

LAPORAN HASIL PENELITIAN

**FAKTOR PENYEBAB KEJADIAN STUNTING
DI KABUPATEN ENDE TAHUN 2019**



OLEH:

TIM DOSEN PRODI DIII KEPERAWATAN ENDE

**KEMENTERIAN KESEHATAN RI
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN ENDE
2019**

HALAMAN PENGESAHAN

Judul : Faktor Penyebab Kejadian Stunting di Kabupaten Ende
Tahun 2019

Koordinator penelitian

Nama Lengkap : Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.,Ns.,MSc

NIP : 197401132002122001

Jabatan Fungsional : Lektor

Program Studi : DIII Keperawatan Ende

Nomor HP : 081226605149

Alamat surat (e-mail) : lechy74@gmail.com

Anggota Peneliti : Tim Dosen

Program Studi : DIII Keperawatan Ende

Tahun Pelaksanaan : 2019

Biaya Penelitian : Rp. 50.000.000

Ende, 01 November 2019

Mengetahui dan Menyetujui,

Koordinator Peneliti



Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.,Ns.,MSc
NIP. 19740113 200112 2 001

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Dr. SISILIA Leny Cahyani, S.Kep.,Ns.,MSc
NIP : 197401132002122001
Pangkat/Gol : Pembina/ IV a
Program Studi : D III Keperawatan Ende
Judul Penelitian : Faktor Penyebab Kejadian Stunting di Kabupaten Ende Tahun 2019

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa laporan hasil penelitian yang disusun ini benar-benar hasil karya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang diakui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa penelitian adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Ende, 01 November 2019

Yang Membuat Pernyataan

Koordinator Penelitian
Tim Dosen Prodi DIII Keperawatan Ende



Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.,Ns.,MSc
NIP. 19740113 200112 2 001

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Kuasa karena atas berkat, rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Hasil Penelitian dengan judul “Faktor Penyebab Kejadian Stunting di Kabupaten Ende Tahun 2019”

Laporan hasil penelitian ini disusun dalam rangka memenuhi kerjasama Program Studi DIII Keperawatan Ende dalam bidang penelitian dengan Bappeda Kabupaten Ende berdasarkan surat nomor Bap.050/PP.IV/133/VI/2019. Penelitian ini dapat terlaksana dengan baik berkat dukungan dan kerjasama yang baik dari berbagai pihak, oleh karena itu pada kesempatan ini kami mengucapkan terimakasih kepada yang terhormat:

1. Bupati Ende melalui Kepala Bappeda Kabupaten Ende yang telah memberikan kesempatan kepada Program Studi DIII Keperawatan Ende untuk terlibat dalam Penelitian tentang Stunting di Kabupaten Ende.
2. Bapak Camat Kecamatan Lio Timur, Kecamatan Maurole, Kecamatan Ndori, Kecamatan Ende, Kecamatan Nangapanda, Kecamatan Wewaria, Kecamatan Wolojita, dan Kecamatan Lepembusu Kelisoke yang telah mengizinkan wilayahnya sebagai tempat penelitian
3. Kepala Puskesmas dan Kepala Desa tempat penelitian dilakukan beserta jajarannya, yang telah memfasilitasi sehingga penelitian ini tidak mengalami kendala dalam pelaksanaannya.
4. Ibu-ibu kader, tokoh masyarakat desa yang telah memfasilitasi sehingga penelitian ini tidak mengalami kendala dalam pelaksanaannya.
5. Para responden yang telah bersedia meluangkan waktu untuk diwawancarai selama pengambilan data.
6. Semua responden yang telah berpartisipasi dan dengan segala ketulusan mau meluangkan waktu untuk terlibat dalam penelitian ini.
7. Dosen dan tenaga kependidikan Prodi DIII Keperawatan Ende yang telah memberikan dukungan dan kerjasama yang baik selama proses penelitian ini.

8. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu yang telah membantu baik yang terlibat secara langsung maupun tidak langsung selama proses penelitian ini.

Akhirnya semoga penelitian ini bermanfaat bagi para pembaca dan pengambil kebijakan dalam mengatasi permasalahan kesehatan masyarakat khususnya kejadian stunting di Kabupaten Ende. Semoga Tuhan Yang Maha Kuasa dapat membalas segala kebaikan yang telah diberikan oleh semua pihak demi terlaksananya penelitian ini.

Ende, 01 November 2019

Tim Peneliti

DAFTAR ISI

<u>HALAMAN JUDUL</u>	i
<u>HALAMAN PENGESAHAN</u>	ii
<u>SURAT PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN</u>	iii
<u>KATA PENGANTAR</u>	iv
<u>DAFTAR ISI</u>	vi
<u>DAFTAR TABEL</u>	viii
<u>DAFTAR GAMBAR</u>	ix
<u>DAFTAR LAMPIRAN</u>	x
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang Penelitian.....	1
1.2 Rumusan Masalah Penelitian.....	4
1.3 Tujuan Penelitian.....	4
1.4 Manfaat Penelitian.....	5
1.5 Ruang Lingkup Penelitian.....	6
BAB II KAJIAN PUSTAKA	7
2.1 Konsep Stunting.....	7
2.1.1 Definisi Stunting.....	7
2.1.2 Faktor Penyebab Kejadian Stunting.....	7
2.1.3 Dampak Buruk Stunting.....	14
2.1.4 Intervensi Penurunan Stunting Terintegrasi.....	17
2.2 Konsep Pertumbuhan dan Perkembangan Anak.....	22
2.2.1 Konsep Pertumbuhan.....	22
2.2.2 Konsep Perkembangan.....	23
2.3 Pemantauan Status Gizi.....	29
2.4 Metoda Penilaian Status Gizi.....	31

BAB III KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS	43
PENELITIAN.....	
3.1 Kerangka Konseptual.....	43
3.2 Hipotesis Penelitian.....	43
BAB IV METODE PENELITIAN.....	45
4.1 Jenis Penelitian.....	45
4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	45
4.3 Populasi, Sampel dan Sampling	46
4.4 Variabel Penelitian.....	47
4.5 Definisi Operasional.....	47
4.6 Metode Pengumpulan Data.....	50
4.7 Instrumen Penelitian.....	50
4.8 Prosedur Penelitian.....	53
4.9 Pengolahan Data dan Analisis Data.....	54
4.10 Etika Penelitian.....	58
BAB V HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	60
5.1 Hasil Penelitian.....	60
5.2 Pembahasan.....	69
BAB VI SIMPULAN DAN SARAN.....	75
6.1 Simpulan.....	75
6.2 Saran.....	75

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

2.1	Kerangka Konseptual Intervensi Penurunan Stunting Terintegrasi.....	18
2.2	Intervensi Gizi Spesifik Percepatan Penurunan Stunting.....	20
2.3	Intervensi Gizi Sensitif Percepatan Penurunan Stunting.....	21
2.4	Pertumbuhan & Perkembangan Anak.....	23
2.5	Pengertian Kategori Status Gizi Balita.....	30
4.1	Definisi Operasional.....	47
4.2	Uji Analisis Bivariat.....	57
5.1	Karakteristik Responden Keluarga Balita dengan Stunting tahun 2019.....	61
5.2	Karakteristik Responden Balita Stunting di Kabupaten Ende Tahun 2019.....	62
5.3	Distibusi Frekuensi Kejadian Stunting di Kabupaten Ende Tahun 2019.....	62
5.4	Distribusi Frekuensi Kejadian Stunting di 8 Kecamatan di Kabupaten Ende Tahun 2019.....	63
5.5	Distribusi Frekuensi Variabel Faktor Keluarga sebagai Penyebab Kejadian Stunting di Kabupaten Ende Tahun 2019.....	64
5.6	Distribusi Frekuensi Variabel Faktor Anak sebagai Penyebab Kejadian Stunting di Kabupaten Ende Tahun 2019.....	65
5.7	Distribusi Frekuensi Variabel Faktor Lingkungan sebagai Penyebab Kejadian Stunting di Kabupaten Ende Tahun 2019.....	65
5.8	Analisis Bivariat Variabel Dependen dan Independen Faktor Penyebab Kejadian Stunting di Kabupaten Ende Tahun 2019.....	67
5.9	Analisis Multivariat Faktor Penyebab Kejadian Stunting di Kabupaten Ende Tahun 2019.....	68

DAFTAR GAMBAR

3.1	Kerangka Konseptual Penelitian.....	43
4.1	Rancangan Penelitian.....	45

DAFTAR LAMPIRAN

1. JADWAL PELAKSANAAN PENELITIAN, TAHUN 2019
2. PENJELASAN SEBELUM PENELITIAN
3. *INFORMED CONSENT*
4. KUESIONER PENELITIAN
5. DAFTAR TIM PENELITI
6. RENCANA ANGGARAN BELANJA (RAB) PENELITIAN KERJA SAMA DENGAN BAPPEDA ENDE, TAHUN 2019
7. *TIME SCHEDULE* PENELITIAN STUNTING
8. JADWAL PEMBAGIAN TIM PENELITIAN STUNTING BERDASARKAN KECAMATAN
9. SURAT - SURAT TERKAIT PENELITIAN
10. HASIL *OUTPUT* ANALISIS UJI STATISTIK

FAKTOR PENYEBAB KEJADIAN STUNTING DI KABUPATEN ENDE TAHUN 2019

Sisilia Leny Cahyani¹, Aris Wawomeo², Pius Kopong Tokan¹, Theresia Avila Kurnia¹, Yustina P.M. Paschalia¹, Anatolia K. Doondori¹, Maria Salestina Sekunda¹, Martina Bedho¹, Yoseph Woge¹, Stanislaus N. Selung¹, Raimunda Woga¹, Marieta K.S. Bai¹, Krispina Owa¹, Irwan Budiana¹, Maria Fatima L. Dhoke¹, Fitria S. Pua Sawa¹

¹ D III Keperawatan Ende, Poltekkes Kemenkes Kupang, Nusa Tenggara Timur, Indonesia

ABSTRAK

Latar belakang: Masalah balita pendek menggambarkan adanya masalah gizi kronis yang dipengaruhi oleh kondisi ibu/calon ibu, masa janin, dan masa bayi/balita, termasuk penyakit yang diderita selama masa balita serta masalah lainnya yang secara tidak langsung mempengaruhi kesehatan. Tujuan dari penelitian ini untuk mengetahui faktor penyebab kejadian stunting di Kabupaten Ende Tahun 2019.

Metode: Penelitian ini merupakan penelitian korelasional dengan pendekatan *cross sectional* pada 216 ibu dan anak balita dengan teknik sampling *purposive sampling* pada 8 Kecamatan di Kabupaten Ende. Pengumpulan data menggunakan kuesioner. Analisis bivariat menggunakan uji *chi-square* dan uji multivariat menggunakan regresi logistik.

Hasil: Hasil analisis univariat menunjukkan data factor keluarga: sebagian besar responden Ibu memiliki postur tidak pendek saat hamil, usia kehamilan tidak berisiko, dan memiliki perilaku tidak mendukung dalam pengolahan gizi balita, hamper semua responden memiliki pengetahuan yang baik terkait pengolahan gizi balita, tidak mempunyai riwayat infeksi saat hamil dan memiliki riwayat kunjungan antenatal sebanyak ≥ 4 kali. Faktor anak menunjukkan bahwahampil seluruh responden anak memiliki riwayat penyakit infeksi, pernah menderita sakit selama satu bulan terakhir, tidak memiliki riwayat BBLR, memiliki riwayat imunisasi lengkap, tidak memiliki riwayat premature, dan tidak memiliki riwayat IUGR. Factor lingkungan menunjukkan bahwa sebagian responden memiliki jamban dengan kondisi bersih, jarak tempuh ke fasyankes <1 km, memiliki air minum bersih, riwayat pantangan selama hamil, dan pantangan selama menyusui. Hasil analisis bivariat menunjukkan adanya hubungan signifikan (nilai $p < 0,05$) antara kejadian stunting di Kabupaten Ende dengan variable riwayat ASI Eksklusif, riwayat infeksi, kualitas air minum, dan jangkauan ke fasyankes. Hasil uji multivariat menunjukkan bahwa variable riwayat sakit sejak kecil merupakan variable dominan penyebab kejadian stunting di Kabupaten Ende.

Kesimpulan: berdasarkan hasil penelitian tersebut diharapkan adanya kerjasama berbagai OPD di Kabupaten Ende untuk menanggulangi kejadian Stunting.

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Masalah balita pendek menggambarkan adanya masalah gizi kronis yang dipengaruhi oleh kondisi ibu/calon ibu, masa janin, dan masa bayi/balita, termasuk penyakit yang diderita selama masa balita serta masalah lainnya yang secara tidak langsung mempengaruhi kesehatan (Pusdatin, 2016). Pada tahun 2017, sebanyak 22,2% atau sekitar 150,8 juta balita di dunia mengalami stunting. Namun angka ini sudah mengalami penurunan jika dibandingkan dengan angka stunting pada tahun 2000 yaitu 32,6%. Pada tahun 2017, lebih dari setengah balita stunting di dunia berasal dari Asia (55%) sedangkan lebih dari sepertiganya (39%) tinggal di Afrika. Dari 83,6 juta balita stunting di Asia, proporsi terbanyak berasal dari Asia Selatan (58,7%) dan proporsi paling sedikit di Asia Tengah (0,9%). Data prevalensi balita stunting yang dikumpulkan *World Health Organization (WHO)*, Indonesia termasuk ke dalam negara ketiga dengan prevalensi tertinggi di regional Asia Tenggara/*South-East Asia Regional (SEAR)*. Rata-rata prevalensi balita stunting di Indonesia tahun 2005-2017 adalah 36,4% (Kemenkes RI, 2018).

Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2013 prevalensi *Stunting* secara nasional sebesar 37,2 persen (hampir 9 Juta), nilai tersebut mengindikasikan adanya peningkatan dari tahun 2010 yang sebelumnya adalah sebesar 35,6 persen dan tahun 2007 sebesar 36,8 persen (Balitbang Kemenkes RI, 2014). Di seluruh dunia, Indonesia adalah negara dengan prevalensi *stunting* kelima terbesar. Balita/Baduta (Bayi dibawah usia Dua Tahun) yang mengalami *stunting* akan memiliki tingkat kecerdasan tidak maksimal, menjadikan anak menjadi lebih rentan terhadap penyakit dan di masa depan dapat beresiko pada menurunnya tingkat produktivitas. Pada akhirnya secara luas *stunting* akan dapat menghambat pertumbuhan ekonomi, meningkatkan kemiskinan dan memperlebar ketimpangan (TNP2K, 2017)

Berdasarkan data Riskesdas tersebut, maka prevalensi *stunting* di Indonesia termasuk tertinggi dibandingkan dengan negara-negara lain di Asia Tenggara, seperti Myanmar sebesar 35 persen, Vietnam 23 persen, dan Thailand 16 persen

(MCA-Indonesia, 2015). Data Riskesdas 2018 prevalensi secara nasional sebesar 30,8 persen anak di Indonesia mengalami stunting. Walaupun prevalensi stunting menurun dari angka 37,2 persen pada tahun 2013, namun angka stunting tetap tinggi (Kemenkes RI, 2018).

Nusa Tenggara Timur adalah salah satu provinsi di Indonesia yang memiliki masalah prevalensi *Stunting* yang tinggi dibandingkan dengan prevalensi *stunting* di provinsi lainnya selama dua periode berturut-turut yaitu yaitu 51,7 persen pada tahun 2013 dan 42,6 persen pada tahun 2018 (Kemenkes RI, 2018). Nilai tersebut merupakan kontribusi prevalensi *stunting* dari berbagai daerah kabupaten yang ada di Nusa Tenggara Timur, salah satunya adalah kabupaten Ende. Berdasarkan data Hasil Pemantauan Satus Gizi (PSG) pada balita tahun 2017, prevalensi stunting di Kabupaten Ende sebesar 34,1 persen, menempati urutan ke 11 dari 22 Kabupaten/kota di provinsi NTT (Dirjen Binkesmas Kemenkes RI, 2018)

Jumlah kasus stunting terbanyak di Kabupaten Ende pada tahun 2019 tersebar luas pada 8 Kecamatan, yaitu Lio Timur 152 kasus, Kecamatan Maurole 109 kasus, Kecamatan Ndori 73 kasus, Kecamatan Ende 38 kasus, Kecamatan Nangapanda 33 kasus, Kecamatan Wewaria 31 kasus, Kecamatan Wolojita 19 kasus dan Kecamatan Lepembusu Kelisoke 16 kasus (Data Sekretaris Daerah Kabupaten Ende, 2019). Tingginya prevalensi *stunting* di kabupaten Ende, diduga karena multifaktor penyebab diantaranya adalah pengetahuan gizi ibu, rendahnya perilaku keluarga yang sadar gizi (KADARZI) dan perilaku hidup bersih dan sehat oleh orang tua anak balita *stunting* (Dinas Kesehatan Kabupaten Ende, 2018).

Determinan stunting menurut WHO, yang menjadi penyebab langsung adalah faktor rumah tangga dan keluarga, pemberian makanan pendamping ASI yang tidak mencukupi, praktek pemberian ASI, dan penyakit infeksi. Faktor rumah tangga dan keluarga meliputi faktor ibu, yaitu status gizi buruk selama masa pra kehamilan, kehamilan dan menyusui serta perawakan ibu pendek serta faktor lingkungan rumah, yaitu kurangnya stimulasi dan aktifitas pada anak, dan praktek pengasuhan anak yang buruk. Faktor pemberian makanan pendamping ASI yang tidak mencukupi, meliputi buruknya kualitas pangan, yaitu kandungan zat gizi mikro rendah, praktik yang tidak sesuai, yaitu frekuensi pemberian yang rendah, keamanan makanan dan air, yaitu kontaminasi air dan makanan, buruknya

praktik higiene sanitasi makanan. Faktor pemberian ASI dimana praktik pemberian ASI yang tidak sesuai, inisiasi menyusui yang tertunda, pemberian ASI yang tidak adekuat. Faktor penyakit infeksi, meliputi infeksi enterik yaitu diare, enteropati, lingkungan, penyakit yang disebabkan oleh cacing (Izwardy, 2019).

Faktor kondisi anak meliputi anak disapih sebelum berusia 6 bulan, kuintil tertinggi untuk pengeluaran makanan su mber hewan, rumah tangga tanpa menyediakan makanan sesuai umur anak dan makanan yang tidak beragam dan frekuensi yang tidak sesuai dengan standar yang ada, kejadian Diare dan infeksi saluran pernapasan akut (ISPA) dalam tujuh tahun terakhir, riwayat penyakit infeksi lainnya, riwayat berat badan lahir rendah (BBLR), pemeriksaan rutin bayi, panjang dan berat lahir balita, riwayat imunisasi, kelahiran prematur, jenis kelamin bayi. Faktor penyebab stunting yang berasal dari lingkungan masyarakat dan sosial meliputi kondisi jamban, pembelian air minum yang murah dan tidak layak, kerawanan pangan rumah tangga, daya beli yang kurang, ayah perokok, dan penyedia pelayanan kesehatan yang tidak memadai dan kesehatan lingkungan (Haryadi, 2011; Ni'mah & Nadhiroh, 2015; Rahayu, 2015; Aridiyah, 2015; Indrawati, 2016; Sari & Sulistianingsih, 2017; Illahi, 2017; Rochmah, 2017; Fitri, 2018; Izwardy, 2019).

Penurunan angka kejadian stunting penting dilakukan sedini mungkin untuk menghindari dampak jangka panjang yang dapat merugikan anak dan balita seperti terhambatnya tumbuh kembang anak. Kondisi stunting ini dapat mempengaruhi perkembangan otak sehingga menyebabkan tingkat kecerdasan anak tidak maksimal, sehingga berisiko menurunkan produktivitas pada saat dewasa. Stunting ini juga menjadikan anak lebih rentan terhadap penyakit. Anak stunting berisiko lebih tinggi menderita penyakit kronis di masa dewasanya. Bahkan, stunting dan berbagai bentuk masalah gizi diperkirakan berkontribusi pada hilangnya 2-3% Produk Domestik Bruto (PDB) setiap tahunnya (Kementerian PPN/Bappenas, 2018). Selain itu, permasalahan stunting pada usia dini terutama pada periode 1000 hari pertama kehidupan (HPK), akan berdampak pada kualitas Sumber Daya Manusia (SDM). Stunting menyebabkan organ tubuh tidak tumbuh dan berkembang secara optimal. Balita stunting berkontribusi terhadap 1,5 juta (15%) kematian anak balita di dunia dan menyebabkan 55 juta

Disability-Adjusted Life Years (DALYs) yaitu hilangnya masa hidup sehat setiap tahun (Kementerian PPN/Bappenas, 2018).

Berdasarkan uraian permasalahan tersebut di atas, maka perlu dilakukan penelitian tentang faktor penyebab kejadian stunting di Kabupaten Ende tahun 2019. Mengingat tipologi masyarakat dan topografi wilayah kabupaten Ende yang sangat variatif, maka penelitian dilakukan di beberapa wilayah yang dianggap representatif mewakili setiap wilayah administrasi Kabupaten Ende Provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT).

1.2 Rumusan Masalah Penelitian

Berdasarkan uraian masalah pada latar belakang tersebut maka rumusan masalah pada penelitian adalah sebagai berikut “Faktor apakah penyebab kejadian stunting di Kabupaten Ende Tahun 2019?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan dari penelitian ini untuk mengetahui faktor penyebab kejadian stunting di Kabupaten Ende Tahun 2019.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi faktor keluarga (Tinggi badan ibu, usia ibu, pendapatan keluarga, jumlah anggota keluarga, status ekonomi, riwayat kesehatan ibu saat hamil, riwayat pemeriksaan *Ante Natal Care*, pengetahuan dan perilaku ibu tentang gizi).
2. Mengidentifikasi faktor anak (Riwayat tidak ASI eksklusif, riwayat infeksi, Berat Bayi Lahir Rendah, bayi prematur atau *Intra Uterine Growth Retardation*, riwayat imunisasi, jenis kelamin bayi).
3. Mengidentifikasi faktor lingkungan (kondisi jamban keluarga, kualitas air minum yang dikonsumsi, budaya, jarak ke fasilitas kesehatan).
4. Menganalisis hubungan antara faktor keluarga (Tinggi badan ibu, usia ibu, pendapatan keluarga, jumlah anggota keluarga, status ekonomi, riwayat kesehatan ibu saat hamil, riwayat kunjungan *Ante*

Natal Care, pengetahuan dan perilaku ibu tentang gizi) dengan kejadian stunting

5. Menganalisis hubungan antara faktor anak (Riwayat tidak ASI eksklusif, riwayat infeksi, Berat Bayi Lahir Rendah, bayi prematur atau *Intra Uterine Growth Retardation*, riwayat imunisasi, jenis kelamin bayi) dengan kejadian stunting
6. Menganalisis hubungan antara faktor lingkungan (kondisi jamban keluarga, kualitas air minum yang dikonsumsi, budaya, jarak ke fasilitas kesehatan) dengan kejadian stunting
7. Mengetahui faktor dominan penyebab stunting di kabupaten Ende.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Pemerintah Kabupaten Ende

Memberikan informasi tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian stunting pada anak balita sehingga dapat mengembangkan model penanggulangan permasalahan stunting.

