

**PEMBENTUKAN DAN PELATIHAN KADER POSDAYA TENTANG SKRINING
KESEHATAN DASAR DI DESA BUNGKU KECAMATAN BAJUBANG
KABUPATEN BATANGHARI JAMBI**

***ESTABLISHMENT AND TRAINING OF POSDAYA CADRES ABOUT BASIC HEALTH
SCREENING IN BUNGKU VILLAGE BAJUBANG BATANGHARI DISTRICT
JAMBI PROVINCE***

Dini Junita^{1)*}, Merita²⁾, Armina³⁾

¹⁾Program Studi Ilmu Gizi, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Baiturrahim Jambi,
email: dinijunita.dj.dj@gmail.com

²⁾Program Studi Ilmu Gizi, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Baiturrahim Jambi,
email: merita_meri@yahoo.com

³⁾Program Studi Keperawatan, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Baiturrahim Jambi,
email: Arminanurwa86@gmail.com

ABSTRAK

Keberadaan tenaga kesehatan di Desa Bungku belum optimal akibat rendahnya kepercayaan dan akses masyarakat kelompok adat terpencil. Dibutuhkan pendekatan dari masyarakat yaitu pemberdayaan berbasis keluarga yang disebut Pos Pemberdayaan Keluarga (Posdaya). Pengabdian ini bertujuan membentuk dan melatih kader posdaya menggunakan metode diskusi dan praktik berupa demonstrasi, *role play* atau simulasi antar kader. Edukasi dan skrining kesehatan dasar meliputi materi pengetahuan tentang perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS), pengetahuan tentang penilaian status gizi, dan pemeriksaan kesehatan dasar. Alat yang digunakan dalam kegiatan pelatihan ini adalah poster, leaflet, lembar kuisioner pre-post, pita LILA, tensimeter digital, stetoskop, peralatan P3K, dan thermometer. Gambaran peningkatan pengetahuan dan keterampilan khusus pada kader dilihat berdasarkan hasil *pre-post test*. Kegiatan ini menghasilkan posdaya dengan anggota kader sebanyak 5 orang. Peningkatan pengetahuan dan keterampilan khusus pada kader setelah dilakukan pelatihan sebesar 4 poin untuk materi PHBS, 5.4 poin untuk penilaian status gizi dan 8 poin untuk pemeriksaan dasar. Diperlukan implementasi lapang untuk mengevaluasi kemampuan praktis kader di masyarakat.

Kata kunci: *Komunitas adat, Pemberdayaan, Pemeriksaan fisik, Penilaian gizi, Posdaya*

ABSTRACT

The existence of health practitioner in Bungku village was`nt yet optimized, it is due to low in trust and access to health care especially for indigenous group ethnic minority. It takes an bottom up approach throught empowerment family (Posdaya). Posdaya is community empowerment independently conducted from, by and for the community. The aim of this service was to create posdaya for the revival of the spirit of togetherness and mutual cooperation in the community, so that community members can participate and help each other in eliminating their social problems especially in health and environment. The method used focus group discussion and practice, used posters, leaflets, pre post test questionnaire, observation sheets, meterline, scale, microtoice, tensimeter, stethoscopes, first aid kit, and thermometer. The result was posdaya established with 5 members, there were increased knowledge and special skills that is 4 point for healthy living behavior, 5.4 point for nutritional assessment and 8 point for vital sign on health. Field implementation is needed to evaluate the ability of posdaya members.

Keywords: *Empowerment, Ethnic minority, Nutrition assessment, Posdaya, Vital sign*

PENDAHULUAN

Desa Bungku merupakan salah satu desa di Kecamatan Bajubang Kabupaten Batanghari Jambi. Masyarakat Bungku berasal dari berbagai etnis yang hidup berdampingan dengan masyarakat asli Jambi yaitu suku anak dalam (SAD). Tingkat kesejahteraan masyarakat Desa Bungku terdiri dari 30 persen tergolong kaya, 40 persen tergolong sedang, dan 30 persen tergolong kurang mampu dengan tingkat pendidikan masyarakat 80 persen tergolong rendah [1].

Keberadaan tenaga kesehatan sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan dasar sangat penting bagi masyarakat. Desa Bungku memiliki satu buah Puskesmas Pembantu dengan beberapa posyandu, namun belum dapat berjalan optimal, khususnya bagi masyarakat SAD. Kepercayaan yang rendah terhadap tenaga kesehatan dan akses yang terbatas menjadi alasan masyarakat SAD belum menggunakan fasilitas kesehatan yang ada.

