengukuran Antropometri untuk Deteksi Dini Kejadian Stunting di Desa Dukuhrejosari Wilayah Kerja Puskesmas Ambal II Kabupaten Kebumen” ini. Penelitian ini dilaksanakan dalam rangka melaksanakan tugas Program Internship Dokter Indonesia yang berlokasi di UPTD Puskesmas Ambal 2. Izinkan penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya atas bimbingan serta dukungan yang telah diberikan dalam penyusunan penelitian ini kepada:

1. Allah SWT yang telah memberikan petunjuk, kemampuan, serta kemudahan kepada penulis untuk menyelesaikan penelitian ini.
2. drg. Erawati Kusuma Dewi, MM selaku Kepala Puskesmas Ambal 2 yang telah memberikan izin penelitian kepada penulis
3. dr.Tutut Tyas Wiji Hastuti selaku dokter pendamping internship UPTD Puskesmas Ambal 2 yang telah memberikan bimbingan dan arahan kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan penelitian ini.
4. Segenap staf Puskesmas Ambal 2 yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu, yang telah memberikan bantuan dan dukungan dalam penyusunan penelitian ini.
5. Seluruh responden serta semua pihak yang telah memberikan bantuan dan dukungan sehingga penelitian ini dapat terlaksana dan diselesaikan dengan baik.

Penulis sangat menyadari bahwa masih banyak kekurangan dan keterbatasan di dalam penelitian ini. Oleh karena itu, penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang membangun.

Kebumen, 24 Juni 2023

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
KATA PENGANTAR.....	iii
DAFTAR ISI.....	iv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan Penelitian.....	4
1.4 Manfaat Penelitian.....	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	6
2.1 Stunting.....	6
2.2 Peran Posyandu dalam Pemantauan Pertumbuhan Anak.....	10
2.3 Penilaian Status Gizi Stunting.....	13
2.4 Hipotesis Penelitian.....	15
BAB III METODE PENELITIAN.....	16
3.1 Desain Penelitian.....	16
3.2 Tempat dan Waktu Penelitian.....	16
3.3 Subjek Penelitian.....	16
3.4 Identifikasi Variabel Penelitian.....	17
3.5 Instrumen Penelitian.....	17
3.6 Teknik Pengumpulan Data.....	18
3.7 Tahap Pengumpulan Data.....	18
3.8 Pengolahan dan Analisis Data.....	21
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	24
4.1 Hasil.....	24
4.2 Pembahasan.....	33
4.3 Keterbatasan Penelitian.....	47
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	48
V.1 Kesimpulan.....	48
V.2 Saran.....	49
DAFTAR PUSTAKA.....	51
LAMPIRAN.....	53

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Stunting merupakan masalah kurang gizi kronis yang disebabkan oleh banyak faktor terutama asupan gizi yang kurang terutama pada 1000 hari pertama kelahiran dan biasanya kejadian ini sering dialami oleh anak – anak (Direktorat Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat, 2018). Stunting merupakan perawakan pendek atau sangat pendek berdasarkan panjang/tinggi badan menurut usia yang kurang dari -2 Standar Deviasi (SD) pada kurva pertumbuhan WHO, disebabkan kekurangan gizi kronik yang berhubungan dengan status sosio ekonomi rendah, asupan nutrisi dan kesehatan ibu yang buruk, riwayat sakit berulang dan praktik pemberian makan pada bayi dan anak yang tidak tepat. Stunting menyebabkan hambatan dalam mencapai potensi fisik dan kognitif anak. Kurva pertumbuhan yang digunakan untuk diagnosis stunting adalah kurva *WHO child growth standard* yang merupakan baku emas pertumbuhan optimal seorang anak. Stunting selalu diawali oleh perlambatan penambahan berat badan (*weight faltering*) yang dapat terjadi sejak *in utero* dan berlanjut setelah lahir.

Pada tahun 2017 sekitar 22,2% atau sekitar 150,8 juta balita di dunia mengalami stunting. Lebih dari setengah balita stunting di dunia berasal dari Asia (55%) sedangkan lebih dari sepertiganya (39%) tinggal di Afrika. Dari 83,6 juta balita stunting di Asia, proporsi terbanyak berasal dari Asia Selatan (58,7%) dan proporsi paling sedikit di Asia Tengah (0,9%) (World Health Organization, 2017). Prevalensi tersebut menjadikan Indonesia sebagai lima besar negara dengan angka stunting tertinggi di dunia (Anggraini et al., 2019). Data prevalensi balita stunting yang dikumpulkan World Health Organization (WHO), Indonesia termasuk ke dalam negara ketiga dengan prevalensi tertinggi di regional Asia Tenggara/ South East Asia Regional (SEAR) (Kementerian Kesehatan, 2018). Berdasarkan data yang didapatkan oleh Direktorat Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat tahun 2018, angka stunting Indonesia sekitar 37% atau setara dengan 9 juta anak Indonesia.

Stunting merupakan salah satu permasalahan gizi utama pada balita di Indonesia yang belum teratasi. Studi Status Gizi Indonesia (SSGI) 2021 di 34 provinsi menunjukkan angka stunting nasional turun dari 27,7% tahun 2019 menjadi 24,4% di tahun 2021. Kejadian stunting di Indonesia secara keseluruhan di Indonesia pada tahun 2022 berada pada angka 21,6% yang mana angka ini berkurang dari tahun sebelumnya yaitu 24,4%. Prevalensi tersebut mengalami penurunan, namun berdasarkan kriteria WHO masih tergolong kategori tinggi (>20%). Kejadian stunting yang masih tinggi tersebar di beberapa kota di seluruh provinsi di Indonesia salah satunya di Provinsi Jawa Tengah dengan prevalensi stunting 20,8%, sedangkan Kabupaten Kebumen memiliki prevalensi stunting 22,1% pada tahun 2022 (Kementerian Kesehatan RI, 2023).

Target stunting nasional pada tahun 2024 yaitu mencapai 14%, sedangkan target stunting di Kabupaten Kebumen itu sendiri tahun 2022 mencapai 11,58%. Berdasarkan hasil mini lokakarya lintas program bulan Mei tahun 2023 yang diadakan Puskesmas Ambal 2, prevalensi stunting di wilayah kerja Puskesmas Ambal 2 berdasarkan hasil pengukuran April 2023 adalah 17,2% dengan 5 desa prevalensi tertinggi stunting yaitu desa Surobayan (28,5%), desa Dukuhrejosari (25,7%), desa Sidomulyo (22,0%), desa Prasutan (21,5%), dan desa Pagedangan (19,7%) (Puskesmas Ambal II, 2023).

Stunting disebabkan oleh faktor multi dimensi dan tidak hanya disebabkan oleh faktor gizi buruk yang dialami oleh ibu hamil maupun anak balita. Namun hal ini juga, terkait dengan terbatasnya layanan kesehatan yang berkualitas dalam upaya mendeteksi kejadian stunting pada balita (Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan, 2017). Pemantauan pertumbuhan balita di posyandu merupakan salah satu upaya pemantauan yang bertujuan untuk mendeteksi stunting pada balita. Proses screening rutin tinggi badan, berat badan, dan pemberian informasi mengenai stunting pada balita sudah selayaknya menjadi agenda wajib dalam setiap kegiatan yang dilaksanakan balita di posyandu (Aliandariani ES, et al, 2022). Namun harapan pemerintah untuk mendapatkan data yang akurat dari hasil pemantauan pertumbuhan di posyandu terbentur dengan rendahnya pengetahuan dan keterampilan kader posyandu dalam melakukan pengukuran antropometri (Fitriani A & Purwaningtyas, DR, 2020).

Pengukuran antropometri merupakan suatu pengukuran fisik dan bagian tubuh manusia. Konsep dasar yang harus dipahami dalam menggunakan antropometri untuk mengukur status gizi merupakan konsep dasar pertumbuhan (Kemenkes RI, 2017). Kesalahan dapat terjadi karena prosedur ukur yang tidak tepat, perubahan hasil ukur maupun analisis yang keliru. Sumber kesalahan bisa karena pengukur, alat ukur, dan kesulitan mengukur (Kemenkes RI, 2017). Berdasarkan pengamatan yang telah dilakukan oleh penulis di beberapa posyandu balita Kecamatan Ambal, ternyata masih ditemukan beberapa kesalahan dalam pengukuran, seperti penggunaan tidak membedakan pengukuran tinggi badan/panjang badan pada anak usia kurang dari 2 tahun atau lebih dari 2 tahun.

Kader kesehatan masyarakat adalah laki-laki atau wanita yang dipilih oleh masyarakat dan dilatih untuk menangani masalah-masalah kesehatan perseorangan maupun masyarakat serta untuk bekerja dalam hubungan yang amat dekat dengan tempat-tempat pemberian pelayanan kesehatan. Kemampuan dan ketepatan kader posyandu dalam melakukan pengukuran antropometri sangatlah penting, ini berkaitan dengan interpretasi status gizi yang salah dan berakibat pula pada kesalahan dalam pengambilan keputusan dan perencanaan penanganan program masalah gizi selanjutnya. Pengetahuan dan keterampilan dapat ditingkatkan dengan berbagai upaya, salah satunya adalah melalui penyuluhan kesehatan serta pelatihan secara langsung.

Sebelumnya, pernah dilakukan penyuluhan kader untuk mengenal pengukuran antropometri, namun hanya dilakukan pada sebagian perwakilan kader saja, dan belum pernah dilakukan pelatihan praktek dengan menggunakan alat secara langsung. Berdasarkan latar belakang tersebut, peneliti tertarik untuk mengetahui pengaruh pelatihan terhadap peningkatan keterampilan kader Posyandu dalam pengukuran antropometri untuk deteksi dini kejadian stunting di Desa Dukuhrejosari wilayah kerja Puskesmas Ambal II Kabupaten Kebumen.

1.2 Rumusan Masalah

Apakah terdapat pengaruh pelatihan terhadap peningkatan keterampilan kader posyandu dalam pengukuran antropometri untuk deteksi dini kejadian stunting di desa Dukuhrejosari wilayah kerja Puskesmas Ambal II ?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dari mini project ini adalah untuk mengetahui pengaruh pelatihan terhadap peningkatan keterampilan kader posyandu dalam pengukuran antropometri untuk deteksi dini kejadian stunting di desa Dukuhrejosari wilayah kerja Puskesmas Ambal II.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Meningkatkan pengetahuan kader posyandu balita desa Dukuhrejosari dalam ketepatan pengukuran antropometri
2. Meningkatkan keterampilan kader posyandu balita desa Dukuhrejosari dalam melakukan pengukuran antropometri
3. Meningkatkan pengetahuan kader posyandu balita desa Dukuhrejosari mengenai stunting
4. Meningkatkan pengetahuan kader posyandu balita desa Dukuhrejosari mengenai dampak kesalahan dari pengukuran terhadap pengukuran stunting.
5. Meminimalisir kesalahan dalam pengukuran antropometri di posyandu balita desa Dukuhrejosari

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen

Hasil dan kesimpulan dalam penelitian mini project ini diharapkan dapat menjadi referensi Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen dalam perencanaan dan penanganan program stunting.

1.4.2 Bagi Puskesmas Ambal II

Sebagai sumber data dan informasi dalam membantu menganalisis hal – hal yang berkaitan dengan keterampilan kader posyandu dalam pengukuran antropometri sehingga dapat meningkatkan kualitas pelayanan posyandu di wilayah kerja Puskesmas Ambal II.

1.4.3 Bagi warga dan kader Desa Dukuhrejosari

Hasil penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan kader posyandu balita Desa Dukuhrejosari dalam melakukan pengukuran antropometri sehingga dapat meminimalisir kesalahan.

1.4.4 Bagi Penulis

Menambah wawasan terkait hal – hal yang berkaitan dengan stunting terutama pengaruh pelatihan terhadap peningkatan keterampilan kader posyandu dalam pengukuran antropometri sebagai deteksi dini kejadian stunting di desa Dukuhrejosari wilayah kerja Puskesmas Ambal II.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Stunting

2.1.1 Definisi Stunting

Stunting sering disebut kerdil atau pendek (Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan, 2018). Menurut WHO, stunting merupakan tidak tercukupinya kebutuhan gizi anak akibat infeksi yang terus menerus selama 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) anak (WHO, 2018). Pengertian stunting menurut Direktorat Jenderal Pembangunan dan Pemberdayaan Masyarakat Desa (2018) adalah kondisi gagal tumbuh pada anak balita akibat kekurangan gizi kronis terutama pada 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK). Stunting merupakan kondisi gagal tumbuh pada anak balita akibat dari kekurangan gizi kronis sehingga anak terlalu pendek untuk usianya. Kekurangan gizi terjadi sejak bayi dalam kandungan dan pada masa awal setelah anak lahir, tetapi baru nampak setelah anak berusia 2 tahun (Wahida Y, 2019). Kondisi gagal tumbuh pada anak balita disebabkan oleh kurangnya asupan gizi yang berulang, infeksi berulang, dan pola asuh yang tidak memadai terutama dalam 1.000 HPK (Direktorat Jenderal Pembangunan dan Pemberdayaan Masyarakat Desa, 2018). Dikatakan stunting apabila tinggi seorang anak tidak sama dengan tinggi standar anak pada populasi normal di usia dan jenis kelamin yang sama (Trihono et al, 2015). Stunting menurut World Health Organization (2010) yaitu tinggi badan menurut usia yang berada di <-2 Standar Deviasi (SD). Stunting di bagi menjadi dua golongan yaitu pendek (-2 SD) dan sangat pendek (-3SD).

2.1.2 Etiologi Stunting

Stunting disebabkan oleh faktor multidimensi dan tidak hanya disebabkan oleh faktor gizi buruk yang dialami oleh ibu hamil maupun anak balita. Intervensi yang paling menentukan untuk dapat mengurangi prevalensi stunting oleh karenanya perlu dilakukan pada 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) dari anak balita (Mardiana S, 2020).

a. Penyebab Langsung

Penyebab langsung masalah gizi pada anak termasuk stunting adalah rendahnya asupan gizi dan status kesehatan (Direktorat Jenderal Pembangunan dan Pemberdayaan Masyarakat Desa, 2018). Hal ini termasuk kurangnya pengetahuan ibu mengenai kesehatan dan gizi sebelum dan pada masa kehamilan, serta setelah ibu melahirkan. Beberapa fakta menunjukkan bahwa 60% dari anak usia 0 – 6 bulan tidak mendapatkan Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, dan 2 dari 3 anak usia 0 – 24 bulan tidak menerima Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI). MP-ASI diberikan/ mulai diperkenalkan ketika balita berusia di atas 6 bulan. Selain berfungsi untuk mengenalkan jenis makanan baru pada bayi, MPASI juga dapat mencukupi kebutuhan nutrisi tubuh bayi yang tidak lagi dapat disokong oleh ASI, serta membentuk daya tahan tubuh dan perkembangan sistem imunologis anak terhadap makanan maupun minuman (Direktorat Jenderal Pembangunan dan Pemberdayaan Masyarakat Desa, 2018).