1.4.2 Bagi masyarakat

Penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan informasi upaya pencegahan stunting pada anak balita

1.4.3 Bagi peneliti lain

Penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan masukan dan bahan pertimbangan bagi penelitian lain ataupun penelitian lanjutan.

1.4.4 Bagi Institusi Prodi DIII Keperawatan Ende

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan pembelajaran dan referensi bagi kalangan (dosen dan staf kependidikan) yang akan melakukan penelitian lebih lanjut terkait stunting di Kabupaten Ende.

1.4.5 Bagi Penyedia Layanan Kesehatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan pembelajaran dan referensi bagi penyedia layanan kesehatan khususnya bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Ende, Fasilitas Layanan Kesehatan tingkat pertama dan Rumah Sakit dalam merencanakan intervensi dan pelaksanaan implementasi terkait stunting.

1.5 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian tentang faktor-faktor penyebab kejadian stunting di kabupaten Ende tahun 2019 dengan ruang lingkup wilayah adalah kecamatan Lio Timur, Maurole, Ndori, Nangapanda, Ende, Wolojita, Lepembusu Kelisoke, dan Wewaria. Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan jenis penelitian studi analitik observasional. Desain penelitian *cross-sectional*, dimana peneliti melakukan pengumpulan data terkait variabel dependen dan independen secara bersamaan. Penelitian ini dilakukan karena tingginya prevalensi stunting baik skala nasional, provinsi, kabupaten, kecamatan maupun di desa/kelurahan. Proses penelitian ini dilaksanakan pada bulan Agustus sampai Oktober, dengan metode penelitian yang dilakukan yaitu wawancara terstruktur, pengisian kuesioner, dan melakukan pengukuran tinggi badan menggunakan microtoise dengan ketelitian 0,1 cm.

BAB II KAJIAN PUSTAKA

2.1 Konsep Stunting

2.1.1 Definisi Stunting

Stunting merupakan suatu kondisi gagal tumbuh pada anak balita (bayi di bawah lima tahun) akibat dari kekurangan gizi kronis sehingga anak memiliki ukuran tubuh yang terlalu pendek dibandingkan anak seusianya. Kekurangan gizi ini terjadi sejak bayi dalam kandungan dan pada masa awal setelah bayi lahir, namun kondisi *stunting* baru nampak setelah bayi berusia 2 tahun. Balita pendek (*stunted*) dan sangat pendek (*severely stunted*) adalah balita dengan panjang badan (PB/U) atau tinggi badan (TB/U) menurut umurnya dibandingkan dengan standar baku WHO-MGRS (*Multicentre Growth Reference Study*) 2006. Sedangkan definisi *stunting* menurut Kementerian Kesehatan (Kemenkes) adalah anak balita dengan nilai z-scorenya kurang dari $-2SD$ /standar deviasi (*stunted*) dan kurang dari $-3SD$ (*severely stunted*) (TBP2K, 2017).

Stunting (kerdil) adalah kondisi dimana balita memiliki panjang atau tinggi badan yang kurang jika dibandingkan dengan umur. Kondisi ini diukur dengan panjang atau tinggi badan yang lebih dari minus dua standar deviasi median standar pertumbuhan anak dari WHO. Balita stunting termasuk masalah gizi kronik yang disebabkan oleh banyak faktor seperti kondisi sosial ekonomi, gizi ibu saat hamil, kesakitan pada bayi, dan kurangnya asupan gizi pada bayi. Balita stunting di masa yang akan datang akan mengalami kesulitan dalam mencapai perkembangan fisik dan kognitif yang optimal (Kemenkes RI, 2018).

2.1.2 Faktor Penyebab Kejadian Stunting

Menurut TNP2K (2017) dan Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, dan Transmigrasi (2017), *Stunting* disebabkan oleh faktor multi dimensi dan tidak hanya disebabkan oleh faktor gizi buruk yang dialami oleh ibu hamil maupun anak balita. Secara lebih detil, beberapa faktor yang menjadi penyebab *stunting* dapat digambarkan sebagai berikut:

1. Praktek pengasuhan yang kurang baik, termasuk kurangnya pengetahuan ibu mengenai kesehatan dan gizi sebelum dan pada masa kehamilan, serta setelah ibu melahirkan. Beberapa fakta dan informasi yang ada menunjukkan bahwa 60% dari anak usia 0-6 bulan tidak mendapatkan Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, dan 2 dari 3 anak usia 0-24 bulan tidak menerima Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI). MP-ASI diberikan/mulai diperkenalkan ketika balita berusia diatas 6 bulan. Selain berfungsi untuk mengenalkan jenis makanan baru pada bayi, MPASI juga dapat mencukupi kebutuhan nutrisi tubuh bayi yang tidak lagi dapat disokong oleh ASI, serta membentuk daya tahan tubuh dan perkembangan sistem imunologis anak terhadap makanan maupun minuman.
2. Masih terbatasnya layanan kesehatan termasuk layanan ANC-*Ante Natal Care* (pelayanan kesehatan untuk ibu selama masa kehamilan) *Post Natal Care* dan pembelajaran dini yang berkualitas. Informasi yang dikumpulkan dari publikasi Kemenkes dan Bank Dunia menyatakan bahwa tingkat kehadiran anak di Posyandu semakin menurun dari 79% di 2007 menjadi 64% di 2013 dan anak belum mendapat akses yang memadai ke layanan imunisasi. Fakta lain adalah 2 dari 3 ibu hamil belum mengkonsumsi suplemen zat besi yang memadai serta masih terbatasnya akses ke layanan pembelajaran dini yang berkualitas (baru 1 dari 3 anak usia 3-6 tahun belum terdaftar di layanan PAUD/Pendidikan Anak Usia Dini).
3. Masih kurangnya akses rumah tangga/keluarga ke makanan bergizi. Hal ini dikarenakan harga makanan bergizi di Indonesia masih tergolong mahal. Menurut beberapa sumber (RISKESDAS 2013, SDKI 2012, SUSENAS), komoditas makanan di Jakarta 94% lebih mahal dibanding dengan di New Delhi, India. Terbatasnya akses ke makanan bergizi di Indonesia juga dicatat telah berkontribusi pada 1 dari 3 ibu hamil yang mengalami anemia.
4. Kurangnya akses ke air bersih dan sanitasi. Data yang diperoleh di lapangan menunjukkan bahwa 1 dari 5 rumah tangga di Indonesia masih buang air besar (BAB) diruang terbuka, serta 1 dari 3 rumah tangga belum memiliki akses ke air minum bersih. Beberapa penyebab seperti yang dijelaskan di atas, telah berkontribusi pada masih tingginya prevalensi *stunting* di

Indonesia dan oleh karenanya diperlukan rencana intervensi yang komprehensif untuk dapat mengurangi prevalensi *stunting* di Indonesia.

Menurut Kementerian PPN/Bappenas (2018) penyebab *stunting* mengacu pada “The Conceptual Framework of the Determinants of Child Undernutrition” , “The Underlying Drivers of Malnutrition” , dan “Faktor Penyebab Masalah Gizi Konteks Indonesia” penyebab langsung masalah gizi pada anak termasuk *stunting* adalah rendahnya asupan gizi dan status kesehatan. Penurunan *stunting* menitikberatkan pada penanganan penyebab masalah gizi, yaitu faktor yang berhubungan dengan ketahanan pangan khususnya akses terhadap pangan bergizi (makanan), lingkungan sosial yang terkait dengan praktik pemberian makanan bayi dan anak (pengasuhan), akses terhadap pelayanan kesehatan untuk pencegahan dan pengobatan (kesehatan), serta kesehatan lingkungan yang meliputi tersedianya sarana air bersih dan sanitasi (lingkungan). Keempat faktor tersebut mempengaruhi asupan gizi dan status kesehatan ibu dan anak. Intervensi terhadap keempat faktor tersebut diharapkan dapat mencegah masalah gizi, baik kekurangan maupun kelebihan gizi

Pertumbuhan dan perkembangan anak dipengaruhi oleh faktor lingkungan dan faktor keturunan. Penelitian Dubois, et al (2012) menunjukkan bahwa faktor keturunan hanya sedikit (4-7% pada wanita) mempengaruhi tinggi badan seseorang saat lahir. Sebaliknya, pengaruh faktor lingkungan pada saat lahir ternyata sangat besar (74-87% pada wanita). Hal ini membuktikan bahwa kondisi lingkungan yang mendukung dapat membantu pertumbuhan dan perkembangan anak (Kementerian PPN/Bappenas ,2018).

Ibu hamil dengan konsumsi asupan gizi yang rendah dan mengalami penyakit infeksi akan melahirkan bayi dengan Berat Lahir Rendah (BBLR), dan/atau panjang badan bayi di bawah standar. Asupan gizi yang baik tidak hanya ditentukan oleh ketersediaan pangan di tingkat rumah tangga tetapi juga dipengaruhi oleh pola asuh seperti pemberian kolostrum (ASI yang pertama kali keluar), Inisiasi Menyusu Dini (IMD), pemberian ASI eksklusif, dan pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) secara tepat. Selain itu, faktor kesehatan lingkungan seperti akses air bersih dan sanitasi layak serta pengelolaan sampah

juga berhubungan erat dengan kejadian infeksi penyakit menular pada anak (Kementerian PPN/Bappenas,2018).

Kehidupan anak sejak dalam kandungan ibu hingga berusia dua tahun (1.000 HPK) merupakan masa-masa kritis dalam mendukung pertumbuhan dan perkembangan anak yang optimal. Faktor lingkungan yang baik, terutama di awal-awal kehidupan anak, dapat memaksimalkan potensi genetik (keturunan) yang dimiliki anak sehingga anak dapat mencapai tinggi badan optimalnya. Faktor lingkungan yang mendukung ditentukan oleh berbagai aspek atau sektor (Kementerian PPN/Bappenas,2018).

Penyebab tidak langsung masalah stunting dipengaruhi oleh berbagai faktor, meliputi pendapatan dan kesenjangan ekonomi, perdagangan, urbanisasi, globalisasi, sistem pangan, jaminan sosial, sistem kesehatan, pembangunan pertanian, dan pemberdayaan perempuan. Untuk mengatasi penyebab stunting, diperlukan prasyarat pendukung yang mencakup: (a) Komitmen politik dan kebijakan untuk pelaksanaan; (b) Keterlibatan pemerintah dan lintas sektor; dan (c) Kapasitas untuk melaksanakan. Gambar 1.2. menunjukkan bahwa penurunan stunting memerlukan pendekatan yang menyeluruh, yang harus dimulai dari pemenuhan prasyarat pendukung (Kementerian PPN/Bappenas ,2018).

Penelitian oleh Farah Okky Aridiyah, dkk., 2015) tentang Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kejadian *Stunting* pada Anak Balita di Wilayah Pedesaan dan Perkotaan, disimpulkan bahwa faktor yang mempengaruhi terjadinya *stunting* pada anak balita yang berada di wilayah pedesaan dan perkotaan adalah pendidikan ibu, pendapatan keluarga, pengetahuan ibu mengenai gizi, pemberian ASI eksklusif, umur pemberian MP-ASI, tingkat kecukupan zink, tingkat kecukupan zat besi, riwayat penyakit infeksi serta faktor genetik dari orang tua, faktor yang paling mempengaruhi terjadinya *stunting* pada anak balita di wilayah pedesaan maupun perkotaan sama yaitu tingkat kecukupan zink (Farah Okky Aridiyah, dkk., 2015)

Penelitian oleh Uliyanti, dkk (2017), tentang faktor yang berhubungan dengan kejadian *stunting* pada Balita usia 24-59 bulan, disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan gizi Ibu, perilaku Kadarzi, Perilaku hidup bersih dan sehat, Riwayat penyakit infeksi dan Asupan gizi anak

terhadap kejadian *stunting* anak usia 24-59 bulan. Kejadian *stunting* secara langsung di pengaruhi oleh variabel asupan gizi, riwayat infeksi, pengetahuan gizi ibu dan kadarzi, sedangkan PHBS mempengaruhi kejadian *stunting* secara tidak langsung melalui riwayat penyakit infeksi.

Penelitian oleh Sri Mugiarti, dkk (2018) pada anak *stunting* usia 25–60 bulan di kecamatan Sukorejo kota Blitar, disimpulkan bahwa faktor penyebab *stunting* yaitu asupan energi rendah sebanyak 93,5%, penyakit infeksi sebanyak 80,6%, asupan protein rendah sebanyak 45,2% dan tidak ASI Eksklusif sebanyak 32,3% dan ibu yang bekerja sebanyak 29,0%. Faktor tersebut disebabkan oleh kurangnya pengetahuan keluarga tentang pemenuhan gizi. Faktor penyebab *stunting* pendidikan ibu rendah sebanyak 48,4%, pendidikan ayah rendah sebanyak 32,3% mengakibatkan kurangnya pengetahuan tentang konsumsi gizi, diperlukan lintas sektor dalam penanganannya sedangkan faktor penyebab *stunting* jenis kelamin laki-laki sebanyak 64,5%. Faktor BBLR, imunisasi tidak lengkap, ayah yang tidak bekerja dan status ekonomi tidak menjadi faktor penyebab terjadinya stunting anak usia 25– 60 bulan di Kecamatan Sukorejo.

Penelitian oleh Anisa (2012) di Kelurahan Kalibaru disimpulkan bahwa ibu dengan gizi kurang sejak awal sampai akhir kehamilan dan menderita sakit akan melahirkan BBLR, yang kedepannya menjadi anak *stunting*, selain itu bayi yang diiringi dengan konsumsi makanan yang tidak adekuat, dan sering terjadi infeksi selama masa pertumbuhan menyebabkan terhambatnya pertumbuhan. penelitian yang dilakukan oleh Neldawati (2006), menunjukkan bahwa status imunisasi memiliki hubungan signifikan terhadap indeks status gizi TB/U. Pada dasarnya imunisasi pada anak memiliki tujuan penting yaitu untuk mengurangi risiko mordibitas (kesakitan) dan mortilitas (kematian) anak akibat penyakit-penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (Narendra, 2002). Status imunisasi pada anak adalah salah satu indikator kontak dengan pelayanan kesehatan. Karena diharapkan bahwa kontak dengan pelayanan kesehatan akan membantu memperbaiki masalah gizi baru, sehingga imunisasi juga diharapkan akan memberikan efek positif terhadap status gizi jangka panjang. penelitian yang dilakukan oleh Anisa (2012) dan Masithah, Soekirman & Martianto (2005), bahwa terdapat hubungan bermakna antara pekerjaan ayah dengan kejadian

stunting pada anak. Pekerjaan ayah atau kepala keluarga erat hubungannya dengan status ekonomi keluarga yang berhubungan dengan penghasilan. Pendapatan perkapita pada defisit pertumbuhan dapat dihubungkan dengan kepentingannya untuk membeli makanan dan serta benda-benda lain yang berguna bagi kesehatan anak. penelitian Anisa (2012) dan Yimer (2000), bahwa kecenderungan *stunting* pada balita lebih banyak pada keluarga dengan status ekonomi rendah. Malnutrisi terutama *stunting* lebih dipengaruhi oleh dimensi sosial ekonomi. Selain itu, status ekonomi rumah tangga dipandang memiliki dampak yang signifikan terhadap probabilitas anak menjadi pendek dan kurus. Status ekonomi secara tidak langsung dapat memengaruhi status gizi anak. Sebagai contoh, keluarga dengan status ekonomi baik bisa mendapatkan pelayanan umum yang lebih baik juga, yaitu pendidikan, pelayanan kesehatan dan sebagainya (Sri Mugianti, dkk, 2018)

Penelitian oleh Eko Setiawan, dkk (2018) tentang Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Stunting pada Anak Usia 24-59 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Andalas Kecamatan Padang Timur Kota Padang Tahun, disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara tingkat asupan energi, rerata durasi sakit, berat badan lahir, tingkat pendidikan ibu, dan tingkat pendapatan keluarga dengan kejadian *stunting* pada anak usia 24-59 bulan di wilayah kerja Puskesmas Andalas Kecamatan Padang Timur Kota Padang. Faktor tingkat pendidikan ibu memiliki hubungan paling dominan.

Penelitian oleh Khoirun Ni'mah dan Siti Rahayu Nadhiroh (2015) tentang Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian *Stunting* Pada Balita di wilayah kerja Puskesmas Tanah Kali Kedinding. disimpulkan bahwa Panjang badan lahir, riwayat ASI Eksklusif, pendapatan keluarga, pendidikan ibu, dan pengetahuan gizi ibu merupakan faktor yang berhubungan dengan kejadian *stunting* pada balita.

Hal ini didukung oleh konsep bahwa Status gizi ibu hamil sangat memengaruhi keadaan kesehatan dan perkembangan janin. Gangguan pertumbuhan dalam kandungan dapat menyebabkan berat lahir rendah (WHO, 2014). Penelitian di Nepal menunjukkan bahwa bayi dengan berat lahir rendah mempunyai risiko yang lebih tinggi untuk menjadi *stunting* (Paudel, *et al.*, 2012). Panjang lahir bayi juga berhubungan dengan kejadian *stunting*. Penelitian di

Kendal menunjukkan bahwa bayi dengan panjang lahir yang pendek berisiko tinggi terhadap kejadian *stunting* pada balita (Meilyasari dan Isnawati, 2014). Faktor lain yang berhubungan dengan *stunting* adalah asupan ASI Eksklusif pada balita. Penelitian di Ethiopia Selatan membuktikan bahwa balita yang tidak mendapatkan ASI eksklusif selama 6 bulan berisiko tinggi mengalami *stunting* (Fikadu, *et al.*, 2014).

Status sosial ekonomi keluarga seperti pendapatan keluarga, pendidikan orang tua, pengetahuan ibu tentang gizi, dan jumlah anggota keluarga secara tidak langsung dapat berhubungan dengan kejadian *stunting*. Hasil Riskesdas (2013) menunjukkan bahwa kejadian *stunting* balita banyak dipengaruhi oleh pendapatan dan pendidikan orang tua yang rendah. Keluarga dengan pendapatan yang tinggi akan lebih mudah memperoleh akses pendidikan dan kesehatan sehingga status gizi anak dapat lebih baik (Bishwakarma, 2011).

Penelitian di Semarang menyatakan bahwa jumlah anggota keluarga merupakan faktor risiko terjadinya *stunting* pada balita usia 24-36 bulan (Nasikhah dan Margawati, 2012). Faktor yang memperburuk masalah pendek lainnya yang juga sangat penting adalah usia pernikahan. Dari Riskesdas 2013, terbukti dengan jelas bahwa pada kelompok Ibu yang sudah menikah di usia kurang dari 19 tahun, proporsi anak pendek mencapai 37 persen, dibanding kelompok Ibu yang menikah usia 20-34 tahun (31,9%), dan proporsi anak pendek menjadi 34,8 persen pada usia ibu ketika pertama menikah lebih dari 35 tahun Hal ini membuktikan bahwa usia pernikahan dini dan menikah di atas 35 tahun berisiko lebih tinggi untuk melahirkan anak pendek. Faktor lain terkait erat dengan kejadian pendek adalah kejadian kurang energi kronis (KEK) pada wanita usia subur 15-49 tahun, baik hamil maupun tidak hamil. Menurut Riskesdas 2013, prevalensi risiko KEK pada wanita hamil adalah 24,2 persen, sedangkan pada wanita tidak hamil adalah 20,8 persen. Kajian terhadap determinan *stunting* di Indonesia diuraikan sebagai berikut:

- a. Determinan utama terjadinya *stunting* pada anak di Indonesia :
 - 1) ASI tidak Eksklusif pada 6 bulan pertama,
 - 2) Status ekonomi keluarga yang rendah
 - 3) Kelahiran prematur

- 4) Panjang badan baru lahir yang pendek,
 - 5) Ibu yang pendek
 - 6) Tingkat pendidikan orangtua rendah
 - 7) Anak yang tinggal di daerah miskin perkotaan dan di daerah pedesaan
- b. Anak laki-laki cenderung lebih berisiko mengalami stunting dari pada anak perempuan
 - c. Anak-anak dari keluarga dengan jamban yang buruk dan air minum tidak layak meningkatkan risiko terjadinya stunting.
 - d. Faktor masyarakat dan sosial seperti akses yang rendah terhadap pelayanan kesehatan dan tempat tinggal di pedesaan yang berlangsung lama berkaitan dengan kejadian stunting pada anak (Doddy Izwardy, 2019)
- Sehubungan dengan persoalan determinasi stunting sebagaimana tersebut di atas, maka direkomendasikan beberapa hal sebagai berikut:
- a. Intervensi untuk mencegah stunting mulai sebelum masa konsepsi dan terus dilakukan setidaknya hingga anak berusia 24 bulan.
 - b. Intervensi spasial terhadap faktor determinan diperlukan untuk menentukan intervensi yang sesuai dengan kondisi geografis dan konteks lokal
 - e. Intervensi harus dilakukan pada provinsi dan kabupaten yang memiliki masalah stunting yang paling besar karena perbedaan prevalen stunting yang besar di berbagai daerah di Indonesia (Doddy Izwardy, 2019)

2.1.3 Dampak Buruk Stunting

Permasalahan stunting pada usia dini terutama pada periode 1000 HPK, akan berdampak pada kualitas Sumber Daya Manusia (SDM). Stunting menyebabkan organ tubuh tidak tumbuh dan berkembang secara optimal. Balita stunting berkontribusi terhadap 1,5 juta (15%) kematian anak balita di dunia dan menyebabkan 55 juta *Disability-Adjusted Life Years* (DALYs) yaitu hilangnya masa hidup sehat setiap tahun (Kementerian PPN/Bappenas, 2018)

Dalam jangka pendek, stunting menyebabkan gagal tumbuh, hambatan perkembangan kognitif dan motorik, dan tidak optimalnya ukuran fisik tubuh serta gangguan metabolisme. Dalam jangka panjang, stunting menyebabkan

menurunnya kapasitas intelektual. Gangguan struktur dan fungsi saraf dan sel-sel otak yang bersifat permanen dan menyebabkan penurunan kemampuan menyerap pelajaran di usia sekolah yang akan berpengaruh pada produktivitasnya saat dewasa. Selain itu, kekurangan gizi juga menyebabkan gangguan pertumbuhan (pendek dan atau kurus) dan meningkatkan risiko penyakit tidak menular seperti diabetes melitus, hipertensi, jantung koroner, dan stroke (Kementerian PPN/Bappenas, 2018).