Permasalahan kesehatan kondisi tempat tinggal yang sangat minim fasilitas kebersihan dan sumber air yang seadanya membuat masyarakat SAD terutama anak-anak rentan terkena penyakit infeksi. Jika dibiarkan hal ini tentunya akan berdampak pada kesehatan, kondisi gizi dan tumbuh kembang anak. Pengetahuan dan sikap orang tua yang masih rendah terhadap perilaku hidup bersih dan sehat, serta rendahnya kemandirian ekonomi menjadi faktor utama

kondisi ini. Selain itu, pengetahuan ibu tentang pemberian makanan pada bayi dan anak juga sangat rendah, anak diberikan makanan yang sama dengan orang dewasa tanpa memperhatikan kebutuhan anak. Pengetahuan yang rendah disebabkan rendahnya tingkat pendidikan masyarakat, dan akses informasi yang terbatas.



(a)



(b)

Gambar 1. Kondisi anak-anak SAD (a dan b)

Melihat kondisi dan permasalahan yang ada di Desa Bungku diperlukan tindakan pendekatan yang tepat, sehingga masyarakat SAD Desa Bungku dapat menerima dan memanfaatkan pelayanan kesehatan dasar. Penyelesaian masalah tersebut dapat dilakukan melalui upaya pembangunan kesehatan masyarakat.

Pembangunan kesehatan masyarakat merupakan prioritas dalam menghasilkan generasi yang berkualitas. Pembangunan dapat dilakukan secara dua arah yaitu *top*

down dan *bottom up*. Hingga saat ini, pembangunan secara *bottom up* menjadi pilihan untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia (SDM) sebagai salah satu input dalam proses tersebut [2]. Peningkatan SDM dapat dilakukan melalui pemberdayaan berbasis keluarga yang disebut Pos Pemberdayaan Keluarga (Posdaya). Melalui posdaya diharapkan masyarakat dari unit terkecil yaitu keluarga dapat mandiri meningkatkan taraf hidup dan kesehatan anggota keluarga serta masyarakat lain di lingkungannya. Posdaya juga diharapkan mampu menumbuhkan kembali rasa peduli terhadap sesama.

Melalui kegiatan pengabdian masyarakat diharapkan dapat memelopori terbentuknya Posdaya yang di dukung oleh pemerintahan setempat, tenaga kesehatan serta partisipasi masyarakat sebagai kader. Memberikan pelatihan dan dukungan sehingga Posdaya dapat mandiri dan melaksanakan fungsinya dalam skrining kesehatan dasar untuk pencegahan penyakit dan pengobatan dasar.

METODE PELAKSANAAN KEGIATAN

Pelaksanaan kegiatan pengabdian masyarakat di Desa Bungku diawali dengan pengurusan perizinan dan *Focus Grup Discussion* bersama perangkat desa dan tenaga kesehatan untuk membentuk Posdaya. Pembentukan posdaya dimaksudkan agar masyarakat berperan aktif dan menjadi bagian dalam melakukan pengawasan dan

pengecahan masalah kesehatan keluarga dan anggota masyarakat rentan dan sasaran akhirnya masyarakat SAD.

Mengingat masih rendahnya kepercayaan masyarakat SAD terhadap tenaga kesehatan, maka kader Posdaya dipilih dari masyarakat yang dekat dengan kelompok SAD. Kader posdaya dilatih agar mampu melakukan edukasi dan skrining kesehatan dasar, meliputi : pengetahuan tentang PHBS, pengetahuan tentang gizi seimbang, penilaian status gizi, dan pemeriksaan kesehatan dasar melalui tanda-tanda vital. Ilmptek yang diberikan akan memberikan capaian yaitu terbentuknya Posdaya, ada peningkatan pengetahuan dan praktik kesehatan lingkungan dan gizi, sarana kesehatan lingkungan.

Pengabdian ini menggunakan metode diskusi dan praktik berupa demonstrasi, *role play* atau simulasi antar kader. Metode praktik merupakan metode yang baik untuk sasaran yang berpendidikan tinggi maupun rendah, sebab sasaran langsung melihat dan terlibat melakukan apa yang diajarkan dengan suasana yang menyenangkan (Afandi M et al., 2013).

Monitoring dan evaluasi kegiatan dilakukan dengan teknik wawancara dan pemantauan langsung kepada kader. Cakupan Monev dalam kegiatan ini meliputi aspek perencanaan, pelaksanaan dan hasil kegiatan. Pelaksanaan monitoring dan evaluasi

dilakukan menggunakan kuisioner *pre-post test* dan lembar observasi ceklis. Indikator keberhasilan dilihat dari peningkatan skor *post test* dan kemampuan kader dalam mempraktikkan hal-hal yang telah didemonstrasikan oleh fasilitator.

