

Kode>Nama Rumpun Ilmu : 354/Illmu Gizi

**LAPORAN
PENELITIAN HIBAH BERSAING**



**INTERVENSI GIZI SPESIFIK PADA TARGET 1000 HPK
DALAM PENCEGAHAN KEJADIAN *STUNTING*
DI KABUPATEN TRENGGALEK (TAHAP I)**

**Kajian pada Kelompok 1000 HPK
(Ibu Hamil, Ibu Menyusui, serta Bayi dan Anak Usia 0 – 24 Bulan)**

Peneliti :

**Ir. ASTUTIK PUDJIRAHAJU, M.Si.
DWIE SOELISTYORINI, S.ST., M.Kes.
Ir. AAG ANOM ASWIN, MPS.**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN MALANG
JURUSAN GIZI
MALANG
2018**

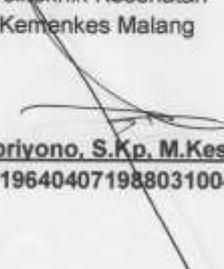
LEMBAR PENGESAHAN

Laporan Hasil Penelitian Hibah Bersaing dengan Judul:

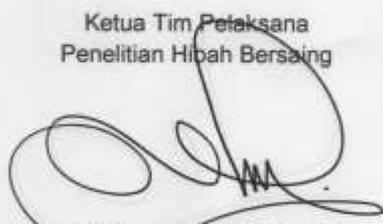
Intervensi Gizi Spesifik Pada Target 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) dalam Pencegahan Kejadian *Stunting* di Kabupaten Trenggalek (Tahap I)
Kajian pada Kelompok 1000 HPK
(Ibu Hamil, Ibu Menyusui, Bayi dan Anak Usia 0 – 24 Bulan)

Telah disetujui dan disahkan pada Tanggal Bulan November 2018

Kepala Unit Penelitian dan
Pengabdian Masyarakat
Politeknik Kesehatan
Kemenkes Malang


Jupriyono, S.Kp, M.Kes
NIP.196404071988031004

Ketua Tim Pelaksana
Penelitian Hibah Bersaing


Ir. Astutik Pudjirahaju, M.Si.
NIP. 196042474986032001

Mengetahui,
Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes
Malang


Budi Susatia, S.Kp, M.Kes
NIP. 196503181988031002

KATA PENGANTAR

Alhamdulillahirobbil'alamin, atas rahmat dan hidayah Allah SWT, Laporan Penelitian Hibah Bersaing Tahun 2018 dengan Judul Intervensi Gizi Spesifik pada Target 1000 HPK dalam Pencegahan Kejadian *Stunting* di Kabupaten Trenggalek (Kajian pada Kelompok 1000 HPK: Ibu Hamil, Ibu Menyusui, dan Bayi Usia 0 – 24 Bulan) TAHAP I dapat terselesaikan.

Penulis menyadari, dengan selesainya penyusunan Laporan Penelitian Hibah Bersaing ini tidak terlepas dari bantuan, bimbingan dan arahan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, ucapan terima kasih penulis sampaikan kepada yang terhormat:

1. Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang yang telah memberikan ijin dan dukungan dana untuk melakukan penelitian.
2. Ketua Jurusan Gizi – Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang yang telah memberikan dorongan, dukungan, dan kesempatan untuk melakukan penelitian.
3. Semua pihak yang telah membantu dalam pelaksanaan penelitian ini dan tidak dapat disebutkan satu persatu.

Akhirnya, penulis menyadari bahwa Laporan Penelitian Hibah Bersaing ini mempunyai banyak kelemahan, sehingga masukan dan saran sangat diharapkan dalam penyempurnaan laporan penelitian ini. Di penghujung kata, segala kebenaran hanyalah dari Allah SWT, dan hanya kepada Allah SWT peneliti berserah diri dan berlindung dari segala kekhilafan dan kesalahan. Amin.

Malang, November 2018

Peneliti,

DAFTAR ISI

	Halaman
KATA PENGANTAR	3
DAFTAR ISI	4
RINGKASAN	5
BAB I PENDAHULUAN	7
A. Latar Belakang	7
C. Rumusan Masalah Penelitian	11
B. Tujuan Penelitian	12
C. Manfaat Penelitian	13
D. Luaran Penelitian	13
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	14
A. Kejadian Stunting pada bayi Usia 6 – 12 Bulan	14
B. Tingkat Kecukupan Energi dan Zat Gizi Ibu Masa Kehamilan Trimester III	16
C. Pemberian ASI Eksklusif	18
D. Intervensi Gizi Spesifik	20
BAB III METODE PENELITIAN	22
A. Jenis dan Desain Penelitian	22
B. Tempat dan Waktu Penelitian	22
C. Populasi dan Sampel Penelitian	22
D. Jenis dan Cara Pengumpulan Data	22
E. Pelaksanaan Intervensi	23
F. Pengolahan dan Analisis Data	24
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	28
A. Gambaran Umum Kabupaten Trenggalek	28
B. Hasil Penguatan Peran Teknis Bidan Desa dan Kader Posyandu sebagai <i>agent of change</i>	28
C. Karakteristik Sampel Ibu Hamil Trimester III	29
D. Pola Konsumsi Pangan Ibu (Kuantitatif dan Kualitatif)	29
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	35
DAFTAR PUSTAKA	36
LAMPIRAN-LAMPIRAN	39

RINGKASAN

Kabupaten Trenggalek merupakan salah satu wilayah di Provinsi Jawa Timur yang masih menghadapi berbagai masalah kesehatan ibu dan anak. Diantara masalah kesehatan tersebut, Dinas Kesehatan Kabupaten Trenggalek melaporkan bahwa capaian pemberian ASI Eksklusif masih sangat rendah, yaitu 48,06% pada tahun 2012 jauh di bawah rata-rata Jawa Timur, yaitu 64,08% tahun 2012. Demikian juga, belum memenuhi standar MDGs 2015 mengenai pemberian ASI Eksklusif sebesar 80%. ASI Eksklusif merupakan salah satu dari 10 jenis intervensi *Global Evidence*, dimana jika dijalankan dengan cakupan mencapai 90% akan dapat menurunkan *stunting* sebesar 15%. Meskipun ibu yang memulai kegiatan menyusui dengan memuaskan, namun seringkali ditemukan mulai memberikan MP-ASI atau berhenti menyusui beberapa minggu setelah persalinan. Menyusui yang diawali dengan Inisiasi Menyusui Dini (IMD) dilanjutkan dengan pemberian ASI Eksklusif sejak lahir sampai dengan umur 6 (enam) bulan berperan sangat penting guna mendapatkan status gizi yang optimal. Selanjutnya, para ibu hendaklah menyusukan anak-anak mereka selama 2 (dua) tahun penuh bagi yang ingin menyempurnakan penyusuan tersebut.

Ratusan balita di Kabupaten Trenggalek, Jawa Timur, pada Tahun 2012 menderita gizi buruk akut. Banyaknya balita gizi buruk tersebut terjadi akibat kemiskinan yang melanda sebagian wilayah tersebut serta rendahnya pengetahuan masyarakat setempat tentang asupan makanan sehat bagi bayi. Kasus gizi buruk di Trenggalek masih di atas rata-rata Provinsi maupun Nasional. Jumlah kasus gizi buruk di Trenggalek saat ini tercatat mencapai lebih dari 500 balita dan anak-anak. Dari jumlah tersebut, hanya sebesar 350 balita yang tertangani dinas kesehatan. Selebihnya belum terjangkau penanganan medis karena berbagai alasan, salah satunya karena rendahnya kesadaran orang tua untuk membawa ke posyandu maupun puskesmas/poliklinik terdekat.

Munculnya penderita gizi buruk tersebut bukan hanya disebabkan oleh masalah kesehatan, namun 60% di antaranya adalah dampak dari kemiskinan dan rendahnya tingkat pendidikan masyarakat. Meskipun Dinas Kesehatan telah memberikan tambahan asupan gizi, apabila pola hidup serta konsumsi sehari-hari masyarakat tidak mengalami perubahan maka kasus gizi buruk akan terus muncul. Untuk mengatasi kasus gizi buruk

tersebut, pihak Dinas Kesehatan terus melakukan upaya intensif dengan pemberian makanan tambahan pemulihan (PMT pemulihan) secara terus menerus selama 90 hari, dengan volume 400 Kalori per hari. Selain itu, juga diberikan obat-obatan seperti antibiotik, vitamin serta pemberian zat besi. Sedangkan, untuk penderita yang mengalami komplikasi akan dirujuk sampai dengan rumah sakit. Dengan intervensi tersebut, pada tahun 2013 dilaporkan dari 38.879 balita yang ditimbang didapatkan 201 (0,52%) balita yang masuk kategori berat badan di bawah garis merah.

Stunting menjadi permasalahan karena berhubungan dengan meningkatnya risiko terjadinya kesakitan dan kematian, perkembangan otak suboptimal sehingga perkembangan motorik terlambat dan terhambatnya pertumbuhan mental. *Stunting* merupakan bentuk kegagalan pertumbuhan (*growth faltering*) akibat akumulasi ketidakcukupan energi dan zat gizi yang berlangsung lama mulai dari kehamilan sampai usia 24 bulan. Keadaan ini diperparah dengan tidak terimbangnya kejar tumbuh (*catch up growth*) yang memadai. Di Indonesia, berdasarkan Riskesdas 2013 terjadi peningkatan anak *stunting* dari 36,8% pada tahun 2010 menjadi 37,2% pada tahun 2013. Selama 20 tahun terakhir, penanganan masalah *stunting* sangat lambat.

Secara global, persentase anak-anak yang terhambat pertumbuhannya menurun hanya 0,6% per tahun sejak tahun 1990. WHO mengusulkan target global penurunan kejadian *stunting* pada anak di bawah usia lima tahun sebesar 40% pada tahun 2025, namun diprediksikan hanya 15 – 36 negara yang memenuhi target tersebut. Tujuan dari penelitian ini adalah melakukan intervensi gizi spesifik pada target 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) dalam pencegahan kejadian *stunting*. Fokus Gerakan perbaikan gizi ditujukan kepada kelompok 1000 HPK, yang pada tatanan global disebut *Scaling Up Nutrition* (SUN) dan di Indonesia disebut dengan Gerakan Nasional Sadar Gizi dalam Rangka Percepatan Perbaikan Gizi.

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Tahun 2013 melaporkan bahwa prevalensi *stunting* nasional mencapai 37,2%, meningkat dari tahun 2010 (35,6%) dan 2007 (36,8%). Hal ini berarti bahwa gangguan pertumbuhan diderita oleh sekitar 8,9 juta anak Indonesia, atau satu dari tiga anak Indonesia. Prevalensi *stunting* di Indonesia lebih tinggi daripada negara-negara lain di Asia Tenggara, seperti Myanmar (35%), Vietnam (23%), dan Thailand (16%). Indonesia menduduki peringkat kelima dunia untuk jumlah anak dengan kondisi *stunting*. Lebih dari sepertiga anak berusia di bawah lima tahun di Indonesia tingginya berada di bawah rata-rata.

Stunting terjadi mulai janin masih dalam kandungan dan baru nampak saat anak berusia dua tahun. Kekurangan energi dan zat gizi pada usia dini meningkatkan angka kematian bayi dan anak, menyebabkan penderitanya mudah sakit dan memiliki postur tubuh tidak maksimal saat usia dewasa. Kemampuan kognitif penderita juga berkurang sehingga mengakibatkan kerugian ekonomi jangka panjang bagi Indonesia.

Selama 20 tahun terakhir, penanganan masalah *stunting* sangat lambat. Secara global, persentase anak-anak yang terhambat pertumbuhannya menurun hanya 0,6% per tahun sejak tahun 1990. WHO mengusulkan target global penurunan kejadian *stunting* pada anak dibawah usia lima tahun sebesar 40% pada tahun 2025, Namun diprediksikan hanya 15 – 36 negara yang memenuhi target tersebut. Fokus Gerakan Perbaikan Gizi ditujukan kepada kelompok 1000 hari pertama kehidupan, pada tatanan global disebut *Scaling Up Nutrition* (SUN) dan di Indonesia disebut dengan Gerakan Nasional Sadar Gizi dalam Rangka Percepatan Perbaikan Gizi pada 1000 Hari Pertama Kehidupan.

Pengaruh kekurangan gizi pada 1000 Hari Pertama Kehidupan (1000 HPK), yaitu sejak janin sampai anak berumur dua tahun, tidak hanya terhadap perkembangan fisik, tetapi juga perkembangan kognitif yang selanjutnya dapat mempengaruhi kecerdasan dan ketangkasan berpikir serta produktivitas kerja. Kekurangan gizi pada masa ini juga dikaitkan dengan risiko terjadinya penyakit kronis pada usia dewasa, yaitu kegemukan, penyakit jantung dan pembuluh darah, hipertensi, *stroke*, dan diabetes. Untuk mencegah timbulnya masalah gizi tersebut, perlu disosialisasikan pedoman gizi seimbang yang

dapat dijadikan pedoman makan, beraktivitas fisik, hidup sehat, dan mempertahankan berat badan normal.

