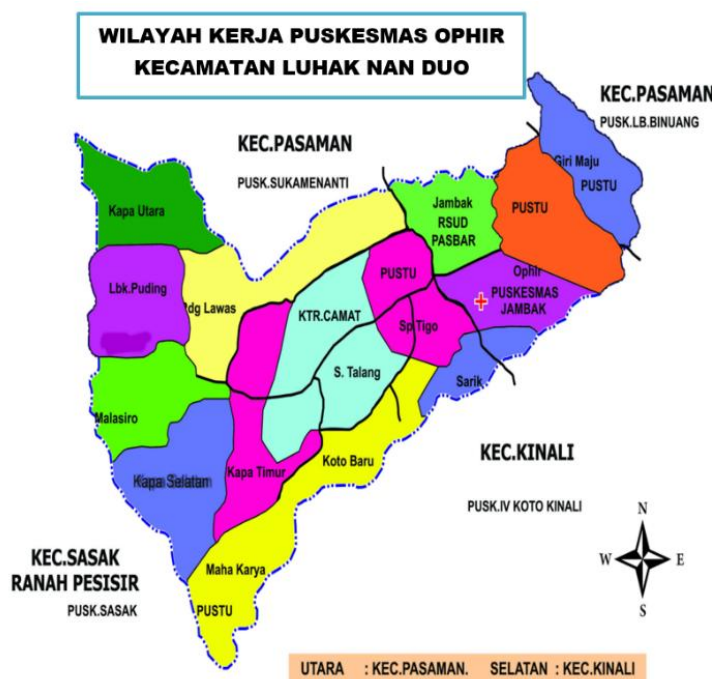


BAB 4: HASIL PENELITIAN

4.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

4.1.1 Kondisi Geografis



Gambar 4. 1 Peta Wilayah Kerja Puskesmas Ophir
(Sumber : Profil Puskesmas Ophir Tahun 2025)

UPT Puskesmas Ophir merupakan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama satu-satunya yang beroperasi di wilayah Kecamatan Luhak Nan Duo, berlokasi secara administratif di Jorong Ophir Barat, Nagari Ophir. Ditinjau dari aspek geografis, Puskesmas Ophir berada pada koordinat 00°03'50" LU – 00°05'18" LS dan 99°36'40" BT – 99°59'25" BT. Wilayah kerja yang menjadi tanggung jawab pelayanan Puskesmas Ophir mencakup luas sekitar $\pm 278.000 \text{ km}^2$, yang secara administratif terbagi ke dalam sembilan nagari dengan total 31 jorong di dalamnya. Adapun batas-batas wilayah kerja Puskesmas Ophir sebagai berikut:

- Sebelah Utara berbatasan dengan : Kecamatan Pasaman
- Sebelah Selatan berbatasan dengan : Kecamatan Kinali

- c. Sebelah Barat berbatasan dengan : Kecamatan Sasak Ranah Pasisia
- d. Sebelah Timur berbatasan dengan : Kecamatan Pasaman

Tabel 4. 1 Jumlah Nagari dan Jorong di Wilayah Kerja Puskesmas Ophir

No	Nama Nagari	Kejorongan
1	Nagari Koto Baru	4
2	Nagari Kapa	7
3	Nagari Giri Maju	3
4	Nagari Ophir	3
5	Nagari Mahakarya	3
6	Nagari Sariak	3
7	Nagari Sungai Talang	2
8	Nagari Jambak	3
9	Nagari Pujorahayu	3
Jumlah		31

(Sumber : Profil Puskesmas Ophir Tahun 2025)

4.1.2 Sebaran Penduduk

Jumlah penduduk yang tercatat di wilayah kerja Puskesmas Ophir pada tahun 2025 mencapai 47.384 jiwa, yang terdiri atas 23.991 jiwa berjenis kelamin laki-laki dan 23.393 jiwa berjenis kelamin perempuan. Dari sisi keagamaan, mayoritas penduduk di wilayah Puskesmas Ophir memeluk agama Islam dan Kristen, sebagaimana tercermin dari keberadaan sarana ibadah yang meliputi 35 masjid, 108 musala, dan 6 gereja yang tersebar di berbagai jorong di wilayah Puskesmas Ophir.

Secara demografis, komposisi etnis penduduk didominasi oleh suku Minangkabau sebagai penduduk asli daerah setempat, sementara kelompok penduduk pendatang terdiri atas suku Jawa, Batak, dan Mandailing. Sebagai gambaran yang lebih rinci mengenai persebaran penduduk, berikut disajikan data jumlah penduduk per nagari yang berada dalam cakupan wilayah kerja Puskesmas Ophir pada tahun 2025:

Tabel 4. 2 Jumlah Penduduk di Wilayah Kerja Puskesmas Ophir Tahun 2025

No.	Nagari	Laki-Laki	Perempuan	Jumlah Penduduk
1	Nagari Koto Baru	2.936	2.821	5.757
2	Nagari Kapa	6.603	6.404	13.007
3	Nagari Giri Maju	1.817	1.758	3.575
4	Nagari Ophir	2.236	2.306	4.542
5	Nagari Mahakarya	3.610	3.480	7.090
6	Nagari Sariak	1.834	1.735	3.569

No.	Nagari	Laki-laki	Perempuan	Jumlah Penduduk
7	Nagari Sungai Talang	1.296	1.241	2.537
8	Nagari Jambak	2.069	2.119	2.188
9	Nagari Pujorahayu	1.590	1.529	3.119
	Jumlah	23.991	23.393	47.384

(Sumber : Profil Puskesmas Ophir Tahun 2025)

4.1.3 Sumber Daya Manusia

Penyelenggaraan program kesehatan di Puskesmas Ophir didukung oleh sumber daya manusia kesehatan yang terdiri atas 110 orang tenaga kesehatan dengan beragam latar belakang profesi dan keahlian. Adapun rincian tenaga kesehatan yang bertugas di UPT Puskesmas Ophir dapat dilihat pada uraian berikut:

Tabel 4. 3 Sumber Daya Manusia di Puskesmas Ophir Tahun 2026

Tenaga	PNS	PPPK	Non PNS	Jumlah
Dokter Umum	3	0	3	6
Dokter Gigi	0	1	1	2
Adminkes	1	0	2	3
Ahli Kesehatan Masyarakat	1	1	2	4
Bidan	31	2	26	59
Perawat	4	3	7	14
Perawat Gigi	0	1	0	1
Apoteker	0	1	0	1
Asisten Apoteker	1	1	3	5
Sanitarian	1	1	1	3
Nutrisionis	1	1	1	3
ATLM	1	0	0	1
Rekam Medis	0	1	1	2
Tenaga Akuntasi	0	0	1	1
K3	1	0	1	2
Security	0	0	1	1
Sopir	0	0	1	1
Kepala Tata Usaha	1	0	0	1
Total				110

(Sumber : Laporan Kepegawaian Puskesmas Ophir Tahun 2026)

Penyelenggaraan posyandu di setiap nagari dilaksanakan oleh kader kesehatan yang tersebar di masing-masing posyandu, dengan jumlah keseluruhan mencapai 190 orang. Dari jumlah tersebut, baru sebanyak 75 orang kader yang telah dilakukan penilaian terhadap 25 Keterampilan Dasar Kader Posyandu dan termasuk dalam kategori kader Purwa, sementara sisanya belum memiliki data penilaian. Rincian sebaran tenaga kader di masing-masing posyandu disajikan pada tabel berikut:

Tabel 4. 4 Sumber Tenaga Kader Tingkat Posyandu di Puskesmas Ophir Tahun 2026

No	Nagari	Jumlah Kader Posyandu	Jumlah Kader yang Sudah Asesmen (Kader Purwa)
1	Nagari Koto Baru	20	0
2	Nagari Kapa	75	75
3	Nagari Giri Maju	10	0
4	Nagari Ophir	10	0
5	Nagari Mahakarya	25	0
6	Nagari Sariak	15	0
7	Nagari Sungai Talang	10	0
8	Nagari Jambak	10	0
9	Nagari Pujorahayu	15	0
	Jumlah	190	75

4.1.4 Sarana Pelayanan Kesehatan

Puskesmas Ophir memiliki berbagai jenis sarana kesehatan dalam melaksanakan pelayanan kesehatan dengan rincian sebagai berikut :

Tabel 4. 5 Sarana Pelayanan Kesehatan Puskesmas Ophir

No.	Nama Sarana	Jumlah
1	Puskesmas Induk	1
2	Puskesmas Pembantu	4
3	Poskesdes	23
4	Posyandu	38
5	Kendaraan Dinas Roda Dua	2 Baik 3 Rusak sedang 2 Rusak berat
6	Kendaraan Dinas Roda Empat	1
7	Dokter Umum Praktek	8
8	Dokter Gigi Praktek	4
9	Bidan Praktek	16
10	Perawat Praktek	2
12	Apoteker Praktek	9

(Sumber : Profil Kesehatan Puskesmas Ophir Tahun 2025)

Data laporan Posyandu ILP per Maret 2026 mencatat bahwa Puskesmas Ophir mengelola sebanyak 38 Posyandu yang tersebar di seluruh sembilan nagari dalam wilayah kerjanya. Dari jumlah tersebut, sembilan Posyandu yang berlokasi di empat nagari telah mengimplementasikan model Posyandu Terintegrasi, yang mengintegrasikan lima jenis layanan sekaligus dalam satu wadah, meliputi ibu hamil, bayi dan balita, remaja, dewasa dan lansia. Adapun rincian distribusi Posyandu ILP di wilayah kerja Puskesmas Ophir adalah sebagai berikut:

Tabel 4. 6 Jumlah Posyandu ILP Tahun 2026

No	Nagari	Jumlah Posyandu ILP
1	Nagari Koto Baru	1
2	Nagari Kapa	3
3	Nagari Giri Maju	0
4	Nagari Ophir	2
5	Nagari Mahakarya	0
6	Nagari Sariak	0
7	Nagari Sungai Talang	0
8	Nagari Jambak	0
9	Nagari Pujorahayu	3
Jumlah		9

(Sumber : Laporan Posyandu ILP tahun 2026 Puskesmas Ophir)

Namun pada penerapannya, model Posyandu Terintegrasi yang mengintegrasikan lima jenis layanan sekaligus dalam satu wadah meliputi pelayanan ibu hamil, bayi dan balita, dewasa, lansia, serta remaja belum sepenuhnya berjalan secara utuh dan masih dalam tahap penyesuaian. Pelayanan dewasa dan lansia baru dilaksanakan satu kali setiap tiga bulan, bersamaan dengan program kunjungan Dokter ke Nagari. Sementara itu, pelayanan bagi sasaran remaja belum dapat dilaksanakan secara maksimal karena sulitnya penyesuaian waktu, dan baru terlaksana satu kali bersamaan dengan kegiatan Cek Kesehatan Gratis (CKG) tingkat sekolah.

4.2 Karakteristik Informan

Penelitian ini menggunakan data primer yang diperoleh melalui wawancara mendalam (*in-depth interview*) terhadap 14 orang informan yang dipilih menggunakan teknik *purposive sampling*, dengan kriteria utama bahwa setiap informan memiliki pengetahuan dan keterlibatan langsung dalam pelaksanaan Posyandu Terintegrasi di wilayah kerja Puskesmas Ophir, Kabupaten Pasaman Barat. Informan penelitian ini mencakup berbagai unsur pemangku kepentingan, yakni Penanggung Jawab Posyandu Dinas Kesehatan Kabupaten Pasaman Barat, Kepala Puskesmas Ophir, Penanggung Jawab Posyandu Puskesmas, Bidan Posyandu, Penanggung Jawab Posyandu tingkat

Nagari, Kader Posyandu, serta masyarakat selaku pengguna langsung layanan Posyandu. Berikut karakteristik masing-masing informan dalam penelitian:

Tabel 4. 7 Karakteristik Informan Wawancara Mendalam

Kode Informan	Jenis Kelamin	Umur	Jabatan	Pendidikan Terakhir
Inf-1	Perempuan	41 Tahun	Penanggung Jawab Posyandu Dinas Kesehatan Kabupaten Pasaman Barat	S-2
Inf-2	Perempuan	47 Tahun	Kepala Puskesmas Ophir	S-1 (Profesi)
Inf-3	Perempuan	50 Tahun	Penanggung Jawab Posyandu Ophir	S-1
Inf-4	Perempuan	42 Tahun	Bidan Posyandu	S-1 (Profesi)
Inf-5	Laki-laki	38 Tahun	Kasi Kesra dan Pelayanan Nagari Ophir	S-1
Inf-6	Perempuan	51 Tahun	Kasi Kesra dan Pelayanan Nagari Kapa	SMA
Inf-7	Perempuan	37 Tahun	Kader Posyandu Nagari Ophir Barat	SMA
Inf-8	Perempuan	43 Tahun	Kader Posyandu Nagari Pujorahayu	SMK
Inf-9	Perempuan	44 Tahun	Kader Posyandu Nagari Kapa	SMA
Inf-10	Perempuan	42 Tahun	Kader Posyandu Nagari Koto Baru	SMP
Inf-11	Perempuan	35 Tahun	Masyarakat Nagari Ophir	SMA
Inf-12	Perempuan	27 Tahun	Masyarakat Nagari Pujorahayu	SMK
Inf-13	Perempuan	26 Tahun	Masyarakat Nagari Kapa	SMA
Inf-14	Perempuan	33 Tahun	Masyarakat Nagari Koto Baru	SMK

4.3 Peran Kader dalam Pelaksanaan Posyandu Terintegrasi

4.3.1 Komponen *Input*

A. Kebijakan

Berdasarkan hasil wawancara mendalam, ditemukan adanya kesenjangan pengetahuan tentang kebijakan dan pedoman pelaksanaan posyandu terintegrasi antara informan di tingkat pengelola program dan informan di tingkat pelaksana lapangan (kader). Pada tingkat pengelola program, informan menyatakan bahwa pelaksanaan posyandu terintegrasi mengacu pada Peraturan Menteri Dalam Negeri No.13 Tahun 2024 tentang Pos Pelayanan Terpadu yang berkaitan dengan Posyandu 6 SPM.

Kemudian UU No. 6 Tahun 2014 tentang Desa yang menempatkan posyandu sebagai bagian dari Lembaga Kemasyarakatan Desa/Kelurahan (LKD/K), bukan lagi sepenuhnya dibawah sektor kesehatan. Hal ini sesuai dengan yang disampaikan oleh informan sebagai berikut:

“Kalau untuk pelaksanaan posyandu, yang pertama kan dasarnya kita ada undang-undang. Kemudian yang terbaru ada Permendagri No. 13 Tahun 2024 Itu kan tentang posyandu 6 SPM. Tapi karena berdasarkan Undang-Undang No. 6 Tahun 2014, posyandu itu yang dulunya kita kenal dengan UKBM di bawah kesehatan. Sekarangkan didalam Undang-Undang itu tidak lagi di bawah kesehatan tapi di LKD atau LKN. Nah Jadi ada regulasi di daerah LKN. Termasuk di situ, posyandu di dalamnya.” (Inf-1)

Keberadaan landasan regulasi tersebut juga didukung oleh dokumen administratif di tingkat puskesmas berupa Kerangka Acuan Kerja (KAK) dan Surat Keputusan (SK) untuk pelaksanaan posyandu, meskipun informan menyebutkan belum tersedia SK khusus yang mengatur penugasan kader:

“Ada, KAK (Kerangka Acuan Kerja) nya ada ya, SK-nya juga ada cuma untuk pelaksanaan posyandu ada, Kalau kadernya nggak.” (Inf-2)

Selain regulasi tersebut, ditemukan juga penggunaan buku pedoman pengelolaan posyandu di bidang kesehatan tahun 2023 sebagai acuan teknis tugas dan keterampilan kader, meskipun penerapannya disebut belum menyeluruh untuk seluruh komponen pelayanan terintegrasi (ILP):

“Perundang-perundangnya, aduh saya lupa, ada perundang-perundangnya, ada diterapkan. Insyaallah yang ILP ini memang ada sebagian, tapi kalau yang panduan 2023 menerapkan semuanya.” (Inf-3)

Pernyataan ini mengindikasikan bahwa meskipun pedoman 2023 telah diadopsi secara penuh untuk fungsi dasar posyandu, integrasinya dengan kerangka ILP yang lebih luas masih berjalan sebagian. Pada aspek pencatatan dan pelaporan, informan menjelaskan bahwa kader masih menggunakan format pelaporan yang merujuk pada sistem sebelumnya:

“Oh kalau dulu kan dari SIP (Sistem Informasi Persyandu) cuma sekarang ya masih juga sih ngisi... ”. (Inf-4)

Berbeda dengan gambaran di tingkat pengelola program, Sebagian informan kader dilapangan justru menyatakan tidak mengetahui atau tidak pernah memegang langsung dokumen pedoman tersebut, salah satunya buku KIA karena buku pedoman yang tersedia terbatas jumlahnya dan diperuntukkan hanya untuk sasaran pelayanan (ibu dan anak), bukan untuk kader:

“Ada buku KIA, ada juga buku pedoman apa itu kader gitu satu perposyandu dapat. Kalau untuk apa balita ini ya di buku KIA semuanya, buku KIA itu lengkap tapi itu karena karena KIA ini terbatas bukunya untuk sasaran aja tapi ibu kader gak dapat.” (Inf-7)

“Dulu itu ada juga dapat, tapi masi ditempat apasi bidannya.” (Inf-8)

“Ado buku apo namonyo tu, buku SIP dari nagari. Tentang data kelahiran anak, a biodata anak, mulai dari ibu e, anak e, ado disinan sadolah e. Kalo buku KIA ndak ado doh, buku KIA untuk ibu hamil samo balita me nyo, cuman kalo untuk kader ndak ado dapek do jadi kami kader ndak pernah baco do. Pinjam buku urang tu sabanta bisa e nyo pas mencatat.” (Inf-9)

(Ada buku apa namanya, buku SIP dari nagari tentang data kelahiran anak, aa biodata anak, mulai dari ibunya sampai anaknya ada semua. Kalo buku KIA ngga ada, buku KIA hanya untuk ibu hamil sama balita aja dan untuk kader ngga ada dapat, jadi kami sebagai kader ngga ada bacaan cuman bisa minjam buku mereka sebentar pas mencatat.)

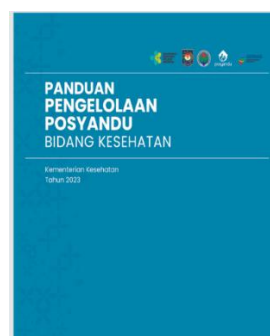
“Ohh itu ga ada. Adanya Buku KIA itu kan pedoman. Ada panduannya di dalam. Tapi kalau pegang untuk punya aku sendiri, tidak pernah. Cuma ngok gitu aja.” (Inf-10)

Tabel 4. 8 Matriks Triangulasi Sumber Hasil Wawancara Mendalam terkait Kebijakan atau Pedoman

Aspek yang Diwawancarai	Hasil Wawancara	Kesimpulan
Kebijakan atau Pedoman	a. Pelaksanaan posyandu terintegrasi mengacu pada Permendagri No.13 Tahun 2024 tentang Posyandu 6 SPM, dan menempatkan posyandu di bawah LKD/K sebagai bentuk dari penerapan UU No.6 Tahun 2014. (Inf-1)	Pelaksanaan posyandu terintegrasi memiliki landasan regulasi dan pedoman teknis yang jelas dan dipahami secara rinci oleh informan di tingkat pengelola program (Permendagri, Pedoman
	b. Tersedia KAK dan SK untuk pelaksanaan posyandu, namun belum ada SK khusus yang	pengelolaan posyandu bidang kesehatan tahun 2023, SIP, dan buku KIA),

Aspek yang Diwawancarai	Hasil Wawancara	Kesimpulan
	mengatur penugasan kader. (Inf-2)	tetapi pemahaman dan akses tersebut tidak terdistribusi
c. Pedoman pengelolaan posyandu tahun 2023 telah mulai diterapkan di lapangan masih menyesuaikan penerapan. (Inf-3)		secara setara ke tingkat pelaksana lapangan. Seluruh informan kader konsisten menyatakan tidak pernah memegang dokumen
d. Pencatatan dan pelaporan kader mempedomani pada buku SIP (Inf-4)		pedoman secara pribadi, melainkan terbatas pada peminjaman sementara dari bidan untuk sekedar melihat.
e. Pedoman Posyandu diperoleh satu per posyandu dan disimpan oleh bidan. Tetapi untuk buku KIA sebagai pedoman kader tidak memperoleh secara individu melainkan dikhususkan untuk sasaran. (Inf-7,8,10)		Sementara buku KIA yang tersedia hanya diperuntukkan bagi sasaran pelayanan, bukan bagi kader.
f. Mengetahui adanya buku SIP dari nagari, namun tidak pernah memegang buku KIA karena diperuntukkan bagi sasaran bukan kader. (Inf-9)		

Hasil wawancara di atas diperkuat oleh hasil telaah dokumen yang dilakukan dalam pelaksanaan posyandu terintegrasi dan peran kader posyandu didalamnya di wilayah kerja Puskesmas Ophir mengikuti kebijakan dan pedoman dari Permendagri No. 13 Tahun 2024 tentang Posyandu dan UU. No. 6 Tahun 2014 tentang Desa. Selain itu terdapat juga pedoman posyandu terintegrasi yaitu Panduan Pengelolaan Posyandu Bidang Kesehatan Kementerian Kesehatan Tahun 2023.