Alat yang digunakan dalam kegiatan pelatihan ini adalah poster, leaflet, lembar kuisioner *pre post tes*, lembar observasi, alat peraga berupa timbangan bayi, timbangan dewasa, *microtoice*, pita LILA, tensimeter digital, stetoskop, peralatan P3K, dan thermometer. Analisis data hasil pelatihan disajikan dalam bentuk deskriptif analitik, dengan membandingkan hasil sebelum dan setelah pelatihan.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Kegiatan pengabdian masyarakat ini diawali dengan proses perizinan melalui Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Batanghari. Izin dan sambutan baik dari pihak pemerintahan setempat untuk pelaksanaan kegiatan ini dibuktikan dengan terbitnya surat izin nomor 503/54/DPMPSTSP/2019 tertanggal 11 April 2019. Setelah memperoleh izin tertulis, tim pengabdian mengobservasi kembali kondisi mitra, yaitu masyarakat Desa Bungku Kabupaten Batanghari. Berdasarkan penjelasan langsung Bidan Desa kelompok sasaran Suku Anak Dalam yang berada di Desa ini masih belum memanfaatkan Puskesmas Pembantu yang

ada, kondisi ini sama seperti kondisi awal yang dijelaskan pada latar belakang kegiatan ini. Namun masyarakat sudah terbuka terhadap kegiatan pendidikan Kelompok Belajar dan masih berlanjut hingga sekarang. Permasalahan kesehatan yang ingin diselesaikan melalui program pengabdian ini dengan membentuk Pusat pemberdayaan keluarga (Posdaya) yang berasal dari masyarakat setempat yang dekat dengan kelompok SAD.

Adapun tahapan kegiatan pengabdian masyarakat dalam pembentukan Posdaya Desa Bungku antara lain:

Persiapan Tim Pengabdian

Persiapan tim untuk kegiatan pelatihan meliputi persiapan modul pembelajaran, media dan instrumen. Modul pembelajaran memudahkan tim pengabdian untuk merencanakan strategi, langkah, evaluasi dan media yang akan diterapkan. Media yang digunakan dalam pelatihan dibuat sederhana dan mudah dimengerti masyarakat awam, sehingga lebih mudah untuk diduplikasi atau diaplikasikan oleh para kader dalam kegiatan di kelompok sasaran dan masyarakat sekitar nantinya. Media tersebut terdiri atas poster dan *leaflet* yang menggunakan gambar dalam penjelasan, mengingat kelompok sasaran belum fasih baca tulis. Alat pemeriksaan kesehatan digital dan praktis sehingga mudah digunakan oleh kader yang tidak memiliki latar belakang pendidikan kesehatan.

Pembentukan Posdaya

Posdaya merupakan organisasi milik masyarakat sehingga sebaiknya diatur manajemennya oleh masyarakat yang bersangkutan. Namun demikian, kegiatan Posdaya bisa terus berkembang, maka pengelolaan Posdaya sebaiknya diatur dan diselenggarakan oleh suatu Tim Penyelenggara. Tim Penyelenggara tersebut bertanggung jawab kepada sponsor, dan difasilitasi oleh petugas yang ditunjuk pada tingkat Kabupaten, Kecamatan ataupun Desa/Kelurahan. Sehingga lebih mudah memperoleh komitmen yang tinggi dari unsur pemerintahan [3].

Pembentukan Posdaya Desa Bungku dilakukan melalui diskusi bersama perangkat desa dan bidan desa Puskesmas Pembantu Desa Bungku. Diskusi ini menjelaskan secara rinci maksud dan tujuan serta langkah yang akan dilakukan, serta disesuaikan ketersediaan sumber daya dan kesediaan mitra untuk bekerja sama melalui kaderisasi masyarakat. Melalui diskusi ini diperoleh daftar nama calon kader Posdaya, rekomendasi Bidan desa yaitu 5 orang calon Kader Posdaya berasal dari kader Posyandu yang berada di Rukun tetangga tempat dimana masyarakat Suku Anak Dalam berada.

Pengenalan Posdaya, Tupoksi dan Rencana Kegiatan

Tahap ini diawali dengan merencanakan pertemuan dengan calon kader

dan penyusunan jadwal kegiatan pelatihan kader. Calon Kader dihubungi langsung oleh Bidan Desa, dan Bidan desa melakukan konfirmasi ke tim pengabdian untuk jadwal pertemuan yang disepakati. Kegiatan pertemuan dengan calon kader berjalan sesuai rencana, 100% calon kader hadir dan mengikuti kegiatan hingga akhir. Karakteristik kader dirincikan pada tabel 1.

