

**ANALISIS PENGARUH VARIABEL KARATERISTIK
RUMAH TANGGA, KELUARGA SADAR GIZI (KADARZI)
DAN SANITASI LINGKUNGAN SEBAGAI FAKTOR RISIKO KEJADIAN
STUNTING (STUDI KOMPARASI KELUARGA PERTANIAN DAN NON
PERTANIAN DI WILAYAH KABUPATEN LAMPUNG SELATAN)**

(Tesis)

Oleh

**YUSTIKA PRAMUDYAWATI
NPM 2020011026**



**PROGRAM STARATA 2
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU LINGKUNGAN
PASCASARJANA UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDAR LAMPUNG
2022**

ANALISIS PENGARUH VARIABEL KARAKTERISTIK RUMAH TANGGA, KELUARGA SADAR GIZI (KADARZI) DAN SANITASI LINGKUNGAN SEBAGAI FAKTOR RISIKO KEJADIAN STUNTING (STUDI KOMPARASI KELUARGA PERTANIAN DAN NON PERTANIAN DI WILAYAH KABUPATEN LAMPUNG SELATAN)

The Analysis of the Effects of Household Characteristic, Nutrition-Aware Family, and Environmental Sanitation Variables as Risk Factors of Stunting (Comparative Study of Agricultural and Non-Agricultural Families in South Lampung District)

Yustika Pramudyawati¹⁾ Khairunisa Berawi^{2*}, Evi Kurniawaty¹, Samsul Bakri^{2,3}, Reni Zuraida¹, and Unang Mulkhan⁴

¹ Universitas Lampung, Prodi Ilmu lingkungan
Email: tikapramudyawati@gmail.com

ABSTRAK

Kejadian balita pendek atau biasa disebut *Stunting* merupakan masalah gizi yang di alami oleh balita di dunia saat ini. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pengaruh variabel karakteristik rumah tangga, Kadarzi dan sanitasi lingkungan sebagai faktor resiko kejadian stunting studi komparasi keluarga pertanian dan non pertanian di kabupaten lampung selatan. Penelitian ini menggunakan data primer diperoleh dari kuesioner yaitu data karakteristik keluarga, Kadarzi serta sanitasi lingkungan dari 198 sampel rumah tangga dan data sekunder yaitu data mengenai jumlah balita *stunting* dan data wilayah pertanian dan non pertanian di kabupaten lampung selatan tahun 2022. Metode penelitian yang digunakan adalah *analitik observasional* dengan pendekatan *cross sectional*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa variabel pekerjaan keluarga, pendapatan keluarga, perilaku kadarzi, variabel pengukuran berat badan, pemberian ASI eksklusif, pemberian makanan beraneka ragam, suplemen gizi vitamin A, jamban keluarga, saluran pembuangan air limbah dan zona wilayah pertanian dan non-pertanian berpengaruh nyata terhadap kejadian stunting, sedangkan variabel pendidikan orang tua, pengetahuan gizi, jenis kelamin balita, penggunaan garam beryodium, sumber air bersih dan tempat sampah tidak berpengaruh nyata terhadap kejadian stunting.

Kata kunci : Kadarzi, karakteristik rumah tangga, sanitasi lingkungan, *stunting*.

ABSTRACT

Stunting is a nutritional problem experienced by toddlers in the world today. The employed research method was the observational analysis with a cross-sectional approach. This study was aimed at analyzing the effects of household characteristics, nutrition-aware families, and environmental sanitation as risk factors of stunting in a comparative study of agricultural and non-agricultural families in South Lampung District. This study's primary data were obtained from questionnaires, which are the data of family characteristics, nutrition-aware families, and environmental sanitation from 198 sample households, and its secondary data are those of stunting toddlers and agricultural and non-agricultural areas in South Lampung District in 2022. The research was conducted from July 2022 to September 2022. The results indicate that the variables of family occupations, family income, the behavioral Kadarzi, weight measurements, exclusive breastfeeding, various kinds of food, vitamin A nutritional supplements, family latrines, sewer wastewater, and agricultural and non-agricultural zones had significant effects on stunting, while the variables of parental education, nutritional knowledge, toddlers' genders, use of ionized salt, clean water sources, and trash bins insignificantly affected stunting.

Keywords: *nutrition-aware families, household characteristics, environmental sanitation, stunting.*

**ANALISIS PENGARUH VARIABEL KARATERISTIK
RUMAH TANGGA, KELUARGA SADAR GIZI (KADARZI)
DAN SANITASI LINGKUNGAN SEBAGAI FAKTOR RISIKO KEJADIAN
STUNTING (STUDI KOMPARASI KELUARGA PERTANIAN DAN NON
PERTANIAN DI WILAYAH KABUPATEN LAMPUNG SELATAN)**

Oleh

YUSTIKA PRAMUDYAWATI

Tesis

**Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar
MAGISTER LINGKUNGAN**

Pada

**Program Studi Magister Ilmu Lingkungan
Pascasarjana Multidisiplin Universitas Lampung**



**PROGRAM STARATA 2
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU LINGKUNGAN
PASCASARJANA UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDAR LAMPUNG
2022**

Judul Tesis : ANALISIS PENGARUH VARIABEL
KARAKTERISTIK RUMAH TANGGA,
KELUARGA SADAR GIZI (KADARZI) DAN
SANITASI LINGKUNGAN SEBAGAI FAKTOR
RISIKO KEJADIAN STUNTING (STUDI
KOMPARASI KELUARGA PERTANIAN DAN
NON PERTANIAN DI WILAYAH KABUPATEN
LAMPUNG SELATAN)

Nama Mahasiswa : **Yustika Pramudyawati**

Nomor Pokok Mahasiswa : 2020011026

Program Studi : Magister Ilmu Lingkungan

Fakultas : Pascasarjana Multidisiplin



1. Komisi Pembimbing

Dr. dr. Khairun Nisa Berawi, M.Kes AIFO-K
NIP 197402262001122001

A handwritten signature in black ink, positioned above a horizontal line.

Dr. dr. Evi Kurniawaty, M.Sc.
NIP 1976012020031220001

A handwritten signature in black ink, positioned above a horizontal line.

Dr. Ir. Samsul Bakri, M.Si.
NIP 1961050519870310002

2. Ketua Program Studi Magister Ilmu Lingkungan
Universitas Lampung

Dr. Ir. Samsul Bakri, M.Si.
NIP. 196105051987031002

MENGESAHKAN

1. Tim Penguji

Ketua : **Dr. dr. Khairun Nisa Berawi, M.Kes., AIFO-K**



Sekretaris : **Dr. dr. Evi Kurniawaty, M.Sc.**



Anggota : **Dr. Ir. Samsul Bakri, M.Si.**



Penguji
Bukan Pembimbing : **Dr. dr. Reni Zuraida., M.Si.**



Anggota : **Unang Mul Khan., S.A.B., M.BA., Ph.D.**

2. Direktur Pascasarjana Universitas Lampung



Prof. Dr. Ir. Ahmad Saudi Samosir, S.T., M.T.
NIP. 197102151908031005



Tanggal Lulus Ujian Tesis : 07 November 2022

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan dengan sebenarnya bahwa:

1. Tesis dengan judul: **“ANALISIS PENGARUH VARIABEL KARAKTERISTIK RUMAH TANGGA, KELUARGA SADAR GIZI (KADARZI) DAN SANITASI LINGKUNGAN SEBAGAI FAKTOR RISIKO KEJADIAN STUNTING (STUDI KOMPARASI KELUARGA PERTANIAN DAN NON PERTANIAN DI WILAYAH KABUPATEN LAMPUNG SELATAN”** adalah karya saya sendiri dan saya tidak melakukan penjiplakan atau pengutipan atas karya penulis lain dengan cara yang tidak sesuai dengan etika ilmiah yang berlaku dalam masyarakat akademik atau yang disebut plagiarisme.
2. Hak intelektual atas karya ini diserahkan sepenuhnya kepada Universitas Lampung.

Atas pernyataan ini, apabila di kemudian hari ternyata ditemukan adanya ketidakbenaran, saya bersedia menanggung akibat dan sanksi yang diberikan kepada saya, saya bersedia dan sanggup dituntut sesuai dengan hukum yang berlaku.

Bandar Lampung, November 2022
Yang membuat pernyataan,



YUSTIKA PRAMUDYAWATI
NPM 2020011026

RIWAYAT HIDUP



Penulis dilahirkan di Lampung Selatan pada tanggal 14 Agustus 1987, sebagai anak ke delapan dari delapan bersaudara, dari Alm. Bapak Suridi dan Alm. Ibu Kantiyem. Pendidikan Sekolah Dasar (SD) diselesaikan di SDN 1 Rambang Dangku, Sumatera Selatan pada tahun 1999, Sekolah Menengah Pertama(SMP) di SMPN 3 Katibung, Lampung Selatan pada tahun 2002, dan Sekolah Menengah Atas (SMA) di SMAN 1 Tanjung Bintang, Lampung Selatan pada tahun 2005

Tahun 2005, penulis terdaftar sebagai mahasiswa DIII Jurusan Kesehatan Lingkungan Politeknik Kesehatan Tanjung Karang melalui jalur Sipensimaru, lulus pada tahun 2008, dan pada tahun 2011 penulis melanjutkan pendidikan SI Kesehatan Masyarakat di STIKES Mitra Lampung, lulus pada tahun 2013. Penulis sejak tahun 2009 tercatat sebagai pegawai ASN di Pemerintahan Kabupaten Lampung Selatan dan bertugas di Puskesmas Merbau Mataram.

Pada tahun 2020 Penulis melanjutkan pendidikan Strata 2 pada Program Studi Magister Ilmu Lingkungan di Universitas Lampung. Selanjutnya penulis melakukan penelitian dengan judul “Analisis pengaruh variabel karakteristik rumah tangga, keluarga sadara gizi (Kadarzi) dan Sanitasi Lingkungan sebagai Faktor Risiko Kejadian stunting (Studi Komparasi Keluarga Pertanian dan Non Pertanian di wilayah Kabupaten Lampung Selatan)”.

MOTTO

"Kerja keras yang ikhlas tidak akan membuatmu
kecewa apapun hasilnya"

PERSEMBAHAN

Semua hal berawal dari mimpi, yang dimulai dengan sebuah keyakinan.
Bukan cerita mudah untuk berada pada titik ini, berapa banyak pengorbanan dan perjuangan yang sudah ditempuh.
Tidak mungkin ada cerita hari ini tanpa orang terkasih.

Karya Tulis Ini Saya Persembahkan Untuk Semua Penyemangat Karya ini Suami
Saya Obar Dan Anak Pertama saya Faaris AL Fattah Dan anak kedua saya Elza
Qiunan Raffasya

Dan untuk Alm Bapak dan Alm. Ibu saya
Dan rekan-rekan seangkatan MIL 2020 satu kelas khususnya jalur kerja sama
Lampung Selatan
(Pak Okto, Pak Hari, Pk Budi, Mas Aris, Irfan, Indah, Pepi, Feni, dan Fera)

SANWACANA

Puji syukur penulis ucapkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, karena atas rahmat dan hidayah-Nya tesis ini dapat diselesaikan.

Tesis Dengan Judul **“Analisis pengaruh variabel karakteristik rumah tangga, keluarga sadara gizi (Kadarzi) dan Sanitasi Lingkungan sebagai Faktor Risiko Kejadian stunting (Studi Komparasi Keluarga Pertanian dan Non Pertanian di wilayah Kabupaten Lampung Selatan)”** adalah salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Sains di Universitas Lampung.

Dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Dr. Mohammad Sofwan Effendi, M.Ed. selaku Rektor Universitas Lampung;
2. Prof. Dr. Dyah Wulan Sumekar Rengganis Wardani., SKM., M.Kes. selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Lampung;
3. Dr. dr. Samsul Bakri, M. Si. selaku Ketua Program Studi Magister Ilmu Lingkungan Fakultas Multidisiplin Universitas Lampung;
4. Dr. dr. Khairun Nisa Berawi, M.Kes., AIFO-K, sebagai pembimbing pertama yang telah bersedia meluangkan waktu dan kesediaannya untuk memberikan bimbingan, ilmu, kritik, saran serta nasihat yang bermanfaat dalam proses penyelesaian tesis ini;
5. Dr. dr. Evi Kurniawaty, M.Sc, sebagai pembimbing ke dua yang telah bersedia meluangkan waktu dan kesediaannya untuk memberikan bimbingan, ilmu, kritik, saran serta nasihat yang bermanfaat dalam proses penyelesaian tesis ini;
6. Dr. dr. Reni Zuraida, M.Si., selaku Pembahas Pertama yang telah memberikan banyak masukan dan nasehat selama penyelesaian tesis ini;
7. Unang Mul Khan, S.AB.,M.BA.,P.hD, selaku Pembahas Kedua yang telah memberikan banyak masukan dan nasehat selama penyelesaian tesis ini;

8. Seluruh Dosen Magister Ilmu Lingkungan Universitas Lampung yang telah banyak memberikan ilmu yang sangat bermanfaat dan telah mendidik penulis;
9. Bapak dan Ibu Staf administrasi Magister Ilmu Lingkungan Universitas Lampung.

Bandar Lampung, November 2022

Yustika Pramudyawati

DAFTAR ISI

	Halaman
DAFTAR TABEL	vi
DAFTAR GAMBAR	viii
BAB I. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	8
1.3 Tujuan Penelitian.....	8
1.4 Manfaat Penelitian.....	9
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	9
1.4.2 Manfaat Praktis.....	9
1.5 Kerangka Teori.....	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	12
2.1 Kerangka Teori.....	12
2.1.1 <i>Stunting</i>	12
2.1.2 Patofisiologi <i>Stunting</i>	12
2.1.3 Teori Kesehatan.....	13
2.1.3.1 H.L Blum.....	13
2.1.3.2 George L. Engel.....	14
2.1.4 Indikator <i>Stunting</i>	16
2.1.5 Diagnosa dan Kalsifikasi <i>Stunting</i>	17
2.1.6 Penyebab <i>Stunting</i>	18
2.1.7 Dampak <i>Stunting</i>	19
2.1.8 Pencegahan Penanganan <i>Stunting</i>	19
2.2 Karakteristik Rumah Tangga.....	21
2.2.1 Konsep Rumah Tangga.....	21

2.2.2	Konsep Ketahanan Keluarga.....	22
2.2.3	Komponen Ketahanan Keluarga	24
2.2.3.1	Dimensi, Variabel dan Indikator.....	24
2.2.3.2	Ketahanan Fisik.....	27
2.2.3.3	Ketahanan Ekonomi.....	27
2.2.3.4	Ketahanan Sosial Psikologi.....	28
2.2.3.5	Ketahanan Sosial Budaya	29
2.2.3.6	Kunci Keluarga dalam proses ketahanan	29
2.2.3.7	Pola Organisasi peredam kejut krisis	31
2.2.3.8	Proses Komunikasi.....	32
2.3	Kadarzi (keluarga Sadar Gizi)	32
2.3.1	Pengertian Kadarzi	32
2.3.2	Indikator Kadarzi	33
2.3.3	Faktor yang mempengaruhi perilaku Kadarzi	36
2.4	Sanitasi Lingkungan	40
2.4.1	Pengertian Sanitasi Lingkungan	40
2.4.2	Ruang Lingkup Sanitasi	40
2.4.3	Jenis – Jenis Sanitasi Lingkungan	42
2.5	Kabupaten Lampung Selatan	42
BAB III METODE PENELITIAN		51
3.1	Waktu dan Tempat Penelitian.....	51
3.2	Alat dan Bahan	51
3.3	Jenis Penelitian	51
3.4	Sumber Data	53
3.4.1	Data Primer	53
3.4.2	Data Sekunder.....	53
3.5	Subjek Penelitian	53
3.5.1	Kriteria Inklusi.....	53
3.5.2	Kriteria Eksklusi	53
3.5.3	Populasi	53
3.5.4	Sampel	54
3.5.6	Teknik Sampling.....	54

3.6 Rancangan Penelitian	55
3.7 Identifikasi Variabel Penelitian	56
3.8 Definisi Operasional	57
3.9 Cara Kerja	62
3.10 Pengolahan Data dan Analisis Data	62
3.10.1 Pengolahan Data.....	62
3.10.2 Analisis Data	63
3.11 Uji Hipotesis.....	63
BAB IV HASIL PENELITIAN.....	64
4.1 Hasil Penelitian	64
4.2 Analisis Deskriptif	65
4.2.1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Rumah Tangga.....	66
4.2.2 Distribusi Frekuensi Keluarga sadar Gizi (Kadarzi).....	72
4.2.3 Distribusi Frekuensi Sanitasi Lingkungan	80
4.3 Analisis Regresi Logistik Ordinal.....	86
4.4 Pembahasan.....	89
4.4.1 Karakteristik Rumah Tangga.....	89
4.4.1.1 Pendidikan Orang Tua	89
4.4.1.2 Pengetahuan Tentang Gizi.....	90
4.4.1.3 Pekerjaan Orang tua.....	92
4.4.1.4 Pendapatan Keluarga	93
4.4.1.5 Jenis Kelamin Balita	93
4.4.2 Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi)	94
4.4.2.1 Perilaku Kadarzi	94
4.4.2.2 Pengukuran Berat Badan Balita	95
4.4.2.3 ASI Eksklusif.....	95
4.4.2.4 Makanan Beraneka Ragam.....	96
4.4.2.5 Garam Beryodium	97
4.4.2.6 Suplemen Gizi	98
4.4.3 Sanitasi Lingkungan.....	98
4.4.3.1 Sumber Air Bersih.....	98
4.4.3.2 Jamban Keluarga	100

