

REVITALISASI PROGRAM KETERPADUAN KB-KESEHATAN (POSYANDU) DI ERA DESENTRALISASI SUATU KENISCAYAAN

Endang Sutisna Sulaeman

Fakultas Kedokteran

Universitas Sebelas Maret

Abstract

Public welfare according to United Nations Development Program (UNDP) is measured by Human Development Index (HDI) constituting a composite indicator of three indicators in development sector: education, health, and economy. The goals of HDI by UN were accomplished into Millennium Development Goals (MDGs). Two of the eight goals MGDs associated with Family Planning-Health Program, namely : (1) Reduce child mortality under five years of age, and (2) Improve maternal health.

Based on the International Conference on Population and Development, (ICPD) in Cairo, Egypt (1994), agreed to change the paradigm in the management of population and development, the approach population control and fertility decline to be an approach that focused on reproductive health and effort to fulfill reproductive rights.

There are five points in the era of decentralization of Revitalization Posyandu namely: (1) Posyandu is an effort to meet basic health needs and improving nutritional status of communities, (2) Posyandu able to act as a forum for community-based primary health care, (3) The implementation of integrated health community need to be gathered all the strength to participate actively in accordance with its capabilities, (4) Posyandu should be continued as an effort of human resources development investments are carried out uniformly, (5) Regions governments to promote and coordinate their implementation by involving the role of the community.

In the era of decentralization, the implementation of the Family Planning-Health Integrity Program (Posyandu) is highly dependent on the willingness, commitment, and political decisions Regions Government. For the activities of Family Planning-Health Integrity Program (Posyandu) should be supported by advocacy activities to stakeholders and decision-makers regions, so as to obtain political support and adequate program resources.

Formation and implementation Posyandu should be done through approach Village Community Health Development (PKMD), namely a systematic series of activities, planned and directed to explore, enhance, and direct community participation in order to exploit the existing potential, in order to solve the health problems they face.

Keywords. *Family Planning-Health Integrity Program (Posyandu), ecentralization, Village Community Health Development (PKMD)*

PENDAHULUAN

a. Latar Belakang

Kesejahteraan masyarakat saat ini menurut UNDP diukur oleh Indeks Pembangunan Manusia (IPM) atau *Human Development Index* (HDI) yang merupakan indikator komposit yang terdiri atas tiga indikator sektor pembangunan yaitu : pendidikan (sebagai ukuran *knowledge*), kesehatan (sebagai ukuran *longevity*), dan ekonomi yaitu tingkat pendapatan riil (sebagai ukuran *living standards*). Indikator kesehatan ditentukan oleh angka harapan hidup (AHH) yaitu rata-rata lama hidup yang mungkin dicapai oleh penduduk sejak usia satu tahun yang dihitung dari angka kematian bayi (AKB). IPM Indonesia berdasarkan penelitian UNDP (2009) menduduki ranking ke-111 dari 182 negara. Cenderung menurun dari tahun ke tahun.

Sasaran IPM atau HDI ini pada tahun 2000 dan 2005 oleh para pemimpin dunia, melalui PBB, disempurnakan menjadi *Millenium Development Goals*/MDGs (Tujuan Pembangunan Milenium) yang merupakan komitmen komunitas internasional terhadap pengembangan visi pembangunan yang menempatkan pembangunan manusia sebagai kunci untuk mencapai pengembangan sosial dan ekonomi yang berkelanjutan. MDGs merupakan kesepakatan 189 Negara anggota PBB untuk mencapai 8 Tujuan Pembangunan Milenium pada tahun 2015. Dua diantara delapan tujuan MDGs terkait dengan KB-Kesehatan yaitu : (1) Menurunkan angka kematian anak usia di bawah lima tahun yakni sebesar dua pertiganya antara tahun 1990-2015 dan (2) Meningkatkan kesehatan ibu yakni menurunkan angka kematian ibu sebesar tiga perempatnya antara tahun 1990-2015.

Berdasarkan Konferensi Internasional tentang Kependudukan dan Pembangunan (*International Conference on Population and Development, ICPD*), di Kairo, Mesir, pada tahun 1994, disepakati perubahan paradigma dalam pengelolaan masalah kependudukan dan pembangunan, dari pendekatan pengendalian populasi dan penurunan fertilitas menjadi pendekatan yang terfokus pada kesehatan reproduksi serta upaya pemenuhan hak-hak reproduksi. Dengan demikian pengendalian kependudukan telah bergeser ke arah yang lebih luas, yang meliputi pemenuhan kebutuhan kesehatan reproduksi bagi laki-laki dan perempuan sepanjang siklus hidup, termasuk hak-hak reproduksinya, kesetaraan dan keadilan gender, pemberdayaan perempuan dan penanggulangan kekerasan berbasis gender, serta tanggung jawab laki-laki dalam kaitannya dengan kesehatan reproduksi. Paradigma baru ini berpengaruh besar antara lain terhadap hak dan peran perempuan sebagai subyek dalam ber-KB.

Sejak bergulirnya reformasi pada awal 1998, yang diikuti dengan diberlakukannya UU No. 22 Tahun 1999 (diubah menjadi UU No. 32 Tahun 2004) tentang Pemerintahan Daerah, telah membawa perubahan yang mendasar bagi sistem pemerintahan Negara Kesatuan Republik Indonesia, dari pemerintahan sentralistik menjadi desentralisasi yang memberi kewenangan yang luas, nyata dan bertanggungjawab kepada daerah. Dengan kewenangan yang luas tersebut diharapkan agar daerah dapat mandiri dan

mengembangkan kemampuan dan prakarsanya untuk mengelola sumber daya yang ada bagi kesejahteraan masyarakat. Di samping itu berkenaan dengan penyelenggaraan otonomi daerah yang menekankan pada prinsip-prinsip demokrasi, peran serta masyarakat, pemerataan dan keadilan serta memperhatikan potensi dan keanekaragaman daerah, membuka tantangan besar bagi daerah untuk mengikut sertakan peran serta masyarakat dalam memajukan daerah. Lebih lanjut, kebijakan tersebut juga dimaksudkan untuk mendorong pemberdayaan masyarakat, menumbuhkan prakarsa dan kreativitas, serta meningkatkan partisipasi masyarakat dalam pembangunan (Mardikanto, 2009). Peraturan Pemerintah RI No. 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintah Antara Pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi, dan Pemerintah Daerah Kabupaten/ Kota telah menetapkan bidang kesehatan serta keluarga berencana dan keluarga sejahtera merupakan salah satu urusan wajib.

