

TESIS

**HUBUNGAN INTERVENSI SPESIFIK DARI INDIKATOR PROGRAM
INDONESIA SEHAT DENGAN PENDEKATAN KELUARGA (PIS-PK)
DENGAN PREVALENSI STUNTING DI 10 DESA LOKUS
PROGRAM PENCEGAHAN STUNTING
DI KAB. BANGGAI TAHUN 2018-2019**

*Association of Specific Interventions from Indicators of Indonesian Health
Program with Family Approach (PIS-Pk) on Stunting Prevalence in 10
Locus of Stunting Prevention Program in Banggai District in 2018-2019*

**NANI APRIANI NATSIR DJIDE
K012182018**



**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2021**

**HUBUNGAN INTERVENSI SPESIFIK DARI INDIKATOR PROGRAM
INDONESIA SEHAT DENGAN PENDEKATAN KELUARGA (PIS-PK)
DENGAN PREVALENSI STUNTING DI 10 DESA LOKUS
PROGRAM PENCEGAHAN STUNTING
DI KAB. BANGGAI TAHUN 2018-2019**

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar Magister

Program Studi
Kesehatan Masyarakat

Disusun dan diajukan oleh

NANI APRIANI NATSIR DJIDE

Kepada

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR**

2021

TESIS

HUBUNGAN INTERVENSI SPESIFIK DARI INDIKATOR PROGRAM INDONESIA SEHAT DENGAN PENDEKATAN KELUARGA (PIS-PK) DENGAN PREVALENSI STUNTING DI 10 DESA LOKUS PROGRAM PENCEGAHAN STUNTING DI KAB. BANGGAI TAHUN 2018-2019

Disusun dan diajukan oleh

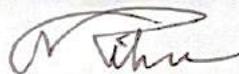
NANI APRIANI NATSIR DJIDE
K012181300

Telah dipertahankan di hadapan Panitia ujian yang dibentuk dalam rangka Penyelesaian Studi Program Magister Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin pada tanggal 14 Januari 2021 dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan

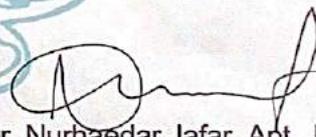
Menyetujui,

Pembimbing Utama,

Pembimbing Pendamping,



Prof. Dr. dr. Abd. Razak Thaha, M.Sc
NIDK. 8823311019



Dr. Nurhaedar Jafar, Apt. M.Kes
NIP. 196412341990022001

Dekan Fakultas,

Ketua Program Studi,



Dr. Aminuddin Syam, SKM., M.Kes., M.Med.Ed
NIP. 19670617 199903 1 001



Prof. Dr. Masni, Apt. MSPH.
NIP. 19590605 1986

PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Nani Apriani Natsir Djide
NIM : K012182018
Program studi : Kesehatan Masyarakat
Jenjang : S2

Menyatakan dengan ini bahawa karya tulissan saya berjudul :

**Hubungan Intervensi Spesifik Dari Indikator Program Indonesia
Sehat Dengan Pendekatan Keluarga (Pis-Pk) Dengan Prevalensi
Stunting Di 10 Desa Lokus Program Pencegahan Stunting
Di Kab. Banggai Tahun 2018-2019**

adalah karya tulisan saya sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan orang lain bahwa Tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini hasil karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, 20 Januari 2021.

Yang menyatakan



Nani Apriani Natsir Djide

PRAKATA

Bismillahirrahmanirrahim

Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatu

Puji syukur peneliti panjatkan atas kehadiran Allah SWT, atas limpahan rahmat dan hidayah-Nya sehingga dapat menyelesaikan penelitian yang berjudul “Hubungan intervensi spesifik dari indikator program Indonesia Sehat dengan pendekatan keluarga (PIS-PK) dengan prevalensi stunting di 10 desa lokus program pencegahan stunting di kab. Banggai tahun 2018-2019”.

Banyak kendala yang dihadapi oleh peneliti dalam rangka penyusunan hasil penelitian ini, tetapi berkat do'a dan pertolongan Allah SWT serta bantuan dari berbagai pihak maka hasil penelitian ini dapat terselesaikan. Dalam kesempatan ini penulis dengan tulus ingin menyampaikan terima kasih kepada **Prof. Dr. dr. Abd. Razak Thaha, M.Sc** sebagai ketua komisi penasehat dan ibu **Dr. Nurhaedar Jafar, Apt. M.Kes** sebagai anggota komisi penasehat serta bapak **Dr. Aminuddin Syam, SKM., M.Kes. M.Med.Ed**, bapak **Dr. Wahiddudin, SKM., M.Kes** dan ibu **Dr. Suriah, SKM. M.kes.** selaku penguji atas bantuan dan bimbingan yang telah diberikan mulai dari pengembangan minat terhadap penelitian, penyusunan proposal, penelitian hingga pada penyusunan hasil penelitian ini.

Peneliti menyadari hasil penelitian ini masih banyak kekurangan, keterbatasan, dan jauh dari kesempurnaan, karena keterbatasan peneliti sebagai manusia biasa. Olehnya itu, pada kesempatan ini peneliti mengharapkan kritik dan saran dari berbagai pihak yang sifatnya membangun untuk kebaikan dan penyempurnaan selanjutnya.

Makassar, Januari 2021

Nani Apriani Natsir Djide

ABSTRAK

NANI APRIANI NATSIR DJIDE. *Pengaruh Intervensi Spesifik Dari Indikator Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga (Pis-Pk) Terhadap Prevalensi Stunting Di 10 Lokus Program Pencegahan Stunting Di Kab. Banggai Tahun 2018-2019* (dibimbing oleh **Abd. Razak Thaha** dan **Nurhaedar Jafar**).

Stunting merupakan salah satu bentuk kurang gizi kronis yang paling umum terjadi. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh intervensi Spesifik Dari Indikator Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga (Pis-Pk) Terhadap Prevalensi Stunting Di 10 Lokus Program Pencegahan Stunting Di Kab. Banggai Tahun 2018-2019.

Penelitian ini bagian dari studi longitudinal dengan desain *cross sectional*. Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data sekunder dari indikator PIS-PK di 10 desa lokus di kab. Banggai tahun 2018-2019. Teknik analisis data dalam penelitian ini menggunakan Program SPSS dengan melakukan analisis univariat, bivariat serta multivariat.

Hasil penelitian menunjukkan setelah 1 tahun intervensi spesifik terjadi penurunan prevalensi stunting 2%. Cakupan indikator yang mengalami peningkatan imunisasi dasar lengkap (2.8%), pemberian ASI eksklusif (3.9%), pemantauan pertumbuhan(4.9%), pengobatan TB paru (20.8%), pengobatan hipertensi (6.2%) dan kepemilikan JKN(1.5%). Analisis bivariat menunjukkan tahun 2019 imunisasi dasar lengkap dan ASI eksklusif menunjukkan p-value sebesar 0.000 (<0.005), hal ini menunjukkan terdapat pengaruh pemantauan pertumbuhan terhadap prevalensi stunting di 10 desa lokus Kab. Banggai, sedangkan analisis multivariat menunjukkan untuk imunisasi dasar lengkap dengan nilai Exp (B) sebesar 0.093 sehingga ditetapkan sebagai faktor yang paling berpengaruh terhadap prevalensi stunting di 10 desa lokus Kab. Banggai. Dengan demikian, intervensi spesifik berpengaruh terhadap prevalensi stunting khususnya indikator ASI eksklusif dan imunisasi dasarlengkap di 10 desa lokus program pencegahan stunting di Kab. Banggai.

Kata kunci: Stunting, Indikator PISPK, ASI Eksklusif, Imunisasi, Pemantauan Pertumbuhan



ABSTRACT

NANI APRIANI NATSIR DJIDE. *The Influence of Specific Interventions of Indicators of Indonesian Healthy Program with Family Approach (PIS-Pk) on Stunting Prevalence in 10 locus village of Stunting Prevention Program in Banggai District 2018-2019* (supervised by **Abd. Razak Thaha** and **Nurhaedar Jafar**).

Stunting is one of the most common forms of chronic malnutrition. This research aims to find out the effect of specific interventions from indicators of the Healthy Indonesia Program with a Family Approach (PIS-Pk) on the prevalence of stunting in 10 locus of stunting prevention program in Banggai District 2018-2019.

This research is part of a longitudinal study with a cross sectional design. The data used in this study are secondary data from the PIS-PK indicator in 10 locus villages in the Banggai District 2018-2019. The data analysis technique in this study used the SPSS program by performing univariate, bivariate and multivariate analysis.

The results showed that after 1 year of specific intervention there was a decrease in the prevalence of stunting by 2%. The coverage of indicators that experienced an increase in complete basic immunization (2.8%), exclusive breastfeeding (3.9%), growth monitoring (4.9%), pulmonary TB treatment (20.8%), hypertension treatment (6.2%) and JKN ownership (1.5%). Bivariate analysis shows that in 2019, complete basic immunization and exclusive breastfeeding shows a p-value of 0.000 (<0.005), this shows that there is an effect of growth monitoring on the prevalence of stunting in 10 villages, Kab. Banggai, while the multivariate analysis shows complete basic immunization with an Exp (B) value of 0.093 so that it is determined as the most influencing factor on the prevalence of stunting in 10 locus village Banggai District. Thus, specific interventions affect the prevalence of stunting, especially indicators of exclusive breastfeeding and complete basic immunization in 10 locus village stunting prevention program in Banggai District.

Keywords: Stunting, PISPK Indicator, Exclusive Breastfeeding, Immunization, Growth Monitoring



DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGANTAR	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
LEMBAR KEASLIAN TESIS	iv
PRAKATA	v
ABSTRAK	vii
ABSTRACT	vii
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR SKEMA	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
DAFTAR GAMBAR	xiv
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	5
C. Tujuan Penelitian.....	5
D. Manfaat Penelitian.....	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Tinjauan Pustaka Tentang Indikator Sehat.....	9
1. Keluarga mengikuti program KB	9
2. Ibu melakukan persalinan di fasilitas kesehatan	11

3. Bayi mendapat imunisasi dasar lengkap.....	12
4. Bayi mendapatkan asi eksklusif	13
5. Balita mendapatkant pemantauan pertumbuhan	15
6. Penderita tuberkolosis mendapat pengobatan sesuai standar	18
7. Penderita hipertensi melakkan pengobatan secara teratur..	19
8. Penderita gangguan jiwa.....	19
9. Anggota keluarga tidak ada yang merokok.....	20
10. Keluarga sudah menjadi anggota JKN.....	21
11. Keluarga mempunyai akses sarana air bersih	23
12. Keluarga mempunyai akses jamban sehat	24
B. Tinjauan Pustaka Tentang Intervensi Spesifik.....	25
C. Tinjauan Pustaka Tentang PIS-PK.....	29
D. Tinjauan Pustaka Tentang Stunting.....	34
1. Pengertian	34
2. Klasifikasi	35
3. Penyebab	37
4. Dampak	48
E. Kerangka Pikir	58
1. Kerangka Teori.....	58
2. Kerangka Konsep	59
F. Hipotesis Penelitian	60
G. Definisi Operasional.....	61

BAB III METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Desain Penelitian	63
B. Lokasi Penelitian.....	63
C. Populasi dan Sampel.....	64
D. Pengumpulan data.....	64
E. Pengolahan data.....	65
F. Penyajian data	68
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	
A. Hasil Penelitian	69
B. Pembahasan	91
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	
A. Kesimpulan.....	107
B. Saran	108
DAFTAR PUSTAKA	110
LAMPIRAN.....	119

DAFTAR TABEL

Nomor		Hlmn
Tabel 2.1	Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Anak Berdasarkan Indeks	17
Tabel 2.2	Jenis Intervensi Gizi Spesifik Percepatan Penurunan Stunting Di Indonesia	27
Tabel 2.3	Klasifikasi Status Gizi Stunting Berdasarkan Indikator TB/U	37
Tabel 2.4	Definisi operasional Penelitian	61
Tabel 4.1	Distribusi frekuensi berdasarkan karakteristik	70
Tabel 4.2	Distribusi frekuensi umur terhadap kejadian stunting	71
Tabel 4.3	Distribusi frekuensi berdasarkan variable penelitian	73
Tabel 4.4	Uji normalitas variable peneltiian tahun 2018	75
Tabel 4.5	Uji normalitas variable peneltiian tahun 2019	76
Tabel 4.6	Hasil Uji Independen Sampel T Test Pengaruh indikator PIS-PK terhadap Prevalensi Stunting di 10 Lokus Program Pencegahan Stunting Kab. Banggai	77

Tahun 2018

Tabel 4.7	Hasil Uji Mann-whitney Pengaruh indikator PIS-PK terhadap Prevalensi Stunting di 10 Lokus Program Pencegahan Stunting Kab. Banggai Tahun 2018-2019	78
Tabel 4.8	Hasil Uji Independen Sampel T Test Pengaruh indikator PIS-PK terhadap Prevalensi Stunting di 10 Lokus Program Pencegahan Stunting Kab. Banggai Tahun 2019	83
Tabel 4.9	Hasil Uji Mann-whitney Pengaruh indikator PIS-PK terhadap Prevalensi Stunting di 10 Lokus Program Pencegahan Stunting Kab. Banggai Tahun 2018-2019	84
Tabel 4.10	Hasil Uji Analisis Regresi Logistik Sederhana	90

DAFTAR SKEMA

Skema 2.1. Skema Kerangka Teori.....	58
Skema 2.2. Skema Kerangka Konsep	59
Skema 4.1 Alur Penentuan Sampel	69

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Surat-surat	121
Lampiran 2. Hasil Olah Data	125

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Kerangka Pikir Penyebab, Pencegahan 38

Gambar 2.2. Akibat jangka pendek dan Panjang..... 49

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stunting atau pendek merupakan salah satu indikator untuk mengukur status gizi kronik yang menghambat pertumbuhan dan disebabkan oleh malnutrisi jangka panjang. Batasan *stunting* menurut WHO yaitu tinggi badan menurut umur berdasarkan *Z-score* sama dengan atau kurang dari -2 SD di bawah rata-rata standar. Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 2 tahun 2020, Indeks PB / U atau TB / U digunakan untuk menggambarkan tinggi atau pertumbuhan tinggi badan anak berdasarkan usianya. Indeks ini dapat mengidentifikasi anak-anak yang pendek atau sangat pendek karena kekurangan gizi atau sering sakit. Nilai Z untuk kategori pendek adalah -3 SD sampai <-2 SD, dan kategori sangat pendek <-3 SD (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

Berdasarkan data dari UNICEF, pada tahun 2018 tercatat 21,9% atau sekitar 149 juta anak dibawah 5 tahun di dunia mengalami stunting, namun angka ini sudah mengalami penurunan jika dibandingkan dengan angka stunting pada tahun 2000 yaitu 32,6%. Lebih dari setengah balita stunting di dunia berasal dari Asia (55%) sedangkan lebih dari sepertiganya (39%) tinggal di Afrika. Dari 81,7 juta balita stunting di Asia, proporsi terbanyak berasal dari Asia Selatan

(57,9%) dan proporsi paling sedikit di Asia Tengah (0,8%) (*United Nations Children's Fund, World Health Organization and Group, 2019*).