Banyak faktor yang menyebabkan tingginya kejadian *stunting* pada balita. Penyebab langsung adalah kurangnya asupan makanan dan adanya penyakit infeksi (Unicef, 1990; Hoffman, 2000; Umeta, 2003). Faktor lainnya adalah pengetahuan ibu yang kurang, pola asuh yang salah, sanitasi dan hygiene yang buruk dan rendahnya pelayanan kesehatan (Unicef, 1990). Selain itu, masyarakat belum menyadari anak pendek merupakan suatu masalah, karena anak pendek di masyarakat terlihat sebagai anak-anak dengan aktivitas yang normal, tidak seperti anak kurus yang harus segera ditanggulangi. Demikian pula halnya gizi ibu waktu hamil, masyarakat belum menyadari pentingnya gizi selama kehamilan berkontribusi terhadap keadaan gizi bayi yang akan dilahirkannya kelak (Unicef Indonesia, 2013).

Konsumsi makanan yang beragam, bergizi, seimbang dan aman dapat memenuhi kecukupan gizi individu untuk tumbuh dan berkembang. Gizi pada ibu hamil sangat berpengaruh pada perkembangan otak janin, sejak dari minggu keempat pembuahan sampai lahir dan sampai anak berusia 2 tahun. Sejumlah penelitian telah menunjukkan peran penting zat gizi tidak saja pada pertumbuhan fisik tubuh, tetapi juga dalam pertumbuhan otak, perkembangan perilaku, motorik dan kecerdasan. Riskeudas Tahun 2013 juga melaporkan bahwa asupan energi anak balita masih di bawah Angka Kecukupan Gizi (AKG). Akibat dari rendahnya AKG, tinggi badan anak balita perempuan dan laki-laki Indonesia masing-masing 6,7 cm dan 7,3 cm lebih pendek daripada standar WHO 2005, bahkan pada kelompok usia 5 – 19 tahun kondisi ini lebih buruk karena tinggi badan anak perempuan 13,6 cm dan anak laki-laki 10,4 cm di bawah standar WHO 2005. Kelompok ibu pendek juga terbukti melahirkan 46,7% bayi pendek. Oleh karena itu, jelas masalah gizi intergenerasi ini harus mendapat perhatian serius karena telah terbukti akan mempengaruhi kualitas bangsa.

Intervensi efektif dibutuhkan untuk mengurangi *stunting*, defisiensi zat gizi mikro, dan kematian anak. Jika diterapkan pada skala yang cukup maka akan mengurangi (semua kematian anak) sekitar seperempat dalam jangka pendek. *Stunting* dapat dicegah dengan upaya: 1) pemenuhan kebutuhan zat gizi bagi ibu hamil untuk mendapatkan makanan yang cukup energi dan zat gizi serta terpantau kesehatannya; 2) ASI eksklusif sampai umur 6 bulan dan setelah umur 6 bulan diberi makanan pendamping ASI (MP-

ASI) yang cukup jumlah dan kualitasnya; 3) memantau pertumbuhan balita di posyandu yang merupakan upaya sangat strategis untuk mendeteksi dini terjadinya gangguan pertumbuhan; dan 4) meningkatkan akses terhadap air bersih dan fasilitas sanitasi serta menjaga kebersihan lingkungan. Potensi *stunting* berkurang jika ada intervensi yang terfokus pada perubahan perilaku konsumsi pangan dan sanitasi, dengan kontribusi penurunan *stunting* sebesar 27% (Fink, *et. al.*, 2011).

Pencapaian percepatan perbaikan gizi membutuhkan dukungan lintas sektor. Kontribusi sektor kesehatan hanya menyumbang 30%, sedangkan sektor non kesehatan berkontribusi sebesar 70% dalam penanggulangan masalah gizi (Hadiat, 2013). Dalam gerakan 1000 HPK telah dijelaskan bahwa untuk menanggulangi masalah kurang gizi diperlukan intervensi yang spesifik dan sensitif. Intervensi spesifik dilakukan oleh sektor kesehatan seperti penyediaan vitamin, makanan tambahan, dan lainnya, sedangkan intervensi sensitif dilakukan oleh sektor non-kesehatan seperti penyediaan sarana air bersih, ketahanan pangan, jaminan kesehatan, pengentasan kemiskinan dan sebagainya.

Ratusan balita di Kabupaten Trenggalek, Jawa Timur, pada Tahun 2012 menderita gizi buruk akut. Banyaknya balita gizi buruk tersebut terjadi akibat kemiskinan yang melanda sebagian wilayah tersebut serta rendahnya pengetahuan masyarakat setempat tentang asupan makanan sehat bagi bayi. Kasus gizi buruk di Trenggalek masih di atas rata-rata Povinsi maupun Nasional. Jumlah kasus gizi buruk di Trenggalek saat ini tercatat mencapai lebih dari 500 balita dan anak-anak. Dari jumlah tersebut, hanya sebesar 350 balita yang tertangani dinas kesehatan. Selebihnya belum terjangkau penanganan medis karena berbagai alasan, salah satunya karena rendahnya kesadaran orang tua untuk membawa ke posyandu maupun puskesmas/poliklinik terdekat.

Munculnya penderita gizi buruk tersebut bukan hanya disebabkan oleh masalah kesehatan, namun 60% di antaranya adalah dampak dari kemiskinan dan rendahnya tingkat pendidikan masyarakat. Meskipun Dinas Kesehatan telah memberikan tambahan asupan gizi, apabila pola hidup serta konsumsi sehari-hari masyarakat tidak mengalami perubahan maka kasus gizi buruk akan terus muncul. Untuk mengatasi kasus gizi buruk tersebut, pihak Dinas Kesehatan terus melakukan upaya intensif dengan pemberian makanan tambahan pemulihan (PMT pemulihan) secara terus menerus selama 90 hari, dengan energi 400 Kalori per hari. Selain itu, juga diberikan obat-obatan seperti

antibiotik, vitamin serta pemberian zat besi. Sedangkan, untuk penderita yang mengalami komplikasi akan dirujuk sampai dengan rumah sakit. Dengan intervensi tersebut, pada tahun 2013 dilaporkan dari 38.879 balita yang ditimbang didapatkan 201 (0,52%) balita yang masuk kategori berat badan di bawah garis merah (Dinas Kesehatan Kabupaten Trenggalek, 2013).

Dengan berjalannya waktu, kesadaran masyarakat terhadap pentingnya gizi untuk kesehatan keluarga semakin meningkat. Hasil Pemantauan Status Gizi (PSG) Tahun 2015 menunjukkan bahwa jumlah keluarga sadar gizi sebesar 53,7%, meningkat dibandingkan tahun 2014 hanya sebesar 34,8%. Peningkatan ini ditandai dengan menurunnya jumlah kasus balita gizi buruk, yaitu 308 kasus pada tahun 2014 menjadi 286 pada tahun 2015.

B. Rumusan Masalah

Penelitian ini didasarkan pada kenyataan bahwa masalah anak pendek (*stunting*) merupakan salah satu permasalahan gizi yang dihadapi di dunia, khususnya di negara-negara miskin dan berkembang. *Stunting* menjadi permasalahan karena berhubungan dengan meningkatnya risiko terjadinya kesakitan dan kematian, perkembangan otak suboptimal sehingga perkembangan motorik terlambat dan terhambatnya pertumbuhan mental. *Stunting* merupakan bentuk kegagalan pertumbuhan (*growth faltering*) akibat akumulasi ketidakcukupan energi dan zat gizi yang berlangsung lama mulai dari kehamilan sampai usia 24 bulan. Keadaan ini diperparah dengan tidak terimbangnya kejar tumbuh (*catch up growth*) yang memadai. Di Indonesia, berdasarkan Riskesdas 2013 terjadi peningkatan anak *stunting* dari 36,8% pada tahun 2010 menjadi 37,2% pada tahun 2013. Selama 20 tahun terakhir, penanganan masalah *stunting* sangat lambat.

Secara global, persentase anak-anak yang terhambat pertumbuhannya menurun hanya 0,6% per tahun sejak tahun 1990. WHO mengusulkan target global penurunan kejadian *stunting* pada anak di bawah usia lima tahun sebesar 40% pada tahun 2025, namun diprediksikan hanya 15 – 36 negara yang memenuhi target tersebut. Tujuan dari penelitian ini adalah melakukan intervensi gizi spesifik pada target 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) dalam pencegahan kejadian *stunting*. Fokus Gerakan perbaikan gizi ditujukan kepada kelompok 1000 HPK, yang pada tatanan global disebut *Scaling Up*

Nutrition (SUN) dan di Indonesia disebut dengan Gerakan Nasional Sadar Gizi dalam Rangka Percepatan Perbaikan Gizi.

Berdasarkan latar belakang masalah yang telah diuraikan di atas, maka dapat dirumuskan masalah penelitian sebagai berikut : “Apakah Intervensi Gizi Spesifik pada Target 1000 HPK berpengaruh terhadap Pencegahan Kejadian *Stunting* di Kabupaten Trenggalek (TAHAP I) (Kajian pada Kelompok 1000 HPK: Ibu Hamil, Ibu Menyusui, serta Bayi Usia 0 – 24 Bulan).

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Menganalisis pengaruh intervensi gizi spesifik pada target 1000 HPK dalam pencegahan kejadian *stunting* di Kabupaten Trenggalek.

2. Tujuan Khusus

Tahap I (Tahun 2018):

- a) Penguatan Peran Teknis (Bidan Desa dan Kader Posyandu) Gizi Seimbang 4 Pilar 10 Pesan bagi Ibu Hamil dan Konseling Menyusui WHO.
- b) Menganalisis Pola Konsumsi Pangan Ibu Hamil Trimester III secara Kuantitatif dengan Pemenuhan Angka Kecukupan Gizi (AKG) dan Kualitatif dengan Skor Mutu Pola Pangan Harapan (PPH) sebagai gambaran Diversifikasi Pola Konsumsi Pangan.

Tahap II (Tahun 2019):

- c) Menganalisis capaian ASI Eksklusif 0 – 6 Bulan.
- d) Menganalisis Kelengkapan Imunisasi Dasar pada bayi hingga 24 bulan.
- e) Menganalisis perkembangan BB dan PB bayi selama 24 bulan
- f) Menganalisis kejadian *stunting* bayi selama 24 bulan
- g) Menganalisis pengaruh intervensi gizi spesifik: Pola Konsumsi Pangan Ibu Menyusui, Capaian Keberhasilan ASI Eksklusif, Kelengkapan Imunisasi Dasar, dan pola konsumsi pangan Bayi dengan MP-ASI bahan pangan lokal bayi 6 – 24 bulan terhadap kejadian *stunting*.

D. Manfaat Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai model intervensi gizi spesifik pada target 1000 HPK: Pola Konsumsi Pangan Ibu Menyusui, ASI Eksklusif, kelengkapan imunisasi dasar, dan pola konsumsi pangan Bayi dengan MP-ASI bahan pangan lokal bayi 6 – 24 bulan terhadap kejadian *stunting* bayi usia 6 – 24 bulan.

E. Luaran (Proses atau Produk)

Hasil penelitian ini akan dipublikasi dalam jurnal internasional bereputasi terindeks oleh pemeringkat internasional yang diakui oleh Kementerian Riset dan Teknologi Pendidikan Tinggi (contoh, *Web of Science* dan/atau *Scopus*) serta mempunyai factor dampak (*impact factor*) lebih besar dari 0 (nol) atau mempunyai faktor dampak (SJR) dari *Scimago Journal and Country Rank* paling rendah Q3 (*quartile* tiga).

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Masalah *Stunting*

Masalah anak pendek (*stunting*) merupakan salah satu permasalahan gizi yang dihadapi di dunia, khususnya di negara-negara miskin dan berkembang (Unicef, 2013). *Stunting* menjadi permasalahan karena berhubungan dengan meningkatnya risiko terjadinya kesakitan dan kematian, perkembangan otak suboptimal sehingga perkembangan motorik terlambat dan terhambatnya pertumbuhan mental (Lewit, 1997; Kusharisupeni, 2002; Unicef, 2013). Beberapa studi menunjukkan risiko yang diakibatkan *stunting* yaitu penurunan prestasi akademik (Picauly & Toy, 2013), meningkatkan risiko obesitas (Hoffman et al, 2000; Timaeus, 2012) lebih rentan terhadap penyakit tidak menular (Unicef Indonesia, 2013) dan peningkatan risiko penyakit degeneratif (Picauly & Toy, 2013, WHO, 2013, Crookston et al 2013).

Penelitian kohort prospektif di Jamaika, dilakukan pada kelompok usia 9 – 24 bulan, diikuti perkembangan psikologisnya ketika berusia 17 tahun, diperoleh bahwa remaja yang terhambat pertumbuhannya lebih tinggi tingkat kecemasan, gejala depresi, dan memiliki harga diri (*self esteem*) yang rendah dibandingkan dengan remaja yang tidak terhambat pertumbuhannya. Anak-anak yang terhambat pertumbuhannya sebelum berusia 2 tahun memiliki hasil yang lebih buruk dalam emosi dan perilakunya pada masa remaja akhir (Walker et al 2007). Oleh karena itu, *stunting* merupakan prediktor buruknya kualitas sumber daya manusia yang selanjutnya akan berpengaruh pada pengembangan potensi bangsa (Unicef, 2013; Unicef Indonesia, 2013).

