

SKRIPSI

**ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PENCEGAHAN
STUNTING PADA ANAK USIA 2-5 TAHUN BERDASARKAN TEORI
*HEALTH PROMOTION MODEL (HPM)***

PENELITIAN DESKRIPTIF ANALITIK



**Oleh :
RIBKA PUTRI SHOLECHA
NIM. 131711123070**

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2018**

SKRIPSI

**ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PENCEGAHAN
STUNTING PADA ANAK USIA 2-5 TAHUN BERDASARKAN TEORI
*HEALTH PROMOTION MODEL (HPM)***

PENELITIAN DESKRIPTIF ANALITIK

Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)
Pada Program Studi Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga



Oleh :
RIBKA PUTRI SHOLECHA
NIM. 131711123070

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2018**

SURAT PERNYATAAN

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di Perguruan Tinggi manapun.

Surabaya, 21 Januari 2019

Yang Menyatakan



Ribka Putri Sholecha

131711123070

HALAMAN PERNYATAAN
PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN
AKADEMIS

Sebagai civitas akademik Universitas Airlangga, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ribka Putri Sholecha
NIM : 131711123070
Program Studi : Keperawatan
Fakultas : Keperawatan
Jenis Karya : Skripsi

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Airlangga **Hak Bebas Royalti Non eksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul:

“Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Pencegahan Stunting Pada Anak Usia 2-5 Tahun Berdasarkan Teori *Health Promotion Model* (HPM)” beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non eksklusif ini Universitas Airlangga berhak menyimpan, alihmedia/format, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Surabaya, 21 Januari 2019

Menyatakan,

Ribka Putri Sholecha

LEMBAR PERSETUJUAN

**ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PENCEGAHAN
STUNTING PADA ANAK USIA 2-5 TAHUN BERDASARKAN TEORI
HEALTH PROMOTION MODEL (HPM)**

Oleh :

Ribka Putri Sholecha

NIM. 131711123070

SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI

TANGGAL, 21 JANUARI 2018

Oleh
Pembimbing Ketua



Dr. Esti Yumitasari, S.Kp., M.Kes

NIP.197706172003122002

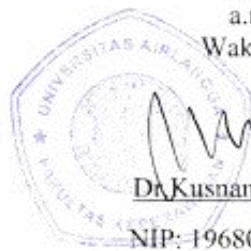
Pembimbing



Ni Ketut Alit Armini, S.Kp., M.Kes

NIP.197410292003122002

Mengetahui
a.n Dekan
Wakil Dekan 1



Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes

NIP: 196808291989031002

LEMBAR PENETAPAN PANITIA PENGUJI SKRIPSI

**ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PENCEGAHAN
STUNTING PADA ANAK USIA 2-5 TAHUN BERDASARKAN TEORI
HEALTH PROMOTION MODEL (HPM)**

Oleh:

Nama: Ribka Putri Sholecha

NIM: 131711123038

Telah diuji

Pada tanggal, 21 Januari 2018

PANITIA PENGUJI

Ketua : Dr. Yuni Sufyanti Arief, S.Kp.,M.Kes



Anggota : 1. Dr. Esti Yunitasari, S.Kp.,M.Kes



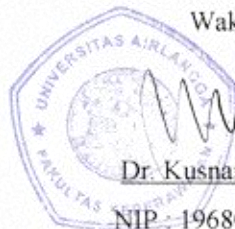
2. Ni Ketut Alit Armini, S.Kp., M.Kes



Mengetahui

a.n Dekan

Wakil Dekan I



Dr. Kusnanto, S.Kp.,M.kes

NIP. 196808291989031002

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji dan syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Kuasa, karena atas berkat, rahmat dan bimbinganNya, sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan skripsi dengan judul “Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Pencegahan Stunting Pada Anak Umur 2-5 Tahun Berdasarkan Teori *Health Promotion Model* (HPM)”. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep) pada Program Studi S1 Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Bersama ini saya mengucapkan terima kasih kepada :

1. Prof. Dr. Nursalam M.Nurs (Hons) selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan dorongan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Studi S1 Keperawatan.
2. Dr. Kusnanto, S.Kp.,M.Kes selaku Wakil Dekan I Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, dorongan serta masukan kepada kami untuk menyelesaikan pendidikan Program Studi S1 Keperawatam.
3. Dr. Esti Yunitasari, S.Kp., M.Kes, selaku pembimbing I yang telah bersedia meluangkan waktu, membimbing dan memberikan arahan, semangat dan motivasi selama penyusunan skripsi ini.
4. Ni Ketut Alit Armini, S.Kp.,M.Kep, selaku pembimbing II yang senantiasa membimbing, memberikan arahan, motivasi dan inspirasi bagi penulis untuk menyelesaikan skripsi ini

5. Tiyas Kusumaningrum, S.Kep., Ns.,M.Kep selaku koordinator program studi.
6. Dosen serta Staf pengajar Program Studi Pendidikan S1 Keperawatan Fakultas Keperawatan UNAIR yang telah mendidik dan membimbing serta memberikan ilmu selama masa perkuliahan.
7. Bidan beserta asisten, kader Posyandu dan seluruh responden yang telah memfasilitasi dan sangat membantu dalam penelitian ini
8. Kedua orang tua saya, Ari Subiyanto dan Zuhairoh serta adik saya Hagar Fagri Isnaeni yang selalu memberikan semangat dan dukungan kepada saya.
9. Eko Prasetyo Nugroho yang selalu memberi semangat ketika mulai kehilangan semangat untuk mengerjakan
10. Sahabat terkasih saya sejak Diploma 3, Elizabeth Risha Murlina Lema dan Gaharuni Sahika Mutdinia yang telah memberikan semangat dalam menyelesaikan skripsi ini
11. Kak Edda, Mbak Vima dan Mbak Bestari, teman seperjuangan yang telah berjuang bersama dalam menyelesaikan skripsi
12. Teman-teman angkatan B20 yang selalu memberi motivasi untuk bekerja lebih keras
13. Terima kasih penulis sampaikan kepada semua pihak yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu, yang telah memberi motivasi dan bantuan hingga skripsi ini dapat terselesaikan.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun guna perbaikan skripsi ini.

Akhir kata penulis berharap semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi pembaca, perkembangan ilmu pengetahuan khususnya ilmu keperawatan dan juga bagi penulis sendiri.

Surabaya, 19 Januari 2019

Ribka Putri Sholecha

NIM. 131711123070

ABSTRACT

FACTORS ANALYSIS RELATED TO STUNTING PREVENTION IN CHILDREN AGED 2-5 YEARS BASED ON THEORY OF HEALTH PROMOTION MODEL (HPM)

By: Ribka Putri Sholecha

Introduction: Indonesia still faced nutritional problems like the high incidence of stunting in children aged 2-5 years. Stunting was a condition in which a children has a shorter height compared to the height of the other children at the same age. **Objective:** This study aimed to analyze the factors related to prevention of stunting in children based on Theory of the Health Promotion Model (HPM) **Method:** this study used a cross-sectional design. The population was mothers who have children aged 2-5 years. The samples taken were 141 people using purposive sampling technique. The independent variables in the study were prior related behaviour, education level, socio-economic status, perceived benefits to action and perceived barrier to action. Dependent variable in this study was prevention of stunting. Data were collected using questionnaire and analyzed using logistic regression with a significance level $\alpha < 0.05$. **Results:** 66.7% (94 people) had a level of stunting prevention behavior. Factors related to prevention of stunting were previous behaviors ($p = 0.03$). While for other independent factors was education level ($p = 0.74$), socio-economic status ($p = 0.07$), perceived benefits ($p = 0.35$) and perceived barriers to actions ($p = 0.31$) did not have a relation. **Discussion:** stunting prevention behavior in children aged 2-5 years based on Theory of the Health Promotion Model (HPM) influenced by prior related behavior while for education level, socio-economic status, perceived benefits to action and perceived barriers to action did not affected stunting prevention behavior in children aged 2 -5 years.

Keywords: prevention, stunting, health promotion model, child, Madura

ABSTRAK

ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PENCEGAHAN STUNTING PADA ANAK UMUR 2-5 TAHUN BERDASARKAN TEORI *HEALTH PROMOTION MODEL* (HPM)

Oleh : Ribka Putri Sholecha

Pendahuluan: Indonesia masih menghadapi permasalahan gizi yaitu tingginya kejadian anak balita yang mengalami *stunting*. *Stunting* adalah suatu kondisi dimana seorang mempunyai tinggi badan lebih pendek dibandingkan dengan tinggi badan orang seumuran pada umumnya. **Tujuan:** Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis faktor-faktor yang berhubungan dengan upaya pencegahan *stunting* pada balita berdasarkan Teori *Health Promotion Model* (HPM) **Metode:** penelitian ini berdesain korelasional dengan pendekatan *cross-sectional*. Populasi merupakan ibu yang memiliki anak usia 2-5 tahun. Sampel yang diambil sebanyak 141 orang dengan menggunakan teknik *purposive sampling*. Variabel *independent* dalam penelitian adalah perilaku sebelumnya, tingkat pendidikan, status sosial ekonomi, manfaat yang dirasakan dan hambatan terhadap tindakan yang dirasakan. Variabel *dependent* dalam penelitian ini adalah upaya pencegahan *stunting*. Data dikumpulkan menggunakan kuesioner dan dianalisis dengan menggunakan uji regresi logistik dengan tingkat signifikansi $\alpha < 0.05$. **Hasil:** sebanyak 66.7% (94 orang) mempunyai tingkat perilaku pencegahan *stunting*. Faktor yang berhubungan dengan upaya pencegahan *stunting* adalah perilaku sebelumnya ($p=0.03$). Sedangkan untuk faktor *independent* lain yaitu tingkat pendidikan ($p=0.74$), status sosial ekonomi ($p=0.07$), manfaat yang dirasakan ($p=0.35$) dan hambatan terhadap tindakan yang dirasakan ($p=0.31$) tidak memiliki hubungan **Diskusi:** perilaku pencegahan *stunting* pada anak usia 2-5 tahun berdasarkan Teori *Health Promotion Model* (HPM) dipengaruhi oleh perilaku sebelumnya (*prior related behaviour*) sedangkan untuk tingkat pendidikan, status sosial ekonomi, manfaat dari tindakan dan hambatan dari tindakan tidak mempengaruhi perilaku pencegahan *stunting* pada anak usia 2-5 tahun

Kata kunci : pencegahan, *stunting*, Teori *Health Promotion Model*, anak, Madura

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
SURAT PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	iii
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI	iv
LEMBAR PERSETUJUAN SKRIPSI	v
PENETAPAN PANITIA PENGUJI.....	vi
UCAPAN TERIMA KASIH.....	vii
ABSTRACT	x
ABSTRAK	xi
DAFTAR ISI.....	xii
DAFTAR GAMBAR.....	xv
DAFTAR TABEL.....	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xviii
DAFTAR SINGKATAN	xix
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan Penelitian.....	4
1.3.1 Tujuan umum	4
1.3.2 Tujuan khusus	4
1.4 Manfaat Penelitian.....	4
1.4.1 Teoritis	4
1.4.2 Praktis	5
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA.....	6
2.1 Balita	6
2.2.1 Definisi balita.....	6
2.2.2 Karakteristik balita	6
2.2 Kebutuhan Gizi Pada Balita	7
2.2.3 Definisi gizi.....	7
2.2.4 Jenis gizi.....	7
2.2.5 Faktor-faktor yang mempengaruhi kebutuhan gizi balita	9
2.2.6 Malnutrisi	11
2.2.7 Penilaian status gizi anak	11
2.2.8 Penilaian status gizi berdasarkan antropometri.....	13
2.2.8 Sifat indikator status gizi	14

2.3	Stunting	15
2.3.1	Definisi <i>stunting</i>	15
2.3.2	Etiologi.....	16
2.3.3	Faktor risiko <i>stunting</i>	18
2.3.4	Pengukuran <i>stunting</i>	21
2.3.5	Standar tinggi badan menurut umur	22
2.3.6	Manifestasi klinis	25
2.3.7	Perilaku pencegahan <i>stunting</i>	26
2.3.8	Dampak <i>stunting</i>	27
2.3.9	Intervensi <i>stunting</i>	28
2.4	Teori <i>Health Promotion Model</i> (HPM)	30
2.4.1	Definisi determinan <i>health promotion model</i> (HPM).....	31
2.5	Keaslian Penelitian Analisis Faktor Yang Berhubungan Pada Anak Umur 2-5 Tahun Berdasarkan Teori <i>Health Promotion Model</i> (HPM).....	37
BAB 3. KERANGKA KONSEPTUAL dan HIPOTESIS PENELITIAN.....		44
3.1	Kerangka Konseptual Penelitian.....	44
3.2	Hipotesis.....	46
BAB 4. METODE PENELITIAN		47
4.1	Desain Penelitian.....	47
4.2	Populasi, Sampel, dan Sampling	48
4.2.1	Populasi.....	48
4.2.2	Sampel	48
4.2.3	Besar Sampel.....	49
4.2.4	Teknik Sampling	50
4.3	Variabel dan Definisi Operasional.....	50
4.3.1	Variabel Penelitian	50
4.3.2	Definisi Operasional.....	51
4.4	Instrumen	56
4.5	Uji Validitas	59
4.6	Uji Reliabilitas	60
4.7	Lokasi dan Waktu Penelitian.....	61
4.8	Prosedur Pengumpulan Data	61
4.9	Kerangka Kerja	63
4.10	Analisa Data	63
4.11	Etik Penelitian	65
4.12	Keterbatasan.....	66

BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	67
5.1 Hasil Penelitian	67
5.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	67
5.1.2 Karakteristik Demografi Responden	69
5.1.3 Data Khusus	70
5.1.4 Variabel Yang Diukur	73
5.1.5 Analisis Multivariat.....	75
5.1.1 Tabulasi silang antara perilaku pencegahan <i>stunting</i> dengan tinggi badan anak	76
5.2 Pembahasan.....	76
5.2.1 Hubungan tingkat pendidikan dengan perilaku pencegahan <i>stunting</i>	76
5.2.2 Hubungan status sosial ekonomi dengan perilaku pencegahan <i>stunting</i>	78
5.2.3 Hubungan perilaku sebelumnya dengan perilaku pencegahan <i>stunting</i>	79
5.2.4 Hubungan manfaat dari tindakan dengan perilaku pencegahan <i>stunting</i> ...	81
5.2.5 Hubungan hambatan tindakan dengan perilaku pencegahan <i>stunting</i>	82
5.2.6 Faktor yang lebih dominan dengan perilaku pencegahan <i>stunting</i>	84
BAB 6 KESIMPULAN	86
6.1 Kesimpulan	86
6.2 Saran	87
DAFTAR PUSTAKA	88

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2	1	Teori Health Promotion Model (HPM).....	32
Gambar 3	1	Kerangka Konseptual Analisis Faktor Perilaku Pencegahan Stunting Pada Anak Umur 2-5 Tahun Berdasarkan Teori Health Promotion Model (HPM).....	44
Gambar 4	1	Kerangka operasional analisis faktor yang berhubungan dengan perilaku pencegahan stunting pada Anak Umur 2-5 Tahun berdasarkan teori Health Promotion Model (HPM).....	63

DAFTAR TABEL

Tabel 2 1	Spektrum rentang malnutrisi.....	11
Tabel 2 2	Klasifikasi status gizi	14
Tabel 2 3	Kategori dan ambang batas status gizi anak	21
Tabel 2 4	Standar tinggi badan menurut umur 0-24 bulan	22
Tabel 2 5	Standar tinggi badan menurut umur 24-60 bulan	23
Tabel 2 6	Standar tinggi badan menurut umur 0-24 bulan	24
Tabel 2 7	Standar tinggi badan menurut umur 24-60 bulan	24
Tabel 2 8	Keaslian Penelitian Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Pencegahan <i>Stunting</i> Pada Anak Umur 2-5 Tahun Berdasarkan Teori <i>Health Promotion Model</i> (HPM)	38
Tabel 4 1	Definisi Operasional Analisis Faktor Yang Berhubungan dengan Perilaku Pencegahan <i>Stunting</i> Pada Anak Umur 2-5 Tahun Berdasarkan Teori <i>Health Promotion Model</i> (HPM).....	52
Tabel 4 2	Blue print kuesioner nilai perilaku sebelumnya (Prior related behaviour)	57
Tabel 4 3	Blue print kuesioner nilai Manfaat dari tindakan (perceived benefits to action)	58
Tabel 4 4	Blue print kuesioner nilai hambatan terhadap tindakan (Perceived barrier to action).....	58
Tabel 4 5	Blue print kuesioner perilaku pencegahan <i>stunting</i>	59
Tabel 5. 1	Distribusi karakteristik demografi responden analisis faktor yang berhubungan dengan pencegahan <i>stunting</i> pada anak umur 2-5 tahun berdasarkan Teori <i>Health Promotion Model</i> (HPM) pada Desember 2018.....	69
Tabel 5. 2	Distribusi karakteristik demografi anak analisis faktor yang berhubungan dengan pencegahan <i>stunting</i> pada anak umur 2-5 tahun berdasarkan Teori <i>Health Promotion Model</i> (HPM) pada Desember 2018	70
Tabel 5.3	Distribusi Responden Berdasarkan Perilaku Sebelumnya yang Berhubungan Dengan Pencegahan <i>Stunting</i> Pada Anak Usia 2-5 Tahun Berdasarkan Teori <i>Health Promotion Model</i> (HPM) pada Desember 2018.....	71
Tabel 5.4	Distribusi Responden Berdasarkan Manfaat dari Tindakan yang Berhubungan Dengan Pencegahan <i>Stunting</i> Pada Anak Usia 2-5 Tahun Berdasarkan Teori <i>Health Promotion Model</i> (HPM) pada Desember 2018.....	71
Tabel 5.5	Distribusi Responden Berdasarkan Hambatan dari Tindakan yang Berhubungan Dengan Pencegahan <i>Stunting</i> Pada Anak Usia 2-5 Tahun Berdasarkan Teori <i>Health Promotion Model</i> (HPM) pada Desember 2018.....	72
Tabel 5.6	Distribusi Responden Berdasarkan Perilaku Pencegahan yang Berhubungan Dengan Pencegahan <i>Stunting</i> Pada Anak Usia 2-5 Tahun Berdasarkan Teori <i>Health Promotion Model</i> (HPM) pada Desember 2018.....	72

Tabel 5.7 Hubungan antara tingkat pendidikan dengan perilaku pencegahan stunting pada Desember 2018	73
Tabel 5.8 Hubungan antara status sosial ekonomi dengan perilaku pencegahan stunting pada Desember 2018	73
Tabel 5. 9 Hubungan antara perilaku sebelumnya dengan perilaku pencegahan stunting pada Desember 2018	74
Tabel 5. 10 Hubungan antara manfaat dari tindakan yang dirasakan dengan perilaku pencegahan stunting pada Desember 2018	74
Tabel 5.11 Hubungan antara hambatan terhadap tindakan dengan perilaku pencegahan stunting pada Desember 2018	75
Tabel 5.12 Hasil analisis multivariat faktor yang berhubungan dengan perilaku pencegahan stunting pada anak umur 2-5 tahun berdasarkan Teori Health Promotion Model (HPM) pada Desember 2018.....	75
Tabel 5. 13 Tabulasi silang antara perilaku pencegahan stunting dengan tinggi badan anak pada Desember 2018.....	76

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Permohonan Pengambilan Data Penelitian	94
Lampiran 2 Surat Laporan Selesai Penelitian	95
Lampiran 3 Surat Komisi Etik Penelitian Kesehatan.....	96
Lampiran 4 Lembar Permohonan Menjadi Responden Penelitian	97
Lampiran 5 Surat Pernyataan Bersedia Menjadi Responden.....	98
Lampiran 6 Lembar Kuesioner Data Demografi	99
Lampiran 7 Kuesioner Perilaku Pencegahan Stunting.....	100
Lampiran 8 Data Demografi Responden.....	103
Lampiran 9 Uji Validitas dan Reliabilitas.....	111
Lampiran 10 Data Distribusi Penelitian	113
Lampiran 11 Hasil Crosstab.....	116
Lampiran 12 Hasil Analisa Data Multivariat	127

DAFTAR SINGKATAN

SDM	: Sumber Daya Manusia
HPM	: <i>Health Promotion Model</i>
Dinkes	: Dinas Kesehatan
IMD	: Inisiasi Menyusui Dini
ASI	: Air Susu Ibu
Balita	: Bawah Lima Tahun
Kemenkes	: Kementrian Kesehatan
WHO	: <i>World Health Organization</i>
LILA	: Lingkar Lengan Atas
BB	: Berat Badan
TB	: Tinggi Badan
PB	: Panjang Badan
U	: Umur
GH	: <i>Growth Hormone</i>
ISPA	: Infeksi Salurap Pernafasan Akut
MP-ASI	: Makanan Pendamping Air Susu Ibu
KB	: Keluarga Berencana
JKN	: Jaminan Kesehatan Nasional
JAMPERSAL	: Jaminan Persalinan Universal
HBM	: Health Belief Model
IMT	: Indeks Massa Tubuh

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Indonesia masih menghadapi permasalahan gizi yang berdampak serius terhadap kualitas sumber daya manusia (SDM). Salah satu permasalahan gizi yang menjadi perhatian utama adalah tingginya kejadian anak balita yang mengalami pendek (*stunting*) (Kemenkes, 2017). Indonesia menduduki peringkat kelima dunia untuk jumlah anak dengan kondisi *stunting* dimana lebih dari sepertiga anak berusia dibawah lima tahun tingginya berada di bawah rata-rata (MCA Indonesia, 2013). Perilaku pencegahan *stunting* yang tidak teratasi akan menyebabkan dampak jangka pendek yaitu angka kematian dan kesakitan meningkat dan jangka panjang yaitu penurunan prestasi belajar, kapasitas dan produktifitas kerja (WHO, 2014). Balita pendek atau *stunting* adalah suatu kondisi pada anak yang gagal tumbuh karena kekurangan zat gizi kronis sehingga menimbulkan anak menjadi lebih pendek untuk usianya (Kemenkes, 2017). Teori *Health Promotion Model* menekankan pada peran aktif klien dalam mengatur perilaku sehatnya yang menjelaskan mengenai promosi kesehatan yang bertujuan sebagai pencegahan suatu penyakit (Pender, 2015).

Prevalensi balita sangat pendek cenderung menurun dari 18,8% pada tahun 2007 menjadi 18,0% pada tahun 2013 namun untuk pendek mengalami fluktuatif dari 18,0% pada tahun 2007 turun sedikit menjadi 17,1% pada tahun 2010 dan naik lagi menjadi 19,2% pada tahun 2013 (Trihono *et al.*, 2015). Prevalensi balita *stunting* di negara Indonesia pada tahun 2013 menurut kelompok umur 0-5 bulan sebanyak 36,6% pada kelompok umur 6-23 bulan sebanyak 39,2% dan meningkat pada kelompok umur 24-59 bulan sebanyak 41,7%. Pada tahun 2013 terjadi

peningkatan jumlah kasus gizi buruk di Jawa Timur yaitu dari tahun 2012 sebesar 8.410 kasus meningkat menjadi 11.056 kasus. Di Kabupaten Bangkalan pada tahun 2018 terdapat 16,84% (902 balita) yang mengalami indikator bayi pendek dan sangat pendek dimana paling banyak terjadi di Desa Galis sebanyak 20,6% (186 balita), Desa Bangkalan sebanyak 12,8% (116 balita), disusul desa Arosbaya sebanyak 10,7% (97 balita) (Dinkes Bangkalan, 2018).

Stunting terjadi akibat tidak terpenuhinya gizi kronis di 1000 hari pertama kehidupan yang mengakibatkan perkembangan anak terganggu. Periode emas 1000 hari pertama kehidupan yang tidak bisa tergantikan dimana kebutuhan gizi anak harus terpenuhi sehingga anak bisa berkembang optimal dan perkembangan otak anak terjadi dengan pesat (Trihono *et al.*, 2015). Anak yang mengalami *stunting* akan mengurangi kesempatan seorang anak untuk bertahan hidup dan juga menghalangi kesehatan, pertumbuhan dan perkembangan anak yang optimal dimana memiliki konsekuensi berbahaya jangka panjang untuk kemampuan kognitif, kinerja sekolah dan masa depan anak itu sendiri (UNICEF, 2013). *Stunting* dapat menyebabkan kualitas sumber daya manusia yang merupakan aset dan investasi bangsa yang lebih maju menjadi terhambat, produktifitas dan daya saing bangsa juga akan menurun (Kemenkes, 2013).

Perilaku pencegahan *stunting* menurut Kemenkes (2017) bahwa *stunting* dapat dicegah dengan melakukan inisiasi menyusui dini (IMD), berperilaku agar bayi mendapat kolostrum air susu ibu (ASI) dan memberikan hanya ASI saja sampai bayi berusia 6 bulan. Sedangkan di Madura masih terdapat perilaku etnik Madura yaitu masih praktik pembuangan kolostrum, pemberian makanan pendamping ASI terlalu dini (kurang dari 6 bulan), kurangnya konsumsi protein

hewani dan tidak memperolehnya imunisasi secara lengkap (Illahi and Muniroh, 2016). Hal ini menyebabkan *stunting* di Madura masih tinggi. Tingkat pendidikan ibu dan pendapatan keluarga merupakan faktor yang berhubungan nyata terhadap *stunting* pada balita (Nadhiroh, 2015). Keadaan air bersih, sanitasi yang kurang serta tingkat pendidikan yang rendah menjadi intervensi gizi sensitif yang merupakan perilaku pencegahan *stunting* melalui 1000 hari kehidupan pertama tidak tercapai, dimana keadaan tersebut menjadikan hambatan dari perilaku pencegahan *stunting* ('Biro Humas Prov. Jatim', 2017). Teori *Health Promotion Model* (HPM) menurut Nolla J Pender dimana teori ini untuk mendemonstrasikan hubungan antara manusia dengan lingkungan fisik dan interpersonalnya dalam berbagai dimensi. Pendekatan teori ini berfokus pada kemampuan individu untuk mempertahankan kondisi kesehatannya dengan keyakinan bahwa intervensi yang diberikan lebih baik melakukan tindakan pencegahan penyakit kemudian berusaha untuk melakukan tindakan yang mengarah kepada perbaikan kondisi yang dimilikinya (Pender, 2015). Oleh karena itu, perilaku pencegahan terjadinya *stunting* menjadi salah satu prioritas untuk dapat menciptakan manusia yang tinggi, sehat, cerdas dan berkualitas.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimanakah faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku pencegahan *stunting* pada anak umur 2-5 tahun berdasarkan Teori *Health Promotion Model* (HPM) di wilayah kerja Puskesmas Galis.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Menjelaskan faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku pencegahan *stunting* pada anak umur 2-5 tahun berdasarkan Teori *Health Promotion Model* (HPM) di wilayah kerja Puskesmas Galis.

1.3.2 Tujuan khusus

1. Menganalisis hubungan perilaku sebelumnya dengan perilaku pencegahan *stunting* pada anak umur 2-5 tahun di wilayah kerja Puskesmas Galis
2. Menganalisis hubungan tingkat pendidikan dengan perilaku pencegahan *stunting* pada Anak Umur 2-5 Tahun di wilayah kerja Puskesmas Galis
3. Menganalisis hubungan status sosial ekonomi dengan perilaku pencegahan *stunting* pada anak umur 2-5 tahun di wilayah kerja Puskesmas Galis
4. Menganalisis hubungan manfaat yang dirasakan dengan perilaku pencegahan *stunting* pada anak umur 2-5 tahun di wilayah kerja Puskesmas Galis
5. Menganalisis hubungan hambatan terhadap tindakan yang dirasakan dengan perilaku pencegahan *stunting* pada anak umur 2-5 tahun di wilayah kerja Puskesmas Galis

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Teoritis

Hasil penelitian ini dapat dijadikan bahan pengembangan ilmu keperawatan khususnya keperawatan maternitas dan anak terkait perilaku pencegahan *stunting* berdasarkan teori *Health Promotion Model* (HPM).