Pencegahan stunting menitik beratkan pada penanganan penyebab masalah gizi, yaitu faktor yang berhubungan dengan ketahanan pangan khususnya akses terhadap: (1) pangan bergizi (makanan); (2) lingkungan sosial yang terkait dengan praktik pemberian makanan bayi dan anak (pengasuhan); (3) akses terhadap pelayanan kesehatan untuk pencegahan dan pengobatan (kesehatan), serta; (4) kesehatan lingkungan yang meliputi tersedianya sarana air bersih dan sanitasi. Keempat faktor tersebut secara langsung mempengaruhi asupan gizi dan status kesehatan ibu dan anak. Intervensi terhadap keempat faktor tersebut diharapkan dapat mencegah malnutrisi, baik kekurangan maupun kelebihan gizi (Direktorat Jenderal Pembangunan dan Pemberdayaan Masyarakat Desa, 2018).

b. Penyebab Tidak Langsung

Masalah stunting dipengaruhi oleh berbagai faktor, meliputi pendapatan dan kesenjangan ekonomi, perdagangan, urbanisasi, globalisasi, sistem pangan, jaminan sosial, sistem kesehatan, pembangunan pertanian, dan pemberdayaan perempuan (Direktorat Jenderal Pembangunan dan Pemberdayaan Masyarakat Desa, 2018).

Informasi yang dikumpulkan dari publikasi Kemenkes dan Bank Dunia menyatakan bahwa tingkat kehadiran anak di Posyandu semakin menurun dari 79% di 2007 menjadi 64% di 2013 dan anak belum mendapat akses yang memadai ke layanan imunisasi. Fakta lain adalah 2 dari 3 ibu hamil belum mengonsumsi suplemen zat besi yang memadai serta masih terbatasnya akses ke layanan pembelajaran dini yang berkualitas (baru 1 dari 3 anak usia 3 – 6 tahun belum terdaftar di layanan PAUD/ Pendidikan Anak Usia Dini) (Mardiana S, 2020).

Untuk mengatasi penyebab stunting diperlukan prasyarat pendukung yang mencakup: (a) komitmen politik dan kebijakan untuk pelaksanaan; (b) keterlibatan pemerintah dan lintas sektor; dan (c) kapasitas untuk melaksanakan. Pertumbuhan dan perkembangan anak dipengaruhi oleh faktor lingkungan (74 – 87%) dan faktor keturunan (4 – 7%). Hal ini membuktikan bahwa kondisi lingkungan yang mendukung dapat membantu pertumbuhan dan perkembangan anak, dan kondisi tinggi badan anak bukan permasalahan genetik/ keturunan (Direktorat Jenderal Pembangunan dan Pemberdayaan Masyarakat Desa, 2018).

2.1.3 Epidemiologi Stunting

Prevalensi stunting di Indonesia lebih tinggi daripada negara – negara lain di Asia Tenggara, seperti Myanmar (35%), Vietnam (23%), dan Thailand (16%) (Mardiana S, 2020). Menurut Riskesdas 2013, prevalensi pendek secara nasional pada balita adalah 37,2% yang terdiri dari sangat pendek sebesar 18% dan pendek 19,2%. Angka nasional ini meningkat dari tahun 2010 (35,6%) dan 2007 (36,8%). Terdapat 20 provinsi dengan prevalensi di atas nasional (37,2%) dengan prevalensi tertinggi terjadi di Nusa Tenggara Timur, dan Sulawesi Barat menempati urutan ke 2 tertinggi (Supriasa, I D N, 2012).

2.1.4 Dampak Stunting

a. Dampak Jangka Pendek

Dalam jangka pendek, kekurangan gizi menyebabkan gagal tumbuh, hambatan perkembangan kognitif dan motorik, dan tidak optimalnya ukuran

fisik tubuh serta gangguan metabolisme (Direktorat Jenderal Pembangunan dan Pemberdayaan Masyarakat Desa, 2018).

Anak – anak yang mengalami stunting lebih awal yaitu sebelum usia 6 bulan, akan mengalami kekerdilan lebih berat menjelang usia dua tahun. Bila hal tersebut terjadi, maka salah satu organ tubuh yang paling cepat mengalami resiko adalah otak. Dalam otak terdapat sel – sel saraf yang sangat berkaitan dengan respon anak termasuk dalam melihat, mendengar, dan berpikir selama proses belajar. Anak stunting pada usia dua tahun secara signifikan mengalami kinerja kognitif yang lebih rendah dan nilai yang lebih rendah di sekolah pada masa anak – anak (Bappenas & Unicef, 2017).

b. Dampak Jangka Panjang

Dalam jangka panjang, kekurangan gizi menyebabkan menurunnya kapasitas inlogistitelektual. Gangguan struktur dan fungsi saraf serta sel – sel otak yang terjadi pada anak balita stunting bersifat permanen dan menyebabkan penurunan kemampuan menyerap pelajaran di usia sekolah yang akan berpengaruh pada produktivitasnya saat dewasa. Selain itu, kekurangan gizi juga menyebabkan gangguan pertumbuhan (pendek dan atau kurus) dan meningkatkan risiko penyakit tidak menular seperti diabetes melitus, hipertensi, jantung koroner dan stroke (Direktorat Jenderal Pembangunan dan Pemberdayaan Masyarakat Desa, 2018). Menurut Kemenkes RI (2016), stunting juga berisiko tinggi akan munculnya penyakit dan disabilitas pada usia tua, serta kualitas kerja yang tidak kompetitif yang berakibat pada rendahnya produktivitas ekonomi.

2.1.5 Intervensi Pencegahan Stunting

Upaya pencegahan stunting dilakukan melalui dua intervensi, yaitu intervensi gizi spesifik untuk menasar penyebab langsung dan intervensi gizi sensitif untuk menasar penyebab tidak langsung. Selain mengatasi penyebab langsung dan tidak langsung, diperlukan prasyarat pendukung yang mencakup komitmen politik dan kebijakan untuk pelaksanaan, keterlibatan pemerintah dan lintas sektor, serta kapasitas untuk melaksanakan. Pencegahan stunting

memerlukan pendekatan yang menyeluruh, yang harus dimulai dari pemenuhan prasyarat pendukung.

a. Intervensi gizi spesifik

Menyasar penyebab langsung terjadinya stunting yang meliputi: 1) Kecukupan asupan makanan dan gizi; 2) Pemberian makan, perawatan dan pola asuh; dan 3) pengobatan infeksi/ penyakit. Sebagai panduan bagi pelaksana program apabila terdapat keterbatasan sumber daya, maka intervensi gizi spesifik dibagi dalam tiga kelompok :

- Intervensi prioritas, yaitu intervensi yang diidentifikasi memiliki dampak paling besar pada pencegahan stunting dan ditujukan untuk menjangkau semua sasaran prioritas.
- Intervensi pendukung, yaitu intervensi yang berdampak pada masalah gizi dan kesehatan lain yang terkait stunting dan diprioritaskan setelah intervensi prioritas dilakukan.
- Intervensi prioritas sesuai kondisi tertentu, yaitu intervensi yang diperlukan sesuai dengan kondisi tertentu, termasuk saat darurat bencana (program gizi darurat).

b. Intervensi sensitive

Intervensi sensitive mencakup : (a) Peningkatan akses pangan bergizi; (b) Peningkatan kesadaran, komitmen dan praktik pengasuhan gizi ibu dan anak; (c) Peningkatan akses dan kualitas pelayanan gizi dan kesehatan; dan (d) Peningkatan penyediaan air bersih dan sarana sanitasi. Intervensi gizi sensitif umumnya dilaksanakan di luar Kementerian Kesehatan. Sasaran intervensi gizi sensitif adalah keluarga dan masyarakat dan dilakukan melalui berbagai program dan kegiatan.

2.2 Peran Posyandu dalam Pemantauan Pertumbuhan Anak

Peraturan Menteri Kesehatan No. 66 Tahun 2014 tentang Pemantauan Pertumbuhan Anak menegaskan pentingnya deteksi dini masalah gizi bayi dan balita melalui pemantauan pertumbuhan, yang salah satunya dapat dilakukan di pos

pelayanan terpadu (posyandu). Sejak diluncurkan pada tahun 1970 dan direvitalisasi pada tahun 2001, posyandu saat ini masih menjadi program andalan pemerintah dalam mengentaskan masalah gizi dan mencegah kematian pada bayi dan balita. Sebagai upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat, posyandu memiliki fungsi vital dalam pemantauan pertumbuhan anak dengan dilakukannya pengukuran antropometri setiap bulannya (Kemenkes, 2011a). Hasil pengukuran antropometri tidak hanya menjadi informasi bagi masyarakat (ibu) mengenai status gizi dan pertumbuhan anaknya, tetapi juga akan masuk ke dalam pelaporan terpadu puskesmas yang selanjutnya akan menjadi dasar kebijakan bagi pemerintah daerah dan pusat dalam menyelesaikan masalah gizi (Kemenkes, 2011b).

2.2.1 Pelaku Pencegahan Stunting

Efektivitas keterpaduan pencegahan stunting di desa ditentukan oleh kapasitas, peran aktif dan pola kerjasama yang dibangun antar pelaku di tingkat desa dan antardesa, baik individu maupun lembaga, sesuai fungsi dan kewenangannya. Untuk menjelaskan fungsi dari setiap pelaku yang terlibat dalam keterpaduan pencegahan stunting di desa maka dapat dibagi dalam 3 (tiga) kategori, yaitu: (a) pelaku penyedia layanan, (b) pelaku pengambil keputusan, dan (c) pelaku pelaksana kegiatan. Uraian 3 (tiga) kategori dimaksud, sebagaimana gambar berikut.

2.2.3 Faktor Penyebab

Pemantauan pertumbuhan balita di posyandu merupakan salah satu upaya pemantauan yang bertujuan untuk mendeteksi stunting pada balita. Proses *screening* rutin tinggi badan, berat badan, dan pemberian informasi mengenai stunting pada balita sudah selayaknya menjadi agenda wajib dalam setiap kegiatan yang dilaksanakan balita di posyandu (Aliandariani ES, et al, 2022). Namun harapan pemerintah untuk mendapatkan data yang akurat dari hasil pemantauan pertumbuhan di posyandu terbentur dengan rendahnya pengetahuan dan keterampilan kader posyandu dalam melakukan pengukuran antropometri (Fitriani A & Purwaningtyas, DR, 2020).

Terdapat tiga faktor yang menyebabkan minimnya pemahaman dan keterampilan kader dalam pengukuran antropometri, yaitu (Herlina Sri, 2021):

a. Faktor Tata Kelola

Belum diadakan pelatihan terkait pengukuran stunting dan saat kegiatan posyandu hanya diarahkan saja oleh petugas gizi. Kebijakan terkait dengan peningkatan kompetensi kader khususnya terkait keterampilan pengukuran antropometri masih belum cukup dilakukan. Komitmen pemerintah atau koordinasi yang terbatas membuat keterampilan kader tidak cukup baik. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional menyebutkan bahwa pelatihan penting dilakukan, dan diharapkan terakreditasi dengan pembinaan dan pengawasan sumber daya manusia (SDM) yang bermutu, agar pemanfaatan kader sebagai tenaga lapangan lebih optimal.

b. Faktor Keuangan

Pelaksanaan kegiatan pelatihan kader yang kurang tidak hanya disebabkan oleh terbatasnya anggaran dari pemerintah pusat dan daerah, tetapi juga terkendala oleh minimnya pengajuan pada Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD). Pengajuan anggaran pelatihan yang dilakukan secara rutin setiap tahunnya belum banyak terfokus pada kader, namun lebih terhadap sumber daya kesehatan yang berperan sebagai pelaksana program, seperti bidan, perawat, ahli gizi, ahli epidemiologi, dan kesehatan lingkungan.

c. Faktor Penyedia Layanan

Keterampilan kader yang terbatas disebabkan oleh tidak adanya bimbingan teknis oleh pengelola program stunting secara berkelanjutan. Pemberian pelatihan atau pembekalan diri terkait stunting pada kader terbatas hanya pada saat kader melakukan kegiatan posyandu.

2.3 Penilaian Status Gizi Stunting

Penilaian status gizi balita yang paling sering dilakukan adalah dengan cara penilaian antropometri. Secara umum antropometri berhubungan dengan berbagai macam pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh dari berbagai tingkat umur dan tingkat gizi. Antropometri digunakan untuk melihat ketidakseimbangan asupan protein dan energi. Keseimbangan ini terlihat pada pola pertumbuhan fisik dan proporsi jaringan tubuh, seperti lemak, otot, dan jumlah air dalam tubuh (Supariasa, et al, 2002).

2.3.1 Pengukuran Antropometri

Antropometri adalah pengukuran pada tubuh untuk menentukan status gizi seseorang (Kementerian Kesehatan RI, 2020). Antropometri sebagai indikator status gizi dapat dilakukan dengan mengukur beberapa parameter antara lain: umur, berat badan, tinggi badan, lingkaran lengan atas, lingkaran kepala, lingkaran dada, lingkaran pinggul, dan tebal lemak di bawah kulit (Mardiana, S, 2020).

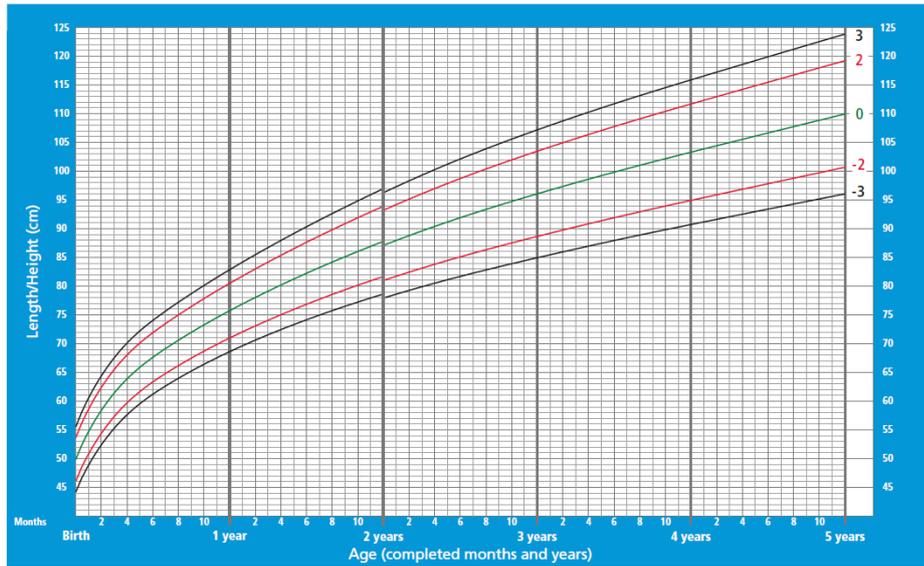
Stunting dapat diketahui bila seorang balita sudah diketahui usianya dan diukur panjang atau tinggi badannya, lalu dibandingkan dengan standar dan hasilnya berada di bawah normal. Jadi, secara fisik balita stunting akan lebih pendek dibandingkan balita seumurnya. Perhitungan ini menggunakan standar z-score dari WHO.

