

**ANALISIS MULTILEVEL KETAHANAN KELUARGA DAN POSYANDU  
SEBAGAI FAKTOR RESIKO *STUNTING*  
DI KABUPATEN LAMPUNG SELATAN  
TAHUN 2021**

**TESIS**

Oleh

**NELLY YUANA**



**PROGRAM STUDI MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS LAMPUNG  
BANDAR LAMPUNG  
TAHUN 2021**

## ABSTRAK

### **Analisis Multilevel Ketahanan Keluarga dan Posyandu Sebagai Faktor Resiko *Stunting* di Kabupaten Lampung Selatan Tahun 2021**

Oleh

**NELLY YUANA**

Setiap negara di dunia mengalami permasalahan gizi, sebanyak 150.8 juta jiwa mengalami *stunting*, Indonesia adalah negara ranking ke 5 dengan jumlah balita tertinggi mengalami *stunting* yaitu sebanyak 3,9 %. *Stunting* disebabkan oleh factor multidimensi dan tidak hanya disebabkan oleh faktor gizi buruk yang dialami oleh ibu hamil maupun anak balita, salah satunya adalah ketahanan keluarga dan posyandu. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis ketahanan keluarga dan posyandu sebagai faktor resiko *stunting* di Kabupaten Lampung Selatan tahun 2021. Jenis penelitian analitik observasional dengan pendekatan *cross sectional*. Penelitian dilaksanakan pada bulan Juni 2021 - Juli 2021. Sampel dipilih secara *cluster random sampling* sebanyak 252 subjek. Teknik pengumpulan data menggunakan kuesioner, pengolahan data dengan analisis regresi logistik multilevel.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa keutuhan keluarga (OR=3.87; CI 95% =1.25-11.94;  $p$  0.019), ketahanan fisik anggota keluarga (OR=16.96; CI 95% =4.23-68;  $p$ <0.001), dan ketahanan fisik tempat tinggal (OR=5.68; CI 95% =2.94-5.59;  $p$  <0.001), merupakan faktor resiko *stunting*, riwayat penyakit infeksi dalam anggota keluarga (OR=0.10; CI 95% =0.03-0.35;  $p$  <0.001) merupakan faktor protektif *stunting*, ketahanan ekonomi keluarga (OR=2.59; CI 95% =0.60 - 11.17;  $p$  0.202), kekerasan dalam rumah tangga (OR=1.79; CI 95% =0.38 - 8.48;  $p$  0.458), paparan asap rokok dalam rumah (OR=0.65; CI 95% =0.14 - 2.95;  $p$  0.579) bukan merupakan faktor resiko *stunting* dan posyandu memiliki pengaruh kontekstual terhadap kejadian *stunting* dengan ICC 22.41% di Kabupaten Lampung Selatan tahun 2021. Sehingga disarankan pengaruh kontekstual posyandu tidak bisa diabaikan.

Kata kunci : *stunting*, ketahanan keluarga, posyandu, faktor resiko, multilevel

## **ABSTRACT**

### ***Multilevel Analysis of Family Resilience and Posyandu as Stunting Risk Factors in South Lampung Regency in 2021***

**By**

**NELLY YUANA**

*Every country in the world experiences nutritional problems, as many as 150.8 million people are stunted, Indonesia is the 5th ranked country with the highest number of toddlers experiencing stunting, which is 3.9%. Stunting is caused by multidimensional factors and is not only caused by poor nutrition experienced by pregnant women and children under five, one of which is family resilience and posyandu. This study aims to analyze family resilience and posyandu as a risk factor for stunting in South Lampung Regency in 2021. This type of observational analytic study with a cross sectional approach. The study was conducted in June 2021 - July 2021. The sample was selected by cluster random sampling as many as 252 subjects. Data collection techniques using questionnaires, data processing with multilevel logistic regression analysis.*

*The results showed that family integrity (OR=3.87; 95% CI = 1.25-11.94; p 0.019), physical resilience of family members (OR=16.96; 95% CI = 4.23-68; p<0.001), and physical resilience of residence. (OR=5.68; 95% CI = 2.94-5.59; p <0.001), is a risk factor for stunting, a history of infectious disease in family members (OR=0.10; 95% CI = 0.03-0.35; p <0.001) is a protective factor for stunting, family economic resilience (OR = 2.59; 95% CI = 0.60 - 11.17; p 0.202), domestic violence (OR = 1.79; 95% CI = 0.38 - 8.48; p 0.458), exposure to cigarette smoke in the house (OR = 0.65; 95% CI = 0.14 - 2.95; p 0.579) is not a risk factor for stunting and posyandu has a contextual effect on stunting with an ICC of 22.41% in South Lampung Regency in 2021. So it is suggested that the contextual influence of posyandu cannot be ignored.*

*Keywords: stunting, family resilience, posyandu, risk factors, multilevel*

**ANALISIS MULTILEVEL KETAHANAN KELUARGA DAN POSYANDU  
SEBAGAI FAKTOR RESIKO *STUNTING*  
DI KABUPATEN LAMPUNG SELATAN  
TAHUN 2021**

**Oleh**

**NELLY YUANA**

**TESIS**

**Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar  
MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT**

**Pada  
Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat  
Fakultas Kedokteran Universitas Lampung**



**FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS LAMPUNG  
BANDAR LAMPUNG  
TAHUN 2021**

Judul Tesis : Analisis Multilevel Ketahanan Keluarga dan Posyandu  
Sebagai Faktor Resiko *Stunting* di Kabupaten Lampung  
Selatan Tahun 2021

Nama Mahasiswa : Nelly Yuana

NPM : 1928021001

Program Studi : Magister Kesehatan Masyarakat

Fakultas : Kedokteran



DR. dr. Ta. Larasati, S.Ked., M.Kes., FISCM., FISP  
NIP. 19770618 200501 2012

DR. dr. Khairun Nisa, S.Ked., M.Kes., AIFO  
NIP. 197402262001122002

Ketua Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat

DR. dr. Susianti, S.Ked., M.Sc.  
NIP. 19780805 200501 2 003

**MENGESAHKAN**

**1. Tim Penguji**

**Ketua : DR. dr. Ta. Larasati, S.Ked., M.Kes., FISC.M., FISPH**

**Sekretaris : DR. dr. Khairun Nisa, S.Ked., M.Kes., AIFO**

**Anggota : Prof. DR. Dyah Wulan SRW, SKM., M.Kes**

**Anggota : DR. dr. Betta Kurniawan, S.Ked., M.Kes**

**2. Dekan Fakultas Kedokteran**

**Prof. DR. Dyah Wulan SRW, SKM., M.Kes**

**NIP. 19720628 199702 2 001**

**Tanggal Lulus Ujian Tesis : 10 Agustus 2021**

## LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan dengan sebenarnya bahwa :

1. Tesis dengan judul “ANALISIS MULTILEVEL KETAHANAN KELUARGA DAN POSYANDU SEBAGAI FAKTOR RESIKO *STUNTING* DI KABUPATEN LAMPUNG SELATAN TAHUN 2021” adalah hasil karya sendiri dan tidak melakukan penjiplakan atau pengutipan atas karya penulis lain dengan cara tidak sesuai tata etika ilmiah yang berlaku dalam masyarakat akademik atau yang disebut plagiarisme.
2. Hak intelektual dan karya ilmiah ini diserahkan sepenuhnya kepada Universitas Lampung.

Atas pernyataan ini, apabila dikemudian hari ternyata ditemukan adanya ketidakbenaran, saya bersedia menanggung akibat serta sanksi yang diberikan, saya bersedia serta sanggup dituntut sesuai hukum yang berlaku.

Bandar Lampung, 11 Agustus 2021

Pembuat pernyataan,



Nelly Yuana

NPM 1928021001

## **RIWAYAT HIDUP**

Penulis dilahirkan di Sumberejo, Kabupaten Tanggamus pada tanggal 08 Juli 1982, sebagai anak kedua dari empat bersaudara, dari Bapak Ferly dan Ibu Zaryati.

Pendidikan Sekolah Dasar (SD) diselesaikan di SDN 1 Banding Agung, Talang Padang, Lampung Selatan pada tahun 1994, Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama (SLTP) di SLTPN 1 Talang Padang, Tanggamus pada tahun 1997, dan Sekolah Menengah Umum (SMU) di SMUN 2 Bandar Lampung pada tahun 2000

Tahun 2000, penulis terdaftar sebagai mahasiswa DIII Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Tanjung Karang melalui jalur Sipensimaru, lulus pada tahun 2003, dan pada tahun 2004 penulis melanjutkan pendidikan DIV Kebidanan di Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran Bandung lulus pada tahun 2005. Penulis sejak tahun 2010 tercatat sebagai pegawai ASN di Pemerintahan Kabupaten Lampung Selatan dan bertugas di Puskesmas Tanjung Agung.

**Karya Tulis Ini Saya Persembahkan Untuk**  
**Suami Saya DR. Drs. Iswandi, MDN, MM, M.Sc.**  
**Dan**  
**Gadis Kecilku Alila Belawa**

## SANWACANA

Puji syukur penulis ucapkan kehadirat Tuhan yang Maha Esa, karena atas rahmat dan hidayah-Nya tesis ini dapat diselesaikan. Tesis dengan judul “Analisis Multilevel Ketahanan Keluarga dan Posyandu sebagai Faktor Resiko *Stunting* di Kabupaten Lampung Selatan Tahun 2021” adalah salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kedokteran Universitas Lampung.

Dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terimakasih kepada yth :

1. Bapak Prof. DR. Karomani, M.Si. selaku Rektor Universitas Lampung;
2. Ibu Prof. DR. Dyah Wulan SRW., SKM., M.Kes. selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Lampung dan Pembahas Pertama yang telah memberikan banyak masukan dan nasehat selama penyelesaian tesis ini;
3. Ibu DR. dr. Susianti, S.Ked., M. Sc. selaku Ketua Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lampung;
4. Ibu DR. dr. Ta. Larasati, S.Ked., M.Kes., FISC.M., FISPH. selaku Pembimbing Pertama atas semua saran, motivasi, bimbingan, dan pengarahan dalam penyusunan tesis ini;
5. Ibu DR. dr. Khairun Nisa Berawi, S.Ked., M.Kes., AIFO. selaku Pembimbing kedua atas semua saran, motivasi, bimbingan, dan pengarahan dalam penyusunan tesis ini;
6. Bapak DR. dr. Betta Kurniawan, S.Ked., M.Kes. selaku Pembahas Kedua yang telah memberikan banyak masukan dan nasehat selama penyelesaian tesis ini;

7. Ibu Prof. DR. Mahrinasari, S. E, M.Sc. selaku Dosen Pembimbing Akademik atas semua bantuan, bimbingan dan saran selama menyelesaikan Studi Magister Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kedokteran Universitas Lampung.
8. Kepala Badan Kepegawaian dan Diklat Kabupaten Lampung Selatan yang telah memberi izin belajar, melalui surat nomor 892/180.a28/V.05/2020 tentang pemberian izin belajar, tertanggal 24 Februari 2020;
9. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Lampung Selatan yang telah memberi izin belajar, melalui surat nomor 895.6/0340/IV.03/2020, tertanggal 16 Januari 2020;
10. Terima kasih kepada kedua orang tua Mamah Zaryati dan Bak Ferly Basmi Muroz, Ayunda Dina Serly, Adinda Ayunda Aulia, dan Adinda Ulya Cici Milana yang selalu memberikan semangat dan doa hingga tesis ini dapat terselesaikan;

Bandar Lampung, Agustus 2021,

Nelly Yuana

## DAFTAR ISI

Halaman

<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	i
<b>ABSTRAK</b> .....	ii
<b>ABSTRACT</b> .....	iii
<b>LEMBAR PERSETUJUAN</b> .....	iv
<b>LEMBAR PENGESAHAN</b> .....	v
<b>RIWAYAT HIDUP</b> .....	vi
<b>PERSEMBAHAN</b> .....	vii
<b>SANWACANA</b> .....	viii
<b>DAFTAR ISI</b> .....	x
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	xii
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	xiii
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	xiv
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	7
1.3 Tujuan Penelitian.....	7
1.4 Manfaat Penelitian.....	8
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1 Landasan Teori .....	9
2.2 Penelitian Terdahulu.....	42
2.3 Kerangka Teoritis .....	52
2.4 Kerangka Konsep .....	53
2.5 Hipotesis.....	53

### **BAB III METODE PENELITIAN**

3.1	Jenis Penelitian .....	54
3.2	Waktu dan Tempat Penelitian .....	54
3.3	Variabel Penelitian .....	55
3.4	Definisi Operasional .....	55
3.5	Populasi dan Sampel .....	61
3.6	Pengumpulan Data .....	63
3.7	Analisa Data .....	65
3.8	Etika Penelitian.....	68

### **BAB IV HASIL PENELITIAN**

4.1	Gambaran Umum Subjek Penelitian .....	69
4.2	Analisa Deskriptif.....	70
4.3	Pengujian Hipotesis .....	72

### **BAB V HASIL PEMBAHASAN**

5.1	Pembahasan .....	83
5.2	Implikasi Hasil penelitian.....	104
5.2	Keterbatasan Penelitian .....	104

### **BAB VI SIMPULAN**

6.1	Simpulan.....	105
6.2	Saran .....	106

### **DAFTAR PUSTAKA**

### **LAMPIRAN**

## DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
1 Penelitian terdahulu (kuantitatif inferensial) .....	41
2 Penelitian terdahulu tentang ketahanan keluarga berdasarkan metodologi, konteks dan instrument.....	49
3 Definisi operasional.....	56
4 Hasil uji validitas dan reliabilitas analisis multilevel ketahanan keluarga dan posyandu sebagai faktor resiko <i>stunting</i> di Kabupaten Lampung Selatan Tahun 2021.....	65
5 Karakteristik subjek penelitian analisis multilevel ketahanan keluarga dan posyandu sebagai faktor resiko <i>stunting</i> di Kabupaten Lampung Selatan Tahun 2021.....	71
6 Distribusi frekuensi variabel penelitian analisis multilevel ketahanan keluarga dan posyandu sebagai faktor resiko <i>stunting</i> di kabupaten lampung selatan tahun 2021.....	72
7 Hasil <i>chi-square</i> hubungan antara <i>stunting</i> dan keutuhan keluarga, ketahanan fisik anggota keluarga, riwayat penyakit infeksi dalam anggota keluarga, ketahanan ekonomi keluarga, kekerasan dalam rumah tangga, paparan asap rokok dalam rumah. ....	74
8 Hasil regresi logistik ketahanan keluarga sebagai factor resiko <i>stunting</i> di Kabupaten Lampung Selatan tahun 2021.....	76
9 Analisis regresi logistik multilevel ketahanan keluarga dan posyandu sebagai faktor resiko <i>stunting</i> di Kabupaten Lampung Selatan tahun 2021.....	79

## DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
1. Kerangka teori Unicef, 1990 (UNICEF, 2015) .....	12
2. Kerangka Teori modifikasi daru UNICEF, 1990 “The Conceptual Framework of Determinan of Child Undernutrition” dalam Kementerian PPN/Bappenas, 2018. Cahyaningtyas, 2006 dan Adiyanti, 2014.....	51
3. Kerangka Konsep.....	52

## DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1. Persetujuan etik.....	102
Lampiran 2. Izin penelitian (Universitas Lampung).....	103
Lampiran 3. Izin penelitian (Dinas Kesehatan Lampung Selatan).....	104
Lampiran 4. Jawaban izin penelitian (puskesmas).....	105
Lampiran 5. Persetujuan menjadi responden penelitian.....	114
Lampiran 6. Kuesioner penelitian.....	116
Lampiran 7. Data mentah penelitian.....	121
Lampiran 8. Distribusi frekuensi karakteristik.....	140
Lampiran 9. Distribusi frekuensi variabel.....	143
Lampiran 10. Hasil uji bivariat.....	145
Lampiran 11. Hasil uji regresi logistik ganda model multilevel.....	150
Lampiran 12. Kartu bimbingan tesis.....	151
Lampiran 13. Hasil uji validitas.....	159
Lampiran 14. Hasil uji reliabilitas.....	163
Lampiran 15. Dokumentasi kegiatan penelitian.....	164

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1 Latar Belakang**

Pembangunan Sumber Daya Manusia (SDM) saat ini menjadi prioritas utama dalam menuju Indonesia unggul yang memiliki hubungan yang erat terhadap peningkatan produktivitas kerja, dalam menghadapi persaingan ditengah perubahan yang berlangsung cepat dalam ekonomi, politik, budaya dan dunia bisnis (Kementerian PANRB, 2020). Pembangunan SDM unggul dimulai dari keluarga, karena keluarga adalah unit sosial terkecil dalam masyarakat yang terdiri dari suami,dan istri, atau suami, istri dan anak, ayah dan anak, ibu dan anak (Undang-Undang No 52 tahun 2009 tentang perkembangan kependudukan dan pembangunan keluarga), dimana setiap orang berkembang di mulai dari keluarganya, karena keluarga sebagai unit sosial terkecil dalam masyarakat, sebagai sumber ketahanan sosial masyarakat dan sebagai pilar pembangunan dan pondasi bangsa (Puspitawati, 2013).

Dalam pembangunan nasional untuk mencapai SDM yang unggul, maka ketahanan keluarga menjadi isu yang sangat penting untuk di angkat. Sedangkan ketahanan keluarga (*family strength atau family resilience*) menurut Frankenberger (1989) merupakan kondisi kecukupan dan kesinambungan akses terhadap pendapatan dan sumber daya untuk memenuhi berbagai kebutuhan dasar antara lain: pangan, air bersih,

pelayanan kesehatan, kesempatan pendidikan, perumahan, waktu untuk berpartisipasi di masyarakat, dan integrasi sosial (Cahyaningtyas, 2016). Yang meliputi berbagai dimensi yaitu legalitas dan keutuhan keluarga, ketahanan fisik, ketahanan ekonomi, ketahanan sosial psikologi serta ketahanan sosial budaya (Cahyaningtyas, 2016). Ketahanan keluarga ini telah dilakukan penelitian tetapi dengan dimensi yang terpisah, sedangkan penelitian yang meliputi semua dimensi belum pernah dilakukan penelitian.

Pendek diidentifikasi dengan menyamakan besar seseorang anak dengan standar besar anak pada populasi yang wajar cocok dengan umur serta tipe kelamin yang sama. Jika tingginya berada dibawah -2 SD dari standar *World Health Organization* (WHO) maka anak dikatakan pendek atau *stunting* (Dewey & Begum, 2010 dan WHO, 2005, dalam Trihono, 2015). Pendek atau *stunting* merupakan tragedi yang tersembunyi, dimana terjalin sebab akibat dari kekurangan gizi kronis sepanjang 1.000 HPK, yang menyebabkan pertumbuhan anak yang tidak bisa diubah (Trihono, 2015). Keluarga memiliki peran untuk mempengaruhi *stunting* pada anak balita, mayoritas ada pada bentuk keluarga inti (Rahmawati, *et al.* 2019) Disamping itu akibat penurunan produktivitas karena *stunting* yaitu potensi kerugian ekonomi sekitar 0,15-0,67 dari rata-rata produk domestik regional bruto (Renyonet, *et al.* 2016).

*Stunting* disebabkan karena kekurangan gizi kronis yang dapat menyebabkan kemiskinan dan menciptakan lingkaran setan, dimana kekurangan gizi khususnya *stunting* dapat meningkatkan morbiditas dan mortalitas dan konsekwensinya bisa meluas sampai dewasa, dengan meningkatnya resiko bayi baru lahir rendah, gangguan kognisi, peningkatan penyakit infeksi dan penyakit tidak menular seperti obesitas, hipertensi dan penyakit kardiovaskular, serta penurunan produktivitas dan pendapatan ekonomi (*United Nations International Children's Emergency Fund* (UNICEF), 2015).

Berdasarkan dengan teori H.L.Bloom dan Goerge L. Engel, *stunting* disebabkan oleh multifaktor. H.L.Bloom dengan teori klasik bahwa ada empat faktor determinan yang saling berinteraksi dan mempengaruhi status kesehatan seseorang diantaranya yaitu (1) *Life style*; (2) Lingkungan seperti sosial, ekonomi, politik, budaya; (3) pelayanan kesehatan; dan (4) faktor genetik (Fitriany, *at al.* 2016). Dan teori Holistical approach atau biopsikososial (BPS) dalam kajian masalah kesejatan pasien oleh Psikiater Goerge L. Engel , bahwa suatu persepektif yang melihat penyakit dan kesehatan sebagai produk dari kombinasi faktor karakteristik biologis, faktor perilaku, dan kondisi sosial (Anshari *et al.* 2018).

Sejalan dengan teori diatas beberapa penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa banyak faktor yang mempengaruhi *stunting* di Indonesia pada level keluarga antara lain dilihat dari dimensi legalitas dan keutuhan keluarga dimana kejadian *stunting* sering terjadi pada bentuk keluarga yang bercerai (Rahmawati, *et al.* 2019). Dimensi ketahanan fisik keluarga dan fisik tempat tinggal dimana kejadian *stunting* berhubungan erat dengan sanitasi dan pengolahan air minum dan makanan serta penanganan limbah rumah tangga dan saluran pembuangan air limbah (Soeracmad, *et, al.* 2019). Di level rumah tangga seperti hunian yang kumuh, pendidikan ayah dan ibu yang tidak lulus pendidikan menengah, pendapatan yang rendah, dan jumlah anggota keluarga yang banyak (Wicaksono, *et, al.* 2019). Dimensi ekonomi bahwa terdapat hubungan faktor sosial-ekonomi dan kerawanan pangan keluarga terhadap kejadian *stunting* (Wardani, 2020), Ada hubungan ketahanan pangan rumah tangga dengan kejadian *stunting* pada balita usia 6-23 bulan (Masrin, 2014). Dimensi sosio psikologis bahwa *stunting* berhubungan positif dengan ibu yang mengalami kekerasan fisik, seksual dan keduanya dari pasangannya atau suaminya (Chai *et al,* 2016). Sedangkan pada level komunitas seperti keaktifan posyandu memiliki pengaruh kontekstual terhadap *stunting* (Indriani, D, 2018). Posyandu memiliki pengaruh kontekstual terhadap kejadian *stunting* (Sajali, 2018). Posyandu memiliki pengaruh kontekstual terhadap *stunting* pada anak usia

6-24 bulan (Rakhmahayu, 2019). Berdasarkan *the World Health Organization conceptual framework for stunting (2013)* bahwa faktor yang mempengaruhi *stunting* yaitu di level keluarga seperti ketahanan pangan, perawatan anak, lingkungan rumah tangga seperti air bersih dan sanitasi, kurangnya layanan kesehatan dasar dan pendidikan ibu, sedangkan di level komunitas seperti kepercayaan, norma dan mata pencaharian (Hagos, 2017).

Setiap negara di dunia mengalami permasalahan gizi, sebanyak 22,2% balita di dunia atau 150,8 juta jiwa mengalami *stunting*, dan Indonesia adalah negara ranking ke 5 dengan jumlah balita tertinggi mengalami *stunting* yaitu sebanyak 3,9 % dari peringkat pertama yaitu negara India sebanyak 31,2% (*Global Nutrition Report, 2018*). Berdasarkan *Global Nutrition Report* tahun 2014 dalam infodatin 2016, memperlihatkan Indonesia masuk dalam 17 negara, di antara 117 negara, yang mempunyai tiga masalah gizi yaitu *stunting*, *wasting* dan *overweight* pada balita. Indonesia merupakan salah satu negara dengan beban ganda atau *triple burden* yaitu (1) Defisiensi kalori dan protein dengan jumlah gizi buruk dan gizi kurang sebanyak 17,7% dan *stunting* sebanyak 30,8%; (2) Defisiensi zat gizi mikro dengan jumlah anemia pada ibu hamil sebanyak 48,9%; (3) Kelebihan kalori dengan jumlah gizi lebih balita sebanyak 8% dan gizi lebih penduduk usia > 18 tahun sebanyak 28,9%. Prevalensi *stunting* berdasarkan hasil Riset Kesehatan dasar (Riskesdas) 2018 menunjukkan angka 30,8% atau sekitar 7 juta balita menderita *stunting*, turun sebanyak 6,4% dari tahun 2013 yaitu sebanyak 37,2%, tetapi hal ini jauh dari target yang diinginkan Indonesia sebanyak 14% di tahun 2024.

Di Propinsi Lampung prevalensi *stunting* pada tahun 2013 mencapai 42,6% dan tahun 2018 menjadi 27,28%. Provinsi Lampung ditetapkan menjadi kabupaten/kota prioritas intervensi dalam penurunan *stunting*, yaitu Kabupaten Lampung Selatan, Kabupaten Lampung Timur, Kabupaten Lampung Tengah, Tanggamus, Lampung Utara dan Pesawaran (Salinan Keputusan Menteri Perencanaan Pembangunan Nasional No KEP

42/M.PPN/HK/04/2020 tentang Penetapan Perluasan Kabupaten/Kota Lokasi Focus Intervensi Penurunan *Stunting* Terintegrasi Tahun 2021).

Berdasarkan data profil kesehatan Propinsi Lampung tahun 2019, bahwa tren prevalensi balita *stunting* mengalami penurunan ditahun 2019 sebesar 27,28%, dengan peringkat pertama Kabupaten Waikanan sebanyak 36,07 %, peringkat ke dua Kabupaten Lampung Barat sebanyak 32,96 %, dan peringkat ke tiga Kabupaten Tulang Bawang sebanyak 32, 49, sedangkan Kabupaten Lampung Selatan ada di peringkat ke lima dari 15 kabupaten/kota sebanyak 29,08%.

Secara statistik jumlah penduduk di Kabupaten Lampung Selatan pada tahun 2020 sebanyak 1.019,789 jiwa lebih banyak jika dibandingkan dengan empat Kabupaten dengan prevalensi *stunting* tertinggi nomor satu sampai dengan nomor empat, jadi jika berdasarkan data jumlah penduduk kasus *stunting* di Kabupaten Lampung Selatan di kategorikan lebih tinggi. Dan di Kabupaten Lampung Selatan desa yang mengalami rentan rawan pangan pada tahun 2019 – 2020 sebanyak 103 desa atau 39,6% dari total 260 desa (Badan Pusat Statistik Kabupaten Lampung Selatan, 2021).