1.4.2 Praktis

1. Bagi ibu yang mempunyai bayi di bawah lima tahun

Memberikan motivasi bagi ibu yang mempunyai bayi di bawah lima tahun untuk melakukan perilaku pencegahan *stunting*

2. Bagi profesi keperawatan

Menambah wawasan dalam memberikan asuhan keperawatan untuk peningkatan perilaku pencegahan *stunting*

3. Bagi puskesmas

Hasil penelitian ini diharapkan menjadi informasi bagi Puskesmas terkait dengan perilaku pencegahan *stunting* sehingga dapat menjadi pertimbangan dalam peningkatan perilaku pencegahan *stunting* pada anak umur 2-5 tahun

4. Bagi peneliti

Menambah pengetahuan dan pengalaman dalam melakukan penelitian serta dapat menjadi acuan bagi peneliti selanjutnya dalam bidang keperawatan maternitas dan keperawatan anak khususnya mengenai perilaku pencegahan *stunting*

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Balita

2.2.1 Definisi balita

Menurut (Sutomo dan Anggraini, 2010), balita adalah istilah umum bagi anak usia 1 – 3 tahun (batita) dan anak prasekolah (3 – 5 tahun). Saat usia batita, anak masih tergantung penuh kepada orang tua untuk melakukan kegiatan penting, seperti mandi, buang air dan makan. Perkembangan berbicara dan berjalan sudah bertambah baik namun kemampuan lain masih terbatas.

Anak bawah lima tahun atau sering disingkat balita adalah anak yang berusia diatas satu tahunan atau dibawah lima tahun atau dengan perhitungan bulan 12-59 bulan (Kemenkes, 2010). Balita merupakan usia dimana anak mengalami pertumbuhan dan perkembangan yang sangat pesat (Kemenkes, 2013). Balita akan mengalami pertumbuhan dan perkembangan yang pesat pada masa ini. Jenis-jenis dari pertumbuhan antara pertumbuhan linier dan pertumbuhan masa jaringan (Supriasa, 2013).

2.2.2 Karakteristik balita

Menurut (Septiari, 2012) menyatakan karakteristik dibagi menjadi dua yaitu sebagai berikut :

1. Anak usia 1 – 3 tahun

Anak usia 1-3 tahun merupakan konsumen pasif artinya anak menerima makanan yang disediakan orang tuanya. Laju pertumbuhan usia balita lebih besar dari usia prasekolah, sehingga diperlukan jumlah makanan yang relatif besar. Perut yang lebih kecil menyebabkan jumlah makanan yang mampu

diterimanya dalam sekali makan lebih bila dibandingkan dengan anak yang usianya lebih besar oleh sebab itu pola makan yang diberikan adalah porsi kecil dengan frekuensi sering.

2. Anak usia prasekolah (3-5 tahun)

Usia 3-5 tahun anak menjadi konsumen aktif. Anak sudah mulai memilih makanan yang disukainya. Pada usia ini berat badan anak cenderung mengalami penurunan, disebabkan karena anak beraktivitas lebih banyak dan mulai memilih maupun menolak makanan yang disediakan orang tuanya

2.2 Kebutuhan Gizi Pada Balita

2.2.3 Definisi gizi

Zat gizi mempunyai fungsi penting terhadap nutrisi. Kebutuhan nutrisi tidak akan optimal jika tidak mengandung zat gizi yang lengkap. Komponen zat gizi dibutuhkan oleh nutrisi anak dan bayi dimana jumlahnya akan berbeda setiap umurnya (Alimul, 2005). Nutrisi anak yang terpenuhi secara maksimal akan memberikan lingkungan yang berharga untuk anak-anak yang sedang berkembang dan sebaliknya jika anak mengalami kekurangan nutrisi akan berefek terhadap pertumbuhan fisik, perkembangan otak, perkembangan intelektual dan fungsi lainnya (Kyle and Carman, 2014).

2.2.4 Jenis gizi

Menurut Sodikin (2012), makanan merupakan bahan organik yang diklasifikasikan menjadi tiga kelompok, protein, karbohidrat, dan lemak yang dapat ditemukan pada hewan atau sayur-sayuran. Walaupun demikian, zat gizi termasuk bahan yang memberikan gizi atau yang dapat digunakan tubuh seperti air, garam, mineral dan vitamin.

1. Karbohidrat

Karbohidrat merupakan senyawa organik yang paling banyak ditemukan dan melimpah di seluruh dunia. Fungsi dari karbohidrat itu sebagai penghasil energi, sebagai aksi pencadangan protein dan sebagai pengatur metabolisme lemak.

2. Lemak

Lemak merupakan senyawa karbon, hidrogen dan oksigen. Fungsi utama lemak adalah memberikan energi. Tiap gram lemak setelah proses oksidasi menghasilkan kurang lebih 9 kalori. Lemak juga berfungsi sebagai pelarut vitamin A, D, E dan K.

3. Protein

Protein merupakan senyawa yang berasal dari nitrogen organik yang sangat kompleks dengan asam amino sebagai unit penyusunnya. Protein berperan sebagai penunjang pertumbuhan (merupakan unsur matriks tulang dan gigi, kulit, kuku, rambut, sel darah dan serum), pengaturan proses tubuh dan energi.

4. Air

Air merupakan salah satu zat gizi makro esensial yang berarti bahwa air dibutuhkan tubuh dalam jumlah yang banyak untuk hidup sehat dan tubuh tidak bisa memproduksi air untuk memenuhi kebutuhan ini. Sekitar dua pertiga dari berat badan tubuh kita adalah air. Presentase kadar air dalam tubuh anak lebih tinggi dibandingkan dalam tubuh orang dewasa, sehingga anak memerlukan lebih banyak air untuk setiap kilogram berat badannya. Bagi tubuh, air berfungsi sebagai pengatur proses biokimia, pengatur suhu, pelarut, pembentuk atau

komponen sel dan organ, media transportasi zat gizi dan pembuangan sisa metabolisme, pelumas sendi dan bantalan organ (Kemenkes, 2014).

5. Vitamin

Vitamin merupakan bahan makanan organik. Dalam jumlah kecil, vitamin diperlukan untuk pertumbuhan normal dan kesehatan tubuh. Jumlah vitamin yang dibutuhkan tubuh sehari-harinya relatif kecil karena vitamin diperkirakan sebagai katalisator. Vitamin sangat dibutuhkan terutama oleh organ yang sedang tumbuh, sehingga tubuh sangat rentan terhadap defisiensi vitamin.

6. Mineral

Tubuh manusia memerlukan tujuh komponen mineral dalam jumlah besar. Komponen mineral yang dimaksud adalah kalium, klorida, magnesium, kalsium, fosfor, natrium, dan sulfur. Sedikitnya ada tujuh elemen dalam jumlah kecil (*trace elements*), seperti kobalt, tembaga, yodium, zat besi, mangan, selenium, dan zink. Elemen lain yang juga dibutuhkan adalah krom, fluorin dan molibdenum. Komponen mineral tersebut berperan penting dalam metabolisme tubuh manusia.

2.2.5 Faktor-faktor yang mempengaruhi kebutuhan gizi balita

Menurut (Sulistyoningsih, 2011) kebutuhan gizi dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu:

1. Umur

Bertambahnya umur seseorang maka kebutuhan gizi akan relatif lebih rendah untuk tiap kilogram berat badan. Misalnya, kebutuhan gizi balita berbeda dengan kebutuhan gizi orang dewasa.

2. Aktivitas

Aktivitas seseorang memerlukan energi yang berasal dari asupan makanan. Semakin tinggi aktivitas dan semakin berat yang dikerjakan maka asupan energi yang dibutuhkan dari nutrisi juga semakin tinggi. Hal ini dapat terjadi karena kebutuhan oksigen semakin meningkat.

3. Jenis kelamin

Laki-laki dewasa dan perempuan dewasa memiliki perbedaan dalam pemenuhan kebutuhan gizi. Hal ini karena jaringan penyusun tubuh dan aktivitas yang dilakukan.

4. Kondisi khusus (ibu hamil, menyusui, dan sakit)

Ibu hamil dan menyusui memerlukan asupan gizi yang tinggi dari pada ibu yang tidak dengan kondisi tersebut. Ibu yang sedang hamil dan menyusui, terjadi peningkatan metabolisme dan persiapan untuk memproduksi ASI kepada bayi. Pemenuhan gizi yang baik akan berpengaruh pada tumbuh kembang janin. Kondisi sakit yang dialami akan mempengaruhi kebutuhan gizi, karena pada fase pemulihan membutuhkan asupan protein yang lebih tinggi.

5. Tempat tinggal

Perbedaan tempat tinggal mempengaruhi kebutuhan gizi seseorang. Misalnya perbedaan pada seseorang yang tinggal di pegunungan dengan yang tinggal di pesisir yang panas. Orang yang tinggal di pegunungan akan membutuhkan energi yang cukup tinggi.

2.2.6 Malnutrisi

Spektrum dari rentang malnutrisi menurut (WHO, 2010) adalah

Tabel 2 1 Spektrum rentang malnutrisi

Kategori	Keterangan
Underweight	Berat badan ≤ 2 SD dengan umur
Stunting	Tinggi badan ≤ 2 SD dengan umur
Wasting	Berat badan ≤ 2 SD dengan tinggi badan dan umur
Defisiensi mikronutrien	Umumnya defisiensi Vitamin A, <i>iron</i> , <i>zinc</i> , <i>iodine</i> dan asam folat

2.2.7 Penilaian status gizi anak

Menurut (Dagleish *et al.*, 2007) penilaian status gizi dibagi menjadi dua yaitu secara langsung dan secara tidak langsung. Penilaian status gizi langsung dapat dibagi menjadi 4 (empat) yaitu:

1. Antropometri

Antropometri adalah berbagai macam pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh dari berbagai tingkat umur dan tingkat gizi. Berbagai jenis ukuran tubuh antara lain tinggi badan, berat badan, lingkar lengan atas (LILA), dan lingkar kepala.

a. Berat badan

Berat badan merupakan ukuran antropometri yang terpenting dan paling sering digunakan. Berat badan menggambarkan jumlah protein, lemak, air dan mineral pada tulang. Berat badan seseorang sangat dipengaruhi oleh beberapa factor antara lain : umur, jenis kelamin, aktifitas fisik, dan keturunan (Supariasa, 2013).

b. Tinggi badan atau panjang badan

Tinggi badan merupakan parameter yang penting bagi keadaan gizi yang telah lalu dan keadaan sekarang jika umur tidak diketahui dengan tepat. Dalam keadaan normal, tinggi badan tumbuh bersamaan dengan pertumbuhan umur (Supariasa, 2013).

c. Lingkar kepala

Lingkar kepala dapat digunakan sebagai pengukuran ukuran pertumbuhan lingkar kepala dan pertumbuhan otak, walaupun tidak sepenuhnya berkorelasi dengan volume otak. Pengukuran lingkar kepala merupakan prediktor terbaik dalam melihat perkembangan syaraf dan pertumbuhan global otak serta struktur internal (Dalglish *et al.*, 2007).

d. Lingkar lengan atas (LILA)

Lingkar lengan atas (LILA) merupakan gambaran keadaan jaringan otot dan lapisan lemak bawah kulit. LILA mencerminkan tumbuh kembang jaringan lemak dan otot yang tidak berpengaruh oleh cairan tubuh (Dalglish *et al.*, 2007).

2. Metode laboratorium

Metode laboratorium mencakup dua pengukuran yaitu uji biokimia dan uji fungsi fisik. Uji biokimia adalah mengukur status gizi dengan menggunakan peralatan laboratorium kimia. Tes fungsi fisik merupakan kelanjutan dari tes biokimia (Dalglish *et al.*, 2007).

3. Klinis

Pemeriksaan klinis biasanya dilakukan dengan bantuan perabaan, pendengaran, penglihatan, dan lainnya. Pemeriksaan klinis adalah pemeriksaan yang

dilakukan untuk mengetahui ada tidaknya gangguan kesehatan termasuk gangguan gizi yang dialami seseorang (Dalglish *et al.*, 2007).

4. Metode pengukuran konsumsi pangan

Metode ini merupakan penentuan zat gizi dengan melihat jumlah dan jenis zat gizi yang dikonsumsi. Asupan makan yang kurang akan mengakibatkan status gizi kurang. Sebaliknya, asupan makan yang lebih akan mengakibatkan status gizi lebih (Supriasa, 2013).

Untuk pengukuran status gizi secara tidak langsung menurut (Dalglish *et al.*, 2007) dibagi menjadi 2 yaitu :

1. Data vital statistik

Data vital statistik secara tidak langsung dapat digunakan untuk menilai status gizi, terutama pada kelompok penduduk tertentu. Angka-angka statistik kesehatan mempunyai hubungan yang erat dengan keadaan gizi masyarakat.

2. Faktor ekologi

Faktor ekologi yang mempengaruhi status gizi diantaranya adalah beberapa informasi ekologi yang berkaitan dengan penyebab gizi kurang. Informasi tersebut adalah data sosial ekonomi, data kependudukan, keadaan lingkungan fisik dan data vital statistik.

2.2.8 Penilaian status gizi berdasarkan antropometri

Status gizi anak balita 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 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).

Menurut (RISKESDAS, 2013) untuk menilai status gizi balita maka angka berat badan dan tinggi badan setiap balita dikonversikan ke dalam nilai terstandar (*Zscore*) menggunakan baku antropometri balita. Selanjutnya berdasarkan *Zscore* dari masing-masing indikator tersebut ditentukan status gizi balita dengan batasan sebagai berikut :

Tabel 2 2 Klasifikasi status gizi

Indeks	Kategori Status Gizi	Ambang Batas (Z-score)
Berat badan menurut umur (BB/U)	Gizi buruk	< -3 SD
	Gizi kurang	≥ -3 SD sampai dengan < -2 SD
	Gizi baik	$\geq -2,0$ SD
Berat badan menurut tinggi badan (BB/TB)	Sangat kurus	< -3 SD
	Kurus	-3 SD sampai dengan -2 SD
	Normal	-2 SD sampai dengan 2 SD
	Gemuk	> 2 SD
Panjang badan menurut umur (PB/U) atau tinggi badan menurut umur (TB/U)	Sangat pendek	< -3 SD
	Pendek	-3 SD sampai dengan -2 SD
	Normal	-2 SD sampai dengan 2 SD
	Tinggi	> 2 SD

2.2.8 Sifat indikator status gizi

Menurut (RISKESDAS, 2013), sifat indikator status gizi dibagi menjadi 3 yaitu sebagai berikut :

1. Indeks berat badan menurut umur (BB/U)

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

2. Indeks tinggi badan menurut umur (TB/U)

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

3. Indeks berat badan menurut tinggi badan (BB/TB)

Indeks ini memberikan indikasi masalah gizi yang sifatnya akut sebagai akibat dari peristiwa yang terjadi dalam waktu yang tidak lama (singkat). Misalnya terjadi wabah penyakit dan kekurangan makan (kelaparan) yang menyebabkan anak menjadi kurus. Indikator BB/TB dapat digunakan untuk identifikasi kurus dan gemuk.

2.3 Stunting

2.3.1 Definisi *stunting*

Stunting adalah salah satu kegagalan mencapai perkembangan fisik yang diukur berdasarkan tinggi badan menurut umur. Batasan *stunting* yaitu tinggi badan menurut umur berdasarkan *Z-score* sama dengan atau kurang dari -2 SD di bawah rata-rata standar (*Child, Standards and W H O, 2008*).

Stunting atau bayi pendek adalah suatu kondisi dimana seseorang mempunyai tinggi badan lebih pendek dibandingkan dengan tinggi badan orang seumuran pada umumnya (Kementerian Desa Pembangunan Daerah Tertinggal dan Transmigrasi, 2017).

Stunting adalah keadaan dimana asupan gizi yang kurang dalam waktu yang cukup lama karena pemberian makanan yang tidak sesuai dengan kebutuhan dapat

mengakibatkan kurang gizi kronis. Kondisi ini menyebabkan tinggi badan anak cenderung lebih pendek dengan anak lain seusianya. Selain itu, dampak lainnya perkembangan anak menjadi terganggu, penurunan fungsi kognitif, penurunan fungsi kekebalan tubuh, serta timbul risiko penyakit degeneratif misalnya diabetes mellitus, hipertensi, jantung koroner pada saat anak beranjak dewasa. *Stunting* terjadi pada saat janin masih dalam kandungan namun dapat terlihat saat anak sudah berusia 2 tahun (DINKES, 2015). *Stunting* terjadi mulai dari masih dalam kandungan dan baru nampak saat anak berusia 2 tahun (MCA Indonesia, 2013).

Dari beberapa penjelasan di atas dapat disimpulkan bahwa *stunting* adalah suatu keadaan dimana asupan gizi anak tidak tercukupi dalam waktu yang cukup lama yang dapat menyebabkan suatu kegagalan pertumbuhan fisik yaitu tinggi badan anak lebih pendek dibandingkan dengan tinggi badan anak seumurannya pada umumnya.

2.3.2 Etiologi

Penyebab dari *stunting* diantaranya dapat berupa varian yang diturunkan (*familial*), kelainan patologis, defisiensi hormon, kelainan kromosom (Klinis, Dokter and Indonesia, 2017).

1. *Stunting familial*

Perawakan pendek dapat disebabkan karena faktor genetik dari orang tua dan keluarga. Perawakan pendek yang disebabkan karena genetik dikenal sebagai *familial short stature* (perawakan pendek familial). Tinggi badan orang tua maupun pola pertumbuhan orang tua merupakan kunci untuk mengetahui pola pertumbuhan anak. Faktor genetik tidak tampak saat bayi lahir namun akan tampak setelah usia 2-3 tahun.

2. Kelainan patologis

Stunting patologis dibedakan menjadi proporsional dan tidak proporsional. *Stunting* proporsional meliputi malnutrisi, penyakit infeksi/kronik dan kelainan endokrin seperti defisiensi hormon pertumbuhan, hipotiroid, sindrom cushing, dan resistensi hormon pertumbuhan. *Stunting* tidak proporsional disebabkan oleh kelainan tulang seperti kondrodistrofi, displasia tulang, sindrom Turner, sindrom Prader-Willi, sindrom Down, sindrom Kallman, sindrom Marfan dan sindrom Klinefelter.

3. Defisiensi hormon

Growth hormon (GH) atau hormon pertumbuhan merupakan hormon esensial untuk pertumbuhan anak dan remaja. *Growth hormon* memiliki efek metabolik seperti merangsang *remodeling* tulang dengan merangsang aktivitas osteoklas dan osteoblas, merangsang lipolisis dan pemakaian lemak untuk menghasilkan energi, berperan dalam pertumbuhan dan membentuk jaringan serta fungsi otot serta memfasilitasi metabolisme lemak.

4. Kelainan kromosom

Penyakit genetik dan sindrom merupakan etiologi yang belum jelas diketahui penyebabnya berhubungan dengan *stunting*. Beberapa gangguan kromosom, displasia tulang dan suatu sindrom tertentu ditandai dengan perawakan pendek. Sindrom tersebut diantaranya sindrom Turner, sindrom Prader-Willi, sindrom Down dan displasia tulang seperti *Osteochondrodystrophies*, *achondroplasia*, *hipochondroplasia*.

2.3.3 Faktor risiko *stunting*

Menurut WHO (2014), faktor-faktor yang berkontribusi terhadap terjadinya *stunting* pada anak :

1. Zat gizi ibu hamil harus terpenuhi

Ibu hamil harus mendapatkan makanan dengan gizi yang lengkap, suplemen zat gizi (tablet zat besi atau Fe). Tingkat kecukupan zat besi yang inadekuat berdampak pada pertumbuhan linier anak yang dapat menyebabkan anak mengalami *stunting* (Dewi and Nindya, 2017).

2. Masalah pemberian ASI

Masalah-masalah terkait dengan praktik pemberian ASI meliputi *delayed initiation*, tidak memberikan ASI eksklusif serta penghentian konsumsi ASI yang terlalu dini. Pemberian ASI yang optimal merupakan kunci dalam pertumbuhan perkembangan anak, melindungi terhadap infeksi gastrointestinal. Pemberian ASI eksklusif dapat mengurangi tingkat kematian bayi yang dikarenakan berbagai penyakit yang menyimpannya seperti diare dan radang paru-paru serta mempercepat pemulihan bila anak sakit (Prihartini, 2014). Pemberian ASI yang kurang sesuai dapat menyebabkan bayi menderita gizi kurang dan gizi buruk. Padahal kekurangan gizi pada bayi akan berdampak pada gangguan psikomotor, kognitif, dan sosial serta secara klinis terjadi gangguan pertumbuhan (Ii and Pustaka, 2005). Balita yang tidak mendapatkan ASI eksklusif selama 6 bulan pertama mempunyai risiko terjadinya *stunting* dengan bayi yang mendapatkan ASI eksklusif (Nadhiroh, 2015).

3. Pemberian makanan pendamping yang tidak memadai

Pemberian makanan pendamping ASI (MP ASI) setelah bayi berusia lebih dari 6 bulan dalam jumlah dan waktu yang tepat serta frekuensi yang cukup akan mengurangi risiko terjadinya *stunting* karena anak akan terpenuhi kebutuhan akan zat gizinya. Kualitas dan kuantitas MP-ASI yang baik merupakan komponen penting dalam makanan karena mengandung sumber gizi makro dan mikro yang berperan dalam pertumbuhan linier yang dapat mencegah terjadinya *stunting*. Frekuensi pemberian MP-ASI yang kurang dan pemberian MP-ASI yang terlalu dini dapat meningkatkan risiko *stunting* (Mitra, 2015).

4. Infeksi

Anak usia di bawah 2 tahun sangat rentan terhadap infeksi. Infeksi yang sering dialami oleh anak misalnya diare, enteropati, infeksi saluran pernafasan akut (ISPA), malaria, berkurangnya nafsu makan karena infeksi dan inflamasi yang akan memperbesar kemungkinan terjadinya *stunting* yang akan mengakibatkan pertumbuhan mental dan fisiknya terganggu sehingga anak tidak akan berkembang secara maksimal.

5. Memantau pertumbuhan balita

Memantau pertumbuhan balita dapat dilakukan di posyandu yang merupakan perilaku strategis untuk mendeteksi dini terjadinya gangguan pertumbuhan. Kunjungan ke posyandu merupakan faktor risiko kejadian *stunting*. Anak dengan tingkat kehadiran ke posyandu rendah mempunyai risiko 3,1 kali untuk terjadi *stunting* apabila dibandingkan dengan anak yang rutin hadir ke posyandu (Destiadi, Nindya and Sumarmi, 2015).

6. Meningkatkan akses terhadap air bersih dan fasilitas sanitasi, serta menjaga kebersihan lingkungan

Sanitasi dan kebersihan lingkungan dapat menyebabkan gangguan pencernaan yang membuat energi untuk pertumbuhan berubah menjadi infeksi di dalam tubuh. Anak yang menderita diare maka kemungkinan ancaman *stunting* semakin besar pula. Selain itu, saat anak sakit, selera makan anak pun akan berkurang sehingga asupan gizi yang masuk dalam tubuh anak semakin rendah juga yang menyebabkan pertumbuhan sel otak terhambat (MCA Indonesia, 2013).

7. Status sosial ekonomi keluarga

Faktor sosial ekonomi yaitu meliputi data sosial yaitu keadaan penduduk, keadaan keluarga, pendidikan, perumahan, dapur penyimpanan makanan, dan sumber air. Sementara data ekonomi meliputi pekerjaan, pendapatan keluarga, kekayaan, pengeluaran dan harga makanan yang tergantung pada pasar dan variasi musim (Ii and Pustaka, 2005). Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Nadhiroh (2015) yaitu pendapatan keluarga yang rendah, pendidikan ibu yang rendah dan pengetahuan gizi ibu yang kurang merupakan faktor yang berhubungan dengan kejadian *stunting* pada balita.

Menurut (Aditianti, 2010) faktor risiko dari *stunting* lainnya yaitu :

1. Pendidikan orang tua

Tingkat pendidikan orang tua terutama ibu merupakan salah satu faktor yang sangat berpengaruh terhadap pola asuh anak meliputi pemberian makan, pola konsumsi dan status gizi anak. Ibu yang memiliki tingkat pendidikan tinggi akan lebih mudah menerima informasi mengenai gizi dan kesehatan anak.

2. Pelayanan kesehatan

Pelayanan kesehatan merupakan suatu akses untuk perilaku pencegahan penyakit serta pemeliharaan kesehatan seperti imunisasi, pemeriksaan kehamilan, pertolongan persalinan, penimbangan anak, penyuluhan kesehatan dan gizi. Ketidakterjangkauan pelayanan kesehatan menjadikan kendala bagi keluarga dan masyarakat yang berdampak pada status gizi anak.

3. Besar keluarga

Besar keluarga memengaruhi pola asuh untuk anak dimana semakin besar keluarga, semakin sedikit waktu dan perhatian ibu terhadap anak karena harus berbagi dengan anggota keluarga yang lainnya. Dengan semakin bertambahnya anggota keluarga namun makanan yang tersedia terbatas akan menyebabkan berkurangnya makanan yang didapat oleh anak sehingga dapat menimbulkan gangguan status gizi pada anak balita.