2.3.2 Indeks Antropometri

Indeks antropometri adalah kombinasi atau parameter antropometri dengan usia atau dengan parameter yang lain. Indeks antropometri yang sering digunakan untuk menilai status gizi pada periode pertumbuhan adalah kombinasi berat badan menurut usia (BB/U), kombinasi tinggi atau panjang badan menurut usia (TB/U atau PB/U), kombinasi berat badan menurut tinggi atau panjang badan (BB/TB atau BB/PB), kombinasi indeks massa tubuh (IMT) menurut usia (IMT/U) (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

Length/height-for-age BOYS

Birth to 5 years (z-scores)

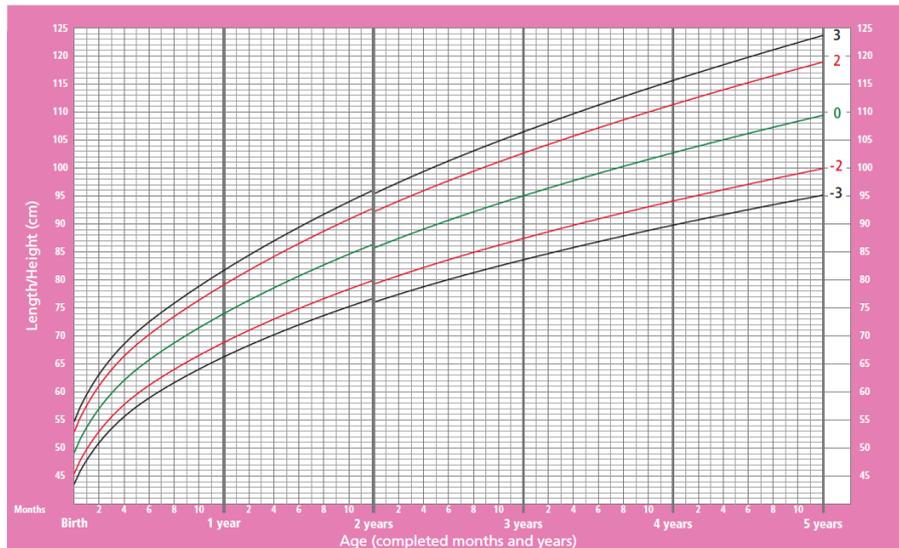


WHO Child Growth Standards

Gambar 1. Score TB/U untuk anak laki – laki usia 0 – 5 tahun (WHO, 2020)

Length/height-for-age GIRLS

Birth to 5 years (z-scores)



WHO Child Growth Standards

Gambar 2. Score TB/U untuk anak perempuan usia 0 – 5 tahun (WHO, 2020)

2.3.3 Klasifikasi Status Gizi

Klasifikasi status gizi yaitu untuk mengklasifikasikan atau mengkategorikan nilai status gizi berdasarkan indeks. Klasifikasi tersebut sebagai berikut : (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

Indeks	Kategori Status Gizi	Ambang Batas (Z-Score)
Berat Badan menurut Umur (BB/U) Anak Umur 0 – 60 Bulan	Gizi Buruk	< -3 SD
	Gizi Kurang	-3 SD sampai dengan <-2 SD
	Gizi Baik	-2 SD sampai dengan 2 SD
Panjang Badan menurut Umur (PB/U) atau Tinggi Badan menurut Umur (TB/U) Anak Umur 0 – 60 Bulan	Gizi Lebih	>2 SD
	Sangat Pendek	<-3 SD
	Pendek	-3 SD sampai dengan <-2 SD
Berat Badan menurut Panjang Badan (BB/PB) atau Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB) Anak Umur 0 – 60 Bulan	Normal	-2 SD sampai dengan 2 SD
	Tinggi	>2 SD
	Sangat Kurus	<-3 SD
Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U) Anak Umur 0 – 60 Bulan	Kurus	-3 SD sampai dengan <-2 SD
	Normal	-2 SD sampai dengan 2 SD
	Gemuk	>2 SD
Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U) Anak Umur 5 – 18 Tahun	Sangat Kurus	<-3 SD
	Kurus	-3 SD sampai dengan <-2 SD
	Normal	-2 SD sampai dengan 1 SD
	Gemuk	>1 SD sampai dengan 2 SD
	Obesitas	>2 SD

Gambar 3. Klasifikasi status gizi berdasarkan indeks (Kementerian Kesehatan RI, 2020)

2.4 Hipotesis Penelitian

Hipotesis adalah jawaban sementara dari penelitian atau dalil sementara yang kebenarannya akan dibuktikan dalam penelitian (Notoatmodjo, 2010). Dari konsep penelitian diatas, maka dirumuskan hipotesis penelitian sebagai berikut:

- H1: Terdapat hubungan antara pelatihan terhadap peningkatan keterampilan kader posyandu dalam pengukuran antropometri untuk deteksi dini kejadian stunting di desa Dukuhrejosari wilayah kerja Puskesmas Ambal II.

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan jenis penelitian menggunakan metode eksperimen semu (*quasi experimental design*) dengan rancangan *non-randomized pretest – posttest design* yang bertujuan untuk mengetahui hubungan antar variable melalui pengujian hipotesis. Berdasarkan waktu, desain penelitian ini dilakukan dengan rancangan potong lintang (*cross sectional study*), yaitu subjek penelitian hanya diukur dan diobservasi dalam satu waktu (Dahlan, 2014).

3.2 Tempat dan waktu penelitian

a. Waktu Penelitian

Waktu penelitian dilakukan pada Mei 2023

b. Tempat penelitian

Lokasi penelitian dilakukan di kantor balai desa Dukuhrejosari, Ambal, Kebumen

3.3 Subjek Penelitian

a. Populasi Penelitian

1) Populasi Target

Populasi target mini project ini adalah para kader posyandu Desa Dukuhrejosari wilayah kerja Puskesmas Ambal II pada Bulan Mei 2023.

2) Populasi Terjangkau

Populasi terjangkau dalam penelitian ini adalah Kader Posyandu Balita Desa Dukuhrejosari yang dapat hadir dalam pelatihan pengukuran antropometri.

b. Sampel Penelitian

Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini dilakukan dengan metode Total sampling. Total sampling adalah teknik pengambilan sampel dimana jumlah sampel sama dengan populasi. Pada penelitian ini didapatkan sebanyak 16 sampel penelitian dari total 18 orang kader posyandu Desa Dukuhrejosari Wilayah Kerja Puskesmas Ambal II.

3.4 Identifikasi Variabel Penelitian

a. Variabel Independent (variable bebas)

Variabel independen dalam penelitian ini adalah Pelatihan Pengukuran Antropometri yang dilakukan oleh peneliti dengan menggunakan slide penyuluhan juga video peragaan dengan media laptop untuk presentasi serta peragaan dengan alat ukur antropometri.

b. Variabel Dependent (variable terikat)

Variabel dependen di sini adalah tingkat keterampilan kader Posyandu Desa Dukuhrejosari dalam melakukan pengukuran antropometri. Keterampilan dibagi menjadi 5 variabel, yaitu keterampilan pengukuran antropometri secara keseluruhan, keterampilan menggunakan *length board* keterampilan menggunakan *stadiometer*, keterampilan menggunakan *baby scale* dan keterampilan menggunakan timbangan digital.

3.5 Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini untuk mengumpulkan data mengenai keterampilan yaitu dengan daftar tilik observasi *pre test* dan *post test* terkait keterampilan pengukuran antropometri. Instrumen daftar tilik observasi yang dibuat sesuai dengan Materi Pelatihan Pengukuran Antropometri dari Direktorat Gizi dan KIA Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Daftar tilik ini terdiri dari tahapan pengukuran mulai dari pemasangan alat, perlakuan terhadap responden, pembacaan dan pencatatan hasil ukur. Daftar tilik observasi ini terdiri dari 4 jenis pengukuran antropometri.

Selain itu, instrument yang digunakan adalah alat ukur antropometri berupa *infantometer/ length board*, *stadiometer*, *baby scale* dan timbangan digital. Sedangkan media yang digunakan untuk pelatihan kader yaitu slide penyuluhan juga video peragaan dengan media laptop untuk presentasi serta peragaan dengan alat ukur antropometri.

3.6 Teknik Pengumpulan Data

a. Jenis data

Penelitian ini menggunakan jenis data primer. Data primer pertama yaitu data yang diperoleh secara langsung dari subjek penelitian dalam bentuk jawaban dari kuesioner tentang identitas diri sampel. Data primer selanjutnya yaitu data pengukuran keterampilan kader Posyandu Desa Dukuhrejosari melalui lembar tilik observasi keterampilan *pretest* dan *posttest* yang diisi berdasarkan pengamatan oleh dokter yang telah dilatih.

b. Sumber data

Data-data dalam penelitian ini merupakan data primer, yaitu meliputi tingkat keterampilan kader Posyandu Desa Dukuhrejosari pada bulan Mei 2023 dalam pengukuran antropometri dengan menggunakan empat alat, yaitu *length board*, *stadiometer*, *baby scale* dan timbangan digital. Data diperoleh dari lembar observasi yang diisi berdasarkan pengamatan oleh dokter yang telah dilatih.

3.7 Tahap Pengumpulan Data

Subyek penelitian adalah kader posyandu desa Dukuhrejosari bulan Mei 2023 sejumlah 18 orang, namun pada hari penelitian hanya terdapat 16 orang yang dapat hadir. Pelaksanaan penelitian dan pelatihan dilakukan selama satu hari di kantor Kelurahan Desa Dukuhrejosari pada tanggal 19 Mei 2023.

Kegiatan diawali dengan mengisi daftar hadir, dilanjutkan dengan pembukaan dan penjelasan alur pelatihan pada kader, selanjutnya dilakukan pengisian identitas diri dan informed consent. Pre-test dilakukan segera setelah kader mengisi lembar identitas diri. Kader diberikan soal berupa kasus dan diminta mempraktikkan pengukuran antropometri.

Pre-test dilakukan selama sekitar satu jam, pelatihan selama satu jam, dan post-test selama satu jam dan diakhiri dengan penutupan. Bentuk kegiatan pelatihan dengan metode demonstrasi dan studi kasus, menggunakan pendekatan pembelajaran melalui diskusi dan tanya jawab. Pengukuran capaian pelatihan melalui pemenuhan kemampuan antropometri yang tertuang dalam 4 aktivitas dengan 37 indikator kemampuan antropometri. Daftar tilik ini terdiri dari tahapan

pengukuran mulai dari pemasangan alat, perlakuan terhadap responden, pembacaan dan pencatatan hasil ukur seperti ditunjukkan tabel 1-4. Setiap point benar memiliki skor 1.

Tabel 1. Pengukuran Panjang Badan Bayi Dan Balita < 2 Tahun
Menggunakan Length Board/Infantometer

Indikator Ukuran	Indikator kemampuan		
		Benar	Salah
Memasang alat ukur Panjang badan	1) Meletakkan papan pengukur pada bidang datar dan keras		
	2) Memastikan alat dalam kondisi baik dan lengkap (<i>foot piece</i> dapat digerakan dengan lancar dan pentunjuk ukuran dapat terbaca jelas)		
	3) Menyiapkan alas kain tipis pada alat ukur untuk bagian kepala balita		
Mengukur Panjang Badan	4) Pengukur memposisikan diri pada bagian <i>foot piece</i> (bagian kaki) dan asisten di bagian kepala		
	5) Memastikan balita berpakaian seminimal mungkin		
	6) Meminta ibu balita meletakkan balita di papan pengukur dengan posisi kepala dan kaki yang tepat		
	7) Memposisikan puncak kepala balita sedemikian rupa sehingga menempel pada papan bagian kepala		
	8) Asisten memastikan kepala balita menempel pada papan kepala dan punggung balita tetap menempel pada papan pengukur		
	9) Meluruskan kaki balita dan menekan lututnya sedemikian sehingga lutut dan betis bagian belakang menempel dengan papan pengukur		
	10) Memposisikan telapak kaki balita tegak lurus dengan alas papan pengukur (90°)		
	11) Menarik papan bagian kaki hingga menyentuh telapak kaki balita tegak lurus		
	12) Membaca dan mencatat hasil pengukuran hingga ketelitian 0,1 cm (ketelitian 1 mm)		
	13) Bila balita berusia ≥ 2 tahun, hasil pengukuran dikurang 0,7 cm		

Tabel 2. Pengukuran Panjang Badan Bayi Dan Balita >2 Tahun
Menggunakan Stadiometer

Indikator Ukuran	Indikator kemampuan		
		Benar	Salah
Memasang alat ukur Tinggi badan	1) Meletakkan papan pengukur pada bidang datar, rata, dan keras		
	2) Memastikan alat dalam kondisi baik dan lengkap (terdapat sandaran tumit, <i>head slider</i> dapat digerakan dengan lancar dan penunjuk ukuran dapat terbaca jelas)		
Mengukur Tinggi Badan	3) Memastikan balita berpakaian seminimal mungkin		
	4) Pengukur memposisikan balita berdiri tegak membelakangi tiang ukur		
	5) Meminta asisten memastikan bagian tubuh balita menempel di 5 titik pada tiang ukur (belakang kepala, punggung, bokong, betis dan tumit) dengan tangan kiri memegang lutut dan tangan kanan memegang tulang kering.		
	6) memposisikan kepala balita dengan memegang dagu balita dengan tangan kiri agar pandangan lurus ke depan sehingga membentuk <i>Frankfurt plane horizontal</i>		
	7) menarik head slider pada stadiometer sampai menyentuh puncak kepala balita		
	8) Membaca dan mencatat hasil pengukuran hingga ketelitian 0,1 cm (ketelitian 1 mm)		
	9) Bila balita berusia < 2tahun, hasil pengukuran ditambahkan 0,7 cm		

Tabel 3. Pengukuran Berat Badan Bayi Menggunakan Baby Scale

Indikator Ukuran	Indikator kemampuan		
		Benar	Salah
Memasang alat ukur Berat Badan	1) Meletakkan timbangan pada ruangan yang cukup terang dan di bidang datar, rata dan keras.		
	2) Memastikan timbangan bersih dan tidak ada beban lain di atas timbangan		
	3) Memasang baterai pada tempatnya dan sesuai dengan posisi baterai		
	4) Menekan tombol power/on dan pastikan angka pada jendela baca menunjukkan angka nol (0,00 kg) dan dalam satuan kilogram (menekan tombol UNIT HOLD hingga pound berubah ke kg).		
Mengukur Berat Badan	5) Memastikan balita berpakaian seminimal mungkin		
	6) Meletakkan bayi di atas mangkok timbang bayi hingga angka berat badan muncul pada layar timbangan		
	7) Menekan tombol UNIT HOLD hingga tulisan 'HOLD' pada display berhenti berkedip dan muncul angka akhir berat badan bayi		
	8) Membaca dan mencatat hasil pengukuran hingga ketelitian 0,01 kg (ketelitian 10 gram)		

Tabel 4. Pengukuran Berat Badan Bayi Menggunakan Timbangan Digital Balita

Indikator Ukuran	Indikator kemampuan		
		Benar	Salah
Memasang alat ukur Berat Badan	1) Meletakkan timbangan pada ruangan yang cukup terang dan di bidang datar, rata dan keras.		
	2) Memastikan timbangan bersih dan tidak ada beban lain di atas timbangan		
	3) Memasang baterai pada tempatnya dan sesuai dengan posisi baterai		
	4) Menekan tombol power/on dan patikan angka pada jendela baca menunjukkan angka nol (0,00 kg) dan dalam satuan kilogram (menekan tombol UNIT HOLD hingga pound berubah ke kg).		
Mengukur Berat Badan	5) Memastikan balita berpakaian seminimal mungkin (tidak memakai popok) juga tidak memegang sesuatu.		
	6) Menempatkan balita tepat di tengah timbangan saat angka pada layar timbangan 0,00kg, serta tetap berada di posisi tersebut hingga angka berat badan pada layar timbangan sudah tidak berubah.		
	7) Berdiri/berlutut di depan layar baca timbangan dan membaca dan mencatat hasil pengukuran hingga ketelitian 0,01 kg (ketelitian 10 gram)		

Keterampilan dibagi menjadi dua kategori: 1) baik apabila melakukan secara benar $\geq 80\%$ tahapan pengukuran atau mencapai skor 40; 2) kurang apabila melakukan secara benar $< 80\%$..