4.4.3.3 Tempat Sampah.....	101
4.4.3.4 Saluran Pembuangan Limbah.....	101
4.4.3.5 Zona Wilayah Pertanian dan Non Pertanian	102
4.5 Implikasi Penelitian.....	107
4.6 Keterbatasan Penelitian	109
BAB V SIMPULAN DAN SARAN.....	109
5.1 Simpulan	109
5.2 Saran.....	109
5.2.1 Bagi Dinas Kesehatan/ Puskesmas	109
5.2.2 Bagi Peneliti Selanjutnya	110
DAFTAR PUSTAKA	111
LAMPIRAN	121

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
1. Penilaian Indikator Kadarzi berdasarkan Karakteristik Keluarga.....	33
2. Perubahan Warna Garam Setelah Ditetesi Yodium Tes	36
3. Hipotesa Penelitian	47
4. Distribusi Keluarga Pertanian dan Keluarga Non Pertanian Berdasarkan Kecamatan Di Kabupaten Lampung Selatan	54
5. Distribusi Kecamatan Di Kabupaten Lampung Selatan yang Menjadi Sampel Penelitian.....	55
6. Definisi Operasional	57
7. Frekuensi Kejadian Stunting Pada Balita.....	65
8. Distribusi Frekuensi Pendidikan Ayah	66
9. Distribusi Frekuensi Pengetahuan Ibu	67
10. Distribusi Frekuensi Pekerjaan Ayah.....	68
11. Distribusi Frekuensi Pendapatan Keluarga	70
12. Disitribusi Frekuensi Jenis Kelamin Balita.....	71
13. Distribusi frekuensi perilaku Kadarzi	72
14. Distribusi Frekuensi Pengukuran Berat Badan Balita di Posyandu	74
15. Distribusi Frekuensi Pemberian ASI eksklusif	75
16. Distribusi Frekuensi Konsumsi Makanan Beraneka Ragam.....	76
17. Distribusi Frekuensi Penggunaan Garam Beryodium.....	77
18. Distribusi Frekuensi Konsumsi Suplemen Gizi	79
19. Distribusi Frekuensi Sarana Air Bersih	80
20. Distribusi Frekuensi Jamban Keluarga	82
21. Distribusi Frekuensi Tempat Sampah	83
22. Distribusi Frekuensi Saluran Pembuangan Air Limbah (SPAL)	84
23. Uji Wald Pengaruh Variabel Karakteristik Rumah Tangga	

Terhadap Kejadian <i>Stunting</i>	86
24. Uji Wald Pengaruh Variabel Kadarzi Terhadap Kejadian <i>Stunting</i>	87
25. Uji Wald Pengaruh Variabel Sanitasi Lingkungan Terhadap Kejadian <i>Stunting</i>	88
26. Uji Goodness of fit	105
27. Rekomendasi kepada kementrian	107

DAFTAR GAMBAR

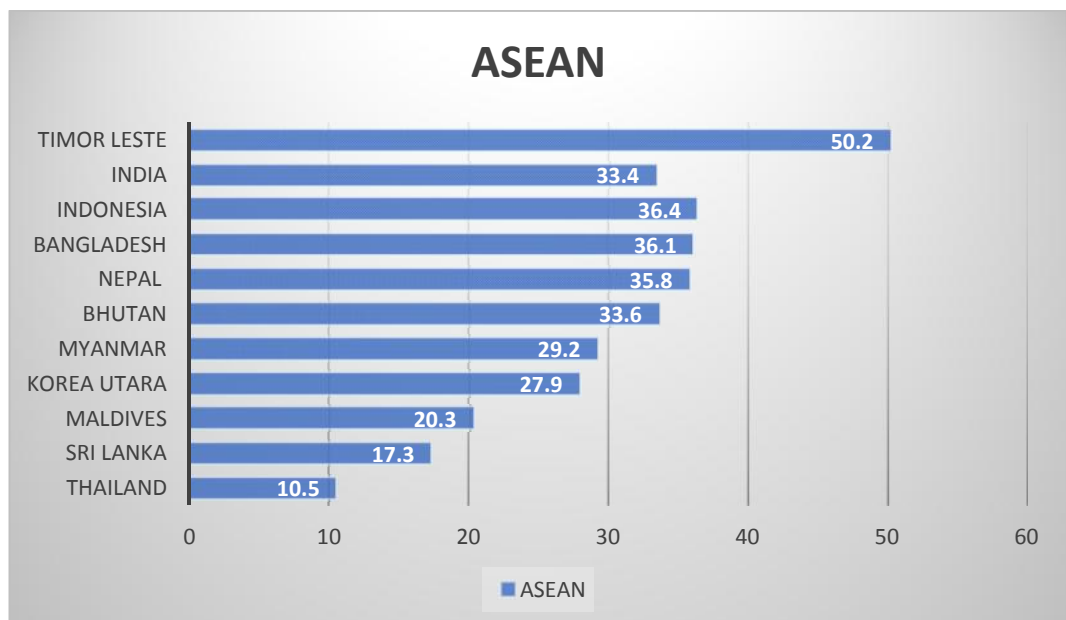
Gambar	Halaman
1. Gambar Jumlah Kejadian <i>Stunting</i> di ASEAN.....	1
2. Kerangka Teori	9
3. Kerangka Konsep Penelitian.....	10
4. Kerangka Teori Unicef, 1990 (UNICEF, 2015)	14
5. Rancangan Penelitian.....	56
6. Distribusi Frekuensi <i>Stunting</i> pada Balita	65
7. Distribusi Frekuensi <i>Stunting</i> Berdasarkan Pendidikan Ayah.....	67
8. Distribusi Frekuensi <i>Stunting</i> Berdasarkan Pengetahuan Ibu.....	68
9. Distribusi Frekuensi <i>Stunting</i> Berdasarkan Pekerjaan Ayah	69
10. Distribusi Frekuensi <i>Stunting</i> Berdasarkan Pendapatan Keluarga Balita.....	71
11. Distribusi Frekuensi <i>Stunting</i> Berdasarkan Jenis Kelamin Balita	72
12. Distribusi Frekuensi <i>Stunting</i> Berdasarkan Perilaku Kadarzi Keluarga.....	73
13. Distribusi Frekuensi <i>Stunting</i> Berdasarkan Pengukuran Berat Badan Balita di Posyandu	75
14. Distribusi Frekuensi <i>Stunting</i> Berdasarkan Pemberian ASI Eklusif	76
15. Distribusi Frekuensi <i>Stunting</i> Berdasarkan Konsumsi Makanan Beraneka Ragam	77
16. Distribusi Frekuensi <i>Stunting</i> Berdasarkan Penggunaan Garam Beryodium	78
17. Distribusi Frekuensi <i>Stunting</i> Berdasarkan Konsumsi Suplemen Gizi	80
18. Distribusi Frekuensi <i>Stunting</i> Berdasarkan Sarana Air Bersih.....	81

19.	Distribusi Frekuensi <i>Stunting</i> Berdasarkan Jamban Keluarga.....	83
20.	Distribusi Frekuensi <i>Stunting</i> Berdasarkan Tempat Sampah	84
21.	Distribusi Frekuensi <i>Stunting</i> Berdasarkan SPAL.....	85

I. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kejadian balita pendek atau biasa disebut *Stunting* merupakan masalah gizi yang di alami oleh balita di dunia saat ini. Pada tahun 2017, lebih dari setengah balita stunting di dunia berasal dari Asia (55%). Data prevelensi balita *stunting* yang dikumpulkan oleh *World Health Organization* (WHO), Indonesia termasuk ke dalam negara ketiga dengan prevelensi tertinggi di regional Asia Tenggara (South-East Asia Regional). Rata-rata Prevelensi *stunting* di Indonesia tahun 2017 adalah 36,4%. (Kementerian Kesehatan RI, 2018)



Gambar 1. Gambar Jumlah Kejadian *Stunting* di ASEAN (Kementerian Kesehatan RI, 2018)

Pengertian *stunting* menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1995/Menkes/XII /2010 adalah 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. Anak tergolong *stunting* apabila panjang atau tinggi badannya berada di bawah minus dua standar deviasi panjang atau tinggi anak seumurnya. (Kementrian Bappenas, 2019). Keadaan Stunting juga merupakan status gizi yang didasarkan pada indeks panjang badan menurut umur (PB/U) atau tinggi badan menurut umur (TB/U) dalam standar penilaian status gizi anak, dengan hasil pengukuran yang berada pada nilai standar atau *Z-score* <-2 SD sampai dengan -3 SD untuk pendek (*stunted*) dan <-3 SD untuk sangat pendek (*severely stunted*) (Kementrian Kesehatan RI, 2018).

Stunting menjadi salah satu fokus dari *Sustainable Development Goals* (SDGs) yaitu mengakhiri segala bentuk malnutrisi termasuk *stunting* pada tahun 2030. Indikator SDGs terdapat 17 indikator dan salah satunya adalah pada indikator kedua dengan tujuan untuk menghilangkan kelaparan, mencapai ketahanan pangan dan gizi yang baik, serta meningkatkan pertanian berkelanjutan. Sejalan dengan prioritas global tersebut, salah satu prioritas pembangunan kesehatan dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) tahun 2020-2024 adalah perbaikan gizi khususnya menurunkan prevalensi *stunting* (Kementrian kesehatan RI, 2020).

Anak mengalami *stunting* diakibatkan oleh lima hal utama yaitu faktor gizi yang buruk pada balita ataupun ibu hamil, tingkat pengetahuan ibu yang kurang terkait kesehatan dan gizi saat sebelum hamil, masa kehamilan, serta setelah melahirkan, terkendalanya pelayanan kesehatan terutama *ante natal care*, *post natal care*, dan pembelajaran dini yang berkualitas, ketersediaan makanan bergizi, keterjangkauan akses air bersih dan sanitasi yang masih tergolong buruk (Komisi Desa Pembangunan Desa Tertinggal dan Transmigram/KDPDTT, 2017). Banyak faktor yang menyebabkan *stunting*, namun karena mereka sangat bergantung pada ibu atau keluarga, maka

kondisi keluarga dan lingkungan yang mempengaruhi keluarga akan berdampak pada status gizinya. Pengurangan status gizi terjadi karena asupan gizi yang kurang dan sering terjadinya infeksi. Jadi faktor lingkungan, keadaan dan perilaku keluarga yang mempermudah infeksi berpengaruh pada status gizi balita. Kecukupan energi dan protein per hari per kapita anak Indonesia terlihat sangat kurang dibanding Angka Kecukupan Gizi yang dianjurkan baik pada anak normal atau pendek (Trihonno, dkk, 2015). Secara tidak langsung selain tenaga kesehatan keluarga juga berpengaruh pada status gizi balita, terutama peran ibu sejak masa sebelum kehamilan hingga setelah melahirkan. Berdasarkan penelitian Carr dan Spinger pengaruh yang paling kuat pada kesehatan yaitu keluarga, karena keluarga berperan sebagai penyedia sumber daya ekonomi, sosial dan psikologis, ketegangan yang dapat menjadi pelindung ataupun ancaman dari kesehatan anggota keluarga (Carr & Springer, 2010).

Pada tahun 2018, 21,9% atau 149 juta balita di dunia mengalami *stunting* (UNICEF/*World Health Organization* (WHO)/*World Bank*, 2019). Indonesia menempati peringkat ketiga untuk prevalensi balita *stunting* tertinggi di regional Asia Tenggara/*South-East Asia Regional* (SEAR) (WHO, 2017). Dapat dilihat pada gambar 1 bahwa prevalensi balita *stunting* di Indonesia mencapai 30,8%, dengan 11,5% balita tergolong sangat pendek dan 19,3% balita pendek (Kementrian kesehatan RI, 2018).

Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 menunjukkan bahwa proporsi *stunting* pada balita di Indonesia menurun 7% dibandingkan tahun 2013, yaitu 37.2% pada tahun 2013 menjadi 30.7% pada tahun 2018. Penelitian yang sama juga menunjukkan bahwa proporsi *stunting* pada bayi umur dua tahun (baduta) adalah 29.9%. Selain itu berdasarkan hasil Pemantauan Status Gizi (PSG) balita di Provinsi Lampung diperoleh hasil presentase balita *stunting* di provinsi Lampung terus mengalami peningkatan yaitu tahun 2015 sebesar 22,7%, tahun 2016 sebesar 24,8% dan tahun 2017 sebesar 31,6%. Prevalensi *stunting* di Provinsi Lampung pada tahun 2017

adalah sebesar 9,6% untuk balita sangat pendek dan 17,7% untuk balita pendek (Kementrian kesehatan RI, 2018).

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 (Kementrian perencanaan pembangunan nasional RI, 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 Waykanan 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%. Prevalensi *stunting* di Kabupaten Lampung Selatan mengalami penurunan yaitu sebesar 29,08%. Sedangkan pada tahun 2019 angka *stunting* di Kabupaten Lampung Selatan menjadi 5,54% dan pada tahun 2020 telah turun menjadi 3,61% (Dinas Kesehatan Kabupaten Lampung Selatan, 2020).

Pembangunan sumber daya manusia (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), 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). Pembangunan nasional untuk mencapai SDM yang unggul, maka ketahanan keluarga merupakan isu yang sangat penting dalam meningkatkan SDM keluarga terutama rumah tangga. Undang-Undang Nomor 52 Tahun 2009 tentang perkembangan penduduk dan pembangunan keluarga mendefinisikan ketahanan dan

kesejahteraan keluarga sebagai kondisi keluarga yang memiliki keuletan dan ketangguhan serta mengandung kemampuan fisik materil guna hidup mandiri dan mengembangkan diri dan keluarganya untuk hidup harmonis dalam meningkatkan kesejahteraan kebahagiaan lahir dan batin. Sementara suatu keluarga akan memiliki ketahanan dan kemandirian yang tinggi apabila keluarga tersebut dapat berperan secara optimal dalam mewujudkan seluruh potensi yang dimilikinya. Lebih jauh lagi, ketahanan keluarga diindikasikan sebagai kecukupan dan kesinambungan akses terhadap pendapatan dan sumberdaya setidaknya untuk memenuhi kebutuhan dasar, termasuk didalamnya adalah kecukupan akses terhadap pangan, air bersih, pelayanan kesehatan, kesempatan pendidikan, perumahan, waktu untuk berpartisipasi di masyarakat, dan integrasi sosial. Ketahanan keluarga merupakan konsep yang mengandung aspek multidimensi (Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak, 2016). Konsep ketahanan dan kesejahteraan keluarga mencakup, yaitu landasan legalitas dan keutuhan keluarga, ketahanan fisik, ketahanan ekonomi, ketahanan sosial psikologi, dan ketahanan sosial budaya (Peraturan Menteri Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak, 2015)

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, dalam Cahyaningtyas, 2016). Rumah tangga pertanian adalah rumah tangga yang sekurang-kurangnya satu orang anggota rumah tangga melakukan kegiatan yang menghasilkan produk pertanian dengan tujuan sebagian atau seluruh hasilnya untuk dijual/ditukar untuk memperoleh pendapatan/keuntungan atas resiko sendiri. Kegiatan dimaksud meliputi bertani/berkebun, beternak ikan dikolam, karamba maupun tambak, menjadi nelayan, dan mengusahakan ternak/ unggas (BPS,2021).

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).

Kadarzi (keluarga sadar gizi) merupakan program pemerintah yang dilaksanakan sampai di tingkat puskesmas yang bertujuan agar keluarga mampu mengidentifikasi masalah gizi, yang dapat diselesaikan oleh keluarga dari setiap anggota keluarga, mulai dari mengenali masalah, hingga mengatasi masalah gizi yang terjadi dalam keluarga. Suatu keluarga dapat dikatakan Kadarzi jika menerapkan indikator perilaku gizi diantaranya menimbang berat badan dengan rutin, memberikan ASI saja pada anak sampai umur 6 bulan (ASI eksklusif), mengkonsumsi makanan beraneka ragam, menggunakan garam beryodium dan mengkonsumsi suplemen gizi sesuai anjuran. Masih banyak keluarga yang belum optimal dalam menerapkan perilaku Kadarzi (keluarga sadar gizi) sehingga masalah gizi pada balita masih banyak terjadi (Kementrian kesehatan RI, 2014)..