Gambar 4. 2 Kebijakan atau Pedoman Pelaksanaan Posyandu ILP

Tabel 4. 9 Matriks Triangulasi Metode Kebijakan dan pedoman

Aspek yang Diwawancarai	Hasil Wawancara	Telaah Dokumen	Kesimpulan
Kebijakan dan Pedoman	Pelaksanaan posyandu terintegrasi memiliki landasan regulasi dan pedoman teknis yang jelas dan dipahami secara rinci oleh informan di tingkat pengelola program (Permendagri, Pedoman pengelolaan posyandu bidang kesehatan tahun 2023, SIP, dan buku KIA), tetapi pemahaman dan akses tersebut tidak terdistribusi secara setara ke tingkat pelaksana lapangan. Seluruh informan kader konsisten menyatakan tidak pernah memegang dokumen pedoman secara pribadi, melainkan terbatas pada peminjaman sementara dari bidan untuk sekedar melihat. Sementara buku KIA yang tersedia hanya diperuntukkan bagi sasaran pelayanan, bukan bagi kader.	Terdapat dokumen kebijakan yang diikuti dalam pelaksanaan posyandu terintegrasi yaitu Permendagri No. 13 Tahun 2024 tentang Posyandu yang membahas posyandu merupakan bagian dari lembaga desa, tugas dan fungsi posyandu, kepengurusan posyandu. Selain itu panduan pelaksanaan posyandu terintegrasi serta peran dan tugas kader secara lengkap terdapat dalam buku panduan Pengelolaan Posyandu Bidang Kesehatan Kementerian Kesehatan Tahun 2023.	Landasan regulasi dan pedoman teknis posyandu terintegrasi secara dokumen telah tersedia lengkap dan eksplisit memuat peran kader, namun pada praktiknya pedoman tersebut tidak terdistribusi sampai ke tangan kader sebagai pelaksana lapangan. Dengan kata lain, kesenjangan yang terjadi bukan pada ketersediaan kebijakan, melainkan pada distribusi dan aksesibilitas dokumen tersebut kepada kader.

Berdasarkan hasil wawancara mendalam terkait keberadaan SOP, diketahui bahwa Puskesmas Ophir telah memiliki SOP pelayanan posyandu terintegrasi. Dan pada dasarnya tugas dan peran kader sudah terdapat didalam prosedur pelaksanaan posyandu. SOP pelaksanaan posyandu sendiri telah disosialisasikan pada saat pelatihan kader oleh penanggung jawab program. Di tingkat nagari tidak ditemukan SOP khusus yang mengatur tentang pelaksanaan posyandu melainkan hanya berpatokan pada pedoman dan peraturan dari pemerintahan di atas yaitu Permendagri

No. 13 Tahun 2024 tentang pos pelayanan terpadu. Namun di sisi kader sendiri ditemukan masih terdapat kader yang tidak mengetahui keberadaan SOP tersebut, tidak hanya itu belum semuanya ketentuan yang ada pada SOP dapat dijalankan secara menyeluruh karena masih memerlukan proses pembelajaran dan penyesuaian lebih lanjut disebabkan oleh konteks ILP sebagai program yang relatif baru, seperti pernyataan informan sebagai berikut:

“Kalau kakak yang dari dinas kesehatan itu pernah menyampaikan ke Pukesmas, mereka harus membuat SOP. Karena memang pelayanan, tapi beberapa Pukesmas itu lebih kepada pembinaan posyandunya, SOP pembinaan posyandu, gitu kan. Kalau untuk kader nggak ada. Karena kan kalau itu istilahnya peran kan, konteksnya ke peran gitu kan.” (Inf-1)

“Kita kan sebelumnya pernah ada, apa namanya? Kayak pelatihan kader pada saat pelatihan kader itu pernah disampaikan sama pemegang program.” (Inf-2)

“Kalau yang digunakan puskesmas, SOP-nya yang pertama pelaksanaan posyandu minimal 10 kali dalam setahun. Rata-rata di sini udah 12 kali, setiap bulan. Yang kedua minimal kadernya 5, SOP-nya. Terus, dalam pelaksanaan posyandu, kader harus mempunyai buku catatan. Kemudian sebelum kita melaksanakan posyandu, SOP-nya pertama kali pemeriksaan alat dulu, alat ini layak atau tidak, sudah akurat atau tidak, itu SOP standarnya pertama dulu. Ada juga kader itu tidak dalam satu tempat, dalam sekali tiga bulan dia harus rolling, pindah-pindah, itu sudah SOP-nya.” (Inf-3)

“Yang terbaru sekarang ILP sudah banyak pedomannya. Jadi itu perlu pembelajaran lagi kan untuk itu, karena program baru. Jadi kita nggak langsung bisa melaksanakan 100%. Cuma udah dengan berjalan waktu kan bisa kita laksanakan.” (Inf-4)

“Kalo ga salah ya untuk SOP khusus itu nggak ada ya, cuman ikut pedoman ILPnya aja sama peraturan dari atas.” (Inf-5)

“Kalau SOP kayaknya nggak ada, cuman itu ILP terbaru pelaksanaan posyandu SPM.” (Inf-6)

“Kayanya pernah dibilang sama bidan terkait aturan-aturan gitu tapi lupa.” (Inf-7)

“SOP nya kami cuma tau pedoman di buku KIA aja.” (Inf-8)

Tabel 4. 10 Matriks Triangulasi Sumber Hasil Wawancara Mendalam terkait SOP

Aspek yang Diwawancarai	Hasil Wawancara	Kesimpulan
SOP	a. SOP pelayanan/pembinaan posyandu tersedia di puskesmas namun belum ada SOP khusus yang mengatur peran kader secara tersendiri. (Inf-1) b. SOP telah pernah disosialisasikan oleh pemegang program kepada nakes dan kader saat pelatihan kader. (Inf-2) c. SOP teknis posyandu mencakup jumlah pelaksanaan minimal 10 kali/tahun, jumlah minimal 5 kader, kewajiban buku catatan, pemeriksaan kelayakan alat, dan pergantian kader setiap 3 bulan. (Inf-3) d. SOP terkait ILP sudah tersedia tetapi penerapannya oleh kader belum optimal karena program tergolong baru dan masih membutuhkan pembelajaran. (Inf-4) e. SOP khusus belum ada dan pelaksanaan posyandu hanya mengikuti pedoman ILP. (Inf-5,6) f. SOP pernah disampaikan oleh bidan dan juga mengikuti buku KIA. (Inf-7,8,9,10)	SOP pelayanan posyandu secara umum sudah tersedia di tingkat puskesmas terintegrasi walaupun tidak terdapat SOP khusus mengenai Peran Kader karena didalam SOP posyandu tersebut telah secara eksplisit memuat peran dan tugas kader yang merupakan telah menjadi satu serangkaian proses pelaksanaan posyandu. Namun pada konteks penerapannya sebagai program ILP yang relatif baru, penerapan SOP oleh pelaksana dilapangan belum optimal karena masih dalam proses pembelajaran.

Berikut SOP pelaksanaan posyandu yang digunakan oleh Posyandu wilayah

kerja Puskesmas Ophir:

PELAKSANAAN POSYANDU	
	No. Dokumen : KAS/ /SOP/Pus. No. Revisi : 04/01/2023 Tanggal : Halaman : 1/1
UPTD PUSKESMAS OPHIR	DAKSHAR, S SIP. 1972111111100032004
1. Pengertian	Pelaksanaan Posyandu ILP adalah pelayanan kesehatan yang dilaksanakan di posyandu untuk meningkatkan status gizi masyarakat dari usia 0 tahun hingga hamil. Pelayanan yang dilaksanakan dengan menggunakan protokol dan prosedur.
2. Tujuan	Sebagai acuan petunjuk dalam pelaksanaan langkah-langkah untuk pelaksanaan posyandu Integrasi Layanan Primer (ILP).
3. Kebijakan	Surat Keputusan Kepala UPTD Puskesmas Ophir Nomor 014/SE/SW/2023 tentang Integrasi Layanan Primer Di Posyandu Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Suka Wangi
4. Referensi	Panduan Pelaksanaan Posyandu Bidang Kesehatan, Kementerian Kesehatan tahun 2023
5. Prosedur/Langkah-langkah	a. Pre-Posyandu 1. Kader Posyandu berkomunikasi dengan bidan desa/pemerit puskesmas untuk tanggal pelaksanaan posyandu sesuai kesepakatan.

Gambar 4. 3 SOP Pelaksanaan Posyandu ILP

Tabel 4. 11 Matriks Triangulasi Metode SOP

Aspek yang Diwawancarai	Hasil Wawancara	Telaah Dokumen	Kesimpulan
SOP	SOP pelayanan posyandu secara umum sudah tersedia di tingkat puskesmas dan secara eksplisit memuat peran dan tugas kader di pelaksanaan posyandu terintegrasi. Namun pada konteks penerapannya sebagai program ILP yang relatif baru, penerapan SOP oleh pelaksana dilapangan belum optimal karena masih dalam proses pembelajaran.	Terdapat SOP pelaksanaan posyandu yang terintegrasi di jadikan pedoman dalam memberikan pelayanan di posyandu yang dilaksanakan oleh kader meliputi hari sebelum posyandu, hari pelaksanaan posyandu, dan setelah posyandu.	SOP pelaksanaan posyandu terintegrasi telah tersedia secara dokumen dan terstruktur, mencakup tahapan sebelum, saat, dan setelah pelaksanaan, termasuk peran kader di dalamnya. Meski demikian, penerapannya di lapangan pada komponen ILP belum sepenuhnya optimal.

B. Dana

Hasil wawancara mendalam menunjukkan bahwa sumber utama pendanaan untuk pelaksanaan posyandu terintegrasi, termasuk insentif kader, berasal dari Anggaran Dana Desa (Nagari), bukan lagi dari sektor kesehatan. Pergeseran tanggung jawab pendanaan ini merupakan dampak dari perubahan status kelembagaan posyandu menjadi Lembaga Kemasyarakatan Desa/Kelurahan (LKD/K) yang diatur dalam Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 18 Tahun 2018 tentang Lembaga Kemasyarakatan Desa/Kelurahan. Dana dari nagari tersebut digunakan untuk biaya pengadaan alat posyandu, PMT posyandu, dana *sweeping*, dan insentif kader posyandu, serta dana pelatihan kader. Sementara itu, di tingkat puskesmas tidak terdapat anggaran khusus untuk mendukung pelaksanaan posyandu terintegrasi, kecuali untuk program imunisasi yang bersumber dari dana BOK puskesmas, sebagaimana disampaikan oleh informan dari tingkat pengelola program:

“Sebenarnya untuk alokasi dana itu menjadi masalah yang krusial sekali sebenarnya, itu yang menjadi awal permasalahan untuk pelayanan kita di Posyandu. semenjak sudah menjadi LKN atau LKD penganggaran untuk transport kader itu ada di nagari. dengan kondisi saat ini apalagi dana nagari, beban kerja yang tinggi, tambah dengan pelaksanaan Posyandu 6 SPM.” (Inf-1)

“Kalau posyandu, kalo puskesmas itu kan yang disediakannya transport untuk petugas puskesmas yang akan menuju ke posyandu. Kalau untuk kader, itu kan dananya dari nagari. Kalau kita dananya dari BOK untuk kegiatan imunisasi saja.” (Inf-2)

“Jadi yang dari pihak walinagari, kan dana kesehatan ada di walinagari 30 persen. Jadi dana itu dilarikan untuk penyediaan alat-alat di posyandu.” (Inf-3)

“Dana dari nagari. Dari nagari aja.” (Inf-4)

Hal ini dibenarkan oleh informan dari pihak nagari, yang menjelaskan bahwa pendanaan operasional posyandu sepenuhnya menjadi tanggung jawab pemerintah nagari, termasuk insentif kader sebesar 160.000 perbulan yang ditetapkan berdasarkan standar kabupaten:

“Itu dari dana pusat. Anggaran dana dari pusat. Ada standarnya dari kabupaten. Termasuk BOP posyandu peralatannya, bangunan yang perlu Insentif kader itu serratus.... sebulannya 160 Kita kasih maksimal. Pelatihan juga kita yang adakan” (Inf-5)

“Kalau anggaran itu cukup besar. Seperti insentif kader dibayarkan a itu sebesar Rp160 per bulan itu per orang selama 12 bulan haa ah. Dan itu untuk biaya...PMT namanya kan, Pemberian Makanan Tambahan kan, untuk posyandu, itu juga dibayarkan sesuai dengan jumlah sasaran.” (Inf-6)

“Insentif dari nagari, entah berapa tahun belakang ini udah 5 tahun belakang ini 150, 150 per bulan. Kadang sekali 4 bulan sekali 6 bulan ada juga, tapi ga sekali tiap bulan dikasih.” (Inf-7)

“Oh, gajinya. Kalau gajinya dari apa, dari kantor wali nagari. Kalau sekarang ini 16 160 ribu sebulan. Tapi paling nanti anggaran dua bulan, tapi dibayarkan ya tiga bulan atau berapa bulan.” (Inf-8)

“Kalo gaji atau insentif untuk transportasi, bisa di kecek ndok gaji dah tapi transportasi kadecer. Samo rato dari nagari, 160.000 per bulan tapi sakali tigo bulan kadang ampek bulan.” (Inf-9)

(Kalau gaji atau insentif untuk transportasi, bisa dibilang bukan gaji tapi transportasi kader. Sama rata dari nagari 160.000/bulan tapi sekali tiga bulan kadang empat bulan.)

“1 kali sebulan, tapi dia gajinya sekali3 bulan sekarang, totalnya semuanya 450 dari nagari langsung.” (Inf-10)

Tabel 4. 12 Matriks Triangulasi Sumber Hasil Wawancara Mendalam terkait Sumber dan Alokasi Dana Posyandu

Aspek yang Diwawancarai	Hasil Wawancara	Kesimpulan
Sumber dan Alokasi Dana Posyandu	a. Penganggaran transport kader beralih ke Dana Nagari sejak posyandu menjadi LKD/N. (Inf-1)	Pendanaan posyandu terintegrasi sepenuhnya berasal dari pemerintah nagari sebagai dampak perubahan status kelembagaan posyandu menjadi LKD/K, mencakup pengadaan alat, PMT, sweeping, pelatihan, hingga insentif kader (berkisar Rp150.000–160.000 per bulan, dengan pencairan yang kerap dirapel tiga hingga enam bulan sekali).
	b. Dana petugas puskesmas berasal dari BOK (khusus imunisasi) dan dana untuk kader bersumber dari nagari. (Inf-2)	Sementara itu, dukungan dana dari sektor kesehatan hanya menjangkau program imunisasi melalui BOK, sehingga keberlanjutan operasional posyandu terintegrasi sangat bergantung pada kapasitas fiskal masing-masing nagari.
	c. Dana posyandu dari anggaran wali nagari dialokasikan untuk pengadaan alat posyandu. (Inf-3,4)	
	d. Sumber dana berasal dari dana desa meliputi PMT dan insentif kader dengan standar insentif ditetapkan oleh kabupaten. (Inf-5,6)	
	e. Insentif diterima dari nagari dengan nominal berkisar Rp150.000–160.000 per bulan, namun pencairannya tidak selalu rutin tiap bulan (Inf-7,8,9,10)	

Meskipun anggaran insentif tersedia, namun menurut beberapa informan menilai bahwa nominal insentif yang diterima belum mencukupi/memadai apabila dibandingkan dengan beban kerja yang harus dijalankan. Beban kerja tersebut tidak hanya terbatas pada hari pelaksanaan posyandu, tetapi turut mencakup keterlibatan kader saat terjadi kasus kesehatan di lapangan (Kasus DBD), serta tugas pemberian vitamin ke rumah-rumah sasaran di luar jadwal posyandu. Selain itu insentif yang diberikan tidak tepat waktu setiap bulannya melainkan hanya setiap sekali tiga bulan bahkan terdapat sekali enam bulan. Oleh sebab itu, dengan insentif yang rendah dan ketidaktepatan waktu pemberian insentif membuat kader hanya melakukan tugas

yang sepadan dengan insentif sehingga membuat pelaksanaan peran kader di posyandu tidak dijalankan dengan maksimal. Oleh karena itu besaran insentif dipersepsikan memiliki keterkaitan dengan tingkat motivasi kerja kader dalam menjalankan tugasnya. Hal ini sesuai dengan pernyataan informan sebagai berikut:

“Sangat tidak memadai menurut kakak karena mereka harus meninggalkan pekerjaan lain di rumah itu yang pertama, yang kedua dengan rendahnya insentif tersebut yang mereka lakukan tentu yang sepadan dengan itu makanya posyandu kita tidak bisa maksimal mau dipaksa seperti apapun, apalagi mereka sekarang sudah tahu kalau mereka dibawah nagari dengan alasan mereka bukan dibawah kesehatan.” (Inf-1)

“Insentif kader itu dari nagari.” (Inf-2)

“Insentif kader itu walinagari itu punya. Karena kan posyandu ini kan milik masyarakat, milik walinagari. Kalau kita kan cuma pelaksanaan.” (Inf-3)

“Sebenarnya sih kurang ya apalagi ILP ini Ada kunjungan rumah kader, Kesejahteraannya kayaknya perlu lebih diapakan, karena beban kerjanya sudah bertambah banyak.” (Inf-4)

“Kalau sesuai gak sesuainya tu ya, tentunya gak sesuai. padahal kader ini kan bukan mengurus balita saja punya rumah apalagi tu nanti yang gak punya WC pun kader juga yang apa, lingkungannya misalnya ada yang kena DBD kader juga melaporkannya.” (Inf-7)

“Kadang sekali 4 bulan, sekali 6 bulan ada juga, tapi ga sekali tiap bulan dikasih.” (Inf-8)

“1 kali sebulan, tapi dikasihnya sekali 3 bulan kadang-kadang.” (Inf-10)

Selain insentif personal kader, ditemukan bahwa dukungan dana untuk kebutuhan operasional pencatatan dan pelaporan posyandu, seperti pengadaan alat tulis kantor dan pencetakan format laporan masih sangat terbatas sehingga kader harus membuat secara manual yang seharusnya kader bisa menggunakan kartu bantu, selain itu ditemukan juga tidak tersedianya anggaran pembinaan kader posyandu oleh tenaga kesehatan di tingkat puskesmas akibat kebijakan efisiensi anggaran mengakibatkan tidak adanya kegiatan untuk pembinaan posyandu oleh puskesmas:

“Untuk dana dukungan mulai dari pencatatan, pelaporan dan segala macam tidak ada dukungan dana dari nagari banyak teman-teman kita yang ngeluh memang tidak ada, untuk cetak laporan saja tidak ada sama sekali. Terus

ujung-ujungnya tugas lagi untuk mereka untuk menggaris-garis buku gitu kan, kadang-kadang yang seharusnya mereka bisa pakai kartu bantu yang harus dicetak kan nagari mereka harus pakai kertas lembaran itu untuk pencatatan pelaporan.” (Inf-1)

“Karena efisiensi kita ga ada pembinaan kader tahun ini.” (Inf-2)

“Pembinaannya karena sekarang pendanaan itu tidak ada.” (Inf-3)

“Saat ini kita belum ada peluang anggaran untuk kesana. Cuma untuk tahun depan kita carikan” (Inf-5)

“Belum ada itu.” (Inf-6)

Tabel 4. 13 Matriks Triangulasi Sumber Hasil Wawancara Mendalam terkait Kesesuaian Insentif dengan Beban Kerja

Aspek yang Diwawancarai	Hasil Wawancara	Kesimpulan
Kesesuaian Insentif dengan Beban Kerja	a. Insentif tidak memadai, dengan insentif yang rendah kader hanya melakukan tugas yang sepadan dengan insentif membuat pelaksanaan posyandu tidak maksimal. (Inf-1) b. Insentif kader menjadi kewenangan wali nagari karena posyandu milik masyarakat puskesmas hanya pelaksana. (Inf-2,3) c. Insentif dinilai masih kurang sepadan dengan beban kerja yang bertambah pada program ILP. (Inf-4) d. Insentif dinilai belum sesuai dengan beban kerja, mengingat tugas kader yang luas tidak terbatas pada satu hari kerja, namun diakui dapat meningkatkan semangat kerja apabila dinaikkan. (Inf-8,9,) e. Insentif diberikan tidak setiap bulan melainkan sekali tiga bulan. (Inf-7,10)	Insentif kader 150.000-160.000/bulan dinilai belum sepadan dengan beban kerja yang terus bertambah terutama dengan adanya program ILP. Namun kewenangan penetapan dan penyaluran insentif sepenuhnya berada pada pemerintah nagari dengan mengikuti standar dari kabupaten, bukan sektor kesehatan. Ketidakesesuaian ini dianggap mempengaruhi semangat dalam menjalankan tugas.