Selama pelatihan, peserta diberikan materi terkait: peran penting antropometri, alat standar antropometri, dan cara pengukuran antropometri yang benar. Setelah pelatihan, peserta melakukan post-test sesuai dengan kasus pada soal pre-test sebelumnya. Tim dokter yang telah dilatih, melakukan observasi praktik dari kader peserta pelatihan berdasarkan pedoman observasi kemampuan antropometri.

3.8 Pengolahan dan Analisis Data

a. Pengolahan Data

Pengolahan data dilakukan setelah pengumpulan data selesai dilakukan. Peneliti mengolah data dengan menggunakan komputer dan aplikasi yang digunakan untuk uji statistika. Tahap-tahap yang dilakukan untuk mengolah data yaitu data *editing*, *data coding*, *data entry*, dan data *cleaning* (Dahlan, 2014).

b. Analisis Data

Analisis hasil kegiatan dilakukan secara analitik dengan melihat perubahan nilai observasi post terhadap pre-test per peserta pelatihan, lalu mencari apakah terdapat hubungan diantara keduanya. Alat bantu analisis data adalah Microsoft Office Excel dan SPSS.

1) Analisis Univariat

Analisis univariat bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian. Pada umumnya analisis ini hanya menghasilkan distribusi frekuensi dan persentase dari tiap variabel penelitian (Dahlan, 2016).

2) Analisis Bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk melihat hubungan antara masing-masing variabel bebas dengan variabel terikat (Dahlan, 2010). Dalam penelitian ini variabel independen yang digunakan berupa data kategorik sedangkan variabel dependen yang digunakan berupa data numerik.

Uji-t berpasangan (*paired t-test*) adalah salah satu metode pengujian hipotesis dimana data yang digunakan tidak bebas (berpasangan). Sampel berpasangan merupakan subjek yang sama, tapi mengalami perlakuan yang berbeda. Model uji beda ini digunakan untuk menganalisis model penelitian sebelum dan sesudah. Menurut Widiyanto (2013:35), *paired sample t-test* merupakan salah satu metode pengujian yang digunakan untuk

mengkaji keefektifan perlakuan, ditandai dengan adanya perbedaan rata-rata sebelum dan rata-rata sesudah diberikan perlakuan.

Asumsi dasar penggunaan uji ini adalah observasi atau penelitian untuk masing-masing pasangan harus dalam kondisi yang sama. Perbedaan rata-rata harus berdistribusi normal. Varian masing-masing pasangan harus dalam kondisi yang sama. Perbedaan rata-rata harus berdistribusi normal. Varian masing-masing variabel dapat sama atau tidak. Untuk melakukan uji ini, diperlukan data yang berskala interval atau ratio. Yang dimaksud dengan sampel berpasangan adalah kita menggunakan sampel yang sama, tetapi pengujian yang dilakukan terhadap sampel tersebut dua kali dalam waktu yang berbeda atau dengan interval waktu tertentu. Pengujian dilakukan dengan menggunakan significant 0.05 ($\alpha=5\%$) antar variabel independen dengan variabel dependen.

Dasar pengambilan putusan untuk menerima atau menolak H_0 pada uji ini adalah sebagai berikut.

- a) Jika nilai signifikan $> 0,05$ maka H_0 diterima atau H_a ditolak (perbedaan kinerja tidak signifikan).
- b) Jika nilai signifikan < 0.05 maka H_0 ditolak atau H_a diterima (perbedaan kinerja signifikan).

Pengujian ini untuk membuktikan apakah sampel penelitian sebelum dan setelah IPO memiliki rata-rata yang berbeda secara signifikan ataupun tidak.

Alasan penulis menggunakan alat analisis ini adalah karena dalam penelitian ini digunakan dua sampel yang berpasangan. Sampel berpasangan ini sebagai sebuah subjek yang sama namun mengalami dua perlakuan atau pengukuran yang berbeda, yaitu sebelum dan setelah pelatihan.

Uji T-berpasangan yang syaratnya tidak terpenuhi, yaitu tidak terdistribusi dengan normal, maka uji alternatif yang dilakukan adalah uji Wilcoxon (Dahlan, 2016).

BAB IV HASIL & PEMBAHASAN

4.1 HASIL

4.1.1 Hasil Analisis Univariat

a. Distribusi data responden berdasarkan usia

Setelah dilakukan pengambilan sampel, berdasarkan hasil data responden pada lembar observasi didapatkan sampel sebanyak 16 orang. Berikut profil kader posyandu desa Dukuhrejosari yang mengikuti pelatihan ini:

Tabel 5. Distribusi Data Berdasarkan Nama dan Usia Responden

No	Nama Responden	Usia
1	Ny.P	49th
2	Ny.KK	42th
3	Ny.M	51th
4	Ny.YY	49th
5	Ny.NR	36th
6	Ny.SM	50th
7	Ny.M	58th
8	Ny.M	52th
9	Ny.KP	47th
10	Ny.YR	49th
11	Ny.NK	37th
12	Ny.R	49th
13	Ny.N	53th
14	Ny.I	50th
15	Ny.K	46th
16	Ny.A	34th

Terdapat 18% (3 orang) kader posyandu yang berusia 30-40 tahun dan 82% (13 orang) kader posyandu yang berusia lebih dari 40 tahun.

b. Distribusi data responden berdasarkan hasil Pre-test

Selanjutnya untuk menilai keberhasilan dari pelatihan yang dilakukan didapatkan, tingkat pengetahuan kader posyandu berdasarkan hasil dari pre-test dan post-test. Distribusi keterampilan kader posyandu Desa Dukuhrejosari sebelum dilakukan pelatihan, berdasarkan daftar tilikan pre-test dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 6. Keterampilan Kader Posyandu Desa Dukuhrejosari dalam Pengukuran Antropometri Berdasarkan Pre-Test

No Kader	LB		S		BS		TD		Total		Kesimpulan Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
1	11	84	6	66	5	62	6	85	28	75	Kurang
2	12	92	9	100	6	75	6	85	33	89	Baik
3	12	92	7	77	7	87	6	85	32	86	Baik
4	11	84	8	88	8	100	7	100	34	91	Baik
5	11	84	8	88	7	87	6	85	32	86	Baik
6	11	84	8	88	8	100	7	100	34	91	Baik
7	11	84	7	77	7	87	6	85	31	83	Baik
8	11	84	7	77	8	100	7	100	33	89	Baik
9	11	84	7	77	6	75	6	85	30	81	Baik
10	12	92	8	88	8	100	7	100	35	94	Baik
11	11	84	8	88	6	75	5	71	30	81	Baik
12	12	92	6	66	7	87	6	85	31	83	Baik
13	10	76	7	77	7	87	6	85	30	81	Baik
14	10	76	7	77	6	75	6	85	29	78	Kurang
15	12	92	9	100	7	87	6	85	34	91	Baik
16	11	84	7	77	6	75	6	85	30	81	Baik

Berdasarkan data di atas dapat dilihat bahwa tingkat keterampilan dalam pengukuran antropometri yang dilakukan oleh kader posyandu Desa Dukuhrejosari sebelum pelaksanaan kegiatan penyuluhan masih sangat rendah dimana seluruh responden yaitu 100% (16 orang) mendapatkan hasil dengan kesimpulan kurang dalam melakukan antropometri.

c. Distribusi data responden berdasarkan hasil Post-test

Distribusi keterampilan kader posyandu Desa Dukuhrejosari sesudah dilakukan pelatihan, berdasarkan daftar tilikan pro-test dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 7. Keterampilan Kader Posyandu Desa Dukuhrejosari dalam Pengukuran Antropometri Berdasarkan Post-Test

No Kader	LB		S		BS		TD		Total		Kesimpulan Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
1	11	84	6	66	5	62	6	85	28	75	Kurang
2	12	92	9	100	6	75	6	85	33	89	Baik
3	12	92	7	77	7	87	6	85	32	86	Baik
4	11	84	8	88	8	100	7	100	34	91	Baik
5	11	84	8	88	7	87	6	85	32	86	Baik
6	11	84	8	88	8	100	7	100	34	91	Baik
7	11	84	7	77	7	87	6	85	31	83	Baik
8	11	84	7	77	8	100	7	100	33	89	Baik
9	11	84	7	77	6	75	6	85	30	81	Baik
10	12	92	8	88	8	100	7	100	35	94	Baik
11	11	84	8	88	6	75	5	71	30	81	Baik
12	12	92	6	66	7	87	6	85	31	83	Baik
13	10	76	7	77	7	87	6	85	30	81	Baik
14	10	76	7	77	6	75	6	85	29	78	Kurang
15	12	92	9	100	7	87	6	85	34	91	Baik
16	11	84	7	77	6	75	6	85	30	81	Baik

*LB: length board; S: Stadiometer; BS: Baby Scale; TD: Timbangan Digital

Berdasarkan data di atas dapat dilihat bahwa tingkat keterampilan dalam pengukuran antropometri yang dilakukan oleh kader posyandu Desa Dukuhrejosari setelah pelaksanaan kegiatan pelatihan sangat meningkat dimana hampir seluruh kader posyandu sebanyak 14 orang (87,5%) mendapatkan hasil dengan kesimpulan baik dalam melakukan antropometri dan sisanya hanya sebanyak 2 orang (12,5%) yang masih mendapatkan hasil dengan kesimpulan kurang.

d. Distribusi hasil Pre-Test dan Post-Test

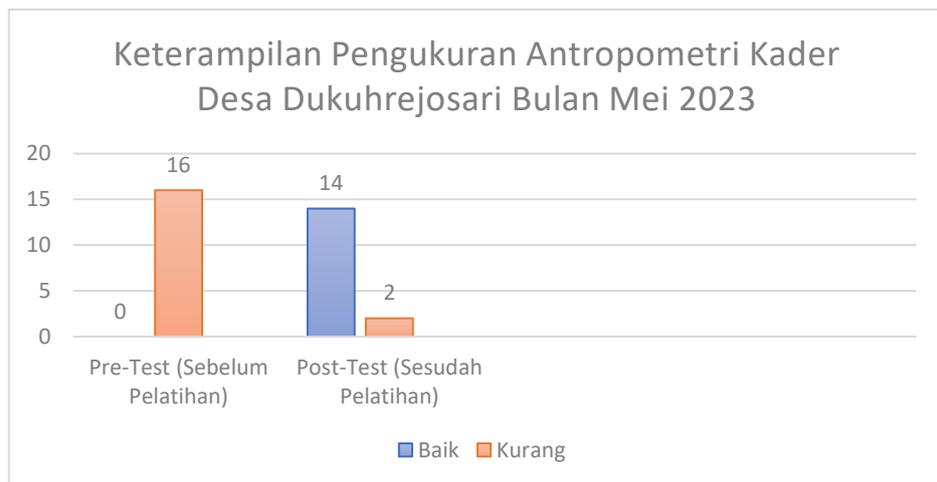
Keterampilan responden tentang ketepatan pengukuran antropometri dilihat dari hasil daftar tilikan observasi pre-test dan post-test yang diisi oleh tim dokter yang sudah terlatih. Pretest dan post test memiliki daftar tilikan yang sama yang keduanya terdiri dari 37 tilikan. Hasil dari pretest dan posttest ditunjukkan pada tabel berikut.

Tabel 8. Hasil terendah, tertinggi serta mean dari pretest dan post test

Jenis Test	N Responden	Hasil Terendah (N)	Hasil Tertinggi (N)	Mean
Pre-test	16	19	25	22.87
Post-test	16	28	35	31.62

Berdasarkan tabel di atas diketahui terdapat peningkatan keterampilan kader yang dilihat dari nilai rerata pre-test kader yang awalnya 22.87 meningkat jadi 31.62 pada nilai post-test. Sebelum dilakukan pelatihan, nilai terendah yaitu 19 dari 37 soal yang benar, kemudian tertinggi yaitu mencapai 25. Setelah dilakukan pelatihan, nilai terendah meningkat jadi 28 dari 37 soal yang benar, kemudian nilai tertinggi mencapai 35. Tidak terdapat kader yang nilai post-testnya lebih rendah daripada pre-testnya, namun tidak terdapat kader yang mendapat nilai 37.

