

**ANALISIS FAKTOR RISIKO *STUNTING* PADA 1000 HARI  
PERTAMA KEHIDUPAN DI PUSKESMAS SEBERANG  
PADANG KOTA PADANG TAHUN 2019**

**Tesis**

**FEBI DAMISTI RAMADHANI  
1720322006**



**Pembimbing I : Prof. Dr. dr. Delmi Sulastri, MS, SpGK**

**Pembimbing II : dr. Husna Yetti, PhD**

**PROGRAM STUDI PASCASARJANA KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS ANDALAS  
PADANG, 2020**

**ANALISIS FAKTOR RISIKO *STUNTING* PADA 1000 HARI  
PERTAMA KEHIDUPAN DI PUSKESMAS SEBERANG  
PADANG KOTA PADANG TAHUN 2019**

**FEBI DAMISTI RAMADHANI  
1720322006**



**PROGRAM STUDI PASCASARJANA KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS ANDALAS  
PADANG, 2020**

HALAMAN PERSETUJUAN

Judul Penelitian : ANALISIS FAKTOR RISIKO *STUNTING* PADA  
1000 HARI PERTAMA KEHIDUPAN DI  
PUSKESMAS SEBERANG PADANG KOTA  
PADANG TAHUN 2019  
Nama Mahasiswa : FEBI DAMISTI RAMADHANI  
Nomor BP : 1720322006  
Program Studi : PASCASARJANA KESEHATAN MASYARAKAT

Tesis ini telah diuji dan dipertahankan didepan sidang panitia ujian akhir  
Magister Kesehatan Masyarakat pada Program Studi Pascasarjana Kesehatan  
Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Andalas dan dinyatakan lulus  
pada tanggal 15 Januari 2020.

Menyetujui,

1. Komisi Pembimbing

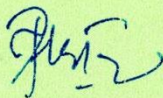


Prof. DR. dr. Delmi Sulastri, MS, SpGK  
Ketua



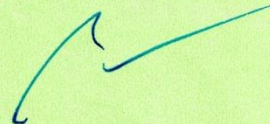
dr. Husna Yetti, PhD  
Anggota

2. Plt. Koordinator Program Studi Pasca  
Sarjana Kesehatan Masyarakat



DR. dr. Yuniar Lestari, M. Kes, FISPH, FISCM  
NIP. 196706141997022001

3. Dekan Fakultas Kedokteran  
Universitas Andalas Padang



DR. dr. Rika Susanti, Sp.F  
NIP. 197607312002122002



HALAMAN PENGESAHAN

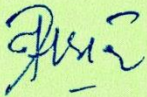
ANALISIS FAKTOR RISIKO *STUNTING* PADA 1000 HARI PERTAMA  
KEHIDUPAN DI PUSKESMAS SEBERANG PADANG  
KOTA PADANG TAHUN 2019

Yang dipersiapkan dan dipertahankan oleh:

FEBI DAMISTI RAMADHANI  
NIM: 1720322006

Tesis ini telah diuji dan dipertahankan dihadapan Dewan Penguji Tesis Program  
Studi Pascasarjana Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas  
Andalas pada tanggal 15 Januari 2020 dan dinyatakan telah memenuhi syarat  
untuk diterima.

Ketua Sidang



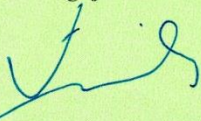
DR. dr. Yuniar Lestari, M.Kes, FISPH, FISCM

Penguji I



DR. dr. Desmawati, M.Gizi

Penguji II



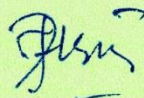
dr. Firdawati, M.Kes, PhD

Penguji III



Dr. dr. H. Edison, MPH

Padang, 15 Januari 2020  
Plt. Koordinator Prodi S2 Kesehatan Masyarakat  
Fakultas Kedokteran Universitas Andalas




DR. dr. Yuniar Lestari, M.Kes, FISPH, FISCM  
NIP. 196706141997022001

## PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN

Dengan ini saya, Febi Damisti Ramadhani yang beralamat di Jl. Pondok Kopi No. 165 Siteba Kec. Nanggalo Padang (25146) menyatakan bahwa dalam tesis yang berjudul “Analisis Faktor Risiko *Stunting* pada 1000 Hari Pertama Kehidupan di Puskesmas Seberang Padang Kota Padang tahun 2019” adalah hasil karya sendiri dan bukan merupakan hasil karya orang lain yang digunakan untuk memperoleh gelar akademik di perguruan tinggi dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis dicantumkan dalam naskah dan disebutkan dalam daftar kepustakaan.

Padang, 15 Januari 2020

Penulis  
  
Febi Damisti Ramadhani



## HALAMAN PERSEMBAHAN



*“Dia memberikan hikmah (ilmu yang berguna) kepada siapa yang dikehendaki-Nya. Barang siapa yang mendapat hikmah itu Sesungguhnya ia telah mendapat kebajikan yang banyak.*

*Dan tiadalah yang menerima peringatan melainkan orang-orang yang berakal”.*

*(Q.S. Al-Baqarah: 269)*

*“...Niscaya Allah akan meninggikan orang-orang yang beriman diantaramu dan orang-orang yang diberi ilmu beberapa derajat...”*

*(Q.S Al-Mujadillah 11)*

*“Tidak ada yang lebih baik dari pada akal yang diperindah dengan ilmu Dan ilmu yang diperindah dengan kebenaran Dan kebenaran yang diperindah dengan kebaikan Dan kebaikan yang diperindah dengan taqwa”*

*(H.R. Abdul Aziz)*

### ***Ungkapan hati sebagai rasa Terima Kasihku***

*Alhamdulillahirabbil'amin.... Alhamdulillahirabbil 'amin.... Alhamdulillahirabbil amin....*

*Akhirnya aku sampai ke titik ini,*

*Sepercik keberhasilan yang Engkau hadiahkan padaku ya Rabb*

*Tak henti-hentinya aku mengucap syukur pada Mu ya Rabb*

*Serta shalawat dan salam kepada idola ku Rasulullah SAW dan para sahabat yang mulia*

*Semoga sebuah karya ini menjadi amal shaleh bagiku dan menjadi kebanggaan*

*bagi keluargaku tercinta*

*Ku persembahkan karya ini ...*

*Hasil karyaku ini kuperssembahkan sebagai bentuk cinta dan baktiku kepada orang tuaku.*

*Papaku tersayang Damanhuri, S.Pd dan Mamaku tercinta Ismiati, S.Pd*

*yang menjadi pelipur lara dalam kehidupan ini,*

*yang selalu menyebut namaku dalam setiap do'a.*

*Karya ini tentunya belum dapat membalas semua yang telah diberikan,*

*setidaknya bisa untuk membahagiakan orang tuaku sayang.*

*Serta saudara-saudaraku tersayang yang selalu memberikan semangat*

*terhadap setiap kebaikan yang saya lakukan.*

*Kepada teman-teman seperjuangan (S2Kesmas 2017) khususnya rekan-rekan MKes yang tak*

*bisa tersebutkan namanya satu persatu terima kasih yang tiada tara ku ucapkan*

*Akhir kata, semoga tesis ini membawa kebermanfaatn. Jika hidup bisa kuceritakan di atas*

*kertas, entah berapa banyak yang dibutuhkan hanya untuk kuucapkan terima kasih... :)*

*by: Febi Damisti Ramadhani*

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : FEBI DAMISTI RAMADHANI  
Tempat/ Tanggal Lahir : Padang/ 07 Februari 1995  
Program Studi : Pascasarjana Kesehatan Masyarakat  
Alamat : Jl. Pondok Kopi No 165 Siteba Kec. Nanggalo Kota Padang  
Agama : Islam  
Email : [febiramadhani07@gmail.com](mailto:febiramadhani07@gmail.com)

### Riwayat Pendidikan

- |  |                  |
|--|------------------|
| 1. SD N 10 Koto Salak Dharmasraya              | Lulus Tahun 2006 |
| 2. SMP N 3 Koto Baru Dharmasraya               | Lulus Tahun 2009 |
| 3. SMA N 01 Koto Baru Dharmasraya              | Lulus Tahun 2012 |
| 4. S1 Kesehatan Masyarakat Universitas Andalas | Lulus Tahun 2016 |
| 5. S2 Kesehatan Masyarakat Universitas Andalas | Lulus Tahun 2020 |

Padang, 15 Januari 2020

Penulis



Febi Damisti Ramadhani

**ANALISIS FAKTOR RISIKO *STUNTING* PADA 1000 HARI PERTAMA  
KEHIDUPAN DI PUSKESMAS SEBERANG PADANG  
KOTA PADANG TAHUN 2019**

Oleh : FEBI DAMISTI RAMADHANI (1720322006)

(Dibawah bimbingan: Prof. Dr. dr. Delmi Sulastri, MS, SpGK dan dr. Husna Yetti, PhD)

**ABSTRAK**

**Latar Belakang:** Tingginya prevalensi *stunting* menjadi masalah yang bisa mengancam kesehatan anak. Anak *stunting* dapat menderita gangguan pertumbuhan linear dan juga otak selama 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) yang bersifat *irreversible*. Penelitian ini bertujuan untuk melihat faktor risiko dominan *stunting* dan evaluasi pelaksanaan program yang berkaitan dengan faktor dominan pada 1000 HPK untuk mencegah peningkatan *stunting*.

**Metode:** Penelitian *Mix Method* dengan rancangan *Sequential Explanatory* dilakukan di Wilayah Kerja Puskesmas Seberang Padang. Penelitian kuantitatif menggunakan *Cross-Sectional Study* pada 71 ibu yang mempunyai anak usia 12-24 bulan. Pengukuran TB/U dan kuesioner untuk data kuantitatif, serta wawancara mendalam untuk data kualitatif. Uji regresi logistik digunakan untuk menentukan faktor dominan *stunting*.

**Hasil:** Terdapat hubungan yang signifikan antara MP-ASI ( $p\text{-value} = 0,027$ ; 8,17) dan monitoring pertumbuhan ( $p\text{-value} = 0,048$ ; 7,33) terhadap kejadian *stunting*. Tidak terdapat hubungan *Ante Natal Care* (ANC), tablet Fe ibu hamil, ASI eksklusif, imunisasi lengkap dan suplementasi vitamin A terhadap kejadian *stunting*. Faktor paling dominan adalah MP-ASI. Belum optimalnya kegiatan MP-ASI berbasis Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) dari unsur *input* yaitu belum adanya petunjuk teknis, kader terlatih, SOP pelaksanaan kegiatan, penganggaran dan sarana yang memadai kegiatan MP-ASI berbasis PMBA. Proses pelaksanaan konseling belum optimal hingga tidak terlihat *output* sesuai dengan yang diharapkan.

**Kesimpulan :** MP-ASI dan monitoring pertumbuhan berhubungan dengan kejadian *stunting* sehingga diharapkan perhatian khusus dari Puskesmas untuk mengoptimalkan kegiatan MP-ASI berbasis PMBA dan meningkatkan monitoring pertumbuhan. Meskipun ANC, tablet Fe ibu hamil, dan ASI eksklusif tidak berhubungan secara signifikan, namun masih menjadi masalah di Puskesmas Seberang Padang tahun 2019.

**Kata Kunci** : 1000 HPK, MP-ASI, PMBA, Puskesmas, *Stunting*  
**Daftar Pustaka** : 74 (1990-2019)



**RISK FACTOR ANALYSIS OF STUNTING IN THE FIRST 1000 DAYS IN  
SEBERANG PADANG PUBLIC HEALTH CENTER  
PADANG CITY IN 2019**

By : FEBI DAMISTI RAMADHANI (1720322006)

(Supervised by : Prof. Dr. dr. Delmi Sulastri, MS, SpGK dan dr. Husna Yetti, PhD)

**Background :** *High prevalence of stunting is a problem that can threaten the health of children. Children with stunting have linear growth impact and also has a negative and irreversible impact on the development of a child's brain in the first 1000 days. This study determine the dominant risk factor of stunting incidence and evaluation of implementation program related to the dominant factor in the first 1000 days to prevent stunting.*

**Method :** *Mix method study with sequential explanatory design was conducted in Seberang Padang Public Health Center. Cross-sectional study was conducted among 71 mothers who have children aged 12-24 months. Measurement of height/age of children and administered questionnaire for quantitative data, and depth interview for qualitative data. Logistic regression is used to determine dominant factor.*

**Result:** *There were significant relationship between stunting and complementary feeding practice ( $p$ -value = 0.005; 9.71) and growth monitoring ( $p$ -value = 0.769; 0.84). There were no significant relationship between stunting and Ante Natal Care (ANC), Fe tablets of pregnant women, exclusive breastfeeding, complete immunization, and Vitamin A supplementation of infants. The most dominant risk factor is complementary feeding practice. Complementary feeding practice program was non-optimal from the input elements that are lack of technical guidance, trained cadres, standard operating procedure for the implementation of activities, budgeting and adequate facilities. The process of implementing counseling so the output does not look as expected.*

**Conclusion:** *Complementary feeding practice and growth monitoring are related to stunting, thus special attention from Seberang Padang Public Health Center is expected to optimize infant and young child feeding-based complementary feeding practice program and improve growth monitoring in order to prevent stunting. Although Ante Natal Care, Fe tablets of pregnant women, and exclusive breastfeeding are not correlated with stunting, they are still a problem at the Seberang Padang Public Health Center in 2019.*

**Keywords** : *Complementary Feeding Practice, First 1000 Days of Life, Public Health Center, Stunting*

**References** : *74 (1990-2019)*

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis ucapkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis dengan judul yaitu “**Analisis Faktor Risiko *Stunting* Pada 1000 Hari Pertama Kehidupan di Puskesmas Seberang Padang di Kota Padang tahun 2019**”. Peneliti banyak mendapatkan bimbingan dari berbagai pihak dalam penulisan tesis ini. Peneliti mengucapkan terimakasih banyak kepada yang terhormat :

1. Ibu Dr. dr. Rika Susanti, SpF selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang
2. Ibu Dr.dr Yuniar Lestari M.Kes, FISPH, FISCM selaku Ketua Program Studi Pascasarjana Kesehatan Masyarakat Universitas Andalas Padang.
3. Ibu Prof. Dr. dr. Delmi Sulastri, MS, SpGK selaku Pembimbing 1 yang telah memberikan arahan dan motivasi dalam penulisan hasil tesis ini.
4. Ibu dr. Husna Yetti, PhD selaku Pembimbing 2 yang telah memberikan arahan dan motivasi dalam penulisan hasil tesis ini.
5. Ibu Dr. dr. Desmawati, M.Gizi selaku Penguji 1 yang telah memberikan arahan dan motivasi dalam penulisan hasil tesis ini.
6. Ibu dr. Firdawati, M.Kes, PhD selaku Penguji 2 yang telah memberikan arahan dan motivasi dalam penulisan hasil tesis ini.
7. Bapak Dr. dr. H. Edison, MPH selaku Penguji 3 yang telah memberikan arahan dan motivasi dalam penulisan hasil tesis ini.
8. Bapak dan Ibu dosen Program Pascasarjana Kesehatan Masyarakat Universitas Andalas Padang.
9. Keluarga, sahabat, serta teman-teman Program Pascasarjana Kesehatan Masyarakat Universitas Andalas 2017 atas kerjasama serta dukungannya

Akhir kata, semoga Allah SWT membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Penulis berharap semoga penelitian tesis ini diterima dan dimanfaatkan bagi perkembangan ilmu pengetahuan ke depannya.

Padang, Juni 2020

Febi Damisti Ramadhani

# DAFTAR ISI

## Halaman

HALAMAN PERSETUJUAN	
HALAMAN PENGESAHAN	
PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN	
HALAMAN PERSEMBAHAN	
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	
ABSTRAK	
ABSTRACT	
KATA PENGANTAR .....	i
DAFTAR ISI.....	ii
DAFTAR TABEL.....	iv
DAFTAR GAMBAR .....	vi
DAFTAR ISTILAH/SINGKATAN.....	vii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah Penelitian.....	7
C. Tujuan Penelitian .....	8
D. Manfaat Penelitian .....	9
E. Ruang Lingkup Penelitian.....	10
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	12
A. <i>Stunting</i> .....	12
B. Periode 1000 HPK .....	14
C. Faktor Risiko <i>Stunting</i> .....	16
D. Model Evaluasi.....	29
E. Telaah Sistematis .....	32
F. Alur Penelitian .....	37



BAB III KERANGKA TEORITIS .....	38
A. Kerangka Teori Penelitian.....	38
B. Kerangka Konsep Penelitian .....	39
BAB IV METODE PENELITIAN .....	40
A. Jenis Penelitian.....	40
B. Tempat dan Waktu Penelitian .....	40
C. Populasi dan Sampel .....	41
D. Definisi Operasional (Kuantitatif).....	44
E. Definisi Operasional (Kualitatif).....	48
F. Pengumpulan Data .....	54
G. Teknik Pengolahan dan Analisa Data .....	56
BAB V HASIL PENELITIAN .....	62
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian .....	62
B. Analisis Univariat.....	63
C. Analisis Bivariat.....	68
D. Analisis Multivariat.....	69
E. Hasil Kualitatif Program MP-ASI.....	72
BAB VI PEMBAHASAN PENELITIAN .....	99
A. Keterbatasan Penelitian.....	99
B. Penelitian Kuantitatif .....	99
C. Penelitian Kualitatif Program MP-ASI.....	119
BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN .....	133
A. Kesimpulan .....	133
B. Saran.....	134

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

## DAFTAR TABEL

	<b>Halaman</b>
Tabel 1	Kunjungan Pemeriksaan Antenatal ..... 19
Tabel 2	Jadwal Imunisasi Dasar ..... 25
Tabel 3	Jadwal Imunisasi Lanjutan Baduta..... 26
Tabel 4	Dosis Pemberian Kapsul Vit A Pada Baduta ..... 27
Tabel 5	Telaah Sistematis Penelitian..... 32
Tabel 6	Definisi Operasional..... 44
Tabel 7	Tabel 2x2 <i>Crossectional Study</i> ..... 58
Tabel 8	Distribusi Karakteristik Orangtua ..... 64
Tabel 9	Distribusi Karakteristik dan Faktor Risiko ..... 65
Tabel 10	Distribusi Jumlah Faktor Risiko..... 66
Tabel 11	Distribusi Anak <i>Stunting</i> berdasarkan Jumlah Faktor Risiko ..... 67
Tabel 12	Persentase Faktor Risiko pada Anak <i>Stunting</i> ..... 67
Tabel 13	Hubungan Variabel Independen dengan Kejadian <i>Stunting</i> di Wilayah Kerja Puskesmas Seberang Padang 2019 ..... 68
Tabel 14	Hasil Seleksi Bivariat ..... 70
Tabel 15	Model Awal Multivariat..... 70
Tabel 16	Model Analisis Multivariat tanpa Suplementasi Vitamin A ..... 71
Tabel 17	Model Akhir Analisis Multivariat ..... 71
Tabel 18	Karakteristik Informan Penelitian ..... 73
Tabel 19	Kondisi Kebijakan Kegiatan MP-ASI..... 74
Tabel 20	Matriks Triangulasi Metode Kebijakan Program MP-ASI di Puskesmas Seberang Padang 2019 ..... 75
Tabel 21	Jumlah Petugas Pelaksana Gizi (MP-ASI) di Puskesmas Seberang Padang 2019 ..... 77
Tabel 22	Data Petugas Pelaksana Gizi di Puskesmas Seberang Padang tahun 2019 ..... 77
Tabel 23	Matriks Triangulasi Metode Ketenagaan untuk Pelaksanaan Program MP-ASI di Puskesmas Seberang Padang 2019 ..... 78
Tabel 24	Metode Pelaksanaan MP-ASI ..... 80

Tabel 25	Matriks Triangulasi Metode untuk Pelaksanaan Program MP-ASI di Puskesmas Seberang Padang 2019 .....	81
Tabel 26	Anggaran Pelaksanaan MP-ASI.....	83
Tabel 27	Matriks Triangulasi Metode Anggaran untuk Pelaksanaan Program MP-ASI di Puskesmas Seberang Padang 2019 .....	84
Tabel 28	Sarana Pelaksanaan MP-ASI.....	85
Tabel 29	Matriks Triangulasi Metode Sarana untuk Pelaksanaan Program MP-ASI di Puskesmas Seberang Padang 2019 .....	86
Tabel 30	Matriks Triangulasi Perencanaan untuk Pelaksanaan Program MP-ASI di Puskesmas Seberang Padang 2019 .....	88
Tabel 31	Matriks Triangulasi Pengorganisasian untuk Pelaksanaan Program MP-ASI di Puskesmas Seberang Padang 2019 .....	90
Tabel 32	Matriks Triangulasi Pelaksanaan Program MP-ASI di Puskesmas Seberang Padang 2019.....	94
Tabel 33	Matriks Triangulasi Pengawasan dan Evaluasi Program MP-ASI di Puskesmas Seberang Padang 2019 .....	96
Tabel 34	Matriks Triangulasi <i>Output</i> Program MP-ASI di Puskesmas Seberang Padang 2019 .....	98
Tabel 35	Tabel <i>Plan Of Action</i> .....	136





## DAFTAR GAMBAR

	<b>Halaman</b>
Gambar 1 Perkembangan Otak Manusia ( <i>B.J. Casey .2005</i> ).....	15
Gambar 2 Kecepatan Pertumbuhan Linear Pada Masa Prenatal Dan Postnatal ( <i>Sumber : J.M. Tenner, 1966</i> ) .....	15
Gambar 3 Kecepatan Pertumbuhan Tinggi Badan ( <i>Sumber: J.M. Tenner, 1966</i> ) .....	16
Gambar 4 Kerangka Konsep Pelayanan ANC Komprehensif .....	21
Gambar 5 Model Evaluasi Sistem.....	30
Gambar 6 Alur Penelitian.....	37
Gambar 7 Kerangka Teori Penelitian ( <i>Modifikasi Kerangka teori Lancet (SUN) dan Unicef,1990</i> ) .....	38
Gambar 8 Kerangka Konsep Penelitian .....	39



## DAFTAR ISTILAH/SINGKATAN

1. ADD : Anggaran Dana Desa
2. APBD : Anggaran Pendapatan Belanja Daerah
3. ASI : Air Susu Ibu
4. ANC : *Ante Natal Care*
5. Baduta : Bawah Dua Tahun
6. BB/U : Berat Badan Menurut Umur
7. BB/TB : Berat Badan Menurut Tinggi Badan
8. BLUD : Badan Layanan Umum Daerah
9. BOK : Biaya Operasional Kegiatan
10. CIPP : *Context Input Process dan Product*
11. DPT : Difteri Pertusis Tetanus
12. D/S : Ditimbang per Seluruhnya
13. GHD : *Global Health Data*
14. HPK : Hari Pertama Kehidupan
15. IMD : Inisiasi Menyusui Dini
16. ISPA : Infeksi Saluran Pernafasan Akut
17. KEP : Kekurangan Energi Protein
18. KIA : Kesehatan Ibu Anak
19. KIE : Komunikasi, Informasi, dan Edukasi
20. KMS : Kartu Menuju Sehat
21. LILA : Lingkaran Lengan Atas
22. LPMM : Lembaga Pemberdayaan Masyarakat Mandiri
23. MP-ASI : Makanan Pendamping Air Susu Ibu
24. PMBA : Pemberian Makan Bayi dan Anak
25. PMK : Peraturan Menteri Kesehatan
26. PSG : Pemantauan Status Gizi
27. PUS : Pasangan Usia Subur
28. Riskesdas : Riset Kesehatan Dasar
29. RUK : Rencana Usulan Kegiatan

- 30. SUN : *Scaling Up Nutrition*
- 31. TB/U : Tinggi Badan Menurut Umur
- 32. TPG : Tenaga Pelaksana Gizi
- 33. UNICEF : *United Nations Children's Fund*
- 34. WHO : *World Health Organization*
- 35. WUS : Wanita Usia Subur
- 36. WHAN : *World Health Assembly Nutrition*





## BAB I PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Permasalahan gizi masih menjadi sorotan di Indonesia terutama masalah gizi pada balita. Kondisi kesehatan dan status gizi balita merupakan indikator keadaan gizi kesehatan masyarakat. Hal ini dikarenakan kasus gizi buruk atau gizi kurang, *stunting*/pendek dan permasalahan gizi lainnya akan menjadi beban baik keluarga dan masyarakat maupun negara (UNICEF, 2012). *Stunting* merupakan masalah gizi kronis yang disebabkan oleh asupan gizi yang kurang dalam waktu cukup lama akibat pemberian makanan yang tidak sesuai dengan kebutuhan gizi. *World Health Organization* (WHO) mengartikan *stunting* adalah keadaan tubuh yang sangat pendek hingga melampaui defisit 2 SD di bawah median panjang atau tinggi badan populasi yang menjadi referensi internasional (Trihono,dkk., 2015). Berdasarkan target *World Health Assembly Nutrition* (WHAN) tahun 2025 memiliki target penurunan proporsi *stunting* pada balita sebesar 40% (IFPRI, 2014).

*Stunting* memiliki dampak pada anak mulai dari awal kehidupan anak dan akan berlanjut pada siklus hidup manusia. *Stunting* berdampak buruk terhadap perkembangan otak anak. Pada awal kehidupan menyebabkan perlambatan dan pengurangan jumlah dan pengembangan sel otak dan organ lainnya. *Stunting* pada usia sekolah akan mengakibatkan anak menjadi lemah secara kognitif dan kecerdasan fisik maupun mental. Dampak yang ditimbulkan tidak hanya menyangkut pertumbuhan linear tetapi juga perkembangan otak anak. Dampak *stunting* terlihat dari adanya penurunan skor tes IQ sebesar 10-13 poin (Supriasa,dkk., 2014). Hal ini juga didukung oleh penelitian Arfines dan Puspitasari (2017) di Jakarta yang menyebutkan bahwa anak *stunting* memiliki hubungan dengan prestasi belajar anak. Semakin tinggi *Z-score* semakin tinggi pula prestasi belajarnya. Semakin normal pertumbuhan tinggi anak semakin tinggi pula prestasi belajar anak. Tidak hanya dapat berpengaruh pada penurunan kecerdasan pada anak tetapi juga dapat mempengaruhi peningkatan risiko terjadi berbagai penyakit tidak menular seperti hipertensi, penyakit jantung koroner dan

diabetes dan lain-lain pada usia dewasa (Kemenkes, 2013a). *Stunting* merupakan masalah kekurangan gizi yang dapat menurunkan pendapatan tingkat individu, keluarga, komunitas maupun nasional. Hal ini secara signifikan mempengaruhi produktivitas global, perdagangan internasional, layanan kesehatan sehingga menghambat pertumbuhan ekonomi dunia sebanyak 5% yang setara dengan beberapa triliun dolar dalam kegiatan ekonomi disia-siakan setiap tahun (Thurow, 2016). Penurunan pendapatan nasional (GNP) sebesar 2-4% tiap tahunnya karena masalah *stunting* di Bangladesh dan Pakistan (Kemenkes, 2013a).

*Stunting* erat kaitannya dengan periode 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK). Periode 1000 HPK merupakan periode penting atau periode emas untuk pertumbuhan dan perkembangan. 1000 HPK dimulai dari kehamilan hingga anak berumur 2 tahun. 1000 HPK disebut dengan *Window of Opportunity* karena periode ini sistem organ mengalami peningkatan pertumbuhan dan perkembangan yang sangat cepat. Periode ini menjadi periode yang tepat untuk peningkatan nutrisi dan memperhatikan tumbuh kembang anak sehingga akan memiliki dampak yang besar pada populasi dengan gizi buruk. Apabila anak menderita malnutrisi selama 1000 HPK, maka anak dapat menderita gangguan pertumbuhan seperti *stunting* yang bersifat *irreversible*. Artinya adalah apabila anak sudah mengalami *stunting* maka tidak akan mempunyai kesempatan untuk mengejar ketertinggalan pertumbuhan dan perkembangan di masa depan (Thurow, 2016).

Periode 1000 HPK ini sudah ada sejak dahulu namun tidak pernah menjadi pusat perhatian kebijakan kesehatan masyarakat. Namun sekarang pada tataran global terdapat gerakan perbaikan gizi dengan fokus pada kelompok 1000 HPK yang disebut dengan *Scaling Up Nutrition* (SUN) dan di Indonesia disebut dengan Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi dalam rangka 1000 HPK (Kemenkes, 2013a).

Menurut UNICEF (1990) faktor yang menyebabkan *stunting* terdiri *immediate causes* atau penyebab langsung yaitu kurangnya asupan gizi, dan penyakit infeksi. *Underlying causes* atau penyebab tidak langsung tingkat keluarga yaitu kebersihan lingkungan dan akses terhadap layanan kesehatan, pola asuh, ketersediaan dan pola konsumsi rumah tangga. *Basic causes* atau penyebab dasar tingkat masyarakat yaitu pendidikan, politik dan pemerintahan,

kepemimpinan sumber daya dan keuangan serta sosial ekonomi politik dan lingkungan (Martorell, 2017).

UNICEF pada tahun 2014 mengeluarkan hasil bahwa lebih dari 162 juta anak di bawah 5 tahun di dunia mengalami *stunting*. Berdasarkan data WHO di Wilayah Afrika prevalensi *stunting* tahun 2010 sebesar (37,2%), tahun 2015 (34,6%) dan tahun 2017 (33,6%). Prevalensi *stunting* di Afrika tidak jauh berbeda dengan prevalensi *stunting* di Asia Tenggara. Prevalensi *stunting* di Asia Tenggara yaitu tahun 2010 sebesar (39,5%), tahun 2015 (34,8%) dan tahun 2017 (33,0%). Namun, jika dibandingkan dengan negara maju di wilayah bagian Amerika terlihat perbedaan yang sangat signifikan. Pada tahun 2010 prevalensi *stunting* di Amerika sebesar 7,9% dan tahun 2017 sebesar 6,3%. Besaran masalah di Asia Tenggara hampir sama dengan besaran masalah *stunting* di wilayah bagian Afrika namun jauh berbeda dengan negara maju seperti di wilayah bagian Amerika (WHO, 2018).

Berdasarkan data hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesmas) prevalensi *stunting* di Indonesia berfluktuasi yaitu tahun 2007 sebesar 36,8%, sebesar 35,6% (2010), 37,2% (2013), dan 30,8% (2018). Berdasarkan Riskesmas, prevalensi *stunting* di Sumatera Barat berfluktuasi yaitu tahun 2007 sebesar 36,5%, 32,7% (2010), 39,2% (2013), dan 29,9% (2018). Meskipun prevalensi *stunting* mengalami kecenderungan menurun di Indonesia dan Sumatera Barat pada tahun 2018 namun masih menjadi masalah karena angka prevalensi lebih dari 20%. Menurut WHO, wilayah dikatakan baik apabila di suatu wilayah memiliki prevalensi balita *stunting* kurang dari 20%. Sedangkan apabila suatu wilayah memiliki angka 20% atau lebih maka dapat dikatakan sebuah wilayah memiliki masalah gizi akut dan kronik (Kemenkes, 2007; Kemenkes, 2010; Kemenkes, 2013b; Kemenkes, 2018).

Berdasarkan data Pemantauan Status Gizi (PSG) prevalensi *stunting* di Sumatera Barat pada balita meningkat sangat signifikan yaitu dari sebesar 25,5% tahun 2016 menjadi sebesar 30,6% tahun 2017. Prevalensi *stunting* pada balita di Kota Padang meningkat dari tahun 2016 sebesar 21,1% menjadi sebesar 22,6% pada tahun 2017 (Direktorat Gizi Masyarakat, 2017).

Laporan tahunan Dinas Kesehatan Kota Padang dari tahun 2011 hingga tahun 2013 terjadi peningkatan prevalensi *stunting*. Peningkatan prevalensi *stunting* menjadi sebesar 28,3% pada tahun 2013 dari tahun 2012 (27,93%), tahun 2011 (17,83%) (Dinkes Padang, 2013).

Berdasarkan data Profil Kesehatan Dinas Kesehatan Kota Padang tahun 2018 Wilayah Kerja Puskesmas Seberang Padang merupakan Puskesmas yang memiliki prevalensi balita pendek tertinggi dibandingkan dengan wilayah lainnya yaitu sebesar 23,04%. Puskesmas prevalensi tertinggi setelah Puskesmas Seberang Padang adalah Puskesmas Pemancangan (18,19%), Puskesmas Ikur Koto (17,93%), dan Puskesmas Pauh (17,91%) (Dinkes Padang, 2018).

Faktor penyebab *stunting* yang juga menjadi bagian dalam program spesifik untuk mencegah *stunting* pada 1000 HPK terdiri dari Inisiasi Menyusui Dini (IMD), pemberian ASI eksklusif, MP-ASI, akses layanan kesehatan seperti *Ante Natal Care* (ANC), pemberian tablet Fe ibu hamil, pemberian suplementasi vitamin A pada bayi, Imunisasi Dasar, pemberian makanan tambahan, dan monitoring pertumbuhan (Maternal dan Group, 2013). Faktor yang akan diteliti adalah faktor risiko yang menyebabkan *stunting* selama 1000 HPK serta merupakan bagian dari program intervensi spesifik yaitu ANC, pemberian tablet Fe ibu hamil, ASI eksklusif, MP-ASI, imunisasi lengkap, suplementasi vitamin A pada bayi, dan monitoring pertumbuhan. Faktor tersebut merupakan faktor yang berkaitan dengan program yang telah dijalankan oleh Puskesmas sebagai intervensi atau usaha untuk mengatasi penyebab langsung *stunting* pada 1000 HPK.

Selama periode 1000 HPK terdapat 270 hari selama kehamilan ibu yang merupakan periode mempengaruhi pertumbuhan, dan perkembangan baik fisik, mental, dan kecerdasan bayi. Selama kehamilan faktor ANC ibu hamil berpengaruh terhadap kejadian *stunting*. Hal ini dibuktikan dalam penelitian Di Cesare dan Sabates (2013) bahwa ANC memiliki potensi untuk mencegah dampak negatif kekurangan gizi selama masa kehamilan di Peru dan Vietnam. Menurut penelitian Najahah (2013) di Nusa Tenggara Barat bahwa ibu yang melakukan kunjungan ANC tidak sesuai dengan standar akan berisiko memiliki balita *stunting* 2,4 kali dibandingkan dengan ibu yang melakukan ANC sesuai



standar. Kunjungan ANC sesuai standar dapat dilihat dari capaian K4 yang didapatkan oleh ibu hamil. Capaian K4 di Puskesmas Seberang Padang menurun dari tahun 2016 sebesar 93,42% menjadi sebesar 92,31% tahun 2017 dan 70,99% tahun 2018. Jika dibandingkan dengan target capaian tahun 2018 masih di bawah target yaitu sebesar 96% (Dinkes Padang, 2018).

Layanan ANC, mulai dari kontak pertama hingga lengkap ibu hamil wajib mendapatkan tablet penambah darah atau tablet Fe. Gizi ibu pada waktu hamil berpengaruh terhadap tumbuh kembang janin dari konsepsi hingga lahir. Apabila gizi ibu pada saat kehamilan tidak dijaga dengan baik maka akan berakibat melahirkan bayi dengan BBLR dan berisiko mengalami *stunting*. Salah satu penyebab bayi dengan BBLR adalah kadar Hb ibu saat hamil (Adriani dan Wirajatmadi, 2014). Berdasarkan penelitian Sumiaty (2017) didapatkan bahwa asupan Fe pada ibu hamil memiliki hubungan dengan kejadian *stunting*. Capaian pemberian tablet Fe pada ibu hamil di Puskesmas Seberang Padang menurun dari tahun 2016 sebesar 93,42% menjadi sebesar 92,31% pada 2017 dan 70,99% tahun 2018. Jika dibandingkan dengan target pemberian tablet Fe tahun 2018 masih di bawah target yaitu sebesar 100% (Dinkes Padang, 2018).

Periode setelah kehamilan adalah terdapatnya periode kehidupan pertama dilahirkan atau 730 hari pada kehidupan pertama bayi dilahirkan yang juga mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan bayi. Berdasarkan penelitian Paramashanti,dkk. (2016) ditemukan hubungan antara ASI eksklusif dengan kejadian *stunting* pada anak bawah dua tahun. Sejalan dengan penelitian Lestari,dkk. (2014) bahwa ditemukan anak baduta yang tidak mendapatkan ASI eksklusif berisiko 6,54 kali dibandingkan dengan anak yang mendapatkan ASI eksklusif. Hal ini disebabkan karena bayi mengalami kekurangan nutrisi atau asupan gizi. Capaian pemberian ASI eksklusif pada ibu hamil di Puskesmas Seberang Padang berfluktuasi tahun 2016 sebesar 93,10%, tahun 2017 (86,51%) dan tahun 2018 (94,02%). Jika dibandingkan dengan target maka capaian pada tahun 2018 sudah mencapai target yaitu 80%. Oleh karena ASI eksklusif sudah tidak menjadi masalah di tingkat puskesmas namun *stunting* masih menjadi masalah di tingkat masyarakat, maka ASI eksklusif perlu diteliti lebih lanjut (Dinkes Padang, 2018).

Setelah mendapatkan ASI eksklusif asupan nutrisi bagi baduta masih berlanjut. MP-ASI memiliki peran penting terhadap kejadian *stunting*. Berdasarkan penelitian Al-Rahmad,dkk. (2013) menemukan bahwa MP-ASI berhubungan dengan kejadian *stunting*. Baduta yang mendapatkan MP-ASI kurang baik berisiko 3,4 kali untuk terkena *stunting* dibandingkan dengan baduta yang mendapatkan MP-ASI dengan baik. Berdasarkan penelitian ini juga ditemukan hubungan antara kelengkapan imunisasi dengan kejadian *stunting*. Anak yang tidak mendapatkan imunisasi yang lengkap berisiko terkena kejadian *stunting* 3,5 kali dibandingkan dengan anak yang mendapatkan imunisasi lengkap di Wilayah Kerja Puskesmas Seberang Padang capaian imunisasi lengkap menurun dari 88,28% tahun 2015 menjadi 81,10% tahun 2016 dan menurun dari 99,42% tahun 2017 menjadi 80,90% tahun 2018. Jika dibandingkan dengan target maka capaian pada tahun 2018 belum mencapai target yaitu 95% (Dinkes Padang, 2018).

Penyakit infeksi tidak hanya dipengaruhi oleh status imunisasi pada anak tetapi juga kekurangan vitamin A akan merusak fungsi kekebalan tubuh bayi. Berdasarkan penelitian Pramod Singh,dkk. (2009) menemukan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara kecukupan konsumsi vitamin A dengan kejadian *stunting* di Nepal. Penelitian ini sejalan dengan penelitian Fatimah dan Wirjatmadi (2018) menyebutkan bahwa asupan vitamin A memiliki hubungan dengan kejadian *stunting*. Berdasarkan PMK No. 23 tentang Upaya Perbaikan Gizi bayi berumur 6-11 bulan perlu mendapatkan kapsul vitamin A untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangannya. Capaian pemberian vitamin A pada bayi di Wilayah Kerja Puskesmas Seberang Padang menurun dari 79,02% tahun 2017 menjadi sebesar 69,15% pada tahun 2018. Jika dibandingkan dengan target maka capaian pada tahun 2018 belum mencapai target yaitu 100% (Kemenkes, 2014d).

Selain adanya program imunisasi, monitoring pertumbuhan baduta perlu dilakukan secara dini. Selama masa pertumbuhan dan perkembangan baduta untuk deteksi dini perlu monitoring menggunakan KMS (Kartu Menuju Sehat). Monitoring pada bayi dan baduta ini tidak hanya pemantauan berat badan saja tetapi juga memonitoring tinggi badan per umur. Berdasarkan penelitian Marume,dkk. (2017) mendapatkan masih rendahnya pengukuran TB/U di

Zimbabwe yaitu sebesar 97% bayi yang tidak terisi lengkap pengukuran TB/U. Sementara itu, *stunting* dapat diestimasi dari indikator TB/U. Pemantauan pertumbuhan balita di posyandu merupakan salah satu upaya yang sangat strategis untuk mendeteksi dini terjadinya gangguan. Pencegahan secara dini ini tentu akan berpengaruh terhadap mengurangi prevalensi *stunting*. *Screening* rutin dan *follow up* tinggi badan balita yang persisten sangat penting dalam usaha pencegahan *stunting* setelah masa kehamilan (Kemenkes, 2013a). Salah satu indikator capaian mengenai monitoring pertumbuhan adalah capaian D/S. Capaian D/S di Puskesmas Seberang Padang menurun dari 60,51% tahun 2017 menjadi 49,44% pada tahun 2018. Jika dibandingkan dengan target maka capaian pada tahun 2018 belum mencapai target yaitu 85%. Capaian pengukuran TB/U pada balita di Wilayah Kerja Puskesmas Seberang Padang pada tahun 2018 masih rendah yaitu sebesar 64,80% (Dinkes Padang, 2018).

Faktor risiko *stunting* yang berkaitan dengan 1000 HPK terdiri dari beberapa faktor risiko. Oleh karena itu perlu dilihat faktor risiko yang paling dominan di antara beberapa faktor risiko tersebut. Diharapkan dengan diketahuinya faktor risiko paling dominan atau yang paling signifikan di antara beberapa faktor risiko di tingkat masyarakat maka dapat dieksplorasi lebih lanjut secara mendalam terhadap dua sudut pandang yaitu sudut pandang puskesmas sebagai pelaksana program tentang bagaimana pelaksanaan program pencegahan *stunting* pada 1000 HPK dan sudut pandang ibu sebagai penerima layanan. Oleh karena Kota Padang mengalami peningkatan prevalensi *stunting* dari tahun sebelumnya, serta Puskesmas Seberang Padang yang memiliki angka kejadian *stunting* tertinggi se-Kota Padang maka peneliti tertarik untuk meneliti analisis pelaksanaan program pencegahan *stunting* pada 1000 HPK di Puskesmas Seberang Padang Kota Padang 2019.

## **B. Rumusan Masalah Penelitian**

Berdasarkan latar belakang meningkatnya prevalensi *stunting* dari tahun sebelumnya di Kota Padang dan Puskesmas Seberang Padang yang memiliki angka kejadian *stunting* tertinggi se-Kota Padang serta capaian program yang

berkaitan dengan 1000 HPK bermasalah maka rumusan masalah dalam penelitian ini sebagai berikut :

1. Bagaimana karakteristik responden kejadian *stunting* pada 1000 HPK di Wilayah Kerja Puskesmas Seberang Padang Kota Padang tahun 2019?
2. Bagaimana distribusi frekuensi faktor risiko kejadian *stunting* pada 1000 HPK di Wilayah Kerja Puskesmas Seberang Padang Kota Padang tahun 2019 ?
3. Apakah ada hubungan faktor risiko terhadap kejadian *stunting* pada 1000 HPK di Wilayah Kerja Puskesmas Seberang Padang Kota Padang tahun 2019?
4. Apa faktor determinan atau faktor yang paling dominan yang mempengaruhi kejadian *stunting* pada 1000 HPK di Wilayah Kerja Puskesmas Seberang Padang Kota Padang tahun 2019?
5. Bagaimana informasi mendalam mengenai faktor risiko paling dominan yang menyebabkan kejadian *stunting* pada ibu responden?
6. Bagaimana komponen (*input*, *process* dan *output*) program pencegahan *stunting* paling dominan pada 1000 HPK di Puskesmas Seberang Padang Kota Padang tahun 2019?

### C. Tujuan Penelitian

#### 1. Tujuan Umum

Adapun tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor determinan yang mempengaruhi terjadi *stunting* dan mengetahui pelaksanaan program pencegahan *stunting* 1000 HPK di Puskesmas Seberang Padang Kota Padang tahun 2019.