2.3.4 Pengukuran *stunting*

Pengukuran panjang badan (PB) digunakan untuk anak umur 0 sampai 24 bulan yang diukur dengan telentang. Bila anak umur 0 sampai 24 bulan diukur dengan berdiri, maka hasil pengukurannya dikoreksi dengan mengurangkan 0,7 cm. Pengukuran tinggi badan (TB) digunakan untuk anak umur di atas 24 bulan yang diukur berdiri. Bila anak umur diatas 24 bulan diukur telentang, maka hasil pengukurannya dikoreksi dengan mengurangkan 0,7 cm. Menurut Kemenkes (2010) kategori dan ambang batas status gizi anak sebagai berikut :

Tabel 2. 3 Kategori dan ambang batas status gizi anak

Indeks	Kategori Status Gizi	Ambang Batas (<i>Z-score</i>)
Panjang badan menurut umur (PB/U) atau tinggi	Sangat pendek	< -3 SD
	Pendek	-3 SD sampai dengan -2 SD

Indeks	Kategori Status Gizi	Ambang Batas (Z-score)
badan menurut umur (TB/U)	Normal	-2 SD sampai dengan 2 SD
	Tinggi	> 2 SD

2.3.5 Standar tinggi badan menurut umur

Standar panjang badan atau tinggi badan menurut umur (Kemenkes, 2010)

adalah sebagai berikut :

1. Anak laki-laki umur 0-24 bulan

Tabel 2 4 Standar tinggi badan menurut umur 0-24 bulan

Umur (bulan)	Panjang Badan (cm)						
	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
0	44,2	46,1	48,0	49,9	51,8	53,7	55,6
1	48,9	50,8	52,8	54,7	56,7	58,6	60,6
2	52,4	54,4	56,4	58,4	60,4	62,4	64,4
3	55,3	57,3	59,4	61,4	63,5	65,5	67,7
4	57,6	59,7	61,8	63,9	66,0	68,0	70,1
5	59,6	61,7	63,8	65,9	68,0	70,1	72,2
6	61,2	63,3	65,5	67,6	69,8	71,9	74,0
7	62,7	64,8	67,0	69,2	71,3	73,5	75,7
8	64,0	66,2	68,4	70,6	72,8	75,0	77,2
9	65,2	67,5	69,7	72,0	74,2	76,5	78,7
10	66,4	68,7	71,0	73,3	75,6	77,9	80,1
11	67,6	69,9	72,2	74,5	76,9	79,2	81,5
12	68,6	71,0	73,4	75,7	78,1	80,5	82,9
13	69,6	72,1	74,5	76,9	79,3	81,8	84,2
14	70,6	73,1	75,6	78,0	80,5	83,0	85,5
15	71,6	74,1	76,6	79,1	81,7	84,2	86,7
16	72,5	75,0	77,6	80,2	82,8	85,4	88,0
17	73,3	76,0	78,6	81,2	83,9	86,5	89,2
18	74,2	76,9	79,6	82,3	85,0	87,7	90,4
19	75,0	77,7	80,5	83,2	86,0	88,8	91,5
20	75,8	78,6	81,4	84,2	87,0	89,9	92,6
21	76,5	79,4	82,3	85,1	88,0	90,8	93,8
22	77,2	80,2	83,1	86,0	89,0	91,9	94,9
23	78,0	81,0	83,9	86,9	89,9	92,9	95,9
24	78,7	81,7	84,8	87,8	90,9	93,9	97,0

2. Anak laki-laki umur 24-60 bulan

Tabel 2 5 Standar tinggi badan menurut umur 24-60 bulan

Umur (bulan)	Panjang Badan (cm)						
	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
24	78,0	81,0	84,1	87,1	90,2	93,2	96,3
25	78,6	81,7	84,9	88,0	91,1	94,2	97,3
26	79,3	82,5	85,6	88,8	92,0	95,2	98,3
27	79,9	83,1	86,4	89,6	92,9	96,1	99,3
28	80,5	83,8	87,1	90,4	93,7	97,0	100,3
29	81,1	84,5	87,8	91,2	94,5	97,9	101,2
30	81,7	85,1	88,5	91,9	95,3	98,7	102,1
31	82,3	85,7	89,2	92,7	96,1	99,6	103,0
32	82,8	86,4	89,9	93,4	96,9	100,4	103,9
33	86,9	90,5	90,5	94,1	97,6	101,2	104,8
34	83,9	87,5	91,1	94,8	98,4	102,0	105,6
35	84,4	88,1	91,8	95,4	99,1	102,7	106,4
36	85,0	88,7	92,4	96,1	99,8	103,5	107,2
37	85,5	89,2	93,0	100,5	100,5	104,2	108,0
38	86,0	93,6	96,7	100,5	101,2	105,0	108,8
39	86,5	94,2	98,0	101,8	101,8	105,7	109,5
40	87,0	90,9	94,7	98,6	102,5	106,4	110,3
41	87,5	91,4	95,3	99,2	103,2	107,1	111,0
42	88,0	91,9	95,9	99,9	103,8	107,8	111,7
43	88,4	92,4	96,4	100,4	104,5	108,5	112,5
44	88,9	93,0	97,0	101,0	105,1	109,1	113,2
45	89,4	93,5	97,5	101,6	105,7	109,8	113,9
46	89,9	94,0	98,1	102,2	106,3	110,4	114,6
47	90,3	94,4	98,6	102,8	106,9	111,1	115,2
48	90,7	94,9	99,1	103,3	107,5	111,7	115,9
49	91,2	95,4	99,7	103,9	108,1	112,4	116,6
50	91,6	95,9	100,2	104,4	108,7	113,0	117,3
51	92,1	96,4	100,7	105,0	109,3	113,6	117,9
52	92,5	96,9	101,2	105,6	109,9	114,2	118,6
53	93,0	97,4	101,7	106,1	110,5	114,9	119,2
54	93,4	97,8	102,3	106,7	111,1	115,5	119,9
55	93,9	98,3	102,8	107,2	111,7	116,1	120,6
56	94,3	98,8	103,3	107,8	112,3	116,7	121,2
57	94,7	99,3	103,8	108,3	112,8	117,4	121,9
58	95,2	99,7	104,3	108,9	113,4	118,0	122,6
59	95,6	100,2	104,8	109,4	114,0	118,6	123,2
60	96,1	100,7	105,3	110,0	114,6	119,2	123,9

3. Anak perempuan umur 0-24 bulan

Tabel 2.6 Standar tinggi badan menurut umur 0-24 bulan

Umur (bulan)	Panjang Badan (cm)						
	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
0	43,6	45,4	47,3	49,1	51,0	52,9	54,7
1	43,6	45,4	47,3	49,1	51,0	52,9	54,7
2	51,0	53,0	55,0	57,1	59,1	61,1	63,2
3	53,5	55,6	57,7	59,8	61,9	64,0	66,1
4	55,6	57,8	59,9	62,1	64,3	66,4	68,6
5	57,4	59,6	61,8	64,0	66,2	68,5	70,7
6	58,9	61,2	63,5	65,7	68,0	70,3	72,5
7	60,3	62,7	65,0	67,3	69,6	71,9	74,2
8	61,7	64,0	66,4	68,7	71,1	73,5	75,8
9	62,9	65,3	67,7	70,1	72,6	75,0	77,4
10	64,1	66,5	69,0	71,5	73,9	76,4	78,9
11	65,2	67,7	70,3	72,8	75,3	77,8	80,3
12	66,3	68,9	71,4	74,0	76,7	79,2	81,7
13	67,3	70,0	72,6	75,2	77,8	80,5	83,1
14	68,3	71,0	73,7	76,4	79,1	81,7	84,4
15	69,3	72,0	74,8	77,5	80,2	83,0	85,7
16	70,2	73,0	75,8	78,6	81,4	84,2	87,0
17	71,1	74,0	76,8	79,7	82,5	85,4	88,2
18	72,0	74,9	77,8	80,7	83,6	86,5	89,4
19	72,8	75,8	78,8	81,7	84,7	87,6	90,6
20	73,7	76,7	79,7	82,7	85,7	88,7	91,7
21	74,5	77,5	80,6	83,7	86,7	89,8	92,9
22	75,2	78,4	81,5	84,6	87,7	90,8	94,0
23	76,0	79,2	82,3	85,5	88,7	91,9	95,0
24	76,7	80,0	83,2	86,4	89,6	92,9	96,1

4. Anak perempuan umur 24-60 bulan

Tabel 2.7 Standar tinggi badan menurut umur 24-60 bulan

Umur (bulan)	Panjang Badan (cm)						
	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
24	76,0	79,3	82,5	85,7	88,9	92,2	95,4
25	76,8	80,0	83,3	86,8	89,9	93,1	96,4
26	77,5	80,8	84,1	87,4	90,8	94,1	97,4
27	78,1	81,5	84,9	88,3	91,7	95,0	98,4
28	78,8	82,2	85,7	89,1	92,5	96,0	99,4
29	79,5	82,9	86,4	89,9	93,4	96,9	100,3
30	83,6	83,6	87,1	90,7	94,2	97,7	101,3

Umur (bulan)	Panjang Badan (cm)						
	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
31	80,7	84,3	87,9	91,4	95,0	98,6	102,2
32	81,3	84,9	88,6	92,2	95,8	99,4	103,1
33	81,9	85,6	89,3	92,9	96,6	100,3	103,9
34	82,5	86,2	89,9	93,6	97,4	101,1	104,8
35	83,1	86,8	90,6	94,4	98,1	101,9	105,6
36	83,6	87,4	91,2	95,1	98,9	102,7	106,5
37	84,2	88,0	91,9	95,7	99,6	103,4	107,3
38	84,7	88,6	92,5	96,4	100,3	104,2	108,1
39	85,3	89,2	93,1	97,1	101,0	105,0	108,9
40	85,8	89,8	93,8	97,7	101,7	105,7	109,7
41	86,3	90,4	94,4	98,4	102,4	106,4	110,5
42	86,8	90,9	95,0	99,0	103,1	107,2	111,2
43	87,4	91,5	95,6	99,7	103,8	107,9	112,0
44	87,9	92,0	96,2	100,3	104,5	108,6	112,7
45	88,4	92,5	96,7	100,9	105,1	109,3	113,5
46	88,9	93,1	97,3	101,5	105,8	110,0	114,2
47	89,3	93,6	97,9	102,1	106,4	110,7	114,9
48	89,8	94,1	98,4	102,7	107,0	111,3	115,7
49	90,3	94,6	99,0	103,3	107,7	112,0	116,4
50	90,7	95,1	99,5	103,9	108,3	112,7	117,1
51	91,2	95,6	100,1	104,5	108,9	113,3	117,7
52	91,7	96,1	100,6	105,0	109,5	114,0	118,4
53	92,1	96,6	101,1	105,6	110,1	114,6	119,1
54	92,6	97,1	101,6	106,2	110,7	115,2	119,8
55	93,0	97,6	102,2	106,7	111,3	115,9	120,4
56	93,4	98,1	102,7	107,3	111,9	116,5	121,1
57	93,9	98,5	103,2	107,8	112,5	117,1	121,8
58	94,3	99,0	103,7	108,4	113,0	117,7	122,4
59	94,7	99,5	104,2	108,9	113,6	118,3	123,1
60	95,2	99,9	104,7	109,4	114,2	118,9	123,7

2.3.6 Manifestasi klinis

Ciri-ciri *stunting* menurut Kementerian Desa Pembangunan Daerah Tertinggal dan Transmigrasi (2017) adalah :

1. Tanda pubertas terlambat

Anak-anak yang mengalami *stunting* akan memengaruhi perkembangan reproduksinya atau masa pubertas. Salah satu tanda pubertas pada remaja

perempuan adalah adanya menstruasi pertama kali yang disebut *menarche*. *Menarche* yang merupakan salah satu perkembangan reproduksi dipengaruhi status gizi. Status tinggi badan yang pendek akan memengaruhi perkembangan reproduksinya (Nurillah Amaliah, Sari and Rosha, 2012).

2. Performa buruk pada tes perhatian dan memori belajar
3. Pertumbuhan gigi terlambat

Menurut Rahman, Adhani and Triawanti (2016) terdapat hubungan antara status gizi pendek dengan tingkat pertumbuhan gigi dan tingkat karies gigi karena *stunting* meningkatkan risiko berkurangnya fungsi saliva sebagai buffer, pembersih, anti pelarut, dan antibakteri rongga mulut.

4. Usia 8-10 tahun anak menjadi lebih pendiam, tidak banyak melakukan *eye contact*
5. Pertumbuhan melambat
6. Wajah tampak lebih muda dari usianya

2.3.7 Perilaku pencegahan *stunting*

Menurut Kemenkes (2017), terdapat 3 (tiga) hal yang harus diperhatikan dalam pencegahan *stunting* yaitu sebagai berikut :

1. Perbaiki pola makan

Masalah *stunting* dipengaruhi oleh rendahnya akses terhadap makanan dari segi jumlah dan kualitas gizi, serta seringkali tidak beragam. Istilah “Isi Piringku” dengan gizi seimbang perlu diperkenalkan dan dibiasakan dalam kehidupan sehari-hari. Dalam satu porsi makan, setengah piring diisi oleh sayur dan buah, setengahnya lagi diisi dengan sumber protein (baik protein nabati maupun hewani) dengan proporsi lebih banyak daripada karbohidrat.

2. Pola asuh

Stunting juga dipengaruhi aspek perilaku, terutama pada pola asuh yang kurang baik dalam praktek pemberian makan bagi bayi dan balita. Dimulai dari edukasi tentang kesehatan reproduksi dan gizi bagi remaja sebagai cikal bakal keluarga, hingga para calon ibu memahami pentingnya memenuhi kebutuhan gizi saat hamil dan stimulasi bagi janin, serta memeriksa kandungan empat kali selama masa kehamilan. Bersalin di fasilitas kesehatan, lakukan inisiasi menyusui dini (IMD) dan berperilaku agar bayi mendapat kolostrum air susu ibu (ASI). Berikan hanya ASI saja sampai bayi berusia 6 bulan. Selain itu, ASI boleh dilanjutkan sampai usia 2 tahun, namun berikan juga makanan pendamping ASI. Jangan lupa pantau tumbuh kembangnya dengan membawa bayi ke posyandu setiap bulan. Hal lain yang juga perlu diperhatikan adalah berikanlah hak anak mendapatkan kekebalan dari penyakit berbahaya melalui imunisasi di posyandu atau puskesmas.

3. Perbaiki sanitasi dan akses air bersih

Rendahnya akses terhadap pelayanan kesehatan termasuk di dalamnya adalah akses sanitasi dan air bersih mendekatkan anak pada risiko ancaman penyakit infeksi. Untuk itu, perlu membiasakan cuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir, serta tidak buang air besar sembarangan.

2.3.8 Dampak *stunting*

Menurut WHO (2014), dampak dari *stunting* terdiri dari dampak jangka pendek dan dampak jangka panjang:

1. *Concurrent problems & short-term consequences* atau dampak jangka pendek

- 1) Sisi kesehatan: angka kesakitan dan angka kematian meningkat.

- 2) Sisi perkembangan: penurunan fungsi kognitif, motorik, dan perkembangan bahasa.
- 3) Sisi ekonomi: peningkatan *health expenditure*, peningkatan pembiayaan perawatan anak sakit.

2. *Long-term consequences* atau dampak jangka panjang

- 1) Sisi kesehatan: perawakan dewasa yang pendek, peningkatan obesitas dan komorbid yang berhubungan, penurunan kesehatan reproduksi.
- 2) Sisi perkembangan: penurunan prestasi belajar, penurunan *learning capacity unachieved potencial*.
- 3) Sisi ekonomi: penurunan kapasitas kerja dan produktifitas kerja.

2.3.9 Intervensi *stunting*

Penanganan *stunting* dilakukan melalui intervensi spesifik dan intervensi sensitif pada sasaran 1000 hari pertama kehidupan seorang anak sampai berusia 6 tahun.

1. Intervensi gizi spesifik

Intervensi ditujukan kepada ibu hamil dan anak dalam 1000 hari pertama kehidupan dimana bersifat jangka pendek dan hasilnya dicatat dalam waktu relatif singkat. Kegiatan ini umumnya dilakukan oleh sektor kesehatan.

a. Intervensi dengan sasaran ibu hamil:

- 1) Memberikan makanan tambahan pada ibu hamil untuk mengatasi kekurangan energi dan protein kronis
- 2) Mengatasi kekurangan zat besi dan asam folat
- 3) Mengatasi kekurangan iodium
- 4) Menanggulangi cacangan pada ibu hamil

- 5) Melindungi ibu hamil dari malaria
- b. Intervensi dengan sasaran ibu menyusui dan anak usia 0-6 bulan:
 - 1) Mendorong inisiasi menyusui dini
 - 2) Mendorong pemberian ASI eksklusif
- c. Intervensi dengan sasaran ibu menyusui dan anak usia 7-23 bulan:
 - 1) Mendorong penerusan pemberian ASI hingga usia 23 bulan didampingi oleh pemberian MP-ASI
 - 2) Menyediakan obat cacing
 - 3) Menyediakan suplementasi zink
 - 4) Melakukan fortifikasi zat besi ke dalam makanan
 - 5) Memberikan perlindungan terhadap malaria
 - 6) Memberikan imunisasi lengkap
 - 7) Melakukan pencegahan dan pengobatan diare
2. Intervensi gizi sensitif

Intervensi yang ditujukan melalui berbagai kegiatan pembangunan di luar sektor kesehatan dengan sasaran masyarakat umum, tidak khusus untuk sasaran 1000 hari pertama kehidupan.

- a. Menyediakan dan memastikan akses pada air bersih
- b. Menyediakan dan memastikan akses pada sanitasi
- c. Melakukan fortifikasi bahan pangan
- d. Menyediakan akses kepada layanan kesehatan dan Keluarga Berencana (KB)
- e. Menyediakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)
- f. Menyediakan Jaminan Persalinan Universal (Jampersal)

- g. Memberikan pendidikan pengasuhan pada orang tua
- h. Memberikan pendidikan anak usia dini universal
- i. Memberikan pendidikan gizi masyarakat
- j. Memberikan edukasi kesehatan seksual dan reproduksi serta gizi pada remaja
- k. Menyediakan bantuan dan jaminan sosial bagi keluarga miskin
- l. Meningkatkan ketahanan pangan dan gizi

(Kementerian Desa Pembangunan Daerah Tertinggal dan Transmigrasi, 2017)

2.4 Teori *Health Promotion Model* (HPM)

Health Promotion Model (HPM) adalah perilaku untuk menggambarkan sifat multidimensional dari orang yang berinteraksi dengan lingkungan interpersonal dan fisik. Teori ini mengintegrasikan konstruksi dari teori nilai harapan dalam perspektif keperawatan secara holistik fungsi manusia (Pender, 2015). HPM mirip dengan kerangka *Health Belief Model* (HBM) namun HPM tidak hanya menjelaskan perilaku pencegahan penyakit namun juga menjelaskan perilaku lainnya untuk meningkatkan kesehatan dan mengaplikasikan sepanjang daur kehidupan (Alligod, 2017). Pada prinsipnya model ini menekankan pada 2 teori sebagai berikut:

1. *Expectancy Value Theory* (teori nilai pengharapan)

Setiap individu mempunyai nilai harapan tertentu dalam dirinya tentang perilaku kesehatan yang ingin di capai. Harapan tersebut bersifat rasional dan ekonomis sehingga individu akan tetap berusaha untuk mencapai dan mempertahankan harapan tersebut. Individu tidak akan melakukan suatu

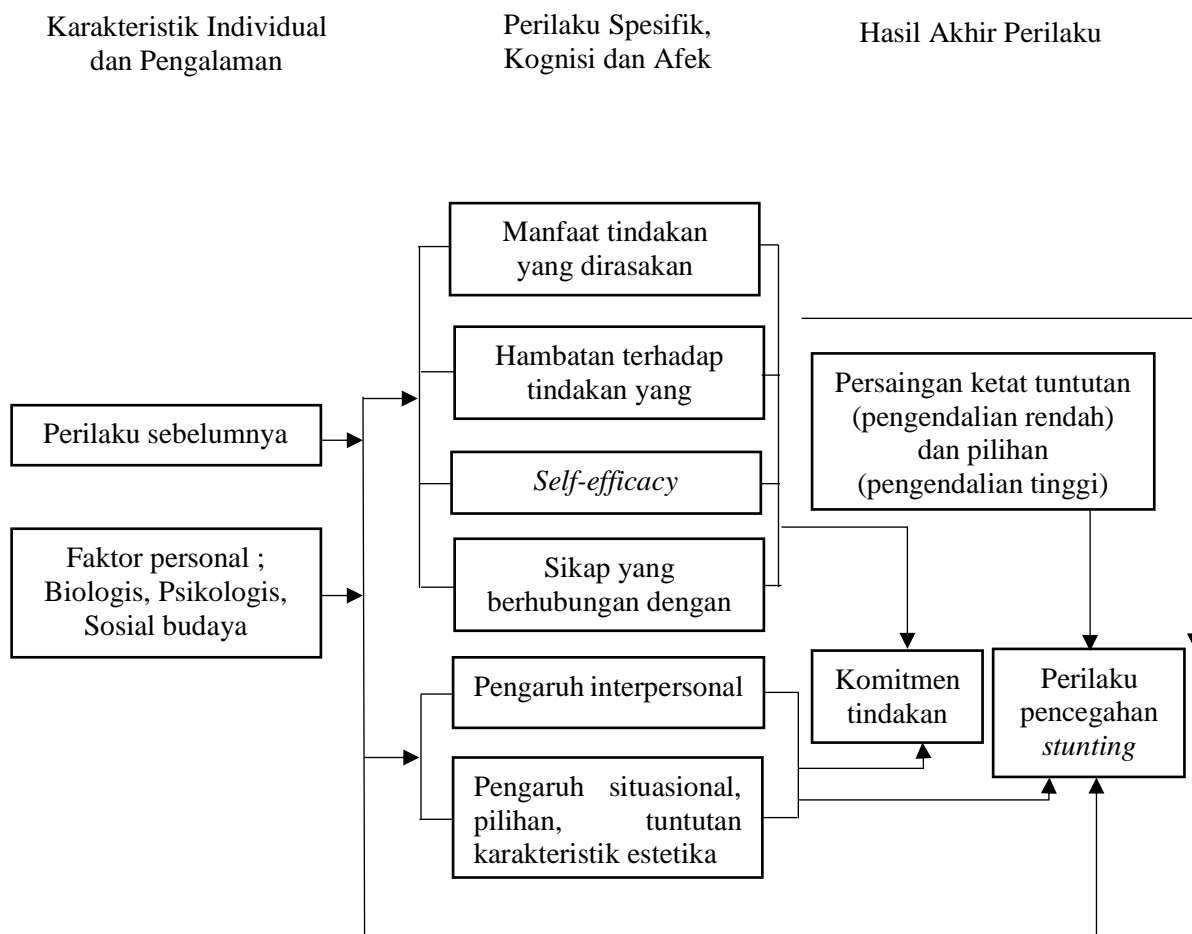
tindakan yang tidak berguna dan tidak bernilai bagi dirinya dan tidak akan melakukan kegiatan walaupun kegiatan tersebut menarik bagi dirinya jika dirasakan tidak mungkin kegiatan tersebut dicapainya. Dua hal pokok dalam nilai pengharapan ini adalah hasil tindakan positif dan melakukan tindakan untuk menyempurnakan hasil yang diinginkan (Alligod, 2017)

2. *Social Cognitive Theory* (teori sosial kognitif)

Teori ini menjelaskan tentang interaksi antara pikiran, perilaku, dan lingkungan yang saling mempengaruhi. Teori ini menekankan pada pentingnya proses kognitif dalam merubah perilaku seseorang. Terdapat tiga macam kepercayaan diri dalam teori ini yaitu *self attribution* (pengenalan diri), *self evaluation* (evaluasi diri) dan *self efficacy* (kemajuan diri) (Alligod, 2017).

2.4.1 Definisi determinan *health promotion model* (HPM)

Pada teori ini terdapat 3 variabel baru yang mempengaruhi individu untuk berpartisipasi dalam peningkatan kesehatan, yaitu sikap yang berhubungan dengan aktivitas, komitmen terhadap perencanaan kegiatan serta kebutuhan untuk berkompetisi dan memilih (Alligod, 2017).



Gambar 2 1 Teori *Health Promotion Model* (HPM)

Health Promotion Model (HPM) memiliki tiga komponen yaitu karakteristik individu dan pengalaman, kognisi dan sikap spesifik, dan hasil perilaku kesehatan. Variabel dari karakteristik individu dan pengalaman individu dimana di dalamnya meliputi perilaku sebelumnya dan faktor personal. Variabel dari perilaku spesifik, kognisi dan afek yang meliputi manfaat tindakan yang dirasakan, hambatan terhadap tindakan yang dirasakan, *self-efficacy*, sikap yang berhubungan dengan aktivitas, pengaruh interpersonal, dan pengaruh situasional. Hasil akhir perilaku mempunyai variabel perilaku promosi kesehatan. Menurut Pender (2015), variabel dari masing-masing komponen akan dijelaskan sebagai berikut:

1. *Prior related behavior* (perilaku sebelumnya)

Perilaku yang sering dilakukan sebelumnya dimasa lalu secara langsung maupun tidak langsung yang berdampak kepada kemungkinan perilaku yang dapat meningkatkan status kesehatan

2. *Personal factor* (faktor personal)

Faktor personal ini memprediksi pemberian perilaku dan dibentuk secara alami dalam target perilaku menjadi pertimbangan. Faktor ini dikategorikan sebagai faktor biologis meliputi usia, indeks massa tubuh (IMT), status pubertas, status menopause, kapasitas aerobik, kekuatan, kelincahan atau keseimbangan, faktor psikologis meliputi harga diri, motivasi diri dan status kesehatan yang dirasakan, dan faktor sosial budaya meliputi ras, etnis, akulturasi, pendidikan dan status sosial ekonomi.

3. *Perceived benefits to action* (persepsi terhadap manfaat tindakan)

Manfaat tindakan ini menjadi gambaran mental positif atau *reinforcement* positif bagi perilaku. Menurut teori ekpentansi motivasi penting untuk mewujudkan hasil seseorang dari pengalaman dahulu melalui pelajaran observasi dari orang lain dalam perilaku. Individu cenderung untuk menghabiskan waktu dan hartanya dalam beraktifitas untuk mendapatkan hasil yang positif. Keuntungan dari penampilan perilaku bisa intrinsik dan ekstrinsik.

4. *Perceived barrier to action* (hambatan yang dirasakan)

Misalnya ketidaksediaan, tidak cukup, mahal, sukar atau waktu yang terpakai dari suatu kegiatan utama. Rintangan sering dipandang sebagai blok rintangan dan biaya yang dipakai. Hilangnya kepuasan dari perilaku tidak sehat seperti merokok, makan tinggi lemak juga disebut rintangan. Biasanya muncul motif-

motif yang dihindari/dibatasi dalam hubungan dengan perilaku yang diambil. Kesiapan melakukan rendah dan rintangan tinggi, tindakan tidak terjadi. Rintangan adalah sikap yang langsung menghalangi kegiatan melalui pengurangan komitmen rencana kegiatan.

5. *Perceived self efficacy* (kemampuan diri)

Kemampuan seseorang untuk mengorganisasi dan melaksanakan tindakan utama menyangkut bukan hanya *skill* yang dimiliki seorang tetapi keputusan yang diambil seseorang dari *skill* yang dia miliki. Keputusan *efficacy* seseorang diketahui dari hasil yang diharapkan yaitu kemampuan seseorang menyelesaikan suatu pekerjaan tertentu dimana hasil yang diharapkan adalah suatu keputusan dengan konsekuensi keuntungan biaya misalnya perilaku yang dihasilkan. *Skill* dan kompetensi memotivasi individu untuk melakukan tindakan secara unggul. Perasaan manjur dan ahli dalam perbuatan seseorang akan mendorong seseorang untuk melaksanakan perilaku yang diinginkan lebih sering dari pada rasa tidak layak/tidak terampil.

6. *Activity related affect* (afek sikap yang berhubungan dengan aktivitas)

Pengaruh terkait aktivitas terdiri dari emosi yang timbul pada kegiatan itu, tindakan diri dan lingkungan dimana kegiatan itu berlangsung.

7. *Personal influences* (pengaruh individu)

Pengaruh interpersonal adalah kognisi tentang perilaku, kepercayaan atau sikap orang lain. Sumber utama interpersonal adalah keluarga (*family at sibling*) per/kelompok dan pemberi pengasuh pelayanan kesehatan. Pengaruh interpersonal terdiri dari norma (harapan orang lain), *social support*

(instrumental dan dorongan emosional) dan model (belajar dari pengalaman orang lain).

8. *Situasional influences* (pengaruh situasional)

Persepsi personal dan kognisi dari situasi dapat memfasilitasi atau menghalangi perilaku misalnya pilihan yang tersedia, karakteristik demam dan ciri-ciri lingkungan estetik seperti situasi/lingkungan yang cocok, aman, tenang dari pada yang tidak aman dan terancam. Situasi dapat memengaruhi perilaku dengan mengubah lingkungan misalnya “*no smoking*”. Pengaruh situasional dapat menjadi kunci untuk pengembangan strategi efektif yang baru untuk memfasilitasi dan mempertahankan perilaku promosi kesehatan dalam populasi.

9. *Comitment to plan of action* (komitmen dengan rencana tindakan)

Proses kognitif yang mendasari :

- a. Komitmen untuk melaksanakan tindakan spesifik sesuai waktu dan tempat dengan orang-orang tertentu atau sendiri dengan mengabaikan persaingan
- b. Identifikasi strategi tertentu untuk mendapatkan, melaksanakan atau penguatan terhadap perilaku

Rencana kegiatan dikembangkan oleh perawat dan klien dengan pelaksanaan yang sukses. Misalnya strategi dengan kontrak yang disetujui bersama-sama dimana satu kelompok berkomitmen dengan pengertian bahwa kelompok lain memberi nyata *reward* atau penguatan jika komitmen itu didukung. Komitmen sendiri tanpa strategi yang berhubungan sering menghasilkan tujuan baik tetapi gagal dalam membentuk suatu nilai perilaku kesehatan.

10. *Immediate competing demands and preferences* (kebutuhan untuk berkompetisi)

Kebutuhan mendesak (pilihan menjadi perilaku alternatif yang mendesak masuk ke dalam kesadaran sehingga tindakan yang mungkin dilakukan segera sebelum kejadian terjadi) yang merupakan rencana perilaku promosi kesehatan. Perilaku alternatif ini menjadikan individu dalam kontrol rendah karena lingkungan tak terduga seperti kerja atau tanggung jawab merawat keluarga. Kegagalan merespon permintaan berakibat tidak menguntungkan bagi diri sendiri atau orang lain. Pilihan permintaan sebagai perilaku alternatif dengan penguatan dimana individu mempunyai level kontrol yang tinggi. Misalnya memilih makanan tinggi lemak dari pada makanan rendah lemak karena pilihan rasa, bau/selera. Permintaan yang mendesak dibedakan dari hambatan dimana individu seharusnya melaksanakan suatu alternatif perilaku berdasarkan permintaan eksternal yang tidak disangka atau hasil yang tidak sesuai.