Berdasarkan Badan Pusat Statistik Kabupaten Lampung Selatan dalam publikasinya yang berjudul Statistik Kesejahteraan Rakyat BPS Kabupaten Lampung Selatan 2020 mendapatkan bahwa persentase penduduk miskin sebanyak 14,08%, dengan jumlah kapita perbulan Rp. 422.328.-. Rumah tangga yang memiliki bangunan tempat tinggal sebanyak 89,97%, memiliki jamban keluarga sendiri sebanyak 88,86%, dan jenis jamban keluarga leher angsa ada 97,04%, dengan jenis pembuangan akhir tinja seperti tangka septik sebanyak 85,43%, sedangkan sumber air untuk kebutuhan sehari-hari termasuk minum, mencuci, mandi dan lain-lain yang menggunakan air kemasan isi ulang 0%, sumur bor 49,66%, sumur dengan mata air terlindungi 29,53% dan sumur dengan sumber mata air tidak terlindungi ada 17,85%. Persentase penduduk berusia 15-49 tahun dengan status

perkawinan yang memiliki legalitas yang dibuktikan dengan buku nikah hanya 2,59%, sedangkan data perceraian sebanyak 17,66%, dan penduduk berusia 0-17 tahun yang memiliki akte kelahiran hanya 1,75%, penduduk berusia lebih dari 5 tahun yang putus sekolah sebanyak 68,57%, penduduk usia 15 tahun keatas yang merokok sebanyak 66,12%, dengan rata-rata batang rokok yang dihisap perminggu ada 36,25%. Sedangkan presentasi wanita yang pernah menikah melahirkan di fasilitas pelayanan kesehatan sebanyak 87,72%, dengan penolong persalinannya adalah tenaga kesehatan sebanyak 96,52%.

Posyandu merupakan salah satu upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat, dimana dikelola dari, untuk, oleh, dan bersama masyarakat, untuk memberdayakan masyarakat serta memberikan kemudahan kepada masyarakat dalam mendapatkan pelayanan kesehatan dasar. Dalam upaya peningkatan peran fungsi posyandu, kader memiliki peran yang sangat besar dalam penyelenggaraan posyandu, karena selain sebagai pemberi informasi, kader juga sebagai penggerak masyarakat untuk datang ke posyandu serta melaksanakan perilaku hidup bersih dan sehat (Kementerian Kesehatan RI, 2012).

Salah satu variabel faktor resiko *stunting* dilevel komunitas yang diambil peneliti adalah keaktifan posyandu, yang merupakan pelayanan kesehatan ditingkat desa yang paling dekat dengan keluarga, yang dapat dimanfaatkan ibu, bayi, dan balita untuk memantau pertumbuhan dan perkembangan balita, berdasarkan profil kesehatan Propinsi Lampung tahun 2019 bahwa di Kabupaten Lampung Selatan partisipasi dari masyarakat untuk datang keposyandu atau biasa disebut sebagai cakupan balita ditimbang (D/S) sudah cukup baik sebanyak 85,4%.

Berdasarkan latar belakang diatas penting untuk dilakukan penelitian terkait *stunting* di Kabupaten lampung Selatan dengan judul “ **Analisis Multilevel Ketahanan Keluarga dan Posyandu Sebagai Faktor Resiko *Stunting* Di**

**Kabupaten Lampung Selatan Tahun 2021**". Mengingat *stunting* dapat disebabkan dari faktor keluarga dan komunitas, maka data yang didapatkan akan dianalisis menggunakan analisis multilevel, pada level I yaitu level keluarga akan menganalisis ketahanan keluarga yang mempengaruhi *stunting*, sedangkan pada level II komunitas, akan menganalisis pengaruh kontekstual posyandu terhadap kejadian *stunting* di Kabupaten Lampung Selatan

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian latar belakang diatas, maka perumusan masalah pada penelitian ini adalah “Apakah ketahanan keluarga merupakan faktor resiko *stunting* dan posyandu mempunyai pengaruh kontekstual terhadap kejadian *stunting* di Kabupaten Lampung Selatan tahun 2021”.

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Menganalisis ketahanan keluarga dan posyandu sebagai faktor resiko *stunting* di Kabupaten Lampung Selatan tahun 2021

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Menganalisis keutuhan keluarga sebagai faktor resiko *stunting* di Kabupaten Lampung Selatan tahun 2021
2. Menganalisis ketahanan fisik anggota keluarga sebagai faktor resiko *stunting* di Kabupaten Lampung Selatan tahun 2021
3. Menganalisis riwayat penyakit infeksi dalam anggota keluarga sebagai faktor resiko *stunting* di Kabupaten Lampung Selatan tahun 2021
4. Menganalisis ketahanan fisik tempat tinggal sebagai faktor resiko *stunting* di Kabupaten Lampung Selatan tahun 2021
5. Menganalisis ketahanan ekonomi keluarga sebagai faktor resiko *stunting* di Kabupaten Lampung Selatan tahun 2021

6. Menganalisis kekerasan dalam rumah tangga sebagai faktor resiko *stunting* di Kabupaten Lampung Selatan tahun 2021
7. Menganalisis paparan asap rokok dalam rumah sebagai faktor resiko *stunting* di Kabupaten Lampung Selatan tahun 2021
8. Menganalisis pengaruh kontekstual posyandu terhadap kejadian *stunting* di Kabupaten Lampung Selatan tahun 2021

## **1.4 Manfaat Penelitian**

### **1.4.1 Manfaat Teoritis**

Hasil penelitian ini diharapkan bisa digunakan sebagai bahan referensi umum bagi penelitian sejenis serta memberikan kontribusi pada peningkatan dan pengembangan ilmu kesehatan masyarakat khususnya yang terkait dengan ketahanan keluarga sebagai faktor resiko *stunting* dan pengaruh kontekstual posyandu terhadap kejadian *stunting* pada balita.

### **1.4.2 Manfaat Praktis**

Hasil penelitian ini dapat digunakan oleh pemberi layanan kesehatan serta pihak terkait untuk informasi tentang ketahanan keluarga sebagai faktor resiko *stunting* dan pengaruh kontekstual posyandu terhadap kejadian *stunting* pada balita, sehingga intervensi yang diberikan sesuai dengan pembuatan kebijakan program yang dirumuskan oleh Kabupaten Lampung Selatan.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Landasan Teori**

##### **2.1.1 *Stunting***

###### **2.1.1.1 Pengertian *stunting***

Menurut *World Health Organization* (WHO) *stunting* adalah kegagalan pertumbuhan dan perkembangan yang dialami anak karena kekurangan nutrisi, terkena infeksi yang berulang, dan kurang mendapat stimulasi psikososial (Kemendikbud, 2019). *Stunting* adalah kondisi gagal tumbuh pada anak balita (bayi di bawah lima tahun) akibat dari kekurangan gizi kronis sehingga anak terlalu pendek untuk usianya (Setiawan, 2018). Menurut Kementerian Kesehatan *stunting* adalah anak balita *stunted* apabila nilai *z-score*nya kurang dari -2SD (standar deviasi) dan *severely stunted* apabila kurang dari -3SD. *Stunting* adalah kondisi gagal tumbuh pada anak balita akibat kekurangan gizi kronis terutama pada 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) (Kementerian PPN, 2018). *Stunting* atau sering disebut kerdil atau pendek adalah kondisi gagal tumbuh pada anak berusia di bawah lima tahun (balita) akibat kekurangan gizi kronis dan infeksi berulang terutama pada periode 1.000 HPK, yaitu dari janin hingga anak berusia 23 bulan (Kementerian Koordinator Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan, 2018). Jadi *stunting* adalah kondisi seorang anak yang lebih pendek dibanding anak tumbuh normal yang seumur, akibat dari kekurangan gizi kronis dan infeksi berulang yang berpengaruh terhadap perkembangan dan pertumbuhan anak balita.

### **2.1.1.2 Patofisiologi *stunting***

Tinggi badan anak dipengaruhi oleh genetik, hormon, zat gizi dan penyakit. Proses pertumbuhan dikendalikan oleh genetik dan pengaruh lingkungan pada waktu tertentu selama masa pertumbuhan. Ketika lingkungan dalam kondisi netral yang tidak memberikan dampak pengaruh negatif terhadap proses pertumbuhan, maka akan terwujud sepenuhnya potensi genetik, tetapi kemampuan lingkungan tersebut dipengaruhi oleh banyak faktor seperti kapan terjadi, jumlah kemunculan, usia dan jenis kelamin anak, serta kekuatan dan durasi. Bila bayi lahir sudah pendek, maka pertumbuhannya pun akan terhambat, bahkan berdampak sampai dewasa akan resiko menderita penyakit tidak menular. Apabila anak ini menjadi ibu akan melahirkan generasi yang pendek, demikian seterusnya sehingga terjadilah pendek lintas generasi. Hormon utama yang mengendalikan perkembangan dan pertumbuhan manusia yaitu hormon pertumbuhan atau *Growth Hormon* (GH), hormon perangsang tyroid, *gonadotropin*, hormon *prolactin*, dan hormon *adrenocorticotropic*. Hormon tidak bekerja sendiri tetapi ada kolaborasi dari hormon lain untuk mempengaruhi sel-sel tulang rawan serta otot rangka di tulang panjang untuk meningkatkan penyerapan asam amino yang dimasukkan kedalam protein yang baru, sehingga dapat meningkatkan pertumbuhan linier selama bayi dan masa kecil (Candra, 2020).

### **2.1.1.3 Teori Kesehatan**

#### **a. H.L Blum**

Menurut H.L Blum bahwa kesehatan sangat berhubungan erat dengan faktor genetik, lingkungan, gaya hidup (*life style*), dan pelayanan kesehatan. Keempat faktor tersebut saling berpengaruh positif terhadap status kesehatan seseorang (Fitriany, *at al.* 2016)

#### 1. Faktor Genetik

Lebih mengarah kepada kondisi individu yang berkaitan dengan golongan darah, asal usul keluarga, dan ras

## 2. Faktor lingkungan

Terdiri dari lingkungan fisik seperti benda mati yang dapat dirasakan di raba dan dilihat, lingkungan biologis seperti makhluk hidup yang bergerak baik yang dapat dilihat ataupun tidak, dan lingkungan sosial.

## 3. Faktor gaya hidup (*life style*)

Berhubungan dengan perilaku masyarakat atau individu, termasuk perilaku para pejabat pusat atau daerah, perilaku petugas kesehatan itu sendiri dan juga perilaku pihak swasta.

## 4. Faktor pelayanan kesehatan

Dipengaruhi oleh sejauh mana pelayanan kesehatan yang telah diberikan

### **b. George L. Engel**

Teori Holistik yang kemudian diberi label biopsikososial (BPS) oleh Psikiater Goerge L. Engel, bahwa suatu persepektif yang melihat penyakit dan kesehatan sebagai produk dari kombinasi faktor karakteristik yaitu (Anshari *et al.* 2018):

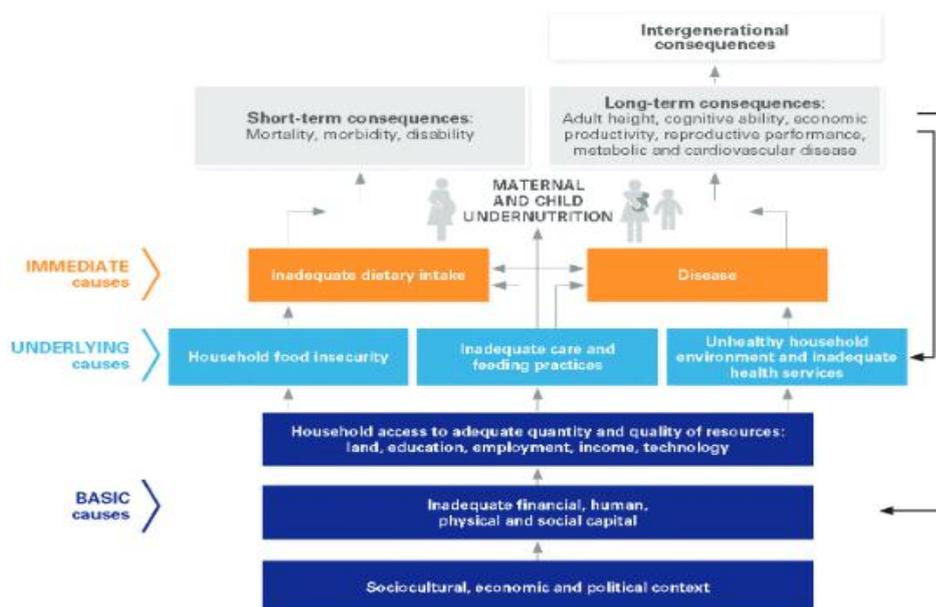
1. Biologis seperti kecenderungan genetik
2. faktor perilaku seperti *life style*, stress, kepercayaan kesehatan, dan
3. kondisi sosial seperti pengaruh budaya, hubungan keluarga dan dukungan sosial

dalam arti filosofi, model biopsikososial menyatakan bahwa kerja tubuh bisa dipengaruhi oleh cara kerja pikiran yang dapat mempengaruhi tubuh (Halligan & Aylward. 2006 dalam Anshari, 2018).

### **c. Teori *United Nations Children's Fund* (UNICEF) tentang masalah Gizi**

Kekurangan gizi pada anak tidak hanya disebabkan oleh kurangnya asupan makanan yang memadai dan bergizi, tetapi karena seringnya sakit, praktik

pola asuh yang buruk dan kurangnya akses ke pelayanan kesehatan dan sosial



lainnya yang bisa dilihat di gambar 1.

Gambar 1. Kerangka teori Unicef, 1990 (UNICEF, 2015)

UNICEF mengidentifikasi penyebab langsung, tidak langsung dan mendasar dari kekurangan gizi. Penyebab langsung kekurangan gizi adalah asupan yang tidak memadai dan penyakit, sedangkan asupan makanan anak dan paparan penyakit dipengaruhi oleh faktor-faktor yang mendasari atau penyebab tidak langsung seperti kerawanan pangan rumah tangga (kurangnya ketersediaan, akses ke, dan / atau pemanfaatan makanan beragam), tidak memadai pola asuh dan pemberian makan untuk anak-anak, rumah tangga yang tidak sehat dan lingkungan sekitarnya, dan pelayanan kesehatan yang tidak dapat diakses dan tidak memadai. Penyebab dasar gizi buruk mencakup struktur proses masyarakat yang mengabaikan hak asasi manusia dan kemiskinan yang meningkat sehingga akses masyarakat ke sumber daya penting terbatas atau bahkan ditolak. Faktor sosial, ekonomi dan politik dapat memiliki pengaruh jangka panjang pada kekurangan gizi ibu dan anak. Dalam jangka pendek kekurangan gizi meningkatkan resiko mortalitas dan morbiditas. Dalam jangka panjang, konsekuensi *stunting* meluas hingga dewasa, meningkatkan risiko

hasil kehamilan yang buruk seperti bayi baru lahir rendah (BBLR), gangguan kognisi atau dalam kinerja sekolah yang buruk, serta penurunan produktivitas dan pendapatan ekonomi, dan penyakit tidak menular seperti obesitas, hipertensi dan penyakit kardiovaskular (UNICEF, 2015).

#### **2.1.1.4 Indikator *Stunting***

Status gizi balita diukur berdasarkan umur, berat badan (BB) dan tinggi badan (TB). Untuk memperoleh data berat badan dapat digunakan timbangan dacin ataupun timbangan injak yang memiliki presisi 0,1 kg. Timbangan dacin atau timbangan anak digunakan untuk menimbang anak sampai umur 2 tahun atau selama anak masih bisa dibaringkan/duduk tenang. Panjang badan diukur dengan *length-board* dengan presisi 0,1 cm dan tinggi badan diukur dengan menggunakan *microtoice* sedengan presisi 0,1 cm. Variabel BB dan TB anak ini dapat disajikan dalam bentuk tiga indikator antropometri, yaitu: berat badan menurut umur (BB/U), tinggi badan menurut umur (TB/U), dan berat badan menurut tinggi badan (BB/TB) (Majestika Septikasari, 2018). Sedangkan indikator dari *stunting* ada 2 yaitu :

- a. Tinggi Badan(TB) / Panjang Badan (PB)
- b. Umur

Sifat indikator indeks tinggi badan menurut umur (TB/U) yaitu :

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

Berdasarkan indikator tersebut, terdapat istilah terkait status gizi yang sering digunakan (Kemenkes RI, 2011) yaitu pendek dan sangat pendek adalah status gizi yang didasarkan pada indeks panjang badan menurut umur (PB/U) atau tinggi badan menurut umur (TB/U) yang merupakan padanan istilah

*stunted*/pendek dan *severely stunted*/sangat pendek (Majestika Septikasari, 2018).

### 2.1.1.5 Diagnosa dan Klasifikasi *Stunting*

Tinggi badan merupakan antropometri yang menggambarkan keadaan pertumbuhan *skeletal*. Dalam keadaan normal, pertumbuhan tinggi badan sejalan dengan pertambahan umur. Tidak seperti berat badan, pertumbuhan tinggi badan relatif kurang sensitif terhadap masalah kekurangan gizi dalam waktu yang pendek. Sehingga pengaruh defisiensi zat gizi terhadap tinggi badan akan nampak dalam waktu yang relatif lama. Dengan demikian maka indikator TB/U lebih tepat untuk menggambarkan pemenuhan gizi pada masa lampau. indikator TB/U sangat baik untuk melihat keadaan gizi masa lalu terutama yang berkaitan dengan keadaan berat badan lahir rendah dan kurang gizi pada masa balita. Selain itu indikator TB/U juga berhubungan erat dengan status sosial ekonomi dimana indikator tersebut dapat memberikan gambaran keadaan lingkungan yang tidak baik, kemiskinan serta akibat perilaku tidak sehat yang bersifat menahun. Berikut ini merupakan klasifikasi status gizi berdasarkan indikator TB/U:

- a. Sangat pendek :  $z\text{-score} < -3,0$
- b. Pendek :  $z\text{-score} \geq -3,0$  s/d  $Z\text{-score} < -2,0$
- c. Normal :  $z\text{-score} \geq -2,0$
- d. Tinggi :  $z\text{-score} > 2,0$

### 2.1.1.6 Penyebab *Stunting*

Mengacu pada “*The Conceptual Framework of Determinan of Child Undernutrition*” dalam Kementrian PPN/Bappenas, 2018 bahwa penyebab *stunting* terdiri dari penyebab langsung, penyebab tidak langsung dan penyebab dasar, sebagai berikut :

- a. Penyebab langsung masalah gizi pada anak termasuk *stunting* :

Rendahnya atau kurangnya asupan gizi dan status kesehatan, seperti penyakit terutama penyakit infeksi klinis seperti infeksi pernafasan dan pencernaan (diare dan ISPA) TBC, malaria, demam berdarah, dan HIV/AIDS

(Kemendikbud, 2019). Penyakit infeksi ini mengakibatkan terganggunya penyerapan asupan zat gizi sehingga terjadilah gizi kurang bahkan jika terus berlangsung dalam waktu lama akan menyebabkan gizi buruk, yang dapat mengurangi daya tahan tubuh anak sehingga mudah terserang penyakit (Trihono, 2015).

**b.** Penyebab tidak langsung masalah gizi pada anak termasuk *stunting* :

Faktor yang berhubungan dengan ketahanan pangan khususnya akses terhadap pangan bergizi untuk mempertahankan ketahanan fisik keluarga dan ketahanan ekonomi seperti ketersediaan, keterjangkauan, dan akses pangan bergizi. Lingkungan sosial untuk mempertahankan ketahanan keluarga dan ketahanan sosio psikologi seperti norma, pola asuh, dan pola makan keluarga. Lingkungan pemukiman atau kesehatan lingkungan untuk mempertahankan ketahanan fisik rumah seperti tersedianya sarana air bersih dan sanitasi serta pengelolaan sampah. Dan akses terhadap pelayanan kesehatan untuk pencegahan dan pengobatan (Kementrian PPN/Bappenas, 2018).

**c.** Penyebab dasar masalah gizi pada anak termasuk *stunting* :

Meliputi pendidikan, kemiskinan, disparitas, sosial budaya, kebijakan pemerintah, politik dan lain-lain (Trihono, 2015)

*Stunting* disebabkan oleh faktor multi dimensi dan tidak hanya disebabkan oleh faktor gizi buruk yang dialami oleh ibu hamil maupun anak balita. Intervensi yang paling menentukan untuk dapat mengurangi prevalensi *stunting* oleh karenanya perlu dilakukan pada 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) dari anak balita. beberapa faktor yang menjadi penyebab *stunting* sebagai berikut (Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan, 2017) :

- a. Praktik pengasuhan yang kurang baik.
- b. Masih terbatasnya layanan kesehatan termasuk layanan ANC (*Antenatal care*) dan PNC (*post Natal care*).
- c. Masih kurangnya akses rumah tangga/keluarga ke makanan bergizi.
- d. Kurangnya akses ke air bersih dan sanitasi.

### **2.1.1.7 Dampak *Stunting***

Kekurangan gizi tidak saja membuat *stunting*, tetapi juga menghambat kecerdasan, memicu penyakit dan menurunkan produktivitas. Dampak buruk yang dapat ditimbulkan oleh *stunting* (Kementerian PPN/Bappenas, 2018). :

- a. Dalam jangka pendek adalah menyebabkan gagal tumbuh (seperti : berat lahir rendah, kecil, pendek dan kurus), hambatan perkembangan kognitif dan motorik (berpengaruh pada perkembangan otak dan keberhasilan pendidikan), dan tidak optimalnya ukuran fisik tubuh serta gangguan metabolik (meningkatkan resiko penyakit tidak menular seperti diabetes, obesitas, stroke dan penyakit jantung)
- b. Dalam jangka panjang adalah menyebabkan menurunnya kapasitas intelektual, gangguan struktur dan fungsi saraf dan sel-sel otak yang bersifat permanen dan menyebabkan penurunan kemampuan menyerap pelajaran di usia sekolah yang akan berpengaruh pada produktivitasnya saat dewasa.

### **2.1.1.8 Pencegahan dan penanganan *stunting***

*Stunting* menjadi salah satu dari dimensi pembangunan manusia dan masyarakat yang menjadi program prioritas nasional. Usaha pemerintah untuk menanggulangi *stunting* meliputi berbagai sektor, seperti kesehatan, pendidikan, sampai perumahan rakyat yang mana banyak diantaranya merupakan kebutuhan dasar yang harus tersedia bagi masyarakat Indonesia.

Tujuan dari pentingnya pencegahan *stunting* adalah :

- a. Agar anak-anak Indonesia dapat tumbuh dan berkembang secara optimal dan maksimal
- b. Memiliki kemampuan emosional, sosial, dan fisik yang siap untuk belajar
- c. Memiliki kemampuan berinovasi dan berkompetensi ditingkat global

Pencegahan *stunting* dapat dilakukan dengan edukasi agar dapat mengubah perilaku yang bisa mengarah pada peningkatan kesehatan gizi atau ibu dan anak.

Tiga hal penting dalam pencegahan *stunting* (Tim Indonesia baik, 2019)

- a. Perbaikan terhadap pola makan dan gizi seimbang
- b. Perbaikan pola asuh
- c. Perbaikan sanitasi dan akses air bersih

Dalam upaya mewujudkan masyarakat yang sehat, maka pentingnya konsumsi gizi seimbang sejak dini dan dimulai dari keluarga. Upaya penurunan *stunting* dilakukan melalui dua intervensi, yaitu intervensi gizi spesifik untuk mengatasi penyebab langsung dan intervensi gizi sensitif untuk mengatasi penyebab tidak langsung (Kementerian PPN/Bappenas, 2018) :

- a. Intervensi gizi spesifik merupakan kegiatan yang langsung mengatasi terjadinya *stunting* seperti asupan makanan, infeksi, status gizi ibu, penyakit menular, dan kesehatan lingkungan. Intervensi spesifik ini umumnya diberikan oleh sektor kesehatan

1. Kelompok sasaran 1000 HPK

Ibu hamil : intervensi prioritasnya yaitu pemberian makanan tambahan bagi ibu hamil dari kelompok miskin/KEK, dan pemberian suplemen tablet tambah darah/TTD. Intervensi pendukung yaitu suplemen kalsium dan pemeriksaan kehamilan. Intervensi prioritas sesuai kondisi tertentu yaitu perlindungan dari malaria dan pencegahan HIV.

Ibu menyusui dan anak 0-23 bulan : intervensi prioritasnya yaitu promosi dan konseling menyusui, pemberian makanan bayi dan anak, tatalaksana gizi buruk, pemberian makanan tambahan pemulihan bagi anak kurus, dan pemantauan dan promosi pertumbuhan. Intervensi pendukung yaitu pemberian suplemen vitamin A, taburia, zink untuk pengobatan diare, imunisasi dan MTBS (manajemen terpadu balita sakit). Intervensi prioritas sesuai kondisi tertentu yaitu pemcegahan kecacangan.

2. Kelompok sasaran usianya

Remaja putri dan wanita usia subur (WUS) : suplemen TTD.

Anak 24-59 bulan : tata laksana gizi buruk, pemberian makanan tambahan pemulihan bagia anak kurus dan pemantauan seta promosi pertumbuhan. Intervensi pendukung yaitu pemberian suplemen vitamin A, taburia, zink untuk pengobatan diare, imunisasi dan MTBS. Intervensi prioritas sesuai kondisi tertentu yaitu pemcegahan kecacingan.

b. Intervensi gizi sensitif mencakup:

1. Peningkatan penyediaan air bersih dan sarana sanitasi;
2. Peningkatan akses dan kualitas pelayanan gizi dan kesehatan;
3. Peningkatan kesadaran, komitmen dan praktik pengasuhan gizi ibu dan anak;
4. Peningkatan akses pangan bergizi. Intervensi gizi sensitif umumnya dilaksanakan di luar kementerian kesehatan. Sasaran intervensi gizi sensitif adalah keluarga dan masyarakat dan dilakukan melalui berbagai program

## **2.1.2 Ketahanan keluarga**

### **2.1.2.1 Konsep ketahanan**

Ketahanan dalam kamus besar bahasa Indonesia diartkan sebagai kekuatan, kuat atau daya tahan. Ketahanan dapat diartikan sebagai kemampuan untuk bangkit kembali dari keterpurukan diperkuat dan lebih banyak akal (Walsh, 2006). Resiliensi atau ketahanan sebagai salah satu karakter positif yang diharapkan dapat mengatasi krisis yang terjadi pada keluarga. Resilensi merupakan faktor protektif serta sumber internal dan eksternal untuk mengatasi stress, memecahkan konflik, dan menguasai seluruh tugas-tugas perkembangan (Dankonski dkk, 2006 dalam Yumpi F, 2017). Ketahanan membutuhkan lebih dari sekedar bertahan, melewati atau melarikan diri dari cobaan yang mengerikan. Orang yang selamat belum tentu tangguh, ada beberapa yang terjebak dalam posisi sebagai korban, tidak diperdulikan atau dianggap tidak ada dan saling menyalahkan (Wolin & Wolin, 1993 dalam Walsh, 2006). Sebaliknya, kualitas ketahanan memungkinkan orang untuk

sembuh dari rasa sakit luka, mengambil alih hidup mereka, dan terus hidup dan mencintai sepenuhnya dengan baik (Walsh, 2006).