Indonesia merupakan negara ketiga tertinggi rata-rata prevalensi stunting tahun 2005-2017 setelah India dan Timor leste (WHO, 2018). Untuk di Indonesia sendiri, berdasarkan Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007 menunjukkan prevalensi balita pendek di Indonesia sebesar 36,8%. Pada tahun 2010, terjadi sedikit penurunan menjadi 35,6%. Namun prevalensi balita pendek kembali meningkat pada tahun 2013 yaitu menjadi 37,2% dan pada RISKESDAS tahun 2018 menurun drastis menjadi 30,8%, namun menurut standar WHO prevalensi *stunting* Indonesia dianggap berat (30-39%). Berdasarkan Hasil pemantauan status gizi tahun 2017 khususnya di Kab. Banggai mendapatkan hasil 31.5% anak menderita *stunting* (Kementerian Kesehatan RI, 2017) dan menurut RISKESDAS pada tahun 2018 menunjukkan bahwa jumlah balita stunting mencapai 31,2 persen atau di atas angka rata-rata nasional (30,8 persen).

Indonesia telah menjadi bagian dari kampanye peningkatan gizi internasional sejak Desember 2011 dan telah berperan dalam pencegahan stunting internasional. Gerakan SUN merupakan gerakan global yang bertujuan agar setiap orang di dunia berhak menikmati makanan dan gizi yang baik. Pemerintah melalui rencana Kementerian Kesehatan RI telah mengadopsi sejumlah kebijakan kesehatan untuk mengurangi stunting di Indonesia, antara lain pemberian makanan

tambahan, 1.000 hari pertama kehidupan dan Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK), (Kementerian Kesehatan RI, 2016). Salah satu sasaran Program Indonesia Sehat yaitu untuk meningkatkan derajat kesehatan dan gizi masyarakat melalui pelayanan kesehatan dan pemberdayaan masyarakat dengan dukungan perlindungan finansial dan pemerataan pelayanan kesehatan (khususnya kesehatan dan gizi ibu dan anak) (Renstra, 2014).

Hal terpenting yang dapat menurunkan prevalensi stunting adalah intervensi harus dilakukan pada 1.000 hari pertama kehidupan (HPK). Kerangka tindakan intervensi untuk menghambat pembangunan yang dilaksanakan oleh pemerintah Indonesia terbagi menjadi dua bagian, yaitu 30% intervensi gizi khusus di bidang kesehatan dan 70% intervensi gizi sensitif di bidang non kesehatan. Studi yang dilakukan di 9 negara di sub-Sahara Afrika menunjukkan bahwa intervensi multisektoral diperlukan untuk mencegah stunting.

Program Indonesia Sehat telah menyepakati 12 indikator sebagai penanda status kesehatan keluarga, dimana 7 diantaranya termasuk dalam indikator spesifik yaitu Ibu melakukan persalinan di fasilitas kesehatan, bayi mendapat imunisasi dasar lengkap, bayi mendapat pemantauan pertumbuhan, penderita TB paru mendapatkan pengobatan sesuai standar, penderita hipertensi melakukan pengobatan secara teratur, kepemilikan JKN dan 5 lainnya merupakan indikator sensitif. Berdasarkan 12 indikator diatas, dilakukan

penghitungan Indeks Keluarga Sehat dari setiap keluarga. Dari Kondisi PHBS keluarga yang bersangkutan dapat tercermin dari keadaan masing-masing indikator (Kemenkes RI, 2016a).

Kab. Banggai merupakan salah satu kabupaten percontohan penanggulangan stunting di Indonesia, Kegiatan program pencegahan stunting di Kab. Banggai sendiri telah dilakukan sejak tahun 2015 melalui program posyandu prakonsepsi. Posyandu prakonsepsi ini tidak jauh dari peran Unhas melalui tenaga pendidiknyanya dalam mengembangkan inovasi tersebut. Unhas telah mengirimkan 4 orang peneliti yang terdiri dari 2 orang mahasiswa S2 dan 3 orang Mahasiswa S3. Mahasiswa S2 telah menyelesaikan penelitiannya pada tahun 2017 melalui penelitian “Pengaruh Pemberian Zat Gizi Mikro Terhadap Konsentrasi Hemoglobin Pada Wanita Prakonsepsi Di Kabupaten Banggai” dan “Studi Implementasi Manajemen Pelayanan Terpadu Pada Wanita Prakonsepsi Di Kabupaten Banggai”.

Kegiatan penelitian Studi Longitudinal Penyelamatan 1000 HPK, telah dilakukan kerjasama antara Badan Perencanaan Pembangunan, Penelitian dan Pengembangan Daerah Kabupaten Banggai dengan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin melalui pengambilan data Baseline dimulai pada tahun 2018. Riset ini bertujuan untuk memperoleh model Penyelamatan 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) di Kabupaten Banggai, yang dimulai dari masa prakonsepsi dilanjutkan masa kehamilan sampai anak berumur 2

tahun. Kegiatan pelaksanaan oleh TIM Peneliti FKM Unhas ini telah membantu Pemerintah Kabupaten Banggai dalam pendampingan Program pencegahan dan penanggulangan stunting melalui tahap perencanaan dan pengembangan program. Saat ini program yang berjalan yaitu program 1 PK, 10 Dasawisma, 100 KK dimana 1 pembina keluarga bertanggung jawab kepada 100 kepala keluarga.

Pelaksanaan kegiatan PIS-PK di Kab. Banggai sudah terlaksana di 10 desa lokus yaitu Balanga, Jaya bakti, Bolobunggang, Boitan, Dondo Soboli, Lontos, Koili, Indang Sari, Mantan B dan Batu Simpang pada tahun 2018-2019 dengan salah satu hasil pengembangan model oleh mahasiswa S3 FKM UNHAS dengan program 1 PK 100 KK yang terus diupdate dan dilakukan surveilans setiap 3 bulan untuk menunjukkan bahwa intervensi dilakukan secara teratur.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian tersebut, peneliti membuat rumusan masalah penelitian “Bagaimanakah hubungan intervensi spesifik dari indikator program Indonesia sehat dengan pendekatan keluarga (PIS-PK) dengan prevalensi stunting di 10 lokus program pencegahan stunting di Kab. Banggai tahun 2018-2019?”

C. Tujuan Umum

1. Tujuan Umum

Adapun tujuan umum dari penelitian ini adalah Untuk mengetahui pengaruh intervensi spesifik dari indikator program Indonesia sehat

dengan pendekatan keluarga (PIS-PK) terhadap prevalensi stunting di 10 lokus program pencegahan stunting di Kab. Banggai tahun 2018-2019

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui pengaruh intervensi spesifik indikator persalinan di fasilitas kesehatan terhadap prevalensi stunting di 10 lokus program pencegahan stunting Kab. Banggai pada tahun 2018-2019
- b. Untuk mengetahui pengaruh intervensi spesifik indikator imunisasi dasar lengkap terhadap prevalensi stunting di 10 lokus program pencegahan stunting Kab. Banggai pada tahun 2018-2019
- c. Untuk mengetahui pengaruh intervensi spesifik indikator Asi Eksklusif terhadap prevalensi stunting di 10 lokus program pencegahan stunting Kab. Banggai pada tahun 2018-2019
- d. Untuk mengetahui pengaruh intervensi spesifik indikator pemantauan pertumbuhan terhadap prevalensi stunting di 10 lokus program pencegahan stunting Kab. Banggai pada tahun 2018-2019
- e. Untuk mengetahui pengaruh intervensi spesifik indikator pengobatan TB Paru terhadap prevalensi stunting di 10 lokus program pencegahan stunting Kab. Banggai pada tahun 2018-2019
- f. Untuk mengetahui pengaruh intervensi spesifik indikator pengobatan hipertensi terhadap prevalensi stunting di 10 lokus program pencegahan stunting Kab. Banggai pada tahun 2018-2019

- g. Untuk mengetahui pengaruh intervensi spesifik indikator kepemilikan JKN/Askes terhadap prevalensi stunting di 10 lokus program pencegahan stunting Kab. Banggai pada tahun 2018-2019
- h. Untuk mengetahui indikator yang paling berpengaruh terhadap prevalensi stunting di 10 lokus program pencegahan stunting Kab. Banggai pada tahun 2018-2019

D. Manfaat Penelitian

- a. Manfaat Praktis

Memberikan informasi bagi institusi kesehatan mengenai indikator dari PIS-PK yang berhubungan dengan prevalensi stunting sehingga dapat melakukan upaya-upaya pencegahan kejadian stunting di Indonesia

- b. Bagi Peneliti Selanjutnya

Menambah informasi dan pengetahuan serta masukan untuk peneliti selanjutnya terkait program-program yang dapat dilakukan sebagai upaya pencegahan stunting.

- c. Bagi Masyarakat

Menambah wawasan masyarakat umum agar dapat membantu memperbaiki status gizi balita agar dapat mengurangi dan mencegah angka kejadian stunting di Indonesia

- d. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai bahan masukan agar perguruan tinggi dapat melakukan pendampingan kepada masyarakat maupun pemerintah dalam

merencanakan inovasi program pencegahan dan penanggulangan stunting di Indonesia

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Pustaka Tentang Indikator Sehat

Program Indonesia Sehat dalam agenda kelima Nawachita bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup manusia, guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat tahun ini (Renstra, 2014). Program tersebut dapat dipengaruhi oleh pertumbuhan penduduk yang terus menerus, yang akan membawa berbagai tantangan, seperti sosial ekonomi, status kesehatan, dan kebutuhan akan lahan untuk memenuhi kebutuhan hidup. Program ini dilaksanakan melalui strategi keluarga dan akan mengukur keluarga sehat melalui 12 indikator keluarga sehat, antara lain:

1. Keluarga mengikuti program KB

Menurut pedoman pelaksanaan PIS-PK, definisi indikator pertama (yaitu keluarga yang mengikuti KB) adalah jika keluarga tersebut adalah pasangan usia subur, maka suami atau istri atau keduanya sudah resmi terdaftar sebagai peserta / penerima KB dan/atau menggunakan alat kontrasepsi (Kemenkes RI, 2017). Keluarga Berencana adalah upaya membangun keluarga usia perkawinan yang ideal dengan cara mengedepankan, melindungi dan mendampingi dalam perwujudan hak reproduksi dan memberikan pelayanan, pengaturan dan dukungan yang diperlukan,

menyesuaikan jumlah, jarak dan usia anak yang ideal untuk melahirkan anak agar tercipta kualitas keluarga, mengatur kehamilan serta meningkatkan adaptasi dan kebahagiaan anak (Nurjannah and Susanti, 2018). Secara umum tujuan dari gerakan keluarga berencana adalah untuk mewujudkan keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera yang merupakan basis masyarakat sejahtera melalui pengendalian kelahiran dan pertumbuhan penduduk (Hapsari, Herniyatun dan Indrayani, 2012).

Tujuan keluarga berencana bersifat langsung dan tidak langsung. Sasaran langsungnya adalah pasangan usia subur, dan sasarannya adalah menurunkan angka kelahiran melalui penggunaan alat kontrasepsi secara terus menerus, sasaran tidak langsungnya adalah pelaksana dan pengelola KB. Penelitian yang dilakukan di Pakistan (Khan and Khan, 2015) menemukan bahwa program keluarga berencana berdampak pada tingkat pendapatan keluarga. Dibandingkan dengan keluarga dengan banyak anak yang belum mengikuti program KB, keluarga dengan sedikit anak dapat menyediakan kebutuhan yang sesuai untuk anaknya. Selain itu, penelitian lain yang dilakukan di Indonesia (Makmur, 2014) menyimpulkan bahwa program keluarga berencana berdampak positif terhadap kesejahteraan keluarga

2. Ibu melakukan persalinan di fasilitas kesehatan.

Ibu melakukan persalinan di fasilitas kesehatan adalah jika di keluarga terdapat ibu pasca bersalin (usia bayi 0-11 bulan) dan persalinan ibu tersebut, dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan (Rumah Sakit, Puskesmas, Klinik, bidan praktek swasta) (Renstra, 2014; Kemenkes RI, 2017). Pemberian pertolongan persalinan oleh bidan merupakan salah satu strategi untuk mengurangi masalah kesehatan ibu dan bayi. Di Indonesia, angka penggunaan bantuan persalinan oleh bidan masih rendah dibandingkan target yang telah ditetapkan. Fenomena dukun bayi merupakan salah satu faktor penentu utama kesehatan ibu dan bayi (Simanjuntak, Santoso and Fitria, 2013). Rusnawati (2012) mengungkapkan tempat persalinan merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi psikologi ibu melahirkan. Pemilihan lokasi persalinan dan penolong persalinan yang tidak tepat akan berdampak langsung pada kesehatan ibu. Setidaknya ada dua cara melahirkan yaitu di rumah ibu atau di tempat pelayanan kesehatan.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Abdurrahim (2016) menemukan bahwa 44 (69,8%) responden memilih bidan sebagai tempat persalinan, dan 19 (30,2%) responden memilih rumah sakit sebagai lokasi persalinan. Dengan demikian, kecenderungan Rowosari pada ibu hamil Yu memilih bidan sebagai lokasi persalinan. pengiriman. Dalam penelitian ini tidak ada hubungan

yang signifikan antara pekerjaan, pendapatan, tingkat pendidikan, KIA, ANC, pengetahuan P4K, dan kelas ibu hamil dengan pilihan lokasi persalinan.(Abdurrahim, Himawan and Wiyati, 2016). Sedangkan Penelitian lain didapatkan pendidikan yang rendah, waktu tempuh ke fasilitas kesehatan juga berpengaruh bermakna dengan pemilihan persalinan di non tenaga kesehatan (Hermawan, 2017). Ada banyak faktor yang menyebabkan ibu memilih melahirkan di rumah, antara lain: lingkungan keluarga yang nyaman, tidak menyukai rumah sakit atau rumah bersalin, dapat mengurangi stres dan memiliki kontrol yang lebih besar terhadap dirinya.

