

LAPORAN

PENELITIAN TERAPAN UNGGULAN PERGURUAN TINGGI



**PENGEMBANGAN MODEL *MULTILEVEL APPROACH TO
COMMUNITY HEALTH (MATCH)* BERBASIS *HEALTH PROMOTION
MODEL* DALAM PENGENDALIAN FAKTOR RESIKO STUNTING
PADA POPULASI RENTAN DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS
ARDIMULYO KECAMATAN SINGOSARI
KABUPATEN MALANG**

OLEH:

HURUN AIN, S.Kep, Ns, M.Kep

NIDN: 400417901

MARSAID, S.Kep, Ns, M.Kep

NIDN: 401877001

SUPONO, S.Kep, Ns, M.Kep, Sp.MB

NIDN: 401336501

KEMENTERIAN KESEHATAN RI

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG

TAHUN 2021

ABSTRAK

Kegiatan pada RPJMN 2020-2024 yang terkait dengan Program Kesehatan Masyarakat berfokus pada penurunan angka kematian ibu, angka kematian bayi, penurunan prevalensi stunting dan wasting pada balita. Angka stunting pada tahun 2020 sebesar 24,1% dan ditargetkan turun menjadi 14% pada tahun 2024. Secara terperinci target penurunan stunting pada RPJMN 2020-2024 adalah 21,1% pada 2021, 18,4% pada 2022, 16% pada 2023, dan 14% pada 2024 (Kementerian Kesehatan RI, 2020a)

Faktanya angka stunting belum mengalami penurunan sesuai dengan yang diharapkan. Untuk itu perlu adanya suatu terobosan baru yang efektif dalam mengurangi kejadian stunting yaitu melakukan pengendalian faktor resiko stunting pada populasi yang dapat berkontribusi terhadap kejadian stunting pada semua level mulai level individu, interpersonal, organisasi, masyarakat, dan pemerintah. Upaya penurunan stunting akan lebih efektif apabila intervensi gizi spesifik dan sensitif dilakukan secara terintegrasi atau terpadu. Beberapa penelitian baik dari dalam maupun luar negeri telah menunjukkan bahwa keberhasilan pendekatan terintegrasi yang dilakukan pada sasaran prioritas di lokasi fokus untuk mencegah dan menurunkan stunting.

Tujuan penelitian ini adalah mengembangkan model pengendalian resiko stunting menggunakan pendekatan MATCH berbasis HPM. Pendekatan MATCH berbasis HPM ini memfokuskan pada implementasi dengan perspektif sosio-ekologi dan mengembangkan intervensi multipel untuk mengatasi perilaku individu dan kondisi lingkungan dengan modifikasi faktor determinan, yaitu faktor anak, ibu dan lingkungan terhadap kejadian stunting batita (bawah tiga tahun) (Kusumawati, Rahardjo and Sari, 2015)

Data pada proses penelitian didapatkan secara garis besar sebagian besar responden belum memahami faktor-faktor apa sajakah yang dapat menyebabkan anak stunting. Untuk data secara detil masih dalam proses pengambilan data, dan monitoring pelaksanaan intervensi.

Kata kunci: Model Match, *Health Promotion Model* Faktor Resiko Stunting

PRAKATA

Alhamdulillah Robbil ‘Alamin segala puji dan syukur kami panjatkan kepada ALLAH SWT yang telah memberikan rahmat dan pertolonganNYA sehingga kami dapat menyusun proposal penelitian yang berjudul “Pengembangan Model *Multilevel Approach to Community Health* (Match) Berbasis *Health Promotion Model* Dalam Pengendalian Faktor Resiko Stunting Pada Populasi Rentan Di Wilayah Kerja Puskesmas Ardimulyo Kecamatan Singosari Kabupaten Malang”

Terimakasih yang sebesar-besarnya kami sampaikan kepada:

1. Bapak Budi Susatia, S.Kp, M.Kes selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang yang telah memberikan kesempatan kepada peneliti untuk melakukan kegiatan penelitian program unggulan perguruan tinggi tahun 2021.
2. Prof. Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons) selaku tim pakar penelitian program unggulan perguruan tinggi Poltekkes Kemenkes Malang yang telah banyak memberikan masukan untuk perbaikan penelitian ini
3. Kepala Puskesmas Ardimulyo dr. Sri Ratna MP, yang telah memberikan ijin untuk melakukan penelitian di wilayah kerja Puskesmas Ardimulyo
4. Bapak kepala Desa Wonorejo Kecamatan Singosari Kabupaten Malang yang telah memberikan ijin untuk melakukan penelitian di desa Wonorejo
5. Suami, dan anak-anakku tercinta yang telah memberi dukungan dan semangat yang luar biasa kepada peneliti dalam Menyusun proposal penelitian ini.
6. Semua pihak yang tidak dapat kami sebutkan satu persatu yang telah membantu terselesaikannya proposal penelitian ini

Peneliti menyadari proposal penelitian ini tidaklah sempurna, oleh karenanya saran dan masukan dari para pakar dan pembaca sangat kami harapkan demi kesempurnaan penelitian ini

Malang, Juli 2021

Peneliti

DAFTAR ISI

| | Halaman |
|--|---------|
| Halaman judul | i |
| Halaman Pengesahan | ii |
| Identitas dan Uraian Umum | iv |
| Daftar Isi..... | vi |
| Rangkuman..... | viii |
| BAB 1 PENDAHULUAN | |
| 1.1 Latar Belakang Masalah..... | 1 |
| 1.2 Perumusan Masalah..... | 7 |
| 1.3 Tujuan Penelitian | 7 |
| 1.3.1 Tujuan Umum..... | 7 |
| 1.3.2 Tujuan Khusus..... | 7 |
| 1.4 Manfaat Penelitian..... | 8 |
| BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA | |
| 2.1 Konsep Stunting | |
| 2.1.1 Definisi..... | 11 |
| 2.1.2 Faktor Resiko Melahirkan Stunting pada Ibu Hamil..... | 12 |
| 2.1.3 Determinan utama terjadinya stunting pada anak di indonesia..... | 15 |
| 2.1.4 Faktor-faktor yang Memengaruhi Stunting | 15 |
| 2.1.5 Kerangka Penanganan Stunting Terintegrasi di Indonesia..... | 21 |
| 2.1.6 Program Penguatan Penurunan Stunting Terintegrasi | 24 |
| 2.1.7 Fokus Pendekatan Siklus Hidup (1000 HPK + Remaja) Dengan Upaya Optimalisasi Cakupan Dengan 4 Strategi | 26 |
| 2.2 Konsep Kehamilan Hubungannya dengan Stunting | |
| 2.2.1 Kondisi Ibu dan Calon Ibu | 26 |
| 2.2.2 Kondisi Bayi dan Balita | 27 |
| 2.3 Konsep 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) | 28 |
| 2.4 Konsep Model <i>Multilevel Approach to Community Health</i> (MATCH) | 32 |
| 2.4.1 Model Perencanaan MATCH | 33 |
| 2.4.2 Tahapan dan Langkah Intervensi | 33 |
| 2.4.3 Konsep Pengendalian Stunting Metode MATCH | 39 |
| 2.5 Konsep <i>Health Promotion Model</i> (HPM) | |
| 2.5.1 Pengertian | 42 |
| 2.5.2 Asumsi mayor dari model HPM | 44 |
| 2.5.3 Proposi model kesehatan Teori HPM | 45 |
| 2.6 Model Pengendalian Faktir Resiko Stunting pada Ibu Hamil dengan Pendekatan MATCH Berbasis Teori Model HPM | 50 |
| 2.7 Kerangka Konsep Penelitian | 53 |
| BAB 4. METODE PENELITIAN | |
| 3.1 Desain Penelitian..... | 54 |
| 3.2 Penelitian Tahap 1 | 55 |
| 3.2.1 Populasi, Sampel, dan Teknik Sampling | 56 |
| 3.2.2 Variabel dan Definisi Operasional | 56 |
| 3.2.3 Instrumen penelitian | 58 |
| 3.2.4 Analisis Data | 60 |

| | |
|--|-----|
| 3.3 Penelitian Tahap 2 | 60 |
| 3.3.1 Populasi, Sampel, dan Teknik Sampling | 61 |
| 3.3.2 Variabel dan Definisi Operasional | 62 |
| 3.3.3 Instrumen penelitian | 63 |
| 3.3.4 Analisis Data | 65 |
| 3.3.5 Kerangka Operasional | 66 |
| 3.4 Waktu dan Lokasi Penelitian | |
| 3.4.1 Waktu Penelitian | 67 |
| 3.4.2 Lokasi Penelitian | 67 |
| 3.5 Pengumpulan Data | 67 |
| 3.6 Etika Penelitian | 70 |
| BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN | |
| 4.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian | 90 |
| 4.2 Hasil Penelitian dan Analisis Penelitian Tahap I | 91 |
| 4.2.1 Identifikasi Hubungan Faktor Anak dengan Resiko Stunting pada Batita 6-36 Bulan | 91 |
| 4.2.2 Identifikasi Hubungan Faktor Ibu dengan Resiko Stunting pada Batita 6-36 Bulan | 92 |
| 4.2.3 Identifikasi Hubungan Faktor Lingkungan dengan Resiko Stunting pada Batita 6-36 Bulan | 93 |
| 4.3 Hasil Penelitian dan Analisis Penelitian Tahap II Bagian ke-1 | 95 |
| 4.3.1 Identifikasi Model yang Digunakan oleh Stakeholder dalam Pengendalian Faktor Resiko Stunting | 95 |
| 4.3.2 Evaluasi Model MATCH Dan Model HPM Melalui Kajian Literatur | 100 |
| 4.3.3 Penyusunan Pengembangan Model MATCH Berbasis HPM Melalui <i>Focus Group Discussion</i> (FGD) dan Konsultasi Pakar | 101 |
| 4.3.4 Uji Validitas Dan Reliabilitas Pengembangan Model MATCH Berbasis HPM Untuk Mengendalikan Resiko Stunting | 106 |
| 4.3.5 Pengembangan Model MATCH Berbasis HPM Untuk Pengendalian Faktor Resiko Stunting pada Populasi Rentan | 106 |
| 4.4 Hasil Penelitian dan Analisis Penelitian Tahap II Bagian ke-2 | 109 |
| 4.4.1 Karakteristik Responden | 109 |
| 4.4.2 Pelaksanaan Proses Sosialisasi dan Uji Coba Penerapan pengembangan Model MATCH Berbasis HPM untuk mengendalikan faktor resiko Stunting | 109 |
| 4.4.3 Evaluasi hasil uji coba penerapan pengembangan model MATCH berbasis HPM untuk mengendalikan faktor resiko stunting | 110 |
| 4.5 Pembahasan | 114 |
| 4.5.1 Faktor Resiko Stunting pada Batita 6-36 Bulan | 114 |
| 4.5.2 Faktor Resiko Stunting pada Ibu Batita 6-36 Bulan | 115 |
| 4.5.3 Faktor Resiko Stunting pada Lingkungan Batita 6-36 Bulan | 116 |
| 4.5.4 Faktor Resiko Stunting yang Paling Dominan | 118 |
| 4.5.5 Pengembangan Model MATCH Berbasis HPM Untuk Pengendalian Faktor Resiko Stunting pada Populasi Rentan | 119 |

| | |
|---------------------------------|-----|
| BAB 5 Simpulan dan Saran | 122 |
| 5.1 Simpulan | 122 |
| 5.2 Saran | 122 |
| Daftar pustaka | 123 |
| Lampiran-lampiran | 126 |

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kegiatan pada RPJMN 2020-2024 yang terkait dengan Program Kesehatan Masyarakat berfokus pada penurunan angka kematian ibu, angka kematian bayi, penurunan prevalensi stunting dan wasting pada balita yang kemudian diikuti dengan indikator-indikator pendukung. Angka stunting pada tahun 2020 sebesar 24,1% dan ditargetkan turun menjadi 14% pada tahun 2024. Secara terperinci target penurunan stunting pada RPJMN 2020-2024 adalah 21,1% pada 2021, 18,4% pada 2022, 16% pada 2023, dan 14% pada 2024 (Kementerian Kesehatan RI, 2020a)

Berdasarkan data Pemantauan Status Gizi (PSG) selama tiga tahun terakhir, pendek memiliki prevalensi tertinggi dibandingkan dengan masalah gizi lainnya seperti gizi kurang, kurus, dan gemuk (Kemenkes, 2018). Prevalensi stunting merupakan salah satu masalah gizi terbesar pada balita di Indonesia. Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018 menunjukkan proporsi status gizi pendek dan sangat pendek pada bayi di bawah dua tahun (baduta) mencapai 29,9% lebih tinggi dibandingkan target RPJMN 2019, yaitu sebesar 28%. Padahal apabila stunting terjadi pada masa baduta, namun mendapatkan intervensi dengan benar sesuai dengan standar, akan dapat mengoptimalkan potensi yang dimiliki (Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat, 2018)

Tingginya prevalensi stunting menunjukkan bahwa terdapat permasalahan mendasar yaitu ketidaktahuan masyarakat terhadap faktor-faktor penyebab stunting dan pemberian pelayanan kesehatan yang belum sesuai standar, baik di tingkat

masyarakat maupun di fasilitas pelayanan kesehatan yang mendorong terjadinya stunting (Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat, 2018).

Prevalensi sangat pendek pada anak usia 0-23 bulan di Jawa Timur berdasarkan hasil Riskesdas 2018 adalah 15,21% sedangkan prevalensi pendek sebesar 18,40%. Jika dijumlahkan maka prevalensi anak pendek dan sangat pendek pada anak usia 0-23 bulan di Jawa Timur adalah sebesar 33,61%. Adapun prevalensi di Kabupaten Malang untuk kategori sangat pendek pada anak usia 0-23 bulan berdasarkan hasil Riskesdas 2018 adalah 14,27% sedangkan prevalensi pendek sebesar 12,83%, apabila dijumlahkan maka prevalensi anak pendek dan sangat pendek di Kabupaten Malang berdasarkan hasil riskesdas 2018 adalah sebesar 27,1%. Untuk kategori usia 0-59 bulan prevalensi sangat pendek di Jawa Timur berdasarkan hasil Riskesdas 2018 sebesar 12,92%, dan prevalensi pendek 19,89%, total 32,81%. Di Kabupaten Malang untuk kategori usia 0-59 bulan prevalensi sangat pendek sebesar 11,55%, prevalensi pendek 20,19%, total 31,74% (Riskesdas 2018, 2019)

Stunting merupakan kondisi yang tidak dapat dipulihkan akibat anak mengalami masalah gizi kronis sejak dalam kandungan. Diperkirakan 20% stunting dimulai di dalam rahim (Iraman *et al.*, 2014). Kejadian stunting pada anak merupakan suatu proses kumulatif yang terjadi sejak kehamilan, masa kanak-kanak dan sepanjang siklus kehidupan. Hampir 50% kasus stunting tercipta dari kehamilan. Kusumawati (2015) mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya stunting pada anak usia 6-24 bulan adalah penyakit infeksi, ketersediaan pangan, dan sanitasi lingkungan. Penelitian oleh Rahardjo (2011), menunjukkan penyebab stunting pada balita adalah pola asuh ibu dan pendapatan keluarga.

Penelitian Kusumawati (2015), mengidentifikasi faktor ibu yang berperan pada balita kurang gizi adalah pendidikan, pengetahuan gizi, ibu yang menganggur, gaya pengasuhan makan, dan paparan informasi (Kusumawati, Rahardjo and Sari, 2015). Temuan penelitian Laksono (2020) faktor determinan stunting pada balita di Jawa Timur berdasarkan Pemantauan Status Gizi (PSG) 2017 ada 4 faktor yaitu: tempat tinggal, umur balita, umur ibu balita, dan tingkat pendidikan ibu balita (Laksono and Megatsari, 2020). Temuan penelitian Titaley *et al* menunjukkan bahwa kemungkinan stunting meningkat secara signifikan pada anak-anak yang ibunya selama kehamilan melakukan perawatan antenatal kurang dari 4 kali, jenis kelamin laki-laki, usia antara 12–23 bulan, dan bayi BBLR yang beratnya <2500 gram saat lahir (Titaley *et al.*, 2019).

Hasil penelitian Danaei *et al.*, 2016 menemukan bahwa risiko utama terjadinya stunting di seluruh dunia adalah BBLR baik yang disebabkan karena prematuritas maupun karena dismaturitas (bayi cukup bulan tetapi berat lahir lebih kecil dari berat lahir yang seharusnya pada usia kehamilan tersebut). Faktor penyebab kedua adalah sanitasi buruk, dan faktor ke tiga adalah diare (Danaei *et al.*, 2016). Penelitian lainnya oleh Aryastami *et al.*, 2017 faktor determinan stunting pada anak usia 12-23 bulan di Indonesia adalah BBLR, jenis kelamin laki-laki, riwayat penyakit neonatal, dan faktor kemiskinan, dimana BBLR menjadi determinan utama terjadinya stunting (Aryastami *et al.*, 2017).

Bayi berat lahir rendah (BBLR) memiliki kemungkinan lebih tinggi untuk terhambat, karena stunting sering dimulai dalam rahim, kemungkinan untuk menjadi pendek cenderung tetap sampai tahap anak usia dini (Aryastami *et al.*, 2017). Pertumbuhan anak kurang optimal selama periode prenatal sering

merupakan akibat dari kurang gizi ibu. Namun, selama masa nifas, praktik pemberian makan yang optimal dapat mengurangi efek dari pertumbuhan intrauterin yang buruk (Rahman *et al.*, 2017). Dengan demikian, setelah melahirkan, jika asupan makanan tidak memadai, diperburuk oleh kondisi lingkungan yang tidak sehat, anak-anak akan memiliki peningkatan kerentanan terhadap infeksi, yang menyebabkan penyerapan nutrisi yang buruk dan akhirnya mengarah pada pertumbuhan yang buruk

Proporsi Panjang Badan Lahir <48 cm pada bayi usia 0-5 bulan di Jawa Timur adalah 15,36%, proporsi BBLR < 2500gram pada bayi usia 0-5 bulan di Jawa Timur tahun 2018 adalah 6,44% sedangkan di Kabupaten Malang sebanyak 1.261 (3,1%). Berdasarkan laporan profil kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Malang tahun 2018 diketahui wilayah kerja Puskesmas Ardimulyo kecamatan Singosari menjadi wilayah tertinggi ke-2 di Kabupaten Malang untuk angka gizi buruk balita yaitu sebesar 71 orang (1,57%) dan angka gizi kurang sebanyak 140 orang (3,09%), serta angka BBLR sebesar 153 (3,20%). Terkait ibu hamil dilaporkan bahwa belum semua ibu hamil mau memeriksakan kehamilannya di akhir /trimester ketiga terutama pada penduduk musiman dan penduduk terpencil (*Profil Kesehatan Kab Malang 2017, 2017*)

Berdasarkan hasil penelitian Achadi *et al.*, 1995 Konsumsi zat besi selama kehamilan merupakan prediktor signifikan dari berat badan dan panjang badan neonatal cukup bulan. (Achadi *et al.*, 1995). Faktor risiko signifikan terjadinya stunting yang parah adalah tidak ada perawatan antenatal di fasilitas kesehatan, dan partisipasi ibu dalam keputusan tentang makanan apa yang dimasak di rumah tangga (Torlesse *et al.*, 2016b)

Nutrisi ibu yang optimal harus didukung dengan kuat sebelum konsepsi, karena sangat penting untuk memastikan pertumbuhan optimal dalam rahim. Penelitian membuktikan bahwa mengonsumsi suplemen zat besi/asam folat atau beberapa suplemen mikronutrien selama kehamilan dapat mempengaruhi pertumbuhan janin, panjang lahir dan pertumbuhan postnatal (Achadi *et al.*, 1995). Ada hubungan yang signifikan antara stunting dan konsumsi energi dan protein hewani yang seimbang serta mikronutrien (Haszard *et al.*, 2019). Selain itu, pendidikan gizi dan konseling pada ibu selama kehamilan dilengkapi dengan dukungan nutrisi terbukti dapat meningkatkan berat badan lahir.

Untuk mengurangi stunting, penting untuk memahami faktor penentu dan efek relatifnya, untuk membantu penetapan prioritas dalam merancang kebijakan untuk meningkatkan pertumbuhan anak. Upaya untuk mengurangi stunting lebih lanjut harus difokuskan pada pencegahan retardasi pertumbuhan intra uterine dan sanitasi yang buruk, dan ini memerlukan fokus program pencegahan pada intervensi yang menjangkau ibu dan keluarga dan meningkatkan lingkungan hidup dan gizi mereka

Model pengendalian faktor risiko stunting didasarkan pada kerangka pikir The United Nations Children's Fund (UNICEF) tentang determinan penyebab timbulnya kekurangan gizi pada ibu dan anak. Kerangka pikir UNICEF digunakan karena dalam menyusun perencanaan model pengendalian atau intervensi perlu mempertimbangkan faktor determinan. Model pengendalian faktor risiko dalam penelitian ini adalah promosi multilevel dengan pendekatan *Multilevel Approach to Community Health* (MATCH). Pendekatan MATCH ini memfokuskan pada implementasi dengan perspektif sosio-ekologi dan mengembangkan intervensi

multipel untuk mengatasi perilaku individu dan kondisi lingkungan dengan modifikasi faktor determinan, yaitu faktor anak, ibu dan lingkungan terhadap kejadian stunting batita (bawah tiga tahun) (Kusumawati, Rahardjo and Sari, 2015). Penyuluhan kesehatan akan berpengaruh terhadap pengetahuan tentang kesehatan di masyarakat. Informasi dari media sosial, budaya setempat, asal suku yang ada di suatu wilayah, akan mempengaruhi tinggi rendahnya pengetahuan dan pemahaman masyarakat tentang stunting. HPM (*Health Promotion Model*) adalah salah satu cara untuk menggambarkan interaksi manusia dengan lingkungan fisik dan interpersonalnya dalam berbagai dimensi. Health Promotion Model merupakan salah satu model teori yang digunakan dalam bidang perubahan perilaku. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting bagi terbentuknya perilaku seseorang. Pusat HPM adalah teori pembelajaran sosial Albert Bandura, yang menyebutkan pentingnya proses kognitif dalam perubahan perilaku. HPM serupa dalam konstruksi health belief model, namun tidak terbatas pada perilaku pencegahan penyakit.

Model yang akan dikembangkan oleh peneliti adalah menggabungkan konsep MATCH dan HPM dimana model ini dikembangkan dengan menggabungkan atau mengkombinasikan model MATCH dengan pendekatan teori HPM. Melalui model ini diharapkan dapat membentuk perilaku baru pada ibu hamil dalam mencegah resiko melahirkan anak stunting di kemudian hari dengan menggunakan kerangka kerja MATCH sehingga intervensi dapat dilakukan secara komprehensif dengan melibatkan berbagai sektor dan stakeholder yang berkaitan dan ikut bertanggungjawab dalam mewujudkan RPJMN khususnya di bidang kesehatan.

Berdasarkan latar belakang diatas penulis tertarik untuk mengembangkan Model *Multilevel Approach To Community Health* (MATCH) berbasis teori *Health Promotion Model* dalam pengendalian faktor resiko stunting pada populasi rentan di wilayah kerja Puskesmas Ardimulyo Kecamatan Singosari Kabupaten Malang.

1.2 Rumusan Masalah

- 1) Apa sajakah faktor-faktor resiko stunting pada baduta, balita, ibu/pengasuh balita, ibu hamil, ibu menyusui, remaja puteri, wanita usia subur di wilayah kerja Puskesmas Ardimulyo Kecamatan Singosari Kabupaten Malang?
- 2) Bagaimanakah pengembangan model *Multilevel Approach to Community Health* (MATCH) berbasis teori *Health Promotion Model* dalam pengendalian faktor resiko stunting pada populasi rentan?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

- 1) Mengidentifikasi faktor-faktor resiko stunting pada anak, ibu/pengasuh, lingkungan anak usia 0-36 tahun di wilayah kerja Puskesmas Ardimulyo Kecamatan Singosari Kabupaten Malang
- 2) Menyusun pengembangan model *Multilevel Approach to Community Health* (MATCH) berbasis teori *Health Promotion Model* dalam pengendalian faktor resiko stunting pada populasi rentan

1.3.2 Tujuan Khusus

- 1) Mengidentifikasi faktor resiko stunting pada batita 6-36 bulan di wilayah kerja puskesmas ardimulyo kecamatan singosari kabupaten malang
- 2) Mengidentifikasi faktor resiko stunting pada ibu batita 6-36 bulan di wilayah kerja puskesmas ardimulyo kecamatan singosari kabupaten malang

- 3) Mengidentifikasi faktor resiko stunting pada lingkungan batita 6-36 bulan di wilayah kerja puskesmas ardimulyo kecamatan singosari kabupaten malang
- 4) Mengidentifikasi faktor dominan resiko stunting pada batita 6-36 bulan di wilayah kerja puskesmas ardimulyo kecamatan singosari kabupaten malang
- 5) Mengembangkan model Multilevel Approach to Community Health (MATCH) berbasis Health Promotion Model (HPM) untuk pengendalian faktor resiko stunting pada populasi rentan

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat sebagai dokumen ilmiah dalam penyebarluasan informasi kepada dunia keperawatan tentang upaya pengendalian resiko stunting pada populasi rentan yaitu balita, ibu balita, ibu hamil, ibu menyusui, dan wanita usia subur.

1.4.2 Manfaat Praktis

- 1) Mengembangkan model pengendalian faktor resiko stunting menggunakan *Multilevel Approach to Community Health (MATCH)* berbasis teori *Health Promotion Model* pada populasi rentan berbasis bukti
- 2) Memberikan masukan kepada stakeholder (Dinkes Kabupaten Malang) sebagai dasar menetapkan kebijakan tentang pengendalian faktor resiko stunting.
- 3) Memberikan bahan informasi bagi peneliti lain yang berminat untuk mengembangkan penelitian lebih lanjut

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Stunting

2.1.1 Definisi

Indonesia sejak tahun 1990 menggunakan the United States National Center for Health Statistics (NCHS) Growth Reference sebagai standar antropometri gizi untuk balita. Hal tersebut tertuang dalam Surat Keputusan Menteri Kesehatan nomor 920 tahun 2002. Menurut standar NCHS stunting Indeks TB/U dengan z-score < -3.00 SD dikategorikan sebagai balita sangat pendek, < -2.00 sampai -3.00 dikategorikan sebagai balita pendek, dan > -2.00 dikategorikan sebagai normal (Kepmenkes No. 1995/MENKES/SK/XII/2010) (Kementerian Kesehatan RI, 2020b)

Stunting atau sering disebut pendek adalah kondisi gagal tumbuh akibat kekurangan gizi kronis dan stimulasi psikososial serta paparan infeksi berulang terutama dalam 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK), yaitu dari janin hingga anak berusia dua tahun (Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat, 2018)

Stunting adalah kondisi gagal tumbuh pada anak balita (bayi di bawah lima tahun) akibat dari kekurangan gizi kronis sehingga anak terlalu pendek untuk usianya. Kekurangan gizi terjadi sejak bayi dalam kandungan dan pada masa awal setelah bayi lahir akan tetapi, kondisi stunting baru nampak setelah bayi berusia 2 tahun. Stunting (kerdil) adalah kondisi dimana balita memiliki panjang atau tinggi badan yang kurang jika dibandingkan dengan umur. Kondisi ini diukur dengan panjang atau tinggi badan yang lebih dari minus dua standar deviasi median standar

pertumbuhan anak dari WHO. Balita stunting termasuk masalah gizi kronik yang disebabkan oleh banyak faktor seperti kondisi sosial ekonomi, gizi ibu saat hamil, kesakitan pada bayi, dan kurangnya asupan gizi pada bayi. Balita stunting di masa yang akan datang akan mengalami kesulitan dalam mencapai perkembangan fisik dan kognitif yang optimal (Kemenkes, 2018)

Pada waktu lahir, panjang badan bayi rata-rata adalah 50 cm, tinggi badan 75 cm dicapai pada usia 1 tahun, 85 cm pada usia 2 tahun dan 100 cm yaitu 2 kali panjang lahir dicapai pada usia 4 tahun, dan pada usia 6 tahun tingginya berkisar 130 cm. Dalam keadaan normal tinggi badan tumbuh bersama dengan pertumbuhan umur. Pengaruh defisiensi zat gizi terhadap tinggi badan baru akan tampak pada saat yang cukup lama

Tabel 2.1 Tinggi Badan dan Berat Badan Rata-rata Anak Umur 0-6 Tahun

| No | Kelompok Umur | Berat Badan (kg) | Tinggi Badan (cm) |
|----|---------------|------------------|-------------------|
| 1. | 0 – 6 bulan | 6 | 60 |
| 2. | 7 – 12 bulan | 8,5 | 71 |
| 3. | 1 – 3 tahun | 12 | 90 |
| 4. | 4 – 6 tahun | 17 | 110 |

2.1.2 Determinan utama terjadinya stunting pada anak di Indonesia

Menurut Izwardy (2019) direktur gizi masyarakat Kemenkes RI dari hasil beberapa studi tentang stunting di Indonesia, disimpulkan bahwa (Izwardy, 2019):

1. Determinan utama terjadinya stunting pada anak di indonesia adalah
 - a. ASI tidak eksklusif pada 6 bulan pertama
 - b. Status ekonomi keluarga yang rendah
 - c. Kelahiran prematur
 - d. Panjang badan baru lahir yang pendek
 - e. Ibu yang pendek

- f. Tingkat pendidikan orangtua rendah
 - g. Anak yang tinggal di daerah miskin perkotaan dan di daerah pedesaan
2. Anak laki-laki cenderung lebih berisiko mengalami stunting dari pada anak perempuan
 3. Anak-anak dari keluarga dengan jamban yang buruk dan air minum tidak layak meningkatkan risiko terjadinya stunting
 4. Faktor masyarakat dan sosial seperti akses yang rendah terhadap pelayanan kesehatan dan tempat tinggal di pedesaan yang berlangsung lama berkaitan dengan kejadian stunting pada anak

Hasil penelitian (Sofiatin *et al.*, 2019) tentang Risiko ibu dan lingkungan untuk pertumbuhan yang gagal dalam 5 tahun pertama usia anak-anak di Tanjungsari di Jawa Barat Indonesia, didapatkan faktor determinan yang signifikan terhadap stunting adalah

- 1) Bayi yang dilahirkan BBLR (<2500 gram)
- 2) Panjang badan saat dilahirkan <48 cm
- 3) Sumber air minum yang tidak higienis
- 4) Tingkat pendidikan ibu
- 5) Lingkar lengan atas selama hamil
- 6) Pemberian ASI eksklusif
- 7) Pemberian makanan tinggi protein usia 0-24 bulan

Penelitian yang dilakukan oleh (Titaley *et al.*, 2019) menyelidiki determinan stunting pada anak usia 0-2 tahun di Indonesia menggunakan data Riskesdas 2013. Penelitian ini menemukan bahwa peluang seorang anak untuk menjadi stunted meningkat bila:

- 1) Tinggal di rumah tangga dengan jumlah balita lebih dari 3 orang
- 2) Tinggal di rumah tangga dengan jumlah ART lebih dari 7 orang
- 3) Anak dari ibu yang saat hamil melakukan kunjungan ke faskes kurang dari 4x
- 4) Berjenis kelamin laki-laki
- 5) Berusia 12-23 bulan
- 6) Berat badan saat lahir < 2.500 gram (BBLR)

Menurut penelitian (Sasongko *et al.*, 2019) tentang faktor determinan remaja pendek di Tanjungsari Jawa Barat adalah

- 1) Bayi yang dilahirkan BBLR (<2500 gram)
- 2) Panjang badan saat dilahirkan <42 cm
- 3) Sumber air minum yang tidak higienis
- 4) Tingkat pendidikan ibu
- 5) Pemberian ASI sampai uais 2 tahun
- 6) Paparan terhadap asap rokok
- 7) Riwayat infeksi
- 8) Riwayat penyakit atopik

Menurut Kementerian PPN/Bappenas (2018) penyebab langsung masalah gizi pada anak termasuk stunting adalah rendahnya asupan gizi dan status kesehatan. Sementara di sisi lain, makanan dan penyakit juga memiliki faktor penyebab, yaitu kekurangan makanan pada rumah tangga, pengasuhan dan makanan untuk anak yang kurang memadai, serta lingkungan yang tidak sehat, termasuk kurangnya akses ke fasilitas kesehatan (Kementerian and PPN/Bappenas, 2018).

