

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Kader Posyandu

2.1.1 Pengertian Kader

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 (Adi Heru, 1995). Para kader kesehatan masyarakat itu seyogyanya memiliki latar belakang pendidikan yang cukup sehingga memungkinkan mereka untuk membaca, menulis dan menghitung secara sederhana.

Kader adalah seorang tenaga sukarela yang direkrut dari, oleh dan untuk masyarakat, yang bertugas membantu kelancaran pelayanan kesehatan. Keberadaan kader sering dikaitkan dengan pelayanan rutin di posyandu. Sehingga seorang kader posyandu harus mau bekerja secara sukarela dan ikhlas, mau dan sanggup melaksanakan kegiatan posyandu, serta mau dan sanggup menggerakkan masyarakat untuk melaksanakan dan mengikuti kegiatan posyandu (Sulistyorini, C.I dkk, 2010).

Kader adalah setiap orang yang dipilih oleh masyarakat dan dilatih untuk menangani masalah-masalah kesehatan perorangan atau masyarakat serta bekerja dalam hubungan yang amat dekat dengan tempat-tempat pemberian pelayanan kesehatan (Permenkes R1 No. 25 tahun 2014).

2.1.2 Syarat – syarat menjadi Kader posyandu

Menurut Sulistyorini, C.I dkk, 2010, seorang warga masyarakat dapat diangkat menjadi seorang kader posyandu apabila memenuhi persyaratan sebagai berikut:

1. Dapat membaca dan menulis
2. Berjiwa sosial dan mau bekerja secara relawan
3. Mengetahui adat istiadat serta kebiasaan masyarakat
4. Mempunyai waktu yang cukup
5. Bertempat tinggal di wilayah posyandu
6. Berpenampilan ramah dan simpatik
7. Mengikuti pelatihan-pelatihan sebelum menjadi kader posyandu.

2.1.3 Tugas Kader posyandu

Menurut Sulistyorini, C.I dkk, 2010, adapun tugas kader posyandu secara garis besar adalah sebagai berikut:

1. Melakukan kegiatan bulanan posyandu:

Mempersiapkan pelaksanaan posyandu

- 1) Tugas-tugas kader posyandu pada H- atau saat persiapan hari buka posyandu, meliputi:

- a. Menyiapkan alat dan bahan, yaitu alat penimbangan bayi, KMS, alat peraga, LILA, alat pengukur, obat-obat yang dibutuhkan (pil besi, vitarnin A, oralit), bahan/materi penyuluhan.

- b. Mengundang dan menggerakkan masyarakat, yaitu memberitahu ibu-ibu untuk datang ke posyandu.
- c. Menghubungi Pokja Posyandu, yaitu menyampaikan rencana kegiatan kepada kantor desa dan meminta mereka untuk memastikan apakah petugas sektor bisa hadir pada hari buka posyandu.
- d. Melaksanakan pembagian tugas, yaitu menentukan pembagian tugas di antara kader posyandu baik untuk persiapan maupun pelaksanaan kegiatan.

2) Tugas kader pada kegiatan bulanan posyandu

Tugas kader pada hari buka posyandu disebut juga dengan tugas pelayanan 5 meja, meliputi:

1. Meja 1, yaitu bertugas mendaftarkan bayi atau balita, yaitu menulis nama balita pada KMS dan secarik kertas yang diselipkan pada KMS dan mendaftarkan ibu hamil, yaitu menulis nama ibu hamil pada Formulir atau Register Ibu Hamil.
2. Meja 2, yaitu bertugas menimbang bayi atau balita dan mencatat hasil penimbangan pada secarik kertas yang akan dipindahkan pada KMS.
3. Meja 3, yaitu bertugas untuk mengisi KMS atau memindahkan catatan hasil penimbangan balita dari secarik kertas ke dalam KMS anak tersebut.

4. Meja 4, yaitu bertugas menjelaskan data KMS dan keadaan anak berdasarkan data kenaikan berat badan yang digambarkan dalam grafik KMS kepada ibu dari anak yang bersangkutan dan memberikan penyuluhan kepada setiap ibu dengan mengacu pada data KMS anaknya atau dari hasil pengamatan mengenai masalah yang dialami sasaran.
5. Meja 5, merupakan kegiatan sektor yang biasanya dilakukan oleh petugas kesehatan, PLKB, PPL, dan lain-lain. Pelayanan yang diberikan antara lain Pelayanan Imunisasi, Pelayanan Keluarga Berencana, Pengobatan Pemberian pil menambah darah (zat besi), vitamin A. dan obat-obatan lainnya.