#### 2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus penelitian ini adalah sebagai berikut :

- a. Diketahui karakteristik responden kejadian *stunting* pada 1000 HPK di Wilayah Kerja Puskesmas Seberang Padang Kota Padang tahun 2019.



- b. Diketahui distribusi frekuensi faktor risiko kejadian *stunting* pada 1000 HPK di Wilayah Kerja Puskesmas Seberang Padang Kota Padang tahun 2019
- c. Diketahui hubungan faktor risiko terhadap kejadian *stunting* pada 1000 HPK di Wilayah Kerja Puskesmas Seberang Padang Kota Padang tahun 2019.
- d. Diketahui faktor determinan atau faktor yang paling dominan yang mempengaruhi kejadian *stunting* pada 1000 HPK di Wilayah Kerja Puskesmas Seberang Padang Kota Padang tahun 2019.
- e. Diketahui informasi mendalam mengenai faktor risiko paling dominan yang menyebabkan kejadian *stunting* pada ibu responden.
- f. Diketahui komponen (*input*, *process* dan *output*) program pencegahan *stunting* paling dominan pada 1000 HPK di Puskesmas Seberang Padang Kota Padang tahun 2019.

## D. Manfaat Penelitian

### 1. Manfaat Teoritis

Adapun manfaat teoritis penelitian ini adalah sebagai berikut :

- a. Untuk pengkayaan literatur sebagai sumbangan ilmiah tentang kejadian *stunting* bagi Fakultas Kedokteran dan juga bagi peneliti selanjutnya untuk perkembangan ilmu pengetahuan.
- b. Untuk menambah pengetahuan peneliti dalam menemukan faktor yang berpengaruh terhadap kejadian *stunting* dan evaluasi program yang berkaitan dengan faktor determinan kejadian *stunting* pada 1000 HPK di Wilayah Kerja Seberang Padang.

### 2. Manfaat Praktis

#### a. Bagi Dinas Kesehatan

Diharapkan dapat menjadi bahan informasi dan masukan bagi pemegang program Gizi khususnya kejadian *stunting* dalam mengetahui

faktor determinan atau faktor yang paling dominan yang mempengaruhi kejadian *stunting* dan evaluasi program pencegahan kejadian *stunting* di Puskesmas Seberang Padang Kota Padang tahun 2019. Adanya hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan pertimbangan dalam mengambil keputusan untuk menyusun rencana strategis yang tepat dalam usaha pengurangan prevalensi *stunting* di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kota Padang khususnya di Wilayah Kerja Puskesmas Seberang Padang.

#### **b. Bagi Masyarakat**

Diharapkan dapat menjadi bahan masukan dan sebagai informasi tambahan mengenai faktor risiko yang berhubungan dengan kejadian *stunting*. Adanya informasi ini, masyarakat dapat lebih memperhatikan dan merawat kondisi fisik dari masa kehamilan sampai dengan anak lahir dan tumbuh agar pertumbuhan dan perkembangan anak berjalan optimal sehingga anak tidak mengalami *stunting*.

### **E. Ruang Lingkup Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di Wilayah Kerja Puskesmas Seberang Padang. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor determinan atau faktor yang paling dominan yang mempengaruhi kejadian *stunting* dan mengetahui evaluasi program (*input, process* dan *output*) dari program pencegahan kejadian *stunting* pada 1000 HPK di Wilayah Kerja Puskesmas Seberang Padang Kota Padang. Pendekatan penelitian dengan *Mix Method Study* bersifat *Sequential Explanatory*. Pada penelitian kuantitatif variabel independennya terdiri dari ANC, tablet Fe ibu hamil, ASI eksklusif, MP-ASI, imunisasi lengkap, suplementasi vitamin A bayi dan status monitoring pertumbuhan. Variabel dependen adalah kejadian *stunting*. Populasi penelitian ini adalah semua ibu yang memiliki anak usia 12-24 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Seberang Padang pada tahun 2019. Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah *Simple Random Sampling*.

Setelah diketahui faktor determinan dari beberapa faktor risiko kejadian *stunting* maka perlu dilakukan analisa secara kualitatif bagaimana pelaksanaan program pencegahan *stunting* pada 1000 HPK Puskesmas Seberang Padang.

Program yang dievaluasi adalah program yang berkaitan dengan faktor determinan kejadian *stunting* atau faktor yang paling signifikan. Evaluasi dilakukan dengan pendekatan sistem yaitu terdiri dari unsur *input*, *process* dan *output*. Pendekatan kualitatif ini tidak hanya dilakukan pada tingkat puskesmas sebagai pelaksana program tetapi juga perlu dilakukan pada tingkat masyarakat yaitu ibu yang memiliki anak *stunting* sebagai penerima layanan kesehatan dari Puskesmas.



## BAB II TINJAUAN PUSTAKA

### A. *Stunting*

#### 1. Pengertian

*Stunting* merupakan masalah kekurangan gizi kronis yang diidentifikasi dengan membandingkan tinggi anak dengan standar tinggi anak pada populasi normal sesuai dengan usia dan jenis kelamin yang sama. Anak dikatakan *stunting* adalah jika tinggi anak berada di bawah  $-2$  SD dari standar WHO. *Stunting* terjadi mulai dari janin masih dalam kandungan dan baru nampak saat anak berusia dua tahun. Anak *stunting* akan mudah terinfeksi penyakit dan memiliki postur tubuh tidak optimal saat dewasa. Tidak hanya berpengaruh kepada keadaan tubuh anak, tetapi kemampuan kognitif anak dengan *stunting* akan berkurang dan mengakibatkan timbulnya masalah ekonomi baik di tingkat keluarga maupun jangka panjang bagi Indonesia (Trihono, dkk., 2015).

#### 2. Dampak *Stunting*

Prevalensi *stunting* yang tinggi mempengaruhi kesehatan, tidak hanya menurunkan resistensi terhadap penyakit infeksi seperti pneumonia dan diare tetapi juga memicu untuk pemulihan kesehatan anak yang jelek, rata-rata kematian anak yang meningkat dan beberapa konsekuensi serius lainnya (Wang, dkk., 2009). Adapun beberapa dampak *stunting* pada anak sebagai berikut (Gibney, dkk., 2010; Trihono, dkk., 2015) :

- a) Anak dengan *stunting* lebih awal yaitu sebelum usia 6 bulan, akan mengalami *stunting* lebih berat menjelang usia dua tahun. *Stunting* yang parah pada anak maka akan berpengaruh pada jangka panjang seperti anak mengalami kesulitan belajar sehingga terjadi penurunan prestasi di sekolah. Hal ini tentu akan mempengaruhi keberhasilan anak di masa yang akan datang.



- b) Anak dengan *stunting* akan menimbulkan kerugian negara di masa yang akan datang karena akan berpotensi untuk tidak mendapatkan pendidikan yang baik, miskin, serta lebih rentan terkena penyakit tidak menular seperti obesitas berpotensi penyakit kardiovaskuler, dsb.
- c) Anak dengan *stunting* lebih banyak menderita penyakit infeksi seperti ISPA dibandingkan dengan anak tidak *stunting*. Hampir pada tiap umur prevalensi ISPA lebih banyak terjadi pada anak yang pendek dibandingkan anak yang normal tinggi badannya.

### 3. Penilaian Status Gizi secara Antropometri

Antropometri berasal dari bahasa latin *antropos* dan *metros*. *Antropos* adalah tubuh sedangkan *metros* adalah ukuran. Jadi antropometri adalah ukuran dari tubuh. Antropometri adalah pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh dari berbagai tingkat umur dan tingkat gizi yang mencerminkan adanya perubahan karena pertumbuhan. Metode antropometri dapat diartikan sebagai kegiatan untuk mengukur fisik atau bagian tubuh manusia (Thamaria, 2017).

Penilaian status gizi dapat dilakukan melalui metode antropometri yang menjadikan ukuran tubuh manusia sebagai metode untuk menentukan status. Penilaian status gizi dapat diukur berdasarkan umur, berat badan (BB) dan tinggi badan/panjang badan (TB/PB). Ada tiga bentuk indeks antropometri yaitu BB/U, TB/U dan BB/TB. Untuk menilai status gizi balita, maka hasil indeks antropometri ini akan dikonversikan ke dalam nilai terstandar (*Zscore*) (Thamaria, 2017).

Indikator BB/U menunjukkan secara sensitif status gizi saat ini atau saat diukur karena mudah diubah. Indikator BB/U tidak spesifik karena berat badan selain dipengaruhi oleh umur juga dipengaruhi oleh tinggi badan. Indikator TB/U menunjukkan status gizi masa lalu. Indikator BB/TB menunjukkan secara sensitif dan spesifik status gizi saat ini (Thamaria, 2017).

#### 4. Indeks Tinggi Badan Menurut Umur (TB/U)

Keadaan pertumbuhan skeletal dapat dilihat dari tinggi badan. Pada kondisi normal tinggi badan tumbuh seiring dengan pertumbuhan umur. Tinggi badan berbeda dengan berat badan yang relatif tidak sensitif terhadap permasalahan kekurangan gizi dalam waktu yang pendek. Pengaruh kekurangan gizi terhadap tinggi badan akan nampak pada waktu yang relatif lama. Oleh karena itu tinggi badan atau indeks TB/U merupakan indeks yang menggambarkan status gizi masa lalu atau yang dapat memberikan gambaran status gizi masa lampau (Supriasa, dkk., 2014). Indikasi masalah gizi yang bersifat kronis sebagai akibat dari keadaan yang berlangsung lama seperti kekurangan asupan makanan sejak usia bayi bahkan semenjak janin sehingga mengakibatkan anak pendek (Trihono, dkk., 2015).

Indeks TB/U baik digunakan untuk melihat status gizi masa lampau yang mudah dilakukan. Namun tinggi badan tidak cepat naik, bahkan tidak mungkin turun. Pengukuran relatif sulit dilakukan karena anak harus berdiri tegak sehingga perlu dua orang melakukannya. Penentuan status gizi berdasarkan indeks tersebut, maka terdapat batasan atau klasifikasi status gizi sebagai berikut (Supriasa, dkk., 2014) :

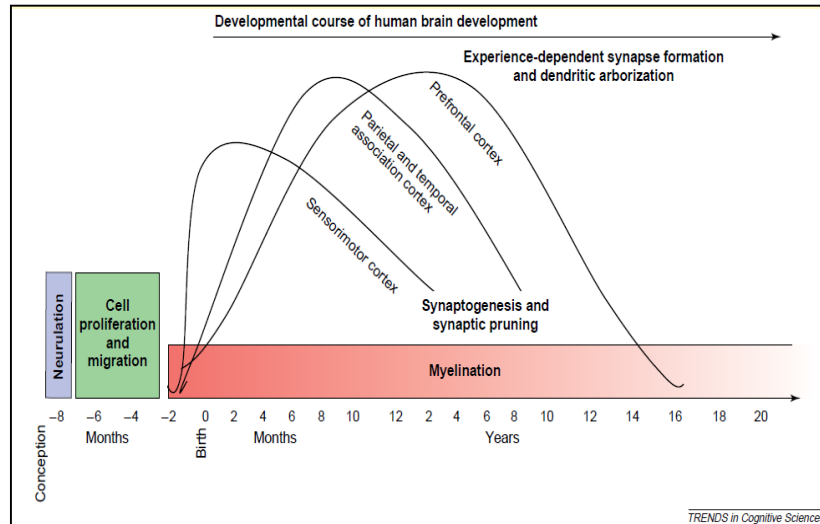
- a. Sangat Pendek :  $Zscore < -3,0$
- b. Pendek :  $Zscore \leq -3,0$  s/d  $Zscore < -2,0$
- c. Normal :  $Zscore \geq -2,0$

Anak pendek merupakan istilah untuk gabungan dari anak yang memiliki status sangat pendek dan pendek atau yang disebut dengan *stunting*.

#### B. Periode 1000 HPK

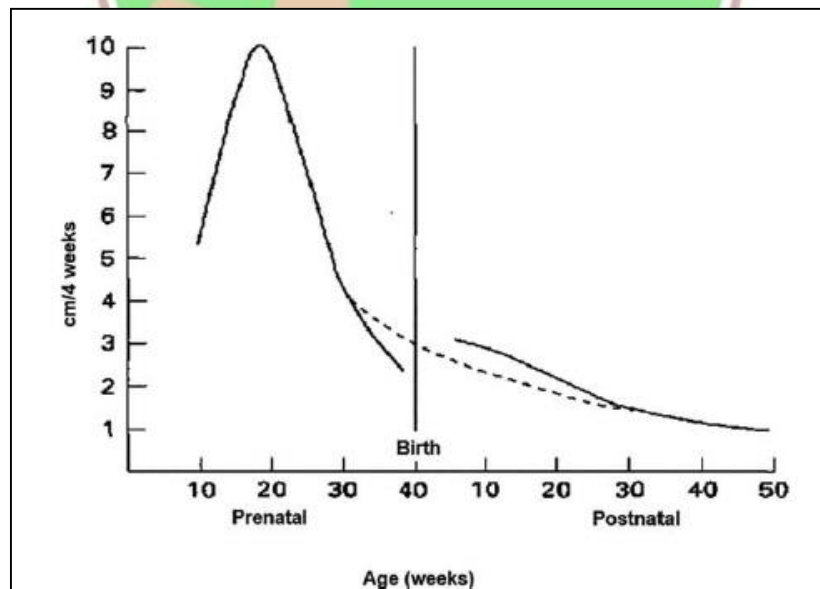
Kejadian *stunting* merupakan masalah gizi kronik yang disebabkan oleh banyak penyebab atau multi faktor atau multi dimensi. Intervensi yang paling menentukan adalah intervensi yang dilakukan pada 1000 HPK. Hal ini sebabkan karena masa 1000 HPK merupakan masa yang tepat dalam usaha peningkatan nutrisi. Masa ini disebut dengan *window of opportunity* yang memiliki dampak yang cukup besar. Apabila terjadi malnutrisi pada masa tersebut maka akan berdampak permanen dan jangka panjang. Pada 1000 HPK ini sistem organ

mengalami peningkatan pertumbuhan dan perkembangan yang sangat cepat. Pertumbuhan dan perkembangan otak terjadi pada periode ini. Hal ini dapat dilihat pada gambar di bawah ini :



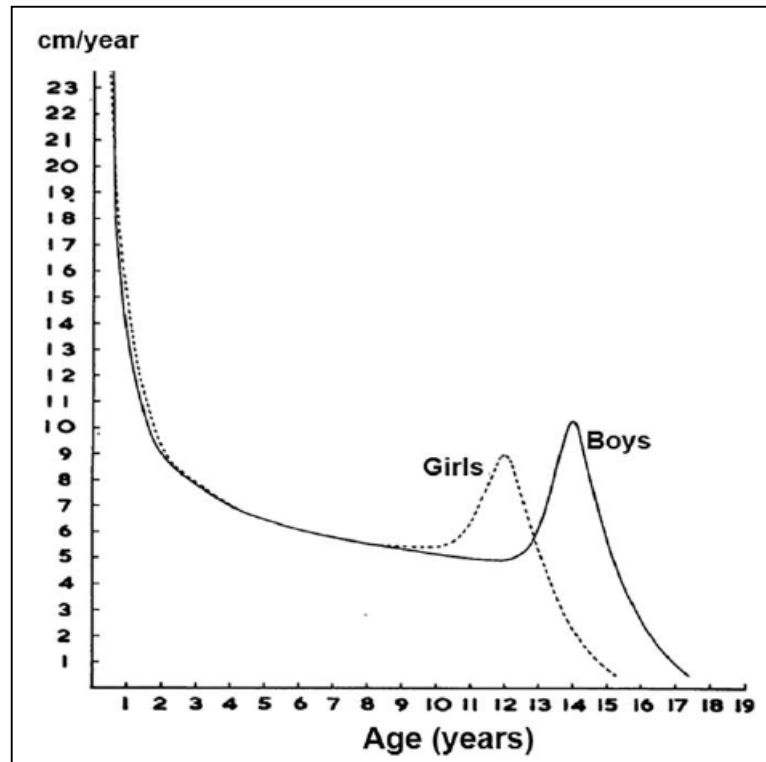
Gambar 1 Perkembangan Otak Manusia (*B.J. Casey .2005*)

Pertumbuhan linear tampak pada pertumbuhan tulang, otot, dan lemak. Selama kehamilan janin mengalami pertumbuhan linear hingga kecepatan pertumbuhan maksimum sampai pada 20 minggu pertama masa kehamilan yaitu 10 cm per 4 minggu. Hal ini dapat dilihat pada gambar di bawah ini :



Gambar 2 Kecepatan Pertumbuhan Linear Pada Masa Prenatal Dan Postnatal (*Sumber : J.M. Tenner, 1966*)

Pertumbuhan linear ini akan berlanjut pada masa setelah bayi dilahirkan yaitu pada usia 1-2 tahun dan kembali meningkat pada umur 11 tahun pada anak perempuan dan 13 tahun pada anak laki-laki. Hal ini dapat dilihat pada gambar di bawah ini:



Gambar 3 Kecepatan Pertumbuhan Tinggi Badan (Sumber: J.M. Tenner, 1966)

### C. Faktor Risiko *Stunting*

*Stunting* merupakan permasalahan yang terjadi secara tersembunyi. Hal ini dikarenakan bahwa pendek terjadi karena dampak kekurangan gizi kronis selama 1000 HPK anak. Apabila anak sudah mengalami *stunting* maka kerusakan perkembangan anak tidak bisa diubah atau bersifat *irreversible*. Menurut UNICEF (1990) faktor yang menyebabkan *stunting* terdiri *immediate causes* atau penyebab langsung yaitu kurangnya asupan gizi, dan penyakit infeksi. *Underlying causes* atau penyebab tidak langsung tingkat keluarga yaitu, kebersihan lingkungan dan akses terhadap layanan kesehatan, pola asuh, ketersediaan dan pola konsumsi rumah tangga. *Basic causes* atau penyebab dasar tingkat masyarakat yaitu pendidikan, politik dan pemerintahan, kepemimpinan sumber daya dan keuangan serta sosial ekonomi politik dan lingkungan (Martorell, 2017). Faktor penyebab



*stunting* yang juga menjadi bagian dalam program spesifik untuk mencegah *stunting* pada 1000 HPK adalah pemberian ASI eksklusif, Inisiasi Menyusui Dini (IMD), MP-ASI, akses layanan kesehatan seperti *Ante Natal Care* (ANC), pemberian tablet Fe ibu hamil, pemberian suplementasi vitamin A pada bayi, imunisasi dasar, pemberian makanan tambahan, dan monitoring pertumbuhan (Kemenkes, 2013a)

Berikut faktor risiko langsung dan tidak langsung *stunting* serta faktor risiko *stunting* yang juga menjadi bagian dalam program spesifik untuk mencegah *stunting* pada 1000 HPK:

### 1. Asupan Makanan dan Pola Asuh

*Stunting* merupakan akibat dari akumulasi tidak tercukupinya asupan makanan yang bergizi secara terus menerus baik disertai atau tidak oleh kondisi kesehatan yang buruk dan pengasuhan yang kurang dari orang tua. Asupan makanan merupakan penyebab langsung terjadinya *stunting*. Asupan zat gizi yang berpengaruh terhadap pertumbuhan linear adalah zat gizi mikro yaitu zat gizi vitamin A, seng dan zat besi. Selain itu asupan energi dan asupan protein juga dibutuhkan balita untuk pertumbuhan dan perkembangannya. Apabila zat gizi tidak terpenuhi maka akan menderita malnutrisi. Asupan makanan yang kurang juga dapat mengakibatkan lemahnya daya tahan tubuh yang dapat menimbulkan penyakit infeksi (Fatimah dan Wirjatmadi, 2018). Pola asuh orang tua juga dapat menyebabkan *stunting* pada anak. Pola asuh ibu sangat erat kaitannya dengan bagaimana ibu memberikan makanan, praktek kebersihan dan pengobatan terhadap anak. Sebagian besar orang tua memiliki masalah dalam pola asuh yang kurang dalam pemberian praktek makanan. Di Aceh orang tua dengan pola asuh yang kurang dalam pemberian makanan pada anak memiliki risiko 4,59 kali untuk mengalami *stunting* (Lestari, dkk., 2014).

## 2. Penyakit Infeksi dan Kebersihan Lingkungan

Penyakit infeksi merupakan penyebab langsung terjadinya *stunting*. Penyakit infeksi berhubungan dengan tingginya kejadian penyakit menular dan buruknya kesehatan lingkungan. Penyakit infeksi ini terdiri dari diare, cacingan dan penyakit pernapasan akut (ISPA). Faktor ini berkaitan dengan mutu pelayanan kesehatan yang diberikan oleh pelayan kesehatan dasar khususnya imunisasi, kualitas lingkungan dan perilaku hidup bersih dan sehat. Imunisasi yang terkait pada balita adalah imunisasi lengkap yang diberikan oleh tenaga kesehatan. Selain itu, penyakit infeksi juga erat kaitannya dengan ketersediaan air bersih, sarana sanitasi, dan perilaku hidup sehat seperti kebiasaan cuci tangan dengan sabun, buang air besar di jamban, tidak merokok, sirkulasi udara dalam rumah dan sebagainya (Kemenkes, 2013a). Anak yang menderita diare selama 2 bulan terakhir penelitian dilakukan, memiliki risiko 5,04 kali untuk terkena *stunting* dibandingkan anak yang tidak pernah mengalami diare. Sedangkan anak yang terkena ISPA memiliki risiko sebesar 5,71 kali untuk menjadi *stunting* dibandingkan dengan anak yang tidak pernah mengalami ISPA 1 bulan terakhir (Lestari, dkk., 2014).

## 3. Status Ekonomi

Status ekonomi merupakan faktor risiko terjadinya *stunting*. Berdasarkan penelitian di Aceh ditemukan hubungan antara pendapatan keluarga dengan kejadian *stunting*. Keluarga yang memiliki pendapatan rendah akan berisiko sebesar 8,5 kali untuk memiliki anak *stunting* dibandingkan dengan pendapatan yang tinggi. Hal ini tentu berkaitan dengan daya beli untuk peningkatan konsumsi energi keluarga serta peningkatan status gizi juga rendah (Lestari, dkk., 2014).

#### 4. Akses layanan kesehatan

Akses terhadap layanan kesehatan juga menjadi penyebab anak *stunting*. Hal ini terlihat bahwa cakupan pelayanan baik ketersediaan, akses layanan, dan kualitas yang diberikan masih menjadi kendala. Cakupan pelayanan yang masih rendah seperti imunisasi lengkap, suplementasi tablet besi-folat pada ibu hamil, pemantauan KMS dan SKDN, promosi IMD, ASI Eksklusif, cakupan garam beryodium dan sebagainya (Kemenkes, 2013a). Berdasarkan penelitian perbaikan indeks pelayanan kesehatan dengan memperhatikan kecukupan dokter, bidan, posyandu, persalinan oleh nakes, dan jaminan pelayanan kesehatan di setiap kabupaten/kota dapat mengurangi masalah pendek pada balita dan anak pendek (Trihono, dkk., 2015).

#### 5. *Ante Natal Care* (ANC)

##### a. Standar Pelayanan Antenatal Care

Asuhan antenatal atau yang disebut dengan ANC bertujuan untuk menghindari risiko komplikasi pada kehamilan dan persalinan. Dianjurkan untuk setiap ibu hamil untuk melakukan kunjungan antenatal komprehensif yang berkualitas minimal 4 kali, termasuk 1 kali kunjungan diantar suami atau pasangan atau anggota keluarga dengan rincian kunjungan pada gambar di bawah ini (Kemenkes, 2014f) :

Tabel 1 Kunjungan Pemeriksaan Antenatal

Trisemester	Jumlah Kunjungan Minimal	Waktu Kunjungan yang di anjurkan
I	1 x	0-12 minggu
II	1 x	>12 -24 minggu
III	2 x	>24 minggu-kelahiran

Adapun beberapa tujuan ANC adalah sebagai berikut: (Jannah, 2012)

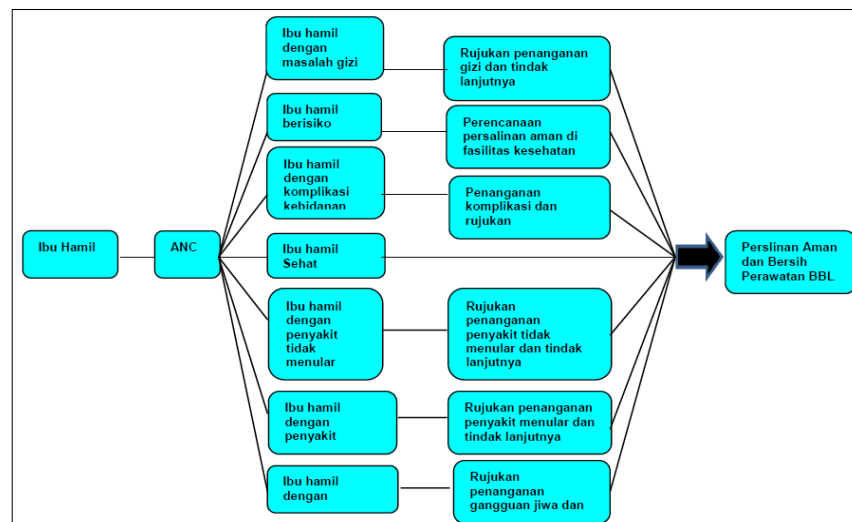
- 1) Mempromosikan dan menjaga kesehatan fisik dan mental ibu dan bayi dengan pendidikan, nutrisi, kebersihan diri, serta proses kelahiran bayi.
- 2) Mendeteksi dan menatalaksana komplikasi selama kehamilan.

- 3) Memantau kemajuan kehamilan, memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang janin.
- 4) Memastikan adanya persiapan persalinan serta kesiapan menghadapi komplikasi.
- 5) Membantu ibu dalam persiapan untuk menyusui dengan sukses, menjalankan nifas normal, serta merawat anak baik secara fisik, psikologis, dan sosial.
- 6) Mempersiapkan ibu dan keluarga dapat berperan dengan baik dalam memelihara bayi agar dapat tumbuh dan berkembang normal.

**b. ANC Komprehensif**

ANC komprehensif adalah ibu mendapatkan pemeriksaan kehamilan dengan kontak lengkap atau yang disebut dengan K4 lengkap. K4 lengkap adalah ibu hamil dengan kontak 4 kali atau lebih dengan tenaga kesehatan yang mempunyai kompetensi, untuk mendapatkan pelayanan terpadu dan komprehensif sesuai standar (1-1-2). Kontak 4 kali dilakukan minimal satu kali pada trimester I (0-12 minggu), minimal satu kali pada trimester ke-2 (>12-24 minggu), dan minimal 2 kali pada trimester ke-3 (>24 minggu sampai dengan kelahiran). Kunjungan antenatal bisa lebih dari 4 kali sesuai kebutuhan dan jika ada keluhan, penyakit atau gangguan kehamilan (Kemenkes, 2014f). Berikut kerangka konsep pelayanan ANC komprehensif dapat dilihat dari gambar di bawah ini (Kemenkes, 2014f) :





Gambar 4 Kerangka Konsep Pelayanan ANC Komprehensif

### c. Hubungan ANC dan *Stunting*

Berdasarkan studi kohor tumbuh kembang anak oleh Balitbangkes membuktikan bahwa faktor ibu selama masa kehamilan menentukan panjang lahir bayi. Kondisi ibu selama kehamilan sangat berpengaruh kepada pertumbuhan janin di kandungan. Jika pertumbuhan bayi di dalam kandungan terhambat maka akan berisiko pada panjang lahir bayi. Menurut penelitian Fitrah Ernawati dalam Trihono, dkk. (2015) di Bogor membuktikan bahwa panjang bayi lahir akan berpengaruh kepada anak dengan *stunting*.

Selama masa kehamilan layanan ANC mempengaruhi anak menjadi *stunting*. Hal ini dibuktikan dari hasil penelitian Najahah (2013) di Nusa Tenggara Barat bahwa kunjungan ANC pada ibu hamil merupakan faktor dominan meningkatkan risiko *stunting*. Kunjungan ANC yang tidak sesuai standar berperan terhadap kejadian *stunting* sebesar 40% ANC yang sesuai dengan standar pada ibu hamil berhubungan dengan anak yang *stunting*. Ibu yang melahirkan anak kecil saat lahir atau BBLR signifikan memiliki anak dengan status *stunting* (Prمود Singh, dkk., 2009). Berdasarkan penelitian Torlesse, dkk. (2016) menyatakan bahwa ibu mendapatkan layanan ANC minimal 4 kali selama kehamilan. Prevalensi *stunting* juga signifikan rendah pada anak-anak dengan ibu yang memiliki akses yang

baik dengan fasilitas kesehatan. Hal ini berkaitan dengan ibu yang mendapatkan layanan ANC yang layak baik itu ke dokter, bidan maupun fasilitas kesehatan seperti puskesmas.

## 6. Tablet Fe ibu Hamil

### a. Pengertian

Pemberian tablet Fe ibu hamil merupakan salah satu pencegahan anemia yang akan terjadi pada ibu hamil selain upaya dari sumber makanan. Tablet Fe diberikan pada ibu hamil minimal sebanyak 90 tablet selama kehamilan yang berguna untuk mencegah kekurangan darah saat kehamilan. Apabila terjadi anemia pada ibu akan mengakibatkan pendarahan, penyakit darah dan kelainan tubuh. Tablet Fe diberikan kepada ibu dan dikonsumsi 1 tablet per hari selama 90 hari. Diharapkan dengan adanya pemberian tablet Fe kepada ibu hamil dapat terhindar dari anemia (Kemenkes, 2014b).

### b. Hubungan Tablet Fe dan *Stunting*

Berdasarkan penelitian Sumiaty (2017) asupan tablet Fe pada ibu hamil berhubungan kejadian *stunting* pada anak di bawah usia dua tahun. Anemia pada ibu hamil dapat mengakibatkan komplikasi, partus lama, kontraksi tidak bagus, keguguran dan kelahiran prematur hingga pendarahan. Selain itu, anemia juga dapat mengakibatkan pertumbuhan janin terhambat, BBLR, lahir dengan cadangan zat besi yang kurang, serta cacat bawaan (Kemenkes, 2014b). Berdasarkan penelitian Wellina,dkk. (2016) menyatakan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara kejadian BBLR dengan *stunting*. Anak yang lahir dengan BBLR maka berisiko 3,63 kali menjadi *stunting* dibandingkan dengan anak yang lahir tidak BBLR.

## 7. IMD, ASI Eksklusif dan MP-ASI

### a. Pengertian

Inisiasi Menyusui Dini adalah proses penting bagi bayi setelah lahir untuk disusui segera dengan cara meletakkan bayi di dada ibu agar berusaha mencari puting susu ibunya. Upaya menyusui dalam 1 jam pertama kelahiran ini sangat penting selain untuk mendapatkan asupan paling bernutrisi bagi bayi tetapi juga untuk keberhasilan proses menyusui selanjutnya. Hal ini disebabkan bahwa proses IMD akan merangsang produksi ASI dan memperkuat reflek menghisap bayi hingga ASI Eksklusif (Kemenkes, 2014b).

Menurut Peraturan Pemerintah No 33 tahun 2012 tentang Pemberian ASI Eksklusif menyebutkan bahwa ASI Eksklusif merupakan ASI yang diberikan kepada bayi sejak dilahirkan hingga usia 6 bulan tanpa memberikan atau mengganti atau menambahkan dengan makanan atau minuman lain. ASI Eksklusif dianjurkan untuk terus diberikan kepada bayi dengan tujuan tumbuh kembang bayi terjamin (Peraturan Pemerintah, 2012)

MP-ASI adalah makanan atau minuman yang mengandung zat gizi yang diberikan kepada anak mulai dari usia 6 bulan hingga anak berusia 2 tahun. MP-ASI berguna untuk memenuhi kebutuhan gizi selain ASI. MP-ASI diberikan secara bertahap kepada anak sesuai dengan usianya. MP-ASI sangat berguna untuk baduta karena di usia anak 6-12 bulan, ASI hanya memenuhi 1/2 dari kebutuhan bayi, sedangkan di usia 12-24 bulan ASI hanya memenuhi 1/3 dari kebutuhan baduta (Kemenkes, 2014e).

### b. Hubungan IMD, ASI Eksklusif , MP-ASI dan *Stunting*

Berdasarkan penelitian Sumiaty (2017) IMD berhubungan dengan kejadian *stunting*. Penelitian ini sejalan dengan penelitian Permadi,dkk. (2016) mendapatkan hasil penelitian bahwa IMD memiliki hubungan signifikan dengan kejadian *stunting*. Bayi yang tidak mendapatkan IMD

berisiko 3,6 kali mengalami *stunting* dibandingkan dengan bayi yang mendapatkan IMD

Berdasarkan penelitian Ni'mah dan Nadhiroh (2016) menemukan bahwa balita dengan riwayat tidak ASI Eksklusif berisiko mengalami *stunting* sebesar 4,6 kali dibandingkan dengan balita dengan riwayat ASI Eksklusif. ASI memiliki banyak manfaat, misalnya dapat meningkatkan imunitas anak terhadap penyakit infeksi.

Di Ethiopia ditemukan bahwa anak yang mendapatkan ASI Eksklusif lebih sedikit kemungkinan untuk terkena *stunting* dibandingkan non-ASI Eksklusif. WHO merekomendasi untuk memberikan ASI Eksklusif selama 6 bulan tanpa tambahan apapun dan dilanjutkan hingga anak 2 tahun disertai dengan makanan pendamping. Pemberian ASI Eksklusif yang optimal secara konsisten berhubungan dengan pengurangan atau penurunan kematian dan kesakitan pada balita (Wirth,dkk., 2017).

MP-ASI memiliki hubungan yang signifikan dengan kejadian *stunting*. Berdasarkan penelitian Al-Rahmad, dkk. (2013) di Banda Aceh MP-ASI berhubungan dengan kejadian *stunting*. Anak yang tidak mendapatkan MP-ASI dengan baik berisiko 3,4 kali untuk terkena *stunting* dibandingkan dengan anak yang tidak mendapatkan MP-ASI dengan baik.

## 8. Imunisasi

### a. Pengertian

Imunisasi adalah suatu upaya yang dilakukan untuk menimbulkan/meningkatkan kekebalan tubuh manusia sehingga apabila terpajan oleh penyakit tersebut tidak akan menderita sakit atau hanya mengalami sakit ringan. Imunisasi rutin terdiri dari imunisasi dasar dan imunisasi lanjutan. Imunisasi dasar diberikan pada bayi sebelum berusia 1 tahun. Imunisasi dasar terdiri dari (Kemenkes, 2017) :

- 1) Hepatitis B;
- 2) Poliomyelitis;



- 3) Tuberkulosis;
- 4) Difteri;
- 5) Pertusis;
- 6) Tetanus;
- 7) Pneumonia dan meningitis yang disebabkan oleh Hemophilus Influenza tipe b (Hib); dan
- 8) Campak.

Sedangkan imunisasi lanjutan adalah imunisasi ulangan imunisasi dasar untuk mempertahankan tingkat kekebalan dan untuk memperpanjang masa perlindungan anak yang sudah mendapatkan imunisasi dasar. Imunisasi lanjutan diberikan kepada baduta, anak usia sekolah dasar dan wanita usia subur. Imunisasi lanjutan yang diberikan pada baduta terdiri dari imunisasi terhadap penyakit:

- 1) Difteri, pertusis, tetanus,
- 2) Hepatitis b, pneumonia dan meningitis yang disebabkan oleh hemophilus influenza tipe b (hib),
- 3) Serta campak

#### **b. Jadwal Imunisasi**

Adapun jadwal imunisasi dasar dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

Tabel 2 Jadwal Imunisasi Dasar

Umur	Jenis	Interval Minimal untuk Jenis Imunisasi yang sama
0-24 jam	Hepatitis B	<24 jam pasca persalinan dengan didahului suntikan vitamin K1 2-3 jam sebelumnya. Untuk akses sulit <7 hari
1 bulan	BCG. Polio 1	Sebelum dipulangkan dari RS, Klinik dll. Optimal hingga usia 2 bulan, dan <1 tahun tanpa perlu uji tes mantoux
2 bulan	DPT-HB-Hib1, Polio 2	1 bulan
3 bulan	DPT-HB-Hib2, Polio 3	
4 bulan	DPT-HB-Hib3, Polio 4, IPV	
9 bulan	Campak	

Catatan :

- 1) Bayi yang telah mendapatkan Imunisasi dasar DPT-HB-Hib 1, DPT-HB-Hib 2, dan DPT-HB-Hib 3 dengan jadwal dan interval sebagaimana yang tercantum dalam tabel di atas, maka dinyatakan mempunyai status Imunisasi T2. Jadwal imunisasi lanjutan bagi anak baduta adalah sebagai berikut :

Tabel 3 Jadwal Imunisasi Lanjutan Baduta

Umur	Jenis Imunisasi	Interval minimal setelah Imunisasi dasar
18 bulan	DPT-HB-Hib Campak	12 bulan dari DPT-HB-Hib3 6 bulan dari campak dosis pertama

Catatan:

- 1) Pemberian Imunisasi lanjutan pada baduta DPT-HB-Hib dan Campak dapat diberikan dalam rentang usia 18-24 bulan
- 2) Baduta yang telah lengkap Imunisasi dasar dan mendapatkan Imunisasi lanjutan DPT-HB-Hib dinyatakan mempunyai status Imunisasi T3.

### c. Hubungan Imunisasi dan *Stunting*

Imunisasi dasar yang diberikan kepada anak baduta mempengaruhi perkembangan tubuh anak. Anak baduta yang tidak mendapatkan imunisasi lengkap berhubungan dengan kejadian *stunting*. Berdasarkan penelitian di Sulawesi Tengah pada anak baduta tahun 2018 ditemukan bahwa kelengkapan imunisasi dasar berhubungan dengan kejadian *stunting* pada anak baduta. Faktor yang dapat meningkatkan risiko untuk terjadi *stunting* pada periode 1000 HPK adalah tidak melakukan imunisasi. Hal ini disebabkan bahwa anak yang tidak mendapatkan imunitas pasif ini akan meningkatkan risiko terjadinya infeksi (Nasrul, 2018). Hal ini terbukti dalam sebuah penelitian di Moramanga dan Morondava di Madagascar bahwa anak *stunting* lebih banyak pada anak yang terkena infeksi dibandingkan yang tidak. Penyakit infeksi ini

selanjutnya dapat mengakibatkan kegagalan pertumbuhan pada anak dan berkontribusi untuk mengalami *stunting* (Rabaoarisoa,dkk., 2017).

## 9. Suplementasi Vit A

### a. Pengertian dan standar

Berdasarkan Kementerian Kesehatan RI pemberian kapsul vitamin A diberikan sebanyak 2 kali hingga berumur 1 tahun. Umur bayi dan dosis kapsul vitamin A yang harus didapatkan oleh anak baduta dapat dilihat pada tabel di bawah ini (Kemenkes, 2016) :

Tabel 4 Dosis Pemberian Kapsul Vit A Pada Baduta

No	Umur	Dosis Vitamin A
1	6-8 bulan	Kapsul Vit A Biru (100.000 SI)
2	9-11 bulan	Kapsul Vit A Biru (100.000 SI)
3	12-23 bulan	Kapsul Vitamin A Merah (200.000 SI), bila tidak ada maka dapat diganti dengan 2 kapsul Vitamin A Biru

## 10. Monitoring Pertumbuhan

### a. Pengertian dan Standar

Berdasarkan PMK No. 25 tentang Upaya Kesehatan Anak menyebutkan pada pasal 21 tentang pelayanan yang harus dilakukan untuk bayi salah satunya adalah pemantauan pertumbuhan. Pemantauan pertumbuhan ini dilakukan pada anak usia 0 hingga 72 bulan melalui penimbangan berat badan setiap bulan dan pengukuran tinggi setiap 3 bulan serta pengukuran lingkaran kepala sesuai jadwal (Kemenkes, 2014c).

Pengukuran tinggi badan anak usia di bawah dua tahun harus sudah dilakukan sebanyak 8 kali. Jika kecil dari 8 kali pengukuran tinggi badan melalui kunjungan posyandu maka dapat dikatakan kegiatan monitoring pertumbuhan anak tidak berjalan optimal sesuai standar yang sudah ditetapkan (Kemenkes, 2014c).

Berdasarkan penelitian Destiadi,dkk. (2016) menyebutkan bahwa terdapat hubungan frekuensi kunjungan ke posyandu <8 kali terhadap kejadian *stunting*. Ditemukan bahwa terdapat risiko 3 kali pada anak yang mendapatkan kunjungan ke posyandu <8 kali terkena *stunting*

dibandingkan dengan anak yang mendapatkan kunjungan ke posyandu >8 kali. Faktor risiko ini menjadi penyebab kejadian *stunting* adalah bahwa anak yang melakukan kunjungan ke posyandu secara rutin maka pertumbuhan anak menjadi lebih terpantau lebih cepat apabila mengalami gangguan.

### b. Cara Pengukuran Tinggi Badan

Pengukuran tinggi badan terbagi menjadi 2 cara yaitu :

#### 1) Cara mengukur dengan posisi berbaring

Pengukuran tinggi badan pada anak di bawah dua tahun dengan posisi berbaring ini dapat dilakukan dengan langkah-langkah berikut :

- a) Pengukuran dengan cara ini sebaiknya dilakukan oleh 2 orang.
- b) Setelah itu bayi dibaringkan telentang pada alas yang datar.
- c) Kepala bayi menempel pada pembatas angka 0.
- d) Petugas 1 memegang kepala bayi dengan kedua tangan agar tetap menempel pada pembatas angka 0 (pembatas kepala).
- e) Petugas 2 menekan lutut bayi agar lurus dengan tangan kiri sementara tangan kanan menekan batas kaki ke telapak kaki.
- f) Petugas 2 membaca angka di tepi di luar pengukur.

#### 2) Cara mengukur dengan posisi berdiri

Pengukuran tinggi badan pada anak di bawah dua tahun dengan posisi berdiri ini dapat dilakukan dengan langkah-langkah berikut :

- a) Anak tidak memakai sandal atau sepatu.
- b) Anak berdiri tegak menghadap ke depan.
- c) Punggung, pantat dan tumit menempel pada tiang pengukur.



- d) Batas atas pengukur diturunkan sampai menempel di ubun-ubun anak.
- e) Baca angka pada batas tersebut.