Stunting merupakan bentuk kegagalan pertumbuhan (*growth faltering*) akibat akumulasi ketidakcukupan energi dan zat gizi yang berlangsung lama mulai dari kehamilan sampai usia 24 bulan (Hoffman et al, 2000; Bloem et al, 2013). Keadaan ini diperparah dengan tidak terimbangnya kejar tumbuh (*catch up growth*) yang memadai (Kusharisupeni, 2002; Hoffman et al, 2000). Indikator yang digunakan untuk mengidentifikasi balita *stunting* adalah berdasarkan indeks Tinggi Badan menurut umur (TB/U) menurut standar WHO *child growth standart* dengan kriteria *stunting* jika nilai z score TB/U < -2 Standard Deviasi (SD) (Picauly & Toy, 2013; Mucha, 2013). Periode 0 – 24 bulan merupakan periode yang menentukan kualitas kehidupan sehingga disebut

dengan periode emas. Periode ini merupakan periode yang sensitif karena akibat yang ditimbulkan terhadap bayi pada masa ini akan bersifat permanen dan tidak dapat dikoreksi. Oleh karena itu, diperlukan pemenuhan energi dan zat gizi yang adekuat pada usia ini (Mucha, 2013).

Banyak faktor yang menyebabkan tingginya kejadian *stunting* pada balita. Penyebab langsung adalah kurangnya asupan makanan dan adanya penyakit infeksi (Unicef, 1990; Hoffman, 2000; Umeta, 2003). Faktor lain adalah pengetahuan ibu yang kurang, pola asuh yang salah, sanitasi dan hygiene yang buruk dan rendahnya pelayanan kesehatan (Unicef, 1990). Selain itu, masyarakat belum menyadari anak pendek merupakan suatu masalah, karena anak pendek di masyarakat terlihat sebagai anak-anak dengan aktivitas yang normal, tidak seperti anak kurus yang harus segera ditanggulangi. Demikian pula halnya gizi ibu waktu hamil, masyarakat belum menyadari pentingnya gizi selama kehamilan berkontribusi terhadap keadaan gizi bayi yang akan dilahirkannya kelak (Unicef Indonesia, 2013).

Millenium Development Goals (MDGs) merupakan suatu deklarasi pembangunan millennium yang berpihak kepada pemenuhan hak-hak dasar manusia yang mengarah pada peningkatan kualitas hidup. MDGs menetapkan 8 tujuan pembangunan yang diuraikan menjadi 18 target dan 48 indikator. Tujuan 1 dan 4 difokuskan pada penurunan kelaparan dan kematian balita, tetapi tidak ada indikator khusus untuk *stunting* dalam tujuan tersebut (Unicef, 2013; Cobham et al, 2013). Selama 20 tahun terakhir, penanganan masalah *stunting* sangat lambat. Secara global, persentase anak-anak yang terhambat pertumbuhannya menurun hanya 0,6% per tahun sejak tahun 1990. Diprediksi jika hal tersebut berlangsung terus, maka 15 tahun kemudian diperkirakan 450 juta anak-anak mengalami keterlambatan pertumbuhan (*stunting*) (Cobham et al, 2013). Dalam menyingkapi tingginya prevalensi *stunting* ini, yang terkonsentrasi di beberapa dunia negara-negara termiskin, Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) telah mengusulkan target global penurunan kejadian *stunting* pada anak dibawah usia lima tahun sebesar 40% pada tahun 2025. Tiga negara dari Afrika, yaitu Malawi, Niger dan Zambia diproyeksikan penurunannya hanya sebesar 0 – 2%, sementara di lebih lima negara Afghanistan, Burkina Faso, Madagaskar, Tanzania dan Yaman pengurangan diproyeksikan kurang dari 20% atau setengah diusulkan sasaran

(Unicef, 2013; Cobham et al, 2013). Untuk itu, diperlukan strategi dan respon yang tepat dalam mengatasi dan menurunkan prevalensi kejadian *stunting*.

B. Tingkat Kecukupan Energi dan Gizi Ibu Masa Kehamilan Trimester III

Ibu yang sedang menyusui membutuhkan lebih banyak zat-zat gizi yang dapat diperoleh dari makanan sehari-hari untuk membantu pemulihan kesehatan dan kekuatan ibu sehabis melahirkan untuk meningkatkan kualitas dan kuantitas ASI. Kalau zat-zat gizi yang dikonsumsi ibu tidak mencukupi maka ibu menjadi kurus dan cepat letih (Husaini et al., 2001).

Kecukupan konsumsi energi dan zat-zat gizi untuk ibu yang menyusui lebih banyak dari pada wanita dewasa, sebagaimana disajikan pada Tabel 1. Makanan ibu menyusui pada dasarnya tidak berbeda dengan makanan keluarga. Hidangan beragam yang diterapkan di keluarga juga adalah hidangan yang sangat baik untuk ibu menyusui. Tetapi oleh karena ibu menyusui termasuk golongan yang rawan gizi, maka minum susu lebih dianjurkan daripada ibu yang tidak hamil dan tidak menyusui. Lebih banyak makan sayur-sayuran adalah lebih baik, karena sayur-sayuran banyak mengandung vitamin dan mineral yang berguna untuk pembentukan ASI (Husaini et al., 2001).

Air susu ibu (ASI) mempunyai manfaat bagi bayi karena ASI mengandung zat-zat gizi dan energi yang cukup untuk mendukung proses pertumbuhan bayi. Air susu ibu mengandung zat protektif sehingga dapat melindungi bayi dari berbagai penyakit, higienis, memberikan efek psikologis antara ibu dan bayi yang menimbulkan rasa senang dan memacu nafsu makan dan minum. Sedangkan manfaat bagi ibu ; menyusui dapat mencegah perdarahan post partum (Muchtadi, 2002).

Kecukupan Energi. Untuk wanita menyusui, komisi ahli menyarankan tambahan energi sebesar 500 Kalori/hari pada enam bulan pertama menyusui, juga 500 Kalori/hari pada enam bulan kedua, bila masih menyusui (Hardinsyah, 1990). Perhitungan angka kecukupan individu bagi wanita menyusui per hari, dirumuskan sebagai berikut : untu wanita umur < 19 tahun = $(12.2 B + 746) FK + EM$ dan untuk wanita umur 20-29 tahun = $(14.7 B + 496) FK + EM$.

Keterangan :

FK = Faktor Koreksi (2) 22

B = Berat badan sehat wanita selama menyusui (Kg)

EM = Tambahan energi wanita menyusui (Kalori/orang/hari)

AKEI = Angka Kecukupan Energi individu

Tabel 1. Kecukupan Energi dan Zat Gizi bagi Ibu Masa Kehamilan Trimester III

Energi dan Zat Gizi	Wanita 19 – 29 Tahun	Tambahan 0 – 6 Bulan Pertama	Total
Energi (Kalori)	1900	500	2400
Protein (g)	50	17	67
Thiamin/B1 (mg)	0,5	0,3	0,8
Riboflavin/B2 (mg)	1,3	0,4	1,7
Niasin/B3 (mg)	9	3,1	12,1
Piridoksin/B6 (mg)	1,2	0,5	1,7
Vitamin C (mg)	60	10	70
Kalsium (mg)	800 – 2500	150	950 - 2650
Besi (mg)	32	0	32
Seng (mg)	9,8	4,6	14,4

Sumber : Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi, 2012

Kecukupan Protein . Wanita menyusui memerlukan tambahan sejumlah protein untuk menghasilkan ASI dan untuk membangun kembali berbagai jaringan tubuh yang mengalami perubahan pada saat melahirkan. Angka kecukupan protein(AKP) tambahan ibu menyusui dihitung berdasarkan AKP per kg berat badan(1.1 gram/kg) dikalikan dengan berat badan kemudian dikoreksi dengan faktor mutu protein (1.1) dengan asumsi berat badan ibu menyusui enam bulan pertama 56 dan 55 kg, maka kecukupan protein ibu menyusui adalah 67 gram/hari. Hal ini berarti tambahan AKP ibu menyusui adalah 67-50 gram, yaitu 17 gram per hari (Hardinsyah & Tambunan V, 2004).

Kecukupan Vitamin dan Mineral. Menurut Paath et al. (2005), kebutuhan vitamin dan mineral selama menyusui lebih penting daripada selama hamil. Nutrien yang paling mungkin dikonsumsi dalam jumlah tidak adekuat oleh ibu menyusui adalah kalsium, magnesium, zink, vitamin B6 dan folat. Multivitamin dan suplemen mineral tidak dianjurkan untuk penggunaan rutin, namun suplemen khusus dapat diindikasikan ketika asupan ibu tidak adekuat, seperti ibu yang mengonsumsi makanan kurang dari 1800 kal/hari, ibu yang intoleran laktosa atau tidak mengonsumsi susu (suplemen kalsium, vit.D), ibu yang vegetarian ketat (Vit.B12), ibu yang kehilangan darah selama melahirkan dan defisit besi selama hamil (zat besi).

Cairan. Pertimbangan nutrisi lain selama menyusui adalah asupan cairan. Dianjurkan bahwa ibu yang menyusui minum 2-3 liter per hari, lebih baik dalam bentuk

air putih, susu dan jus buah. Biasanya ibu dianjurkan untuk minum satu gelas setiap kali menyusui. Rasa haus adalah indikator baik tentang kebutuhan cairan. Cairan yang dikonsumsi berlebihan dalam keadaan haus tidak meningkatkan volume ASI (Paath et al., 2005).

C. Pemberian ASI Eksklusif

Pemberian ASI secara eksklusif merupakan pemberian ASI tanpa tambahan cairan lain seperti susu formula, jeruk, madu, air teh, air putih, dan tanpa tambahan makanan padat seperti pisang, pepaya, bubur susu, biskuit, bubur nasi, dan tim (Roesli, U., 2000). Lebih lanjut Yuliarti, N. (2010) menyatakan bahwa bayi tidak perlu diberikan apa-apa kecuali makanan yang langsung diproduksi oleh ibu karena bayi memperoleh gizi yang baik melalui ASI. Semakin sering bayi menyusui, maka ASI yang diproduksi akan semakin banyak, hal ini disebabkan oleh stimulasi maksimum dari reseptor-reseptor prolaktin yang akan memicu produksi ASI dalam jumlah banyak (Noviani, R., 2009).

Salah satu keistimewaan ASI adalah kelebihan zat-zat yang terkandung di dalamnya. Menurut Rosita, S. (2008), kelebihan ASI dibandingkan dengan susu formula, susu hewan, atau makanan-makanan lain adalah sebagai berikut :

1. Kandungan protein dalam ASI lebih rendah

Bayi tidak memerlukan susu berprotein tinggi karena ginjal bayi belum cukup matang untuk membuang kelebihan protein dan protein di dalam ASI sudah mencukupi kebutuhan bayi.

2. Kandungan kasein dalam ASI lebih sedikit

ASI mengandung lebih sedikit protein kasein. Di dalam lambung, kasein ASI akan membentuk gumpalan lunak yang lebih mudah dicerna. Sementara itu susu sapi lebih banyak mengandung kasein. Di dalam lambung bayi, kasein susu sapi akan membentuk gumpalan tebal yang susah dicerna.

3. Kandungan whey ASI mengandung protein anti-infektif

ASI banyak mengandung protein whey yang mengandung anti-infektif yang membantu melindungi bayi dan infeksi. Sementara whey dalam susu hewan tidak mengandung anti-infektif.

4. Keseimbangan asam amino esensial dalam ASI selalu ideal

Protein dalam susu hewan dan susu formula mengandung keseimbangan asam amino yang berbeda dengan ASI. Susu hewan maupun susu formula tidak mengandung banyak asam amino sistin dan taurin yang sangat dibutuhkan bayi untuk pertumbuhan otak.

5. Kandungan laktosa dalam ASI lebih banyak

Gula laktosa adalah karbohidrat utama dalam ASI maupun susu hewan. Tetapi ASI mengandung laktosa yang lebih banyak dibanding susu lainnya. Itu sebabnya, rasa ASI sudah cukup manis tanpa harus ditambah gula atau pemanis lainnya.

6. Zat besi dalam ASI lebih mudah diserap

Lima puluh persen zat besi dalam ASI dapat diserap oleh bayi, sementara hanya 10% zat besi dalam susu sapi yang dapat diserap oleh bayi. Penambahan zat besi dalam susu formula dapat mempermudah pertumbuhan bakteri sehingga dapat meningkatkan resiko infeksi.

7. Mengandung zat hidup

ASI mengandung sel-sel darah putih, sejumlah faktor anti-infektif, dan berbagai antibodi terhadap infeksi yang pernah dialami ibu di masa lampau. Susu formula tidak mengandung sel darah putih maupun antibodi yang hidup.

8. ASI mengandung dosis lisozim ribuan kali lebih banyak dibanding susu sapi.

Enzim ini bersifat menghentikan kegiatan kuman.

Banyak manfaat pemberian ASI khususnya ASI eksklusif yang dapat dirasakan, baik manfaat yang diperoleh bayi, ibu maupun negara. Menurut Roesli, U. (2000) manfaat tersebut antara lain :

1. Manfaat untuk Bayi

- a. ASI sebagai sumber energy dan zat gizi. ASI merupakan sumber gizi yang sangat ideal dengan komposisi yang seimbang dan disesuaikan dengan kebutuhan pertumbuhan bayi.
- b. ASI meningkatkan daya tahan tubuh. Zat kekebalan yang terdapat pada ASI akan melindungi bayi dari penyakit diare. ASI juga akan menurunkan kemungkinan bayi terkena penyakit infeksi, batuk, pilek dan alergi.
- c. ASI eksklusif meningkatkan kecerdasan. Dengan memberikan ASI secara eksklusif sampai bayi berusia 6 bulan akan menjamin tercapainya pengembangan potensi kecerdasan anak secara optimal.

