

**SPASIAL KASUS STUNTING DI DESA SEI KINJIL KECAMATAN
BENUA KAYONG KABUPATEN KETAPANG TAHUN 2018**



SKRIPSI

Oleh :

INDAH WUWU TANESWARI
NPM. 141510675

**PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PONTIANAK
TAHUN 2018**

LEMBAR PENGESAHAN

Dipertahankan Di Depan Dewan Penguji Skripsi
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Pontianak
Dan Diterima Untuk Memenuhi Sebagai Syarat Guna Memperoleh
Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat (S.K.M.)

Pada Tanggal 14 Februari 2019

Oleh :

Indah Wuwu Tanswari
NPM. 141510675

FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PONTIANAK

Dekan

Dr. Linda Suwarni, M.Kes
NIDN.1125058301

LEMBAR PERSETUJUAN

SKRIPSI

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar
Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM)

Peminatan Epidemiologi Kesehatan

Oleh :

INDAH WUWU TANESWARI

NPM. 141510675

Pontianak, Februari 2019

Mengetahui

Pembimbing 1



Elly Trisnawati, S.K.M, MSc
NIDN. 1108117901

Pembimbing 2



Iskandar Arfan, S.K.M, M.Kes (Epid)
NIDN. 1120108601

PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam skripsi ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar sarjana di suatu Perguruan Tinggi dan sepanjang pengetahuannya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacud dalam naskah ini dan disebutkan dalam daftar pustaka. Segala proses dalam penyusunan skripsi saya jalankan melalui prosedur dan kaidah yang benar serta didukung dengan data-data yang dapat dipertanggungjawabkan keabsahannya.

Jika di kemudian hari ditemukan kecurangan, maka saya bersedia untuk menerima sanksi berupa pencabutan hak terhadap ijazah dan gelar yang saya terima.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Pontianak, Februari 2019

Indah Wuwu Taneswari
NPM. 141510675

MOTTO

“Kesalahan yang paling besar bukanlah kegagalan tetapi adalah berhenti dan menyerah sebelum merasakan keberhasilan. Dan pada dasarnya manusia hanya bisa berencana tetapi segala sesuatu Allah SWT yang mengaturnya.”

“Jangan pernah menyerah, perbaiki kesalahan dan teruslah melangkah.”

“Karena kunci dari sebuah kesuksesan adalah kerja keras dan tidak pernah menyerah.”

PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk keluarga dan teman – teman yang telah memberikandukungan, semangat dan do’a kepada penulis sehingga skripsi ini selesai.



BIODATA PENULIS

Nama : Indah Wuwu Taneswari
Tempat, Tanggal Lahir : Ketapang, 03 Oktober 1993
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Nama Orang Tua
 a. Bapak : Mulyadi
 b. Ibu : Anjar Widyanti
Alamat : Jalan Ketapang – Siduk no km 18, Ketapang

JENJANG PENDIDIKAN

SD : SDN 07 Sei Awan Kiri Kecamatan Muara Pawan Kabupaten Ketapang (2000-2006)
SMP : MTS. Darul Falah Sei Awan Kiri Kecamatan Muara Pawan Kabupaten Ketapang (2006-2009)
SMA : SMAN 3 Ketapang (2009-2012)
Perguruan Tinggi (SKM) : Peminatan Epidemiologi Kesehatan, Program Studi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Pontianak (Tahun 2014-2018)

KATA PENGANTAR

Alhamdulillahirobil'alamin, segala puji bagi Allah SWT yang telah melimpahkan segala rahmat dan karunia kepada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan skripsi yang berjudul **"Spasial Kasus Stunting Di Desa Sei Kinjil Kecamatan Benua Kayong Kabupaten Ketapang Tahun 2018"**.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan skripsi ini, penulis banyak memperoleh bimbingan, arahan dan dukungan dari beberapa pihak. Oleh karena itu penulis mengucapkan terima kasih kepada Ibu **Elly Trisnawati, SKM, M.Sc** selaku pembimbing utama dan Bapak **Iskandar Arfan, SKM, M.Kes(Epid)** selaku pembimbing pendamping yang telah meluangkan waktu, tenaga dan pikirserta dengan penuh kesabaran memberikan pengarahan dan membimbing penulis dalam penyelesaian skripsi ini. Padakemungkinan ini, penulis juga mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Bapak Dr. Helman Fachri, MM. Selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Pontianak
2. Ibu Dr. Linda Suwarni, M.Kes Selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Pontianak
3. Bapak Abduh Ridha, SKM., M.PH Selaku Ketua Program Studi Kesehatan Masyarakat
4. Seluruh Dosen dan staf pengajar Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Pontianak yang telah membekali dengan pengetahuan dan memberikan pelayanan akademik
5. Dr. Denny Yuliandi Chohidi selaku Kepala Puskesmas Tuan - Tuan dan rekan-rekannya.
6. Orang tua terhormat, ayah dan ibu yang senantiasa bergelut dengan doa-doanya untuk keberhasilan dan kebahagiaan anda.

7. Para kakak-kakak dan adik-adik saya yang selalu memberikan semangat serta selalu menguatkan saya di setiap kondisi dan selalu mendoakan demi kesuksesan saya.
8. Rekan-rekan satu angkatan di prodikesmas, yang telah banyak mengisi waktu bersama dengan penuh keakraban selama menjalani proses belajar di program studi ini, serta telah banyak membantu penulis selama masa pendidikan.

Juga kepada semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu-persatu, semoga segala amal kebajikan yang mendapat imbalan yang tak terhingga dari Allah

SWT. Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu penulis berharap untuk dapat memperoleh saran, masukan dan kritikan yang membangun demi kesempurnaan skripsi ini. Penulis berharap semoga skripsi ini bermanfaat bagi semua pihak demi pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang kesehatan.

Pontianak, Februari 2019

Indah Wuwu Taneswari

NPM. 141510675

SPASIAL KASUS STUNTING DI DESA SEI KINJIL KECAMATAN BENUA KAYONG KABUPATEN KETAPANG TAHUN 2018

Indah Wuwu Taneswari*¹ Elly Trisnawati*² Iskandar Arfan*³

1*Student Program Public Health Studies University of Muhammadiyah Pontianak

2*Public Health Course Lecturer Muhammadiyah University of Pontianak

3*Public Health Course Lecturer Muhammadiyah University of Pontianak

Jl. Jenderal Ahmad Yani No.111: Pontianak

Email: indahmulyadi@gmail.com / 082254509687

Email: elly_ocv.health@yahoo.co.id / 08115735380

Email: iskandar.arfan@unmuhpnk.ac.id / 085245100200

ABSTRAK

Stunting menjadi permasalahan gizi nasional dimana prevalensi kasus yang dilaporkan pada tahun 2017 sebesar 29,6% (sangat pendek 13% dan pendek 10,5%). Desa Sei Kinjil merupakan daerah dengan kasus stunting tertinggi ke – 2 di Kabupaten Ketapang. Penelitian ini bertujuan menggambarkan kasus stunting yang ada di desa Sei Kinjil kecamatan Benua Kayong Kabupaten Ketapang. Penelitian ini merupakan penelitian observasional deskriptif dengan pendekatan *case series*. Besar sampel penelitian 35 balita stunting. Teknik pengambilan sampel adalah total sampling. Teknik analisis penelitian menggunakan analisis statistik dan analisis spasial. Stunting di desa Sei Kinjil untuk sebaran usia menikah dini sebesar 63,6%, kunjungan antenatal care tidak lengkap sebesar 39,4%, tidak ASI eksklusif sebesar 48,5% , umur pertama pemberian MP-ASI tidak sesuai sebesar 48,5% dan BBLR sebesar 51,5%. Jarak terdekat kasus stunting ke rumah sakit 3,92 km (Dusun Kinjil) dan jarak terjauh 7,06 km (Dusun Teratai Putih). Variabel usia menikah dini, tidak ASI eksklusif, berat badan lahir rendah dan MP – ASI tidak sesuai menjadi faktor risiko di desa Sei Kinjil kecamatan Benua Kayong kabupaten Ketapang. Disarankan kepada Lintas Sektor untuk melakukan upaya penyebarluasan informasi pencegahan stunting serta melakukan upaya pemantauan status gizi balita di area yang potensi kasusnya tinggi.

Kata Kunci : Stunting, Spasial, Sistem Informasi Geografis (SIG), Desa Sei Kinjil.

A SPECIAL STUNTING CASE IN DESA SEI KINJIL KECAMATANBENUA KAYONG KABUPATEN KETAPANG IN 2018

Indah Wuwu Taneswari¹, Elly Trisnawati², Iskandar Arfan³

¹A student of Public Health Department, Universitas Muhammadiyah Pontianak

²A Teaching Staff of Health Sciences Faculty, Universitas Muhammadiyah Pontianak

³A Teaching Staff of Health Sciences Faculty, Universitas Muhammadiyah Pontianak

ABSTRACT

Stunting has been a national nutritional case in Indonesia with a 2,6% prevalence in 2017 (13% of severe stunting and 10,5% of moderate stunting). Desa Sei Kinjil placed the second largest number of stunting cases in Kabupaten Ketapang, West Kalimantan, Indonesia. The purpose of this study was to describe the stunting cases in Desa Sei Kinjil Kecamatan Benua Kayong Kabupaten Ketapang. Using observational descriptive and case series approach, 35 stunting children, selected by using sampling technique, participated as the samples. The data were statistically analyzed using spacial analysis. The study revealed 63,6 % of early marriage, 39,4% of incomplete antenatal care visit, 48,5% of non—breastfeeding children, 48,5% of inappropriate age of supplementary feeding practice, and 51,5% of low birthweight. Additionally, the nearest local hospital was located in Dusun Kinjil (3,92 km), and the farthest hospital was located in Dusun Teratai putih (7,06 km). The unrelated variables of stunting risk factors in Desa Sei Kinjil were early marriage, non-breastfeeding children, low birthweight, and inappropriate age of supplementary feeding practice. From the findings, it is important to conduct cross-sector effort in giving the information about the prevention of stunting and to monitor the nutritional status of children under five years of age, especially in the high rate area of stunting cases.

Keywords: stunting, spatial, Geographic Information System (GIS),Desa Sei Kinjil

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN.....	iv
MOTTO DAN PERSEMBAHAN.....	v
BIODATA.....	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
ABSTRAK.....	ix
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR GAMBAR.....	xv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvi
BAB I PENDAHULUAN	
I.1 LatarBelakang.....	1
I.2 RumusanMasalah.....	5
I.3 TujuanPenelitian.....	6
I.4 ManfaatPenelitian.....	7
I.5 KeaslianPenelitian.....	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
II.1 TeoriTinjauanPustaka.....	10
II.2 KerangkaTeori.....	32
BAB III KERANGKA KONSEPTUAL	
III.1 KerangkaKonsep.....	33
III.2 VariabelPenelitian.....	34
III.3 DefinisiOperasional.....	35
BAB IV METODOLOGI PENELITIAN	
IV.1 DesainPenelitian.....	38

	IV.2 Waktu dan Tempat Penelitian.....	38
	IV.3 Populasi dan Sampel.....	38
	IV.4 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data.....	39
	IV.5 Teknik Pengolahan Data.....	41
	IV.6 Teknik Penyajian Data.....	42
	IV.7 Teknik Analisis Data.....	43
BAB V	HASIL DAN PEMBAHASAN	
	V.1 Gambaran Umum Lokasi.....	44
	V.2 Demografi.....	45
	V.3 Gambaran Puskesmas Tuan – Tuan.....	47
	V.4 Gambaran Proses Penelitian.....	49
	V.5 Alur Penelitian.....	51
	V.6 Karakteristik Responden.....	52
	V.7 Analisis Univariat.....	56
	V.8 Gambaran Analisis Spasial.....	76
	V.9 Pembahasan.....	95
	A. Berdasarkan Orang, Tempat Dan Waktu.....	95
	B. Determinan.....	100
	V.10 Keterbatasan Penelitian.....	111
BAB VI	KESIMPULAN DAN SARAN	
	VI.1 Kesimpulan.....	112
	VI.2 Saran.....	112
	DAFTAR PUSTAKA.....	116
	LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

	Hal
II.1. Keaslian Penelitian.....	9
II.2. Kategori Ambang Batas Status Gizi Anak.....	12
II.3. Definisi Operasional.....	35
II.4. Distribusi Penduduk Berdasarkan Umur di Desa Sei Kinjil Tahun 2018.....	45
II.5. Distribusi Penduduk Berdasarkan Pekerjaan di Desa Sei Kinjil Tahun 2018.....	45
II.6. Distribusi Penduduk Berdasarkan Pendidikan di Desa Sei Kinjil Tahun 2018.....	46
II.7. Distribusi Penduduk Berdasarkan Suku di Desa Sei Kinjil Tahun 2018.....	46
II.8. Distribusi Penduduk Berdasarkan Agama di Desa Sei Kinjil Tahun 2018.....	47
II.9. Distribusi Responden Berdasarkan Umur Di Desa Sei Kinjil Tahun 2018....	52
II.10. Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Di Desa Sei Kinjil Tahun 2018.....	53
II.11. Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan Di Desa Sei Kinjil Tahun 2018..	53
II.12. Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan Di Desa Sei Kinjil Tahun 2018..	54
II.13. Distribusi Responden Berdasarkan Jumlah Anggota Keluarga Di Desa Sei Kinjil Tahun 2018.....	56
II.14. Distribusi Responden Berdasarkan Status Ekonomi Keluarga Di Desa Sei Kinjil Tahun 2018.....	58
II.15. Distribusi Responden Berdasarkan Sebaran Kasus Di Desa Sei Kinjil Tahun 2018.....	58
II.16. Distribusi Responden Berdasarkan Waktu Kejadian Stunting Di Desa Sei Kinjil Tahun 2018.....	59
II.17. Distribusi Responden Berdasarkan Usia Menikah Dini Di Desa Sei Kinjil Tahun 2018.....	60
II.18. Distribusi Responden Berdasarkan Frekuensi Kunjungan ANC	

Di Desa Sei Kinjil Tahun 2018.....	61
II.19. Distribusi Responden Berdasarkan Pemberian ASI eksklusif	
Di Desa Sei Kinjil Tahun 2018.....	64
II.20. Distribusi Responden Berdasarkan Umur Pemberian MP-ASI	
Di Desa Sei Kinjil Tahun 2018.....	69
II.21. Distribusi Responden Berdasarkan Berat Badan Lahir	
Di Desa Sei Kinjil Tahun 2018.....	73
II.22. Distribusi Responden Berdasarkan Jarak Kasus Ke Faskes	
Di Desa Sei Kinjil Tahun 2018.....	74

DAFTAR GAMBAR

	Hal
II.1 Kerangka Teori	32
II.2. KerangkaKonsep.....	33
V.5.Alur Proses Penelitian.....	51

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Lembar Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran 2 : Instrumen Penelitian (Kuesioner)
- Lampiran 3 : Surat Izin Penelitian
- Lampiran 4 : Data Rekap Stunting di Desa Sei Kinjil Tahun 2018
- Lampiran 5 : SPSS
- Lampiran 6 : Hasil Univariat
- Lampiran 7 : Titik Koordinat Responden
- Lampiran 8 : Dokumentasi Penelitian
- Lampiran 9 : Peta

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Stunting merupakan keadaan tubuh balita (bayi dibawah lima tahun) yang pendek dan sangat pendek melampaui defisit -2 SD dibawah median panjang badan (PB/U) atau tinggi badan (TB/U) menurut umurnya dibandingkan dengan standar baku WHO-MGRS (*Multicentre Growth Reference Study*) (WHO, 2009; Manary & Solomons, 2009; TNP2K, 2017).

Balita atau baduta yang mengalami stunting akan memiliki tingkat kecerdasan tidak maksimal, menjadikan anak menjadi lebih rentan terhadap penyakit dan di masa depan dapat berisiko pada menurunnya tingkat produktivitas (UNICEF, 2012). Pada akhirnya secara luas stunting akan dapat menghambat pertumbuhan ekonomi, meningkatkan kemiskinan dan memperlebar ketimpangan (MCA, 2017).

Pada tahun 2015 di dunia terdapat 156 juta anak (23% dari seluruh anak) mengalami stunting. Prevalensi stunting tertinggi di Wilayah Afrika (38%) diikuti dengan wilayah Asia Tenggara (33%). Lebih dari tiga perempat dari seluruh balita dengan stunting berada di wilayah Afrika (60 juta anak) atau di wilayah Asia Tenggara (59 juta anak) (WHO, 2016). Pada 2 tahun terakhir kasus stunting mengalami penurunan sebesar 0,7 % (4 juta anak) (WHO, 2017).

Masalah gizi balita dianggap akut bila prevalensi balita stunting sebesar 20% atau lebih (Kemenkes RI, 2017). Dari acuan ini, angka prevalensi

stunting nasional Indonesia tergolong dalam kategori akut. Prevalensi stunting nasional tahun 2015 menunjukkan jumlah balita stunting sebesar 29,1 % (sangat pendek 10,1 % dan pendek 18,9 %). Adapun provinsi dengan bayi yang mengalami stunting terbesar adalah Sulawesi Barat, yaitu mencapai 39,7 %. Jumlah tersebut terdiri dari balita sangat pendek mencapai 14,7 % dan balita pendek 25 %. Sedangkan provinsi dengan bayi stunting terendah adalah Bali, yaitu 19,7 %, yang terdiri dari bayi sangat pendek 5,2 % dan bayi pendek 14,5 % (Data PSG, 2016). Tahun 2016 sebesar 27,5 % balita stunting (8,5% sangat pendek dan 19% pendek) dan tahun 2017 sebesar 29,6% balita stunting (9,8% sangat pendek dan 19,8% pendek). Provinsi Kalimantan Barat berada di nomor urut ke- 4 dengan prevalensi stunting sebesar 23,5 % (sangat pendek 13 % dan pendek 10,5 %) (Data PSG, 2017).

Berdasarkan data diatas, diperlukan perhatian terhadap permasalahan gizi, khususnya kejadian stunting. Dengan tingginya angka rata – rata prevalensi stunting di Indonesia, maka perlu menjadi cambukan untuk melakukan tindakan perbaikan gizi kasus stunting, mengingat dampak serius yang dapat ditimbulkan terhadap generasi bangsa kedepan. Balita pendek memiliki dampak negatif yang akan berlangsung dalam kehidupan selanjutnya.

Di Kalimantan Barat prevalensi jumlah balita stunting tahun 2015 sebesar 34,1 % (pendek 22 % dan sangat pendek 12.1 %). Tahun 2016 sebesar 32,6% balita stunting (pendek 20,1% dan sangat pendek 12,5%) dan tahun 2017 sebesar 36,5% balita stunting (pendek 23,5% dan sangat pendek

13%). Salah satu Kabupaten di Kalimantan Barat yaitu Kabupaten Ketapang berada di nomor urut ke- 12 mengalami kasus stunting sebesar 945 kasus (16,7%) (Data PSG, 2017). Kasus stunting di Kabupaten Ketapang selama tiga tahun terakhir mengalami fluktuasi. Kecenderungan stunting di Ketapang meningkat pada tahun 2016 (1.135 kasus) jika dibandingkan dengan data tahun 2015 (751 kasus). Sedangkan kasus stunting pada tahun 2017 cenderung menunjukkan penurunan kasus sebesar 945 kasus. Puskesmas Tuan – Tuan berada di peringkat ke 2 setelah Puskesmas Riam sebesar 81 kasus (Data Dinas Kesehatan Kabupaten Ketapang, 2017). Puskesmas Tuan – Tuan memiliki wilayah kerja 11 desa dan kasus stunting 100% terjadi di Desa Sei Kinjil sebesar 35 kasus (pendek 24 kasus dan sangat pendek 11 kasus) (Data Pemantauan Status Gizi Puskesmas Tuan – Tuan, 2018).

Faktor risiko stunting berdasarkan penelitian – penelitian sebelumnya adalah usia ibu menikah dini, kunjungan ANC, umur pertama pemberian MP- ASI, pemberian ASI Eksklusif serta riwayat BBLR. Usia ibu menikah <19 tahun ketika hamil berpotensi 1,46 kali meningkatkan kejadian stunting (Fall, 2015). Hal ini dikarenakan terganggunya organ reproduksi ibu dan anak yang dilahirkan akan memiliki masalah gizi (Afifah, 2011; Prakash, 2011). Penelitian yang dilakukan pada balita usia 12-59 bulan di Kabupaten Lombok Utara menunjukkan bahwa kunjungan ANC tidak terstandar memiliki risiko 2,1 kali lebih banyak mengalami kejadian stunting (Amini, 2016). Rendahnya kunjungan ANC menyebabkan faktor risiko kehamilan tidak dapat dideteksi sejak dini terutama masalah gizi janin (Aguayo, 2014;

Mochtar, 2011). Faktor lain yang juga berperan yaitu pemberian MP-ASI terlalu dini (<4 bulan) berisiko menderita kejadian stunting (Thesome, 2009). Hal ini disebabkan organ pencernaan bayi belum siap menerima MP-ASIterlalu dini sehingga mempengaruhi penyerapan gizi makanan (Aridiyah 2015; Khasanah, 2016). Penelitian lain menyatakan faktor yang paling dominan adalah pemberian ASI Eksklusif yang mempengaruhi stunting 3,1% (OR 3.1) (Arifin, 2012). Pemberian ASI eksklusif meningkatkan imunitas bayi dan memaksimalkan pertumbuhan tinggi badan (Gibney, 2009; Indrawati, 2016). Berat badan lahir rendah memiliki risiko 2,46 kali menderita stunting (Subagio, 2016). Bayi dengan berat lahir rendah mengalami gangguan saluran pencernaan sehingga mengakibatkan kurangnya cadangan zat gizi (Anisa, 2012; Nadiyah, 2014).