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dan telaah dokumen yang dilakukan, berikut disajikan tabel triangulasi metode terkait sarana dan prasarana posyandu terintegrasi:

Tabel 4. 14 Matriks Triangulasi Metode Dana

Aspek yang Diwawancarai	Hasil Wawancara	Observasi	Kesimpulan
Dana	Pendanaan posyandu terintegrasi sepenuhnya berasal dari pemerintah nagari sebagai dampak perubahan status kelembagaan posyandu menjadi LKD/K, mencakup pengadaan alat, PMT, sweeping, pelatihan, hingga insentif kader (berkisar Rp150.000–160.000 per bulan, dengan pencairan yang kerap dirapel tiga hingga enam bulan sekali). Sementara itu, dukungan dana dari sektor kesehatan hanya menjangkau program imunisasi melalui BOK, sehingga keberlanjutan operasional posyandu terintegrasi sangat bergantung pada kapasitas fiskal masing-masing nagari.	Pembiayaan operasional posyandu tidak bersumber dari anggaran khusus di tingkat Puskesmas, melainkan sepenuhnya dibebankan pada anggaran masing-masing nagari sesuai jumlah sasaran. Sebagai gambaran, salah satu nagari mengalokasikan Rp144.000.000/tahun untuk insentif kader (Rp160.000 per kader) dan Rp25.200.000/tahun untuk Pemberian Makanan Tambahan (PMT)	Pendanaan Posyandu terintegrasi sepenuhnya Bertumpu pada nagari akibat perubahan status kelembagaan menjadi LKD/K mencakup pengadaan alat, PMT, sweeping, pelatihan, hingga insentif kader, sementara dukungan sektor kesehatan (BOK) hanya menjangkau program imunisasi. Sebagai gambaran, salah satu nagari mengalokasikan Rp144.000.000/tahun untuk insentif kader (Rp150.000-160.000/bulan) dan Rp25.200.000/tahun untuk PMT.

C. Sarana dan Prasarana

Sarana dan prasarana adalah fasilitas pendukung dalam pelaksanaan peran kader terhadap penerapan posyandu terintegrasi di wilayah kerja Puskesmas Ophir. Apabila terdapat alat yang mengalami kerusakan, atau error maka peran kader sebagai penimbang dan pengukur menjadi terhambat, sehingga hasil pencatatan dan pelaporan kader berisiko tidak akurat. Hasil wawancara menunjukkan bahwa ketersediaan sarana dan prasarana posyandu terintegrasi masih bervariasi antarwilayah, dengan kendala utama berupa minimnya gedung permanen dan tidak tersedianya alat yang wajib ada

seperti *safety box*, bahkan kerusakan alat ukur sehingga terpaksa menggunakan alat ukur yang kurang terstandar seperti *dacin*. Informan dari tingkat pengelola program menjelaskan bahwa hanya satu nagari yang telah memiliki gedung posyandu permanen, sementara posyandu lain masih menumpang pada bangunan lain, sebagaimana diungkapkan berikut ini:

“Kemudian untuk dukungan sarana prasarana misalnya kalau di Ophir ada satu nagari oke mereka support dengan pembangunan gedung posyandu tapi yang di tempat lainnya tidak masih menumpang yang namanya menumpang tentu seadanya, itu kendala yang memang krusial, kemudian dacin karena timbangan digital sudah error dan banyak yang rusak jadi memang harus terpaksa menggunakan dacin”. (Inf-1)

“Yang permanen maksudnya punya gedung sendiri ya. Gedung sendiri satu baru yang di Opir saja yang lainnya masih menumpang kan.” (Inf-2)

“Gedung posyandu enggak ada yang dibikin, cuman lebih diarahkan ke pembuatan POLINDES. Nah, kita maunya kan gedung posandu. Tetapi, untuk kata walinagarinya, kita bikin POLINDES dulu untuk bidannya. Jadi posandu banyak sekarang ini menumpang-numpang, rata-rata menumpang. Kemudian yang seperti ruang tunggu, untuk ibu-ibu yang datang ke sana, itu agak kendala sikit.” (Inf-3)

“Sarana prasarana kalau menurut Ibu, karena kan sekarang tambah pula gedung posyandu kami baru dibangun kan, jadi kan menurut Ibu sih sudah cukup, karena prasarannya sudah ada, kemudian alat-alatnya sudah mulai dilengkapi, apa yang kita minta tibanya memang cepatlal direalisasi oleh nagari.” (Inf-4)

“Sapras kita adakan semaksimal mungkin. Apa keperluan kita adakan. Contoh kemarin kita bangun posyandu, kita bangun gedung, kita belikan mereka alat-alatnya, ATK nya, mejanya, kursinya, ke timbangannya. Semua kita penuhi semampu kita. Terkait gedung permanen baru satu yang terutama, yang lainnya sekarang masih menumpang.” (Inf-5)

“Dukungan ada. Gedung untuk khusus posyandu belum, masih banyak yang menumpang. Ada juga yang dipolindes kan, kalau dipolindes kan belum belum gedung posyandu. Tapi masih banyak yang di rumah masyarakat. dan dibilang sudah memadai sebenarnya belum cukup memadai Kadang-kadang ada juga masih di bawah pohon, posyandunya kan ya.” (Inf-6)

“Apa menimbang ini kami masih pakai dacin itu karena timbang kami sering errorr gitu kan takut ndak pas.” (Inf-8)

“Alun lah, iko kan manumpang rumah urang tibo e, bukan tampek posyandu ndak lasuah raso e do. Kalau alat, lai Nampak e lengkap, Cuma ado

kerusakan. Kok depek dipelok ndak e nyoh. Bantuak penimbangan kami ko, kadang-kadang macet macet e.” (Inf-9)

Tabel 4. 15 Matriks Triangulasi Sumber Hasil Wawancara Mendalam terkait Ketersediaan Sarana dan Prasarana

Aspek yang Diwawancarai	Hasil Wawancara	Kesimpulan
Ketersediaan Sarana dan Prasaran	a. Hanya satu nagari (Ophir) yang memiliki gedung posyandu permanen; alat timbang digital banyak yang rusak sehingga kembali menggunakan dacin manual. (Inf-1)	Ketersediaan sarana dan prasarana posyandu terintegrasi di wilayah kerja Puskesmas Ophir masih bervariasi antarwilayah dan secara umum belum memadai.
	b. Gedung permanen baru tersedia di satu nagari, nagari lain masih menumpang. (Inf-2)	Keterbatasan gedung permanen membatasi ruang gerak kader dalam menjalankan perannya, sementara kerusakan alat ukur memaksa kader beralih ke alat manual yang lebih rentan terhadap ketidaktepatan pengukuran.
	c. Pembangunan fisik lebih diarahkan ke Polindes untuk bidan, bukan gedung posyandu tersendiri; fasilitas pendukung seperti ruang tunggu dan sarana bermain anak masih kurang. (Inf-3)	Kondisi ini berdampak langsung pada peran kader sebagai penimbang dan pengukur, karena penggunaan alat yang tidak optimal berisiko menurunkan akurasi hasil pencatatan dan pelaporan yang menjadi salah satu indikator keberhasilan pelaksanaan posyandu terintegrasi.
	d. Sarana dinilai sudah cukup karena terdapat gedung yang baru dibangun. (Inf-4)	
	e. Pemenuhan sarana dan prasarana selalu dimaksimalkan namun masih terdapat pelaksanaan posyandu yang masih menumpang karena belum ada gedung khusus. (Inf-5,6)	
	f. Pelaksanaan posyandu masih menumpang di rumah masyarakat, selain itu alat ukur antropometri, khususnya timbangan digital, banyak yang mengalami kerusakan atau eror, sehingga kader terpaksa beralih menggunakan dacin (timbangan manual) dalam pelaksanaan penimbangan, termasuk untuk penimbangan bayi yang responsnya kerap lambat. (Inf-7,8,9,10)	

Berdasarkan hasil wawancara mengenai pemeliharaan sarana dan prasarana ditemukan bahwa kalibrasi alat kesehatan idealnya dilakukan secara rutin setahun

sekali, namun pelaksanaannya di lapangan tidak selalu konsisten dan sangat bergantung pada ketersediaan anggaran nagari, sebagaimana diungkapkan oleh para informan berikut ini:

“Kemudian kadang pun pengadaan hal-hal penting seperti baterai maintenancenya itu juga, itu sulitnya ketika posyandu itu bukan berada di bawah kesehatan lagi dia berada di bawah nagari apalagi defisit anggaran.” (Inf-1)

“Kalibrasi kalau dalam kesehatan adalah sekali setahun. Jadi sekali setahun itu didata alat yang masih bagus untuk dikalibrasi. Jadi nanti ada jadwal pengkalibrasiannya.” (Inf-2)

“Kalau itu tuh kami kemarin error itu, orang kan ada di bidan desa, kader ini, kan memberikan laporan ke walignagari. Tolong bikin catatan, apa permasalahan saat pelaksanaan posysandu, timbang eror misalnya, apa lagi permasalahan untuk pelaksanaan pesandu gitu.” (Inf-3)

“Dari nagari semua, jadi kalau kita mintanya kan nanti awal tahun kita minta, ini yang kurang dia cepat kok realisasi sama nagari.” (Inf-4)

“Karena posyandu itu kan aset nagari. Saprass juga sebagian itu aset nagari. Jadi ketika nanti ada kerusakan, nanti nagari yang akan memperbaiki. Kita masukkan anggaran untuk perbaikan. Kalibrasi oh Belum. Kita belum ada melakukan kalibrasi tahun ini. Karena baru kan alatnya kan. Paling itu tahun depan. Itu kan maksudnya keperawatan itu Kalibrasi tetap ditinggalkan itui.” (Inf-5)

“Cuman paling gini, bu timbangan kami ini udah apa? Uдах error, nggak bisa lagi. Memang sudah ada juga kan kader-kader yang melapor. Cuman memang belum lagi kami apain. Cuman bidan lagi. Seandainya timbangnya itu tidak bagus, dibidan lagi yang membantu.” (Inf-6)

Tabel 4. 16 Matriks Triangulasi Sumber Hasil Wawancara Mendalam terkait Pemeliharaan Sarana dan Prasarana

Aspek yang Diwawancarai	Hasil Wawancara	Kesimpulan
Pemeliharaan Sarana dan Prasarana	a. Pemeliharaan rutin terhambat karena posyandu tidak lagi berada dibawah sektor kesehatan dan menghadapi defisit anggaran nagari. (Inf-1)	Pemeliharaan sarana dan prasarana posyandu terintegrasi sangat dipengaruhi oleh tata kelola anggaran nagari, sebab status posyandu sebagai aset nagari menjadikan kalibrasi, perbaikan, dan pengadaan alat baru bergantung pada prioritas dan ketersediaan dana nagari. Kader berperan aktif mengidentifikasi dan melaporkan kerusakan alat,
	b. Kalibrasi alat idealnya dilakukan sekali setahun. (Inf-2)	
	c. Pelaporan kerusakan alat disampaikan kader kepada	

Aspek yang Diwawancarai	Hasil Wawancara	Kesimpulan
	bidan desa untuk diteruskan ke wali nagari. (Inf-3)	namun lambatnya tindak lanjut atas laporan tersebut
d. Permintaan kebutuhan alat di awal tahun direalisasikan cukup cepat oleh nagari. (Inf-4)		menyebabkan kader tetap harus menjalankan tugas penimbangan dan pengukuran dengan dukungan alat yang belum maksimal, sehingga peran kader dalam pelaksanaan posyandu terintegrasi turut terhambat oleh faktor pemeliharaan sarana yang belum berjalan optimal.
e. Kalibrasi belum dilakukan karena alat tergolong masih baru dan akan tetap dianggarkan untuk tahun berikutnya. (Inf-5)		
f. Kerusakan timbangan telah dilaporkan kader namun belum ditindaklanjuti pengantiannya. (Inf-6)		

Hasil observasi yang dilakukan pada hari pelaksanaan posyandu di berbagai nagari yang telah menerapkan posyandu terintegrasi menunjukkan sejumlah keterbatasan sarana dan prasarana. Dari sisi ketersediaan alat dan bahan habis pakai, ditemukan tidak tersedianya termometer dahi digital, cairan disinfektan, hand sanitizer, alat dan strip pemeriksaan hemoglobin, tablet tambah darah, serta alat maupun obat kontrasepsi. Dari sisi infrastruktur, kondisinya juga belum ideal, karena dari seluruh gedung yang digunakan untuk pelaksanaan posyandu, hanya satu yang berstatus bangunan permanen, sedangkan sisanya masih menumpang pada fasilitas lain. Pada aspek alat ukur, sebagian posyandu masih menggunakan dacin akibat timbangan digital yang mengalami kerusakan atau eror. Selain itu, ditemukan pula posyandu yang belum menyediakan safety box sebagai tempat penyimpanan jarum suntik atau alat medis habis pakai

Penggunaan Dacin



Pelaksanaan Posyandu di Rumah Warga



Tidak Tersedianya *Safety Box***Gambar 4. 4 Hasil Observasi Sarana dan Prasarana Posyandu Terintegrasi**

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dan observasi yang telah dilakukan, berikut disajikan tabel triangulasi metode terkait sarana dan prasarana posyandu terintegrasi:

Tabel 4. 17 Matriks Triangulasi Metode Sarana dan Prasarana

Aspek yang Diwawancarai	Hasil Wawancara	Observasi	Kesimpulan
Sarana dan Prasarana	Ketersediaan sarana dan prasarana posyandu terintegrasi di wilayah kerja Puskesmas Ophir secara umum belum memadai dan bervariasi antarwilayah, dengan keterbatasan gedung permanen dan kerusakan alat ukur yang memaksa kader beralih ke alat manual yang lebih rentan terhadap ketidaktepatan pengukuran, sehingga berisiko menurunkan akurasi pencatatan dan pelaporan. Pemeliharaan alat sepenuhnya bergantung pada prioritas dan ketersediaan anggaran nagari, dan	Tidak terdapat termometer dahi digital, cairan disinfektan, hand sanitizer, alat dan strip pemeriksaan hemoglobin, tablet tambah darah, serta alat maupun obat kontrasepsi. Dari sisi infrastruktur, kondisinya juga belum ideal dari seluruh gedung yang digunakan untuk pelaksanaan kegiatan Posyandu, hanya satu yang berstatus bangunan permanen, sedangkan sisanya masih menumpang di	Ketersediaan sarana dan prasarana Posyandu terintegrasi di wilayah kerja Puskesmas Ophir secara umum belum memadai dan bervariasi antarwilayah: hanya satu dari seluruh gedung yang berstatus permanen, sementara sisanya masih menumpang, dan sejumlah alat penunjang penting seperti termometer dahi digital, hand sanitizer, alat pemeriksaan hemoglobin, tablet tambah darah, serta alat/obat kontrasepsi tidak tersedia. Kerusakan timbangan digital yang belum tertangani juga

Aspek yang Diwawancarai	Hasil Wawancara	Observasi	Kesimpulan
	meskipun kader aktif melaporkan kerusakan, lambatnya tindak lanjut menyebabkan kader tetap harus menjalankan tugas penimbangan dan pengukuran dengan dukungan sarana yang belum optimal	fasilitas lain. Selain itu masih terdapat posyandu yang menggunakan dacin karena timbangan digital eror/rusak.	memaksa sebagian Posyandu kembali menggunakan dacin, alat manual yang lebih rentan terhadap ketidaktepatan pengukuran sehingga berisiko menurunkan akurasi pencatatan dan pelaporan.

D. Sumber Daya Manusia

Hasil wawancara mendalam menunjukkan bahwa kriteria kader posyandu terintegrasi menurut pengelola program mencakup usia produktif, pemahaman tugas, dan kesediaan mengikuti bimbingan teknis dengan jumlah minimal 5 orang per posyandu. Namun, penetapan kader sepenuhnya berada pada kewenangan wali nagari melalui SK, sehingga puskesmas tidak dapat mengintervensi proses seleksi di lapangan. Pada praktiknya, rekrutmen dilakukan melalui musyawarah jorong dengan standar minimal tamat SD dan kemampuan baca-tulis, tanpa batasan usia yang ditetapkan secara formal. Gambaran ini juga konsisten dengan pengalaman kader itu sendiri, yang menunjukkan rentang masa kerja yang sangat panjang, dari 7 tahun hingga 16 tahun, dengan tantangan operasional yang dirasakan cenderung bersifat fisik (ketelitian dan tenaga ekstra saat penimbangan), seperti yang disampaikan sebagai berikut:

“Pertama untuk posyandu itu wajib minimal 5 orang kader dengan kriteria yang produktif dan kemudian mereka yang paham dengan tugas dan tanggung jawabnya. Paham terhadap perannya. Tentu usia-usia tersebut tentu harus usia produktif. Kemudian kalau bisa mereka sudah berpengalaman atau yang baru tetap bisa untuk diberikan Bimtek atau edukasi. Tapi kembali lagi, kadang-kadang di luar kontrol kesehatan sudah ada SK pengganti oleh walinagari. Kalau dari Puskesmas pasti mereka pilih yang terbaik lah kan Pasti. Cuma dari sisi wali nagarinya nanti kalau sudah meng SK kan tentu tidak bisa dikomplen lagi. Seperti itu yang terjadi di lapangan. Makanya sulit

sekali. Masih ditemukan juga masalah terkait kemampuan kader itu. Kadangkadangkadang dari latar belakang pendidikan, faktor usia, pengalaman..” (Inf-1)

“Dulu yang penting mau jadi kader terserah mau bisa baca atau nggak kan ada 10 tahun, 25 tahun kan. Itu enggak mungkin kalau enggak ada kesalahan, enggak mungkin dipecat. Dia masih mau jadi kader walaupun dah tua.” (Inf-3)

“Jelas dia aktif. Dia aktif, dia sanggup dengan beban yang ada. Karena lagi-lagi ini kan kegiatan sosial. Jadi kalau dia tidak mampu, tidak sanggup, itu tidak akan kita paksa. Kriteria kalau pendidikan, selama ini kita belum, kalau yang petugas yang aktif sekarang rata-rata pendidikan terakhirnya SMA. Umur karena sudah banyak yang sepuh, ini sudah puluhan, tahun-tahunan mereka, jadi sekarang sudah sepuh. Cuma yang muda ada. Terkait umur belum ada ditetapkan.” (Inf-5)

“Kalau untuk pengangkatan kader, kita kan mempunyai wilayah kejurong. Jadi di sana jorong musawarah lah dengan masyarakat. Di situ kan siapa yang... bersedia, maklumlah posyandu ini kan kader ini kan banyak sukarelanya, jadi bisa musawarah disitu siapa yang mau. Kalau kriterianya itu minimal, minimal. Tamat SD, pokoknya ada tamat SD. Bisa pandai tulis baca. Kalau aturannya nggak ada.” (Inf-6)

“Saya sudah sejak tahun 2010, udah 16 tahun. Tugas yang paling sulit itu di penimbangan itu kan memang butuh tenaga ekstra lah ibaratnya anak-anak balita ini ada yang rewel, nangis ibaratnya gak mau diam aa disitulah yang agak keteteran.” (Inf-7)

“Ada waktu itu anakku umur setahun aja belum ada tuh. e anggaran 16 tahun lah, lebih kurangnya segitu, 16 tahun. Tugas yang sulit penimbangan mungkin ya. Karena penimbangan itu kan kita harus teliti benar, kan? Satu penimbangan, satu pengukuran. Yaa Kalau memang anaknya anteng-anteng aja kan kita, mudah gitu. Tapi kalau anak yang lesek atau apa, kita ngapainnya itu penuh dengan tenaga, kan?” (Inf-8)

“Udah sekitar tujuh tahun adalah kayanya dek.” (Inf-10)

Tabel 4. 18 Matriks Triangulasi Sumber Hasil Wawancara Mendalam terkait Kriteria dan Rekrutmen Kader

Aspek yang Diwawancarai	Hasil Wawancara	Kesimpulan
Kriteria dan Rekrutmen Kader	a. Kriteria ideal mencakup usia produktif dan pemahaman tugas, namun penetapan akhir berada di kewenangan wali nagari melalui SK sehingga sulit diintervensi puskesmas, kemampuan kader bervariasi dipengaruhi pendidikan, usia, dan pengalaman (Inf-1)	Kriteria rekrutmen kader bersifat partisipatif berbasis musyawarah komunitas dengan standar pendidikan minimal yang longgar, dan secara konsisten dikonfirmasi oleh seluruh kelompok informan bahwa batasan usia tidak pernah