- d. Menyusui meningkatkan jalinan kasih sayang. Bayi yang sering berada dalam dekapan ibu karena menyusui akan merasakan kasih sayang ibunya. Ia juga akan merasakan aman dan tentram karena masih dapat mendengar detak jantung ibunya sejak dalam kandungan.
2. Manfaat untuk Ibu
 - a. Mengurangi pendarahan.
 - b. Mengurangi terjadinya anemia.
 - c. Menjarangkan kehamilan.
 - d. Mengecilkan rahim.
 - e. Lebih cepat langsing kembali.
 - f. Mengurangi kemungkinan menderita kanker.
 - g. Lebih ekonomis/murah.
 - h. Tidak merepotkan dan hemat waktu.
 - i. Mudah dibawa kemana-mana dan praktis.
 - j. Memberi kepuasan bagi ibu.
 3. Manfaat Pemberian ASI untuk Negara
 - a. Penghematan devisa untuk pembelian susu formula, perlengkapan menyusui serta biaya menyiapkan susu.
 - b. Penghematan untuk biaya sakit terutama sakit.
 - c. Penghematan obat-obatan, tenaga, dan sarana kesehatan.
 - d. Menciptakan generasi penerus bangsa yang tangguh dan berkualitas untuk membangun negara.

D. Intervensi Gizi Spesifik

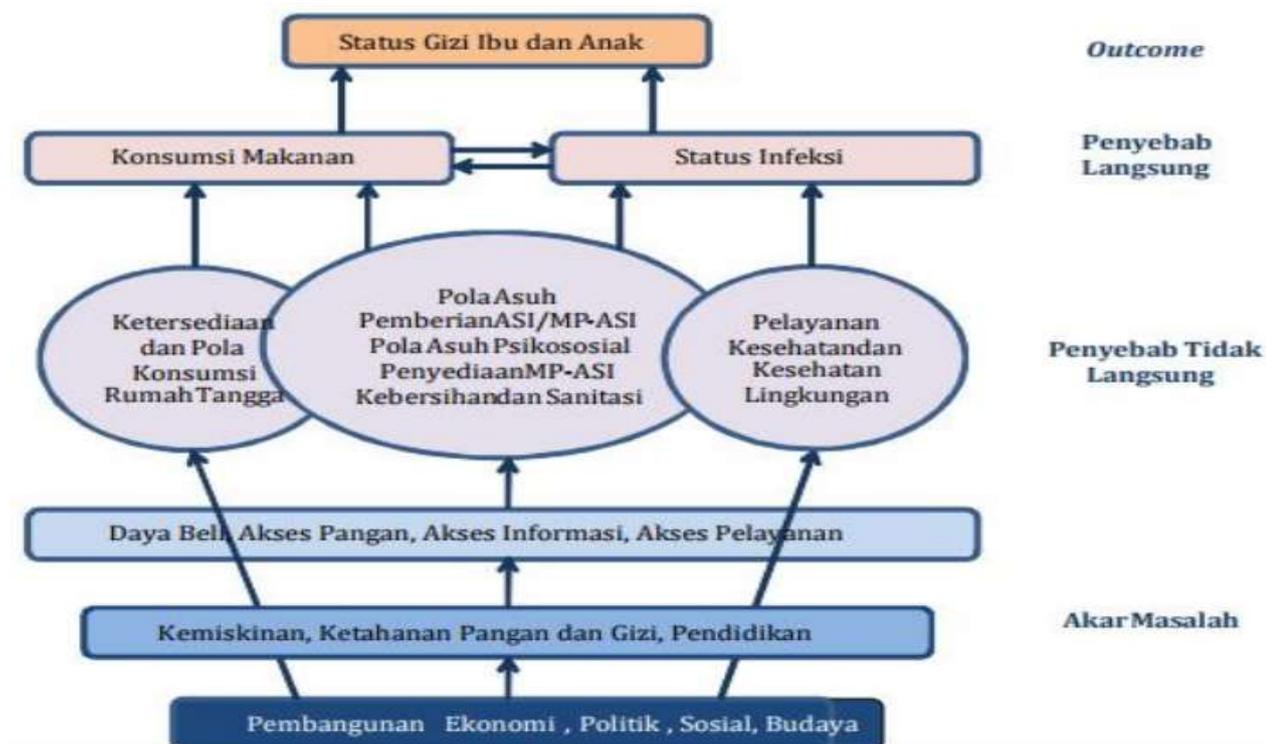
Intervensi gizi spesifik adalah upaya untuk mencegah dan mengurangi masalah gizi secara langsung, dimana kegiatan ini pada umumnya dilakukan oleh sektor kesehatan. Kegiatan yang dilakukan antara lain berupa imunisasi, PMT ibu hamil dan balita di posyandu. Sasaran : khusus kelompok 1000 HPK (ibu hamil, ibu menyusui dan anak 0 – 23 bulan).

Intervensi untuk Anak Balita. Balita sebagai aset masa depan bangsa harus mendapatkan perhatian yang optimal. Salah satu cara yang dapat dilakukan adalah dengan pemantauan tumbuh dan kembang balita secara rutin di posyandu.

Intervensi untuk Ibu Balita. Ibu balita sebagai orang paling dekat dengan balita juga harus diberikan intervensi agar terjadi perubahan pengetahuan dan perilaku ibu dalam pola asuh balita ke arah yang lebih baik. Salah satu cara melalui kelas pembelajaran untuk ibu, baik itu ibu balita maupun ibu hamil.

Intervensi Remaja Putri. Remaja putri sebagai calon ibu di masa depan perlu dipersiapkan agar kelak dapat melahirkan generasi yang berkualitas. Salah satunya dengan cara memberikan intervensi baik berupa peningkatan pengetahuan remaja mengenai gizi maupun pemberian suplementasi zat besi.

Kerangka Konsep Penelitian



Variabel yang Diteliti :

Independent Variable (Intervensi Gizi Spesifik)

- 1) Pola pemberian ASI Eksklusif 0 – 6 bulan, ASI hingga 24 bulan, dan MP-ASI
- 2) Pola konsumsi pangan (kuantitatif dan kualitatif).
- 3) Perkembangan BB dan PB bayi hingga usia 24 bulan.

Dependent Variable

Kejadian *stunting* bayi usia 6 – 24 bulan

BAB III METODE PENELITIAN

1) Jenis dan Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan *quasy experiment pre test – post test design*. Intervensi yang diberikan meliputi kegiatan pemberian dukungan yang dilakukan oleh peran teknis Bidan Desa dan Kader Posyandu sebagai *agent of change* kepada ibu bayi usia 0 – 24 bulan dalam bentuk konseling berupa pendampingan pengetahuan gizi ibu, pendampingan pengetahuan pemberian ASI eksklusif dan MP-ASI yang tepat hingga 24 bulan dengan tetap memberikan ASI, pendampingan pemberian imunisasi lengkap, pendampingan pengetahuan perawatan anak sakit dan pendampingan pengetahuan kebersihan diri. Pendampingan diberikan selama 4 minggu dan mencakup 3 fase:

- (1) Fase intensif (sasaran dikunjungi setiap hari selama 1 minggu: hari ke-1 sampai hari ke-7)
- (2) Fase penguatan (sasaran dikunjungi dua kali perminggu selama 1 minggu: hari ke-8 sampai hari ke-14)
- (3) Fase mandiri (selama 2 minggu). Hari ke-15 sampai ke-29 sasaran tidak dikunjungi. Hari ke-30 peran teknis Bidan Desa dan Kader Posyandu sebagai *agent of change* melakukan penilaian *output* pendampingan).

2) Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan di Kabupaten Trenggalek – Jawa Timur selama 9 (Sembilan) bulan, yaitu pada Bulan April – Desember 2018.

3) Sasaran Penelitian

Sasaran penelitian adalah anak baduta yang dilahirkan dari ibu hamil trimester III (umur kehamilan 36 – 40 minggu) pada Penelitian Hibah Bersaing Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Tahun 2017, sebanyak 40 bayi. Penarikan contoh dilakukan menggunakan metode *consecutive admission* (Ingelginger, 1987).

4) Pelaksanaan Intervensi

Terdapat tiga tahapan kegiatan dalam penelitian meliputi: tahap sebelum intervensi, tahap intervensi, dan tahap setelah intervensi.

- 1) Tahap sebelum intervensi bertujuan untuk mengetahui data awal sebelum dilakukan intervensi. Data primer yang dikumpulkan meliputi: (1) Data karakteristik sampel (umur, jenis kelamin, pendidikan dan pekerjaan ibu) diperoleh dengan wawancara menggunakan kuesioner; (2) Data status gizi dengan indeks BB/TB; (3) Data pengetahuan gizi ibu. (4) Data pengetahuan pemberian makan; (5) Data pengetahuan perawatan anak sakit; (6) Data pengetahuan kebersihan diri; dan (7) Data asupan makan dengan metode *Recall 2 x 24 jam*.
- 2) Tahapan intervensi meliputi:
 - Penguatan Peran Teknis Bidan Desa dan Kader Posyandu dilaksanakan selama 3 hari.
Hari Pertama: Gizi Seimbang 4 Pilar 10 Pesan untuk Ibu Hamil; Hari Kedua; Gizi Seimbang 4 Pilar 10 Pesan untuk Ibu Menyusui; dan Hari Ketiga: Gizi Seimbang 4 Pilar 10 Pesan untuk Bayi dan Anak Usia 0 – 24 Bulan.
 - Konseling dan pendampingan gizi oleh peran teknis Bidan Desa dan Kader Posyandu sebagai *agent of change* pada masing-masing target 1000 HPK. Materi konseling adalah: (1) pengetahuan gizi ibu; (2) pengetahuan pemberian ASI eksklusif dan MP-ASI; dan (3) pengetahuan pola asuh bayi dan anak usia 0 – 24 bulan; (4) pengetahuan kebersihan diri. Pendampingan diberikan dalam tiga fase yaitu:
 - (1) Fase intensif (sasaran dikunjungi setiap hari selama 1 minggu: hari ke-1 sampai hari ke-7);
 - (2) Fase penguatan (sasaran dikunjungi dua kali perminggu selama 1 minggu: hari ke-8 sampai hari ke-14); dan
 - (3) Fase mandiri (selama 2 minggu. Hari ke-15 sampai ke-29 sasaran tidak dikunjungi).Hari ke-30 peran teknis Bidan Desa dan Kader Posyandu sebagai *agent of change* melakukan penilaian *output* pendampingan.
 - Monitoring pertumbuhan bayi 0 – 24 bulan di posyandu.

- 3) Tahapan setelah intervensi meliputi pengambilan data: (1) perkembangan BB dan PB; (2) pengetahuan gizi seimbang 4 pilar 10 pesan bagi ibu; (3) pengetahuan gizi seimbang 4 pilar 10 pesan bagi bayi 6 – 24 bulan; (4) pengetahuan perawatan anak sakit; (5) pengetahuan kebersihan diri; dan (6) data pola konsumsi pangan ibu dengan metode *Food Recall 2 x 24 jam*.

5) Pengolahan dan Analisis Data

Data yang diperoleh dari hasil analisis maupun hasil pengamatan ditabulasi secara manual dan menggunakan komputer, untuk selanjutnya dianalisis secara statistik.

Data konsumsi makanan dikonversi ke dalam energi (Kalori), protein (g), Vitamin A (RE), vitamin C (mg), zat besi (mg), kalsium (mg), dan fosfor (mg) dengan menggunakan Daftar Komposisi Bahan Makanan (Studi Diet Total/SDT, 2014). Konversi bahan mentah masak dan penyerapan minyak (Hardinsyah dan Dodik Briawan, 1994). Kecukupan energi dan zat gizi dihitung berdasarkan angka kecukupan gizi yang dianjurkan menurut umur dan berat badan sehat (Muhilal, F. Jalal, dan Hardinsyah, 1998).

Data perkembangan berat badan diperoleh melalui pengukuran berat badan bayi setiap bulan selama enam bulan berturut-turut. Penentuan status gizi bayi menggunakan WHO 2005 dengan indikator berat badan menurut umur (BB/U) menggunakan perangkat lunak *Nutrisoft*. Selain itu, data antropometri juga dilakukan terhadap pengukuran panjang badan dan umur sehingga diperoleh indeks panjang badan menurut umur (PB/U), kemudian indeks PB/U tersebut dibandingkan dengan referensi WHO 2005 sehingga diperoleh Z-skor. Berdasarkan Z-skor PB/U bayi 6 – 12 bulan, selanjutnya menurut WHO (1995) diklasifikasikan ke dalam dua kelompok, yaitu kelompok normal (≥ -2 SD) dan kelompok *stunting* (< -2 SD).

