

GAMBARAN PRAKTIK KADER DALAM DIAGNOSA STATUS BALITA STUNTING DI DESA HARJOMULYO SILO KABUPATEN JEMBER

OVERVIEW OF CADRE PRACTICES IN DIAGNOSING THE STATUS OF STUNTING TODDLERS IN HARJOMULYO SILO VILLAGE, JEMBER

Dhyani Ayu Perwiraningrum^{1*}, Agustina Endah Werdiharini², Dahlia Indah Amareta³

^{1,2,3} Departemen Kesehatan, Politeknik Negeri Jember

Jalan Mastrip No.164 Sumpalsari, Lingkungan Panji, Tegalgede, Kec. Sumpalsari, Kabupaten Jember, Jawa Timur Indonesia

*Email : dhyani@polije.ac.id

ABSTRACT

Silo subdistrict recorded in the EPPGBM report as of February has a high prevalence of stunting, especially in the coverage of silo II health center area as many as 1269 toddlers this is strengthened by the data of E-HDW (E-Health Development Worker) report of the Ministry of Villages and DDRT as of March 2021 that Silo subdistrict is ranked highest in Jember by 49%. During the Covid 19 pandemic, there was a tendency to decrease cadre practices in stunting diagnoses. The purpose of this study is to see a picture of cadre practice in determining the status of stunting toddlers. The method used is descriptive quantitative with data retrieval techniques with stratified random sampling on 40 cadres in Harjomulyo village. The results and discussions obtained showed the majority of cadres did the right practice although there are still some improper practices such as cadre practice on anthropometry tools, namely finding a flat field mat that is not yet appropriate (55%), as well as cadre practice in toddlers namely Positioning unbending legs and knees parallel fused (55%) and read the size after positioning the toddler (60%). However, in the practice of stunting diagnosis, the majority cadres do not properly diagnose stunting based on the standard cut off -2 deviation (57.5%), where the stunting child should be determined if the measurement exceeds the cut off.

Keywords: *Cadres; Stunting Diagnosis; Cadre Practice; Infant Nutrition Status*

ABSTRAK

Kecamatan Silo tercatat dalam laporan EPPGBM per Februari memiliki prevalensi stunting yang cukup tinggi, terutama pada cakupan wilayah puskesmas Silo II sebanyak 1269 balita hal ini dikuatkan oleh data laporan E-HDW (E-Health Development Worker) Kementerian Desa dan PDTT per Maret 2021 bahwa Kecamatan silo berada pada peringkat tertinggi di Jember sebesar 49%. Selama pandemi Covid 19, terdapat kecenderungan penurunan praktik kader dalam melakukan diagnosa stunting. Selama di lapangan, kader memiliki hambatan dalam melaksanakan kegiatan seperti tingkat pendidikan yang masih kurang dan belum mendapatkan pelatihan terhadap tugas sebagai kader secara maksimal, sehingga praktik pelaksanaan seringkali kurang tepat. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk melihat gambaran praktik kader dalam menentukan status balita stunting. Metode yang digunakan adalah deskriptif kuantitatif dengan teknik pengambilan data dengan *stratified random sampling* pada 40 kader di desa Harjomulyo. Hasil dan pembahasan yang didapatkan menunjukkan mayoritas kader melakukan praktik yang tepat meskipun masih ada beberapa praktik yang kurang tepat seperti praktek kader pada alat antropometri yaitu mencari alas bidang datar yang belum tepat (55%), serta praktek kader pada balita yaitu Memposisikan kaki tidak ditekuk dan lutut sejajar menyatu (55%) dan membaca ukuran setelah memposisikan balita (60%). Akan tetapi dalam melakukan praktik diagnosa stunting, kader mayoritas tidak tepat melakukan diagnosa stunting berdasarkan cut off -2 standar deviasi (57,5%), dimana anak stunting seharusnya ditentukan apabila pengukuran melebihi cut off tersebut.

