



**HUBUNGAN JARAK KELAHIRAN ANAK DAN TINGKAT
PENDIDIKAN IBU DENGAN TINGKAT PEMBERIAN MAKANAN
TAMBAHAN (PMT) PADA BALITA *STUNTING***
(Studi pada Balita Usia 24 – 59 Bulan di Desa Cumedak,
Kecamatan Sumberjambe, Kabupaten Jember)

SKRIPSI

Oleh

**Yustira Hanin Mahisa
NIM 162110101158**

**PEMINATAN GIZI KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI S1 KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2020**



**HUBUNGAN JARAK KELAHIRAN ANAK DAN TINGKAT
PENDIDIKAN IBU DENGAN TINGKAT PEMBERIAN MAKANAN
TAMBAHAN (PMT) PADA BALITA *STUNTING***
(Studi pada Balita Usia 24 – 59 Bulan di Desa Cumedak,
Kecamatan Sumberjambe, Kabupaten Jember)

SKRIPSI

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan program pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh

Yustira Hanin Mahisa
NIM 162110101158

**PEMINATAN GIZI KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI S1 KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2020**

PERSEMBAHAN

Dengan mengucapkan syukur Alhamdulillah atas ridho Allah SWT, maka penulis mempersembahkan skripsi ini untuk :

1. Orang tua saya, Bapak Hery Setiawan dan Ibu Yuanita Forsesa atas segala doa, perjuangan, upaya, bimbingan, kerja keras, dukungan secara motivasi dan materi terbaik, serta kasih sayang yang tak terhingga kepada saya sehingga saya bisa menempuh dari jenjang pendidikan awal sampai menyelesaikan jenjang pendidikan di perguruan tinggi.
2. Adik saya, Wifaq Naufal Ditmawan yang telah tiada henti-hentinya memberikan motivasi, dukungan, doa, dan sekaligus partner berjuang bersama untuk meraih kesuksesan dan membahagiakan kedua orang tua kami.
3. Guru – guru saya tercinta, mulai dari guru – guru TK Pertiwi, SDN Jember Lor III, SMPN 2 Jember, SMAN 1 Jember, serta dosen Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember yang telah ikhlas memberikan ilmu, pengalaman belajar, hingga motivasi dalam meraih harapan yang diinginkan.
4. Seluruh teman dan sahabat saya yang telah berjuang bersama, selalu memberikan bantuan, dukungan, dan kasih sayang selama ini.
5. Almamater tercinta Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

MOTTO

“Sebuah harapan kecil sekalipun, kalau dipelihara dengan baik, akan bisa tumbuh dan menghasilkan hasil yang luar biasa”

(Merry Riana)¹

“Berusaha dan berdoa dengan sungguh – sungguh dan tidak takut untuk keluar dari zona nyaman, maka disitulah letak kesuksesan akan menanti”

Memang baik menjadi orang hebat, namun lebih hebat jika menjadi orang baik dan bermanfaat”

¹ Merry Riana. *Mimpi Sejuta Dollar*. (Serial Online). (Diakses pada 1 November 2020)

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Yustira Hanin Mahisa

NIM : 162110101158

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi saya yang berjudul : *Hubungan Jarak Kelahiran Anak dan Tingkat Pendidikan Ibu dengan Tingkat Pemberian Makanan Tambahan (PMT) pada Balita Stunting (Studi pada Balita Usia 24 – 59 Bulan di Desa Cumedak, Kecamatan Sumberjambe, Kabupaten Jember)* adalah benar – benar hasil karya saya sendiri, kecuali jika dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya, dan belum pernah diajukan pada institusi manapun, serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan skripsi ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, November 2020

Yang menyatakan,

Yustira Hanin Mahisa
NIM 162110101158

PEMBIMBINGAN

SKRIPSI

**HUBUNGAN JARAK KELAHIRAN ANAK DAN TINGKAT
PENDIDIKAN IBU DENGAN TINGKAT PEMBERIAN MAKANAN
TAMBAHAN (PMT) PADA BALITA *STUNTING***

(Studi pada Balita Usia 24 – 59 Bulan di Desa Cumedak,
Kecamatan Sumberjambe, Kabupaten Jember)

Oleh :

Yustira Hanin Mahisa

NIM 162110101158

Pembimbing :

Dosen Pembimbing Utama : Ninna Rohmawati, S.Gz., M.PH.

Dosen Pembimbing Anggota : Ruli Bahyu Antika, S.KM., M.Gizi

PENGESAHAN

Skripsi yang berjudul *Hubungan Jarak Kelahiran Anak dan Tingkat Pendidikan Ibu dengan Tingkat Pemberian Makanan Tambahan (PMT) pada Balita Stunting Usia 24 – 59 Bulan di Desa Cumedak, Kecamatan Sumberjambe, Kabupaten Jember* telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember pada:

Hari : Rabu

Tanggal : 4 November 2020

Pembimbing

Tanda Tangan

1. DPU : Ninna Rohmawati, S.Gz., M.PH.
NIP. 198406052008122001 (.....)
2. DPA : Ruli Bahyu Antika, S.KM., M.Gizi
NRP. 760017001 (.....)

Penguji

1. Ketua : Dr. Farida Wahyu Ningtyias, S.KM., M.Kes.
NIP. 198010092005012002 (.....)
2. Sekretaris : Dr. Dewi Rokhmah, S.KM., M.Kes.
NIP. 197808072009122001 (.....)
3. Anggota : Heriberta Reny, S.KM.
NIP. 197605092000122003 (.....)

Mengesahkan
Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Jember,

Dr. Farida Wahyu Ningtyias, S.KM., M.Kes.
NIP. 198010092005012002

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, puji syukur kehadirat Allah SWT atas berkat, rahmat, dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “*Hubungan Jarak Kelahiran Anak dan Tingkat Pendidikan Ibu dengan Tingkat Pemberian Makanan Tambahan (PMT) pada Balita Stunting (Studi pada Balita Usia 24 – 59 Bulan di Desa Cumedak Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember)*”. Skripsi ini disusun guna sebagai salah satu persyaratan dalam menyelesaikan program pendidikan strata satu (S1) di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Selama penyusunan skripsi ini, penulis banyak mendapatkan nasehat, bantuan, bimbingan, arahan, dukungan dan doa dari berbagai pihak. Oleh karena itu pada kesempatan ini, penulis mengucapkan banyak terima kasih kepada :

1. Ibu Dr. Farida Wahyu Ningtyias, S.KM., M.Kes, selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
2. Ibu Ninna Rohmawati, S.Gz., M.PH, selaku Dosen Pembimbing Utama yang telah banyak meluangkan waktu dengan sabar dan kemuliaan hati untuk memberikan arahan, bimbingan, koreksi, motivasi, saran dan masukan serta doa sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini.
3. Ibu Ruli Bahyu Antika, S.KM., M.Gizi, selaku Dosen Pembimbing Anggota yang juga telah meluangkan waktu dengan sabar memberikan dan membagikan arahan, bimbingan, motivasi, doa dan ilmu yang bermanfaat sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini.
4. Ibu Dr. Dewi Rokhmah, S.KM., M.Kes, selaku dosen sekretaris penguji dan Ibu Heriberta Reny, S.KM selaku penguji dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember atas segala masukan, saran, koreksi, dan bimbingan agar skripsi ini semakin lebih baik.
5. Orang tua penulis, Bapak Hery Setiawan dan Ibu Yuanita Forsesa yang tiada henti – hentinya memberikan dukungan, motivasi, masukan, dan doa sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini, serta adik saya Wifaq Naufal Ditmawan yang telah memberikan dukungan kepada penulis.

6. Ibu Rani dan Ibu Ita selaku Kader Kesehatan di Puskesmas Sumberjambe dan Ibu Nasyeth selaku Bidan Desa Cumedak Kecamatan Sumberjambe yang telah dengan kemurahan hati meluangkan waktu membantu dalam proses pengambilan data penelitian, membantu peneliti dan memberikan izin penulis untuk melakukan penelitian di wilayah Desa Cumedak, Kecamatan Sumberjambe.
7. Sahabat perjuangan teman – teman seangkatan Pratisara Higea yang telah memberikan dukungan, semangat, sekaligus menjadi teman berjuang bersama selama menempuh pendidikan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
8. Sahabat dan teman – teman seperjuangan Peminatan Gizi Kesehatan Masyarakat 2016, Kelompok PBL 9 Desa Klabang, Kelompok Magang Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, atas dukungan, masukan, saran, motivasi, pengalaman dan kebersamaan dalam berjuang bersama selama menempuh pendidikan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
9. Semua pihak yang ikut membantu penulis yang tidak dapat penulis sebutkan satu-persatu.

Penulis telah menyusun skripsi ini dengan semaksimal mungkin. Namun, penulis menyadari kemungkinan dalam penyusunan skripsi ini terdapat kekurangan. Oleh karena itu, penulis menerima masukan dan saran yang membangun dari semua pihak yang telah membaca. Semoga skripsi ini dapat memberikan manfaat bagi kita semua.

Jember, November 2020

Penulis

RINGKASAN

Hubungan Jarak Kelahiran Anak dan Tingkat Pendidikan Ibu dengan Tingkat Pemberian Makanan Tambahan (PMT) pada Balita *Stunting* Usia 24 – 59 Bulan; Yustira Hanin Mahisa; 162110101158; 2020; 96 halaman; Peminatan Gizi Kesehatan Masyarakat; Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Manusia dalam masa kehidupannya, melewati berbagai fase atau periode salah satunya adalah fase balita yang juga termasuk dalam periode penting 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK). Apabila kebutuhan gizi balita pada fase ini tidak terpenuhi dengan baik, maka akan menimbulkan masalah gizi, yaitu disebut *stunting*. *Stunting* merupakan salah satu masalah kesehatan yang menyebabkan terhambatnya pertumbuhan dan perkembangan otak, motorik, dan kondisi mental dan merupakan indikator yang menggambarkan gizi kurang dalam jangka panjang. *Stunting* diukur berdasarkan standar WHO memakai indeks TB / U dengan nilai kurang atau di bawah minus 2 SD ($< - 2$ SD). Kabupaten Jember merupakan salah satu dari 12 daerah yang mendapatkan penanganan khusus masalah *stunting* dari Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur tahun 2019, karena angka *stunting* di daerah tersebut tinggi mencapai 36%. Kecamatan Sumberjambe khususnya di Desa Cumedak merupakan daerah dengan angka *stunting* tertinggi se-Kabupaten Jember dengan persentase 38,75% pada tahun 2019. Bahkan, daerah tersebut menjadi Lokasi Prioritas Penurunan (Lokus) *Stunting* di Kabupaten Jember tahun 2020. Selain itu, hasil studi pendahuluan di Desa Cumedak menyebutkan yaitu banyak ibu balita *stunting* yang memiliki anak lebih dari satu, sehingga faktor jarak kelahiran anak menjadi bervariasi dengan peluang memiliki anak dengan jarak kelahiran anak dekat lebih besar, serta faktor tingkat pendidikan ibu mempengaruhi tingkat pengetahuan dan pemahaman ibu terhadap kualitas pemberian asupan makanan khususnya seperti Pemberian Makanan Tambahan (PMT) pada balita, sehingga kedua faktor ini berpengaruh terhadap status *stunting* pada balita.

Jenis penelitian ini menggunakan analitik observasional dengan desain studi *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini, berjumlah 111 balita *stunting* usia 24 – 59 bulan di Desa Cumedak, Kecamatan Sumberjambe, Kabupaten Jember. Teknik pengambilan sampel menggunakan jenis *probability sampling* (*simple random sampling*) dan hasilnya mendapatkan sampel sebanyak 54 responden balita *stunting* usia 24 – 59 bulan yang sudah memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Penelitian yang dilakukan mulai bulan Juni 2020 hingga bulan November 2020 ini, menggunakan metode pengumpulan data jenis wawancara langsung (*face to face*) dan metode *food recall* 2 x 24 jam dengan instrumen

kuesioner dan formulir *recall* 2 x 24 jam yang telah disiapkan peneliti. Teknik pengolahan dan analisis data menggunakan SPSS dan uji *chi-square*. Penyajian data yang telah diolah disajikan berupa tabel distribusi frekuensi dan teks (narasi).

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa balita *stunting* mayoritas berada pada kelompok usia 24 – 36 bulan (38,9%), dan berjenis kelamin laki – laki (57,4%). Mayoritas ibu berada pada kelompok usia 31 – 50 tahun (50%), memiliki tingkat pendidikan terakhir rendah (tamatan SD dan SMP) sebesar 72,2%, dan tingkat pengetahuan tentang gizi anak kategori sedang sebesar 55,6%. Profesi ibu mayoritas sebagai ibu rumah tangga (74,1%) dan rata-rata pendapatan keluarga di bawah UMK (< Rp. 2.355.662,90) sebesar 59,3%. Mayoritas ibu di Desa Cumedak memiliki dua anak (sedikit / ideal) sebesar 66,7% dan jarak kelahiran antar anak kategori jauh / ≥ 2 tahun (77,8%). Tingkat Pemberian Makanan Tambahan (PMT) pada balita *stunting* usia 24 – 59 bulan berkategori kurang asupan dengan persentase (53,7%) dan mayoritas diberikan tidak sesuai frekuensi dan jadwalnya. Jenis makanan tambahan (MT) berupa MT Pabrikasi berupa biskuit, susu formula, susu UHT dan MT Lokal (kacang hijau rebus dan telur puyuh). Tidak terdapat hubungan signifikan antara jarak kelahiran anak dengan tingkat Pemberian Makanan Tambahan (PMT) balita *stunting* usia 24 – 59 bulan dengan nilai uji *chi-square* sebesar 0,715 atau *p value* > 0,05. Terdapat hubungan signifikan antara tingkat pendidikan terakhir ibu dengan tingkat Pemberian Makanan Tambahan (PMT) balita *stunting* usia 24 – 59 bulan memiliki nilai uji *chi-square* sebesar 0,002 atau *p value* < 0,05.

Saran yang diberikan dari penelitian ini untuk instansi kesehatan agar meningkatkan penyuluhan secara berkala sebulan sekali terkait Pemberian Makanan Tambahan (PMT) yang benar dan tepat sesuai dengan 3 J (Jadwal, Jenis, Jumlah) dan frekuensinya pada balita *stunting* ketika posyandu, meningkatkan kerjasama lintas sektor dalam upaya menurunkan kasus *stunting*, meningkatkan kemampuan tenaga kesehatan seperti bidan dan kader yang ada di wilayah tersebut dalam memberikan makanan tambahan (MT) lokal seperti pemberian kacang hijau yang sesuai dengan jenis, manfaat dan porsinya yang tepat dan meningkatkan upaya edukasi dan mengajak masyarakat agar mampu dan tertarik untuk membuat makanan tambahan (MT) balita berbasis lokal. Untuk masyarakat Desa Cumedak, Kecamatan Sumberjambe, diharapkan bagi keluarga khususnya ibu balita *stunting* untuk meningkatkan pola asuh Pemberian Makanan Tambahan (PMT) balita *stunting* secara optimal sesuai dengan 3J (Jumlah, Jenis, Jadwal) dan frekuensinya yang tepat kepada balitanya yang memiliki masalah gizi *stunting*, berupaya aktif mencari informasi yang benar dan akurat tentang PMT melalui sumber terpercaya seperti melalui posyandu, puskesmas, buku, internet, poster, dll., serta rutin memeriksakan pertumbuhan dan perkembangan balita ke posyandu di masing – masing wilayah untuk memantau perubahan status gizinya.

SUMMARY

The Relationship between Children Birth Interval and Mother's Education Level with Supplementary Feeding (PMT) Rate for Stunting Toddlers Age 24 - 59 Months; Yustira Hanin Mahisa; 162110101158; 2020; 96 pages; Nutrition Departement of Public Health; Faculty of Public Health, University of Jember.

Humans, in their lifetime, go through various phases or periods, one of which is the toddler phase which is also included in the important period of the 1000 First Days of Life (HPK). If the nutritional needs of toddlers in this phase are not fulfilled properly, it will cause nutritional problems, which is called stunting. Stunting is a health problem that causes stunted growth and development of the brain, motor, and mental state and is an indicator that reflects long-term malnutrition. Stunting is measured based on the WHO standard of height compared to the child's age, with a value of less or less than minus two standard deviations (< -2 SD). Jember District is which one of 12 regions that received special handling of the stunting problem from the Health Ministry of East Java Provincial in 2019, because the stunting rate in that area is high, approximately 36 percent. Sumberjambe Subdistrict, especially in Cumedak Village, is the area with the highest stunting rate in Jember Regency with a 38,75 percent in 2019. Even, this area has become a Priority Location of Stunting Reduction (Locus) in Jember Regency in 2020. Beside that, the results of a preliminary study in the Cumedak Village, it was state that, there are many mothers of stunting children who have more than one child, so that the factor of child birth spacing varies with the opportunity to have children with a greater distance between children and the mother's education level affects the level of knowledge and understanding of the mother on the quality of feeding food especially such as Supplementary Feeding (PMT) for toddlers, so that these factors affect the stunting status of toddlers.

This type of research used observational analytic with cross sectional study design. The population in this study, amounted to 111 stunting toddlers aged 24 - 59 months in Cumedak Village, Sumberjambe District, Jember Regency. The sampling technique used probability sampling (simple random sampling) and the results obtained a sample of 54 respondents to stunting toddler aged 24 - 59 months who has fulfilled the inclusion and exclusion criteria. This research start from June 2020 to November 2020, which using the data collection methods of direct interviews (face to face) and the 2 x 24 hour food recall method and using a questionnaire instrument and a 2 x 24 hour food recall form that prepared by the researcher. Processing techniques and data analysis using the SPSS and the chi-

square test. The data presentation that has been processed is presented in the form of a frequency distribution table, text (narrative).

Based on the results of this research, showed that the majority of stunted toddlers were in the age group of 24 - 36 months (38.9%), and male (57.4%). The majority of mothers in the 31 - 50 years age group (50%), had a low last education level (primary and junior high school graduates) of 72.2%, and a moderate level of knowledge about child nutrition at 55.6%. The majority of mothers are housewives (74.1%) and the average family income is below the UMK (<Rp. 2,355,662.90) of 59.3%. The majority of mothers in the Cumedak Village have two children (few / ideal) of 66.7% and the birth spacing between children is far / ≥ 2 years (77.8%). The level of supplementary feeding (PMT) in stunting children aged 24 - 59 months was categorized as lack of intake is 53.7% and the majority was given not according to the frequency and schedule. Type of Supplementary Food (MT) is manufacture food especially biscuits, formula milk, UHT milk and local MT (boiled green beans and quail eggs). There is no significant relationship between child birth spacing and the level of Supplementary Feeding (PMT) for stunting toddlers aged 24 – 59 months with a chi-square test value of 0.715 or p value > 0.05 . There is a significant relationship between the mother's last education level and the level of Supplementary Feeding (PMT) for stunting toddlers aged 24 - 59 months who have a chi-square test value of 0.002 or p value < 0.05 .

Suggestions given from this research are for health agencies to increase periodic counseling once a month related about Supplementary Food (PMT) according to the 3 J (Schedule, Type, Amount) and the frequency for stunting toddlers during posyandu, increasing cross sector cooperation in the effort to reduce stunting cases, increase the ability of health workers such as midwives and cadres in that area to provide Additional Local Food (MT Local) such as giving green beans that are in accordance with the right type, benefit and portion and increasing educational efforts and inviting the community to be able and interested in making local based toddler supplement (MT) food. For the community of Cumedak Village, Sumberjambe District, especially family and stunting toddler's mother, to increase parenting style, such as gives Supplementary Feeding (PMT) optimally according to 3 J (Schedule, Type, Amount) and the frequency, increase the effort to find true and accurate information through reliable sources like from intergrated service post, public health center, books, internet, poster, and etc., and as well as regularly monitoring growth and development toddlers at the each region posyandu for monitor changes of toddler's nutritional status.

DAFTAR ISI

| | |
|--|----------|
| HALAMAN JUDUL..... | i |
| PERSEMBAHAN..... | ii |
| MOTTO..... | iii |
| PERNYATAAN..... | iv |
| PEMBIMBINGAN..... | v |
| PENGESAHAN..... | vi |
| KATA PENGANTAR..... | vii |
| RINGKASAN..... | ix |
| SUMMARY..... | xi |
| DAFTAR ISI..... | xiii |
| DAFTAR TABEL..... | xvii |
| DAFTAR GAMBAR..... | xix |
| DAFTAR LAMPIRAN..... | xx |
| DAFTAR SINGKATAN DAN NOTASI..... | xxi |
| BAB 1. PENDAHULUAN | 1 |
| 1.1 Latar Belakang | 1 |
| 1.2 Rumusan Masalah..... | 4 |
| 1.3 Tujuan Penelitian | 5 |
| 1.4 Manfaat | 6 |
| BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA | 7 |
| 2.1 <i>Stunting</i> | 7 |
| 2.1.1 Definisi <i>Stunting</i> | 7 |
| 2.1.2 <i>Stunting</i> pada Balita..... | 7 |
| 2.1.3 Faktor – Faktor <i>Stunting</i> pada Balita..... | 8 |
| 2.1.4 Jarak Kelahiran Anak | 14 |
| 2.1.5 Tingkat Pendidikan Ibu | 16 |
| 2.2 Konsep Balita..... | 17 |
| 2.2.1 Definisi Balita..... | 17 |
| 2.2.2 Pertumbuhan dan Perkembangan Balita..... | 18 |

| | | |
|---------------|---|-----------|
| 2.2.3 | Penilaian Status Gizi Balita | 21 |
| 2.2.4 | Kebutuhan Gizi Balita | 28 |
| 2.3 | Pemberian Makanan Tambahan (PMT)..... | 34 |
| 2.3.1 | Definisi Pemberian Makanan Tambahan (PMT) | 34 |
| 2.3.2 | Jenis – Jenis Makanan Tambahan (MT)..... | 35 |
| 2.3.3 | Kandungan dan Manfaat MT Balita | 37 |
| 2.4 | Kerangka Teori | 42 |
| 2.5 | Kerangka Konsep..... | 43 |
| 2.6 | Hipotesis | 45 |
| BAB 3. | METODE PENELITIAN..... | 46 |
| 3.1 | Jenis Penelitian..... | 46 |
| 3.2 | Tempat dan Waktu Penelitian..... | 46 |
| 3.2.1 | Tempat Penelitian | 46 |
| 3.2.2 | Waktu Penelitian | 46 |
| 3.3 | Penentuan Populasi dan Sampel | 47 |
| 3.3.1 | Populasi Penelitian | 47 |
| 3.3.2 | Sampel Penelitian | 47 |
| 3.3.3 | Teknik Pengambilan Sampel..... | 49 |
| 3.4 | Variabel Penelitian dan Definisi Operasional..... | 50 |
| 3.4.1 | Variabel Penelitian | 50 |
| 3.4.2 | Definisi Operasional..... | 51 |
| 3.5 | Data dan Sumber Data | 55 |
| 3.5.1 | Data Primer..... | 55 |
| 3.5.2 | Data Sekunder | 55 |
| 3.6 | Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data..... | 56 |
| 3.6.1 | Teknik Pengumpulan Data | 56 |
| 3.6.2 | Instrumen Pengumpulan Data | 59 |
| 3.7 | Teknik Pengolahan, Penyajian, dan Analisis Data | 59 |
| 3.7.1 | Teknik Pengolahan Data..... | 59 |
| 3.7.2 | Teknik Penyajian Data | 60 |
| 3.7.3 | Teknik Analisis Data | 61 |

| | | |
|--|--|----|
| 3.8 | Validitas dan Reliabilitas | 62 |
| 3.8.1 | Uji Validitas..... | 62 |
| 3.8.2 | Uji Reliabilitas..... | 62 |
| 3.9 | Alur Penelitian | 64 |
| BAB 4. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN | | 65 |
| 4.1 | Hasil Penelitian | 65 |
| 4.1.1 | Karakteristik Balita <i>Stunting</i> Usia 24 – 59 Bulan di Desa Cumedak | 65 |
| 4.1.2 | Karakteristik Ibu Balita <i>Stunting</i> Usia 24 – 59 Bulan di Desa Cumedak | 66 |
| 4.1.3 | Karakteristik Tingkat Pendidikan Ibu Balita <i>Stunting</i> Usia 24 – 59 Bulan di Desa Cumedak | 68 |
| 4.1.4 | Karakteristik Status Ekonomi Keluarga Balita <i>Stunting</i> Usia 24 – 59 Bulan di Desa Cumedak | 69 |
| 4.1.5 | Karakteristik Faktor Maternal Ibu Balita <i>Stunting</i> Usia 24 – 59 Bulan di Desa Cumedak | 70 |
| 4.1.6 | Analisis Pemberian Makanan Tambahan (PMT) Balita <i>Stunting</i> Usia 24 – 59 Bulan di Desa Cumedak | 72 |
| 4.1.7 | Hubungan Status Balita <i>Stunting</i> dengan Tingkat Pemberian Makanan Tambahan (PMT) Balita <i>Stunting</i> Usia 24 – 59 Bulan di Desa Cumedak | 75 |
| 4.1.8 | Hubungan Faktor Maternal Ibu dengan Tingkat PMT Balita <i>Stunting</i> Usia 24 – 59 Bulan di Desa Cumedak..... | 76 |
| 4.1.9 | Hubungan Tingkat Pendidikan Ibu dengan Tingkat Pemberian Makanan Tambahan (PMT) Balita <i>Stunting</i> Usia 24 – 59 Bulan di Desa Cumedak | 78 |
| 4.1.10 | Hubungan Tingkat Pengetahuan Gizi Ibu dengan Tingkat Pendidikan Ibu Balita <i>Stunting</i> Usia 24 – 59 Bulan di Desa Cumedak..... | 79 |

| | |
|--|-----|
| 4.2 Pembahasan..... | 81 |
| 4.2.1 Gambaran Kejadian <i>Stunting</i> pada Balita Usia 24 – 59 Bulan di Desa Cumedak, Kecamatan Sumberjambe..... | 81 |
| 4.2.2 Hubungan Karakteristik Balita dengan Status Gizi Balita <i>Stunting</i> Usia 24 – 59 Bulan di Desa Cumedak, Kecamatan Sumberjambe | 82 |
| 4.2.3 Karakteristik Ibu Balita <i>Stunting</i> Usia 24 – 59 Bulan di Desa Cumedak, Kecamatan Sumberjambe | 84 |
| 4.2.4 Karakteristik Pemberian Makanan Tambahan (PMT) pada Balita <i>Stunting</i> Usia 24 – 59 Bulan di Desa Cumedak, Kecamatan Sumberjambe | 86 |
| 4.2.5 Hubungan antara Jarak Kelahiran Anak dengan Tingkat Pemberian Makanan Tambahan (PMT) Balita <i>Stunting</i> Usia 24 – 59 Bulan di Desa Cumedak, Kecamatan Sumberjambe | 90 |
| 4.2.6 Hubungan antara Tingkat Pendidikan Ibu dengan Tingkat Pemberian Makanan Tambahan (PMT) Balita <i>Stunting</i> Usia 24 - 59 Bulan di Desa Cumedak, Kecamatan Sumberjambe..... | 92 |
| BAB 5. PENUTUP..... | 95 |
| 5.1 Kesimpulan..... | 95 |
| 5.2 Saran..... | 96 |
| DAFTAR PUSTAKA | 98 |
| LAMPIRAN..... | 102 |