Kegiatan setelah pelayanan bulanan posyandu

Tugas-tugas kader setelah hari buka Posyandu, meliputi:

- 1) Memindahkan catatan-catatan dalam Kartu Menuju Sehat (KMS) ke dalam buku register atau buku bantu kader.
- 2) Menilai (mengevaluasi) hasil kegiatan dan merencanakan kegiatan hari Posyandu pada bulan berikutnya. Kegiatan diskusi kelompok (penyuluhan kelompok) bersama ibu-ibu yang rumahnya berdekatan (kelompok dasawisma).

- 3) Kegiatan kunjungan rumah (penyuluhan perorangan) merupakan tindak lanjut dan mengajak ibu-ibu datang ke Posyandu pada kegiatan bulan berikutnya.
2. Melakukan kegiatan di luar posyandu:
 - a. Melaksanakan kunjungan rumah
 - a) Setelah kegiatan didalam posyandu selesai, rumah ibu-ibu yang akan dikunjungi ditentukan bersama. Tetukan keluarga yang akan dikunjungi oleh masing-masing kader. Sebaiknya diajak pula beberapa ibu untuk ikut kunjungan rumah.
 - b) Mereka yang perlu dikunjungi adalah:
 1. Ibu yang anak balitanya tidak hadir 2 (dua) bulan berturut-turut di posyandu
 2. Ibu yang anak balitanya belum mendapat kapsul vitamin
 3. Berat badannya tidak naik 2 (dua) bulan berturut-turut
 4. Berat badannya di bawah garis merah KMS
 5. Sasaran posyandu yang sakit
 6. Ibu hamil yang tidak menghadiri kegiatan posyandu 2 (dua) bulan berturt-turut
 7. Ibu hamil yang bulan lalu dikirim atau dirujuk ke puskesmas
 8. Ibu yang mengalami kesulitan menyusui anaknya
 9. Ibu hamil dan ibu menyusui yang belum mendapat kapsul iodium

b. Menggerakkan masyarakat untuk menghadiri dan ikut serta dalam kegiatan posyandu

1) Langsung ke tengah masyarakat

2) Melalui tokoh masyarakat atau pemuka agama atau adat

3) Membantu petugas kesehatan dalam pendaftaran, penyuluhan, dan berbagai usaha kesehatan masyarakat.

2.1.4 Pelatihan kader posyandu

Menurut Sulistyorini. C.I dkk, 2010, calon kader wajib mengikuti pelatihan-pelatihan tentang konsep pelaksanaan posyandu serta materi-materi yang berkenaan dengan kesehatan dasar dan gizi, yang seperti tersebut di bawah ini:

a. Konsep posyandu balita

b. Gizi seimbang, penentuan status gizi balita, cara menentukan status gizi balita, serta cara penentuan Bawah Garis Merah (BGM), serta pengukuran status gizi dengan menggunakan KMS (Kartu Menuju Sehat)

c. Pemanfaatan dan pemberian ASI eksklusif

d. Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) yang sehat

e. Penyakit yang sering diderita oleh balita, Pertolongan Pertama Pada Kecelakaan (PPPK) dan pengobatan balita di rumah

f. Stimulasi tumbuh kembang anak, dan

g. Pengukuran antropometri.

2.1.5 Peran Kader posyandu

Secara teknis, tugas kader yang terkait dengan pembangunan kesehatan masyarakat antara lain adalah melakukan pendataan balita, melakukan penimbangan serta mencatatnya dalam Kartu Menuju Sehat (KMS), memberikan makanan tambahan, mendistribusikan vitamin A, melakukan penyuluhan gizi serta kunjungan ke rumah ibu yang menyusui dan ibu yang memiliki balita, dan pelayanan pada Lansia(Tse, Suprojo, & Adiwidjaja, 2017).

Peran adalah sesuatu yang diharapkan secara normative dari seseorang dalam situasi social tertentu agar dapt memenuhi harapan – harapan (setiadi,2008), partisipasi atau peran serta masyarakat yang diharapkan terutama partisipasi kader atau tokoh masyarakatdan dengan peran serta kader kesehatan ini bila dilaksanakan dengan baik akan membantu dan meningkatkan hasil cakupan posyandu (Mubarok,2012). Peran kader memang sangat penting dalam menjembatani masyarakat khususnya kelompok sarana posyandu. Berbagai informasi dari pemerintah lebih mudah disampaikan kepada masyarakat melalui kader. Karena kader lebih tanggap dan memiliki pengetahuan kesehatan diatas rata – rata dari kelompok sasaran posyandu. Peran kader secara umum adalah melaksanakan kegiatan pelayanan dan mensukseskan bersama masyarakat serta merencanakan kegiatan pelayanan kesehatan tingkat desa.

