LAPORAN KAJIAN
STUDI IDENTIFIKASI FAKTOR DETERMINAN STUNTING PADA 20 DESA LOKUS STUNTING DI KABUPATEN BANDUNG BARAT TAHUN 2021

Kerjasama Pemerintah Kabupaten Bandung Barat
dan Politeknik Kesehatan Kemenkes Bandung
2021

Tim Survei & Kajian
Poltekkes Kemenkes Bandung :
Dr. Suparman, SKM, M.Sc
Witri Priawantriputri, S.Gz, M.Gz
Mamat Rahmat, SKM, M.Kes
Surveyor

Bappelitbangda Kabupaten Bandung Barat :
Chilyatun Nisa, SKM
Dini Herviani, SKM, ME

Dinas Kesehatan Kabupaten Bandung Barat
Ira Kartika, S.Tr.Gz

bappelitbangda

RINGKASAN EKSEKUTIF

Latar belakang

Stunting merupakan salah satu bentuk masalah gizi pada balita yang bersifat kronis yang berdampak terhadap terjadinya gangguan pertumbuhan dan perkembangan baik bersifat jangka pendek dan jangka panjang. Dampak jangka pendek yaitu terganggunya laju pertumbuhan linear atau pendek, lemahnya daya tahan tubuh dan tidak optimalnya perkembangan kapasitas intelegensi akibat kurang sempurnanya sintesis sel-sel otak. Dampak jangka panjang yaitu terjadinya risiko mengalami penyakit degeneratif akibat gangguan *metabolic syndrome* seperti hipertensi, hiperglikemia, hipercholesterolemia, diabetes mellitus, penyakit jantung.

Angka prevalensi stunting secara nasional telah menunjukkan penurunan yang berarti pada 5 tahun terakhir dari semula 37,2% di tahun 2013 menjadi 30,8% pada tahun 2018. Demikian halnya di tingkat Provinsi Jawa Barat dari semula 35,3% pada tahun 2013 menurun menjadi 31,1% pada tahun 2018. Prevalensi stunting di Kabupaten Bandung Barat, tergolong cukup tinggi, termasuk 6 kabupaten tertinggi dari 27 kabupaten/kota di Provinsi Jawa Barat yaitu kelompok baduta 30,16% dan kelompok balita 36,69% (2018). Gambaran penurunan angka stunting secara nasional, provinsi dan kabupaten, belum sepenuhnya berhasil, karena besaran masalah stunting pada berapa wilayah desa masih diatas ambang batas (*cut off*) sebagai masalah kesehatan masyarakat kategori tinggi sesuai yang ditetapkan oleh WHO. Apalagi dikaitkan dengan target pemerintah yang menegaskan komitmennya dengan diterbitkannya Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2021 bahwa penurunan prevalensi stunting menjadi 14% pada akhir tahun 2024.

Pada tahun 2018, pemerintah pusat bersama dengan pemerintah daerah telah mengembangkan strategi penanganan stunting melalui aksi konvergensi yang terintegrasi, terkoordinasi dan terpadu dengan melibatkan lintas sektor dan lintas program melalui strategi kabupaten/kota lokus stunting dalam rangka mengimplementasikan pendekatan gizi sensitif dan gizi spesifik. Strategi dan pendekatan aksi konvergensi ini dilakukan, mengingat masalah gizi stunting terjadi akibat multi-faktor terutama pada periode 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK).

Penanganan masalah gizi stunting agar menghasilkan keluaran terhadap penurunan prevalensi stunting, sebaiknya dilakukan bersama-sama, tidak hanya melibatkan penyedia program yang berada di area suplai pelayanan (*provider)*, juga harus melibatkan sasaran program pelayanan di area *demand* (mikro pengguna). Kedua strategi ini jika dilakukan secara terintegrasi, akan menghasilkan efektifitas bagi aksi konvergensi. Selanjutnya untuk memastikan bahwa implementasi program gizi sensitif dan spesifik yang digulirkan hingga ke tingkat desa, telah memberikan manfaat bagi balita dan keluarganya, maka dibutuhkan upaya untuk menumbuhkan kesiapan *demand* masyarakat pengguna agar mengetahui cara mengakses setiap suplai program pelayanan yang dibutuhkan.

Rumusan Masalah

Dalam rangka menyusun strategi dalam peningkatan akses oleh keluarga balita sasaran dan strategi penyediaan pelayanan oleh lintas program dan lintas sektor, maka dibutuhkan masukan data dan informasi di tingkat mikro keluarga

bappelitbangda

melalui kegiatan survei lapangan, agar hasilnya dapat digunakan sebagai bahan kajian perumusan kebijakan bagi Pemerintah Daerah Kabupaten Bandung Barat.

Tujuan dan Metode

Tujuan dari kajian ini adalah untuk mengetahui faktor determinan dari masalah gizi stunting pada periode 1000 HPK. Pendekatan kajian menggunakan metode survei lapangan. Kriteria sampel adalah baduta usia 6-24 bulan yang terpilih secara acak. Jumlah total sampel sebanyak 640 baduta atau 32 baduta/desa diperoleh berdasarkan perhitungan formula statistik untuk survei dengan α=5% dan presisi=15%. Jumlah kluster RW sebanyak 40 kluster RW (2 RW/desa) pada 20 Desa Lokus Stunting ditentukan secara *purposive* (sesuai SK Bupati KBB Nomor 188.45/Kep.288-Bappelitbangda/2021).

Pengumpulan data dilakukan oleh tenaga pencacah/enumerator terlatih agar mendapatkan data status gizi dan asupan gizi yang lebih akurat. Data antropometri dikumpulkan dengan pengukuran langsung menggunakan alat standar (timbangan digital, *infantometer length board*) dan data lainnya diperoleh melalui wawancara menggunakan kuesioner. Pengembangan instrumen pengumpulan data, pengolahan dan analisis dilakukan oleh 2 orang Tim Pakar dibantu 1 orang tenaga pengolah data. Hasil analisis disajikan secara deskriptif dan analitik dalam bentuk analisis univariate, bivariate dan multivariate. Pendekatan analisis dengan memperhatikan 2 (dua) periode 1000 HPK yaitu (1) periode kehamilan dan (2) periode baduta.

Variabel terikat pada *periode kehamilan* yaitu Panjang Badan Lahir (PBL) dan Berat Badan Lahir (BBL) sebagai faktor risiko stunting. Sedangkan variabel bebas pada periode ini berkaitan dengan status kesehatan ibu hamil yaitu status Kekurangan Energi Kronis (KEK), kepatuhan minum Tablet Tambah Darah (TTD), kepatuhan melakukan pelayanan Anter Natal Care (ANC), akses mendapatkan Pemberian Makanan Tambahan (PMT) pemulihan bagi yang mengalami KEK.

Variabel terikat pada *periode baduta* yaitu status gizi menurut indikator Panjang Badan Menurut Umur (PB/U), Berat Badan Menurut Umur (BB/U) dan Berat Badan Menurut Panjang Badan (BB/PB). Variabel bebas yaitu penerapan ASI ekslusif, kelengkapan imunisasi dasar, praktek pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI), kepatuhan melakukan penimbangan bulanan, akses mendapatkan PMT pemulihan balita kurus, akses Program Keluarga Harapan (PKH), akses Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), akses kelas parenting, akses kelas PAUD, akses Bina keluarga Balita (BKB), akses Kawasan Rumah Pangan Lestari (KRPL).

Hasil dan Pembahasan

Hasil survei menunjukkan bahwa prevalensi status gizi sampel pada 20 desa lokus menurut indeks PB/U sebesar 17,8% (6,3-31,3%) mengalami *stunting* (pendek dan sangat pendek). Sedangkan angka prevalensi status gizi sampel menurut indeks BB/U sebesar 9,9% (0%-25,1%) mengalami *underweight* (berat badan kurang dan berat badan sangat kurang) dan berdasarkan indeks BB/PB sebesar 6,1% (0%-12,5%) mengalami *wasting* (gizi kurang dan gizi buruk). Angka prevalensi beresiko gizi lebih menurut indeks BB/PB sebesar 9,2% (0%-15,6%), gizi lebih 1,7% (0%-6,3%) dan obesitas 0,5% (0%-3,2%). Sedangkan prevalensi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) dan Panjang Badan Lahir Pendek sebagai *outcome* kehamilan masing-masing sebesar 9,7% dan 14,3%. Data ini sekaligus menggambarkan bahwa stunting masih merupakan masalah gizi terbesar, dan perlu juga diwaspadai adanya trend peningkatan gizi lebih.

bappelitbangda

Gambaran Prevalensi Stunting Baduta di 20 Desa Lokus Berdasarkan Hasil Survei Bulan Oktober Tahun 2021

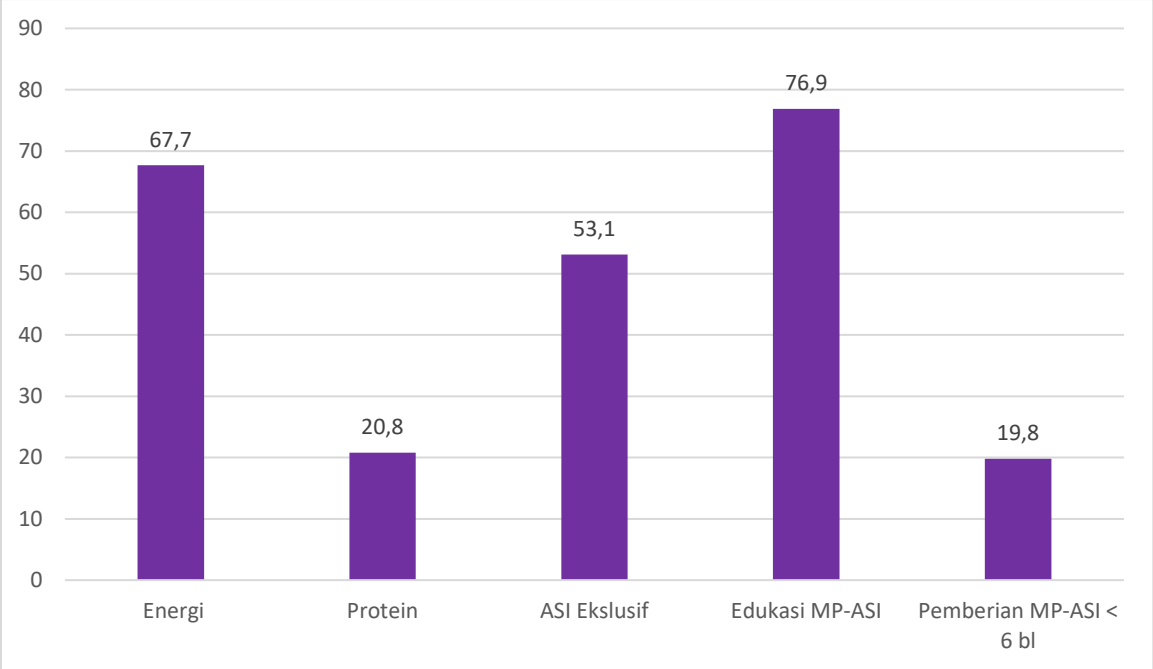
No	Nama Kecamatan	Nama Desa	Prevalensi Stunting (%)	Kategori
1.	Rongga	Bojong	12,5	
2		Cinengah	12,5	
3		Sukaresmi	31,3	
4	Gunung Halu	Wargasaluyu	21,9	
5	Cipongkor	Cicangkang Hilir	25,0	
6		Citalem	15,6	
7		Sukamulya	25,0	
8		Neglasari	15,6	
9	Cililin	Batulayang	31,3	
10		Karanganyar	28,1	
11	Cihampelas	Cihampelas	12,5	
12		Mekarmukti	16,1	
13		Mekarjaya	25,0	
14		Tanjungjaya	12,5	
15		Singajaya	12,5	
16		Tanjungwangi	9,1	
17	Batujajar	Galanggang	18,8	
18	Cipatat	Mandalawangi	6,3	
19	Cipeundeuy	Sirnagalih	15,6	
20	Cisarua	Kertawangi	9,4	

Ket : Merah Tua : prevalensi stunting > 30% (sangat tinggi)
Merah : prevalensi stunting ≥ 20% -<30% (tinggi)
Kuning : prevelansi stunting ≥ 10% -<20% (sedang)
Hijau : prevalensi stunting < 10% (rendah)

Apabila dibandingkan dengan ambang batas (*cut-off*) masalah kesehatan masyarakat yang ditetapkan oleh WHO, angka prevalensi (rata-rata) masalah gizi dari ketiga indeks berada di bawah nilai ambang batas, namun demikian sebagian desa masih diatas nilai tersebut. Terdapat 7 (tujuh) desa yang memiliki masalah gizi stunting dengan angka prevalensi diatas nilai ambang batas (≥ 20%) yaitu : Desa Sukaresmi (31,3%), Desa Wargasaluyu (21,9%), Desa Batulayang (31,3%), Desa Karanganyar (28,1%), Desa Mekarjaya (25,0%), Desa Cicangkang Hilir (25,0%), Desa Sukamulya (25,0%). Berdasarkan data di atas, angka prevalensi stunting pada baduta masih bervariasi dan terdapat desa yang potensial menjadi lokus stunting, hal ini menunjukkan bahwa program penurunan angka stunting masih diperlukan dan perlu ditingkatkan kualitasnya.

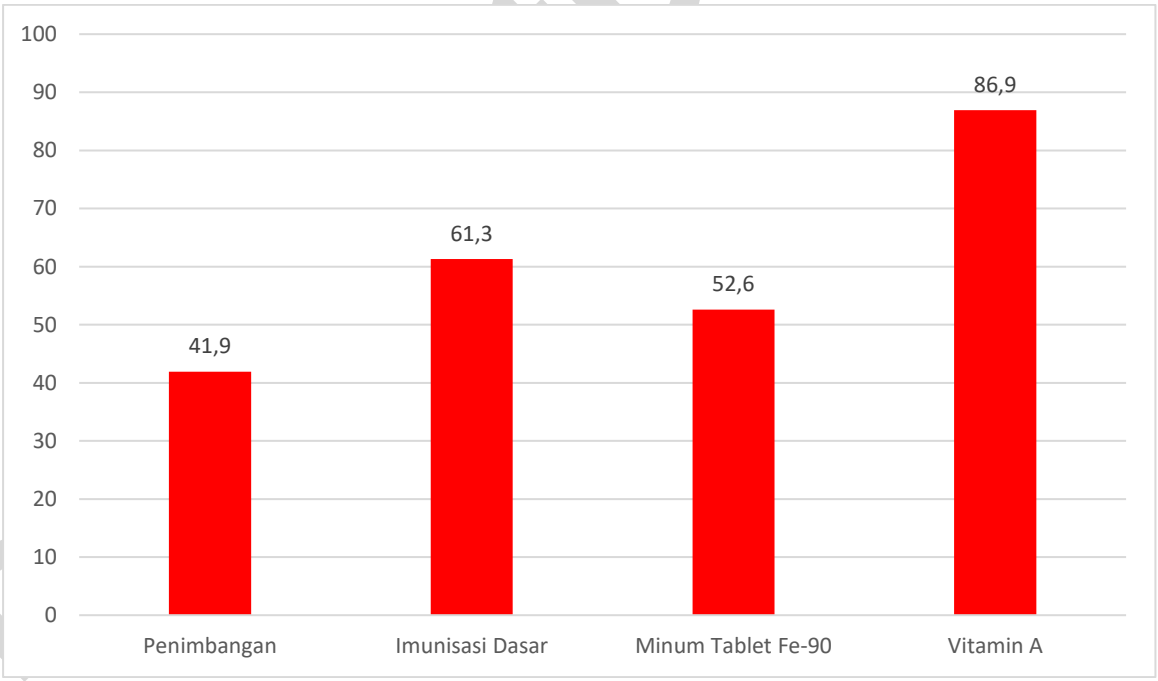
Proporsi asupan zat gizi dan akses gizi spesifik pada 20 desa lokus stunting sebagian besar di bawah Anjuran Kecukupan Gizi (100% AKG) yaitu 67,7% untuk energi, 20,8% untuk protein, cakupan ASI eksklusif sebesar 53,1%, cakupan edukasi MP-ASI sebesar 76,9% dan cakupan pemberian MP-ASI sebelum usia 6 bulan sebesar 19,8% (Gambar 1)

Bappeda



Gambar 1. Asupan gizi dan Cakupan ASI dan MP-ASI

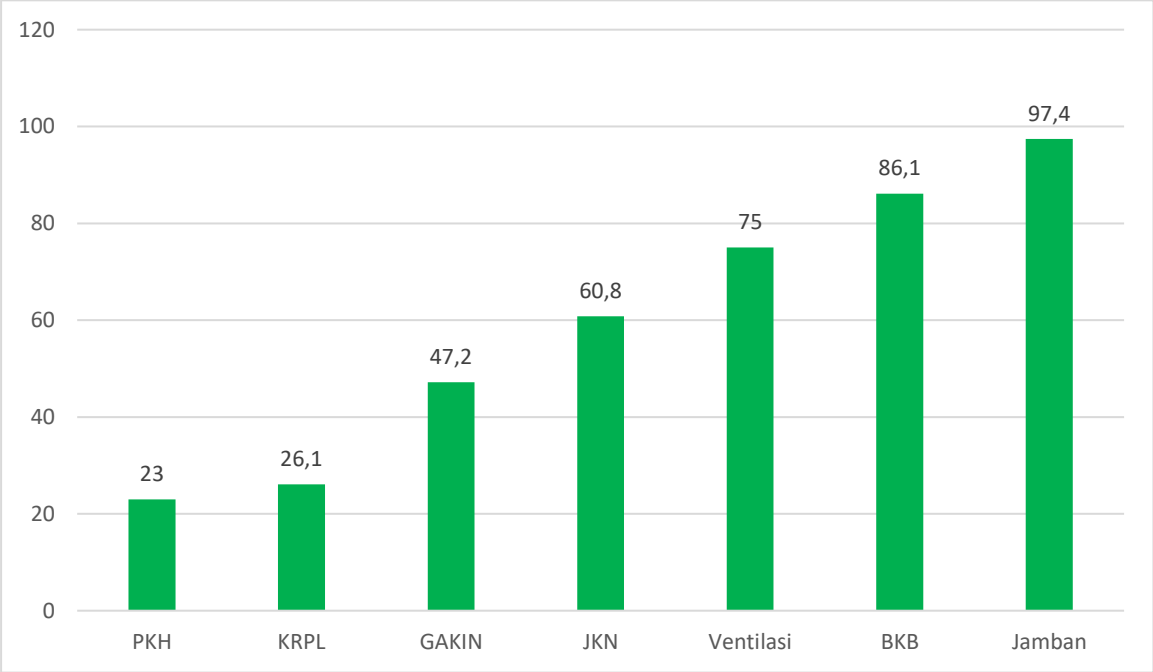
Cakupan penimbangan posyandu sebesar 41,9%, cakupan imunisasi dasar lengkap sebesar 61,3%, cakupan distribusi Fe-90 sebesar 52,6%, cakupan vitamin A sebesar 86,9%. Data tersebut menggambarkan bahwa akses terhadap cakupan gizi spesifik belum optimal (Gambar 2)



Gambar 2. Cakupan Pelayanan Kesehatan

Proporsi keluarga miskin sebesar 47,2%, Cakupan Program Keluarga Harapan (PKH) sebesar 23,0%, cakupan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sebesar 60,8%, cakupan pelayanan Bina Keluarga Balita (BKB) sebesar 86,1%, cakupan peserta Kawasan Rumah Pangan Lestari (KRPL) sebesar 26,1%,

cakupan kepemilikan jamban sebesar 97,4%, ketersediaan ventilasi dan cahaya yang layak sebesar 75,0%. Data ini menunjukkan bahwa akses terhadap program gizi sensitif oleh keluarga baduta masih bervariasi (Gambar 3).



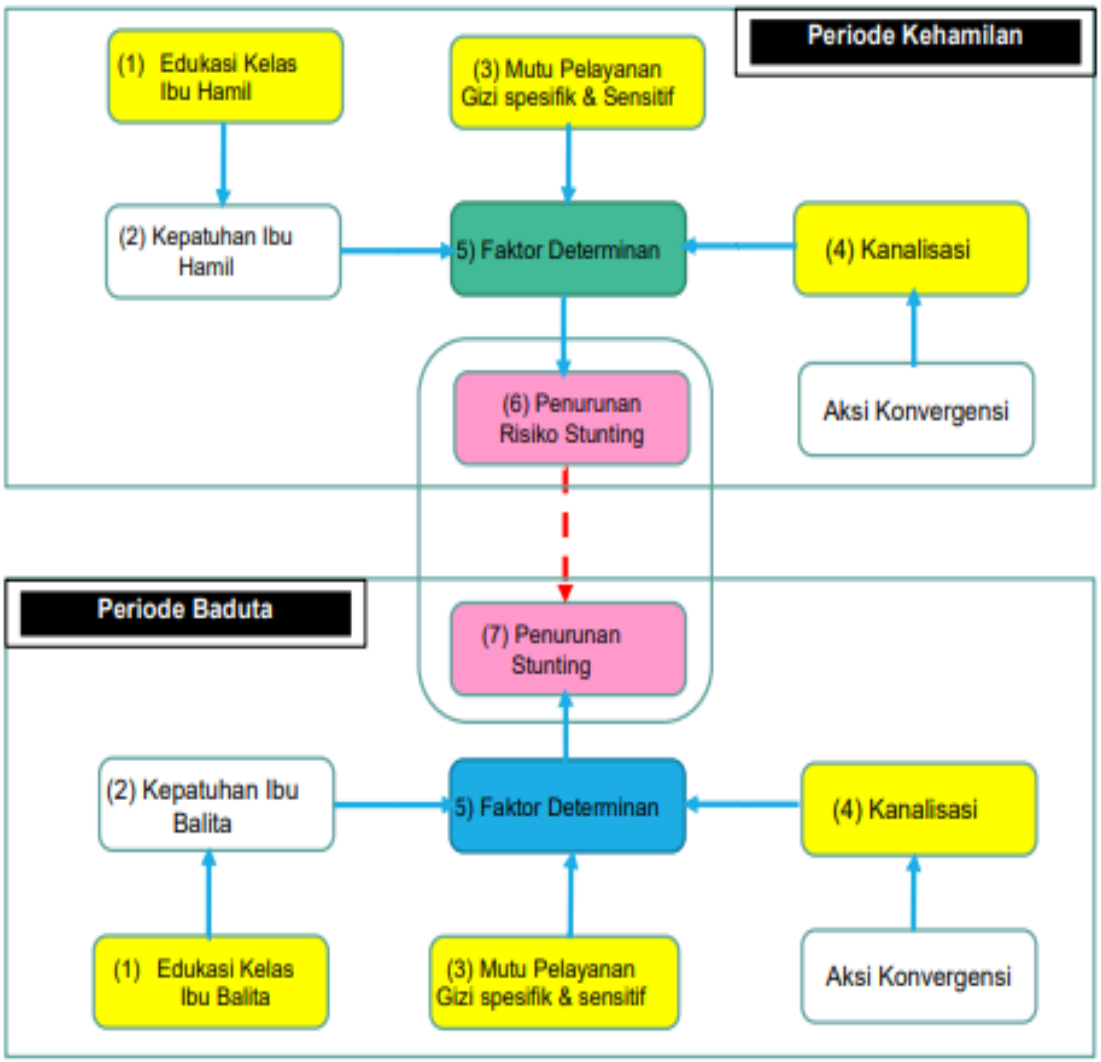
Gambar 3. Proporsi Akses Keluarga Terhadap Program Lintas Sektor

Berdasarkan hasil analisis faktor determinan kejadian stunting, maka strategi penanganan risiko stunting pada *periode kehamilan* yaitu melalui (1) menjaga status IMT normal, (2) kepatuhan minum TTD secara teratur minimal 90 tablet, (3) kepatuhan secara teratur melakukan kunjungan ANC, (4) kepatuhan mengakses PMT pemulihan ibu hamil KEK. Strategi penanganan stunting pada *periode baduta* yaitu melalui (1) pemantauan panjang lahir pendek atau berat lahir rendah (2) peningkatan berat badan melalui kepatuhan mengikuti program penimbangan di posyandu (D/S) dan pemanfaatan kualitas pelayanan posyandu (N/D) terutama pada pasca bayi, (3) kepatuhan mendapatkan imunisasi dasar lengkap, (4) kepatuhan menerapkan ASI ekslusif, (5) kepatuhan tidak memberikan MP-ASI terlalu dini, (6) kepatuhan mendapatkan vitamin A bagi ibu nifas, (7) kepatuhan mendapatkan kapsul vitamin A, (8) kepatuhan mengakses PMT pemulihan balita kurus, (9) kepatuhan menerapkan asupan energi dan zat gizi sesuai kebutuhan.

Masih diperlukan upaya diseminasi dan advokasi terus menerus untuk meyakinkan bahwa program lintas sektor, berupa gizi sensitif, merupakan komponen penting dan dipastikan harus turut mengambil bagian sebagai kontributor utama dalam aksi konvergensi. Namun, peran program lintas sektor masih belum efektif, akibat belum dipahaminya oleh setiap stakeholder bahwa setiap capaian program di sektornya masing-masing, akan memberikan efek positif bagi tujuan aksi konvergensi. Sehingga diperlukan proses kanalisasi yaitu upaya menyediakan saluran-saluran bagi setiap program lintas sektor, menuju masing-masing faktor determinan stuntingnya yang relevan, sehingga diperoleh hubungan linearitas di antara keduanya.

Rekomendasi

Rekomendasi untuk penurunan prevalensi stunting (7) periode 1000 HPK (periode kehamilan dan baduta) dapat dilakukan melalui tahap (1) penerapan kelas ibu balita dan ibu hamil berisiko, agar diperoleh peningkatan pengetahuan dan pola asuh, tahap (2) peningkatan cakupan kepatuhan dalam menggunakan program pelayanan ibu hamil dan balita baik di posyandu dan puskesmas, tahap (3) peningkatan mutu pelayanan lintas program dan sektor yang berdampak perbaikan status gizi, dan tahap (4) kanalisasi program spesifik dan sensitif, yang secara khusus mengarahkan setiap output yang dihasilkan tahap 3, dikorelasikan dengan masing-masing faktor determinan yang relevan, sehingga setiap sektor memiliki jalur kontribusinya terhadap perbaikan faktor determinannya, tahap berikutnya (5) faktor determinan stunting diharapkan membaik, dan perbaikan tahap 5 ini akan berdampak penurunan angka risiko stunting (6) dan tahap terakhir yaitu penurunan angka stunting periode baduta (7).



KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT, Tuhan yang Maha Kuasa, atas izin dan pertolongan-Nya, laporan penyusunan kajian studi identifikasi faktor determinan stunting pada 20 desa lokus di Kabupaten Bandung Barat dapat dilaksanakan. Penyusunan kajian ini merupakan bagian dari Sub Kegiatan Penelitian dan Pengembangan Bidang Aspek Aspek Sosial pada Badan Perencanaan Pembangunan, Penelitian dan Pengembangan Daerah Kabupaten Bandung Barat. Kegiatan kajian berbasis data survei ini merupakan bentuk komitmen Pemerintah Kabupaten Bandung Barat dalam mengatasi masalah stunting yang ada di wilayah Kabupaten Bandung Barat dan sebagai salah satu tindak lanjut kerjasama antara Poltekkes Kemenkes Bandung dan Pemerintah Daerah Kabupaten Bandung Barat.

Kegiatan kajian terkait penanganan stunting ini dapat terlaksana dengan baik karena adanya kerjasama dengan sejumlah pihak terkait di lingkungan pemerintah daerah kabupaten, kecamatan, puskesmas, kepala desa, bidan desa dan kader KPM di 20 desa lokus pada 10 puskesmas dan 9 kecamatan.

Semoga kajian penanganan stunting ini bermanfaat bagi semua kalangan yang berkepentingan. Ucapan terima kasih disampaikan kepada pihak-pihak yang telah memberikan saran dan masukan untuk kajian ini.

Bandung, November 2021
Tim Kajian

bappelitbangda

DAFTAR ISI

RINGKASAN EKSEKUTIF iii
KATA PENGANTAR ix
DAFTAR ISI x
DAFTAR TABEL xiii
DAFTAR GAMBAR xv
BAB I PENDAHULUAN 1
1.1. Latar Belakang 1
1.2. Rumusan Permasalahan 2
1.3. Tujuan Kajian 2
1.4. Manfaat Kajian 3
BAB II TINJAUAN PUSTAKA 4
2.1. Kelompok Baduta 4
2.2. Pertumbuhan dan Perkembangan Baduta 4
2.3. Status Gizi Baduta 4
2.4. Faktor – Faktor Stunting Baduta 6
2.4.1. Asupan Zat Gizi 6
2.4.2. Pendidikan orang tua 6
2.4.3. Daya beli atau tingkat ekonomi 7
2.4.4. Pemanfaatan pelayanan gizi 7
2.4.5. Penyakit Infeksi 7
BAB III METODE 12
1.4. Desain 12
1.5. Kerangka Kerja Kajian 12
1.6. Petugas Surveyor 13
1.7. Lokasi Survei 13
1.8. Populasi dan Sampel 13
1.8.1. Populasi 13
1.8.2. Sampel 13
1.9. Perhitungan Jumlah Sampel 14
1.10. Teknik Pengambilan Sampel 14
1.11. Jenis dan Cara Data Yang Dikumpulkan 14
1.12. Pengolahan 15
1.13. Analisis Data 15
BAB IV HASIL 16
4.1. Hasil Univariat Kabupaten Bandung Barat (Agregrat) 16

bappelitbangda

4.1.1. Karakteristik Sampel 16
4.1.2. Status Gizi dan Asupan Zat Gizi Sampel 18
4.1.3. Riwayat Kehamilan dan Kelahiran 23
4.1.4. Riwayat Pelayanan Kesehatan dan Penyakit Infeksi 25
4.1.5. Perumahan Sehat 27
4.1.6. Program Lintas Sektor 29
4.1.7. Riwayat PMBA (Pemberian Makanan Bayi dan Anak) 29
4.2. Hasil Univariat 20 Desa Kabupaten Bandung Barat 30
4.2.1. Karakteristik Sampel 30
4.2.2. Prevalensi Stunting 32
4.2.3. Status Gizi Sampel 32
4.2.4. Asupan Zat Gizi Sampel 34
4.3. Hasil Analisis Bivariat Riwayat Kehamilan dan BBL (Berat Badan Lahir) 35
4.4. Hasil Analisis Bivariat Riwayat Kehamilan dan PBL (Panjang Badan Lahir). 37
4.5. Hasil Analisis Bivariat Stunting Pada Periode Baduta 39
4.6. Hasil Analisis MULTIVARIAT 49
BAB V PEMBAHASAN 51
5.1. Status Gizi Sampel 51
5.1.1. Status gizi Menurut Indeks 51
5.1.2. Stunting Menurut Kelompok Umur 52
5.1.3. Berat Badan Lahir dan Panjang Badan Lahir 52
5.2. Asupan Zat Gizi Sampel dan Stunting 52
5.3. Faktor Determinan BBLR dan PBLR Periode Kehamilan 53
5.4. Faktor Determinan Stunting Periode Bayi dan Balita 54
5.4.1. Asupan Energi dan Zat gizi 54
5.4.2. Akses Pelayanan Kesehatan 54
5.4.3. Akses Perumahan Sehat 55
5.4.4. Akses Program Lintas Sektor 55
5.5. Analisis Multivariat Faktor Determinan Stunting Baduta 56
5.6. Kanalisasi Program Lintas Sektor 56
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN 57
6.1. Kesimpulan 57
6.2. Saran 57
REKOMENDASI 58
DAFTAR PUSTAKA 59

bappelitbangda

LAMPIRAN 60

bappelitbangda

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Kategori Status Gizi Anak 5
Tabel 2.2 Anjuran Kecukupan Energi dan Zat Gizi Anak 6
Tabel 3.1 Daftar 20 Desa Lokus Stunting 13
Tabel 4.1 Karakteristik Sampel 16
Tabel 4.2 Status Gizi Dan Asupan Gizi Sampel 18
Tabel 4.3 Riwayat Kelahiran dan Kehamilan 23
Tabel 4.4 Peringkat Desa Menurut Prevalensi Bumil Mengalami KEK 25
Tabel 4.5 Riwayat Sanitasi dan Hygiene 27
Tabel 4.6 Program Pemerintah 29
Tabel 4.7 Riwayat PMBA 29
Tabel 4.8 Data Prevalensi Stunting Baduta 32
Tabel 4.9 Hubungan Kenaikan BB Ibu Hamil dan BBL 35
Tabel 4.10 Hubungan Risiko KEK dan BBL 35
Tabel 4.11 Hubungan PMT KEK dan BBL 35
Tabel 4.12 Hubungan Konsumsi TTD dan BBL 36
Tabel 4.13 Hubungan Kepatuhan Konsumsi TTD dan BBL 36
Tabel 4.14 Hubungan Anemia dan BBL 36
Tabel 4.15 Hubungan ANC dan BBLR 37
Tabel 4.16 Hubungan Kenaikan BB Ibu Hamil dan PBL 37
Tabel 4.17 Hubungan Status KEK dan PBL 37
Tabel 4.18 Hubungan PMT KEK BUMIL dan PBL 38
Tabel 4.19 Hubungan Konsumsi TTD dan PBL 38
Tabel 4.20 Hubungan Kepatuhan Konsumsi TTD dan PBL 38
Tabel 4.21 Hubungan Anemia dan PBL 39
Tabel 4.22 Hubungan ANC dan PBL 39
Tabel 4.23 Hubungan Umur Anak dan Stunting 39
Tabel 4.24 Hubungan Antara Jenis Kelamin dan Stunting 40
Tabel 4.25 Hubungan Pemberian PMT Balita Kurus dan Stunting 40
Tabel 4.26 Hubungan Kunjungan Posyandu dan Stunting 40
Tabel 4.27 Hubungan Kenaikan BB Normal dengan Stunting 41
Tabel 4.28 Hubungan Kapsul Vitamin A dan Stunting 41
Tabel 4.29 Hubungan Imunisasi dan Stunting 41
Tabel 4.30 Hubungan Diare dan Stunting 42
Tabel 4.31 Hubungan ISPA dan Stunting 42
Tabel 4.32 Hubungan Sumber Air Minum dan Stunting 42

bappelitbangda

Tabel 4.33 Hubungan Jamban dan Stunting 43
Tabel 4.34 Hubungan Pembuangan Sampah dan Stunting 43
Tabel 4.35 Hubungan Ventilasi Rumah dan Stunting 43
Tabel 4.36 Hubungan Penerima JKN dan Stunting 44
Tabel 4.37 Hubungan KPM BANSOS PKH dan Stunting 44
Tabel 4.38 Hubungan Peserta Kelas Parenting dan Stunting 44
Tabel 4.39 Hubungan Pelayanan Ibu Nifas dan Stunting 45
Tabel 4.40 Hubungan Pemberian Kapsul Vitamin A (KVA) Pasca Persalinan dan Stunting 45
Tabel 4.41 Hubungan Peserta BKB Dan Stunting 45
Tabel 4.42 Hubungan Asi Ekslusif dan Stunting 46
Tabel 4.43 Hubungan Informasi Asi (MPASI) yang Tepat Dan Stunting 46
Tabel 4.44 Hubungan Asupan Energi BADUTA dan Stunting 46
Tabel 4.45 Hubungan Asupan Protein BADUTA dan Stunting 47
Tabel 4.46 Hubungan Asupan Lemak BADUTA dan Stunting 47
Tabel 4.47 Hubungan Asupan Karbohidrat BADUTA dan Stunting 47
Tabel 4.48 Hubungan Asupan Seng BADUTA dan Stunting 48
Tabel 4.49 Hubungan Asupan Zat Besi BADUTA dan Stunting 48
Tabel 4.50 Hubungan Asupan Vitamin A BADUTA dan Stunting 48
Tabel 4.51 Faktor Determinan Stunting Di Kabupaten Bandung Barat 49

bappelitbangda

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Penyebab Masalah Gizi 9
Gambar 3.1 Kerangka Kerja Kajian 12
Gambar 3.2 Kerangka Analisis 12
Gambar 4. 1 Peringkat Desa Menurut Tingkat Pendidikan Dasar (≤ SMP) Ayah Balita 17
Gambar 4.2 Peringkat Desa Menurut Tingkat Pendidikan Dasar (≤SMP) Ibu Balita 18
Gambar 4.3 Peringkat Desa Menurut Prevalensi Stunting 20
Gambar 4.4 Peringkat Desa Menurut Prevalensi Underweight (BB rendah dan sangat rendah) 20
Gambar 4.5 Peringkat Desa Menurut Prevalensi Wasting (gizi kurang dan buruk) 21
Gambar 4.6 Peringkat Desa Menurut Balita dengan Asupan Energi Kurang 22
Gambar 4.7 Peringkat Desa Menurut Balita dengan Asupan Protein Kurang .. 22
Gambar 4.8 Peringkat Desa Menurut Prevalensi BBLR 24
Gambar 4.9 Peringkat Desa Menurut Prevalensi Bumil Mengalami KEK 25
Gambar 4.10 Peringkat Desa Menurut Proporsi Balita Imunisasi Tidak Lengkap 27
Gambar 4.11 Peringkat Desa Menurut Proporsi RT Dengan Ventilasi Kurang . 28

bappelitbangda

BAB I
PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Berdasarkan data hasil Riskesdas tahun 2018, prevalensi stunting balita (0-5 tahun) di Indonesia sebesar 30,8% dan sebesar 29,9% pada kelompok baduta (0-2 tahun), keduanya masih di atas *cut off public health problem WHO* (20%) dan masih di atas target nasional sebesar 19,4%. Masih tingginya prevalensi stunting tersebut, telah mendorong pemerintah untuk menjadikan agenda penurunan prevalensi stunting sebagai agenda prioritas pembangunan nasional. Sehingga telah dicanangkan pada akhir RPJMN IV (tahun 2024), prevalensi stunting menurun hingga 14% (Perpres, 2021).

Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 prevalensi status gizi anak balita pendek dan sangat pendek di Jawa Barat sebesar 31,1% menurun bila dibandingkan dengan data Riskesdas tahun 2013 di Jawa Barat yaitu 35,3%. Menurut hasil pemantauan status gizi (PSG) 2017 di Jawa Barat, prevalensi status gizi anak balita pendek dan sangat pendek sebesar 29,6%.

Menurut hasil Pemantauan Status Gizi (PSG) tahun 2017, prevalensi masalah gizi balita di Provinsi Jawa Barat yang tergolong akut sebesar 6,4% dan prevalensi masalah gizi kronis sebesar 28,7%. Sedangkan di Kabupaten Bandung Barat prevalensi masalah gizi akut sebesar 8,2%, dan masalah gizi kronis sebesar 34,1% (lebih tinggi dari prevalensi masalah gizi kronis di Jawa Barat).

Prevalensi stunting di Kabupaten Bandung Barat tergolong cukup tinggi, termasuk 6 kabupaten tertinggi dari 27 kabupaten/kota di Provinsi Jawa Barat. Prevalensi stunting tertinggi terdapat di Kabupaten Garut sebesar 43,1% dan terendah di Kota Depok sebesar 14,9%. Prevalensi stunting di Kabupaten Bandung Barat yaitu kelompok baduta sebesar 30,16% dan kelompok balita sebesar 36,69% (Riskesdas, 2018). Menurut Surat Keputusan Bupati Kabupaten Bandung Barat Nomor*188.45/Kep.288-Bappelitbangda/*2021, terdapat 20 desa yang menjadi lokus penanganan khusus masalah gizi stunting di tahun 2022.

Dalam upaya merealisasikan target tersebut di atas, telah dilakukan berbagai upaya skala makro melalui strategi aksi konvergensi penurunan stunting nasional. Hal tersebut dilakukan mengingat bahwa permasalahan stunting, itu terjadi akibat belum membaiknya kondisi sosial ekonomi di bagian hulu untuk dapat mendukung perbaikan status kesehatan dan gizi masyarakat di bagian hilir. Selain kondisi sosial ekonomi, permasalahan stunting diperparah dengan terbatasnya dukungan infrastruktur dan kondisi geografis, yang menyebabkan suplai pelayanan dasar yang disediakan oleh pemerintah, tidak sepenuhnya dimanfaatkan oleh masyarakat.

Kabupaten Bandung Barat merupakan kabupaten dengan disparitas kondisi sosial ekonomi yang tinggi, karena wilayah terdiri atas daerah perkotaan dan pedesaan, daerah industri terutama pariwisata alam, industri perkebunan dan pertanian rakyat, infrastruktur pendidikan tinggi masih sangat terbatas serta pemanfaatan akses pelayanan kesehatan dan pembangunan lain masih belum merata, karena sebaran penduduk yang luas dan hambatan kondisi geografis.

Permasalahan stunting telah menjadi salah satu perhatian utama pembangunan di Kabupaten Bandung Barat, sehingga sejak kebijakan pemerintah pusat melalui prioritas kabupaten/kota lokus stunting digulirkan pada tahun 2016,

bappelitbangda

Pemerintah Daerah Kabupaten Bandung Barat pada tahun 2017, telah melakukan persiapan pemetaan desa prioritas lokus stunting. Sehingga pada tahun 2018, 2019, 2020, 2021 dan 2022 telah ditetapkan prioritas desa lokus stunting dan urutan prioritas desa lokus stunting di Kabupaten Bandung Barat.

Penanggulangan masalah stunting pada balita membutuhkan strategi penanganan yang tepat yang disesuaikan sesuai dengan karakteristik spesifik kondisi yang dimiliki wilayah lokus. Sementara ini strategi penanganan stunting mengacu pada strategi dan kebijakan nasional yang lebih bersifat makro dan fungsi sektoral (*Top-Down approach*). Untuk menghasilkan efektifitas dalam penanganan stunting juga diperlukan pendekatan mikro yang berbasis kebutuhan kapasitas keluarga yang ada di desa (*Bottom-Up approach*).

Permasalahan penerapan *Top-Down approach* banyak berkaitan dengan koordinasi, integrasi dan harmonisasi program sektoral yang berorientasi pada penanganan stunting. Sedangkan disisi lain *Bottom-Up approach* membutuhkan identifikasi faktor determinan mikro keluarga, agar diperoleh apa yang menyebabkan hambatan pemenuhan gizi balita, baik berupa asupan zat gizi maupun pelayanan kesehatan dan pelayanan dasar lainnya. Kedua hal tersebut membutuhkan kapasitas akses (*demand side*) terhadap setiap aspek suplai makro sektoral (*supply side)*. Dengan demikian *Demand side empowerement*, menjadi faktor penting yang dapat melengkapi strategi aksi konvergensi penurunan stunting. Sehingga untuk memadukan strategi tersebut, membutuhkan data kondisi mikro spesifik keluarga.

Selanjutnya untuk memastikan faktor determinan stunting pada skala mikro keluarga, perlu melakukan survei ketahanan gizi keluarga dan kapasitas keluarga untuk mengakses suplai pelayanan kesehatan dan sektor lain yang ada disekitarnya.

1.2. Rumusan Permasalahan

Pemerintah Kabupaten Bandung Barat telah secara konsisten setiap tahun (sejak tahun 2018) menetapkan lokus desa prioritas penanganan stunting. Selanjutnya Pemda dan satuan organisasi/perangkat daerah, telah menindaklanjuti dengan melaksanakan aksi konvergensi penanganan stunting di wilayah desa lokus. Namun demikian program aksi konvergensi dengan pendekatan spesifik dan sensitif, belum benar-benar mengacu pada situasi dan kondisi yang dialami desa lokus karena belum pernah dilakukan kajian di tingkat mikro pada keluarga balita stunting. Lebih lanjut karena masalah stunting termasuk kedalam bentuk masalah gizi kronis dan faktor penyebab langsung adalah akibat dari asupan zat gizi yang kurang dan seringnya mengalami infeksi penyakit berulang, serta beberapa faktor penyebab tidak langsung lainnya, maka dibutuhkan kajian gizi dengan menggunakan basis data primer.

1.3. Tujuan Kajian

1. Tujuan Umum

Mendapatkan gambaran identifikasi faktor-faktor determinan stunting baduta sampel pada 20 Desa Lokus di Kabupaten Bandung Barat.

2. Tujuan Khusus

a. Mengetahui profil keluarga balita stunting dan non stunting baduta sampel.

balitbangda

b. Mengetahui gambaran pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh keluarga baduta sampel.
c. Mengetahui gambaran riwayat faktor risiko stunting baduta sampel.
d. Mengetahui gambaran riwayat status gizi baduta sampel.
e. Mengetahui gambaran suplai pelayanan (makro) yang tersedia di desa.
f. Mengetahui determinan faktor mikro keluarga yang berhubungan dengan kejadian stunting pada balita sampel.
g. Mengetahui faktor determinan kapasitas akses keluarga terhadap suplai pelayanan makro yang berhubungan dengan kejadian stunting pada balita sampel.
h. Menghasilkan rekomendasi strategi penanganan stunting skala mikro keluarga yang terkoneksi dengan strategi konvergensi penanganan stuting di skala makro daerah.

1.4. Manfaat Kajian

1. Hasil kajian dapat memberikan gambaran angka prevalensi stunting di tingkat desa lokus.
2. Hasil kajian dapat dipergunakan oleh pihak terkait untuk mengetahui profil keluarga baduta stunting.
3. Hasil kajian dapat dipergunakan oleh Bappelitbangda sebagai dasar dalam perencanaan aksi konvergensi penanganan stunting di wilayahnya.
4. Hasil kajian dapat dipergunakan oleh pihak sektor terkait sebagai data pendukung menetapkan strategi penanganan stunting.

bappelitbangda

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Kelompok Baduta

Balita adalah istilah digunakan untuk sebutan bagi kelompok penduduk usia 0-5 tahun. Kelompok penduduk usia balita selanjutnya disebut balita, merupakan salah satu periode usia yang paling rawan terhadap berbagai masalah gizi dan kesehatan. Kelompok Balita berdasarkan usia dapat dikelompokkan lagi menjadi kelompok bayi (usia di bawah 1 tahun), kelompok baduta (usia di bawah 2 tahun), kelompok batita (usia di bawah 3 tahun) dan kelompok balita (usia di bawah 5 tahun).

Pengelompokkan tersebut di atas, dilakukan untuk mendapatkan gambaran jumlah sasaran, juga gambaran kualitas tingkat perkembangan berdasarkan milestone pertumbuhan dan perkembangan, agar dapat ditentukan apakah seorang balita telah mengalami pertumbuhan dan perkembangan sesuai usianya dengan baik atau tidak.

Pada pengelompokkan usia berdasarkan risiko stunting, telah disepakati secara global bahwa *golden pheriod* atau periode emas adalah 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK). Periode emas ini terdiri atas 9 bulan masa kehamilan dan 2 tahun masa baduta.

Periode ini berdasarkan hasil berbagai riset global telah disepakati menjadi periode yang sangat dinamis sekaligus *vulnerable*, terjadinya pertumbuhan dan perkembangan cepat yang apabila didukung oleh pemenuhan gizi, kesehatan dan stimulasi pertumbuhan dan perkembangan yang baik akan menghasilkan baduta yang sehat dengan pertumbuhan linear yang normal, sebaliknya apabila tidak terpenuhi kebutuhan gizi, kesehatan dan stimulasi psikomotor yang menyebabkan stunting atau lebih pendek dari usianya.

2.2. Pertumbuhan dan Perkembangan Baduta

Pertumbuhan baduta sebagai gambaran pertambahan jumlah dan ukuran sel sesuai dengan usianya, sehingga pertumbuhan dicerminkan dengan pertumbuhan linear tubuh menggunakan metode antropometri.

Perkembangan baduta sebagai gambaran dinamika yang terjadi pada periode baduta meliputi aspek intelektual, psikologis, psiko-sosial dan perkembangan motorik. Berdasarkan beberapa hasil riset terdahulu terdapat kaitan antara pertumbuhan linear dan perkembangan, sehingga penggunaan indikator pertumbuhan linear seperti panjang badan atau tinggi badan menurut umur, berat badan menurut umur, tinggi badan menurut umur digunakan sebagai indikator *stunting, underweight dan wasting*.

2.3. Status Gizi Baduta

Status gizi baduta merupakan salah satu indikator keadaan kesehatan anak yang terbentuk sebagai hasil interaksi antara asupan zat gizi, penggunaannya oleh tubuh serta keadaan perkembangan kesakitan terutama oleh penyakit infeksi.

Status gizi baduta dinilai menggunakan berbagai indikator langsung yaitu antropometri, klinis, biologis dan indikator tidak langsung berdasarkan konsumsi pangan.

bahanpelitabangsa

Status gizi baduta apabila dinilai berdasarkan indikator antropometri biasanya menggunakan Lingkar Kepala menurut umur (LK), Lingkar Lengan Atas menurut umur (LLA), Panjang Badan menurut umur (PB/U), Berat Badan menurut Umur (BB/U), dan Tinggi Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB).

Penilaian status gizi secara antropometri menggunakan alat timbangan injak digital dengan tingkat ketelitian minimal 100 gram atau 0,1 Kg dan alat ukur panjang badan menggunakan *infantometer length-board* dengan ketelitian minimal 1 milimeter atau 0,1 centimeter. Hasil pengukuran (PB/U, BB/U dan BB/TB) selanjutnya dibandingkan dengan standar WHO, sehingga diperoleh nilai konversi z-skor untuk masing-masing baduta.

Kategorisasi status gizi dilakukan untuk mendapatkan status stunting (PB/U), underweight (BB/U), dan wasting (BB/PB). Ambang batas untuk menentukan kategori masalah gizi individual berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2 Tahun 2020 tentang Standar Antropometri Anak, yaitu :

Tabel 2.1 Kategori Status Gizi Anak

Jenis Status Gizi	Kategori	Ambang Batas
Stunting	Sangat pendek	<- 3,00 SD
	Pendek	-3,00 SD s.d < -2,00 SD
	Normal	-2,00 SD s.d + 3,00 SD
	Tinggi	>+ 3,00 SD
Underweight	Berat badan sangat kurang	<- 3,00 SD
	Berat badan kurang	-3,00 SD s.d < -2,00 SD
	Berat badan normal	-2,00 SD s.d + 1,00 SD
	Berat badan lebih	>+ 3,00 SD
Wasting	Gizi buruk	<- 3,00 SD
	Gizi kurang	-3,00 SD s.d < -2,00 SD
	Gizi baik	-2,00 SD s.d + 1,00 SD
	Beresiko gizi lebih	>+1,00 SD s.d. + 2,00 SD
	Gizi lebih	>+2,00 SD s.d. +3,00 SD
	Obesitas	>+3,00 SD

Sumber : Permenkes Nomor 2 Tahun 2021

Stunting merupakan kondisi gagal tumbuh pada anak balita akibat kekurangan gizi kronis terutama pada 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) disertai terjadinya infeksi berulang. Seorang anak tergolong stunting apabila panjang badan atau tinggi badan menurut umur lebih rendah dari standar nasional.

Penilaian magnitude stunting di komunitas digunakan untuk menentukan tingkat keparahan suatu wilayah mengalami masalah stunting. Berdasarkan WHO (2019), prevalensi stunting suatu wilayah dikategorikan berdasarkan nilai ambang batas sebagai masalah kesehatan masyarakat menjadi :

a. Sangat tinggi, jika prevalensi stunting ≥ 30%
b. Tinggi, jika prevalensi stunting ≥ 20% – <30%
c. Sedang, jika prevalensi stunting ≥ 10% – <20%
d. Rendah, jika prevalensi stunting ≥ 2,5% - <10%
e. Sangat Rendah, jika prevalensi stunting < 2,5 %

Perpustakaan Unja

2.4. Faktor – Faktor Stunting Baduta

2.4.1. Asupan Zat Gizi

a. Asupan Energi dan Zat Gizi Makro

(1) Asupan energi

Keseimbangan asupan energi memberikan gambaran sampai sejauh mana konsumsi makanan dan minuman sehari-hari memenuhi kebutuhan anak untuk tumbuh dan berkembang. Keseimbangan energi positif menunjukkan bahwa asupan zat gizi mencukupi, sebaliknya apabila asupan energi negatif menunjukkan bahwa berisiko terjadinya kekurangan energi kronis.

(2) Asupan Protein

Keseimbangan asupan protein memberikan gambaran sampai sejauh mana konsumsi makanan dan minuman sehari-hari memenuhi kebutuhan anak untuk tumbuh dan berkembang. Keseimbangan protein positif menunjukkan bahwa asupan zat gizi mencukupi, sebaliknya apabila asupan protein negatif menunjukkan bahwa berisiko terjadinya kekurangan energi kronis dan gangguan sintesis berbagai substansi pertumbuhan dan perkembangan termasuk komponen sistem kekebalan tubuh.

(3) Asupan Zat Gizi Mikro

Keseimbangan asupan zat gizi mikro (seperti zinc, zat besi dan vitamin A) memberikan gambaran sampai sejauh mana konsumsi makanan dan minuman sehari-hari memenuhi kebutuhan anak untuk tumbuh dan berkembang. Keseimbangan zat gizi makro positif menunjukkan bahwa asupan zat gizi mencukupi, sebaliknya apabila asupan zat gizi mikro negatif menunjukkan bahwa berisiko terjadinya gangguan sintesis berbagai substansi pertumbuhan dan perkembangan termasuk komponen sistem kekebalan tubuh.

Berikut gambaran kebutuhan energi dan zat gizi makro dan mikro berdasarkan pendekatan Angka Kecukupan Gizi (AKG) pada tabel 2.2.

Tabel 2.2 Anjuran Kecukupan Energi dan Zat Gizi Anak

Usia Anak (bulan)	Energi (kcal)	Protein (g)	Zinc (mg)	Zat Besi (mg)	Vitamin A (µg)
6-11	800	15	3	11	400
12-18	1.350	20	3	7	400
19-24	1.350	20	3	7	400

Sumber: Permenkes Nomor 28 Tahun 2019

2.4.2. Pendidikan orang tua

Tingkat pengetahuan orang tua balita merupakan aspek penting dan menentukan yaitu sebagai faktor input dalam praktek perilaku pola asuh gizi kepada balita. Salah satu faktor utama kemampuan orang tua dalam menerima berbagai informasi termasuk informasi pola asuh baduta,

bappeda

kemudian dirubah menjadi perubahan sikap dan menggunakannya dalam praktek pola asuh gizi adalah tingkat pendidikan. Orang tua dengan tingkat pendidikan menengah dan tinggi akan lebih cepat dan mampu menerapkan menjadi perilaku nyata, sebaliknya orang tua dengan pendidikan kurang atau dasar, membutuhkan proses penyerapan yang lebih lama dan membutuhkan banyak contoh terlebih dahulu (meniru) sebelum menerapkan secara mandiri. Pendidikan orang tua juga memberikan pengaruh terhadap kemampuan memilih bahan makanan selain daya beli. Kemampuan lainnya yang dipengaruhi tingkat pendidikan adalah menyadari terjadinya gangguan kerawanan pangan dan melakukan proses koping untuk menentukan prioritas anggota keluarga yang paling beresiko.

2.4.3. Daya beli atau tingkat ekonomi

Kemampuan daya beli keluarga merupakan faktor yang turut menentukan terhadap penyediaan bahan makanan dalam keluarga dan faktor ini bersama-sama dengan faktor pendidikan menentukan dalam pemilihan jenis bahan makanan. Kemampuan daya beli diimbangi dengan kemampuan koping pada saat terjadinya penurunan daya beli, akan sangat membantu untuk memilih bahan makanan relatif bergizi dengan harga yang lebih murah. Daya beli atau keadaan tingkat ekonomi keluarga, secara tidak langsung menggunakan informasi keluarga sasaran JKN (jaminan kesehatan keluarga) atau Jamkesda atau sasaran program PKH.

2.4.4. Pemanfaatan pelayanan gizi

Program gizi terdiri atas berbagai program yang dikembangkan untuk menangani berbagai masalah gizi : balita stunting, balita kurus dan balita gizi buruk, ibu hamil KEK, ibu hamil anemia, kekurangan vitamin A dan gangguan akibat kekurangan yodium serta edukasi gizi untuk sasaran kegemukan dan berbagai penyakit degeneratif.

Program gizi diberikan dalam bentuk program pelayanan dan program pembinaan manajemen gizi. Program pelayanan gizi yang berkaitan dengan masalah balita stunting yaitu pemantauan pertumbuhan, pemberian makanan tambahan bagi balita kurus dan gizi buruk, pemberian kapsul vitamin A, pemberian zat besi, edukasi ASI ekskluif, MP-ASI dan makanan gizi seimbang, pengendalian ibu hamil KEK, ibu hamil anemia, pemeriksaan Ante Natal Care (ANC), serta pelayanan bayi dengan BBLR dan bayi lahir pendek.

Pelayanan gizi di atas dapat diakses di posyandu dan fasilitas kesehatan. Kemampuan keluarga dalam mengakses pelayanan kesehatan yang ada di wilayahnya, akan meningkatkan ketahanan keluarga terhadap risiko stunting dan sebaliknya

2.4.5. Penyakit Infeksi

a. Keadaan sanitasi & perumahan sehat

Kejadian stunting pada balita selain disebabkan oleh rendahnya asupan zat gizi, juga akibat seringnya balita mengalami sakit terutama penyakit infeksi. Penyakit infeksi yang paling banyak diderita balita adalah

bappelitbangda

infeksi saluran pernapasan atau ISPA dan infeksi saluran pencernaan terutama Diare.

Penyakit ISPA sering dialami balita akibat buruknya kondisi udara, pencahayaan, kelembaban dan kepadatan dalam rumah. Meningkatnya *bacterial atau viral load*, meningkatkan risiko anak mengalami ISPA. Buruknya ketersediaan sumber air bersih, kepemilikan jamban dan pembuangan limbah menentukan kualitas lingkungan hidup dimana balita tinggal.

b. Pemanfaatan pelayanan kesehatan

Pelayanan kesehatan yang berdampak terhadap stunting adalah pelayanan masa kehamilan dan pelayanan masa bayi dan baduta. Pada masa kehamilan meliputi cakupan imunisasi, cakupan PMT bumil KEK, cakupan tablet tambah darah, cakupan pelayanan ANC. Pada masa persalinan meliputi : pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan dan kejadian BBLR dan balita lahir pendek. Pada masa bayi meliputi : edukasi IMD, ASI eksklusif, imunisasi, MP-ASI, edukasi gizi seimbang.

2.5. Strategi Penanganan Stunting

1. Pendekatan Aksi Konvergensi

Stunting merupakan salah satu bentuk masalah kekurangan gizi makro secara langsung akibat defisiensi energi dan protein yang kronis disertai seringnya mengalami gangguan penyakit infeksi dan bersifat *intergenerasional*. Stunting termasuk masalah gizi yang penyebabnya paling multi-faktor, multi-disiplin dan multi-sektoral, sehingga penanganannya memerlukan kolaborasi kemitraan dengan kualitas integrasi yang tinggi baik di tingkat pengambil kebijakan maupun di tataran pelaksanaan. Pemerintah melalui Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2021 tentang Percepatan Penurunan Stunting telah menetapkan bahwa strategi nasional percepatan penurunan stunting dilakukan melalui aksi konvergensi dengan menggunakan pendekatan keluarga beresiko stunting.

Percepatan penurunan stunting dilakukan melalui Aksi Konvergensi sebagai aksi intervensi yang dilakukan secara terkoordinasi, terpadu, dan bersama-sama mensasar kelompok sasaran prioritas yang tinggal di desa melalui 5 pilar yaitu (1) komitmen (2) kampanye nasional (3) konvergensi (4) ketahanan pangan (5) monitoring dan evaluasi serta 8 langkah aksi konvergensi yaitu : (1) analisa situasi (2) rencana kegiatan (3) rembuk stunting (4) peraturan daerah (5) pembinaan kader pembangunan manusia (6) sistem manajemen data (7) pengukuran dan publikasi data stunting dan (8) reviu kinerja.

2. Pendekatan Gizi

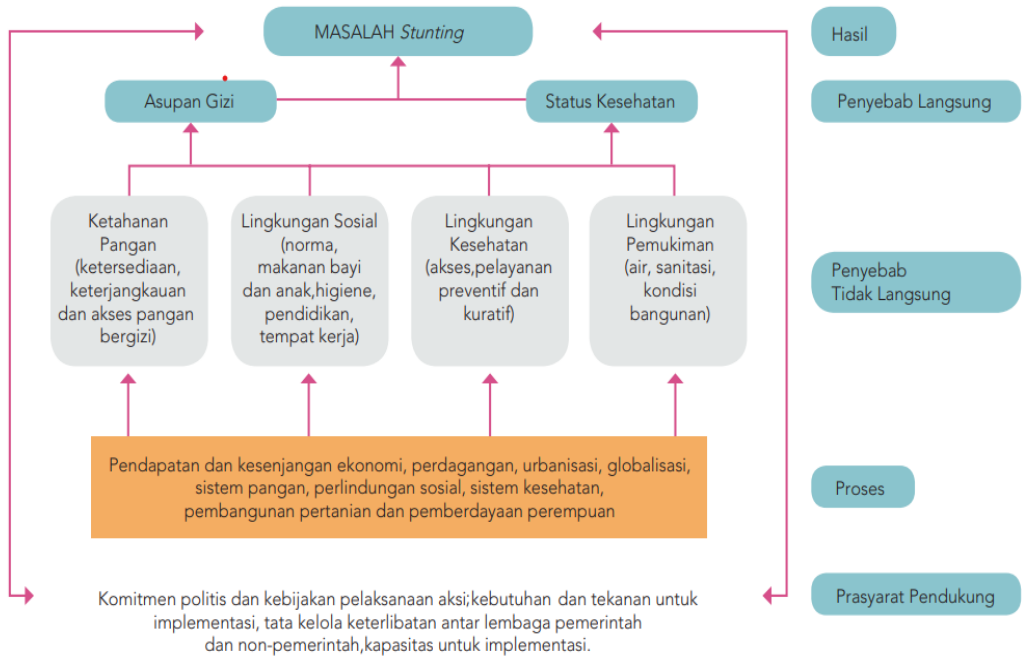
Pendekatan intervensi penurunan stunting dilakukan melalui intervensi gizi spesifik dan gizi sensitif. Intervensi gizi spesifik merupakan kegiatan yang langsung menangani terjadinya stunting melalui strategi perbaikan asupan zat gizi, pemantauan pertumbuhan, pengendalian penyakit infeksi dan kesehatan lingkungan. Sedangkan intervensi gizi sensitif merupakan kegiatan penanganan stunting melalui upaya tidak langsung, sehingga upaya ini dilakukan oleh sektor non kesehatan seperti penyediaan air bersih, ODF,

babelibanga

penanggulangan kemiskinan, pemberdayaan perempuan, kelas parenting, kawasan rumah pangan lestari, bina keluarga balita di kampung KB, program peningkatan kualitas hidup (PKH) dll.

Kerangka kerja penanganan stunting mengacu pada kerangka penyebab masalah stunting. Faktor langsung yang berpengaruh terhadap masalah stunting yaitu faktor asupan zat gizi dan status kesehatan. Status gizi sendiri memiliki hubungan timbal balik dengan status kesehatan, artinya status gizi dapat dipengaruhi oleh status kesehatan, demikian sebaliknya status kesehatan dapat juga dipengaruhi oleh status gizi.

Banyak faktor yang dapat mempengaruhi asupan zat gizi yaitu (1) ketahanan pangan keluarga, (2) lingkungan sosial, (3) lingkungan kesehatan dan (4) lingkungan pemukiman.

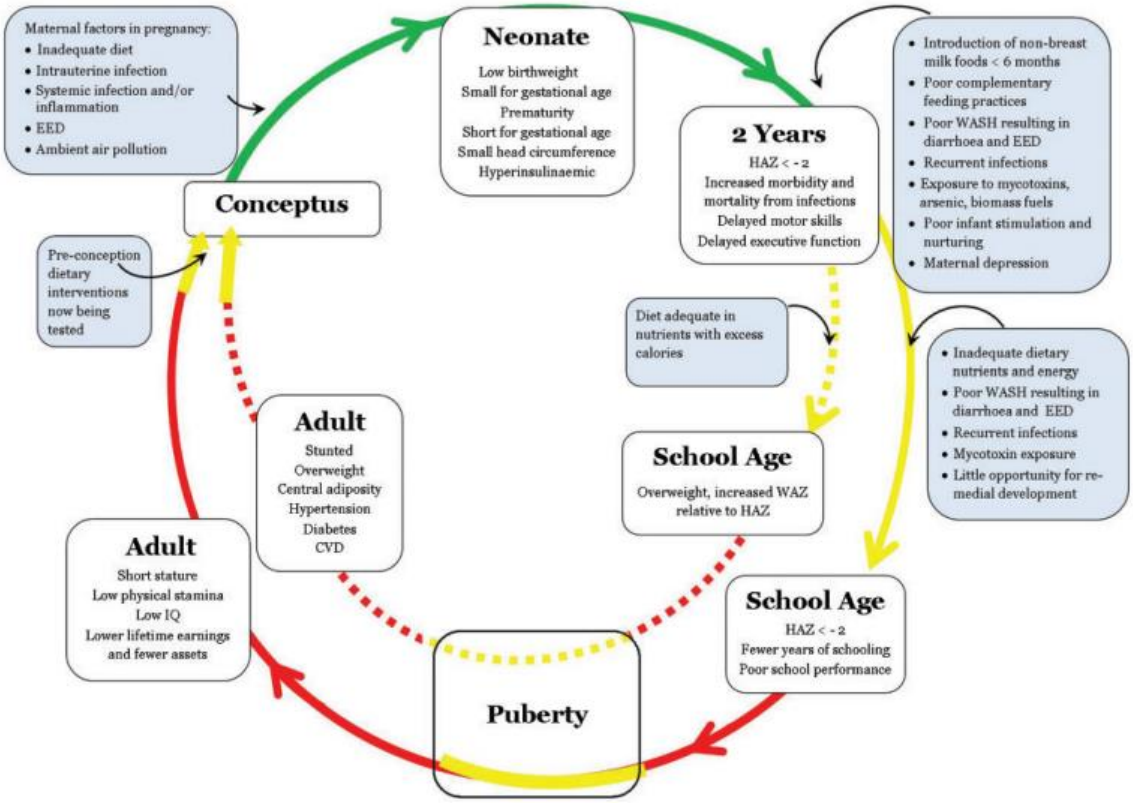


Sumber: UNICEF 1997; IFPRI, 2016; BAPPENAS 2018, disesuaikan dengan konteks Indonesia

Gambar 2.1 Kerangka Penyebab Masalah Gizi

3. Sindroma Stunting

Stunting dimulai masa janin dalam kandungan, berlanjut hingga usia 2 tahun. Periode ini merupakan periode kritis sehingga menjadi periode *window of opportunity* untuk berbagai intervensi. Stunting tidak hanya terbatas pada pertumbuhan linear pendek, tetapi manifestasi yang ditimbulkannya. Sindroma stunting merupakan efek dari kejadian stunting terhadap munculnya berbagai perubahan patologis yang dialami anak. Periode konsepsi, neonatus dan baduta (panah warna hijau) merupakan *golden pheriod* yaitu periode paling memungkinkan dilakukannya penanganan stunting saat kehamilan dan pasca persalinan hingga usia 2 tahun sebagai 1000 HPK. Secara garis besar terdapat 2 (dua) proximal determinan stunting yaitu defisiensi zat gizi dan terjadinya infeksi yang berulang.