Sanitasi lingkungan adalah status kesehatan suatu lingkungan dengan cakupan kriteria yang meliputi kriteria rumah sehat, tersedianya sarana

sanitasi dasar misalnya sarana jamban, sarana air bersih, tempat sampah dan tempat pembuangan air limbah rumah tangga serta perilaku penghuni (Wiyono et al., 2020). Penelitian (Oktaviana, 2016) menjelaskan bahwa terdapat hubungan *stunting* dengan perilaku higiene dan sanitasi. Akses keluarga yang rendah terhadap berbagai penyakit dengan basis lingkungan dan sarana sanitasi yang adalah penyebab kematian utama pada bayi dan balita di Indonesia yang merupakan penyumbang lebih dari 80% penyakit seperti penyakit infeksi, gangguan saluran cerna dan gangguan nafsu makan dimana menjadikan berat badan anak dapat menurun dan bila berjadi dalam waktu yang lama bisa mengakibatkan terjadinya *stunting* (Kementrian kesehatan RI, 2018).

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 dari kabupaten lainnya jika berdasarkan data jumlah penduduk kasus *stunting* di Kabupaten Lampung Selatan di kategorikan lebih tinggi. 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 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%.

Menurut Winarno Surakhmad dalam bukunya Pengantar Pengetahuan Ilmiah

(1986 : 84), komparasi adalah penyelidikan deskriptif yang berusaha mencari pemecahan melalui analisis tentang hubungan sebab akibat, yakni memilih faktor-faktor tertentu yang berhubungan dengan situasi atau fenomena yang diselidiki dan membandingkan satu faktor dengan faktor lain. Berdasarkan pengertian ini maka akan membandingkan rumah tangga, keluarga sadar gizi dalam upaya reduksi *stunting* berdasarkan faktor-faktor kejadian *stunting* yang ada di wilayah kabupaten Lampung Selatan. Dari faktor-faktor tersebut maka dilakukan studi komparasi untuk mengetahui variable mana yang sangat berpengaruh terhadap kejadian *stunting* di Lampung Selatan.

Berdasarkan uraian di atas, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul: **Analisis Pengaruh Variabel Karakteristik Rumah Tangga, Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) dan Sanitasi Lingkungan Sebagai Faktor Risiko Kejadian *Stunting* (Studi komparasi di keluarga pertanian dan non pertanian Kabupaten Lampung Selatan)**”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang tersebut rumusan masalah dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Bagaimana pengaruh karakteristik rumah tangga Sebagai Faktor Risiko Kejadian *stunting* (Studi komparasi di Keluarga Pertanian dan Non Pertanian Kabupaten Lampung Selatan)?
2. Bagaimana pengaruh karakteristik keluarga sadar gizi Sebagai Faktor Risiko Kejadian *stunting* (Studi komparasi di Keluarga Pertanian dan Non Pertanian Kabupaten Lampung Selatan)?
3. Bagaimana pengaruh sanitasi lingkungan Sebagai Faktor Risiko Kejadian *stunting* (Studi komparasi di Keluarga Pertanian dan Non Pertanian Kabupaten Lampung Selatan)?

1.3 Tujuan Penelitian

- 1) Menganalisis pengaruh karakteristik rumah tangga Sebagai Faktor Risiko Kejadian *stunting* (Studi komparasi di Keluarga Pertanian dan Non Pertanian Kabupaten Lampung Selatan).

- 2) Menganalisis pengaruh karakteristik keluarga sadar gizi Sebagai Faktor Risiko Kejadian *stunting* (Studi komparasi di Keluarga Pertanian dan Non Pertanian Kabupaten Lampung Selatan).
- 3) Menganalisis pengaruh sanitasi lingkungan Sebagai Faktor Risiko Kejadian *stunting* (Studi komparasi di Keluarga Pertanian dan Non Pertanian Kabupaten Lampung Selatan).

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

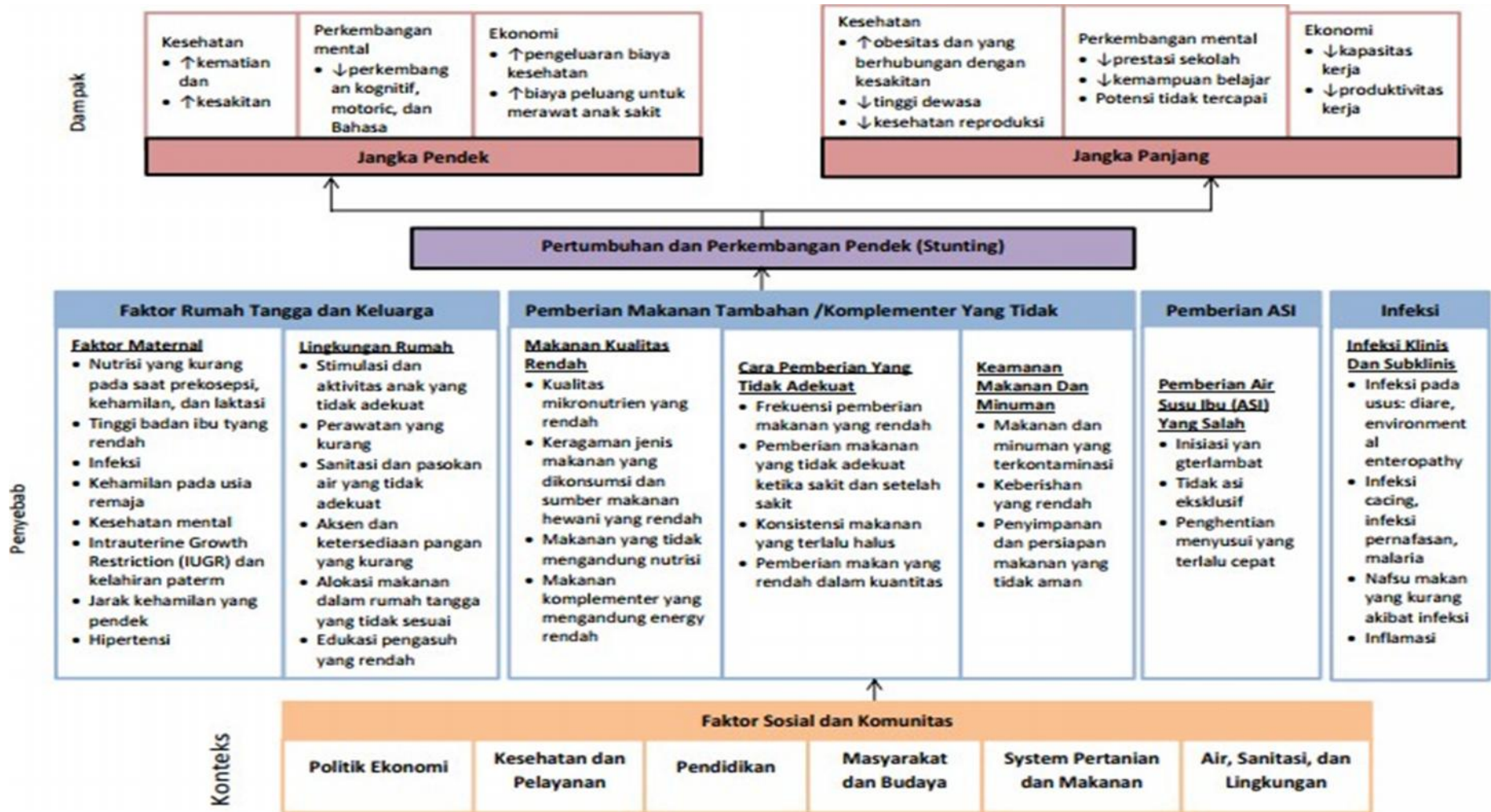
Hasil penelitian ini diharapkan bisa digunakan sebagai bahan referensi umum bagi penelitian sejenis serta memberikan kontribusi pada peningkatan dan pengembangan ilmu kesehatan lingkungan masyarakat khususnya yang terkait dengan determinan *stunting* pada balita di Lampung Selatan.

1.4.2 Manfaat Praktis

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai dasar oleh pemangku kebijakan khususnya pemerintah daerah Lampung Selatan serta pihak terkait mengenai informasi tentang determinan *stunting* pada balita untuk intervensi penekanan prevalensi *stunting* balita di Lampung Selatan.

1.5 Kerangka Teori

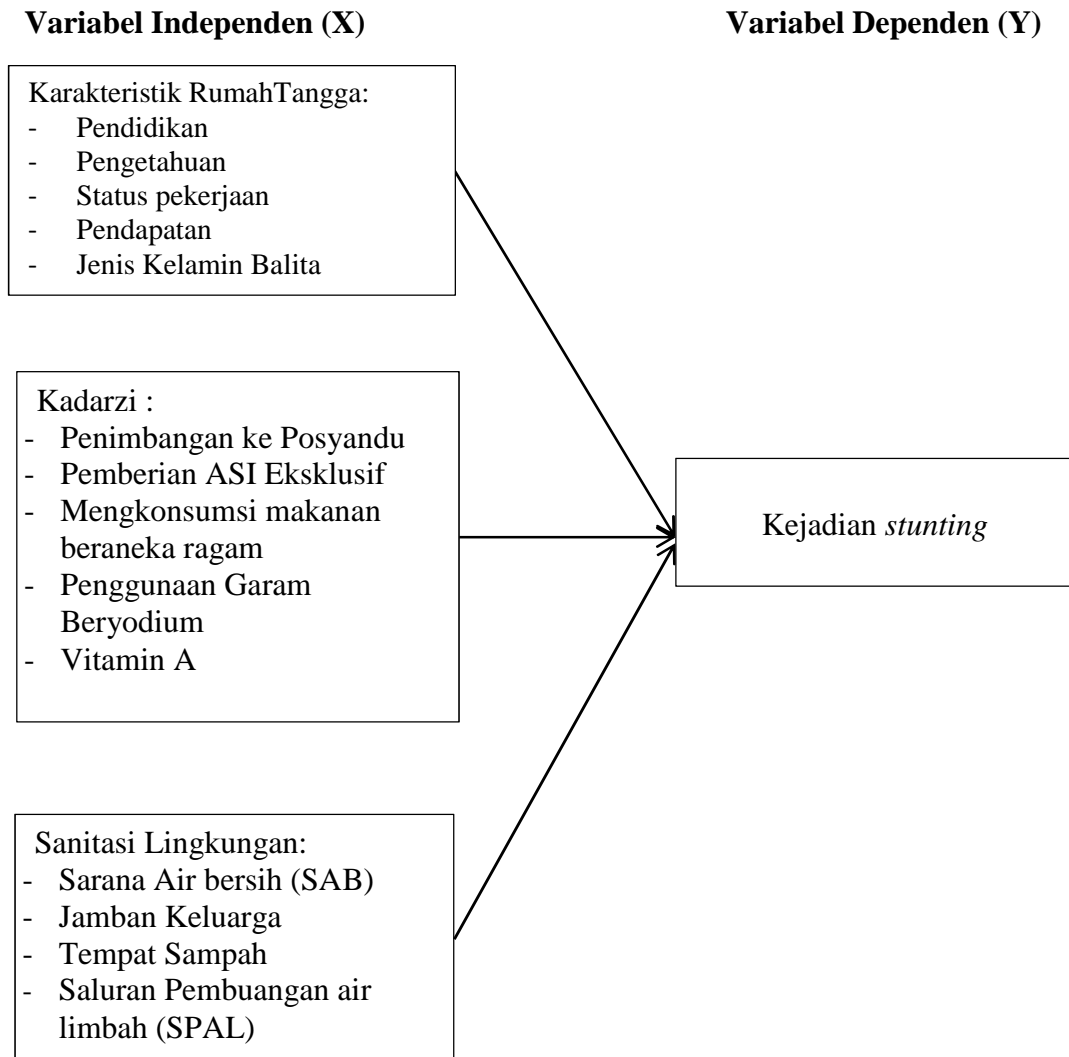
Berdasarkan tinjauan pustaka yang ada, maka dapat dibuat kerangka teori sebagai berikut



Gambar 2 Kerangka Teori

Sumber: UNICEF 1997; IFPRI, 2016; BAPPENAS 2018, disesuaikan dengan konteks Indonesia

Berdasarkan kerangka teori di atas, maka dapat dibuat kerangka konsep sebagai berikut



Gambar 3 Kerangka Konsep Penelitian

II. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Teori

2.1.1 *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* bisa terjadi 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* juga bisa terjadi 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 seusianya, akibat dari kekurangan gizi kronis dan infeksi berulang yang berpengaruh terhadap perkembangan dan pertumbuhan anak balita.

2.1.2 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).

2.1.3 Teori Kesehatan

2.1.3.1 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.

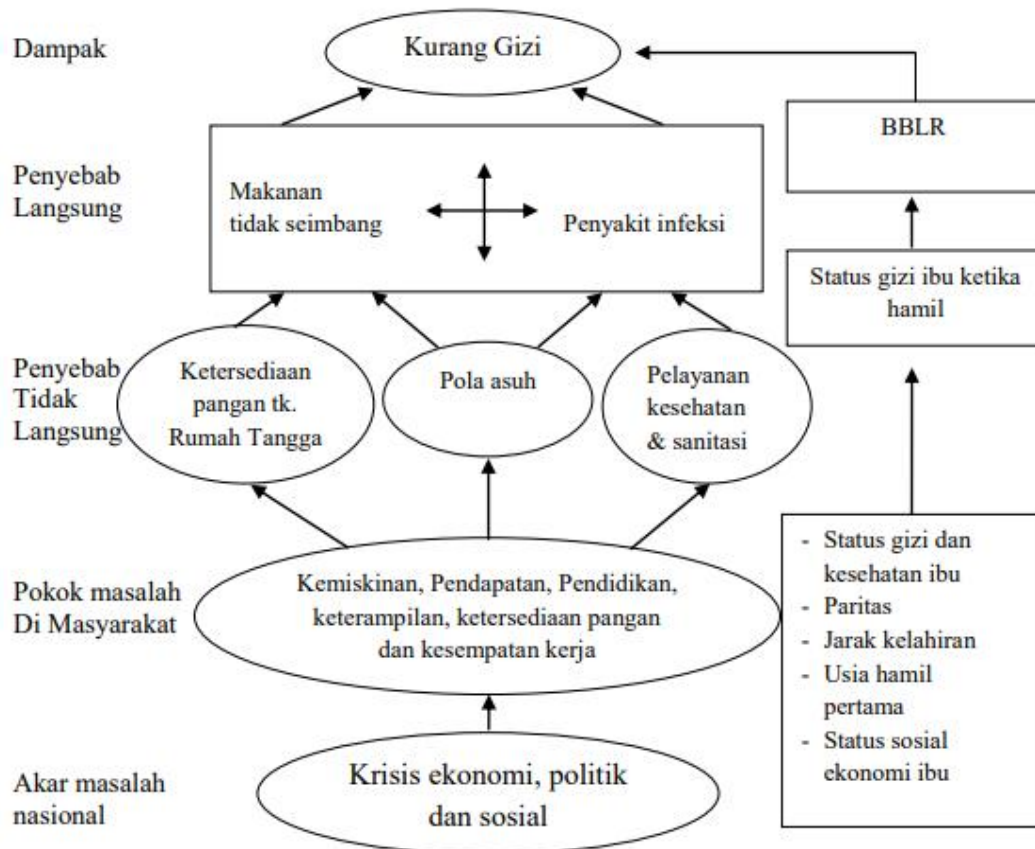
4. Faktor pelayanan kesehatan

2.1.3.2 George L. Engel

Teori Holistik yang kemudian diberi label biopsikososial (BPS) oleh Psikiater Goerge L. Engel, bahwa suatu persefektif 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).

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



Gambar 4 Kerangka teori unicef, 1990 (UNICEF, 2015)

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.

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. Dampak jangka pendek kekurangan gizi meningkatkan resiko mortalitas dan morbiditas. Dampak 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).

2.1.4 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).

2.1.5 Diagnosa dan Klasifikasi *Stunting*

Tinggi badan merupakan antropometri yang menggambarkan keadaan pertumbuhan *skeletal*. Dalam keadaan normal, pertumbuhan tinggi badan sejalan dengan penambahan 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-score* < -3,0
- b. Pendek : *z-score* -3,0 s/d *Z-score* < -2,0
- c. Normal : *z-score* -2,0
- d. Tinggi : *z-score* > 2,0

2.1.6 Penyebab *Stunting*

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

1. 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 akut (ISPA), diare, 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).

2. 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 keutuhan keluarga dan ketahanan sosio psikologi seperti norma, pola asuh, dan pola makan keluarga. Lingkungan pemukiman atau kesehatan lingkungan untuk mempertahankan kesetahanan fisik rumah seperti tersedianya sarana air bersih dan sanitasi serta pengelolaan sampah. Dan akses terhadap pelayanan kesehatan untuk pencegahan dan pengobatan (Kementerian PPN/Bappenas, 2018).

3. 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.

2.1.7 Dampak *Stunting*

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

- a. Dampak 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. Dampak 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.

2.1.8 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

Sebagai 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 kecacingan.