Tampak bahwa pendek yang merupakan hasil dari gen bawaan ditambah kondisi gizi pada janin dan bayi ditambah infeksi dan faktor epigenik lainnya, akan berdampak pada jangka pendek maupun panjang, yang pada gilirannya meningkatkan penyakit dampak dari pendek.

a. Pendek lintas generasi

Pertumbuhan bayi pendek selalu tertinggal dibanding bayi normal dan menjauhi standar pertumbuhan panjang bayi menurut WHO. Informasi ini menunjukkan pentingnya melahirkan bayi yang normal, sebab bila bayi lahir sudah pendek, pertumbuhannya akan terhambat, bahkan berdampak pula pada akibat lain yaitu perkembangan yang terhambat dan risiko menderita penyakit tidak menular di masa dewasa nanti. Akibatnya anak ini akan menjadi pendek dan bila menjadi ibu akan melahirkan generasi yang pendek, demikian seterusnya sehingga terjadi pendek lintas generasi (Trihono, dkk, 2015)

Ilustrasi ini sebenarnya telah diperkenalkan semenjak tahun 1992 (ACC/SCN 1992) menunjukkan masalah inter generasi yang terlihat jelas terjadi di Indonesia. faktor ibu ternyata punya peran yang amat menentukan bagi pertumbuhan anak. Bayi yang dilahirkan oleh ibu dengan tinggi badan <150 cm, mengalami laju pertumbuhan yang selalu berada di bawah laju pertumbuhan bayi dari ibu dengan tinggi badan ≥ 150 cm. (Trihono, dkk, 2015)

b. Perkembangan anak

Pendek sangat erat dengan perkembangan anak. Sudah banyak teori yang menyatakan bahwa status gizi termasuk pendek, mempunyai pengaruh besar terhadap perkembangan anak, baik yang jangka pendek maupun

jangka panjang. Belum banyak data di Indonesia tentang perkembangan anak (Trihono, dkk, 2015)

Gangguan perkembangan dikaitkan dengan berat lahir, dibuktikan bahwa bayi dengan berat lahir rendah kemungkinan akan terjadi gangguan perkembangan lebih banyak dibanding bayi lahir normal. Suspek gangguan perkembangan ini 10 persen lebih tinggi pada bayi lahir dengan BB<3000 gram. bayi pendek dengan panjang badan <50 cm akan mengalami gangguan perkembangan (Trihono, dkk, 2015)

c. Morbiditas

Dampak pendek lebih terlihat pada prevalensi ISPA. Walaupun perbedaan prevalensi ISPA tidak banyak antara anak pendek dan normal, namun hampir pada tiap umur prevalensi ISPA lebih banyak terjadi pada anak yang pendek dibandingkan anak yang normal tinggi badannya (Trihono, dkk, 2015)

d. Penyakit tidak menular

Pendek atau *stunting* di masa anak-anak berhubungan erat dengan penyakit tidak menular di masa dewasanya nanti. Banyak studi di luar negeri yang membuktikan adanya hubungan ini, sayang data dari dalam negeri masih amat terbatas. Suatu studi tentang hubungan pendek dengan diabetes melitus telah dilakukan dengan menggunakan data Riskesdas 2007/08.

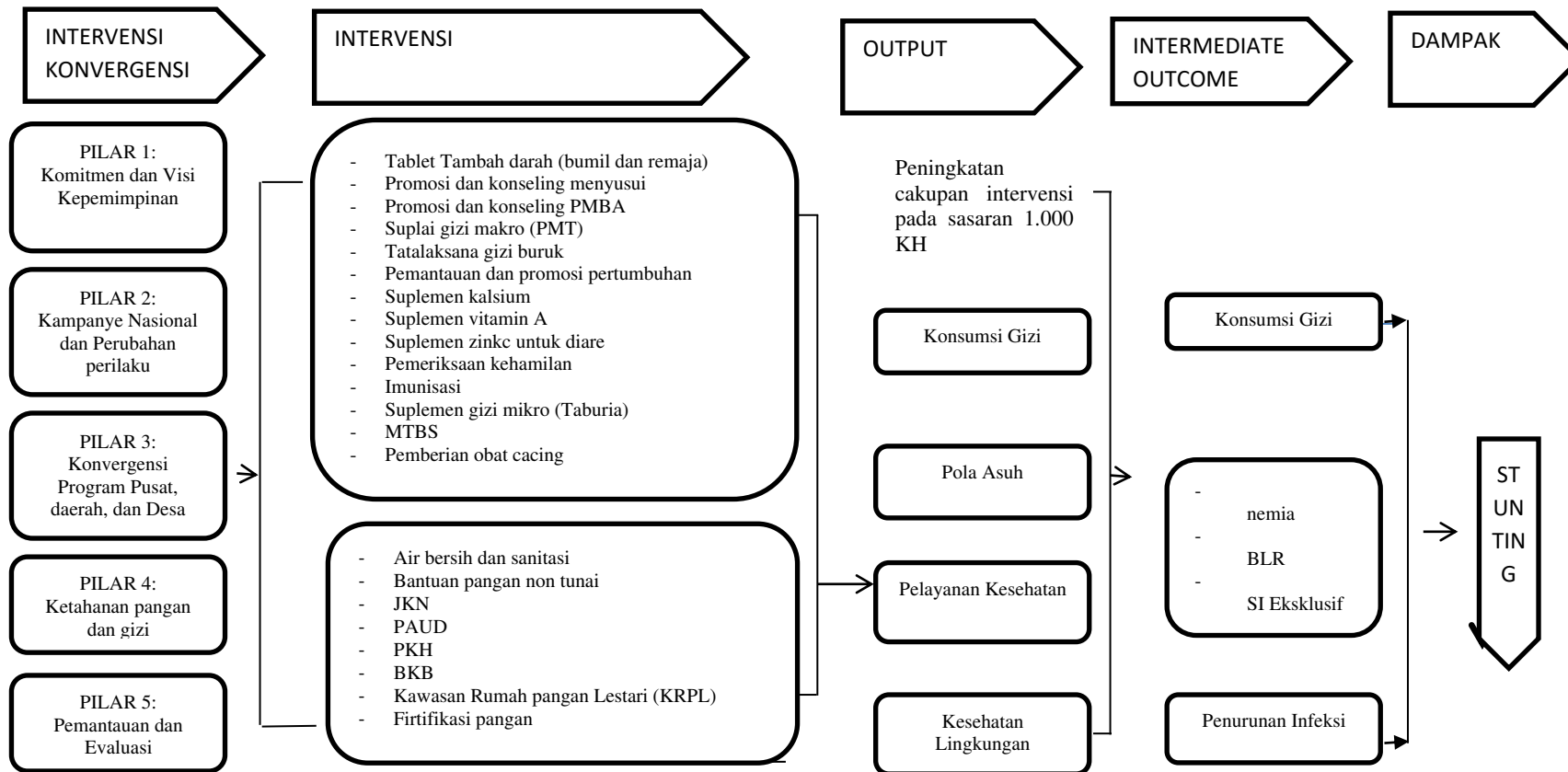
Meskipun data Riskesdas adalah *cross sectional*, namun ternyata menghasilkan temuan sebagai berikut

- 1) Pendek merupakan faktor risiko penyakit diabetes mellitus pada kelompok kurus dan normal (IMT<23), dan memiliki risiko 1,5 kali untuk menderita penyakit diabetes mellitus.
- 2) Mereka yang pendek tidak gemuk (IMT <23) mempunyai risiko 1,5 kali, sedangkan mereka yang pendek dan gemuk mempunyai risiko 3,4 kali untuk terkena penyakit diabetes mellitus dibandingkan dengan mereka yang tidak pendek dan tidak gemuk.
- 3) Analisis lanjut tentang hubungan status gizi dan hipertensi dilakukan dengan menggunakan data Riskesdas 2013. Ternyata hipertensi lebih

mudah mengenai mereka yang tergolong gemuk-pendek dibandingkan dengan yang kurus-pendek maupun normal-normal. gambaran selama 6 bulan (Januari – Juni 2014) biaya katastrofik terbanyak didominasi oleh 4 besar penyakit tidak menular berturut-turut: penyakit jantung, stroke, penyakit ginjal dan diabetes melitus, dengan besaran biaya >3,5 triliun rupiah (Trihono, dkk, 2015).

2.1.4 Intervensi Penurunan Stunting Terintegrasi

Upaya penurunan stunting dilakukan melalui dua intervensi, yaitu intervensi gizi spesifik untuk mengatasi penyebab langsung dan intervensi gizi sensitif untuk mengatasi penyebab tidak langsung. Selain mengatasi penyebab langsung dan tidak langsung, diperlukan prasyarat pendukung yang mencakup komitmen politik dan kebijakan untuk pelaksanaan, keterlibatan pemerintah dan lintas sektor, serta kapasitas untuk melaksanakan. Penurunan stunting memerlukan pendekatan yang menyeluruh, yang harus dimulai dari pemenuhan prasyarat pendukung. Kerangka konseptual Intervensi penurunan stunting terintegrasi (Gambar 2.3.) (Kementerian PPN/Bappenas, 2018).



Gambar 2.1 Kerangka Konseptual Intervensi Penurunan Stunting Terintegrasi

Kementerian PPN/Bappenas, (2018), kerangka konseptual intervensi penurunan stunting terintegrasi di atas merupakan panduan bagi pemerintah kabupaten/kota dalam menurunkan kejadian stunting. Pemerintah kabupaten/kota diberikan kesempatan untuk berinovasi untuk menambahkan kegiatan intervensi efektif lainnya berdasarkan pengalaman dan praktik baik yang telah dilaksanakan di masing-masing kabupaten/kota dengan fokus pada penurunan stunting. Target indikator utama dalam intervensi penurunan stunting terintegrasi adalah:

- a. Prevalensi stunting pada anak baduta dan balita
- b. Persentase bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)
- c. Prevalensi kekurangan gizi (underweight) pada anak balita
- d. Prevalensi wasting (kurus) anak balita
- e. Persentase bayi usia kurang dari 6 bulan yang mendapat ASI eksklusif
- f. Prevalensi anemia pada ibu hamil dan remaja putri
- g. Prevalensi kecacingan pada anak balita
- h. Prevalensi diare pada anak baduta dan balita

Intervensi gizi spesifik merupakan kegiatan yang langsung mengatasi terjadinya stunting seperti asupan makanan, infeksi, status gizi ibu, penyakit menular, dan kesehatan lingkungan. Intervensi spesifik ini umumnya diberikan oleh sektor kesehatan dan dijelaskan dalam Tabel 2.1. Terdapat tiga kelompok intervensi gizi spesifik:

- a. Intervensi prioritas, yaitu intervensi yang diidentifikasi memiliki dampak paling besar pada pencegahan stunting dan ditujukan untuk menjangkau semua sasaran prioritas;
- b. Intervensi pendukung, yaitu intervensi yang berdampak pada masalah gizi dan kesehatan lain yang terkait stunting dan diprioritaskan setelah intervensi prioritas dilakukan.
- c. Intervensi prioritas sesuai kondisi tertentu, yaitu intervensi yang diperlukan sesuai dengan kondisi tertentu, termasuk untuk kondisi darurat bencana (program gizi darurat).

Kementerian PPN/Bappenas,(2018), pembagian kelompok ini dimaksudkan sebagai panduan bagi pelaksana program apabila terdapat keterbatasan sumber daya.

Tabel 2.2 Intervensi Gizi Spesifik Percepatan Penurunan Stunting

KELOMPOK SASARAN	INTERVENSI PRIORITAS	INTERVENSI PENDUKUNG	INTERVENSI PRIORITAS SESUAI KONDISI TERTENTU
Kelompok sasaran 1.000 HPK			
Ibu hamil	<ul style="list-style-type: none"> • Pemberian makanan tambahan bagi ibu hamil dari kelompok miskin/Kurang Energi Kronik (KEK) • Suplementasi tablet tambah darah 	<ul style="list-style-type: none"> • Suplementasi kalsium • Pemeriksaan kehamilan 	<ul style="list-style-type: none"> • Perlindungan dari malaria • Pencegahan HIV
Ibu menyusui dan anak 0-23 bulan	<ul style="list-style-type: none"> • Promosi dan konseling menyusui • Promosi dan konseling pemberian makanan bayi dan anak (PMBA) • Tatalaksana gizi buruk • Pemberian makanan tambahan pemulihan bagi anak kurus • Pemantauan dan promosi pertumbuhan 	<ul style="list-style-type: none"> • Suplementasi kapsul vitamin A • Suplementasi taburia • Imunisasi • Suplementasi zinc untuk pengobatan diare • Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) 	<ul style="list-style-type: none"> • Pencegahan kecacingan
Kelompok sasaran usia lainnya			
Remaja putri dan wanita usia subur	Suplementasi tablet tambah darah		
	<ul style="list-style-type: none"> • Tatalaksana gizi buruk • Pemberian makanan tambahan pemulihan bagi anak kurus 	<ul style="list-style-type: none"> • Suplementasi kapsul vitamin A • Suplementasi taburia • Suplementasi zinc untuk pengobatan diare 	<ul style="list-style-type: none"> • Pencegahan kecacingan

	<ul style="list-style-type: none"> • Pemantauan dan promosi pertumbuhan 	<ul style="list-style-type: none"> • Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) 	
--	--	---	--

Kementerian PPN/Bappenas, (2018), Intervensi gizi sensitif mencakup: (a) Peningkatan penyediaan air bersih dan sarana sanitasi; (b) Peningkatan akses dan kualitas pelayanan gizi dan kesehatan; (c) Peningkatan kesadaran, komitmen dan praktik pengasuhan gizi ibu dan anak; (c); serta (d) Peningkatan akses pangan bergizi. Intervensi gizi sensitif umumnya dilaksanakan di luar Kementerian Kesehatan. Sasaran intervensi gizi sensitif adalah keluarga dan masyarakat dan dilakukan melalui berbagai program dan kegiatan sebagaimana tercantum di dalam Tabel 1-2. Program/kegiatan intervensi di dalam tabel tersebut dapat ditambah dan disesuaikan dengan kondisi masyarakat setempat.

Tabel 2.3 Intervensi Gizi Sensitif Percepatan Penurunan Stunting

JENIS INTERVENSI	PROGRAM/KEGIATAN INTERVENSI
Peningkatan penyediaan air minum dan sanitasi	<ul style="list-style-type: none"> • Akses air minum yang aman • Akses sanitasi yang layak
Peningkatan akses dan kualitas pelayanan gizi dan kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> • Akses pelayanan Keluarga Berencana (KB) • Akses Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) • Akses bantuan uang tunai untuk keluarga miskin (PKH)
Peningkatan kesadaran, komitmen, dan praktik pengasuhan dan gizi ibu dan anak	<ul style="list-style-type: none"> • Penyebarluasan informasi melalui berbagai media • Penyediaan konseling perubahan perilaku antar pribadi • Penyediaan konseling pengasuhan untuk orangtua • Penyediaan akses Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD), promosi stimulasi anak usia dini, dan pemantauan tumbuh kembang anak • Penyediaan konseling kesehatan dan reproduksi untuk remaja • Pemberdayaan perempuan dan perlindungan anak
Peningkatan akses pangan bergizi	<ul style="list-style-type: none"> • Akses Bantuan Pangan Non Tunai (BPNT) untuk keluarga kurang mampu • Akses fortifikasi bahan pangan utama (garam, tepung terigu, minyak goreng) • Akses kegiatan Kawasan Rumah Pangan Lestari (KRPL) • Penguatan regulasi mengenai label dan iklan pangan

Pelaksanaan Intervensi Penurunan Stunting Terintegrasi dilaksanakan dengan menggunakan pendekatan Holistik, Intergratif, Tematik, dan Spatial (HITS). Upaya penurunan stunting akan lebih efektif apabila intervensi gizi spesifik dan sensitif dilakukan secara terintegrasi atau terpadu. Beberapa penelitian baik dari dalam maupun luar negeri telah menunjukkan bahwa keberhasilan pendekatan terintegrasi yang dilakukan pada sasaran prioritas di lokasi fokus untuk mencegah dan menurunkan stunting. Oleh karenanya, pelaksanaan intervensi akan difokuskan pada area kabupaten/kota dan/atau desa tertentu (Kementerian PPN/Bappenas,2018).

2.2 Konsep Pertumbuhan dan Perkembangan Anak

2.2.1 Konsep Pertumbuhan

a. Definisi Pertumbuhan

Menurut Depkes RI (1997), pertumbuhan adalah bertambah banyak dan besarnya sel seluruh bagian tubuh yang bersifat kuantitatif dan dapat diukur. Menurut Mark dkk (2001), perkembangan berkaitan dengan masalah perubahan dalam besar, jumlah ukuran atau dimensi tingkat sel, organ maupun individu. Menurut Soetjningsih (1997), pertumbuhan berkaitan dengan masalah perubahan dalam besar jumlah, ukuran atau dimensi tingkat sel, organ maupun individu, yang bisa diukur dengan berat (gram, pound, kilogram), ukuran panjang (cm, meter), umur tulang dan keseimbangan metabolic (retensi kalsium dan nitrogen tubuh). Pengertian Secara Etimologis, Dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia, *pertumbuhan* berasal dari kata *tumbuh* yang berarti tambah besar atau sempurna. Pengertian Secara Termitologis, Pertumbuhan adalah perubahan secara fisiologis sebagai hasil dari proses pematangan fungsi-fungsi fisik yang berlangsung secara normal pada anak yang sehat dalam perjalanan waktu tertentu (Tri Ratnaningsih, dkk. 2017).

b. Cara Mengetahui Pertumbuhan Anak

Ada beberapa cara melakukan penilaian status pertumbuhan pada anak, salah satunya dengan pengukuran tubuh manusia yang dikenal dengan antropometri. Antropometri disajikan dalam bentuk indeks yang dikaitkan dengan variabel lain. Pada Tabel 2.3 menunjukkan bahwa setiap peningkatan usia anak akan diiringi pula peningkatan organ fisik seperti kenaikan berat badan, semakin

tinggi TB anak dan organ fisik yang lain serta kemampuan anak (Tri Ratnaningsih, dkk. 2017).

Tabel 2.4 Pertumbuhan & Perkembangan Anak

TABEL PERTUMBUHAN DAN PERKEMBANGAN ANAK							
Untuk bisa mengetahui apakah tumbuh kembang seseorang anak tergolong kelewat pesat atau tidak, selain konsultasi dengan ahlinya, menurut Mayke bisa dilihat dari Tabel Pertumbuhan dan Perkembangan Anak Usia 0-12 bulan berikut ini:							
Umur	BB (kg)	PB (cm)	Lingkar Kepala	Gerakan Kasar	Gerakan halus	Komunikasi/Bicara	Sosial dan Kemandirian
1 bln	3,0-4,3	49,8-54,6	33-39	Tangan dan kaki bergerak aktif	Kepala menoleh ke samping	Bereaksi terhadap bunyi lonceng	Menatap wajah ibu atau pengasuh
2 bln	3,6-5,2	52,8-58,1	35-41	Mengangkat kepala ketika tengkurap		Bersuara	Tersenyum spontan
3 bln	4,2-6,0	55,5-61,1	37-43	Kepala tegak ketika didudukkan	Memegang mainan	Tertawa/berteriak	Memandang tangannya
4 bln	4,7-6,7	57,8-63,7	38-44	Tengkurap/ telentang sendiri			
5 bln	5,3-7,3	59,8-65,9	39-45	Duduk tanpa berpegangan	Meraih, menggapai	Menoleh arah datangnya suara	Meraih mainan Memasukkan biskuit ke mulut
6 bln	5,8-7,8	61,6-67,8	40-46				
7 bln	6,2-8,3	63,2-69,5	40,5-46,5	Berdiri berpegangan	Mengambil mainan dengan tangan kanan & kiri	Bersuara ma, ma.. ma.. ma	
8 bln	6,6-8,8	64,6-71,0	41,5-47,5				
9 bln	7,0-9,2	66,0-72,3	42-48		Menjimpit	Bersuara ma, ma.. ma.. ma	Melambaikan tangan
10 bln	7,3-9,5	67,2-73,6	42,5-48,5		Memukulkan mainan di kedua tangan		Bertepuk tangan
11 bln	7,6-9,9	68,5-74,9	43-49	Berdiri tanpa berpegangan	Memanggil mama, papa	Menunjuk meminta	
12 bln	7,8-10,2	69,6-76,1	43,5-49,5			Memasukkan mainan ke cangkir	Bermain dengan orang lain

2.2.2 Konsep Perkembangan

1. Definisi

Menurut Depkes (2006), perkembangan (development) memiliki beberapa pengertian, sebagai berikut: perkembangan adalah bertambahnya struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam kemampuan gerak kasar, gerak halus, bicara dan bahasa serta sosialisasi dan kemandirian (Tri Ratnaningsih, dkk. 2017). Perkembangan adalah bertambahnya kemampuan (skill) dalam struktur dan fungsi tubuh yang kompleks dalam pola teratur dan dapat dirarnalkan, sebagai pematangan. Proses tersebut menyangkut adanya proses diferensiasi dan sel-sel tubuh, jaringan, organ- organ dan sistem organ yang berkembang sedemikian rupa sehingga masing-masing dapat memenuhi fungsinya. Hal tersebut termasukjuga perkembangan emosi, intelektual dantingkah laku sebagai hasil interaksi dengan lingkungan. Sedangkan untuk tercapainya tumbuh kembang yang optimal tergantung pada potensial biologisnya (Tri Ratnaningsih, dkk. 2017).

Perkembangan merupakan proses yang tidak pernah berhenti (*never ending process*). Setiap aspek perkembangan individu baik fisik, emosi, intelegensi maupun social mi saling mempengaruhi. Setiap individu yang normal akan mengalami tahapan/fase perkembangan. Yang berarti bahwa dalam menjalani hidupnya yang normal dan berusia panjang individu akan mengalami fase-fase perkembangan dan bayi, kanak-kanak, remaja, dewasa, dan masa tua. Perkembangan itu mengikuti pola atau arah tertentu. Yang merupakan hasil perkembangan dan tahap sebelumnya yang merupakan syarat bagi perkembangan selanjutnya (Tri Ratnaningsih, dkk. 2017).

2. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Tumbuh Kembang

- 1) Faktor Genetik
- 2) Berbagai faktor bawaan yang normal dan patologik
- 3) Jenis kelamin
- 4) Suku bangsa

5) Gizi dan Penyakit

Pertumbuhan dapat terganggu bila jumlah salah satu jenis zat yang mencapai tubuh berkurang. Misalnya: Gangguan pertumbuhan terlihat pada kwashiorkor dan infeksi cacing bulat. Pertumbuhan yang baik juga bergantung pada kesehatan organ-organ tubuh. Misalnya: Penyakit hati, jantung, ginjal, paru-paru yang berat dapat mengganggu pertumbuhan normal.

6) Faktor Lingkungan

7) Faktor Pre Natal

Gizi pada waktu hamil, mekanis, toksin, endokrin, radiasi, infeksi, stress, imunitas, anoksia embrio.

8) Faktor Post Natal

9) Faktor Lingkungan Biologis

Ras, jenis kelamin, umur, gizi, kepekaan terhadap penyakit (perawatan kesehatan penyakit kronis dan hormon)

10) Faktor Lingkungan Fisik: Cuaca, musim, sanitasi dan keadaan rumah.