Kata Kunci: Kader; Diagnosa Stunting; Praktek Kader; Status Gizi Balita

PENDAHULUAN

Satu dari tiga anak balita di Indonesia menderita *stunting* dan Jawa Timur menduduki peringkat tertinggi di Indonesia (1). *Stunting* merupakan masalah kurang gizi kronis yang disebabkan oleh asupan yang kurang dalam waktu cukup lama akibat pemberian makanan yang tidak sesuai dengan kebutuhan gizi. *Stunting* dapat disebabkan oleh berbagai faktor salah satunya seperti berat bayi lahir rendah. Ibu dengan usia kehamilan terlalu muda dan gizi kurang sejak trimester awal akan melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR) yang kemudian akan tumbuh menjadi balita *stunting*. Indikator *stunting* adalah dengan melihat nilai Z score untuk kategori *stunting* adalah Jika dari hasil ukur TB/U <-2 SD dan normal Jika dari hasil ukur TB/U ≥-2 SD (2).

Kabupaten Jember menduduki peringkat teratas prevalensi *stunting* di Jawa Timur yaitu sebesar 37,94% pada awal tahun 2021 (3). Kecamatan Silo merupakan wilayah perbukitan yang berada di sisi timur Kabupaten Jember yang berbatasan langsung dengan Kabupaten Banyuwangi. Berdasarkan laporan EPPGBM (Elektronik Pencatatan dan Pelaporan Gizi Berbasis Masyarakat) per Februari tercatat memiliki prevalensi *stunting* yang cukup tinggi, terutama pada cakupan wilayah puskesmas SILO II sebanyak 1269 balita hal ini dikuatkan oleh data laporan E-HDW (*E-Health Development Worker*) Kementerian Desa dan PDTT per Maret 2021 bahwa Kecamatan Silo berada pada peringkat tertinggi di Jember sebesar 49%. Desa Harjomulyo berada pada wilayah kecamatan Silo, berdasarkan wawancara dengan kader posyandu dan kader pembangunan manusia, desa Harjomulyo pada sembilan Posyandu yang tersebar di wilayah tersebut.

Dalam pengukuran *stunting*, indikator yang digunakan adalah tinggi badan (TB) dibandingkan dengan usia atau panjang badan (PB) dibandingkan dengan usia. Apabila seorang anak mengalami keterlambatan pertumbuhan dibandingkan dengan anak seusianya maka dapat dikategorikan pendek dan *stunting*. *Stunting* menimbulkan dampak serius di kemudian hari, selain secara fisik seorang anak lebih pendek dibandingkan anak seusianya, *stunting* dapat menyebabkan gangguan pada perkembangan kognitif yaitu selama anak mengikuti pembelajaran di sekolah dan kesulitan konsentrasi, selain itu pula *stunting* dalam jangka panjang menyebabkan kurang optimalnya fungsi normal tumbuh sehingga anak yang *stunting* beresiko lebih besar terkena berbagai macam penyakit baik penyakit infeksi maupun

penyakit degeneratif. Seorang ibu yang *stunting* di masa kecil hingga remajanya cenderung akan melahirkan anak BBLR (berat badan bayi lahir rendah) dan *stunting* pula (4).

Selama ini pengukuran dan pemantauan tumbuh kembang balita dilakukan melalui posyandu yang bekerjasama dengan puskesmas dan bidan. Kader posyandu merupakan pendamping masyarakat, mitra dalam implementasi berbagai program kesehatan dan kesejahteraan ibu dan anak. Pemantauan tumbuh kembang balita dilakukan secara kontinu oleh kader. Kader posyandu berperan terhadap kemajuan pembangunan kesehatan masyarakat, terutama dalam upaya pemenuhan kebutuhan dasar kesehatan ibu dan anak (5). Selama di lapangan, kader memiliki beberapa hambatan dalam melaksanakan kegiatan pembangunan seperti tingkat pendidikan yang masih kurang dan belum mendapatkan pelatihan terhadap tugas sebagai kader secara maksimal, sehingga praktik pelaksanaan seringkali kurang tepat (6). Oleh karenanya kader membutuhkan peningkatan pengetahuan dan pemahaman mengenai tatalaksana posyandu secara efektif.