Aspek yang Diwawancarai	Hasil Wawancara	Kesimpulan
	b. Kualitas kader bervariasi antarwilayah, pada beberapa daerah ditemukan kader lama (10–25 tahun) yang sulit diberhentikan meski kapasitasnya menurun, karena dahulu kriteria baca-tulis belum diterapkan ketat (Inf-3)	ditetapkan secara formal. Kondisi ini menghasilkan keberadaan kader dengan masa kerja sangat panjang hingga lebih dari 16 tahun, termasuk kelahiran era 1970-masih ada yang menjadi kader.
	c. Kriteria utama adalah keaktifan dan kesanggupan menjalankan beban kerja sebagai kegiatan sosial, batasan usia secara eksplisit belum pernah ditetapkan, sehingga kader dari berbagai dekade kelahiran (1970-an hingga 1990-an) tetap dipertahankan selama masih aktif (Inf-5)	
	d. Rekrutmen dilakukan melalui musyawarah jorong dengan kriteria minimal tamat SD dan mampu baca-tulis, tanpa pengaturan formal terkait usia (Inf-6)	
	e. Masa kerja kader bervariasi luas (7–16 tahun), dengan tantangan teknis (ketelitian penimbangan) dan sosial (membangun kepercayaan masyarakat) (Inf-7,8,9,10)	

Berdasarkan hasil wawancara mendalam yang dilakukan pada aspek pelatihan 25 Keterampilan Dasar Kader, masih ditemukan kesenjangan akses yang signifikan antarkader. Pelatihan yang idealnya mencakup teori dan praktik sesuai modul Kemenkes secara menyeluruh, pada kenyataannya mengalami penyederhanaan di tingkat nagari, hanya terbatas pada teknik penimbangan dan PMT, dengan porsi keterampilan komunikasi antarpribadi (SKAP/Strategi Komunikasi Antar Pribadi) yang masih sangat minim. Keterbatasan anggaran transportasi turut menjadi penghambat pemerataan, sehingga pelatihan tingkat kabupaten baru menjangkau satu kader per posyandu dengan sistem perwakilan. Meskipun sebagian nagari telah

menganggarkan pelatihan rutin setahun sekali secara kolektif antarnagari sebagai upaya efisiensi, materinya tetap terbatas pada keterampilan teknis dasar dan pelatihan keberlanjutannya bergantung pada kondisi keuangan nagari masing-masing, sesuai dengan yang disampaikan informan berikut:

“Pelatihan seharusnya dilakukan itu ada teori dan praktek, yang mereka dapatkan itu benar-benar merujuk kepada modul yang dikeluarkan Kemenkes itu seharusnya, Tetapi yang dilaksanakan di tingkat nagari itu kan sulit seperti itu. Kemudian ketika mereka dilatih pun, contohnya untuk latihan diberikan satu JPL untuk tenaga kesehatan, dan mereka hanya bisa fokus kepada penimbangan umumnya tuh, kadang-kadang latihannya ke PMT, kemudian ke penimbangan. Jadi masih sedikit latihan khusus komunikasi antar pribadi atau SKAP. Dan tahun sekarang sudah tidak ada lagi pelatihan kader kan.” (Inf-1)

“Sudah dapat, 1 orang perposyandu, tapi terkendala biaya untuk transportasi kader karena mereka jauh jauh untuk datang ke puskesmas kalau memang harus kita laksanakan lagi, nanti kita konsultasikan dulu dengan Dinas kesehatan bagaimana upaya yang bisa kita lakukan bisa enggak diambilkan dari dana yang lain. Karena di BOK dan BLUD ini enggak ada menu untuk kegiatan itu. Jadi untuk sampai bulan ini itu memang belum terselenggara.” (Inf-2)

“Udah dilaksanakan pernah sekali, kan seluruh Posyandu kita undang satu perwakilan kader untuk pelatihan. Jadi, di situ kita berikan sejenis kuisisioner, ya. Orang-orang promkes, melibatkan orang gizi, kemudian melibatkan orang KIA.” (Inf-3)

“Kita anggarkan pelatihan. Kita anggarkan pelatihan, kita bergabung dengan beberapa nagari. Aa Kita adakan pelatihan bersama itu biasanya kita di sekitar luhak nan duo aja kita adakan. Pelatihan satu hari. Kita anggarkan itu sekali setahun rutin karena perlu penyegaran. Terakhir pelatihan terakhir tahun kemarin, bulan Oktober atau November ya.” (Inf-5)

“Itu pelatihan terutama tentang cara penimbangan, tentang cara bagaimana pelayanan, Posyandu yang seharusnya lah ya, pokoknya selalu ada. Tahun sekarang yang enggak ada, tahun kemarin ada. Kalau pelatihan nggak berkelanjutan, sesuai dengan keuangan..” (Inf-6)

Sementara itu, masih terdapat sebagian kader yang belum pernah mengikuti pelatihan 25 Keterampilan Dasar secara langsung dikarenakan sistem distribusi kader yang ikut pelatihan hanya satu perwakilan kader per posyandu, sementara itu kader lainnya hanya memperoleh informasi secara tidak langsung melalui kader yang telah mendapatkan pelatihan. Bahkan ada kader yang mengalami kekosongan pelatihan

hingga empat tahun dikarenakan pemberian pelatihan yang tidak merata, sesuai dengan ungkapan informan sebagai berikut ini:

“Pelatihannya dah sering sih. Di padang berapa kali tu lima kali mungkin, di kabupaten ada juga tidak terhitung lah. Yang 25 keterampilan itu udah juga pelatihannya di padang itu. Baru kemarin ini tanggal 21-25 April 4 hari.” (Inf-7)

“Pelatihan ada, e waktu bulan eh tahun kemarin, entah bulan kemarin ntah tahun kemarin ya. Tentang apa itu mengenai cara kita menimbangannya, cara kita mengukurnya. Pokoknya mengenai tentang-tentang posyandu. Bagaimana kita melayani masyarakat itu, kan? Supaya dia itu nggak bosan di tempat kita posyandu. Terus apa itu udah. Kalau pelatihan, itu yang termasuk apa itu ya, yang remaja, orang tua gitu, ya kan? Kalau nggak salah, udah mungkin.” (Inf-8)

“Kalau kinin ko alun, sadangkan awak sendiri alun tau le do, alun lai panah tadanga. Alun, alun ngarati bana leh. Kalua pelatihan itu alun leh. Lai patang pelatihan di nagari perwakilan ciek per posyandu cara menimbang lai sakali satangah hari, cuman ndak apo? baa tu ya sekedar aa pemberitahuan baru.” (Inf-9)

“Enggak. Kami udah lama enggak ada pelatihannya itu. Terakhir tahun dua ribu berapa itu? Empat tahun yang lewat mungkin udah ada kan? Memang udah lama. Itulah aku bilang, udah lupa awak gitu. Cuman cara-cara menimbang, mengukur, masih ingat awak kan. Kalo 25 apa itu belum ada lagi kayanya yang lagi izin itu yang pernah karena dia perwakilan aja.

Ditemukan juga pada aspek asesmen 25 keterampilan dasar kader bahwa ada perbedaan pelaksanaan antarwilayah. Pada sebagian nagari asesmen belum terkoordinasi secara resmi, sementara pada nagari lain asesmen telah dilaksanakan menyeluruh untuk seluruh kader:

“Belum. Selama ini yang terkoordinir ya belum ada.” (Inf-5)

“Sudah, haa ah sudah melakukan penilaian yang diadakan kemarin bersama dari puskesmas, diadakan di sini kan, di tahun kemarin. Tahun 2025 sekitar bulan November ntah oktober. Lima kader per posyandu Iya seluruhnya. Karena yang bekerja itu kan ada lima orang kader.” (Inf-6)

Tabel 4. 19 Matriks Triangulasi Sumber Hasil Wawancara Mendalam terkait Pelatihan 25 Keterampilan Dasar

Aspek yang Diwawancarai	Hasil Wawancara	Kesimpulan
Pelatihan 25 Keterampilan Dasar	a. Pelatihan ideal mencakup teori-praktik sesuai modul Kemenkes, namun pelaksanaan di nagari tersederhanakan (fokus penimbangan dan PMT, minim keterampilan komunikasi/SKAP)(Inf-1) b. Baru 1 kader per posyandu yang terlatih, terkendala biaya transportasi; pelatihan lanjutan belum terselenggara karena tidak ada menu anggaran di BOK/BLUD (Inf-2,3) c. Pelatihan dianggarkan rutin setahun sekali, digabung beberapa nagari untuk efisiensi biaya, namun materi terbatas pada teknik dasar dan keberlanjutannya bergantung kondisi keuangan (Inf-5,6) d. Sebagian kader telah mengikuti pelatihan 25 keterampilan berulang kali hingga ke tingkat provinsi (Inf-7,8) e. Sebagian kader lain belum pernah mengikuti pelatihan secara langsung, hanya menerima informasi tidak langsung melalui sistem perwakilan(Inf-9,10)	Akses kader terhadap pelatihan 25 keterampilan dasar menunjukkan kesenjangan dan konsisten di seluruh tingkat informan: sebagian kader telah berulang kali dilatih hingga tingkat provinsi, sementara masih ada kader yang belum pernah mengikuti pelatihan langsung dan hanya mengandalkan informasi dari kader perwakilan satu kader per posyandu, dengan kekosongan pelatihan yang dilaporkan mencapai empat tahun. Kesenjangan ini sejalan dengan kendala struktural berupa keterbatasan anggaran dan transportasi yang menghambat pemerataan pelatihan, serta ketiadaan menu pembiayaan khusus pada sumber dana yang ada (BOK/BLUD) di tingkat puskesmas.

Selain itu ditemukan juga pada saat wawancara bahwa pada aspek pembinaan berkelanjutan, pembinaan formal kader oleh tenaga kesehatan telah dihentikan pada tahun berjalan akibat kebijakan efisiensi anggaran, sementara lain fungsi monitoring-evaluasi dari dinas kesehatan hanya bersifat acak dan tidak menjangkau seluruh posyandu, di tingkat puskesmas dihalangi oleh keterbatasan anggaran transportasi dan rangkap beban kerja petugas puskesmas yang menanggung berbagai program secara bersamaan. Akibatnya, pembinaan kini hanya berjalan apabila ada laporan kendala

dari lapangan, dan arahan teknis beralih secara informal kepada bidan desa. Sesuai dengan pernyataan informan sebagai berikut:

“Karena ini kan istilahnya di Dinas Kesehatan masih hanya bisa melakukan control untuk dalam bentuk monev kalau pun misalnya ada turun ke lapangan tentu tidak bisa ke seluruh poshyandu, kan? Hanya beberapa poshyandu yang mungkin kami ambil secara acak, gitu. Sedangkan teman teman puskesmas mungkin beberapa faktor juga terkendala anggaran mereka untuk turun transport juga dan beratnya beban kerja. sebagai contoh kan tenaga promkes, mereka juga memegang KESJAOR, nanti memegang program yang lain juga, apalagi sekarang CKG sekolah dibawah promkes, yang seharusnya itu bukan dibawah promkes.” (Inf-1)

“Tahun kemarin ada pembinaan kader. Kalau sekarang, enggak ada. Karena efisiensi ya, dihilangkan menunya.” (Inf-2)

“Pembinaannya karena sekarang pendanaan itu tidak ada, cuman kan ada imunisasi nih, imunisasi turun. Seandainya ada yang terkendala di posyandu itu, dilaporkan ke pemegang program posyandu, nanti saya lebih banyak turun ke sana gitu aja.” (Inf-3)

“Sekarang ga ada lagi pembinaan dari puskesmas, paling dari ibu saja yang mengarahkan ilmu yang didapat dari puskesmas ibu diskusikan dengan kader.” (Inf-4)

“Ada sesekali dulu, sekarang kayanya gaada lagi khusus yang itu.” (Inf-7)

“Ada dulu ngarahin, Ya, umpamanya ini kayak gini. Kalau seandainya anak ini timbangannya berkurang, gitu kan Harus dicatat di sini, nanti disampaikan sama bidannya gitu. Aa dipantau terus Katanya kan kalau seandainya ada pengukuran yang salah, harus benar-benar ditengok, dilihat. Dan apanya, kadang-kadang kita kan pakai yang dacin itu kan kadang-kadang nggak pas itu kan. Kalau pakai bandulan ini harus dipaskan ke nol. Ya pokoknya dikasih pengarahan yang bagus lah gitu. Pencatatannya harus dilihat-lihat, diperhatikan gitu..” (Inf-8)

“Alun panah le.” (Inf-9)

(Belum pernah lagi)

“Entah lah lupa dek, kayaknya ga ada kami kami ajanya. Kalo orang kesehatan nyuntik anak-anak.” (Inf-10)

Tabel 4. 20 Matriks Triangulasi Sumber Hasil Wawancara Mendalam terkait Pembinaan Kader Posyandu

Aspek yang Diwawancarai	Hasil Wawancara	Kesimpulan
Pembinaan Kader Posyandu	a. Monev dinas kesehatan bersifat acak dan tidak menjangkau seluruh posyandu, secara dipengaruhi	Pembinaan formal kader oleh tenaga kesehatan konsisten

Aspek yang Diwawancarai	Hasil Wawancara	Kesimpulan
	keterbatasan anggaran transportasi dan rangkap beban kerja petugas puskesmas (Inf-1)	dilaporkan terhenti atau menurun akibat kebijakan efisiensi anggaran dan keterbatasan kapasitas petugas yang merangkap berbagai program, sehingga fungsi pembinaan kini bergeser menjadi arahan informal dari bidan desa yang sifatnya tidak terstandar dan tidak merata, sebagian kader masih menerima arahan teknis, sementara sebagian lain belum pernah merasakannya sama sekali.
b. Pembinaan kader dihentikan tahun berjalan akibat kebijakan efisiensi anggaran (Inf-2)		
c. Pembinaan formal tidak lagi tersedia akibat tidak ada pendanaan, hanya berjalan jika ada laporan kendala dari posyandu (Inf-3)		
d. Pembinaan formal digantikan arahan informal dari bidan desa berdasarkan ilmu dari puskesmas (Inf-4)		
e. Kader pernah memperoleh arahan teknis rinci (ketelitian pengukuran, kalibrasi dacin) (Inf-8)		
f. Kader mengakui pembinaan sudah tidak berjalan atau belum pernah dirasakan sama sekali (Inf-7,9,10)		

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dan observasi serta telaah dokumen yang telah dilakukan, berikut disajikan tabel triangulasi metode terkait Sumber Daya Manusia kader posyandu terintegrasi:

Tabel 4. 21 Matriks Triangulasi Metode Sumber Daya Manusia

Aspek yang Diwawancarai	Hasil Wawancara	Telaah Dokumen	Observasi	Kesimpulan
Pemilihan Kader	Kriteria rekrutmen kader bersifat partisipatif berbasis musyawarah komunitas dengan standar pendidikan minimal yang longgar, dan secara.	Hasil telaah dokumen yang dilakukan terhadap SK Wali Nagari tentang Kepengurusan dan Penetapan Kader Posyandu menunjukkan bahwa sudah terdapat 5	Hasil observasi yang dilakukan menunjukkan bahwa pada pelaksanaan Posyandu terintegrasi jumlah kader posyandu sudah sesuai	Rekrutmen kader yang longgar tanpa batasan usia menghasilkan kader dengan masa kerja panjang Hingga 16 tahun. Meski jumlah kader per posyandu

Aspek yang Diwawancarai	Hasil Wawancara	Telaah Dokumen	Observasi	Kesimpulan
	konsisten dikonfirmasi oleh seluruh kelompok informan bahwa batasan usia tidak pernah ditetapkan secara formal. Kondisi ini menghasilkan keberadaan kader dengan masa kerja sangat panjang hingga lebih dari 16 tahun, termasuk kelahiran era 1970-masih ada yang menjadi kader	orang kader di masing-masing posyandu setiap nagari.	standar yaitu 5 orang. Namun ditemukan posyandu yang pada saat hari pelayanan hanya ada 3 orang kader dikarenakan 2 orang kader sedang izin. Dan dijumpai juga kader dengan usia memasuki usia tidak produktif.	telah sesuai standar (5 orang) menurut SK Wali Nagari, observasi lapangan menemukan kesenjangan implementasi hanya beroperasi dengan 3 kader akibat izin sehingga menghambat efektifitas, dan sebagian kader telah memasuki usia tidak produktif.

4.3.2 Komponen *Process*

A. Penggerakan

Keterlibatan kader dalam proses penggerakan dapat dilihat melalui koordinasi dengan tenaga kesehatan dan perangkat nagari, sosialisasi jadwal posyandu, serta persiapan lokasi dan sarana. Hasil wawancara mendalam menunjukkan bahwa koordinasi dinilai cukup efektif, sebagaimana disampaikan oleh sebagian informan bahwa hubungan kerja selama ini berlangsung lancar dan seluruh program dapat dilaksanakan bersama. Kader memperoleh informasi melalui dua jalur yaitu informasi rutin seperti jadwal posyandu atau kelas balita yang disampaikan melalui grup WhatsApp, sedangkan hal-hal yang bersifat mendesak atau memerlukan diskusi lebih lanjut disampaikan secara langsung melalui kunjungan atau telepon. Forum koordinasi H-1 sebelum pelaksanaan posyandu turut berperan penting sebagai sarana kader

melaporkan kendala teknis di lapangan, misalnya kerusakan alat, sehingga dapat diantisipasi sebelum hari pelaksanaan. Dampaknya, persoalan operasional dapat diselesaikan secara cepat, sehingga mendukung kelancaran pelaksanaan posyandu.

Meskipun demikian, mekanisme monitoring koordinasi pada tingkat puskesmas masih perlu diperkuat, mengingat pelaporan dari kader hingga ke dinas kesehatan melewati rantai yang panjang (kader–bidan desa–pengelola program–dinas kesehatan), sehingga berpotensi memperlambat tindak lanjut atas kendala yang dilaporkan. Hal yang sama juga terjadi di tingkat nagari, pelaporan dari hasil koordinasi diterima oleh perangkat nagari kemudian akan disampaikan lebih lanjut ke Dinas Pemberdayaan Masyarakat Nagari (DPMN) untuk ditindak lanjuti jika terjadi masalah. Hal ini sebagaimana disampaikan oleh informan sebagai berikut:

“Jadi mungkin sebaiknya ada monitoring agar bisa berkoordinasi, itu tidak hanya di dinas kesehatan, monitoring juga harus perlu di tingkat Puskesmas. Contoh laporan sudah banyak jenjangnya kan dari kader ke bidan desa. Dari bidan desa ke pengelola program, pengelola program nanti baru ke dinas kesehatan.” (Inf-1)

“Mmm Koordinasinya itu melalui Bidan desa. Kalau seandainya ada kendala-kendala di posyandu, nanti kan kader menyampaikan ke bidan desa. Berarti bidan desa yang menyampaikan ke penanggung jawab posyandu.” (Inf-2)

“Ibu selalu nanti itu H-1, kalau posyandu itu selalu kumpul dulu, mereview dulu apa kekurangan. Misalnya, Bu, timbangan ini nggak kelihatan, Bu, ini memang kita keluhan dari kader kan ada gitu.” (Inf-4)

“Kita mesra-mesra aja selama ini. Nggak ada trouble, Puskesmas juga lancar. Semua program pekerjaan yang bisa kita laksanakan bersama. Kalau rutinnnya sebulan sekali mungkin enggak ya. Cuma ketika ada hal, kita langsung telepon langsung koordinasi langsung jalan gitu.” (Inf-5)

“Alhamdulillah kami ibaratnya kompak lah gitu, sesuai arahan bidan dengan apa posyandu ini.” (Inf-7)

“Biasanya kalo ada apa apa diinfokan di WA kalo antar laporan langsung kerumahnya.” (Inf-9)

“Kalau nggak ada tambahan, melalui WhatsApp. Melalui WA aja. Tapi kalau ada tambahan, seperti nanti-sepertinya, kelas balita nanti ada atau nanti ada yang turun dari ini, gitu. Baru kami musawarahkan. Kalau dia nanti turun,

gimana? Siapa yang di bagian sini? Siapa yang di bagian situ? Siapa nanti yang sneknya?” (Inf-10)

Tabel 4. 22 Matriks Triangulasi Sumber Hasil Wawancara Mendalam terkait Koordinasi Kader dengan Tenaga Kesehatan dan Perangkat Nagari

Aspek yang Diwawancarai	Hasil Wawancara	Kesimpulan
Koordinasi Kader dengan Tenaga Kesehatan dan Perangkat Nagari	a. Koordinasi berjenjang dari kader ke bidan desa, ke pengelola program, hingga ke dinas kesehatan dan disarankan penguatan monitoring di tingkat puskesmas agar tidak hanya bertumpu pada satu jalur (Inf-1)	Koordinasi antar kader dan tenaga kesehatan maupun perangkat nagari secara umum berjalan baik dan dinilai lancar oleh informan dengan bidan desa sebagai penghubung utama pada tingkat puskesmas. Mekanisme koordinasi dilakukan pada H-1 sebelum posyandu dan jika ada hal lain yang mendesak dilakukan melalui WhatsApp atau koordinasi langsung.
	b. Kendala di posyandu disampaikan kader kepada bidan desa sebagai perantara ke penanggung jawab posyandu (Inf-2,3)	Sedangkan koordinasi bersama perangkat nagari dilakukan oleh kader secara langsung menemui pihak nagari. Namun pola koordinasi berjenjang masih perlu penguatan monitoring langsung di tingkat puskesmas agar meminimalisir kesalahan.
	c. Koordinasi rutin dilakukan H-1 bersama bidan untuk mereview kesiapan dan mendiskusikan kendala (Inf-4)	
	d. Koordinasi dengan puskesmas berjalan lancar dilakukan telepon/WA atau datang langsung saat ada kebutuhan mendesak, bukan rutin bulanan (Inf-5,6)	
	e. Koordinasi antarkader dan bidan berjalan kompak sesuai arahan bidan (Inf-7,8)	
	f. Koordinasi dilakukan melalui WA, dan laporan disampaikan langsung ke rumah bidan (Inf-9,10)	