11) Faktor Lingkungan Sosial: Stimulasi, motivasi belajar stress, kelompok sebaya, ganjaran, atau hukuman yang wajar, cinta dan kasih sayang.

12) Lingkungan keluarga dan adat istiadat yang lain Pekerjaan, Pendidikan ayah dan ibu, jumlah saudara, stabilitas rumah tangga, kepribadian ayah/ibu, agama, adat istiadat dan norma-norma (Tri Ratnaningsih, dkk. 2017).

3. Aspek Perkembangan Anak

Menurut Depkes (2006), ada 4 aspek tumbuh kembang yang perlu dibina atau dipantau, yaitu:

1) Gerak kasar atau motorik kasar adalah aspek yang berhubungan dengan kemampuan anak melakukan pergerakan dengan sikap tubuh yang melibatkan otot-otot besar seperti duduk, berdiri, dan lain-lain.

2) Gerak halus atau motorik halus adalah aspek yang berhubungan

dengan kemampuan anak melakukan gerakan yang melibatkan bagianbagian tubuh tertentu dan dilakukan oleh otot-otot kecil, tetapi memerlukan koordinasi yang cermat seperti mengamati sesuatu, menjimpit, menulis, dan lain-lain.

- 3) Kemampuan bicara dan bahasa adalah aspek yang berhubungan dengan kemampuan untuk memberikan respons terhadap suara, berbicara, berkomunikasi, mengikuti perintah dan lain-lain.
- 4) Sosialisasi dan kemandirian adalah aspek yang berhubungan dengan kemampuan mandiri anak (makan sendiri, membereskan mainan selesai bermain), berpisah dengan ibu/pengasuh anak, bersosialisasi dan berinteraksi dengan lingkungannya, dan lain-lain (Tri Ratnaningsih, dkk. 2017).

4. Pengelompokan Proses Perkembangan

Dari proses perkembangan dapat dikelompokkan menjadi 3 aspek yaitu:

- 1) Aspek biologis. Aspek biologis tersebut merupakan perkembangan pada fisik individu, contohnya: bertambahnya berat badan dan tinggi badan yang tentunya dapat kita ukur.
- 2) Aspek kognitif meliputi perubahan kemampuan dan cara berfikir. Aspek ini merupakan perubahan dalam proses pemikiran yang merupakan hasil dari lingkungan sekitar. salah satunya yaitu anak mampu menyelesaikan soal matematika.
- 3) Aspek psikososial dapat diartikan bahwa aspek ini merupakan perubahan aspek perasaan, emosi, dan hubungannya dengan orang lain. Dengan demikian aspek psikososial merupakan aspek perkembangan individu dengan lingkungan sekitar atau masyarakat. Dari semua aspek tersebut yaitu aspek biologis (fisik), aspek kognitif (pemikiran), dan aspek psikososial (hubungan dengan masyarakat) semuanya saling mempengaruhi sehingga apabila pada suatu aspek mengalami hambatan maka akan mempengaruhi perkembangan aspek yang lainnya (Tri Ratnaningsih, dkk. 2017).

5. Jenis-jenis Perubahan dalam Pertumbuhan dan Perkembangan

Perubahan-perubahan meliputi beberapa aspek, baik fisik maupun

psikis. Perubahan itu bias dibagi dalam empat kategori utama, yaitu:

1) Perubahan dalam Ukuran

Perubahan dapat berupa penambahan ukuran panjang atau tinggi berat badan, diikuti perubahan organ-organ lain yang mengalami perubahan ukuran, antara lain perubahan volume otak yang membawa akibat terjadinya perubahan kemampuan.

2) Perubahan dalam perbandingan

Dilihat dari sudut fisik terjadi perubahan proposional antara kepala, anggota badan, dan anggota gerak. Perubahan proposional juga terjadi pada perkembangan mental. Perbandingan antara yang riil, yang khayal dengan hal-hal yang rasional semakin lama semakin besar.

3) Berubah untuk mengganti hal-hal yang lama

Misalnya, pada bayi terdapat kelenjer buntu yang disebut tymus pada daerah dada yang sedikit demi sedikit mengalami penyusutan dan akan hilang setelah dewasa.

4) Berubah untuk memperoleh hal-hal baru

Misalnya dilihat dari segi mental, seseorang akan bertambah perbendaharaan kata dan bahasanya ketika mengalami penambahan usia. Nilai dan norma juga semakin meningkat (Tri Ratnaningsih, dkk. 2017)..

6. Aspek-Aspek Pertumbuhan dan Perkembangan

Daruma, Razak, A. Dkk. (2004), setiap individu pada hakikatnya akan mengalami pertumbuhan fisik dan perkembangan nonfisik yang meliputi aspek-aspek intelek, emosi, sosial, bahasa, bakat khusus, nilai dan moral, serta sikap.

Berikut ini diuraikan pokok-pokok pertumbuhan dan perkembangan aspek-aspek tersebut:

1) Pertumbuhan Fisik

Pertumbuhan manusia merupakan perubahan fisik menjadi lebih besar dan lebih panjang, dan prosesnya terjadi sejak anak sebelum lahir hingga ia dewasa.

a) Pertumbuhan Sebelum Lahir

Manusia itu ada dimulai dari suatu proses pembuahan (pertemuan set telur dan sperma) yang membentuk suatu set kehidupan, yang disebut embrio. Embrio manusia yang telah berumur satu bulan, berukuran sekitar setengah sentimeter. Pada umur dua bulan ukuran embrio itu membesar menjadi dua setengah sentimeter dan disebut janin atau “fetus”. Baru setelah satu bulan kemudian (jadi kandungan telah berumur tiga bulan), janin atau fetus tersebut telah berbentuk menyerupai bayi dalam ukuran kecil. Masa sebelum lahir merupakan pertumbuhan dan perkembangan manusia yang sangat kompleks, karena pada masa itu merupakan awal terbentuknya organ-organ tubuh dan tersusunnya jaringan saraf yang membentuk sistem yang lengkap. Pertumbuhan dan perkembangan janin diakhiri saat kelahiran. Kelahiran pada dasarnya merupakan pertanda kematangan biologis dan jaringan saraf masing-masing komponen biologis telah mampu berfungsi secara mandiri.

b) Pertumbuhan Setelah Lahir

Pertumbuhan fisik manusia setelah lahir merupakan kelanjutan pertumbuhannya sebelum lahir. Proses pertumbuhan fisik manusia berlangsung sampai masa dewasa. Selama tahun pertama dalam pertumbuhannya, ukuran panjang badannya akan bertambah sekitar sepertiga dari panjang badan semula dan berat badannya akan bertambah menjadi sekitar tiga kalinya. Sejak lahir sampai dengan umur 25 tahun, perbandingan ukuran badan individu, dari pertumbuhan yang kurang proporsional pada awal terbentuknya manusia (kehidupan sebelum lahir atau pranatal) sampai dengan proporsi yang ideal di masa dewasa.

2) Intelekt

Intelekt atau daya pikir berkembang sejalan dengan pertumbuhan saraf otak. Karena pikiran pada dasarnya menunjukkan fungsi otak, maka kemampuan intelektual yang lazim disebut dengan istilah lain kemampuan berfikir dipengaruhi oleh kematangan otak yang mampu

menunjukkan fungsinya secara baik.

3) Emosi

Emosi merupakan gejala perasaan disertai dengan perubahan atau perilaku fisik. Seperti marah yang ditunjukkan dengan teriakan, atau sedih yang ditunjukkan dengan menangis.

4) Sosial

Dalam proses pertumbuhan setiap orang tidak dapat berdiri sendiri. Setiap orang memerlukan lingkungan dan senantiasa akan memerlukan manusia lain.

5) Bahasa

Fungsi bahasa adalah sebagai alat komunikasi. Dengan demikian dalam berbahasa ada dua pihak yang terlibat, yaitu penyampaian isi pikiran dan penerima pikiran. Dalam berdialog keduanya sering berganti fungsi.

6) Bakat Khusus

Pada mulanya bakat merupakan hal yang penting dalam penyelesaian tugas ataupun pekerjaan. Bakat merupakan kemampuan tertentu yang dimiliki oleh seorang individu yang hanya dengan rangsangan atau sedikit latihan kemampuan itu dapat berkembang dengan baik.

7) Sikap, Nilai dan Moral

Bloom mengemukakan bahwa tujuan akhir dari proses belajar dikelompokkan menjadi tiga sasaran yaitu penguasaan pengetahuan (Kognitif), penguasaan nilai dan sikap (Afektif) dan penguasaan Psikomotor (Tri Ratnaningsih, dkk. (2017).

2.3 Pemantauan Status Gizi (PSG)

Menurut Dirjen Binkesmas Kemenkes RI (2018), PSG diuraikan sebagai berikut:

1. Tujuan PSG

Menyediakan informasi status gizi dan indikator kinerja kegiatan pembinaan gizi secara cepat, akurat, teratur dan berkelanjutan untuk

penyusunan perencanaan dan perumusan kebijakan gizi.

2. Pengertian Kategori Status Gizi

a. Status gizi balita dinilai menurut 3 indeks, yaitu Berat Badan Menurut Umur (BB/U), Tinggi Badan Menurut Umur (TB/U), Berat Badan Menurut Tinggi Badan (BB/TB).

- 1) BB/U adalah berat badan anak yang dicapai pada umur tertentu.
- 2) TB/U adalah tinggi badan anak yang dicapai pada umur tertentu.
- 3) BB/TB adalah berat badan anak dibandingkan dengan tinggi badan yang dicapai.

Ketiga nilai indeks status gizi di atas dibandingkan dengan baku pertumbuhan WHO

b. Z-score adalah nilai simpangan BB atau TB dari nilai BB atau TB normal menurut baku pertumbuhan WHO.

c. Contoh perhitungan Zscore BB/U: $(BB \text{ anak} - BB \text{ standar}) / \text{standar deviasi BB standar}$

d. Batasan untuk kategori status gizi balita menurut indeks BB/U, TB/U, BB/TB menurut WHO dapat dilihat pada tabel “pengertian kategori status gizi balita”.

Tabel: 2.5 Pengertian Kategori Status Gizi Balita

Indikator	Status Gizi	Z- score
BB/U	Gizi buruk	< -3,0SD
	Gizi kurang	-3,0 SD s/d < -2,0SD
	Gizi baik	-2,0 SD s/d 2,0SD
	Gizi lebih	> 2,0SD
TB/U	Sangat pendek	< -3,0SD
	Pendek	-3,0 SD s/d < -2,0SD
	Normal	$\geq -2,0$ SD
BB/TB	Sangat Kurus	< -3,0SD
	Kurus	-3,0 SD s/d < -2,0SD
	Normal	-2,0 SD s/d 2,0SD
	Gemuk	> 2,0SD

Sumber: Kepmenkes No. 1995/MENKES/SK/XII/2010 tentang standar antropometri penilaian status gizi anak (Dirjen Binkesmas Kemenkes RI, 2018)

3. Sifat Indikator Status Gizi

a. Indeks Berat Badan menurut Umur (BB/U)

- 1) Memberikan indikasi masalah gizi secara umum karena berat badan berkorelasi positif dengan umur dan tinggi badan.
- 2) Berat badan menurut umur rendah dapat disebabkan karena pendek (masalah gizi kronis) atau menderita penyakit infeksi (masalah gizi akut)

b. Indeks Tinggi Badan menurut Umur (TB/U)

- 1) Memberikan indikasi masalah gizi yang sifatnya kronis sebagai akibat dari keadaan yang berlangsung lama.
- 2) Misalnya: kemiskinan, perilaku hidup tidak sehat, dan asupan makanan kurang dalam waktu yang lama sehingga mengakibatkan anak menjadi pendek.

c. Indeks Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB)

- 1) Memberikan indikasi masalah gizi yang sifatnya akut sebagai akibat dari peristiwa yang terjadi dalam waktu yang tidak lama (singkat).
- 2) Misalnya terjadi wabah penyakit dan kekurangan makan (kelaparan) yang menyebabkan anak menjadi kurus.
- 3) Indikator BB/TB dan IMT/U dapat digunakan untuk identifikasi kurus dan gemuk. Masalah kurus dan gemuk pada umur dini dapat berakibat pada risiko berbagai penyakit degenerative pada saat dewasa (TeoriBarker).

2.4 Metoda Penilaian Status Gizi

Menilai status gizi dapat dilakukan melalui beberapa metode pengukuran, tergantung pada jenis kekurangan gizi. Hasil penilaian status gizi dapat menggambarkan berbagai tingkat kekurangan gizi, misalnya status gizi yang berhubungan dengan tingkat kesehatan, atau berhubungan dengan penyakit tertentu. Gibson R., 2005; Brown, (2005) mengelompokkan menjadi lima metode, yaitu antropometri, laboratorium, klinis, survei konsumsi pangan dan faktor ekologi.

1. Metode Antropometri

Antropometri berasal dari kata *anthropo* yang berarti manusia dan *metri* adalah ukuran. Metode antropometri dapat diartikan sebagai mengukur fisik dan bagian tubuh manusia. Jadi antropometri adalah pengukuran tubuh atau bagian tubuh manusia. Dalam menilai status gizi dengan metode antropometri adalah menjadikan ukuran tubuh manusia sebagai metode untuk menentukan status gizi. Konsep dasar yang harus dipahami dalam menggunakan antropometri untuk mengukur status gizi adalah konsep dasar pertumbuhan. Pertumbuhan adalah terjadinya perubahan sel-sel tubuh, terdapat dalam 2 bentuk yaitu bertambahnya jumlah sel dan atau terjadinya pembelahan sel, secara akumulasi menyebabkan terjadinya perubahan ukuran tubuh. Jadi pada dasarnya menilai status gizi dengan metode antropometri adalah menilai pertumbuhan. Mengapa antropometri digunakan sebagai indikator status gizi? Terdapat beberapa alasan kenapa antropometri digunakan sebagai indikator status gizi, yaitu:

- a. Pertumbuhan seorang anak agar berlangsung baik memerlukan asupan gizi yang seimbang antara kebutuhan gizi dengan asupan gizinya.
- b. Gizi yang tidak seimbang akan mengakibatkan terjadinya gangguan pertumbuhan, kekurangan zat gizi akan mengakibatkan terhambatnya pertumbuhan, sebaliknya kelebihan asupan gizi dapat mengakibatkan tumbuh berlebih (gemuk) dan mengakibatkan timbulnya gangguan metabolisme tubuh.
- c. Oleh karena itu antropometri sebagai variabel status pertumbuhan dapat digunakan sebagai indikator untuk menilai status gizi.

Apakah kelebihan dan kekurangan antropometri untuk menilai status gizi? Antropometri untuk menilai status gizi mempunyai keunggulan dan juga kelemahan dibandingkan metode yang lain. Beberapa kelebihan dan kekurangan antropometri digunakan sebagai penentuan status gizi tersebut adalah:

- a. Kelebihan antropometri untuk menilai status gizi antara lain:

- 1) Prosedur pengukuran antropometri umumnya cukup sederhana dan aman digunakan.
 - 2) Untuk melakukan pengukuran antropometri relatif tidak membutuhkan tenaga ahli, cukup dengan dilakukan pelatihan sederhana.
 - 3) Alat untuk ukur antropometri harganya cukup murah terjangkau, mudah dibawa dan tahan lama digunakan untuk pengukuran.
 - 4) Ukuran antropometri hasilnya tepat dan akurat.
 - 5) Hasil ukuran antropometri dapat mendeteksi riwayat asupan gizi yang telah lalu.
 - 6) Hasil antropometri dapat mengidentifikasi status gizi baik, sedang, kurang dan buruk.
 - 7) Ukuran antropometri dapat digunakan untuk skrining (penapisan), sehingga dapat mendeteksi siapa yang mempunyai risiko gizi kurang atau gizi lebih.
- b. Metode antropometri untuk menilai status gizi, juga mempunyai kekurangan diantaranya adalah:
- 1) Hasil ukuran antropometri tidak sensitif, karena tidak dapat membedakan kekurangan zat gizi tertentu, terutama zat gizi mikro misal kekurangan zink.
 - 2) Faktor-faktor di luar gizi dapat menurunkan spesifikasi dan sensitivitas ukuran. Contohnya anak yang kurus bisa terjadi karena menderita infeksi, sedangkan asupan gizinya normal. Atlet biasanya mempunyai berat yang ideal, padahal asupan gizinya lebih dari umumnya.
 - 3) Kesalahan waktu pengukuran dapat mempengaruhi hasil. Kesalahan dapat terjadi karena prosedur ukur yang tidak tepat, perubahan hasil ukur maupun analisis yang keliru. Sumber kesalahan bisa karena pengukur, alat ukur, dan kesulitan mengukur.

Beberapa contoh ukuran tubuh manusia sebagai parameter antropometri yang sering digunakan untuk menentukan status gizi misalnya berat badan, tinggi badan, ukuran lingkar kepala, ukuran lingkar

dada, ukuran lingkaran lengan atas, dan lainnya. Hasil ukuran antropometri tersebut kemudian dirujuk pada standar atau rujukan pertumbuhan manusia.

a. Berat Badan

Berat badan menggambarkan jumlah protein, lemak, air, dan mineral yang terdapat di dalam tubuh. Berat badan merupakan komposit pengukuran ukuran total tubuh. Beberapa alasan mengapa berat badan digunakan sebagai parameter antropometri. Alasan tersebut di antaranya adalah perubahan berat badan mudah terlihat dalam waktu singkat dan menggambarkan status gizi saat ini. Pengukuran berat badan mudah dilakukan dan alat ukur untuk menimbang berat badan mudah diperoleh.

Pengukuran berat badan memerlukan alat yang hasil ukurannya akurat. Untuk mendapatkan ukuran berat badan yang akurat, terdapat beberapa persyaratan alat ukur berat di antaranya adalah alat ukur harus mudah digunakan dan dibawa, mudah mendapatkannya, harga alat relatif murah dan terjangkau, ketelitian alat ukur sebaiknya 0,1 kg (terutama alat yang digunakan untuk memonitor pertumbuhan), skala jelas dan mudah dibaca, cukup aman jika digunakan, serta alat selalu dikalibrasi.

Beberapa jenis alat timbang yang biasa digunakan untuk mengukur berat badan adalah dacin untuk menimbang berat badan balita, timbangan *detecto*, *bathroom scale* (timbangan kamar mandi), timbangan injak digital, dan timbangan berat badan lainnya.

b. Tinggi Badan atau Panjang Badan

Tinggi badan atau panjang badan menggambarkan ukuran pertumbuhan massa tulang yang terjadi akibat dari asupan gizi. Oleh karena itu tinggi badan digunakan sebagai parameter antropometri untuk menggambarkan pertumbuhan linier. Pertambahan tinggi badan atau panjang terjadi dalam waktu yang lama sehingga sering disebut akibat masalah gizi kronis.

Istilah tinggi badan digunakan untuk anak yang diukur dengan cara berdiri, sedangkan panjang badan jika anak diukur dengan berbaring (belum bisa berdiri). Anak berumur 0–2 tahun diukur dengan ukuran panjang badan, sedangkan anak berumur lebih dari 2 tahun dengan menggunakan microtoise. Alat ukur yang digunakan untuk mengukur tinggi badan atau panjang badan harus mempunyai ketelitian 0,1 cm.

Tinggi badan dapat diukur dengan menggunakan microtoise (baca: mikrotoa). Kelebihan alat ukur ini adalah memiliki ketelitian 0,1 cm, mudah digunakan, tidak memerlukan tempat yang khusus, dan memiliki harga yang relatif terjangkau. Kelemahannya adalah setiap kali akan melakukan pengukuran harus dipasang pada dinding terlebih dahulu. Sedangkan panjang badan diukur dengan infantometer (alat ukur panjang badan).

c. Lingkar kepala

Lingkar kepala dapat digunakan sebagai pengukuran ukuran pertumbuhan lingkar kepala dan pertumbuhan otak, walaupun tidak sepenuhnya berkorelasi dengan volume otak. Pengukuran lingkar kepala merupakan prediktor terbaik dalam melihat perkembangan syaraf anak dan pertumbuhan global otak dan struktur internal.

Menurut rujukan CDC 2000, bayi laki-laki yang baru lahir ukuran ideal lingkar kepalanya adalah 36 cm, dan pada usia 3 bulan menjadi 41 cm. Sedangkan pada bayi perempuan ukuran ideal lingkar kepalanya adalah 35 cm, dan akan bertambah menjadi 40 cm pada usia 3 bulan. Pada usia 4-6 bulan akan bertambah 1 cm per bulan, dan pada usia 6-12 bulan pertambahan 0,5 cm per bulan. Cara mengukur lingkar kepala dilakukan dengan melingkarkan pita pengukur melalui bagian paling menonjol di bagian kepala belakang (*protuberantia occipitalis*) dan dahi (*glabella*). Saat pengukuran sisi pita yang menunjukkan sentimeter berada di sisi dalam agar tidak meningkatkan kemungkinan subjektivitas pengukur. Kemudian cocokkan terhadap standar pertumbuhan lingkar kepala.

d. Lingkar Lengan Atas (LILA)

Lingkar lengan atas (LILA) merupakan gambaran keadaan jaringan otot dan lapisan lemak bawah kulit. LILA mencerminkan tumbuh kembang jaringan lemak dan otot yang tidak berpengaruh oleh cairan tubuh.

Ukuran LILA digunakan untuk skrining kekurangan energi kronis yang digunakan untuk mendeteksi ibu hamil dengan risiko melahirkan BBLR. Pengukuran LILA ditujukan untuk mengetahui apakah ibu hamil atau wanita usia subur (WUS) menderita kurang energi kronis (KEK). Ambang batas LILA WUS dengan risiko KEK adalah 23.5 cm. Apabila ukuran kurang dari 23.5 cm, artinya wanita tersebut mempunyai risiko KEK, dan diperkirakan akan melahirkan berat bayi lahir rendah (BBLR).

Cara ukur pita LILA untuk mengukur lingkar lengan atas dilakukan pada lengan kiri atau lengan yang tidak aktif. Pengukuran LILA dilakukan pada pertengahan antara pangkal lengan atas dan ujung siku dalam ukuran cm (centi meter). Kelebihannya mudah dilakukan dan waktunya cepat, alat sederhana, murah dan mudah dibawa.

e. Panjang Depa

Panjang depa merupakan ukuran untuk memprediksi tinggi badan bagi orang yang tidak bisa berdiri tegak, misal karena bungkuk atau ada kelainan tulang pada kaki. Panjang depa relatif stabil, sekalipun pada orang yang usia lanjut. Panjang depa direkomendasikan sebagai parameter prediksi tinggi badan, tetapi tidak seluruh populasi memiliki hubungan 1:1 antara panjang depa dengan tinggi badan. Pengukuran panjang depa juga relatif mudah dilakukan, alat yang murah, prosedur pengukuran juga mudah sehingga dapat dilakukan di lapangan.

f. Tinggi Lutut

Ukuran tinggi lutut (*knee height*) berkorelasi dengan tinggi badan. Pengukuran tinggi lutut bertujuan untuk mengestimasi tinggi badan klien yang tidak dapat berdiri dengan tegak, misalnya karena kelainan tulang belakang atau tidak dapat berdiri. Pengukuran tinggi lutut

dilakukan pada klien yang sudah dewasa. Pengukuran tinggi lutut dilakukan dengan menggunakan alat ukur caliper (*kaliper*).