Saat pandemi Covid 19 terdapat kecenderungan penurunan praktik kader dalam melakukan diagnosa *stunting*, hal ini diakibatkan karena posyandu belum dapat berjalan secara optimal dan kader harus bekerja lebih ekstra dalam melakukan pendampingan langsung ke rumah-rumah ibu dan balita. Penelitian tentang *stunting* pada tahun 2020, menunjukkan posyandu tidak berjalan optimal dan data anak *stunting* seringkali tidak akurat dan tidak baru, sehingga intervensi penanggulangan *stunting* dapat terhambat pelaksanaannya (7). Tujuan dari penelitian ini adalah untuk melihat gambaran praktek kader dalam menentukan status balita *stunting*.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode deskriptif kuantitatif dengan teknik pengambilan data dengan *stratified random sampling* secara *cross sectional*. Data yang diambil adalah hasil observasi terhadap praktek kader posyandu dalam melakukan penatalaksanaan pengukuran antropometri hingga penetapan status gizi balita (usia 0-59 bulan) mengalami *stunting* atau tidak. Penelitian ini dilakukan pada bulan Februari-April 2021. Definisi operasional meliputi praktik kader, diagnosa *stunting* dan status gizi balita. Metode pengukuran menggunakan teknik wawancara dan observasi dengan instrumen kuisioner dan panduan observasi. Skala data yang digunakan adalah nominal, ordinal dan rasio. Penarikan sampel menggunakan *stratified random sampling* dilakukan dengan mengambil

sampel dari 9 posyandu yang terstratifikasi berdasarkan tingkat pendidikan dan kriteria inklusi. Populasi yang digunakan pada penelitian ini meliputi 55 kader yang berasal dari 9 posyandu di desa Harjomulyo, Kecamatan Silo. Adapun kriteria inklusi adalah kader yang aktif melakukan kegiatan posyandu, mampu membaca dan menulis, dan bersedia menjadi responden, sedangkan kriteria eksklusi meliputi kader yang sakit, berusia > 60 tahun dan tidak bersedia menjadi responden. Sampel yang diambil adalah yang memenuhi kriteria inklusi sehingga diperoleh 40 kader aktif selama kegiatan Posyandu.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik Kader

Tabel 1 Distribusi Frekuensi Usia, Pendidikan dan lama kerja Kader di Desa Harjomulyo

Variabel	n	%
Usia		
20-30 tahun	7	17,5
31-40Ahun	19	47,5
>40 tahun	14	35
Pendidikan Terakhir		
SD	4	10
SMP	16	40
SMA	18	45
S1	2	5
Lama Kerja		
1-5 tahun	18	45
6-10 tahun	16	40
>10 tahun	6	15
Total	40	100

Berdasarkan tabel diatas diketahui bahwa mayoritas kader berusia 31-40 tahun sebanyak 19 orang (47,5%). Usia kader mayoritas berada pada masa produktif paruh baya dimana kemampuan manusia berada pada level tertinggi dalam kehidupan. Usia tersebut menunjukkan adanya potensi dari kader dalam melakukan pengukuran dan diagnosa secara lebih baik , sehingga data yang didapatkan menjadi akurat dan tepat. Pendidikan kader mayoritas berpendidikan SMA (45%). Salah satu penyebab rendahnya praktik kader dalam penatalaksanaan dan diagnosa stunting adalah karena tingkat pendidikan dan keterbacaan kader terhadap ilmu pengetahuan dan informasi yang berkaitan

dengan kesehatan. Lama Kerja, kader mayoritas bertugas selama 1-5 tahun, dimana sebagian besar lainnya telah mencapai masa bertugas 6-10 tahun. Hal tersebut menunjukkan tingkat pengalaman kader

dalam menjalankan tugas di masyarakat sehingga dapat mengenali secara lebih baik ciri masyarakat dampingannya bagaimana. Akan tetapi selain masa tugas yang lama, kader juga membutuhkan pembaharuan informasi sehingga dapat mengkombinasikan antara pengalaman dan informasi baru yang didapat untuk menentukan anak stunting.

Status Stunting Balita

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Perbedaan Diagnosa Status Stunting oleh Kader dan Peneliti

Diagnosa	FPx Kader	(%)	FPx Peneliti	(%)
Stunting	84	39,1	90	41,9
Tidak Stunting	131	60,9	125	58,1
Total	215	100	215	100

Ket: FPx= Frekuensi Praktik

Di desa Harjomulyo, pada periode penelitian berlangsung diketahui bahwa anak stunting hasil dari diagnosa kader terdapat sejumlah 39,1% atau 84 anak dari total 215 anak di desa tersebut. Sedangkan peneliti menemukan terdapat 90 anak menderita stunting atau sekitar 41,9% anak stunting terdapat didaerah tersebut. Adanya perbedaan hasil pengukuran tersebut menunjukkan bahwa kualitas yang berbeda dari pengukuran dan diagnosa antara kader dan peneliti.