Pada aspek pergerakan masyarakat, kader melakukan sosialisasi dan mengajak masyarakat melalui pendekatan digital yang dilakukan dengan grup WhatsApp, status media sosial (WA/Facebook), serta pengumuman melalui pengeras suara masjid, dan pendekatan langsung yang dilakukan melalui kunjungan dari rumah ke rumah maupun penyampaian informasi secara lisan saat bertemu masyarakat. Per kader melakukan pembagian wilayah tanggung jawab yang diterapkan sebagai strategi

efisiensi, di mana setiap kader bertanggung jawab atas sejumlah sasaran tertentu sama rata misalnya dari total 50 sasaran dan kader yang berjumlah lima orang maka setiap kader akan bertanggungjawab terhadap 10 sasaran masing-masing sesuai wilayah tempat tinggalnya, sehingga pemantauan kehadiran sasaran dapat dilakukan secara lebih terfokus. Hal ini disampaikan oleh informan sebagai berikut:

“Itu peran kadernya. Jadi dari perantara bidan desa mengimbau kepada kader untuk menggerakkan masyarakat. Kebanyakannya aktif untuk mengajak masyarakat datang. Biasanya juga dibagi. Kadernya ada 5, jadi dibagi ke wilayah masing-masing. Misalnya ada 50 sasaran jadi dibagi 10 sasaran per kader.” (Inf-2)

“Di himbaukan melalui WA grup kadang kadang ada kader yang langsung bicara.” (Inf-3)

“Dishare melalui status WA, dishare melalui FB. Kader itu ada lima, ada sepuluh. Jadi kader ini punya tanggung jawab wilayah masing-masing. Jadi satu kader itu bisa misalnya, kader yang A dia tinggal di blok A misalnya. Ada balitanya ada sekitar 20, dia bertanggung jawab dengan 20 balita. Jadi nggak seluruhnya. Jadi berbagi kerja, ringan jadinya kan. Jadi terpantau balitanya gitu.” (Inf-4)

“Ya kalau kader perannya sudah cukup signifikan ya. Cukup mumpuni karena ada yang tidak datang mereka juga sweeping, nanti mereka juga keliling mengingatkan.” (Inf-5)

“Kami melakukan pelaksanaan posyandu itu ada H-1 nya. H-1 nya itu ada persiapan eee apa ibaratnya mempersiapkan kami kan kadernya ada lima kan bagi wilayah kerja nanti ada kami data nanti di hari H-1 satu kami data, siapa-siapa aja yang imunisasi bulan ini, aa itu lah kami hubungi nanti balita itu tetap kami WA, ibu-ibu sasaran semuanya tetap kami WA.” (Inf-7)

“Jadi kita harus setiap mau posyandu itu mesti ngomong keliling dulu atau melalui WA gitu.” (Inf-8)

“Pengumuman di masjid. Pengumuman di masjid yang paling utama. Tapi sekarang karena ada WA grup, dibikin juga, gitu. Jadi apabila yang punya WA, Iya yang punya WA udah nampak dia di situ. Apabila dia tuh payah datangnya, kalau ketemu, langsung dibilangin.” (Inf-10)

“Mengajaknya lewat WA grup itu, diumumkan besok ada jadwal Posyandu jam sekian, mohon kehadirannya, gitu.” (Inf-12)

“a kadang kader ngajak aku ke posyandu “yuk posyandu” gitu.” (Inf-13)

Tabel 4. 23 Matriks Triangulasi Sumber Hasil Wawancara Mendalam terkait Peran Kader dalam Mengajak Masyarakat

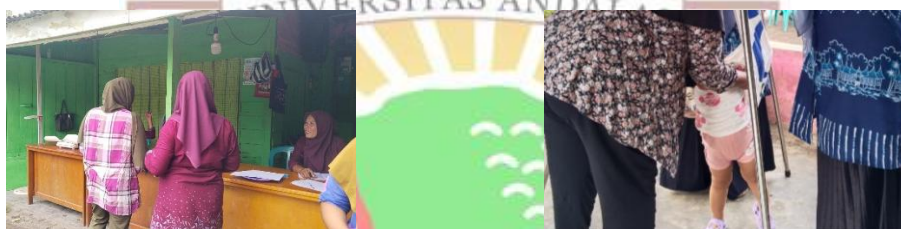
Aspek yang Diwawancarai	Hasil Wawancara	Kesimpulan
Peran Kader dalam Mengajak Masyarakat	a. Penggerakan sasaran dilakukan melalui WA grup dengan pembagian wilayah tanggung jawab per kader (10 sasaran per kader dari total 50 sasaran) (Inf-1,2,3)	Kader menjalankan fungsi penggerakan masyarakat dengan pendekatan digital yaitu menginformasikan di WhatsApp, media sosial, pengumuman masjid dan pendekatan langsung dengan kunjungan rumah, imbauan personal, dengan sistem pembagian wilayah tanggung jawab per kader sebagai strategi efisiensi mobilisasi sasaran. Pendekatan digital tidak selalu efektif menjangkau seluruh sasaran sehingga pendekatan langsung tetap menjadi hal yang tidak dapat ditinggalkan.
	b. Penggerakan melalui status WA dan FB serta kader bertanggung jawab atas wilayah masing-masing (± 20 balita per kader) sehingga pemantauan kehadiran lebih terfokus (Inf-4)	
	c. Penggerakan melalui media sosial, sasaran yang tidak aktif dijemput langsung atau dikunjungi ke rumah (Inf-5,6)	
	d. Persiapan H-1 mencakup pendataan sasaran (khususnya yang perlu imunisasi) dan pemberitahuan melalui WA kepada seluruh ibu sasaran (Inf-7)	
	e. Setiap menjelang posyandu kader melakukan imbauan keliling atau melalui WA (Inf-8,9)	
	f. Pengumuman masjid menjadi saluran utama, WA sebagai pelengkap, sasaran yang sulit hadir didatangi (Inf-10)	
	g. Informasi jadwal diperoleh melalui grup dan didatangi langsung oleh kader (Inf-11,12,13)	

Hasil observasi menunjukkan adanya komunikasi aktif antara kader dan tenaga kesehatan selama pelaksanaan posyandu sebagai salah satu bentuk koordinasi. Kader juga terlihat aktif mengajak masyarakat untuk hadir, yang dibuktikan dengan adanya pesan penyebaran informasi jadwal posyandu melalui grup WhatsApp. Namun demikian, dalam mempersiapkan lokasi pelaksanaan, kader belum menyiapkan label atau papan petunjuk alur lima langkah pelayanan posyandu (pendaftaran, pengukuran,

pencatatan, pelayanan kesehatan, dan penyuluhan). Selain itu, pada tahap pengukuran, kader belum melakukan pengukuran Lingkaran Lengan Atas (LiLA) dan lingkaran kepala sasaran dan juga ditemukan kader yang tidak melepas sandal balita ketika pengukuran.



Gambar 4. 5 Hasil Observasi Penyebaran Jadwal Posyandu



Gambar 4. 6 Hasil Observasi Persiapan Lokasi dan Pelaksanaan Posyandu

Tabel 4. 24 Matriks Triangulasi Metode Penggerakan

Aspek yang Diwawancarai	Hasil Wawancara	Observasi	Kesimpulan
Penggerakan	Kader menjalankan fungsi penggerakan masyarakat dengan pendekatan digital yaitu menginformasikan di WhatsApp, media sosial, pengumuman masjid dan pendekatan langsung dengan kunjungan rumah, imbauan personal, dengan sistem pembagian wilayah tanggung jawab per kader sebagai strategi efisiensi mobilisasi sasaran. Pendekatan digital tidak selalu efektif menjangkau seluruh	Adanya komunikasi aktif antara kader dan tenaga kesehatan saat pelaksanaan posyandu sebagai salah satu bentuk koordinasi. Selain itu kader juga turut mengajak masyarakat untuk datang ke posyandu dengan adanya bukti pesan penyebaran informasi jadwal posyandu melalui WhatsApp grup oleh kader. Namun dalam mempersiapkan tempat pelaksanaan posyandu, kader tidak menyiapkan label alur langkah pelayanan seperti	Kader telah menjalankan fungsi penggerakan melalui WhatsApp, media sosial, pengumuman masjid dan imbauan personal dengan pembagian wilayah tanggung jawab per kader, didukung oleh komunikasi aktif dengan tenaga kesehatan saat pelaksanaan posyandu. Namun dalam penggerakan mempersiapkan pelayanan di posyandu masih ditemukan kader belum menyiapkan alur 5 langkah meja

Aspek yang Diwawancarai	Hasil Wawancara	Observasi	Kesimpulan
	sasaran sehingga pendekatan langsung tetap menjadi hal yang tidak dapat ditinggalkan	pendaftaran, pengukuran, pencatatan, pelayanan kesehatan, dan penyuluhan. Selain itu pada langkah pengukuran kader tidak melakukan pengukuran terhadap LiLA dan Lingkar Kepala	pelayanan posyandu. Serta kurangnya pelayanan pada langkah pengukuran yang tidak mengukur LiLA dan Lingkar Kepala sasaran.

B. Penyuluhan

Keterlibatan kader dalam komponen penyuluhan dikaji melalui kemampuan kader melakukan penyuluhan secara mandiri dan menyiapkan materi penyuluhan. Hasil wawancara mendalam menunjukkan bahwa peran kader dalam penyuluhan kesehatan secara umum masih belum optimal, hal ini karena kapasitas penyuluhan tidak merata dalam satu posyandu dengan hanya satu hingga dua kader dari lima yang dinilai mampu melakukannya. Keterbatasan ini dipengaruhi oleh tiga faktor utama seperti rendahnya latar belakang pendidikan kader, terbatasnya pengetahuan kesehatan akibat minimnya paparan materi, serta belum memadainya kemampuan komunikasi antarpribadi (SKAP) meskipun sebagian kader telah mengikuti pelatihan. Pada praktiknya, fungsi penyuluhan tidak ada dilakukan oleh kader melainkan lebih banyak dijalankan oleh bidan desa, sementara untuk interaksi kader dengan sasaran cenderung bersifat administratif (menanyakan buku KIA, konfirmasi penimbangan) atau terbatas pada konseling berdasarkan hasil penimbangan individual. Hal ini disampaikan oleh informan sebagai berikut:

“Kalau untuk saat ini masih kurang. Kemarin waktu ada pelatihan SKAP waktu itu pesertanya kan dari Luhak Nan Duo sama Sasak. Nah dari situ kan bisa Kakak lihat, memang ternyata masih kurang. Nah kurangnya ini ada beberapa faktor. Yang pertama, latar belakang pengetahuan mereka. Selama

ini yang sering mengedukasi itu kan tenaga kesehatan. Yang kedua, tidak mampu untuk komunikasi antar pribadi. Kadang kemarin itu sudah dilatih, tapi ketika kita coba praktek, ternyata bahasanya kadang ketika kita dengar; masih nadanya itu masih belum empati, kemudian kadang-kadang memang tingkat pengetahuan terhadap kesehatan itu masih kurang, belum terpaparkan kesehatan.” (Inf-1)

“Kan di Poysandu banyak sekarang nih, antara kader tak ada komunikasi dengan ibunya. Paling-paling komunikasinya, “bu, ada bawa bukunya, bu? Alah timbang bu?, kan itu cuma komunikasinya. Saya pengennya bukan itu.” (Inf-3)

“Mungkin penyuluhan ada beberapa yang belum. Kalau secara keseluruhan semuanya mungkin ada beberapa yang Namanya Ya, kadang ada orang yang ngomong di depan itu luwes, ada yang... Ya, tibanya banyaklah ininya.” (Inf-4)

“Kalau di bagian penyuluhan itu edukasinya perorangan yang sering soalnya kan kita menanyai, sasaran itu kan sesuai dengan hasil penimbangan hasil kesehatan anak belita tadi kan. Aa jadi kami tanya perorangannya.” (Inf-7)

“Kalo itu belum masih dapat dari kader kaminya. Ya kita panduannya masih sama buku juga, sih. Sama kadang-kadang ada ilmu kita habis pertemuan, kita sampaikan lagi ke masyarakat, gitu. Ada juga, sih. Ada pernah juga di penyuluhan ke semua anggota tentang pentingnya imunisasi itu, ada juga satu-satu, gitu. Kok ini anaknya turun, kok ini anaknya bagaimana, gini-gini, gitu.” (Inf-8)

“Endak. Beko salah bahan salah lo penyuluhan. Kami penyuluhan berdasarkan data me nyoh. Misal e, kurang barek badan e, atau kalau ndak rajin e datang. itu yang langsung, gitu nyoh.” (Inf-9)

(Engga. Nanti salah bahan salah pula penyuluhan, kami penyuluhan berdasarkan data aja. Misalnya berat badan kurang, atau kalau dia ga rajin datang itu aja bentuknya)

“Enggak paling cuma nanya-nanya ke orang tuanya aja dikit. Semuanya kami masih bidan yang kasih.” (Inf-10)

Hal ini dikonfirmasi dari sudut pandang masyarakat sebagai penerima layanan, yang secara konsisten menyatakan bahwa penyuluhan lebih sering diberikan oleh bidan desa dibandingkan oleh kader. Kader hanya berperan sebatas verifikasi administratif (kepemilikan buku KIA, status penimbangan). Kondisi ini berpotensi menyebabkan hasil pengukuran atau pemeriksaan yang dilakukan kader tidak diikuti oleh pemahaman sasaran terhadap makna dan tindak lanjut yang diperlukan, sehingga

fungsi posyandu sebagai sarana deteksi dini berisiko tidak berlanjut menjadi perubahan perilaku kesehatan di tingkat rumah tangga:

“Ada sih kan itu ada ini, waktu hamil ada kayak kelas ibu hamil gitu dari puskesmas kaynya yah.” (Inf-11)

“Penyuluhan kalau bidannya sering, kadernya ngga ada paling bidan desanya yang sering ngasih penyuluhan, kalau pas kumpul itu pokoknya dari puskesmas lah ada kelas ibu hamil gitu.” (Inf-12)

“Belum. Tapi kadang bidannya itu datang sendiri, kadang ya ngasih juga, cuman kan kadang ngasihnya itu enggak terlalu banyak kali gitu.” (Inf-13)

“Ndak ada kayanya.” (Inf-14)

Tabel 4. 25 Matriks Triangulasi Sumber Hasil Wawancara Mendalam terkait Peran Kader dalam Penyuluhan

Aspek yang Diwawancarai	Hasil Wawancara	Kesimpulan
Peran Kader dalam Penyuluhan	a. Penyuluhan oleh kader masih kurang, dimana faktor penghambat meliputi rendahnya latar belakang pendidikan, kurangnya pengetahuan kesehatan, dan belum memadainya kemampuan komunikasi antarpribadi (SKAP) meskipun pelatihan telah diberikan (Inf-1,2)	Peran kader dalam penyuluhan kesehatan secara konsisten dinilai belum optimal oleh seluruh kelompok informan dan dalam mempersiapkan materi juga masih belum bisa dilakukan. Kapasitas penyuluhan tidak
	b. Interaksi kader-sasaran masih sebatas hal administratif (buku KIA, konfirmasi penimbangan), belum menyentuh substansi edukasi kesehatan (Inf-3)	merata antarkader dan komunikasi kader ke sasaran cenderung bersifat administratif
	c. Kemampuan penyuluhan bervariasi antarkader, sebagian belum mampu berbicara di depan umum dengan lancar (Inf-4)	dibandingkan edukatif, dengan fungsi penyuluhan yang masih didominasi tenaga kesehatan. Penyuluhan yang dilakukan kader lebih bersifat situasional berbasis data penimbangan
	d. Penyuluhan dilakukan secara perorangan berbasis hasil penimbangan individual, bukan penyuluhan terjadwal dengan materi terpersiapkan (Inf-7,8,9)	perorangan, bukan penyuluhan terencana mandiri, dipengaruhi oleh keterbatasan latar belakang pendidikan dan kemampuan komunikasi antarpribadi kader.
	e. Penyuluhan hampir sepenuhnya dilakukan oleh bidan, kader hanya menanyakan hal-hal kecil kepada orang tua (Inf-10)	
	f. Penyuluhan dirasa dari puskesmas melalui kelas ibu hamil, bukan dari kader (Inf-11,12)	

Aspek yang Diwawancarai	Hasil Wawancara	Kesimpulan
	g. Bidan kadang memberikan edukasi namun tidak intensif, kader tidak memberikan penyuluhan (Inf-13,14)	

Selain memberikan edukasi, peran kader di penyuluhan juga dilihat dari keterlibatan kader dalam kegiatan Pemberian Makanan Tambahan (PMT), yang ditemukan jauh lebih aktif dan menyeluruh, mencakup seluruh rangkaian kegiatan mulai dari perencanaan belanja, pengolahan, pendistribusian, hingga pemastian konsumsi oleh sasaran. Keterlibatan ini berlaku untuk dua jenis PMT, yaitu PMT Pemulihan (dilaksanakan satu kali per tahun selama sekitar 56 hari di bawah koordinasi Tenaga Pelaksana Gizi (TPG) dan puskesmas) dan PMT Penyuluhan (dilaksanakan rutin setiap bulan pada hari posyandu dengan menu dari petugas gizi puskesmas). Dana PMT bersumber dari nagari dan dikelola langsung oleh kader dengan sistem rotasi antarkader setiap bulan. Hal ini disampaikan oleh informan sebagai berikut:

“Ada, kemarin itu diberikan edukasi, kalau PMT Pemulihan dan PMT Penyuluhan itu terlibat, cuma kalau PMT Pemulihan biasanya di bawah kontrol dari TPG, kemudian termasuk mereka yang mendistribusikan kan kader yang dilibatkan, kader yang mengantarkan sampai benar-benar diterima dan dikonsumsi oleh ibu, kalau PMT Penyuluhan kan di Posyandu.” (Inf-1)

“Ada terlibat.” (Inf-2)

“Oh terlibat, Karena kita kan. Melalui bidan desa, bidan desa nanti minta tolong sama kadernya untuk mendistribusikan. Menunya ditentukan oleh nagari tapi kan dibikinkan sama kader. Sesuai dengan menu yang sudah ditentukan.” (Inf-3)

“PMT Pemulihan ada ikut juga kader tapi kegiatannya cuman satu kali setahun sampai 56 hari hampir 2 bulan gitu. Kalo PMT penyuluhan Oh itu nagari juga itu, terus yang menyiapkan kader tapi menunya dari petugas Gizi Puskesmas.” (Inf-4)

“Pemberian PMT, PMT terlibat. Kader sistemnya aa bergantian kalau ada yang mau kalau nggak, bagi kader yang mau aja kadang di pesan gitu minta bikinin sama yang bikin PMT.” (Inf-7)

“Iya terlibat, kaya mempersiapkan PMTnya itu kita yang belanja. ini kan ditentukan belanjanya di warung mana, gitu. Nanti kita masak sendiri, bahan-bahannya apa yang mau diperlukan, kita cari, gitu. Pokoknya nanti kumpul semua, gitu. Kadang-kadang yang satu eh yang dua apa namanya, kami lima orang. Nanti yang tiga kita ngolah masakan. Nanti yang dua untuk membersihkan tempat yang mau diposyandukan, gitu.” (Inf-8)

“Itu kan dana dari nagari. Cuma dek kami kan Balimo, ganti-gantian kader ko menyiapkan e. Bulan iko, kader satu, yang bulan besuak, kader dua, lanjut itu. Pokok e satiok bulan ganti-gantian. Tapi dana dari negari.” (Inf-9)

(Itu dana dari nagari, cuma karena kami berlima, bergantian kader yang menyiapkan. Bulan ini kader satu, yang bulan besok kader dua. Pokoknya setiap bulan gantian, tapi dana dari nagari)

Kan dikasih uang, berupa uang, baru kami yang mengolahnya. Iya, PMT-nya. Cuma kadang namanya tidak sempat, kami beli aja. Dia tergantung sasaran dek, Kalau umpamanya sesaran awak banyak, banyak pula apanya.” (Inf-10)

Namun berdasarkan hasil observasi yang dilakukan beberapa posyandu. PMT penyuluhan untuk anak 6-59 bulan yang disiapkan oleh kader belum memenuhi standar yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan yang dimuat dalam buku saku kader kesehatan. PMT yang ditemukan hanya mengandung 2 kelompok bahan makanan, yang seharusnya mengandung minimal 5 kelompok bahan. Selain itu juga ditemukan PMT yang mengandung pewarna dan penyedap:



Gambar 4. 7 Hasil Observasi Penyediaan Pemberian Makanan Tambahan

Tabel 4. 26 Matriks Triangulasi Metode Penyuluhan

Aspek yang Diwawancarai	Hasil Wawancara	Observasi	Kesimpulan
Peran Kader dalam Penyuluhan	Peran kader dalam penyuluhan kesehatan secara konsisten dinilai belum optimal oleh seluruh kelompok informan dan dalam mempersiapkan materi juga masih belum bisa dilakukan. Kapasitas penyuluhan tidak merata antarkader dan komunikasi kader ke sasaran cenderung bersifat administratif dibandingkan edukatif, dengan fungsi penyuluhan yang masih didominasi tenaga kesehatan. Penyuluhan yang dilakukan kader lebih bersifat situasional berbasis data penimbangan perorangan, bukan penyuluhan terencana mandiri, dipengaruhi oleh keterbatasan latar belakang pendidikan dan kemampuan komunikasi antarpribadi kader.	Hasil observasi pada hari pelaksanaan posyandu menunjukkan bahwa kader tidak memberikan penyuluhan dan tidak terdapat media edukasi selama kegiatan berlangsung, penyuluhan hanya dilakukan oleh tenaga kesehatan. Kader hanya menyediakan makanan tambahan lokal untuk balita, sementara Pemberian Makanan Tambahan (PMT) Pemulihan tidak dilaksanakan karena program ini hanya dijadwalkan satu kali dalam setahun selama 14-90 hari, sesuai jadwal yang ditetapkan oleh Dinas Kesehatan dan Puskesmas.	Wawancara dan observasi sama-sama menunjukkan bahwa fungsi penyuluhan kesehatan oleh kader posyandu belum berjalan. Kader belum mampu menyusun dan menyampaikan materi edukasi secara mandiri, penyuluhan hanya bersifat situasional mengikuti data penimbangan, dan pada hari observasi tidak ditemukan kegiatan maupun media edukasi apa pun. Sebaliknya, keterlibatan kader dalam PMT justru aktif dan terorganisir, menunjukkan bahwa kelemahan ini spesifik pada fungsi edukatif, bukan pada kapasitas kader secara umum.