Pengukuran dilakukan pada lutut kiri dengan posisi lutut yang diukur membentuk sudut sikusiku (90°). Pengukuran tinggi lutut dapat dilakukan pada klien dengan posisi duduk atau dapat juga pada posisi tidur.

g. Tinggi Duduk

Tinggi duduk dapat digunakan untuk memprediksi tinggi badan, terutama pada orang yang sudah lanjut usia. Tinggi duduk dipengaruhi oleh potongan tulang rawan antar tulang belakang yang mengalami kemunduran, juga tulang-tulang panjang pada tulang belakang mengalami perubahan seiring dengan bertambahnya usia.

Mengukur tinggi duduk dapat dilakukan dengan menggunakan mikrotoise, dengan dibantu bangku khusus. Orang yang mau diukur tinggi duduknya, duduk pada bangku, kemudian dengan menggunakan mikrotoise dapat diketahui tinggi duduk orang tersebut.

h. Rasio Lingkar Pinggang dan Panggul (*Waist to Hip Ratio*)

Lingkar pinggang menunjukkan simpanan lemak. Kandungan lemak yang terdapat di sekitar perut menunjukkan adanya perubahan metabolisme dalam tubuh. Perubahan metabolisme tersebut dapat berupa terjadinya penurunan efektivitas insulin karena beban kerja yang terlalu berat. Peningkatan jumlah lemak di sekitar perut juga dapat menunjukkan terjadinya peningkatan produksi asam lemak yang bersifat radikal bebas.

Tingginya kandungan lemak di sekitar perut menggambarkan risiko kegemukan. Ukuran lingkar pinggang akan mudah berubah tergantung banyaknya kandungan lemak dalam tubuh. Sebaliknya, ukuran panggul pada orang sehat relatif stabil. Ukuran panggul seseorang yang berusia 40 tahun akan sama dengan ukuran panggul orang tersebut ketika berusia 22 tahun. Oleh sebab itu, rasio lingkar pinggang dan panggul (RLPP) atau waist to hip ratio (WHR) dapat menggambarkan kegemukan.

Pada waktu melakukan pengukuran lingkaran pinggang dan panggul, klien menggunakan pakaian seminimal mungkin atau bahkan ditinggalkan, berdiri tegap dengan santai pada kedua kaki dan berat badan terdistribusi normal, kedua tangan di samping, kedua kaki rapat, serta klien sebaiknya dalam keadaan berpuasa (Holil M. Par'i, dkk, 2017).

2. Metode Pengukuran Konsumsi Pangan

Kekurangan gizi diawali dari asupan gizi yang tidak cukup, sebaliknya kelebihan gizi disebabkan dari asupan gizi yang lebih dari kebutuhan tubuh. Ketidakcukupan asupan gizi atau kelebihan asupan gizi dapat diketahui melalui pengukuran konsumsi pangan (*dietary methode*). Asupan zat gizi dari makanan yang dikonsumsi dapat mempengaruhi status gizi individu. Seseorang yang mempunyai asupan gizi kurang saat ini, akan menghasilkan status gizi kurang pada waktu yang akan datang. Asupan gizi saat ini tidak langsung menghasilkan status gizi saat ini juga. Memerlukan waktu, karena zat gizi akan mengalami metabolisme dalam tubuh terlebih dahulu untuk sampai dimanfaatkan oleh tubuh (Holil M. Par'i, dkk, 2017)

Pengukuran konsumsi makanan sering juga disebut survei konsumsi pangan, merupakan salah satu metode pengukuran status gizi. Asupan makan yang kurang akan mengakibatkan status gizi kurang. Sebaliknya, asupan makan yang lebih akan mengakibatkan status gizi lebih. Tujuan umum dari pengukuran konsumsi pangan adalah untuk mengetahui asupan gizi dan makanan serta mengetahui kebiasaan dan pola makan, baik pada individu, rumah tangga, maupun kelompok masyarakat. Tujuan khusus pengukuran konsumsi pangan adalah:

- a. menentukan tingkat kecukupan asupan gizi pada individu;
- b. menentukan tingkat asupan gizi individu hubungannya dengan penyakit;
- c. mengetahui rata-rata asupan gizi pada kelompok masyarakat;
- d. menentukan proporsi masyarakat yang asupan gizinya kurang.

Pengukuran konsumsi pangan untuk menilai status gizi, mempunyai kelebihan dan kelemahan. Kelebihan: metode pengukuran konsumsi pangan:

- a. hasil ukur pengukuran konsumsi pangan dapat memprediksi status gizi yang akan terjadi di masa yang akan datang;
- b. hasil pengukuran konsumsi pangan cukup akurat untuk menilai asupan gizi atau ketersediaan pangan;
- c. pengukuran konsumsi pangan mudah dilakukan dengan pelatihan yang khusus;
- d. pelaksanaan pengukuran tidak memerlukan alat yang mahal dan rumit.

Kelemahan metode pengukuran konsumsi pangan:

- 1) pengukuran konsumsi pangan, tidak dapat untuk menilai status gizi secara bersamaan, karena asupan gizi saat ini baru akan mempengaruhi status gizi beberapa waktu kemudian,
- 2) hasil pengukuran konsumsi pangan, hanya dapat dipakai sebagai bukti awal akan kemungkinan terjadinya kekurangan atau kelebihan gizi pada seseorang,
- 3) lebih efektif bila hasil pengukuran konsumsi pangan disertai dengan hasil pemeriksaan biokimia, klinis atau antropometri.

Pengukuran konsumsi pangan dapat dilakukan dalam tiga area, yaitu mengukur asupan gizi pada tingkat individu, mengukur asupan gizi pada tingkat rumah tangga dan mengukur konsumsi pangan pada suatu wilayah.

- 1) Metode pengukuran konsumsi pangan individu

Metode pengukuran asupan gizi yang sering dipakai untuk mengukur asupan gizi pada individu ialah metode *recall 24 hour*, *estimated food record*, penimbangan makanan (*food weighing*), *dietary history*, dan frekuensi makanan (*food frequency*).

- 1) Metode recall 24 hour

Metode recall 24-hour atau sering disebut metode recall adalah cara mengukur asupan gizi pada individu dalam sehari. Metode ini dilakukan dengan menanyakan makanan yang telah dikonsumsi dalam 24 jam yang lalu mulai dari bangun tidur pada pagi hari sampai

tidur lagi pada malam hari. Metode pengukuran ini bertujuan untuk mengetahui asupan zat gizi individu dalam sehari, sehingga tergolong pada kelompok metode kuantitatif. Pada dasarnya metode ini dilakukan dengan mencatat jenis dan jumlah bahan makanan yang dikonsumsi individu pada 1 hari sebelum dilakukan recall (misal recall dilakukan hari Selasa, maka asupan makanan yang ditanyakan adalah asupan selama 24 jam pada hari Senin).

Dalam pelaksanaan pengumpulan data, terdapat dua cara melakukan wawancara recall yaitu cara pertama adalah asupan makanan ditanyakan dimulai dari bangun pagi kemarin sampai saat tidur malam kemarin hari. Cara kedua adalah dengan menanyakan asupan makanan dalam kurun waktu 24 jam ke belakang sejak wawancara dilakukan.

Prinsip pengukuran dari metode recall 24-hour adalah mencatat semua makanan yang dikonsumsi baik di rumah maupun diluar rumah, mulai dari nama makanan yang dikonsumsi, komposisi dari makanan tersebut dan berat dalam gram atau dalam ukuran rumah tangga (URT). Perlu ditanyakan jumlah konsumsi makanan secara teliti dengan menggunakan URT, seperti sendok, gelas, piring, atau ukuran lain. Untuk mendapatkan kebiasaan asupan makanan sehari-hari, wawancara recall dilakukan minimal 2 x 24 jam, dengan hari yang tidak berurutan.

2) Metode estimated food record

Metode estimated food record disebut juga food record atau diary record adalah metode pengukuran asupan gizi individu yang dilakukan dengan memperkiraan jumlah makanan yang dikonsumsi responden sesuai dengan catatan konsumsi makanan.

Prinsip pengukuran hampir sama dengan metode recall 24 hour yaitu mencatat semua makanan yang dikonsumsi selama 24 jam, mulai dari bangun tidur pagi hari sampai tidur kembali pada malam hari. Perbedaannya adalah responden diminta untuk mencatat sendiri semua jenis makanan serta berat atau URT yang dimakan selama 24

jam. Formulir yang digunakan juga sama dengan format yang dipakai pada metode recall 24 *hour*.

3) Metode Penimbangan Makanan (*food weighing*)

Metode penimbangan makanan (*food weighing*) adalah metode pengukuran asupan gizi pada individu yang dilakukan dengan cara menimbang makanan yang dikonsumsi responden. Metode ini mengharuskan responden atau petugas melakukan penimbangan dan mencatat seluruh makanan yang dikonsumsi selama 24 jam. Apabila ada makanan yang tersisa, maka sisa makanan juga ditimbang sehingga dapat diketahui konsumsi makanan yang sebenarnya. Formulir pengumpulan data yang digunakan mempunyai kesamaan dengan formulir metode recall 24-hour.

Pengumpulan data biasanya berlangsung beberapa hari tergantung tujuan, dana dan tenaga yang ada.

4) Metode Frekuensi Makanan (*food frequency*)

Metode frekuensi makanan sering juga disebut FFQ (*Food Frequency Questionnaire*) adalah metode untuk mengetahui atau memperoleh data tentang pola dan kebiasaan makan individu pada kurun waktu tertentu, biasanya satu bulan, tetapi dapat juga 6 bulan atau satu tahun terakhir. Terdapat dua bentuk metode frekuensi makanan yaitu metode FFQ kualitatif dan metode FFQ semi kuantitatif.

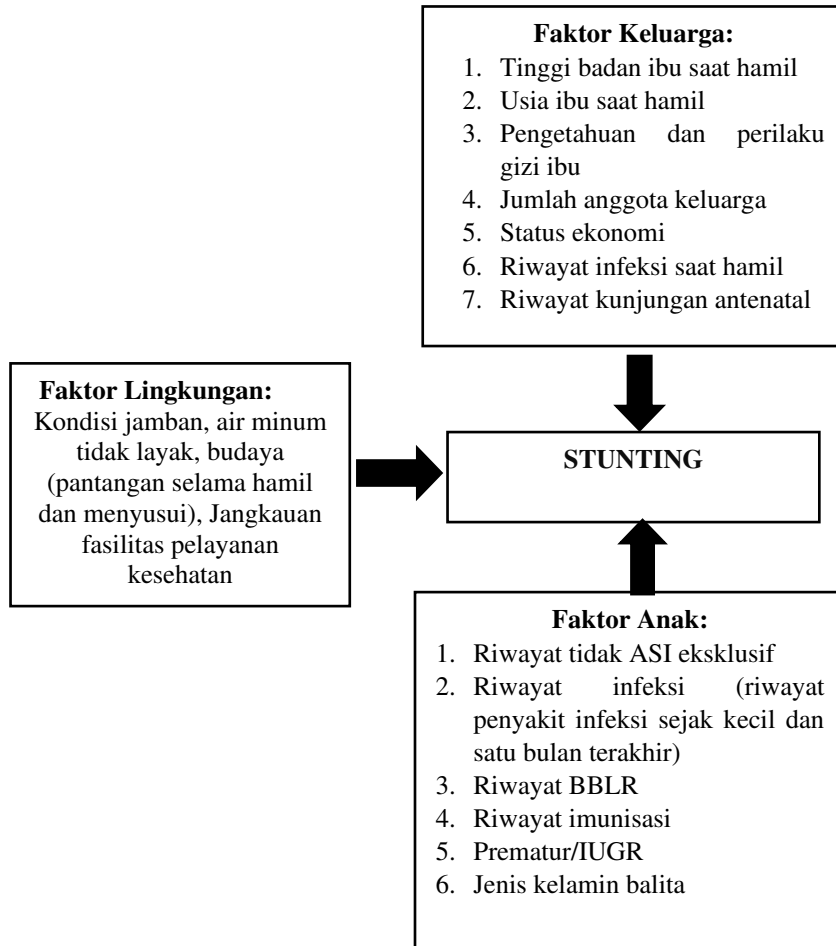
Metode frekuensi makanan kualitatif sering disebut sebagai metode FFQ. Metode ini tergolong pada metode kualitatif, karena pengukurannya menekankan pada frekuensi makan. Informasi yang diperoleh merupakan pola dan kebiasaan makan (*habitual intakes*). Konsumsi makanan yang ditanyakan adalah yang spesifik untuk zat gizi tertentu, makanan tertentu, atau kelompok makanan tertentu. Metode frekuensi semi kuantitatif (*Semi Quantitative Food Frequency Questionnaire*) sering disingkat SFFQ adalah metode untuk mengetahui gambaran kebiasaan asupan gizi individu pada kurun waktu tertentu. Tujuan dari metode ini adalah untuk mengetahui

ratarata asupan zat gizi dalam sehari pada individu. Metode SFFQ sama dengan FFQ, yang membedakan adalah responden ditanyakan juga tentang rata-rata besaran atau ukuran setiap kali makan. Ukuran makanan yang dikonsumsi setiap kali makan dapat dalam bentuk berat atau ukuran rumah tangga (URT). Dengan demikian dapat diketahui rata-rata berat makanan dalam sehari, selanjutnya dapat dihitung asupan zat gizi perhari dengan bantuan daftar komposisi bahan makanan (DKBM) atau daftar penukar atau software komputer.

BAB III

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konseptual



Gambar 3.1. Kerangka Konsep Penelitian

3.2 Hipotesis Penelitian

Adapun hipotesis dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

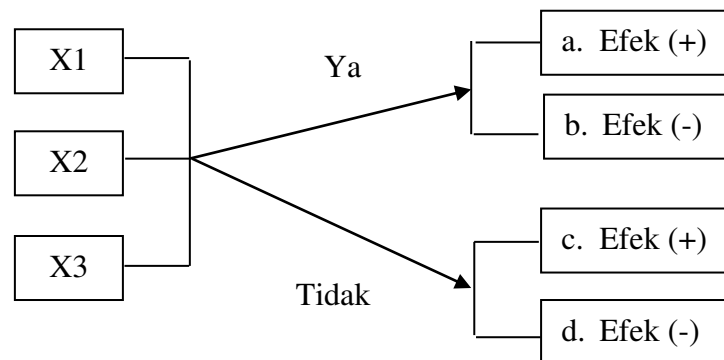
1. Terdapat hubungan antara faktor keluarga (tinggi badan ibu, usia ibu saat hamil, pendapatan keluarga, jumlah anggota keluarga, status ekonomi, riwayat kesehatan ibu saat hamil, riwayat kunjungan *Ante Natal Care*, pengetahuan dan perilaku ibu tentang gizi) dengan kejadian stunting.

2. Terdapat hubungan antara faktor anak (Riwayat tidak ASI eksklusif, riwayat infeksi lainnya, Berat Bayi Lahir Rendah, bayi prematur atau *Intra Uterine Growth Retardation*, riwayat imunisasi, jenis kelamin bayi) dengan kejadian stunting.
3. Terdapat hubungan antara faktor lingkungan (kondisi jamban keluarga, kualitas air minum yang dikonsumsi, budaya, jarak ke fasilitas kesehatan) dengan kejadian stunting.

BAB IV METODE PENELITIAN

4.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian observasional analitik dengan rancangan studi *cross-sectional* untuk mengetahui faktor risiko yang mempengaruhi kejadian stunting pada Balita di Kabupaten Ende tahun 2019. Pada penelitian ini, variabel yang diteliti adalah variabel independen, yaitu variabel keluarga (X1): tinggi badan ibu saat hamil, usia ibu saat hamil, pengetahuan dan perilaku gizi ibu, jumlah anggota keluarga, status ekonomi, riwayat infeksi saat hamil, riwayat kunjungan ANC, variabel anak (X2): riwayat ASI eksklusif, riwayat infeksi, riwayat BBLR, riwayat imunisasi, riwayat prematur/IUGR, jenis kelamin bayi, variabel lingkungan (X3): kondisi jamban, kualitas air minum, budaya, jangkauan fasilitas pelayanan kesehatan, dengan variabel dependen, yaitu kejadian stunting. Adapun rancangan penelitian dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 4.1 Rancangan Penelitian

4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi penelitian dilaksanakan pada 8 Kecamatan di Kabupaten Ende meliputi Kecamatan Lio Timur, Kecamatan Maurole, Kecamatan Ndori, Kecamatan Ende, Kecamatan Wolojita, Kecamatan Lepembusu Kelisoke, Kecamatan Nangapanda, Kecamatan Wewaria. Waktu pengumpulan data dilaksanakan selama 1 bulan yakni pada tanggal 1 Agustus – 31 Agustus tahun

2019. Proses penelitian dilakukan selama 3 bulan sejak bulan Agustus sampai dengan bulan Oktober tahun 2019.

4.3 Populasi, Sampel dan Sampling

Populasi dalam penelitian ini adalah semua anak Balita penderita stunting di Kabupaten Ende yang berjumlah 471 orang, yaitu Kecamatan Lio Timur 152 kasus, Kecamatan Maurole 109 kasus, Kecamatan Ndori 73 kasus, Kecamatan Ende 38 kasus, Kecamatan Nangapanda 33 kasus, Kecamatan Wewaria 31 kasus, Kecamatan Wolojita 19 kasus dan Kecamatan Lepembusu Kelisoke 16 kasus (Data Sekretaris Daerah Kabupaten Ende, 2019). Sampel penelitian ini adalah ibu dan anak penderita stunting yang berada pada 8 Kecamatan di Kabupaten Ende. Cara pengambilan sampel dengan cara *Purposive Sampling*. Besar sampel dalam penelitian ini menggunakan rumus Slovin (Carsel, 2018) :

$$n = \frac{N}{1 + Nd^2}$$

Keterangan:

n : Besar sampel

N : Besar populasi

d : Tingkat kepercayaan atau ketepatan yang diinginkan 5%

Berdasarkan rumus tersebut, maka besar sampel dalam penelitian ini sebanyak 216 orang ibu dan anak, dari 216 ibu dan anak akan diambil secara proporsional untuk ke-8 Kecamatan yang terdapat di Kabupaten Ende. Rincian jumlah sampel untuk setiap Kecamatan sebagai berikut : Kecamatan Lio Timur 70 responden, Kecamatan Maurole 50 responden, Kecamatan Ndori 34 responden, Kecamatan Ende 17 responden, Kecamatan Wolojoita 9 responden, Kecamatan Lepembusu Kelisoke 7 responden, Kecamatan Nangapanda 15 responden dan Kecamatan Wewaria 14 responden. Sampel pada penelitian ini harus memenuhi kriteria sebagai berikut:

1. Kriteria inklusi :
 - a. Ibu dan Anak Balita yang berusia 24 bulan - 60 bulan.
 - b. Bersedia menjadi responden

2. Kriteria eksklusi :
Responden dengan cacat bawaan

4.4 Variabel Penelitian

Variabel bebas : Faktor penyebab stunting (faktor keluarga, faktor anak, dan faktor lingkungan)

Variabel terikat : Stunting

4.5 Definisi Operasional

Tabel 4.1 Tabel Definisi Operasional

No	Jenis Variabel	Nama Variabel	Definisi Operasional	Pengukuran		
				Skala	Penilaian	
1.	Variabel Independen (Variabel Bebas)	Faktor keluarga				
		a. Jumlah anggota keluarga	Jumlah anggota keluarga kandung atau semua orang yang bertempat tinggal atau menetap didalam satu rumah dengan responden	Nominal	2= \geq 7 org keluarga besar 1= 5-6 org keluarga sedang 0= \leq 4 org keluarga kecil	
		b. Pendidikan	Tingkat pendidikan formal tertinggi orangtua responden	Nominal	Tidak Sekolah: 0 Tidak Tamat SD: 1 Tamat SD: 2 Tamat SMP:3 Tamat SMA: 4 Diploma: 5 Sarjana: 6	
		c. Status ekonomi	Jumlah penghasilan/pendapatan per bulan dalam bentuk uang yang didapatkan orangtua responden dari pekerjaan utama dan tambahan (UMP Prov. NTT)	Nominal	1 = rendah < 1.400.000 0 = cukup \geq 1.400.000	
		d. Usia ibu	Umur ibu saat melahirkan anak dengan stunting	Nominal	1 = Berisiko (<19 thn atau >35 thn) 0 = Tidak berisiko (\geq 19 tahun atau \leq 35 tahun)	
		e. Tinggi ibu	Tinggi badan ibu dalam centi meter saat hamil	Nominal	1 = Pendek (<150 cm) 0 = Tidak Pendek (>150 cm)	
		f. Penyakit infeksi	Riwayat penyakit infeksi yang pernah	Nominal	1 = Ada 2 = Tidak ada	

		dialami ibu selama masa kehamilan		
	g. Kunjungan ANC	Periode kunjungan pemeriksaan ibu ke fasilitas kesehatan selama kehamilan	Nominal	2 = Tidak Pernah 1 = 1 – 3 kali 0 = \geq 4 kali
	h. Pengetahuan	Segala sesuatu hal yang diketahui oleh responden mengenai status gizi anak balita	Ordinal	2 = pengetahuan kurang 1 = pengetahuan cukup 0 = pengetahuan baik
	i. Perilaku	Kebiasaan responden dalam menangani status gizi anak balita	Nominal	1 = perilaku tidak mendukung 0 = perilaku mendukung
Faktor Balita				
	a. Riwayat penyakit infeksi	Penyakit yang diderita anak pada usia balita dan satu bulan terakhir sebelum penelitian	Nominal	1 = Pernah 0 = Tidak pernah
	b. Riwayat BBLR	Riwayat bayi lahir dengan berat badan kurang dari 2500 gram yang diperoleh dari catatan medik	Nominal	1 = BBLR 0 = tidak BBLR
	c. Jenis kelamin	Penampilan fisik anak balita yang membedakan laki-laki dan perempuan	Nominal	1 = Laki-Laki 2 = Perempuan
	d. ASI eksklusif	Pemberian hanya ASI saja sejak lahir sampai usia 6 bulan	Nominal	1 = tidak ASI eksklusif 2 = ASI eksklusif
	e. Status imunisasi	Kelengkapan imunisasi dasar yang didapat Balita sesuai dengan umurnya.	Nominal	1 = Lengkap 2 = Tidak Lengkap
	f. Riwayat prematur	Riwayat kelahiran yang terjadi sebelum minggu ke – 37 kehamilan	Nominal	1 = Prematur 0 = Tidak Prematur
	g. Riwayat IUGR	Riwayat kondisi bayi kecil sejak dalam rahim	Nominal	1 = Ya 0 = Tidak
Faktor lingkungan				
	a. Kondisi jamban	Kondisi sarana yang digunakan untuk membuang tinja yang meliputi tempat pembuangan tinja berbentuk leher angsa dengan tangki septik atau lubang penampung kotoran sebagai pembuangan akhir dan terpelihara kebersihannya.	Nominal	1 = Tidak Bersih 0 = Bersih

		b. Kualitas air minum yang dikonsumsi	Air minum yang melalui proses pengolahan atau tanpa proses pengolahan yang memenuhi syarat kesehatan minimal tidak berbau, tidak berwarna, tidak berasa, jarak sumber air terhadap tempat penampungan kotoran manusia atau hewan ≥ 10 meter, dan dapat langsung diminum	Nominal	1 = Kurang Bersih 2 = Bersih
		c. Jarak ke fasilitas kesehatan	Jarak tempuh (km) dari tempat tinggal masyarakat ke fasilitas kesehatan	Nominal	2 = > 3 km 1 = 1 – 3 km 0 = < 1 km
		d. Budaya pantangan	Kebiasaan pemali, larangan atau pantangan untuk tidak mengkonsumsi jenis makanan tertentu bagi ibu selama masa kehamilan atau menyusui	Nominal	1 = Ada 0 = Tidak ada
2.	Variabel Dependen (Variabel Terikat)	Kejadian Stunting	Kondisi terhambatnya pertumbuhan anak dimana TB tidak sesuai dengan umur berdasarkan Standar Baku Antropometri Penilaian Status Gizi.	Nominal	1 = Terjadi Stunting 2 = Tidak Terjadi Stunting

4.6 Metode Pengumpulan Data

Data pada penelitian ini diperoleh melalui pengumpulan data primer dan sekunder.

a. Data primer

Data primer diperoleh dengan survei langsung ke ibu dan anak yang menderita stunting sesuai kriteria inklusi. Data diperoleh dengan pengukuran secara langsung pada anak dengan menggunakan instrumen penelitian berupa *microtoice* dan timbangan digital untuk memperoleh informasi tentang tinggi badan dan berat badan. Data primer juga diperoleh dengan menggunakan kuesioner untuk melihat

variabel risiko penyebab kejadian stunting. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara langsung oleh peneliti dengan ibu Balita selaku responden yang telah mendapatkan penjelasan tentang tujuan penelitian dan menandatangani *inform consent*.

b. Data sekunder

Data sekunder diperoleh tim peneliti dari pihak BAPPEDA Kabupaten Ende, Dinas Kesehatan Kabupaten Ende, dan Puskesmas di 8 Kecamatan di Kabupaten Ende.