11. *Health promoting behaviour* (perilaku peningkatan kesehatan)

Perilaku promosi kesehatan adalah tindakan akhir atau hasil tindakan. Perilaku ini akhirnya secara langsung ditujukan pada pencapaian hasil kesehatan positif untuk klien. Perilaku promosi kesehatan terutama sekali terintegrasi dalam gaya hidup sehat yang menyerap pada semua aspek kehidupan seharusnya mengakibatkan peningkatan kesehatan, peningkatan kemampuan fungsional dan kualitas hidup yang lebih baik pada semua tingkat perkembangan.

Asumsi mayor dan *Health Promotion Model* (HPM) dalam (Alligood, 2017):

1. Manusia berusaha memanfaatkan potensi keunikannya untuk mewujudkan kondisi tetap sehat

2. Manusia memiliki kapasitas memunculkan kesadaran dirinya juga penilaian terhadap kemampuannya
3. Manusia menilai perkembangan sebagai nilai positif dan berusaha mencapai keseimbangan antara perubahan dan stabilitas
4. Setiap individu berusaha mengatur perilakunya secara aktif
5. Individu dalam kompleksitas biopsikososialnya berinteraksi dengan lingkungan, bertransformasi progresif dengan lingkungan dan ditransformasikan setiap saat
6. Professional kesehatan adalah bagian dari lingkungan interpersonal yang mempengaruhi manusia selama hidupnya
7. Rekonfigurasi diri yang diprakarsai oleh pola interaktif antara manusia dan lingkungan, penting untuk perubahan perilaku.

2.5 Keaslian Penelitian Analisis Faktor Yang Berhubungan Pada Anak Umur 2-5 Tahun Berdasarkan Teori *Health Promotion Model* (HPM)

Keaslian penelitian ini diperoleh dengan penelusuran jurnal di *database Elsevier* sebanyak 10 jurnal, *Medical Journal Armed Forces India* sebanyak 1 jurnal, *Public Health and Preventive Medicine Archive* sebanyak 1 jurnal, *BMC Public Health*, *Walden University* sebanyak 1 jurnal, *United States Agency International Development* sebanyak 1 jurnal dengan kata kunci: *stunting, child, , pencegahan, factor*.

Tabel 2 8 Keaslian Penelitian Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Pencegahan *Stunting* Pada Anak Umur 2-5 Tahun Berdasarkan Teori *Health Promotion Model* (HPM)

No	Judul Karya Ilmiah dan Penulis	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisa)	Hasil
1.	<i>Child feeding style is associated with food intake and linear growth in rural Ethiopia</i> (Abebe, Haki and Baye, 2017) <i>Elsevier</i>	D : dekriptif S : 100 anak berusia 12-23 bulan V : Independen : gaya hidup Dependen : asupan makanan dan pertumbuhan I : wawancara dan pengukuran antropometri A : <i>Mann-whitney non parametric</i>	Pemberian asupan makanan pelengkap yang rendah berhubungan dengan pengasuh, gaya menyusui dan pengerdilan.
2.	<i>Low intake of calcium and vitamin D, but not zinc, iron or vitamin A, is associated with stunting in 2-5 year old children</i> (van Stuijvenberg <i>et al.</i> , 2015) <i>Elsevier</i>	D : <i>cross sectional</i> S : anak umur 2-5 tahun V : Independen : konsumsi rendah kalsium dan vitamin D, zat besi, zinc dan vitamin A Dependen : <i>stunting</i> I : <i>interview</i> A : Anova	Asupan kalsium dan vitamin D yang rendah mungkin karena asupan susu yang tidak adekuat setelah penyapihan berpengaruh terhadap terjadinya <i>stunting</i>
3.	<i>Stunting, overweight and child development impairment go hand in hand as key problems of early infancy : Uruguayan case</i> (Bove <i>et al.</i> , 2012) <i>Elsevier</i>	D : <i>cross sectional</i> S : 2046 anak di bawah 5 tahun V : Independen : kelebihan BB, perkembangan anak Dependen : <i>stunting</i> I : observasi dan <i>interview</i> A : <i>multiple logistic regression analyses</i>	Terdapat hubungan dekat antara <i>stunting</i> , kelebihan berat badan dan perkembangan anak yang mempengaruhi satu sama lain.
4.	<i>Stunting and mental development in children</i> (Grantham-McGregor <i>et al.</i> , 1996)	D : cross-sectional, S : <i>Child in Jamaica</i> V : Independen : faktor lingkungan, Dependen : <i>stunting</i>	Faktor lingkungan mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak

No	Judul Karya Ilmiah dan Penulis	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisa)	Hasil
	<i>Elsevier</i>	I :- A : <i>chi square</i>	
5.	<i>Relationship between stunting and wasting in children</i> (Ray, 2013) <i>Medical journal armed forces India</i>	D : <i>cross sectional</i> S : anak umur kurang dari 2 tahun V : Independen : <i>wasting in children</i> Dependen : <i>stunting</i> I : antropometri A : <i>chi square</i>	Jika prevalensi anak kurus tinggi misalnya kelaparan akut atau infeksi maka seharusnya menyediakan nutrisi yang memadai dan manajemen infeksi dengan cepat. Jika prevalensi <i>stunting</i> tinggi tetapi prevalensi anak kurus rendah atau normal, strategi pencegahan harus diarahkan pada kondisi sosio ekonomi, diet, kebersihan dan sanitasi, air minum yang memadai
6.	Faktor risiko balita <i>stunting</i> usia 12-36 bulan di Puskesmas Dasan Agung, Metaram, Provinsi Nusa Tenggara Barat (Nusa <i>et al.</i> , no date) <i>Public Health and Preventive Medicine Archive</i>	D : <i>cross sectional</i> S : 158 balita V : Independen : status sosial ekonomi, tinggi badab ibu, usia pertama ibu menikah, tingkat pendidikan ibu, kunjungan ANC, berat badan lahir, ASI eksklusif, pemberian MPASI, urutan anak dan pengasuh anak Dependen : balita <i>stunting</i> I : kuesioner , <i>microtoise</i> , dan infantometer A : <i>chi square</i> dan regresi logistik	Faktor pemberian MPASI, tinggi badan ibu dan kunjungan ANC merupakan faktor yang berperan dalam kejadian <i>stunting</i> . Untuk menurunkan kejadian <i>stunting</i> pada balita perlu dilakukan perilaku pencegahan melalui perbaikan asupan gizi mulai dari remaja putri, wanita usia subur, ibu hamil dan balita.
7.	<i>Correlates of stunting among children in</i>	D : <i>cross sectional</i>	<i>Stunting</i> di antara anak-anak

No	Judul Karya Ilmiah dan Penulis	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisa)	Hasil
	<i>Ghana</i> (Acquah <i>et al.</i> , 2014) <i>BMC Public Health</i>	S : 2379 anak dibawah 5 tahun V : Independen : tempat tinggal, usia anak, sumber air minum, jenis jamban, etnis, tingkat pendidikan dan status perkawinan ibu Dependen : <i>stunting</i> I : antropometri A : <i>chi square</i> dan <i>logistic regression</i>	dipengaruhi oleh faktor distal, proksimal dan menengah seperti usia, etnis, usia ibu, jumlah anak dalam rumah tangga, status kekayaan, dan wilayah.
8.	<i>Sociodemographic and environmental predictors of childhood stunting in rural Guatemala</i> (Sereebutra <i>et al.</i> , 2006) <i>Elsevier</i>	D : <i>cross sectional</i> S : 131 anak berumur 30-80 bulan V : Independen : <i>sociodemographic and environmental predictors</i> Dependen : <i>stunting</i> I : kuesioner A : <i>Mann-whitney</i> dan <i>stepwise logistic regression</i>	Status pendidikan pengasuh dan ukuran rumah tangga menjadi prediktor penting <i>stunting</i> di pedesaan Guatemala
9.	<i>Child stunting is associated with low circulating essential amino acids</i> (Semba <i>et al.</i> , 2016) <i>Elsevier</i>	D : <i>cross sectional</i> S : 313 anak V : Independen : serum metabolisme Dependen : <i>stunting</i> I : <i>liquid chromatography</i> A : <i>wilcoxon rank</i>	Anak anak dengan <i>stunting</i> memiliki konsentrasi serum lebih rendah dari anak yang tidak <i>stunting</i>
10.	<i>What causes childhood stunting among children of San Vicente, Guatemala: Employing complimentary, system-analysis approaches</i>	D : <i>cross sectional</i> S : 2103 anak umur 3 bulan sampai 5 tahun V : Independen : faktor lingkungan dan demografi Dependen : tinggi bada	Kesehatan pranatal berkorelasi dengan tinggi badan anak. Selain itu, jenis pengolahan air dan jenis sumber air diidentifikasi secara signifikan untuk EED. Faktor

No	Judul Karya Ilmiah dan Penulis	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisa)	Hasil
	(Voth-gaeddert <i>et al.</i> , 2018) <i>Elsevier</i>	I : kuesioner dan observasi A : <i>chi square</i>	lingkungan dan demografi mempengaruhi pengerdilan anak.
11.	<i>Predictors of stunting with particular focus on complementary feeding practices: A cross sectional study in the Northern Province of Rwanda</i> (Amer and Veldkamp, 2018) <i>Elsevier</i>	D : <i>cross sectional</i> S : 138 anak umur 5-30 bulan V : Independen : ASI eksklusif, umur dan obat cacing Dependen : <i>stunting</i> I : kuesioner, antropometri A : <i>multiple linear dan logistic regression models</i>	Umur, ASI eksklusif dan obat cacing yang digunakan selama 6 bulan terakhir merupakan prediktor anak mengalami <i>stunting</i> sementara. Pemberian ASI eksklusif dan obat cacing perlu diperkuat karena dapat berkontribusi mengurangi pertumbuhan infeksi anak.
12.	<i>Complementary infant feeding practices in Afghanistan</i> (Niayesh <i>et al.</i> , 2018) <i>Walden University</i>	D : <i>cross-sectional</i> S : ibu dengan bayi dan anak usia 6-24 bulan V : Independen : tingkat pengetahuan, sikap ibu dalam mengekspresikan, dan cara ibu memberikan makan komplemen kepada bayi Dependen : status nutrisi pada bayi I : kuesioner A : <i>logistic regresi dan chi-square</i>	Tingkat pengetahuan, sikap dan cara ibu memberikan makan komplemen kepada bayi berhubungan dengan <i>stunting</i> dan berat badan kurang pada anak-anak.
13.	<i>Influence of anthropometric parameters on breastmilk provision in preterm infants</i> (Casavant, Judge and McGrath, 2017) <i>Elsevier</i>	D : <i>Non-experimental, retrospective, descriptive</i> S : 94 bayi prematur V : Independen : parameter antropometri Dependen : menyusui	Pemberian makanan pertama secara langsung dapat meningkatkan berat badan, panjang dan indeks ponderal.

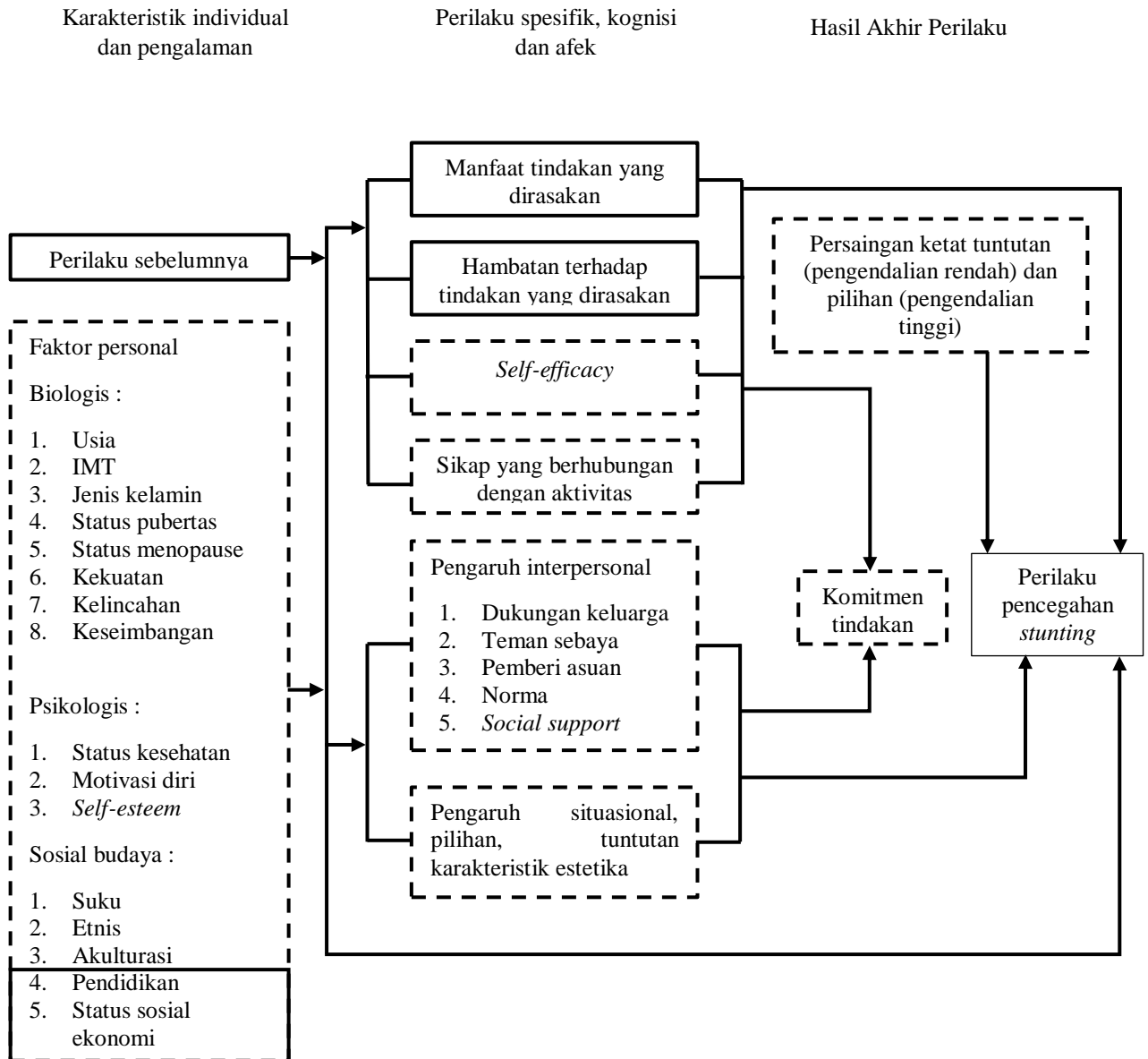
No	Judul Karya Ilmiah dan Penulis	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisa)	Hasil
		I : <i>Oslen 2010 growth calculator</i> A : <i>student t-test</i> dan <i>chi-square</i>	
14.	<i>Factors associated with stunting in children under age 2 in the Cambodia and Kenya 2014 demographic and health surveys</i> (Ettyang and Sawe, 2016) <i>United States Agency International Development</i>	D : <i>cross sectional</i> S : 4817 anak dibawah 5 tahun V : Independen : nutrisi, jenis kelamin, umur anak, berat badan lahir, indeks kekayaan, wilayah tempat tinggal Dependen : <i>stunting</i> I : <i>Long and shorth questionnaire</i> A : <i>bivariate and logistic regression</i>	- Umur anak, indeks kekayaan dan wilayah tempat tinggal berpengaruh terhadap terjadinya <i>stunting</i> - Anak laki-laki mempunyai resiko lebih tinggi terjadinya <i>stunting</i> daripada anak perempuan dikarenakan anak laki-laki lebih awal dilakukan proses penyapihan dan pemberian makanan tambahan yang lebih dini - Nutrisi memengaruhi proses terjadinya <i>stunting</i> karena nutrisi merupakan kunci dari anak untuk bertahan hidup, tumbuh dan berkembang

No	Judul Karya Ilmiah dan Penulis	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisa)	Hasil
15.	<i>Girl child marriage as a risk factors for early childhood development and stunting</i> (Efevbera et al., 2017) <i>Elsevier</i>	D : <i>cross sectional</i> S : 37,558 ibu dan anak V : Independen : pernikahan anak perempuan Dependen : perkembangan anak usia dini dan <i>stunting</i> I : <i>The Early Childhood Development Index</i> A : <i>Logistic regression</i>	Anak yang lahir dari wanita yang menikah sebelum usia 18 tahun memiliki kemungkinan yang lebih tinggi terjadinya <i>stunting</i> dibandingkan dengan mereka yang ibunya menikah nanti

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konseptual Penelitian



Gambar 3 1 Kerangka Konseptual Analisis Faktor Perilaku Pencegahan Stunting Pada Anak Umur 2-5 Tahun Berdasarkan Teori *Health Promotion Model* (HPM)

Berdasarkan gambar 3.1 dapat dijelaskan bahwa perilaku pencegahan *stunting* pada anak umur 2-5 tahun berdasarkan teori *Health Promotion Model* (HPM) dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu karakteristik individual dan pengalaman individu dimana di dalamnya meliputi perilaku sebelumnya dan faktor personal. Faktor personal meliputi biologis : usia, IMT, jenis kelamin status pubertas, status menopause, kekuatan, kelincahan, dan keseimbangan, psikologis : status kesehatan, motivasi diri, *self-esteem* dan sosial budaya : suku, etnis, akulturasi, pendidikan, status sosial ekonomi. Faktor lain yang dapat mempengaruhi perilaku pencegahan *stunting* pada anak umur 2-5 tahun yaitu perilaku spesifik, kognisi dan afek yang meliputi manfaat tindakan yang dirasakan, hambatan terhadap tindakan yang dirasakan, *self-efficacy*, sikap yang berhubungan dengan aktivitas, pengaruh interpersonal : dukungan keluarga, teman sebaya, pemberi asuhan, norma dan *social support*, pengaruh situasional, pilihan dan tuntutan karakteristik estetika. Semua faktor di atas dapat mempengaruhi perilaku pencegahan *stunting* dalam membuat komitmen tindakan dan perilaku pencegahan *stunting*. Selain faktor itu, ada persaingan ketat tuntutan (pengendalian rendah) dan pilihan (pengendalian tinggi) yang memengaruhi perilaku pencegahan *stunting*. Penelitian ini menganalisa hubungan antara perilaku sebelumnya (*prior related behaviour*), faktor personal / *personal factor* (sosial budaya: status sosial ekonomi, tingkat pendidikan), manfaat yang dirasakan (*perceived benefits to action*), dan hambatan terhadap tindakan yang dirasakan (*Perceived barrier to action*) dengan perilaku pencegahan *stunting*.

3.2 Hipotesis

Hipotesis dalam penelitian analisis faktor perilaku pencegahan *stunting* pada anak umur 2-5 tahun adalah sebagai berikut :

H1 :

1. Ada hubungan antara perilaku sebelumnya dengan perilaku pencegahan *stunting* pada anak umur 2-5 tahun
2. Ada hubungan antara status sosial ekonomi dengan perilaku pencegahan *stunting* pada anak umur 2-5 tahun
3. Ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan perilaku pencegahan *stunting* pada anak umur 2-5 tahun
4. Ada hubungan antara manfaat yang dirasakan dengan perilaku pencegahan *stunting* pada anak umur 2-5 tahun
5. Ada hubungan antara hambatan terhadap tindakan yang dirasakan dengan perilaku pencegahan *stunting* pada anak umur 2-5 tahun

BAB 4

METODE PENELITIAN

Metodologi penelitian merupakan cara untuk menjawab suatu permasalahan dengan menggunakan metode ilmiah. Hal yang dibahas dalam metodologi penelitian antara lain : 1) desain penelitian; 2) populasi, sampel dan teknik sampling; 3) variabel dan defisiensi operasional; 4) instrumen; 5) lokasi dan waktu penelitian; 6) prosedur pengumpulan data; 7) kerangka kerja; 8) analisa data; 9) etik penelitian.

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian adalah sesuatu yang memungkinkan pengontrolan secara maksimal beberapa faktor yang dapat memengaruhi akurasi suatu hasil. Istilah desain penelitian digunakan dalam dua hal; pertama desain penelitian merupakan suatu strategi penelitian dalam mengidentifikasi permasalahan sebelum perencanaan akhir pengumpulan data dan kedua, desain penelitian digunakan untuk mendefinisikan struktur penelitian yang akan dilaksanakan (Nursalam, 2017).

Penelitian ini menggunakan desain *cross sectional* dimana peneliti hanya mengobservasi fenomena pada satu titik waktu tertentu yang menjelaskan hubungan satu variabel dengan variabel lain pada populasi yang diteliti, menguji keberlakuan suatu model atau rumusan hipotesis serta tingkat perbedaan di antara kelompok sampling pada satu titik tertentu (Allis Nurdini, 2006).

4.2 Populasi, Sampel, dan Sampling

4.2.1 Populasi

Populasi dalam penelitian adalah subjek (misalnya : manusia; klien) yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2017). Populasi dalam penelitian ini adalah ibu dengan anak usia di atas umur 2 tahun sampai lima tahun yang terdapat di desa Galis. Populasi yang diambil pada penelitian ini adalah 218 orang.

4.2.2 Sampel

Sampel terdiri atas bagian populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subjek penelitian melalui sampling (Nursalam, 2017). Karena peneliti ingin memperoleh informasi yang lebih akurat, maka sampel dalam penelitian ini ditambah dengan persyaratan atau kriteria sebagai berikut :

1. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau dan akan diteliti (Nursalam, 2017). Kriteria inklusi dari penelitian ini adalah :

- a. Bisa membaca dan menulis
- b. Anak dalam keadaan sehat dan tidak mengalami gangguan pencernaan

2. Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi adalah menghilangkan atau mengeluarkan subjek yang memenuhi kriteria inklusi dari studi (Nursalam, 2017). Kriteria eksklusi dari penelitian ini adalah :

- a. Mengalami gangguan mental

- b. Anak mengalami kelainan patologis misalnya kelainan tulang seperti kondrosdisroi, *dysplasia* tulang, sindrom Turner, sindrom Prader-Willi, sindrom Down, sindrom Kallman, sindrom Marfan dan sindrom Klinefelter.
- c. Anak mengalami kelaianan kromosom sindrom Turner, sindrom Prader-Willi, sindrom Down dan displasia tulang seperti *Osteochondrodystrophies, achondroplasia, hipochondroplasia*.

4.2.3 Besar Sampel

Jumlah besar sampel yang diambil dalam penelitian ini sebanyak 199 responden. Jumlah besar sampel pada penelitian ini ditentukan berdasarkan rumus berikut :

$$n = \frac{N}{1 + N (d)^2}$$

Keterangan :

n : Besar sampel

N : Besar populasi

D : Tingkat signifikansi (p)

$$n = \frac{N}{1 + N (d)^2}$$

$$= \frac{218}{1,545}$$

$$= 141 \text{ responden}$$

4.2.4 Teknik Sampling

Sampling merupakan proses menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat menyeleksi populasi. Teknik sampling merupakan cara-cara yang ditempuh dalam pengambilan sampel, agar memperoleh sampel yang benar-benar sesuai dengan keseluruhan subjek penelitian (Nursalam, 2017). Teknik sampling dari penelitian ini adalah *purposive sampling* atau *judgement sampling* adalah suatu teknik penetapan sampel dengan cara memilih sampel di antara populasi sesuai dengan yang dikehendaki peneliti sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi yang telah dikenal sebelumnya (Nursalam, 2017).

4.3 Variabel dan Definisi Operasional

4.3.1 Variabel Penelitian

Variabel adalah konsep yang menjadu suatu fasilitas dalam pengukuran atau manipulasi dalam suatu penelitian (Nursalam, 2017). Variabel yang digunakan dalam penelitian ini :

1. Variabel independen (bebas) merupakan variabel yang mempengaruhi atau nilainya menentukan variabel lain (Nursalam, 2017). Variabel independen dalam penelitian ini adalah perilaku sebelumnya, tingkat pendidikan, status social ekonomi, manfaat yang dirasakan, hambatan terhadap tindakan yang dirasakan.
2. Variabel dependen (terikat) merupakan variabel yang dipengaruhi atau nilainya ditentukan oleh variabel lainnya (Nursalam, 2017). Variabel dependen dalam penelitian ini adalah perilaku pencegahan *stunting*.

4.3.2 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah mendefinisikan variabel secara operasional berdasarkan karakteristik yang diamati, sehingga memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu fenomena. Pada definisi operasional dapat ditentukan parameter yang dijadikan ukuran dalam penelitian (Hidayat, 2009).

Tabel 4 1 Definisi Operasional Analisis Faktor Yang Berhubungan dengan Perilaku Pencegahan *Stunting* Pada Anak Umur 2-5 Tahun Berdasarkan Teori *Health Promotion Model* (HPM)

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
Independen Perilaku sebelumnya	Tindakan yang telah dilakukan ibu mulai dari awal kehamilan sampai anak berumur 2 tahun yang berhubungan dengan <i>stunting</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemberian makanan tambahan pada ibu hamil 2. Mengatasi kekurangan zat besi dan asam folat 3. Mengatasi kekurangan iodium 4. Menyediakan obat cacing 5. Memberikan imunisasi lengkap 6. Melakukan pencegahan dan pengobatan diare 	Kuesioner	Ordinal	Pernyataan <i>favourable</i> Sangat setuju = 4 Setuju = 3 Tidak setuju = 2 Sangat tidak setuju = 1 Pernyataan <i>unfavourable</i> Sangat setuju = 1 Setuju = 2 Tidak setuju = 3 Sangat tidak setuju = 4 Kriteria penilaian Baik = 76-100% Cukup = 51-75 % Kurang = <50 %
Pendidikan	Lamanya sekolah formal yang terakhir di tempuh oleh responden	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sekolah Dasar (SD) 2. Sekolah Menengah Pertama (SMP) 3. Sekolah Menengah Atas (SMA) 4. Perguruan Tinggi (PT) 	Kuesioner	Nominal	Skoring SD = 1 SMP = 2 SMA = 3 PT = 4

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
Status sosial ekonomi	Keadaan orang tua yang diukur dari pendapatan yang di dapat per bulan	Pendapatan 1. < 1.500.000 2. > 1.500.000	Kuesioner	Ordinal	Pendapatan < 1.500.000 = 1 > 1.500.000 = 2
Manfaat tindakan yang dirasakan	Keuntungan jika perilaku pencegahan <i>stunting</i> pada anak dilakukan dengan baik	1. Peningkatan kognitif, motorik dan bahasa pada anak 2. Menurunkan biaya perawatan anak sakit	Kuesioner	Ordinal	Pernyataan <i>favourable</i> Sangat setuju = 4 Setuju = 3 Tidak setuju = 2 Sangat tidak setuju = 1 Pernyataan <i>unfavourable</i> Sangat setuju = 1 Setuju = 2 Tidak setuju = 3 Sangat tidak setuju = 4 Kriteria penilaian Baik = 76-100% Cukup = 51-75 %

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
					Kurang = <50 %
Hambatan terhadap tindakan yang dirasakan	Kendala selama kegiatan perilaku pencegahan <i>stunting</i> mulai dari masa kehamilan sampai anak berumur 2 tahun	<ol style="list-style-type: none"> 1. Akses pada air bersih 2. Akses pada sanitasi 3. Fortifikasi bahan pangan 4. Akses kepada layanan kesehatan dan keluarga berencana (KB) 5. Akses Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) 6. Akses Jaminan Persalinan Universal (Jampersal) 7. Pendidikan pengasuhan pada orang tua 8. Pendidikan gizi masyarakat 9. Edukasi kesehatan seksual dan reproduksi serta gizi pada remaja 10. Akses layanan bantuan dan jaminan sosial bagi keluarga miskin 11. Ketahanan pangan dan gizi 	Kuesioner	Nominal	Pernyataan <i>favourable</i> Sangat setuju = 4 Setuju = 3 Tidak setuju = 2 Sangat tidak setuju = 1 Pernyataan <i>unfavourable</i> Sangat setuju = 1 Setuju = 2 Tidak setuju = 3 Sangat tidak setuju = 4 Kriteria penilaian Baik = 76-100% Cukup = 51-75 % Kurang = <50 %
Dependen	Suatu tindakan untuk menghindari anak mengalami tinggi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaikan pola makan 2. Pola asuh 	Kuesioner	Ordinal	Pernyataan <i>favourable</i> Tidak = 1 Ya = 2

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
Perilaku pencegahan <i>stunting</i>	badan lebih pendek dari anak seusianya	3. Perbaikan sanitasi dan air bersih			Pernyataan <i>unfavourable</i> Tidak = 2 Ya = 1 Kriteria penilaian Positif = $t > \text{Mean}$ Negatif = $t < \text{Mean}$

4.4 Instrumen

Instrumen pengumpulan data adalah alat yang digunakan dalam pengumpulan data. Instrumen penelitian yang digunakan adalah lembar kuesioner. Jenis pengukuran ini peneliti mengumpulkan data secara formal pada subjek untuk menjawab pertanyaan secara tertulis yang telah dipersiapkan sebelumnya (Nursalam, 2017). Kuesioner adalah sejumlah pernyataan tertulis yang digunakan untuk memperoleh informasi dari responden dalam arti laporan tentang hal-hal yang diketahui dan sudah disediakan jawabannya. Instrumen ini di buat oleh peneliti sendiri dengan mengacu Teori *Health Promotion Model* (HPM). Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner yang meliputi :

1. Kuesioner demografi

Kuesioner berisi pertanyaan mengenai data karakteristik responden yang meliputi pendidikan terakhir, pendapatan, pekerjaan responden, anak berapa dan anak yang di tanggung dalam keluarga.

