

MINI PROJECT

**GAMBARAN POLA PEMBERIAN MAKAN DENGAN KEJADIAN
STUNTING PADA BALITA DI DESA DUKUHREJOSARI,
KECAMATAN AMBAL, KABUPATEN KEBUMEN**



Oleh:

dr. Darari Dini Hanifati

Pembimbing:

dr. Tutut Tyas Wiji Hastuti

**PESERTA PROGRAM INTERNSIP DOKTER INDONESIA (PIDI) ANGKATAN III
PUSKESMAS AMBAL II
KABUPATEN KEBUMEN JAWA TENGAH
PERIODE AGUSTUS 2022 – AGUSTUS 2023**

HALAMAN PENGESAHAN

Mini Project

**Gambaran Pola Pemberian Makan dengan kejadian *Stunting* pada Balita di Desa
Dukuhrejosari, Kecamatan Ambal, Kabupaten Kebumen**

Disusun oleh:
dr. Darari Dini Hanifati

Disusun untuk memenuhi syarat menyelesaikan Program Internsip Dokter Indonesia
Puskesmas Ambal II

Telah diperiksa, disetujui, disahkan, dan dipresentasikan:

Kebumen, Juni 2023

Kepala Puskesmas Ambal II

Dokter Pendamping Internship

drg. Erawati Kusuma Dewi, MM
NIP. 19710524 200212 2 007

dr. Tutut Tyas Wiji Hastuti
NIP. 19750224 200604 2 018

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT karena atas rahmat dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan *Mini Project* yang berjudul Gambaran Pola Pemberian Makan dengan Kejadian *Stunting* pada Balita di Desa Dukuhrejosari, Kecamatan Ambal, Kabupaten Kebumen. Mini Project ini disusun dalam rangka memenuhi syarat dalam menyelesaikan Program Internsip Dokter Indonesia. Dalam menyusun laporan lasus ini, penulis, telah mendapatkan banyak bantuan dan dorongan dari berbagai pihak sehingga penyusunan laporan kasus ini dapat diselesaikan tepat waktu. Pada kesempatan ini, penulis ingin mengucapkan terimakasih dan apresiasi kepada:

- I.1. Allah SWT yang telah memberikan petunjuk, kemampuan, serta kemudahan kepada penulis untuk menyelesaikan laporan kasus ini.
- I.2. dr. Tutut Tyas Wiji Hastuti selaku dokter pembimbing di Puskesmas Ambal II yang telah banyak memberikan bimbingan, semangat, motivasi, serta pengarahan kepada penulis dalam menyelesaikan laporan kasus ini.
- I.3. Seluruh karyawan di Puskesmas Ambal II atas kerjasama dan bantuannya selama kegiatan internsip berjalan.

Penulis sangat menyadari bahwa dalam penyusunan laporan kasus ini masih terdapat banyak kekurangan dan keterbatasan, oleh karena itu penulis mengharapkan saran dan masukan yang membangun demi penyempurnaan laporan kasus ini. Penulis berharap semoga laporan kasus ini dapat memberikan manfaat bagi pembaca.

Kebumen, Juni 2023

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	iv
BAB I PENDAHULUAN	1
I.1 Latar Belakang.....	1
I.2 Rumusan Masalah.....	2
I.3 Tujuan Penelitian	2
I.4 Manfaat Penelitian	3
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	4
II.1 Definisi.....	4
II.2 Epidemiologi	4
II.3 Faktor Risiko	7
II.4 Dampak	9
II.5 Diagnosis.....	9
II.6 Tata Laksana.....	10
II.7 Pencegahan	13
BAB III METODE PENELITIAN	15
III.1 Jenis Penelitian	15
III.2 Lokasi dan Waktu Penelitian	15
III.3 Sasaran Penelitian	15
III.4 Populasi Penelitian.....	15
III.5 Sampel Penelitian.....	15
III.6 Variabel Penelitian	15
III.7 Definisi Operasional.....	15
III.8 Instrumen Penelitian.....	16
III.9 Pengumpulan Data	16
III.10 Alur Penelitian	16
III.11 Pengolahan Data	17
III.12 Analisis Data.....	17
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	18
IV.1 Hasil Penelitian.....	18
IV.2 Pembahasan	23
BAB V PENUTUP	28
V.1 Kesimpulan.....	28
V.2 Saran	29
DAFTAR PUSTAKA	30
LAMPIRAN	32

BAB I

PENDAHULUAN

I.1 Latar Belakang

Stunting merupakan indikator kekurangan gizi kronis akibat ketidakcukupan asupan makanan dalam waktu yang lama, kualitas pangan yang buruk, meningkatnya morbiditas serta terjadinya peningkatan tinggi badan yang tidak sesuai dengan umurnya (TB/U) (Ernawati, Rosmalina and Permanasari, 2013). Pada umumnya, masalah pertumbuhan linier pada balita sering diabaikan karena masih dianggap normal asalkan berat badan anak telah memenuhi standar. Menurut beberapa penelitian, *stunting* berkaitan dengan peningkatan risiko kesakitan dan kematian serta terhambatnya pertumbuhan kemampuan motorik dan mental (Priyono, Sulistiyan and Ratnawati, 2015).

Pembangunan kesehatan dalam periode tahun 2020-2024 difokuskan pada empat program prioritas, yaitu penurunan angka kematian ibu dan bayi, penurunan prevalensi balita (*stunting*), memperbaiki pengelolaan Jaminan Kesehatan Nasional, serta meningkatkan kemandirian dan penggunaan produk farmasi dan alat kesehatan dalam negeri. Salah satu prioritas pembangunan nasional yang tercantum di dalam sasaran pokok Rencana Pembangunan jangka Menengah Tahun 2020-2024, yaitu upaya peningkatan status gizi masyarakat termasuk penurunan prevalensi balita *stunting* (Kemenkes, 2020).

Menurut Global Nutrition Report melaporkan tahun 2014 menunjukkan Indonesia termasuk dalam 17 negara teratas dari 117 negara yang mempunyai tiga masalah gizi yaitu *stunting*, *wasting* dan *overweight* pada balita. Sebanyak 56% anak pendek hidup di Asia dan 36% di Afrika (Kemenkes, 2016). Prevalensi balita *stunting* di Indonesia juga tertinggi dibandingkan Myanmar (35%), Vietnam (23%), Malaysia (17%), Thailand (16%) dan Singapura (4%) (UNSD, 2014). Hasil Pemantauan Status

Gizi (PSG) yang diadakan Kementerian Kesehatan RI tahun 2016 menggambarkan persentase stunting/pendek di Indonesia pada kelompok balita sebesar 29,0% lebih tinggi dibandingkan kelompok baduta sebesar 21,7%. Menurut WHO, prevalensi balita *stunting* menjadi masalah kesehatan masyarakat jika prevalensinya 20% atau lebih.

Berdasarkan hasil mini lokakarya lintas program bulan Mei tahun 2023 yang diadakan Puskesmas Ambal 2, prevalensi *stunting* di wilayah kerja Puskesmas Ambal 2 berdasarkan hasil pengukuran April 2023 adalah 17,2% dengan 5 desa prevalensi tertinggi *stunting* yaitu desa Surobayan (28,5%), desa Dukuhrejosari (25,7%), desa Sidomulyo (22,0%), desa Prasutan (21,5%), dan desa Pagedangan (19,7%) (Puskesmas Ambal II, 2023).

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan dengan petugas gizi dari Puskesmas Ambal 2 dan beberapa kader di posyandu di wilayah kerja Puskesmas tepatnya di desa Dukuhrejosari, dijelaskan bahwa salah satu penyebab *stunting* di wilayah tersebut disebabkan oleh pemberian makan yang dilakukan ibu kurang tepat. Pola pemberian makan ini terkait dengan jenis makanan yang diberikan kepada balita kurang tepat, dan jumlah asupan makanan yang diberikan tidak sesuai dengan kebutuhan balita.

Menurut UNICEF, *stunting* berdampak pada tingkat kecerdasan, kerentanan terhadap penyakit, menurunnya produktifitas dan kemudian menghambat pertumbuhan ekonomi, meningkatkan kemiskinan dan ketimpangan. Oleh karena itu, kejadian *stunting* di desa Dukuhrejosari perlu mendapat perhatian khusus. Berdasarkan uraian di atas, terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi kejadian *stunting* pada balita salah satunya, yaitu pola pemberian makan. Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk melihat gambaran pola pemberian makan terhadap kejadian *stunting* pada balita di desa Dukuhrejosari, Kecamatan Ambal, Kabupaten Kebumen.

I.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang diatas maka didapatkan rumusan masalah penelitian ini adalah “Bagaimana gambaran pola pemberian makan dengan kejadian *stunting* pada balita di desa Dukuhrejosari, Kecamatan Ambal, Kabupaten Kebumen?”

I.3 Tujuan Penelitian

I.3.1 Tujuan Umum

Menjelaskan gambaran pola pemberian makan dengan kejadian *stunting* pada balita di desa Dukuhrejosari, Kecamatan Ambal, Kabupaten Kebumen.

I.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengetahui karakteristik sosiodemografi pada balita *stunting* terutama di desa Dukuhrejosari, Kecamatan Ambal, Kabupaten Kebumen.
- b. Mengetahui gambaran pola pemberian makan pada balita *stunting* terutama di desa Dukuhrejosari, Kecamatan Ambal, Kabupaten Kebumen. Manfaat Penelitian

I.4. Manfaat

I.4.1. Manfaat Teoritis

I.4.2. Manfaat Praktis

1. Bagi Peneliti

Memenuhi tugas *mini project* Program Internship Dokter Indonesia (PIDI) dan menambah pengetahuan serta wawasan bagi peneliti mengenai faktor risiko *stunting* utamanya mengenai pola pemberian makan.

2. Bagi keluarga atau orang tua

Memberikan informasi kepada keluarga atau orang tua tentang hubungan pola pemberian makan dengan kejadian *stunting* pada balita, sehingga orang tua atau keluarga dapat memberikan pola pemberian makan dalam memberikan nutrisi sesuai umurnya.

3. Bagi kesehatan di puskesmas

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai media untuk mendapatkan informasi dan pertimbangan tentang hubungan pola pemberian makan dengan kejadian *stunting*, sehingga dapat digunakan untuk menyusun asuhan keperawatan secara tepat dalam upaya mengurangi kejadian *stunting* berdasarkan pola pemberian makan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

II.1. Konsep Tumbuh Kembang Balita

Usia balita merupakan masa pertumbuhan dasar anak dan periode penting dalam proses tumbuh kembang anak (Febry dan Marendra, 2008). Masa tumbuh kembang pada usia ini merupakan masa yang berlangsung cepat dan tidak akan pernah terulang, atau sering disebut *golden age* atau masa keemasan. Pada masa ini, balita membutuhkan asupan zat gizi yang cukup dalam jumlah dan kualitas yang lebih banyak, karena pada umumnya aktivitas fisik yang cukup tinggi dan masih dalam proses belajar (Welasasih dan Wirjatmadi, 2008).

Balita digolongkan menjadi dua yaitu anak usia 1-3 tahun (atau disebut batita) dan anak prasekolah (3-5 tahun) (Sutomo dan Anggraini, 2010). Menurut (Febry dan Marendra, 2008), kebutuhan dasar anak dalam tumbuh kembang harus terpenuhi, kebutuhan tersebut yaitu

1. Kebutuhan biomedis (asuh)
Meliputi asupan gizi, imunisasi, sandang, pangan, dan tempat tinggal.
2. Kebutuhan Emosional (asih)
Meliputi kebutuhan rasa aman, kasih sayang, diperhatikan, dihargai, pengalaman baru, pujian dan tanggung jawab untuk belajar mandiri.
3. Kebutuhan akan stimulasi mental dini (asah)
Meliputi proses pembelajaran, pendidikan, dan pelatihan yang diberikan sedini mungkin dan sesuai, terutama pada usia 4-5 tahun (*golden year*).

Pertumbuhan dan perkembangan merupakan proses berkelanjutan dan saling terkait di masa kanak-kanak. Pertumbuhan dan perkembangan yang adekuat mengindikasikan kesehatan bayi atau anak. Pertumbuhan merupakan peningkatan ukuran fisik sedangkan perkembangan merupakan rangkaian proses ketika bayi dan anak-anak mengalami peningkatan berbagai keterampilan dan fungsi (Adriani dan Wirjatmadi, 2012).

Pertumbuhan dan perkembangan anak dipengaruhi oleh dua faktor diantaranya faktor hereditas/ keturunan dan lingkungan. Faktor hereditas/keturunan diantaranya yaitu penentuan bentuk fisik dan panjang tulang yang akan tumbuh serta potensi untuk penyakit tertentu yang disebabkan oleh faktor genetik, sedangkan faktor lingkungan merupakan faktor yang dipengaruhi oleh orang tua diantaranya kecukupan gizi, pemeliharaan kesehatan, dan upaya pendidikan (Widodo, 2009). Menurut (Adriani dan Wirjatmadi, 2012), faktor- faktor yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan balita dibagi dalam dua golongan, yaitu:

1. Faktor Internal

Faktor internal meliputi:

- 1) Perbedaan ras atau bangsa
- 2) Keluarga
- 3) Umur
- 4) Jenis kelamin
- 5) Kelainan genetika
- 6) Kelainan kromosom

2. Faktor Eksternal

Menurut (Adriana, 2011), ada beberapa faktor eksternal antara lain:

1) Faktor prenatal

a. Gizi

Tumbuh kembang anak bukan dimulai sejak anak lahir melainkan dimulai sejak ibu hamil. Nutrisi ibu hamil terutama dalam trimester akhir kehamilan akan mempengaruhi pertumbuhan janin.

b. Mekanis

Posisi fetus yang abnormal dapat menyebabkan kelainan kongenital seperti *club foot*.

c. Zat kimia/toksin

Aminopterin atau Thalidomid dapat menyebabkan kelainan kongenital seperti palatoskisis.

d. Endokrin

Makrosomia kardiomegali, hiperplasia adrenal disebabkan karena diabetes mellitus.

e. Radiasi

Paparan radium dan sinar rontgen dapat mengakibatkan kelainan pada janin seperti mikrosefali, spina bifida, retardasi mental

dan deformitas anggota gerak, kelainan kongenital mata, serta kelainan jantung.

f. Infeksi

Infeksi pada trimester pertama dan kedua adalah oleh TORCH (toksoplasma, rubella, sitomegalo virus, herpes simpleks) dapat mengakibatkan kelainan pada janin seperti katarak, bisu tuli, mikrosefali, retardasi mental, dan kelainan jantung kongenital.

g. Kelainan imunologi

Eritoblastosis fetalis timbul atas dasar perbedaan golongan darah antara janin dan ibu membentuk antibodi terhadap sel darah merah janin, kemudian melalui plasenta masuk ke dalam peredaran darah janin dan akan menyebabkan hemolisis yang selanjutnya mengakibatkan hiperbilirubinemia dan kernikterus yang akan menyebabkan kerusakan jaringan otak.

h. Anoreksia embrio

Pertumbuhan terganggu disebabkan karena gangguan fungsi plasenta (anoreksia embrio).

i. Psikologis ibu

Kehamilan yang tidak diinginkan, perlakuan salah dan kekerasan mental pada ibu hamil.

2) Faktor persalinan

Faktor persalinan merupakan faktor yang dapat mempengaruhi tumbuh kembang anak. Komplikasi persalinan pada bayi seperti trauma kepala dan asfiksia dapat menyebabkan kerusakan pada jaringan otak.