DAFTAR TABEL

| | | |
|------------|---|----|
| Tabel 2.1 | Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Anak Berdasarkan Indeks.. | 22 |
| Tabel 2.2 | Tanda Khas Berbagai Jenis Penyakit..... | 27 |
| Tabel 2.3 | Contoh Menu PMT Pemulihan untuk Balita Usia 24 – 59 Bulan | 41 |
| Tabel 3.1 | Jumlah Sampel Tiap Posyandu di Desa Cumedak Kecamatan Sumberjambe..... | 50 |
| Tabel 3.2 | Definisi Operasional..... | 52 |
| Tabel 4.1 | Distribusi Frekuensi Karakteristik Balita <i>Stunting</i> Usia 24 – 59 Bulan Berdasarkan Kategori Usia dan Jenis Kelamin di Desa Cumedak..... | 66 |
| Tabel 4.2 | Distribusi Usia Ibu Balita <i>Stunting</i> berdasarkan Kategori Kelompok Usia di Desa Cumedak | 67 |
| Tabel 4.3 | Distribusi Tingkat Pengetahuan Gizi Ibu tentang PMT pada Balita <i>Stunting</i> Usia 24 – 59 Bulan di Desa Cumedak | 67 |
| Tabel 4.4 | Distribusi Frekuensi Tingkat Pendidikan Ibu Balita <i>Stunting</i> Usia 24 – 59 Bulan di Desa Cumedak..... | 68 |
| Tabel 4.5 | Distribusi Status Ekonomi Keluarga Balita <i>Stunting</i> Usia 24 – 59 Bulan di Desa Cumedak..... | 69 |
| Tabel 4.6 | Distribusi Frekuensi Jumlah Anak dalam Keluarga di Desa Cumedak..... | 70 |
| Tabel 4.7 | Distribusi Frekuensi Jarak Kelahiran Anak dalam Keluarga di Desa Cumedak..... | 71 |
| Tabel 4.8 | Distribusi Jenis Makanan Tambahan (MT) Balita <i>Stunting</i> Usia 24 – 59 Bulan di Desa Cumedak..... | 72 |
| Tabel 4.9 | Distribusi Frekuensi dan Jadwal Pemberian Makanan Tambahan (PMT) Balita <i>Stunting</i> Usia 24 – 59 Bulan di Desa Cumedak..... | 73 |
| Tabel 4.10 | Distribusi Total Kalori dan Nilai Gizi Makanan Tambahan (MT) Balita <i>Stunting</i> Usia 24 – 59 Bulan di Desa Cumedak..... | 74 |

| | |
|---|----|
| Tabel 4.11 Distribusi Tingkat Pemberian Makanan Tambahan (PMT) Balita <i>Stunting</i> usia 24 – 59 Bulan di Desa Cumedakr..... | 75 |
| Tabel 4.12 Hubungan antara Status Balita <i>Stunting</i> dengan Tingkat Pemberian Makanan Tambahan (PMT) Balita <i>Stunting</i> Usia 24 – 59 Bulan di Desa Cumedak..... | 76 |
| Tabel 4.13 Hubungan antara Jumlah Anak dengan Tingkat Pemberian Makanan Tambahan (PMT) Balita <i>Stunting</i> Usia 24 – 59 Bulan di Desa Cumedak..... | 77 |
| Tabel 4.14 Hubungan antara Jarak Kelahiran Anak dengan Tingkat Pemberian Makanan Tambahan (PMT) Balita <i>Stunting</i> Usia 24 – 59 Bulan di Desa Cumedak..... | 78 |
| Tabel 4.15 Hubungan antara Tingkat Pendidikan Ibu dengan Tingkat Pemberian Makanan Tambahan (PMT) Balita <i>Stunting</i> Usia 24 – 59 Bulan di Desa Cumedak..... | 79 |
| Tabel 4.16 Hubungan antara Tingkat Pengetahuan Gizi Ibu dengan Tingkat Pendidikan Ibu Balita <i>Stunting</i> Usia 24 – 59 Bulan di Desa Cumedak | 80 |

DAFTAR GAMBAR

| | |
|--|-----|
| Gambar 2.1 Kerangka Teori..... | 42 |
| Gambar 2.2 Kerangka Konsep | 43 |
| Gambar 3.1 Alur Penelitian..... | 64 |
| Gambar 1. Penandatanganan Persetujuan (<i>Informed Consent</i>)..... | 118 |
| Gambar 2. Kegiatan Wawancara..... | 118 |
| Gambar 3. Wawancara <i>Food Recall</i> 2 x 24 jam..... | 118 |
| Gambar 4. Instrumen Penelitian..... | 118 |
| Gambar 5. Contoh Daftar Penerima Bantuan PMT Desa Cumedak... .. | 119 |
| Gambar 6 dan 7. Foto bersama Responden | 119 |
| Gambar 8. Contoh Produk MT Balita <i>Stunting</i> | 120 |

DAFTAR LAMPIRAN

| | |
|---|-----|
| Lampiran A. Pernyataan Persetujuan (<i>Informed Consent</i>) | 102 |
| Lampiran B. Kuesioner Penelitian..... | 103 |
| Lampiran C. Formulir <i>Food Recall</i> 2 x 24 Jam..... | 110 |
| Lampiran D. Hasil Uji Validitas | 111 |
| Lampiran E. Hasil Uji Reliabilitas | 113 |
| Lampiran F. Hasil Uji Bivariat <i>Crosstabulation Chi-Square</i> | 114 |
| Lampiran G. Lampiran Dokumentasi Penelitian | 118 |
| Lampiran H. Surat Pernyataan (<i>Informed Consent</i>) Sudah Ditandatangani | 121 |
| Lampiran I. Surat Izin Penelitian dan Etik Penelitian | 127 |

DAFTAR SINGKATAN DAN NOTASI

| | |
|-------------|---|
| PMT | : Pemberian Makanan Tambahan |
| MT Balita | : Makanan Tambahan Balita |
| MT Pabrikan | : Makanan Tambahan Pabrikan |
| MT Lokal | : Makanan Tambahan Lokal |
| HPK | : Hari Pertama Kehidupan |
| WHO | : <i>World Health Organization</i> |
| UNICEF | : <i>United Nations Children's Fund</i> |
| AKG | : Angka Kecukupan Gizi |
| Kemendes RI | : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia |
| Dinkes | : Dinas Kesehatan |
| BBLR | : Berat Badan Lahir Rendah |
| ASI | : Air Susu Ibu |
| IMD | : Inisiasi Menyusu Dini |
| MP-ASI | : Makanan Pendamping – Air Susu Ibu |
| KIA | : Kesehatan Ibu dan Anak |
| SD | : Sekolah Dasar |
| SMP | : Sekolah Menengah Pertama |
| SMA | : Sekolah Menengah Atas |
| S1/D1/D2/D3 | : Sarjana / Diploma (Perguruan Tinggi) |
| 3 J | : Jumlah, Jenis, Jadwal (Asupan Makanan Tambahan) |
| IDAI | : Ikatan Dokter Anak Indonesia |
| BB | : Berat Badan |
| TB | : Tinggi Badan |
| PB | : Panjang Badan |
| U | : Usia / Umur |
| IMT | : Indeks Massa Tubuh |
| LILA | : Lingkar Lengan Atas |
| WUS | : Wanita Usia Subur |
| KEK | : Kekurangan Energi Kronis |



| | |
|-----------|---------------------------------------|
| ISPA | : Infeksi Saluran Pernapasan Akut |
| URT | : Ukuran Rumah Tangga |
| g | : Gram (satuan berat) |
| Kal | : Kilokalori |
| kal | : Kalori |
| Kg | : Kilogram |
| Mg | : Miligram |
| RE | : <i>Retional Equivalent</i> |
| Fe | : <i>Ferrum</i> (Zat Besi) |
| Zn | : <i>Zink</i> (Zat Seng) |
| KVA | : Kekurangan Vitamin A |
| Puskesmas | : Pusat Kesehatan Masyarakat |
| Posyandu | : Pos Pelayanan Terpadu |
| TPG | : Tenaga Pelaksana Gizi |
| PKK | : Pemberdayaan Kesejahteraan Keluarga |
| Sdm | : Sendok Makan |
| Gls | : Gelas |
| Sdg | : Sedang |
| Btr | : Butir |
| Ptg | : Potong |
| Rp | : Rupiah (Mata Uang Negara Indonesia) |
| dll. | : Dan lain - lain |
| n | : Jumlah Sampel atau Jumlah Responden |
| α | : Alfa |
| % | : Persen |
| / | : Atau |
| > | : Lebih dari |
| < | : Kurang dari |
| \geq | : Lebih dari sama dengan |
| \leq | : Kurang dari sama dengan |

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Manusia dalam kehidupannya, pasti melewati fase – fase atau periode – periode tertentu dan melalui proses pertumbuhan dan perkembangan. Ada satu fase dimana merupakan periode penting untuk menentukan masa depan manusia. Periode itu disebut dengan periode balita (Adriani, 2012:162). Menurut WHO (2014), balita merupakan fase anak berusia di atas 1 sampai dengan 5 tahun. Pada masa balita inilah, terjadi proses pertumbuhan dan perkembangan yang pesat yang dikenal dengan istilah *Windows of Opportunity* atau 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK). Dalam fase balita ini, mereka memerlukan asupan nutrisi yang sesuai dengan kebutuhan gizinya atau dikenal dengan Angka Kecukupan Gizi (AKG). Apabila nutrisi yang diperoleh tidak tepat, maka akan menghambat pertumbuhan dan perkembangannya di masa yang akan datang (Depkes RI, 2014:4).

Selain menghambat pertumbuhan dan perkembangan, apabila balita mendapatkan nutrisi yang kurang optimal, maka dapat menimbulkan masalah gizi yaitu *stunting*. Menurut Unicef (2013:2), *stunting* merupakan suatu masalah kesehatan yang dapat menyebabkan perkembangan otak, perkembangan motorik, kondisi mental terhambat bahkan dalam jangka panjang meningkatkan resiko terhadap kesakitan dan kematian. Menurut Fikawati (2017:280), salah satu indikator yang menggambarkan status gizi kurang dalam periode jangka panjang yaitu disebut *stunting*. Pengertian *stunting* (kerdil) dapat diukur berdasarkan ukuran panjang atau tinggi badan dibandingkan umur apabila termasuk kategori kurang dan apabila berdasarkan standar deviasi median pertumbuhan anak yaitu dibawah minus dua standar deviasi (< -2 SD) berdasarkan standar pengukuran WHO (Atmarita *et al.*, 2018:2). Badan Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menyatakan terdapat lebih dari 150 juta balita pendek meliputi seluruh dunia diantaranya sebagian besar berada di Afrika dengan persentase sebesar 40% dan di Asia dengan persentase sebesar 39% balita *stunting* di tahun 2012. Hal inilah yang menjadikan *stunting* menjadi masalah gizi di seluruh dunia (Kementerian Kesehatan RI, 2016:10).

Data *World Health Organization* (WHO) tahun 2018, berdasarkan prevalensi balita *stunting* diketahui Indonesia termasuk terbanyak ketiga prevalensi tertinggi se-Asia Tenggara / *South East Asia Regional* (SEAR). Selain itu, di Indonesia rata – rata prevalensi balita *stunting* hingga tahun 2017 sebesar 36,4%. Hal ini menandakan, prevalensi *stunting* di Indonesia masih di atas 20% dan belum mencapai target yang ditetapkan (dibawah 20%) oleh WHO (Atmarita & Zahraini, 2018:1). Sedangkan kejadian *stunting* di Provinsi Jawa Timur pada tahun 2000 yaitu sebesar 32,6%, pada tahun 2017 mengalami penurunan sebesar 26,7% dan masih belum mencapai target (Kemenkes RI, 2017:144).

Sampai saat ini, kasus *stunting* di Indonesia tetap menjadi masalah kesehatan yang perlu mendapatkan perhatian khusus. Hal ini telah menjadi pernyataan yang disampaikan oleh Menteri Kesehatan RI bertepatan dengan Hari Kesehatan Nasional yang ke-55 pada tahun 2019. Untuk mengatasi *stunting* di Indonesia, pemerintah sudah berupaya dalam bentuk memberikan perlindungan kepada anak melalui Undang-Undang No. 35 Tahun 2014 tentang Perlindungan Anak yang didalamnya berisi langkah – langkah atau upaya untuk mencegah dan menanggulangi *stunting* di Indonesia. *Stunting* (pendek) merupakan suatu kondisi yang menggambarkan status gizi kurang yang bersifat kronis yang dapat diukur dari nilai *z-score* tinggi badan menurut umur kurang dari minus dua standar deviasi berdasarkan standar WHO. Hal ini dapat dilihat sejak anak berusia dua tahun dan penyebabnya adalah kurangnya asupan gizi sejak masa periode emas atau 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK). Dampak buruk *stunting* pada anak antara lain terhambatnya pertumbuhan dan perkembangan anak dan berpengaruh terhadap kualitas anak di masa depan. Seperti misalnya, terhambatnya perkembangan otak, kecerdasan dan performa edukasinya yang kurang baik, serta beresiko terkena penyakit metabolik (Ni'mah, 2015:13).

Di Kabupaten Jember angka kasus *stunting* masih tergolong tinggi. Selain itu, Kabupaten Jember merupakan salah satu daerah dari 12 daerah yang mendapatkan penanganan khusus masalah *stunting* menurut Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur pada tahun 2019 dengan persentase mencapai 36%. Menurut data Dinas Kesehatan Kabupaten Jember tahun 2019 angka kasus *stunting* yang termasuk 5

besar tertinggi, yang pertama berada di Kecamatan Sumberjambe (38,75%), kedua di Kecamatan Kaliwates (38,3%), lalu di Kecamatan Jelbuk (33,26%), keempat di Kecamatan Kencong (27,29%), dan yang kelima berada di Kecamatan Tanggul (22,15%). Alasan memilih Kecamatan Sumberjambe khususnya di Desa Cumedak selain angka tertinggi, karena daerah tersebut menjadi Lokasi Prioritas Penurunan (Lokus) *Stunting* di Kabupaten Jember tahun 2020 (Dinas Kesehatan Jember, 2019:12).

Ada beberapa faktor yang menyebabkan terjadinya *stunting*. Salah satunya adalah faktor maternal pada ibu. Faktor maternal pada ibu memiliki peran yang dapat mempengaruhi seorang bayi atau balita mengalami *stunting*. Misalnya seperti tinggi badan ibu, hamil muda, penyakit infeksi, paritas serta jarak kelahiran pendek (WHO *Conceptual Framework on Childhood Stunting*, 2013). Menurut Fajarina (2012:5), jarak kelahiran dapat dihitung apabila memiliki anak lebih dari satu (bukan anak tunggal) dan dilihat antara kelahiran pertama dan kelahiran selanjutnya / terakhir. Diharapkan dengan jarak kelahiran yang tidak terlalu dekat dapat menciptakan pola asuh yang baik (Nurjana & Septiani, 2013:5).

Pola asuh kurang baik yang disebabkan jarak kelahiran terlalu dekat dapat mengakibatkan status gizi anak memburuk (Lutviana & Budiono, 2010:5). Memiliki anak dalam rentang usia yang hampir sama menyebabkan orang tua kurang optimal dalam pemberian asupan gizi pada anak (Candra, 2010:6). Hal ini pula didukung dengan hasil penelitian dari Palino *et al.* (2017:8) yang menyatakan responden balita yang memiliki jarak kelahiran dekat dengan saudaranya, berpotensi menjadi *stunting*. Hasil studi pendahuluan dari Puskesmas Sumberjambe, diperoleh keterangan bahwa salah satu penyebab tingginya angka *stunting* di Desa Cumedak yaitu banyak ibu balita *stunting* yang memiliki anak lebih dari satu, sehingga jarak kelahiran anak menjadi bervariasi dan peluang memiliki anak dengan jarak kelahiran anak dekat lebih besar. Dampaknya terhadap pola asuh orang tua terutama ibu di desa tersebut kurang maksimal. Hal ini juga nantinya akan berpengaruh kepada asupan gizi pada balita yang kurang seperti Pemberian Makanan Tambahan (PMT) sehingga beresiko terjadinya

stunting pada balita. Berdasarkan laporan Hasil Kegiatan Bulan Timbang yang dilaksanakan pada bulan Februari Tahun 2020, dari total seluruh balita yang ditimbang di Desa Cumedak, diperoleh hasil balita yang mengalami masalah *stunting* usia 24 – 59 bulan sejumlah 111 balita atau sebesar 28,6% (angka tersebut termasuk tertinggi se-Kecamatan Sumberjambe).

Tingkat pendidikan ibu juga sangat mempengaruhi asupan gizi pada balita yang mempunyai riwayat *stunting*. Karena tingkat pendidikan mempengaruhi tingkat pengetahuan dan pemahaman ibu terhadap kualitas pemberian asupan makanan khususnya seperti Pemberian Makanan Tambahan (PMT) pada balita *stunting*. Semakin rendah tingkat pendidikan ibu, maka beresiko memiliki balita *stunting* lebih besar dibandingkan ibu yang memiliki tingkat pendidikan tinggi (Rahayu, 2014:134). Hal ini juga diperkuat oleh penelitian Fikawati (2018:249), yang menyatakan bahwa ibu yang tidak menyelesaikan pendidikan di sekolah dasar, beresiko memiliki balita *stunting*. Di Kecamatan Sumberjambe, khususnya di Desa Cumedak berdasarkan hasil studi pendahuluan di lapangan, faktor latar belakang atau tingkat pendidikan ibu yang bervariasi menjadi salah satu faktor yang berpengaruh terhadap kejadian *stunting* terutama pada balita.

Berdasarkan latar belakang penelitian tersebut, maka peneliti akan melakukan penelitian mengenai hubungan jarak kelahiran anak dan tingkat pendidikan ibu dengan tingkat Pemberian Makanan Tambahan (PMT) pada balita *stunting* (studi pada balita usia 24 – 59 bulan di Desa Cumedak Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember).

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang diatas, rumusan masalah dari penelitian ini adalah “Apakah terdapat hubungan antara jarak kelahiran anak dan tingkat pendidikan ibu dengan tingkat Pemberian Makanan Tambahan (PMT) pada balita *stunting* usia 24 - 59 bulan di Desa Cumedak, Kecamatan Sumberjambe, Kabupaten Jember?”.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan jarak kelahiran anak dan tingkat pendidikan ibu dengan tingkat Pemberian Makanan Tambahan (PMT) pada balita *stunting* usia 24 - 59 bulan di Desa Cumedak, Kecamatan Sumberjambe, Kabupaten Jember.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mendeskripsikan karakteristik balita meliputi usia dan jenis kelamin balita *stunting* usia 24 – 59 bulan di Desa Cumedak, Kecamatan Sumberjambe, Kabupaten Jember.
- b. Mendeskripsikan karakteristik ibu meliputi usia dan tingkat pengetahuan gizi ibu tentang PMT pada balita *stunting* usia 24 – 59 bulan di Desa Cumedak, Kecamatan Sumberjambe, Kabupaten Jember.
- c. Mendeskripsikan tingkat pendidikan ibu balita *stunting* usia 24 – 59 bulan di Desa Cumedak, Kecamatan Sumberjambe, Kabupaten Jember.
- d. Mendeskripsikan status ekonomi keluarga meliputi pendapatan keluarga dan status pekerjaan ibu balita *stunting* usia 24 – 59 bulan di Desa Cumedak, Kecamatan Sumberjambe, Kabupaten Jember.
- e. Mendeskripsikan faktor maternal ibu (jumlah anak dan jarak kelahiran anak) balita *stunting* usia 24 – 59 bulan di Desa Cumedak, Kecamatan Sumberjambe, Kabupaten Jember.
- f. Menganalisis Pemberian Makanan Tambahan (PMT) pada balita *stunting* usia 24 – 59 bulan di Desa Cumedak, Kecamatan Sumberjambe, Kabupaten Jember.
- g. Menganalisis hubungan jarak kelahiran anak dengan tingkat Pemberian Makanan Tambahan (PMT) pada balita *stunting* usia 24 – 59 bulan di Desa Cumedak, Kecamatan Sumberjambe, Kabupaten Jember.
- h. Menganalisis hubungan tingkat pendidikan ibu dengan tingkat Pemberian Makanan Tambahan (PMT) pada balita *stunting* usia 24 – 59 bulan di Desa Cumedak, Kecamatan Sumberjambe, Kabupaten Jember.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

a. Bagi Peneliti

Penelitian ini diharapkan dapat menambah ilmu pengetahuan dan mengembangkan wawasan tentang kesehatan masyarakat khususnya di bidang gizi masyarakat serta pengembangan teori terkait hubungan faktor jarak kelahiran anak dan tingkat pendidikan ibu dengan Pemberian Makanan Tambahan (PMT) pada balita *stunting* usia 24 – 59 bulan di Desa Cumedak, Kecamatan Sumberjambe, Kabupaten Jember.

1.4.2 Manfaat Praktis

a. Bagi Instansi Kesehatan

Dari hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi dan wawasan pengetahuan khususnya terkait PMT serta dapat dijadikan masukan untuk perencanaan program pencegahan dan penurunan kasus *stunting* pada balita oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Jember dan Puskesmas Sumberjambe.

b. Bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi tambahan referensi khususnya dalam mata kuliah gizi masyarakat terkait dengan pencegahan dan penanggulangan *stunting* pada balita khususnya PMT pada balita *stunting*.

c. Bagi Masyarakat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan wawasan masyarakat tentang *stunting* dan Pemberian Makanan Tambahan (PMT) pada balita *stunting* dan diharapkan masyarakat tersebut dapat meningkatkan kesadaran dalam upaya pencegahan dan penurunan kasus *stunting* pada balita.

d. Bagi Peneliti

Peneliti diharapkan dapat menerapkan dan mengamalkan ilmu yang telah didapatkan selama perkuliahan serta dapat mengetahui hubungan jarak kelahiran anak dan tingkat pendidikan ibu dengan PMT balita *stunting* sehingga dapat menemukan solusi atas kasus *stunting* yang terjadi di daerah penelitian.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 *Stunting*

2.1.1 Definisi *Stunting*

Dalam sektor kesehatan, kekurangan gizi kronis merupakan salah satu masalah utama di Indonesia. Menurut WHO (2010:2), *stunting* adalah tinggi badan atau panjang badan menurut usia dibawah -2 SD (Standar Deviasi) *median* berdasarkan standar ukur pertumbuhan dari WHO. *Stunting* disebabkan karena berbagai faktor buruk yang kemudian mengarah kepada masalah gizi buruk tersebut (El Taguri *et al.*, 2008:280). Jika digambarkan, *stunting* juga diartikan sebagai pertumbuhan linier yang terhambat dalam jangka waktu yang lama (Schmidt, 2014:280). *Stunting* sebenarnya dapat dialami oleh manusia dalam semua rentang usia. Namun, dapat dicegah sejak dini yaitu pada saat fase bayi atau balita. Sehingga kedepannya, *stunting* tidak berdampak pada terganggunya sistem dan fungsi tubuh manusia. Prevalensi *stunting* di seluruh dunia saat ini bervariasi hingga mencapai 65% di negara – negara yang kurang maju atau tahap berkembang (Fikawati *et al.*, 2017:281). Hal ini dikarenakan bisa disebabkan karena terbatasnya kondisi ekonomi di negara tersebut sehingga penyediaan makanan yang bervariasi dan berkualitas di negara – negara tersebut tidak mencukupi, bahkan sampai mengharuskan untuk impor dari negara lain.

Apabila tidak ditangani secara serius, *stunting* dapat menyebabkan berbagai dampak dari yang paling ringan hingga berdampak serius. Pada tahap anak – anak, *stunting* tidak hanya menghambat pertumbuhan namun juga perkembangan fungsi organ tubuh penting seperti otak sehingga menghambatnya pada saat masuk sekolah (putus sekolah). Pada saat dewasa, *stunting* dapat menurunkan angka bekerja, resiko BBLR (pada ibu hamil), penurunan produktivitas, bahkan menyebabkan penyakit komplikasi (Fikawati *et al.*, 2017:286).

2.1.2 *Stunting* pada Balita

Menurut World Bank (2006:280), *stunting* dapat berpotensi menandakan gizi buruk dalam jangka panjang terutama dimulai sejak dini hingga beranjak dewasa. *Stunting* dapat menjadi ukuran proksi terbaik untuk kesenjangan

kesehatan pada anak. Hal ini dikarenakan *stunting* menggambarkan berbagai dimensi kesehatan, perkembangan dan lingkungan kegiatan anak (Wamani *et al.*, 2017:280). *Stunting* dapat digambarkan dalam sebuah kurva pertumbuhan. Hal ini juga digambarkan dalam perbedaan rentan usia, semakin usia anak bertambah, maka bisa terjadi resiko proses pertumbuhan tinggi badan anak terhambat. Hal ini bisa pula disebabkan karena pengaruh asupan gizi dan faktor lingkungan lainnya. Pertumbuhan anak paling cepat terjadi pada tahun – tahun pertama kehidupan. Pada tahap ini, kondisi status gizi anak masih bisa berubah dengan mudah baik bisa meningkat maupun menurun. Oleh karena itu, pentingnya pengetahuan orang tua tentang pola asuh yang dan baik agar anak dapat tumbuh dengan optimal. Pada saat usia anak meningkat diatas fase tahun pertama, maka status gizi anak akan terbentuk secara permanen dan akan sulit. Pada tahap inilah, apabila pertumbuhan anak buruk, maka dapat beresiko tumbuh pendek (*stunted*) (Fikawati *et al.*, 2017:281).

Diperkirakan lebih dari ratusan juta anak menderita *stunting* di seluruh dunia, lebih dari separuh kasus terjadi di negara berkembang (de Onis *et al.*, 2011:286). Selanjutnya, WHO (2012:286) menyatakan jika kasus *stunting* masih berlanjut pada tahun – tahun berikutnya, maka diperkirakan anak *stunting* yang berusia dibawah 5 tahun akan jauh meningkat. Di Indonesia saat ini, *stunting* merupakan masalah kesehatan dalam skala besar dengan prevalensi nasional hampir sebesar 40% (Riskesmas, 2013:286). Indonesia termasuk negara terbanyak ketiga angka kasus *stunting* se-Asia Tenggara pada tahun 2013. (Fikawati *et al.*, 2014:286).

2.1.3 Faktor – Faktor yang Mempengaruhi *Stunting* pada Balita

Seperti yang telah dibahas sebelumnya, bahwa *stunting* menjadi masalah utama diseluruh dunia. Hal ini terjadi karena beberapa faktor - faktor yang mempengaruhinya masih terjadi di sekitar kita, seperti yang disebutkan dalam *WHO Conceptual Framework on Childhood Stunting : Context, Causes, and Consequences* (2013) sebagai berikut :

a. Status Ekonomi Keluarga

Kebutuhan akan pangan merupakan kebutuhan wajib primer yang dibutuhkan oleh seluruh manusia. Indikator status gizi dapat dilihat dari kecukupan asupan gizi sehari – hari. Makanan yang dikonsumsi oleh masyarakat misalkan dalam suatu keluarga dapat terpenuhi apabila dibeli atau didapatkan dari suatu tempat. Kemampuan suatu rumah tangga dalam membeli kebutuhan konsumsi makanan dapat dilihat dari sumber pendapatan keluarga. Menurut Adriyani (2012:9), pendapatan keluarga akan mempengaruhi daya beli suatu keluarga terhadap makanan bergizi, dikarenakan dalam menentukan jenis pangan yang dibeli mengikuti tinggi rendahnya pendapatan keluarga. Apabila pendapatan keluarga yang tinggi dapat memungkinkan terpenuhinya semua kebutuhan makanan dalam keluarga. Namun sebaliknya, apabila pendapatan keluarga rendah, maka kemampuan akan daya beli kebutuhan makanan keluarga terbatas. Apabila daya beli makanan rendah, dan orang tua hanya mampu membeli makanan atau bahan makanan tertentu saja, maka berakibat pada status gizi balita terganggu (Ranoor, 2010:9).

Pendapatan keluarga juga mempengaruhi jenis makanan yang dikonsumsi. Semakin tinggi daya beli terhadap makanan, maka semakin beragam jenis makanan yang dikonsumsi oleh keluarga. Misalkan di negara – negara berkembang, jenis makanan yang dibeli merupakan sumber karbohidrat dan di negara - negara maju, banyak membeli makanan sumber protein (Annisa, 2012:9). Hal ini menunjukkan, bahwa pendapatan keluarga dapat menyebabkan kemampuan untuk membeli makanan yang berkualitas tinggi atau bergizi tinggi dan beragam semakin meningkat. Selain itu, menurut Mugianti *et al* (2018:26), status gizi balita dapat berubah – ubah seiring dengan status ekonomi keluarga yang memberikan pengaruh signifikan. Pendapat dari WHO juga menyatakan bahwa status ekonomi keluarga berdampak pada status anak pendek atau *stunting* (Zere & McIntyre, 2003:9).

b. Faktor Maternal pada Ibu

Faktor maternal merupakan faktor yang diturunkan atau faktor yang berasal dari ibu yang dapat mempengaruhi tumbuh kembang balita. Faktor maternal pada ibu memiliki peran yang dapat mempengaruhi seorang bayi atau balita mengalami *stunting*. Misalnya seperti tinggi badan ibu kurang, asupan nutrisi selama hamil kurang, penyakit infeksi, melahirkan pada usia dini, jarak kelahiran anak yang pendek, dan penyakit komplikasi lainnya (WHO *Conceptual Framework*, 2013). Berdasarkan hasil penelitian Irwansyah (2016:4), menyatakan bahwa kehamilan ibu pada usia remaja berkaitan dengan kejadian *stunting*. Kejadian tersebut bertambah jika didukung dengan faktor lainnya seperti pendidikan ibu, berat badan lahir, dan tinggi badan ibu. Resiko Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) biasanya disebabkan karena ibu hamil pada usia terlalu muda (< 20 tahun). Hal tersebut juga didukung berdasarkan data Riskesdas tahun 2013 bahwa proporsi hamil pada usia remaja lebih banyak dan mayoritas berdomisili di pedesaan akan beresiko memiliki anak *stunting* (Atmarita *et al.*, 2018:2). Faktor genetik juga dapat menjadi penentu terjadinya *stunting* pada anak. Hal itu bisa dilihat dari tinggi badan orang tua, jika memiliki tinggi badan pendek, maka beresiko mewariskan gen kromosom pada anak, sehingga anak memiliki tubuh pendek atau *stunting* (Palino *et al.*, 2016:8).

c. Karakteristik Balita

Kasus *stunting* pada balita bisa terjadi pada variasi kelompok usia balita dan jenis kelamin balita tersebut. Berdasarkan penelitian dari Mugiarti *et al* (2018:273) menyatakan bahwa di suatu daerah kasus balita *stunting* berjenis kelamin laki – laki sebesar 64,5% dan balita *stunting* perempuan sebesar 35,5%. Hal ini menandakan besarnya prevalensi balita *stunting* berjenis kelamin laki – laki lebih besar daripada perempuan. Hal ini juga didukung oleh penelitian Ramli *et al* (2009:273), bahwa kasus *stunting* cenderung lebih banyak menyerang bayi berjenis kelamin laki – laki daripada berjenis kelamin perempuan. Studi literasi menyatakan bahwa faktor psikologis yang berhubungan dengan pengaturan emosi juga berperan penting dalam menentukan tumbuh kembang anak. Jika anak

tumbuh dalam lingkungan baik, maka pertumbuhan dan perkembangannya akan baik pula (Mugianti *et al.*, 2018:273).