Data konsumsi energi dan zat gizi makro (karbohidrat, protein, lemak), zat gizi mikro vitamin (A dan C) serta mineral (besi, dan zinc). Perhitungan konsumsi energi dan zat gizi dilakukan dengan menggunakan data konsumsi pangan berupa jenis dan jumlah makanan dalam satuan gram atau URT yang dikonversi ke dalam nilai energi dan zat gizi (makro dan mikro) dengan menggunakan daftar komposisi bahan makanan (DKBM). Perhitungan tersebut akan menghasilkan kandungan energi dan zat gizi masing-masing bahan pangan dari makanan yang dikonsumsi responden. Selanjutnya, dilakukan

penghitungan tingkat kecukupan konsumsi energi dan masing-masing zat gizi dengan cara membandingkan dengan angka kecukupan gizi (AKG) untuk menentukan tingkat kecukupan konsumsi energi dan zat gizi responden. Berdasarkan perhitungan tingkat kecukupan konsumsi energi dan zat gizi, dapat diperoleh nilai mutu gizi konsumsi pangan (MGP) dari seluruh zat gizi yang dikonsumsi responden. Penilaian MGP dilakukan dengan menganalisis kandungan zat gizi makanan yang dikonsumsi dibandingkan dengan kecukupan gizi yang dianjurkan dan dinyatakan dalam satuan persen. Perhitungan MGP dibedakan menjadi 3 jenis yaitu MGP4, MGP10, dan MGP14. MGP4 meliputi energi, lemak, protein, dan karbohidrat. MGP10 meliputi energi, protein, karbohidrat, lemak, vitamin A, vitamin B1, vitamin C, kalsium, fosfor, dan besi. MGP14 meliputi energi, protein, karbohidrat, lemak, air, vitamin A, vitamin B1, vitamin B9, vitamin B12, vitamin C, kalsium, fosfor, besi, dan seng. Selanjutnya, dikategorikan menurut Hardinsyah (1996) dengan mengelompokkan MGP sebagai berikut:

- Sangat Kurang, jika memenuhi $< 55\%$
- Kurang, jika memenuhi $55 - 69\%$
- Cukup, jika memenuhi $70 - 84\%$
- Baik, jika memenuhi $\geq 85\%$.

Metode Pola Pangan Harapan (PPH) dapat menghasilkan satu skor yang mencerminkan mutu dan keragaman pangan secara keseluruhan. Selain itu, dapat diketahui pula kesenjangan antara konsumsi dan kecukupan pangan (energi) pada masing-masing kelompok pangan. Ada sembilan kelompok pangan yang digunakan untuk menghitung PPH yaitu padi-padian, umbi-umbian, pangan hewani, minyak dan lemak, buah/biji berminyak, kacang-kacangan, gula, buah dan sayur serta lain-lain. Pangan yang dikonsumsi rumah tangga terdapat dalam berbagai bentuk dan jenis dengan satuan yang berbeda, sehingga dilakukan konversi ke dalam satuan dan jenis komoditas yang sama. Selanjutnya, dihitung asupan energi menurut kelompok pangan per kapita/hari. Setelah itu dilanjutkan dengan menghitung skor PPH. PPH hasil perhitungan selanjutnya digolongkan berdasarkan empat kategori sebagai berikut:

- Sangat Kurang, jika memenuhi $< 55\%$
- Kurang, jika memenuhi $55 - 69\%$
- Cukup, jika memenuhi $70 - 84\%$
- Baik, jika memenuhi $\geq 85\%$.

Hasil pengolahan data yang dianalisis secara statistik disajikan dalam bentuk Tabel dan/atau Gambar. Analisis hubungan antara satu variabel dengan variabel lainnya dilakukan uji Korelasi Pearson (skala data interval dan rasio) dan uji Korelasi Spearman (skala data ordinal). Statistik Regresi Logistik Berganda (*Multiple Regression*) digunakan untuk mempelajari pengaruh intervensi gizi spesifik pada target 1000 HPK terhadap pencegahan kejadian *stunting*.

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Kabupaten Trenggalek

Secara geografis Kabupaten Trenggalek berada diantara koordinat 111°24' – 112°11' Bujur Timur dan 7°53' – 8°34' Lintang Selatan dengan luas wilayah 126.140 Ha. Batas-batas administrasi Kabupaten Trenggalek sebelah Utara : Kabupaten Ponorogo dan Tulungagung, sebelah Selatan : Samudra Hindia, sebelah Barat : Kabupaten Ponorogo dan Pacitan, dan sebelah Timur : Kabupaten Tulungagung (Gambar Lampiran 1). Kabupaten Trenggalek juga mempunyai wilayah kepulauan yang tersebar di Kawasan Selatan, luas wilayah laut (Zone Ekonomi Eksklusif) ± 35.558 Km², termasuk 57 pulau terpencil tidak berpenghuni.

Kabupaten Trenggalek terdiri dari 14 kecamatan, 152 desa dan 5 kelurahan. Dari 14 kecamatan, hanya 5 kecamatan yang berupa daratan, yaitu Kecamatan Trenggalek, Kecamatan Karang, Kecamatan Pogalan, Kecamatan Tugu, dan Kecamatan Durenan. Sedangkan, 9 kecamatan lainnya berupa pegunungan termasuk Kecamatan Bendungan.

B. Hasil Penguatan Peran Teknis Bidan Desa dan Kader Posyandu sebagai *agent of change*

Penguatan peran teknis Bidan Desa dan Kader Posyandu sebagai *Agent of change* melalui pelatihan Gizi Seimbang 4 Pilar 10 Pesan dan konseling menyusui WHO menunjukkan bahwa terdapat kecenderungan peningkatan pengetahuan Gizi Seimbang 4 Pilar dan 10 Pesan dan Konseling Menyusui WHO sebagai upaya peningkatan pemahaman dan pengertian Bidan Desa dan Kader Posyandu. Pengetahuan Gizi Seimbang 4 Pilar dan 10 Pesan dan Konseling Menyusui WHO sebagai upaya peningkatan pemahaman dan pengertian Bidan Desa dan Kader Posyandu sebelum pelatihan berkisar 40 – 92 dengan rata-rata 63,0 ± 16,2 meningkat sesudah pelaksanaan pelatihan menjadi 52 – 94 dengan rata-rata 76,8 ± 14,7 sebagaimana disajikan pada Tabel 1. Hasil analisis statistik *Paired T-Test* pada tingkat kepercayaan 95% menunjukkan perbedaan yang sangat signifikan (p=0,016) pengetahuan Gizi Seimbang dengan 4 Pilar dan 10 Pesan dan Konseling Menyusui WHO sebagai upaya peningkatan pemahaman dan pengertian Kader Posyandu.

Tabel 1. Pengetahuan Gizi Seimbang 4 Pilar dan 10 Pesan dan Konseling Menyusui WHO sebagai Upaya Peningkatan Pemahaman dan Pengertian Bidan Desa dan Kader Posyandu Sebelum dan Sesudah Pelatihan

Pelatihan Gizi Seimbang	Pengetahuan Gizi Seimbang dan Konseling Menyusui WHO		pValue
	Mean	SD	
Sebelum	63,0	16,2	0,016***
Sesudah	76,8	14,7	

***) Signifikan pada $\alpha=0,05$

C. Karakteristik Sampel Ibu Hamil Trimester III

Karakteristik sampel ibu hamil trimester III meliputi usia, tingkat pendidikan, pekerjaan, tingkat pendapatan, dan jumlah anggota keluarga. Hasil penelitian sebagaimana disajikan pada Tabel 2, menunjukkan bahwa tingkat pendidikan sebagian besar (77,5%) sampel hanya sampai Sekolah Menengah Pertama (SMP). Masyarakat di wilayah pegunungan Kecamatan Bendungan – Kabupaten Trenggalek ini sebagian besar beranggapan anak perempuan cukup menempuh pendidikan hingga SMP, selanjutnya apabila ada yang meminang untuk dijadikan isteri, langsung dinikahkan. Dengan demikian, sebagian besar (90%) tidak bekerja atau menjadi ibu rumah tangga. Lebih lanjut dapat ditunjukkan bahwa pendapatan sampel sebesar 80% dalam kategori tidak miskin. Hal ini berkaitan dengan pernikahan yang masih relatif muda, yaitu selepas menempuh pendidikan SMP, karena suami sampel sebagian besar berasal dari keluarga tidak miskin.

D. Pola Konsumsi Pangan Ibu (Kuantitatif dan Kualitatif)

Penguatan peran teknis Bidan Desa dan Kader Posyandu sebagai *agent of change* menunjukkan adanya peningkatan pola konsumsi pangan secara kualitatif yang ditunjukkan dengan skor mutu pola konsumsi pangan responden dengan pendekatan Skor Mutu Pola Pangan Harapan (Skor Mutu PPH), sebagaimana disajikan pada Tabel 3 dan Tabel 4

Tabel 2. Distribusi Sampel Ibu Hamil Trimester III berdasarkan Karakteristik

Karakteristik Responden	Jumlah Responden	
	n	%
Tingkat Pendidikan		
Tamat SD/Sederajat	15	37,5
Tamat SMP/Sederajat	16	40,0
Tamat SMA/Sederajat	7	17,5
Akademi/Perguruan Tinggi	2	5,0
Usia (Tahun)		
15 – 19	6	15,0
20 – 24	22	55,0
25 – 30	5	12,5
≥ 30	7	17,5
Berat Badan (Kg)		
40 – 49,9	12	30,0
50 – 59,9	9	22,5
≥ 60	19	47,5
Tinggi Badan (Cm)		
145 – 149,9	14	35,0
150 – 159,9	19	47,5
≥ 160	7	17,5
Status Gizi		
KEK	18	45,0
Tidak KEK	22	55,0
Kehamilan Ke-		
1	26	65,0
2	12	30,0
> 2	2	5,0

Tabel 3 menunjukkan bahwa secara kuantitas dan kualitas, pola konsumsi pangan Ibu Hamil Trimester III Sebelum Peran Teknis Bidan Desa dan Kader Posyandu sebagai *Agent of change* dalam kategori sangat kurang, hanya memenuhi 33,3% Angka Kecukupan Gizi yang Dianjurkan. Demikian juga secara kualitas, skor mutu PPH menunjukkan 73,3 atau hanya memenuhi 78,82% dari skor PPH Standar Nasional Tahun 2015.

Tabel 4 menunjukkan bahwa rata-rata skor mutu PPH Ibu Hamil Trimester III Sesudah Peran Teknis Bidan Desa dan Kader Posyandu sebagai *Agent of change* dibandingkan dengan skor PPH Standar Nasional Tahun 2015 termasuk dalam kategori baik karena lebih dari 85%. Namun demikian, Tabel 4 juga menunjukkan bahwa rata-rata pola konsumsi pangan ibu hamil belum memperhatikan diversifikasi pangan yang ditunjukkan oleh energi kelompok pangan padi-padian (36,8%), umbi-umbian (6,8%), pangan hewani (11,0%), minyak dan lemak (13%), buah/ biji berminyak (6,7%), kacang-kacangan (5,0%), sayur dan buah (5,6%) dan lain-lain (11,2%) lebih rendah dibandingkan dengan energi standar. Sedangkan, secara kuantitas, pola konsumsi pangan ibu hamil disajikan pada Tabel 5.

Peningkatan tingkat konsumsi energi dan zat gizi dari kategori sangat kurang (< 70% AKG) menjadi kategori normal (90 – 119% AKG) tersebut, diduga disebabkan karena peningkatan pengetahuan dan pemahaman Ibu Hamil Trimester III Sesudah adanya Peran Teknis Bidan Desa dan Kader Posyandu sebagai *Agent of change*, sebagaimana disajikan pada Tabel 5. Namun, masih ditemukan tingkat konsumsi Fe dan vitamin C dalam kategori sangat kurang (< 70% AKG). Dengan demikian, Peran Teknis Bidan Desa dan Kader Posyandu sebagai *Agent of change* harus terus dilakukan sebagai intervensi spesifik dalam pencegahan *stunting* hingga bayi 0 – 24 bulan.

Kuantitas dan kualitas konsumsi pangan ibu hamil trimester III sangat mempengaruhi produksi ASI. Oleh karena itu, ibu hamil trimester III dan ibu menyusui harus mendapatkan tambahan energi sebesar 800 Kalori yang digunakan untuk memproduksi ASI agar tercapai pemberian ASI Eksklusif dan untuk aktivitas ibu sendiri. Pemberian ASI sangat penting karena ASI adalah makanan utama bayi. Dengan ASI, bayi akan tumbuh sempurna sebagai sumberdaya manusia yang sehat, bersifat lemah lembut, dan mempunyai IQ yang tinggi. Hal ini disebabkan karena ASI mengandung asam dekosa heksanoid (DHA). Bayi yang diberi ASI secara bermakna mempunyai IQ yang lebih tinggi dibandingkan dengan bayi yang hanya diberi susu bubuk (Utami, R., 2000)

Selama menyusui, ibu dengan status gizi baik, rata-rata memproduksi ASI sekitar 800 ml yang mengandung energi 600 Kalori. Sedangkan ibu dengan status gizi kurang, cenderung memproduksi ASI yang relatif lebih rendah. Namun demikian, status gizi tidak mempengaruhi mutu ASI, kecuali volume ASI. Penambahan energi sepanjang 3

(tiga) bulan masa ibu menyusui mencapai 500 Kalori. Rekomendasi ini berdasarkan pada asumsi tiap 100 ml ASI berkemampuan memasok energi 67 – 77 Kalori. Efisiensi konversi energi yang terkandung dalam makanan menjadi energi ASI sebesar rata-rata 80% dengan kisaran 76 – 94%, sehingga dapat diperkirakan besaran energi yang diperlukan untuk menghasilkan 100 ml ASI sekitar 85 Kalori. Rata-rata produksi ASI per hari 800 ml, yang berarti mengandung 600 Kalori. Sementara itu, energi yang dihabiskan untuk menghasilkan ASI sebanyak 800 ml adalah 750 Kalori. Jika laktasi berlangsung selama lebih dari 3 (tiga) bulan, selama itu pula berat badan ibu akan menurun, yang berarti jumlah energi tambahan harus ditingkatkan.