3) Faktor pasca-natal

a. Gizi

Zat asupan makanan yang adekuat diperlukan untuk tumbuh kembang anak

b. Penyakit kronis atau kelainan kongenital

Tuberkulosis, anemia, kelainan jantung bawaan dapat mengakibatkan retardasi pertumbuhan jasmani.

c. Lingkungan fisik dan kimia

Sanitasi lingkungan yang kurang baik, kurangnya sinar matahari, paparan sinar radioaktif, zat kimia tertentu (Pb, merkuri, rokok) berdampak negatif terhadap pertumbuhan anak.

d. Psikologis

Psikologis dari anak adalah adanya hubungan anak dengan orang sekitar.

e. Endokrin

Gangguan hormon misalnya, pada penyakit hipotiroid akan menyebabkan anak mengalami hambatan pertumbuhan. Defisiensi hormon pertumbuhan akan menyebabkan anak menjadi kerdil.

f. Sosioekonomi

Kemiskinan berkaitan dengan kekurangan makan, kesehatan lingkungan yang jelek dan ketidaktahuan pengetahuan akan menghambat pertumbuhan anak.

g. Lingkungan pengasuhan

Pada lingkungan pengasuhan, interaksi ibu dan anak sangat mempengaruhi tumbuh kembang

h. Stimulasi

Perkembangan memerlukan rangsangan/stimulasi khususnya keluarga, misalnya penyediaan alat mainan, sosialisasi anak, keterlibatan ibu dan anggota keluarga lain terhadap kegiatan anak, perlakuan ibu terhadap perilaku anak.

i. Obat-obatan

Pemakaian kortikosteroid dalam jangka waktu yang lama akan menghambat pertumbuhan.

II.2. Status Gizi pada Balita

II.4.2. Definisi Status Gizi

Status gizi adalah keadaan pada tubuh manusia yang merupakan dampak dari makanan dan penggunaan zat gizi yang dikonsumsi seseorang (Puspasari dan Andriani, 2017). Status gizi merupakan indikator yang menggambarkan kondisi kesehatan dipengaruhi oleh asupan serta pemanfaatan zat gizi dalam tubuh. Asupan energi yang masuk ke dalam tubuh diperoleh dari makanan yang dikonsumsi sedangkan pengeluaran energi digunakan untuk metabolisme basal, aktivitas fisik dan efek termik makanan. Keseimbangan antara pemasukan energi dan pengeluarannya akan menciptakan status gizi normal. Apabila keadaan tersebut tidak terjadi maka dapat menimbulkan masalah gizi baik masalah gizi kurang dan masalah gizi lebih (Puspasari and Andriani, 2017).

Berdasarkan (Kemenkes, 2016a), status gizi balita dinilai menjadi tiga indeks, yaitu berat badan menurut umur (BB/U), tinggi badan menurut umur (TB/U), berat badan menurut tinggi badan (BB/TB). BB/U adalah berat badan anak yang dicapai pada umur tertentu. TB/U adalah tinggi badan yang dicapai pada umur tertentu, BB/TB adalah berat badan anak dibandingkan dengan tinggi badan yang dicapai. Ketiga nilai indeks tersebut dibandingkan dengan baku pertumbuhan WHO, z-score merupakan simpangan BB atau TB dari nilai BB atau TB normal.

II.4.3. Penilaian status gizi pada balita

Status gizi anak diukur berdasarkan umur, berat badan (BB) dan tinggi badan (TB). Berat badan anak balita ditimbang menggunakan timbangan digital yang memiliki presisi 0,1 kg, panjang atau tinggi badan diukur dengan menggunakan alat ukur panjang/tinggi dengan presisi 0,1 cm. Variabel BB dan TB/PB anak balita disajikan dalam bentuk tiga indeks antropometri, yaitu BB/U, TB/U, dan BB/TB (Risksdas, 2013). Penilaian status gizi dibagi menjadi dua, yaitu penilaian status gizi secara langsung dan penilaian status gizi secara tidak langsung

1. Penilaian status gizi secara langsung (Arisman, 2009):

1) Antropometri

Antropometri digunakan untuk mengukur status gizi dari berbagai ketidakseimbangan antara asupan protein dan energi. Antropometri merupakan indikator status gizi yang dilakukan dengan mengukur beberapa parameter, antara lain: umur, berat badan, tinggi badan, lingkar lengan atas, lingkar kepala, lingkar dada, lingkar pinggul, dan tebal lemak di bawah kulit.

Berdasarkan (Kemenkes, 2016a), kategori status balita antara lain sebagai berikut:

Tabel 2.1 Penilaian status gizi anak berdasarkan standar antropometri

Indikator	Status Gizi	Z-Score
BB/U	Gizi Buruk	< -3,0 SD
	Gizi Kurang	-3,0 SD s/d < -2,0 SD
	Gizi Baik	-2,0 SD s/d 2,0 SD
	Gizi Lebih	> 2,0 SD
TB/U	Sangat Pendek	< -3,0 SD
	Pendek	-3,0 SD s/d < -2,0 SD
	Normal	≥ -2,0 SD
BB/TB	Sangat Kurus	< -3,0 SD
	Kurus	-3,0 SD s/d < -2,0 SD
	Normal	-2,0 SD s/d 2,0 SD
	Gemuk	> 2,0 SD

Rumus perhitungan Z-score adalah: (Supariasa, Bachyar dan Fajar, 2001)

$$Z - Score = \frac{\text{Nilai Individu Subyek} - \text{Nilai Median Baku Rujukan}}{\text{Nilai Simpang Baku Rujukan}}$$

Standar *Deviiasi Unit* (SD) disebut juga *z-score*. Waterlow juga merekomendasikan penggunaan SD untuk menyatakan hasil pengukuran pertumbuhan atau *Growth Monitoring*. WHO memberikan gambaran perhitungan SD unit terhadap baku NCHS.

a. Umur

Faktor umur sangat penting dalam penentuan status gizi.

b. Berat badan

Berat badan merupakan salah satu parameter yang memberikan gambaran masa tubuh.

Tabel 2.2 Rumus Perkiraan Berat Badan

Usia	Tinggi Badan (cm)
Lahir	3,25
1-12 bulan	$[\text{Usia (bulan)} + 9] : 2$
1-6 tahun	$[\text{Usia (tahun)} \times 2 + 8]$
6-12 tahun	$[\text{Usia (tahun)} \times 7 - 5] : 2$

c. Tinggi badan

Tinggi atau panjang badan merupakan indikator umum ukuran tubuh dan panjang tulang. Tinggi badan diukur dalam keadaan berdiri tegak lurus, tanpa alas kaki, kedua tangan merapat ke badan, punggung dan bokong menempel pada dinding, dan pandangan arah ke depan. Kedua lengan tergantung relaks di samping badan

Tabel 2.3 Rumus Perkiraan Tinggi Badan

Usia	Tinggi Badan (cm)
Lahir	50
-1 tahun	75
2-12 tahun	$\text{Usia (tahun)} \times 6 + 77$

d. Lingkar Kepala

Pengukuran lingkar kepala merupakan prosedur baku di bagian anak, digunakan untuk menentukan kemungkinan adanya keadaan patologis yang berupa pembesaran (hidrosefalus) dan pengecilan (mikrosefalus). Lingkar kepala berhubungan dengan ukuran otak, dan dalam skala kecil, ketebalan kulit kepala, serta tulang tengkorak.

e. Lingkar Dada

Pertumbuhan lingkar dada pesat samapi anak berusia 3 tahun. Rasio lingkar kepala dan dada dapat digunakan sebagai indikator KEP (kurang energi dan protein) pada balita. Pada usia enam bulan lingkar dada dan kepala sama. Pada umur berikutnya lingkar kepala tumbuh lebih lambat daripada lingkar dada. Pada anak yang KEP terjadi pertumbuhan dada yang lambat sehingga rasio lingkar dada dan kepala < 1 . (Departemen Gizi dan Kesehatan Masyarakat, 2010). Alat yang digunakan untuk pengukuran lingkar dada sama dengan pengukuran lingkar kepala, dan dibaca sampai 0,1 cm.

f. Lingkar Lengan

Selama tahun pertama kehidupan, penambahan otot dan lemak di lengan berlangsung cepat. Pada anak berusia 5 tahun, pertumbuhan nyaris hampir tidak terjadi, dan ukuran lengan tetap konstan di angka 16 cm. Apabila anak mengalami malnutrisi, otot akan mengecil, lemak menipis, dan ukuran lingkar lengan akan susut. Pengukuran lingkar lengan berguna untuk mendeteksi malnutrisi anak balita, terutama bila usia yang tepat tidak diketahui dan alat timbang tidak ada.

2) Pemeriksaan Klinis

Pemeriksaan klinis meliputi pemeriksaan fisik secara keseluruhan, termasuk riwayat kesehatan. Pemeriksaan klinis yang mencakup bagian tubuh yaitu kulit, gigi, gusi, bibir, lidah, mata dan alat kelamin (khusus lelaki).

3) Biokimia

Pengukuran biokimia merupakan pemeriksaan spesimen yang diuji secara laboratoris yang dilakukan pada berbagai jaringan tubuh. Pemeriksaan biokimia dibutuhkan spesimen yang akan diuji, antara lain darah, urin, tinja, dan jaringan tubuh (hati, otot, tulang, rambut, kuku, dan lemak bawah kulit) (Gizi & Kesehatan Masyarakat, 2010).

4) Biofisik

Metode biofisik merupakan penentuan status gizi berdasarkan kemampuan fungsi dari jaringan dan perubahan struktur jaringan (Gizi & Kesehatan Masyarakat, 2010).

2. Penilaian status gizi secara tidak langsung (Supariasa, Bachyar dan Fajar, 2001)
 - 1) Survey konsumsi gizi
Survey konsumsi makanan adalah metode penentuan status gizi secara tidak langsung dengan melihat jumlah dan jenis zat gizi yang dikonsumsi. Survey tersebut dapat mengidentifikasi kelebihan dan kekurangan zat gizi
 - 2) Statistik vital
Pengumpulan status gizi dengan statistik vital adalah dengan menganalisis data beberapa statistik kesehatan seperti angka kematian berdasarkan umur, angka kesakitan dan kematian akibat penyebab tertentu dan data lainnya yang berhubungan dengan gizi.
 - 3) Faktor ekologi
Pengukuran faktor ekologi sangat penting untuk mengetahui penyebab malnutrisi di suatu masyarakat sebagai dasar untuk melakukan program intervensi gizi. Malnutrisi merupakan masalah ekologi sebagai hasil interaksi beberapa faktor fisik, biologis dan lingkungan budaya. Jumlah makanan sangat tergantung dari keadaan ekologi seperti iklim, tanah, dan irigasi.

II.3. Kebutuhan Gizi Balita

Proses tumbuh kembang pada masa balita berlangsung sangat pesat yaitu pertumbuhan fisik dan perkembangan psikomotorik, mental dan sosial. Pertumbuhan fisik balita perlu memperoleh asupan zat gizi dari makanan sehari-hari dalam jumlah yang cukup dan berkualitas baik untuk mendukung pertumbuhan. Kebutuhan gizi pada anak diantaranya energi, protein, lemak, air, hidrat arang, vitamin, dan mineral (Adriani dan Wirjatmadi, 2012)

1. Energi

Kebutuhan energi pada masa balita dalam sehari untuk tahun pertama sebanyak 100-200 kkal/kg BB. Setiap tiga tahun pertambahan umur, kebutuhan energi turun 10 kkal/kg BB. Energi yang digunakan oleh tubuh adalah 50% atau 55 kkal/kg BB per hari untuk metabolisme basal, 5-10% untuk *Specific Dynamic Action*, 12% atau 15-25 kkal/kg BB per hari untuk aktifitas fisik dan 10% terbuang melalui feses. Zat gizi yang mengandung energi terdiri atas karbohidrat, lemak, dan protein. Jumlah energi yang

dianjurkan di dapat dari 50-60% karbohidrat, 25-35% lemak dan 10-15% protein.

2. Protein

Pemberian protein disarankan sebanyak 2-3 g/kg BB bagi bayi dan 1,5-2 g/kg BB bagi anak. Pemberian protein dianggap adekuat apabila mengandung semua asam amino esensial dalam jumlah cukup, mudah dicerna, dan diserap oleh tubuh. Protein yang diberikan harus sebagian berupa protein berkualitas tinggi seperti protein hewani.

3. Air

Air merupakan zat gizi yang sangat penting bagi bayi dan anak karena sebagian besar dari tubuh terdiri dari air, kehilangan air melalui kulit, dan ginjal pada bayi dan anak lebih besar daripada orang dewasa sehingga anak akan lebih mudah terserang penyakit yang menyebabkan kehilangan air dalam jumlah yang banyak.

Tabel 2.4 Kebutuhan air sehari pada anak

Umur	Kebutuhan sehari (ml/kg/BB/hari)
12 bulan	120-135
2-3 tahun	115-125
4-5 tahun	100-110

4. Lemak

Kebutuhan lemak tidak dinyatakan dalam angka mutlak, namun dianjurkan 15-20% energi total basal berasal dari lemak. Konsumsi lemak umur 6 bulan sebanyak 35% dari jumlah energi seluruhnya masih dianggap normal, akan tetapi seharusnya tidak lebih rendah.

5. Hidrat arang

Konsumsi hidrat arang dianjurkan 60-70 energi total basal. Pada ASI dan sebagian susu formula bayi 40-50% kandungan kalori berasal dari hidrat dan tidak ada ketentuan tentang kebutuhan minimal, karena glukosa dalam

sirkulasi dapat dibentuk dari protein dan gliserol. Konsumsi yang optimal adalah 40-60% dari jumlah energi.

6. Vitamin dan mineral

Anak sering mengalami kekurangan vitamin A, B dan C sehingga anak perlu mendapatkan 1-1½ mangkuk atau 100-150 gram sayur per hari. Pilih buah yang berwarna kekuningan atau jingga seperti pepaya, pisang, nanas dan jeruk

7. Kebutuhan gizi mineral mikro

Kebutuhan gizi mineral mikro yang lebih dibutuhkan saat usia balita antara lain:

1) Zat besi (Fe)

Zat besi sangat berperan dalam tubuh karena zat besi terlibat dalam berbagai reaksi oksidasi reduksi. Balita usia satu tahun dengan berat badan 10 kg harus mengkonsumsi 30% zat besi yang berasal dari makanan.

2) Yodium

Yodium merupakan bagian integral dari hormon tiroksin triiodotironin dan tetraiodotironin yang berfungsi untuk mengatur perkembangan dan pertumbuhan. Yodium berperan dalam perubahan karoten menjadi bentuk aktif vitamin A, sintesis protein, dan absorpsi karbohidrat dari saluran cerna. Yodium juga berperan dalam sintesis kolesterol darah. Angka kecukupan yodium untuk balita 70-120 µg/kg BB.

3) Zink

Zat berperan dalam proses metabolisme asam nukleat dan sintesis protein. Selain itu zink berfungsi sebagai pertumbuhan sel, replikasi sel, mematangkan fungsi organ reproduksi, penglihatan, kekebalan tubuh, pengecap, dan selera makan. Balita dianjurkan mengkonsumsi zink 10 mg/hari.

II.4. Konsep Pola Pemberian Makan

II.5.2. Konsep Pola Pemberian Makan

Pola makan merupakan perilaku paling penting yang dapat mempengaruhi keadaan gizi yang disebabkan karena kualitas dan kuantitas makanan dan minuman yang dikonsumsi akan mempengaruhi tingkat kesehatan individu. Gizi yang optimal sangat penting untuk pertumbuhan normal serta perkembangan fisik dan kecerdasan bayi, anak-anak serta seluruh kelompok umur. Pola makan

merupakan tingkah laku seseorang atau sekelompok orang dalam pemenuhan kebutuhan makan yang meliputi sikap, kepercayaan dan pilihan makanan. Pola makan terbentuk sebagai hasil dari pengaruh fisiologis, psikologis, budaya dan sosial (Waryono, 2010).