2. Kuesioner perilaku pencegahan *stunting*

Kuesioner berisi pertanyaan mengenai perilaku sebelumnya (*prior related behaviour*), manfaat tindakan yang dirasakan (*perceived benefit to action*), dan hambatan tindakan yang dirasakan (*perceived barrier to action*). Skoring yang diberikan dalam kuesioner ini ada 2 yaitu *favourable*; sangat setuju = 4, setuju = 3, tidak setuju = 2, sangat tidak setuju = 1 dan *unfavourable*; sangat setuju = 1, setuju = 2, tidak setuju = 3 dan sangat tidak setuju = 4. Kuesioner berisi pertanyaan mengenai perilaku pencegahan *stunting* dengan menggunakan skor *favourable*; tidak = 1, ya =2, dan *unfavourable*; tidak = 2, ya = 1. Kuesioner ini

dibuat oleh penulis sendiri namun tetap mengacu pada Teori *Health Promotion Model* (HPM).

Kuesioner ini terdiri dari 52 pertanyaan. Kuesioner diukur menggunakan Skala *Likert* dan *Guttman*.

a. Perilaku sebelumnya (*Prior related behaviour*)

Pada variabel ini memiliki 19 pertanyaan tentang perilaku sebelumnya (*Prior related behaviour*)

Tabel 4 2 *Blue print* kuesioner nilai perilaku sebelumnya (*Prior related behaviour*)

Variabel	Indikator	Favourable	Unfavorable
Perilaku sebelumnya (<i>Prior related behaviour</i>)	Pemberian makanan tambahan pada ibu hamil	1, 8	4, 12
	Mengatasi kekurangan zat besi dan asam folat	2, 9	3, 5
	Mengatasi kekurangan iodium	6, 10	7, 11
	Menyediakan obat cacing	18	15
	Memberikan imunisasi lengkap	13	16
	Melakukan pencegahan dan pengobatan diare	14,19	17

b. Manfaat dari tindakan (*perceived benefits to action*)

Pada variabel ini memiliki 4 pertanyaan tentang Manfaat dari tindakan (*perceived benefits to action*)

Tabel 4 3 *Blue print* kuesioner nilai Manfaat dari tindakan (*perceived benefits to action*)

Variabel	Indikator	Favourable	Unfavorable
Manfaat dari tindakan (<i>perceived benefits to action</i>)	Peningkatan fungsi kognitif, motorik dan bahasa pada anak	2	1
	Menurunkan biaya perawatan anak sakit	3	4

c. Hambatan terhadap tindakan (*Perceived barrier to action*)

Pada variabel ini memiliki 22 pertanyaan tentang hambatan terhadap tindakan (*Perceived barrier to action*)

Tabel 4 4 *Blue print* kuesioner nilai hambatan terhadap tindakan (*Perceived barrier to action*)

Variabel	Indikator	Favourable	Unfavorable
Hambatan terhadap tindakan (<i>Perceived barrier to action</i>)	Akses pada air bersih dan sanitasi	1, 4	7,9
	Fortifikasi bahan pangan	3, 6	10, 13
	Akses kepada layanan kesehatan dan keluarga berencana (KB)	12	5
	Akses Kesehatan Jaminan Nasional (JKN)	2	8
	Akses Persalinan Jaminan Universal (Jampersal)	11	15
	Pendidikan pengasuhan pada orang tua	14	18
	Pendidikan gizi masyarakat	16	17
	Edukasi kesehatan seksual dan reproduksi serta gizi pada remaja	21	20

Variabel	Indikator	Favourable	Unfavorable
	Akses layanan bantuan dan jaminan sosial bagi keluarga miskin	19	22

d. Perilaku pencegahan *stunting*

Tabel 4 5 *Blue print* kuesioner perilaku pencegahan *stunting*

Pada variabel ini memiliki 6 pertanyaan tentang perilaku pencegahan *stunting*

Variabel	Indikator	Favourable	Unfavorable
Perilaku Pencegahan <i>stunting</i>	Perbaikan pola makan	1	4
	Pola asuh	2	5
	Perbaikan sanitasi dan air bersih	3	6

Penilaian dilakukan menggunakan rumus :

$$P = \frac{\text{Skor yang di dapatkan}}{\text{Skor maksimal}} \times 100\%$$

Keterangan :

P : Prosentase

Interpretasi hasil :

76-100% : Baik

55-75 % : Cukup

< 50% : Kurang

4.5 Uji Validitas

Kuesioner dalam penelitian ini dilakukan uji validitas pada pra-penelitian yaitu pada kuesioner perilaku sebelumnya (*prior related behavior*), manfaat dari tindakan (*perceived benefits to action*), hambatan terhadap tindakan (*perceived*

barrier to action) dan perilaku pencegahan *stunting*. Uji validitas ini diujikan kepada beberapa ibu dengan anak usia 2-5 tahun di wilayah kerja Puskesmas Galis. Teknik mengukur uji validitas menggunakan rumus korelasi *Pearson* dengan nilai valid jika $p > 0,05$.

Hasil uji validitas terhadap 51 item pertanyaan (19 item perilaku sebelumnya (*prior related behavior*), 4 item manfaat dari tindakan (*perceived benefits to action*), 22 item hambatan terhadap tindakan (*perceived barrier to action*), dan 6 item perilaku pencegahan *stunting*). Data hasil validitas bisa terlihat pada lampiran. Hasil uji validitas terhadap 51 item didapatkan bahwa kuesioner tersebut valid.

4.6 Uji Reliabilitas

Kuesioner dalam penelitian ini dilakukan uji reliabilitas pada pra-penelitian yaitu pada kuesioner perilaku sebelumnya (*prior related behavior*), manfaat dari tindakan (*perceived benefits to action*), hambatan terhadap tindakan (*perceived barrier to action*) dan perilaku pencegahan *stunting*. Uji reliabilitas ini ditujukan kepada beberapa ibu dengan anak usia 2-5 tahun di wilayah kerja Puskesmas Galis. Teknik mengukur uji reliabilitas berdasarkan skala *Alpha Cronbach* 0 sampai 1. Item instrumen dianggap reliabel jika lebih besar dari 0,60. Hasil uji reliabilitas terhadap 51 item pertanyaan (19 item perilaku sebelumnya (*prior related behavior*), 4 item manfaat dari tindakan (*perceived benefits to action*), 22 item hambatan terhadap tindakan (*perceived barrier to action*), dan 6 item perilaku pencegahan *stunting*) pada 10 responden didapatkan semua pertanyaan reliabel. Data hasil 19 item perilaku sebelumnya (*prior related behavior*) dengan harga reliabilitas 0,921, 4 item manfaat dari tindakan (*perceived benefits to action*) dengan harga reliabilitas

0,770, 22 item hambatan terhadap tindakan (*perceived barrier to action*) dengan harga reliabilitas 0,951, dan 6 item perilaku pencegahan *stunting*) dengan harga reliabilitas 0,823.

4.7 Lokasi dan Waktu Penelitian

1. Lokasi penelitian

Penelitian ini akan dilakukan di Desa Galis Kabupaten Bangkalan Madura.

2. Waktu penelitian

Penelitian ini akan dilakukan pada bulan Desember 2018

4.8 Prosedur Pengumpulan Data

Pengumpulan data sebagai proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian. Cara yang digunakan untuk mengumpulkan data dalam penelitian ini adalah pengisian kuesioner oleh responden (Nursalam, 2017).

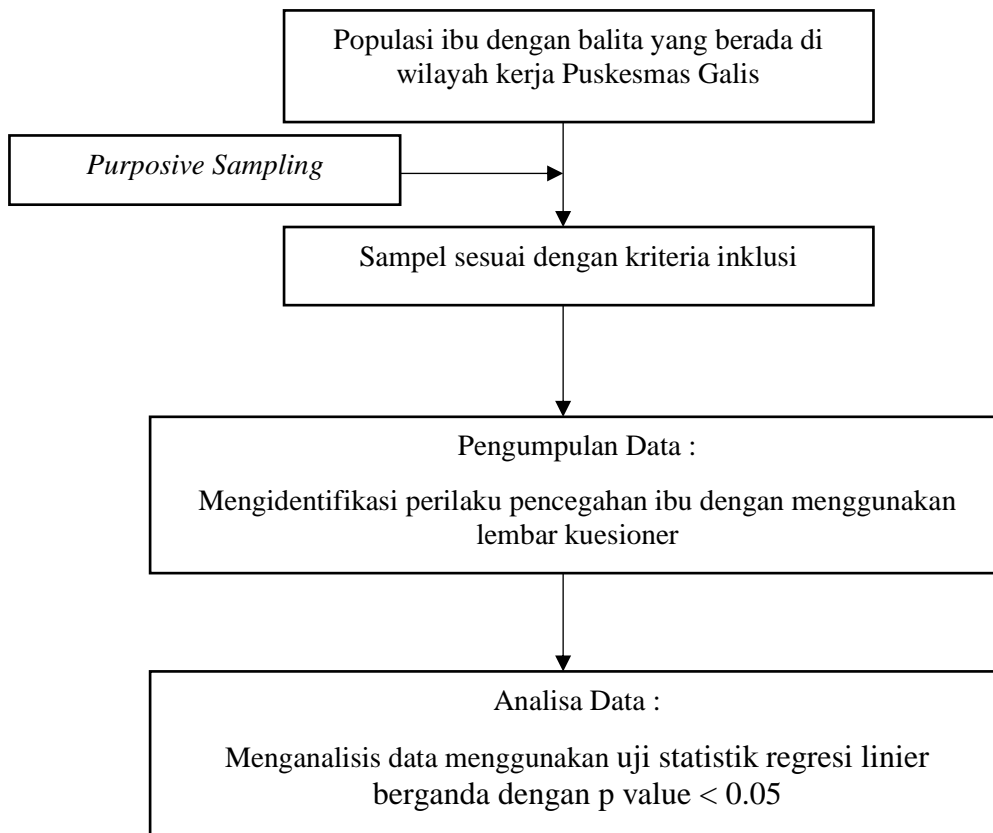
Adapun langkah-langkah pengumpulan data yaitu dimulai dengan penyusunan skripsi, kemudian mengajukan surat ijin keterangan penelitian dari Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, surat ijin melakukan penelitian kepada Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Provinsi Jawa Timur dengan tembusan kepada Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Bangkalan yang mengeluarkan surat kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Bangkalan. Kemudian, Dinas Kesehatan memberikan pengantar kepada kepala Puskesmas Galis untuk melakukan penelitian. Setelah mendapatkan izin, peneliti menyeleksi responden di wilayah kerja Puskesmas Galis sesuai dengan kriteria inklusi dan kriteria eksklusi yang telah ditetapkan. Responden yang sesuai sudah menjadi subjek dalam

penelitian. Penelitian ini dilakukan pada bulan Desember 2018 selama 2 minggu di Desa Galis Madura. Penelitian dilakukan dengan datang ke posyandu desa Galis dan *door to door* dibantu oleh kader kesehatan setempat. Posyandu di desa Galis mempunyai sistem 5 meja dimana setiap meja mempunyai kekhususan sendiri-sendiri yaitu pendaftaran balita, ibu hamil dan menyusui, penimbangan balita, pencatatan hasil penimbangan, penyuluhan dan pelayanan gizi bagi ibu balita, ibu hamil dan ibu menyusui, dan pelayanan kesehatan KB dan imunisasi.

Sebelum dibagikan, peneliti menjelaskan terlebih dahulu kepada calon responden tentang penelitian dan tujuannya. Kemudian, peneliti membagikan lembar persetujuan untuk menjadi responden (*informed consent*) yang ditandatangani oleh ibu yang mempunyai anak umur 2-5 tahun. Responden berhak memilih untuk bersedia maupun tidak bersedia menjadi responden penelitian. Jika bersedia menjadi responden maka responden akan menandatangani surat persetujuan menjadi responden yang disaksikan oleh saksi yaitu teman sejawat atau sama-sama teman seangkatan dan jika responden tidak bersedia menjadi responden maka dianggap gugur. Responden yang bersedia maupun yang tidak bersedia menjadi responden tidak akan dibedakan dalam memberikan pelayanannya. Peneliti membantu responden untuk membacakan dan mengisi kuesioner tersebut sesuai dengan jawaban responden.

Setelah mendapatkan persetujuan menjadi responden, maka peneliti akan membacakan dan membantu mengisi kuesioner setiap item pertanyaan yang berisi tentang perilaku sebelumnya, tingkat pendidikan, status sosial ekonomi, manfaat tindakan yang dirasakan, hambatan terhadap tindakan yang dirasakan dan perilaku pencegahan *stunting*.

4.9 Kerangka Kerja



Gambar 4 1 Kerangka operasional analisis faktor yang berhubungan dengan perilaku pencegahan *stunting* pada anak umur 2-5 tahun berdasarkan teori *Health Promotion Model* (HPM)

4.10 Analisa Data

Analisis data merupakan kegiatan setelah seluruh kuesioner dari responden terkumpul. Setelah data terkumpul selanjutnya melakukan pengolahan data, dengan tahapan sebagai berikut :

1. Editing yaitu perilaku untuk memeriksa kembali kebenaran data yang diperoleh terutama pengisian data penelitian pada lembar kuesioner (Notoatmodjo, 2010).

Editing meliputi :

- a. Mengecek nama dan kelengkapan identitas responden
 - b. Mengecek kelengkapan data artinya memeriksa isi instrumen pengumpulan data termasuk pula kelengkapan lembaran instrumen
 - c. Mengecek macam isian data
2. Coding adalah klarifikasi jawaban dari responden menurut macamnya dengan memberi kode pada masing-masing jawaban. Coding dilakukan pada data untuk memudahkan dalam penyajian data
3. Analisa
- a. Analisis univariat

Analisa deskriptif bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan data karakteristik responden yang meliputi pendidikan terakhir, pendapatan, pekerjaan responden, status perkawinan, jumlah anak, tinggi badan anak, jenis kelamin anak dan umur anak.
 - b. Analisis bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk tabulasi silang antara masing-masing variable *independent* dengan variable *dependent* dengan menggunakan uji *chi square*
 - c. Analisis multivariat

Analisis multivariat bertujuan untuk mengathui variabel bebas mana yang besar pengaruhnya terhadap variabel terikat, variabel bebas yang berhubungan dengan variabel terikat dipengaruhi oleh variabel lain atau tidak, dan bentuk hubungan beberapa variabel bebas dengan variabel terikat membentuk hubungan langsung atau pengaruh tidak langsung.

Proses analisis data pada penelitian ini menggunakan uji statistik regresi logistik dengan $p \text{ value} < 0.05$.

4.11 Etik Penelitian

Dalam penelitian ini yang menggunakan manusia sebagai subjek tidak boleh bertentangan dengan etika. Di bawah ini dijelaskan beberapa etika dalam penelitian.

1. Surat persetujuan (*informed consent*)

Lembar persetujuan menjadi sampel diberikan sebelum penelitian kepada responden. Setiap calon responden diberi penjelasan tentang maksud dan tujuan penelitian serta diminta kesediannya menjadi responden penelitian. Keikutsertaan penelitian bersifat sukarela dan tanpa paksaan. Peneliti tetap menghargai dan menghormati hak-hak responden apapun keputusan dari responden. Untuk responden yang tidak bersedia maupun yang bersedia tidak akan dibedakan dalam memberikan pelayanannya.

2. Tanpa nama (*anonimity*)

Nama responden tidak dicantumkan pada lembar pengumpulan data, peneliti hanya menggunakan kode dalam bentuk nomor pada masing-masing lembar pengumpulan data.

3. Kerahasiaan (*confidentiality*)

Informasi yang telah diperoleh dari responden dijamin kerahasiaannya oleh peneliti. Hanya data-data tertentu yang disampaikan tanpa menyebut nama responden. Data akan disimpan oleh peneliti selama penelitian berlangsung di dalam map.

4.12 Keterbatasan

1. Pengisian kuesioner dilakukan dengan cara membacakan satu per satu kepada responden setiap item pertanyaan, kader mengulang dengan menggunakan bahasa yang dimengerti responden dan selanjutnya kader memberitahukan jawaban ke peneliti mengenai apa yang disampaikan responden sehingga memakan waktu yang cukup lama kurang lebih 2 minggu
2. Jumlah responden di Posyandu yang berubah-ubah dikarenakan tidak semua ibu rutin membawa anaknya untuk melakukan pemeriksaan
3. Untuk mendapatkan responden dilakukan dengan cara *door to door* yang di bantu oleh kader kesehatan setempat
4. Banyak responden yang tidak mengerti bahasa Indonesia sehingga sulit untuk bagi kita untuk berkomunikasi

BAB 5

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Bab ini menguraikan hasil penelitian dan pembahasan dari pengumpulan data tentang analisis faktor yang berhubungan dengan pencegahan *stunting* pada anak usia 2-5 tahun berdasarkan Teori *Health Promotion Model* (HPM). Hasil penelitian gambaran umum lokasi penelitian, data umum, dan data khusus yang meliputi variabel yang diukur yaitu variabel independen terdiri dari perilaku sebelumnya (*prior related behaviour*), tingkat pendidikan, status sosial ekonomi, manfaat yang dirasakan (*perceived benefits to action*), hambatan terhadap tindakan yang dirasakan (*perceived barrier to action*) dan variabel dependen yaitu perilaku pencegahan *stunting*. Pembahasan dilakukan sesuai dengan tujuan penelitian untuk mendeskripsikan, mengetahui tingkat signifikansi dan menganalisis hubungan antara variabel yang akan diteliti, menggunakan uji statistik regresi logistik dengan tingkat signifikansi $\alpha < 0,05$.

Penelitian ini telah dilaksanakan pada bulan Desember 2018 di wilayah kerja Puskesmas Galis Kabupaten Bangkalan, Madura. Data didapatkan dengan cara pengisian kuesioner yang telah dipersiapkan, kepada 141 responden yaitu ibu yang mempunyai anak usia 2-5 tahun di wilayah kerja Puskesmas Galis Kabupaten Bangkalan, Madura.

5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Tempat penelitian ini berada di wilayah kerja Unit Pelaksana Teknis Daerah (UPTD) Puskesmas Galis yang merupakan salah satu Puskesmas dibawah Satuan

Kerja Perangkat Daerah (SKPD) Dinas Kesehatan Kabupaten Bangkalan yang dimiliki oleh Pemerintah Kabupaten Bangkalan. Puskesmas ini berada di Kecamatan Galis yang berada di Jl. Raya Galis No. 30, Longkek, Galis, Kabupaten Bangkalan. Wilayah kerja Puskesmas Galis meliputi 11 desa yaitu Desa Banyubunih, Desa Lantek Timur, Desa Paterongan, Desa Longkek, Desa Kajuanak, Desa Pekadan, Desa Galis, Desa Daleman, Desa Blateran, Desa Kelbung dan Desa Telok.

Jenis pelayanan yang diberikan Puskesmas Galis berupa poli umum atau balai pengobatan (BP), poli gizi dan KIA/KB, poli gigi dan mulut, klinik bersalin, UGD rawat inap, laboratorium, kamar obat, tata usaha, gedung obat, dan ambulans 24 jam. Poli KIA/KB dan Poli Gizi yang ada di Puskesmas Galis adalah tempat mendapatkan pelayanan kesehatan terkait dengan ibu dan anak. Pengunjung dilayani oleh bidan yang bertugas melakukan anamnesa dan diagnosa awal terhadap pasien. Poli KIA/KB melayani pelayanan *antenatal care* (ANC), pelayanan pasca persalinan (nifas), kontrasepsi IUD, suntik 3 bulan dan implan, pelayanan pra rujukan pada komplikasi kebidanan dan neonatal, pelayanan dan tindakan pasca persalinan (kontrol), penanganan pendarahan pasca keguguran (kontrol), penimbangan digital dan pengukuran tinggi badan/panjang badan untuk bayi dan balita.

Pelayanan di Poli KIA/KB yang sesuai dengan perilaku pencegahan *stunting* dimana dilakukan di 1000 hari pertama kehidupan adalah pelayanan *antenatal care* (ANC), penimbangan berat badan, pengukuran tinggi badan/panjang badan untuk bayi dan balita serta poli gizi dan KIA/KB. Pelayanan ANC yang dilakukan meliputi penimbangan berat badan, mengukur tekanan darah,

mengukur tinggi fundus uteri, pemberian imunisasi tetanus toxoid, pemberian tablet tambah darah (tablet fe) dan pemeriksaan laboratorium. Poli gizi di Puskesmas Galis meliputi konsultasi ibu hamil dengan anemia dan kurang energi kronis (KEK). Puskesmas Galis juga menyediakan Poli KIA/KB yang melakukan pemeriksaan tes kehamilan, penatalaksanaan ibu hamil resiko tinggi, serta melakukan rujukan kasus resiko tinggi ke fasilitas kesehatan yang lebih tinggi secara tepat.

5.1.2 Karakteristik Demografi Responden

1. Data Demografi Ibu

Tabel 5. 1 Distribusi karakteristik demografi responden analisis faktor yang berhubungan dengan pencegahan *stunting* pada anak umur 2-5 tahun berdasarkan Teori *Health Promotion Model* (HPM) pada Desember 2018

No	Karakteristik Demografi Responden	Kategori	Frekuensi	Prosentase
1.	Tingkat Pendidikan	SD	79	56
		SMP	28	19,9
		SMA	20	14,2
		PT	14	9,9
		TOTAL	141	100
2.	Status Sosial Ekonomi	< 1.500.000	74	52,5
		>1.500.000	67	47,5
		TOTAL	141	100
3.	Umur Ibu	≤ 20 tahun	2	1,4
		21-30 tahun	73	51,8
		≥ 31 tahun	66	46,8
		TOTAL	141	100
4.	Jumlah Anak	1 anak	36	25,5
		2 anak	57	40,4
		3 anak	33	23,4
		≥ 4 anak	15	10,6
		TOTAL	141	100
5.	Status Perkawinan	Kawin	138	97,9
		Cerai	3	2,1
		TOTAL	141	100

Berdasarkan tabel 5.1 menunjukkan bahwa sebagian besar tingkat pendidikan ibu adalah Sekolah Dasar (SD) sebanyak 79 orang (56%). Dilihat dari segi sosial ekonomi sebagian besar status sosial ekonomi keluarga adalah <1.500.000 sebanyak 74 orang (52,5%). Sebagian besar umur dari ibu adalah 21-30 tahun yaitu sebanyak 73 ibu (51,8%). Mayoritas ibu mempunyai anak adalah 2 anak yaitu sebanyak 57 orang (40,4%). Data diatas menunjukkan bahwa sebagian besar status perkawinan responden adalah kawin sebanyak 138 (97,9%)

2. Data Demografi Anak

Tabel 5. 2 Distribusi karakteristik demografi anak analisis faktor yang berhubungan dengan pencegahan *stunting* pada anak umur 2-5 tahun berdasarkan Teori *Health Promotion Model* (HPM) pada Desember 2018

No	Karakteristik Demografi Responden	Kategori	Frekuensi	Prosentase
1.	Umur Anak	24-36 bulan	58	41,1
		37-48 bulan	34	24,1
		49-60 bulan	49	34,8
TOTAL			141	100
2.	Jenis Kelamin	Perempuan	68	48,2
		Laki-laki	73	51,8
TOTAL			141	100

Pada Tabel 5.2 menunjukkan bahwa sebagian besar umur anak di Puskesmas Galis adalah 24-36 bulan sebanyak 58 anak (41,1%). Data diatas menunjukkan bahwa sebagian besar jenis kelamin anak adalah laki-laki sebanyak 73 (51,8%)

5.1.3 Data Khusus

Pada bagian ini diuraikan distribusi faktor yang berhubungan dengan pencegahan *stunting* pada anak umur 2-5 tahun yang berada di Puskesmas Galis Kabupaten Bangkalan tahun 2018 yaitu tingkat pendidikan, status sosial ekonomi,

perilaku sebelumnya, manfaat yang dirasakan, hambatan terhadap tindakan yang dirasakan. Berikut ini adalah uraian masing-masing variabel dalam bentuk tabel:

1. Perilaku Sebelumnya

Tabel 5.3 Distribusi Responden Berdasarkan Perilaku Sebelumnya yang Berhubungan Dengan Pencegahan *Stunting* Pada Anak Usia 2-5 Tahun Berdasarkan Teori *Health Promotion Model* (HPM) pada Desember 2018

Variabel yang Diukur	Kategori	Frekuensi	Prosentase
Perilaku Sebelumnya	Kurang	1	0,7
	Cukup	91	64,5
	Baik	49	34,8
Total		141	100

Berdasarkan Tabel 5.3 menunjukkan bahwa 1 orang (0,7 %) memiliki perilaku sebelumnya yang kurang, 91 orang (64,5%) memiliki perilaku sebelumnya yang cukup dan sebanyak 49 orang (34,8%) memiliki pengalaman sebelumnya baik.

2. Manfaat dari Tindakan

Tabel 5.4 Distribusi Responden Berdasarkan Manfaat dari Tindakan yang Berhubungan Dengan Pencegahan *Stunting* Pada Anak Usia 2-5 Tahun Berdasarkan Teori *Health Promotion Model* (HPM) pada Desember 2018

Variabel yang Diukur	Kategori	Frekuensi	Prosentase
Manfaat dari Tindakan	Kurang	21	14,9
	Cukup	65	46,1
	Baik	55	39
Total		141	100

Berdasarkan Tabel 5.4 menunjukkan bahwa sebanyak 21 orang (14,9%) memiliki manfaat dari tindakan yang kurang, 65 orang (46,1%) memiliki manfaat

dari tindakan yang cukup, dan sebanyak 55 orang (39%) yang memiliki manfaat dari tindakan yang baik.