Gambar 2.2 Sindroma Stunting Dalam Siklus Kehidupan

4. Strategi Kanalisasi

Kanalisasi merupakan proses pemecahan masalah dalam pelaksanaan aksi konvergensi akibat dari belum terbentuknya struktur visi kolaborasi. Penanganan atau penurunan stunting membutuhkan keterlibatan sebanyak mungkin program (gizi spesifik) dan sektor (gizi sensitif), untuk menghasilkan efektifitas yang tinggi.

Strategi penurunan stunting dengan melibatkan banyak program dan sektor, di satu sisi akan menghasilkan potensi sumber daya input dan proses yang semakin banyak dan meningkat, namun di sisi lain dapat juga menjadi kendala apabila kebutuhan koordinasi dan sinergitas tidak dikelola dengan baik, karena akan menghabiskan waktu dan mengurangi efektifitas.

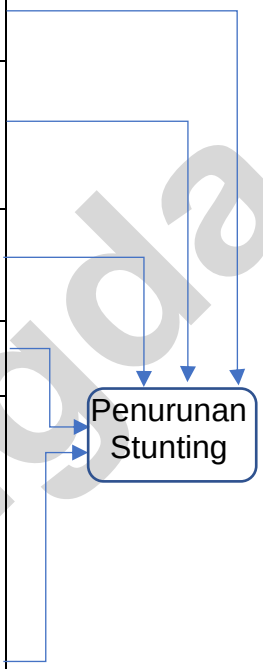
Setiap program dan sektor telah memiliki indikator dan target yang harus dicapai sesuai tupoksinya, sehingga hampir sulit untuk meminta indikator stunting dan indikator faktor determinan stunting menjadi bagian indikator program dan sektor. Sehingga diperlukan saluran tambahan yang dapat menyatukan antara indikator program dan sektor dengan indikator stunting. Proses membuat saluran baru yang dapat menyatukan atau mengalirkan dampak capaian program dan sektor menuju indikator stunting penulis sebut sebagai Kanalisasi.

Berikut ini indikatior kanalisasi dilakukan pada beberapa contoh program gizi spesifik dan gizi sensitif :

kampelitbang

Tabel 2.3 Indikator Kanalisasi Program Gizi Spesifik dan Gizi Sensitif

Program	*Target*	*Indikator Kanalisasi pada kelompok berisiko*	*Faktor Determinan*	*Masalah Gizi*
Imunisasi Dasar	Cakupan Imunisasi	Perbaikan respon imun	Kejadian infeksi	
Distribusi Kapsul Vitamin A	Cakupan Vitamin A	Peningkatan kadar Vitamin A darah	Kejadian infeksi ISPA/diare	
PMT Bumil KEK	Cakupan PMT Bumil KEK	Kenaikan BB bumil	Panjang Lahir	
Distribusi TTD	Cakupan TTD Bumil	Kenaikan kadar HB	Berat Lahir	
PAUD	Cakupan PAUD	Pola makan seimbang	Asupan Gizi	
BKB	Cakupan BKB	Pola asuh balita membaik		
PMT Balita Gizi Kurang	Cakupan PMT-Balita	Peningkatan sumbangan zat gizi makro dan mikro		
PKH	Cakupan PKH	Peningkatan akses ekonomi pangan (daya beli)		
KRPL	Cakupan Desa KRPL	Peningkatan ketahanan pangan keluarga		



bappeda banga

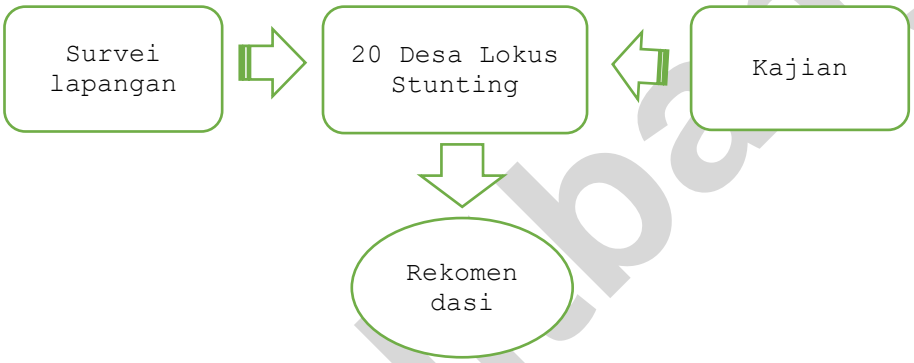
BAB III
METODE

3.1. Desain

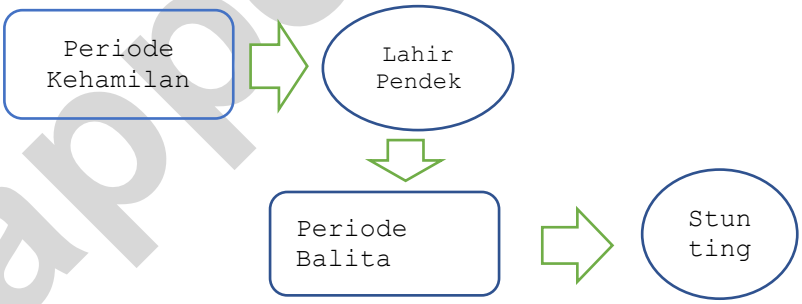
Desain yang digunakan dalam kajian ini adalah survei lapangan. Rancangan penelitian ini digunakan untuk memperoleh gambaran keadaan variabel stunting dan variabel determinan stunting sebagaimana keadaan senyatanya. Desain survei ini dipilih selain untuk mengidentifikasi faktor determinan stunting di wilayah lokus, juga memberikan tambahan data gambaran *magnitude* prevalensi stunting. Beberapa data utama dikumpulkan meliputi data status gizi, data asupan zat gizi, dan data sosial-ekonomi.

3.2. Kerangka Kerja Kajian

Kerangka kerja yang digunakan untuk melaksanakan survei kajian dapat digambarkan sebagai berikut :



Gambar 3.1 Kerangka Kerja Kajian



Gambar 3.2 Kerangka Analisis

Kajian dilakukan terhadap 20 desa lokus stunting menggunakan data mikro keluarga yang dikumpulkan survei luring dan data makro wilayah yang dikumpulkan secara daring menghasilkan rekomendasi penanganan balita stunting.

bappelitbangda

Hipotesis :

1. Ada hubungan faktor-faktor determinan kesehatan ibu hamil dan panjang lahir bayi
2. Ada hubungan faktor-faktor determinan kesehatan baduta dan status gizi baduta

3.3. Petugas Surveyor

Susunan tim survei terdiri dari Ketua Tim, Sekretaris Tim, Pengolah Data dan surveyor lapangan. Surveyor lapangan merupakan tenaga profesional yang memiliki kemampuan dalam pengukuran antropometri dan penilaian status gizi serta survei konsumsi makanan dan data sosial-ekonomi lainnya.

3.4. Lokasi Survei

Lokasi survei dipilih secara purposive berdasarkan 20 desa lokus stunting tahun 2022 (Keputusan Bupati Bandung Barat Nomor 188.45/Kep.288-Bappelitbangda/2021). Lokasi ini dipilih karena diharapkan hasil kajian berbasiskan data survei, dapat digunakan sebagai masukan dalam pengembangan strategi intervensi pada 20 desa lokus stunting.

Tabel 3.1 Daftar 20 Desa Lokus Stunting

No	Kecamatan	Puskesmas	Jumlah Desa	Nama Desa
1.	Rongga	1. Rongga	3 Desa	Bojong,Cinengah,Sukaresmi
2.	Gunung Halu	2. Gunung Halu	1 Desa	Wargasaluyu
3.	Cililin	3. Cililin	2 Desa	Batulayang, Karangganyar
4.	Cihampelas	4. Cihampelas, 5. Pataruman	6 Desa	Singajaya, Tanjungwangi, Champelas, Mekarmukti, Tanjungjaya, Mekarjaya
5	Cipongkor	6. Citalem	4 Desa	Neglasari, Cicangkang Hilir, Sukamulya, Citalem
6.	Batujajar	7. Batujajar	1 Desa	Galanggang
7	Cipatat	8. Rajamandala	1 Desa	Mandalawangi
8	Cisarua	9. Cisarua	1 Desa	Kertawangi
9	Cipeundeuy	10. Cirata	1 Desa	Sirnagalih

Sumber: Keputusan Bupati Kabupaten Bandung Barat, 2021

3.5. Populasi dan Sampel

3.5.1. Populasi

Populasi target adalah seluruh balita usia 6 bulan sampai 24 bulan (Baduta) yang ada di 20 desa lokus stunting yaitu diasumasikan rata-rata 250 baduta/desa atau seluruhnya 5.000 baduta.

3.5.2. Sampel

Sampel survei ini terdiri dari (1) 2 RW sebagai kluster dan (2) sampel baduta atau keluarganya sebagai unit pengamatan. Kriteria inklusi sampel baduta yaitu sebagai berikut :

a. Balita usia 6-24 bulan
b. Jenis kelamin laki-laki dan perempuan
c. Status gizi stunting dan non stunting
d. Anak kandung

bappelitbangda

Sedangkan kriteria ekslusi yaitu sebagai berikut :

a. Balita sedang dalam keadaan sakit
b. Keluarga tidak bersedia sebagai sampel

Responden survei terdiri dari (1) responden keluarga baduta sampel yaitu ibu balita, sedangkan (2) responden wilayah desa : kepala desa, bidan desa dan kader KPM (3) responden wilayah kecamatan : camat dan kepala puskesmas.

3.6. Perhitungan Jumlah Sampel

Rumus perhitungan sampel yang digunakan untuk mendapatkan jumlah sampel minimal berdasarkan rumus finit survei satu populasi (Lameshow dan David, 1997) sebagai berikut :

$$n = \frac{Z^2_{\alpha/2} \times N \times p\,(1-p)}{d^2 N + (Z2\alpha/2 \times p(1-p)}$$

$$= \frac{(1{,}96)^2 \times 250 \times 30\%\,(1-30\%)}{(10\%)^2 \times N + (1{,}96^2 \times 30\%\,(1-30\%)}$$

$$= 201{,}684/6{,}4$$

$$= 31{,}5 \sim 32/\text{desa atau seluruhnya } 640 \text{ baduta}$$

Ket : α=5% (taraf kesalahan)
p=30% (prevalensi stunting di Kab. Bandung Barat)
d=10% (taraf penyimpangan)
N=250 (populasi baduta/desa)

3.7. Teknik Pengambilan Sampel

Pengambilan sampel dilakukan secara bertahap yaitu sebagai berikut :

a. Pemilihan 2 kluster RW/desa dilakukan secara purposive berdasarkan penetapan oleh puskesmas.
b. Pemilihan baduta sampel dilakukan dengan menggunakan teknik survei cepat (sirkuler-spiral)

3.8. Jenis dan Cara Data Yang Dikumpulkan

A. Data Primer meliputi:
   1. Status gizi dikumpulkan secara langsung menggunakan timbangan injak digital dan lengthboard.
   2. Asupan zat gizi (energi, protein, karbohidrat, lemak, zinc, zat besi dan vitamin A) dikumpulkan langsung dengan wawancara oleh enumerator menggunakan metode *recall* 1 x 24 jam dan *semiquantitative-food frequency questionnaire*.
   3. Riwayat kehamilan dan kelahiran dikumpulkan dengan wawancara menggunakan kuesioner
   4. Riwayat pemanfaatan pelayanan kesehatan dengan wawancara menggunakan kuesioner
   5. Riwayat pemanfaatan pelayanan non kesehatan dikumpulkan dengan wawancara menggunakan kuesioner.

bappelitbangda

6. Riwayat kesakitan dikumpulkan dengan wawancara menggunakan kuesioner.
7. Data cakupan pelayanan kesehatan dikumpulkan dengan angket google form.
8. Data ketersediaan pelayanan lintas sektor dikumpulkan dengan angket google form.

B. Data Sekunder meliputi :
   (1) Nama 20 desa lokus stunting
   (2) RW terpilih dari puskesmas

3.9. Pengolahan

a. Data status gizi diolah dikonversi menggunakan standar Kemenkes (WHO) dan aplikasi WHO-Antro berdasarkan indikator PB/U, BB/U dan BB/TB, selanjutnya dikategorikan menjadi *stunting* dan non *stunting, underweight* dan non *underweight*, *wasting* dan *non wasting.*
b. Data asupan diolah dan dikonversi menjadi energi dan zat gizi kemudian dibandingkan dengan Angka Kecukupan Gizi (AKG) Kemenkes, selanjutnya dikategorikan berdasarkan memenuhi AKG dan tidak memenuhi AKG.
c. Data lainnya dikelompokkan berdasarkan (1) data periode kehamilan dan (2) periode baduta selanjutnya diolah menggunakan komputer dan dikelompokkan berdasarkan kepatuhan: ya (patuh), tidak (tidak patuh) atau tidak tahu.

3.10. Analisis Data

a. Data status gizi, asupan zat gizi dan data lainnya disajikan menggunakan tabel distribusi frekuensi berdasarkan desa dan agregat.
b. Data status gizi, asupan zat gizi dan data lain dianalisis secara deskriptif dan analitik secara univariat, bivariat dan multivariat.
c. Analisis data hubungan antara variabel

bappelitbangda

BAB IV
HASIL

Data hasil survei setelah mengalami pengolahan dan analisis, selanjutnya disajikan pada bab ini secara univariat, bivariat dan multivariate yang meliputi karakteristik sampel, status gizi, asupan zat gizi, riwayat kehamilan, riwayat pemanfaatan pelayanan kesehatan dan pelayanan lain pada periode baduta secara agregat dan per desa dan analisis hubungan antar kandidat faktor determinan dan status gizi.

4.1. Hasil Univariat Kabupaten Bandung Barat (Agregrat)

4.1.1. Karakteristik Sampel

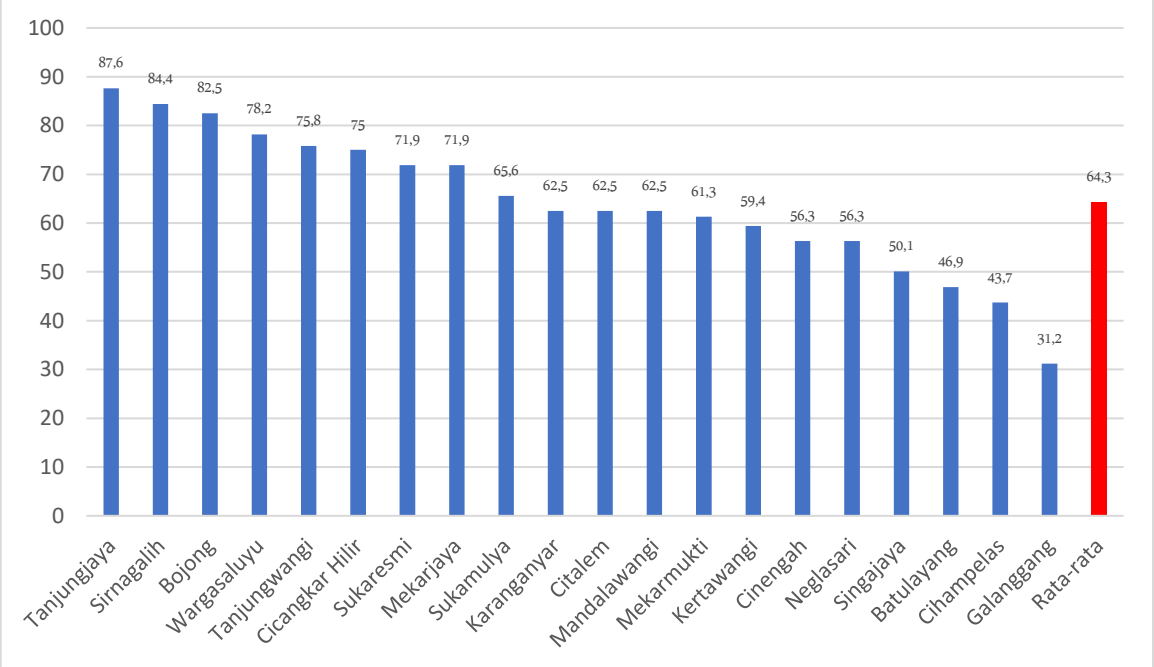
Tabel 4.1 Karakteristik Sampel

Variabel	n	%
Umur		
6-11 Bulan	215	33.6
12-24 Bulan	425	66.4
Jenis Kelamin		
Laki-laki	330	51,6
Perempuan	310	48.4
Pendidikan Ayah		
D1	2	0,3
D2	2	0,3
D3	5	0,8
D4	12	1,9
S1	7	1,1
SD	207	32,3
SLTA	201	31,4
SLTP	198	30,9
Pekerjaan Ayah		
Buruh	463	72,3
Guru	7	1,1
Pedagang	19	3,0
Penjahit	3	0,5
Petani	6	0,9
PNS	6	0,9
Supir	5	0,8
Swasta	57	8,9
Tidak Bekerja	6	0,9
Wiraswasta	62	9,7
Pendidikan Ibu		
D3	10	1,6
D4	4	0,6
S1	6	0,9
SD	199	31,1

balpelitbangda

Variabel	n	%
SLTA	191	29,9
SLTP	226	35,3
Pekerjaan Ibu		
Bidan	2	0,3
Buruh	7	1,1
IRT	600	93,8
Pedagang	5	0,8
Penjahit	1	0,2
Perawat	1	0,2
PNS	1	0,2
Swasta	13	2,0
Wiraswasta	6	0,9

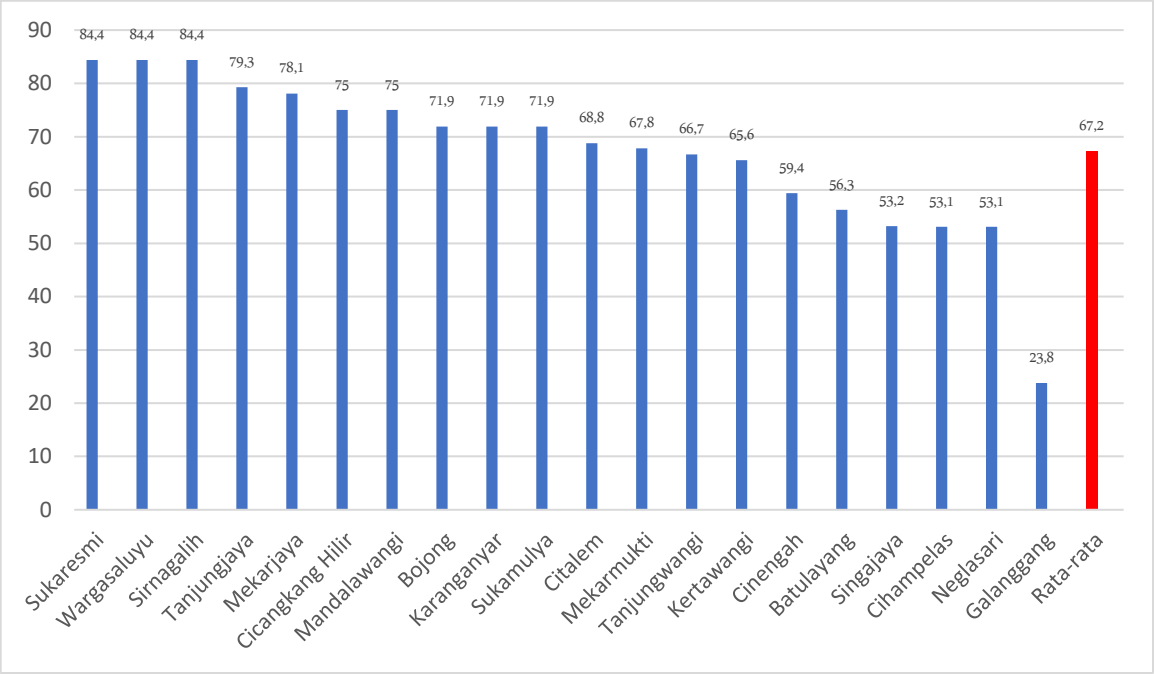
Berdasarkan Tabel 4.1 dapat diamati bahwa 33,6% sampel berumur 0-11 bulan dan 66,4% sampel berumur 12-24 bulan dengan 51,6% sampel berjenis kelamin laki-laki dan 48,4% berjenis kelamin perempuan. Pendidikan ayah pada sampel yang diambil menunjukan pendidikan terakhir terbanyak ialah pada jenjang sekolah dasar (SD) sebanyak 32,3% dan terendah pada sampel yang pendidikan ayahnya D1 dan D2 sebesar masing-masing 0,3%. Pekerjaan ayah sampel tertinggi ialah sebagai buruh dengan 72,3% dan terendah sebagai penjahit dengan 0,5%.



Gambar 4. 1 Peringkat Desa Menurut Tingkat Pendidikan Dasar (≤ SMP) Ayah Balita

Terdapat empat desa dengan tingkat pendidikan dasar (≤ SMP) ayah tertinggi yaitu Desa Tanjungjaya (87,6%), Desa Sirnagalih (84,4%) dan Desa Bojong (82,5%). Tiga desa lainnya dengan persentase tingkat pendidikan ayah (≤ SMP) diatas 75% yaitu Desa Wargasaluyu (78,2%), Desa Tanjungwangi (75,8%) dan Desa Cicangkang Hilir (75,0%).

Sementara itu untuk pendidikan ibu pada sampel yang diambil angka tertinggi ialah pada jenjang Pendidikan SLTP sebesar 35,3% dan terendah pada sampel yang pendidikan ibunya D4 yaitu 0,6%. Pada variabel pekerjaan ibu, jumlah tertinggi yaitu 93,8% pada pekerjaan sebagai ibu rumah tangga (IRT) dan terendah sebagai perawat, PNS dan penjahit dengan masing-masing 0,2%.



Gambar 4.2 Peringkat Desa Menurut Tingkat Pendidikan Dasar (≤SMP) Ibu Balita

Terdapat tiga desa dengan persentase pendidikan dasar ibu (≤ SMP) tertinggi yaitu Desa Sukaresmi (84,4%), Desa Wargasaluyu (84,4%) dan Desa Sirnagalih (84,4%). Terdapat empat desa lainnya yang pendidikan dasar ibu balita (≤ SMP) dengan persentase cukup tinggi yaitu Desa Tanjungjaya (79,3%), Desa Mekarjaya (78,1%), Desa Cicangkang Hilir (75,0%). Desa Mandalawangi (75,0%),

4.1.2. Status Gizi dan Asupan Zat Gizi Sampel

Tabel 4.2 Status Gizi Dan Asupan Gizi Sampel

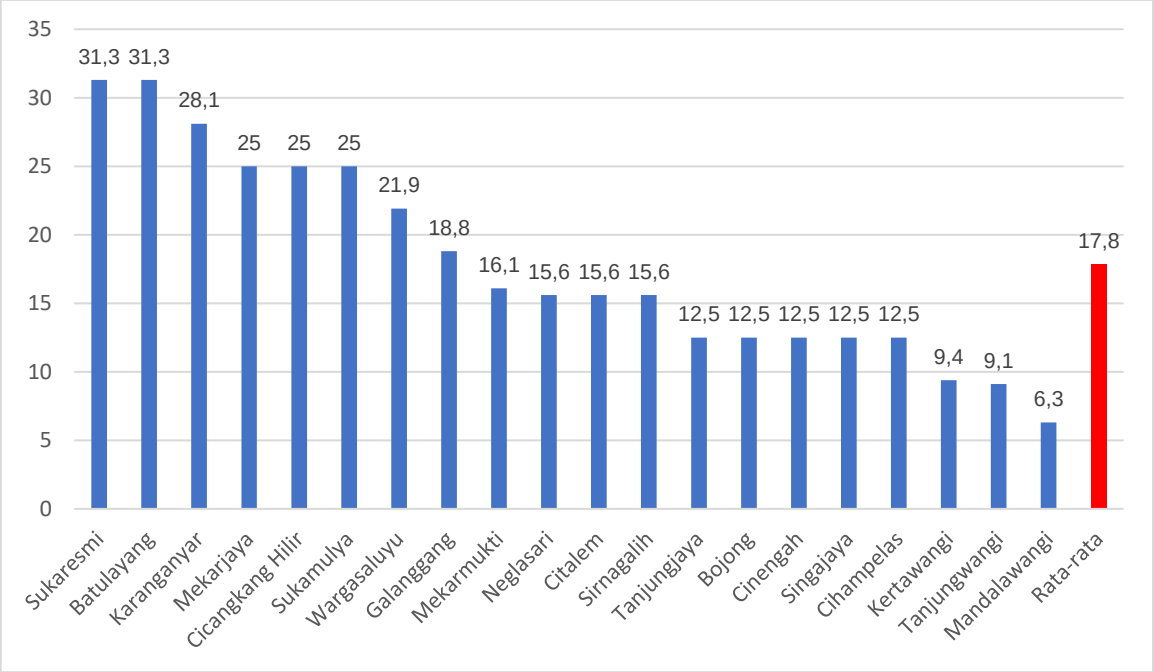
Variabel	n	%
Stunting		
Stunting	114	17.8
Normal	526	82.2
Status Gizi berdasarkan PB/U		
Sangat Pendek	26	4,1
Pendek	88	13,7
Normal	526	82,2
Status Gizi berdasarkan BB/U		
BB Sangat Kurang	7	1,1

bappeda

Variabel	n	%
BB Kurang	56	8,8
BB Normal	538	84,1
Risiko BB Lebih	39	6,1
Status Gizi berdasarkan BB/PB		
Gizi Buruk	2	0,3
Gizi Kurang	37	5,8
Gizi Baik	528	82,5
Berisiko Gizi Lebih	59	9,2
Gizi Lebih	11	1,7
Obesitas	3	0,5
Status Gizi berdasarkan IMT/U		
Gizi Buruk	5	0,8
Gizi Kurang	24	3,8
Gizi Baik (Normal)	522	81,6
Berisiko Gizi Lebih	73	11,4
Gizi Lebih	13	2,0
Obesitas	3	0,5
Asupan Energi		
< AKG	433	67,7
> = AKG	207	32,3
Asupan Lemak		
< AKG	331	51,7
> = AKG	309	48,3
Asupan Protein		
< AKG	133	20,8
> = AKG	507	79,2
Asupan Karbohidrat		
< AKG	476	74,4
> = AKG	164	25,6
Asupan Seng		
< AKG	441	68,9
> = AKG	199	31,1
Asupan Zat Besi		
< AKG	543	84,8
> = AKG	97	15,2
Asupan Vitamin A		
< AKG	383	59,8
> = AKG	257	40,2

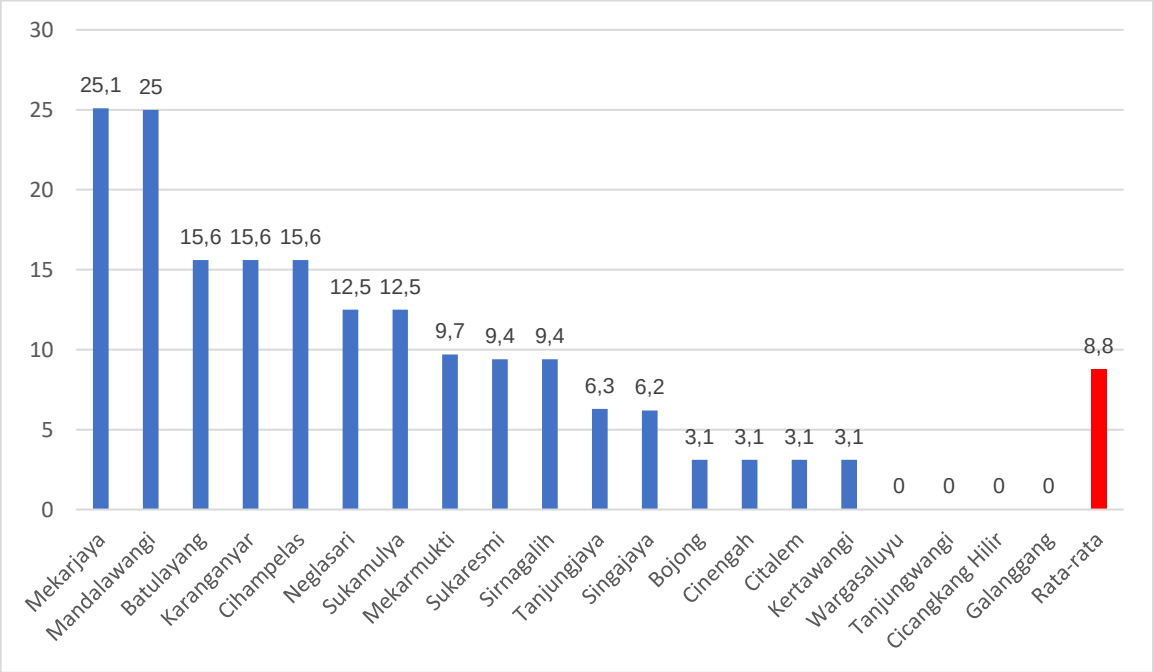
Berdasarkan Tabel 4.2, dapat diamati bahwa 17,8% dari keseluruhan sampel mengalami stunting, sementara 82,2% diantaranya normal. Status gizi sampel berdasarkan indeks PB/U menunjukan 81,6% diantaranya berstatus gizi normal dan 4,1% sangat pendek.Sementara berdasarkan indeks BB/U 84,1% sampel memiliki berat badan normal dan 1,1% memiliki berat badan sangat kurang. Dilihat dari status gizi berdasarkan indeks BB/PB 82,5% sampel bergizi baik dan 0,3% memiliki status gizi buruk. Pada status gizi berdasarkan indeks IMT/U teramati bahwa 81,6% sampel memiliki gizi baik dan 0,5% mengalami obesitas.

bappelitbangda



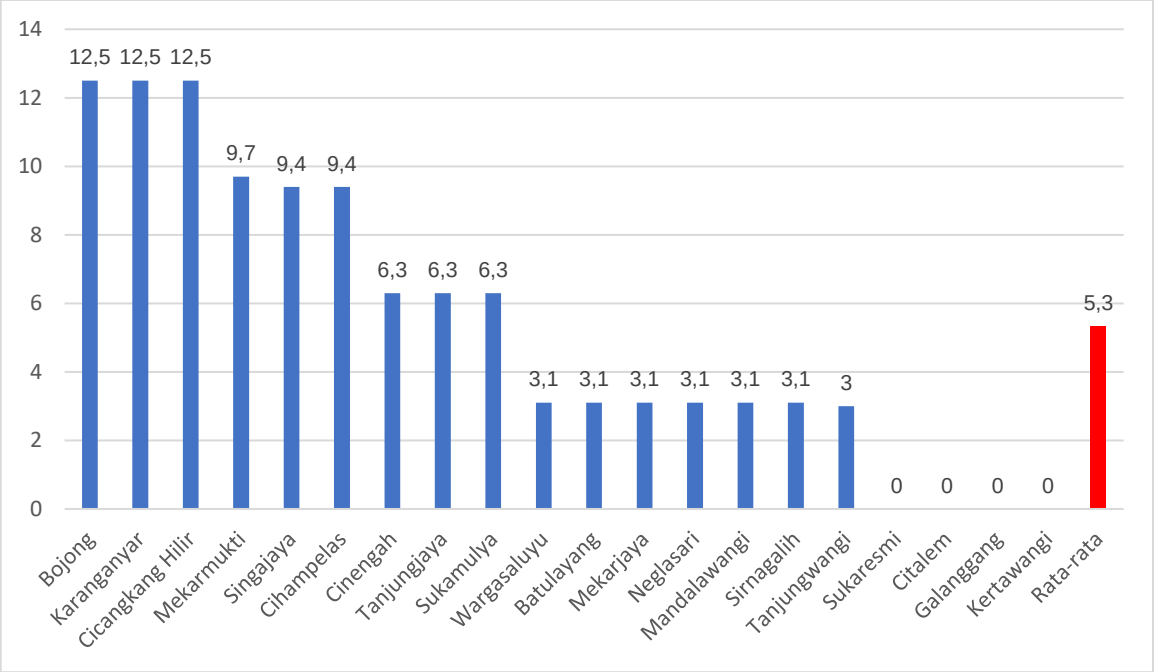
Gambar 4.3 Peringkat Desa Menurut Prevalensi Stunting

Terdapat dua desa dengan prevalensi baduta stunting sangat tertinggi yaitu Desa Sukaresmi (31,3%) dan Desa Batulayang (31,3%). Terdapat empat desa lainnya yang berada diatas target ambang batas (20%) yaitu Desa Karanganyar (28,1%), Desa Mekarjaya (25,0%), Desa Cicangkang Hilir (25,0%), Desa Sukamulya (25,0%), Desa Wargasaluyu (21,9%).



Gambar 4.4 Peringkat Desa Menurut Prevalensi Underweight (BB rendah dan sangat rendah)

Terdapat dua desa dengan prevalensi underweight tertinggi yaitu Desa Mekarjaya (25,1%) dan Desa Mandalawangi (25,0%). Lainnya sebanyak lima desa masih diatas target ambang batas (10%) yaitu Desa Batulayang (15,6%), Desa Karanganyar (15,6%), Desa Cihampelas (15,6%), Desa Neglasari (12,5%) dan Desa Sukamulya (12,5%).