II.5.3. Faktor-faktor yang mempengaruhi pola pemberian makan pada balita

Ada beberapa pendapat faktor-faktor yang dapat mempengaruhi pola makan. Menurut

1. Faktor status sosial ekonomi

Menurut (Septiana, Djannah dan Djamil, 2010), ekonomi keluarga secara tidak langsung dapat mempengaruhi ketersediaan pangan keluarga. Ketersediaan pangan dalam keluarga mempengaruhi pola konsumsi yang dapat berpengaruh terhadap intake gizi keluarga. Tingkat pendapatan keluarga menyebabkan tingkat konsumsi energi yang baik

Berdasarkan pendapat (Fatimah, Nurhidayah dan Rakhmawati, 2008), status sosial ekonomi dapat dilihat dari pendapatan dan pengeluaran keluarga. Keadaan status ekonomi yang rendah dapat mempengaruhi pola keluarga, baik untuk konsumsi makanan maupun bukan makanan. Status sosial ekonomi keluarga akan mempengaruhi kualitas konsumsi makanan. Hal ini berkaitan dengan daya beli keluarga. Keluarga dengan status ekonomi rendah, kemampuan untuk memenuhi kebutuhan pangan terbatas sehingga akan mempengaruhi konsumsi makanan

2. Faktor pendidikan

Berdasarkan pendapat (Saxton *et al.*, 2009), pendidikan ibu dalam pemenuhan nutrisi akan menentukan status gizi anaknya. Hal tersebut dapat berpengaruh pada pemilihan bahan makanan dan pemenuhan kebutuhan gizi. Tingkat pendidikan yang tinggi pada seseorang akan cenderung memilih dan menyeimbangkan kebutuhan gizi untuk anaknya. Tingkat pendidikan yang rendah pada seseorang, akan beranggapan bahwa hal yang terpenting dalam kebutuhan nutrisi adalah mengenyangkan. Pendidikan yang didapat akan memberikan pengetahuan tentang nutrisi dan faktor risiko yang dapat mempengaruhi masalah gizi pada anak.

Tingkat pendidikan formal merupakan faktor yang ikut menentukan ibu dalam menyerap dan memahami informasi gizi yang diperoleh (Septiana, Djannah dan Djamil, 2010).

3. Faktor lingkungan

Lingkungan dibagi menjadi lingkungan keluarga, sekolah dan promosi yang dilakukan oleh perusahaan makanan baik pada media cetak maupun elektronik. Lingkungan keluarga dan sekolah akan mempengaruhi kebiasaan seseorang yang dapat membentuk pola makannya. Promosi iklan makanan juga akan membawa daya tarik kepada seseorang yang nantinya akan berdampak pada konsumsi makanan tersebut, sehingga dapat mempengaruhi pola makan seseorang (Sulistyoningsih, 2011).

4. Faktor sosial budaya

Konsumsi makanan seseorang akan dipengaruhi oleh budaya. Pantangan dan anjuran dalam mengkonsumsi makanan akan menjadi sebuah batasan seseorang untuk memenuhi kebutuhannya. Kebudayaan akan memberikan aturan untuk menentukan tata cara makan, penyajian, persiapan dan makanan tersebut dapat dikonsumsi. Hal tersebut akan menjadikan gaya hidup dalam pemenuhan nutrisi. Kebiasaan yang terbentuk berdasarkan kebudayaan tersebut dapat mempengaruhi status gizi dan menyebabkan terjadinya malnutrisi. Upaya untuk pencegahan harus dilakukan dengan cara pendidikan akan dampak dari suatu kebiasaan pola makan yang salah dan perubahan perilaku untuk mencegah terjadinya malnutrisi sehingga dapat meningkatkan status kesehatan seseorang serta memelihara kebiasaan baru yang telah dibentuk dengan tetap mengontrol pola makan (Booth and Booth, 2011).

Budaya atau kepercayaan seseorang dapat mempengaruhi pantangan dalam mengkonsumsi makanan tertentu. Pada umumnya, pantangan yang didasari kepercayaan mengandung sisi baik atau buruk. Kebudayaan mempunyai kekuatan yang cukup besar untuk mempengaruhi seseorang dalam memilih dan mengolah makanan yang akan dikonsumsi. Keyakinan terhadap pemenuhan makanan berperan penting untuk memelihara perilaku dalam mengontrol pola makan seseorang (Ames *et al.*, 2012)

5. Faktor agama

Segala bentuk kehidupan di dunia ini telah diatur dalam agama. Salah satunya yaitu tentang mengkonsumsi makanan. Sebagai contoh, agama Islam terdapat peraturan halal dan haram yang terdapat pada setiap bahan makanan. Hal tersebut juga akan mempengaruhi konsumsi dan memilih bahan makanan.

II.5.4. Pola pemberian makan sesuai usia

Pola makan balita sangat berperan penting dalam proses pertumbuhan pada balita, karena dalam makanan banyak mengandung gizi. Gizi merupakan bagian penting dalam pertumbuhan. Gizi tersebut memiliki keterkaitan yang sangat erat hubungannya dengan kesehatan dan kecerdasan. Apabila pola makan tidak tercapai dengan baik pada balita maka pertumbuhan balita akan terganggu, tubuh kurus, pendek bahkan terjadi gizi buruk pada balita (Purwani dan Mariyam, 2013).

Tipe kontrol yang diidentifikasi dapat dilakukan oleh orang tua terhadap anaknya-anaknya ada tiga, yaitu memaksa, membatasi dan menggunakan makanan sebagai hadiah. Beberapa literatur mengidentifikasi pola makan dan perilaku orang tua seperti memonitor asupan nutrisi, membatasi jumlah makanan, respon terhadap pola makan dan memperhatikan status gizi anak (Karp *et al.*, 2014).

Pola pemberian makan anak harus disesuaikan dengan usia anak supaya tidak menimbulkan masalah kesehatan (Yustianingrum dan Adriani, 2017). Berdasarkan angka kecukupan gizi (AKG), umur dikelompokkan menjadi 0-6 bulan, 7-12 bulan, 1-3 tahun, dan 4-6 tahun dengan tidak membedakan jenis kelamin. Takaran konsumsi makanan sehari dapat dilihat pada tabel di bawah ini (Departemen Kesehatan RI, 2000)

Tabel 2.5 Takaran Konsumsi Makanan Sehari pada Anak

Kelompok Umur	Jenis dan Jumlah Makanan	Frekuensi Makan
0-6 bulan	ASI Eksklusif	Sesering mungkin
6-12 bulan	Makanan lembek	2x sehari 2x selingan
1-3 tahun	Makanan keluarga: 1-1 ½ piring nasi pengganti 2-3 potong lauk hewani 1-2 potong lauk nabati ½ mangkuk sayur 2-3 potong buah-buahan 1 gelas susu	3x sehari
4-6 tahun	1-3 piring nasi pengganti 2-3 potong lauk hewani 1-2 potong lauk nabati 1-1½ mangkuk sayur 2-3 potong buah-buahan 1-2 gelas susu	3x sehari

Sumber: Buku Kader Posyandu: Usaha Perbaikan Gizi Keluarga Departemen Kesehatan RI 2000

II.5.5. Upaya Ibu dalam Pemenuhan Nutrisi Balita

Menurut (Gibney, Margetts and Kearney, 2004), upaya yang harus dilakukan oleh ibu dalam memenuhi kebutuhan nutrisi balita diantaranya adalah

1. Membuat makanan
Ibu dapat mengolah makanan dengan memperhatikan jenis makanan yang sesuai dengan usia anak. Ibu juga harus menjaga kebersihan dan cara menyimpan makanan.
2. Menyiapkan makanan
Ibu harus mengetahui cara menyiapkan yang baik dan benar sesuai dengan usia anak.
3. Memberikan makanan
Ibu harus memberikan makanan kepada bayi sampai habis, bisa dengan porsi sedikit tapi sering atau sebisa mungkin porsi yang diberikan harus dapat habis.

II.5. Konsep Stunting

II.5.1. Definisi Stunting

Tubuh pendek pada masa anak-anak (*Childhood stunting*) merupakan akibat kekurangan gizi kronis atau kegagalan pertumbuhan di masa lalu dan digunakan sebagai indikator jangka panjang untuk gizi kurang pada anak. *Childhood stunting* berhubungan dengan gangguan perkembangan neurokognitif dan risiko menderita penyakit tidak menular di masa depan ([Kemenkes RI] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2015). *Stunting* merupakan masalah kurang gizi kronis yang disebabkan oleh asupan gizi yang kurang dalam waktu yang cukup lama akibat pemberian makanan yang tidak sesuai dengan kebutuhan gizi. *Stunting* terjadi mulai janin masih dalam kandungan dan baru nampak pada saat anak berusia dua tahun. Meningkatnya angka kematian bayi dan anak terjadi karena kekurangan gizi pada usia dini yang dapat menyebabkan penderita mudah sakit dan memiliki postur tubuh tidak maksimal saat dewasa (MCA, 2013).

Stunting merupakan bentuk dari proses pertumbuhan anak yang terhambat, yang termasuk salah satu masalah gizi yang perlu mendapat perhatian (Picauly and Toy, 2013).

II.5.2. Dampak Stunting

Stunting merupakan wujud dari adanya gangguan pertumbuhan pada tubuh. Otak merupakan salah satu organ yang cepat mengalami risiko. Hal tersebut dikarenakan di dalam otak terdapat sel-sel saraf yang berkaitan dengan respon anak termasuk dalam melihat, mendengar, dan berpikir selama proses belajar (Picauly and Toy, 2013).

II.5.3. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Stunting

Menurut (UNICEF FRAMEWORK, 2007), Beberapa faktor yang dapat mempengaruhi *stunting* diantaranya adalah

1. Faktor Individu

- 1) Asupan zat gizi kurang

Masalah gizi yang dapat terjadi pada balita adalah tidak seimbang antara jumlah asupan makan atau zat gizi yang diperoleh dari makanan dengan kebutuhan gizi yang dianjurkan pada balita misalnya Kekurangan Energi Protein (KEP) (Puspasari and Andriani, 2017).

2) Penyakit infeksi

Kejadian infeksi merupakan suatu gejala klinis suatu penyakit pada anak yang akan mempengaruhi pada penurunan nafsu makan anak., sehingga asupan makanan anak akan berkurang. Apabila terjadi penurunan asupan makan dalam waktu yang lama dan disertai kondisi muntah dan diare, maka anak akan mengalami zat gizi dan cairan. Hal ini akan berdampak pada penurunan berat badan anak yang semula memiliki status gizi yang baik sebelum mengalami penyakit infeksi menjadi status gizi kurang. Apabila kondisi tersebut tidak termanajemen dengan baik maka anak akan mengalami gizi buruk (Yustianingrum dan Adriani, 2017). Kejadian penyakit infeksi yang berulang tidak hanya berakibat pada menurunnya berat badan atau rendahnya nilai indikator berat badan menurut umur, tetapi juga akan berdampak pada indikator tinggi badan menurut umur (Welasasih dan Wirjatmadi, 2008)

3) Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)

Berat badan lahir dikategorikan menjadi BBLR dan normal sedangkan panjang badan lahir dikategorikan pendek dan normal. Balita masuk dalam kategori BBLR (Berat Badan Lahir Rendah), jika balita tersebut memiliki berat badan lahir kurang dari 2500 gram sedangkan kategori panjang badan lahir kategori pendek jika balita memiliki panjang badan lahir kurang dari 48 cm (Ngaisyah, 2016).

2. Faktor Pengasuh/Orang Tua

1) Pengetahuan dan sikap

Pengetahuan gizi yang kurang atau kurangnya menerapkan pengetahuan gizi dalam kehidupan sehari-hari dapat menimbulkan masalah gizi pada seseorang. Tingkat pengetahuan gizi seseorang akan sangat berpengaruh terhadap sikap dan tindakan dalam memilih makanan yang akan berpengaruh terhadap gizi. Pengetahuan tentang gizi orang tua terutama ibu sangat berpengaruh terhadap tingkat kecukupan gizi yang diperoleh oleh balita. Pengetahuan gizi ibu yang baik akan meyakinkan ibu untuk memberikan tindakan yang tepat untuk memenuhi kebutuhan gizi balita, terutama yang berkaitan dengan kandungan zat-zat dalam makanan, menjaga kebersihan makanan, waktu pemberian makan dan lain-lain, sehingga pengetahuan yang baik akan membantu ibu atau orang tua dalam menentukan pilihan kualitas dan kuantitas makanan (Fatimah, Nurhidayah dan Rakhmawati, 2008; Rahmatillah, 2018).

Sikap merupakan reaksi atau respon seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Sikap ibu merupakan faktor yang tidak langsung yang dapat mempengaruhi status gizi balita (Rahmatillah, 2018).

2) Ketahanan pangan

Akses pangan untuk memenuhi kebutuhan gizi dipengaruhi oleh pendapatan yang rendah. Upaya peningkatan pendapatan maupun kemampuan daya beli pada kelompok terdampak pangan merupakan kunci untuk meningkatkan akses terhadap pangan (Jayarni dan Sumarmi, 2018)

3) Pola asuh

Pola asuh anak merupakan perilaku yang dipraktikkan oleh pengasuh anak dalam pemberian makan, pemeliharaan kesehatan, pemberian stimulasi, serta dukungan emosional yang dibutuhkan anak untuk proses tumbuh kembangnya. Kasih sayang dan tanggung jawab orang tua juga termasuk pola asuh anak (Asrar, Hamam dan Dradjat, 2009).

3. Faktor Lingkungan

1) Pelayanan kesehatan

Pelayanan kesehatan yang baik pada balita akan meningkatkan kualitas pertumbuhan dan perkembangan balita, baik pelayanan kesehatan ketika sehat maupun saat dalam kondisi sakit. Pelayanan kesehatan anak balita merupakan pelayanan kesehatan bagi anak berumur 12 – 59 bulan yang memperoleh pelayanan sesuai standar, meliputi pemantauan pertumbuhan minimal 8 kali setahun, pemantauan perkembangan minimal 2 kali setahun, pemberian vitamin A 2 kali setahun (Kemenkes, 2016b).

Keaktifan balita ke posyandu sangat besar pengaruhnya terhadap pemantauan status gizi. Kehadiran balita ke posyandu menjadi indikator terjangkaunya pelayanan kesehatan pada balita, karena balita akan mendapatkan penimbangan berat badan, pemeriksaan kesehatan jika terjadi masalah, pemberian makan tambahan dan penyuluhan gizi serta mendapat imunisasi dan program kesehatan lain seperti vitamin A dan kapsul yodium. Balita yang mendapatkan program kesehatan dasar maka diharapkan pertumbuhan dan perkembangannya terpantau, karena pada

masa balita terjadi rawan/rentan terhadap infeksi dan rentan terkena penyakit gizi. Anak yang sehat bukan karena anak semakin gemuk tetapi anak yang juga mengalami kenaikan karena penambahan tinggi (Welasasih dan Wirjatmadi, 2008).