Tabel 3. Pola Pangan Harapan (PPH) Ibu Hamil Trimester III Sebelum Peran Teknis Bidan Desa dan Kader Posyandu sebagai *Agent of change*

Kelompok Pangan	Aktual				Standar *)			
	Energi	% Energi	Bobot	Skor PPH	Energi	% Energi	Bobot	Skor PPH
Padi-padian	305	43	0.5	243,3	1075	50	0.5	25
Umbi-umbian	57	8	0.5	3,5	129	6	0.5	2,5
Pangan Hewani	89	12	2	22	258	12	2	24
Minyak dan Lemak	66	9	0.5	4	215	10	0.5	5
Buah/ Biji Berminyak	29	4	0.5	1,5	64,5	3	0.5	1
Kacang-kacangan	36	5	2	10	107,5	5	2	10
Gula	50	7	0.5	3	107,5	5	0.5	2,5
Sayur dan Buah	35	5	5	25	129	6	5	30
Lain-lain	52	7	0	0	64,5	3	0	0
Jumlah	716	100		73,3	2150	100		100

*) Standar Rata-rata Kebutuhan Energi Ibu Hamil

Tabel 4. Pola Pangan Harapan (PPH) Ibu Hamil Trimester III Sesudah Peran Teknis Bidan Desa dan Kader Posyandu sebagai *Agent of change*

Kelompok Pangan	Aktual				Standar *)			
	Energi	% Energi	Bobot	Skor PPH	Energi	% Energi	Bobot	Skor PPH
Padi-padian	486,9	36,8	0,5	18,1	1075	50,0	0,5	25,0
Umbi-umbian	90,1	6,8	0,5	3,4	129	6,0	0,5	2,5
Pangan Hewani	145,6	11,0	2	21,6	258	12,0	2	24,0
Minyak dan Lemak	172,3	13,0	0,5	6,4	215	10,0	0,5	5,0
Buah/ Biji Berminyak	88,0	6,7	0,5	3,3	64,5	3,0	0,5	1,0
Kacang-kacangan	66,7	5,0	2	2,5	107,5	5,0	2	10,0
Gula	50,3	3,8	0,5	1,9	107,5	5,0	0,5	2,5
Sayur dan Buah	74,4	5,6	5	28,0	129	6,0	5	30,0
Lain-lain	148,3	11,2	0	0,0	64,5	3,0	0	0,0
Jumlah	1322,6	100,0		85,1	2150	100,0		100,0

*) Standar Rata-rata Kebutuhan Energi Ibu Hamil

Tabel 5. Pola Makan (Kuantitatif) Ibu Hamil Trimester III Sebelum dan Sesudah Peran Teknis Bidan Desa dan Kader Posyandu sebagai *Agent of change*

Energi dan Zat Gizi	Tingkat Konsumsi Energi dan Zat Gizi				pValue
	Sebelum		Sesudah		
	Konsumsi	%	Konsumsi	%	
Energi (Kalori)	716 ± 271	65	1323 ± 281	93	0,001
Karbohidrat (g)	199 ± 54	69	270 ± 26	93	0,035
Protein (g)	65 ± 22	108	71 ± 26	118	0,041
Lemak (g)	31 ± 13	44	62 ± 18	90	0,027
Fe (mg)	6 ± 3	40	10 ± 5	69	0,019
Vitamin C (mg)	37 ± 18	38	60 ± 63	60	0,017

Sesungguhnya, tambahan energi tersebut hanya sebesar 700 Kalori, sementara sisanya sekitar 200 Kalori diambil dari cadangan *indogen*, yaitu timbunan lemak selama hamil. Mengingat efisiensi konversi energi hanya 80 – 90%, maka energi dari makanan yang dianjurkan sebesar 500 Kalori hanya akan menjadi energi ASI sebesar 400 – 450

Kalori. Untuk menghasilkan 850 ml ASI, dibutuhkan energi 680 – 807 Kalori (rata-rata 750 Kalori) energi. Jika ke dalam pola konsumsi pangan tetap ditambahkan 500 Kalori, yang terkonversi hanya 400 – 450 Kalori, berarti setiap hari harus dimobilisasi cadangan energi *indogen* sebesar 300 – 350 Kalori yang setara dengan 33 – 38 gram lemak. Dengan demikian, simpanan lemak selama hamil sebanyak 4 kg atau setara 36.000 Kalori akan habis setelah 105 – 121 hari atau 3 – 4 bulan. Perhitungan ini sekaligus menguatkan pendapat bahwa dengan memberikan ASI, berat badan ibu akan kembali normal dengan cepat dan menepis isu bahwa menyusui bayi akan membuat badan ibu menjadi tambun.

Selama menyusui, ibu membutuhkan tambahan protein di atas normal sebesar 20 gram/hari. Dasar penentuan ini adalah setiap 100 ml ASI mengandung 1,2 gram protein. Dengan demikian, 830 ml ASI mengandung 10 gram protein. Efisiensi konversi protein makanan menjadi protein ASI hanya 70%. Peningkatan kebutuhan ini ditunjukkan bukan hanya untuk transformasi menjadi protein susu, tetapi juga untuk sintesis hormon yang memproduksi (prolaktin), serta yang mengeluarkan ASI (oksitosin). Selain energi dan protein, ibu hamil trimester III dan ibu menyusui juga dianjurkan untuk memenuhi tambahan zat gizi yang lain.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

1. Pola konsumsi pangan Ibu Hamil Trimester III secara kuantitas, sebelum Peran Teknis Bidan Desa dan Kader Posyandu sebagai *Agent of change* dalam kategori sangat kurang, hanya memenuhi 33,3% Angka Kecukupan Gizi yang Dianjurkan. Demikian juga secara kualitas, skor mutu PPH menunjukkan 73,3 atau hanya memenuhi 78,82% dari skor PPH Standar Nasional Tahun 2015.
2. Sebagian besar pola konsumsi pangan Ibu Hamil Trimester III belum memperhatikan diversifikasi pangan, dimana ditunjukkan oleh energi kelompok pangan padi-padian (36,8%), umbi-umbian (6,8%), pangan hewani (11,0%), minyak dan lemak (13%), buah/ biji berminyak (6,7%), kacang-kacangan (5,0%), sayur dan buah (5,6%) dan lain-lain (11,2%) lebih rendah dibandingkan dengan energi standar pola pangan harapan.
3. Peningkatan tingkat konsumsi energi dan zat gizi dari kategori sangat kurang (< 70% AKG) menjadi kategori normal (90 – 119% AKG) Ibu Hamil Trimester III terjadi sesudah adanya Peran Teknis Bidan Desa dan Kader Posyandu sebagai *Agent of change*. Namun, masih ditemukan tingkat konsumsi Fe dan vitamin C dalam kategori sangat kurang (< 70% AKG).
4. Jenis intervensi gizi spesifik yang lain, yaitu capaian ASI eksklusif, pola konsumsi pangan bayi dan anak di atas 6 bulan, dan kelengkapan imunisasi dasar belum dapat dilaporkan dalam penelitian Hibah Bersaing Tahun 2018 ini.

B. Saran

Peran Teknis Bidan Desa dan Kader Posyandu sebagai *Agent of change* harus terus dilakukan sebagai intervensi gizi spesifik dalam pencegahan *stunting* hingga bayi 0 – 24 bulan.

DAFTAR PUSTAKA

- ACC/SCN. 1992. *2nd Report on the World Nutrition Situation : Global and Regional Results*. Geneva.
- ACC/SCN. 1997. *3rd Report on the World Nutrition Situation : Global and Regional Results*. Geneva.
- Allen, L.H. 1993. Nutritional Influences on Linear Growth : A General Review. Dalam Waterlow JC dan Schurch B., Editor. *Causes and Mechanisms of Linear Growth Retardation, Proceedings of an International Dietary Energy Consultative Group (IDECG)*. 216p.
- Ali Khomsan. 2000. Teknik Pengukuran Pengetahuan Gizi Ibu. Jurusan Gizi Masyarakat dan Sumberdaya Keluarga, Fakultas Pertanian. Institut Pertanian Bogor. Bogor.
- Astutik, P., dkk. 2015. Modifikasi Konseling Menyusui Modul 40 Jam WHO/Unicef dalam Manajemen Laktasi terhadap Peningkatan Praktek ASI Eksklusif di Kota Malang. Riset Hibah Bersaing – Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang.
- Atmarita. 2004. Analisis Situasi Gizi dan Kesehatan Masyarakat. Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi VIII. Jakarta: LIPI
- Departemen Kesehatan RI. 1998. Manajemen Laktasi. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 2001. Strategi Nasional Peningkatan Pemberian ASI (PP-ASI). Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 2007. Pelatihan Konseling Menyusui, Panduan Pelatih. Direktorat Bina Gizi Masyarakat. Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat. Jakarta.
- Fasli Jalal dan S.M. Atmojo. 1998. Gizi dan Kualitas Hidup. Agenda Perumusan Program Gizi Repelita VII untuk Mendukung Pengembangan Sumber Daya Manusia yang Berkualitas. Dalam Widyakarya Nasional pangan dan Gizi VI. LIPI. Jakarta.
- Hardinsyah & D. Briawan. 1994. Penilaian dan Perencanaan Konsumsi Pangan. Jurusan Gizi Masyarakat dan Sumberdaya Keluarga, Fakultas Pertanian. Institut Pertanian Bogor. Bogor.
- Hidayanti, L. 2011. Penurunan Pemberian ASI Eksklusif sebagai Salah Satu Dampak Paparan Iklan Susu Formula. Tasikmalaya: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Siliwangi
- Husaini, Y. K. 1985. Pertumbuhan Bayi Sehat Sejak Lahir sampai Berumur 12 Bulan. Dalam Gizi Indonesia. Pusat Penelitian dan Pengembangan Gizi. Bogor.

- Ingelfinger, J.A. 1987. Sampling Patient Population. Biostatistics in Clinical Medicine, Edisi Ke-2. MacMillan.
- Jelliffe D.B. & Jellife E.E.P. 1978. Human Milk in the Modern World. Oxford University Press. Oxford.
- Juliani, S. 2009. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pemberian ASI Eksklusif di Wilayah Kerja Puskesmas Binjai Estate. Skripsi. Medan: Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Sumatera Utara.
- Juliastuti, R., 2011. Hubungan Tingkat Pengetahuan, Status Pekerjaan Ibu, dan Pelaksanaan Inisiasi Menyusu Dini dengan Pemberian ASI Eksklusif. Tesis. Surakarta: Universitas Sebelas Maret.
- Lestari, D. 2009. Faktor Ibu dalam Pemberian ASI Eksklusif. Universitas Indonesia
- Muhilal, F. Jalal & Hardinsyah. 1998. Angka Kecukupan Gizi yang Dianjurkan. Dalam Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi VI. LIPI. Jakarta.
- _____, D. Permaesih, Y.R. Idjradinata, Muherdiyantiningsih, D. Karyadi. 1998. Vitamin A-Fortified monosodium glutamate and Health, Growth, and Survival of Children: a Controlled Field Trial. *Am J. Clin Nutrition* 48:1271 – 1276.
- Notoatmodjo. 2005. Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi. Jakarta: Rineka Cipta
- Novianti, R. 2009. Cara Dahsyat Memberikan ASI untuk Bayi Sehat dan Cerdas. Yogyakarta: Octopus.
- Peraturan Pemerintah (PP) Republik Indonesia nomor 33. 2012. Pemberian ASI Eksklusif.
- Rahmah, L. 2010. Atribusi tentang Kegagalan Pemberian ASI pada Ibu Pekerja. Fakultas Psikologi Universitas Islam Sultan Agung.
- Roebijoso, J. 2012. Hubungan antara Status Pekerjaan, Pendidikan, Tingkat Pengetahuan Ibu, serta Dukungan Bidan terhadap Pemberian ASI Eksklusif di Wilayah Kerja Puskesmas Gribig. Universitas Brawijaya
- Steel, R.G.D. & J.H. Torrie. 1991. Prinsip dan Prosedur Statistika. Gramedia. Jakarta.
- Sulistinah. 2010. Pengaruh Faktor Sosial dan Ekonomi terhadap rendahnya Pemberian ASI Eksklusif pada Bayi di kecamatan Peterongan Kabupaten Jombang. Jombang
- Suyatno. 2000. Pengaruh Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP ASI) Tradisional terhadap kejadian ISPA, Diare, dan Status Gizi Bayi pada 4 bulan Pertama. UGM.
- Utami Roesli. 2000. ASI Eksklusif. Trubus Agriwidya, Anggota IKAPI. Jakarta.

- WHO. 1995. *Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometry*. World Health Organization, Geneva.
- WHO. 2003. *Pemberian Makanan Tambahan untuk Anak*. Jakarta: EGC
- Yuliarti, N. 2010. *Keajaiban ASI Makanan Terbaik untuk Kesehatan, Kecerdasan, dan Kelincahan Si Kecil*. Yogyakarta: Andi
- Yuliarti, D. 2008. *Hubungan Pengetahuan dan Sikap Ibu dengan Pemberian ASI Eksklusif*. Tesis. Surakarta: Universitas Sebelas Maret.
- Zakiah. 2012. *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pemberian ASI Eksklusif di Kelurahan Semanan Kecamatan Kalideres Jakarta Barat*. Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

LAMPIRAN-LAMPIRAN

**SURAT PERJANJIAN KERJASAMA
PEJABAT PEMBUAT KOMITMEN POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG
DENGAN
PENELITI UTAMA RISET PEMBINAAN TENAGA KESEHATAN
POLTEKKES KEMENKES MALANG TAHUN 2018**

Nomor : HK.03.01/1/ALU.../2018

Tanggal : 15 AGUSTUS 2018

Tentang

Riset Pembinaan Tenaga Kesehatan dengan Judul :

**Intervensi Gizi Spesifik pada Target 1000 HPK dalam Pencegahan Kejadian *Stunting*
di Kabupaten Trenggalek (TAHAP I)**

(Kajian pada Kelompok 1000 HPK: Ibu Hamil, Ibu Menyusui, serta Bayi Usia 0 – 24 Bulan)

Pada hari ini Rabu tanggal **lima belas** Bulan **Agustus** Tahun Dua Ribu Delapan Belas kami yang bertanda tangan di bawah ini:

SETYO HARSOYO, M.Kes : Pejabat Pembuat Komitmen Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang sebagai Pejabat yang melakukan tindakan yang mengakibatkan pengeluaran anggaran belanja Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Tahun 2018 yang diangkat berdasarkan Surat Keputusan Kuasa Pengguna Anggaran Nomor. HK.02.03/2/3720/2018 tanggal 30 Juli 2018, dalam hal ini bertindak untuk dan atas nama Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang yang berkedudukan di Jalan Besar Ijen no 77 C Malang dan selanjutnya dalam perjanjian ini disebut **PIHAK PERTAMA**.