Pada periode pertumbuhan anak paling cepat atau dikenal dengan periode 1000 Hari Pertama Kehidupan juga dapat rentan terjadi kasus *stunting* (Badham & Sweet, 2010:283). *Stunting* menurut Victora (2008:283) sebagai bentuk kegagalan pertumbuhan merupakan tanda terjadinya disfungsi sistemik pada fase perkembangan anak yang sensitif. Pada anak yang telah mencapai usia 2 tahun, apabila pertumbuhan terhambat, maka dikatakan masih dalam proses *stunting* dan memungkinkan untuk dapat menaikkan status gizi dan tinggi badan. Namun apabila anak pada usia selanjutnya yaitu diatas 2 tahun, maka kejadian *stunting* akan berlangsung secara permanen (Fikawati *et al.*, 2017:281).

d. Pemberian ASI Eksklusif dan Kolostrum

Laktasi merupakan keseluruhan proses menyusui mulai dari produksi ASI hingga bayi mengonsumsi dengan cara menghisap Air Susu Ibu (ASI). Menyusui merupakan keputusan dan naluri dari seorang ibu untuk tumbuh kembang anak di masa yang akan datang (Istiany & Rusilanti, 2014:69). Menurut Peraturan Pemerintah Nomor 33 Tahun 2012 tentang Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif, yang dimaksud dengan Air Susu Ibu (ASI) adalah hasil sekresi kelenjar payudara ibu yang diberikan pada bayi berupa cairan selama enam bulan tanpa menambahkan atau mengganti dengan suatu bahan konsumsi lainnya (Sakti, 2018:1). ASI merupakan makanan utama bagi bayi terutama bayi baru lahir, dikarenakan semua kebutuhan nutrisi bayi mulai dari karbohidrat, protein, vitamin, dan mineral sudah tercukupi di dalam ASI. Menurut Suradi (2004:25), kandungan Air Susu Ibu (ASI) adalah sebagai berikut :

1. Karbohidrat

Di dalam ASI ternyata memiliki banyak sekali kandungan zat gizinya, salah satunya yang penting adalah karbohidrat, khususnya laktosa. Laktosa termasuk zat yang memiliki kadar tinggi dibandingkan ada jenis susu lainnya. Kemudian laktosa sebelum dicerna, diuraikan menjadi glukosa dan galaktosa

dengan bantuan enzim laktase. Laktosa berfungsi dalam penyerapan kalsium dan merangsang pembentukan *Lactobasillus bifidus* (Suradi, 2004:25).

2. Protein

Sumber zat pembangun yang dikenal dengan protein merupakan kandungan ASI yang berperan penting sebagai pendukung pertumbuhan dan perkembangan bayi. Protein tersebut dibagi menjadi dua kandungan yaitu kasein dan whey. Kasein biasanya terdapat di dalam susu dan bermanfaat untuk pertumbuhan tulang karena mengandung fosfor, sedangkan whey biasanya merupakan hasil sintesis di dalam payudara.

3. Lemak

Kalori yang dibutuhkan bayi yang terkandung di dalam ASI yaitu berasal dari lemak. Kandungan dominan lemak dalam ASI adalah trigliserida. Trigliserida terdiri dari asam lemak dan gliserol yang disintesis oleh enzim lipase yang terdapat di dalam ASI sehingga mudah diserap oleh bayi. Kandungan lemak pada ASI yaitu sebesar 48%.

4. Vitamin

Selain sumber makronutrien, di dalam ASI juga terkandung mikronutrien seperti vitamin dan mineral. Vitamin yang terkandung di dalam ASI sangat mencukupi kebutuhan bayi. Seperti misalnya vitamin K yang berperan penting dalam proses pembekuan darah, vitamin A untuk kesehatan mata, vitamin D untuk pertumbuhan tulang dan gigi, dan vitamin E untuk regenerasi sel, dan vitamin lainnya yang membantu proses – proses fungsional di dalam tubuh.

5. Mineral

Sama seperti vitamin, mikronutrien seperti mineral juga sangat diperlukan oleh bayi. Di dalam ASI terkandung mineral – mineral seperti tembaga (Cu), kobalt (Co), dan selenium (Se). Kandungan mineral yang tinggi di dalam ASI memiliki bioavailabilitas tinggi sehingga bayi lebih mudah menyerap daripada kandungan mineral dalam susu pengganti (susu formula).

6. Zat Besi

Kandungan zat besi dalam ASI berbanding terbalik dengan daya serap zat besi tersebut. Zat besi lebih banyak terdapat pada susu formula daripada ASI, namun untuk penyerapan zat besi lebih tinggi terdapat dalam ASI daripada susu formula mencapai 70%. Hal ini mengapa bayi terutama yang baru lahir, lebih baik minum ASI eksklusif, karena kandungan zat besinya lebih mudah diserap sehingga bayi tidak kekurangan zat besi (Fe).

7. Kalsium

Kalsium juga memiliki kandungan tinggi dalam ASI dan lebih mudah diserap oleh bayi. Kalsium berfungsi untuk pertumbuhan bayi terutama pertumbuhan tulang dan gigi. Sedangkan kandungan fosfor pada susu formula beresiko meningkatkan resiko tetanus pada neonatus.

Pemberian makanan pada bayi dan anak yang baik menurut WHO (2009:103), yaitu meliputi Inisiasi Menyusui Dini (IMD), memberikan ASI Eksklusif selama 6 bulan, memberikan makanan pendamping ASI (MPASI) yang tepat dimulai sejak bayi berusia 6 bulan dan meneruskan pemberian ASI sampai 2 tahun. Inisiasi Menyusui Dini (IMD) atau *early initiation of breastfeeding* merupakan bagian dari proses menyusui tahap awal yaitu dengan cara adanya kontak fisik langsung antara bayi dan kulit ibu di bagian payudara dan dilakukan setelah lahir selama satu jam pertama. Cara ini bisa disebut juga *the breast crawl* atau merangkak mencari payudara (Roesli, 2012:104). IMD merupakan salah satu proses yang mendukung keberhasilan ASI Eksklusif selama 6 bulan penuh. Selain itu, IMD bermanfaat dalam memperkuat ikatan atau hubungan batin antara ibu dan bayi ke depannya.

Pada saat setelah melahirkan, maka secara otomatis merangsang keluarnya ASI yang dapat langsung diberikan pada bayi. ASI yang pertama kali keluar bernama kolostrum. Menurut Istiany & Rusilanti (2017:71), pada saat ASI pertama kali keluar, biasanya berwarna jernih kekuningan yang biasa disebut dengan kolostrum. Kolostrum bermanfaat bagi bayi karena mengandung zat

antibodi. Kolostrum inilah yang juga sangat penting diberikan karena berfungsi sebagai antibodi atau kekebalan tubuh bayi, sehingga dapat mengurangi resiko bayi menderita penyakit baik infeksi maupun non infeksi seperti diare maupun penyakit – penyakit lainnya. Hubungan antara pemberian ASI Eksklusif berkaitan erat dengan status gizi sejak bayi. Sebelum bayi menginjak usia 6 bulan dikatakan belum dapat mencerna makanan atau minuman apapun selain ASI, oleh karena itu agar bayi tetap mendapat asupan zat gizi yang dibutuhkan, maka penting untuk diberikan ASI Eksklusif. Namun, apabila dalam pemberiannya kurang maksimal, maka akan beresiko bayi kekurangan asupan zat gizi yang dibutuhkan dan selain mengganggu pertumbuhan dan perkembangannya, juga dapat mengganggu proses konsumsi asupan gizi pada fase selanjutnya (Mawaddah, 2018: 64).

2.1.4 Jarak Kelahiran Anak

Dalam penelitian ini, yang dibahas ada dua faktor maternal pada ibu, yaitu faktor jumlah anak dalam keluarga dan jarak kelahiran anak.

1) Jumlah Anak dalam Keluarga

Jumlah anggota keluarga secara tidak langsung akan berdampak terhadap pola konsumsi dalam keluarga. Jumlah anak dalam keluarga, merupakan banyak anak yang diasuh oleh orang tua dalam keluarga tersebut (Palino *et al*, 2017:3). Semakin banyak jumlah anggota keluarga, maka kebutuhan jumlah makanan semakin meningkat, sehingga dapat menyebabkan variasi dari makanan berkurang. Apabila misalnya memiliki anak lebih banyak, maka anggota keluarga menjadi lebih banyak, sehingga kebutuhan akan pangan keluarga akan meningkat. Namun, hal tersebut juga dipengaruhi oleh tingkat pendapatan. Jika angka pendapatan dalam keluarga tinggi, walaupun jumlah anggota keluarga banyak, maka pemenuhan untuk konsumsi makanan sehari – hari tidak akan kesulitan, begitu pula sebaliknya. Gizi buruk dapat beresiko terjadi apabila memiliki jumlah anak banyak, namun kesulitan dalam kebutuhan ekonomi keluarga (Faradevi, 2010:6).

Menurut penelitian dari Palino *et al.*, (2017:9) semakin banyak anak dalam sebuah keluarga dapat menyulitkan pola asuh orang tua, terutama bagi ibu.

Selain itu, dapat menciptakan suasana yang kurang kondusif sehingga dapat menyebabkan nafsu makan menurun. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ibu dengan paritas atau jumlah anak yang diasuhnya banyak, dapat beresiko lebih banyak memiliki balita *stunting* dibandingkan dengan ibu yang memiliki jumlah anak sedikit.

2) Jarak Kelahiran Anak

Menurut Fajarina (2012:5), “Jarak kelahiran merupakan kurun waktu antara kelahiran terakhir dengan kelahiran sekarang”. Jarak kelahiran anak erat kaitannya dengan jumlah anak dalam keluarga. Apabila seorang ibu memiliki anak lebih dari satu, maka bisa dikatakan antara anak pertama dan kedua terdapat jarak kelahiran. Begitu pula apabila ibu memiliki anak lebih dari dua. Menurut Palino *et al.* (2017:8), “Jarak kelahiran adalah jarak atau selisih umur dengan kelahiran sebelum atau sesudah kelahiran subjek (selisih umur subjek dengan kakak atau adik kandung). Jarak kelahiran dikategorikan menjadi dekat di bawah 23 bulan dan jauh di atas atau sama dengan 23 bulan”. Status gizi balita dipengaruhi oleh jarak kelahiran anak, semakin dekat jaraknya maka akan beresiko pada pola asuh orang tua terutama ibu akan kurang maksimal (Budiono & Lutviana, 2010:5).

Selain itu faktor lainnya seperti kualitas makanan yang diberikan kepada anak, pendidikan orang tua, status pendapatan dan budaya atau kebiasaan orang tua dapat memberikan pengaruh pada kejadian *stunting* ini (Candra, 2010:6). Menurut penelitian dari Palino *et al.* (2017:8), status kejadian *stunting* banyak terjadi pada yang memiliki riwayat jarak kelahiran dekat daripada yang memiliki riwayat jarak kelahiran jauh. Hal ini menandakan adanya hubungan antara riwayat jarak kelahiran anak dengan status gizi anak. (Sjahmien Mohji, 2002:6).

Ketergantungan anak terutama yang masih berusia dibawah 5 tahun pada orang tua menjadikan segala suatu bentuk perawatan, pola asuh, maupun perhatian semuanya berasal dari orang tua terutama ibu. Apabila balita tersebut memiliki saudara, maka pola asuh orang tua terhadap anaknya akan

terpecah dan pemberian nutrisi tidak akan maksimal. Dampaknya, dapat menyebabkan status gizi anak kurang. (Rokhana, 2005:47). Penelitian lain juga menyebutkan bahwa jarak lahir dapat menyebabkan kejadian *stunting*. Hal ini disebabkan karena dapat mempengaruhi pola asuh orang tua terhadap anaknya sehingga kurang optimal, terutama dalam Pemberian Makanan Tambahan (PMT). Terlebih lagi, jika usia antara anak yang lebih tua dengan anak selanjutnya sama – sama masih balita, maka kedua anak tersebut harus mendapatkan perhatian yang sama besar dari orang tua mereka. Oleh karena itu, perlunya pemberian atau pemberian edukasi tentang pola asuh yang baik, terutama pada ibu yang memiliki bayi atau balita lebih dari satu, untuk mengurangi dan mencegah resiko balita *stunting* (Palino *et al.*, 2017:9).

2.1.5 Tingkat Pendidikan Ibu

Status gizi pada balita dapat ditentukan melalui apa yang diberikan oleh ibu mereka. Misalnya seperti asupan makanan yang diberikan dapat beragam sesuai dengan karakteristik ibu. Hal ini dikaitkan dengan pola asuh orang tua terutama ibu terhadap balita. Menurut Rahayu (2014:134), untuk meningkatkan kualitas kesehatan anak, maka orangtua terutama ibu perlu memiliki pengetahuan yang baik pula. Pengetahuan dipengaruhi oleh tingkat pendidikan. Semakin tinggi tingkat pendidikan ibu, maka semakin baik atau bertambah wawasan pengetahuan ibu. Hal ini dikarenakan akan mempengaruhi pola asuh ibu terhadap balita. Contoh aktivitas yang terkait dengan pola asuh misalnya seperti ibu yang mempersiapkan dan mengatur menu makanan anak, mengajari anak tentang kebiasaan makan yang baik, membeli bahan makanan dan minuman, dan mulai memilih makanan yang cocok untuk anaknya dan mana yang tidak baik untuk dikonsumsi oleh buah hatinya.

Pendidikan ibu yang beragam akan mempengaruhi tingkat pengetahuan ibu terhadap pola asuh pada balita khususnya tentang pemberian asupan makanan yang bergizi seimbang bagi balita. Menurut penelitian dari Rahayu (2014:134), Semakin tinggi tingkat pendidikan ibu, maka semakin luas pula wawasan pengetahuan ibu, terutama berkaitan dengan gizi. Tingkat pendidikan minimal

kategori baik pada tingkat SMP keatas. Hal ini dikarenakan pada tingkat tersebut, sudah diajarkan mengenai pendidikan dasar mengenai gizi dan sudah diajarkan bagaimana cara mengakses informasi yang benar tersebut sehingga tidak mendapatkan pengetahuan yang salah. Informasi tersebut selanjutnya dapat diterapkan pada anak – anak mereka agar memiliki gizi yang optimal. Pada era kemajuan teknologi saat ini, pengetahuan mengenai asupan nutrisi pada balita tersebut memang bisa diperoleh dari sumber atau media apa saja, namun setidaknya pengetahuan mengenai gizi tersebut bisa diperoleh dari melalui pendidikan di institusi atau lembaga pendidikan. Apabila seseorang memiliki ilmu atau pengetahuan gizi yang baik, maka dapat dengan mudah memutuskan konsumsi makanan sesuai jenis, jumlah, dan jadwal (3J) yang tepat. Ibu yang memiliki wawasan pengetahuan yang luas bisa dikatakan dapat memberikan asupan nutrisi yang baik untuk anaknya, terutama yang masih bayi atau balita dengan memberikan Makanan Tambahan (MT) yang tepat. Apabila semakin sedikit informasi mengenai asupan gizi yang diterima oleh ibu, maka akan berdampak pada status gizi balita sehingga beresiko menderita *stunting* (Rahayu, 2014:134).

Fase bayi atau balita merupakan masa – masa penting dalam tumbuh kembang anak, oleh karena itu dibutuhkan pola asuh dan asupan nutrisi yang tepat pada tahap ini. Jika pola asuh orang tua baik karena pengetahuan mereka baik, maka Pemberian Makanan Tambahan (PMT) akan semakin baik pula baik dari segi jenis dan jumlahnya, sehingga dapat meningkatkan status gizi anak. Semakin tinggi tingkat pendidikan, maka semakin baik status gizi anaknya dan apabila tingkat pendidikan rendah, maka beresiko terhadap status gizi *stunting* pada balita (Apriluana & Fikawati, 2018:252).

2.2 Konsep Balita

2.2.1 Definisi Balita

Potensi tumbuh kembang anak perlu dilakukan secara terus menerus. Berbagai upaya dalam proses tumbuh kembang anak dilakukan sejak masa *perinatal*, masa bayi, perlu dilakukan seterusnya. Bahkan setelah anak berusia diatas satu tahun, anak masih berada dalam fase pertumbuhan cepat (masih

termasuk dalam periode 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) sehingga diperlukan asupan gizi yang cukup sangat penting untuk menunjang tumbuh kembangnya. Balita merupakan salah satu fase anak berusia di atas 1 tahun sampai tahap anak sebelum menginjak usia sekolah (Fikawati *et al*, 2017:45). Sedangkan menurut Sulistyoningsih (2011:184), balita adalah anak berusia di atas 1 tahun sampai dengan usia 5 tahun. Selanjutnya, pada usia 6 sampai 12 tahun disebut sebagai tahap usia sekolah. Dalam fase balita ini, membutuhkan perhatian khusus, seperti pola asuh, asupan nutrisi, dan lainnya. Balita merupakan masa di mana seorang anak aktif dalam mengeksplor dan mencoba hal yang baru baginya. Hal ini juga berguna agar mereka belajar untuk meningkatkan pengetahuan, wawasan, termasuk apa saja yang terjadi di lingkungan sekitar mereka. Oleh karena itu, penting bagi orang tua untuk mendidik dan mengasuh mereka sebaik mungkin.

2.2.2 Pertumbuhan dan Perkembangan Balita

Pertumbuhan merupakan perubahan ukuran tubuh yang bertambah seiring dengan peningkatan jumlah sel lebih banyak dari semula. Laju pertumbuhan anak pada terjadi paling cepat pada masa prasekolah daripada pada saat anak dalam fase sampai fase selanjutnya. Walaupun kecepatan pertumbuhan berkurang, namun kebutuhan energi dan zat gizi tetap tinggi karena pada masa ini tetap terjadi pertumbuhan serta perkembangan fisik serta jaringan penting. Pada masa ini, otak merupakan jaringan tubuh yang mengalami pertumbuhan paling cepat dibandingkan dengan jaringan lainnya. Pada usia 2 tahun, pertumbuhan otak telah mencapai 75% dan pada usia 6 – 8 tahun pertumbuhan otak telah sempurna. Jika kekurangan nutrisi pada masa ini, struktur otak akan terganggu. Sejak anak berusia 2 tahun, anak umumnya sudah mempunyai 20 gigi susu. Pada akhir masa prasekolah, gigi permanen mulai tumbuh. Proporsi cairan tubuh anak pada usia 3 atau 4 tahun adalah 59% .

Adanya faktor – faktor seperti pola asuh orang tua, asupan nutrisi, budaya, dan lingkungan sekitar berkaitan dengan tumbuh kembang anak. Pada masa anak usia balita, biasanya merupakan fase dimana anak lebih aktif daripada

sebelumnya, karena anak akan mulai untuk banyak belajar dan mengetahui banyak hal. Begitu pula dengan jenis makanan yang dikonsumsi. Mereka akan belajar untuk selektif dalam memilih makanan sehingga dikhawatirkan mereka hanya mau mengonsumsi apa yang mau mereka makan. Jenis makanan yang diterima anak menjadi kurang variasi dan bergizi. Hal ini akan berdampak pada status gizi anak. (Istiany & Rusilanti, 2014:118).

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 66 Tahun 2014 tentang Pemantauan Pertumbuhan, Perkembangan, dan Gangguan Tumbuh Kembang Anak, definisi perkembangan adalah apabila struktur dan fungsi anggota tubuh akan berubah meningkat menjadi lebih kompleks seperti kemampuan motorik dasar, berkomunikasi dan bersosialisasi, serta belajar untuk melakukan sesuatu sendiri (tanpa bantuan orang lain). Menurut Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI), perkembangan adalah pengukuran bersifat kualitatif tentang kemampuan struktur dan fungsi tubuh dan biasanya pengukurannya lebih rumit daripada mengukur pertumbuhan. Berikut perkembangan yang terjadi pada anak usia pra sekolah atau balita (Istiany & Rusilanti, 2014:118) :

a. Perkembangan Motorik

Usia 2 – 3 tahun :

- 1) Dapat berjalan, berlari, dan dapat menyeimbangkan badan
- 2) Bermain balok, gambar tempel, mengelompokkan benda – benda sejenis, mencocokkan gambar, menggambar, dan mewarnai
- 3) Dapat menggerakkan tangan atau kaki (berdiri, membentuk lingkaran, dll)
- 4) Membuat berbagai macam bentuk dari plastisin atau tanah liat
- 5) Berlari tanpa jatuh
- 6) Lompat di tempat dengan kedua kaki jatuh secara bersamaan
- 7) Berdiri dengan menggunakan satu kaki (melatih keseimbangan)
- 8) Bermain bola sepak

Usia 3 – 4 tahun :

- 1) Dapat lompat jauh, melempar, dan menangkap bola
- 2) Belajar memotong dengan gunting
- 3) Bermain gambar, tempel menggambar dengan jari
- 4) Membuat dan bermain gambar tempel
- 5) Membuat menara dari 9 balok kecil
- 6) Lari menghindari hambatan / rintangan, berjalan di atas garis
- 7) Mendorong, menarik, mengendalikan permainan beroda
- 8) Mengendarai sepeda roda tiga
- 9) Melempar bola diatas kepala dan menangkap bola yang dilemparkan kepadanya.

Usia 4 – 5 tahun :

- 1) Dapat melakukan permainan yang membutuhkan kecepatan dan ketangkasan
- 2) Dapat bermain permainan sejenis lompat tali
- 3) Dapat menghitung
- 4) Dapat menggolongkan benda – benda sesuai dengan jenisnya
- 5) Lompat ke depan 10 kali tanpa terjatuh
- 6) Naik, turun tangga dengan kaki bergantian

b. Perkembangan Emosional, Mental, dan Komunikasi

1) Usia 2 – 3 tahun :

Perkembangan kecerdasan yang diamati dengan dorongan dari orang tua anak dapat diajak mendengarkan simbol – simbol dengan cara membaca buku. Dengan bantuan orang tua, anak akan dapat menceritakan apa yang dilihat dari buku, menyebut namanya, menyebut nama benda, dan lain – lain.

2) Usia 3 – 4 tahun :

Balita sudah mulai diperkenalkan dengan huruf, menyebutkan dan menjelaskan benda – benda, konsep tentang waktu, dan definisi membuat

kalimat. Selain itu, anak usia 3 – 4 tahun mulai banyak atau aktif bertanya, seperti bagaimana dia dilahirkan, umur, tanggal lahir, dll.

3) Usia 4 – 5 tahun :

Balita sudah dapat mengetahui dan merangkai huruf, berhitung dan dapat diajak membantu kegiatan rumah dan dapat menerima petunjuk dan menjalankan petunjuk tersebut.

2.2.3 Penilaian Status Gizi Balita

Metabolisme dalam tubuh berkaitan erat dengan asupan nutrisi yang dikonsumsi. Tubuh memerlukan zat gizi tertentu untuk membantu proses metabolisme atau jenis reaksi atau aktivitas kimia lainnya yang terjadi di dalam tubuh. Masalah gizi, baik kekurangan atau kelebihan, dapat mempengaruhi keseimbangan endokrin, contohnya adalah kelebihan gizi dan konsumsi karbohidrat, serta lemak yang terlalu banyak dapat mengakibatkan ketidakseimbangan hormone insulin di dalam tubuh, sehingga berdampak pada peningkatan resiko penyakit. Kekurangan gizi dapat berdampak pada pertumbuhan dan pematangan organ yang terlambat, serta ukuran tubuh jauh lebih pendek. Menurut Supriasa (2017:20), status gizi (*nutrition status*) perwujudan dari kondisi atau keadaan seimbang yang diinterpretasikan dalam suatu peubah tertentu. Status gizi bisa juga diartikan apabila antara asupan nutrisi yang masuk ke dalam tubuh seimbang dengan kebutuhan gizi yang masuk ke dalam tubuh untuk proses metabolisme (Thamaria, 2017:11). Untuk meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan balita dan anak seterusnya, maka perlu untuk memperhatikan status gizi balita dan anak tersebut. Berikut adalah parameter dan ambang batas (*Cut off Point*) status gizi anak berdasarkan indikator menurut Kepmenkes RI Nomor 1995/Menkes/SK/XII/2010 :

Tabel 2.1 Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Anak Berdasarkan Indeks

| Indeks | Parameter Status Gizi | Nilai Batas Z-Score |
|--|-----------------------|-----------------------|
| Berat Badan berdasarkan Umur (BB/U) Anak Usia 0 – 60 Bulan | Gizi Lebih | >2SD |
| | Gizi Baik | -2 SD s/d 2 SD |
| | Gizi Kurang | -3 SD s/d < - 2 SD |
| | Gizi Buruk | < - 3 SD |
| Panjang Badan berdasarkan Umur (PB/U) atau Tinggi Badan berdasarkan Umur (TB/U) Anak Umur 0 – 60 Bulan | Tinggi | > 2 SD |
| | Normal | -2 SD s/d 2 SD |
| | Pendek | -3 SD s/d < - 2 SD |
| | Sangat Pendek | < - 3 SD |
| Berat Badan berdasarkan Panjang Badan (BB/PB) atau Berat Badan berdasarkan Tinggi Badan (BB/TB) Anak Umur 0 – 60 Bulan | Gemuk | > 2 SD |
| | Normal | - 2 SD s/d 2 SD |
| | Kurus | -3 SD s/d < - 2 SD |
| | Sangat Kurus | < - 3 SD |
| Indeks Massa Tubuh berdasarkan Umur (IMT/U) Anak Umur 0 – 60 Bulan | Gemuk | > 2 SD |
| | Normal | -2 SD s/d 2 SD |
| | Kurus | < - 3 SD s/d < - 2 SD |
| | Sangat Kurus | < - 3 SD |
| Indeks Massa Tubuh berdasarkan Umur (IMT/U) Anak Umur 5 – 18 Tahun | Obesitas | >2 SD |
| | Gemuk | > 1 SD s/d 2 SD |
| | Normal | -2 SD s/d 1 SD |
| | Kurus | -3 SD s/d < - 2 SD |
| | Sangat Kurus | < - 3 SD |

Sumber : SK Antropometri Kepmenkes RI 2010

Parameter status gizi dapat dijadikan sebagai acuan untuk mendeskripsikan status gizi manusia (Thamaria, 2017:11). Status gizi merefleksikan kecukupan zat gizi. Pada balita ada beberapa cara dalam penilaian status gizi balita menurut Adriani (2012:227) :

a. Anamnesis

Pada metode penilaian ini, dilakukan dengan cara menggali informasi tentang riwayat kehamilan sampai kondisi anak pasca melahirkan. Contohnya seperti riwayat konsumsi ibu saat hamil, kondisi pada saat melahirkan, mengecek apakah ada riwayat penyakit, data imunisasi, dan riwayat konsumsi anak. Selain itu, juga melihat kondisi kesehatan ayah dan ibu. Anamnesis merupakan deteksi dini status gizi anak, sehingga apabila misalnya terjadi sesuatu yang berkaitan dengan gizi anak, dapat diketahui sejak dini.

b. Pemeriksaan Fisik

Untuk mengukur tumbuh kembang anak, maka perlu untuk melakukan pemeriksaan fisik, meliputi bentuk tubuh, warna rambut, kondisi mata, pemeriksaan abdomen dan toraks. Beberapa gangguan yang ditemukan pada saat pemeriksaan fisik menurut Adriani & Wirjatmadi (2014:227) seperti gejala defisiensi vitamin A, stomatitis (gejala dan tanda pada mulut), hepatomegali, asites, splenomegali (abdomen terlihat biasa atau membuncit), dan tanda rakhitis (bentuk toraks seperti gambang). Pada pemeriksaan kulit seperti tanda pendarahan, hiperkeratosis, dan dermatosis.

c. Antropometri

Antropometri berasal dari kata *antropos* yang artinya tubuh dan *metros* artinya ukuran. Menurut Adriani & Wirjatmadi (2014:228), jenis – jenis pengukuran antropometri adalah sebagai berikut :

1. Pengukuran Berat Badan (BB)

Berat badan merupakan salah satu acuan ukuran yang digunakan sebagai penanda status kesehatan anak semua kelompok umur. Menurut Adriani & Wirjatmadi (2014:228), berat badan dilihat dari penambahan massa otot, cairan tubuh, lemak, dan tulang. Menurut Supriasa (2014:24), menimbang anak dapat dilakukan dengan menggunakan kantong celana timbang, kain sarung, atau keranjang. Sebelum menimbang anak atau balita, perlu diingat bahwa persiapkan alat timbang lengkap dengan alat bantu menimbang anak seperti kain gendongan

atau keranjang duduk, setelahnya atur posisi timbangan netral (jarum menunjukkan angka nol). Beberapa hal yang harus diperhatikan dalam menimbang berat badan anak menurut Adriani & Wirjatmadi (2014:228) :

a) Pemeriksaan Alat Timbang

Sebelum digunakan, alangkah baiknya untuk memeriksa alat timbang atau dacin. Jarum penunjuk harus menunjukkan angka nol. Jika belum, maka geser dacin agar tepat menunjukkan angka nol dan timbangan tidak boleh bergeser. Selain itu apabila menggunakan timbangan gantung untuk balita, maka posisi pengukur harus digeser agar seimbang dan kain penggandong tidak boleh longgar agar nanti bayi yang ditimbang tidak jatuh.

b) Anak Balita yang Ditimbang

Pada saat ditimbang, sebaiknya balita pada saat diukur, melepas semua aksesoris yang tidak terlalu penting seperti topi, gelang, sepatu, dll dan kalau bisa balita minim menggunakan pakaian. Jika pengukuran belum valid, bisa alternative dengan menghitung berat kain yang digunakan untuk menimbang balita. Alternatif terakhir adalah mengikutsertakan ibu yang ditimbang dan ibu beserta anak yang ditimbang bersamaan, kemudian cari selisihnya.

c) Keamanan Alat Pengukuran

Sebelum mengukur, sebaiknya petugas kesehatan yang bertugas mengecek kembali kelengkapan dan keamanan alat ukur atau timbangan yang akan digunakan. Kain timbangan untuk menopang bayi dipasang erat dan tidak longgar, untuk meminimalisir kecelakaan atau bahaya pada saat pengukuran.

d) Pengetahuan Dasar Petugas

Petugas yang bertugas menimbang, perlu mempelajari dan memahami terlebih dahulu, teknis – teknis dalam melakukan pengukuran menggunakan timbangan. Dan juga belajar untuk menginterpretasikan hasil pengukuran tersebut, agar pengukuran valid dan hasilnya dapat dipahami.