2) Sanitasi lingkungan

Akses terhadap air bersih dan fasilitas sanitasi yang buruk dapat meningkatkan kejadian infeksi yang dapat membuat energi untuk pertumbuhan teralihkan kepada tubuh perlawanan tubuh menghadapi infeksi, gizi sulit diserap oleh tubuh dan terhambatnya pertumbuhan (Kemenkes, 2016b). Faktor sanitasi dan kebersihan lingkungan berpengaruh pada tumbuh kembang anak, karena pada usia anak-anak rentan terhadap berbagai infeksi dan penyakit. Paparan terus menerus terhadap kotoran manusia dan binatang dapat menyebabkan infeksi bakteri kronis. Infeksi tersebut disebabkan oleh praktik sanitasi dan kebersihan yang kurang baik yang membuat gizi sulit diserap oleh tubuh. Salah satu pemicu gangguan saluran pencernaan yaitu sanitasi dan kebersihan lingkungan yang rendah. Hal tersebut membuat energi untuk pertumbuhan teralihkan kepada perlawanan tubuh menghadapi infeksi (MCA, 2013)

II.5.4. Indeks Tinggi Badan Menurut Umur (TB/U)

Menurut (Soegianto, Wijono dan Jawawi, 2007), indeks tinggi badan menurut umur (TB/U) berdasarkan baku antropometri WHO-NCHS dapat dilihat ada beberapa kategori antara lain:

1. Kategori Status Gizi (TB/U) anak laki-laki

Tabel 2.6 Cara Perhitungan Z-Score anak laki-laki berdasarkan kategori Status Gizi (TB/U) Baku Antropometri WHO-NCHS

UMUR		TINGGI BADAN				
		< -3 SD	-3 s/d < -2 SD	-2 s/d + 2 SD	> +2 SD	
(th)	(bln)	MEDIAN (cm)	Sangat Pendek	Pendek	Normal	Jangkung
0	0	50.48	43.6	43.7 – 45.8	45.9 – 55.0	55.1
0	1	54.56	47.1	47.2 – 49.6	49.7 – 59.5	59.6
0	2	58.08	50.3	50.4 – 52.9	53.0 – 63.2	63.3

0	3	61.11	53.1	53.2 – 55.7	55.8 – 66.4	66.5
0	4	63.69	55.6	55.7 – 58.3	58.4 – 69.0	69.1
0	5	65.91	57.8	57.9 – 60.5	60.6 – 71.3	71.4
0	6	67.82	59.7	59.8 – 62.4	62.5 – 73.2	73.3
0	7	69.48	61.4	61.5 – 64.4	64.2 – 74.8	74.9
0	8	70.97	62.9	63.0 – 65.6	65.7 – 76.2	76.3
0	9	72.33	64.3	64.4 – 67.0	67.1 – 77.6	77.7
0	10	73.63	65.6	65.7 – 68.3	68.4 – 78.9	79.0
0	11	74.88	66.8	66.9 – 69.5	69.6 – 80.2	80.3
1	0	76.08	67.9	68.0 – 70.6	70.7 – 81.5	81.6
1	1	77.24	69.0	69.1 – 71.7	71.8 – 82.7	82.8
1	2	78.35	69.9	70.0 – 72.7	72.8 – 83.9	84.0
1	3	79.42	70.8	70.9 – 73.7	73.8 – 85.1	85.2
1	4	80.45	71.7	71.8 – 74.6	74.7 – 86.2	86.3
1	5	81.44	72.5	72.6 – 75.4	75.5 – 87.4	87.5
1	6	82.41	73.2	73.3 – 76.3	76.4 – 88.5	88.6
1	7	83.34	74.0	74.1 – 77.1	77.2 – 89.5	89.6
1	8	84.25	74.7	74.8 – 77.8	77.9 – 90.5	90.6
1	9	85.13	75.4	75.5 – 78.6	78.7 – 91.5	91.6
1	10	85.98	76.1	76.2 – 79.4	79.5 – 92.5	92.6
1	11	86.82	76.8	76.9 – 80.1	80.2 – 93.4	93.5
2	0	85.59	76.0	76.1 – 79.2	79.3 – 91.9	92.0
2	1	86.43	76.6	76.7 – 79.9	80.0 – 92.9	93.0
2	2	87.25	77.3	77.4 – 80.6	80.7 – 93.8	93.9
2	3	88.06	77.9	78.0 – 81.3	81.4 – 94.7	94.8
2	4	88.86	78.6	78.7 – 82.0	82.1 – 95.6	95.7
2	5	89.65	79.2	79.3 – 82.7	82.8 – 96.5	96.6
2	6	90.43	79.8	79.9 – 83.3	83.4 – 97.4	97.5
2	7	91.20	80.4	80.5 – 84.0	84.1 – 98.3	98.4
2	8	91.97	81.1	81.2 – 84.7	84.8 – 99.2	99.3
2	9	92.72	81.7	81.8 – 85.3	85.4 – 100.0	100.1

2	10	93.46	82.3	82.4 – 86.0	86.1 – 100.9	101.0
2	11	94.19	82.9	83.0 – 86.6	86.7 – 101.7	101.8
3	0	94.92	83.5	83.6 – 87.2	87.3 – 102.5	102.6
3	1	95.63	84.0	84.1 – 87.9	88.0 – 103.3	103.4
3	2	96.34	84.6	84.7 – 88.5	88.6 – 104.1	104.2
3	3	97.04	85.2	85.3 – 89.1	89.2 – 104.9	105.0
3	4	97.73	85.8	85.9 – 89.7	89.8 – 105.6	105.7
3	5	98.41	86.3	86.4 – 90.3	90.4 – 106.4	106.5
3	6	99.08	86.9	87.0 – 90.9	91.0 – 107.1	107.2
3	7	99.74	87.4	87.5 – 91.5	91.6 – 107.9	108.0
3	8	100.4	88.0	88.1 – 92.1	92.2 – 108.6	108.7
3	9	101.0	88.5	88.6 – 92.7	92.8 – 109.3	109.4
3	10	101.7	89.1	89.2 – 93.2	93.3 – 110.0	110.1
3	11	102.3	89.9	89.7 – 93.8	93.9 – 110.7	110.8
4	0	102.9	90.1	90.2 – 94.4	94.5 – 111.4	111.5
4	1	103.6	90.7	90.8 – 94.9	95.0 – 112.1	112.2
4	2	104.2	91.2	91.3 – 95.5	95.6 – 112.8	112.9
4	3	104.8	91.7	91.8 – 96.0	96.1 – 113.4	113.5
4	4	105.4	92.2	92.3 – 96.6	96.7 – 114.1	114.2
4	5	106.0	92.7	92.8 – 97.1	97.2 – 114.8	114.9
4	6	106.6	93.2	93.3 – 97.6	97.7 – 115.4	115.5
4	7	107.1	93.7	93.8 – 98.1	98.2 – 116.0	116.1
4	8	107.7	94.2	94.3 – 98.7	98.8 – 116.6	116.7
4	9	108.3	94.7	94.8 – 99.2	99.3 – 117.3	117.4
4	10	108.8	95.2	95.3 – 99.7	99.8 – 117.9	118.0
4	11	109.4	95.6	95.7 – 100.2	100.3 – 118.5	118.6
5	0	109.9	96.1	96.2 – 100.7	100.8 – 119.1	119.2
5	1	110.5	96.6	96.7 – 101.2	101.3 – 119.7	119.8
5	2	111.0	97.0	97.1 – 101.7	101.8 –	120.3

					120.2	
5	3	111.5	97.5	97.6 – 102.1	102.2 – 120.8	120.9
5	4	112.1	98.0	98.1 – 102.6	102.7 – 121.4	121.5
5	5	112.6	98.4	98.5 – 103.1	103.2 – 122.0	122.1
5	6	113.1	98.9	99.0 – 103.6	103.7 – 122.5	122.6
5	7	113.6	99.3	99.4 – 104.0	104.1 – 123.1	123.2
5	8	114.1	99.8	99.9 – 104.5	104.6 – 123.6	123.7
5	9	114.6	100.2	100.3 – 105.0	105.1 – 124.2	124.3
5	10	115.1	100.6	100.7 – 105.4	105.5 – 124.7	124.8
5	11	115.6	101.1	101.2 – 105.9	106.0 – 125.2	125.3

2. Kategori Status Gizi (TB/U) anak perempuan

Tabel 2.7 Cara Perhitungan Z-Score anak perempuan berdasarkan kategori Status Gizi (TB/U) Baku Antropometri WHO-NCHS

UMUR		TINGGI BADAN				
		< -3 SD	-3 s/d < -2 SD	-2 s/d + 2 SD	> +2 SD	
(th)	(bln)	MEDIAN (cm)	Sangat Pendek	Pendek	Normal	Jangkung
0	0	49.86	43.3	43.4 – 45.4	45.5 – 54.2	54.3

0	1	53.55	46.6	46.7 – 48.9	49.0 – 58.1	58.2
0	2	56.76	49.5	49.6 – 51.9	52.0 – 61.5	61.6
0	3	59.55	52.0	52.1 – 54.5	54.6 – 64.5	64.6
0	4	61.97	54.3	54.4 – 56.8	56.9 – 67.0	67.1
0	5	64.08	56.2	56.3 – 58.8	59.9 – 69.3	69.4
0	6	65.93	57.9	58.0 – 60.6	60.7 – 71.2	71.3
0	7	67.57	59.5	59.6 – 62.2	62.3 – 72.9	73.0
0	8	69.06	60.9	61.0 – 63.6	63.7 – 74.4	74.5
0	9	70.45	62.2	62.3 – 64.9	65.0 – 75.9	76.0
0	10	71.78	63.4	63.5 – 66.2	66.3 – 77.3	77.4
0	11	73.06	64.6	64.7 – 67.4	67.5 – 78.6	78.7
1	0	74.30	65.7	65.8 – 68.6	68.7 – 79.9	80.0
1	1	75.50	66.8	66.9 – 69.7	69.8 – 81.2	81.3
1	2	76.66	67.9	68.0 – 70.8	70.9 – 82.4	82.5
1	3	77.78	68.9	69.0 – 71.8	71.9 – 83.6	83.7
1	4	78.86	69.8	69.9 – 72.8	72.9 – 84.8	84.9
1	5	79.91	70.8	70.9 – 73.8	73.9 – 85.9	86.0
1	6	80.92	71.7	71.8 – 74.7	74.8 – 87.0	87.1
1	7	81.91	72.5	72.6 – 75.6	75.7 – 88.1	88.2
1	8	82.87	73.4	73.5 – 76.5	76.6 – 89.1	89.2
1	9	83.81	74.2	74.3 – 77.4	77.5 – 90.1	90.2
1	10	84.72	75.0	75.1 – 78.2	78.3 – 91.1	91.2
1	11	85.60	75.8	75.9 – 79.0	79.1 – 92.1	92.2
2	0	84.49	74.8	74.9 – 78.0	78.1 – 90.9	91.0
2	1	85.36	75.5	75.6 – 78.8	78.9 – 91.9	92.0
2	2	86.21	76.2	76.3 – 79.5	79.6 – 92.8	92.9
2	3	87.04	76.9	77.0 – 80.3	80.4 – 93.8	93.9
2	4	87.86	77.6	77.7 – 81.0	81.1 – 94.7	94.8
2	5	88.67	78.3	78.4 – 81.7	81.8 – 95.6	95.7

2	6	89.46	78.9	79.0 – 82.4	82.5 – 96.4	96.5
2	7	90.24	79.6	79.7 – 83.1	83.2 – 97.3	97.4
2	8	91.00	80.2	80.3 – 83.8	83.9 – 98.1	98.2
2	9	91.74	80.8	80.9 – 84.4	84.5 – 98.9	99.0
2	10	92.48	81.5	81.6 – 85.1	85.2 – 99.7	99.8
2	11	93.20	82.1	82.2 – 85.8	85.9 – 100.5	100.6
3	0	93.91	82.7	82.8 – 86.4	86.5 – 101.3	101.4
3	1	94.61	83.3	83.4 – 87.0	87.1 – 102.1	102.2
3	2	95.30	83.9	84.0 – 87.7	87.8 – 102.8	102.9
3	3	95.97	84.5	84.6 – 88.3	88.4 – 103.5	103.6
3	4	96.64	85.1	85.2 – 88.9	89.0 – 104.2	104.3
3	5	97.29	85.7	85.8 – 89.5	89.6 – 105.0	105.1
3	6	97.94	86.2	86.3 – 90.1	90.2 – 105.7	105.8
3	7	98.57	86.8	86.9 – 90.7	90.8 – 106.3	106.4
3	8	99.20	87.3	87.4 – 91.3	91.4 – 107.0	107.1
3	9	99.82	87.9	88.0 – 91.8	91.9 – 107.7	107.8
3	10	100.43	88.4	88.5 – 92.4	92.5 – 108.4	108.5
3	11	101.03	88.9	89.0 – 92.9	93.0 – 109.0	109.1
4	0	101.63	89.4	89.5 – 93.5	93.6 – 109.7	109.8
4	1	102.22	90.0	90.1 – 94.0	94.1 – 110.3	110.4
4	2	102.80	90.5	90.6 – 94.5	94.6 – 110.9	111.0
4	3	103.38	91.0	91.1 – 95.1	95.2 – 111.6	111.7
4	4	103.95	91.4	91.5 – 95.6	95.7 – 112.2	112.3
4	5	104.52	91.9	92.0 – 96.1	96.2 – 112.8	112.9
4	6	105.08	92.4	92.5 – 96.6	96.7 – 113.5	113.6
4	7	105.64	92.9	93.0 – 97.1	97.2 – 114.1	114.2
4	8	106.20	93.3	93.4 – 97.6	97.7 – 114.7	114.8
4	9	106.75	93.8	93.9 – 98.1	98.2 – 115.3	115.4
4	10	107.30	94.2	94.3 – 98.5	98.6 – 115.9	116.0
4	11	107.84	94.7	94.8 – 99.0	99.1 – 116.6	116.7
5	0	108.38	95.1	95.2 – 99.5	99.6 – 117.2	117.3

5	1	108.92	95.5	95.6 – 100.0	100.1 – 117.8	117.9
5	2	109.5	95.9	96.0 – 100.4	100.5 – 118.4	118.5
5	3	110.0	96.3	96.4 – 100.9	101.0 – 119.0	119.1
5	4	110.5	96.8	96.9 – 101.3	101.4 – 119.6	119.7
5	5	111.0	97.2	97.3 – 101.8	101.9 – 120.2	120.3
5	6	111.6	97.6	97.7 – 102.2	102.3 – 120.8	120.9
5	7	112.1	98.0	98.1 – 102.6	102.7 – 121.4	121.5
5	8	112.6	98.3	98.4 – 103.1	103.2 – 122.0	122.1
5	9	113.1	98.7	98.8 – 103.5	103.6 – 122.6	122.7
5	10	113.6	99.1	99.2 – 103.9	104.0 – 123.2	123.3
5	11	114.1	99.5	99.6 – 104.3	104.4 – 123.8	123.9

II.6. Konsep *Procede-Proceed* Teori Lawrence W. Green

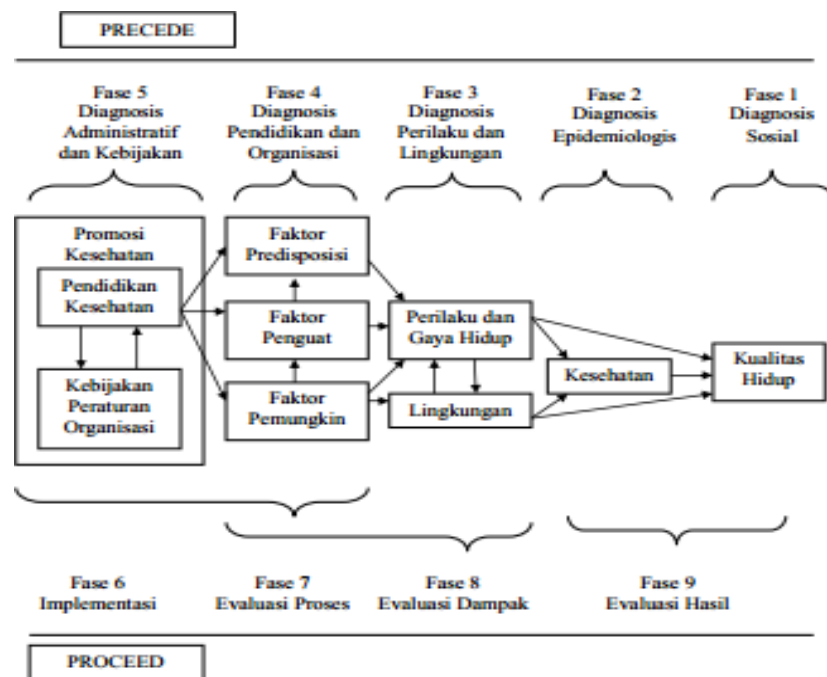
Menurut seorang ahli Kathy Cara, pendidik bersertifikat menjelaskan *Procede-Proceed Model* atau model perencanaan dan evaluasi kesehatan dikembangkan oleh Lawrence W. Green dan timnya untuk sektor kesehatan masyarakat pada lebih dari 40 tahun kerja. *Procede-Proceed Model* ini ditujukan untuk mencegah penyakit sehingga meningkatkan kesehatan dan kualitas hidup individu secara keseluruhan (QOL) yang menggabungkan faktor sosial, budaya dan individu yang mempengaruhi hasil kesehatan dan kejadian penyakit seseorang secara keseluruhan.

“PRECEDE” dalam *Procede-Proceed Model* sebenarnya adalah akronim yang merupakan singkatan dari *Predisposing, reinforcing, and Enabling Constructs in Educational Diagnosis and Evaluation* atau Predisposisi, Memperkuat, dan Mengaktifkan Konstruksi dalam Pendidikan Diagnosis dan Evaluasi. Diagnosis dan evaluasi adalah fungsi yang tergabung dalam Precede ini menguraikan sarana untuk diagnosis dan perencanaan yang akurat (perencanaan diagnostik) yang akan digunakan untuk mengembangkan program kesehatan masyarakat yang ditargetkan dan terfokus untuk komunitas yang ditargetkan.