4.7 Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan pada penelitian ini adalah:

1. Kuesioner Demografi

Kuesioner yang berisikan pernyataan terstruktur terkait data demografi responden, pengetahuan dan perilaku ibu mengenai status gizi balita untuk mendapatkan informasi responden sesuai dengan karakteristik yang dibutuhkan secara lengkap untuk mengetahui faktor penyebab stunting di Kabupaten Ende yang dilihat dari faktor keluarga, faktor anak, dan faktor lingkungan. Kuesioner demografi merupakan kuesioner yang telah dimodifikasi oleh tim peneliti berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Anisa Paramitha (2012).

2. Kuesioner Pengetahuan

Kuesioner pengetahuan yang digunakan dalam penelitian ini diadopsi dari penelitian Munthofiah (2007) berisi 25 item pernyataan. Kuesioner pengetahuan ini untuk mengkaji tingkat pemahaman ibu tentang pertumbuhan balita, perawatan dan pemberian makan anak balita, pemilihan dan pengolahan makanan balita. Kuesioner berisi tentang pertanyaan pengetahuan dengan jawaban: Benar dan Salah. Skor yang tinggi menunjukkan bahwa responden mempunyai pengetahuan yang lebih baik. Hasilnya diukur dalam bentuk skor yang dihitung dengan nilai 1 untuk setiap jawaban benar dan 0 untuk setiap jawaban salah/tidak menjawab (Munthofiah, 2007). Rentang kemungkinan skor adalah 0-25, yang telah diubah ke skor berupa persentase, dimana skor

yang diperoleh kemudian dikalikan angka 100 dan dibagi angka 25 untuk mencapai persentase yang sesuai. Kemudian skor persentase yang diperoleh dikategorikan menjadi kategori pengetahuan kurang (<56%), pengetahuan cukup (56% – 75%) dan pengetahuan baik (76% - 100%) menurut Nursalam (2011). Kuesioner ini telah dilakukan uji validitas dan reliabilitas sehingga memiliki konsistensi internal yang baik dengan masing-masing item pernyataan memiliki nilai korelasi item total diatas 0.20 dan *Alpha-Cronbach* >0,60 yakni 0,777 (Munthofiah, 2007).

3. Kuesioner Perilaku

Kuesioner perilaku dalam penelitian ini diadopsi dari penelitian (Munthofiah, 2007). Perilaku ibu tentang perbaikan gizi anak balita dalam penelitian ini adalah tindakan nyata dari ibu anak balita dalam memberikan makanan kepada anak balita, mulai dari cara memilih, mengolah bahan makanan sampai dengan pemberiannya. Data tentang perilaku dikumpulkan dengan kuesioner yang berisikan pernyataan dengan empat kemungkinan jawaban menurut skala Likert. Pada pernyataan positif nilai 3 bila selalu dilakukan (SL), nilai 2 bila sering (S), nilai 1 bila kadang-kadang (K), nilai 0 bila tidak (T). Pada pernyataan negatif nilai 3 bila tidak pernah dilakukan (T), nilai 2 bila kadang-kadang (K), nilai 1 bila sering (S), dan nilai 0 bila selalu dilakukan (SL). Hasil skoring dari pengukuran variabel perilaku kemudian diubah menjadi data kategorik dengan menghitung skor T, dengan rumus sebagai berikut (Azwar, 2010):

$$T = 50 + 10 (x - X/s)$$

Keterangan:

T = skor total

X = *mean* skor dalam kelompok

x = skor responden

S = Standar deviasi skor kelompok

Kemudian variabel perilaku dikategorikan sebagai berikut: perilaku mendukung = jika skor T \geq *mean* skor T dan perilaku tidak mendukung jika skor T kurang dari *mean* skor T. Kuesioner ini telah dilakukan uji

validitas dan reliabilitas sehingga memiliki konsistensi internal yang baik dengan masing-masing item pernyataan memiliki nilai korelasi item total diatas 0.20 dan *Alpha-Cronbach* >0,60 yakni 0,795 (Munthofiah, 2007).

4. Lembar Wawancara Terstruktur

Lembar wawancara terstruktur yang digunakan sebagai data dukung hasil penelitian. Pengisian kuesioner pada lembar wawancara ini berisi 25 item pernyataan terkait kebiasaan makan anak sehari-hari.

5. Buku Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak

Kategori stunting dalam yang diterapkan oleh peneliti dalam penelitian ini yang mengacu pada Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia tentang Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak (2011). Status gizi anak didasarkan pada indeks Panjang Badan menurut Umur (PB/U) atau Tinggi Badan menurut Umur (TB/U), apabila nilai Z-Score PB/U = < -3 SD maka anak dikategorikan Sangat Pendek. Sedangkan, apabila nilai Z-Score PB/U = -3 SD sampai dengan < -2 SD maka anak dikategorikan Pendek. Anak dikatakan normal atau tidak terjadi stunting jika nilai Z-Score PB/U = -2 s/d 2 dan >2.

4.8 Prosedur Penelitian

1. Tahap Persiapan

- 1) Tahap awal persiapan penelitian dimulai sejak tim peneliti mendapat surat permohonan penawaran kerjasama dari pihak Badan Perencanaan Pembangunan Daerah (BAPPEDA) terkait penelitian stunting pada tanggal 10 Juni 2019.
- 2) Tim peneliti melakukan pertemuan *intern* untuk membahas studi kepustakaan dalam menganalisis secara teoritis faktor – faktor penyebab kejadian stunting serta pembentukan tim penelitian pada bulan Juni 2019.
- 3) Menyusun proposal sejak bulan Juni 2019.
- 4) Mengembangkan instrumen penelitian dengan mencari kuesioner penelitian yang sesuai sejak bulan Juni 2019.

- 5) Pihak Prodi D III Keperawatan Ende kemudian menyetujui permohonan kerjasama penelitian tersebut dengan mengirimkan surat balasan penawaran kerjasama dan berkas proposal penelitian yang telah disusun oleh Tim Penelitian Dosen Prodi DIII Keperawatan kepada pihak BAPPEDA tanggal 29 Juni 2019.
 - 6) Tim Peneliti menyajikan seminar proposal pada tanggal 15 Juli 2019 dan mempersiapkan surat-surat perizinan untuk melaksanakan penelitian sejak tanggal 16 Juli 2019.
 - 7) Tim peneliti melakukan pertemuan untuk persamaan persepsi terkait instrumen yang digunakan selama penelitian sebelum pelaksanaan penelitian.
2. Tahap Administratif
- 1) Tim peneliti mengurus proses administrasi dan permohonan ijin penelitian ke Kesbangpolinmas Kabupaten Ende pada tanggal 1 Agustus 2019 dan mendapatkan perijinan untuk melakukan penelitian yang dimulai pada tanggal 5 Agustus 2019.
 - 2) Setelah mendapat izin penelitian dari Kesbangpolinmas Kabupaten Ende, tim peneliti pun mulai menyerahkan surat ijin penelitian dan melakukan koordinasi dengan masing-masing Kecamatan, Puskesmas, Kelurahan dan Desa yang menjadi lokasi penelitian.
3. Tahap Pelaksanaan Penelitian
- 1) Tim peneliti meminta bantuan pihak puskesmas, kepala desa, dan kader posyandu untuk memfasilitasi pertemuan antara peneliti dan calon responden. Pertemuan dengan calon responden dilakukan secara *door to door* (dari rumah ke rumah) pada 8 Kecamatan di Kabupaten Ende.
 - 2) Proses pengumpulan data dilaksanakan sejak tanggal 1 Agustus 2019 hingga 29 Agustus 2019. Peneliti menjelaskan tujuan, manfaat dan prosedur penelitian kepada responden sembari memberikan lembar informasi penelitian. Apabila calon responden tidak keberatan dan bersedia terlibat dalam penelitian, peneliti meminta untuk menandatangani lembar *informed consent*.

- 3) Kemudian tim peneliti menjelaskan petunjuk pengisian kuesioner dan peneliti mendampingi responden selama pengisian kuesioner dilakukan. Hasil pengisian kuesioner dikumpulkan oleh peneliti setelah pengisian telah selesai.
- 4) Setelah selesai pengumpulan data, peneliti memberikan souvenir kepada responden sebagai tanda terima kasih karena telah meluangkan waktu untuk terlibat dalam penelitian ini.

4.9 Pengolahan Data dan Analisis Data

1. Pengolahan Data

Data yang telah dikumpulkan diolah oleh peneliti melalui beberapa tahap yaitu:

1) *Editing*

Pada tahap ini, setelah semua data telah terkumpul maka peneliti melakukan pemeriksaan data yang telah diperoleh meliputi: kelengkapan, keseragaman, kebenaran dan kesinambungan data. Peneliti meminta responden untuk melengkapi kembali data yang kurang, misalnya beberapa responden lupa mengisi jenis kelamin, usia dan beberapa item lainnya. Selain itu, kekeliruan data dikonfirmasi oleh peneliti kepada responden saat itu juga, misalnya seharusnya tanda *checklist* (√) tapi responden mengisi dengan kode X (yang biasanya diidentifikasi sebagai tanda koreksi/salah). Peneliti memastikan bahwa lembar kuesioner telah diisi oleh responden secara lengkap.

2) *Coding*

Dalam penelitian ini, untuk memudahkan pengelolaan data peneliti mengubah data berbentuk *checklist* dan kalimat atau huruf menjadi data angka/bilangan atau kode yang telah ditentukan sehingga memudahkan peneliti dalam melakukan tabulasi. Misalnya: pada jenis kelamin diberi kode 1= laki-laki dan 2= perempuan, pada level pendidikan diberi kode 6= sarjana, 5= diploma, 4= tamat SMA, 3= tamat SMP, 2= tamat SD , 1= tidak tamat SD dan 0= tidak sekolah, pada usia ibu diberi kode 1 = 17-25 tahun, 2 = 26-35 tahun, 3 = 36-45 tahun, 4 = 46-55 tahun, dan 5= 56-65 tahun, pada pekerjaan diberi kode 1= tidak bekerja/ibu rumah tangga, 2=ojek/supir/buruh bangunan/tukang batu, 3=PNS,

4=pegawai swasta, 5=dagang/wiraswasta, 6=petani, 7= guru honorer, 8= nelayan. Pada jawaban kuesioner pengetahuan diberi kode 1 untuk jawaban yang benar dan kode 0 untuk jawaban yang salah/tidak yakin. Setelah total skor pengetahuan diperoleh, peneliti mengubah ke bentuk persentase. Pada kuesioner perilaku ibu tentang gizi balita, *coding* dilakukan pada jawaban kuesioner terkait pernyataan positif kode 3 bila selalu dilakukan (SL), kode 2 bila sering (S), kode 1 bila kadang-kadang (K), kode 0 bila tidak dilakukan (T). Pada pernyataan negatif kode 3 bila tidak pernah dilakukan (T), kode 2 bila kadang-kadang (K), kode 1 bila sering (S), dan kode 0 bila selalu dilakukan (SL). Pada kategori kejadian stunting kode 1 untuk Stunting dan 0 untuk kategori tidak terjadi Stunting.

3) *Entering*

Pada tahap ini peneliti memasukkan data dari masing-masing responden yang telah diubah dalam bentuk kode (angka) seperti yang telah diuraikan pada tahap *coding* kedalam program atau *software* komputer.

4) *Tabulating*

Pada tahap ini peneliti melakukan pengelompokkan data kedalam kategori yang telah ditentukan dan dilakukan tabulasi, meliputi: membuat tabel, kolom dan baris yang telah disusun secara cermat sesuai kebutuhan, menghitung banyaknya frekuensi untuk tiap kategori jawaban, menyusun distribusi dan tabel frekuensi dengan tujuan agar data tersusun rapi, mudah untuk dibaca dan dilakukan analisis.

5) *Cleaning*

Pada tahap ini, peneliti mengecek kembali data yang telah dimasukkan dalam tabel telah lengkap terisi sesuai dengan kolom variabel yang telah ditentukan, dengan mengecek kembali kebenarannya dengan cara melihat *missing*, variasi dan konsistensi datanya.

6) *Analyzing*

Data hasil pengelolaan akan dilakukan analisis dengan menggunakan *software* komputer *Stata* Setelah mendapatkan hasil penelitian sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan, kemudian peneliti melakukan interpretasi data. Jumlah data responden yang telah diolah oleh peneliti sebanyak 216 data responden.

2. Analisis Data

a. Analisis Univariat

Tujuan analisis univariat adalah untuk menggambarkan karakteristik setiap variabel yang diteliti melalui bentuk penyajian data menggunakan analisis deskriptif (tabel distribusi frekuensi dan presentase). Analisis univariat data kategorik yaitu usia ibu, pendidikan terakhir orangtua, usia balita, dan informasi terkait stunting. Distribusi frekuensi kategorik variabel penelitian menggambarkan data yaitu: tinggi badan ibu saat hamil, usia ibu saat hamil, pengetahuan dan perilaku gizi ibu, jumlah anggota keluarga, status ekonomi, riwayat infeksi saat hamil, riwayat kunjungan ANC, riwayat ASI eksklusif, riwayat infeksi, riwayat BBLR, riwayat imunisasi, riwayat prematur/IUGR, jenis kelamin balita, kondisi jamban, kualitas air minum, budaya, jangkauan fasilitas pelayanan kesehatan, dan kejadian stunting di 8 Kecamatan di Kabupaten Ende.

Selanjutnya, untuk menafsirkan nilai persentase data penelitian digunakan parameter sebagai berikut (Arikunto, 2009):

0 %	= Tidak satu pun responden
1-25 %	= Sebagian kecil responden
26-49 %	= Hampir setengah responden
50 %	= Setengah responden
51-75 %	= Sebagian besar responden
76-99 %	= Hampir seluruh responden
100	= Seluruh responden

b. Analisis Bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk mengetahui hubungan antara variabel independen, yaitu variabel keluarga (tinggi badan ibu saat hamil, usia ibu saat hamil, pengetahuan dan perilaku gizi ibu, jumlah anggota keluarga, status ekonomi, riwayat infeksi saat hamil, riwayat kunjungan ANC), variabel anak (riwayat ASI eksklusif, riwayat infeksi, riwayat BBLR, riwayat imunisasi, riwayat prematur/IUGR, jenis kelamin bayi), dan variabel lingkungan (kondisi jamban, kualitas air minum, budaya, jangkauan fasilitas pelayanan kesehatan) dengan kejadian stunting. Kemudian peneliti melakukan uji analisis bivariat:

Tabel 4.2 Uji Analisis Bivariat

No.	Variabel Independen	Variabel Dependen (Kejadian Stunting)	
		Jenis Uji	
1.	Variabel Keluarga	Tinggi badan ibu saat hamil	<i>Chi - Square</i>
		Usia ibu saat hamil	<i>Chi - Square</i>
		Pengetahuan	<i>Chi - Square</i>
		Perilaku	<i>Chi - Square</i>
		Jumlah anggota rumah tangga	<i>Chi - Square</i>
		Status ekonomi	<i>Chi - Square</i>
		Riwayat infeksi saat hamil	<i>Chi - Square</i>
		Riwayat kunjungan ANC	<i>Chi - Square</i>
2.	Variabel Anak	Riwayat ASI eksklusif	<i>Chi - Square</i>
		Riwayat infeksi sejak Kecil	<i>Chi - Square</i>
		Riwayat sakit 1 bulan terakhir	<i>Chi - Square</i>
		Riwayat BBLR	<i>Chi - Square</i>
		Riwayat imunisasi	<i>Chi - Square</i>
		Riwayat prematur	<i>Chi - Square</i>
		Riwayat IUGR	<i>Chi - Square</i>
		Jenis kelamin bayi	<i>Chi - Square</i>
3.	Variabel Lingkungan	Kondisi jamban	<i>Chi - Square</i>
		Kualitas air minum	<i>Chi - Square</i>
		Jarak tempuh ke pelayanan kesehatan	<i>Chi - Square</i>
		Pantangan selama hamil	<i>Chi - Square</i>
		Pantangan selama menyusui	<i>Chi - Square</i>

Dasar pengambilan keputusan penerimaan hipotesis penelitian ditentukan berdasarkan derajat kemaknaan α sebesar 5%, yaitu:

- 1) Jika nilai *p value* > 0,05 maka hipotesis penelitian ditolak sedangkan,
- 2) Jika nilai *p value* < 0,05 maka hipotesis penelitian diterima.

c. Analisis Multivariat

Pada penelitian ini uji multivariat yang digunakan adalah uji statistik regresi logistik dikarenakan variabel terikatnya adalah jenis variabel kategorik. Adapun langkah-langkah analisis regresi logistik adalah (Dahlan, 2016):

- 1) Tahap pertama yaitu melakukan seleksi bivariat pada variabel dengan dengan nilai *p value* < 0,25 pada analisis bivariat ke dalam analisis multivariat.
- 2) Mengeluarkan variabel yang memiliki nilai *p value* > 0,05, dengan melakukan eliminasi bertahap.

- 3) Melakukan pemodelan akhir yaitu variabel dengan nilai p value < 0,05 diikutsertakan dalam analisis multivariat dan dilihat yang memiliki nilai prevalensi rasio, untuk mengidentifikasi variabel bebas penyebab utama kejadian stunting di Kabupaten Ende pada Tahun 2019.

4.10 Etika Penelitian

Penelitian ini berhubungan langsung dengan pasien penderita stunting dan keluarganya sehingga peneliti harus menerapkan prinsip-prinsip etika penelitian. Etika penelitian pada penelitian ini, antara lain (Polit & Beck, 2014): prinsip tidak merugikan (*Non-Maleficence*), menghargai hak asasi manusia (*Respect for Human Dignity*), dan mendapatkan prinsip keadilan (*Right to Justice*).

1. Prinsip tidak merugikan (*Non-Maleficence*)

Prinsip ini menekankan bahwa selama melakukan penelitian, peneliti tidak melakukan tindakan yang membahayakan responden dan tidak berdampak negatif bagi responden.

2. Prinsip menghargai hak asasi manusia (*Respect for Human Dignity*)

Prinsip ini menekankan bahwa selama proses pengumpulan data dilakukan, peneliti memberikan kebebasan pada responden untuk memutuskan terlibat atau tidak dalam penelitian, serta tidak memaksakan pada pilihan-pilihan/jawaban-jawaban tertentu terhadap kuesioner yang diberikan. Sebelum responden diminta untuk menandatangani lembar *informed consent*, peneliti menjelaskan terlebih dahulu secara rinci terkait penelitian yang akan dilakukan, meliputi topik penelitian, tujuan, manfaat, dan prosedur penelitian. Kemudian responden dimintai persetujuan apakah bersedia atau tidak tanpa adanya paksaan dengan menandatangani lembar *informed consent* yang telah diberikan oleh peneliti.

3. Prinsip mendapatkan prinsip keadilan (*Right to Justice*)

Pada prinsip ini, peneliti mempertimbangkan aspek keadilan dan hak subyek untuk mendapat perlakuan yang sama baik sebelum, selama maupun sesudah berpartisipasi dalam penelitian. Responden mempunyai hak untuk tidak mencantumkan data identitas responden dan hanya menggunakan kode.

Kerahasiaan informasi dan data yang diberikan oleh responden disimpan dan tidak disebarluaskan oleh peneliti untuk kepentingan apapun.

BAB V

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

5.1 Hasil Penelitian

Pada sub bab ini akan disampaikan seluruh hasil penelitian meliputi data terkait karakteristik responden, usia ibu, pendidikan terakhir orang tua, pekerjaan orang tua, usia balita, dan informasi terkait stunting. Distribusi frekuensi kategorik variabel penelitian menggambarkan data yaitu: tinggi badan ibu saat hamil, usia ibu saat hamil, pengetahuan dan perilaku gizi ibu, jumlah anggota keluarga, status ekonomi, riwayat infeksi saat hamil, riwayat kunjungan ANC, riwayat ASI eksklusif, riwayat infeksi, riwayat BBLR, riwayat imunisasi, riwayat prematur/IUGR, jenis kelamin bayi, kondisi jamban, kualitas air minum, budaya, jangkauan fasilitas pelayanan kesehatan, dan kejadian stunting di 8 di Kabupaten Ende (Kecamatan Lio Timur, Kecamatan Maurole, Kecamatan Ndori, Kecamatan Ende, Kecamatan Nangapanda, Kecamatan Wolojita, Kecamatan Lepembusu Kelisoke, dan Kecamatan Wewaria).