2. Pengukuran Tinggi Badan (TB) atau Panjang Badan (PB)

Tinggi badan / panjang badan termasuk ukuran antropometri yang penting, karena dapat mendeteksi perubahan status gizi terutama pada anak. Nilai pengukuran tinggi badan atau panjang badan dapat berubah – ubah seiring dengan penambahan usia. Pada bayi yang masih belum bisa berdiri, biasanya dilakukan pengukuran panjang badan dengan menggunakan alat bernama *infantometer*. Sedangkan pada balita yang sudah bisa berdiri menggunakan alat pengukuran tinggi badan bernama mikrotoa (*microtoise*) yang memiliki derajat ketelitian sebesar 0,1 cm.

3. Pengukuran Lingkar Kepala

Pengukuran lingkar kepala merupakan salah satu pengukuran antropometri untuk mengetahui perkembangan otak dan tulang tengkorak. Pengukuran lingkar kepala dilakukan pada anak dimulai sejak tahun – tahun pertama kehidupan, karena ukuran kepala anak pada tahap ini dapat meningkat. Ukuran lingkar kepala tidak mempengaruhi keadaan status gizi namun dapat menggambarkan KEP pada anak.

4. Pengukuran Lingkaran Lengan Atas (LILA)

Pengukuran lingkar lengan atas dikatakan berkaitan dengan status gizi terutama pada wanita usia subur (WUS). Untuk mendeteksi status Kurang Energi Kronis (KEK) pada WUS, maka dapat dilakukan dengan menggunakan pengukuran ini. Alat untuk mengukur dinamakan pita lila. Pita lila juga dapat digunakan untuk mengukur lengan atas balita untuk mendeteksi perubahan status gizi anak. Pada alat ukur pita lila, sebenarnya tidak terlalu rumit dalam membacanya. Karena pada alat ukur tersebut sudah dilengkapi dengan batas warna yaitu warna putih dan warna merah. Apabila, ketika alat dilingkarkan ke lengan kemudian menunjukkan di area berwarna merah, maka kemungkinan besar, orang tersebut menderita KEK.

5. Pengukuran Lipatan Kulit (*Skin Fold*)

Pengukuran lipatan kulit atau dikenal dengan istilah *skin fold* biasanya dilakukan pada area *triceps* dan *subscapular*. Biasanya untuk melakukan pengukuran ini, akan dilihat berdasarkan tujuan penelitian, umur, jenis kelamin, dan kondisi ketebalan lemak responden. Sebaiknya menggunakan tubuh bagian kiri. Pengukuran lipatan kulit atau *skin fold* biasanya untuk menentukan status gizi berlebih (obesitas) pada individu.

d. Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan status gizi yang dilakukan dengan pemeriksaan spesimen untuk diujikan ke laboratorium yang dilakukan pada berbagai jaringan tubuh dan cairan tubuh (Adriani & Wirjatmadi, 2014:232). Contoh pemeriksaan berbasis laboratorium seperti cek kondisi darah meliputi kondisi hemoglobin (Hb), serum, kandungan darah lainnya dan pemeriksaan hapusan darah untuk malaria. Ada juga cek kadar lemak untuk mengetahui tingkat kolesterol dalam tubuh. Pemeriksaan tinja cukup hanya pemeriksaan *accult blood* dan telur cacing. Tes urin dilakukan untuk mengetahui kadar protein, zat gizi yang dikonsumsi tubuh (mengonsumsi zat berbahaya atau tidak, seperti narkoba), serta dapat mengetahui kandungan zat gizi yang masuk ke dalam tubuh sudah sesuai dengan kebutuhan gizi atau tidak.

e. Pemeriksaan Radiologi

Pemeriksaan radiologi memiliki tujuan untuk melihat kondisi fisik seseorang yang menderita suatu penyakit. Kadang – kadang, deteksi suatu penyakit dapat dilihat dari perubahan fisik seseorang. Berikut contoh tanda – tanda fisik yang khas menurut Supriasa, *et al* (2017:213) :

Tabel 2.2 Tanda Khas Berbagai Jenis Penyakit

| Nama Penyakit | Tanda – Tanda Penyakit |
|---------------|--|
| Riketsia | Tulang lengan dan tulang pinggul menjadi lebih lebar |
| Osteomalasia | Tulang panggul menjadi lebih rapuh dan abnormal |
| Fluorosis | Tulang mengalami pengerasan dan tulang belakang berubah bentuk |

Sumber : Penilaian Status Gizi, Supariasa, *et al* (2017:213)

f. Metode *Food Recall* 2 x 24 Jam

Penilaian survey konsumsi makanan merupakan salah satu cara untuk mengetahui perubahan status gizi balita. Salah satu metode survey konsumsi makanan adalah metode *Food Recall* 24 Jam. Definisi dari metode *Food Recall* 24 Jam adalah untuk menilai atau menggali apa saja yang dikonsumsi seseorang baik makanan maupun minuman selama 24 jam yang lalu (Supariasa, 2014:23). Metode ini bersifat dapat bersifat kuantitatif, karena dalam prosedurnya, selain menanyakan jenis makanan yang dikonsumsi responden, peneliti atau pewawancara juga menanyakan terkait jumlah atau porsi makanan atau minuman tersebut menggunakan URT (Ukuran Rumah Tangga) seperti misalnya dalam satuan sendok, gelas, piring, dll. Menurut Supariasa (2017: 114), jenis metode *food recall* ini dibagi menjadi dua macam yaitu metode *Food Recall* 1 x 24 Jam (*Single 24-Hour Recall*) dan metode *Food Recall* 2 x 24 Jam (*Repeated 24-Hours Recalls*). Untuk menghitung dan mengamati konsumsi individu harian, dapat menggunakan metode *Food Recall* 24 Jam saja, namun apabila digunakan untuk mengamati dan menghasilkan gambaran asupan zat gizi lebih optimal dan representatif, maka menggunakan metode *Food Recall* 2 x 24 (*Repeated 24-Hours Recalls*). Secara garis besar berikut langkah – langkah atau prosedur pelaksanaan metode *Food Recall* 2 x 24 Jam (Supariasa, 2014:28) :

1. Responden diminta untuk mengingat kembali apa saja yang telah dikonsumsi (makanan dan minuman) serta jenis bahan makanannya oleh responden balita *stunting* yang menjadi sasaran penelitian selama 48 jam yang lalu atau 2 hari ke belakang dimulai hari wawancara, namun tidak

boleh berturut – turut). Misalnya hari senin dan rabu, kamis dan sabtu, dsb. Hasil dari semua informasi makanan dan minuman yang dikonsumsi oleh responden dicatat peneliti dalam formulir *food recall* 2 x 24 jam.

2. Penanya dapat menanyakan langsung terkait konsumsi makanan pada anak di atas 8 tahun dan usia dewasa. Untuk orang tua atau lanjut usia terutama yang memiliki masalah ingatan, tidak dianjurkan memakai metode ini. Untuk anak usia 4 – 8 tahun, wawancara dilakukan bersamaan dengan pengasuh anak tersebut, sedangkan anak yang berusia di bawah 4 tahun, yang diwawancarai adalah pengasuh utama anak tersebut (bisa orang tua atau pengasuh lainnya).
3. Setelah itu, responden diminta mengingat kembali secara mendetail berapa porsi setiap bahan makanan yang sudah dikonsumsi secara detail sejak waktu makan pagi hingga berakhir hari tersebut (sesuai aturan pada langkah 1). Untuk mempermudah perkiraan, dapat menggunakan satuan Ukuran Rumah Tangga (URT), *food model*, dan foto – foto model ukuran makanan serta alat – alat makan.
4. Pewawancara dan responden mengecek atau mengulangi kembali apa saja yang telah dikonsumsi selama 2 x 24 jam tersebut dengan cara mengingat kembali (untuk menghindari kesalahan atau *error*).
5. Selanjutnya pewawancara dapat mengkonversi satuan Ukuran Rumah Tangga (URT) ke satuan gram, dan selanjutnya dapat menghitung asupan masing – masing per kandungan atau zat gizi dalam makanan yang dikonsumsi dan total asupan yang dikonsumsi oleh responden selama 2 x 24 jam sesuai kebutuhan yang ingin diamati oleh pewawancara atau peneliti.

2.2.4 Kebutuhan Gizi Balita

Kualitas sumber daya tidak dapat terlepas dari peranan gizi. Jika suatu saat mengalami masalah gizi pada awal fase kehidupan manusia, maka akan berdampak pada kualitas tumbuh kembang manusia di masa yang akan datang.

Pada masa ini, balita perlu memperoleh zat gizi dari makanan sehari – hari dalam jumlah yang tepat dan kualitas yang baik. Oleh karena itu, keterlambatan intervensi kesehatan, gizi dan psikososial mengakibatkan kerugian yang tidak dapat diperbaiki atau digantikan di kemudian hari. Gizi seimbang pada balita disusun berdasarkan pesan gizi seimbang menurut Kemenkes RI (2014:30 - 42) sebagai berikut :

1. Syukuri dan nikmati anekaragam makanan
2. Perbanyak konsumsi jenis sayuran dan cukup buah – buahan
3. Biasakan mengkonsumsi lauk pauk yang mengandung protein tinggi
4. Biasakan mengkonsumsi anekaragam makanan pokok
5. Batasi konsumsi pangan manis, asin, dan berlemak
6. Biasakan sarapan pagi
7. Biasakan minum air putih yang cukup dan aman
8. Biasakan membaca label pada kemasan pangan
9. Cuci tangan pakai sabun dengan air bersih mengalir
10. Lakukan aktivitas fisik yang cukup dan pertahankan berat badan normal

Sedangkan untuk pedoman gizi seimbang khusus untuk balita usia 2 – 5 tahun menurut Kemenkes RI (2014:62 – 64) :

1. Biasakan makan 3 kali sehari (pagi, siang dan malam) bersama keluarga
2. Perbanyak makan makanan yang banyak kandungan protein seperti ikan, telur, susu, tempe, dan tahu
3. Perbanyak asupan konsumsi sayuran dan buah – buahan
4. Batasi mengkonsumsi makanan selingan yang terlalu manis, asin, dan berlemak
5. Minumlah air putih sesuai kebutuhan
6. Membiasakan melakukan aktivitas fisik secara rutin

Zat gizi yang sangat dibutuhkan oleh manusia, terutama dalam fase balita. Apabila balita kekurangan zat gizi seperti contoh berikut ini, maka dampaknya pada gangguan pertumbuhan dan perkembangan mereka, bahkan dalam jangka panjang akan berakibat fatal (Istiany dan Rusilanti, 2014 : 123 – 217).

1. Energi

Energi yang dibutuhkan pada tahun – tahun pertama kehidupan sekitar 100 – 200 kkal/kg BB, jika umur bertambah setiap 3 tahun maka, kebutuhan energi turun 10 kkal/kg BB. Penggunaan energi dalam tubuh adalah 50% atau 55 kkal/kg BB/hari untuk metabolisme basal, 5 – 10% untuk *Spesific Dynamic Action*, 12% untuk pertumbuhan, 25% atau 15-25 kkal/kg BB/hari untuk aktivitas fisik dan 10% terbuang melalui feses (Adriani, 2014 : 207). Berdasarkan AKG 2019, kecukupan energi balita usia 24 – 59 bulan sebesar 1350 – 1400 kkal. Menurut Istiany dan Rusilanti (2014:123), kebutuhan energi balita bervariasi berdasarkan umur, gender, dan ukuran tubuh. Hal ini juga dipengaruhi metabolisme setiap orang berbeda – beda, jenis aktivitas fisik, perbedaan asupan energi dan protein, dan jumlah energi yang dikeluarkan setelah beraktivitas. Untuk kebutuhan akan energi pokok yaitu karbohidrat pada balita usia 24 – 59 bulan menurut AKG 2019, sebesar 215 – 220 g.

2. Protein

Protein merupakan salah satu zat yang banyak dibutuhkan oleh balita. Karena fungsinya sebagai zat pembangun dan membantu proses pertumbuhan dan perkembangan sel – sel dalam tubuh. Selain itu, berperan dalam mengganti sel – sel tubuh yang rusak atau mati. Kebutuhan protein balita dapat berfungsi untuk pemeliharaan jaringan, perubahan komposisi tubuh, dan pembentukan jaringan baru. Selama pertumbuhan, kadar protein tubuh meningkat hampir 15% pada umur 1 tahun menjadi hampir 20% pada usia 4 tahun. Kebutuhan protein untuk pertumbuhan diperkirakan berkisar antara 1 – 4 g/kg penambahan jaringan tubuh (Adriani, 2014: 208). Menurut AKG 2019, kebutuhan protein balita usia 24 – 59 bulan sebesar 20 – 25 g. Protein dibagi menjadi dua yaitu protein nabati (kacang – kacang, tempe, dan tahu) dan protein hewani (telur, daging, hati, dan susu).

Menurut Istiany dan Rusilanti (2014:124), penilaian terhadap asupan protein anak harus didasarkan pada :

- a. Angka kecukupan protein yang dianjurkan pada anak – anak dan disesuaikan dengan kondisi individu
- b. Kualitas jenis protein yang dikonsumsi
- c. Adanya kombinasi yang sesuai antar jenis makanan yang memiliki kandungan protein asam amino esensial yang sama
- d. Kecukupan asupan zat gizi lainnya (selain protein)

3. Lemak

Zat gizi yang dibutuhkan juga selanjutnya adalah lemak. Walaupun jumlah yang dibutuhkan sebaiknya tidak terlalu banyak, sekitar 15% dari seluruh energi total. Seharusnya memang kebutuhan asupan lemak dalam tubuh tidak terlalu banyak, agar tidak beresiko terkena penyakit seperti kolesterol dan arterosklerosis. Lemak dalam tubuh berfungsi sebagai cadangan makanan. Berdasarkan AKG tahun 2019, kebutuhan lemak balita usia 24 – 59 bulan sebesar 45 – 50 g. Namun, apabila tubuh kekurangan lemak, maka akan beresiko badan lemas dan seperti kekurangan tenaga.

4. Vitamin dan Mineral

Menurut Adriani (2014:210), vitamin dan mineral merupakan zat gizi yang penting dalam pertumbuhan dan perkembangan anak. Vitamin dan mineral berfungsi sebagai zat pengatur metabolisme dalam tubuh. Vitamin dan mineral banyak terdapat pada jenis sayur – sayuran dan buah – buahan. Contohnya seperti pada buah apel, jeruk, pisang, bayam, brokoli, dan wortel. Apabila kebutuhan vitamin dan mineral kurang, maka akan menghambat pertumbuhan anak, fungsi otak, dan mengganggu sistem metabolisme. Vitamin dan mineral untuk balita juga dapat diperoleh dari suplemen tambahan yang diberikan di posyandu misalnya.

Kebutuhan vitamin untuk balita digunakan untuk (Adriani, 2014:210) :

- a. Vitamin A bermanfaat untuk kesehatan mata seperti menguatkan syaraf – syaraf mata, menjaga elastisitas otot mata agar mengurangi resiko gangguan penglihatan sejak dini. Angka kecukupan vitamin A menurut AKG 2019 sebesar 400 – 450 RE.
- b. Vitamin B1 berfungsi untuk metabolisme karbohidrat, keseimbangan air dalam tubuh dan membantu penyerapan zat lemak dalam usus. Angka kecukupan vitamin B1 menurut AKG 2019 sebesar 0,5 – 0,6 mg.
- c. Vitamin B2, berfungsi dalam pengaturan kinerja mata dalam menangkap cahaya, mengatur kerja enzim, dan proses oksidasi. Angka kecukupan vitamin B2 menurut AKG 2019 sebesar 0,5 – 0,6 mg.
- d. Vitamin B6, berfungsi dalam proses – proses sel darah misalnya seperti pembuatan dan penyusunan sel darah merah. Angka kecukupan vitamin B6 menurut AKG 2019 sebesar 0,5 – 0,6 mg.
- e. Vitamin C, berfungsi sebagai menjaga daya tahan tubuh, proses oksidasi dan dehidrasi sel, dan penyusunan trombosit. Angka kecukupan vitamin C menurut AKG 2019 sebesar 40 – 45 mg.
- f. Vitamin D, berfungsi untuk pembentukan fosfor dan kapur, memperkuat tulang dan gigi, dan mengatur fungsi endokrin. Angka kecukupan vitamin D menurut AKG 2019 sebesar 15 mg.
- g. Vitamin E, berfungsi dalam kesehatan kulit, seperti misalnya mencegah kerontokan dan menjaga kelembapan kulit. Angka kecukupan vitamin E menurut AKG 2019 sebesar 6 – 7 mg.
- h. Vitamin K, berfungsi dalam proses pembentukan darah dan merangsang pembentukan protombin. Angka kecukupan vitamin K menurut AKG 2019 sebesar 15 – 20 mcg.
- i. Vitamin yang digolongkan larut dalam lemak (ADEK) dan vitamin larut air yaitu vitamin B Kompleks (B1, B2, Niacin, B6, asam pantotenik, biotin, asam folat, dan B12) dan vitamin C.

Mineral merupakan salah satu zat penting yang dibutuhkan oleh tubuh dalam jumlah yang tidak terlalu banyak. Namun apabila tubuh kekurangan mineral, maka dapat menyebabkan gangguan pada fungsi tubuh seperti dehidrasi, mineralisasi tulang yang terhambat, bahkan darah rendah. Berikut beberapa contoh mineral yang penting bagi balita menurut Istiany & Rusilanti (2014:124) :

a. Zat Besi (Fe)

Besi memiliki peran yang besar dalam tubuh karena besi terlibat dalam berbagai reaksi oksidasi reduksi. Besi terlibat dalam pembentukan sel darah merah yaitu hemoglobin (Hb). Selain itu zat besi juga berperan sebagai zat antioksidan. Apabila tubuh kekurangan zat besi maka beresiko terkena anemia. Berdasarkan angka kecukupan besi balita usia 1 – 3 tahun yaitu sebesar 8,0 mg/hari dengan penyerapan besi sebesar 7,5%. Sedangkan pada balita usia 4 – 5 tahun, dengan penyerapan sebesar 7,5%, maka kecukupan besinya menjadi 9,0 mg/hari. Angka kecukupan zat Besi (Fe) menurut AKG 2019 sebesar 7 – 10 mg. Kebutuhan besi pada balita bervariasi menurut tingkat pertumbuhan, peningkatan total massa besi, dan penyimpanan besi. Sumber zat besi dalam sumber makanan hewani adalah daging, hati, unggas dan ikan, sedangkan dalam sumber makanan nabati seperti kacang – kacang dan hasil olahannya, sayuran hijau, dan rumput laut.

b. Seng (Zn)

Zat Seng atau *Zink* (Zn) merupakan sumber mineral penting bagi balita yang memiliki peran biokemis yang sangat penting dalam proses metabolisme yaitu :

- 1) Sebagai komponen metabolisme yang mengandung zink
- 2) Berfungsi dalam pembentukan polisoma
- 3) Stabilitas membrane
- 4) Sebagai ion bebas dalam sel
- 5) Berperan dalam metabolisme asam nukleat dan sintesis protein
- 6) Berperan sebagai pertumbuhan sel, replikasi sel, mematangkan fungsi organ reproduksi, penglihatan, kekebalan tubuh, pengecapan, dan selera makan.

Angka Kecukupan Seng balita usia 1 – 3 tahun didasarkan pada kebutuhan rata – rata normatif sebesar 0,46 mg/kgBB/hari yaitu sebesar 8,3mg/hari. Angka kecukupan seng bagi balita usia 4 – 5 tahun didasarkan pada kebutuhan rata – rata normatif sebesar 0,38 mg/kgBB/hari sebesar 10,3 mg/hari. Angka kecukupan zat Seng (Zn) menurut AKG 2019 sebesar 90 – 120 mg. Seng memiliki peranan penting dalam proses penangkalan radikal bebas, fungsi pertahanan dan perlindungan, dan merangsang pertumbuhan kognitif. Contoh makanan yang mengandung zat seng seperti ikan dan daging (hewani) dan serelia (nabati).

2.3 Pemberian Makanan Tambahan (PMT)

2.3.1 Definisi Pemberian Makanan Tambahan (PMT)

Balita dalam masa pertumbuhan dan perkembangannya rentan sekali mengalami masalah – masalah kesehatan, seperti gizi buruk, KVA, dll. Kaitannya dengan gizi kurang atau gizi buruk, untuk mengatasi dan mencegah terjadinya hal tersebut, maka salah satunya perlu diperhatikan asupan zat gizi yang masuk ke dalam tubuh balita tersebut. Maka perlu adanya penambahan makanan (suplemen). Suplementasi gizi merupakan penambahan makanan atau zat gizi bisa berupa makanan tambahan, tablet tambah darah, kapsul vitamin A, bubuk tabur gizi yang bertujuan untuk memenuhi kecukupan gizi bagi bayi, balita, anak usia sekolah, wanita usia subur, ibu hamil, dan ibu nifas. Menurut Kemenkes RI (2011:3), makanan tambahan adalah makanan bergizi sebagai tambahan selain makanan utama bagi kelompok sasaran guna memenuhi kebutuhan gizi. Sedangkan menurut Kemenkes RI (2011:21), Pemberian Makanan Tambahan merupakan program intervensi dari pemerintah yang bertujuan untuk meningkatkan status gizi anak serta mencukupi kebutuhan gizi terutama bagi balita yang menderita gizi kurang. Beberapa jenis suplementasi gizi menurut Permenkes RI No 51 Tahun 2016 antara lain, bubuk tabur gizi, tablet tambah darah, kapsul vitamin A, dan makanan tambahan. Makanan Tambahan diberikan untuk meningkatkan status gizi masyarakat terutama kelompok rentan seperti balita usia 6 – 59 bulan yang mengalami gizi buruk, ibu hamil yang mengalami KEK, dan anak usia sekolah dengan kategori kurus. Dengan adanya makanan

tambahan diharapkan dapat meningkatkan status gizi masyarakat dan mempertahankan status gizi normal sebagai tambahan asupan makanan sehari – hari. Pemberian Makanan Tambahan (PMT) pada balita menurut Kemenkes RI (2017:13), baik itu PMT pabrikan maupun PMT lokal diberikan selama sehari sekali selama 90 hari berturut-turut (tidak boleh lebih) sesuai dengan aturan konsumsi pada sasaran balita.

2.3.2 Jenis – Jenis Makanan Tambahan (MT)

Jenis makanan tambahan dibagi menjadi dua macam yaitu makanan tambahan penyuluhan dan makanan tambahan pemulihan. Menurut Kemenkes RI (2017:3), makanan tambahan penyuluhan adalah makanan tambahan yang bertujuan untuk mempertahankan status gizi dan biasanya diberikan pada kelompok sasaran tertentu. Pemberian makanan tambahan ini maksimal selama satu bulan. Sedangkan makanan tambahan pemulihan adalah makanan tambahan yang bertujuan untuk meningkatkan status gizi pada kelompok sasaran yang memiliki masalah berkaitan dengan gizi tertentu. Berdasarkan jenis sasarannya, makanan tambahan (MT) dibedakan menjadi 3 macam, yaitu (Kemenkes RI, 2017:3) :

- a. Makanan Tambahan (MT) Balita, merupakan suplementasi berupa makanan tambahan (di luar makanan utama), berupa biskuit dengan formulasi yang dikhususkan dan adanya penambahan mikronutrien vitamin dan mineral dan diberikan pada bayi dan balita usia 6 – 59 bulan dengan kategori kurus dengan tujuan untuk memulihkan status gizi.
- b. Makanan Tambahan (MT) Anak Sekolah, merupakan suplementasi makanan tambahan berbentuk biskuit, difortifikasi vitamin dan mineral yang diberikan untuk anak usia sekolah dasar atau sederajat (SD/MI) dengan kategori kurus untuk meningkatkan status gizinya.
- c. Makanan Tambahan (MT) Ibu Hamil, merupakan suplementasi makanan tambahan berupa biskuit lapis, difortifikasi kaya akan vitamin dan mineral dengan sasaran ibu hamil yang memiliki kategori Kurang Energi Kronis (KEK) untuk meningkatkan status gizi.

Adapun kriteria dari masing – masing kelompok sasaran yaitu apabila apabila memiliki kriteria sebagai berikut (Kemenkes RI, 2017:3) :

- a. Sasaran utama MT Balita yaitu balita kurus usia 6 – 59 bulan dengan indikator Berat Badan (BB) menurut Panjang Badan (PB) / Tinggi Badan (TB) kurang dari minus 2 standar deviasi ($< - 2 SD$), kategori kurus atau sangat kurus yang tidak sedang rawat inap maupun tidak rawat jalan.
- b. Sasaran utama MT anak usia sekolah (SD/MI) yaitu anak kurus menggunakan indikator Berat Badan (BB) menurut Tinggi Badan (TB) kurang dari minus 2 Standar Deviasi ($< - 2 SD$) dan tidak sedang rawat inap maupun tidak sedang rawat jalan.
- c. Sasaran utama MT Ibu Hamil, adalah ibu hamil dengan resiko Kurang Energi Kronis (KEK). Hal tersebut bisa dilihat dari Lingkar Lengan Atas (LILA) kurang dari 23,5 cm.