“PROCEED” juga merupakan akronim untuk *Policy, Regulatory, and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development* atau kebijakan, Peraturan, dan Konstruksi Organisasi dalam Pendidikan dan Pengembangan Lingkungan. Fitur sosial dan budaya pendidikan dan lingkungan adalah fungsi yang tergabung dalam *Proceed* untuk memfasilitasi program yang

dirancang sebagai hasil dari proses *Precede* dengan memandu pelaksanaan dan evaluasi program-program sebelumnya. Sementara *Precede* bekerja mundur dari hasil akhir yang diinginkan, dicapai melalui proses diagnostik, ke titik awal (titik yang mendahului hasil akhir) dari proses penilaian, selanjutnya bekerja maju untuk mengimplementasikan rencana yang dirancang dan mengevaluasi efektifitasnya.

Pada proses *PRECEDE*, ada lima fase yang secara logis bergerak mundur dari hasil akhir yang diinginkan kemana dan bagaimana seseorang dapat melakukan intervensi untuk mewujudkan hasil itu ke masalah administratif dan kebijakan yang perlu ditangani untuk dapat berhasil melakukan intervensi. Pada proses *PROCEED* memiliki empat fase yang mencakup pelaksanaan nyata dari intervensi dan evaluasi, bekerja ke titik awal yang asli, yang merupakan hasil akhir yang diinginkan dari proses tersebut.



Gambar 2.1 Precede-proceed model (Green LW. & Kreuter MW, 1991)

Berikut adalah penjelasan dari lima fase *Precede* (1-5) dan empat fase *Proceed* (6-9):

1. *Precede*

- 1) Fase pertama membutuhkan kesehatan dan kualitas hidup yang dibutuhkan, masalah sosial, dan/atau kebutuhan budaya dari populasi tertentu.
- 2) Fase kedua membutuhkan identifikasi semua faktor penentu kesehatan (faktor internal seperti jenis kelamin, usia, merokok, dan penggunaan alkohol atau faktor eksternal seperti pendapatan dan diskriminasi sosial

yang mempengaruhi kesehatan individu dan komunitas) dari masalah dan kebutuhan yang ada.

- 3) Fase ketiga membutuhkan analisis faktor-faktor penentu kesehatan untuk determinan perilaku (faktor internal pilihan perilaku) dan faktor penentu lingkungan (faktor eksternal lingkungan lokal) dari masalah kesehatan (kualitas hidup didefinisikan sebagai kesehatan (kualitas hidup didefinisikan sebagai kesehatan fisik dan mental)
- 4) Tahap keempat membutuhkan identifikasi faktor penentu individu yang mempengaruhi, memperkuat, dan memungkinkan perilaku dan gaya hidup (yaitu, pilihan dalam lingkungan)
- 5) Fase kelima memastikan intervensi seperti intervensi promosi kesehatan, intervensi pendidikan kesehatan dan/atau intervensi terkait kebijakan yang paling cocok untuk mendorong perubahan yang diperlukan dalam perilaku atau lingkungan dan dalam faktor yang mendukung perilaku dan lingkungan (reaksi perilaku untuk lingkungan menghasilkan gaya hidup)

2. *Proceed*

- 6) Fase keenam mengimplementasikan intervensi yang diidentifikasi dalam fase lima.
- 7) Fase ketujuh membutuhkan evaluasi proses dari intervensi yang dilaksanakan.
- 8) Fase kedelapan mengevaluasi dampak dari intervensi pada faktor-faktor yang diidentifikasi yang mendukung perilaku dan perilaku itu sendiri (mengevaluasi dampak intervensi pada keduanya).

II.7 Tata Laksana

a. Perbaiki Nutrisi

Untuk stunting tanpa wasting/gizi buruk (BB/TB di atas -2 SD), hitung kebutuhan kalori, protein, dan cairan sesuai dengan Angka Kecukupan Gizi (AKG) berdasarkan BB ideal menurut umur tinggi. Bila dengan gizi buruk, lakukan manajemen gizi buruk (Kementerian Kesehatan RI, 2019).

1. Makanan Pendamping ASI Berkualitas

Makanan pendamping ASI (MPASI) berkualitas merupakan kunci dalam pencegahan dan penanganan stunting. Strategi pemberian MPASI adalah tepat waktu (saat ASI saja tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan bayi yaitu usia bayi

sekitar 6 bulan), adekuat (memenuhi kebutuhan energi, protein, dan mikronutrien). Prinsip lain yang diperlukan dalam pemberian MPASI adalah aman dan higienis (proses persiapan dan pembuatan MPASI menggunakan cara, bahan, dan alat yang aman dan higienis), dan diberikan secara responsif (MPASI diberikan secara konsisten sesuai dengan sinyal lapar atau kenyang dari anak (IDAI, 2018). Pada bayi >6 bulan, WHO menganjurkan variasi makanan minimal mengandung 4 dari 7 kelompok bahan makanan yaitu biji-bijian, akar-akaran, umbi-umbian, kacang-kacangan, produk susu (susu, yoghurt, keju), daging-dagingan (daging sapi, ikan, unggas, hati), telur, buah dan sayur yang kaya vitamin A, dan uah dan sayur lain (UNICEF, 2011).

2. Pemberian Protein Hewani

Protein adalah makronutrien yang terdiri dari asam amino, dimana tubuh manusia bisa mensintesis nya, tetapi asam amino esensial hanya dapat diperoleh dari makanan. Asam amino memiliki banyak peran pengaturan dalam pertumbuhan manusia dan metabolisme, seperti sintesis hormon (hormon pertumbuhan, *insulin-like growth factor-1* (IGF-1), dan hormon tiroid), pengangkut protein membran sel atau reseptor, dan pembentukan tulang panjang dan sendi. Beberapa asam amino berperan besar bagi pertumbuhan linear seperti arginin, lisina, dan asam amino yang mengandung sulfur (metionin dan sistein) (Michaelsen et al., 2017).

Banyak studi menyimpulkan bahwa ada hubungan antara pertumbuhan linear dan protein, terutama sumber hewani dalam bentuk susu. Efek susu pada pertumbuhan linear lebih tinggi dari sumber protein hewani lain seperti daging atau telur, dan jauh lebih tinggi dari protein nabati seperti kedelai, kacang-kacangan, dan oat. Protein hewani mengandung lebih banyak asam amino esensial dan asam amino yang mengandung cincin sulfur, yang dapat menunjang pertumbuhan linear lebih baik. Asupan protein dengan protein energy ratio (PER) 12-15% dianjurkan untuk menunjang pertumbuhan linear (Sjarif et al., 2019).

Berdasarkan rekomendasi WHO tahun 2017, asupan aman protein adalah 11,6 gram/hari untuk anak usia 1 tahun dan 11,9 gram/hari untuk usia 2 tahun. Kebutuhan ini dapat dipenuhi dengan 300–350 ml susu sapi (Michaelsen et al., 2017). Studi di Indonesia menyatakan konsumsi 300 ml susu formula pertumbuhan dapat mencegah stunting pada anak usia 1-3 tahun. Sumber protein hewani lain yang baik diberikan seperti telur, ikan, daging, dan jeroan. Meskipun sangat penting, pemberian protein juga harus dalam jumlah yang tepat karena asupan

protein berlebih berhubungan dengan obesitas di kemudian hari (Sjarif et al.,2019).

3. Pemberian Lemak

Kualitas lemak pada makanan pendamping ASI sangat penting. Asupan *long-chain-polyunsaturated fatty acids*, terutama omega 3 dan 6 sangat penting pada tahun-tahun pertama kehidupan. Asupan lemak yang rendah memiliki efek negatif pada perkembangan kognitif dan fungsi imun. Sumber omega 3 yang sering ditemukan antara lain ikan dan minyak nabati. Minyak kedelai mengandung omega 3 yang tinggi; sedangkan minyak sawit, minyak bunga matahari, dan minyak kacang memiliki kandungan omega 3 yang rendah. Rekomendasi persentase energi dari lemak pada MPASI adalah 30-45%. Beberapa susu formula yang tersedia kini sudah difortifikasi dengan omega 3 dan omega 6 (Michaelsen et al., 2017).

4. Suplementasi Zink

Zink terbukti dapat menurunkan insidensi diare dan pneumonia, mendukung pertumbuhan linear, dan memiliki efek positif dalam menurunkan angka kematian terkait penyakit infeksi. Studi meta analisis di Asia, Afrika, dan Amerika menyimpulkan bahwa penggunaan zinc dengan dosis 5-40 mg/hari selama 2-12 bulan dapat memperbaiki pertumbuhan linear (Imdad & Bhutta, 2011).

Pada bayi usia 6-23 bulan, suplementasi zink diberikan rutin selama minimal 2 bulan setiap 6 bulan sekali. Suplementasi 10 mg zink setiap hari selama 24 minggu dapat menambah tinggi badan. Angka kecukupan zink adalah 3-16 mg/hari (Sjarif et al., 2019).

5. Suplementasi Vitamin A

Suplementasi vitamin A terbukti bermanfaat menurunkan angka kematian anak. Studi meta analisis di Asia, Afrika, dan Amerika menyimpulkan bahwa konsumsi vitamin A 5000-200.000 IU dengan selama 3-17 bulan dapat memperbaiki pertumbuhan linear anak. WHO merekomendasikan pemberian suplementasi vitamin A sebesar 100.000 U pada bayi usia 6-11 bulan, dan vitamin A 200.000 U tiap 6 bulan pada anak usia 12-59 bulan (Roberts & Stein, 2017).

b. Stimulasi Psikososial

Stimulasi psikososial dan stimulasi perkembangan sesuai usia diperlukan untuk mengatasi stunting dan mencegah komplikasi lebih lanjut (gangguan perkembangan). Memberi kesempatan anak bermain dan belajar dengan gembira sangat penting untuk menunjang tumbuh kembang anak agar optimal (World Health Organization, 2014).

c. Perbaikan Sanitasi dan Lingkungan

Perbaikan sarana sanitasi lingkungan dengan membangun jamban yang memenuhi syarat kesehatan, meningkatkan frekuensi penyuluhan kesehatan sehingga kesadaran masyarakat tidak buang air besar sembarangan dan membuang tinja balita harus pada jamban meningkat pula, hal ini bertujuan untuk memutus mata rantai penyebaran penyakit seperti diare, cacingan yang dapat mengurangi kejadian stunting pada balita di Indonesia. Peningkatan praktik kebersihan seperti mencuci tangan yang benar dan kehadiran sabun dan air di dekat jamban dikaitkan dengan penurunan tingkat stunting. Praktik cuci tangan pakai sabun adalah salah satunya faktor penting yang terkait dengan pengurangan anak stunting (Hasan et al., 2022).

d. Rujukan

Perawakan pendek yang mengarah ke kelainan endokrin atau penyebab nonmalnutrisi lainnya dirujuk ke spesialis terkait sesuai etiologi (spesialis anak atau spesialis anak konsultan endokrinologi). *Stunting* dengan penyulit dan atau infeksi berat dapat dirujuk ke sarana kesehatan lengkap dengan layanan spesialistik (spesialis anak atau spesialis anak konsultan nutrisi dan penyakit metabolik). Bila ada gangguan oromotor dapat dirujuk ke spesialis kedokteran fisik dan rehabilitasi medik. Stunting yang tidak membaik dengan pemberian nutrisi yang adekuat dapat dirujuk ke dokter spesialis anak untuk evaluasi dan manajemen lebih lanjut (Batubara et al., 2017).

II.8 Pencegahan

a. Pencegahan Primer

Pencegahan primer dilakukan dari tingkat kader di posyandu. Kader melakukan pemantauan pertumbuhan, pengukuran Panjang Badan atau Tinggi Badan (PB atau TB) dan Berat Badan (BB) menggunakan alat dan metode pengukuran standar, serta edukasi kepada orang tua/pengasuh mengenai pemberian ASI eksklusif dan MPASI dengan kandungan gizi lengkap terutama protein hewani.

Saat pelaksanaan posyandu, diusahakan Pemberian Makanan Tambahan (PMT) yang mengandung protein hewani seperti telur, ayam, ikan, daging, susu dan produk olahannya. Jika didapatkan anak dengan PB atau TB berdasarkan usia dan jenis kelamin <-2 SD, BB/U <-2 SD, atau *weight faltering* (kenaikan berat tidak memadai) dan *growth deceleration* (perlambatan pertumbuhan linier), maka anak tersebut harus dirujuk ke Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) atau puskesmas. Penimbangan berat badan, dan pengukuran panjang badan di posyandu harus dilakukan setiap bulan untuk deteksi dini *weight faltering* (Kementerian Kesehatan RI, 2022).

b. Pencegahan Sekunder

Pencegahan sekunder dilakukan oleh dokter di fasilitas kesehatan tingkat pertama. Dokter melakukan konfirmasi pengukuran antropometrik sebelumnya dan penelusuran penyebab potensial *stunting*. Anak dengan berat badan rendah, *weight faltering* atau gizi kurang namun tidak berperawakan pendek (PB/U atau TB/U ≥ -2 SD) dapat diberikan Pangan untuk Keperluan Diet Khusus (PDK) sesuai indikasi dan/atau pangan padat energi yang mempunyai komposisi gizi yang memenuhi persyaratan PDK. Tindakan ini juga bertujuan untuk mencegah agar anak-anak dengan gangguan gizi tersebut tidak berlanjut menjadi *stunting*. Pemberian PDK diresepkan dan dipantau penggunaannya oleh dokter di FKTP.

Pada FKTP dapat dilakukan pemeriksaan penunjang dasar yang tersedia seperti pemeriksaan darah rutin, urinalisis, feses rutin dan tes Mantoux untuk kemungkinan infeksi tuberkulosis. Jika teridentifikasi ada penyebab medis atau komplikasi yang mendasari misalnya penyakit jantung bawaan, dan tata laksana dengan PKGK tidak menunjukkan respon yang adekuat selama 1 minggu, maka anak dirujuk ke dokter spesialis anak di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) (Kementerian Kesehatan RI, 2022).

c. Pencegahan Tersier

Pencegahan tersier dilakukan oleh dokter spesialis anak di FKRTL. Dokter spesialis anak melakukan konfirmasi diagnosis *stunting*. Dilakukan penelusuran perawakan pendek pada anak yang dibagi menjadi variasi normal atau patologis. Pada anak usia < 2 tahun nilai pertambahan panjang badan (*length increment*), sedangkan pada anak usia 2 tahun atau lebih dilakukan pemeriksaan usia tulang. Jika didapatkan kondisi patologis, bedakan antara proporsional akibat faktor pranatal atau pascanatal, dan disproportional pada displasia tulang dan kelainan genetik lain (Kementerian Kesehatan RI, 2022).

BAB III

METODE PENELITIAN

III.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang dilakukan adalah penelitian deskriptif dengan pendekatan *cross-sectional*. Penelitian ini merupakan penelitian dengan metode untuk menggambarkan suatu hasil penelitian pada satu waktu.

III.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi penelitian dilakukan di desa Dukuhrejosari, Kecamatan Ambal, Kabupaten Kebumen pada hari Jumat, 19 Mei 2023.

III.3 Sasaran Penelitian

Sasaran peserta adalah balita *stunting* di desa Dukuhrejosari, Kecamatan Ambal, Kabupaten Kebumen yang hadir pada kegiatan program “Kelas Balita *Stunting*” dari Puskesmas Ambal II.

III.4 Populasi Penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah balita *stunting* di desa Dukuhrejosari, Kecamatan Ambal, Kabupaten Kebumen yang hadir pada kegiatan kelas balita *stunting* dari Puskesmas Ambal II.

III.5 Sampel Penelitian

Sampel penelitian ini menggunakan *purposive sampling*, yaitu pemilihan sampel dengan cara memilih sampel diantarpopulasi sesuai dengan yang dikehendaki peneliti, sehingga sampel dapat mewakili karakteristik populasi yang ada (Nursalam, 2017).