Diidentifikasi faktor risiko terhadap 10 Ibu rumah tangga yang memiliki balita stunting di Desa Sei Kinjil RT 06 dan RT 09 banyak ditemui riwayatnya menikah pada usia dini (50%), melakukan kunjungan ANC (70%), pemberian ASI eksklusif (50%), umur pertama pemberian MP – ASI (10%) serta riwayat BBLR (50%).

Sebaran kasus stunting dan faktor risikonyadapat dipetakan melalui *Geographical Information System* (GIS). GIS merupakan sebuah rangkaian sistem yang memanfaatkan teknologi digital untuk melakukan analisis spasial. Sistem ini memanfaatkan perangkat keras dan lunak komputer untuk melakukan pengolahan data seperti; perolehan dan verifikasi, kompilasi,

penyimpanan, pembaruan, dan perubahan, manajemen dan pertukaran, manipulasi, penyajian dan analisis. (Prahasta, 2009).

Perlunya dilakukan pemetaan kasus stunting di Desa Sei Kinjil adalah untuk mengetahui penyebaran penyebab kasus berdasarkan ruang, tempat, wilayah dan waktu sehingga dapat dijadikan sebagai rekomendasi penetapan kebijakan yang tepat dalam penanganan kasus. Apabila stunting pada balita tidak terdeteksi dengan baik maka dampaknya adalah balita memiliki tingkat kecerdasan tidak maksimal, menjadikan anak lebih rentan terhadap penyakit dan dimasa depan dapat berisiko pada menurunnya tingkat produktivitas. Pada akhirnya secara luas stunting akan dapat menghambat pertumbuhan ekonomi, meningkatkan kemiskinan dan memperlebar ketimpangan (MCA, 2017).

Berdasarkan uraian tersebut diatas, peneliti tertarik ingin melakukan penelitian mengenai “Spasial Kasus Stunting balita usia 0 – 60 bulan di Desa Sei Kinjil Kecamatan Benua Kayong Kabupaten Ketapang Tahun 2018”. Faktor risiko kejadian stunting yang akan dipasialkan yaitu: usia ibu menikah dini, kunjungan ANC, umur pertama pemberian MP- ASI, ASI eksklusif serta riwayat BBLR.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang di atas, maka rumusan masalah yang dibahas dalam penelitian ini yaitu “Bagaimana gambaran spasial kasus stunting di Desa Sei Kinjil Kecamatan Benua Kayong Kabupaten Ketapang?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan informasi gambaran spasial kasus stunting di Desa Sei Kinjil Kecamatan Benua Kayong Kabupaten Ketapang tahun 2018.

1.3.2 Tujuan khusus

1. Mendapatkan informasi gambaran umur pada kejadian stunting di Desa Sei Kinjil Kecamatan Benua Kayong Kabupaten Ketapang.
2. Mendapatkan informasi gambaran jenis kelamin pada kejadian stunting balita usia 0 – 60 bulan di Desa Sei Kinjil Kecamatan Benua Kayong Kabupaten Ketapang.
3. Mendapatkan informasi gambaran status ekonomi keluarga pada kejadian stunting balita usia 0 – 60 bulan di Desa Sei Kinjil Kecamatan Benua Kayong Kabupaten Ketapang.
4. Mendapatkan informasi gambaran sebaran kasus stunting balita usia 0 – 60 bulan di Desa Sei Kinjil Kecamatan Benua Kayong Kabupaten Ketapang.
5. Mendapatkan informasi gambaran waktu kejadian stunting balita usia 0 – 60 bulan di Desa Sei Kinjil Kecamatan Benua Kayong Kabupaten Ketapang.
6. Mendapatkan informasi gambaran spasial usia ibu menikah dini pada kejadian stunting balita usia 0 – 60 bulan di Desa Sei Kinjil Kecamatan Benua Kayong Kabupaten Ketapang.

7. Mendapatkan informasi gambaran spasial kunjungan ANC pada kejadian stunting balita usia 0 – 60 bulan di Desa Sei Kinjil Kecamatan Benua Kayong Kabupaten Ketapang.
8. Mendapatkan informasi gambaran spasial pemberian ASI eksklusif pada kejadian stunting balita usia 0 – 60 bulan di Desa Sei Kinjil Kecamatan Benua Kayong Kabupaten Ketapang.
9. Mendapatkan informasi gambaran spasial umur pertama pemberian MP – ASI pada kejadian stunting balita usia 0 – 60 bulan di Desa Sei Kinjil Kecamatan Benua Kayong Kabupaten Ketapang.
10. Mendapatkan informasi gambaran spasial riwayat BBLR pada kejadian stunting balita usia 0 – 60 bulan di Desa Sei Kinjil Kecamatan Benua Kayong Kabupaten Ketapang.
11. Mendapatkan informasi gambaran spasial jarak kasus terhadap pelayanan kesehatan pada kejadian stunting balita usia 0 – 60 bulan di Desa Sei Kinjil Kecamatan Benua Kayong Kabupaten Ketapang.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat bagi Fakultas Ilmu Kesehatan (FIKES)

Memberikan manfaat bagi Fakultas Ilmu Kesehatan (FIKES) Universitas Muhammadiyah Pontianak untuk menambah literatur kepustakaan yang dapat menjadi suatu bahan bacaan dalam menambah pengetahuan tentang Spasial Kasus Stunting balita usia 0 – 60 bulan di Desa Sei Kinjil Kecamatan Benua Kayong Kabupaten Ketapang Tahun 2018.

1.4.2 Manfaat bagi Dinas Kesehatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan yang berharga dalam menangani masalah yang menjadi penyebab Stunting dan sekaligus dapat dilakukan upaya preventif dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di Kabupaten Ketapang.

1.4.3 Manfaat bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan pengetahuan peneliti dan dapat dijadikan sebagai referensi terutama di bidang Ilmu Kesehatan Masyarakat Peminatan Epidemiologi.

1.4.4 Manfaat bagi Masyarakat

Memberikan informasi kepada masyarakat tentang sebaran kasus kejadian stunting balita usia 0 – 60 bulan di wilayah kerja Puskesmas Tuan – Tuan Desa Sungai Kinjil Kecamatan Benua Kayong Kabupaten Ketapang.

1.5 Keaslian Penelitian

Tabel I.1

Keaslian Penelitian

No	Judul	Penulis	Variabel yang Diteliti	Perbedaan
1	Pemetaan sebaran kasus gizi buruk balita umur 0 – 59 bulan di kota Lhoukseumawe tahun 2012	Amalia (2012)	gejala klinis dan tanpa gejala klinis, jarak.	Variabel: umur, jenis kelamin, status ekonomi, waktu, usia menikah dini, kunjungan ANC, ASI eksklusif, MP-ASI, BBLR.
2	Analisis sebaran dan faktor risiko stunting pada balita di kabupaten Purwakarta 2012	Arifin (2012)	BBLR, asupan gizi balita, pemberian ASI	Variabel: umur, jenis kelamin, status ekonomi, waktu, usia menikah dini, kunjungan ANC, MP-ASI, jarak. Desain penelitian: case series.
3	Faktor – faktor yang berhubungan dengan kejadian stunting pada balita usia 25 – 60 bulan di Kelurahan Kalibaru Depok tahun 2012	Anisa (2012)	Asupan energi, status penyakit infeksi, pemberian ASI eksklusif, status imunisasi, karakteristik balita, dan karakteristik keluarga	Variabel: waktu, usia menikah dini, kunjungan ANC, MP-ASI, jarak. Desain penelitian: case series.
4	Analisis determinan kejadian stunting pada balita usia 12 – 24 bulan di wilayah kerja puskesmas Puuwatu kota Kendari Tahun 2016	Janirah (2016)	BBLR, pemberian ASI eksklusif, usia pemberian MP-ASI, anemia.	Variabel: umur, jenis kelamin, status ekonomi, waktu, usia menikah dini, kunjungan ANC, jarak. Desain penelitian: case series.
5	Faktor – faktor yang berhubungan dengan kejadian stunting pada balita di wilayah kerja puskesmas Tanjung Tiram kecamatan Tanjung Tiram Kabupaten Batu Bara Tahun 2013	Siahaan (2013)	Pekerjaan orangtua, praktek menyusui, status ekonomi, besar keluarga dan pendidikan orang tua.	Variabel: umur, jenis kelamin, waktu, usia menikah dini, kunjungan ANC, MP-ASI, BBLR.& jarak. Desain penelitian: case series

objek yang bersangkutan. Analisis spasial juga dapat diartikan sebagai teknik-teknik yang digunakan untuk meneliti dan mengeksplorasi data dari perspektif keruangan.

Analisis spasial ini dilakukan untuk melihat gambaran geografis yang menggunakan peta dasar Desa Sei Kinjil dengan menentukan titik koordinat dengan bantuan alat GPS (*Global Positioning System*). Dan pada akhirnya akan dibuat peta sebaran kasus stunting, jarak kasus dengan pelayanan kesehatan, usia ibu menikah dini, kunjungan ANC, umur pertama pemberian MP- ASI, ASI Eksklusif serta riwayat BBLR .

BAB V

HASIL DAN PEMBAHASAN

5.1 Gambaran Umum Lokasi

Desa sei kinjil terletak pada 9°LU dan 101° BT – 101,24° BT yang terletak pada ketinggian 3 M dari permukaan laut dengan suhu rata – rata 25° C curah hujan 30 mm/tahun kelembaban 70% dengan batas – batas wilayah sebagai berikut :

- a. Utara berbatasan dengan Desa Baru dan Desa Suka Baru Kecamatan Benua Kayong
- b. Selatan berbatasan dengan Desa Kinjil Pesisir Kecamatan Benua Kayong
- c. Timur berbatasan dengan Kelurahan Kauman

d. Barat berbatasan dengan Laut Jawa

Desa Sei Kinjil terbagi menjadi 3 dusun, yaitu :

1. Dusun Kinjil
2. Dusun Kedaung
3. Dusun Teratai Putih

Jumlah penduduk yaitu 2.129 jiwa yang tersebar di 3 (tiga) Dusun dan 9 (sembilan) RT (rukun tetangga). Dengan pembagian 1.099 jiwa laki – laki dan 1.030 jiwa perempuan dengan jumlah KK 600 dengan kondisi rumah tangga miskin 138 KK (Profil Desa Sei Kinjil, 2018).

5.2 Demografi

Desa Sei Kinjil secara administratif terdiri dari 3 (tiga) Dusun dengan luas wilayah 1.089 Ha (10, 89 m²).

Tabel 5.1
Jumlah Penduduk Di Desa Sei Kinjil Berdasarkan Kelompok Umur Tahun 2018

Kelompok Umur	Laki – Laki	Perempuan
Muda (0 – 14 tahun)	338	292
Produktif (15 – 64 tahun)	757	727
Tua (> 65 tahun)	4	11
Jumlah	1.099	1.033

Sumber : Data Desa Sei Kinjil 2018

Berdasarkan tabel diatas, struktur penduduk Desa Sei Kinjil tergolong menjadi kelompok umur muda, produktif dan tua. Pada tahun 2018,

persentase kelompok umur produktif yaitu 69,7 % dari jumlah seluruh penduduk.

Tabel 5.2
Distribusi Pekerjaan Penduduk Di Desa Sei Kinjil Tahun 2018

Pekerjaan	Jumlah	%
Petani	650	30,5
Nelayan	500	23,5
Pegawai Negeri Sipil	37	1,7
Peternak	100	4,7
Pengrajin	20	0,9
TNI / Polri	10	0,5
Pedagang	15	0,7
Lainnya (IRT)	300	14,1
Swasta PT Alas Kusuma Group	45	2,2
Wiraswasta	38	1,8
Tidak Bekerja	416	19,5
Jumlah	2.132	100

Sumber : Data Desa Sei Kinjil 2018

Berdasarkan tabel 5.2 diatas, bahwa rata – rata pekerjaan penduduk desa Sei Kinjil adalah petani sebanyak 30,5% dan nelayan sebanyak 23,5%.

Tabel 5.3
Distribusi Pendidikan Penduduk Di Desa Sei Kinjil Tahun 2018

Pendidikan	Jumlah	%
Tidak Sekolah	115	5,4
SD	405	18,9
SLTP	657	30,8
SLTA / sederajat	740	34,8
Perguruan Tinggi	215	10,1
Jumlah	2.132	100

Sumber : Data Desa Sei Kinjil 2018

Berdasarkan tabel 5.3 diatas, bahwa rata – rata pendidikan penduduk desa Sei Kinjil adalah SLTA sebanyak 34,8% dan SLTP sebanyak 30,8%.

Tabel 5.4

Distribusi Suku Penduduk Di Desa Sei Kinjil Tahun 2018

Suku	Jumlah	%
Melayu	1.559	73,2
Madura	450	21,2
Jawa	87	4,0
Dayak	14	0,7
Bugis	7	0,3
Batak	5	0,2
Tionghoa	10	0,4
Jumlah	2.132	100

Sumber : Data Desa Sei Kinjil 2018

Berdasarkan tabel 5.4 diatas, bahwa rata – rata suku penduduk desa Sei Kinjil adalah melayu sebanyak 73,2% dan madura sebanyak 21,2%.

Tabel 5.5
Distribusi Agama Penduduk Di Desa Sei Kinjil Tahun 2018

Agama	Jumlah	%
Islam	2.117	99,3
Kristen	5	0,3
Konghuchu	10	0,4
Jumlah	2.132	100

Sumber : Data Desa Sei Kinjil 2018

Berdasarkan tabel 5.5 diatas, bahwa rata – rata agama penduduk desa Sei Kinjil adalah islam sebanyak 99,3%.

5.3 Gambaran Puskesmas Tuan – Tuan

Puskesmas Tuan – Tuan merupakan Puskesmas dengan wilayah kerja Kecamatan Tuan – Tuan dengan terdiri dari 11 Desa yang ada di

Kecamatan Tuan – Tuan. Fasilitas sarana dan prasarana tersedia memadai mulai dari fisik gedung, alkes dan kendaraan dinas. Melihat pada tenaga kesehatan, Puskesmas Tuan – Tuan memiliki tenaga media 1 Dokter, 1 farmasi, 20 perawat, 15 bidan, dan non medis terdiri dari 1 tenaga gizi, 1 tenaga sanitasi dan 1 tenaga kesehatan masyarakat.

Upaya kesehatan yang terdapat di Puskesmas Tuan – Tuan menyesuaikan pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 tahun 2014 tentang Puskesmas terdiri dari upaya kesehatan masyarakat meliputi upaya kesehatan esensial dan pengembangan serta upaya kesehatan perseorangan. Upaya kesehatan gizi stunting di Puskesmas Tuan – Tuan berada pada upaya kesehatan pengembangan yang didasarkan pada kasus gizi balita. Berjalannya program stunting di Puskesmas Tuan – Tuan sejak tahun 2015 dengan program kerja didanai berdasarkan dana APBD Kabupaten dan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK). Adapun rincian kegiatan yang telah dilakukan untuk penanggulangan stunting antara lain :

1. Peningkatan pendidikan gizi pada kader dan petugas kesehatan yang menangani kasus stunting.
2. Kegiatan penyuluhan mengenai perbaikan gizi keluarga / 1000 HPK dan pencegahan gizi stunting.
3. Program dengan sasaran ibu hamil (pemberian suplementasi besi folat minimal 90 tablet, memberikan dukungan kepada ibu hamil untuk melakukan pemeriksaan kehamilan minimal 4 kali, memberikan imunisasi

Tetanus Toksoid (TT), pemberian makanan tambahan pada ibu hamil, melakukan upaya untuk penanggulangan cacangan pada ibu hamil).

4. Memberikan imunisasi lengkap.
5. Memberikan edukasi ibu untuk ASI eksklusif.
6. Pemberian makanan tambahan kepada balita yang mengalami gizi stunting.
7. Pemantauan perkembangan terhadap gizi balita stunting.

Program penanggulangan stunting di Kecamatan Tuan – Tuan difokuskan pada kerjasama lintas sektor dan program penyuluhan di fasilitas umum maupun pendidikan. Ditataran Puskesmas pembentukan penanggung jawab program gizi stunting baru dilakukan setelah terjadinya kasus stunting di tahun 2018.

Beberapa hal yang menjadi kendala atau penyebab belum efektifnya kebijakan serta program penanggulangan stunting yang telah dilakukan adalah :

1. Belum maksimalnya fungsi anggaran kesehatan
2. Program – program intervensi stunting yang telah direncanakan belum seluruhnya dilaksanakan
3. Program yang secara efektif mendorong peningkatan pengetahuan gizi yang baik dan perubahan perilaku hidup sehat masyarakat belum banyak dilakukan

4. Program-program berbasis komunitas yang efektif di masa lalu tidak lagi dijalankan secara maksimal seperti sebelumnya misalnya akses ke Posyandu, PLKB, kader PKK, Dasawisma, dan lainnya
5. Pengetahuan dan kapasitas kader atau petugas kesehatan dalam penyampaian penyuluhan stunting belum maksimal