Seperti kita ketahui, pada tahun 1981 Departemen Kesehatan dan BKKBN sepakat melaksanakan program keterpaduan KB-Kesehatan yang tertuang dalam Instruksi Bersama Menteri Kesehatan-Kepala BKKBN No.06/Menkes/1981-22/ HK.010/1981 dan No.264/Menkes/Inst/VI/1983-26/HK.011/E3/1983 tentang Intensifikasi Pelaksanaan Program Kependudukan dan Keluarga Berencana di Daerah-Daerah. Kemudian tahun 1985 disepakati Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu) sebagai sarana pelayanan KB-Kesehatan yang tertuang dalam instruksi bersama Menteri Dalam Negeri, Menteri Kesehatan dan Kepala BKKBN No. 23 Tahun 1985, No.214/ Menkes/Ins.B/IV/1985, No.112/HK-011/A/1985 tentang Penyelenggaraan Pos Pelayanan Terpadu. Selanjutnya guna meningkatkan mutu penyelenggaraan Posyandu, tahun 1990 diterbitkan Instruksi Menteri Dalam Negeri No.9 Tahun 1990 tentang Pembinaan Mutu Posyandu. Legitimasi keberadaan Posyandu ini diperkuat kembali melalui Surat Edaran Menteri Dalam Negeri dan Otonomi Daerah Nomor: 411.3/536/SJ tanggal 3 Maret 1999 tentang Revitalisasi Posyandu dan 13 Juli tentang Pedoman Umum Revitalisasi Posyandu yang antara lain meminta diaktifkannya kembali Kelompok Kerja Operasional (POKJANAL) Posyandu di semua tingkatan administrasi pemerintahan. Penerbitan Surat Edaran ini dilatarbelakangi oleh perubahan lingkungan strategis yang terjadi demikian cepat berbarengan dengan krisis moneter yang berkepanjangan.

Ada lima point dalam surat edaran tersebut untuk meningkatkan kegiatan Posyandu dan juga dapat disesuaikan dengan situasi dan kondisi daerah yaitu : (1) Posyandu merupakan upaya pemenuhan kebutuhan kesehatan dasar dan peningkatan status gizi masyarakat, (2) Posyandu mampu berperan sebagai wadah pelayanan kesehatan dasar berbasis masyarakat, (3) Pelaksanaan Posyandu perlu dihimpun seluruh kekuatan masyarakat agar berperan serta secara aktif sesuai dengan kemampuannya, (4) Posyandu perlu dilanjutkan sebagai upaya investasi pembangunan sumber daya manusia yang dilaksanakan secara merata, (5) Pemerintah daerah untuk mensosialisasikan dan mengkoordinasikan pelaksanaannya dengan melibatkan peran masyarakat (LSM, Ormas, sektor swasta, dunia usaha, lembaga/ negara donor dll).

Program Keterpaduan KB-Kesehatan adalah penyatuan/penyerasian dinamis kegiatan dari program kesehatan ibu dan anak (KIA), keluarga berencana (KB), imunisasi,

gizi, serta penanggulangan diare, untuk saling mendukung dalam mencapai tujuan dan sasaran yang disepakati bersama. Kelima program Keterpaduan KB-Kesehatan tersebut mempunyai daya ungkit besar terhadap penurunan angka kematian bayi, anak balita, dan angka kelahiran. Sedangkan sasaran penduduk yang dilayani kelima program tersebut adalah sama, yaitu : pasangan usia subur, ibu hamil, ibu menyusui, bayi, dan anak balita.

Adapun tujuan penyelenggaraan Posyandu adalah: (1) Menurunkan angka kematian bayi (AKB), angka kematian ibu (ibu hamil, melahirkan dan nifas) dan penurunan angka kelahiran, (2) Membudayakan Norma Keluarga Berkualitas, (3) Meningkatkan peran serta dan kemampuan masyarakat untuk mengembangkan kegiatan KB dan kesehatan serta kegiatan lainnya yang menunjang untuk tercapainya masyarakat sehat sejahtera, dan (4) Berfungsi sebagai Wahana Gerakan Reproduksi Keluarga Sejahtera, Gerakan Ketahanan Keluarga dan Gerakan Ekonomi Keluarga Sejahtera.

Posyandu adalah wadah komunikasi dan alih teknologi dalam pelayanan KB dan kesehatan yang dikelola dan diselenggarakan oleh dan untuk masyarakat dengan dukungan pelayanan serta pembinaan teknis dari petugas kesehatan dan keluarga berencana dalam rangka pencapaian keluarga berkualitas. Nilai strategis yang ingin dibudayakan melalui pendekatan ini adalah keterpaduan pengembangan sumber daya manusia sedini mungkin dengan peran serta masyarakat. Tujuan akhir program adalah terjadinya perubahan perilaku KB-Kesehatan yang terwujud dalam praktik-praktik individual. Praktik-praktik ini merupakan tindak lanjut penerimaan dan pemahaman makna inovasi. Sebagai konsekuensi positif dari perubahan perilaku ini, diharapkan secara simultan terjadinya peningkatan jumlah pengguna fasilitas-fasilitas KB-Kesehatan pedesaan.

Pelayanan Posyandu meliputi pelayanan teknis medis serta pelayanan promosi dan komunikasi interpersonal/konseling (KIP/K) dari lima program utama. Jenis kegiatan pelayanan terdiri atas: (1) Pelayanan KIA: pemeriksaan kehamilan, ibu menyusui, dan kesehatan balita, serta promosi dan komunikasi interpersonal/konseling (KIP/K) KIA, (2) Pelayanan Imunisasi : pemberian imunisasi terhadap ibu hamil dan bayi serta promosi dan komunikasi interpersonal/konseling (KIP/K) imunisasi, (3) Pelayanan gizi: penimbangan balita, pemberian paket pertolongan gizi, serta promosi dan komunikasi interpersonal/konseling (KIP/K) gizi, (4) Pelayanan KB : pemeriksaan ulang akseptor, pelayanan alat dan obat kontrasepsi serta komunikasi informasi dan edukasi (KIE) dan komunikasi interpersonal/konseling (KIP/K) KB, (5) Pelayanan P2 diare : pemberian oralit, pembuatan LGG serta klinik sanitasi di luar gedung dan promosi kesehatan lingkungan.