Ir. ASTUTIK PUDJIRAHAJU, M.Si. : Sebagai Peneliti Utama yang telah ditetapkan berdasarkan Surat Keputusan Direktur Poltekkes Kemenkes Malang : **HK. HK.02.03/1/4017/2018**, tanggal 8 Agustus 2018, dalam hal ini bertindak untuk dan atas nama Jurusan Gizi Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang yang berkedudukan di Jalan Besar Ijen No. 77 C Malang dan selanjutnya dalam perjanjian ini disebut **PIHAK KEDUA**.

KEDUA BELAH PIHAK berdasarkan :

1. Perpres Nomor 4 Tahun 2015 Tentang Perubahan Keempat Atas Perpres Nomor 54 Tahun 2010 tentang Pengadaan Barang/Jasa Pemerintah.
2. Buku Pedoman pengembangan penelitian Poltekkes Kemenkes RI Tahun 2014
3. Buku Pedoman pengembangan penelitian Poltekkes Kemenkes Malang Tahun 2016
4. DIPA Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Tahun 2016 Nomor: SP DIPA-024.12.2.637567 /2018 Tanggal 05 Desember 2017.
5. Surat Keputusan Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang, Nomor : **HK.02.03/1/4017/2018** tanggal 8 Agustus 2018 tentang Penetapan Proposal Penelitian Hibah Bersaing yang dinyatakan Lulus Seleksi dan mendapat bantuan biaya dari DIPA Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Tahun 2018

Dengan ini menyatakan telah sepakat untuk mengadakan Perjanjian Kerjasama Pelaksanaan Penelitian Unggulan dengan ketentuan dan syarat-syarat sebagai berikut:

PASAL 1
Ruang Lingkup Kegiatan

PIHAK PERTAMA menyerahkan kepada PIHAK KEDUA dan PIHAK KEDUA menerima penyerahan dari PIHAK PERTAMA Pekerjaan Penelitian Unggulan dengan judul:

**Intervensi Gizi Spesifik pada Target 1000 HPK dalam Pencegahan Kejadian *Stunting*
di Kabupaten Trenggalek (TAHAP I)
(Kajian pada Kelompok 1000 HPK: Ibu Hamil, Ibu Menyusui, serta Bayi Usia 0 – 24 Bulan)**

PASAL 2
Jangka Waktu Pelaksanaan

Pekerjaan ini dilaksanakan dalam jangka waktu selambat-lambatnya 90 (Sembilan puluh hari) hari kerja terhitung sejak ditandatangani surat perjanjian kerjasama ini tanggal 15 Agustus 2018 sampai dengan 19 Nopember 2018.

PASAL 3
Penyerahan Hasil Kerja

1. PIHAK KEDUA bertanggung jawab atas pelaksanaan tahapan kegiatan, ketepatan waktu dan alokasi biaya sesuai dengan protokol penelitian tersebut dalam pasal 1.
2. PIHAK KEDUA berkewajiban menyampaikan kepada PIHAK PERTAMA laporan-laporan riset yang terdiri dari :
 - a. Laporan Kemajuan Riset Tahap I (Periode 15 Agustus 2018 s/d 10 Oktober 2018) selambat-lambatnya pada tanggal 15 Oktober 2018 masing-masing rangkap 2 (dua) exemplar
 - b. Laporan Kemajuan Riset Tahap II/Laporan Akhir Penelitian (Periode 10 Oktober 2018 s/d 19 Nopember 2018), selambat-lambatnya pada tanggal 22 Nopember 2018 masing-masing rangkap 3 (tiga) exemplar

PASAL 4
Biaya Kegiatan

1. Biaya Pelaksanaan penelitian sebagaimana disebutkan dalam Pasal 1 dibebankan pada DIPA Program Sumber Daya Kesehatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang tahun 2018
2. Biaya materai, pajak dan pungutan lainnya sesuai dengan Peraturan Pemerintah yang berlaku dibebankan pada PIHAK KEDUA.

PASAL 5
Prosedur Pembayaran

Pembayaran biaya tersebut dalam pasal 4 ayat 1 dilakukan oleh PIHAK PERTAMA kepada PIHAK KEDUA :

1. Biaya Penelitian sebesar Rp. 32.000.000,- (Tiga Puluh Dua Juta Rupiah) setelah Protokol diterima dan disetujui oleh Tim Pembina dan perjanjian kerjasama ini ditanda tangani oleh kedua belah pihak pada tanggal 15 Agustus 2018.
2. Pembayaran dilakukan oleh KPA Malang kepada Peneliti Utama melalui **Bank BRI KCP Sukarno Hatta** No. Rekening : **0579-01-012286-50-6** atas nama **Ir. Astutik Pudjirahaju, M.Si.**

PASAL 6
Hasil Pekerjaan

Hasil Pekerjaan yang berbentuk :

1. Laporan Akhir Penelitian (Laporan kemajuan Riset Tahap II) diterima PIHAK PERTAMA dan disetujui oleh Tim Pakar yang ditetapkan selambat-lambatnya tanggal 30 November 2017
2. Materi hasil Riset, antara lain hak paten, dan hak cipta peralatan/barang dan uang adalah milik kedua belah pihak masing-masing untuk bagian yang sama besarnya.
3. Tulisan ilmiah harus mencantumkan nama lembaga kedua belah pihak dalam publikasi/penerbitan.
4. Peralatan ilmiah dan barang inventaris yang diadakan dan digunakan dalam pelaksanaan Riset ini adalah milik negara yang dikelola dan menjadi tanggung jawab PIHAK KEDUA c.q. Pimpinan Institusi yang bersangkutan yang dinyatakan dengan Berita Acara Serah Terima.

PASAL 7
Sanksi dan Denda

1. Apabila sudah berakhir jangka waktu tersebut dalam Pasal 2, PIHAK KEDUA tidak dapat menyelesaikan pekerjaan tersebut dalam Pasal 1, maka PIHAK KEDUA akan dikenakan denda keterlambatan sebesar 1 % (satu permil) untuk setiap hari keterlambatan, dengan denda maksimum 5 % (lima persen) dari seluruh nilai pekerjaan.
2. Perhitungan dan eksekusi denda seperti tersebut pada ayat 1 (satu) pasal ini dilakukan oleh PIHAK PERTAMA.
3. Apabila bukti penggunaan anggaran tidak dapat dipertanggungjawabkan sesuai dengan ketentuan yang berlaku dan /atau kelebihan pembayaran, pihak kedua wajib menyetorkan ke kas negara

PASAL 8
Keadaan Memaksa (*Force Majeure*)

1. Keterlambatan pelaksanaan penyelesaian pekerjaan yang diakibatkan oleh keadaan memaksa (*Force Majeure*) dapat membebaskan PIHAK KEDUA dari sanksi/denda seperti pasal 7 (tujuh) Surat Perjanjian Kerjasama.
2. Yang dianggap sebagai *Force Majeure* sehubungan dengan Perjanjian Kerjasama ini adalah antara lain :
 - a. Bencana alam atau keadaan cuaca yang tidak memungkinkan pekerjaan dilaksanakan.
 - b. Adanya huru-hara/perang atau kekacauan yang tidak memungkinkan pekerjaan ini dilaksanakan
 - c. Pekerjaan lain di luar kekuasaan/kemampuan manusia dan disetujui oleh PIHAK PERTAMA.

PASAL 9
Perselisihan dan Domisili

1. Perselisihan di bidang teknis dan administrasi akan diselesaikan oleh kedua belah pihak secara musyawarah.
2. Setiap perselisihan yang timbul berkenaan dengan isi serta maksud Surat Perjanjian Kerja Sama ini pada dasarnya akan diselesaikan secara musyawarah untuk mufakat oleh kedua belah pihak.

3. Perselisihan mengenai bidang lainnya yang tidak dapat diselesaikan dengan cara tersebut ayat 1 (satu) dan 2 (dua) pasal ini akan diselesaikan oleh kedua belah pihak melalui pengadilan Negeri Malang.

PASAL 10
Lain – lain

Segala perubahan berkenan dengan serta maksud Perjanjian Kerjasama ini dapat dilakukan atas persetujuan kedua belah pihak yang akan diundangkan dalam suatu adendum yang ditandatangani oleh kedua belah pihak, dan merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dari Surat Perjanjian Kerjasama ini.

PASAL 11
P e n u t u p

Surat Perjanjian Kerjasama ini dibuat dengan sebenarnya dalam rangkap secukupnya dan dinyatakan berlaku dan sah setelah ditandatangani oleh kedua belah pihak pada hari, tanggal, bulan, dan tahun sebagaimana diuraikan di atas, PIHAK PERTAMA dan PIHAK KEDUA masing-masing menerima satu berkas asli dan selebihnya diperuntukkan bagi instansi-instansi yang berkepentingan dalam Surat Perjanjian Kerjasama ini.

PIHAK KEDUA
Peneliti Utama



Ir. ASTUTIK PUDJIRAHAJU, M.Si.
NIP. 196012171986032001

PIHAK PERTAMA
Pejabat Pembuat Komitmen Politeknik Kesehatan
Kemenkes Malang



SETYO HARSOYO, M.Kes.
NIP. 19650315 198903 1 003

Mengetahui,
Direktur



Budi Susana, M.Kes
NIP. 19650318 198803 1 002



PEMERINTAH KABUPATEN TRENGGALEK
KANTOR KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
Jln. HOS. Cokroaminoto No. 1 Telp. (0355) 796547
TRENGGALEK Kode Pos. 66316

Trenggalek, 5 Oktober 2018

Nomor : 070/247/35.03.030/2018
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Penelitian/Survey/Research

Kepada :
Yth.Sdr. Kepala Dinas Kesehatan, Pengendalian
Penduduk dan KB Kab. Trenggalek
di

TRENGGALEK

Menunjuk surat : Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang
Nomor : LB.01.02/1.5/4416/2018
Tanggal : 5 September 2018

Bersama ini memberikan Rekomendasi kepada :

Nama : Ir. ASTUTIK PUDJIRAHAYU, M.Si.
Alamat : RT. 009 RW. 010 Kel. Oro Oro Dowo Kec. Klojen
Kota Malang

Pekerjaan : Dosen
Kebangsaan : WNI

Bermaksud mengadakan penelitian/survey/research :

Judul : Intervensi Gizi Spesifik Pada Target 1000 HPK Dalam
Pencegahan Kejadian Stunting di Kabupaten Trenggalek (Tahap I)
Kajian Pada Kelompok 1000 HPK (Ibu Hamil, Ibu Menyusui
Serta Bayi dan Anak Usia 0-24 Bulan)

Penanggung Jawab : Dr. Moh. WILDAN, A.Per.Pen.M.Pd.

Pengikut : DWIE SOELISTYORINI, S.ST.,M.Kes. dan Ir. AAG ANOM
ASWIN, MPS.

Waktu : 5 Oktober s/d 31 Desember 2018

Lokasi : Wilayah Kerja Puskesmas Bendungan

Sehubungan dengan hal tersebut, diharapkan dukungan dan kerjasama pihak terkait untuk memberikan bantuan yang diperlukan. Adapun kepada peneliti agar memperhatikan hal-hal sebagai berikut :

1. Berkewajiban menghormati dan mentaati peraturan dan tata tertib yang berlaku di lokasi penelitian/survey/research;
2. Pelaksanaan penelitian/survey/research agar tidak disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu kestabilan keamanan dan ketertiban di lokasi penelitian/survey/research;
3. Melaporkan hasil penelitian dan sejenisnya kepada Kantor Kesbangpol Kabupaten Trenggalek.