2. Kelompok sasaran usianya

Remaja putri dan wanita usia subur (WUS) : supelemen 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

2.2 Karakteristik Rumah Tangga

2.2.1 Konsep Rumah Tangga

Keluarga (*family*) merupakan kumpulan dari sekelompok orang yang mempunyai hubungan atas dasar pernikahan, keturunan, atau adopsi serta tinggal bersama di rumah tangga biasa (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

2.2.2 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, koping dan adaptasi (Boss, 2001; Gilgun, 1999; Hawley & DeHaan, 1996; Lavee, McCubbin, & Olson, 1987; McHenry & Harga, 2005; Walsh, 1996 dalam Walsh, 2006) :

a. Model kerentanan dan mekanisme

Perlindungan pada setiap fase perkembangan, ada keseimbangan yang bergeser menjdai 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.

2.2.3 Komponen ketahanan keluarga

2.2.3.1 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 perkawinan 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.

Untuk melakukan semua fungsi keluarga melalui pembagian dengan cara kerjasama dengan setara dan berkeadilan antara suami dan istri sert 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.

2.2.3.2 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.

2.2.3.3 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 mebangun keluarga dengan tingkat ketahanan yang baik, yang diharapkan memiliki ketahanan ekonomi yang realtif 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 megatasi hal tersebut keluarga harus memiliki tabungan serta jaminan kesehatan, agar ketahanan keluarga baik

2.2.3.4 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.

2.2.3.5 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.

2.2.3.6 Kunci keluarga dalam proses ketahanan menurut Walsh, 2006

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 yaitu iman, ritual, dan dukungan umat

- 3) Inspirasi yaitu 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 tidakkan untuk menguntungkan orang lain atau tanggung jawab sosial.

2.2.3.7 Pola organisasi/struktural : 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.

2.2.3.8 Proses (Cara) 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.

2.3 Kadarzi (Keluarga Sadar Gizi)

2.3.1 Pengertian Kadarzi

Kadarzi (keluarga sadar gizi) merupakan masalah gizi yang dapat diselesaikan oleh keluarga pada setiap anggota keluarganya mulai dari mengenali masalah, mencegah hingga mengatasi masalah gizi yang terjadi dalam keluarga. Keluarga dapat dikatakan Kadarzi jika melakukan perilaku gizi yang baik diantaranya menimbang berat badan dengan rutin, memberikan ASI saja pada Gambar 1. Kerangka teori Unicef,

1990 (UNICEF) anak sampai umur 6 bulan (ASI eksklusif), mengkonsumsi makanan beraneka ragam, menggunakan garam beryodium dan mengkonsumsi suplemen gizi sesuai anjuran (Depkes RI, 2007a:9-11).

Banyak aspek yang harus dipelajari agar perilaku Kadarzi tercapai. Aspek tersebut mencakup di beberapa tingkatan diantaranya tingkat keluarga, tingkat masyarakat, tingkat pelayanan kesehatan dan tingkat pemerintah. Aspek yang ada di tingkat keluarga adalah pengetahuan, keterampilan, kepercayaan dan nilai norma yang berlaku. Faktor pendukung pada perubahan perilaku keluarga yang menjadi perhatian pada tingkat masyarakat diantaranya norma yang tumbuh di masyarakat dan stakeholder. Pelayanan preventif dan promotif menjadi cakupan di tingkat pelayanan kesehatan. Tingkat pemerintahan mencakup kebijakan pemerintah yang mendukung dan pelaksanaan kebijakan yang dapat dipertanggungjawabkan (Depkes, 2007: 5).

2.3.2 Indikator Kadarzi

Suatu keluarga dikatakan telah menerapkan perilaku Kadarzi apabila telah melakukan 5 indikator perilaku sadar gizi. Penerapan 5 indikator perilaku Kadarzi harus disesuaikan dengan karakteristik masing-masing keluarga diantaranya (PMK No 20 Tentang Perbaikan Gizi).

Tabel 1 Penilaian Indikator Kadarzi berdasarkan Karakteristik Keluarga

No	Karakteristik Kadarzi	Indikator Kadarzi					Keterangan
		1	2	3	4	5	
1	Jika dalam keluarga terdapat ibu hamil, bayi 0-6 bulan dan balita 6-59 bulan						Indikator 5 yang digunakan adalah balita yang memperoleh kapsul vitamin A
2	Jika dalam keluarga terdapat bayi 0-6 bulan dan balita 6-59 bulan						-
3	Jika dalam keluarga terdapat ibu hamil dan balita 6-59 bulan			-			Indikator 5 yang digunakan adalah balita yang memperoleh kapsul vitamin A
	Jika dalam keluarga hanya terdapat ibu hamil	-	-				Indikator 5 yang digunakan adalah ibu hamil yang memperoleh TTD 90 tablet
	Jika dalam keluarga hanya terdapat bayi 0-6 bulan						Indikator ke 5 yang digunakan adalah ibu nifas yang mendapatkan suplemen gizi
6	Jika dalam keluarga hanya terdapat balita 6-59 bulan			-			-
7	Jika dalam keluarga tidak memiliki bayi, balita dan ibu hamil	-	-			-	-

Keterangan:

1. Menimbang berat badan dengan rutin
2. Memberikan ASI eksklusif
3. Mengonsumsi makanan beraneka ragam
4. Menggunakan garam beryodium
5. Mengonsumsi suplemen gizi sesuai anjuran

Perilaku Kadarzi dengan kejadian *stunting* erat kaitannya dengan peran orang tua terutama ibu. Kesadaran ibu terhadap gizi keluarga memiliki dampak besar dalam mempengaruhi kejadian *stunting*. Ibu memiliki peran yang besar dalam pemilihan dan mempersiapkan bahan makanan yang dikonsumsi balita (Uliyanti *et al.*, 2017: 71). Adapun indikator yang harus dilakukan agar suatu keluarga dikatakan Kadarzi diantaranya :

- a. Menimbang berat badan dengan rutin

Menimbang berat badan dengan rutin adalah balita yang datang ke posyandu setiap bulan kemudian ditimbang berat badannya lalu dicatat pada buku KIA minimal 4 kali dalam 6 bulan terakhir (Depkes RI, 2008: 5). Menimbang

berat badan anak untuk menentukan kurva pertumbuhan. Pertumbuhan merupakan bertambahnya struktur tubuh dan ukuran fisik anak. Kurva pertumbuhan menjadi salah satu alat untuk mengevaluasi dan menilai pertumbuhan anak. Saat penimbangan berat badan banyak hal yang harus diperhatikan diantaranya penggunaan timbangan yang sama tiap kali melakukan penimbangan, menggunakan timbangan yang terkalibrasi baik dan memperhatikan pakaian ataupun sepatu yang dipakai saat ditimbang (Monika, 2014: 91). Penimbangan dikatakan rutin jika balita ditimbang 4 kali atau lebih dalam 6 bulan terakhir secara berturut-turut (Depkes RI, 2008: 4).

b. Memberikan ASI eksklusif

ASI eksklusif adalah pemberian asi saja tanpa minuman dan makanan tambahan lain sejak bayi baru lahir sampai umur 6 bulan. Bahkan air putih pun tidak boleh diberikan saat tahap ASI eksklusif. Pemberian ASI dengan jumlah yang cukup menjadi makanan yang baik untuk bayi dan dapat memenuhi kebutuhan gizi pada 6 bulan pertama. Makanan alamiah utama yang dapat diberikan pada bayi agar dapat menggapai tumbuh kembang yang optimal adalah pemberian ASI (Irianto, 2014: 298). Pemberian ASI dapat memberikan semua energi dan gizi yang dibutuhkan bayi selama 6 bulan pertama. Pemberian ASI eksklusif dapat mengurangi kematian bayi yang disebabkan oleh berbagai penyakit umum yang menimpa anak seperti radang paru-paru, diare dan mempercepat pemulihan saat sakit (Yuliarti, 2010: 31).

c. Mengkonsumsi makanan beraneka ragam

Konsumsi makanan beraneka ragam memiliki banyak manfaat untuk kesehatan. Makanan beraneka ragam adalah makanan yang mengandung zat gizi yang dibutuhkan oleh tubuh baik kualitas maupun kuantitasnya. Jika kekurangan salah satu zat gizi pada suatu makanan maka akan dilengkapi dengan zat gizi tersebut yang didapatkan dari makanan lain. Mengonsumsi makanan beranekaragam akan menjamin semua sumber zat tenaga, zat pengatur dan zat pembangun akan terpenuhi (Alhamda & Sriani, 2015: 65). Konsumsi makanan dikatakan beragam apabila dalam sehari mengonsumsi makanan pokok, lauk-pauk, sayur dan buah (Kemenkes RI, 2014a: 4). Hasil penelitian Widyaningsih (2018) menyatakan adanya

hubungan keragaman pangan dengan kejadian *stunting*. Balita yang memiliki asupan makan tidak beraneka ragam berisiko 3,213 kali akan mengalami *stunting* dibandingkan dengan balita yang memiliki konsumsi makanan beraneka ragam (Widyaningsih *et al.*, 2018: 28).

d. Menggunakan garam beryodium

Garam beryodium adalah garam yang mengandung mineral yodium dengan bentuk KIO₃ (Kalium iodat) sebanyak 30-80 ppm. Pada tingkat rumah tangga, suatu keluarga dikatakan cukup dalam penggunaan garam beryodium jika 30 ppm. Jika penggunaan <30 ppm maka dikatakan kurang dalam penggunaan garam beryodium. Penggunaan garam beryodium dapat mencegah terjadinya penyakit gondok. Untuk mengetahui kandungan yodium pada garam dapat dilakukan yodium tes dengan panduan berikut (Susanti & Citerawati, 2018: 6-7).

Tabel 2 Perubahan Warna Garam setelah Ditetesi Yodium Tes

No	Warna Garam	Arti
1	Ungu Pekat	Garam mengandung yodium yang cukup
2	Ungu Pucat	Garam tidak mengandung yodium yang cukup
3	Putih (tidak berubah warna)	Garam tidak mengandung yodium

e. Mengonsumsi suplemen gizi sesuai anjuran

Vitamin A merupakan salah satu dari berbagai vitamin yang dibutuhkan oleh tubuh (Irianto, 2014: 69). Vitamin A berperan untuk penglihatan dan fungsi faal tubuh. Vitamin A memiliki fungsi untuk penglihatan yang normal dalam cahaya yang remang (Adriani & Wirjatmadi, 2016b: 104). Sumber vitamin A banyak ditemui pada sayuran berwarna hijau, buah-buahan, biji-bijian, umbi-umbian dan lauk sumber hewani (Irianto, 2014: 69). Konsumsi suplemen gizi dikatakan baik jika balita mengonsumsi kapsul vitamin A sebanyak 2 kali dalam setahun (Depkes RI, 2008: 7).

2.3.3 Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Kadarzi

a. Pendidikan ibu

Pendidikan gizi merupakan suatu proses merubah pengetahuan, sikap dan perilaku orang tua atau masyarakat untuk mewujudkan status gizi yang baik (Irianto, 2014: 626). Tingkat pendidikan sangat mempengaruhi seseorang dalam memahami suatu informasi. Orang tua dengan pendidikan rendah akan mempertahankan tradisi yang berkaitan dengan makanan seperti pantang makanan tertentu sehingga akan sulit menerima pengetahuan baru tentang gizi.

Pendidikan ibu berkaitan dengan status gizi anak karena ibu yang langsung mengasuh anaknya termasuk dalam hal menyiapkan dan pemberian makan anak. Ibu dengan pendidikan tinggi tidak menjamin memiliki pengetahuan yang baik dalam pengasuhan anak. Pada satu sisi pendidikan memiliki dampak positif. Ibu yang semakin paham tentang pentingnya pemeliharaan kesehatan seperti pemenuhan gizi keluarga, namun di sisi lain pendidikan tinggi memiliki pengaruh pola hidup sehat termasuk konsumsi makanan akibat adanya perubahan nilai sosial (Septikasari, 2018: 46-47). Hal ini berdampak pada penerapan perilaku Kadarzi.

b. Pengetahuan Ibu

Perilaku tidak selalu berdasarkan pengetahuan baik dan sikap yang positif. Pengetahuan dan sikap yang baik tidak selalu menghasilkan perilaku yang baik. Perilaku pemenuhan gizi pada balita yang masih kurang diakibatkan karena pengetahuan dan sikap hanya merupakan salah satu faktor pembentuk perilaku, masih banyak faktor lain yang mempengaruhi perilaku (Septikasari, 2018: 49). Ibu dengan pendidikan tinggi berpeluang lebih besar dalam memperoleh informasi sehingga akan meningkatkan pengetahuan ibu. Informasi yang didapat akan dipraktikkan pada anak dalam perawatan anak dan dalam menerapkan perilaku Kadarzi yang akan berakibat pada status gizi anak (Rosha *et al.*, 2012: 37).

c. Status Pekerjaan Ibu

Seorang ibu yang bekerja diluar rumah cenderung memiliki waktu yang terbatas dalam melaksanakan tugas rumah tangga dibandingkan ibu yang tidak bekerja sehingga berdampak pada pola pengasuhan anak yang menyebabkan perkembangan dan pertumbuhan anak terganggu (Mentari dan Hermansyah, 2018:1). Ibu yang bekerja diluar rumah juga berpengaruh dalam penyiapan makanan bergizi. Hal tersebut berdampak pada pemilihan makanan cenderung memilih makanan cepat saji sehingga kebutuhan gizi anak tidak terpenuhi (Septikasari, 2018: 47).

d. Pendapatan Keluarga

Pendapatan dalam suatu keluarga secara tidak langsung diakibatkan oleh pendidikan orang yang berkaitan dengan pekerjaan (Septikasari, 2018: 48). Keadaan ekonomi keluarga yang baik menjamin kebutuhan pokok anggota keluarganya terpenuhi. Menurut Hanani (2009) akibat tingginya kemiskinan maka akses pada pekerjaan dan pengelolaan sumber daya menjadi rendah yang menyebabkan pendapatan masyarakat menjadi rendah. Dampak dari pendapatan yang rendah dapat menyebabkan daya beli masyarakat menjadi rendah. Daya beli yang rendah menyebabkan pemenuhan kebutuhan dasar berupa kebutuhan pangan yang memenuhi pola pangan harapan tidak terpenuhi sehingga berdampak pada status gizi keluarga terutama anaknya (Septikasari, 2018: 52). Pendapatan keluarga yang memadai dapat menunjang tumbuh kembang anak karena orang tua dapat memenuhi kebutuhannya (Soetjiningsih & Ranuh, 2014: 66).

e. Sosial Budaya

Adat istiadat yang ada di suatu daerah memiliki pengaruh pada tumbuh kembang anak. Seperti halnya di salah satu adat yang ada di Bali, upacara agama harus sering kali dilakukan dimana suatu keluarga menyajikan sajian makanan dan buah-buahan sehingga sangat jarang ditemukan anak yang mengalami masalah gizi karena makanan dan

buah tersebut langsung dimakan setelah melakukan upacara agama. Demikian pula, norma dan tabu yang ada di masyarakat seperti tidak diperbolehkan untuk mengkonsumsi daging karena dapat menyebabkan kecacingan (Soetjiningsih & Ranuh, 2014: 67-68). Hal tersebut memiliki pengaruh terhadap tumbuh kembang anak dan penerapan salah satu perilaku Kadarzi yaitu konsumsi makanan yang beraneka ragam.

f. Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan meliputi upaya pencegahan, peningkatan dan pengobatan baik pelayanan kesehatan konvensional maupun tradisional, alternatif dan komplementer melalui pelatihan dan pendidikan yang mengutamakan kualitas, keamanan dan manfaat. Pelayanan kesehatan terdiri dari pelayanan kesehatan primer, sekunder dan tersier (Rachmat, 2017: 117-118). Pelayanan kesehatan mencakup pelayanan preventif dan promotif sangat diperlukan untuk mewujudkan perilaku Kadarzi. Pelayanan Kesehatan umumnya menitikberatkan pada upaya kuratif dan rehabilitatif (Depkes RI, 2007b: 7).

g. Peran Tokoh Masyarakat

Masalah kesehatan dan gizi bisa dianggap sebagai masalah keluarga sehingga kepedulian masyarakat dalam penanganan masalah gizi dan kesehatan masih sangat rendah. Keterlibatan dan perhatian pihak LSM di pusat dan daerah terhadap masalah kesehatan belum memadai. Peran tokoh agama dan tokoh masyarakat sebenarnya memiliki pengaruh yang sangat besar pada masyarakat namun hal ini belum berperan secara optimal. Hal ini juga perlu keterlibatan pihak swasta atau dunia usaha yang memiliki pengaruh besar terhadap promosi Kadarzi (Depkes RI, 2007b: 7)

h. Kebijakan Pemerintah

Pada tingkat pemerintah perlu adanya kebijakan pemerintah untuk mendukung terlaksananya perubahan perilaku Kadarzi. Berlakunya otonomi daerah dan desentralisasi yang didukung oleh undang-undang Nomor 22 tahun 1999, bidang kesehatan termasuk salah satu

kewenangan pemerintah daerah yang harus dipenuhi. Pemerintah daerah juga diwajibkan untuk melaksanakan Standart Pelayanan Minimal (SPM) yang tertera pada Peraturan Pemerintah Nomor 25 tahun 2000 yang menyebutkan bahwa perilaku Kadarzi merupakan bagian dari SPM. Tujuan adanya kebijakan dan peraturan yang mendukung Kadarzi untuk menciptakan dan mengubah perilaku Kadarzi (Depkes RI, 2007b: 7-12).

i. Keterpaparan Informasi Kadarzi

Strategi KIE merupakan suatu upaya untuk meningkatkan kemampuan keluarga dengan melakukan pembelajaran bersama masyarakat untuk dapat mengenali, mengatasi dan mencegah masalah kesehatan anggota keluarganya, serta mengembangkan berbagai kegiatan yang menggunakan sumber daya masyarakat sesuai dengan budaya yang ada dan kebijakan yang mendukung upaya Kadarzi (Depkes RI, 2007b: 10). Penyampaian komunikasi, informasi dan edukasi tentang perilaku Kadarzi dapat dilakukan secara langsung melalui promosi ataupun secara tidak langsung melalui media berupa media massa, media cetak dan berbagai media lainnya (Depkes RI, 2007b: 16).