Beberapa manfaat yang dapat diperoleh dari Program Keterpaduan KB-Kesehatan yaitu: (1) Walaupun sumber daya tiap program terbatas, namun karena kegiatan dilaksanakan secara terpadu, maka masing-masing program dapat mencapai hasil yang optimal, (2) Masyarakat memperoleh kemudahan pelayanan KB-Kesehatan pada waktu dan tempat yang sama, (3) Dicapai peningkatan hasil guna dan daya guna sumber daya,

(4) Dihindari pemborosan waktu dan sumber daya masyarakat, dan (5) Cakupan pelayanan menjadi lebih luas dan lebih besar, sehingga dipercepat terwujudnya peningkatan derajat kesehatan ibu, bayi, anak balita dan terwujudnya Keluarga Berkualitas.

b. Masalah Program KB-Kesehatan di Era Desentralisasi

Beberapa masalah dalam pelaksanaan Program Keterpaduan KB-Kesehatan di era desentralisasi adalah sebagai berikut :

1. Masalah umum : (a) Tingkat pengambil keputusan : Program KB-Kesehatan saat ini belum merupakan prioritas program pemerintah daerah. Anggaran pembangunan untuk program KB-Kesehatan belum bertambah dan belum mencukupi. Hal ini sangat berpengaruh terhadap anggaran yang tersedia sehingga program yang bisa dijalankan terbatas; (b) Koordinasi : Koordinasi program antar sektor masih belum berjalan seperti yang diharapkan, Kelompok Kerja Operasional Posyandu (Pokjandal Posyandu) belum berfungsi seperti yang diharapkan; (c) Tingkat pelaksanaan: Program dan penyelenggaraan kegiatan Program Keterpaduan KB-Kesehatan (Posyandu) dengan diberlakukannya kebijakan desentralisasi perlu disesuaikan; (d) Pencapaian indikator : Jumlah indikator yang ingin dicapai oleh setiap sektor cukup banyak dan tingkat pencapaiannya berbeda-beda. Nilai indikator yang dapat digunakan oleh setiap sektor adalah dengan menggunakan "*strong indicators*" yang direkomendasikan WHO ditambah dengan indikator lain yang sesuai dengan kebutuhan daerah.

Kondisi yang diharapkan adalah disepakatinya indikator minimal yang harus dicapai dan disesuaikan dengan *Milenium Development Goals*. Indikator tersebut adalah: (a) *Maternal Mortality Rate*, (b) *Child Mortality Rate*, (c) *Total Fertility Rate*, (c) Peningkatan peran serta masyarakat, dan (d) *Human Development Index* (HDI). Sedangkan indikator program KB yang telah disepakati secara nasional adalah : penurunan *unmet need* KB, cakupan pelayanan KB (*contraceptive prevalence rate/CPR*), persentase kegagalan dan komplikasi pemakaian kontrasepsi, persentase dari tiap jenis kontrasepsi yang digunakan; (e) Upaya revitalisasi Posyandu hanya dilakukan berupa pelatihan kader Posyandu, yang pelaksanaan lebih bersifat proyek dengan segala konsekuensinya, serta belum pernah dilakukan penataan menyeluruh dengan pendekatan sistem terhadap sistem Program Keterpaduan KB-kesehatan (Posyandu).

2. Masalah Keluarga Berencana: Persentase pemakai kontrasepsi menurun hampir di semua provinsi, angka kesuburan total (*total fertility rate/TFR*) : 2,6 per perempuan, cakupan pelayanan KB (*contraceptive prevalence rate, CPR*): 60,3%. Partisipasi pria dalam ber-KB: lebih kurang 4,4 %. Proporsi *drop-out* peserta KB (*discontinuation rate*): 20,7%, tingkat *unmet need* menurut BKKBN: 9,1 % (2007).

3. Masalah Kesehatan Ibu dan Anak : UNFPA dalam Laporan Kependudukan 2008, AKI di Indonesia 420/100.000 kelahiran hidup. Sementara Singapura 14, Malaysia 62, Thailand 110, Filipina 230, Vietnam 380, dan Myanmar 380 per 100.000 KH. Laporan tersebut mengklarifikasi hasil SDKI 2007 yang menyebutkan AKI Indonesia 228 per 100.000 kelahiran hidup, sementara pada tahun 2010 ditargetkan menjadi 125 per 100.000 kelahiran hidup. Besarnya AKI menggambarkan masih rendahnya tingkat kesadaran perilaku hidup bersih dan sehat, status gizi dan status kesehatan ibu, cakupan dan kualitas pelayanan untuk ibu hamil, ibu melahirkan, dan ibu nifas, serta kondisi kesehatan lingkungan. AKB di Indonesia sebesar 26,9 (2007) masih di atas negara-negara seperti Malaysia (10), Thailand (20), Vietnam(18), Brunei (8) dan Singapura (3).
4. Masalah gizi : Angka gizi kurang pada Balita diturunkan dari 25,8% (2003) menjadi 24,7% (2005), 23,6% (2006) dan 21,9% (2007). Berdasarkan penelitian gizi buruk Balita di Sumatra Barat pada tahun 1998 menyimpulkan bahwa, terjadinya gizi buruk balita disebabkan karena (a) daya beli masyarakat menurun, (b) ketidaktahuan orang tua terhadap persoalan kesehatan dan gizi, serta (c) Posyandu tidak berperan sebagaimana mestinya (Elfindri, 2003).
5. Masalah Pencegahan dan Pemberantasan Diare : Masih terjadi adanya Kejadian Luar Biasa (KLB) diare secara sporadis di beberapa daerah serta penggunaan LGG dan Oralit pada penatalaksanaan penderita diare belum membudaya.

KAJIAN PROGRAM KETERPADUAN KB-KESEHATAN (POSYANDU)

Bentuk pelayanan kesehatan melalui Posyandu adalah pemantauan pertumbuhan balita "*growth monitoring*", pengetahuan tentang tata cara penggunaan oralit "*oral rehidration therapy*", promosi pemberian air susu ibu (ASI) dan makanan pendamping ASI (PASI) "*breast feeding promotion*", serta pemberian 3 jenis imunisasi [BCG, DPT (3 dosis), Polio (3 dosis), dan campak], sekarang ditambah Hepatitis B, untuk bayi "*Immunization*", yang dikenal dengan GOBI program (Departemen Kesehatan dan Unicef, 1985). Dua diantara program Posyandu di atas, pemantauan pertumbuhan balita dan promosi pemberian ASI dan PASI, secara implisit diharapkan dapat meningkatkan status gizi balita, sehingga diharapkan berat badan balita dapat tumbuh pada kurva berat badan secara normal. Secara eksplisit, kampanye gizi tersebut dimaksudkan untuk meningkatkan pengetahuan ibu anak balita tentang cara-cara meningkatkan gizi balita. Pemantauan pertumbuhan berat badan balita dilakukan dengan mengikutsertakan ibu-ibu balita untuk dapat membaca hasil penimbangan balita dalam kartu menuju sehat (KMS).