Demikian untuk menjadi maklum.

u.n. KEPALA KANTOR KESATUAN BANGSA DAN POLITIK



Tembusan:

Yth. 1. Bapak Bupati Trenggalek
(sebagai laporan);

2. Direktur Politeknik
Kesehatan Kemenkes
Malang;

3. Yang bersangkutan



**KOMISI ETIK PENELITIAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG**

**REKOMENDASI PERSETUJUAN ETIK
ETHICAL APPROVAL RECOMMENDATION
Reg.No.:530 / KEPK-POLKESMA/ 2019**

Komisi Etik Penelitian Kesehatan Politeknik Kesehatan Malang telah menyelenggarakan Pertemuan pada tanggal 5 Oktober 2018 untuk membahas protokol penelitian

The Ethic Committee of Polytechnic of Health The Ministry of Health in Malang has convened a meeting on 5 October 2018 to discuss the research protocol

Judul Penelitian - **Intervensi Gizi Spesifik pada Target 1000 HPK dalam Pencegahan Kejadian Stunting di Kabupaten Trenggalek (TAHAP I) (Kajian pada Kelompok 1000 HPK: Ibu Hamil, Ibu Menyusui, serta Bayi Usia 0 ÷ 24 Bulan)**
Entitled

- Specific Nutritional Interventions on the Target 1000 PPC in the prevention of the incidence of Stunting In Trenggalek Regency (phase I) (Study on the Group of 1000 PPC: the mother is pregnant, nursing mothers, as well as the Baby Ages 0-24 months)

Peneliti **ASTUTIK PUDJIRAHAJU**
Researcher

Dan menyimpulkan bahwa protokol tersebut **telah memenuhi semua persyaratan etik**
And concluded that the protocol has fulfilled all ethical requirements

Malang, 5 Oktober 2018

Dr. ANNASARI MUSTAFA, MSc.
Head of Committee

**KUESIONER
PENELITIAN HIBAH BERSAING**



**INTERVENSI GIZI SPESIFIK PADA TARGET 1000 HPK
DALAM PENCEGAHAN KEJADIAN *STUNTING*
DI KABUPATEN TRENGGALEK (TAHAP I)**

**Kajian pada Kelompok 1000 HPK
(Ibu Hamil, Ibu Menyusui, serta Bayi dan Anak Usia 0 – 24 Bulan)**

**Peneliti :
Ir. ASTUTIK PUDJIRAHAJU, M.Si.
DWIE SOELISTYORINI, S.ST., M.Kes.
Ir. AAG ANOM ASWIN, MPS.**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN MALANG
JURUSAN GIZI
MALANG
2018**

**INTERVENSI GIZI SPESIFIK PADA TARGET 1000 HPK DALAM PENCEGAHAN
KEJADIAN STUNTING DI KABUPATEN TRENGGALEK (TAHAP I)**

A. Identitas Responden

1. Nama :
2. Alamat :
.....
.....
3. Tempat/Tanggal Lahir :
4. Pendidikan Formal Terakhir :
 - a. SD/Sederajat
 - b. SLTP/Sederajat
 - c. SLTA/Sederajat
 - d. Akademi/Politeknik/Universitas
 - e. Tidak Sekolah
5. Pekerjaan :
 - a. Tidak Bekerja
 - b. Buruh Tani / Pabrik / Bangunan
 - c. Pedagang / Swasta
 - d. Pegawai Negeri
 - e. Lain-lain (sebutkan) :
6. Ini Kehamilan Ke- :
7. Pernah Keguguran : Ya / Tidak, Jika Ya, berapa kali :
8. Jumlah Anak yang dimiliki :
 - a. Belum Mempunyai Anak (Kehamilan Pertama)
 - b. 2
 - c. 3 – 5
 - d. > 5
9. Penghasilan : Rp
10. Jumlah Anggota Keluarga :

B. Catatan Kesehatan Ibu Bersalin

1. Tanggal Persalinan :, Pukul:
2. Umur Kehamilan : Minggu
3. Penolong Persalinan : Dokter / Bidang / Lain-lain
4. Cara Persalinan : Normal / Tindakan
5. Keadaan Ibu : Sehat / Sakit (Pendarahan / Demam / Kejang / Lokhia Berbau /) / Meninggal.
6. Ketuban :

2. Makanan yang diberikan usia 7 – 9 bulan:
(Jawaban boleh lebih dari satu)
 - a. ASI
 - b. Susu Formula
 - c. Bubur Susu Komersial bahan pangan tunggal
 - d. Bubur Susu Komersial anekaragam bahan pangan
 - e. Bubur *Home Made* bahan pangan tunggal
 - f. Bubur *Home Made* anekaragam bahan pangan
 - g. Tim Saring bahan pangan tunggal
 - h. Tim Saring anekaragam bahan pangan
 - i. Tim bahan pangan tunggal
 - j. Tim anekaragam bahan pangan
 - k. Bahan pangan lain, sebutkan:

3. Makanan yang diberikan usia 10 – 12 bulan:
(Jawaban boleh lebih dari satu)
 - a. ASI
 - b. Susu Formula
 - c. Bubur Susu Komersial bahan pangan tunggal
 - d. Bubur Susu Komersial anekaragam bahan pangan
 - e. Bubur *Home Made* bahan pangan tunggal
 - f. Bubur *Home Made* anekaragam bahan pangan
 - g. Tim Saring bahan pangan tunggal
 - h. Tim Saring anekaragam bahan pangan
 - i. Tim bahan pangan tunggal
 - j. Tim anekaragam bahan pangan
 - k. Makanan Keluarga
 - l. Bahan pangan lain, sebutkan:

4. Makanan yang diberikan usia 13 – 24 bulan:
 - a. ASI
 - b. Susu Formula
 - c. Bubur Susu Komersial bahan pangan tunggal
 - d. Bubur Susu Komersial anekaragam bahan pangan
 - e. Bubur *Home Made* bahan pangan tunggal
 - f. Bubur *Home Made* anekaragam bahan pangan
 - g. Tim Saring bahan pangan tunggal
 - h. Tim Saring anekaragam bahan pangan
 - i. Tim bahan pangan tunggal
 - j. Tim anekaragam bahan pangan
 - k. Makanan Keluarga
 - l. Bahan pangan lain, sebutkan:

E. Pertanyaan Pengetahuan

1. Apakah Ibu mengetahui alasan memeriksakan kehamilan?
 - a. Tahu, alasannya
 - b. Tidak tahu

2. Dari manakah Ibu mengetahui tentang pemeriksaan kehamilan?
(Jawaban boleh lebih dari satu)
 - a. Tenaga kesehatan (Dokter / Bidan / Perawat / Mantri)
 - b. Kader Posyandu / Puskesmas / KIA
 - c. Tetangga / teman / keluarga / tokoh masyarakat / tokoh agama
 - d. Media massa (TV, radio, koran, majalah, buklet, pamflet, selebaran, dll)
 - e. Lain-lain:

3. Menurut Ibu, kapan pemeriksaan kehamilan yang pertama kali sebaiknya dilakukan?
 - a. Kehamilan 0 – 3 bulan
 - b. Kehamilan 4 – 6 bulan
 - c. Kehamilan 7 – 9 bulan
 - d. Tidak tahu

4. Menurut Ibu, pemeriksaan kehamilan berguna bagi siapa?
 - a. Ibu
 - b. Janin
 - c. Ibu dan Janin
 - d. Lain-lain:

5. Kemanakah sebaiknya kehamilan Ibu diperiksakan?
 - a. Dokter / Bidan Swasta
 - b. Dukun beranak / Paraji
 - c. Kader Posyandu / Puskesmas / KIA
 - d. Tidak tahu

6. Menurut Ibu, berapa kali paling sedikit Ibu memeriksakan kehamilan?
 - a. < 4 kali
 - b. \geq 4 kali

7. Jika jawaban Nomor 6) adalah b, apakah Ibu tahu tepatnya kapan saja?
 - a. Sebulan sekali
 - b. Mulai bulan ke-5, 1 bulan 1 kali
 - c. Selang-seling setiap bulan
 - d. 3 bulan pertama minimal 1 kali, 3 bulan kedua minimal 1 kali, 3 bulan ketiga minimal 2 kali

8. Pelayanan apa saja yang Ibu dapatkan saat memeriksakan kehamilan?
(Jawaban boleh lebih dari satu)
 - a. Tekanan darah
 - b. Tinggi puncak rahim
 - c. Pengukuran BB dan TB
 - d. Tetanus Toxoid Imunisasi

F. Pertanyaan Sikap

1. Setujukah Ibu diadakan program pemeriksaan kehamilan?
 - a. Setuju
 - b. Tidak setuju

2. Jika jawaban nomor 1) adalah Setuju, apa alasannya?
 - a. Mengetahui pentingnya dan manfaat pemeriksaan kehamilan
 - b. Disuruh keluarga (suami / orangtua / mertua / dll)
 - c. Disuruh Kader Posyandu
 - d. Ikut-ikutan
 - e. Terpaksa
 - f. Lain-lain (media massa / tetangga / dll)

3. Jika jawaban nomor 1) adalah Tidak Setuju, apa alasannya?
 - a. Malas / tidak mau
 - b. Tidak diperiksa juga tidak apa-apa, anak dan ibu tetap sehat-sehat saja
 - c. Tidak boleh oleh keluarga (suami / orangtua / mertua/ dll)
 - d. Tidak tahu

4. Bersediakah Ibu mengunjungi BKIA / Posyandu / Puskesmas untuk melakukan pemeriksaan kehamilan secara teratur?
 - a. Bersedia
 - b. Tidak bersedia

5. Apakah alasan Ibu tidak bersedia mengunjungi BKIA / Posyandu / Puskesmas untuk melakukan pemeriksaan kehamilan secara teratur?
 - a. Letak BKIA / Posyandu / Puskesmas jauh dari tempat tinggal
 - b. Pelayanan kurang memuaskan
 - c. Kesulitan ekonomi
 - d. Malas
 - e. Tidak ada waktu

G. Pertanyaan Perilaku

1. Apakah Ibu pernah memeriksakan kehamilan selama kehamilan sebelum ini?
 - a. Tidak pernah
 - b. Pernah
 - c. Ini kehamilan pertama

2. Jika jawaban nomor 1) dalah Pernah, berapa kali?
 - a. < 4 kali
 - b. ≥ 4 kali

3. Jika jawaban nomor 1) dalah Pernah, kemana Ibu memeriksakan diri?
 - a. Dokter / Bidan
 - b. Dukun Beranak / Paraji
 - c. Kader Posyandu / Puskesmas / KIA
 - d. Tidak tahu

4. Jika jawaban nomor 1) adalah Tidak Pernah, apa alasannya?
 - a. Tidak tahu
 - b. Tidak mau
 - c. Tidak sempat
 - d. Tidak ada biaya

5. Selama kehamilan, berapa kali rencan Ibu untuk memeriksakan kehamilan saat ini?
 - a. < 4 kali
 - b. ≥ 4 kali
 - c. Setiap bulan
 - d. Sesempatnya
 - e. Bisa ya, bisa tidak

H. Pertanyaan Penyuluhan dan Konseling

1. Menurut Ibu, masih perlukah penyuluhan dan konseling tentang manfaat pemeriksaan kehamilan?
 - a. Perlu
 - b. Tidak perlu

2. Apakah di daerah Ibu pernah dilakukan penyuluhan dan konseling tentang pemeriksaan kehamilan?
 - a. Pernah
 - b. Tidak pernah

3. Jika jawaban nomor 2) adalah Pernah, apakah Ibu mengikutinya?
 - a. Kadang-kadang ikut
 - b. Selalu ikut
 - c. Tidak

4. Jika jawaban nomor 2) adalah Tidak Pernah, apakah Ibu berniat mengikutinya?
 - a. Ingin
 - b. Tidak ingin

5. Bila ada dari Puskesmas atau pihak lain hendak mengadakan penyuluhan dan konseling tentang kehamilan, berminatkah Ibu menghadirinya?
 - a. Ya
 - b. Tidak

6. Jika jawaban nomor 5) adalah Ya, metode seperti apa yang ibu inginkan?
 - a. Ceramah
 - b. Ceramah dan tanya jawab
 - c. Ceramah dengan gambar / alat peraga dan tanya jawab

7. Dimana sebaiknya penyuluhan dan konseling diadakan?
 - a. Posyandu
 - b. Puskesmas
 - c. Balai Desa
 - d. Masjid
 - e. Lain-lain:

8. Kapan waktu yang tepat untuk pelaksanaan penyuluhan dan konseling?
 - a. Pagi
 - b. Siang
 - c. Malam

9. Berapa kali sebaiknya penyuluhan dan konseling diadakan?
 - a. 2 minggu sekali
 - b. 1 bulan sekali
 - c. 2 bulan sekali
 - d. 3 bulan sekali

10. Penyuluhan tentang pemeriksaan kehamilan sebaiknya diberikan oleh siapa?
 - a. Tenaga kesehatan (Dokter / Bidan / Perawat / Mantri)
 - b. Kader Posyandu / BKIA / Puskesmas
 - c. Tokoh Agama / masyarakat / Aparat Desa
 - d. Dukun Beranak / Paraji

11. Menurut pendapat Ibu, apa sebaiknya para suami diwajibkan menghadiri penyuluhan dan konseling tentang pemeriksaan kehamilan (Program Suami Siaga)?
 - a. Ya, alasannya:
 - b. Tidak, alasannya:

JADWAL IMUNISASI ANAK UMUR 0 - 18 TAHUN
Rekomendasi Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI) Tahun 2011

Jenis Vaksin	Bulan													Tahun								
	Lahir	1	2	3	4	5	6	9	12	15	18	24	3	5	6	7	8	9	10	12	18	
Hepatitis B				3																		
Polio			2								4											
BCG																						
DPT			2								4		5							6	7	
HIB			2							4												
PCV										4												
Rotavirus						3																
Influenza	Ulangan 1 Kali tiap Tahun																					
Campak								1			2					3						
MMR									1				2									
Tifoid	Ulangan Tiap 3 Tahun																					
Hepatitis A	2 Kali, Interval 6 - 12 Bulan																					
Varicella	1 Kali																					
HPV	2 atau 3 Kali																					
Japane Ensefalitis									1			2										
Dengue	3 Kali, Interval 3 Bulan																					

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)

*) Informasi tambahan seperti harga per porsi, cara persiapan dan pemasakan

Trenggalek, 2018

Petugas,

.....
(Nama dan Tanda Tangan)