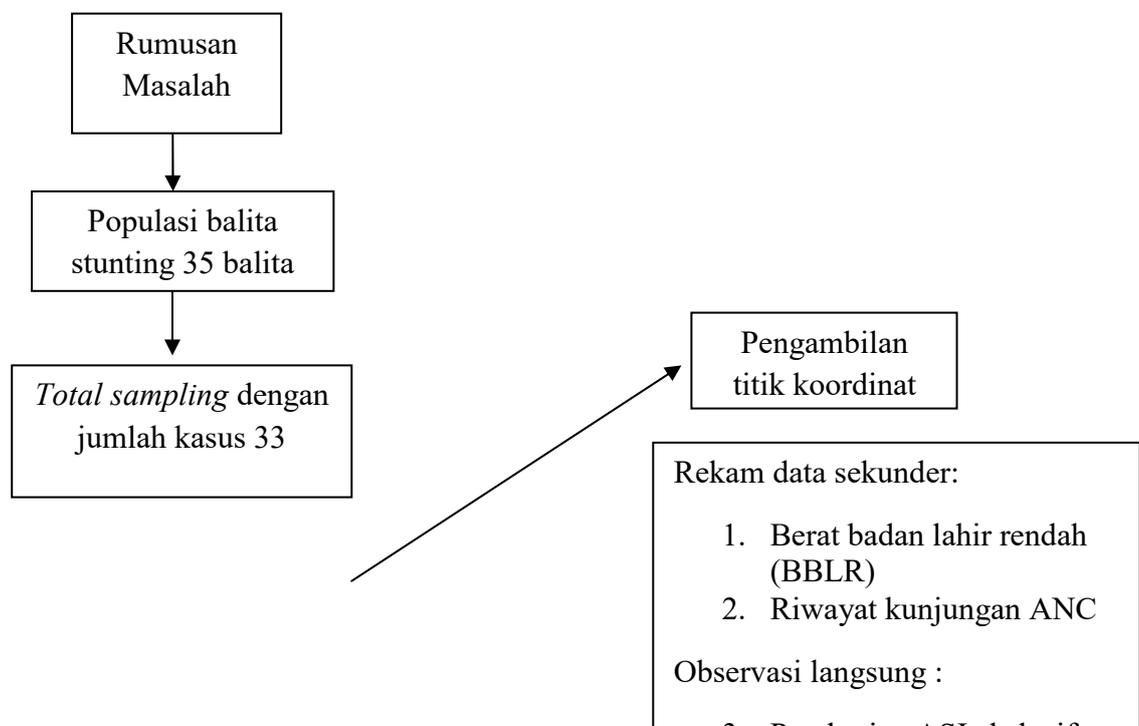
5.4 Gambaran Proses Penelitian

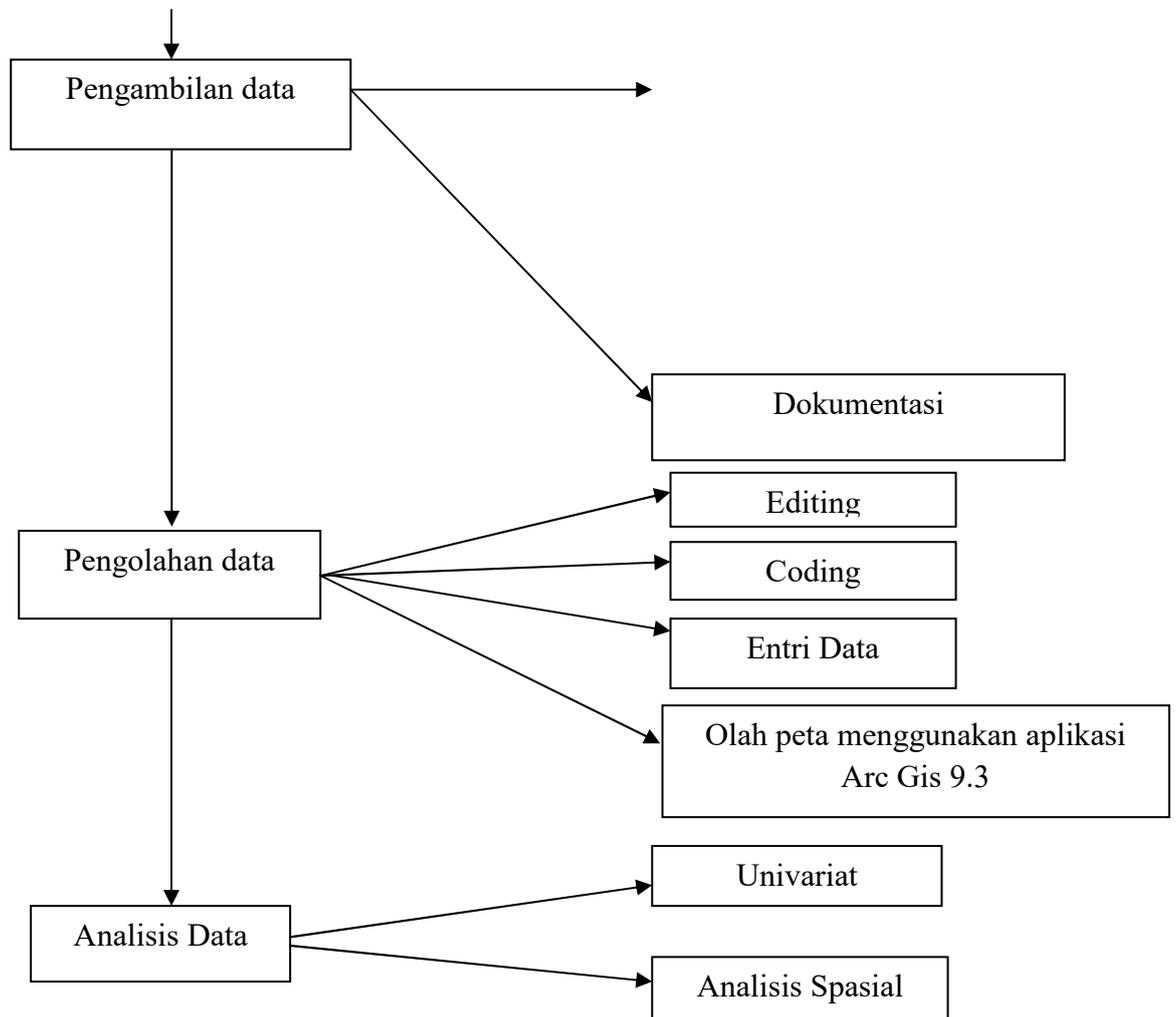
Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Kecamatan Benua Kayong Kabupaten Ketapang. Hal pertama yang dilakukan peneliti sebelum memulai penelitian adalah mendapatkan data sekunder kejadian stunting sebagai data yang dapat mendukung penelitian ini, data sekunder diperoleh dari Dinas Kesehatan dan Puskesmas Tuan – Tuan Kabupaten Ketapang terkait kasus stunting tahun 2018. Adapun sampel dalam penelitian ini yaitu 33 balita stunting tahun 2018.

Dalam pengumpulan data primer yang dilakukan oleh peneliti sendiri menggunakan lembar observasi untuk melihat sebaran kasus stunting, jarak kasus dengan fasilitas kesehatan, riwayat badan bayi lahir rendah (BBLR), usia ibu menikah dini, riwayat kunjungan antenatal care (ANC), pemberian ASI eksklusif dan pemberian MP – ASI. Selain itu peneliti juga melakukan penitikan koordinat menggunakan GPS di setiap rumah balita stunting tahun 2018 untuk melihat sebaran kasus stunting di Desa Sei Kinjil.

Waktu yang dibutuhkan dalam penelitian ini kurang lebih 14 hari, dari tanggal 17 oktober sampai 30 oktober 2018. Pada saat awal penelitian, peneliti mengatur jadwal dengan kader posyandu bagian lapangan untuk menentukan waktu kapan bisa berkunjung ke rumah – rumah penderita stunting, khususnya rumah yang membutuhkan waktu tempuh yang lumayan lama. Setelah selesai menentukan waktu, pertama peneliti melakukan kunjungan ke rumah responden yang dekat terlebih dahulu, baru kemudian pergi ke rumah responden yang jaraknya lumayan jauh. Pada saat kunjungan ke rumah responden, peneliti melakukan penitikan koordinat menggunakan GPS, kemudian peneliti melakukan observasi langsung untuk melihat apakah ibu balita menikah pada usia dini, apakah balita lahir dengan berat badan lahir rendah, apakah ibu melakukan kunjungan antenatal care (ANC) yang lengkap, apakah ibu melakukan pemberian ASI eksklusif, dan apakah ibu melakukan pemberian MP – ASI yang sesuai.

5.5 Alur Penelitian





5.6 Karakteristik Responden

5.6.2 Umur Balita Stunting

Distribusi frekuensi berdasarkan umur balita stunting dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 5.6
Distribusi Frekuensi Umur Pada Kasus Stunting Di Desa Sei Kinjil Tahun 2018

No	Umur	Jumlah	(%)
1	0 – 11 bulan	1	3,0

2	12 – 24 bulan	4	12,1
3	25 – 48 bulan	19	57,6
4	49 – 60 bulan	9	27,3
Jumlah		33	100,0

Sumber : Data Primer Tahun 2018

Berdasarkan tabel 5.6 diatas, dapat dilihat bahwa sebagian besar umur balita stunting rata – rata 25 – 48 bulan yaitu sebanyak 57,6% .

Tabel 5.7
Distribusi Kasus Stunting Berdasarkan Umur Di Desa Sei Kinjil Tahun 2018

No	Umur	Umur
1	\bar{X}	38 bulan
2	Min	11 bulan
3	Max	60 bulan

Sumber : Data Primer Tahun 2018

Dari analisis distribusi statistik yang dilakukan diperoleh rata – rata umur balita stunting yaitu 38 bulan, balita stunting yang memiliki umur paling muda yaitu 11 bulan (bayi) dan balita stunting yang memiliki umur paling tua yaitu 60 bulan.

5.5.1 Jenis kelamin

Distribusi frekuensi berdasarkan jenis kelamin balita stunting dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 5.8
Distribusi Frekuensi Kasus Stunting Berdasarkan Jenis Kelamin Di Desa Sei Kinjil Tahun 2018

No	Jenis Kelamin	Jumlah	(%)
1	Laki – laki	19	57,6

2	Perempuan	14	42,4
Jumlah		33	100,0

Sumber : Data Primer Tahun 2018

Berdasarkan tabel 5.8 sebagian besar jenis kelamin kasus stunting adalah laki – laki sebanyak 57,6%.

5.6.3 Pekerjaan

5.6.3.1 Pekerjaan Ayah

Distribusi frekuensi berdasarkan pekerjaan Ayah balita stunting dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 5.9
Distribusi Frekuensi Kasus Stunting Berdasarkan Pekerjaan Ayah Di Desa Sei Kinjil Tahun 2018

No	Pekerjaan	Jumlah	(%)
1	Nelayan	4	12,1
2	Petani	6	18,2
3	Buruh bangunan	22	66,7
4	Wiraswasta	1	3,0
Jumlah		33	100,0

Sumber : Data Primer Tahun 2018

Berdasarkan tabel 5.9 sebagian besar pekerjaan Ayah balita stunting adalah buruh bangunan sebanyak 66,7%.

5.6.3.2 Pekerjaan Ibu

Distribusi frekuensi berdasarkan pekerjaan Ibu balita stunting dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 5.10

Distribusi Frekuensi Kasus Stunting Berdasarkan Pekerjaan Ibu Di Desa Sei Kinjil Tahun 2018

No	Pekerjaan	Jumlah	(%)
1	Berdagang	2	6,1
2	Ibu rumah tangga	31	93,9
Jumlah		33	100,0

Sumber : Data Primer Tahun 2018

Berdasarkan tabel 5.10 sebagian besar pekerjaan Ibu balita stunting adalah ibu rumah tangga sebanyak 93,9%.

5.6.4 Pendidikan

5.6.4.1 Pendidikan Ayah

Distribusi frekuensi berdasarkan pendidikan Ayah balita stunting dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 5.11
Distribusi Frekuensi Kasus Stunting Berdasarkan Pendidikan Ayah Di Desa Sei Kinjil Tahun 2018

No	Pendidikan	Jumlah	(%)
1	SD	9	27,3
2	SLTP	11	33,3
3	SMA/SMK	11	33,3
4	DIPLOMA/PT	2	6,1
Jumlah		33	100,0

Sumber : Data Primer Tahun 2018

Berdasarkan tabel 5.11 diperoleh bahwa pendidikan Ayah balita stunting adalah SLTP sebanyak 33,3% dan SMA/SMK sebanyak 33,3%.

5.6.4.2 Pendidikan Ibu

Distribusi frekuensi berdasarkan pendidikan Ibu balita stunting dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 5.12
Distribusi Frekuensi Kasus Stunting Berdasarkan Pendidikan Ibu Di Desa Sei Kinjil Tahun 2018

No	Pendidikan	Jumlah	(%)
1	SD	7	21,2
2	SLTP	20	60,6
3	SMA/SMK	5	15,2
4	DIPLOMA/PT	1	3,0
Jumlah		33	100,0

Sumber : Data Primer Tahun 2018

Berdasarkan tabel 5.12 sebagian besar pendidikan Ibu balita stunting adalah SLTP sebanyak 60,6%.

5.6.5 Jumlah Anggota Keluarga

Distribusi berdasarkan jumlah anggota keluarga balita stunting dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 5.13
Distribusi Kasus Stunting Berdasarkan Jumlah Anggota Keluarga Desa Sei Kinjil Tahun 2018

No	Jumlah anggota keluarga	Jumlah
1	\bar{X}	4
2	Min	3
3	Max	8

Sumber : Data Primer Tahun 2018

Berdasarkan tabel 5.13 diperoleh rata – rata jumlah anggota keluarga balita stunting adalah 4, jumlah anggota keluarga paling sedikit adalah 3 dan jumlah anggota keluarga paling banyak adalah 8.

5.7 Analisis Univariat

5.6.1 Kategori Umur Balita Stunting

Peneliti mengkategorikan variabel umur balita stunting menjadi empat yaitu usia 0 – 11 bulan, 12 – 24 bulan, 25 – 48 bulan dan 49 – 60 bulan. Berdasarkan distribusi umur balita stunting dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

Tabel 5.14
Distribusi Frekuensi Umur Pada Kasus Stunting Di Desa Sei Kinjil Tahun 2018

No	Umur	Jumlah	(%)
1	0 – 11 bulan	1	3,0
2	12 – 24 bulan	4	12,1
3	25 – 48 bulan	19	57,6
4	49 – 60 bulan	9	27,3
Jumlah		33	100,0

Sumber : Data Primer Tahun 2018

Berdasarkan tabel 5.14 diatas, dapat dilihat bahwa sebagian besar umur balita stunting rata – rata 25 – 48 bulan yaitu sebanyak 57,6%.

Tabel 5.15
Distribusi Kasus Stunting Berdasarkan Umur Di Desa Sei Kinjil Tahun 2018

No	Umur	Umur
1	\bar{X}	38 bulan
2	Min	11 bulan
3	Max	60 bulan

Sumber : Data Primer Tahun 2018

Dari tabel 5.15 diperoleh rata – rata umur balita stunting yaitu 38 bulan, balita stunting yang memiliki umur paling muda yaitu 11 bulan (bayi) dan balita stunting yang memiliki umur paling tua yaitu 60 bulan.

5.6.2 Jenis Kelamin

Peneliti mengkategorikan variabel jenis balita stunting menjadi dua yaitu laki – laki dan perempuan. Berdasarkan distribusi jenis kelamin balita stunting dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

Tabel 5.16
Distribusi Frekuensi Jenis Kelamin Pada Kasus Stunting Di Desa Sei Kinjil Tahun 2018

No	Jenis Kelamin	Jumlah	(%)
1	Laki – laki	19	57,6
2	Perempuan	14	42,4
Jumlah		33	100,0

Sumber : Data Primer Tahun 2018

Berdasarkan tabel 5.16 diatas, sebagian besar jenis kelamin balita stunting adalah laki – laki sebanyak 57,6%.

5.6.3 Status Ekonomi Keluarga

Peneliti mengkategorikan variabel status ekonomi menjadi dua yaitu rendah jika total pendapatan keluarga perbulan <Rp.2.439.300,- dan tinggi jika total pendapatan keluarga perbulan \geq Rp.2.439.300,- . Berdasarkan distribusi status ekonomi keluarga balita stunting dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

Tabel 5.16
Distribusi Frekuensi Status Ekonomi Keluarga Pada Kasus Stunting Di Desa Sei Kinjil Tahun 2018

No	Status Ekonomi	Jumlah	(%)
1	Rendah	30	90,9
2	Tinggi	3	9,1
Jumlah		33	100,0

Sumber : Data Primer Tahun 2018

Berdasarkan tabel 5.16 diatas, sebagian besar status ekonomi keluarga balita stunting adalah rendah sebanyak 90,9%.

5.6.4 Sebaran Kasus Stunting

Jumlah kasus stunting di Desa Sei Kinjil dari bulan Januari sampai dengan Juni 2018 sebanyak 33 kasus. Berikut adalah sebaran kasus stunting yang terjadi dari bulan Januari sampai Juni 2018 di Desa Sei Kinjil Kecamatan Benua Kayong Kabupaten Ketapang.

Tabel 5.17
Distribusi Frekuensi Sebaran Kasus Stunting Di Desa Sei Kinjil Tahun 2018

No	Dusun	Jumlah	(%)
1	Kinjil	14	42,4
2	Kedaung	10	30,3
3	Teratai Putih	9	27,3
Jumlah		33	100,0

Sumber : Data Primer Tahun 2018

Berdasarkan tabel 5.17 diperoleh sebaran kasus stunting sebagian besar terjadi di Dusun Kinjil yaitu 42,4%.

5.6.4 Waktu Kejadian Stunting

Waktu kejadian stunting di Desa Sei Kinjil terdiagnosa oleh petugas kesehatan pada bulan Februari, Maret dan Mei 2018. Peneliti menanyakan kembali kepada Ibu balita dan observasi buku KMS. Berikut adalah waktu kejadian kasus stunting di Desa Sei Kinjil Kecamatan Benua Kayong Kabupaten Ketapang.

Tabel 5.18
Distribusi Frekuensi Waktu Kejadian Stunting Di Desa Sei Kinjil Tahun 2018

No	Waktu	Jumlah	(%)
1	Februari 2018	14	42,4
2	Maret 2018	14	42,4
3	Mei 2018	5	15,2
Jumlah		33	100,0

Sumber : Data Primer Tahun 2018

Berdasarkan tabel 5.18 diperoleh bahwa waktu kejadian stunting terjadi di bulan Februari yaitu 42,4% dan Maret yaitu 42,4%.

5.6.6 Usia Menikah Dini

Peneliti mendapatkan usia menikah pertama kali ibu balita stunting dan mengkategorikan variabel usia menikah dini ibu menjadi dua yaitu tidak menikah dini jika ibu menikah pertama kali pada usia ≥ 21 tahun dan menikah dini jika ibu menikah pertama kali pada usia < 21 tahun. Berdasarkan distribusi usia menikah dini dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

Tabel 5.18

Distribusi Frekuensi Usia Menikah Dini Pada Kasus Stunting Di Desa Sei Kinjil Tahun 2018

No	Usia Menikah Dini	Jumlah	(%)
1	Tidak Menikah Dini	12	36,4
2	Menikah Dini	21	63,6
Jumlah		33	100,0

Sumber : Data Primer Tahun 2018

Jika dilihat dari tabel 5.18 tampak bahwa sebagian besar ibu balita stunting menikah dini yaitu 63,6%.

Tabel 5.19

Distribusi Usia Menikah Dini Pada Kasus Stunting Di Desa Sei Kinjil Tahun 2018

No	Usia menikah dini	Usia menikah (tahun)
1	\bar{X}	18
2	Min	14
3	Max	20

Sumber : Data Primer Tahun 2018

Berdasarkan tabel 5.19 diatas, dapat dilihat bahwa rata - rata ibu balita stunting menikah pada usia 18 tahun dan usia menikah paling muda adalah 14 tahun.

5.6.7 Kunjungan Antenatal Care (ANC)

Peneliti mengkategorikan variabel kunjungan Antenatal Care (ANC) menjadi dua yaitu lengkap jika frekuensi kunjungan ≥ 4 kali dan tidak lengkap jika kunjungan < 4 kali. Berikut adalah distribusi frekuensi kunjungan Antenatal Care (ANC).

Berdasarkan distribusi kunjungan antenatal care dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

Tabel 5.20
Distribusi Frekuensi Kunjungan Antenatal Care (ANC)
Pada Kasus Stunting Di Desa Sei Kinjil Tahun 2018

No	Status Kunjungan Antenatal Care (ANC)	Jumlah	(%)
1	Lengkap	20	60,6
2	Tidak Lengkap	13	39,4
Jumlah		33	100,0

Sumber : Data Primer Tahun 2018

Berdasarkan tabel 5.20 diatas, diperoleh sebagian besar ibu balita stunting melakukan kunjungan ANC lengkap sebesar 60,6%.

Tabel 5.21
Distribusi Frekuensi Kunjungan Pemeriksaan Kehamilan Ibu
Pada Kasus Stunting Di Desa Sei Kinjil Tahun 2018

No	Kali Kunjungan	Jumlah	(%)
----	----------------	--------	-----

1	0	1	3,0
2	1	1	3,0
3	2	2	6,1
4	3	9	27,3
5	4	4	12,1
6	5	2	6,1
7	6	4	12,1
8	8	2	6,1
9	9	8	24,2
Jumlah		33	100,0

Sumber : Data Primer Tahun 2018

Berdasarkan tabel 5.21 diatas, dapat dilihat bahwa sebagian besar ibu balita stunting melakukan kunjungan pemeriksaan kehamilan sebanyak 3 kali yaitu 27,3% , dan ibu balita stunting yang melakukan kunjungan pemeriksaan kehamilan sebanyak 9 kali yaitu 24,2%.

Tabel 5.22
Distribusi Kunjungan Pemeriksaan Kehamilan Ibu Pada Kasus Stunting Di Desa Sei Kinjil Tahun 2018

No	Kunjungan Pemeriksaan	Kunjungan Pemeriksaan(kali)
1	\bar{X}	5
2	Min	0
3	Max	9

Sumber : Data Primer Tahun 2018

Berdasarkan tabel 5.22 diatas, dapat dilihat bahwa rata - rata ibu balita stunting melakukan kunjungan pemeriksaan kehamilan sebanyak 5 kali dan pemeriksaan kehamilan paling tinggi adalah 9 kali.

Alasan ibu balita stunting yang tidak melakukan kunjungan pemeriksaan kehamilan adalah karena tidak tahu.

Berdasarkan distribusi pemeriksaan kehamilan ke faskes dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

Tabel 5.23
Distribusi Frekuensi Pemeriksaan Kehamilan Ke Faskes Pada Kasus Stunting Di Desa Sei Kinjil Tahun 2018

No	Status Kunjungan Pemeriksaan Kehamilan Ke Faskes	Jumlah	(%)
1	Ya	32	97,0
2	Tidak	1	3,0
Jumlah		33	100,0

Sumber : Data Primer Tahun 2018

Berdasarkan tabel 5.23 diatas, diperoleh sebagian besar ibu balita stunting melakukan kunjungan pemeriksaan kehamilan ke faskes sebesar 97,0%.

Berdasarkan distribusi faskes kunjungan pemeriksaan kehamilan ibu dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

Tabel 5.24
Distribusi Frekuensi Faskes Kunjungan Pemeriksaan Kehamilan Ibu Pada Kasus Stunting Di Desa Sei Kinjil Tahun 2018

No	Faskes Kunjungan Pemeriksaan Kehamilan	Jumlah	(%)
----	----------------------------------------	--------	-----

1	Puskesmas	12	36,4
2	Pustu	20	60,6
3	Tidak Pernah	1	3,0
Jumlah		33	100,0

Sumber : Data Primer Tahun 2018

Berdasarkan tabel 5.24 diatas, diperoleh sebagian besar ibu balita stunting melakukan kunjungan pemeriksaan kehamilan ke Pustu sebanyak 60,6%.

5.6.8 Pemberian ASI Eksklusif

Peneliti mengkategorikan variabel pemberian ASI eksklusif berdasarkan lima pertanyaan kuesioner yang dijawab oleh responden. Berikut adalah distribusi frekuensi riwayat pemberian ASI eksklusif.