### **2.1.2.2 Konsep keluarga**

Keluarga (*family*) merupakan kumpulan dari sekelompok orang yang mempunyai hubungan atas dasar pernikahan, keturunan, atau adopsi serta tinggal bersama di rumah tangga biasa (Zastrow, 2006 dalam Cahyaningtyas, 2016). Sementara itu, keluarga juga didefinisikan sebagai unit sosial terkecil dalam masyarakat yang anggotanya terikat oleh adanya hubungan perkawinan (suami-istri) serta hubungan darah (anak kandung) atau adopsi (anak angkat/pungut) (Burgess dan Locke dalam Sunarti, 2006, dalam Cahyaningtyas, 2016). Dari dua definisi keluarga tersebut, maka dapat disimpulkan bahwa keluarga merupakan unit/institusi/sistem sosial terkecil dalam masyarakat yang beranggotakan sekelompok orang atas dasar hubungan perkawinan, pertalian darah, atau adopsi yang tinggal bersama dalam sebuah rumah tangga. (Cahyaningtyas, 2016). Karakteristik keluarga secara umum yaitu :

- a. Keluarga tersusun oleh beberapa orang yang disatukan dalam suatu ikatan seperti perkawinan, hubungan darah, atau adopsi;
- b. Anggota keluarga hidup dan menetap secara bersama-sama di suatu tempat atau bangunan di bawah satu atap dalam susunan satu rumah tangga;
- c. Setiap anggota keluarga saling berinteraksi, berkomunikasi, dan menciptakan peran sosial bagi setiap anggota seperti: suami dan isteri, ayah dan ibu, putera dan puteri, saudara laki-laki dan saudara perempuan, dan sebagainya;

- d. Hubungan antar anggota keluarga merupakan representasi upaya pemeliharaan pola-pola kebudayaan bersama yang diperoleh dari kebudayaan umum di komunitas.

Keluarga normal dan keluarga sehat yang ideal akan membentuk dan mencerminkan norma dan nilai sosial yang dominan tentang bagaimana keluarga yang seharusnya (Walsh, 2006).

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 52 tahun 2009 tentang perkembangan kependudukan dan pembangunan keluarga, keluarga didefinisikan sebagai unit sosial terkecil dalam masyarakat yang terdiri dari:

- a. Suami dan istri;
- b. Suami, istri dan anaknya;
- c. Ayah dan anaknya; atau
- d. Ibu dan anaknya

### **2.1.2.3 Konsep Ketahanan Keluarga**

Istilah “ketahanan keluarga” mengacu pada proses coping dan adaptasi dalam keluarga sebagai unit fungsional (Walsh, 2006). Dengan prespektif sistem yang memungkinkan kita untuk memahami bagaimana prose sebuah keluarga dalam mengatasi krisis dan menghadapi kesulitan yang berkepanjangan.

Ketahanan keluarga (*family strength atau family resilience*) merupakan kondisi kecukupan dan kesinambungan akses terhadap pendapatan dan sumber daya untuk memenuhi berbagai kebutuhan dasar antara lain: pangan, air bersih, pelayanan kesehatan, kesempatan pendidikan, perumahan, waktu untuk berpartisipasi di masyarakat, dan integrasi sosial (Frankenberger, 1998 dalam Cahyaningtyas, 2016). Pemahaman tentang ketahanan keluarga juga harus mencakup perkembangan persepektif mental, karena berbagai proses diperlukan untuk memenuhi tantangan psikososial yang muncul dari waktu ke waktu.

Model elemen kerentanan dan mekanisme perlindungan yang diusulkan oleh Germany dan Rutter untuk memahami ketahanan individu, serta pertumbuhan badan peneliti tentang stress keluarga, coping dan adaptasi (Boss, 2001; Gilgun, 1999; Hawley & DeHaan, 1996; Lavee, McCubbin, & Olson, 1987; McHenry & Hargraves, 2005; Walsh, 1996 dalam Walsh, 2006) :

a. Model kerentanan dan mekanisme

Perlindungan pada setiap fase perkembangan, ada keseimbangan yang bergeser menjadi peristiwa stres yang mirip atau kembar yang meningkatkan kerentanan dan mekanisme perlindungan untuk meningkatkan ketahanan.

b. Model kekebalan

Faktor pelindung dianggap berfungsi melawan penurunan fungsi dibawah tekanan. Pengalaman misalnya dapat mencegah ketidakberdayaan yang dipelajari sepanjang hidup.

c. Model kompensasi

Merupakan atribut pribadi dan sumber daya lingkungan yang dianggap melawan efek negatif dari stressor, misalnya penuaan dengan penurunan aspek fungsi mental, tetapi mempunyai keuntungan lebih bijaksana yang diperoleh dari pengalaman hidup.

d. Model tantangan

Penyebab stress dapat menjadi pendorong potensial kompetensi dan ketahanan, asalkan tingkat stresnya tidak terlalu tinggi. Krisis dapat menantang kita untuk mengasah keterampilan dan mengembangkan keterampilan yang aktif.

Mekanisme perlindungan diatas dapat diterapkan pada sistem keluarga, sehingga dapat meningkatkan kekebalan terhadap stress dan dapat

mencegah atau mengurangi dampak berbahaya. Kemampuan untuk bertahan dan beradaptasi terhadap berbagai kondisi yang senantiasa berubah secara dinamis serta memiliki sikap positif terhadap berbagai tantangan kehidupan keluarga (Walsh, 1996, dalam Yumfi, F, 2017).

Keluarga dikatakan memiliki tingkat ketahanan keluarga yang tinggi apabila memenuhi beberapa aspek yaitu (Cahyaningtyas, 2016):

1. Ketahanan fisik yaitu terpenuhinya kebutuhan pangan, sandang, perumahan, pendidikan dan kesehatan;
2. Ketahanan sosial yaitu berorientasi pada nilai agama, komunikasi yang efektif, dan komitmen keluarga tinggi;
3. Ketahanan psikologis meliputi kemampuan penanggulangan masalah nonfisik, pengendalian emosi secara positif, konsep diri positif, dan kepedulian suami terhadap istri.

#### **2.1.2.4 Komponen ketahanan keluarga**

##### **a. Dimensi, variabel, dan indikator ketahanan keluarga**

Dimensi, variabel dan indikator ketahanan keluarga berdasarkan Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan anak, 2016, dalam bukunya yang berjudul “Pembangunan Ketahanan Keluarga 2016” yaitu

##### **1. Landasan legalitas dan keutuhan keluarga**

Penetapan dimensi landasan legalitas dan keutuhan keluarga didasari atas pemikiran jika keluarga ingin memiliki tingkat ketahanan yang baik harus dibangun berdasarkan pilar yang kuat pula, berupa pernikahan yang sah menurut hukum yang berlaku di negara ini. Untuk mendapatkan kepastian hukum tentang eksistensi pernikahan, serta adanya pengakuan dan perlindungan atas hak dan kewajiban antara suami-istri beserta anak keturunannya pekawinan selain sah menurut agama/kepercayaan, tetapi juga harus diakui dan disahkan menurut perundang-undangan yang berlaku sehingga ada kepastian hukum tentang eksistensi pernikahan, serta adanya pengakuan dan perlindungan atas hak dan kewajiban antara suami-istri

beserta anak keturunannya. perkawinan yang sah menurut Undang-Undang nomor 1 tahun 1974 yang menyatakan bahwa perkawinan adalah sah jika dilakukan menurut hukum masing-masing agama dan kepercayaannya; serta harus dicatat menurut peraturan perundang-undangan yang berlaku. adalah landasan legalitas keluarga dalam konteks ketahanan keluarga (Cahyaningtyas, 2016)

Dimensi landasan legalitas dan keutuhan keluarga dijabarkan melalui 3 (tiga) variabel dan 7 (tujuh) indikator yaitu:

1. Variabel landasan legalitas diukur berdasarkan 2 (dua) indikator yaitu: legalitas perkawinan, dan legalitas kelahiran.

Legalitas perkawinan dilihat surat nikah yang telah dikeluarkan dan disahkan oleh KUA (kantor Urusan Agama) atau catatan sipil, karena akan menjadi hambatan dalam mencapai ketahanan keluarga, dan kesejahteraan apabila perkawinan tidak sah menurut hukum yang berlaku, sehingga impian keluarga yang harmonis sejahtera lahir dan batin tidak akan terbentuk. Dan juga hal ini penting untuk jaminan ketertiban dan perlindungan dalam pelaksanaan perkawinan serta kejelasan asal-usul anak yang dilahirkan nanti, dan legalitas kelahiran dilihat dari akte kelahiran si anak, karena akte kelahiran sebagai salah satu bukti telah terpenuhinya hak sebagai anak untuk memiliki identitas. secara tegas bahwa setiap anak berhak atas suatu nama sebagai status kewarganegaraan dan identitas dirinya (Undang-undang No 23 tahun 2002 tentang perlindungan anak, dalam Cahyaningtyas, 2016).

2. Variabel keutuhan keluarga diukur berdasarkan 1 (satu) indikator yaitu: keberadaan pasangan suami-istri yang tinggal bersama dalam satu rumah.

Keutuhan keluarga dilihat dari keberadaan semua anggota yang seperti suami, istri dengan atau tanpa anak yang tinggal dalam satu rumah dan tidak terpisahkan. Keluarga yang utuh akan mempunyai ketahanan yang tinggi. Penyebab ketidak utuhan keluarga adalah antara suami dan istri terpisah tempat tinggalnya, yang diakibatkan karena suami bekerja dengan

jarak yang jauh dari rumah. Sehingga komunikasi yang tidak intens dapat mengakibatkan terganggunya proses tumbuh kembang anak.

3. Variabel kemitraan gender diukur berdasarkan 4 (empat) indikator, yaitu: kebersamaan dalam keluarga; kemitraan suami-istri; keterbukaan pengelolaan keuangan; dan pengambilan keputusan keluarga.

Dalam melakukan semua fungsi keluarga melalui pembagian dengan cara kerjasama dengan setara dan berkeadilan antara suami dan istri serta anak-anak disebut kemitraan gender. Kemitraan gender dilihat dari ayah dan ibu ada waktu atau dapat menyisihkan waktu untuk bisa bersama anak, saling terbuka dalam mengelola keuangan dan mengambil keputusan bersama dalam memutuskan alat kontrasepsi yang digunakan.

## **2. Ketahanan fisik**

Syarat utama dalam mencapai ketahanan keluarga adalah semua anggota keluarga dengan kondisi fisik yang sehat.

Dimensi ketahanan fisik dijabarkan melalui 3 (tiga) variabel dan 4 (empat) indikator yaitu:

1. Variabel kecukupan pangan dan gizi diukur berdasarkan 2 (dua) indikator, yaitu: kecukupan pangan, dan kecukupan gizi.

Status gizi yang baik ditentukan oleh kondisi fisik, mental dan kesehatan yang tangguh, kuat dan prima, juga cerdas. Seseorang akan lebih rentan terkena berbagai penyakit atau gangguan kesehatan apabila kekurangan asupan pangan dan gizi, sehingga berpengaruh terhadap ketahanan keluarganya.

2. Variabel kesehatan keluarga diukur berdasarkan 1 (satu) indikator yaitu: keterbebasan dari penyakit kronis dan disabilitas.

Kesehatan fisik menjadi modal dasar dalam mengembangkan diri, hidup mandiri dan menjadi keluarga harmonis dan sejahtera. Adanya penyakit kronis ataupun kesulitan fungsional yang diderita anggota keluarga akan menjadi hambatan untuk melaksanakan peran dan fungsi dalam keluarga yang mengakibatkan ketahanan keluarga menjadi rendah.

3. Variabel ketersediaan tempat/lokasi tetap untuk tidur diukur berdasarkan 1 (satu) indikator yaitu: ketersediaan lokasi tetap untuk tidur.

### **3. Ketahanan ekonomi**

Kemampuan keluarga dalam memenuhi berbagai kebutuhan dapat menggambarkan tingkat kesejahteraan ekonomi. Dengan memiliki pendapatan yang tinggi dan adanya tabungan, maka secara otomatis akan terpenuhinya semua kebutuhan hidup sehari-hari bahkan dapat menjamin keberlanjutan pendidikan anak-anaknya atau anggota keluarga.

Dimensi ketahanan ekonomi dijabarkan melalui 4 (empat) variabel dan 7 (tujuh) indikator, yaitu:

1. Variabel tempat tinggal keluarga diukur berdasarkan 1 (satu) indikator yaitu: kepemilikan rumah.

Status kepemilikan sendiri bangunan tempat tinggal berate telah terpenuhinya salah satu kebutuhan primernya yang berpotensi mampu membangun keluarga dengan tingkat ketahanan yang baik, yang diharapkan memiliki ketahanan ekonomi yang relatif baik pula

2. Variabel pendapatan keluarga diukur berdasarkan 2 (dua) indikator yaitu: pendapatan perkapita keluarga, dan kecukupan pendapatan keluarga.

Apabila keluarga dapat memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari maka diharapkan memiliki ketahanan ekonomi yang lebih baik. Kecukupan penghasilan keluarga menjadi pendapatan keluarga dalam meningkatkan ketahanan keluarga

3. Variabel pembiayaan pendidikan anak diukur berdasarkan 2 (dua) indikator yaitu: kemampuan pembiayaan pendidikan anak, dan keberlangsungan pendidikan anak

Untuk menilai apakah keluarga lebih tahan secara ekonomi salah satunya adalah orang tua mampu memiayai anak sampai wajib belajar 12 tahun. Keluarga dengan ketahanan ekonomi yang baik, harus mampu menjaga keberlangsungan pendidikan anak

4. Variabel jaminan keuangan keluarga diukur berdasarkan 2 (dua) indikator yaitu: tabungan keluarga, dan jaminan kesehatan keluarga.

Kejadian tak terduga adalah masalah yang harus siap dihadapi, untuk mengatasi hal tersebut keluarga harus memiliki tabungan serta jaminan kesehatan, agar ketahanan keluarga baik

#### **4. Ketahanan sosial psikologi**

Apabila sebuah keluarga dapat menanggulangi berbagai masalah nonfisik seperti mampu mengendalikan emosi secara positif, memiliki konsep diri positif, suami yang peduli terhadap istri dan puas dengan keharmonisan keluarga dapat dikatakan bahwa keluarga memiliki ketahanan sosial psikologi yang baik (Sunarti dalam Puspitawati, 2015, dalam Cahyaningtyas, 2016).

Dimensi ketahanan sosial psikologis dijabarkan melalui 2 (dua) variabel dan 3 (tiga) indikator yaitu:

1. Variabel keharmonisan keluarga diukur berdasarkan 2 (dua) indikator yaitu: sikap anti kekerasan terhadap perempuan, dan perilaku anti kekerasan terhadap anak.

Sikap anti kekerasan tercermin pada sikap dimana kepala keluarga atau pasangan yang tidak membenarkan tindakan memukul atau tindakan kekerasan lainnya kepada istri atau anaknya, dan mampu mendidik anak dan mengasuhnya dengan penuh kasih sayang tanpa ada kekerasan (Cahyaningtyas, 2016).

2. Variabel kepatuhan terhadap hukum diukur berdasarkan 1 (satu) indikator yaitu: penghormatan terhadap hukum.

#### **5. Ketahanan sosial budaya**

Sudut pandang hubungan keluarga terhadap lingkungan sosial sekitarnya dapat menggambarkan tingkat ketahanan keluarga seseorang.

Dimensi ketahanan sosial budaya dijabarkan melalui 3 (tiga) variabel dan 3 (tiga) indikator yaitu:

1. Variabel kepedulian sosial diukur berdasarkan 1 (satu) indikator yaitu: penghormatan terhadap lansia.
2. Variabel keeratan sosial diukur berdasarkan 1 (satu) indikator yaitu: partisipasi dalam kegiatan sosial di lingkungan
3. Variabel ketaatan beragama diukur berdasarkan 1 (satu) indikator yaitu: partisipasi dalam kegiatan keagamaan di lingkungan.

**b. Kunci keluarga dalam proses ketahanan menurut Walsh, 2006**

**1. Sistem kepercayaan / *belief sistem* :**

Belief sistem adalah inti dari semua fungsi keluarga akan kekuatan kuat dalam ketahanan dengan elemennya yaitu :

- a) Memaknai kesulitan
  - 1) Melihat ketahanan sebagai basis relasi
    - a) “*Lifelines*” versus “individu yang tangguh”
    - b) Melihat krisis sebagai tantangan bersama.
  - 2) Normalisasi dan pengalaman yang kontekstual
    - a) Orientasi siklus hidup keluarga
    - b) Melihat kerentanan sebagai manusia; kesusahan seperti yang bisa dimengerti, situasi yang biasa terjadi
  - 3) Mendapatkan rasa *koheresi*  
Melihat krisis sebagai tantangan : dapat dipahami, dikelola dan bermakna
  - 4) Penilaian situasi yang merugikan : masalah kontrol/ tanggung jawab/ menyalahkan
    - a) Atribusi kausal dan penjelasan : “bagaimana ini bisa terjadi?”
    - b) Harapan masa depan/ketakutan bencana: “apa yang akan terjadi?”, “ apa bisa selesai?”
- b) Pandangan positif
  - 1) Harapan : bias optimis (keyakinan dalam mengatasi rintangan)
  - 2) Menegaskan kekuatan; membangun potensi
  - 3) Meraih peluang ; inisiatif aktif dan ketekunan
  - 4) Keberanian
  - 5) Menguasai kemungkinan; menerima apa yang tidak bisa diubah atau takdir
- c) *Tressendensi* dan spiritualitas adalah upaya mengarahkan tujuan hidup manusia supaya dapat hidup secara bermakna
  - 1) Nilai yang lebih besar seperti tujuan

- 2) Spiritualitas : iman, ritual, dan dukungan umat
- 3) Inspirasi : membayangkan kemungkinan-kemungkinan baru seperti : model peran, impian hidup, solusi inovatif, ekspresi kreatif (misalnya seni, musik, tulisan)
- 4) Transformasi : belajar, berubah, dan berkembang dari krisis
  - a. Krisis adalah ancaman dan peluang; memegang hadiah, potensi
  - b. Menilai kembali, menegaskan kembali atau mengarahkan kembali prioritas hidup
  - c. Kepedulian dan tidakan untuk menguntungkan orang lain atau tanggung jawab sosial.

## **2. Pola organisasi / *structural* : peredam kejut krisis**

Pola organisasi keluarga di pelihara oleh eksternal dan norma internal, yang dipengaruhi oleh sitem kepercayaan budaya dan keluarga, didasarkan pada harapan bersama, bertahan karena kebiasaan, timbal balik atau efektifitas fungsional. Untuk mengatasi krisis atau kesulitan yang terus menerus secara efektif, keluarga harus memobilisasi dan mengatur sumber daya manusia, tekanan penyangga dan mengatur ulang agar sesuai dengan kondisi yang diinginkan. Elemennya meliputi :

### *a. Fleksibilitas*

- 1) Perubahan adaptif atau mampu beradaptasi seperti reorganisasi, perubahan, adaptasi agar sesuai dengan tantangan baru
- 2) Stabilitas melalui gangguan : *kontinuitas*, ritual dan rutinitas
- 3) Kepemimpinan otoritatif yang kuat, seperti mengasuh, membimbing dan melindungi anak-anak dan anggota keluarga yang rentan
- 4) Bentuk keluarga yang bervariasi seperti tim pengasuhan kooperatif
- 5) hubungan pasangan yang setara dan saling menghormati.

### *b. Keterhubungan*

- 1) Saling mendukung, berkolaborasi dan memiliki komitmen
- 2) Saling menghormati kebutuhan perbedaan dan batasan individu

3) Mencari rekonsiliasi hubungan yang terluka dengan memaafkan dan mengingat.

c. Sumber daya sosial dan ekonomi

1) Memobilisasi jaringan kerabat, sosial dan dukungan komunitas, merekrut hubungan mentoring

2) Membangun keamanan finansial dengan menyeimbangkan pekerjaan dengan ketegangan keluarga

3) Sistem yang lebih besar adanya dukungan kelembagaan atau struktural.

### **3. Proses komunikasi**

Komunikasi memfasilitasi semua fungsi keluarga, dan merupakan upaya yang dilakukan bersama keluarga yang mengalami krisis untuk meningkatkan kemampuan anggota keluarga untuk memperjelas situasi krisis mereka, untuk mengekspresikan dan menanggapi kebutuhan satu sama lain, dan kekhawatiran, dan untuk menegosiasikan perubahan sistem yang memenuhi tuntutan baru. Sehingga kita akan melihat, kejelasan, ekspresi emosional terbuka, dan masalah kolaboratif pemecahan adalah kunci penting untuk ketahanan keluarga.

#### **2.1.3 Faktor resiko *stunting* dan ketahanan keluarga**

##### **2.1.3.1 Faktor keluarga**

**a. Lingkungan sosial, seperti keutuhan keluarga dan kekerasan dalam rumah tangga**

Keluarga memiliki peran untuk mempengaruhi kejadian *stunting* pada anak balita, mayoritas ada pada bentuk keluarga inti, dimana kejadian *stunting* sering terjadi pada bentuk keluarga yang bercerai. Sedangkan bentuk keluarga besar jarang terjadi *stunting*, karena dalam keluarga yang mengasuh akan selain orang tua dapat pula dilakukan oleh kakek dan nenek yang membantu dalam pemenuhan kebutuhan termasuk asupan makanan sehari-hari. Dalam kejadian *stunting* bentuk keluarga yang memberikan

pengaruh sejalan dengan karakteristik jumlah anak dalam keluarga. Keluarga yang memiliki anak lebih dari dua dapat mempengaruhi kejadian *stunting*, karena dalam pemenuhan kebutuhan gizi cenderung mendapatkan perhatian dan perawatan individu yang minim. Hal-hal yang dapat dilakukan untuk meningkatkan peran dan hubungan dengan mengklasifikasikan dan menunjang perilaku yang menjadi peran khusus dengan mengidentifikasi berbagai macam peran dalam siklus kehidupan dan peran biasa dalam keluarga, serta mendukung keluarga untuk mengidentifikasi manajemen perubahan dan strategi positif (Rahmawati, *et al.* 2019).

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Chai *et al.*, 2016 dari Harvard School of Public Health United States of America (USA) dalam *Bull World Health Organ* mendapati bahwa *stunting* berhubungan positif dengan ibu yang mengalami kekerasan fisik, seksual dan keduanya dari pasangannya atau suaminya. Kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) lebih kuat terjadi di perkotaan dengan ibu yang berpendidikan rendah dan dari negara dengan penghasilan menengah. Masalah kesehatan mental ditemukan lebih sering pada wanita yang mengalami pelecehan atau kekerasan seperti tingkat depresi lebih tinggi, stress pasca trauma, gangguan makan, kesehatan yang buruk : kondisi kronis (nyeri) cedera, gangguan pencernaan yang terbukti mengakibatkan peningkatan kematian dan kekurangan gizi pada anak-anak dari ibu yang dianiaya (Asling-Monemi *et al.*, 2003). Kekerasan rumah tangga menghasilkan hal yang fatal yang berakibat secara langsung seperti pembunuhan atau bunuh diri dan kematian ibu, dan hal yang tidak fatal seperti gangguan pada kesehatan mental, fisik dan reproduksi yang merugikan serta perilaku kesehatan yang negatif (Haise *et al.*, 1999 dalam Kishor, *et al.*, 2004), kesehatan mental yang dialami seperti depresi tingkat tinggi, stress pasca trauma, dan gangguan makan, sedangkan gangguan fisik seperti nyeri kronis, gangguan *gastrointestinal*, dan status kesehatan yang buruk, untuk kesehatan reproduksi yang merugikan seperti keguguran, HIV, penyakit menular seksual, aborsi, kehamilan yang tidak diinginkan, dan BBLR (Campbell, 2002 dalam Kishor, *et al.*, 2004) dan perilaku negatif

seperti makan berlebihan, minum alkohol, penyalahgunaan obat-obatan (Kishor, et al. 2004).

Menurut Undang-Undang No 23 tahun 2004 bahwa KDRT adalah setiap perbuatan yang berakibat timbulnya kekerasan atau penderitaan baik secara fisik, seksual, psikologis dan atau penelantaran termasuk perampasan kemerdekaan secara melawan hukum dan melakukan ancaman atau pemaksaan dalam lingkup rumah tangga kepada seseorang terutama perempuan. Kekerasan dalam rumah tangga dapat berupa : kekerasan fisik yaitu perbuatan yang mengakibatkan rasa sakit, luka berat atau jatuh sakit, kekerasan psikis yang mengakibatkan ketakutan serta hilangnya rasa percaya diri dan kemampuan untuk bertindak sehingga tidak berdaya dan menimbulkan penderitaan psikis berat, Kekerasan seksual seperti pemaksaan hubungan seksual yang dilakukan pada orang yang menetap dalam lingkup rumah tangga, serta pemaksaan hubungan seksual dengan salah satu anggota rumah tangga dengan orang lain dengan tujuan komersil atau tujuan tertentu. dan penelantaran rumah tangga seperti tidak memberikan kehidupan, perawatan dan pemeliharaan (UU No 23 tahun 2004).