Penyebab tidak langsung masalah stunting dipengaruhi oleh berbagai faktor, meliputi pendapatan dan kesenjangan ekonomi, perdagangan, urbanisasi, globalisasi, sistem pangan, jaminan sosial, sistem kesehatan, pembangunan pertanian, dan pemberdayaan perempuan.

Untuk mengatasi penyebab stunting, diperlukan prasyarat pendukung yang mencakup: (a) Komitmen politik dan kebijakan untuk pelaksanaan; (b) Keterlibatan pemerintah dan lintas sektor; dan (c) Kapasitas untuk melaksanakan. Penurunan stunting memerlukan pendekatan yang menyeluruh, yang harus dimulai dari pemenuhan prasyarat pendukung (Kementerian and PPN/Bappenas, 2018). Faktor-faktor resiko tersebut di atas akan *breakdown* disesuaikan dengan sasaran pada konsep MATCH sebagai berikut

213 Faktor Resiko Stunting pada Level Individu: Baduta 0-23 tahun dan Balita 24-59 bulan

Menurut laporan Badan Pusat Statistik (2020) tentang Laporan Indeks Khusus Penanganan Stunting 2018-2019 faktor penyebab langsung stunting adalah kekurangan makan dan penyakit yang diderita oleh anak (Suhariyanto, Muis and Et.al, 2020). Secara lebih terperinci faktor determinan stunting ditinjau dari aspek balita antara lain adalah:

1) Usia

Penelitian menunjukkan bahwa anak-anak berusia 12-23 bulan memiliki kemungkinan yang jauh lebih besar untuk menjadi kerdil dibandingkan yang berusia <12 bulan (Akombi *et al.*, 2017). Studi lain juga melaporkan bahwa perbedaan panjang antara berat lahir rendah dan berat normal bayi meningkat pada usia mulai dari 12 bulan sampai anak mencapai usia dua tahun. Pertumbuhan yang

tidak sesuai dengan bertambahnya usia ini dapat berkaitan dengan transisi menyusui dari menyusui ke pemberian makanan tambahan (Akombi *et al.*, 2017)

Selain itu, peningkatan paparan terhadap berbagai penyakit dan kondisi anak-anak sebagai akibat dari bertambahnya usia, seperti paparan terhadap kebersihan makanan yang buruk dan sanitasi lingkungan, mungkin berkontribusi terhadap pertumbuhan yang buruk (Akombi *et al.*, 2017)

Hasil penelitian Titaley *et al.*, 2013 ditemukan bahwa kemungkinan stunting di Indonesia meningkat secara signifikan di antara anak-anak berusia 12-23 bulan dan anak-anak dengan berat <2500 gram saat lahir (Titaley *et al.*, 2019).

2) Jenis kelamin

Anak laki-laki cenderung lebih berisiko mengalami stunting dari pada anak perempuan (Izwardy, 2019)

Hasil penelitian Titaley *et al.*, 2013 ditemukan bahwa kemungkinan stunting di Indonesia meningkat secara signifikan di antara anak-anak yang berjenis kelamin laki-laki (Titaley *et al.*, 2019).

3) Penyakit infeksi

Penyakit infeksi yang disebabkan oleh higiene dan sanitasi yang buruk (misalnya diare dan kecacingan) dapat mengganggu penyerapan nutrisi pada proses pencernaan. Beberapa penyakit infeksi yang diderita bayi dapat menyebabkan berat badan bayi turun. Jika kondisi ini terjadi dalam waktu yang cukup lama dan tidak disertai dengan pemberian asupan yang cukup untuk proses penyembuhan maka dapat mengakibatkan stunting (Kementerian Kesehatan RI, 2018b)

Peningkatan paparan terhadap berbagai penyakit dan kondisi anak-anak sebagai akibat dari bertambahnya usia, seperti paparan terhadap kebersihan

makanan yang buruk dan sanitasi lingkungan, mungkin berkontribusi terhadap pertumbuhan yang buruk (Akombi *et al.*, 2017)

Penyakit infeksi berkaitan dengan tingginya kejadian penyakit menular terutama diare, cacingan dan penyakit pernafasan akut (ISPA). Faktor ini banyak terkait mutu pelayanan kesehatan dasar khususnya imunisasi, kualitas lingkungan hidup dan perilaku hidup sehat. Kualitas lingkungan hidup terutama adalah ketersediaan air bersih, sarana sanitasi dan perilaku hidup sehat seperti kebiasaan cuci tangan pakai sabun, buang air besar di jamban, tidak merokok, sirkulasi udara dalam rumah dan sebagainya (Abbas and Haryati, 2021).

4) Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR)

Temuan penelitian Titaley *et al.*, 2013 tentang faktor determinan terjadinya stunting pada anak dibawah umur 2 tahun di Indonesia menunjukkan bahwa bayi berat lahir rendah memiliki kemungkinan lebih tinggi untuk terhambat. Stunting sering dimulai dalam rahim, kemungkinan kekurangan berat badan cenderung tetap sampai tahap anak usia dini. Pertumbuhan bayi BBLR cenderung lebih lambat dibandingkan dengan bayi dengan berat badan normal saat lahir. Pertumbuhan anak yang kurang optimal selama periode prenatal seringkali merupakan akibat dari kurang gizi ibu. Namun, selama periode postnatal, praktik pemberian makan yang optimal dapat mengurangi efek dari pertumbuhan intrauterin yang buruk. Dengan demikian, setelah melahirkan, jika asupan makanan tidak memadai, diperburuk oleh kondisi lingkungan yang tidak sehat, anak-anak akan memiliki kerentanan yang meningkat terhadap infeksi, yang menyebabkan penyerapan nutrisi yang buruk dan akhirnya mengarah pada pertumbuhan yang buruk. Balita yang mempunyai berat lahir rendah memiliki resiko menjadi stunting

sebesar 1,7 kali dibanding dengan balita yang mempunyai berat lahir normal. Mengikuti pendapat Azwar (2004) dalam Arnisam (2006), berat badan lahir berpengaruh terhadap pertumbuhan dan perkembangan anak dimasa akan datang (Titaley *et al.*, 2019).

Berat lahir memiliki dampak yang besar terhadap pertumbuhan anak, perkembangan anak dan tinggi badan pada saat dewasa. Kegagalan pertumbuhan anak terjadi dari konsepsi sampai dua tahun dan dari tahun ketiga anak seterusnya 19 tumbuh dengan cara yang rata-rata sama. Hal ini juga diakui bahwa penyebab stunting berawal dari pertumbuhan janin yang tidak memadai dan ibu yang kurang gizi, dan sekitar setengah dari kegagalan pertumbuhan terjadi didalam rahim, meskipun proporsi ini mungkin bervariasi diseluruh negara (Azwar, 2004)

Hasil penelitian Titaley *et al.*, 2013 ditemukan bahwa kemungkinan stunting di Indonesia meningkat secara signifikan di antara anak-anak dengan berat <2500 gram saat lahir (Titaley *et al.*, 2019).

5) Panjang badan lahir <48 cm

Idealnya, berat badan bayi saat dilahirkan adalah tidak kurang dari 2500 gram, dan panjang badan bayi tidak kurang dari 48 cm.

6) IMD, ASI eksklusif, MP-ASI

Tidak terlaksananya inisiasi menyusui dini (IMD), gagalnya pemberian air susu ibu (ASI) eksklusif, dan proses penyapihan dini dapat menjadi salah satu faktor terjadinya stunting. Sedangkan dari sisi pemberian makanan pendamping ASI (MP ASI) hal yang perlu diperhatikan adalah kuantitas, kualitas, dan keamanan pangan yang diberikan (Kementerian Kesehatan RI, 2018b)

Masalah dengan pertumbuhan anak akan terjadi jika pemberian ASI yang berkelanjutan tidak disertai dengan pemberian makanan pendamping yang memadai pada usia yang sesuai. Dengan meningkatnya kebutuhan nutrisi, jika seorang anak menerima makanan pendamping ASI yang tidak memadai, pertumbuhan linier yang terganggu dapat terjadi (Derso *et al.*, 2017)

Lestari, Hasanah, dan Nugroho (2018) dalam penelitiannya menyimpulkan bahwa stunting memiliki hubungan signifikan secara statistik dengan variabel ASI. Penelitian ini menemukan bahwa pemberian ASI eksklusif dapat mengurangi prevalensi stunting pada anak balita (Suhariyanto, Muis and Et.al, 2020)

7) Imunisasi

Penelitian yang dilakukan oleh Semba, R.D. et al. di Indonesia menemukan bahwa anak-anak yang tidak menerima imunisasi lebih berisiko untuk mengalami malnutrisi (kekurangan gizi) dan anemia serta memiliki angka kesakitan penyakit menular yang lebih tinggi. Anak-anak yang tidak diimunisasi ini juga berisiko tinggi mengalami kekurangan gizi akut (Suhariyanto, Muis and Et.al, 2020)

2.14 Faktor Resiko Stunting pada Level Individu: Ibu Hamil, Wanita Usia Subur, dan Remaja Puteri

1) Kurang Energi Kronis

Kekurangan energi kronik disebabkan oleh asupan energi dan protein yang tidak mencukupi. Kecukupan konsumsi energi ibu hamil dihitung dengan membandingkan dengan Angka Kecukupan Energi (AKE) yang dikategorikan menjadi: 1. Defisit jika kurang dari 70% AKE. 2. Defisit ringan antara 70 – 79% AKE. 3. Cukup antara 80 – 119% AKE. 4. Lebih jika 120% AKE atau lebih. Kecukupan konsumsi protein ibu hamil dihitung dengan membandingkan dengan

Angka Kecukupan Protein (AKP) yang dikategorikan menjadi: 1. Defisit jika kurang dari 80% AKP 2. Defisit ringan antara 80-99% AKCukup jika 100% AKP atau lebih Berdasarkan PSG tahun 2016, 53,9% ibu hamil mengalami defisit energi dan 13,1% mengalami defisit ringan. Untuk kecukupan protein, 51,9% ibu hamil mengalami defisit protein dan 18,8% mengalami defisit ringan. Hal ini menunjukkan bahwa separuh ibu hamil di Indonesia masih belum terpenuhi kebutuhan energi dan protein (Kementerian Kesehatan RI, 2018b)

Ibu yang *underweight* juga meningkatkan risiko anak menjadi *stunted*. Namun hal ini dapat diintervensi dengan makanan yang cukup dan bergizi (Phiri, 2014)

Persentase Wanita Usia Subur (WUS) yang berisiko KEK di Indonesia tahun 2017 adalah 10,7%, sedangkan persentase ibu hamil berisiko KEK adalah 14,8%. Asupan gizi WUS yang berisiko KEK harus ditingkatkan sehingga dapat memiliki berat badan yang ideal saat hamil. Sedangkan untuk ibu hamil KEK sudah ada program perbaikan gizi yang ditetapkan pemerintah yaitu dengan pemberian makanan tambahan berupa biskuit yang mengandung protein, asam linoleat, karbohidrat, dan diperkaya dengan 11 vitamin dan 7 mineral sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 51 Tahun 2016 tentang Standar Produk Suplementasi Gizi (Kementerian Kesehatan RI, 2018b).

Sulistyaningsih (2011) mengatakan bahwa pemantauan status gizi ibu hamil dapat dilakukan dengan melihat penambahan berat badan selama kehamilan, status gizi ibu hamil dapat juga dilihat dari Lingkar Lengan Atas (LILA). Ukuran LILA yang normal adalah 23,5 cm. Ibu dengan ukuran LILA di bawah 23,5 cm menunjukkan adanya Kurang Energi Kronis (KEK). LILA telah digunakan sebagai

indikator proksi terhadap risiko Kurang Energi Kronis (KEK) untuk ibu hamil di Indonesia karena tidak terdapat data berat badan sebelum hamil pada sebagian besar ibu hamil

Dampak Kurang Energi Kronis (KEK) terhadap janin diantaranya meningkatkan risiko terjadi keguguran, abortus, bayi lahir mati, kematian neonatal, cacat bawaan, anemia pada bayi, asfiksia intra partum (mati dalam kandungan), lahir dengan berat badan lahir rendah (BBLR) (Waryana, 2010)

2) Tinggi Badan Ibu

Kondisi kesehatan dan gizi ibu sebelum dan saat kehamilan serta setelah persalinan mempengaruhi pertumbuhan janin dan risiko terjadinya stunting. Faktor lainnya pada ibu yang mempengaruhi adalah postur tubuh ibu (pendek). Beberapa studi di Indonesia menemukan hubungan yang moderat hingga kuat antara ibu yang pendek dengan kejadian stunting pada anak (Kementerian Kesehatan RI, 2018b). Pada tahun 2017, persentase remaja putri dengan kondisi pendek dan sangat pendek meningkat dari tahun sebelumnya, yaitu 7,9% sangat pendek dan 27,6% pendek (Kementerian Kesehatan RI, 2018b)

Review yang dilakukan oleh Martorell 2012 dalam Phiri 2014 menyimpulkan Setidaknya 15 penelitian menunjukkan bahwa tinggi badan ibu berpengaruh terhadap peluang anak untuk mengalami stunting. Semakin besar tinggi alamiah ibu, semakin kecil risiko relatif anaknya menjadi stunted. Ibu dengan tinggi <145 cm paling beresiko melahirkan anak stunting (Phiri, 2014)

3) Ante Natal care (ANC)

Masih terbatasnya layanan kesehatan termasuk layanan ANC-Ante Natal Care (pelayanan kesehatan untuk ibu selama masa kehamilan) Post Natal Care dan

pembelajaran dini yang berkualitas. Informasi yang dikumpulkan dari publikasi Kemenkes dan Bank Dunia menyatakan bahwa tingkat kehadiran anak di Posyandu semakin menurun dari 79% di 2007 menjadi 64% di 2013 dan anak belum mendapat akses yang memadai ke layanan imunisasi. Fakta lain adalah 2 dari 3 ibu hamil belum mengkonsumsi suplemen zat besi yang memadai serta masih terbatasnya akses ke layanan pembelajaran dini yang berkualitas (baru 1 dari 3 anak usia 3-6 tahun belum terdaftar di layanan PAUD/Pendidikan Anak Usia Dini)(TNP2K, 2017)

Hasil penelitian Titaley *et al.*, 2013 ditemukan bahwa kemungkinan stunting di Indonesia meningkat secara signifikan pada anak-anak yang ibunya selama kehamilan mengunjungi ANC kurang dari empat kali (Titaley *et al.*, 2019).

4) Jarak kehamilan, usia saat hamil, paritas

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 97 Tahun 2014 tentang Pelayanan Kesehatan Masa sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi, serta Pelayanan Kesehatan Seksual, faktor-faktor yang memperberat keadaan ibu hamil adalah terlalu muda, terlalu tua, terlalu sering melahirkan, dan terlalu dekat jarak kelahiran. Usia kehamilan ibu yang terlalu muda (di bawah 20 tahun) berisiko melahirkan bayi dengan berat lahir rendah (BBLR). Bayi BBLR mempengaruhi sekitar 20% dari terjadinya stunting (Kementerian Kesehatan RI, 2018b).

Dari data Riskesdas tahun 2013, diketahui proporsi kehamilan pada remaja usia 10-14 tahun sebesar 0,02% dan usia 15-19 tahun sebesar 1,97%. Proporsi kehamilan pada remaja lebih banyak terdapat di perdesaan daripada perkotaan. Sedangkan menurut data Susenas tahun 2017, hasil survei pada perempuan berumur

15-49 tahun diketahui bahwa 54,01% hamil pertama kali pada usia di atas 20 tahun (usia ideal kehamilan). Sisanya sebesar 23,79% hamil pertama kali pada usia 19-20 tahun, 15,99% pada usia 17-18 tahun, dan 6,21% pada usia 16 tahun ke bawah. Hal ini menunjukkan bahwa setengah dari perempuan yang pernah hamil di Indonesia mengalami kehamilan pertama pada usia muda atau remaja (Kementerian Kesehatan RI, 2018b).

Semakin banyak balita juga menandakan minimnya jarak antarkelahiran. Hal ini mengakibatkan pemberian ASI dan MP-ASI tidak optimal (Suhariyanto, Muis and Et.al, 2020)

5) Jumlah Anggota Keluarga dalam Satu Rumah

Hasil penelitian Titaley *et al.*, 2013 ditemukan bahwa kemungkinan stunting di Indonesia meningkat secara signifikan di antara anak-anak yang tinggal di rumah tangga dengan tiga atau lebih anak di bawah lima tahun, rumah tangga dengan lima hingga tujuh anggota rumah tangga (Titaley *et al.*, 2019).

Semakin banyak balita dalam rumah tangga dan semakin banyak jumlah ART terkait dengan distribusi makanan yang tidak optimal. Akibatnya anak berpeluang lebih besar untuk mengalami stunting (Suhariyanto, Muis and Et.al, 2020)

6) Asupan nutrisi yang kurang pada remaja putri dan saat kehamilan

Dari sisi asupan gizi, 32% remaja putri di Indonesia pada tahun 2017 berisiko kekurangan energi kronik (KEK). Sekitar 15 provinsi memiliki persentase di atas rata-rata nasional. Jika gizi remaja putri tidak diperbaiki, maka di masa yang akan datang akan semakin banyak calon ibu hamil yang memiliki postur tubuh

pendek dan/atau kekurangan energi kronik. Hal ini akan berdampak pada meningkatnya prevalensi stunting di Indonesia (Kementerian Kesehatan RI, 2018b)

215 Faktor Resiko Stunting pada Level Individu: Ibu Balita, Ibu Menyusui

1) Praktek Pengasuhan dan Pengetahuan Ibu tentang Gizi

Praktek pengasuhan yang kurang baik, termasuk kurangnya pengetahuan ibu mengenai kesehatan dan gizi sebelum dan pada masa kehamilan, serta setelah ibu melahirkan. Beberapa fakta dan informasi yang ada menunjukkan bahwa 60% dari anak usia 0-6 bulan tidak mendapatkan Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, dan 2 dari 3 anak usia 0-24 bulan tidak menerima Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI). MP-ASI diberikan/mulai diperkenalkan ketika balita berusia diatas 6 bulan. Selain berfungsi untuk mengenalkan jenis makanan baru pada bayi, MP-ASI juga dapat mencukupi kebutuhan nutrisi tubuh bayi yang tidak lagi dapat disokong oleh ASI, serta membentuk daya tahan tubuh dan perkembangan sistem imunologis anak terhadap makanan maupun minuman (TNP2K, 2017)

Pengetahuan ibu erat kaitannya dengan tingkat pendidikan, sebagaimana review yang dilakukan Martorell 2012 dalam Phiri 2014 Setidaknya 25 penelitian menunjukkan tingkat pendidikan ibu juga memengaruhi status stunting anak (Phiri, 2014)

216 Faktor Resiko Stunting pada Level Interpersonal: Lingkungan Keluarga

1) Pendapatan keluarga

Kondisi sosial ekonomi dan sanitasi tempat tinggal juga berkaitan dengan terjadinya stunting. Kondisi ekonomi erat kaitannya dengan kemampuan dalam memenuhi asupan yang bergizi dan pelayanan kesehatan untuk ibu hamil dan balita.

Sedangkan sanitasi dan keamanan pangan dapat meningkatkan risiko terjadinya penyakit infeksi (Kementerian Kesehatan RI, 2018b).

2) Akses rumah tangga/keluarga ke makanan bergizi

Masih kurangnya akses rumah tangga/keluarga ke makanan bergizi. Hal ini dikarenakan harga makanan bergizi di Indonesia masih tergolong mahal. Menurut beberapa sumber (Riskesdas 2013, SDKI 2012, Susenas), komoditas makanan di Jakarta 94% lebih mahal dibanding dengan di New Delhi, India. Harga buah dan sayuran di Indonesia lebih mahal daripada di Singapura. Terbatasnya akses ke makanan bergizi di Indonesia juga dicatat telah berkontribusi pada 1 dari 3 ibu hamil yang mengalami anemia (TNP2K, 2017)

3) Akses ke air bersih dan sanitasi

Data yang diperoleh di lapangan menunjukkan bahwa 1 dari 5 rumah tangga di Indonesia masih buang air besar (BAB) di ruang terbuka, serta 1 dari 3 rumah tangga belum memiliki akses ke air minum bersih (TNP2K, 2017)

Fasilitas MCK rumah tangga dan pengolahan air rumah tangga menggunakan jamban yang tidak diperbaiki. Faktor risiko signifikan lainnya termasuk jenis kelamin laki-laki, usia anak yang lebih tua dan kuintil kekayaan yang lebih rendah. Faktor risiko stunting yang parah termasuk jenis kelamin laki-laki, usia anak yang lebih tua, kuintil kekayaan yang lebih rendah, tidak adanya perawatan antenatal di fasilitas kesehatan, dan partisipasi ibu dalam pengambilan keputusan tentang makanan apa yang dimasak dalam rumah tangga (Torlesse *et al.*, 2016a)

Rumah tangga yang lebih sejahtera mampu mengakses sumber air yang lebih baik, makanan berkualitas, mengakses fasilitas kesehatan, dan memiliki

fasilitas sanitasi yang lebih baik. Sebagai hasilnya, peluang anak dari rumah tangga yang lebih sejahtera untuk mengalami stunting lebih rendah daripada anak dari rumah tangga dengan tingkat kesejahteraan lebih rendah. Tingkat kesejahteraan juga terkait erat dengan keamanan pangan dan kecukupan nutrisi anak di rumah tangga tersebut (Suhariyanto, Muis and Et.al, 2020)

Pada tahun 2017, 72,04% rumah tangga di Indonesia memiliki akses terhadap sumber air minum layak. Provinsi dengan persentase tertinggi adalah Bali (90,85%), sedangkan persentase terendah adalah Bengkulu (43,83%). Masih terdapat 20 provinsi yang di bawah persentase nasional. Sumber air minum layak yang dimaksud adalah air minum yang terlindung meliputi air ledeng (keran), keran umum, hydrant umum, terminal air, penampungan air hujan (PAH) atau mata air dan sumur terlindung, sumur bor atau pompa, yang jaraknya minimal 10 meter dari pembuangan kotoran, penampungan limbah, dan pembuangan sampah. Tidak termasuk air kemasan, air dari penjual keliling, air yang dijual melalui tangki, air sumur dan mata air tidak terlindung (Kementerian Kesehatan RI, 2018b)

Penyakit infeksi yang disebabkan oleh higiene dan sanitasi yang buruk (misalnya diare dan kecacingan) dapat mengganggu penyerapan nutrisi pada proses pencernaan. Beberapa penyakit infeksi yang diderita bayi dapat menyebabkan berat badan bayi turun. Jika kondisi ini terjadi dalam waktu yang cukup lama dan tidak disertai dengan pemberian asupan yang cukup untuk proses penyembuhan maka dapat mengakibatkan stunting (Kementerian Kesehatan RI, 2018b)

2.17 Faktor Resiko Stunting pada Level Organisasi, Komunitas, dan Pemerintahan

Pada level organisasi, masyarakat, dan pemerintah, tujuan intervensi akan mencakup kesehatan terkait dan perilaku perlindungan kesehatan yang terkait dengan program, kebijakan, sumber daya, dan lain-lain dukungan lingkungan untuk peningkatan pola makan dan aktivitas fisik populasi sasaran (Simon-Morton, McLeoy and Wendel, 2011)

Keluarga dan masyarakat belum merasa bahwa stunting adalah masalah, hal ini dikarenakan belum banyak yang mengetahui dampak dan anak tidak terlihat sakit. Konsekuensi jangka panjang dari stunting pada anak usia dini akan berpengaruh pada kelangsungan hidup, pertumbuhan linear, perkembangan kognitif, kemampuan belajar di sekolah, produktivitas dan berat badan lahir (Kementerian Kesehatan RI, 2018a)

Kerangka kerja konseptual ini juga menunjukkan faktor dasar dari kekurangan gizi adalah proses dan struktur sosial yang mengabaikan hak dasar manusia dan melanggengkan kemiskinan, serta membatasi bahkan menghilangkan akses masyarakat rentan ke sumber daya penting. Faktor sosial, ekonomi, dan politik sebagai faktor dasar dapat memberikan dampak jangka panjang terhadap status gizi ibu dan anak. Lebih dari itu, kekurangan gizi kronis dapat mengarah pada kemiskinan dan pada akhirnya membuat lingkaran setan (Bank Dunia dalam UNICEF, 2015) dikutip dari (Suhariyanto, Muis and Et.al, 2020)

Program pemerintah dalam penanggulangan masalah gizi pada balita sudah cukup banyak dan terstruktur. Namun, pada kenyataannya, kasus kejadian balita stunting masih banyak dijumpai pada masyarakat dengan karakteristik sosial

budaya ekonomi di level manapun. Bagaimana stunting dan masalah gizi pada balita bisa terjadi? Hal ini bisa dikaitkan dengan bagaimana masyarakat itu memberi pemaknaan tentang sehat/sakit pada balita, gizi dan pola asuh balita. Pada komunitas budaya, makna terkonstruksi secara sosial. Pengetahuan dibangun dalam komunitas dan dimaknai oleh individu sehingga membentuk pemahaman yang diyakini sebagai nilai yang ada dalam sebuah komunitas. Hal tersebut bisa terjadi beda makna antara komunitas satu dengan yang lain. Ketika balita pendek (stunting) oleh masyarakat dipandang bukan sebagai masalah dalam perkembangan kesehatan balita, maka prioritas dalam pola pengasuhan bisa menjadi berbeda dalam pemenuhan kebutuhan gizi balita (Lestari, Kristiana and Paramita, 2018)

Hasil penelitian menunjukkan bahwa masalah stunting terkait erat dengan konstruksi sosial masyarakat. Terdapat perbedaan konstruksi sosial yang membentuk pemahaman sehat/sakit dan pola asuh balita stunting di perdesaan dan perkotaan di Jember. Konstruksi sosial tersebut dipengaruhi oleh pendidikan ibu, usia perkawinan dini, tempat tinggal setelah menikah, tanggung jawab pengasuhan balita, dan prioritas ekonomi pada masyarakat yang menyebabkan minimnya pengetahuan masyarakat tentang gizi. Hasil penelitian menyimpulkan bahwa kejadian stunting bukan merupakan akibat tunggal masalah kesehatan balita, namun terkait erat dengan konstruksi sosial masyarakat. Penyebabnya terletak pada perbedaan konstruksi sosial yang dibangun, pola komunikasi dan pemaknaan antara tenaga kesehatan dengan masyarakat, sehingga tidak ada titik temu untuk keberhasilan program peningkatan gizi balita (Lestari, Kristiana and Paramita, 2018)

Keadaan penduduk suatu masyarakat dapat memengaruhi status gizi seseorang. Keadaan penduduk meliputi adat istiadat atau norma-norma yang berlaku pada suatu masyarakat. Selain itu, keadaan penduduk juga berkaitan dengan pergaulan seseorang di masyarakat. Proses sosialisasi dengan lingkungan sekitar merupakan dasar dalam pembentukan perilaku yang akan memengaruhi seluruh aspek kehidupan, termasuk status gizi seseorang (Abbas and Haryati, 2021)

Gambar 2.1 Kerangka Penyebab Stunting di Indonesia



Sumber: BAPPENAS 2018

2.1.9 Kerangka Penanganan Stunting Terintegrasi di Indonesia

Penurunan stunting memerlukan pendekatan yang menyeluruh, yang harus dimulai dari pemenuhan prasyarat pendukung. Kerangka konseptual Intervensi penurunan stunting terintegrasi (Gambar 2.2).