Tabel 1. Karakteristik kader posdaya Desa Bungku

Parameter	n (5)	%
Umur (tahun)		
20- 30	3	60
31-40	1	20
41-50	1	20
Pendidikan		
Tamat SD	2	40
Tamat SMP	2	40
Tamat SMA	1	20
Pekerjaan		
IRT	4	80
Dagang	1	20
Pengalaman sebagai kader		
<1 tahun	2	40
≥1 tahun	3	60
Pelatihan yang diikuti		
Tidak pernah	5	100
1-5 kali	0	-
>5 kali	0	-

Berdasarkan tabel 1 diketahui bahwa kader posdaya berada dalam usia produktif dengan latar belakang pendidikan yang masih rendah, 80% merupakan ibu rumah tangga dengan pengalaman sebagai kader kurang dari satu tahun sebanyak 60% dan belum pernah mengikuti pelatihan terkait perannya sebagai kader.

Pertemuan ini menjelaskan maksud dan tujuan dari Posdaya serta rencana pelatihan, sekaligus meminta kesediaan waktu, tenaga dan pikiran kader selama kegiatan

berlangsung. Hasil kegiatan ini 100% calon kader paham maksud dan tujuan kegiatan serta bersedia terlibat dalam kegiatan ini sebagai Kader Posdaya.

Pelatihan kader Posdaya tentang Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)

Pelatihan PHBS bertujuan meningkatkan pengetahuan, kesadaran dan kemauan masyarakat agar hidup sehat, serta meningkatkan peran aktif masyarakat termasuk swasta dan dunia usaha, dalam upaya mewujudkan derajat hidup yang optimal [4]. Tujuan dari kegiatan ini adalah menghasilkan Kader yang mampu menjadi fasilitator PHBS. PHBS yang dimaksud dalam kegiatan ini lebih terfokus pada PHBS dalam tatanan rumah tangga dan individu yang terdiri atas 10 indikator utama yaitu: 1. Persalinan dibantu tenaga kesehatan; 2. ASI eksklusif 0-6 bulan; 3. Penimbangan balita rutin; 4. menggunakan sumber air bersih; 5. mencuci tangan dengan sabun; 6. menggunakan jamban sehat; 7. konsumsi buah dan sayur; 8. aktifitas fisik; 9. Memberantas jentik nyamuk; 10. tidak merokok. Materi tersebut dituangkan dalam bentuk poster dan leaflet. Kegiatan PHBS lainnya juga dilakukan melalui kerja bakti bersama warga masyarakat dalam membersihkan lingkungan, pembuangan sampah plastic dan pemberantasan sarang jentik nyamuk.

Pelaksanaan kegiatan pelatihan PHBS berjalan sesuai rencana dan 100% kader

mengikuti kegiatan hingga akhir. Sebelum materi PHBS dijelaskan kepada kader, dilakukan penilaian tingkat pengetahuan kader tentang PHBS melalui kuisioner *pre test* sebanyak 15 pertanyaan pilihan berganda. Penilaian ini dilakukan untuk mengetahui gambaran pengetahuan kader sebelum mengikuti pelatihan. Sehingga fasilitator dapat mengetahui kelemahan kader dan lebih fokus materi mana yang perlu dioptimalkan. Selain itu penilaian ini juga akan dibandingkan dengan hasil *post test* untuk menjadi landasan evaluasi kader terhadap penguasaan materi yang disampaikan.



Gambar 2. Pelatihan PHBS

Penyampaian materi PHBS dilakukan menggunakan media dan bahasa sederhana terstandar yang ada di Pedoman Booklet PHBS terbitan Depkes RI Tahun 2009, tujuannya agar pengetahuan dan bahasa kader seragam dan tidak melenceng dari apa yang ditetapkan dalam standar pedoman PHBS.

Tabel 2. Skor Pengetahuan Kader tentang PHBS

Kader	Skor Pre-test	Skor Pos-test	Selisih Skor
1	8	12	+4
2	12	14	+2
3	9	12	+3
4	5	12	+6
5	8	13	+5
Rerata	8.4	12.6	+4

Berdasarkan hasil *pre* dan *post test* dapat terlihat terjadi peningkatan pengetahuan tentang PHBS sebesar 4 poin dari rata-rata skor *pre test* 8.4 menjadi 12.6 saat *post test*.