Dalam hal Pemberian Makanan Tambahan (PMT), perlu diperhatikan tekstur, bahan, serta proses pembuatannya. Berdasarkan jenis bahan dan proses pembuatannya ada dua jenis makanan tambahan, yaitu MT pabrikan dan MT lokal. MT pabrikan adalah makanan tambahan jadi yang hasil olahan di pabrik, terdapat kemasan yang memuat nilai gizi, dan biasanya berbentuk biskuit atau biskuit lapis. Sedangkan MT lokal merupakan makanan tambahan yang bahan dasarnya tersedia, mudah diperoleh di lingkungan sekitar, dan harganya terjangkau. Biasanya MT lokal mudah dibuat dan dimasak sendiri (*home made*). Perbedaan mendasar antara MT pabrikan dan MT lokal, yaitu MT pabrikan biasanya merupakan bagian dari program Pemberian Makanan Tambahan (PMT) yang didistribusikan oleh pemerintah atau dinas kesehatan provinsi atau dinas kesehatan setempat. Alokasi jumlahnya disesuaikan dengan jumlah target atau sasaran di suatu wilayah. Sedangkan MT lokal, selain menggunakan bahan makanan yang merupakan produk khas dan mudah ditemui di lingkungan sekitar, MT lokal juga dapat dibuat sendiri di rumah asalkan dengan mengikuti petunjuk resep, porsi, dan frekuensi pembuatan dan penggunaan yang tepat. Pemberian

Makanan Tambahan (PMT) yang tidak sesuai dengan porsi dan jenisnya, maka akan mempengaruhi pada kandungan gizi pada makanan dan berdampak pada asupan gizi yang masuk ke dalam tubuh dan bahkan dapat menimbulkan masalah gizi serius.

2.3.3 Kandungan dan Manfaat Makanan Tambahan (MT) bagi Balita

a. Makanan Tambahan (MT) Pabrik

Makanan tambahan yang dikhususkan untuk balita dengan fortifikasi zat mikronutrien khusus yang diberikan pada bayi dan balita usia 6 – 59 bulan berupa biskuit. Karakteristik dari produk makanan tambahan ini adalah tekstur biskuit yang kering dan padat namun mudah dikonsumsi, dan bila ditambahkan air, maka mudah larut (menjadi bubur biskuit). Produk biskuit tersebut memiliki rasa manis, memiliki masa kadaluarsa 24 bulan, dan sudah lulus uji kualitas dan keamanan untuk balita. Satu keping biskuit memiliki berat rata – rata 10 gram. Kemudian produk dikemas dalam kemasan primer, dalam satu kemasan berisi 4 keping (40 gram). Kemudian dikemas lagi dengan menggunakan wadah yang lebih besar, kemasan sekunder yang berisi 21 kemasan primer. Tahap akhirnya, agar lebih memudahkan untuk didistribusikan ke wilayah, maka perlu dikemas dalam wadah tersier dengan isi empat kemasan sekunder (Kemenkes RI 2017:6). Kandungan gizi dalam satu produk kemasan primer (4 keping) mengandung minimum 160 kalori, protein sebesar 3,2 – 4,8 gram, lemak sebesar 4 – 7,2 gram, terdiri dari beberapa vitamin dan mineral seperti vitamin A, D, E, K, B1, B2, B6, B12, dll, dan mineral seperti fosfor, besi, kalsium, natrium, dll. Dalam sehari, pada balita usia 24 – 59 bulan sebaiknya diberikan 12 keping (3 bungkus) biskuit (Kemenkes RI 2017:5).

Manfaat dari makanan tambahan (MT) Pabrik berupa biskuit dan susu yang didistribusikan oleh dinas kesehatan provinsi atau dinas kesehatan setempat adalah dalam satu produk MT Balita Pabrik sudah memuat kandungan zat gizi lengkap dan seimbang serta sesuai dengan standar kebutuhan gizi balita, baik untuk penyuluhan maupun pemulihan. Sehingga MT Pabrik sangat cocok

diberikan sebagai makanan pendukung atau tambahan balita terutama balita *stunting* untuk meningkatkan status gizinya (Kemenkes RI, 2016:10).

b. Makanan Tambahan (MT) Lokal

Selain makanan tambahan yang diberikan oleh pemerintah, ada juga jenis makanan tambahan yang dapat dibuat sendiri di rumah (*homemade*) bagi balita. Makanan tambahan lokal biasanya dibuat dari bahan – bahannya tersedia, mudah diperoleh dengan harga yang terjangkau di lingkungan sekitar. Biasanya juga digunakan untuk program makanan tambahan pemulihan pada kelompok sasaran tertentu. Kandungan dari makanan tambahan lokal ini antara lain diutamakan kaya akan sumber protein hewani (telur, ikan, daging, ayam) dan nabati seperti kacang – kacangan, tempe. Sumber vitamin dan mineral seperti misalnya sayur – sayuran dan buah – buahan. Makanan tambahan diberikan sehari sekali selama 90 hari (3 minggu) (Kemenkes RI,2011:3) Makanan tambahan jenis lokal disesuaikan pula dengan usia bayi atau balita yaitu terdiri dari 2 jenis :

- 1) MP-ASI (untuk bayi berusia 6 – 23 bulan)
- 2) Makanan tambahan keluarga, digunakan sebagai makanan tambahan pemulihan untuk balita usia 24 – 59 bulan.

(Kemenkes RI, 2011:7).

Manfaat dari MT Lokal dapat menyediakan makanan pendamping yang dapat meningkatkan status gizi balita dengan cara memanfaatkan makanan atau bahan makanan yang ada di sekitar yang mudah diperoleh dengan harga yang terjangkau. Sehingga dapat menciptakan variasi atau keanekaragaman menu makanan tambahan (MT) Balita dengan tetap memperhatikan kecukupan gizi yang sesuai standar kebutuhan balita terutama balita *stunting* (Kemenkes RI, 2011:3). Agar dapat membedakan antara PMT Pemulihan berbasis lokal dengan makanan utama sehari – hari, maka PMT lokal diberikan pada dua waktu yaitu diantara makan pagi dan makan siang (sekitar pukul 10.00 sampai pukul 11.00) dan diantara makan siang dengan makan malam (sekitar pukul 14.00 sampai pukul 16.00) waktu setempat (Kemenkes RI, 2011:14). Kegiatan Pemberian

Makanan Tambahan (PMT) berbasis pemulihan makanan lokal dengan sasaran balita usia 24 – 59 bulan secara umum sebagai berikut :

a) Tahap Persiapan

Pada tahap persiapan ini, dibagi menjadi tiga wilayah yaitu di kecamatan / puskesmas, desa / kelurahan / pustu / poskesdes, dan dusun / RW / posyandu sebagai berikut :

Di tingkat Kecamatan / Puskesmas : melakukan sosialisasi dari pihak puskesmas ke kader kesehatan tentang rencana pelaksanaan PMT pemulihan dengan menggunakan Juknis BOK, melakukan rapat koordinasi untuk persiapan pelaksanaan, jenis PMT Pemulihan yang akan dibagikan, pemberian alternatif, penanggung jawab, pendataan calon peserta penerima PMT Pemulihan, penentuan jumlah dan alokasi sasaran, serta perencanaan menu makanan tambahan pemulihan.

Di tingkat Desa / Kelurahan / Pustu / Poskesdes : mengumpulkan data balita penerima makanan tambahan, menjadi pelaksana pembinaan PMT Pemulihan termasuk menyusun standar jenis dan jadwal makanan tambahan.

Di tingkat Dusun / RW / Posyandu : melakukan pendataan sasaran balita prioritas, mengirimkan berkas data calon sasaran penerima PMT Pemulihan ke desa / kelurahan, dan menerima data jumlah sasaran PMT dari puskesmas.

b) Tahap Pelaksanaan

Pada tahap ini, metode yang digunakan untuk mensosialisasikan PMT lokal adalah dengan upaya promosi bisa melalui posyandu, dengan metode promosi kesehatan. Selain itu biasanya ada pembinaan pembuatan MT lokal. Mekanisme pelaksanaannya adalah sebagai berikut :

1. Pembinaan dikenal dengan istilah hari masak dan dilaksanakan sesuai lokasi dan jadwal yang ditetapkan bersama.
2. Biasanya hari masak dilaksanakan minimal seminggu dua kali, namun juga tergantung dari faktor geografis setempat.

c) Tahap Monitoring

Kegiatan pembinaan ini perlu dipantau setiap bulannya. Biasanya monitoring dilakukan berupa pemeriksaan di posyandu seperti tinggi badan, berat badan, dll. Selain itu, juga terdapat pemantauan dilakukan oleh kepala instansi kesehatan dan kader kesehatan yang bertugas.

d) Tahap Pelaporan Kegiatan

Setiap kegiatan yang berbasis program selalu terdapat pertanggungjawabannya. Begitupun dengan program pemberian makanan tambahan ini. Setelah kegiatan biasanya akan dilakukan pencatatan yang dilakukan oleh kader yang petugas saat itu. Hasilnya dibahas pada saat hari masak bersama. Selanjutnya ada pencatatan pendanaan meliputi : penggunaan dana kegiatan, pengajuan kebutuhan dana, dan pertanggungjawaban rincian keuangan semua yang dibutuhkan dalam PMT Pemulihan yang dilakukan oleh TPG puskesmas atau kader kesehatan lainnya. Terakhir, hasil kegiatan PMT Pemulihan berupa jumlah anak yang mendapatkan makanan tambahan pemulihan dan hari anak mendapat PMT Pemulihan dan status gizi balita (BB / PB atau BB / TB). Status gizi balita tersebut dilaporkan Dinas Kesehatan Kabupaten / Kota tersebut ke Dinas Kesehatan Provinsi / Pusat untuk kemudian dikaji dan diberi umpan balik.

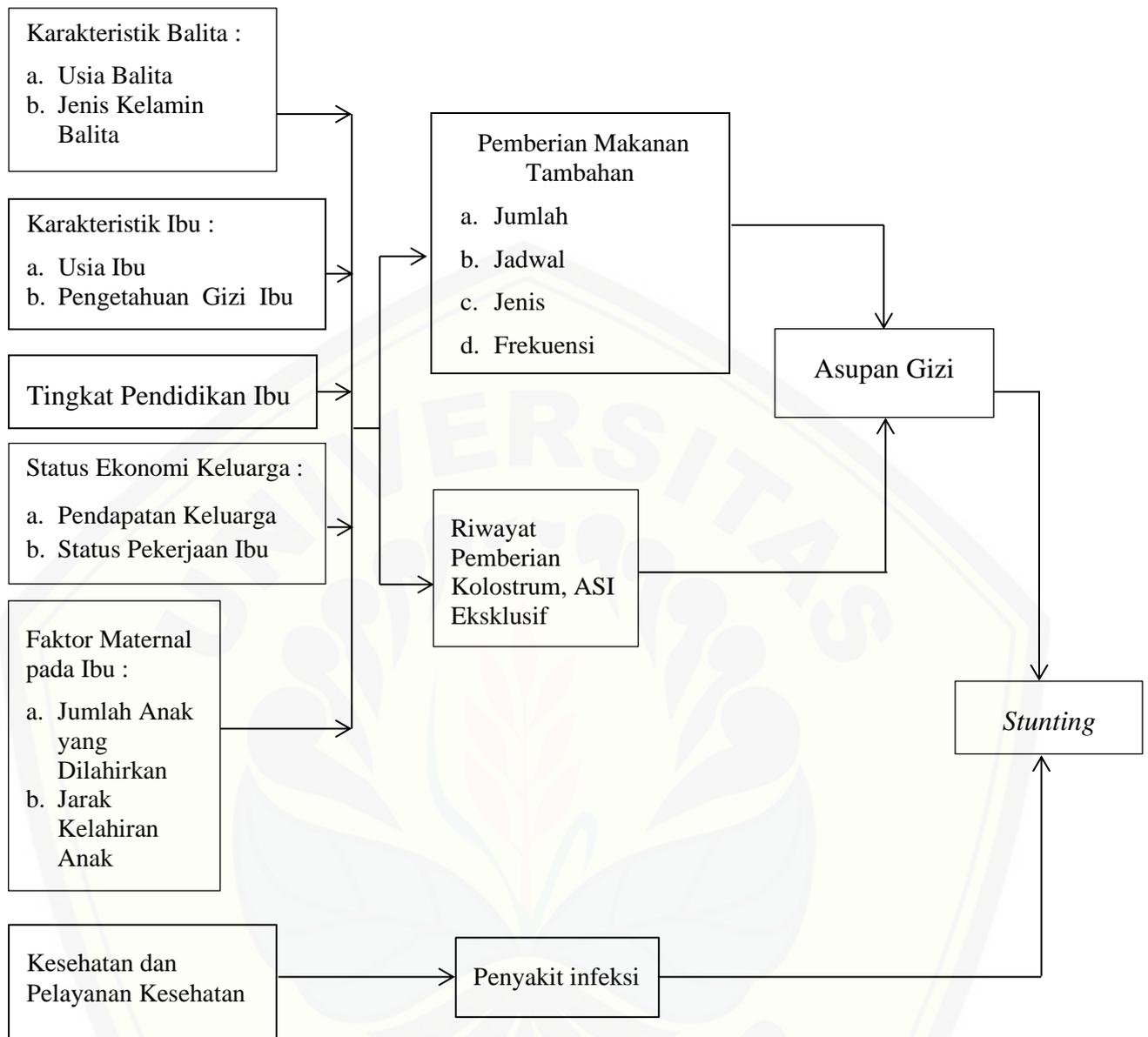
Berikut contoh menu program Pemberian Makanan Tambahan (PMT) pada balita usia 24 – 59 bulan seperti pada tabel berikut :

Tabel 2.3 Contoh Menu PMT Pemulihan untuk Balita Usia 24 – 59 Bulan

| Menu Makanan | Bahan Makanan | Berat Bersih (gram) | URT | Kalori (kkal) |
|------------------|---------------|---------------------|--------------------------|--|
| Nasi | Beras | 50 | $\frac{3}{4}$ gls nasi | Energi : 256 kkal Protein : 8 gram |
| Tumis Kangkung | Kangkung | 50 | $\frac{1}{2}$ gelas | |
| Ikan Goreng | Ikan Kakap | 30 | $\frac{1}{3}$ ekor kecil | |
| Buah | Apel | 25 | 1 bh sdg | |
| Bubur Kacang Ijo | Kacang Hijau | 25 | 2 sdm | Energi : 263 kkal Protein : 12 gram |
| | Gula | 15 | 1 sdm | |
| | Santan | 5 | $\frac{1}{2}$ sdm | |
| | Roti | 50 | 2 iris | |
| Telur Rebus | Telur | 50 | 1 btr sdg | |
| Buah | Melon | 50 | $\frac{1}{2}$ ptg sdg | |

Sumber : Kemenkes RI, (2011:30)

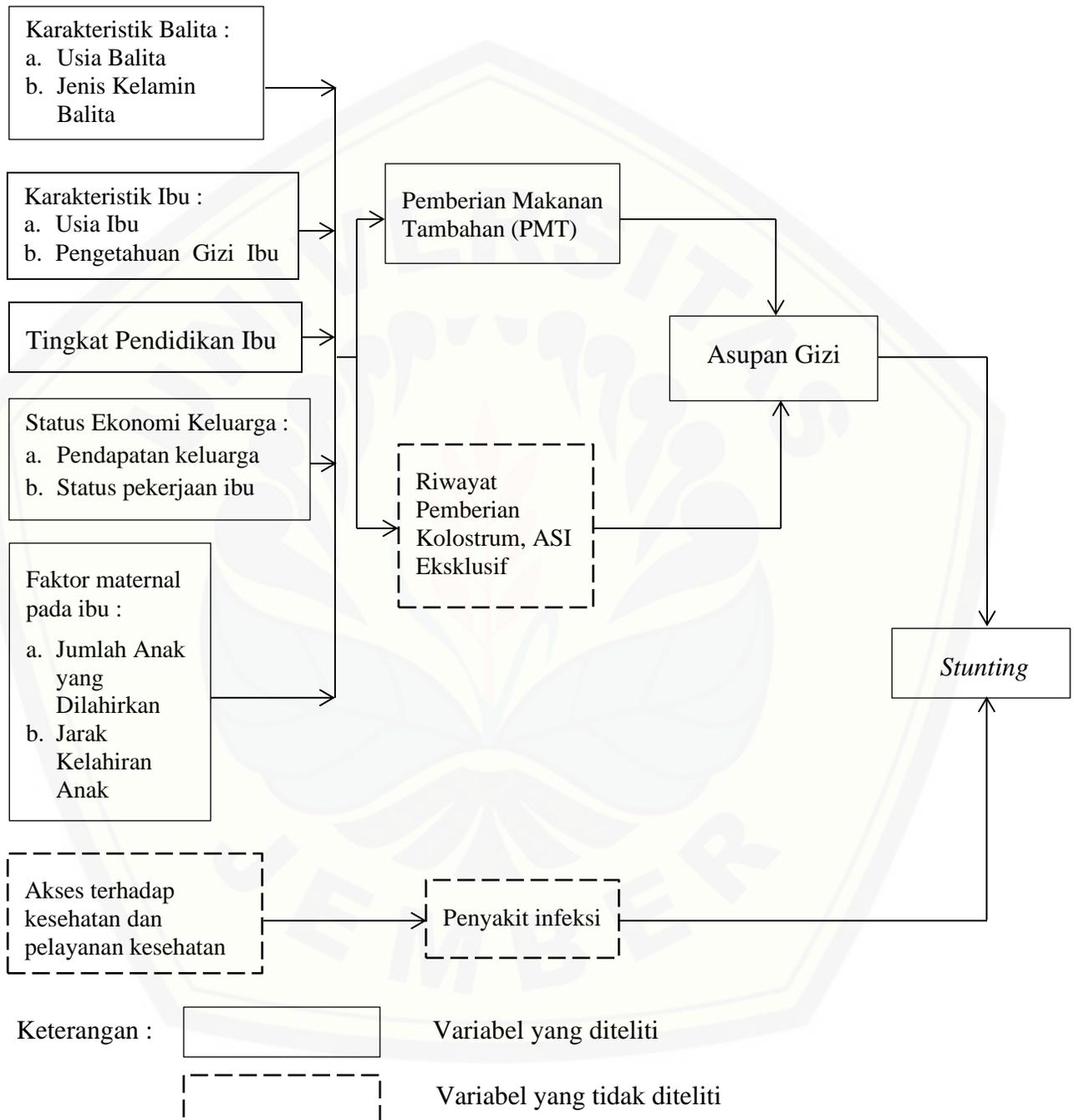
2.4 Kerangka Teori



Sumber : Modifikasi dari WHO *Conceptual Framework on Childhood Stunting : Context, Causes, and Consequences* (2013), Sjahmien Mohji (2002), dan Supariasa (2002)

Gambar 2.1 Kerangka Teori

2.5 Kerangka Konsep



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

Berdasarkan kerangka teori diatas, diketahui bahwa ada beberapa faktor yang mempengaruhi mengapa balita mengalami *stunting* terutama dalam sasaran penelitian kelompok balita usia 24 – 59 bulan. Faktor – faktor tersebut dibagi menjadi faktor penyebab langsung dan faktor penyebab tak langsung. Faktor penyebab tak langsung dari adanya gizi buruk (*stunting*) menurut *WHO Conceptual Framework on Childhood Stunting* (2013), yaitu tingkat pendidikan ibu, status ekonomi keluarga, serta kesehatan dan pelayanan kesehatan. Faktor lainnya yang berpengaruh seperti karakteristik balita (Mohji, 2002) dan karakteristik ibu (Supariasa, 2002). Semua faktor – faktor tersebut kecuali kesehatan dan pelayanan kesehatan secara langsung mempengaruhi asupan gizi balita. Asupan gizi pada balita terdiri dari dua macam yaitu riwayat pemberian kolostrum dan ASI Eksklusif serta Pemberian Makanan Tambahan (PMT). Asupan gizi secara langsung dapat mempengaruhi status *stunting* pada balita. Apabila asupan gizi terutama PMT balita kurang baik, maka dapat menyebabkan balita mengalami *stunting*. Sedangkan kesehatan dan pelayanan kesehatan dapat mempengaruhi secara langsung faktor penyakit infeksi, yaitu merupakan penyakit menular yang disebabkan karena bakteri, virus, atau mikroorganisme lainnya dan apabila tidak ditangani segera, maka akan menyebabkan wabah hingga berujung kematian. Penyakit infeksi berhubungan langsung dengan masalah *stunting*. Misalnya apabila seorang balita menderita penyakit infeksi, maka akan menyebabkan gangguan pada seluruh sistem metabolisme, sistem imun dan organ tubuh balita. Jika sistem - sistem tersebut terganggu, maka balita mudah terserang penyakit atau masalah gizi yaitu *stunting*.

Namun, tiga faktor penyebab *stunting* meliputi riwayat pemberian kolostrum dan ASI Eksklusif, akses terhadap pelayanan kesehatan dan penyakit infeksi tidak diteliti dalam penelitian ini, karena tidak menjadi fokus penelitian. Oleh karena itu dalam penelitian ini, fokus penelitian lebih kepada apakah faktor tingkat pendidikan ibu dan jarak kelahiran anak mempengaruhi asupan gizi pada balita *stunting* usia 24 – 59 bulan yaitu Pemberian Makanan Tambahan (PMT) yang diberikan apakah sudah baik atau belum untuk meningkatkan status gizi balita *stunting* tersebut.

2.6 Hipotesis

Berdasarkan kerangka teori dan kerangka konsep, maka langkah selanjutnya menyusun hipotesis. Menurut Sugiyono (2017:63), hipotesis merupakan pernyataan sementara terhadap rumusan masalah penelitian. Dikatakan sementara, karena masih adanya dugaan (belum pasti) yang berdasarkan dari teori yang dibaca oleh peneliti dan belum diuji kebenarannya. Hipotesis dalam penelitian ini, antara lain :

- a. Terdapat hubungan antara jarak kelahiran anak dengan tingkat Pemberian Makanan Tambahan (PMT) pada balita *stunting* usia 24 – 59 bulan di Desa Cumedak, Kecamatan Sumberjambe, Kabupaten Jember.
- b. Terdapat hubungan antara tingkat pendidikan ibu dengan tingkat Pemberian Makanan Tambahan (PMT) pada balita *stunting* usia 24 – 59 bulan di Desa Cumedak, Kecamatan Sumberjambe, Kabupaten Jember.

BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Penelitian yang dilakukan termasuk jenis penelitian analitik observasional dengan menggunakan desain atau metode *cross sectional*. Penelitian ini disebut penelitian observasional dikarenakan penelitian ini melakukan observasi terhadap variabel – variabel penelitian seperti karakteristik balita, status ekonomi, usia ibu, tingkat pendidikan dan pengetahuan ibu, jumlah dan jarak kelahiran anak secara alami tanpa adanya intervensi dari peneliti (Rachmat, 2017:18). Dan bersifat analitik karena penelitian ini menganalisis faktor penyebab terjadinya suatu masalah dan meneliti korelasi antara variabel tingkat pendidikan ibu dan jarak kelahiran anak (variabel bebas) dan Pemberian Makanan Tambahan pada balita *stunting* (variabel terikat). Metode *cross sectional* dipilih, karena penelitian ini bertujuan untuk mempelajari dan mengamati dinamika korelasi antar faktor resiko tingkat pendidikan ibu dan jarak kelahiran anak (variabel bebas) dan efek atau *outcome* sebagai variabel terikat yaitu PMT balita *stunting* dalam waktu yang bersamaan atau pada saat wawancara langsung ke Desa Cumedak (Rachmat, 2017:18).

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

3.2.1 Tempat Penelitian

Dalam penelitian ini meneliti masalah *stunting* terutama di wilayah Desa Cumedak, Kecamatan Sumberjambe, Kabupaten Jember. Alasan memilih Desa Cumedak adalah karena pada tahun 2019, Desa Cumedak memiliki prevalensi *stunting* tertinggi se-wilayah Puskesmas Sumberjambe dengan persentase sebesar 38,78%. Selain itu, desa tersebut termasuk salah satu desa lokasi prioritas penurunan *stunting* di Kabupaten Jember pada tahun 2020.

3.2.2 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan mulai bulan Juni 2020 hingga bulan November 2020, dan kegiatan yang dilakukan meliputi pelaksanaan penelitian, pengolahan dan analisis hasil penelitian, dan penyusunan laporan.

3.3 Penentuan Populasi dan Sampel

3.3.1 Populasi Penelitian

Populasi adalah keseluruhan sesuatu yang karakteristiknya mungkin diselidiki atau diteliti (Rachmat, 2017). Populasi penelitian merupakan suatu wilayah yang sudah tergeneralisasi meliputi subyek atau obyek yang memiliki kualitas dan ciri tertentu yang ditentukan oleh peneliti dan dipelajari, dan hasilnya dapat disimpulkan (Sugiyono, 2015:117). Populasi yang diteliti dalam penelitian ini adalah seluruh balita *stunting* usia 24 – 59 bulan, berjumlah 111 balita dan bertempat tinggal di wilayah Desa Cumedak, Kecamatan Sumberjambe, Kabupaten Jember. Sebelumnya jumlah tersebut sudah dilakukan *screening* populasi yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi sebagai berikut :

a. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi merupakan kriteria atau ciri – ciri yang harus dipenuhi oleh setiap anggota populasi yang dapat dipilih menjadi sampel (Notoadmodjo, 2012:130). Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah anak balita *stunting* yang berusia 24 – 59 bulan dan memiliki saudara yang tinggal satu rumah.

b. Kriteria Eksklusi

Menurut Notoadmodjo (2012:130), kriteria eksklusi meliputi anggota dari populasi yang tidak dapat dipilih menjadi sampel karena tidak sesuai kriteria. Kriteria eksklusi pada penelitian ini meliputi :

- 1) Balita dengan riwayat Berat Badan Lahir Rendah (BBLR).
- 2) Balita yang mempunyai riwayat penyakit infeksi seperti ISPA atau diare (Setiawan *et al*, 2018:6)

3.3.2 Sampel Penelitian

Menurut Rachmat (2017:211), sampel merupakan bagian dari anggota populasi dimana telah dipilih berdasarkan karakteristik atau ciri tertentu oleh peneliti (Sugiyono, 2015:81). Dalam sebuah penelitian perlu diambil sampel, dikarenakan apabila suatu populasi dinyatakan sangat besar, agar lebih efektif,

efisien dan agar penelitian lebih valid, maka pengambilan sampel perlu dilakukan. Sampel dalam penelitian ini adalah balita *stunting* berusia 24 – 59 bulan, dimana besaran sampel dapat dihitung menggunakan rumus menurut Sugiyono (2017:87) seperti berikut :

$$n = \frac{N Z^2_{1-\alpha/2} P(1-P)}{(N-1) d^2 + Z^2_{1-\alpha/2} P(1-P)}$$

n = Banyaknya besar sampel minimum

N = Banyaknya besar unit populasi (111)

P = Nilai Proporsi di Populasi (74 / 111 = 0,67)

(74 = Jumlah balita usia 24 – 59 bulan non *stunting*, 111 = Jumlah balita usia 24 – 59 bulan yang mengalami *stunting*)

$Z_{1-\alpha/2}$ = Nilai distribusi normal baku pada tingkat kepercayaan 95% yaitu 0,05 = 1,96

d = Kesalahan sampling yang dapat ditolerir yaitu 10% (0,10)

$$n = \frac{111 \cdot (1,96)^2 \cdot 0,67 (1 - 0,67)}{(111 - 1) (0,10)^2 + (1,96)^2 \cdot 0,67 (1 - 0,67)}$$

$$n = \frac{426,24 \times 0,22}{1,1 + 0,84}$$

$$n = \frac{93,77}{1,94} = 48,335 = 49$$

Berdasarkan hasil perhitungan di atas, diperoleh sampel minimal sebesar 49 responden, namun untuk meminimalisir terjadinya *drop out* pada subyek terpilih, maka dilakukan koreksi terhadap sampel dengan penambahan subyek penelitian agar jumlah sampel terpenuhi (Sastroasmoro, 2014:376). Adapun sampel koreksi dihitung berdasarkan rumus berikut :

$$n' = \frac{n}{1-f}$$

$$n' = \frac{49}{1-0,1} = 54,44 = 54$$

Keterangan :

n' = Koreksi sampel penelitian

n = Besar sampel penelitian

f = Kesalahan yang ditoleransi (10%) = 0,10

Jadi jumlah sampel yang didapat setelah dihitung sampel koreksi untuk mengantisipasi responden *drop out* sebanyak 54 balita *stunting* berusia 24 – 59 bulan.