Menurut Elfindre (2003) kurang optimalnya manfaat yang diperoleh oleh ibu dengan memiliki kartu KMS balita, kemungkinan disebabkan beberapa faktor. Antara lain ibu-ibu kurang mampu mengartikan serta menterjemahkan gambar-gambar yang ada pada kartu KMS tersebut dalam kaitannya dengan peningkatan kesehatan balita. Kekurangmampuan ibu-ibu dapat disebabkan oleh keterbatasan daya nalar untuk

membaca kartu, selain dari kurangnya penjelasan tentang KMS yang diberikan oleh kader-kader kesehatan serta petugas Puskesmas dan PLKB.

Idealnya setiap ibu-ibu yang mendatangi Posyandu mendapatkan penyuluhan singkat tentang keluarga berencana, pertumbuhan balita, imunisasi, menyusui bayi, dan lain-lain. Akan tetapi walaupun ibu-ibu tersebut sering mengikuti kegiatan bulanan Posyandu, informasi yang diperoleh tidak begitu banyak. Kemungkinan besar proses belajar serta diskusi yang terjadi di Posyandu tidak berjalan sebagaimana mestinya. Elfindri (1995) membuktikan bahwa masih rendahnya pemanfaatan Posyandu bagi kelompok keluarga yang berpendapatan dan berpendidikan rendah. Faktor non ekonomi lebih berperan dibandingkan dengan faktor ekonomi dalam menjelaskan rendahnya pemanfaatan Posyandu tersebut. Misalnya persepsi yang salah terhadap imunisasi sering menyebabkan imunisasi yang seharusnya lengkap diterima oleh bayi tidak mereka dapatkan. Banyak anggapan bagi ibu yang salah bahwa imunisasi dapat menyebabkan bayi menjadi sakit.

Adapun kajian Posyandu menurut Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat, (1994) adalah: (a) Masalah sasaran yaitu belum semua sasaran program KB-Kesehatan didata/didaftar, dihadirkan dan dilayani, serta sasaran masih diperlakukan sebagai objek dari kegiatan, dan mereka mempunyai anggapan bahwa datang ke Posyandu merupakan kewajiban bukan kebutuhan, (2) Masalah kader yaitu perbandingan Posyandu dengan kader aktif masih rendah, motivasi kader masih kurang, *drop out* kader tinggi, kader terlampaui banyak dibebani pekerjaan administrasi, keterampilan kader dalam penyuluhan (promosi) dan konseling masih rendah, kader enggan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan, kader hanya diperlakukan sebagai pembantu pelaksana Posyandu dan bukan sebagai pelaku aktif dan ujung tombak, (3) Pelatihan kader (termasuk pelatihan kader dalam revitalisasi Posyandu): metode latihan masih konvensional dengan pendekatan guru-murid (pendekatan paedagogik) bukan pendekatan andragogik (pendidikan orang dewasa), materi pelatihan terlalu banyak dibanding dengan waktu yang tersedia, penyajian materi pelatihan lebih banyak menggunakan komunikasi satu arah, paket materi latihan yang kaku, mengabaikan variasi dan inovasi lokal, latihan yang dilakukan tergesa-gesa, (4) Masalah petugas KB-Kesehatan: program Posyandu menjadi program rutin dengan sikap kerja pegawai sekedar melaksanakan tugas dan kurang memperhatikan kualitas pelayanan kepada sasaran maupun kualitas pembinaan kepada kader, pemantauan wilayah setempat (PWS) belum dimanfaatkan secara optimal sebagai alat pemantau dan evaluasi, hanya sedikit terjadi pertukaran pengalaman antar kader dan antara kader dengan petugas.

Masalah-masalah umum yang ditemukan pada penelitian Posyandu di Sulawesi Utara, Jawa Barat, dan Maluku adalah sebagai berikut: *Pertama*, Makna Posyandu dan kegunaannya secara menyeluruh belum dipahami secara memuaskan dan merata dikalangan sasaran program dan tokoh-tokoh informal, bahkan pula dikalangan pimpinan formal. *Kedua*, Anggota-anggota pimpinan formal melaksanakan perintah istri camat sebagai ketua tim penggerak PKK kecamatan dan camat untuk mendirikan dan menggiatkan Posyandu sedikit banyak memang terlihat. Namun demikian, tidak semua

desa/kelurahan mengupayakan secara sungguh-sungguh. *Ketiga*, Kepemimpinan kepala desa/lurah, dan camat belum memperlihatkan keterarahannya pada pembimbingan dalam merencanakan dan melaksanakan Posyandu dalam program PKMD (sekarang LPMD/LPMK) sesuai dengan ketentuan. *Keempat*, Umumnya Posyandu tidak dianggap atau digolongkan ke dalam prioritas utama, dengan kata lain ia kalah dari beberapa program fisik.

Kelima, dijumpai desa-desa yang belum memiliki Posyandu, dan kalau memiliki, tidak berjalan atau berjalan pada beberapa bulan pertama kemudian lumpuh, atau dihidupkan ulang pada saat ada kunjungan pemimpin atasan. Atau, ada pula yang dikatakan berjalan, yang terlihat hanya kegiatan-kegiatan yang terbatas pada penimbangan balita dan pengisian KMS, pemberian makanan tambahan, sedangkan kegiatan-kegiatan lain sangat tidak teratur dilaksanakan. *Keenam*, Ada kegiatan yang tidak termasuk dalam program Posyandu, yaitu pengobatan, yang dilaksanakan secara teratur oleh sejumlah kecil Posyandu, menyebabkan institusi kesehatan ini ramai dikunjungi bukan hanya oleh para ibu yang membawa Balita tetapi oleh orang-orang lain sebagai pasien. Dengan kata lain, daya tarik Posyandu ini adalah pengobatan. *Ketujuh*, kelompok pimpinan formal desa/kelurahan dengan kelompok pimpinan informal, terutama tokoh agama, tidak terbina hubungan kerjasama yang dibutuhkan bagi pengembangan Posyandu karena perbedaan-perbedaan pandangan politik dan pembangunan yang seringkali meruncing. (Kalangie, 1994).