3. Bayi mendapat imunisasi dasar lengkap

Bayi mendapat imunisasi dasar lengkap adalah jika di keluarga terdapat bayi (usia 12-23 bulan), bayi tersebut telah mendapatkan imunisasi HB0, BCG, DPT-HB1, DPT-HB2, DPT-HB3, Polio1, Polio2, Polio3, Polio4, Campak (Kemenkes RI, 2017). Imunisasi merupakan salah satu cara untuk melindungi bayi dan anak dari berbagai jenis penyakit, diharapkan anak atau bayi dapat terus tumbuh dengan sehat. Tubuh sudah memiliki kemampuan pertahanan yang mandiri, sehingga dapat mencegah segala jenis bakteri yang masuk. Pertahanan tubuh manusia meliputi pertahanan nonspesifik dan pertahanan khusus (Proverawati, 2010). Imunisasi pada anak-anak yang bertujuan untuk membuat tubuh manusia kebal terhadap penyakit tertentu juga dapat dipengaruhi oleh banyak

faktor, termasuk tingkat antibodi yang tinggi selama imunisasi, kemungkinan injeksi antigen, waktu imunitas, serta efek dan kegagalan imun. Tergantung faktor. Sehingga mempengaruhi imunitas anak (Hidayat, 2009).

Laporan terbaru yang dirilis UNICEF menunjukkan bahwa 57 juta anak di bawah usia lima tahun belum mendapatkan layanan imunisasi rutin. Oleh karena itu, diperkirakan penyakit yang dapat dicegah dengan vaksin menyebabkan lebih dari 2 juta kematian setiap tahun (Khairani, 2013). Penelitian yang dilakukan oleh Dompas (2016) menemukan bahwa bayi yang belum diimunisasi lengkap disebabkan karena kurangnya pemahaman orang tuanya, dan masih banyak orang tua yang percaya pada mitos, sehingga takut membawa bayinya untuk diimunisasi.

4. Bayi mendapat ASI eksklusif

Jika dalam satu keluarga terdapat bayi berusia 7-23 bulan, dan hanya bayi 6 bulan (0-6 bulan) yang disusui (hanya menyusui) maka bayi tersebut akan diberikan ASI eksklusif (Kemenkes RI, 2017). Banyak ibu yang tidak memberikan ASI eksklusif setelah operasi caesar. Oleh karena itu, bayi akan dipisahkan dari ibu segera setelah melahirkan. Di sisi lain, ibu khawatir efek samping seperti antibiotik akan memengaruhi bayinya (Susilaningsih, 2013). Struktur masyarakat dan keluarga telah berubah, kemajuan teknologi produksi makanan bayi telah memberikan kemudahan bagi

masyarakat, iklan susu formula terus bermunculan, dan kesibukan para ibu karena pekerjaan atau tanggung jawab sosial (Rahel et al., 2018).

Dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 450 / MENKES / SK / IV / 2004 yang mengatur tentang Pemberian ASI Eksklusif pada Bayi di Indonesia, pertama diatur: Keputusan Menteri Kesehatan tentang Pemberian ASI Eksklusif pada Bayi dan Balita di Indonesia, dan kedua: Peraturan tersebut khusus untuk Indonesia. Dari bayi memberikan ASI (ASI) sejak lahir sampai 6 (enam) bulan, dan dianjurkan untuk memberikan makanan pendamping yang sesuai terus sampai anak berusia 2 tahun. Menginformasikan kepada seluruh ibu baru untuk memberikan ASI Eksklusif (Depkes RI, 2004). Hal ini juga ditekankan dalam Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 33 tahun 2012 tentang pemberian ASI eksklusif pada pasal 6 menyatakan bahwasannya setiap ibu yang melahirkan harus memberikan ASI eksklusif kepada bayi yang dilahirkan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2012).

Pemberian ASI Eksklusif merupakan salah satu faktor yang mendukung kecerdasan bayi Hal ini tidak mudah karena ibu harus terus menyusui selama 6 bulan yang disebut dengan ASI Eksklusif. Selama periode enam bulan, tidak ada makanan lain yang diberikan kepada bayi kecuali susu, jadi ibu harus memberi perhatian khusus

pada bayinya. Ada anggapan bahwa produksi ASI yang tidak mencukupi juga akan menyebabkan kegagalan pemberian ASI eksklusif. Faktor-faktor yang kurang percaya pada ketidakmampuan sebagian ibu dalam menyusui bayinya akan mendorong ibu untuk lebih mudah memberikan pengganti ASI, seperti susu formula, bahkan memperkenalkan makanan prelakteal (Susilaningsih, 2013).

5. Balita mendapatkan pemantauan pertumbuhan

Jika dalam satu keluarga ada anak (umur 2 sampai 59 bulan 29 hari) dan berat badannya ditimbang di Posyandu atau institusi kesehatan lain dalam sebulan terakhir dan dicatat di buku pedoman KMS / KIA, maka anak Akan dikenakan pemantauan pertumbuhan. (Kementerian Kesehatan Indonesia, 2017). Pemantauan tumbuh kembang merupakan rangkaian kegiatan, antara lain asesmen rutin pertumbuhan anak melalui penimbangan bulanan, pengisian Kartu Sehat (KMS), penentuan status tumbuh kembang berdasarkan penambahan berat badan; dan penelusuran setiap pasien gangguan tumbuh kembang (Kurniasari, 2017). Kegiatan pemantauan pertumbuhan menggunakan kartu menuju sehat (KMS) sebagai instrumen untuk mengetahui kurva pertumbuhan normal anak berdasarkan indeks antropometri berat badan menurut umur. Melalui KMS, risiko gagal tumbuh atau gizi lebih dapat dideteksi sejak dini, sehingga pencegahan dapat dilakukan lebih cepat dan tepat sebelum masalah menjadi lebih serius (Nyoto dan

Sukamto, 2015). Pertumbuhan bayi dan anak dapat dipantau dengan menimbang, mengukur tinggi badan dan lingkar kepala anak. Pertambahan berat badan bayi usia 0-6 bulan meningkat 150-250 g / minggu Menurut kurva pertumbuhan yang dikeluarkan Pusat Statistik Kesehatan Nasional (NCHS), berat badan bayi akan menjadi dua kali lipat dari anak usia 4-7. bulan. Berat badan lahir normal bayi sekitar 2500 sampai 3500 gram, jika kurang dari 2500 gram maka berat lahir bayi rendah (BBLR), dan jika lebih dari 3500 gram dianggap umur panjang. Pada masa bayi dan anak usia dini, berat badan digunakan untuk mengukur pertumbuhan dan status gizi tubuh. Untuk menentukan status tumbuh kembang bayi perlu diperhatikan status gizi (Susilawati, 2015).

Berat badan lahir normal bayi sekitar 2500 sampai 3500 gram, jika kurang dari 2500 gram maka berat lahir bayi rendah (BBLR), dan jika lebih dari 3500 gram dianggap umur panjang. Pada masa bayi dan anak usia dini, berat badan digunakan untuk mengukur pertumbuhan dan status gizi tubuh. Untuk menentukan status tumbuh kembang bayi perlu diperhatikan status gizi (Susilawati, 2015).

Pada tabel 1.1 dapat dilihat bahwa menurut Kementrian Kesehatan ada 4 indeks untuk mengetahui kategori dan ambang batas status gizi anak antara lain dengan melihat berat badan menurut umur, Panjang/tinggi badan menurut umur, berat badan

menurut tinggi badan dan indeks massa tubuh. Keempat indeks ini dapat digunakan untuk anak usia 0-60 bulan.

Tabel 2.1
Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Anak Berdasarkan Indeks

Indeks	Kategori Status Gizi	Ambang Batas
BB/U Anak Umur 0-60 Bulan	Gizi Buruk	< -3 SD
	Gizi Baik	-3 SD sampai dengan -2 SD
	Gizi Lebih	>2 SD
PB/U atau TB/U Anak Umur 0-60 Bulan	Sangat Pendek	-3 SD
	Pendek	-3 SD sampai dengan <-2 SD
	Normal	-2 SD sampai dengan 2 SD
	Tinggi	>2 SD
BB/PB atau BB/TB Anak Umur 0-60 Bulan	Sangat Kurus	<-3 SD
	Kurus	-3 SD sampai dengan <-2 SD
	Normal	-2 SD sampai dengan 2 SD
	Gemuk	>2 SD
IMT/U Anak Umur 0-60 Bulan	Sangat Kurus	<-3 SD
	Kurus	-3 SD sampai dengan <-2 SD
	Normal	-2 SD sampai dengan 2 SD
	Gemuk	>2 SD

Sumber : Kemenkes, 2010

6. Penderita tuberkulosis paru mendapatkan pengobatan sesuai standar

Apabila dalam keluarga terdapat pasien batuk ≥ 15 tahun yang belum sembuh selama 2 minggu berturut-turut atau terdiagnosis tuberkulosis (TBC) dan dirawat sesuai petunjuk dokter / tenaga kesehatan maka pasien tuberkulosis tersebut akan dirawat sesuai

standar (Kesehatan Indonesia Departemen, 2017). Waktu pengobatan untuk tuberkulosis yang relatif lama, menyebabkan angka drop out untuk pengobatan tuberkulosis. Paru-paru sangat bergantung pada ketidakpatuhan pengobatan pasien. Faktanya, dampak ketidaktaatan fisik adalah separuh dari kematian, sedangkan separuh lainnya adalah penyakit kronis yang tidak dapat disembuhkan yang disebabkan oleh resistensi obat dan penyakit yang pulih karena kekebalan yang baik. (Prasetyo, 2006). Peran keluarga dalam pencegahan, pengobatan dan nutrisi penderita tuberkulosis masih berada pada level menengah. Tingkat pendidikan yang rendah akan mengakibatkan menurunnya pengetahuan dan pemahaman keluarga tentang tuberkulosis, dan faktor ekonomi keluarga yang rendah akan mempengaruhi daya beli keluarga dalam memenuhi kebutuhan gizi pasien (Syahrial, 2013).

7. Penderita hipertensi melakukan pengobatan secara teratur

Jika ada anggota keluarga berusia ≥ 15 tahun yang terdiagnosis hipertensi (hipertensi) dan berobat secara rutin di bawah bimbingan dokter atau tenaga medis, maka penderita hipertensi tersebut harus mendapat pengobatan rutin (Kemenkes RI, 2017). Studi di Minahasa Utara menemukan bahwa terdapat hubungan antara peran keluarga dalam patuh pada pengobatan penderita hipertensi dengan keluarga (Koyongian, 2015).

Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah *silent killer*, karena pada kebanyakan kasus tidak memiliki gejala. Hipertensi merupakan salah satu faktor risiko utama penyakit jantung dan stroke, yang mempengaruhi sebagian besar penduduk dunia. Hipertensi berarti tekanan darah orang yang berusia di atas 50 tahun adalah 140/90 mmHg. Ukur tekanan darah setidaknya dua kali untuk lebih mengkonfirmasi situasi ini (WHO, 2005).

8. Penderita gangguan jiwa mendapatkan pengobatan dan tidak ditelantarkan

Jika ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa berat dan tidak ditelantarkan dan / atau ditahan, serta mencari rehabilitasi maka penderita gangguan jiwa tersebut akan dirawat dan tidak akan ditelantarkan (Kemenkes RI, 2017). Berdasarkan Undang-Undang Kesehatan Jiwa (UUKJ) 4 Nomor 3 Tahun 18.1 Tahun 2014 disebutkan bahwa penderita gangguan jiwa (selanjutnya disebut ODGJ) adalah penderita gangguan jiwa, perilaku, dan indera yang menunjukkan rangkaian gejala dan / atau Perubahan perilaku yang signifikan dapat menyebabkan rasa sakit dan hambatan bagi manusia untuk menjalankan fungsi manusia. Dengan kepatuhan yang tepat terhadap peraturan ini, ODGJ membutuhkan perlakuan khusus dan terstruktur untuk memungkinkan mereka kembali ke kehidupan normal mereka. Upaya ini harus dilakukan oleh keluarga, pemerintah, dan pemerintah daerah (Simanjuntak, 2017).

Data yang diberikan oleh Yosef dalam Gilang (2016) menunjukkan bahwa gangguan jiwa masih menjadi masalah serius di dunia. Badan Kesehatan Dunia (WHO) menekankan bahwa jumlah penderita gangguan jiwa di seluruh dunia telah mencapai 450 juta, di antaranya 150 juta menderita depresi, 90 juta penyakit zat dan alkohol, 38 juta epilepsi, 25 juta skizofrenia, dan 1 juta bunuh diri. Selain itu, menurut data dari 33 rumah sakit jiwa (RSJ) di seluruh Indonesia, kurang lebih 2,5 juta orang menderita gangguan jiwa berat. Di Indonesia, jumlah penderita gangguan jiwa mencapai 1,7 juta jiwa yang berarti 1-2 dari 1.000 penduduk Indonesia menderita gangguan jiwa.