III.6 Variabel Penelitian

a. Variabel Independen

Variabel independen dari penelitian ini adalah pola pemberian makan yang dilakukan kepada balita *stunting*.

b. Variabel Dependen

Variabel dependen dari penelitian ini adalah *stunting*

III.7 Definisi Operasional

Tabel 4. Definisi Operasional Penelitian

Variabel	Definisi	Parameter	Alat Ukur	Skala Ukur	Skor
Independen Pola Pemberian	Tindakan yang dilakukan	1. Jenis makanan (1, 2, 3,	Kuesioner <i>Child Feeding Questionnaire</i>	Ordinal	a. Sangat sering:4 b. Sering: 3

Makan	orang tua dalam pemenuhan gizi dari makanan yang dikonsumsi anak sesuai dengan usianya berdasarkan jenis makanan yang dikonsumsi, jumlah makanan yang dikonsumsi, dan jadwal makan anak	4,5) 2. Jumlah makanan (6, 7, 8, 9,10) 3. Jadwal makan (11,12, 13, 14,15)	(CFQ) Yang dimodifikasi dari (Camci, Basand Buyukkaragoz, 2014)		c. Jarang: 2 d. Tidak pernah: 1 Kategori pola pemberian makan diinterpretasikan dengan kategori tidak tepat: <55 % dan tepat : 55 % - 100 %.
Dependen <i>Stunting</i>	Indikasi masalah gizi yang sifatnya kronis sebagai akibat dari keadaan yang berlangsung lama	1. Pendek 2. Sangat Pendek	Hasil catatan posyandu desa Dukuhrejosari mengenai data TB bayi dan balita yang diukur menggunakan <i>microtoise / length board</i>	Ordinal	a. Pendek: -3.0 SD s.d. < -2.0 SD b. Sangat Pendek: < -3.0 SD

III.8 Instrumen Penelitian

a. Data Registrasi Bayi dan Balita desa Dukuhrejosari

Data yang didapat dari hasil catatan posyandu desa Dukuhrejosari mengenai data Usia, BB, TB bayi dan balita.

b. Kuesioner

Lembar kuesioner tentang pola pemberian makan yang sudah tervalidasi yang diajukan kepada responden saat wawancara.

III.9 Pengumpulan Data

a. Metode

Pengumpulan data diambil dari seluruh Ibu balita *stunting* yang datang pada kegiatan kelas balita *stunting* di desa Dukuhrejosari, tidak semua ibu balita *stunting* (sesuai data bulan sebelumnya) datang. Oleh karena itu, metode pengumpulan data berupa *purposive sampling*. Data yang diambil berupa data primer menggunakan

metode kuesioner yang diisi oleh ibu balita *stunting* yang didampingi oleh peneliti.

b. Teknik

Jenis data yang digunakan adalah data primer dan data sekunder. Data primer didapatkan melalui observasi dan wawancara menggunakan kuesioner dari *Child Feeding Questionnaire* (CFQ) yang dimodifikasi dari (Camci, Bas and Buyukkaragoz, 2014) yang telah diuji validitas dan reliabilitasnya untuk menilai pola pemberian makan. Data sekunder didapatkan dari registrasi anak bayi dan balita di Posyandu desa Dukuhrejosari, Kecamatan Ambal, Kabupaten Kebumen dan dikonversikan ke dalam nilai terstandar (Zscore) dengan menggunakan baku antropometri anak balita WHO.

III. Alur Penelitian

- a. Ibu dan balita yang pada pengukuran bulan April 2023 dikategorikan *stunting* menghadiri kegiatan kelas Ibu balita *stunting*
- b. Ibu balita lalu mengisi kuesioner yang telah disediakan peneliti dengan didampingi peneliti
- c. Data hasil kuesioner diolah lalu disusun menjadi laporan

III. Pengolahan Data

a. *Editing*

Editing merupakan prosedur awal yang dilakukan setelah melakukan pengumpulan data melalui kuesioner. Pada proses ini peneliti melakukan pemeriksaan ulang.

b. *Coding*

Coding merupakan kegiatan merubah data dari huruf atau kalimat menjadi data angka yang telah disesuaikan definisi operasional.

c. *Data Entry*

Data Entry merupakan prosedur memindahkan hasil data ke aplikasi pengolahan statistik (Microsoft Excel) dari responden setelah melakukan kegiatan *editing*.

d. *Cleaning*

Cleaning merupakan pengecekan kesesuaian data pada komputer dengan kategori yang sudah ditetapkan dengan tujuan untuk mencegah adanya kesalahan dan ketidaklengkapan data, sehingga harus dilakukan koreksi data.

III.12 Analisis Data

Data yang telah diperoleh dari proses pengumpulan data akan diubah ke dalam bentuk tabel. Analisis data dapat dilakukan dengan cara deskriptif dengan melihat persentase data yang terkumpul dan disajikan tabel distribusi frekuensi kemudian dicari berdasarkan persentase jawaban masing-masing responden.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

IV.1 Hasil Penelitian

a. Gambaran Karakteristik Balita *Stunting*

Gambaran karakteristik responden di desa Dukuhrejosari, kecamatan Ambal, Kabupaten Kebumen dapat dilihat pada tabel 5.

Tabel 5. Gambaran Karakteristik Responden

Keterangan	Jumlah	Persentase
Kelompok Usia Balita <i>Stunting</i>		
0-24 tahun	9	42,86%
25-59 tahun	12	57,14%
Total	21	100,00%
Jenis Kelamin Balita <i>Stunting</i>		
Laki-laki	10	47,62%
Perempuan	11	52,38%
Total	21	100,00%
Klasifikasi Berat Badan Lahir		
Berat Badan Lahir Normal (BBLN)	20	95,24%
Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)	1	4,76%
Total	21	100,00%
Klasifikasi Panjang Badan Lahir		
Panjang Badan Lahir Normal (PBLN)	17	80,95%
Panjang Badan Lahir Rendah (PBLR)	4	19,05%
Total	21	100,00%
Klasifikasi Tinggi Badan berdasarkan Usia (TB/U)		
Pendek	13	61,9%
Sangat Pendek	8	38,1%
Total	21	100,00%
Pekerjaan Ibu		
Ibu Rumah Tangga	21	100,00%
Petani	0	0,00%
Wiraswasta	0	0,00%
PNS / TNI	0	0,00%
Lainnya	0	0,00%
Total	21	100,00%
Pendidikan Ibu		
Tidak Sekolah	0	0,00%
SD / MI	5	23,81%
SMP / MTs	6	28,57%
SMA / MA	7	33,33%

SMK / MAK	3	14,29%
S1	0	0,00%
Total	21	100,00%
Penghasilan Orang Tua		
Dibawah UMK Kebumen	20	95,24%
Diatas UMK Kebumen	1	4,76%
Total	21	100,00%

Sumber: Data Primer, 2023

Berdasarkan data diatas, usia balita 25-59 tahun terbanyak dengan 12 responden (57,14%), jenis kelamin perempuan terbanyak dengan 11 responden (52,38%), berat badan lahir normal terbanyak dengan 20 responden (95,24%), dan panjang badan lahir normal terbanyak dengan 17 responden (80,95%). Berdasarkan TB/U, klasifikasi pendek menjadi terbanyak dengan 13 responden (61,9%) dan sangat pendek sejumlah 8 responden (38,1%). Berdasarkan pekerjaan Ibu, seluruh pekerjaan Ibu adalah Ibu Rumah Tangga (21 responden, 100,00%), dan pendidikan tertinggi, yaitu SMA / MA dengan 7 responden (33,33%). Berdasarkan penghasilan, mayoritas responden (20 responden) memiliki penghasilan di bawah UMK Kebumen (95,24%).

b. Gambaran Jenis Makanan

Gambaran jenis makanan balita *stunting* di desa Dukuhrejosari, kecamatan Ambal, Kabupaten Kebumen dapat dilihat pada tabel 6.

Tabel 6. Gambaran Jenis Makanan

Keterangan	Jumlah	Persentase
Pemberian Menu Seimbang		
Sangat Sering	2	9,52%
Sering	13	61,90%
Jarang	6	28,57%
Tidak Pernah	0	0,00%
Total	21	100,00%
Pemberian Lemak		
Sangat Sering	1	4,76%
Sering	17	80,95%
Jarang	3	14,28%
Tidak Pernah	1	4,76%
Total	21	100,00%
Pemberian Karbohidrat		
Sangat Sering	5	23,80%
Sering	15	71,42%
Jarang	1	4,76%
Tidak Pernah	0	0,00%
Total	21	100,00%

Pemberian Protein

Sangat Sering	3	14,28%
Sering	14	66,67%
Jarang	4	19,05%
Tidak Pernah	0	0,00%
Total	21	100,00%

Pemberian Makanan Mengandung Vitamin

Sangat Sering	0	0,00%
Sering	13	61,90%
Jarang	8	38,09%
Tidak Pernah	0	0,00%
Total	21	100,00%

Sumber: Data Primer, 2023

Berdasarkan data diatas, pemberian jenis makanan dengan menu seimbang (nasi, lauk, sayur, buah, dan susu) pada anak setiap hari dilakukan secara sering oleh 13 responden (61,90%), pemberian jenis makanan dengan menu yang mengandung lemak (alpukat, kacang, daging, ikan, telur, susu) pada anak setiap hari dilakukan secara sering oleh 17 responden (80,95%), pemberian jenis makanan dengan menu yang mengandung karbohidrat (nasi, umbi-umbian, jagung, tepung) pada anak setiap hari dilakukan secara sering oleh 15 responden (71,42%), pemberian jenis makanan dengan menu yang mengandung protein (daging, ikan, kedelai, telur, kacang-kacangan, susu) pada anak setiap hari dilakukan secara sering oleh 14 responden (66,67%), dan pemberian jenis makanan dengan menu yang mengandung vitamin (buah dan sayur) pada anak setiap hari dilakukan secara sering oleh 13 responden (61,90%).

c. Gambaran Jumlah Makanan

Gambaran jumlah makanan balita *stunting* di desa Dukuhrejosari, kecamatan Ambal, Kabupaten Kebumen dapat dilihat di tabel 7.

Tabel 7. Gambaran Jumlah Makanan

Keterangan	Jumlah	Persentase
Pemberian Nasi 1-3 Piring/Mangkok Tiap Hari		
Sangat Sering	3	14,28%
Sering	15	71,42%
Jarang	3	14,28%
Tidak Pernah	0	0,00%
Total	21	100,00%

Pemberian Lauk Hewani 2-3 Potong Tiap Hari

Sangat Sering	1	4,76%
Sering	10	47,62%
Jarang	10	47,62%
Tidak Pernah	0	0,00%
Total	21	100,00%

Pemberian Lauk Nabati 2-3 Potong Tiap Hari

Sangat Sering	1	4,76%
Sering	14	66,67%
Jarang	6	28,57%
Tidak Pernah	0	0,00%
Total	21	100,00%

Anak Menghabiskan Semua Makanan di Piring/Mangkok Tiap Makan

Sangat Sering	0	0,00%
Sering	10	47,62%
Jarang	9	42,86%
Tidak Pernah	2	9,52%
Total	21	100,00%

Pemberian Buah 2-3 Potong Tiap Hari

Sangat Sering	0	0,00%
Sering	8	38,10%
Jarang	10	47,62%
Tidak Pernah	3	14,28%
Total	21	100,00%

Sumber: Data Primer, 2023

Berdasarkan data diatas, pemberian jumlah makanan dengan makan nasi sejumlah 1-3 piring/mangkok pada anak setiap hari dilakukan secara sering oleh 15 responden (71,42%), pemberian jumlah makanan dengan lauk hewani (daging, ikan, telur, dsb) sejumlah 2-3 potong pada anak setiap hari dilakukan secara sering oleh 10 responden (47,62%), pemberian jumlah makanan dengan lauk nabati (tahu, tempe, dsb) sejumlah 2-3 potong pada anak setiap hari dilakukan secara sering oleh 14 responden (66,67%), anak *stunting* yang menghabiskan semua makanan yang ada di piring/mangkok dilaporkan sering oleh 10 responden (47,62%), dan pemberian jumlah makanan dengan buah sejumlah 2-3 potong pada anak setiap hari dilakukan secara jarang oleh 10 responden (47,62%).

d. Gambaran Jadwal Makan

Gambaran jadwal makanan balita *stunting* di desa Dukuhrejosari, kecamatan Ambal, Kabupaten Kebumen dapat dilihat di tabel 8.

Tabel 8. Gambaran Jadwal Makan

Keterangan	Jumlah	Persentase
Pemberian Makan Teratur 3 Kali Tiap Hari		
Sangat Sering	7	33,33%
Sering	9	42,86%
Jarang	5	23,81%
Tidak Pernah	0	0,00%
Total	21	100,00%
Pemberian Makanan Selingan 1-2 Kali Tiap Hari antara Makanan Utama		
Sangat Sering	4	19,05%
Sering	16	76,20%
Jarang	1	4,76%
Tidak Pernah	0	0,00%
Total	21	100,00%
Anak Makan Tepat Waktu		
Sangat Sering	2	9,52%
Sering	12	57,14%
Jarang	6	28,57%
Tidak Pernah	1	4,76%
Total	21	100,00%
Membuat Jadwal Makan Anak		
Sangat Sering	0	0,00%
Sering	18	85,71%
Jarang	0	0,00%
Tidak Pernah	0	0,00%
Total	21	100,00%
Pemberian Makan Tidak Lebih dari 30 Menit		
Sangat Sering	2	9,52%
Sering	9	42,86%
Jarang	9	42,86%
Tidak Pernah	1	4,76%
Total	21	100,00%

Sumber: Data Primer, 2023

Berdasarkan data diatas, pemberian jadwal makan secara teratur sebanyak 3 kali sehari (pagi, siang, sore/malam) pada anak dilakukan secara sering oleh 9 responden (42,86%), pemberian makanan selingan 1-2 kali sehari di antara makanan utama pada anak dilakukan secara sering oleh 16 responden (76,20%), pemberian makan secara tepat waktu pada anak dilakukan secara sering oleh 12 responden (57,14%), pembuatan jadwal makan pada anak yang dilakukan oleh ibu dikerjakan secara sering oleh 18 responden (85,71%), dan pemberian makan pada anak dengan maksimal waktu 30 menit dilakukan secara sering oleh 9 responden (42,86%) serta secara jarang oleh 9 responden (42,86%).

e. Gambaran Pola Pemberian Makan (Total Score)

Total score gambaran pola pemberian makan dapat dilihat di tabel 9.

Tabel 9. Gambaran Pola Pemberian Makan

Kategori	Interpretasi	Jumlah
< 55	Tidak Tepat	100,00%
>55	Tepat	0,00%
Total	21	100,00%

Sumber: Data Primer, 2023

Berdasarkan data diatas, seluruh responden menerapkan pola makan yang tidak tepat, yaitu 21 responden (100,00%).

IV.2 Pembahasan

Pola pemberian yang tepat merupakan pola pemberian makan yang sesuai dengan jenis makanan, jumlah makanan dan jadwal makan anak. Berdasarkan penelitian ini, seluruh responden belum menerapkan pola pemberian makan yang tepat pada balita *stunting* dengan kategori pendek maupun sangat pendek. Hal ini perlu menjadi perhatian karena pola pemberian makan yang diperoleh pada penelitian ini hanya menggambarkan keadaan anak balita sekarang, sedangkan menurut penelitian dari Priyono et al. (2015) status gizi balita *stunting* merupakan akumulasi dari kebiasaan makan terdahulu, sehingga pola pemberian makan pada hari tertentu tidak dapat langsung mempengaruhi status gizinya. Kunci keberhasilan dalam pemenuhan gizi anak terletak pada ibu. Kebiasaan makan yang baik sangat tergantung kepada pengetahuan dan keterampilan ibu akan cara menyusun makanan yang memenuhi syarat zat gizi (Suhardjo, 2003).

Peneliti juga menemukan beberapa fakta dari responden terkait pola pemberian makan balita *stunting* yang dirasa perlu adanya konsultasi dan pendampingan gizi. Beberapa balita terbiasa mengkonsumsi nasi dan kuah sayur saja, kemudian ada balita yang hanya suka makan bubur dengan alasan susah makan bahkan hingga usia lebih dari 2 tahun, serta pengolahan makanan yang kurang bervariasi dari ibu balita yang lebih memilih membeli makanan yang lebih praktis.