3. Hambatan Tindakan Yang Dirasakan

Tabel 5.5 Distribusi Responden Berdasarkan Hambatan dari Tindakan yang Berhubungan Dengan Pencegahan *Stunting* Pada Anak Usia 2-5 Tahun Berdasarkan Teori *Health Promotion Model* (HPM) pada Desember 2018

Variabel yang Diukur	Kategori	Frekuensi	Prosentase
Hambatan dari Tindakan	Menghambat	81	57,4
	Tidak Menghambat	60	42,6
Total		141	100

Berdasarkan Tabel 5.5 menunjukkan bahwa sebanyak 81 orang (57,4%) memiliki hambatan tindakan dalam melakukan perilaku pencegahan dan sebanyak 60 responden (42,6%) menganggap bahwa hambatan tindakan perilaku pencegahan tidak menghambat

4. Perilaku Pencegahan

Tabel 5.6 Distribusi Responden Berdasarkan Perilaku Pencegahan yang Berhubungan Dengan Pencegahan *Stunting* Pada Anak Usia 2-5 Tahun Berdasarkan Teori *Health Promotion Model* (HPM) pada Desember 2018

Variabel yang Diukur	Kategori	Frekuensi	Prosentase
Perilaku Pencegahan	Negatif	47	33,3
	Positif	94	66,7
Total		141	100

Berdasarkan Tabel 5.6 menunjukkan bahwa sebagian besar ibu telah mencapai tingkat perilaku pencegahan positif yaitu sebanyak 94 responden (66,7%) sedangkan ibu yang mempunyai tingkat perilaku pencegahan negatif sebanyak 47 responden (33,3%).

5.1.4 Variabel Yang Diukur

1. Hubungan antara tingkat pendidikan dengan perilaku pencegahan *stunting*

Tabel 5.7 Hubungan antara tingkat pendidikan dengan perilaku pencegahan *stunting* pada Desember 2018

Variabel	Kategori	Perilaku pencegahan <i>stunting</i>				Σ (%)
		Negatif	%	Positif	%	
Tingkat pendidikan	SD	28	19.8	51	36.1	79 (55.9)
	SMP	10	7.1	18	12.8	28 (19.9)
	SMA	6	4.3	14	10	20 (14.3)
	PT	3	2.1	11	7.8	14 (9.9)
Total		47	33.3	94	66.7	141(100)
Uji Regresi Logistik $p=0.74$ (tidak signifikan)						

Mayoritas responden memiliki tingkat pendidikan SD yaitu sebanyak 79 ibu (55.9%). Hasil uji hipotesis dari tingkat pendidikan ($p=0.74$) tidak berhubungan dengan perilaku pencegahan *stunting* di wilayah kerja Puskesmas Galis.

2. Hubungan antara status sosial ekonomi dengan perilaku pencegahan *stunting*

Tabel 5.8 Hubungan antara status sosial ekonomi dengan perilaku pencegahan *stunting* pada Desember 2018

Variabel	Kategori	Perilaku pencegahan <i>stunting</i>				Σ (%)
		Negatif	%	Positif	%	
Status sosial ekonomi	<1.500.000	34	24.1	40	28.4	74(52.5)
	>1.500.000	13	9.2	54	38.3	67(47.5)
Total		47	33.3	94	66.7	141 (100)
Uji Regresi Logistik $p=0.07$ (tidak signifikan)						

Sebagian responden mempunyai status sosial ekonomi < 1.500.000 yaitu sebanyak 74 orang (52.5%). Hasil uji hipotesis dari status sosial ekonomi ($p=0.07$) tidak berhubungan dengan perilaku pencegahan *stunting* di wilayah kerja Puskesmas Galis.

3. Hubungan antara perilaku sebelumnya dengan perilaku pencegahan *stunting*Tabel 5. 9 Hubungan antara perilaku sebelumnya dengan perilaku pencegahan *stunting* pada Desember 2018

Variabel		Perilaku pencegahan <i>stunting</i>				Σ (%)
		Negatif	%	Positif	%	
Perilaku sebelumnya	Kurang	1	0.7	0	0	1 (0.7)
	Cukup	41	29.1	50	35.5	91(64.6)
	Baik	5	3.5	44	31.2	49 (34.7)
Total		47	33.3	94	66.7	141 (100)

Uji Regresi Logistik $p=0.032$ (signifikan)

Sebagian besar responden mempunyai perilaku sebelumnya yang cukup yaitu sebanyak 91 orang (64.6%). Hasil uji hipotesis dari perilaku sebelumnya ($p=0.032$) berhubungan dengan perilaku pencegahan *stunting* di wilayah kerja Puskesmas Galis.

4. Hubungan antara manfaat dari tindakan yang dirasakan dengan perilaku pencegahan *stunting* pada Desember 2018Tabel 5. 10 Hubungan antara manfaat dari tindakan yang dirasakan dengan perilaku pencegahan *stunting* pada Desember 2018

Variabel	Kategori	Perilaku pencegahan <i>stunting</i>				Σ (%)
		Negatif	%	Positif	%	
Manfaat dari tindakan yang dirasakan	Kurang	10	7.1	11	7.8	21 (14.9)
	Cukup	29	20.5	36	25.6	65(46.1)
	Baik	8	5.7	47	33.3	55 (39)
Total		47	33.3	94	66.7	141 (100)

Uji Regresi Logistik $p=0.35$ (tidak signifikan)

Mayoritas responden memiliki manfaat dari tindakan yang dirasakan cukup yaitu sebanyak 65 ibu (46.1%). Hasil uji hipotesis dari manfaat dari tindakan yang dirasakan ($p=0.35$) tidak berhubungan dengan perilaku pencegahan *stunting* di wilayah kerja Puskesmas Galis.

5. Hubungan antara hambatan terhadap tindakan dengan perilaku pencegahan *stunting* pada Desember 2018

Tabel 5.11 Hubungan antara hambatan terhadap tindakan dengan perilaku pencegahan *stunting* pada Desember 2018

Variabel	Kategori	Perilaku pencegahan <i>stunting</i>				Σ (%)
		Negatif	%	Positif	%	
Hambatan dari tindakan	Menghambat	38	26.9	43	30.5	81(57.9)
	Tidak menghambat	9	6.4	51	36.2	60(42.6)
Total		47	33.3	94	66.7	141 (100)
Uji Regresi Logistik p=0.31 (tidak signifikan)						

Mayoritas ibu merasakan hambatan dari tindakan sebanyak 81 ibu (57.9%).

Hasil uji hipotesis dari hambatan dari tindakan (p=0.31) tidak berhubungan dengan perilaku pencegahan *stunting* di wilayah kerja Puskesmas Galis.

5.1.5 Analisis Multivariat

Tabel 5.12 Hasil analisis multivariat faktor yang berhubungan dengan perilaku pencegahan *stunting* pada anak umur 2-5 tahun berdasarkan Teori *Health Promotion Model* (HPM) pada Desember 2018

Variabel	Sig	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
			Lower	Upper
Tingkat pendidikan	0,74	1,14	0,51	2,56
Status sosial ekonomi	0,07	2,21	0,93	5,21
Perilaku sebelumnya	0,03	2,81	1,09	7,27
Manfaat dari tindakan yang dirasakan	0,35	1,77	0,54	5,51
Hambatan dari tindakan	0,31	1,73	0,57	5,44

Berdasarkan Tabel 5.12 di atas, hasil analisis multivariat diketahui bahwa perilaku sebelumnya menunjukkan hasil signifikansi (p<0.05) dan tingkat pendidikan, status sosial ekonomi, manfaat dari tindakan dan hambatan dari tindakan yang tidak menunjukkan hasil signifikan (p>0.1). Hasil analisis pada variabel perilaku sebelumnya menunjukkan bahwa perilaku sebelumnya yang baik

mempunyai 2,81 kali lebih baik dalam melakukan perilaku pencegahan dengan tingkat signifikansi 0,03. Jadi, perilaku sebelumnya yang lebih baik cenderung lebih baik dalam melakukan perilaku pencegahan *stunting* dibandingkan dengan perilaku sebelumnya yang buruk.

5.1.1 Tabulasi silang antara perilaku pencegahan *stunting* dengan tinggi badan anak

Tabel 5. 13 Tabulasi silang antara perilaku pencegahan *stunting* dengan tinggi badan anak pada Desember 2018

Variabel	Kategori	Tinggi Badan				Σ (%)
		Sangat pendek	Pendek	Normal	Tinggi	
Perilaku Pencegahan <i>Stunting</i>	Negatif (%)	3 (2,1)	7(5)	35 (24,8)	2 (1,4)	47 (33,3)
	Positif (%)	11(7,8)	19(13,5)	57(40,5)	7 (4,9)	94(6,3)
Total		14 (9,9)	26(18,5)	92(65,3)	9(6,3)	141 (100)

Berdasarkan tabel 5.13 menunjukkan bahwa mayoritas ibu yang memiliki perilaku pencegahan *stunting* yang positif mempunyai anak dengan tinggi badan yang normal sebanyak 57 anak (40.5%).

5.2 Pembahasan

5.2.1 Hubungan tingkat pendidikan dengan perilaku pencegahan *stunting*

Hasil analisis dalam penelitian ini menunjukkan bahwa setiap ibu yang menjadi responden mayoritas memiliki tingkat pendidikan sekolah dasar (SD). Dari uji regresi logistik, nilai kemaknaan dan korelasinya menunjukkan tidak ada hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan ibu dengan perilaku pencegahan *stunting*. Hal ini menunjukkan bahwa tingkat pendidikan ibu tidak mempunyai pengaruh terhadap perilaku pencegahan *stunting*.

Menurut penelitian yang dilakukan Nasikhah (2014) dan Kamal (2011) yang mengatakan bahwa pendidikan ibu tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan kejadian *stunting*. Ibu yang berpendidikan tinggi biasanya memiliki pekerjaan dimana akan menyebabkan berkurangnya waktu ibu dalam mengasuh anak sehingga perhatian terhadap pemberian makan pada anak ikut berkurang dan menyebabkan anak menderita kurang gizi, yang selanjutnya berpengaruh buruk terhadap pertumbuhan dan perkembangan anak.

Hal ini berlawanan penelitian Serebutra *et al.*, (2006) yang mengatakan bahwa status pendidikan ibu menjadi prediktor penting *stunting* di pedesaan Guatemala, namun pendidikan ibu juga dapat dipengaruhi oleh petugas kesehatan yang dapat memberikan informasi kesehatan kepada ibu. Berbeda juga dengan penelitian oleh Wright *et al.*, (2018) mengatakan bahwa terdapat hubungan bermakna antara pendidikan ibu dengan kejadian *stunting* pada balita. Ibu yang berpendidikan lebih cenderung untuk membuat keputusan yang akan meningkatkan gizi dan kesehatan anak-anaknya. Selain itu, ibu yang berpendidikan cenderung menyekolahkan semua anaknya sehingga memutus rantai kebodohan, serta akan lebih baik dalam menggunakan strategi demi kelangsungan hidup anaknya, seperti ASI yang memadai, imunisasi, terapi rehidrasi oral, dan keluarga berencana. Maka dari itu, mendidik wanita akan menjadi langkah yang berguna dalam pengurangan prevalensi malnutrisi terutama *stunting*. Menurut Pender (2015), Teori HPM menyatakan bahwa tingkat pendidikan merupakan salah satu sosial budaya dimana faktor ini tidak secara langsung mempengaruhi perilaku pencegahan *stunting*. Jadi, banyak faktor lain yang juga mempengaruhi perilaku pencegahan *stunting* misalnya faktor personal yang meliputi faktor biologis dan faktor psikologis.

5.2.2 Hubungan status sosial ekonomi dengan perilaku pencegahan *stunting*

Hasil analisis dalam penelitian ini menunjukkan bahwa mayoritas status sosial ekonomi responden berada di bawah 1.500.000 dan dari uji *regresi logistic* disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan antara status sosial ekonomi dengan perilaku pencegahan. Hal ini bertentangan dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Nadhiroh (2015) dan Bomela (2007) yaitu pendapatan keluarga yang rendah merupakan faktor yang berhubungan dengan kejadian *stunting* pada balita. Dengan Penghasilan kecil, keluarga akan mempunyai keterbatasan dan kesulitan dalam mencukupi kebutuhan sehari-hari.

Manurung and Adler (2009) mengungkapkan bahwa pendapatan keluarga merupakan jumlah uang yang dihasilkan dan jumlah uang yang akan dikeluarkan untuk membiayai keperluan rumah tangga selama satu bulan. Pendapatan keluarga yang mencukupi akan menunjang perilaku anggota keluarga untuk mendapatkan pelayanan kesehatan keluarga yang lebih memadai. Menurut Fikawati (2010) tingkat sosial ekonomi berkaitan dengan daya beli keluarga. Kemampuan keluarga untuk membeli bahan makanan antara lain tergantung pada besar kecilnya pendapatan keluarga, harga bahan makanan itu sendiri, serta tingkat pengelolaan sumber daya lahan dan pekarangan. Keluarga dengan pendapatan terbatas kemungkinan besar kurang dapat memenuhi kebutuhan makanannya terutama untuk memenuhi kebutuhan zat gizi dalam tubuh anak. Berdasarkan Fikrina and Rokhanawati (2017) keterbatasan penghasilan keluarga turut menentukan mutu makanan yang dikelola setiap harinya baik dari segi kualitas maupun jumlah makanan. Kemiskinan yang berlangsung dalam waktu lama dapat mengakibatkan

rumah tangga tidak mampu untuk memenuhi kebutuhan pangan yang menyebabkan tidak tercukupinya gizi untuk pertumbuhan anak.

Jumlah anggota keluarga merupakan salah satu faktor yang berpengaruh pada pola pertumbuhan anak dan balita dalam suatu keluarga. Jumlah anggota keluarga yang semakin besar tanpa diimbangi dengan meningkatnya pendapatan akan menyebabkan pendistribusian konsumsi pangan akan semakin tidak merata (Hapsari, 2018). Status sosial ekonomi keluarga yang rendah bukan berarti keluarga tidak bisa memenuhi kebutuhan pangan sehari-hari. Hal ini dapat dibuktikan jika tidak adanya hubungan antara status sosial ekonomi dengan perilaku pencegahan *stunting* yang ada di wilayah Puskesmas Galis. Banyak keluarga dengan status sosial ekonomi yang rendah yang berada di Galis dapat memenuhi kebutuhan pangan sehari-hari dengan memanfaatkan sayuran yang ditanamnya sendiri. Menurut Kemenkes (2017) bahwa konsumsi sayur-sayuran yang mengandung vitamin, mineral dan serat merupakan salah satu indikator sederhana dalam mewujudkan gizi seimbang.

5.2.3 Hubungan perilaku sebelumnya dengan perilaku pencegahan *stunting*

Perilaku sebelumnya adalah perilaku yang sering dilakukan dimasa lalu secara langsung maupun tidak langsung yang berdampak kepada kemungkinan perilaku yang meningkatkan status kesehatan (Pender, 2015). Hasil analisis dalam penelitian ini menunjukkan bahwa mayoritas ibu memiliki perilaku sebelumnya yang cukup berupa pemberian makanan tambahan pada ibu hamil, mengatasi kekurangan zat besi dan asam folat, mengatasi kekurangan iodium, menyediakan obat cacing, memberikan imunisasi lengkap, dan melakukan pencegahan dan pengobatan diare sebanyak 91 orang. Dari uji korelasi *regresi logistic*

menunjukkan adanya hubungan antara perilaku sebelumnya dengan perilaku pencegahan.

Hasil tabulasi silang didapatkan hasil bahwa terdapat 11 orang yang mempersepsikan bahwa manfaat dari tindakan yang dirasakan kurang namun memiliki upaya pencegahan *stunting* yang positif. Jika ditinjau dari distribusi usia responden, sebanyak 7 orang diantaranya berada pada tahap umur 20-30 tahun dan 5 diantaranya berada di tahap lebih dari 30 tahun. Dalam tahap perkembangannya, 20-30 tahun merupakan masa di mana manusia mencapai pada keadaan terbentuknya kemandirian pribadi dan ekonomi. Selain itu, pada tahap usia perkembangan ini mereka mulai bertanggungjawab (Santrock, 2003). Selama usia dewasa awal ini kemampuan berpikir kritis meningkat dan proses pengambilan keputusan bersifat fleksibel. Hal ini disebabkan karena masa dewasa awal terus berkembang dan harus terlibat dalam perubahan dalam perubahan rumah tangga (Potter and Perry, 2009).

Asupan gizi selama kehamilan dan kurang gizi merupakan faktor yang dapat mempengaruhi berat badan lahir rendah (BBLR) (Sukmawati *et al.*, 2018). BBLR akan mempengaruhi masa dewasa anak dan akan mengalami *stunting* (Soetjningsih, 2012). Berdasarkan penelitian Swathma, Lestari and Teguh (2016) riwayat imunisasi dasar merupakan faktor risiko kejadian *stunting* dimana responden yang memiliki riwayat imunisasi dasar tidak lengkap mempunyai risiko mengalami *stunting* dibandingkan dengan responden yang memiliki riwayat imunisasi dasar lengkap. Menurut Mj, Cheah and Lee (2014) bahwa pemberian makanan tambahan kurang dari 6 bulan mempunyai 5.5 kali pengaruh yang signifikan terhadap kejadian *stunting*.

5.2.4 Hubungan manfaat dari tindakan dengan perilaku pencegahan *stunting*

Manfaat tindakan secara langsung memotivasi perilaku dan tidak langsung mendetermin rencana kegiatan untuk mencapai manfaat sebagai hasil. Manfaat tadi menjadi gambaran mental positif atau *reinforcement* positif bagi perilaku. Menurut teori nilai ekspektasi motivasi penting untuk mewujudkan hasil seseorang dari pengalaman dahulu melalui pelajaran observasi dari orang lain dalam perilaku (Pender, 2015).

Berdasarkan distribusi jawaban sebagian besar responden memiliki persepsi manfaat dari tindakan yang dirasakan cukup meliputi peningkatan fungsi kognitif, motorik dan bahasa pada anak dan menurunkan biaya perawatan anak sakit dan juga memiliki perilaku pencegahan *stunting* yang positif. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa persepsi manfaat dari tindakan yang dirasakan tidak berhubungan dengan perilaku pencegahan *stunting* yang berarti tingginya persepsi manfaat dari tindakan yang dirasakan tidak membuat seseorang untuk melakukan perilaku pencegahan *stunting*.

Penelitian ini selaras dengan Ningrum and Utami (2017) yang menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara status gizi dengan perkembangan balita. Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan Hanum and Khomsan (2012) menyatakan bahwa tugas perkembangan bahasa dan kognitif pada kelompok anak balita *stunted* lebih rendah dibandingkan anak balita normal dan menunjukkan hubungan yang signifikan antara status gizi indeks (TB/U) dengan perkembangan bahasa pada balita. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Hassanpour, Langlotz and States (2017) bahwa pengerdilan pada anak usia dini tidak memiliki hubungan

dengan kinerja kognitif anak-anak dikarenakan masih terdapat banyak faktor yang dapat emningkatkan kinerja kognitif anak misalnya lama menyusui, ukuran relatif anak saat lahir, dan masalah kesehatan yang dialami oleh anak.

Berdasarkan uraian diatas kemungkinan pernyataan tentang persepsi manfaat dari suatu tindakan tidak berpengaruh dikarenakan belum adanya kesadaran yang tinggi dari individu untuk menjaga kesehatannya agar tidak terjadi komplikasi dari perilaku pencegahan *stunting*.

5.2.5 Hubungan hambatan tindakan dengan perilaku pencegahan *stunting*

Hambatan tindakan adalah kendala selama kegiatan perilaku pencegahan *stunting* mulai dari masa kehamilan sampai anak berumur 2 tahun. Hambatan tindakan dalam melakukan perilaku pencegahan *stunting* meliputi akses pada air bersih dan sanitasi, penyediaan bahan pangan, akses pada layanan kesehatan dan jaminan kesehatan, pendidikan pengasuhan orang tua, pendidikan gizi masyarakat, dan jaminan sosial bagi keluarga yang kurang mampu.

Mayoritas responden yang merasa tidak memiliki hambatan dari tindakan memiliki perilaku pencegahan *stunting* yang positif. Dalam penelitian ini juga didapatkan bahwa responden yang merasa ada hambatan tindakan namun perilaku pencegahan *stunting* positif. Hasil penelitian tentang hubungan hambatan tindakan yang dirasakan dengan perilaku pencegahan *stunting* menunjukkan bahwa tidak adanya hubungan antara hambatan dari tindakan dengan perilaku pencegahan *stunting*.

Sanitasi yang buruk dapat meningkatkan kejadian sakit seperti diare pada balita. Keluarga dengan sanitasi rumah memenuhi syarat sebagian besar memiliki balita yang tidak terkena diare begitu pula sebaliknya dimana akan berpengaruh

terhadap anak yaitu menjadi *stunting* (Mayasari *et al.*, 2018). Sanitasi yang buruk merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi terjadinya *stunting* (Hanifah *et al.*, 2018). Pada hasil penelitian oleh Maywita (2018) menunjukkan bahwa proporsi kejadian *stunting* lebih banyak ditemukan pada responden yang mendapatkan pola asuh yang kurang baik lebih tinggi dibandingkan dengan responden yang mendapatkan pola asuh yang baik jadi dan terdapat hubungan yang signifikan antara pola asuh gizi dengan *stunting*. Berbeda dengan penelitian yang dilakukan Has (2012) hambatan tindakan yang dirasakan (*perceived barrier*) secara langsung mempengaruhi perilaku ibu dalam memenuhi perilaku ibu dalam memenuhi kebutuhan gizi anak prasekolah yang berarti semakin ibu mempersepsikan adanya hambatan dalam memenuhi kebutuhan gizi anak, maka secara langsung akan meningkatkan perilaku dalam memenuhi kebutuhan gizi anak prasekolah sesuai dengan kecukupan gizinya.

Hambatan yang dirasakan merupakan suatu kesadaran akan hambatan tindakan yang dapat menimbulkan masalah kesehatan dalam hubungannya dengan perilaku kesehatan. Hambatan yang dirasakan bisa dipengaruhi oleh banyak faktor salah satunya bisa karena alasan ekonomi. Kesadaran seseorang tentang kesehatan dan perilaku promosi kesehatan dapat terhambat oleh rendahnya pendapatan seseorang sehingga akan berdampak pula terhadap kemampuan seseorang untuk mempertahankan status kesehatan mereka (Pender, 2015).

Hambatan yang dirasakan atau yang dipersepsikan ibu sangat mempengaruhi niat atau komitmennya untuk berperilaku positif dalam melakukan perilaku pencegahan *stunting*. Namun, ada beberapa faktor lain yang dapat menyebabkan bahwa ibu yang mempunyai hambatan dari tindakan yang tinggi

tidak mempengaruhi perilaku pencegahan *stunting* misalnya ibu berusaha untuk mencari informasi dari media elektronik dan memanfaatkan pengalaman ibu balita lain untuk mencari solusi dari hambatan yang mereka hadapi dalam melakukan perilaku pencegahan *stunting*.

5.2.6 Faktor yang lebih dominan dengan perilaku pencegahan *stunting*

Analisis multivariat terhadap variabel tingkat pendidikan, status sosial ekonomi, perilaku sebelumnya, manfaat dari tindakan dan hambatan dari tindakan, terdapat salah satu variabel yang menunjukkan nilai Exp (B) 2,97 yaitu variabel perilaku sebelumnya. Dari hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa variabel yang memiliki kecenderungan lebih besar dalam melakukan perilaku pencegahan adalah perilaku sebelumnya. Perilaku sebelumnya menunjukkan bahwa perilaku sebelumnya yang tinggi mempunyai 2,97 kali lebih baik dalam melakukan perilaku pencegahan dengan tingkat signifikansi 0,03. Jadi, perilaku sebelumnya yang lebih tinggi cenderung lebih baik dalam melakukan perilaku pencegahan.

Berbeda dengan penelitian yang dilakukan Maywita (2018) dimana faktor dominan yang berhubungan dengan *stunting* adalah pola asuh gizi karena memiliki nilai OR paling besar yaitu 4.571 artinya balita yang mempunyai pola asuh kurang baik berpeluang menjadi *stunting* sebesar 4.5 kali di bandingkan dengan balita yang mendapatkan pola asuh yang baik. Pola asuh merupakan salah satu faktor yang berperan penting dalam status gizi balita. Berbeda juga dengan penelitian yang dilakukan oleh Nasikhah (2014) bahwa tinggi badan ibu memiliki pengaruh yang paling besar terhadap kejadian *stunting* dengan nilai OR = 10.31 yang artinya bahwa tinggi badan ibu yang kurang memiliki 10.31 kali terjadinya *stunting*. Ibu yang pendek merupakan salah satu faktor yang berhubungan dengan kejadian

stunting. Salah satu atau kedua orang tua yang pendek akibat kondisi patologi (seperti defisiensi hormone pertumbuhan) memiliki gen dalam kromosom yang membawa sifat pendek sehingga memperbesar peluang anak mewarisi gen tersebut dan tumbuh menjadi *stunting*. Akan tetapi, bila orang tua pendek akibat kekurangan zat gizi atau penyakit, kemungkinan anak dapat tumbuh dengan tinggi badan normal selama anak tersebut tidak terpapar faktor risiko yang lain.

BAB 6

KESIMPULAN

Pada bab ini akan diuraikan mengenai kesimpulan dan saran dari hasil penelitian analisis faktor yang berhubungan dengan pencegahan *stunting* pada anak usia 2-5 tahun berdasarkan Teori *Health Promotion Model* (HPM).

6.1 Kesimpulan

1. Perilaku pencegahan *stunting* pada anak usia 2-5 tahun berdasarkan Teori *Health Promotion Model* (HPM) dipengaruhi oleh perilaku sebelumnya (*prior related behaviour*).
2. Sebagian besar pendidikan ibu yang memiliki anak usia 2-5 tahun di wilayah kerja Puskesmas Galis adalah sekolah dasar (SD)
3. Sebagian besar status sosial ekonomi keluarga di wilayah kerja Puskesmas Galis adalah <1.500.000
4. Perilaku sebelumnya yang lebih baik cenderung lebih baik dalam melakukan perilaku pencegahan *stunting* dibandingkan dengan perilaku sebelumnya yang buruk.
5. Mayoritas ibu di wilayah kerja Puskesmas Galis memiliki manfaat dari tindakan yang dirasakan cukup
6. Mayoritas ibu yang memiliki anak usia 2-5 tahun di wilayah kerja Puskesmas Galis merasakan hambatan dari tindakan pencegahan *stunting*
7. Faktor dominan yang berhubungan dengan perilaku pencegahan *stunting* adalah perilaku sebelumnya. Perilaku sebelumnya yang tinggi mempunyai 2.81 kali lebih baik dalam melakukan perilaku pencegahan *stunting* dibandingkan dengan perilaku sebelumnya yang rendah

6.2 Saran

1. Bagi Responden

Bagi ibu yang belum melakukan perilaku pencegahan *stunting* disarankan untuk menghentikan kebiasaan yang bertentangan dengan kesehatan khususnya dalam perilaku pencegahan *stunting* seperti mengesampingkan konsumsi susu ibu hamil dan mengurangi konsumsi sayuran hijau selama masa kehamilan.

2. Bagi Perawat

Petugas kesehatan disarankan untuk memberikan *health education* lebih kepada ibu mengenai perilaku pencegahan *stunting* dengan memanfaatkan posyandu yang diadakan di masyarakat

3. Bagi Puskesmas/Pemerintah

Pihak puskesmas disarankan untuk mengoptimalkan program KIA dan Gizi yang berfokus pada perilaku pencegahan *stunting*. Perlu dilakukan pelatihan terhadap kader-kader posyandu untuk mendampingi ibu-ibu yang kurang pengetahuan mengenai perilaku pencegahan *stunting*

4. Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil analisis ini dapat digunakan untuk membuat rancangan intervensi untuk menambah informasi dan meningkatkan perilaku pencegahan *stunting* bagi masyarakat. Peneliti selanjutnya juga diharapkan untuk meneliti lebih lanjut mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku pencegahan *stunting* secara kualitatif perilaku dapat mengetahui lebih mendalam mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku pencegahan *stunting*.