9. Anggota keluarga tidak ada yang merokok

anggota keluarga tidak ada yang merokok adalah jika tidak ada seorang pun dari anggota keluarga tersebut yang sering atau kadang-kadang menghisap rokok atau produk lain dari tembakau. Termasuk di sini adalah jika anggota keluarga tidak pernah atau sudah berhenti dari kebiasaan menghisap rokok atau produk lain dari tembakau (Kemenkes RI, 2017). Merokok merupakan salah satu cara hidup yang akan mempengaruhi kesehatan manusia. Di negara berkembang, termasuk Indonesia, angka merokok yang tinggi membuat masalah merokok semakin parah. Statistik Badan Kesehatan Dunia (WHO) tahun 2012 menunjukkan prevalensi perokok di atas 15 tahun di Indonesia hampir dua kali lipat dari rata-

rata usia dewasa dunia, yaitu 61% untuk pria dan 5% untuk wanita. Dalam hal perokok dewasa, ini menjadikan Indonesia negara ketiga tertinggi (WHO, 2012). Keadaan ini dibarengi dengan banyaknya perokok pasif, dimana 78,4% atau 133,3 juta orang dewasa terpapar asap rokok di rumah (Kemenkes, 2012).

Keberadaan perokok di rumah telah menunjukkan dampak terhadap kejadian ISPA. Menurut penelitian yang dilakukan oleh (Syahputra, Sabrian dan Utomo, 2018), kejadian ISPA di bawah usia lima tahun pada rumah tangga yang merokok di dalam ruangan dan yang tidak merokok. Ada perbedaan yang signifikan antara. Rumah tangga yang anggota keluarganya merokok di dalam rumah memiliki risiko 3.429 kali lebih tinggi dibandingkan bukan perokok. Selain itu, sebuah studi kohort (Muraro et al., 2014) menemukan bahwa anak-anak yang terpapar asap rokok sejak lahir hingga usia prasekolah berhubungan dengan keterlambatan perkembangan.

10. Keluarga sudah menjadi anggota JKN

Apabila seluruh anggota keluarga memiliki Kartu Tanda Anggota Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dan Kesehatan (BPJS) dan / atau kartu kepesertaan jaminan kesehatan lainnya, maka keluarga tersebut telah menjadi anggota JKN (Kemenkes RI, 2017). Salah satu upaya pemerintah untuk meningkatkan kesehatan manusia adalah dengan dibentuknya Rencana Jaminan Kesehatan (JKN) yang merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional

(SJSN). Sistem jaminan sosial nasional merupakan program negara yang bertujuan memberikan kepastian perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat sebagaimana diamanatkan dalam Pasal 28H ayat (1), ayat (2), dan ayat (3) dan Pasal 34 ayat (1) dan ayat (2) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Peraturan hukum yang mengatur mengenai SJSN adalah UU No. 40 Tahun 2004. Badan hukum yang dibentuk untuk mengelola JKN adalah Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).

Partisipasi masyarakat dalam BPJS Jaminan Kesehatan Nasional dapat dipengaruhi dalam beberapa hal. Menurut hasil penelitian (Abadi et al., 2019), hasil penelitian menunjukkan pengaruh pendapatan dan dukungan keluarga terhadap partisipasi mereka di BPJS Kesehatan. Ditemukan bahwa umur dan tingkat pendidikan tidak berpengaruh terhadap partisipasi di BPJS Kesehatan. Selain itu (Johariyah, 2016), penelitian yang dilakukan menunjukkan bahwa dengan keikutsertaan BPJS Kesehatan Nasional terdapat pengaruh yang signifikan antara status ekonomi dan pendidikan.

Penelitian sebelumnya juga membahas tentang pandangan masyarakat tentang jaminan kesehatan, misalnya (Witcahyo, 2016), tentang persiapan dan pandangan Masyarakat Bupati Bandovoso tentang kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Berdasarkan

hasil penelitian, kita bisa melihat banyak orang yang pernah mendengar tentang JKN, namun informasinya masih terbatas. Ini memengaruhi kecurigaan mereka untuk bergabung dengan JKN. Selain itu, rumitnya proses evaluasi kepesertaan JKN juga membuat masyarakat enggan mengikuti jaminan kesehatan.

11. Keluarga mempunyai akses sarana air bersih

Jika rumah tangga dapat menggunakan air ledeng PDAM atau sumur pompa, lubang gali atau mata air terlindung untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari, maka rumah tangga tersebut dapat menggunakan fasilitas air bersih (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2017). Pasokan air bersih yang tidak mencukupi berdampak negatif pada semua sektor termasuk sanitasi. Tidak ada air minum yang bersih dan 3.800 anak meninggal karena penyakit setiap hari. Jika masih minum air kotor dapat menyebabkan kolera, kurap, kudis, diare / disentri atau tiroiditis (Utami dan Handayani, 2017).

Faktanya, telah ditemukan bahwa praktik kebersihan dan kebersihan yang buruk serta air minum yang tidak aman menyebabkan 88% kematian anak-anak di seluruh dunia akibat diare (UNICEF, 2012). Di kota-kota dengan kepadatan penduduk yang tinggi dan sumber air yang tidak mencukupi, penelitian literatur tentang penyediaan air bersih menjadi masalah. Pasokan air bersih

yang tidak mencukupi berdampak buruk bagi kesehatan terutama kesehatan (Utami dan Handayani, 2017)

12. Keluarga mempunyai akses atau menggunakan jamban sehat

Jika keluarga dapat menggunakan atau menggunakan toilet sehat, keluarga dapat menggunakan toilet gooseneck atau toilet kering Prunsen untuk buang air besar (Kemenkes RI, 2017). Jika buang air besar sembarangan maka wabah penyakit di masyarakat akan meluas, seperti buang air besar di kebun, sungai dan tempat lain yang tidak memenuhi syarat jamban sehat (Gani et al., 2015). Akibat sanitasi yang buruk, diare menempati urutan pertama dengan prevalensi 72%. Faktor media, tuan rumah, lingkungan, pelayanan kesehatan, dan perilaku merupakan faktor yang berhubungan dengan kejadian diare pada balita.

Kurang ASI eksklusif, gizi kurang, munculnya penyakit infeksi, genetik dan imunodefisiensi merupakan faktor utama penyebab sensitivitas diare. Pembuangan kotoran hewan merupakan salah satu faktor lingkungan yang paling sering menjadi penyebab diare, diikuti oleh kurangnya fasilitas air bersih, keberadaan media dan tempat pembuangan limbah (Wijaya, Dhamayanti dan Gondodiputro, 2017). Faktor-faktor seperti pengetahuan, sikap, jarak ke jamban, dukungan keluarga, dan dukungan masyarakat terkait dengan perilaku keluarga dalam memperoleh jamban sehat (Qudsiyah, Pujiati dan Ningrum, 2015).

B. Tinjauan Pustaka tentang Intervensi Spesifik

Untuk mengatasi masalah stunting, Indonesia berpartisipasi dalam Program Transfer Gizi (SUN) yang merupakan upaya bersama pemerintah dan masyarakat untuk mencapai hal tersebut dengan meningkatkan kesadaran masyarakat dan berupaya memastikan bahwa masyarakat memiliki akses terhadap rawan pangan dan gizi buruk. Visi nol kelaparan dan malnutrisi. Makanan bergizi. Di Indonesia, Gerakan *scaling up nutrition* dikenal dengan Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi dalam rangka Seribu Hari Pertama Kehidupan (Gerakan 1000 HPK) dengan landasan berupa Peraturan Presiden (Perpres) nomor 42 tahun 2013 tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi (Hadiat, 2015).

Untuk mendapatkan gizi yang lebih baik diperlukan dukungan lintas sektoral. Dalam hal ini kontribusi sektor kesehatan hanya 30%, sedangkan sektor non kesehatan 70% digunakan untuk mengatasi masalah gizi (Hadiat, 2015). Untuk mengatasi masalah gizi kurang diperlukan intervensi khusus dan sensitif yang dijelaskan dalam rencana 1000 HPK; intervensi gizi khusus adalah kegiatan yang secara langsung mengatasi masalah stunting, seperti asupan makanan, infeksi, dan gizi ibu. Status, penyakit menular dan kesehatan lingkungan. Intervensi khusus ini biasanya disediakan oleh departemen kesehatan. Pada saat yang sama, departemen non kesehatan telah mengambil langkah-langkah intervensi yang

sensitif, seperti penyediaan fasilitas air bersih, ketahanan pangan, jaminan kesehatan, dan pengentasan kemiskinan. Tindakan atau kegiatan yang direncanakan khusus untuk 1000 populasi HPK. Kegiatan ini biasanya dilakukan oleh dinas kesehatan. Intervensi spesifiknya bersifat jangka pendek, dan hasilnya dapat dicatat dalam waktu yang relatif singkat.

Tindakan intervensi gizi khusus dibagi menjadi tiga kategori sesuai dengan kondisi tertentu, yaitu intervensi prioritas, intervensi suportif, dan intervensi prioritas. Intervensi prioritas mengacu pada intervensi yang telah diidentifikasi memiliki dampak terbesar pada pencegahan stunting, yang bertujuan untuk mencapai semua tujuan prioritas, intervensi pendukung, yaitu intervensi yang berdampak pada nutrisi pembangunan prioritas dan masalah kesehatan lainnya, dan dalam intervensi prioritas Perlakuan prioritas setelah pelaksanaan, sesuai dengan kondisi tertentu yaitu tindakan intervensi prioritas

Pada tabel 2.2 dapat dilihat pembagian kelompok yang dimaksudkan sebagai panduan bagi pelaksana program apabila terdapat keterbatasan sumber daya berdasarkan kementerian Kesehatan tahun 2018 :

Tabel 2.2
Jenis Intervensi Gizi Spesifik Percepatan Penurunan Stunting
Di Indonesia

Kelompok sasaran	Intervensi prioritas	Intervensi pendukung	Intervensi sesuai kondisi tertentu
Kelompok sasaran 1.000 HPK			
Ibu hamil	1. pemberian makanan tambahan bagi ibu hamil dari kelompok miskin/kekurangan energy kronik (KEK). 2. Suplementasi tabelt tambah darah	1. Suplementasi kalsium 2. Pemeriksaan kehamilan	Perlindungan dari malaria Pencegahan hiv
Ibu menyusui dan anak 0-23 bulan	1. Promosi dan konsleing menyusui 2. Promosi dan konseling pemberian makan bayi dan anak 3. Tata laksana gizi buruk 4. Pemberian makanan tambahan pemulihan bagi anak kurus 5. Pemantauan dan promosi dan pertumbuhan	1. Suplementasi kapsul vitamin A 2. Suplementasi taburia 3. Imunisasi 4. Suplementasi zinc untuk pengobatan diare 5. Manajemen terpadu balita sakit	Pencegahan kecacingan
Kelompok Sasaran Usia Lainnya			
Remaja putri dan wanita usia subur	1. Suplementasi tabelt tambah darah		
Anak 24-59 bulan	1. Tata laksana gizi buruk 2. Pemberian makanan tambahan pemulihan bagi anak kurus 3. Pemantauan dan promosi pertumbuhan	1. Suplementasi kapsul vitamin A 2. Suplementasi zinc untuk pengobatan diare 3. Manajemen terpadu balita sakit	Pencegahan kecacingan

Setelah melaksanakan berbagai rencana intervensi spesifik yang ditunjukkan pada tabel di atas, penelitian ini mengevaluasi output berdasarkan perubahan cakupan indikator PIS-PK terkait intervensi tertentu, seperti bayi yang dilahirkan di fasilitas kesehatan dan mendapat imunisasi dasar lengkap, Bayi menjalani pemantauan pertumbuhan, pasien tuberkulosis menjalani pengobatan. Sesuai standar, penderita tekanan darah tinggi harus minum obat secara teratur dan mendapat JKN. Dalam serial Lancet, "Mother and Child" menunjukkan bahwa 13 intervensi nutrisi telah terbukti mengurangi stunting hingga sepertiga dunia. Pemberian ASI, penyuluhan pola makan anak, intervensi pengobatan malnutrisi akut. , Dan pengobatan infeksi. Fakta membuktikan bahwa intervensi ini dapat menghasilkan keuntungan yaitu pengurangan biaya sebesar 15,8 menjadi 1 (UKAID, 2011). Studi di 9 negara di sub-Sahara Afrika menunjukkan bahwa intervensi multisektoral diperlukan untuk mengurangi stunting. Strategi yang diadopsi adalah menggabungkan metode khusus berdasarkan gizi dan kesehatan dengan sistem intervensi berbasis mata pencaharian. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dalam tiga tahun setelah program diluncurkan pada tahun 2005-2006, ketahanan pangan rumah tangga dan keragaman pangan terus ditingkatkan (Remans et al., 2011)

C. Tinjauan Pustaka Tentang PIS-PK

Program Rencana Kesehatan Keluarga Berbasis Keluarga (PIS-PK) merupakan salah satu rencana utama pembangunan sehat saat ini. Bidang prioritas PIS-PK adalah untuk menurunkan angka kematian ibu dan bayi, perbaikan gizi masyarakat, terutama pengendalian prevalensi balita pendek, dan pengendalian penyakit infeksi terutama HIV-AIDS, tuberkulosis dan malaria. Serta mengendalikan penyakit tidak menular terutama tekanan darah tinggi, diabetes dan gangguan jiwa. (Sari, Suryawati dan Nandini, 2019). Berdasarkan pedoman Permenkes RI No. 39/2016 tentang pelaksanaan Rencana Indonesia Sehat dengan pendekatan keluarga, rencana tersebut memiliki tujuan sebagai berikut:

1. Meningkatkan akses keluarga dan anggotanya terhadap pelayanan kesehatan yang komprehensif (promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif)
2. Pendukung pencapaian SDM di kab/kota melalui peningkatan akses screening kesehatan
3. Menanggung pelaksanaan JKN
4. Mendukung tercapainya program Indonesia Sehat dalam renstra kementerian 2015-2019.