3.3.3 Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel merupakan suatu cara atau metode untuk memudahkan peneliti sehingga dapat menentukan sampel yang tepat dan mewakili sebagai subyek atau obyek penelitian yang dilakukan (Rachmat, 2017:212). Pada penelitian ini, teknik pengambilan sampel yaitu menggunakan *Probability Sampling* dan jenisnya adalah *Simple Random Sampling*. Menggunakan teknik *simple random sampling* karena agar setiap responden atau subyek yang ada dalam sebuah populasi penelitian memiliki peluang yang sama untuk terpilih menjadi sampel penelitian. Dalam teknik penelitian ini, pengambilan secara acak atau *random* dilakukan dengan cara undian atau lotre, dan bisa juga menggunakan *software* sampling yang terdapat di dalam komputer (Rachmat, 2017:213). Pengambilan besar sampel berdasarkan tiap posyandu di Desa Cumedak adalah sebagai berikut :

$$nh = \frac{N_h}{N} \times n$$

Keterangan :

nh = Besarnya sampel untuk sub populasi

N_h = Total masing – masing sub populasi

N = Total populasi keseluruhan

N = Besarnya sampel

Tabel 3.1 Jumlah Sampel Tiap Posyandu di Desa Cumedak Kecamatan Sumberjambe

| No | Nama Posyandu | Nh | N | n | $nh = \frac{Nh}{N} \times n$ |
|---------------------|---------------|----|-----|----|------------------------------|
| 1 | Durian 9 | 7 | 111 | 54 | 3 |
| 2 | Durian 10 | 16 | 111 | 54 | 8 |
| 3 | Durian 11 | 15 | 111 | 54 | 7 |
| 4 | Durian 12 | 33 | 111 | 54 | 16 |
| 5 | Durian 13 | 20 | 111 | 54 | 10 |
| 6 | Durian 14 | 4 | 111 | 54 | 2 |
| 7 | Durian 15 | 13 | 111 | 54 | 6 |
| 8 | Durian 16 | 3 | 111 | 54 | 2 |
| Total Sampel | | | | | 54 |

Dalam pemilihan anggota sampel pada penelitian ini, menggunakan aplikasi *microsoft excel* (dengan menggunakan rumus *random sampling* pada *excel*) pada komputer. Sebelum dilakukan sampling, seluruh data responden anggota populasi penelitian diurutkan per posyandu dan diberi nomor urut (dibuat model kolom ke bawah) yang dibuat di *Microsoft Excel*. Selanjutnya, di samping kolom nomor urut dan nama responden, dibuat kolom khusus hasil sampling dan kemudian menulis rumus *random sampling* dengan benar, tekan tombol *enter*, hasil sampling otomatis muncul di kolom tersebut. Kemudian untuk penentuan sampel selanjutnya, dapat langsung ditarik ke bawah hasil sampling yang pertama, dan secara otomatis akan muncul angka nomor sampel selanjutnya. Hal ini dilakukan hingga terpenuhinya jumlah sampel yang sama dengan jumlah sampel yang dihitung sebelumnya dengan rumus penentuan besar sampling. Setelah data dirapikan, maka data itulah yang dipakai sebagai responden penelitian.

3.4 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

3.4.1 Variabel Penelitian

Variabel penelitian merupakan suatu kondisi yang dapat dimanipulasi, dikontrol, atau diobservasi dalam suatu penelitian. Variabel penelitian merupakan segala suatu objek pengamatan penelitian dan hasil pengamatannya. (Rachmat, 2017:71). Variabel penelitian merupakan nilai atau sifat atau atribut dari orang atau objek yang mempunyai variasi tertentu yang telah ditetapkan, untuk

dipelajari kemudian ditarik kesimpulannya oleh peneliti (Sugiyono, 2017:39). Pada penelitian ini terdapat dua variabel, yaitu variabel bebas (*Independent*) dan variabel terikat (*Dependent*).

a. Variabel Bebas (*Independent Variable*)

Variabel bebas atau *independent variable* merupakan variabel yang dapat dirubah oleh peneliti sehingga menimbulkan dampak pada variabel terikat atau *dependent variable* (Sugiyono, 2017:39). Variabel bebas dalam penelitian ini meliputi karakteristik balita (umur dan jenis kelamin), karakteristik ibu (usia dan pengetahuan gizi ibu tentang PMT pada balita *stunting*), tingkat pendidikan ibu, status ekonomi keluarga (pendapatan keluarga dan status pekerjaan ibu), jumlah anak yang dilahirkan dan jarak kelahiran anak.

b. Variabel Terikat (*Dependent Variable*)

Variabel terikat atau *dependent variable* merupakan hasil dari perubahan yang disebabkan atau dipengaruhi oleh variabel bebas (Sugiyono, 2015:61). Variabel terikat dalam penelitian ini adalah tingkat Pemberian Makanan Tambahan (PMT) pada balita *stunting* usia 24 – 59 bulan.

3.4.2 Definisi Operasional

Definisi operasional merupakan cara bagaimana variabel – variabel yang ada didefinisikan secara operasional. Definisi operasional meliputi upaya memberikan deskripsi variabel penelitian sehingga spesifik dan terukur. (Rachmat, 2017:74). Dengan adanya definisi operasional, maka akan semakin mudah untuk mendeskripsikan dan mengukur masing – masing variabel yang diteliti. Berikut definisi operasional dalam penelitian ini :

Tabel 3.2 Definisi Operasional

| No | Variabel | Definisi Operasional | Teknik Pengumpulan Data | Kriteria | Skala Data |
|--|----------------------|---|---|--|------------|
| Variabel Bebas (Independen) | | | | | |
| I. Karakteristik Balita <i>Stunting</i> | | | | | |
| 1 | Usia Balita | Lamanya waktu hidup anak dimulai sejak lahir hingga saat dilakukan penelitian ini menggunakan hitungan bulan penuh | Wawancara dengan kuesioner | 1. 24–36 bulan 2. 37–48 bulan 3. 49–59 bulan (BPS, 2012) | Interval |
| 2 | Jenis Kelamin Balita | Karakteristik yang membedakan balita berdasarkan ciri genital | Wawancara dengan kuesioner | 1 = Laki - Laki 2 = Perempuan (Nasrul, 2015) | Nominal |
| II. Karakteristik Responden (Ibu) | | | | | |
| 1 | Usia Ibu | Bilangan yang menyatakan lama kehidupan manusia di dunia dan berupa satuan waktu (Tercantum dalam kartu kependudukan) | Wawancara dengan kuesioner dan melihat Kartu Tanda Penduduk (KTP) | 1. 20 – 30 tahun 2. 31 – 50 tahun 3. > 50 tahun (BPS, 2012) | Interval |
| 2 | Pengetahuan Gizi Ibu | Pemahaman ibu tentang gizi pada balita terutama tentang Pemberian Makanan Tambahan (PMT) pada balita <i>stunting</i> | Wawancara dengan Kuesioner | Terdapat 10 pertanyaan, jika : a. Benar = 1 b. Salah = 0 Penilaian : 1. Pengetahuan tinggi, jika skor jawaban > 80% 2. Pengetahuan sedang, jika skor jawaban 60 – 80% | Ordinal |

3. Pengetahuan rendah, jika skor jawaban < 60%.
(Olsa *et al*, 2017:24)

III. Tingkat Pendidikan Ibu

| | | | | | |
|---|------------------------|--|----------------------------|---|---------|
| 1 | Tingkat Pendidikan Ibu | Jenjang pendidikan terakhir yang ditempuh oleh responden | Wawancara dengan kuesioner | <p>Rendah :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tamat SD / sederajat 2. Tamat SMP / sederajat <p>Tinggi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Tamat SMA / sederajat 4. Sarjana / Tamat Perguruan Tinggi S1/D1/D2/D3 <p>(Risksdas, 2018)</p> | Ordinal |
|---|------------------------|--|----------------------------|---|---------|

IV. Status Ekonomi Keluarga

| | | | | | |
|---|---------------------|--|----------------------------|--|---------|
| 1 | Pendapatan Keluarga | Jumlah uang yang dapat dilihat berdasarkan total pendapatan keluarga setelah dikonversi menjadi setiap bulan | Wawancara dengan Kuesioner | <ol style="list-style-type: none"> a. $UMK \geq Rp. 2.355.662, 90$ b. $UMK < Rp. 2.355.662, 90$ <p>(UMK Kabupaten Jember 2020)</p> | Ordinal |
| 2 | Pekerjaan Ibu | Jenis profesi atau mata pencaharian dari responden | Wawancara dengan kuesioner | <ol style="list-style-type: none"> 1. PNS/TNI/Polri/BUMN/BUMD 2. Pegawai Swasta 3. Wiraswasta 4. Petani 5. Ibu Rumah Tangga 6. Buruh 7. Lainnya | Nominal |

V. Faktor Maternal Pada Ibu

| | | | | | |
|---|---|---|--|--|---------|
| 1 | Jumlah Anak | Banyak anak yang terdapat dalam suatu keluarga | Wawancara dengan kuesioner | 1. 2 anak (sedikit) 2. > 2 anak (banyak) (Palino, <i>et al</i> , 2017:3) | Ordinal |
| 2 | Jarak Kelahiran Anak | Merupakan kurun waktu antara kelahiran terakhir dan kelahiran sekarang balita <i>stunting</i> dengan saudaranya | Wawancara dengan Kuesioner dan melihat Kartu Keluarga (KK) | a. < 2 tahun b. ≥ 2 tahun (Budiono & Lutviana, 2010:5). | Ordinal |
| VI. Pemberian Makanan Tambahan (PMT) pada Balita <i>Stunting</i> | | | | | |
| 1 | Pemberian Makanan Tambahan pabrik dan lokal pada balita <i>stunting</i> | Tindakan ibu dalam memberikan PMT jenis pabrik atau lokal atau keduanya pada balita <i>stunting</i> | Wawancara dengan kuesioner | a. PMT Pabrik b. PMT Lokal (Kemenkes RI, 2017:8) | Nominal |
| 2 | Total kalori dan nilai gizi Makanan Tambahan (MT) Balita | Jumlah seluruh kalori dan nilai gizi Makanan Tambahan (MT) yang diberikan kepada balita dalam sehari | Wawancara dengan <i>food recall</i> 2 x 24 jam | Kebutuhan dalam 100 g produk, kategori baik apabila: Energi : min. 400 kkal Protein : 8 – 12 g Lemak : 10 - 18 g Karbohidrat : 5 – 20 g (PMK No 51 Tahun 2016:10) | Ordinal |
| 3 | Frekuensi dan Jadwal Pemberian Makanan Tambahan (PMT) pada balita <i>stunting</i> | Seberapa sering dan waktu Pemberian Makanan Tambahan yang diberikan kepada balita <i>stunting</i> | Wawancara dengan kuesioner | a. Selama 90 hari (sesuai jadwal) b. Selama < 90 hari (tidak sesuai jadwal) (> 90 hari tidak dihitung dan tidak termasuk dalam penelitian) (Kemenkes RI, 2017:13) | Ordinal |
| Variabel Terikat (Dependen) | | | | | |

| | Tingkat | Derajat | Kriteria | Pengukuran | Ordinal |
|---|---|--|--|--|---------|
| 1 | Pemberian Makanan Tambahan (PMT) Balita <i>Stunting</i> | kecukupan gizi Makanan tambahan yang diberikan kepada balita <i>stunting</i> untuk mempertahankan dan menaikkan status gizi balita dalam bentuk persen dan diinterpretasikan dalam bentuk kategori | penilaian dilihat berdasarkan perhitungan hasil <i>recall</i> 2 x 24 jam | tingkat Pemberian Makanan Tambahan (PMT) balita <i>stunting</i> berdasarkan kategori : a. $AKG \geq 70\%$ = Normal / Baik b. $AKG < 70\%$ = Kurang (PMK No 51 Tahun 2016:4) | |

3.5 Data dan Sumber Data

3.5.1 Data Primer

Data primer berwujud data asli dan belum diolah terlebih dahulu oleh sumber lain yang dikumpulkan pada saat penelitian berlangsung oleh peneliti (Rachmat, 2016:177). Data primer dalam penelitian ini meliputi karakteristik ibu dan balita, tingkat pendidikan ibu, pengetahuan gizi ibu tentang PMT balita *stunting*, status pekerjaan ibu, pendapatan keluarga, jumlah anak dalam keluarga, jarak kelahiran anak, dan pemberian jenis Makanan Tambahan (MT) meliputi jenis MT Pabrikan dan MT Lokal, jumlah pemberian (asupan gizi), jadwal, dan frekuensi Pemberian Makanan Tambahan (PMT).

3.5.2 Data Sekunder

Menurut Sugiyono (2015:137), data sekunder adalah data adalah sumber data yang tidak diperoleh langsung oleh peneliti, melainkan dapat didapatkan peneliti dari sumber orang lain, atau dokumen. Data sekunder umumnya tersusun dalam bentuk dokumen, misalnya data demografis suatu daerah, data produktivitas pekerja dari suatu perusahaan, data persediaan pangan di suatu daerah, dan data hasil surveilans gizi (Rachmat, 2017:177). Data sekunder dalam penelitian ini meliputi data *stunting* se-Kabupaten Jember yang didapatkan dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, data seluruh balita *stunting* se-Desa Cumedak, yang didapatkan dari Puskesmas Sumberjambe, data balita beserta

nama orang tua, nomor telepon, dan alamat rumah yang didapatkan dari Kantor Desa Cumedak dan Kantor Kecamatan Sumberjambe.

3.6 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data

3.6.1 Teknik Pengumpulan Data

Kualitas data penelitian ditentukan oleh kualitas metode atau teknik pengumpulan data. Apabila metode pengumpulan data valid dan reliabel, maka data yang diperoleh juga valid dan reliabel. Metode pengumpulan data merupakan metode atau teknik yang dilakukan untuk mengumpulkan data, misalnya seperti wawancara, pengamatan (observasi), dokumentasi, dll. (Rachmat, 2017:178). Adapun metode pengumpulan data dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

a. Wawancara

Wawancara adalah salah satu teknik pengumpulan data yang dilakukan meliputi tanya jawab langsung antara pengumpul data (peneliti) sebagai *interviewer* dan responden sebagai narasumber. Pewawancara atau *interviewer* mengajukan pertanyaan kepada narasumber untuk menggali informasi atau data (Rachmat, 2017:186). Pada penelitian ini, peneliti melakukan wawancara langsung dengan masyarakat (*face to face*) menggunakan kuesioner yang sudah disediakan dan formulir *food recall* 2 x 24 jam.

b. Metode *Food Recall* 2 x 24 Jam

Metode *food recall* 2 x 24 jam merupakan salah satu metode survey konsumsi makanan yang dapat digunakan untuk mendapatkan informasi atau menanyakan apa saja yang dikonsumsi responden selama 48 jam yang lalu baik di rumah maupun di luar rumah (Kusharto & Supriasa, 2014:23). Berikut merupakan metode *food recall* 2 x 24 jam yang dilakukan di Desa Cumedak :

1. Pertama, peneliti atau pewawancara meminta izin wali responden yaitu ibu balita *stunting* yang menjadi sasaran penelitian untuk ditanya mengenai apa saja yang dikonsumsi (makanan dan minuman) responden balita *stunting* yang menjadi sasaran penelitian. Untuk balita *stunting* usia 24 – 59 bulan,

wawancara dilakukan dengan cara diwakilkan oleh dengan pengasuh atau ibu balita *stunting* usia 24 – 59 bulan tersebut.

2. Setelah disetujui, ibu balita *stunting* diminta untuk mengingat kembali apa saja yang telah dikonsumsi (makanan dan minuman) oleh responden balita *stunting* yang menjadi sasaran penelitian selama 48 jam yang lalu atau 2 hari ke belakang dimulai hari wawancara, namun tidak boleh berturut – turut). Misalnya hari senin dan rabu, Kamis dan Sabtu, dsb. Hasil dari semua informasi makanan dan minuman yang dikonsumsi oleh responden dicatat peneliti dalam formulir *food recall* 2 x 24 jam.
3. Kemudian ibu dari balita *stunting* tersebut, diminta untuk menguraikan setiap bahan makanan yang sudah dikonsumsi secara detail sejak waktu makan pagi hingga berakhir hari tersebut (sesuai aturan pada langkah 2).
4. Pewawancara dan ibu balita mengecek atau mengulangi kembali apa yang telah dikonsumsi oleh responden balita *stunting* tersebut.
5. Pewawancara meminta ibu balita untuk memperkirakan ukuran porsi makanan yang telah dikonsumsi balita *stunting* dan disesuaikan dengan ukuran rumah tangga (URT), dibantu dengan menggunakan Tabel Komposisi Pangan Indonesia (TKPI) Tahun 2017 dan Buku Foto Makanan atau Porsimetri Tahun 2014 dari Kemenkes RI.
6. Pewawancara melakukan konversi URT ke dalam ukuran berat (gram).
7. Pewawancara mengkaji bahan makanan yang telah diketahui beratnya tersebut dan menghitung kandungan zat – zat gizi yang ada dalam bahan makanan tersebut dengan menggunakan bantuan TKPI Tahun 2017.
8. Setelah menghitung kecukupan zat gizi masing – masing makanan yang dikonsumsi, peneliti memilah mana saja makanan yang termasuk ke dalam Makanan Tambahan (MT) balita *stunting* yang diberikan baik dari dinas kesehatan maupun pihak Desa Cumedak. Setelah dipilih mana saja yang termasuk Makanan Tambahan (MT) khusus balita *stunting*, selanjutnya menghitung total kecukupan masing – masing zat gizi yang terkandung dalam Makanan Tambahan (MT) balita *stunting* tersebut.

9. Kemudian hasilnya dibandingkan dengan menggunakan tabel AKG 2019 yang bisa dilihat di Permenkes RI No 28 Tahun 2019 tentang Angka Kecukupan Gizi (AKG) yang dianjurkan untuk masyarakat Indonesia dengan cara pada langkah berikut ini.

10. Peneliti menghitung Angka Kecukupan Gizi (AKG) dengan membandingkan berat badan (BB) aktual dengan berat badan (BB) ideal dalam AKG tahun 2019 sesuai dengan rumus berikut :

$$\text{Kecukupan gizi individu} = \frac{\text{berat badan (BB) aktual}}{\text{berat badan (BB) standar}} \times \text{AKG standar}$$

11. Kemudian, menghitung tingkat konsumsi zat gizi (energi, karbohidrat, protein, dan lemak) dengan menggunakan rumus berikut :

$$\text{Tingkat konsumsi zat gizi} = \frac{\text{total asupan zat gizi}}{\text{AKG zat gizi}} \times 100\%$$

12. Tingkat kecukupan gizi individu dinyatakan dalam bentuk persen *cut of point* klasifikasi interpretasi hasil menurut Kemenkes RI tahun 1996 sebagai berikut :

| | |
|------------------------|-------------------|
| Diatas AKG | : diatas 120% |
| Normal | : 90 – 120% |
| Defisit tingkat ringan | : 80 – 89% |
| Defisit tingkat sedang | : 70 – 79% |
| Defisit tingkat berat | : kurang dari 70% |

(Kusharto & Supriasa, 2014:63).

13. Pengukuran tingkat Pemberian Makanan Tambahan (PMT) pada balita *stunting*, menurut PMK No 51 Tahun 2016 dibagi menjadi dua kategori :

a. $\text{AKG} \geq 70\%$ = Normal / Baik

b. $\text{AKG} < 70\%$ = Kurang

(Kemenkes RI, 2016:4)

3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data

a. Kuesioner

Kuesioner merupakan teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan cara pewawancara atau peneliti memberikan seperangkat pertanyaan atau pernyataan kepada subyek peneliti sebagai responden untuk memberikan informasi yang diperlukan untuk meneliti permasalahan penelitian yang dihadapi (Rachmat, 2017:178). Pertanyaan atau pernyataan biasanya tertulis dan diajukan langsung kepada responden sebagai subyek penelitian (Sugiyono, 2015:199). Kuesioner dalam penelitian ini meliputi karakteristik responden (nama, umur, alamat, pendidikan terakhir, dan jenis pekerjaan), karakteristik keluarga, karakteristik balita, aspek pengetahuan ibu, dan aspek tindakan pemberian MT oleh ibu.

b. Lembar Formulir *Food Recall* 2 x 24 jam

Dalam metode *food recall* 2 x 24 jam, pada saat menggali informasi mengenai makanan atau minuman apa saja yang telah dikonsumsi oleh responden selama 48 jam terakhir, pewawancara atau peneliti melakukan pencatatan ke dalam formulir khusus *recall* 2 x 24 jam. Tujuan dari adanya formulir recall agar peneliti lebih mudah dalam mendeskripsikan gambaran konsumsi asupan makanan yang dikonsumsi responden sasaran, menghitung, serta menganalisis tingkat konsumsi zat gizi, sehingga nantinya dapat mengetahui rata – rata asupan responden terutama terkait *stunting* pada balita (Kusharto & Supariasa, 2014:24).

3.7 Teknik Pengolahan, Penyajian, dan Analisis Data

3.7.1 Teknik Pengolahan Data

a. Pemeriksaan Data (*Editing*)

Pemeriksaan data atau *editing* merupakan teknik pengolahan yang bertujuan untuk memeriksa kembali data yang telah dikumpulkan dari narasumber. Dalam hal ini pengecekan kuesioner yang telah diisi, bertujuan untuk menghindari dan mengantisipasi kesalahan seperti, belum diisi, kesalahan pengisian, dll. Selain itu, dalam hal pengisian formulir *food recall* 2 x 24 jam, peneliti harus meneliti kembali jenis – jenis makanan yang dikonsumsi dan beratnya dengan benar sesuai

dengan informasi yang diperoleh dari responden atau narasumber. Apabila data tidak lengkap atau kurang lengkap, memungkinkan untuk melakukan wawancara ulang atau apabila tidak memungkinkan wawancara ulang, maka dilakukan sistem *drop out* atau kuesioner tersebut dikeluarkan (Notoatmodjo, 2012:174).

b. Pengkodean (*Coding*)

Pengkodean atau *coding* merupakan teknik pengolahan data dengan cara pemberian kode, bisa memuat nomor responden, nomor pertanyaan, dan kode jawaban pertanyaan (Notoatmodjo, 2012:174).

c. Input Data (*Entry Data*)

Merupakan metode pengolahan data dengan cara memasukkan data pada kolom atau lembar pengkodean, dimana jawabannya disesuaikan dengan masing – masing pertanyaan (Notoatmodjo, 2012:176).

d. Tabulasi

Ketika data yang diinput sudah lengkap, selanjutnya akan dibuat berupa tabel – tabel dan diklasifikasikan ke dalam masing – masing variabel sesuai dengan keinginan peneliti dan selanjutnya dapat mempermudah menganalisis hasil dan pembahasan dengan menggunakan SPSS (Notoatmodjo, 2012:176).

3.7.2 Teknik Penyajian Data

Penyajian data merupakan salah satu metode dalam menginterpretasikan dan memaparkan hasil laporan hasil penelitian yang dilakukan agar informasi yang diberikan mudah dibaca oleh pembaca dan dapat memberikan pemahaman yang bermanfaat dalam menyelesaikan suatu kasus penelitian (Notoatmodjo, 2010:171). Data yang diolah dalam penelitian ini disajikan dalam bentuk teks (narasi), tabel distribusi frekuensi, dan tabel uji *Crosstabulation Chi-Square*.

3.7.3 Teknik Analisis Data

Analisis data merupakan proses terakhir dalam serangkaian tahapan penelitian, sebelum menulis laporan dan bertujuan untuk memperoleh hasil penelitian, menjawab pertanyaan penelitian, dan membuktikan hipotesis yang dapat dicapai (Rachmat, 2017:243). Adapun teknik analisis data dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

a. Analisis Univariat

Analisis univariat adalah langkah awal yang perlu dilakukan peneliti untuk mengetahui atau mendeskripsikan gambaran data yang telah dikumpulkan (Rachmat, 2017:25). Menurut Notoatmodjo (2012:182), analisis univariat bertujuan untuk menggambarkan karakteristik yang dimiliki oleh masing – masing variabel bebas dan variabel terikat. Dalam penelitian ini, hasil analisis berupa gambaran distribusi frekuensi berupa tabel – tabel dan persentase semua variabel bebas dan variabel terikat.

b. Analisis Bivariat

Analisis bivariat bertujuan untuk mengetahui interaksi atau hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat. (Notoatmodjo, 2012:183). Variabel bebas dalam penelitian ini meliputi karakteristik balita (umur dan jenis kelamin), karakteristik ibu (tingkat pendidikan ibu, pengetahuan gizi ibu tentang PMT, dan umur ibu), status ekonomi keluarga (pendapatan keluarga dan status pekerjaan ibu), jumlah anak yang dilahirkan dan jarak kelahiran anak. Untuk variabel terikat yaitu tingkat Pemberian Makanan Tambahan (PMT) pada balita *stunting* usia 24 – 59 bulan di Desa Cumedak, Kecamatan Sumberjambe, Kabupaten Jember.

Dalam penelitian ini, untuk mengetahui hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat maka dilakukan uji statistik dengan menggunakan uji *Chi Square* dengan derajat atau tingkat kepercayaan 95% ($\alpha = 0,05$).

- 1) H_0 ditolak jika nilai *p-value* kurang dari α ($< 0,05$). Artinya terdapat hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat
- 2) H_0 diterima jika nilai *p-value* lebih dari α ($> 0,05$). Artinya, tidak terdapat hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat.

3.8 Validitas dan Reliabilitas

3.8.1 Uji Validitas

Uji keabsahan dalam penelitian untuk mendapatkan hasil penelitian yang valid, reliabel, dan obyektif bisa menggunakan uji validitas dan uji reliabilitas. Validitas merupakan derajat ketepatan antara data yang ada pada obyek penelitian dan data yang dilaporkan oleh peneliti (Sugiyono, 2017:267). Uji validitas dalam penelitian ini menggunakan rumus *Pearson Product Moment*. Ketentuan uji *Pearson Moment* adalah apabila nilai r hitung $>$ r tabel, maka variabel dapat dikatakan valid, namun apabila nilai r hitung $<$ r tabel, maka variabel dapat dikatakan tidak valid (Swarjana, 2014:150).