Jenis konsumsi makanan juga sangat menentukan status gizi anak. Hal ini disebabkan karena balita merupakan kelompok rawan gizi sehingga jenis makanan yang diberikan harus sesuai dengan kebutuhan tubuh anak dan daya cerna. Jenis makanan yang lebih variatif dan cukup nilai gizinya sangat penting untuk menghindari

anak kekurangan zat gizi. Pola pemberian makan yang baik harus dilakukan sejak dini dengan cara memberikan makanan yang bervariasi dan memberikan informasi kepada anak waktu makan yang baik. Dengan demikian, anak akan terbiasa dengan pola makan sehat.

Menurut peneliti, setiap ibu perlu belajar menyediakan makanan bergizi di rumah mulai dari jenis makanan yang beragam dengan jumlah yang sesuai dengan kebutuhan untuk setiap individu dalam rumah tangga. Pola konsumsi balita yang tidak terkontrol seperti kebiasaan jajan yang berlebihan harus diwaspadai oleh orang tua khususnya ibu. Jadwal pemberian makan yang ideal adalah tiga kali makanan utama dan dua kali makanan selingan yang bergizi untuk melengkapi komposisi gizi seimbang dalam sehari yang belum terpenuhi pada makanan utama.

Berdasarkan hasil pada tabel 2, didapatkan 9 responden dengan usia 0-24 tahun (42,86%), dan 12 responden dengan usia 25-59 tahun (57,14%). Perempuan menjadi responden terbanyak dengan 11 responden (52,38%), dengan laki-laki terdapat 10 responden (47,62%).

BBLN ditemukan pada 20 responden (95,24%), dan 1 responden yaitu BBLR (4,76%). Bayi yang berat lahirnya kurang dari 2500 gram atau BBLR memiliki risiko stunting 2 kali lebih tinggi dibanding bayi yang lahir dengan berat normal (≥ 2500 gram) atau BBLN. BBLR merupakan faktor predisposisi pencapaian pertumbuhan setelah lahir dan berhubungan dengan kelahiran prematur, hambatan pertumbuhan dalam kandungan (IUGR) atau keduanya. Anak BBLR mengalami kegagalan pertumbuhan pada usia dini hingga remaja dan kekurangan gizi berikutnya (Sagita & Siregar, 2022). PBLN ditemukan pada 17 responden (80,95%), dan 4 responden PBLR (19,05%). Bayi yang lahir dengan PBLR memiliki risiko menjadi *stunting* dalam waktu 6 bulan. Selain itu, penelitian lain menyimpulkan bahwa anak yang lahir dengan panjang badan <48 cm berisiko 5.06 kali untuk menjadi *stunting* (Mulyasari et al., 2022). Berdasarkan TB/U nya, terdapat 15 responden yang pendek (71,43%), dan 6 responden yang sangat pendek (28,57%). Hal ini merupakan kriteria antropometrik *stunting* yang berdasarkan indeks panjang badan atau tinggi badan menurut umur dan jenis kelamin yang jika hasilnya <-2 SD berdasarkan kurva WHO 2006 anak 0-5 tahun disebut sebagai *stunting* (Kementerian Kesehatan RI, 2022).

Seluruh 21 responden merupakan Ibu Rumah Tangga (100,00%). Ibu yang bekerja memiliki risiko lebih rendah menyebabkan anak *stunting* karena pekerjaan

dikaitkan dengan pendapatan dan standar hidup yang lebih tinggi (Noordiati et al., 2022). Pendidikan Ibu terbanyak yaitu SMA / MA dengan 7 responden (33,33%), SMP / MTs 6 responden (28,57%), SD / MI 5 responden (23,81%), dan SMK / MAK 3 responden (14,29%). Pendidikan ibu memiliki pengaruh terhadap kejadian *stunting*, ibu dengan pendidikan rendah berisiko lebih tinggi terhadap *stunting* dibandingkan ibu dengan pendidikan menengah dan tinggi. Ibu dengan pendidikan tinggi dapat memiliki perhatian pada kesehatan dan mengidentifikasi masalah kesehatan anaknya, serta memiliki pengetahuan yang baik pula tentang gizi dan pengasuhan anak, sehingga dapat mencegah *stunting* (Noordiati et al., 2022). Berdasarkan penghasilannya, 20 responden memiliki penghasilan di bawah UMK Kebumen (95,24%), dan 1 responden penghasilannya di atas UMK Kebumen (4,76%). Kondisi ekonomi rumah tangga memiliki pengaruh dalam pemenuhan asupan gizi dan layanan kesehatan di keluarga. Rumah tangga dengan sosial ekonomi tinggi biasanya lebih aman dalam memenuhi kebutuhan pangan anaknya (Haniarti et al., 2022).

BAB V

PENUTUP

V.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan, makan dapat disimpulkan:

- a. Karakteristik keluarga yang memiliki balita *stunting* di desa Dukuhrejosari, Kecamatan Ambal, Kabupaten Kebumen pada penelitian ini adalah sebagian besar adalah perempuan, mayoritas merupakan BBLN dan PBLN, pekerjaan ibu terbanyak adalah Ibu Rumah Tangga, tingkat pendidikan ibu terbanyak adalah lulusan SMA, dan penghasilan orang tua mayoritas dibawah UMK Kebumen.
- b. Sebagian besar keluarga balita *stunting* di desa Dukuhrejosari, Kecamatan Ambal, Kabupaten Kebumen sering memberikan menu seimbang (nasi, lauk, sayur, buah, dan susu) pada anak setiap hari, sering memberikan menu yang mengandung lemak (alpukat, kacang, daging, ikan, telur, susu) pada anak setiap hari, sering memberikan menu yang mengandung karbohidrat (nasi, umbi-umbian, jagung, tepung) pada anak setiap hari, sering memberikan menu yang mengandung protein (daging, ikan, kedelai, telur, kacang-kacangan, susu) pada anak setiap hari, dan sering memberikan menu yang mengandung vitamin (buah dan sayur) pada anak setiap hari.
- c. Sebagian besar keluarga balita *stunting* di desa Dukuhrejosari, Kecamatan Ambal, Kabupaten Kebumen sering memberikan makan nasi sejumlah 1-3 piring/mangkok pada anak setiap hari, sering memberikan makan dengan lauk hewani (daging, ikan, telur, dsb) sejumlah 2-3 potong pada anak setiap hari, sering memberikan makan dengan lauk nabati (tahu, tempe, dsb) sejumlah 2-3 potong pada anak setiap hari, jarang memberikan makan buah sejumlah 2-3 potong pada anak setiap hari, dan mayoritas anak *stunting* sering menghabiskan semua makanan yang ada di piring/mangkok.
- d. Mayoritas keluarga balita *stunting* di desa Dukuhrejosari, Kecamatan Ambal, Kabupaten Kebumen sering melaksanakan jadwal makan secara teratur sebanyak 3 kali sehari (pagi, siang, sore/malam) pada anak, sering memberikan makanan selingan 1-2 kali sehari di antara makanan utama pada anak, sering memberikan makan secara tepat waktu pada anak, sering membuat jadwal makan untuk anak, dan pemberian makan pada anak dengan maksimal waktu 30 menit dilakukan secara sering serta jarang (dengan presentase yang sama).

- e. Berdasarkan penelitian ini, seluruh responden belum menerapkan pola pemberian makan yang tepat pada balita *stunting* dengan kategori pendek maupun sangat pendek.

V.2 Saran

a. Bagi Puskesmas Ambal II

Petugas kesehatan yang berada di Puskesmas Ambal II dapat meningkatkan program-program yang sudah dilaksanakan, meningkatkan informasi terkait dengan *stunting* serta meningkatkan upaya penerapan perilaku hidup bersih dan sehat yang benar dalam rangka menurunkan angka kejadian infeksi. Evaluasi program penanganan *stunting* harus dilakukan secara berkala untuk memastikan program yang dilaksanakan tepat kegiatan dan tepat sasaran. Petugas Puskesmas khususnya Bidan dan petugas gizi harus aktif menemui masyarakat untuk memberikan informasi tentang pola pemberian makan yang tepat kepada orang tua khususnya Ibu yang memiliki balita *stunting*.

b. Bagi Orang Tua Balita

Ibu atau orang tua harus memperhatikan pemenuhan kebutuhan gizi anak balita. Hal yang penting adalah pemenuhan nutrisi dengan prinsip gizi seimbang dan beragam. Orang tua khususnya ibu yang setiap saat bersama balita dapat memberikan gizi seimbang dengan cara menentukan jenis makanan, jumlah makanan, dan jadwal makanan sesuai dengan kebutuhan anak sesuai usianya.

c. Bagi Peneliti Selanjutnya

1. Meneliti faktor pemberian makan lain yang berkaitan dengan *stunting*.
2. Mencari hubungan antara pola pemberian makan dengan kejadian *stunting*.
3. Mencari faktor pola pemberian makan yang paling berpengaruh dengan kejadian *stunting*.

DAFTAR PUSTAKA

- [Kemenkes RI] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2015) 'Infodatin - Situasi dan Analisis Gizi', *Kemenkes RI, Pusat data dan informasi*, pp. 1–7.
- Adriana, D. (2011) *Tumbuh Kembang dan Terapi Bermain pada Anak*. Jakarta: Salemba Medika.
- Adriani, M. dan Wirjatmadi, B. (2012) *Peranan Gizi dalam Siklus Kehidupan*. Edited by P. Group. Jakarta.
- Ames, G. E. *et al.* (2012) 'Eating self-efficacy: Development of a short-form WEL', *Eating Behaviors*. Elsevier Ltd, 13(4), pp. 375–378. doi: 10.1016/j.eatbeh.2012.03.013.
- Anindita, P. (2012) 'Hubungan Tingkat Pendidikan Ibu, Pendapatan Keluarga, Kecukupan Protein & Zinc dengan Stunting (Pendek) pada Balita Usia 6- 35 Bulan di Kecamatan Tembalang Kota Semarang', *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 1(2), pp. 617–626.
- Aridiyah, F. O., Rohmawati, N. dan Ririanty, M. (2015) 'Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kejadian Stunting pada Anak Balita di Wilayah Pedesaan dan Perkotaan (The Factors Affecting Stunting on Toddlers in Rural and Urban Areas)', *e-Jurnal Pustaka Kesehatan*, 3(1), pp. 163–170.
- Arisman (2009) *Gizi dalam Daur Kehidupan: Buku Ajar Ilmu Gizi*. Ed. 2. Jakarta:EGC.
- Asrar, M., Hamam, H. dan Dradjat, B. (2009) 'Pola Asuh, Pola Makan, Asupan Zat Gizi dan Hubungannya dengan Status Gizi Anak Balita Masyarakat Suku Nuaulu Kecamatan Amhai Kabupaten Maluku Tengah Provinsi Maluku', *Jurnal Gizi Klinik Indonesia*, 6(2). Available at: https://scholar.google.co.id/scholar?q=pola+makan+balita&btnG=&hl=id&as_sdt=0%2C5#6.
- Booth, D. A. and Booth, P. (2011) 'Targeting cultural changes supportive of the healthiest lifestyle patterns. A biosocial evidence-base for prevention of obesity', *Appetite*. Elsevier Ltd, 56(1), pp. 210–221. doi: 10.1016/j.appet.2010.12.003.
- Camci, N., Bas, M. and Buyukkaragoz, A. H. (2014) 'The psychometric properties of the Child Feeding Questionnaire (CFQ) in Turkey', *Appetite*. Elsevier Ltd, 78, pp. 49–54. doi: 10.1016/j.appet.2014.03.009.
- Damayanti, R. A., Muniroh, L. dan Farapti (2016) 'Perbedaan Tingkat Kecukupan Zat Gizi dan Riwayat Pemberian Asi Eksklusif Pada Balita Stunting Dan NonStunting', *Media Gizi Indonesia*, II(1), pp. 61–69.
- Ernawati, F., Rosmalina, Y. dan Permanasari, Y. (2013) 'Effect of the Pregnant Women ' S Protein Intake and Their Baby Length At Birth To the Incidence of Stunting Among Children Aged 12 Months', *Penelitian Gizi dan Makanan*, 36(1), pp. 1–11.

- Fatimah, S., Nurhidayah, I. dan Rakhmawati, W. (2008) 'Faktor-Faktor yang Berkontribusi terhadap Status Gizi pada Balita di Kecamatan Ciawi Kabupaten Tasikmalaya', 10(Xviii), pp. 37–51.
- Febry, A. B. dan Marendra, Z. (2008) *Buku Pintar Menu Balita*. Jakarta: Wahyu Media.
- Gibney, M. J., Margetts, B. M. and Kearney, J. M. (2004) *Public Health Nutrition*. Oxford: Blackwell Publishing Ltd.
- Gizi & Kesehatan Masyarakat, D. (2010) *Gizi dan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Gordon, N. H. and Halileh, S. (2013) 'An Analysis of Cross Sectional Survey Data of Stunting Among Palestinian Children Less Than Five Years of Age', pp. 1288–1296. doi: 10.1007/s10995-012-1126-4.
- Jayarni, D. E. dan Sumarmi, S. (2018) 'Hubungan Ketahanan Pangan dan Karakteristik Keluarga dengan Status Gizi Balita Usia 2 – 5 Tahun (Studi di Wilayah Kerja Puskesmas Wonokusumo Kota Surabaya)', *amerta nutrition*, pp. 44–51. doi: 10.20473/amnt.v2.i1.2018.44-51.
- Julia, M. dan Amin, N. A. (2014) 'Faktor sosiodemografi dan tinggi badan orang tua serta hubungannya dengan kejadian stunting pada balita usia 6-23 bulan', *Jurnal Gizi dan Dietetik Indonesia*, 2(3), pp. 170–177.
- Karp, S. M. *et al.* (2014) 'Parental feeding patterns and child weight status for Latino preschoolers', *Obesity Research & Clinical Practice*. Asia Oceania Assoc. for the Study of Obesity, 8(1), pp. e88–e97. doi: 10.1016/j.orcp.2012.08.193.
- Kemenkes, R. (2016a) 'Hasil Pemantauan Status Gizi (PSG) Tahun 2016'. Kemenkes, R. (2016b) 'InfoDATIN nfoDATIN'.
- Khoirun, N. dan Nadhiroh, S. R. (2015) 'Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Stunting pada Balita', *Media Gizi Indonesia*, 10(1), pp. 13–19.
- Losong, N. H. F. (2017) *Perbedaan Kadar Hemoglobin dan Asupan Zat Gizi pada Balita Stunting dan Non Stunting*. Surabaya.
- MCA (2013) 'Stunting dan Masa Depan Indonesia', 2010, pp. 2–5.
- Ngaisyah, R. . D. (2016) 'Hubungan riwayat lahir stunting dan BBLR dengan status gizi anak balita usia 1-3 tahun di Potorono, Bantul Yogyakarta', *Medika Respati*, 11(2), pp. 51–61.
- Niga, D. M. dan Purnomo, W. (2016) 'Hubungan Antara Praktik Pemberian Makan, Perawatan Kesehatan, dan Kebersihan Anak dengan Kejadian Stunting pada Anak Usia 1-2 Tahun di Wilayah Kerja Puskesmas Oebobo Kota Kupang', *Jurnal Wiyata*, 3(2), pp. 151–155.
- Nursalam (2017) *Metode Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis*. Edisi 4. Jakarta: Salemba Medika.
- Picauly, I. and Toy, S. M. (2013) 'Analisis Determinan dan Pengaruh Stunting terhadap Prestasi Belajar Anak Sekolah di Kupang dan Sumba Timur , NTT', *Jurnal Gizi dan Pangan*, 8(1), pp. 55–62.