PEMBAHASAN

Pada era sentralisasi Program Keterpaduan KB-Kesehatan (Posyandu) diselenggarakan lebih bernuansa penggerakan/mobilisasi masyarakat (*social mobilization*) daripada pemberdayaan masyarakat dan dengan pendekatan instruktif/direktif. Sebagaimana dampak pendekatan instruktif/direktif menunjukkan bahwa prosesnya pendek, pelaksanaannya cepat, namun partisipasinya rendah, dan cenderung "pemaksaan". Hal ini terlihat manakala kekuatan instruktif/direktif longgar pada era desentralisasi, cakupan pelayanan Posyandu cenderung menurun.

Muncul kembali dan merebaknya penyakit polio pada pertengahan Maret 2006, ditemukan bahwa belum semua bayi mendapatkan imunisasi polio yang pada umumnya diperoleh di Posyandu. Hal ini memperlihatkan bahwa Posyandu belum berjalan atau belum dimanfaatkan sebagaimana mestinya oleh masyarakat. Demikian pula timbulnya gizi buruk balita yang sporadis di beberapa daerah, menunjukkan bahwa pemantauan dan deteksi dini status gizi balita di Posyandu kurang dilakukan. Pendekatan instruktif/direktif pada era desentralisasi kurang begitu berhasil seperti terlihat pada Pekan Imunisasi Nasional tahun 2005 banyak sasaran imunisasi tidak mau dilayani imunisasi dengan berbagai alasan. Untuk itu pendekatan yang tepat pada era desentralisasi adalah melalui pemberdayaan sasaran, keluarga dan masyarakat, sehingga mereka menyadari arti dan pentingnya pelayanan KB-Kesehatan serta mereka menyadari bahwa pelayanan KB-Kesehatan adalah merupakan kebutuhan.

Pada era desentralisasi, pelaksanaan Program Keterpaduan KB-Kesehatan (Posyandu) sangat tergantung pada kemauan, komitmen, dan keputusan politik Pemerintah Daerah dan DPRD Kabupaten/Kota. Untuk itu kegiatan Program Keterpaduan KB-Kesehatan (Posyandu) harus ditunjang oleh kegiatan advokasi kepada para pemangku kepentingan (*stakeholders*) dan para pengambil keputusan (*decision maker*) daerah, sehingga memperoleh dukungan politis dan sumber daya program yang memadai. Dukungan anggaran bisa mengacu pada kesepakatan para Bupati/Walikota tanggal 28 Juli 2000 untuk menyediakan alokasi dana kesehatan minimal 15% dari Anggaran Pendapatan Belanja Daerah (APBD) atau 5% dari Pendapatan Domestik Regional Bruto (PDRB).

Posyandu adalah wadah kegiatan Program Keterpaduan KB-Kesehatan yang lahir dari kesepakatan antara Departemen Kesehatan dan BKKBN. Untuk itu komitmen, tanggungjawab dan kemitraan dua institusi ini perlu digugah dan direvitalisasi kembali, terlebih adanya fenomena lapangan yaitu kecenderungan “pisah ranjang” kedua institusi tersebut. Menurut Gunawan (1989) faktor-faktor yang mempengaruhi kerjasama lintas sektor adalah : (1) keterbukaan dan komunikasi, (2) adanya wadah, (3) program saling menunjang, (4) menghormati sektor lain, (5) tujuan dan peranan jelas, (6) kepuasan masing-masing sektor, dan (7) perencanaan terpadu.

Pembentukan dan penyelenggaraan Posyandu seyogyanya dilakukan melalui pendekatan Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa (PKMD) yaitu serangkaian kegiatan yang sistematis, terencana dan terarah untuk menggali, meningkatkan, dan mengarahkan keikutsertaan masyarakat agar dapat memanfaatkan potensi yang ada, guna memecahkan masalah kesehatan yang mereka hadapi (Departemen Kesehatan, 2002). PKMD adalah pendekatan upaya kesehatan esensial/dasar yang dilaksanakan oleh individu, keluarga, dan masyarakat dengan dukungan lintas program dan lintas sektoral, menggunakan teknologi tepat guna yang bertujuan untuk meningkatkan kemandirian keluarga dan masyarakat termasuk pendanaannya di bidang kesehatan.

Secara garis besar, langkah pembentukan dan penyelenggaraan Posyandu melalui pendekatan PKMD adalah: (1) Penggalangan komitmen dan dukungan penentu kebijakan, pemimpin daerah/wilayah, lintas sektor (kerjasama lintas sektor), dan berbagai organisasi masyarakat, yang dilaksanakan melalui advokasi, dialog, seminar dan lokakarya, dalam rangka komunikasi, informasi dan edukasi (KIE) dengan memanfaatkan pertemuan-pertemuan rutin, media massa, dan sistem informasi kesehatan; (2) Pemberdayaan petugas kesehatan dan kerjasama lintas program tingkat Puskesmas melalui Lokakarya Mini Bulanan Puskesmas dan pemberdayaan kerjasama lintas sektoral tingkat kecamatan melalui Lokakarya Mini Puskesmas Tribulanan; (3) Pemberdayaan masyarakat melalui rangkaian kegiatan untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam mengenal dan memecahkan masalah kesehatan, dengan menggali, menghimpun, dan menggerakkan swadaya masyarakat. Rangkaian kegiatan penggerakan dan pemberdayaan masyarakat dalam pembentukan dan penyelenggaraan Posyandu terdiri atas : (a) Rapat koordinasi Posyandu tingkat desa, (b) Survei Mawas Diri (SMD) untuk mengenali masalah Program Keterpaduan KB-Kesehatan (diagnosa masalah kesehatan

oleh masyarakat), yang dilaksanakan oleh kader PKK di bawah bimbingan teknis unsur Puskesmas dan KB, (c) Musyawarah Masyarakat Desa (MMD) untuk penentuan bersama rencana pemecahan masalah kesehatan yang dihadapi (penetapan pemecahan masalah oleh masyarakat) hasil SMD, sarana dan prasarana Posyandu serta biaya Posyandu, (d) Pemilihan dan pelatihan kader Posyandu, (e) Tindak lanjut rencana kerja hasil MMD dengan melaksanakan kegiatan Posyandu oleh dan untuk masyarakat dengan kader yang telah terlatih sebagai motor penggerak, dan (f) Pembinaan, pengembangan dan pelestarian Posyandu oleh masyarakat.