2.4 Sanitasi Lingkungan

2.4.1 Pengertian Sanitasi Lingkungan

Menurut Hopkins (1983) sanitasi merupakan suatu cara pengawasan terhadap faktor-faktor lingkungan yang memiliki pengaruh terhadap kesehatan. Menurut Richard Sihite sanitasi merupakan suatu usaha kesehatan preventif yang menitikberatkan kegiatan atau aktivitas kepada usaha kesehatan lingkungan hidup manusia. Menurut Azwar (2012:41) sanitasi merupakan suatu cara pengawasan terhadap segala bentuk faktor lingkungan yang mungkin mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat.

Menurut *World Health Organization* (WHO) sanitasi merupakan suatu pengendalian seluruh faktor lingkungan fisik manusia yang dapat/bisa

menimbulkan akibat buruk terhadap kehidupan manusia, baik fisik atau juga mental. Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) sanitasi ini merupakan suatu usaha untuk membina serta juga menciptakan sebuah keadaan yang baik padabidang kesehatan, terutama pada kesehatan masyarakat. Menurut Chandra sanitasi adalah bagian dari ilmu kesehatan lingkungan yang mencangkup cara dan upaya individu atau masyarakat untuk mengendalikan dan mengendalikan lingkungan luar yang berbahaya bagi kesehatan dan yang dapat mengancam kehidupan manusia (Zafirah, 2011:56).

2.4.2 Ruang Lingkup Sanitasi

Sanitasi berhubungan dengan sarana dan pelayanan pembuangan limbah kotoran manusia, serta pemeliharaan kondisi higienis melalui pengelolaan sampah dan limbah cair. Mengacu pada pengertian sanitasi di atas, adapun beberapa hal yang termasuk dalam ruang lingkup sanitasi adalah sebagai berikut:

- a. Penyediaan air bersih/air minum (*water supply*): ini meliputi pengawasan terhadap kualitas, kuantitas, dan pemanfaatan air.
- b. Pengolahan sampah (*refuse disposal*): ini meliputi cara pembuangan sampah, peralatan pembuangan sampah dan cara penggunaannya.
- c. Pengolahan makanan dan minuman (*food sanitation*): ini meliputi pengadaan, penyimpanan, pengolahan, dan penyajian makanan.
- d. Pengawasan/pengendalian serangga dan binatang pengerat (*insect and rodent control*): ini meliputi cara pengendalian serangan dan binatang pengerat.
- e. Kesehatan dan keselamatan kerja: melakukan kegiatan kesehatan dan keselamatan kerja (K3) meliputi ruang kerja (misalnya dapur), pekerjaan, cara kerja, dan tenaga kerja.

Terwujudnya kondisi lingkungan yang memenuhi syarat kesehatan akan membangun proses produksi akan semakin baik dan menghasilkan produk

yang sehat dan aman bagi manusia. Secara umum, berikut ini adalah contoh tindakan sanitasi lingkungan:

- a. Membuat dan mengatur saluran pembuangan air hujan di pinggir jalan.
- b. Membuat dan mengatur saluran pembuangan limbah rumah tangga (dapur dan kamar mandi).
- c. Membuang sampah pada tempat yang telah disediakan.
- d. Penyediaan fasilitas toilet umum yang bersih dan terawat.
- e. Pengelolaan limbah/ sampah dengan baik, teratur, dan berkesinambungan. Misalnya dengan memilah sampah plastik, kertas, organik, kaca, dan logam.
- f. Untuk memperbaiki, mempertahankan, dan mengembalikan kesehatan yang baik pada manusia.
- g. Supaya lebih Efisiensi produksi dapat dimaksimalkan.
- h. Agar menghasilkan produk yang aman dan sehat dari pengaruh *hazard* yang dapat menyebabkan penyakit bagi manusia.
- i. Untuk membudayakan hidup bersih agar masyarakat tidak berinteraksi langsung dengan limbah

2.4.3 Jenis-jenis sanitasi lingkungan

Berikut adalah jenis-jenis sanitasi lingkungan antara lain yaitu:

- a. Sanitasi air: Ini adalah penjagaan kebersihan air dalam kebutuhan air mineral, kegiatan rumah tangga, dan industri.
- b. Sanitasi pengolahan sampah: Sanitasi ini dapat dilakukan dengan pemisahan jenis sampah yang ada.
- c. Sanitasi makanan: Ini dapat dilihat dari cara penyimpanan dan tumbuhnya bakteri yang ada serta bahan kimia yang digunakan apakah akan berakibat buruk jika dikonsumsi.

2.5 Kabupaten Lampung Selatan

Sektor pertanian merupakan sektor yang strategis dan berperan penting dalam perekonomian nasional dan kelangsungan hidup masyarakat, terutama dalam

sumbangan terhadap PDB, Penyedia lapangan kerja dan penyediaan pangan dalam negeri. Pertanian adalah kegiatan pemanfaatan sumber daya hayati yang dilakukan manusia menghasilkan bahan pangan, bahan baku industri, atau sumber energi, serta untuk mengelola lingkungan hidup. Oleh karenanya sektor pertanian adalah sektor yang paling dasar dalam perekonomian yang merupakan penopang kehidupan produksi sektor-sektor lainnya seperti subsektor perikanan, subsektor perkebunan, subsektor perternakan.

Pertanian adalah suatu jenis kegiatan produksi yang berlandaskan pada proses pertumbuhan dari tumbuh-tumbuhan dan hewan. Pertanian dalam arti sempit dinamakan dengan pertanian rakyat, sedangkan pertanian dalam arti luas meliputi pertanian dalam arti sempit, kehutanan, peternakan dan perikanan, merupakan suatu hal yang penting (Soetrisno 2016:1). Pertanian (*agriculture*) tidak hanya merupakan kegiatan ekonomi untuk menghasilkan pendapatan saja. Lebih dari itu, petani adalah sebuah cara hidup (*way of life* atau *livelihood*) bagi sebagian besar petani.

Konsep pertanian tidak akan menjadi suatu kebenaran umum, karena akan selalu terkait dengan paradigma dan nilai budaya petani lokal, yang memiliki kebenaran umum tersendiri. Oleh sebab itu pemikiran sistem agribisnis yang berdasarkan prinsip filsafat sudah saatnya kita pertanyakan kembali. Pertanian memiliki paradigma yang akansarat dengan sistem nilai, budaya, dan ideologi yang patut kita kaji kecocokannya untuk diterapkan di negara kita. Masyarakat petani kita memiliki seperangkat pandangan, nilai, dan falsafah terhadap kehidupan (ideologi) mereka sendiri, yang perlu digali dan dianggap sebagai potensi besar di sektor pertanian. Sementara itu perubahan pandangan dari peningkatan produksi ke pandangan peningkatan pendapatan petani belum cukup jika tanpa dilandasi pada peninjauan kesejahteraan petani.

Belum ada penelitian tentang membangun pengaruh Kadarzi dan sanitasi lingkungan sebagai faktor risiko *stunting* melalui studi komparasi pada kawasan pertanian dan non pertanian Kabupaten Lampung Selatan, sehingga

dikembangkan penelitian ini berdasarkan penelitian Ningrum (2019) tentang Akses Pangan dan Kejadian Balita *stunting* : Kasus Pedesaan Pertanian di Klaten, akses pangan di tingkat rumah tangga masih menjadi salah satu permasalahan utama yang berkontribusi pada terjadinya balita *stunting*. penyebab *stunting* di Klaten merupakan permasalahan multidimensi yang membutuhkan penanganan dari berbagai aspek. Salah satunya adalah akses pangan rumah tangga. Perubahan struktural pada masyarakat pertanian di Kabupaten Klaten mengubah wajah pedesaan yang sebelumnya pertanian subsistence berubah menjadi desa swasembada yang monokultur menyebabkan sebagian besar kebutuhan makanan rumah tangga diperoleh dengan cara membeli pangan di pasar, baik untuk pangan yang mengandung karbohidrat, protein, maupun vitamin lainnya. Sehingga pada penelitian ini, peneliti akan menganalisis pengaruh variable karakteristik Kadarzi dan sanitasi lingkungan (Studi Komparasi wilayah Pertanian dan Non Pertanian Kabupaten Lampung Selatan) sebagai pembandingan dari penelitian Ningrum (2019).

Kabupaten Lampung Selatan merupakan daerah tropis yang terletak paling ujung selatan pulau Sumatera. Daerah Kabupaten Lampung Selatan mempunyai daerah daratan kurang lebih adalah 2.109,74 Km². Kecamatan Natar adalah kecamatan terluas yaitu 250,88 Km² dari luas keseluruhan Kabupaten Lampung Selatan. 25% digunakan sebagai lahan sawah, sedangkan 75% nya merupakan lahan bukan sawah.

Agromedicine adalah penerapan ilmu kedokteran di sektor pertanian khususnya mengenai masalah kesehatan yang diakibatkan oleh paparan dari bahaya potensial yang ada disektor pertanian, penanganan dan pencegahannya (Schuman, 1996). Secara topografis wilayah Lampung Selatan dapat dibedakan menjadi 2 kategori, yaitu wilayah dengan relatif datar di sepanjang pesisir dan wilayah bukit dan gunung di wilayah pegunungan Rajabasa. Wilayah yang relatif datar sebagian berada pada kecamatan Natar dan Hajimena. Daerah ini berada dalam pinggir kota dengan mata pencaharian penduduk kebanyakan pegawai kantor, daerah ini dapat kita sebut sebagai wilayah *nonagromedicine*. Sebagian lain wilayah Lampung

Selatan berada di bagian berbukit dan gunung dimana mata pencaharian penduduknya adalah petani. Wilayah ini berada pada wilayah Puskesmas Banjaragung dan Karanganyar dan dapat disebut sebagai daerah *agromedicine*.

1. Kondisi air tanah

Kondisi air tanah Kabupaten Lampung Selatan dapat dilihat dari kondisi cekungan air tanah. Rata-rata imbuhan air tanah bebas mencapai $\pm 11.807.000.000$ m per tahunnya dan imbuhan air tanah yang tertekan pada lapisan *aquifernya* mencapai $\pm 524.000.000$ m³ per tahunnya.

2. Kondisi umum iklim

Iklim di Kabupaten Lampung Selatan dipengaruhi oleh adanya pusat tekanan rendah dan tekanan tinggi yang berganti di daratan sentra Asia dan Australia pada bulan Januari dan Juli (angin muson). Peralihan (pancaroba) antara musim kemarau dan musim hujan.

3. Daerah aliran sungai

Daerah aliran sungai (DAS) yang ada di Kabupaten Lampung Selatan meliputi DAS Bandar Lampung-Kalianda dan DAS Sekampung. Daerah Aliran Sungai ini terdiri dari beberapa Sub DAS dan luas area DAS Bandar Lampung Kalianda yang berada di Kabupaten Lampung Selatan sebesar 54.260 Ha yang terdiri dari 15 Sub DAS, sedangkan DAS Sekampung Luas area DAS sebesar 192.380 Ha yang terdiri dari 7 Sub DAS.

4. Demografi

Pada tahun 2010 jumlah penduduk di Kabupaten Lampung Selatan adalah 985.075 jiwa, jumlah penduduk terbesar berada di Kecamatan Natar 179.552 dan yang terkecil di Kecamatan Bakauheni sebanyak 21.188 jiwa. Distribusi penduduk terkonsentrasi di Kecamatan Natar sebesar 18% dan distribusi penduduk terkecil berada di Kecamatan Way Panji dan Bakauheni, yaitu 2%.

5. Kawasan Rawan Bencana Alam

Kawasan rawan bencana, merupakan kawasan yang berpotensi tinggi mengalami bencana alam seperti gunung berapi, gempa bumi, longsor, banjir, kekeringan, tsunami dan sebagainya. Beberapa jenis bencana yang terdapat di Kabupaten Lampung Selatan adalah:

a. Kawasan rawan banjir

Kawasan ini berada di Kecamatan Natar, Kecamatan Way Sulan, Candipuro, Palas, Sragi, dan Way Panji dengan luas kurang lebih 14.000 Hektar. Terjadinya Bencana Banjir ini sering merugikan masyarakat terutama petani, mengingat banjir yang terjadi kerap kali menggenangi sawah. Terjadinya banjir ini dikarenakan terjadinya deforestasi pada areal tangkapan air, dan juga terjadinya sedimentasi pada saluran irigasi teknis, sehingga terjadi pendangkalan. Banjir di Kecamatan Natar, terjadinya banjir juga lebih sering disebabkan luapan sungai.

b. Kawasan rawan tsunami

Bencana ini terjadi pada kawasan pulau-pulau kecil dan pesisir. Selain menetapkan garis sempadan pantai yang, aktivitas pada kawasan ini harus diminimalisir atau dibatasi. Sebagai upaya antisipasi perlu adanya penyusunan rencana induk evakuasi bencana tsunami kabupaten, rencana pemasangan *early warning system* di daerah pesisir pantai.

c. Kawasan rawan longsor

Kawasan ini berada di Kecamatan Rajabasa, Katibung, dan Bakauheni. Hal ini terjadi karena struktur dan demografi tanah dengan kelandaian yang tinggi.

d. Kawasan rawan bencana gunung api Krakatau

Kawasan ini berada di Kecamatan Bakauheni, Kecamatan Rajabasa, dan Kecamatan Ketapang.

Tabel 3 Hipotesa Penelitian

No	Variabel	Indikator yang diteliti	Sumber Data	Keterangan	Hipotesa
1.	Karakteristik Rumah Tangga	Pendidikan	Ibu Balita	<ul style="list-style-type: none"> - Lulusan SD/ Sederajat - Lulusan SMP/Sederajat - Lulusan SMA/Sederajat - Lulusan Perguruan Tinggi (D1, D2, D3, S1,S2,S3/sederajat) 	Pengaruh Pendidikan dengan kejadian stunting sebagai faktor risiko stunting (studi komparasi keluarga pertanian dan non pertanian Kabupaten Lampung Selatan)
		Pengetahuan	Pengetahuan dapat diperoleh dari hasil wawancara kuisisioner (pertanyaan 1-15 point Kadarzi)	Kuisisioner berisi tentang pertanyaan tentang kegiatan sehari-hari dari Kadarzi	Pengaruh Pengetahuan dengan kejadian stunting sebagai faktor risiko stunting (studi komparasi keluarga pertanian dan non pertanian Kabupaten Lampung Selatan)
		Status pekerjaan	Ibu Balita (responden) dengan wawancara lalu di catat pada kuisisioner	<ul style="list-style-type: none"> a. Petani b. Non Petani (Buruh, Jasa, Dagang dll) 	Pengaruh Status Pekerjaan dengan kejadian stunting sebagai faktor risiko stunting (studi komparasi keluarga pertanian dan non pertanian Kabupaten Lampung Selatan)