- Priyono, D. I. P., Sulistiyani dan Ratnawati, L. Y. (2015) 'Determinan Kejadian Stunting pada Anak Balita Usia 12-36 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Randuagung Kabupaten Lumajang (Determinants of Stunting among Children Aged 12-36 Months in Community Health Center of Randuagung , Lumajang Distric)', *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 3(2), pp. 349–355.
- Purwarni, E. and Mariyam (2013) 'Pola Pemberian Makan Dengan Status Gizi pada Anak 1 sampai 5 Tahun di Kabuman Taman Pematang', *Jurnal Keperawatan Anak*, 1(1), pp. 30–36.
- Puspasari, N. dan Andriani, M. (2017) 'Hubungan Pengetahuan Ibu tentang Gizi dan Asupan Makan Balita dengan Status Gizi Balita (BB / U) Usia 12- 24 Bulan Association Mother ' s Nutrition Knowledge and Toddler ' s Nutrition Intake with Toddler ' s Nutritional Status (WAZ) at the Age 12 -24 M', pp. 369–378. doi: 10.20473/amnt.v1.i4.2017.369-378.
- Rahmatillah, D. K. (2018) 'Hubungan Pengetahuan Sikap dan Tindakan terhadap Status Gizi', *Amerta Nutrition*, pp. 106–112. doi: 10.20473/amnt.v2.i1.2018.106-112.
- Rahmayana, Ibrahim, I. A. dan Damayanti, D. S. (2014) 'Hubungan Pola Asuh Ibu Dengan Kejadian Stunting Anak Usia 24-59 Bulan Di Posyandu Asoka II Wilayah Pesisir Kelurahan Barombong Kecamatan Tamalate Kota Makassar', *Public Health Science Journal.*, VI(2).
- Ramos, C. V, Dumith, S. C. and César, J. A. (2015) 'Prevalence and factors associated with stunting and excess weight in children aged 0-5 years from the Brazilian semi-arid region &', *Jornal de Pediatria. Sociedade Brasileira de Pediatria*, 91(2), pp. 175–182. doi: 10.1016/j.jped.2014.07.005.
- Riskesdas (2013) *Pokok-pokok Hasil Riskesdas*.
- Saxton, J. *et al.* (2009) 'Maternal Education Is Associated with Feeding Style', *Journal of the American Dietetic Association. American Dietetic Association*, 109(5), pp. 894–898. doi: 10.1016/j.jada.2009.02.010.
- Septiana, R., Djannah, R. S. N. dan Djamil, M. D. (2010) 'Hubungan Antara Pola Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) dan Status Gizi Balita Usia 6-24 Bulan', *KES MAS*, 4(2), pp. 76–143.
- Soegianto, B., Wijono, D. dan Jawawi (2007) *Penilaian Status Gizi dan Baku Antropometri WHO-NCHS*. Surabaya: CV Duta Prima Airlangga.
- Sulistyoningsih, H. (2011) *Gizi untuk Kesehatan Ibu dan Anak*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Supariasa, I. D. N., Bachyar, B. and Fajar, I. (2001) *Penilaian Status Gizi*. Sutomo, B. dan Anggraini, D. Y. (2010) *Menu Sehat Alami untuk Balita dan Balita*. Jakarta: Demedia.
- Taguri, A. El *et al.* (2015) 'Risk factors for stunting among under-fives in Libya', 12(8), pp. 1141–1149. doi: 10.1017/S1368980008003716.

- Tim Riskesdas 2013 (2014) *Pokok-Pokok Hasil Riskesdas Indonesia Tahun 2013*. Jakarta: Lembaga Penerbitan Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- UNICEF FRAMEWORK (2007) 'A schematic overview of the factors known from international experience to cause chronic malnutrition, or stunting'.
- Waryono (2010) *Pemberian Makanan, Suplemen dan Obat pada Anak*. Jakarta:EGC.
- Welasasih, B. D. dan Wirjatmadi, R. B. (2008) 'Beberapa Faktor yang Berhubungan dengan Status Gizi Balita Stunting', *The Indonesian Journal of Public Health*, 8(3), pp. 99–104.
- Widodo, R. (2009) *Pemberian Makanan, Suplemen, & Obat pada Anak*. Edited by Amalia H. Hadinata. Jakarta: EGC.
- Yustianingrum, L. N. dan Adriani, M. (2017) 'Perbedaan Status Gizi dan Penyakit Infeksi pada Anak Baduta yang Diberi ASI Eksklusif dan Non ASI Eksklusif The Differences of Nutritional Status and Infection Disease in Exclusive Breastfeed and Non Exclusive Breastfeed Toddlers', pp. 415– 423. doi: 10.20473/amnt.v1.i4.2017.415-423.
- Zilda, O. dan Sudiarti, T. (2013) 'Faktor Risiko Stunting pada Balita (24-59 Bulan) di Sumatera', *Jurnal Gizi dan Pangan*, 8(3), pp. 175–180.

LAMPIRAN

Lampiran 1

Lembar Permohonan Menjadi Responden

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Dengan hormat,

Sehubungan dengan penyelesaian penyusunan tugas *mini project* Peserta Internsip Dokter Indonesia (PIDI) Puskesmas Ambal II, dengan ini saya:

Nama : dr. Darari Dini Hanifati

No. STR : 3121100122255645

No. Telp : 081282651996

Saya akan melakukan penelitian yang berjudul : “ **Gambaran Pola Pemberian Makan dengan Kejadian *Stunting* pada Balita di Desa Dukuhrejosari, Kecamatan Ambal, Kabupaten Kebumen, Jawa Tengah**”.

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk memaparkan gambaran pola pemberian makan dengan kejadian *stunting* pada balita. Untuk itu, saya mengharapkan kesediaan Ibu untuk mengisi kuesioner atau daftar pertanyaan yang telah disiapkan dengan sejujurnya atau apa adanya sesuai dengan apa yang Ibu rasakan. Saya akan menjamin kerahasiaan data serta identitas Ibu. Informasi yang Ibu berikan digunakan sebagai data dari tujuan penelitian, tidak akan dipergunakan untuk maksud lain. Partisipasi Ibu dalam kuesioner ini sangat saya hargai dan sebelumnya saya ucapkan terima kasih.

Ambal, Hormat Saya

dr. Darari Dini Hanifati

Lampiran 2

Lembar Persetujuan Menjadi Responden

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Umur :

Orangtua dari :

Telah mendapatkan keterangan secara terinci dan jelas mengenai :

1. Penelitian yang berjudul “Gambaran Pola Pemberian Makan, Pendidikan Ibu, serta Sanitasi dan Higienitas Lingkungan pada Balita Stunting di Desa Dukuhrejosari, Kecamatan Ambal, Kabupaten Kebumen, Jawa Tengah”.
2. Perlakuan yang akan diterapkan pada subyek
3. Manfaat ikut sebagai subyek penelitian
4. Bahaya yang akan timbul
5. Prosedur penelitian

Responden mendapat kesempatan mengajukan pertanyaan mengenai segala sesuatu yang berhubungan dengan penelitian tersebut. Oleh karena itu, saya (bersedia/tidak bersedia*) secara sukarela untuk menjadi responden penelitian dengan penuh kesadaran serta tanpa ada paksaan. Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya tanpa ada tekanan dari pihak manapun.

Peneliti I	Ambal, Responden
------------	---------------------

(dr. Darari Dini Hanifati)	()
----------------------------	-----

Peneliti II	Peneliti III
-------------	--------------

(dr. Nimas Anindyonari)	(dr. Faiz Adnan Makarim)
-------------------------	--------------------------

Saksi

()

*) Coret salah satu

Lampiran 3

Kuesioner Penelitian

KUESIONER PENELITIAN

GAMBARAN POLA PEMBERIAN MAKAN TERHADAP KEJADIAN STUNTING PADA BALITA *STUNTING* DI DESA DUKUHREJOSARI, KECAMATAN AMBAL, KABUPATEN KEBUMEN

Petunjuk pengisian:

1. Diisi oleh responden.
2. Isilah kuesioner ini dengan lengkap.
3. Berilah tanda silang (X) pada jawaban yang benar.

A. Data Demografi

1. Data Demografi Balita

- 1) Usia Balita : tahun..... bulan
- 2) Jenis Kelamin :
 - a. Laki-laki
 - b. Perempuan
- 3) Urutan Lahir :
- 4) Tinggi badan balita..... Cm
- 5) Hasil pengukuran TB/U :
 - a. Sangat pendek: Zscore < -3,0
 - b. Pendek : Zscore -3,0 s/d Zscore < -2,0

2. Demografi Ibu

- 1) Pekerjaan ibu :
- 2) Usia Ibu Tahun
- 3) Pendidikan Ibu :
- 4) Jumlah anak :
- 5) Apakah ada anak balita :
 - a. Ya

Kalau ada, anak ke berapa:

- b. Tidak

3. Demografi Keluarga

- 1) Penghasilan keluarga (menurut UMR Kebumen):.....
- 2) Jumlah anggota keluarga :

Kuesioner Pola Pemberian Makan
Child Feeding Questionnaire (CFQ)
(Camci, Bas and Buyukkaragoz, 2014)

Petunjuk pengisian: Berilah tanda centang (√) pada kolom jawaban yang tersedia

Keterangan:

SS : Jika pernyataan tersebut “**Sangat Sering**” anda lakukan jika

S : Jika pernyataan tersebut “**Sering**” anda lakukan

J : Jika pernyataan tersebut “**Jarang**” anda lakukan

TP : Jika pernyataan tersebut “**Tidak Pernah**” anda lakukan

Catatan:

Setiap makan memberikan lengkap “**Sangat Sering**”

Lengkap tapi tidak setiap hari memberikan “**Sering**”

Pernahmemberikan “**Jarang**”

No.	Pertanyaan	SS	S	J	TP	Skor
Jenis Makanan						
1.	Saya memberikan anak makanan dengan menu seimbang (nasi, lauk, sayur, buah, dan susu) pada anak saya setiap hari.					
2.	Saya memberikan anak makanan yang mengandung lemak (alpukat, kacang daging, ikan, telur, susu) setiap hari.					
3.	Saya memberikan anak makanan yang mengandung karbohidrat (nasi, umbi-umbian, jagung, tepung) setiap hari.					
4.	Saya memberikan anak makanan yang mengandung protein (daging, ikan, kedelai, telur, kacang-kacangan, susu) setiap hari.					
5.	Saya memberikan anak makanan yang mengandung vitamin (buah dan sayur) setiap hari.					
Jumlah Makanan						
6.	Saya memberikan anak saya makan nasi 1-3 piring/mangkok setiap hari.					

7.	Saya memberikan anak saya makan dengan lauk hewani (daging, ikan, telur, dsb) 2-3 potong setiap hari.					
8.	Saya memberikan anak saya makan dengan lauk nabati (tahu, tempe, dsb.) 2-3 potong setiap hari.					
9.	Anak saya menghabiskan semua makanan yang ada di piring/mangkok setiap kali makan.					
10.	Saya memberikan anak saya makan buah 2-3 potong setiap hari.					
Jadwal Makan						
11.	Saya memberikan makanan pada anak saya secara teratur 3 kali sehari (pagi, siang, sore/malam).					
12.	Saya memberikan makanan selingan 1-2 kali sehari diantara makanan utama.					
13.	Anak saya makan tepat waktu.					
14.	Saya membuat jadwal makan anak.					
15.	Saya memberikan makan anak saya tidak lebih dari 30 menit.					

Lampiran 4

Dokumentasi Penelitian



Lampiran 5 Data Statistik

Keterangan	Jumlah	Persentase
Kelompok Usia Balita Stunting		
0-24 tahun	9	42,86%
25-59 tahun	12	57,14%
Total	21	100,00%
Jenis Kelamin Balita Stunting		
Laki-laki	10	47,62%
Perempuan	11	52,38%
Total	21	100,00%
Klasifikasi Berat Badan Lahir		
BBLN	20	95,24%
BBLR	1	4,76%
Total	21	100,00%
Klasifikasi Panjang Badan Lahir		
PBLN	17	80,95%
PBLR	4	19,05%
Total	21	100,00%
Klasifikasi Tinggi Badan berdasarkan Usia (TB/U)		
Pendek	13	61,9%
Sangat Pendek	8	38,1%
Total	21	100,00%

Pekerjaan Ibu		
Ibu Rumah Tangga	21	100,00%
Petani	0	0,00%
Wiraswasta	0	0,00%
PNS / TNI	0	0,00%
Lainnya	0	0,00%
Total	21	100,00%
Pendidikan Ibu		
Tidak Sekolah	0	0,00%
SD / MI	5	23,81%
SMP / MTs	6	28,57%
SMA / MA	7	33,33%
SMK / MAK	3	14,29%
S1	0	0,00%
Total	21	100,00%
Penghasilan Orang Tua		
Dibawah UMK Kebumen	20	95,24%
Diatas UMK Kebumen	1	4,76%
Total	21	100,00%

Sumber Air Minum		
Opsi	Jumlah	Persentase
Air Untuk Minum		
Air Ledeng / PAM	0	0,00%
Sumur Bot / Pompa / Gali	18	85,71%
Penampungan Air Hujan	0	0,00%
Air Mineral Kemasan	0	0,00%
Air Isi Ulang	3	14,29%
Lainnya	0	0,00%
Total	21	100,00%
Jarak sumber air dengan tempat penampungan kotoran		
< 10 meter	8	38,10%
> 10 meter	13	61,90%
Total	21	100,00%
Pengolahan air minum untuk kebutuhan minum		
Dimasak	19	90,48%
Klorinasi	0	0,00%
Menggunakan Saringan	0	0,00%
Tidak Diolah	2	9,52%
Lainnya	0	0,00%
Total	21	100,00%
Air Minum di tempatkan di Wadah Tertutup		
Ya	21	100,00%
Tidak	0	0,00%
Total	21	100,00%

Kualitas Air Berasa		
Ya	3	14,29%
Tidak	18	85,71%
Total	21	100,00%
Kualitas Air Berbau		
Ya	2	9,52%
Tidak	19	90,48%
Total	21	100,00%
Kualitas Air Berwarna		
Ya	3	14,29%
Tidak	18	85,71%
Total	21	100,00%
Kualitas Air Keruh		
Ya	0	0,00%
Tidak	21	100,00%
Total	21	100,00%

Sanitasi		
Opsi	Jumlah	Persentase
Rumah Tangga memiliki Jamban		
Ya	18	85,71%
Tidak	3	14,29%
Total	21	100,00%
Apa jenis Jamban (N = 18)		
Leher Angsa	11	61,11%
Cemplung	7	38,89%
Plongsengan	0	0,00%
Total	18	100,00%
Dimana anggota rumah tangga buang air besar (N = 3)		
WC tetangga / umum	3	100,00%
Pekarangan	0	0,00%
Sungai / selokan / pantai / laut	0	0,00%
Semak-semak / tempat terbuka	0	0,00%
Lainnya	0	0,00%
Total	3	100,00%

Tempat penyaluran akhir tinja		
Tangki septik	14	66,67%
Lubang tanah	4	19,05%
Sungai / selokan / pantai / laut	3	14,29%
Kebun / tanah lapang	0	0,00%
Lainnya	0	0,00%
Total	21	100,00%
Ada SPAL		
Ya	11	52,38%
Tidak	10	47,62%
Total	21	100,00%
Jenis SPAL		
Tertutup	8	72,73%
Terbuka	3	27,27%
Total	11	100,00%

Ada genangan di saluran air limbah		
Ya	7	33,33%
Tidak	14	66,67%
Total	21	100,00%
Ada pembuangan sampah di rumah		
Ya	18	85,71%
Tidak	3	14,29%
Total	21	100,00%
Memiliki penutup		
Ya	5	27,78%
Tidak	13	72,22%
Total	18	100,00%
Pengolahan Sampah di Rumah		
Diangkut Petugas	0	0,00%
Dikubur	1	4,76%
Dibakar	20	95,24%
Dibuang Sembarangan	0	0,00%
Lainnya	0	0,00%
Total	21	100,00%

Opsi	Jumlah	Persentase
Balita mencuci tangan dengan air mengalir		
Ya	21	100,00%
Tidak	0	0,00%
Total	21	100,00%
Balita mencuci tangan sebelum makan		
Ya	21	100,00%
Tidak	0	0,00%
Total	21	100,00%
Balita mencuci tangan setelah BAB/BAK		
Ya	20	95,24%
Tidak	1	4,76%
Total	21	100,00%
Balita mencuci tangan setiap tangan kotor		
Ya	18	85,71%
Tidak	3	14,29%
Total	21	100,00%
Balita mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir kurang lebih 15-20 detik		
Ya	16	76,19%
Tidak	5	23,81%
Total	21	100,00%