Tabel 5.25
Distribusi Frekuensi Pemberian ASI Eksklusif Pada Kasus Stunting Di Desa Sei Kinjil Tahun 2018

No	Pemberian ASI Eksklusif	Jumlah	(%)
1	ASI Eksklusif	17	51,5
2	Tidak ASI Eksklusif	16	48,5
Jumlah		33	100,0

Sumber : Data Primer Tahun 2018

Berdasarkan tabel 5.25 diatas, diperoleh sebagian besar pemberian ASI eksklusif pada balita stunting sebanyak 51,5%.

Berdasarkan distribusi umur bayi yang diberikan ASI saja tanpa makanan lain dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

Tabel 5.26
Distribusi Frekuensi Umur Bayi Yang Diberikan ASI Saja Tanpa Makanan Lain Pada Kasus Stunting Di Desa Sei Kinjil Tahun 2018

No	Umur Bayi (bulan)	Jumlah	(%)
1	Tidak ASI	1	3,0
2	2	2	6,1
3	3	2	6,1
4	6	3	9,1
5	7	4	12,1
6	9	4	12,1
7	10	1	3,0
8	12	4	12,1
9	14	1	3,0
10	20	1	3,0
11	24	9	27,3
12	36	1	3,0
Jumlah		33	100,0

Sumber : Data Primer Tahun 2018

Berdasarkan tabel 5.26 diatas, diperoleh sebagian besar umur bayi yang diberikan ASI saja tanpa makanan lain sampai umur 24 bulan sebanyak 27,3%.

Tabel 5.27
Distribusi Umur Bayi Yang Diberikan ASI Saja Tanpa Makanan Lain Pada Kasus Stunting Di Desa Sei Kinjil Tahun 2018

No	Statistik	Umur (bulan)
1	\bar{X}	13
2	Min	0
3	Max	36

Sumber : Data Primer Tahun 2018

Berdasarkan tabel 5.27 diatas, dapat dilihat bahwa rata - rata umur bayi yang diberikan ASI saja tanpa makanan lain yaitu 13 bulan dan umur bayi yang paling tua diberikan ASI saja tanpa makanan lain adalah 36 bulan.

Berdasarkan distribusi usia bayi pertama kali diberikan makanan tambahan dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

Tabel 5.28
Distribusi Frekuensi Usia Bayi Pertama Kali Diberikan Makanan Tambahan Pada Kasus Stunting Di Desa Sei Kinjil Tahun 2018

No	Umur Bayi (bulan)	Jumlah	(%)
1	2	1	3,0
2	3	4	12,1
3	4	1	3,0
4	5	5	15,2
5	6	17	51,5
6	7	4	12,1
7	12	1	3,0
Jumlah		33	100,0

Sumber : Data Primer Tahun 2018

Berdasarkan tabel 5.28 diatas, diperoleh sebagian besar umur bayi pertama kali yang diberikan makanan tambahan umur 6 bulan sebanyak 51,5%.

Tabel 5.29
Distribusi Usia Bayi Pertama Kali Diberikan Makanan Tambahan Pada Kasus Stunting Di Desa Sei Kinjil Tahun 2018

No	Umur bayi pertama kali	Umur (bulan)
1	\bar{X}	6
2	Min	2
3	Max	12

Sumber : Data Primer Tahun 2018

Berdasarkan tabel 5.29 diatas, dapat dilihat bahwa rata – rata umur bayi pertama kali yang diberikan makanan tambahan adalah umur 6 bulan , umur bayi paling muda yang diberikan makanan tambahan yaitu 2 bulan dan umur bayi paling lambat yang diberikan makanan tambahan adalah 12 bulan.

Berdasarkan distribusi umur bayi yang sudah diberikan makanan tambahan dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

Tabel 5.30
Distribusi Frekuensi Umur Bayi Yang Sudah Diberikan Makanan Tambahan Pada Kasus Stunting Di Desa Sei Kinjil Tahun 2018

No	Kategori Umur	Jumlah	(%)
1	≤ 6 bulan	28	84,8
2	> 6 bulan	5	15,2
Jumlah		33	100,0

Sumber : Data Primer Tahun 2018

Berdasarkan tabel 5.30 diatas, sebagian besar bayi yang sudah diberikan makanan tambahan adalah usia ≤ 6 bulan sebanyak 84,8%. Bayi usia ≤ 6 bulan diberikan makanan tambahan yaitu nasi dan susu formula.

Berdasarkan distribusi bayi yang diberikan makanan selain ASI sesaat bayi dilahirkan dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

Tabel 5.31
Distribusi Frekuensi Bayi Yang Diberikan Makanan Selain ASI Sesaat Bayi Dilahirkan Pada Kasus Stunting Di Desa Sei Kinjil Tahun 2018

No	Pemberian Makanan	Jumlah	(%)
----	-------------------	--------	-----

	Selain ASI Sesaat Bayi Dilahirkan		
1	Ya	10	30,3
2	Tidak	23	69,7
Jumlah		33	100,0

Sumber : Data Primer Tahun 2018

Berdasarkan tabel 5.31 diatas, diperoleh sebagian besar bayi yang tidak diberikan makanan selain ASI sesaat setelah lahir sebanyak 69,7%.

Berdasarkan distribusi jenis makanan yang diberikan selain ASI sesaat bayi dilahirkan dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

Tabel 5.32
Distribusi Frekuensi Jenis Makanan Yang Diberikan Selain ASI Sesaat Bayi Dilahirkan Pada Kasus Stunting Di Desa Sei Kinjil Tahun 2018

No	Jenis Makanan	Jumlah	(%)
1	Tidak ada	23	69,7
2	Susu formula	10	30,3
Jumlah		33	100,0

Sumber : Data Primer Tahun 2018

Berdasarkan tabel 5.32 diatas, diperoleh bahwa jenis makanan yang diberikan selain ASI sesaat setelah bayi lahir adalah susu formula sebanyak 30,3%.

5.6.9 Umur Pertama Pemberian MP - ASI

Peneliti mengkategorikan variabel umur pertama pemberian MP- ASI menjadi dua yaitu sesuai jika diberikan pada umur 6

bulan – 6 bulan 29 hari dan tidak sesuai jika diberikan pada umur > 6 bulan. Berikut adalah distribusi frekuensi umur pertama pemberian MP- ASI.

Berdasarkan distribusi umur pertama pemberian MP- ASI dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

Tabel 5.33
Distribusi Frekuensi Umur Pertama Pemberian MP - ASI
Pada Kasus Stunting Di Desa Sei Kinjil Tahun 2018

No	Pemberian MP - ASI	Jumlah	(%)
1	Sesuai	17	51,5
2	Tidak Sesuai	16	48,5
Jumlah		33	100,0

Sumber : Data Primer Tahun 2018

Berdasarkan tabel 5.33 diatas, dapat dilihat bahwa sebagian besar pemberian MP- ASI yang sesuai sebanyak 51,5%.

Berdasarkan distribusi umur bayi yang diberikan makanan tambahan dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

Tabel 5.34
Distribusi Frekuensi Umur Bayi Yang Diberikan Makanan
Tambahan Pada Kasus Stunting Di Desa Sei Kinjil Tahun
2018

No	Umur Bayi (bulan)	Jumlah	(%)
1	2	1	3,0
2	3	4	12,1
3	4	1	3,0
4	5	5	15,2
5	6	17	51,5
6	7	4	12,1
7	12	1	3,0
Jumlah		33	100,0

Sumber : Data Primer Tahun 2018

Berdasarkan tabel 5.34 diatas, diperoleh sebagian besar umur pertama kali bayi yang diberikan makanan tambahan adalah umur 6 bulan sebanyak 51,5%.

Tabel 5.35
Distribusi Umur Bayi Yang Diberikan Makanan Tambahan Pada Kasus Stunting Di Desa Sei Kinjil Tahun 2018

No	Umur yang diberi makanan tambahan	Umur (bulan)
1	\bar{X}	6
2	Min	2
3	Max	12

Sumber : Data Primer Tahun 2018

Berdasarkan tabel 5.35 diatas, dapat dilihat bahwa rata - rata umur bayi yang diberikan makanan tambahan adalah 6 bulan, umur paling muda di berikan makanan tambahan adalah 2 bulan dan umur bayi paling lambat diberikan makanan tambahan adalah 12 bulan.

Berdasarkan distribusi pemberian makanan tambahan per hari dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

Tabel 5.36
Distribusi Frekuensi Pemberian Makanan Tambahan Per Hari Pada Kasus Stunting Di Desa Sei Kinjil Tahun 2018

No	Frekuensi Pemberian Makanan Tambahan	Jumlah	(%)
1	2 kali/hari	31	93,9
2	3 kali/hari	2	6,1
Jumlah		33	100,0

Sumber : Data Primer Tahun 2018

Berdasarkan tabel 5.36 diatas, dapat dilihat bahwa sebagian besar pemberian makanan tambahan adalah 2 kali/hari sebanyak 93,9%.

Berdasarkan distribusi banyaknya pemberian makanan tambahan dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

Tabel 5.37
Distribusi Frekuensi Jumlah Pemberian Makanan Tambahan Pada Kasus Stunting Di Desa Sei Kinjil Tahun 2018

No	Jumlah Pemberian Makanan Tambahan	Jumlah	(%)
1	1 piring/mangkok/cup	30	90,9
2	2 piring/mangkok/cup	3	9,1
Jumlah		33	100,0

Sumber : Data Primer Tahun 2018

Berdasarkan tabel 5.37 diatas, diperoleh sebagian besar pemberian makanan tambahan sebanyak 1 piring/mangkok/cup sebesar 90,9%.

Berdasarkan distribusi pemberian MP- ASI dengan menu yang berganti – ganti dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

Tabel 5.38

Distribusi Frekuensi Pemberian MP- ASI Dengan Menu Yang Berganti – ganti Pada Kasus Stunting Di Desa Sei Kinjil Tahun 2018

No	Pemberian MP- ASI Dengan Menu Yang Berganti – ganti	Jumlah	(%)
1	Ya	32	97,0
2	Tidak	1	3,0
Jumlah		33	100,0

Sumber : Data Primer Tahun 2018

Berdasarkan tabel 5.38 diatas, dapat dilihat bahwa sebagian besar pemberian MP- ASI dengan menu yang berganti – ganti sebanyak 97,0% dengan menu nasi, ikan, telur, daging, sop sayur dan buah – buahan.

Berdasarkan distribusi pantangan makanan bayi dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

Tabel 5.39
Distribusi Frekuensi Pantangan Makanan Bayi Pada Kasus Stunting Di Desa Sei Kinjil Tahun 2018

No	Status Pantangan Makanan	Jumlah	(%)
1	Ya	2	6,1
2	Tidak	31	93,9
Jumlah		33	100,0

Sumber : Data Primer Tahun 2018

Berdasarkan tabel 5.39 diatas, dapat dilihat bahwa bayi yang tidak memiliki pantangan makan sebanyak 93,9%.

Berdasarkan distribusi jenis bahan makanan pantangan bayi dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

Tabel 5.40
Distribusi Frekuensi Jenis Bahan Makanan Pantangan Bayi
Pada Kasus Stunting Di Desa Sei Kinjil Tahun 2018

No	Jenis Bahan Makanan	Jumlah	(%)
1	Tidak Ada	31	93,9
2	Nasi	1	3,0
3	Telur,ayam	1	3,0
Jumlah		33	100,0

Sumber : Data Primer Tahun 2018

Berdasarkan tabel 5.40 diatas, dapat dilihat bahwa sebagian besar bayi yang tidak memiliki pantangan makan sebanyak 93,9%, bayi yang memiliki pantang makan nasi yaitu 3,0% dan bayi yang memiliki pantang makan telur,ayam yaitu 3,0%.

5.6.10 Berat Badan Lahir

Peneliti mengkategorikan variabel berat badan lahir menjadi dua yaitu normal jika berat badan saat lahir ≥ 2.500 kg dan BBLR jika berat badan saat lahir < 2.500 kg. Peneliti juga melakukan observasi buku KMS terkait berat badan bayi saat lahir tersebut. Berikut adalah distribusi frekuensi berat badan lahir.

Tabel 5.41
Distribusi Frekuensi Berat Badan Lahir Pada Kasus Stunting
Di Desa Sei Kinjil Tahun 2018

No	Berat Badan Lahir	Jumlah	(%)
1	Normal	16	48,5
2	BBLR	17	51,5
Jumlah		33	100,0

Sumber : Data Primer Tahun 2018

Berdasarkan tabel 5.41 diatas, dapat dilihat bahwa sebagian besar bayi BBLR sebanyak 51,5%.

5.6.11 Jarak Kasus Terhadap Pelayanan Kesehatan

a. Jarak Kasus ke Rumah Sakit

Berikut adalah distribusi jarak kasus ke rumah sakit.

Tabel 5.42
Distribusi Jarak Kasus Ke Rumah Sakit Di Desa Sei Kinjil Tahun 2018

No	Jarak kasus ke rumah sakit	Jarak (km)
1	\bar{X}	5,62
2	Min	3,92
3	Max	7,06

Sumber : Data Primer Tahun 2018

Berdasarkan tabel 5.42 diatas, dapat dilihat bahwa rata – rata keterjangkauan jarak kasus stunting ke rumah sakit adalah 5,62 km, jarak terdekat kasus stunting ke rumah sakit adalah 3,92 km dan jarak terjauh kasus stunting ke rumah sakit adalah 7,06 km.

b. Jarak Kasus ke Puskesmas

Berikut adalah distribusi jarak kasus ke puskesmas.

Tabel 5.43
Distribusi Jarak Kasus Ke Puskesmas Di Desa Sei Kinjil Tahun 2018

No	Jarak kasus ke puskesmas	Jarak (km)
1	\bar{X}	3,57
2	Min	1,87
3	Max	4,88

Sumber : Data Primer Tahun 2018

Berdasarkan tabel 5.43 diatas, dapat dilihat bahwa rata – rata keterjangkauan jarak kasus stunting ke puskesmas adalah 3,57 km, jarak terdekat kasus stunting ke puskesmas adalah 1,87 km dan jarak terjauh kasus stunting ke puskesmas adalah 4,88 km.

c. Jarak Kasus ke Pustu

Berikut adalah distribusi jarak kasus ke pustu.

Tabel 5.44
Distribusi Jarak Kasus Ke Pustu Di Desa Sei Kinjil Tahun 2018

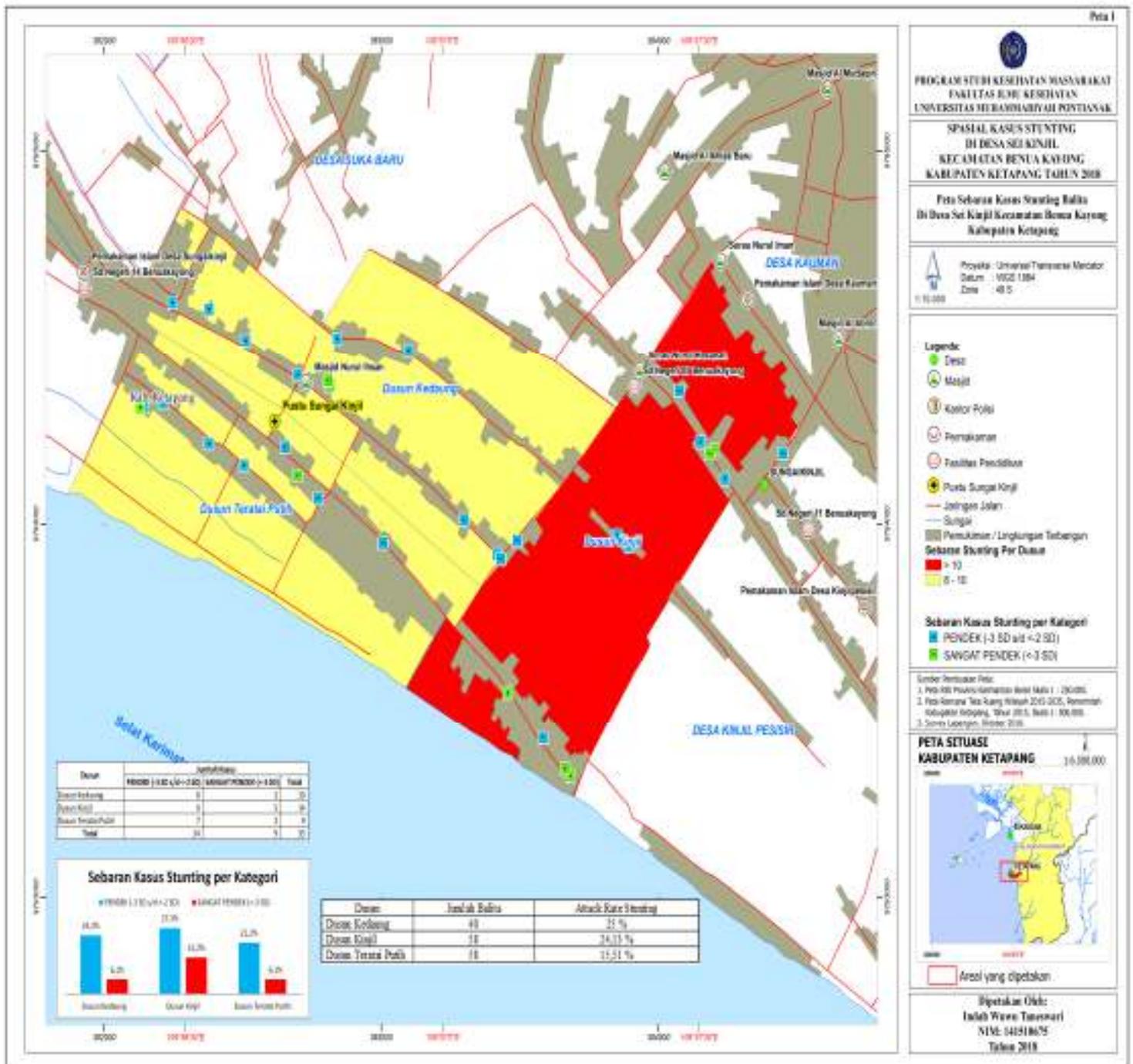
No	Jarak kasus ke pustu	Jarak (km)
1	\bar{X}	1,32
2	Min	0,12
3	Max	3,35

Sumber : Data Primer Tahun 2018

Berdasarkan tabel 5.44 diatas, dapat dilihat bahwa rata – rata keterjangkauan jarak kasus stunting ke pustu adalah 1,32 km, jarak terdekat kasus stunting ke pustu adalah 0,12 km dan jarak terjauh kasus stunting ke pustu adalah 3,35 km.

5.8 Gambaran Analisis Spasial

5.7.1 Sebaran Kasus



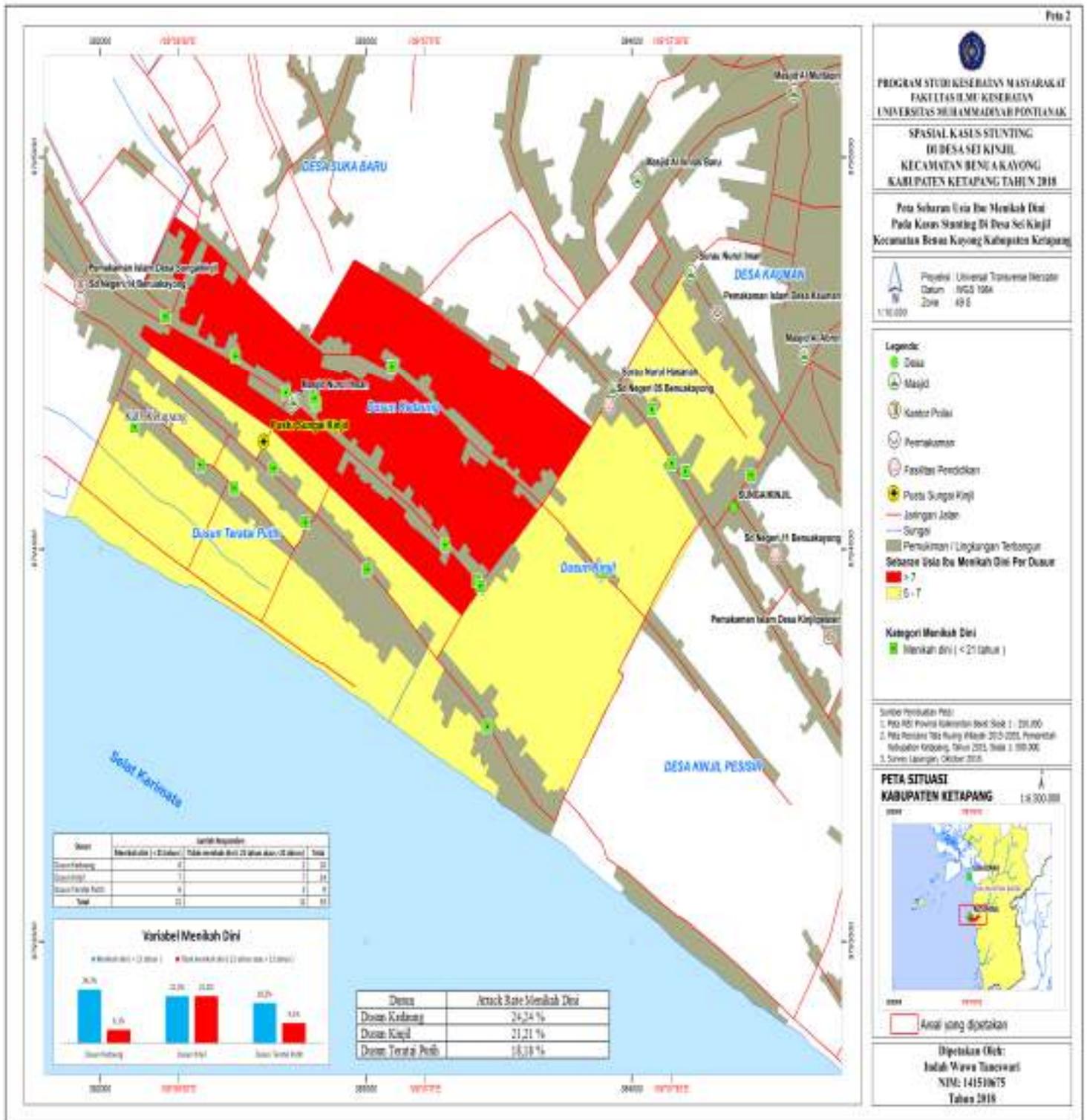
Gambar 5.1 Peta overlay sebaran stunting berdasarkan kepadatan balita di Desa Sei Kinjil Tahun 2018

Berdasarkan sebaran balita stunting di Desa Sei Kinjil pada gambar 5.1 dapat dilihat bahwa kejadian stunting di Dusun Kinjil yaitu 42,4% (pendek 27,2% dan sangat pendek 15,2%), kejadian stunting di Dusun Kedaung yaitu 30,3% (pendek 24,3% dan sangat pendek 6,0%) dan kejadian stunting di Dusun Teratai Putih yaitu 27,3% (pendek 21,2% dan sangat pendek 6,0%). Dari hasil observasi yang telah dilakukan, dusun teratai putih adalah daerah yang memiliki populasi tertinggi, berdasarkan data yang diperoleh dari profil desa jumlah penduduk di Dusun Teratai Putih mencapai 812 jiwa. Gambar 5.1 menunjukkan peta overlay tingkat kepadatan balita dengan persebaran stunting. Terlihat bahwa wilayah kepadatan balita tinggi di Dusun Kedaung tetapi tidak terdapat persebaran stunting tinggi. Nilai Attack Rate sebesar 25% yaitu Dusun Kedaung. Berdasarkan cluster stunting di Desa Sei Kinjil pada gambar 5.1 bahwa Dusun Kinjil berisiko tinggi dengan kasus stunting > 10 .