DAFTAR PUSTAKA

- Abebe, Z., Haki, G. D. and Baye, K. (2017) 'Child feeding style is associated with food intake and linear growth in rural Ethiopia', *Appetite*. Elsevier Ltd, 116, pp. 132–138. doi: 10.1016/j.appet.2017.04.033.
- Acquah, E. *et al.* (2014) 'Correlates of stunting among children in Ghana Correlates of stunting among children in Ghana', 14(1), pp. 1–7. doi: 10.1186/1471-2458-14-504.
- Aditianti (2010) 'Faktor Determinan Stunting pada Anak Usia 24 – 59 Bulan di Indonesia', *Jurnal Gizi dan Pangan IPB*. Available at: <http://repository.ipb.ac.id/handle/123456789/55962>.
- Alimul, A. (2005) *Pengantar Ilmu Keperawatan Anak 1*. Pertama. Edited by D. Sjabana. Jakarta: Salemba Medika.
- Alligod, M. R. (2017) *Nursing Theorists and Their Work*. St. Louis Missouri: MOSBY Elsevier.
- Amer, S. and Veldkamp, A. (2018) 'PT Running Head : Complementary feeding and stunting in Rwanda', *Nutrition*. Elsevier Inc. doi: 10.1016/j.nut.2018.07.016.
- Bomela, N. (2007) 'Child nutritional status and household patterns in South Africa', *African Journal of Food, Agriculture, Nutrition and Development*, 7(5), pp. un-un. doi: 10.5380/af.v38i4.13168.
- Bove, I. *et al.* (2012) 'Stunting, overweight and child development impairment go hand in hand as key problems of early infancy: Uruguayan case', *Early Human Development*. Elsevier Ltd, 88(9), pp. 747–751. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2012.04.002.
- Casavant, S. G., Judge, M. and McGrath, J. (2017) 'Influence of anthropometric parameters on breastmilk provision in preterm infants', *Applied Nursing Research*. Elsevier, 38(January), pp. 45–50. doi: 10.1016/j.apnr.2017.09.007.
- Child, W. H. O., Standards, G. and W H O (2008) 'Training Course on Child Growth Assessment', *World Health Organization. Training Course on Child Growth Assessment*. Geneva, WS 103, pp. 1–116. doi: http://www.who.int/childgrowth/training/module_b_measuring_growth.pdf.
- Dalglish, T. *et al.* (2007) '[No Title]', *Journal of Experimental Psychology: General*, 136(1), pp. 23–42.
- Destiadi, A. an, Nindya, T. S. and Sumarmi, S. (2015) 'Frekuensi Kunjungan Posyandu dan Riwayat Kenaikan Berat Badan sebagai Faktor Risiko

- Kejadian Stunting pada Anak Usia 3 – 5 Tahun’, *Media Gizi Indonesia*, 10(1), pp. 71–75.
- Dewi, E. and Nindya, T. (2017) ‘Hubungan Tingkat Kecukupan Zat Besi Dan Seng Dengan Kejadian Stunting Pada Balita 6-23 Bulan’, *Amerta Nutrition*, 1(4), p. 361. doi: 10.20473/amnt.v1i4.2017.361-368.
- DINKES (2015) ‘Kenali Stunting dan Dampaknya Terhadap Anak | Dinas Kesehatan Indragiri Hulu’. Available at: <http://dinkes.inhukab.go.id/?p=3348>.
- Fikawati, S. dan A. S. (2010) ‘Kajian Implementasi dan Kebijakan Air Susu Ibu Eksklusif dan Inisiasi Menyusu Dini di Indonesia’, *Makara Kesehatan*, 14(1), pp. 17–24. doi: 10.7454/msk.v14i1.642.
- Fikrina, L. T. and Rokhanawati, D. (2017) ‘Hubungan tingkat sosial ekonomi dengan kejadian stunting pada balita usia 24-59 bulan di desa Karangrejek Wonosari Gunung Kidul’, pp. 1–13.
- Grantham-McGregor, S. M. *et al.* (1996) ‘Stunting and mental development in children’, *Nutrition Research*, 16(11–12), pp. 1821–1828. doi: 10.1016/S0271-5317(96)00206-0.
- Hanifah, L. *et al.* (2018) ‘Stunting trends and associated factors among Indonesian children aged 0-23 months : Evidence from Indonesian Family Life Surveys (IFLS) 2000 , 2007 and 2014’, 24(3), pp. 315–322.
- Hanum, N. L. and Khomsan, A. (2012) ‘Pola Asuh Makan, Perkembangan Bahasa , dan Kognitif Anak Balita Stunting dan Normal di Kelurahan Sumur Batu, Bantar Gebang Bekasi’, *Jurnal Gizi dan Pangan*, 7(2), pp. 81–88.
- Hapsari, W. (2018) ‘Hubungan Pendapatan Keluarga Pengetahuan Ibu Tentang Gizi Tinggi Orang Tua Dan Tingkat Pendidikan Ayah Dengan Kejadian Stunting Pada Anak Umur 12-59 Bulan’, *Skripsi*, p. 300.
- Has, E. S. and A. (2012) ‘Model pengembangan pemenuhan kebutuhan gizi anak prasekolah berbasis’, *Jurnal Ners*, 7(2), pp. 121–130. Available at: <https://e-journal.unair.ac.id/JNERS/article/view/4010/2731>.
- Hassanpour, S., Langlotz, C. P. and States, U. (2017) ‘The effect of early childhood stunting on children’s cognitive achievements: Evidence from young lives Ethiopia’, *Ethiopian Journal of Health Development*, 31(2), pp. 29–39. doi: 10.1016/j.artmed.2015.09.007.Information.
- Ii, B. A. B. and Pustaka, T. (2005) ‘15 2.1.2’, pp. 8–28.
- Illahi, R. K. and Muniroh, L. (2016) ‘Gambaran Sosio Budaya Gizi Etnik Madura’, *Media Gizi Indonesia*, 11(2), pp. 135–143.
- Kamal, M. S. (2011) ‘Socio-economic determinants of severe and moderate

stunting among under-five children of rural Bangladesh', *Malaysian Journal of Nutrition*, 17(1), pp. 105–118.

Kemenkes (2010) 'Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak', p. 40. doi: 641.1.ind k.

Kemenkes (2013) 'Kementerian Kesehatan Republik Indonesia', *August*. Available at: <http://www.depkes.go.id/article/print/16031000001/hari-ginjal-sedunia-2016-cegah-nefropati-sejak-dini.html>.

Kemenkes (2014) 'Pedoman Gizi Seimbang', pp. 19–20.

Kemenkes (2017) 'Warta Kesmas "Gizi, Investasi Masa Depan Bangsa"', 2.

Kemenkes, , (2017) 'Kementerian {Kesehatan} {Republik} {Indonesia}', *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*. Available at: <http://kemkes.go.id/>.

Kementerian Desa Pembangunan Daerah Tertinggal dan Transmigrasi (2017) 'Buku saku desa dalam penanganan stunting', pp. 2–13.

Klinis, P. P., Dokter, I. and Indonesia, A. (2017) 'Perawakan Pendek pada Anak dan Remaja di Indonesia Perawakan Pendek pada Anak dan Remaja di Indonesia'.

Kyle, T. and Carman, S. (2014) *Buku Ajar Keperawatan Pediatri*. 2nd edn. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.

Manurung, J. and Adler, M. (2009) *Ekonomi Keuangan dan Kebijakan Moneter*. Jakarta: Salemba Medika.

Mayasari, D. *et al.* (2018) 'Stunting , Faktor Resiko dan Pencegahannya Stunting , Risk Factors and Prevention', 5, pp. 540–545.

Maywita, E. (2018) 'FAKTOR RISIKO PENYEBAB TERJADINYA STUNTING PADA BALITA UMUR 12-59 BULAN DI KELURAHAN KAMPUNG BARU KEC . LUBUK BEGALUNG TAHUN 2015 Risk Factors Cause the Stunting of Age 12-59 Months in Kampung Baru Kec . Lubuk Begalung in 2015 Erni Maywita Dosen Tetap Fak', *Jurnal Riset Hesti Medan*, 3(1), pp. 56–65.

MCA Indonesia (2013) 'Stunting dan Masa Depan Indonesia', *Millennium Challenge Account - Indonesia*, 2010, pp. 2–5. Available at: www.mca-indonesia.go.id.

Mitra (2015) 'Permasalahan Anak Pendek (Stunting) dan Intervensi untuk Mencegah Terjadinya Stunting (Suatu Kajian Kepustakaan) Stunting Problems and Interventions to Prevent Stunting (A Literature Review)', *Jurnal Kesehatan Komunitas*, 2(6), pp. 254–261. Available at: <http://ejournal.htp.ac.id/stikes/pdf.php?id=JRL0000099>.

- Mj, E., Cheah, W. L. and Lee, P. Y. (2014) 'Factors Influencing Malnutrition among Young Children in serawak', 20(2).
- Nadhiroh, K. N. dan S. R. (2015) 'Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Stunting Pada Balita', *Jurnal Media Gizi Indonesia*, 10(Faktor yang berhubungan dengan kejadian stunting), pp. 13–19.
- Nasikhah, R. (2014) 'Faktor Risiko Kejadian Stunting Pada Balita', *Universitas Diponegoro*, 1, pp. 1–27. doi: 10.1007/978-3-319-56541-5_34.
- Niayesh, H. *et al.* (2018) 'Walden University'.
- Ningrum, E. W. and Utami, T. (2017) 'Hubungan Antara Status Gizi Stunting Dan Perkembangan Balita Usia 12-59 Bulan', *Jurnal Bidan*, pp. 70–79. Available at: <http://ojs.akbidylpp.ac.id/index.php/Prada/article/view/255>.
- Notoatmodjo (2010) *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nurillah Amaliah, Sari, K. and Rosha, B. C. (2012) 'Status Tinggi Badan Pendek Berisiko Terhadap Keterlambatan Usia Menarche Pada Perempuan Remaja Usia 10-15 Tahun', *Penelitian Gizi Makan*, 35(2), pp. 150–158. doi: 10.22435/PGM.V35I2.3383.150-158.
- Nusa, P. *et al.* (no date) 'Laporan hasil penelitian Faktor risiko balita stunting usia 12-36 bulan di Puskesmas Dasan Agung , Risk factors stunting for 12-36 month old children in Dasan Agung Community Health Centre , Mataram , West Nusa Tenggara Province Pendahuluan Stunting adala', 38.
- Pender, N. J. (2015) *Health Promotion in Nursing Practice*.
- Potter and Perry (2009) *Fundamental Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Prihartini, S. D. (2014) 'J Ural', *Jurnal Edu Health : PENGARUH MOBILISASI DINI TERHADAP PENURUNAN TINGGI FUNDUS UTERI PADA IBU NIFAS DI PAVILIUN MELATI RSUD JOMBANG*, 4(2), pp. 2–7.
- Rahman, T., Adhani, R. and Triawanti (2016) 'Laporan Penelitian Hubungan antara Status Gizi Pendek (Stunting) dengan Tingkat Karies Gigi', *Jurnal Kedokteran Gigi*, I(1), pp. 88–93.
- Ray, S. (2013) 'Relationship between stunting and wasting in children', *Medical Journal Armed Forces India*. Elsevier, 69(4), p. 410. doi: 10.1016/j.mjafi.2013.10.005.
- RISKESDAS (2013) 'Penyakit yang ditularkan melalui udara', *Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan Republik Indonesia*, (Penyakit Menular), p. 103. doi: 10.1007/s13398-014-0173-7.2.
- Santrock, J. (2003) *Adolescence: Perkembangan Remaja*. Jakarta: Erlangga.

- Semba, R. D. *et al.* (2016) 'Child Stunting is Associated with Low Circulating Essential Amino Acids', *EBioMedicine*. The Authors, 6, pp. 246–252. doi: 10.1016/j.ebiom.2016.02.030.
- Septiari, B. (2012) *Mencetak Balita Cerdas dan Pola Asuh Orang Tua*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Sereebutra, P. *et al.* (2006) 'Sociodemographic and environmental predictors of childhood stunting in rural Guatemala', *Nutrition Research*, 26(2), pp. 65–70. doi: 10.1016/j.nutres.2006.02.002.
- Sodikin (2012) *Keperawatan Anak: Gangguan Pencernaan*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Soetjiningsih (2012) *Buku Ajar II Perkembangan Anak dan Remaja*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- van Stuijvenberg, M. E. *et al.* (2015) 'Low intake of calcium and vitamin D, but not zinc, iron or vitamin A, is associated with stunting in 2- to 5-year-old children', *Nutrition*. Elsevier Ltd, 31(6), pp. 841–846. doi: 10.1016/j.nut.2014.12.011.
- Sukmawati *et al.* (2018) 'Status Gizi Ibu Saat Hamil, Berat Badan Lahir Bayi Dengan Stunting Pada Balita', *Media Gizi Pangan*, 25(1), pp. 18–24.
- Sulistyoningsih, H. (2011) *Gizi untuk Kesehatan Ibu dan Anak*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Supariasa (2013) *Penilaian Status Gizi (Edisi Revisi)*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Sutomo, B. and Anggraini, D. (2010) *Makanan Sehat Pendamping ASI*. Jakarta: Demedia.
- Swathma, D., Lestari, H. and Teguh, R. (2016) 'Riwayat Imunisasi Dasar Terhadap Kejadian Stunting Pada Balita Usia 12-36 Bulan Di Wilayah Kerja Puskesmas Kandai Kota Kendari Risk Factors Analysis of Low Birth Weight , Body Length At Birth and Basic Immunization History Toward Stunting of Children Aged', pp. 1–10.
- Trihono *et al.* (2015) *Pendek (Stunting) di Indonesia, Masalah dan Solusi*, Lembaga Penerbit Balitbangkes. doi: hrfh.
- UNICEF (2013) *Improving child nutrition: The achievable imperative for global progress.*, Division of Communication, UNICEF. doi: 978-92-806-4686-3.
- Voth-gaeddert, L. E. *et al.* (2018) 'International Journal of Hygiene and What causes childhood stunting among children of San Vicente , Guatemala : Employing complimentary , system-analysis approaches', *International Journal of Hygiene and Environmental Health*. Elsevier, 221(3), pp. 391–

399. doi: 10.1016/j.ijheh.2018.01.001.


WHO (2010) 'Interpretation guide', *Nutrition Landacape Information System*, pp. 1–51. doi: 10.1159/000362780.Interpretation.

WHO (2014a) 'Global Nutrition Targets 2025', pp. 1–2.

WHO (2014b) 'What's At Stake', *Who.Int*, (9), pp. 1–10. doi: 10.1111/evo.12990.

Wright, K. O. *et al.* (2018) 'Nutritional status of children in a well-child clinic in Lagos, Nigeria', *African Journal of Food, Agriculture, Nutrition and Development*, 18(03), pp. 13602–13616. doi: 10.18697/ajfand.83.17030.

LAMPIRAN**Lampiran 1 Surat Permohonan Pengambilan Data Penelitian**

	KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI UNIVERSITAS AIRLANGGA FAKULTAS KEPERAWATAN	
	Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913754, 5913257, 5913756 Fax. (031) 5913257, 5913752 Website: http://ners.unair.ac.id Email: dekan_ners@fkip.unair.ac.id	

Nomor	: 3608/UN3.1.13/PPd/2018	23 November 2018
Lampiran	: 1 (satu) eksemplar	
Perihal	: Permohonan Fasilitas Pengambilan Data Penelitian	

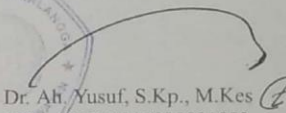
Kepada Yth.: Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik
Provinsi Jawa Timur

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Program Studi Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini untuk mengambil data penelitian sebagai bahan penyusunan skripsi

Nama	: Ribka Putri Sholecha
NIM	: 131711123070
Judul Skripsi	: Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Pencegahan <i>Stunting</i> Pada Balita Berdasarkan Teori <i>Health Promotion Model</i> (HPM)

Atas perhatian dan kerjasama Bapak/ Ibu, kami sampaikan terima kasih.

Pjh. Wakil Dekan I
Wakil Dekan III



Dr. Aft. Yusuf, S.Kp., M.Kes
NIP: 196701012000031002

Tembusan:

1. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Bangkalan
2. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Bangkalan

Lampiran 2 Surat Laporan Selesai Penelitian



PEMERINTAH KABUPATEN BANGKALAN
DINAS KESEHATAN
PUSKESMAS GALIS
 Raya Galis No. 20. Telp. (031) 70540460, Kecamatan Galis (69173)

		Galis, Tanggal 21 Desember 2018
Nomor	: 072/262/433.102.21 2018 / 2018	Kepada
Sifat	: Penting	Yth, Kepala Dinas Kesehatan
Lampiran	:	Kabupaten Bangkalan
Perihal	: Laporan Hasil penelitian An. RIBKA PUTRI SOLECHA	Di <u>BANGKALAN</u>

Menindak Lanjuti surat dari kepala Dinas Kabupaten Bangkalan, tanggal 05 Desember 2018, Nomor : 072/ 6305 / 433.102/ 2018.
Perihal ijin penelitian atau survey, maka dengan ini kami melaporkan bahwa :

Nama	: RIBKA PUTRI SOLECHA
Jenis Kelamin	: Perempuan
Tempat Tgl Lahir	: Temanggung, 29 Agustus 1996
Instansi	: Universitas Airlangga Surabaya

Bahwa Yang Bersangkutan diatas Telah Melaksanakan Penelitian/Survei Dengan Tema Analisis factor Yang berhubungan dengan pencegahan Stunting Pada balita berdasarkan teori Health Promotion Model (HPM) di UPTD Puskesmas Galis kab,Bangkalan,

Demikian Untuk menjadi Maklum dan Atas perhatiannya Kami menyampaikan terima kasih.


Tembusan Yth :

3. Dekan Fakultas universitas keperawatan Airlangga Surabaya
4. Arsip.



Kepala UPTD Puskesmas Galis
Kabupaten Bangkalan
H. AGUS ANSORI s.Kep
Penata
Nip.19660307 198708 1 010

Lampiran 3 Surat Komisi Etik Penelitian Kesehatan



KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
FACULTY OF NURSING UNIVERSITAS AIRLANGGA

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL

“ETHICAL APPROVAL”
 No : 1203-KEPK

Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian kesehatan, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul :

The Committee of Ethical Approval in the Faculty of Nursing Universitas Airlangga, with regards of the protection of Human Rights and welfare in health research, has carefully reviewed the research protocol entitled :

“ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PENCEGAHAN STUNTING PADA ANAK UMUR 2-5 TAHUN BERDASARKAN TEORI HEALTH PROMOTION MODEL (HPM)”

<u>Peneliti utama</u>	: Ribka Putri Sholecha
<i>Principal Investigator</i>	
<u>Nama Institusi</u>	: Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
<i>Name of the Institution</i>	
<u>Unit/Lembaga/Tempat Penelitian</u>	: Kabupaten Bangkalan - Madura
<i>Setting of research</i>	

Dan telah menyetujui protokol tersebut di atas melalui Dipercepat.
And approved the above-mentioned protocol with Expedited.

Surabaya, 12 Desember 2018
 Ketua (CHAIRMAN)


Dr. Joni Haryanto, S.Kp., M.Si.
 NIP. 1963 0608 1991 03 1002

Lampiran 4 Lembar Permohonan Menjadi Responden Penelitian

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN

Dengan hormat,

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Ribka Putri Sholecha

NIM : 131711123070

Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya, Saya akan melakukan penelitian dengan judul :

“ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PENCEGAHAN *STUNTING* PADA ANAK UMUR 2-5 TAHUN BERDASARKAN TEORI *HEALTH PROMOTION MODEL* (HPM)”

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui factor-faktor yang berhubungan dengan perilaku pencegahan *stunting* pada anak umur 2-5 tahun berdasarkan Teori *Health Promotion Model* (HPM) di wilayah kerja Puskesmas Galis.

Penelitian ini tidak menimbulkan akibat yang merugikan bagi ibu sebagai responden, semua informasi yang diberikan akan dijaga kerahasiaannya dan hanya digunakan untuk keperluan penelitian.

Apabila ibu menyetujui maka saya mohon kesediaannya untuk menandatangani persetujuan dan menjawab pertanyaan yang telah tersedia. Atas perhatian dan kesediaannya menjadi responden saya ucapkan terima kasih

Hormat Saya,

Ribka Putri S

NIM. 131711123070

Lampiran 5 Surat Pernyataan Bersedia Menjadi Responden

SURAT PERNYATAAN BERSEDIA MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini, menyatakan BERSEDIA/TIDAK BERSEDIA *) menjadi peserta/responden penelitian yang dilakukan oleh Ribka Putri Sholecha, Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.

Nama :.....

Umur :.....tahun

Alamat :.....

.....

Sebagai responden dari penelitian tersebut. Persetujuan ini saya buat dengan sadar dan tanpa paksaan dari siapapun, demikian pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

*) coret yang tidak perlu

Madura, November 2018

Peneliti

Responden

(.....)

(.....)

Saksi

(.....)

Lampiran 6 Lembar Kuesioner Data Demografi

LEMBAR KUESIONER DATA DEMOGRAFI

Judul : Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Pencegahan Stunting Pada Anak umur 2-5 tahun Berdasarkan Teori *Health Promotion Model* (HPM).

Data Demografi

Petunjuk pengisian: Berilah tanda check (✓) pada salah satu jawaban yang anda pilih.

Identitas Responden

Kode Responden :

Umur :

1. Pendidikan terakhir:

SD

SMA

SMP

Perguruan Tinggi

2. Pendapatan

< 1.500.000

> 1.500.000

3. Jumlah anak

1

3

2

Lebih dari 3

Lampiran 7 Kuesioner Perilaku Pencegahan *Stunting*KUESIONER PERILAKU PENCEGAHAN *STUNTING*

Petunjuk pengisian: Berilah tanda check (✓) pada salah satu jawaban yang anda pilih.

Keterangan

- STS : Sangat tidak setuju
- TS : Tidak setuju
- S : Setuju
- SS : Sangat setuju

a. Perilaku sebelumnya (*Prior related behaviour*)

No	Pernyataan	STS	TS	S	SS
1.	Saat hamil, saya mengkonsumsi susu ibu hamil sebagai perilaku pemenuhan kebutuhan ibu hamil dan janin				
2.	Saat hamil, saya mengkonsumsi zat besi dan asam folat untuk pencegahan terhadap anemia				
3.	Saya mengurangi konsumsi sayuran hijau selama masa kehamilan				
4.	Saya mengesampingkan susu ibu hamil sebagai pemenuhan kebutuhan ibu hamil				
5.	Saya menolak pemberian suplemen zat besi dan asam folat saat hamil				
6.	Saya memenuhi kebutuhan iodium dengan mengkonsumsi ikan dan kacang-kacangan pada saat hamil				
7.	Saat hamil, saya menghindari konsumsi ikan dan kacang-kacangan				
8.	Saya menambah asupan nutrisi saat hamil dengan mengkonsumsi biskuit ibu hamil				
9.	Mengkonsumsi sayuran hijau saat hamil misalnya bayam dapat meningkatkan asupan zat besi dan asam folat pada tubuh				
10.	Saya menggunakan garam beryodium untuk mengolah makanan sehari-hari				
11.	Saat hamil, saya menggunakan garam yang tidak mengandung yodium untuk kegiatan sehari-hari				
12.	Saat hamil, saya mengkonsumsi makanan harian tanpa diit makanan tambahan ibu hamil				
13.	Saya memberikan imunisasi lengkap kepada anak saya				

14.	Saya melakukan pencegahan diare seperti memberikan air matang kepada anak saya				
15.	Saya tidak pernah memberikan anak saya obat cacing				
16.	Saya tidak memberikan anak saya imunisasi lengkap				
17.	Saya menganggap mengkonsumsi air matang tidak dapat mencegah terjadinya diare				
18.	Saya rutin memberikan anak saya obat cacing 6 bulan sekali				
19.	Saya memberikan obat untuk mengobati jika anak saya mengalami diare				

b. Manfaat dari tindakan (*Perceived benefits to action*)

No	Pernyataan	STS	TS	S	SS
1.	Menurut saya penurunan perkembangan bukan akibat dari bayi pendek				
2.	Pertumbuhan dan perkembangan anak akan berjalan dengan baik jika anak tidak mengalami bayi pendek				
3.	Menurut saya biaya perawatan anak sakit menurun jika anak tidak mengalami bayi pendek				
4.	Biaya perawatan anak sakit tidak dipengaruhi oleh bayi pendek				

c. Hambatan terhadap tindakan (*perceived barrier to action*)

No.	Pernyataan	STS	TS	S	SS
1.	Saya merasa air bersih mudah di dapat				
2.	Jaminan kesehatan nasional membantu dalam pelayanan kesehatan				
3.	Saya menyediakan makanan sehari-hari yang mengandung karbohidrat, protein, lemak, vitamin dan mineral				
4.	Memiliki jamban keluarga yang bersih dan sehat				
5.	Layanan kesehatan dan keluarga berencana merupakan akses yang tidak efektif				
6.	Makanan yang baik adalah makanan yang mengandung karbohidrat, protein, lemak, vitamin dan mineral				
7.	Penggunaan sungai untuk melakukan kegiatan MCK				
8.	Penggunaan jaminan kesehatan nasional akan mempersulit proses pelayanan kesehatan				
9.	Air yang kurang layak digunakan untuk pemenuhan kebutuhan sehari-hari				

10.	Menurut saya, makanan sehari-hari tidak harus mengandung kandungan gizi yang lengkap				
11.	Program jampersal membantu ibu untuk melakukan pemeriksaan kehamilan sampai persalinan				
12.	Menurut saya layanan kesehatan dan keluarga berencana membantu				
13.	Menu makanan yang baik adalah makanan yang membuat kenyang tanpa perlu memiliki kandungan gizi yang lengkap				
14.	Pendidikan orang tua yang baik akan berpengaruh pada anak itu sendiri				
15.	Penggunaan jampersal tidak memberikan efek pada ibu hamil				
16.	Pendidikan gizi masyarakat dapat meningkatkan status gizi masyarakat				
17.	Status gizi masyarakat tidak dipengaruhi oleh pendidikan gizi masyarakat				
18.	Pendidikan orang tua tidak mempengaruhi dalam proses pengasuhan anak				
19.	Jaminan sosial bagi keluarga miskin dapat membantu meningkatkan kebutuhan dan kesejahteraan masyarakat				
20.	Pendidikan gizi masyarakat yang baik tidak dapat menurunkan prevalensi gizi kurang				
21.	Menurut saya memberikan penjelasan kesehatan seksual dan reproduksi pada remaja memberikan banyak keuntungan				
22.	Jaminan sosial tidak memberikan keuntungan bagi keluarga yang tidak mampu				

d. Perilaku pencegahan *stunting*

No	Pernyataan	Ya	Tidak
1.	Saya memberikan menu makanan berupa sayur-sayuran, protein hewani maupun nabati, dan karbohidrat		
2.	Saya memberikan ASI selama 6 bulan pertama dan pemberian kolostrum kepada anak saya		
3.	Saya membiasakan anak saya untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah makan menggunakan sabun		
4.	Saya memberikan makan kepada anak saya hanya makanan yang disukai oleh anak saya tanpa memperhatikan kandungan gizinya		
5.	Saya menganggap ASI tidak harus di berikan kepada anak saya		
6.	Saya menganggap mencuci tangan tidak berpengaruh terhadap terjadinya bayi pendek		

Lampiran 8 Data Demografi Responden

No	Umur Ibu	Tingkat Pendidikan	Status Perkawinan	Pendapatan	Jumlah Anak	Jenis Kelamin Anak	Tinggi Badan	Perilaku sebelumnya	Manfaat tindakan	Hambatan tindakan
1	3	1	1	1	1	1	2	68	69	68
2	2	1	1	2	1	1	2	70	63	65
3	2	1	1	2	1	1	3	70	63	65
4	3	2	1	2	1	2	3	70	69	73
5	2	1	1	2	1	2	3	74	56	72
6	2	1	1	1	1	1	3	70	63	81
7	2	1	1	1	1	1	1	78	63	67
8	2	1	1	1	1	1	2	64	63	69
9	3	1	1	1	1	2	2	68	56	67
10	2	1	1	1	1	2	1	64	56	67
11	3	1	1	1	1	1	3	66	69	70
12	3	1	1	1	1	1	1	82	69	68
13	3	1	1	2	1	1	2	62	69	68
14	3	1	1	1	1	1	1	66	69	67
15	2	1	1	1	1	1	2	70	69	67
16	2	1	1	1	1	2	3	72	56	67
17	2	1	1	2	1	1	1	72	50	63
18	3	1	1	2	1	1	3	66	50	70
19	3	1	1	1	1	1	3	63	63	67
20	3	1	1	1	1	2	3	70	50	65