Peran dan fungsi kader sebagai pelaku penggerakan masyarakat:

1. Perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS)
2. Pengamatan terhadap masalah kesehatan desa
3. Upaya penyehatan lingkungan
4. Peningkatan kesehatan ibu dan anak (KIA)

5. Pemasyarakatan keluarga sadar gizi

Kader kesehatan mempunyai peran besar dalam upaya meningkatkan kemampuan masyarakat menolong dirinya sendiri untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal. Wujud peran serta kader dalam bentuk tenaga dan materi. Kader juga berperan dalam pembinaan masyarakat dibidang kesehatan melalui kegiatan yang dilakukan di posyandu. Selain kegiatan posyandu kader juga berperan diluar kegiatan posyandu, yaitu sebagai berikut:

1. Merencanakan kegiatan antara lain survey mawas diri,menentukan kegiatan
Merencanakan kegiatan antara lain survei mawas diri menentukan kegiatan penanggulangan masalah kesehatan di masyarakat.
2. Melakukan komunikasi memberikan informasi dan motivasi tentang kesehatan.
3. Menggerakkan masyarakat untuk bergotong-royong.
4. Memberikan pelayanan yaitu membagikan obat pemantauan penyakit serta pertolongan pada kecelakaan.
5. Melakukan pencatatan seperti KB Kia imunisasi gizi dan diare.
6. Melakukan pembinaan mengenai lama program keterpaduan KB serta kesehatan lainnya.
7. Melakukan kunjungan rumah melakukan pertemuan kelompok.

2.2 Konsep Penyuluhan kesehatan

2.2.1 Pengertian penyuluhan kesehatan

Penyuluhan kesehatan adalah penambahan pengetahuan dan kemampuan seseorang melalui tehnik praktek belajar atau instruksi dengan tujuan mengubah atau mempengaruhi perilaku manusia secara individu, kelompok maupun masyarakat untuk dapat lebih mandiri dalam mencapai tujuan hidup sehat (Depkes, 2002). kegiatan pendidikan yang dilakukan dengan cara menyebarkan pesan, menanamkan keyakinan sehingga masyarakat tidak saja sadar, tahu , dan mengerti, tetapi juga mau dan bisa melakukan suatu anjuran yang ada hubungan dengan kesehatan (azrul azwar(fitriani 2011)). Gabungan berbagai kegiatan dan kesempatan yang berlandaskan prinsip – prinsip belajar untuk mencapai suatu keadaan dimana individu, keluarga, kelompok masyarakat secara keseluruhan ingin hidup sehat, tahu bagaimana caranya dan melakukan apa yang bisa dilakukan secara perorangan maupun kelompok dalam meminta pertolongan jika perlu(Depkes 2011)

Penyuluhan adalah proses perubahan perilaku di kalangan masyarakat agar mereka tahu, mau dan mampu melakukan perubahan demi tercapainya peningkatan produksi, pendapatan atau keuntungan dan perbaikan kesejahteraannya (Subejo, 2010). Pada dasarnya penyuluhan kesehatan identik dengan pendidikan kesehatan, karena keduanya berorientasi terhadap perubahan perilaku yang diharapkan, yaitu perilaku sehat, sehingga mempunyai kemampuan mengenal masalah kesehatan dirinya, keluarga dan kelompoknya dalam meningkatkan kesehatannya. Pengetahuan atau kognitif

merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (overt behaviour).

Dari penelitian ternyata perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Penyuluhan menurut Gondoyoewono adalah suatu penerangan yang menekankan pada suatu objek tertentu dan hasil yang diharapkan adalah suatu perubahan perilaku individu atau sekelompok orang. (Nofalia, 2011) Sebagai proses komunikasi, penyuluhan berarti proses di mana seorang individu (komunikator) menyampaikan lambang-lambang tertentu, biasanya berbentuk verbal untuk mempengaruhi tingkah laku komunikan. Akhirnya, penyuluhan boleh ditujukan untuk kegiatan mempengaruhi orang lain. Penyuluhan memang diartikan bermacam-macam. Claar et al. mengakui hal itu karena di banyak tempat penyuluhan diartikan sebagai fungsi pemerintah yang memperluas (extending) berbagai pelayanan kepada masyarakat, sekaligus melaksanakan peraturan-peraturan yang berlaku, dan bahkan menegakkan kebijakan yang berkaitan dengan berbagai bidang kemasyarakatan. (Bahid, 2011)

Penyuluhan merupakan suatu usaha menyebarluaskan hal-hal yang baru agar masyarakat tertarik, berminat dan bersedia untuk melaksanakannya dalam kehidupan mereka sehari-hari. Penyuluhan juga merupakan suatu kegiatan mendidikan sesuatu kepada masyarakat, memberi mereka pengetahuan, informasi-informasi, dan kemampuan-kemampuan baru, agar

mereka dapat membentuk sikap dan berperilaku hidup menurut apa yang seharusnya (Bahid, 2011)

2.2.2 Sasaran penyuluhan

(Tse et al., 2017) Sasaran penyuluhan kesehatan mencakup individu, keluarga, kelompok dan masyarakat. Penyuluhan kesehatan pada individu dapat dilakukan di rumah sakit, klinik, puskesmas, posyandu, keluarga binaan dan masyarakat binaan. Penyuluhan kesehatan pada keluarga diutamakan pada keluarga resiko tinggi, seperti keluarga yang menderita penyakit menular, keluarga dengan sosial ekonomi rendah, keluarga dengan keadaan gizi yang buruk, keluarga dengan sanitasi lingkungan yang buruk dan sebagainya. Penyuluhan kesehatan pada sasaran kelompok dapat dilakukan pada kelompok ibu hamil, kelompok ibu yang mempunyai anak balita, kelompok masyarakat yang rawan terhadap masalah kesehatan seperti kelompok lansia, kelompok yang ada di berbagai institusi pelayanan kesehatan seperti anak sekolah, pekerja dalam perusahaan dan lain-lain. Penyuluhan kesehatan pada sasaran masyarakat dapat dilakukan pada masyarakat binaan puskesmas, masyarakat nelayan, masyarakat pedesaan, masyarakat yang terkena wabah dan lain-lain (Effendy, 2003).

2.2.3 Faktor - faktor yang mempengaruhi keberhasilan penyuluhan

Menurut (Fitriani 2001) Faktor yang mempengaruhi keberhasilan penyuluhan adalah :

1. Faktor penyuluh
 - Penguasaan materi

- Penampilan pemateri
- Penggunaan bahasa
- Intonasi
- Cara penyampaian materi

2. Faktor sasaran

- Tingkat pendidikan
- Kepercayaan dan adat
- Kondisi lingkungan

3. Faktor proses penyuluhan

- Pilihan waktu dalam penyuluhan
- Tempat penyuluhan
- Jumlah sasaran
- Alat peraga
- Metode penyuluhan

2.2.4 Faktor yang perlu diperhatikan dalam Penyuluhan

Menurut Effendy, faktor-faktor yang perlu diperhatikan terhadap sasaran dalam keberhasilan penyuluhan kesehatan adalah :

1) Tingkat Pendidikan Pendidikan dapat mempengaruhi cara pandang seseorang terhadap informasi baru yang diterimanya. Maka dapat dikatakan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikannya, semakin mudah seseorang menerima informasi yang didapatnya.

- 2) Tingkat Sosial Ekonomi Semakin tinggi tingkat sosial ekonomi seseorang, semakin mudah pula dalam menerima informasi baru.
- 3) Adat Istiadat Pengaruh dari adat istiadat dalam menerima informasi baru merupakan hal yang tidak dapat diabaikan, karena masyarakat kita masih sangat
- 4) Kepercayaan Masyarakat Masyarakat lebih memperhatikan informasi yang disampaikan oleh orang – orang yang sudah mereka kenal, karena sudah timbul kepercayaan masyarakat dengan penyampai informasi.
- 5) Ketersediaan Waktu di Masyarakat Waktu penyampaian informasi harus memperhatikan tingkat aktifitas masyarakat untuk menjamin tingkat kehadiran masyarakat dalam penyuluhan.

2.2.5 Media Penyuluhan

(Tse et al., 2017) Media penyuluhan adalah semua sarana atau upaya untuk menampilkan pesan informasi yang ingin disampaikan oleh komunikator sehingga sasaran dapat meningkatkan pengetahuannya yang akhirnya diharapkan dapat berubah perilakunya ke arah positif terhadap kesehatan.

Penyuluhan kesehatan tak dapat lepas dari media karena melalui media, pesan yang disampaikan dapat lebih menarik dan dipahami, sehingga sasaran dapat mempelajari pesan tersebut sehingga sampai memutuskan untuk mengadopsinya ke perilaku yang positif.

Tujuan atau alasan mengapa media sangat diperlukan di dalam pelaksanaan penyuluhan kesehatan antara lain adalah :

- a. Media dapat mempermudah penyampaian informasi.

- b. Media dapat menghindari kesalahan persepsi.
- c. Media dapat memperjelas informasi.
- d. Media dapat mempermudah pengertian.
- e. Media dapat mengurangi komunikasi verbalistik.
- f. Media dapat menampilkan objek yang tidak dapat ditangkap dengan mata.
- g. Media dapat memperlancar komunikasi.

Berdasarkan fungsinya sebagai penyaluran pesan kesehatan, media ini dibagi menjadi 3 yakni :

- a. Media cetak Media ini mengutamakan pesan-pesan visual, biasanya terdiri dari gambaran sejumlah kata, gambar atau foto dalam tata warna. Yang termasuk dalam media ini adalah booklet, leaflet, flyer (selebaran), flip chart (lembar balik), rubric atau tulisan pada surat kabar atau majalah, poster, foto yang mengungkapkan informasi kesehatan. Ada beberapa kelebihan media cetak antara lain tahan lama, mencakup banyak orang, biaya rendah, dapat dibawa kemana-mana, tidak perlu listrik, mempermudah pemahaman dan dapat meningkatkan gairah belajar. Media cetak memiliki kelemahan yaitu tidak dapat menstimulir efek gerak dan efek suara dan mudah terlipat.
- b. Media elektronik Media ini merupakan media yang bergerak dan dinamis, dapat dilihat dan didengar dan penyampaiannya melalui alat bantu elektronika. Yang termasuk dalam media ini adalah televisi, radio, video film, cassette, CD, VCD. Seperti halnya media cetak,

media elektronik ini memiliki kelebihan antara lain lebih mudah dipahami, lebih menarik, sudah dikenal masyarakat, bertatap muka, mengikut sertakan seluruh panca indera, penyajiannya dapat dikendalikan dan diulang-ulang serta jangkauannya lebih besar. Kelemahan dari media ini adalah biayanya lebih tinggi, sedikit rumit, perlu listrik dan alat canggih untuk produksinya, perlu persiapan matang, peralatan selalu berkembang dan berubah, perlu keterampilan penyimpanan dan keterampilan untuk mengoperasikannya.

- c. Media luar ruang Media menyampaikan pesannya di luar ruang, bisa melalui media cetak maupun elektronik misalnya papan reklame, spanduk, pameran, banner dan televisi layar lebar. Kelebihan dari media ini adalah lebih mudah dipahami, lebih menarik, sebagai informasi umum dan hiburan, bertatap muka, mengikut sertakan seluruh panca indera, penyajian dapat dikendalikan dan jangkauannya relatif besar. Kelemahan dari media ini adalah biaya lebih tinggi, sedikit rumit, perlu alat canggih untuk produksinya, persiapan matang, peralatan selalu berkembang dan berubah, memerlukan keterampilan penyimpanan dan keterampilan untuk mengoperasikannya.

Media penyuluhan kesehatan yang baik adalah media yang mampu memberikan informasi atau pesan-pesan kesehatan yang sesuai dengan tingkat penerimaan sasaran, sehingga sasaran mau dan mampu untuk mengubah perilaku sesuai dengan pesan yang disampaikan.

2.3 Konsep Stunting

2.3.1 Pengertian Stunting

Stunting atau pendek merupakan kondisi gagal tumbuh pada bayi 0 sampai 11 bulan dan anak balita 12 sampai 59 bulan akibat dari kekurangan gizi kronis terutama dalam 1000 hari pertama kehidupan atau HPK sehingga anak terlalu pendek untuk usianya kekurangan gizi terjadi sejak bayi dalam kandungan dan pada masa awal setelah bayi lahir Tetapi kondisi stunting baru nampak setelah anak berusia 2 tahun balita dikatakan pendek Jika nilai skornya panjang badan menurut umur BB per umur atau tinggi badan menurut umur tinggi badan umur kurang dari min 2 SD standar deviasi dan kurang dari min 3 SD severely stunted balita stunting akan memiliki tingkat kecerdasan tidak maksimal menjadi lebih rentan terhadap penyakit dan di masa depan dapat beresiko menurunnya tingkat produktivitas pada akhirnya secara luas stunting akan dapat menghambat pertumbuhan ekonomi dan meningkatkan kemiskinan

(Pasaman & Barat, 2017) Stunting adalah dampak dari kondisi sistemik kekurangan gizi kronik. Stunting anak dapat berkembang selama dua tahun pertama kehidupan dan sebagian besar disebabkan oleh kekurangan nutrisi, pengasuhan dan kesakitan¹. Diperkirakan terdapat 159 juta anak stunting tinggal di negara berpenghasilan rendah pada tahun 2014. Data Stunting tidak terlepas dari berbagai factor yang ditentukan oleh penentu yang tersusun berlapis (langsung, tidak langsung, dan dasar). Dalam penelitian ini difokuskan pada faktor penentu yaitu pola asuh makan, intake zat gizi, berat

lahir anak dan pemberian ASI ibu. Efek jangka panjang stunting yaitu penurunan tingkat kelangsungan hidup, gangguan perkembangan kognitif dan motorik, penurunan produktivitas ekonomi, dan kesempatan yang lebih tinggi untuk hidup dalam kemiskinan di masa dewasa.

(Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2018) 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). Rata-rata prevalensi balita stunting di Indonesia tahun 2005-2017 adalah 36,4%. Prevalensi balita pendek di Indonesia cenderung statis. Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007 menunjukkan prevalensi balita pendek di Indonesia sebesar 36,8%. Pada tahun 2010, terjadi sedikit penurunan menjadi 35,6%. Namun prevalensi balita pendek kembali meningkat pada tahun 2013 yaitu menjadi 37,2%. Prevalensi balita pendek selanjutnya akan diperoleh dari hasil Riskesdas tahun 2018 yang juga menjadi ukuran keberhasilan program yang sudah diupayakan oleh pemerintah

2.3.2 Penyebab Stunting

(Kementerian Desa Pembangunan Daerah Tertinggal dan Transmigrasi, 2017) Stunting disebabkan oleh Faktor Multi Dimensi. Intervensi paling menentukan pada 1.000 HPK (1000 Hari Pertama Kehidupan).

1. Praktek pengasuhan yang tidak baik

- Kurang pengetahuan tentang kesehatan dan gizi sebelum dan pada masa kehamilan
 - 60 % dari anak usia 0-6 bulan tidak mendapatkan ASI eksklusif
 - 2 dari 3 anak usia 0-24 bulan tidak menerima Makanan Pengganti ASI
2. Terbatasnya layanan kesehatan termasuk layanan anc (ante natal care), post natal dan pembelajaran dini yang berkualitas
- 1 dari 3 anak usia 3-6 tahun tidak terdaftar di Pendidikan Anak Usia Dini
 - 2 dari 3 ibu hamil belum mengkonsumsi suplemen zat besi yang memadai
 - Menurunnya tingkat kehadiran anak di Posyandu (dari 79% di 2007 menjadi 64% di 2013)
 - Tidak mendapat akses yang memadai ke layanan imunisasi
2. Kurangnya akses ke makanan bergizi
- 1 dari 3 ibu hamil anemia
 - Makanan bergizi mahal
3. Kurangnya akses ke air bersih dan sanitasi
- 1 dari 5 rumah tangga masih BAB diruang terbuka
 - 1 dari 3 rumah tangga belum memiliki akses ke air minum bersih

2.3.3 Dampak stunting

(Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2018) dalam (WHO)

- Dampak Jangka Pendek.
 - a. Peningkatan kejadian kesakitan dan kematian;

- b. Perkembangan kognitif, motorik, dan verbal pada anak tidak optimal; dan
- c. Peningkatan biaya kesehatan.
- Dampak Jangka Panjang.
 - a. Postur tubuh yang tidak optimal saat dewasa (lebih pendek dibandingkan pada umumnya);
 - b. Meningkatnya risiko obesitas dan penyakit lainnya;
 - c. Menurunnya kesehatan reproduksi;
 - d. Kapasitas belajar dan performa yang kurang optimal saat masa sekolah; dan
 - e. Produktivitas dan kapasitas kerja yang tidak optimal.

2.3.4 Upaya pencegahan stunting pada anak.

(Sumiahadi et al., 2017) Upaya intervensi gizi spesifik untuk balita pendek difokuskan pada kelompok 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK), yaitu Ibu Hamil, Ibu Menyusui, dan Anak 0-23 bulan, karena penanggulangan balita pendek yang paling efektif dilakukan pada 1.000 HPK. Periode 1.000 HPK meliputi yang 270 hari. Upaya intervensi tersebut meliputi :

1. Pada saat ibu hamil Memperbaiki gizi dan kesehatan Ibu hamil merupakan cara terbaik dalam Mengatasi stunting. Ibu hamil perlu mendapat makanan yang baik, sehingga apabila ibu hamil dalam keadaan sangat kurus atau telah mengalami Kurang Energi Kronis (KEK), maka perlu diberikan makanan kepada tambahan ibu hamil tersebut. Setiap ibu hamil perlu mendapat tablet tambah darah, minimal 90 tablet selama kehamilan. Kesehatan ibu harus tetap

dijaga agar ibu tidak mengalami sakit kepada ibu hamil tersebut. Setiap ibu hamil perlu mendapat tablet tambah darah, minimal 90 tablet selama kehamilan. Kesehatan ibu harus tetap dijaga agar ibu tidak mengalami sakit.

2. Pada saat bayi lahir Persalinan ditolong oleh bidan atau dokter terlatih dan begitu bayi lahir melakukan Inisiasi Menyusu (IMD). Bayi Dini sampai dengan usia 6 bulan diberi Air Susu Ibu (ASI) saja Eksklusif.

3. Bayi berusia 6 bulan sampai dengan 2 tahun Mulai usia 6 bulan, selain ASI bayi diberi Makanan Pendamping ASI (MP- ASI). Pemberian ASI terus dilakukan sampai bayi berumur 2 tahun atau lebih. Bayi dan anak memperoleh kapsul vitamin A, imunisasi dasar lengkap.

4. Memantau pertumbuhan Balita di posyandu merupakan upaya yang sangat strategis untuk mendeteksi terjadinya dini gangguan pertumbuhan Walaupun remaja putri secara eksplisit tidak disebutkan dalam 1.000 HPK , namun status gizi remaja putri atau pra nikah memiliki

Kontribusi besar pada kesehatan dan keselamatan kehamilan dan kelahiran, apabila remaja putri menjadi ibu.

4. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) harus diupayakan oleh setiap rumah tangga termasuk meningkatkan akses terhadap air bersih dan fasilitas sanitasi, serta menjaga lingkungan. Kebersihan PHBS menurunkan kejadian sakit terutama penyakit infeksi yang dapat membuat energi untuk pertumbuhan teralihkan kepada perlawanan tubuh menghadapi infeksi, gizi sulit diserap oleh tubuh dan terhambatnya pertumbuhan

5. Anak Usia Sekolah (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2018)

- a. Melakukan revitalisasi Usaha Kesehatan Sekolah (UKS)
 - b. Memperkuat kelembagaan Tim Pembina UKS
 - c. Menyelenggarakan Program Gizi Anak Sekolah (PROGAS)
 - d. Memberlakukan sekolah sebagai kawasan bebas rokok dan narkoba
7. Remaja
- a. Meningkatkan penyuluhan untuk perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS), pola gizi seimbang, tidak merokok, dan mengonsumsi narkoba
 - b. Pendidikan kesehatan reproduksi.
8. Dewasa Muda
- a. Penyuluhan dan pelayanan keluarga berencana (KB)
 - b. Deteksi dini penyakit (menular dan tidak menular)
 - c. Meningkatkan penyuluhan untuk PHBS, pola gizi seimbang, tidak merokok/mengonsumsi narkoba.

2.4 Metode pelatihan kader kesehatan

2.4.1 Metode tatap muka/Ceramah

Menurut Sinarno Surakhmad dalam Suryobroto (2009)(Dewi, 2018) yang dimaksud dengan ceramah sebagai metode mengajar ialah penerangan dan penuturan secara lisan oleh guru terhadap kelasnya. Selama ceramah berlangsung, guru dapat menggunakan alat-alat bantu seperti gambar-gambar agar uraiannya menjadi lebih jelas. Metode utama yang digunakan dalam hubungan antara guru dengan peserta didik adalah berbicara.

*** Kelebihan metode ceramah**

1. Guru mudah menguasai kelas
2. Mudah mengorganisasikan tempat duduk/kelas
3. Dapat diikuti oleh jumlah peserta didik yang besar
4. Mudah mempersiapkan dan melaksanakan
5. Guru mudah menerangkan pelajaran dengan baik

- **Kekurangan metode ceramah**

1. Mudah menjadi verbilisme (pengertian kata-kata)
2. Bila selalu digunakan dan terlalu lama, membosankan.
3. Guru menyimpulkan bahwa peserta didik mengerti dan tertarik pada ceramahnya
4. Menyebabkan peserta didik menjadi pasif.

- **Ciri-Ciri Pembelajaran Konvensional Sebagai Berikut:**

1. Peserta didik adalah penerima informasi secara pasif, dimana peserta didik menerima pengetahuan dari guru dan pengetahuan diasumsinya sebagai badan dari informasi dan keterampilan yang dimiliki sesuai standar.
2. Belajar secara individual
3. Pembelajaran sangat abstrak dan teoritis
4. Perilaku dibangun berdasarkan kebiasaan
5. Kebenaran bersifat absolut dan pengetahuan bersifat final
6. Guru adalah penentu jalannya proses pembelajaran
7. Perilaku baik berdasarkan motivasi ekstrinsik

8. Interaksi di antara peserta didik kurang
9. Guru sering bertindak memperhatikan proses kelompok yang terjadi dalam kelompok-kelompok belajar.

Perlu diketahui bahwa pembelajaran dengan model ini dipandang cukup efektif atau mempunyai keunggulan, terutama:

1. Berbagai informasi yang tidak mudah ditemukan di tempat lain
2. Menyampaikan informasi dengan cepat
3. Membangkitkan minat akan informasi
4. Mengajari peserta didik yang cara belajar terbaiknya dengan mendengarkan
5. Mudah digunakan dalam proses belajar mengajar.

Sedangkan kelemahan dari pembelajaran model ini, menurut Suyitno (dalam Sulistiyorini, 2007) antara lain sebagai berikut:

1. Kegiatan belajar adalah memindahkan pengetahuan dari guru ke peserta didik. Tugas guru adalah memberi dan tugas peserta didik adalah menerima.
2. Kegiatan pembelajaran seperti mengisi botol kosong dengan pengetahuan. Peserta didik merupakan penerima pengetahuan yang pasif.
3. Pembelajaran konvensional cenderung mengkotak-kotakkan peserta didik.
4. Kegiatan belajar mengajar lebih menekankan pada hasil daripada proses.
5. Memacu peserta didik dalam kompetisi bagaikan ayam aduan, yaitu peserta didik bekerja keras untuk mengalahkan teman sekelasnya. Siapa yang kuat dia yang menang.

2.5. Metode dengan penerapan tentang teknologi informasi

2.5.1 Metode pelatihan Teknologi Informasi

Mulyani, R, & M,(2018) Menyadari betapa pesatnya perkembangan pola pikir masyarakat saat ini , maka sudah saatnya kader sebagai juga melakukan perubahan strategi guna mengikuti dan mendukung perkembangan yang terjadi di masyarakat sekitarnya, khususnya perkembangan dalam dunia kesehatan. Dengan demikian diharapkan kader untuk ke depannya kualitasnya lebih baik dengan mengedepankan IMTAK dan IPTEK. Dalam rangka mengikuti perkembangan dunia yang terjadi, maka kader harus melakukan inovasi guna mengikuti era revolusi 4.0.

Dari permasalahan yang telah diuraikan sebelumnya, maka salah satu cara peningkatan metode pengajaran adalah dengan pemanfaatan Teknologi Informasi. Dengan adanya teknologi informasi, maka setiap kader dapat memanfaatkannya untuk memperoleh bahan/materi untuk pembelajaran melalui media internet. Selain itu dengan adanya teknologi informasi juga dapat membantu metode pembelajaran yang tadinya bersifat manual, sekarang bisa dibantu dengan penggunaan teknologi yang lebih canggih, misalnya penggunaan Microsoft Powerpoint atau *e-book*. Masalahnya belum semua kader yang tergerak untuk melakukan alternatif tersebut. Hal ini diakibatkan karena kurangnya fasilitas teknologi informasi dan kurangnya kemampuan kader untuk menggunakan teknologi informasi tersebut. Dari fenomena tersebut maka alternatif solusinya adalah :

1. Melakukan evaluasi terhadap program dan metode yang selama ini diterapkan baik dalam metode pembelajaran oleh kader
2. Mencari alternative metode pembelajaran kader
3. Merancang metode pembelajaran untukkader dengan memanfaatkan teknologi informasi.
4. Merancang pembukuan yang sederhana untuk kader.
5. Melakukan evaluasi terhadap kemampuan komunikasi kader. Komunikasi yang dilakukan baik berupa lisan atau pun tulisan khususnya yang memanfaatkan teknologi informasi.

Dari hasil kesimpulan masalah dan solusi yang disusun bersama pihak posyandu, maka Program Kerja yang menjadi Prioritas utama adalah:

1. Pelatihan dan pembinaan penggunaan teknologi informasi pada kader
2. Pelatihan dan pembinaan penggunaan teknologi informasi pada kader.
3. Pelatihan dan pembinaan penyusunan SAP menggunakan teknologi informasi
4. Pelatihan kemampuan berkomunikasi bagi kader. Komunikasi yang dilakukan baik berupa lisan atau pun tulisan khususnya yang memanfaatkan teknologi informasi.

Pada penelitian tahun 2018 yang dilakukan oleh Salamah, N dan Sulistyani , N. (2018) mengemukakan tingkat keberhasilan pelatihan kader posyandu terlihat dari peningkatan pengetahuan dan peran sebagai penyuluh mengalami peningkatan yang signifikan antara sebelum dan sesudah diberikan pelatihan

2.5.2 Peranan dan Pentingnya Teknologi Informasi

Peranan teknologi informasi pada aktivitas manusia pada saat ini memang begitu besar.

Abdul Kadir (2014: 15) mengemukakan bahwa teknologi informasi secara garis besar mempunyai peranan sebagai berikut :

1. Teknologi informasi menggantikan peran manusia. Dalam hal ini, teknologi informasi melakukan otomasi terhadap suatu tugas atau proses.
2. Teknologi informasi memperkuat peran manusia, yakni dengan menyajikan informasi terhadap suatu tugas atau proses.
3. Teknologi informasi berperan dalam restrukturisasi terhadap peran manusia. Dalam hal ini, teknologi berperan dalam melakukan perubahan-perubahan terhadap sekumpulan tugas atau proses.”

Tujuan dan Fungsi Teknologi Informasi Menurut Sutarman (2009:

17), tujuan dari teknologi informasi adalah :

Untuk memecahkan masalah, Untuk membuka kreativitas, dan Untuk meningkatkan efektivitas dan efisiensi dalam melakukan pekerjaan”.(Perdana, 2018)