## D. Model Evaluasi

### 1. Pengertian

Model evaluasi merupakan bentuk penjabaran teori evaluasi dalam praktek melaksanakan evaluasi. Suatu model evaluasi merupakan pengertian mengenai sebuah evaluasi dan bagaimana proses melaksanakannya. Terdapat beberapa model evaluasi yaitu (Wirawan, 2011) :

- a. Model evaluasi berbasis tujuan
- b. Model evaluasi bebas tujuan
- c. Model evaluasi formatif dan sumatif
- d. Model evaluasi *Context Input Process dan Product* (CIPP)
- e. Model evaluasi sistem analisis

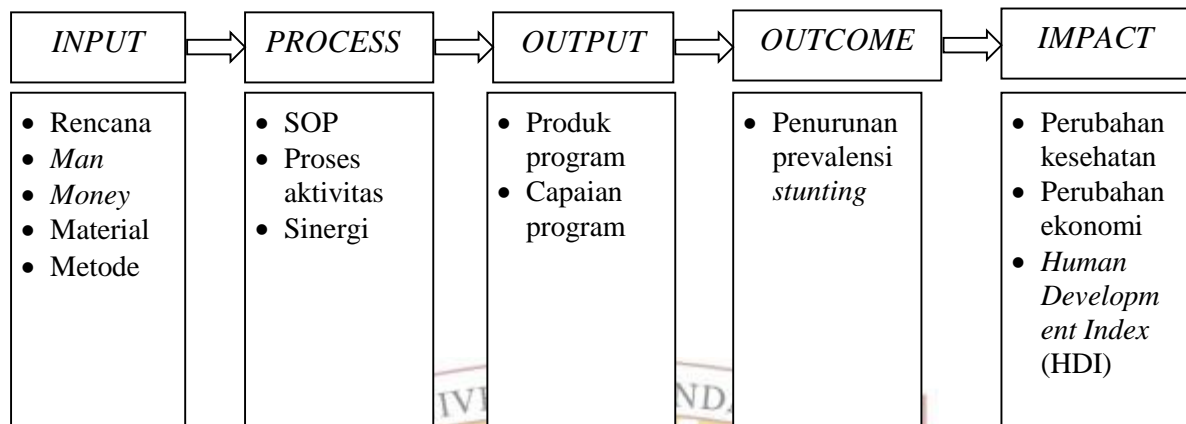
Pada penelitian ini menggunakan evaluasi sistem analisis maka perlu dibahas lebih lanjut mengenai model evaluasi sistem analisis.

### 2. Model Evaluasi Sistem Analisis

Model evaluasi sistem merupakan model yang sering dan banyak dipakai yang biasanya disebut dengan model evaluasi sistem analisis (System Analisis Evaluation Model). Ilmuwan yang pertama kali menemukan teori umum sistem adalah Karl Luwig Von Bertalanffy (1951) seorang biolog Jerman. Teori ini menyebutkan bahwa untuk memahami sesuatu perlu memahami secara keseluruhan (Wirawan, 2011).

Sistem diformulasikan ke dalam model linear proses produksi yang terdiri dari masukan (*input*), proses (*process*), keluaran (*output*), akibat (*outcome*) dan pengaruh (*impact*). Model evaluasi sistem analisis ini terdapat 5 jenis yaitu : evaluasi masukan (*input evaluation*), evaluasi proses (*process evaluation*), evaluasi keluaran (*output evaluation*), evaluasi akibat (*outcome*

*evaluation*) dan evaluasi pengaruh (*impact evaluation*). Model evaluasi sistem analisis dapat dilihat pada gambar di bawah ini :



Gambar 5 Model Evaluasi Sistem

Di bawah ini akan dibahas kelima jenis evaluasi tersebut sebagai berikut:

a. Evaluasi masukan (*Input Evaluation*)

Evaluasi masukan merupakan evaluasi yang bertujuan untuk menjangkau, menganalisis, dan menilai kecukupan kuantitas dan kualitas masukan yang diperlukan untuk merencanakan dan melakukan program. Contohnya adalah program pencegahan *stunting* khususnya di program pengukuran panjang badan baduta rutin. Hal yang menjadi masukan adalah rencana, manusia atau pemimpin, staf, alat, anggaran, fasilitas dan lain-lain.

b. Evaluasi proses (*Process Evaluation*)

Evaluasi proses merupakan evaluasi yang memfokuskan pada pelaksanaan program apakah sudah sesuai dengan standar operasional prosedur. Evaluasi ini juga perlu menjawab apakah input program sudah berjalan saling bersinergi.

c. Evaluasi keluaran (*Output Evaluation*)

Evaluasi keluaran adalah evaluasi yang dilakukan untuk mengukur dan menilai keluaran dari program. Evaluasi ini menjawab pertanyaan seberapa baik masyarakat mendapatkan layanan. *Output*

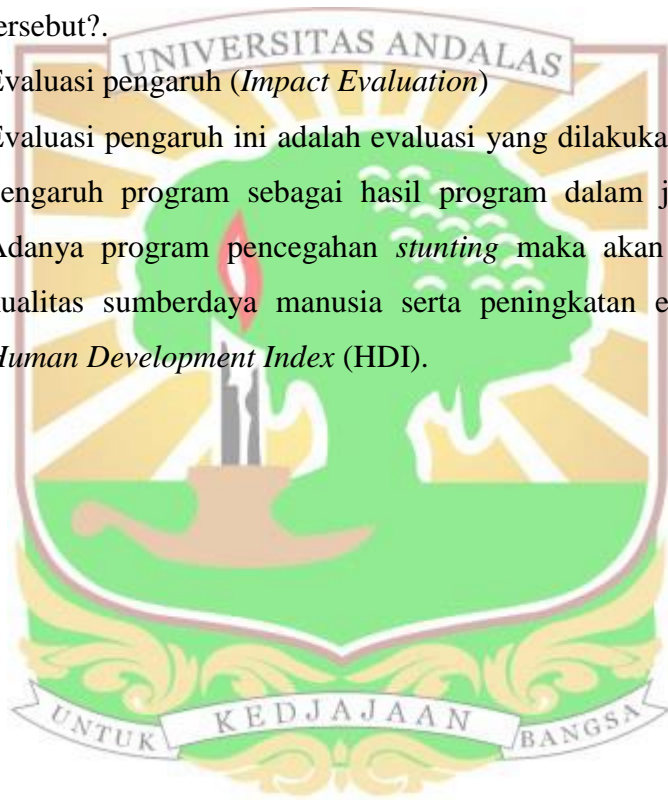
yang dievaluasi dalam program di puskesmas juga dapat dilihat dari capaian program.

d. Evaluasi akibat (*Outcome Evaluation*)

Evaluasi akibat ini adalah evaluasi yang dilakukan untuk melihat adanya perubahan yang didapatkan akibat adanya program tersebut. Evaluasi ini adalah mencari jawaban dari pertanyaan seperti : apakah program ini dapat mengubah masyarakat seperti yang diharapkan?. Evaluasi ini juga menjawab pertanyaan tentang : Apakah terdapat perbaikan gizi atau penurunan *stunting* akibat dijalankannya program tersebut?.

e. Evaluasi pengaruh (*Impact Evaluation*)

Evaluasi pengaruh ini adalah evaluasi yang dilakukan untuk melihat pengaruh program sebagai hasil program dalam jangka panjang. Adanya program pencegahan *stunting* maka akan mempengaruhi kualitas sumberdaya manusia serta peningkatan ekonomi hingga *Human Development Index* (HDI).



## E. Telaah Sistematis

Adapun telaah sistematis penelitian dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

Tabel 5 Telaah Sistematis Penelitian

No	Penulis	Tahun	Judul	Desain	Variabel	Kesimpulan
1.	Nasrul	2018	Pengendalian Risiko Baduta di Sulawesi Tengah	Faktor <i>Stunting</i> Anak di Sulawesi	<i>Cross Sectional Study</i> a. Berat Badan Lahir b. Kelompok Usia c. Jenis Kelamin d. Tinggi Badan Ibu e. Umur Ibu f. Jarak Kelahiran g. Paritas h. Usia Kehamilan i. Lama Pendidikan Ibu j. Jumlah ART k. Pemberian MP-ASI l. Asupan Snack m. Inisiasi Menyusui Dini n. Pemberian Kolostrum o. Pemberian Makanan Pre-lakteal p. Mencuci Tangan q. Riwayat Penyakit Diare r. Kelengkapan Imunisasi Dasar Anak s. Keterpaparan Asap Rokok t. Partisipasi Ke posyandu u. Kepemilikan Jamban v. Sumber Air	Berat Badan Lahir, Kelompok Usia, Umur Ibu, Jarak Kelahiran, Usia Kehamilan, Lama Pendidikan Ibu, Mencuci Tangan, Riwayat Penyakit Diare, Kelengkapan Imunisasi Dasar Anak, Keterpaparan Asap Rokok, Kepemilikan Jamban Dan Sumber Air Bersih Berhubungan dengan Kejadian <i>Stunting</i>



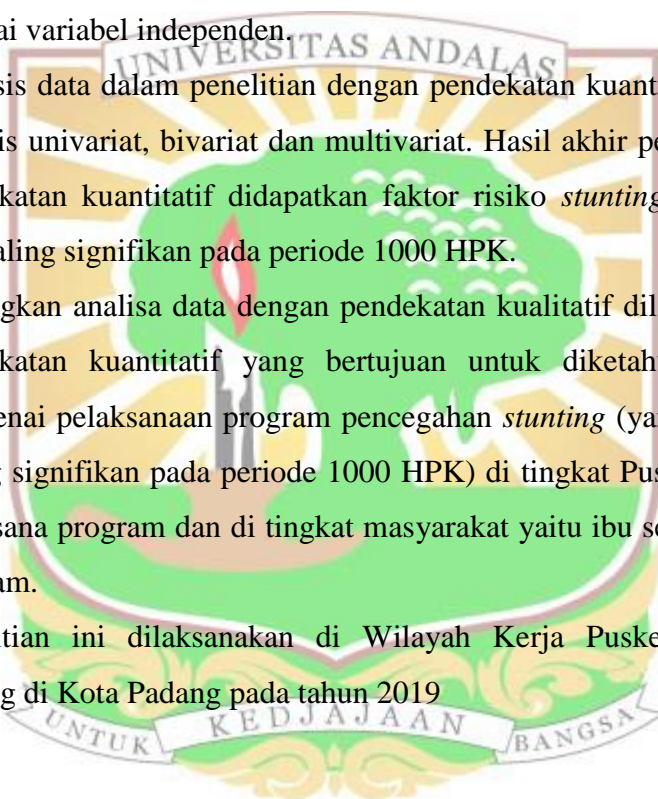
No	Penulis	Tahun	Judul	Desain	Variabel	Kesimpulan
2	Sumiaty	2017	Pengaruh Faktor Ibu Dan Pola Menyusui Terhadap <i>Stunting</i> Baduta 6-23 Bulan Di Kota Palu Propinsi Sulawesi Tengah	<i>Retrospectiv Cohort Study</i>	a. Status Gizi Ibu b. Pendidikan Ibu c. ASI Eksklusif d. Tinggi Badan Ibu e. Usia Melahirkan f. Usia Kehamilan g. Jarak Kelahiran h. Hipertensi Kehamilan i. Diabetes Kehamilan j. Paritas k. IMD l. Kolostrum m. Makanan Pralakteal n. Status Menyusui kini o. Durasi Menyusui p. Lama Menyusui q. ANC r. PNC s. Kelas Ibu Hamil t. Asupan Fe u. Asupan Tablet Kalsium	IMD, Makanan Pralakteal Status Menyusui Kini, Durasi Menyusui, Lama Menyusui, ANC, PNC, Asupan Fe berhubungan dengan Kejadian <i>Stunting</i>
3.	M Rizal Permadi, Diffah Hanim, Kusnandar, dan Dono Indarto	2016	Risiko Inisiasi Menyusui Dini dan Praktek ASI Eksklusif terhadap Kejadian <i>Stunting</i> pada Anak 6-24 bulan	<i>Cross Sectional Study</i>	a. IMD b. ASI Eksklusif c. Penyakit Infeksi d. Praktik Pemberian MP-ASI e. Pendapatan Keluarga	IMD dan ASI Eksklusif berhubungan dengan kejadian <i>stunting</i>
4.	Nasrul, Fahmi Hafid, A. Razak Thaha, Suriah	2015	Faktor Risiko <i>Stunting</i> Usia 6-23 Bulan di Kecamatan Bontoramba	<i>Cross Sectional Study</i>	a. Usia Baduta b. Jenis Kelamin c. Berat Badan Lahir (gr)	Usia Baduta, BBLR, TB ibu, Asupan mie Instan, Asupan Snack, Perilaku

No	Penulis	Tahun	Judul	Desain	Variabel	Kesimpulan
			Kabupaten Jeneponto		<ul style="list-style-type: none"> <li>d. Lama Pendidikan Ibu</li> <li>e. Jumlah ART</li> <li>f. Tinggi Badan Ibu</li> <li>g. Kategori Umur Ibu</li> <li>h. Jarak Kelahiran</li> <li>i. Paritas</li> <li>j. Inisiasi Menyusui Dini</li> <li>k. Kolostrom</li> <li>l. Pemberian MP-ASI</li> <li>m. Asupan Mie Instan</li> <li>n. Asupan <i>Snack</i></li> <li>o. Perilaku Mencuci Tangan</li> <li>p. Kepemilikan Jamban</li> <li>q. Sumber Air</li> <li>r. Riwayat Diare</li> <li>s. Kunjungan Posyandu</li> <li>t. Imunisasi</li> <li>u. Keterpaparan Asap Rokok</li> </ul>	Mencuci Tangan, dan Imunisasi berhubungan dengan kejadian <i>stunting</i> .
5.	Alfian Destiadi, Triska Susila Nindya dan Sri Sumarmi	2015	Frekuensi Kunjungan Posyandu dan Riwayat Kenaikan Berat Badan Sebagai Faktor Risiko Kejadian <i>Stunting</i> Pada Anak Usia 3 – 5 Tahun	<i>Case Control Study</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Jumlah Anggota Keluarga</li> <li>b. Pendapatan Keluarga</li> <li>c. Pekerjaan Ibu</li> <li>d. Frekuensi kunjungan Posyandu</li> <li>e. Riwayat Kenaikan Berat Badan</li> </ul>	Frekuensi Kunjungan Posyandu dan Riwayat Kenaikan Berat Badan berhubungan dengan kejadian <i>stunting</i> .
6.	Nadiyah, Dodik Briawan, dan Drajat Martianto	2014	Faktor Risiko <i>Stunting</i> Pada Anak Usia 0-23 Bulan Di Provinsi Bali, Jawa Barat, Dan Nusa Tenggara Timur	<i>Cross Sectional Study</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Inisiasi menyusui dini</li> <li>b. Pemberian Kolostrum</li> <li>c. Permulaan MP-ASI</li> <li>d. Pemberian makanan pre-lakteal</li> <li>e. Berat Badan Lahir</li> </ul>	BBLR, Sanitasi Lingkungan, Kebiasaan Bapak Merokok, Pendidikan Ibu, Pendidikan Bapak,

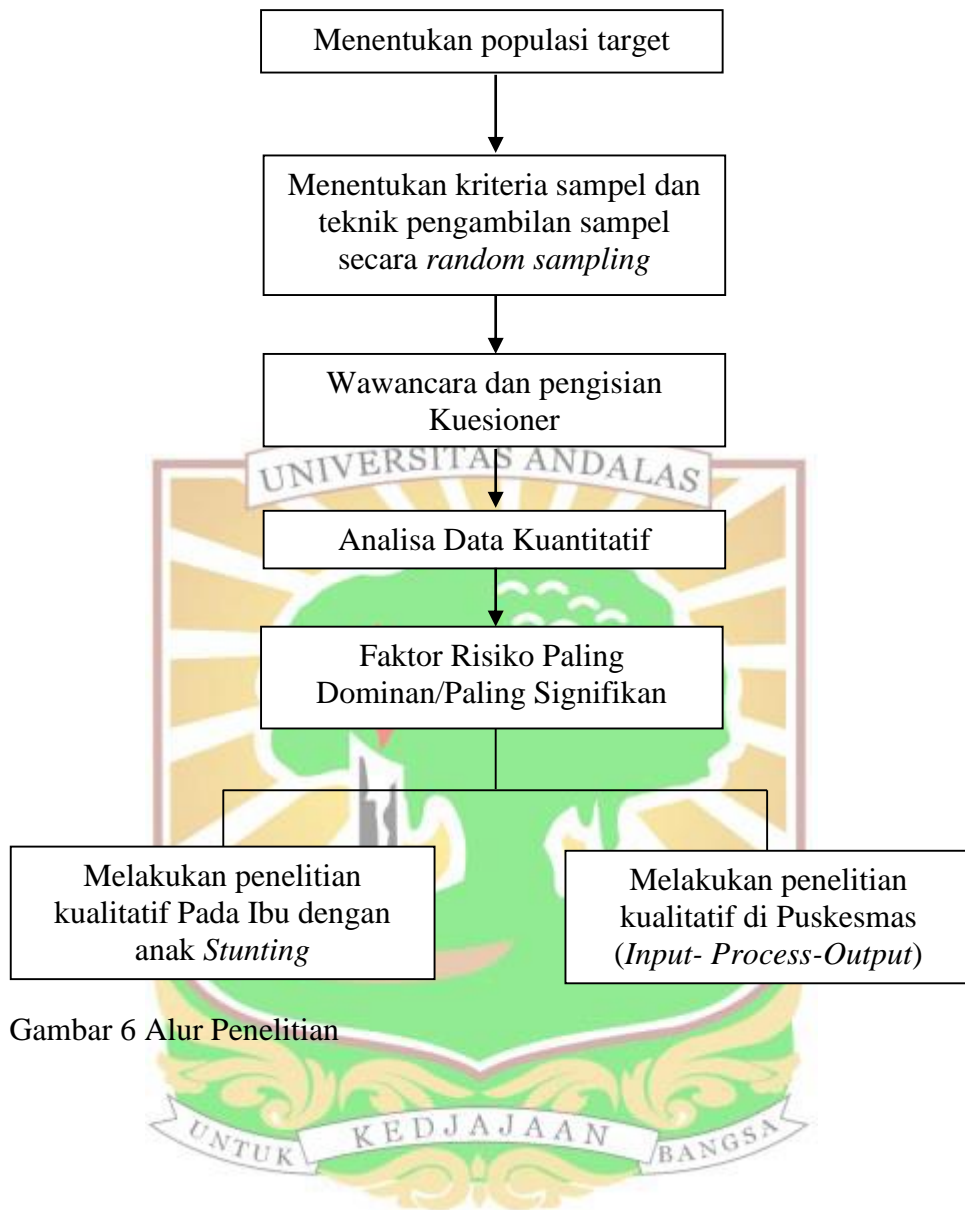
No	Penulis	Tahun	Judul	Desain	Variabel	Kesimpulan
					f. Imunisasi Dasar g. ANC h. Sanitasi Lingkungan i. Status Merokok Ibu j. Kebiasaan Bapak Merokok dalam Rumah k. Pendidikan Ibu l. Pendidikan Bapak m. Paritas n. Jarak Kelahiran o. Umur Ibu saat Melahirkan p. Pendapatan q. Tinggi Badan Ibu r. Konsumsi Pangan Hewani	Pendapatan, dan TB ibu berhubungan dengan kejadian <i>stunting</i> .
7.	Imtihanatun Najahah, Kadek Tresna Adhi, GN Indraguna Pinatih	2013	Faktor risiko balita <i>stunting</i> usia 12-36 bulan di Puskesmas Dasan Agung, Mataram, Provinsi Nusa Tenggara Barat	<i>Cross Sectional Study</i>	a. Status Sosial Ekonomi b. Tinggi Badan Ibu c. Usia Ibu Pertama Menikah d. Tingkat Pendidikan Ibu e. Kunjungan ANC f. Berat Badan Lahir g. ASI Eksklusif h. Pemberian MPASI i. Urutan Anak j. Pengasuh Anak	Status sosial ekonomi, tinggi badan ibu, kunjungan ANC, BBLR < ASI Eksklusif dan pemberian MPASI berhubungan dengan kejadian <i>stunting</i> .

Kriteria yang membedakan penelitian ini dengan penelitian yang lain adalah :

1. Penelitian ini berfokus pada 1000 HPK yang memiliki peran terhadap kejadian *stunting*.
2. Penelitian ini merupakan penelitian *Mix Method Study* bersifat *Sequential Explanatory* yang didahului dengan pendekatan kuantitatif dan dilanjutkan dengan pendekatan kualitatif.
3. Variabel penelitian ini terdiri dari kejadian *stunting* sebagai variabel dependen. ANC, tablet Fe Ibu Hamil, ASI Eksklusif, MP-ASI, imunisasi lengkap, suplementasi Vit A bayi dan status monitoring pertumbuhan sebagai variabel independen.
4. Analisis data dalam penelitian dengan pendekatan kuantitatif terdiri dari analisis univariat, bivariat dan multivariat. Hasil akhir penelitian dengan pendekatan kuantitatif didapatkan faktor risiko *stunting* yang dominan dan paling signifikan pada periode 1000 HPK.
5. Sedangkan analisa data dengan pendekatan kualitatif dilanjutkan setelah pendekatan kuantitatif yang bertujuan untuk diketahui lebih dalam mengenai pelaksanaan program pencegahan *stunting* (yang dominan dan paling signifikan pada periode 1000 HPK) di tingkat Puskesmas sebagai pelaksana program dan di tingkat masyarakat yaitu ibu sebagai penerima program.
6. Penelitian ini dilaksanakan di Wilayah Kerja Puskesmas Seberang Padang di Kota Padang pada tahun 2019





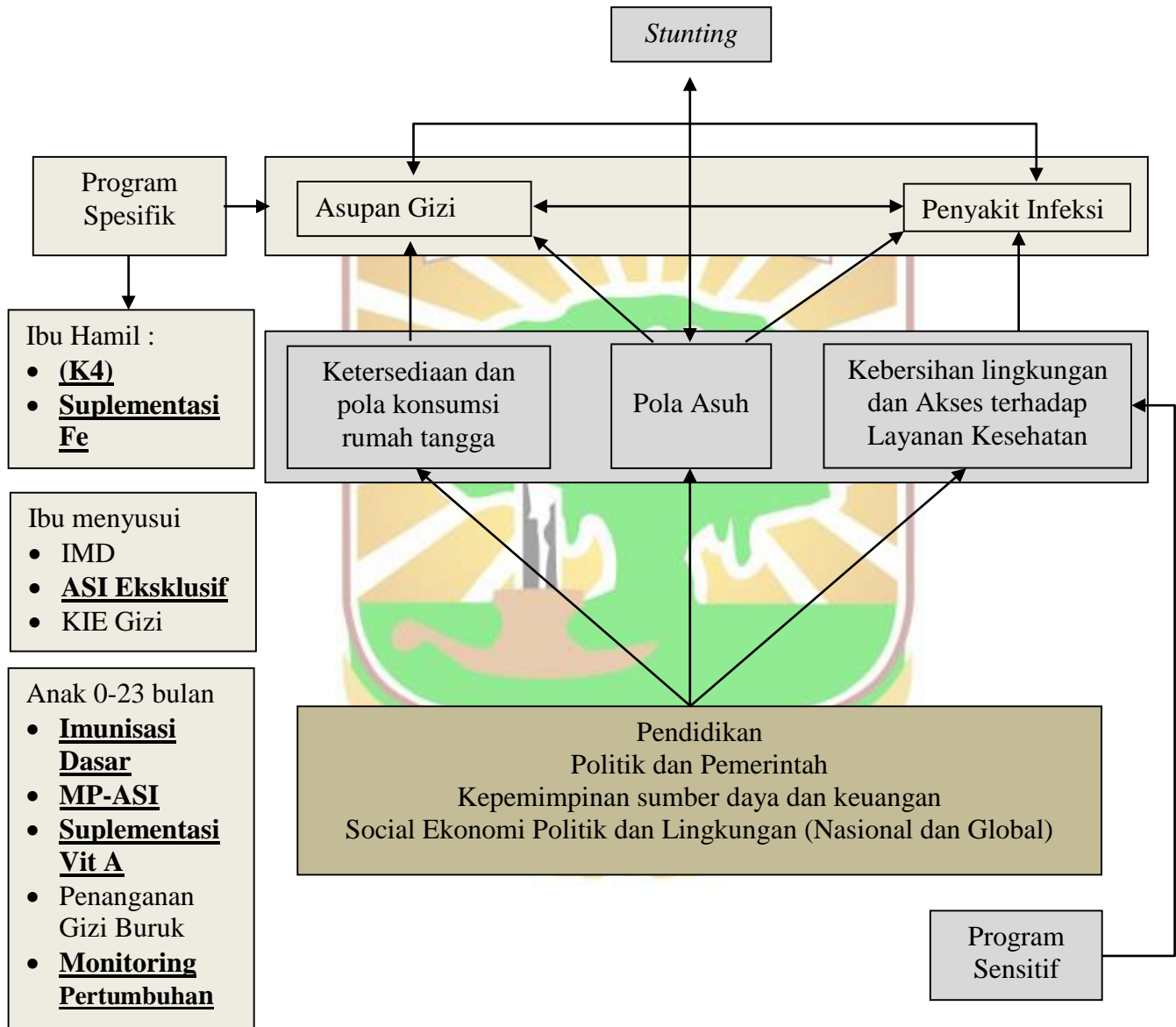
**F. Alur Penelitian**

Gambar 6 Alur Penelitian

### BAB III KERANGKA TEORITIS

#### A. Kerangka Teori Penelitian

Berdasarkan teori yang di uraikan maka dikembangkan suatu kerangka teori seperti di bawah ini :



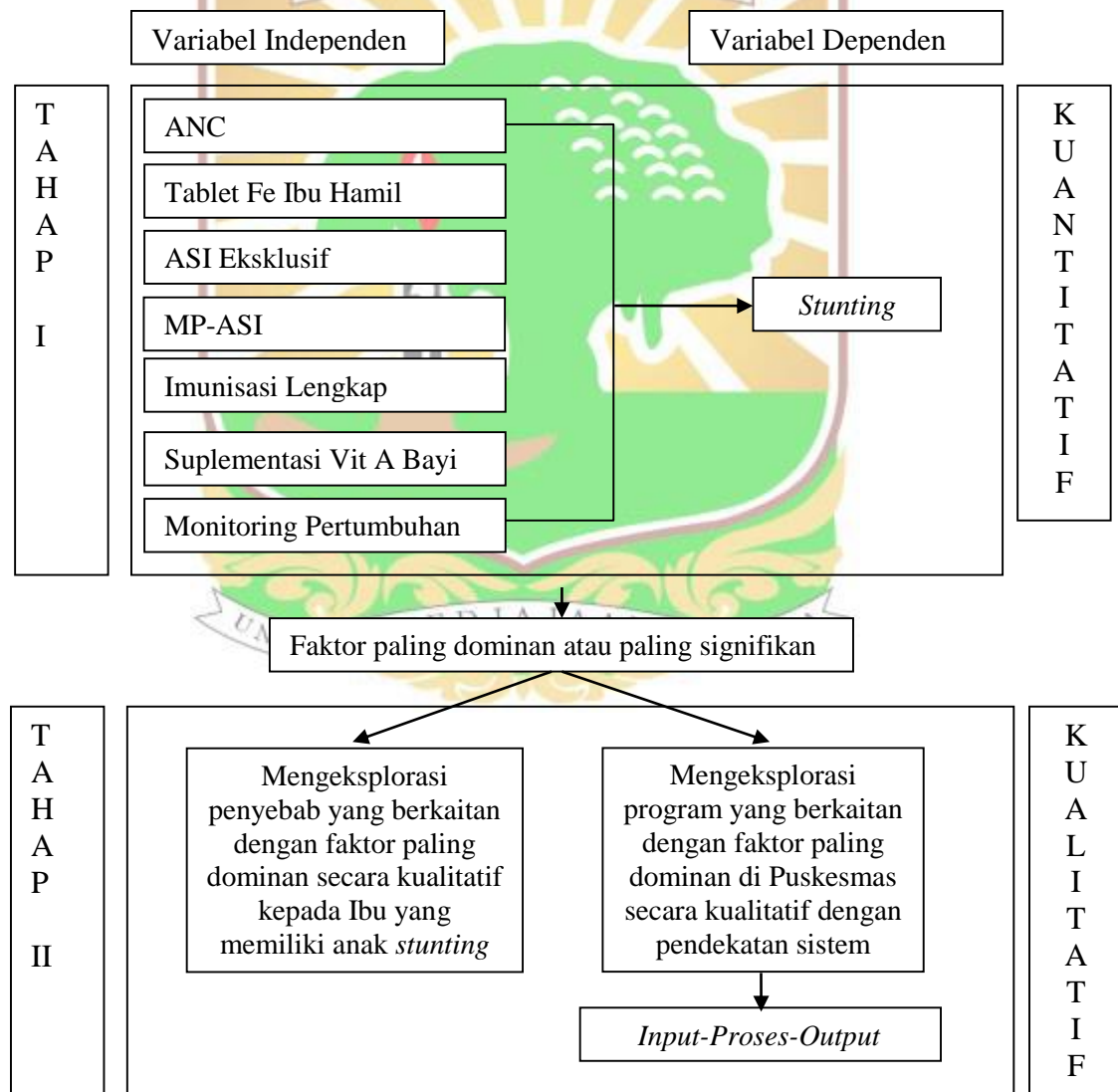
Catt :

Tulisan bercetak tebal dan bergaris bawah adalah faktor risiko yang diteliti.

Gambar 7 Kerangka Teori Penelitian (Modifikasi Kerangka teori Lancet (SUN) dan Unicef,1990)

## B. Kerangka Konsep Penelitian

Berdasarkan kerangka teori yang merupakan modifikasi UNICEF (1990), Lancet SUN (2013). Determinan *stunting* merupakan multifaktor yang sangat kompleks. Namun, karena adanya keterbatasan peneliti, maka peneliti melakukan penyederhanaan dengan meneliti beberapa variabel penelitian. Variabel penelitian yang dipilih tersebut merupakan faktor risiko yang menyebabkan *stunting* selama 1000 HPK serta merupakan bagian dari program intervensi spesifik. Faktor tersebut merupakan faktor yang berkaitan dengan program yang telah dijalankan oleh Puskesmas Seberang Padang sebagai intervensi atau usaha untuk mengatasi penyebab langsung *stunting* pada 1000 HPK. Berikut faktor risiko yang akan diteliti dapat digambarkan dalam diagram di bawah ini:



Gambar 8 Kerangka Konsep Penelitian

## BAB IV METODE PENELITIAN

### A. Jenis Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan *Mix Method Study* (penelitian metode campuran) yang bersifat *observasional*. Pendekatan *Mix Method Study* merupakan penelitian dengan melakukan kombinasi dua jenis penelitian yaitu penelitian kuantitatif dan kualitatif. Jenis rancangan *Mix Method Study* yang digunakan adalah *Sequential Explanatory*. Tujuan dilakukan pendekatan kuantitatif mendahului kualitatif adalah untuk mengeksplorasi sampel yang besar dengan maksud pertama kali menguji variabel yang paling menjadi masalah terhadap kejadian *stunting* dan kemudian mengeksplorasi secara mendalam dengan pendekatan kualitatif (Teddlie, 2003).

Pendekatan kuantitatif pada penelitian ini menggunakan desain penelitian *Crosssectional Study* yang mengukur variabel penelitian pada satu saat atau simultan. Biasa disebut dengan desain penelitian potong lintang atau studi *prevalens*. Tahap selanjutnya adalah menggali informasi secara mendalam mengenai pelaksanaan pencegahan *stunting* di Wilayah Kerja Puskesmas pada dua sisi (ibu penderita *stunting* dan puskesmas) menggunakan pendekatan kualitatif khususnya terkait dengan faktor risiko yang paling dominan (Sastroasmoro dan Ismael, 2011).

### B. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Seberang Padang Kota Padang tahun 2019. Penelitian ini dilaksanakan mulai bulan Januari 2019 sampai Januari 2020. Penelitian ini dimulai dengan pengumpulan data pemantauan status gizi dari Dinas Kesehatan Kota Padang dan Puskesmas Seberang Padang .



## C. Populasi dan Sampel

### 1. Penelitian Kuantitatif

#### a. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah semua ibu yang memiliki anak usia 12-24 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Seberang Padang pada tahun 2019 berjumlah 170 anak.

#### b. Sampel

Pada penelitian ini, peneliti melakukan perhitungan jumlah sampel dengan menggunakan rumus Lemeshow (1990) untuk *estimasi proporsi* untuk pendugaan proporsi populasi tunggal dengan mempertimbangkan nilai N atau populasi:

$$n = \frac{Z^2 1-\alpha/2 P(1-P) N}{d^2(N-1) + Z^2 1-\alpha/2 P(1-P)}$$

Keterangan :

- N : Ukuran sampel/jumlah responden  
 $Z^2 1-\alpha/2$  : Tingkat kepercayaan yaitu 95 % (1,96)  
 $Z_{1-\beta}$  : Nilai sebaran normal baku yang besarnya tergantung  $\beta$  (1,28)  
P : Proporsi responden, yaitu sebesar 23,04% (0,2304)  
 $(1-P)$  :  $1-0,2304= 0,7696$   
N : Jumlah populasi = 170 anak  
D : Derajat akurasi ( presisi ) yang diinginkan yaitu 8% = 0,08

Jadi besar sampel minimum yang dibutuhkan dalam penelitian ini adalah sebesar :

$$n = \frac{1,96^2 \times 0,2304 (1-0,2304) \times 170}{0,08^2 (170-1) + 1,96^2 \times 0,2304 (1-0,2304)}$$

$$n = \frac{3,84 \times 0,177 \times 173}{0,08^2 (169) + 3,84 \times 0,177}$$

$$n = 115,54/1,75 = 67$$

Berdasarkan hasil perhitungan dengan menggunakan rumus di atas diperoleh sampel minimum yang dibutuhkan adalah 67 sampel. Untuk menghindari *dropout* sampel ditambah sebesar 10% dari sampel yang dibutuhkan. Jadi sampel yang digunakan dalam penelitian ini sebesar 74 sampel baduta di Wilayah Kerja Puskesmas Seberang Padang tahun 2019.

### c. Teknik Pengambilan Sampel

Pengambilan sampel yang digunakan pada penelitian ini adalah pengambilan sampel secara *Probability Sampling* dengan teknik *Simple Random Sampling*. Teknik *Simple Random Sampling* merupakan teknik pengambilan sampel secara acak sederhana tanpa memperhatikan strata yang ada dalam populasi (Sugiyono, 2017).

Kriteria inklusi dan eksklusi sampel penelitian sebagai berikut :

- 1) Kriteria inklusi
  - a) Responden adalah orang tua (ibu) kandung dari anak usia 12-24 bulan yang berada dan menetap minimal satu tahun di Wilayah Kerja Puskesmas Seberang Padang
  - b) Responden bersedia berpartisipasi dalam penelitian.
- 2) Kriteria eksklusi
  - a) Responden tidak berada di tempat sewaktu penelitian setelah 3 kali kunjungan berturut-turut.
  - b) Baduta memiliki kelainan seperti cacat fisik, gangguan mental, dan penyakit kongenital.

## 2. Penelitian Kualitatif

### a. Informan Penelitian

Pemilihan informan penelitian ditentukan berdasarkan dengan *purposive sampling* dan dilakukan berdasarkan yaitu

- 1) Pertimbangan atas tujuan tertentu
- 2) Kesesuaian dengan topik penelitian

- 3) Kecukupan jumlah informan dianggap cukup jika data yang didapatkan telah menggambarkan seluruh fenomena yang dieksplorasi berkaitan dengan topik penelitian.

Informan pada penelitian ini adalah

1. Kepala Puskesmas Seberang Padang, dipilih sebagai informan karena merupakan penentu kebijakan atau pengambil keputusan di Puskesmas.
2. Pengelola program kesehatan ibu dan gizi, dipilih sebagai informan karena merupakan penanggung jawab manajemen program ibu dan gizi di Puskesmas Seberang Padang untuk data ANC, ASI eksklusif, MP-ASI, Fe Ibu hamil, Suplementasi Vit A dan monitoring pertumbuhan
3. Pengelola Program Imunisasi dipilih sebagai informan merupakan penanggung jawab manajemen program imunisasi di Puskesmas Seberang Padang untuk data imunisasi lengkap
4. Bidan Koordinator dipilih sebagai informan karena merupakan koordinator untuk seluruh pelayanan kesehatan ibu dan anak di Wilayah Kerja Puskesmas Seberang Padang baik secara teknis maupun manajemen.
5. Bidan dan Kader di Posyandu dipilih sebagai informan yang memahami dan melaksanakan program di lapangan dan mengetahui teknis pelaksanaan program baik Program ibu dan gizi.
6. Ibu yang memiliki anak baduta dengan *stunting*, dipilih sebagai informan karena sebagai penerima pelayanan.

#### D. Definisi Operasional (Kuantitatif)

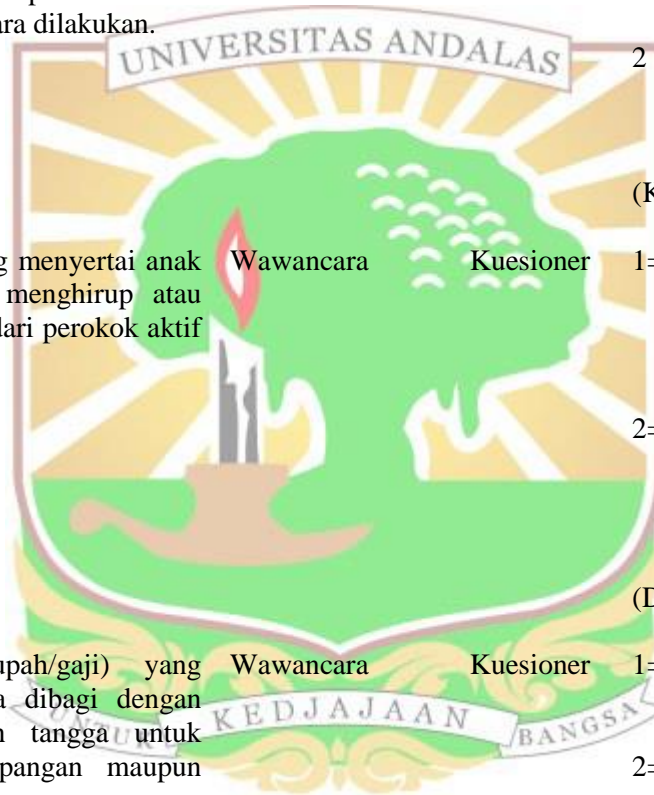
Adapun definisi operasional penelitian ini dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

Tabel 6 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
Kejadian <i>Stunting</i>	Retardasi pertumbuhan linier dengan defisit pada tinggi badan sebesar $< -2 Z$ score.	Pengukuran	<i>Microtoise</i>	1= Anak yang <i>Stunting</i> ( $< -2$ SD) 2= Anak yang tidak <i>Stunting</i> ( $> -2$ SD). (Trihono, dkk., 2015)	Nominal
Pendidikan Ayah	Tingkat pendidikan formal terakhir yang ditamatkan ayah	Wawancara	Kuesioner	1= Rendah (jika tidak tamat SD dan tamat SMP) 2= Tinggi (jika tamat SMA, Akademi/PT) (Arikunto, 2010)	Nominal
Pendidikan Ibu	Tingkat pendidikan formal terakhir yang ditamatkan ibu	Wawancara	Kuesioner	1= Rendah (jika tidak tamat SD dan tamat SMP) 2= Tinggi (jika tamat SMA, Akademi/PT) (Arikunto, 2010)	Nominal
Berat badan lahir	Bayi yang lahir dengan berat badan kurang dari 2500 gram tanpa memandang status kehamilan	Wawancara, telaah buku KIA dan Akte Kelahiran Anak	Kuesioner	1= BBLR ( $< 2500$ gr) 2= Normal ( $\geq 2500$ gr) (WHO, 2004)	Nominal



Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
Penyakit Infeksi	Anak yang menderita penyakit infeksi seperti ISPA, campak, diare, TB dan penyakit infeksi lainnya pada 1 bulan terakhir sampai wawancara dilakukan.	Wawancara	Kuesioner	1= Pernah terinfeksi (jika terdapat satu atau lebih penyakit infeksi pada anak selama 1 bulan terakhir) 2 = Tidak pernah terinfeksi (jika tidak terdapat penyakit infeksi pada anak selama 1 bulan terakhir) (Kemenkes RI, 2015)	Nominal
Keterpaparan Asap rokok	Paparan asap rokok yang menyertai anak baduta (yang terpaksa menghirup atau menghisap asap rokok) dari perokok aktif di dalam rumah.	Wawancara	Kuesioner	1= Terpapar asap rokok (jika terdapat anggota keluarga yang tinggal bersama yang memiliki kebiasaan merokok di dalam rumah) 2= Tidak terpapar asap rokok (jika tidak terdapat anggota keluarga yang tinggal bersama yang memiliki kebiasaan merokok di dalam rumah) (DHHS, 2007)	
Pendapatan perkapita	Besar penghasilan (upah/gaji) yang diperoleh rumah tangga dibagi dengan jumlah anggota rumah tangga untuk memenuhi kebutuhan pangan maupun non-pangan selama sebulan.	Wawancara	Kuesioner	1= Miskin (Pendapatan perkapita < garis kemiskinan Kota Padang 2019) 2= Tidak Miskin (Pendapatan perkapita $\geq$ garis kemiskinan Kota Padang 2019) (BPS, 2011)	Nominal



Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
ANC	Riwayat pemeriksaan kehamilan K4 dengan jumlah 1 kali pada trisemester I, 1 kali pada trisemester II dan 2 kali pada trisemester III	Wawancara, dan telaah buku KIA	Kuesioner	1 = Tidak Lengkap (<4 (1-1-2)) 2 = Lengkap (≥ 4 kali (1-1-2)) (Kemenkes, 2014f)	Nominal
Tablet Fe Ibu Hamil	Ibu Hamil mendapatkan dan mengkonsumsi 90 tablet Fe selama masa kehamilan	Wawancara, dan telaah buku KIA	Kuesioner	1= Tidak lengkap (<90 tablet selama kehamilan) 2= Lengkap (90 tablet atau > selama kehamilan) (Kemenkes, 2014b)	Nominal
ASI Eksklusif	Pemberian ASI kepada bayi sejak lahir hingga usia 6 bulan tanpa menambahkan, memberikan dan mengganti ASI dengan makanan dan minuman lain.	Wawancara, dan telaah buku KIA	Kuesioner	1 = Tidak ASI eksklusif 2 = ASI eksklusif selama 6 bulan (Peraturan Pemerintah, 2012)	Nominal
MP-ASI	Makanan pendamping yang diberikan kepada baduta selain ASI atau Pengganti Air Susu Ibu (PASI) untuk memenuhi kebutuhan anak akan berbagai zat gizi sesuai dengan umur, frekuensi, jumlah dan tekstur makanan.	Wawancara	Kuesioner	1 = MP-ASI Kurang Baik 2 = MP-ASI Baik (Kemenkes, 2014e)	Nominal
Imunisasi Lengkap	Imunisasi lengkap adalah anak mendapatkan imunisasi dasar rutin	Wawancara, dan telaah buku KIA	Kuesioner	1 = Imunisasi Tidak Lengkap 2 = Imunisasi Lengkap (Kemenkes, 2017)	Nominal



Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
Suplementasi Vit A Bayi	Pemberian dan mengkonsumsi kapsul vitamin A pada bayi sebanyak 3 kali hingga berusia 24 bulan (sesuai dengan tingkat umur anak baduta)	Wawancara, dan telaah buku KIA	Kuesioner	1=Tidak mendapatkan suplementasi Vit A sesuai dengan tingkat umur. 2=Mendapatkan suplementasi Vit A sesuai dengan tingkat umur. (Kemenkes, 2016)	Nominal
Monitoring Pertumbuhan Rutin	Monitoring pertumbuhan yang mendapatkan pertumbuhan dengan pengukuran tinggi badan sekali 3 bulan.	adalah anak pemantauan adalah anak Wawancara, dan telaah buku KIA	Kuesioner	1=Monitoring pertumbuhan tidak rutin 2=Monitoring pertumbuhan rutin setiap bulan 3 bulan sekali (Kemenkes, 2014c)	Nominal



## E. Definisi Operasional (Kualitatif)

### 1. Masukan (*Input*)

Semua sumber daya yang diperlukan dalam pelaksanaan program pencegahan *stunting* oleh Puskesmas Seberang Padang di Kota Padang

- a) Kebijakan adalah ketentuan-ketentuan yang menjadi pedoman pelaksanaan program pencegahan *stunting* oleh Puskesmas Seberang Padang di Kota Padang

Informan : Kepala Puskesmas Seberang Padang, Pengelola program ibu untuk ANC, Pengelola program anak untuk ASI eksklusif, Pengelola program Gizi untuk tablet Fe Ibu hamil, MP-ASI, monitoring pertumbuhan, dan suplementasi Vit A, Pemegang Program Imunisasi untuk Imunisasi, dan bidan koordinator.