C. Pencatatan dan Pelaporan

Dalam pelaksanaan posyandu, kader berperan melakukan pencatatan hasil kegiatan, meliputi plotting hasil penimbangan dan pengukuran, perhitungan Indeks Massa Tubuh (IMT) dan status gizi, serta pencatatan checklist kunjungan rumah beserta rekapitulasinya. Hasil wawancara menunjukkan bahwa kemampuan kader

dalam melakukan pencatatan dan pengisian plotting hasil penimbangan secara umum belum merata pada seluruh kader dalam satu posyandu. Kondisi ini diperparah oleh ketiadaan dukungan sarana pencatatan dari nagari yang membuat kader harus membuat format catatan secara manual dengan menggaris-garis buku, sehingga meskipun kader berupaya menjalankan tugas tersebut, kualitas dan validitas data yang dihasilkan masih diragukan oleh pengelola program. Dalam praktiknya, rata-rata hanya dua kader per posyandu yang benar-benar mampu melakukan pencatatan dan pelaporan secara mandiri, sementara sebagian kader lain enggan ditempatkan pada tugas pencatatan dan cenderung sulit untuk belajar. Dari sisi kemampuan teknis, pengisian plotting grafik pertumbuhan pada buku KIA secara umum sudah dikuasai kader, namun kemampuan menghitung IMT dan status gizi masih menjadi keterbatasan yang konsisten ditemukan. Hal ini disampaikan oleh informan sebagai berikut:

“Kalau untuk peran dalam menjalankan pencatatan dan pelaporan, sebenarnya kader itu kalau diberikan tugas mereka upayakan, cuman tingkat kualitasnya itu yang diragukan. Dan permasalahan ini balik lagi, yang pertama, dukungan pencatatan dari nagari ngga ada. Otomatis mereka juga tidak bisa memberikan pencatatan yang sesuai seharusnya. Kemudian pengisian juga penting kan contohnya pengisian buku KIA, dan pengisian di buku pelaporan merekakan hampir mirip tuh. Dan itu kalau mereka disuruh ngisi yang ngisi, tapi tingkat validitasnya itu kurang. Jadi sehingga kalau ditanya bagaimana pencatatan pelaporan, secara kualitas kakak bilang masih kurang.” (Inf-1)

“Kalau pencatatan mereka ada sih mencatat, setiap posyandu harus dicatat. Kerjasama sama Puskesmas sama BIDES.” (Inf-2)

“Kalau pencatatan. Sudah bagus. Tapi. Tidak semuanya yang bisa. Tidak semuanya yang bisa. Ada yang tidak mau. Nah Karena dia ndak bisa. Ndak mau belajar dan ndak bisa. Nah Paling-paling Poyandu Dua orang yang bisa Untuk pencatatan dan pelaporan. Paling-paling yaa.” (Inf-3)

“InsyaAllah bisa plotting semuanya, ada sih kader yang baru itu belum paham di buku apa itu garis garis itu dan dia masih megang yang ringan-ringan dulu, ada pendaftaran atau apa gitu.” (Inf-8)

“Alah bisa. Paham bana alun, Cuma lah bisa lah. Karena ado kader yang lah lamo dan adolo kader yang baru masuak. IMT tu alun leh.” (Inf-9)

(Sudah bisa, paham betul belum tapi sudah bisa. Karena ada kader yang sudah lama dan ada juga kader yang baru masuk. IMT itu belum.)

“Garis buku, apa itu bisa aman. Kalok IMT belum pernah lagi.” (Inf-10)

Kemudian pada aspek pencatatan kunjungan rumah, ditemukan bahwa kader pada umumnya telah melakukan pencatatan hasil kunjungan, namun format dan media pencatatannya masih bervariasi setiap posyandu karena belum menggunakan form checklist kunjungan rumah. Sesuai dengan yang disampaikan oleh informan berikut:

Ada, kami catat itu buku kunjungan rumah, ada pula bukunya.” (Inf-7)

Ada, banyak. Kan kita perlu laporan juga, gitu. Makanya itu perlu dicatat juga. Kita laporkan ke bidan karena yang dikunjungi itu kan yang apa itu, yang nipas gitu.” (Inf-8)

Kami catat lo di buku Harian kami. Buku ketek.” (Inf-9)

(Kami juga mencatat di buku harian kami, buku kecil)

Nggak khusus, sih. Cuman, oh, paling nanti kami bawa apa yang diperlukan aja, seperti misalnya timbangan kami bawa, ukur tinggi mungkin, atau ukur tinggi, di ukur tingginya. Jadi kalau ada keluhan, kami catat di buku apa aja, nanti sini baru kami informasikan sama Bidan. Kami nggak bisa lepas dari Bidan di sini.” (Inf-10)

Tabel 4. 27 Matriks Triangulasi Sumber Hasil Wawancara Mendalam terkait Pencatatan dan Pengisian Plotting

Aspek yang Diwawancarai	Hasil Wawancara	Kesimpulan
Pencatatan dan Pengisian Plotting	a. Kader berupaya menjalankan pencatatan namun kualitas dan validitas data masih diragukan dan tidak ada dukungan sarana pencatatan dari nagari serta rata-rata hanya 2 kader per posyandu yang benar-benar mampu (Inf-1)	Kemampuan pencatatan dasar (plotting grafik pertumbuhan) secara umum sudah dimiliki kader, namun tidak merata dalam satu posyandu dan kualitas serta validitas data yang dihasilkan masih menjadi catatan pengelola program. Kesenjangan kompetensi yang konsisten ditemukan adalah antara keterampilan dasar (plotting) yang sudah relatif dikuasai dan perhitungan IMT yang belum pernah
	b. Pencatatan dilakukan setiap posyandu bekerja sama dengan bidan desa dan puskesmas (Inf-2,4)	
	c. Kemampuan pencatatan sudah ada namun tidak merata, sebagian kader tidak mau belajar sehingga kemampuan	

Aspek yang Diwawancarai	Hasil Wawancara	Kesimpulan
	terkonsentrasi pada 2 kader per posyandu (Inf-3)	dilakukan oleh sebagian besar kader, diperparah oleh ketiadaan dukungan sarana pencatatan dari nagari.
	d. Plotting sudah bisa dilakukan oleh sebagian besar kader (Inf-7,8)	
	e. Plotting sudah bisa namun kemampuan menghitung IMT belum dimiliki (Inf-9,10)	

Berdasarkan hasil observasi yang dilakukan, ditemukan bahwa pencatatan hasil pengukuran dilakukan pada sebuah buku besar yang telah digariskan oleh kader sesuai arahan bidan desa. Namun demikian, pengisian plotting pada buku KIA yang seharusnya dilakukan oleh kader tidak sepenuhnya terlaksana. Kader tidak melakukan pengisian plotting Lingkaran Lengan Atas (LiLA) dan lingkaran kepala, serta tidak mengisi hasil perhitungan Indeks Massa Tubuh (IMT) pada buku KIA milik sasaran, yang diduga disebabkan oleh ketidakpahaman kader dalam menghitung dan menginterpretasikan IMT.



Gambar 4. 8 Hasil Observasi Pencatatan Hasil Pengukuran

Tabel 4. 28 Matriks Triangulasi Metode Pencatatan

Aspek yang Diwawancarai	Hasil Wawancara	Observasi	Kesimpulan
Pencatatan	Kemampuan pencatatan dasar (pengisian plotting grafik pertumbuhan dan pencatatan hasil pengukuran penimbangan) secara umum sudah dimiliki kader, namun tidak merata dalam satu posyandu dan kualitas serta validitas data yang dihasilkan masih menjadi catatan pengelola program. Kesenjangan kompetensi yang konsisten ditemukan adalah antara keterampilan dasar (plotting) yang sudah relatif dikuasai dan perhitungan IMT yang belum pernah dilakukan oleh sebagian besar kader, dan minimnya dukungan pengadaan sarana pencatatan dari nagari.	Hasil observasi Pencatatan pada hari pelaksanaan posyandu menunjukkan bahwa kader tidak ada melakukan pengisian plotting LiLA dan Lingkaran kepala, serta pengisian IMT pada buku KIA milik sasaran. Karena ketidakpahaman kader terkait IMT.	Kemampuan pencatatan kader masih terbatas pada plotting grafik berat badan, sementara pengisian LiLA, lingkaran kepala, dan IMT tidak dilakukan. Dikonfirmasi baik melalui wawancara maupun observasi langsung, disebabkan oleh ketidakpahaman kader terhadap indikator tersebut dan masih minimnya dukungan pengadaan sarana pencatatan oleh nagari.

Pelaporan hasil posyandu dilakukan dari kader kepada bidan desa, kemudian bidan desa menyusun laporan sesuai format Puskesmas untuk diteruskan kepada pemegang program, dan selanjutnya kepada Dinas Kesehatan. Selain alur tersebut, kader juga menyampaikan pelaporan bulanan di tingkat nagari setiap selesai pelaksanaan posyandu, berupa data hasil pengukuran dan bukti dokumentasi kehadiran sebagai syarat pengajuan klaim insentif. Laporan kepada wali nagari turut dilengkapi dengan laporan Pemberian Makanan Tambahan (PMT) beserta faktur belanja bahan, serta memerlukan pengesahan administratif dari jorong sebelum diteruskan ke wali nagari. Meskipun demikian, proses pelaporan berjenjang ini tetap berpotensi menimbulkan kesalahan data, sehingga dilakukan mekanisme validasi pada setiap

tingkatan. Kader terlebih dahulu memvalidasi data secara mandiri dan mengulang pengukuran apabila ditemukan ketidaksesuaian, sebelum bidan desa memeriksa ulang data tersebut sebelum diteruskan ke Puskesmas. Hal ini disampaikan oleh informan sebagai berikut:

“Kalau pelaporan posyandu, itu posyandu pelaporannya itu ke bidan desa. Itu saling timbal balik, apakah bidan desanya yang ke bawah atau kadernya yang melaporkan ke bidan desa. Nanti dilaporkan ke pemegang program yang ada di Puskesmas. Berjenjang ya dari nanti Puskesmas, baru nanti dilaporkan ke dinas kesehatan. Jadi karena memang banyak tingkatan pelaporannya, semakin ada peluang, ada kadang-kadang data yang kita perlu validasi lagi. Jadi harapannya dari Puskesmas juga melakukan kontrol ke bawah.” (Inf-1)

“Validasinya? Biasanya bukan kader, tapi dari bidan ke puskesmas.” (Inf-3)

“Pelaporan setiap bulan. ya nantikan ditengoknya berapa berapa jumlah yang datang, berapa yang tidak itu kan nanti kan kunjungan dulu, setelah kunjungan baru nanti yang ini loh yang sebenarnya yang real, nanti terakhir itu kunjungan rumah baru nanti di sweping, dia melaporkan ke ibu ini loh fotonya kalau kami udah turun, ini laporan anak-anaknya yang kami yang turun nah itu.” (Inf-4)

“Pelaporannya setiap bulan, setelah melakukan posyandu mereka bikin laporan, ada bukti fotonya disana dan ditanda tangani oleh bidannya. Dan nanti laporan itu digunakan juga sebagai klaim insentifnya.” (Inf-5)

“Setiap bulan laporan kegiatan posyandu yang telah dilaksanakan wajib mengantarkan laporan. Dan kalau khusus untuk PMT, itu wajib pula melampirkan fraktur apa yang dibelinya. Untuk posyandu itu, misalnya kayak buah, buah apa misalnya, dibikin fakturnya itu sesuai dengan dana yang dia dapat.” (Inf-6)

“Kalau kami dari kader ke nagari nanti kalau bu bidannya ke puskesmas.” (Inf-7)

“Ada, ada. Kadang-kadang kalau timbangannya kan, kok ini segini? Atau pengukurannya, kemarin segini, sekarang kok segini? Itu disuruh ulang lagi, gitu. Kalo dah selesai tak cek lagi sama bidan.” (Inf-8)

“Laii, nyo beko siap kami catat kan, beko kami agiahan ka bidan suruah pareso. Dah tu laporan ko siap dibuek, kami agiahan ka bidan, bidan menyesuaikan, bidan malaporan ka puskesmas. Siap tu minta tando tangan ka jorong baru ka wali nagari. Biasonyo bisuak, ndak siap kinin do.” (Inf-9)

(Ada, nanti siap kami mencatat, nantinya kami kasih ke bidan untuk diperiksa. Siap itu laporan yang siap dibikin ini kami kasih ke bidan, bidan menyesuaikan, bidan melaporkan ke puskesmas. Siao itu minta tanda tanga ke jorong baru ke wali nagari, biasanya besok tidak siap sekarang)

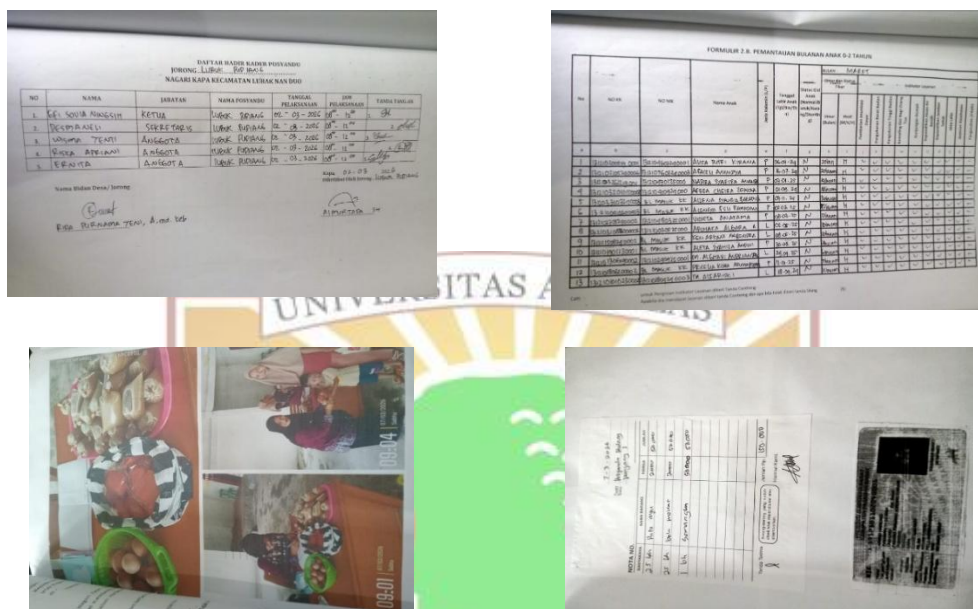
“Iya kami cek, harus kami cek evaluasi, Semua terlibat. Dengan bu bidanya pun semua harus terlibat. Pulangnya pun nanti sama-sama. Kalau udah clear semua, simpan semua dengan pencekan, baru pulang.” (Inf-10)

Tabel 4. 29 Matriks Triangulasi Sumber Hasil Wawancara Mendalam terkait Pelaporan

Aspek yang Diwawancarai	Hasil Wawancara	Kesimpulan
Pelaporan	a. Pelaporan berjenjang dari kader ke bidan desa, ke pemegang program puskesmas, hingga ke dinas kesehatan; semakin banyak jenjang semakin besar risiko kesalahan data, serta penguatan kontrol langsung puskesmas ke lapangan dinilai perlu (Inf-1) b. Validasi dilakukan oleh bidan, bukan oleh kader (Inf-2,3) c. Pelaporan bulanan disertai dokumentasi foto kunjungan sebagai bukti pelaksanaan <i>sweeping</i> (Inf-4) d. Alur pelaporan dari kader ke nagari, kemudian bidan desa ke puskesmas (Inf-7) e. Terdapat mekanisme pengecekan mandiri (pengulangan pengukuran apabila ada ketidaksesuaian) sebelum data dicek bersama bidan (Inf-8) f. Setelah pencatatan selesai, laporan diserahkan ke bidan untuk diperiksa dan disesuaikan, kemudian ditandatangani secara berjenjang dari jorong hingga wali nagari, proses ini biasanya berlanjut hingga keesokan harinya (Inf-9,10)	Alur pelaporan berjalan secara berjenjang dengan mekanisme validasi yang cukup terstruktur mulai dari pengecekan mandiri oleh kader, pengecekan bersama bidan, hingga pelaporan ke puskesmas dan dinas kesehatan. Selain itu penandatanganan berjenjang oleh perangkat nagari (jorong dan wali nagari) untuk pelaporan di Nagari serta klaim insentif. Namun, panjangnya rantai pelaporan justru meningkatkan risiko kesalahan data pada setiap jenjang, sementara validasi di tingkat puskesmas tidak selalu dilakukan secara aktif sehingga kontrol kualitas data masih sangat bergantung pada inisiatif bidan desa.

Berdasarkan telaah dokumen yang dilakukan terhadap laporan oleh kader, hasil telaah dokumen menemukan adanya Laporan Kader Posyandu bulan Maret 2026 yang dilaporkan kepada tingkat nagari. Laporan tersebut memuat data jumlah sasaran posyandu, pemantauan bulanan ibu hamil, pemantauan bulanan bayi dan balita,

pemantauan layanan dan sasaran PAUD anak, realisasi kunjungan rumah, serta daftar kegiatan kader posyandu. Selain itu, terdapat pula Laporan Pemberian Makanan Tambahan (PMT) yang dilengkapi dengan faktur belanja bahan pembuatan PMT serta dokumentasi penyediaan dan pembagian PMT kepada sasaran.



Gambar 4. 9 Laporan oleh Kader

Tabel 4. 30 Matriks Triangulasi Metode Pelaporan

Aspek yang Diwawancarai	Hasil Wawancara	Telaah Dokumen	Kesimpulan
Pelaporan	Alur pelaporan berjalan secara berjenjang dengan mekanisme validasi yang cukup terstruktur mulai dari pengecekan mandiri oleh kader, pengecekan bersama bidan, hingga pelaporan ke puskesmas dan dinas kesehatan. Selain itu penandatanganan berjenjang oleh perangkat nagari(jorong dan wali nagari) untuk pelaporan di Nagari serta klaim insentif. Namun, panjangnya	Terdapatnya laporan kader posyandu per Maret 2026 yang memuat data jumlah sasaran posyandu, pemantauan bulanan ibu hamil, pemantauan bulanan bayi dan balita, pemantauan layanan dan sasaran PAUD anak, realisasi kunjungan rumah, serta daftar kegiatan kader posyandu. Selain itu, didalam	Alur pelaporan berjalan dari kader hingga dinas kesehatan, didukung mekanisme validasi bertingkat dan bukti dokumen laporan yang lengkap (data sasaran, pemantauan bulanan, kunjungan rumah, hingga laporan PMT) serta penandatanganan berjenjang oleh perangkat nagari untuk keperluan

Aspek yang Diwawancarai	Hasil Wawancara	Telaah Dokumen	Kesimpulan
	rantai pelaporan justru meningkatkan risiko kesalahan data pada setiap jenjang, sementara validasi di tingkat puskesmas tidak selalu dilakukan secara aktif sehingga kontrol kualitas data masih sangat bergantung pada inisiatif bidan desa.	laporan tersebut juga menyertai laporan Pemberian Makanan Tambahan (PMT) yang dilengkapi dengan faktur belanja bahan pembuatan PMT serta dokumentasi penyediaan dan pembagian PMT kepada sasaran.	pelaporan dan klaim insentif.