Bagan 2.2 Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Stunting 2018-2024
 Sumber: Bappenas, 2018

Arah dan kebijakan RPJMN 2018-2024 pada agenda pembangunan 3 adalah: meningkatkan sumber daya manusia berkualitas & berdaya saing: meningkatkan kualitas anak, perempuan, dan pemuda, dengan salah satu major project: percepatan penurunan kematian ibu dan stunting. Arah kebijakan untuk mewujudkan major project tersebut adalah: “meningkatkan pelayanan kesehatan menuju cakupan kesehatan semesta terutama penguatan pelayanan kesehatan dasar (*primary health care*) dengan mendorong peningkatan upaya promotif dan preventif, didukung inovasi dan pemanfaatan teknologi,

Salah satu Indikator pembangunan kesehatan pada RPJMN 2020-2024 adalah penurunan angka stunting dimana pada tahun 2019 sebesar 27,7% menjadi 14% pada tahun 2024. Secara berturut-turut target per tahun adalah: 2020 (24,1%), 2021 (21,1%), 2022 (18,4%), 2023 (16%), 2024 (14%)

2.1.9 Kerangka Penanganan Stunting Terintegrasi di Indonesia

1) Lima Pilar Strategi Penurunan Stunting Terintegrasi

- (1) Pilar 1 Komitmen dan Visi Kepemimpinan
- (2) Pilar 2 Kampanye Nasional dan Perubahan Perilaku
- (3) Pilar 3 Konvergensi Program Pusat, Daerah dan Desa
- (4) Pilar 4 Ketahanan Pangan dan Gizi
- (5) Pilar 5 Pemantauan dan Evaluasi

2) Intervensi Utama

- (1) Tablet Tambah Darah (bumil dan remaja)
- (2) Promosi dan Konseling Menyusui
- (3) Promosi dan Konseling PMBA
- (4) Suplemen Gizi Makro (PMT)
- (5) Tata Laksana Gizi Buruk
- (6) Pemantauan dan Promosi Pertumbuhan
- (7) Pemantauan Perkembangan (SDIDTK)
- (8) Suplementasi Kalsium
- (9) Suplementasi Vitamin A
- (10) Suplementasi zinc untuk diare
- (11) Pemeriksaan kehamilan
- (12) Imunisasi
- (13) Suplemen gizi mikro (Taburia)
- (14) Pemberian Obat Cacing
- (15) Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)

3) **Intervensi Penunjang**

- (1) Air bersih dan sanitasi
- (2) Bantuan Pangan Non-Tunai
- (3) Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)
- (4) Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD)
- (5) Program Keluarga Harapan (PKH)
- (6) Bina Keluarga Balita (BKB)
- (7) Kawasan Rumah Pangan Lestari (KRPL)
- (8) Fortifikasi pangan

4) **Output**

Peningkatan cakupan intervensi pada sasaran 1.000 HPK meliputi:

- (1) Konsumsi Gizi
- (2) Pola Asuh
- (3) Pelayanan Kesehatan
- (4) Kesehatan Lingkungan

5) **Intermediate Outcome**

- (1) Perbaiki Asupan Gizi

Dengan meningkatnya perbaikan asupan gizi maka diharapkan akan menurunkan angka kejadian berikut:

- a. Anemia menurun
- b. BBLR menurun
- c. ASI Eksklusif meningkat
- d. Diare menurun
- e. Kecacingan menurun

f. Gizi Buruk menurun

(2) Penurunan Infeksi

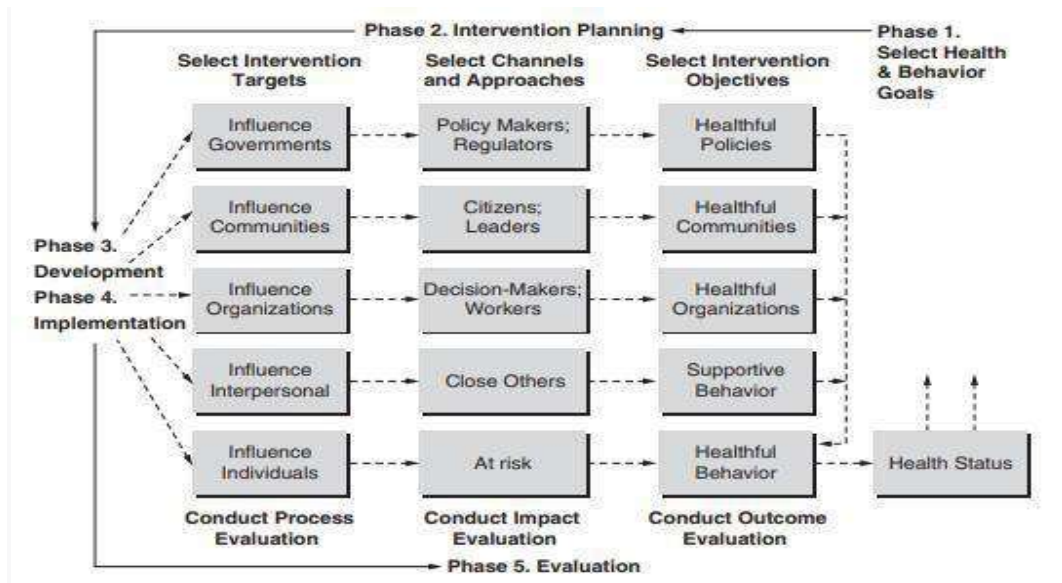
6) Dampak

Penurunan Angka stunting di Indonesia. Penurunan Stunting memerlukan implementasi intervensi lintas sektor (spesifik dan sensitif) secara terintegrasi di tingkat pusat dan daerah

2.2 Konsep Model *Multilevel Approach to Community Health* (MATCH)

MATCH adalah model perencanaan program konseptual dan praktis. MATCH telah digunakan untuk mengkonseptualisasikan penelitian intervensi sebagai kerangka kerja untuk pengembangan pendidikan kesehatan dan sebagai panduan untuk berbagai program bertingkat (Simon-Morton, McLeoy and Wendel, 2011)

MATCH memberikan perspektif sosio-ekologis dan dasar untuk mengembangkan program yang mencakup berbagai intervensi sehingga perilaku kesehatan pribadi dan kondisi lingkungan dapat ditangani. MATCH mengakui bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan dan perilaku kesehatan saling terkait terjadi di berbagai tingkat masyarakat (Simon-Morton, McLeoy and Wendel, 2011)



Gambar 2.3 Multilevel approach to community health (Simons-Morton et al, 1988)

MATCH dirancang untuk diterapkan ketika risiko perilaku dan lingkungan serta faktor pelindung untuk penyakit atau cedera secara umum diketahui dan ketika prioritas umum untuk tindakan telah ditentukan, sehingga memberikan cara yang nyaman untuk beralih dari penilaian kebutuhan dan penetapan target ke pengembangan program yang efektif. MATCH memfasilitasi penggunaan teori dalam perencanaan program di berbagai tingkat sosial.

221 Tingkat Masyarakat dalam Sasaran MATCH

Tujuan program selalu terkait langsung dengan populasi berisiko, tujuan intervensi mungkin spesifik untuk setiap tingkat masyarakat dan mungkin perilaku atau lingkungan. MATCH mengakui bahwa kegiatan program dapat diarahkan pada lima tingkat masyarakat (misalnya, individu, antarpribadi, organisasi, komunitas, pemerintah)

1) Tingkat Individu

Di tingkat individu, kami memperhatikan populasi yang perilaku dan kesehatannya menjadi perhatian. Namun, karena pengaruh faktor lingkungan pada

perilaku kesehatan dan kesehatan itu sendiri (misalnya, polusi udara), tujuan selain di tingkat individu dan terutama di bawah kendali populasi sasaran juga penting dalam promosi kesehatan yang ditangani oleh MATCH.

Sasaran pada level individu ini bisa juga dikatakan sebagai sasaran primer. Sasaran primer dalam pengendalian faktor resiko stunting menurut Dirjen Kesehatan Masyarakat Kemenkes RI (2018) adalah 1) rumah tangga dengan anggota keluarga yang berada pada periode 1.000 HPK: Ibu hamil, Ibu menyusui, Ibu dengan anak usia 0-23 bulan; 2) tenaga kesehatan (bidan, sanitarian, tenaga gizi, dokter, perawat) dan kader (Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat, 2018)

2) Tingkat Interpersonal

Tingkat interpersonal berfokus pada perilaku yang berhubungan dengan kesehatan dan perilaku melindungi kesehatan orang-orang terdekat seperti keluarga terdekat, dan perilaku orang lain yang dapat mempengaruhi kesehatan baik perilaku yang memang sengaja dilakukan ataupun tanpa sadar dilakukan dan itu mempengaruhi kesehatan orang-orang di sekitarnya

Pada tingkat interpersonal, difokuskan kepada orang-orang yang memiliki kontak langsung dan sering dengan populasi berisiko. Anggota keluarga adalah orang yang paling jelas dan penting di tingkat interpersonal karena mereka terkadang mengontrol atau mempengaruhi faktor sosial dan lingkungan yang terkait dengan perilaku kesehatan populasi berisiko

Tujuan intervensi pada level interpersonal adalah membentuk perilaku yang mendorong, mendukung, mengaktifkan, mencegah dan perilaku-perilaku lainnya yang memungkinkan perilaku sehat dari kelompok berisiko.

Sasaran pada level interpersonal ini bisa juga dikatakan sebagai sasaran sekunder. Sasaran sekunder dalam pengendalian faktor resiko stunting menurut Dirjen Kesehatan Masyarakat Kemenkes RI (2018) adalah wanita usia subur, remaja, lingkungan pengasuh anak terdekat (kakek, nenek, ayah, dan lainnya), pemuka masyarakat, pemuka agama, jejaring sosial (PKK, group pengajian, dll). Bila dikaitkan dengan konsep MATCH maka sasaran pada level interpersonal ini adalah wanita usia subur, remaja, lingkungan pengasuh anak terdekat (kakek, nenek, ayah, dan lainnya) (Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat, 2018)

3) Tingkat Organisasi

Organisasi termasuk sekolah, gereja, bisnis, dan tempat kerja. Organisasi-organisasi ini dan individu yang mengelola dan bekerja di dalamnya terlibat dalam berbagai bidang yang berhubungan dengan kesehatan dan perilaku pelindung-kesehatan. Dalam MATCH, tujuan di tingkat organisasi adalah untuk mendorong perbaikan dalam cara organisasi ini mempengaruhi perilaku dan kesehatan populasi berisiko.

Di tingkat organisasi, para pemimpin, pengambil keputusan, dan praktisi yang harus dipengaruhi untuk mengadopsi perubahan yang ditargetkan dan yang menjadi sasaran intervensi. Tujuan intervensi di tingkat organisasi adalah program, kebijakan, praktik, dan kondisi

Sasaran pada level organisasi ini juga dikelompokkan ke dalam sasaran sekunder. Sasaran sekunder dalam pengendalian faktor resiko stunting menurut Dirjen Kesehatan Masyarakat Kemenkes RI (2018) adalah wanita usia subur, remaja, lingkungan pengasuh anak terdekat (kakek, nenek, ayah, dan lainnya), pemuka masyarakat, pemuka agama, jejaring sosial (PKK, group pengajian, dll).

Bila dikaitkan dengan konsep MATCH maka sasaran pada level interpersonal ini adalah pemuka masyarakat, pemuka agama, jejaring sosial (PKK, group pengajian, dll) (Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat, 2018)

4) Tingkat Komunitas

Komunitas dan lingkungan memberikan pengaruh penting pada perilaku melalui program, kebijakan, organisasi, layanan, dan kondisi lingkungan. Oleh karena itu, target intervensi pada tingkat ini termasuk mereka yang mengontrol atau mempengaruhi faktor-faktor tersebut. Misalnya para aktivis, komunitas relawan, kepala suku, tokoh agama, tokoh masyarakat, tokoh adat, dll yang dapat mempengaruhi perilaku dan kesehatan orang-orang di lingkungannya.

Dalam MATCH, perencana mempertimbangkan faktor tingkat komunitas yang mungkin terkait dengan kesehatan dan perilaku populasi berisiko dan memasukkannya ke dalam perencanaan program. Pada level ini, tujuan program mencakup adopsi dan implementasi program serta peningkatan akses ke layanan, peluang, dan kondisi lingkungan. Sasaran intervensi adalah mereka yang mengontrol hasil ini dan membuat keputusan yang mempengaruhi mereka. Pada tingkat yang lebih luas, telah ada minat yang lama dan berharga dalam menciptakan komunitas yang sehat terlepas dari fokus khusus pada kesehatan dan perilaku masyarakat.

Sasaran pada level masyarakat ini dikelompokkan ke dalam sasaran sekunder. Sasaran sekunder dalam pengendalian faktor risiko stunting menurut Dirjen Kesehatan Masyarakat Kemenkes RI (2018) adalah kelompok masyarakat madani (tokoh masyarakat, tokoh agama, akademisi, pemuka adat, pemimpin informal, pemimpin opini) (Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat, 2018)

5) Tingkat Pemerintah

MATCH mengidentifikasi program dan kebijakan pemerintah tersebut sebagai tujuan intervensi terkait perilaku dan kesehatan populasi berisiko. Di tingkat pemerintah, sasaran intervensi adalah pembuat kebijakan dan petugas program yang mengendalikan kebijakan seperti badan-badan di bawah pemerintahan, kementerian, lembaga negara non-kementerian, Dinas-dinas dibawah pemerintah Provinsi atau daerah dll. Oleh karena itu, tergantung pada tujuan program, mungkin berguna untuk mempertimbangkan atau mengembangkan komponen program untuk masing-masing dari beberapa tingkat masyarakat.

Sasaran pada level pemerintahan ini dikelompokkan ke dalam sasaran tersier. Sasaran tersier dalam pengendalian faktor resiko stunting menurut Dirjen Kesehatan Masyarakat Kemenkes RI (2018) adalah pembuat kebijakan tingkat kementerian/ lembaga (pemerintah pusat), pembuat kebijakan tingkat daerah (provinsi, kabupaten, kota), pembuat kebijakan tingkat desa/kelurahan (Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat, 2018)

2.2.4 Model Perencanaan MATCH

Table 2.2 Tahapan Pelaksanaan MATCH

| Tahap | Kegiatan |
|-----------|--------------------------|
| Tahap I | Pemilihan Tujuan |
| Tahap II | Perencanaan Intervensi |
| Tahap III | Pengembangan program |
| Tahap IV | Perencanaan Implementasi |
| Tahap V | Evaluasi |

Tahap I : mengidentifikasi populasi berisiko dan tujuan status kesehatan.

Tahap II : mengidentifikasi di masing-masing dari lima tingkat masyarakat

(individu, interpersonal, organisasi, komunitas, pemerintah) tujuan

intervensi yang mungkin, target intervensi, saluran komunikasi, dan

pendekatan untuk intervensi.

Tahap III: melibatkan pengembangan intervensi

Tahap IV: implementasi

Tahap V : evaluasi program.

2.2.3 Tahapan dan Langkah Intervensi

1) Tahap I: Pemilihan Tujuan Kesehatan dan Perilaku

Tahap I mencakup empat langkah yang ditunjukkan pada Tabel 2.3

- (1) Memilih populasi berisiko
- (2) Memilih tujuan status kesehatan
- (3) Mengidentifikasi tujuan perilaku kesehatan
- (4) Mengidentifikasi tujuan lingkungan. Biasanya, masalah kesehatan yang paling penting untuk populasi berisiko harus dipilih untuk perhatian program dan perencanaan intervensi rinci.

Table 2.3 MATCH Tahap I: Pemilihan Sasaran Kesehatan dan Perilaku

| Tahap I Pemilihan Sasaran Kesehatan dan Perilaku | Kegiatan |
|---|---|
| Langkah 1 | Langkah 1: Pilih Populasi Target Prioritas Tinggi (berisiko) A. Prevalensi masalah kesehatan B. Aksesibilitas C. Minat terprogram |
| Langkah 2 | Pilih Sasaran Status Kesehatan A. Prevalensi B. Pertimbangan terprogram |
| Langkah 3 | Identifikasi Tujuan Perilaku Kesehatan A. Prevalensi B. Asosiasi dengan hasil kesehatan C. Kemampuan berubah |
| Langkah 4 | Mengidentifikasi tujuan lingkungan A. Lingkungan fisik B. Ketersediaan program dan sumber daya C. Akses terhadap pelayanan, produk, dan sumber daya D. Kebijakan, praktik, regulasi |

2) Tahap II: Perencanaan Intervensi

Setelah mengidentifikasi populasi berisiko dan status kesehatan prioritas, perilaku, dan tujuan lingkungan di Tahap I, gagasan dalam MATCH Tahap II adalah untuk "mencocokkan" tujuan dan sasaran intervensi dengan potensi target intervensi dan tindakan intervensi di tingkat masyarakat yang relevan atau pengaturan praktik. Dalam beberapa hal, ini fase yang paling penting dan sulit. Tahap II mencakup tiga langkah:

- (1) Memilih tujuan intervensi
- (2) Mengidentifikasi sasaran intervensi
- (3) Memilih pendekatan intervensi dan metode.

Tabel 2.4 MATCH Tahap II: Perencanaan Intervensi

| Tahap II Perencanaan Intervensi | Kegiatan |
|--|--|
| Langkah 1 | Pilih tujuan intervensi A. Tingkat Individu B. Tingkat interpersonal C. Tingkat organisasi D. Tingkat komunitas E. Tingkat pemerintahan |
| Langkah 2 | Identifikasi target intervensi |
| Langkah 3 | Pilih saluran intervensi, pendekatan, teori, strategi, dan metode |

1) Memilih Tujuan Intervensi

Tujuan intervensi mencakup perilaku yang terkait dengan hasil kesehatan dan perilaku yang ditargetkan. Dalam MATCH, tujuan intervensi selalu perilaku kesehatan pribadi, perilaku yang berhubungan dengan kesehatan, atau perilaku kesehatan pelindung. Perilaku ini mungkin termasuk perilaku kesehatan pribadi dari populasi berisiko, perilaku orang dekat yang berhubungan dengan kesehatan, atau perilaku melindungi kesehatan orang dekat atau orang tingkat kebijakan.

Tujuan intervensi dapat diidentifikasi di masing-masing dari beberapa masyarakat tingkat, termasuk individu, interpersonal, komunitas, dan tingkat pemerintah.

Pada tingkat individu, tujuan intervensi adalah spesifikasi perilaku kesehatan pribadi yang terkait dengan tujuan kesehatan. Jika kesehatan tujuannya adalah untuk mengurangi atau mencegah obesitas, maka tujuan perilaku akan memperbaiki pola makan dan aktivitas fisik. Namun, pada tingkat perencanaan ini, penting untuk menentukan intervensi tujuan dengan lebih tepat dan terukur. Dengan demikian, sasaran tingkat individu untuk aktivitas fisik dapat mencakup aktivitas fisik yang berhubungan dengan transportasi, olahraga terencana, atau jenis waktu luang aktivitas. Demikian pula, berbagai perilaku terkait diet dapat diidentifikasi.

Pada tingkat interpersonal, serangkaian perilaku yang berhubungan dengan kesehatan dan perlindungan kesehatan akan menjadi penting, termasuk perilaku anggota keluarga atau teman yang akan mendukung peningkatan diet khusus dan tujuan aktivitas fisik untuk populasi berisiko.

Pada level organisasi, masyarakat, dan pemerintah, tujuan intervensi akan mencakup kesehatan terkait dan perilaku perlindungan kesehatan yang terkait dengan program, kebijakan, sumber daya, dan lain-lain dukungan lingkungan untuk peningkatan pola makan dan aktivitas fisik populasi sasaran. Kategori tujuan intervensi di setiap tingkat masyarakat disajikan pada tabel 2.5

Tabel 2.5 Tujuan Intervensi Dan Target Intervensi Berdasarkan Tingkat

| Level | Tujuan Intervensi untuk Perilaku Kesehatan | Target Intervensi |
|---------------------|---|---|
| Level individu | Perilaku kesehatan pribadi | Populasi berisiko |
| Level interpersonal | Terkait kesehatan dan perilaku protektif: perilaku mendukung dan memampukan | Keluarga, teman, orang dekat; guru, rekan kerja, tetangga |

| | | |
|------------------|--|---|
| Level organisasi | Terkait kesehatan dan pelindung: kebijakan, program, praktik, fasilitas, sumber daya | Administrator, pejabat, staf |
| Level komunitas | Terkait kesehatan dan pelindung: program, kebijakan, standar, sumber daya | Warga, warga negara, pemimpin, pendukung |
| Level pemerintah | Terkait kesehatan dan pelindung: program, kebijakan, peraturan, sumber daya | Pembuat kebijakan, regulator, administrator |

2) Mengidentifikasi sasaran intervensi

Target intervensi adalah mereka yang dapat mempengaruhi atau mengontrol tujuan intervensi yang cocok dengan mereka. Ini adalah salah satu konsep terpenting di MATCH. Ada beberapa target intervensi, dan ini biasanya populasi berisiko tetapi dapat juga mencakup mereka yang dapat mempengaruhi atau mengontrol tujuan intervensi di tingkat masyarakat lainnya.

Pada langkah ini, perencana harus menentukan siapa di setiap tingkat masyarakat dapat menunjukkan perilaku yang mendukung terbentuknya perilaku kesehatan pada sasaran. Di tingkat individu, sasaran intervensi adalah populasi berisiko, dan tujuan intervensi adalah perilaku kesehatan pribadi (perilaku yang berhubungan dengan kesehatan). Di tingkat masyarakat, sasaran intervensi adalah orang-orang yang dapat mengontrol tujuan yang telah diidentifikasi sebagai hal yang penting bagi kesehatan dan yang dapat mengontrol perilaku populasi sasaran

3) Memilih pendekatan intervensi dan metode

Pada tahap ini mengidentifikasi media penyampaian intervensi, pendekatan intervensi, teori, dan metode yang paling cocok dan bisa diterima oleh sasaran. Dalam banyak hal, ini adalah bagian paling menarik dan kreatif dari perencanaan program.

3) Tahap III: Pengembangan Program

Tahap III mencakup pengembangan program, melibatkan pengembangan hal-hal berikut:

- (1) Membuat komponen program
- (2) Mengembangkan intervensi
- (3) Mengembangkan kurikulum, panduan, atau manual.

Setidaknya satu komponen program harus dikembangkan untuk setiap tingkat masyarakat ditangani oleh program. Kunci pengembangan program adalah menentukan intervensi tujuan dan tindakan

Tabel 2.6 MATCH Tahap III: Pengembangan Program

| Tahap III Pengembangan Program | Kegiatan |
|---|---|
| Langkah 1 | Membuat komponen program A. Tingkat masyarakat B. Tujuan intervensi-perilaku kesehatan, lingkungan, tingkat intervensi C. Target dari intervensi |
| Langkah 2 | Mengembangkan intervensi A. Kembangkan tujuan B. Pilih atau buat konten C. Pilih atau buat metode D. Membuat kegiatan belajar |
| Langkah 3 | Mengembangkan protokol, kurikulum, manual, atau panduan A. Rencana sesi B. Materi C. Petunjuk |

4) Tahap IV: Penerapan, dan Penyebaran Program

Adopsi dan implementasi tidak dijamin, bahkan untuk program yang dikembangkan dengan baik. Adopsi yang benar, implementasi yang berkualitas, dan penyebaran yang luas membutuhkan perencanaan dan upaya. Langkah-langkah dalam proses perencanaan untuk tujuan program ini ditunjukkan pada Tabel 2.7

Tabel 2.7 MATCH Tahap IV: Perencanaan Adopsi, Implementasi, dan Diseminasi

| Tahap IV Perencanaan Adopsi, Implementasi, dan Diseminasi | Kegiatan |
|--|---|
| Langkah 1 | Memfasilitasi Adopsi, Implementasi, dan Pemeliharaan <ul style="list-style-type: none"> A. Kembangkan proposal dan dukung adopsi perubahan B. Memberikan bukti penerimaan C. Berikan bukti keefektifan D. Identifikasi / pilih agen perubahan dan pemimpin opini E. Identifikasi kemungkinan hambatan dan solusi |
| Langkah 2 | Implementasi dan Pemeliharaan <ul style="list-style-type: none"> A. Rencana B. Latihan C. Praktek dan umpan balik D. Dukungan dan penguatan |
| Langkah 3 | Diseminasi dan transisi |

5) Tahap V: Evaluasi

Fase V terdiri dari tiga langkah yaitu:

- (1) Evaluasi proses
- (2) Evaluasi dampak
- (3) Evaluasi hasil.

Langkah V.1: Melakukan Evaluasi Proses

Evaluasi proses menanyakan tentang sejauh mana kegiatan yang direncanakan disampaikan. Evaluasi proses juga menanyakan berapa banyak, siapa, dan sejauh mana mereka terpapar pada aktivitas tersebut. Evaluasi proses memberikan informasi yang dapat digunakan untuk mengidentifikasi dan memperbaiki masalah. Informasi ini mungkin juga berguna untuk merevisi program dan untuk menafsirkan hasil program. Kecuali jika program kegiatan tersampaikan dengan baik dan luas, pengaruhnya kecil bisa diharapkan. Proses evaluasi harus

direncanakan karena metode evaluasi dan prosedur harus ada sebelum implementasi

Langkah V.2: Mengukur Dampak Evaluasi

Evaluasi dampak difokuskan pada dengan sejauh mana tujuan dan sasaran intervensi tercapai. Pada satu tingkat evaluasi dampak diperhatikan dengan perubahan lingkungan dan perilaku yang ditargetkan tujuan dan tujuan kognitif. Evaluasi hasil biasanya berkaitan dengan perilaku kesehatan, status kesehatan, perubahan lingkungan, dan biaya program.

Tabel 2.8 MATCH Tahap V: Evaluasi

| Tahap 5 | Kegiatan |
|----------------|---|
| Langkah 1 | Melakukan Evaluasi Proses A. Apakah kegiatan dilakukan; seberapa lengkap dan seberapa baik? B. Siapa yang terpapar dan seberapa banyak dan berapa banyak kegiatannya? |
| Langkah 2 | Mengukur Evaluasi A. Apa yang dipelajari peserta? 1. Pengetahuan dan keterampilan 2. Keyakinan, persepsi, sikap, dan nilai 3. Perilaku B. Apakah tujuan intervensi (perilaku, kebijakan, adopsi program, dll.) Tercapai? |
| Langkah 3 | Kembangkan protokol, kurikulum, manual, atau panduan A. Apakah perilaku kesehatan berubah / meningkat? B. Apakah ada penurunan prevalensi masalah atau peningkatan kualitas hidup atau hasil positif lainnya? C. Apakah program ini hemat biaya? |

2.2.4 Konsep Pengendalian Stunting Metode MATCH

Model pengendalian faktor risiko stunting didasarkan pada kerangka pikir The United Nations Children's Fund (UNICEF) tahun 1990 tentang determinan penyebab timbulnya kekurangan gizi pada ibu dan anak. Kerangka pikir UNICEF digunakan karena dalam menyusun perencanaan model pengendalian atau intervensi perlu mempertimbangkan faktor determinan. Model pengendalian faktor risiko

dalam penelitian ini adalah promosi multilevel dengan pendekatan *multilevel approach to community health* (MATCH). Pendekatan MATCH ini memfokuskan pada implementasi dengan perspektif sosio-ekologi dan mengembangkan intervensi multipel untuk mengatasi perilaku individu dan kondisi lingkungan dengan modifikasi faktor determinan, yaitu faktor anak, ibu dan lingkungan terhadap kejadian stunting batita (bawah tiga tahun) (Kusumawati, Rahardjo and Sari, 2015).

Menurut (Kusumawati, Rahardjo and Sari, 2015) strategi model MATCH Pada level individu (ibu balita) melalui pemberdayaan ibu:

1. Pemeliharaan sanitasi lingkungan yang baik
2. Praktik PHBS untuk keluarga dan hygiene personal khususnya untuk anak dalam upaya untuk menurunkan dan mencegah penyakit infeksi yang sering diderita anak
3. Peningkatan pengetahuan dan kesadaran pangan dan gizi
4. Keterampilan mengelola pangan dan konsumsi dengan gizi seimbang
5. Memanfaatkan pekarangan sebagai sumber pangan dan gizi keluarga

Pada level komunitas/masyarakat dengan peningkatan peran dan fungsi posyandu. Pada level pelayanan kesehatan dan *stakeholder* perlu dilakukan intervensi peningkatan status gizi melalui advokasi kebijakan terkait upaya pencegahan dan penanggulangan stunting pada batita.

Menurut (Nasrul, 2018) model MATCH dengan melaksanakan program peningkatan efektivitas program Kesehatan ibu dan anak antara lain

1. Antenatal care
2. Kelas ibu hamil

3. Suplementasi Fe dan kalsium.
4. Pemberian makanan tambahan ibu hamil.
5. Pelatihan praktik mencuci tangan pada air mengalir menggunakan sabun.
6. Dukungan prasarana Air bersih dengan pemipaan.
7. Bantuan kepemilikan jamban dan cara perawatannya serta pelatihan sanitasi berbasis masyarakat

Sejalan dengan temuan penelitian (Sofiatin *et al.*, 2019) dan (Sasongko *et al.*, 2019) tentang faktor determinan stunting pada anak di Indonesia, maka model MATCH dalam penelitian ini akan difokuskan pada pendekatan individu khususnya ibu hamil dan bayinya antara lain:

1. Antenatal care yang memadai
2. Deteksi dini risiko komplikasi kehamilan
3. Kelas ibu hamil
4. Nutrisi selama kehamilan yang cukup dan beragam (termasuk tablet asam folat dan tablet besi selama kehamilan)
5. Memberikan stimulasi pada janin dalam kandungan
6. Inisiasi Menyusu Dini dan ASI eksklusif 6 bulan
7. Pemberian ASI eksklusif dan dilanjutkan sampai usia 2 tahun
8. Pemberian Makanan Peralihan ASI (MP ASI) secara bertahap pada usia 6 bulan dan tetap memberikan ASI hingga 2 tahun
9. Pemantauan tumbuh kembang anak
10. Mengikuti program imunisasi terutama imunisasi dasar

11. Memberikan stimulasi (rangsangan) kepada anak sesuai dengan usianya dan memantau perkembangan anak dengan Kartu Kembang Anak (KKA)
12. Edukasi tentang kesehatan pribadi dan lingkungan (termasuk praktik mencuci tangan dan pencegahan penyakit infeksi)

Strategi di atas diharapkan mampu mengendalikan faktor resiko ibu melahirkan anak stunting dan anak yang dilahirkan akan tumbuh dan berkembang secara optimal sesuai dengan usianya.

2.3 Konsep *Health Promotion Model* (HPM)

2.3.1 Pengertian

Health Promotion Model (HPM) adalah suatu cara untuk menggambarkan interaksi manusia dengan lingkungan fisik dan interpersonalnya dalam berbagai dimensi. HPM pertama kali dikembangkan oleh Nola J. Pender pada tahun 1987. HPM lahir dari penelitian tentang 7 faktor persepsi kognitif dan faktor modifikasi tingkah laku yang mempengaruhi dan meramalkan tentang perilaku kesehatan (Nursalam, 2016).

Pusat HPM adalah teori pembelajaran sosial Albert Bandura, yang menyebutkan pentingnya proses kognitif dalam perubahan perilaku. Teori pembelajaran sosial, yang sekarang berjudul teori kognitif sosial, yang mencakup kepercayaan diri: atribusi diri, evaluasi diri, dan self-efficacy. Self-efficacy adalah konstruksi utama HPM. Selain itu, model harapan nilai motivasi manusia yang Feather (1982) gambarkan, yang mendukung perilaku itu rasional dan ekonomis, penting untuk pengembangan model. HPM serupa konstruksinya dengan Health belief model (HBM) akan tetapi HPM tidak terbatas pada penjelasan perilaku

pencegah penyakit. HPM berbeda dari konsep Health belief model yang mana di dalam HPM tidak memasukkan ketakutan dan ancaman sebagai suatu sumber dari motivasi untuk terjadinya perilaku kesehatan. Dari penjelasan ini, HPM berkembang meliputi perilaku untuk meningkatkan kesehatan dan berpotensi berlaku sepanjang umur (Alligood, 2014)

Paradigma keperawatan Nola J. Pender Paradigma keperawatan adalah suatu cara pandang yang mendasar atau cara melihat, memikirkan, memberi makna, menyikapi, dan memilih tindakan terhadap berbagai fenomena yang ada dalam keperawatan (Kusnanto, 2003). Paradigma keperawatan ini terdiri dari empat konsep, yaitu manusia, lingkungan, kesehatan dan keperawatan. Menurut Pender dalam Alligood (2006) konsep dasar paradigm keperawatan adalah sebagai berikut:

1) Manusia

Manusia adalah organisme yang terdiri dari aspek biopsikososial yang sebagiannya dibentuk oleh lingkungan tetapi juga memperhatikan karakteristik lingkungan dan kemungkinan seseorang dapat mengaktualisasi diri. Manusia dalam HPM merupakan individu yang menjadi focus utama dari model ini. Menurut Pender, setiap individu memiliki karakter personal yang unik dan pengalaman yang mempengaruhi perilakunya. Teori HPM mengakui bahwa individu belajar perilaku kesehatan dalam konteks keluarga dan komunitas, sebagaimana dijelaskan mengapa model dari pengkajian termasuk komponen dan intervensi pada level keluarga dan komunitas, seperti level individu.