Skor Praktik Kader

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Skor Praktek Kader

Praktek Kader	n	%
Sangat Baik	2	5
Baik	13	32,5
Kurang	17	42,5
Sangat Kurang	8	20
Total	40	100

Diambil dari skor praktek kader dalam mengukur dan menentukan seorang anak stunting atau tidak, didapatkan hasil bahwa kader mayoritas memiliki praktek yang kurang (42,5%) Sehingga dapat disimpulkan bahwa mayoritas kader masih kurang dalam melakukan praktek pengukuran dan

diagnosa stunting secara akurat dan benar berdasarkan standar yang dipakai secara nasioanal dalam pengukuran dan penetapan stunting.

Praktik Kader pada Alat Antropometri

Praktek pada Alat Antropometri	Tepat	(%)	Tidak Tepat	(%)
Mempersiapkan Alat ukur tinggi/panjang badan (<i>metline/microtoise</i>)	26	65	4	10
Membaca ukuran alat (dalam cm)	22	55	18	45
Mencari bidang datar untuk meletakkan alat	18	45	22	55
Kemiringan alat (<i>microtoise</i>)	24	60	16	40
Ketepatan angka 0 pada alat	17	42,5	13	32,5
Membaca tabel Antropometri pada TB/U atau PB/U	18	45	12	30

Pada penelitian menunjukkan bahwa dalam mempersiapkan alat ukur kader sudah tepat sebanyak 65%. Sedangkan Kader yang mencari bidang datar untuk meletakkan alat ternyata mayoritas tidak tepat atau belum mencari bidang datar pengukuran (55%) sehingga ada kemungkinan pengukuran menjadi kurang akurat.

Praktek Kader pada Balita

Praktek pada Balita	Tepat	(%)	Tidak Tepat	(%)
Memberikan Instruksi pada ibu/pendamping	34	85	6	15
Memposisikan Balita berdiri tegak tanpa alas kaki dan penutup kepala	24	60	16	40
Memposisikan balita terlentang tanpa kaos kaki, topi dan diapers tebal	22	55	18	45
Memposisikan kaki tidak ditekuk dan lutut sejajar menyatu	18	45	22	55
Memposisikan belakang kepala, pantat dan tumit menempel pada bidang ukur	28	70	12	30
Memposisikan pembatas tinggi badan (TB)/panjang badan (PB) sejajar ukuran antropometri	32	80	8	20
Membaca ukuran setelah memposisikan balita	16	40	24	60
Mencatat TB dan PB Balita sesuai dengan ukuran sebenarnya	19	47,5	21	52,5

Hasil dari penelitian menunjukkan bahwa kader memberikan instruksi kepada pendamping/ibu balita sebanyak 85% yang tepat. Kader yang tepat dalam memposisikan balita berdiri tegak tanpa alas kaki dan penutup kepala sebanyak 60%. Sedangkan kader yang memposisikan balita terlentang tanpa kaos kaki, topi dan diapers tebal sebanyak 55%. Untuk pemposisian belakang kepala, pantat, tumit, serta pemposisian pembatas TB dan PB mayoritas kader tepat, sedangkan dalam membaca ukuran setelah memposisikan balita sebanyak 60% kader tidak tepat. Selain itu juga, kader tidak tepat dalam mencatat TB dan PB balita sesuai dengan ukuran sebenarnya.

Praktek Kader dalam Diagnosis Stunting

Diagnosis Stunting (<i>cut off</i> <- 2SD)	f	%
Tepat	17	42,5
Tidak Tepat	23	57,5
Diagnosis Stunting (<i>cut off</i> <- 2SD)	f	%

Praktek kader dalam diagnosis stunting menunjukkan bahwa mayoritas sebanyak 57,5% kader masih belum tepat melakukan diagnosis stunting berdasarkan *cut off* -2 standar deviasi, dimana anak stunting seharusnya ditentukan apabila pengukuran melebihi *cut off* tersebut.