3.8.2 Uji Reliabilitas

Dalam suatu penelitian, seorang peneliti kemungkinan melanjutkan penelitian dari penelitian – penelitian sebelumnya. Oleh karena itu, perlu adanya uji reliabilitas. Reliabilitas merupakan tolak ukur dikatakan suatu penelitian itu konsisten dan stabil apabila ada dua peneliti atau lebih melakukan penelitian yang sama, kemudian menghasilkan data yang sama dalam waktu yang sama atau berbeda (Sugiyono, 2017:268). Dalam penelitian ini, menggunakan uji *Cronbach Alpha* yang memiliki persyaratan sebagai berikut (Rachmat, 2017:173) :

- a. Jika *Cronbach Alpha* $\geq 0,6$, artinya bersifat reliabel
- b. Jika *Cronbach Alpha* $< 0,6$, artinya bersifat tidak reliabel

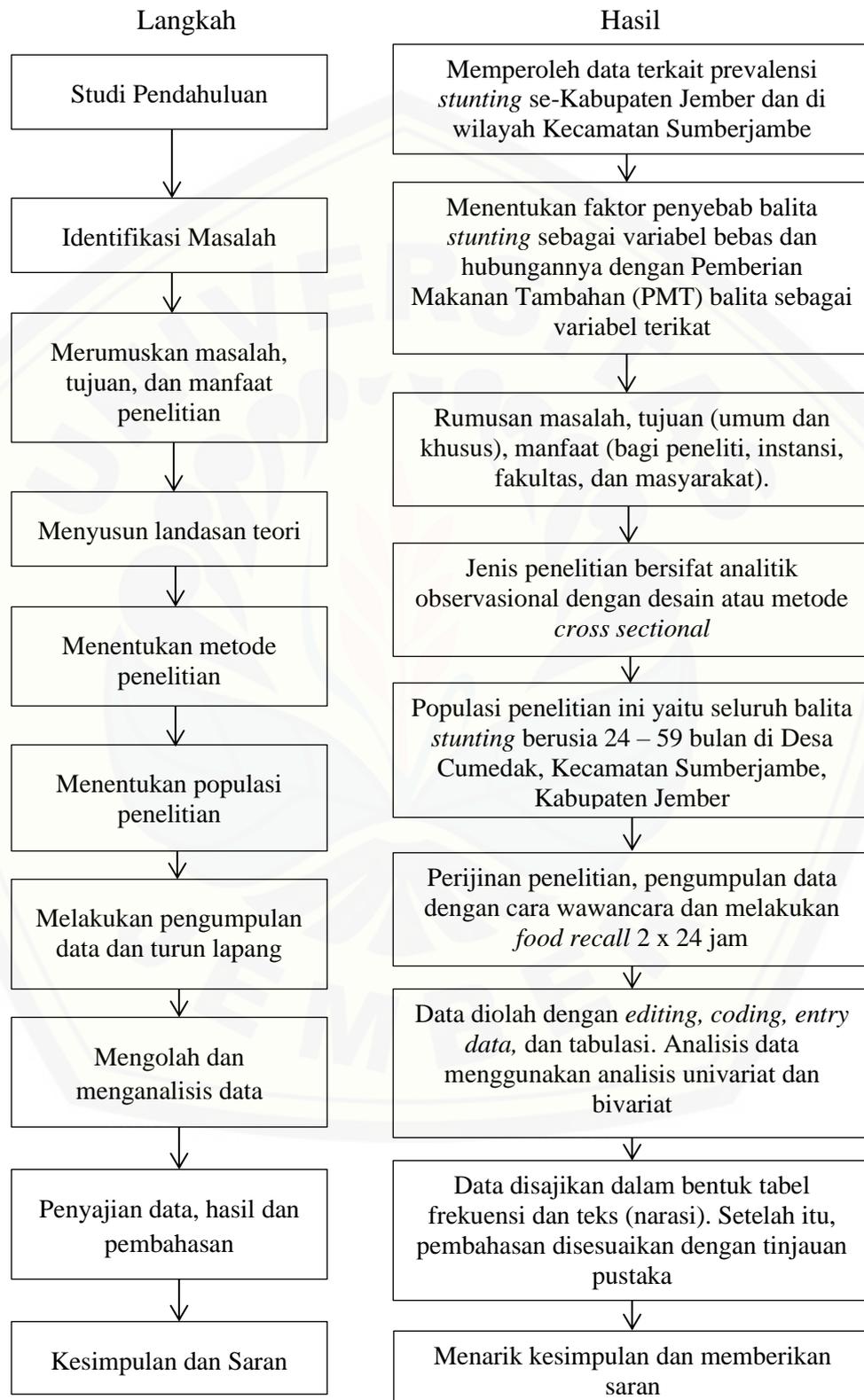
Uji validitas dan reliabilitas dalam penelitian dilakukan di Desa Sumberjambe, Kecamatan Sumberjambe dan kuesioner yang diuji adalah aspek pengetahuan gizi ibu tentang Pemberian Makanan Tambahan (PMT) pada balita *stunting*. Responden berjumlah 30 orang dan dipilih berdasarkan karakteristik yang sama dengan di daerah penelitian. Berdasarkan hasil uji validitas dan reliabilitas yang telah dilakukan, menunjukkan dari 25 pertanyaan kuesioner yang diuji, terdapat 20 pertanyaan memiliki nilai r hitung $>$ nilai r tabel *Pearson Moment* ($> 0,463$) untuk 30 responden dan nilai *Cronbach Alpha* $\geq 0,6$ sehingga bersifat valid dan reliabel. Untuk 5 pertanyaan aspek pengetahuan gizi ibu yang

termasuk jenis pertanyaan porsi dan jenis makanan tambahan lokal, tidak valid dan tidak reliabel sehingga pertanyaan – pertanyaan tersebut tidak digunakan dan selanjutnya dihapus oleh peneliti. Selain itu, jenis pertanyaan lainnya seperti bagian karakteristik balita, karakteristik ibu, karakteristik keluarga, dan tindakan ibu dalam Pemberian Makanan Tambahan (PMT) pada balita *stunting* tidak diuji karena merupakan pertanyaan yang langsung ditanyakan kepada responden dan dapat langsung dilihat hasilnya.



3.9 Alur Penelitian

Berikut adalah kerangka alur penelitian dalam penelitian ini :



Gambar 3.1 Alur Penelitian

BAB 5. PENUTUP

5.1 Kesimpulan

- a. Karakteristik balita *stunting* di Desa Cumedak mayoritas berada pada kelompok usia 24 – 36 bulan sebanyak 21 balita *stunting* dan berjenis kelamin laki – laki sebanyak 31 balita *stunting*.
- b. Karakteristik ibu balita *stunting* usia 24 – 59 bulan di Desa Cumedak paling banyak berada pada kelompok usia 31 – 50 tahun dan memiliki tingkat pengetahuan gizi ibu mayoritas tergolong kategori sedang.
- c. Tingkat pendidikan terakhir ibu balita *stunting* usia 24 – 59 bulan di Desa Cumedak sebagian besar berada pada tingkat pendidikan rendah (tamatan SD dan tamatan SMP) sebanyak 39 responden.
- d. Mayoritas jenis pekerjaan ibu balita *stunting* usia 24 – 59 bulan di Desa Cumedak adalah sebagai ibu rumah tangga dan rata – rata pendapatan keluarga berada di bawah UMK (< Rp. 2.355.662,90) di wilayah Kabupaten Jember Tahun 2020.
- e. Sebagian besar ibu balita *stunting* usia 24 – 59 bulan di Desa Cumedak memiliki dua anak (sedikit / ideal) dan mayoritas memiliki jarak kelahiran antar anak jauh (≥ 2 tahun).
- f. Pemberian Makanan Tambahan (PMT) pada balita *stunting* usia 24 – 59 bulan di Desa Cumedak paling banyak adalah mengonsumsi jenis Makanan Tambahan (MT) Pabrikan. Sedangkan Pemberian Makanan Tambahan (PMT) pada balita *stunting* sebagian besar diberikan kurang dari 90 hari (< 90 hari / < 3 bulan) dan mayoritas tidak sesuai jadwal yang telah ditetapkan. Sehingga tingkat Pemberian Makanan Tambahan (PMT) balita *stunting* usia 24 – 59 bulan tersebut mayoritas berkategori kurang.
- g. Tidak terdapat hubungan signifikan antara jarak kelahiran anak dengan tingkat Pemberian Makanan Tambahan (PMT) pada balita *stunting* usia 24 – 59 bulan di Desa Cumedak, Kecamatan Sumberjambe, Kabupaten Jember.
- h. Terdapat hubungan signifikan antara tingkat pendidikan terakhir ibu dengan tingkat Pemberian Makanan Tambahan (PMT) pada balita *stunting* usia 24 – 59 bulan di Desa Cumedak, Kecamatan Sumberjambe, Kabupaten Jember.

5.2 Saran

a. Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Jember

- 1) Diharapkan bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Jember untuk meningkatkan penyuluhan sekala berkala sebulan sekali terkait Pemberian Makanan Tambahan (PMT) yang benar dan tepat sesuai dengan 3 J (Jadwal, Jenis, Jumlah) dan frekuensinya pada kelompok sasaran balita *stunting* misalnya pada saat kegiatan posyandu. Sehingga dapat meningkatkan pengetahuan ibu tentang Pemberian Makanan Tambahan (PMT) balita *stunting* yang tepat.
- 2) Diharapkan bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Jember agar meningkatkan kerjasama antar lintas sektor dan menjaga komunikasi dan koordinasi dengan puskesmas atau bidan atau kader kesehatan di seluruh wilayah Kabupaten Jember dengan tujuan untuk menurunkan dan menekan angka kasus *stunting* di Kabupaten Jember.

b. Bagi Puskesmas Sumberjambe

- 1) Diharapkan bagi Puskesmas Sumberjambe agar meningkatkan kemampuan tenaga kesehatan seperti bidan dan kader yang ada di wilayah tersebut dalam memberikan makanan tambahan (MT) lokal seperti pemberian kacang hijau yang sesuai dengan jenis, manfaat dan porsinya yang tepat.
- 2) Diharapkan bagi Puskesmas Sumberjambe untuk meningkatkan upaya edukasi dan mengajak masyarakat agar mampu dan tertarik untuk membuat makanan tambahan (MT) balita berbasis pangan lokal, misalnya seperti rutin diadakan lomba pembuatan PMT lokal sehingga jenis makanan tambahan (MT) balita lebih bervariasi.

- c. Bagi Masyarakat Desa Cumedak, Kecamatan Sumberjambe
- 1) Diharapkan bagi keluarga khususnya ibu balita *stunting* untuk meningkatkan pola asuh Pemberian Makanan Tambahan (PMT) secara optimal sesuai dengan 3 J (Jumlah, Jenis, Jadwal) dan frekuensinya yang tepat kepada balitanya yang memiliki masalah gizi *stunting*.
 - 2) Diharapkan berupaya aktif mencari informasi yang benar dan akurat tentang asupan gizi yang tepat dan meningkatkan Pemberian Makanan Tambahan (PMT) pada balita khususnya balita *stunting* melalui posyandu, puskesmas, konsultasi dengan kader atau sumber informasi lainnya yang terpercaya (buku, internet, poster, dll).
 - 3) Diharapkan rutin memeriksa pertumbuhan dan perkembangan serta status gizi bayi dan balitanya ke posyandu masing – masing agar dapat mengetahui secara pasti perubahan status gizi anaknya.
- d. Bagi Peneliti Selanjutnya
- 1) Diharapkan bagi peneliti selanjutnya untuk meneliti lebih dalam mengenai pengaruh Pemberian Makanan Tambahan (PMT) terhadap perubahan status gizi bayi atau balita dengan menggunakan jenis penelitian lain yaitu penelitian eksperimental atau menciptakan produk makanan tambahan lokal inovatif lainnya yang disukai anak seperti produk agar – agar.
 - 2) Diharapkan bagi peneliti selanjutnya untuk melakukan metode pengambilan data asupan atau konsumsi makanan yang bisa mengukur dalam periode jangka panjang seperti metode riwayat makanan (*dietary history method*).

DAFTAR PUSTAKA

- Adriyani, M. dan B. Wijatmadi. 2012. *Peranan Gizi Dalam Siklus Kehidupan*. Jakarta: Kencana Prenamedia Group.
- Agustiningrum, T. 2016. Hubungan Karakteristik Ibu dengan Kejadian Stunting pada Balita Usia 24 - 59 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Wonosari I. *Skripsi*. Yogyakarta : Program Studi Bidan Pendidik Diploma IV Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta.
- Fikawati, S., A. Syafiq, dan K. Karima. 2015. *Gizi Ibu Dan Bayi*. Depok: Raja Grafindo Persada.
- Fikawati, S., A. Syafiq, dan A. Veratamala. 2017. *Gizi Anak Dan Remaja*. Depok: Raja Grafindo Persada.
- Fikawati, S. dan G. Apriluana. 2018. Analisis Faktor - Faktor Resiko terhadap Kejadian Stunting pada Balita (0 - 59 Bulan) di Negara Berkembang dan Asia Tenggara. *Media Litbangkes*. 28 (4): 247 - 256.
- Hidayat, A. A. 2014. *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknis Analisis Data*. Jakarta: Salemba Medika.
- Illahi, R. K. 2017. Hubungan Pendapatan Keluarga, Berat Lahir, dan Panjang Lahir dengan Kejadian *Stunting* Balita 24 - 59 Bulan di Bangkalan. *Jurnal Manajemen Kesehatan*. 3 (1): 1 - 14.
- Istiany, A. dan Rusilanti. 2014. *Gizi Terapan*. Bandung: Remaja Rosdakarya.

- Karundeng, L. R., A. Y. Ismanto, dan R. Kundre. 2015. Hubungan Jarak Kelahiran dan Jumlah Anak dengan Status Gizi Balita di Puskesmas KAO Kecamatan KAO Kabupaten Halmahera Utara. *eJournal Keperawatan (e-Kep)*. 3 (1): 2-7.
- Kemendes RI. 2011. *Panduan Penyelenggaraan Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan Bagi Balita Gizi Kurang*. Jakarta: Ditjen Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan RI. 2017. *Petunjuk Teknis Pemberian Makanan Tambahan (Balita - Ibu Hamil - Anak Sekolah)*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. 2014. *Pemantauan Pertumbuhan, Perkembangan, dan Gangguan Tumbuh Kembang Anak*. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 66 Tahun 2014. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan RI. 2017. *Penilaian Status Gizi*. Jakarta : Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. 2016. *Standar Produk Suplementasi Gizi*. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 51 Tahun 2016. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan RI. 2019. *Angka Kecukupan Gizi yang Dianjurkan untuk Masyarakat Indonesia*. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2019. Jakarta.
- Kurniasih, N. 2018. *Buletin Jendela Data dan Informasi Kesehatan Situasi Balita Pendek (Stunting) di Indonesia* . Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

- Mawaddah, Sofia. 2018. Hubungan Pemberian ASI Eksklusif dengan Kejadian Stunting pada Balita Usia 24 - 36 Bulan. *Jurnal Kebidanan*. 5 (2) : 60 - 66.
- Mubarak. 2018. Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Status Gizi Anak Balita di Wilayah Pesisir Kecamatan Soropia. E-ISSN : 2443-0218, 5 (2).
- Nursalam. 2014. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pendekatan Praktis*. Jakarta: Penerbit Salemba Medika.
- Ningrum, E. W. dan T. Utami. 2017. Hubungan antara Status Gizi Stunting dan Perkembangan Balita Usia 24 - 59 Bulan. *Prosiding Seminar Nasional dan Presentasi Hasil - Hasil Penelitian Pengabdian Masyarakat*. ISBN 978-602-50798-0-1.
- Palino, I. L. 2017. Determinan Kejadian Stunting pada Balita Usia 12 - 59 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Puuwatu Kota Kendari Tahun 2016. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Kesehatan Masyarakat (JIMKESMAS)*. 2 (6) : 1-12.
- Prakhasita, R. C. 2018. Hubungan Pola Pemberian Makan dengan Kejadian *Stunting* pada Balita Usia 24 - 59 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Tambak Wedi Surabaya. *Skripsi*. Surabaya: Program Studi Pendidikan Ners Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.
- Swarjana, I. K. 2014. *Metodologi Penelitian Kesehatan Edisi Revisi*. Yogyakarta: Andi Offset.
- Sakti, E. S. 2018. *Pusat Data dan Informasi Pusdatin Menyusui Sebagai Dasar Kehidupan Tema Pekan ASI Sedunia, 1 - 7 Agustus 2018*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

Salman, F., Y. Arbie, dan Y. Humolungo. Hubungan Pengetahuan Gizi Ibu dengan Kejadian Stunting pada Anak Balita di Desa Buhu Kecamatan Talaga Jaya Kabupaten Gorontalo. *Health and Nutrition Journal*. 3 (1) : 42 - 50.

Sugiyono. 2017. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, Dan R & D*. Bandung: Alfabeta.

Sulistyoningsih, H. 2011. *Gizi Untuk Kesehatan Ibu Dan Anak*. Yogyakarta: Graha Ilmu.

Supariasa, I. N. 2017. *Penilaian Status Gizi Edisi 2*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.

Supariasa, I. D. N. dan C. M. Kusharto. 2014. *Survei Konsumsi Gizi*. Yogyakarta: Graha Ilmu.

Lampiran A. Pernyataan Persetujuan (*Informed Consent*)

Pernyataan Persetujuan Responden (*Informed Consent*)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Usia :

Alamat :

Dengan ini menyatakan bersedia menjadi responden dalam rangka membantu penelitian tugas akhir (skripsi) yang dilakukan oleh :

Nama : Yustira Hanin Mahisa

NIM : 162110101158

Judul : Jarak Kelahiran Anak dan Tingkat Pendidikan Ibu terhadap Pemberian Makanan Tambahan (PMT) pada Balita *Stunting* Usia 24 – 59 Bulan (Studi di Desa Cumedak Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember)

Prosedur penelitian ini tidak akan memberikan dampak atau resiko apapun pada saya sebagai responden. Saya telah diberi penjelasan mengenai hal tersebut dan saya telah diberikan kesempatan untuk bertanya mengenai hal – hal yang belum dimengerti dan telah mendapatkan jawaban yang jelas dan benar serta kerahasiaan jawaban wawancara yang saya berikan dijamin sepenuhnya oleh peneliti.

Dengan ini saya menyatakan secara sukarela dan tanpa paksaan dan tanpa tekanan untuk ikut sebagai responden dalam penelitian ini.

Jember, 2020

Responden,

(.....)

Lampiran B. Kuesioner Penelitian

KUESIONER PENELITIAN

Jarak Kelahiran Anak Dan Tingkat Pendidikan Ibu Terhadap Pemberian Makanan Tambahan (PMT) Balita *Stunting* Usia 24 – 59 Bulan

| | |
|--------------------------|--|
| No. Kuesioner | |
| Nama Pengumpul Data | |
| Tanggal Pengumpulan Data | |

I. Karakteristik Balita *Stunting*

| | | |
|---|---------------|--|
| 1 | Nama Balita | |
| 2 | Umur Balita | 1. 24–36 bulan 2. 37–48 bulan 3. 49–59 bulan |
| 3 | Jenis Kelamin | 1 = Laki – Laki 2 = Perempuan |

II. Karakteristik Responden (Ibu)

| | | |
|----|--------|---|
| 1. | Nama | |
| 2. | Umur | 1. 20 – 30 tahun 2. 31 – 50 tahun 3. > 50 tahun |
| 3. | Alamat | |

III. Tingkat Pendidikan Ibu

| | | |
|----|---------------------|---|
| 1. | Pendidikan Terakhir | 1. Tamat SD / sederajat 2. Tamat SMP / sederajat 3. Tamat SMA / sederajat 4. Sarjana / Tamat Perguruan Tinggi S1/D1/D2/D3 |
|----|---------------------|---|

| IV. Status Ekonomi Keluarga | | | |
|------------------------------------|--|--|------------------------------|
| No | Pertanyaan | Jawaban | Keterangan |
| 1. | Berapa penghasilan / pendapatan keluarga dalam sebulan? | a. $UMK \geq Rp. 2.355.662,90$ b. $UMK < Rp. 2.355.662,90$ | |
| 2. | Dari mana saja sumber penghasilan keluarga? | a. Suami b. Istri c. Keduanya d. Keluarga lain | Keluarga lain, sebutkan..... |
| 3. | Jenis Pekerjaan Ibu | 1. PNS/TNI/ Polri/ BUMN/ BUMD 2. Pegawai Swasta 3. Wiraswasta 4. Petani 5. Ibu Rumah Tangga 6. Buruh 7. Lainnya, sebutkan... | |
| V. Faktor Maternal Ibu | | | |
| 1. | Berapa jumlah anggota dalam keluarga ini? | a. ≤ 4 orang b. > 4 orang | Sebutkan,..... |
| 2. | Berapa jumlah anak dalam keluarga ini? | a. 2 anak b. > 2 anak | Sebutkan,..... |
| 3. | Berapa kurun waktu atau jarak kelahiran antara balita <i>stunting</i> dengan saudaranya? | a. < 2 tahun b. ≥ 2 tahun | |

VI. Aspek Pengetahuan Ibu tentang Pemberian Makanan Tambahan (PMT)

| No | Pertanyaan | Jawaban | Poin |
|----|---|---|------|
| 1. | Penyebab dari balita pendek atau <i>stunting</i> adalah... | a. Kekurangan protein b. Kekurangan karbohidrat c. Kekurangan vitamin | |
| 2. | Makanan Tambahan balita merupakan makanan tambahan yang diberikan pada anak usia... | a. 0 – 6 bulan b. 6 – 12 bulan c. 6 – 59 bulan | |
| 3. | Bentuk dari Makanan Tambahan balita menurut Kemenkes RI adalah.... | a. Susu b. Biskuit c. Bubur | |
| 4. | Pemberian Makanan Tambahan bagi balita sesuai aturan Kemenkes RI diberikan selama.... | a. Sehari sekali selama 30 hari (1 bulan) b. Sehari sekali selama 60 hari (2 bulan) c. Sehari sekali selama 90 hari (3 bulan) | |
| 5. | Pemberian Makanan Tambahan (PMT) pemulihan menurut Kemenkes RI bertujuan untuk.... | a. Mempertahankan status gizi normal b. Meningkatkan status gizi pada sasaran balita gizi kurang / buruk c. Menambah variasi jenis makanan | |
| 6. | Sumber Makanan Tambahan lokal yang harus diberikan pada balita diutamakan yang mengandung... | a. Sumber protein hewani dan nabati, vitamin, dan mineral b. Sumber karbohidrat, protein, dan lemak c. Sumber protein, lemak, vitamin dan mineral | |
| 7. | Pemberian Makanan Tambahan (PMT) pemulihan jenis lokal pada balita usia 24 – 59 bulan yaitu berupa... | a. ASI Eksklusif b. MP – ASI c. Makanan Keluarga | |

| No | Pertanyaan | Jawaban | Poin |
|-----|---|--|------|
| 8. | Pemberian Makanan Tambahan (PMT) jenis pabrikan (biskuit) pada balita usia 24 – 59 bulan diberikan sebanyak.... per hari. | a. 12 keping (3 bungkus) per hari b. 8 keping (2 bungkus) per hari c. 4 keping (1 bungkus) per hari | |
| 9. | Contoh makanan yang mengandung protein antara lain... | a. Buah dan sayur b. Tempe, tahu, dan ikan c. Nasi dan jagung | |
| 10. | Contoh makanan yang mengandung vitamin dan mineral antara lain... | a. Susu dan jagung b. Telur dan tempe c. Buah dan sayur | |
| 11. | Jadwal Pemberian Makanan Tambahan (PMT) pemulihan yang benar adalah... | a. Sebagai makanan selingan dua kali sehari (antara makan pagi dan siang, antara makan siang dan malam) b. 3 kali sehari seperti jadwal makan c. 1 kali per hari | |
| 12. | Pemantauan Pemberian Makanan Tambahan (PMT) dilakukan setiap... | c. Setiap minggu d. Setiap bulan e. Setiap hari | |
| 13. | Manfaat dari zat karbohidrat adalah.. | a. Sebagai sumber tenaga b. Sebagai zat pembangun atau memperbaiki sel – sel tubuh yang rusak c. Sebagai zat pengatur tubuh | |
| 14. | Manfaat dari zat protein adalah... | a. Sebagai sumber tenaga b. Sebagai zat pembangun atau memperbaiki sel – sel tubuh yang rusak c. Sebagai zat pengatur tubuh | |

| No | Pertanyaan | Jawaban | Poin |
|-----|--|--|------|
| 15. | Manfaat dari zat mineral adalah... | <ul style="list-style-type: none"> a. Sebagai sumber tenaga b. Sebagai zat pembangun atau memperbaiki sel – sel tubuh yang rusak c. Sebagai zat pengatur tubuh | |
| 16. | Contoh makanan tambahan pada balita yang apabila dikonsumsi terlalu sering akan berbahaya bagi tubuh adalah... | <ul style="list-style-type: none"> a. Biskuit b. Snack (jajanan instan) c. Susu | |
| 17. | Makanan tambahan lokal yang baik adalah makanan yang... | <ul style="list-style-type: none"> a. Mengandung bahan penyedap (MSG) dan bahan pengawet b. Mengandung zat gizi lengkap / dibuat sendiri (<i>homemade</i>) c. Mengenakkan dan mengenyangkan | |
| 18. | Balita <i>stunting</i> dianjurkan rutin mengonsumsi buah dan sayuran karena... | <ul style="list-style-type: none"> a. Dapat meningkatkan sistem imunitas untuk pemulihan b. Sebagai sumber energi c. Sebagai makanan pengganti makanan pokok | |
| 19. | Apabila kemasan makanan tambahan (MT) sudah rusak atau tidak layak sebaiknya... | <ul style="list-style-type: none"> a. Tetap diberikan pada balita b. Dibuang atau tidak dikonsumsi c. Kemasan dibuang, namun isinya tetap disimpan untuk dikonsumsi nanti | |
| 20. | Pemantauan berat badan dan tinggi badan balita <i>stunting</i> di posyandu idealnya dilakukan setiap... | <ul style="list-style-type: none"> a. Setiap bulan b. Setiap minggu c. Setiap hari | |

VII. Pemberian Makanan Tambahan (PMT) pada Balita *Stunting*

| No | Pertanyaan | Jawaban | Keterangan |
|----|---|--|------------|
| 1. | Apa jenis Makanan Tambahan (MT) yang diberikan pada balita <i>stunting</i> tersebut? | a. Makanan Tambahan Pabrikan, sebutkan.. b. Makanan Tambahan Lokal, sebutkan... | |
| 2. | Berapa kali ibu memberikan Makanan Tambahan (MT) tersebut pada balita <i>stunting</i> ? | a. Selama 90 hari (3 bulan) b. Selama < 90 hari (< 3 bulan) | |
| 3. | Apakah ibu memberikan makanan tambahan tersebut sesuai dengan jadwal yang diberikan? | a. Sesuai Jadwal b. Tidak Sesuai Jadwal | |

Kunci Jawaban**VI. Aspek Pengetahuan Ibu tentang Pemberian Makanan Tambahan****(PMT)**

- | | |
|-------|-------|
| 1. A | 13. A |
| 2. C | 14. B |
| 3. B | 15. C |
| 4. C | 16. B |
| 5. B | 17. B |
| 6. A | 18. A |
| 7. C | 19. B |
| 8. A | 20. A |
| 9. B | |
| 10. C | |
| 11. A | |
| 12. B | |



Lampiran D. Hasil Uji Validitas

Correlations

| | | Total Skor |
|----------------|---------------------|------------|
| Pengetahuan 1 | Pearson Correlation | .484** |
| | Sig. (2-tailed) | .007 |
| | N | 30 |
| Pengetahuan 2 | Pearson Correlation | .640** |
| | Sig. (2-tailed) | .000 |
| | N | 30 |
| Pengetahuan 3 | Pearson Correlation | .484** |
| | Sig. (2-tailed) | .007 |
| | N | 30 |
| Pengetahuan 4 | Pearson Correlation | .539** |
| | Sig. (2-tailed) | .002 |
| | N | 30 |
| Pengetahuan 5 | Pearson Correlation | .640** |
| | Sig. (2-tailed) | .000 |
| | N | 30 |
| Pengetahuan 6 | Pearson Correlation | .447* |
| | Sig. (2-tailed) | .013 |
| | N | 30 |
| Pengetahuan 7 | Pearson Correlation | .447* |
| | Sig. (2-tailed) | .013 |
| | N | 30 |
| Pengetahuan 8 | Pearson Correlation | .604** |
| | Sig. (2-tailed) | .000 |
| | N | 30 |
| Pengetahuan 9 | Pearson Correlation | .604** |
| | Sig. (2-tailed) | .000 |
| | N | 30 |
| Pengetahuan 10 | Pearson Correlation | .541** |
| | Sig. (2-tailed) | .002 |
| | N | 30 |
| Pengetahuan 11 | Pearson Correlation | .566** |
| | Sig. (2-tailed) | .001 |
| | N | 30 |
| Pengetahuan 12 | Pearson Correlation | .566** |
| | Sig. (2-tailed) | .001 |
| | N | 30 |
| Pengetahuan 13 | Pearson Correlation | .596** |
| | Sig. (2-tailed) | .001 |
| | N | 30 |
| Pengetahuan 14 | Pearson Correlation | .173 |
| | Sig. (2-tailed) | .361 |
| | N | 30 |

| | | |
|--|---------------------|--------|
| Pengetahuan 15 | Pearson Correlation | .311 |
| | Sig. (2-tailed) | .094 |
| | N | 30 |
| Pengetahuan 16 | Pearson Correlation | .596** |
| | Sig. (2-tailed) | .001 |
| | N | 30 |
| Pengetahuan 17 | Pearson Correlation | .026 |
| | Sig. (2-tailed) | .891 |
| | N | 30 |
| Pengetahuan 18 | Pearson Correlation | .436* |
| | Sig. (2-tailed) | .016 |
| | N | 30 |
| Pengetahuan 19 | Pearson Correlation | .541** |
| | Sig. (2-tailed) | .002 |
| | N | 30 |
| Pengetahuan 20 | Pearson Correlation | .173 |
| | Sig. (2-tailed) | .361 |
| | N | 30 |
| Pengetahuan 21 | Pearson Correlation | -.102 |
| | Sig. (2-tailed) | .590 |
| | N | 30 |
| Pengetahuan 22 | Pearson Correlation | .640** |
| | Sig. (2-tailed) | .000 |
| | N | 30 |
| Pengetahuan 23 | Pearson Correlation | .484** |
| | Sig. (2-tailed) | .007 |
| | N | 30 |
| Pengetahuan 24 | Pearson Correlation | .539** |
| | Sig. (2-tailed) | .002 |
| | N | 30 |
| Pengetahuan 25 | Pearson Correlation | .640** |
| | Sig. (2-tailed) | .000 |
| | N | 30 |
| Total Skor | Pearson Correlation | 1 |
| | Sig. (2-tailed) | |
| | N | 30 |
| **. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed). | | |
| *. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed). | | |