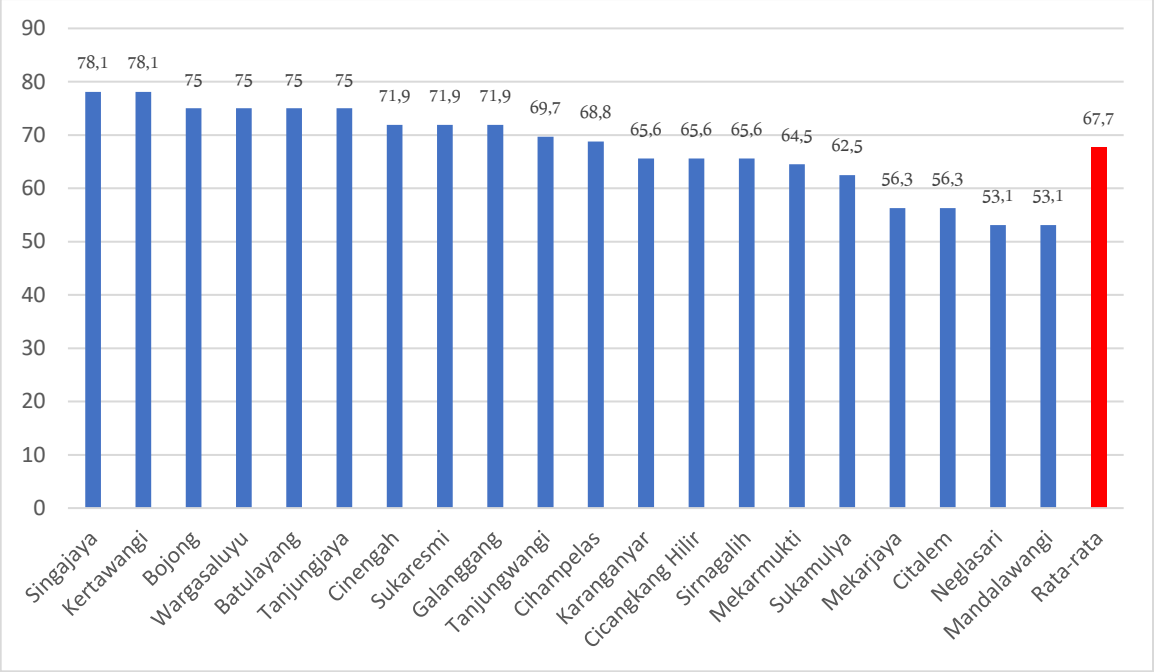


Gambar 4.5 Peringkat Desa Menurut Prevalensi Wasting (gizi kurang dan buruk)

Desa dengan angka prevalensi baduta wasting diatas 10% yaitu Desa Bojong (12,5%), Desa Karanganyar (12,5%) dan Desa Cicangkang Hilir (12,5%). Target angka wasting pada balita paling tinggi sebesar 5%, sehingga masih terdapat 9 desa dengan angka wasting diatas ambang batas rekomendasi WHO.

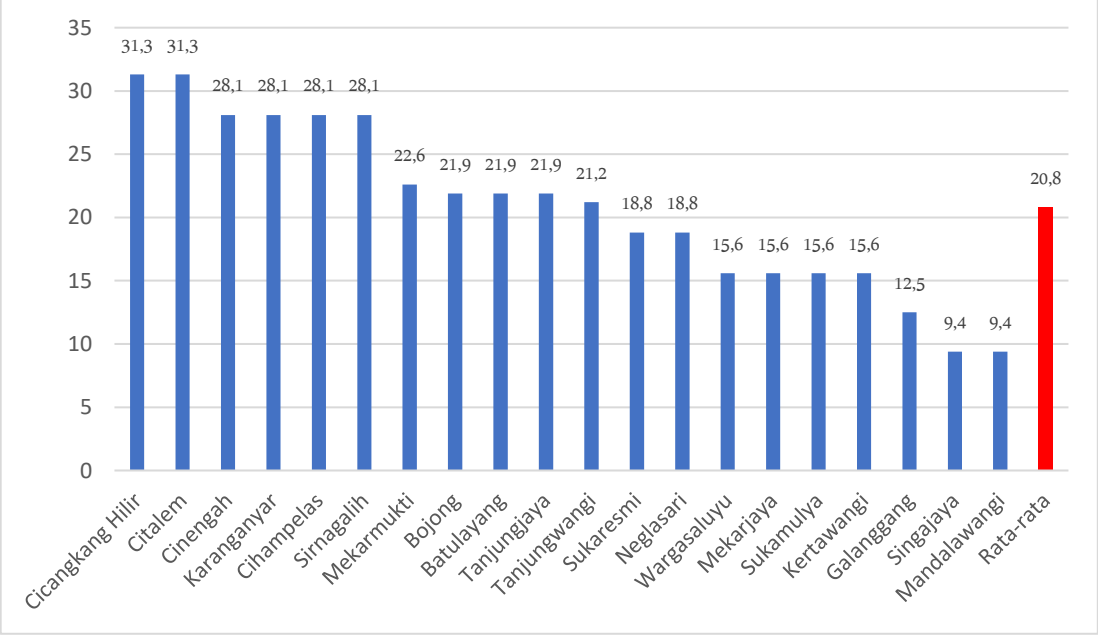
Berdasarkan variabel asupan energi pada Tabel 2 teramati bahwa 67,7% sampel memiliki asupan energi kurang dari angka kecukupan gizi (AKG) dan 32,3% sampel memiliki asupan energi yang lebih atau sama dengan AKG. Asupan lemak sampel sebesar 51,7% kurang dari AKG dan 48,3% lebih atau sama dengan AKG. Asupan karbohidrat sampel sebesar 74,4% kurang dari AKG dan 25,6% lebih atau sama dengan AKG. Asupan seng sampel sebesar 68,9% kurang dari AKG dan 31,1% lebih atau sama dengan AKG. Asupan zat besi sampel sebesar 84,8% kurang dari AKG dan 15,2% lebih atau sama dengan AKG. Sementara untuk vitamin A teramati bahwa asupan sampel sebesar 59,8% kurang dari AKG dan 40,2% lebih atau sama dengan AKG.

bappeda



Gambar 4.6 Peringkat Desa Menurut Balita dengan Asupan Energi Kurang

Rata-rata asupan energi harian sampel balita yang berada di bawah AKG pada 20 desa bervariasi tinggi yaitu mulai 53,1% - 78,1%. Hal ini menunjukkan bahwa asupan energi sebagian besar belum terpenuhi. Terdapat enam (6) desa yang memiliki persentase baduta dengan asupan energi kurang tinggi yaitu Desa Singajaya (78,1%), Desa Kertawangi (78,1%), Desa Bojong (75,0%), Desa Wargasaluyu (75,0%), Desa Batulayang (75,0%), dan Desa Tanjungjaya (75,0%)



Gambar 4.7 Peringkat Desa Menurut Balita dengan Asupan Protein Kurang

Rata-rata asupan protein harian sampel balita yang berada di bawah AKG pada 20 desa bervariasi mulai 9,4% - 31,3%. Terdapat dua desa dengan

persentase baduta dengan asupan protein kurang tertinggi yaitu Cicangkang Girang (31,3%) dan Citalem (31,3%).

4.1.3. Riwayat Kehamilan dan Kelahiran

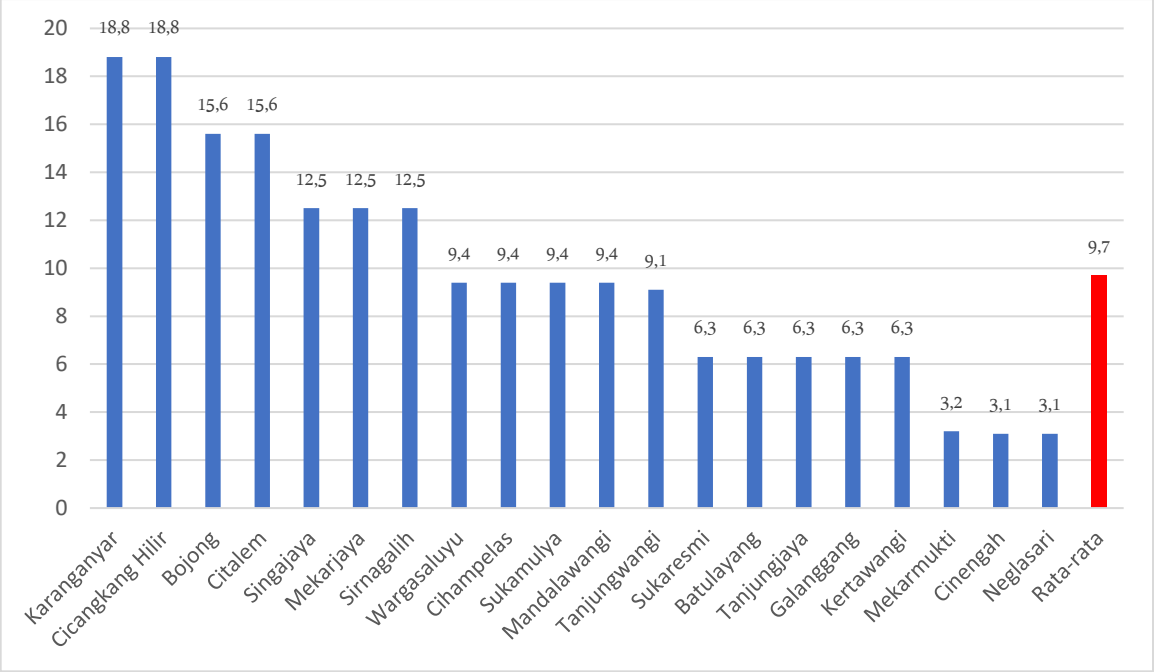
Tabel 4.3 Riwayat Kelahiran dan Kehamilan

Variabel	n	%
Berat Badan lahir		
BBLR	62	9,7
Tidak BBLR	570	89,1
Panjang Badan Lahir		
Pendek	72	14,1
Normal	441	85,9
Status Gizi Ibu saat Hamil (LILA)		
KEK	92	14,4
Tidak KEK	375	58,6
Status Gizi Ibu saat Hamil (IMT/U)		
Kurus	8	1,3
Normal	116	18,1
Kelebihan berat badan tingkat ringan	77	12,0
Kelebihan berat badan tingkat berat	141	22,0
Ante Natal Care (ANC)		
1 Kali	7	1,1
2 Kali	12	1,9
3 Kali	22	3,4
4 Kali	586	91,6
Kenaikan berat badan hamil		
Kenaikan BB Tidak Normal	77	12,0
Kenaikan BB Normal	546	85,3
Pelayanan Nifas saat hamil		
Ya	526	82,2
Tidak	114	17,8
Kapsul Vit.A untuk Ibu Nifas		
Ya	396	61,9
Tidak	244	38,1
PMT Ibu Hamil		
Ya	99	15,5
Tidak	103	16,1
Tidak Tahu / NA	438	68,4
Konsumsi TTD		
Ya	598	93,4
Tidak	42	6,6
Konsumsi TTD sesuai anjuran		
Ya	333	52,0
Tidak	236	36,9

bappelitbangda

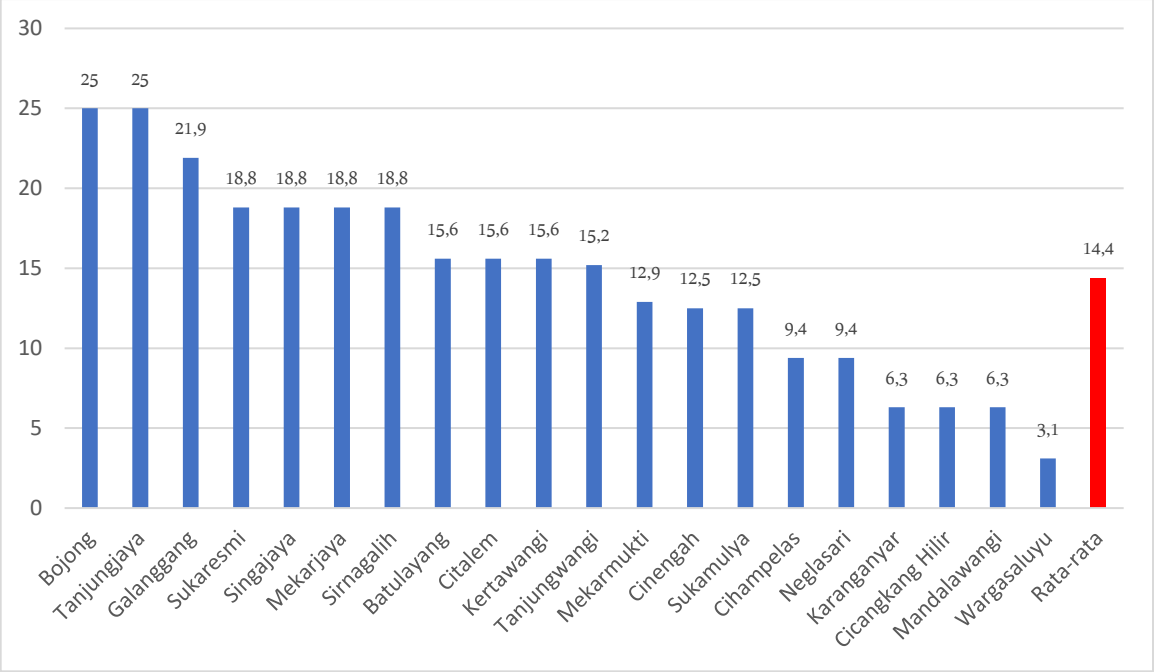
Variabel	n	%
Tidak Tahu/ NA	71	11,1
Peserta Kelas Konseling		
Ya	220	34,4
Tidak	412	64,4
Anemia kehamilan		
Ya	182	28,4
Tidak	296	46,3
Tidak Tahu/ NA	162	25,3

Berdasarkan Tabel 4.3, dapat diamati bahwa dari keseluruhan sampel 89,1% diantaranya tidak memiliki riwayat kelahiran BBLR sementara 9,7% mengalami BBLR pada saat persalinan. Dilihat dari status gizi ibu ketika hamil 58,6% diantaranya tidak mengalami KEK dan 14,4% KEK. Apabila diamati melalui variabel lain, status gizi ibu berdasarkan indeks IMT/U ketika hamil, terdapat 22% mengalami kelebihan berat badan tingkat berat dan 1,3% kurus.



Gambar 4.8 Peringkat Desa Menurut Prevalensi BBLR

Desa dengan persentase BBLR tertinggi yaitu Desa Karanganyar (18,8%) dan Desa Cicangkang Hilir (18,8%). Terdapat lima desa lainnya dengan angka BBLR diatas 10% yaitu Desa Bojong (15,6%), Desa Citalem (15,6%), Desa Singajaya (12,5%), Desa Mekarjaya (12,5%) dan Desa Sirnagalih (12,5%).



Gambar 4.9 Peringkat Desa Menurut Prevalensi Bumil Mengalami KEK

Prevalensi desa dengan ibu hamil KEK bervariasi mulai tingkat rendah hingga tinggi. Tiga desa dengan prevalensi di atas 20% yaitu Desa Bojong (25,0%), Desa Tanjungjaya (25,0%) dan Desa Galanggang (21,9%).

Pada riwayat pelayanan ANC yang diterima ketika ibu hamil, 91,6% ibu mendapatkan pelayanan ANC sebanyak 4 kali dan 1,1% sebanyak satu kali. Riwayat kenaikan berat badan ketika hamil, 85,3% ibu mengalami kenaikan berat badan normal dan 12,0% mengalami kenaikan badan tidak normal. Pada Tabel 3 dapat diamati bahwa 82,2% ibu hamil mendapatkan pelayanan Nifas dan 17,8% tidak. Sementara itu, 61,9% ibu mendapatkan kapsul vitamin A ketika masa Nifas dan 38,1% tidak.

Selama kehamilan 68,4% ibu mengaku tidak tahu mendapatkan PMT atau tidak, sementara 15,5% pernah mendapatkan PMT selama kehamilan. Dilihat dari variabel konsumsi tablet tambah darah (TTD), 93,4% ibu mengonsumsi TTD ketika hamil dan 6,6% tidak. Sementara dari sisi kepatuhan konsumsi TTD 52,0% ibu hamil mengonsumsi TTD sesuai anjuran dan 11,1% mengatakan tidak tahu. Selama kehamilan 64,4% ibu tidak mengikuti kelas konseling kehamilan dan 34,4% menjadi peserta kelas konseling. 46,3% ibu hamil tidak menderita anemia selama kehamilan sementara 25,3% diantaranya tidak tahu.

4.1.4. Riwayat Pelayanan Kesehatan dan Penyakit Infeksi

Tabel 4.4 Peringkat Desa Menurut Prevalensi Bumil Mengalami KEK

Variabel	n	%
Status gizi kurang		
Pernah	286	44,7
Tidak Pernah	329	51,4
Tidak Tahu	25	3,9

bappenas

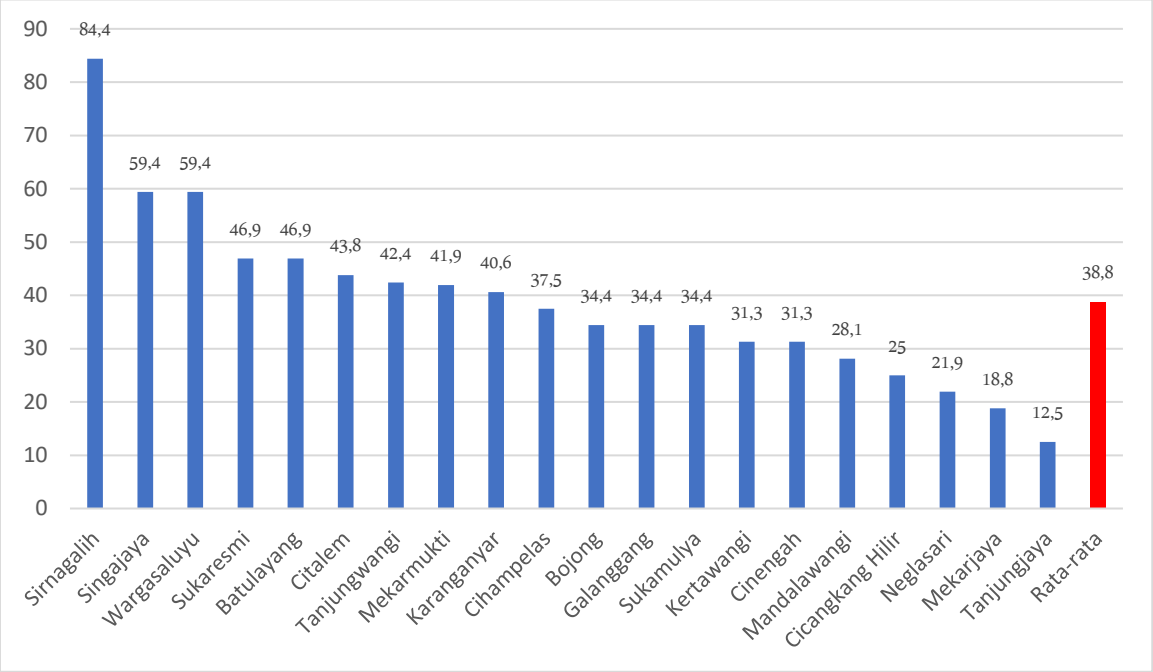
Variabel	n	%
PMT Baduta Kurus		
Pernah mendapat PMT	106	16,6
Belum Pernah mendapat PMT	242	37,8
NA	292	45,6
Riwayat Sakit 6 Bulan Terakhir		
Ya	591	92,3
Tidak	49	7,7
Penimbangan di Posyandu		
Ya, Selalu	21	3,3
Kadang-kadang	247	38,6
Tidak	372	58,1
Pemberian Kapsul Vitamin A Agustus 2021		
Tidak Mendapat Vit A	84	13,1
Mendapatkan Vit A	556	86,9
Riwayat Pemberian Kapsul Vitamin A Rutin		
Tidak Rutin/kadang-kadang	356	55,6
Ya, Rutin diberi Vit A	284	44,4
Riwayat Imunisasi		
Tidak lengkap	248	38,8
Ya, Lengkap	392	61,3
Riwayat Penyakit Infeksi (Diare)		
Ya	407	63,6
Tidak Pernah	233	36,4
Riwayat Penyakit Infeksi (ISPA) Berulang		
Ya	221	34,5
Tidak	419	65,5
Riwayat Diare Berulang		
Ya	77	12,0
Tidak	563	88,0

Berdasarkan Tabel 4.4 dapat diamati bahwa 44,7% sampel pernah mengalami status gizi kurang dan 3,9% tidak tahu. Baduta yang memiliki gizi kurang 45,6% diantaranya tidak tahu apakah pernah mendapat PMT atau tidak dan 16,6% diantaranya pernah mendapatkan PMT. Berdasarkan variabel riwayat sakit, 92,3% sampel pernah mengalami sakit selama 6 bulan terakhir dan 7,7% tidak.

Berdasarkan variabel pemantauan pertumbuhan, 58,1% baduta tidak ditimbang di posyandu secara rutin dan 3,3% selalu ditimbang. Pada bulan Agustus 2021 86,9% sampel mendapatkan kapsul vitamin A dan 13,1% tidak. Sementara untuk pemberian kapsul vitamin A 55,6% tidak rutin dan 44,4% rutin. Berdasarkan riwayat imunisasi, 61,3% sampel sudah mendapatkan imunisasi lengkap dan 38,8% tidak lengkap. Apabila dilihat dari riwayat penyakit infeksi 63,6% sampel pernah mengalami diare dan 36,4% tidak. Sebanyak 88,8% tidak mengalami diare berulang sementara 12,0% mengalami diare berulang. Sebanyak

bappelitbangda

65,5% sampel tidak mengalami ISPA berulang sementara 34,5% mengalami ISPA berulang.



Gambar 4.10 Peringkat Desa Menurut Proporsi Balita Imunisasi Tidak Lengkap

Peringkat desa dengan proporsi balita diimunisasi tidak lengkap tertinggi yaitu Desa Sirnagalih (84,4%), Desa Singajaya (59,4%) dan Wargasaluyu (59,4%). Sedangkat desa dengan proporsi balita diimunisasi tidak lengkap terendah yaitu Desa Tanjungjaya (12,5%), Desa Mekarjaya (18,8%) dan Desa Neglasari (21,9%).

4.1.5. Perumahan Sehat

Tabel 4.5 Riwayat Sanitasi dan Hygiene

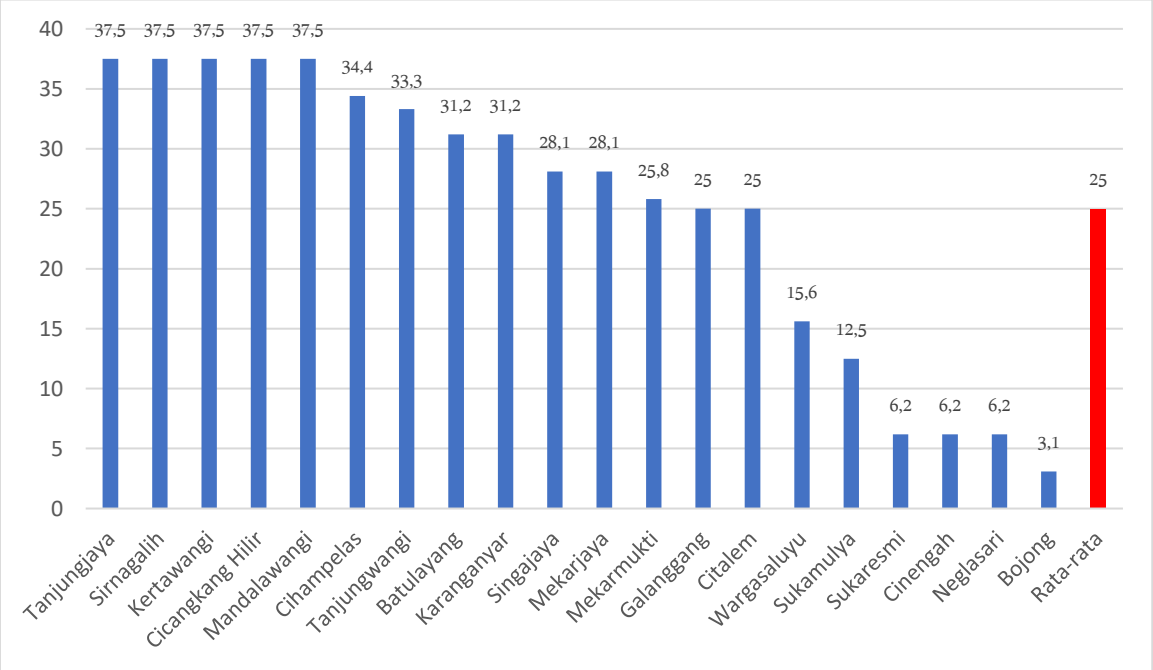
Variabel	n	%
Sumber air minum		
Sumur pompa	145	22,7
Sumur gali	164	25,6
Perpipaan	101	15,8
Air Kemasan	230	35,9
Jamban Keluarga		
Tidak Memiliki Jamban keluarga	34	5,3
Memiliki Jamban Keluarga	606	94,7
Membuang sampah		
Dibakar	480	75,0
Dikebun	39	6,1
Di tempat sampah	121	18,9
Limbah dapur		
Dialirkan ke kebon/galian/kolam	154	24,1
Dibuang ke selokan	351	54,8

Kappelinan

Variabel	n	%
Dibuang ke septitank	108	16,9
PAL	27	4,2
Ventilasi		
Ventilasi tidak ada / kurang	160	25,0
Ventilasi dan cahaya baik	480	75,0

Berdasarkan Tabel 4.5 dapat diamati bahwa 35,9% sampel memiliki sumber air minum yang berasal dari air kemasan dan 15,8% berasal dari perpipaan. Sementara itu, 94,7% sampel memiliki jamban keluarga dan 5,3% tidak.

Dari keseluruhan sampel yang diambil 75,0% membuang sampah dengan cara dibakar dan 6,1% sampel membuang sampah di kebun. Dalam manajemen pembuangan limbah dapur 54,8% sampel membuang limbah ke selokan dan 4,2% membuang melalui PAL. Dari Tabel 5 dapat diamati bahwa sebanyak 75,0% sampel memiliki ventilasi dan cahaya yang baik dan 25,0% tidak memiliki ventilasi dan cahaya yang baik berdasarkan observasi.



Gambar 4.11 Peringkat Desa Menurut Proporsi RT Dengan Ventilasi Kurang

Peringkat Desa dengan proporsi rumah memiliki ventilasi kurang tertinggi yaitu Desa Tanjungjaya, Desa Sirnagalih, Desa Kertawangi, Desa Cicangkang Hilir, Desa Mandalawangi yaitu masing-masing 37,5%. Sedangkan desa dengan proporsi rumah dengan ventilasi kurang terendah yaitu Desa Bojong (3,1%), Desa Neglasari (6,2%), Desa Cinengah (6,2%) dan Desa Sukaresmi (6,2%).

Laporan

4.1.6. Program Lintas Sektor

Tabel 4.6 Program Pemerintah

Variabel	n	%
JKN/Jamkesda/KIS		
Ya	389	60,8
Tidak	251	39,2
Keluarga Miskin		
Ya	302	47,2
Tidak	338	52,8
Penerima KPM bansos PKH		
Ya	147	23,0
Tidak	493	77,0
Peserta Parenting		
Ya	168	26,3
Tidak	472	73,8
Desa Lokasi KRPL		
Ya	257	40,2
Tidak	382	59,7
Peserta KRPL		
Ya	167	26,1
Tidak	470	73,4
Penerima Bansos (BNPT)		
Ya	207	32,3
Tidak	433	67,7
Peserta Bina Keluarga Baduta (BKB)		
Ya	551	86,1
Tidak	86	13,4

Berdasarkan keikutsertaan dalam program pemerintah yang dapat diamati melalui Tabel 4.6, diketahui bahwa 60,8% sampel merupakan peserta JKN/Jamkesda/KIS. Dari keseluruhan sampel yang diambil sebanyak 47,2% merupakan keluarga miskin dan 23,0% merupakan KPM penerima bansos PKH serta 32,3% penerima bansos BNPT.

Sebanyak 26,3% orang tua sampel merupakan peserta kelas parenting dan 73,8% tidak. Berdasarkan Tabel 4.6 dapat diamati bahwa 40,2% sampel merupakan warga dari desa lokasi KRPL dan 26,1% dari keseluruhan sampel merupakan peserta KRPL. Kemudian, 86,1% sampel merupakan peserta Bina Keluarga Balita (BKB) BKKBN.

4.1.7. Riwayat PMBA (Pemberian Makanan Bayi dan Anak)

Tabel 4.7 Riwayat PMBA

Variabel	n	%
Asi Ekslusif		
Ya	340	53,1
Tidak	300	46,9

banjalitbangda

Variabel	n	%
Informasi MP ASI		
Pernah	492	76,9
Tidak Pernah	148	23,1
Peserta Parenting		
Ya	168	26,3
Tidak	472	73,8
MP ASI pertama		
Sebelum usia 6 bulan	127	19,8
Setelah usia 6 bulan	513	80,2

Berdasarkan Tabel 4.7 dapat diamati bahwa 53,1% sampel mendapatkan ASI Eksklusif sementara 46,9% tidak mendapatkan ASI Eksklusif. Dari keseluruhan orang tua sampel 76,9% diantaranya pernah mendapatkan informasi tentang pemberian MPASI dan 23,1 diantaranya tidak pernah. Sebanyak 73,8% dari orang tua sampel tidak mengikuti kelas parenting dan 26,3% diantaranya mengikuti kelas parenting. Berdasarkan data pada Tabel 4.7 diatas dapat diamati bahwa 80,2% sampel mendapatkan MPASI pertama setelah usia 6 bulan dan 19,8% sebelum usia 6 bulan.

4.2. Hasil Univariat 20 Desa Kabupaten Bandung Barat

4.2.1. Karakteristik Sampel

Berdasarkan Tabel 1 (lampiran) dapat diamati bahwa pada kelompok usia 6-11 bulan jumlah balita terendah dengan jumlah 21,9% terdapat di Desa Singajaya, Mekarjaya, Galanggang dan Kertawangi, sementara jumlah tertinggi berada di Desa Mandalawangi dengan 56,3%. Pada kelompok usia 12-23 bulan jumlah balita terendah berada di Desa Mandalawangi dengan 43,8%, sementara jumlah berada di Desa Singajaya, Mekarjaya, Galanggang dan Kertawangi.

Pada Tabel 1 (lampiran) dapat diamati bahwa jumlah sampel baduta laki-laki terendah berada di Desa Tenjolaya dengan 34,4% dan terbanyak di Desa Batulayang 62,5%. Sementara untuk baduta perempuan terendah berada pada Desa Batulayang dengan 37,5% dan terbanyak di Desa Tenjolaya dengan 65,6%.

Berdasarkan jenjang **Pendidikan ayah** terendah yakni SD, angka Pendidikan terakhir SD terendah berada di Desa Galanggang dengan 3,1% dan tertinggi di Desa Wargasaluyu dengan 56,3%. Sementara untuk jenjang Pendidikan tertinggi yakni S1 terendah berada di Desa Cihampelas, Neglasari dan Citalem dengan 3,1% serta tertinggi di Desa Galanggang dengan 6,3%.

Pada **variabel pekerjaan ayah** di **Desa Bojong** jenis pekerjaan dengan jumlah terendah ialah wiraswasta dengan 3,1% serta tertinggi buruh dengan 78,1%. Pada **Desa Cinengah** terendah pedagang dan PNS dengan masing-masing 3,1% serta tertinggi buruh dengan 59,4%. Di **Desa Sukaresmi** jumlah terendah ialah wiraswasta serta pedagang dengan masing-masing 3,1% dan tertinggi buruh dengan 87,5%. Di **Desa Wargasaluyu** jumlah terendah ialah guru, pedagang dan swasta dengan masing-masing sejumlah 3,1% serta tertinggi buruh dengan 78,11%. **Desa Batulayang** jumlah terendah ialah petani dan wiraswasta dengan masing-masing sejumlah 3,1% serta tertinggi buruh dengan 81,3%. Desa Karanganyar jumlah terendah ialah pedagang dan tidak bekerja dengan masing-masing sejumlah 3,1% serta tertinggi buruh dengan 75,0%. **Desa Singajaya** jumlah

Kabupaten Bandung Barat

terendah ialah supir dengan jumlah 3,1% serta tertinggi buruh dengan 65,6%. **Desa Tanjungwangi** jumlah terendah ialah penjahit dan supir dengan masing-masing sejumlah 3,1% serta tertinggi buruh dengan 72,7%. **Desa Cihampelas** jumlah terendah ialah pedagang, PNS dan wiraswasta dengan masing-masing sejumlah 3,1% serta tertinggi buruh dengan 75,0%. Desa Mekarmukti jumlah terendah ialah PNS dengan jumlah 3,1% serta tertinggi buruh dengan 71,0%. **Desa Tanjungjaya** jumlah terendah ialah supir dan wiraswasta dengan masing-masing sejumlah 3,1% serta tertinggi buruh dengan 87,5%. **Desa Mekarjaya** jumlah terendah ialah swasta dan wiraswasta dengan masing-masing sejumlah 6,3% serta tertinggi buruh dengan 84,4%. **Desa Neglasari** jumlah terendah ialah guru dengan jumlah 3,1% serta tertinggi buruh dengan 56,3%. **Desa Cicangkang Hilir** jumlah terendah ialah swasta dengan jumlah 3,1% serta tertinggi buruh dengan 81,3%. **Desa Sukamulya** jumlah terendah ialah PNS dan swasta dengan masing-masing sejumlah 3,1% serta tertinggi buruh dengan 81,3%. **Desa Citalem j**umlah terendah ialah tidak bekerja dengan jumlah 3,1% serta tertinggi buruh dengan 78,1%. **Desa Galanggang** jumlah terendah ialah guru dan tidak bekerja dengan masing-masing sejumlah 3,1% serta tertinggi buruh dengan 46,9%. **Desa Mandalawangi** jumlah terendah ialah pedagang, wiraswasta dan tidak bekerja dengan masing-masing sejumlah 6,3% serta tertinggi buruh dengan 71,9%. **Desa Kertawangi** jumlah terendah ialah pedagang, supir dan swasta dengan masing-masing sejumlah 3,1% serta tertinggi buruh dengan 56,3%. **Desa Sirnagalih** jumlah terendah ialah supir, swasta dan tidak bekerja dengan masing-masing sejumlah 3,1% serta tertinggi buruh dengan 59,4%.

Berdasarkan jenjang **Pendidikan ibu** terendah yakni SD, angka Pendidikan terakhir SD terendah berada di Desa Cihampelas dengan 3,1% dan tertinggi di Desa Wargasaluyu dengan 56,3%. Sementara untuk jenjang Pendidikan tertinggi yakni S1 terendah berada di Desa Cihampelas dan Sukamulya dengan 3,1% serta tertinggi di Desa Cinengah dengan 6,3%.

Pada variabel **pekerjaan ibu** di Desa Bojong jenis pekerjaan dengan jumlah terendah ialah bidan dengan 3,1% serta tertinggi IRT dengan 96,8%. Pada **Desa Cinengah** terendah ialah buruh dengan 3,1% serta tertinggi IRT dengan 96,8%. Di **Desa Sukaresmi** jumlah terendah ialah swasta dengan 3,1% dan tertinggi IRT dengan 93,8%. Di **Desa Wargasaluyu** jumlah tertinggi ialah IRT dengan 96,8%. **Desa Batulayang** jumlah terendah ialah buruh, pedagang, swasta dan wiraswasta dengan masing-masing sejumlah 3,1% serta tertinggi IRT dengan 87,5%. **Desa Karanganyar** seluruhnya (100%) IRT**. Desa Singajaya** jumlah terendah ialah buruh dan PNS dengan masing-masing sejumlah 3,1% serta tertinggi IRT dengan 93,8%. **Desa Tanjungwangi** jumlah terendah ialah penjahit dan wiraswasta dengan masing-masing sejumlah 3,1% serta tertinggi IRT dengan 93,9%. **Desa Cihampelas** jumlah terendah ialah buruh, perawat dan swasta dengan masing-masing sejumlah 3,1% serta tertinggi IRT dengan 90,6%. **Desa Mekarmukti** jumlah terendah ialah swasta dengan jumlah 6,5% serta tertinggi IRT dengan 93,5%. **Desa Tanjungjaya** jumlah terendah ialah buruh dan pedagang dengan masing-masing sejumlah 3,1% serta tertinggi IRT dengan 93,8%. **Desa Mekarjaya** seluruhnya (100%) IRT. **Desa Neglasari** jumlah terendah ialah swasta dengan jumlah 3,1% serta tertinggi IRT dengan 93,8%. **Desa Cicangkang Hilir** jumlah terendah ialah bidan dengan jumlah 3,1% serta tertinggi IRT dengan 93,8%. **Desa Sukamulya** jumlah terendah ialah buruh dan swasta dengan masing-masing sejumlah 3,1% serta tertinggi IRT dengan 84,4%. **Desa Citalem** jumlah terendah ialah swasta dengan jumlah 6,5% serta tertinggi IRT dengan 93,8%. **Desa Galanggang** jumlah

terendah ialah swasta dengan jumlah 6,5% serta tertinggi IRT dengan 90,6%. **Desa Mandalawangi** jumlah terendah ialah pedagang dan swasta dengan masing-masing sejumlah 3,1% serta tertinggi IRT dengan 93,8%. **Desa Kertawangi j**umlah terendah ialah buruh dan pedagang dengan masing-masing sejumlah 3,1% serta tertinggi IRT dengan 93,8%. **Desa Sirnagalih** jumlah terendah ialah swasta dengan jumlah 3,1% serta tertinggi IRT dengan 93,8%.

4.2.2. Prevalensi Stunting

Berdasarkan Tabel 2 (lampiran) dan Tabel 4.8, dapat diamati bahwa kejadian stunting terendah pertama terjadi di Desa Mandalawangi (6,3%), kedua di desa Tanjungwangi (9,1%) dan Kertawangi (9,4%) serta ketiga terjadi di Desa Bojong, Cinengah, Singajaya, Cihampelas dan Tanjungjaya (12,5%). Sementara itu kejadian stunting tertinggi pertama terjadi di Desa Batulayang dan Sukaresmi (31,3%), kedua di Desa Karanganyar (28,1%) serta ketiga di Desa Mekarjaya, Cicangkang Hilir dan Sukamulya (25%).

Tabel 4.8 Data Prevalensi Stunting Baduta

No	Nama Kecamatan	Nama Desa	Prevalensi Stunting (%)	Kategori
1.	Rongga	Bojong	12,5	
2		Cinengah	12,5	
3		Sukaresmi	31,3	
4	Gunung Halu	Wargasaluyu	21,9	
5	Cipongkor	Cicangkang Hilir	25,0	
6		Citalem	15,6	
7		Sukamulya	25,0	
8		Neglasari	15,6	
9	Cililin	Batulayang	31,3	
10		Karanganyar	28,1	
11	Cihampelas	Cihampelas	12,5	
12		Mekarmukti	16,1	
13		Mekarjaya	25,0	
14		Tanjungjaya	12,5	
15		Singajaya	12,5	
16		Tanjungwangi	9,1	
17	Batujajar	Galanggang	18,8	
18	Cipatat	Mandalawangi	6,3	
19	Cipeundeuy	Sirnagalih	15,6	
20	Cisarua	Kertawangi	9,4	

Ket : Merah Tua : prevalensi stunting > 30% (sangat tinggi)
Merah : prevalensi stunting ≥ 20% - ≤30% (tinggi)
Kuning : prevelansi stunting ≥ 10% - <20% (sedang)
Hijau : prevalensi stunting ≥2,5% - < 10% (rendah)

4.2.3. Status Gizi Sampel

Berdasarkan Tabel 3 (lampiran) dapat diamati bahwa bila status gizi sampel diamati melalui indeks PB/U sampel dengan status gizi sangat pendek tertinggi pertama berada di Desa Mekarjaya, Sukamulya dan Galanggang (9,4%), kedua

Repository Unpad

Desa Cinengah, Sukaresmi Cicangkang Hilir, dan Batulayang (6,3%) serta ketiga di Desa Karanganyar, Singajaya, Tanjungwangi, Citalem, Sinargalih, Kertawangi dan Singajaya (3,1%).

Sementara itu berdasarkan status gizi pendek, sampel dengan jumlah tertinggi pertama terdapat pada Desa Sukaresmi, Batulayang dan Mekarmukti, Karanganyar (25%), kedua di Desa Wargasaluyu (21,9%) serta ketiga pada Desa Cicangkang Hilir (18,8%). Untuk status gizi pendek terendah pertama berada di Desa Cinengah, Mandalawangi, Tanjungwangi dan Kertawangi (6,3%), kedua di Desa Singajaya, Tanjungjaya, Neglasari, dan Galanggang (9,4%). Sementara itu untuk urutan ketiga berada pada Desa Sirnagalih, Citalem, Cihampelas dan Bojong (12,5%). Selain itu terdapat baduta dengan kategori status gizi tinggi yang ditemukan di Desa Tanjungwangi, Mekarjaya, Kertawangi dan Sirnagalih (3,1%).

Berdasarkan Tabel 4 (lampiran) dapat diamati bahwa berdasarkan indeks BB/U sampel yang tergolong ke dalam kategori status gizi BB sangat kurang tertinggi pertama berada di Desa Mekarjaya (6,3%). Sementara itu mengikuti di urutan kedua terdapat Desa Bojong, Singajaya, Cihampelas, Sukamulya, dan Sirnagalih (3,1%).

Di sisi lain sampel dengan kategori risiko BB lebih tertinggi pertama berada di Desa Karanganyar dan Citalem (12,5%) serta di urutan kedua terdapat Desa Wargasaluyu, Cihampelas, Mekarmukti, Kertawangi dan Sirnagalih (9,4%). Sementara di urutan ketiga terdapat Desa Cinengah, Batulayang, Singajaya, Tanjungwangi dan Mekarjaya (6,3%).

Berdasarkan Tabel 5 (lampiran) dapat diamati bahwa sampel dengan kategori status gizi gizi buruk berdasarkan indeks BB/PB ditemukan di Desa Mandalawangi dan Sirnagalih dengan masing-masing 3,1%. Sedangkan untuk kejadian obesitas ditemukan berada di desa Karanganyar, Cihampelas dan Mekarmukti dengan masing-masing 3,1%.

Sementara itu untuk sampel dengan kategori gizi kurang tertinggi pertama ditemukan di Desa Mandalawangi (15,6%). Untuk status gizi kurang di urutan kedua terdapat di Desa Bojong, Karanganyar dan Cicangkang Hilir (12,5%). Serta pada urutan ketiga ada pada Desa Singajaya, Cihampelas dan Mekarmukti (9,7%).

Selain itu di beberapa desa tidak ditemukan sampel dengan status gizi kurang, diantaranya di Desa Sukaresmi, Citalem, Galanggang, Kertawangi dan Sirnagalih (0%). Selanjutnya terdapat desa yang berada pada urutan kedua terendah sampel dengan status gizi kurang yang meliputi Desa Cinengah, Tanjungjaya dan Sukamulya (6,3%). Dan pada urutan ketiga terendah terdapat Desa Wargasaluyu, Batulayang, Tanjungwangi, Mekarjaya dan Neglasari (3,1%).

Berdasarkan Tabel 6 (lampiran) dapat diamati bahwa berdasarkan indeks IMT/U sampel dengan status gizi gizi buruk terdapat pada Desa Mekarjaya, Cicangkang Hilir, Mandalawangi dan Sirnagalih dengan masing-masing 3,1%. Sementara untuk kasus obesitas ditemukan pada Desa Karanganyar, Mekamukti dan Galanggang dengan masing-masing 3,1%.

Sampel dengan status gizi kurang tertinggi pertama ditemukan pada Desa Mandalawangi (12,5%). Pada urutan kedua ditemukan pada Desa Bojong, Cihampelas dan Mekarmukti (9,7%). Serta urutan ketiga terdapat di Desa Cinengah dan Karanganyar (6,3%). Desa dengan presentase sampel berstatus gizi kurang terendah meliputi Desa Wargasaluyu, Batulayang, Tanjungwangi, Neglasari dan Sukamulya (3,1%). Sementara itu desa yang tidak memiliki sampel berstatus gizi kurang diantaranya Desa Sukaresmi, Singajaya, Tanjungjaya, Mekarjaya, Citalem, Galanggang, Kertawangi dan Sirnagalih (0%).

repositori

4.2.4. Asupan Zat Gizi Sampel

Berdasarkan Tabel 7 (lampiran) dapat diamati bahwa asupan energi di bawah AKG tertinggi pertama berada pada Desa Singajaya dan Kertawangi (78,1%), selanjutnya Desa Bojong, Desa Batulayang dan Desa Tanjungjaya (75%). Rata-rata asupan energi pada sampel sebesar 1001,61 kkal dengan nilai minimum 219,06 dan maksimum 2259,9 kkal.

Berdasarkan Tabel 8 (lampiran) dapat diamati bahwa asupan protein dibawah AKG tertinggi pertama berada pada Desa Cicangkang Hilir dan Desa Citalem (31,3%). Pada urutan kedua terdapat pada Desa Cinengah, Karanganyar, Cihampelas, dan Desa Sirnagali sebesar (28,1%). Rata-rata asupan protein pada sampel sebesar 26,38 gram dengan nilai minimum 4,31 gram dan nilai maksimum 130, 1 gram.

Berdasarkan Tabel 9 (Lampiran) dapat diamati bahwa asupan lemak di bawah AKG tertinggi berada pada Desa Cihampelas (65,6%), kedua terdapat pada Desa Wargasaluyu (62,5%) dan ketiga terdapat pada Desa Karanganyar dan Singajaya (56,3%). Untuk asupan lemak di atas atau sama dengan AKG tertinggi pada Desa Mandalawangi (68,8%), kedua terdapat pada Desa Tanjungjaya (59,4%) dan ketiga terdapat pada Desa Desa Sukamulya, Galanggang serta Kertawangi (56,3%). Rata-rata asupan lemak pada sampel sebesar 40,41 gram dengan nilai minimum 2, 39 gram dan nilai maksimum 130, 1 gram.

Berdasarkan Tabel 10 (lampiran) dapat diamati bahwa asupan karbohidrat di bawah AKG tertinggi berada pada Desa Bojong dan Cihampelas (84,4%), kedua terdapat di Desa Sukaresmi dan Batulayang (81,3%). Rata-rata asupan karbohidrat pada sampel sebesar 132, 94 gram dengan nilai minimum 11,81 gram dan nilai maksimum 393 gram.

Berdasarkan Tabel 11 (lampiran) dapat diamati bahwa asupan seng di bawah AKG tertinggi berada pada Desa Wargasaluyu dan Karanganyar (81,3%), kedua terdapat pada Desa SIrnagalih (78,1%). Rata-rata asupan seng pada sampel sebesar 19, 08 mg.

Berdasarkan Tabel 12 (lampiran) dapat diamati bahwa asupan zat besi di bawah AKG tertinggi berada pada Desa Batulayang dan Karanganyar (96,9%), kedua terdapat pada Desa Wargasaluyu (90,6 %) serta pada urutan ketiga terdapat pada Desa Mekarmukti (90, 3%). Rata-rata asupan zat besi pada sampel sebesar 5,4 mg.

Berdasarkan Tabel 13 (lampiran) dapat diamati bahwa asupan Vitamin A dibawah AKG tertinggi berada pada Desa Bojong (75%), kedua Desa Wargasaluyu (71,9%) dan ketiga Desa Singajaya (68,8%). Rata-rata asupan vitamin A pada sampel sebesar 699, 67ug.

Berdasarkan Tabel 14 (lampiran) dapat diamati bahwa kejadian BBLR terendah terjadi di Desa Cinengah, Mekarmukti dan Neglasari dengan masing-masing 3,1% dan tertinggi pada Desa Karanganyar dan Cicangkang Hilir dengan masing-masing 18,8%.

Berdasarkan Tabel 15 (lampiran) dapat diamati bahwa kasus Ibu Hamil KEK menurut pengukuran LILA terendah terjadi di Desa Wargasaluyu dangan 3,1% dan tertinggi pada Desa Bojong dan Tanjungjaya dengan masing-masing 25,0%.

Berdasarkan Tabel 16 (lampiran) dapat diamati bahwa status gizi ibu saat hamil berdasarkan IMT dalam kategori kurus tertinggi berada di Desa Neglasari sebanyak 6,3%. Sementara untuk kasus ibu saat hamil mengalami kelebihan

perpustakaan

badan tingkat berat tertinggi menurut IMT ialah sebanya 43,8% pada Desa Tanjungjaya.

4.3. Hasil Analisis Bivariat Riwayat Kehamilan dan BBL (Berat Badan Lahir)

Tabel 4.9 Hubungan Kenaikan BB Ibu Hamil dan BBL

Kenaikan BB Ibu	BBL				Jumlah		P Value
	BBLR		Tidak BBLR				
	n	%	N	%	n	%	
Tidak Normal	12	15,6	65	84,4	77	100,0	0,064
Normal	48	8,9	492	91,1	540	100,0	
Jumlah	60	9,7	557	90,3	617	100	

Tabel 4.9 di atas menunjukan presentase kejadian BBLR pada kelompok Ibu yang mengalami kenaikan berat badan tidak normal lebih besar (15,6%) dibandingkan dengan kejadian BBLR pada ibu hamil yang mengalami kenaikan BB normal (8,9%), hasil uji statistik (chi-square) nilai p >0,05. Sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara kenaikan berat badan ibu hamil dengan kejadian BBLR.

Tabel 4.10 Hubungan Risiko KEK dan BBL

RISIKO KEK	BBL				Jumlah		P Value
	BBLR		Tidak BBLR				
	n	%	N	%	n	%	
Ya	7	7,7	84	92,3	91	100,0	0,614
Tidak	35	9,4	338	90,6	373	100,0	
Tidak Tahu/NA	16	16,7	80	83,3	96	100	

Tabel 4.10 di atas menunjukan presentase kejadian BBLR pada kelompok Ibu yang tidak berisiko KEK pada saat kehamilan lebih besar (9,4%) dibandingkan dengan kejadian BBLR pada ibu yang mengalami risiko KEK, dan hasil uji statistik dengan uji chi-square memperoleh nilai p>0,05. Sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara risiko KEK pada Ibu dengan kejadian BBLR.

Tabel 4.11 Hubungan PMT KEK dan BBL

PMT KEK	BBL				Jumlah		P Value
	BBLR		Tidak BBLR				
	n	%	n	%	n	%	
Tidak	5	11,8	90	88,2	102	100,0	0,215
Ya	5	5,1	93	94,4	98	100,0	
Tidak Tahu/NA	45	10,4	387	89,6	432	100	

Tabel 4.11 di atas menunjukan presentase kejadian BBLR pada kelompok Ibu yang tidak mendapatkan PMT KEK pada saat kehamilan lebih besar (11,8%)

dibandingkan dengan kejadian BBLR pada ibu yang tidak tahu dan mendapatkan PMT KEK, dan hasil uji statistik dengan uji chi-square dengan nilai p >0,05. Sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara PMT KEK dengan kejadian BBLR.

Tabel 4.12 Hubungan Konsumsi TTD dan BBL

Konsumsi TTD	BBL				Jumlah		P Value
	BBLR		Tidak BBLR				
	n	%	n	%	n	%	
Tidak	4	10	36	90	40	100,0	1,000
Ya	58	9,8	534	90,2	592	100,0	
Jumlah	62	9,8	570	90,2	632	100	

Tabel 4.12 di atas menunjukan presentase kejadian BBLR pada kelompok Ibu yang tidak mengkonsumsi tablet TTD pada saat kehamilan lebih besar (10%) dibandingkan dengan ibu yang mengkonsumsi TTD, dan hasil uji statistik dengan uji fisher exact memperoleh nilai p >0,05. Sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara Konsumsi TTD dengan kejadian BBLR.

Tabel 4.13 Hubungan Kepatuhan Konsumsi TTD dan BBL

Kepatuhan Konsumsi TTD	BBL				Jumlah		P Value
	BBLR		Tidak BBLR				
	n	%	n	%	n	%	
Tidak	33	14,1	201	85,9	234	100,0	**0,019**
Ya	23	7	306	93	329	100,0	
Tidak Tahu	6	8,7	63	91,3	69	100	

Tabel 4.13 di atas menunjukan presentase kejadian BBLR pada kelompok Ibu yang tidak patuh dalam mengkonsumsi TTD pada saat kehamilan lebih besar (14%) dibandingkan dengan Ibu yang patuh mengkonsumsi TTD, dan hasil uji statistik dengan uji Chi Square memperoleh nilai p<0,05. Sehingga dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara Kepatuhan dalam mengkonsumsi TTD dengan kejadian BBLR.

Tabel 4.14 Hubungan Anemia dan BBL

Anemia	BBL				Jumlah		P Value
	BBLR		Tidak BBLR				
	n	%	n	%	n	%	
Ya	11	6	171	94	182	100,0	0,124
Tidak	32	11	258	89	290	100,0	
Tidak Tahu	19	11,9	141	88,1	160	100	

Tabel 4.14 di atas menunjukan presentase kejadian BBLR pada kelompok Ibu yang anemia sebesar 6%, hasil uji statistik dengan uji Chi Square memperoleh nilai p>005. Sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara anemia dengan kejadian BBLR.

bppolitbangda

Tabel 4.15 Hubungan ANC dan BBLR

ANC	BBL				Jumlah		P Value
	BBLR		Tidak BBLR				
	n	%	n	%	n	%	
< 4 kali	7	17,1	34	82,9	41	100,0	0,108
> = 4 kali	54	9,3	526	90,7	580	100,0	
Tidak Tahu	61	9,8	560	90,2	621	100	

Tabel 4.15 di atas menunjukan presentase kejadian BBLR pada kelompok Ibu yang ANC < 4 kali sebesar 17,1% dan ≥ 4 sebesar 9,3%, hasil uji statistik dengan uji Chi Square memperoleh nilai p >0,05. Sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara ANC dengan BBLR.

4.4. Hasil Analisis Bivariat Riwayat Kehamilan dan PBL (Panjang Badan Lahir)

Tabel 4.16 Hubungan Kenaikan BB Ibu Hamil dan PBL

Kenaikan BB Ibu hamil	PBL				Jumlah		P Value
	Pendek		Normal				
	n	%	n	%	n	%	
Tidak Normal	7	11,3	55	88,7	62	100,0	0,507
Normal	65	14,4	386	85,6	451	100,0	
Jumlah	72	14,1	441	85,9	513	100	

Tabel 4.16 di atas menunjukan presentase kejadian anak pendek pada kelompok Ibu yang mengalami kenaikan berat badan tidak normal sebesar 11,3% dan kenaikan berat badan normal sebesar 14,4%. Hasil uji statistik dengan uji chi-square memperoleh nilai p>0,05. Sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara kenaikan berat badan normal dengan PBLR.

Tabel 4.17 Hubungan Status KEK dan PBL

Status KEK	PBL				Jumlah		P Value
	Pendek		Normal				
	n	%	n	%	n	%	
Ya	9	10,1	80	89,9	89	100,0	0,414
Tidak	57	15,5	310	84,5	367	100,0	
Tidak Tahu/NA	9	13,4	58	86,6	67	100	

Tabel 4.17 di atas menunjukan presentase kejadian anak pendek saat lahir pada kelompok Ibu yang mengalami KEK pada saat kehamilan sebesar 10,1 % dan Ibu hamil tidak KEK sebesar 15,5%. Hasil uji statistik dengan uji chi-square memperoleh nilai p >0,05. Sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara KEK pada Ibu dengan PBLR.

baperitbangda

Tabel 4.18 Hubungan PMT KEK BUMIL dan PBL

PMT KEK	PBL				Jumlah		P Value
	Pendek		Normal				
	n	%	n	%	n	%	
Ya	5	5,9	80	94,1	85	100,0	**0,033**
Tidak	14	16.1	73	83.9	87	100,0	
Tidak Tahu/NA	56	16	295	84	351	100	

Tabel 4.18 di atas menunjukan presentase kejadian anak pendek saat lahir pada Ibu yang mendapatkan PMT KEK sebesar 5, 9 % dan tidak mendapat PMT KEK sebesar 16,1%. Hasil uji statistik dengan uji chi-square memperoleh nilai p >0,05. Sehingga dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara PMT KEK dengan PBLR.

Tabel 4.19 Hubungan Konsumsi TTD dan PBL

Konsumsi TTD	PBL				Jumlah		P Value
	Pendek		Normal				
	N	%	n	%	n	%	
Tidak	3	11,5	23	88,5	26	100,0	0,473
Ya	72	14,5	425	85,5	497	100,0	
Jumlah	75	14,3	448	85,7	523	100	

Tabel 4.19 di atas menunjukan presentase kejadian anak pendek pada kelompok Ibu yang tidak mengkonsumsi tablet TTD pada saat kehamilan sebesar 11,5% sedangkan Ibu yang mengkonsumsi TTD sebesar 14,5%. Hasil uji statistik dengan uji fisher exact memperoleh nilai p > 0,05. Sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara Konsumsi TTD dengan PBLR.

Tabel 4.20 Hubungan Kepatuhan Konsumsi TTD dan PBL

Kepatuhan Konsumsi TTD	PBL				Jumlah		P Value
	Pendek		Normal				
	n	%	n	%	n	%	
Tidak	34	17,8	157	82,2	191	100,0	**0,013**
Ya	29	10,4	251	89,6	280	100,0	
Tidak Tahu	12	23,1	40	76,9	52	100	

Tabel 4.20 di atas menunjukan presentase kejadian anak pendek pada kelompok Ibu yang tidak patuh dalam mengkonsumsi TTD pada saat kehamilan lebih besar (17,8%) dibandingkan dengan Ibu yang patuh mengkonsumsi TTD (10,4%). Hasil uji statistik dengan uji Chi Square memperoleh nilai p < 0,05. Sehingga dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara Kepatuhan dalam mengkonsumsi TTD dengan PBLR.

baru belum ada

Tabel 4.21 Hubungan Anemia dan PBL

Anemia	PBL				Jumlah		P Value
	Pendek		Normal				
	n	%	n	%	n	%	
Ya	14	9,2	139	90,8	153	100,0	0,092
Tidak	40	16,3	206	83,7	246	100,0	
Tidak Tahu	21	16,9	103	83,1	124	100	

Tabel 4.21 di atas menunjukan presentase anak pendek pada kelompok Ibu yang anemia sebesar 9,2% dan ibu tidak anemia sebesar 16,3%. Hasil uji statistik dengan uji Chi Square memperoleh nilai p = 0,092. Sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara anemia dengan PBLR.

Tabel 4.22 Hubungan ANC dan PBL

ANC	PBL				Jumlah		P Value
	Pendek		Normal				
	n	%	n	%	n	%	
< 4 kali	5	16,7	25	83,3	30	100,0	0,788
> = 4 kali	70	14,3	418	85,7	468	100,0	
Jumlah	75	14,5	443	85,5	518	100	

Tabel 4.22 di atas menunjukan presentase anak pendek pada kelompok Ibu yang ANC < 4 kali sebesar 16,7% dan ANC ≥ 4 kali sebesar 14,3%. Hasil uji statistik dengan uji fisher exact memperoleh nilai p>0,05. Sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara ANC dengan PBLR.

4.5. Hasil Analisis Bivariat Stunting Pada Periode Baduta

Tabel 4.23 Hubungan Umur Anak dan Stunting

Umur Anak	Status Gizi				Jumlah		P Value
	Stunting		Normal				
	n	%	n	%	n	%	
6 - 11 Bulan	19	8,8	196	91,2	215	100,0	**0,000**
12 - 24 Bulan	95	22,4	330	77,6	425	100,0	
Jumlah	114	17,8	526	82,2	640	100,0	

Tabel 4.23 di atas menunjukan presentase kejadian stunting pada kelompok usia 12-24 bulan lebih besar (22,4%) daripada kelompok usia 6-11 bulan sebesar 8,8%. Hasil uji statistik dengan uji chi-square memperoleh nilai p<0,05. Sehingga dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara umur anak dengan kejadian stunting.

Kaplitanda

Tabel 4.24 Hubungan Antara Jenis Kelamin dan Stunting

Jenis Kelamin	Status Gizi				Jumlah		P Value
	Stunting		Normal				
	n	%	n	%	n	%	
Laki-laki	69	20,9	261	79,1	330	100,0	**0,045**
Perempuan	45	14,5	265	85,5	310	100,0	
Jumlah	114	17,8	526	82,2	640	100,0	

Tabel 4.24 di atas menunjukan presentase kejadian stunting pada kelompok jenis kelamin laki-laki lebih besar (20,9%) daripada perempuan (14,5%). Hasil uji statistik dengan uji chi-square memperoleh nilai p<0,05. Sehingga dapat disimpulkan ada hubungan antara jenis kelamin anak dengan kejadian stunting.

Tabel 4.25 Hubungan Pemberian PMT Balita Kurus dan Stunting

Pernah Mendapat PMT	Status Gizi				Jumlah		P Value
	Stunting		Normal				
	n	%	n	%	n	%	
NA	26	8,9	266	91,1	292	100,0	**0,000**
Belum Pernah	53	21,9	189	78,1	242	100,0	
Pernah	35	33,0	71	67,0	106	100,0	
Jumlah	114	17,8	526	82,2	640	100,0	

Tabel 4.25 di atas menunjukan presentase kejadian stunting pada kelompok baduta yang pernah mendapatkan PMT lebih besar (33,0%) daripada yang belum pernah (21,9%). Hasil uji statistik dengan uji chi-square memperoleh nilai p<0,05. Sehingga dapat disimpulkan ada hubungan antara pernah mendapatkan PMT baduta gizi kurang dengan kejadian stunting.

Tabel 4.26 Hubungan Kunjungan Posyandu dan Stunting

Ditimbang di Posyandu	Status Gizi				Jumlah		P Value
	Stunting		Normal				
	n	%	n	%	n	%	
Tidak	78	21,0	294	79,0	372	100,0	**0,043**
Kadang-kadang	34	13,8	213	86,2	247	100,0	
Selalu	2	9,5	19	90,5	21	100,0	
Jumlah	114	17,8	526	82,2	640	100,0	

Tabel 4.26 di atas menunjukan presentase kejadian stunting pada kelompok tidak ditimbang secara teratur di posyandu lebih besar (34,8%) daripada yang selalu ditimbang (9,5%). Hasil uji statistik dengan uji chi-square memperoleh nilai p <0,05. Sehingga dapat disimpulkan ada hubungan antara kunjungan posyandu dengan kejadian stunting.

bapelitbangda

Tabel 4.27 Hubungan Kenaikan BB Normal dengan Stunting

Kenaikan BB	Status Gizi				Jumlah		P Value
	Stunting		Normal				
	n	%	n	%	n	%	
Tidak Normal	17	22,1	60	77,9	77	100,0	0,400
Normal	95	17,4	451	82,6	546	100,0	
Jumlah	112	18,0	511	82,0	623	100,0	

Tabel 4.27 di atas menunjukan presentase kejadian stunting pada kelompok ibu dengan kenaikan BB tidak normal saat kehamilan lebih besar (22,1%) dibandingkan kenaikan BB normal (17,4%). Sementara itu, hasil uji statistik dengan uji chi-square memperoleh nilai p >0,05. Sehingga dapat disimpulkan tidak ada hubungan antara kenaikan BB normal ibu saat hamil dengan kejadian stunting.

Tabel 4.28 Hubungan Kapsul Vitamin A dan Stunting

Kapsul Vitamin A Rutin	Status Gizi				Jumlah		P Value
	Stunting		Normal				
	n	%	n	%	n	%	
Tidak	52	14,6	304	85,4	356	100,0	0,094
Rutin	62	21,8	222	78,2	284	100,0	
Jumlah	114	17,8	526	82,2	640	100,0	

Tabel 4.28 di atas menunjukan presentase kejadian stunting pada kelompok rutin mengkonsumsi Kapsul Vitamin A lebih besar (21,8%) dan hasil uji statistik dengan uji chi-square memperoleh nilai p>0,05. Sehingga dapat disimpulkan tidak ada hubungan antara pemberian kapsul vitamin A rutin dengan kejadian stunting.

Tabel 4.29 Hubungan Imunisasi dan Stunting

Imunisasi Dasar	Status Gizi				Jumlah		P Value
	Stunting		Normal				
	n	%	n	%	n	%	
Tidak Lengkap	55	22,2	193	77,8	248	100,0	**0,029**
Lengkap	59	15,1	333	84,9	392	100,0	
Jumlah	114	17,8	526	82,2	640	100,0	

Tabel 4.29 di atas menunjukan presentase kejadian stunting pada kelompok yang tidak mendapatkan imunisasi lengkap lebih besar (22,2%) dibandingkan yang mendapat imunisasi lengkap (15,1%). Hasil uji statistik dengan uji chi-square memperoleh nilai p < 0,05. Sehingga dapat disimpulkan ada hubungan antara pemberian imunisasi dasar lengkap dengan kejadian stunting.

Repository Universitas Jambi

Tabel 4.30 Hubungan Diare dan Stunting

Diare	Status				Jumlah		P Value
	Stunting		Normal				
	n	%	n	%	n	%	
Pernah	75	18,4	332	81,6	407	100,0	0,667
Tidak Pernah	39	16,7	194	83,8	233	100,0	
Jumlah	114	17,8	526	82,2	640	100,0	

Tabel 4.30 di atas menunjukan presentase kejadian stunting pada kelompok baduta yang pernah diare lebih besar (18,4%). Sementara itu, hasil uji statistik dengan uji chi-square memperoleh nilai p>0,05. Sehingga dapat disimpulkan tidak ada hubungan antara pernah mengalami diare dengan kejadian stunting.

Tabel 4.31 Hubungan ISPA dan Stunting

Sering mengalami ISPA	Status Gizi				Jumlah		P Value
	Stunting		Normal				
	n	%	n	%	n	%	
Ya	47	21,3	174	78,7	221	100,0	0,121
Tidak	67	16,0	352	84,0	419	100,0	
Jumlah	114	17,8	526	82,2	640	100,0	

Tabel 4.31 di atas menunjukan presentase kejadian stunting pada kelompok yang sering mengalami ISPA lebih besar (21,3%). Sementara itu, hasil uji statistik dengan uji chi-square memperoleh nilai p >0,05. Sehingga dapat disimpulkan tidak ada hubungan antara sering mengalami ISPA dengan kejadian stunting.

Tabel 4.32 Hubungan Sumber Air Minum dan Stunting

Sumber Air Minum Keluarga	Status Gizi				Jumlah		P Value
	Stunting		Normal				
	n	%	n	%	n	%	
Sumur Pompa	30	20,7	115	79,3	145	100,0	0,440
Sumur Gali	23	14,0	141	86,0	164	100,0	
Perpipaan	20	19,8	81	80,2	101	100,0	
Air Kemasan	41	17,8	189	82,2	230	100,0	
Jumlah	114	17,8	526	82,2	640	100,0	

Tabel 4.32 di atas menunjukan presentase kejadian stunting pada kelompok keluarga yang menggunakan sumber air minum sumur pompa lebih besar (20,7%). Sementara itu, hasil uji statistik dengan uji chi-square memperoleh nilai p >0,05. Sehingga dapat disimpulkan tidak ada hubungan antara sumber air minum dengan kejadian stunting.

bapplitbang da

Tabel 4.33 Hubungan Jamban dan Stunting

Memiliki Jamban Keluarga	Stunting				Jumlah		P Value
	Stunting		Normal				
	n	%	n	%	n	%	
Tidak	9	26,5	25	73,5	34	100,0	0,260
Ya	105	17,3	501	82,7	606	100,0	
Jumlah	114	17,8	526	82,2	640	100,0	

Tabel 4.33 di atas menunjukan presentase kejadian stunting pada kelompok yang tidak memiliki jamban keluarga lebih besar (26,5%). Sementara itu, hasil uji statistik dengan uji chi-square memperoleh nilai p >0,05. Sehingga dapat disimpulkan tidak ada hubungan antara memiliki jamban keluarga dengan kejadian stunting.

Tabel 4.34 Hubungan Pembuangan Sampah dan Stunting

Dimana Membuang Sampah	Status Gizi				Jumlah		P Value
	Stunting		Normal				
	n	%	n	%	n	%	
Dibakar	92	19,2	388	80,8	480	100,0	0,134
Di kebun	8	20,5	31	79,5	39	100,0	
Di tempat sampah	14	11,6	107	88,4	121	100,0	
Jumlah	114	17,8	526	82,2	640	100,0	

Tabel 4.34 di atas menunjukan presentase kejadian stunting pada kelompok rumah tangga yang membuang sampah di kebun lebih besar (20,5%). Sementara itu, hasil uji statistik dengan uji chi-square memperoleh nilai p>0,05. Sehingga dapat disimpulkan tidak ada hubungan antara dimana tempat membuang sampah dengan kejadian stunting.

Tabel 4.35 Hubungan Ventilasi Rumah dan Stunting

Ventilasi yang Baik	Status Gizi				Jumlah		P Value
	Stunting		Normal				
	n	%	n	%	n	%	
Tidak/ Kurang	38	23,8	122	76,3	160	100,0	**0,032**
Baik	76	15,8	404	84,2	480	100,0	
Jumlah	114	17,8	526	82,2	640	100,0	

Tabel 4.35 di atas menunjukan presentase kejadian stunting pada kelompok rumah tangga yang tidak memiliki ventilasi dan cahaya yang baik lebih besar (23,8%) dibandingkan ventilasi baik (15,8%). Hasil uji statistik dengan uji chi-memperoleh nilai p<0,05. Sehingga dapat disimpulkan ada hubungan antara kualitas ventilasi rumah dengan kejadian stunting.

bapelitbangda

Tabel 4.36 Hubungan Penerima JKN dan Stunting

Penerima JKN/JamKesda/ KIS	Status Gizi				Jumlah		P Value
	Stunting		Normal				
	n	%	n	%	n	%	
Tidak	45	17,9	206	82,1	251	100,0	1,000
Ya	69	17,7	320	82,3	389	100,0	
Jumlah	114	17,8	526	82,2	640	100,0	

Tabel 4.36 di atas menunjukan presentase kejadian stunting pada kelompok yang tidak memiliki fasilitas JKN/JamKesda/KIS lebih besar (17,9%). Sementara itu, hasil uji statistik dengan uji chi-square memperoleh nilai p >0,05. Sehingga dapat disimpulkan tidak ada hubungan antara penerima JKN/Jamkesda/KIS dengan kejadian stunting.

Tabel 4.37 Hubungan KPM BANSOS PKH dan Stunting

Penerima KPM bansos PKH	Status Gizi				Jumlah		P Value
	Stunting		Normal				
	n	%	n	%	n	%	
Tidak	80	16,2	413	83,8	493	100,0	0,072
Ya	34	23,1	113	76,9	147	100,0	
Jumlah	114	17,8	526	82,2	640	100,0	

Tabel 4.37 di atas menunjukan presentase kejadian stunting pada kelompok yang menerima BanSos lebih besar (23,1%). Sementara itu, hasil uji statistik dengan uji chi-square memperoleh nilai p>0,05. Sehingga dapat disimpulkan tidak ada hubungan antara penerima KPM bansos PKH dengan kejadian stunting.

Tabel 4.38 Hubungan Peserta Kelas Parenting dan Stunting

Peserta Kelas Parenting	Stunting				Jumlah		P Value
	Stunting		Normal				
	n	%	n	%	n	%	
Tidak	82	17,4	390	82,6	472	100,0	0,712
Ya	32	19,0	136	81,0	169	100,0	
Jumlah	114	17,8	526	82,2	640	100,0	

Tabel 4.38 di atas menunjukan presentase kejadian stunting pada kelompok orang tua yang menjadi peserta kelas parenting lebih besar (19,0%). Sementara itu, hasil uji statistik dengan uji chi-square memperoleh nilai p >0,05. Sehingga dapat disimpulkan tidak ada hubungan antara orang tua peserta kelas parenting dengan kejadian stunting.

Perpustakaan Unida

Tabel 4.39 Hubungan Pelayanan Ibu Nifas dan Stunting

Pelayanan Ibu Nifas	Status Gizi				Jumlah		P Value
	Stunting		Normal				
	n	%	n	%	n	%	
Tidak	25	21,9	89	78,1	114	100,0	0,257
Ya	89	16,9	437	83,1	526	100,0	
Jumlah	114	17,8	526	82,2	640	100,0	

Tabel 4.39 di atas menunjukan presentase kejadian stunting pada kelompok ibu yang tidak mendapat pelayanan ibu Nifas lebih besar (21,9%). Sementara itu, hasil uji statistik dengan uji chi-square memperoleh nilai p >0,05. Sehingga dapat disimpulkan tidak ada hubungan antara pelayanan ibu nifas dengan kejadian stunting.

Tabel 4.40 Hubungan Pemberian Kapsul Vitamin A (KVA) Pasca Persalinan dan Stunting

Pemberian KVA Pasca Persalinan	Status Gizi				Jumlah		P Value
	Stunting		Normal				
	n	%	n	%	n	%	
Tidak	42	17,2	202	82,2	244	100,0	0,838
Ya	72	18,2	324	81,8	396	100,0	
Jumlah	114	17,8	526	82,2	640	100,0	

Tabel 4.40 di atas menunjukan presentase kejadian stunting pada kelompok ibu yang mendapatkan kapsul vitamin A pasca persalinan lebih besar (18,2%). Sementara itu, hasil uji statistik dengan uji chi-square memperoleh nilai p>0,05. Sehingga dapat disimpulkan tidak ada hubungan antara pemberian Kapsul Vitamin A pasca persalinan dengan kejadian stunting.

Tabel 4. 41 Hubungan Peserta BKB Dan Stunting

Peserta BKB	Status Gizi				Jumlah		P Value
	Stunting		Normal				
	n	%	n	%	n	%	
Tidak	16	18,6	70	81,4	86	100,0	0,974
Ya	98	17,8	453	82,2	551	100,0	
Jumlah	114	17,8	526	82,2	640	100,0	

Tabel 4.41 di atas menunjukan presentase kejadian stunting pada kelompok yang tidak menjadi peserta BKB lebih besar (18,6%). Sementara itu, hasil uji statistik dengan uji chi-square memperoleh nilai p>0,05. Sehingga dapat disimpulkan tidak ada hubungan antara peserta BKB dengan kejadian stunting.

bam elibrary

Tabel 4.42 Hubungan Asi Ekslusif dan Stunting

ASI Eksklusif	Status Gizi				Jumlah		P Value
	Stunting		Normal				
	n	%	n	%	n	%	
Tidak	54	18,0	246	82,0	300	100,0	0,990
Ya	60	17,6	280	82,4	340	100,0	
Jumlah	114	17,8	526	82,2	640	100,0	

Tabel 4.42 di atas menunjukan presentase kejadian stunting pada kelompok yang baduta yang tidak mendapatkan ASI Eksklusif lebih besar (18,0%). Sementara itu, hasil uji statistik dengan uji chi-square memperoleh nilai p >0,05. Sehingga dapat disimpulkan tidak ada hubungan antara pemberian ASI Eksklusif dengan kejadian stunting.

Tabel 4.43 Hubungan Informasi Asi (MPASI) yang Tepat Dan Stunting

Pernah Mendapat Informasi MPASI yang Tepat	Status Gizi				Jumlah		P Value
	Stunting		Normal				
	n	%	n	%	n	%	
Tidak Pernah	22	14,9	126	85,1	148	100,0	0,344
Pernah	92	18,7	400	81,3	492	100,0	
Jumlah	114	17,8	526	82,2	640	100,0	

Tabel 4.43 di atas menunjukan presentase kejadian stunting pada kelompok yang baduta yang pernah mendapatkan informasi tentang MP ASI yang tepat lebih besar (18,7%). Sementara itu, hasil uji statistik dengan uji chi-square memperoleh nilai p>0,05. Sehingga dapat disimpulkan tidak ada hubungan antara pernah mendapat informasi tentang MPASI yang benar dengan kejadian stunting.

Tabel 4.44 Hubungan Asupan Energi BADUTA dan Stunting

Asupan Energi Baduta	Status Gizi				Jumlah		P Value
	Stunting		Normal				
	n	%	n	%	n	%	
< AKG	92	21,2	431	78,8	433	100,0	**0,002**
> = AKG	22	10,6	185	89,4	207	100,0	
Jumlah	114	17,8	526	82,2	640	100,0	

Tabel 4.44 di atas menunjukan presentase kejadian stunting pada kelompok dengan asupan energi di bawah AKG lebih besar (21,2%) dibandingkan kelompok asupan energi ≥ AKG (10,5%). Hasil uji statistik dengan uji chi-square memperoleh nilai p<0,05. Sehingga dapat disimpulkan ada hubungan antara asupan energi baduta dengan kejadian stunting.

baru lahan

Tabel 4. 45 Hubungan Asupan Protein BADUTA dan Stunting

Asupan Protein Baduta	Status Gizi				Jumlah		P Value
	Stunting		Normal				
	n	%	n	%	n	%	
< AKG	27	20,3	106	79,7	133	100,0	0,474
> = AKG	87	17,2	420	82,8	507	100,0	
Jumlah	114	17,8	526	82,2	640	100,0	

Tabel 4.45 di atas menunjukan presentase kejadian stunting pada kelompok dengan asupan protein di bawah AKG lebih besar (20,3%). Sementara itu, hasil uji statistik dengan uji chi-square memperoleh nilai p>0,05. Sehingga dapat disimpulkan tidak ada hubungan antara asupan protein Baduta dengan kejadian stunting.

Tabel 4.46 Hubungan Asupan Lemak BADUTA dan Stunting

Asupan Lemak Baduta	Status Gizi				Jumlah		P Value
	Stunting		Normal				
	n	%	n	%	n	%	
< AKG	74	22,4	257	77,6	331	100,0	**0,003**
> = AKG	40	12,9	269	87,1	309	100,0	
Jumlah	114	17,8	526	82,2	640	100,0	

Tabel 4.46 di atas menunjukan presentase kejadian stunting pada kelompok dengan asupan lemak dibawah AKG lebih besar (22,4%) dibandingkan kelompok asupan lemak ≥ AKG. Hasil uji statistik dengan uji chi-square memperoleh nilai p<0,05. Sehingga dapat disimpulkan ada hubungan antara asupan lemak baduta dengan kejadian stunting.

Tabel 4. 47 Hubungan Asupan Karbohidrat BADUTA dan Stunting

Asupan Karbohidrat Baduta	Status Gizi				Jumlah		P Value
	Stunting		Normal				
	n	%	n	%	n	%	
< AKG	98	20,6	378	79,4	476	100,0	**0,003**
> = AKG	16	9,8	148	90,2	164	100,0	
Jumlah	114	17,8	526	82,2	640	100,0	

Tabel 4.47 di atas menunjukan presentase kejadian stunting pada kelompok dengan asupan karbohidrat di bawah AKG lebih besar (20,6%) dibandingkan kelompok dengan asupan ≥ AKG (9,8%). Hasil uji statistik dengan uji chi-square memperoleh nilai p<0,05. Sehingga dapat disimpulkan ada hubungan antara asupan karbohidrat baduta dengan kejadian stunting.

Perpustakaan Unida

Tabel 4.48 Hubungan Asupan Seng BADUTA dan Stunting

Asupan Seng Baduta	Status Gizi				Jumlah		P Value
	Stunting		Normal				
	n	%	n	%	n	%	
< AKG	77	17,5	364	82,5	441	100,0	0,814
> = AKG	37	18,6	162	81,4	199	100,0	
Jumlah	114	17,8	526	82,2	640	100,0	

Tabel 4.48 di atas menunjukan presentase kejadian stunting pada kelompok dengan asupan seng di atas atau sama dengan AKG lebih besar (18,6%). Sementara itu, hasil uji statistik dengan uji chi-square memperoleh nilai p>0,05. Sehingga dapat disimpulkan tidak ada hubungan antara asupan seng Baduta dengan kejadian stunting.

Tabel 4.49 Hubungan Asupan Zat Besi BADUTA dan Stunting

Asupan Zat Besi Baduta	Status Gizi				Jumlah		P Value
	Stunting		Normal				
	n	%	n	%	n	%	
< AKG	103	19,0	440	81,0	543	100,0	0,096
> = AKG	11	11,3	86	88,7	97	100,0	
Jumlah	114	17,8	526	82,2	640	100,0	

Tabel 4.49 di atas menunjukan presentase kejadian stunting pada kelompok dengan asupan zat besi di bawah AKG lebih besar (19,0%) dibandingkan kelompok dengan asupan zat besi ≥AKG (11,3%). Sementara itu, hasil uji statistik dengan uji chi-square memperoleh nilai p>0,05. Sehingga dapat disimpulkan tidak ada hubungan antara asupan zat besi Baduta dengan kejadian stunting.

Tabel 4.50 Hubungan Asupan Vitamin A BADUTA dan Stunting

Asupan Vitamin A Baduta	Status Gizi				Jumlah		P Value
	Stunting		Normal				
	n	%	n	%	n	%	
< AKG	70	18,3	313	81,7	383	100,0	0,788
> = AKG	44	17,1	213	82,9	257	100,0	
Jumlah	114	17,8	526	82,2	640	100,0	

Tabel 4.50 di atas menunjukan presentase kejadian stunting pada kelompok dengan asupan vitamin A dibawah AKG lebih besar (18,3%). Sementara itu, hasil uji statistik dengan uji chi-square memperoleh nilai p >0,05 Sehingga dapat disimpulkan tidak ada hubungan antara asupan vitamin A Baduta dengan kejadian stunting.

Perpustakaan Unida

4.6. Hasil Analisis MULTIVARIAT

Tabel 4.51 Faktor Determinan Stunting Di Kabupaten Bandung Barat

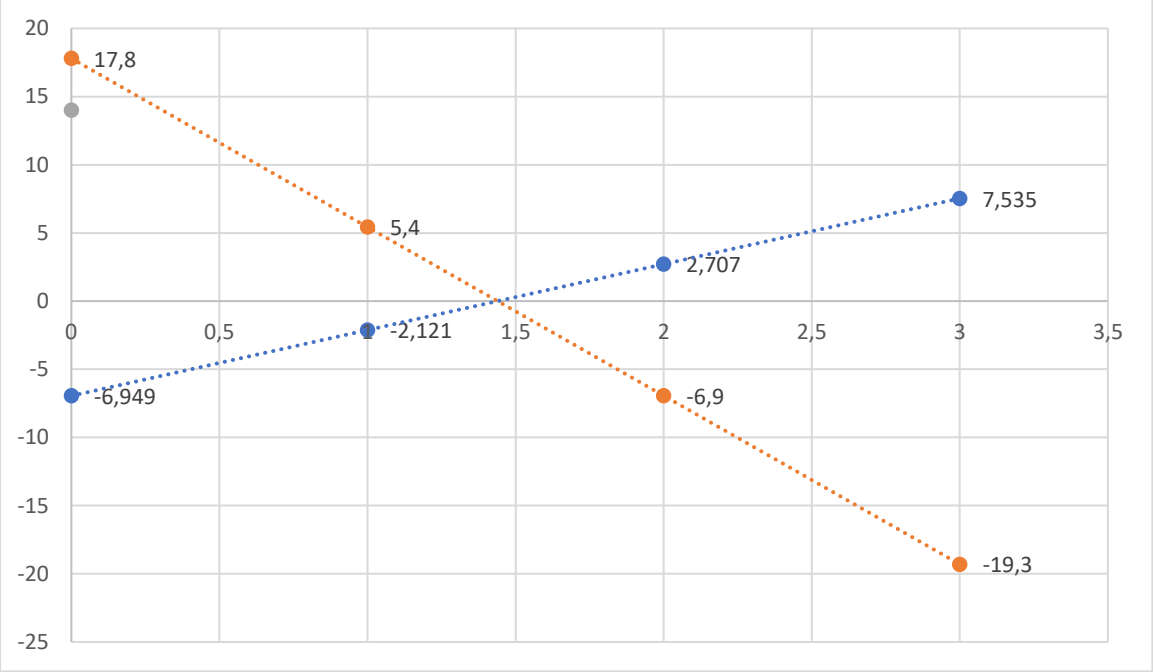
Variabel	Stunting			
	p-value*	Exp (B)	Lower	Upper
Umur Anak[1]	0,001	2,895	1,578	5,313
Jenis Kelamin Anak[2]	0,032	1,712	1,048	2,797
Kategorik Panjang Badan Lahir Baduta[3]	0,003	2,489	1,377	4,501
Riwayat Status gizi kurang (BB/TB <-2)[4]	0,000	2,794	1,737	4,495
Status Imunisasi[5]	0,006	1,999	1,214	3,291
Ventilasi Rumah[6]	0,026	1,811	1,073	3,055

*Regresi Logistik
[1] Umur anak dibawah 12 bulan, 12-24 bulan
[2] Laki-laki, perempuan
[3] Kurang dari 48 cm dan lebih dari sama dengan 48 cm
[4] Pernah mengalami status gizi kurang, tidak pernah
[5] Lengkap, tidak lengkap
[6] Ventilasi baik, tidak baik

Tabel 4.51 menunjukkan faktor yang paling dominan mempengaruhi stunting pada baduta di wilayah Kabupaten Bandung Barat adalah umur anak 12-24 bulan dengan nilai OR 2,895. Hal ini menunjukkan anak yang usianya lebih tua (12-24 bulan) memiliki resiko stunting 2,895 kali lebih besar dibandingkan dengan anak yang berusia lebih muda. Selain itu jenis kelamin juga merupakan salah satu faktor resiko stunting dimana anak laki-laki 1,712 kali beresiko terkena stunting dibanding anak perempuan. Variabel lainnya yang mempengaruhi stunting pada baduta adalah anak yang mempunyai riwayat gizi kurang/kurus dimana anak yang mempunyai riwayat mengalami status gizi kurang/kurus beresiko terkena stunting sebesar 2,794 dibandingkan dengan anak normal. Selain itu panjang badan lahir baduta juga menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi stunting dengan nilai OR 2, 489 dimana anak dengan panjang badan < 48 cm lebih beresiko terkena stunting dibandingkan anak dengan panjang badan lahir >= 48 cm. Sedangkan status imunisasi juga menjadi faktor determinan stunting dengan nilai OR 1,99 dimana anak yang tidak diberikan imunisasi lengkap lebih beresiko mengalami stunting dibandingkan anak dengan status imunisasi lengkap. Faktor terakhir yang mempengaruhi stunting di wilayah Kabupaten Bandung Barat adalah keadaan ventilasi rumah dengan nilai OR 1, 811, dimana anak yang tinggal di rumah dengan ventilasi kurang lebih beresiko terkena stunting dibandingkan anak yang tinggal di rumah dengan ventilasi baik. Persamaan garis yang di dapatkan dari uji multivariat sebagai berikut :

Baduta Stunting = -6,949 + 1,063 x (Umur) + 0,538 x (Jenis Kelamin) + 0,912 x (PBLR) + 1,028 x (pernah gizi kurang) + 0,693 x (Immunisasi) + 0,594 x (Ventilasi rumah).

Universitas Bhamada



bappelitbangda

BAB V
PEMBAHASAN

5.1. Status Gizi Sampel

5.1.1. Status gizi Menurut Indeks

Angka prevalensi status gizi sampel pada 20 desa lokus menurut indeks PB/U sebesar 17,8% mengalami *stunting* (sangat pendek dan pendek). Angka prevalensi stunting pada baduta sebesar 17,8%, jelas lebih rendah dibandingkan prevalensi stunting di Kabupaten Bandung Barat pada kelompok umur baduta saat tiga tahun yang lalu yaitu 30,16% (Riskesdas, 2018). Namun tetap harus dipahami, bahwa angka prevalensi stunting antar desa yang ada di wilayah Kabupaten Bandung Barat sangat bervariasi.

Selanjutnya gambaran angka prevalensi status gizi sampel menurut indeks BB/U sebesar 9,9% mengalami *underweigh*t (berat badan sangat kurang dan kurang) dan berdasarkan indeks BB/PB sebesar 6,1% mengalami *wasting* (gizi buruk dan kurang). Membandingkan ketiga angka prevalensi status gizi di atas, menunjukkan kondisi yang tidak jauh berbeda dengan angka nasional dan provinsi, yaitu bahwa *stunting* masih menjadi masalah kekurangan gizi makro terbesar, disusul oleh *underweight* dan *wasting.* Apabila dibandingkan dengan ambang batas (*cut-off*) masalah kesehatan masyarakat yang ditetapkan oleh WHO (2010), angka prevalensi masalah gizi dari dua dari tiga indeks berada di bawah nilai ambang batas yaitu prevalensi *stunting* lebih rendah dari 20% (17,8%), prevalensi *underweight* lebih rendah dari 10% (9,9%), sedangkan prevalensi *wasting* masih di atas 5% (6,1%).

Terdapat hubungan antara indikator BB/U dan BB/PB dengan indikator stunting (PB/U). Semakin memburuk indikator BB/U dan BB/PB, maka angka kejadian stunting semakin tinggi. Indikator BB/U yang paling konsisten, sehingga dapat digunakan sebagai indikator proxi untuk PB/U.

Gambaran prevalensi stunting pada 20 desa lokus, menunjukkan masih terdapat 7 (tujuh) desa (35%) yang memiliki masalah gizi stunting dengan angka prevalensi di atas nilai ambang batas (≥20%)) yaitu: Desa Sukaresmi (31,3%) dan Desa Batulayang (31,3%) pada kategori tinggi (30%-39%) dan Desa Karanganyar (28,1%), Desa Mekarjaya (25,0%), Desa Cicangkang Hilir (25,0%), Desa Sukamulya (25,0%) dan Desa Wargasaluyu (21,9%) pada kategori sedang (20%-29%).

Hal menarik lainnya yaitu prevalensi “risiko BB lebih” pada baduta menurut indeks BB/U sebesar 6,1% dan prevalensi “risiko gizi lebih” menurut indeks BB/PB sebesar 9,2%, menunjukkan angka yang perlu juga menjadi perhatian, walaupun prevalensi total gizi lebih dan obesitas menurut indeks BB/PB sebesar 2,2% (gizi lebih sebesar 1,7% dan obesitas sebesar 0,5%) dan menurut indeks IMT/U sebesar 2,5% (gizi lebih sebesar 2,0% dan obesitas sebesar 0,5%) atau masih di bawah angka nasional sebesar 8,0% (2018).

bapelitbangda

5.1.2. Stunting Menurut Kelompok Umur

Angka prevalensi stunting berbeda secara bermakna di antara kelompok umur (p<0,05), yaitu lebih banyak terjadi pada umur 12 bulan ke atas (22,3%) dibandingkan dengan umur di bawah 12 bulan (8,8%). Hal ini menunjukkan bahwa risiko mengalami stunting tidak hanya berhubungan dengan panjang badan lahir pendek, tetapi juga kondisi setelahnya terutama pasca periode bayi.

Fenomena peningkatan prevalensi stunting pada kelompok balita yang lebih tua, menunjukkan bahwa pola asuh makan, pola asuh kesehatan dan pola asuh sosial, belum sebaik pola asuh pada periode bayi. Kita masih menganggap bahwa periode pasca bayi merupakan periode terbebas dari masa rawan, sehingga balita usia di atas satu tahun hingga 5 tahun kurang mendapat pengawasan dan menerima pola asuh yang memadai.

Peningkatan stunting periode pasca bayi juga memberikan gambaran, bahwa risiko stunting yang dicerminkan oleh pendek lahir bukan lagi menjadi faktor penentu, sebaliknya mulai berperannya faktor lingkungan di sekitar tempat balita tumbuh dan berkembang, hal ini sejalan dengan semakin meningkatnya mobilitas dan interaksi balita dengan lingkungan sekitar.

5.1.3. Berat Badan Lahir dan Panjang Badan Lahir

Prevalensi bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR) pada kelompok sampel sebesar 9,8% atau lebih tinggi dari angka BBLR nasional sebesar 6,2% (2018). Sebaliknya prevalensi panjang badan lahir pendek dialami oleh 14,3% baduta atau lebih rendah dibandingkan dengan panjang badan lahir pendek nasional sebesar 22,7% (2018).

Pada baduta sampel yang mengalami panjang badan lahir pendek maupun BBLR, bertambahnya umur masih memberikan perbedaan yaitu masih berisiko besar mengalami stunting (p<0,05).

Kedua data diatas, menunjukkan bahwa dampak lanjutan terjadinya outcome kelahiran (BBLR dan PBLR), masih terus dialami hingga usia baduta 2 tahun. Sehingga strategi program dalam penurunan angka balita stunting, yaitu mencegah munculnya stunting baru.

5.2. Asupan Zat Gizi Sampel dan Stunting

Jenis asupan zat gizi yang menunjukkan hubungan bermakna terhadap kejadian stunting baduta yaitu asupan energi, asupan lemak dan karbohidrat (p<0,05). Hal ini menunjukkan bahwa asupan energi dan zat gizi makro sumber energi ini dibutuhkan untuk terus mensuplai kebutuhan pertumbuhan dan perkembangan baduta yang semakin meningkat. Berperannya energi dan zat gizi sumber energi terhadap kejadian stunting, terjadi karena asupan energi yang memenuhi AKG baru sebesar 67,7% sampel. Sehingga balita dengan asupan energi yang rendah, yang paling berisiko mengalami stunting.

Asupan protein sampel sebagian besar telah memenuhi AKG yaitu sebesar 79,2% baduta sampel, sisanya 20,8% masih di bawah AKG. Tidak terdapat perbedaan asupan protein di antara 20 desa, hal ini menunjukkan bahwa sumber protein dapat diperoleh dengan mudah dan telah dikonsumsi baduta.

Rata-rata capaian asupan zat gizi mikro (seng, zat besi dan vitamin A), sebagian besar masih di bawah AKG. Peran zat gizi mikro ini terhadap

Kapuas Hanyala

pertumbuhan linear tubuh merupakan unsur penting, selain berperan dalam pertumbuhan linear juga berperan terhadap daya tahan tubuh, sehingga tidak mudah sakit terkena infeksi. Kerja protein dalam mensintesis hormon pertumbuhan dan komponen imunitas tidak akan optimal, apabila unsur zat gizi mikro yang dibutuhkan dalam proses transkripsi dan translasi kurang tersedia. Rendahnya asupan zat gizi mikro, menunjukkan bahwa kualitas asupan protein yang dikonsumsi lebih banyak bersumber tumbuhan (nabati). Sehingga memberikan akibat terhadap kejadian stunting dan ISPA, hal ini ditandai dengan trend bahwa baduta yang sering mengalami ISPA lebih berisiko mengalami stunting (21,3%) dibandingkan dengan baduta yang tidak sering (16,0%).

5.3. Faktor Determinan BBLR dan PBLR Periode Kehamilan

Pada periode kehamilan, didapatkan 4 (empat) kandidat faktor determinan pada periode kehamilan yang berhubungan dengan outcome kehamilan (berat lahir dan panjang lahir) yaitu kejadian anemia, kepatuhan ibu minum tablet tambah darah, kejadian KEK, mendapat PMT Ibu Hamil KEK dan antenatal care.

Dari analisis bivariat terhadap outcome kelahiran, terdapat 2 (dua) faktor yang berhubungan dengan outcome kelahiran (BBLR dan PBLR) yaitu terdapat hubungan antara ibu hamil yang tidak patuh minum tablet tambah darah minimal 90 tablet dengan risiko mengalami BBLR dan PBLR ($p<0,05$). Angka prevalensi anemia pada ibu hamil sebesar 38,3%, lebih rendah dibandingkan prevalensi anemia ibu hamil nasional 48,9% (2018). Terdapat hubungan bermakna antara ibu hamil mendapat PMT KEK dengan kejadian pendek lahir ($p<0,05$). Ibu hamil KEK berisiko melahirkan bayi BBLR dan pendek lahir, karena kebutuhan janin tidak dapat terpenuhi dengan baik oleh suplai gizi ibu. Sehingga pemberian PMT- KEK sangat kuat memperbaiki luaran kelahiran.

Ibu hamil yang tidak mendapat PMT KEK berisko lebih besar melahirkan bayi BBLR (11,8%) dan bayi lahir pendek (16,1%) dibandingkan mendapat PMT KEK (5,1% dan 5,9%). Hal ini menunjukkan bahwa PMT ibu hamil KEK telah memberikan pengaruh terhadap luaran berat badan bayi yang dilahirkan.

Tidak ada perbedaan risiko KEK dengan BBLR, bukan berarti risiko KEK pada ibu hamil tidak berdampak kepada luaran berat badan atau panjang badan bayi yang dilahirkan. Adanya tren ibu hamil dengan kenaikan berat badan normal menunjukkan proporsi berat badan lahir rendah dan panjang badan lahir pendek lebih kecil (8,9% dan 11,3%) dibandingkan ibu hamil dengan kenaikan berat badan yang tidak normal (15,6% dan 14,4%). Indikator kenaikan berat badan masa kehamilan lebih akurat dibandingkan risiko KEK, karena merupakan indikator monitoring kehamilan.

Tidak adanya hubungan antara kepatuhan melakukan pemeriksaan ANC dengan indikator luaran kehamilan, menunjukkan juga bahwa belum optimalnya mutu pelayanan ANC terutama dalam pemantauan faktor risiko stunting.

Berdasarkan uji statistik hanya terdapat 1 (satu) faktor determinan yang berhubungan dengan luaran kehamilan (berat badan lahir dan panjang badan lahir) yaitu kepatuhan minum tablet tambah darah ($p<0,05$). Hal ini menunjukkan bahwa pada periode kehamilan, konsumsi tambahan zat besi selain meningkatkan kadar hemoglobin ibu, juga mempengaruhi pertumbuhan janin. Ibu hamil dengan kadar hemoglobin yang baik, memiliki kebugaran dan mensuplai kebutuhan zat gizi janin. Zat besi yang dikonsumsi ibu hamil secara teratur yaitu minimal 90 tablet, diserap tubuh ibu dan digunakan membantu proses sintesis berbagai jenis protein yang berperan dalam pertumbuhan dan perkembangan janin.

badan litbangkes

5.4. Faktor Determinan Stunting Periode Bayi dan Balita

Dari analisis bivariat pada periode post-natal yaitu hubungan variabel bebas atau faktor terhadap stunting, terdapat 12 kandidat faktor yang berhubungan dengan stunting yaitu : umur, jenis kelamin, riwayat panjang lahir, kepatuhan mendapat kapsul vitamin A, kepatuhan pemantauan pertumbuhan, kepatuhan imunisasi lengkap, ventilasi, asupan energi, asupan lemak, asupan karbohidrat, wasting dan underweight.

Terdapat hubungan yang bermakna antara faktor umur dan status stunting yaitu baduta dengan umur di atas 11 bulan memiliki proporsi lebih banyak mengalami stunting dibandingkan baduta umur di bawahnya ($p<0,05$), hal ini menunjukkan bahwa periode pasca MP-ASI lebih rawan. Angka kejadian stunting pada kelompok umur anak yang lebih tua, menunjukkan bahwa faktor lingkungan semakin besar pengaruhnya dan pola asuh gizi, pola asuh kesehatan dan pola asuh sosial belum optimal untuk memberikan lingkungan yang baik bagi pertumbuhan dan perkembangan anak.

Terdapat hubungan antara jenis kelamin dan stunting, yaitu baduta jenis kelamin laki-laki lebih banyak mengalami stunting dibandingkan baduta perempuan ($P< 0,05$). Hal ini dapat terjadi karena pengaruh penerapan pola asuh ibu dan keluarga yang berbeda terhadap baduta laki-laki dan perempuan atau akibat efek pengacakan dimana kebetulan kelompok baduta laki-laki lebih banyak pada kelompok umur yang lebih tua.

5.4.1. Asupan Energi dan Zat gizi

Analisis konsumsi zat gizi baduta menggunakan 7 (tujuh) indikator yaitu asupan energi, asupan protein, asupan lemak, asupan karbohidrat, asupan seng, asupan zat besi dan vitamin A.

Terdapat 3 (tiga) indikator konsumsi yang berhubungan dengan kejadian stunting yaitu asupan energi, asupan lemak dan asupan karbohidrat ($p<0,05$). Ketiga indikator ini lebih mencerminkan ketersediaan sumber tenaga, sehingga hal ini menjelaskan bahwa kejadian stunting erat hubungannya dengan pemenuhan sumber tenaga sebagai indikator utama. Pemenuhan asupan zat gizi lainya seperti protein, zat gizi mikro dapat berdampak positif, apabila kebutuhan energi terpenuhi. Hal lainnya kemampuan tubuh dalam menyerap dan menggunakan untuk sintesis sangat dipengaruhi oleh keseimbangan saluran pencernaan dan status gizi. Pemberian edukasi gizi dan PMT, agar menekankan pada pemenuhan gizi seimbang baik energi, protein dan zat gizi mikro.

5.4.2. Akses Pelayanan Kesehatan

Terdapatnya hubungan antara pemberian PMT balita kurus dengan kejadian stunting ($p<0,05$), hal ini menjelaskan bahwa baduta yang stunting merupakan juga anak yang mengalami baduta kurus, sehingga pemberian PMT balita kurus telah tepat sasaran. Pemantauan efektifitas pemberian PMT balita kurus, dapat menggunakan kenaikan berat badan sebagai indikator kemajuan tidak terbatas hanya berdasarkan tinggi badan. Menurut pendapat pakar, indikator pertumbuhan BB/U merupakan proxy dari indikator PB/U atau TB/U. Dari hasil uji hubungan antara indikator BB/U dan PB/U menunjukkan hubungan yang bermakna ($p<0,05$).

bapelitbangda

Terdapatnya hubungan antara mendapatkan imunisasi dasar lengkap dengan rendahnya mengalami stunting (p<0,05), menjelaskan bahwa pemberian imunisasi telah meningkatkan kekebalan tubuh baduta, sehingga frekuensi kejadian sakit infeksi yang lebih rendah. Salah satu faktor penyebab stunting adalah seringnya anak mengalami infeksi berulang, sehingga laju pertumbuhan sering mengalami gangguan. Sebaliknya tidak ada hubungan antara pemberian kapsul vitamin A dengan kejadian stunting, dan pemberian ASI eksklusif dengan stunting. Hal ini dapat terjadi indikator sub klinis yaitu kadar zat gizi dalam darah tidak dilakukan pemeriksaan. Sedangkan pelayanan ibu nifas dengan kejadian stunting, menjelaskan adanya tren bahwa ibu yang melakukan kunjungan ibu nifas, memiliki angka kejadian baduta stunting lebih kecil. Kunjungan ibu nifas dapat meningkatkan kualitas ASI baik karena menerima edukasi gizi dan kesehatan juga mendapatkan kapsul vitamin A.

Terdapat hubungan yang bermakna antara kepatuhan kunjungan pemantauan pertumbuhan ke posyandu dan kejadian stunting (p<0,05). Baduta yang teratur ditimbang setiap bulan di posyandu memiliki angka kejadian stunting yang lebih rendah dibandingkan yang tidak teratur. Balita yang datang ditimbang di posyandu akan mendapakan akses pelayanan, sehingga ibu balita mendapat feedback perkembangan pertumbuhannya. Bahkan balita yang naik berat badannya setiap bulan berhubungan secara bermakna dengan angka kejadian stunting yang lebih rendah.

5.4.3. Akses Perumahan Sehat

Dari 5 (lima) indikator perumahan sehat sebagai faktor yang berhubungan dengan angka kejadian infeksi berulang, diperoleh hasil bahwa faktor ventilasi yang berhubungan dengan kejadian stunting (p<0,05). Faktor lainnya seperti sumber air bersih, kepemilikan jamban, pembuangan sampah dan air limbah hanya menjelaskan adanya tren positif bahwa keluarga dengan kondisi perumahan yang lebih sehat, memiliki proporsi angka stunting yang lebih rendah.

Ventilasi baik untuk fungsi pencahayaan dan sinar matahari serta aliran sirkulasi udara, bermanfaat untuk menurunkan angka kuman di lingkungan tempat tinggal, diantaranya *micro-organism load* di udara yang sering menjadi faktor infeksi. Rumah dengan ventilasi udara dan sinar matahari yang baik, menjadi lingkungan protektif terhadap tumbuh-kembang baduta.

5.4.4. Akses Program Lintas Sektor

Terdapat 6 (enam) indikator lintas sektor yang dikumpulkan untuk memberikan gambaran kapasitas akses ibu baduta terhadap suplai pelayanan lintas sektor terkait yaitu : jaminan kesehatan, jaminan sosial, pertanian, BKKBN, pendidikan. Namun demikian dari keenam jenis pelayanan, seluruhnya menunjukkan tidak ada hubungan dengan angka kejadian stunting.

Terdapat sebesar 47,2% sampel merupakan keluarga miskin dan 40,2% merupakan desa program KRPL. Akses keluarga baduta sampel terhadap *social safety net* jaminan kesehatan sebesar 60,8%, PKH Bansos sebesar 23,0%, Kelas parenting sebesar 26,3%, peserta KRPL sebesar

bappeda

26.1%,dan peserta BKB sebesar 86,1% dan PAUD sebesar 11,8%. Data ini menjelaskan bahwa suplai pelayanan lintas sektor masih segmented sesuai dengan prioritas program, sehingga data monitoring perkembangan stunting (e-PPGBM), lebih tepat digunakan, untuk menilai efektifitas program pelayanan.

5.5. Analisis Multivariat Faktor Determinan Stunting Baduta

Dari analisis multivariat diperoleh faktor determinan terhadap stunting periode baduta yaitu : umur anak, jenis kelamin anak, panjang badan lahir, kepatuhan imunisasi, ventilasi rumah, wasting.

5.6. Kanalisasi Program Lintas Sektor

Penggunaan istilah kanalisasi untuk menunjukkan perlunya bahwa setiap aksi lintas program (gizi spesifik) dan lintas sektor (gizi sensitif) dibuat lintasan sesuai perannya menuju faktor determinan stunting yang ada di hilir. Pengertian kanalisasi aksi konvergensi cegah stunting yaitu proses membuat saluran yang diperuntukan bagi sejumlah aksi cegah stunting yang telah disusun oleh setiap stakeholder, supaya dapat membantu secara sistematis dan taktis aksi konvergensi yang dilakukan. Setiap program yang terlibat, akan lebih fokus mengarahkan tujuan dan strategi yang harus diterapkan dalam rangka memperbaiki faktor determinan stunting yang relevan. Melalui kanalisasi ini seluruh stakeholder akan lebih mengarahkan visi programnya dan mendorong cakupan program lebih efektif, untuk penurunan prevalensi stunting baduta.

bappelitbangda

BAB VI
KESIMPULAN DAN SARAN

6.1. Kesimpulan

1. Profil keluarga balita stunting dan non stunting baduta sampel, yaitu : sebagian besar pendidikan ibu baduta sampel adalah SD (31,1%), SLTP (29,9%) dan SLTA (35,3%, sedangkan jenis pekerjaan kepala keluarga yaitu buruh (72,3%) dan pekerjaan ibu yaitu ibu rumah tangga (93,8%).
2. Prevalensi balita stunting pada 20 desa lokus stunting sebesar 17,8% yaitu 3 desa (15%) kurang dari 10%,5 desa (25%) antara 10-14%, 2 desa (10%) antara 15-19%, 5 desa (25%) antara 20-29% dan 2 desa (10%) sama dengan diatas 30%.
3. Proporsi asupan energi pada baduta sampel di 20 desa lokus stunting sebagian besar di bawah Anjuran Kecukupan Gizi yaitu 67,7% untuk energi, dan 20,8% untuk protein,
4. Faktor berhubungan dengan kejadian risiko stunting pendek lahir pada periode kehamilan yaitu kepatuhan mengkonsumsi TTD-90 dan pemberian PMT KEK ibu hamil.
5. Faktor berhubungan dengan kejadian stunting pada periode baduta yaitu asupan energi, lemak dan karbohidrat, ventilasi rumah, cakupan imunisasi lengkap, kepatuhan penimbangan bulanan, umur dan jenis kelamin.
6. Proporsi riwayat ASI ekslusif sebesar 53,1%, Cakupan imunisasi lengkap (61,3%), cakupan distribusi Fe-90 (52,6%).
7. Cakupan keluarga miskin (47,2%), PKH (23,0%), cakupan JKN (60,8%), cakupan BKB (86,15), cakupan peserta KRPL (26,1%), keluarga miskin (23,0%), cakupan PKH (23,0%), cakupan kepemilikan jamban (94,7%), ketersediaan ventilasi dan cahaya yang layak (75%).
8. Faktor determinan stunting yaitu: umur, jenis kelamin, riwayat panjang lahir, kepatuhan imunisasi dasar lengkap, ventilasi rumah dan riwayat gizi kurang.

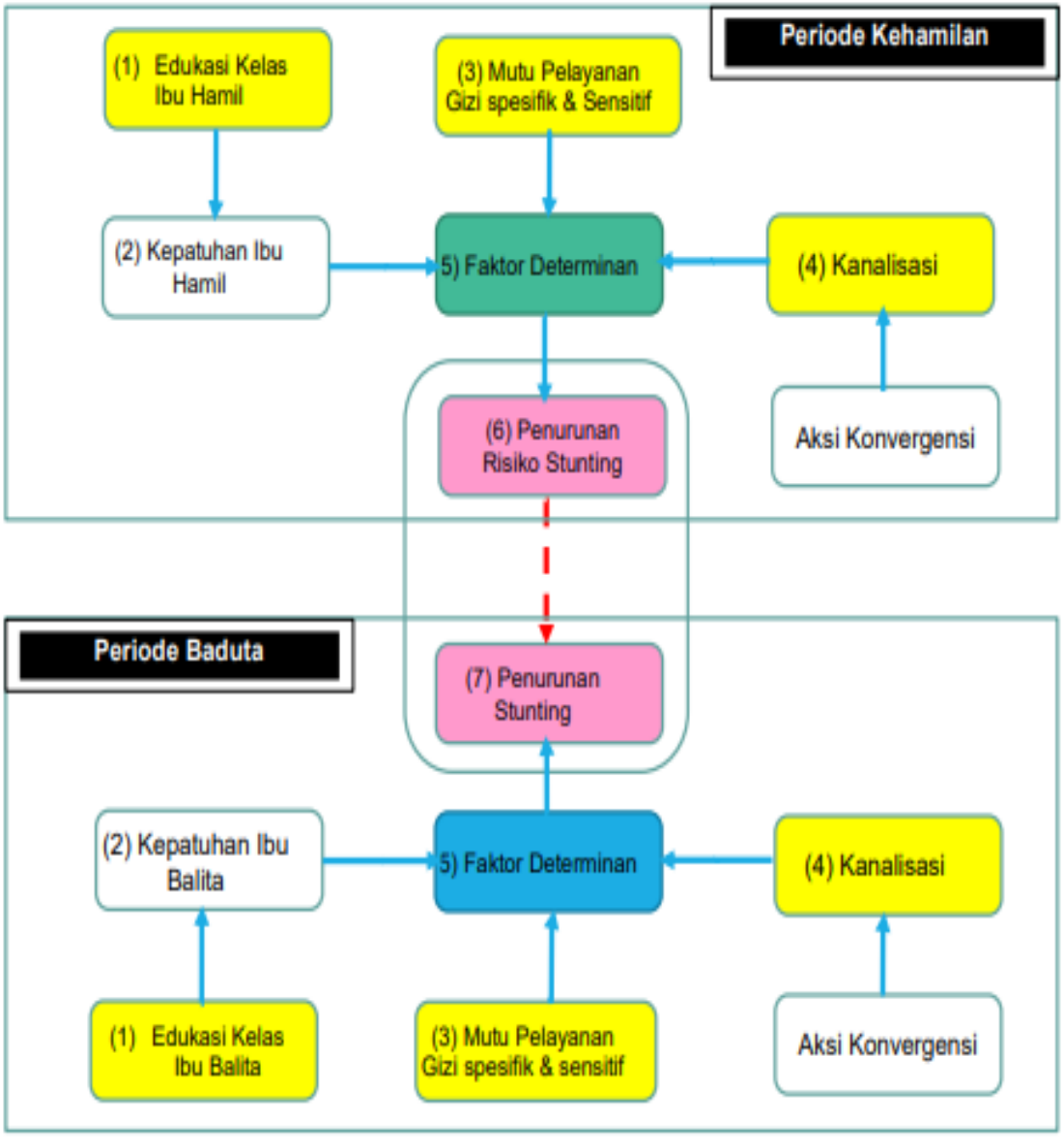
6.2. Saran

1. Menghasilkan rekomendasi strategi penanganan stunting skala mikro keluarga yang terkoneksi dengan strategi konvergensi penanganan stunting di skala makro daerah.
2. Strategi pencegahan munculnya stunting baru, dilakukan melalui peningkatan program pelayanan kesehatan ibu hamil terutama pemberian tablet tambah darah, kualitas pelayanan ANC, peningkatan cakupan PMT ibu hamil KEK.
3. Strategi penanganan stunting masa baduta, dilakukan melalui optimalisasi pemantauan pertumbuhan, distribusi kapsul vitamin A, imunisasi dasar lengkap, perumahan sehat, asupan energi dan zat gizi.
4. Mencegah munculnya kasus new stunting merupakan upaya strategis dalam penurunan angka stunting karena riwayat panjang lahir pendek dan BBLR merupakan faktor risiko stunting.

bkpp.banjarbarukota.go.id

REKOMENDASI

Rekomendasi penanganan stunting periode 1000 HPK (periode kehamilan dan balita) dapat dilakukan melalui tahapan kegiatan (1) penerapan kelas ibu balita dan ibu hamil berisiko, untuk meningkatkan pengetahuan dan pola pengasuhan, berikutnya tahap (2) peningkatan cakupan kepatuhan menggunakan program pelayanan ibu hamil dan balita, sehingga kelompok berisiko memiliki akses terhadap sumber informasi atau *agent of change*, selanjutnya tahap (3) peningkatan mutu pelayanan lintas program dan sektor, untuk menghasilkan efek pelayanan terhadap perbaikan status gizi dan tahap (4) kanalisasi program spesifik dan sensitif, agar setiap program/sektor mempunyai saluran yang jelas dan berkesinambungan atas perannya dalam aksi konvergensi, kemudian tahap (5) terjadinya perbaikan atas faktor determinan masalah stunting, yang akan berdampak pada penurunan angka risiko stunting periode kehamilan (6), dan tahap terakhir penurunan angka prevalensi stunting periode baduta (7).



DAFTAR PUSTAKA

Balitbangkes. 2019. Laporan Provinsi Jawa Barat Riskesdas 2018.

Kementerian PPN/Bappenas. 2018. Pedoman Pelaksanaan Intervensi Penurunan Stunting Terintegrasi di Kabupaten/Kota.

Kementerian PPN/Bappenas. 2019. Kajian Sektor Kesehatan: Pembangunan Manusia Indonesia.

Lemeshow, S. & David W.H. Jr, 1997. Besar Sampel dalam Penelitian Kesehatan (terjemahan), Yogyakarta : Gadjahmada University Press.

Peraturann Presiden Nomor 72 Tahun 2021 tentang Percepatan Penurunan Stunting

Permenkes Nomor 2 Tahun 2020 tentang Standar Antropomteri Anak

Permenkes Nomor 14 Tahun 2019 tentang Pelaksanaan Teknis Surveilans Gizi

Permenkes Nomor 28 Tahun 2019 tentang Angka Kecukupan Yang Dianjurkan Untuk Masyarakat Indonesia.

Prendergast, AJ and Humphrey JH. 2014. The stunting syndrome in developing countries. Paediatrics and International Child Health 2014 VOL. 34 NO. 4.

Sostroasmoro, sudiggdo & Ismael, Sofyan. 2014. Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis Edisi ke-5. Jakarta : Sagung Seto

Santoso, Singgih. 2014. Panduan Lengkap SPSS Versi 20 Edisi Revisi. Jakarta : Gramedia.

WHO. 2019. Country Profile Indicators : Interpretation Guide. NLIS.

bappelitbangda

LAMPIRAN

TABEL 1. KARAKTERISTIK SAMPEL PER DESA

Variabel	n	%
Desa Bojong		
Umur		
6-11 Bulan	11	34,4
12-24 Bulan	21	65,6
Jenis Kelamin		
Laki-laki	12	37,5
Perempuan	20	62,5
Pendidikan Ayah		
D1	1	3,1
D4	3	9,4
SD	11	34,4
SLTA	7	21,9
SLTP	9	28,1
Pekerjaan Ayah		
Buruh	25	78,1
Guru	2	6,3
Swasta	3	9,4
Wiraswasta	1	3,1
Pendidikan Ibu		
D3	2	6,3
SD	14	43,8
SLTA	7	21,9
SLTP	9	28,1
Pekerjaan Ibu		
Bidan	1	3,1
IRT	31	96,9
Desa Cinengah		
Umur		
6-11 Bulan	9	28,1
12-24 Bulan	23	71,9
Jenis Kelamin		
Laki-laki	15	46,9
Perempuan	17	53,1
Pendidikan Ayah		
S1	2	6,3
SD	10	31,3
SLTA	11	34,4
SLTP	8	25,0

bappelitbangda

Variabel	n	%
Pekerjaan Ayah		
Buruh	19	59,4
Pedagang	1	3,1
PNS	1	3,1
Swasta	3	9,4
Wiraswasta	7	21,9
Pendidikan Ibu		
S1	2	6,3
SD	10	31,3
SLTA	11	34,4
SLTP	9	28,1
Pekerjaan Ibu		
Buruh	1	3,1
IRT	31	96,9
Desa Sukaresmi		
Umur		
6-11 Bulan	13	40,6
12-24 Bulan	19	59,4
Jenis Kelamin		
Laki-laki	16	50,0
Perempuan	16	50,0
Pendidikan Ayah		
SD	13	40,6
SLTA	9	28,1
SLTP	10	31,3
Pekerjaan Ayah		
Buruh	28	87,5
Pedagang	1	3,1
Swasta	2	6,3
Wiraswasta	1	3,1
Pendidikan Ibu		
D3	1	3,1
SD	13	40,6
SLTA	3	9,4
SLTP	14	43,8
Pekerjaan Ibu		
IRT	30	93,8
Swasta	1	3,1
Desa Wargasaluyu		
Umur		
6-11 Bulan	8	25,0
12-24 Bulan	24	75,0

bappelitbangda

Variabel	n	%
Jenis Kelamin		
Laki-laki	17	53,1
Perempuan	15	46,9
Pendidikan Ayah		
SD	18	56,3
SLTA	6	18,8
SLTP	7	21,9
Pekerjaan Ayah		
Buruh	25	78,1
Guru	1	3,1
Pedagang	1	3,1
Swasta	1	3,1
Wiraswasta	3	9,4
Pendidikan Ibu		
SD	18	56,3
SLTA	4	12,5
SLTP	9	28,1
Pekerjaan Ibu		
IRT	31	96,9
Desa Batulayang		
Umur		
6-11 Bulan	11	34,4
12-24 Bulan	21	65,6
Jenis Kelamin		
Laki-laki	20	62,5
Perempuan	12	37,5
Pendidikan Ayah		
D2	1	3,1
D4	2	6,3
SD	7	21,9
SLTA	14	43,8
SLTP	8	25,0
Pekerjaan Ayah		
Buruh	26	81,3
Petani	1	3,1
Swasta	4	12,5
Wiraswasta	1	3,1
Pendidikan Ibu		
D4	1	3,1
SD	8	25,0
SLTA	13	40,6
SLTP	10	31,3

bappelitbangda

Variabel	n	%
Pekerjaan Ibu		
Buruh	1	3,1
IRT	28	87,5
Pedagang	1	3,1
Swasta	1	3,1
Wiraswasta	1	3,1
Desa Karanganyar		
Umur		
6-11 Bulan	15	46,9
12-24 Bulan	17	53,1
Jenis Kelamin		
Laki-laki	18	56,3
Perempuan	14	43,8
Pendidikan Ayah		
D3	2	6,3
SD	15	46,9
SLTA	10	31,3
SLTP	5	15,6
Pekerjaan Ayah		
Buruh	24	75,0
Pedagang	1	3,1
Penjahit	2	6,3
Swasta	2	6,3
Tidak Bekerja	1	3,1
Wiraswasta	2	6,3
Pendidikan Ibu		
SD	11	34,4
SLTA	9	28,1
SLTP	12	37,5
Pekerjaan Ibu		
IRT	32	100,0
Desa Singajaya		
Umur		
6-11 Bulan	7	21,9
12-24 Bulan	25	78,1
Jenis Kelamin		
Laki-laki	18	56,3
Perempuan	14	43,8
Pendidikan Ayah		
D4	4	12,5
SD	6	18,8
SLTA	12	37,5

kappelitbangda

Variabel	n	%
SLTP	10	31,3
Pekerjaan Ayah		
Buruh	21	65,6
Pedagang	2	6,3
PNS	2	6,3
Supir	1	3,1
Swasta	3	9,4
Wiraswasta	3	9,4
Pendidikan Ibu		
D3	1	3,1
D4	1	3,1
SD	6	18,8
SLTA	13	40,6
SLTP	11	34,4
Pekerjaan Ibu		
Buruh	1	3,1
IRT	30	93,8
PNS	1	3,1
Desa Tanjungwangi		
Umur		
6-11 Bulan	11	33,3
12-24 Bulan	22	66,7
Jenis Kelamin		
Laki-laki	19	57,6
Perempuan	14	42,4
Pendidikan Ayah		
D4	1	3,0
SD	15	45,5
SLTA	5	15,2
SLTP	10	30,3
Pekerjaan Ayah		
Buruh	24	72,7
Penjahit	1	3,0
Supir	1	3,0
Swasta	3	9,1
Wiraswasta	2	6,1
Pendidikan Ibu		
D4	1	3,0
SD	9	27,3
SLTA	10	30,3
SLTP	13	39,4
Pekerjaan Ibu		

bappelitbangda

Variabel	n	%
IRT	31	93,9
Penjahit	1	3,0
Wiraswasta	1	3,0
Desa Cihampelas		
Umur		
6-11 Bulan	10	31,3
12-24 Bulan	22	68,8
Jenis Kelamin		
Laki-laki	17	53,1
Perempuan	15	46,9
Pendidikan Ayah		
D2	1	3,1
D3	2	6,3
S1	1	3,1
SD	5	15,6
SLTA	14	43,8
SLTP	9	28,1
Pekerjaan Ayah		
Buruh	24	75,0
Guru	2	6,3
Pedagang	1	3,1
PNS	1	3,1
Swasta	3	9,4
Wiraswasta	1	3,1
Pendidikan Ibu		
D3	1	3,1
S1	1	3,1
SD	4	12,5
SLTA	13	40,6
SLTP	13	40,6
Pekerjaan Ibu		
Buruh	1	3,1
IRT	29	90,6
Perawat	1	3,1
Swasta	1	3,1
Desa Mekarmukti		
Umur		
6-11 Bulan	9	29,0
12-24 Bulan	22	71,0
Jenis Kelamin		
Laki-laki	15	48,4
Perempuan	16	51,6

kappelitbangda

Variabel	n	%
Pendidikan Ayah		
D4	1	3,2
SD	5	16,1
SLTA	11	35,5
SLTP	14	45,2
Pekerjaan Ayah		
Buruh	22	71,0
Pedagang	4	12,9
PNS	1	3,2
Swasta	2	6,5
Wiraswasta	2	6,5
Pendidikan Ibu		
SD	7	22,6
SLTA	9	29,0
SLTP	14	45,2
SMA	1	3,2
Pekerjaan Ibu		
IRT	29	93,5
Swasta	2	6,5
Desa Tanjungjaya		
Umur		
6-11 Bulan	13	40,6
12-24 Bulan	19	59,4
Jenis Kelamin		
Laki-laki	11	34,4
Perempuan	21	65,6
Pendidikan Ayah		
D4	1	3,1
SD	6	18,8
SLTA	3	9,4
SLTP	22	68,8
Pekerjaan Ayah		
Buruh	28	87,5
Supir	1	3,1
Swasta	2	6,3
Wiraswasta	1	3,1
Pendidikan Ibu		
D4	1	3,1
SD	6	18,8
SLTA	5	15,6
SLTP	20	62,5
Pekerjaan Ibu		

bappelitbangda

Variabel	n	%
Buruh	1	3,1
IRT	30	93,8
Pedagang	1	3,1
Desa Mekarjaya		
Umur		
6-11 Bulan	7	21,9
12-24 Bulan	25	78,1
Jenis Kelamin		
Laki-laki	16	50,0
Perempuan	16	50,0
Pendidikan Ayah		
SD	8	25,0
SLTA	8	25,0
SLTP	15	46,9
Pekerjaan Ayah		
Buruh	27	84,4
Swasta	2	6,3
Wiraswasta	2	6,3
Pendidikan Ibu		
SD	9	28,1
SLTA	7	21,9
SLTP	16	50,0
Pekerjaan Ibu		
IRT	32	100,0
Desa Neglasari		
Umur		
6-11 Bulan	10	31,3
12-24 Bulan	22	68,8
Jenis Kelamin		
Laki-laki	19	59,4
Perempuan	13	40,6
Pendidikan Ayah		
S1	1	3,1
SD	11	34,4
SLTA	13	40,6
SLTP	7	21,9
Pekerjaan Ayah		
Buruh	18	56,3
Guru	1	3,1
Pedagang	2	6,3
Swasta	7	21,9
Wiraswasta	4	12,5

bappelitbangda

Variabel	n	%
Pendidikan Ibu		
D3	3	9,4
SD	8	25,0
SLTA	12	37,5
SLTP	9	28,1
Pekerjaan Ibu		
IRT	30	93,8
Swasta	1	3,1
Wiraswasta	1	3,1
Desa Cicangkang Hilir		
Umur		
6-11 Bulan	11	34,4
12-24 Bulan	21	65,6
Jenis Kelamin		
Laki-laki	18	56,3
Perempuan	14	43,8
Pendidikan Ayah		
D3	1	3,1
SD	15	46,9
SLTA	7	21,9
SLTP	9	28,1
Pekerjaan Ayah		
Buruh	26	81,3
Swasta	1	3,1
Wiraswasta	5	15,6
Pendidikan Ibu		
D3	1	3,1
SD	13	40,6
SLTA	7	21,9
SLTP	11	34,4
Pekerjaan Ibu		
Bidan	1	3,1
IRT	30	93,8
Pedagang	1	3,1
Desa Sukamulya		
Umur		
6-11 Bulan	14	43,8
12-24 Bulan	18	56,3
Jenis Kelamin		
Laki-laki	16	50,0
Perempuan	16	50,0
Pendidikan Ayah		

pappelitbangda

Variabel	n	%
SD	13	40,6
SLTA	11	34,4
SLTP	8	25,0
Pekerjaan Ayah		
Buruh	26	81,3
PNS	1	3,1
Swasta	1	3,1
Wiraswasta	4	12,5
Pendidikan Ibu		
S1	1	3,1
SD	11	34,4
SLTA	8	25,0
SLTP	12	37,5
Pekerjaan Ibu		
Buruh	1	3,1
IRT	27	84,4
Swasta	1	3,1
Wiraswasta	3	9,4
Desa Citalem		
Umur		
6-11 Bulan	12	37,5
12-24 Bulan	20	62,5
Jenis Kelamin		
Laki-laki	18	56,3
Perempuan	14	43,8
Pendidikan Ayah		
S1	1	3,1
SD	13	40,6
SLTA	11	34,4
SLTP	7	21,9
Pekerjaan Ayah		
Buruh	25	78,1
Swasta	3	9,4
Tidak Bekerja	1	3,1
Wiraswasta	3	9,4
Pendidikan Ibu		
D3	1	3,1
SD	12	37,5
SLTA	9	28,1
SLTP	10	31,3
Pekerjaan Ibu		
IRT	30	93,8

bappelitbangda

Variabel	n	%
Swasta	2	6,3
Desa Galanggang		
Umur		
6-11 Bulan	7	21,9
12-24 Bulan	25	78,1
Jenis Kelamin		
Laki-laki	18	56,3
Perempuan	14	43,8
Pendidikan Ayah		
D1	1	3,1
S1	2	6,3
SD	1	3,1
SLTA	19	59,4
SLTP	9	28,1
Pekerjaan Ayah		
Buruh	15	46,9
Guru	1	3,1
Pedagang	3	9,4
Swasta	10	31,3
Tidak Bekerja	1	3,1
Wiraswasta	2	6,3
Pendidikan Ibu		
S1	2	6,3
SLTA	23	71,9
SLTP	6	18,8
Pekerjaan Ibu		
IRT	29	90,6
Swasta	2	6,3
Desa Mandalawangi		
Umur		
6-11 Bulan	18	56,3
12-24 Bulan	14	43,8
Jenis Kelamin		
Laki-laki	17	53,1
Perempuan	15	46,9
Pendidikan Ayah		
SD	11	34,4
SLTA	12	37,5
SLTP	9	28,1
Pekerjaan Ayah		
Buruh	23	71,9
Pedagang	2	6,3

bappelitbangda

Variabel	n	%
Swasta	3	9,4
Tidak Bekerja	2	6,3
Wiraswasta	2	6,3
Pendidikan Ibu		
SD	13	40,6
SLTA	8	25,0
SLTP	11	34,4
Pekerjaan Ibu		
IRT	30	93,8
Pedagang	1	3,1
Swasta	1	3,1
Desa Kertawangi		
Umur		
6-11 Bulan	7	21,9
12-24 Bulan	25	78,1
Jenis Kelamin		
Laki-laki	15	46,9
Perempuan	17	53,1
Pendidikan Ayah		
SD	8	25,0
SLTA	13	40,6
SLTP	11	34,4
Pekerjaan Ayah		
Buruh	18	56,3
Pedagang	1	3,1
Petani	5	15,6
Supir	1	3,1
Swasta	1	3,1
Wiraswasta	6	18,8
Pendidikan Ibu		
SD	13	40,6
SLTA	11	34,4
SLTP	8	25,0
Pekerjaan Ibu		
Buruh	1	3,1
IRT	30	93,8
Pedagang	1	3,1
Desa Sirnagalih		
Umur		
6-11 Bulan	12	37,5
12-24 Bulan	20	62,5
Jenis Kelamin		

bappelitbangda

Variabel	n	%
Laki-laki	15	46,9
Perempuan	17	53,1
Pendidikan Ayah		
SD	16	50,0
SLTA	5	15,6
SLTP	11	34,4
Pekerjaan Ayah		
Buruh	19	59,4
Supir	1	3,1
Swasta	1	3,1
Tidak Bekerja	1	3,1
Wiraswasta	10	31,3
Pendidikan Ibu		
SD	14	43,8
SLTA	8	25,0
SLTP	9	28,1
Pekerjaan Ibu		
IRT	30	93,8
Swasta	1	3,1

bappelitbangda

TABEL 2. PREVALENSI STUNTING PER DESA

Variabel	n	%
Desa Bojong		
Stunting	4	12,5
Normal	28	87,5
Desa Cinengah		
Stunting	4	12,5
Normal	28	87,5
Desa Sukaresmi		
Stunting	10	31,3
Normal	22	68,8
Desa Wargasaluyu		
Stunting	7	21,9
Normal	25	78,1
Desa Batulayang		
Stunting	10	31,3
Normal	22	68,8
Desa Karanganyar		
Stunting	9	28,1
Normal	23	71,9
Desa Singajaya		
Stunting	4	12,5
Normal	28	87,5
Desa Tanjungwangi		
Stunting	3	9,1
Normal	30	90,9
Desa Cihampelas		
Stunting	4	12,5
Normal	28	87,5
Desa Mekarmukti		
Stunting	5	16,1
Normal	26	83,9
Desa Tanjungjaya		
Stunting	4	12,5
Normal	28	87,5
Desa Mekarjaya		
Stunting	8	25,0
Normal	24	75,0
Desa Neglasari		
Stunting	5	15,6
Normal	27	84,4

bappelitbangda

Variabel	n	%
Desa Cicangkang Hilir		
Stunting	8	25,0
Normal	24	75,0
Desa Sukamulya		
Stunting	8	25,0
Normal	24	75,0
Desa Citalem		
Stunting	5	15,6
Normal	27	84,4
Desa Galanggang		
Stunting	6	18,8
Normal	26	81,3
Desa Mandalawangi		
Stunting	2	6,3
Normal	30	93,8
Desa Kertawangi		
Stunting	3	9,4
Normal	29	90,6
Desa Sirnagalih		
Stunting	5	15,6
Normal	27	84,4

bappelitbangda

TABEL 3. STATUS GIZI SAMPEL PER DESA INDIKATOR (PB/U)

Variabel	n	%
Desa Bojong		
Pendek	4	12,5
Normal	28	87,5
Desa Cinengah		
Sangat Pendek	2	6,3
Pendek	2	6,3
Normal	28	87,5
Desa Sukaresmi		
Sangat Pendek	2	6,3
Pendek	8	25,0
Normal	22	68,8
Desa Wargasaluyu		
Pendek	7	21,9
Normal	25	78,1
Desa Batulayang		
Sangat Pendek	2	6,3
Pendek	8	25,0
Normal	22	68,8
Desa Karanganyar		
Sangat Pendek	1	3,1
Pendek	8	25,0
Normal	23	71,9
Desa Singajaya		
Sangat Pendek	1	3,1
Pendek	3	9,4
Normal	28	87,5
Desa Tanjungwangi		
Sangat Pendek	1	3,0
Pendek	2	6,1
Normal	29	87,9
Tinggi	1	3,0
Desa Cihampelas		
Pendek	4	12,5
Normal	28	87,5
Desa Mekarmukti		
Pendek	5	16,1
Normal	26	83,9

bappelitbangda

Variabel	n	%
Desa Tanjungjaya		
Sangat Pendek	1	3,1
Pendek	3	9,4
Normal	28	87,5
Desa Mekarjaya		
Sangat Pendek	3	9,4
Pendek	5	15,6
Normal	23	71,9
Tinggi	1	3,1
Desa Neglasari		
Sangat Pendek	2	6,3
Pendek	3	9,4
Normal	27	84,4
Desa Cicangkang Hilir		
Sangat Pendek	2	6,3
Pendek	6	18,8
Normal	24	75,0
Desa Sukamulya		
Sangat Pendek	3	9,4
Pendek	5	15,6
Normal	24	75,0
Desa Citalem		
Sangat Pendek	1	3,1
Pendek	4	12,5
Normal	27	84,4
Desa Galanggang		
Sangat Pendek	3	9,4
Pendek	3	9,4
Normal	26	81,3
Desa Mandalawangi		
Pendek	2	6,3
Normal	30	93,8
Desa Kertawangi		
Sangat Pendek	1	3,1
Pendek	2	6,3
Normal	28	87,5
Tinggi	1	3,1
Desa Sirnagalih		
Sangat Pendek	1	3,1
Pendek	4	12,5
Normal	26	81,3
Tinggi	1	3,1

bappelitbangda

TABEL 4. STATUS GIZI SAMPEL PER DESA INDIKATOR (BB/U)

Variabel	n	%
Desa Bojong		
BB Sangat Kurang	1	3,1
BB Normal	30	93,8
Risiko BB Lebih	1	3,1
Desa Cinengah		
BB Kurang	1	3,1
BB Normal	29	90,6
Risiko BB Lebih	2	6,3
Desa Sukaresmi		
BB Kurang	3	9,4
BB Normal	28	87,5
Risiko BB Lebih	1	3,1
Desa Wargasaluyu		
BB Normal	29	90,6
Risiko BB Lebih	3	9,4
Desa Batulayang		
BB Kurang	5	15,6
BB Normal	25	78,1
Risiko BB Lebih	2	6,3
Desa Karanganyar		
BB Kurang	5	15,6
BB Normal	23	71,9
Risiko BB Lebih	4	12,5
Desa Singajaya		
BB Sangat Kurang	1	3,1
BB Kurang	1	3,1
BB Normal	28	87,5
Risiko BB Lebih	2	6,3
Desa Tanjungwangi		
BB Normal	31	93,9
Risiko BB Lebih	2	6,1
Desa Cihampelas		
BB Sangat Kurang	1	3,1
BB Kurang	4	12,5
BB Normal	24	75,0
Risiko BB Lebih	3	9,4
Desa Mekarmukti		
BB Kurang	3	9,7
BB Normal	25	80,6
Risiko BB Lebih	3	9,7

bappelitbangda

Variabel	n	%
Desa Tanjungjaya		
BB Kurang	2	6,3
BB Normal	29	90,6
Risiko BB Lebih	1	3,1
Desa Mekarjaya		
BB Sangat Kurang	2	6,3
BB Kurang	6	18,8
BB Normal	22	68,8
Risiko BB Lebih	2	6,3
Desa Neglasari		
BB Kurang	4	12,5
BB Normal	27	84,4
Risiko BB Lebih	1	3,1
Desa Cicangkang Hilir		
BB Kurang	4	12,5
BB Normal	28	87,5
Desa Sukamulya		
BB Sangat Kurang	1	3,1
BB Kurang	3	9,4
BB Normal	27	84,4
Risiko BB Lebih	1	3,1
Desa Citalem		
BB Kurang	1	3,1
BB Normal	27	84,4
Risiko BB Lebih	4	12,5
Desa Galanggang		
BB Kurang	3	9,4
BB Normal	29	90,6
Desa Mandalawangi		
BB Kurang	8	25,0
BB Normal	23	71,9
Risiko BB Lebih	1	3,1
Desa Kertawangi		
BB Kurang	1	3,1
BB Normal	28	87,5
Risiko BB Lebih	3	9,4
Desa Sirnagalih		
BB Sangat Kurang	1	3,1
BB Kurang	2	6,3
BB Normal	26	81,3
Risiko BB Lebih	3	9,4

bappelitbangda

TABEL 5. STATUS GIZI SAMPEL PER DESA INDIKATOR (BB/PB)

Variabel	n	%
Desa Bojong		
Gizi Kurang	4	12,5
Gizi Baik	27	84,4
Berisiko Gizi Lebih	1	3,1
Desa Cinengah		
Gizi Kurang	2	6,3
Gizi Baik	25	78,1
Berisiko Gizi Lebih	4	12,5
Gizi Lebih	1	3,1
Desa Sukaresmi		
Gizi Baik	31	96,9
Berisiko Gizi Lebih	1	3,1
Desa Wargasaluyu		
Gizi Kurang	1	3,1
Gizi Baik	25	78,1
Berisiko Gizi Lebih	5	15,6
Gizi Lebih	1	3,1
Desa Batulayang		
Gizi Kurang	1	3,1
Gizi Baik	28	87,5
Berisiko Gizi Lebih	3	9,4
Desa Karanganyar		
Gizi Kurang	4	12,5
Gizi Baik	23	71,9
Berisiko Gizi Lebih	2	6,3
Gizi Lebih	2	6,3
Obesitas	1	3,1
Desa Singajaya		
Gizi Kurang	3	9,4
Gizi Baik	26	81,3
Berisiko Gizi Lebih	3	9,4
Desa Tanjungwangi		
Gizi Kurang	1	3,0
Gizi Baik	27	81,8
Berisiko Gizi Lebih	5	15,2
Desa Cihampelas		
Gizi Kurang	3	9,4
Gizi Baik	25	78,1
Berisiko Gizi Lebih	3	9,4

bappelitbangda

Variabel	n	%
Gizi Lebih	1	3,1
Desa Mekarmukti		
Gizi Kurang	3	9,7
Gizi Baik	25	80,6
Berisiko Gizi Lebih	1	3,2
Gizi Lebih	1	3,2
Obesitas	1	3,2
Desa Tanjungjaya		
Gizi Kurang	2	6,3
Gizi Baik	26	81,3
Berisiko Gizi Lebih	4	12,5
Desa Mekarjaya		
Gizi Buruk	1	3,1
Gizi Baik	27	84,4
Berisiko Gizi Lebih	4	12,5
Desa Neglasari		
Gizi Kurang	1	3,1
Gizi Baik	28	87,5
Berisiko Gizi Lebih	3	9,4
Desa Cicangkang Hilir		
Gizi Kurang	4	12,5
Gizi Baik	26	81,3
Berisiko Gizi Lebih	2	6,3
Desa Sukamulya		
Gizi Kurang	2	6,3
Gizi Baik	26	81,3
Berisiko Gizi Lebih	3	9,4
Gizi Lebih	1	3,1
Desa Citalem		
Gizi Baik	23	71,9
Berisiko Gizi Lebih	7	21,9
Gizi Lebih	2	6,3
Desa Galanggang		
Gizi Baik	29	90,6
Berisiko Gizi Lebih	2	6,3
Obesitas	1	3,1
Desa Mandalawangi		
Gizi Buruk	1	3,1
Gizi Kurang	5	15,6
Gizi Baik	26	81,3
Desa Kertawangi		
Gizi Baik	28	87,5

bappelitbangda

Variabel	n	%
Berisiko Gizi Lebih	3	9,4
Gizi Lebih	1	3,1
Desa Sirnagalih		
Gizi Buruk	1	3,1
Gizi Baik	27	84,4
Berisiko Gizi Lebih	3	9,4
Gizi Lebih	1	3,1

bappelitbangda

TABEL 6. STATUS GIZI SAMPEL PER DESA STUNTING (IMT/U)

Variabel	n	%
Desa Bojong		
Gizi Kurang	3	9,4
Gizi Baik (Normal)	27	84,4
Berisiko Gizi Lebih	2	6,3
Desa Cinengah		
Gizi Kurang	2	6,3
Gizi Baik (Normal)	24	75,0
Berisiko Gizi Lebih	5	15,6
Gizi Lebih	1	3,1
Desa Sukaresmi		
Gizi Baik (Normal)	31	96,9
Berisiko Gizi Lebih	1	3,1
Desa Wargasaluyu		
BB Normal	31	96,9
Risiko BB Lebih	1	3,1
Desa Batulayang		
Gizi Kurang	1	3,1
Gizi Baik (Normal)	27	84,4
Berisiko Gizi Lebih	4	12,5
Desa Karanganyar		
Gizi Kurang	2	6,3
Gizi Baik (Normal)	25	78,1
Berisiko Gizi Lebih	2	6,3
Gizi Lebih	2	6,3
Obesitas	1	3,1
Desa Singajaya		
Gizi Buruk	1	3,1
Gizi Baik (Normal)	25	78,1
Berisiko Gizi Lebih	6	18,8
Desa Tanjungwangi		
Gizi Kurang	1	3,0
Gizi Baik (Normal)	26	78,8
Berisiko Gizi Lebih	5	15,2
Gizi Lebih	1	3,0
Desa Cihampelas		
Gizi Kurang	3	9,4
Gizi Baik (Normal)	25	78,1
Berisiko Gizi Lebih	3	9,4
Gizi Lebih	1	3,1

bappelitbangda

Variabel	n	%
Desa Mekarmukti		
Gizi Kurang	3	9,7
Gizi Baik (Normal)	22	71,0
Berisiko Gizi Lebih	4	12,9
Gizi Lebih	1	3,2
Obesitas	1	3,2
Desa Tanjungjaya		
Gizi Baik (Normal)	27	84,4
Berisiko Gizi Lebih	5	15,6
Desa Mekarjaya		
Gizi Buruk	1	3,1
Gizi Baik (Normal)	26	81,3
Berisiko Gizi Lebih	5	15,6
Desa Neglasari		
Gizi Kurang	1	3,1
Gizi Baik (Normal)	26	81,3
Berisiko Gizi Lebih	5	15,6
Desa Cicangkang Hilir		
Gizi Buruk	1	3,1
Gizi Kurang	2	6,3
Gizi Baik (Normal)	27	84,4
Berisiko Gizi Lebih	2	6,3
Desa Sukamulya		
Gizi Kurang	1	3,1
Gizi Baik (Normal)	28	87,5
Berisiko Gizi Lebih	2	6,3
Gizi Lebih	1	3,1
Desa Citalem		
Gizi Baik (Normal)	24	75,0
Berisiko Gizi Lebih	5	15,6
Gizi Lebih	3	9,4
Desa Galanggang		
Gizi Baik (Normal)	28	87,5
Berisiko Gizi Lebih	3	9,4
Obesitas	1	3,1
Desa Mandalawangi		
Gizi Buruk	1	3,1
Gizi Kurang	4	12,5
Gizi Baik (Normal)	27	84,4
Desa Kertawangi		
Gizi Baik (Normal)	27	84,4
Berisiko Gizi Lebih	4	12,5

bappelitbangda

Variabel	n	%
Gizi Lebih	1	3,1
Desa Sirnagalih		
Gizi Buruk	1	3,1
Gizi Baik (Normal)	26	81,3
Berisiko Gizi Lebih	4	12,5
Gizi Lebih	1	3,1

bappelitbangda

TABEL 7. ASUPAN ENERGI

Variabel	n	%
Desa Bojong		
< AKG	24	75,0
> = AKG	8	25,0
Desa Cinengah		
< AKG	23	71,9
> = AKG	9	28,1
Desa Sukaresmi		
< AKG	23	71,9
> = AKG	9	28,1
Desa Wargasaluyu		
< AKG	24	75,0
> = AKG	8	25,0
Desa Batulayang		
< AKG	24	75,0
> = AKG	8	25,0
Desa Karanganyar		
< AKG	21	65,6
> = AKG	11	34,4
Desa Singajaya		
< AKG	25	78,1
> = AKG	7	21,9
Desa Tanjungwangi		
< AKG	23	69,7
> = AKG	10	30,3
Desa Cihampelas		
< AKG	22	68,8
> = AKG	10	31,3
Desa Mekarmukti		
< AKG	20	64,5
> = AKG	11	35,5
Desa Tanjungjaya		
< AKG	24	75,0
> = AKG	8	25,0
Desa Mekarjaya		
< AKG	18	56,3
> = AKG	14	43,8
Desa Neglasari		
< AKG	17	53,1
> = AKG	15	46,9

bappelitbangda

Variabel	n	%
Desa Cicangkang Hilir		
< AKG	21	65,6
> = AKG	11	34,4
Desa Sukamulya		
< AKG	20	62,5
> = AKG	12	37,5
Desa Citalem		
< AKG	18	56,3
> = AKG	14	43,8
Desa Galanggang		
< AKG	23	71,9
> = AKG	9	28,1
Desa Mandalawangi		
< AKG	71,9	53,1
> = AKG	28,1	46,9
Desa Kertawangi		
< AKG	25	78,1
> = AKG	7	21,9
Desa Sirnagalih		
< AKG	21	65,6
> = AKG	11	34,4

bappelitbangda

TABEL. 8 ASUPAN PROTEIN

Variabel	n	%
Desa Bojong		
< AKG	7	21,9
> = AKG	25	78,1
Desa Cinengah		
< AKG	9	28,1
> = AKG	23	71,9
Desa Sukaresmi		
< AKG	6	18,8
> = AKG	26	81,3
Desa Wargasaluyu		
< AKG	5	15,6
> = AKG	27	84,4
Desa Batulayang		
< AKG	7	21,9
> = AKG	25	78,1
Desa Karanganyar		
< AKG	9	28,1
> = AKG	23	71,9
Desa Singajaya		
< AKG	3	9,4
> = AKG	29	90,6
Desa Tanjungwangi		
< AKG	7	21,2
> = AKG	26	78,8
Desa Cihampelas		
< AKG	9	28,1
> = AKG	23	71,9
Desa Mekarmukti		
< AKG	7	22,6
> = AKG	24	77,4
Desa Tanjungjaya		
< AKG	7	21,9
> = AKG	25	78,1
Desa Mekarjaya		
< AKG	5	15,6
> = AKG	27	84,4
Desa Neglasari		
< AKG	6	18,8
> = AKG	26	81,3

bappelitbangda

Variabel	n	%
Desa Cicangkang Hilir		
< AKG	10	31,3
> = AKG	22	68,8
Desa Sukamulya		
< AKG	5	15,6
> = AKG	27	84,4
Desa Citalem		
< AKG	10	31,3
> = AKG	22	68,8
Desa Galanggang		
< AKG	4	12,5
> = AKG	28	87,5
Desa Mandalawangi		
< AKG	3	9,4
> = AKG	29	90,6
Desa Kertawangi		
< AKG	5	15,6
> = AKG	27	84,4
Desa Sirnagalih		
< AKG	9	28,1
> = AKG	23	71,9

bappelitbangda

TABEL 9. ASUPAN LEMAK

Variabel	n	%
Desa Bojong		
< AKG	17	53,1
> = AKG	15	46,9
Desa Cinengah		
< AKG	18	56,3
> = AKG	14	43,8
Desa Sukaresmi		
< AKG	18	56,3
> = AKG	14	43,8
Desa Wargasaluyu		
< AKG	20	62,5
> = AKG	12	37,5
Desa Batulayang		
< AKG	17	53,1
> = AKG	15	46,9
Desa Karanganyar		
< AKG	18	56,3
> = AKG	14	43,8
Desa Singajaya		
< AKG	18	56,3
> = AKG	14	43,8
Desa Tanjungwangi		
< AKG	18	54,5
> = AKG	15	45,5
Desa Cihampelas		
< AKG	21	65,6
> = AKG	11	34,4
Desa Mekarmukti		
< AKG	17	54,8
> = AKG	14	45,2
Desa Tanjungjaya		
< AKG	13	40,6
> = AKG	19	59,4
Desa Mekarjaya		
< AKG	17	53,1
> = AKG	15	46,9
Desa Neglasari		
< AKG	16	50,0
> = AKG	16	50,0

bappelitbangda

Variabel	n	%
Desa Cicangkang Hilir		
< AKG	18	56,3
> = AKG	14	43,8
Desa Sukamulya		
< AKG	14	43,8
> = AKG	18	56,3
Desa Citalem		
< AKG	17	53,1
> = AKG	15	46,9
Desa Galanggang		
< AKG	14	43,8
> = AKG	18	56,3
Desa Mandalawangi		
< AKG	10	31,3
> = AKG	22	68,8
Desa Kertawangi		
< AKG	14	43,8
> = AKG	18	56,3
Desa Sirnagalih		
< AKG	16	50,0
> = AKG	16	50,0

bappelitbangda

TABEL 10. ASUPAN KAROBHIRAT

Variabel	n	%
Desa Bojong		
< AKG	27	84,4
> = AKG	5	15,6
Desa Cinengah		
< AKG	25	78,1
> = AKG	7	21,9
Desa Sukaresmi		
< AKG	26	81,3
> = AKG	6	18,8
Desa Wargasaluyu		
< AKG	25	78,1
> = AKG	7	21,9
Desa Batulayang		
< AKG	26	81,3
> = AKG	6	18,8
Desa Karanganyar		
< AKG	23	71,9
> = AKG	9	28,1
Desa Singajaya		
< AKG	25	78,1
> = AKG	7	21,9
Desa Tanjungwangi		
< AKG	24	72,7
> = AKG	9	27,3
Desa Cihampelas		
< AKG	72,7	84,4
> = AKG	27,3	15,6
Desa Mekarmukti		
< AKG	23	74,2
> = AKG	8	25,8
Desa Tanjungjaya		
< AKG	25	78,1
> = AKG	7	21,9
Desa Mekarjaya		
< AKG	24	75,0
> = AKG	8	25,0
Desa Neglasari		
< AKG	21	65,6
> = AKG	11	34,4

bappelitbangda

Variabel	n	%
Desa Cicangkang Hilir		
< AKG	25	78,1
> = AKG	7	21,9
Desa Sukamulya		
< AKG	20	62,5
> = AKG	12	37,5
Desa Citalem		
< AKG	20	62,5
> = AKG	12	37,5
Desa Galanggang		
< AKG	24	75,0
> = AKG	8	25,0
Desa Mandalawangi		
< AKG	17	53,1
> = AKG	15	46,9
Desa Kertawangi		
< AKG	25	78,1
> = AKG	7	21,9
Desa Sirnagalih		
< AKG	24	75,0
> = AKG	8	25,0

bappelitbangda

TABEL 11. ASUPAN SENG

Variabel	n	%
Desa Bojong		
< AKG	20	62,5
> = AKG	12	37,5
Desa Cinengah		
< AKG	20	62,5
> = AKG	12	37,5
Desa Sukaresmi		
< AKG	21	65,6
> = AKG	11	34,4
Desa Wargasaluyu		
< AKG	26	81,3
> = AKG	6	18,8
Desa Batulayang		
< AKG	20	62,5
> = AKG	12	37,5
Desa Karanganyar		
< AKG	26	81,3
> = AKG	6	18,8
Desa Singajaya		
< AKG	24	75,0
> = AKG	8	25,0
Desa Tanjungwangi		
< AKG	23	69,7
> = AKG	10	30,3
Desa Cihampelas		
< AKG	22	68,8
> = AKG	10	31,3
Desa Mekarmukti		
< AKG	22	71,0
> = AKG	9	29,0
Desa Tanjungjaya		
< AKG	24	75,0
> = AKG	8	25,0
Desa Mekarjaya		
< AKG	24	75,0
> = AKG	8	25,0
Desa Neglasari		
< AKG	19	59,4
> = AKG	13	40,6
Desa Cicangkang Hilir		

bappelitbangda

Variabel	n	%
< AKG	22	68,8
> = AKG	10	31,3
Desa Sukamulya		
< AKG	19	59,4
> = AKG	13	40,6
Desa Citalem		
< AKG	20	62,5
> = AKG	12	37,5
Desa Galanggang		
< AKG	18	56,3
> = AKG	14	43,8
Desa Mandalawangi		
< AKG	24	75,0
> = AKG	8	25,0
Desa Kertawangi		
< AKG	22	68,8
> = AKG	10	31,3
Desa Sirnagalih		
< AKG	25	78,1
> = AKG	7	21,9

bappelitbangda

TABEL 12. ASUPAN ZAT BESI

Variabel	n	%
Desa Bojong		
< AKG	25	78,1
> = AKG	7	21,9
Desa Cinengah		
< AKG	27	84,4
> = AKG	5	15,6
Desa Sukaresmi		
< AKG	27	84,4
> = AKG	5	15,6
Desa Wargasaluyu		
< AKG	29	90,6
> = AKG	3	9,4
Desa Batulayang		
< AKG	31	96,9
> = AKG	1	3,1
Desa Karanganyar		
< AKG	31	96,9
> = AKG	1	3,1
Desa Singajaya		
< AKG	27	84,4
> = AKG	5	15,6
Desa Tanjungwangi		
< AKG	26	78,8
> = AKG	7	21,2
Desa Cihampelas		
< AKG	26	81,3
> = AKG	6	18,8
Desa Mekarmukti		
< AKG	28	90,3
> = AKG	3	9,7
Desa Tanjungjaya		
< AKG	28	87,5
> = AKG	4	12,5
Desa Mekarjaya		
< AKG	27	84,4
> = AKG	5	15,6
Desa Neglasari		
< AKG	27	84,4
> = AKG	5	15,6

bappelitbangda

Variabel	n	%
Desa Cicangkang Hilir		
< AKG	28	87,5
> = AKG	4	12,5
Desa Sukamulya		
< AKG	27	84,4
> = AKG	5	15,6
Desa Citalem		
< AKG	24	75,0
> = AKG	8	25,0
Desa Galanggang		
< AKG	24	75,0
> = AKG	8	25,0
Desa Mandalawangi		
< AKG	27	84,4
> = AKG	5	15,6
Desa Kertawangi		
< AKG	28	87,5
> = AKG	4	12,5
Desa Sirnagalih		
< AKG	26	81,3
> = AKG	6	18,8

bappelitbangda

TABEL 13. ASUPAN VITAMIN A

Variabel	n	%
Desa Bojong		
< AKG	24	75,0
> = AKG	8	25,0
Desa Cinengah		
< AKG	21	65,6
> = AKG	11	34,4
Desa Sukaresmi		
< AKG	20	62,5
> = AKG	12	37,5
Desa Wargasaluyu		
< AKG	23	71,9
> = AKG	9	28,1
Desa Batulayang		
< AKG	18	56,3
> = AKG	14	43,8
Desa Karanganyar		
< AKG	21	65,6
> = AKG	11	34,4
Desa Singajaya		
< AKG	22	68,8
> = AKG	10	31,3
Desa Tanjungwangi		
< AKG	22	66,7
> = AKG	11	33,3
Desa Cihampelas		
< AKG	19	59,4
> = AKG	13	40,6
Desa Mekarmukti		
< AKG	19	61,3
> = AKG	12	38,7
Desa Tanjungjaya		
< AKG	19	59,4
> = AKG	13	40,6
Desa Mekarjaya		
< AKG	20	62,5
> = AKG	12	37,5
Desa Neglasari		
< AKG	16	50,0
> = AKG	16	50,0

bappelitbangda

Variabel	n	%
Desa Cicangkang Hilir		
< AKG	15	46,9
> = AKG	17	53,1
Desa Sukamulya		
< AKG	17	53,1
> = AKG	15	46,9
Desa Citalem		
< AKG	13	40,6
> = AKG	19	59,4
Desa Galanggang		
< AKG	12	37,5
> = AKG	20	62,5
Desa Mandalawangi		
< AKG	21	65,6
> = AKG	11	34,4
Desa Kertawangi		
< AKG	21	65,6
> = AKG	11	34,4
Desa Sirnagalih		
< AKG	20	62,5
> = AKG	12	37,5

bappelitbangda

TABEL 14. RIWAYAT BBLR

Variabel	n	%
Desa Bojong		
BBLR	5	15,6
Tidak BBLR	26	81,3
Desa Cinengah		
BBLR	1	3,1
Tidak BBLR	31	96,9
Desa Sukaresmi		
BBLR	2	6,3
Tidak BBLR	30	93,8
Desa Wargasaluyu		
BBLR	3	9,4
Tidak BBLR	28	87,5
Desa Batulayang		
BBLR	2	6,3
Tidak BBLR	30	93,8
Desa Karanganyar		
BBLR	6	18,8
Tidak BBLR	24	75,0
Desa Singajaya		
BBLR	4	12,5
Tidak BBLR	28	87,5
Desa Tanjungwangi		
BBLR	3	9,1
Tidak BBLR	29	87,9
Desa Cihampelas		
BBLR	3	9,4
Tidak BBLR	29	90,6
Desa Mekarmukti		
BBLR	1	3,2
Tidak BBLR	30	96,8
Desa Tanjungjaya		
BBLR	2	6,3
Tidak BBLR	29	90,6
Desa Mekarjaya		
BBLR	4	12,5
Tidak BBLR	28	87,5
Desa Neglasari		
BBLR	1	3,1
Tidak BBLR	30	93,8

bappelitbangda

Variabel	n	%
Desa Cicangkang Hilir		
BBLR	6	18,8
Tidak BBLR	26	81,3
Desa Sukamulya		
BBLR	3	9,4
Tidak BBLR	29	90,6
Desa Citalem		
BBLR	5	15,6
Tidak BBLR	27	84,4
Desa Galanggang		
BBLR	2	6,3
Tidak BBLR	30	93,8
Desa Mandalawangi		
BBLR	3	9,4
Tidak BBLR	29	90,6
Desa Kertawangi		
BBLR	2	6,3
Tidak BBLR	30	93,8
Desa Sirnagalih		
BBLR	4	12,5
Tidak BBLR	27	84,4

bappelitbangda

TABEL 15. STATUS GIZI IBU HAMIL

Variabel	n	%
Desa Bojong		
KEK	8	25,0
Tidak KEK	13	40,6
Desa Cinengah		
KEK	4	12,5
Tidak KEK	22	68,8
Desa Sukaresmi		
KEK	6	18,8
Tidak KEK	22	68,8
Desa Wargasaluyu		
KEK	1	3,1
Tidak KEK	19	59,4
Desa Batulayang		
BBLR	5	15,6
Tidak BBLR	17	53,1
Desa Karanganyar		
KEK	2	6,3
Tidak KEK	14	43,8
Desa Singajaya		
KEK	6	18,8
Tidak KEK	15	46,9
Desa Tanjungwangi		
KEK	5	15,2
Tidak KEK	5	15,2
Desa Cihampelas		
KEK	3	9,4
Tidak KEK	22	68,8
Desa Mekarmukti		
KEK	4	12,9
Tidak KEK	22	71,0
Desa Tanjungjaya		
KEK	8	25,0
Tidak KEK	22	68,8
Desa Mekarjaya		
KEK	6	18,8
Tidak KEK	21	65,6
Desa Neglasari		
KEK	3	9,4
Tidak KEK	25	78,1

bappelitbangda

Variabel	n	%
Desa Cicangkang Hilir		
KEK	2	6,3
Tidak KEK	23	71,9
Desa Sukamulya		
KEK	4	12,5
Tidak KEK	25	78,1
Desa Citalem		
KEK	5	15,6
Tidak KEK	22	68,8
Desa Galanggang		
KEK	7	21,9
Tidak KEK	18	56,3
Desa Mandalawangi		
KEK	2	6,3
Tidak KEK	16	50,0
Desa Kertawangi		
KEK	5	15,6
Tidak KEK	25	78,1
Desa Sirnagalih		
KEK	6	18,8
Tidak KEK	7	21,9

bappelitbangda

TABEL 16. STATUS GIZI IBU SEBELUM HAMIL (IMT)

Variabel	n	%
Desa Bojong		
Normal	7	21,9
Kelebihan berat badan tingkat ringan	3	9,4
Kelebihan berat badan tingkat berat	6	18,8
Desa Cinengah		
Kurus	1	3,1
Normal	8	25,0
Kelebihan berat badan tingkat ringan	4	12,5
Kelebihan berat badan tingkat berat	10	31,3
Desa Sukaresmi		
Kurus	1	3,1
Normal	6	18,8
Kelebihan berat badan tingkat ringan	3	9,4
Kelebihan berat badan tingkat berat	5	15,6
Desa Wargasaluyu		
Kurus	1	3,1
Normal	7	21,9
Kelebihan berat badan tingkat ringan	2	6,3
Kelebihan berat badan tingkat berat	3	9,4
Desa Batulayang		
Kurus	1	3,1
Normal	8	25,0
Kelebihan berat badan tingkat ringan	3	9,4
Kelebihan berat badan tingkat berat	6	18,8
Desa Karanganyar		
Normal	6	18,8
Kelebihan berat badan tingkat ringan	1	3,1
Kelebihan berat badan tingkat berat	4	12,5
Desa Singajaya		
Kurus	1	3,1
Normal	6	18,8
Kelebihan berat badan tingkat ringan	7	21,9
Kelebihan berat badan tingkat berat	6	18,8
Desa Tanjungwangi		
Normal	5	15,2
Kelebihan berat badan tingkat ringan	5	15,2
Kelebihan berat badan tingkat berat	7	21,2
Desa Cihampelas		
Normal	6	18,8
Kelebihan berat badan tingkat ringan	2	6,3

kappelitbangda

Variabel	n	%
Kelebihan berat badan tingkat berat	7	21,9
Desa Mekarmukti		
Normal	7	22,6
Kelebihan berat badan tingkat ringan	2	6,5
Kelebihan berat badan tingkat berat	11	35,5
Desa Tanjungjaya		
Normal	4	12,5
Kelebihan berat badan tingkat ringan	4	12,5
Kelebihan berat badan tingkat berat	14	43,8
Desa Mekarjaya		
Normal	6	18,8
Kelebihan berat badan tingkat ringan	8	25,0
Kelebihan berat badan tingkat berat	9	28,1
Desa Neglasari		
Kurus	2	6,3
Normal	6	18,8
Kelebihan berat badan tingkat ringan	7	21,9
Kelebihan berat badan tingkat berat	9	28,1
Desa Cicangkang Hilir		
Normal	5	15,6
Kelebihan berat badan tingkat ringan	3	9,4
Kelebihan berat badan tingkat berat	6	18,8
Desa Sukamulya		
Normal	6	18,8
Kelebihan berat badan tingkat ringan	4	12,5
Kelebihan berat badan tingkat berat	7	21,9
Desa Citalem		
Kurus	1	3,1
Normal	5	15,6
Kelebihan berat badan tingkat ringan	3	9,4
Kelebihan berat badan tingkat berat	7	21,9
Desa Galanggang		
Normal	6	18,8
Kelebihan berat badan tingkat ringan	5	15,6
Kelebihan berat badan tingkat berat	9	28,1
Desa Mandalawangi		
Normal	5	15,6
Kelebihan berat badan tingkat ringan	2	6,3
Kelebihan berat badan tingkat berat	7	21,9
Desa Kertawangi		
Normal	6	18,8

bappelitbangda

Variabel	n	%
Kelebihan berat badan tingkat ringan	7	21,9
Kelebihan berat badan tingkat berat	8	25,0
Desa Sirnagalih		
Normal	1	3,1
Kelebihan berat badan tingkat ringan	2	6,3

bappelitbangda

TABEL 17. IMUNISASI DASAR

Variabel	n	%
Desa Bojong		
Tidak lengkap	11	34,4
Lengkap	21	65,6
Desa Cinengah		
Tidak lengkap	10	31,3
Lengkap	22	68,7
Desa Sukaresmi		
Tidak lengkap	15	46,9
Lengkap	17	53,1
Desa Wargasaluyu		
Tidak lengkap	19	59,4
Lengkap	13	49,6
Desa Batulayang		
Tidak lengkap	15	46,9
Lengkap	17	53,1
Desa Karanganyar		
Tidak lengkap	13	40,6
Lengkap	19	59,4
Desa Singajaya		
Tidak lengkap	19	59,4
Lengkap	13	40,6
Desa Tanjungwangi		
Tidak lengkap	14	42,4
Lengkap	19	57,6
Desa Cihampelas		
Tidak lengkap	12	37,5
Lengkap	20	62,5
Desa Mekarmukti		
Tidak lengkap	13	40,6
Lengkap	18	59,4
Desa Tanjungjaya		
Tidak lengkap	4	12,5
Lengkap	28	87,5
Desa Mekarjaya		
Tidak lengkap	6	18,8
Lengkap	26	81,2
Desa Neglasari		
Tidak lengkap	7	21,7
Lengkap	25	78,3

bappelitbangda

Variabel	n	%
Desa Cicangkang Hilir		
Tidak lengkap	8	25,0
Lengkap	24	75,0
Desa Sukamulya		
Tidak lengkap	11	34,4
Lengkap	21	65,6
Desa Citalem		
Tidak lengkap	14	43,8
Lengkap	18	56,2
Desa Galanggang		
Tidak lengkap	11	34,4
Lengkap	21	65,6
Desa Mandalawangi		
Tidak lengkap	9	28,1
Lengkap	23	71,9
Desa Kertawangi		
Tidak lengkap	10	31,3
Lengkap	22	68,7
Desa Sirnagalih		
Tidak lengkap	27	84,4
Lengkap	5	15,6

bappelitbangda

TABEL 18. KEADAAN VENTILASI RUMAH

Variabel	n	%
Desa Bojong		
Tidak ada/kurang	1	3,1
Ada/cahaya	31	96,9
Desa Cinengah		
Tidak ada/kurang	2	6,3
Ada/cahaya	30	93,7
Desa Sukaresmi		
Tidak ada/kurang	2	6,3
Ada/cahaya	30	93,7
Desa Wargasaluyu		
Tidak ada/kurang	5	15,6
Ada/cahaya	27	84,4
Desa Batulayang		
Tidak ada/kurang	10	31,3
Ada/cahaya	22	68,7
Desa Karanganyar		
Tidak ada/kurang	10	31,3
Ada/cahaya	22	68,7
Desa Singajaya		
Tidak ada/kurang	9	28,1
Ada/cahaya	23	71,9
Desa Tanjungwangi		
Tidak ada/kurang	11	33,3
Ada/cahaya	22	66,7
Desa Cihampelas		
Tidak ada/kurang	11	33,3
Ada/cahaya	21	66,7
Desa Mekarmukti		
Tidak ada/kurang	8	25,0
Ada/cahaya	23	75,0
Desa Tanjungjaya		
Tidak ada/kurang	12	37,5
Ada/cahaya	20	62,5
Desa Mekarjaya		
Tidak ada/kurang	9	28,1
Ada/cahaya	23	71,9
Desa Neglasari		
Tidak ada/kurang	2	6,3
Ada/cahaya	30	93,7
Desa Cicangkang Hilir		

bappelitbangda

Variabel	n	%
Tidak ada/kurang	12	37,5
Ada/cahaya	20	62,5
Desa Sukamulya		
Tidak ada/kurang	4	12,5
Ada/cahaya	28	87,5
Desa Citalem		
Tidak ada/kurang	8	25,0
Ada/cahaya	24	75,0
Desa Galanggang		
Tidak ada/kurang	8	25,0
Ada/cahaya	24	75,0
Desa Mandalawangi		
Tidak ada/kurang	12	37,5
Ada/cahaya	20	62,5
Desa Kertawangi		
Tidak ada/kurang	12	37,5
Ada/cahaya	20	62,5
Desa Sirnagalih		
Tidak lengkap	12	37,5
Lengkap	20	62,5

bappelitbangda