Tabel 3 Distribusi jawaban *Pre test* materi PHBS

No	Pertanyaan	Pre-test			
		Benar		Salah	
		n	%	n	%
1	Pengertian PHBS	3	60	2	40
2	Indikator PHBS	4	80	1	20
3	Pemeriksaan ibu hamil ke tenkes	2	40	3	60
4	ASI Eksklusif	1	20	4	80
5	Manfaat ASI	5	100	0	0
6	Penimbangan Balita	0	0	5	100
7	Syarat sumber air bersih	4	80	1	20
8	Mencuci tangan dengan sabun	4	80	1	20
9	Menggunakan Jamban	5	100	0	0
10	Tindakan basmi jentik nyamuk	5	100	0	0
11	Konsumsi buah dan sayur	4	80	1	20
12	Hindari rokok	3	60	2	40
13	Manfaat konsumsi sayur	1	20	4	80
14	Manfaat aktifitas fisik	0	0	5	100
15	Penerapan PHBS	1	20	4	80

Tingkat kesalahan dominan pada evaluasi *pre post test* pada materi manfaat menimbang balita dan manfaat aktifitas fisik. Seluruh

kader (100%) salah dalam menjawab materi tersebut. Sehingga dilakukan pengulangan dan pemantapan materi dalam rangkuman di akhir pelatihan ini.

Tabel 4 Distribusi jawaban *Post test* materi PHBS

No	Pertanyaan	Post-test			
		Benar		Salah	
		n	%	N	%
1	Pengertian PHBS	5	100	0	0
2	Indikator PHBS	5	100	0	0
3	Pemeriksaan ibu hamil ke tenkes	4	80	1	20
4	ASI Eksklusif	5	100	0	0
5	Manfaat ASI	5	100	0	0
6	Penimbangan Balita	1	20	4	80
7	Syarat sumber air bersih	5	100	0	0
8	Mencuci tangan dengan sabun	5	100	0	0
9	Menggunakan Jamban	5	100	0	0
10	Tindakan basmi jentik nyamuk	5	100	0	0
11	Konsumsi buah dan sayur	4	80	1	20
12	Hindari rokok	5	100	0	0
13	Manfaat konsumsi sayur	3	60	2	40
14	Manfaat aktifitas fisik	4	80	1	20
15	Penerapan PHBS	2	40	3	60

Penguasaan materi juga tergambar dari proses pelatihan, kader aktif dan berpartisipasi dalam Tanya jawab selama pelatihan berlangsung. Selain itu terjadi komunikasi kelompok terarah, kader mengutarakan kendala dan permasalahan yang biasa terjadi di masyarakat Desa Bungku. Tujuannya untuk memperoleh informasi yang lebih mendalam tentang kebiasaan, kepercayaan, sikap, norma, budaya perilaku masyarakat yang tidak

terungkap dalam kajian kuantitatif PHBS [5]. Berdasarkan komunikasi kelompok terkait indikator PHBS diketahui bahwa masyarakat Desa Bungku masih rendah dalam penimbangan rutin balita ke posyandu dengan alasan sibuk bekerja dan anak sudah lengkap imunisasi, masih banyak warga tidak memiliki jamban, serta sumber air tercemar limbah minyak dari pengilangan minyak illegal. Rendahnya pemahaman kader dalam memberikan informasi kepada masyarakat tentang manfaat penimbangan bagi balita juga dapat menjadi factor rendahnya partisipasi ibu dalam menimbang secara rutin.

Pelatihan kader Posdaya tentang Gizi Seimbang dan Pemantauan Status Gizi (PSG)

Pelatihan kader Posdaya tentang Gizi Seimbang dan Pemantauan Status Gizi (PSG) bertujuan meningkatkan pengetahuan kader tentang gizi seimbang dan status gizi balita hingga dewasa termasuk menentukan status gizi.



Gambar 3. Pelatihan penilaian status gizi

Materi disampaikan secara sederhana menggunakan bantuan media leaflet, poster

dan juga cakram gizi untuk tiap tahapan usia. Serta menggunakan alat-alat pengukuran antropometri untuk berat badan, panjang badan, tinggi badan serta Lingkar Lengan Atas (LILA).