D. Kunjungan Rumah dan Pemberdayaan Masyarakat

Hasil wawancara mendalam menunjukkan bahwa pelaksanaan kunjungan rumah oleh kader belum berjalan sesuai standar 25 keterampilan dasar yang mengamankan kunjungan rutin bulanan untuk seluruh kelompok siklus hidup. Pada praktiknya, kunjungan rumah lebih banyak berbentuk kegiatan sweeping terjadwal dua kali setahun (Februari dan Agustus), kemudian diluar terjadwal tersebut lebih terfokus hanya pada sasaran yang tidak hadir ke posyandu. Kendala utama yang secara konsisten disampaikan adalah ketiadaan dukungan transportasi dan dana operasional bagi kader, sehingga frekuensi kunjungan rumah berdasarkan data laporan sangat rendah. Hal ini disampaikan oleh informan dari tingkat pengelola program sebagai berikut:

“Di sini yang sering terjadi itu, kalau kakak tengok laporan, jumlah kunjungan rumah itu sangat rendah. Kembali lagi, permasalahan dana lagi, mereka kunjungan rumah mau diberi apa yakan. Sedangkan mereka tidak dapat transport, tidak dapat dukungan kendaraan. Itu sulitnya Makanya, kalau di by data, itu sangat rendah. Ada, ada tapi tidak banyak. Untuk kunjungan rumahnya.” (Inf-1)

“Jalan, mereka aktif kalau ada kunjungan rumah. Apa yang diperlukan mereka jalan. Tapi ee nggak rutin semuanya.” (Inf-2)

“Iya Itu sweeping selalu dilakukan kalau tidak dilakukan sweeping Posyandu kita Kategorinya, kategori Tidak aktif semua. Pasti harus dilakukan Harus.

Pokoknya Harus dilakukan Sweeping. Karena Kehadiran di Posyandu Kita rata-rata 50 ke bawah. Kecuali Daerah tertentu Kayak Opir Ini bagus nih, jambak Selatan Itu bagus tuh Kehadiran bayi balitanya Bagus.” (Inf-3)

“Pernah... kunjungan rumah ibu hamil dan balita yang ga datang, balita yang kurang gizi, yang stunting sih. Kalau kunjungan rumah di sini kan, di 25 keterampilan ini kan semua dikunjungi rutin sekali sebulan semuanya, lansianya, dewasanya. belum mulailah ibaratnya kan kami akan mencoba nantinya bulan depan.” (Inf-7)

“Ya kan, seandainya anak itu nggak datang, nggak sempat datang, karena entah kendaraan yang nggak ada, atau bagaimana. Kita datang sana menimbangannya. Untuk sweeping-nya sendiri, tapi dalam satu tahun dua kali. Dua kali, Itu sekalian kita memberikan obat vitamin sama cacing. Tapi sebenarnya kalau dianjurkan dari puskesmas dulu, pernah juga itu harus 100% penimbangan, kan? Jadi kadang-kadang ya jalan juga, gitu.” (Inf-8)

“Adoo untuk sweping Februari samo Agustus. Sabalun sweping, menyiapkan data anak ko kan mano yang ka dikunjungi, apo permasalahan inyo, ma ajak inyo. Misalkan kok ado keluhan inyo wak ajak inyo.” (Inf-9)

(ada untuk sweping Februari dan agustus. Sebelum sweping menyiapkan data anak yang akan dikunjungi, apa permasalahannya, mengajak dia. Misalkan ada keluhan dia kita ajak dia.)

“Kalau kader enggak ya. Kalau pas masa nifas kemarin cuman asisten bidan, sama bidannya. Buat mandiin kan, periksa, periksa tensi, periksa adiknya.” (Inf-11)

“Ya, ke itu kan kak kerumah rumah gitukan kak? Ada kadang untuk ibu hamil, kadang ini yang timbangannya enggak naik kadang.” (Inf-13)

“Ada kadang di bulan Februari dan Agustus.” (Inf-14)

Tabel 4. 31 Matriks Triangulasi Sumber Hasil Wawancara Mendalam terkait Pelaksanaan Kunjungan Rumah

Aspek yang Diwawancarai	Hasil Wawancara	Kesimpulan
Pelaksanaan Kunjungan Rumah	a. Data laporan menunjukkan frekuensi kunjungan rumah sangat rendah, ketiadaan dukungan transportasi dan dana operasional bagi kader menjadi hambatan utama (Inf-1) b. Kader aktif melakukan kunjungan saat dibutuhkan, namun tidak rutin untuk seluruh sasaran (Inf-2) c. Sweeping wajib dilakukan sebagai syarat keaktifan posyandu (Inf-3,4) d. Kunjungan telah dilakukan untuk ibu hamil, balita tidak hadir, dan kasus stunting, namun kunjungan rutin	Kunjungan rumah oleh kader pada praktiknya masih berbentuk sweeping terjadwal dua kali setahun (Februari dan Agustus) dalam rangka bulan penimbangan. Sedangkan untuk sasaran berisiko atau tidak hadir ke posyandu, belum mencapai standar kunjungan rutin

Aspek yang Diwawancarai	Hasil Wawancara	Kesimpulan
	bulanan untuk seluruh siklus hidup sesuai ILP belum berjalan (Inf-7)	bulanan untuk seluruh siklus hidup sesuai 25
e. Sweeping dua kali setahun disertai pemberian vitamin dan obat cacing (Inf-8)		keterampilan dasar ILP. Ketiadaan dukungan transportasi
f. Sweeping dijadwalkan Februari dan Agustus (Inf-9,10,14)		dan dana operasional menjadi hambatan
g. Kunjungan dari kader tidak dirasakan, kunjungan masa nifas dilakukan oleh bidan (Inf-11, 13)		struktural utama, dengan pengalaman masyarakat yang
h. Belum pernah dikunjungi selama kehamilan karena rutin datang ke posyandu (Inf-12)		bervariasi menunjukkan sebagian lain tidak pernah dikunjungi oleh kader.

Pada aspek pemberdayaan masyarakat, peran kader belum berjalan sebagai program kesehatan yang terjadwal dan mandiri. Keterlibatan kader lebih banyak bersifat kondisional melalui peran ganda sebagai anggota PKK, seperti imbauan PHBS, gotong royong, dan penanaman TOGA, serta responsif terhadap situasi tertentu seperti kasus DBD atau momentum lomba. Hal ini disebabkan oleh belum adanya pembekalan strategi komunikasi dari sisi kesehatan serta minimnya dukungan dana dari nagari untuk kegiatan pemberdayaan. Hal ini disampaikan oleh informan sebagai berikut:

“Kalau saat sekarang ini banyak faktor yang menyebabkan itu tidak maksimal di lapangan. Seperti tadi kan, Dari pemerintahan mereka. Mereka tidak dibekali bagaimana strategi komunikasi yakan? Kemudian, bagaimana peran mereka dalam pemberdayaan masyarakat. Juga Termasuk untuk melibatkan tokoh-tokoh masyarakat, kemudian komunitas-komunitas, kelompok-kelompok masyarakat, termasuk tim PKK di nagari, misalnya, Kan. Jadi, memang saat ini, kader tersebut masih belum dikatakan sangat mampu. Tapi, memang sudah ada beberapa yang sudah bisa.” (Inf-1)

“Misalnya kita mau ada sosialisasi di posyadu, nah itu kadernya mereka ikut. Ikut mengajak masyarakat dan mereka hadir dalam sosialisasi itu. Kalo kegiatan goro, TOGA, PKK biasanya PKK lagi tu.” (Inf-2)

“Ada kemarin itu kan ada kasus DBD jadi di ajak GORO lah masyarakat. Kita sudah informasikan kepada bidan desanya untuk kader juga melakukan PSN.” (Inf-3)

“Oh belum ada? Belum ada. Karena itu tadi terbatas sama masalah dana, juga iya kan.” (Inf-5)

“Keterlibatannya itu paling dikasih misalnya di waktu gotong royong itu dikasih apa yang dibutuhkan dia. Itu kan... bersama dengan ibu-ibu PKK gitu.” (Inf-6)

“Kalau yang itu kita belum sempat. Baru kader yang pernah, karena kader disini juga PKK.” (Inf-8)

“Pernah, cuman alah lamo ya. Pas nak lomba-lomba me nyo.” (Inf-9)

(Pernah, cuman sudah lama. Pas mau lomba-lomba aja.)

“Sebenarnya nggak, sih. Nggak terlibat kali kami, kalau kita ndak, Lebih ke PKK. Cuman kalau kami dibutuhkan, kalau misalnya dari PKK harus dilibatkan ibu-ibu ini tolong, ya masuk. Kami itu juga kemarin bikin taman yang diapa itu, masuk kami, tuh. Kami yang mengajak masyarakat ini, gitu.” (Inf-10)

“Oh itu biasanya khusus kader itu he eh. Kalau untuk masyarakat kayaknya enggak.” (Inf-11)

“Ada suruh makan makanan sehat, sayur, buah.” (Inf-12)

Tabel 4. 32 Matriks Triangulasi Sumber Hasil Wawancara Mendalam terkait Pemberdayaan Masyarakat

Aspek yang Diwawancarai	Hasil Wawancara	Kesimpulan
Pemberdayaan Masyarakat	a. Peran kader belum optimal karena tidak dibekali strategi komunikasi dan pelibatan tokoh/komunitas masyarakat (Inf-1)	Peran kader dalam pemberdayaan masyarakat belum berjalan secara mandiri dan terjadwal sebagai program kesehatan tersendiri.
	b. Kader terlibat dalam sosialisasi posyandu sedangkan kegiatan GORO dan TOGA lebih banyak digerakkan PKK (Inf-2)	Keterlibatan kader lebih banyak bersifat insidental melalui peran ganda sebagai anggota PKK dan responsif terhadap situasi tertentu.
	c. Kader dilibatkan dalam respons kasus DBD melalui PSN dan GORO (Inf-3,4,7)	Ketiadaan pembekalan strategi komunikasi dari sisi kesehatan dan minimnya dukungan dana nagari menjadi dua faktor penghambat utama yang menyebabkan
	d. Dukungan nagari untuk pemberdayaan belum tersedia akibat keterbatasan dana (Inf-5)	
	e. Keterlibatan nagari terbatas pada fasilitasi material saat gotong royong bersama PKK (Inf-6,14)	
	f. Kegiatan pemberdayaan belum sempat dilakukan secara khusus, peran lebih banyak melalui PKK (Inf-8)	
	g. Kegiatan pemberdayaan pernah dilakukan namun sudah lama tidak	

Aspek yang Diwawancarai	Hasil Wawancara	Kesimpulan
	berjalan, hanya aktif saat ada momentum lomba (Inf-9,10,13)	peran ini belum optimal dan tidak
	h. Kegiatan pemberdayaan dirasakan hanya untuk internal kader, bukan masyarakat umum (Inf-11)	berkelanjutan.
	i. Pernah menerima edukasi makan makanan sehat dari kader (Inf-12)	

Tabel 4. 33 Matriks Triangulasi Metode Pelaksanaan Kunjungan Rumah

Aspek yang Diwawancarai	Hasil Wawancara	Observasi	Kesimpulan
Pelaksanaan Kunjungan Rumah	Kunjungan rumah oleh kader pada praktiknya masih berbentuk sweeping terjadwal dua kali setahun (Februari dan Agustus) dalam rangka bulan penimbangan. Sedangkan untuk sasaran berisiko atau tidak hadir ke posyandu, belum mencapai standar kunjungan rutin bulanan untuk seluruh siklus hidup sesuai 25 keterampilan dasar ILP. Ketiadaan dukungan transportasi dan dana operasional menjadi hambatan struktural utama, dengan pengalaman masyarakat yang bervariasi menunjukkan sebagian lain tidak pernah dikunjungi oleh kader.	Telah dilaksanakannya kunjungan rumah, namun belum dilaksanakannya kunjungan rutin melainkan hanya melaksanakan kunjungan khusus ketika bulan penimbangan dan sasaran yang tidak hadir ke posyandu.	Kunjungan rumah telah dilaksanakan, namun terbatas pada sweeping dua kali setahun saat bulan penimbangan (Februari dan Agustus) serta kunjungan khusus untuk sasaran yang tidak hadir atau berisiko, belum mencapai standar kunjungan rutin bulanan untuk seluruh siklus hidup sesuai ILP, dengan ketiadaan dukungan transportasi dan dana operasional sebagai hambatan utamanya.

4.3.3 Komponen Output

Output dalam penelitian ini merupakan gambaran peran kader dalam pelaksanaan posyandu terintegrasi di wilayah kerja Puskesmas Ophir tahun 2026, yang dilihat dari gambaran kompetensi kader dalam mengaplikasikan 25 keterampilan dasar posyandu terintegrasi dan pencapaian cakupan layanan siklus hidup berdasarkan

jumlah kunjungan posyandu. Hasil wawancara mendalam menunjukkan bahwa pelatihan yang telah diikuti kader memberikan dampak positif terhadap peningkatan keterampilan teknis maupun non-teknis dalam pelaksanaan posyandu terintegrasi. Peningkatan yang dirasakan mencakup ketelitian dalam penimbangan dan pengukuran, kemampuan komunikasi dengan ibu balita, serta kesadaran kader terhadap cakupan dan tanggung jawab tugasnya yang lebih luas dari sekadar kegiatan pada hari posyandu. Namun demikian, keberlanjutan peningkatan keterampilan ini sangat bergantung pada ada tidaknya monitoring pasca-pelatihan dari pengelola program selain itu sebagian kader mengakui bahwa penerapan keterampilan baru dari ILP masih menunggu arahan dan kesiapan dari tenaga kesehatan. Hal ini disampaikan oleh informan sebagai berikut:

“Sebenarnya, setiap pelatihan itu pasti ada peningkatan. Pasti ada. Cuman, nanti setelah melaksanakan pelatihan, apakah nanti ada kontinuitas dari, kemudian ada monitoring dari masing-masing pelaksana program di Puskesmas gitu kan.” (Inf-1)

“Ada berkembang. Kalau misalnya mereka belum dilatih, mereka kan belum punya kompetensi yang penuh kan? Setelah dilatih, mereka lebih mengerti. Dan untuk mengajak masyarakat datang, mereka pun lebih aktif. Jadi memang ada bedanya sebelum ada pelatihan dengan setelah. Yang meningkat mm keterampilan Ibu hamil, dari yang sebelumnya ga bisa mengukur LILA sekarang udah” (Inf-2)

“Ada lah perbedaan. Oh ini harus begini, yang sebelumnya tidak tahu, sudah tahu dia akan dilaksanakan. Yang paling meningkat dari 25 itu ya, secara spesifik aaa apa ya kayaknya sama aja ya. Karena ibu ga pantau setiap bulan.” (Inf-3)

“Ada, karena ada informasi-informasi terbaru kan. Kan kita butuh perbaikan itu. Jadi setiap pelatihan, contohnya Ica baru pulang dari Padang pelatihan, dia bawa materi baru tuh, kita akan coba terapkan itu semua. Nggak didiamin, kita coba terapkan.” (Inf-5)

“Ya ada lah ibaratnya banyak sih ilmu yang didapat sama kader itu tentang 25 keterampilan tapi penerapannya belum, cuman karena baru kami pergi pelatihan kemarin tentang ILP ini, karena ibaratnya kita kan menyesuaikan dengan jadwal orang kesehatan. Kata orang kesehatan disini mulainya bulan Juni kami mengikuti bulan Juni.” (Inf-7)

“Kemampuan ya, lebih tau cara penimbang yang betul gimana harus dilepas sandal kalau mengukur badan harus benar benar lurus dari kaki sampai pala.” (Inf-8)

“Lebih meningkatlah caro komunikasi sakatek, caro maajak masyarakat.” (Inf-9)

(Lebih meningkatlah cara komunikasi sedikit, cara ngajak masyarakatnya)

“Iya, banyak. Banyak sebenarnya, tuh. Contohnya kesadaran. Terkadang, kita kan misalnya, kalau apa itu, kita merasa itu pekerjaan bidan rupanya ini tugasnya kader. Berarti ini tugasnya kami. Ya, itu. dulu sebelum tahu kan, kami tahunya yang nimbang hari ini aja. Rupanya, kalau dia itu kurang berat badan, masih dipantau sampai naik sampai mencukupi. Walaupun nanti dia itu nggak mencukupi, masih tetap, rupanya, kita juga yang kawani, tuh.” (Inf-10)

“Perubahan enggak ada sih. Cuman ini aja ya, lebih kayak mana ya Lebih teliti aja kadernya gitu ha, lebih kayak mana sih ngejelasinnya? Lebih kayak tertib manajemennya, misalnya ini penimbangan, pencatatan.” (Inf-11)

“Perubahannya sekarang kadernya aktif semua, kompak.” (Inf-12)

Tabel 4. 34 Matriks Triangulasi Sumber Hasil Wawancara Mendalam terkait Gambaran Peningkatan Keterampilan Kader Posyandu

Aspek yang Diwawancarai	Hasil Wawancara	Kesimpulan
Gambaran Peningkatan Keterampilan Kader	a. Pelatihan selalu menghasilkan peningkatan keterampilan, namun keberlanjutannya bergantung pada monitoring pasca-pelatihan dari pengelola program (Inf-1)	Pelatihan 25 keterampilan dasar terbukti memberikan dampak positif yang dirasakan oleh seluruh kelompok informan, meliputi peningkatan keterampilan teknis (pengukuran, penimbangan), kemampuan komunikasi, dan kesadaran peran kader. Namun, peningkatan ini belum merata dan penerapannya untuk program ILP masih bergantung pada kesiapan sistem dan arahan tenaga kesehatan, sehingga keberlanjutannya sangat ditentukan
	b. Kader lebih terampil dan aktif setelah pelatihan seperti peningkatan spesifik pada pengukuran LILA ibu hamil (Inf-2,3,4)	
	c. Terdapat pelebaran, materi pelatihan terbaru langsung diterapkan bersama setelah kader kembali dari pelatihan (Inf-5,6)	
	d. Banyak ilmu yang didapat dari pelatihan 25 keterampilan, namun penerapan ILP masih menunggu arahan dan jadwal dari tenaga kesehatan (Inf-7)	
	e. Peningkatan pada prosedur penimbangan yang benar (melepas sandal, posisi tegak lurus) (Inf-8)	
	f. Peningkatan pada kemampuan komunikasi dan cara mengajak masyarakat (Inf-9)	

Aspek yang Diwawancarai	Hasil Wawancara	Kesimpulan
	g. Peningkatan kesadaran peran yang lebih luas dari sekadar menimbang menjadi memantau dan mendampingi sasaran (Inf-10)	oleh konsistensi monitoring pasca-pelatihan.
	h. Perubahan pada ketelitian dan ketertiban manajemen alur pelayanan (penimbangan, pencatatan) (Inf-11)	
	i. Kader lebih aktif dan kompak (Inf-12,13,14)	

Berdasarkan observasi yang dilakukan terhadap 25 keterampilan dasar kader yang di amati pada hari pelaksanaan posyandu, belum ada kader yang melakukan seluruh 25 keterampilan dasar. Kader baru menguasai 5 keterampilan, yaitu 3 dari Pengelolaan Posyandu (pencatatan dan pelaporan, kunjungan rumah, dan komunikasi efektif) serta 2 dari Pelayanan Bayi dan Balita (penimbangan dan pengukuran, serta menjelaskan hasil pengukuran secara sederhana). Sisanya, yaitu 20 keterampilan lain, belum dilakukan sama sekali.

Tabel 4. 35 Matriks Triangulasi Metode Gambaran Peningkatan Keterampilan Kader

Aspek yang Diwawancarai	Hasil Wawancara	Observasi	Kesimpulan
Gambaran Peningkatan Keterampilan Kader	Pelatihan 25 keterampilan dasar terbukti memberikan dampak positif yang dirasakan oleh seluruh kelompok informan, meliputi peningkatan keterampilan teknis (pengukuran, penimbangan), kemampuan komunikasi, dan kesadaran peran kader. Namun, peningkatan ini belum merata dan penerapannya untuk program ILP masih bergantung pada kesiapan sistem dan	Belum ada kader yang melakukan seluruh 25 keterampilan dasar. Kader baru menguasai 5 keterampilan, yaitu 3 dari Pengelolaan Posyandu (pencatatan dan pelaporan, kunjungan rumah, dan komunikasi efektif) serta 2 dari Pelayanan Bayi dan Balita (penimbangan dan pengukuran, serta menjelaskan hasil pengukuran secara sederhana).	Pelatihan 25 keterampilan dasar meningkatkan kemampuan teknis, komunikasi, dan kesadaran peran kader, tetapi hasilnya masih jauh dari merata. Baru 5 dari 25 keterampilan yang benar-benar dikuasai kader diantaranya, 3 di Pengelolaan Posyandu dan 2 di Pelayanan Bayi dan Balita. Sementara 20 keterampilan lainnya belum dilakukan sama sekali. Keberlanjutan dan pemerataan capaian

Aspek yang Diwawancarai	Hasil Wawancara	Observasi	Kesimpulan
	arahan tenaga kesehatan, sehingga keberlanjutannya sangat ditentukan oleh konsistensi monitoring pasca-pelatihan.	Sisanya, yaitu 20 keterampilan lain, belum dilakukan sama sekali.	ini sangat bergantung pada konsistensi monitoring pasca-pelatihan dan kesiapan sistem untuk mendukung penerapan penuh.