Kondisi lingkungan di Dusun Kinjil berdekatan dengan kawasan sungai pawan dimana jarak tempuh jika ingin ke sungai pawan hanya membutuhkan waktu kurang lebih 30 menit. Kejadian stunting banyak terjadi pada balita, ini bisa diakibatkan oleh status ekonomi keluarga yang rata – rata adalah nelayan karena rumah responden berdekatan dengan sungai. Dari hasil wawancara didapatkan bahwa rata – rata pendapatan keluarga tidak mencukupi kebutuhan keluarga sehingga ada dari beberapa responden menyatakan sulit untuk memenuhi

kebutuhan makanan gizi keluarga dan masih banyak keluarga yang beranggapan makan tidak harus bergizi tetapi cukup dengan kenyang saja.

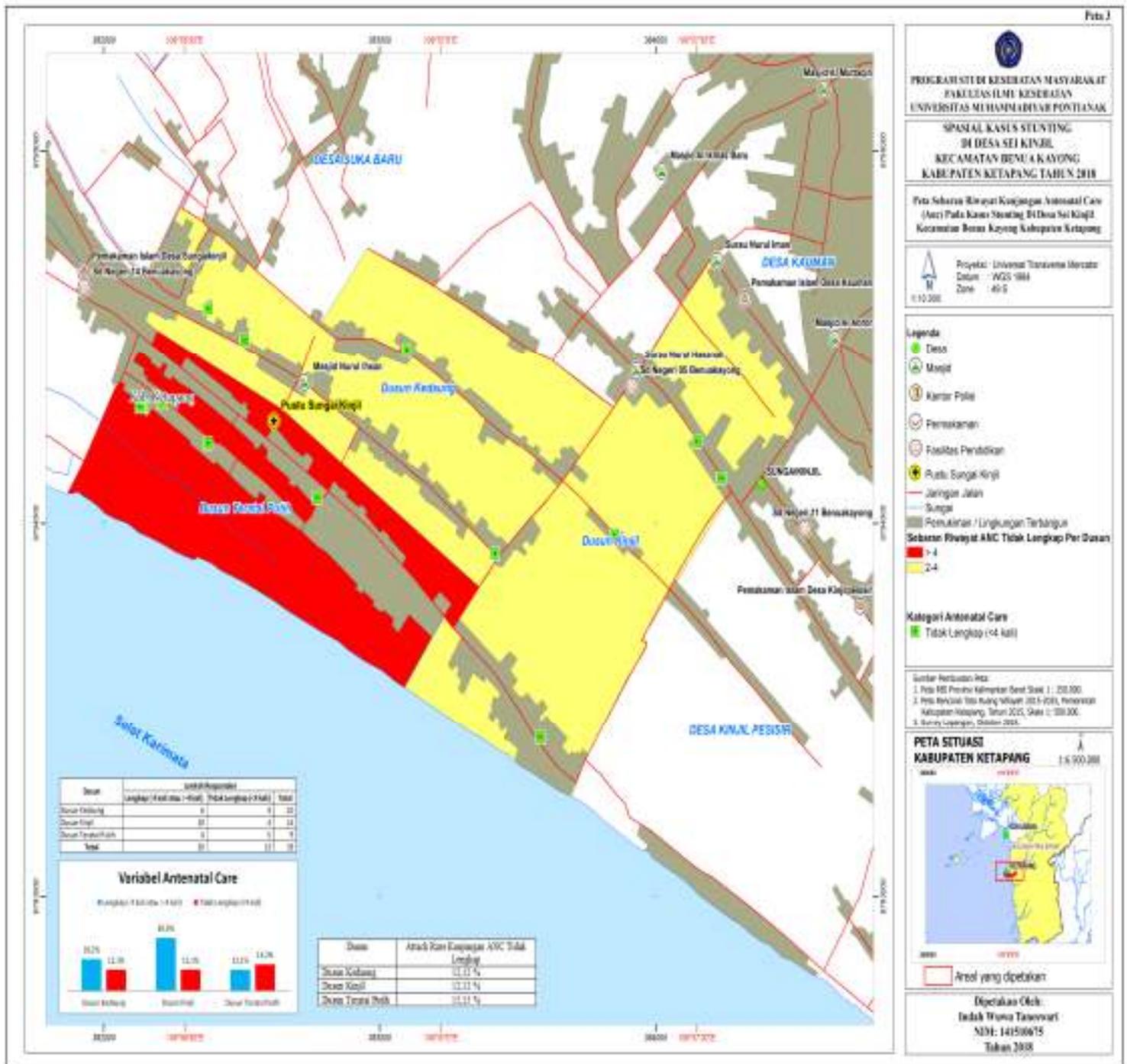
5.7.2 Usia Menikah Dini



Gambar 5.2 Peta overlay sebaran usia menikah dini berdasarkan kasus stunting di Desa Sei Kinjal Tahun 2018

Berdasarkan peta sebaran usia menikah dini pada kasus stunting di Desa Sei Kinjil pada gambar 5.2 diperoleh ibu balita stunting yang tidak menikah dini yaitu 36,4 % dan yang menikah dini yaitu 63,6%. Sebaran kasus usia menikah dini di Dusun Kedaung yaitu 24,3%, kasus usia menikah dini di Dusun Kinjil yaitu 21,1% dan kasus usia menikah dini di Dusun Teratai Putih yaitu 18,1%. Gambar 5.2 menunjukkan peta overlay sebaran usia menikah dini dengan kasus stunting. Terlihat bahwa wilayah Attack Rate tinggi, terdapat persebaran stunting dengan usia menikah dini tinggi. Nilai Attack Rate tinggi sebesar 24,24% yaitu Dusun Kedaung. Berdasarkan cluster usia menikah dini di Desa Sei Kinjil pada gambar 5.2 bahwa Dusun Kedaung berisiko tinggi dengan kasus usia menikah dini > 7 .

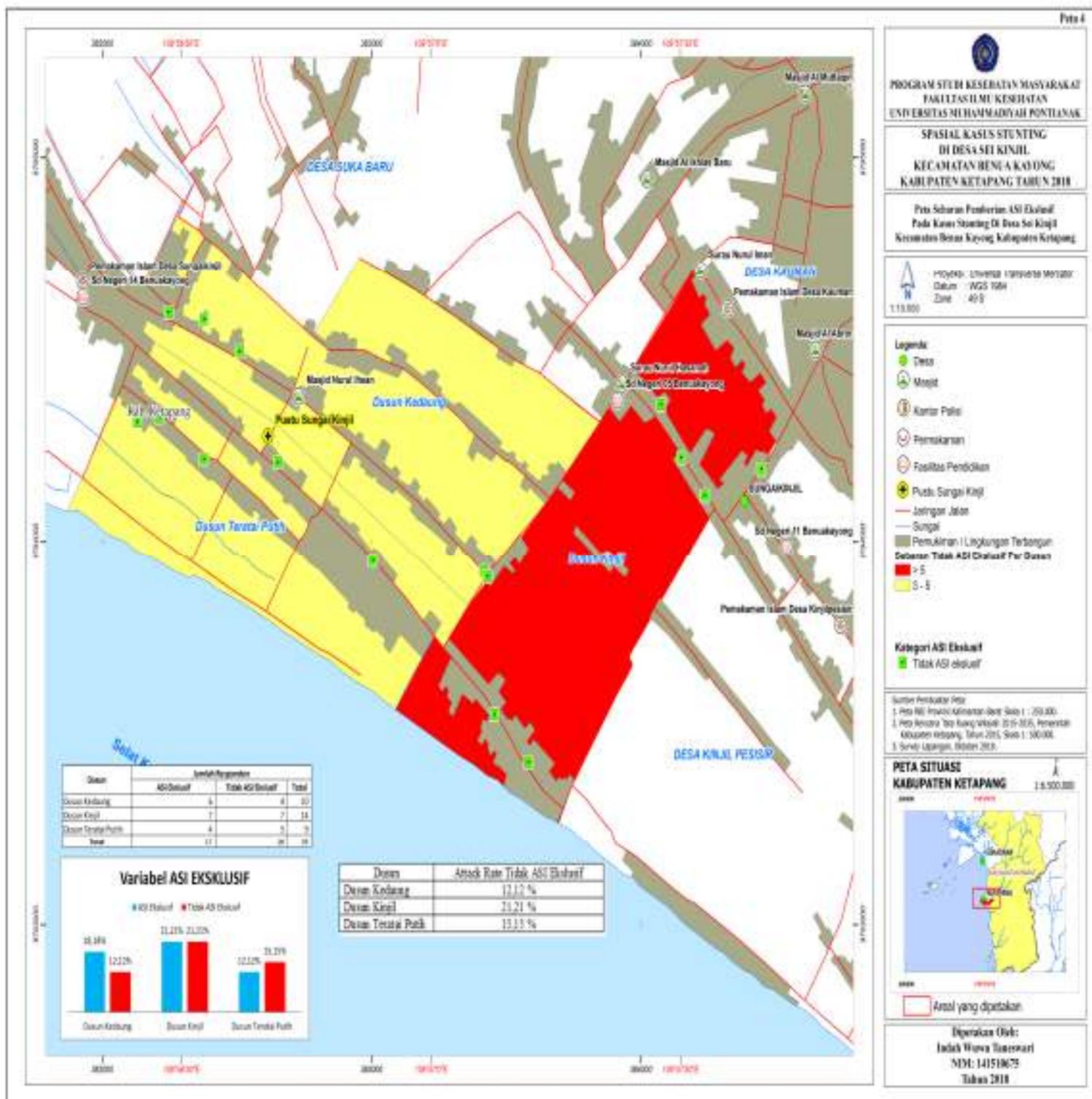
5.7.3 Kunjungan Antenatal Care (ANC)



Gambar 5.3 Peta overlay sebaran kunjungan ANC tidak lengkap berdasarkan kasus stunting di Desa Sei Kinjal Tahun 2018

Berdasarkan sebaran kunjungan antenatal care (ANC) pada kasus stunting di Desa Sei Kinjil pada gambar 5.3 diperoleh ibu balita stunting yang melakukan kunjungan ANC lengkap ≥ 4 kali yaitu 60,6% lebih banyak daripada ibu yang melakukan kunjungan ANC tidak lengkap < 4 kali yaitu 39,4%. Sebaran kasus kunjungan ANC tidak lengkap di Dusun Teratai Putih yaitu 15,2%, kunjungan ANC tidak lengkap di Dusun Kedaung yaitu 12,1% dan kunjungan ANC tidak lengkap di Dusun Kinjil yaitu 12,1%. Gambar 5.3 menunjukkan peta overlay sebaran kunjungan ANC tidak lengkap dengan kasus stunting. Terlihat bahwa wilayah Attack Rate tinggi, terdapat persebaran stunting dengan kunjungan ANC tidak lengkap tinggi. Nilai Attack Rate tinggi sebesar 15,15% yaitu Dusun Teratai Putih. Berdasarkan cluster kunjungan ANC di Desa Sei Kinjil pada gambar 5.3 bahwa Dusun Teratai Putih berisiko tinggi dengan kasus kunjungan ANC tidak lengkap > 4 .

5.7.4 Pemberian ASI eksklusif

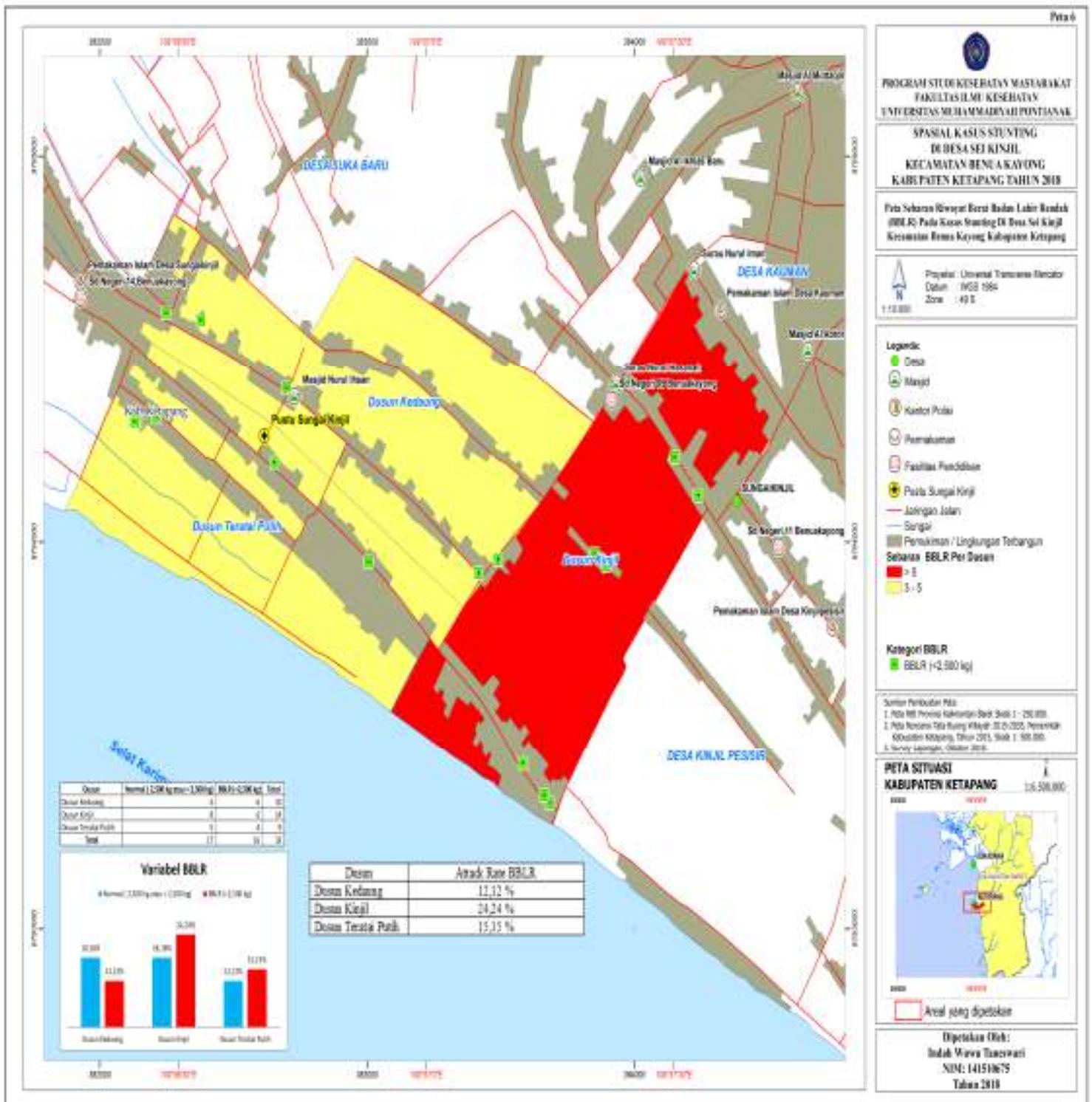


Gambar 5.4 Peta overlay sebaran tidak ASI eksklusif berdasarkan kasus stunting di Desa Sei Kinjal Tahun 2018

Berdasarkan sebaran pemberian ASI eksklusif pada kasus stunting di Desa Sei Kinjil pada gambar 5.4 diperoleh responden yang melakukan pemberian ASI eksklusif 0 – 6 bulan yaitu 51,5% lebih banyak daripada responden yang tidak ASI eksklusif yaitu 48,5%. Sebaran kasus responden yang tidak ASI eksklusif di Dusun Kinjil yaitu 21,2%, kasus responden yang tidak ASI eksklusif di Dusun Teratai Putih yaitu 15,2% dan kasus responden yang tidak ASI eksklusif di Dusun Kedaung yaitu 12,1%. Gambar 5.4 menunjukkan peta overlay sebaran tidak ASI eksklusif dengan kasus stunting. Terlihat bahwa wilayah Attack Rate tinggi, terdapat persebaran stunting dengan tidak ASI eksklusif tinggi. Nilai Attack Rate tinggi sebesar 21,21% yaitu Dusun Kinjil. Berdasarkan cluster pemberian ASI eksklusif di Desa Sei Kinjil pada gambar 5.4 bahwa Dusun Kinjil berisiko tinggi dengan kasus tidak ASI eksklusif > 5 .

Berdasarkan sebaran umur pertama pemberian MP- ASI pada kasus stunting di Desa Sei Kinjil pada gambar 5.5 diperoleh responden yang pemberian MP- ASI sesuai usia 6 bulan – 6 bulan 29 hari yaitu 51,5% lebih banyak daripada responden yang pemberian MP- ASI tidak sesuai usia lebih dari 6 bulan yaitu 48,5%. Sebaran kasus responden yang pemberian MP- ASI tidak sesuai di Dusun Teratai Putih yaitu 18,1%, pemberian MP- ASI tidak sesuai di Dusun Kedaung yaitu 15,2% dan pemberian MP- ASI tidak sesuai di Dusun Kinjil yaitu 15,2%. Gambar 5.5 menunjukkan peta overlay sebaran MP- ASI tidak sesuai dengan kasus stunting. Terlihat bahwa wilayah Attack Rate tinggi, terdapat persebaran stunting dengan MP- ASI tidak sesuai tinggi. Nilai Attack Rate tinggi sebesar 18,18% yaitu Dusun Teratai Putih. Berdasarkan cluster umur pertama pemberian MP – ASI di Desa Sei Kinjil pada gambar 5.5 bahwa Dusun Teratai Putih berisiko tinggi dengan kasus MP – ASI tidak sesuai > 5.