Tabel 5 Sebaran Skor Pengetahuan Kader tentang Penilaian Status Gizi

Kader	Skor Pre-test	Skor Pos-test	Selisih Skor
1	9	13	+4
2	8	12	+4
3	12	13	+1
4	4	14	+10
5	6	14	+8
Rerata	7.8	13.2	+5.4

Berdasarkan Tabel 5 di atas diketahui bahwa rerata skor pada saat *pre-test* sebesar 7.8 poin. Hal Ini menandakan bahwa skor pada saat *pre-test* tergolong rendah karena kurang dari skor maksimal seharusnya yaitu 15 poin. Sementara itu, setelah dilakukan penyuluhan tentang konsep penilaian status gizi terjadi peningkatan untuk setiap skor responden. Hal ini juga diikuti dengan peningkatan nilai selisih *pre* dan *post test* pada kader sebesar 5.4 poin. Peningkatan skor ini dikarenakan adanya pengaruh informasi yang telah diterima oleh kader pada saat kegiatan penyuluhan. Menurut [6], paparan informasi (pesan) yang didapatkan dari orang, media, maupun dari pendidikan seperti penyuluhan (*Informan*) akan mempengaruhi perubahan pada pengetahuan seseorang (*receiver*).

Pengetahuan adalah merupakan hasil “tahu” dan ini terjadi setelah orang

mengadakan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan pendengaran, penciuman, rasa dan raba dengan sendiri. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga [6]. Kegiatan pengabdian ini menggunakan media yang sesuai dengan kebutuhan responden sehingga mampu membangkitkan indera untuk mentransformasikan informasi tersebut menjadi sebuah pengetahuan. Pengetahuan yang lebih baik diharapkan responden mampu membuat sikap yang lebih baik pula terhadap pernyataan yang diberikan.

Berdasarkan distribusi frekuensi responden berdasarkan jawaban pertanyaan (Tabel 6) diketahui bahwa seluruh responden menjawab salah (100%) pada pertanyaan pre-test yaitu pertanyaan nomor 3 tentang ciri-ciri anak status gizi baik, pertanyaan nomor 6 tentang ciri-ciri balita kwashiorkor, dan pertanyaan nomor 8 tentang IMT normal pada orang dewasa. Hal ini dikarenakan, responden belum pernah mendapatkan penyuluhan gizi balita dan istilah-istilah terkait status gizi pada balita. Oleh karena itu, pertanyaan ini sangat sulit untuk dijawab oleh semua responden. Akan tetapi, setelah dilakukan kegiatan penyuluhan gizi maka terjadi perubahan yang signifikan yang ditandai dengan berkurangnya responden yang menjawab salah pada masing-masing pertanyaan tersebut.

Tabel 6 Distribusi Jawaban *Pre test* materi

		Penilaian Status Gizi			
No	Pertanyaan	<i>Pre-test</i>			
		Benar		Salah	
		n	%	n	%
1	Penyebab langsung masalah gizi balita	4	80	1	20
2	Cara memantau status gizi balita	4	80	1	20
3	Ciri-ciri anak status gizi baik	0	0	5	100
4	Istilah gizi buruk	4	80	1	20
5	Ciri-ciri balita marasmus	4	80	1	20
6	Ciri-ciri balita kwashiorkor	0	0	5	100
7	Ciri-ciri anak balita stunted	3	60	2	40
8	IMT normal pada orang dewasa	0	0	5	100
9	Prinsip gizi seimbang	3	60	2	40
10	Makanan sumber protein	2	40	3	60
11	Makanan sumber protein hewani	5	100	0	0
12	Pangan sumber karbohidrat	2	40	3	60
13	Jumlah air minum putih sehari	4	80	1	20
14	Porsi buah-buahan sehari	1	20	4	80
15	Porsi sayuran sehari	3	60	2	40

Hal ini menandakan bahwa penyuluhan gizi yang diberikan mampu meningkatkan pengetahuan kader tentang status gizi balita. Hal ini juga sejalan dengan hasil penelitian [7] yang menunjukkan bahwa ada perbedaan bermakna pada pengetahuan, sikap dan praktik sebelum dan sesudah dilakukannya edukasi. Lebih lanjut dijelaskan bahwa adanya jarak atau rentang waktu selama seminggu seseorang mendapatkan sumber informasi yang pendek pada saat pengukuran antara pengaruh pendidikan terhadap pengetahuan sikap dan praktik, akan mempengaruhi pemahaman dan kemampuan ingatan seseorang dalam menerima informasi pendidikan tersebut.