No	Umur Ibu	Tingkat Pendidikan	Status Perkawinan	Pendapatan	Jumlah Anak	Jenis Kelamin Anak	Tinggi Badan	Perilaku sebelumnya	Manfaat tindakan	Hambatan tindakan
21	2	2	1	1	1	2	3	67	75	75
22	3	2	1	2	1	2	3	75	69	66
23	2	1	1	1	1	2	3	70	75	65
24	2	1	1	1	1	2	3	75	50	66
25	2	1	1	1	1	1	3	72	75	69
26	3	1	1	1	1	2	3	72	75	69
27	2	2	1	1	1	1	2	72	75	63
28	2	3	1	1	1	2	3	64	75	68
29	3	1	1	1	1	2	3	72	50	58
30	3	1	1	1	1	1	3	62	69	70
31	2	1	1	1	1	1	3	66	69	73
32	2	1	1	2	1	1	3	64	75	66
33	3	1	1	1	1	1	2	64	75	73
34	3	1	1	1	1	2	3	70	75	74
35	2	1	1	1	1	2	3	64	75	74
36	3	1	1	1	1	1	3	70	75	67
37	3	1	1	2	1	2	3	59	63	67
38	3	1	1	1	1	2	3	59	75	63
39	3	1	1	1	1	1	2	70	63	56
40	3	2	1	1	1	1	3	62	81	64
41	3	1	1	1	1	1	3	79	75	66

No	Umur Ibu	Tingkat Pendidikan	Status Perkawinan	Pendapatan	Jumlah Anak	Jenis Kelamin Anak	Tinggi Badan	Perilaku sebelumnya	Manfaat tindakan	Hambatan tindakan
42	3	2	1	1	1	2	3	86	75	52
43	3	2	1	1	1	1	3	61	63	59
44	3	1	1	1	1	2	3	53	63	53
45	3	1	1	1	1	2	3	49	69	59
46	2	2	1	2	1	2	3	55	50	93
47	3	1	1	1	1	1	3	55	50	82
48	3	2	1	1	1	1	2	59	88	91
49	3	4	1	2	1	1	1	67	75	75
50	1	2	1	1	1	1	3	70	50	70
51	3	1	1	1	1	1	3	68	75	70
52	3	1	1	1	1	2	3	72	50	69
53	2	1	1	1	1	2	3	64	63	75
54	3	4	1	2	1	2	3	67	69	72
55	2	2	1	1	1	2	3	70	50	66
56	3	3	1	2	1	2	2	71	75	72
57	3	3	1	1	1	1	4	68	63	74
58	3	2	1	1	1	2	3	70	81	68
59	3	2	1	2	1	1	1	68	63	68
60	3	3	1	1	1	1	2	70	50	68
61	2	4	1	1	1	2	3	64	75	70
62	2	4	1	1	1	2	3	70	75	70

No	Umur Ibu	Tingkat Pendidikan	Status Perkawinan	Pendapatan	Jumlah Anak	Jenis Kelamin Anak	Tinggi Badan	Perilaku sebelumnya	Manfaat tindakan	Hambatan tindakan
63	3	4	1	2	1	2	2	70	75	76
64	3	1	1	1	1	1	3	72	50	76
65	3	1	2	1	1	2	2	70	88	75
66	2	4	1	2	1	1	3	71	75	77
67	2	2	1	2	1	2	1	71	50	61
68	2	3	1	2	1	1	3	63	50	80
69	2	3	1	1	1	2	1	74	50	68
70	3	1	1	2	1	1	3	72	50	76
71	3	3	1	2	1	2	2	70	50	76
72	2	3	1	2	1	1	3	70	50	76
73	2	1	1	2	1	2	3	72	69	75
74	2	1	1	2	1	1	2	71	94	82
75	2	3	1	2	1	1	3	72	63	65
76	2	1	1	1	1	1	3	63	94	73
77	3	3	1	1	1	1	3	62	63	70
78	3	1	1	1	1	2	4	72	94	85
79	3	1	2	2	1	2	1	71	75	74
80	2	1	1	1	1	2	3	83	94	74
81	2	1	1	1	1	1	2	86	50	75
82	2	3	1	1	1	1	3	86	50	82
83	3	3	1	2	1	1	3	74	63	75

No	Umur Ibu	Tingkat Pendidikan	Status Perkawinan	Pendapatan	Jumlah Anak	Jenis Kelamin Anak	Tinggi Badan	Perilaku sebelumnya	Manfaat tindakan	Hambatan tindakan
84	3	3	1	1	1	1	3	91	63	74
85	2	1	1	1	1	2	3	79	100	74
86	2	2	1	1	1	2	3	75	88	80
87	2	3	1	1	1	2	3	74	100	81
88	3	1	1	1	1	1	2	66	75	60
89	2	1	1	1	1	1	3	78	100	60
90	2	2	1	1	1	2	3	63	75	93
91	2	2	1	1	1	2	1	74	50	93
92	2	2	1	1	1	1	2	80	63	97
93	3	1	2	2	1	2	3	84	100	99
94	2	2	1	2	1	2	3	96	100	97
95	2	1	1	2	1	2	3	93	100	83
96	3	1	1	2	1	2	3	100	100	95
97	2	3	1	2	1	1	1	88	100	84
98	3	1	1	1	1	2	3	83	100	86
99	3	3	1	2	1	2	4	70	100	86
100	2	1	1	2	1	1	4	84	100	85
101	1	2	1	1	1	1	3	80	100	85
102	2	1	1	2	1	1	3	70	100	78
103	3	1	1	2	1	1	3	72	88	94
104	3	1	1	2	1	1	2	91	88	80

No	Umur Ibu	Tingkat Pendidikan	Status Perkawinan	Pendapatan	Jumlah Anak	Jenis Kelamin Anak	Tinggi Badan	Perilaku sebelumnya	Manfaat tindakan	Hambatan tindakan
105	2	1	1	2	1	1	2	88	100	86
106	2	1	1	2	1	2	3	89	100	95
107	2	1	1	2	1	2	3	93	100	90
108	2	1	1	2	1	1	3	97	100	90
109	2	1	1	2	1	1	3	82	100	89
110	2	1	1	2	1	2	3	87	100	89
111	3	1	1	1	1	2	3	87	100	67
112	2	1	1	2	1	2	3	89	100	69
113	2	2	1	2	1	2	3	92	100	80
114	2	4	1	2	1	2	3	87	100	75
115	2	1	1	1	1	1	4	75	100	75
116	3	2	1	2	1	1	3	84	56	78
117	2	3	1	2	1	2	3	67	63	68
118	3	3	1	2	1	1	3	74	63	68
119	2	2	1	1	1	2	4	79	63	88
120	3	4	1	2	1	2	4	72	75	100
121	2	2	1	2	1	2	3	74	69	97
122	3	4	1	2	1	2	4	92	63	100
123	2	4	1	2	1	2	3	96	100	97
124	2	4	1	2	1	2	3	96	100	95
125	2	4	1	2	1	1	3	96	100	84

No	Umur Ibu	Tingkat Pendidikan	Status Perkawinan	Pendapatan	Jumlah Anak	Jenis Kelamin Anak	Tinggi Badan	Perilaku sebelumnya	Manfaat tindakan	Hambatan tindakan
126	2	2	1	2	1	2	2	96	100	93
127	2	2	1	2	1	1	4	91	100	98
128	3	1	1	1	1	1	3	76	100	81
129	2	3	1	2	1	2	2	82	100	92
130	3	1	1	1	1	2	3	86	100	97
131	2	1	1	2	1	2	3	75	100	97
132	2	4	1	2	1	1	1	88	100	95
133	3	2	1	2	1	2	3	97	100	76
134	3	3	1	2	1	1	1	97	100	75
135	3	1	1	2	1	2	3	97	100	89
136	3	1	1	2	1	2	2	62	100	97
137	2	2	1	2	1	1	3	62	100	97
138	3	1	1	1	1	2	2	68	100	97
139	2	1	1	1	1	1	2	83	100	97
140	2	1	1	2	1	2	3	83	100	97
141	2	4	1	2	1	2	3	97	100	

Keterangan :	5. Jumlah Anak	Cukup = 51-75%
1. Umur Ibu	1 = 1 anak	Kurang = <50%
1 = \leq 20 tahun	2 = 2 anak	9. Hambatan
2 = 21-30 tahun	3 = 3 anak	tindakan yang
3 = \geq 31 tahun	4 = \geq 4 anak	dirasakan
2. Tingkat Pendidikan	6. Usia Anak	Baik = 76-100 %
1 = SD	1 = 24 - 36 bulan	Cukup = 51-75%
2 = SMP	2 = 37 - 48 bulan	Kurang = <50%
3 = SMA	3 = 49 - 60 bulan	10. Perilaku
4 = PT	7. Tinggi Badan	pencegahan
3. Status Perkawinan	1 = Sangat pendek	<i>stunting</i>
1 = Kawin	2 = Pendek	Positif = $t > \text{mean}$
2 = Cerai	3 = Normal	Negatif = $t <$
4. Pendapatan	4 = Tinggi	mean
1 = \leq 1.500.000	8. Manfaat tindakan yang dirasakan	
2 = \geq 1.500.000	Baik = 76-100 %	

Lampiran 9 Uji Validitas dan Reliabilitas

1. Perilaku sebelumnya (*Prior related behaviour*)**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	10	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	10	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.921	19

2. Manfaat dari tindakan (*perceived benefits to action*)**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	10	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	10	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.770	4

3. Hambatan terhadap tindakan (*Perceived barrier to action*)**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	10	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	10	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.951	22

4. Perilaku pencegahan *stunting***Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	10	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	10	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.823	6

Lampiran 10 Data Distribusi Penelitian

1. Pendidikan Ibu

PENDIDIKAN					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD	79	56.0	56.0	56.0
	SMP	28	19.9	19.9	75.9
	SMA	20	14.2	14.2	90.1
	PT	14	9.9	9.9	100.0
	Total	141	100.0	100.0	

2. Status Sosial Ekonomi

PENDAPATAN					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	≤ 1,500,000	74	52.5	52.5	52.5
	≥ 1,500,001	67	47.5	47.5	100.0
	Total	141	100.0	100.0	

3. Kategori Umur Ibu

kategori umur ibu					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	≤20 tahun	2	1.4	1.4	1.4
	21-30 tahun	73	51.8	51.8	53.2
	≥31 tahun	66	46.8	46.8	100.0
	Total	141	100.0	100.0	

4. Jumlah anak

kategori jumlah anak					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 anak	36	25.5	25.5	25.5

	2 anak	57	40.4	40.4	66.0
	3 anak	33	23.4	23.4	89.4
	≥4 anak	15	10.6	10.6	100.0
	Total	141	100.0	100.0	

5. Status Perkawinan

STATUS					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kawin	138	97.9	97.9	97.9
	cerai	3	2.1	2.1	100.0
	Total	141	100.0	100.0	

6. Umur Anak

kategori umur anak					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	24-36 BULAN	26	43.3	43.3	43.3
	37-48 BULAN	10	16.7	16.7	60.0
	49-60 BULAN	24	40.0	40.0	100.0
	Total	60	100.0	100.0	

7. Jenis Kelamin Anak

JENISKELAMIN					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	perempuan	68	48.2	48.2	48.2
	laki-laki	73	51.8	51.8	100.0
	Total	141	100.0	100.0	

8. Perilaku Sebelumnya

kategori perilaku sebelumnya					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kurang	1	.7	.7	.7
	cukup	91	64.5	64.5	65.2
	baik	49	34.8	34.8	100.0
	Total	141	100.0	100.0	

9. Manfaat Dari Tindakan

kategori manfaat dari tindakan					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kurang	21	14.9	14.9	14.9
	cukup	65	46.1	46.1	61.0
	baik	55	39.0	39.0	100.0
	Total	141	100.0	100.0	

10. Hambatan Dari Tindakan

kategori hambatan dari tindakan					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	menghambat	81	57.4	57.4	57.4
	tidak menghambat	60	42.6	42.6	100.0
	Total	141	100.0	100.0	

11. Perilaku Pencegahan *Stunting*

kategori perilaku pencegahan					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	negatif	47	33.3	33.3	33.3
	positif	94	66.7	66.7	100.0
	Total	141	100.0	100.0	

Lampiran 11 Hasil *Crosstab*

1. Tingkat pendidikan dengan perilaku pencegahan

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pendidikan kat * upaya dikotomi	141	100.0%	0	0.0%	141	100.0%

Pendidikan kat * upaya dikotomi Crosstabulation

			upaya dikotomi		Total
			NEGATIF	POSITIF	
Pendidikan kat	SD	Count	28	51	79
		Expected Count	26.3	52.7	79.0
		% within Pendidikan kat	35.4%	64.6%	100.0%
		% within upaya dikotomi	59.6%	54.3%	56.0%
		% of Total	19.9%	36.2%	56.0%
SMP	SMP	Count	10	18	28
		Expected Count	9.3	18.7	28.0
		% within Pendidikan kat	35.7%	64.3%	100.0%
		% within upaya dikotomi	21.3%	19.1%	19.9%
		% of Total	7.1%	12.8%	19.9%
SMP	SMP	Count	6	14	20
		Expected Count	6.7	13.3	20.0
		% within Pendidikan kat	30.0%	70.0%	100.0%
		% within upaya dikotomi	12.8%	14.9%	14.2%
		% of Total	4.3%	9.9%	14.2%
PT	PT	Count	3	11	14
		Expected Count	4.7	9.3	14.0
		% within Pendidikan kat	21.4%	78.6%	100.0%
		% within upaya dikotomi	6.4%	11.7%	9.9%
		% of Total	2.1%	7.8%	9.9%
Total	Total	Count	47	94	141
		Expected Count	47.0	94.0	141.0
		% within Pendidikan kat	33.3%	66.7%	100.0%

% within upaya dikotomi	100.0%	100.0%	100.0%
% of Total	33.3%	66.7%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1.223 ^a	3	.748
Likelihood Ratio	1.293	3	.731
Linear-by-Linear Association	.968	1	.325
N of Valid Cases	141		

a. 1 cells (12,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,67.

2. Pendapatan dengan perilaku pencegahan

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
pendapatan dikotomi * upaya dikotomi	141	100.0%	0	0.0%	141	100.0%

pendapatan dikotomi * upaya dikotomi Crosstabulation

			upaya dikotomi		Total
			NEGATIF	POSITIF	
pendapatan dikotomi	RENDAH	Count	34	40	74
		Expected Count	24.7	49.3	74.0
		% within pendapatan dikotomi	45.9%	54.1%	100.0%
		% within upaya dikotomi	72.3%	42.6%	52.5%
		% of Total	24.1%	28.4%	52.5%
	TINGGI	Count	13	54	67
		Expected Count	22.3	44.7	67.0
		% within pendapatan dikotomi	19.4%	80.6%	100.0%
		% within upaya dikotomi	27.7%	57.4%	47.5%
		% of Total	9.2%	38.3%	47.5%

Total	Count	47	94	141
	Expected Count	47.0	94.0	141.0
	% within pendapatan dikotomi	33.3%	66.7%	100.0%
	% within upaya dikotomi	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	33.3%	66.7%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	11.148 ^a	1	.001		
Continuity Correction ^b	9.986	1	.002		
Likelihood Ratio	11.468	1	.001		
Fisher's Exact Test				.001	.001
Linear-by-Linear Association	11.069	1	.001		
N of Valid Cases	141				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 22,33.

b. Computed only for a 2x2 table

3. Perilaku Sebelumnya dengan perilaku pencegahan

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
perilakuprosentase * upaya dikotomi	141	100.0%	0	0.0%	141	100.0%

perilakuprosentase * upaya dikotomi Crosstabulation

			upaya dikotomi		Total
			NEGATIF	POSITIF	
perilakuprosentase	Kurang	Count	1	0	1
		Expected Count	.3	.7	1.0
		% within perilakuprosentase	100.0%	0.0%	100.0%
		% within upaya dikotomi	2.1%	0.0%	0.7%
		% of Total	0.7%	0.0%	0.7%
	Cukup	Count	41	50	91

	Expected Count	30.3	60.7	91.0
	% within perilaku prosentase	45.1%	54.9%	100.0%
	% within upaya dikotomi	87.2%	53.2%	64.5%
	% of Total	29.1%	35.5%	64.5%
Baik	Count	5	44	49
	Expected Count	16.3	32.7	49.0
	% within perilaku prosentase	10.2%	89.8%	100.0%
	% within upaya dikotomi	10.6%	46.8%	34.8%
	% of Total	3.5%	31.2%	34.8%
Total	Count	47	94	141
	Expected Count	47.0	94.0	141.0
	% within perilaku prosentase	33.3%	66.7%	100.0%
	% within upaya dikotomi	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	33.3%	66.7%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	19.422 ^a	2	.000
Likelihood Ratio	21.940	2	.000
Linear-by-Linear Association	19.115	1	.000
N of Valid Cases	141		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,33.

4. Manfaat Dari Tindakan Yang Dirasakan dengan perilaku pencegahan

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
manfaat kategorik * upaya dikotomi	141	100.0%	0	0.0%	141	100.0%

manfaat kategorik * upaya dikotomi Crosstabulation

	upaya dikotomi		Total
	NEGATIF	POSITIF	

manfaat kategorik	Kurang	Count	10	11	21
		Expected Count	7.0	14.0	21.0
		% within manfaat kategorik	47.6%	52.4%	100.0%
		% within upaya dikotomi	21.3%	11.7%	14.9%
		% of Total	7.1%	7.8%	14.9%
cukup		Count	29	36	65
		Expected Count	21.7	43.3	65.0
		% within manfaat kategorik	44.6%	55.4%	100.0%
		% within upaya dikotomi	61.7%	38.3%	46.1%
		% of Total	20.6%	25.5%	46.1%
baik		Count	8	47	55
		Expected Count	18.3	36.7	55.0
		% within manfaat kategorik	14.5%	85.5%	100.0%
		% within upaya dikotomi	17.0%	50.0%	39.0%
		% of Total	5.7%	33.3%	39.0%
Total		Count	47	94	141
		Expected Count	47.0	94.0	141.0
		% within manfaat kategorik	33.3%	66.7%	100.0%
		% within upaya dikotomi	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	33.3%	66.7%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	14.388 ^a	2	.001
Likelihood Ratio	15.457	2	.000
Linear-by-Linear Association	11.715	1	.001
N of Valid Cases	141		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,00.

5. Hambatan Dari Tindakan dengan perilaku pencegahan

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent

hambatan dikotomi * upaya dikotomi	141	100.0%	0	0.0%	141	100.0%
------------------------------------	-----	--------	---	------	-----	--------

hambatan dikotomi * upaya dikotomi Crosstabulation

			upaya dikotomi		Total
			NEGATIF	POSITIF	
hambatan dikotomi	MENGHAMBAT	Count	38	43	81
		Expected Count	27.0	54.0	81.0
		% within hambatan dikotomi	46.9%	53.1%	100.0%
		% within upaya dikotomi	80.9%	45.7%	57.4%
		% of Total	27.0%	30.5%	57.4%
	TIDAK MENGHAMBAT	Count	9	51	60
		Expected Count	20.0	40.0	60.0
		% within hambatan dikotomi	15.0%	85.0%	100.0%
		% within upaya dikotomi	19.1%	54.3%	42.6%
		% of Total	6.4%	36.2%	42.6%
Total	Count	47	94	141	
	Expected Count	47.0	94.0	141.0	
	% within hambatan dikotomi	33.3%	66.7%	100.0%	
	% within upaya dikotomi	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	33.3%	66.7%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	15.797 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	14.394	1	.000		
Likelihood Ratio	16.791	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	15.685	1	.000		
N of Valid Cases	141				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 20,00.

b. Computed only for a 2x2 table

6. Tinggi badan anak dengan perilaku pencegahan

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
TBKATEGORI * upaya dikotomi	141	100.0%	0	0.0%	141	100.0%

TBKATEGORI * upaya dikotomi Crosstabulation

Count

	upaya dikotomi		Total
	NEGATIF	POSITIF	
TBKATEGORI Sangat pendek	3	11	14
pendek	7	19	26
normal	35	57	92
tinggi	2	7	9
Total	47	94	141

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2.792 ^a	3	.425
Likelihood Ratio	2.898	3	.408
Linear-by-Linear Association	.933	1	.334
N of Valid Cases	141		

a. 2 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.00.

7. Tingkat pendidikan dengan tinggi badan anak

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pendidikan kat * TINGGIBADAN	141	100.0%	0	0.0%	141	100.0%

Pendidikan kat * TINGGIBADAN Crosstabulation

Count

		TINGGIBADAN				Total
		Sangat Pendek	Pendek	Normal	Tinggi	
Pendidikan kat	SD	6	17	53	3	79
	SMP	3	4	19	2	28
	SMP	3	4	11	2	20
	PT	2	1	9	2	14
Total		14	26	92	9	141

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5.927 ^a	9	.747
Likelihood Ratio	5.897	9	.750
Linear-by-Linear Association	.055	1	.815
N of Valid Cases	141		

a. 8 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,89.

8. Status sosial ekonomi dengan tinggi badan anak

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pendapatan kat * TINGGIBADAN	141	100.0%	0	0.0%	141	100.0%

Pendapatan kat * TINGGIBADAN Crosstabulation

Count

		TINGGIBADAN				Total
		Sangat Pendek	Pendek	Normal	Tinggi	
Pendapatan kat < 1.500.000		6	15	49	4	74
> 1.500.000		8	11	43	5	67
Total		14	26	92	9	141

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1.059 ^a	3	.787
Likelihood Ratio	1.060	3	.787
Linear-by-Linear Association	.020	1	.888
N of Valid Cases	141		

a. 2 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,28.

9. Perilaku sebelumnya dengan tinggi badan anak

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
perilakuprosentase * TINGGIBADAN	141	100.0%	0	0.0%	141	100.0%

perilakuprosentase * TINGGIBADAN Crosstabulation

Count

		TINGGIBADAN				Total
		Sangat Pendek	Pendek	Normal	Tinggi	
perilakuprosentase	Kurang	0	0	1	0	1
	Cukup	9	17	61	4	91
	Baik	5	9	30	5	49
Total		14	26	92	9	141

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2.389 ^a	6	.881
Likelihood Ratio	2.609	6	.856
Linear-by-Linear Association	.094	1	.759
N of Valid Cases	141		

a. 6 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,06.

10. Manfaat dari tindakan dengan tinggi badan anak

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
manfaat kategorik * TINGGIBADANKAT	141	100.0%	0	0.0%	141	100.0%

manfaat kategorik * TINGGIBADANKAT Crosstabulation

Count

		TINGGIBADANKAT				Total
		Sangat pendek	Pendek	Normal	Tiinggi	
manfaat kategorik	Kurang	4	2	15	0	21
	cukup	6	13	42	4	65
	baik	4	11	35	5	55
Total		14	26	92	9	141

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5.372 ^a	6	.497
Likelihood Ratio	6.491	6	.370
Linear-by-Linear Association	1.265	1	.261
N of Valid Cases	141		

a. 5 cells (41,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,34.

11. Hambatan dari tindakan dengan tinggi badan anak

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
hambatan dikotomi * TINGGIBADANKAT	141	100.0%	0	0.0%	141	100.0%

hambatan dikotomi * TINGGIBADANKAT Crosstabulation

Count

		TINGGIBADANKAT				Total
		Sangat pendek	Pendek	Normal	Tiinggi	
hambatan dikotomi	MENGHAMBAT	10	14	54	3	81
	TIDAK MENGHAMBAT	4	12	38	6	60
Total		14	26	92	9	141

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3.457 ^a	3	.326
Likelihood Ratio	3.487	3	.322
Linear-by-Linear Association	1.405	1	.236
N of Valid Cases	141		

a. 1 cells (12,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,83.

Lampiran 12 Hasil Analisa Data Multivariat

Case Processing Summary

Unweighted Cases ^a		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	141	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	141	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		141	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
NEGATIF	0
POSITIF	1

Categorical Variables Codings

		Frequency	Parameter coding
			(1)
manfaat dikotomi	kurang	86	.000
	baik	55	1.000
pendapatan dikotomi	RENDAH	74	.000
	TINGGI	67	1.000
perilaku dikotomi	BURUK	80	.000
	BAIK	61	1.000
hambatan dikotomi	MENGHAMBAT	81	.000
	TIDAK MENGHAMBAT	60	1.000
pendidikan dikotomi	RENDAH	79	1.000
	TINGGI	62	.000

Block 0 : Beginning Block**Classification Table^{a,b}**

	Observed	Predicted			
		upaya dikotomi		Percentage Correct	
		NEGATIF	POSITIF		
Step 0	upaya dikotomi	NEGATIF	0	47	.0
		POSITIF	0	94	100.0
Overall Percentage					66.7

a. Constant is included in the model.

b. The cut value is .500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0 Constant	.693	.179	15.054	1	.000	2.000

Variables not in the Equation

	Score	df	Sig.
Step 0 Variables			
PENDIDIKANR(1)	.360	1	.549
PENDAPATANR(1)	11.148	1	.001
PERILAKUR(1)	16.700	1	.000
HAMBATANR(1)	15.797	1	.000
MANFAATDIKOT(1)	14.324	1	.000
Overall Statistics	24.891	5	.000

Block 1 : Method : Enter**Omnibus Tests of Model Coefficients**

	Chi-square	df	Sig.
Step 1 Step	27.774	5	.000
Block	27.774	5	.000
Model	27.774	5	.000

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	151.723 ^a	.179	.248

a. Estimation terminated at iteration number 5 because parameter estimates changed by less than .001.

Hosmer and Lemeshow Test

Step	Chi-square	df	Sig.
1	7.606	7	.369

Contingency Table for Hosmer and Lemeshow Test

		upaya dikotomi = NEGATIF		upaya dikotomi = POSITIF		Total
		Observed	Expected	Observed	Expected	
Step 1	1	5	7.942	8	5.058	13
	2	18	16.774	11	12.226	29
	3	5	5.556	8	7.444	13
	4	6	4.878	7	8.122	13
	5	6	4.703	9	10.297	15
	6	4	3.051	10	10.949	14
	7	3	1.874	10	11.126	13
	8	0	1.216	16	14.784	16
	9	0	1.005	15	13.995	15

Classification Table^a

		Predicted		
		upaya dikotomi		Percentage Correct
Observed		NEGATIF	POSITIF	
Step 1	upaya dikotomi NEGATIF	23	24	48.9
	POSITIF	19	75	79.8
Overall Percentage				69.5

a. The cut value is .500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 ^a PENDIDIKANR(1)	.135	.412	.107	1	.743	1.145	.510	2.566
PENDAPATANR(1)	.793	.438	3.277	1	.070	2.211	.936	5.219
PERILAKUR(1)	1.036	.484	4.582	1	.032	2.817	1.091	7.271
HAMBATANR(1)	.572	.573	.998	1	.318	1.772	.576	5.449
MANFAATDIKOT(1)	.548	.591	.860	1	.354	1.730	.543	5.512
Constant	-.451	.395	1.307	1	.253	.637		

a. Variable(s) entered on step 1: PENDIDIKANR, PENDAPATANR, PERILAKUR, HAMBATANR, MANFAATDIKOT.

Correlation Matrix

		Constant	PENDI DIKAN R(1)	PENDA PATAN R(1)	PERILA KUR(1)	HAMBATANR (1)	MANFAATD IKOT(1)
Step 1	Constant	1.000	-.716	-.438	-.248	-.066	-.087
	PENDIDIKANR(1)	-.716	1.000	.202	.087	-.001	.001
	PENDAPATANR(1)	-.438	.202	1.000	-.014	-.239	.045
	PERILAKUR(1)	-.248	.087	-.014	1.000	-.131	-.239
	HAMBATANR(1)	-.066	-.001	-.239	-.131	1.000	-.529
	MANFAATDIKOT(1)	-.087	.001	.045	-.239	-.529	1.000