2) Lingkungan

Lingkungan seperti sosial, budaya, dan konteks fisik merupakan sumber kehidupan yang selalu berkembang. Lingkungan dapat dimanipulasi oleh individu

yang menggambarkan konteks positif dan interaksi dan memfasilitasi untuk adanya perubahan perilaku kesehatan. Menurut Pender, HPM lingkungan terdiri dari fisik, interpersonal, dan keadaan ekonomi dalam kehidupan seseorang. Kualitas lingkungan tergantung pada keadaan substansi toksin, adanya pengalaman yang menguatkan, dan akses untuk memenuhi kebutuhan dan ekonomi untuk kehidupan yang sehat.

3) Kesehatan

Kesehatan individu didefinisikan sebagai aktualisasi dari karakteristik dan potensi seseorang yang diperoleh melalui perilaku, kemampuan perawatan diri, dan kepuasan hubungan dengan individu lainnya, sementara itu penyesuaian diciptakan untuk memenuhi kebutuhan pemeliharaan integritas structural dan keharmonisan dengan lingkungan yang sesuai. Kesehatan adalah pengembangan pengalaman individu. 4. Keperawatan Keperawatan merupakan kolaborasi dari individu, keluarga dan komunitas untuk menggambarkan kondisi yang paling menguntungkan untuk mengkspresikan kesehatan yang optimal dan level yang tinggi.

4) Sakit

Sakit mencirikan seluruh peristiwa dalam rentang kehidupan baik singkat (akut) maupun lama (kronis) yang dapat menghalangi atau memudahkan seseorang dalam melakukan aktivitasnya dengan sehat

232 Asumsi mayor dari model HPM

- 1) Manusia mencoba menciptakan kondisi agar tetap hidup dimana mereka dapat mengekspresikan keunikannya

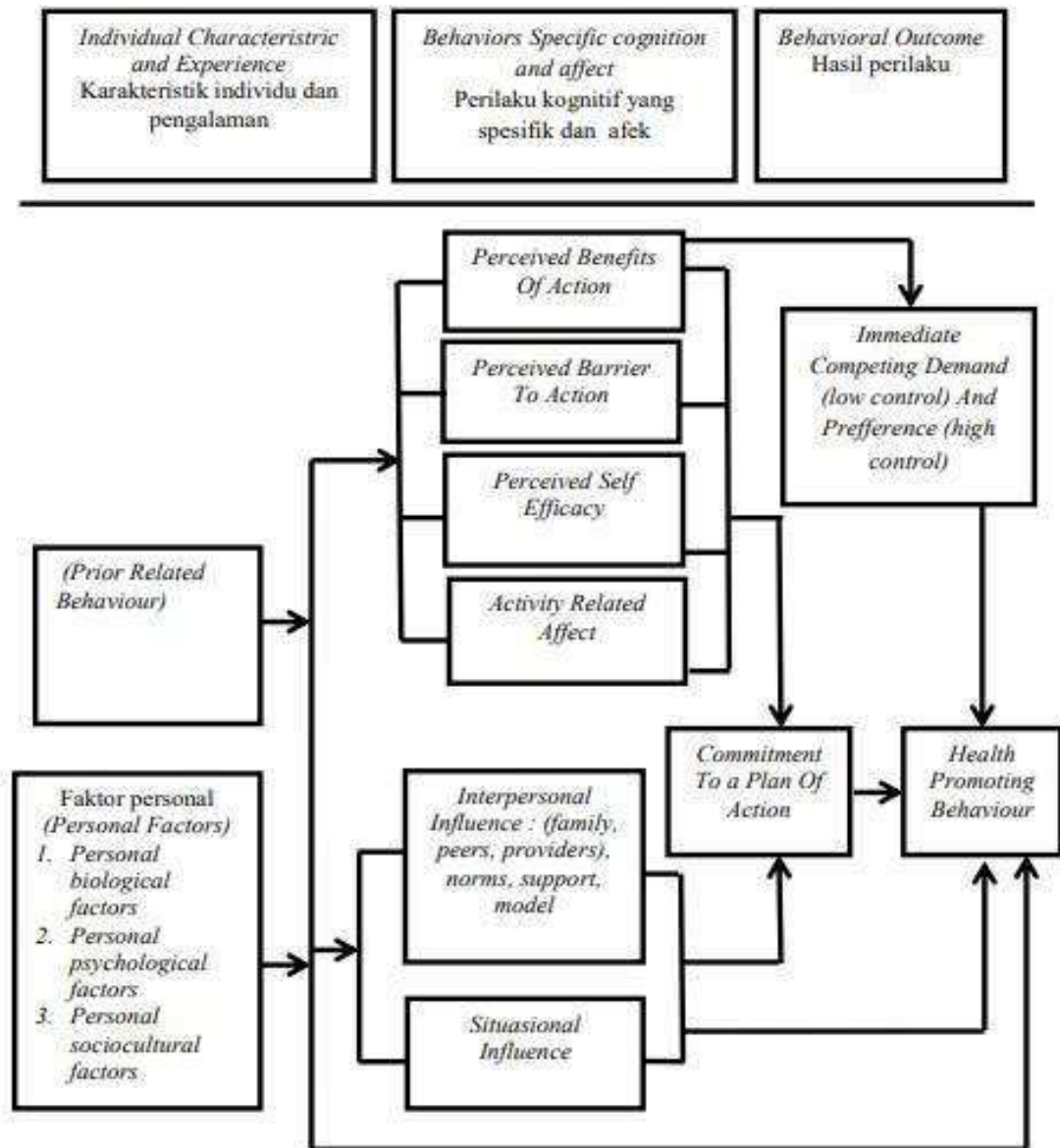
- 2) Manusia menilai perkembangan sebagai suatu nilai yang positif dan mencoba mencapai keseimbangan antara perubahan dan stabilitas
- 3) Manusia memiliki kapasitas untuk merefleksikan kesadaran dirinya, termasuk penilaian terhadap kemampuannya
- 4) Setiap individu secara aktif berusaha mengatur perilakunya
- 5) Individu merupakan makhluk bio-psiko-sosial yang kompleks, berinteraksi dengan lingkungannya secara terus menerus, menjelmakan lingkungan yang diubah secara terus menerus
- 6) Professional kesehatan merupakan bagian dari lingkungan interpersonal yang berpengaruh terhadap manusia sepanjang hidupnya
- 7) Pembentukan kembali konsep diri manusia dengan lingkungan adalah penting untuk perubahan perilaku

233 Proposi model kesehatan Teori HPM didasarkan pada 14 teoritikal proposisi.

- 1) Perilaku sebelumnya dan karakteristik yang diperoleh mempengaruhi kepercayaan, pengaruh (affect) dan perilaku untuk meningkatkan kesehatan.
- 2) Manusia melakukan perubahan perilaku dimana mereka mengharapkan keuntungan yang bernilai bagi dirinya.
- 3) Rintangan yang dirasakan dapat menjadi penghambat kesanggupan melakukan tindakan, suatu mediator perilaku sebagaimana perilaku nyata.
- 4) Promosi atau pemanfaatan diri akan menambah kemampuan untuk melakukan tindakan dan perbuatan dari perilaku.

- 5) Kompetensi yang dirasakan atau hasil untuk mengeksekusi perilaku tertentu akan menambah kesamaan komitmen terhadap tindakan dan kinerja perilaku yang sebenarnya.
- 6) Pemanfaatan diri yang terbesar akan menghasilkan sedikit rintangan pada perilaku kesehatan spesifik.
- 7) Pengaruh positif pada perilaku akibat pemanfaatan diri yang lebih baik dapat menambah hasil positif.
- 8) Manusia lebih suka melakukan promosi kesehatan ketika model perilaku itu menari, perilaku yang diharapkan terjadi dan dapat mendukung perilaku yang ada.
- 9) Ketika emosi yang positif atau pengaruh yang berhubungan dengan perilaku, maka kemungkinan menambah komitmen untuk bertindak.
- 9) Keluarga, kelompok dan pemberi layanan kesehatan adalah sumber interpersonal yang penting yang mempengaruhi, menambah atau mengurangi keinginan untuk berperilaku promosi kesehatan
- 10) Pengaruh situasional pada lingkungan eksternal dapat menambah atau mengurangi keinginan untuk berpartisipasi dalam perilaku promosi kesehatan.
- 11) Komitmen terbesar pada suatu rencana kegiatan yang spesifik lebih memungkinkan perilaku promosi kesehatan dipertahankan untuk jangka waktu yang lama.
- 12) Komitmen pada rencana kegiatan kemungkinan kurang menunjukkan perilaku yang diharapkan ketika tindakan-tindakan lain lebih atraktif dan juga lebih suka pada perilaku yang diharapkan.
- 13) Seseorang dapat memodifikasi kognisi, mempengaruhi interpersonal dan lingkungan fisik yang mendorong melakukan tindakan kesehatan

234 Bagan Komponen teori HPM



Gambar 2.1 Kerangka Komponen Health Promotion Model (HPM)

Komponen HPM, konsep major dan definisi dalam Alligood (2006) sebagai berikut:

- 1) Karakteristik individu dan pengalaman individu Tindakan seseorang yang dipengaruhi oleh karakteristik yang unik dari masing-masing individu yang memiliki pengalaman-pengalaman

(1) Perilaku sebelumnya / prior related behavior

Sesuai dengan teori sosial kognitif, perilaku dahulu mempunyai pengaruh langsung dan tidak langsung terhadap kemungkinan keterlibatan perilaku dalam promosi kesehatan. Jika perilaku ini memberikan hasil yang memuaskan maka akan terjadi pengulangan perilaku dan jika gagal menjadi pelajaran untuk masa depan.

(2) Faktor personal / personal factors Dikategorikan sebagai biological, psychological, dan sociocultural. Beberapa faktor ini merupakan prediksi perilaku tertentu dan dibentuk oleh sifat dari perilaku sasaran yang dipertimbangkan.

a. Personal biological factors Faktor ini meliputi variabel: usia, jenis kelamin, indeks masa tubu, status pubertas, status menopause, kapasitas aerobik, kekuatan, kelincahan dan keseimbangan.

b. Personal psychological factors Faktor ini meliputi variabel: harga diri, motivasi diri, kompetensi kepribadian, status kesehatan yang dirasakan dan status kesehatan.

c. Personal sociocultural factors

Faktor ini meliputi variabel: ras, etnis, pendidikan dan status ekonomi.

2) Kognitif behavior spesifik dan sikap / behavior specific cognitions and affect

(1) *Perceived benefits of action*

Perceived benefits of action atau manfaat tindakan secara langsung adalah suatu tindakan yang secara langsung memotivasi perilaku dan secara tidak langsung mendeterminan rencana kegiatan untuk mencapai manfaat sebagai hasil

(2) *Perceived barriers to action*

Perceived barriers to action atau hambatan tindakan untuk melakukan perilaku kesehatan. Dimana individu melakukan proses atau tindakan perilaku kesehatan yang kemudian untuk selanjutnya tindakan tersebut akan berpengaruh terhadap manfaat pada kehidupan yang akan datang

(3) *Perceived self efficacy*

Kemampuan seseorang untuk mengorganisasi dan melakukan tindakan utama menyangkut bukan hanya skill yang dimiliki seseorang tetapi keputusan yang diambil seseorang dari skill yang dimiliki

(4) *Activity related affect*

Sikap pengaruh aktivitas yang mempengaruhi perilaku kesehatan secara langsung atau tidak langsung melalui efficacy diri dan komitmen pada rencana kegiatan

3) *Interpersonal influences*

Interpersonal influence atau pengaruh interpersonal adalah pengaruh kognisi tentang perilaku, kepercayaan, atau sikap orang lain. Sumber utama pengaruh interpersonal adalah keluarga, teman sebaya, pemberi layanan kesehatan.

4) *Situational influence*

Persepsi personal dan kognisi dari situasi yang dapat memfasilitasi atau menghalangi perilaku misalnya pilihan yang tersedia, karakteristik demad dan ciri-ciri lingkungan estetik seperti situasi atau lingkungan yang cocok, aman, tenang, dari pada yang tidak aman dan terancam (Alligood, 2006). Faktor-faktor influence situational atau pengaruh situasional yang menjadikan seseorang lebih

dapat dipengaruhi untuk melakukan perilaku tertentu adalah lingkungan yang menyenangkan dapat berdampak positif pada usaha untuk mengubah perilaku (Alligood, 2006)

5) *Commitment to a plan of action*

Komitmen rencana tindakan didefinisikan sebagai tujuan dan identifikasi rencana strategis yang mendorong untuk diimplementasikan dalam perilaku kesehatan.

6) *Competing demand and preverences*

Adalah perilaku alternative dimana individu memiliki kontrol rendah, karena ada kontingensi lingkungan seperti tanggung jawab kerja atau keluarga.

7) *Health promoting behavior*

Perilaku promosi kesehatan adalah tindakan akhir atau hasil tindakan. Hal ini terintegrasi dalam gaya hidup yang menyerap pada semua aspek kehidupan seharusnya mengakibatkan peningkatan kesehatan, peningkatan kemampuan fungsional dan kualitas hidup yang lebih baik pada semua tingkat perkembangan. Titik akhir dari perilaku dalam health promotion model yang diinginkan adalah pengambilan keputusan (decision-making) dan persiapan kesehatan untuk tindakan (preparation for action). (Pender 2011)

2.4 Model Pengendalian Faktor Resiko Stunting dengan Pendekatan MATCH Berbasis Teori Model HPM

Model ini dikembangkan dengan latar belakang bahwa model MATCH yang dikembangkan oleh WHO merupakan kerangka kerja berjenjang mulai dari level individu sampai level pemerintahan dalam menerapkan suatu promosi kesehatan kepada masyarakat. Model MATCH lebih menekankan kepada manajemen

penerapan pendidikan kesehatan secara terstruktur kepada masyarakat sehingga dapat memudahkan pemberi edukasi dalam melakukan tahap demi tahap program yang harus dilakukan. Model Health Promotion merupakan suatu cara untuk menggambarkan interaksi manusia dengan lingkungan fisik dan interpersonalnya dalam berbagai dimensi. Model HPM lebih menekankan bagaimana merubah perilaku tiap-tiap individu untuk meningkatkan kesehatan dan berpotensi berlaku sepanjang umur. Persamaan anantara model MATCH dan HPM adalah sama-sama memberikan pendidikan kesehatan, sedangkan perbedaannya adalah model MATCH lebih menitikberatkan kepada step-step atau guidance yang harus dilakukan oleh pemberi kesehatan mulai dari level individu sampai level pemerintahan. Model MATCH mempunyai scope yang lebih luas namun kurang menitikberatkan kepada perubahan perilaku individu yang diharapkan berubah setelah diberikan pendidikan kesehatan. Keterkaitan antara model MATCH dan HPM adalah model HPM berfokus pada perubahan perilaku tiap-tiap individu, dan jika telah terjadi perubahan pada level individu ini maka tentunya akan berdampak kepada level yang lebih luas yaitu level interpersonal, sosial, komunitas, organisasi, pemerintah.

Model ini dikembangkan dengan menggabungkan atau mengkombinasikan model MATCH dengan pendekatan teori HPM. Melalui model ini diharapkan dapat membentuk perilaku baru pada ibu hamil dalam mencegah resiko melahirkan anak stunting di kemudian hari dengan menggunakan kerangka kerja MATCH sehingga intervensi dapat dilakukan secara komprehensif dengan melibatkan berbagai sektor dan stakeholder yang berkaitan dan ikut bertanggungjawab dalam mewujudkan RPJMN khususnya di bidang kesehatan.

2.5 Langkah Pelaksanaan MATCH Berbasis HPM pada Level Individu dan Interpersonal

251 Tahap I: Pemilihan Tujuan Kesehatan dan Perilaku

1) Menentukan populasi sasaran

Populasi sasaran pada penelitian ini adalah populasi level individu (sasaran primer) dan level interpersonal (sasaran sekunder) yang beresiko menyebabkan kondisi stunting pada balita usia 0-59 bulan. Sasaran primer dalam penelitian ini direncanakan adalah:

- (1) Baduta usia 0-23 bulan
- (2) Balita usia 24-59 bulan
- (3) Ibu balita termasuk ibu yang sedang menyusui balitanya
- (4) Ibu hamil

Sasaran level interpersonal (sasaran sekunder) dalam penelitian ini direncanakan adalah:

- (1) Wanita usia subur,
- (2) Remaja,
- (3) Lingkungan pengasuh anak terdekat (kakek, nenek, ayah, dan lainnya)

2) Memilih tujuan status kesehatan

Tujuan akhir dari penelitian ini adalah tidak ada atau berkurangnya faktor resiko stunting yang ada atau berpotensi ada pada populasi sasaran individu dan sasaran interpersonal secara signifikan. Adapun faktor-faktor resiko pada masing-masing sasaran telah dijelaskan pada bab 2 di atas (sub judul 2.1.4 sampai 2.1.6)

3) Mengidentifikasi tujuan perilaku kesehatan

Tujuan penelitian ini adalah terbentuknya perilaku Kesehatan dalam menghilangkan atau mengurangi resiko stunting pada level individu dan level interpersonal antara lain

a. Tujuan jangka pendek

Target waktu pencapaian pada tujuan jangka pendek adalah 1-3 bulan setelah intervensi

- (1) Dalam 3 bulan setelah intervensi tidak ada balita yang mengalami penyakit infeksi khususnya ISPA, diare, kecacangan
- (2) Semua keluarga dapat mengakses makanan bergizi
- (3) Semua ibu balita dan ibu menyusui memahami tentang gizi balitanya, gizi ibu menyusui dan dapat menerapkannya dalam kehidupan sehari-hari
- (4) Semua ibu balita memahami tentang pengasuhan anak yang baik dan dapat menerapkannya dalam kehidupan sehari-hari

b. Tujuan jangka menengah

Target waktu pencapaian pada tujuan jangka pendek adalah 3-6 bulan setelah intervensi

- (1) Sebagian besar ibu melakukan IMD
- (2) Semua bayi diberikan ASI eksklusif selama 6 bulan
- (3) Semua bayi mendapatkan MP-ASI yang cukup dan berkualitas sesuai dengan usianya
- (4) Semua ibu hamil melakukan ANC minimal 4x selama kehamilannya

c. Tujuan jangka Panjang

Target waktu pencapaian pada tujuan jangka pendek adalah 6-12 bulan setelah intervensi

- (1) Tidak ada ibu hamil yang melahirkan bayi dengan berat lahir <2.500 gram dan atau Panjang lahir <48 cm
 - (2) Semua bayi mendapatkan ASI sampai usia 2 tahun
 - (3) Tidak ada ibu hamil yang mengalami KEK (LILA <23,5 cm)
 - (4) Sebagian besar ibu melakukan IMD
 - (5) Semua ibu hamil melakukan ANC minimal 4x selama kehamilannya
 - (6) Semua WUS dapat mengatur jarak kehamilan yang tepat
 - (7) Tidak ada wanita yang hamil pada usia <20 tahun atau >35 tahun
 - (8) Tidak ada remaja yang mengalami KEK dan anemia
- 4) Mengidentifikasi tujuan lingkungan

Berkenaan dengan aspek lingkungan, tujuan penelitian ini adalah terbentuknya atau meningkatnya lingkungan fisik keluarga yang sehat dan memadai sehingga tidak ada faktor lingkungan keluarga yang dapat menyebabkan stunting, antara lain

- (1) Semua keluarga dapat mengelola dan mengakses air bersih untuk kebutuhan air minum, memasak dan MCK
- (2) Semua keluarga memiliki sanitasi lingkungan yang sehat dan memadai

252 Tahap I: Perencanaan Intervensi

Perencanaan intervensi pada penelitian ini ditujukan kepada responden kelompok intervensi pada level individu dan level interpersonal. Intervensi disusun mengacu pada kerangka penanganan stunting yang telah dicanangkan oleh pemerintah (Kementerian and PPN/Bappenas, 2018)

1) Intervensi Gizi Spesifik

Merupakan kerangka pertama intervensi yang ditujukan kepada anak dalam 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) dan berkontribusi pada 30% penurunan stunting. Kerangka kegiatan intervensi gizi spesifik umumnya dilakukan pada sektor kesehatan. Intervensi ini juga bersifat jangka pendek dimana hasilnya dapat dicatat dalam waktu relatif pendek. Kegiatan yang idealnya dilakukan untuk melaksanakan Intervensi Gizi Spesifik dapat dibagi menjadi beberapa intervensi utama yang dimulai dari masa kehamilan ibu hingga melahirkan balita (TNP2K, 2017).

a. Intervensi Gizi Spesifik dengan sasaran Ibu Hamil. Intervensi ini meliputi kegiatan

- (1) memberikan makanan tambahan (PMT) pada ibu hamil untuk mengatasi kekurangan energi dan protein kronis
- (2) mengatasi kekurangan zat besi dan asam folat
- (3) mengatasi kekurangan iodium
- (4) menanggulangi kecacingan pada ibu hamil
- (5) melindungi ibu hamil dari malaria

b. Intervensi Gizi Spesifik dengan sasaran Ibu Menyusui dan Anak Usia 0-6 Bulan

- (1) mendorong inisiasi menyusui dini/IMD terutama melalui pemberian ASI jolong/colostrum
- (2) mendorong pemberian ASI Eksklusif

c. Intervensi Gizi Spesifik dengan sasaran Ibu Menyusui dan Anak Usia 7-23 bulan

- (1) mendorong penerusan pemberian ASI hingga anak/bayi berusia 23 bulan.
- (2) setelah bayi berusia diatas 6 bulan didampingi oleh pemberian MP-ASI

- (3) menyediakan obat cacing
- (4) menyediakan suplementasi zink
- (5) melakukan fortifikasi zat besi ke dalam makanan
- (6) memberikan perlindungan terhadap malaria
- (7) memberikan imunisasi lengkap
- (8) melakukan pencegahan dan pengobatan diare.

2) Intervensi Gizi Sensitif

Kerangka ini idealnya dilakukan melalui berbagai kegiatan pembangunan diluar sektor kesehatan dan berkontribusi pada 70% intervensi Stunting. Sasaran dari intervensi gizi spesifik adalah masyarakat secara umum dan tidak khusus ibu hamil dan balita pada 1.000 Hari Pertama Kehidupan/HPK (TNP2K, 2017). Ada 12 kegiatan yang dapat berkontribusi pada penurunan stunting melalui Intervensi Gizi Sensitif sebagai berikut:

- (1) Menyediakan dan memastikan akses terhadap air bersih.
- (2) Menyediakan dan memastikan akses terhadap sanitasi.
- (3) Melakukan fortifikasi bahan pangan.
- (4) Menyediakan akses kepada layanan kesehatan dan Keluarga Berencana (KB).
- (5) Menyediakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).
- (6) Menyediakan Jaminan Persalinan Universal (Jampersal).
- (7) Memberikan pendidikan pengasuhan pada orang tua.
- (8) Memberikan Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD) Universal.
- (9) Memberikan pendidikan gizi masyarakat.
- (10) Memberikan edukasi kesehatan seksual dan reproduksi, serta gizi pada remaja.
- (11) Menyediakan bantuan dan jaminan sosial bagi keluarga miskin.

(12) Meningkatkan ketahanan pangan dan gizi

253 Tahap III: Pengembangan Program

Tahap III, mengembangkan program dalam arti merinci program intervensi yang telah disusun ke dalam sebuah matriks operasionalisasi secara terperinci. Meliputi sasaran, intervensi apa yang akan dilakukan, target waktu pencapaian, tujuan yang ingin dicapai beserta indikatornya, media yang akan digunakan, rencana aksi, dan pelaksana atau penanggung jawab masing-masing rencana aksi. pengembangan program melibatkan pengembangan hal-hal berikut

- 1) Komponen program
- 2) Intervensi
- 3) Kurikulum, panduan, atau manual.

Setidaknya satu komponen program harus dikembangkan untuk setiap tingkat masyarakat ditangani oleh program. Kunci pengembangan program adalah menentukan intervensi tujuan dan tindakan. Secara terperinci dapat dilihat pada table 2.9

Tabel 2.5 MATCH Tahap III: Pengembangan Program

| Tahap III Pengembangan Program | Kegiatan |
|---|---|
| Langkah 1 | Membuat komponen program A. Tingkat masyarakat B. Tujuan intervensi-perilaku kesehatan, lingkungan, tingkat intervensi C. Target dari intervensi |
| Langkah 2 | Mengembangkan intervensi A. Kembangkan tujuan B. Pilih atau buat konten C. Pilih atau buat metode D. Membuat kegiatan belajar |
| Langkah 3 | Kembangkan protokol, kurikulum, manual, atau panduan A. Rencana sesi B. Materi C. Petunjuk |

254 Tahap IV: Penerapan, Penerapan, dan Penyebaran Program

Adopsi dan implementasi tidak dapat dijamin akan terlaksana dengan baik sesuai dengan rencana, bahkan untuk program yang dikembangkan dengan baik sekalipun. Adopsi yang benar, implementasi yang berkualitas, dan penyebaran yang luas membutuhkan perencanaan dan upaya. Langkah-langkah dalam proses perencanaan untuk tujuan program ini ditunjukkan pada Tabel 2.6

Tabel 2.6 MATCH Tahap IV: Perencanaan Adopsi, Implementasi, dan Diseminasi

| Tahap IV Perencanaan Adopsi, Implementasi, dan Diseminasi | Kegiatan |
|--|---|
| Langkah 1 | Memfasilitasi Adopsi, Implementasi, dan Pemeliharaan <ul style="list-style-type: none"> A. Kembangkan proposal dan dukung adopsi perubahan B. Memberikan bukti penerimaan C. Berikan bukti keefektifan D. Identifikasi / pilih agen perubahan dan pemimpin opini E. Identifikasi kemungkinan hambatan dan solusi |
| Langkah 2 | Implementasi dan Pemeliharaan <ul style="list-style-type: none"> A. Rencana B. Latihan C. Praktek dan umpan balik D. Dukungan dan penguatan |
| Langkah 3 | Diseminasi dan transisi |

255 Tahap V: Evaluasi

Fase V terdiri dari tiga langkah yaitu:

- (1) Evaluasi proses
- (2) Evaluasi dampak
- (3) Evaluasi hasil.

Langkah V.1: Melakukan Evaluasi Proses

Evaluasi proses menanyakan tentang sejauh mana kegiatan yang direncanakan disampaikan. Evaluasi proses juga menanyakan berapa banyak, siapa, dan sejauh mana mereka terpapar pada aktivitas tersebut. Evaluasi proses memberikan informasi yang dapat digunakan untuk mengidentifikasi dan memperbaiki masalah. Informasi ini mungkin juga berguna untuk merevisi program dan untuk menafsirkan hasil program. Kecuali jika program kegiatan tersampaikan dengan baik dan luas, pengaruhnya kecil bisa diharapkan. Proses evaluasi harus direncanakan karena metode evaluasi dan prosedur harus ada sebelum implementasi

Langkah V.2: Mengukur Dampak Evaluasi

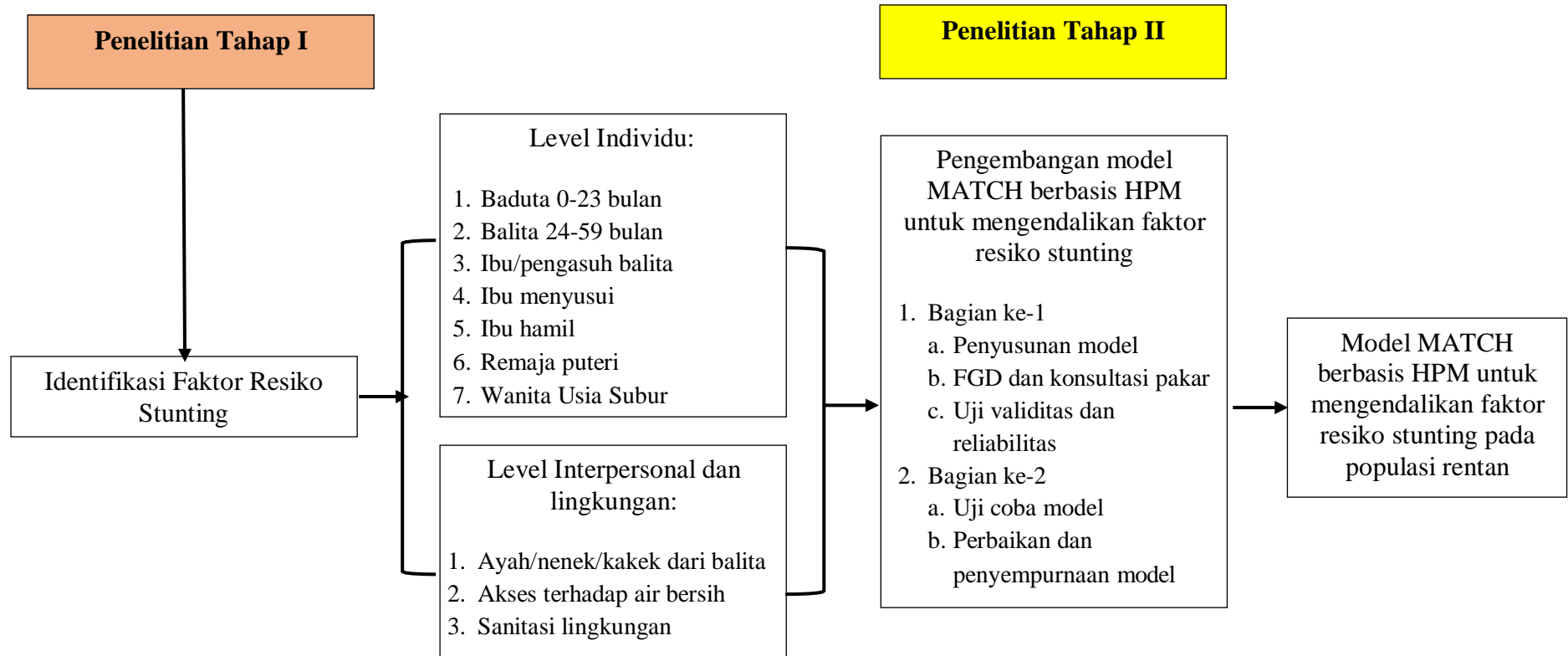
Evaluasi dampak difokuskan pada dengan sejauh mana tujuan dan sasaran intervensi tercapai. Pada satu tingkat evaluasi dampak diperhatikan dengan perubahan lingkungan dan perilaku yang ditargetkan tujuan dan tujuan kognitif. Evaluasi hasil biasanya berkaitan dengan perilaku kesehatan, status kesehatan, perubahan lingkungan, dan biaya program.