Pada dasarnya Program Keterpaduan KB-Kesehatan adalah penggerakan dan pemberdayaan masyarakat untuk meningkatkan derajat kesehatan dan menurunkan angka kelahiran. Oleh karena itu wadah gerakan ini di tingkat desa/ kelurahan adalah Lembaga Pemberdayaan Masyarakat Desa/Kota (LPMD/LPMK). Dalam melembagakan Program Keterpaduan KB-Kesehatan (Posyandu) perlu disinkronkan dengan kelembagaan Kelompok Kerja Operasional (Pokjantal) Posyandu di berbagai tingkatan administrasi pemerintahan, sehingga Program Keterpaduan KB-Kesehatan (Posyandu) benar-benar dapat dilaksanakan oleh setiap anggota keluarga di bawah bimbingan kader Posyandu dan koordinasi Pokjantal Posyandu tingkat Dusun/RW.

Pemberdayaan masyarakat dalam Program Keterpaduan KB-Kesehatan (Posyandu) melalui metode pendekatan PKMD, perlu ditunjang oleh penggiatan komunikasi informasi dan edukasi (KIE) dan komunikasi interpersonal/konseling (KIP/K), pelayanan KB-Kesehatan di Posyandu, serta pelayanan lintas program dan lintas sektoral lainnya secara terkoordinasikan dan terpadu dengan memperhatikan dinamika gotong royong masyarakat desa/kelurahan. Penanggungjawab Program Keterpaduan KB-Kesehatan di masing-masing tingkatan administrasi pemerintahan adalah Gubernur, Bupati/Walikota, Camat, Kepala Desa/Lurah, Kepala Dusun/RW dan Ketua RT. Adapun pengelola Posyandu adalah, Penanggungjawab umum : Kades/Lurah; Penggungjawab operasional : Tokoh Masyarakat; Ketua Pelaksana: Ketua Tim Penggerak PKK Desa/Kelurahan; Sekretaris: Ketua Pokja IV Desa/ Kelurahan; Pelaksana: Kader PKK, yang dibimbing Petugas Puskesmas dan PLKB.

Paradigma baru Program Keterpaduan KB-Kesehatan menempatkan hak dan peran perempuan sebagai subyek dalam ber-KB dan mendapat pelayanan kesehatan. Untuk itu perlu dilakukan penyadaran terhadap sasaran program KB-Kesehatan, sehingga sasaran menyadari arti dan pentingnya pelayanan KB-Kesehatan yang akan mereka terima. Penyadaran berarti bahwa masyarakat secara keseluruhan menjadi sadar bahwa mereka mempunyai tujuan-tujuan dan masalah-masalah dalam pelayanan KB-Kesehatan. Masyarakat yang sadar juga mulai menemukan peluang-peluang dan memanfaatkannya, menemukan sumber-sumber daya yang ada di tempat itu yang barangkali sampai saat ini belum dimanfaatkan. Masyarakat yang sadar menjadi semakin tajam dalam mengetahui apa yang sedang terjadi baik di dalam maupun di luar masyarakatnya. Masyarakat menjadi mampu merumuskan kebutuhan-kebutuhan dan aspirasinya.

Secara operasional kunci keberhasilan Program Keterpaduan KB-Kesehatan (Posyandu) adalah dilaksanakannya prosedur tetap (Protap)/*standard operating procedure* (SOP) Posyandu dan penyelenggaraan Posyandu Sistem Lima Meja secara konsisten.. Adapun Protap/SOP Posyandu terdiri atas: (1) Pendataan sasaran, (2) Rapat koordinasi (Rakor) Posyandu tingkat Desa/Kelurahan, (3) Pemanggilan sasaran (4) Penyelenggaraan Pelayanan KB-Kesehatan Sistem Lima Meja, dan (5) Pertemuan Pasca yandu.

Penyelenggaraan Posyandu perlu ditunjang oleh Sistem Informasi Posyandu (SIP) yaitu rangkaian kegiatan untuk menghasilkan informasi Posyandu yang sesuai dengan kebutuhan secara tepat guna dan tepat waktu bagi pengelola Posyandu. Pembinaan Posyandu akan lebih terarah apabila didasarkan pada informasi yang lengkap, akurat dan aktual. Mekanisme operasional SIP adalah : (1) Pemerintah desa/kelurahan bertanggung jawab atas tersediannya data dan informasi Posyandu; (2) Pengumpul data dan informasi adalah Tim Penggerak PKK dengan menggunakan register-register SIP. Register SIP diisi oleh kader Posyandu dengan bimbingan teknis dari petugas kesehatan dan PLKB. Tim Penggerak PKK Desa/Kelurahan bertanggungjawab dalam hal : (a) Menghimpun data dan informasi dari seluruh Posyandu yang ada dalam wilayah desa/kelurahan, (b) Menyimpulkan seluruh data dan informasi, (c) Menyusun data dan informasi sebagai bahan pertemuan di rapat koordinasi pembangunan (Rakorbang) tingkat kecamatan, (d) Puskesmas, Pengawas PLKB, Kaur Pembangunan Kecamatan mengambil data dari desa untuk dianalisis dan kemudian menjadi bahan Rakorbang di tingkat kecamatan. Hasil analisis digunakan sebagai bahan menyusun rencana pembinaan Posyandu. Masalah-masalah yang dapat diatasi oleh Pemerintah Tingkat Kecamatan segera diambil langkah pemecahannya sedangkan yang tidak dapat dipecahkan dilaporkan ke tingkat Kabupaten/Kotamadya sebagai bahan Rakorbang Tingkat Kabupaten/Kota.

Belajar dari pengalaman penyelenggaraan Program Keterpaduan KB-Kesehatan (Posyandu) di era sentralisasi, maka langkah-langkah strategis revitalisasi Program Keterpaduan KB-Kesehatan (Posyandu) di era desentralisasi yang perlu dilakukan adalah : (1) Memantapkan kembali komitmen dan dukungan pemerintah daerah dan DPRD (*political will*) dan *re-branding* Program Keterpaduan KB-Kesehatan (Posyandu), serta menjadikan Program Keterpaduan KB-Kesehatan (Posyandu) sebagai program prioritas dalam rangka mempersiapkan sumber daya manusia sedini mungkin sebagai investasi sumber daya manusia untuk masa depan Negara dan Bangsa; (2) Mengukuhkan dan mengokohkan kembali Bupati/Walikota, Camat, dan Kepala desa/Lurah sebagai penanggungjawab Program Keterpaduan KB-Kesehatan (Posyandu) di masing-masing tingkatan administrasi pemerintahan; (3) Melakukan revitalisasi manajemen Program Keterpaduan KB-Kesehatan (Posyandu) di berbagai tingkatan administrasi pemerintahan, dinas kesehatan kabupaten/kota, BKKBN, dan Puskesmas; (4) Mengaktifkan kembali Rakor Program Keterpaduan KB-Kesehatan (Posyandu) di semua tingkatan administrasi pemerintahan yang ditindak lanjuti sesuai dengan kewenangan dan tugasnya serta dipantau pelaksanaannya; (5) Mereorganisasi dan merevitalisasi Kelompok Kerja