Tabel 7 Distribusi Jawaban *Post test* materi Penilaian Status Gizi

No	Pertanyaan	<i>Post-test</i>			
		Benar		Salah	
		N	%	n	%
1	Penyebab langsung masalah gizi balita	5	100	0	0
2	Cara memantau status gizi balita	5	100	0	0
3	Ciri-ciri anak status gizi baik	4	80	1	20
4	Istilah gizi buruk	5	100	0	0
5	Ciri-ciri balita marasmus	5	100	0	0
6	Ciri-ciri balita kwashiorkor	2	40	3	60
7	Ciri-ciri anak balita stunted	4	80	1	20
8	IMT normal pada orang dewasa	1	20	4	80
9	Prinsip gizi seimbang	5	100	0	0
10	Makanan sumber protein	5	100	0	0
11	Makanan sumber protein hewani	5	100	0	0
12	Pangan sumber karbohidrat	5	100	0	0
13	Jumlah air minum putih sehari	5	100	0	0
14	Porsi buah-buahan sehari	5	100	0	0
15	Porsi sayuran sehari	5	100	0	0

Sementara itu, diketahui pula bahwa pada saat *post test* seluruh responden mampu menjawab benar (100%) pada sebagian besar pertanyaan yang sama pada saat *post test*. Hal ini menandakan bahwa sebagian besar responden memahami yang materi yang disampaikan sehingga pengetahuan saat *post test* meningkat. Selain itu, tim pengabdian juga mempraktikkan cara menggunakan cakram IMT pada kelompok umur bayi balita hingga dewasa, sehingga dalam pelaksanaan praktik responden dapat langsung mengetahui status gizi anak/balita. Pada pelaksanaannya, sasaran merespon dengan

baik sehingga ada *feed back* antara pemateri dengan sasaran.

Pelatihan kader Posdaya tentang pemeriksaan fisik : tanda-tanda vital

Pelatihan pemeriksaan fisik kesehatan dasar telah dilakukan kepada lima orang kader desa Bungku. Pelatihan pemeriksaan kesehatan dasar merupakan pelatihan pemeriksaan fisik terhadap tanda vital individu [8]. Pelatihan tersebut meliputi pengukuran tekanan darah, pengukuran frekuensi nadi, pengukuran frekuensi nafas dan pengukuran suhu tubuh. Pelatihan tersebut bertujuan agar kader Desa Bungku nantinya dapat mengukur sendiri secara langsung kepada masyarakat Desa Bungku. Kader Desa Bungku sebagai fasilitator kepada masyarakat agar mau memeriksakan kesehatan dan mengikuti program kesehatan dari Posdaya yang telah dibentuk oleh tim pengabdian masyarakat (pengabmas) STIKes Baiturrahim Jambi.

Pelatihan pemeriksaan kesehatan dasar yang dilatih kepada para kader tersebut dengan mengajarkan dimulai dari persiapan peralatan, prinsip pengukuran, tatacara penggunaan peralatan yang dilatih satu persatu. Saat pelatihan berlangsung, tim pemberi penyuluhan memberi paparan terlebih dahulu kepada kader kemudian mendemonstrasikan tata cara pengukuran pemeriksaan kesehatan dasar. Selanjutnya, para kader mencobakan satu persatu

pemeriksaan kesehatan dasar hingga mereka terampil menggunakan peralatan dan pengukuran. Keberhasilan pelatihan pemeriksaan kesehatan dasar dipengaruhi karena pelatihan yang diawasi dan dievaluasi langsung oleh tim pengabmas.



Gambar 4. Pelatihan pemeriksaan kesehatan dasar tanda vital

Berdasarkan hasil observasi pelatihan terdapat peningkatan kemampuan kader melakukan pemeriksaan fisik. Sebelum dilakukan pelatihan, kemampuan pengukuran tekanan darah (kategori kurang terampil dengan skor rerata 8), nadi (kategori kurang terampil dengan skor rerata 5), nafas (kategori kurang terampil dengan skor rerata 5) dan suhu (kategori terampil dengan skor rerata 10). Kemudian setelah kader diberi pelatihan dan kader mencobakan satu persatu cara pengukuran, keterampilan pemeriksaan kesehatan dasar kader terjadi peningkatan. Kemampuan pengukuran tekanan darah kader setelah diberi pelatihan (kategori terampil dengan skor rerata 16), nadi (kategori terampil dengan skor rerata 14), nafas (kategori terampil dengan skor rerata 12) dan suhu (kategori terampil dengan skor rerata 18). Hal ini menunjukkan pengetahuan

meningkat setelah diberi informasi dan pelatihan sebesar 8 poin. Hal ini sesuai dengan teori bahwa pelatihan memiliki prinsip salah satunya adalah *repetition* yaitu senantiasa dilakukan berulang-ulang agar peserta lebih cepat memahami dan mengingat apa yang telah diberikan [9] dan pelatihan bermanfaat untuk mengatasi kekurangan pengetahuan dan keterampilan [10]. Hasil pelatihan ini sesuai juga dengan hasil penelitian [11] bahwa pengajaran model langsung berpusat pada kader berupa penyampaian informasi, demonstrasi, umpan balik dan perluasan praktik sehingga dapat lebih meningkatkan keterampilan kader dalam melakukan pemeriksaan fisik dasar.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil kegiatan disimpulkan sebagai berikut:

1. Kegiatan pengabdian ini terlaksana sesuai rencana yaitu terbentuknya Posdaya dengan susunan organisasi yang melibatkan perangkat desa dan bidan desa, serta partisipasi masyarakat sebanyak lima orang kader
2. Terjadi peningkatan pengetahuan dan keterampilan khusus pada kader setelah dilakukan pelatihan, sebesar 4 poin untuk PHBS, 5.4 poin untuk penilaian status gizi dan 8 poin untuk pemeriksaan kesehatan dasar.

SARAN

Berdasarkan hasil yang diperoleh kegiatan ini perlu dilanjutkan dengan implementasi pengetahuan dan keterampilan kader di masyarakat, sehingga dapat diketahui kekurangan agar dapat dievaluasi kembali. Selain itu dirasa perlu untuk bekerja sama dengan unit perangkat desa selain kesehatan, seperti penyuluh pertanian ataupun unit lain yang berhubungan dengan peningkatan kemampuan masyarakat desa khususnya kelompok SAD untuk hidup sehat dan mandiri.

UCAPAN TERIMAKASIH

Ucapan terimakasih disampaikan kepada Ristekdikti yang telah memberikan dukungan dana melalui program dana hibah DRPM skim Program Kemitraan Masyarakat (PKM) tahun anggaran 2019, STIKBA Jambi atas izin dan dukungan moril, serta pihak mitra yaitu perangkat desa, bidan desa dan seluruh kader posdaya Desa Bungku yang berpartisipasi dalam kegiatan ini.

DAFTAR PUSTAKA

- [1] RPJMDes. 2013. Rencana Pembangunan Jangka Menengah Desa Bungku tahun 2013-2017. Desa Bungku, Kabupaten Batanghari.
- [2] Suryatmaja IB. 2016. Pemberdayaan melalui pendekatan program dari masyarakat (bottom up program). *Jurnal Bakti Saraswati*. 05(02): 93-99.
- [3] Suyono H dan Haryanto R. 2011. Buku pedoman pembentukan dan pengembangan Pos pemberdayaan keluarga (POSDAYA). Edisi kedua. ISBN 979-690-673-2. Jakarta: Balai Pustaka.
- [4] Depkes RI. 2009. Lembar balik bagi kader: rumah tangga sehat dengan PHBS. Jakarta: Pusat promosi kesehatan Departemen kesehatan Republik Indonesia.
- [5] Astuti Y, Sumardiyono, Wibowo LB, Hermawan H. 2013. Modul Field Lab : Komunikasi informasi edukasi PHBS (Revisi II). Surakarta: Fakultas Kedokteran, Universitas Sebelas Maret.
- [6] Notoatmodjo. 2012. *Promosi Kesehatan*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- [7] Fauziah. 2012. Pengaruh Pendidikan Kesehatan Tentang Nutrisi Prakonsepsi Terhadap Tingkat Pengetahuan, Sikap, dan Praktik Konsumsi Makanan Sehat Wanita Pranikah. Tesis. Jakarta : Universitas Indonesia.
- [8] Potter dan Perry. 2010. Buku Fundamental Keperawatan. Edisi 7. Jakarta : Salemba Medika
- [9] Sofyandi, Herman. 2013. Manajemen sumber daya manusia. Yogyakarta : Graha Ilmu.
- [10] Ratnasari, M.D dan Sunuharyo, B.S. 2018. Pengaruh pendidikan dan pelatihan terhadap kinerja karyawan melalui variabel mediator kemampuan kerja karyawan. *Jurnal Administrasi Bisnis (JAB)*. 58(1):210-218. Akses <http://administrasibisnis.studentjournal.lub.ac.id/index.php/jab/article/view/2423/2818>
- [11] Mufida, N., Mudatsir., dan Hasbalah, K. 2015. Pagaruh pelatihan model penagjaran langung terhadap pengetahuan dan keterampilan kader kesehatan tentang pemeriksaan payudara sendiri (SADARI) di Kecamatan Delima Kabupaten Pidie. *Jurnal Ilmu Keperawatan*.3(2):147-160. <http://www.jurnal.unsyiah.ac.id/JIK/article/view/5313>