**b. Lingkungan pemukiman, seperti ketahanan fisik tempat tinggal dan paparan asap rokok dalam keluarga**

Berdasarkan Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM) 2013 indeks kesehatan lingkungan ditentukan berdasarkan akses penduduk terhadap air bersih dan sanitasi. Akses air bersih diukur berdasarkan pemakaian air bersih perkapita dalam rumah tangga  $\leq 20$  lt per orang per hari yang berasal dari perusahaan daerah air minum (PDAM) atau air ledeng eceran seperti membeli atau sumur bor dan pompa, sumur gali terlindungi atau mata air yang terlindungi. Sedangkan akses sanitasi diukur berdasarkan kepemilikan fasilitas kloset dan fasilitas buang air besar, sanitasi dikatakan baik apabila memiliki sendiri dengan jenis jamban leher angsa. Penyediaan

air bersih dan perbaikan akses sanitasi akan menurunkan masalah *stunting* pada balita sebanyak 20,58% (Trihono, 2015).

Ketersediaan air bersih sangat menentukan kualitasnya sanitasi lingkungan seperti jamban yang digunakan dengan baik, jika air bersih selalu tersedia. Penggunaan jamban yang baik akan mencegah terjadinya pencemaran lingkungan dan menghindari penularan penyakit. Artinya kualitas air bersih dapat mempengaruhi kejadian *stunting*, karena dengan kondisi kualitas air bersih yang buruk dapat menjadi faktor dalam terjadinya *stunting*, dimana penggunaan air bersih yang layak kebutuhan rumah tangga seperti air baku untuk kebutuhan air minum, mencuci peralatan makan, mencuci bahan makanan, air mentah untuk memasak, serta untuk tujuan kebersihan sebagai obat kumur atau sikat gigi, bermanfaat untuk mengurangi resiko infeksi saluran cerna. Air minum adalah air yang melalui proses atau tanpa proses pengolahan yang memenuhi syarat kesehatan dan dapat diminum langsung, seperti air mineral kemasan, air galon isi ulang, air sumur dan air PDAM. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Rosita, 2014 bahwa hasil pengujian laboratorium mikrobiologi menunjukkan enam dari dua belas sampel mengandung bakteri *E coli*, hal ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Waliulu, 2018 dari tiga depot air minum isi ulang (DAMIU) ada 2 (dua) yang tidak layak konsumsi karena mengandung bakteri *E coli*. Hampir sama dengan penelitian yang dilakukan oleh Marhamah, 2018 bahwa air minum isi ulang di tiga depot sudah memenuhi syarat standar kualitas berdasarkan Permenkes 2010, tetapi setelah 3 hari penyimpanan berada diatas persyaratan baku mutu, artinya air harus direbus sebelum dikonsumsi oleh manusia. Sedangkan untuk hasil uji parameter air minum dalam kemasan sudah memenuhi syarat yang ditentukan (Deril, 2019). Sarana pembuangan air limbah harus memenuhi kriteria seperti terbuat dari bahan tahan air, tertutup, tidak menyebabkan genangan air, tidak berbau, tidak ada sarang *vector*, tidak menyebabkan bekuan dan terhubung ke got atau sumur resesi. Kualitas sarana pembuangan yang tidak baik akan menyebabkan kontaminasinya meresap kedalam air dan terbawa

jauh ke sungai sehingga airnya tercemar dimana saluran pembuangan air limbah menjadi tempat penyakit *vector* seperti kecoa dan lalat yang mengakibatkan pemindahan bibit penyakit kedalam air dan lingkungan makanan yang menjadi sumber infeksi penyakit menular. Bayi yang terpapar asap rokok didalam rumah akan menjadi 1,4 kali lebih besar mengalami panjang tubuh abnormal dibandingkan dengan bayi yang tidak terpapar asap rokok di dalam rumah. Paparan kimiawi asap rokok tidak dialami oleh perokok aktif tetapi bahayanya lebih besar untuk perokok pasif seperti balita, dimana balita belum bisa menghindari paparan asap rokok,. Asap rokok mengandung banyak jenis bahan kimia yang berbahaya bagi tubuh manusia seperti karbon monoksida dan nikotin yang berbahaya bagi ibu hamil dan janin yang dikandungnya, dimana nikotin merangsang hormon ketokolamin sehingga mendorong kerja jantung untuk meningkatkan tekanan darah, yang mengakibatkan perubahan detak jantung serta aliran darah masuk ke puser, yang menginduksi hipoksia pada janin agar tumbuh kembang janin terganggu (Purba, 2020).

**c. Ketahanan pangan, seperti ketahanan ekonomi, ketahanan fisik keluarga dan riwayat penyakit infeksi dalam anggota keluarga**

Status ekonomi dinilai berdasarkan kepemilikan rumah dan tingkat pengeluaran rumah tangga perkapita. Status ekonomi diklasifikasikan menjadi 5 yaitu kuintil 1 (terbawah), kuintil 2 (menengah bawah), kuintil 3 (menengah), kuintil 4 (menengah atas), kuintil 5 (teratas). Prevalensi *stunting* akan naik 0,19% jika kondisi status ekonomi penduduk terendah atau di kuintil 1 dengan sifat hubungan positif, tetapi prevalensi *stunting* akan lebih rendah 0,26% pada kelompok penduduk dengan status ekonomi teratas atau kuintil 5 tetapi sifat hubungannya negatif (Trihono, 2015). Menurut Wardani, *et al.* 2020 dalam penelitiannya yang berjudul “hubungan faktor sosial ekonomi dan ketahanan pangan terhadap kejadian *stunting* pada balita” bahwa terdapat hubungan antara faktor sosial ekonomi seperti pendapatan dan pendidikan terhadap kejadian *stunting* pada anak balita. Pendapatan dan pendidikan yang rendah akan menyebabkan terjadinya

stratifikasi sosial ekonomi dalam masyarakat yang mengakibatkan terjadinya perbedaan akses terhadap sarana dan prasarana kesehatan.

Kepemilikan jaminan kesehatan berpengaruh terhadap BBLR, prematur dan *stunting*. Anak dari keluarga peserta jaminan kesehatan Non-ASKESKIN terproteksi dari kejadian *stunting*, namun tidak ada perbedaan risiko *stunting* antara anak dari keluarga peserta ASKESKIN dengan anak dari keluarga yang tidak memiliki jaminan kesehatan, hal ini menunjukkan bahwa program jaminan kesehatan nasional belum dimanfaatkan oleh keluarga miskin untuk mencegah terjadinya kelahiran premature, BBLR dan kejadian *stunting* (Simbolon, 2014).

Kemudahan dalam mendapatkan sumber pangan akan berpengaruh terhadap kecukupan gizi bagi keluarga khususnya bagi balita dan ibunya, sehingga kerawanan pangan yang diakibatkan oleh aset dan akses yang terbatas ke sumber pangan akan menyebabkan masalah gizi pada balita termasuk *stunting* (Firman & mahmudiono, 2018; Pangestuti, dkk, 2017 dalam Wardani, 2020).

Kerentanan pasokan pangan dalam waktu yang lama bisa mempengaruhi konsumsi pangan yang terus menerus sehingga mengurangi kualitas dan kuantitas pangan bagi seluruh anggota keluarga termasuk balita, sehingga dapat menyebabkan kejadian *stunting* (Chaparro, 2012 dalam Wardani, 2020).

Berdasarkan 7 pesan khusus gizi seimbang untuk mendapatkan supan gizi yang seimbang salah satunya yaitu biasakan makan 3 kali sehari pada pagi, siang, dan malam bersama keluarga, karena setiap hari tubuh kita memerlukan protein, energi, mineral vitamin dan serat yang didapat dari makanan untuk menjaga kondisi tubuh agar tetap sehat dan dapat menjalankan aktivitas sehari-hari. Khususnya anak balita yang membutuhkan asupan gizi yang lengkap untuk mendukung masa

pertumbuhan dan perkembangan otak emasnya. Kemudian biasakan konsumsi ikan dan sumber protein lainnya untuk mempertahankan, pertumbuhan sel dan jaringan yang sudah terbentuk dan mengganti sel yang sudah rusak, juga sebagai sumber energi seperti ikan, daging, unggas, telur, susu dan olahannya, tahu, tempe, dan kacang-kacangan. Kemudian perbanyak konsumsi sayuran dan cukup buah-buahan, karena sayuran dan buah merupakan sumber berbagai macam vitamin dan mineral serta serat, yang dibutuhkan oleh tubuh dan sistem pencernaan. Zat gizi ini sering luput dalam asupan gizi sehari-hari, karena dampaknya tidak langsung terasa. Konsumsi sayur dan buah sangat baik untuk menurunkan tekanan darah, resiko obesitas, kadar kolesterol dan meningkatkan daya tahan tubuh (Wiranyani, *et al.* 2016).

Suatu penyakit dapat menularkan dari orang yang satu ke orang yang lain ditentukan oleh faktor *agen*, faktor *host* atau manusia dan faktor *route of transmission* atau jalannya penularan. Contohnya penularan melalui saluran pernafasan atau droplet karena batuk, bersin, bicara atau udara pernafasan, seperti penyakit TBC, ISPA. Penularan melalui pencernaan lewat ludah, muntah atau tinja, seperti diare, kolera, kecacingan, *typhoid abdominalis*. Melalui luka pada kulit atau mukosa, seperti penyakit AIDS, melalui gigitan, seperti penyakit malaria, demam berdarah (Irwan, 2017). Masalah gizi seperti *stunting* dapat menghambat reaksi imunologi terhadap infeksi penyakit tertentu seperti diare berulang, ispa, tuberculosis, pada kondisi penyakit yang berat akan ditemukan status gizi buruk, infeksi berat juga akan membuat tubuh anak kehilangan energi serta kekurangan cairan akibat muntah atau diare (Namangboling, *et al.* 2017). Kurangnya asupan gizi dan penyakit terutama penyakit infeksi terutama diare, ISPA, TBC, malaria, demam berdarah dan HIV/AIDS. Dimana infeksi ini bisa menyebabkan terganggunya penyerapan asupan gizi, yang mengakibatkan terjadinya gizi kurang bahkan menjadi gizi buruk, dimana hal tersebut dapat mengurangi daya tahan anak sehingga menyebabkan mudah terserang penyakit (Trihono, 2015).

### 2.1.3.2 Faktor komunitas seperti posyandu

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Adiyanti, 2014 bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara pemanfaatan posyandu dengan kejadian *stunting*. Ini berarti kegiatan pemantauan dan pertumbuhan yang dilakukan diposyandu belum mampu untuk menurunkan kasus kejadian *stunting*. Hal ini disebabkan oleh beberapa faktor masyarakat yang rendah dalam pemanfaatan posyandu contohnya pada masyarakat atau anggota masyarakat yang mendapatkan penyakit, tapi tidak merasakan sakit, tentu mereka tidak akan melakukan tindakan apapun terhadap penyakitnya, tetapi jika mereka mendapati penyakit dan merasa sakit, maka mereka akan melakukan sesuatu hal atau perilaku untuk berusaha mengobati sakitnya. Faktor predisposisi mencakup sikap dan pengetahuan masyarakat terhadap kesehatan misalnya ibu balita hanya membawa bayinya ke posyandu karena ingin mendapatkan imunisasi bagi bayinya, tetapi jika imunisasi tersebut telah selesai, maka ibu balita pun tidak kembali lagi keposyandu. Faktor pemungkin seperti tidak ada posyandu dan masalah jarak yang disebabkan karena jarak posyandu dengan rumah sangat jauh, atau hari buka posyandu yang tidak rutin. Dan faktor penguat diantaranya sarana dan prasarana yang tersedia seperti posyandu, keterampilan kader yang masih rendah dalam pemantauan pertumbuhan dan penyuluhan ditunjang sikap dan perilaku para tenaga kesehatan dan tokoh masyarakat dan agama dalam partisipasi meningkatkan pemanfaatan posyandu, dimana para perangkat desa masih menganggap jikalau posyandu milik kesehatan. Posyandu merupakan salah satu bentuk upaya kesehatan bersumber daya masyarakat yang dikelola dan diselenggarakan dari, oleh untuk dan bersama masyarakat, dengan tujuan menunjang percepatan penurunan angka kematian ibu dan bayi, yang berfungsi untuk kemudahan mendapatkan informasi dan pelayanan kesehatan dasar. Terutama dalam pemantauan status pertumbuhan dan perkembangan balita. Berdasarkan kementerian kesehatan bahwa jumlah ideal posyandu yaitu 1 posyandu untuk 100 balita atau 1:100 (Susanto, *et al.*

2017). Strata posyandu terdiri dari 4 tingkatan sebagai berikut (Kemenkes RI, 2011) :

1. posyandu pratama adalah posyandu yang belum mantap, yang ditandai oleh kegiatan bulanan. posyandu belum terlaksana secara rutin serta jumlah kader sangat terbatas yakni kurang dari lima orang.
2. posyandu madya adalah posyandu yang sudah dapat melaksanakan kegiatan lebih dari delapan kali pertahun, dengan rata-rata jumlah kader sebanyak lima orang atau lebih tetapi cakupan kelima kegiatan utamanya masih rendah yaitu kurang dari 50%.
3. posyandu purnama adalah posyandu yang sudah dapat melaksanakan kegiatan lebih dari delapan kali pertahun, dengan rata-rata jumlah kader sebanyak lima orang atau lebih cakupan kelima kegiatan utamanya lebih dari 50%, dan mampu menyelenggarakan program tambahan, serta telah memperoleh sumber pembiayaan dari dana sehat yang dikelola oleh masyarakat yang pesertanya kurang dari 50% KK dan bertempat tinggal di wilayah kerja posyandu
4. posyandu mandiri adalah posyandu yang sudah dapat melaksanakan kegiatan lebih dari delapan kali pertahun, dengan rata-rata jumlah kader sebanyak lima orang atau lebih cakupan kelima kegiatan utamanya lebih dari 50%, dan mampu menyelenggarakan program tambahan, serta telah memperoleh sumber pembiayaan dari dana sehat yang dikelola oleh masyarakat yang pesertanya lebih dari 50% KK dan bertempat tinggal di wilayah kerja posyandu.

Posyandu terdiri dari kegiatan utama yaitu kesehatan ibu dan anak (KIA), keluarga berencana (KB), imunisasi, gizi, dan pencegahan penanggulangan diare. Dan kegiatan pengembangan/pilihan diantaranya bina keluarga balita (BKB), kelas ibu hamil dan balita, penemuan dan pengamatan penyakit potensial KLB, pos PAUD, usaha kesehatan gigi masyarakat desa (UKGM), perogram diversifikasi pertanian pangan dan pemanfaatan pekarangan, melalui taman obat keluarga atau TOGA, tabungan ibu bersalin, tabungan masyarakat, kesehatan reproduksi remaja dan lansia (Kemenkes, 2011).

Indonesia telah memanfaatkan kekuatan posyandu yang didirikan sejak tahun 1986 di desa-desa untuk meningkatkan kesehatan perempuan dan anak-anak. Dimulai sebagai pos kesehatan komunitas, yang menfokuskan pada nutrisi, imunisasi dan pemantauan serta promosi pertumbuhan. Posyandu secara bertahap mulai menerapkan multisektoral mendekati dan memainkan peran penting dalam perang negara menurunkan malnutrisi. Dimana posyandu sampai saat ini masih terus berjalan, tetapi perlu di revitalisasi dan dimodernisasi untuk membuat lebih banyak dampaknya bagi kesehatan perempuan dan anak-anak (Rock, *at, al.*, 2018). Dalam terselenggaranya pelayanan posyandu akan melibatkan banyak pihak diantaranya (Kemenkes, 2011) :

1. Kader

- a) Sebelum hari buka posyandu : menyebarluaskan hari buka posyandu, mempersiapkan tempat pelaksanaan, melakukan pembagian tugas kader, berkoordinasi dengan nakes dan petugas lain dan mempersiapkan PMT penyuluhan.
- b) Pada hari buka posyandu : melaksanakan pendaftaran pengunjung, melaksanakan penimbangan, mencatat hasil penimbangan di buku KIA dan KMS serta buku register, mengukur LILA bml dan WUS, melaksanakan kegiatan konseling dan penyuluhan dan gizi PMT sesuai dengan hasil penimbangan, membantu petugas kesehatan dan KB, melengkapi pencatatan dan pelaporan serta membahas hasil kegiatan posyandu.
- c) Diluar hari buka posyandu : mengadakan pemutakhiran data dan sasaran, membuat balok SKDN, melakukan tindak lanjut terhadap sasaran yang tidak datang dengan memberitahu kembali untuk berkunjung ke posyandu dan membutuhkan penyuluhan. Dan melakukan kunjungan dan menghadiri pertemuan rutin kelompok masyarakat atau organisasi keagamaan.

2. Petugas kesehatan (pada hari buka posyandu )

- a) Membimbing kader dalam penyelenggaraan posyandu

- b) Menyelenggarakan pelayanan kesehatan dan KB di meja lima
  - c) Menyelenggarakan konseling dan penyuluhan, gizi dan KB kepada masyarakat dan pengunjung posyandu
  - d) Menganalisa hasil kegiatan posyandu, melaporkan hasilnya kepada puskesmas, membuat rencana kerja dan melaksanakan upaya perbaikan sesuai kebutuhan posyandu.
  - e) Melakukan deteksi dini tanda bahaya umum terhadap bagi dan anak serta ibu hamil dan melakukan rujukan bila diperlukan.
3. *Stakeholder* (unsur pembina dan penggerak terkait)
- a) Camat (penanggung jawab kelompok kerja operasional/pokjanel posyandu kecamatan : mengkoordinasi, memberikan dukungan dan melakukan pembinaan untuk terselenggaranya kegiatan posyandu
  - b) Lurah/Kepala Desa (penanggung jawab pokja posyandu desa/kelurahan) : memberikan dukungan kebijakan, sarana dan dana, mengkoordinasi pergerakan masyarakat, mengkoordinasi peran kader dan tokoh masyarakat, menindak lanjuti hasil kegiatan posyandu dan melakukan pembinaan untuk terselenggaranya kegiatan posyandu secara teratur.
  - c) Instansi/lembaga terkait : badan/kantor/dinas pemberdayaan dan pemerintahan desa, dinas kesehatan. SKPD KB, PABEDA, kantor kementerian agama, Dinas Pendidikan, Dinas Pertanian, Dinas Perindustrian dan UKM, Dinas Perdagangan dan sebagainya yang berperan dalam mendukung teknis operasional posyandu
  - d) Kelompok kerja posyandu : mengelola berbagai data dan informasi, menyusun rencana kegiatan tahunan, melakukan analisis masalah, melakukan bimbingan dan pembinaan, fasilitas, pemantauan dan evaluasi, menggerakkan dan mengembangkan partisipasi, mengembangkan kegiatan, melaporkan hasil pelaksanaan posyandu.
  - e) Tim penggerak PKK : berperan aktif dalam penyelenggaraan, pergerakan peran serta masyarakat, penyuluhan, dan melengkapi data sesuai sistem informasi dalam pelaksanaan posyandu.

- f) Tokoh masyarakat : menggali sumber daya, menanggung dan membina kegiatan, dan menggerakkan masyarakat untuk berperan aktif dan dapat hadir dalam kegiatan posyandu.
- g) Organisasi kemasyarakatan : berperan aktif dalam kegiatan posyandu bersama petugas kesehatan, melakukan penyuluhan, penggerakan kader dan memberikan dukungan dana.
- h) Swasta atau dunia usaha : memberikan dukungan dana dan sarana serta berperan aktif sebafei sukarelawan dalam pelaksanaan kegiatan posyandu.

## 2.2 Penelitian Terdahulu

Penelitian terdahulu ini menjadi salah satu acuan dalam melakukan penelitian, sehingga penulis dapat memperkaya teori yang digunakan dalam mengkaji penelitian yang dilakukan. Dari penelitian terdahulu, penulis tidak menemukan penelitian dengan judul yang sama seperti judul penelitian penulis. Namun penulis mengangkat beberapa penelitian yang berhubungan dengan variable yang akan dilakukan penelitian oleh peneliti sebagai referensi dalam memperkaya bahan kajian pada penelitian penulis. Berikut merupakan penelitian terdahulu berupa jurnal terkait dengan penelitian yang dilakukan penulis .

**Table 1. Penelitian Terdahulu (Kuantitatif Inferensial)**

No	Judul, nama dan tahun	Pengukuran variabel		Populasi dan sampel	Teknik analisa data	Hasil penelitian
		X	Y			
1	<i>Prenatal factors associated with the risk of stunting: a multilevel analysis evidence from nganjuk, east java.</i> (Indriani, Dewi, Dwi, Murti, Bhisma, Qodrijati, Isna. 2018).	Level individu 1. Berat badan lahir 2. Panjang badan 3. Tinggi badan ibu 4. Lila ibu saat hamil 5. Jumlah keluarga Level komunitas 6. Keaktifan posyandu	<i>Stunting</i>	1. Populasi : seluruh balita 2. Sampel : 300 Kelompok kasus : 75 Kelompok control : 150	Desain <i>cass control</i> dengan analisis multilevel	Level individu 1. Meningkatkan resiko kejadian <i>stunting</i> pada balita a) Panjang badan lahir <48 cm b) Tinggi badan ibu <150 cm c) Jumlah keluarga $\geq 5$ Level komunitas 2. Keaktifan posyandu memiliki pengaruh kontekstual terhadap variasi kejadian <i>stunting</i>

No	Judul, nama dan tahun	Pengukuran variabel		Populasi dan sampel	Teknik analisa data	Hasil penelitian
		X	Y			
2	Hubungan pelaksanaan peran keluarga dengan kejadian <i>stunting</i> pada balita di kecamatan arjasa, jember. (Rahmawati, et, al. 2019)	Pelaksanaan peran keluarga	<i>Stunting</i>	1. Populasi : anak usia >12 - ≤24 bulan 2. Sampel : 117	Desain <i>cross section al</i> Analisis uji chi square	Terdapat hubungan antara pelaksanaan peran keluarga dan kejadian ( $p\text{-value} = 0.002$ )
3	Ketahanan pangan rumah tangga berhubungan dengan <i>stunting</i> pada anak usia 6-23 bulan. (Masrin, Et, al, 2014)	Ketahanan pangan rumah tangga	<i>Stunting</i>	1. Pupulasi : ibu rumah tangga balita 6-23 bulan 2. Sampel : <i>Casus</i> : 123 <i>Control</i> : 126	Desain <i>cass control</i> Analisis regresi logistik	Ada hubungan yang signifikan antara ketahanan pangan rumah tangga dengan kejadian <i>stunting</i> pada baduta usia 6023 bulan di kecamatan sedayu, bantul, Yogyakarta ( $p\text{-value} = 0,05$ )
4	<i>Multilevel analisis on the contextual effects of posyandu activity on the occurrence of stunting among children aged 6-24 mounths in purworejo central java indonesia.</i> (Rakhmahayu, et, al. 2019)	Level individu : 1. Lingkar lengan atas ibu saat hamil 2. Pendidikan ibu dan ayah 3. Pendapatan keluarga 4. Alokasi makanan, berat badan lahir Asil eksklusif Makanan pendamping Level komunitas : posyandu	<i>Stunting</i>	1. Pupulasi : ibu rumah tangga balita 6-24 bulan Sampel : <i>Casus</i> : 123 2. <i>Control</i> : 126	Desain <i>cass control</i> analisis multilevel	1. Resiko <i>stunting</i> menurun apabila LILA saat hamil $\geq 23,5$ cm, pendidikan ibu dan ayah $\geq$ SMA, pendapatan keluarga tinggi, BBL $\geq 2.500$ gr, ASI Eksklusif dan MPASI yang tepat 2. Posyandu memiliki pengaruh kontekstual terhadap <i>stunting</i>

No	Judul, nama dan tahun	Pengukuran variabel		Populasi dan sampel	Teknik analisa data	Hasil penelitian
		X	Y			
5	Analisis multilevel determinan epidemiologi sepanjang hayat kejadian stunting dan wasting pada anak balita di kabupaten lombok timur. (Sajali, 2018)	Level 1 1. Pendapatan keluarga 2. Usia ibu saat hamil 3. BBLR 4. Panjang badan lahir 5. Asi eksklusif 6. Riwayat penyakit infeksi Level 2 posyandu	<i>Stunting dan wasting</i>	1. Populasi : balita 2. Sampel : 248 <i>stunting</i> : 62 <i>wasting</i> : 62 Normal : 124	Desain <i>cass control</i> Analisis multilevel	1. Faktor yang menurunkan <i>stunting</i> dan <i>wasting</i> adalah pendapatan keluarga yang tinggi, Lila ibu hamil = 32,5 cm, ASI eksklusif, PB = 48 cm, 2. Posyandu memiliki pengaruh kontekstual terhadap kejadian <i>stunting</i>
6	<i>Determinan of the stunting of children under two years old in indonesia a multilevel abakisis if the 2013 indonesia basic health survey.</i> (Titaley, Cr. Ariawan, Iwan. Hapsari, Dwi. Muasyaroh, Anifotun. Dibley, Mj. 2019)	1. Level individu (karakteristik anak) : jenis kelamin, status pernafasan, IMD, riwayat diare selama 2 minggu terakhir, usia anak, berat lahir, usia kehamilan saat lahir 2. Level rumah tangga : (a) Ukuran dan stuktur keluarga : pendidikan dan pekerjaan ayah ibu, usia ibu saat melahirkan; (b) Karakteristik perumahan dan rumah tangga : jenis bahan bakar yang digunakan, sumber air minum, fasilitas sanitasi, indeks kekayaan rumah tangga, jumlah anggota rumah tangga, jumlah anggota rumah tangga usia < lima tahun; (c) Layanan perawatan kesehatan : jumlah ANC dan selama kehamilan, jumlah konsumsi tablet FE. 3. Level masyarakat (karakteristik tingkat lingkungan) : wilayah, jenis tempat tinggal, gugus	<i>Stunting</i>	Populasi : rumah tangga dari 33 propinsi Sampel : 24.657 wanita dengan anak-anak di bawah 2 tahun	Desain <i>cross section al</i> dengan analisis multi level	1. Di level individu : determinan <i>stunting</i> meningkat secara signifikan : Jenis kelamin laki-laki, usia 12-23 bulan, BBLR) 2. Di level rumah tangga : determinan <i>stunting</i> yang paling signifikan a) Karakteristik perumahan dan rumah tangga : jumlah anggota rumah tangga $\geq 5$ , jumlah anggota rumah tangga berusia kurang dari lima tahun $\geq 3$ b) Layanan perawatan kesehatan : jumlah ANC <4 kali selama kehamilan 3. Di level masyarakat : determinan <i>stunting</i> yang paling signifikan : wilayah