Cara Ukur : Observasi, Wawancara Mendalam, Telaah Dokumen.

Alat ukur : *Checklist*, Pedoman Wawancara.

Hasil Ukur Informasi mengenai kebijakan yang menjadi pedoman pelaksanaan kegiatan pencegahan yang berkaitan dengan faktor dominan kejadian *stunting* di Puskesmas Seberang Padang.

- b) Tenaga adalah sumber daya manusia yang mengetahui dan mempunyai peranan dalam pelaksanaan program pencegahan *stunting* oleh Puskesmas Seberang Padang di Kota Padang

Informan : Kepala Puskesmas Seberang Padang, Pengelola program ibu untuk ANC, Pengelola program anak untuk ASI eksklusif, Pengelola program Gizi untuk tablet Fe Ibu hamil, MP-ASI, monitoring pertumbuhan, dan suplementasi Vit A, Pemegang Program Imunisasi untuk Imunisasi, dan bidan koordinator.



Cara Ukur : Observasi, Wawancara Mendalam, Telaah Dokumen.  
 Alat ukur : *Checklist*, Pedoman Wawancara.  
 Hasil Ukur : Informasi mengenai pihak yang terlibat dalam pembagian tugas dalam upaya pelaksanaan kegiatan pencegahan di Puskesmas Seberang Padang yang berkaitan dengan faktor dominan kejadian *stunting*.

- c) Metode adalah suatu tata cara pelaksanaan kegiatan yang bertujuan untuk memperlancar pelaksanaan program pencegahan *stunting* oleh Puskesmas Seberang Padang di Kota Padang.

Informan : Kepala Puskesmas Seberang Padang, Pengelola program ibu untuk ANC, Pengelola program anak untuk ASI eksklusif, Pengelola program Gizi untuk tablet Fe Ibu hamil, MP-ASI, monitoring pertumbuhan, dan suplementasi Vit A, Pemegang Program Imunisasi untuk Imunisasi, dan bidan koordinator.

Cara Ukur : Wawancara Mendalam, Telaah Dokumen.

Alat ukur : *Checklist*, Pedoman Wawancara.

Hasil Ukur : Informasi mengenai metode atau tata cara pelaksanaan kegiatan yang bertujuan untuk memperlancar kegiatan pencegahan *stunting* yang berkaitan dengan faktor dominan kejadian *stunting* di Puskesmas Seberang Padang.

- d) Dana adalah anggaran yang diperuntukkan untuk pelaksanaan program pencegahan *stunting* oleh Puskesmas Seberang Padang di Kota Padang

Informan : Kepala Puskesmas Seberang Padang, Pengelola program ibu untuk ANC, Pengelola program anak untuk ASI eksklusif, Pengelola program Gizi untuk tablet Fe Ibu hamil, MP-ASI, monitoring

pertumbuhan, dan suplementasi Vit A, Pemegang Program Imunisasi untuk Imunisasi, dan bidan koordinator.

Cara Ukur : Wawancara Mendalam, Telaah Dokumen.

Alat ukur : Pedoman Wawancara, *Checklist*.

Hasil Ukur : Informasi mengenai dana atau anggaran yang diperuntukkan untuk pelaksanaan kegiatan pencegahan yang berkaitan dengan faktor dominan kejadian *stunting* di Puskesmas Seberang Padang.

e) Sarana prasarana adalah alat dan bahan yang digunakan sebagai penunjang dalam pelaksanaan program pencegahan *stunting* oleh Puskesmas Seberang Padang di Kota Padang

Informan : Kepala Puskesmas Seberang Padang, Pengelola program ibu untuk ANC, Pengelola program anak untuk ASI eksklusif, Pengelola program Gizi untuk tablet Fe Ibu hamil, MP-ASI, monitoring pertumbuhan, dan suplementasi Vit A, Pemegang Program Imunisasi untuk Imunisasi, dan bidan koordinator.

Cara Ukur : Observasi, Wawancara Mendalam, Telaah Dokumen.

Alat ukur : *Checklist*, Pedoman Wawancara.

Hasil Ukur : Informasi mengenai sarana prasarana alat atau bahan yang digunakan untuk kegiatan pencegahan *stunting* yang berkaitan dengan faktor dominan kejadian *stunting* di Puskesmas Seberang Padang.

## 2. Proses (*Process*)

Semua kegiatan yang dilakukan dalam pelaksanaan program pencegahan *stunting* oleh Puskesmas Seberang Padang di Kota Padang.

a) Perencanaan (*Planning*)

Perencanaan adalah suatu kegiatan atau proses analisa dan memahami sistem, sehingga dapat melakukan penyusunan konsep dan kegiatan yang akan dilaksanakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

Informan : Kepala Puskesmas Seberang Padang, Pengelola program ibu untuk ANC, Pengelola program anak untuk ASI eksklusif, Pengelola program Gizi untuk tablet Fe Ibu hamil, MP-ASI, monitoring pertumbuhan, dan suplementasi Vit A, Pemegang Program Imunisasi untuk Imunisasi, dan bidan koordinator.

Cara Ukur : Wawancara Mendalam, Telaah Dokumen.

Alat ukur : *Checklist*, Pedoman Wawancara.

Hasil Ukur : Informasi mengenai proses perencanaan kegiatan pencegahan *stunting* yang berkaitan dengan faktor dominan kejadian *stunting* di Puskesmas Seberang Padang.

b) Pengorganisasian (*Organizing*)

Pengorganisasian adalah mengatur petugas atau staf yang ada dalam puskesmas agar semua kegiatan yang telah ditetapkan dalam rencana dapat dilaksanakan sesuai dengan yang diinginkan

Informan : Kepala Puskesmas Seberang Padang, Pengelola program ibu untuk ANC, Pengelola program anak untuk ASI eksklusif, Pengelola program Gizi untuk tablet Fe Ibu hamil, MP-ASI, monitoring pertumbuhan, dan suplementasi Vit A, Pemegang Program Imunisasi untuk Imunisasi, dan bidan koordinator.

Cara Ukur : Observasi, Wawancara Mendalam, Telaah Dokumen.

Alat ukur : *Checklist*, Pedoman Wawancara.

Hasil Ukur : Informasi mengenai pengorganisasian/pembagian

tugas bagi staf gizi untuk kegiatan pencegahan *stunting* yang berkaitan dengan faktor dominan kejadian *stunting* di Puskesmas Seberang Padang.

c) Pelaksanaan (*Actuating*)

Suatu proses untuk melaksanakan kegiatan termasuk melakukan pengarahan, pengkoordinasian bimbingan, penggerakan dan pengawasan.

Informan : Pengelola program ibu untuk ANC, Pengelola program anak untuk ASI eksklusif, Pengelola program Gizi untuk tablet Fe Ibu hamil, MP-ASI, monitoring pertumbuhan, dan suplementasi Vit A, Pemegang Program Imunisasi untuk Imunisasi, bidan koordinator, bidan di posyandu, kader dan Ibu Baduta.

Cara Ukur : Observasi, Wawancara Mendalam, Telaah Dokumen.

Alat ukur : *Checklist*, Pedoman Wawancara.

Hasil Ukur : Informasi mengenai proses pelaksanaan kegiatan pencegahan *stunting* yang berkaitan dengan faktor dominan kejadian *stunting* di Puskesmas Seberang Padang.

d) Pengawasan (*Controlling*)

Suatu proses untuk menilai kinerja suatu program yang kemudian dilanjutkan dengan memberikan arahan sedemikian rupa sehingga tujuan yang telah ditetapkan dapat tercapai.

Informan : Kepala Puskesmas Seberang Padang, Pengelola program ibu untuk ANC, Pengelola program anak untuk ASI eksklusif, Pengelola program Gizi untuk tablet Fe Ibu hamil, MP-ASI, monitoring pertumbuhan, dan suplementasi Vit A, Pemegang Program Imunisasi untuk Imunisasi, dan bidan



koordinator.

Cara Ukur : Wawancara Mendalam, Telaah Dokumen.

Alat ukur : *Checklist*, Pedoman Wawancara.

Hasil Ukur : Informasi mengenai proses pengawasan pelaksanaan kegiatan pencegahan *stunting* yang berkaitan dengan faktor dominan kejadian *stunting* di Puskesmas Seberang Padang.

### 3. Keluaran (*Output*)

Hasil dari pelaksanaan program pencegahan *stunting* adalah cakupan program pencegahan *stunting* seperti cakupan program ANC, Tablet Fe Ibu Hamil, ASI Eksklusif, MP-ASI, Imunisasi, Suplementasi Vit A, dan cakupan atau persentase baduta yang diukur TB secara rutin.

Informan : Kepala Puskesmas Seberang Padang, Pengelola program ibu untuk ANC, Pengelola program anak untuk ASI Eksklusif, Pengelola program Gizi untuk tablet Fe Ibu hamil, MP-ASI, monitoring pertumbuhan, dan suplementasi Vit A, Pemegang Program Imunisasi untuk Imunisasi, dan bidan koordinator.

Cara Ukur : Wawancara Mendalam, Telaah Dokumen.

Alat ukur : Pedoman Wawancara, *Checklist*.

Hasil Ukur : Informasi mengenai hasil dari pelaksanaan untuk kegiatan pencegahan *stunting* yang berkaitan dengan faktor dominan kejadian *stunting* di Puskesmas Seberang Padang.

## F. Pengumpulan Data

### 1. Penelitian Kuantitatif

#### a. Teknik Pengumpulan Data

##### 1) Data Primer

Data Primer diperoleh secara langsung melalui wawancara dengan menggunakan kuesioner dan pengukuran langsung kepada responden penelitian. Pengukuran langsung kepada responden penelitian yaitu pengukuran status gizi TB/U baduta dengan melakukan pengukuran antropometri menggunakan *microtoise*. Data primer lainnya meliputi data variabel ANC, tablet Fe ibu hamil, ASI eksklusif, MP-ASI, imunisasi lengkap, suplementasi vitamin A bayi dan status monitoring pertumbuhan baduta.

##### 2) Data Sekunder

Data sekunder merupakan data yang diperoleh dari data yang telah tersedia yaitu data diperoleh dari Dinas Kesehatan Kota Padang tahun 2017 mengenai laporan kejadian *stunting* di Kota Padang tahun 2017.

#### b. Alat Pengumpulan Data

Alat pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian adalah:

- 1) *Microtoise*, digunakan untuk mengukur tinggi badan dengan ketelitian 0,1 cm. Hasil pengukuran tinggi badan yang diperoleh kemudian diolah dan dianalisis untuk mendapatkan status gizi responden berdasarkan indikator TB/U dengan menggunakan standar baku WHO antro 2005.
- 2) Kuesioner mencakup pertanyaan mengenai identitas rumah tangga, pendapatan, sosial ekonomi, keterpaparan asap rokok, penyakit infeksi, ANC, tablet

Fe ibu hamil, ASI eksklusif, MP-ASI, imunisasi lengkap, suplementasi vitamin A bayi dan status monitoring pertumbuhan baduta.

Kuesioner ini merupakan modifikasi dari kuesioner Survei Demografi Kesehatan Indonesia BKKBN RI (2018), tesis Meiriza (2018) dan kuesioner tesis Sihombing (2012).

## 2. Penelitian Kualitatif

### a. Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data penelitian kualitatif dilakukan dengan menggunakan teknik wawancara mendalam. Wawancara mendalam adalah metode untuk mendapatkan atau mengumpulkan data secara mendalam dari narasumber. Ketika menggunakan metode ini pewawancara perlu menjalin hubungan akrab dan menanyakan deret pertanyaan kepada narasumber.

Selain itu teknik pengumpulan data juga dilakukan dengan cara studi dokumen. Pengumpulan data sekunder dilakukan dengan studi dokumentasi. Studi dokumentasi merupakan metoda pengumpulan data kualitas dengan melihat dan menganalisa dokumen. Studi dokumentasi ini dapat dilihat dari buku KIA, kohort ibu dan sumber lain yang relevan.

Teknik pengumpulan data penelitian ini juga menggunakan teknik observasi di lapangan. Observasi perlu dilakukan untuk mendapatkan data yang lebih lengkap, dan tajam (Sugiyono, 2017).

### b. Alat Pengumpulan Data

Alat pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian adalah:

- 1) Pedoman wawancara yaitu garis besar pertanyaan yang berhubungan dengan objek penelitian.

- 2) Buku catatan, digunakan untuk mencatat setiap hasil wawancara dan diskusi dengan informan dan objek penelitian.
- 3) Alat Perekam, berfungsi untuk merekam wawancara dengan informan atau sumber data sehubungan dengan objek penelitian.
- 4) Kamera, berfungsi untuk memotret pada saat peneliti sedang melakukan wawancara dengan informan dan untuk mendokumentasikan dengan objek lain.
- 5) Pedoman observasi, yaitu daftar pertanyaan yang menggambarkan kondisi objek yang diobservasi, dapat berupa *checklist*

## G. Teknik Pengolahan dan Analisa Data

### 1. Penelitian Kuantitatif

#### 1. Pengolahan Data

Pengolahan data dilakukan melalui beberapa proses. Data diolah secara manual dan komputerisasi dengan tahapan sebagai berikut:

##### a) *Editing* (Proses Penyuntingan)

Pada tahap *editing*, dilakukan kegiatan untuk perbaikan data yang salah sebelum dilakukan pemasukan data. Secara umum *editing* adalah kegiatan untuk pengecekan dan perbaikan isian formulir atau kuesioner tersebut apakah lengkap (pertanyaan sudah terisi), jelas, (terbaca), relevan dengan pertanyaannya, dan konsisten dengan jawaban pertanyaan lainnya.

##### b) *Coding* (Mengkode data)

Pada tahap *coding* merupakan kegiatan kegiatan mengklasifikasi data dan memberi kode pada jawaban pertanyaan kuesioner.

##### c) *Entry* (memasukkan data)

Merupakan kegiatan memasukan (*entry*) data dan untuk dianalisis lebih lanjut menggunakan *software* komputer.



d) *Cleaning* (pembersihan data)

Setelah semua data dientri ke dalam komputer, dilakukan pengecekan kembali terhadap semua data yang telah dientri untuk memastikan bahwa data tersebut telah bersih dari kesalahan.

## 2. Analisa Data

Analisa data penelitian kuantitatif terdiri dari :

a) Analisis Univariat

Analisis univariat adalah analisis terhadap satu variabel yang dimaksudkan untuk melihat gambaran distribusi frekuensi dari variabel yang diteliti. Pada umumnya dalam analisis ini hanya menghasilkan distribusi frekuensi dan persentase dari setiap variabel. Sehingga analisis univariat dalam penelitian ini dapat mengetahui pola distribusi frekuensi masing-masing variabel.

b) Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan. Analisis ini hanya akan menghasilkan hubungan antara dua variabel yang berhubungan atau bersangkutan (variabel independen dan dependen). Analisis bivariat yang digunakan bertujuan untuk melihat ANC, tablet Fe ibu hamil, ASI eksklusif, MP-ASI, imunisasi lengkap, suplementasi vitamin A bayi dan status monitoring pertumbuhan terhadap kejadian *stunting*. Penelitian ini menggunakan desain *crosssectional*. Analisis dalam penelitian ini menggunakan *software SPSS* dengan uji statistik *Chi-Square* dengan derajat kepercayaan 95% ( $\alpha=0,05$ ). Apabila *p-value* yang diperoleh kecil dari 0,05 maka terdapat hubungan yang bermakna. Pengelompokan dilakukan seperti tabel di bawah ini (Sastroasmoro dan Ismael, 2011):

Tabel 7 Tabel 2x2 *Crosssectional Study*

		Efek ( <i>Stunting</i> )	
		Efek (ya)	Efek (tidak)
Faktor Risiko (+)		a	B
Risiko Risiko (-)		c	D

Susunan hasil pengamatan dalam table 2x2 dilakukan sebagai berikut :

Sel a : subyek dengan faktor risiko yang mengalami efek

Sel b : subyek dengan faktor risiko yang tidak mengalami efek

Sel c : subyek tanpa faktor risiko yang mengalami efek

Sel d : subyek tanpa faktor risiko yang tidak mengalami efek

*Prevalens Odds Ratio* (POR) merupakan prevalens efek pada kelompok dengan risiko dibagi dengan prevalens efek pada kelompok tanpa risiko yaitu  $POR = a/d : b/c$

Interpretasi dari nilai POR ini adalah

- a)  $POR > 1$  : Berarti variabel yang diduga sebagai faktor risiko merupakan faktor risiko timbulnya penyakit
- b)  $POR = 1$  : Berarti variabel yang diduga sebagai faktor risiko tidak ada pengaruhnya dengan terjadinya efek atau bersifat netral
- c)  $POR < 1$  : Berarti variabel yang diduga sebagai faktor risiko merupakan faktor protektif bukan faktor risiko

c) Analisis Multivariat

Analisis multivariat digunakan untuk mengetahui variabel mana yang paling dominan terhadap variabel dependen. Sebelum dilakukan analisis multivariat akan dilakukan seleksi bivariat. Uji yang digunakan adalah uji *Regression Logistic*. Variabel-variabel yang akan masuk dalam analisa multivariat adalah variabel ketika seleksi bivariat memiliki nilai  $p < 0,25$ .

## 2. Penelitian Kualitatif

### a. Pengolahan dan Analisa Data

Adapun tahap pengolahan dan analisa data kualitatif sebagai berikut (Sugiyono, 2017) :

#### 1) Transkrip data

Menyalin informasi yang direkam menjadi bentuk catatan. Setiap sumber diberikan kode sumber agar data dapat ditelusuri kembali jika terdapat kekurangan.

#### 2) Reduksi data

Analisa data kualitatif diawali dengan tahap reduksi data. Cara yang dapat dilakukan adalah dengan memberikan penulisan ringkasan, pengkodean, penulisan memo, penyusunan klaster dan pembentukan partisi. Mereduksi data ini merupakan kegiatan mempertajam, memilah, memusatkan, membuang, dan mengorganisasikan data sedemikian rupa sehingga dapat menarik kesimpulan akhir. Proses analisa melalui reduksi data ini perlu mempertahankan konteks tempat munculnya data.

#### 3) Peragaan Data

Tahap ini merupakan tahap yang dilakukan setelah tahap reduksi data yang meliputi reduksi informasi. Peragaan data ini meliputi penyusunan matriks, bagan, grafik, jaringan, daftar dan diagram venn.

#### 4) Kesimpulan dan verifikasi

Membuat kesimpulan dan menafsirkan data hasil wawancara menemukan pola dan hubungan serta membuat temuan-temuan umum.

### b. Keabsahan Data

Validitas data penelitian dilakukan dengan empat kriteria yang merupakan tingkat kepercayaan hasil penelitian kualitatif yang meliputi (Sugiyono, 2017) :

### 1) Uji kredibilitas

Yaitu uji kepercayaan terhadap hasil penelitian yang meliputi:

#### a) Perpanjangan pengamatan

Peneliti memfokuskan pada pengujian terhadap data yang telah diperoleh. Melihat kebenaran data setelah dilakukan ulang. Bila data telah benar maka waktu perpanjangan pengamatan diakhiri.

#### b) Meningkatkan ketekunan

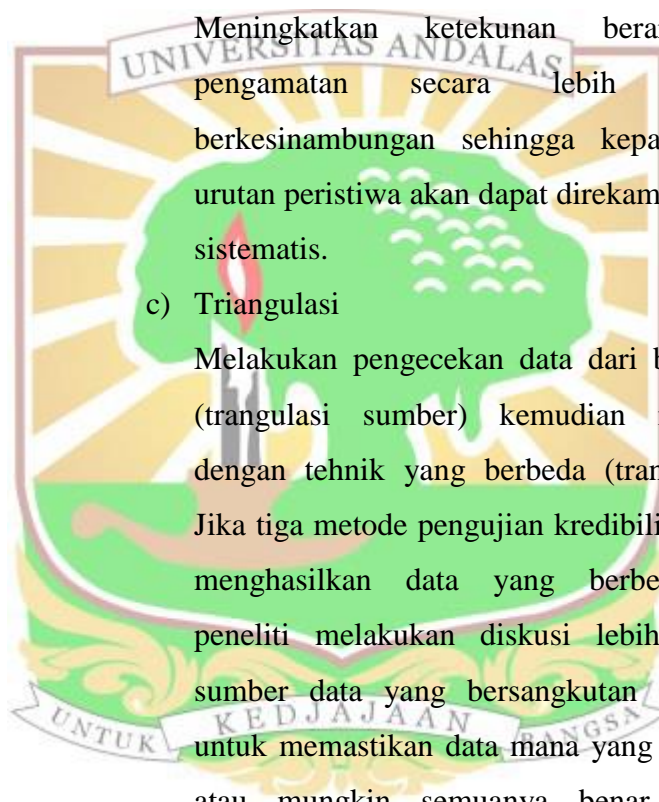
Meningkatkan ketekunan berarti melakukan pengamatan secara lebih cermat dan berkesinambungan sehingga kepastian data dan urutan peristiwa akan dapat direkam secara pasti dan sistematis.

#### c) Triangulasi

Melakukan pengecekan data dari berbagai sumber (triangulasi sumber) kemudian mengecek data dengan tehnik yang berbeda (triangulasi metode). Jika tiga metode pengujian kredibilitas data tersebut menghasilkan data yang berbeda-beda, maka peneliti melakukan diskusi lebih lanjut kepada sumber data yang bersangkutan atau yang lain, untuk memastikan data mana yang dianggap benar, atau mungkin semuanya benar, karena sudut pandangnya berbeda-beda. Waktu juga mempengaruhi kredibilitas data. Untuk itu penulis nantinya akan melakukan pengecekan dalam waktu dan situasi yang berbeda (triangulasi waktu).

#### d) Analisa kasus negatif

Peneliti mencari data yang berbeda atau bertentangan dengan data yang telah ditemukan.





Bila tidak ada lagi data yang berbeda dengan temuan berarti data yang sudah ditemukan dapat dipercaya.

e) Menggunakan bahan referensi

Adanya pendukung untuk membuktikan data yang telah ditemukan oleh peneliti misalnya rekaman wawancara, kamera sehingga data menjadi lebih dipercaya.

f) Mengadakan *member check*

Proses pengecekan data yang diperoleh peneliti kepada pemberi data, tujuannya adalah untuk mengetahui seberapa jauh data yang diperoleh sesuai dengan apa yang diberikan oleh pemberi data.

2) Transferabilitas

Validitas eksternal dilakukan dengan berupaya membuat laporan yang memberikan uraian yang rinci, jelas, sistematis dan dapat dipercaya sehingga pembaca menjadi jelas dengan hasil yang dibuat.

3) Dependabilitas

Peneliti melakukan audit terhadap keseluruhan proses penelitian melalui pembimbingan selama penelitian berlangsung.

4) Konfirmabilitas

Uji objektivitas menyatakan penelitian bersifat objektif bila hasil penelitian telah disepakati oleh banyak orang. Objektivitas penelitian bergantung pada persetujuan pendapat, pandangan dan penemuan seseorang yaitu tergantung kesepakatan antar subjek.

## BAB V HASIL PENELITIAN

### A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

#### 1. Keadaan Geografi

Puskesmas Seberang Padang merupakan 1 dari 3 puskesmas yang berada di Kecamatan Padang Selatan. Puskesmas Seberang Padang berdiri pada tahun 1970 yang merupakan puskesmas tertua di Kota Padang. Wilayah kerja Puskesmas Seberang Padang mencakup 4 kelurahan yaitu :

- a. Kelurahan Seberang Padang
- b. Kelurahan Alang Laweh
- c. Kelurahan Ranah Parak Rumbio
- d. Kelurahan Belakang Pondok

Kelurahan tersebut dapat dilalui dengan jalan darat. Luas wilayah nya  $\pm 2,37\text{km}^2$ . Wilayah ini terletak lebih kurang 4 meter di atas permukaan laut, dan merupakan zona merah bencana tsunami. Batas Wilayah Kerja Puskesmas Seberang Padang adalah sebagai berikut:

- a. Sebelah utara berbatasan dengan Kelurahan Parak Gadang Timur
- b. Sebelah selatan berbatasan dengan Wilayah Kerja Puskesmas Rawang kelurahan Mata Air
- c. Sebelah barat berbatasan dengan Wilayah Kerja Puskesmas Pemancangan Kelurahan Pasa Gadang
- d. Sebelah timur berbatasan dengan Kecamatan Lubuk Begalung.

#### 3. Kondisi Sosial, Budaya dan Ekonomi Penduduk

Adapun kondisi sosial, budaya dan ekonomi penduduk terdiri dari :

- a. Kondisi sosial

Penduduk di Wilayah Kerja Puskesmas Seberang Padang sebagian besar beragama Islam. Warga non-muslim, umumnya adalah kaum pendatang dari luar provinsi.

- b. Kondisi Ekonomi

Kondisi ekonomi yang dilihat dari pekerjaan dan pendapatan penduduk di wilayah kerja Puskesmas Seberang Padang bervariasi.

Mulai dari nelayan, buruh, pedagang, wiraswasta, pegawai swasta, pegawai negeri, ABRI dan lain-lain. Pekerjaan sebagai nelayan umumnya terdapat di pesisir pantai di dua kelurahan.

c. Kondisi Budaya

Kondisi budaya di Wilayah Kerja Puskesmas Seberang Padang bervariasi karena memiliki perbedaan suku. Meskipun terjadi perbedaan suku, agama dan budaya, aktifitas sosial dan peribadatan berjalan dengan baik. Wilayah Kerja Puskesmas juga terdapat berbagai sarana pendidikan dari berbagai jenjang mulai dari pendidikan usia dini hingga perguruan tinggi. Diharapkan semakin banyak penduduk yang dapat mengenyam pendidikan sehingga terjadi peningkatan kualitas kehidupan yang lebih baik.

#### 4. Sarana Prasarana

Puskesmas dalam menjangkau sasaran untuk pelaksanaan berbagai program yang ada memiliki satu puskesmas pembantu, dan tiga poskeskel. Selain itu, juga terdapat sarana lainnya yang dibantu oleh peran institusi yang ada berbagai tatanan yang ada seperti 23 posyandu balita, enam posyandu lansia, dan dua posbindu. Puskesmas dalam melaksanakan pelayanan kesehatan bagi masyarakat dalam wilayah kerja, Puskesmas Seberang Padang mempunyai sarana dan prasarana yang cukup. Sarana dan prasarana lainnya terdiri dari gedung, sarana transportasi, sarana pelayanan dan penunjang layanan, sarana penunjang administrasi dan sistem informasi.

#### B. Analisis Univariat

Analisis univariat adalah analisis yang bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian yang menghasilkan frekuensi dan persentase. Jumlah sampel terpilih secara acak sebanyak 74 sampel termasuk 10% dari sampel minimal untuk mengatasi adanya DO. Jumlah sampel yang dianalisa adalah sebanyak 71 sampel. Hal ini terjadi karena terdapat sampel yang *drop out* saat penelitian dilakukan. Namun, sampel yang dianalisa sudah memenuhi sampel minimal yaitu 67 sampel.

## 1. Gambaran Karakteristik Orang tua

Karakteristik orang tua sampel pada penelitian ini meliputi tingkat pendidikan ayah dan ibu, jenis pekerjaan ayah, dan pendapatan keluarga. Adapun distribusi frekuensinya dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

Tabel 8 Distribusi Karakteristik Orangtua

Karakteristik	Kategori	Frekuensi	Persentase (%)
Tingkat Pendidikan Ayah	Rendah	21	29,6
	Tinggi	50	70,4
Tingkat Pendidikan Ibu	Rendah	58	28,2
	Tinggi	13	71,8
Jenis Pekerjaan Ayah	Tidak Bekerja	0	0
	Sekolah	0	0
	Jasa(ojek/supir)/ Bangunan/buruh	29	40,8
	PNS/TNI/Polri	1	1,4
	Pegawai swasta	16	22,5
	Dagang/wiraswasta	25	35,2
Pendapatan perkapita	Miskin	38	53,5
	Tidak Miskin	33	46,5

Berdasarkan tabel di atas dapat dilihat bahwa lebih dari separuh sampel memiliki ayah dengan tingkat pendidikan tinggi (70,4%) dan ibu dengan tingkat pendidikan tinggi (71,8%). Pekerjaan ayah sampel paling banyak sebagai jasa (ojek/supir/bangunan/buruh) yaitu sebesar 40,8%. Berdasarkan pendapatan perkapita perbulan terlihat keluarga miskin (53,5%) lebih banyak dari pada keluarga tidak miskin (46,5%).

## 2. Gambaran Karakteristik Anak dan Faktor Risiko

Karakteristik sampel pada penelitian ini meliputi jenis kelamin, dan berat badan lahir. Distribusi faktor risiko terdiri dari penyakit infeksi, keterpaparan asap rokok, ANC, tablet Fe ibu hamil, ASI eksklusif, MP-ASI, imunisasi lengkap, suplementasi vit A, dan monitoring pertumbuhan dapat dilihat pada tabel di bawah ini:



Tabel 9 Distribusi Karakteristik dan Faktor Risiko

Karakteristik dan Faktor risiko	Kategori	Frekuensi	Persentase (%)
Status Gizi	<i>Stunting</i>	23	32,4
	Normal	48	67,6
Jenis Kelamin	Perempuan	38	53,5
	Laki-laki	33	46,5
Berat Badan Lahir	<2500	4	5,6
	≥2500	67	94,4
Penyakit infeksi	Pernah ter infeksi	51	71,8
	Tidak pernah terinfeksi	20	28,2
Keterpaparan Asap Rokok	Terpapar	30	42,3
	Tidak Terpapar	41	57,7
ANC	Tidak Lengkap	40	56,3
	Lengkap	31	43,7
Tablet Fe Ibu Hamil	Tidak Lengkap	46	64,8
	Lengkap	25	35,2
ASI Eksklusif	Tidak	41	57,7
	Ya	30	42,3
MP-ASI	Kurang Baik	57	80,3
	Baik	14	19,7
Imunisasi Lengkap	Tidak Lengkap	34	47,9
	Lengkap	37	52,1
Suplementasi Vitamin A	Tidak Lengkap	28	39,4
	Lengkap	43	60,6
Monitoring Pertumbuhan	Tidak Rutin	58	81,7
	Rutin	13	18,3

Berdasarkan tabel 9 di atas ditemukan bahwa terdapat 32,4% anak *stunting* pada usia 12-24 bulan. Pada umumnya anak usia 12-24 bulan memiliki berat badan lahir normal yaitu sebesar 94,4%. Anak lebih banyak terinfeksi penyakit menular (71,8%) dibandingkan dengan yang tidak terinfeksi penyakit menular (28,2%). Selain itu juga ditemukan bahwa sebagian besar anak mendapatkan MP-ASI yang kurang baik (80,3%) dan tidak mendapatkan monitoring pertumbuhan secara rutin (81,7%).

### 3. Gambaran Faktor Risiko pada Seluruh Anak

Gambaran faktor risiko pada seluruh anak meliputi distribusi faktor risiko pada anak normal dan anak *stunting* yang terdiri dari 7 faktor risiko. Faktor risiko tersebut adalah ANC tidak lengkap, tablet Fe ibu hamil tidak lengkap, tidak ASI eksklusif, MP-ASI buruk, imunisasi tidak lengkap, suplementasi vitamin A tidak lengkap dan monitoring pertumbuhan tidak rutin. Distribusi jumlah faktor risiko berdasarkan anak normal dan *stunting* dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 10 Distribusi Jumlah Faktor Risiko

Jumlah Faktor Risiko	Kejadian <i>Stunting</i>				Total	
	<i>Stunting</i>		Normal		f	%
	f	%	f	%		
1 faktor risiko	0	0	3	100	3	100
2 faktor risiko	0	0	5	100	5	100
3 faktor risiko	3	25,0	9	75,0	12	100
4 faktor risiko	6	26,1	17	73,9	23	100
5 faktor risiko	4	40,0	6	60,0	10	100
6 faktor risiko	8	61,5	5	38,5	13	100
7 faktor risiko	2	40,0	3	60,0	5	100

Berdasarkan tabel 10 di atas maka dapat dilihat bahwa anak *stunting* paling banyak memiliki 6 faktor risiko yaitu sebesar 61,5% serta paling sedikit dengan 1 dan 2 faktor risiko yaitu sebesar 0%. Sebaliknya, anak normal paling banyak memiliki 1 dan 2 faktor risiko yaitu sebesar 100% dan paling sedikit memiliki 6 faktor risiko yaitu sebesar 38,5%.

### 4. Gambaran Faktor Risiko pada anak *Stunting*

Gambaran faktor risiko pada *stunting* meliputi distribusi faktor risiko terhadap *stunting* yang terdiri dari 7 faktor risiko. Faktor risiko tersebut adalah ANC tidak lengkap, tablet Fe ibu hamil tidak lengkap, tidak ASI eksklusif, MP-ASI buruk, imunisasi tidak lengkap, suplementasi vitamin A

tidak lengkap dan monitoring pertumbuhan tidak rutin. Distribusi tersebut dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 11 Distribusi Anak *Stunting* berdasarkan Jumlah Faktor Risiko

Jumlah Faktor Risiko	Frekuensi	Persentase (%)
3 faktor risiko	3	13,0
4 faktor risiko	6	26,1
5 faktor risiko	4	17,4
6 faktor risiko	8	34,8
7 faktor risiko	2	8,7

Berdasarkan data tabel 11 di atas maka didapatkan bahwa anak *stunting* paling banyak memiliki 6 faktor risiko yaitu sebesar 34,8% dan paling sedikit memiliki 7 faktor risiko yaitu sebesar 8,7%. Tabel ini menjelaskan tentang jumlah faktor risiko pada anak *stunting*. Selain jumlah faktor risiko, hasil penelitian ini juga menemukan faktor risiko apa yang paling banyak serta paling sedikit yang terdapat pada anak *stunting*. Hasil tersebut dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

Tabel 12 Persentase Faktor Risiko pada Anak *Stunting*

Faktor risiko	Frekuensi	Persentase (%)
ANC Tidak Lengkap	14	60,86
Tablet Fe Ibu Hamil Tidak Lengkap	18	78,26
Tidak ASI Eksklusif	14	60,86
MP-ASI Kurang Baik,	22	95,65
Imunisasi Tidak Lengkap	12	52,17
Suplementasi Vitamin A Tidak Lengkap	13	56,52
Monitoring Pertumbuhan Tidak Rutin	22	95,65

Berdasarkan hasil penelitian yang didapatkan bahwa faktor risiko yang paling banyak terdapat pada anak *stunting* adalah anak yang mendapatkan MP-ASI kurang baik dan monitoring pertumbuhan tidak rutin yaitu sebesar 95,65% dari seluruh anak *stunting*. Sebaliknya, faktor risiko yang paling sedikit terdapat pada anak *stunting* adalah imunisasi tidak lengkap yaitu sebesar 52,17%

### C. Analisis Bivariat

Analisa bivariat bertujuan untuk mengetahui hubungan antara dua variabel (variabel independen dan dependen). Variabel independen adalah ANC, tablet Fe Ibu hamil, ASI eksklusif, MP-ASI, imunisasi lengkap, suplementasi vitamin A dan monitoring pertumbuhan. Sedangkan variabel dependen adalah kejadian *stunting*. Uji statistik yang digunakan pada penelitian ini adalah *Chi-Square Test*. Hasil analisis bivariat yaitu hubungan antara variabel independen (ANC, tablet Fe ibu hamil, ASI eksklusif, MP-ASI, imunisasi lengkap, suplementasi vitamin A dan monitoring pertumbuhan) dan dependen (kejadian *stunting*) dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 13 Hubungan Variabel Independen dengan Kejadian *Stunting* di Wilayah Kerja Puskesmas Seberang Padang 2019

Variabel	Kejadian <i>Stunting</i>				Total		POR (95% CI)	<i>P-value</i>
	<i>Stunting</i>		Normal		f	%		
	f	%	f	%				
<b>ANC</b>								
Tidak Lengkap	14	35,0	26	65,0	40	100	1,31 (0,47-3,62)	0,782
Lengkap	9	29,0	22	71,0	31	100		
<b>Tablet Fe Ibu Hamil</b>								
Tidak Lengkap	18	39,1	28	60,9	46	100	2,571 (0,81-8,08)	0,168
Lengkap	5	20,0	20	80,0	25	100		
<b>ASI Eksklusif</b>								
Tidak	14	34,1	27	65,9	41	100	1,21 (0,43-3,33)	0,911
Ya	9	30,0	21	70,0	30	100		
<b>MP-ASI</b>								
Kurang Baik	22	38,6	35	61,4	57	100	8,17 (0,99-66,9)	0,027
Baik	1	7,1	13	92,9	14	100		
<b>Imunisasi Lengkap</b>								
Tidak Lengkap	12	35,3	22	64,7	34	100	1,28 (0,47-3,49)	0,805
Lengkap	11	29,7	26	70,3	37	100		
<b>Suplementasi Vitamin A</b>								
Tidak Lengkap	13	46,4	15	53,6	28	100	2,86 (1,02-7,97)	0,075
Lengkap	10	23,3	33	76,7	43	100		
<b>Monitoring Pertumbuhan</b>								
Tidak Rutin	22	37,9	36	62,1	58	100	7,33 (0,89-60,3)	0,048
Rutin	1	7,7	12	92,3	13	100		



Berdasarkan tabel 13 di atas didapatkan bahwa anak *stunting* lebih banyak terdapat pada ibu dengan ANC tidak lengkap (35%) dan tablet Fe tidak lengkap (39,1%) dibandingkan dengan ibu dengan ANC lengkap (29%) dan tablet Fe lengkap (20%). Anak *stunting* lebih banyak terdapat pada anak yang tidak ASI eksklusif (34,1%), MP-ASI kurang baik (38,6%), imunisasi tidak lengkap (35,3%), suplementasi vitamin A tidak lengkap (46,4%) dan monitoring pertumbuhan tidak rutin (37,9%) dibandingkan anak ASI eksklusif (30%), MP-ASI baik (7,1%), imunisasi lengkap (29,7%), suplementasi vitamin A lengkap (23,3%), dan monitoring pertumbuhan rutin (7,7%).

Uji statistik *Chi-Square* menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara MP-ASI dan monitoring pertumbuhan terhadap kejadian *stunting*. Hal ini dapat dilihat dari hasil uji statistik yaitu diperoleh nilai  $p < 0,05$ . Selain itu, didapatkan juga bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara variabel ANC, tablet Fe ibu hamil, ASI eksklusif, imunisasi lengkap, dan suplementasi vitamin A terhadap kejadian *stunting*. Hal ini dapat dilihat dari hasil uji statistik yaitu diperoleh nilai  $p > 0,05$ .

Hasil analisis bivariat juga didapatkan bahwa nilai POR = 8,17 yang artinya anak yang tidak mendapatkan MP-ASI yang baik berisiko akan mengalami kejadian *stunting* sebesar 8,17 kali dibandingkan dengan anak yang mendapatkan MP-ASI baik. Hasil analisis bivariat juga memperlihatkan bahwa nilai POR = 7,33 yang artinya anak yang tidak mendapatkan monitoring pertumbuhan rutin berisiko akan mengalami kejadian *stunting* sebesar 7,33 kali dibandingkan dengan anak yang mendapatkan monitoring pertumbuhan rutin.

#### **D. Analisis Multivariat**

Analisis multivariat dilakukan untuk melihat hubungan beberapa variabel independen dengan variabel dependen sehingga dapat diperkirakan hubungan variabel setelah dikontrol dengan beberapa variabel lainnya. Analisa ini akan mendapatkan variabel yang paling dominan mempengaruhi kejadian *stunting*. Analisis multivariat diawali dengan melakukan penjarangan variabel. Berikut langkah-langkah dalam analisis multivariat menggunakan Uji Regresi Logistik. Hasilnya didapatkan seperti di bawah ini :

## 1. Seleksi Bivariat

Penelitian ini terdapat satu variabel dependen yaitu kejadian *stunting* dan tujuh variabel independen yaitu ANC, tablet Fe Ibu Hamil, ASI eksklusif, MP-ASI, imunisasi lengkap, suplementasi vitamin A, dan monitoring pertumbuhan. Untuk menjadikan variabel multivariat terlebih dahulu dilakukan seleksi bivariat. Variabel yang dimasukkan ke dalam analisis berpedoman pada hasil bivariat. Variabel yang akan dimasukkan ke dalam analisis multivariat adalah variabel dari hasil bivariat yang memiliki *p-value* <0,25. Berikut hasil seleksi bivariat:

Tabel 14 Hasil Seleksi Bivariat

<i>Stunting</i>	POR	95% CI		<i>P-Value</i>
		<i>Lower</i>	<i>Upper</i>	
Tablet Fe Ibu Hamil	2,70	0,81	8,08	0,168
MP-ASI	8,17	0,99	66,9	0,027
Suplementasi Vit A	2,86	1,02	7,97	0,075
Monitoring Pertumbuhan	7,33	0,89	60,3	0,048

Pada tabel di atas menunjukkan ada 4 variabel yang nilai *p-value* <0,25 yaitu tablet Fe ibu hamil, MP-ASI, suplementasi vitamin A dan monitoring pertumbuhan. Keempat variabel tersebut bisa diteruskan ke dalam tahap pemodelan multivariat. Sedangkan hasil uji yang *p-value* >0,25 tidak dapat dilanjutkan ke multivariat.

## 2. Pemodelan Multivariat

Langkah selanjutnya adalah pemodelan multivariat dengan memasukkan secara bersamaan semua variabel kandidat hasil dari seleksi bivariat. Adapun model awal multivariat pada penelitian ini adalah sebagai berikut :

Tabel 15 Model Awal Multivariat

<i>Stunting</i>	POR	95% CI		<i>P-Value</i>
		<i>Lower</i>	<i>Upper</i>	
MP-ASI	22,8	2,37	219,6	0,007
Tablet Fe Ibu hamil	4,96	1,33	18,50	0,017
Suplementasi Vit A	2,85	0,83	9,769	0,096
Monitoring Pertumbuhan	9,70	1,04	90,58	0,046

Hasil uji statistik pada tabel di atas merupakan model awal untuk analisis multivariat selanjutnya. Untuk mengetahui faktor risiko paling dominan maka perlu dilakukan analisis tahap selanjutnya yaitu mengeluarkan variabel yang memiliki *p-value* paling besar. Variabel yang dikeluarkan adalah variabel suplementasi vitamin A. Model analisis multivariat tanpa suplementasi vitamin A dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

Tabel 16 Model Analisis Multivariat tanpa Suplementasi Vitamin A

<i>Stunting</i>	POR	95% CI		<i>P-Value</i>
		<i>Lower</i>	<i>Upper</i>	
MP-ASI	17,2	1,952	152,7	0,010
Tablet Fe ibu hamil	4,77	1,346	16,91	0,016
Monitoring pertumbuhan	13,0	1,473	116,2	0,021

Berdasarkan hasil uji statistik tabel di atas, maka variabel selanjutnya yang dikeluarkan adalah variabel monitoring pertumbuhan. Berikut hasil analisis nya:

Tabel 17 Model Akhir Analisis Multivariat

<i>Stunting</i>	POR	95% CI		<i>P-Value</i>
		<i>Lower</i>	<i>Upper</i>	
<b>MP-ASI</b>	<b>11,64</b>	<b>1,37</b>	<b>98,7</b>	<b>0,024</b>
Tablet Fe ibu hamil	3,66	1,11	12,0	0,033

Berdasarkan hasil analisis di atas, maka didapatkan bahwa variabel MP-ASI merupakan variabel yang paling dominan berhubungan dengan kejadian *stunting* pada 1000 HPK di Puskesmas Seberang Padang dengan nilai POR terbesar yaitu 11,64 (95% CI : 1,37-98,7).