	Pendapatan	Ibu Balita (responden) dengan wawancara lalu di catat pada kuisisioner	a. < Rp. 2,651,885 b. Rp. 2,651,885 UMK Kabupaten Lam-Sel	Pengaruh Pendapatan dengan kejadian stunting sebagai faktor risiko stunting (studi komparasi keluarga pertanian dan non pertanian Kabupaten Lampung Selatan)	
2	Kadarzi	Penimbangan di posyandu	Dari Buku KMS Balita (kartu menuju sehat)	Dilihat pada KMS balita apakah selama 6 bulan terakhir melakukan penimbangan di Posyandu	Pengaruh penimbangan di posyandu dengan kejadian stunting sebagai faktor risiko stunting (studi komparasi keluarga pertanian dan non pertanian Kabupaten Lampung Selatan)
	Pemberian ASI Eksklusif	Data berasal dari KMS dan wawancara dengan ibu balita	Pada umur berapa bayi pertama kali di beri makanan tambahan ASI	Pengaruh pemberian ASI Eksklusif dengan kejadian stunting sebagai faktor risiko stunting (studi komparasi keluarga pertanian dan non pertanian Kabupaten Lampung Selatan)	
	Mengkonsumsi makanan beraneka	Data Berasal dari wawancara langsung	2.3.3.1.1 Jika mengkonsumsi makanan setiap hari	Pengaruh mengkonsumsi	

ragam		kepada ibu balita (responden) dengan kuisisioner.	2.3.3.1.2	Lainnya	makanan beraneka ragam dengan kejadian stunting sebagai faktor risiko stunting (studi komparasi keluarga pertanian dan non pertanian Kabupaten Lampung Selatan
Penggunaan Beryodium	Garam	Melalui tes Yodium dengan Iodina Test Caranya adalah: Ambil gram yang akan di cek lalu taro pada wadah piring kecil setelah itu beri larutan iodine test, tunggu beberapa saat dan jika hasil berwarna ungu bertanda bahwa garam mengandung yodium, namun apabila garam tidak berubah warna maka garam tidak mengandung yodium.		Pilihan jawaban pada kuisisioner a. Tidak b. Baik	Pengaruh penggunaan garam beryodium dengan kejadian stunting sebagai faktor risiko stunting (studi komparasi keluarga pertanian dan non pertanian Kabupaten Lampung Selatan
Mengonsumsi suplemen gizi sesuai anjuran	sesuai	Data berasal dari KMS balita		Jawaban pada kuisisioner : a. Tidak apabila tidak konsumsi suplemen sesuai anjuran b. Baik mengonsumsi suplemen sesuai anjuran seperti Vit A dll	Pengaruh mengonsumsi suplemen gizi sesuai anjuran dengan kejadian stunting sebagai faktor risiko stunting (studi

							komparasi keluarga pertanian dan non pertanian Kabupaten Lampung Selatan
3	Sanitasi lingkungan	Sarana Air bersih (SAB)		Data berasal dari kuisisioner responden	<p>a. Tidak(tidak memiliki sumur sendiri)</p> <p>b. Baik(memiliki sumur sendiri)</p> <p>SAB bisa terdiri dari sumur Bor, sumur gali atau mata air pegunungan . tidak hanya fisik saja namun perilaku penggunaan sarana air bersih juga di catat.</p>	<p>a. Tidak(tidak memiliki sumur sendiri)</p> <p>b. Baik(memiliki sumur sendiri)</p>	<p>Pengaruh Sarana Air Bersih dengan kejadian stunting sebagai faktor risiko stunting (studi komparasi keluarga pertanian dan non pertanian Kabupaten Lampung Selatan</p>
		Jamban Keluarga		Data diambil dari kuisisioner kepada responden	<p>a. Tidak (apabila keluarga tidak memiliki jamban dan buang air besar sembarangan)</p> <p>b. Baik (apabila keluarga memiliki jamban dan tidak buang besar sembarangan)</p>	<p>a. Tidak (apabila keluarga tidak memiliki jamban dan buang air besar sembarangan)</p> <p>b. Baik (apabila keluarga memiliki jamban dan tidak buang besar sembarangan)</p>	<p>Pengaruh jamban keluarga dengan kejadian stunting sebagai faktor risiko stunting (studi komparasi keluarga pertanian dan non pertanian Kabupaten Lampung Selatan</p>
		Tempat sampah		Data diambil dari kuisisioner kepada responden	<p>a. Tidak (apabila tidak ada tempat sampah di rumah responden)</p> <p>b. Baik (apabila terdapat sampah dirumah responden)</p>	<p>a. Tidak (apabila tidak ada tempat sampah di rumah responden)</p> <p>b. Baik (apabila terdapat sampah dirumah responden)</p>	<p>Pengaruh tempat sampah dengan kejadian stunting sebagai faktor risiko stunting (studi komparasi keluarga</p>

Saluran pembuangan air limbah (SPAL)	Data diambil oleh kuisisioner kepada responden	a. Tidak (apabila pembuangan air limbah tidak ada atau menggenang saja di tanah) b. Baik (apabila pembuangan air limbah ada dan dibuat permanen)	pertanian dan non pertanian Kabupaten Lampung Selatan Pengaruh SPAL dengan kejadian stunting sebagai faktor risiko stunting (studi komparasi keluarga pertanian dan non pertanian Kabupaten Lampung Selatan)
--------------------------------------	--	---	---

III. METODE PENELITIAN

3.1 Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian dilaksanakan pada bulan Juli 2022 sampai dengan September 2022, di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Lampung Selatan.

3.2 Alat dan Bahan

Alat yang digunakan dalam penelitian ini adalah *microtoise*, timbangan berat badan, iodina tes, alat tulis, kamera, laptop dan lain-lain yang mendukung dalam penelitian ini. Bahan pada penelitian ini adalah KMS balita dan kuesioner (daftar pertanyaan). Responden menandatangani *informed consent* sebelum dilakukan penelitian.

Cara pengujian garam beryodium dengan menggunakan Iodina test:

1. Siapkan 1 sdm garam yang akan diuji kadar yodiumnya
2. Lalu letakkan pada wadah yang bersih
3. Tetesi garam tersebut dengan iodina test sebanyak 1 -2 tetes
4. Bila garam berubah warna menjadi biru tua maka garam tersebut mengandung yodium

3.3 Jenis Penelitian

Rancangan penelitian ini merupakan observasional analitik yang menggunakan metode penelitian survei dalam suatu populasi. Pada penelitian ini peneliti akan mencari hubungan antar variabel dengan analisis terhadap data yang dikumpulkan. Penelitian kuantitatif dengan desain *cross sectional* digunakan oleh peneliti untuk mempelajari korelasi antara faktor risiko dan pengaruhnya. Korelasi ini meliputi variabel bebas dan terikat yang diukur dalam satu waktu (Notoatmodjo, 2012).

3.4 Sumber Data

3.4.1 Data Primer

Data primer merupakan sumber data yang didapat dari sumber pertama baik dari individu maupun kelompok. Data primer yang diperoleh dari kuesioner yaitu data karakteristik keluarga, karakteristik keluarga sadar gizi dan sanitasi lingkungan dari keluarga yang memiliki balita di kabupaten Lampung Selatan tahun 2022.

3.4.2 Data Sekunder

Data sekunder merupakan data primer yang telah diolah lebih lanjut dan disajikan baik oleh pihak pengumpul data dalam hal ini adalah peneliti sendiri. Data sekunder dalam penelitian ini yaitu data mengenai jumlah balita yang mengalami stunting dan data wilayah pertanian dan nonpertanian di kabupaten Lampung Selatan tahun 2022.

3.5 Subjek Penelitian

Responden dalam penelitian ini yaitu balita yang berada di Kabupaten Lampung Selatan. Responden dipilih dengan *purposive random sampling* yaitu dibagi menjadi rumah tangga pertanian dan nonpertanian berdasarkan pendapatan rumah tangga, sesuai kriteria peneliti dan dilakukan pemeriksaan fisik dengan panduan kuesioner.

3.5.1 Kriteria Inklusi

- a. Anak usia 0 – 59 bulan
- b. Keluarga dengan anggota keluarga inti (orang tua kandung) lengkap

3.5.2 Kriteria Eksklusi

- a. Ibu dan anak dengan kelainan kongenital
- b. Tidak bersedia menjadi responden

3.5.3 Populasi

Sugiyono (2015) mengemukakan bahwa populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas objek/subjek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian di tarik kesimpulannya. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh rumah tangga yang memiliki balita usia 0-59 bulan di kabupaten Lampung Selatan.

Terdapat 17 Kecamatan di kabupaten Lampung Selatan. Terdiri dari 11 kecamatan yang merupakan mayoritas keluarga pertanian dan 6 kecamatan yang merupakan mayoritas keluarga nonpertanian. di acak secara random dari terpilih.

Tabel 4 Distribusi Keluarga Pertanian dan Keluarga Nonpertanian Berdasarkan Kecamatan Di Kabupaten Lampung Selatan

Keluarga Pertanian	Keluarga Nonpertanian (Industri dan Perkantoran)
Kecamatan Bakauheni	Kecamatan Natar
Kecamatan Rajabasa	Kecamatan Tanjung Bintang
Kecamatan Ketapang	Kecamatan Tanjung Sari
Kecamatan Ketibung	Kecamatan Jati Agung
Kecamatan Merbau Mataram	Kecamatan Ketibung
Kecamatan Waysulan	Kecamatan Sidomulyo
Kecamatan Candipuro	Kecamatan Kalianda
Kecamatan Way Panji	
Kecamatan Palas	
Kecamatan Sragi	
Kecamatan Penengahan	
Kecamatan Way Sulan	

Sumber: BPS, 2022

3.5.4 Sampel

Sampel adalah sebagian atau wakil dari populasi yang diteliti (Arikunto, 2018). Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan teknik *purposive random sampling*. *Purposive random sampling* adalah teknik penentuan sampel dengan pertimbangan tertentu (Sugiyono, 2012). Kriteria yang digunakan dalam penelitian ini yaitu wilayah pertanian dan non pertanian di kabupaten Lampung Selatan tahun 2022.

Sampel penelitian untuk Keluarga pertanian terdiri dari 4 kabupaten yaitu Kecamatan Candipuro, Kecamatan Palas, Kecamatan Penengahan dan Kecamatan Merbau Mataram. Kemudian keluarga nonpertanian terdiri dari 4 kecamatan yaitu Kecamatan Natar, Kecamatan kalianda, Kecamatan Tanjung Bintang dan Kecamatan Jati Agung

Tabel 5 Distribusi Kecamatan Di Kabupaten Lampung Selatan yang Menjadi Sampel Penelitian

Keluarga Pertanian	Keluarga Nonpertanian (Industri dan Perkantoran)
Kecamatan Merbau Mataram	Kecamatan Natar
Kecamatan Candipuro	Kecamatan Tanjung Bintang
Kecamatan Palas	Kecamatan Jati Agung
Kecamatan Penengahan	Kecamatan Kalianda

Sumber: Data diolah, 2022

3.5.5 Teknik Sampling

Perhitungan besar sampel digunakan rumus Slovin sebagai berikut :

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

Keterangan :

n = Besar sampel minimal yang diperlukan

N = Jumlah balita 0-59 bulan

e² = Batas kesalahan (Taraf nyata)

$$n = \frac{68930}{1 + (68930 \times 0.05^2)}$$

$$n = \frac{68930}{109,29} = 397,6922 \cong 398$$

Selanjutnya penentuan sampel berdasarkan zona pertanian dan nonpertanian. Perhitungan jumlah sampel setiap kecamatan ditentukan menggunakan rumus Lemeshow (1997) sebagai berikut:

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

Keterangan:

n_h = Jumlah sampel/zona

N_h = Jumlah populasi/zona

N = Jumlah populasi/kabupaten

n = Jumlah sampel/kabupaten

Zona Pertanian: Kecamatan Merbau Mataram, Kecamatan Candipuro, Kecamatan Palas dan Kecamatan Penengahan

$$n_{\text{pertanian}} = \frac{10218}{68930} \times 398 = 58,99 \cong 59$$

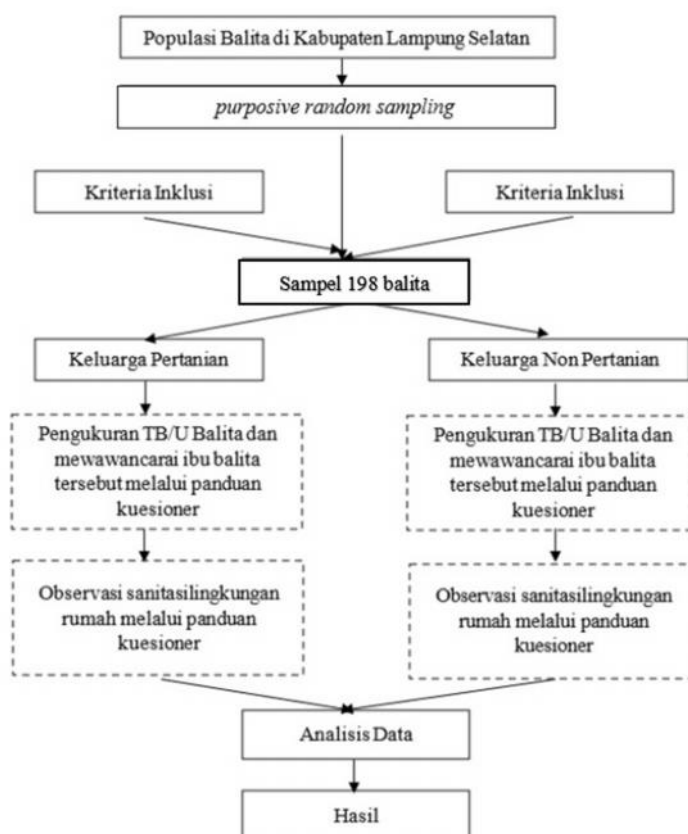
Zona Nonpertanian: Kecamatan Natar, Kecamatan Tanjung Bintang, Kecamatan Jati Agung dan Kecamatan Kalianda

$$n_{\text{nonpertanian}} = \frac{24074}{68930} \times 398 = 139$$

Maka jumlah sampel dari wilayah pertanian dan nonpertanian yang digunakan dalam penelitian ini yaitu sebanyak 198 balita.

3.6 Rancangan Penelitian

Perancangan penelitian dilakukan dari mencari informasi tentang kejadian *stunting* di wilayah Kabupaten Lampung Selatan. Penentuan lokasi di kecamatan didasarkan pada pembagian wilayah keluarga pertanian dan nonpertanian. Prasarvai dilakukan untuk melakukan pendataan balita yang menjadi target dalam penelitian.



Gambar 5 Rancangan Penelitian

3.7 Identifikasi Variabel Penelitian

Penelitian ini menganalisis pengaruh variabel independen yang terdiri dari, Karakteristik Keluarga, karakteristik Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) dan Sanitasi Lingkungan terhadap variabel dependen dalam penelitian adalah Pada penelitian ini variabel terikat (Y) merupakan kejadian *stunting* di kabupaten Lampung Selatan.

Variabel terikat dan bebas yang memiliki hubungan signifikansi dengan nilai $p < 0,05$ dipilih dengan bantuan perangkat lunak Minitab 16. Jika nilai P -value $< 0,05$ maka H_0 ditolak, artinya terdapat pengaruh yang signifikan antara satu variabel independen terhadap variabel dependen.

3.8 Definisi Operasional

Variabel, definisi, cara ukur, alat ukur, hasil ukur (pemberian skor), dan skala ukur disajikan dalam Tabel 3.

Tabel 6 Definisi Operasional

Variabel	Definisi	Simbol	Tehnik Pengumpulan Data	Kriteria Penilaian	Skala
Variabel independen					
1. Karakteristik Keluarga					
a. Pendidikan Ayah	Pendidikan formal akhir yang telah ditamatkan oleh ayah		Wawancara dengan Kuisisioner	= 1 jika lulus SD = 0 jika lainnya = 1 jika lulus SD = 0 jika lainnya = 1 jika lulus SD = 0 jika lainnya = 1 jika lulus SD = 0 jika lainnya	Kategorik
Dummy Ayah lulus SD		[D2_EDU_MM_SD]i			
Dummy Ayah lulus SMP		[D2_EDU_MM_SLP]i			
Dummy Ayah lulus SMA		[D2_EDU_MM_SLA]i			
Dummy Ayah lulus PT		[D2_EDU_MM_SPT]i			
b. Pengetahuan Ibu	Pemahaman ibu terkait Pengertian, manfaat dari setiap indikator Kadarzi dan stunting	[KNOW]i	Wawancara dengan Kuisisioner	= 1 jika Jawaban > 80% (baik) = 0 jika jawaban < 80% (kurang baik)	Biner

Variabel	Definisi	Simbol	Tehnik Pengumpulan Data	Kriteria Penilaian	Skala
c. Pendapatan	Gaji atau Upah yang di dapatkan selama 1 bulan oleh seluruh anggota keluarga yang telah bekerja	[FAM_INCOME]i	Wawancara dengan Kuisisioner	= 1 ,Apabila > UMK Rp 2.651.885,- = 0, Apabila < UMK Rp 2.651.885,-	Biner
d. Jenis Kelamin	Berdasarkan BB/PB atau BB/TB mencerminkan efek kumulatif dari malnutrisi sejak lahir dan bahkan sebelum lahir.	[GEND]i	Wawancara dengan Kuisisioner	= 1, jika perempuan = 0, jika laki - laki	Biner
2. Karakteristik Keluarga Sehat Sadar Gizi (Kadarzi)	Keluarga yang mampu mengatasi masalah gizi anggota keluarganya mulai dari mengenali, mencegah dan mengatasi masalah gizi (menerapkan 5 indikator Kadarzi diantaranya menimbang berat badan dengan rutin, memberikan ASI eksklusif, mengkonsumsi makananan beraneka ragam, menggunakan garam beryodium dan mengkonsumsi suplemen gizi vitamin A sesuai anjuran)	[KDRZI]i	Melihat hasil wawancara dengan kuisisionerdan <i>checklist</i> indikator perilakuKadarzi	=1 Sudah Kadarzi, jika menerapkan 5 indikator Kadarzi dengan kategori baik (total skor 5) =0 Belum Kadarzi, tidak menerapkan salah satu indikator Kadarzi dengan kategori baik (totalskor <5) (Depkes RI,2008:5).	Biner

a. Menimbang Balita ke Posyandu	Balita yang datang ke posyandu tiap bulan dan ditimbang berat badannya kemudian dicatat dalam buku KIA minimal 4 kali dalam 6 bulan terakhir berturut-turut.	[BB]i	Melihat catatan penimbangan di buku KIA dan wawancara dengan kuesioner	=1 Baik, jika 4 kali berturutan =0 belum baik, jika < 4kali berturutan (Kemenkes RI, 2016: 6)	Bine
b. Memberikan ASI Eksklusif	Bayi diberi ASI saja tanpa makanan atau minuman apapun selain ASI sejak umur 0-6 bulan	[ASI]i	Melihat catatan status ASI eksklusif pada buku KIA dan wawancara dengan kuesioner	=1 Baik, jika Bila sampai 6 bulan hanya diberikan ASI saja tanpa makanan/minuman lain = 0 Belum baik, jika diberikan makanan atau minuman selain ASI saat berumur 0-6 bulan (Yuliarti, 2010: 31)	Bine.
c. Mengkonsumsi makanan beraneka ragam`	Balita yang mengkonsumsi makanan beragam baik antar kelompok pangan yang terdiri dari makanan pokok, lauk-pauk, sayur dan buah	[FOOD]i	wawancara dengan kuesioner	=1 Baik, jika setiap hari mengkonsumsi makanan pokok, lauk pauk, sayur dan buah =0 Belum baik, jika tidak tiap hari mengkonsumsi makanan pokok, lauk pauk, sayur dan buah (Kemenkes RI, 2014a: 4).	Biner