Sebagaimana tercantum dalam kartu keluarga, keluarga adalah kesatuan keluarga inti (ayah, ibu dan anak). Jika ada kakek-nenek atau orang lain dalam suatu keluarga, dianggap keluarga tersebut terdiri dari

lebih dari satu keluarga. Untuk menunjukkan sehat atau tidaknya suatu keluarga, banyak digunakan penanda atau indikator. Implementasi rencana kesehatan Indonesia telah disepakati, dan terdapat 12 indikator utama yang dapat dijadikan indikator kesehatan keluarga (Kemenkes RI, 2017)

Berdasarkan indikator tersebut maka dihitung Indeks Rumah Tangga Sehat (IKS) untuk setiap keluarga. Status masing-masing indikator sekaligus mencerminkan status PHBS (perilaku hidup bersih dan sehat) keluarga yang bersangkutan. Saat menerapkan pendekatan keluarga ini, tiga item berikut harus ditetapkan atau dikembangkan:

1. Instrumen yang digunakan di tingkat keluarga.
2. Forum komunikasi yang dikembangkan untuk kontak dengan keluarga.
3. Keterlibatan tenaga dari masyarakat sebagai mitra Puskesmas.

Instrumen yang diperlukan di tingkat keluarga adalah sebagai berikut:

- i. Berkas kesehatan keluarga (selanjutnya disebut Prokesga) yang muncul dalam bentuk map keluarga adalah sarana pencatatan (penyimpanan) data keluarga dan data pribadi anggota keluarga. Data rumah tangga meliputi komponen rumah sehat (akses / ketersediaan air bersih dan akses / penggunaan jamban sehat). Data pribadi anggota keluarga meliputi karakteristik pribadi (usia,

jenis kelamin, tingkat pendidikan, dll.) Dan status individu yang bersangkutan: penyakit (hipertensi, tuberkulosis dan penyakit jiwa) dan perilaku (merokok, partisipasi dalam keluarga berencana, pemantauan anak di bawah usia 5 tahun) Pertumbuhan dan perkembangan), ASI Eksklusif, dll.).

- ii. Leaflet, leaflet, buku saku, atau bentuk paket informasi keluarga lainnya (selanjutnya disebut Pinkesga), diberikan kepada mereka sesuai dengan status kesehatan keluarga. Misalnya: leaflet tentang kehamilan dan persalinan untuk keluarga dengan ibu hamil, leaflet tentang tumbuh kembang balita untuk keluarga dengan balita, leaflet tentang hipertensi untuk penderita hipertensi, dll.

Forum komunikasi yang digunakan untuk kontak dengan keluarga dapat berupa forum-forum berikut (Kemenkes RI, 2017):

- a) Kunjungan rumah ke keluarga-keluarga di wilayah kerja Puskesmas.
- b) Diskusi Kelompok Terarah (DKT) atau biasa dikenal dengan *focus group discussion (FGD)* melalui Dasa Wisma dari PKK.
- c) Kesempatan konseling di UKBM (Posyandu, Posbindu, Pos UKK, dan lain-lain).
- d) Forum-forum yang sudah ada di masyarakat seperti majelis taklim, rembug desa, selapanan, dan lain-lain.

Sedangkan keterlibatan tenaga dari masyarakat sebagai mitra dapat diupayakan dengan menggunakan tenaga-tenaga berikut:

- a) Kader-kader kesehatan, seperti kader Posyandu, kader Posbindu, kader Poskestren, kader PKK, dan lain-lain.
- b) Pengurus organisasi kemasyarakatan setempat, seperti pengurus PKK, pengurus Karang Taruna, pengelola pengajian, dan lain-lain.

Menurut ketentuan kartu keluarga, pelaksanaan pendekatan keluarga sehat berbasis keluarga merupakan kesatuan keluarga inti (bapak, ibu dan anak). Jika ada kakek-nenek atau orang lain dalam suatu keluarga, dianggap keluarga tersebut terdiri dari lebih dari satu keluarga. Untuk menunjukkan sehat atau tidaknya suatu keluarga, banyak digunakan penanda atau indikator. Dalam rangka pelaksanaan Program Indonesia Sehat telah dicapai kesepakatan bahwa terdapat 12 indikator utama dalam menandai kesehatan keluarga. Berdasarkan indikator tersebut maka dihitung Indeks Rumah Tangga Sehat (IKS) untuk setiap rumah tangga, dan status masing-masing indikator mencerminkan status PHBS (kebersihan dan perilaku sehat) rumah tangga yang bersangkutan (Rohimah dan Sastraprawira, 2019).

Data pribadi anggota keluarga meliputi karakteristik pribadi (usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dll.) Dan status individu yang bersangkutan: penyakit (hipertensi, tuberkulosis dan penyakit jiwa) dan perilaku (merokok, partisipasi dalam keluarga berencana, pemantauan anak di bawah usia 5 tahun) Pertumbuhan dan perkembangan). , ASI Eksklusif, dll.) (Kemenkes RI, 2017).

Di Kab. Banggai telah melaksanakan program PIS-PK ini melalui inovasi 1 PK-10 DASAWARSA- mana 100 KK, di setiap pasangan keluarga bertanggung jawab membesarkan 100 kepala keluarga agar dapat mencapai target keluarga sehat. Pembina keluarga melakukan kunjungan rumah keluarga binaannya secara periodik 3 bulan sekali. Pada kunjungan pertama dilakukan pendataan terkait 12 indikator keluarga sehat, dan kunjungan berikutnya melakukan intervensi untuk indikator yang bermasalah. Dari sinilah diperoleh Indeks Keluarga Sehat (IKS) masing-masing keluarga selain itu juga dilakukan pengukuran status gizi anak untuk melihat pengaruh dari intervensi-intervensi yang telah dilakukan. Karena indikator di dalamnya termasuk pelayanan ibu hamil dan pemantauan tumbuh kembang anak balita, maka data keluarga sasaran program stunting (Keluarga 1000HPK), yakni ibu hamil dan anak baduta dapat diperoleh. Data tersebut kemudian digunakan oleh PK untuk memonitor, apakah intervensi baik spesifik maupun sensitif sampai kepada keluarga sasaran program pencegahan dan penanggulangan stunting.

Dalam studi ini, data baseline 2018 dan data 2019 digunakan untuk mengamati dampak intervensi spesifik terhadap indikator PIS-PK dan angka stunting di 10 desa lokus kab. Banggai. Kualitas data yang baik dapat dilihat dari nilai presisi dan akurasinya. Akurasi mengacu pada perbedaan dekat atau jauh antara hasil pengukuran subjek yang sama untuk memeriksa keandalan atau keandalan pengukuran, dan

presisi atau akurasi mengacu pada perbedaan dekat atau jauh antara hasil pengukuran dan hasil pengukuran standar emas dari subjek yang sama.

Untuk memastikan standarisasi data, diadakan seminar. Ada dua kegiatan pokok dalam kegiatan awal ini, yaitu kegiatan pelatihan pelatih (TOT) dan pelatihan pembinaan keluarga (PK) di 10 desa kerdil dan 10 desa non target. Kemudian, tugas Pembina Keluarga (PK) yang dilatihkan adalah memonitor pertumbuhan, berupa pengukuran berat badan dan tinggi badan balita di 10 desa non masyarakat dan 10 desa lokasi. Satu PK bertanggung jawab untuk 100 rumah tangga. Konfirmasi pengukuran adalah kunjungan kembali ke sub sampel sebagai bagian dari penjaminan mutu untuk memastikan kualitas data pengukuran yang dilakukan oleh Keluarga Wali Amanat (PK). Verifikasi pengukuran dilakukan oleh tim terlatih (*gold standar*).

D. Tinjauan Pustaka Tentang Stunting

1. Pengertian

Stunting adalah penyakit kronis yang menggambarkan pertumbuhan terhambat akibat malnutrisi kronis. Menurut Keputusan Menteri Kesehatan No. 1995 / MENKES / SK / XII / 2010 definisi singkat dan sangat singkat tentang standar antropometri untuk menilai status gizi anak adalah indeks panjang tubuh berdasarkan umur (PB / U) atau tinggi badan menurut umur (TB) status gizi. / U), keduanya pendek (sangat

pendek) dan sangat pendek (sangat pendek). Anak pendek adalah anak yang status gizinya berdasarkan panjang atau tinggi badan menurut umur dibandingkan dengan standar WHO. Nilai Z kurang dari -2SD. Jika nilai Z kurang dari -3SD tergolong sangat pendek (Kemenkes RI, 2016b) .

Menurut *Administrative Committee on Coordination/Sub Committee on Nutrition (ACC/SCN)* tahun 2000, Diagnosis stunting dapat ditentukan dengan indeks pengukuran posisi tubuh berdasarkan umur dan tinggi badan, yang mencerminkan pertumbuhan linier yang dicapai sebelum dan sesudah persalinan serta menunjukkan akibat dari gizi buruk, gizi atau kesehatan yang buruk dalam jangka panjang. Stunting adalah pertumbuhan linier yang tidak dapat mencapai potensi genetiknya karena pola makan dan penyakit yang buruk. Stunting pada masa kanak-kanak merupakan indikator utama untuk mengevaluasi kualitas sumber daya manusia di masa depan.

2. Klasifikasi

Klasifikasi Untuk menentukan keterlambatan perkembangan anak, diperlukan pengukuran. Tinggi badan anak di atas dua tahun diukur menurut usianya. Antropometri adalah pengukuran tubuh manusia, sedangkan antropometri gizi adalah pengukuran beberapa bentuk tubuh dan komposisi tubuh

berdasarkan usia dan tingkat gizi, serta digunakan untuk mengetahui ketidakseimbangan energi dan protein. Pengukuran antropometri dilakukan untuk mengukur tinggi dan penambahan berat badan (Gibson, 2005).

Menurut rekomendasi *National Center for Health Statistics* (NCHS) dan WHO, digunakan standar untuk menstandarkan pengukuran. Metrik ini membandingkan metrik anak dengan median. Deviasi standar atau skor Z adalah simpangan baku unit dari perbedaan antara nilai individu dan rata-rata (median) populasi subjek referensi dengan usia / tinggi yang sama, dibagi dengan referensi Simpangan baku dari nilai populasi. Keuntungan menggunakan skor-Z termasuk menentukan nilai yang benar dalam distribusi perbedaan indeks dan perbedaan usia, dan manfaat menarik kesimpulan statistik dari pendaftaran antropometri.

Indikator antropometri seperti tinggi badan dan usia sangat penting untuk menilai kesehatan dan status gizi anak di daerah yang sering terjadi gizi buruk. Saat menentukan kategori malnutrisi berdasarkan "*cut-off point*" dari stunting, Z-score digunakan untuk evaluasi, dan anak balita diukur berdasarkan usia (TB / U) (standar WHO / NCHS) (WHO 2006):

Tabel 2.3
Klasifikasi Status Gizi Stunting Berdasarkan Indikator TB/U

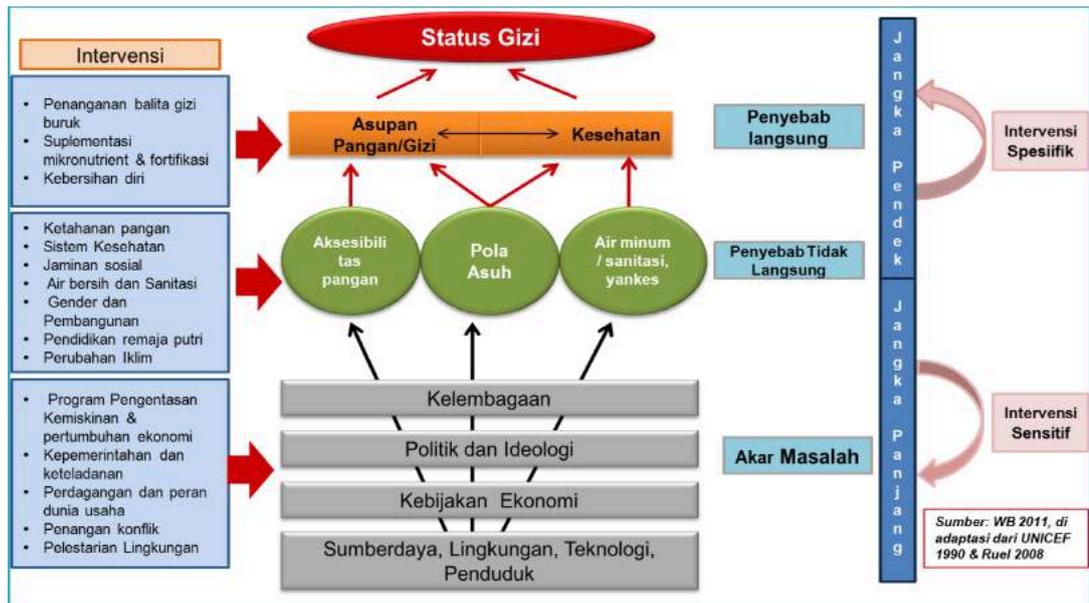
KATEGORI	STANDAR BAKU
Sangat pendek	Z-Score <-3,0
Pendek	Z-Score <- 2,0 s.d ->3,0
Normal	Z-Score >- 3,0

Sumber : KEPMENKES No. 1995/MENKES/SK/XII/2010 tentang standar antropometri penilaian status gizi anak

3. Penyebab

Gangguan pertumbuhan yang diderita anak sejak dini dapat menyebabkan kerusakan permanen (Mugianti et al., 2018). Keterlambatan perkembangan yang dialami anak mungkin disebabkan oleh fakta bahwa mereka belum terpapar pada 1.000 hari pertama kehidupan, sehingga perhatian khusus harus diberikan karena hal tersebut menentukan pertumbuhan fisik, kecerdasan dan tingkat produktivitas seseorang. *Keterlambatan perkembangan juga bisa disebabkan karena belum melewati masa emas yang dimulai dari 1000 hari pertama kehidupan, sedangkan golden period adalah proses tumbuh kembang anak dalam 1000 hari pertama. Selama ini, nutrisi bayi dalam kandungan dan ASI akan berdampak jangka panjang bagi kehidupan orang dewasa. Hal ini mungkin berlebihan untuk menghindari keterlambatan perkembangan dan status gizi yang buruk pada anak (Nainggolan dan Sitompul, 2019). Menurut beberapa penelitian, terjadinya stunting pada anak merupakan proses kumulatif yang terjadi selama masa kehamilan, masa*

kanak-kanak dan seluruh siklus hidup. Proses keterlambatan perkembangan anak dan kemungkinan keterlambatan perkembangan terjadi dalam dua tahun pertama kehidupan (Septriana, 2019).