Pada aspek cakupan, ditemukan adanya peningkatan kunjungan posyandu setelah penerapan posyandu terintegrasi, meskipun peningkatan tersebut tidak merata pada seluruh kelompok sasaran. Kelompok bayi dan balita serta ibu hamil mencatat kunjungan yang cukup tinggi, sementara kelompok sasaran lain seperti remaja dan lansia masih mengalami kendala kehadiran. Faktor yang turut mendorong peningkatan kunjungan antara lain inovasi program (seperti Dokter Kenagari dan CKG) yang dilaksanakan bersamaan dengan posyandu, sehingga manfaat yang dirasakan masyarakat meningkat. Hal ini disampaikan oleh informan sebagai berikut:

“Ada sebenarnya, tidak hanya Posyandu ILP saja yang menyebabkan tingginya. Adanya inovasi dokter Kenagari itu termasuk. Jadi, sebenarnya kan gini, ketika masyarakat itu memperoleh manfaat yang cukup besar, maka minat itu menjadi tinggi. Nah, contohnya kemarin pelaksanaan Posyandu siklus hidup yang kita laksanakan berbarengan dengan CKG, itu pasti meningkat.” (Inf-1)

“Kalau jumlah kunjungannya banyak, cuma untuk imunisasinya.... Imunisasi kita memang masih belum mencapai target. Untuk penimbangan, ibu hamil itu banyak.” (Inf-2)

“Kalo jumlah kunjungan kayaknya masih sama lah tapi untuk bayi balita ada lah. Cuma dari pihak sekolah yang belum kita dapatkan. Karna masih kendala remaja ini yang masih terkendala.” (Inf-3)

“Ada, ada lah yang bayi-bayi, 0-11 bulan. Karena mungkin kalau yang bayi itu kan dia imunisasi dasar lengkapnya itu masih semangat-semangatnya dia kan. Kok dari di atas 9 bulan nanti agak lepas sedikit, agak bolos gitu.” (Inf-4)

“Kalau partisipasi tentunya ada naik turun ya. Ada naik turun, nanti karena tergantung dari orang tua si bayi, tergantung orang tua ini, kadang ada pemahaman sebagian yang tidak mutusin dan sebagainya.” (Inf-5)

“Sasaran yang punya anak, yang punya anak dan ibu hamil. Anak yang masih balita dia kan, kalau kadang-kadang kan, kalau udah lima tahun kan nggak mau dia lagi kan dia.” (Inf-6)

“Ooh kalau tentang kunjungan posyandu meningkatnya, meningkat tapi kek mana ya kadang-kadang di sasaran ini memang, gimana tu ya karena anaknya udah lengkap imunisasinya, terus gak mau pergi lagi ke posyandu nanti pas vitamin A baru datang lagi. Meningkatkan-meningkat sih kalau setelah pelatihan ini dibandingkan dengan tahun sebelumnya.” (Inf-7)

“Ada, dari segi kehadiran orang-orang apa, masyarakat untuk ke posyandu. Posyandu kan kadang-kadang sedikit. Apa jumlahnya 60 kadang-kadang yang datang 40 sekarang adalah meningkat. Walaupun ga banyak tapi Adalah. Sasaran yang umur-umur 3 tahun meningkat.” (Inf-8)

“Alah lumayan lah, biaso e 40% kini lai lah 60%. Payah... tadi me ibu hamil bajapuik kaumah batigo yang bajapuik.” (Inf-9)

(Udah lumayan lah, biasanya 40% sekarang udah 60%. Susah...tadi aja ibu hamil dijemput kerumah bertiga orang)

“Kalau kehadiran masih tetap datang. Yang susahnya bagian menyuntik inilah, dia datang disini pun paling timbang nggak dibolehkan disuntik.” (Inf-10)

Tabel 4. 36 Matriks Triangulasi Sumber Hasil Wawancara Mendalam terkait Cakupan Layanan Posyandu Terintegrasi

Aspek yang Diwawancarai	Hasil Wawancara	Kesimpulan
Cakupan Layanan Posyandu (Peningkatan Jumlah Kunjungan)	a. Kunjungan meningkat, didorong juga oleh inovasi program lain (Dokter Ke Nagari, CKG) yang dilaksanakan bersamaan dengan posyandu (Inf-1) b. Jumlah kunjungan cukup tinggi untuk ibu hamil dan penimbangan, namun cakupan imunisasi belum mencapai target (Inf-2,10) c. Kunjungan bayi-balita meningkat namun sasaran remaja masih menjadi kelompok yang paling sulit dijangkau (Inf-3,6) d. Kunjungan bayi 0–11 bulan cukup tinggi namun cenderung menurun setelah imunisasi dasar selesai (Inf-4,7,8) e. Partisipasi naik turun, dipengaruhi oleh pemahaman dan keputusan orang tua sasaran (Inf-5)	Cakupan kunjungan posyandu mengalami peningkatan terutama pada kelompok bayi, balita, dan ibu hamil, namun belum merata pada seluruh kelompok sasaran siklus hidup seperti sasaran remaja dan kelompok yang imunisasinya sudah lengkap menjadi tantangan tersendiri karena tidak datang lagi. Peningkatan kunjungan tidak semata-mata disebabkan oleh penerapan posyandu terintegrasi, melainkan juga dipengaruhi oleh inovasi program lain

Aspek yang Diwawancarai	Hasil Wawancara	Kesimpulan
	f. Kehadiran meningkat dari sekitar 40% menjadi 60%, ibu hamil masih perlu dijemput ke rumah (Inf-9)	yang dilaksanakan bersamaan.

Pada aspek tantangan, ditemukan beberapa hambatan yang bersifat struktural maupun individual dalam pelaksanaan posyandu terintegrasi. Dari sisi pengelola program, temuan di lapangan menunjukkan bahwa pelatihan yang telah diberikan belum sepenuhnya menghasilkan kader yang mampu menjalankan seluruh 25 keterampilan dasar, karena daya serap kader terhadap materi pelatihan masih terbatas. Harapan ke depan diarahkan pada penguatan peran kader secara berkelanjutan hingga pelaksanaan posyandu benar-benar sesuai dengan pedoman pengelolaan yang berlaku. Hal ini disampaikan sebagai berikut:

“Kondisi saat ini, dengan kakak turun langsung ke lapangan masih banyak kader yang belum mampu untuk 25 kompetensi walaupun sudah dilatih. Karena penerimaan mereka masih kurang gitu. Harapan kakak disini kadernya ya, penguatan perannya sampai mereka bisa melaksanakan pengelolaan posyandu itu benar benar sesuai dengan pedoman pengelolaan posyandu termasuk peningkatan wawasan mereka.” (Inf-1)

“Kendalanya kadang kader ini, kadang-kadang mereka lupa apa yang harus dilakukannya, dia lupa. Kemudian banyak yang juga kalau daerah kapar itu banyak yang udah berumur. Jadinya gak update sama berita terbaru. Kalau sekarang kita pakai aplikasi tuh, itu agak susah.” (Inf-2)

“Tantangannya yaitu kader ini kan banyak kader lama yang ga nyampe sekolah. Maksudnya bisa tulis baca tetapi kan pendidikannya, pendidikan rendah. Jadi mereka tuh untuk ingin belajar, ingin lebih tahu tuh kadang-kadang lebih menarik diri. Ada kader baru misalnya sianu tu ajalah sianu tu ajalah seperti itu. Jadi menolak lah dulu, jadi susah untuk kita masukkan Itu jadi itu si tantangannya.” (Inf-3)

“Kayaknya menurut ibu sudah cukup sih. udah cukup.” (Inf-4)

“Itu tadi intinya kita ada di aturan, kita jalankan. Kita jalankan. Cuman terkadang, terkadang peraturan kita kan ada yang nggak sempurna. Nanti kita kan, kalau kami kan di Nagari, aturan dasarnya Kementerian Desa. Nanti manatau belum sinkron dari aturan kemenkes gitu kan. Karena kita kan di bawah ini kan pelaksana. Pelaksana akan aturan-aturan itu. Jika aturan nanti nabrak-nabrak, kita gimana melaksanakannya. Itu utamanya isu kita sih. Kendalanya itu.” (Inf-5)

“Tantangannya ya? Sebenarnya tangannya itu kekmana ya Kadang-kadang maklumlah ya, kadar itu sebagian kan banyak yang tamat SD, SMP kan. Dalam pembuatan laporan ya. Pelaporan itu kadang-kadang masih ada yang kurang gitu kan, terutama dalam pemberian pembuatan PMT. Cara belanjanya itu kan, cara penulisannya masih apa gitu kan, masih selalu kami perbaiki.” (Inf-6)

Tabel 4. 37 Matriks Triangulasi Sumber Hasil Wawancara Mendalam terkait Tantangan Pelaksanaan Posyandu Terintegrasi

Aspek yang Diwawancarai	Hasil Wawancara	Kesimpulan
Tantangan Pelaksanaan Posyandu	a. Meskipun pelatihan telah dilakukan, banyak kader di lapangan belum mampu menjalankan 25 keterampilan dasar karena daya serap yang masih terbatas oleh sebab itu harapan ke depan adalah penguatan peran kader hingga pelaksanaan posyandu sesuai pedoman (Inf-1)	Tantangan terbesar bukan pada ketersediaan pelatihan yang sudah ada melainkan pada kesenjangan antara pelatihan yang diberikan dan kompetensi yang terbentuk di lapangan, akibat daya serap kader yang masih terbatas
	b. Kader lama dengan pendidikan rendah cenderung menarik diri dari pembelajaran baru dan mengandalkan kader lain yang lebih terampil (Inf-3)	terutama pada kader berusia lanjut dan berpendidikan rendah. Pada level kelembagaan, ketidaksinkronan regulasi
	c. Tidak ada tantangan yang dirasakan (Inf-4)	antara Kementerian Desa dan Kementerian
	d. Ketidaksinkronan regulasi antara Kementerian Desa dan Kementerian Kesehatan menjadi hambatan bagi nagari sebagai pelaksana (Inf-5)	Kesehatan menempatkan nagari sebagai pelaksana dalam posisi dilematis, sehingga tantangan ini bersifat struktural dan memerlukan penyelesaian
	e. Kelemahan administrasi seperti dalam pembuatan pencatatan laporan misalnya PMT (cara belanja dan penulisan) masih ditemukan pada kader berpendidikan rendah (Inf-6)	di luar kapasitas kader maupun puskesmas.

Berdasarkan hasil telaah dokumen yang dilakukan dengan membandingkan Laporan Posyandu per Juli 2025 dan Laporan Posyandu per Maret 2026 terhadap posyandu yang telah menerapkan layanan terintegrasi menunjukkan peningkatan kunjungan yang konsisten. Kunjungan bayi, balita, dan ibu hamil meningkat, dan kelompok remaja, dewasa, serta lansia yang sebelumnya sama sekali tidak berkunjung

sudah berangsur di beberapa posyandu dibandingkan dengan data Juli 2025. Tren ini menunjukkan peningkatan jumlah kunjungan yang signifikan.

Tabel 4. 38 Matriks Triangulasi Metode Cakupan Layanan Posyandu Terintegrasi

Aspek yang Diwawancarai	Hasil Wawancara	Telaah Dokumen	Kesimpulan
Cakupan Layanan Posyandu Terintegrasi	Cakupan kunjungan posyandu mengalami peningkatan terutama pada kelompok bayi, balita, dan ibu hamil, namun belum merata pada seluruh kelompok sasaran siklus hidup seperti sasaran remaja dan kelompok yang imunisasinya sudah lengkap menjadi tantangan tersendiri karena tidak datang lagi. Peningkatan kunjungan tidak semata-mata disebabkan oleh penerapan posyandu terintegrasi, melainkan juga dipengaruhi oleh inovasi program lain yang dilaksanakan bersamaan.	Perbandingan Laporan Posyandu per Juli 2025 dan per Maret 2026 menunjukkan peningkatan kunjungan yang konsisten. Kunjungan bayi, balita, dan ibu hamil meningkat, dan kelompok remaja, dewasa, serta lansia yang sebelumnya sama sekali tidak berkunjung sekarang mulai berangsur di beberapa posyandu dibandingkan saat data Juli 2025. Tren ini menunjukkan peningkatan jumlah kunjungan yang signifikan	Kunjungan posyandu meningkat pada kelompok bayi, balita, dan ibu hamil, tetapi peningkatan ini belum merata, remaja masih minim partisipasi, dan kelompok yang imunisasinya sudah lengkap justru berhenti datang. Peningkatan yang terjadi juga didukung bersamaan dengan inovasi program lain seperti CKG dan Dokter ke Nagari.

Berdasarkan wawancara mendalam menunjukkan bahwa implementasi posyandu terintegrasi (ILP) di lapangan belum sepenuhnya sesuai dengan standar Kementerian Kesehatan. Ketidaksesuaian yang paling menonjol terletak pada belum terpenuhinya prinsip pelayanan satu hari untuk seluruh kelompok sasaran siklus hidup yang merupakan salah satu ciri khas posyandu terintegrasi karena sebagian posyandu masih melaksanakan pelayanan untuk kelompok sasaran yang berbeda pada hari yang terpisah. Pelayanan dewasa dan lansia baru dilaksanakan satu kali setiap tiga bulan, bersamaan dengan program kunjungan Dokter ke Nagari, sementara pelayanan bagi

sasaran remaja belum dapat dilaksanakan secara maksimal karena sulitnya penyesuaian waktu dan baru terlaksana satu kali bersamaan dengan kegiatan Cek Kesehatan Gratis (CKG) tingkat sekolah, sebagaimana disampaikan oleh informan berikut:

“Kemudian pernah juga turun langsung ke poshyandu di Wilayah Kerja Luhak Nan Duo, memang untuk pelaksanaan posyandu siklus kehidupannya itu belum sesuai untuk sesuai dengan pedoman pelaksanaan posyandu dan keterampilan kader juga.” (Inf-1)

“Ada yang sesuai ada yang tidak. Ada yang terlaksana ada yang tidak. Dia terintegrasi tetapi ada yang tidak terlaksana gitu. Nah, di situ agak sulit. Kemudian,eee kita tanya sama orang nagari, anak-anak remaja putus sekolah, untuk datang posyandu. Satu dua yang datang, dah itu besoknya ga datang lagi. Nah, seperti itu. Agak-agak sulit, itulah sulit kendalanya sekarang.” (Inf-3)

“Mungkin waktunya tidak bisa berbarengan. Jadi kebetulan di tempat ibu jadwalnya tanggal 2 Juni aaa jadi ga tiap bulan, karena petugas kan rolling turun, Dokter ke Nagari namanya tim jadinya turunkan.” (Inf-4)

“Karena belum bisa ter apa tercover.. Lalu, karena masyarakat ini kan datangnya itu, gimana ya, yang satu bagian. Makanya harusnya ada kadernya.” (Inf-6)

“Disini masih beda hari ya kan. Seharusnya kan satu hari itu semuanya tu. Satu kegiatan itu semua siklus hidup. Rencana kami bulan besok rancananya mulai di sini ILP. Kita kan menyesuaikan dengan nakes.” (Inf-7)

“Kalo posyandu terintegrasi di malasiro 2, Kalo itu terintegrasi samo paud & TK. Kalau iko indak, tapii kami kurang tau loo emang alah? Tapi kalau pelayanan ibu hamil alah, tapi remaja ndak pernah do, kalua lansia alun leh. Bilo ado informasi dari puskesmas nyoh, misal e kitoh posyandu lansia besuak a datang kami. Kalau khusus kami ndak lai do.” (Inf-9)

“Kalo kami lansia terpisah biasanya tiap hari Rabu itupun nggak mungkin, soalnya dah apa udah agak agak malas nampaknya. Dulu memang aktif itu.” (Inf-10)

Tabel 4. 39 Matriks Triangulasi Sumber Hasil Wawancara Mendalam terkait Kesesuaian Pelaksanaan Posyandu Terintegrasi dengan Standar Kemenkes

Aspek yang Diwawancarai	Hasil Wawancara	Kesimpulan
Kesesuaian Pelaksanaan Posyandu Terintegrasi dengan	a. Pelaksanaan posyandu terintegrasi di wilayah kerja Luhak Nan Duo belum sesuai dengan pedoman. (Inf-1)	Implementasi posyandu ILP di lapangan belum sepenuhnya sesuai standar Kemenkes yang mengamalkan

Aspek yang Diwawancarai	Hasil Wawancara	Kesimpulan
Standar Kemenkes	b. Implementasi bersifat parsial sebagian terlaksana, sebagian tidak, kelompok remaja menjadi sasaran yang paling sulit dijangkau dan kehadirannya tidak konsisten (Inf-2,3) c. Pelayanan belum dapat dilaksanakan dalam satu hari secara bersamaan karena penyesuaian jadwal tenaga kesehatan yang bersifat rolling (Inf-4) d. Cakupan belum menyeluruh, kehadiran sasaran bergantung pada peran kader dalam menggerakkan masyarakat (Inf-5,6) e. Pelayanan satu hari untuk seluruh siklus hidup belum terlaksana (Inf-7) f. Pelayanan lansia dilaksanakan terpisah (hari Rabu) tergantung informasi dari puskesmas, namun partisipasi menurun dan tidak konsisten dibandingkan periode sebelumnya (Inf-9,10)	pelayanan satu hari untuk seluruh kelompok sasaran siklus hidup. Pelayanan untuk bayi, balita, dan ibu hamil relatif sudah berjalan, namun integrasi kelompok remaja dan lansia masih sangat terbatas baik dari sisi kehadiran sasaran, kesiapan jadwal tenaga kesehatan, maupun pemahaman kader terhadap standar ILP secara menyeluruh. Ketiga faktor ini saling berkaitan dan menjadi hambatan bersama yang belum dapat diselesaikan

Berdasarkan observasi yang dilakukan terhadap Posyandu Terintegrasi yang mengintegrasikan lima jenis layanan sekaligus dalam satu wadah meliputi pelayanan ibu hamil, bayi dan balita, dewasa, lansia, serta remaja ditemukan belum sepenuhnya berjalan secara utuh dan masih dalam tahap penyesuaian. Pelayanan dewasa dan lansia baru dilaksanakan satu kali setiap tiga bulan, bersamaan dengan program kunjungan Dokter ke Nagari. Sementara itu, pelayanan bagi sasaran remaja belum dapat dilaksanakan secara maksimal karena sulitnya penyesuaian waktu, dan baru terlaksana satu kali bersamaan dengan kegiatan Cek Kesehatan Gratis (CKG) tingkat sekolah.

Tabel 4. 40 Matriks Triangulasi Metode Pelaksanaan Posyandu Terintegrasi dengan Standar Kemenkes

Aspek yang Diwawancarai	Hasil Wawancara	Observasi	Kesimpulan
Pelaksanaan Posyandu	Implementasi posyandu ILP di lapangan belum	Pelaksanaan posyandu	Implementasi pelaksanaan

Aspek yang Diwawancarai	Hasil Wawancara	Observasi	Kesimpulan
Terintegrasi dengan Standar Kemenkes	sepenuhnya sesuai standar Kemenkes yang mengamankan pelayanan satu hari untuk seluruh kelompok sasaran siklus hidup. Pelayanan untuk bayi, balita, dan ibu hamil relatif sudah berjalan, namun integrasi kelompok remaja dan lansia masih sangat terbatas baik dari sisi kehadiran sasaran, kesiapan jadwal tenaga kesehatan, maupun pemahaman kader terhadap standar ILP secara menyeluruh. Ketiga faktor ini saling berkaitan dan menjadi hambatan bersama yang belum dapat diselesaikan	terintegrasi yang mengintegrasikan lima jenis layanan sekaligus dalam satu wadah meliputi pelayanan ibu hamil, bayi dan balita, dewasa, lansia, serta remaja hanya baru satu posyandu yang melayani siklus hidup karena bersamaan dengan kunjungan Dokter ke Nagari yang dilakukan setiap satu kali tiga bulan pada masing masing posyandu.	posyandu Integrasi Layanan Primer belum sepenuhnya berjalan sesuai standar Kemenkes yang menetapkan pelayanan seluruh siklus hidup dilakukan setiap bulan dengan waktu yang bersamaan.