Kader merupakan bagian terpenting dalam pencegahan stunting di tingkatan masyarakat. Kader merupakan pendamping masyarakat yang mampu mengenali, menentukan dan menggerakkan masyarakat agar semakin sadar akan kesehatan dan peningkatan kualitas hidup terutama ibu dan anak. Jika ditemukan adanya anak stunting, kader akan bergerak cepat dalam menentukan langkah

intervensi apa yang sesuai dengan kemampuan masyarakat selain itu juga sebagai fasilitator yang menjembatani puskesmas dan masyarakat secara langsung dalam melakukan pendataan dan penentuan anak stunting (11). Pada penelitian menunjukkan bahwa praktek kader dalam menentukan *cut off stunting* (-2SD) ternyata masih belum tepat, hal ini dikarenakan kurangnya literasi kader dalam mengenali batasan anak dikategorikan stunting atau tidak. Banyak kader mengira bahwa tinggi badan seorang anak tidak akan cepat bertumbuh sehingga tidak perlu khawatir saat melihat TB seorang anak berada dibawah garis merah (Pada KMS). Kader tidak memahami bahwa garis merah KMS merupakan *cut off* atau batasan seorang anak dikategorikan stunting atau tidak. Kader masih kurang tepat dalam membaca hasil pengukuran, hal ini diindikasikan karena kebiasaan kader yang berlangsung lama dalam melihat pengukuran secara perkiraan (kira-kira) tidak perlu akurat dengan alat ukur. Hasil tersebut senada dengan penelitian lain, yang menjelaskan bahwa mayoritas kader tidak tepat dalam menggunakan alat ukur tinggi dan panjang (*microtoise*) karena tidak mengenali pentingnya keakuratan dalam pengukuran menggunakan alat antropometri (4). Mayoritas tingkat pendidikan kader adalah SMA dan SMP, hal ini juga dianggap berpengaruh pada praktik kader dalam diagnosa stunting secara tepat dan akurat.

Dalam melakukan pengukuran tinggi dan panjang badan, mayoritas kader tidak memanfaatkan bidang datar sehingga pengukuran menjadi kurang akurat. Hal tersebut diperkuat penelitian lain, bahwa sebagian kader masih belum mempraktikkan pengukuran tinggi/panjang badan dengan benar seperti tidak memberikan alas, tidak melepaskan sepatu dan topi, tidak mendapat teguran bidan jika tidak melihat fungsi timbangan terlebih dahulu (menunjukkan angka nol) (8). Pada penelitian ini didapatkan bahwa kader kurang tepat membaca ukuran setelah memposisikan balita hal ini juga didukung penelitian lain bahwa kekurangtepatan pembacaan dapat mempengaruhi kader dan bidan dalam menentukan status gizi (8).

Terkait praktek kader secara keseluruhan, menunjukkan bahwa skor kader dalam melakukan praktek diagnosa stunting mayoritas kurang, hal ini diakibatkan karena masih banyak kader yang belum mampu menentukan panjang atau tinggi badan anak yang termasuk kategori stunting atau tidak. Hal tersebut berhubungan dengan praktek kader yang berhubungan dengan dukungan tenaga kesehatan, pedoman kader dalam melaksanakan tugas sehingga kader tidak kesulitan dalam praktik serta dibutuhkannya pelatihan dan penyuluhan untuk

meningkatkan kemampuan bagi kader (9). Keberadaan pedoman bagi kader, edukasi dengan metode yang tepat, pendampingan berupa praktik bersama, keberadaan media dan alat bantu yang mempermudah tersampainya informasi, didukung kegiatan monitoring secara berkala dapat diimplementasikan dalam pembinaan kader (10). Bias pada penelitian dapat terjadi apabila kader tidak kooperatif dalam memperlihatkan praktik yang biasa dilakukan saat pengukuran balita, sehingga langkah antisipasi adalah dengan mengulang praktik yang dilakukan dan mencari kader pengganti apabila tidak dapat melanjutkan kegiatan penelitian.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kader di desa Harjomulyo mayoritas menunjukkan praktek yang tepat meskipun masih ada beberapa praktik yang kurang tepat seperti praktek kader pada alat antropometri yaitu mencari alas bidang datar yang belum tepat, serta praktek kader pada balita yaitu Memposisikan kaki tidak ditekuk dan lutut sejajar menyatu dan membaca ukuran setelah memposisikan balita. Akan tetapi dalam melakukan praktek diagnosa stunting, kader mayoritas tidak tepat melakukan diagnosa stunting berdasarkan *cut off* -2 standar deviasi, dimana anak stunting seharusnya ditentukan apabila pengukuran melebihi *cut off* tersebut. Oleh karena itu, dibutuhkan upaya peningkatan kapasitas praktik seperti pelatihan dan dukungan bagi kader baik dalam sarana prasarana yang memudahkan kader menentukan diagnosa stunting maupun dukungan stakeholder, sehingga diharapkan kader dapat berfungsi optimal sebagai garda terdepan penanggulangan stunting di tingkat masyarakat.