Pengaruh pelatihan terhadap peningkatan keterampilan kader posyandu dalam pengukuran antropometri untuk deteksi dini kejadian stunting di desa Dukuhrejosari wilayah kerja Puskesmas Ambal II dapat dilihat pada diagram di berikut ini.



e. **Distribusi hasil daftar tilikan pengukuran antropometri dengan *length board***

Tabel 9. Distribusi hasil daftar tilikan pengukuran antropometri dengan *length board*

No Kader	Pre-Test		Kesimpulan Pre-Test	Post-Test		Kesimpulan Post-Test
	N	%		N	%	
1	8	61	Kurang	11	84	Baik
2	9	69	Kurang	12	92	Baik
3	9	69	Kurang	12	92	Baik
4	10	76	Kurang	11	84	Baik
5	7	53	Kurang	11	84	Baik
6	9	69	Kurang	11	84	Baik
7	10	76	Kurang	11	84	Baik
8	8	61	Kurang	11	84	Baik
9	10	76	Kurang	11	84	Baik
10	8	61	Kurang	12	92	Baik
11	9	69	Kurang	11	84	Baik
12	10	76	Kurang	12	92	Baik
13	9	69	Kurang	10	76	Kurang
14	9	69	Kurang	10	76	Kurang
15	10	76	Kurang	12	92	Baik
16	8	61	Kurang	11	84	Baik

Berdasarkan tabel di atas, dapat diketahui bahwa sebelum diadakan pelatihan, keterampilan seluruh kader (16 orang, 100%) dalam menggunakan *length board* untuk pengukuran antropometri adalah kurang. Pada pre-test, nilai terendah adalah 7 (53%) dan nilai tertinggi adalah 10 (76%) dari 13 soal. Setelah diadakan pelatihan, keterampilan 14 kader (87,5%) meningkat menjadi baik, sedangkan 2 orang kader (12,5%) tetap berketerampilan kurang menurut nilai tilikan observasi post-test.

f. Distribusi hasil daftar tilikan pengukuran antropometri dengan *stadiometer*

Tabel 10. Distribusi hasil daftar tilikan pengukuran antropometri dengan *stadiometer*

No Kader	Pre-Test		Kesimpulan Pre-Test	Post-Test		Kesimpulan Post-Test
	N	%		N	%	
1	4	44	Kurang	6	66	Kurang
2	4	44	Kurang	9	100	Baik
3	5	55	Kurang	7	77	Kurang
4	4	44	Kurang	8	88	Baik
5	5	55	Kurang	8	88	Baik
6	4	44	Kurang	8	88	Baik
7	4	44	Kurang	7	77	Kurang
8	4	44	Kurang	7	77	Kurang
9	5	55	Kurang	7	77	Kurang
10	3	33	Kurang	8	88	Baik
11	5	55	Kurang	8	88	Baik
12	4	44	Kurang	6	66	Kurang
13	4	44	Kurang	7	77	Kurang
14	4	44	Kurang	7	77	Kurang
15	4	44	Kurang	9	100	Baik
16	5	55	Kurang	7	77	Kurang

Berdasarkan tabel di atas, dapat diketahui bahwa sebelum diadakan pelatihan, keterampilan seluruh kader (16 orang, 100%) dalam menggunakan *stadiometer* untuk pengukuran antropometri adalah kurang. Pada pre-test, nilai terendah adalah 3 (33,3%) dan nilai tertinggi adalah 5 (55,5%) dari 9 soal. Setelah diadakan pelatihan, keterampilan 7 kader (43,7%) meningkat menjadi baik, sedangkan 9 orang kader (56,3%) tetap berketerampilan kurang menurut nilai tilikan observasi post-test.

g. Distribusi hasil daftar tilikan pengukuran antropometri dengan *baby scale*

Tabel 11. Distribusi hasil daftar tilikan pengukuran antropometri dengan *baby scale*

No Kader	Pre-Test		Kesimpulan Pre-Test	Post-Test		Kesimpulan Post-Test
	N	%		N	%	
1	5	62	Kurang	5	62	Kurang
2	5	62	Kurang	6	75	Kurang
3	5	62	Kurang	7	87	Baik
4	4	50	Kurang	8	100	Baik
5	5	62	Kurang	7	87	Baik
6	5	62	Kurang	8	100	Baik
7	5	62	Kurang	7	87	Baik
8	6	75	Kurang	8	100	Baik
9	5	62	Kurang	6	75	Kurang
10	4	50	Kurang	8	100	Baik
11	4	50	Kurang	6	75	Kurang
12	5	62	Kurang	7	87	Baik
13	5	62	Kurang	7	87	Baik
14	5	62	Kurang	6	75	Kurang
15	5	62	Kurang	7	87	Baik
16	5	62	Kurang	6	75	Kurang

Berdasarkan tabel di atas, dapat diketahui bahwa sebelum diadakan pelatihan, keterampilan seluruh kader (16 orang, 100%) dalam menggunakan *baby scale* untuk pengukuran antropometri adalah kurang. Pada pre-test, nilai terendah adalah 4 (50%) dan nilai tertinggi adalah 6 (75%) dari 8 soal. Setelah diadakan pelatihan, keterampilan 10 kader (62,5%) meningkat menjadi baik, sedangkan 6 orang kader (37,5%) tetap berketerampilan kurang menurut nilai tilikan observasi post-test.

h. Distribusi hasil daftar tilikan pengukuran antropometri dengan timbangan digital

Tabel 12. Distribusi hasil daftar tilikan pengukuran antropometri dengan timbangan digital

No Kader	Pre-Test		Kesimpulan Pre-Test	Post-Test		Kesimpulan Post-Test
	N	%		N	%	
1	4	57	Kurang	6	85	Baik
2	5	71	Kurang	6	85	Baik
3	5	71	Kurang	6	85	Baik
4	4	57	Kurang	7	100	Baik
5	6	85	Baik	6	85	Baik
6	5	71	Kurang	7	100	Baik
7	5	71	Kurang	6	85	Baik
8	5	71	Kurang	7	100	Baik
9	5	71	Kurang	6	85	Baik
10	4	57	Kurang	7	100	Baik
11	4	57	Kurang	5	71	Kurang
12	5	71	Kurang	6	85	Baik
13	4	57	Kurang	6	85	Baik
14	5	71	Kurang	6	85	Baik
15	6	85	Baik	6	85	Baik
16	5	71	Kurang	6	85	Baik

Berdasarkan tabel di atas, dapat diketahui bahwa sebelum diadakan pelatihan, keterampilan 14 kader (87,5%) dalam menggunakan timbangan digital untuk pengukuran antropometri adalah kurang, sedangkan 2 kader (12,5%) sudah memiliki keterampilan yang baik. Pada pre-test, nilai terendah adalah 4 (57%) dan nilai tertinggi adalah 6 (85%) dari 7 soal. Setelah diadakan pelatihan, keterampilan 15 kader (93,7%) meningkat menjadi baik, sedangkan 1 orang kader (6,3%) tetap berketerampilan kurang menurut nilai tilikan observasi post-test.

4.1.2 Hasil Analisis Bivariat

a. Hubungan Pelatihan terhadap peningkatan keterampilan kader posyandu dalam pengukuran antropometri

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
PRE TEST	.250	16	.009	.897	16	.072
POST TEST	.144	16	.200 [*]	.951	16	.498

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Pada uji T-test berpasangan, syarat yang harus dipenuhi adalah data yang dipakai terdistribusi dengan normal. Pada tilikan nilai keterampilan gabungan keempat aktivitas pengukuran antropometri, didapatkan data yang terdistribusi normal (Saphiro-wilk >0,05), sehingga dapat digunakan uji T-test berpasangan untuk analisis bivariat.

Paired Samples Test

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pair 1 PRE TEST - POST TEST	-23.625	7.032	1.758	-27.372	-19.878	-13.438	15	.000

Berdasarkan uji T-Test berpasangan tersebut, didapatkan nilai signifikan 0.000 ($p < 0.05$). Oleh karena itu dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan antara nilai pre-test sebelum pelatihan dengan post-test setelah pelatihan pada daftar tilikan keterampilan pengukuran antropometri oleh kader posyandu desa Dukuhrejosari wilayah kerja Puskesmas Ambal II.

4.2 PEMBAHASAN

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh pelatihan terhadap peningkatan keterampilan kader posyandu dalam pengukuran antropometri untuk deteksi dini kejadian stunting di desa Dukuhrejosari wilayah kerja Puskesmas Ambal II. Jumlah sampel yang digunakan sebanyak 16 responden yang merupakan kader posyandu Desa Dukuhrejosari. Pelatihan ini diharapkan mampu meminimalisir kesalahan/ketidaktepatan dalam pengukuran antropometri yang dapat berpengaruh terhadap status stunting balita.

Berdasarkan hasil penelitian ini, hasil daftar tilikan observasi keterampilan pada pre-test menunjukkan bahwa keterampilan kader posyandu dalam pengukuran antropometri masih sangat rendah, padahal kader posyandu merupakan salah satu garda terdepan dalam mendeteksi kejadian stunting di Indonesia.

4.1.1 Pembahasan Hasil Analisis Univariat

a. Distribusi data responden berdasarkan usia

Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden mayoritas umur <40 tahun berjumlah 14 responden dengan presentasi 87.25%. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian (Sutiani, 2014) didapatkan hasil sebagian besar dari kader termasuk usia produktif (15- 55 tahun).

Umur adalah usia individu yang dihitung mulai saat dilahirkan sampai saat berulang tahun. Semakin bertambahnya umur seseorang maka semakin banyak pula ilmu pengetahuan yang dimiliki. Semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja. Dari kepercayaan masyarakat, seseorang lebih dewasa akan lebih dipercaya dari yang belum cukup tinggi kedewasaannya, hal ini sebagai akibat dari pengalaman dan kematangan jiwa (Prawirohardjo, 2012).

Menurut asumsi peneliti, karena sebagian besar responden berada dikelompok usia produktif (15-55 tahun), daya tangkap dan pola pikirnya semakin berkembang sehingga pengetahuan yang diperoleh semakin membaik. Jika sebaliknya, maka ada beberapa faktor yang mempengaruhi, seperti pendidikan, informasi, budaya, lingkungan dan pengalaman. Hal ini

seperti yang dituliskan dalam penelitian Sukiarto (2010) yang menyebutkan bahwa umur tidak berpengaruh terhadap pengetahuan dan keterampilan kader dalam melaksanakan tugasnya.

b. Distribusi data responden berdasarkan nilai daftar tilikan observasi Pre-test dan Post-Test keterampilan antropometri

Distribusi frekuensi tingkat keterampilan dalam pengukuran antropometri yang dilakukan oleh kader posyandu Desa Dukuhrejosari sebelum pelaksanaan kegiatan penyuluhan masih sangat rendah dimana seluruh responden yaitu 100% (16 orang) mendapatkan hasil dengan kesimpulan kurang dalam melakukan antropometri, yaitu pengukuran menggunakan length board, infantometer, baby scale, dan timbangan digital. Sedangkan setelah pelaksanaan kegiatan pelatihan, hampir seluruh kader posyandu sebanyak 14 orang (87,5%) mendapatkan hasil dengan kesimpulan baik dalam melakukan antropometri dan sisanya hanya sebanyak 2 orang (12,5%) yang masih mendapatkan hasil dengan kesimpulan kurang. Hasil pelatihan kader ini menunjukkan adanya peningkatan skor pre-test ke post-test, dilihat dari nilai rerata pre-test kader yang awalnya 22.87 meningkat jadi 31.62 pada nilai post-test. Oleh karena itu dapat disimpulkan pelatihan yang diberikan kepada kader posyandu mengenai keterampilan dalam pengukuran antropometri sudah berhasil meningkatkan keterampilan kader posyandu.

Pelatihan merupakan salah satu cara untuk meningkatkan pengetahuan, keterampilan dan sikap kader. Hasil ini sesuai dengan penelitian Sukiarto (2007) yang mendapatkan hasil terjadinya peningkatan keterampilan sebesar 63,3% pada kader gizi yang dilakukan pelatihan dengan metode BBM (Belajar Berdasarkan Masalah). Pelatihan dengan metode ceramah yang disertai diskusi, simulasi, dan praktik dapat meningkatkan pengetahuan mahasiswa dalam melakukan kegiatan penimbangan balita di posyandu. Temuan ini juga sesuai dengan pernyataan yang dikemukakan Notoatmojo (2003), bahwa pendidikan kesehatan dalam

jangka waktu pendek dapat menghasilkan perubahan dan peningkatan pengetahuan individu, kelompok, dan masyarakat.

Dari hasil pelatihan yang telah dilakukan dapat dikatakan bahwa selama proses pelatihan para kader sangat antusias dalam mengikuti pelatihan. Hal ini dapat dilihat dari respon para kader, adanya pertanyaan mengenai materi yang dijelaskan dan keinginan kader untuk bisa melakukan pengukuran antropometri yang sesuai prosedur. Dalam pelatihan ini para responden diajarkan secara teori tentang tata cara menggunakan alat antropometri berat badan, panjang badan atau tinggi badan dan pita lila.

Menurut asumsi peneliti bahwa kemampuan menerapkan keterampilan dibentuk dengan pengetahuan baik, memberikan pelatihan secara berkesinambungan, dan lama menjadi kader. Menurut penelitian Nurainun (2015), terdapat kecenderungan semakin baik pengetahuan kader maka akan semakin terampil, begitu juga sebaliknya semakin kurang pengetahuan kader maka semakin tidak terampil dalam melakukan pengukuran BB dan TB.

Dari hasil observasi peneliti, kemungkinan faktor yang menyebabkan 2 orang masih memiliki keterampilan yang kurang dalam pengukuran antropometri adalah karena sebelumnya tidak semua kader pernah mendapatkan pelatihan. Selain itu kader juga belum terbiasa menggunakan alat-alat yang baru digunakan untuk pengukuran antropometri sesuai dengan peraturan baru yang dikeluarkan oleh pemerintah, yaitu berdasar Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/1919/2022 tentang Perubahan Kedua Atas Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/1182/2022 tentang Standar Alat Antropometri dan Alat Deteksi Dini Perkembangan Anak.

Tindakan koreksi yang dilakukan yaitu disarankan untuk diadakan pelatihan kembali untuk lebih mengenalkan alat-alat antropometri dengan metode pelatihan yang dilakukan dalam kelompok lebih kecil (terdiri dari 2-3 orang) dengan bimbingan instruktur. Sutiani (2014) menyebutkan bahwa responden wanita lebih membangun komunikasi dengan lebih intim pada kelompok-kelompok kecil, sehingga informasi yang diterima

lebih banyak diserap dan lebih diingat. Dalam kelompok kecil juga akan ada kesempatan yang lebih besar bagi kader untuk lebih lama mempraktikkan kemampuan mengukur dengan masing-masing alat antropometri. Selain itu disarankan juga untuk mengadakan pelatihan bersama dengan balita sesungguhnya, sehingga kader juga dilatih untuk menghadapi kondisi sesungguhnya di lapangan. Selain itu disarankan juga bagi pemerintah dan puskesmas untuk menyediakan alat antropometri yang sesuai standar pemerintah di masing-masing posyandu, selain bertujuan untuk mencegah kerusakan alat, hal ini juga disarankan agar kader memiliki kesempatan untuk belajar secara mandiri.

c. **Distribusi hasil daftar tilikan pengukuran antropometri dengan *length board***

Dari distribusi hasil daftar tilikan pengukuran antropometri menggunakan *length board*, diketahui bahwa pada hasil pre-test, keterampilan seluruh kader (16 orang, 100%) dalam menggunakan *length board* untuk pengukuran antropometri adalah kurang. Setelah diadakan pelatihan, keterampilan 14 kader (87,5%) meningkat menjadi baik, sedangkan 2 orang kader (12,5%) tetap berketerampilan kurang menurut nilai tilikan observasi post-test.