5.7.6 Berat Badan Lahir

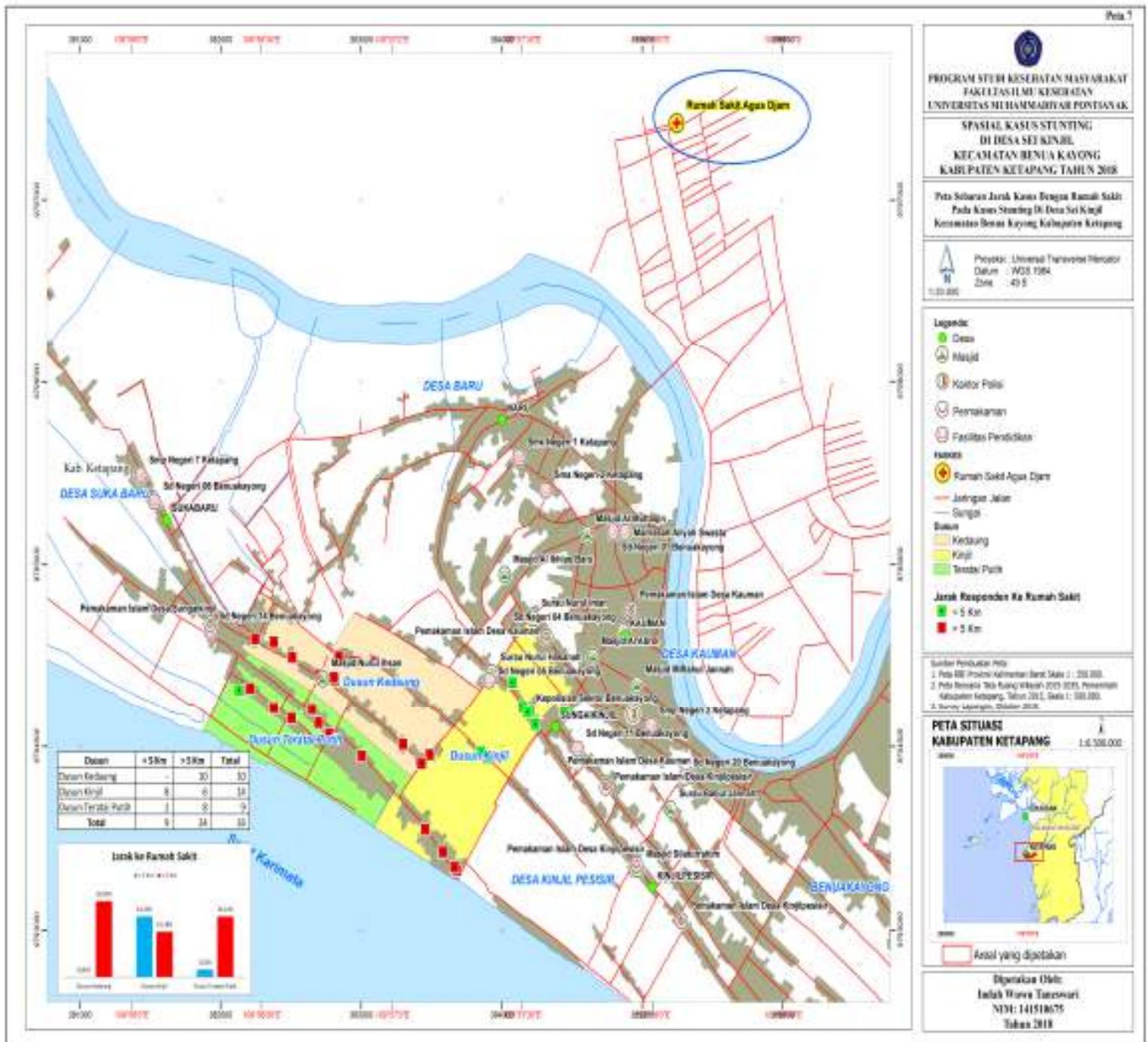


Gambar 5.6Peta overlay sebaran berat badan lahir rendah berdasarkan kasus stunting di Desa Sei Kinjal Tahun 2018

Berdasarkan sebaran berat badan lahir pada kasus stunting di Desa Sei Kinjil pada gambar 5.6 diperoleh responden yang berat badan lahir rendah kurang dari 2.500 kg yaitu 51,5% lebih banyak daripada responden yang berat badan lahir normal ≥ 2.500 kg yaitu 48,5%. Banyaknya kasus responden yang BBLR berada di Dusun Kinjil yaitu 24,3%, kasus responden yang BBLR di Dusun Teratai Putih yaitu 15,2% dan kasus responden yang BBLR di Dusun Kedaung yaitu 12,1%. Gambar 5.6 menunjukkan peta overlay sebaran berat badan lahir rendah dengan kasus stunting. Terlihat bahwa wilayah Attack Rate tinggi, terdapat persebaran stunting dengan berat lahir rendah tinggi. Nilai Attack Rate tinggi sebesar 24,24% yaitu Dusun Kinjil. Berdasarkan cluster berat badan lahir di Desa Sei Kinjil pada gambar 5.6 bahwa Dusun Kinjil berisiko tinggi dengan kasus BBLR > 5 .

5.7.7 Jarak Kasus Terhadap Pelayanan Kesehatan

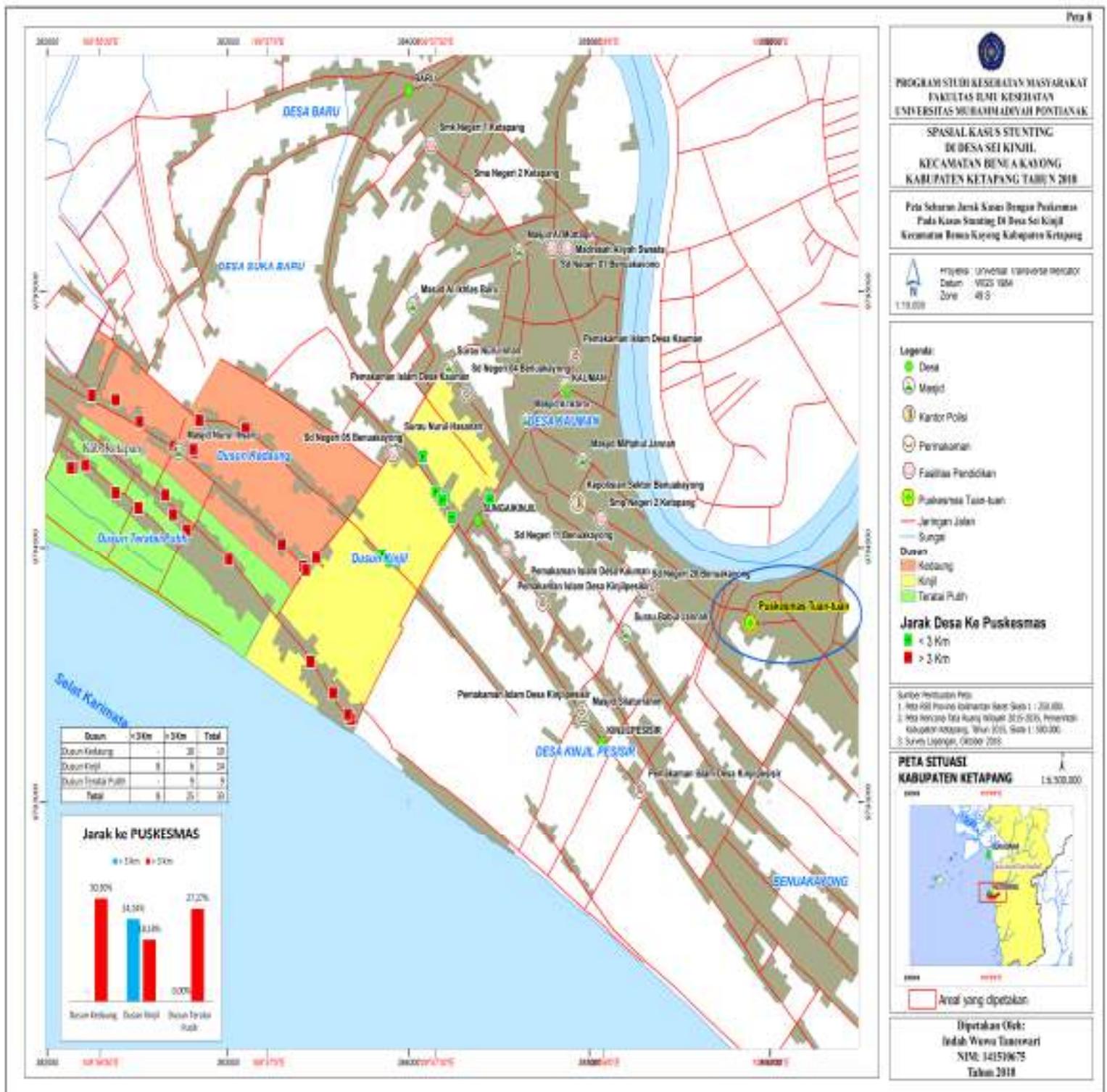
a. Jarak Kasus Ke Rumah Sakit



Gambar 5.7 Peta sebaran jarak kasus ke rumah sakit di Desa Sei Kinjal Tahun 2018

Berdasarkan peta sebaran keterjangkauan jarak kasus ke rumah sakit pada kasus stunting di Desa Sei Kinjil pada gambar 5.7 diperoleh responden yang jaraknya ke rumah sakit ≤ 5 km (memenuhi syarat) yaitu 27,23% (Dusun Kinjil sebesar 24,24% dan Dusun Teratai Putih sebesar 3,03%) dan responden yang jaraknya ke rumah sakit > 5 km (tidak memenuhi syarat) yaitu 72,72% (Dusun Kedaung sebesar 30,30%, Dusun Kinjil sebesar 18,18% dan Dusun Teratai Putih sebesar 24,24%). Jarak terdekat kasus stunting ke rumah sakit adalah 3,92 km yaitu responden di Dusun Kinjil dan jarak terjauh kasus stunting ke rumah sakit adalah 7,06 km yaitu responden di Dusun Teratai Putih.

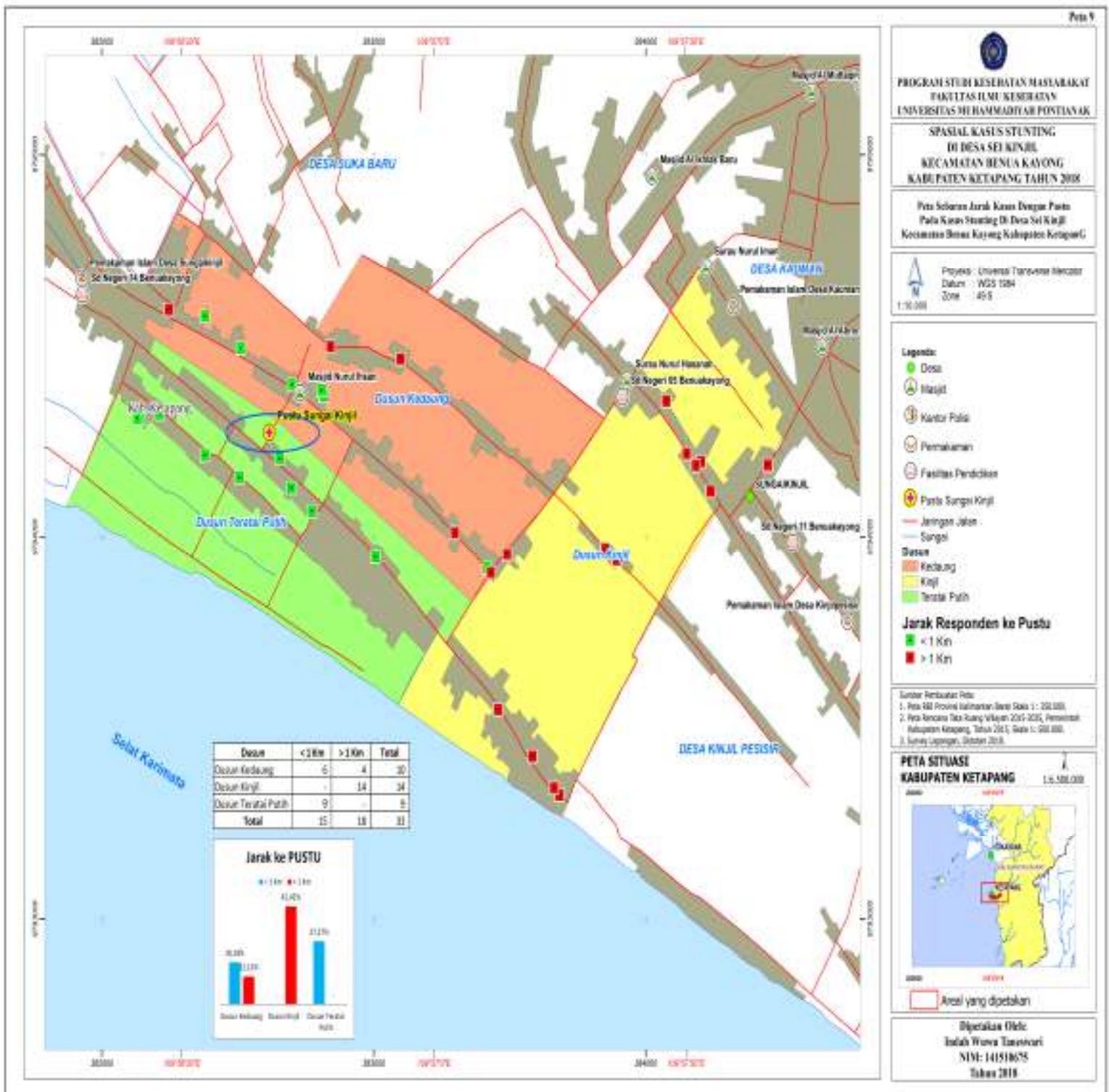
b. Jarak Kasus Ke Puskesmas



Gambar 5.8 Peta sebaran jarak kasus ke puskesmas di Desa Sei Kinjal Tahun 2018

Berdasarkan peta sebaran keterjangkauan jarak kasus ke puskesmas pada kasus stunting di Desa Sei Kinjil pada gambar 5.8 diperoleh responden yang jaraknya ke puskesmas ≤ 3 km (memenuhi syarat) yaitu 24,24 % (Dusun Kinjil) dan jarak responden ke puskesmas >3 km (tidak memenuhi syarat) yaitu 75,75% (Dusun Kedaung sebesar 30,30% dan Dusun Teratai Putih sebesar 27,27%). Jarak terdekat kasus stunting ke puskesmas adalah 1,87 km yaitu responden di Dusun Kinjil dan jarak terjauh kasus stunting ke puskesmas adalah 4,88 km yaitu responden di Dusun Teratai Putih.

c. Jarak Kasus Ke Pustu



Gambar 5.9 Peta sebaran jarak kasus ke pustu di Desa Sei Kinjal Tahun 2018

Berdasarkan peta sebaran keterjangkauan jarak kasus ke pustu pada kasus stunting di Desa Sei Kinjil pada gambar 5.9 diperoleh responden yang jaraknya ke pustu ≤ 1 km (memenuhi syarat) yaitu 45,45% (Dusun Kedaung sebesar 18,18% dan Dusun Teratai Putih sebesar 27,27%) dan responden yang jaraknya ke pustu > 1 km (tidak memenuhi syarat) yaitu 39,39% (Dusun Kedaung 12,12% dan Dusun Kinjil 42,42%). Jarak terdekat kasus stunting ke pustu adalah 0,12 km yaitu responden di Dusun Teratai Putih dan jarak terjauh kasus stunting ke pustu adalah 3,35 km yaitu responden di Dusun Kedaung.

5.9 Pembahasan

5.9.1 Distribusi Kejadian Stunting Berdasarkan Orang, Tempat dan Waktu

Hasil penelitian berdasarkan sebaran orang menunjukkan bahwa usia balita stunting paling banyak pada kelompok usia 25 – 48 bulan sebesar 57,6%. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian di Maluku Utara bahwa prevalensi stunting dan severe stunting lebih tinggi pada balita usia 24 – 59 bulan, yaitu sebesar 50 % dibandingkan balita usia 0 – 23 bulan (Ramli, et al., 2009). Anak berusia 0-12 bulan memiliki efek protektif atau risiko lebih rendah 41% terhadap stunting dibandingkan dengan anak berusia 13-23 bulan dengan nilai $OR=0,59$ (CI 95% ; 0,44-0,79) (Rosha, et al., 2008). Penelitian yang dilakukan pada anak-anak berusia 0-59 bulan di 69 desa di Kabupaten Butajera menunjukkan bahwa risiko terhambatnya pertumbuhan ketika usia anak meningkat (OR 4,74) (Mariam, 2016). Hasil penelitian menunjukkan bahwa pertumbuhan balita dibawah usia 24 bulan masih berada pada kategori normal (TB/U). Semakin bertambahnya usia balita ditemukan pertumbuhan TB/U yang tidak sesuai dengan standar. Hal ini dimungkinkan karena rendahnya pemberian MP – ASI oleh ibu. Data menunjukkan pemberian MP- ASI secara tepat dalam penelitian ini sebesar 48,5%. Sehingga masih ada 51,5% yang pemberian MP – ASInya belum sesuai standar. Hal inilah yang memungkinkan risiko stunting

terdeteksi pada balita di usia yang lebih tinggi. Balita usia ≥ 6 bulan yang tidak mendapatkan MP-ASI akan berisiko pada terganggunya pertumbuhan bayi dan menyebabkan stunting (UNICEF, 2012). Oleh karena itu, diharapkan ibu balita dapat memberikan hak – hak anak termasuk pemberian ASI eksklusif dan pemberian makanan pendamping ASI sesuai kebutuhan umur balita sehingga terpenuhi kebutuhan gizi balita yang menghindarkannya dari stunting.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas kasus stunting terjadi pada laki – laki sebesar 57,6%. Penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian di Maluku Utara oleh Ramli et al (2009). Penelitian lain menyebutkan bahwa anak perempuan memiliki efek protektif atau risiko lebih rendah 29% terhadap stunting dibandingkan dengan anak laki-laki (Rosha, et al., 2008). Hal ini karena faktor kecemasan atau kekhawatiran ibu serta kedekatan ibu terhadap anak perempuan (Septikasari, 2018). Anak perempuan dianggap anak yang lemah sehingga mendapatkan perhatian ekstra dibandingkan dengan anak laki-laki yang dianggap lebih kuat. Selain itu anak laki-laki cenderung memiliki aktivitas bermain yang lebih aktif dibandingkan dengan anak perempuan sehingga banyak energi yang keluar. Aktivitas bermain anak laki – laki yang aktif tersebut dapat mempengaruhi penyerapan energi makanan pada tubuh. Terganggunya penyerapan nutrisi makanan pada masa pertumbuhan serta perkembangan anak laki – laki tersebut akan menyebabkan

stunting (UNICEF, 2012). Oleh karena itu, diharapkan kepada ibu balita agar tidak membeda – bedakan dalam hal memberikan perhatian dan pemberian asupan gizi baik itu kepada balita laki – laki maupun perempuan dan diharapkan kepada pemerintah setempat baik dari Kecamatan Benua Kayong dan Dinas Kesehatan untuk melakukan kerja sama sedini mungkin dalam bentuk sosialisasi melalui media poster atau media elektronik untuk memantau tumbuh kembang balita stunting.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas status ekonomi keluarga balita stunting rendah sebesar 90,9%. Mayoritas keluarga balita stunting memiliki mata pencaharian sebagai buruh bangunan sebesar 66,7% dengan rata – rata pendapatan keluarga perbulan sebesar Rp. 1000.000,-. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang menyatakan bahwa kejadian stunting dan severe stunting pada balita usia 0 – 59 bulan di Maluku Utara sebagian besar dengan status ekonomi keluarga yang rendah sebesar 90,7% (Ramli, et al., 2009). Penelitian lain juga menyatakan bahwa kejadian stunting pada balita di pedesaan sebagian besar dengan status ekonomi rendah sebesar 93,3% (Aridiyah, 2015). Pendapatan yang rendah merupakan kendala bagi keluarga untuk dapat memenuhi kebutuhan gizi, baik dari segi kualitas maupun kuantitas bagi seluruh anggota keluarga. Rendahnya pendapatan menyebabkan pengeluaran uang untuk membeli bahan makanan terbatas. Keadaan

ini menyebabkan orang tidak mampu membeli bahan makanan dalam jumlah yang diperlukan (Septikasari, 2018).

Status ekonomi rumah tangga yang rendah saat bayi dalam kandungan dan sesudah lahir ini dipandang memiliki dampak yang signifikan terhadap probabilitas seorang anak menjadi pendek dan kurus karena berhubungan dengan pemenuhan kecukupan gizi bayi sejak dalam kandungan dan setelah lahir. Dalam hal ini, WHO merekomendasikan status gizi pendek atau *stunting* sebagai alat ukur atas tingkat sosial – ekonomi yang rendah dan sebagai salah satu indikator untuk memantau nilai perubahan dalam kesehatan (WHO, 2009).

Keterkaitan status ekonomi terhadap stunting adalah dalam pemenuhan gizi keluarga serta sebagai contoh, keluarga dengan status ekonomi baik bisa mendapatkan pelayanan umum yang lebih baik juga, yaitu pendidikan, pelayanan kesehatan, aksesibilitas jalan, dan sebagainya (Yusdarif, 2017). Perbaikan kecil dalam status sosial ekonomi memiliki dampak penting pada kesehatan anak. Dapat disimpulkan bahwa, akar masalah dari permasalahan stunting salah satunya disebabkan oleh status ekonomi yang rendah. Untuk itu diharapkan kepada pemerintah Kabupaten Ketapang dan Dinas Kesehatan Kabupaten dapat memberikan bantuan kepada keluarga balita stunting agar orang tua dapat

memenuhi kecukupan gizi balita serta peran berbagai lintas sektor dalam hal mencegah munculnya stunting baru.

Hasil penelitian berdasarkan sebaran tempat dan waktu menunjukkan bahwa sebaran kasus stunting di Dusun Kinjil merupakan wilayah dengan kasus tertinggi sebesar 42,4% yang terjadi pada bulan Februari dan Maret tahun 2018. Dusun Kinjil menjadi wilayah dengan kasus stunting tertinggi karena dipengaruhi oleh faktor risiko BBLR sebesar 24,24% dan pemberian ASI non Eksklusif sebesar 21,21% yang tinggi di wilayah tersebut.