UCAPAN TERIMAKASIH

Terimakasih disampaikan kepada Politeknik Negeri Jember, Puskesmas Silo II dan Desa Harjomulyo yang mendukung penelitian ini. Semoga penelitian ini dapat bermanfaat untuk kegiatan kegiatan selanjutnya dalam penanggulangan stunting.

DAFTAR PUSTAKA

1. Yappika Action Aid. Annual Report: Kajian Kebijakan dan Studi Kasus Stunting di Tingkat Nasional dan Kabupaten Jember. Jakarta. 2017.
2. Pusdatin Kemenkes RI . Buletin Jendela Data dan Informasi Kesehatan. Situasi Balita Pendek (Stunting) di Indonesia. ISSN 2088 – 270 X. 2018.
3. Albab M. Angka Stunting, Kematian Ibu dan Anak di Jember Tertinggi di Jatim. IDN News [Internet]. Available from:

- www.jatim.idntimes.com. 2021
4. Fuada N., Salimar, Irawati A., Kemampuan kader Posyandu dalam melakukan Pengukuran Panjang/Tinggi Badan Balita. *Jurnal Ekologi Kesehatan* Vol 13 no 3. 2014.
 5. Dickson APT., Suprojo A., Adiwidjaja I., Peran Kader Posyandu Terhadap Pembangunan Kesehatan Masyarakat, Program Studi Ilmu Administrasi Negara, FISIP, Universitas Tribhuwana Tunggaladewi Malang Email: mozzad_buce@yahoo.com *JISIP: Jurnal Ilmu Sosial dan Ilmu Politik* ISSN. 2442-6962 Vol. 6 No. 1. 2017
 6. Candra A. Beberapa Faktor Berhubungan Dengan Keaktifan Kader Posyandu Di Desa Pengadegan Kab. Banyumas: *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*. Vol.6 No.2. 2018.
 7. Perwiraningrum DA, Elisanti AD, Amareta DI, Werdiharini AE. *Need Assessment of Stunted Children During Pandemic Covid-19 to Develop Nutrition Intervention Program in Jember District, East Java, Indonesia*. Proceeding The 1st International Convergence on Social Science, Humanity and Public Health 2020. *Advances in Social Science, Education and Humanities Research*, volume 514. Altantis Press.2020
 8. Adriansyah AA, Firdausi NJ., Yuliani K, Sa'adah N, *Edukasi Cara Pengukuran Berat Badan dan Tinggi Badan dalam Pemantauan Tumbuh Kembang Bayi dan Balita*. *Journal of Community Engagement and Employment*. ISSN: 2714-5735. <https://ojs.iik.ac.id/index.php/JCEE/article/view/313>. 2020
 9. Pangestuti NA, Syamsulhuda BM, Kusumawati A. Beberapa Faktor yang Berhubungan dengan Praktik Kader dalam Penulisan Di Meja 4 Pada Posyandu di Kelurahan Ngaliyan Kota Semarang. *JURNAL KESEHATAN MASYARAKAT (e-Journal)* Volume 4, Nomor 5, ISSN: 2356-3346. <http://ejournal-s1.undip.ac.id/index.php/jkm>. 2016.
 10. Amareta DI, Ardianto ET. *Pendampingan Kader Kesehatan Remaja dalam Pencegahan Anemia pada Remaja Putri*. Prosiding Seminar Nasional Hasil Penelitian dan Pengabdian Masyarakat Tahun 2018. ISBN: 978-60214917-6-8. 2018.
 11. Milla AI., Arsy GR., Gambaran Pengetahuan dan Sikap Kader Posyandu dalam Pemantauan Pertumbuhan Perkembangan Balita di Wilayah Puskesmas Rejosari Kabupaten Kudus. *Jurnal Profesi Keperawatan*. Vol 8 No 1 Januari 2021. <http://jurnal.akperkridahusada>. 2021.