Terdapat 13 point observasi pada pengukuran dengan menggunakan *length board*. Setelah dilakukan pelatihan, point terbanyak yang masih ditemukan salah dalam penilaian di lembar observasi keterampilan post-test adalah point nomer 13. Point nomer 13 yang masih salah dilakukan oleh 14 orang kader (87,5%) adalah point “bila balita berusia ≥ 2 tahun hasil pengukuran dikurang 0,7 cm”.

Dari hasil observasi peneliti, kemungkinan faktor yang menyebabkan 2 orang masih memiliki keterampilan yang kurang dalam memakai *length board* dan juga 87,5% kader masih salah dalam melakukan point nomer 13 adalah faktor pengetahuan kader dalam hitung-berhitung. Kader juga sebelumnya tidak pernah ada yang mendapatkan info bahwa terdapat batasan usia untuk penggunaan *length board* (yaitu 2 tahun) dan

harus mengurangi panjang tubuh jika anak yang berusia >2 diukur dengan length board. Selama ini kader sudah terbiasa menyesuaikan pengukuran panjang/tinggi badan hanya dengan kemampuan anak untuk berdiri saja, hal ini dilakukan dengan tujuan kenyamanan anak sehingga anak tidak takut atau menangis. Hal ini salah satu faktor yang mungkin membuat sebagian besar kader tidak mengingat point ini. Selain itu sebagian besar kader juga masih kurang paham dengan konsep matematika bilangan desimal, contohnya ketika diminta untuk mengurangi 0,7 cm dari ukuran 57,1 cm, ada yang menjawab dengan hasil 50,1 cm, yang artinya malah mengurangi 7 cm.

Tindakan koreksi yang dilakukan yaitu kader dihimbau untuk menanyakan usia anak setiap akan dilakukan pemeriksaan, sehingga pemeriksaan panjang/tinggi badan dilakukan dengan alat yang sesuai dan kader tidak harus mengurangi hasil pengukuran dengan 0,7cm. Hal ini juga dapat mengurangi kesalahan penilaian pengukuran yang disebabkan oleh kurangnya kemampuan kader untuk menghitung angka desimal. Penyediaan kalkulator pada setiap kegiatan penimbangan juga dapat dilakukan untuk membantu kader melakukan penghitungan angka desimal apabila terdapat anak yang ingin diukur dengan alat yang tidak sesuai dengan usianya.

d. Distribusi hasil daftar tilikan pengukuran antropometri dengan *stadiometer*

Dari distribusi hasil daftar tilikan pengukuran antropometri menggunakan *stadiometer*, diketahui bahwa pada hasil pre-test, keterampilan seluruh kader (16 orang, 100%) dalam menggunakan *stadiometer* untuk pengukuran antropometri adalah kurang. Setelah diadakan pelatihan, keterampilan 7 kader (43,7%) meningkat menjadi baik, sedangkan 9 orang kader (56,3%) tetap berketerampilan kurang menurut nilai tilikan observasi post-test.

Terdapat 9 point observasi pada pengukuran dengan menggunakan *stadiometer*. Setelah dilakukan pelatihan, point terbanyak yang masih ditemukan salah dalam penilaian di lembar observasi keterampilan post-test

adalah point nomer 2 dan point nomer 9. Point nomer 2 yang masih salah dilakukan oleh 8 orang kader (50%) adalah point “memastikan alat dalam kondisi baik dan lengkap, terdapat sandaran, tumit, head slider dapat digerakan dengan lancar dan petunjuk ukutan dapat terbaca jelas”. Point nomer 9 juga masih salah dilakukan oleh 8 orang kader (50%), yaitu point “bila balita <2 tahun, hasil pengukuran ditambahkan 0,7 cm. Ada yg masih salah di membaca kelitian cm juga saat observasi evaluasi”.

Dari hasil observasi peneliti, kemungkinan faktor yang menyebabkan 9 orang masih memiliki keterampilan yang kurang dalam memakai stadiometer dan juga 50% kader masih salah dalam melakukan point nomer 2 dan 9 adalah faktor pengetahuan kader mengenai alat stadiometer dan juga dalam hitung-berhitung. Sebelum peraturan terbaru yang dikeluarkan oleh pemerintah, banyak posyandu yang menggunakan microtoise sebagai alat pengukur tinggi badan, sehingga banyak yang belum terbiasa menggunakan stadiometer. Selain itu stadiometer yang dimiliki oleh puskesmas masih terbatas, sehingga harus dibawa berpindah-pindah antar posyandu dan terkadang model yang digunakan jadi berubah-ubah. Faktor ini dapat membuat kader kurang familiar dengan alat stadiometer sehingga saat observasi post-test setengah dari kader juga tidak begitu memperhatikan kelengkapan dan fungsi stadiometer, padahal hal ini dapat memberikan dampak bagi hasil pengukuran. Bila stadiometer tidak dalam kondisi lengkap dan baik, posisinya bisa tidak stabil dan juga hasil pengukuran sulit dibaca, yang akhirnya dapat membuat hasil menjadi tidak akurat. Untuk factor yang mempengaruhi point nomer 9 sama dengan yang telah dibahas pada faktor yang mempengaruhi hasil post-test pada alat *baby length*.

Tindakan koreksi yang dilakukan yaitu sebaiknya diadakan pengenalan kembali kepada kader alat stadiometer yang ditetapkan sesuai standar pemerintah, dan pada pengenalan tersebut kader diberikan kesempatan satu persatu untuk membongkar pasang dan mengamati bagian-bagian alat tersebut. Lebih baik jika alat pengukuran yang digunakan pada posyandu tidak berubah-ubah untuk menghindari kesalahan yang terjadi

karena ketidakfamiliaran kader terhadap model alat yang berbeda. Dengan adanya stadiometer pada masing-masing posyandu juga memberikan kesempatan pada kader untuk mempelajari dan berlatih sendiri menggunakan *stadiometer* di masing-masing posyandu. Saran tidak koreksi untuk point nomer 8 sama dengan koreksi untuk point nomer 13 pada pemeriksaan dengan *length board*.

e. **Distribusi hasil daftar tilikan pengukuran antropometri dengan *baby scale***

Dari distribusi hasil daftar tilikan pengukuran antropometri menggunakan *baby scale*, diketahui bahwa pada hasil pre-test, keterampilan seluruh kader (16 orang, 100%) dalam menggunakan stadiometer untuk pengukuran antropometri adalah kurang. Setelah diadakan pelatihan, keterampilan 10 kader (62,5%) meningkat menjadi baik, sedangkan 6 orang kader (37,5%) tetap berketerampilan kurang menurut nilai tilikan observasi post-test.

Terdapat 8 point observasi yang terdapat pada pengukuran dengan menggunakan *baby scale*. Setelah dilakukan pelatihan, point terbanyak yang masih ditemukan salah dalam penilaian di lembar observasi keterampilan post-test adalah point nomer 3. Point nomer 3 yang masih salah dilakukan oleh 10 orang kader (62,5%) adalah point “memasang baterai pada tempatnya dan sesuai dengan posisi baterai”.

Dari hasil observasi peneliti, kemungkinan faktor yang menyebabkan 6 orang masih memiliki keterampilan yang kurang dalam memakai *baby scale* dan juga 62,5% kader masih salah dalam melakukan point nomer 3 adalah faktor pengetahuan kader mengenai alat *baby scale*. Selama ini jika ada bayi yang datang ke posyandu, pengukuran berat badan dilakukan tetap dengan menggunakan timbangan digital, yaitu dengan cara bayi digendong oleh ibunya lalu dilanjutkan dengan ibu menimbang sendiri, dan hasil berat badan gabungan akan dikurangi dengan berat badan ibu. Hal ini terjadi karena selain lebih mudah untuk melakukan prosedur penimbangan, juga karena kesediaan alat *baby scale* masih sangat terbatas.

Faktor lain adalah karena kader sebagian besar belum memahami pentingnya untuk mengecek kondisi alat terlebih dahulu sebelum melakukan penimbangan, terutama baterai. Ketika baterai yang digunakan bermasalah, alat dapat mengalami masalah, seperti angka yang ditunjukkan di layar tidak dapat menjadi 0.00 kg, atau alat menunjukkan tulisan error pada layarnya. Pada beberapa kasus juga bisa hingga menyebabkan angka berat yang muncul menjadi kurang akurat. Selain itu jika telah mengetahui cara mengecek baterai yang benar, kader akan lebih mudah untuk mengatasi masalah sendiri ketika timbangan mengalami error, yaitu dengan membuka dan melepas baterai, lalu memasangkannya kembali, seperti merestart *baby scale* secara manual.

Tindakan koreksi yang dilakukan yaitu sebaiknya diadakan pengenalan kembali kepada kader *baby scale*, dan pada pengenalan tersebut kader diberikan kesempatan satu persatu untuk membongkar pasang dan mengamati bagian-bagian alat tersebut. Lebih baik jika pada setiap posyandu disediakan *baby scale* untuk menghindari kerusakan alat jika dipindah-pindahkan juga agar memberikan kesempatan pada kader untuk mempelajari dan berlatih sendiri menggunakan *baby scale* di masing-masing posyandu.

f. Distribusi hasil daftar tilikan pengukuran antropometri dengan timbangan digital

Dari distribusi hasil daftar tilikan pengukuran antropometri menggunakan timbangan digital, diketahui bahwa pada hasil pre-test, keterampilan 14 kader (87,5%) adalah kurang, sedangkan 2 kader (12,5%) memiliki keterampilan yang baik dalam menggunakan timbangan digital untuk pengukuran antropometri. Setelah diadakan pelatihan, keterampilan 15 kader (93,7%) meningkat menjadi baik, sedangkan 1 orang kader (6,3%) tetap berketerampilan kurang menurut nilai tilikan observasi post-test.

Terdapat 7 point observasi yang terdapat pada pengukuran dengan menggunakan timbangan digital. Setelah dilakukan pelatihan, point terbanyak yang masih ditemukan salah dalam penilaian di lembar observasi

keterampilan post-test adalah point nomer 3. Point nomer 3 yang masih salah dilakukan oleh 11 orang kader (68,75%) adalah point “memasang baterai pada tempatnya dan sesuai dengan posisi baterai”.

Dari hasil observasi peneliti, kemungkinan faktor yang menyebabkan 1 orang masih memiliki keterampilan yang kurang dalam memakai timbangan digital dan juga 68,75% kader masih salah dalam melakukan point nomer 3 adalah faktor pengetahuan kader mengenai alat timbangan digital. Hal ini terjadi karena sebelum terdapat peraturan baru dari pemerintah, timbangan yang dipakai di posyandu belum semuanya digital, dan walaupun sudah ada yang memakai timbangan digital, tapi merupakan timbangan yang belum sesuai dengan ketentuan standar dari pemerintah. Saat ini pun kesediaan timbangan digital yang sesuai standar pemerintah masih terbatas, sehingga harus dipindah-pindah antar posyandu. Faktor lain adalah karena kader sebagian besar belum memahami pentingnya untuk mengecek kondisi alat terlebih dahulu sebelum melakukan penimbangan, terutama baterai. Pentingnya pengecekan baterai sudah dibahas sebelumnya pada bagian *baby scale*, yang mana point yang paling banyak tidak dilakukan oleh kader pada post-test, di alat yang berfungsi untuk mengukur berat badan, adalah serupa.

Tindakan koreksi yang dilakukan yaitu sebaiknya diadakan pengenalan kembali kepada kader timbangan digital yang sesuai dengan standar pemerintah, dan pada pengenalan tersebut kader diberikan kesempatan satu persatu untuk membongkar pasang dan mengamati bagian-bagian alat tersebut. Lebih baik jika pada setiap posyandu disediakan timbangan digital untuk menghindari kerusakan alat jika dipindah-pindahkan juga agar memberikan kesempatan pada kader untuk mempelajari dan berlatih sendiri menggunakan timbangan digital di masing-masing posyandu.

4.1.1 Pembahasan Hasil Analisis Bivariat

a. Hubungan Pelatihan terhadap peningkatan keterampilan kader posyandu dalam pengukuran antropometri

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kader desa dengan pretest keterampilan yang kurang berjumlah 16 orang (100%) sedangkan pada hasil post test setelah pelatihan 14 orang (87,5%) sudah berketerampilan baik walaupun masih terdapat 2 orang (12,5%) yang berketerampilan kurang. Dapat dilihat dari penelitian ini bahwa pelatihan dapat memperbaiki keterampilan kader dalam pengukuran antropometri. Berdasarkan uji T-Test berpasangan, didapatkan nilai signifikan 0.000 ($p < 0.05$). Oleh karena itu dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan antara nilai pre-test sebelum pelatihan dengan post-test setelah pelatihan pada daftar tilikan keterampilan pengukuran antropometri oleh kader posyandu desa Dukuhrejosari wilayah kerja Puskesmas Ambal II.

Tidak adanya kader yang memenuhi skor minimal keterampilan baik sebelum pelatihan disebabkan oleh beberapa faktor yang terkait dengan karakteristik kader itu sendiri, yakni pengetahuan dan pelatihan yang pernah diikuti. Menurut (Notoadmodjo, Hassan, Hadi, & Krianto, 2008), pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang. Hal ini juga ditegaskan dalam penelitian (Sutiani, Lubis dan Siagian, 2013) bahwa pengetahuan adalah variabel yang paling berpengaruh terhadap keterampilan kader dalam melaksanakan kegiatan posyandu. Menurut penelitian tersebut, kader yang berpengetahuan kurang mempunyai kemungkinan 10 kali lebih besar untuk tidak terampil dibandingkan dengan kader yang memiliki pengetahuan baik. Faktor lainnya adalah pengalaman, yakni pelatihan yang pernah diikuti. Menurut hasil wawancara peneliti dengan kader desa Dukuhrejosari, sebelumnya belum pernah ada pelatihan untuk pengukuran antropometri untuk para kader di desa tersebut. Meskipun seluruh kader pernah mengikuti pelatihan, namun hanya beberapa orang perwakilan saja yang mendapatkan materi tentang pengukuran antropometri.

Pada penelitian ini, setelah diberikan pelatihan dalam kelompok-kelompok kecil, terjadi peningkatan yang signifikan untuk skor keterampilan. Hal ini sejalan dengan penelitian sebelumnya oleh Sianturi (2012) di wilayah kerja Puskesmas Jatinegara yang membuktikan peningkatan rata-rata skor keterampilan (8,23 menjadi 9,59; p value=0,013) pada kelompok perlakuan setelah pelatihan. Begitu juga dengan penelitian Lubis dan Syahri (2015) di wilayah kerja Puskesmas Desa Lalang dan Tuntungan Kota Medan yang menunjukkan peningkatan signifikan rata-rata skor keterampilan sebesar 1071 point (p value=0,003). Peningkatan keterampilan ini tidak lepas dari peningkatan pengetahuan.

Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Julianti E & Elni (2022) yang menyatakan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan antara rata-rata keterampilan kader posyandu dalam pencegahan stunting sebelum dan setelah diberikan paket intervensi stunting dengan p -value 0,001. Penelitian ini juga sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Fitriani A & Purwaningtyas, DR (2020) yang menunjukkan bahwa terjadi peningkatan skor keterampilan kader posyandu secara signifikan ($p < 0,05$) sebelum dan sesudah pelatihan. Penelitian yang dilakukan oleh Purnamasari H, et al, 2020 juga menyatakan hal serupa dimana pada penelitiannya didapatkan perbedaan pada pengetahuan, self-efficacy, dan praktik pada kelompok eksperimen setelah dilakukan intervensi ($p < 0,05$). Pada kelompok kontrol tidak terdapat perbedaan pengetahuan, sikap, self-efficacy, dan praktik pada saat pre-test dan post-test ($p < 0,05$). Uji kedua kelompok menghasilkan perbedaan pengetahuan dan praktik setelah intervensi ($p < 0,05$).

b. Pengaruh pelatihan terhadap peningkatan keterampilan kader posyandu dalam pengukuran antropometri untuk deteksi dini kejadian stunting di desa Dukuhrejosari wilayah kerja Puskesmas Ambal II

Hal ini menunjukkan nilai ($p < 0,05$) maka ada perbedaan yang signifikan dari nilai keterampilan pada saat pretest dan posttest. Rerata skor keterampilan meningkat setelah mendapatkan pelatihan, sehingga

disimpulkan ada perbedaan keterampilan kader posyandu dalam pengukuran antropometri sebelum dan sesudah pelatihan.

Pengukuran antropometri adalah ukuran tubuh manusia. Ditinjau dari sudut pandang gizi, maka antropometri gizi berhubungan dengan berbagai macam pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh dari tingkat umur dan tingkat gizi. Antropometri secara umum digunakan untuk melihat ketidakseimbangan asupan protein dan energi. Ketidakseimbangan ini terlihat pada pola pertumbuhan fisik dan proporsi jaringan tubuh seperti lemak, otot dan jumlah air dalam tubuh.

Berat badan merupakan ukuran antropometri yang penting dan paling sering digunakan pada bayi dan balita. Pada masa bayi dan balita, berat badan dapat dipergunakan untuk melihat laju pertumbuhan fisik maupun status gizi. Tinggi badan memberikan gambaran keadaan pertumbuhan. Dalam keadaan normal, tinggi badan tumbuh bersama dengan penambahan umur, tinggi badan merupakan parameter yang penting bagi keadaan yang telah lalu dan keadaan sekarang.

Pertumbuhan merupakan salah satu indikator yang baik dari perkembangan status gizi anak. Pemantauan pertumbuhan merupakan suatu kegiatan yang dilakukan secara terus menerus (berkesinambungan) dan teratur. Dengan pemantauan pertumbuhan, maka setiap ada gangguan keseimbangan gizi pada seorang anak akan dapat diketahui secara dini melalui perubahan pertumbuhannya. Dengan diketahuinya gangguan gizi secara dini, maka tindakan penanggulangan dapat dilakukan dengan segera, sehingga keadaan gizi yang memburuk dapat dicegah. Cara menentukan jalur pertumbuhan normal seorang anak adalah anak harus ditimbang dan diukur panjang atau tinggi badannya secara teratur. Ada tiga bagian kegiatan penting dalam pemantauan pertumbuhan adalah: (1) Ada kegiatan penimbangan yang dilakukan terus menerus secara teratur, (2) Ada kegiatan mengisikan data berat badan anak ke dalam KMS, (3) Ada penilaian naik atau tidak naik berat badan anak sesuai dengan arah garis pertumbuhannya. Data hasil pemantauan pertumbuhan seorang anak bersumber dari kegiatan pengukuran antropometri di posyandu yang dilakukan oleh kader posyandu,

jika hasil yang didapat tidak akurat maka gambaran status gizi seorang anak hasilnya pun tidak akurat.

Adapun penyebab anak/balita yang terkena stunting bukan disebabkan kekurangan suplai nutrisi dalam selang waktu yang cukup lama, namun kesalahan antropometri juga dapat mempengaruhi ketelitian, akurasi dan validitas pengukuran, kesalahan pengukuran dapat berdampak cukup fatal, karena jika terjadi kesalahan dalam pengukuran, bahkan data dan interpretasi yang diperoleh akan menjadi salah, menyebabkan kesalahan diagnosis dan akhirnya balita yang tidak seharusnya stunting ditulis stunting begitupula sebaliknya.

Minimnya pemahaman dan keterampilan kader posyandu dalam pengukuran antropometri menyebabkan banyak hasil penimbangan, pendataan, dan pencatatan deteksi kejadian stunting menjadi tidak akurat. Pelatihan yang sudah ada untuk para kader pun dinilai belum optimal (Herlina, S, 2021). Dampak utama jika terjadi kesalahan dalam pengukuran antropometri di lapangan, yaitu input data kejadian stunting dan informasi yang dirangkum oleh pengolah data gizi di masyarakat menjadi kurang valid. Hal ini bisa mengakibatkan ketidaktepatan estimasi jumlah kasus stunting di wilayah tersebut. Hasil penelitian Fitriani & Purwaningtyas (2020) menyebutkan bahwa harapan pemerintah, untuk mendapatkan data yang akurat dari hasil pemantauan pertumbuhan di posyandu, terbentur dengan rendahnya pengetahuan dan keterampilan kader posyandu dalam melakukan pengukuran antropometri.

Hasil analisis situasi diketahui bahwa permasalahan gizi dan kesehatan yang terjadi juga berhubungan dengan kurangnya pengetahuan dan keterampilan kader posyandu yang merupakan penggerak utama upaya kesehatan bersumber daya masyarakat (Julianti E & Elni, 2022). Adanya keterlibatan kader dalam mengimplementasikan program stunting bersesuaian dengan pilar penanganan stunting di Indonesia pada point ke-3 yaitu konvergensi, koordinasi dan konsolidasi program nasional, daerah, dan masyarakat. Berdasarkan Permendes PDTT No. 19 tahun 2017 pada point ke-9 yaitu penyelenggaraan dan pemberdayaan masyarakat dalam

promosi kesehatan dan gerakan masyarakat hidup sehat yang didalamnya mencakup sub-point adanya keterlibatan kader posyandu dengan melakukan pertemuan kader posyandu (Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, 2017). Hal ini menunjukkan bahwa penyuluhan dan pelatihan efektif meningkatkan pengetahuan dan keterampilan kader posyandu (Purnamasari H, et al, 2020).

Keterampilan kader posyandu Desa Dukuhrejosari sebelum ada penelitian ini masih banyak dalam kategori rendah, penyebabnya adalah masih kurang dan tidak meratanya informasi yang valid mengenai pengetahuan cara pengukuran antropometri (berat badan dan tinggi badan) sesuai prosedur pada setiap kader. Tidak setiap kader posyandu mendapatkan buku pegangan kader yang diberikan oleh petugas kesehatan, satu posyandu hanya mendapatkan 1 buku pegangan kader sedangkan jumlah kader setiap pos lebih dari satu kader dan buku itu pun jarang dipelajari oleh kader. Setiap calon kader sebelum diterjunkan pada kegiatan posyandu telah mendapatkan pelatihan dasar mengenai materi langkah-langkah pengukuran antropometri dari bidan desa dan petugas kesehatan. Materi yang diberikan pada calon kader mengenai pengukuran antropometri itu pun tidak diberikan secara mendalam seperti dengan disertai dengan pelatihan.

Upaya untuk mengatasi masalah tersebut maka perlu dilakukan pelatihan pada kader posyandu. Metode yang dipakai dalam pelatihan kader, metode belajar berdasarkan masalah (BBM) adalah suatu konsep pendekatan proses belajar mengajar yang bermula dari masalah peserta, sehingga peserta dapat mandiri untuk mencari penyelesaiannya. Pelatihan dengan metode BBM adalah aktivitas yang dilakukan oleh kader secara aktif dengan bantuan pelatih, untuk memecahkan masalah (Sukiarko, 2007). Pelatihan yang diberikan yaitu pemberian materi prosedur pengukuran antropometri (berat badan dan tinggi badan), dan praktik (Syafei, 2008). Pemberian materi dan praktik secara keseluruhan diberikan pada kader posyandu, khusus untuk praktik pelaksanaannya ada yang difokuskan pada beberapa poin cara pengukuran antropometri (berat badan dan tinggi badan) yang menjadi kelemahan kader posyandu. Hasil penelitian ini menunjukan

adanya peningkatan skor pretest ke posttest. Hal ini dapat disimpulkan pelatihan yang diberikan pada kader posyandu mengenai keterampilan kader dalam pengukuran antropometri sudah berhasil meningkatkan keterampilan kader posyandu.

Pada penelitian sebelumnya yang dilakukan Sukiarko, dengan judul “Pengaruh Pelatihan Kader dengan Metode Belajar Berdasarkan Masalah dalam Kegiatan Kader Gizi Posyandu: Studi di Kecamatan Tempuran Kabupaten Magelang”, dengan hasil nilai dari pretest ke posttest 1, dari pretest 1 ke posttest 2, dan dari pretest ke posttest 2 secara statistik menunjukkan adanya perbedaan yang signifikan ($p < 0,05$). Ini menunjukkan bahwa ada pengaruh pelatihan BBM dalam meningkatkan pengetahuan dan keterampilan kader dalam kegiatan posyandu.

Setelah dilakukan observasi saat kegiatan posyandu, para kader sudah bisa melakukan dan menerapkan dengan baik apa yang sudah didapatkan pada pelatihan pengukuran tinggi badan dan penilaian status stunting pada balita. Hal ini menunjukkan bahwa betapa pentingnya meningkatkan keterampilan kader dengan cara memberikan pelatihan sehingga kader bisa menjalankan tugasnya dengan baik dan benar. Menurut Rohmah & Arifah (2021), program pemantapan keterampilan mengukur tinggi badan sangat dibutuhkan, karena data hasil pengukuran tersebut akan menjadi data prevalensi stunting ditingkat wilayah. Sehingga diperlukan komunikasi dan sosialisasi yang baik agar keterampilan kader posyandu dalam mendeteksi stunting menjadi meningkat.

4.3 Keterbatasan Penelitian

Pada pelaksanaan penelitian terdapat beberapa hambatan yang menjadi keterbatasan penelitian ini:

- a. Keterbatasan sumber daya peneliti terutama waktu dalam pengamatan sehingga menyebabkan peneliti yang kurang teliti dalam mengamati responden.
- b. Peneliti tidak meneliti alasan responden tidak melakukan pengukuran antropometri sesuai checklist yang benar.

BAB V

KESIMPULAN

5.1 Kesimpulan

- a. Tingkat keterampilan kader posyandu dalam pengukuran antropometri sebelum dilaksanakannya kegiatan penyuluhan adalah seluruhnya kurang , yaitu 100% responden. Sementara tingkat keterampilan setelah dilaksanakannya kegiatan penyuluhan adalah baik sebanyak 87,5% responden dan kurang sebanyak 12,5% responden. Terjadi peningkatan nilai rerata pre-test ke post-test dari 22.87 menjadi 31.62.
- b. Tingkat keterampilan kader posyandu dalam pengukuran antropometri menggunakan length board sebelum dilaksanakannya kegiatan penyuluhan adalah seluruhnya kurang, yaitu 100% responden. Sementara tingkat keterampilan setelah dilaksanakannya kegiatan penyuluhan adalah baik sebanyak 87,5% responden dan kurang sebanyak 12,5% responden.
- c. Tingkat keterampilan kader posyandu dalam pengukuran antropometri menggunakan stadiometer sebelum dilaksanakannya kegiatan penyuluhan adalah seluruhnya kurang, yaitu 100% responden. Sementara tingkat keterampilan setelah dilaksanakannya kegiatan penyuluhan adalah baik sebanyak 43,7% responden dan kurang sebanyak 56,3% responden.
- d. Tingkat keterampilan kader posyandu dalam pengukuran antropometri menggunakan baby scale sebelum dilaksanakannya kegiatan penyuluhan adalah seluruhnya kurang, yaitu 100% responden. Sementara tingkat keterampilan setelah dilaksanakannya kegiatan penyuluhan adalah baik sebanyak 62,5% responden dan kurang sebanyak 37,5% responden.
- e. Tingkat keterampilan kader posyandu dalam pengukuran antropometri menggunakan timbangan sebelum dilaksanakannya kegiatan penyuluhan adalah baik sebanyak 12,5% responden dan kurang sebanyak 87,5% responden. Sementara tingkat keterampilan setelah dilaksanakannya kegiatan penyuluhan adalah baik sebanyak 93,7% responden dan kurang sebanyak 6,3% responden.

- f. Terdapat perbedaan yang signifikan antara nilai pre-test sebelum pelatihan dengan post-test setelah pelatihan pada daftar tilik observasi keterampilan pengukuran antropometri oleh kader posyandu desa Dukuhrejosari wilayah kerja Puskesmas Ambal II ($p < 0.05$)
- g. Terdapat pengaruh yang signifikan setelah diadakannya pelatihan terhadap peningkatan keterampilan kader posyandu dalam pengukuran antropometri untuk deteksi dini kejadian stunting di desa Dukuhrejosari wilayah kerja Puskesmas Ambal II.

5.2 Saran

- a. Bagi Puskesmas Ambal II
 - 1) Memberikan sosialisasi dan pelatihan secara berkala kepada kader posyandu terkait keterampilan dalam pengukuran antropometri.
 - 2) Menggunakan metode pelatihan belajar berdasarkan masalah (BBM) yang dilakukan dalam kelompok lebih kecil (terdiri dari 2-3 orang) dengan bimbingan instruktur dan bersama dengan balita sesungguhnya.
 - 3) Diadakan monitoring dan evaluasi berkala terkait keterampilan dalam pengukuran antropometri dengan observasi yang valid.
 - 4) Perlu adanya koordinasi antara puskesmas dan posyandu dalam menyediakan Standar Operasional Prosedur (SOP) Pemeriksaan Balita.
 - 5) Memberikan buku petunjuk SOP pada setiap kader posyandu dan menghimbau kader untuk secara berkala mempelajari SOP tersebut
 - 6) Perlu adanya koordinasi antara puskesmas, posyandu dan ibu balita dalam mempersiapkan balita untuk pengukuran antropometri agar pelaksanaan pengukuran lebih kondusif dan data yang didapatkan lebih valid.
- b. Bagi Pemerintah
 - 1) Menyediakan alat antropometri yang sesuai standar pemerintah pada seluruh posyandu terkait
- c. Bagi Kader Posyandu

- 1) Menanyakan usia anak setiap akan dilakukan pemeriksaan dan melakukan pengukuran antropometri dengan alat yang sesuai dengan usia anak.
- 2) Jika diperlukan untuk melakukan penghitungan, lakukan pencatatan hasil ukuran murni terlebih dahulu dan melakukan penambahan/pengurangan di akhir kegiatan pengukuran.
- 3) Menyediakan kalkulator pada setiap kegiatan penimbangan di posyandu

d. Bagi Peneliti Selanjutnya

- 1) Menambahkan media penyuluhan agar lebih menarik
- 2) Menggali lebih detail dari hasil evaluasi alasan mengapa masih banyak kader posyandu yang kurang dalam keterampilan pengukuran antropometri.