Gambar 2.1 Kerangka Pikir Penyebab, Pencegahan dan Penanggulangan Masalah gizi (World Bank, 2011 diadaptasi dari UNICEF 1990 dan Ruel 2008)

Banyak faktor yang berkontribusi pada keterlambatan perkembangan anak. Faktor-faktor yang menyebabkan keterlambatan perkembangan dapat disebabkan oleh faktor langsung maupun tidak langsung. Penyebab langsung dari stunting adalah asupan gizi dan adanya penyakit menular, sedangkan penyebab tidak langsungnya adalah pola asuh, pelayanan kesehatan, ketersediaan pangan, budaya, faktor ekonomi dan banyak faktor lainnya (UNICEF, 2008).

a. Faktor langsung

1) Asupan gizi balita

Anak-anak yang mengalami stunting sering kali kesulitan mencapai tinggi badan optimal di masa mendatang. Faktor risiko yang secara langsung mempengaruhi stunting adalah asupan gizi. Edward dalam (Bening, Margawati dan Rosidi, 2016) mengemukakan bahwa kecukupan zat gizi makro dan mikro termasuk energi, protein, vitamin A, vitamin C dan kalsium merupakan komponen penting yang mempengaruhi tumbuh kembang anak. Dibandingkan dengan anak yang mengonsumsi cukup energi dan protein (\geq RDA 90%), anak yang mengonsumsi energi dan protein rendah (AKG $<$ 70%) memiliki risiko stunting 1,3 kali lebih tinggi. Anak-anak yang kekurangan vitamin A dapat mengalami kegagalan pertumbuhan karena vitamin A mempengaruhi sintesis protein yang mempengaruhi pertumbuhan sel. Selain untuk vitamin C, vitamin C juga penting untuk pembentukan kolagen, serat dan struktur protein. Selain itu, mineral yang berperan dalam pertumbuhan adalah kalsium, terutama dalam pembentukan tulang. Namun, ada beberapa penelitian tentang apakah mikronutrien cukup sebagai faktor risiko keterlambatan perkembangan anak.

2) Penyakit infeksi

Penyakit infeksi merupakan salah satu penyebab langsung dari stunting. Kaitan antara penyakit infeksi dengan realisasi

asupan gizi tidak dapat dipisahkan. Jika asupan gizi kurang, keberadaan penyakit menular akan memperburuk keadaan. Anak balita yang kurang gizi akan lebih mudah terserang penyakit infeksi. Oleh karena itu, mengobati penyakit infeksi sedini mungkin akan membantu perbaikan gizi dengan memenuhi asupan sesuai kebutuhan balita. Cacingan, Infeksi Saluran Pernapasan Atas (ISPA), diare, dan infeksi lain yang sering menyerang balita sangat erat kaitannya dengan status pelayanan kesehatan dasar terutama imunisasi, kualitas lingkungan, dan perilaku kesehatan (Bappenas, 2013). Beberapa penelitian telah mempelajari hubungan antara penyakit infeksi dengan stunting, yang menunjukkan bahwa diare merupakan faktor risiko kejadian stunting pada anak balita (Paudel et al., 2012).

b. Faktor tidak langsung

1) Ketersediaan pangan

Kekurangan makanan akan menyebabkan asupan gizi dalam keluarga tidak mencukupi. Rata-rata asupan kalori dan protein anak balita di Indonesia masih di bawah Angka Kecukupan Gizi (AKG), sehingga rata-rata tinggi badan anak perempuan dan balita Indonesia masing-masing 6,7 cm dan 7,3 cm. Lebih pendek dari standar acuan WHO 2005 (Bappenas, 2011). Oleh karena itu, penyelesaian masalah gizi ini tidak hanya melibatkan bidang kesehatan, tetapi juga lintas sektor lainnya. Ketersediaan pangan

merupakan salah satu faktor stunting, persediaan pangan keluarga dipengaruhi oleh pendapatan keluarga, menurunnya pendapatan keluarga dan biaya pengeluaran pangan merupakan beberapa karakteristik keluarga dengan anak (Sihadi dan Djaiman, 2011).

Studi di Semarang Timur juga menunjukkan bahwa pendapatan per kapita yang rendah merupakan faktor risiko stunting (Nasikhah dan Margawati, 2012). Selain itu, penelitian yang dilakukan di Maluku Utara dan Nepal menunjukkan bahwa stunting dipengaruhi oleh banyak faktor, salah satunya adalah faktor sosial ekonomi yaitu kekurangan pangan dalam keluarga (Paudel et al., 2012).

2) Status gizi ibu saat hamil

Status gizi ibu selama hamil dipengaruhi oleh banyak faktor, yang dapat terjadi sebelum atau selama kehamilan. Beberapa indikator pengukuran, antara lain: 1) Kadar hemoglobin (Hb), yaitu gambar yang menunjukkan kadar Hb dalam darah untuk menentukan anemia; 2) Lingkar lengan atas (LILA), yaitu gambaran status gizi ibu di masa lalu untuk menentukan apakah ia membutuhkan KEK; 3) Hasil pengukuran berat badan untuk mengetahui kenaikan berat badan saat hamil dibandingkan dengan IMT ibu sebelum hamil (Fikawati and Syafiq, 2011).

a) Pengukuran LILA

LILA diukur pada ibu hamil untuk menentukan status KEK ibu. KEK merupakan penyakit yang sudah lama menunjukkan kekurangan energi dan protein (Kemenkes R.I, 2013). Penyebab KEK adalah kurangnya asupan nutrisi dan adanya faktor medis (seperti penyakit kronis). KEK pada ibu hamil bisa berbahaya baik bagi ibu maupun bayinya, ibu yang mengalami KEK biasanya mengalami persalinan, resiko lemas dan kelelahan saat hamil (Direktur Gizi dan KIA Biro, 2012). Penelitian di Provinsi Sulawesi Barat menunjukkan bahwa faktor yang berhubungan dengan kejadian KEK adalah pengetahuan, pola makan, pantangan makan dan status anemia (Rahmaniar, Taslim and Baharuddin, 2013). Kekurangan energi dalam jangka panjang akan menyebabkan cadangan nutrisi yang tidak mencukupi yang dibutuhkan oleh janin di dalam rahim, yang menyebabkan gangguan pertumbuhan dan perkembangan. Status KEK dapat digunakan untuk memprediksi hasilnya nanti, ibu yang mengalami KEK akan menyebabkan gizi buruk dalam kandungan dan melahirkan bayi yang lebih pendek (Najahah, 2013). Selain itu, ibu hamil penderita KEK berisiko melahirkan bayi dengan berat badan rendah (BBLR). Jika asupan gizi tidak mencukupi, usia lahir rendah dan berat badan lahir rendah dapat menyebabkan stunting. Yogyakarta telah mempelajari hubungan antara keterlambatan perkembangan dan KEK, dan hasil penelitian ini

menunjukkan bahwa ibu hamil dengan KEK selama kehamilan dapat meningkatkan risiko keterlambatan perkembangan pada anak usia 6-24 bulan (Sartono, 2013).

b) Kadar Hemoglobin

Anemia selama kehamilan adalah penyakit dimana sel darah merah atau hemoglobin (Hb) sangat kurang selama kehamilan. Ada banyak penyebab anemia yaitu rendahnya kadar zat besi, vitamin B12 dan asam folat dalam makanan, adanya penyakit saluran cerna, dan adanya penyakit kronis atau riwayat keluarga (Moegni dan Ocviyanti, 2013). Wanita hamil dengan anemia sering mengalaminya karena peningkatan kebutuhan nutrisi dan perubahan darah dan sumsum tulang selama kehamilan (Wiknjosastro, 2009). Jika hasil tes Hb kurang dari 11,0 g / dl maka nilai cut-off anemia ibu hamil adalah (Kemenkes R.I, 2013). Akibat anemia pada janin adalah terganggunya pertumbuhan janin, bayi prematur, bayi berat lahir rendah dan bayi dengan cadangan zat besi yang tidak mencukupi. Akibat anemia pada ibu hamil dapat menimbulkan komplikasi, ketidaknyamanan saat melahirkan, bahkan membahayakan kondisi ibu, seperti la pingsan bahkan meninggal (Direktur Gizi dan Biro Kia, 2012). Bila kadar hemoglobin ibu hamil dikaitkan dengan lama kelahiran bayi, maka semakin tinggi kadar hemoglobin maka bayi akan semakin lama dilahirkan (Ruchayati, 2012).

c) Kenaikan berat badan ibu saat hamil

Kenaikan berat badan ibu hamil berkaitan dengan indeks massa tubuh sebelum hamil. Jika BMI ibu kurang gizi sebelum hamil, penambahan berat badan harus lebih besar dari ibu dengan gizi normal atau gizi lebih. Pertambahan berat badan ibu hamil pada setiap kehamilan berbeda-beda. Pada trimester pertama berat badan bertambah 1,5-2 kg, trimester kedua bertambah 4-6 kg, dan trimester ketiga bertambah 6-8 kg. Pertambahan berat badan ibu hamil secara keseluruhan selama kehamilan sekitar 9-12 kg (Direktur Gizi dan Biro KIA, 2012). Kenaikan berat badan selama kehamilan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi status lahir bayi (Yongky, 2012). Pertambahan berat badan selama kehamilan perlu dikontrol, karena jika pertambahan berat badan terlalu banyak dapat menyebabkan bayi mengalami obesitas. Sebaliknya jika pertambahan berat badan yang tidak mencukupi dapat menyebabkan bayi menjadi rendah saat lahir. Persalinan prematur merupakan faktor resiko terjadinya retardasi pertumbuhan pada anak balita.

3) Berat badan lahir

Penelitian yang dilakukan oleh Anisa (2012) menyimpulkan bahwa berat badan lahir sangat erat kaitannya dengan

pertumbuhan dan perkembangan jangka panjang anak balita. Hasil penelitian menyimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara berat badan lahir di Desa Kalibaru dengan kejadian stunting pada balita. Bayi berat lahir rendah (BBLR) yaitu bayi dengan berat badan kurang dari 2500 gram, bayi dengan berat badan lahir rendah selain lebih mudah terserang infeksi dan infeksi, juga akan mengalami gangguan tumbuh kembang serta kemungkinan mengalami penurunan mental. Ada hipotermia (Direktur Gizi dan Biro KIA, 2012).

Banyak penelitian yang mempelajari hubungan antara BBLR dengan kejadian stunting antara lain di Klungkung dan Yogyakarta yang menunjukkan bahwa ada juga hubungan antara berat badan lahir dengan kejadian stunting (Sartono, 2013). Selain itu, penelitian yang dilakukan di Malawi juga menunjukkan bahwa prediktor stunting terkuat adalah underweight (Millman, 2005).

4) Panjang badan lahir

Asupan nutrisi yang tidak adekuat untuk ibu hamil sebelum hamil dapat menyebabkan masalah pertumbuhan janin, yang dapat mengakibatkan waktu lahir yang singkat. Bila panjang lahir bayi 48-52 cm, maka panjang lahir bayi tersebut normal (Kemenkes R.I, 2010). Saat masih dalam kandungan, kekurangan gizi pada bayi akan berdampak pada kelahiran singkatnya.

Menentukan asupan yang baik sangat penting untuk mencapai panjang tubuh yang tepat. Berat badan lahir, lama lahir, usia kehamilan dan pola asuh merupakan beberapa faktor yang mempengaruhi kejadian stunting. Panjang saat lahir merupakan salah satu faktor risiko stunting pada balita (Anugraheni, 2012; Meil

5) ASI Eksklusif

Menurut Peraturan Pemerintah Republik Indonesia tentang ASI Eksklusif (No. 33 tahun 2012), ASI Eksklusif adalah pemberian ASI tanpa menambah atau mengganti makanan atau minuman bayi usia enam bulan lainnya (Kemenkes R.I, 2012). Pemberian ASI saja dapat memenuhi kebutuhan bayi usia 0-6 bulan. Pemberian ASI eksklusif juga penting, karena pada usia ini enzim yang ada di usus tidak bisa mencerna makanan lain kecuali ASI, selain itu ginjal juga belum sempurna sehingga tidak bisa membakar dan mengeluarkan makanan dengan baik (Kemenkes R.I, 2012). Manfaat ASI Eksklusif sangat banyak, antara lain memperkuat kekebalan tubuh, memenuhi kebutuhan gizi, murah, sederhana, bersih, higienis, serta meningkatkan ikatan ibu dan anak.