Lampiran E. Hasil Uji Reliabilitas

Reliability Statistics

| Cronbach's Alpha | N of Items |
|------------------|------------|
| .690 | 21 |

Item-Total Statistics

| | Scale Mean if Item Deleted | Scale Variance if Item Deleted | Corrected Item-Total Correlation | Cronbach's Alpha if Item Deleted |
|------------|----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| P1 | 40.43 | 12.461 | .362 | .675 |
| P2 | 40.40 | 13.490 | -.118 | .701 |
| P3 | 40.43 | 12.461 | .362 | .675 |
| P4 | 40.40 | 12.386 | .494 | .670 |
| P5 | 40.37 | 13.275 | .019 | .693 |
| P6 | 40.40 | 12.386 | .494 | .670 |
| P7 | 40.37 | 13.413 | -.084 | .697 |
| P8 | 40.37 | 13.275 | .019 | .693 |
| P9 | 40.37 | 13.413 | -.084 | .697 |
| P10 | 40.37 | 12.723 | .443 | .677 |
| P11 | 40.43 | 12.185 | .495 | .666 |
| P12 | 40.37 | 12.723 | .443 | .677 |
| P13 | 40.40 | 12.386 | .494 | .670 |
| P16 | 40.47 | 12.395 | .336 | .675 |
| P18 | 40.47 | 12.395 | .336 | .675 |
| P19 | 45.20 | 13.062 | .000 | .654 |
| P22 | 40.47 | 12.395 | .336 | .675 |
| P23 | 40.37 | 12.447 | .662 | .669 |
| P24 | 40.40 | 12.524 | .415 | .674 |
| P25 | 40.40 | 12.524 | .415 | .674 |
| Total Skor | 17.67 | 3.333 | 1.000 | .657 |

Lampiran F. Hasil Uji Bivariat Crosstabulation Chi-Square

1. Hubungan antara Kategori Tingkat Pemberian Makanan Tambahan (PMT) dengan Status *Stunting* pada Balita Usia 24 – 59 bulan di Desa Cumedak

Kategori AKG * Status Stunting Crosstabulation

| | | | Status Stunting | | Total |
|-------------|---------------|----------------------|-----------------|---------------|--------|
| | | | Pendek | Sangat Pendek | |
| KategoriAKG | Baik / Normal | Count | 11 | 14 | 25 |
| | | % within KategoriAKG | 44.0% | 56.0% | 100.0% |
| | Kurang | Count | 24 | 5 | 29 |
| | | % within KategoriAKG | 82.8% | 17.2% | 100.0% |
| Total | | Count | 35 | 19 | 54 |
| | | % within KategoriAKG | 64.8% | 35.2% | 100.0% |

Chi-Square Tests

| | Value | Df | Asymptotic Significance (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|--------------------|----|-----------------------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | 8.844 ^a | 1 | .003 | | |
| Continuity Correction ^b | 7.226 | 1 | .007 | | |
| Likelihood Ratio | 9.089 | 1 | .003 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | .004 | .003 |
| N of Valid Cases | 54 | | | | |

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,80.

b. Computed only for a 2x2 table

2. Hubungan antara Jumlah Anak yang Dilahirkan Ibu dengan Kategori Tingkat Pemberian Makanan Tambahan (PMT) pada Balita *Stunting* Usia 24 – 59 bulan di Desa Cumedak

Jumlah Anak * Kategori AKG Crosstabulation

| | | | Kategori AKG | | Total |
|-------------|----------|----------------------|---------------|--------|--------|
| | | | Baik / Normal | Kurang | |
| Jumlah Anak | 2 anak | Count | 18 | 18 | 36 |
| | | % within Jumlah Anak | 50.0% | 50.0% | 100.0% |
| | > 2 anak | Count | 7 | 11 | 18 |
| | | % within Jumlah Anak | 38.9% | 61.1% | 100.0% |
| Total | | Count | 25 | 29 | 54 |
| | | % within Jumlah Anak | 46.3% | 53.7% | 100.0% |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymptotic Significance (2- sided) | Exact Sig. (2- sided) | Exact Sig. (1- sided) |
|------------------------------------|-------------------|----|--|--------------------------|--------------------------|
| Pearson Chi-Square | .596 ^a | 1 | .440 | | |
| Continuity Correction ^b | .233 | 1 | .629 | | |
| Likelihood Ratio | .600 | 1 | .439 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | .565 | .316 |
| N of Valid Cases | 54 | | | | |

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,33.

b. Computed only for a 2x2 table

3. Hubungan antara Jarak Kelahiran Anak dengan Kategori Tingkat Pemberian Makanan Tambahan (PMT) pada Balita *Stunting* Usia 24 – 59 bulan di Desa Cumedak

Jarak Kelahiran Anak * KategoriAKG Crosstabulation

| | | | KategoriAKG | | Total |
|----------------------|------------|-------------------------------|---------------|--------|--------|
| | | | Baik / Normal | Kurang | |
| Jarak Kelahiran Anak | < 2 tahun | Count | 5 | 7 | 12 |
| | | % within Jarak Kelahiran Anak | 41.7% | 58.3% | 100.0% |
| | >- 2 tahun | Count | 20 | 22 | 42 |
| | | % within Jarak Kelahiran Anak | 47.6% | 52.4% | 100.0% |
| Total | | Count | 25 | 29 | 54 |
| | | % within Jarak Kelahiran Anak | 46.3% | 53.7% | 100.0% |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymptotic Significance (2- sided) | Exact Sig. (2- sided) | Exact Sig. (1- sided) |
|------------------------------------|-------------------|----|--|--------------------------|--------------------------|
| Pearson Chi-Square | .133 ^a | 1 | .715 | | |
| Continuity Correction ^b | .001 | 1 | .971 | | |
| Likelihood Ratio | .134 | 1 | .715 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | .755 | .487 |
| N of Valid Cases | 54 | | | | |

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,56.

b. Computed only for a 2x2 table

4. Hubungan antara Tingkat Pendidikan Ibu dengan Kategori Tingkat Pemberian Makanan Tambahan (PMT) pada Balita *Stunting* Usia 24 – 59 bulan di Desa Cumedak

Kategori Pendidikan * Kategori AKG Crosstabulation

| | | | Kategori AKG | | Total |
|---------------------|--------|------------------------------|---------------|--------|--------|
| | | | Baik / Normal | Kurang | |
| Kategori Pendidikan | Rendah | Count | 13 | 26 | 39 |
| | | % within Kategori Pendidikan | 33.3% | 66.7% | 100.0% |
| | Tinggi | Count | 12 | 3 | 15 |
| | | % within Kategori Pendidikan | 80.0% | 20.0% | 100.0% |
| Total | | Count | 25 | 29 | 54 |
| | | % within Kategori Pendidikan | 46.3% | 53.7% | 100.0% |

Chi-Square Tests

| | Value | Df | Asymptotic Significance (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|--------------------|----|-----------------------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | 9.489 ^a | 1 | .002 | | |
| Continuity Correction ^b | 7.705 | 1 | .006 | | |
| Likelihood Ratio | 9.903 | 1 | .002 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | .003 | .002 |
| N of Valid Cases | 54 | | | | |

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,94.

b. Computed only for a 2x2 table

5. Hubungan antara Tingkat Pengetahuan Gizi Ibu dengan Kategori Tingkat Pemberian Makanan Tambahan (PMT) pada Balita *Stunting* Usia 24 – 59 bulan di Desa Cumedak

Kategori Skor * Kategori AKG Crosstabulation

| | | | Kategori AKG | | Total |
|---------------|--------|------------------------|---------------|--------|--------|
| | | | Baik / Normal | Kurang | |
| Kategori Skor | Rendah | Count | 0 | 16 | 16 |
| | | % within Kategori Skor | 0.0% | 100.0% | 100.0% |
| | Sedang | Count | 17 | 13 | 30 |
| | | % within Kategori Skor | 56.7% | 43.3% | 100.0% |
| | Tinggi | Count | 8 | 0 | 8 |
| | | % within Kategori Skor | 100.0% | 0.0% | 100.0% |
| Total | | Count | 25 | 29 | 54 |
| | | % within Kategori Skor | 46.3% | 53.7% | 100.0% |

Chi-Square Tests

| | Value | Df | Asymptotic Significance (2- sided) |
|--------------------|---------------------|----|--|
| Pearson Chi-Square | 24.371 ^a | 2 | .000 |
| Likelihood Ratio | 33.509 | 2 | .000 |
| N of Valid Cases | 54 | | |

a. 2 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.70.

6. Hubungan antara Tingkat Pengetahuan Gizi Ibu dengan Tingkat Pendidikan Ibu Balita *Stunting* Usia 24 – 59 bulan di Desa Cumedak

Kategori Skor * Kategori Pendidikan Crosstabulation

| | | | Kategori Pendidikan | | Total |
|---------------|--------|------------------------|---------------------|--------|--------|
| | | | Rendah | Tinggi | |
| Kategori Skor | Rendah | Count | 15 | 1 | 16 |
| | | % within Kategori Skor | 93.8% | 6.3% | 100.0% |
| | Sedang | Count | 23 | 7 | 30 |
| | | % within Kategori Skor | 76.7% | 23.3% | 100.0% |
| | Tinggi | Count | 1 | 7 | 8 |
| | | % within Kategori Skor | 12.5% | 87.5% | 100.0% |
| Total | | Count | 39 | 15 | 54 |
| | | % within Kategori Skor | 72.2% | 27.8% | 100.0% |

Chi-Square Tests

| | Value | Df | Asymptotic Significance (2- sided) |
|--------------------|---------------------|----|--|
| Pearson Chi-Square | 18.215 ^a | 2 | .000 |
| Likelihood Ratio | 17.705 | 2 | .000 |
| N of Valid Cases | 54 | | |

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,22.

Lampiran G. Lampiran Dokumentasi Penelitian



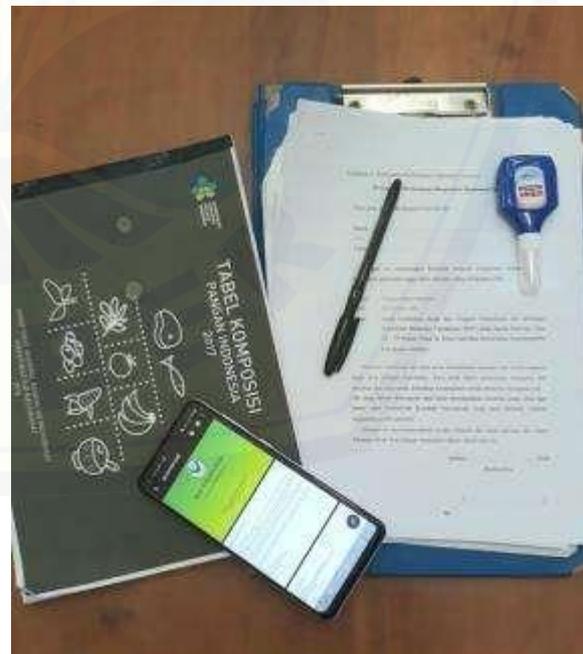
Gambar 1. Penandatanganan Persetujuan Responden



Gambar 2. Kegiatan Wawancara



Gambar 3. Wawancara *Food Recall* 2 x 24 Jam



Gambar 4. Instrumen Penelitian berupa Kuesioner, Model Foto Makanan dan TKPI

DAFTAR PENERIMA BANTUAN DESA CUMEDAK PKM SUMBERJAMBE

| NO | NAMA | USIA | RS | TD | ALAMAT/ DURIAN | NAMA ORANG TUA | HPIS BANTUAN | PTD MURSU KE |
|----|--------|------|----|----|-----------------|--------------------|--------------|--------------------|
| 1 | MUKALI | 74 | 75 | | D.20 KRAJAN | MADIRIYH/ MUWFI | | <i>[Signature]</i> |
| 2 | SALSA | 84 | 74 | | D.10 KRAJAN | ABDULLAH/ MISTATI | | <i>[Signature]</i> |
| 3 | SIFA | 9 | 75 | | D.12 S. CANTING | USMATIIN / IUMAMBI | | <i>[Signature]</i> |
| 4 | ASMA | 8 | 85 | | D.12 S. B. T. | DALALUDDIN | | <i>[Signature]</i> |
| 5 | WIRDIH | 4 | 76 | | D.14 S. B. B. | WASSI/ AGUS | | <i>[Signature]</i> |
| 6 | | | | | | | | <i>[Signature]</i> |
| 7 | | | | | | | | <i>[Signature]</i> |
| 8 | | | | | | | | <i>[Signature]</i> |
| 9 | | | | | | | | <i>[Signature]</i> |
| 10 | | | | | | | | <i>[Signature]</i> |

Gambar 5. Contoh Daftar Penerima Bantuan PMT Desa Cumedak



Gambar 6 dan 7. Foto bersama Responden



Gambar 8. Contoh Produk Makanan Tambahan Balita *Stunting*



Lampiran H. Surat Pernyataan (*Informed Consent*) yang Sudah Ditandatangani

Lampiran A. Pernyataan Persetujuan (*Informed Consent*)

Pernyataan Persetujuan Responden (*Informed Consent*)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Santi
Usia : 27 tahun
Alamat : Krajan RT4 RW 2

Dengan ini menyatakan bersedia menjadi responden dalam rangka membantu penelitian tugas akhir (skripsi) yang dilakukan oleh :

Nama : Yustira Hanin Mahisa
NIM : 162110101158
Judul : Jarak Kelahiran Anak dan Tingkat Pendidikan Ibu terhadap Pemberian Makanan Tambahan (PMT) pada Balita *Stunting* Usia 24 – 59 Bulan (Studi di Desa Cumedak Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember)

Prosedur penelitian ini tidak akan memberikan dampak atau resiko apapun pada saya sebagai responden. Saya telah diberi penjelasan mengenai hal tersebut dan saya telah diberikan kesempatan untuk bertanya mengenai hal – hal yang belum dimengerti dan telah mendapatkan jawaban yang jelas dan benar serta kerahasiaan jawaban wawancara yang saya berikan dijamin sepenuhnya oleh peneliti.

Dengan ini saya menyatakan secara sukarela dan tanpa paksaan dan tanpa tekanan untuk ikut sebagai responden dalam penelitian ini.

Jember, 22 Juni 2020
Responden,
(Jas)

Lampiran A. Pernyataan Persetujuan (*Informed Consent*)**Pernyataan Persetujuan Responden (*Informed Consent*)**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Bu Yayuk
Usia : 35 tahun
Alamat : Sumberbalin RT 3 RW 3

Dengan ini menyatakan bersedia menjadi responden dalam rangka membantu penelitian tugas akhir (skripsi) yang dilakukan oleh :

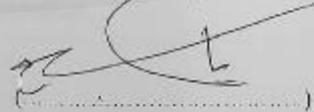
Nama : Yustira Hanin Mahisa
NIM : 162110101158
Judul : Jarak Kelahiran Anak dan Tingkat Pendidikan Ibu terhadap Pemberian Makanan Tambahan (PMT) pada Balita *Stunting* Usia 24 – 59 Bulan (Studi di Desa Cumedak Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember)

Prosedur penelitian ini tidak akan memberikan dampak atau resiko apapun pada saya sebagai responden. Saya telah diberi penjelasan mengenai hal tersebut dan saya telah diberikan kesempatan untuk bertanya mengenai hal – hal yang belum dimengerti dan telah mendapatkan jawaban yang jelas dan benar serta kerahasiaan jawaban wawancara yang saya berikan dijamin sepenuhnya oleh peneliti.

Dengan ini saya menyatakan secara sukarela dan tanpa paksaan dan tanpa tekanan untuk ikut sebagai responden dalam penelitian ini.

Jember, 27 Juni 2020

Responden,


(.....)

Lampiran A. Pernyataan Persetujuan (*Informed Consent*)**Pernyataan Persetujuan Responden (*Informed Consent*)**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : Muh Simah
Usia : 23 tahun
Alamat : Sumber Canggih RT4 RW 1

Dengan ini menyatakan bersedia menjadi responden dalam rangka membantu penelitian tugas akhir (skripsi) yang dilakukan oleh :

Nama : Yustira Hanin Mahisa
NIM : 162110101158
Judul : Jarak Kelahiran Anak dan Tingkat Pendidikan Ibu terhadap Pemberian Makanan Tambahan (PMT) pada Balita *Stunting* Usia 24 – 59 Bulan (Studi di Desa Cumedak Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember)

Prosedur penelitian ini tidak akan memberikan dampak atau resiko apapun pada saya sebagai responden. Saya telah diberi penjelasan mengenai hal tersebut dan saya telah diberikan kesempatan untuk bertanya mengenai hal – hal yang belum dimengerti dan telah mendapatkan jawaban yang jelas dan benar serta kerahasiaan jawaban wawancara yang saya berikan dijamin sepenuhnya oleh peneliti.

Dengan ini saya menyatakan secara sukarela dan tanpa paksaan dan tanpa tekanan untuk ikut sebagai responden dalam penelitian ini.

Jember, 1 Juli 2020

Responden,



(.....)

Lampiran A. Pernyataan Persetujuan (*Informed Consent*)**Pernyataan Persetujuan Responden (*Informed Consent*)**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ratih
Usia : 35 tahun
Alamat : Sumber balin RT 5 RW 1

Dengan ini menyatakan bersedia menjadi responden dalam rangka membantu penelitian tugas akhir (skripsi) yang dilakukan oleh :

Nama : Yustira Hanin Mahisa
NIM : 162110101158
Judul : Jarak Kelahiran Anak dan Tingkat Pendidikan Ibu terhadap Pemberian Makanan Tambahan (PMT) pada Balita *Stunting* Usia 24 – 59 Bulan (Studi di Desa Cumedak Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember)

Prosedur penelitian ini tidak akan memberikan dampak atau resiko apapun pada saya sebagai responden. Saya telah diberi penjelasan mengenai hal tersebut dan saya telah diberikan kesempatan untuk bertanya mengenai hal – hal yang belum dimengerti dan telah mendapatkan jawaban yang jelas dan benar serta kerahasiaan jawaban wawancara yang saya berikan dijamin sepenuhnya oleh peneliti.

Dengan ini saya menyatakan secara sukarela dan tanpa paksaan dan tanpa tekanan untuk ikut sebagai responden dalam penelitian ini.

Jember, 6 Juli 2020

Responden,

(Ratih)
Ratih

Lampiran A. Pernyataan Persetujuan (*Informed Consent*)Pernyataan Persetujuan Responden (*Informed Consent*)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Sumprati
Usia : 38 tahun
Alamat : Palenan RT 5 RW 1

Dengan ini menyatakan bersedia menjadi responden dalam rangka membantu penelitian tugas akhir (skripsi) yang dilakukan oleh :

Nama : Yustira Hanin Mahisa
NIM : 162110101158
Judul : Jarak Kelahiran Anak dan Tingkat Pendidikan Ibu terhadap Pemberian Makanan Tambahan (PMT) pada Balita *Stunting* Usia 24 - 59 Bulan (Studi di Desa Cumedak Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember)

Prosedur penelitian ini tidak akan memberikan dampak atau resiko apapun pada saya sebagai responden. Saya telah diberi penjelasan mengenai hal tersebut dan saya telah diberikan kesempatan untuk bertanya mengenai hal-hal yang belum dimengerti dan telah mendapatkan jawaban yang jelas dan benar serta kerahasiaan jawaban wawancara yang saya berikan dijamin sepenuhnya oleh peneliti.

Dengan ini saya menyatakan secara sukarela dan tanpa paksaan dan tanpa tekanan untuk ikut sebagai responden dalam penelitian ini.

Jember, 10 Juli 2020
Responden,

(Sumprati)

Lampiran A. Pernyataan Persetujuan (*Informed Consent*)**Pernyataan Persetujuan Responden (*Informed Consent*)**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Pina
Usia : 28 tahun
Alamat : Sumber balin RT 1 RW 3

Dengan ini menyatakan bersedia menjadi responden dalam rangka membantu penelitian tugas akhir (skripsi) yang dilakukan oleh :

Nama : Yustira Hanin Mahisa
NIM : 162110101158
Judul : Jarak Kelahiran Anak dan Tingkat Pendidikan Ibu terhadap Pemberian Makanan Tambahan (PMT) pada Balita *Stunting* Usia 24 – 59 Bulan (Studi di Desa Cumedak Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember)

Prosedur penelitian ini tidak akan memberikan dampak atau resiko apapun pada saya sebagai responden. Saya telah diberi penjelasan mengenai hal tersebut dan saya telah diberikan kesempatan untuk bertanya mengenai hal – hal yang belum dimengerti dan telah mendapatkan jawaban yang jelas dan benar serta kerahasiaan jawaban wawancara yang saya berikan dijamin sepenuhnya oleh peneliti.

Dengan ini saya menyatakan secara sukarela dan tanpa paksaan dan tanpa tekanan untuk ikut sebagai responden dalam penelitian ini.

Jember, 11 Juli 2020

Responden,

(.....)

Lampiran I. Surat Izin Penelitian dan Etik Penelitian

 **PEMERINTAH DAERAH KABUPATEN JEMBER**
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
 Jalan Letjen S Parman No. 89 ■ 337853 Jember

Kepada
 Yth. Sdr. 1. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Jember
 2. Camat Sumberjambe Kab. Jember
 di -
JEMBER

SURAT REKOMENDASI
 Nomor : 072/732/415/2020

Tentang
PENELITIAN

Dasar : 1. Permendagri RI Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan atas Permendagri RI Nomor 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi penelitian
 2. Peraturan Bupati Jember No. 46 Tahun 2014 tentang Pedoman Penerbitan Surat Rekomendasi Penelitian Kabupaten Jember

Memperhatikan : Surat Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember tanggal 28 Mei 2020 Nomor : 1984/UN25.1.12/SP/2020 perihal Rekomendasi

MEREKOMENDASIKAN

Nama / NIM. : Yustira Hanin Mahisa / 162110101158
 Instansi : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
 Alamat : Jln. Kalimantan 37 Kampus Bumi Tegal Boto Jember
 Keperluan : Mengadakan penelitian untuk penyusunan Skripsi dengan judul : "Hubungan Jarak Kelahiran Anak dan Tingkat Pendidikan Ibu dengan Pemberian Makanan Tambahan (PMT) Balita Stunting Usia 24 – 59 Bulan (Studi di Desa Cumedak Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember)"

Lokasi : • Dinas Kesehatan Kabupaten Jember
 • Kantor Kecamatan Sumberjambe Kab. Jember
 • Kantor Desa Cumedak Kec. Sumberjambe Kab. Jember

Waktu Kegiatan : Juni s/d Nopember 2020

Apabila tidak bertentangan dengan kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud.

1. Kegiatan dimaksud benar-benar untuk kepentingan Pendidikan
 2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas politik
 3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ditetapkan di : Jember
 Tanggal : 04-06-2020
 An. KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK
 KABUPATEN JEMBER
 Wakil Kepala Strategis dan Politis


 ACHMAD DAVI F., S.Sos
 Pembina
 NIP. 196909121996021001

Tembusan :
 Yth. Sdr. : 1. Dekan FKM Universitas Jember;
 2. Yang Bersangkutan.



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
KECAMATAN SUMBERJAMBE
 Jalan PB. Sudirman Nomor 69 Telepon 0331-566552
SUMBERJAMBE 68195

Sumberjambe, 04 Juni 2020

Nomor : 072/ ~~58~~ /35.09.31/2020
 Sifat : Penting
 Lampiran: -
 Perihal : **Rekomendasi Ijin Kegiatan Penelitian**

Kepada :
 Yth. Sdr. Kepala Desa Cumedak
 Kecamatan Sumberjambe
 Di,-
CUMEDAK

Berdasarkan surat dari Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Jember Nomor : 072/732/415/2020 tanggal 04 Juni 2020 perihal seperti pada pokok surat, bersama ini disampaikan bahwa :

Nama / NIM : Yustira Hanin Mahisa / 162110101158
 Instansi : Fakultas Kesehatan Masyarakat
 Universitas Jember
 Alamat : Jl. Kalimantan 37 Kampus Tegal Boto Jember
 Keperluan : Mengadakan penelitian dengan judul :
"Hubungan Jarak Kelahiran Anak dan Tingkat Pendidikan Ibu dengan Pemberian Makanan Tambahan (PMT) Balita Stunting Usia 24 - 59 Bulan (Studi di Desa Cumedak Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember)"
 Lokasi : Desa Cumedak
 Kecamatan Sumberjambe
 Waktu Kegiatan : Bulan Juni s/d Nopember 2020

Apabila tidak bertentangan dengan kewenangan dan ketentuan yang berlaku, harap Saudara memberi bantuan tempat dan/atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud.

1. Kegiatan dimaksud benar-benar untuk kepentingan Pendidikan
2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas politik.
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.


Drs. RUSDIYANTO
 Pembina
 NIP. 19680906 199503 1 003



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
DINAS KESEHATAN

Jl. Srikoyo 103 Jember Telp. (0331) 487577 Fax (0331) 426624 JSC FAL (0331) 425222

Website : dtkes.jemberkab.go.id, E-mail : dinas.kesehatan@jemberkab.go.id

JEMBER

Kode Pos 68111

Jember, 05 Juni 2020

Nomor : 440 / 1958 / 311 / 2020
Sifat : Penting
Lampiran : -
Perihal : Penelitian

Kepada :
Yth. Sdr. Kepala Bidang Kesmas
Dinas Kesehatan Kab. Jember
Plt. Kepala Puskesmas Sumberjambe
di

JEMBER

Menindak lanjuti surat Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember Nomor : 072/752/415/2020, Tanggal 04 Juni 2020, Perihal Ijin Penelitian, dengan ini harap saudara dapat memberikan data seperlunya kepada :

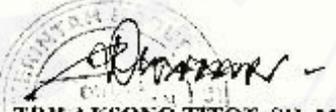
Nama : Yustira Hanin Mahisa
NIM : 1621101011158
Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 kampus Tegol Boto Jember
Fakultas : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
Keperluan : Melaksanakan Penelitian, Terkait:
Hubungan Jarak Kelahiran Anak dan Tingkat Pendidikan Ibu dengan Pemberian Makanan Tambahan (PMT) Balita Stunting Usia 24 - 59 Bulan (Studi di Desa Cumedak Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember)
Waktu Pelaksanaan : 05 Juni 2020 s/d 05 Nopember 2020

Sehubungan dengan hal tersebut pada prinsipnya kami tidak keberatan, dengan catatan:

1. Penelitian ini benar-benar untuk kepentingan penelitian
 2. Tidak dibenarkan melakukan aktifitas politik
 3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan & melakukan social distancing
 4. Menyerahkan hasil kegiatan studi terkait dalam bentuk *Softcopy* / CD ke Sub Bag Perencanaan dan Pelaporan Dinas Kesehatan Kab. Jember
- Selanjutnya Saudara dapat memberi bimbingan dan arahan kepada yang bersangkutan.

Demikian dan atas perhatiannya disampaikan terima kasih.

An. KEPALA DINAS KESEHATAN
KABUPATEN JEMBER
Sekretaris


TRIAKSONO TITOT, SH, M.Si
Pembina Tk.I
NIP. 19620602 199203 1 006

Tembusan:
Yth. Sdr. Yang bersangkutan
di Tempat



KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN (KEPK)
 FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI UNIVERSITAS JEMBER
 (THE ETHICAL COMMITTEE OF MEDICAL RESEARCH
 FACULTY OF DENTISTRY UNIVERSITAS JEMBER)

ETHIC COMMITTEE APPROVAL

No.930/UN25.8/KEPK/DL/2020

Title of research protocol : The Relationship of Children Birth Interval and Mother Education Levels by Giving Additional Food on Toddler Stunting Age 24-59 Mounths [Study in Cumedak Village, Sumberjambe Sub-District, Jember District,]"

Document Approved : Research Protocol

Principal investigator : Yustira Hanin Mahisa

Member of research : _

Responsible Physician : Yustira Hanin Mahisa

Date of approval : Juni-November 2020

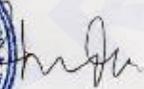
Place of research : Desa Cumedak, Kecamatan Sumberjambe, Kabupaten Jember

The Research Ethic Committee Faculty of Dentistry Universitas Jember States That the above protocol meets the ethical principle outlined and therefore can be carried out.

Jember, June 18th 2020

Dean of Faculty of Dentistry
 Universitas Jember

 (dra. R. Raharayan P. M. Kes. Sp. Pros.)

Chairperson of Research Ethics Committee
 Faculty of Dentistry Universitas Jember

 (Prof. Dr. dra. Dewa Ayu Ratna Dewanti, M.Si.)