No	Judul, nama dan tahun	Pengukuran variabel		Populasi dan sampel	Teknik analisa data	Hasil penelitian
		X	Y			
7	<i>Determinan of stunted children in indonesia : a multilevel analysis at the individual, household, and community level.</i> (Wicaksono, Febri. Harsanti. Titik. 2020)	1. Level individu a) Jenis kelamin b) Status vaksinasi 2. Level rumah tangga a) Hunian kumuh b) Pendidikan ayah dan ibu c) Kekayaan rumah tangga d) Jumlah anggota rumah tangga 3. Level Komunitas a) Jenis tempat tinggal b) Produk domestik bruto (PDB) perkapita c) Tingkat kemiskinan d) Rasio tenaga kesehatan profesional e) Perseribu penduduk berusia 0-4 tahun	<i>Stunting</i>	Populasi : 300.000 rumah tang Sampel 76.165 balita (66.917 rumah tangga)	Desain <i>cross section al</i> analisis multilevel	1. Level individu : resiko <i>stunting</i> lebih tinggi pada jenis kelamin laki-laki 2. Level rumah tangga : resiko <i>stunting</i> lebih tinggi a) Hunian kumuh b) Pendidikan ayah dan ibu tidak lulus SMA c) Kekayaan rumah tangga yang miskin d) Bertambahnya jumlah anggota keluarga 3. Level komunitas : resiko <i>stunting</i> lebih tinggi : a) Jenis tempat tinggal : Pedesaan 4. PDB perkapita rendah akan berpengaruh terhadap jumlah nakes professional dan <i>stunting</i> usia 0-4 tahun.
8	<i>Life course epidemiology on the determinants of stunting in children under five in east lombok, west nusa tenggara.</i> (Sajalia, Husniyati. Dwi, Ylr. Murti, Bhisma. Qodrijati, Isna. 2018).	1. Level individu a) Pendapatan keluarga b) Usia ibu saat hamil c) Status gizi ibu saat hamil d) Bblr e) Panjang badan lahir f) Pemberian ASI eksklusif g) Riwayat penyakit infeksi 2. Level komunitas a) Posyandu	<i>Stunting</i>	Populasi : anak balita 6-59 bulan pada 31 posyandu Sampel : 186 Kelompok kasus : 62 Kelompok kontrol : 124	Desain <i>cass control</i> Analisis multilevel	1. Level individu Faktor yang menurunkan kejadian <i>stunting</i> adalah a) Pendapatan keluarga yang tinggi b) Lila ibu saat hamil $\geq 23,35$ cm c) ASI eksklusif d) Panjang badan lahir Faktor yang meningkatkan kejadian <i>stunting</i> a) Usia ibu saat hamil <20 tahun atau >35 tahun b) BBLR c) Memiliki rriwayat penyakit infeksi 2. Level komunitas Posyandu memiliki pengaruh kontekstual

terhadap kejadian *stunting* dengan ICC 8,82%

No	Judul, nama dan tahun	Pengukuran variabel		Populasi dan sampel	Teknik analisa data	Hasil penelitian
		X	Y			
9	Hubungan faktor sosial ekonomi dan ketahanan pangan terhadap kejadian <i>stunting</i> pada balita. (Wardani, Rengganis, Sumekar, Wulan, Dyah. Wulandari, Marita. Suharmanto. 2020)	1. Faktor sosial ekonomi A) pendidikan B) pendapatan 2. Faktor ketahanan pangan A) kerawanan pangan keluarga B) keragaman pangan	<i>Stunting</i>	Populasi :1.633 balita Sampel : 100 Kelompok kasus : 50 Kelompok kontrol : 50	Desain <i>cass control</i> Dengan analisis Chi square	Terdapat hubungan antara faktor sosial ekonomi dan kerawanan pangan keluarga.
10	Analisis determinan kejadian <i>stunting</i> pada balita (studi di wilayah kerja puskesmas sumberjambe, puskesmas kasiyan dan puskesmas sumberbaru kabupaten jember) (Laili, Nikmatul, Ayik. 2018)	1. Karakteristik individu : umur anak, jenis kelamin anak, umur orang tua, pendidikan orang tua, pekerjaan orang tua, jumlah anggota keluarga, jarak kelahiran anak, urutan kelahiran anak, tingkat pendidikan 2. Faktor langsung : asupan energi, protein, lemak, karbohidrat, kalsium dan zink 3. Faktor tidak langsung : ketahanan pangan, pola asuh, sanitasi lingkungan, pemanfaatan pelayanan kesehatan	<i>Stunting</i>	Populasi : 12.459 balita Sampel : 142 Kelompok kasus : 71 Kelompok kontrol : 71	Desain <i>cass control</i> dengan analisis	1. Terdapat pengaruh asupan makanan meliputi asupan energi, protein, lemak, karbohidrat, kalsium, zink terhadap kejadian <i>stunting</i> 2. Terdapat pengaruh ketahanan pangan rumah tangga dengan kejadian <i>stunting</i> 3.terdapat hubungan pola asuh dengan kejadian <i>stunting</i> 4. Tidak terdapat pengaruh sanitasi lingkungan tempat tinggal terhadap kejadian <i>stunting</i>

No	Judul, nama dan tahun	Pengukuran variabel		Populasi dan sampel	Teknik analisa data	Hasil penelitian
		X	Y			
11	<i>Determinants of stunting in Indonesian children: evidence from a cross sectional survey indicate a prominent role for the water, sanitation and hygiene sector in stunting reduction.</i> (Torlesse, Harriet. Cronin, Anthony, Aidin. Sebayang, Katikana Susy. Nandy, Robin. 2016)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Karakteristik (usia ibu, pendidikan ibu, jumlah anggota keluarga)</li> <li>2. Air rumah tangga, sanitasi (fasilitas jamban, pengelolaan limbah padat anak, septiktank, ctpls, sumber air minum, cara mengolah air)</li> <li>3. Anc selama kehamilan</li> <li>4. Pendapatan keluarga</li> <li>5. Partisipasi ibu dalam mengambil keputusan (pembelian sumber asupan, mengatur pola asupan, pola pemberian makan, pelayanan kesehatan pada anak)</li> </ol>	<i>Stunting</i>	Sampel 1366 anak balita	Desain <i>cross sectional</i> analisis <i>multiple logistic regression</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terdapat hubungan yang signifikan antara fasilitas MCK rumah tangga dan pengolahan air dengan kejadian <i>stunting</i></li> <li>2. Air yang tidak diolah dengan benar akan meningkatkan resiko 3 kali terjadinya <i>stunting</i></li> <li>3. Jika jamban yang digunakan tidak sesuai standar maka resiko <i>stunting</i> 3 kali lebih tinggi</li> <li>4. Faktor resiko yang menyebabkan terjadinya <i>stunting</i> diantaranya : jenis kelamin laki-laki, naka tertua, pendapatan rendah, tidak melakukan ANC selama kehamilan dan konsumsi makanan bergizi selama hamil yang kurang</li> </ol>
12	Pola asuh gizi, sanitasi lingkungan dan pemanfaatan posyandu dengan kejadian <i>stunting</i> pada baduta di Indonesia (analisis data risekdas 2010). (Adiyanti, Maya. Besral. 2014)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pola asuh gizi</li> <li>2. Sanitasi lingkungan</li> <li>3. Pemanfaatan posyandu</li> </ol> Variable <i>confounding</i> : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Karakteristik baduta (umur, jenis kelamin, berat lahir, konsumsi makanan, status imunisasi)</li> <li>2. Karakteristik ibu (umur, pendidikan, dan pekerjaan ibu)</li> <li>3. Karakteristik kepala rumah tangga (umur, pendidikan, pekerjaan, perilaku</li> </ol>	<i>Stunting</i>	Populasi : seluruh baduta Sampel : balita 0-23 bulan yang mempunyai kelengkapan data sesuai variable penelitian	Desain <i>cross sectional</i> Analisis model regresi logistik ganda	Anak baduta yang berasal dari keluarga dengan menggunakan sumber air yang tidak terlindungi dan dengan jenis jambat yang tidak sesuai standar dan tidak layak akan memiliki resiko 1,3 kali menderita <i>stunting</i> .

merokok, sosial ekonomi, dan jumlah anggota rumah tangga

No	Judul, nama dan tahun	Pengukuran variabel		Populasi dan sampel	Teknik analisa data	Hasil penelitian
		X	Y			
13	Hubungan sanitasi lingkungan rumah tangga dengan kejadian <i>stunting</i> pada anak balita di puskesmas wonomulyo kabupaten polewali mandar tahun 2019. (Soeracmad, Yuliani. Ikhtiar, Muhammad. S, Bintara, Agus. 2019).	1. Cuci tangan pakai sabun (CTPLS) 2. Pengamanan sampah rumah tangga 3. Pengelolaan air minum dan makanan 4. Pengamanan saluran pembuangan air limbah (SPAL)	<i>Stunting</i>	Populasi : anak balita di wilayah Puskesmas Wonomulyo Sampel : 55 Kelompok kasus : 23 Kelompok kontrol : 32	Desain <i>cass control</i> dengan analisis <i>Chi Square</i>	1. Tidak cuci tangan pakai sabun (CTPLS) dengan air mengalir memiliki 2 kali beresiko mengalami kejadian <i>stunting</i> 2. Pengamanan sampah yang tidak dilakukan akan mengalami 2 kali resiko <i>stunting</i> 3. Pengelolaan air minum dan makanan yang tidak sesuai standar akan bersiko 2 kali mengalami kejadian <i>stunting</i> 4. Saluran pembuangan ar limbah yang tidak sesuai syarat akan mengalami 2,2 kali mengalami kejadian <i>stunting</i>
14	<i>Association between intimate partner violence and poor child growth: results from 42 demographic and health surveys.</i> (Chai, Jeanne. Fink, Gunther. Kaaya, Sylva. <i>Et Al.</i> 2016)	1. Kekerasan Pasangan Intim/KDRT (ditampar, mendorong, mengguncang, melempar, ditinju, kemiskinan, pemaksaan hubungan seksual) 2. Karakteristik ibu (usia, tempat tinggal, kuantil kekayaan, tingkat pendidikan ibu dan pasangan, status pekerjaan, status pernikahan saat ini, TB ibu) 3. Karakteristik anak (usia dan jenis kelamin)	<i>Stunting</i>	Populasi : semua wanita usia 15-49 tahun Sampel : 369.400 responden	Analisis model regresi logistic	1. <i>Stunting</i> berhubungan positif dengan ibu yang mengalamim kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) dalam bentuk fisik dan seksual, bahkan keduanya 2. Hubungan <i>stunting</i> dengan KDRT lebih kuat terjadi di perkotaan dari pada di pedesaan 3. Hubungan KDRT dengan <i>stunting</i> lebih kuat terjadi pada ibu dengan pendidikan rendah 4. Hubungan KDRT dengan <i>stunting</i> lebih kuat terjadi pada negara dengan pendapatan perkapita rendah

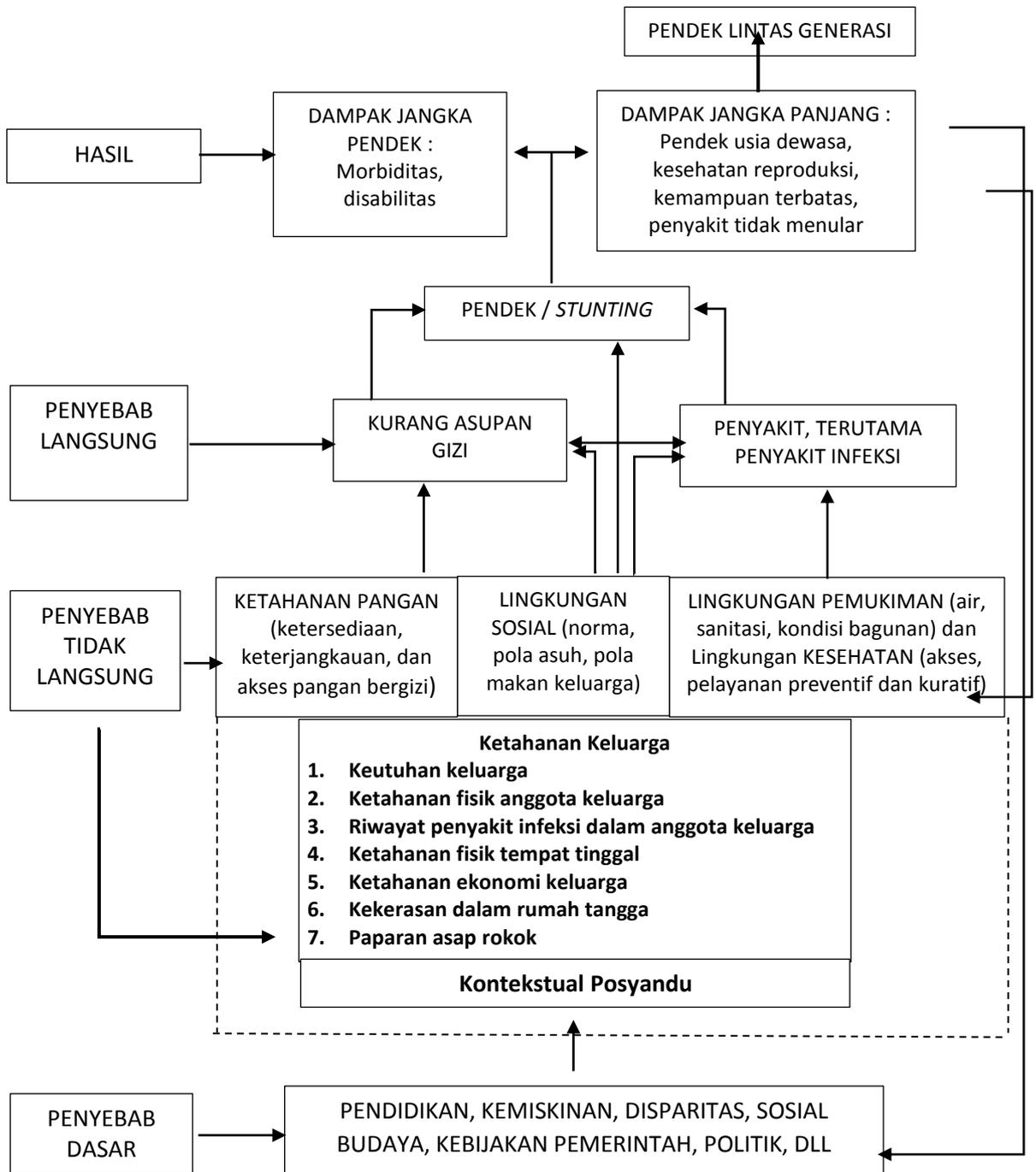
No	Judul, nama dan tahun	Pengukuran variabel		Populasi dan sampel	Teknik analisa data	Hasil penelitian
		X	Y			
15	<i>Prevalence and determinans of stunting among preschool children and its urban-rural disparitas in bangladesh.</i> (Akram, Raisal. Sultana, Marufa. Ali, Naksed, Sheikh, Nurnabi. Sarkir, Razzaque, Abdur. 2018)	Usia anak, usia ibu, pendidikan, jarak kelahiran, IMT ibu, BB lahir, sumber air minum, fasilitas jamban, indeks kekayaan, akses media massa, wilayah urban dan rural	<i>Stunting</i>	Populasi : WUS 15-49 tahun di Bangladesh Sampel : 17.863 WUS 15-49 th	Desain <i>cross section al</i> dengan analisis bivariat e dan multivariate regresi logistik	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Prevalensi <i>stunting</i> lebih tinggi dipedesaan</li> <li>2. Peluang <i>stunting</i> lebih tinggi pada anak usia 26-47 bulan dari keluarga miskin</li> <li>3. Dipedesaan peluang anak laki-laki mengalami <i>stunting</i> lebih tinggi</li> <li>4. Faktor resiko lainnya yang berpengaruh terjadap kejadian <i>stunting</i> yaitu pendidikan ibu, imt ibu, riwayat penyakit diare dan riwayat asi eksklusif</li> </ol>

**Tabel 2. Penelitian terdahulu tentang Ketahanan Keluarga berdasarkan metodologi, konteks dan instrument**

No	Judul	Penulis	Tahun	Konteks	Metodologi	Instrumen	Kesimpulan
1	<i>The Walsh Family Resilience Questionnaire : The Italian Version</i>	Rocchi, S., Ghidelli, C., Burro, R., Vitacca, M., Scalvini, S., Della Vedova, A. M., Roselli, G., Ramponi, J. P., & Bertolotti, G.	2017	Italy	Kualitatif – desain <i>cross sectional</i>	<i>Walsh-IT</i> dan <i>Family Adaptability and Cohesin Evaluation scale III (FACES III)</i>	Walsh IT-R adalah instrument yang valid untuk penilaian ketahanan keluarga di italia ketika menghadapi tantangan penyakit kronis
2	<i>Development and Validation of Family Resilience (FARE) Questionnaire an observation study in itali</i>	Faccio F, Gandini S, Renzi C, et al	2019	Italy	Kuantitatif – desain <i>cross sectional</i>	Family Resilience (FARE)	Temuan awal menunjukkan sikap psikometrik yang dapat diterima untuk kuesioner FARE
3	<i>Family Resilience an Chemical Depedency Perception of Mental Health Professionalis</i>	Zerbetto SR, Galera SAF, Ruiz BO.	2017	Brazil	Deskriptif kualitatif	Persefektif tematik Froma Walsh	Para professional dalam penelitian ini yang terlibat memahami bahwa elemen ketahanan keluarga hadir di bidang komunikasi, pola organisasi dan fasilitas mencari kekuatan keluarga
4	<i>Developing the Health Visitor Concep Of Family Resilience in Wales Using</i>	Wallace C, Dale F, Jones G, O'Kane J, Thomas M, Wilson L, Pontin D.	2018	United Kingdom	Kualitatif dan Kuantitatif dengan pemetaan konsep group dan perangkat online <i>concept sistem global max</i>	<i>family Resilience Assesment Instrumen Tool (FRAIT)</i>	Ketahanan keluarga yang dipahami oleh pengunjung kesehatan adalah konsep multidimensi. Menggunakan perangkat lunak online seperti <i>concept sistem global max</i> memungkinkan pengunjung kesehatan yang bekerja di seluruh Wales untuk mencapai konsensus dan menghasilkan data sebagai persiapan membangun FRAIT untuk digunakan dalam praktik sehari-hari seperti yang dipersyaratkan oleh Welsh Kebijakan pemerintah

No	Judul	Penulis	Tahun	Konteks	Metodologi	Instrumen	Kesimpulan
5	Analisis faktor-faktor ketahanan keluarga di Kampung KB RW 18 Kelurahan Kadipiro Kota Surakarta	Musfiroh, Mujahidatul. Mulyani, Sri. Cahyanto, Erindra, Budi. Nugraheni, Angesti. Sumiyarsi, Ika.	2019	Indonesia	observasional analitik dengan pendekatan <i>cross sectional</i>	Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak	Responden memiliki ketahanan keluarga yang baik, meliputi ketahanan legalitas dan keutuhan keluarga, ketahanan fisik, ketahanan ekonomi, ketahanan sosial psikologi dan ketahanan sosial budaya.
6	<i>A Psychometric Study of the family Resilience Assrssment Scale Among families Of children with Autism Spectrum Disorder</i>	Gardiner, E., Mâsse, L.C. & Iarocci, G.	2019	Canada	Kuantitatif	FRAS	Menunjukkan bahwa FRAS-ASD menyediakan penilaian valid dari ketahanan di antara keluarga individu dengan ASD, dan dipetakan ke teori 3-domain Walsh model etis
7	<i>Polish Adaptation of the Family Resilience Assessment Scale (FRAS)</i>	Nadrowska, Natalia. Blezek, Magdalena. Walter, AL.	2021	Polandia	Kuantitatif	FRAS versi Polandia	Adaptasi FRAS-PL dibandingkan dengan versi final yang diterima di berbagai negara dan dijelaskan dalam konteks budaya. Skala versi Polandia, bernama FRAS-PL, dapat digunakan untuk peneliti dan dokter untuk menilai ketahanan keluarga.

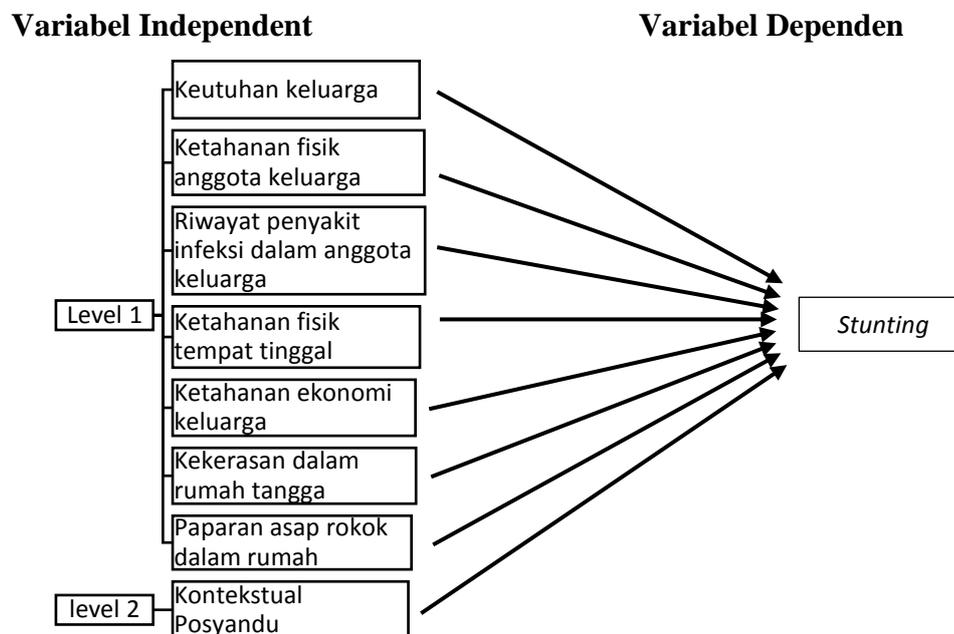
### 2.3 Kerangka Teoritis



Gambar 2. Kerangka Teori modifikasi dari UNICEF, 1990 dalam UNICEF, 2015. Cahyaningtyas, 2016 dan Indriani, 2018

### 2.3 Kerangka Konsep

Kerangka konsep merupakan abstraksi yang terbentuk oleh generalisasi oleh hal-hal khusus (Notoatmodjo, 2018)



Gambar 3. Kerangka Konsep

### 2.4 Hipotesis

Hipotesis penelitian adalah jawaban sementara penelitian, patogan duga, atau dalil sementara, yang kebenarannya akan dibuktikan dalam penelitian tersebut (Notoatmodjo, 2018). Setelah melalui pembuktian dari hasil penelitian, maka hipotesis ini dapat benar atau salah, dapat diterima atau di tolak. Hipotesis alternative ( $H_a$ ) dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Keutuhan keluarga merupakan faktor resiko *stunting* di Kabupaten Lampung Selatan tahun 2021.
2. Ketahanan fisik anggota keluarga merupakan faktor resiko *stunting* di Kabupaten Lampung Selatan tahun 2021.
3. Pengaruh riwayat penyakit infeksi dalam anggota keluarga merupakan faktor resiko *stunting* di Kabupaten Lampung Selatan tahun 2021.
4. Ketahanan fisik tempat tinggal merupakan faktor resiko *stunting* di Kabupaten Lampung Selatan tahun 2021.

5. Ketahanan ekonomi keluarga merupakan faktor resiko *stunting* di Kabupaten Lampung Selatan tahun 2021.
6. Kekerasan dalam rumah tangga merupakan faktor resiko *stunting* di Kabupaten Lampung Selatan tahun 2021.
7. Paparan asap rokok dalam rumah merupakan faktor resiko *stunting* di Kabupaten Lampung Selatan tahun 2021
8. Posyandu memberikan pengaruh kontekstual terhadap kejadian *stunting* di Kabupaten Lampung Selatan tahun 2021.

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **3.1 Jenis Penelitian**

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah analitik observasional dengan rancangan penelitian *cross sectional* atau studi potong lintang yaitu suatu penelitian untuk mempelajari dinamika korelasi antara faktor-faktor risiko dengan efek, dengan cara pendekatan, observasi atau pengumpulan data sekaligus pada suatu saat (*point time approach*). Artinya tiap subjek penelitian hanya diobservasi sekali saja dan pengukuran dilakukan terhadap status karakter atau variabel subjek pada saat pemeriksaan (Notoatmodjo, 2018). Penelitian ini menggunakan teknik analisis multilevel, terdapat dua level yang dijadikan sebagai subjek penelitian, diantaranya pada level I (keluarga), dan level II (komunitas). Level keluarga dalam penelitian ini adalah keutuhan keluarga, ketahanan fisik anggota keluarga, riwayat penyakit infeksi dalam anggota keluarga, ketahanan fisik tempat tinggal, ketahanan ekonomi keluarga, kekerasan dalam rumah tangga, paparan asap rokok dalam rumah. Level komunitas dilakukan di posyandu yang merupakan salah satu tempat yang mempunyai pengaruh kontekstual terhadap kejadian *stunting*.

#### **3.2 Waktu dan Tempat Penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan di posyandu yang berada di wilayah Kabupaten Lampung Selatan. Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Juni 2021 sampai dengan Juli 2021.