Penelitian yang dilakukan di Kota Banda Aceh menunjukkan bahwa stunting terjadi karena pendapatan keluarga yang rendah, pemberian ASI noneksklusif, pemberian makanan

tambahan yang kurang baik, dan imunisasi yang kurang memadai, faktor terpenting adalah ASI noneksklusif. Pemberian Makan (Rahmad et al., 2013). Hal yang sama dipublikasikan Arifin pada tahun 2012. Sebuah penelitian menunjukkan bahwa kejadian stunting dipengaruhi oleh berat badan lahir, asupan gizi balita, pemberian ASI, riwayat penyakit menular, dan pengetahuan gizi ibu balita. Pendapatan keluarga, jarak kelahiran, tetapi faktor terpenting adalah kejadian stunting. Yang dominan adalah pemberian ASI (Arifin et al., 2012). Berarti dengan pemberian ASI Eksklusif kepada bayi dapat menurunkan kemungkinan kejadian stunting pada balita, hal ini juga tertuang pada gerakan 1000 HPK yang dicanangkan oleh pemerintah Republik Indonesia.

6) MP-ASI

Menurut definisi Organisasi Kesehatan Dunia, pemberian ASI tambahan diartikan sebagai makanan / minuman selain ASI. Gizi yang terkandung dalam ASI diberikan selama masa transisi, yaitu ketika bayi diberi makanan / minuman lain selama menyusui (Muhilal Et al., 2009). Suplemen ASI adalah makanan lain yang diberikan kepada bayi setelah usia 6 bulan. Jika makanan pendamping diberikan terlalu dini (sebelum usia 6 bulan), maka asupan ASI akan berkurang dan bayi akan mengalami penyakit pencernaan. Sebaliknya jika makanan pendamping diberikan

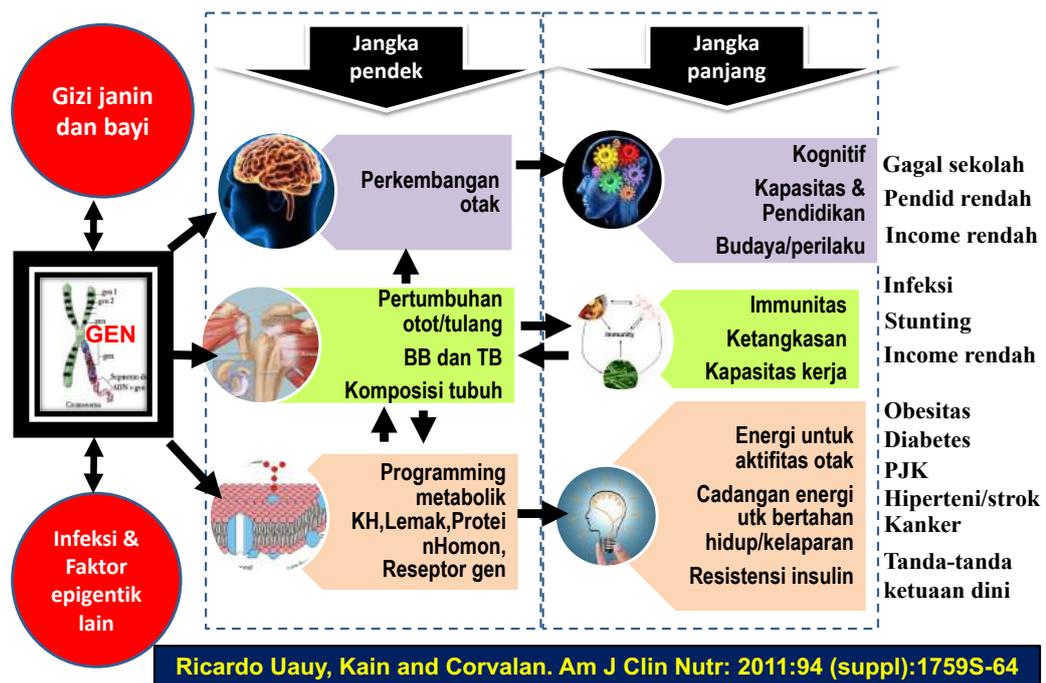
dalam jangka waktu yang lama akan menyebabkan gizi buruk pada bayi (Al-Rahmad, 2013).

Standar pemberian makanan pendamping harus memperhatikan angka kecukupan gizi (AKG) yang dianjurkan untuk kelompok umur dan tekstur makanan yang dipilih sesuai umur bayi. Penelitian yang dilakukan di Purwokerto menunjukkan bahwa usia pertama kali menyusu merupakan faktor risiko terjadinya stunting pada balita. Penambahan MP-ASI terlalu dini dapat meningkatkan risiko penyakit infeksi seperti diare, karena MP-ASI yang diberikan tidak sebersih ASI dan mudah dicerna. Jika zat gizi seperti seng, tembaga dan air yang hilang selama diare hilang selama diare, maka akan menyebabkan malabsorpsi zat gizi selama diare sehingga menyebabkan dehidrasi parah, gizi buruk, tumbuh kembang bahkan kematian (Meilyasari dan Isnawati, 2014).

4. Dampak

Dalam jangka pendek, kemungkinan dampak buruk dari masalah gizi selama periode ini adalah rusaknya perkembangan otak, kecerdasan, perkembangan fisik yang tidak normal, dan metabolisme tubuh yang tidak normal. Dalam jangka panjang, konsekuensi yang mungkin tidak diinginkan adalah penurunan kemampuan kognitif dan kinerja akademis, penurunan imunitas, yang membuat Anda rentan terhadap penyakit, dan risiko tinggi

diabetes, obesitas, penyakit jantung dan pembuluh darah, kanker, stroke, dan cacat lansia. Dan kualitas kerja yang buruk menyebabkan produktivitas ekonomi yang lebih rendah (Kemenkes RI, 2016)



Gambar 2.2 Skema akibat jangka pendek dan Panjang sebagai konsekuensi interaksi gizi-gen dan lingkungan pada awal 1000 HPK (Uauy, Kain and Corvalan, 2011)

Masalah gizi terutama pada anak-anak menjadi penghambat tumbuh kembang generasi muda dan berdampak negatif bagi generasi penerus. Penelitian telah menunjukkan bahwa stunting terkait erat dengan kinerja pendidikan yang buruk, tahun pendidikan yang lebih pendek dan pendapatan orang dewasa yang lebih rendah. Anak-anak dengan pertumbuhan terhambat

lebih mungkin untuk tumbuh menjadi orang dewasa. Orang dewasa ini berpendidikan rendah, miskin, memiliki kesehatan yang lebih buruk dan lebih rentan terhadap penyakit tidak menular. Oleh karena itu, orang pendek diakui sebagai indikator kualitas sumber daya manusia yang buruk, yang selanjutnya mengurangi kapasitas produksi masa depan suatu negara (UNICEF, 2012).

5. Prosedur pengukuran antropometr

Pengukuran antropometri (berat, tinggi, dan lingkar lengan) sebenarnya mudah dilakukan, tetapi juga rentan terhadap penyimpangan dan kesalahan data. Agar tidak terjadi penyimpangan dan kesalahan data, maka faktor yang perlu diperhatikan adalah kualitas alat yang digunakan serta keakuratan dan metode pengukuran wawancara.

1. Pengukuran Berat Badan

Pengukuran berat akan menggunakan alat ukur SECA Digital. Alat ini dapat digunakan untuk mengukur berat badan orang dewasa, anak-anak dan bayi yang dapat berdiri, namun metode pengukurannya berbeda

a. Penyiapan alat ukur :

- 1) Letakkan alat timbang di bagian yang rata/datar dan keras

- 2) Jika berada di atas rumput yang tebal atau karpet tebal atau permadani, maka pasang kaki tambahan pada alat timbangan untuk bisa mengatasi daya pegas dari alas yang tebal
- 3) Pastikan alat timbang menunjukkan angka “00.00” sebelum melakukan penimbangan dengan menekan alat timbang tersebut.

Jika alat timbang tidak menunjukkan angka “00.00” lakukan hal sebagai berikut :

- a. Periksa apakah ada baterai pada alat timbang tersebut
- b. Periksa apakah posisi positif dan negatif baterai sudah sesuai
- c. Ganti baterai baru (pewawancara harus membawa baterai cadangan selama kegiatan pengukuran dilakukan)

Persiapan sebelum melakukan pengukuran :

- a) Jelaskan kepada ibu/pengasuh tujuan dari pengukuran berat badan dan berikan kesempatan untuk bertanya
- b) Pastikan bahwa anak tidak menggunakan pakaian tebal, popok agar mendapatkan berat badan anak seakurat mungkin.

Cara pengukuran berat badan :

- 1) Anak bisa berdiri

- a. Ketika alat timbang sudah menunjukkan angka 00.00 mintalah anak tersebut untuk berdiri di tengah-tengah alat timbang.
- b. Pastikan posisi badan anak dalam keadaan berdiri tegak, mata/kepala lurus ke arah depan, kaki tidak menekuk. Pewawancara dapat membantu anak tersebut berdiri dengan baik di atas timbangan dan untuk mengurangi gerakan anak yang tidak perlu yang dapat mempengaruhi hasil penimbangan.
- c. Setelah anak berdiri dengan benar, secara otomatis alat timbang akan menunjukkan hasil penimbangan digital. Mintalah anak tersebut untuk turun dulu dari timbangan dan pewawancara harus segera mencatat hasil penimbangan tersebut.

2) Bayi/Anak belum bisa berdiri

- a. Jika anak belum bisa berdiri, maka minta ibu/pengasuh untuk menggendong tanpa selendang. Ketika alat timbang sudah menunjukkan angka 00.00 mintalah ibu dengan menggendong sang anak untuk berdiri di tengah-tengah alat timbang.
- b. Pastikan posisi ibu, badan tegak, mata lurus ke depan, kaki tidak menekuk dan kepala tidak menunduk ke

bawah. Sebisa mungkin bayi/anak dalam keadaan tenang ketika ditimbang.

- c. Setelah ibu berdiri dengan benar, secara otomatis alat timbang akan menunjukkan hasil penimbangan digital. Mintalah ibu tersebut untuk turun dulu dari timbangan dan pewawancara harus segera mencatat hasil penimbangan tersebut
- d. Ulangi proses pengukuran, kali ini hanya ibu saja tanpa menggendong anak

Catatan mengenai timbangan:

- a) Karena timbangan digital cukup rentan terhadap guncangan dan beban berat, usahakan agar timbangan dibawa ke kabin pesawat dan tidak ditaruh di bawah barang-barang yang berat untuk mencegah kerusakan.
- b) Alat timbang, baik ketika sedang maupun tidak digunakan jangan terkena sinar matahari langsung karena akan mempengaruhi tampilan digital alat timbang.
- c) Tim lapang dapat melakukan kalibrasi sederhana untuk mengecek kondisi alat timbang yaitu dengan menimbang benda yang diketahui beratnya, misal : Botol Minuman Aqua, Pemberat Timbangan, dll.

2. Pengukuran Tinggi Badan (Anak bisa berdiri)

- 1) Tempelkan alat pengukur pada bagian dinding dengan bagian yang lebih panjang menempel di lantai dan bagian yang lebih pendek menempel di tembok. Tarik meteran pengukur ke atas hingga anda bisa melihat angka 0 pada garis merah di kaca pengukur yang menempel di lantai (anda harus berlutut untuk melihat angka 0 ini sehingga anda harus dibantu seseorang untuk menahan ujung atas meteran pengukur). Prosedur ini sangat penting untuk memastikan pengukuran yang akurat.
- 2) Tempelkan ujung atas alat pengukur dengan menggunakan paku atau Lakban pastikan kestabilan alat tersebut
- 3) Setelah anda memastikan bahwa bagian atas sudah menempel dengan stabil, maka meteran alat pengukur dapat anda tarik ke atas dan pengukuran tinggi siap dilakukan.

Cara pengukuran tinggi badan :

- a. Mintalah ibu si anak untuk melepaskan sepatu si anak dan melepaskan hiasan atau dandanan rambut yang mungkin dapat mempengaruhi hasil pengukuran TB anak. Mintalah si ibu untuk membawa anak tersebut ke papan ukur dan berlutut di hadapan si anak. Mintalah si ibu agar berlutut dengan kedua lutut di sebelah kanan si anak.

- b. Berlututlah anda dengan lutut sebelah kanan di sebelah kiri anak tersebut. Ini akan memberikan kesempatan maksimum kepada anda untuk bergerak.
- c. Tempatkan kedua kaki si anak secara merata dan bersamaan di tengah-tengah dan menempel pada alat ukur/dinding. Tempatkan tangan kanan anda sedikit di atas mata kaki si anak pada ujung tulang kering, tangan kiri anda pada lutut si anak dan dorong ke arah papan ukur/dinding. Pastikan kaki si anak lurus dengan tumit dan betis menempel di papan ukur/dinding.
- d. Mintalah si anak untuk memandangi lurus ke arah depan atau kepada ibunya yang berdiri di depan si anak. Pastikan garis pandang si anak sejajar dengan tanah. Dengan tangan kiri anda peganglah dagu si anak. Dengan perlahan-lahan ketatkan tangan anda.. Jangan menutupi mulut atau telinga si anak. Pastikan bahu si anak rata, dengan tangan di samping, dan kepala, tulang bahu dan pantat menempel di papan ukur/dinding.
- e. Mintalah si anak untuk mengambil nafas panjang
- f. Dengan tangan kanan anda, turunkan meteran alat pengukur hingga pas di atas kepala si anak. Pastikan anda menekan rambut si anak. Jika posisi si anak sudah betul, baca dan catatlah hasil pengukuran dengan desimal satu di belakang

koma dengan melihat angka di dalam kaca pengukuran. Naikkan meteran dari atas kepala si anak dan lepaskan tangan kiri anda dari dagu si anak.

Bayi/Anak belum bisa berdiri

Pengukuran tinggi badan anak yang belum bisa berdiri menggunakan alat ukur Lengthboard, Penyiapan alat ukur :

- 1) Tempelkan alat pengukur pada permukaan keras yang rata, dianjurkan meja panjang atau tempat tidur dengan satu bagian menempel di tembok. Tempelkan bagian alat pengukur yang lebih panjang pada ujung yang menempel di tembok. Tarik meteran pengukur hingga anda bisa melihat angka 0 pada garis merah di kaca pengukur yang menempel di tembok. Prosedur ini sangat penting untuk memastikan pengukuran yang akurat.
- 2) Tempelkan ujung alat pengukur yang bukan menempel di tembok dengan menggunakan paku, pastikan stabil dan tidak berubah-ubah.
- 3) Setelah anda memastikan bahwa bagian atas sudah menempel dengan stabil maka meteran alat pengukur dapat anda tarik ke samping dan pengukuran tinggi siap dilakukan.