Tabel 2.7 MATCH Tahap V: Evaluasi

| Tahap 5 Evaluasi | Kegiatan |
|---------------------|---|
| Langkah 1 | Melakukan Evaluasi Proses A. Apakah kegiatan dilakukan; seberapa lengkap dan seberapa baik? B. Siapa yang terpapar dan seberapa banyak dan berapa banyak kegiatannya? |
| Langkah 2 | Mengukur Evaluasi A. Apa yang dipelajari peserta? 1. Pengetahuan dan keterampilan 2. Keyakinan, persepsi, sikap, dan nilai 3. Perilaku B. Apakah tujuan intervensi (perilaku, kebijakan, adopsi program, dll.) Tercapai? |
| Langkah 3 | Kembangkan protokol, kurikulum, manual, atau panduan |

-
- A. Apakah perilaku kesehatan berubah / meningkat?
 - B. Apakah ada penurunan prevalensi masalah atau peningkatan kualitas hidup atau hasil positif lainnya?
 - C. Apakah program ini hemat biaya?
-

2.6 Kerangka Konsep Penelitian



Gambar 2.5 Bagan Kerangka Konsep Pengembangan Model *Multilevel Approach To Community Health* (MATCH) Berbasis *Health Promotion Model* Untuk Pengendalian Faktor Resiko Stunting Pada Populasi Rentan

BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Bab ini menjelaskan mengenai desain penelitian, populasi, sampel, variabel, definisi operasional, alat pengumpulan data, analisis data, kerangka operasional, prosedur pengumpulan data, lokasi dan waktu penelitian serta etik penelitian. Penelitian ini dilakukan dalam 2 tahapan penelitian.

Desain penelitian tahap I menggunakan desain deskriptif survey yaitu penelitian terhadap masalah-masalah berupa fakta-fakta saat ini dari suatu populasi. Peneliti menyajikan faktor-faktor resiko yang berkontribusi terhadap stunting pada populasi level individu (baduta 0-23 bulan, balita 24-59 bulan, ibu hamil, ibu/pengasuh balita, ibu menyusui, remaja puteri, wanita usia subur), dan level interpersonal (ayah, nenek, kakek, lingkungan keluarga). Sumber data yang dipergunakan dalam penelitian ini adalah data primer. Data primer merupakan data penelitian yang diperoleh secara langsung dari sumber asli

Pada penelitian tahap II desain yang digunakan adalah penelitian deskriptif dengan pendekatan Research and Development (R & D). Research and Development (R & D) adalah suatu proses atau tahapan dalam mengembangkan suatu produk baru atau penyempurnaan yang telah ada dan dapat dipertanggungjawabkan (Nursalam, 2020). Menurut Nursalam (2020) langkah-langkah penelitian dan pengembangan adalah sebagai berikut:

1. Studi literatur dan pengumpulan data.

Pada tahap ini paling tidak ada dua hal yang harus dilakukan yaitu studi literatur dan studi lapangan.

2. Pengembangan

Pengembangan produk awal merupakan draft kasar dari produk yang akan dibuat, harus disusun selengkap dan sesempurna mungkin.

3. Uji coba atau evaluasi.

Uji coba oleh ahli bersifat perkiraan atau *judgment*, berdasarkan analisis dan pertimbangan logika dari para peneliti dan ahli.

4. Sosialisasi dan pelatihan/operasional *field testing* dan uji coba lapangan

Produk yang sudah dibuat tersebut dilakukan uji coba dan dilakukan

5. *Final product revision*.

Pengujian produk akhir, untuk menguji apakah suatu produk pendidikan layak dan memiliki keunggulan dalam tataran praktek.

6. *Dissemination and recommendation*

Produk akhir tersebut dilakukan desiminasi, implementasi, dan institusionalisasi.

Berdasarkan pada langkah-langkah penelitian menurut Nursalam (2020) diatas,

langkah-langkah dalam penelitian ini dibagi menjadi 2 tahap sebagai berikut:

- 1) Penelitian tahap 1

- a. Mengidentifikasi faktor resiko stunting pada batita 6-36 bulan di wilayah

kerja puskesmas ardimulyo kecamatan singosari kabupaten malang

- b. Mengidentifikasi faktor resiko stunting pada ibu batita 6-36 bulan di

wilayah kerja puskesmas ardimulyo kecamatan singosari kabupaten malang.

- c. Mengidentifikasi faktor resiko stunting pada lingkungan batita 6-36 bulan di wilayah kerja puskesmas ardimulyo kecamatan singosari kabupaten malang
 - d. Mengidentifikasi faktor dominan resiko stunting pada batita 6-36 bulan di wilayah kerja puskesmas ardimulyo kecamatan singosari kabupaten malang
- 2) Penelitian Tahap II Bagian ke-1
- a. Mengidentifikasi model yang saat ini ada dan atau telah digunakan oleh stakeholder dalam pengendalian faktor resiko yang berkontribusi terhadap stunting
 - b. Mengembangkan model MATCH berbasis HPM untuk mengendalikan faktor resiko stunting pada populasi rentan yang berkontribusi terhadap terjadinya stunting
 - c. Melakukan uji validitas dan reliabilitas terhadap model yang baru
- 3) Penelitian Tahap II Bagian ke-2
- a. Melakukan uji coba model baru kepada populasi rentan
 - b. Melakukan analisis hasil uji coba model
 - c. Melakukan konsultasi pakar tahap 2
 - d. Mengembangkan model MATCH berbasis HPM untuk mengendalikan faktor resiko stunting pada populasi rentan yang berkontribusi terhadap terjadinya stunting yang telah direvisi berdasarkan hasil uji coba dan hasil konsultasi pakar

3.2 Penelitian Tahap I

Penelitian pada tahap ini akan mengidentifikasi tentang:

- 1) Mengidentifikasi faktor resiko stunting pada batita 6-36 bulan di wilayah kerja puskesmas ardimulyo kecamatan singosari kabupaten malang
- 2) Mengidentifikasi faktor resiko stunting pada ibu batita 6-36 bulan di wilayah kerja puskesmas ardimulyo kecamatan singosari kabupaten malang.
- 3) Mengidentifikasi faktor resiko stunting pada lingkungan batita 6-36 bulan di wilayah kerja puskesmas ardimulyo kecamatan singosari kabupaten malang
- 4) Mengidentifikasi faktor dominan resiko stunting pada batita 6-36 bulan di wilayah kerja puskesmas ardimulyo kecamatan singosari kabupaten malang

3.2.1 Populasi Sampel, dan Teknis Sampling

1) Populasi

Populasi penelitian tahap I ini adalah semua

- a. Batita 0-36 bulan,
- b. ibu/pengasuh balita,
- c. ayah, nenek, kakek, lingkungan keluarga

2) Sampel dan Teknik Sampling

Sampel penelitian tahap pertama ini adalah sebagian dari populasi batita 0-36 bulan, ibu/pengasuh balita, ayah, nenek, kakek yang diambil dengan teknik *total sampling*. Kriteria sampel dalam penelitian ini adalah:

(1) Kriteria Inklusi

- a. Batita usia 0-36 bulan
- b. Tidak sedang sakit
- c. Ibu dari baduta atau batita
- d. Ayah atau nenek atau kakek dari baduta dan batita
- e. Bersedia atau diberikan ijin untuk menjadi responden penelitian

(2) Kriteria Eksklusi

Responden yang sakit saat pengambilan data

3.2.2 Variabel dan Definisi Operasional

1) Variabel

Variabel dalam penelitian ini adalah faktor resiko yang berkontribusi terhadap terjadinya stunting pada level individu yaitu: baduta 0-23 bulan, balita 24-59 bulan, ibu hamil, ibu/pengasuh balita, ibu menyusui, remaja puteri, wanita usia subur, dan level interpersonal yaitu: ayah, nenek, kakek, lingkungan keluarga

2) Definisi Operasional

Definisi operasional adalah mendefinisikan variabel secara operasional berdasarkan karakteristik yang diamati, memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu subjek atau fenomena (Hidayat 2014). Penjelasan dari masing-masing variabel penelitian tertulis pada tabel 3.1 sebagai berikut:

| Variabel | Definisi dan Parameter | Alat Ukur | Skala | Skor |
|--|---|---------------------|---------|--|
| 1. Faktor resiko stunting pada batita 0-36 bulan | Usia, jenis kelamin, penyakit infeksi, BBLR, PBL <48 cm, ASI eksklusif, MP-ASI, imunisasi | Kuesioner Observasi | Nominal | 1 = ada resiko 0 = tidak ada resiko |
| 2. Faktor resiko stunting pada ibu/ pengasuh balita | Praktek Pengasuhan, pengetahuan tentang Gizi | Kuesioner Observasi | Nominal | 1 = ada resiko 0 = tidak ada resiko |
| 3. Faktor resiko stunting pada ayah/nenek/kakek | Pendapatan keluarga, akses terhadap makanan bergizi, jumlah naggota keluarga | Kuesioner Observasi | Nominal | 1 = ada resiko 0 = tidak ada resiko |
| 4. Faktor resiko stunting pada aspek lingkungan keluarga | Akses terhadap air berish, sanitasi lingkungan, paparan asap rokok | Kuesioner Observasi | Nominal | 1 = ada resiko 0 = tidak ada resiko |

3.2.3 Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian tahap I ini adalah kuesioner dan lembar observasi. Instrumen yang digunakan telah diuji validitas dan reliabilitasnya.

3.2.4 Analisis data

Analisis data menggunakan analisis deskriptif untuk mengetahui distribusi frekuensi masing masing kategori sub variabel. Analisis deskriptif adalah suatu prosedur pengolahan data dengan menggambarkan dan meringkas data secara ilmiah dalam bentuk tabel atau grafik. Salah satu pengamatan yang dilakukan pada tahap analisis deskriptif adalah pengamatan terhadap tabel fekuensi. Tabel frekuensi terdiri atas kolom-kolom yang memuat frekuensi dan presentasi untuk setiap katagori. Analisis deksriptif dilakukan dengan analisis distribusi frekuensi dengan menghitung frekuensi atau jumlah dan prosentase dari aspek yang diukur. Analisis deskriptif juga bertujuan untuk menggambarkan indikator setiap variabel penelitian, berdasarkan kecenderungan tanggapan responden terhadap butir pertanyaan dalam model penelitian.

3.3 Penelitian tahap 2

Penelitian pada tahap 2 ini dibagi menjadi 2 sesi yaitu:

1) Tahap II Bagian ke-1

Tahap awal merupakan tahapan kajian literatur sampai penyusunan model MATCH berbasis HPM untuk mengendalikan faktor resiko stunting sebagai berikut:

- a. Mengidentifikasi model yang saat ini ada dan atau telah digunakan oleh stakeholder dalam pengendalian faktor resiko yang berkontribusi terhadap stunting
- b. Evaluasi model MATCH dan model HPM dalam pencegahan stunting dengan melakukan kajian terhadap literatur yang ada serta hasil dari implementasi kedua model tersebut yang pernah dilakukan oleh peneliti sebelumnya
- c. Proses penyusunan pengembangan model MATCH berbasis HPM untuk mengendalikan faktor resiko stunting pada populasi rentan yang berkontribusi terhadap terjadinya stunting melalui Focus Group Discussion (FGD) dan konsultasi pakar
- d. Melakukan uji validitas dan reliabilitas pengembangan model kombinasi MATCH berbasis HPM untuk mengendalikan resiko stunting

2) Tahap II Bagian ke-2

Setelah draft model tersusun, selanjutnya melakukan sosialisasi dan uji coba model dengan kegiatan sebagai berikut:

- a. Pemaparan draft model MATCH berbasis HPM untuk mengendalikan faktor resiko stunting dan konsultasi pakar melalui FGD I
- b. Perbaikan dan penyempurnaan model MATCH berbasis HPM untuk mengendalikan faktor resiko stunting berdasarkan hasil FGD I
- c. Uji coba model kepada sampel terbatas pada masing-masing kelompok sampel sesuai kriteria inklusi
- d. Evaluasi hasil uji coba penerapan pengembangan model kombinasi MATCH berbasis HPM untuk mengendalikan faktor resiko stunting

- e. Perbaikan dan penyempurnaan model MATCH berbasis HPM untuk mengendalikan faktor resiko stunting berdasarkan hasil evaluasi

3.3.1 Populasi, Sampel, dan Teknik Sampling

1) Populasi

Populasi penelitian tahap II bagian ke-1 adalah model MATCH dan model HPM serta hasil dari implementasi kedua model tersebut yang pernah dilakukan, berdasarkan publikasi yang ada. Populasi pada tahap II bagian ke-2 adalah baduta 0-23 bulan, balita 24-59 bulan, ibu/pengasuh balita, ibu hamil, ibu menyusui, remaja puteri, wanita usia subur, ayah/nenek/kakek dari balita

2) Sampel, dan Teknik Sampling

Sampel penelitian tahap II bagian ke-1 adalah dokumentasi atau laporan hasil implementasi model MATCH dan model HPM yang pernah dilakukan, berdasarkan publikasi yang ada. Populasi pada tahap II bagian ke-2 adalah Sebagian dari baduta 0-23 bulan, balita 24-59 bulan, ibu/pengasuh balita, ibu hamil, ibu menyusui, remaja puteri, wanita usia subur, ayah/nenek/kakek dari balita yang memenuhi kriteria sampel. Kriteria sampel dalam penelitian ini adalah

(1) Kriteria Inklusi

- a. Baduta usia 0-23 bulan
- b. Balita usia 24-59 bulan
- c. Tidak sedang sakit
- d. Ibu hamil trimester I, II, dan III
- e. Ibu menyusui
- f. Ibu dari baduta atau balita
- g. Remaja puteri usia 13-18 tahun
- h. Wanita usia subur usia 19-45 tahun

- i. Aayah atau nenek atau kakek dari baduta dan balita
- j. Bersedia atau diberikan izin untuk menjadi responden penelitian

(2) Kriteria Eksklusi

Responden yang sakit saat pengambilan data

3.3.2 Variabel dan Definisi Operasional

1) Variabel

Variabel penelitian pada tahap II bagian ke-1 adalah model MATCH berbasis HPM. Model MATCH dan model HPM dievaluasi terlebih dahulu oleh peneliti, selanjutnya melalui Focus Group Discussion (FGD) peneliti memaparkan hasil evaluasi dan menyusun pengembangan model MATCH berbasis HPM berdasarkan hasil FGD dan konsultasi pakar. Pengembangan model kombinasi MATCH berbasis HPM kemudian dilakukan uji validitas dan reliabilitas.

Variabel penelitian pada tahap II bagian ke-2 yaitu pengembangan model kombinasi MATCH berbasis HPM untuk pengendalian resiko stunting

2) Definisi Operasional Penelitian Tahap II bagian ke-1

Definisi operasional adalah mendefinisikan variabel secara operasional berdasarkan karakteristik yang diamati, memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu subjek atau fenomena (Hidayat 2014). Penjelasan dari masing-masing variabel penelitian tertulis pada tabel 3.2 sebagai berikut

Tabel 3.2 Variabel Penelitian Pengembangan Model MATCH Berbasis HPM Untuk Pengendalian Resiko Stunting Di Puskesmas Ardimulyo Tahap II Bagian ke-1

| Variabel | Definisi dan Parameter | Alat Ukur | Skala | Skor |
|--|------------------------|------------------|---------|----------------------------------|
| 1. Identifikasi model pengendalian faktor resiko | | Lembar observasi | Ordinal | Efektif = 1 Tidak efektif = 0 |

| | | | | |
|--|--|---|---------|--|
| | stunting yang ada dan atau digunakan | | | |
| 2. Evaluasi model MATCH dan HPM dalam pengendalian faktor resiko stunting | Penilaian model MATCH dan HPM dalam pengendalian resiko stunting yang dilakukan oleh peneliti berdasarkan evidence base yang telah ada melalui FGD dan konsultasi pakar | Lembar observasi | Ordinal | Efektif = 1 Tidak efektif = 0 |
| 3. Pengembangan model MATCH berbasis HPM dalam pengendalian faktor resiko stunting | Suatu cara untuk menyusun model pengendalian resiko melahirkan stunting pada ibu hamil menggunakan model kombinasi MATCH berbasis HPM melalui focus group discussion (FGD) dan konsultasi pakar. Pengembangan model kombinasi MATCH berbasis HPM meliputi: | Panduan focus group discussion (FGD) Diskusi pakar | - | - |
| 4. Validitas model | Keandalan model kombinasi MATCH berbasis HPM dalam pengendalian resiko melahirkan stunting pada ibu hamil dilihat dari hasil penilaian pakar terhadap konten isi pada model. | Lembar penilaian | Ordinal | Skor 1 = tidak relevan, skor 2 = agak relevan, skor 3, cukup relevan, skor 4 = sangat relevan Kategori Valid : jika Content validity index (CVI) =1 |
| 5. Reliabilitas model | Kesamaan hasil Pengukuran atau pengamatan jika pengembangan model kombinasi MATCH berbasis HPM diukur atau diamati berkali-kali dalam waktu yang berlainan a. Stabilitas (hampir tidak terdapat perubahan hasil total nilai pada responden jika format diujikan dalam waktu yang berulang kali) b. Homogenitas (model yang digunakan memiliki isi yang sama) | Modul kombinasi MATCH berbasis HPM | Ordinal | Reliabel: Koefisien reliabilitasnya > 0,6 |

3) Definisi Operasional Penelitian Tahap II bagian ke-2

Tabel 3.3 Variabel Penelitian Pengembangan Model MATCH Berbasis HPM Untuk Pengendalian Faktor Resiko Stunting Tahap II Bagian ke-2

| Variabel | Definisi dan Parameter |
|---|---|
| Variabel Penelitian: Pengembangan model MATCH dalam pengendalian resiko melahirkan stunting pada ibu hamil | 1) Sosialisasi draft model dan konsultasi pakar. 2) Perbaikan dan penyempurnaan model. 3) Uji coba model kepada sampel terbatas. 4) Evaluasi hasil uji coba penerapan model 5) Perbaikan dan penyempurnaan model MATCH berbasis HPM |

Tabel 3.4 Definisi operasional Penelitian Pengembangan Model MATCH Berbasis HPM Untuk Pengendalian Resiko Stunting Di Puskesmas Ardimulyo Tahap II Bagian ke-2

| Indikator | Definisi dan Parameter | Alat Ukur | Skala | Skor |
|--|---|---|---------|----------------------------|
| Sosialisasi draft model dan konsultasi pakar | Suatu cara menginformasikan dan terkait cara penerapan model MATCH dalam pengendalian resiko stunting dan meminta masukan dari pakar | Tersosialisasikan Mendapat masukan dari pakar | - | - |
| Perbaikan dan penyempurnaan model | Perbaikan dan penyempurnaan model berdasarkan hasil rekomendasi pakar pada FGD I | FGD I Modul Dokumentasi | Ordinal | Baik: Cukup: Kurang: |
| Uji coba model kepada sampel terbatas | Melakukan uji coba model kepada sampel terbatas sebelum diimplementasikan | Angket Lembar observasi | | |
| Evaluasi hasil uji coba penerapan model | Penilaian dan pendapat pakar dari hasil uji coba model MATCH berbasis HPM dalam pengendalian resiko stunting terkait aspek fungsi, efisiensi dan kemudahan dalam pelaksanaannya | FGD II Angket Dokumentasi | Ordinal | Baik: Cukup: Kurang: |
| Perbaikan dan penyempurnaan model MATCH berbasis HPM | Perbaikan dan penyempurnaan model berdasarkan hasil evaluasi uji coba model. | Modul Dokumentasi | | |

3.3.3 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian yang digunakan pada tahap 2 ini adalah

1) Tahap II bagian ke-1

- (1) Lembar Observasi Evaluasi model MATCH dan model HPM. Dalam observasi model ini peneliti mengidentifikasi sejauh mana efektifitas kedua model tersebut dalam mengendalikan resiko melahirkan stunting pada ibu hamil. Efektivitas menunjukkan taraf tercapainya suatu tujuan, suatu usaha

dikatakan efektif jika usaha itu mencapai tujuannya. (Amalia Ema dan Ibrahim, 2017, hlm.100). Lembar observasi ini dikembangkan oleh peneliti berdasarkan standar indikator suatu model dikatakan efektif atau tidak berdasarkan beberapa item berikut ini:

- a. Kualitas model (quality of model), yaitu seberapa besar kadar informasi yang disajikan sehingga pengguna model dengan mudah dapat mempelajari dan mengimplementasikannya atau tingkat kesalahannya semakin kecil. Semakin kecil tingkat kesalahan yang dilakukan berarti semakin efektif suatu model. Penentuan tingkat keefektifan model tergantung dengan pencapaian tujuan tertentu.
- b. Kesesuaian model dengan tingkat pembelajaran sasaran (appropriate level of instruksion)
- c. Waktu, yaitu waktu yg dibutuhkan untuk menyelesaikan kegiatan dalam modul. Dikatakan efektif apabila dapat menyelesaikan sesuai dengan waktu yang ditentukan
- d. Berhasil mencapai tujuan-tujuan instruksional yang telah ditetapkan
- e. Memberikan pengalaman belajar yang atraktif, melibatkan masyarakat secara aktif sehingga menunjang pencapaian tujuan instruksional
- f. Timbulnya motivasi masyarakat untuk melakukan sesuai dengan petunjuk pada model yang dikembangkan.

(2) Panduan focus group discussion (FGD) tahap 1

Panduan FGD ini disusun oleh peneliti sebagai panduan bagi peneliti ketika melakukan FGD pada tahap 1

(3) Lembar penilaian Validitas model dan reliabilitas model

Lembar penilaian validitas model dilakukan oleh tiga orang pakar terhadap konten isi pengembangan model yang baru. Uji validitas dilakukan dengan menilai skor I-CVI (Individual Content Validity Index). Hasil nilai I-CVI adalah 1.00, artinya model dikatakan valid (Yusoff, 2019). Uji reliabilitas model asuhan keperawatan perioperatif dilakukan berdasarkan hasil uji coba pengembangan model yang baru kepada 10 orang responden. Uji reliabilitas memakai uji KR 20 (Kuder Richardson). Hasil uji reliabilitas model didapatkan koefisien reliabilitas $> 0,6$. Dapat disimpulkan bahwa model reliabel (Sugiono, 2019).

2) Tahap II bagian ke-2

(1) Lembar observasi

Lembar observasi ini dikembangkan oleh peneliti berdasarkan pedoman MATCH dari UNICEF dikombinasikan dengan model Health Promotion Model teori dari Nola J. Pender pada tahun 1987. Lembar observasi ini untuk menilai kemampuan perawat dan bidan dalam mengisi instrumen dari hasil uji coba penerapan model kombinasi MATCH berbasis HPM dalam pengendalian resiko melahirkan stunting pada ibu hamil. Aspek penilaian lembar observasi ini adalah:

(2) Lembar kuesioner pendapat pakar dan pembantu peneliti (perawat, bidan) tentang pengembangan model MATCH berbasis HPM dalam pengendalian resiko stunting. Kuesioner ini disusun untuk menilai model MATCH berbasis HPM dalam pengendalian resiko stunting melalui sudut pandang pakar, perawat dan bidan. Parameter yang digunakan untuk menilai pada

kuesioner yaitu (1) fungsi yang diinginkan dalam model tersebut telah tersedia (functionality); (2) efisiensi model (efficiency); (3) kemudahan model yang digunakan (usability)

Penilaian skor terdiri dari :

Baik: 75-100%

Cukup: 50-75%

Kurang: <50%

(3) Panduan Focus Group Discussion (FGD) tahap 2

Panduan ini disusun oleh peneliti sebagai panduan peneliti ketika melakukan FGD tahap 2.

3.3.4 Analisis Data

1) Tahap II Bagian ke-1

Analisis data menggunakan analisis deskriptif untuk mengetahui distribusi frekuensi masing masing kategori sub variabel. Analisis deskriptif adalah suatu prosedur pengolahan data dengan menggambarkan dan meringkas data secara ilmiah dalam bentuk tabel atau grafik. Salah satu pengamatan yang dilakukan pada tahap analisis deskriptif adalah pengamatan terhadap tabel fekuensi. Tabel frekuensi terdiri atas kolom-kolom yang memuat frekuensi dan presentasi untuk setiap katagori. Analisis deksriptif dilakukan dengan analisis distribusi frekuensi dengan menghitung frekuensi atau jumlah dan prosentase dari aspek yang diukur. Analisis deskriptif juga bertujuan untuk menggambarkan indikator setiap variabel penelitian, berdasarkan kecenderungan tanggapan responden terhadap butir pertanyaan dalam model penelitian.

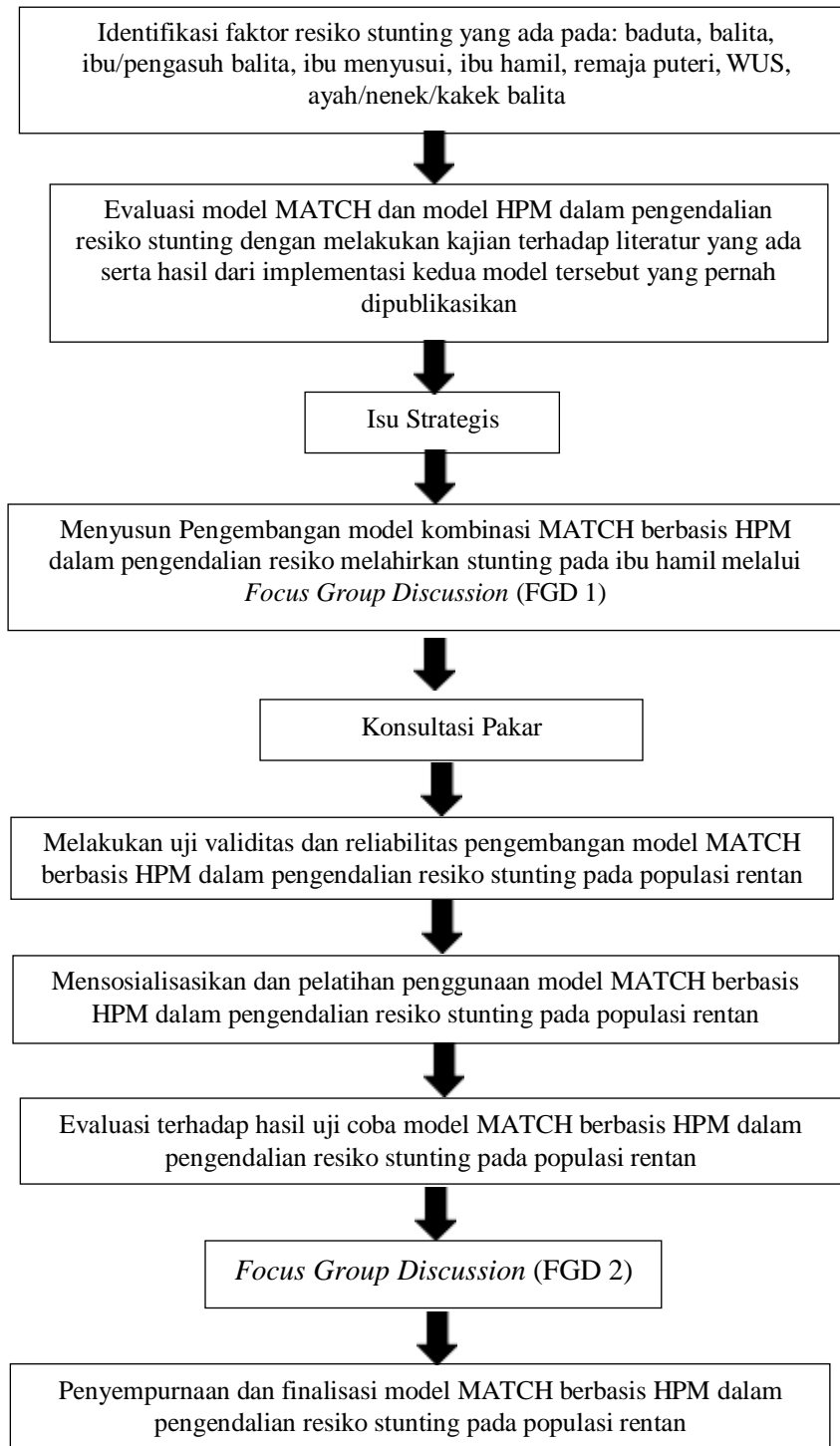
Dari hasil evaluasi model kombinasi MATCH berbasis HPM diangkat sebuah isu strategis terkait proses penyusunan pengembangan model pengendalian resiko melahirkan anak stunting pada ibu hamil. Hasil FGD didapatkan dari rekaman audiovisual dan catatan lapangan (field note). Hasil FGD akan disalin dan dianalisa menurut hasil yang ditemukan. Partisipan akan memberikan opini dan klarifikasi masalah yang diangkat sebagai isu strategis. Dari hasil FGD ini akan disusun sebuah model kombinasi MATCH berbasis HPM untuk mengendalikan faktor resiko melahirkan stunting pada ibu hamil

2) Tahap II Bagian ke-2

Penelitian tahap 2 ini menggunakan analisis deskriptif. Analisis deskriptif digunakan untuk mengetahui distribusi frekuensi kategori masing-masing subvariabel yaitu 1) 2)

- 1) Distribusi frekuensi hasil evaluasi kemampuan perawat dan bidan dalam menerapkan model kombinasi MATCH berbasis HPM dalam pengendalian resiko melahirkan stunting pada ibu hamil
- 2) Distribusi frekuensi hasil pendapat perawat dan bidan di wilayah Puskesmas Ardimulyo mengenai model kombinasi MATCH berbasis HPM dalam pengendalian resiko melahirkan stunting pada ibu hamil

3.3.5 Kerangka Operasional



Gambar 3.1 Kerangka Kerja Penelitian Pengembangan Model MATCH Berbasis HPM Dalam Pengendalian Faktor Resiko Stunting Pada Populasi Rentan Di Puskesmas Ardimulyo Malang

3.4 Waktu dan Lokasi Penelitian

3.4.1 Waktu Penelitian

Penelitian ini akan dilakukan pada bulan Maret sampai Agustus 2021

3.4.2 Lokasi Penelitian

Penelitian ini akan dilaksanakan di wilayah Puskesmas Ardimulyo kabupaten Malang

3.5 Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Nursalam, 2020). Proses pengumpulan data yang dilakukan dalam penelitian ini yaitu:

3.5.1 Prosedur Administrasi

Peneliti meminta surat ijin penelitian dari Poltekkes Kemenkes Malang kemudian mengajukan permohonan ijin penelitian ke Dinas Kesehatan Kabupaten Malang dan Puskesmas Ardimulyo. Peneliti melakukan uji etik dengan tim komite etik penelitian di Poltekkes Kemenkes Malang. Setelah terbit sertifikat laik etik dan surat ijin penelitian, peneliti kemudian melakukan pengumpulan data

3.5.2 Prosedur Pelaksanaan

1) Penelitian Tahap I

- a. Mengidentifikasi faktor resiko stunting pada balita 0-36 bulan
- b. Mengidentifikasi faktor resiko yang berkontribusi terhadap terjadinya stunting pada ibu/pengasuh balita
- c. Mengidentifikasi faktor resiko yang berkontribusi terhadap terjadinya stunting pada ayah/nenek/kakek dan lingkungan rumah balita

- d. Mengidentifikasi faktor resiko dominan terjadinya stunting pada batita 0-36 bulan

2) Penelitian Tahap II Bagian ke-1

- a. Mengidentifikasi model yang saat ini ada dan atau telah digunakan oleh stakeholder dalam pengendalian faktor resiko yang berkontribusi terhadap stunting

- b. Evaluasi model MATCH dan model HPM dalam pencegahan stunting dengan melakukan kajian terhadap literatur yang ada serta hasil dari implementasi kedua model tersebut yang pernah dilakukan oleh peneliti sebelumnya. Peneliti mengevaluasi model MATCH dan model HPM dalam pencegahan stunting pada ibu hamil dengan melakukan kajian terhadap literatur dan evidence base yang ada serta hasil dari implementasi kedua model tersebut yang pernah dilakukan di masyarakat. Hasil evaluasi ini kedua model ini digunakan sebagai bahan evaluasi dan penyusunan model yang baru

- c. Konsultasi Pakar.