Selain itu, persentase penduduk dengan tingkat ekonomi rendah terbanyak ditemukan di Dusun Kinjil sebesar 80%. Rata – rata penduduk di dusun tersebut adalah bermata pencaharian sebagai buruh bangunan sebesar 80%. Kondisi inilah yang menyebabkan masyarakat tidak bisa secara optimal dalam memenuhi gizi bagi keluarganya, khususnya bagi balita didalam keluarganya. Untuk itu diharapkan kepada pihak Dinas Kesehatan dan Puskesmas Kabupaten Ketapang dapat bekerja sama untuk menangani kasus gizi stunting dengan memprioritaskan Dusun Kinjil sehingga mengurangi masalah gizi stunting di wilayah tersebut dan memutus mata rantai permasalahan gizi keluarga.

5.9.2 Determinan

A. Usia Ibu Menikah Dini

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar ibu balita stunting menikah dini sebesar 63,6%, rata - rata ibu balita stunting menikah pada usia 18 tahun dan usia menikah paling muda adalah 14 tahun. Tingginya kasus menikah dini di Desa Sei Kinjil karena rata – rata ibu balita stunting putus sekolah dan lebih memilih untuk menikah di usia dini. Hasil pemetaan sebaran usia ibu menikah dini tertinggi di Dusun Kedaung sebesar 24,2%.

Ibu yang berusia <19 tahun ketika hamil berpotensi 1.46 kali meningkatkan kejadian stunting dan ibu yang berusia >35 tahun berpotensi 0.46 kali meningkatkan kejadian stunting (Fall, 2015). Penelitian lain juga menunjukkan bahwa ibu yang berusia < 20 tahun memiliki risiko 2,9 kali lebih banyak dijumpai pada anak stunting dibandingkan dengan anak yang tidak stunting (Irwansyah, 2015).

Pernikahan dini adalah pernikahan sebelum usia 21 tahun untuk perempuan dan sebelum usia 25 tahun untuk laki - laki (BKKBN, 2018). Pernikahan dini dapat berdampak buruk terhadap kesehatan ibu dan balita. Salah satu dampaknya adalah terganggunya organ reproduksi pada ibu dan apabila terjadi kehamilan, merupakan kehamilan yang berisiko (Afifah, 2011). Selain itu, dapat juga

berakibat pada anak yang dilahirkannya. Anak yang lahir dari ibu yang menikah dini memiliki kesempatan hidup yang rendah karena berkaitan dengan organ reproduksi ibu seperti rahim belum matang untuk bereproduksi sehingga anak yang dilahirkan lebih besar memiliki masalah gizi (BKKBN, 2018). Hal ini menjadi salah satu faktor penyebab stunting (Prakash, 2011). Perkawinan pada usia muda tidak disarankan dari sudut pandang kesehatan manapun.

Oleh karena itu, diharapkan kepada tokoh masyarakat dan tokoh agama agar memberikan pengarahan kepada masyarakat mengenai usia perkawinan menurut undang – undang. Hal ini dapat menurunkan angka usia menikah dini di Dusun berisiko yaitu Dusun Kedaung. Selain itu, pihak Dinas Kesehatan dan Puskesmas bekerjasama dalam memprioritaskan Dusun Kedaung mengenai sosialisasi bahaya usia menikah dini bagi perempuan.

B. Kunjungan Antenatal Care (ANC)

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar ibu balita stunting melakukan kunjungan ANC lengkap yaitu 60,6%. Tetapi masih ditemukan sebesar 39,4% ibu balita stunting melakukan kunjungan ANC tidak lengkap. Hal ini dapat menjadi salah satu potensi penyumbang stunting di wilayah tersebut. Hasil pemetaan sebaran kunjungan antenatal care (ANC) tidak lengkap tertinggi di Dusun Teratai Putih sebesar 15,2%. Pemetaan

juga menunjukkan akses responden di Dusun Teratai Putih ke rumah sakit dan puskesmas adalah yang terjauh dibanding responden dusun lain.

Ibu yang melakukan kunjungan ANC tidak standar memiliki risiko mempunyai balita stunting 2,4 kali dibandingkan ibu yang melakukan kunjungan ANC terstandar (Najahah, 2013). Penelitian lain menyebutkan bahwa adanya hubungan yang bermakna secara statistik antara kunjungan ANC dengan kejadian stunting (Amini, 2016).

Kunjungan ANC adalah frekuensi kunjungan ibu hamil untuk memeriksakan kehamilannya pada petugas kesehatan dengan jumlah kunjungan minimal 4 kali selama kehamilan dengan distribusi kunjungan pada trimester I sebanyak satu kali, trimester II sebanyak satu kali, dan trimester III sebanyak 2 kali dan mendapatkan pelayanan minimal pemeriksaan kehamilan (Mochtar, 2011). Ibu yang melakukan perawatan ANC kurang dari tiga kali dan yang tidak memeriksakan kehamilannya kepada dokter, perawat maupun bidan akan menyebabkan terjadinya komplikasi pada masa kehamilan maupun persalinan. Hal ini juga berakibat pada kesehatan dan gizi janin yang dilahirkan sehingga kedepannya bayi mengalami penyakit infeksi dan gangguan gizi pada pertumbuhannya dan menyebabkan stunting (Aguayo, et al., 2014).

Setiap kehamilan dalam masa perkembangannya memiliki risiko mengalami komplikasi / penyulit. Sehingga sesuai standar , ANC harus dilakukan secara rutin agar mendapatkan pelayanan antenatal yang berkualitas. Ibu hamil yang melakukan kunjungan ANC minimal empat kali selama periode kehamilan memiliki keuntungan antara lain dapat mendeteksi dini risiko kehamilan, menyiapkan proses persalinan menuju kelahiran dan kesehatan ibu yang baik, berlanjut sampai dengan masa laktasi dan nifas (Mochtar, 2011). Pentingnya perawatan kehamilan bagi ibu dan perlunya dukungan keluarga serta berbagai instansi kesehatan dalam mewujudkan ibu dan bayi lahir sehat.

Oleh karena itu, diharapkan kepada pihak Dinas Kesehatan dan Puskesmas bekerjasama dalam memprioritaskan Dusun Teratai Putih mengenaisosialisasi pentingnya perawatan selama kehamilan agar lebih mengetahui pencegahan sejak dini.

C. Pemberian ASI Eksklusif

Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar pemberian ASI eksklusif pada balita stunting yaitu 51,5%. Tetapi masih ditemukan sebesar 48,5% ibu yang tidak memberikan ASI eksklusif pada balita. Hal ini dapat menjadi salah satu potensi penyumbang stunting di wilayah tersebut. Hasil pemetaan sebaran pemberian ASI non eksklusif tertinggi di Dusun Kinjil sebesar 21,21%.

Penelitian Jihad (2016) menunjukkan bahwa bahwa proporsi balita stunting lebih banyak pada balita yang tidak mendapatkan ASI eksklusif dibandingkan dengan balita yang mendapatkan ASI eksklusif (Jihad, 2016). Penelitian lain juga menyatakan bahwa faktor yang paling dominan adalah pemberian ASI yang mempengaruhi stunting (OR 3.1 95% 1.434-6.835) (Arifin, 2012).

ASI eksklusif adalah ASI yang diberikan kepada bayi sejak dilahirkan selama enam bulan tanpa menambahkan atau mengganti dengan makanan atau minuman lain (Septikasari, 2018). Anak yang tidak mendapatkan ASI eksklusif akan mudah terkena penyakit infeksi dan juga memicu terjadinya stunting dan akan berdampak pada masa depan anak (UNICEF, 2012). ASI mengandung protein yang merupakan bahan utama dalam proses pertumbuhan. Keistimewaan protein ASI adalah rasio protein *whey* dan *casein* yang seimbang (60:40) dibandingkan susu sapi (20:80) (Manary, 2009). Anak yang diberi ASI selama 6 bulan pertama akan tumbuh baik, karena ASI membantu melindungi bayi dari penyakit infeksi dan menjaga pertumbuhan tubuh secara optimal (UNICEF, 2010).

Pemberian ASI yang baik oleh ibu akan membantu menjaga keseimbangan gizi anak sehingga tercapai pertumbuhan anak yang normal. ASI sangat dibutuhkan dalam masa pertumbuhan bayi agar kebutuhan gizinya tercukupi (UNICEF, 2012).

Oleh karena itu, dukungan keluarga sangat diperlukan dalam mendorong ibu memberikan ASI eksklusif. Dan petugas kesehatan mempunyai peranan penting dalam pencegahan dan pengendalian masalah kesehatan di masyarakat, salah satu perannya yaitu memberikan informasi kesehatan terkait kasus stunting terutama memprioritaskan Dusun Kinjil seperti memberikan penyuluhan melalui media poster atau media elektronik.

D. Umur Pertama Pemberian MP- ASI

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar pemberian MP- ASI yang sesuai sebanyak 51,5%. Tetapi masih ditemukan sebesar 48,5% pemberian MP- ASI tidak sesuai. Hal ini dapat menjadi salah satu potensi penyumbang stunting di wilayah tersebut. Dari hasil observasi bahwa alasan ibu balita memberikan MP – ASI terlalu dini dikarenakan ibu balita ingin mencoba memberikan makanan kepada balita tanpa mengetahui pemahaman umur balita yang sesuai untuk menerima makanan pendamping ASI. Hasil pemetaan sebaran umur pertama pemberian MP- ASI tidak sesuai tertinggi di Dusun Teratai Putih sebesar 18,18%.

Anak yang mendapatkan MP-ASI yang tidak sesuai dengan waktu memulai pemberian MP-ASI memiliki risiko 2,8 kali untuk menjadi stunting (z score < -2) (Khasanah, 2016). Penelitian lain juga menyatakan bahwa praktik pemberian MP-ASI merupakan salah satu

faktor yang mempengaruhi terjadinya stunting pada anak balita yang berada di daerah pedesaan dan perkotaan (Aridiyah, et al., 2015).

Penelitian di Musanze District Rwanda menyebutkan bahwa praktek makanan pendamping ASI berhubungan dengan stunting bayi dan anak – anak di Belanda (Amer, 2017). Selain itu pada penelitian lain menemukan bukti keterkaitan yang kuat antara stunting dan indikator konsumsi praktek makanan pendamping ASI, (Headey, 2018).

Umur pertama pemberian MP-ASI adalah waktu pengenalan MP-ASI pertama di masa kehidupan baduta yang dinyatakan dalam bulan umur kelahiran dan waktu pemberian yang sesuai ≥ 6 bulan (Kemenkes, 2012).Pemberian MP-ASI yang sesuai berkaitan dengan kesiapan organ pencernaan bayi. Pemberian MP-ASI terlalu dini atau terlalu lambat berisiko pada terganggunya pertumbuhan bayi (UNICEF, 2012).

Anak balita yang diberikan ASI eksklusif dan MP-ASI sesuai dengan kebutuhannya dapat mengurangi risiko terjadinya stunting. Hal ini karena pada usia 0-6 bulan ibu balita yang memberikan ASI eksklusif dapat membentuk imunitas atau kekebalan tubuh anak balita sehingga dapat terhindar dari penyakit infeksi. Setelah itu, pada usia 6 bulan anak balita diberikan MP-ASI dalam jumlah dan frekuensi yang cukup sehingga anak balita terpenuhi kebutuhan zat

gizinya yang dapat mengurangi risiko terjadinya stunting (Khasanah, 2016).

Oleh karena itu, dukungan keluarga sangat diperlukan dalam mendorong ibu untuk melakukan pemberian MP- ASI yang benar dan tepat. Selain itu, pihak Dinas Kesehatan dan Puskesmas bekerjasama dalam memprioritaskan Dusun Teratai Putih mengenai sosialisasi pentingnya pemberian porsi MP- ASI sesuai yang dibutuhkan termasuk durasi serta frekuensinya agar lebih mengetahui pencegahan stunting sejak dini.

E. Berat Badan Saat Lahir

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar bayi BBLR sebanyak 51,5%. Hasil pemetaan sebaran BBLR tertinggi di Dusun Kinjil sebesar 24,24%. Hal ini dapat menjadi salah satu potensi penyumbang stunting di wilayah tersebut.

BBLR merupakan faktor risiko yang paling dominan berhubungan dengan kejadian stunting anak di wilayah Puskesmas Sungai Karias, Hulu Sungai Utara (Rahayu, 2015). Penelitian lain juga menyatakan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara berat lahir rendah dengan kejadian stunting pada balita di Kelurahan Kalibaru (Anisa, 2012).

Berat badan lahir rendah adalah berat badan bayi ketika lahir kurang dari 2500 gram (Septikasari, 2018). Bayi dengan berat lahir

rendah mengalami gangguan saluran pencernaan sehingga mengakibatkan kurangnya cadangan zat gizi dalam tubuh. Selain itu, akan mengalami hambatan pada pertumbuhan dan perkembangannya serta kemungkinan terjadi kemunduran fungsi intelektualnya (Nadiyah, 2014).

Kondisi ini perlu ditanggulangi sejak dini mengingat berat bayi lahir rendah merupakan masalah kesehatan masyarakat yang erat kaitannya dengan mortalitas dan morbiditas bagi janin, anak maupun generasi penerus. Petugas kesehatan memberikan pengaruh pada kepercayaan masyarakat terhadap bahaya BBLR, masih minimnya kegiatan sosialisasi stunting oleh tenaga kesehatan menjadi pemicu kurangnya pengetahuan masyarakat tentang pencegahan stunting. Untuk itu disarankan kepada Dinas Kesehatan dan Puskesmas Tuan – Tuan Kabupaten Ketapang untuk meningkatkan kegiatan penyuluhan dan penyebaran informasi mengenai faktor risiko dan pencegahan stunting baik melalui media cetak maupun media elektronik khususnya memprioritaskan Dusun Kinjil.

F. Keterjangkauan Pelayanan Kesehatan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa jarak terdekat kasus stunting ke rumah sakit adalah 3,92 km yaitu responden di Dusun Kinjil dan jarak terjauh kasus stunting ke rumah sakit adalah 7,06 km yaitu responden di Dusun Teratai Putih. Jarak terdekat kasus

stunting ke puskesmas adalah 1,87 km yaitu responden di Dusun Kinjil dan jarak terjauh kasus stunting ke puskesmas adalah 4,88 km yaitu responden di Dusun Teratai Putih. Jarak terdekat kasus stunting ke puskesmas adalah 0,12 km yaitu responden di Dusun Teratai Putih dan jarak terjauh kasus stunting ke puskesmas adalah 3,35 km yaitu responden di Dusun Kedaung.

Keterjangkauan pelayanan kesehatan adalah jangkauan jarak tempuh dari tempat tinggal masyarakat ke tempat pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan yang terlalu jauh lokasinya dengan tempat baik secara fisik maupun psikologis tentu tidak mudah dicapai. Jarak dapat mempengaruhi frekuensi kunjungan ditempat pelayanan kesehatan, makin dekat tempat tinggal dengan pelayanan kesehatan makin besar jumlah kunjungan dipusat pelayanan kesehatan tersebut, begitupun sebaliknya makin jauh tempat tinggal dengan pelayanan kesehatan makin sedikit pengunjung (Razak, 2008). Penelitian di Nepal menyebutkan bahwa keterkaitan jarak fasilitas kesehatan dikaitkan dengan gizi jangka pendek dan jangka panjang bagi anak – anak di bawah 5 tahun. Serta akses jalan yang lebih baik meningkatkan kesehatan ibu dan anak (Thapa, 2017).

Dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan terkadang faktor jarak yang bisa ditempuh dengan roda dua dan empat, tetapi faktor ekonomi atau biaya transportasi lebih menjadi hambatan bagi

masyarakat khususnya masyarakat kurang mampu yang tempat tinggalnya jauh dari pelayanan kesehatan.

Menurut hasil observasi peneliti, masyarakat yang memiliki jarak tempat tinggal dekat dengan pelayanan kesehatan namun tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan tersebut disebabkan karena sebagian masyarakat lebih memilih untuk berobat ke dukun, kesibukan masyarakat mencari nafkah sehingga masyarakat lebih memilih pengobatan seadannya. Selain itu pengetahuan yang dimiliki masyarakat masih minim karena kurangnya informasi. Sedangkan masyarakat yang memiliki jarak tempat tinggal jauh dari pelayanan kesehatan namun tetap memanfaatkan pelayanan kesehatan tersebut disebabkan karena pengetahuan tentang pelayanan kesehatan yang dimiliki masyarakat cukup baik sehingga tetap berkunjung, adanya kebiasaan dalam keluarga untuk berkunjung ke pelayanan kesehatan bila mengalami gangguan kesehatan.

Petugas kesehatan mempunyai peranan dalam memberikan informasi mengenai manfaat kunjungan pelayanan kesehatan. Keterpaparan pada informasi yang efektif sangat penting dalam meningkatkan pengetahuan dan sikap yang positif untuk mencegah suatu penyakit. Untuk itu disarankan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Ketapang dan Puskesmas untuk meningkatkan

penyuluhan dan penyebaran informasi mengenai pentingnya pemanfaatan pelayanan kesehatan.

5.10 Keterbatasan Penelitian

Meskipun penelitian ini dilakukan secara optimal, namun peneliti menyadari bahwa penelitian ini tidak terlepas dari adanya kekurangan – kekurangan. Hal ini disebabkan karena adanya keterbatasan dalam penelitian sebagai berikut :

- a. Dalam penelitian ini memungkinkan ada bias informasi yaitupada variabel ASI eksklusif dan umur pertama pemberian MP- ASI. Dikarenakan ibu harus mengingat kejadian masa lalu dalam pemberian ASI eksklusif dan MP- ASI.
- b. Dalam penelitian ini peneliti hanya melihat gambaran kasus stunting sehingga tidak dapat diketahui secara pasti faktor penyebab kasus stunting di Desa tersebut.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

Setelah melakukan penelitian spasial faktor risiko kejadian stunting di Desa Sei Kinjil Kecamatan Benua Kayong Kabupaten Ketapang tahun 2018, maka dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Gambaran distribusi umur menunjukkan sebagian besar balita stunting umur 25 – 48 bulan sebesar 57,6%.
2. Gambaran distribusi jenis kelamin menunjukkan sebagian besar balita stunting yaitu laki – laki sebesar 57,6%.
3. Gambaran distribusi status ekonomi keluarga menunjukkan sebagian besar status ekonomi keluarga balita stunting yaitu rendah sebesar 90,9%.
4. Gambaran spasial sebaran kasus stunting menunjukkan dusun Kinjil sebesar 42,4% (pendek 27,2% dan sangat pendek 15,2%), dusun

Kedaung sebesar 30,3% (pendek 24,3% dan sangat pendek 6,0) dan dusun Teratai Putih sebesar 27,3% (pendek 21,2% dan sangat pendek 6,0%).

5. Gambaran distribusi waktu kejadian stunting menunjukkan sebagian besar terjadi di bulan Februari yaitu 42,4% dan Maret yaitu 42,4%.
6. Gambaran spasial usia menikah dinitertinggi di Dusun Kedaung sebesar 24,20%.
7. Gambaran spasial kunjungan ANC tidak lengkap tertinggi di Dusun Teratai Putih sebesar 15,20%.
8. Gambaran spasial pemberian nonASI eksklusif tertinggi di Dusun Kinjil sebesar 21,21%.
9. Gambaran spasial umur pertama pemberian MP- ASI tidak sesuai tertinggi di Dusun Teratai Putih sebesar 18,18%.
10. Gambaran spasial berat badan lahir rendah (BBLR) tertinggi di Dusun Kinjil sebesar 24,24%.
11. Gambaran Spasial keterjangkauan terhadap pelayanan kesehatan:
 - a. Jarak Kasus Ke Rumah Sakit
Rata – rata jarak kasus stunting ke rumah sakit adalah 5,62 km. Jarak terdekat kasus stunting ke rumah sakit adalah 3,92 km dan jarak terjauh kasus stunting ke rumah sakit adalah 7,06 km.
 - b. Jarak Kasus Ke Puskesmas

Rata – rata jarak kasus stunting ke puskesmas adalah 3,57 km. Jarak terdekat kasus stunting ke puskesmas adalah 1,87 km dan jarak terjauh kasus stunting ke puskesmas adalah 4,88 km.

c. Jarak Kasus Ke Pustu

Rata – rata jarak kasus stunting ke pustu adalah 1,32 km. Jarak terdekat kasus stunting ke pustu adalah 0,12 km dan jarak terjauh kasus stunting ke pustu adalah 3,35 km.

6.2 Saran

Dari hasil pembahasan maka secara prioritas saran – saran yang dapat disampaikan antara lain :

1. Bagi Instansi Kesehatan

- a. Diharapkan pihak Dinas Kesehatan dan Instansi Kesehatan lainnya dapat memberikan sosialisasi pencegahan stunting terkait variabel ASI eksklusif, pemberian MP- ASI, kunjungan antenatal care dan berat badan badan lahir rendah dengan memprioritaskan area potensi berisiko yaitu Dusun Kinjil dan Dusun Teratai Putih sehingga dapat mengurangi dan memutus rantai gizi stunting.
- b. Diharapkan dengan adanya Studi Spasial pihak Dinas Kesehatan dan Instansi Kesehatan lainnya mendapatkan gambaran spasial dalam bentuk peta sebaran kasus stunting di Desa Sei Kinjil Kecamatan Benua Kayong Kabupaten

Ketapang. Sehingga dapat memprioritaskan daerah intervensi gizi stunting.

2. Bagi Puskesmas

- a. Diharapkan pihak puskesmas agar dapat meratakan jumlah persebaran upaya pelayanan kesehatan, pengembangan media informasi dan program pencegahan stunting agar tidak terlihat perbedaan antara daerah yang satu dengan yang lainnya.
- b. Diharapkan pihak puskesmas juga meningkatkan promosi kesehatan, seperti penyuluhan door to door, penyebarluasan pamflet, pembentukan kader ASI di setiap dusun dan pemasangan poster gizi stunting.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan dapat menyempurnakan penelitian ini dengan menggali lebih jauh variabel – variabel dalam penelitian ini dan variabel lain yang tentunya mempengaruhi kejadian stunting yang masih banyak dan belum diteliti dalam penelitian ini serta menambah kontrol dalam penelitian kasus stunting.

DAFTAR PUSTAKA

- Afifah, T. 2011. Perkawinan Dini dan Dampak Status Gizi. *Gizi Indonesia*, 34(2), 109-119.
https://ejournal.persagi.org/index.php/Gizi_Indon/article/view/107/104(Diakses pada tanggal 07 September 2018)
- Aguayao, V.M., N. Badgaiyan., and K. Paintal. 2014. Determinants of child stunting in the Royal Kingdom of Bhutan: an in-depth analysis of nationally representative data. *Maternal & Child Nutrition*, 1(11), 335-345. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4674961/>(Diakses pada tanggal 07 September 2018)
- Amalia, Risa. 2012. Pemetaan Sebaran Kasus Gizi Buruk Balita Umur 0 – 59 Bulan di Kota Lhoukseumawe Tahun 2012. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 5(1), 152 – 159. Fakultas Kesehatan Masyarakat USU. <http://scholar.google.co.id/citations?user=EbqXG1QAAAAJ&hl=id>. (Diakses pada tanggal 13 Agustus 2018)
- Amer, S., Uwiringiyimana, V., Ocke., and Veldkamp, A. 2017. Data on child complementary feeding practices, nutrient intake and stunting in Musanze District, Rwanda. *International Journal*, 21 (2018), 334 – 342. <https://www.elsevier.com/searchresults?query=STUNTED&labels=journals&page=1> (Diakses pada tanggal 20/01/2019)
- Amini, Aulia. 2016. Hubungan Kunjungan Antenatal Care (ANC) dengan Kejadian Stunting Pada Balita Usia 12 – 59 Bulan di Kabupaten Lombok Utara Provinsi NTB Tahun 2016. *Jurnal Kesmas Vol 4 No 2*, 77- 85. Universitas Yogyakarta. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4674961/> (Diakses pada tanggal 28 Agustus 2018)
- Anisa, Paramitha. 2012. Faktor – Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Stunting Pada Balita Usia 25 – 60 Bulan di Kelurahan Kalibaru Depok Tahun 2012. *Jurnal Pustaka Kesehatan*, 8(1), 157 - 164. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia Jakarta. <https://id.scribd.com/document/254007857/Faktor-faktor-yang-mempengaruhi-kejadian-stunting-pada-balita-usia-25-60-bulan-di-kelurahan-kalibaru-depok-tahun-2012>. (Diakses pada tanggal 28 Agustus 2018)
- Aridiyah, F., Rochmawati, Nina., and Ririanty, M. 2015. Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Kejadian Stunting Pada Anak Balita di Wilayah Pedesaan dan Perkotaan. *Jurnal Pustaka Kesehatan*, 3(1), 163-170. <https://jurnal.unej.ac.id/index.php/JPK/article/view/2520>(Diakses pada tanggal 31 Juli 2018)

- Arifin, et al. 2012. Analisis Sebaran dan Faktor Risiko Stunting Pada Balita di Kabupaten Purwakarta 2012. *Jurnal Fakultas Kedokteran Padjajaran*, 9(4), 177 - 184. Fakultas Kedokteran Universitas Padjajaran. <http://scholar.google.co.id/citations?user=EbqXG1OAAAAJ&hl=id>. (Diakses pada tanggal 13 Agustus 2018)
- BKKBN. 2018. *Modul Mencegah Pernikahan Anak Melalui Program KKBPK*. Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional. Banjarmasin. https://www.bkkbn.go.id/po-content/uploads/2018.03.10.Banjarmasin.MENCEGAH_PERKAWINAN_ANAK_MEL_PROG_KKBPK(Diakses pada tanggal 18 Desember 2018)
- Budiyanto, E. 2010. *Sistem Informasi Geografis dengan Arcview GIS*. Yogyakarta: CV Andi Offset
- Damanik, et al. 2010. Analisis Pengaruh Pendidikan Ibu Terhadap Status Gizi Balita Di Provinsi Kalimantan Barat. *Jurnal Gizi dan Pangan*, vol 5 no. 2, 117-125. www.journal.ipc.ac.id (Diakses pada tanggal 18 Desember 2018)
- Dinkeskab Ketapang. 2017. *Data Status Gizi Balita Berdasarkan TB/U*. Dinas Kesehatan Kabupaten Ketapang.
- Fall, Caroline H.D., Harshpal Singh Sachdev, and Clive Osmond. 2015. Association between Maternal Age at Childbirth and Child Adult Outcomes in the Offspring: A Prospective Study in Five Low-Income and Middle-Income Countries (COHORTS Collaboration). *Lancet Glob. Health* 3(7): e366-e377. (Diakses pada tanggal 20 September 2018)
- Gibney, M.J., et al. 2009. *Gizi Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: EGC
- Gray, A. 2013. *Improving adolescent reproductive health in Asia and the Pacific*. https://www.burnet.edu.au/publications/2599_improving_adolescent_reproductive_health_in_asia_and_the_pacific_do_we_have_the_data_a_review_of_dhs_and_mics_surveys_in_nine_countries(Diakses pada tanggal 28 Agustus 2018)
- Headey, D., Hirvonen, K., and Hood, Jhon. 2018. Animal Sourced Foods And Child Stunting. *International Journal*, 100(5), 1302-1319. <https://academic.oup.com/ajae/article-abstract/1005/13025062997> (Diakses pada tanggal 03 April 2019)
- Indrawati, Sri. 2016. Hubungan Pemberian ASI Eksklusif Dengan Kejadian Stunting Pada Anak Usia 2 – 3 Tahun Di Desa Karang Rejek Wonosari Gunung Kidul. *Jurnal Kesmas Vol 11 No 7*, 88-114. Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas ‘Aisyah Yogyakarta. <http://digilib.unisayogya.ac.id/2480/1/dira%20Naskah%20Publikasi%20> (Diakses pada tanggal 18 Februari 2018)

- Irwansyah. 2015. Hubungan Kehamilan Remaja dengan Kejadian Stunting Anak Usia 6 – 23 Bulan di Lombok Barat Provinsi Nusa Tenggara Barat. *Jurnal Ksmas Vol 11 No 5, 114-127*. FK UGM Yogyakarta.
- Janirah, J., La., Ode & Ali Imran. 2016. Analisis Determinan Kejadian Stunting Pada Balita Usia 12 – 24 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Puuwatu Kota Kendari Tahun 2016. *Jurnal Pustaka Kesehatan, 9(1), 123 - 130*. FKM Universitas Halu Oleo. <http://ojs.uho.ac.id/index.php/JIMKESMAS/article/view/122>. (Diakses pada tanggal 18 Februari 2018)
- Kalsum, Ummi. 2015. Hubungan Umur Pemberian Pertama Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) dengan Status Gizi Anak 7 – 36 Bulan. *Jurnal Fakultas Kedokteran Jambi, 3(2), 85-99*. <http://scholar.google.com/citations?user=ykItUM4AAAAJ&hl=en>. (Diakses pada tanggal 31 Juli 2018)
- Kemenkes RI. 2010. *Profil Kesehatan Indonesiatahun 2010*. Kementerian Kesehatan RI. Jakarta.
- Kemenkes RI. 2011. *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Tahun 2011*. Kementerian Kesehatan RI. Jakarta.
- Kemenkes RI. 2012. *Petunjuk pelaksanaan surveilans gizitahun 2012*. Kementerian Kesehatan RI. Jakarta.
- Kemenkes RI. 2013. *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Tahun 2013*. Kementerian Kesehatan RI. Jakarta.
- Kemenkes RI. 2015. *Buku Saku Pemantauan Status Gizi dan Indikator Kinerja Gizi Tahun 2015*. Kementerian Kesehatan RI. Jakarta. (http://www.gizi.depkes.go.id/wp-content/uploads/FINAL_hasil_PSG_2015.pdf psg 2015 nasional). Diakses pada tanggal 27 Juli 2018
- Kemenkes RI. 2016. *Hasil Pemantauan Status Gizi (PSG) dan Penjelasannya Tahun 2016*. Kementerian Kesehatan RI. Jakarta. (www.kesmas.kemkes.go.id/assets/upload/dir.../Buku-Saku-Hasil-PSG-2016_842). Diakses pada tanggal 27 Juli 2018
- Kemenkes RI. 2017. *Buku Saku Pemantauan Status Gizi Tahun 2017*. Kementerian Kesehatan RI. Jakarta. (www.kesmas.kemkes.go.id/assets/upload/dir.../Buku-Saku-Nasional-PSG-2017_975.html). Diakses pada tanggal 27 Juli 2018
- Kemenristek. 2013. *Analisis Spasial*. Modul 3
- Khasanah, D., Hadi, Hamam & Paramashanti, B.P., 2016. Waktu Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) Berhubungan dengan Kejadian

- Stunting Anak Usia 6 – 23 Bulan di Kecamatan Sedayu. *Jurnal Gizi Dan Dietetik Indonesia*, 4(2), 105-111. <http://ejournal.almaata.ac.id/index.php/IJND/article/view/335>(Diakses pada tanggal 31 Juli 2018)
- Loida, et al. 2017. Factors Associated with Stunting among Children Aged 0 to 59 Months from the Central Region of Mozambique. *Nutrients* 2017, 9:1-16. <http://www.mdpi.com/2072-6643/9/5/491/html>.(Diakses pada tanggal 28 Agustus 2018)
- MCA. 2017. *Stunting dan Masa Depan Indonesia*. Millenium Challenge Account. Jakarta.hlm 1.
- Manary MJ, Solomons NW. 2009. *Gizi Kesehatan Masyarakat, Gizi dan Perkembangan Anak*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Manuaba. 2008. *Pengantar Kuliah Obstetri*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Mariam, Damen, H., Lindtjorn, B., and Gebreyus, Seifu, H. 2016. Spatial Heterogeneity and Risk Factors for Stunting among Children Under 5 Years of Age in Ethiopia: a Bayesian Geo-Statistical Model. *International Journal*, 7(1), page 11 A. <https://doi.org/10.1093/advances/7.1.11A>(Diakses pada tanggal 03 April 2019)
- Mochtar, Rustam. 2011. *Sinopsis Obstetri*. Jakarta: EGC. Halaman: 53.
- Nadiyah., Martianto, D & Briawan, D., 2014. Faktor Risiko Stunting Pada Anak Usia 0 - 23 Bulan Di Provinsi Bali, Jawa Barat, Dan Nusa Tenggara Timur. *Jurnal Gizi Dan Pangan*, 9(2), 125-132. <http://journal.ipb.ac.id/index.php/jgizipangan/article/view/8731> (Diakses pada tanggal 28 Agustus 2018)
- Najahah, et al. 2013. Faktor Risiko Balita Stunting Usia 12-36 Bulan Di Puskesmas Dasan Agung, Mataram, Provinsi Nusa Tenggara Barat. *Sekretariat Public Health Medicine Archive (PHPMA)*. No. 2 / Vol.1 / December 2013. <https://ojs.unud.ac.id/index.php/phpma/article/view/7869/5956>(Diakses pada tanggal 31 Juli 2018)
- Ni'mah, et al. 2015. Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Stunting Pada Balita. *Jurnal Berkala Epidemiologi*, 14(7), 14- 23. <https://ejournal.unair.ac.id/MGI/article/view/3117> (Diakses pada tanggal 17 Februari 2018)
- Prahasta, E. 2009. *Sistem Informasi Geografis*. Bandung: Penerbit Informatika.
- Prakash et al. 2011. Early marriage, poor reproductive health status of mother and child well-being in India. *J Fam Plann Reprod Health Care*.

2011:10.<https://srh.bmj.com/content/37/3/136>.(Diakses pada tanggal 28 Agustus 2018)

PSG. 2015. *Buku Saku Pemantauan Status Gizi Tahun 2015*. Pemantauan Status Gizi. Jakarta.

PSG. 2016. *Buku Saku Pemantauan Status Gizi Tahun 2016*. Pemantauan Status Gizi. Jakarta.

PSG. 2017. *Buku Saku Pemantauan Status Gizi Tahun 2017*. Pemantauan Status Gizi. Jakarta.

Puskesmas Tuan – Tuan. 2018. *Data Pemantauan Status Gizi Desa Sei Kinjil Tahun 2018*. Puskesmas Tuan – Tuan Kabupaten Ketapang.

Qibtiyah, M. 2014. Faktor yang Mempengaruhi Perkawinan Muda Perempuan. *Jurnal Biometrika dan Kependudukan*. *Jurnal Biometrika Dan Kependudukan*, 3(1), 50-8.<http://journal.unair.ac.id/download-fullpapers/biometrik289f6d5a6dfull.html>.(Diakses pada tanggal 28 Agustus 2018)

Rahayu, A., Yulidasari, F., Putri, Andini & Rohman., F. 2015. Riwayat Berat Badan Lahir dengan Kejadian Stunting pada Anak Usia Bawah Dua Tahun Kesmas. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, 9(3), 67-73. <http://jurnalkesmas.ui.ac.id/kesmas/article/view/882/487>(Diakses pada tanggal 28 Agustus 2018)

Raj et al. 2010. Pengaruh Pernikahan Anak Ibu Pada Morbiditas dan Mortalitas Anak di Bawah 5 Tahun di India. <https://www.bmj.com/content/340/bmj.b4258>(Diakses pada tanggal 28 Agustus 2018)

Ramli., Agho, K.E., Inder K.J., Bowe, S.J., & Dibley, M.J. 2009. Prevalence and Risk Factors For Stunting and Severe Stunting Among Under Five in North Maluku Province of Indonesia. *BMC Pediatrics*, 9, 64. www.biomedcentral.com(Diakses pada tanggal 18 Desember 2018)

Ratu, et al. 2017. Hubungan Antara Pemberian ASI Eksklusif dengan Kejadian Stunting Pada Anak Usia 13 – 36 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Sonder. *Jurnal Kesmas*, vol 6 no. 3. Fakultas Kesehatan Masyarakat Sam Ratulangi. <https://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/kesmas/article/view/23065>(Diakses pada tanggal 29 Juli 2018)

Razak, A. 2008. *Kamus Bahasa Indonesia*. Jakarta: Graha Ilmu.

Risikesdas. 2013. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2013. <http://www.depkes.go.id/resources/download/general/Hasil%20Risikesdas%202013>(Diakses pada tanggal 19 Agustus 2018)

- Rochmah, Amalia. 2017. Faktor – Faktor yang Berhubungan dengan Stunting pada Balita Usia 24 – 59 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Wonosari 1. *Jurnal Kesmas Vol 5 No 3, 77-94.* <http://digilib.unisayogya.ac.id/2535/>(Diakses pada tanggal 19 Agustus 2018)
- Rosha, B., Hardinsyah., & Baliwati, Y.F. 2008. Analisis Determinan Stunting Anak 0-23 Bulan Pada Daerah Miskin Di Jawa Tengah Dan Jawa Timur. *Penelitian Gizi Makanan, 35(1), 34-41.* <http://ejournal.litbang.depkes.go.id/index.php/pgm/article/view/3081/3049>(Diakses pada tanggal 19 Agustus 2018)
- Ryadi, S. 2016. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Yogyakarta: CV Andi Offset.
- Saravina, Tiza. 2017. Studi Deskriptif Faktor Penyebab Stunting pada Balita di Desa Wunung Wonosari Gunung Kidul. *Jurnal Kesmas, Vol 14 No 2, 55-72.* FKM Universitas ‘Aisyah Yogyakarta.
- Sari, Etin. 2017. Hubungan Riwayat BBLR dengan Kejadian Stunting Pada Anak Usia 7-12 Bulan di Desa Selomartani Wilayah Kerja Puskesmas Kalasan. *Jurnal Kesmas, Vol 9 No 2, 101-112.* FKM Universitas ‘Aisyah Yogyakarta. <http://digilib.unisayogya.ac.id/4004/>(Diakses pada tanggal 19 Agustus 2018)
- Septikasari, M. 2018. *Status Gizi Anak Dan Faktor yang Mempengaruhi*. Yogyakarta: UNY PRESS.
- Sholikin. 2015. Hubungan Antenatal Care (ANC) dengan Kejadian Bayi Berat Lahir Rendah di Kabupaten Purbalingga. *Jurnal Kesmas Vol 7 No 4, 134-145.* Program Pascasarjana, Universitas Gadjah Mada Yogyakarta.
- Siahaan, et al. 2013. Faktor – Faktor Yang Berhubungan dengan Kejadian Stunting Pada Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Tanjung Tiram Kabupaten Batu Bara 2013. *Jurnal Gizi Indonesia, 11(7), 105 – 111.* <https://jurnal.usu.ac.id/gkre/article/view/5912>(Diakses pada tanggal 06 Agustus 2018)
- Subagio, H., Chandra, A., & Margawati, A. 2016. Determinan Kejadian Stunting pada Bayi Usia 6 Bulan di Kota Semarang. *Jurnal Gizi Indonesia, 4(2), 82-88.* <https://ejournal.undip.ac.id/index.php/jgi/article/view/16302> (Diakses pada tanggal 31 Juli 2018)
- Sugiyono. 2016. *Metodologi Penelitian Kebidanan Kuantitatif-Kuantitatif*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Sutomo & Anggraini. 2010. *Menu Sehat Alami Untuk Batita dan Balita*. Jakarta: Agromedia Pustaka

- Thapa, Ganesh., and Shively, G. 2017. A dose response model of road development and child nutrition in Nepal. *Elsiever*, 100(5), 1402-1419. <https://www.sciencedirect.com/search?q=STUNTED&show=25&sortBy=relevance&years=2018&lastSelectedFacet=years>(Diakses pada tanggal 20/01/2019)
- Thesome, et al. 2009. Magnitud and Determinants of Stunting In Children Underfive Years of Age In Food Surplus Region of Ethiopia.
- TNP2K. 2017. *100 Kabupaten / Kota Prioritas Untuk Intervensi Anak Kerdil (Stunting)*. Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan. Jakarta.
- UNICEF. 2009. *Improving Child Nutrition*. United Nation Children's Fund. *New York* (https://www.unicef.org/gambia/Improving_Child_Nutrition_the_achievable_imperative_for_global_progress.pdf unicef 2009 stunting). Diakses pada tanggal 25 Juli 2018
- UNICEF. 2010. *Penuntun Hidup Sehat*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia: 2010.
- UNICEF. 2012. *Gizi Ibu dan Anak*. United Nation Children's Fund Unicef. Indonesia.
- WHO. 2009. *Multicentere Growth Reference Study*. World Health Organization. Geneva.
- WHO. 2015. *Levels and Trends and Child Malnutrition*. World Health Organization. Geneva. (<http://www.who.int/nutgrowthdb/estimates2014/en/>). Diakses pada tanggal 25 Juli 2018
- WHO. 2016. *Levels and Trends and Child Malnutrition*. World Health Organization. Geneva. (<http://www.who.int/news-room/factsheets/detail/malnutrition>). Diakses pada tanggal 25 Juli 2018
- WHO. 2017. *Levels and Trends and Child Malnutrition*. World Health Organization. Geneva. (<http://www.who.int/nutgrowdb/estimates2017/en/>). Diakses pada tanggal 25 Juli 2018
- Yusdarif. 2017. Determinan Kejadian Stunting pada Balita Usia 24-59 Bulan di Kelurahan Rangas Kecamatan BanggaeKabupaten MajeneTahun 2017. *Jurnal Fakultas Kedokteran Alaudin*, 5(1), 125 – 140.Fakultas Kedokteran Universitas Alauddin Makassar.<http://repositori.uin-alauddin.ac.id/8113/>. (Diakses pada tanggal 22 Agustus 2018)

Zahrani, Yuni. 2009. Hubungan Status KADARZI Dengan Status Gizi Balita 12 – 59 bulan di Provinsi DI Yogyakarta dan Nusa Tenggara Timur. *Jurnal Fakultas Kedokteran Jambi*, 4(7), 87 - 101. FKM UI