### **3.3 Variabel Penelitian**

#### **3.3.1 Variabel independen**

1. Keutuhan keluarga
2. Ketahanan fisik anggota keluarga
3. Riwayat penyakit infeksi dalam anggota keluarga
4. Ketahanan fisik tempat tinggal
5. Ketahanan ekonomi keluarga
6. Kekerasan dalam rumah tangga
7. Paparan asap rokok dalam rumah
8. Kontekstual posyandu

#### **3.3.2 Variabel dependen : *Stunting***

### **3.4 Definisi Operasional**

Definisi operasional mendefinisikan variable-variabel secara operasional berlandaskan karakteristik yang diamati. Berikut merupakan tabel dari definisi operasional penelitian :

Tabel 3. Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
<b>Variabel independen</b>					
1. Keutuhan keluarga	Suatu upaya yang dilakukan keluarga untuk mengatasi setiap masalah yang muncul dalam membina kerukunan rumah tangga.	Kuesioner family belief system (Walsh, 2006) terdiri dari 13 pernyataan	Wawancara	0= Kurang (skor <39) 1= Baik (skor ≥39)	Ordinal
2. Ketahanan fisik anggota keluarga	Pemenuhan dalam penyiapan kebutuhan keluarga terutama fisik anggota keluarga	Kuesioner ketahanan keluarga, (Cahyaningtyas, 2016) terdiri dari 2 pertanyaan	Wawancara	0= Kurang (skor <2) 1= Baik (skor =2)	Ratio
3. Riwayat penyakit infeksi dalam anggota keluarga	Penyakit infeksi yang dapat menular dalam anggota keluarga seperti ISPA, diare dan pnumonia	Kuesioner Namangboling, 2017 terdiri dari 1 pertanyaan	Wawancara	0= Kurang (skor =0) 1= Baik (skor =1)	Nominal
4. Ketahanan fisik tempat tinggal	Pemenuhan dalam penyiapan kebutuhan keluarga terutama sanitasi dan air bersih	Kuesioner analisis determinan <i>stunting</i> pada balita (Laili, 2018) terdiri dari 5 pertanyaan	Wawancara	0= Kurang (skor <3) 1= Baik (skor ≥3)	Ratio

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
5. Ketahanan ekonomi keluarga	Terpenuhinya kebutuhan rumah tangga yang dilihat dari adanya kepemilikan rumah, adanya pendapatan perkapita keluarga, kecukupan pendapatan, kemampuan dalam pembiayaan dan keberlangsungan pendidikan anak, adanya tabungan keluarga dan janinan kesehatan keluarga.	Kuesioner ketahanan keluarga, (Cahyaningtyas, 2016). Terdiri dari 7 pertanyaan	Wawancara	0= Kurang (skor <6) 1= Baik (skor ≥6)	Ratio
6. Kekerasan dalam rumah tangga	Setiap perbuatan yang berakibat timbulnya kekerasan atau penderitaan baik secara fisik, seksual maupun psikologis.	Kuesioner <i>domestik violence questions</i> , (Kishor, 2004)	Wawancara	0= Terjadi (skor <9) 1= Tidak terjadi (skor ≥9)	Ordinal
7. Paparan asap rokok dalam keluarga	terpaparnya anggota keluarga dengan asap rokok di dalam dan di luar lingkungan rumah	Kuesioner terdiri dari 1 pertanyaan (Purba, 2020)	Wawancara	0= terpapar (skor =0) 1= tidak terpapar (skor =1)	Nominal
8. Kontekstual posyandu	tempat dalam pengambilan kelompok sampel	-	observasi	Kontinyu (1,2,3 dst)	Nominal

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
<b>Variabel dependen</b>					
<i>Stunting</i>	Definisi : kondisi gagal tumbuh pada anak berusia di bawah lima tahun (balita) akibat kekurangan gizi kronis dan infeksi berulang terutama pada periode 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK), yaitu dari janin hingga anak berusia 23 bulan.	Microtoice	Dengan menggunakan antropometri yang mengacu pada standar Permenkes RI Nomor 2 Tahun 2020 tentang Standar Antropometri anak yaitu tinggi badan/Panjang badan dibandingkan	0= <i>Stunting</i> (Zscore <-3 SD s/d < -2 SD) 1= tidak <i>Stunting</i> (Zscore $\geq$ -2 SD)	Nominal

Dalam penelitian ini instrument pengukuran yang digunakan untuk memperoleh informasi mengenai determinan *stunting* adalah kuesioner yang diberikan kepada ibu balita dengan jumlah pertanyaan sebanyak 32. Dengan rincian berdasarkan variabel :

1. Keutuhan keluarga

Terdiri dari 13 pernyataan yang menggunakan skala pengukuran yaitu skala linkert, dengan 5 indikator pernyataan positif yaitu “sangat tidak setuju” diberi skor 1, “tidak setuju” diberi skor 2, “ragu-ragu” diberi skor 3, “setuju” diberi skor 4 dan “sangat setuju” diberi skor 5. Kemudian dihitung nilai maksimal yaitu  $5 \times 13 = 65$ , nilai minimal yaitu  $1 \times 13 = 13$ , mediannya yaitu  $(65 + 13) : 2 = 39$ , sehingga hasil ukur yang didapat skor baik apabila  $\geq 39$  dan kurang apabila  $< 39$ .

2. Ketahanan fisik anggota keluarga

Terdiri dari 2 pertanyaan dan skala pengukuran yang akan digunakan adalah skala Guttman. Skala pengukuran dengan tipe ini, akan didapat jawaban tegas yaitu “ya – tidak” dan dapat berbentuk kuesioner. Untuk jawaban “ya” diberi skor 1 dan untuk jawaban “tidak” diberi skor 0, dengan jawaban tertinggi satu (1) dan terendah nol (0). Sehingga hasil ukur yang didapat adalah baik jika = 2, dan kurang  $< 2$ .

3. Riwayat penyakit infeksi dalam anggota keluarga

Terdiri dari 1 pertanyaan dan skala pengukuran yang akan digunakan adalah skala Guttman. Skala pengukuran dengan tipe ini, akan didapat jawaban tegas yaitu “ya – tidak” dan dapat berbentuk kuesioner. Untuk jawaban “ya” diberi skor 1 dan untuk jawaban “tidak” diberi skor 0, dengan jawaban tertinggi satu (1) dan terendah nol (0). Sehingga hasil ukur yang didapat adalah baik jika = 1, dan kurang = 0.

4. Ketahanan fisik tempat tinggal

Terdiri dari 4 pertanyaan dan skala pengukuran yang akan digunakan adalah skala Guttman. Skala pengukuran dengan tipe ini, akan didapat jawaban tegas yaitu “ya – tidak” dan dapat berbentuk kuesioner. Untuk jawaban “ya” diberi skor 1 dan untuk jawaban “tidak” diberi skor 0,

dengan jawaban tertinggi satu (1) dan terendah nol (0). Sehingga hasil ukur yang didapat adalah baik jika  $\geq 3$ , dan kurang  $< 3$ .

5. Ketahanan ekonomi keluarga

Terdiri dari 7 pertanyaan dan skala pengukuran yang akan digunakan adalah skala Guttman. Skala pengukuran dengan tipe ini, akan didapat jawaban tegas yaitu “ya – tidak” dan dapat berbentuk kuesioner. Untuk jawaban “ya” diberi skor 1 dan untuk jawaban “tidak” diberi skor 0, dengan jawaban tertinggi satu (1) dan terendah nol (0). Sehingga hasil ukur yang didapat adalah baik jika  $\geq 6$ , dan cukup  $< 6$ .

6. Kekerasan dalam rumah tangga

Terdiri dari 3 pernyataan yang menggunakan skala pengukuran yaitu skala linkert, dengan 5 indikator pernyataan negatif yaitu “selalu” diberi skor 1, “sangat sering” diberi skor 2, “sering” diberi skor 3, “kadang-kadang” diberi skor 4, “tidak pernah” diberi skor 5. Kemudian di hitung nilai maksimal yaitu  $5 \times 3 = 15$ , nilai minimal yaitu  $1 \times 3 = 3$ , mediannya yaitu  $(15 + 3) : 2 = 9$ , sehingga hasil ukur yang di dapat skor tidak terjadi apabila  $\geq 9$  dan terjadi apabila  $< 9$ .

7. Paparan asap rokok dalam keluarga

Terdiri dari 1 pertanyaan dan skala pengukuran yang akan digunakan adalah skala Guttman. Skala pengukuran dengan tipe ini, akan didapat jawaban tegas yaitu “ya – tidak” dan dapat berbentuk kuesioner. Untuk jawaban “ya” diberi skor 1 dan untuk jawaban “tidak” diberi skor 0, dengan jawaban tertinggi satu (1) dan terendah nol (0). Sehingga hasil ukur yang didapat adalah baik jika = 1 dan kurang = 0.

8. Kontekstual posyandu

Tempat dalam pengambilan kelompok sampel, terdiri dari 36 posyandu.

9. *Stunting*

Untuk memperoleh informasi *stunting* pada balita digunakan Permenkes RI Nomor 2 tahun 2020 tentang standar antropometri anak yaitu Tinggi Badan (TB) atau Panjang Badan (PB) dibandingkan dengan standar TB/PB dengan memperhatikan jenis kelamin.

Rumus Z-Score TB/U :

$$Z - Score = \frac{\text{nilai individu subyek} - \text{nilai median baku rujukan}}{\text{nilai simpangan baku rujukan}}$$

Maka dapat diperoleh kategori :

- a. *Stunting* : Zscore < -3 SD s/d < -2 SD
- b. Tidak *stunting* : Zscore  $\geq$  -2 SD

### 3.5 Populasi dan Sampel

#### 3.5.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan subjek atau elemen penelitian misalnya manusia (Murti, 2013). Populasi sasaran atau populasi target atau *reference population* (Last, 2001; Hennekens dan Buring, 1987; Mercer, 1991; Kleinbaum et al., 1982, dalam Murti, 2013) merupakan keseluruhan subjek, pengukuran, item yang ingin ditarik kesimpulan oleh peneliti melalui *inferensia*. Populasi sumber atau *source population* atau *actual population* (Mercer, 1991; Kleinbaum et al., 1982, dalam Murti, 2013) merupakan kumpulan subjek dari populasi sasaran yang digunakan sebagai sumber pencuplikan subjek peneliti. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh balita yang berada di wilayah Kabupaten Lampung Selatan.

##### 1. Populasi sasaran

Populasi sasaran dalam penelitian ini adalah seluruh ibu yang mempunyai anak usia 24-48 bulan.

##### 2. Populasi sumber

Populasi sumber dalam penelitian ini adalah seluruh ibu yang mempunyai anak usia 24-48 bulan di posyandu wilayah Kabupaten Lampung Selatan

#### 3.5.2 Sampel

Sampel penelitian merupakan studi populasi yang berupa kumpulan dari berbagai populasi sasaran yang dilakukan pencuplikan untuk diteliti, kemudian diamatai dan diukur oleh peneliti (Murti, 2013).

### 1. Besaran sampel

Menurut Hair *et al.* (1998) dalam Murti (2018) bahwa dalam menentukan besaran sampel pada studi yang menggunakan analisis multilevel adalah dengan menggunakan rumus sebagai berikut :

$$n = (15 \text{ hingga } 20) \times \text{jumlah variabel yang digunakan}$$

sehingga besar sampel minimal yang digunakan adalah 120 hingga 160 subjek penelitian. Untuk menghindari sampel yang *droup out* dan pertimbangan sampel akan lebih respresentatif maka peneliti menggunakan sebanyak 252 subjek penelitian.

### 2. Teknik sampel

Teknik dalam pengambilan sampel dilakukan dengan *Cluster Random Sampling* yaitu metode pencuplikan dimana unit pencuplikan merupakan kelompok atau cluster subjek (Murti, 2013). pengambilan sampel dari kelompok atau *cluster*, penelitian ini dilakukan ditingkat posyandu (komunitas), dan untuk memilih ibu balita (ditingkat keluarga) menggunakan *simple random sampling* yaitu merupakan pemilihan sampel secara random dengan mengikuti hukum regulitas statistik. Subjek populasi memiliki peluang yang sama dan bebas untuk dapat terpilih dalam sampel (Murti, 2018).

Adapun cara yang dilakukan pada tingkat komunitas adalah dari 28 puskesmas diambil 9 puskesmas dengan jumlah kasus stanting lebih dari 100, karena semakin banyak kasus *stunting* kemungkinan akan terdistribusi ke seluruh desa dengan jumlah yang banyak juga, sehingga dapat memadai sebagai jumlah sampel multilevel, kemudian dari 1 puskesmas diambil 2 desa secara acak di dapatkan sebanyak 18 desa, dan dari tiap desa diambil 2 posyandu, sehingga ada 36 posyandu dengan yang sama masing-masing posyandu tersebut diambil 7 orang subjek penelitian secara *simple random sampling*

### 3. Kriteria sampel

Pengambilan sampel didasarkan pada kriteria inklusi dan eksklusi. Kriteria inklusi adalah kriteria atau ciri-ciri yang perlu dipenuhi oleh tiap anggota populasi yang bisa diambil sebagai sampel. Sebaliknya kriteria eksklusi adalah ciri-ciri anggota populasi yang tidak bisa diambil sebagai sampel.

Kriteria inklusi sampel pada penelitian ini adalah :

- a. Keluarga dengan balita *stunting* usia 24-48 bulan
- b. Anak yang mempunyai buku KIA atau KMS
- c. Dapat berkomunikasi dengan baik
- d. Ibu bersedia untuk menjadi responden

Kriteria eksklusi sampel pada penelitian ini adalah :

- a. Balita dengan cacat fisik/cacat bawaan
- b. Tinggi badan ibu <150 cm

## 3.6 Pengumpulan Data

### 3.6.1 Sumber data

Peneliti menggunakan data primer didapat dari hasil wawancara dengan alat ukur kuesioner. Pada waktu penelitian, peneliti memberikan penjelasan terlebih dahulu tentang tujuan penelitian serta tindakan terhadap subjek penelitian yaitu akan dilakukan wawancara dan pengisian kuesioner. Peneliti pun menjelaskan kepada subjek mengenai hak untuk tidak ikut dan tentang kerahasiaan data subjek. Setelah subjek mengerti dan bersedia menyetujui, maka peneliti melakukan wawancara dan meminta subjek peneliti untuk mengisi kuesioner. Peneliti pun menggunakan data skunder dari puskesmas untuk data *stunting* dan tidak *stunting*.

### 3.6.2 Instrumen

Dalam penelitian ini instrumen yang digunakan adalah kuesioner yang berisi data tentang variabel faktor resiko *stunting* yang terdiri dari

keutuhan keluarga, ketahanan fisik anggota keluarga, riwayat penyakit infeksi dalam keluarga, ketahanan ekonomi keluarga, kekerasan dalam rumah tangga, paparan asap rokok dalam rumah

### 3.6.3 Uji Validitas dan Reliabilitas

Uji validitas dilakukan untuk dapat mengetahui apakah kuesioner yang akan digunakan benar-benar dapat mengukur sesuai apa yang diinginkan. Oleh sebab itu maka dilakukan uji korelasi dengan menggunakan teknik *product moment* (Notoatmodjo, 2018). Dalam menghitung  $r$  dan tingkat signifikansi, peneliti menggunakan komputer, dimana instrument dikatakan valid jika  $r$  hitung lebih besar dari  $r$  tabel, sedangkan dikatakan tidak valid jika  $r$  hitung lebih kecil dari  $r$  tabel (0,423) (Swarjana, 2016).

Uji realibilitas juga dilakukan untuk mengetahui hasil ukur dari kuesioner dapat dikatakan selalu konsisten. Uji realibilitas dilakukan dengan menggunakan *internal consistency* yaitu uji coba instrument satu kali saja kemudian hasil yang didapat dianalisa dengan menggunakan rumus koefisien realibilitas *alfa Cronbach* (Sugiono, 2015). Instrument dapat dinyatakan reliabel lebih dari  $r$  tabel.

Uji validitas dan reliabilitas dilakukan pada 20 responden di Posyandu Kriyan wilayah kerja Puskesmas Merbau Mataram karena memiliki karakteristik balita dan wilayah yang hampir sama dengan wilayah kerja puskesmas yang menjadi tempat penelitian. Saat analisis uji validitas dari 32 pertanyaan, yang dinyatakan tidak valid tidak dilakukan perbaikan dan pengujian kembali. Setelah pertanyaan yang tidak valid dihilangkan, dilakukan analisis validitas dan reliablitaas kembali. Hasil uji instrument sebagai berikut :

**Tabel 4. Hasil uji validitas dan reliabilitas analisis multilevel ketahanan keluarga dan posyandu sebagai faktor resiko *stunting* di Kabupaten Lampung Selatan tahun 2021**

Variabel	Jumlah pernyataan		Validitas	reliabilitas
	Sebelum uji validitas	Setelah uji validitas		
Keutuhan keluarga	13	13	0.613-0.951	0.743-0.752
Ketahanan fisik anggota keluarga	2	2	0.544	0.756
Riwayat penyakit dalam keluarga	1	1	0.544	0.756
Ketahanan fisik tempat tinggal	5	5	0.831	0.753
Ketahanan ekonomi keluarga	7	7	0.474-0.831	0.753
Kekerasan dalam rumah tangga	3	3	0.757	0.753-0.754
Paparan asap rokok	1	1	0.831	0.831

### 3.7 Analisa Data

#### 3.7.1 Analisis Univariat

Analisis univariate yang dilakukan terhadap tiap variabel dari hasil penelitian (Notoatmodjo, 2018). Dalam penelitian ini analisis univariate dilakukan untuk menghasilkan distribusi frekuensi dan proporsi masing-masing kelompok dari tiap variabel determinan *stunting* dideskripsikan dalam parameter n dan %.

#### 3.7.2 Analisis Bivariat

Analisa bivariate yang dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi antara variabel bebas dengan variabel terikat, (Notoatmodjo, 2018). Uji statistik yang digunakan adalah uji *Chi Square*, dengan CI dan tingkat kemaknaan  $p < 0,05$ . Rumus *Chi Square* sebagai berikut :

$$X^2 \frac{\sum(F_o - F_e)}{F_e}$$

Keterangan :

$X^2$  : Harga *Chi* kuadrat yang dihitung dan dibandingkan dengan *chi* tabel

$F_o$  : Frekuensi yang diselidiki (*diosevasi*) atau frekuensi empiris

$F_e$  : Frekuensi yang diharapkan atau frekuensi teoritis

### 3.7.3 Analisis Model Multilevel

Model multilevel merupakan sebuah model yang digunakan pada data berjenjang atau *hierarchy*. Analisis model multilevel dalam penelitian ini menggunakan uji regresi logistik ganda yaitu salah satu model yang digunakan untuk menganalisis pengaruh satu atau beberapa variabel independen dengan sebuah variabel dependen kategori yang sifatnya dikotomi. Variabel yang terletak pada level satu berpengaruh langsung terhadap keluarga diantaranya yaitu keutuhan keluarga, ketahamam fisik anggota keluarga, riwayat penyakit dalam anggota keluarga, ketahanan fisik tempat tinggal, ketahanan ekonomi, kekerasan dalam rumah tangga, dan paparan asap rokok, sedangkan variabel yang terletak pada level dua yaitu kontekstual posyandu.

Model analisis regresi logistik multilevel dalam penelitian ini digunakan untuk melihat hubungan dengan skala dikotomi (*binary*) pada tingkat yang lebih tinggi. Berfungsi untuk memahami bahwa pemodelan bertingkat adalah teknik regresi untuk menganalisis data kluster (misalnya kluster balita pada posyandu yang berbeda), untuk melihat perbedaan pada level yang lebih atas memberikan kontribusi terhadap level dibawahnya, untuk melihat *random efek* model yang digunakan untuk menentukan beberapa banyak variasi tingkat yang lebih tinggi.

Kekuatan hubungan untuk variabel bebas berskala dikotomi dapat dikonversikan menjadi *Odds Ratio* (OR) (Murti, 2018). Besarnya pengaruh pada level dua ditunjukkan oleh parameter yang disebut *Intra Class Corelation* (ICC) merupakan sebuah ukuran statistik umum yang

digunakan dalam multilevel modeling (MLM), untuk mengukur derajat pengelompokan atau *clustering* di dalam kelompok atau kelas, atau untuk menggambarkan derajat variasi antar. Pada regresi logistik ganda, persamaan yang digunakan adalah sebagai berikut (Harlan, 2018) :

$$\text{logit}(Y) = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \dots + \beta_p X_p$$

$$Y = \{0,1\}$$

Kemaknaan statistik *Odds Ratio* (OR) dianalisis dengan menggunakan uji Wald, hasil ditunjukkan dengan nilai  $p < 0.05$ .  $H_0$  diterima atau tidak terdapat perbedaan risk antara kelompok terpapar dengan kelompok tidak terpapar bila nilai  $p$  dari statistik Wald  $> \alpha$  (tingkat kemaknaan).  $H_0$  ditolak atau terdapat perbedaan antara kelompok terpapar dengan kelompok tidak terpapar apabila nilai  $p \leq \alpha$ , dan perlu dilihat apakah nilai OR  $> 1$  atau nilai OR  $< 1$  apabila (Widarsa, *et. al.* 2016):

1. Nilai OR  $> 1$  dan nilai  $p \leq \alpha$  : berarti factor tersebut meningkatkan resiko
2. Nilai OR  $< 1$  dan nilai  $p \leq \alpha$  : berarti factor tersebut menurunkan resiko atau factor tersebut memberikan efek pencegahan.

Uji hipotesis juga dapat digunakan dengan *confidence interval* (CI) dari OR (Widarsa, *et. al.* 2016).

1.  $H_0$  diterima bila : angka “1” berada di dalam rentangan nilai CI, misalnya CI 95% OR adalah 0.15-10.15
2.  $H_0$  ditolak bila angka “1” berada diluar rentang nilai CI, misalnya CI 95% OR adalah 2,5-7,5

Interprestasi OR adalah sebagai berikut :

1. Nilai *odds* = 1, artinya tidak ada hubungan, *odds/probabilitas* suatu *outcome* adalah sama kelompok terpapar = tidak terpapar.
2. Nilai *odds*  $> 1$ , artinya hubungan positif, *odds/probabilitas* suatu *outcome* lebih besar pada kelompok terpapar.
3. Nilai *odds*  $< 1$ , artinya hubungan negatif, *odds/probabilitas* suatu *outcome* lebih kecil pada kelompok terpapar.

Model multilevel digunakan untuk menganalisis sifat korelasi dari variabel, dan relevan ketika variabel prediktor diukur secara bersamaan. Analisis multilevel untuk menghasilkan akses sebagai efek dari semua

level dilakukan uji analisis regresi logistik model multilevel menggunakan program STATA 13.

Langkah yang dilakukan adalah sebagai berikut :

3. Melakukan analisis deskriptif terhadap data
4. Model 1 : Membuat model analisis regresi logistik tanpa melibatkan efek kontekstual posyandu
5. Model 2 : Membuat model analisis regresi logistik dengan melibatkan efek dari level 2 yaitu kontekstual posyandu
6. Model 3 : Melihat besarnya pengaruh pada level dua ditunjukkan oleh parameter yang disebut *Intra Class Corelation* (ICC).

### **3.8 Etika Penelitian**

Adapun prinsip-prinsip etika penelitian adalah sebagai berikut :

1. Prinsip manfaat (*Beneficence*)
2. Prinsip menghormati hak responden
3. Prinsip keadilan (*Justice*)

Penelitian ini dilakukan pada ibu balita di Kabupaten Lampung Selatan tahun 2021 dengan memperhatikan aspek etika dalam penelitian dengan cara :

1. Diajukan kekomisi etik penelitian Fakultas Kedokteran Universitas Lampung dan telah mendapat surat izin persetujuan etik dengan Nomor : 1339 /UN26.18/PP.05.02.00/2021
2. Penelitian ini menggunakan manusia sebagai subjek penelitian, oleh sebab itu sebelum dilakukan pengisian kuesioner oleh responden, peneliti meminta responden untuk mengisi lembar ketersediaan menjadi responden (*informed consent*) dan peneliti menjamin kerahasiaan identitas, melindungi serta menghormati hak responden.

## **BAB IV**

### **HASIL PENELITIAN**

#### **4.1 Gambaran Umum Subjek Penelitian**

Wilayah Kabupaten Kabupaten Lampung Selatan memiliki luas wilayah  $\pm 2.109,74 \text{ km}^2$ , merupakan salah satu kabupaten yang terletak di dibagian selatan Propinsi Lampung. Secara administrasi Kabupaten Lampung Selatan terbagi menjadi 17 kecamatan dan 256 desa dan 4 kelurahan. Batas-batas wilayah Kabupaten Lampung Selatan sebagai berikut :

Sebelah utara : berbatasan dengan wilayah Kabupaten Lampung Timur dan Lampung Tengah  
Sebelah selatan : berbatasan dengan selat sunda  
Sebelah timur : berbatasan dengan laut jawa  
Sebelah barat : berbatasan dengan wilayah Kota Bandar Lampung dan Kabupaten Pesawaran

Secara geografis Kabupaten Lampung Selatan merupakan daerah dataran dengan ketinggian bervariasi dari permukaan laut. Daerah dataran tertinggi yaitu 102 m ada di kecamatan Merbau Mataram, dengan ibu kota kabupaten yaitu kalianda dengan ketinggian 17 m. Natar sebagai kecamatan terluas yaitu  $\pm 250,88 \text{ km}^2$ , memiliki jumlah pulau sebanyak 42 yang terletak di Kecamatan Katibung, Rajabasa, Ketapang dan Bakauheni (Kabupaten Lampung Selatan (BPS Kabupaten Lampung Selatan , 2021).

Jumlah penduduk Kabupaten Lampung Selatan pada tahun 2020 sebanyak 1.064.301 jiwa. Dengan kepadatan penduduk sekitar  $504 \text{ jiwa/km}^2$ . Jumlah

penduduk laki-laki sebanyak 544.745 jiwa dan perempuan sebanyak 519.556 jiwa. jumlah penduduk terbanyak ada di Kecamatan Natar sebanyak 191,800 jiwa, dan penduduk terkecil ada di Kecamatan Waipanji sebanyak 18,100 jiwa (BPS Kabupaten Lampung Selatan , 2021).

Terdapat sejumlah sarana kesehatan di Kabupaten Lampung Selatan yaitu ada 5 rumas sakit, 28 puskesmas yang terdiri dari 15 puskesmas rawat inap dan 13 puskesmas non rawat inap, 93 puskesmas pembantu, 66 klinik pratama. (BPS Kabupaten Lampung Selatan , 2021).

Posyandu terbagi menjadi empat strata diantaranya posyandu pratama ada 51 unit atau 4.9%, posyandu madya ada 364 unit atau 43.8%, posyandu purnama ada 538 unit atau 5.4% dan posyandu mandiri ada 94 unit atau 9.0%, sehingga total berjumlah 1.047 unit, tetapi hanya 60.4% atau 632 unit posyandu yang aktif dengan jumlah balita sebanyak 76.347 jiwa (Profil Kesehatan Lampung Selatan, 2020).