5.1.1 Karakteristik Responden Univariat

Berdasarkan hasil analisis menggunakan statistik adapun karakteristik responden (Ibu) yang memiliki balita dengan stunting dan terlibat dalam penelitian ini (Tabel 5.1) adalah hampir setengah responden berusia 26 – 35 tahun (48,6%) dan memiliki Pendidikan terakhir SD (45,4%). Sebagian besar responden (Ibu) tidak bekerja atau berstatus Ibu Rumah Tangga (56%) dan tidak pernah mendapatkan informasi terkait stunting (72,2%).

Tabel 5.1 Karakteristik Responden Keluarga Balita dengan Stunting tahun 2019

Karakteristik	n=216	
	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Usia Ibu (tahun)		
17 – 25 (Masa Remaja Akhir)	40	18,5
26 – 35 (Masa Dewasa Awal)	105	48,6
36 – 45 (Masa Dewasa Akhir)	61	28,2
46 – 55 (Masa Lansia Awal)	8	3,7
56 – 65 (Masa Lansia Akhir)	2	0,9
Pendidikan Ayah		
Tidak Sekolah	3	1,4
Tidak Tamat SD	14	6,5
Tamat SD	101	46,8
Tamat SMP	49	22,7
Tamat SMA	41	19,0
Diploma	2	0,9
Sarjana	6	2,8
Pendidikan Ibu		
Tidak Sekolah	1	0,5
Tidak Tamat SD	12	5,6
Tamat SD	98	45,4
Tamat SMP	46	21,3
Tamat SMA	42	19,4
Diploma	5	2,3
Sarjana	12	5,6
Pekerjaan Ayah		
Tidak Bekerja	1	0,5
Ojek/Supir/Kuli Bangunan/Tukang Batu	12	5,6
Pegawai Negeri Sipil	1	0,5
Pegawai Swasta	2	0,9
Dagang/Wiraswasta	13	6,0
Petani	178	82,4
Guru Honoror	5	2,3
Nelayan	4	1,9
Pekerjaan Ibu		
Tidak Bekerja/Ibu Rumah Tangga	121	56
Pegawai Negeri Sipil	1	0,5
Pegawai Swasta	5	2,3
Dagang/Wiraswasta	4	1,9
Petani	78	36,1
Guru Honoror	7	3,2
Terpapar Informasi tentang Stunting		
Tidak Pernah	156	72,2
Pernah	60	27,8

Adapun karakteristik responden balita stunting yang terlibat dalam penelitian ini (Tabel 5.2) adalah hampir setengah responden berusia 37 hingga 48 bulan (35,6%) dan hampir seluruh responden memiliki tinggi badan lebih dari 60 cm (96,3%).

Tabel 5.2 Karakteristik Responden Balita Stunting di Kabupaten Ende Tahun 2019

Karakteristik	n=216	
	f	%
Usia Balita		
< 13 bulan	29	13,4
13 – 24 bulan	49	22,7
25 – 36 bulan	43	19,9
37 – 48 bulan	77	35,6
49 – 60 bulan	18	8,3
Tinggi Balita		
<60 cm	8	3,7
>60 cm	208	96,3

5.1.2 Gambaran Kejadian Stunting di Kabupaten Ende Tahun 2019

Distribusi frekuensi Kejadian Stunting di Kabupaten Ende Tahun 2019 dapat dilihat pada Tabel 5.3 berikut ini:

Tabel 5.3 Distibusi Frekuensi Kejadian Stunting di Kabupaten Ende Tahun 2019

Variabel	f	%
Stunting		
Sangat Pendek	81	37,5
Pendek	75	34,7
Tidak Stunting		
Normal	57	26,3
Tinggi	3	1,5

Berdasarkan Tabel diatas menunjukkan bahwa hampir setengah responden merupakan balita dengan tinggi badan sangat pendek (37,5%), tinggi badan pendek (34,7%) dan tinggi badan normal (26,3%)

Tabel 5.4 Distribusi Frekuensi Kejadian Stunting di 8 Kecamatan di Kabupaten Ende Tahun 2019

No.	Kecamatan	Kategori Stunting				Total
		TB Sangat Pendek		TB Pendek		
		f	%	f	%	
1.	Lio Timur	14	51,9	13	48,1	27
2.	Nangapanda	10	71,4	4	28,6	14
3.	Ndori	13	44,8	16	55,2	29
4.	Maurole	28	66,7	14	33,3	42
5.	Lepembusu Kelisoke	4	66,7	2	33,3	6
6.	Ende	9	56,3	7	43,8	16
7.	Wolojita	0	0	8	100	8
8.	Wewaria	3	21,4	11	78,6	14
					TOTAL:	156

No.	Kecamatan	Kategori Tidak Stunting				Total
		TB Normal		TB Tinggi		
		f	%	f	%	
1.	Lio Timur	3	7	40	93	43
2.	Nangapanda	1	100	0	0	1
3.	Ndori	5	100	0	0	5
4.	Maurole	8	100	0	0	8
5.	Lepembusu Kelisoke	1	100	0	0	1
6.	Ende	1	100	0	0	1
7.	Wolojita	1	100	0	0	1
8.	Wewaria	0	0	0	0	1
					TOTAL:	60

Berdasarkan hasil analisis pada Tabel 5.4, distribusi frekuensi Kejadian Stunting di Kabupaten Ende Tahun 2019 jika dilihat dari masing – masing Kecamatan menunjukkan bahwa jumlah kejadian stunting terbanyak berada pada Kecamatan Maurole, yaitu sebanyak 42 anak balita, dengan kategori sangat pendek sebanyak 28 anak (66,7%) dan kategori pendek sebanyak 14 anak (33,3 %).

5.1.3 Gambaran Variabel Independen

5.1.3.1 Variabel Faktor Keluarga

Berdasarkan hasil analisis pada Tabel 5.5, menunjukkan data bahwa hampir setengah responden memiliki jumlah anggota rumah tangga 5 – 6 orang atau keluarga sedang (44,9%). Data pada Tabel 5.5 juga menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki postur tubuh tidak pendek saat hamil (68,6%), usia kehamilan tidak berisiko (69,4%), dan memiliki perilaku tidak mendukung dalam pengolahan gizi balita (50,4%). Hampir seluruh responden dalam penelitian memiliki pengetahuan yang baik terkait pengolahan gizi balita (83,3%),

pendapatan rumah tangga per bulan kurang dari satu juta rupiah (80,9%), tidak mempunyai riwayat infeksi saat hamil (92,59%) dan memiliki riwayat kunjungan antenatal sebanyak ≥ 4 kali (74,07%).

Tabel 5.5 Distribusi Frekuensi Variabel Faktor Keluarga sebagai Penyebab Kejadian Stunting di Kabupaten Ende Tahun 2019

No.	Variabel	n = 216		
		f	%	
1.	Tinggi badan ibu saat hamil	Pendek	69	31,94
		Tidak pendek	147	68,6
2.	Usia ibu saat hamil	Berisiko	66	30,56
		Tidak berisiko	150	69,44
3.	Pengetahuan ibu tentang gizi balita	Pengetahuan kurang	1	0,46
		Pengetahuan cukup	35	16,20
		Pengetahuan Baik	180	83,3
4.	Perilaku Ibu	Tidak mendukung	109	50,46
		Mendukung	107	49,54
5.	Jumlah anggota rumah tangga	Keluarga besar (≥ 7 orang)	74	34,3
		Keluarga sedang (5-6 orang)	97	44,9
		Keluarga kecil (≤ 4 orang)	45	20,8
6.	Status ekonomi (pendapatan rumah tangga per/bulan)	Rendah	173	80,09
		Cukup	43	19,91
7.	Riwayat infeksi saat hamil	Ada	16	7,41
		Tidak ada	200	92,59
8.	Riwayat kunjungan antenatal	Tidak pernah	11	5,09
		1-3 kali	45	20,83
		≥ 4 kali	160	74,07

5.1.3.2 Variabel Faktor Anak

Berdasarkan hasil analisis pada Tabel 5.6, menunjukkan data bahwa sebagian besar responden balita merupakan anak laki – laki (58,80%) dan memiliki riwayat ASI eksklusif (61,57%). Data analisis juga menunjukkan bahwa hampir seluruh responden memiliki riwayat penyakit infeksi sejak kecil (94,91%), pernah menderita sakit selama satu bulan terakhir (78,24%), tidak memiliki riwayat BBLR (80,56%), memiliki riwayat imunisasi lengkap (93,52%), tidak memiliki riwayat kelahiran premature (92,59%) dan tidak memiliki riwayat IUGR (93,06%).

Tabel 5.6 Distribusi Frekuensi Variabel Faktor Anak sebagai Penyebab Kejadian Stunting di Kabupaten Ende Tahun 2019

No.	Variabel	n = 216		
		f	%	
1.	Riwayat ASI Eksklusif	Tidak	83	38,43
		Ya	133	61,57
2.	Riwayat Infeksi	Pernah	205	94,91
		Tidak pernah	11	5,09
	Riwayat penyakit infeksi sejak kecil	Pernah	169	78,24
		Tidak pernah	47	21,76
3.	Riwayat BBLR	BBLR	42	19,44
		Tidak BBLR	174	80,56
4.	Riwayat Imunisasi	Tidak lengkap	14	6,48
		Lengkap	202	93,52
5.	Riwayat Prematur	Prematur	16	7,41
		Tidak prematur	200	92,59
	Riwayat IUGR	Ya	15	6,94
Tidak		201	93,06	
6.	Jenis Kelamin Balita	Laki – laki	127	58,80
		Perempuan	89	41,20

5.1.3.3 Variabel Faktor Lingkungan

Berdasarkan hasil analisis pada Tabel 5.7, menunjukkan data bahwa sebagian besar responden memiliki jamban dengan kondisi yang bersih (62,04%) dan jarak tempuh menuju fasilitas pelayanan kesehatan <1 KM (56,02%). Hampir seluruh responden memiliki air minum bersih (94,91%), memiliki riwayat pantangan selama hamil (84,72%) dan memiliki riwayat pantangan selama menyusui (87,96%).

Tabel 5.7 Distribusi Frekuensi Variabel Faktor Lingkungan sebagai Penyebab Kejadian Stunting di Kabupaten Ende Tahun 2019

No.	Variabel	n = 216			
		f	%		
1.	Kondisi Jamban	Bersih	134	62,04	
		Kurang Bersih	82	37,96	
2.	Kualitas air minum	Kurang bersih	11	5,09	
		Bersih	205	94,91	
3.	Faktor Budaya	Pantangan selama hamil	Ada	33	15,28
		Tidak ada	183	84,72	
	Pantangan selama menyusui	Ada	26	12,04	
		Tidak ada	190	87,96	
4.	Jangkauan Fasilitas Pelayanan Kesehatan	>3 KM	37	17,13	
		1-3 KM	58	26,85	
		<1 KM	121	56,02	

5.1.4 Analisis Bivariat

Peneliti melakukan uji hubungan antara variabel dependen dan independen dengan melakukan uji analisis *Chi-Square*. Hasil analisis bivariat ini dapat dilihat pada Tabel 5.8.

Tabel 5.8 Analisis Bivariat Variabel Dependen dan Independen Faktor Penyebab Kejadian Stunting di Kabupaten Ende Tahun 2019

No.	Variabel Independen	Variabel Dependen		p-value
		Kategori Stunting		
		Tidak	Ya	
Faktor Keluarga				
1.	Tinggi badan ibu saat hamil			
	Tidak pendek	37 (61,67%)	110 (70,51%)	0,212
	Pendek	23 (38,33%)	46 (29,49%)	
2.	Usia ibu saat hamil			
	Tidak berisiko	37 (61,67%)	113 (72,44%)	0,124
	Berisiko	23 (38,33%)	43 (27,56%)	
3.	Pengetahuan ibu tentang pengolahan gizi balita			
	Baik	51 (85%)	129 (82,69%)	0,784
	Cukup	9 (15%)	26 (16,67%)	
	Kurang	0 (0%)	1 (0,64)	
4.	Perilaku Ibu			
	Mendukung	34 (56,67%)	73 (46,79%)	0,194
	Tidak mendukung	26 (43,33%)	83 (53,21%)	
5.	Jumlah anggota rumah tangga			
	≤4 orang	13 (21,67%)	32 (20,51)	0,090
	5 – 6 orang	33 (55%)	64 (41,03%)	
	≥7 orang	14 (23,33%)	60 (38,46%)	
6.	Status ekonomi (pendapatan rumah tangga per/bulan)			
	Cukup	10 (16,67%)	33 (21,15%)	0,459
	Rendah	50 (53,33%)	123 (78,85%)	
7.	Riwayat infeksi saat hamil			
	Tidak	56 (93,33%)	144 (92,31%)	0,797
	Ya	4	12	

		(6,67%)	(7,69%)	
8.	Riwayat kunjungan antenatal			
	>3 kali	40 (66,67%)	120 (76,92%)	0,221
	1 – 3 kali	15 (25%)	30 (19,23%)	
	Tidak pernah	5 (8,33%)	6 (38,5%)	
Faktor Anak				
9.	Riwayat ASI Eksklusif			
	Ya	30 (50%)	103 (66,03%)	0,030*
	Tidak	30 (50%)	53 (33,97%)	
10.	Riwayat Infeksi			
	Riwayat penyakit infeksi sejak kecil			
	Tidak	8 (13,33%)	3 (1,92%)	0,001*
	Ya	52 (86,67%)	153 (98,08%)	
	Riwayat penyakit satu bulan terakhir			
	Tidak	19 (31,67%)	28 (17,95%)	0,029*
	Ya	41 (68,33%)	128 (82,05%)	
11.	Riwayat BBLR			
	Tidak	50 (83,33%)	124 (79,49%)	0,522
	Ya	10 (16,67%)	32 (20,51%)	
12.	Riwayat Imunisasi			
	Lengkap	58 (96,67%)	144 (92,31%)	0,244
	Tidak lengkap	2 (3,33%)	12 (7,69%)	
13.	Riwayat Prematur			
	Tidak	55 (91,67%)	145 (92,25%)	0,747
	Ya	5 (8,33%)	11 (7,05%)	
14.	Riwayat IUGR			
	Tidak	57 (95%)	144 (92,31%)	0,486
	Ya	3 (5%)	12 (7,69%)	
15.	Jenis Kelamin Balita			
	Laki – laki	40 (66,67%)	87 (55,77%)	0,145
	Perempuan	20 (33,33%)	69 (44,23%)	

Faktor Lingkungan			
16.	Kondisi Jamban		
	Bersih	33 (55%)	101 (64,74%)
	Kotor	27 (45%)	55 (35,26%)
			0,186
17.	Kualitas air minum		
	Bersih	52 (86,67%)	153 (98,08%)
	Kurang bersih	8 (13,33%)	3 (1,92%)
			0,001*
18.	Faktor Budaya		
	Pantangan selama hamil		
	Tidak	48 (80%)	135 (86,54%)
	Ada	12 (20%)	21 (13,46%)
			0,232
	Pantangan selama menyusui		
	Tidak	48 (80%)	135 (86,54%)
	Ada	12 (20%)	21 (13,46%)
			0,917
19.	Jangkauan Fasilitas Pelayanan Kesehatan		
	<1 km	32 (53,33%)	89 (57,05%)
	1 – 3 km	12 (29%)	46 (29,49%)
	>3 km	16 (26,67%)	21 (13,46%)
			0,050*

*Keterangan: variabel yang signifikan dengan nilai signifikansi $p < 0,05$

Berdasarkan hasil analisis data pada tabel diatas didapatkan nilai signifikansi $\alpha = <0,05$ pada variabel riwayat ASI eksklusif (p value = 0,030), riwayat infeksi: riwayat sakit sejak kecil (p value = 0,001) dan variabel riwayat penyakit 1 bulan terakhir (p value = 0,029), variabel kualitas air minum (p value = 0,001), variabel jangkauan pelayanan kesehatan (p value = 0,050). Sedangkan pada variabel lainnya diperoleh nilai $p > 0,05$. Hal ini menunjukkan bahwa variabel – variabel tersebut tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan variabel kejadian stunting.

5.1.5 Analisis Multivariat

Berdasarkan hasil analisis dalam penelitian ini, variabel yang masuk kedalam pemodelan multivariat adalah variabel dengan p value $<0,25$, yaitu variabel riwayat infeksi: riwayat sakit sejak kecil (p value = 0,001) dan variabel riwayat penyakit 1 bulan terakhir (p value = 0,029), variabel kualitas air minum (p

value = 0,001), riwayat imunisasi (p value = 0,244), variabel riwayat ASI eksklusif (p value = 0,030), perilaku gizi ibu (p value = 0,194), pantangan selama hamil (p value = 0,232), kondisi jamban (p value = 0,186), jangkauan fasilitas pelayanan kesehatan (p value = 0,050), usia ibu saat hamil (p value = 0,124). Variabel yang memiliki nilai p value > 0,05 akan dikeluarkan dari analisis secara bertahap. Berdasarkan analisis diperoleh pemodelan akhir multivariat regresi seperti berikut (Tabel 5.9):

Tabel 5.9 Analisis Multivariat Faktor Penyebab Kejadian Stunting di Kabupaten Ende Tahun 2019

Variabel	p -value	OR CI 95% (Minimalis – Maksimalis)
Faktor Anak		
Riwayat sakit sejak kecil	0,014	6,46 (1,46 -28,50)
Riwayat ASI eksklusif	0,015	0,43 (0,21 – 0,85)
Faktor Lingkungan		
Kualitas air minum	0,002	0,77 (0,41 – 1,63)
Budaya (Pantangan selama hamil)	0,056	0,42 (0,17 – 1)

Hasil analisis regresi (Tabel 5.9) menunjukkan berdasarkan besarnya nilai odds rasio (OR) bahwa variabel riwayat sakit sejak kecil merupakan variabel dominan penyebab kejadian stunting di Kabutaten Ende Tahun 2019 dengan nilai OR 6,46 (IK 95% = 1,46 – 28,50).

5.2 Pembahasan

5.2.1 Hubungan Riwayat ASI Eksklusif dengan Kejadian Stunting

Berdasarkan hasil analisis bivariat pada Tabel 5.8, menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara Riwayat ASI Eksklusif dengan Kejadian Stunting (p value = 0,030). Hal ini juga didukung oleh data penelitian yang menyatakan bahwa hampir setengah responden yang tidak memiliki riwayat ASI eksklusif mengalami kejadian stunting, yaitu sebanyak 53 responden (33,97%). Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Indrawati (2016), dimana pemberian ASI eksklusif berhubungan signifikan dengan kejadian stunting pada balita 2 – 3 tahun (p -value = 0,000). Penelitian Oktavia (2011) juga menunjukkan data bahwa

sebanyak 48 dari 51 anak (94,12%) yang mengalami stunting tidak mendapatkan ASI eksklusif.

Penanggulangan *stunting* dimulai sejak bayi di dalam kandungan sampai anak usia 2 tahun yang disebut dengan periode emas. Periode kritis ini untuk perbaikan gizi anak sangat diprioritaskan yaitu pada 270 hari selama kehamilan dan 730 hari pada kehidupan pertama bayi dilahirkan. Salah satu perbaikan gizi secara langsung pada bayi yang dilahirkan adalah dengan pemberian ASI eksklusif dan memberikan gizi yang optimal sesuai kebutuhannya (Kemenkes, 2013). ASI merupakan bentuk makanan yang ideal untuk memenuhi gizi anak, karena ASI sanggup memenuhi kebutuhan gizi bayi untuk hidup selama 6 bulan pertama kehidupan. Bayi diperbolehkan mengonsumsi obat-obatan, vitamin, dan mineral tetes apabila ada saran dari dokter. Selama 6 bulan pertama pemberian ASI eksklusif, bayi tidak diberikan makanan dan minuman tambahan lain, seperti: susu formula, jeruk, madu, air, teh, dan makanan padat seperti pisang, pepaya, bubur susu, bubur nasi, biskuit, nasi tim. ASI predominan adalah memberikan ASI kepada bayi, tetapi pernah memberikan sedikit air atau minuman berbasis air, misalnya teh, sebagai makanan/ minuman prelakteal sebelum ASI keluar (Kemenkes, 2010).

Pemberian ASI memiliki berbagai manfaat terhadap kesehatan, terutama dalam hal perkembangan anak. Komposisi ASI banyak mengandung asam lemak tak jenuh dengan rantai karbon panjang (LCPUFA, *long-chain polyunsaturated fatty acid*) yang tidak hanya sebagai sumber energi tapi juga penting untuk perkembangan otak karena molekul yang dominan ditemukan dalam selubung myelin. ASI juga memiliki manfaat lain, yaitu meningkatkan imunitas anak terhadap penyakit, berdasarkan penelitian pemberian ASI dapat menurunkan frekuensi diare, konstipasi kronis, penyakit gastrointestinal, infeksi traktus respiratorius, serta infeksi telinga. ASI juga memberikan efek secara tidak langsung terhadap perkembangan psikomotor anak, karena anak yang sakit akan sulit untuk mengeksplorasi dan belajar dari sekitarnya. Manfaat lain pemberian ASI adalah pembentukan ikatan yang lebih kuat dalam interaksi ibu dan anak, sehingga berefek positif bagi perkembangan dan perilaku anak (Henningham & Mc Gregor, 2008).

Pemberian makanan tambahan yang terlalu dini secara signifikan berkaitan dengan peningkatan risiko infeksi pernafasan dan insiden yang lebih tinggi mordibitas malaria dan infeksi mata. Penelitian di Peru oleh Kalanda, Verhoeff & Brabin (2006), menunjukkan prevalensi diare secara signifikan lebih tinggi pada anak yang disapih dini. Hal ini dapat disebabkan karena hilangnya kekebalan tubuh akibat konsumsi ASI yang tidak eksklusif dan juga pengenalan makanan tambahan yang tidak higienis yang rentan terhadap penyakit infeksi. Penelitian di beberapa negara maju menunjukkan bahwa menyusui dapat mengurangi kejadian pneumonia dan gastroenteritis (Kalanda, Verhoeff & Brabin, 2006).

5.2.2 Hubungan Riwayat Sakit Sejak Kecil dengan Kejadian Stunting di Kabupaten Ende Tahun 2019

Berdasarkan hasil analisis bivariat pada Tabel 5.8 menunjukkan bahwa variabel riwayat sakit sejak kecil memiliki hubungan yang signifikan dengan kejadian stunting ($p\ value = 0,001$), dimana sebagian besar responden yang memiliki riwayat sakit sejak kecil mengalami stunting (74,63%). Hasil penelitian ini sesuai dengan teori Maxwell (2011) yang menyatakan bahwa salah satu penyebab langsung malnutrisi pada anak adalah penyakit. Manifestasi malnutrisi ini terjadi sebagai konsekuensi dari infeksi yang dialami, yaitu dapat mengurangi nafsu makan atau mempengaruhi penyerapan zat gizi di usus. Kondisi malnutrisi dan infeksi sering terjadi pada saat bersamaan. Malnutrisi dapat meningkatkan risiko infeksi, sedangkan infeksi dapat menyebabkan malnutrisi yang mengarahkan ke lingkaran setan. Anak kurang gizi, yang daya tahan terhadap penyakitnya rendah, jatuh sakit dan akan menjadi semakin kurang gizi, sehingga mengurangi kapasitasnya untuk melawan penyakit dan sebagainya. Ini disebut juga *infection malnutrition* (Maxwell, 2011).