Peneliti melakukan konsultasi pakar dengan Kepala Dinkes Kab Malang, pemegang program Kesga Dinkes kab Malang, kepala Puskesmas Ardimulyo tentang pengembangan model pengendalian resiko stunting pada populasi rentan yang disusun oleh peneliti

- d. Focus Group Discussion (FGD) tahap 1

Proses penyusunan pengembangan model MATCH berbasis HPM untuk mengendalikan faktor resiko stunting pada populasi rentan yang berkontribusi terhadap terjadinya stunting melalui Focus Group Discussion

Peneliti melakukan diskusi terarah (FGD) yang dilaksanakan berdasarkan panduan FGD (terlampir) bertujuan untuk membahas isu strategis mengenai:

- (1) Hasil evaluasi model pengendalian resiko melahirkan stunting pada ibu hamil saat ini yaitu model MATCH dan HPM
 - (2) Pengembangan model kombinasi MATCH berbasis HPM dalam pengendalian resiko melahirkan stunting pada ibu hamil dilakukan melalui focus group discussion (FGD) yang dilaksanakan dalam dua kelompok yang berbeda. Kelompok pertama dengan seluruh perawat dan bidan di wilayah kerja Puskesmas Ardimulyo Kab Malang. Kelompok kedua dengan jajaran manajerial Dinas Kesehatan Kabupaten Malang dan Puskesmas Ardimulyo
- e. Melakukan uji validitas dan reliabilitas pengembangan model MATCH berbasis HPM untuk mengendalikan resiko stunting

Pengembangan model yang baru tersebut dilakukan uji validitas dan reliabilitas model. Validitas model dilakukan dengan mengevaluasi validitas isi yaitu content validity index (CVI) (Yusoff, 2019). Penilaian CVI dilakukan dengan menggunakan tiga orang ahli (expert) untuk menilai setiap konten yang ada pada model (Hendryadi, 2017). Skala pengukuran yang digunakan adalah sebagai berikut:

- 1 : Tidak relevan
- 2 : Agak relevan
- 3 : Cukup relevan
- 4 : Sangat relevan

Setiap item penilaian pakar (individual CVI/I-CVI) dihitung sebagai jumlah ahli yang memberikan penilaian baik (relevan) yaitu 3 dan 4, dan penilaian yang tidak relevan yaitu 1 dan 2 dibagi dengan jumlah total ahli (Yusoff, 2019). Pengembangan model dikatakan valid jika nilai I-CVI = 1,00. Uji reliabilitas model dilakukan dengan melakukan uji coba model kepada 10 responden. Hasil uji coba model tersebut dilakukan penilaian dengan skor 1= pengisian benar dan lengkap, skor 0= pengisian salah dan tidak lengkap. Uji reliabilitas dilakukan dengan menggunakan KR 20 (Kuder Richardson). Model dikatakan reliabel jika koefisien korelasi > 0,6 (Sugiono, 2019)

3) Penelitian tahap II bagian ke-2

Setelah model tersusun, selanjutnya melakukan sosialisasi dan uji coba model dengan kegiatan sebagai berikut

- a. Pemaparan draft model MATCH berbasis HPM untuk mengendalikan faktor resiko stunting dan konsultasi pakar melalui FGD II
- b. Perbaikan dan penyempurnaan model MATCH berbasis HPM untuk mengendalikan faktor resiko stunting berdasarkan hasil FGD II
- c. Uji coba model kepada sampel terbatas pada masing-masing kelompok sampel sesuai kriteria inklusi
- d. Analisis hasil uji coba penerapan pengembangan model MATCH berbasis HPM untuk mengendalikan faktor resiko stunting
- e. Perbaikan dan penyempurnaan model MATCH berbasis HPM untuk mengendalikan faktor resiko stunting berdasarkan hasil uji coba
- f. Model siap digunakan untuk penelitian pada sampel yang lebih besar

3.6 Etika Penelitian

Peneliti harus memahami prinsip-prinsip etika penelitian karena sebagian besar subjek penelitian dalam ilmu keperawatan adalah manusia. Jika hal ini tidak dilaksanakan, maka akan melanggar hak-hak (otonomi) manusia yang kebetulan sebagai klien (Nursalam, 2020).

3.6.1 Lembar Persetujuan Menjadi Responden

Lembar persetujuan diberikan kepada responden yang akan diteliti. Peneliti akan menjelaskan maksud dan tujuan penelitian yang akan dilakukan. Lembar kesediaan menjadi responden diberikan kepada responden yang memenuhi kriteria inklusi. Bila menolak, maka peneliti tidak memaksa dan tetap menghormati hak-hak responden.

3.6.2 Tanpa Nama (Anonimity)

Untuk menjaga kerahasiaan identitas, peneliti tidak akan mencantumkan nama pada data demografi maupun kuesioner. Data tersebut hanya diberi kode nomor tertentu

3.6.3 Kerahasiaan

Kerahasiaan informasi responden penelitian yang telah dikumpulkan dari responden dijamin oleh peneliti. Hanya data-data tertentu saja yang berhubungan dengan penelitian ini yang akan disajikan atau dilaporkan sebagai hasil penelitian

3.6.4 Keadilan

Subjek harus diperlakukan secara adil baik sebelum, selama dan sesudah berpartisipasi dalam penelitian tanpa adanya diskriminasi apabila ternyata mereka tidak bersedia atau dikeluarkan dari penelitian

3.6.5 Beneficence and Non-maleficence

Peneliti mengupayakan semaksimal mungkin manfaat sebagai subyek dan kerugian yang minimal, agar tujuan penelitian tercapai. Peneliti juga memperhatikan beberapa hal yaitu: 1) meminimalkan risiko agar sebanding dengan manfaat yang diterima dan selama proses pengumpulan data yang dilakukan tidak menimbulkan kondisi yang berisiko bagi subyek, 2) desain penelitian telah dirancang sedemikian rupa dengan memenuhi persyaratan ilmiah dan berdasarkan referensi terkait, 3) peneliti memberikan kesempatan pada subyek untuk memutuskan melanjutkan atau menunda dalam proses pengambilan data

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini disajikan hasil penelitian dan analisis penelitian pengembangan model MATCH berbasis HPM untuk mengendalikan faktor resiko stunting pada populasi rentan di Desa Wonorejo Kecamatan Singosari Kabupaten Malang. Penelitian ini dimulai tanggal 10 April sampai 10 September 2021. Pada bagian hasil penelitian akan diuraikan mengenai data yang didapat saat penelitian berlangsung. Hasil penelitian meliputi 1) gambaran umum lokasi penelitian; 2) hasil dan analisis penelitian tahap 1; dan 3) hasil dan analisis penelitian tahap 2

4.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Desa Wonorejo yang merupakan salah satu desa di wilayah kerja Puskesmas Ardimulyo kecamatan Singosari Kabupaten Malang. Desa Wonorejo Kecamatan Singosari Kabupaten Malang secara geografis terletak di Dataran Tinggi (112°39'35,42" T) dan terletak di Bagian Timur wilayah Kecamatan Singosari (7°51'37,19" S). Secara topografi Desa Wonorejo termasuk dalam kategori Daerah dataran Tinggi dengan ketinggian ±1953meter dari permukaan laut (mdpl). Adapun batas-batas wilayah Desa Wonorejo adalah sebelah Utara Desa Sidoluhur Kecamatan Lawang, sebelah Timur Desa Kemiri Kecamatan Jabung, Sebelah Selatan Desa Gunungjati Kecamatan Jabung, Sebelah Barat Desa Dengkol Kecamatan Singosari. Adapun luas wilayah Desa Wonorejo adalah 650,334 Ha.

Sarana kesehatan yang ada di desa Wonorejo adalah Polindes atau Pondok Bersalin Desa merupakan salah satu bentuk peran serta masyarakat dalam

menyediakan tempat pertolongan persalinan dan pelayanan kesehatan ibu dan anak, termasuk KB di Desa. Polindes Al-Hidayah terletak di Dusun Blandit Barat RT.01 RW.01 Desa Wonorejo Kecamatan Singosari Kabupaten Malang. Polindes Al-Hidayah merupakan naungan dari Puskesmas Adimulyo dan dikelola oleh pamong desa setempat serta pelaksanaannya dilakukan oleh kader dengan didukung petugas puskesmas. Terdapat 1 bidan dan 1 perawat yang bertugas memberikan pelayanan kesehatan masyarakat di Polindes Al-Hidayah Desa Wonorejo. Jumlah masyarakat Desa Wonorejo yang berobat ke polindes kurang lebih 250 orang per bulan. Polindes Al-Hidayah buka setiap hari dan melayani masyarakat Desa Wonorejo selama 24 jam kecuali hari minggu polindes tutup. Di dalam Polindes Al-Hidayah juga terdapat Taman Posyandu sebagai penyedia tempat edukasi anak-anak usia 2-4 tahun. Kegiatan Taman Posyandu dilaksanakan 3 kali dalam seminggu.

4.2 Hasil Penelitian dan Analisis Penelitian Tahap I

4.2.1 Identifikasi Hubungan Faktor Anak dengan Resiko Stunting pada

Batita 6-36 Bulan

Tabel 4.1 Hubungan Faktor Anak dengan Resiko Stunting pada Batita 6-36 Bulan di Desa Wonorejo Kecamatan Singosari Kab Malang

| Faktor Anak | Kategori | Stunting (%) | Normal (%) | Nilai p | OR | CI 95% |
|-----------------------------|-----------------|--------------|------------|---------|------|--------------|
| Riwayat berat badan lahir | < 2.500 gram | 4 (8) | 0 (0) | 0,017 | 2,09 | 1,69 – 2,57 |
| | ≥ 2.500 gram | 46 (92) | 50 (100) | | | |
| Riwayat panjang badan lahir | Kurang (<51 cm) | 33 (66) | 32 (64) | 1,000 | 1,09 | 0,48 – 2,48 |
| | Baik (> 51 cm) | 17 (34) | 18 (36) | | | |
| Pemberian ASI | Kurang baik | 33 (66) | 29 (58) | 0,537 | 1,41 | 0,62 – 3,16 |
| | Baik | 17 (34) | 21 (42) | | | |
| Penyakit infeksi | Sering sakit | 41 (82) | 17 (34) | 0,00 | 8,84 | 3,49 – 22,39 |

| | | | | | | |
|-----------------------------------|----------------|---------|---------|-------|-------|-------------|
| | Pernah sakit | 9 (18) | 33 (66) | | | |
| Pelayanan kesehatan dan imunisasi | Baik | 25 (50) | 12 (24) | 0,013 | 3,17 | 1,35 – 7,43 |
| | Kurang | 25 (50) | 38 (76) | | | |
| Jenis kelamin | Perempuan | 20 (40) | 26 (52) | 0,316 | 0,615 | 0,28 – 1,36 |
| | Laki - laki | 30 (60) | 24 (48) | | | |
| Usia | Berisiko | 14 (28) | 11 (22) | 0,644 | 1,379 | 0,55 – 3,43 |
| | Tidak berisiko | 36 (72) | 39 (78) | | | |

Berdasarkan analisis univariat distribusi variabel independen pada kelompok kasus dan kontrol, diketahui dari faktor anak, ditemukan persentase kasus lebih banyak memiliki riwayat berat badan lahir rendah (BBLR), memiliki riwayat panjang badan lahir rendah kurang dari 48 sentimeter, mempunyai riwayat kurang baik dalam pemberian ASI dan MP-ASI, sering mengalami penyakit infeksi, kurang baik dalam pelayanan kesehatan dan imunisasi.

Berdasarkan Tabel 4.1 hasil analisis bivariat hubungan faktor anak dengan stunting didapatkan hasil kejadian stunting berhubungan secara bermakna (nilai $p < 0,05$) pada batita yang menderita penyakit infeksi (OR = 8,84), dan pelayanan kesehatan dan imunisasi yang kurang baik (OR = 3,17). Diinterpretasikan faktor anak yaitu batita yang sering sakit infeksi akan berisiko 8,84 kali untuk menderita stunting. Sedangkan batita dengan riwayat pelayanan kesehatan dan imunisasi yang kurang baik mampu meningkatkan risiko 3,167 kali lebih besar untuk stunting dibandingkan batita dengan riwayat pelayanan kesehatan dan imunisasi yang baik

4.2.2 Identifikasi Hubungan Faktor Ibu dengan Resiko Stunting pada Batita 6-36 Bulan

Tabel 4.2 Hubungan Faktor Ibu dengan Resiko Stunting pada Batita 6-36 Bulan di Desa Wonorejo Kecamatan Singosari Kab Malang

| Faktor Anak | Kategori | Stunting (%) | Normal (%) | Nilai p | OR (CI 95%) |
|-------------------------|----------|--------------|------------|---------|-------------|
| Pengetahuan ibu | Kurang | 28 (56,0) | 14 (28,0) | 0,008 | 3,27 |
| | Baik | 22 (44,0) | 36 (72,0) | | |
| Pola asuh terhadap anak | Kurang | 25 (25,0) | 18 (36,0) | 0,226 | 1,78 |

| | | |
|------|-----------|-----------|
| Baik | 25 (25,0) | 32 (64,0) |
|------|-----------|-----------|

Analisis bivariat dari faktor ibu menunjukkan hubungan bermakna (nilai $p < 0,05$) yaitu variabel pengetahuan ibu (nilai $p = 0,008$) OR = 3,27 sehingga dapat diinterpretasikan bahwa pengetahuan ibu yang kurang baik berisiko meningkatkan 3,27 kali lebih besar kejadian stunting dibandingkan dengan pengetahuan ibu yang baik (Tabel 4.2)

4.2.3 Identifikasi Hubungan Faktor Lingkungan dengan Resiko Stunting pada Batita 6-36 Bulan

Tabel 4.3 Hubungan Faktor Lingkungan dengan Resiko Stunting pada Batita 6-36 Bulan di Desa Wonorejo Kecamatan Singosari Kab Malang

| Faktor Anak | Kategori | Stunting (%) | Normal (%) | Nilai p | OR (CI 95%) |
|-------------------------|-------------------------|--------------|------------|---------|-------------|
| Tinggi badan ayah | Kurang (< 165 cm) | 34 (68,0) | 25 (50,0) | 0,104 | 2,125 |
| | Normal (\geq 165 cm) | 16 (32,0) | 25 (50,0) | | |
| Tinggi badan ibu | Kurang (< 156 cm) | 46 (92,0) | 38 (76,0) | 0,056 | 3,632 |
| | Normal (\geq 156 cm) | 4 (8,0) | 12 (24,0) | | |
| Pendidikan ayah | Dasar | 38 (76,0) | 21 (42,0) | 0,001* | 4,373 |
| | Menengah dan tinggi | 12 (24,0) | 29 (58,0) | | |
| Pendidikan ibu | Dasar | 36 (72,0) | 23 (46,0) | 0,015* | 3,019 |
| | Menengah dan tinggi | 14 (28,0) | 27 (54,0) | | |
| Pekerjaan ibu | Tidak bekerja | 42 (84,0) | 39 (78,0) | 0,610 | 1,481 |
| | Bekerja | 8 (16,0) | 11 (22,0) | | |
| Pendapatan keluarga | Kurang dari UMK | 29 (58,0) | 13 (26,0) | 0,002* | 3,930 |
| | Lebih sama dengan UMK | 21 (42,0) | 37 (74,0) | | |
| Jumlah anggota keluarga | Kecil (< 4 orang) | 28 (56,0) | 21 (42,0) | 0,230 | 1,758 |
| | Besar (\geq 4 orang) | 22 (44,0) | 29 (58,0) | | |
| Ketersediaan pangan | Kurang baik | 31 (62,0) | 12 (24,0) | 0,000* | 1,778 |
| | Baik | 19 (38,0) | 38 (76,0) | | |
| Sanitasi lingkungan | Kurang baik | 34 (68,0) | 10 (20,0) | 0,000* | 8,500 |
| | Baik | 16 (34,0) | 40 (80,0) | | |

Faktor lingkungan yang diteliti diperoleh hubungan bermakna (nilai $p < 0,05$) dengan kejadian stunting batita adalah pendidikan ayah, pendidikan ibu, pendapatan keluarga, ketersediaan pangan di keluarga dan sanitasi lingkungan. Berdasarkan OR variabel yang memiliki hubungan bermakna dengan stunting dapat

diinterpretasikan bahwa ayah dengan pendidikan dasar mampu meningkatkan 4,37 kali dan ibu dengan pendidikan dasar mampu meningkatkan 3,02 kali lebih besar. Pendapatan keluarga yang rendah mampu meningkatkan 3,93 kali lebih besar, ketersediaan pangan keluarga yang rendah mampu meningkatkan 1,8 kali dan sanitasi lingkungan keluarga yang rendah mampu meningkatkan 8,5 kali lebih besar untuk menghasilkan anak yang stunting (Tabel 4.3)

Variabel yang memiliki nilai $p < 0,25$ dari hasil analisis bivariat merupakan variabel yang diikutsertakan dalam analisis multivariat yaitu variabel riwayat BBLR, pelayanan kesehatan dan imunisasi, pengetahuan ibu, pola asuh ibu, tinggi badan ayah, tinggi badan ibu, pendidikan ayah, pendidikan ibu, pendapatan keluarga, ketersediaan pangan dan sanitasi lingkungan. Hasil akhir analisis multivariat dengan regresi logistik diperoleh hasil pada Tabel 4.4

Tabel 4.4 Model Akhir Faktor yang Berpengaruh terhadap Stunting pada Batita 6-36 Bulan di Desa Wonorejo Kecamatan Singosari Kab Malang

| Variabel Independen | Konstanta | OR | 95% CI | Nilai p |
|---------------------|-----------|------|--------------|---------|
| Infeksi | 2,11 | 8,28 | 2,81 – 24,10 | 0,000 |
| Sanitasi lingkungan | 1,86 | 6,40 | 2,01 – 20,37 | 0,002 |
| Ketersediaan pangan | 1,29 | 3,64 | 1,33 – 10,14 | 0,014 |

Berdasarkan Tabel 4.4 hasil analisis multivariat antara faktor risiko terhadap kejadian stunting, diperoleh tiga variabel yang menunjukkan faktor risiko yang bermakna (nilai $p < 0,05$). Ketiga faktor risiko tersebut adalah penyakit infeksi, sanitasi lingkungan, dan ketersediaan pangan. Variabel yang paling dominan berhubungan dengan kejadian stunting adalah penyakit infeksi dengan nilai OR yang paling besar yaitu 8,28 artinya bahwa anak yang sering menderita penyakit infeksi berisiko mengalami stunting 8,28 kali lebih besar dibandingkan anak sehat.

Berdasarkan analisis statistik yang telah dilakukan dan kerangka pikir UNICEF tahun 1990 tentang determinan masalah gizi maka dikembangkan model promosi multilevel dengan pendekatan MATCH berbasis HPM, untuk mengendalikan faktor risiko stunting

4.3 Hasil Penelitian dan Analisis Penelitian Tahap II

4.3.1 Mengidentifikasi Model yang Digunakan oleh Stakeholder dalam Pengendalian Faktor Risiko Stunting

Tahap II bagian ke-1 merupakan tahapan kajian literatur sampai penyusunan model MATCH berbasis HPM untuk mengendalikan faktor risiko stunting. Berdasarkan hasil diskusi dan wawancara dengan kepala bagian Kesehatan keluarga dan gizi Dinas Kesehatan Kabupaten Malang tentang Pedoman yang digunakan oleh seluruh stakeholder dalam penanganan stunting di seluruh kabupaten Malang adalah:

- 1) Peraturan bupati Malang nomor 33 tahun 2018 tentang upaya pencegahan stunting

Di dalam perbup Malang nomor 33 tahun 2018 dijelaskan bahwa Ruang lingkup upaya pencegahan stunting berkaitan dengan intervensi gizi spesifik dan intervensi gizi sensitif. Sasaran intervensi gizi spesifik meliputi remaja putri, wanita usia subur, ibu hamil, ibu menyusui dan anak di bawah usia 23 (dua puluh tiga) bulan, anak usia 24-59 (dua puluh empat sampai lima puluh sembilan) bulan. Sasaran untuk intervensi gizi sensitif adalah masyarakat umum khususnya keluarga.

Intervensi gizi spesifik dengan sasaran ibu hamil meliputi

- a. pemeriksaan kehamilan sesuai standar

- b. memberikan makanan tambahan pada ibu hamil untuk mengatasi kekurangan energi dan protein kronis
- c. mengatasi kekurangan zat besi dan asam folat
- d. suplementasi kalsium
- e. mengatasi kekurangan iodium
- f. menanggulangi kecacingan pada ibu hamil
- g. melindungi ibu hamil yang mengalami penyulitan atau risiko tinggi.

Intervensi gizi spesifik dengan sasaran ibu menyusui dan anak dibawah usia 23 (dua puluh tiga) bulan meliputi:

- a. mendorong inisiasi menyusui dini
- b. mendorong pemberian ASI Eksklusif bagi anak usia 0 sampai 6 (nol sampai enam) bulan.
- c. promosi dan edukasi pemberian ASI lanjut disertai makanan pendamping ASI yang sesuai
- d. penanggulangan infeksi kecacingan pada ibu dan anak
- e. pemberian suplementasi zink pada anak
- f. fortifikasi zat besi ke dalam makanan/suplementasi zat gizi mikro
- g. pencegahan dan penatalaksanaan klinis pada ibu dan anak
- h. pemberian imunisasi lengkap pada anak
- i. pencegahan dan pengobatan diare pada anak
- j. implementasi prinsip manajemen terpadu balita sakit
- k. suplementasi vitamin A pada anak usia 6-59 (enam sampai lima puluh sembilan) bulan
- l. penatalaksanaan malnutrisi akut parah pada anak

m. pemantauan tumbuh kembang anak.

Intervensi gizi sensitif dengan sasaran masyarakat umum meliputi:

- a. penyediaan akses air bersih
- b. penyediaan akses sarana sanitasi yang layak
- c. fortifikasi bahan pangan
- d. pemberian tablet Fe bagi remaja putri
- e. penyediaan akses kepada layanan kesehatan dan Keluarga Berencana
- f. pengembangan Kawasan Rumah Pangan Lestari
- g. pendidikan pengasuhan pada orang tua
- h. program Pendidikan Anak Usia Dini
- i. penguatan Pos Pelayanan Terpadu dan Pos Kesehatan Desa
- j. program pendidikan gizi masyarakat
- k. edukasi kesehatan seksual, reproduksi, dan gizi pada remaja dan lingkungan sekolah
- l. pemberian bantuan dan jaminan sosial bagi keluarga miskin
- m. peningkatan ketahanan pangan dan gizi
- n. manajemen gizi dalam bencana
- o. diversifikasi pangan
- p. pencegahan dan tata laksana klinis penyakit
- q. pelayanan kesehatan jiwa bagi ibu hamil
- r. pemberdayaan perempuan dan upaya perlindungan anak
- s. konseling kesehatan dan reproduksi untuk remaja
- t. pengembangan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat

Pendekatan yang dilakukan oleh Pemkab Malang dalam upaya mencapai tujuan tersebut di atas dilakukan melalui:

1) Gerakan Masyarakat Hidup Sehat

Gerakan masyarakat hidup sehat dilakukan melalui:

- a. peningkatan aktivitas fisik
- b. peningkatan perilaku hidup sehat
- c. penyediaan pangan sehat dan percepatan perbaikan gizi
- d. peningkatan pencegahan dan deteksi dini penyakit
- e. peningkatan kualitas lingkungan
- f. peningkatan edukasi hidup sehat.

2) Gerakan Seribu Hari Pertama Kehidupan

Gerakan seribu hari pertama kehidupan dilaksanakan dalam bentuk:

- a. komunikasi perubahan perilaku melalui komunikasi antar pribadi (interpersonal communication) secara formal maupun informal
- b. kampanye di berbagai media
- c. kunjungan dan memberikan konseling terpadu kepada keluarga rentan;
- d. pembentukan forum pencegahan stunting di tingkat desa
- e. rembuk stunting di tingkat desa, kecamatan dan Daerah

Berdasarkan hasil diskusi peneliti dengan tim pakar tentang implementasi perbub Malang No. 33 tahun 2018 diketahui bahwa pelaksanaan dari program intervensi gizi sensitive dan intervensi gizi spesifik belum dapat dilaksanakan secara optimal dan menyeluruh. Intervensi penanganan stunting yang selama ini dilakukan di kabupaten Malang terbatas pada daerah-daerah lokus stunting saja, sedangkan daerah yang bukan merupakan lokus stunting tetapi terdapat banyak

populasi rentan stunting belum mendapatkan perhatian yang serius. Di samping itu intervensi penanganan stunting lebih menitikberatkan kepada upaya kuratif dan rehabilitative, namun belum menyentuh kepada tindakan pencegahan yang sebenarnya merupakan akar masalah dari tingginya angka stunting di kabupaten Malang.

Tingginya prevalensi stunting menunjukkan bahwa terdapat permasalahan mendasar yaitu ketidaktahuan masyarakat terhadap faktor-faktor penyebab stunting dan pemberian pelayanan kesehatan yang belum sesuai standar, baik di tingkat masyarakat maupun di fasilitas pelayanan kesehatan yang mendorong terjadinya stunting (Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat, 2018)

Untuk mengurangi stunting, penting untuk memahami faktor penentu dan efek relatifnya, untuk membantu penetapan prioritas dalam merancang kebijakan untuk meningkatkan pertumbuhan anak. Upaya untuk mengurangi stunting lebih lanjut harus difokuskan pada pencegahan retardasi pertumbuhan intra uterine dan sanitasi yang buruk, dan ini memerlukan fokus program pencegahan pada intervensi yang menjangkau ibu dan keluarga dan meningkatkan lingkungan hidup dan gizi mereka.

Intervensi pada akar masalah harus dilakukan secara menyeluruh pada semua populasi yang rentan menyebabkan stunting beserta stakeholder yang turut berkontribusi terhadap tingginya angka stunting di masing-masing daerah mulai dari level individu, interpersonal, masyarakat, organisasi, pemerintah. Langkah pertama yang harus dilakukan adalah mengidentifikasi apakah ada faktor resiko menyebabkan stunting pada tiap-tiap populasi rentan tersebut sehingga kemudian dapat ditentukan intervensi konkrit, *applicable* dan sesuai dengan kebutuhan.

432 Evaluasi Model MATCH Dan Model HPM Melalui Kajian Literatur

Evaluasi model match dan model hpm dalam pencegahan stunting dengan melakukan kajian terhadap literatur yang ada serta hasil dari implementasi kedua model tersebut yang pernah dilakukan oleh peneliti sebelumnya.

Penelitian yang dilakukan Kusumawati, dkk (2017) tentang *Multilevel Intervention Model to Improve Nutrition of Mother and Children in Banyumas Regency*. Keefektifan model intervensi diuji dengan analisis bivariat menggunakan uji-t dependen. Hasil penelitian ini dirumuskan menjadi model perbaikan gizi ibu dan anak melalui identifikasi fasilitas, pendekatan, media, dan informasi yang dibutuhkan. Ada perbedaan yang signifikan dalam pengetahuan ibu sebelum dan sesudah intervensi.