DAFTAR PUSTAKA

- Aliandariani ES, Didah, Indra A, Dini S, Sefita A. 2022. *Peningkatan Kapasitas Kader tentang Upaya Deteksi Dini Stunting pada Balita dengan Pelatihan Daring*. Media Karya Kesehatan. Vol 5 (1).
- Anggraini S., Siregar S., & Dewi R. 2020. *Pengaruh Media Audio Visual Terhadap Tingkat Pengetahuan Dan Sikap Pada Ibu Hamil Tentang Pencegahan Stunting Di Desa Cinta Rakyat*. Jurnal Ilmiah Kebidanan. Vol. 6(1), pp. 44 – 49.
- Bappenas & Unicef. 2017. *Laporan Baseline SDG tentang Anak – Anak di Indonesia*.
- Direktorat Jenderal Pembangunan dan Pemberdayaan Masyarakat Desa. 2018. *Panduan Fasilitasi Konvergensi Pencegahan Stunting di Desa*. Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal dan Transmigrasi.
- Direktorat Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat. 2018. *Paket Informasi Stunting*. Diambil dari <http://promkes.kemkes.go.id/paketinformasi-stunting>.
- Fitriani A & Purwaningtyas, DR. 2020. *Peningkatan Pengetahuan dan Keterampilan Kader Posyandu dalam Pengukuran Antropometri di Kelurahan Cilandak Barat Jakarta Selatan*. Jurnal Solma. Vol. 09 (02), pp. 367 – 378. <https://doi.org/10.22236/solma.v9i2.4087>
- Herlina, Sri. 2021. *Pelatihan Alat Ukur Data Stunting (Alur Danting) sebagai Upaya Peningkatan Pengetahuan dan Keterampilan Kader dalam Optimalisasi Pengukuran Deteksi Stunting (Denting)*. Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan Universitas Gajah Mada.
- Julianti E & Elni. 2022. *Paket Intervensi Stunting Terhadap Keterampilan Kader Posyandu dalam Pencegahan Stunting pada Balita*. Jurnal Keperawatan Silampari. Vol. 5 (2). DOI: <https://doi.org/10.31539/jks.v5i2.3091>.
- Kemendes. 2011a. *Panduan Kader Posyandu: Menuju Keluarga Sadar Gizi*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kemendes. 2011b. *Buletin Jendela Data dan Informasi Kesehatan: SIKDA Generik*. Jakarta: Pusat Data dan Informasi Kemendes RI.
- Kemendes RI. 2016. *Situasi Balita Pendek, Pusat Data dan Informasi*. Kementerian Kesehatan RI. Jakarta.
- Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal. 2017. *Buku Saku Desa dalam Penanganan Stunting*. Direktur Jendral Pembangunan dan Pemberdayaan Masyarakat Desa.

- Kementerian Kesehatan. 2018. *Pusat Data dan Informasi : Situasi Balita Pendek (Stunting) di Indonesia*.
- Kementerian Kesehatan RI. 2018. *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 39 Tahun 2016*.
- Kementerian Kesehatan RI. 2022. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.01.07/MENKES/1919/2022 tentang Perubahan Kedua Atas Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/1182/2022 tentang Standar Alat Antropometri dan Alat Deteksi Dini Perkembangan Anak.
- Mardiana, S. 2020. *Hubungan Tingkat Pendidikan dan Pengetahuan tentang Status Gizi dengan Angka Kejadian Stunting di Desa Secanggang Kabupaten Langkat*. Universitas Muhammadiyah Sumatra Utara.
- Purnamasari H, Shaluhiah Z & Kusumawati A. 2020. *Pelatihan Kader Posyandu sebagai Upaya Pencegahan Stunting pada Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Margadana dan Puskesmas Tegal Selatan Kota Tegal*. Jurnal Kesehatan Masyarakat. Vol. 8 (3).
- Purwanti, R. 2019. *Peningkatan Kapasitas Kader Posyandu: Cegah Stunting dengan Perbaikan Gizi 1000 HPK*. ETHOS: Jurnal Penelitian dan Pengabdian. Vol. 7 (2), pp. 182 – 189.
- Rohmah FN, Arifah S. 2021. Optimalisasi Peran Kader Kesehatan Dalam Deteksi Dini Stunting. Jurnal Bermasyarakat, 1(2):95-102. <https://doi.org/10.37373/bemas.v1i2.88>
- Supariasa, et al. 2002. *Penilaian Status Gizi*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Supariasa, I D N., Bakri, B. & Fajar, I. 2012. *Penilaian Status Gizi. 2nd edition*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran.
- Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan. 2018. *Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Stunting*. Jakarta: pp. 96
- Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan. 2017. *100 Kabupaten/ Kota Prioritas untuk Intervensi Anak Kerdil (Stunting)*. Sekretariat Wakil Presiden Republik Indonesia. Vol. 2. Diambil dari http://www.tnp2k.go.id/images/uploads/downloads/Binder_Volume2.pdf.
- Trihono, Atmarita, Tjandrarini DH, Irawati A, Utami NH, Tejayanti T, et al. 2015. *Pendek (Stunting) di Indonesia, Masalah dan Solusi*. Lembaga Penerbit Balitbangkes: pp. 218.
- Wahida Y, 2019. *Darurat Stunting dengan Melibatkan Keluarga*. Sulawesi Selatan. Yayasan Ahmar Cendikia Indonesia: Ed (1).
- World Health Organization. 2018. *Stunting*. Infographic Stunting, pp. 39.
- World Health Organization. 2017. *Stunting*. Infographic Stunting.
- World Health Organization. 2010. *Interpretation Guide*.

LAMPIRAN

Lampiran 1

Lembar tilik observasi penelitian

LEMBAR TILIK OBSERVASI KETERAMPILAN

I. Pengukuran Panjang Badan Bayi Dan Balita < 2 Tahun Menggunakan Length Board /
Infantometer

Indikator Ukuran	Indikator kemampuan		
		Benar	Salah
Memasang alat ukur Panjang badan	1) Meletakkan papan pengukur pada bidang datar dan keras		
	2) Memastikan alat dalam kondisi baik dan lengkap (<i>foot piece</i> dapat digerakan dengan lancar dan petunjuk ukuran dapat terbaca jelas)		
	3) Menyiapkan alas kain tipis pada alat ukur untuk bagian kepala balita		
Mengukur Panjang Badan	4) Pengukur memposisikan diri pada bagian <i>foot piece</i> (bagian kaki) dan asisten di bagian kepala		
	5) Memastikan balita berpakaian seminimal mungkin		
	6) Meminta ibu balita meletakkan balita di papan pengukur dengan posisi kepala dan kaki yang tepat		
	7) Memposisikan puncak kepala balita sedemikian rupa sehingga menempel pada papan bagian kepala		
	8) Asisten memastikan kepala balita menempel pada papan kepala dan punggung balita tetap menempel pada papan pengukur		
	9) Meluruskan kaki balita dan menekan lututnya sedemikian sehingga lutut dan betis bagian belakang menempel dengan papan pengukur		
	10) Memposisikan telapak kaki balita tegak lurus dengan alas papan pengukur (90°)		
	11) Menarik papan bagian kaki hingga menyentuh telapak kaki balita tegak lurus		
	12) Membaca dan mencatat hasil pengukuran hingga ketelitian 0,1 cm (ketelitian 1 mm)		
	13) Bila balita berusia ≥ 2 tahun, hasil pengukuran dikurang 0,7 cm		

II. Pengukuran Panjang Badan Bayi Dan Balita >2 Tahun Menggunakan Stadiometer

Indikator Ukuran	Indikator kemampuan		
		Benar	Salah
Memasang alat ukur Tinggi badan	1) Meletakkan papan pengukur pada bidang datar, rata, dan keras		
	2) Memastikan alat dalam kondisi baik dan lengkap (terdapat sandaran tumit, <i>head slider</i> dapat digerakan dengan lancar dan petunjuk ukuran dapat terbaca jelas)		
Mengukur Tinggi Badan	3) Memastikan balita berpakaian seminimal mungkin		
	4) Pengukur memposisikan balita berdiri tegak membelakangi tiang ukur		
	5) Meminta asisten memastikan bagian tubuh balita menempel di 5 titik pada tiang ukur (belakang kepala, punggung, bokong, betis dan tumit) dengan tangan kiri memegang lutut dan tangan kanan memegang tulang kering.		
	6) memposisikan kepala balita dengan memegang dagu balita dengan tangan kiri agar pandangan lurus ke depan sehingga membentuk <i>Frankfurt plane horizontal</i>		
	7) menarik head slider pada stadiometer sampai menyentuh puncak kepala balita		
	8) Membaca dan mencatat hasil pengukuran hingga ketelitian 0,1 cm (ketelitian 1 mm)		
	9) Bila balita berusia < 2tahun, hasil pengukuran ditambahkan 0,7 cm		

III. Pengukuran Berat Badan Bayi Menggunakan Baby Scale

Indikator Ukuran	Indikator kemampuan		
		Benar	Salah
Memasang alat ukur Berat Badan	1) Meletakkan timbangan pada ruangan yang cukup terang dan di bidang datar, rata dan keras.		
	2) Memastikan timbangan bersih dan tidak ada beban lain di atas timbangan		
	3) Memasang baterai pada tempatnya dan sesuai dengan posisi baterai		
	4) Menekan tombol power/on dan pastikan angka pada jendela baca menunjukkan angka nol (0,00 kg) dan dalam satuan kilogram (menekan tombol UNIT HOLD hingga pound berubah ke kg).		
Mengukur Berat Badan	5) Memastikan balita berpakaian seminimal mungkin		
	6) Meletakkan bayi di atas mangkok timbang bayi hingga angka berat badan muncul pada layar timbangan		
	7) Menekan tombol UNIT HOLD hingga tulisan 'HOLD' pada display berhenti berkedip dan muncul angka akhir berat badan bayi		
	8) Membaca dan mencatat hasil pengukuran hingga ketelitian 0,01 kg (ketelitian 10 gram)		

IV. Pengukuran Berat Badan Bayi Menggunakan Timbangan Digital Balita

Indikator Ukuran	Indikator kemampuan		
		Benar	Salah
Memasang alat ukur Berat Badan	1) Meletakkan timbangan pada ruangan yang cukup terang dan di bidang datar, rata dan keras.		
	2) Memastikan timbangan bersih dan tidak ada beban lain di atas timbangan		
	3) Memasang baterai pada tempatnya dan sesuai dengan posisi baterai		
	4) Menekan tombol power/on dan pastikan angka pada jendela baca menunjukkan angka nol (0,00 kg) dan dalam satuan kilogram (menekan tombol UNIT HOLD hingga pound berubah ke kg).		
Mengukur Berat Badan	5) Memastikan balita berpakaian seminimal mungkin (tidak memakai popok) juga tidak memegang sesuatu.		
	6) Menempatkan balita tepat di tengah timbangan saat angka pada layar timbangan 0,00kg, serta tetap berada di posisi tersebut hingga angka berat badan pada layar timbangan sudah tidak berubah.		
	7) Berdiri/berlutut di depan layar baca timbangan dan membaca dan mencatat hasil pengukuran hingga ketelitian 0,01 kg (ketelitian 10 gram)		

Lampiran 2
Dokumentasi Penelitian



Lampiran 3
Data Statistik

A. UNIVARIAT

DATA SKOR PRE-TEST DAN POST-TEST LEMBAR TILIK OBSERVASI KETERAMPILAN

No	LB 1 (n)	%	LB 2 (n)	%	S1 (n)	%	S2 (n)	%	BS 1 (n)	%	BS 2 (n)	%	T D1 (n)	%	T D2 (n)	%	Total 1 (n)	%	Total 2 (n)	%
1	8	61	11	84	4	44	6	66	5	62	5	62	4	57	6	85	21	56	28	75
2	9	69	12	92	4	44	9	100	5	62	6	75	5	71	6	85	23	62	33	89
3	9	69	12	92	5	55	7	77	5	62	7	87	5	71	6	85	24	64	32	86
4	10	76	11	84	4	44	8	88	4	50	8	100	4	57	7	100	22	59	34	91
5	7	53	11	84	5	55	8	88	5	62	7	87	6	85	6	85	23	62	32	86
6	9	69	11	84	4	44	8	88	5	62	8	100	5	71	7	100	23	62	34	91
7	10	76	11	84	4	44	7	77	5	62	7	87	5	71	6	85	24	64	31	83
8	8	61	11	84	4	44	7	77	6	75	8	100	5	71	7	100	23	62	33	89
9	10	76	11	84	5	55	7	77	5	62	6	75	5	71	6	85	25	67	30	81
10	8	61	12	92	3	33	8	88	4	50	8	100	4	57	7	100	19	51	35	94
11	9	69	11	84	5	55	8	88	4	50	6	75	4	57	5	71	22	59	30	81
12	10	76	12	92	4	44	6	66	5	62	7	87	5	71	6	85	24	64	31	83
13	9	69	10	76	4	44	7	77	5	62	7	87	4	57	6	85	22	59	30	81
14	9	69	10	76	4	44	7	77	5	62	6	75	5	71	6	85	23	62	29	78
15	10	76	12	92	4	44	9	100	5	62	7	87	6	85	6	85	25	67	34	91
16	8	61	11	84	5	55	7	77	5	62	6	75	5	71	6	85	23	62	30	81

*LB: length board; S: Stadiometer; BS: Baby Scale; TD: Timbangan Digital

B. BIVARIAT

HOMOGENITAS DATA

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
PRE TEST	.250	16	.009	.897	16	.072
POST TEST	.144	16	.200 [*]	.951	16	.498

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

T-TEST PAIRED

Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 PRE TEST	61.38	16	3.998	.999
POST TEST	85.00	16	5.441	1.360

Paired Samples Correlations

	N	Correlation	Sig.
Pair 1 PRE TEST & POST TEST	16	-.089	.743

Paired Samples Test

	Paired Differences						t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference					
				Lower	Upper				
Pair 1 PRE TEST - POST TEST	-23.625	7.032	1.758	-27.372	-19.878	-13.438	15	.000	