### 3. Analisis Faktor yang Paling Dominan dengan Kejadian *Stunting* pada 1000 HPK tahun 2019

Analisis kualitatif dilakukan pada faktor yang paling dominan yang mempengaruhi *stunting* di Puskesmas Seberang Padang tahun 2019. Oleh karena keterbatasan peneliti baik tenaga, dana dan waktu, maka peneliti mengevaluasi program hanya berfokus kepada program pencegahan *stunting* pada faktor paling dominan. MP-ASI merupakan faktor paling dominan yang berhubungan dengan kejadian *stunting*. Penelitian ini dilanjutkan dengan melihat akar penyebab masalah mengapa ibu tidak memberikan MP-ASI yang baik terhadap anak sehingga mengakibatkan *stunting* pada 1000 hari pertama kehidupan di Wilayah Kerja Puskesmas Seberang Padang.

Penelitian ini dilanjutkan dengan metode kualitatif untuk mengevaluasi program MP-ASI sesuai PMK No. 40 tentang Pedoman Gizi Seimbang yang diikuti oleh pedoman PMBA (Pemberian Makan Bayi dan Anak) di tingkat Puskesmas. Pedoman PMBA menjadi acuan dari Kemenkes RI untuk Puskesmas dalam menjalankan kegiatan MP-ASI. Evaluasi ini dilakukan melalui pendekatan sistem. Pendekatan sistem yang digunakan pada penelitian ini meliputi : unsur *input*, yaitu kebijakan, tenaga, metode, anggaran dan sarana, unsur proses yaitu perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, pengawasan dan evaluasi; dan unsur *output* yaitu jumlah tenaga yang terlatih, kader yang terlatih dalam pemberian konseling PMBA.

#### E. Hasil Kualitatif Program MP-ASI

Pengambilan data primer kualitatif dilakukan melalui wawancara mendalam kepada 7 informan dan dilakukan observasi pada 1 informan yang berobat di Puskesmas Seberang Padang. Adapun karakteristik dari informan pada wawancara mendalam dan observasi ini dapat dilihat pada tabel di bawah ini :



Tabel 18 Karakteristik Informan Penelitian

No	Jenis Kelamin	Umur	Pendidikan	Jabatan	Teknik Pengumpulan data
1	Perempuan	34	Dokter	Kepala Puskesmas	Wawancara Mendalam
2	Perempuan	57	D3 Kebidanan	Penanggung Jawab Gizi	Wawancara Mendalam
3	Perempuan	40	S2 Gizi dan Kesehatan	Staff Bagian Gizi (Petugas Pelaksana Gizi dan Koordinator Promosi Kesehatan)	Wawancara Mendalam
4	Perempuan	44	D3 Kebidanan	Bidan Kelurahan	Wawancara Mendalam
5	Perempuan	55	SMA	Kader	Wawancara Mendalam
6	Perempuan	47	SMA	Kader	Wawancara Mendalam
7	Perempuan	28	SMA	Ibu baduta yang pernah mendapatkan layanan di Puskesmas Seberang Padang	Wawancara Mendalam
8	Perempuan	1 tahun 7 bln	-	Baduta yang berobat ke Poli KIA (HAZ = - 2,28)	Observasi

## 1. Input

### a. Sosialisasi Kebijakan dan Petunjuk Teknis Belum Ada

Berdasarkan PMK No 41 tahun 2014 tentang pedoman gizi seimbang disebutkan bahwa dalam penyelenggaraan gizi seimbang termasuk di dalamnya adalah pelaksanaan pemberian MP-ASI yang baik dan benar. PMK ini menyebutkan bahwa terdapat beberapa kegiatan yang perlu dilakukan seperti sosialisasi, pelatihan, penyuluhan, konseling dan demo percontohan dan praktik. PMK ini juga mengatur mengenai gizi seimbang untuk anak usia 6-24 bulan seperti pemberian MP-ASI yang baik. PMK ini diikuti oleh dikeluarkan nya panduan penyelenggaraan PMBA baik untuk petugas kesehatan khusus nya petugas gizi, bidan kelurahan maupun kader (Kemenkes, 2014a). Berdasarkan wawancara yang dilakukan



diperoleh informasi bahwa seluruh petugas pelaksana gizi dan staf mengetahui bahwa dasar pelaksanaan program MP-ASI adalah mengacu pada pedoman PMBA yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan, namun seluruh informan belum mengetahui tentang kebijakan yang mendasari pelaksanaan kegiatan MP-ASI. Sesuai dengan hasil wawancara mendalam dengan informan di bawah ini :

*“Kebijakan atau pedoman yang kami gunakan untuk program MP-ASI ini apa ya, ya adalah peraturan atau PMK nya ..”(Inf-1)*

*“Kebijakan atau pedoman yang kami gunakan untuk pelaksanaan program MP-ASI khusus untuk konseling MP-ASI kami menggunakan buku atau modul konseling PMBA ufrejutek (usia frekuensi jumlah dan tekstur)..”(Inf-2)*

*“Untuk kebijakan yang kami gunakan adalah standard PMBA, seperti yang ada pada modul PMBA dan juga lembar bolak balik standard PMBA ..”(Inf-3)*

*“Untuk Program MP-ASI kebijakan atau pedoman yang kami pegang adalah PMBA ( Inf-4.)*

Berdasarkan hasil wawancara dengan informan diatas disebutkan bahwa informan mengetahui adanya petunjuk teknis pelaksanaan kegiatan MP-ASI berdasarkan pedoman penyelenggaraan PMBA yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan. Namun setelah dilakukan telaah dokumen bahwa tidak ditemukan petunjuk teknis pelaksanaan tersebut di Puskesmas. Berikut hasil tabel telaah dokumen kebijakan dan petunjuk teknis yang terdapat di Puskesmas Seberang Padang :

Tabel 19 Kondisi Kebijakan Kegiatan MP-ASI

Standar	Kondisi Saat ini	Keterangan
1. PMK No 41 tentang Pedoman Gizi	Ada	Kebijakan yang mendasari ada
2. Modul MP-ASI berbasis PMBA	-	namun tidak
3. Petunjuk Teknis		diketahui oleh
- Sosialisasi	-	petugas
- Pelatihan PMBA Kader	-	
- Penyelenggaraan MP-ASI berbasis PMBA	-	

Berdasarkan hasil telaah dokumen di Puskesmas Seberang Padang tidak ditemukan petunjuk teknis pelaksanaan sosialisasi maupun pelatihan

PMBA kepada kader dari petugas gizi. Selain itu, petugas tidak mengetahui tentang kebijakan berupa PMK yang mendasari pelaksanaan kegiatan MP-ASI namun ditemukan adanya PMK No. 40 tahun 2014 tentang Pedoman Gizi Seimbang di Puskesmas melalui telaah dokumen. Berikut disajikan matriks yang merupakan reduksi dari hasil wawancara mendalam mengenai komponen input yaitu kebijakan.

Tabel 20 Matriks Triangulasi Metode Kebijakan Program MP-ASI di Puskesmas Seberang Padang 2019

Topik	Telaah Dokumen	Wawancara Mendalam	Kesimpulan
Kebijakan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ditemukan PMK No 41 tahun 2014 mengenai Pedoman Gizi Seimbang serta</li> <li>- Tidak di temukan modul PMBA</li> <li>- Tidak di temukan petunjuk teknis (sosialisasi, pelatihan serta penyelenggaraan) kegiatan MP-ASI berbasis PMBA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kebijakan pemerintahan berupa PMK yang mendasari kegiatan MP-ASI belum diketahui oleh seluruh informan.</li> <li>- Pedoman dari kemenkes mengenai pelaksanaan kegiatan MP-ASI sudah diketahui oleh petugas pelaksana gizi dan bidan.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Seluruh petugas belum mengetahui tentang kebijakan yang mendasari kegiatan MP-ASI berbasis PMBA.</li> <li>- Seluruh petugas mengetahui bentuk pedoman (petunjuk teknis) pelaksanaan kegiatan MP-ASI dari Kementerian Kesehatan RI namun tidak ditemukan petunjuk teknis tersebut di Puskesmas</li> </ul>

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dan telaah dokumen dapat disimpulkan bahwa seluruh informan belum mengetahui kebijakan yang mendasari pelaksanaan kegiatan MP-ASI meskipun terdapat peraturan yang terdokumentasikan di ruang gizi. Pedoman yang mengatur mengenai pelaksanaan kegiatan MP-ASI berbasis PMBA di Puskesmas Seberang Padang sudah diketahui oleh semua petugas puskesmas maupun bidan kelurahan, namun tidak ditemukan petunjuk teknis pelaksanaannya di Puskesmas.

### b. Tenaga Kader Terlatih PMBA Belum Ada

Berdasarkan PMK No 75 tentang Puskesmas tahun 2014 disebutkan bahwa dalam upaya pelaksanaan pelayanan gizi maka diperlukan tenaga gizi yang memiliki kompetensi dan kewenangan. Tenaga pelaksana gizi (TPG) di Puskesmas yang terlatih menjadi *input* tenaga yang sangat penting. Berdasarkan PMK tersebut disebutkan bahwa minimal atau paling sedikit terdapat 2 tenaga gizi di setiap Puskesmas jenis rawatan di lingkungan perkotaan. Berdasarkan hasil wawancara mendalam bahwa jumlah TPG di Puskesmas Seberang Padang tahun 2019 mencukupi yaitu berjumlah 3 orang. Namun, 1 orang TPG merupakan tenaga baru dipindahkan ke Puskesmas karena ada salah satu TPG yang akan pensiun. Mengenai tenaga gizi yang terlatih, puskesmas sudah memiliki TPG terlatih PMBA namun, pelatihan diberikan terakhir pada tahun 2017. Sesuai dengan hasil wawancara mendalam dengan informan di bawah ini :

*“Menurut saya tenaga gizi sudah cukupya, baik sebagai pelaksana dan juga penanggung jawab program di Puskesmas...”(Inf 1)*

*“Untuk tenaga dari puskesmas kami punya 3 tenaga yang sudah mendapatkan pelatihan PMBA.. bidan kelurahan dan juga kader sudah mencukupi, namun mungkin yang kurang adalah sosialisasi dari petugas ke kader dan dari kader atau bidan kelurahan ke masyarakatnya yang kurang...Untuk kualifikasinya bahwa petugas puskesmas 3 orang sudah mendapatkan pelatihan PMBA beserta bidan kelurahan...”(inf 2)*

*“Kalo menurut saya untuk pelaksana MP-ASI sudah mencukupi ya, di Puskesmas terdapat 2 tenaga pelaksana gizi yang sudah mendapatkan pelatihan, juga bidan kelurahan ke empat-empatnya sudah mendapatkan pelatihan PMBA, kader dll.. dulu gizi 2 orang sekarang ada 3 orang baru pindah ke Puskesmas Seberang Padang..Namun menurut saya seluruh petugas puskesmas sebagai pelaksana posyandu harus terpapar dengan PMBA. Hal ini tentu akan membantu, karena jika dilihat jumlah petugas gizi hanya 3 orang sedangkan posyandu ada 23 jika hanya mengandalkan petugas gizi mungkin tidak akan tercover....”(Inf 3)*

*“Kalo menurut saya tenaga sudah mencukupi ya, kader pun sudah cukup..”(inf 4)*

Berdasarkan wawancara dengan informan didapatkan bahwa untuk kecukupan jumlah tenaga gizi sebagai tenaga pelaksana gizi di Puskesmas dibandingkan peraturan yang ada sudah mencukupi. Untuk pelatihan PMBA, semua tenaga pelaksana gizi sudah mendapatkan pelatihan, namun pelatihan terakhir dilakukan pada tahun 2017. Selanjutnya triangulasi sumber dari beberapa informan berdasarkan wawancara mendalam tentang kecukupan ketenagaan untuk pelaksanaan program gizi khusus untuk pelaksanaan program MP-ASI sudah mencukupi Berdasarkan observasi yang dilakukan terkait dengan tenaga terlatih konseling PMBA sudah mencukupi hal tersebut dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 21 Jumlah Petugas Pelaksana Gizi (MP-ASI) di Puskesmas Seberang Padang 2019

Tenaga	Standar	Jumlah Saat ini	Status	Keterangan
Tenaga Pelaksana Gizi	2 orang	3 orang	Pernah ikut pelatihan	Tidak ada sertifikat
Kader terlatih	2 Kader Per-desa	-	31 kader posyandu belum pernah ikut pelatihan	-
Bidan Desa	1 Bidan Per-desa	4 orang	Sudah mengikuti pelatihan	Tidak ada sertifikat

Selanjutnya, berdasarkan telaah dokumen yang dilakukan diketahui staf gizi di Puskesmas Seberang Padang dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 22 Data Petugas Pelaksana Gizi di Puskesmas Seberang Padang tahun 2019

Nama	Pendidikan	Jabatan
Fatma Wasita	D3 Gizi	Penanggung Jawab Gizi
Rahmawati	S2 Gizi dan Kesehatan	Pelaksana Gizi dan Koordinator Promosi Kesehatan
Nadiyah	S1 Gizi	Pelaksana Gizi



Berdasarkan tabel di atas terlihat bahwa Puskesmas Seberang Padang sudah memiliki petugas pelaksana gizi dengan kualifikasi pendidikan yang sudah sesuai dengan kualifikasi serta terlatih PMBA, namun dari hasil observasi petugas tidak dapat menunjukkan sertifikat pelatihan PMBA yang pernah diikuti. Selain itu untuk tenaga kader terlatih PMBA yang diharapkan dapat meneruskan informasi mengenai MP-ASI ke masyarakat belum memadai. Hal ini sesuai dengan yang dipaparkan sebelumnya bahwa sosialisasi PMBA yang pernah dilakukan di Puskesmas dilakukan terakhir kali pada tahun 2017. Berikut matriks triangulasi metode tentang ketenagaan dalam pelaksanaan program MP-ASI di Puskesmas Seberang Padang berdasarkan wawancara mendalam dan telaah dokumen dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 23 Matriks Triangulasi Metode Ketenagaan untuk Pelaksanaan Program MP-ASI di Puskesmas Seberang Padang 2019

Topik	Telaah Dokumen	Observasi	Wawancara Mendalam	Kesimpulan
Tenaga	Tenaga pelaksana gizi ada 3 orang dengan kualifikasi D3 Gizi, S1 Gizi, S2 Gizi dan Kesehatan.	- Tidak ditemukan sertifikat petugas terlatih konseling PMBA petugas pelaksana gizi. - Tidak terdapat kader terlatih PMBA dari 31 kader kader posyandu.	Puskesmas Seberang Padang sudah memiliki tenaga pelaksana gizi yang sesuai dengan PMK No 75 tentang Puskesmas 2017 Semua tenaga kerja terlibat dalam pelaksanaan MP-ASI berupa penyuluhan dan konseling di Puskesmas.	Jumlah tenaga pelaksana gizi sudah mencukupi sesuai dengan PMK No 75 tentang Puskesmas 2017, serta sudah mendapatkan pelatihan PMBA meskipun tidak memiliki sertifikat PMBA. Belum terdapat kader terlatih PMBA.

Berdasarkan telaah dokumen, wawancara mendalam dan observasi didapatkan hasil bahwa tenaga pelaksana gizi di Puskesmas Seberang Padang pada tahun 2019 sudah mencukupi dan sudah terlatih PMBA.

Namun untuk ketenagaan kader belum ada kader yang mendapatkan pelatihan PMBA sesuai dengan yang dianjurkan oleh pedoman penyelenggaraan kegiatan MP-ASI berbasis PMBA.

### c. Metode Pelaksanaan Belum sesuai dengan Pedoman

Metode adalah suatu tata cara pelaksanaan kegiatan yang bertujuan untuk memperlancar pelaksanaan program MP-ASI untuk mencegah terjadi *stunting* di Wilayah Kerja Puskesmas Seberang Padang. Berdasarkan PMK No 41 tahun 2014 tentang pedoman gizi seimbang disebutkan bahwa dalam penyelenggaraan gizi seimbang terdapat beberapa kegiatan yang perlu dilakukan seperti sosialisasi, pelatihan, penyuluhan, konseling dan demo percontohan dan praktik. Berdasarkan pedoman PMBA dari Kementerian Kesehatan, perlu diperlihatkan kepada ibu secara langsung jenis, tekstur, frekuensi, dan jumlah makanan yang harus di makan bayi sesuai dengan tingkat umurnya. Metode yang disebutkan dalam pedoman adalah kader mampu memberikan konseling PMBA dengan menggunakan kartu konseling (lembar bolak-balik PMBA yang terdiri dari 17 lembar). Berdasarkan wawancara mendalam dengan informan didapatkan bahwa metode pelaksanaan program MP-ASI berupa pemberian informasi kepada ibu baduta mengenai PMBA menggunakan metode konseling di bagian gizi puskesmas, ceramah di kelas ibu bayi balita, dan metode tanya jawab di Posyandu. Berdasarkan wawancara mendalam dengan informan didapatkan bahwa pelaksanaan MP-ASI di Puskesmas belum terealisasi sesuai dengan metode yang dianjurkan tersebut di Puskesmas Seberang Padang. Sesuai dengan hasil wawancara mendalam dengan informan di bawah ini :

*“Metode pelaksanaan program MP-ASI selama ini ya ceramah saat ada kelas ibu hamil dan balita, dan itupun tidak setiap bulan ada materi itu, itu materi bergilir setiap bulannya. Selain itu juga kami lakukan melalui metode konseling di Bagian Gizi di Puskesmas...Untuk demo atau praktek melihat langsung tekstur dll itu belum ada, maupun dalam bentuk video juga belum...” (Inf 3)*  
*Kalo untuk MP-ASI PMBA belum ada di dalam RUK... sehingga susunan atau SOP kegiatan PMBA sendiri tidak ada termasuk pelatihan ke kader, namun pelaksanaannya di Puskesmas ada kami lakukan seperti di Konseling MP-ASI di bagian Gizi dan kegiatan di Posyandu, kelas ibu hamil, kelas ibu bayi dan balita....”-(Inf3)*

*“Pelaksanaan MP-ASI ini ya kami dengan cara konseling di Puskesmas atau Pustu, lalu sistem tanya jawab antara kader atau petugas dengan ibu yang berkunjung, lalu di saat pertemuan kelas ibu bayi dan balita kami informasikan melalui metode ceramah...”(Inf-4)*

Hal ini senada dengan apa yang disampaikan oleh ibu baduta yang berada di Wilayah Kerja Puskesmas Seberang Padang bahwa memang pemberian informasi mengenai PMBA di Posyandu hanya berupa tanya jawab saja. Pemberian informasi mengenai pemberian MP-ASI untuk anak yang baik kepada ibu yang berkunjung ke posyandu belum berjalan optimal. Sesuai dengan hasil wawancara mendalam dengan informan di bawah ini :

*“Ya kami saat posyandu, sesekali di tanya oleh kader atau petugas kesehatannya, saat ini anak sedang makan apa, ? kalo umur segini makan ini ya .. gitu.. Cuma tanya jawab ini juga sesekali dan di kasih informasi seperti itu juga jarang karena pada sibuk juga kan ngurus ibu ini lah, anak ini lah ...yaudah kalo udah selesai posyandu langsung pulang aja lagi..Pemberian informasi itu jika ibu yang berkunjung ke posyandu lagi sepi, nah dapat informasi itu...”-(Inf-5)*

Berdasarkan hasil penelitian hasil observasi metode pelaksanaan dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 24 Metode Pelaksanaan MP-ASI

Standar	Kondisi Saat ini	Keterangan
1. Sosialisasi MP-ASI berbasis PMBA	-	Penyuluhan MP-
2. Pelatihan MP-ASI berbasis PMBA kepada kader	-	ASI tidak tepat sasaran
3. Penyuluhan MP-ASI kepada Ibu	Ada	
4. Konseling MP-ASI PMBA		Konseling MP-ASI
- Di Puskesmas	Ada	di Posyandu belum
- Di Luar Puskesmas (posyandu)	-	optimal
5. Demo Percontohan MP-ASI	-	

Selanjutnya triangulasi sumber dari beberapa informan berdasarkan wawancara mendalam tentang metode pelaksanaan program MP-ASI di Puskesmas Seberang Padang dapat disimpulkan bahwa pelaksanaan program MP-ASI sudah dilakukan dengan beberapa metode namun belum dilaksanakan dengan metode seperti adanya demo percontohan MP-ASI yaitu dengan memperlihatkan langsung jenis makanan, konseling dari kader,

dan pelatihan ke kader sesuai dengan yang disebutkan dalam pedoman PMBA dari Kementerian Kesehatan RI. Pelaksanaan MP-ASI bagi ibu baduta lebih berfokus kepada penyuluhan dan bukan konseling. Berikut matriks triangulasi mengenai metode pelaksanaan program MP-ASI di Puskesmas Seberang Padang berdasarkan telaah dokumen dan wawancara mendalam dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 25 Matriks Triangulasi Metode untuk Pelaksanaan Program MP-ASI di Puskesmas Seberang Padang 2019

Topik	Telaah Dokumen	Wawancara Mendalam	Kesimpulan
Metode	<p>Tidak di temukan SOP untuk program MP-ASI khusus untuk PMBA</p> <p>Terdapat dokumen konseling MP-ASI dan 1 set lembar bolak balik PMBA untuk konseling</p> <p>Tidak ditemukan lembar bolak balik PMBA kader di Posyandu.</p>	<p>Puskesmas Seberang Padang sudah melaksanakan program MP-ASI baik dalam bentuk konseling PMBA di Puskesmas, tanya jawab di Posyandu, serta ceramah di pertemuan kelas ibu hamil, kelas ibu bayi dan balita namun belum berjalan optimal.</p> <p>Untuk SOP termasuk pelatihan ke kader mengenai kegiatan MP-ASI berbasis PMBA tidak ada karena tidak menjadi program dalam RUK Puskesmas di tahun 2019</p>	<p>SOP khusus mengenai PMBA belum ada di Puskesmas Seberang Padang.</p> <p>Metode konseling, tanya jawab di posyandu dan penyuluhan pemberian informasi mengenai PMBA baik di pertemuan kelas ibu bayi balita belum berjalan optimal.</p> <p>Metode masih berfokus kepada penyuluhan bukan bersifat konseling dari kader sesuai yang anjurkan pedoman PMBA</p> <p>Metode pelatihan ke kader serta demo percontohan MP-ASI belum ada di lakukan sesuai dengan petunjuk teknis yang dikeluarkan Kementerian Kesehatan</p>

Berdasarkan telaah dokumen tidak ditemukan SOP untuk pelaksanaan program MP-ASI berbasis PMBA karena tidak menjadi rencana kegiatan atau program di Puskesmas Seberang Padang tahun 2019. Berdasarkan wawancara mendalam dan telaah dokumen maka dapat disimpulkan metode pelaksanaan kegiatan yang dilakukan belum sesuai



dengan pedoman PMBA. Program MP-ASI belum berfokus kepada konseling yang dianjurkan oleh Kementerian Kesehatan RI. Metode yang belum dilakukan adalah metode pengenalan MP-ASI dengan presentasi atau demo langsung memperlihatkan makanan sesuai dengan frekuensi, jumlah, tekstur berdasarkan umur anak, konseling yang dilakukan oleh kader, serta pelatihan ke kader mengenai tata cara konseling yang harus dilakukan.

#### **d. Belum Ada Penganggaran MP-ASI Berbasis PMBA**

Anggaran merupakan segala bentuk dana atau biaya yang dibutuhkan dalam pelaksanaan program MP-ASI khusus mengenai PMBA. Ketersediaan dana atau anggaran untuk mendukung kegiatan berasal dari anggaran puskesmas. Berdasarkan wawancara mendalam ditemukan bahwa sumber dana untuk pelaksanaan kegiatan tidak ada dalam anggaran RUK tahun 2019. Pelaksanaan konseling MP-ASI berupa konseling PMBA kepada ibu yang berkunjung ke Puskesmas tidak diperlukan biaya apapun.

Pelaksanaan kegiatan MP-ASI berbasis PMBA tidak hanya melakukan konseling di Puskesmas saja tetapi juga perlu melakukan pelatihan kepada kader mengenai tata cara konseling MP-ASI berbasis PMBA. Selanjutnya kader perlu memberikan konseling kepada ibu dengan media konseling seperti kartu konseling PMBA. Pelaksanaan kegiatan tersebut disebutkan dalam panduan penyelenggaraan PMBA. Untuk melaksanakan kegiatan tersebut perlu adanya anggaran. Berdasarkan wawancara mendalam dengan informan penelitian menyebutkan bahwa anggaran pelatihan PMBA belum ada sehingga belum pernah terlaksana di Puskesmas Seberang Padang hingga saat ini.

Pelaksanaan penyuluhan mengenai MP-ASI di pertemuan kelas ibu hamil menggunakan biaya program promosi kesehatan di luar gedung. Biaya tersebut berasal dari dana BOK. Sesuai dengan hasil wawancara mendalam dengan informan di bawah ini :

*“Anggaran pelaksanaan konseling MP-ASI berbasis PMBA yang dilakukan di bagian Pojok Gizi tidak ada, karena ini pelayanan kan, ga perlu ada dana untuk konseling di Puskesmas.” Inf 2*

*“Untuk pendanaan sesuai dengan RUK ya tidak ada dana khusus untuk PMBA, karena ga ada dalam rencana program tahun ini kan ?,*

*Kalo untuk sosialisasi PMBA di tahun 2017 lalu itu juga ga ada pendanaan khusus itu pake dana lain, dana untuk pelatihan ke kader juga ngga ada sehingga ga terlaksana di puskesmas.”-Inf 3*

*“Untuk pendanaan PMBA sendiri tidak ada, namun pemberian informasi mengenai PMBA sendiri kami selipkan di pertemuan kelas bayi dan balita, dimana dari 5 pertemuan terdapat 1 pertemuan yang membahas mengenai pemberian makanan pada anak. Dana nya berasal dari BOK”-inf 4*

Selanjutnya, berdasarkan hasil penelitian hasil telaah dokumen mengenai anggaran pelaksanaan MP-ASI di Puskesmas Seberang Padang dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 26 Anggaran Pelaksanaan MP-ASI

Standar	Kondisi Saat ini	Keterangan
1. Anggaran pelatihan MP-ASI berbasis PMBA kepada kader	-	BOK dari program promosi kesehatan di luar gedung.
2. Anggaran pelaksanaan konseling MP-ASI berbasis PMBA	-	
- Di Puskesmas	-	
- Di Posyandu (kader)	-	
3. Anggaran pengadaan lembar bolak-balik PMBA	-	
4. Anggaran penyuluhan MP-ASI	Ada	

Berdasarkan telaah dokumen disebutkan bahwa hanya terdapat anggaran penyuluhan MP-ASI di luar gedung. Dana yang tersedia adalah dana BOK dari kegiatan promosi kesehatan di luar gedung. Pelaksanaan kegiatan konseling di Puskesmas tidak memerlukan biaya. Namun terdapat beberapa kegiatan yang memerlukan biaya tetapi belum ada tersedia. Berdasarkan Berdasarkan triangulasi metode dengan wawancara mendalam dan telaah dokumen bahwa dapat disimpulkan anggaran pelaksanaan PMBA di Puskesmas Seberang Padang belum ada penganggaran karena tidak ada program PMBA dalam RUK. Berikut matriks triangulasi anggaran pelaksanaan kegiatan MP-ASI berbasis PMBA:

Tabel 27 Matriks Triangulasi Metode Anggaran untuk Pelaksanaan Program MP-ASI di Puskesmas Seberang Padang 2019

Topik	Telaah Dokumen	Wawancara Mendalam	Kesimpulan
Anggaran	Tidak terdapat anggaran atau pendanaan untuk pelaksanaan program MP-ASI (PMBA) termasuk di dalamnya pelatihan kader dan pelaksanaan konseling.  Ditemukan dana penyelenggaraan penyuluhan MP-ASI sebagai kegiatan penyuluhan di luar gedung menjadi bagian dalam program promkes.	Belum terdapat anggaran untuk pelaksanaan program MP-ASI berbasis PMBA karena bukan menjadi salah satu program gizi di Puskesmas Seberang Padang  Konseling MP-ASI di Puskesmas tidak membutuhkan biaya. Namun konseling dari kader memerlukan biaya pelatihan yang belum dianggarkan hingga saat ini.  Untuk penyuluhan di luar gedung mengenai MP-ASI menggunakan dana program promkes penyuluhan di luar gedung	Belum terdapat penganggaran khusus mengenai kegiatan MP-ASI berbasis PMBA (termasuk anggaran sosialisasi, pelatihan kader, pengadaan alat atau media konseling MP-ASI) di Puskesmas Seberang Padang tahun 2019.

Berdasarkan matriks triangulasi anggaran untuk pelaksanaan program MP-ASI di Puskesmas Seberang Padang tahun 2019 dapat disimpulkan bahwa belum terdapat penganggaran khusus untuk pelaksanaan kegiatan MP-ASI berbasis PMBA termasuk anggaran sosialisasi, pelatihan kader, pengadaan alat atau media konseling kegiatan MP-ASI.

#### e. Sarana Belum Memadai

Sarana dan prasarana merupakan unsur yang sangat penting dalam pelaksanaan program MP-ASI karena dapat mendukung kelancaran pelaksanaan program. Berdasarkan panduan penyelenggaraan PMBA disebutkan bahwa kader perlu melakukan konseling kepada ibu dengan menggunakan kartu konseling atau lembar bolak balik. Selain itu juga perlu adanya media sosialisasi, pelatihan serta penyuluhan MP-ASI yang sesuai dengan PMK No. 40 tentang Pedoman Gizi Seimbang. Media tersebut

berupa brosur, *leaflet*, video dan lain-lain. Berdasarkan wawancara mendalam dengan informan maka didapatkan bahwa untuk sarana prasarana masih belum lengkap. Sesuai dengan hasil wawancara mendalam dengan informan di bawah ini :

*“Kami hanya punya lembar bolak balik PMBA saja 1 buah...”-(Inf- 3)*

*“Untuk sarana atau alat yang kami gunakan untuk pemberian konseling PMBA kepada anak menggunakan lembar bolak balik PMBA namun, hanya ada 1 buah di Puskesmas dan Pustu, jadi kebetulan kemarin ada acara ya di pinjam dulu ke Puskesmas,,...nanti di kembalikan lagi ke Puskesmas...untuk Leaflet poster dll belum ada” (inf 4)*

*“Selama saya Posyandu di sini ya ga ada di berikan leaflet atau brosur...”(Inf-5)*

Selanjutnya, berdasarkan hasil penelitian hasil observasi mengenai sarana dan prasarana pelaksanaan MP-ASI di Puskesmas Seberang Padang dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 28 Sarana Pelaksanaan MP-ASI

Standar	Kondisi Saat ini	Keterangan
1. Ketersediaan Lembar Bolak Balik	(hanya 1 <i>pse</i> )	Pemakaian Lembar bolak balik secara bergantian.
2. Modul pelatihan MP-ASI berbasis PMBA kepada kader	-	Seharusnya setiap posyandu dan bidan desa ada
3. Media promosi MP-ASI seperti ( <i>leaflet</i> , brosur, video dll)	-	

Berdasarkan triangulasi metode dengan wawancara mendalam dan telaah dokumen bahwa dapat disimpulkan sarana dan prasarana untuk pelaksanaan PMBA di Puskesmas Seberang Padang masih belum lengkap. Tidak terdapat media sosialisasi, modul pelatihan PMBA untuk kader. Media lainnya seperti brosur, *leaflet*, video dan lain-lain tidak ditemukan di Puskesmas. Berikut matriks triangulasi metode sarana pelaksanaan kegiatan MP-ASI berbasis PMBA di Puskesmas Seberang Padang :



Tabel 29 Matriks Triangulasi Metode Sarana untuk Pelaksanaan Program MP-ASI di Puskesmas Seberang Padang 2019

Topik	Telaah Dokumen	Observasi	Wawancara Mendalam	Kesimpulan
Sarana	Tidak terdapat sarana dan prasarana untuk sosialisasi, pelatihan kader, media konseling PMBA dari kader di dalam dokumen anggaran RUK	Hanya terdapat 1 lembar bolak balik PMBA yang digunakan untuk Pustu, dan Puskesmas  Tidak terdapat brosur, <i>leaflet</i> , spanduk atau poster di Puskesmas.	Untuk peralatan yang diperlukan untuk PMBA tidak ada baik itu <i>leaflet</i> , brosur, sebagai media promosi yang digunakan.  Hanya terdapat 1 lembar bolak balik PMBA.	Belum lengkapnya ketersediaan sarana dan prasarana untuk mendukung pelaksanaan PMBA atau MP-ASI

Berdasarkan matriks triangulasi untuk pelaksanaan program MP-ASI di Puskesmas Seberang Padang tahun 2019 dapat disimpulkan bahwa belum terdapat ketersediaan sarana dan prasarana yang lengkap untuk program MP-ASI baik seperti lembar bolak-balik PMBA, sarana pelatihan dan sosialisasi maupun media promosi PMBA lainnya.

## 2. *Process*

### a. **Perencanaan (*Planning*)**

Perencanaan merupakan proses bagaimana melaksanakan kegiatan sehingga dapat mencapai tujuan yang diinginkan melalui pengaturan pemanfaatan sumber daya yang ada secara jelas. Kegiatan melaksanakan perencanaan terdiri dari analisa situasi, identifikasi masalah, prioritas masalah, akar penyebab masalah, penyelesaian masalah dan penyusunan rencana 5 tahun di Wilayah Kerja Puskesmas.

Berdasarkan wawancara mendalam dengan informan mengenai perencanaan disebutkan bahwa perencanaan program di Puskesmas dilakukan berdasarkan data yang ada di tahun lalu, serta melanjutkan program yang menjadi program tetap dari Dinas Kesehatan Kota Padang. Informan juga menjelaskan bahwa perencanaan program gizi yang

dilakukan berdasarkan permasalahan yang terjadi di masyarakat serta menggali akar penyebab permasalahan belum berjalan optimal. Sesuai dengan hasil wawancara mendalam dengan informan di bawah ini :

*“Saya rasa kendala di perencanaan ... untuk perencanaan belum tergali akar permasalahan yang sebenarnya yang terjadi di masyarakat, ... mungkin itu kendalanya ya, bahwa petugas belum begitu memahami mengenai tentang perencanaan..”-(Inf 1)*

*“Kami membuat perencanaan untuk tahun berikutnya berdasarkan masalah tahun lalu, laporan-laporan, seperti laporan harian, bulanan, dan laporan tahunan sebelumnya. Selain itu, juga ada program yang menjadi program rutin dari DKK...Untuk perencanaan yang melibatkan lintas sektor mungkin yang masih kurang..untuk keterlibatan kader memang tidak ada terlibat kader dalam perencanaan..(Inf 2)*

*Dalam proses merencanakan program kami lakukan berdasarkan kasus, seperti terdapat kasus gizi buruk, ya kami lakukan pos gizi, namun untuk perencanaan yang berbasis pemberian kuesioner ke masyarakat, menganalisa berdasarkan penyebab permasalahan itu terjadi secara detail kami belum sampai kesana, iya memang ada terlihat penyebab nya pola asuh dari program pos gizi tersebut, namun belum menggali pola asuh yang mana seperti apakah pola asuh karena ibu sibuk bekerja atau pola asuh kerena MP-ASI tidak baik..sehingga belum tergali dengan maksimal...” (inf 3)*

Selain itu pernyataan dari informan juga mendukung bahwa perencanaan program gizi di Puskesmas Seberang Padang belum optimal dilakukan. Hal ini disebutkan oleh salah satu informan bahwa kegiatan yang akan direncanakan tidak berasal dari survei mawas diri. Survei mawas diri yang dilakukan khusus untuk program gizi ini belum ada dilaksanakan. Sesuai dengan hasil wawancara mendalam dengan informan di bawah ini :

*“Survei mawas diri untuk kita gizi ga ada, kami menggunakan survei kadarzi yang kami lakukan ke 80 KK, apabila masih bermasalah maka, masuk dalam kegiatan yang akan di prioritaskan, kalo sudah memenuhi target dan tidak bermasalah selama 2 tahun, maka tidak dimasukkan lagi sebagai kegiatan dalam RUK...”-Inf 2*

Berdasarkan triangulasi metode dengan wawancara mendalam dan telaah dokumen bahwa dapat disimpulkan perencanaan untuk pelaksanaan PMBA di Puskesmas Seberang Padang belum sesuai dengan PMK No 44 tahun 2016. Hal ini disebabkan bahwa perencanaan belum dapat menggali

permasalahan yang sebenarnya terjadi di lapangan. Khususnya untuk rencana program MP-ASI tahun 2019 berbasis PMBA tidak ada dalam RUK. Selain itu perencanaan juga rujuk dari hasil evaluasi program bulanan yang belum memenuhi target. Hal ini dibuktikan dengan ditemukannya dokumen identifikasi masalah bulanan yang dipaparkan saat lokmin lengkap beserta dengan *fishbone* penyebab masalah. Identifikasi masalah dan penyebab masalah yang dibuat berdasarkan identifikasi program yang ada yang tidak memenuhi target. Keterlibatan seluruh anggota atau elemen seperti kader, lintas sektor, bidan pustu/kelurahan dalam penentuan penyebab masalah atau *fishbone* belum optimal. Sehingga tidak didapatkan akar penyebab masalah. Hasil dari evaluasi program gizi bulanan ini menjadi pertimbangan untuk rencana program di Puskesmas. Oleh karena itu, perencanaan program puskesmas belum dapat menggali permasalahan yang sebenarnya terjadi di Puskesmas. Berikut matriks triangulasi perencanaan :

Tabel 30 Matriks Triangulasi Perencanaan untuk Pelaksanaan Program MP-ASI di Puskesmas Seberang Padang 2019

Topik	Telaah Dokumen	Wawancara Mendalam	Kesimpulan
Perencanaan	<p>Terdapat dokumen perencanaan program Gizi di Puskesmas Seberang Padang (Tidak untuk perencanaan MP-ASI berbasis PMBA</p> <p>Terdapat dokumen berisi tabel identifikasi masalah, <i>fishbone</i> penyebab masalah gizi</p> <p>Tidak ditemukan dokumen SMD tentang program gizi.</p>	<p>Penyusunan perencanaan di Program Gizi dilihat berdasarkan data-data laporan hasil pencapaian program tahun lalu.</p> <p>Penyusunan perencanaan belum optimal dilakukan sesuai dengan PMK No. 44 tahun 2016 seperti identifikasi masalah, prioritas masalah, penentuan penyebab masalah, dan penentuan solusi masalah berbasis program yang ada.</p> <p>Untuk program MP-ASI berbasis PMBA belum ada dalam RUK tahun 2019 karena tidak menjadi prioritas program gizi.</p>	<p>Proses penyusunan perencanaan program gizi belum optimal dilakukan sesuai dengan PMK No 44 tahun 2016 karena belum optimal melakukan SMD gizi serta keterlibatan staf.</p> <p>Program MP-ASI khususnya PMBA tidak menjadi prioritas program dalam rencana usulan kegiatan 2019.</p>

Berdasarkan telaah dokumen dan wawancara mendalam didapatkan hasil bahwa Puskesmas Seberang Padang merumuskan perencanaan program belum sepenuhnya sesuai dengan PMK No 44 tahun 2016 tentang Manajemen Puskesmas. Masih terdapat langkah dalam perencanaan yang belum dilakukan oleh Puskesmas khusus program gizi yaitu survei mawas diri serta keterlibatan seluruh staff yang terlibat dalam program gizi. Khusus untuk program MP-ASI berbasis PMBA belum terdapat di dalam perencanaan Puskesmas sejak tahun 2017 hingga 2019 padahal panduan PMBA sudah dikeluarkan Kementerian Kesehatan RI sejak tahun 2014.

**b. Pengorganisasian (*Organizing*)**

Pengorganisasian merupakan bagian dari manajemen yang sangat penting untuk pelaksanaan program agar dapat berjalan sesuai dengan yang diinginkan. Pengorganisasian program ini termasuk di dalamnya adalah pembagian tugas yang akan dilakukan oleh setiap staff atau petugas. Berdasarkan wawancara mendalam didapatkan bahwa pengorganisasian untuk program MP-ASI khususnya PMBA sudah ditentukan. Pembagian tugas atau tanggung jawab di Program gizi dibagi berdasarkan wilayah kerja puskesmas. Pembagian tugas selain untuk petugas gizi yaitu petugas sebagai penanggung jawab posyandu belum ada pembagian tugas mengenai pemberian informasi MP-ASI berbasis PMBA. Sesuai dengan hasil wawancara mendalam dengan informan di bawah ini :

*“Untuk pengorganisasian petugas gizi dalam melaksanakan program MP-ASI, kami berbagi tugas seperti ada salah satu petugas yang bertugas di bagian konseling MP-ASI, jika ada rujukan dari bagian KIA ke gizi ya kami beri konseling, petugas gizi lainnya melaksanakan kegiatan seperti posyandu, atau kelas ibu hamil dan balita. Untuk petugas selain gizi yang bertugas ke posyandu ya kami belum ada pembagian tugas pemberian informasi MP-ASI berbasis PMBA, namun biasanya juga ada di kasih tau ke ibu, buk, makannya di perbanyak ya begitu...”(Inf-2)*

*“Wilayah kerja puskesmas seberang padang memiliki 4 wilayah, Untuk Kel Seberang Padang itu 1 petugas gizi, untuk Alang Laweh itu ada lagi 1 petugas gizi, dan untuk Ranah dan Belakang Pondok juga ada 1 lagi petugas yang bertanggung jawab. Jadi ketika ada kelas ibu*



*balita di bagian Ranah, maka yang menjadi penanggung jawab itulah yang akan ikut kegiatan tersebut. Apapun permasalahan gizi buruk, gizi kurang di Wilayah tersebut, maka penanggung jawab wilayah lah yang akan turun ke lapangan....” (Inf-3)*

Berdasarkan triangulasi metode yang digunakan untuk menggali informasi yaitu dengan telaah dokumen bahwa didapatkan tidak ditemukannya dokumen pembagian kerja petugas gizi khusus untuk program MP-ASI karena memang tidak menjadi bagian program Puskesmas di tahun 2019. Berikut matriks triangulasi pengorganisasiannya :

Tabel 31 Matriks Triangulasi Pengorganisasian untuk Pelaksanaan Program MP-ASI di Puskesmas Seberang Padang 2019

Topik	Telaah Dokumen	Wawancara Mendalam	Kesimpulan
Pengorganisasian	<p>Tidak di temukan dokumen pembagian kerja petugas gizi mengenai program MP-ASI</p> <p>Di temukan struktur organisasi di program gizi.</p>	<p>Puskesmas Seberang Padang membagi kerja berdasarkan wilayah kerja puskesmas.</p> <p>Khusus kegiatan MP-ASI tugas dibagi berdasarkan staff yang tidak melakukan kegiatan di luar lapangan bertugas sebagai konselor di pojok gizi.</p> <p>Pembagian tugas MP-ASI berbasis PMBA untuk staf yang bertugas sebagai penanggung jawab posyandu belum diberikan atau di sosialisasikan</p>	<p>Pengorganisasian atau pembagian kerja sudah ditentukan untuk program MP-ASI khusus PMBA di Puskesmas, serta</p> <p>Pengorganisasian staff gizi berdasarkan Wilayah Kerja Puskesmas untuk kegiatan gizi lainnya.</p>

Berdasarkan telaah dokumen dan wawancara mendalam didapatkan bahwa Puskesmas Seberang Padang sudah memiliki pengorganisasian atau pembagian kerja khusus untuk kegiatan MP-ASI berbasis PMBA serta untuk program gizi di Puskesmas sudah ada pembagian kerja atau

pengorganisasian sesuai Wilayah Kerja Puskesmas Seberang Padang beranggotakan 3 orang. Namun belum ada pembagian tanggung jawab untuk staf bukan gizi yang menjadi penanggung jawab posyandu mengenai pemberian informasi MP-ASI berbasis PMBA.