Penelitian Kusumawati, dkk (2015) tentang model pengendalian faktor risiko stunting pada anak usia di bawah tiga tahun. Berdasarkan hasil analisis multivariat dan dikaitkan dengan kerangka pikir UNICEF tahun 1990 dan model promosi multilevel dengan pendekatan MATCH diusulkan model pengendalian faktor risiko kejadian stunting dilakukan pemberdayaan keluarga, terutama ibu batita terkait pencegahan penyakit infeksi memanfaatkan pekarangan sebagai sumber gizi keluarga dan sanitasi lingkungan. Pada level masyarakat dengan peningkatan peran dan fungsi posyandu dan pada level pelayanan kesehatan perlu dilakukan intervensi peningkatan status gizi melalui advokasi kebijakan terkait upaya pencegahan stunting pada batita

433 Penyusunan Pengembangan Model MATCH Berbasis HPM Melalui Focus Group Discussion (FGD) Dan Konsultasi Pakar

- 1) Perumusan isu strategis untuk bahan focus group discussion (FGD) tahap 1 tentang pengembangan model MATCH Berbasis HPM untuk pengendalian faktor resiko stunting

Hasil evaluasi pedoman yang digunakan dalam penanganan stunting dan implementasinya di lapangan digunakan untuk merumuskan isu strategis yang akan dijadikan bahan *focus group discussion* (FGD). Proses perumusan isu strategis dijelaskan pada tabel 4.5

Tabel 4.5 Perumusan Isu Strategis Untuk Bahan Focus Group Discussion (FGD) Pengembangan Model MATCH Berbasis HPM untuk Pengendalian Faktor Resiko Stunting

| Variabel | Data | Issue Strategis |
|---|--|---|
| Kebijakan | | |
| Pelaksanaan intervensi gizi spesifik dan sensitif | <ol style="list-style-type: none"> 1. Intervensi gizi spesifik dan sensitif hanya dilakukan kepada anak-anak yang mengalami stunting 2. Lemahnya Kerjasama antar kementerian dan lembaga | Penyelenggaraan intervensi gizi spesifik dan sensitif masih belum terpadu, baik dari proses perencanaan dan penganggaran, pelaksanaan, pemantauan, maupun evaluasi baik di tingkat pusat, daerah hingga ke tingkat desa. Akibatnya cakupan dan kualitas berbagai pelayanan dasar kurang optimal |
| Alokasi Dana | <ol style="list-style-type: none"> 1. 47 triliun dana APBN dialokasikan ke sejumlah kementerian Lembaga 2. 93 triliun disalurkan ke pemerintah daerah melalui dana desa | Pengalokasian dan pemanfaatan sumber daya dan sumber dana belum efektif dan efisien. Belum ada kepastian pemenuhan kebutuhan sumber dana untuk pencegahan stunting di tingkat kabupaten/kota. Potensi sumber daya dan sumber dana tersedia dari berbagai sumber, namun belum diidentifikasi dan dimobilisasi secara optimal |
| Penyelenggara program | Pemerintah daerah kurang memperhatikan penanganan masalah stunting dan menganggap kasus stunting bukan prioritas | Keterbatasan kapasitas penyelenggara program advokasi, sosialisasi, kampanye stunting, kegiatan konseling, dan keterlibatan masyarakat. |

| | | |
|---|---|--|
| Ketersediaan data yang akurat | Terbatasnya data tentang anak yang beresiko stunting serta faktor-faktor yang berkontribusi terhadap kejadian stunting masih sangat minim | Ketersediaan, kualitas, dan pemanfaatan data untuk menyusun kebijakan serta pemantauan dan evaluasi kurang optimal |
| Perilaku Masyarakat | | |
| Perilaku Ibu Hamil | Perilaku ibu hamil dalam pola konsumsi makanan sangat dipengaruhi oleh budaya keluarga dan lingkungan sekitarnya | Asupan makan ibu hamil dipengaruhi oleh suaminya dan/atau mertua sebagai orang yang mengambil keputusan mengenai makanan apa yang akan dibeli dan dikonsumsi. |
| Perilaku IMD | Belum pernah dilakukan IMD pada bayi baru lahir yang diidentifikasi di desa Wonorejo | Inisiasi menyusui dini belum menjadi norma; hanya sekitar setengah dari ibu melahirkan melakukan inisiasi menyusui dini dalam satu jam kelahiran |
| Perilaku menyusui (ASI eksklusif) | Pengetahuan ibu tentang ASI eksklusif sangat rendah. Dan perilaku menyusui ibu lebih banyak dipengaruhi oleh budaya orangtuanya (nenek si bayi) dan lingkungan sekitarnya | Pengenalan kepada makanan tambahan yang terlalu dini, setengah dari anak yang mendapatkan ASI sudah menerima makanan padat atau semi padat pada umur empat atau lima bulan |
| Perilaku hidup bersih | Perilaku mencuci tangan dengan sabun sebelum makan masih sangat rendah, mayoritas mencuci tangan tanpa menggunakan sabun. | Perilaku mencuci tangan dengan sabun sebelum makan, memasak, atau saat memberi makan masih rendah |
| Status ekonomi keluarga dan budaya setempat | Status ekonomi keluarga Sebagian besar cukup, dikaitkan dengan kemampuan membeli makanan dari segi kualitas dan kuantitas cukup | Status ekonomi dan pantangan makanan (food taboo) masih menjadi faktor yang sangat berpengaruh bagi masyarakat Indonesia |
| Fasilitas pelayanan kesehatan | Akses ke PKM induk berjarak 10 km tetapi ada Bidan dan perawat desa yang standby | Akses ke fasilitas pelayanan kesehatan yang terbatas juga mempengaruhi kepatuhan masyarakat, khususnya ibu hamil dan ibu menyusui, untuk mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai jadwal |
| Air bersih dan sanitasi lingkungan | Rendahnya kesadaran masyarakat akan Kesehatan dan tidak tersedianya fasilitas sanitasi yang memadai di rumah warga | Ketimpangan akses air minum dan sanitasi masih cukup besar, terutama di wilayah Indonesia Timur |

Masih adanya ego sektoral pada masing-masing OPD karena masih belum optimalnya sosialisasi sehingga banyak yang belum memahami secara menyeluruh mengenai program pencegahan stunting. Informasi yang terlambat diperoleh,

terputusnya informasi dari sosialisasi, serta kondisi demografi wilayah yang sulit menjadi salah satu penyebab pada beberapa daerah tertentu terhadap terhambatnya sosialisasi. Implementasi konvergensi yang belum optimal juga dikarenakan belum diperolehnya juklak dan juknis dalam melaksanakan program saat penelitian dilakukan sehingga daerah belum tahu langkah untuk melakukan kegiatan tersebut

2) Karakteristik partisipan FGD

Partisipan *focus group discussion* (FGD) tahap 1 berjumlah 8 orang terdiri dari 3 orang tim peneliti, 1 orang kepala bidang kesehatan keluarga dan Gizi Dinkes Kab Malang, 1 orang kepala puskesmas, 1 orang pemegang program Kesga puskesmas, 1 orang perawat desa, 1 orang bidan desa

3) Pelaksanaan *focus group discussion* (FGD) tahap 1 tentang pengembangan

Pengembangan model MATCH Berbasis HPM untuk pengendalian faktor resiko stunting disusun melalui *focus group discussion*. Kegiatan FGD dilaksanakan dengan tujuan untuk mengeksplorasi pendapat tentang hasil evaluasi model menurut pandangan para stakeholder yang digunakan oleh Pemkab Malang dan sebagai dasar dalam pengembangan model MATCH berbasis HPM untuk pengendalian faktor resiko stunting pada populasi rentan yang sesuai dengan harapan partisipan. FGD dilaksanakan 1 kali dan dilanjutkan dengan konsultasi pakar.

4) Hasil kegiatan FGD tentang pengembangan

Rekomendasi dari FGD tentang penyusunan model MATCH berbasis HPM untuk pengendalian faktor resiko stunting pada populasi rentan antara lain

a. Aspek Bahasa

Bahasa menggunakan kalimat dan istilah yang mudah dipahami oleh semua orang baik kalangan praktisi Kesehatan maupun orang awam

b. Desain dan Model penulisan

Modul sebaiknya disertai gambar-gambar yang memudahkan pembaca untuk melihat contoh nyata dari gambar. Desain modul dengan warna-warna yang menarik

c. Aspek isi

Dibedakan antara modul yang digunakan sebagai pedoman petugas Kesehatan dengan modul pegangan ibu/orangtua. Disertai dengan uraian kegiatan terperinci dan contoh kegiatan yang langsung aplikatif beserta indikator pencapaiannya sehingga petugas kesehatan mudah untuk mengimplementasikan modul dan mengevaluasi ketercapaian tujuan

d. Aspek kesiapterapan

Dilegalisasi oleh pejabat berwenang agar dapat dijadikan panduan resmi di tingkat kabupaten sampai ke tingkat desa

5) Konsultasi pakar

Konsultasi pakar dilakukan untuk memperoleh masukan-masukan dalam proses penyusunan pengembangan. Konsultasi pakar dilakukan terhadap 2 orang dengan waktu yang berbeda.

a. Konsultasi kepada kepala Bidang Kesehatan keluarga dan Gizi Dinas Kesehatan kabupaten Malang

b. Konsultasi kepada kepala puskesmas Ardimulyo kec. Singosari kab. Malang

6) Rekomendasi pakar

Rekomendasi dari hasil konsultasi pakar terkait pengembangan model MTACH berbasis HPM untuk pengendalian faktor resiko stunting pada populasi rentan adalah

- a. Model yang akan dikembangkan mudah untuk diaplikasikan dan tidak memerlukan waktu yang lama dalam proses yang bertele-tele
- b. Model yang dibuat ini harus memperhatikan kemampulaksanaan dari para pengguna
- c. Model yang akan dikembangkan tidak bertentangan dengan perub yang sudah ada
- d. Disusun secara simpel, jelas dan menggunakan standar yang telah ditetapkan oleh Kemenkes dan atau WHO

Berdasarkan hasil FGD dan konsultasi pakar, model yang akan dikembangkan pada penelitian ini adalah:

- 1) Model MATCH untuk pengendalian faktor resiko stunting pada populasi rentan
 - (1) Level individu
 - (2) Level interpersonal
 - (3) Level organisasi
 - (4) Level komunitas
 - (5) Tingkat Pemerintah (Kebijakan/lingkungan sosial politik)
- 2) Model HPM sebagai strategi pada tahap perencanaan intervensi MATCH
 - (1) Dimensi pesan kunci
 - (2) Rencana Perubahan perilaku

434 Uji Validitas Dan Reliabilitas Pengembangan Model MATCH Berbasis HPM Untuk Mengendalikan Resiko Stunting

Hasil uji validitas dan reliabilitas pengembangan model MATCH berbasis HPM untuk mengendalikan resiko stunting dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 4.6 Hasil Uji Validitas Dan Reliabilitas Pengembangan Model MATCH Berbasis HPM Untuk Mengendalikan Resiko Stunting

| No | Item model | Hasil uji validitas (I-CVI) | Hasil Uji Reliabilitas (KR 20) | Kesimpulan |
|----|-------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|--------------------|
| | Tahap I: menetapkan tujuan | 1.00 | 0.821 | Valid dan reliable |
| | Tahap II: menyusun intervensi | 1.00 | 0.78 | Valid dan reliable |
| | Tahap III: mengembangkan program | 1.00 | 0.76 | Valid dan reliable |
| | Tahap IV: merencanakan implementasi | 1.00 | 0.88 | Valid dan reliable |
| | Tahap V: evaluasi | 1.00 | 0.81 | Valid dan reliable |

Tabel 4.6 menginformasikan hasil uji validitas model dengan menghitung nilai I-CVI. Semua item mempunyai nilai I-CVI 1,00. Dapat disimpulkan bahwa uji validitas semua item adalah valid (Yusoff, 2019). Hasil uji reliabilitas semua item dengan KR 20 (Kuder Richardson) menunjukkan nilai koefisien reliabilitas > 0,6. Suatu instrumen dinyatakan reliabel jika koefisien reliabilitas > 0,6 (Sugiono, 2019). Dapat disimpulkan bahwa semua pengembangan model MATCH berbasis HPM adalah reliabel

4.6.2 Pengembangan Model MATCH Berbasis HPM Untuk Pengendalian Faktor Resiko Stunting pada Populasi Rentan

Pengembangan model MATCH berbasis HPM dalam pengendalian faktor resiko stunting pada populasi rentan dapat dijelaskan seperti tabel 4.7

Tabel 4.7 Pengembangan Model MATCH Berbasis HPM Untuk Pengendalian Faktor Resiko Stunting pada Populasi Rentan

| No | Item Model | PERBUB 33 | MATCH | Pengembangan |
|----|------------------------------|---|--|--|
| 1. | Tujuan dan Sasaran | Penetapan dan sasaran a. remaja putri b. Wanita usia subur c. Ibu hamil d. Ibu menyusui e. Anak <23 bulan f. Anak 24-59 bulan | Tahap I: Pemilihan sasaran kesehatan dan perilaku | 1. Memilih populasi beresiko/ rentan a. Kelompok primer b. Kelompok sekunder c. Kelompok tersier 2. Menentukan pesan kunci pada masing-masing kelompok sasaran 3. Menetapkan tujuan dan indikator capaian |
| | Perencanaan Intervensi | Intervensi Upaya Pencegahan Stunting a. Intervensi gizi spesifik dengan sasaran ibu hamil b. Intervensi gizi spesifik dengan sasaran ibu menyusui dan anak dibawah usia 23 (dua puluh tiga) bulan c. Intervensi gizi sensitif dengan sasaran masyarakat umum | Tahap II: perencanaan intervensi a. Tujuan intervensi berdasarkan level (1) Level individu (2) Level interpersonal (3) Level organisasi (4) Level komunitas (5) Level pemerintah b. Mengidentifikasi sasaran intervensi | Mengembangkan pendekatan HPM a. Kampanye public b. Advokasi public c. Mobilisasi social d. Perubahan social e. Perubahan perilaku |
| | Pengembangan Program/ juknis | | Tahap III: mengembangkan program a. Membuat komponen program b. Mengembangkan intervensi c. Mengembangkan panduan | Rencana aksi perubahan perilaku: Perencanaan tk daerah |

| | | | | |
|--|-----|---|---|---|
| Perencanaan Implementasi program | | Pendekatan pencegahan stunting a. Gerakan masyarakat hidup sehat b. Gerakan Seribu Hari Pertama Kehidupan | Tahap IV: merencanakan implementasi a. Adopsi, implelementasi, pemeliharaan b. Desiminasi, transisi | Pelaksanaan di masing-masing level a. tk pemerintah kab/kota b. tk puskesmas c. tk pemerintah desa/ kelurahan d. tk posyandu dan paud |
| Evaluasi, monitoring | dan | a. Setiap unsur pemangku kepentingan yang terlibat dalam upaya pencegahan stunting harus melaksanakan pencatatan dan pelaporan sesuai dengan tugas dan fungsinya b. Pencatatan dan Pelaporan dilakukan secara berjenjang | Tahap V: evaluasi a. Evaluasi proses b. Evaluasi dampak c. Evaluasi hasil | 1. survey 2. observasi/ pengamatan 3. cerita atau praktik klinik |
| Rancangan indikator | | | | 1. Dimensi Kesehatan 2. Dimensi gizi 3. Dimensi perumahan 4. Dimensi pangan 5. Dimensi pendidikan 6. Dimensi perlindungan sosial |

4.4 Hasil Penelitian dan Analisis Penelitian Tahap II

441 Karakteristik Responden

Responden pada penelitian tahap 2 ini adalah kelompok populasi rentan yang beresiko menyebabkan anak stunting yaitu 1) anak usia 0-23 bulan; 2) anak usia 24-59 bulan; 3) ibu balita dan ibu menyusui; 4) ibu hamil; 5) remaja puteri dan Wanita Usia Subur; 6) ayah/nenek balita. Jumlah responden uji coba adalah 30 orang yang diambil secara proporsional dari masing-masing kelompok populasi diambil sebanyak 5 orang.

Uji coba ini bertujuan untuk mengetahui seberapa efektif model MATCH berbasis HPM dapat digunakan sebagai pedoman pengendalian faktor resiko stunting pada populasi rentan

442 Pelaksanaan Proses Sosialisasi dan Uji Coba Penerapan Pengembangan Model MATCH Berbasis HPM untuk mengendalikan faktor resiko stunting

Sosialisasi pengembangan model MATCH Berbasis HPM untuk mengendalikan faktor resiko stunting di desa Wonorejo wilayah PKM Ardimulyo Singosari dilakukan terhadap perawat dan bidan di PKM Ardimulyo.

Tindak lanjut dari kegiatan sosialisasi adalah tahap pelaksanaan ujicoba yang dilaksanakan oleh peneliti dan pembantu peneliti untuk mengimplementasikan model kepada Sebagian populasi rentan yaitu kepada anak, ibu/pengasuh, lingkungan anak.

443 Evaluasi hasil uji coba penerapan pengembangan model MATCH berbasis HPM untuk mengendalikan faktor resiko stunting

Keberhasilan dari uji coba model dilihat berdasarkan masih ada atau tidak faktor resiko stunting pada responden dibandingkan sebelum penerapan uji coba model. Dari faktor ibu dievaluasi bagaimana pengetahuan; sikap; dan perilaku ibu, dari faktor anak dievaluasi kejadian infeksi; berat badan anak; dan kelengkapan imunisasi, dari faktor lingkungan dievaluasi sanitasi lingkungan rumah; dan ketersediaan pangan yang memadai. Hasil evaluasi implementasi model tertera pada tabel 4.8 berikut

Tabel 4.8 Evaluasi Hasil Uji Coba Model MATCH Berbasis HPM untuk Pengendalian Faktor Resiko Stunting pada Populasi Rentan

| No | Aspek yang dinilai | Kategori | | |
|----|------------------------------|------------|-----------|--------|
| | | Baik | Cukup | Kurang |
| 1. | Pengetahuan Ibu | 27 (81,8%) | 3 (18,2) | 0 (0%) |
| 2. | Sikap Ibu | 28 (84,8%) | 2 (15,2%) | 0 (0%) |
| 3. | Ketrampilan Ibu | 30 (100%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| 5. | Kejadian infeksi anak | 30 (100%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| 6. | Berat badan anak | 20 (60%) | 10 (40%) | 0 (0%) |
| 7. | Kelengkapan imunisasi anak | 30 (100%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| 8. | Sanitasi rumah | 25 (80%) | 5 (20%) | 0 (0%) |
| 9. | Ketersediaan pangan keluarga | 30 (100%) | 0 (0%) | 0 (0%) |

Dari tabel 4.8 menginformasikan bahwa faktor ibu, faktor anak, faktor lingkungan semuanya dalam kategori baik tidak ada faktor resiko stunting yang ada pada responden setelah dilakukan uji coba model MATCH berbasis HPM. Rekomendasi Hasil Uji Coba Penerapan Model MATCH Berbasis HPM Untuk Pengendalian Faktor Resiko Stunting

Tabel 4.9 Perbedaan Faktor Resiko Stunting Sebelum dan Setelah Uji Coba Model MATCH Berbasis HPM Untuk Pengendalian Faktor Resiko Stunting pada Populasi Rentan.

| Sub Variabel | Perlakuan | | Delta (Δ) | <i>p value</i> |
|-----------------|---------------------------|----------------------------|--------------------|----------------|
| | Pre Test Mean \pm SD | Post Test Mean \pm SD | | |
| Pengetahuan Ibu | 137,00 \pm 29,602 | 116,93 \pm 7,440 | 20,07 | 0,013 |
| Sikap Ibu | 86,73 \pm | 77,47 \pm | 9,27 | 0,040 |

| | | | | |
|------------------------------|------------------|------------------|-------|-------|
| | 17,169 | 4,688 | | |
| Ketrampilan Ibu | 90,80± 20,481 | 84,87± 6,058 | 5,93 | 0,231 |
| Kejadian infeksi anak | 27,00± 4,071 | 20,20± 0,561 | 6,80 | 0,000 |
| Berat badan anak | 94,60± 0,910 | 96,20± 0,862 | 1,60 | 0,000 |
| Kelengkapan imunisasi anak | 25,40± 3,64 | 22,47± 3,09 | 2,93 | 0,006 |
| Sanitasi rumah | 94,87± 0,92 | 96,13± 0,94 | 1,27 | 0,000 |
| Ketersediaan pangan keluarga | 132,40± 29,08 | 117,67± 21,45 | 14,73 | 0,004 |

Tabel 4.9 di atas menunjukkan bahwa faktor resiko stunting pada responden mengalami perubahan setelah implementasi uji coba model MATCH berbasis HPM. Hasil uji *paired t-test* menunjukkan bahwa pengetahuan ibu, sikap ibu, ketrampilan ibu, kejadian infeksi pada anak, berat badan anak, kelengkapan imunisasi anak, sanitasi rumah, ketersediaan pangan keluarga didapatkan nilai yang signifikan semuanya $p < 0,05$, artinya ada perbedaan yang bermakna faktor resiko stunting antara sebelum dan setelah uji coba model.

- 1) Perumusan isu strategis untuk bahan focus group discussion (FGD) tahap 2 tentang hasil uji coba penerapan pengembangan model

Hasil evaluasi penerapan uji coba pengembangan model MATCH berbasis HPM di desa Wonorejo kecamatan Singosari Kabupaten Malang digunakan untuk merumuskan isu strategis yang akan menjadi bahan dalam *focus group discussion* (FGD)

Tabel 4.10 Perumusan Isu Strategis untuk Bahan Focus Group Discussion (FGD) Tahap 2

| Variabel | Data | Isu Strategis |
|--|--|---|
| Evaluasi responden dalam penerapan intervensi menggunakan model MATCH berbasis HPM | Seluruh responden mempunyai kemampuan yang baik dalam menerapkan model yang telah disosialisasikan kepada mereka | Kemampuan responden dalam menerapkan model MATCH berbasis HPM yang telah disosialisasikan kepada mereka dalam kategori baik |

| | | |
|--|--|--|
| Evaluasi pendapat perawat, bidan, dietesien tentang penerapan model MATCH berbasis HPM | Sebagian besar pembantu peneliti yang terdiri dari perawat, bidan, dietesien berpendapat bahwa model MATCH berbasis HPM dapat diterapkan dengan baik, dilihat dari fungsi, efisiensi, kemudahan penggunaan | Pendapat perawat, bidan, dietesien dalam penerapan model MATCH berbasis HPM sebagian besar dalam kategori baik (92.9%) |
|--|--|--|

Tabel 4.10 menginformasikan bahwa terdapat 2 isu strategis dari hasil uji coba penerapan pengembangan model terkait kemampuan responden dalam melaksanakan intervensi menggunakan model MATCH berbasis HPM dan pendapat perawat, bidan, dietesien dalam penerapan model tersebut.

2) Karakteristik partisipan FGD

Partisipan untuk pelaksanaan focus group discussion (FGD) tahap 2 berjumlah 9 orang dari kalangan manajerial yaitu Kepala Seksi Pelayanan Keperawatan, Kepala Seksi Monitoring dan SDM Keperawatan, Ketua Komite Keperawatan, Sekretaris Komite keperawatan, Ketua Submutu Keperawatan, Kepala Ruang Irna 7, Kepala Ruang Irna 6, Kepala Ruang Irna 4, Kepala Ruang Irna 3. Rata-rata usia partisipan < 35 tahun (88,9%), sebagian besar Pendidikan S1 (66,7%) dan status kepegawaiannya sudah PNS (77,85%)

3) Karakteristik Pembantu Peneliti

4) Pelaksanaan focus group discussion (FGD) tahap 2 tentang rekomendasi hasil uji coba penerapan pengembangan model

Rekomendasi hasil uji coba penerapan pengembangan model MATCH berbasis HPM untuk pengendalian faktor resiko stunting disusun melalui *focus group discussion*. Kegiatan FGD dilaksanakan dengan tujuan untuk mengetahui saran dan kritik dari partisipan tentang hasil uji coba pengembangan model serta dari hasil implekemntasi yang dilakukan oleh perawat, bidan, dietesien terhadap uji

coba model yang selanjutnya dapat dijadikan bahan dalam memberikan rekomendasi tentang bentuk model MATCH berbasis HPM untuk pengendalian faktor resiko stunting.

5) Hasil FGD tentang hasil uji coba penerapan pengembangan model

Hasil FGD tentang hasil uji coba penerapan pengembangan model MATCH berbasis HPM untuk pengendalian faktor resiko stunting di desa Wonorejo Kec. Singosari Kab. Malang ditampilkan pada tabel 4.11

Tabel 4.11 Hasil FGD tentang hasil uji coba penerapan pengembangan model

| No | Isu Strategis | Kemungkinan penyebab | Hasil FGD | Telaah peneliti |
|----|---|--|--|--|
| 1. | Kemampuan perawat, bidan, dietesien dalam penerapan model MATCH berbasis HPM dalam kategori baik | Perawat, bidan, dietesien mengikuti dengan sosialisasi dengan baik. | Model ini mudah dalam diimplmentasikan | Perawat, bidan, dietesien sudah mampu mengimplementasikan model dengan baik |
| 2. | Pendapat perawat, bidan, dietesien dalam penerapan model MATCH berbasis HPM sebagian besar dalam kategori baik (92.9%). | Model yang telah dikembangkan sesuai standar yang telah ditetapkan kementkes dan mudah digunakan, efisien serta dapat berfungsi dengan baik. | Perlu dilakukan identifikasi faktor resiko stunting pada populasi rentan di masing-masing daerah | Model MATCH berbasis HPM ini secara umum dalam kategori baik dari segi fungsi, efisiensi, kemudahan penggunaan. Sehingga bisa direkomendasikan penggunaannya di kab Malang |

Rekomendasi hasil FGD tentang uji coba penerapan pengembangan model MATCH berbasis HPM untuk pengendalian resiko stunting di desa Wonorejo kecamatan Singosari kabupaten Malang adalah:

- 1) Perlu dilakukan sosialisasi dan pelatihan ulang terkait penerapan model
- 2) Pengembangan model MATCH berbasis HPM untuk pengendalian faktor resiko stunting pada populasi rentang bisa diterapkan untuk digunakan di PKM Ardimulyo

4.1 Pembahasan

4.61 Faktor Resiko Stunting pada Batita 6-36 Bulan

Data diperoleh melalui wawancara menggunakan kuesioner. Faktor anak meliputi riwayat berat dan panjang badan lahir, pemberian ASI dan Makanan Pendamping ASI (MP ASI), penyakit infeksi, pelayanan kesehatan dan imunisasi, jenis kelamin, usia anak.

Pemberian ASI dan MP ASI diukur dari riwayat memberikan ASI dan MP ASI dari mulai lahir sampai saat dilaksanakan penelitian terdiri dari beberapa pertanyaan tentang ASI Eksklusif, usia pemberian, jenis dan tahapan makanan pendamping ASI (MP-ASI) kemudian dari total skor dilakukan uji normalitas untuk dikategorikan menjadi baik dan kurang baik. Penyakit infeksi adalah suatu kondisi pada saat batita diukur mengalami gangguan karena terjadinya infeksi saluran pernapasan akut (ISPA), diare, atau campak selama penelitian dengan didasarkan pada diagnosis dokter. Pelayanan kesehatan dan imunisasi diukur dari kelengkapan imunisasi dasar yaitu jumlah jenis imunisasi yang pernah diterima balita sesuai umur dan kondisi kesehatan. Pengetahuan ibu diukur dari kemampuan ibu dalam menjawab dengan benar pertanyaan yang berkaitan dengan stunting termasuk penyebab dan akibatnya.

Pada penelitian ini, penyakit infeksi yang banyak diderita batita adalah ISPA dan diare (43,0%) Anak stunting lebih memiliki kemungkinan yang lebih besar untuk menderita penyakit infeksi ini dengan durasi waktu yang lebih lama. Juga lebih cenderung mengalami gejala sisa (sekuel) akibat infeksi umum yang akan melemahkan fisik anak.

462 Faktor Resiko Stunting pada Ibu Batita 6-36 Bulan

Faktor ibu meliputi pengetahuan ibu dan pola asuh terhadap batita. Variabel pengetahuan dan pola asuh dikategorikan menjadi dua yaitu baik dan kurang baik dengan pendekatan uji normalitas. Total skor pengetahuan tidak berdistribusi normal sehingga dikategorikan baik jika skor \geq median dan kurang baik jika skor $<$ median. Total skor pola asuh ibu berdistribusi normal sehingga dikategorikan menjadi baik jika skor \geq mean dan kurang baik jika $<$ mean. Faktor lingkungan keluarga meliputi tinggi badan orang tua, pendidikan orang tua, pekerjaan, pendapatan, jumlah anggota keluarga, ketersediaan pangan, dan sanitasi lingkungan.

Pola pengasuhan berdasarkan perilaku ibu dalam kebiasaan mengasuh dan merawat balitanya, cara pemberian makan dan perawatan kesehatan. Ketersediaan pangan adalah kemampuan responden menjawab pertanyaan mengenai ketersediaan pangan di tingkat rumah tangga.

Analisis multivariat menunjukkan pendidikan orangtua bukan menjadi faktor risiko stunting pada batita karena meskipun setengah lebih (56,0%) ibu memiliki pengetahuan yang baik namun tidak diikuti dengan sikap, keterampilan dan kemauan serta praktik yang membawa perubahan perbaikan gizi balita. Pada penelitian Saaka, yang menyatakan bahwa ibu dengan pendidikan tinggi memiliki hubungan dengan pengetahuan yang baik tentang tumbuh kembang anak. Pada penelitian ini, sebagian besar pendidikan orangtua baik ayah maupun ibu, termasuk pendidikan dasar dan bekerja sebagai petani / buruh tani dan wirausaha dengan penghasilan yang relatif rendah yang berdampak pada status gizi anak. Pada penelitian Anindita, menyatakan bahwa tingkat pendapatan yang cukup belum tentu

menjamin status gizi pada balita karena tingkat pendapatan belum tentu teralokasikan cukup untuk keperluan makan. Faktor pendidikan, pendapatan keluarga, dan pengetahuan ibu juga menentukan kemampuan keluarga untuk menerapkan pengetahuan, sumber daya dan pola perilaku untuk mempromosikan dan meningkatkan status kesehatan serta mengatasi masalah lingkungan

4.6.3 Faktor Resiko Stunting pada Lingkungan Batita 6-36 Bulan

Variabel sanitasi lingkungan terdiri dari beberapa pertanyaan, kemudian dari total skor dilakukan uji normalitas untuk dikategorikan menjadi baik dan kurang baik. Kuesioner sebelum digunakan dilakukan uji coba kuesioner pada 30 ibu yang mempunyai balita di Desa Wonorejo kecamatan Simgosari Kabupaten Malang dengan karakteristik yang hampir sama dengan lokasi penelitian yaitu terdapat banyak batita stunting

Sanitasi lingkungan berdasarkan penggunaan sarana pembuangan limbah dan air minum yang sesuai standar kesehatan.

Faktor lingkungan yang berisiko terhadap kejadian stunting pada batita adalah sanitasi lingkungan, hal ini sejalan dengan penelitian Van der Hoek, yang menyatakan bahwa anak-anak yang berasal dari keluarga yang mempunyai fasilitas air bersih memiliki prevalensi diare dan stunting lebih rendah daripada anak-anak dari keluarga yang tanpa fasilitas air bersih dan kepemilikan jamban. Pada penelitian ini, risiko batita stunting yang tinggal dengan sanitasi lingkungan yang kurang baik lebih tinggi dibanding dengan sanitasi yang baik. Hal ini terjadi karena sebagian besar tempat tinggal batita belum memenuhi syarat rumah sehat, ventilasi dan pencahayaan kurang, tidak adanya tempat pembuangan sampah tertutup dan

kedap air, tidak memiliki jamban keluarga, serta hal ini didukung kondisi ekonomi keluarga yang relatif rendah.

Dari analisis multivariat faktor lingkungan yang mempunyai risiko yang bermakna (nilai $p < 0,05$) terhadap stunting batita adalah ketersediaan pangan dengan uji regresi logistik didapatkan hasil nilai $p = 0,014$ dan $OR = 3,64$ dapat diinterpretasikan bahwa ketersediaan pangan keluarga yang rendah mampu meningkatkan risiko 3,64 kali lebih besar untuk menghasilkan anak yang stunting dibandingkan dengan ketersediaan pangan keluarga yang baik. Rendahnya ketersediaan pangan, mengancam penurunan konsumsi makanan yang beragam dan bergizi seimbang dan aman di tingkat rumah tangga. Pada akhirnya, akan berdampak pada semakin beratnya masalah gizi masyarakat, termasuk stunting pada batita. Masalah akses dan ketersediaan pangan untuk penduduk miskin merupakan gabungan dari masalah kemiskinan, kurangnya pekerjaan tetap, pendapatan tunai rendah dan tidak tetap serta terbatasnya daya beli. Pada tataran rumah tangga, persoalan yang menonjol dalam pemantapan ketersediaan pangan adalah masih besarnya proporsi kelompok masyarakat yang memiliki daya beli rendah, ataupun yang tidak mempunyai akses atas pangan karena berbagai sebab, sehingga mereka mengalami kerawanan pangan kronis maupun transien, jika kondisi yang mereka alami ini berkelanjutan dan berpengaruh terhadap kualitas dan kuantitas makanan yang diberikan pada anaknya yang masih dalam masa tumbuh kembang

Pada penelitian ini, diperoleh hasil bahwa sebagian besar (93%) keluarga mengurangi jumlah dan kualitas pangannya dikarenakan ketidakcukupan uang

untuk membeli bahan makanan, dalam hal akses pangan keluarga selain dari pangan yang dibeli juga diperoleh dari hasil pertanian dan kebun yang ada

464 Faktor Resiko Stunting yang Paling Dominan

Analisis data meliputi analisis univariat, bivariat dan multivariat. Analisis univariat dengan melakukan uji distribusi frekuensi. Analisis bivariat digunakan untuk mengetahui sejauh mana hubungan antara faktor-faktor yang diduga berhubungan dengan stunting dilakukan dengan uji kai kuadrat dengan tingkat kemaknaan (nilai $p = 0,05$) dan confidence interval (CI) 95%. Untuk melihat faktor risiko yang paling dominan dilakukan analisis multivariat regresi logistik ganda terhadap variabel hasil analisis bivariat yang memiliki nilai $p < 0,25$ atau secara substansi dianggap penting berhubungan terhadap stunting sehingga didapatkan model akhir dengan nilai $p \leq 0,05$.