Operasional (Pokjanal) Posyandu sebagai wadah koordinasi lintas sektor Program Keterpaduan KB-Kesehatan (Posyandu) di semua tingkatan administrasi pemerintahan; (6) Memperkuat SDM operasional Program Keterpaduan KB-Kesehatan (Posyandu), termasuk meningkatkan jumlah dan kualitas PLKB; (7) Melakukan penggiatan KIE dan KIP/K Program Keterpaduan KB-Kesehatan (Posyandu) secara humanistik, egaliter dan dialogis didukung dengan penteladanan; (8) Meningkatkan pembiayaan Program Keterpaduan KB-Kesehatan (Posyandu), termasuk jaminan ketersediaan alat-obat kontrasepsi (JKK), jaminan/ayoman komplikasi KB dan kegagalan, ketersediaan vaksin, paket pertolongan gizi, jaminan kecukupan dana Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas), dukungan sarana-prasarana operasional dsb; (9) Merevitalisasi pelaksanaan Protap/SOP Posyandu dengan sistem 5 (lima) meja secara konsekuen dan berkelanjutan; (10) Menjalinkan kerjasama kemitraan dengan dokter dan bidan praktek swasta serta RS swasta dan meminta laporan pelayanan KB-Kesehatan setiap bulan dari pelayanan swasta; (11) Menggerakkan dan memberdayakan masyarakat dalam Program Keterpaduan KB-Kesehatan (Posyandu) melalui pendekatan PKMD; (12) Meningkatkan, mengembangkan, dan memantapkan ketahanan keluarga melalui kelompok-kelompok kegiatan masyarakat (Poktan) seperti BKB (Bina Keluarga Balita), BKR (Bina Keluarga Remaja), BKL (Bina Keluarga Lansia) dan UPPKS (Upaya Peningkatan Pendapatan Keluarga Sejahtera); (13) Melakukan pelatihan ulang (*refreshing*) kader Posyandu setiap tahun dan mengupayakan pemberian insentif materiel untuk kader Posyandu, (14) Menggali, menghimpun, dan mengorganisasi sumber daya Program Keterpaduan KB-Kesehatan (Posyandu) dari masyarakat dan dunia usaha termasuk pendanaan, (15) Melakukan pembinaan dan pemantauan pelaksanaan Program Keterpaduan KB-Kesehatan (Posyandu) secara berjenjang di setiap tingkat administrasi pemerintahan secara periodik, berkesinambungan, terarah dan terencana yang ditunjang oleh alat tilik yang diumpun balik.

Tumbuh dan berkembangnya Posyandu telah membawa dampak yang amat luas yang dapat digolongkan dalam tiga hal. *Pertama*, Berkembangnya Posyandu telah mendorong tumbuhnya upaya kesehatan bersumber daya masyarakat (UKBM) lainnya seperti BKB, Pos Kesehatan Desa (Poskesdes)-Desa Siaga, UKGMD (Usaha Kesehatan Gigi Masyarakat Desa), P2M-PKMD (Pemberantasan Penyakit Menular dengan pendekatan PKMD), Dana Sehat, POD (Pos Obat Desa)/WOD (Warung Obat Desa), Pos UKK (Upaya Kesehatan Kerja), dan lain-lain. *Kedua*, Institusi Posyandu yang menguat membuat setiap program bahkan dari sektor lain, memanfaatkan Posyandu sebagai “*entry point*” pelaksanaan programnya.

Ketiga, Makin banyaknya jumlah Posyandu dengan variasi tingkat perkembangan yang berragam. Ada sebagian Posyandu telah mencapai tingkat perkembangan yang sangat maju, disisi lain masih banyak Posyandu yang berjalan tersendat bahkan tinggal papan nama. Menghadapi keadaan ini, diperlukan pola pembinaan yang arif dan variatif berdasarkan tingkat perkembangan Posyandu yang bersangkutan. Untuk memenuhi kebutuhan tersebut, telah dikembangkan alat pembinaan yang dikenal dengan Telaah Kemandirian Posyandu (TKP) sebagai indikator keberhasilan Posyandu.

Tujuannya adalah melakukan kategorisasi atau stratifikasi Posyandu yang dikelompokkan menjadi 4 (empat) tingkatan, yaitu Posyandu Pratama, Madya, Purnama, dan Mandiri dengan indikator terdiri atas : (1) Frekuensi penimbangan : diselenggarakan setiap bulan; (2) Rerata kader tugas: kegiatan di Posyandu bisa ditangani dengan baik bila jumlah kader lima orang atau lebih; (3) Rerata cakupan D/S : cakupan D/S sebagai tolok ukur peran serta masyarakat dan aktivitas kader/tokoh masyarakat dalam menggerakkan masyarakat setempat untuk memanfaatkan Posyandu; (4) Cakupan kumulatif KB : dihitung secara kumulatif selama satu tahun. Pencapaian PA/PUS 50% ke atas dikatakan mantap; (5) Cakupan kumulatif KIA : cakupan pemeriksaan ibu hamil K1 dan K4 dihitung secara kumulatif selama setahun. Batas mantap tidaknya Posyandu digunakan angka 50%; (6) Cakupan kumulatif imunisasi : cakupan imunisasi dihitung secara kumulatif selama satu tahun untuk imunisasi Polio dan Hepatitis B; (7) Program tambahan : yaitu bentuk UKBM seperti: BKB, P2ISPA, UKGMD, Warung Obat Desa (WOD) dan lain-lain, serta (8) Cakupan Dana Sehat sebagai wahana untuk memandirikan Posyandu. Bila cakupannya lebih dari 50% kepala keluarga yang ikut Dana Sehat, maka dikatakan baik, sedang bila kurang dari 50% dikatakan masih kurang.

KESIMPULAN

Untuk mencapai sasaran yang lebih optimal, pelaksanaan Program Keterpaduan KB-Kesehatan (Posyandu) perlu terus diupayakan peningkatan-peningkatan baik aspek substansi program maupun kelembagaan serta sarana prasarannya. Pada era desentralisasi, keberhasilan Program Keterpaduan KB-Kesehatan (Posyandu) sangat tergantung pada kemauan, komitmen, dan keputusan politik Pemerintah Daerah dan DPRD Kabupaten/Kota. Untuk itu kegiatan Program Keterpaduan KB-Kesehatan (Posyandu) harus ditunjang oleh kegiatan advokasi kepada para pemangku kepentingan (*stakeholders*) dan para pengambil keputusan (*decision maker*) daerah. Posyandu adalah wadah kegiatan Program Keterpaduan KB-Kesehatan yang lahir dari kesepakatan antara Departemen Kesehatan dan BKKBN, maka komitmen, tanggungjawab dan kemitraan dua institusi ini perlu digugah dan direvitalisasi kembali.

Pembentukan dan penyelenggaraan Posyandu seyogyanya dilakukan melalui pendekatan pembangunan kesehatan masyarakat desa (PKMD). Upaya revitalisasi Program Keterpaduan KB-Kesehatan (Posyandu) dilakukan melalui langkah-langkah strategis revitalisasi yang telah diuraikan di atas ditunjang dengan penyadaran kepada sasaran program KB-Kesehatan. Apabila langkah strategis tersebut dilakukan, Insya Allah pencapaian Program Keterpaduan KB-Kesehatan (Posyandu) ke depan akan lebih baik, dan sebaliknya apabila tidak dilakukan maka tidak menutup kemungkinan akan semakin carut marutnya pelaksanaan Program Keterpaduan KB-Kesehatan (Posyandu).

Secara operasional kunci keberhasilan Program Keterpaduan KB-Kesehatan (Posyandu) adalah dilaksanakannya prosedur tetap (Protap)/*standard operating procedure* (SOP) Posyandu secara konsisten, yang terdiri atas : (1) Pendataan sasaran,

(2) Rakor Posyandu tingkat Desa/Kelurahan, (3) Pemanggilan sasaran (4) Penyelenggaraan Pelayanan KB-Kesehatan Sistem 5 (Lima) Meja, dan (5) Pertemuan Pascayandu. Pembinaan Posyandu hendaknya menggunakan dan diarahkan pada Telaah Kemandirian Posyandu (TKP) sebagai indikator keberhasilan Posyandu.

Daftar Pustaka

- Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (2004). *Panduan Pelayanan KB dan Kesehatan Reproduksi Berwawasan Gender di tempat Kerja (Klinik KIAS)*. Jakarta.
- Badan Koordinasi Keluarga Berencana. Biro Data Kependudukan (1982), *Pertumbuhan Penduduk dan Fasilitas Kesehatan*. Jakarta.
- Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional, Provinsi Jawa Barat (2003). *Penanggulangan Masalah Kesehatan Reproduksi*. Bandung.
- Badan Perbaikan Gizi Daerah Provinsi Daerah Tingkat I Jawa Barat (1983). *Gerakan Hidup Sehat di Jawa Barat*. Bandung.
- Departemen Kesehatan RI Bekerjasama dengan *United Nations Population Fund* (2003). *Pedoman Operasional Pelayanan Kesehatan Reproduksi di Puskesmas*. Jakarta. UNFA.
- Departemen Kesehatan RI Bekerjasama dengan *United Nations Population Fund* (2002). *Pedoman Pelaksanaan Kegiatan Komunikasi, Informasi, Edukasi (KIE) Kesehatan Reproduksi untuk Petugas Kesehatan di Tingkat Pelayanan Dasar*. Jakarta: UNFA.
- Departemen Kesehatan RI Bekerjasama dengan *United Nations Population Fund*, Satuan Pelaksana PPK-IPM Pelaksana Kegiatan Bidang Kesehatan (2003). *Pedoman Operasional Pelayanan di Puskesmas*. Jakarta: UNFA.
- Departemen Kesehatan RI (2001). *Modul Kesehatan Reproduksi*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI (1990). *Pedoman Pelaksanaan Keterpaduan Keluarga Berencana-Kesehatan untuk Dati II dan Kecamatan*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI (1985). *Keterpaduan dan Penyuluhan Keluarga Berencana-Kesehatan untuk Latihan Keluarga Berencana-Kesehatan bagi Tenaga Bidan-Perawat/PKE*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI, Pusat Promosi Kesehatan (2002). *Mengembangkan Program Komunikasi Yang Efektif*. Jakarta.

- Departemen Kesehatan RI dan Kesejahteraan Sosial Direktorat Promosi Kesehatan Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat (2000). *Buku Strategi Promosi Kesehatan Di Indonesia*. Jakarta.
- Departemen Dalam Negeri RI Direktorat Jenderal Pembangunan Desa (1984), *LKMD (Kep. Pres. 28/1980 Yo Kepmendagri 27/1984); PKK (Kepmendagri 28/1984)*. Jakarta.
- Elfindri (2003). *Ekonomi Layanan Kesehatan*. Padang; Andalas University Press.
- Gunawan LA (1989). *Hal-hal Yang Perlu Diperhatikan Untuk Meningkatkan Partisipasi*. Jakarta.
- <http://iinaza.wordpress.com/2008>. *All About Posyandu*. Diakses 21 Februari 2010
- Kalangie NS (1994). *Kebudayaan dan Kesehatan*, Megapion Kesaint Blanc. Jakarta.
- Kelompok Kerja UPGK Terpadu (1985). *Pedoman Sistem Pencatatan dan Pelaporan Usaha Perbaikan Gizi Keluarga (UPGK)*. Jakarta.
- Kantor Wilayah Departem Kesehatan Provinsi Jawa Barat (1994). *Buku Pedoman Sistem Pembinaan Program Posyandu*. Bandung.
- Mantra B (1979). *Pendekatan Edukatif dalam PKMD*. Departemen Kesehatan RI, Jakarta.
- Mardiakanto T (2009). *Sistem Penyuluhan Pertanian*. Surakarta: UNS Press.
- Indonesian Nutrition Network (2010). *Pedoman Umum Revitalisasi Posyandu*. Diakses 21 Februari 2010
- United Nations Population Fund (2005) *Kebijakan dan Strategi Nasional Kesehatan Reproduksi di Indonesia*, Jakarta: UNFA.
- United Nations Population Fund (2002) *Buku Sumber Untuk Advokasi Keluarga Berencana, Kesehatan Reproduksi, Gender, dan Pembangunan Kependudukan*, Jakarta: UNFA.
- Soebekti (1979). *PKMD Sebagai Usaha Terpadu Pemerintah dan Masyarakat*, Jakarta.
- Wikipedia (2010). *Pos Pelayanan Terpadu*. Diakses 21 Februari 2010.