**c. Pelaksanaan (*Actuating*)**

Pelaksanaan adalah kegiatan yang dilakukan berdasarkan rencana yang telah ditetapkan sebelumnya dalam hal ini kegiatan atau program MP-ASI khusus PMBA pada ibu baduta agar dapat memberikan MP-ASI sesuai dengan yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan RI. Pelaksanaan kegiatan MP-ASI berbasis PMBA belum optimal dilaksanakan. Pelaksanaan MP-ASI atau konseling PMBA di Puskesmas belum optimal karena terdapat anak yang wajib mendapatkan PMBA tetapi tidak dirujuk untuk menerima informasi. Pelaksanaan kegiatan MP-ASI berbasis PMBA juga diberikan di luar puskesmas melalui penyuluhan kepada ibu. Materi PMBA juga di sampaikan di kelas ibu bayi dan balita, kelas ibu hamil. Namun penyampaian materi tersebut masih belum dilakukan secara terus menerus, terstruktur serta terencana. Hal ini disebabkan karena banyak materi yang akan tersampaikan sehingga penyampaian mengenai MP-ASI hanya dilakukan 10 bulan sekali. Selain itu penyampaian materi tidak efektif dilakukan karena sasaran yang heterogen. Sesuai dengan hasil wawancara mendalam dengan informan di bawah ini :

*“Untuk pelaksanaan MP-ASI kami lakukan melalui pemberian konseling MP-ASI di Puskesmas, bagi pasien yang di rujuk dari KIA, selain juga kami berikan informasi MP-ASI melalui posyandu atau saat kelas ibu hamil balita.” (inf 2)*

*“Untuk konseling MP-ASI di Puskesmas itu apabila terdapat masalah pada anak nya seperti gizi kurang atau gizi buruk, maka di rujuk ke bagian gizi, atau ada keluhan dari ibu bahwa anak susah makan atau permintaan orang tua. Namun apabila anaknya sehat-sehat saja ya tidak di rujuk ke bagian gizi untuk di berikan konseling...ada juga kasus yang dilaporkan dari kader pposyandu misalnya, lalu kami ada kunjungan rumah, saat kunjungan rumah kami lakukan bersama lintas program seperti petugas kesling untuk turun ke lapangan, dokter tergantung masalahnya...” (Inf 3)*

*“Pelaksanakan lintas program di Puskesmas sudah baik ya, namun secara khusus penekanan mengenai MP-ASI belum optimal. Seperti kita jika tahu bahwa MP-ASI menjadi penyebab masalah bisa kami lebih tekankan pada bidang wilayah, PKK dll ...” (Inf 3)*

*Untuk pelaksanaannya di Posyandu biasanya sistem tanya jawab, antara kader dengan ibu, karena kalo di kumpulkan ibu saat posyandu itu susah, ..namun ada pertemuan kelas ibu bayi balita, sekali 2 minggu. juga ada di sampaikan MP-ASI pada pertemuan ke 2 dari 5 pertemuan, artinya materi MP-ASI diberikan 10 bulan sekali. Untuk kelas ibu hamil ada juga namun tidak banyak membahas mengenai MP-ASI...Oleh karena kelas ibu bayi dan balita digabung sehingga penyampaian materi pun menjadi tidak efektif atau tidak tepat sasaran, karena kan ada balita dan ada bayi, jadi ibu yang memiliki juga sibuk menyusui, dan balita juga sibuk dan rebut lari2 dan main ke luar ,, sehingga dengan tidak sama sasaran menjadi tidak efektif,..” (Inf 4)*

Sosialisasi PMBA baru dilakukan kepada petugas dan kader. Sosialisasi mengenai pelaksanaan PMBA kepada kader belum optimal diberikan oleh petugas gizi yang sudah mendapatkan pelatihan PMBA sebelumnya. Hal ini dibuktikan bahwa hanya satu kali dilaksanakan sosialisasi dan pelatihan yaitu pada tahun 2017. Pelaksanaan pelatihan PMBA kepada kader dikatakan belum pernah dilakukan di Puskesmas Seberang Padang disebabkan bahwa MP-ASI berbasis PMBA tidak menjadi kegiatan tahunan puskesmas. Berdasarkan panduan, pelaksanaan pelatihan kader tidak hanya diberikan materi dan demo praktek MP-ASI dalam satu hari saja tetapi juga dilaksanakan dengan beberapa sesi selama 6 hari (48 jam) yang diakui secara *international*. Petunjuk teknik pelaksanaan pelatihan PMBA ini dijabarkan di dalam panduan penyelenggaraan PMBA yang dikeluarkan oleh Direktorat Jenderal Bina Gizi dan KIA pada tahun 2014. Sesuai dengan hasil wawancara mendalam dengan informan di bawah ini :

*“Untuk sosialisasi kami sudah sosialisasikan saat pertemuan kader, namun itu memang sekali baru kami laksanakan sampai sekarang, terakhir diberikan sosialisasi adalah pada tahun 2017. Pada saat pertemuan kader pun kan yang dibahas berbeda-beda, kadang tentang DBD, tentang ASI dll. Pada saat sosialisasi kami demo kan langsung ke kader dengan memperlihatkan tekstur, dan jumlah MP-ASI sesuai umur anak...namun mungkin sosialisasi kader/petugas ke masyarakat nya lagi yang kurang, sosialisasi mengenai PMBA juga*



*belum dilakukan ke kawan-kawan atau petugas seperti petugas pelaksana posyandu.”(Inf- 2)*

*“Sebenarnya kita sudah pernah sosialisasi PMBA ke kader, tapi sayangnya kita sebatas sosialisasi ke kader, seharusnya kan memang ke ibu-ibu nya juga dan juga ke petugas puskesmas khusus pelaksana posyandu. Sosialisasi terakhir PMBA ini dilakukan pada tahun 2017 cuma baru ke kader. Sosialisasi ini sayangnya terputus di 2018 dan 2019. Untuk ke ibu kami hanya baru melaksanakan sosialisasi atau pengenalan PMBA ke ibu melalui Konseling di bagian Gizi, kelas ibu hamil dan balita, namun untuk sosialisasi khusus ke ibu belum....”- (inf 3)*

*“Untuk sosialisasi kami sudah sosialisasikan ke kader, bahkan tahun 2015 pernah bagian dari kementerian kesehatan melakukan sosialisasi langsung untuk TOT PMBA serta datang ke PKK untuk di sosialisasikan. Namun setelah kegiatan ini sudah mulai longgar lakukan sosialisasi tentang PMBA ini...(inf 4)*

Berdasarkan triangulasi metode yang digunakan untuk menggali informasi yaitu dengan telaah dokumen bahwa didapatkan lembar bolak-balik konseling PMBA, buku konseling MP-ASI di Puskesmas, dan Pustu, namun tidak ditemukan buku pedoman atau modul PMBA. Observasi juga dilakukan di Puskesmas yaitu pada baduta yang berobat ke poli KIA. Hal ini dilakukan karena sasaran konseling MP-ASI berbasis PMBA dilakukan di Puskesmas merupakan baduta yang dirujuk dari poli KIA maupun dari kader posyandu. Rekomendasi rujukan dari KIA ke pojok gizi untuk mendapatkan konseling MP-ASI belum optimal karena ditemukan anak yang *stunting*, namun tidak dibandingkan TB/U dengan standar WHO serta tidak dirujuk untuk mendapatkan informasi PMBA dari petugas gizi.

Selain itu, observasi juga dilakukan di posyandu, bahwa kader tidak melakukan penilaian TB/U, namun melakukan penilaian BB/U. Berdasarkan hasil penilaian itulah anak dirujuk ke poli Gizi untuk mendapatkan konseling MP-ASI berbasis PMBA. Selain itu tidak terdapat pelaksanaan konseling kader ke ibu mengenai MP-ASI berbasis PMBA. Berdasarkan panduan penyelenggaraan PMBA, kader memberikan informasi mengenai MP-ASI sesuai dengan informasi yang ada di kartu konseling. Kartu konseling MP-ASI berada pada no ke 12-16. Berikut matriks triangulasi pelaksanaan kegiatan MP-ASI di Puskesmas Seberang Padang :



Tabel 32 Matriks Triangulasi Pelaksanaan Program MP-ASI di Puskesmas Seberang Padang 2019

Topik	Telaah Dokumen	Observasi	Wawancara Mendalam	Kesimpulan
Pelaksanaan	<p>Tidak terdapat dokumen pedoman pelaksanaan PMBA di Puskesmas</p> <p>Terdapat lembar bolak balik konseling PMBA, dan buku konseling MP-ASI di Puskesmas</p>	<p>Rekomendasi rujuk dari KIA ke pojok gizi untuk mendapatkan konseling MP-ASI belum optimal</p> <p>Rujukan dari kader posyandu adalah rujukan baduta dengan masalah gizi seperti gizi buruk, bukan <i>stunting</i>.</p> <p>Sosialisasi dari petugas gizi ke kader belum optimal dilakukan.</p> <p>Pelatihan dari petugas gizi ke kader belum pernah dilakukan.</p>	<p>Pelaksanaan kegiatan MP-ASI dilakukan melalui pemberian konseling Gizi di bagian Gizi.</p> <p>Materi MP-ASI PMBA juga disampaikan di kelas ibu bayi dan balita, kelas ibu hamil namun belum optimal</p>	<p>Pelaksanaan kegiatan MP-ASI belum optimal baik di luar puskesmas, di Puskesmas maupun oleh kader dan petugas puskesmas.</p> <p>Sosialisasi dari petugas gizi ke kader belum optimal dilakukan sementara Pelatihan dari petugas gizi ke kader belum pernah dilakukan.</p>

Berdasarkan telaah dokumen, observasi dan wawancara mendalam didapatkan bahwa pelaksanaan program MP-ASI berbasis PMBA di Puskesmas Seberang Padang belum berjalan optimal, baik pelaksanaan di luar gedung, di Puskesmas maupun pelaksanaan oleh kader posyandu dan petugas di Puskesmas Seberang Padang. Di Puskesmas Seberang Padang sudah melakukan sosialisasi kepada kader namun pelaksanaan belum optimal dilakukan karena baru dilakukan satu kali yaitu pada tahun 2017. Sementara pelatihan belum pernah dilakukan kepada kader posyandu.

#### d. Pengawasan dan Evaluasi (*Controlling and Evaluation*)

Pengawasan adalah proses yang dilakukan untuk memastikan bahwa seluruh kegiatan yang dilakukan sesuai dengan rencana. Pemantauan di program MP-ASI berbasis PMBA dilakukan oleh PJ Gizi dan Staff Gizi terhadap pelaksanaan yang dilakukan oleh bidan kelurahan. Berikut hasil wawancara mendalam dengan informan berkaitan dengan pengawasan dan evaluasi :

*“Untuk evaluasi, kami merasa evaluasi masih kurang, seperti program pojok gizi, kami berikan makanan kepada anak gizi kurang, gizi buruk, tidak naik berturut-turut 2 bulan selama 12 hari. Kami melakukan evaluasinya ya melalui hasil timbangan berat badan anak. Jika berat badan anak naik ya barri sudah berhasil,..ternyata apa, pola asuh ibu yang tidak bagus, pola asuh ibu dalam memberikan makanan pendamping pada anak, seperti anak baru bangun tidur langsung diberikan jajan dari luar....nah untuk selanjutnya ya ga ada. Kan udah berhasil berat badan naik.” (Inf 2)*

*“Untuk pelaksanaan konseling MP-ASI berbasis PMBA di Puskesmas belum ada evaluasi serta petugas posyandu yang bukan petugas gizi, belum ada evaluasi khusus dalam pemberian informasi mengenai MP-ASI saat posyandu...(Inf 2)*

*“Selama ini kita kurang dalam pengawasan dan evaluasi yang khusus mengenai PMBA ya karena tidak ada dalam RUK, namun untuk penilaian kegiatan gizi lainnya ya sekedar penilaian dan pengawasan berdasarkan kasus saja, seperti program di Pos Gizi kita tahu bahwa setelah melakukan program itu salah satu penyebabnya adalah pola asuh atau MP-ASI, namun itu tadi tidak ada tindak lanjut nya menuju sana,...”-Inf 3*

*“Pengawasan dan evaluasi dari atas ada, sudah berjalan baik, setiap ada kegiatan selalu di tanyakan bagaimana hasil pelaksanaan, ada atau tidak kasus di Wilayah yang bersangkutan... dan setiap setelah melaksanakan tugas ya memberikan laporan, misalnya jika ada gizi buruk rujuk ke puskesmas untuk tindak lanjut ya ga ada....”(Inf 4)*

Berdasarkan triangulasi metode yang digunakan untuk menggali informasi yaitu dengan telaah dokumen bahwa didapatkan Puskesmas Seberang Padang tidak melakukan pengawasan dan evaluasi terhadap program PMBA karena program PMBA bukan menjadi program prioritas di tahun 2019. Namun pengawasan dan evaluasi program gizi dilakukan setiap

setelah kegiatan dilakukan melalui pertanyaan yang diberikan kepada pelaksana kegiatan dan setelah itu tidak terlihat ada rencana tindak lanjut (RTL) yang dilakukan terhadap hasil evaluasi. Berikut matriks triangulasi pelaksanaan program MP-ASI di Puskesmas Seberang Padang :

Tabel 33 Matriks Triangulasi Pengawasan dan Evaluasi Program MP-ASI di Puskesmas Seberang Padang 2019

Topik	Telaah Dokumen	Wawancara Mendalam	Kesimpulan
Pengawasan dan Evaluasi	Tidak di temukan dokumen pengawasan dan evaluasi kegiatan MP-ASI berbasis PMBA.	Tidak ada pengawasan dan evaluasi kegiatan MP-ASI berbasis PMBA.  Namun pengawasan dan evaluasi program gizi dilakukan setiap setelah kegiatan dilakukan melalui pertanyaan kepada pelaksana kegiatan dan setelah itu tidak terlihat ada rencana tindak lanjut (RTL) yang dilakukan terhadap hasil evaluasi.	Pengawasan dan evaluasi khusus pada program PMBA tidak dilakukan disebabkan bahwa PMBA bukan merupakan kegiatan program gizi untuk tahun 2019 maupun 2 tahun sebelumnya.  Namun terdapat pengawasan dan evaluasi yang dilakukan untuk program gizi lainnya

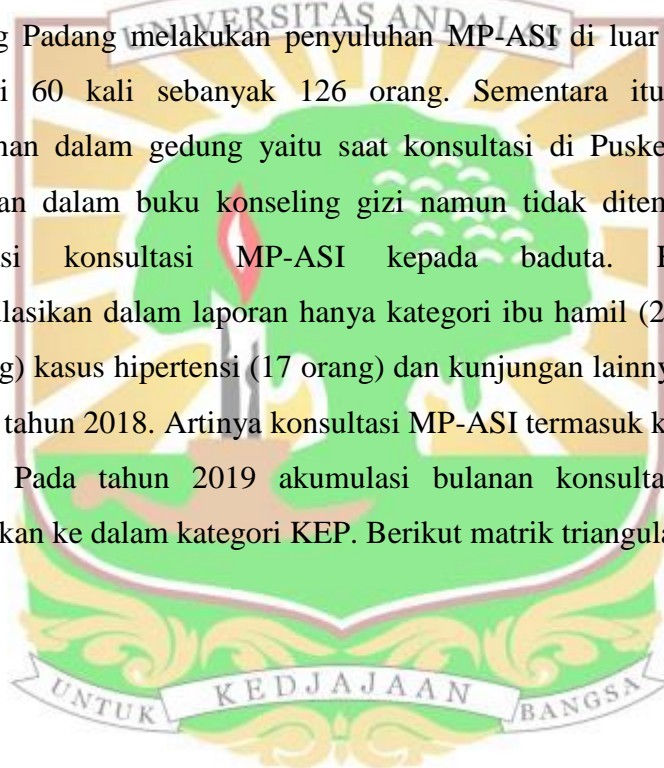
### 3. Output

Berdasarkan hasil penelitian program MP-ASI di Puskesmas Seberang Padang khususnya pemberian informasi mengenai PMBA belum optimal. Pemberian informasi mengenai MP-ASI sesuai dengan pedoman PMBA menekankan kepada pelaksanaan konseling MP-ASI berbasis PMBA kepada ibu. Namun di Puskesmas Seberang Padang lebih berfokus kepada penyuluhan. Penyuluhan mengenai MP-ASI yang dilakukan terbagi menjadi 2 yaitu penyuluhan di luar gedung dan dalam gedung. Penyuluhan dalam gedung adalah konseling yang diberikan kepada pasien yang dirujuk dari poli KIA dan ibu. Untuk penyuluhan luar gedung diberikan saat adanya pertemuan seperti kelas ibu hamil, dan kelas ibu bayi dan balita. Sesuai dengan hasil wawancara mendalam dengan informan di bawah ini :

*“Untuk pelaksanaan konsultasi PMBA hanya dilakukan di Puskesmas, pencapaian atau target nya kami tidak ada, namun kami melakukan pencatatan tiap kali kunjungan di buku konseling gizi..untuk rekapan bulanan atau tahunan khusus MP-ASI pada baduta ini tidak ada item khusus MP-ASI atau PMBA tetapi kami mengkategorikannya ke dalam kategori KEP (kurang energi protein)”-Inf 3*

*“Iyaa untuk ouput pelaksanaan konseling kami lakukan pencatatan di buku konseling,.. nanti dilakukan rekapan..”-Inf 2*

Berdasarkan triangulasi metode yang digunakan untuk menggali informasi yaitu dengan telaah dokumen bahwa didapatkan Puskesmas Seberang Padang melakukan penyuluhan MP-ASI di luar gedung dengan frekuensi 60 kali sebanyak 126 orang. Sementara itu, untuk *output* penyuluhan dalam gedung yaitu saat konsultasi di Puskesmas dilakukan pencatatan dalam buku konseling gizi namun tidak ditemukan dokumen akumulasi konsultasi MP-ASI kepada baduta. Kategori yang diakumulasikan dalam laporan hanya kategori ibu hamil (236 orang), catin (73 orang) kasus hipertensi (17 orang) dan kunjungan lainnya sebanyak 376 orang di tahun 2018. Artinya konsultasi MP-ASI termasuk kedalam kategori lainnya. Pada tahun 2019 akumulasi bulanan konsultasi MP-ASI ini dimasukkan ke dalam kategori KEP. Berikut matrik triangulasi metodenya :





Tabel 34 Matriks Triangulasi *Output* Program MP-ASI di Puskesmas Seberang Padang 2019

Topik	Telaah Dokumen	Wawancara Mendalam	Kesimpulan
<i>Output</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ditemukan buku konseling MP-ASI bagi baduta (harian)</li> <li>- Tidak ditemukan rekapan konseling khusus MP-ASI bulanan atau tahunan.</li> </ul>	<p>Perhitungan pencapaian atau <i>output</i> pelaksanaan program MP-ASI lebih kepada MP-ASI penyuluhan.</p> <p><i>Output</i> yang dihitung adalah frekuensi pelaksanaan di luar gedung.</p> <p>Kategori MP-ASI di luar gedung terdapat 60 kali dalam setahun di tahun sebelumnya, dan dalam gedung berupa konsultasi tidak dievaluasi.</p>	<p><i>Output</i> pelaksanaan program MP-ASI berbasis PMBA belum berfokus kepada penilaian konseling PMBA yang efektif baik dilakukan di Puskesmas maupun kader.</p> <p>Untuk konsultasi PMBA di Pojok Gizi tidak dilihat keluarannya per bulan atau pertahun.</p>



## BAB VI PEMBAHASAN PENELITIAN

### A. Keterbatasan Penelitian

Adapun beberapa kesulitan dan kendala yang ditemui dalam penelitian ini diantaranya yang menjadi keterbatasan dalam penelitian adalah sebagai berikut :

1. Secara teoritis banyak faktor risiko *stunting* lainnya yang memiliki hubungan atau keterkaitan pada 1000 HPK. Namun, dikarenakan keterbatasan peneliti maka peneliti hanya meneliti variabel seperti ANC, tablet Fe ibu hamil, ASI eksklusif, MP-ASI, imunisasi lengkap, suplementasi vitamin A, dan monitoring pertumbuhan.
2. Berdasarkan hasil uji statistik didapatkan 2 faktor risiko yang berhubungan dengan kejadian *stunting*. Namun, dikarenakan keterbatasan peneliti maka peneliti hanya menggali secara kualitatif hanya pada faktor risiko paling dominan yaitu MP-ASI.

### B. Penelitian Kuantitatif

#### 1. Gambaran Karakteristik Orang Tua

Berdasarkan hasil penelitian lebih banyak sampel memiliki ayah dengan tingkat pendidikan tinggi (70,4%) dibandingkan dengan pendidikan rendah (29,6%). Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Lestari, dkk. (2014) di Aceh bahwa ditemukan lebih besar sampel memiliki ayah dengan tingkat pendidikan tinggi (64,5%). Penelitian sejalan dengan penelitian Rukmana, dkk. (2016) didapatkan bahwa anak lebih banyak pada ayah dengan pendidikan tinggi (62,5%) dibandingkan pendidikan rendah (37,5%). Berbeda dengan penelitian Ernawati, dkk. (2013) bahwa pada umumnya anak memiliki ayah dengan tingkat pendidikan rendah (97,3%). Namun, pada penelitian ini ditemukan bahwa ayah sampel paling banyak menamatkan SMA yaitu 60,6%.

Sejalan dengan data BPS di Sumatera Barat bahwa persentase pendidikan tertinggi yang ditamatkan pada tahun 2017 di Wilayah Perkotaan berturut-turut adalah tidak atau belum menamatkan sekolah dasar yaitu sebesar (11,39%), tamat SD (15,23%) dan tamat SMP (16,21%) dan

SMA (37,56%). Oleh karena itu, sampel penelitian tersebut mewakili tingkat pendidikan di Wilayah penelitian yaitu Wilayah Kerja Puskesmas Seberang Padang Kota Padang. Tingkat pendidikan ayah menentukan jenis pekerjaan ayah sehingga dapat mempengaruhi pendapatan keluarga. Pendapatan keluarga akan mendorong pemenuhan kebutuhan pangan dan non pangan keluarga secara stabil (Nadiyah,dkk., 2014).

Begitu juga dengan tingkat pendidikan ibu, didapatkan lebih banyak sampel memiliki ibu dengan tingkat pendidikan tinggi (71,8%). Hasil penelitian ini berbeda dengan Rukmana, dkk. (2016) mendapatkan lebih dari separuh sampel memiliki ibu dengan pendidikan rendah (53,6%). Tingkat pendidikan ibu akan mempengaruhi kesehatan dan keadaan gizi anak. Ibu yang memiliki pendidikan tinggi maka mempunyai kesempatan yang lebih besar dalam menyerap informasi jika dibandingkan dengan ibu berpendidikan kurang. Pemahaman ibu mengenai edukasi yang diberikan oleh puskesmas akan mudah diserap oleh ibu yang memiliki pendidikan yang tinggi dibandingkan dengan ibu dengan pendidikan yang rendah.

Berdasarkan hasil yang didapatkan bahwa jenis pekerjaan ayah sampel yang paling banyak adalah jasa (ojek/supir/bangunan/buruh) yaitu sebesar 40,8%. Sejalan dengan penelitian Ernawati, dkk (2013) di Bogor bahwa buruh adalah pekerjaan ayah paling banyak. Berbeda dengan penelitian Rukmana, dkk. (2016) bahwa jenis pekerjaan ayah paling banyak adalah pedagang atau wiraswasta sebesar 36,1%. Penelitian Siahaan, dkk. (2013) di Medan mendapatkan pekerjaan ayah paling banyak adalah nelayan, sedangkan dagang dan wiraswasta urutan kedua terbanyak. Distribusi pekerjaan kepala keluarga di setiap wilayah berbeda. Pada wilayah penelitian ini didapatkan bahwa pekerjaan ayah paling banyak adalah jasa (ojek/supir/bangunan/buruh). Berkaitan dengan pendapatan perkapita keluarga sampel.

Hasil penelitian mendapatkan bahwa sampel lebih banyak terdapat pada keluarga miskin (53,5%) dibandingkan pada keluarga tidak miskin (46,5%). Sejalan dengan penelitian yang didapatkan oleh Sulastri (2012) yang mendapatkan bahwa sampel lebih banyak terdapat pada status

ekonomi rendah (51%) dari pada ekonomi tinggi (49%). Berbeda dengan penelitian Permadi, dkk. (2016) yang mendapatkan bahwa sampel lebih banyak pada keluarga tidak miskin (68%) dibandingkan pada keluarga miskin (32%). Jenis pekerjaan menentukan stabilitas perekonomian keluarga. Berdasarkan hasil penelitian responden menyebutkan bahwa pendapatan yang didapatkan terkadang tidak menentu. Responden menyebutkan terkadang dalam satu bulan mendapatkan penghasilan yang sedikit terkadang juga menguntungkan.

Berdasarkan hasil penelitian lebih banyak pendapatan perkapita miskin. Artinya adalah lebih banyak sampel berada di bawah garis kemiskinan. Hasil penelitian juga memperlihatkan bahwa banyak ayah dengan pekerjaan tidak tetap. Sebagian besar kepala keluarga memiliki pekerjaan dengan penghasilan tidak tetap sebanyak 76%. Hal inilah yang menyebabkan lebih dari separuh sampel memiliki pendapatan perkapita miskin. Responden dengan kepala keluarga sebagai jasa (ojek/supir /bangunan/buruh) menyebutkan bahwa terkadang dalam satu bulan kepala keluarga tidak mendapatkan panggilan dari perusahaan sebagai buruh atau tukang bangunan. Hal ini tentu mempengaruhi terhadap kejadian *stunting* di Puskesmas Seberang Padang. Pekerjaan ayah merupakan sebuah jembatan untuk memperoleh uang dalam rangka memenuhi kebutuhan hidup dan juga akses terhadap layanan kesehatan secara stabil. Apabila pendapatan tidak mencukupi maka kebutuhan pangan tidak terpenuhi secara optimal.

## 2. Gambaran Karakteristik Anak dan Faktor Risiko

Berdasarkan hasil penelitian bahwa terdapat 32,4% anak usia 12-24 bulan terkena *stunting*. Terdapat lebih dari separuh anak jenis kelamin perempuan yaitu 53,3%. Hasil penelitian ini sama dengan penelitian yang dilakukan oleh Rukmana, dkk. (2016) di Bogor yaitu persentase anak perempuan lebih banyak daripada laki-laki. Sejalan dengan penelitian Nasrul (2018) yang menemukan anak perempuan lebih banyak dari pada anak laki-laki. Namun, berbeda dengan penelitian Lestari, dkk. (2014) yang mendapatkan anak laki-laki lebih banyak dari pada anak perempuan. Pada



penelitian ini ditemukan bahwa anak perempuan lebih banyak dari pada laki-laki. Namun perbedaan antara jenis kelamin laki-laki dan perempuan hanya 7%. Jenis kelamin baik laki-laki maupun perempuan sama-sama berisiko untuk terkena *stunting*. Jenis kelamin juga tidak membedakan kebutuhan gizi atau energi di usia 12-24 bulan. Jenis kelamin digunakan untuk menentukan status gizi berdasarkan standar WHO (Rukmana, dkk., 2016).

Karakteristik sampel lainnya adalah berat badan lahir. Berdasarkan hasil penelitian pada umumnya baduta memiliki berat badan lahir normal yaitu sebesar (94,4%). Hasil penelitian ini sama dengan penelitian sebelumnya yaitu penelitian Rukmana, dkk. (2016) di Bogor pada umumnya memiliki berat badan lahir normal (91,7%). Sejalan dengan Nasrul (2018) bahwa ditemukan sebagian besar sampel dengan berat badan lahir normal (84,4%). Berat badan lahir pada bayi dipengaruhi oleh keadaan kesehatan ibu selama kehamilan. Pertumbuhan dan perkembangan janin yang tidak baik akan mempengaruhi berat badan lahir rendah. Pada penelitian ini hanya terdapat 5,6 % anak yang memiliki permasalahan berat badan lahir. Artinya berat badan lahir anak tidak menjadi masalah yang sangat signifikan di Wilayah Kerja Puskesmas Seberang Padang.

Penyakit infeksi juga merupakan kondisi baduta yang pernah terinfeksi penyakit menular dalam 1 bulan terakhir saat dilakukan penelitian. Sampel penelitian lebih banyak pernah terinfeksi penyakit menular (71,8%) dibandingkan dengan tidak pernah terinfeksi (28,2%). Berbeda dengan penelitian Paramashanti, dkk (2016) yang menemukan bahwa sampel penelitian lebih banyak tidak terinfeksi penyakit menular dibandingkan dengan sampel yang terinfeksi seperti penyakit diare, ISPA, pneumonia dan TB paru. Begitu juga penelitian Wellina, dkk. (2016) yang menemukan anak jarang terinfeksi penyakit menular seperti diare dan ISPA. Namun, sejalan dengan penelitian Permadi, dkk. (2016) bahwa sebagian besar sampel pernah terinfeksi penyakit menular. Penyakit menular merupakan faktor penyebab langsung yang mempengaruhi status gizi pada anak. Hal ini disebabkan bahwa anak yang menderita penyakit infeksi akan

mempengaruhi asupan makanan. Apabila asupan makanan dan penyerapan nutrisi tidak optimal bahkan dapat menghabiskan sumber energi di dalam tubuh maka dapat mengakibatkan anak menderita *stunting* (Udoh dan Amodu, 2016).

Hasil penelitian juga memperlihatkan bahwa baduta lebih banyak tidak terpapar asap rokok daripada terpapar asap rokok. Berbeda dengan penelitian Nasrul, dkk (2015) mendapatkan bahwa sebagian besar sampel terpapar asap rokok (81,1%). Namun sejalan dengan penelitian Nasrul (2018) yang menemukan hasil berbeda dengan penelitian sebelumnya bahwa sebagian besar sampel tidak terpapar asap rokok (77,1%). Hasil penelitian ini memperlihatkan bahwa hampir sebagian besar kepala keluarga anak usia 12-24 bulan menggunakan pendapatannya untuk merokok (71,8%). Artinya adalah meskipun lebih dari separuh baduta tidak terpapar asap rokok, tetapi hampir sebagian besar kepala keluarga menggunakan pendapatan untuk merokok. Pendapatan yang dapat digunakan untuk memenuhi kebutuhan hidup baik pangan maupun non-pangan bagi baduta dan keluarga namun digunakan untuk merokok.

Berdasarkan hasil penelitian ditemukan bahwa anak usia 12-24 bulan lebih banyak memiliki status ANC tidak lengkap (56,3%) dibandingkan dengan ANC lengkap (43,7%). Tidak sejalan dengan penelitian Sumiaty (2017) yang mendapatkan sebagian besar sampel memiliki ANC lengkap (84,61%). Begitu juga dengan penelitian Nadiyah, dkk. (2014) lebih banyak sampel yang mendapatkan ANC lengkap (72,8%) dibandingkan dengan ANC tidak lengkap (27,2%). Meskipun demikian, data hasil penelitian menunjukkan bahwa terbukti anak *stunting* lebih banyak memiliki ibu dengan status ANC tidak lengkap dibandingkan dengan ANC lengkap.

Sejalan dengan tablet Fe bahwa penelitian ini mendapatkan bahwa ibu lebih banyak tidak mengkonsumsi tablet Fe ketika hamil (64,8%) dibandingkan dengan mengkonsumsi tablet Fe (35,2%). Namun, penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Sumiaty (2017) di Sulawesi Tengah

bahwa sebagian besar ibu anak yang berumur 6-23 mengkonsumsi asupan Fe (87,69%) ketika ibu hamil.

Adapun faktor risiko pada anak ditemukan lebih banyak anak yang tidak mendapatkan ASI eksklusif (57,7%) dibandingkan dengan anak yang mendapatkan ASI eksklusif (42,3%). Sejalan dengan penelitian Lestari, dkk (2014) yang menemukan bahwa lebih banyak anak yang tidak ASI eksklusif dibandingkan dengan ASI eksklusif. Sejalan juga dengan Permadi, dkk (2016) yang menemukan 58% anak tidak mendapatkan ASI eksklusif. Berbeda dengan Sumiaty (2017) yang menemukan sebagian besar anak yang mendapat ASI eksklusif yaitu sebesar 80%. Berdasarkan data di lapangan didapatkan bahwa terdapat ibu yang memberikan anak makanan sebelum waktunya seperti buah pisang meskipun anak masih berumur di bawah 6 bulan. Hal ini berkaitan dengan pemberian MP-ASI. Anak yang diberi makanan sebelum usianya juga mempengaruhi pemberian MP-ASI yang baik.

Hasil penelitian menemukan bahwa sebagian besar anak mendapatkan MP-ASI kurang baik (80,3%). Sejalan dengan Permadi, dkk (2016) yang mendapatkan anak lebih banyak mendapatkan MP-ASI kurang baik (57%) dibandingkan MP-ASI baik (43%). Begitu juga dengan penelitian Nasrul, dkk. (2018) yang menemukan bahwa lebih banyak pemberian MP-ASI tidak sesuai standar (55,2%) dibandingkan sesuai standar (44,8%). Sejalan dengan penelitian Najahah, dkk. (2013) yang mendapatkan bahwa lebih banyak anak dengan praktek pemberian MP-ASI yang tidak sesuai standar (51,3%) dibandingkan dengan pemberian MP-ASI yang sesuai standar (49,9%). Sejalan dengan penelitian sebelumnya, hasil penelitian ini menemukan ibu yang memberikan MP-ASI terlalu dini. Selain itu juga ditemukan baduta yang diberikan MP-ASI dengan tekstur yang lunak (seperti nasi tim) dimana seharusnya mendapatkan makanan dengan tekstur lumat seperti bubur susu dll. Berdasarkan hasil yang didapatkan juga ditemukan ibu yang sudah memberikan makanan padat pada usia yang seharusnya mendapatkan makanan dengan tekstur lunak.

Imunisasi lengkap juga menjadi faktor risiko *stunting*. Terdapat lebih banyak anak yang mendapatkan imunisasi lengkap (52,1%) dibandingkan anak yang tidak mendapatkan imunisasi lengkap (47,9%). Sejalan dengan Nasrul (2018) yang menemukan bahwa sebagian besar anak mendapatkan imunisasi lengkap (80,9%). Namun tidak sejalan dengan penelitian Nadiyah, dkk (2014) yang menemukan lebih banyak anak yang tidak mendapatkan imunisasi lengkap (64,77%) dibandingkan anak yang mendapatkan imunisasi lengkap (35,23%). Begitu juga dengan Nasrul, dkk. (2015) yang menemukan lebih banyak anak dengan imunisasi tidak lengkap (53,7%) dibandingkan imunisasi lengkap (46,3%). Selain imunisasi suplementasi vitamin A juga merupakan faktor risiko *stunting*.

Anak yang mendapatkan suplementasi vitamin A lengkap lebih banyak (60,6%) dibandingkan dengan yang tidak mendapatkan suplementasi vitamin A lengkap (39,4%). Sejalan dengan penelitian Nabilla (2018) yang menemukan lebih banyak anak yang mengkonsumsi vitamin A lengkap dengan kategori baik dan sedang (64,8%) dibandingkan dengan anak yang tidak mendapatkan vitamin A lengkap (35,2%). Hasil penelitian juga memperlihatkan sebagian besar anak tidak mendapatkan monitoring pertumbuhan secara rutin (81,7%). Berbeda dengan penelitian Destiadi, dkk. (2016) yang menemukan bahwa pemantauan pertumbuhan melalui kunjungan posyandu lebih banyak yang rutin (51,76%) dibandingkan dengan yang tidak rutin (48,24%). Penelitian Welasasih dan Wirjatmadi (2012) tidak sejalan bahwa sebagian besar anak melakukan pemantauan pertumbuhan rutin melalui posyandu (75%). Diharapkan dengan adanya monitoring pertumbuhan maka dapat mendeteksi *stunting* secara dini. Monitoring pertumbuhan tidak berjalan sendiri tetapi juga disertai dengan adanya edukasi kesehatan berupa pemberian informasi kepada orang tua untuk meningkatkan asupan gizi anak.



### 3. Gambaran Faktor Risiko pada Anak *Stunting*

Berdasarkan tabel distribusi jumlah faktor risiko ditemukan bahwa anak *stunting* paling banyak memiliki 6 faktor risiko yaitu sebesar 61,5% serta paling sedikit memiliki 1 dan 2 faktor risiko (0%). Sebaliknya pada anak normal paling banyak memiliki 1 dan 2 faktor risiko (100%) dan paling sedikit memiliki 6 faktor risiko (38,5%). Faktor risiko yang paling banyak terjadi pada anak *stunting* adalah pemberian MP-ASI kurang baik dan monitoring pertumbuhan yaitu sebesar 95,65%. Sedangkan faktor risiko paling sedikit terjadi pada anak *stunting* adalah imunisasi tidak lengkap (52,17%).

Berdasarkan hasil penelitian bahwa faktor risiko yang dimiliki oleh anak *stunting* beragam. Hasil penelitian menemukan bahwa anak *stunting* paling banyak memiliki 6 faktor risiko. Artinya adalah diantara seluruh anak *stunting* paling banyak memiliki 6 faktor risiko seperti tidak mendapatkan ASI eksklusif, imunisasi lengkap, MP-ASI yang baik, suplementasi vitamin A, monitoring pertumbuhan, dan ANC lengkap. Anak *stunting* dengan 6 faktor risiko seperti ini terdapat 34,8% dari seluruh anak *stunting*. Sebaliknya anak *stunting* paling sedikit memiliki 7 faktor risiko. Artinya adalah diantara seluruh anak *stunting* paling sedikit memiliki semua faktor risiko seperti tidak mendapatkan ASI eksklusif, imunisasi lengkap, MP-ASI yang baik, suplementasi vitamin A, monitoring pertumbuhan, ANC lengkap serta tablet Fe lengkap. Anak *stunting* dengan 7 faktor risiko seperti ini hanya terdapat 8,7%.

Hasil penelitian ini juga dapat melihat dua faktor risiko seperti ANC dan tablet Fe ibu hamil pada anak *stunting*. Terdapat sebanyak 11,1% anak *stunting* yang memiliki ibu yang tidak mendapatkan ANC lengkap namun mendapatkan tablet Fe ibu hamil lengkap. Terdapat sebanyak 33,3% anak *stunting* yang mendapatkan ANC lengkap tetapi tidak mendapatkan Fe lengkap. Terdapat sebanyak 41,9% anak *stunting* yang memiliki ibu yang tidak mendapatkan ANC dan tidak mendapat tablet ibu hamil. Artinya adalah meskipun ibu tidak mendapatkan ANC tetapi apabila ibu mendapatkan tablet Fe lengkap maka lebih sedikit distribusi anak *stunting*.

Apabila ibu hamil tidak mendapatkan ANC lengkap dan juga Fe tidak lengkap maka semakin tinggi distribusi anak *stunting*.

Hasil penelitian ini juga dapat melihat dua faktor risiko seperti ASI dan MP-ASI pada anak *stunting*. Tidak terdapat anak *stunting* (0%) yang tidak mendapatkan ASI eksklusif pada masa lalu namun mendapatkan MP-ASI baik pada saat ini. Namun, terdapat sebanyak 40% anak *stunting* yang mendapatkan ASI eksklusif pada masa lalu namun tidak mendapatkan MP-ASI yang baik pada saat sekarang. Artinya adalah meskipun anak tidak mendapatkan ASI eksklusif di masa lalu tetapi apabila saat sekarang anak mendapatkan MP-ASI yang baik sesuai dengan tingkat umur anak maka sedikit bahkan 0% distribusi anak *stunting*.

Hasil penelitian ini juga dapat melihat dua faktor risiko seperti suplementasi vitamin A dan imunisasi lengkap. Terdapat sebanyak 26,3% anak *stunting* yang mendapatkan suplementasi vitamin A namun tidak mendapatkan imunisasi lengkap. Terdapat sebanyak 46,2% anak *stunting* yang mendapatkan imunisasi lengkap namun tidak mendapatkan suplementasi vitamin A. Artinya adalah meskipun anak tidak mendapatkan imunisasi lengkap tetapi apabila mendapatkan suplementasi vitamin A lengkap maka sedikit distribusi anak *stunting* yang ditemukan.

#### **4. ANC Tidak Berhubungan dengan *Stunting***

Berdasarkan hasil penelitian antara variabel ANC terhadap kejadian *stunting* didapatkan *p-value* 0,782 dan POR sebesar 1,31. Hal ini menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara ANC dengan kejadian *stunting* pada 1000 HPK di Wilayah Kerja Puskesmas Seberang Padang tahun 2019. Penelitian ini sejalan dengan penelitian Nadiyah, dkk. (2014) di Bali yang menemukan bahwa ANC tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan *stunting*. Sebaliknya penelitian ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Najahah (2013) di Nusa Tenggara Barat, yang menyatakan bahwa ANC merupakan faktor dominan yang menyebabkan terjadinya *stunting*. Begitu juga dengan penelitian

Sumiaty (2017) yang menemukan bahwa ANC berhubungan dengan *stunting*.

ANC merupakan salah satu faktor risiko terjadinya *stunting*. Menurut Torlesse, dkk. (2016) bahwa ibu yang mempunyai kelengkapan dalam pemeriksaan ANC akan mempengaruhi akses terhadap layanan kesehatan dan dapat menjamin dan mendeteksi segala kemungkinan buruk terhadap kondisi kehamilan ibu. Menurut Jannah (2012) menyebutkan bahwa tujuan ANC diberikan kepada ibu adalah untuk dapat mengontrol kemajuan kehamilan termasuk kesehatan ibu dan juga tumbuh kembang janin. Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara ANC dan *stunting* disebabkan karena perhitungan ANC yang dilakukan adalah perhitungan kuantitas ANC. ANC dihitung berdasarkan standar minimal melakukan kunjungan ANC yaitu 1-1-2 (satu kali pada triwulan 1, satu kali pada triwulan 2 dan dua kali pada triwulan 3). Keberhasilan ANC terhadap pencegahan *stunting* juga didukung oleh kualitas ANC. Kualitas ANC dapat dilihat dari salah satu indikator yaitu pemberian 90 tablet Fe pada ibu hamil.

Puskesmas Seberang Padang pada tahun 2018 diantara 4 kelurahan tidak terdapat satupun kelurahan memenuhi target nasional diberikannya tablet Fe lengkap pada ibu hamil. Hal ini diperkuat dengan temuan yang ada di lapangan. Responden yang mengkonsumsi tablet Fe lengkap adalah sebesar 35,2%. Sementara kunjungan ANC lengkap sebesar 43,7%. Artinya adalah terdapat ibu yang tidak mengkonsumsi tablet Fe meskipun mendapatkan tablet Fe selama layanan ANC.