Langkah untuk melakukan pengukuran:

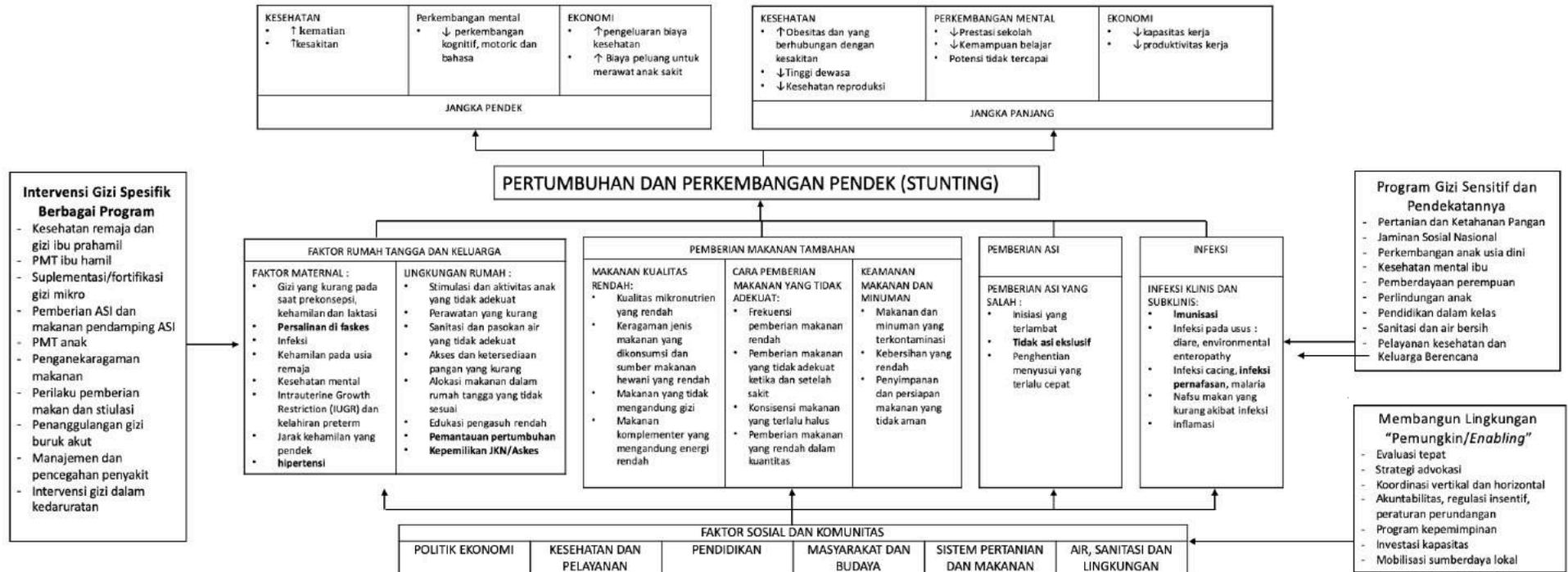
- a. Dengan bantuan ibu si anak, baringkan si anak di permukaan keras yang rata dengan memegang punggung si anak dengan satu tangan

dan bagian bawah badan dengan tangan lainnya. Dengan perlahan-lahan turunkan si anak ke atas permukaan keras tersebut dengan bagian kaki menempel di tembok.

- b. Mintalah ibu si anak untuk berlutut di sebelah alat ukur menghadap alat ukur agar si anak lebih tenang.
- c. Pegang kepala si anak dari kedua arah telinganya. Dengan menggunakan tangan secara nyaman dan lurus, tempelkan kepala si anak ke bagian atas papan ukur sehingga si anak dapat memandang lurus ke arah depan. Garis pandang si anak harus tegak lurus dengan tanah. Kepala anda harus lurus dengan kepala si anak. Pandanglah langsung ke mata si anak.
- d. Pastikan si anak berbaring di atas permukaan keras. Tempatkan tangan kiri anda di ujung tulang kering si anak (sedikit di atas sendi mata kaki) atau pada lututnya. Tekanlah dengan kuat ke arah permukaan keras.
- e. Dengan menggunakan tangan kanan anda, geserkan alat pengukur ke arah kepala si anak. Pastikan anda menekan rambut si anak. Jika posisi si anak sudah betul, baca dan catatlah hasil pengukuran.

E. Kerangka Pikir

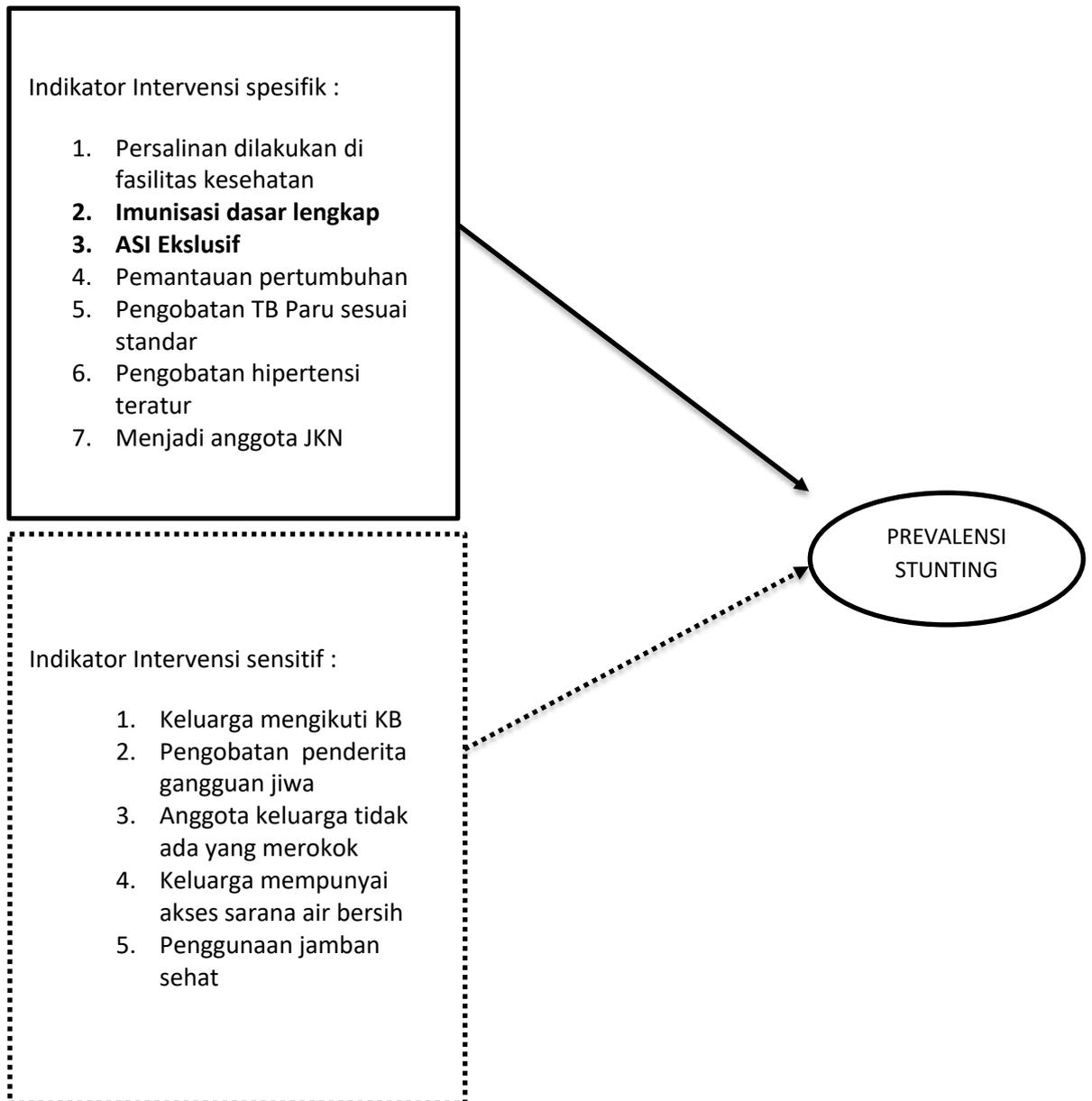
1. Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka teori pendek (*stunting*) di Indonesia. (Sumber: Modifikasi Stunted Growth And Development (WHO,2017)

dan *Executive Summary of The Lancet Maternal and Child Nutrition Series (The Lancet, 2013))*

2. Kerangka Konsep



Gambar 2.2 Kerangka konsep

Keterangan :



: Variabel yang diteliti



: Variabel yang tidak diteliti

F. Hipotesis Penelitian

Hipotesis dari penelitian ini adalah :

- a. Ada pengaruh intervensi spesifik terhadap cakupan indikator imunisasi dasar lengkap dan prevalensi stunting di 10 lokus program pencegahan stunting Kab. Banggai pada tahun 2018-2019
- b. Ada pengaruh intervensi spesifik terhadap cakupan indikator Asi Eksklusif dan prevalensi stunting di 10 lokus program pencegahan stunting Kab. Banggai pada tahun 2018-2019

G. Definisi Operasional

Tabel 2.4
Definisi Operasional Penelitian

No	Variabel	Definisi	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1	Stunting	Kondisi kronis yang menggambarkan terhambatnya pertumbuhan karena malnutrisi dalam jangka waktu yang lama yang dinyatakan dengan indeks TB/U	Microtoise, lengthboard atau buku KIA	1 = Tidak <i>stunting</i> , bila TB/U $\geq -2SD$ 2 = <i>stunting</i> , bila TB/U $< -2SD$ (WHO, 2006)	Nominal & Ordinal
2	Persalinan di fasilitas kesehatan	Jika di keluarga terdapat ibu pasca bersalin (usia bayi 0-24 bulan), persalinan ibu tersebut dilakukan di rumah sakit atau puskesmas atau klinik	Kuesioner, Buku KIA	1= melakukan persalinan di fasilitas kesehatan 2= tidak melakukan persalinan di fasilitas kesehatan	nominal
3	Bayi mendapat imunisasi dasar lengkap	Jika di keluarga terdapat anak (usia 0-24, telah mendapatkan imunisasi sesuai umur (HB0, BCG, DPT-HB1, DPT-HB2, DPT-HB3, Polio1, Polio2, Polio3, Polio4 dan Campak)	Kuesioner, KMS	1= Bayi mendapat imunisasi dasar lengkap 2= Bayi tidak mendapat imunisasi dasar lengkap	nominal
4	Bayi mendapat ASI eksklusif selama 6 bulan	Jika di keluarga terdapat bayi usia 0-24 bulan, bayi tersebut selama 6 bulan pertama (usia 0-6 bulan) hanya diberi air susu ibu (ASI) saja (ASI eksklusif	Kuesioner	1= Bayi mendapat ASI eksklusif selama 6 bulan 2= Bayi tidak mendapat ASI eksklusif selama 6 bulan	nominal
5	Pertumbuhan balita	Jika di keluarga terdapat balita,	Kuesioner, KMS	1= Pertumbuhan	nominal

	dipantau setiap bulan	terhadap balita tersebut bulan yang lalu ditimbang berat badannya untuk dicatat di Posyandu.		balita dipantau setiap bulan 2= Pertumbuhan balita tidak dipantau setiap bulan	
6	Penderita TB paru mendapatkan pengobatan sesuai standar	Jika di keluarga terdapat anggota keluarga usia >15 tahun menderita batuk sudah 2 (dua) minggu berturut-turut belum sembuh atau didiagnosis sebagai penderita Tuberkulosis (TB) Paru, penderita tersebut berobat sesuai dengan petunjuk dokter/petugas kesehatan.	kuesioner	1= Penderita TB paru mendapatkan pengobatan sesuai standar 2= Penderita TB paru tidak mendapatkan pengobatan sesuai standar	nominal
7	Penderita hipertensi melakukan pengobatan secara terlatur	Jika di keluarga terdapat anggota keluarga usia >15 tahun yang berdasar pengukuran adalah penderita tekanan darah tinggi dan tau memiliki riwayat tekanan darah tinggi (hipertensi), ia berobat sesuai dengan petunjuk dokter/petugas kesehatan.	kuesioner	1= Penderita hipertensi melakukan pengobatan secara terlatur 2= Penderita hipertensi tidak melakukan pengobatan secara terlatur	nominal
8	Kepemilikan JKN/Askes	Jika seluruh anggota keluarga memiliki kartu keanggotaan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dan/atau kartu kepesertaan asuransi kesehatan lainnya.	Kuesioner, kartu JKN/Askes	1= memiliki JKN 2= tidak memiliki JKN	nominal

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan bagian dari Studi Longitudinal Percepatan Perbaikan Gizi melalui Penyelamatan 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) kerjasama antara BAPPEDA Kab. Banggai dengan FKM UNHAS sejak 2016. Penelitian ini merupakan studi cross sectional dengan menggunakan metode Analisis Data Sekunder. Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data sekunder indikator Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) di 10 desa lokus program pencegahan stunting di Kab. Banggai tahun 2018-2019.

B. Lokasi Dan Waktu Penelitian

Penelitian ini menggunakan data sekunder atau data yang telah dikumpulkan sebelumnya, dimana pengumpulan data ini dilaksanakan di 10 desa lokus di Kab. Banggai, yaitu desa Balanga, Jaya bakti, Bolobunggang, Boitan, Dondo Soboli, Lontos, Koili, Indang Sari, Mantan B dan Batu Simpang pada tahun 2018 dan tahun 2019.