## **4.2 Analisa Deskriptif**

### **4.2.1 Karakteristik Subjek Penelitian**

Subjek penelitian ini adalah ibu balita usia 24-48 bulan yang tersebar di 9 (sembilan) puskesmas dengan kasus *stunting* tertinggi, yaitu Puskesmas Tanjung Bintang, Puskesmas Karang Anyar, Puskesmas Sukadami, Puskesmas Katibung, Puskesmas Tanjung Agung, Puskesmas Candipuro, Puskesmas Kalianda, Puskesmas Palas, dan Puskesmas Ketapang. Subjek penelitian sebanyak 252 responden. Dari hasil penelitian didapati karakteristik subjek sebagai berikut :

**Tabel 5. Karakteristik subjek penelitian analisis multilevel ketahanan keluarga dan posyandu sebagai faktor resiko *stunting* di Kabupaten Lampung Selatan tahun 2021**

<b>Karakteristik</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Usia ibu</b>		
Resti (< 20 tahun dan >35 Tahun)	63	25
Tidak resti (20-35 tahun)	189	75
<b>Pekerjaan ibu</b>		
Pedagang	27	9.1
Buruh/tani	39	15.5
PNS	8	3.2
TNI/Polri	0	0
Wiraswasta	41	16.3
Ibu rumah tangga	141	56
<b>Pendidikan ibu</b>		
Pendidikan dasar (tidak tamat SD, Tamat SD, tidak tamat SMP, tamat SMP)	111	44
Pendidikan menengah (tidak tamat SMA, tamat SMA)	119	47.2
Pendidikan tinggi (Diploma/S1/S2/S3)	26	8.7
<b>Jumlah anak</b>		
1 anak	64	25.4
2 anak	104	41.3
≥ 3 anak	84	33.3
<b>Jumlah anggota keluarga</b>		
≤ 4 jiwa	139	55.1
5-6 jiwa	103	40.9
≥ 7 jiwa	10	4
<b>Usia balita</b>		
24 – 35 bulan	116	46
36 -48 bulan	136	54
<b>Jenis kelamin balita</b>		
Laki-laki	117	46.4
Perempuan	135	53.6
<b>Total</b>	<b>252</b>	<b>100</b>

Hasil distribusi frekuensi karakteristik subjek penelitian berdasarkan tabel 5 menunjukkan bahwa karakteristik didominasi oleh ibu dengan usia 20-35 tahun sebanyak 189 subjek (75%), pekerjaan ibu rumah tangga sebanyak 141 subjek (56%), pendidikan menengah sebanyak 119 subjek (47.5%), jumlah 2 anak sebanyak 104 subjek (41.3%), jumlah anggota keluarga anggota keluarga ≤ 4 jiwa sebanyak 139 subjek (55.1%), karakteristik balita didominasi dengan usia 36-48 bulan sebanyak 136 balita (54%), dengan jenis kelamin perempuan sebanyak 135 balita (56.6%).

### 4.3 Pengujian Hipotesis

#### 4.3.1 Analisis Univariat

Analisis univariate dalam penelitian ini menjelaskan gambaran umum data dari masing-masing variabel, antara lain keutuhan keluarga, ketahanan fisik anggota keluarga, riwayat penyakit infeksi dalam anggota keluarga, ketahanan fisik tempat tinggal, ketahanan ekonomi keluarga, kekerasan dalam rumah tangga dan paparan Asap rokok dalam rumah dapat dilihat pada tabel 6.

**Tabel 6. Distribusi frekuensi variabel penelitian analisis multilevel ketahanan keluarga sebagai faktor resiko *stunting* di Kabupaten Lampung Selatan tahun 2021**

Variabel	n	%
<b><i>Stunting</i></b>		
<i>Stunting</i>	57	22.6
Tidak <i>stunting</i>	195	77.4
<b>Keutuhan keluarga</b>		
Kurang	33	13.1
Baik	219	86.9
<b>Ketahanan fisik anggota keluarga</b>		
Kurang	136	54
Baik	116	46
<b>Riwayat penyakit infeksi dalam anggota keluarga</b>		
Kurang	68	27
Baik	184	73
<b>Ketahanan fisik tempat tinggal</b>		
Kurang	108	41.7
Baik	147	58.3
<b>Ketahanan ekonomi keluarga</b>		
Kurang	70	27.8
Baik	182	72.2
<b>Kekerasan dalam rumah tangga</b>		
Terjadi	25	9.9
Tidak Terjadi	227	90.1
<b>Paparan asap rokok dalam rumah</b>		
Terpapar	195	77.4
Tidak Terpapar	57	22.6
<b>Total</b>	<b>252</b>	<b>100</b>

Berdasarkan tabel 6 menunjukkan mayoritas subjek penelitian dengan variabel keutuhan keluarga berkategori baik sebanyak 219 subjek (86.9%). Variabel ketahanan fisik anggota keluarga berkategori kurang

sebanyak 136 subjek (54%). Variabel riwayat penyakit infeksi dalam anggota keluarga berkategori baik sebanyak 184 subjek (73%). Variabel ketahanan fisik tempat tinggal berkategori baik sebanyak 147 subjek (58.3%). Variabel ketahanan ekonomi keluarga berkategori baik sebanyak 182 subjek (72.2%). Variabel kekerasan dalam rumah tangga berkategori tidak terjadi sebanyak 227 subjek (90.1%). Variabel paparan asap rokok dalam rumah berkategori terpapar sebanyak 195 subjek (77.4%).

#### **4.3.2 Analisa Bivariat**

Uji analisis yang digunakan dalam penelitian ini adalah uji *chi-square*, yaitu menjelaskan hubungan antara variabel dependen (*stunting*) dan variabel independent (keutuhan keluarga, ketahanan fisik anggota keluarga, riwayat penyakit infeksi dalam anggota keluarga, ketahanan ekonomi keluarga, kekerasan dalam rumah tangga, paparan asap rokok dalam rumah). Berikut hasil analisis bivariate dapat dilihat pada tabel 7 dibawah ini :

**Tabel 7. Hasil *chi-square* hubungan antara *stunting* dan keutuhan keluarga, ketahanan fisik anggota keluarga, riwayat infeksi dalam anggota keluarga, ketahanan ekonomi keluarga, kekerasan dalam rumah tangga, paparan asap rokok dalam rumah**

Variabel	Kejadian <i>stunting</i>				<i>p</i>
	<i>Stunting</i>		Tidak <i>stunting</i>		
	n	%	n	%	
<b>Keutuhan keluarga</b>					
Kurang	20	60.6	13	39.4	<0.001
Baik	37	16.9	182	83.1	
<b>Ketahanan fisik anggota keluarga</b>					
Kurang	53	39	83	61	<0.001
Baik	4	3.4	112	96.6	
<b>Riwayat penyakit infeksi dalam anggota keluarga</b>					
Kurang	10	14.7	58	85.3	0.068
Baik	47	25.5	137	74.5	
<b>Ketahanan fisik tempat tinggal</b>					
Kurang	42	41	62	59	<0.001
Baik	14	9.5	133	90.5	
<b>Ketahanan ekonomi keluarga</b>					
Kurang	27	38.6	43	61.4	<0.001
Baik	30	16.5	152	83.5	
<b>Kekerasan dalam rumah tangga</b>					
Terjadi	12	48	13	52	0.001
Tidak Terjadi	45	19.8	182	80.2	
<b>Paparan asap rokok dalam rumah</b>					
Terpapar	39	20	156	80	0.066
Tidak Terpapar	18	31.6	39	68.4	

Pada tabel 7 bahwa hubungan antara variabel dependen (*stunting*) dengan indeviden (keutuhan keluarga, ketahanan fisik anggota keluarga, riwayat penyakit infeksi dalam anggota keluarga, ketahanan ekonomi keluarga, kekerasan dalam rumah tangga, paparan asap rokok dalam rumah), di dapatkan bahwa :

1. Keutuhan keluarga

Kejadian *stunting* lebih banyak pada keutuhan keluarga dengan kategori kurang sebanyak 60.6%, sedangkan kejadian tidak *stunting* lebih banyak pada keutuhan keluarga dengan kategori baik sebanyak 83.1%, dengan hasil analisis diperoleh nilai *p* <0.001.

## 2. Ketahanan fisik anggota keluarga

Kejadian *stunting* lebih banyak pada ketahanan fisik anggota keluarga dengan kategori kurang sebanyak 39%, sedangkan kejadian tidak *stunting* lebih banyak pada ketahanan fisik anggota keluarga dengan kategori baik sebanyak 96.6%, dengan hasil analisis diperoleh nilai  $p < 0.001$ .

## 3. Riwayat penyakit infeksi dalam anggota keluarga

Kejadian *stunting* lebih banyak pada riwayat penyakit infeksi dalam anggota keluarga dengan kategori baik 25.5%, sedangkan kejadian tidak *stunting* lebih banyak pada riwayat penyakit infeksi dalam anggota keluarga dengan kategori kurang sebanyak 85.3%, dengan hasil analisis diperoleh nilai  $p 0.068$ .

## 4. Ketahanan fisik tempat tinggal

Kejadian *stunting* lebih banyak pada ketahanan fisik tempat tinggal dengan kategori kurang sebanyak 41%, sedangkan kejadian tidak *stunting* lebih banyak pada ketahanan fisik tempat tinggal dengan kategori baik sebanyak 90.5%, dengan hasil analisis diperoleh nilai  $p < 0.001$ .

## 5. Ketahanan ekonomi keluarga

Kejadian *stunting* lebih banyak pada ketahanan ekonomi keluarga dengan kategori kurang sebanyak 38.6%, sedangkan kejadian tidak *stunting* lebih banyak pada ketahanan ekonomi keluarga dengan kategori baik sebanyak 83.5%, dengan hasil analisis diperoleh nilai  $p < 0.001$ .

## 6. Kekerasan dalam rumah tangga

Kejadian *stunting* lebih banyak pada kekerasan dalam rumah tangga dengan kategori terjadi sebanyak 48%, sedangkan kejadian tidak *stunting* lebih banyak pada kekerasan dalam rumah tangga dengan kategori tidak terjadi sebanyak 80.2%, dengan hasil analisis diperoleh nilai  $p 0.001$ .

### 7. Paparan asap rokok dalam rumah

Kejadian *stunting* lebih banyak pada paparan asap rokok dengan kategori tidak terpapar sebanyak 31.6%, sedangkan kejadian tidak *stunting* lebih banyak pada paparan asap rokok dengan kategori terpapar sebanyak 80%, dengan hasil analisis diperoleh nilai  $p$  0.066.

#### 4.3.3 Analisis Model Multilevel

Analisis model multilevel menjelaskan pengaruh lebih dari satu variabel independen pada level I (kautuhan keluarga, ketahanan fisik anggota keluarga, riwayat penyakit infeksi dalam anggota keluarga, ketahanan fisik tempat tinggal, ketahanan ekonomi keluarga, kekerasan dalam rumah tangga, paparan Asap rokok dalam rumah), dan pada level II (kontekstual posyandu), dengan variabel dependen (*stunting*). Berikut ini hasil analisis model multilevel menggunakan regresi logistik multilevel :

#### 1. Regresi logistik

Hasil analisis regresi logistik dapat dilihat pada tabel 8.

**Tabel 8. Hasil regresi logistik ketahanan keluarga sebagai faktor resiko *stunting* di Kabupaten Lampung Selatan tahun 2021**

Variabel	OR	CI 95%		$p$
		Batas bawah	Batas atas	
Keutuhan keluarga	3.35	1.25	9.00	0.016
Ketahanan fisik anggota keluarga	11.81	3.63	38.39	<0.001
Riwayat penyakit infeksi dalam anggota keluarga	0.15	0.06	0.41	<0.001
Ketahanan fisik tempat tinggal	6.29	2.61	15.13	<0.001
Ketahanan ekonomi keluarga	2.26	0.58	8.73	0.235
Kekerasan dalam rumah tangga	1.29	0.35	4.78	0.695
Paparan asap rokok dalam rumah	0.81	0.20	3.23	0.766

Tabel 8 menunjukkan hubungan antara keutuhan keluarga, ketahanan fisik anggota keluarga, riwayat penyakit infeksi dalam anggota keluarga, ketahanan fisik tempat tinggal, ketahanan ekonomi keluarga, kekerasan dalam rumah tangga dan paparan asap rokok dalam rumah dengan kejadian *stunting*, sebagai berikut pada balita di Kabupaten Lampung Selatan tahun 2021 dapat dijabarkan sebagai berikut :

#### 1. Keutuhan keluarga

Pada variabel keutuhan keluarga hasil analisis uji regresi logistik menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara keutuhan keluarga dengan kejadian *stunting* dengan nilai  $p = 0.016$  dan  $OR = 3.35$  (CI 95% 1.25 - 9.00). Sehingga dapat diinterpretasikan ketahanan keluarga merupakan faktor resiko *stunting* dengan OR 3.35 artinya keutuhan keluarga dengan kategori kurang memiliki peluang meningkatkan resiko *stunting* 3.3 kali.

#### 2. Ketahanan fisik anggota keluarga

Pada variabel ketahanan fisik anggota keluarga hasil analisis uji regresi logistik menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara ketahanan fisik anggota keluarga dengan kejadian *stunting* dengan nilai  $p < 0.001$  dan  $OR = 11.81$  (CI 95% = 3.63 - 38.39). Sehingga dapat diinterpretasikan bahwa ketahanan fisik anggota keluarga merupakan faktor resiko *stunting* dengan OR 11.8, artinya ketahanan fisik anggota keluarga dengan kategori kurang memiliki kemungkinan 11.8 kali beresiko *stunting*.

#### 3. Riwayat penyakit infeksi dalam anggota keluarga

Pada variabel riwayat penyakit infeksi dalam anggota keluarga hasil analisis uji regresi logistik menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara riwayat penyakit infeksi dalam anggota keluarga dengan kejadian *stunting* dengan nilai  $p < 0.001$  dan  $OR = 0.15$  (CI 95% = 0.61 - 0.41). Sehingga dapat diinterpretasikan bahwa riwayat penyakit infeksi dalam

anggota keluarga merupakan faktor protektif untuk terjadinya *stunting* dengan OR 0.15, artinya tidak ada riwayat penyakit infeksi dalam anggota keluarga memiliki peluang protektif untuk terjadinya *stunting* 0.15 kali.

#### 4. Ketahanan fisik tempat tinggal

Pada variabel ketahanan fisik tempat tinggal hasil analisis uji regresi logistik menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara ketahanan fisik tempat tinggal dengan kejadian *stunting* dengan nilai  $p < 0.001$  dan OR = 6.29 (CI 95% = 2.61 - 15.13). Sehingga dapat diinterpretasikan bahwa ketahanan fisik tempat tinggal merupakan faktor resiko *stunting* dengan OR 6.29, artinya ketahanan fisik tempat tinggal dengan kategori kurang memiliki peluang meningkatkan resiko *stunting* 6.2 kali.

#### 5. Ketahanan ekonomi keluarga

Pada variabel ketahanan ekonomi keluarga hasil analisis uji regresi logistik menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara ketahanan ekonomi keluarga dengan kejadian *stunting* dengan nilai  $p$  0.235 dan OR = 2.26 (CI 95% = 0.58 - 8.73). Sehingga dapat diinterpretasikan bahwa ketahanan ekonomi keluarga bukan merupakan faktor resiko *stunting*.

#### 6. Kekerasan dalam rumah tangga

Pada variabel kekerasan dalam rumah tangga hasil analisis uji regresi logistik menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara kekerasan dalam rumah tangga dengan kejadian *stunting* dengan nilai  $p$  0.695 dan OR = 1.29 (CI 95% = 0.35 - 4.78). Sehingga dapat diinterpretasikan bahwa kekerasan dalam rumah tangga bukan merupakan faktor resiko *stunting*.

## 7. Paparan asap rokok dalam rumah

Pada variabel paparan asap rokok dalam rumah hasil analisis uji regresi logistik menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara paparan asap rokok dalam rumah dengan kejadian *stunting* dengan nilai  $p = 0.766$  dan  $OR = 0.81$  ( $CI\ 95\% = 0.20 - 3.23$ ). Sehingga dapat diinterpretasikan bahwa paparan asap rokok dalam rumah bukan merupakan faktor resiko *stunting*.

## 2. *Mixed fixed effect* regresi logistik

Hasil analisis *mixed fixed effect* regresi logistik dapat dilihat pada tabel 9.

**Tabel 9. Analisis regresi logistik multilevel ketahanan keluarga dan posyandu sebagai faktor resiko *stunting* di Kabupaten Lampung Selatan tahun 2021**

Variabel Independen	OR	CI 95%		p
		Batas bawah	Batas atas	
<b><i>Fixed Effect</i></b>				
Keutuhan keluarga	3.87	1.25	11.94	0.019
Ketahanan fisik anggota keluarga	16.96	4.23	68.00	<0.001
Riwayat penyakit infeksi dalam anggota keluarga	0.10	0.03	0.35	<0.001
Ketahanan fisik tempat tinggal	5.68	2.94	25.59	<0.001
Ketahanan ekonomi	2.59	0.60	11.17	0.202
Kekerasan dalam rumah tangga	1.79	0.38	8.48	0.458
Paparan asap rokok	0.65	0.14	2.95	0.579
<b><i>Random Effect</i></b>				
Posyandu var (konstanta)	0.95	0.17	5.11	
N observation = 252				
N group = 36				
Rata-rata group = 7, min = 7, max = 7				
Log likelihood = -83.47				
Prob : 0.044				
ICC = 22.41%				

Tabel 9 menunjukkan hasil analisis regresi logistik ganda multilevel tentang ketahanan keluarga sebagai faktor resiko *stunting* dan kontekstual posyandu terhadap kejadian *stunting*, sebagai berikut :

### 1. Keutuhan keluarga

Keutuhan keluarga berhubungan secara signifikan dengan kejadian *stunting* di Kabupaten Lampung Selatan tahun 2021 ( $OR=3.87$ ;  $CI$

95% =1.25 - 11.94;  $p$  0.019). Artinya keutuhan keluarga merupakan faktor resiko *stunting*. Jadi keluarga yang memiliki keutuhan keluarga dengan kategori kurang berpeluang meningkatkan resiko kejadian *stunting* 3.8 kali dibandingkan dengan keutuhan keluarga yang berkategori baik.

#### 2. Ketahanan fisik anggota keluarga

Ketahanan fisik anggota keluarga berhubungan secara signifikan dengan kejadian *stunting* di Kabupaten Lampung Selatan tahun 2021 (OR=16.96; CI 95% =4.23 - 68;  $p$  = <0.001). Artinya ketahanan fisik anggota keluarga merupakan faktor resiko *stunting*. Jadi keluarga yang memiliki ketahanan fisik anggota keluarga dengan kategori kurang berpeluang meningkatkan resiko kejadian *stunting* 16.9 kali daripada keluarga yang memiliki ketahanan fisik anggota keluarga dengan kategori baik.

#### 3. Riwayat penyakit infeksi dalam anggota keluarga

Riwayat penyakit infeksi dalam anggota keluarga berhubungan secara signifikan dengan kejadian *stunting* di Kabupaten Lampung Selatan tahun 2021 (OR=0.10; CI 95% =0.33 - 0.35;  $p$  <0.001). Artinya riwayat penyakit infeksi dalam anggota keluarga merupakan faktor protektif untuk terjadinya *stunting*. Keluarga yang memiliki riwayat penyakit infeksi dalam anggota keluarga berpeluang menurunkan faktor protektif untuk terjadinya *stunting* sebesar 0.1 kali daripada keluarga yang tidak memiliki riwayat penyakit infeksi dalam anggota keluarga.

#### 4. Ketahanan fisik tempat tinggal

Ketahanan fisik tempat tinggal berhubungan secara signifikan dengan kejadian *stunting* di Kabupaten Lampung Selatan tahun 2021

(OR=8.68; CI 95% =2.94 - 25.59;  $p = <0.001$ ). Artinya ketahanan fisik tempat tinggal merupakan faktor resiko *stunting*. Keluarga yang memiliki ketahanan fisik tempat tinggal dengan kategori kurang berpeluang meningkatkan resiko *stunting* 8.6 kali dibandingkan keluarga yang memiliki ketahanan fisik tempat tinggal dengan kategori baik.

5. Ketahanan ekonomi keluarga

Ketahanan ekonomi keluarga tidak berhubungan secara signifikan dengan kejadian *stunting* di Kabupaten Lampung Selatan tahun 2021 (OR=2.59; CI 95% =0.60 - 1.11;  $p$  0.202). Jadi ketahanan ekonomi keluarga bukan merupakan faktor resiko *stunting* di Kabupaten Lampung Selatan tahun 2021

6. Kekerasan dalam rumah tangga

Kekerasan dalam rumah tangga tidak berhubungan secara signifikan dengan kejadian *stunting* di Kabupaten Lampung Selatan tahun 2021 (OR=1.79; CI 95% =0.38 - 8.48;  $p$  0.458). Jadi Kekerasan dalam rumah tangganya bukan merupakan faktor resiko *stunting* di Kabupaten Lampung Selatan tahun 2021.

7. Paparan asap rokok dalam rumah

Paparan asap rokok dalam rumah tidak berhubungan secara signifikan dengan kejadian *stunting* di Kabupaten Lampung Selatan tahun 2021 (OR=0.65; CI 95% =0.14 - 2.95;  $p = 0.579$ ). Jadi paparan asap rokok bukan merupakan faktor resiko *stunting* di Kabupaten Lampung Selatan tahun 2021

8. Peran kontekstual posyandu

Variabel kontekstual posyandu memberikan variasi kejadian *stunting* sebesar ICC= 22.41%. Dengan kata lain, Posyandu memiliki

pengaruh kontekstual yang cukup besar terhadap kejadian *stunting* pada balita di Kabupaten Lampung Selatan tahun 2021 dengan ICC sebesar 22.41%. Artinya, 22.41% variasi kejadian *stunting* dipengaruhi oleh faktor-faktor di level posyandu. Tabel 4.4 menunjukkan bahwa hasil ICC pada penelitian ini lebih besar dari standar ukuran (8-10%), sehingga pengaruh kontekstual posyandu tidak bisa diabaikan.

## BAB VI

### SIMPULAN

#### 6.1 Simpulan

1. Keutuhan keluarga merupakan faktor resiko *stunting* dengan OR=3.87 (CI 95% =1.25 - 11.94;  $p$  0.019) di Kabupaten Lampung Selatan tahun 2021.
2. Ketahanan fisik anggota keluarga merupakan faktor resiko *stunting* dengan OR=16.96 (CI 95% =4.23 - 68;  $p$ <0.001) di Kabupaten Lampung Selatan tahun 2021.
3. Riwayat penyakit infeksi dalam anggota keluarga merupakan faktor protektif untuk terjadinya *stunting* dengan OR=0.10 (CI 95% =0.03 - 0.35;  $p$  <0.001) di Kabupaten Lampung Selatan tahun 2021.,
4. Ketahanan fisik tempat tinggal merupakan faktor resiko *stunting* dengan OR=5.68 (CI 95% =2.94 - 25.59;  $p$  <0.001) di Kabupaten Lampung Selatan tahun 2021.
5. Ketahanan ekonomi keluarga bukan merupakan faktor resiko *stunting* (OR=2.59; CI 95% =0.60 - 11.17;  $p$  0.202) di Kabupaten Lampung Selatan tahun 2021.,
6. Kekerasan dalam rumah tangga bukan merupakan faktor resiko *stunting* (OR=1.79; CI 95% =0.38 - 8.48;  $p$  0.458) di Kabupaten Lampung Selatan tahun 2021.

7. Paparan asap rokok dalam rumah bukan merupakan faktor resiko *stunting* (OR=0.65; CI 95% =0.14 - 2.95; *p* 0.579) di Kabupaten Lampung Selatan tahun 2021.
8. Posyandu memiliki pengaruh kontekstual terhadap kejadian *stunting* dengan ICC 22.41% di Kabupaten Lampung Selatan tahun 2021.

## **6.2 Saran**

### **6.2.1 Bagi ibu balita**

Bagi ibu balita agar dapat membangun hubungan dan peran masing-masing anggota keluarga dalam membantu pemerintah menurunkan kejadian *stunting* yang dimulai dari kesadaran semua anggota keluarga akan pentingnya ketahanan keluarga dalam menurunkan kejadian *stunting*.

### **6.2.2 Bagi Dinas Kesehatan / Puskesmas**

Bagi Dinas Kesehatan / Puskesmas agar dapat mengembangkan program dengan pendekatan keluarga yang melibatkan semua anggota keluarga yang tinggal bersama, agar masalah *stunting* dapat dicegah melalui keluarga dan meningkatkan peran posyandu sebagai tempat pelayanan kesehatan yang paling dekat dengan keluarga.

## DAFTAR PUSTAKA

- Abdullah, L., Wado, L., & Cenerawasih, K., X. 2019. *Sosio Demografi Ketahanan Pangan Keluarga Dalam Hubungannya Dengan Kejadian Stunting Pada Anak Usia 1 – 5 Tahun (Studi Di Wilayah Kerja Puskesmas Bandarharjo Kelurahan Tanjung Mas, Kecamatan Semarang Utara, Kotamadya Semarang, Provinsi Jawa Tengah)*, Jurnal Ketahanan Nasional, 25(2), pp. 178–203. doi: 10.22146/jkn.45707.
- Ahmad, Fikar, Zul., Nurdin, Indah, Surya, Siti. 2019. *Factor Lingkungan dan Perilaku Orang Tua Pada Balita Stunting Di Kabupaten Gorontalo*. Jurnal Ilmiah Umum dan Kesehatan Aisyiyah. Vol 4. No 2.
- Ahmed, N., Barnet,t I., & Longhurst, R. 2015. *Determinants of child undernutrition in Bangladesh: Literature review*. Washington DC.
- Aji, Amri., Maulinda, Leni., & Amin, Sayed. 2015. *Isolasi Nikotin dari Puntung Rokok Sebagai Insektisida*. Jurnal Teknologi Kimia Unimal. 4 :1 (Mei 2015) 100–120.
- Akram, Raisal., Sultana, Marufa., Ali, Naksed, Sheikh, Nurnabi., & Sarkir, Razzaque, Abdur. 2018. *Prevalence and determinans of stunting among preschool children and its urban-rural disparitas in Bangladesh. Food and Nutrition Bulletin*. Vol 39 (4) 521-535.
- Amalia, Maulida Rizkqi., Akbar, Ali, M Yudi., & Syaiful. 2017. *Ketahanan Keluarga dan Kontribusinya bagi Penanggulangan factor Terjadinya Perceraian*. Jurnal AL-AZHAR INDONESIA SERI HUMANIORA, Vol. 4, No. 2.
- Ambarwati, Ani. 2019. *Hubungan Pendapatan Keluarga Dengan Kejadian Stunting Pada Balita Usia 2-5 Tahun Di Wilayah Kerja Puskesmas Minggir Kabupaten Selatan*. Universitas Aisyah Yogyakarta.
- Ambarwati, Isma., Dewi, Sari, Ratna., & Parman. 2020. *Faktor Risiko Kejadian Stunting Pada Balita Di Wilayah Kerja Puskesmas Simpang Pandan*

*Kecamatan Geragai Kabupaten Tanjung Jabung Timur. Journal of Healthcare Technology and Medicine. Vol 6. No 2.*

- Anshari, Muhammad., Mulyani, Risyah. 2018. *Asuhan Farmasi Dalam Persimpangan Epistemologi. Jurnal Tunas-tunas Riset Kesehatan. Volume 8. No 1. pISSN 2089-4686, eISSN 2548-5970.*
- Apriluana, G., Fikawati, S. 2018. Analisis faktor faktor risiko terhadap kejadian stunting pada balita (0-59 bulan) di negara berkembang dan asia tenggara. *Media Litbangkes. Vol 28 No 4 . P 247-256.*
- Ardiyanti, Maya., Besral. 2014. *Pola Asuh Gizi, sanitasi Lingkungan, dan Pemanfaatan Posyandu dengan Kejadian Stunting Pada Baduta Di Indonesia (Analisis Data Riskesdas Tahun 2010).* Jakarta : FKM UI.
- Aridiyah, Farah, Oky., Rohmawati, Nina., & Ririyanti, Mury. 2015. *Faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian stunting pada anak balita di wilayah pedesaan dan perkotaan. Pustaka Kesehatan, Volume 3. Nomor 1.*
- Aritonang, Aprita, Eta., Margawati, Ani., & Dieny, Fithra, Fillah. 2020. *Analisis Pengeluaran Pangan, Ketahanan Pangan dan Asupan zat Gizi Anak Bawah Dua Tahun (Baduta) Sebagai factor Resiko Stunting.* Journal Of Nutrition College. Volume 9. Nomor 1.
- Asling, Monemi, K., R., Pena, M.C. Ellsberg., and L.A. Persson. 2003. *Violence against women increases the risk of infant and child mortality: A case-referent study in Nicaragua.* Bulletin of the World Health Organization 81(1): 10-18.
- Badan Pusat Statistik Kabupaten Lampung Selatan. 2020. *Statistik Kesejahteraan Rakyat BPS Kabupaten Lampung Selatan 2020.* Bakauheni : CV Jaya Wijaya.
- Badan Pusat Statistik Kabupaten Lampung Selatan. 2021. *Kabupaten Lampung Selatan Dalam Angka. Lampung Selatan Regency in Figures 2021.* Bakauheni : CV Jaya Wijaya.
- BKKBN. 2017. *Bahan Penyuluhan Bina Keluarga balita dan Anak : Penanaman dan Penerapan Nilai Karakter Melalui 8 Fungsi Keluarga (Sebagai Pegangan Kader BKB dan Orang Tua).* Jakarta : Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional.
- Budiastuti, Rukmi, Shinta. 2019. *Peran serta masyarakat dalam penanggulangan kekerasan dalam rumah tangga.* Sendimas Unisri. ISBN: 978-602-73158-5-3.

- Cahyaningtyas, Anisah., Tenrisana, Amperiana, Asih., Triana, Dewi., Prastiwi, Agus, Dwi., Nurcahyo, Hadi, Eko., Jamilah., Aminiah, Nia., & Tiwa, Dorthea, Viane. 2016. *Pembangunan Ketahanan Keluarga 2016*. Jakarta : Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak RI.
- Candra, Ayu. 2013. *Hubungan Underlying Factors dengan Kejadian Stunting pada anak 1-2 tahun*. Diponegoro Journal of Nutrition and Health. 1 (1), 89913, 2013.
- Chai, Jeanne., Fink, Gunther., & Kaaya, Sylva., 2016. *Association Between Intimate Partner Violence And Poor Child Growth: Results From 42 Demographic And Health Surveys*. *Bull World Health Organ*. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.15.152462>.
- Dahliansyah., Ginting, Martinus., & Desi. 2020. *Riwayat Posyandu dan ASI Eksklusif dengan Kejadian Stunting anak Usia 6-59 bulan di wilayah Kelurahan Siantan Hulu Kota Pontianak*. Darussalam Nutrition Journal. P-ISSN 2579-8588. E-ISSN 2579-8618.
- Deril, M. H., Novirina. 2019. *Uji parameter air minum dalam kemasan (AMDK) di kota Surabaya*. Jurnal Ilmiah Lingkungan Vol 6. No 1.
- Development. 2018. *Global Nutrition Report: Shining a light to spur action on nutrition*. Bristol, UK: Development Initiatives.
- Dinas Kesehatan Propinsi Lampung. 2020. *Profil Kesehatan Provinsi Lampung Tahun 2019*. Bandar Lampung. Pemerintah Provinsi Lampung.
- Direktorat Pembinaan Pendidikan Keluarga. Direktorat Jenderal Pendidikan Anak Usia Dini dan Pendidikan masyarakat. 2019. *Modul Pendidikan Keluarga pada 1.000 hari Pertama Kehidupan (HPK) : Pelatihan calon Pelatih Penyelenggaraan Pendidikan Keluarga*. Jakarta : Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan.
- Effendi, Nurlaila. 2016. *Konsep Flourishing dalam Psikologi Positif : Subjective Well-being atau berbeda?.* Seminar ASEAN Psychology & Humanity. Psychology Forum UMM.
- Faccio F., Gandini S., & Renzi C. 2019. *Development and validation of the Family Resilience (FaRE) Questionnaire: an observational study in Italy* BMJ Open 2019;9:e024670. doi: 10.1136/bmjopen-2018-024670.

- Fitriany, Shari, Masayoe., Farouk, Husnil., & Taqwa, Ridhah. 2016. *Perilaku Masyarakat Dalam Pengelolaan Kesehatan Lingkungan (Studi Di Desa Segiguk Sebagai Salah Satu Desa Penyangga Kawasan Hutan Suaka Margasatwa Gunung Raya Ogan Komering Ulu Selatan)*. Jurnal Penelitian Sains. Vol. 18 No 1.
- Gardiner, E., Masse, L.C., & Iarocci, G. 2019. *A psychometric study of the Family Resilience Assessment Scale among families of children with autism spectrum disorder*. *Health Qual Life Outcomes* 17, 45 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12955-019-1117-x>
- Harlan, Johan. 2018. *Ananlisis Regresi Logistik*. Depok : Gunadarma.
- Hasan, Amrul., Kadarusman, Haris. 2019. *Akses ke sarana sanitasi dasar sebagai factor risiko kejadian stunting pada balita usia 6-59 bulan*. Jurnal Kesehatan. Volume 10, Nomor 3, November 2019. ISSN 2086-7751 (Print), ISSN 2548-5695 (Online). <http://ejurnal.poltekkes-tjk.ac.id/index.php/JK>.
- Hayati, Sri. 2014. *Gambaran factor penyebab infeksi saluran pernafasan akut (ISPA) pada balita di puskesmas pasirkaliki kota bandung*. Jurnal ilmu Keperawatan. Volume 11. Nomor 1.
- [http://Prodeskel.binapemdes.kemendagri.go.id/gipenduduk\\_detil/](http://Prodeskel.binapemdes.kemendagri.go.id/gipenduduk_detil/) diakses pada tanggal 20 Januari 2021.
- Ibrahim, A. Irvani., Faramita, Ratih. 2015. *Hubungan factor social ekonomi keluarga dengan kejadian stunting anak usia 24-59 bulan di wilayah kerja Puskesmas Barombong Kota Makasar tahun 2014*. Al-Sihah : Public Health Science Journal. Volume 7, Nomor 1, Januari-Juli 2015. ISSN-P : 2086-2040. ISSN-E : 2548-5334.
- Illahi, R. K., Muniroh, L. 2018. *Gambaran Sosio Budaya Gizi Etnik Madura Dan Kejadian Stunting Balita Usia 24–59 Bulan Di Bangkalan*. Media Gizi Indonesia, 11(2), p. 135. doi: 10.20473/mgi.v11i2.135-143.
- Indriani, Dewi. 2018. *Analisis Multilevel Determinan Stunting Dan Wasting Balita Di Kabupaten Nganjuk Pripinsi Jawa Timur*. Tesis Universitas Sebelas Maret.
- Irfannuddin. 2019. *Cara Sistematis Berlatih Meneliti Merangkai Sistematika Penelitian Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta : Rayyana Komunikasindo.
- Irwan. 2016. *Epidemiologi Penyakit Menular*. Yogyakarta : CV. Absolute Media.

- Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, dan Transmigrasi. 2017. *Buku Saku Desa Dalam Penanggulangan Stunting*. Jakarta : Kemendes PDTT.
- Kementerian Kesehatan RI. 2011. *Pedoman Umum Pengelolaan Posyandu*. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. 2012. *Ayo Keposyandu Setiap Bulan, Posyandu Menjaga Anak dan Ibu Tetap Sehat*. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Koordinator Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan. 2018. *Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Anak Kerdil (Stunting) Periode 2018-2024*. Jakarta : Sekretariat Wakil Presiden Republik Indonesia.
- Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi. 2020. *Sambutan menteri PANRB November-Desember 2019*. Jakarta. Sekretariat Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi.
- Kementerian Perencanaan dan Pembangunan Nasional RI. 2018. *Pedoman Pelaksanaan Intervensi Penurunan Stunting Terintegrasi Di Kabupaten/Kota*. Jakarta : Badan Perencanaan dan Pembangunan Nasional.
- Khotimah, Khusnul., Ratnaningsih, Tri., & Laili, Siti. 2020. *Hubungan status gizi dengan kejadian infeksi saluran pernafasan akut (ISPA) pada anak balita di posyandu puri desa puri kecamatan puri kabupaten mojokerto*. DSpace Respository. <http://localhost:8080/xmlui/handle/123456789/290>.
- Kishor, Sunita., Johnson, Klersten. 2004. *Profiling Domestic Violence ; Amulti-Country Studio*. Calverton, Maryland : ORC macro.
- Krisnatuti, Diah., Puspitawati, Herein., & Herawati, Tin. 2015. *Modul Ketahanan Keluarga : One Student Save One Family (OSSOF)*. Jakarta : Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak RI dan Fakultas Ekologi manusia IPB.
- Laili, Nikmatul, Ayik. 2018. *Analisis Determinan Kejadian Stunting pada Balita (Study di Wilayah Kerja Puskesmas Sumber Jimbe Puskesmas kasiyan dan Puskesmas Sumber baru Kabupaten Jember)*. Tesis Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat. Pascasarjana Universitas Jember.
- Marhamah, Nur, Awliya., Santoso, Budi. 2018. *Kualitas air minum isi ulang pada depot air minum di kabupaten manokwari selatan*. Casswary 3 (1) : 61-71. E-ISSN : 2622-6545.

- Masrin., Paratmanitya, Yhona., & Aprilia, Veriani. 2014. *Ketahanan Pangan Rumah Tangga Berhubungan Dengan Stunting pada Anak Usia 6-23 bulan*. Jurnal Gizi dan Dietik Indonesia. Vol. 2, No. 3.
- Maulidah, Barakhatul, Wiwin., Rohmawati, Ninna., Sulistiyani. 2019. *Faktor yang berhubungan dengan kejadian stunting pada balita di desa panduman kecamatan jelbuk kabupaten jember*. Ilmu Gizi Indonesia. Volume 02, Nomor 02. 89-100. P-ISSN 2580-491X. E-ISSN 2598-7844.
- Murti, Bhisma. 2013. *Desain dan Ukuran Sampel untuk Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif di Bidang Kesehatan*. Yogyakarta : Gadjah Mada University Press.
- Murti, Bhisma. 2018. *Prinsip dan Metode Riset Epidemiologi*. Karanganyar : Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Program Pascasarjana, UNS.
- Musfiroh, Mujahidatul., Mulyani, Sri., Cahyanto, Erindra, Budi, Nugraheni, Angesti., & Sumiyarsi, Ika. 2019. *Analisis factor-faktor ketahanan keluarga di Kampung KB RW 18 Kelurahan Kadipiro Kota Surakarta*. PLACENTUM: Jurnal Ilmiah Kesehatan dan Aplikasinya. Vol 7. ISSN 2303-3746, e-ISSN 2620-9969.
- Mutmainah, Nafsu'l, Athiyyah., Budyanra. 2016. *Determinan Status Migrasi Penduduk di Propinsi Jawa Barat Tahun 2015 Menggunakan Regresi Logistik Multilevel*. Statistika. Vol. 16. No. 2.
- Namangboling, Dirgantara, Agung., Murti, Bisma., & Sulaeman, Sutisna, Endang. 2017. *Hubungan Riwayat Penyakit Infeksi dan Pemberian ASI Eksklusif dengan Status Gizi Anak Usia 7-12 bulan di Kecamatan Kelapa Lima Kota Kupang*. Sari Pediatri. Vol 19 No 2.
- Nofiandri. Ali, M. Nur., 2021. *Hubungan pola makan, riwayat penyakit infeksi, tinggi badan orang tua dan sumber air minum dengan kejadian stunting pada balita 24-59 bulan di wilayah kerja puskesmas kalumpang kota ternate*. Hospital Majapahit. Volume 13 Nomor 1.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2018. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Noviana, Ulva., Ekawati, Heni. 2019. *Analisis faktor berat badan lahir, status ekonomi sosial, tinggi badan ibu, dan pola asuh makan dengan kejadian stunting*. Prosiding Seminar Nasional Poltekkes Karya Husada. 2686-5521.
- Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 2 Tahun 2020 Tentang Standar Antropometri Anak.

- Permenkes nomor 492/MENKES/PER/IV/2010 tentang persyaratan kualitas air minum .
- Pontin, D. 2018. *Developing the health visitor concept of family resilience in Wales using Group Concept Mapping. Rural Remote Health.* 2018 Nov;18(4):4604. doi: 10.22605/RRH4604. Epub 2018 Nov 16. PMID: 30433794.
- Purba, Gernauli, Imelda., Sunarsih, Elvi., Trisnaini, Inoy., & Sitorus, Januar, Rico. 2020. *Environmental Sanitation And Incidence Of Stunting In Children Aged 12-59 Months In Ogan Ilir Regency.* Jurnal Kesehatan Lingkungan. DOI: 10.20473/jkl.v12i3.2020.189-199.
- Puspitawati, Herien. (2013). *Ketahanan dan Kesejahteraan Keluarga.* Bogor : Fakultas Ekologi Manusia IPB.
- Rachmawati, Sutrani., Maschmud, Bungsu, Putri., & Hatma, Djuwita, Ratna. 2018. *Hubungan Praktik Kesehatan pada Awal Kehidupan dengan Kejadian Stunting pada Balita.* pp. 120–127. doi: 10.30597/mkmi.v15i2.6334.
- Rahayu, Atikah., Yulidasari, Fahrini., Putri, Octaviana, Andini., & Anggraini, Lia. 2018. *Buku Referensi Study Guide-Stunting dan Upaya Pencegahannya Bagi Mahasiswa Kesehatan Masyarakat.* Yogyakarta : CV Mine.
- Rahmawati, Hasniah, Umari., S, Aini, Latifa., & Rasni, Hanny., 2019. *Hubungan Pelaksanaan Peran Keluarga dengan Kejadian Stunting pada Balita di Kecamatan Arjasa, Jember. e-Journal Pustaka Kesehatan.* Vol7. No 2.
- Rakhmahayu, Atika., Dewi, Retno, Lanti, Yulia., & Murti, Bisma. 2019. *Multilevel Analisis On The Contextual Effects Of Posyandu Activity On The Occurrence Of Stunting Among Children Aged 6-24 Mounths in Purworejo Central Java Indonesia. The 5<sup>th</sup> International Conference on Public Health.*
- Renyonet, Sarah, Brigitte., Martianto, Drajat., & Sukandar, Dadang. (2016). *Potensi Kerugian Ekonomi Karena Stunting Pada balita di Indonesia Tahun 2013.* Jurnal Gizi Pangan. ISSN 1978-1059 EISSN 2407-0920.
- Rilyani., Trismiyana. 2016. *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Stunting Pada Balita Di Puskesmas Panjang Bandar Lampung Tahun 2016.* Jurnal Kesehatan Holistik. Volume 10 No 3.
- Riset Kesehatan Dasar 2018. 2019. *Laporan Nasional RISKESDAS 2018 Kementerian Kesehatan RI.* Jakarta : Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.

- Rocchi, S., Ghidelli, C., Burro, R., Vitacca, M., Scalvini, S., Della Vedova, A. M., Roselli, G., Ramponi, J. P., & Bertolotti, G. 2017. *The Walsh Family Resilience Questionnaire: the Italian version. Neuropsychiatric disease and treatment*, 13, 2987–2999. <https://doi.org/10.2147/NDT.S147315>.
- Rock, Claudia., Subandoro, Ali., & Gallager, Paul. 2018. *Aming High Indinesia's Ambition to Reduce Stunting*. Washington DC ; *International bank for Recontruction and Development/The World Bank*.
- Rosita, Nita. 2014. *Analisis Kualitas Air Minum Isi Ulang beberapa Depot Air Minum Isi Ulang (Damiu) di Tangerang Selatan*. Jurnal Kimia valensi. Vol 4. No 2. ISSN : 1978-8193.
- Sajali, Husniyati. 2018. *Analisis Multilevel Determinan Epidemiologi Sepanjang hayat Kejadian Stunting dan Wasting pada Anak Balita di Kabupaten Lombok Timur*. Tesis. UNS-Pascasarjana, Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat.
- Salinan Keputusan Menteri Perencanaan Pembangunan Nasional / Bappenas Nomor KEP 42/M.PPN/HK/04/2020 tentang Penetapan Perluasan Kabupaten/Kota Lokasi Fokus Intervensi Penurunan Stunting Terintegrasi Tahun 2021.
- Santoso, Budi, Agung. 2019. *Kekerasan dalam rumah tangga terhadap perempuan: persepektif pekerjaan sosial*. Jurnal Pengembangan masyarakat Islam. Vol 10 No 1.
- Sari, Mulia, Devy. 2016. *Hubungan Sumber Air Minum Terhadap Kejadian Diare Pada Keluarga*. Tunas-tunas riset kesehatan. Vol VI. No 4. ISSN : 3089-4686.
- Sari, Puspita, Siska. 2017. *Konsumsi rokok dan tinggi badan orang tua sebagai factor resiko stunting anak usia 6-24 bulan di perkotaan*. Ilmu Gizi Indonesia. Vol 01 No 01. pISSN 2580-491X.
- Septiksari, Majestika. 2018. *Status Gizi Anak dan Factor yang Mempengaruhi*. Yogyakarta : UNY Press.
- Setiawan, Budi. 2018. *Faktor-Faktor Stunting Pada Anak Usia Dini*. Bekasi : Yayasan Rumah Komunitas Kreatif.
- Simbolon, D., Astuti DW., & Andriani. Lusi. 2015. *Mekanisme hubungan sosio ekonomi, pemanfaatan pelayanan kesehatan dan kehamilan resiko tinggi terhadap prevalensi panjang badan lahir pendek*. Jurnal kesehatan masyarakat nasional. Vol 9 no. 3.

- Simbolon, Demsa. 2014. *Pengaruh Kepemilikan Jaminan Kesehatan masyarakat Miskin Terhadap Status Kelahiran dan Kejadian Stunting pada Baduta Indonesia (Analisis Data IFLS 1993-2007)*. Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia. Volume 03. No 02.
- Sixbey, Tucker, Meggen. 2005. *Development Of The Family Resilience Assessment Scale To Identify Family Resilience Constructs. A Dissertation Presented To The Graduate School Of The University Of Florida In Partial Fulfillment Of The Requirements For The Degree Of Doctor Of Philosophy University Of Florida*.
- Suca, Uttami, A., Fajar, AN., & Idris, H. 2019. *Analisis aspek biologis ibu terhadap stunting pada balita keluarga miskin di kota Palembang*. Jurnal kesehatan vocational. Vol 4. Nomor 2. ISSN 2541-0644.
- Sugiono. 2015. *Metodologi Penelitian Pendidikan (Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif, dan R &D)*. Bandung. CV ALFABETA.
- Supariasa, Nyoman, I Desa., Purwaningsih, Heni. 2019. Faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian stunting pada balita di Kabupaten Malang. Jurnal Kerta Rahardja. A 1(2) (2019); 55 – 64.
- Susanto, Fino., Claramita, Mora., & Handayani, Sri. 2017. *Peran kader Posyandu Dalam Pemberdayaan masyarakat Bintan*. BKM journal of community Medicine and public health. Volume 33. No 1.
- Sutrisminah, Emi. 2012. *Dampak Kekerasan Pada Istri Dalam Rumah Tangga Terhadap Kesehatan Reproduksi*. Jurnal Majalah Ilmiah Sultan Agung. Vol 50, No 127.
- Swarjana, Ketut, I. 2016. *Statistik Kesehatan*. Yogyakarta : Andi.
- Syamsuddin., Anisah, Zafirah, Ulfa. 2020. *Analisis pendekatan sanitasi dalam menangani stunting (studi literature)*. Jurnal Sulolipu : Media Komunikasi Sivitas Akademika dan Masyarakat. Vol. 20 No.2 2020. e-issn : 2622-6960, p-issn : 0854-624X.
- Tim Indonesia Baik. 2019. *Bersama Perangi Stunting*. Jakarta : Direktorat jenderal Informasi dan Komunikasi Publik Kementerian Komunikasi dan Informatika.
- Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K). 2017. *100 Kabupaten/Kota Prioritas Untuk Intervensi Anak Kerdil (Stunting)*. Jakarta : Sekretariat wakil Presiden RI.

- Tirtawinata, Megawati, Christofora. 2013. *Mengupayakan Keluarga yang Harmonis*. Humaniora. Vol 4 No 2; 1141-1151.
- Torlesse, H., Cronin, AA., Sebayang, SK., & Nandy, R. *Determinants of stunting in Indonesian children: Evidence from a cross-sectional survey indicate a prominent role for the water, sanitation and hygiene sector in stunting reduction*. BMC Public Health. BMC Public Health; 2016;16(1):1–11.
- Trihono., Atmarika., Tjandrarini, Hapsari, Dwi., Utami, Handayani, Nur. Tejayanti, Teti., & Nurlinawati, Im.. 2015. *Pendek (Stunting) Di Indonesia, Masalah dan Solusinya*. Jakarta : Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan .
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2004 tentang Penghapusan Kekerasan dalam Rumah Tangga.
- United Nations Children’s Fund (UNICEF). 2015. *UNICEF’s approach to scaling up nutrition for mothers and their children. Discussion paper*. Programme Division, , New York, United Nations Children’s Fund.
- Waliulu, Tsani, Khasrul., Natsir, Fajaruddin, Muh., & Ruslan. 2018. *Aanalisis Mikroorganisme air minum isi ulang pada dispenser di RSUD Dr. M. Haulussy Ambon City*. Jurnal Nasional Ilmu Kesehatan. Volume 1 Edisi 2.
- Wallace C., Dale F., Jones G., O’Kane J., Thomas M., Wilson L., & Pontin D. 2018. *Developing the health visitor concept of family resilience in Wales using Group Concept Mapping*. *Rural Remote Health*. 2018 Nov;18(4):4604. doi: 10.22605/RRH4604. Epub 2018 Nov 16. PMID: 30433794.
- Walsh, Froma. 2006. *Strengthening Family Resilience / Froma Walsh.—2nd ed*. New York : *The Guilford Press*. ISBN-13: 978-1-59385-186-6 (alk. paper) ISBN-10: 1-59385-186-3 (alk. paper).
- Wardani, Rengganis, Sumekar, Wulan, Dyah., Wulandari, Marita., & Suharmanto. 2020. *Hubungan Faktor Sosial Ekonomi dan Ketahanan Pangan Terhadap Kejadian Stunting pada Balita*. Jurnal Kesehatan. Volume 10, Nomor 2. ISSN 2086-7751 (Print), ISSN 2548-5695. <http://ejurnal.poltekkes-tjk.ac.id/index.php/JK>.
- Wearhershpoon, DO., Miler, S., Ngabitsinze, Jc., Wearhershpoon, LJ., & Oehmke, JF. 2019. *Stunting, food security, markets and food, policy in Rwanda*. BMC Public Health. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7208-0>.

- Widarsa, Tangking., Putra, Eka., Artawan, Gede, I Wayan. 2016. *Analisis Data Untuk Variabel Outcome Berskala Nominal Dua kategori (Binary Outcome)*. Program Studi Kesehatan Masyarakat; Fakultas Kedokteran Universitas Udayana Denpasar.
- Wiradyani, Ari, Ade, Luh., Pramesthi, Laras, Indriyaraiyan, Maya., & Nuralifah, Siti. Nurjatun. 2016. *Gizi dan Kesehatan Anak Usia Sekolah Dasar : Buku Pegangan dan Kumpulan Rencana Ajar Untuk Guru Sekolah Dasar*. Jakarta : SEAMEO RECFON, Kemendikbud RI.
- Yumfi, Festa., Satriyo, Danan. 2017. *Resiliensi Keluarga Dengan Anak Gangguan Disintegratif Melalui Konseling Kelompok*. *Jurnal Insight* Fakultas Psikologi Universitas Muhammadiyah Jember. Vol.13 No 1. ISSN : 1858-4063.
- Zerbetto, SR., Galera, SAF., & Ruiz BO. 2017. *Family resilience and chemical dependency: perception of mental health professionals*. *Rev Bras Enferm.* 2017 Nov-Dec;70(6):1184-1190. *English, Portuguese*. doi: 10.1590/0034-7167-2016-0476. PMID: 29160478.