Selain itu, data penelitian menunjukkan pada ibu dengan status ANC tidak lengkap tetapi konsumsi tablet Fe lengkap distribusi *stunting* nya lebih rendah dibandingkan dengan ibu yang tidak konsumsi tablet Fe lengkap. Artinya adalah faktor ANC tidak hanya dilihat berdasarkan kuantitas kunjungan saja tetapi juga perlu dilihat kualitas ANC. Hal ini lah yang menyebabkan tidak terdapat hubungan yang signifikan antara ANC dan *stunting* di Wilayah Kerja Puskesmas Seberang Padang.

ANC dilakukan untuk memantau kemajuan kehamilan, memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang janin agar tumbuh dengan normal.

Perkembangan janin saat masa kehamilan juga dapat dilihat dari berat lahir anak. Berdasarkan data yang didapatkan di lapangan bahwa diantara semua responden pada umumnya memiliki anak dengan berat lahir normal (94,4%) meskipun lebih banyak ibu dengan ANC tidak lengkap (56,3%). Artinya adalah ada beberapa faktor lain yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin selama masa kehamilan yang tidak diteliti oleh peneliti. Namun ibu yang memiliki ANC tidak lengkap dan melahirkan anak BBLR memiliki angka *stunting* yang lebih tinggi (66,7%) dibandingkan dengan ibu yang memiliki ANC lengkap dan melahirkan anak normal (30%). Artinya adalah meskipun di Wilayah Kerja Puskesmas Seberang Padang tidak terlihat hubungan yang signifikan antara ANC dan *stunting* namun pada ibu yang tidak mendapatkan ANC lengkap dan melahirkan anak BBLR memiliki distribusi *stunting* yang tinggi.

Mengenai faktor lain yang dapat mempengaruhi gizi ibu hamil selama kehamilan adalah kemampuan ibu dalam memenuhi kebutuhan pangan. Salah satunya adalah kemampuan ekonomi keluarga. Berdasarkan data di lapangan bahwa pada ibu yang memiliki ANC lengkap tetapi tidak memiliki kemampuan ekonomi dalam memenuhi kebutuhan hidup seperti makan angka *stunting* nya lebih tinggi (37,5%) dari pada ibu yang mampu secara ekonomi (20%). Jika ANC ibu tidak lengkap tetapi mampu secara ekonomi angka *stunting* nya lebih kecil (16,7%) dibandingkan dengan ANC tidak lengkap dan tidak mampu secara ekonomi (50%). Artinya adalah meskipun ibu mendapatkan ANC lengkap tetapi tidak diimbangi dengan kemampuan ekonomi dalam memenuhi kebutuhan pangan maka akan tinggi distribusi anak *stunting* yang ditemukan.

##### **5. Tablet Fe Tidak Berhubungan dengan *Stunting***

Berdasarkan hasil penelitian di Wilayah Kerja Puskesmas Seberang Padang antara mengkonsumsi tablet Fe pada ibu hamil terhadap kejadian *stunting* didapatkan *p-value* 0,168 dan POR sebesar 2,57. Hal ini menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara tablet Fe ibu hamil dengan kejadian *stunting* pada 1000 HPK di Wilayah Kerja Puskesmas Seberang Padang tahun 2019. Sejalan dengan penelitian yang



dilakukan oleh Hairunis,dkk. (2016) yang menyebutkan bahwa tidak terdapat hubungan asupan Fe terhadap *stunting* di Nusa Tenggara Barat.

Namun penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Sumiaty (2017) di Sulawesi Tengah bahwa tablet Fe ibu hamil memiliki hubungan yang signifikan terhadap *stunting*. Sumiaty mendapatkan bahwa terlihat perbedaan secara signifikan antara ibu anak yang berumur 6-23 mengkonsumsi asupan Fe (87,69%) dan tidak mengkonsumsi Fe (12,30%) baik pada anak *stunting* maupun anak normal (Sumiaty, 2017). Berdasarkan temuan di lapangan bahwa terlihat perbedaan yang signifikan antara ibu mengkonsumsi tablet Fe (35,2%) dan tidak mengkonsumsi tablet Fe (64,8%) pada masa kehamilan. Konsumsi tablet Fe saat ibu hamil diharapkan dapat mencegah ibu hamil mengalami anemia. Hal ini disebabkan bahwa ibu yang memiliki riwayat anemia berisiko untuk memiliki anak *stunting*. Secara statistik konsumsi tablet Fe ibu hamil tidak memiliki hubungan yang signifikan terhadap kejadian *stunting*.

Peneliti berasumsi konsumsi tablet Fe tidak berhubungan signifikan terhadap kejadian *stunting* disebabkan oleh kemampuan ekonomi keluarga untuk memenuhi asupan Fe dari sumber makanan. Hal ini terbukti dari data penelitian menunjukkan pada ibu yang mengkonsumsi tablet Fe secara lengkap tetapi tidak memiliki kemampuan ekonomi yang melebihi kemampuan minimal untuk memenuhi kebutuhan pangan dan non pangan distribusi *stunting* lebih tinggi (33,3%) dibandingkan dengan yang memiliki kemampuan ekonomi yang melebihi kemampuan minimal untuk memenuhi kebutuhan pangan dan non-pangan (0%). Tingginya angka *stunting* terlihat apabila ibu tidak mendapatkan tablet Fe secara lengkap dan tidak mampu secara ekonomi dalam memenuhi kebutuhan pangan yaitu sebesar 52,2% anak *stunting*. Asumsi peneliti adalah ibu yang memiliki kemampuan ekonomi mencukupi memiliki kesempatan untuk mendapatkan asupan Fe dari makanan lainnya. Oleh karena itu tablet Fe tidak berhubungan dengan kejadian *stunting*. Artinya adalah apabila ibu mengkonsumsi Fe dari makanan alami dengan cukup dan ditambah dengan mengkonsumsi tablet

Fe secara lengkap akan lebih sedikit distribusi anak *stunting* yang ditemukan.

Selain itu tablet Fe juga memiliki kaitan dengan ANC. Salah satu layanan dalam ANC adalah melakukan pengecekan Hb. Berdasarkan data yang didapatkan menunjukkan pada ibu yang tidak mengkonsumsi tablet Fe lengkap tetapi kunjungan ANC lengkap distribusi *stunting* rendah. Peneliti berasumsi bahwa meskipun konsumsi tablet Fe tidak lengkap namun apabila ibu memiliki kunjungan ANC lengkap, ibu mendapatkan edukasi dari petugas setelah dilakukan pengecekan Hb darah di Puskesmas. Ketika ibu mengetahui hasil pemeriksaan Hb darah dan mendapatkan edukasi, ibu akan mengkonsumsi makanan yang bergizi dan mengandung Fe.

#### **6. ASI Eksklusif Tidak Berhubungan dengan *Stunting***

Berdasarkan hasil penelitian antara variabel ASI eksklusif terhadap kejadian *stunting* didapatkan *p-value* 0,911 dan POR sebesar 1,21. Hal ini menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara ASI eksklusif dengan kejadian *stunting* pada 1000 HPK di Wilayah Kerja Puskesmas Seberang Padang tahun 2019. Penelitian ini sejalan dengan penelitian Sumiaty (2017) yang mendapatkan bahwa ASI eksklusif tidak berhubungan dengan kejadian *stunting*.

Penelitian ini berbeda dengan penelitian Paramashanti, dkk. (2016) yang menyatakan bahwa ASI eksklusif memiliki hubungan terhadap kejadian *stunting*. Penelitian lainnya memiliki hasil yang sama dilakukan oleh Permadi dkk. (2016) yang menemukan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara ASI eksklusif terhadap kejadian *stunting*. Anak yang tidak mendapatkan ASI eksklusif berisiko 9,5 kali berisiko mengalami *stunting* (Permadi, dkk., 2016). Permadi menyebutkan bahwa anak usia 12-24 bulan yang tidak mendapatkan ASI eksklusif lebih berisiko untuk terkena *stunting* dibandingkan dengan anak yang mendapatkan ASI eksklusif hingga 6 bulan.

Berdasarkan hasil penelitian di lapangan bahwa lebih dari separuh anak tidak mendapatkan ASI eksklusif. Hal ini dikarenakan bahwa terdapat ibu bekerja sehingga sulit untuk memberikan ASI eksklusif. Selain itu juga

terdapat permasalahan ASI sulit keluar serta ibu sakit saat setelah melahirkan sehingga anak usia 12-24 bulan diberikan susu formula sebagai pengganti ASI. ASI eksklusif merupakan faktor yang memiliki peran penting terhadap kejadian *stunting*. Hal ini disebutkan bahwa ASI merupakan sumber nutrisi yang sangat penting bagi tumbuh kembang anak terlebih di usia periode emas. Anak yang diberikan ASI selama 6 bulan secara eksklusif akan mencapai pertumbuhan dan perkembangan yang optimal.

Berdasarkan data yang didapatkan bahwa meskipun ASI eksklusif tidak berhubungan dengan *stunting* tetapi anak *stunting* lebih banyak terdapat pada anak yang tidak diberikan ASI eksklusif yaitu sebesar 34,1%. Kaitan ASI eksklusif dan *stunting* menurut WHO dalam Ni'mah dan Nadhiroh (2016) menyebutkan anak yang tidak diberikan ASI eksklusif selama 6 bulan penuh akan mempengaruhi imunitas anak terhadap penyakit infeksi. Anak yang tidak mendapatkan asupan gizi yang mencukupi dan terinfeksi penyakit kronis seperti diare dan ispa yang berulang akan mengakibatkan anak *stunting*. Hal ini diperkuat dengan informasi yang didapatkan dari lapangan bahwa anak yang mendapatkan ASI eksklusif dan tidak terinfeksi distribusi *stunting* lebih kecil bahkan 0% dibandingkan dengan anak yang tidak mendapatkan ASI eksklusif dan terinfeksi yaitu sebesar 44,4% anak *stunting*.

Adapun hal yang mengakibatkan ASI eksklusif tidak berhubungan dengan kejadian *stunting* adalah terdapat faktor lain yang mempengaruhi anak untuk terkena penyakit infeksi seperti sanitasi, hygiene dll yang tidak diteliti oleh peneliti. Hal ini diketahui dari data yang didapatkan dilapangan bahwa anak yang diberikan ASI eksklusif maupun tidak ASI eksklusif sama sama memiliki angka infeksi lebih tinggi dari pada anak yang tidak terinfeksi. Artinya adalah ASI eksklusif yang diharapkan dapat mencegah anak untuk terkena penyakit infeksi tidak berjalan optimal.

## 7. MP-ASI Berhubungan dengan *Stunting*

Berdasarkan hasil penelitian antara variabel MP-ASI terhadap kejadian *stunting* didapatkan *p-value* 0,027 dan POR sebesar 8,17. Hal ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara MP-ASI dengan kejadian *stunting* pada 1000 HPK di Wilayah Kerja Puskesmas Seberang Padang tahun 2019. Hasil ini juga menunjukkan bahwa anak usia 12-24 bulan yang mendapatkan MP-ASI kurang baik berisiko 8,17 kali untuk menderita *stunting*.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Al-Rahmad, dkk. (2013). menemukan bahwa variabel MP-ASI memiliki hubungan yang signifikan terhadap *stunting*. Agus menemukan bahwa anak yang tidak mendapatkan MP-ASI dengan baik memiliki risiko 3,4 kali untuk menderita *stunting*. Penelitian ini juga sejalan dengan (Najahah, 2013) yang menemukan bahwa pemberian MP-ASI yang tidak sesuai memiliki risiko 6,38 kali untuk terkena *stunting* dibandingkan dengan anak yang mendapatkan MP-ASI yang sesuai.

Berdasarkan hasil multivariat bahwa variabel MP-ASI merupakan faktor dominan terhadap *stunting* pada 1000 HPK di tahun 2019. Berdasarkan uji regresi logistik, terbukti bahwa MP-ASI memiliki POR sebesar 11,64. Hal ini dapat disimpulkan bahwa perlu dilakukan evaluasi terhadap program gizi khususnya kegiatan MP-ASI di Puskesmas Seberang Padang tahun 2019.

Pemberian MP-ASI yang sesuai atau pemberian MP-ASI yang baik adalah pemberian makanan pendamping ASI dengan frekuensi, jumlah, dan tekstur sesuai umur anak. Anak harus diberikan MP-ASI sesuai dengan syarat yang telah ditentukan. Hal ini disebabkan bahwa organ-organ tubuh anak belum terbentuk dan berfungsi sempurna sehingga anak belum dapat mencerna dengan baik. Oleh karena itu, perlu diberikan MP-ASI dengan frekuensi, tekstur, dan jumlah yang sesuai dengan tingkatan umur anak (Kemenkes, 2014e).

Berdasarkan data hasil penelitian bahwa ditemukan 45,1% responden yang tidak memberikan MP-ASI sesuai umur yang seharusnya.



Sebanyak 29,6% sampel terlalu dini diberikan MP-ASI dan 15,5% responden yang terlambat memberikan MP-ASI kepada anak. Selain itu juga ditemukan responden yang memberikan frekuensi MP-ASI tidak sesuai umur yaitu sebesar 49,3% dari seluruh responden. Sedangkan tekstur pemberian MP-ASI tidak sesuai dengan umur sebesar 31% dari seluruh responden. Untuk pemberian jumlah MP-ASI tidak sesuai umur sebesar 60,6% dari seluruh responden. Saat bayi belum siap untuk menerima makanan dari luar dimana kematangan fungsi-fungsi organ belum optimal, ibu telah memberikan MP-ASI kepada bayi. Penelitian lain menyebutkan bahwa anak yang terlalu dini dikenalkan dengan MP-ASI maka akan berisiko terkena penyakit infeksi. Berdasarkan hasil penelitian Lestari, dkk. (2014) menemukan bahwa anak yang diberikan MP-ASI terlalu dini memiliki risiko menjadi *stunting* sebesar 6,54 kali dibandingkan dengan anak yang mendapatkan MP-ASI sesuai umur. Hasil penelitian ini menemukan bahwa ibu yang gagal memberikan ASI eksklusif karena ibu memberikan MP-ASI secara dini. Begitu juga dengan anak yang terlambat diberikan MP-ASI. Anak yang terlambat diberikan MP-ASI maka akan mengalami kekurangan nutrisi bahkan tidak mendapatkan nutrisi yang seharusnya mereka dapatkan pada usianya tersebut.

#### **8. Imunisasi Lengkap Tidak Berhubungan dengan *Stunting***

Berdasarkan hasil penelitian antara variabel imunisasi lengkap terhadap kejadian *stunting* didapatkan *p-value* 0,805 dan POR sebesar 1,28. Hal ini menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara imunisasi lengkap dengan kejadian *stunting* pada 1000 HPK di Wilayah Kerja Puskesmas Seberang Padang tahun 2019. Penelitian ini sejalan dengan Nadiyah, dkk. (2014) yang menemukan bahwa imunisasi lengkap tidak berhubungan dengan *stunting*. Namun berbeda dengan penelitian Nasrul, dkk. (2016) yang menemukan bahwa variabel imunisasi lengkap memiliki hubungan yang signifikan terhadap *stunting*. Penelitian Al-Rahmad, dkk. (2013) menemukan bahwa terdapat hubungan yang signifikan terhadap *stunting*. Penelitian Al-Rahmad, dkk. (2013) juga mendapatkan

bahwa anak yang tidak mendapatkan imunisasi lengkap berisiko 3,5 kali untuk terkena *stunting* dibandingkan dengan anak yang mendapatkan imunisasi lengkap.

Pemberian imunisasi lengkap kepada anak penting untuk mencegah terjadinya *stunting*. Seperti yang disebutkan oleh Al-Rahmad, dkk. (2013) bahwa memang anak yang tidak mendapatkan imunisasi lengkap akan terdapat gangguan kekebalan tubuh terhadap penyakit menular. Anak yang tidak mendapatkan imunisasi yang lengkap akan mengalami produksi antibodi yang tidak optimal sehingga mudahnya bibit penyakit masuk ke dalam tubuh. Pada penelitian ini tidak ditemukan hubungan yang signifikan antara imunisasi lengkap dengan *stunting*. Namun, hubungan imunisasi lengkap dapat dijelaskan melalui analisa masing-masing imunisasi. Diantara beberapa imunisasi lengkap terdapat satu imunisasi yang berhubungan signifikan terhadap kejadian *stunting*. Imunisasi tersebut adalah imunisasi BCG. Pemberian imunisasi BCG berhubungan terhadap kejadian *stunting* dengan *p-value* 0,012 dan POR sebesar 8,1. Artinya adalah anak yang tidak mendapatkan imunisasi BCG berisiko 8,1 kali terkena *stunting* dibandingkan dengan anak yang mendapatkan imunisasi BCG.

Tidak semua penyakit infeksi yang umum terjadi pada anak dapat dicegah oleh imunisasi lengkap. Penyakit infeksi yang paling banyak menyerang anak pada penelitian ini adalah ISPA (infeksi saluran pernapasan atas) yaitu sebesar 52,1%. Penyakit ISPA menjadi urutan pertama dibandingkan dengan penyakit lainnya. Sejalan dengan data yang disebutkan di dalam laporan tahunan puskesmas bahwa ISPA menjadi penyakit dengan urutan teratas dari 10 penyakit terbanyak tahun 2018. Penyakit infeksi lainnya yang diderita anak usia 12-24 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Seberang Padang secara berturut-turut diare (14,1%), campak (4,2%), dan TB anak (1,4%).

## 9. Suplementasi Vitamin A Tidak Berhubungan dengan *Stunting*

Berdasarkan hasil penelitian antara variabel suplementasi vitamin A terhadap kejadian *stunting* didapatkan *p-value* 0,075 dan POR sebesar 2,86. Hal ini menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara suplementasi vitamin A dengan kejadian *stunting* pada 1000 HPK di Wilayah Kerja Puskesmas Seberang Padang tahun 2019. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Hidayati,dkk. (2010) menemukan bahwa asupan vitamin A tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan *stunting*. Namun, penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Nabilla (2018) yang menemukan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara asupan vitamin A terhadap *stunting*.

Kecukupan vitamin A memiliki dampak terhadap penglihatan, diferensiasi sel serta pertumbuhan dan perkembangan anak (Fatimah dan Wirjatmadi, 2018). Selain penelitian yang dilakukan di Indonesia terdapat penelitian yang dilakukan oleh Tariku,dkk. (2017) di Ethiopia menyebutkan bahwa suplementasi vitamin A merupakan determinan penyebab *stunting*. Tariku, dkk. (2017) menyebutkan bahwa ibu yang tidak memberikan suplementasi vitamin A pada anak berisiko menderita *stunting* parah dibandingkan dengan yang mendapatkan. Peningkatan status pemberian suplementasi vitamin A merupakan salah satu bukti strategis yang dapat mempertahankan kondisi kesehatan anak khususnya mengurangi risiko kematian dan kesakitan akibat penyakit infeksi.

Berdasarkan hasil penelitian bahwa lebih banyak responden yang mendapatkan suplementasi vitamin A lengkap dibandingkan dengan tidak mendapatkan suplementasi vitamin A lengkap sesuai umur. Data hasil penelitian juga memperlihatkan bahwa anak *stunting* lebih banyak tidak mendapatkan suplementasi vitamin A lengkap dibandingkan dengan yang mendapatkan secara lengkap. Begitu sebaliknya, bahwa didapatkan anak yang normal lebih banyak mendapatkan suplementasi vitamin A lengkap dibandingkan dengan yang tidak mendapatkan suplementasi vitamin A lengkap.

Sumber vitamin A yang didapatkan anak tidak hanya dari suplementasi vitamin A. Asupan vitamin A juga berasal dari sumber makanan yang seimbang yang diberikan oleh orang tua berupa ASI dan makanan beragam lainnya. Hal ini tentu menjadi perancu hubungan suplementasi vitamin A dan *stunting* yang tidak terukur pada penelitian ini. Pernyataan ini didukung oleh data pada anak yang tidak mengkonsumsi suplementasi vitamin A tetapi mendapatkan MP-ASI yang baik distribusi *stunting* nya rendah (14,3%). Anak yang mengkonsumsi suplementasi vitamin A lengkap tetapi mendapatkan MP-ASI yang buruk distribusi *stunting* nya lebih tinggi (27,8%). Artinya adalah suplementasi vitamin A juga harus diiringi oleh pemberian MP-ASI yang baik.

Suplementasi vitamin A diberikan kepada anak bertujuan untuk mengurangi risiko kesakitan akibat penyakit infeksi. Hal ini diperkuat dengan data yang didapatkan di lapangan bahwa anak yang terinfeksi namun tidak diberikan suplementasi vitamin A secara lengkap memiliki distribusi *stunting* yang tinggi (57,1%). Sebaliknya anak yang terinfeksi tetapi mendapatkan suplementasi vitamin A lengkap distribusi *stunting* nya rendah (30%). Artinya adalah meskipun suplementasi vitamin A tidak berhubungan, namun pemberian vitamin juga memiliki kaitan dengan *stunting* dengan tidak memperparah keadaan anak saat terinfeksi.

#### **10. Monitoring Pertumbuhan Berhubungan *Stunting***

Berdasarkan hasil penelitian antara variabel monitoring pertumbuhan terhadap kejadian *stunting* didapatkan *p-value* 0,048 dan POR sebesar 7,33. Hal ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara monitoring pertumbuhan dengan kejadian *stunting* pada 1000 HPK di Wilayah Kerja Puskesmas Seberang Padang tahun 2019. Anak yang tidak mendapatkan monitoring pertumbuhan secara rutin berisiko 7,33 kali untuk terkena *stunting* dibandingkan dengan anak yang mendapatkan monitoring pertumbuhan secara rutin.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Marume, dkk. (2017) menyatakan bahwa monitoring pertumbuhan yang



dilakukan secara rutin dapat menurunkan kejadian malnutrisi khususnya *stunting*. Hal ini dipaparkan di dalam penelitian Marume, dkk (2017) bahwa dengan dilakukannya monitoring pertumbuhan maka dapat mendeteksi kejadian *stunting*. Penelitian yang dilakukan di Zimbabwe ini menyebutkan bahwa hasil dari monitoring pertumbuhan yang rutin dilakukan dapat menentukan data apakah anak memiliki status gizi yang baik atau tidak. Apabila anak mengalami atau terdeteksi *stunting* maka orang tua akan mendapatkan edukasi kesehatan. Edukasi kesehatan yang dilakukan adalah berupa konseling dan menasehati dengan pendekatan gizi dan intervensi untuk memperbaiki kondisi kesehatan anak yang bersangkutan.

Hal ini juga sesuai dengan yang direkomendasi oleh PMK No. 25 tentang upaya kesehatan anak tahun 2014 menyebutkan bahwa salah satu pelayanan yang harus didapatkan oleh anak adalah monitoring pertumbuhan. Monitoring pertumbuhan yang berkaitan dengan kejadian *stunting* adalah monitoring TB/U. Monitoring pertumbuhan yang diatur oleh PMK ini adalah minimal dilakukan pengukuran 3 bulan sekali. Pada penelitian ini ditemukan hubungan yang signifikan dengan kejadian *stunting* (Kemenkes, 2014c).

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Wilayah Kerja Puskesmas Seberang Padang pada tahun 2019 didapatkan bahwa terdapat sebanyak 81,7% responden penelitian tidak melakukan monitoring pertumbuhan secara rutin. Sebesar 18,3% responden yang memiliki riwayat monitoring pertumbuhan secara rutin. Pada umumnya anak tidak mendapatkan monitoring pertumbuhan secara rutin.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan didapatkan bahwa proporsi anak yang *stunting* lebih banyak pada anak yang melakukan monitoring pertumbuhan secara tidak rutin. Berdasarkan PMK bahwa monitoring pertumbuhan tidak hanya berdiri sendiri, akan tetapi perlu adanya KIE (komunikasi informasi dan edukasi) kepada ibu atau orang tua mengenai kondisi anak pada saat itu. Artinya monitoring pertumbuhan dapat menjadi media deteksi dini pertumbuhan anak. Anak yang mengalami

gangguan pertumbuhan yang belum mencapai pertumbuhan optimal sesuai usia dapat diberitahukan kepada orang tua. Selanjutnya ibu mengetahui apa yang seharusnya ibu lakukan apabila pertumbuhan anak tidak sesuai dengan tingkat umur. Oleh karena itu monitoring pertumbuhan penting dilakukan kepada anak usia 12-24 bulan untuk mencegah terjadinya *stunting*.

### C. Penelitian Kualitatif Program MP-ASI

#### 1. Input

##### a. Sosialisasi Kebijakan dan Petunjuk Teknis Belum Ada

Kebijakan dari pemerintah yang mendasari tentang pelaksanaan kegiatan MP-ASI diatur di dalam PMK No. 41 tahun 2014 tentang Pedoman Gizi Seimbang yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan RI. Kebijakan dari pemerintah yang mendasari tentang pelaksanaan kegiatan MP-ASI belum diketahui oleh seluruh informan. Namun berdasarkan telaah dokumen ditemukan PMK tersebut di Puskesmas. Berdasarkan PMK No 41 tahun 2014 tentang pedoman gizi seimbang disebutkan bahwa dalam penyelenggaraan gizi seimbang terdapat beberapa kegiatan yang perlu dilakukan seperti sosialisasi, pelatihan, penyuluhan, konseling dan demo percontohan dan praktik. PMK ini juga mengatur mengenai gizi seimbang untuk anak usia 6-24 bulan seperti pemberian MP-ASI yang baik.

PMK ini diikuti oleh dikeluarkan nya panduan penyelenggaraan PMBA baik untuk petugas kesehatan khusus nya petugas gizi, bidan kelurahan maupun kader. Salah satu yang juga dicantumkan di dalam pedoman atau petunjuk teknis PMBA adalah petugas yang sudah mendapatkan pelatihan PMBA harus memberikan pelatihan kepada kader sebagai salah satu unsur yang paling dekat dengan masyarakat atau sasaran (Kemenkes, 2014e).

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa pedoman (petunjuk teknis) yang mengatur mengenai pelaksanaan kegiatan MP-ASI berbasis PMBA yang menjadi rujukan bagi Puskesmas sudah cukup jelas dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan. Petugas puskesmas khususnya petugas gizi mengetahui tentang petunjuk teknis tersebut. Namun, tidak

ditemukan petunjuk teknis tersebut di Puskesmas Seberang Padang. Petunjuk teknis yang dimaksud adalah petunjuk teknis sosialisasi PMBA, petunjuk teknis penyelenggaraan kegiatan MP-ASI berbasis PMBA termasuk di dalamnya petunjuk teknis pelatihan kepada kader. Hal ini disebabkan bahwa MP-ASI berbasis PMBA tidak pernah menjadi kegiatan tahunan di Puskesmas Seberang Padang sebelumnya dan sampai saat ini. Hal ini senada dengan penelitian Nurbaiti (2017) yang menyebutkan bahwa kegiatan MP-ASI berbasis PMBA belum menjadi salah satu prioritas kegiatan di Wilayah Kerja Puskesmas. Puskesmas Seberang Padang menyebutkan bahwa dengan adanya program POS Gizi sudah memberikan kontribusi terhadap permasalahan *stunting*. Petugas menyebutkan bahwa kegiatan ini tidak perlu dilakukan karena menganggap dengan sosialisasi yang dilakukan di tahun 2017 sudah cukup memberikan informasi kepada kader mengenai MP-ASI.

**b. Tenaga Kader Terlatih PMBA Belum Ada**

Tenaga merupakan salah satu unsur *input* untuk menjalankan program MP-ASI. Tenaga merupakan unsur penting dalam kesuksesan program yang dijalankan. Tenaga adalah orang yang menjalankan dan bertanggung jawab mengenai kegiatan MP-ASI di Puskesmas. Tenaga pelaksana MP-ASI adalah petugas gizi di Puskesmas. Berdasarkan hasil penelitian yang didapatkan bahwa tenaga gizi di Puskesmas berjumlah 3 orang. Semua tenaga gizi di Puskesmas sudah mendapatkan pelatihan mengenai kegiatan MP-ASI. Berbeda dengan penelitian Istianah,dkk. (2015) yang menemukan bahwa hanya terdapat 1 petugas gizi yang mendapatkan pelatihan. Penelitian sebelumnya menyebutkan bahwa dalam pelaksanaan petugas gizi dibantu oleh kader tiap-tiap posyandu di Wilayah Kerja Puskesmas. Begitu juga dengan penelitian ini yang menemukan bahwa petugas gizi dibantu oleh kader. Tenaga gizi di Puskesmas juga menjadi konselor MP-ASI untuk baduta bermasalah gizi yang dirujuk oleh kader di Posyandu dan dokter di Poli KIA. Kader sebagai konselor MP-ASI ke masyarakat baru mendapatkan sosialisasi MP-ASI berbasis PMBA 2 tahun

yang lalu dan belum mendapatkan pelatihan. Artinya Puskesmas Seberang Padang masih kekurangan sumber daya manusia yang di dalamnya adalah kader terlatih PMBA.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Nurbaiti (2017) yang mendapatkan bahwa Puskesmas di Lombok masih mengalami kekurangan kader terlatih PMBA. Kader di Puskesmas tersebut belum memiliki keterampilan konseling PMBA yang memadai. Begitu juga pada penelitian ini. Berdasarkan data di lapangan, di antara semua kader posyandu belum ada satupun kader yang mendapatkan pelatihan PMBA hingga saat ini. Hal ini diperkuat dengan ditemukannya kader yang diwawancarai tidak mengetahui tentang MP-ASI yang baik untuk anak usia 12-24 bulan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari dua orang kader yang ditanyakan, tidak satupun kader yang mengetahui tentang unsur esensial MP-ASI yang baik dengan lengkap. Hanya 1 kader yang mengetahui kapan usia pertama kali harus di beri MP-ASI, satu orang yang mengetahui tentang frekuensi per-hari diberi MP-ASI, tidak ada satupun yang mengetahui tentang tekstur dan kuantitas MP-ASI sesuai umur. Oleh karena itu perlu adanya kader terlatih PMBA sehingga dapat menjadi fasilitator MP-ASI kepada ibu dan masyarakat.

**c. Metode Pelaksanaan Belum sesuai Pedoman**

Metode merupakan cara kerja yang dapat mempermudah tenaga untuk melaksanakan program dengan efektif dan efisien dalam mencapai tujuan. Metode pelaksanaan program MP-ASI ini berpedoman kepada pedoman PMBA dari Kementerian Kesehatan RI. Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa metode yang digunakan oleh Puskesmas Seberang Padang dalam menjalankan kegiatan MP-ASI berbasis PMBA berdasarkan SOP secara tertulis belum ada. Puskesmas Seberang Padang belum memiliki SOP kerja kegiatan MP-ASI berbasis PMBA seperti SOP pelatihan, SOP sosialisasi, SOP monitoring, dan evaluasi kegiatan. Hal ini disebabkan bahwa kegiatan MP-ASI berbasis PMBA di Puskesmas tidak menjadi kegiatan yang direncanakan untuk tahun 2019. Namun, pelaksanaan



MP-ASI berbasis PMBA tetap ada di dalam pelayanan di puskesmas. Metode yang digunakan oleh puskesmas adalah konseling di Puskesmas, tanya jawab di Posyandu, serta ceramah di pertemuan kelas ibu hamil, kelas ibu bayi dan balita namun belum berjalan optimal. Hal ini dikarenakan bahwa konseling diberikan hanya kepada ibu dari anak yang bermasalah gizi yang dirujuk dari poli KIA dan Posyandu. Sementara tanya jawab tidak rutin diberikan saat posyandu dan ceramah di beberapa pertemuan kelas ibu hamil, kelas ibu bayi dan balita tidak rutin membahas mengenai PMBA serta sasaran yang heterogen (tidak tepat sasaran).

Berdasarkan pedoman pelaksanaan PMBA bahwa metode yang penting dilakukan adalah memberikan informasi dengan metode konseling serta melibatkan masyarakat dengan memperlihatkan tekstur, jumlah, jenis serta frekuensi MP-ASI sesuai dengan tingkat umur anak (Kemenkes, 2014a). Demo langsung dengan memperlihatkan menjadi salah satu metode yang dianjurkan oleh Kementerian Kesehatan RI. Metode ini belum pernah dilakukan kepada ibu baik dari petugas puskesmas maupun dari kader. Selain itu metode pelaksanaan MP-ASI belum berfokus kepada konseling. Artinya adalah perlu adanya peningkatan konseling MP-ASI. Berdasarkan penelitian Rahmawati,dkk. (2019) yang menemukan bahwa terdapat peningkatan praktik pemberian makan pada baduta setelah diberikan konseling oleh kader. Menurut pedoman pelaksanaan atau petunjuk teknis pelaksanaan kegiatan ini menyebutkan bahwa petugas puskesmas yang sudah mendapatkan pelatihan harus melatih kader untuk bisa memberikan konseling kepada ibu. Sosialisasi yang diberikan dari petugas puskesmas ke kader pernah dilakukan di tahun 2017 dan tidak dilanjutkan hingga saat ini.

Oleh karena itu perlu peningkatan sosialisasi serta pelaksanaan pelatihan dari petugas puskesmas ke kader agar memiliki pemahaman yang baik sehingga dapat berjalan konseling MP-ASI yang optimal sehingga ibu memahami dengan baik tentang MP-ASI. Sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Wahyuningsih dan Handayani (2016) di Klaten, bahwa perlu adanya sosialisasi yang efektif kepada ibu khususnya ibu yang memiliki

bayi 0-24 bulan agar mau dan mampu melaksanakan PMBA yang sesuai kepada anak.

d. **Belum Ada Penganggaran MP-ASI Berbasis PMBA**

Anggaran adalah segala bentuk pendanaan yang diperlukan untuk melaksanakan program PMBA di Puskesmas Seberang Padang. Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa anggaran program PMBA di Puskesmas Seberang Padang tahun 2019 belum ada. Hal ini sebabkan bahwa PMBA bukan menjadi kegiatan prioritas dalam rencana kegiatan di Puskesmas Seberang Padang. Meskipun terdapat kegiatan sosialisasi PMBA dari petugas Puskesmas khususnya petugas gizi kepada kader pada tahun 2017, namun juga tidak terdapat anggaran khusus karena tidak ada dalam RUK 2017. Dana yang digunakan adalah dana dari program lain. Pelatihan yang menjadi agenda wajib yang perlu dilakukan oleh Puskesmas berdasarkan petunjuk teknis yang diterbitkan oleh Kementerian Kesehatan belum ada anggaran. Anggaran untuk pengadaan lembar bolak-balik PMBA yang menjadi unsur utama dalam pelaksanaan konseling belum ada juga. Penganggaran tidak dilakukan oleh karena kegiatan MP-ASI berbasis PMBA tidak menjadi RUK Puskesmas.

Berdasarkan hasil penelitian bahwa meskipun tidak terdapat dalam RUK, pemberian informasi PMBA juga dilakukan di beberapa pertemuan kelas ibu bayi dan balita. Disampaikan pada materi pertama atau kedua dari lima pertemuan. Pertemuan kelas ibu bayi dan balita ini dilakukan 2 minggu sekali. Artinya penyampaian PMBA dilakukan 1 kali 10 minggu kepada ibu bayi dan balita yang menghadiri kelas. Dana yang digunakan untuk pertemuan kelas ibu bayi dan balita tersebut adalah dana BOK dari promosi kesehatan. Dana khusus untuk pelaksanaan kegiatan MP-ASI berbasis PMBA belum ada. Kegiatan MP-ASI berbasis PMBA lainnya terdiri dari sosialisasi, pelatihan kader, dan pengadaan lembar bolak balik tidak dapat dilaksanakan karena tidak ada dana khusus. Penggunaan dana BOK maupun BLUD yang ada di Puskesmas dapat digunakan untuk pelaksanaan kegiatan tersebut apabila dianggap sebagai kegiatan prioritas atau penting selain

dianggarkan dari awal di dalam RUK. Menurut Permendagri No.79 tahun 2018 tentang BLUD yang menyebutkan rencana bisnis anggaran menganut pola anggaran fleksibel dengan suatu presentase ambang batas tertentu yang dapat diubah setiap bulan apabila memang dibutuhkan. Artinya adalah apabila kegiatan MP-ASI tidak ada dianggarkan dari awal, namun dianggap penting untuk dilaksanakan maka dapat menggunakan dana dari BLUD. Diharapkan kepada puskesmas untuk dapat menganggarkan dana untuk pelaksanaan sosialisasi, pelatihan kepada kader dan pengadaan lembar bolak-balik PMBA dari sumber dana puskesmas maupun integrasi dengan LPMM (Lembaga Pemberdayaan Masyarakat Mandiri).

Hal ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Nurbaiti (2017) bahwa didapatkan kegiatan PMBA di Lombok memiliki pendanaan khusus Puskesmas di Lombok melaksanakan program PMBA menggunakan dana BOK dari puskesmas dan juga dana ADD (Anggaran Dana Desa) dari dana desa. Oleh karena itu perlu adanya penganggaran baik dari dana puskesmas, BOK, dana anggaran desa maupun swadaya masyarakat untuk terlaksananya kegiatan MP-ASI berbasis PMBA.

e. **Sarana Belum Memadai**

Sarana dan prasarana merupakan unsur *input* yang penting untuk mendukung terlaksananya program PMBA di Puskesmas Seberang Padang. Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa Puskesmas Seberang Padang belum memiliki sarana dan prasarana yang memadai untuk melaksanakan program PMBA baik di tingkat Puskesmas, maupun di Posyandu. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan didapatkan bahwa sarana yang dibutuhkan untuk pelaksanaan program PMBA masih belum optimal.

Hal ini terbukti bahwa hanya terdapat satu lembar bolak balik PMBA di Puskesmas. Penggunaan lembar bolak balik ini juga digunakan secara bergantian di Puskesmas dan Pustu. Begitu juga dengan media yang diperlukan di Posyandu. Belum terdapat lembar bolak balik PMBA sebagai media konseling bagi kader ke ibu baduta. Berdasarkan hasil penelitian

bahwa kegiatan PMBA di posyandu belum melakukan konseling PMBA dengan optimal. Kenyataannya dalam modul panduan pelaksanaan PMBA menekankan kepada konseling dengan media lembar bolak balik konseling PMBA. Selain itu, modul panduan PMBA belum ada di puskesmas maupun kader. Modul merupakan media yang penting untuk membantu kader memahami dengan baik mengenai materi MP-ASI. Selain itu sarana lainnya seperti *leaflet*, brosur dan video penyuluhan yang komunikatif belum ada. Hal ini terjadi karena kegiatan MP-ASI berbasis PMBA belum pernah menjadi kegiatan tahunan di Puskesmas.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Lina Nurbaiti (2017) yang menyebutkan bahwa sarana penunjang program PMBA masih belum memadai termasuk di dalamnya adalah buku panduan kader, media konseling, dan alat memasak. Di Puskesmas Lombok program PMBA masih belum optimal berjalan dikarenakan masih berfokus kepada penyuluhan saja dan belum berfokus pada konseling PMBA.

## 2. *Process*

### a. **Perencanaan (*Planning*)**

Perencanaan merupakan bagian dari proses pelaksanaan program dengan membuat strategi untuk mencapai tujuan serta mengembangkan rencana kerja sehingga mudah dan dapat dijalankan secara sistematis dan terstruktur. Perencanaan merupakan proses penting dalam fungsi manajemen karena tanpa perencanaan maka fungsi manajemen lainnya tidak dapat berjalan dengan baik. Berdasarkan hasil penelitian bahwa ditemukan Puskesmas Seberang Padang merumuskan perencanaan program belum sepenuhnya sesuai dengan PMK No 44 tahun 2016 tentang Manajemen Puskesmas. Masih terdapat langkah dalam perencanaan yang belum dilakukan oleh Puskesmas. Khusus untuk kegiatan MP-ASI berbasis PMBA belum ada dalam perencanaan Puskesmas di tahun 2019.

Proses perencanaan program gizi di Puskesmas belum optimal sesuai dengan aturan disebabkan bahwa pada langkah analisis situasi dilihat hanya berdasarkan data bulanan, data laporan tahunan sebelumnya. Pada langkah



ini petugas belum optimal melakukan analisa situasi komparatif dari segi perbandingan dengan lintas kegiatan dan program lain serta perbandingan demografi atau karakteristik wilayah. Selain itu analisa situasi juga melihat peluang atau dukungan yang dapat diberikan dari lintas sektor atau dinas kesehatan. Pada langkah identifikasi masalah berdasarkan survei mawas diri untuk menggali permasalahan yang ada di masyarakat belum dilakukan dengan optimal oleh Puskesmas. Pada proses ini menghasilkan masalah yang belum sepenuhnya mewakili keresahan atau permasalahan di masyarakat. Untuk proses perencanaan program gizi khusus kegiatan MP-ASI berbasis PMBA tidak menjadi kegiatan yang diusulkan untuk tahun 2019. Meskipun terdapat sosialisasi PMBA pada kader tahun 2017 namun, kegiatan MP-ASI berbasis PMBA juga tidak terdapat di dalam RUK 2017. Kegiatan ini dilakukan dengan beberapa dukungan dana lainnya. Oleh karena itu berdasarkan telaah dokumen tidak ditemukan POA kegiatan MP-ASI di Puskesmas Seberang Padang.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Nurbaiti, (2017) bahwa ditemukan perencanaan yang dilakukan di tingkat Puskesmas terdiri dari 4 tahap yaitu persiapan, analisis situasi, penyusunan RUK, dan tahap pelaksanaan kegiatan. Perencanaan program PMBA yang dilakukan seperti hal tersebut di Puskesmas Lombok disimpulkan belum berjalan optimal sesuai dengan perencanaan tingkat puskesmas.

#### **b. Pengorganisasian (*Organizing*)**

Pengorganisasian adalah salah satu fungsi manajemen untuk mengontrol terlaksananya program yang akan dilaksanakan. Pengorganisasian ini adalah pembagian tugas dan fungsi serta dilengkapi dengan adanya susunan organisasi. Puskesmas Seberang Padang memiliki penanggung jawab program gizi yang dibantu oleh 3 orang staff gizi. Masing-masing staff begitu juga penanggung jawab gizi memiliki tugas dan tanggung jawab masing-masing. Pembagian tanggung jawab dan kerja staff dan penanggung jawab gizi dibagi berdasarkan wilayah kerja puskesmas. Satu staff gizi memiliki 1 wilayah tanggung jawab untuk melaksanakan

apapun kegiatan atau program yang akan dijalankan di wilayah tersebut khususnya program gizi.

Pengorganisasian program khusus kegiatan MP-ASI berbasis PMBA belum ada pembagian tugas dan tanggung jawab oleh karena PMBA bukan menjadi program prioritas di tahun 2019 maupun tahun sebelumnya. Pengorganisasian yang dilakukan adalah pembagian tugas saat konseling di puskesmas. Pengorganisasian ini berupa pembagian tugas apabila staff gizi memiliki tugas di luar puskesmas, maka salah satu petugas gizi harus berada di Puskesmas untuk memberikan layanan.

Pelaksanaan kegiatan MP-ASI berbasis PMBA tidak hanya dilakukan oleh petugas gizi puskesmas saja tetapi juga dilaksanakan oleh bidan desa serta kader yang sudah mendapatkan pelatihan PMBA. Namun kenyataan yang didapatkan di lapangan bahwa pembagian tugas untuk bidan dan kader belum ada. Namun kenyataannya pengorganisasian yang ada hanya untuk petugas gizi puskesmas saja.