Variabel	Definisi	Simbol	Tehnik Pengumpulan Data	Kriteria Penilaian	Skala
d. Suplemen gizi Vitamin A	Balita mendapatkan kapsul vitamin A warna merah setiap Februari dan Agustus dalam 1 tahun terakhir	[VITA]i	Melihat catatan KIA dan wawancara dengan kuesioner	=1 Baik, jika mendapat kapsul vitamin A merah pada bulan februari dan agustus dalam 1 tahun terakhir 0= Belum Baik, jika tidak mendapatkan kapsul vitamin A merah pada bulan februari dan agustus dalam 1 tahun terakhir (Depkes RI, 2008)	Biner
3. Sanitasi Lingkungan					
a. Sarana Air Bersih (SAB) Dummy Sumur Gali Dummy Sumur Bor Dummy Mata Air Pegunungan	Rumah responden yang terdapat sumber air bersih (sumur gali, Bor atau Mata Air pegunungan).	[D4_DAILY]i [D4_DRILL]i [D4_MOUNT]i	Melihat dan mencatat apakah terdapat SAB Atau tidak	= 1 jika SAB sumur gali = 0 jika lainnya = 1 jika SAB sumur bor = 0 jika lainnya = 1 jika SAB mata air pegunungan = 0 jika lainnya	Katego
b. Jamban Dummy jamban memenuhi Syarat Dummy jamban tidak memenuhi syarat	Rumah responden yang terdapat jamban keluarga	[D5_WC_OK] i [D5_WC_NOT]i	Melihat dan mencatat apakah terdapat Jamban Atau tidak	= 1 jika jamban memenuhi syarat = 0 jika lainnya = 1 jika jamban tidak memenuhi syarat = 0 jika lainnya	Kategorik

Variabel	Definisi	Simbol	Tehnik Pengumpulan Data	Kriteria Penilaian	Skala
c. Saluran pembuangan Air Limbah (SPAL) Dummy SPAL terbuka Dummy SPAL tertutup	Rumah responden yang terdapat SPAL	[D6_OPEN] i [D6_CLOSE]	Melihat dan mencatat apakah terdapat SPAL Atau tidak	= 1 jika SPAL terbuka = 0 jika lainnya = 1 jika SPAL tertutup = 0 jika lainnya	Kategorik
<i>Stunting</i>	Suatu keadaan tinggi badan tidaksesuai dengan indikator pengukuran TB/Uatau PB/U yang mengacu pada standart WHO 2005.Antropometri yang mengacu pada standar Permenkes RI Nomor 2 Tahun 2020 tentang Standar Antropometri anak yaitu tinggi badan/Panjang badan dibandingkan berat badan balita.		Pengukuran TB/U menggunakan <i>microtoise</i>	=1 tidak <i>Stunting</i> (Zscore ≥ -2 SD) =0 <i>Stunting</i> (Zscore < -3 SD s/d < -2 SD)	Biner

3.9 Cara Kerja

Penelitian ini menggunakan data sampel balita yang tercatat di Puskesmas dan mengumpulkan data variabel-variabel yang memungkinkan memengaruhi kejadian *stunting* pada balita tersebut. Diberi skor 0 jika sampel *stunting*, skor 1 untuk tidak *stunting*. Kedua kemungkinan kejadian tersebut diteorikan sebagai akibat dari setiap variabel bebas yang meliputi variabel karakteristik keluarga, variabel Kadarzi, dan variabel sanitasi lingkungan. Secara matematis postulat model yang akan dilakukan adalah sebagai berikut:

$$\ln \frac{P(\text{Stunting})}{1 - P(\text{Stunting})} = \beta_0 + \beta_1 [TANI]_i + \beta_2 [SMOK]_i + \beta_3 [INFC]_i + \beta_4 [GEND]_i + \beta_5 [NTRL_ST]_i + \beta_6 [BW]_i + \beta_7 [ASI]_i + \beta_8 [AGE_MM_PREG]_i + \beta_9 [HEIGHT_MM]_i + \beta_{10} [HYPRTNS]_i + \beta_{11} [WSH_HND]_i + \beta_{12} [EDU_MM_SD]_i + \beta_{13} [D1_EDU_MM_SLP]_i + \beta_{14} [D1_EDU_MM_SLA]_i + \beta_{15} [D1_EDU_MM_SPT]_i + \beta_{16} [D3_FTH_FARM]_i + \beta_{17} [D3_FTH_LABOR]_i + \beta_{18} [D3_FTH_TRADER]_i + \beta_{19} [D3_FTH_ENTPR]_i + \beta_{20} [D3_FTH_ASN]_i + \beta_{21} [D3_MM_LABOR]_i + \beta_{22} [D3_MM_TRADER]_i + \beta_{23} [D3_FTH_MM_HONOR]_i + \beta_{24} [D3_MM_ENTPR]_i + \beta_{25} [D3_MM_ASN]_i + \beta_{26} [FAM_INCOME]_i + \beta_{27} [D4_DRILY]_i + \beta_{28} [D4_DRILL]_i + \beta_{29} [D4_MOUNT]_i + \beta_{30} [CLN_WTR_DSTNCE_SEPTICTANK]_i + \beta_{31} [D5_WC_NOT]_i + \beta_{32} [D5_WC_OK]_i + \beta_{33} [D6_OPEN]_i + \beta_{34} [D6_CLOSE]_i + \beta_{35} [D7_SMPH]_i + \beta_{36} [D8_KDRZI]_i + \beta_{37} [FOOD]_i + \beta_{38} [IODIUM]_i + \beta_{39} [BB]_i + \beta_{40} [VITA]_i + \beta_{41} [KNOW]_i + \epsilon_i$$

3.10 Pengolahan Data dan Analisis Data

3.10.1 Pengolahan data

Data yang telah diperoleh akan diterjemahkan dalam bentuk tabel dan diolah menggunakan Minitab 16. melalui langkah:

- Coding untuk menerjemahkan data yang dikumpulkan ke dalam simbol analisis
- Data entry untuk memasukkan data ke dalam komputer
- Verifikasi untuk memasukkan data pemeriksaan secara visual terhadap data yang telah dimasukkan ke dalam computer
- Output komputer, hasil analisis komputer yang dapat dicetak

3.10.2 Analisis Data

Data dalam penelitian ini akan dianalisis menggunakan Regresi Logistik Ordinal. Analisis regresi logistik ordinal merupakan salah satu metode statistika yang menggambarkan hubungan antara suatu variabel respon (Y) dengan lebih dari satu variabel prediktor (X) dimana variabel respon lebih dari dua kategori dan skala pengukuran bersifat tingkatan. Langkah-langkah analisis data yang dilakukan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut.

1. Analisis deskripsi data
2. Analisis Regresi Logistik Ordinal:
 - a. Membentuk model dugaan regresi logistik bineri dengan menggunakan seluruh variabel yang akan diteliti.
 - b. Memilih variabel prediktor signifikan berpengaruh terhadap variabel dependen menggunakan uji Wald. Statistik uji Wald digunakan untuk menguji parameter β_j secara parsial.
 - c. Menentukan model terbaik.
 - d. Mencari nilai *odds ratio* untuk masing-masing variabel prediktor yang signifikan berpengaruh.
 - e. Menginterpretasikan model regresi logistik bineri.

3.11 Uji Hipotesis

Hipotesis yang akan diuji dalam penelitian ini dapat diungkapkan sebagai berikut:

$$H_0: \beta_1 = \beta_2 = \beta_3 = \beta_4 = \dots = \beta_{20} = 0$$

(Tidak ada satu pun variabel yang berpengaruh nyata terhadap kejadian *stunting* di wilayah penelitian)

$$H_1: \beta_1 \neq \beta_2 \neq \beta_3 \neq \beta_4 \dots \neq \beta_{20} \neq 0$$

(Paling sedikit ada satu variabel yang berpengaruh nyata terhadap kejadian *stunting* di wilayah penelitian)

Optimasi parameter model dilakukan dengan menggunakan perangkat lunak Minitab 16. Tingkat signifikansi yang dipergunakan adalah 5 dan 10%.

V. SIMPULAN DAN SARAN

5.1 Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan tentang Analisis Pengaruh Karakteristik Rumah Tangga, Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) dan Sanitasi Lingkungan sebagai Faktor Risiko Kejadian Stunting (Studi Komparasi Keluarga Pertanian dan Non Pertanian di Wilayah Kabupaten Lampung Selatan) dapat ditarik kesimpulan dari analisis regresi logistik bineri didapatkan bahwa pekerjaan keluarga, pendapatan keluarga, perilaku Kadarzi, pengukuran berat badan, pemberian ASI eksklusif, makanan beraneka ragam, garam beryodium dan vitamin A, jamban keluarga, saluran pembuangan air limbah dan zona wilayah pertanian dan non pertanian berdampak nyata pada kejadian stunting pada balita di kabupaten Lampung Selatan. Dan dari analisis data deskriptif didapatkan bahwa jumlah balita yang mengalami stunting di wilayah pertanian lebih besar (88%) dari pada wilayah non pertanian (60%).

5.2 Saran

5.2.1 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. Lebih menggalakkan lagi

penyuluhan tentang Kadarzi dan *stunting* yang ada di desa melalui rembuk sunting dan swasembada gizi ataupun posyandu remaja. Untuk kegiatan kesehatan lingkungan perlu kembali di galakan sanitasi total berbais masyarakat (STBM).

5.2.2 Bagi Peneliti Selanjutnya

Bagi peneliti selanjutnya diharapkan dapat melakukan penelitian lanjutan dari penelitian ini dengan menganalisis karakteristik subjek penelitian yang lebih bervariasi dan melakukan penelitian yang lebih mendalam mengenai perbedaan mata pencaharian pertanian dan non pertanian terhadap kejadian *stunting* di Indonesia.

DAFTAR PUSTAKA

- Andriani, W. O. S., Rezal, F., & Nurzalmariah, W. ST. (2017). Perbedaan Pengetahuan, Sikap, dan Motivasi Ibu Sesudah diberikan Program Mother Smart Grounding (MSG) dalam Pencegahan *Stunting* di Wilayah Kerja Puskesmas Puuwatu Kota Kendari Tahun 2017. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Kesehatan Masyarakat*, 2(6), 1–9. <https://10.37887/jimkesmas.v2i6.2906>
- Ardianto, H.S. & Khusnul, E. (2013). *Pengaruh Pendidikan Kesehatan dengan Metode Audio Visual terhadap Perilaku Cuci Tangan pada Anak Pra Sekolah di TK Aba Notoyudan Yogyakarta*. Yogyakarta: Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta.
- Aridiyah, D. O., Rohmawati, N & Ririanty, M. (2015) Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kejadian *Stunting* pada Anak Balita di Wilayah Pedesaan dan Perkotaan. Fakultas Kesehatan Masyarakat. *E-Jurnal Pustaka Kesehatan*, 3 (1), 163 – 170.
- Arikunto, S. (2019). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Aritonang, J., Nugraeny, L., Sumiatik, & Siregar, R. N. (2020). Peningkatan Pemahaman Kesehatan pada Ibu hamil dalam Upaya Pencegahan COVID-19. *Jurnal SOLMA*, 9(2), 261–269. <https://doi.org/10.22236/solma.v9i2.5522>
- Arsyad, A. (2013). *Media pengajaran*. Jakarta: Raja Grafindo Persada.
- Arsyati, A.M.(2019). Pengaruh Penyuluhan Media Audiovisual dalam Pengetahuan Pencegahan *Stunting* Pada Ibu Hamil di Desa Cibatok 2 Cibungbulang. *PROMOTOR Jurnal Mahasiswa Kesehatan Masyarakat*, 2(3), 182–190. <http://dx.doi.org/10.32832/pro.v2i3.1935>
- Barani, G., Mazandarani, O., & Rezaie, S. H. S. (2010). The effect of application of picture into picture audio-visual aids on vocabulary learning of young Iranian ELF learners. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 2(2), 5362–5369. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.03.874>

- Bingimlas, K. A. (2019). Barriers to the successful integration of ICT in teaching and learning environments: A review of the literature. *Eurasia Journal of Mathematics, Science & Technology Education*, 5(3).
<https://doi.org/10.12973/ejmste/75275>
- Berawi, K.N., et al. (2019). Decreasing Zinc Levels in Stunting Toddlers in Lampung Province, Indonesia. *Biomedical and Pharmacology Journal*. 12(1) : 239-24. <https://dx.doi.org/10.13005/bpj/1633>
- Budiman, A. R. (2013). *Kapita Selekta Kuesioner Pengetahuan dan Sikap dalam Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Candra, A., & Nugraheni, N. (2015). Hubungan Asupan Mikronutrien Dengan Nafsu Makan Dan Tinggi Badan Balita, ". *Jnh (Journal Of Nutrition And Health)*, 3(2).
- Carr, D. & K.W. Springer. (2010). Advances in families and health research in the 21st century. *Journal of Marriage and Family*. 72(3):743–761.
<https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2010.00728.x>
- Chaeruman, U. A. (2017). *Prinsip Pembelajaran dengan Sistem Belajar Mandiri*. Jakarta: Pusat Teknologi Informasi dan Komunikasi Pendidikan Departemen Nasional.
- De Onis, M., Blossner, M., & Borghi, E. (2011). Prevalence and trends of *stunting* among pre-school children, 1990-2020. *Public Health Nutrition*, 15, 142–148. DOI: 10.1017/S1368980011001315
- Djide, N.A.N (2021). *Hubungan intervensi spesifik dari indikator program indonesia sehat dengan pendekatan keluarga (PIS-PK) dengan prevalensi stunting di 10 desa lokus program pencegahan stunting di kab. Banggai tahun 2018- 2019*. Tesis Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin Makassar.
- Effendi, N. (2012). *Dasar-Dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat (2nd ed.)*. Jakarta: EGC.
- Ellis, A., et al. 2020. Practices and perspectives on latrine use, child feces disposal, and clean play environments in western kenya. *Am J Trop Med Hyg*. 102(5) : 1094-1103. doi: 10.4269/ajtmh.19-0389.
- Fikadu, T., Assegid, S. & Dube, L. (2014). Factor associated with *stunting* among children age 24 to 59 months in Meskan District, Gurage Zone, South Ethiopia: A case-control study. *BMC Public Health*, 14(800).
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-800>