5.2.3 Hubungan antara Kualitas Air Minum dengan Kejadian Stunting di Kabupaten Ende Tahun 2019

Berdasarkan hasil analisis bivariat pada Tabel 5.8 menunjukkan bahwa variabel kualitas air minum memiliki hubungan signifikan dengan kejadian stunting ($p\text{-value} = 0,001$). Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang

dilakukan oleh Oktarina & Sudiarti (2013), dimana variabel kondisi air minum memiliki hubungan signifikan dengan kejadian stunting ($p\text{-value} = 0,001$). Berdasarkan data penelitian pada Tabel 5.7 dimana masih ada sekitar 5,09% masyarakat yang akses terhadap air minum yang belum terpenuhi. Hal ini juga memiliki kaitannya dengan kejadian diare. Sarana air bersih termasuk faktor dominan yang mempengaruhi kejadian diare pada balita. Untuk mencegah terjadinya diare maka air bersih harus diambil dari sumber yang terlindungi/tidak terkontaminasi.

Menurut Azhar, Dharmayanti, dan Anwar (2014) air bersih adalah salah satu kebutuhan dasar manusia yang seharusnya dapat dinikmati oleh seluruh masyarakat tanpa terkecuali. Ketersediaan air yang mudah dijangkau dan berkelanjutan berpengaruh terhadap kesehatan masyarakat, produktivitas ekonomi dan kualitas kehidupan masyarakat secara keseluruhan. Masyarakat dikatakan memiliki akses terhadap air bersih yaitu bila memenuhi syarat yaitu: (1) ketersediaan air dalam jumlah yang cukup untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari, (2) kualitas air yang memenuhi baku mutu yang ditetapkan oleh Peraturan Menteri Kesehatan, dan (3) kontinuitas artinya air selalu tersedia ketika diperlukan.

Beberapa penelitian di berbagai negara menunjukkan bahwa kualitas sumber air minum memiliki hubungan positif dengan pengurangan kejadian diare dan kematian pada anak. Sumber air minum tidak lepas dari kualitas fisik air minum nasional. Sumber air minum layak yang dimaksud adalah air minum yang terlindung meliputi air ledeng (keran), keran umum, *hydrant* umum, terminal air, penampungan air hujan (PAH) atau mata air dan sumur terlindung, sumur bor atau pompa, yang jaraknya minimal 10 meter dari pembuangan kotoran, penampungan limbah, dan pembuangan sampah. Tidak termasuk air kemasan, air dari penjual keliling, air yang dijual melalui tangki, air sumur dan mata air tidak terlindung. (Buletin, Kemkes RI. 2018). Sumber air minum yang bersih merupakan faktor penting bagi kesehatan tubuh, tubuh kembang dan mengurangi risiko mengidap berbagai penyakit seperti diare, kolera, dan tipes. Anak-anak merupakan subjek yang rentan terhadap penyakit infeksi karena secara alami kekebalan tubuh anak tergolong rendah. Kematian dan kesakitan pada anak-anak umumnya juga

dikaitkan dengan sumber air minum yang tercemar dan sanitasi yang tidak memadai (Adewara et al., 2011).

5.2.4 Hubungan antara Jangkauan Pelayanan Kesehatan dengan Kejadian Stunting di Kabupaten Ende Tahun 2019

Berdasarkan hasil analisis bivariat pada Tabel 5.8 menunjukkan bahwa variabel jangkauan pelayanan kesehatan memiliki hubungan signifikan dengan kejadian stunting ($p\text{-value} = 0,050$). Aksesibilitas merupakan kemampuan masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan pada tempat dan waktu yang diinginkan tanpa memandang pendapatan, budaya, dan lokasi fisik. Pelayanan kesehatan merupakan akses anak dan keluarga terhadap upaya pencegahan penyakit dan pemeliharaan kesehatan. Dalam komunitas, kondisi sulit atau tidak terjangkaunya pelayanan kesehatan, anak-anak menjadi lebih rentan terhadap kekurangan gizi sebagai akibat dari pengobatan penyakit yang tidak memadai, tingkat imunisasi rendah, dan perawatan kehamilan yang buruk, sehingga menempatkan anak pada resiko infeksi yang meningkatkan kerentanan terhadap kekurangan gizi (Amir, 2009; Anisa, 2012).

5.2.5 Faktor Dominan Penyebab Stunting di Kabupaten Ende Tahun 2019

Berdasarkan hasil analisis multivariat pada Tabel 5.9 menunjukkan bahwa variabel riwayat sakit sejak kecil merupakan variabel dominan penyebab kejadian stunting pada Balita di Kabupaten Ende tahun 2019 dengan nilai OR 6,46 (IK 95% = 1,46 – 28,50). Hal ini menunjukkan bahwa anak balita yang memiliki riwayat sakit sejak kecil mempunyai peluang sebanyak 6 kali untuk terjadi stunting dibandingkan dengan anak balita yang tidak memiliki riwayat sakit sejak kecil. Data penelitian juga menunjukkan bahwa semua responden balita yang memiliki riwayat sakit sejak kecil sering mengalami sakit ISPA dan Diare (100%).

Berdasarkan penelitian Masithah, Soekirman, & Martianto (2005), anak balita yang menderita diare memiliki hubungan positif dengan indeks status gizi tinggi badan menurut umur (TB/U). Penelitian lain juga menunjukkan hal yang sama, penyakit infeksi menunjukkan hubungan signifikan terhadap indeks status gizi TB/U (Neldawati, 2006). Penyakit infeksi seperti diare dan ISPA yang

disebabkan oleh sanitasi pangan dan lingkungan yang buruk, berhubungan dengan kejadian *stunting* pada bayi usia 6 – 12 bulan (Astari, Nasoetion, dan Dwiriani 2005). Penelitian lain di Libya juga menyatakan bahwa penyakit diare menjadi faktor kejadian *stunting* pada anak dibawah 5 tahun (Taguri, *et al.*, 2007).

Status kesehatan balita meliputi kejadian diare dan infeksi saluran pernafasan akut (ISPA) pada balita. Diare adalah buang air besar dengan frekuensi yang meningkat dan dan konsistensi tinja yang lebih lunak dan cair yang berlangsung dalam kurun waktu minimal 2 hari dan frekuensinya 3 kali dalam sehari. Bakteri penyebab utama diare pada bayi dan anak-anak adalah *Enteropathogenic Escherichia coli* (EPEC). Bakteri EPEC juga diyakini menjadi penyebab kematian ratusan ribu anak di negara berkembang setiap tahunnya. Hal ini juga diungkapkan oleh Budiarti, bahwa di Indonesia 53% dari bayi dan anak penderita diare terinfeksi EPEC. Oleh karena itu, penyakit diare merupakan salah satu masalah kesehatan utama di banyak negara berkembang, termasuk Indonesia. Sanitasi di daerah kumuh biasanya kurang baik dan keadaan tersebut dapat menyebabkan meningkatnya penularan penyakit infeksi (Masithah, Soekirman, & Martianto, 2005).

Di negara berkembang penyakit infeksi pada anak merupakan masalah yang kesehatan yang penting dan diketahui dapat mempengaruhi pertumbuhan anak, salah satunya yaitu *stunting* (Masithah, Soekirman, & Martianto, 2005). Selain itu, pengaruh infeksi terhadap pertumbuhan linier anak didapat melalui mekanisme dengan terlebih dahulu mempengaruhi status gizi anak yang kemudian mempengaruhi pertumbuhan linier anak. Infeksi dapat menurunkan asupan makanan, mengganggu penyerapan zat gizi, menyebabkan hilangnya zat gizi secara langsung, meningkatkan kebutuhan metabolik atau menurunnya proses katabolik zat gizi sehingga akan mempengaruhi pola konsumsi yang selanjutnya akan mempengaruhi status gizi balita. Apabila kondisi ini berlangsung lama maka akan mempengaruhi pertumbuhan linier anak (Supariasa, 2002 dalam Suiroaka et al., 2011).

BAB IV

SIMPULAN DAN SARAN

6.1 Simpulan

Adapun simpulan dari hasil penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Terdapat hubungan yang bermakna antara Faktor anak: ASI Eksklusif, Riwayat sakit sejak kecil dan riwayat sakit satu bulan terakhir dengan kejadian stunting di Kabupaten Ende Tahun 2019.
2. Terdapat hubungan yang bermakna antara Faktor lingkungan: Kualitas air minum dan jangkauan pelayanan kesehatan dengan kejadian stunting di Kabupaten Ende Tahun 2019.
3. Faktor keluarga (tinggi badan ibu, usia ibu, pendapatan keluarga, jumlah anggota keluarga, status ekonomi, riwayat kesehatan ibu saat hamil, riwayat kunjungan *Ante Natal Care*, pengetahuan dan perilaku ibu tentang gizi); faktor anak (Berat Bayi Lahir Rendah, bayi prematur atau *Intra Uterine Growth Retardation*, riwayat imunisasi, jenis kelamin bayi); faktor lingkungan (kondisi jamban keluarga, budaya: pantangan selama hamil dan pantangan selama menyusui) tidak memiliki hubungan yang bermakna dengan kejadian stunting di Kabupaten Ende tahun 2019.
4. Faktor anak (riwayat sakit sejak kecil) memiliki hubungan paling dominan dengan kejadian stunting di Kabupaten Ende tahun 2019.

6.2 Saran

1. Perlu peningkatan kerjasama antara Organisasi Perangkat Daerah (OPD) Provinsi dengan OPD Kabupaten/Kota terkait penentuan jumlah balita dengan Stunting per tiap daerah di Kabupaten Ende agar intervensi yang diberikan tepat sasaran.
2. Dinas Kesehatan Kabupaten Ende diharapkan untuk bekerjasama dengan pihak Puskesmas untuk meningkatkan pelayanan posyandu, layanan kegiatan pengasuhan gizi ibu dan anak, penyuluhan pola hidup sehat pada PAUD dalam rangka penanggulangan balita sakit.

3. Dinas Kesehatan Kabupaten Ende diharapkan untuk bekerjasama dengan pihak Puskesmas dan Desa dalam meningkatkan akses pangan gizi.
4. Dinas Kesehatan Kabupaten Ende diharapkan untuk bekerjasama dengan pihak Puskesmas dan Desa dalam meningkatkan akses masyarakat terhadap sanitasi yang layak.
5. Dinas Kesehatan Kabupaten Ende diharapkan untuk bekerjasama dengan pihak Puskesmas dan Desa terkait akses produk medis, gizi dan kesehatan yang dibutuhkan dalam pelaksanaan program, misalnya: suplementasi tablet tambah darah bagi ibu hamil dan suplemen bagi anak balita.
6. Dinas Kesehatan Kabupaten Ende diharapkan untuk bekerjasama dengan pihak Badan atau Dinas Ketahanan Pangan dan Puskesmas dalam memberikan dukungan terhadap kegiatan pemberian makanan tambahan (PMT) melalui penyuluhan berbasis pangan lokal yang dilaksanakan oleh Posyandu.
7. Dinas Kesehatan Kabupaten Ende diharapkan untuk bekerjasama dengan pihak Badan atau Dinas Ketahanan Pangan, Puskesmas dan Desa untuk memberikan makanan tambahan berbasis panganan lokal.

DAFTAR PUSTAKA

- Adewara, S. O., & Visser, M. (2011). *Use of Anthropometric Measures to Analyze How Sources of Water and Sanitation Affect Children's Health in Nigeria* (No. dp-11-02-efd).
- Almatsier, Sunita, 2005. *Penuntun Diet Edisi Baru.*, Gramedia Pustaka Utama, Jakarta
- Amir, A. (2009). Pengaruh penyuluhan model pendampingan terhadap perubahan status gizi anak usia 6 – 24 bulan.
- Anisa, Faramita. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Stunting Pada Balita Usia 25-60 Bulan Di Kelurahan Kalibaru Depok Tahun 2012. Skripsi S-1 Program Studi Gizi Departemen Gizi Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia Depok, 2012.
- Azhar, K., Dharmayanti, I., & Anwar, A. (2014). The Influence of Drinking Water Access on the Occurrence of Water-borne Diseases (Diarrhea and Typhoid). *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 17(2 Apr), 107-114.
- Balitbang Kemenkes, 2014, Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2013. Badan Penelitian Dan Pengembangan, Kementerian Kesehatan RI. Jakarta
- Dinas Kesehatan Kabupaten Ende, 2018, Data Pemantauan Satus Gizi Di 20 Puskesmas Di Kabupaten Ende, NTT
- Direktur Jenderal Kesehatan Masyarakat, 2018, Buku Saku Pemantauan Status Gizi 2017, Kemenkes RI Jakarta
- Doddy Izwardy, 2019, Kebijakan Dan Strategi Penanggulangan Stunting di Indonesia, Direktur Gizi Masyarakat Kemenkes RI, 2019
- Eko Setiawan, Dkk, 2018, Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Stunting Pada Anak Usia 24-59 Bulan Di Wilayah Kerja Puskesmas Andalas Kecamatan Padang Timur Kota Padang, Artikel Penelitian Jurnal Kesehatan Andalas. FK Unand
- Farah Okky Aridiyah, Dkk., 2015, Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian *Stunting* Pada Anak Balita Di Wilayah Pedesaan Dan Perkotaan, *E-Jurnal Pustaka Kesehatan*, Vol. 3 (No. 1) Januari 2015, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Jember
- Holil M. Par'i, Dkk, 2017, Bahan Ajar Gizi Penilaian Status Gizi, Pusat pendidikan Sumber Daya manusia Kesehatan Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan, Kemenkes RI, Jakarta.

- Indrawati, S. (2017). *HUBUNGAN PEMBERIAN ASI ESKLUSIF DENGAN KEJADIAN STUNTING PADA ANAK USIA 2-3 TAHUN DI DESA KARANGREJEK WONOSARI GUNUNGKIDUL* (Doctoral dissertation, Universitas' Aisyiyah Yogyakarta).
- Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, Dan Transmigrasi, 2017, *Buku Saku Desa Dalam Penanganan Stunting*, Jakarta
- Kementerian Kesehatan. Peraturan Menteri Kesehatan Republik IndoKementerian Kesehatan. (2010). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 492/Menkes/Per/IV/2010.
- Kemenkes RI, 2018, Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Tahun 2018, Pusat Data Dan Informasi Kesehatan, Kemenkes RI, Jakarta
- Kemenkes RI, 2018, Situasi Balita Pendek (Stunting) Di Indonesia, Buletin Jendela Data Dan Informasi Kesehatan Semseter I, 2018, Pusat Data Dan Informasi Kesehatan, Kemenkes RI, Jakarta
- Kementerian PPN/Bappenas, 2018, Pedoman Pelaksanaan Intervensi Penurunan Stunting Terintegrasi Di Kabupaten Kota, Kementerian Perencanaan Dan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Dan Pembangunan Nasional, Jakarta
- Khoirun Ni'mah Dan Siti Rahayu Nadhiroh, 2015, Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian *Stunting* Pada Balita, *Jurnal Media Gizi Indonesia*, Vol. 10, No. 1 Januari–Juni 2015, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga, Surabaya, Indonesia
- Paramitha Anisa, 2012, Faktor - Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian *Stunting* Pada Balita Usia 25 – 60 Bulan Di Kelurahan Kalibaru Depok Tahun 2012, Skripsi, Program Studi Gizi Departemen Gizi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
- Oktarina, Z., & Sudiarti, T. (2014). Faktor Risiko Stunting Pada Balita (24—59 Bulan) Di Sumatera. *Jurnal Gizi dan Pangan*, 8(3), 177-180.
- Pusdatin Kemenkes, 2016, Situasi Balita Pendek. Infodatin. Pusat Informasi Data Dan Informasi, Kementerian Kesehatan RI. Jakarta.
- Sri Mugianti, Dkk, 2018, Faktor Penyebab Anak *Stunting* Usia 25-60 Bulan Di Kecamatan Sukorejo Kota Blitar, *Jurnal Ners Dan Kebidanan*, Poltekkes Kemenkes Malang
- Suiraoaka, I. P., Kusumajaya, A. A. N., & Larasati, N. (2011). Perbedaan Konsumsi Energi, Protein, Vitamin A dan Frekuensi Sakit Karena Infeksi Pada Anak Balita Status Gizi Pendek (Stunted) dan Normal Di Wilayah Kerja Puskesmas Karangasem I. *Jurnal Ilmu Gizi*, 2(1), 74–82.

Trihono, Dkk, 2015, Pendek (Stunting) Di Indonesia, Kementerian Kesehatan RI, Jakarta

Tri Ratnaningsih, Dkk. 2017, Buku Ajar (Teori Dan Konsep) Tumbuh Kembang Dan Stimulasi, Indomedia Pustaka, Sidoarjo

TNP2K, 2017, 100 Kabupaten/Kota Prioritas Untuk Intervensi Anak Kerdil (*Stunting*), Sekretariat Wakil Presiden Republik Indonesia, Jakarta

Uliyanti, Dkk (2017), Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian *Stunting* Pada Balita Usia 24-59 Bulan, Jurnal Vokasi Kesehatan, Politeknik Tonggak Equator Pontianak, Indonesia

1. Lampiran: 1

JADWAL PELAKSANAAN PENELITIAN, TAHUN 2019

NO	URAIAN	JADWAL PELAKSANAAN (2019)				
		JUNI	JULI	AGUS	SEPT	OKT
1	Penyusunan Proposal Penelitian					
2	Penyerahan Proposal Penelitian					
3	Verifikasi proposal penelitian					
4	<i>Feedback</i> kelayakan proposal penelitian					
5	Seminar Proposal Penelitian					
6	Revisi proposal penelitian pasca seminar					
7	Proses Penelitian					
8	Pengolahan Data					
9	Penyusunan Laporan Penelitian					
10	Seminar Hasil Penelitian					
11	Revisi laporan hasil penelitian pasca seminar					
12	Penyerahan Laporan akhir Penelitian					

2. Lampiran 5

DAFTAR TIM PENELITI

No	Nama / Nip	Pangkat/Golongan	Jabatan
1	Aris Wawomeo, M.Kep., Ns. Sp. Kep. Kom / 196601141991021000	Penata III/c	Koordinator
2	Dr. Sisilia Leni Cahyani, S.Kep, Ns. M.Sc/197401132002122001	Pembina IV/a	Ketua
3	Theresia Avila Kurnia, S.Kep., Ns., M.Kep	-	Sekretaris
4	Muhammad Chairun Rahim, SS / 198202212010121003	Penata Muda Tk. I III/b	Pengolah data
5	Yustina P. M. Paschalia, S.Kep., Ns., M.Kes / 196904091989032002	Penata III/c	Anggota
6	Pius Kopong Tokan, SKM., M.Sc / 196811161994021002	Pembina IV/a	Anggota
7	Stanislaus Nong Selung, S.Pd., M.Kes/ 195603311980091001	Penata Tk. I III/d	Anggota
8	Yoseph Woge, SST., M.Kes / 195804191986021000	Penata III/c	Anggota
9	Martina Bedho, SST., M.Kes / 196006271985032001	Pembina IV/a	Anggota
10	Raimunda Woga, S.Kp., Ns., M.Kep / 196002111993032002	Penata Muda Tk. I III/b	Anggota
11	Marieta K.S. Bai, S.SiT., M.Kes / 197503292001122002	Penata III/c	Anggota
12	Anatolia K. Doondori.,S.Kep., Ns., M.Kep / 197602171999032001	Penata Muda Tk. I III/b	Anggota
13	Maria Salestina Sekunda, SST., M.Kes / 198101242009122001	Penata III/c	Anggota
14	Krispina Owa, SST., M.Kes / 197110041992032005	Pembina IV/a	Anggota
15	Irwan Budiman, S.Kep., Ns., M.Kep/198906272019021001	Penata Muda Tk. I III/b	Anggota
16	Maria Fatima L. Dhoke, S.Kep., Ns	-	Anggota
17	Ns. Fitria Syafrudin Pua Sawa, S.Kep	-	Anggota
18	Kepala dan Tenaga Pengelola Gizi (TPG) Puskesmas	-	Anggota
17	Mahasiswa Prodi D3 Keperawatan Ende Poltekkes Kemenkes Kupang	-	Anggota

Lampiran 6

RENCANA ANGGARAN BELANJA (RAB) PENELITIAN KERJA SAMA DENGAN BAPPEDA ENDE, TAHUN 2019

No	Uraian Belanja	Rincian Biaya	Jumlah
I	Honorarium		
1	Koordinator Peneliti	1 org x 3 bln x Rp 200.000 = Rp	600.000
2	Sekretaris Peneliti	1 org x 3 bln x Rp 175.000 = Rp	525.000
3	Pengolah Data	1 org x 2 kl x Rp 175.000 = Rp	350.000
4	Pembantu lapangan		
	PNS	1 org x 10 lks x 3 hr x Rp 50.000 = Rp	1.500.000
	Non PNS	1 org x 10 lks x 3 hr x Rp 30.000 = Rp	900.000
5	Peneliti Madya (Maksimum 4 jam/hari)	1 org x 10 lks x 12 jam x Rp 30.000 = Rp	3.600.000
6	Peneliti Muda (Maksimum 4 jam/hari)	1 org x 10 lks x 12 jam x Rp 25.000 = Rp	3.000.000
7	Peneliti Pertama (Maksimum 4 jam/hari)	1 org x 10 lks x 12 jam x Rp 20.000 = Rp	2.400.000
8	Peneliti (Non Fungsional Peneliti)	1 org x 10 lks x 12 jam x Rp 20.000 = Rp	2.400.000
II	Belanja ATK		
1	Pembelian ATK	1 pkt x Rp 2.500.000 = Rp	2.500.000
III	Belanja Penggandaan		
1	Penggandaan dokumen	1 pkt x Rp 3.125.000 = Rp	3.125.000
IV	Belanja Penjilidan		
1	Penjilidan dokumen	30 exp x Rp 40.000 = Rp	1.200.000
V	Sewa Sarana Mobilitas		
1	Sewa Kendaraan ke luar kota dalam kabupaten	1 Unit x 9 lks x 3 hr x Rp 500.000 = Rp	13.500.000
2	Sewa Kendaraan dalam kota	1 Unit x 1 lks x 3 hr x Rp 100.000 = Rp	300.000
VI	Belanja makanan dan minuman		
1	Makanan dan minuman rapat		
	Snack	50 org x 2 kl x Rp 15.000 = Rp	1.500.000
2	Makanan dan minuman lembur		

	Pelaksanaan Penelitian	6 org x 10 lks x 5 hr x Rp 40.000 = Rp	12.000.000
	Pengolahan data dan pelaporan	3 org x 5 kl x Rp 40.000 = Rp	600.000
	JUMLAH		50.000.000