### c. Pelaksanaan (*Actuating*)

Pelaksanaan merupakan unsur manajemen terpenting yang menentukan kesuksesan pelaksanaan program. Salah satu unsur esensial yang menjadi fokus pelaksana sebagai proses implementasi program untuk tercapainya tujuan yang diinginkan. Pelaksanaan juga merupakan pusat yang menjadi perhatian khusus bagi semua elemen pelaksana agar secara penuh kesadaran dan produktifitas tinggi menjalankan program tersebut. Pelaksanaan dapat berjalan sesuai dengan yang diinginkan apabila terdapat penjelasan secara jelas mengenai definisi kegiatan di dalam perencanaan.

Program gizi khususnya kegiatan MP-ASI yang digali pada penelitian ini adalah kegiatan yang berhubungan dengan faktor risiko dominan *stunting* yaitu kegiatan pemberian informasi mengenai MP-ASI yang baik yang bisa disebut dengan kegiatan MP-ASI berbasis PMBA. Kegiatan MP-ASI berbasis PMBA di Puskesmas Seberang Padang tidak menjadi kegiatan yang disusun secara detail dan jelas dalam RUK tahun 2018. Program MP-ASI di Puskesmas yang menjadi program yang tersusun

sistematis di RUK adalah berupa MP-ASI pemulihan berupa pembagian biskuit untuk balita yang bermasalah gizi. Namun, meskipun tidak menjadi rencana dalam program puskesmas, penyampaian informasi MP-ASI berbasis PMBA yang baik kepada sasaran juga tetap dilakukan di berbagai layanan seperti layanan konseling di Puskesmas, layanan di Posyandu, serta juga diberikan informasi pada saat pertemuan kelas ibu hamil, dan kelas ibu bayi dan balita.

Pelaksanaan konseling MP-ASI di Puskesmas diberikan oleh tenaga gizi atau PJ gizi yang sedang bertugas di ruang gizi. Konseling ini diberikan kepada anak yang bermasalah gizi yang dirujuk oleh dokter di Poli KIA dan kader di Posyandu. Pada saat observasi yang dilakukan di Poli KIA ditemukan bahwa terdapat pasien baduta dengan status *stunting*, namun tidak dirujuk ke Poli Gizi untuk mendapatkan penyuluhan atau konseling pemberian makan pada anak dan bayi. Artinya adalah layanan konseling MP-ASI untuk anak yang bermasalah gizi pun masih belum optimal, mulai dari layanan dari KIA bahwa tidak melakukan perbandingan TB/U anak dengan standar WHO. Rujukan yang diberikan oleh kader dari Posyandu juga belum optimal. Anak yang dirujuk oleh kader dari posyandu ke Puskesmas adalah anak dengan gizi buruk dan gizi kurang. Anak *stunting* tidak diukur di tingkat Posyandu. Tabel antropometri TB/U tidak ditemui di Posyandu. Pengukuran TB/U diukur di bagian gizi. Sehingga anak *stunting* belum terdeteksi di tingkat posyandu oleh kader. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Nurbaiti, (2017) yang juga menemukan bahwa pelaksanaan pemberian makan pada anak dan bayi di Puskesmas Lombok belum maksimal dilakukan baik pada saat konseling gizi bagi balita yang dirujuk oleh kader posyandu.

Pelaksanaan kegiatan MP-ASI di Posyandu belum berjalan optimal. Hal ini paparkan bahwa pada saat posyandu dijalankan penyuluhan tentang MP-ASI belum berjalan optimal karena hanya berupa tanya jawab serta saran untuk memberikan makan lebih baik lagi dari kader. Informasi esensial mengenai MP-ASI secara jelas dan detail sesuai dengan pemberian makan pada anak dan bayi belum optimal diberikan. Hal tersebut juga

diperkuat dengan informasi yang didapatkan dari seorang ibu yang rutin datang ke salah satu posyandu di Wilayah Kerja Puskesmas Seberang Padang. Informan tersebut menyebutkan bahwa terkadang ditanya dan diberikan saran tentang MP-ASI namun terkadang tidak diberikan informasi ataupun ditanya karena sudah sibuk dengan ibu lainnya.

Informan penelitian ini juga menyebutkan meskipun tidak ada dalam perencanaan, pemberian informasi MP-ASI juga diberikan saat pertemuan kelas ibu bayi dan balita serta kelas ibu hamil. Namun diakui bahwa pelaksanaan program tersebut masih belum optimal. Materi yang diberikan beragam, sehingga tidak rutin dan berkala diberikan. Selain itu juga disebutkan pada saat pelaksanaan di kelas ibu bayi dan balita tidak optimal karena sasaran atau target terlalu heterogen (tidak tepat sasaran). Penyuluhan yang dilakukan dianggap tidak tepat sasaran disebabkan oleh penyuluhan diberikan dengan menggabungkan kelas ibu bayi dan balita secara keseluruhan. Berdasarkan pedoman kelas ibu balita tahun 2019 disebutkan mengenai sasaran yang tepat. Kelas ibu bayi balita harus dipisahkan antara anak kelompok umur 0-1 tahun, 1-2 tahun, dan 2-5 tahun. Penyuluhan tepat sasaran yang dimaksud adalah penyuluhan gizi seimbang termasuk didalamnya pemberian MP-ASI yang diajarkan oleh kementerian kesehatan sesuai kelompok umur. Kelompok umur penyuluhan gizi kepada anak umur 12-24 bulan dipisah dengan anak yang masih harus ASI eksklusif atau bayi. Pada periode 0-1 tahun terdapat masa anak masih ASI eksklusif hingga 6 bulan dan lebih dari 6 bulan anak mendapatkan MP-ASI. Artinya adalah diharapkan penyuluhan diberikan sesuai kelompok umur agar informasi tersampaikan dengan baik dan optimal.

Hal ini juga diperkuat dengan adanya penelitian sebelumnya oleh Kostania dan Rahayu (2018) yang menemukan bahwa penyuluhan MP-ASI dapat meningkatkan pengetahuan ibu dalam pemberian makan anak. Penyelenggaraan penyuluhan MP-ASI pada penelitian ini diberikan kepada kelompok umur 6-12 bulan. Usia 6-12 bulan adalah masa awal pemberian makanan pendamping ASI bagi anak. Penyelenggaraan dinilai sebagai sarana yang efektif dalam meningkatkan pengetahuan dan perilaku ibu



mengenai MP-ASI disebabkan bahwa fasilitator tidak hanya memberikan informasi verbal melalui metode ceramah, tetapi juga diberikan informasi non verbal yaitu metode demonstrasi. Berbeda dengan penyuluhan yang dilakukan di Puskesmas hanya berupa metode ceramah saja.

Kegiatan MP-ASI yang sudah dilakukan oleh Puskesmas selain penyuluhan adalah sosialisasi kepada kader. Berdasarkan hasil penelitian kader mendapatkan sosialisasi terakhir di tahun 2017. Sosialisasi yang dilakukan juga tidak dilakukan evaluasi dan berkelanjutan. Untuk pelaksanaan pelatihan kader sesuai yang dianjurkan oleh Kementerian kesehatan belum pernah dilakukan oleh Puskesmas. Berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Nurbaiti, (2017) yang menyebutkan bahwa pelatihan kader masih belum maksimal dilakukan. Penelitian di Lombok ini juga menjelaskan bahwa di tingkat desa hanya terdapat satu kader yang telah mengikuti pelatihan pemberian makanan pada bayi dan anak. Di Puskesmas Seberang Padang belum pernah dilakukan pelatihan kepada kader. Namun hanya diberikan sosialisasi 2 tahun yang lalu dengan formasi kader yang tidak sama dengan saat sekarang ini. Sosialisasi mengenai MP-ASI kepada kader merupakan salah satu komponen penting bagi kelancaran pemberian informasi mengenai MP-ASI.

Sosialisasi tidak berlanjut hingga saat ini. Sosialisasi hanya dilakukan satu kali saja. Hal ini tentu menjadi salah satu penyebab masih terdapatnya ibu baduta yang memberikan MP-ASI tidak sesuai dengan standar. Oleh karena pelaksanaan kegiatan MP-ASI belum maksimal diterapkan oleh Puskesmas Seberang Padang serta diharapkan dapat memperbaiki program MP-ASI untuk masa yang akan datang.

Panduan pelaksanaan kegiatan MP-ASI menyebutkan bahwa fasilitator PMBA dari provinsi dan kabupaten akan melatih petugas puskesmas sebagai fasilitator PMBA. Selanjutnya fasilitator puskesmas akan melatih PMBA bagi kader dan bidan di desa. Hal ini dilakukan untuk dapat meneruskan informasi kepada masyarakat secara menyeluruh. Namun, kenyataan di lapangan baru dilakukan sekali dalam tiga tahun. Artinya adalah selama periode tiga tahun tersebut terdapat pergantian kader, terdapat

ibu baru lagi yang memiliki bayi yang akan melewati masa 1000 hari pertama kehidupan yang belum terpapar dengan cara pemberian MP-ASI yang benar. Oleh karena itu diharapkan memberikan pelatihan kepada kader serta melakukan sosialisasi setiap 6 bulan sekali minimal kepada kader dan petugas penyelenggara posyandu dan masyarakat sesuai dengan yang disebutkan oleh Kementerian Kesehatan RI sebagai tindak lanjut (Kemenkes, 2014a).

**d. Pengawasan dan Evaluasi (*Controlling and Evaluation*)**

Pengawasan adalah proses yang dilakukan untuk memastikan seluruh rangkaian kegiatan yang telah direncanakan, diorganisasikan, diimplementasikan berjalan sesuai dengan yang diharapkan. Berdasarkan hasil penelitian ini ditemukan bahwa Puskesmas Seberang Padang tidak melakukan pengawasan dan evaluasi program PMBA dikarenakan bahwa PMBA bukan menjadi kegiatan dalam rencana puskesmas dalam tahun 2019 maupun 2 tahun sebelumnya. Namun pengawasan dan evaluasi program gizi yang lainnya dilakukan setiap kegiatan selesai dilakukan. Pengawasan yang dimaksud adalah penanggung jawab program bertanya kepada pelaksana kegiatan mengenai kelancaran pelaksanaan saat kegiatan dilakukan dan kasus gizi buruk.

Pengawasan dan evaluasi yang dilakukan di Puskesmas sudah sesuai dengan apa yang disebutkan dalam PMK No 44 tentang Manajemen Puskesmas, bahwa pengawasan internal dapat dilakukan berupa pengawasan aspek administratif, sumber daya, cakupan kinerja program dan teknis pelayanan. Berdasarkan hasil penelitian bahwa puskesmas sudah melakukan pengawasan teknis pelayanan, serta administratif setiap setelah kegiatan selesai dilakukan. Pengawasan berupa cakupan kinerja program juga dilakukan oleh puskesmas melalui lokmin bulanan dan tahunan. Namun, setelah dilakukan pengawasan dan evaluasi informan menyebutkan bahwa masih belum optimalnya rencana tindak lanjut terhadap hasil evaluasi dari kegiatan yang dilakukan.

Pedoman penilaian atau evaluasi untuk kegiatan MP-ASI berbasis PMBA belum ada karena kegiatan ini tidak menjadi kegiatan dalam perencanaan di Puskesmas Seberang Padang tahun 2019. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Nurbaiti, (2017) bahwa ditemukan pengawasan dan evaluasi yang dilakukan hanya dengan pemantauan saat posyandu dan melihat buku atau laporan yang diberikan. Selain itu juga dilakukan pemantauan evaluasi terhadap pelaksanaan kegiatan dengan menanyakan proses pelaksanaan dan hasil kegiatan. Namun, tidak ditemukan evaluasi mengenai pengetahuan dan keterampilan ahli gizi terlatih dan kader mengenai MP-ASI berbasis PMBA secara berkala.

### 3. *Output*

*Output* adalah hasil dari suatu pekerjaan dalam hal ini adalah program MP-ASI di Puskesmas Seberang Padang. Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa *output* untuk program MP-ASI dinilai dari MP-ASI penyuluhan yang dilakukan baik dalam gedung maupun luar gedung. Penyuluhan dalam gedung adalah penyuluhan saat konsultasi pasien yang dirujuk dari KIA dan ibu.

Berdasarkan penelitian, untuk penyuluhan luar gedung diberikan saat adanya pertemuan seperti kelas ibu hamil, dan kelas ibu bayi dan balita. Puskesmas Seberang Padang melakukan penyuluhan MP-ASI di luar gedung dengan frekuensi 60 kali sebanyak 126 orang. Sementara itu, untuk *output* penyuluhan dalam gedung yaitu saat konsultasi di Puskesmas dilakukan pencatatan dalam pelaporan namun tidak ditemukan dokumen akumulasi konsultasi MP-ASI kepada baduta. Untuk akumulasi output pelaksanaan konsultasi MP-ASI di Puskesmas pada baduta tidak ada item khusus MP-ASI maupun PMBA tetapi dikelompokkan ke dalam Kurang Energi Protein (KEP). Rekap konseling di pojok gizi dihitung berkala bulanan dan tahunan. Namun tidak terdapat item khusus MP-ASI atau PMBA namun dimasukkan ke dalam kategori KEP.

## BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN

### A. Kesimpulan

Adapun kesimpulan yang didapatkan dari hasil penelitian di Wilayah Kerja Puskesmas Seberang Padang tahun 2019 adalah sebagai berikut :

1. Pada umumnya baduta memiliki berat lahir normal. Baduta lebih banyak pernah terinfeksi penyakit, pendidikan ayah dan ibu yang tinggi, tidak terpapar asap rokok dan ekonomi miskin. Paling banyak pekerjaan KK dengan jasa (ojek/supir/bangunan/buruh).
2. MP-ASI dan monitoring pertumbuhan berhubungan dengan kejadian *stunting*. ANC, tablet Fe Ibu hamil, ASI eksklusif, suplementasi vitamin A, dan imunisasi lengkap tidak berhubungan dengan kejadian *stunting*.
3. Distribusi *stunting* lebih sedikit jika ibu memberikan MP-ASI yang baik meskipun di masa lalu tidak memberikan ASI Eksklusif, mengkonsumsi tablet Fe lengkap meskipun tidak mendapatkan ANC lengkap, serta memberikan suplementasi vitamin A meskipun tidak memiliki status imunisasi yang lengkap.
4. Variabel yang paling dominan berhubungan dengan kejadian *stunting* pada 1000 HPK adalah pemberian MP-ASI yang tidak baik terhadap baduta. Hal ini berkaitan dengan pelaksanaan kegiatan MP-ASI baik penyuluhan dan konseling MP-ASI belum optimal. Petunjuk teknis pelaksanaan, kader terlatih, lembar bolak balik PMBA serta penganggaran belum ada.
5. Perencanaan kegiatan tidak disertai dengan survei mawas diri dalam identifikasi masalah serta belum optimal melibatkan unsur terkait seperti kader, lintas sektor, bidan pustu dalam penentuan penyebab masalah. Pengorganisasian kegiatan MP-ASI dengan melibatkan kader dan penanggung jawab posyandu belum optimal serta pengawasan dan evaluasi yang belum disertai dengan adanya rencana tindak lanjut.
6. Pengukuran *output* dari kegiatan MP-ASI belum optimal karena hanya berfokus kepada program MP-ASI penyuluhan, namun belum berfokus kepada MP-ASI berbasis PMBA.



## B. Saran

### 1. Bagi Puskesmas Seberang Padang

Adapun saran yang didapatkan dari hasil penelitian ini kepada Puskesmas Seberang Padang adalah sebagai berikut :

- a. Melaksanakan sosialisasi kepada bidan pelaksana untuk melakukan penyuluhan MP-ASI dalam pertemuan kelas bayi dan balita pada kelompok umur 6-24 bulan pada perencanaan kegiatan di tahun selanjutnya.
- b. Melaksanakan sosialisasi kepada petugas puskesmas yang bertanggung jawab di Poli KIA dan kader di Posyandu bahwa harus melakukan deteksi dini dengan membandingkan TB/U dengan standar WHO.
- c. Melaksanakan pelatihan kader oleh petugas puskesmas yang sudah mendapatkan pelatihan khususnya mengenai pemberian MP-ASI minimal 1 kader per posyandu.
- d. Melaksanakan penyegaran kembali atau sosialisasi MP-ASI berbasis PMBA kepada bidan desa dan kader yang sudah mendapatkan pelatihan MP-ASI berbasis PMBA sebelumnya secara berkala minimal 6 bulan sekali.
- e. Melaksanakan pengadaan sarana pendukung pelaksanaan kegiatan MP-ASI berbasis PMBA berupa lembar bolak-balik PMBA di setiap posyandu dan pustu melalui penganggaran dari dana BLUD pada rencana usulan kegiatan tahun selanjutnya.

### 2. Bagi Dinas Kesehatan Kota Padang

Adapun saran yang didapatkan dari hasil penelitian ini kepada Dinas Kesehatan Kota Padang adalah sebagai berikut :

- a. Melaksanakan sosialisasi kebijakan beserta dengan SOP yang jelas mengenai pelaksanaan pemberian makan bayi dan anak kepada puskesmas.
- b. Membuat SOP yang jelas dan tegas untuk dilaksanakan oleh puskesmas mengenai monitoring pertumbuhan anak sebagai

deteksi dini berfokus kepada pengukuran TB/U anak 3 bulan sekali serta membandingkan dengan standar WHO.

- c. Melaksanakan monitoring dan supervisi mengenai sasaran dalam pelaksanaan kelas bayi, dan balita sesuai dengan SOP Dinas Kesehatan Kota Padang.



Tabel 35 Tabel *Plan Of Action*

No	Kegiatan	Tujuan	Sasaran	Waktu	Tempat	Biaya	Penanggung Jawab
1.	<p>Sosialisasi kepada bidan pelaksana untuk melakukan penyuluhan MP-ASI dalam pertemuan kelas bayi dan balita sesuai kelompok umur.</p> <p>Penyuluhan MP-ASI bisa dilaksanakan pada kelompok umur (&lt;6 bulan, 6-24 bulan, dan &gt;24 bulan)/ tidak menggabungkan baduta dan balita.</p>	<p>Meningkatkan efektifitas kegiatan penyuluhan MP-ASI</p> <p>Terlaksananya penyuluhan MP-ASI yang terjadwal dan berkala.</p>	<p>Bidan pelaksana Kader Staf Gizi</p>	<p>Dilakukan pada perencanaan kegiatan puskesmas berikutnya.</p>	<p>Di Puskesmas Seberang Padang</p>	<p>Dana dari BOK untuk penyelenggaraan sosialisasi.</p>	<p>Kepala Puskesmas dan Penanggung Jawab program Gizi</p>
2.	<p>Sosialisasi kepada petugas puskesmas yang bertanggung jawab di Poli KIA dan kader di Posyandu bahwa harus melakukan deteksi dini dengan membandingkan TB/U dengan standar WHO</p>	<p>Terdeteksinya anak yang berobat ke Poli KIA dan anak yang berkunjung ke posyandu apakah <i>stunting</i> atau tidak sehingga dapat di rujuk ke Poli Gizi agar</p>	<p>Dokter dan petugas KIA Kader Staf Gizi</p>	<p>Dilakukan pada perencanaan kegiatan puskesmas berikutnya.</p>	<p>Di Puskesmas Seberang Padang</p>	<p>Dana dari BOK, BLUD untuk pengadaan mikrotoa dan infantometer untuk posyandu dan poli KIA serta standar <i>Z-score</i> TB/U WHO</p>	<p>Kepala Puskesmas dan Penanggung Jawab program Gizi</p>

No	Kegiatan	Tujuan	Sasaran	Waktu	Tempat	Biaya	Penanggung Jawab
		mendapatkan konseling MP-ASI yang baik.					
3.	Pelatihan kader oleh petugas puskesmas yang sudah mendapatkan pelatihan mengenai pemberian MP-ASI berbasis PMBA	Kader menguasai cara pemberian konseling MP-ASI berbasis PMBA,	Kader posyandu minimal 1 kader tiap posyandu Petugas gizi terlatih PMBA	Dilakukan pada perencanaan kegiatan puskesmas berikutnya.	Di Puskesmas Seberang Padang	Dana dari BOK dan BLUD untuk penyediaan modul MP-ASI untuk kader.	Kepala Puskesmas dan Penanggung Jawab program Gizi
4.	Penyegaran kembali atau sosialisasi MP-ASI berbasis PMBA kepada bidan desa dan kader yang sudah mendapatkan pelatihan MP-ASI berbasis PMBA sebelumnya secara berkala minimal 6 bulan sekali.	Bidan Desa dan kader yang sudah mendapatkan pelatihan dapat mengingat dan lebih memahami kembali mengenai pelaksanaan konseling MP-ASI berbasis PMBA.	Bidan desa Kader Staf Gizi	Dilakukan pada perencanaan kegiatan puskesmas berikutnya.	Di Puskesmas Seberang Padang	Dana dari BOK untuk penyelenggaraan sosialisasi	Kepala Puskesmas dan Penanggung Jawab program Gizi



No	Kegiatan	Tujuan	Sasaran	Waktu	Tempat	Biaya	Penanggung Jawab
5.	Pengadaan sarana pendukung pelaksanaan kegiatan MP-ASI berbasis PMBA berupa lembar bolak-balik PMBA di setiap posyandu dan pustu melalui penganggaran dari dana BLUD pada rencana usulan kegiatan tahun selanjutnya	Tersedianya lembar bolak-balik PMBA/ kartu konseling MP-ASI	PJ Gizi Staf Gizi	Dilakukan pada perencanaan kegiatan puskesmas berikutnya.	Di Puskesmas Seberang Padang	Dana ADD (anggaran dana desa ) dan BLUD	Kepala Puskesmas, Ketua PKK, dan Penanggung Jawab program Gizi
6.	Melaksanakan sosialisasi kebijakan beserta dengan SOP yang jelas mengenai pelaksanaan pemberian makan bayi dan anak kepada puskesmas.	Puskesmas mengetahui mengenai kebijakan yang mengatur pemberian MP-ASI, serta prosedur operasional pelaksanaannya.	Kepala Puskesmas dan Penanggung Jawab Program Gizi serta Staff Gizi	Dilakukan pada perencanaan kegiatan tahun berikutnya.	Di Puskesmas Seberang Padang	Dana dari BOK untuk penyelenggaraan sosialisasi	Dinas Kesehatan Kota Padang khususnya Bagian Kesehatan Keluarga dan Gizi

No	Kegiatan	Tujuan	Sasaran	Waktu	Tempat	Biaya	Penanggung Jawab
7	Membuat SOP yang jelas dan tegas untuk dilaksanakan oleh puskesmas mengenai monitoring pertumbuhan anak sebagai deteksi dini berfokus kepada pengukuran TB/U anak 3 bulan sekali serta membandingkan dengan standar WHO.	Penguatan pelaksanaan pemantauan pertumbuhan anak sehingga dapat dideteksi secara dini	Kepala Puskesmas, Penanggung jawab program gizi serta kader	Dilakukan pada perencanaan kegiatan tahun berikutnya	Di Puskesmas Seberang Padang	Dana dari BOK	Dinas Kesehatan Kota Padang khususnya Bagian Kesehatan Keluarga dan Gizi
8.	Melaksanakan monitoring dan supervisi mengenai pelaksanaan kegiatan MP-ASI di Puskesmas Seberang Padang dengan menyesuaikan pelaksanaan dan SOP Dinas Kesehatan Kota Padang.	Untuk meningkatkan pengawasan baik secara terang-terangan maupun tidak (supervisi) sehingga diketahui kinerja yang terjadi di lapangan.	Pelaksana kegiatan MP-ASI di Puskesmas Seberang Padang	Dilakukan pada perencanaan kegiatan tahun berikutnya	Di Puskesmas Seberang Padang	Dana dari BOK untuk pelaksanaan monitoring dan supervisi.	Dinas Kesehatan Kota Padang khususnya Bagian Kesehatan Keluarga dan Gizi

## DAFTAR KEPUSTAKAAN

- Adriani, M. dan B. Wirajatmadi.2014. Peranan Gizi dalam Siklus Kehidupan. Jakarta: Kencana.
- Al-Rahmad, A. H., A. Miko dan A. Hadi. 2013. Kajian stunting pada anak balita ditinjau dari pemberian ASI eksklusif, MP-ASI, status imunisasi dan karakteristik keluarga di Kota Banda Aceh. *Jurnal Kesehatan Ilmiah Nasuwakes*.6 (2): 169-184. <http://repository.digilib.poltekkesaceh.ac.id/repository/jurnal-pdf-8j3ofmBubGZcnDrd.pdf> [diakses 17 Februari 2019]
- Arfines, P. P. dan F. D. Puspitasari. 2017. Hubungan Stunting dengan Prestasi Belajar Anak Sekolah Dasar di Daerah Kumuh, Kotamadya Jakarta Pusat. *Buletin Penelitian Kesehatan*.45 (1): 45-52. <http://ejournal.litbang.depkes.go.id/index.php/BPK/article/view/5798> [diakses 9 Maret 2019]
- Arikunto, S.2010. Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik. Jakarta: Rineka Cipta.
- [BKKBN RI]. Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional. 2018.Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI). Jakarta
- [BPS]. Badan Pusat Statistik. 2011.Analisis dan Penghitungan Tingkat Kemiskinan 2011.Publikasi Badan Pusat Statistik
- Destiadi, A., T. S. Nindya dan S. Sumarmi. 2016. Frekuensi Kunjungan Posyandu Dan Riwayat Kenaikan Berat Badan Sebagai Faktor Risiko Kejadian Stunting Pada Anak Usia 3–5 Tahun. *Media Gizi Indonesia*.10 (1): 71-75. <https://e-journal.unair.ac.id/MGI/article/view/3129> [diakses 3 Mei 2019]
- [DHHS]. Department of Health and Human Service 2007.Children and Secondhand Smoke Exposure Pittsburgh:U.S. Government Printing Office
- Di Cesare, M. dan R. Sabates. 2013. Access To Antenatal Care And Children's Cognitive Development: A Comparative Analysis in Ethiopia, Peru, Vietnam and India. *International Journal of Public Health*.58 (3): 459-467. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23111369> [diakses 12 January 2019]
- [Dinkes Padang]. 2013.Laporan Tahunan Dinas Kesehatan Kota Padang dari tahun 2011 hingga tahun 2013. Padang:Dinas Kesehatan Kota Padang
- [Dinkes Padang]. Dinas Kesehatan Kota Padang. 2018.Profil Kesehatan Tahun 2018 Dinas Kesehatan Kota Padang. Padang:Dinas Kesehatan Kota Padang
- Direktorat Gizi Masyarakat.2017. Buku Pemantauan Status Gizi (PSG) 2017. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Fatimah, N. S. H. dan B. Wirjatmadi. 2018. Tingkat Kecukupan Vitamin A, Seng Dan Zat Besi Serta Frekuensi Infeksi Pada Balita Stunting dan Non Stunting [Adequacy Levels of Vitamin A, Zinc, Iron, and Frequency of Infections among Stunting and Non Stunting Children Under Five]. *Media Gizi Indonesia*.13 (2): 168-175. <https://e-journal.unair.ac.id/MGI/article/view/7062> [diakses 11 Februari 2019]
- Gibney, M. J., B. M. Margetts, J. M. Kearney dan L. Arab.2010. Gizi Kesehatan Masyarakat, terjemahan Andry Hartono.

- Hairunis, M. N., N. Rohmawati dan L. Y. Ratnawati. 2016. Determinan Kejadian *Stunting* pada Anak Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Soromandi Kabupaten Bima Nusa Tenggara Barat (Determinan Incidence of Stunting in Children Under Five Year at Puskesmas Soromandi Bima district of West Nusa Tenggara). *Pustaka Kesehatan*.4 (2): 323-329. <https://jurnal.unej.ac.id/index.php/JPK/article/view/3237/2555> [diakses 18 Maret 2019]
- Hidayati, L., H. Hadi dan A. Kumara.2010. Kekurangan Energi Dan Zat Gizi merupakan Faktor Risiko Kejadian Stunted Pada Anak Usia 1-3 Tahun Yang Tinggal Di Wilayah Kumuh Perkotaan Surakarta.
- [IFPRI]. International Food Policy Research Institute. 2014.Global Nutrition Report (Actions and Accountability to Accelerate the World's Progress on Nutrition). Washington DC:International Food Policy Research Institute
- Istianah, I., Y. Hartriyanti dan T. Siswani. 2015. Evaluasi Pelaksanaan Program Makanan Pendamping air Susu Ibu (Mp-Asi Di Puskesmas Kelurahan Kayumanis Jakarta Timur. *Jurnal Impuls Universitas Binawan*.1 (2): 66-70. <http://journal.binawan.ac.id/index.php/impuls/article/view/11> [diakses 12 Desember 2019]
- Jannah, N.2012. Buku Ajar Asuhan Kebidanan-Kehamilan. Yogyakarta: ANDI OFFSITE.
- [Kemenkes]. Kementerian Kesehatan. 2007.Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2007. Jakarta:Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- [Kemenkes]. Kementerian Kesehatan RI. 2010.Riset kesehatan dasar (RISKESDAS) 2010. Jakarta:Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- [Kemenkes]. Kementerian Kesehatan RI. 2013a.Kerangka Kebijakan Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi dalam Rangka 1000 HPK. Jakarta
- [Kemenkes]. Kementerian Kesehatan. 2013b.Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2013. Jakarta:Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- [Kemenkes]. Kementerian Kesehatan. 2014a.Modul Pelatihan Konseling PMBA (Pemberian Makan Bayi dan Anak). Jakarta:Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak
- [Kemenkes]. Kementerian Kesehatan. 2014b.Pegangan Fasilitator Kelas Ibu Hamil. Jakarta:Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- [Kemenkes]. Kementerian Kesehatan. 2014c.Peraturan Menteri Kesehatan No 25 tahun 2014 tentang Upaya Kesehatan Anak Jakarta:Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- [Kemenkes]. Kementerian Kesehatan. 2014d.Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 23 Tentang Upaya Perbaikan Gizi tahun 2014. Jakarta:Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- [Kemenkes]. Kementerian Kesehatan. 2014e.Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 41 Tahun 2014 Tentang Pedoman Gizi Seimbang. Jakarta:Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- [Kemenkes]. Kementerian Kesehatan. 2014f.PMK RI No 97 Tahun 2014 Tentang Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, Dan Masa Sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi, Serta Pelayanan Kesehatan Seksual.



- [Kemenkes]. Kementerian Kesehatan. 2016. Petunjuk Teknis Pemberian Vitamin A Terintegrasi Program Kecacingan dan Crash Program Campak. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI
- [Kemenkes]. Kementerian Kesehatan. 2017. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2017 Tentang Penyelenggaraan Imunisasi. Jakarta
- [Kemenkes]. Kementerian Kesehatan. 2018. Riset kesehatan dasar (RISKESDAS) 2018. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- [Kemenkes RI]. Kementerian Kesehatan RI. 2015. Jendela Epidemiologi Pneumonia Balita. Jakarta: Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI
- Kostania, G. dan R. Rahayu. 2018. Efektifitas Penyelenggaraan Kelas Ibu Balita terhadap Pengetahuan dan Perilaku Ibu tentang MP-ASI Usia 6-12 Bulan. *Jurnal Ilmiah Bidan*.3 (3): 11-19. <https://www.e-journal.ibi.or.id/index.php/jib/article/view/71> [diakses 2 Januari 2020]
- Lemeshow, S. 1990. Adequacy of sampel Size in health studies. New York: WHO.
- Lestari, W., A. Margawati dan Z. Rahfiludin. 2014. Faktor risiko stunting pada anak umur 6-24 bulan di kecamatan Penanggalan Kota Subulussalam Provinsi Aceh. *Jurnal Gizi Indonesia (The Indonesian Journal of Nutrition)*.3 (1): 37-45. <https://ejournal.undip.ac.id/index.php/jgi/article/view/8752> [diakses 7 Juni 2019]
- Martorell, R. 2017. Improved Nutrition In The First 1000 Days And Adult Human Capital And Health. *American Journal of Human Biology*.29 (2): 1-24. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28117514> [diakses 15 Februari 2019]
- Marume, A., P. Mafaune, J. Maradzika dan J. January. 2017. Evaluation of the child-growth-monitoring programme in a rural district in Zimbabwe. *Early Child Development and Care*.1-10. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/03004430.2017.1320784?scroll=top&needAccess=true> [diakses 28 Maret 2019]
- Maternal dan C. N. S. Group. 2013. Maternal and Child Nutrition: Executive Summary of The Lancet Maternal and Child Nutrition Series. The Lancet.
- Meiriza, W. (2018) Hubungan Faktor Maternal dan Kualitas Pelayanan Antenatal Care Dengan Kejadian Bayi Berat Lahir Rendah di Fasilitas Kesehatan Tingkat I Pascasarjana Kebidanan. Padang: Universitas Andalas.
- Nadiyah, N., D. Briawan dan D. Martianto. 2014. Faktor Risiko Stunting Pada Anak Usia 0—23 Bulan Di Provinsi Bali, Jawa Barat, Dan Nusa Tenggara Timur. *Jurnal Gizi dan Pangan*.9 (2). <http://jurnal.ipb.ac.id/index.php/jgizipangan/article/view/8731> [diakses 16 Februari 2019]
- Najahah, I. 2013. Faktor risiko balita stunting usia 12-36 bulan di puskesmas Dasan Agung, Mataram, Provinsi Nusa Tenggara Barat. *Public Health and Preventive Medicine Archive*.1 (2): 134-141. <https://ojs.unud.ac.id/index.php/phpma/article/view/7869> [diakses 15 April 2019]
- Nasrul, N. 2018. Pengendalian Faktor Risiko Stunting Anak Baduta Di Sulawesi Tengah. *PROMOTIF: Jurnal Kesehatan Masyarakat*.8 (2): 131-146.

<https://jurnal.unismuhpalu.ac.id/index.php/PJKM/article/view/495>

[diakses 11 Januari 2019]

- Nasrul, N., F. Hafid, A. R. Thaha dan S. Suriah. 2016. Faktor Risiko Stunting Usia 6-23 Bulan di Kecamatan Bontoramba Kabupaten Jeneponto. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*.11 (3): 139-146. <http://journal.unhas.ac.id/index.php/mkmi/article/view/518> [diakses 1 April 2019]
- Ni'mah, K. dan S. R. Nadhiroh. 2016. Faktor Yang Berhubungan dengan Kejadian *Stunting* Pada Balita. *Media Gizi Indonesia*.10 (1): 13-19. <https://e-journal.unair.ac.id/MGI/article/view/3117> [diakses 18 Februari 2019]
- Nurbaiti, L. 2017. Studi Kasus Kualitatif Pelaksanaan Program Pemberian Makan Bayi dan Anak Lima Puskesmas di Lombok Tengah. *Jurnal Kedokteran Umum*.6 (4): 1-6. <http://jku.unram.ac.id/article/view/150/109> [diakses 6 Februari 2019]
- Paramashanti, B. A., H. Hadi dan I. M. A. Gunawan. 2016. Pemberian ASI eksklusif tidak berhubungan dengan stunting pada anak usia 6–23 bulan di Indonesia. *Jurnal Gizi dan Dietetik Indonesia (Indonesian Journal of Nutrition and Dietetics)*.3 (3): 162-174. <http://ejournal.almaata.ac.id/index.php/IJND/article/view/312> [diakses 1 April 2019]
- [Peraturan Pemerintah]. 2012. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia nomor 33 tahun 2012 tentang Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif.
- Permadi, M. R., D. Hanim, Kusnandar dan D. Indarto. 2016. Risiko Inisiasi Menyusu Dini dan Praktek Asi Eksklusif terhadap Kejadian Stunting pada Anak 6-24 Bulan (Early Breastfeeding Initiation And Exclusive Breastfeeding AS Risk Factors Of Stunting Children 6-24 Months-old). *Nutrition and Food Research*.39 (1): 9-14. <https://www.neliti.com/id/publications/223582/risiko-inisiasi-menyusu-dini-dan-praktek-asi-eksklusif-terhadap-kejadian-stuntin> [diakses 4 Januari 2019]
- Pramod Singh, G., M. Nair, R. B. Grubestic dan F. A. Connell. 2009. Factors associated with underweight and stunting among children in rural Terai of eastern Nepal. *Asia Pacific Journal of Public Health*.21 (2): 144-152. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1010539509332063> [diakses 30 Maret 2019]
- Rabaoarisoa, C. R., R. Rakotoarison, N. H. Rakotonirainy, R. T. Mangahasimbola, A. B. Randrianarisoa, R. Jambou, I. Vigan-Womas, P. Piola dan R. V. Randremanana. 2017. The Importance of public health, poverty reduction programs and women's empowerment in the reduction of child stunting in rural areas of Moramanga and Morondava, Madagascar. *PLoS One*.12 (10): 1-18. <https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0186493&type=printable> [diakses 19 Maret 2019]
- Rahmawati, S. M., S. Madanijah, F. Anwar dan R. Kolopaking. 2019. Konseling Oleh Kader Posyandu Meningkatkan Praktik Ibu dalam Pemberian Makan Bayi Dan Anak Usia 6-24 Bulan di Desa Pagelaran, Kecamatan Ciomas, Bogor, Indonesia. *GIZI INDONESIA*.42 (1): 11-22.

- [https://persagi.org/ejournal/index.php/Gizi\\_Indon/article/view/379](https://persagi.org/ejournal/index.php/Gizi_Indon/article/view/379)  
[diakses 12 Desember 2019]
- Rukmana, E., D. Briawan dan I. Ekayanti. 2016. Faktor Risiko Stunting Pada Anak Usia 6-24 Bulan Di Kota Bogor. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*.12 (3): 192-199.  
<http://journal.unhas.ac.id/index.php/mkmi/article/view/1081> [diakses 3 Maret 2019]
- Sastroasmoro, S. dan S. Ismael.2011. Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis. Jakarta: Sagung Seto.
- Sihombing, F. (2012) Pengaruh Faktor Predisposisi, Kebutuhan dan Pemungkin Ibu Hamil Terhadap Pemanfaatan Antenatal Care (ANC) di Wilayah Kerja Puskesmas Simpang Limun Kota Medan *Pascasarjana Kesehatan Masyarakat*. Medan: Universitas Sumatera Utara.
- Sugiyono.2017. Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D. Bandung: Alfabeta Bandung.
- Sumiaty, S. 2017. Pengaruh Faktor Ibu dan Pola Menyusui terhadap Stunting Baduta 6-23 Bulan. *Jurnal Ilmiah Bidan*.2 (2): 1-8.  
<https://media.neliti.com/media/publications/227222-pengaruh-faktor-ibu-dan-pola-menyusui-te-000b271e.pdf> [diakses 9 Desember 2019]
- Supriasa, I. D. N., B. Bakri dan I. Fajar.2014. Penilaian Status Gizi. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran (EGC).
- Tariku, A., G. A. Biks, T. Derso, M. M. Wassie dan S. M. Abebe. 2017. Stunting and its determinant factors among children aged 6–59 months in Ethiopia. *Italian journal of pediatrics*.43 (1): 112.  
[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5735819/pdf/13052\\_2017\\_Article\\_433.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5735819/pdf/13052_2017_Article_433.pdf) [diakses 12 Juli 2019]
- Teddlie, T.2003. Handbook Of Mixed Methods In Social And Behavioral Research. California: Sage Publication.
- Thamaria, N.2017. Penilaian Status Gizi. Jakarta: Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan
- Thurrow, R. 2016. The First 1,000 days: A crucial Time for Mothers and Children—and The World. *Breastfeeding Medicine*.11 (8): 416-418.  
<https://www.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/bfm.2016.0114?journalCode=bfm> [diakses 17 Juni 2019]
- Torlesse, H., A. A. Cronin, S. K. Sebayang dan R. Nandy. 2016. Determinants of Stunting in Indonesian Children: Evidence From A Cross-Sectional Survey Indicate A Prominent Role For The Water, Sanitation and Hygiene Sector In Stunting Reduction. *BMC Public Health*.16 (1): 1-11.  
[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4966764/pdf/12889\\_2016\\_Article\\_3339.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4966764/pdf/12889_2016_Article_3339.pdf) [diakses 4 Juni 2019]
- Trihono, Atmarita, D. H. Tjandarini, A. Irawati, N. H. Utamai, T. Tejayanti dan I. Nurlinawati.2015. Pendek (Stunting) di Indonesia, Masalah dan Solusinya. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
- Udoh, E. E. dan O. K. Amodu. 2016. Complementary feeding practices among mothers and nutritional status of infants in Akpabuyo Area, Cross River State Nigeria. *SpringerPlus*.5 (1): 1-19.



- [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5138178/pdf/40064\\_2016\\_Article\\_3751.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5138178/pdf/40064_2016_Article_3751.pdf) [diakses 19 Agustus 2019]
- [UNICEF]. United Nations Children's Fund. 2012. Ringkasan Kajian Gizi. Jakarta: Pusat Promosi Kesehatan Kementerian Kesehatan RI
- Wahyuningsih, E. dan S. Handayani. 2016. Pengaruh Pelatihan Pemberian Makan pada Bayi dan Anak terhadap Pengetahuan Kader di Wilayah Puskesmas Klaten Tengah Kabupaten Klaten. *MOTORIK Jurnal Ilmu Kesehatan*.10 (21). <https://docplayer.info/43378245-Pengaruh-pelatihan-pemberian-makan-pada-bayi-dan-anak-terhadap-pengetahuan-kader-di-wilayah-puskesmas-klaten-tengah-kabupaten-klaten.html> [diakses 19 Maret 2019]
- Wang, X., B. Höjer, S. Guo, S. Luo, W. Zhou dan Y. Wang. 2009. Stunting and 'overweight' in the WHO Child Growth Standards—malnutrition among children in a poor area of China. *Public health nutrition*.12 (11): 1991-1998. <https://www.cambridge.org/core/journals/public-health-nutrition/article/stunting-and-overweight-in-the-who-child-growth-standards-malnutrition-among-children-in-a-poor-area-of-china/AFE310A7688CE3C6C11BB6FA923FC92C> [diakses 4 Maret 2019]
- Welasasih, B. D. dan R. B. Wirjatmadi. 2012. Beberapa Faktor Yang Berhubungan dengan Status Gizi Balita *Stunting*. *Public Health*.8 (3): 15-20. <http://www.journal.unair.ac.id/download-fullpapers-2.%20Beberapa%20Faktor%20yang%20Berhubungan%20dengan.pdf> [diakses 17 Februari 2019]
- Wellina, W. F., M. I. Kartasurya dan M. Z. Rahfiludin. 2016. Faktor risiko stunting pada anak umur 12-24 bulan. *Jurnal Gizi Indonesia (The Indonesian Journal of Nutrition)*.5 (1): 55-61. <https://ejournal.undip.ac.id/index.php/jgi/article/view/16323> [diakses 13 Maret 2019]
- [WHO]. World Health Organization. 2004. Low Birthweight: Country, Regional and Global Estimates. New York: WHO
- [WHO]. World Health Organization. 2018. Prevalence Stunting (Regional Trend) edition 2018. <http://apps.who.int/gho/tableau-public/tpc-frame.jsp?id=402:Global> Health Observatory (GHO) data
- Wirawan. 2011. Evaluasi Teori, Model, Standar, Aplikasi, dan Profesi. Jakarta: Raja Grafindo Perasada.
- Wirth, J. P., F. Rohner, N. Petry, A. W. Onyango, J. Matji, A. Bailes, M. de Onis dan B. A. Woodruff. 2017. Assessment of the WHO Stunting Framework using Ethiopia as a case study. *Maternal & child nutrition*.13 (2). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27126511> [diakses 23 Januari 2019]