- Frempong, R. B., & Annim, S. K. (2017). Dietary diversity and child malnutrition in Ghana. *Heliyon*, 3(5). <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2017.e00298>
- Green, L., & Kreuter, M. W. (1991). *Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach, Mountain View (2nd ed.)*. California: Mayfield Publishing Company.
- Graharti, R. (2021). *Membangun Model Prediktor Kejadian Stunting Berbasis Perilaku Kesehatan Keluarga Dari Status Kesehatan Ibu Hamil, Menyusui Dan Balita : Studi Lampung Selatan Tahun 2021*. Tesis Program Studi Magister Ilmu Lingkungan Universitas Lampung Bandar Lampung.
- Hariyadi, D. & Ekayanti, I. (2012) Analisis Pengaruh Perilaku Keluarga Sadar Gizi Terhadap Stunting Di Propinsi Kalimantan Barat. *Jurnal Teknologi, Kejuruan dan Pengajarannya*, 34 (1).
<http://dx.doi.org/10.17977/tk.v34i1.3021>
- Hendrawati, S., Adistie, F., & Maryam, N. N. A. (2018). Pemberdayaan Kader Kesehatan Dalam Pencegahan dan Penatalaksanaan *Stunting* Pada Anak di Wilayah Kerja Puskesmas Jatinangor. *Jurnal Aplikasi Ipteks Untuk Masyarakat*, 7(4), 274-279.
<https://doi.org/10.24198/dharmakarya.v7i4.19527>
- Ibda, F. (2015). Perkembangan Kognitif : Teori Jean Piaget. *Jurnal Intelektualita*, 3(1), 27–38.
- Imran, F. A. (2017). *Pengaruh Penyuluhan Kesehatan Melalui Media Video Terhadap Peningkatan Pengetahuan Remaja Putri Tentang Dampak Abortus Provokatus Kriminalis di Kelas X SMAN 2 GOWA*. Universitas Islam Negeri Alaudin Makassar.
- Joyce, K. E. & B. W. (2015). Remote Sensing Tertiary Education Meets High Intensity Interval Training. *Journal Charles Darwin University*, XL-7/W3.
https://doi.org/10.5194/isprsarchives-XL-7-W3-1089-2015_1091
- Kustandi, C., & Sujipto, B. (2011). *Media Pembelajaran Manual dan Digital*. Bogor: Penerbit Ghalia Indonesia.
- Laksono, A.D., & Wulandari, R.D. (2020). Relationship between Environment, Smoking Behavior, Education, Poverty, and Prevalence of Stunted Toddler in Indonesia: *An Ecological Analysis*, 1-19. DOI:[10.21203/rs.3.rs-110565/v2](https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-110565/v2).
- Lestari, E. D., Hasanah, F & Nugroho, N. A. (2018). Correlation between non-exclusive breastfeeding and low birth weight to stunting in children. *The Indonesian Journal of Pediatrics and Perinatal medicine*, 58 (3).<https://doi.org/10.14238/pi58.3.2018.123-7>

- Lestariningsih, S. (2010). *Gizi prima bayi dan balita: Seri ayah bunda*. Jakarta: Yayasan Aspirasi Pemuda.
- Lufianti, A. (2010). *Perbedaan Pengaruh Pembelajaran Perawatan Payudara (Breast Care) Dengan Video Compact Disc (VCD) Dibanding Dengan Phantom Terhadap Pengetahuan Dan Motivasi Belajar (Pada Mahasiswa DIII Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan An-Nur Purwodadi)*. Thesis Pascasarjana Prodi Pendidikan Profesi Kesehatan. Universitas Sebelas Maret.
- Lusita, A. P., Suyatno, Rahfiludin, M. Z. (2017). Perbedaan Karakteristik Balita Stunting Di Pedesaan Dan Perkotaan Tahun 2017 (Studi Pada Anak Usia 24-59 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Gabus II dan Wilayah Kerja Puskesmas Pati II Kabupaten Pati). *Jurnal kesehatan Masyarakat*, 5(4). 600 -612. [https://10.14710/jkm.v5i4.18724](https://doi.org/10.14710/jkm.v5i4.18724)
- Mabella. (2000) . *Pendidikan Gizi Dalam Kedokteran*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Margawati, A., & Astuti, A. M. (2018). Pengetahuan ibu, pola makan dan status gizi pada anak *stunting* usia 1-5 tahun di Kelurahan Bangetayu, Kecamatan Genuk, Semarang. *Jurnal Gizi Indonesia (The Indonesian Journal of Nutrition)*, 6(2), 82–89. <https://doi.org/10.14710/jgi.6.2.82-89>.
- Marilyn, M., friedman, & Debora I.R.L. (2012). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga: Riset Teori & Praktik Ed.5.- Friedman*. Jakarta : EGC.
- Mediana, S., & Pratiwi, R. (2016). Hubungan Jumlah Konsumsi Susu Formula Standar Terhadap Kejadian *Stunting* Pada Anak Usia 2-5 Tahun. *Jurnal Kedokteran Diponegoro*, 5(4) : 1743–175. <https://doi.org/10.14710/dmj.v5i4.15960>
- Meidiana, R., Simbolon, D., & Wahyudi, A. (2018). Pengaruh Edukasi melalui Media Audio Visual terhadap Pengetahuan dan Sikap Remaja Overweight. *Jurnal Kesehatan*, 9(3), 478–484. <http://dx.doi.org/10.26630/jk.v9i3.961>
- Meilyasari, F., & Isnawati, M. (2014). Faktor Risiko Kejadian *Stunting* Pada Balita Usia 12 Bulan Di Desa Purwokerto Kecamatan Patebon, Kabupaten Kendal. *Journal of Nutrition College*, 3(2) : 303-309. <https://doi.org/10.14710/jnc.v3i2.5437>
- Meppelink, C. S., et al. (2015). The effectiveness of health animations in audiences with different health literacy levels: an experimental study. *Journal of Medical Internet Research*, 17(1). [doi:10.2196/jmir.3979](https://doi.org/10.2196/jmir.3979)
- Mirna. K, et al . (2019). Pola asuh dan pendapatan keluarga dengan kejadian stunting pada anak usia 2-5 tahun di wilayah kerja puskesmas bohobak. *Jurnal GIZIDO*, 11 (2). <https://doi.org/10.47718/gizi.v11i2.778>

- Mubarak, W. (2012). *Promosi Kesehatan Untuk Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Munawaroh, S. (2015). Pola Asuh Mempengaruhi Status Gizi Balita. *Jurnal Keperawatan*, 6(1), 44–50.
- Nadiyah, Briawan, D., & Martianto, D. (2014). Faktor Resiko *Stunting* Pada Anak Usia 0-23 bulan di Provinsi Bali, Jawa Barat dan Nusa Tenggara Timur. *Jurnal Gizi Dan Pangan*, 9(2), 125–132.
<https://doi.org/10.25182/jgp.2014.9.2.%25p>
- Najahah, I., Adhi, K.T., & Pinatih, G.I. (2013). Faktor risiko balita *stunting* usia 12-36 bulan di Puskesmas Dasan Agung, Mataram, Provinsi Nusa Tenggara Barat. *Public Health and Preventive Medicine Archive (PHPMA)*, 1 (2).
- Nasution, D., Nurdiati, D.S. (2014) . Hubungan berat badan lahir rendah (BBLR) dengan kejadian *stunting* pada anak usia 6-24 bulan di Kota Yogyakarta. *Jurnal Gizi Klinik Indonesia*, 11 (1). <https://doi.org/10.22146/ijcn.18881>
- Ni'mah, Khoirun. 2015. Faktor yang Berhubungan dengan *Stunting* pada Balita. *Media Gizi Indonesia*.10:13-19. <http://dx.doi.org/10.20473/mgi.v10i1.13-19>
- Ningrum, V.(2019). Akses Pangan Dan Kejadian Balita Stunting: Kasus Pedesaan Pertanian Di Klaten. *Jurnal Pangan*, 28(1). 73-82.
<http://doi.org/10.33964/jp.v28il.424>
- Notoadmodjo, S. (2012). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo. (2012). *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2016). *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nshimiryoy, A., Hedt-Gauthier, B., & Mutaganzwa, C. 2019. Risk factors for *stunting* among children under five years: a cross-sectional population-based study in Rwanda using the 2015. *Demographic and Health Survey*. *BMC Public Health*, 19(175) : 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12889019-6504-z>
- Nugraheni, R. (2012) . Infeksi Nosokomial di RSUD Setjonegoro Kabupaten Wonosobo. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*. 11 (1) : 94-100.
<https://doi.org/10.14710/mkmi.11.1.94-100>

- Nursalam & Pariani, S. (2001). *Pendekatan Praktis Metodologi Riset Keperawatan*. Jakarta : Sagung Seto
- Nursalam. (2011). *Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika
- Nursalam. (2011). *Proses dan dokumentasi keperawatan, konsep dan praktek*. Jakarta : Salemba Medika.
- Oktarina, Zilda. (2012) . *Hubungan Berat Lahir dan Faktor-Faktor Lainnya Dengan Kejadian Stunting Pada Alita Usia 24-59 Bulan di Provinsi Aceh, Sumatera Utara, Sumatera Selatan dan Lampung Tahun 2010*. Depok : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Oktaviana. (2016). Hubungan Pengetahuan Gizi Dan Perilaku Hygiene Sanitasi Terhadap Kejadian Stunting Pada Balita. *The Indonesian Journal Of Nutrition*. 10(1):78-91.
- Oktaviani, W.D., Saraswati, L.D., & Rahfiludin, M.Z. (2018). Hubungan Kebiasaan Konsumsi Fastfood, Aktivitas fisik, Pola Konsumsi, Karakteristik Remaja dan Orang Tua dengan Indeks Massa Tubuh (IMT) (Studi Kasus Pada Siswa SMA Negeri 9 Semarang Tahun 2012). *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. 1(2):542-553. <http://ejournal1.undip.ac.id/index.php/jkm/article/view/1152>
- Olsa, E. D., Sulastri, D., & Anas, E. (2017). Hubungan Sikap dan Pengetahuan Ibu Terhadap Kejadian pada Anak Baru Masuk Sekolah Dasar di Kecamatan Nanggalo. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 6(3), 523–529. [10.25077/jka.v6.i3.p523-529.2017](https://doi.org/10.25077/jka.v6.i3.p523-529.2017)
- Omodara, O. D., & Adu, E. I. (2014). Relevance of Educational Media and Multimedia Technology for Effective Service Delivery in Teaching and Learning Processes. *IOSR Journal of Research & Method in Education (IOSRJRME)*, 4(2), 48–51. [10.9790/7388-04214851](https://doi.org/10.9790/7388-04214851)
- Paudel, R., et al. (2012). Risk factors for *stunting* among children: A community based case control study in Nepal. *Khathmandu University Medical Journal*, 10(3). 10.3126/kumj.v10i3.8012
- Puspitawati, Herein. (2013). *Konsep, Teori Dan Analisis Gender*. Bogor: PT IPB Press.
- Ramadhani, F.D .(2020). *Analisis Faktor Risiko Stunting Pada 1000 Hari Pertama Kehidupan Di Puskesmas Seberang Padang Kota Padang Tahun 2019*. Tesis Program Studi Pascasarjana Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang.

- Rufaida, F.D., Raharjo, A.M. & Handoko, A. (2020). Hubungan faktor keluarga dan rumah tangga dengan kejadian stunting pada balita di tiga Desa Wilayah Kerja Puskesmas Sumberbaru Jember. *Journal of Agromed and Med Sci.* 6(1). <https://doi.org/10.19184/ams.v6i1.9541>
- Saputri, U.A., Pangestutu, D. R., Rafludin, M.Z. (2021). Pengetahuan Gizi dan Pola Asuh Ibu sebagai Faktor Risiko Stunting Usia 6-24 Bulan di Daerah Pertanian. *Media Kesehatan Masyarakat*, 20(6). <https://doi.org/10.14710/mkmi.20.6.433-442>
- Sari, M. R. N. & Ratnawati, L. Y. 2018. "Hubungan Pengetahuan Ibu tentang Pola Pemberian Makan dengan Status Gizi Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Gapura Kabupaten Sumenep". *Amerta Nutrition*, 2(2), 182– 188. doi: 10.20473/amnt.v2.i2.2018.182-188.
- Sari, R.M., Oktarina, M. & Seftriani, J. 2020. Hubungan pendapatan keluarga dengan kejadian stunting pada balita di wilayah puskesmas seginim kabupaten bengkulu selatan . *Chmk Midwifery Sci Journl.* 3(2). <https://doi.org/10.37792/midwifery.v3i2.803>
- Setiawan, E., Machmud, R. & Masrul. (2018) . Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Stunting pada Anak Usia 24-59 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Padang Timur Kota Padang Tahun 2018. *Jurnal Fakultas Kedokteran Universitas Andalas*, 7(2). <https://doi.org/10.25077/jka.v7i2.813>.
- Sriyani, A. et al. (2020) . Development of prediction model for childhood diarrhea based on maternal care variables, characteristics of children, demography and sanitation in study environment Tulang Bawang Barat Regency. *IJPSAT.* 23(2) : 354-365. <http://dx.doi.org/10.52155/ijpsat.v23.2.2366>
- Sugiani, H., et al. (2015). Penentuan Pengaruh Pemanasan Dan Waktu Penyimpanan Garam Beriodium Terhadap Kalium Iodat. *Jurnal Chimica et Natura Acta*, 3 (2). <https://doi.org/10.24198/Cna.V3.N2.9185>
- Sugiyono. (2012). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Pranowo, S. (2021). Analisis faktor yang berhubungan dengan stunting pada usia toddler. *IJNHS.* 6(2).
- Susilowati, E & Himawati, A., (2017). Hubungan Tingkat Pengetahuan Ibu Tentang Gizi Balita Dengan Status Gizi Balita Di Wilayah Kerja Puskesmas Gajah 1 Demak. *Jurnal Kebidanan.* 6 (13). <https://doi.org/10.31983/jkb.v6i13.2866>

- Titaley, C. R., et al. (2019). Determinants of the stunting of children under two years old in Indonesia: A multilevel analysis of the 2013 Indonesia basic health survey. *Nutrients*, 11(5). <https://doi.org/10.3390/nu11051106>
- Trihono, et al. (2015). *Pendek (Stunting) di Indonesia, Masalah dan Solusinya*. Jakarta : Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- Utami, R. P. (2021). Analisis Pengaruh Indikator Kadarzi Terhadap Status Gizi Balita Di Indonesia. *CHMK Health Journal*. 5 (3).
- Wicaksono, R.A .(2020). *Faktor Risiko Kejadian Stunting Pada Anak Berusia 1 - 60 Bulan Dengan Menggunakan Kurva Pertumbuhan Anak Indonesia Tahun 2021*. Tesis Program Studi Ilmu Kesehatan Anak Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara Medan.
- Wijayanti, S., & Nindya, T.S. (2017). Hubungan Penerapan Perilaku Kadarzi (Keluarga Sadar Gizi) dengan Status Gizi Balita di Kabupaten Tulungagung. *Amerta Nutr*, 27–39. <https://doi.org/10.2473/amnt.v1i4.2017.378-388>
- Wiyono, et al. (2020). Asupan gizi , infeksi dan sanitasi dengan stunting anak usia tiga tahun di wilayah pedesaan. *Jurnal Riset Gizi*, 8 (2). <https://doi.org/10.31983/jrg.v8i2.6270>
- Wulandari,M.(2019).*Analisis Pengaruh Determinan Sosial KesehatanLingkungan dan Keatahanan Pangan Terhadap Kejadian Balita Stunting Menggunakan Metode Structural Equation Modeling (SEM) Tahun 2019*. Tesis Program Magister Ilmu Lingkungan Universitas Lampung Banda Lampung.
- Yuana, N .(2021). *Analisis Multilevel Ketahanan Keluarga dan Posyandu Sebagai Faktor Resiko Stunting Di Kabupaten Lampung Selatan Tahun 2021*. Tesis Program Magister Kesehatan Masyarakat .Universitas Lampung. Bandar Lampung.
- Zahrawani, T.F., Nurhayati, E. & Fadillah, Y. 2022. Hubungan kondisi jamban dengan kejadian stunting di Puskesmas Cicalengka tahun 2020. *JIKS*. 4(1). <https://doi.org/10.29313/jiks.v4i1.7770>

PERATURAN PERUNDANGAN – UNDANGAN

Republik Indonesia. *Keputusan menteri perencanaan pembangunan nasional/ kepala badan perencanaan pembangunan nasional Nomor KEP 42/M.PPN/HK/04/2020 tentang penetapan perluasan kabupaten/kota lokasi fokus intervensi penurunan stunting tahun 2021.*

Republik Indonesia. *Keputusan menteri Kesehatan republik Indonesia Nomor 747/Menkes/SK/VI/2007 tentang Pedoman Operasional Keluarga Sadar Gizi Di Desa Siaga.*

Republik Indonesia. *InfoDATIN Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI : Situasi Balita Pendek.* Kementerian Kesehatan RI.

Republik Indonesia. *Buku Saku Pemantauan Status Gizi Tahun 2017.*

Republik Indonesia. *Kerjasama Multi Sektor Untuk Menurunkan Stunting dan Eliminasi TB.*

Republik Indonesia. *Buku Saku Desa dalam Penanganan Stunting.* Jakarta: Kementerian Desa Pembangunan Daerah Tertinggal.

Republik Indonesia. *Peraturan Menteri Kesehatan RI nomor 2 tahun 2022 tentang Standar antropometri anak.*

Republik Indonesia. *Buletin Jendela Data dan Informasi Kesehatan: Situasi Balita Pendek (Stunting) di Indonesia (1st ed.).*

Republik Indonesia. *Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Stunting Periode 2018-2024.*

Republik Indonesia. *Buletin Jendela Data dan Informasi Kesehatan “ Situasi Balita Pendek (Stunting) di Indonesia.* Pusat Data dan Informasi.

Republik Indonesia. *Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Anak Kerdil (Stunting).*

Republik Indonesia. *Pembangunan Ketahanan Keluarga 2016).*

Republik Indonesia. *Peraturan Menteri pemberdayaan perempuan dan perlindungan anak RI nomor 01 tahun 2015 tentang rencana strategis kementerian pemberdayaan perempuan dan perlindungan anak tahun 2015 - 2019.*

Republik Indonesia. *Undang – undang No 52 tahun 2009 tentang perkembangan kependudukan dan pembangunan keluarga.* Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 161. Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5080.