Penentuan model pengendalian faktor risiko didasarkan hasil analisis multivariat dikaitkan dengan kerangka pikir The United Nations Children's Fund (UNICEF) tahun 1990 tentang determinan penyebab timbulnya kekurangan gizi pada ibu dan anak. Kerangka pikir UNICEF digunakan karena dalam menyusun perencanaan model pengendalian atau intervensi perlu mempertimbangkan faktor determinan. Model pengendalian faktor risiko dalam penelitian ini adalah promosi multilevel dengan pendekatan multilevel approach to community health (MATCH). Pendekatan MATCH ini memfokuskan pada implementasi dengan perspektif sosio-ekologi dan mengembangkan intervensi multipel untuk mengatasi perilaku individu dan kondisi lingkungan dengan modifikasi faktor determinan, yaitu faktor anak, ibu dan lingkungan terhadap kejadian stunting batita (bawah tiga tahun)

Dari semua faktor yang diteliti, faktor penyakit infeksi menunjukkan nilai yang paling besar sebagai faktor risiko penyebab kejadian stunting pada batita (bawah tiga tahun). Sejalan dengan kerangka konsep UNICEF 1990 salah satu faktor penyebab langsung terjadinya masalah gizi adalah penyakit infeksi.¹⁶ Hal ini sejalan dengan penelitian Cherkley, menyatakan bahwa gangguan pertumbuhan linier (stunting) sering terjadi pada balita miskin di Peru rata-rata anak berusia 24 bulan tinggi badanya lebih pendek 2,5 sentimeter dari standar internasional dan penyakit diare berhubungan signifikan dengan kejadian anak pendek selama masa kanak-kanak. Pada penelitian Tanziha dan Kusriadi, bahwa penyakit infeksi berhubungan dengan kejadian stunting pada batita di Nusa Tenggara Barat

4.6.2 Pengembangan Model MATCH Berbasis HPM Untuk Pengendalian Faktor

Resiko Stunting pada Populasi Rentan

Berdasarkan hasil pembahasan faktor risiko stunting diusulkan model pengendalian faktor risiko stunting melalui pemberdayaan keluarga ditujukan pada level individu (ibu batita), level masyarakat dan level pelayanan kesehatan. Perspektif sosial memahami level ganda yang ada di masyarakat, yaitu level individu untuk membentuk perilaku, level interpersonal untuk memberikan dukungan, level masyarakat untuk membentuk norma, dan level pemerintah untuk mengubah kebijakan

Pada individu (ibu batita), karena ibu sebagai pembina pertama dan utama terhadap pendidikan dan kesehatan anak, dan pengelola atau penyelenggara makanan dalam keluarga, memiliki peranan yang besar dalam peningkatan status gizi anggota keluarga. Model pengendalian faktor risiko melalui peningkatan pemeliharaan sanitasi lingkungan yang baik, praktik perilaku hidup bersih dan

sehat (PHBS) untuk keluarga dan higiene personal khususnya untuk anak dalam upaya untuk menurunkan dan mencegah penyakit infeksi yang sering diderita anak. Peningkatan pengetahuan dan kesadaran pangan dan gizi, keterampilan mengelola pangan dan konsumsi dengan gizi seimbang, sanitasi lingkungan, untuk meningkatkan gizi dan mencegah penyakit infeksi yang sering diderita anak serta memanfaatkan pekarangan sebagai sumber pangan dan gizi keluar. Penelitian Monteiro, di Brazil menemukan bahwa prevalensi stunting pada anak balita menurun lebih dari 30%, yaitu dari 37% pada tahun 1974 menjadi 7% pada tahun 2006, dengan melakukan empat prioritas penanganan di antaranya meningkatkan akses pelayanan kesehatan dan gizi yang berkelanjutan pada ibu dan anak, yaitu akses pendidikan dan informasi pada remaja putri dan perempuan, cakupan penyediaan air dan sanitasi, serta daya beli keluarga. Untuk mengejar pertumbuhan sebagian catch-up growth masih mungkin pada anak stunting yang tetap dalam lingkungan yang sama sehingga menjadi penting untuk mengidentifikasi pengembangan program untuk meningkatkan gizi dan Kesehatan

Pada level masyarakat, dilakukan dengan peningkatan peran dan fungsi posyandu. posyandu merupakan salah satu bentuk upaya kesehatan bersumber daya masyarakat (UKBM) dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan guna memberdayakan masyarakat dan memberikan kemudahan kepada masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan dasar, pemantauan pertumbuhan dan perkembangan balita termasuk stunting, dan untuk mempercepat penurunan angka kematian ibu dan bayi. Salah satu fungsi posyandu adalah sebagai media promosi kesehatan dan gizi, pemantauan pertumbuhan balita. Promosi kesehatan adalah suatu kegiatan atau usaha menyampaikan informasi kesehatan kepada masyarakat

sehingga dapat meningkatkan pengetahuan tentang kesehatan yang lebih baik. Pada level pelayanan kesehatan dan pemangku kepentingan, perlu dilakukan intervensi peningkatan status gizi melalui advokasi kebijakan terkait upaya pencegahan dan penanggulangan stunting pada batita

BAB 5

SIMPULAN DAN SARAN

5.1 Simpulan

Penelitian ini menunjukkan tiga faktor yang secara bersama-sama mempengaruhi stunting anak usia enam sampai 36 bulan, yaitu penyakit infeksi, ketersediaan pangan dan sanitasi lingkungan dan yang paling dominan adalah penyakit infeksi paling sering dialami adalah ISPA dan diare. Berdasarkan hasil analisis multivariat dan dikaitkan dengan kerangka pikir UNICEF tahun 1990 dan model promosi multilevel dengan pendekatan MATCH diusulkan model pengendalian faktor risiko kejadian stunting dilakukan pemberdayaan keluarga, terutama ibu batita terkait pencegahan penyakit infeksi memanfaatkan pekarangan sebagai sumber gizi keluarga dan sanitasi lingkungan. Pada level masyarakat dengan peningkatan peran dan fungsi posyandu dan pada level pelayanan kesehatan perlu dilakukan intervensi peningkatan status gizi melalui advokasi kebijakan terkait upaya pencegahan stunting pada batita

5.2 Saran

Untuk mengendalikan stunting pada batita, perlu peningkatan pemberdayaan keluarga terkait pencegahan penyakit infeksi melalui perbaikan pola asuh makan dan pola asuh kesehatan, peningkatan ketersediaan pangan melalui pemanfaatan pekarangan sebagai sumber pangan dan gizi keluarga serta perbaikan sanitasi lingkungan.

DAFTAR PUSTAKA

- Abbas, P. and Haryati, A. S. (2021) 'Hubungan Pemberian Asi Eksklusif Dengan Kejadian Infeksi Saluran Pernapasan Akut (Ispa) Pada Bayi', *Majalah Ilmiah Sultan Agung*, 49(123), pp. 85–95. Available at: <http://jurnal.unissula.ac.id/index.php/majalahilmiahsultanagung/article/viewFile/36/31>.
- Achadi, E. L. *et al.* (1995) 'Women's nutritional status, iron consumption and weight gain during pregnancy in relation to neonatal weight and length in West Java, Indonesia', *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 48(SUPPL.). doi: 10.1016/0020-7292(95)02325-7.
- Akombi, B. *et al.* (2017) 'Stunting, Wasting and Underweight in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(8), p. 863. doi: 10.3390/ijerph14080863.
- Aryastami, N. K. *et al.* (2017) 'Low birth weight was the most dominant predictor associated with stunting among children aged 12–23 months in Indonesia', *BMC Nutrition*, 3(1), p. 16. doi: 10.1186/s40795-017-0130-x.
- Azwar, A. (2004) 'Kecenderungan masalah gizi dan tantangan di masa datang', *Disampaikan Pada Pertemuan Advokasi Program Perbaikan Gizi Menuju Keluarga Sadar Gizi. Jakarta: Hotel Sahid Jaya*.
- Danaei, G. *et al.* (2016) 'Risk Factors for Childhood Stunting in 137 Developing Countries: A Comparative Risk Assessment Analysis at Global, Regional, and Country Levels.', *PLoS medicine*, 13(11), p. e1002164. doi: 10.1371/journal.pmed.1002164.
- Derso, T. *et al.* (2017) 'Stunting, wasting and associated factors among children aged 6–24 months in Dabat health and demographic surveillance system site: A community based cross-sectional study in Ethiopia', *BMC Pediatrics*, 17(1), p. 96. doi: 10.1186/s12887-017-0848-2.
- Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat, K. (2018) *Pedoman Strategi Komunikasi Perubahan Perilaku dalam Percepatan Pencegahan Stunting di Indonesia*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI. Available at: https://promkes.kemkes.go.id/download/dsfs/files82465strakom_pencegahan_stunting_20190318.pdf.
- Haszard, J. J. *et al.* (2019) 'Development of a nutrient quality score for the complementary diets of Indonesian infants and relationships with linear growth and stunting: a longitudinal analysis', *British Journal of Nutrition*. doi: 10.1017/S0007114519000813.
- Iraman, Y. *et al.* (2014) *Buku panduan program 1000 hari awal kehidupan*. 1st edn. Edited by S. Dr.dr.Maisuri T. Chalid, P. dr. Sitti Wahyuni, and S. Prof.Dr.dr. Andi Asadul Islam. Makasar: Sagung Seto.
- Izwardy, D. (2019) *KEBIJAKAN DAN STRATEGI PENANGGULANGAN Stunting Di Indonesia*. Jakarta. Available at: https://persi.or.id/wp-content/uploads/2019/02/FINAL_PAPARAN_PERSI_22_FEB_2019_Ir._Doddy.pdf (Accessed: 15 May 2021).
- Kemenkes (2018) 'Buletin Stunting', *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*, 301(5), pp. 1163–1178.

- Kementerian Kesehatan RI (2018a) *Kerjasama Multi Sektor untuk Menurunkan Stunting dan Eliminasi TB - Sehat Negeriku*. Available at: <https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/rilis-media/20181122/0228686/kerjasama-multi-sektor-menurunkan-stunting-dan-eliminasi-tb/> (Accessed: 17 May 2021).
- Kementerian Kesehatan RI (2018b) 'Situasi Balita Pendek (Stunting) di Indonesia', *Buletin Jendela Data dan Informasi Kesehatan*, 1(1).
- Kementerian Kesehatan RI (2020a) *Indikator Program Kesehatan Masyarakat Dalam RPJMN dan Renstra Kementerian Kesehatan 2020-2024*. Jakarta. Available at: <https://kesmas.kemkes.go.id/konten/133/0/indikator-kesmas-dalam-rpjmndan-resntra-kemenkes-2020-2024>.
- Kementerian Kesehatan RI (2020b) *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia*. Jakarta. Available at: http://hukor.kemkes.go.id/uploads/produk_hukum/PMK_No__2_Th_2020_ttg_Standar_Antropometri_Anak.pdf (Accessed: 12 May 2021).
- Kementerian and PPN/Bappenas (2018) *Pedoman Pelaksanaan Intervensi Penurunan Stunting Terintegrasi Di Kabupaten/ Kota*. Jakarta.
- Kusumawati, E., Rahardjo, S. and Sari, H. P. (2015) 'Model Pengendalian Faktor Risiko Stunting pada Anak Bawah Tiga Tahun', *Kesmas: National Public Health Journal*, 9(3), p. 249. doi: 10.21109/kesmas.v9i3.572.
- Laksono, A. D. and Megatsari, H. (2020) 'Determinan Balita Stunting di Jawa Timur: Analisis Data Pemantauan Status Gizi 2017', *Amerta Nutrition*, 4(2), p. 109. doi: 10.20473/amnt.v4i2.2020.109-115.
- Lestari, W., Kristiana, L. and Paramita, A. (2018) 'Stunting: Studi Konstruksi Sosial Masyarakat Perdesaan dan Perkotaan Terkait Gizi dan Pola Pengasuhan Balita di Kabupaten Jember', *Aspirasi: Jurnal Masalah-masalah Sosial*, 9(1), pp. 17–33.
- Nasrul (2018) 'Pengendalian Faktor Resiko Stunting Anak Baduta di Sulawesi Tengah', *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 8(2), pp. 131–146.
- Phiri, T. (2014) *Review of Maternal Effects on Early Childhood Stunting Review of Maternal Effects on Early Childhood Stunting Review of Maternal Effects on Early Childhood Stunting*.
- Profil Kesehatan Kab Malang 2017* (2017). Available at: <https://www.scribd.com/document/398046933/Profile-Kesehatan-Kab-Malang-2017> (Accessed: 22 November 2019).
- Rahman, M. *et al.* (2017) 'Association between high-risk fertility behaviours and the likelihood of chronic undernutrition and anaemia among married Bangladeshi women of reproductive age', *Public Health Nutrition*, 20(2), pp. 305–314. doi: 10.1017/S136898001600224X.
- Riskesdas 2018 (2019) *2019-riskesdas-jatim.pdf - Google Drive*. Surabaya: Lembaga Penerbit Balitbangkes. Available at: https://drive.google.com/file/d/1MDq_khDmZYBFWXc_o4ddfwb6Uu5Qth-/view (Accessed: 14 May 2021).
- Sasongko, E. P. S. *et al.* (2019) 'Determinants of adolescent shortness in Tangjungsari, West Java, Indonesia.', *Asia Pacific journal of clinical nutrition*, 28(Suppl 1), pp. S43–S50. doi: 10.6133/apjcn.201901_28(S1).0004.
- Simon-Morton, B., McLeoy, K. and Wendel, M. L. (2011) 'Section four: Theory In

- Health Promotion Practice’, in *Behavior Theory In Health Promotion Practice And Research*. 1st edn. United State: Jones & Bartlett Learning, pp. 335–361.
- Sofiatin, Y. *et al.* (2019) ‘Maternal and environmental risk for faltered growth in the first 5 years for Tanjungsari children in West Java, Indonesia.’, *Asia Pacific journal of clinical nutrition*, 28(Suppl 1), pp. S32–S42. doi: 10.6133/apjcn.201901_28(S1).0003.
- Suhariyanto, Muis, A. and Et.al (2020) *Laporan Indeks Khusus Penanganan Stunting 2018-2019*. Jakarta: Badan Pusat Statistik Indonesia.
- Titaley, C. R. *et al.* (2019) ‘Determinants of the stunting of children under two years old in Indonesia: A multilevel analysis of the 2013 Indonesia basic health survey’, *Nutrients*, 11(5). doi: 10.3390/nu11051106.
- TNP2K (2017) *100 Kabupaten/Kota Prioritas Untuk Intervensi Anak Kerdil (Stunting)*. Jakarta: Sekretariat Wakil Presiden RI.
- Torlesse, H. *et al.* (2016a) ‘Determinants of stunting in Indonesian children: evidence from a cross-sectional survey indicate a prominent role for the water, sanitation and hygiene sector in stunting reduction’, *BMC Public Health*, 16(1), p. 669. doi: 10.1186/s12889-016-3339-8.
- Torlesse, H. *et al.* (2016b) ‘Determinants of stunting in Indonesian children: Evidence from a cross-sectional survey indicate a prominent role for the water, sanitation and hygiene sector in stunting reduction’, *BMC Public Health*, 16(1). doi: 10.1186/s12889-016-3339-8.
- Waryana (2010) *Gizi Reproduksi, Pustaka Rihama: Yogyakarta*. Yogyakarta: Pustaka Rihama.

Lampiran 1: Kuesioner Faktor Resiko Stunting Pada **Anak Usia 0-36 Bulan** Di Wilayah Kerja Puskesmas Ardimulyo Kecamatan Singosari Kabupaten Malang

KUESIONER DATA KARAKTERITIK RESPONDEN

A. DATA UMUM

Nama :

Jenis Kelamin :

Tempat/Tgl Lahir :

Umur(diisi oleh petugas)

Pekerjaan :

Berat Lahir :

Panjang Lahir :

Berat Badan sekarang :

Tinggi badan sekarang :

Kelahiran : Prematur/tidak (Lingkari jawaban Anda)

B. RIWAYAT KESEHATAN ANAK SAAT DILAHIRKAN

- a. Apakah bayi langsung menangis saat dilahirkan? Ya/Tidak (lingkari jawaban Anda)**
- b. Apakah bayi pernah menderita kuning setelah dilahirkan? Ya/Tidak (lingkari jawaban Anda)**
- c. Apakah bayi pernah dirawat di inkubator setelah dilahirkan? Ya/Tidak (lingkari jawaban Anda)**
- d. Tindakan apa sajakah yang Ibu ketahui yang diberikan kepada bayi Ibu setelah dilahirkan? Mengapa Tindakan tersebut dilakukan kepada bayi Ibu?**
.....
.....
.....
.....
.....

C. RIWAYAT IMD-ASI-MPASI

1. Apakah saat lahir anak dilakukan IMD (Inisiasi Menyusu Dini)? **Ya/Tidak (lingkari jawaban Anda)**

Jika jawaban Anda Tidak lanjutkan mengisi berikut ini:

- a. Mengapa anak tidak dilakukan inisiasi menyusu dini? (jawaban boleh lebih dari satu)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Apakah saat ini anak masih diberi ASI? **Ya/Tidak (lingkari jawaban Anda)**
3. Apakah anak diberikan ASI eksklusif? (diberi ASI saja tanpa makanan atau minuman tambahan lain sampai usia 6 bulan) **Ya/Tidak (lingkari jawaban Anda)**

Jika jawaban Anda Tidak lanjutkan mengisi berikut ini:

- b. Anak diberi ASI saja sampai usia berapa hari/bulan?
- c. Apa alasan Ibu tidak memberikan ASI eksklusif? (jawaban boleh lebih dari satu)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. Apakah saat ini anak diberikan makanan pendamping ASI (MPASI)? **Ya/Tidak (lingkari jawaban Anda)**

Jika jawaban Anda YA lanjutkan dengan mengisi berikut ini:

- a. Jenis M-PASI yang diberikan sehari-hari:

.....

.....

.....

b. Berapa kali sehari diberikan M-PASI?.....

c. Berapa jumlah M-PASI setiap kali pemberian?

| No | Nama Makanan/minuman | Jumlah setiap kali pemberian* | Berapa kali diberikan dalam sehari |
|----|----------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

*Ditulisakan dalam satuan piring, mangkok, gelas, sendok makan, dll.
 Contoh nasi (1/2 piring atau 5 sdm atau sayur ¼ mangkok dll)

Apakah ada kendala dalam pemberian M-PASI?

.....

.....

.....

Jika jawaban Anda untuk pertanyaan No. 3 adalah TIDAK lanjutkan dengan mengisi berikut ini:

a. Apa alasan Ibu tidak memberikan ASI eksklusif? (jawaban boleh lebih dari satu)

.....

.....

.....

.....

-
-
- b. Apakah saat ini anak hanya diberikan ASI saja? **Ya/Tidak (lingkari jawaban Anda)**
- c. Makanan/minuman apa yang sesekali diberikan kepada anak saat ini?
(jawaban boleh lebih dari satu)

.....

.....

.....

D. RIWAYAT IMUNISASI

| No | Jenis Imunisasi | Ya/Tidak | Jml pemberian dan umur saat diberikan | Konfirmasi Buku KIA |
|----|-----------------|----------|---------------------------------------|---------------------|
| 1. | Hepatitis B | | | |
| 2. | Polio | | | |
| 3. | BCG | | | |
| 4. | DPT | | | |
| 5. | Campak | | | |
| 6. | Lainnya..... | | | |

E. RIWAYAT SAKIT INFEKSI

| No | Sakit yang pernah diderita | Usia saat sakit | Rawat inap/ tidak | Pengobatan |
|----|----------------------------|-----------------|-------------------|------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Lampiran 2: Kuesioner Faktor Resiko Stunting Pada **Ibu Hamil** di Wilayah Kerja Puskesmas Ardimulyo Kecamatan Singosari Kabupaten Malang

KUESIONER DATA KARAKTERITIK RESPONDEN

A. DATA UMUM

Nama :

Tempat/Tgl Lahir :

Umur :

Pekerjaan :

Pendidikan terakhir :

Suku :

B. RIWAYAT KEHAMILAN

- a. Usia kehamilan saat ini:
- b. HPHT:
- c. Kehamilan sekarang adalah kehamilan ke-:
- d. Jumlah anak hidup:
- e. Apakah pernah mengalami abortus/keguguran? **Ya/Tidak (lingkari jawaban Anda)**
 Di usia kehamilan....., kehamilan ke-:
- f. Apakah ada anak yang meninggal? **Ya/Tidak (lingkari jawaban Anda)**
 Jika YA, anak yang meninggal adalah anak ke-:
- Usia anak saat meninggal:
- Penyebab meninggal:
- g. Apakah pernah melahirkan anak premature atau BB kecil? **Ya/Tidak (lingkari jawaban Anda)**
 Di usia kehamilan....., Anak ke-:
- h. Jarak kehamilan sekarang ini dengan kelahiran sebelumnya:
-
-

i. Data Anak

| Anak ke- | Nama (inisial) | Jenis kelamin | Tanggal lahir/umur | Kelahiran* |
|----------|----------------|---------------|--------------------|------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

* cukup bulan/prematur/BBLR/meninggal

C. RIWAYAT PEMERIKSAAN KEHAMILAN

a. Berapa kali melakukan pemeriksaan kehamilan selama hamil sekarang ini?

.....

b. Dimana tempat melakukan pemeriksaan kehamilannya?

.....

Vitamin atau obat-obatan yang didapatkan:

.....

.....

.....

.....

D. RIWAYAT KESEHATAN SAAT INI

a. Penyakit yang pernah diderita selama kehamilan ini:

.....

.....

.....

b. Pengobatan yang didapatkan untuk mengatasi penyakitnya:

.....

.....

.....

E. RIWAYAT KESEHATAN SEBELUMNYA

a. Penyakit yang pernah diderita sebelum kehamilan ini:

.....

b. Pengobatan yang didapatkan untuk mengatasi penyakitnya:

.....

F. POLA MAKAN DAN MINUM SELAMA HAMIL

| No | Jenis Makanan/Minuman | Porsi setiap makan* | Frekwensi makan dalam sehari |
|----|-----------------------|---------------------|------------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

*piring, mangkok, sendok makan, gelas, dll

G. DATA ANTROPOMETRI DAN TANDA VITAL IBU

a. BB :

b. TB :

c. LILA :

d. TD :

e. Nadi :

f. RR :

Lampiran 3: Kuesioner Faktor Resiko Stunting Pada **Ibu Menyusui** Di Wilayah Kerja Puskesmas Ardimulyo Kecamatan Singosari Kabupaten Malang

KUESIONER DATA KARAKTERITIK RESPONDEN

A. DATA UMUM

Nama :

Tempat/Tgl Lahir :

Umur :

Pekerjaan :

Pendidikan terakhir :

Suku :

B. POLA MENYUSUI

1. Status Gizi Ibu
 - a. KEK
 - b. Normal
2. ASI Eksklusif
 - a. Ya
 - b. Tidak
3. IMD
 - a. Ya
 - b. Tidak
4. Kolostrum
 - a. Ya
 - b. Tidak
5. Makanan Pralakteal
 - a. Ya
 - b. Tidak
6. Status Menyusu kini
 - a. Ya
 - b. Tidak

7. Durasi Menyusu
 - a. ≥ 6 kali sehari
 - b. < 6 kali sehari
8. Lama Menyusu
 - a. ≥ 10 menit
 - b. < 10 menit

C. POLA MAKAN DAN MINUM SELAMA MENYUSUI

| No | Jenis Makanan/Minuman | Porsi setiap makan* | Frekwensi makan dalam sehari |
|----|-----------------------|---------------------|------------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

*piring, mangkok, sendok makan, gelas, dll

Lampiran 4: Kuesioner Faktor Resiko Stunting Pada **Ibu/Pengasuh Anak Usia 0-36 Bulan**
Di Wilayah Kerja Puskesmas Ardimulyo Kecamatan Singosari Kabupaten
Malang

KUESIONER DATA KARAKTERITIK RESPONDEN

A. DATA UMUM

Nama :

Jenis Kelamin :

Tempat/Tgl Lahir :

Umur(diisi oleh
petugas)

Pekerjaan :

Berat Lahir :

Panjang Lahir :

Berat Badan sekarang :

Tinggi badan sekarang :

Kelahiran : Prematur/tidak (Lingkari jawaban Anda)

B. RIWAYAT KESEHATAN ANAK SAAT DILAHIRKAN

- a. Apakah bayi langsung menangis saat dilahirkan? **Ya/Tidak (lingkari jawaban Anda)**
- b. Apakah bayi pernah menderita kuning setelah dilahirkan? **Ya/Tidak (lingkari jawaban Anda)**
- c. Apakah bayi pernah dirawat di inkubator setelah dilahirkan? **Ya/Tidak (lingkari jawaban Anda)**
- d. Tindakan apa sajakah yang Ibu ketahui yang diberikan kepada bayi Ibu setelah dilahirkan? Mengapa Tindakan tersebut dilakukan kepadabayi Ibu?
.....
.....
.....
.....
.....

C. RIWAYAT IMD-ASI-MPASI

5. Apakah saat lahir anak dilakukan IMD (Inisiasi Menyusu Dini)? **Ya/Tidak (lingkari jawaban Anda)**

Jika jawaban Anda Tidak lanjutkan mengisi berikut ini:

- d. Mengapa anak tidak dilakukan inisiasi menyusu dini? (jawaban boleh lebih dari satu)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6. Apakah saat ini anak masih diberi ASI? **Ya/Tidak (lingkari jawaban Anda)**
7. Apakah anak diberikan ASI eksklusif? (diberi ASI saja tanpa makanan atau minuman tambahan lain sampai usia 6 bulan) **Ya/Tidak (lingkari jawaban Anda)**

Jika jawaban Anda Tidak lanjutkan mengisi berikut ini:

- e. Anak diberi ASI saja sampai usia berapa hari/bulan?
- f. Apa alasan Ibu tidak memberikan ASI eksklusif? (jawaban boleh lebih dari satu)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

8. Apakah saat ini anak diberikan makanan pendamping ASI (MPASI)? **Ya/Tidak (lingkari jawaban Anda)**

Jika jawaban Anda YA lanjutkan dengan mengisi berikut ini:

- d. Jenis M-PASI yang diberikan sehari-hari:

.....

e. Berapa kali sehari diberikan M-PASI?

f. Berapa jumlah M-PASI setiap kali pemberian?

| No | Nama Makanan/minuman | Jumlah setiap kali pemberian* | Berapa kali diberikan dalam sehari |
|----|----------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

*Dituliskan dalam satuan piring, mangkok, gelas, sendok makan, dll.
 Contoh nasi (1/2 piring atau 5 sdm atau sayur ¼ mangkok dll)

g. Apakah ada kendala dalam pemberian M-PASI?

.....

Jika jawaban Anda untuk pertanyaan No. 3 adalah TIDAK lanjutkan dengan mengisi berikut ini:

b. Apa alasan Ibu tidak memberikan ASI eksklusif? (jawaban boleh lebih dari satu)

.....

-
-
- d. Apakah saat ini anak hanya diberikan ASI saja? **Ya/Tidak (lingkari jawaban Anda)**
- e. Makanan/minuman apa yang sesekali diberikan kepada anak saat ini?
(jawaban boleh lebih dari satu)

.....

.....

.....

D. RIWAYAT IMUNISASI

| No | Jenis Imunisasi | Ya/Tidak | Jml pemberian dan umur saat diberikan | Konfirmasi Buku KIA |
|----|-----------------|----------|---------------------------------------|---------------------|
| 1. | Hepatitis B | | | |
| 2. | Polio | | | |
| 3. | BCG | | | |
| 4. | DPT | | | |
| 5. | Campak | | | |
| 6. | Lainnya..... | | | |

E. RIWAYAT SAKIT INFEKSI

| No | Sakit yang pernah diderita | Usia saat sakit | Rawat inap/ tidak | Pengobatan |
|----|----------------------------|-----------------|-------------------|------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Lampiran 5: Kuesioner Faktor Resiko Stunting Pada **Remaja Puteri dan WUS** Di Wilayah Kerja Puskesmas Ardimulyo Kecamatan Singosari Kabupaten Malang

KUESIONER DATA KARAKTERITIK RESPONDEN

A. DATA UMUM

Nama :

Tempat/Tgl Lahir :

Umur :

Pekerjaan :

Pendidikan terakhir :

Suku :

B. POLA KESEHATAN SEHARI-HARI

9. Apakah sedang menjalani diet tertentu?

- a. YA
- b. Tidak

10. Jenis diet yang sedang dijalani:

- a. DEBM
- b. Ketofastosis
- c. Diet Mayo
- d. Lainnya

(sebutkan).....

11. Alasan menjalani diet:.....

.....

.....

.....

12. Obat-obatan diet dari dokter atau yang dibeli sendiri

.....

.....

.....

13. Suplemen/vitamin yang dikonsumsi:

.....

14. Olahraga yang rutin dilakukan

- a. Jogging
- b. Aerobic/senam
- c. Fitness
- d. Yoga
- e. Pilates
- f. Volley
- g. Renang, tennis, sepak bola, badminton, golf (lingkari pilihan Anda)**
- h. Lainnya (sebutkan

15. Berapa kali dalam seminggu melakukan olahraga:

C. PENYAKIT/GANGGUAN KESEHATAN

a. Penyakit yang pernah dialami:.....

Tahun:

Upaya yang dilakukan:

Obat-obatan yang dikonsumsi:

.....

.....

b. Apakah pernah mengalami gangguan haid? (YA/Tidak) lingkari pilihan Anda

Bentuknya gangguan haid:

Sudah berapa lama:.....

Upaya yang dilakukan:.....

.....

.....

Obat-obatan yang dikonsumsi:

.....

.....

D. POLA MAKAN DAN MINUM

| No | Jenis Makanan/Minuman | Porsi setiap makan* | Frekwensi makan dalam sehari |
|----|-----------------------|---------------------|------------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

*piring, mangkok, sendok makan, gelas, dll

E. DATA ANTROPOMETRI DAN TANDA VITAL

BB :

TB :

LILA :

TD :

Nadi :

RR :

Suhu :

Jumlah anggota keluarga yang tinggal serumah: orang

Adakah anggota keluarga yang merokok? **Ya/Tidak (lingkari jawaban Anda)**

Jika ada sebutkan:

